รายงานการวิจัย
แผนงานวิจัย
การพัฒนารูปแบบภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะในผู้สูงอายุ: กรณีภาคเหนือตอนบน
The Development of Local Wisdom to Health Promotion in Elderly: A Case of top-north region, THAILAND



โดย

ดร.เมธี วงศ์วีระพันธุ์

นายแพทย์ประสิทธิ์ เมธาธราธิป

แพทย์หญิงรจนพรรณ นันทิทรรภ

ดร.นิตยา วงศ์วีระพันธุ์

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปี 2554

มีนาคม พ.ศ. 2556

ชื่อแผนงานวิจัย

การพัฒนารูปแบบภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะในผู้สูงอายุ: กรณีภาคเหนือตอนบน

The Development of Local Wisdom to Health Promotion in Elderly: A Case of the top-north region, THAILAND.

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย ประจำปี 2554

ระยะเวลาทำการวิจัย 1 ปี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2554 ถึง 29 มีนาคม 2556

ชื่อผู้วิจัย นายเมธี วงศ์วีระพันธุ์ ปร.ด.

โรงพยาบาลนครพิงค์ จ.เชียงใหม่ โทรศัพท์ 053-999258

นายประสิทธิ์ เมธาธราธิป พ.บ.

โรงพยาบาลนครพิงค์ จ.เชียงใหม่ โทรศัพท์ 053-999258

นางสาวรจนพรรณ นันทิทรรภ พ.บ.

โรงพยาบาลนครพิงค์ จ.เชียงใหม่ โทรศัพท์ 053-999258

นางสาวนิตยา วงศ์วีระพันธุ์ ปร.ด.

คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โทรศัพท์ 053-943585

บทคัดย่อ

พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นอุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพอาจเกิดจาก การที่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดหลายอย่าง ทำให้ไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่รับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ดังนั้นการใช้แนวคิดภูมิปัญญาท้องถิ่น (Wisdom) เพื่อการสร้างพลังอำนาจเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นความรู้ในท้องถิ่น ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ และความเฉลียวฉลาดของชาวบ้าน รวมทั้งความรู้ที่สั่งสมมาแต่บรรพบุรุษ สืบทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง ระหว่างการสืบทอดภูมิปัญญานั้นมีการปรับ ประยุกต์และเปลี่ยนแปลง จนอาจเกิดเป็นความรู้ใหม่ตามสภาพการณ์ทางสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการศึกษาวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาวะผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตภาคเหนือตอนบนที่มีความเฉพาะของภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยเป็นการศึกษาองค์รวมที่ประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อให้เกิดแนวคิดใหม่ในการกระทำพฤติกรรม และเกิดความเชื่อมั่นและทักษะที่สามารถจัดการกับตัวเอง สิ่งแวดล้อมแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดความสมดุลในชีวิต เพื่อเสนอเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขเพื่อทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง ครอบครัวและสังคมต่อไป

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบการวิจัยและพัฒนาร่วมกับการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีขั้นตอนการพัฒนา 2 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษาสุขภาวะในกลุ่มผู้สูงอายุ และภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อนำไปใช้สร้างกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะ 2) การพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุ โดยการสังเคราะห์กิจกรรมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่ได้จากการศึกษาขั้นตอนแรก และจัดทำรูปแบบภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะที่ยั่งยืนในผู้สูงอายุ โดยกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนบน 6 จังหวัด

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในเขต 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน รวมทั้งหมดจำนวน 80 ราย จัดกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถกับการมีสุขภาวะดีได้ 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะดีที่สามารถทำกิจกรรมได้ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะดีที่ทำงานได้น้อยลง หรือสามารถทำกิจกรรมได้ลดลง และ 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะไม่ดี

ผลการศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นประเภทองค์ความรู้ของกลุ่มบุคคลในท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุสามารถนำเสนอได้เป็น 4 ส่วนดังนี้ 1) ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องด้านโภชนาการ 2) ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องการเสริมสร้างสุขภาวะด้านร่างกาย 3) ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องด้านการนวด และ 4) ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องด้านความสัมพันธ์กับสังคม และการพัฒนาทางจิตวิญญาณที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะดี

ลักษณะสุขภาวะของผู้สูงอายุ และปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ค้นพบสาระสำคัญที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะดีนั้น เกิดจากการดูแลตนเองแบบองค์รวม และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่นำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี เกิดจากการดูแลตนเองตามแบบแผนการดำเนินชีวิต 6 ด้าน คือ 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) โภชนาการ 4) การสนับสนุนระหว่างบุคคล 5) การจัดการกับความเครียด และ 6) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ

ผลการศึกษารูปแบบภูมิปัญญาท้องถิ่นที่นำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุนั้น สามารถดำเนินการได้ใน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพดี/แข็งแรง และกลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรง/มีการเจ็บป่วยเล็กน้อย โดยมีรูปแบบ 3 ด้านคือ 1) การจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะด้านร่างกาย ในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การบริหารร่างกาย การนวดและกิจกรรมสันทนาการ 2) รูปแบบการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะด้านจิตใจ โดยใช้กิจกรรมด้านศาสนาและกิจกรรมการช่วยเหลือแก่สังคม 3) รูปแบบการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะด้านสังคม ด้วยกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

ผลการดำเนินการวิจัยทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสม เพื่อนำไปใช้ปฏิบัติในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาวะผู้สูงอายุในจังหวัดภาคเหนือตอนบน ผู้สูงอายุได้ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสม และรูปแบบภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสม ในการส่งเสริมสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุเพื่อนำไปใช้ปฏิบัติในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ ภูมิปัญญาท้องถิ่น, การส่งเสริมสุขภาวะ, ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

Health promotion being a barrier to health behavior of the elderly may be due to the age restrictions that are responsible for good health behaviors, while recognizing that there were benefits to their health. Therefore, the concept of the so-called local wisdom to generate a great drive was important as it is the particular wisdom, the local knowledge derived from experience and the ingenuity of the people in the area. In other words, it is the knowledge gained through the ancestors and inherited from one generation to another generation. The wisdom through socialization and the passage of time has been modified, adjusted, and attuned to the situations concerned. That is to say, it came into existence and was moulded by a new social, cultural and environmental conditions. Thus, to find how to promote health behavior of the elderly, by means of local knowledge, especially in the upper-northern region teeming with local wisdom in particular is worth attempting. By a study of the application of a holistic concept of health promotion through local knowledge is to achieve the new behavior with self-confidence and skills for properly managing themselves and environment, caused by their own free-will, resulting in a balance in life, which is nothing but to offer an appropriate model for health promotion in the elderly. The elderly will there from have a better quality of life and live happily in society so as to do good to their own family and society as well.

This research aims at developing a model of local wisdom for promoting good health in the elderly, the expected group of people in the 6 upper-northern provinces. The study is based on research and development methodology cum participation. The study consists of two phases: 1) the study of health among the elderly, while acquiring a local knowledge to create health promotion activities, and 2) the development of local knowledge in order to promote health for elders. By means of synthetic activity, the appropriate local wisdom is utilized for elders from the first step. And a local model suitable for promoting a sustainable health program for the elders is accordingly worked out.

From the study, it is found that the expected elders in the six provinces in the Upper- North numbering 80 can be arranged in 3 groups according to their ability and health thus: 1) a group of old people healthy and energetic, 2) a group of old people healthy but less energetic and 3) a group of old people who have bad health.

The results of study on local wisdom as a body of knowledge in connection with the strengthening health for the elders can be arranged into four aspects: 1) traditional knowledge related to nutrition, 2) traditional knowledge relevant to good

physical health, 3) traditional knowledge related to the field of massages and 4) traditional knowledge concerning social relations, including spiritual development, leading to very healthy elders.

On the elders' healthy conditions and their social-cultural factors involved, researchers have discovered a substance by which the elderly live very healthy life. That is, they look after their life by means of holistic care as well as their way of life helpful to a better health. Caused by self-care lifestyle as such, six characters may be pointed out: 1) the responsibility for 1) health, 2) Exercise, 3) Nutrition, 4) Interpersonal support, 5) stress management, and 6) mental development.

The local wisdom model as such applied to two groups: 1) healthy elders and 2) infirm elders or ill health. To promote the health program for them, it carried out the program with the three aspects: 1) the physical activity in terms of nutrition, exercise, gymnastics, massage and recreation, and 2) the activities to promote mental health, both religious and social, and 3) the health promotion activities of the society, such as, Senior Citizens Club activities.

The research has caused the development of a local optimum wisdom for promoting health behavior of the elderly in the upper-northern provinces. The elderly have made use of local knowledge or a local optimum wisdom. In health promotion as such, it has created good health care habits so as to render a sustainable health care practice.

Key words: Local Wisdom, Health promotion, elder.

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

แผนงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีจากการได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2554 ซึ่งสาระสำคัญของรายงานประกอบด้วยส่วนเป็นสาระของรายงานผลการวิจัยภาพรวมของแผนงานวิจัย สาระของรายงานผลการวิจัยโครงงานวิจัยย่อยที่ 1 และ 2 คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ที่อนุมัติทุนวิจัย และมอบหมายให้ดำเนินการวิจัยภายใต้การดูแลของภารกิจโครงการและประสานงานวิจัย (ภค)

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบทางวิชาการด้านปัญหาสังคมผู้สูงอายุที่ประกอบด้วยศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ ดร.จิตร สิทธิอมร นายแพทย์ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เย็นใจ เลาหวณิช รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ ศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล นายแพทย์อุดม เพชรสังหาร และรองศาสตราจารย์ ดร.ยงยุทธ แฉล้มวงษ์ เป็นอย่างสูงที่ได้ให้ข้อเสนอแนะทั้งในเชิงแนวคิด และการปฏิบัติการวิจัยตั้งแต่การพัฒนาโครงร่างข้อเสนอการวิจัย เทคนิควิธีการดำเนินการวิจัยจนถึงการจัดทำรายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัด เชียงใหม่ ในการให้ความอนุเคราะห์ทั้งอุปกรณ์ สถานที่และเวลาในการทำงานเพื่อให้คณะผู้วิจัยสามารถดำเนินงานได้อย่างคล่องตัว นอกจากนั้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ตรวจสอบแนวคำถามในการ ศึกษาพฤติกรรมสุขภาวะผู้สูงอายุ และวิธีการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ท้ายสุดนี้ขอขอบพระคุณผู้ประสานงานในพื้นที่ในการดำเนินการวิจัย ทั้งบุคลากรจาก โรงพยาบาลนครพิงค์ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเขตภาคเหนือตอนบน นอกจากนั้นขอขอบพระคุณผู้ สูงอายุผู้ให้ข้อมูลทุก ๆ ท่านที่สละเวลาและให้ความร่วมมือ ช่วยให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาวะผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตภาคเหนือตอนบนต่อไป

ดร.เมธี วงศ์วีระพันธุ์ และ คณะผู้วิจัย

มีนาคม 2556

สารบัญเรื่อง

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญเรื่อง ฉ	
สารบัญตาราง ช	
สารบัญภาพ	ซ
บทนำรวม	1
โครงการย่อยที่ 1 / โครงการย่อยที่ 2	13
บทนำ	13
การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	23
ระเบียบวิธีดำเนินการวิจั ย	114
ผลการวิจัยและอภิปรายผล	126
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	195
บรรณานุกรม	207
ภาคผนวก	233
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้สูงอายุ	234
ภาคผนวก ข เครื่องมือการวิจัย	263
ภาคผนวก ค ภาพกิจกรรมผู้สูงอายุ	270
ภาคผนวก ง รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการสังเคราะห์ภูมิปัญญาท้องถิ่น	284
ภาคผนวก จ ประวัติคณะผู้วิจัย	286

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 กลุ่มตัวอย่าง	115
2 ตัวอย่างการปฏิบัติตัวตามแนวศาสนาพุทธ	124
3 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ	126
4 การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเองความรับผิดชอบต่อสุขภาพในด้านต่างๆ	128
5 การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเองในการออกกำลังกาย	135
6 การปฏิบัติตัว/ดูแลตนในเรื่องการรับประทานอาหาร	138
7 การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเองในด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	141
8 การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเองในการจัดการความเครียด	144
9 การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเองในการพัฒนาจิตวิญาณ	148
10 ข้อมูลพื้นฐานการดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร	153
11 ข้อมูลพื้นฐานการปฏิบัติตัว/ดูแลตนเองในการออกกำลังกาย	160
12 ข้อมูลพื้นฐานการดูแลตนเองด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุ	166
13 ข้อมูลพื้นฐานการปฏิบัติตัว/ดูแลตนเองในการจัดการความเครียด	169
14 ข้อมูลพื้นฐานการปฏิบัติตัว/ดูแลตนเองในการพัฒนาจิตวิญาณ	171
15 อาหารป้องกันและรักษาโรค	175
16 อาหารสำหรับผู้สูงอายุ	175
17 ความเชื่อในการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วย	176
18 ปัจจัยส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อชมรมผู้สูงอายุในอนาคต	204

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการพัฒนารูปแบบภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อการส่งเสริมสุขภาวะในผู้สูงอายุ	8
2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	82
3 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์	87
4 กรอบแนวคิดการพัฒนารูปแบบภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อการส่งเสริมสุขภาวะในผู้สูงอายุ	113
5 กิจกรรมการแช่เท้าในน้ำสมุนไพรของกลุ่มผู้สูงอายุ	133
6 กิจกรรมการตรวจวัดความดันโลหิตของกลุ่มผู้สูงอายุ	133
7 กิจกรรมการเล่นออกกำลังกายของกลุ่มผู้สูงอายุที่ลานกิจกรรมภายในวัด	137
8 กิจกรรมออกกำลังกายยืดเหยียดร่างกายของกลุ่มผู้สูงอายุ	137
9 ตัวอย่างของขบเคี้ยวยามว่าง	140
10 ตัวอย่างอาหารปรุงจากผักพื้นบ้าน	140
11 กิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุที่ลานกิจกรรมภายในวัด	142
12 กิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุภายในลานศาลาวัด	142
13 กิจกรรมเล่นดนตรีพื้นเมืองของกลุ่มผู้สูงอายุที่วัด	146
14 กิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุในเทศกาลวันขึ้นปีใหม่	146
15 กิจกรรมสวดมนต์ ฟังธรรมของกลุ่มผู้สูงอายุ	151
16 กิจกรรมการให้ศีลให้พร ผูกข้อมือของผู้สูงอายุ	151
17 การตำข้าวแบบพื้นบ้านที่ยังมีอยู่ในพื้นที่ชนบท ของจังหวัดแม่ฮ่องสอน	157
18 ตัวอย่างงาชนิดต่างๆ ที่ใช้ประกอบเป็นอาหาร	157
19 ตัวอย่างอาหาร ผลไม้ ที่รับประทานในชีวิตประจำวัน	159
20 การทำแผ่นถั่วเน่าด้วยอุปกรณ์เครื่องอัดแผ่นแบบพื้นบ้าน	159
21 กิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุที่เล่นกะลาชัก เพื่อออกกำลังกาย	162
22 กีฬาสาธิตตีกอล์ฟดอยของผู้สูงอายุ	162
23 เครื่องนวดกะลา ฝ่าเท้าแบบพื้นบ้าน	164
24 เครื่องออกกำลังกายประยุกต์จากจักรยานเก่า ปั่นมือ ปั่นขา	164
25 เครื่องออกกำลังกายประยุกต์จากกระดานโยก	165
26 เครื่องออกกำลังกายประยุกต์จากไม้ ใช้ปั่นออกกำลังขา	165
27 กิจกรรมการฟ้อนรำของกลุ่มผู้สูงอายุที่สนุกสนาน	168
28 กิจกรรมการสอนตัดกระดาษเพื่อทำตุงของกลุ่มผู้สูงอายุ	168
29 อุปกรณ์เตรียมตัดตุงเพื่อใช้ในการประกอบการทำบุญ	170
30 ตุงที่ตัดอย่างสวยงามของผู้สูงอายุ	170
31 กิจกรรมการตอกลายโลหะของผู้สูงอายุ เพื่อใช้ประดับตกแต่งที่วัด	173

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพที่	หน้า
32 สิ่งของที่กลุ่มจิตอาสาผู้สูงอายุดำเนินการแจกให้กับผู้ป่วย	173
33 พืช สมุนไพร ที่ใช้ต้มดื่ม ภูมิปัญญาพื้นบ้าน	177
34 หม้อน้ำดื่มสมุนไพรพื้นบ้าน	177
35 เครื่องมือที่ใช้ในการนวดตอกเส้น	179
36 การนวดตอกเส้นของผู้สูงอายุที่ลานกิจกรรม	179
37 การนวดแบบย่ำขางเพื่อคลายอาการปวดกล้ามเนื้อ	180
38 การแช่เท้า การนวดเท้า ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ลานกิจกรรม	180
39 เครื่องออกกำลังกาย	183
40 เครื่องออกกำลังกายประยุกต์จากกะลามะพร้าว	183
41 เครื่องออกกำลังกายประยุกต์จากไม้ล้อเลื่อน	184
42 เครื่องออกกำลังกายประยุกต์จากยางยืด	184
43 กิจกรรมการแช่และนวดเท้าในน้ำสมุนไพรของกลุ่มผู้สูงอายุ	187
44 เครื่องออกกำลังกายเท้าประยุกต์จากไม้ไผ่	187
45 กิจกรรมสอนการประดิษฐ์ดอกไม้จากใบเตยของผู้สูงอายุ	192
46 กิจกรรมการสอนมัดไม้กวาดให้กับผู้สนใจของผู้สูงอายุ	192
47 ตัวอย่างการทำลูกประคบแบบแห้ง	194
48 ตัวอย่างผลผลิตผู้สูงอายุจากการพับผ้าเช็ดมือเป็นรูปสัตว์	194

บทนำรวม

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ปัจจุบันการเพิ่มประชากรวัยสูงอายุกำลังเป็นกลุ่มที่ได้รับความสนใจ เนื่องจากมีการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรสูงอายุเร็วกว่าประชากรวัยอื่นๆ โดยรวม กล่าวคือระยะเวลาที่ใช้ในการเพิ่มขนาดประชากรเป็นเท่าตัวของประชากรสูงอายุสั้นลงและสั้นกว่าของประชากรโดยรวมเมื่อ 20 ปีที่แล้ว ในปี พ.ศ. 2533 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุประมาณ 4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด ปัจจุบันมีผู้สูงอายุประมาณ 7.4 ล้านคนและคาดว่า ปี พ.ศ. 2563 ผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17 ของประชากรทั้งประเทศ (ชื่นฤทัยและคณะ, 2550: 88) และเป็นกลุ่มที่คาดว่าจะได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงทั้งทางเศรษฐกิจ สังคมและการแพทย์ ปัญหาเรื่องของสุขภาพเสื่อมโทรมถูกกระทบกระเทือนในหลายลักษณะ ด้วยสาเหตุร่วมกันกับกระบวนการสูงอายุ การดำเนินของโรค วิถีการดำเนินชีวิตและสภาพแวดล้อม ความเจ็บป่วยเป็นปัญหาแรกๆ และพบได้สูงสุดในผู้สูงอายุ เมื่อประสบปัญหาสุขภาพสิ่งที่ตามมาคือ ความสามารถในการทำกิจกรรมหรือการประกอบอาชีพลดลง ทำให้มีความต้องการบริการด้านการแพทย์ของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เพื่อเตรียมรับปัญหาทั้งในปัจจุบันและอนาคต นโยบายขั้นพื้นฐานของรัฐจึงส่งเสริม สนับสนุนและเน้นหนักในเรื่องการดูแลตนเองและการพึ่งตนเอง (self care and self reliance) ซึ่งเป้าหมายในการพัฒนาประเทศประการหนึ่งคือ มุ่งให้ประชาชนมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี สามารถพึ่งตนเองได้และมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งหมายถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี (quality of life) ครอบคลุมบริบททั้งเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและค่านิยม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโรว์และคาร์นที่ว่า ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful aging) จะประกอบด้วยการมีระยะเวลาของการมีอายุที่ยืนยาว มีภาวะทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี มีการตระหนักในคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสามารถทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสามารถในการควบคุมตนเองและมีความพึงพอใจในชีวิตสูง (Rowe & Kahn, 1998: 181)

การคาดการณ์ในอนาคตผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีขึ้นกว่าปัจจุบัน เนื่องมาจากความเจริญทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ และผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ในการป้องกันตนเองอย่างกว้างขวาง โรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุจะลดน้อยลง ผู้สูงอายุจะได้รับการส่งเสริมให้เรียนรู้วิธีการใช้ชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่อย่างมีความสุขและมีสุขภาพดีขึ้น (Sieu, 1994: 203) ปัจจุบันผู้สูงอายุสนใจที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพและความสูงอายุมากขึ้น สามารถเข้าใจปัญหาต่างๆ เพื่อเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุได้เป็นอย่างดี การศึกษาองค์ความรู้ต่างๆ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลตนเองอย่างมีคุณภาพ ด้วยการนำความรู้สู่ชุมชนในรูปแบบต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อมยังคงมีปัญหาและอุปสรรคมากเนื่องจากความแตกต่างกันในกลุ่มผู้สูงอายุเอง เช่น เพศ พื้นฐานทางสุขภาพ ความเชื่อ ระดับการศึกษาของแต่ละบุคคล และความเป็นอยู่โดยทั่วไปของประชากรในประเทศไทยยังขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมรอบตัวเป็นสำคัญทั้งสภาพภูมิประเทศ สภาพดินฟ้าอากาศ มีความเป็นอยู่ที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละภูมิภาค และสภาพสังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีลักษณะแตกต่างหลากหลายและซับซ้อน จึงต้องศึกษาเรียนรู้แนวคิดใหม่ๆ เพื่อสนองความต้องการของสังคมในการแสวงหาทางเลือกที่แตกต่างกัน

ภาวะสูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาหลายอย่างตามมา และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ มีการสูญเสียสมรรถภาพทางกายเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังควบคู่ไปกับความเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพต้องพึ่งพาผู้อื่น และต้องการความช่วยเหลือจากบริการทางสุขภาพและสังคมเพิ่มมากขึ้น จะเห็นได้จากอัตราครองเตียงซึ่งมีถึงร้อยละ 30 โรคและปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุในประเทศไทยได้แก่ โรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อ อุบัติเหตุและโรคเรื้อรัง เช่น โรคกระดูกพรุน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและอาการของโรคสมองเสื่อม ประมาณร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุจะมีโรคหรือปัญหาสุขภาพตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 19 มีโรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยและควรจะทำได้ และประมาณร้อยละ 7 ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลตนเอง เช่น การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องเผชิญ และเป็นปัญหาที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง และถ้ามีปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจมาเป็นตัวเสริมก็จะทำให้ปัญหามีความรุนแรงยิ่งขึ้น สมรรถภาพทางกายเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต และ เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความสามารถของผู้สูงอายุที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยปราศจากความเหนื่อยล้าที่เกินกว่าที่ควรจะเป็น (ACSM, 1992) สมรรถภาพทางกายที่ลดลงของผู้สูงอายุนอกจากจะเป็นไปตามกระบวนการสูงอายุแล้ว ยังพบว่าการขาดการส่งเสริมสุขภาพที่ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุลดลงอย่างรวดเร็ว

สุขภาวะคือ สุขภาพหรือภาวะที่เป็นสุขโดยเน้นความเป็นองค์รวมทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางสังคมและทางวิญญาณ สุขภาวะทั้ง 4 มิติซึ่งไม่เพียงแต่การปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้นเป็นการมองบุคคลในลักษณะความเป็นหนึ่งเดียวมากกว่าการมองแบบแยกส่วน (สำนักปฏิรูประบบสุขภาพ, 2543) ส่วนการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่คนสามารถควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเองได้ (RNABC, 1994) การส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวข้องกับการจัดสภาพความเป็นอยู่ที่ช่วยให้มีสุขภาพดี รวมทั้งลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค นอกจากนั้นองค์การอนามัยโรคเน้นว่าการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมวิถีชีวิตที่ถูกหลักอนามัย การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ การสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง การปรับปรุงบริการสาธารณสุขต่างๆ และการที่รัฐมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การส่งเสริมสุขภาพจะต้องไม่มุ่งเฉพาะที่บุคคลเท่านั้น แต่ต้องรวมถึงครอบครัว และชุมชนที่อาศัยอยู่ด้วย (Pender, 1996) ดังวัตถุประสงค์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแสดงศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539) แม้ว่ารัฐบาลจะเร่งสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไทยโดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม งานดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุยังอยู่ในวงจำกัดและไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ยังคงเป็นการป้องกันและรักษาโรคโดยมีเหตุผลว่าสภาพร่างกายเกิดความเสื่อม ขาดการเข้าใจปัญหาผู้สูงอายุที่แท้จริง ละเลยต่อระบบความคิด ความเชื่อที่มีประโยชน์ต่อการบรรลุการมีสุขภาพดี (Jitapunkul & Chayovan, 2001)

การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและพัฒนาสุขภาพของตนเอง เป็นผลให้มีสุขภาพดีขึ้นทั้งกายและจิตใจ เพื่อ

นำไปสู่การป้องกันการเสื่อมถอยของร่างกายจากระบวนการสูงอายุและความพิการ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพที่จะสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพได้ สามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมก่อให้เกิดประโยชน์ทางร่างกายคือ ทำให้ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและใจดีขึ้น การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งทฤษฎีกิจกรรมยืนยันว่าผู้สูงอายุ ที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้ จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองดี (Decker, 1980) มีผู้ศึกษาและเสนอแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ไว้หลายรูปแบบเพื่อมุ่งให้บุคคลมีการส่งเสริมสุขภาพที่ดี เช่น แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่งได้เสนอแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพที่ผสมผสานมุมมองทางศาสตร์การพยาบาล และพฤติกรรมศาสตร์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษากระบวนการทางชีวจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง และกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย ลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Individual Characteristic and Experiences) ซึ่งเป็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคลที่มีผลต่อการกระทำในเวลาต่อมา ความรู้และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม และการเกิดพฤติกรรม (Behavioral Outcome) มีผู้สนใจนำแนวคิดดังกล่าวไปศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูง อายุพบว่า การเกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพยังไม่บรรลุผลสำเร็จเท่าที่ควร ดังเช่นงานวิจัยของวรรณี ชัชวาลทิพากรและคณะ (2542) ศึกษาเพื่อประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยยึดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพต่ำ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดและการรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

นอกจากนี้มีผู้วิจัยศึกษาบางตัวแปร เช่น วันดี แย้มจันทร์ฉาย (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี การรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับสูง มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมระดับปานกลางและมีพฤติกรรมในด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ส่วนการศึกษาวิจัยที่ไม่พบมีความสัมพันธ์เช่นการศึกษาของดวงเดือน พันธุโยธี (2539) ศึกษาความสำคัญต่อภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความสำคัญต่อภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายผู้สูงอายุได้ ถึงแม้ว่าปัจจุบันองค์กรภาครัฐให้ความสำคัญและสนใจการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การออกกำลังกายโดยมีนโยบายการออกกำลังกายโดยจัดโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม พบว่ามีโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อพัฒนาสมรรถภาพกายและจิตใจสำหรับผู้สูงอายุจำนวนมาก ได้แก่ การบริหารร่างกาย การรำมวยจีน การเต้นแอโรบิค การว่ายน้ำ การออกกำลังกายในสวนสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเลือกปฏิบัติได้ แต่ยังพบว่ากิจกรรมต่างๆ เหล่านี้มีประโยชน์ต่อร่างกายแต่ยังมีอุปสรรคและข้อจำกัดในการปฏิบัติที่แตกต่างกันในการทำกิจกรรม เช่น สภาพร่างกายไม่พร้อม ขาดสื่อ ไม่สามารถจดจำท่าในการบริหารร่างกายแบบมวยจีน การทำกิจกรรมบางอย่างต้องปฏิบัติพร้อมกันเป็นกลุ่มในเวลาเดียวกัน ไม่เอื้อให้ผู้สูงอายุเลือกเวลาที่จะปฏิบัติให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเองได้ และที่สำคัญคือทัศนคติในทางลบ

ต่อการมีอายุมากขึ้นมักมองว่าเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นภาระของบุคคลอื่น และสังคม สิ้นหวัง ท้อแท้ในชีวิต จึงทำให้ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการที่ผู้สูงอายุจะกระทำพฤติกรรมเพื่อมุ่งหวังให้เกิดสุขภาพที่ดีแก่ตนเอง ดังเช่นงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการออกกำลังกายพบอุปสรรคสำคัญคือ การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว โปรแกรมการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม อุปสรรคจากสิ่งแวดล้อมและอุปสรรคส่วนบุคคล

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ โดยส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยเช่นเดียวกัน อีกทั้งยังมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายลดลง ดังเช่น การศึกษาของเกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์, สุรีย์ บุญญานุพงศ์และสมศักดิ์ ฉันทะ (2523) ที่ศึกษาชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ไม่ออกกำลังกายร้อยละ 26.4 การศึกษาของชูเพ็ญศรี วงศ์พุทธาและพุฒิพงษ์ พุกกะมาน (2540) ศึกษาการสำรวจอาชีพและคุณภาพชีวิตของแรงงานผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางและมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ

จะเห็นว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุอาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดหลายอย่างที่ทำให้ไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่รับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง ดังนั้นการใช้แนวคิดภูมิปัญญาท้องถิ่น (Wisdom) เพื่อการสร้างพลังอำนาจเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือภูมิปัญญาชาวบ้าน เป็นความรู้ของชาวบ้านในท้องถิ่น ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ และความเฉลียวฉลาดของชาวบ้าน รวมทั้งความรู้ที่สั่งสมมาแต่บรรพบุรุษ สืบทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง ระหว่างการสืบทอด ภูมิปัญญานั้นมีการปรับ ประยุกต์ และเปลี่ยนแปลง จนอาจเกิดเป็นความรู้ใหม่ตามสภาพการณ์ทางสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการที่จะพัฒนาให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่เป็นไปด้วยความเต็มใจและยั่งยืนจำเป็นต้องใช้ความเข้าใจในเรื่องพฤติกรรมความต้องการ และภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อการสร้างพลังของบุคคลนั้นๆ ให้สามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่กำหนดสุขภาพได้ และการสร้างพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่จะทำให้เกิดความสามารถในการจัดการและดำเนินการ เพื่อปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จ (Bandura, 1997) ซึ่งรวมถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ส่งผลดีต่อสุขภาพโดยตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาวะผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตภาคเหนือตอนบนที่มีความเฉพาะของภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งเป็นการศึกษาองค์รวม โดยประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ทำการวิเคราะห์รวบรวมข้อมูลเพื่ออธิบายความรู้ วิธีการในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้สัมฤทธิ์ผลโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อให้เกิดแนวคิดใหม่ในการกระทำพฤติกรรม และเกิดความเชื่อมั่นและทักษะที่สามารถจัดการกับตัวเอง สิ่งแวดล้อมแล้วเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยตนเองส่งผลเกิดความสมดุลในชีวิต เพื่อเสนอเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขเพื่อทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง ครอบครัวและสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์หลักของแผนงานวิจัย

1. ศึกษาสุขภาวะที่ดี ศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นประเภทองค์ความรู้ของกลุ่มบุคคลท้องถิ่น ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะเพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาวะในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ย่อยดังนี้

1.1 ศึกษาสุขภาวะที่ดีใน ผู้สูงอายุ ศึกษาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะในผู้สูงอายุ

1.2 เพื่อศึกษา ภูมิปัญญาท้องถิ่น ประเภทองค์ความรู้ของกลุ่มบุคคลท้องถิ่น ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะในกลุ่มผู้สูงอายุ

1.3 ศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อนำไปใช้ สร้างกิจกรรมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะในกลุ่มผู้สูงอายุ

2. เพื่อ พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ย่อยดังนี้

2.1 นำกิจกรรม การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมใน ผู้สูงอายุที่ได้จากการศึกษาข้อที่ 1.3 มาพัฒนาในการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ

2.2 การพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาวะ สำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดภาคเหนือตอนบน โดยการสังเคราะห์ กิจกรรมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่ได้จากการศึกษาข้อที่ 2.1 และจัดทำรูปแบบ กิจกรรมภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะที่ยั่งยืนในผู้สูงอายุ

รายละเอียดความเชื่อมโยงระหว่างโครงการวิจัยย่อย

ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการวิจัยโดยมีโครงการวิจัยย่อยภายใต้แผนการวิจัย 2 โครงการ ดังนี้

ก. โครงการวิจัย ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะ (Local Wisdom to Health Promotion)

การศึกษาวิจัยเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและยกระดับ ภูมิปัญญาท้องถิ่นและนำมาใช้ใน การสร้างกิจกรรม เสริม สร้าง สุขภาวะ ให้มีศักยภาพและประสิทธิภาพ โดยดำเนินการศึกษา ภูมิปัญญาท้องถิ่น ประเภทองค์ความรู้ของกลุ่มบุคคลท้องถิ่น ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ ซึ่งได้กำหนดพื้นที่ในการวิจัย คือ ภาคเหนือตอนบน 6 จังหวัด กลุ่มเป้าหมายการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะดี รวมทั้งหมด จำนวน 60 รายและกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะไม่ดี จำนวน 20 ราย ของท้องถิ่นในเขต 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน

ข. โครงการวิจัย การส่งเสริมสุขภาวะในผู้สูงอายุ (Health Promotion in Elderly)

การศึกษาวิจัยเรื่องการส่งเสริมสุขภาวะใน ผู้สูงอายุมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อการพัฒนาและยกระดับการ เสริม สร้าง สุขภาวะใน ผู้สูงอายุให้มีศักยภาพและประสิทธิภาพ โดยโครงการมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา สุขภาวะในผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะในผู้สูงอายุ และเพื่อสร้างรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะที่เหมาะสมใน ผู้สูงอายุ ซึ่งได้

กำหนดพื้นที่ในการวิจัย คือ ภาคเหนือตอนบน 6 จังหวัด กลุ่มเป้าหมายการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุของท้องถิ่นในเขต 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน รวมทั้งหมดจำนวน 80 รายเพื่อศึกษาสุขภาวะที่ดี และ กลุ่มผู้สูงอายุ ที่เป็นผู้บริหารชุมชน นักวิชาการ ผู้นำชุมชน และกลุ่มผู้สูงอายุประชาชนทั่วไป รวมทั้งหมดจำนวน 150 ราย เพื่อศึกษากิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในผู้สูงอายุ โดยครอบคลุมในด้านการมีส่วนร่วม ด้านการบริหาร และด้านศักยภาพและปัญหา โดยนำเสนอรูปแบบ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภา วะโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่เหมาะสมเพื่อนำไปใช้กับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาวะ

1. ด้านกระบวนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จะเป็นการพัฒนารูปแบบภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะใน ผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงพัฒนาและมีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ

1) ศึกษาภาวะสุขภาวะที่ดี และการศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นของภาคเหนือตอนบนที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาวะ

2) ศึกษาแนวทางการเลือกใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อนำไปใช้ปฏิบัติในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาวะ

3) การส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยกิจกรรมที่ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ได้จากขั้นตอนที่ 2

4) การพัฒนารูปแบบ กิจกรรมการใช้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อใช้ในการการส่งเสริมสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

2. ด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ ภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชนที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาวะของ ผู้สูงอายุ และเพื่อ พัฒนากิจกรรมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชน

3. ด้านพื้นที่

ทำการศึกษาในเขตพื้นที่ 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน (เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง พะเยา)

4. ด้านเวลา

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลและพัฒนาใช้เวลาทั้งสิ้น 12 เดือน

5. วิธีการดำเนินการวิจัยและสถานที่ทำการทดลอง/เก็บข้อมูล

เพื่อศึกษาสุขภาวะของผู้สูงอายุและศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการเสริมสร้างสุขภาวะ ในผู้สูงอายุให้มีศักยภาพและประสิทธิภาพ โดยศึกษาจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะดีจำนวน 60 รายและกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะไม่ดี จำนวน 20 ราย ในเขต 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน รวมทั้งหมดจำนวน 80 ราย

เพื่อศึกษากิจกรรมในการส่งเสริมสุขภา วะสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ในชุมชน โดยครอบคลุมในด้านการมีส่วนร่วม ด้านการบริหาร และด้านศักยภาพ เพื่อนำเสนอ กิจกรรม การส่งเสริมสุขภา วะโดยการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่เหมาะสมเพื่อนำไปใช้กับการดำเนินงานส่งเสริมสุข

ภาวะ โดยดำเนินการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุประชาชนทั่วไป จำนวน 150 ราย ในเขต 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) การวิเคราะห์กิจกรรมที่ใช้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อ การเสริมสร้างสุขภาวะ เพื่อจัดทำแนวทางการเสริมสร้างสุขภาวะที่เหมาะสม

2) การจัดประชุม ในผู้สูงอายุ กลุ่มย่อยเพื่อรวบรวมและสังเคราะห์องค์ความรู้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการเสริมสร้างสุขภาวะ

3) ร่วมกันจัดทำรูปแบบภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะในผู้สูงอายุ

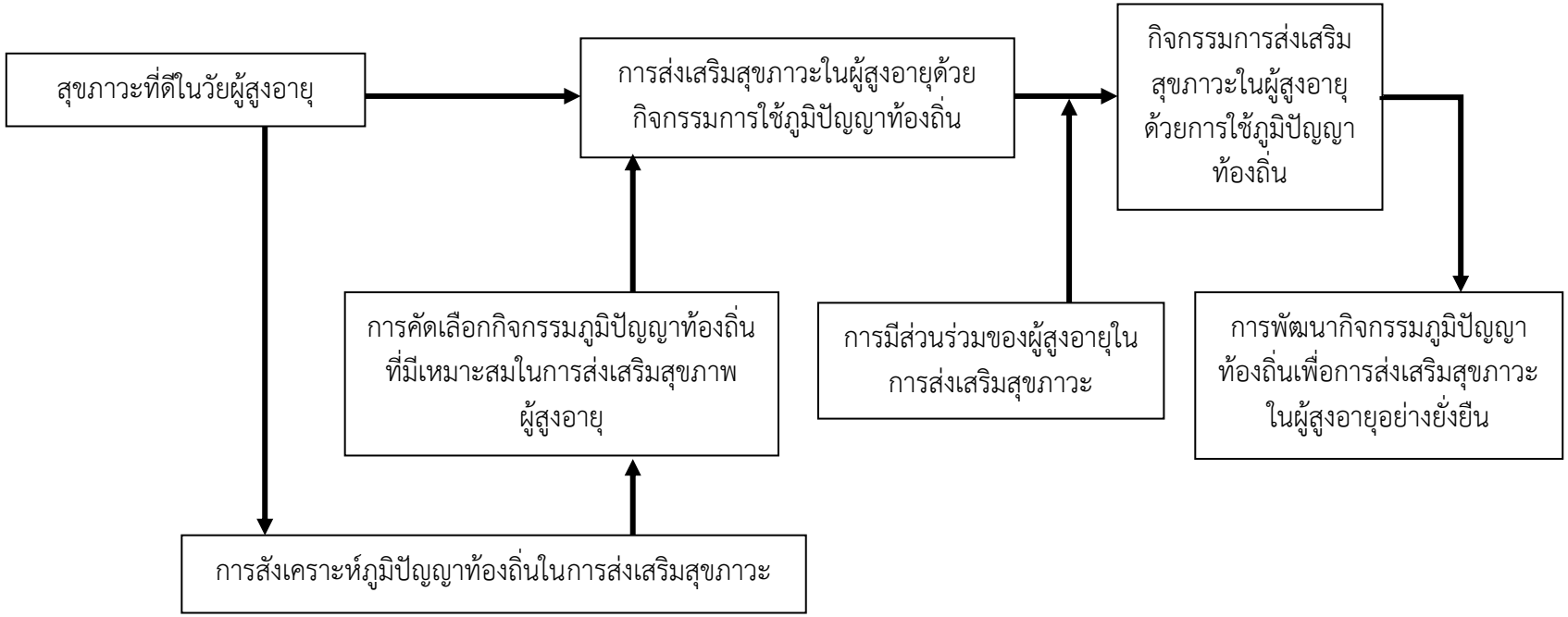
6. กลยุทธ์ของแผนงานวิจัย

แผนงานวิจัยนี้จะใช้กลยุทธ์ในการขับเคลื่อนการวิจัยเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย โดย

1) ใช้แนวทางการวิจัยที่เน้นกระบวนการที่ต่อเนื่อง (Continuing process) และความเชื่อมโยง (Relation or Linkage)

2) การวิจัยที่เน้นการใช้ข้อมูลในปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง และมุ่งเน้นการได้รับผลประโยชน์จากการวิจัยร่วมกันของทุกภาคส่วน

3) การวิจัยนี้เน้นการวิจัยเชิงประยุกต์ (applied research) ด้วยการใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนารูปแบบภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา

ผลการ ศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบ ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะในผู้สูงอายุ ซึ่งมีการศึกษาสุขภาวะในผู้สูงอายุ การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะในผู้สูงอายุ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ที่เกี่ยวข้อง และการใช้กิจกรรมที่นำ ภูมิปัญญาท้องถิ่น มาพัฒนาใช้ในการส่งเสริมสุขภาวะที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ เพื่อการพัฒนาและยกระดับการ เสริมสร้างสุขภาวะโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในผู้สูงอายุให้มีศักยภาพและประสิทธิภาพ ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ดังนี้

ลักษณะสุขภาวะของผู้สูงอายุ และปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง การดูแลตนเองแบบองค์รวมและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่นำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีนั้น จากการดูแลตนเองตามแบบแผนการดำเนินชีวิต 6 ด้าน ประกอบด้วยความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การสนับสนุนระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียด การพัฒนาทางจิตวิญญาณ ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะดี พบว่ามีแนวทางการปฏิบัติแต่ละแบบแผนดังนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะดี มีเจตนารมณ์เพื่อการดูแลตนเองและให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพของตนเองมาตลอดตั้งแต่อดีตในทุกเรื่อง เช่น อาหาร ออกกำลังกาย แม้ไม่ได้จริงจังมากนักเนื่องจากยังมีร่างกายแข็งแรง แต่เมื่อพบความผิดปกติจะไม่ละเลยปล่อยให้ลุกลาม เน้นการดำเนินชีวิตประจำวันที่เรียบง่าย เป็นวิถีชีวิตที่จะพาไปสู่ความสุขด้วยการทำตัวตามสบาย ไม่ผูกมัดตนเองด้วยกฎเกณฑ์ต่างๆ มากมาย กินง่าย อยู่ง่าย ดำรงชีวิตโดยยึดความพอเพียง ซึ่งไม่ได้หมายถึงการประหยัดจนอึดอัดหรือรัดตัวจนเกินไป ใช้จ่าย หรือทำกิจกรรมต่างๆ ตามแต่สถานภาพของแต่ละบุคคลที่มีอยู่ ไม่ทำให้ตนเองหรือคนอื่นเดือดร้อน เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดคือการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ซึ่งตัวผู้สูงอายุเองให้ความสนใจการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นอย่างมาก มุ่งส่งเสริมการทำงานของ อวัยวะต่างๆ ของร่างกายให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพเน้นการดูแลสมองเป็นพิเศษและเลือกวิธีการพักผ่อนด้วยการท่องเที่ยว

2. การออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะดี ยึดหลักการได้ออกแรงมากพอที่จะเทียบเท่าว่า เป็นการออกกำลังกายได้ คือการออกแรงอย่างต่อเนื่องให้มีระยะเวลา 30 นาที เนื่องจากภาระหน้าที่ประจำต้องปฏิบัติทุกวันโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่มีความจำเป็นอันใดที่จะต้องออกกำลังกายเหมือนเช่นนักกีฬาที่ต้องมีการฝึกฝนอย่างหนัก ความลำบากทำให้คนในอดีตมีสุขภาพดีเนื่องจากได้ออกแรงทำงาน เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วบางคนยังต้องทำงานในอาชีพเดิมแต่ปรับเปลี่ยนให้ลดน้อยลง จากสมรรถภาพร่างกายที่เสื่อมลงและหาวิธีการที่เหมาะสมในหลักคิดเดิมของผู้สูงอายุคือต้องออกแรงกระทำอย่างต่อเนื่องในการทำงาน

3. โภชนาการ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะดี การรับประทานอาหารที่จะเลือกรับประทานอาหารพื้นบ้านที่มีคุณค่าทางอาหารครบถ้วนและมีความต้องการอาหารให้ครบทั้ง 3 มื้อ แต่ลดปริมาณอาหาร เคร่งครัดการรับประทานอาหารมีคุณค่า ปริมาณที่เหมาะสม การปรุงอาหารใช้วัตถุดิบที่หาง่ายตามบ้านเน้นเครื่องปรุงที่เป็นสมุนไพรไทย เช่น ขิง ข่า ตะไคร้ เลือกรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ไม่เกิดโทษต่อร่างกาย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วมีการเปลี่ยนแปลงทั้งปริมาณชนิด ที่เหมาะสมกับวัยที่ไม่ส่งผลให้มีภาวะต่อโรคเสี่ยงต่างๆ ความเป็นอยู่ในอดีตเน้นการแบ่งปัน เผื่อแผ่อาหารการกินตามวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของคนที่อาศัยอยู่ในวัฒนธรรมภาคเหนือ จึงไม่เกิดความยุ่งยากในด้านอาหาร

4. การสนับสนุนระหว่างบุคคล ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุยังมีการประกอบอาชีพ อยู่และถ่ายทอดความรู้ ภูมิปัญญาสู่ลูกหลานรุ่นหลังๆ ผู้สูงอายุจึงกลายเป็นที่ปรึกษา ลักษณะสังคมผูกพันใกล้ชิดเครือญาติไปมาหาสู่กันเป็นประจำ โดยที่อาศัยเป็นครอบครัวเดี่ยว ในละแวกใกล้เคียงสามารถเดินทางไปมาสะดวก ผู้สูงอายุที่มีบทบาทในสังคมช่วยเหลือกิจกรรมการกุศล อุทิศเวลาส่วนตัวในการทำหน้าที่ของชมรมผู้สูงอายุ ชมรมจิตอาสา คณะกรรมการหมู่บ้าน มีการนัดพบปะเพื่อปรึกษาหารือทำงานร่วมกัน ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน สมาชิกองค์กรต่างๆ ในชุมชนที่อาศัยอยู่มีการพึ่งพาอาศัยกันตามสมควร นอกจากนี้ บทบาทของครอบครัวไทย การดูแลเกื้อหนุนพ่อ-แม่ที่แก่ชราเป็นหน้าที่ของบุตรหลาน จึงกลายเป็นสิ่งที่ยึดปฏิบัติกันมาโดยตลอด

5. การจัดการความเครียด ผลการวิจัยพบว่าการเผชิญความเครียดทั้งปัญหาส่วนตัว เศรษฐกิจ ผู้สูงอายุเคยได้รับการสอน ถ่ายทอดจากคนรุ่นพ่อ-แม่ ในการทำใจให้สงบ ผู้ที่มีความเครียดได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาแล้วเกิดการผ่อนคลาย เป็นความเชื่อที่ทำให้จิตใจสงบ การไปวัดหรือการทำบุญ เป็นกิจวัตรส่วนหนึ่งที่ต้องปฏิบัติ ได้ยึดปฏิบัติกันมาตั้งแต่วัยเด็ก โดยเป็นกิจกรรมที่ทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ครอบครัวของชาวพุทธให้ความสำคัญกับการไปวัด ฟังเทศน์และทำบุญในวันสำคัญทางศาสนาเป็นธรรมเนียมปฏิบัติ ซึ่งผลจากการทำบุญแล้วทำให้เกิดความสงบของจิตใจจึงเป็นสิ่งที่ยึดปฏิบัติสำหรับผู้ที่มีความเครียดจึงหันไปปฏิบัติทางศาสนาทำให้มองสภาวะทุกอย่างด้วยความเป็นจริงและยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นแล้วเกิดการผ่อนคลายได้ดี

6. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุสุขภาวะดี จึงไม่ปล่อยให้วันเวลาล่วงผ่านเป็นเพียงการเพิ่มความชราให้แก่ชีวิต แต่เป็นการเพิ่มความงดงามและคุณค่าให้แก่ชีวิตเมื่อวันเวลาล่วงผ่านไป ความสำเร็จในชีวิตเป็นความพอใจและการรับรู้ถึงการประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิต เป็นผู้ที่มองโลกในแง่ดี มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความกระตือรือร้น เอาใจใส่ต่อชีวิต รู้เท่าทันเหตุการณ์ มีการตั้งเป้าหมายของชีวิตและใช้ความพยายามเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตน ต้องการผู้สูงอายุยึดหลักคำสอนและแนวทางการดำเนินชีวิตตามหลักของศาสนาพุทธ มักมีความเชื่อเรื่องเวรกรรมและสิ่งศักดิ์สิทธิ์จึงเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาจิตใจให้สงบสุขได้

ส่วนลักษณะของ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาวะใน ผู้สูงอายุ เมื่อมีการจัดกลุ่มแล้วสามารถจำแนกได้กล่าวคือ

1. ภูมิปัญญาท้องถิ่นประเภทองค์ความรู้ของกลุ่มบุคคลในท้องถิ่นที่ใช้ในการเสริมสร้างสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุในด้านโภชนาการ ประกอบด้วย

1.1 อาหารประเภทที่นำมาใช้ประโยชน์ในด้านการป้องกันและรักษาโรค อาหารที่ผู้สูงอายุควรบริโภค (อาหารสำหรับผู้สูงอายุ)

1.2 อาหารที่มีคุณค่าด้านโภชนาการและด้านสมุนไพรที่มีประโยชน์ทั้งในด้าน การป้องกัน และเสริมสร้างให้ภูมิต้านทานแก่ร่างกาย ที่เกิดขึ้นจากลักษณะของการประกอบอาหาร ซึ่งผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนได้เรียนรู้ คิดวิธีการใช้เครื่องมือ วิธีการใช้อาหารที่ได้จากธรรมชาติ เพื่อประกอบอาหาร จนมีวิธีการประกอบอาหารที่แตกต่างจากพื้นที่อื่นๆ

1.3 อาหารประเภทเสริมสร้างสุขภาพตามฤดูกาล

1.4 น้ำดื่มสมุนไพร

2. ภูมิปัญญาท้องถิ่นประเภทองค์ความรู้ของกลุ่มบุคคลในท้องถิ่นในด้านการเสริมสร้างสุขภาวะด้านร่างกาย ประกอบไปด้วย การบริหารร่างกายโดยการดัดแปลงท่าฤาษีดัดตนมาใช้ เพื่อทำให้ร่างกายตื่นตัว แข็งแรง และเป็นการพักผ่อน ในขณะเดียวกันก็ยังมีสรรพคุณในการรักษาโรคเบื้องต้นได้อีกด้วย การบริหารร่างกาย เพื่อการทำให้ร่างกายมีการยืด หดตัวของกล้ามเนื้อ รวมไปถึงการใช้การออกกำลังกายที่ใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น เช่น การฟัดข้าว การเล่นพลอง หรือกิจกรรมต่างๆ ประกอบเพลง

3. ภูมิปัญญาท้องถิ่นประเภทองค์ความรู้ของบุคคลในท้องถิ่นด้านการนวด

4. ภูมิปัญญาท้องถิ่นประเภทองค์ความรู้ของบุคคลในท้องถิ่นในด้านความสัมพันธ์กับสังคมและการพัฒนาทางจิตวิญญาณ เพื่อจัดกิจกรรมด้านศาสนา เพื่อการพัฒนาและยกระดับด้านจิตวิญญาณ การใช้แนวคิดด้านศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ผ่อนคลายความเครียดและสร้างแนวทางการดำเนินชีวิตที่เป็นสุข โดยใช้รูปแบบของกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุที่มีอยู่ในท้องถิ่น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอรูปแบบในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสม โดยครอบคลุมกิจกรรมทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคมโดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมด้วยการมี สุขภาวะ ที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งองค์รวม โดยมุ่งปรับปรุงพัฒนากระบวนการและปรับเปลี่ยนวิถีแห่งการส่งเสริมสุขภาพองค์รวมให้ทันต่อกระแสการเปลี่ยนแปลง โดยให้สอดคล้อง เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรม สร้างและพัฒนานวัตกรรมและองค์ความรู้ วิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและเผยแพร่แก่องค์กรภายนอก เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติแก่ผู้ที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต ครอบคลุมทั้ง 3 มิติของสุขภาพ ดังนี้

กิจกรรมด้านร่างกาย

1. รูปแบบของ การออกกำลังกายที่ปลอดภัยและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ใช้อุปกรณ์ เครื่องมือในการออกกำลังกายที่มีอยู่ในท้องถิ่นและการจัดกิจกรรมสันทนาการ
2. จัดกิจกรรมการนวดพื้นฐาน การนวดสุขภาพเท้า
3. จัดกิจกรรมสังเกตและเรียนรู้ผู้สูงอายุต้นแบบที่ดีทั้งทางตรงและทางอ้อม
4. การเพิ่มความรู้ด้านการใช้พืชสมุนไพร/อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อสุขภาพดี
5. การจัดกิจกรรมการออกกำลังและการบริหารสมอง

กิจกรรมด้านจิตใจ

1. จัดกิจกรรมพัฒนาจิต/ศาสนา เช่น การนั่งสมาธิ การสวดมนต์ เป็นต้น
2. ส่งเสริมกิจกรรมที่สนับสนุนการอยู่ร่วมกับวัยอื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข ลดช่องว่างระหว่างวัย รวมทั้งส่งเสริมกิจกรรม การช่วยเหลือในชุมชน/กิจกรรมจิตอาสาในชุมชน และสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพการเผยแพร่ภูมิปัญญาท้องถิ่น

กิจกรรมด้านสังคม

1. พัฒนาชมรมและเครือข่ายผู้สูงอายุให้มีความยั่งยืน รวมทั้งการสร้างเครือข่ายสังคมดูแลกันและกัน
2. พัฒนาระบบสวัสดิการ สภาพแวดล้อมที่เป็นที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัย การส่งเสริมครอบครัวให้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุตามความเหมาะสม

ประโยชน์ที่ได้รับ

ผลการดำเนินโครงการตามแผนงานวิจัยจะทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบ กิจกรรมที่นำเอา ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสม เพื่อนำไปใช้ปฏิบัติในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาวะ ผู้สูงอายุ โดย จะก่อให้เกิดประโยชน์ ดังนี้

1. ภาวะสุขภาวะที่ดีและ แนวทาง การส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดภาคเหนือตอนบน
2. ผู้สูงอายุได้ใช้ กิจกรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสม เพื่อนำไปใช้ปฏิบัติในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาวะ
3. รูปแบบ กิจกรรมการใช้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุ
4. ผลงานวิจัยจะเป็นประโยชน์ในแง่ของการได้มาซึ่งองค์ความรู้ (body of knowledge) ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในด้านการเรียนการสอนของนักศึกษาหรือผู้ที่สนใจทั่วไปของ สถาบันและหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งภาคประชาชน ในกระบวนการ ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสม เพื่อนำไปใช้ปฏิบัติในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาวะ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีเป้าหมายจะนำเสนอ/ตีพิมพ์วารสารในระดับชาติและนานาชาติต่อไป

หน่วยงานที่นำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. กระทรวงสาธารณสุข
2. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
3. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จังหวัดเชียงใหม่
4. องค์การบริหารส่วน ท้องถิ่น จังหวัดเชียงราย
5. องค์การบริหารส่วน ท้องถิ่น จังหวัดแม่ฮ่องสอน
6. องค์การบริหารส่วน ท้องถิ่น จังหวัดลำพูน
7. องค์การบริหารส่วน ท้องถิ่น จังหวัดลำปาง
8. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จังหวัดพะเยา

บทที่ 1
บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผลการศึกษาคาดการณ์ว่าเมื่อถึงปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้สูงอายุทั่วโลกจำนวนถึง 823 ล้านคน แยกเป็นประชากรที่อยู่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว 232 ล้านคน ในประเทศกำลังพัฒนา 561 ล้านคน ซึ่งเป็นการที่โลกจะเข้าสู่ภาวะประชากรสูงวัย (Population Aging) และในประเทศกำลังพัฒนาอัตราเร็วของการเข้าสู่ภาวะประชากรสูงวัยจะเร็วกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว สำหรับประเทศไทยจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและก้าวเข้าสู่ภาวะประชากรสูงวัยอย่างรวดเร็ว โดยใช้เวลาน้อยกว่า 30 ปี ในการเพิ่มสัดส่วนประชากรสูงวัยเป็นหนึ่งเท่าตัว จากร้อยละ 6.7 เมื่อปี พ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 15.2 ในปี พ.ศ. 2563 และมีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มที่มีอายุมากคืออายุ 80 ปี ขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วด้วยคือจากเดิมเคยเป็นร้อยละ 7-10 ของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มเป็นร้อยละ13 ของประชากรในปี พ.ศ.2563 (วิทยาลัยประชากรศาสตร์, 2550: 5)

ข้อมูลสำนักบริหารทะเบียนกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ประจำปี พ.ศ. 2550 พบว่าปัจจุบันจำนวนประชากรไทยในช่วงอายุ 45-74 ปี มีจำนวนถึง 15,810352 คน ซึ่งแยกเป็นประชากรช่วงอายุ 45-54 ปี ช่วงอายุ 55-64 ปี และช่วงอายุ 65-74 ปี จำนวน 8,129,080 คน 4,716,958 คน และ 2,964,314 คน ตามลำดับ ในขณะเดียวกัน จากการรายงานของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น คาดว่าในปีพ.ศ. 2563 ประชากรผู้สูงอายุไทย จะมีจำนวนถึง 10,776,000 คน และจากการคาดประมาณอายุขัยเฉลี่ยแรกเกิดของประชากรไทย โดยการฉายภาพประชากรไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2543-2568 พบว่า เมื่อปี 2543 ประชากรไทยเพศชาย มีอายุขัยเฉลี่ย 67.2 ปี ประชากรไทยเพศหญิง มีอายุขัยเฉลี่ย 74.6 ปี และแนวโน้มในระยะอีก 50 ปีข้างหน้านับจากปี 2543(หรือปี2593) อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยจะเพิ่มขึ้นเป็น 75 ปี สำหรับเพศชาย และ 80 ปี สำหรับเพศหญิง โดยไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละภาค (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ,2547) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชื่นฤทัยและคณะ ว่า คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยสูงขึ้น โดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดปีปัจจุบันเท่ากับ 71 ปี เพศชายเท่ากับ 68 ปีและเพศหญิงเท่ากับ 75 ปี (ชื่นฤทัยและคณะ , 2550: 89) การที่ประชากรวัยสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วน ภาวะนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพหลายอย่างตามมา และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ มีสมรรถภาพทางกายลดลง เนื่องมาจากความเสื่อมทำให้มีอัตราเจ็บป่วย และความพิการต้องเข้ารับการรักษาในสถานบริการเป็นเวลานาน ใช้ทรัพยากรทางด้านสุขภาพเป็นมูลค่าสูงมาก

การที่ผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นทั้งในส่วนของอายุขัยเฉลี่ย ปริมาณและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดนี้ เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขรวมทั้งการกระจายด้านบริการสาธารณสุข แต่ในขณะที่ผู้สูงอายุมีอายุยืนขึ้นนั้น มิได้หมายความว่ามีสุขภาพดี แต่จะเป็นการเพิ่มระยะเวลาที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังหรือไร้ความสามารถออกไป และพบว่าที่ผ่านมานโยบายของรัฐเกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นเพียง

นโยบายเชิงรับเท่านั้น เช่น การบริการเฉพาะผู้ยากไร้ ผู้ที่ประสบปัญหา แต่ยังไม่ทั่วถึงและครอบคลุม เนื่องจากยังขาดองค์ความรู้และเทคโนโลยีต่างๆที่จะมาช่วยพัฒนาและยกระดับคุณภาพด้านสุขภาพทางกายและทางจิตใจของผู้สูงอายุ

กระทรวงสาธารณสุขได้ทำการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2552 พบว่าในบรรดาผู้สูงอายุทั่วประเทศนับล้านคน ตกอยู่ในสภาพผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาวิกฤติ จำเป็นต้องพึ่งพิงผู้อื่นเป็นอย่างมากเนื่องจากเกิดความเสื่อมถอยทางสมรรถภาพทางร่างกาย มีอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และปัญหาทางเพศ ความกังวลในเรื่องที่ต้องพึ่งพาลูกหลาน บางคนแสดงออกเด่นชัด ขนาดกังวลจนกลายเป็นความกลัว ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เช่น กลัวว่าตนเองจะถูกมองว่าไร้ค่า กลัวว่าจะถูกลูกหลานทอดทิ้ง กังวลจนนอนไม่หลับ และกลัวตาย ดังนั้น ผู้สูงอายุในสังคมปัจจุบันจึงมีทั้งผู้ที่ควรได้รับการดูแลตามปกติและผู้ที่จัดอยู่ในข่ายซึ่งต้องได้รับการดูแลในระยะยาวอย่างครอบคลุมในทุกมิติ ทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม

วัยสูงอายุจัดอยู่ในช่วงพัฒนาการของชีวิตแบบเสื่อมถอย มักประสบปัญหาด้านต่างๆทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทางด้านร่างกายอาจเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย ความสามารถในการทำงานลดลง เป็นผลให้การทำกิจกรรมต่างๆลดลง ส่วนทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุต้องพบกับการสูญเสียต่างๆ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักทั้งคู่สมรส เพื่อน หรือญาติพี่น้องด้วยการตายจากกัน รวมทั้งการสูญเสียหน้าที่การงานอันเนื่องจากการเกษียณอายุด้วย จากการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุโดยตรงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองหมดอำนาจ หมดความสามารถ เกิดความคับข้องใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งมีผลกระทบกับการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในที่สุด ในทางกลับกัน ถ้าผู้สูงอายุยังคงได้ทำกิจกรรมที่จะช่วยให้คงไว้ซึ่งบทบาทและสถานภาพทางสังคม จะทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของสังคม ยังเป็นบุคคลที่ยังมีคุณค่าต่อสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจัดเป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งเป็นเสมือนอำนาจภายในตนที่จะกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เกิดขึ้นอันจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความผาสุกหรือคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ถ้าผู้สูงอายุรู้จักดูแลตนเอง

ภาวะสูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาหลายอย่างตามมา และเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ มีการสูญเสียสมรรถภาพทางกายเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังควบคู่ไปกับความเสื่อมโทรมทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพต้องพึ่งพาผู้อื่น และต้องการความช่วยเหลือจากบริการทางสุขภาพและสังคมเพิ่มมากขึ้น จะเห็นได้จากอัตราครองเตียงซึ่งมีถึงร้อยละ 30 โรคและปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุในประเทศไทยได้แก่ โรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อ อุบัติเหตุและโรคเรื้อรัง เช่น โรคกระดูกพรุน โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและอาการของโรคสมองเสื่อม ประมาณร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุจะมีโรคหรือปัญหาสุขภาพตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 19 มีโรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยและควรจะทำได้ และประมาณร้อยละ 7 ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลตนเอง เช่น การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า

การรับประทานอาหาร (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ปัญหาสุขภาพเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องเผชิญ และเป็นปัญหาที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง และถ้ามีปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจมาเป็นตัวเสริมก็จะทำให้ปัญหามีความรุนแรงยิ่งขึ้น สมรรถภาพทางกายเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต และเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความสามารถของผู้สูงอายุที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยปราศจากความเหนื่อยล้าที่เกินกว่าที่ควรจะเป็น (ACSM, 1992) สมรรถภาพทางกายที่ลดลงของผู้สูงอายุนอกจากจะเป็นไปตามกระบวนการสูงอายุแล้ว ยังพบว่าการขาดการส่งเสริมสุขภาพที่ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุลดลงอย่างรวดเร็ว

พฤติกรรมสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สุขภาพของผู้สูงอายุจะดีมากน้อยเพียงใด ส่วนหนึ่งนั้นขึ้นอยู่กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเอง ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพจะประกอบไปด้วย พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ ด้านเจตคติ และการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี และควรปฏิบัติ เพื่อดำรงรักษาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมให้มีสุขภาวะดี ได้แก่ พฤติกรรมในด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการนอนหลับ ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ด้านการขับถ่าย ด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านการตรวจสุขภาพและด้านการดูแลสุขภาพจิตสังคม(เกษม ตันติผลชีวะและคณะ อ้างในรายงานการวิจัยสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551) และถ้าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง เช่น ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ดื่มสุรา จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคหรือส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย และมีอัตราการตายก่อนเวลาสูงขึ้น (Rossman, 1986 ; Tolsma&Koplan, 1992 อ้างในรายงานการวิจัยสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551)

การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและพัฒนาสุขภาพของตนเอง เป็นผลให้มีสุขภาพดีขึ้นทั้งกายและจิตใจ เพื่อนำไปสู่การป้องกันการเสื่อมถอยของร่างกายจากกระบวนการสูงอายุและความพิการ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพที่จะสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพได้ สามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมก่อให้เกิดประโยชน์ทางร่างกายคือ ทำให้ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและใจดีขึ้น การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งทฤษฎีกิจกรรมยืนยันว่าผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้ จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองดี (Decker, 1980) มีผู้ศึกษาและเสนอแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ไว้หลายรูปแบบเพื่อมุ่งให้บุคคลมีการส่งเสริมสุขภาพที่ดี เช่น แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่งได้เสนอแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพที่ผสมผสานมุมมองทางศาสตร์การพยาบาล และพฤติกรรมศาสตร์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษากระบวนการทางชีวจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง และกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย ลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Individual Characteristic and Experiences) ซึ่งเป็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคลที่มีผลต่อการกระทำในเวลาต่อมา ความรู้และ

ความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม และการเกิดพฤติกรรม (Behavioral Outcome) มีผู้สนใจนำแนวคิดดังกล่าวไปศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูง อายุพบว่า การเกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพยังไม่บรรลุผลสำเร็จเท่าที่ควร ดังเช่นงานวิจัยของวรรณี ชัชวาลทิพากร และคณะ (2542) ศึกษาเพื่อประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยยึดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพต่ำ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียดและการรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

นอกจากนี้มีผู้วิจัยศึกษาบางตัวแปร เช่น วันดี แย้มจันทร์ฉาย (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี การรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับสูง มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมระดับปานกลางและมีพฤติกรรมในด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ส่วนการศึกษาวิจัยที่ไม่พบมีความสัมพันธ์เช่นการศึกษาของดวงเดือน พันธุโยธี (2539) ศึกษาความสำคัญต่อภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าความสำคัญต่อภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายผู้สูงอายุได้ ถึงแม้ว่าปัจจุบันองค์กรภาครัฐให้ความสำคัญและสนใจการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การออกกำลังกายโดยมีนโยบายการออกกำลังกายโดยจัดโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม พบว่ามีโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อพัฒนาสมรรถภาพกายและจิตใจสำหรับผู้สูงอายุจำนวนมาก ได้แก่ การบริหารร่างกาย การรำมวยจีน การเต้นแอโรบิค การว่ายน้ำ การออกกำลังกายในสวนสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุสามารถเลือกปฏิบัติได้ แต่ยังพบว่ากิจกรรมต่างๆ เหล่านี้มีประโยชน์ต่อร่างกายแต่ยังมีอุปสรรคและข้อจำกัดในการปฏิบัติที่แตกต่างกันในการทำกิจกรรม เช่น สภาพร่างกายไม่พร้อม ขาดสื่อ ไม่สามารถจดจำท่าในการบริหารร่างกายแบบมวยจีน การทำกิจกรรมบางอย่างต้องปฏิบัติพร้อมกันเป็นกลุ่มในเวลาเดียวกัน ไม่เอื้อให้ผู้สูงอายุเลือกเวลาที่จะปฏิบัติให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเองได้ และที่สำคัญคือทัศนคติในทางลบต่อการมีอายุมากขึ้นมักมองว่าเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นภาระของบุคคลอื่น และสังคม สิ้นหวังท้อแท้ในชีวิต จึงทำให้ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการที่ผู้สูงอายุจะกระทำพฤติกรรมเพื่อมุ่งหวังให้เกิดสุขภาพที่ดีแก่ตนเอง ดังเช่นงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการออกกำลังกายพบอุปสรรคสำคัญคือ การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว โปรแกรมการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม อุปสรรคจากสิ่งแวดล้อมและอุปสรรคส่วนบุคคล

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ โดยส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยเช่นเดียวกัน อีกทั้งยังมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายลดลง ดังเช่น การศึกษาของเกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์, สุรีย์ บุญญานุพงศ์และสมศักดิ์ ฉันทะ (2523) ที่ศึกษาชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ไม่ออกกำลังกายร้อยละ 26.4 การศึกษาของชูเพ็ญศรี วงศ์พุทธาและ พุฒิพงษ์ พุกกะมาน (2540) ศึกษาการสำรวจอาชีพและคุณภาพชีวิตของแรงงานผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุมี

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางและมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ

จะเห็นว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุอาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดหลายอย่างที่ทำให้ไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่รับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง ดังนั้นการใช้แนวคิดภูมิปัญญาท้องถิ่น (Wisdom) เพื่อการสร้างพลังอำนาจเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากภูมิปัญญาท้องถิ่นหรือภูมิปัญญาชาวบ้าน เป็นความรู้ของชาวบ้านในท้องถิ่น ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ และความเฉลียวฉลาดของชาวบ้าน รวมทั้งความรู้ที่สั่งสมมาแต่บรรพบุรุษ สืบทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง ระหว่างการสืบทอด ภูมิปัญญานั้น มีการปรับ ประยุกต์ และเปลี่ยนแปลง จนอาจเกิดเป็นความรู้ใหม่ตามสภาพการณ์ทางสังคมวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการที่จะพัฒนาให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่เป็นไปด้วยความเต็มใจและยั่งยืนจำเป็นต้องใช้ความเข้าใจในเรื่องพฤติกรรมความต้องการ และภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อการสร้างพลังของบุคคลนั้นๆ ให้สามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่กำหนดสุขภาพได้ และการสร้างพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่จะทำให้เกิดความสามารถในการจัดการและดำเนินการ เพื่อปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จ (Bandura, 1997) ซึ่งรวมถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ส่งผลดีต่อสุขภาพโดยตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ภูมิปัญญาเป็นความรู้ที่ประกอบไปด้วยคุณธรรมซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตดั้งเดิมของชาวบ้านในวิถีดั้งเดิมนั้น ชีวิตของชาวบ้านไม่ได้แบ่งแยกเป็นส่วนๆ หากแต่ทุกอย่างมีความสัมพันธ์กัน การทำมาหากิน การอยู่ร่วมกันในชุมชน การปฏิบัติศาสนา พิธีกรรมและประเพณี ความรู้เป็นคุณธรรม เมื่อผู้คนใช้ความรู้นั้นเพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง คนกับคน คนกับธรรมชาติ และคนกับสิ่งเหนือธรรมชาติ ความสัมพันธ์ที่ดีเป็นความสัมพันธ์ที่มีความสมดุล ที่เคารพกันและกัน ไม่ทำร้ายทำลายกัน ทำให้ทุกฝ่ายทุกส่วนอยู่ร่วมกันได้อย่างสันติ ชุมชนดั้งเดิมจึงมีกฎเกณฑ์ของการอยู่ร่วมกัน มีคนเฒ่าคนแก่เป็นผู้นำคอยให้คำแนะนำตักเตือน ตัดสิน และลงโทษหากมีการละเมิด ชาวบ้านเคารพธรรมชาติรอบตัว ดิน น้ำ ป่า เขา ข้าว แดด ลม ฝน โลก และจักรวาล ชาวบ้านเคารพผู้หลักผู้ใหญ่ พ่อแม่ ปู่ย่าตายาย ทั้งที่มีชีวิตอยู่และล่วงลับไปแล้ว

มีผู้รู้ให้ความหมายของภูมิปัญญาไว้มากมาย เช่น เอกวิทย์ ณ ถลาง (2540) ให้ความหมายว่า ภูมิปัญญา (Wisdom) หมายถึง ความรู้ ความสามารถ ความเชื่อ ความสามารถทางพฤติกรรมและความสามารถในการแก้ไขปัญหาของมนุษย์ ภูมิปัญญาเป็นเรื่องที่สั่งสมกันมาตั้งแต่อดีตและเป็นเรื่องของการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน คนกับธรรมชาติ คนกับสิ่งเหนือธรรมชาติ โดยผ่านกระบวนการทางจารีตประเพณี วิถีชีวิต การทำมาหากินและพิธีกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างความสัมพันธ์เหล่านี้ ภูมิปัญญาเป็นผลึกขององค์ความรู้ที่มีกระบวนการสั่งสม สืบทอด กลั่นกรอง กันมายาวนาน มีที่มาหลากหลายแต่ได้ประสมประสานกันจนเป็นเหลี่ยมกรณีที่จรัสแสงคงทนและท้าทายตลอดกาลเวลา ความรู้อาจจะไม่ได้เป็นเอกภาพ แต่ภูมิปัญญาจัดว่าเป็นเอกลักษณ์

ภูมิปัญญาท้องถิ่นไทย เป็นองค์ความรู้ของกลุ่มบุคคลในท้องถิ่นรวมถึงงานศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านที่มีอยู่ในทุกภาคของประเทศ ภูมิปัญญาท้องถิ่น สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ประเภทแรก คือ ภูมิปัญญาท้องถิ่นประเภทองค์ความรู้ของกลุ่มบุคคลท้องถิ่น เช่น การผลิตอาหารและเครื่องดื่ม การผลิตผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร จากวัสดุเหลือใช้และจากไม้ หิน โลหะ แก้ว เซรามิค ดินเผา เครื่องหนัง เป็นต้น ส่วนประเภทที่สอง คือ ภูมิปัญญาท้องถิ่นประเภทงานศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้าน เช่น เรื่องเล่าพื้นบ้าน กวีนิพนธ์พื้นบ้าน ปริศนา พื้นบ้าน เพลงพื้นบ้าน ดนตรีพื้นบ้าน การฟ้อนรำพื้นบ้าน ละครพื้นบ้าน จิตรกรรมพื้นบ้าน ประติมากรรมพื้นบ้าน หัตถกรรมพื้นบ้าน เครื่องแต่งกายพื้นบ้าน และสิ่งทอพื้นบ้าน เป็นต้น

ลักษณะสำคัญของภูมิปัญญาท้องถิ่น พอสรุปได้ดังนี้

1. เป็นเรื่องของการใช้ความรู้ ทักษะ ความเชื่อและพฤติกรรม
2. แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่าง คนกับคน คนกับธรรมชาติ คนกับสิ่งเหนือธรรมชาติ
3. เป็นองค์รวมหรือกิจกรรมทุกอย่างในวิถีชีวิต
4. เป็นเรื่องของการแก้ไขปัญหา การจัดการ การปรับตัว การเรียนรู้เพื่อความอยู่รอดของบุคคล ชุมชนและสังคม
5. เป็นแกนหลักหรือกระบวนทัศน์ในการมองชีวิตเป็นพื้นความรู้ในเรื่องต่างๆ
6. มีลักษณะเฉพาะหรือมีเอกลักษณ์ในตัวเอง
7. มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อการปรับสมดุลในพัฒนาการทางสังคมตลอดเวลา
8. มีวัฒนธรรมเป็นฐาน ไม่ใช่วิทยาศาสตร์
9. มีบูรณาการสูง
10. มีความเชื่อมโยงไปสู่นามธรรมที่ลึกซึ้งสูงส่ง
11. เน้นความสำคัญของจริยธรรมมากกว่าวัตถุธรรม

ในขณะที่สุขภาวะ คือ สุขภาพหรือภาวะที่เป็นสุขโดยเน้นความเป็นองค์รวมทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางสังคมและทางวิญญาณ สุขภาวะทั้ง 4 มิติซึ่งไม่เพียงแต่การปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น เป็นการมองบุคคลในลักษณะความเป็นหนึ่งเดียวมากกว่าการมองแบบแยกส่วน (สำนักปฏิรูประบบสุขภาพ, 2543) ส่วนการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่คนสามารถควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเองได้ การส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวข้องกับการจัดสภาพความเป็นอยู่ที่ช่วยให้มีสุขภาพดี รวมทั้งลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค นอกจากนั้นองค์การอนามัยโลกเน้นว่าการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมวิถีชีวิตที่ถูกหลักอนามัย การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ การสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง การปรับปรุงบริการสาธารณสุขต่างๆ และการที่รัฐมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การส่งเสริมสุขภาพจะต้องไม่มุ่งเฉพาะที่บุคคลเท่านั้น แต่ต้องรวมถึงครอบครัว และชุมชนที่อาศัยอยู่ด้วย (Pender, 1996) ดังวัตถุประสงค์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ใน รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ส่วนที่ 4 แนวนโยบายด้านศาสนา สังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรมดังนี้ (1) คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาปฐมวัย ส่งเสริมการเสมอภาคของหญิงและชาย

เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้ และแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแสดงศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข, 2539) แม้ว่ารัฐบาลจะเร่งสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไทยโดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม งานดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุยังอยู่ในวงจำกัดและไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ยังคงเป็นการป้องกันและรักษาโรคโดยมีเหตุผลว่าสภาพร่างกายเกิดความเสื่อม ขาดการเข้าใจปัญหาผู้สูงอายุที่แท้จริง (Jitapunkul & Chayovan, 2001) ละเลยต่อระบบความคิด ความเชื่อที่มีประโยชน์ต่อการบรรลุการมีสุขภาพดี

ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุเป็นกระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและพัฒนาสุขภาพของตนเอง เป็นผลให้มีสุขภาพดีขึ้นทั้งกายและจิตใจ เพื่อนำไปสู่การป้องกันการเสื่อมถอยของร่างกายจากกระบวนการสูงอายุและความพิการ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพที่จะสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพได้ สามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมก่อให้เกิดประโยชน์ทางร่างกาย คือ ทำให้ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและใจดีขึ้น การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งทฤษฎีกิจกรรมยืนยันว่าผู้สูงอายุ ที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้ จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองดี (Decker, 1980) และมีผู้ศึกษาและเสนอแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ไว้หลายรูปแบบเพื่อมุ่งให้บุคคลมีการส่งเสริมสุขภาพที่ดี

คณะผู้ดำเนินโครงการ จึงได้ดำเนินการ ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการบูรณาการความรู้ทางวิชาการ เพื่อให้ได้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่จะนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาวะเพื่อจะช่วยพัฒนาและยกระดับภูมิปัญญาท้องถิ่นในการเสริมสร้างสุขภาวะในผู้สูงอายุให้มีศักยภาพและประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

โครงการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะในผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อการพัฒนาและยกระดับภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อนำมาใช้ใน การเสริมสร้างสุขภาวะให้มีศักยภาพและประสิทธิภาพ โดยโครงการวิจัยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ศึกษาสุขภาวะที่ดี ศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นประเภทองค์ความรู้ของกลุ่มบุคคลท้องถิ่น ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะเพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาวะในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ย่อยดังนี้

1.1 ศึกษาสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุ ศึกษาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาวะในผู้สูงอายุ

1.2 เพื่อศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่น ประเภทองค์ความรู้ของกลุ่มบุคคลท้องถิ่น ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะในกลุ่มผู้สูงอายุ

1.3 ศึกษา ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อนำไปใช้ สร้าง กิจกรรมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะในกลุ่มผู้สูงอายุ

2. เพื่อพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ย่อยดังนี้

2.1 นำกิจกรรมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมใน ผู้สูงอายุที่ได้จากการศึกษา ข้อที่ 1.3 มาพัฒนาในการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ

22 การพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาวะ สำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดภาคเหนือตอนบน โดยการสังเคราะห์กิจกรรมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมใน ผู้สูงอายุที่ได้จากการศึกษาข้อที่ 2.1 และจัดทำรูปแบบกิจกรรมภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมเพื่อ การส่งเสริมสุขภาวะที่ยั่งยืนในผู้สูงอายุ

ประโยชน์ที่ได้รับ

ผลการดำเนินการเพื่อให้ได้ทราบว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและพัฒนาสุขภาพของตนเอง เป็นผลให้มีสุขภาพดีขึ้นทั้งกายและจิตใจ เพื่อนำไปสู่การป้องกันการเสื่อมถอยของร่างกายจากกระบวนการสูงอายุ มีความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาวะของผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไร รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพที่จะสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพได้ สามารถดูแลตนเองได้ และผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพอย่างไรบ้าง รวมทั้งมีอะไรบ้างที่เป็นปัจจัยหรือเงื่อนไขที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการดูแลปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น รวมทั้งเพื่อการจัดการส่งเสริมสุขภาวะโดยกิจกรรมที่ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุ โดยตลอดกระบวนการทำงานจะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุร่วมกันคิด ร่วมกันวางแผน ร่วมกันปฏิบัติ และร่วมกันประเมินผลทุกกิจกรรม ซึ่งจะทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาวะโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบยั่งยืน ในขณะที่จะได้แนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่จะดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุต่อไป ดังนั้นการ นำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ต่อยอดในกิจกรรมต่างๆ เพื่อใช้ส่งเสริมสุขภาวะ นั้น จึงน่าจะช่วยพัฒนาและยกระดับภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการเสริมสร้างสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุ ให้มีศักยภาพและทำให้ได้รูปแบบภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาวะแบบยั่งยืนต่อไป จะก่อให้เกิดประโยชน์ดังนี้

1. ผลจากการดำเนินโครงการจะทำให้ช่วยพัฒนาและยกระดับ ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อ การเสริมสร้าง สุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุ ให้มีศักยภาพและ และมีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาวะแบบยั่งยืน

2 . ผลจากการดำเนินการจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในการระดมการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและมีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาวะโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบยั่งยืน

3. ได้ภูมิปัญญาท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ยั่งยืนและมั่นคง

4. ชุมชนได้รูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีความยั่งยืนและมั่นคง

5. เกิดการพัฒนาเอกลักษณ์ของผู้สูงอายุ และการคงอยู่อย่างยั่งยืน

6. เกิดเครือข่ายภาคีผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาวะแบบยั่งยืน โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

7. ผลงานวิจัยเป็นประโยชน์ในแง่ของการได้มาซึ่งองค์รวม (body of knowledge) ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในด้านการเรียนการสอนของนักศึกษา หรือผู้ที่สนใจทั่วไปของสถาบันและหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งภาคประชาชน ซึ่งจะได้เรียนรู้กระบวนการและวิธีการการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในระดับชุมชนต่อไป

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ

ภูมิปัญญาท้องถิ่น หมายถึง องค์ความรู้ของกลุ่มบุคคลในท้องถิ่น โดยเฉพาะประเภทภูมิปัญญาประเภทองค์ความรู้ของกลุ่มบุคคลท้องถิ่น เช่น อาหารและเครื่องดื่ม การผลิตผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร การผลิตวัสดุต่างๆ ในท้องถิ่น เป็นต้น

ผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะดี หมายถึง ผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถทำสิ่งที่ต้องการได้ อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข และมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตตามอัตภาพของตนเอง มีความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดการเจ็บป่วย หรือมีความสามารถในการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพตนเองในกรณีที่เจ็บป่วยได้ รวมทั้งการพัฒนาตนเองเพื่อดูแลป้องกันการเสื่อมถอยของการสูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะ ไม่ดี หมายถึง ผู้สูงอายุที่ ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ดูแลช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือได้น้อย ไม่สามารถทำสิ่งที่ต้องการได้ และมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตตามอัตภาพของตนเองค่อนข้างน้อย และมีการเจ็บป่วย หรืออยู่ในระหว่างการดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพตนเอง

การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาวะ หมายถึง การปฏิบัติตนในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน โดยเป็นการกระทำที่ จงใจและมีเป้าหมายและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของผู้สูงอายุดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด ประกอบด้วยการดูแลสุขภาวะ 3 ด้านคือ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพ

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาวะ หมายถึง การกระทำและการรับรู้ของผู้สูงอายุเพื่อคงไว้ ส่งเสริมให้เกิดความผาสุก รู้สึกมีคุณค่าและความสุขสมบูรณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคลครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านต่างๆ 6 ด้าน คือ 1) การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง 2) การออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3) ภาวะโภชนาการที่เหมาะสม 4) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและสังคม 5) การมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ และ 6) การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงเฉพาะโรค

กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น หมายถึง กิจกรรมของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในการดูแลสุขภาพจากการใช้ องค์ความรู้ของกลุ่มบุคคลในท้องถิ่น โดยเฉพาะประเภทภูมิปัญญาประเภทองค์ความรู้ของกลุ่มบุคคลท้องถิ่น โดยครอบคลุมพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาวะและป้องกันโรค

การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง วิธีการหรือรูปแบบพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุเคยปฏิบัติในชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมีอิทธิพลต่อสุขภาพและมีความสัมพันธ์กับบริบททางกายภาพ สังคมวัฒนธรรมกับถิ่นที่อยู่อาศัย และใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต

วิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง แบบแผนหลายมิติของการเริ่มต้นกระทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ และการรับรู้ที่จะคงสภาพหรือเพิ่มระดับของความผาสุก ความต้องการที่จะมีความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (Self-Actualization) และความสำเร็จของบุคคล (Fulfillment)

ภาคเหนือตอนบน หมายถึง จังหวัดในภาคเหนือตอนบน 6 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง พะเยา

บทที่ 2
การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา เรื่องการพัฒนารูปแบบภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะในผู้สูงอายุ ครั้งนี้เป็นการบูรณาการความรู้ทางวิชาการ เพื่อศึกษาสุขภาวะใน ผู้สูงอายุ การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะในผู้สูงอายุ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ที่เกี่ยวข้อง และการใช้กิจกรรมที่นำภูมิปัญญาท้องถิ่น มาพัฒนาใช้ใน การส่งเสริมสุขภาวะที่เหมาะสมใน ผู้สูงอายุ เพื่อการพัฒนาและยกระดับการ เสริมสร้างสุขภาวะ โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นใน ผู้สูงอายุให้มีศักยภาพและประสิทธิภาพ โดยมีแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แนวคิดเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่น
2. แนวคิดผู้สูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
4. แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดของแผนงานวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่น

ภูมิปัญญาทำให้ชาติและชุมชนผ่านพ้นวิกฤติและดำรงความเป็นชาติ หรือชุมชนได้ภูมิปัญญาเป็นองค์ความรู้ที่มีคุณค่าและความดีงามที่จรรโลงชีวิตและวิถีชุมชนให้อยู่ร่วมกับธรรมชาติและสภาวะแวดล้อมได้อย่างกลมกลืนและสมดุล ภูมิปัญญาเป็นพื้นฐานการประกอบอาชีพและเป็นรากฐานการพัฒนาที่เริ่มจากการพัฒนาเพื่อการพึ่งพาตนเอง การพัฒนาเพื่อการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน และการพัฒนาที่เกิดจากการผสมผสานองค์ความรู้สากลบนฐานภูมิปัญญาเดิม เพื่อเกิดเป็นภูมิปัญญาใหม่ที่เหมาะสมกับยุคสมัย ดังนั้นภูมิปัญญาจึงมีคุณค่าไม่เพียงแต่ต่อท้องถิ่นและผู้คนเท่านั้น แต่ยังเอื้อประโยชน์อย่างใหญ่หลวงต่อการวางแผนพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนและมั่นคง

ภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local Wisdom) หรือภูมิปัญญาไทย (Thai Wisdom) มีผู้สนใจพูดถึงกันมากในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาทั้งองค์กรภาครัฐและภาคเอกชนซึ่งเสรี พงศ์พิศ (2533: 33) ได้ให้ความหมายคำต่างๆ ดังนี้

ภูมิปัญญาไทย หมายถึง องค์ความรู้ในด้านต่างๆ ของการดำรงชีวิตของคนไทยที่เกิดจากการสะสมประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ประกอบกับแนวคิดวิเคราะห์ในการแก้ปัญหาต่างๆ ของตนเองจนเกิดหลอมรวมเป็นแนวคิดในการแก้ไขปัญหาที่เป็นลักษณะของตนเองที่สามารถพัฒนาความรู้ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับกาลสมัยในการแก้ปัญหาของการดำรงชีวิต โดยแบ่งภูมิปัญญาไทยเป็นสองระดับ คือ 1) ภูมิปัญญาระดับชาติ เป็นภูมิปัญญาที่พัฒนาสังคมไทยให้อยู่รอดพ้นวิกฤตการณ์ต่างๆ ในอดีต การเสียเอกราช การสร้างเสริมความศิวิไลซ์ให้กับชาติตราบทุกวันนี้ 2) ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นภูมิปัญญาที่เกิดขึ้นเฉพาะถิ่นเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในท้องถิ่นนั้นเป็นพื้นฐานความรู้ของชาวบ้านในการคิดแก้ปัญหาในชีวิตของตนเองหรือสติปัญญาอันเกิดจากความรู้สะสมถ่ายทอดประสบการณ์ที่ยาวนาน

ประเวศ วะสี (2530: 75, อ้างถึงใน สุกัญญา จันทะสูน) ได้กล่าวถึงภูมิปัญญาท้องถิ่นว่า หมายถึง ทุกสิ่ง ทุกอย่างที่ชาวบ้านคิดได้เอง ที่นำมาใช้แก้ปัญหา เป็นสติปัญญา เป็นองค์ความรู้ทั้งหมดของชาวบ้าน ทั้งกว้าง ทั้งลึก ที่ชาวบ้านสามารถคิดเอง ทำเอง โดยอาศัยศักยภาพที่มีอยู่แก้ปัญหาการดำรงชีวิตได้ในท้องถิ่นอย่างสมสมัย

ธวัช ปุณโณทก (2531: 40-42) ได้ให้ความหมายภูมิปัญญาท้องถิ่นว่า หมายถึง ความรอบรู้ของชาวบ้านที่เรียนรู้และมีประสบการณ์ที่สะสมต่อกันมา ทั้งประสบการณ์ด้วยตนเองหรือประสบการณ์ทางอ้อมที่เรียนรู้จากผู้ใหญ่

เอี่ยม ทองดี (2539: 60, อ้างถึงใน เกษม สุขสวัสดิ์ 2547: 10) ได้ให้ความหมายภูมิปัญญาท้องถิ่นว่า หมายถึง ส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่เป็นความรู้ ความคิด ความสามารถ ความเห็น ความเชื่อ ความนิยม ความฉลาดรอบคอบในสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัย การทำมาหากิน วิถีชีวิต การป้องกันรักษาโรคภัยไข้เจ็บและการใช้ภาษาที่เกิดขึ้น สังคม พัฒนาใช้ประโยชน์สืบต่อจนเป็นมรดกตกทอดของพื้นบ้านมาแต่โบราณ

เอกวิทย์ ณ ถลาง (2540: 11-12) ได้กล่าวว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่น หมายถึง ความรู้ ความคิด ความเชื่อ ความสามารถ ความชัดเจน ที่กลุ่มชนได้จากประสบการณ์ที่สั่งสมไว้ในการปรับตัวและดำรงชีพในระบบนิเวศน์ หรือสภาพแวดล้อมธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมทางสังคม -วัฒนธรรมที่ได้พัฒนาการสืบสานกันมาเป็นความรู้ ความคิด ความเชื่อ ความสามารถ ความชัดเจนที่เป็นผลของการใช้สติปัญญาปรับตัวกับสภาวะต่างๆ ในพื้นที่ที่ชุมชนนั้นตั้งถิ่นฐานอยู่

ปรีชา อุยตระกูล (2545: 9) กล่าวว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นเรื่องที่สั่งสมกันมาตั้งแต่อดีตและเป็นเรื่องของการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งต่างๆ โดยผ่านกระบวนการทางจารีตประเพณี วิถีชีวิต การทำมาหากิน พิธีกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดความสมดุล เป้าหมายคือเพื่อให้เกิดความสุขทั้งในส่วนที่เป็นชุมชนหมู่บ้าน และในส่วนที่เป็นปัจเจกของชาวบ้านเอง ถ้าหากเกิดปัญหาทางด้านความไม่สมดุลกันขึ้นก็จะก่อให้เกิดความไม่สงบสุขในหมู่บ้านและชุมชน นอกจากนี้ภูมิปัญญายังหมายถึงประสบการณ์ในการประกอบอาชีพ ในการศึกษาเล่าเรียนด้วย

จากความหมายที่กล่าวมาทั้งหมดสรุปได้ว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่น หมายถึง รากฐานความรู้ความคิด ค่านิยม ความเชื่อ ความฉลาดไหวพริบ ทั้งในสิ่งที่เป็นนามธรรมและเป็นรูปธรรมของชาวบ้านในสังคมนั้น ที่เกิดจากประสบการณ์ด้วยตนเองหรือประสบการณ์เดิมผสานกับความรู้ใหม่ๆ ที่มีการถ่ายทอดสืบต่อกันมาภายในสังคม ซึ่งสามารถนำมาใช้ประโยชน์และช่วยแก้ปัญหาในการดำรงชีวิต เพื่อให้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมทั้งทางธรรมชาติและสภาพสังคมวัฒนธรรม

ประเภทและลักษณะของภูมิปัญญาท้องถิ่น

การจัดประเภทและลักษณะของภูมิปัญญาท้องถิ่นนั้น ได้มีการกล่าวถึงในลักษณะต่างๆ ที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้

กรมวิชาการ (2542: 23) ได้แบ่งประเภทของภูมิปัญญาท้องถิ่นไว้ดังนี้

1. คติคิด ความเชื่อ หลักการที่เป็นพื้นฐานขององค์กรความรู้ที่เกิดขึ้นจากการสั่งสมถ่ายทอดกันมา

2. ศิลปวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีที่เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา

3. การประกอบอาชีพในท้องถิ่นที่ยึดหลักการพึ่งตนเองและได้รับการพัฒนาให้เหมาะสมกับกาลสมัย

4. แนวความคิด หลักปฏิบัติ และเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่ชาวบ้านนำมาดัดแปลงใช้ในชุมชนอย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและความเป็นอยู่

วิชิต นันทสุวรรณ (2528: 10-11) ได้จำแนกประเภทของภูมิปัญญาท้องถิ่นและอธิบายลักษณะที่สำคัญ ดังนี้

1. ภูมิปัญญาจากการใช้ชีวิตในธรรมชาติ เนื้อหาของภูมิปัญญา คือ การอธิบายปรากฏการณ์ธรรมชาติ อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างชีวิตกับธรรมชาติ ในลักษณะของกฎเกณฑ์ที่พึงปฏิบัติและข้อห้ามที่มิให้ชาวบ้านปฏิบัติ เช่น ความเชื่อต่อธรรมชาติต่างๆ เรื่องของผีที่ทำให้เกิดภาวะสมดุลของการอยู่ร่วมกันระหว่างคนกับธรรมชาติ ระบบเหมือง ฝาย ผีน้ำ ผีนา เป็นต้น

2. ภูมิปัญญาจากประสบการณ์การอยู่ร่วมกัน ภูมิปัญญาแบบนี้ มีพฤติกรรมตามแบบแผนของสังคม มีกฎเกณฑ์บอกว่าอย่างนั้นดี อย่างนี้ไม่ดี มีระบบความสัมพันธ์ของการอยู่ร่วมกันอย่างสันติเป็นหลัก มีความเข้าใจในอนิจจังของชีวิตเป็นแก่นสูงสุด รูปธรรมพึงแสดงออก คือ ความเชื่อเรื่องบรรพบุรุษ เช่น ปู่ย่า ตายาย ผีพ่อแม่และพิธีกรรมต่างๆ เป็นต้น

3. ภูมิปัญญาจากประสบการณ์เฉพาะด้าน ภูมิปัญญาจากประการณ์การทำมาหากินในด้านต่างๆ เช่น ภูมิปัญญาด้านการรักษาโรค เป็นต้น

เสรี พงศ์พิศ (2529: 145-147) ได้กล่าวถึงลักษณะของภูมิปัญญาท้องถิ่นว่ามี 2 ลักษณะ ดังนี้

1. ลักษณะที่เป็นนามธรรม เป็นโลกทัศน์ชีวทัศน์ เป็นปรัชญาในการดำเนินชีวิต เป็นเรื่องเกี่ยวกับการเกิด แก่ เจ็บ ตาย คุณค่าและความหมายของสิ่งต่างๆ ในชีวิตประจำวัน

2. ลักษณะที่เป็นรูปธรรม เป็นเรื่องเฉพาะด้านต่างๆ ที่เห็นได้ชัดเจน เช่น การทำมาหากิน การเกษตร หัตถกรรม ศิลปะดนตรี และอื่นๆ

สุรเชษฐ์ เวชชพิทักษ์ (2533: 12-40) ได้แบ่งลักษณะของภูมิปัญญาท้องถิ่นไว้ ดังนี้

1. ภูมิปัญญาเกี่ยวกับระบบการผลิตหรือการประกอบอาชีพ ซึ่งมีลักษณะการประกอบอาชีพแบบพุทธเกษตรกรรม หรือการประกอบอาชีพที่มีลักษณะจัดความสมดุลสอดคล้องกับธรรมชาติ มุ่งการพึ่งพาตนเองเป็นกระแสหลักมากกว่าพึ่งพาปัจจัยการผลิตจากภายนอก

2. ภูมิปัญญาเกี่ยวกับระบบสังคม หรือการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ ซึ่งได้แก่ ความเชื่อ คำสอน ค่านิยม ประเพณีที่แสดงออกในแบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ภูมิปัญญาเกี่ยวกับการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับธรรมชาติหรือสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การรักษาป่าไม้ชุมชน การรักษาโรคด้วยสมุนไพร

ประเวศ วะสี (2534: 82-83) ได้กล่าวถึง ภูมิปัญญาท้องถิ่นว่ามีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. มีความจำเพาะของท้องถิ่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น สะสมขึ้นมาจากประสบการณ์หรือความจัดเจนจากชีวิตและสังคมในท้องถิ่นหนึ่งๆ เพราะฉะนั้นภูมิปัญญาท้องถิ่นจึงมีความสอดคล้องกับเรื่องของท้องถิ่นมากกว่าภูมิปัญญาที่มาจากข้างนอก แต่อาจเอาไปใช้ในท้องถิ่นที่แตกต่างกันไม่ได้หรือไม่ได้ดี

2. มีความเชื่อมโยงหรือบูรณาการสูง ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นภูมิปัญญาที่มาจากประสบการณ์จริง จึงมีความเป็นบูรณาการสูง ทั้งในเรื่องของกาย ใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ความคิดเรื่องแม่ธรณี แม่คงคา แม่โพสพ พระภูมิเจ้าที่ รุกขเทวดา เป็นตัวอย่างของการนำเอาธรรมชาติมาเป็นนามธรรมที่สื่อไปถึงส่วนลึกของใจที่เชื่อมโยงไปสู่อัตถประโยชน์ โดยสร้างความสัมพันธ์ที่ถูกต้อง ให้คนเคารพธรรมชาติ คนเราถ้าเคารพอะไร ย่อมไม่ทำลายสิ่งนั้น

3. มีความเคารพผู้อาวุโส ภูมิปัญญาท้องถิ่นให้ความสำคัญแก่ประสบการณ์ จึงมีความเคารพผู้อาวุโสเพราะผู้อาวุโสมีประสบการณ์มากกว่า

ประเภทและลักษณะของภูมิปัญญาท้องถิ่น มีความแตกต่างกันตามเนื้อหาของภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีประเด็นศึกษาต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทรัพยากรชาวบ้านอันเกิดจากความคิดพื้นฐานของแต่ละกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเจ้าของแนวคิดหรือกิจกรรมในภาพรวมของลักษณะภูมิปัญญาท้องถิ่น คือ เน้นมิติการเรียนรู้ การค้นหาศักยภาพ การพึ่งพาตนเองและเป็นการเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อมและชุมชน รวมทั้งจิตวิญญาณด้านในของมนุษย์

ความสำคัญและประโยชน์ของภูมิปัญญาท้องถิ่น

สิ่งที่ปรากฏในชุมชน สะท้อนให้เห็นถึงจริยศาสตร์ในการดำรงอยู่ร่วมกัน หลายประการ คือ เป็นสังคมที่อยู่บนพื้นฐาน ของความเรียบง่าย มีการประหยัดและอนุรักษ์สูง มีความมั่นคงต่อการเคารพคนและสรรพสิ่ง มีวิถีแห่งสังคมที่ไม่มุ่งความรุนแรง มีระบบขนาดเล็กๆ กระจายตัวทั้งในแง่กายภาพและอำนาจตัดสินใจ มีการอ่อนน้อมถ่อมตนและประนีประนอมสูง ภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรมประเพณี วิถีชีวิตแบบดั้งเดิม จึงเป็น ตัวกำหนดลักษณะของสังคม เป็นสิ่งที่มีจุดมุ่งหมาย เป็นสิ่งสำคัญ มีความหมาย และมีคุณค่าแห่งการดำรงอยู่ร่วมกัน (อภิชาต ทองอยู่ 2548: 18)

โดยสรุป ภูมิปัญญาท้องถิ่นมีความสำคัญดังต่อไปนี้ คือ

1. ช่วยให้สมาชิกในชุมชนหมู่บ้านดำรงชีวิตร่วมกันอยู่ได้อย่างสงบสุข

2. ช่วยสร้างความสมดุลระหว่างคนกับธรรมชาติแวดล้อม

3. ช่วยให้ผู้คนดำรงตนและปรับเปลี่ยนให้ทันต่อความเปลี่ยนแปลง และผลกระทบอันเกิดจากสังคมภายนอก

อเนก นาคะบุตร (2536: 82-83) กล่าวถึง ความสำคัญของภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีต่อการพัฒนาของท้องถิ่นว่าจะมีองค์ประกอบลักษณะดังนี้

1. มีความรู้และภูมิปัญญาของชาวบ้านที่เอื้ออำนวย ชี้นำและเป็นทางเลือกที่เหมาะสมต่อสภาวะท้องถิ่นและเงื่อนไขการเปลี่ยนแปลงจากภายนอกที่เข้ามากระทบ

2. ความรู้ ภูมิปัญญาและระบบคุณค่าต่างๆ ได้รับการประยุกต์ (Reproduction) และสืบสานอย่างต่อเนื่องโดยสมาชิกของชุมชน ด้วยกระบวนการเรียนรู้หลายรูปหลายลักษณะผ่านทางประเพณี พิธีกรรม ตัวบุคคลและการปฏิบัติซ้ำ มีการเลือกสรรและผสมผสานกับความรู้ที่เข้ามาจากภายนอก

3. ผู้นำปัญญาชนชาวบ้าน นักเทคนิคพื้นบ้าน เครือข่ายของกลุ่มบุคคลและองค์กรชุมชนในรูปต่างๆ คือ สถาบันสำคัญของกระบวนการปฏิบัติ ปฏิเ วธ ซึ่งมีบทบาทในการพัฒนา การพิทักษ์ปกป้องชุมชนและขยายแนวร่วมในการพัฒนาชุมชน

ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อผู้คนที่อยู่ในชุมชนและต่อบุคคลภายนอกที่ทำงานในชุมชนดังนี้ (ชลทิตย์ เอี่ยมสำอางและวิศนี ศิลตระกูล, 2544: 229-230)

1. ภูมิปัญญาท้องถิ่นช่วยให้ผู้คนในท้องถิ่นดำรงชีวิตด้วยความสงบสุข กลมกลืนกับสิ่งแวดล้อม ธรรมชาติ ความเชื่อและข้อห้ามต่างๆ

2. ภูมิปัญญาท้องถิ่นสามารถนำมาใช้เพื่อควบคุมพฤติกรรมของคนในสังคมเดียวกัน บารมีของบรรพบุรุษที่ล่วงลับไปแล้วและเป็นที่เคารพนับถือกันมา สามารถนำมาลดความขัดแย้งและความมีอคติของคนในชุมชน ความเชื่อในเรื่องของบาปบุญคุณโทษ นรกสวรรค์ กรรมและวาสนา ส่งผลต่อพฤติกรรมของชาวบ้าน ความซาบซึ้งในนิทานพื้นบ้าน นิทานชาดก ส่งผลให้คนว่านอนสอนง่าย รักสงบ มีความพากเพียรต่อสู้กับความทุกข์ยากและลดการกดขี่ได้

3. ภูมิปัญญาท้องถิ่นมีประโยชน์ต่อการประกอบอาชีพ ภูมิปัญญาท้องถิ่นในปัจจุบันที่ประยุกต์แล้วนำมาใช้ประโยชน์ต่อการประกอบอาชีพแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัญหาเศรษฐกิจปัญหาสังคม เป็นต้น

4. ภูมิปัญญาท้องถิ่นช่วยเสริมสร้างและดำรงไว้ซึ่งเอกลักษณ์ของสังคมนั้น จารีตประเพณี ขนบธรรมเนียม ตลอดจนวิถีการดำเนินชีวิตของชาวบ้านเป็นเรื่องที่ปฏิบัติสืบทอดกันมาแต่บรรพบุรุษ การปรับเปลี่ยน ประยุกต์และการสืบทอดล้วนแล้วแต่ต้องอาศัยภูมิปัญญาของผู้คนในสังคม เพื่อให้เกิดความสอดคล้องเหมาะสมกับสภาพการณ์และเงื่อนไขที่เปลี่ยนไป ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่ต้องภาคภูมิใจเพราะเป็นคุณลักษณะเฉพาะของท้องถิ่น

5. การศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นช่วยให้เข้าใจชุมชนและสามารถนำมาใช้ในการกำหนดท่าทีและเนื้อหาการทำงานกับชุมชนให้การทำงานด้านการพัฒนา การจัดการศึกษามีความเหมาะสมกับชีวิตความต้องการและสภาพท้องถิ่น ซึ่งถ้าเป็นเช่นนี้ประโยชน์จะเกิดกับกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง

ประโยชน์ของภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นสิ่งที่ทำให้คนในท้องถิ่น ชุมชนสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความปกติสุข ได้ใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ และเป็นเครื่องมือในการเรียนรู้ของชุมชน มีศักยภาพในการจัดการด้านต่างๆ และในการจัดการกับชีวิตของตน

ปัญหาการสูญเสียภูมิปัญญาท้องถิ่น

จิโรจน์ ตั้งสกุล (2547: 26) ได้สรุปปัญหาที่เกิดจากการสูญเสียภูมิปัญญาท้องถิ่นไว้ดังนี้

1. การสูญเสียภูมิปัญญาท้องถิ่น อันเป็นผลมาจากอิทธิพลของภูมิปัญญาระดับชาติ นับตั้งแต่เริ่มมีแผนพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 1 ซึ่งเน้นให้ประชาชนใช้เงินเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาถือเอาตัวเลขรายได้เป็นตัวชี้วัดการพัฒนา ทำให้มองภาพเกษตรกรว่าเกษตรกรมีปัญหาผลผลิตไม่เพียงพอที่จะสนองตอบระบบตลาดได้ โดยไม่ได้ศึกษาสภาพที่แท้จริงว่าชีวิตในชนบทเดิมเป็นมาอย่างไร มีภูมิปัญญา มีจุดแข็งของชนบทอยู่ที่ใด พึ่งตนเองได้อย่างไร เป็นการที่รัฐมุ่งควบคุมเกษตรกรให้เดินไปตามทางที่รัฐกำหนด

2. การสูญเสียภูมิปัญญาท้องถิ่นนำไปสู่การสูญเสียความเป็นชุมชน กล่าวคือ การสูญเสียภูมิปัญญาเปรียบเสมือนเป็นคนที่สูญเสียสมอง ทำให้ชนบทต้องเดินตามกระแสเมือง กระแสโลกไปโดยไม่รู้ว่าจะถูกจูงไปทางไหน กระแสของการโฆษณาสินค้าอันเป็นส่วนเกินของชีวิต ทำให้ชาวบ้านทำทุกอย่างเพื่อให้ได้เงิน รวมทั้งทำลายทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งเคยนับถือเป็นเสมือนแม่ เช่น แม่ธรณี แม่คงคา แม่โพสพ ฯลฯ ทำให้คนเห็นเงินเป็นพระเจ้ายกย่องคนรวยมากกว่าคนมีคุณธรรม ซึ่งเป็น

วัฒนธรรมเดิมของชุมชน ต่างคนต่างแสวงหาเงินจึงเกิดภาวะตัวใครตัวมัน แข่งขันกัน ความสัมพันธ์อันดีงามของชุมชนสูญหายไป

3. การสูญเสียภูมิปัญญาท้องถิ่นนำไปสู่การสูญเสียทรัพยากรอันเป็นพื้นฐานการผลิต จะเห็นได้จากป่าไม้เมืองไทยลดจำนวนลงอย่างรวดเร็ว จนขาดสมดุลของธรรมชาติ การสูญเสียพื้นที่ป่าไม้เป็นเหตุให้เกิดฝนทิ้งช่วงบ่อยขึ้น เป็นเหตุให้แหล่งน้ำตามธรรมชาติทั้งขนาดเล็กขนาดใหญ่ถูกทำลาย แต่บางปีจะเกิดน้ำท่วมอย่างเฉียบพลัน เพราะไม่มีป่าซับน้ำไว้ ความชื้นทั้งในอากาศ ผิวดินและในดินลดลง หน้าดินถูกชะล้างพังทลายจนหมดความอุดมสมบูรณ์ ความเค็มจากใต้ดินเริ่มมาอยู่บนผิวดิน เป็นเหตุให้การเกษตรล้มเหลวและสูญเสียที่ดินในที่สุด อาหารตามธรรมชาติที่เคยหาได้ใกล้ๆ บ้านสูญหายไปหมด จึงต้องซื้อทุกอย่างกินด้วยเงิน เป็นการสูญเสียความมั่นคงทางเศรษฐกิจอย่างแท้จริง

การถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น

ในอดีตชาวบ้านทุกหมู่เหล่าได้ใช้สติปัญญาของตนเองสั่งสมความรู้และประสบการณ์เพื่อการดำรงชีวิตมาโดยตลอดจนถึงปัจจุบัน และถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ที่สั่งสมไว้จากคนรุ่นหนึ่งไปยังคนอีกรุ่นหนึ่งด้วยวิธีการต่างๆ ที่แตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อมของแต่ละท้องถิ่นทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยอาศัยศรัทธาทางศาสนา ความเชื่อผีสางต่างๆ รวมทั้งความเชื่อบรรพบุรุษ เป็นพื้นฐานในการถ่ายทอดและเรียนรู้สืบต่อกันมาจากบรรพบุรุษในอดีตถึงลูกหลานในปัจจุบัน ซึ่งมีนักการศึกษาได้กล่าวไว้ดังนี้

วิชิต นันทสุวรรณ (2528: 8-10) ได้กล่าวถึงลักษณะของการสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นว่ามีลักษณะ 3 ประการ ดังนี้

1. การถ่ายทอดประสบการณ์ระหว่างวัย ในแง่มุมของชีวิตหมู่บ้าน คนๆ หนึ่งตั้งแต่เกิดจนตายมีการแบ่งลำดับชั้นทางวัยวุฒิ 5 ชั้น หรือ 5 ช่วง คือ ช่วงวัยเด็ก ช่วงวัยหนุ่มสาวจนถึงอายุบวชเรียน ช่วงแต่งงานมีครอบครัว ช่วงวัยกลางคนและช่วงวัยแก่ ทั้ง 5 ช่วงวัยมีการถ่ายทอดประสบการณ์ของกันและกันตลอด

2. การเกี่ยวข้องกับสถาบันต่างๆ ในหมู่บ้าน สถาบันต่างๆ ในชุมชนเป็นตัวเก็บประสบการณ์ภูมิปัญญาที่คนรุ่นหนึ่งได้สรุปไว้ และถ่ายทอดให้กับคนอีกรุ่นหนึ่ง สถาบันต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในวิถีชีวิตของชาวบ้านและมีบทบาทในการถ่ายทอดภูมิปัญญาและประสบการณ์ คือ ครอบครัว วัด การทำมาหากินและพิธีกรรมต่างๆ ทั้งทางประเพณีและความเชื่อ

3. การเรียนรู้เชิงประจักษ์ ลักษณะเด่นของภูมิปัญญาท้องถิ่นและการถ่ายทอดประสบการณ์ต่างๆ ทางสังคม ความเข้าใจนั้นมาจากการได้รู้ ได้เห็น การเกิดแก่เจ็บตายในตลอดช่วงชีวิต การสะสมจากการปฏิบัตินี้ทำให้ประจักษ์ชัดจากประสบการณ์เข้าร่วม ประจักษ์ชัดถึงความรู้สึกเป็นสุข เป็นทุกข์ เป็นการเรียนรู้ไปพร้อมๆ กับการเคลื่อนตัวของวิถีชีวิตชุมชน

ปฐม นิคมานนท์ (2535: 279-281) ได้กล่าวถึงการสืบทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นโดยสรุปไว้ดังนี้

1. การสืบทอดความรู้ภายในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นเรื่องอาชีพของหมู่บ้านแทบทุกครัวเรือนทำกัน อาจเป็นอาชีพรองมาจากการทำนาทำไร่ เช่น เครื่องปั้นดินเผา จักสาน ทอผ้า ซึ่งสมาชิกของชุมชนได้คลุกคลีคุ้นเคยมาแต่เด็กภายใต้สภาพการดำรงชีวิตในปัจจุบัน

2. การสืบทอดภายในครัวเรือนเป็นการสืบทอดความรู้ ความชำนาญที่มีลักษณะเฉพาะกล่าวคือ เป็นความสามารถเฉพาะบุคคลหรือเฉพาะครอบครัว เช่น ความสามารถในการรักษาโรค

งานช่างศิลป์ งานฝีมือ ความรู้ด้านพิธีการต่างๆ ความรู้เหล่านี้จะถ่ายทอดภายในครอบครัว เครือญาติ บางอย่างมีการหวงแหนและเป็นความลับในสายตระกูล

3. การฝึกจากผู้ชำนาญเฉพาะอย่างเป็นการถ่ายทอดที่ผู้สนใจไปขอรับการถ่ายทอดจากผู้รู้ อาจเป็นญาติหรือไม่ใช่ญาติหรืออาจอยู่นอกชุมชน

4. การฝึกฝนด้วยตนเอง อาชีพและความชำนาญหลายอย่างเกิดขึ้นด้วยกานคิดค้น ดัดแปลง และพัฒนาขึ้นมาด้วยตนเองและถ่ายทอดไปสู่ลูกหลาน

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2542: 93) ได้จัดทำโครงการวิจัยและพัฒนาเครือข่ายการเรียนรู้ ผลการศึกษาสรุปลักษณะการถ่ายทอดภูมิปัญญาดังนี้

1. การทำให้ดูเป็นตัวอย่าง คือว่า เป็นวิธีการถ่ายทอดของผู้อาวุโสหรือผู้เฒ่าผู้แก่ โดยเป็นตัวอย่างของคนในครอบครัว ญาติพี่น้องชุมชนเดียวกัน

2. การคิดร่วมกัน เป็นการกระตุ้นให้สมาชิกในชุมชนได้แสดงความรู้สึกและความคิดเห็นต่อประเด็นต่างๆ อย่างเป็นธรรมชาติ มีการแลกเปลี่ยนและเสนอความเห็นอย่างมีเหตุผล เปิดโอกาสถ่ายทอดภูมิปัญญาซึ่งกันและกัน

3. การสร้างสรรค์กิจกรรมหรือการทำงานร่วมกัน โดยการขยายเครือข่ายระดับบุคคล ระดับกลุ่มให้มากเพราะได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ภูมิปัญญาหลากหลาย และนำมาพัฒนากิจกรรมที่กระทำอยู่

4. การบรรยายหรือเวทีชาวบ้าน เป็นกิจกรรมสำคัญอย่างหนึ่งสำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การวิเคราะห์และสังเคราะห์ประสบการณ์ของชาวบ้านร่วมกัน อันส่งผลให้สมาชิกของชุมชนมีความรู้ความสามารถสูงขึ้น

มาร์กาเร็ต มี้ด (Mead, quoted in Haviland 1991: 333) ได้แบ่งการถ่ายทอดความรู้ในชุมชนออกเป็น 3 รูปแบบ คือ

1. การบอกเล่าต่อกันมาในสังคมดั้งเดิมของชนกลุ่มหนึ่งๆ การถ่ายทอดโดยการบอกเล่าจากผู้สูงอายุกว่าไปสู่สมาชิกของกลุ่ม เช่น บรรพบุรุษเล่าสู่ลูกหลาน

2. การเรียนรู้หรือการได้รับการถ่ายทอดจากคนรุ่นราวคราวเดียวกัน เป็นเพื่อนกัน (Peer) อาจเรียนรู้มาพอๆกัน

3. การที่คนรุ่นใหม่ที่มีความรู้ความสามารถดีกว่าเป็นผู้ถ่ายทอดให้ ซึ่งผู้ใหญ่อาจเรียนรู้จากลูกหลาน เป็นคนรุ่นใหม่ที่มีความรู้ความสามารถสอนให้

สามารถ จันทร์สูรย์ (2536: 150-151, อ้างถึงใน มณฑนา พิพัฒน์เพ็ญ , 2540: 32) มีความเห็นสอดคล้องกันว่าการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นจำแนกได้ดังนี้

1. การถ่ายทอดภูมิปัญญาแก่เด็ก เด็กโดยทั่วไปมีความสนใจในช่วงเวลาสั้นในสิ่งที่ใกล้ตัว ซึ่งแตกต่างจากผู้ใหญ่กิจกรรมการถ่ายทอดต้องง่ายๆ สนุกสนานและดึงดูดใจ เช่น การละเล่น การเล่านิทาน การลองทำ การเล่นปริศนาคำทาย ฯลฯ วิธีการเหล่านี้เป็นการสร้างเสริมนิสัยและบุคลิกภาพที่สังคมปรารถนา ส่วนใหญ่มุ่งเน้นจริยธรรมที่เป็นสิ่งที่ควรทำและไม่ควรทำ

2. การถ่ายทอดภูมิปัญญาแก่ผู้ใหญ่ ผู้ใหญ่ถือว่าเป็นผู้ที่ผ่านประสบการณ์ต่างๆ มาพอสมควรแล้ว และเป็นวัยทำงาน วิธีการถ่ายทอดทำได้หลายรูปแบบ เช่น วิธีบอกเล่าโดยตรงหรือบอกเล่าโดยผ่านพิธีสู่ขวัญ พิธีกรรมทางศาสนา พิธีกรรมตามขนบธรรมเนียม ประเพณีของท้องถิ่นต่างๆ ดังจะเห็นได้โดยทั่วไปในพิธีการแต่งงานของทุกท้องถิ่นจะมีขั้นตอนมีคำสอนที่ผู้ใหญ่สอนคู่บ่าวสาวอยู่ทุกครั้ง

รวมทั้งการลงมือประกอบอาชีพตามอย่างบรรพบุรุษก็มีการถ่ายทอดเชื่อมโยงประสบการณ์มาโดยตลอด

นอกจากนี้ยังได้แบ่งวิธีการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. แบบเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น การจารึกหรือเขียนใส่ใบลาน สมุดข่อย หนังสือ

2. แบบไม่เป็นลายลักษณ์อักษร ทำได้หลายรูปแบบ คือ

2.1 โดยการบอกเล่าจากปากสู่ปาก เช่น การเทศนา การสั่งสอนของผู้ใหญ่แก่คู่บ่าวสาวในพิธีแต่งงาน การสั่งสอนวิชาชีพต่างๆ เป็นต้น

2.2 โดยผ่านพิธีกรรมทางศาสนา พิธีกรรมตามขนบธรรมเนียมประเพณี เช่น พิธีแห่เทียนพรรษา พิธีแห่บั้งไฟ พิธีบายสีสู่ขวัญ พิธีผูกเสี่ยว เป็นต้น

2.3 โดยแฝงอยู่ในรูปของการบันเทิงต่างๆ ที่สอดแทรกถึงกระบวนการและเนื้อหาซึ่งจะออกมาในรูปของคำร้อง บทร้อง การแสดงต่างๆ เช่น ลิเก ลำตัด โนรา หนังตะลุง เพลงเรือ เพลงอีแซว เพลงฉ่อย ฯลฯ

ส่วนในปัจจุบันในยุคที่การสื่อสารมวลชน การคมนาคม เทคโนโลยีความเจริญก้าวหน้าทันสมัยและรวดเร็ว ก็มีการถ่ายทอดภูมิปัญญาผ่านทางสื่อสารมวลชนทุกสาขา ไม่ว่าจะเป็นหนังสือ เอกสาร สิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์และอื่นๆ

จากลักษณะการถ่า ยทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นจะเห็นได้ว่า การถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นจะสอดแทรกอยู่กับวิถีชีวิตของชาวบ้าน เป็นสิ่งที่ทำให้ภูมิปัญญา าท้องถิ่น ยังคงดำรงอยู่ การถ่ายทอดความรู้เป็นการบอกวิชาความรู้ให้ผู้เรียนเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้ ภูมิปัญญาท้องถิ่นมักจะถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้เรียน หรือกลุ่มเป้าหมายไปโดยอัตโนมัติ ไม่ได้เรียนวิชาการสอนจากสถาบันใดๆ แต่จะใช้สามัญสำนึกแบบสังคมปะกิต คือ การเรียนการสอน ที่เกิดขึ้นจากการเลียนแบบและจดจำสืบทอดกันมาในครอบครัว และใช้การถ่ายทอดโดย

1. ใช้วิธีสาธิต คือ ทำให้ดูเป็นตัวอย่าง อธิบายทุกขั้นตอน ให้ผู้เรียนทำให้เข้าใจแล้วให้ผู้เรียนปฏิบัติตาม

2. ใช้วิธีปฏิบัติจริง คือ ฟังคำบรรยาย อธิบาย สาธิตแล้วนำไปปฏิบัติจริงและปฏิบัติซ้ำๆจนเกิดความชำนาญ เพราะผลงานที่จะใช้ดำรงชีวิตได้ ต้องเป็นผลงานที่เกิดขึ้นจริง นำเอาไปใช้ประโยชน์ได้ ไม่ใช่ผลงานที่กล่าวอ้างไว้ในตำราเท่านั้น

ผู้เรียนหรือกลุ่มเป้าหมายที่รับการถ่ายทอดภูมิปัญญาจากผู้รู้ในท้องถิ่น ส่วนมากจะเป็นคนในครอบครัว เป็นญาติโดยสายเลือด เนื่องจากความรู้บางอย่าง ผู้รู้ทั้งหลายมักหวงแหนมาก จะไม่เผยแพร่ให้คนอื่นๆรู้ ที่เป็นอย่างนี้เพราะสาเหตุหลายประการคือ

1. กลัวการแก่งแย่งการทำมาหากิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่จะต้องทำผลผลิตเพื่อค้าขาย

2. กลัวเรื่องชื่อเสียง เกียรติภูมิ และกลัวคนอื่นขโมยภูมิปัญญา ถ้าถ่ายทอดความรู้ให้กับคนอื่นแล้วเขาทำดีกว่า เจ้าตำรับก็จะไม่มีชื่อเสียง

3. มีความเชื่อและถือสัจจะจากปู่ ย่า ตา ทวด ที่ต้องการปกปิดเคล็ดลับหรือกลวิธีการผลิต

4. สื่อและเทคโนโลยียังไม่พัฒนาเท่าที่ควร

ปัจจุบันนี้ กลุ่มเป้าหมายของการถ่ายทอดความรู้ของภูมิปัญญาท้องถิ่นขยายไปสู่สาธารณชนทั่วไปบ้างแล้ว อาจเนื่องจากสาเหตุต่างๆต่อไปนี้

1. ได้รับการกระตุ้นและการสร้างความตระหนักจากหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน เช่น หน่วยงานพัฒนาชุมชน กรมการศึกษานอกโรงเรียน สำนักงานเกษตร ฯลฯ

2. การถ่ายทอดความรู้ได้รับค่าตอบแทน ภูมิปัญญาท้องถิ่นบางคนจะตั้งราคาวิชาไว้มากน้อยขึ้นอยู่กับความต้องการของตลาดสำหรับวิชาอาชีพนั้นๆ

3. สื่อต่างๆในปัจจุบันมีมากมายหลายประเภท ภูมิปัญญาสามารถถ่ายทอดความรู้โดยใช้สื่อต่างๆ ได้อย่างสะดวก หน่วยงานต่างๆ ที่ให้การสนับสนุนภูมิปัญญาก็สามารถถ่ายทอด สืบทอดความรู้ได้อย่างกว้างขวาง

4. ความจำเป็นในการผลิตทำให้ภูมิปัญญาต้องถ่ายทอดความรู้สู่บุคคลอื่นๆนอกเหนือจากคนในครอบครัวหรือผู้สืบสายเลือด เพื่อต้องการเพิ่มผลผลิตสู่ตลาด

ดังนั้นการศึกษารูปแบบการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นจะทำให้ทราบถึงองค์ความรู้ที่สามารถนำมาปรับประยุกต์ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม

การเรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

การเรียนรู้เป็นพื้นฐานที่สำคัญของการดำเนินชีวิต ซึ่งจะช่วยในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา สามารถพัฒนาชีวิตให้ดีขึ้น กระบวนการเรียนรู้ในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคน พัฒนาศักยภาพของภูมิปัญญาท้องถิ่น มีนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้ ไว้ดังนี้

คีรีบูน จงวุฒิเวศย์และคณะ (2546: 14-16) ได้กล่าวว่า กระบวนการเรียนรู้เป็นเรื่องของการทำให้ผู้เรียนสามารถสร้างความรู้ของตัวเองและของกลุ่มขึ้นมา ด้วยการเรียนรู้ถึงวิธีการเรียนรู้ผนวกกับการได้รับประสบการณ์ ทำให้สามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์เรื่องราวต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ สามารถแก้ปัญหาได้อย่างไม่มีปัญหา

ดังนั้นการเรียนรู้ คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเนื่องจากประสบการณ์และการฝึกปฏิบัติและเกิดขึ้นตลอดชีวิต

นอกจากนี้นายแพทย์ประเวศ วะสี (2542: 48) ได้กล่าวว่า กระบวนการเรียนรู้ควรมีวัตถุประสงค์ คือ

1. เรียนรู้เพื่อตนเอง
2. เรียนรู้เพื่อสิ่งนอกตัวที่สัมพันธ์กับตนเอง
3. เรียนรู้เพื่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสิ่งนอกตัว และสามารถจัดความสัมพันธ์ให้เกื้อกูลกัน

กรมฝึกหัดครู คณะกรรมการสตรี โครงการพัฒนาการศึกษาชุมชน (อ้างถึงใน คีรีบูน จงวุฒิเวศย์และคณะ , 2546: 15) ได้กล่าวไว้ว่า กระบวนการเรียนรู้เป็นการเรียนรู้จากการลงมือฝึกปฏิบัติจริง ทั้งในการพยายามแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงหรือเกี่ยวข้องกับการทำมาหากิน สภาพความเป็นอยู่ กิจกรรมที่ดำเนินอยู่นี้เป็นไปเพื่อตอบสนองต่อการแก้ปัญหาและสอดคล้องกับแบบแผนการผลิตของชุมชนจึงเป็นพลังขับเคลื่อนให้เกิดการเรียนรู้ เมื่อได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางในการแก้ไขแล้ว สมาชิกนำกลับไปลงมือปฏิบัติแล้วกลับมาร่วมกันทบทวนวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อสรุปบทเรียนเพื่อหาหนทางต่อไปอีก กระบวนการที่เกิดซ้ำๆ นี้เท่ากับ

เป็นการยกระดับสติปัญญาของสมาชิกในกลุ่ม และผลพวงจากการเรียนรู้จากปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ดังกล่าวยังช่วยแก้ปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิต อันเป็นผลที่คนในชุมชนสามารถเห็นเป็นรูปธรรมได้

กระบวนการสืบทอดภูมิปัญญาเริ่มต้นแนวคิดมาจากการที่มนุษย์มีการเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา มนุษย์มีความสามารถด้านการติดต่อสื่อสาร การเคลื่อนไหวทางสรีระในลักษณะต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสามารถทางสติปัญญา ความรู้สึกนึกคิด ซึ่งช่วยให้มนุษย์มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมมากที่สุด และยังช่วยให้มนุษย์สามารถถ่ายทอดค่านิยมทางสังคมหรือค่านิยมของตนเองจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่งได้ จึงเกิดเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเรียกว่า การเรียนรู้ (Learning) ซึ่งวิกร ตันฑวุฒโฒ (2536: 106-107) ได้จำแนกการเรียนรู้ทางวัฒนธรรมชาวบ้านออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. การเรียนรู้ที่ไม่มีรูปแบบ เป็นกระบวนการที่บุคคลมีการปฏิสัมพันธ์กับระบบสังคมและวัฒนธรรม บุคคลสามารถพัฒนาทักษะพื้นฐานในการดำรงชีวิต ค่านิยม เจตคติ ประเพณีอันเหมาะสมในวัฒนธรรมหนึ่ง โดยอาศัยกระบวนการทางสังคมพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับวัฒนธรรมทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดลักษณะการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคลนั้น เป็นกระบวนการเรียนรู้อย่างไม่มีรูปแบบ โดยทั่วไปเป็นการเรียนรู้สิ่งต่างๆ ในชีวิตประจำวัน

2. การเรียนรู้ที่มีรูปแบบ นั้นเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ที่มีลักษณะที่แน่นอนและมักจะเกิดขึ้นภายในสถาบันที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคม ที่เรียกว่า สถาบันการศึกษา เช่น โรงเรียน วิทยาลัย มหาวิทยาลัย เป็นต้น

สำหรับเอกวิทย์ ณ ถลาง (2540: 45-49) ได้สรุปการเรียนรู้ตามธรรมชาติของมนุษย์ไว้ดังนี้

1. ในบรรพกาลมนุษย์เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตและรักษาเผ่าพันธุ์ของตนให้อยู่รอดด้วยการลองผิดลองถูก

2. มนุษย์เรียนรู้ด้วยการลงมือกระทำจริงในสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่มีอยู่จริง

3. การถ่ายทอดความรู้ การเรียนรู้จากการทำจริง ได้พัฒนาต่อมาเป็นการส่งต่อแก่คนรุ่นหลังด้วยการสาธิตวิธีการ การสั่งสอน การบอกเล่าในรูปของคำพังเพย สุภาษิตและการสร้างองค์ความรู้ไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

4. การเรียนรู้โดยพิธีกรรม กล่าวในเชิงจิตวิทยา พิธีกรรมมีความศักดิ์สิทธิ์และมีอำนาจโน้มน้าวให้คนที่มีส่วนรับเอาคุณค่าและแบบอย่างพฤติกรรมที่ต้องการเน้นเข้าไว้ในตัวเป็นการตอกย้ำความเชื่อ กรอบศีลธรรมจรรยาของกลุ่มชน แนวปฏิบัติและความคาดหวังโดยไม่ต้องใช้การจำแนกแจกแจงเหตุผล แต่ใช้ศรัทธา ความขลัง ความศักดิ์สิทธิ์ของพิธีกรรม

5. ศาสนาทั้งในด้านหลักธรรม คำสอน ศีลและวัตรปฏิบัติ ตลอดจนพิธีกรรมและกิจกรรมทางสังคมที่มีวัดเป็นศูนย์กลางของชุมชนในเชิงการเรียนรู้ ล้วนมีส่วนตอกย้ำภูมิปัญญาที่เป็นอุดมการณ์แห่งชาติ

6. การแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ระหว่างกลุ่มที่แตกต่างกัน ทั้งในชาติพันธุ์ ถิ่นฐานทำกิน รวมไปถึงการแลกเปลี่ยนกับคนต่างวัฒนธรรมทำให้กระบวนการเรียนรู้ขยายตัว

7. การผลิตซ้ำทางวัฒนธรรม (Cultural Reproduction) ในการแก้ปัญหาทั้งทางสิ่งแวดล้อม ทางเศรษฐกิจและทางสังคม ได้มีคนเลือกเฟ้นเอาความเชื่อและธรรมเนียมปฏิบัติสืบทอดกันมาในสังคมประเพณีมาผลิตซ้ำทางวัฒนธรรมตรงกับรากฐานเดิม

8. ครูพักลักจำก็เป็นกระบวนการเรียนรู้อีกวิธีหนึ่งที่มีมาแต่เดิม

การถ่ายทอดและเรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นเรื่องของชาวบ้านรุ่นหนึ่งถ่ายทอดสู่ชาวบ้านอีกรุ่นหนึ่งด้วยวิธีการหลายลักษณะเป็นกระบวนการที่ค่อยเป็นค่อยไปตามธรรมชาติของแต่ละชุมชน แม้สังคมมนุษย์จะเปลี่ยนแปลงก้าวหน้าไปอย่างไรมนุษย์ยังคงเป็นมนุษย์อยู่ ดังนั้นธรรมชาติการเรียนรู้ของมนุษย์จึงยังมีความสำคัญและถือได้ว่าเป็นศักยภาพอันยิ่งใหญ่ของมนุษย์ ถึงแม้ว่ามนุษย์จะสามารถสร้างโลกแห่งเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารขึ้นมาได้ สามารถเรียนรู้และเข้าถึงองค์ความรู้ได้อย่างรวดเร็ว แต่คู่ขนานกับมนุษย์ก็ยังต้องเรียนรู้จากการสัมผัสมนุษย์ด้วยกันและเรียนรู้ตามธรรมชาติของมนุษย์ได้สั่งสมเป็นมรดกทางปัญญา จึงยังมีความสำคัญเคียงบ่าเคียงไหล่กันกับการเรียนรู้ด้วยวิทยาการที่ก้าวหน้าดังกล่าว

ดังนั้นการเรียนรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะสร้างความเข้าใจต่อภูมิปัญญาที่จะนำไปใช้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะต่อไป

ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น

สำหรับภูมิปัญญาที่เกิดขึ้นจากการสืบทอด ถ่ายทอด องค์ความรู้ที่มีอยู่เดิมในชุมชน ท้องถิ่นต่างๆ แล้วพัฒนาเลือกสรร ปรับปรุงองค์ความรู้เหล่านั้นจนเกิดทักษะและความชำนาญสามารถที่จะแก้ปัญหาและพัฒนาชีวิตให้เหมาะกับยุคสมัย แล้วเกิดภูมิปัญญา (องค์ความรู้ใหม่) ที่เหมาะสมและสืบทอดพัฒนาต่อไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาภูมิปัญญามีดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, อ้างถึงใน เกษม สุขสวัสดิ์, 2545: 17)

1. ความรู้เดิมในเรื่องเหล่านั้นผสมผสานกับความรู้ใหม่ที่ได้รับ
2. การสั่งสม การสืบทอดในเรื่องนั้น
3. ประสบการณ์เดิมที่สามารถเทียบเคียงกับเหตุการณ์หรือประสบการณ์ใหม่ได้
4. สถานการณ์ที่ไม่มั่นคงหรือมีปัญหาที่ยังหาทางออกไม่ได้
5. รากฐานทางพระพุทธศาสนา วัฒนธรรมและความเชื่อ

การศึกษา พัฒนา และเผยแพร่ภูมิปัญญาท้องถิ่น

ภูมิปัญญาท้องถิ่น แม้ว่าจะเป็นองค์ความรู้อันมหาศาลที่มีอยู่ทั่วไปทุก ชุมชน แต่เมื่อถูกละเลยขาดการยอมรับ ขาดการสืบทอด ในที่สุดก็จะขาดสายใยแห่งการต่อโยงระหว่างของเก่ากับของใหม่ระหว่างอดีตกับปัจจุบัน (สามารถ จันทรสูรย์ , 2536: 156-159) จึงจำเป็นต้องหาแนวทางการศึกษาและเผยแพร่ดังต่อไปนี้

1. การทำความเข้าใจเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยศึกษาหาความรู้ทำความเข้าใจ จากนั้นก็ไปเยี่ยมเยียน ศึกษาดูงาน พบปะสนทนากับปราชญ์ชาวบ้าน เพื่อดำเนินการส่งเสริม พัฒนา ฟื้นฟู สืบทอดเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นต่อไป

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยการสืบค้น สอบถาม ขอความร่วมมือจากชาวบ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลมาแล้วนำมาวิเคราะห์ จัดระบบเป็นเอกสารสำหรับศึกษา ส่งเสริม เผยแพร่ค้นคว้าวิจัยในระดับลึกต่อไป

3. การศึกษา ค้นคว้าและวิจัย โดยส่งเสริมสนับสนุนให้มีการวิจัย เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และเกิดความรู้ในรากเหง้าพื้นเพของภูมิปัญญาในแต่ละด้านของแต่ละท้องถิ่นอย่างแท้จริง

4. การส่งเสริมเผยแพร่ โดยการรวบรวมองค์ความรู้ที่เหมาะสม แล้วเลือกสรรอย่างพิถีพิถันระมัดระวังที่เหมาะสมในแต่ละประเด็น แต่ละลักษณะนำมาจัดทำสื่อเพื่อการเผยแพร่ทางสื่อมวลชนทุกสาขาตามโอกาสอันเหมาะสม โดยมีเป้าหมายเผยแพร่ในประเทศ เพื่อส่งเสริมให้ชาวบ้านนำความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเหล่านั้นไปสืบทอดปรับประยุกต์ให้ทันสมัย ส่วนการเผยแพร่ไปสู่ต่างประเทศเพื่อให้เห็นถึงศักดิ์ศรีอันดีงามของปราชญ์ชาวบ้านไทยและเกียรติภูมิของชาติ

5. การสนับสนุนคืนภูมิปัญญาให้แก่ชาวบ้าน โดยยอมรับในความมีภูมิปัญญาของชาวบ้าน ไม่ดูถูกดูแคลน ยอมรับในศักยภาพของชาวบ้านในความเป็นตัวของตัวเอง ให้มีอิสระในการตัดสินใจอย่างมีศักดิ์ศรี เลิกบงการ เลิกครอบงำชาวบ้าน โดยยกย่องและให้กำลังใจ ช่วยเหลือสนับสนุนในกิจกรรมที่ชาวบ้านคิด ชาวบ้านทำด้วยความเคารพ

6. การประสานแผนเพื่อสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน โดยการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนให้มีการร่วมมือกันไปศึกษาข้อมูล หาความรู้ แล้วสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันของชาวบ้าน แล้วสร้างเครือข่ายให้มีการเชื่อมโยงสืบทอด ปรับประยุกต์ร่วมผนึกกำลังกัน แบ่งงานกันทำตามศักยภาพของปราชญ์แต่ละท้องถิ่น แต่ละด้าน โดยหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง

ภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ในชีวิตของคน ผ่านกระบวนการศึกษาสังเกต คิดว่าวิเคราะห์จนเกิดปัญญาและตกผลึกเป็นองค์ความรู้ที่ประกอบกันขึ้นมาจากความรู้เฉพาะหลายๆ เรื่อง จัดว่าเป็นพื้นฐานขององค์ความรู้สมัยใหม่ที่จะช่วยในการเรียนรู้ การแก้ปัญหาจัดการและการปรับตัวในการดำเนินชีวิตของคนเรา ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นความรู้ที่มีอยู่ทั่วไปในสังคม ชุมชนและในตัวผู้รู้เอง จึงควรมีการสืบค้น รวบรวม ศึกษา ถ่ายทอด พัฒนาและนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างกว้างขวาง ดังตัวอย่างของภูมิปัญญาท้องถิ่น

1. สาขาเกษตรกรรม คือ ผู้ที่มีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ และมีผลงานด้านการทำไร่ ทำนา เลี้ยงสัตว์ ประมง ทำไร่นาสวนผสม ฯลฯ โดดเด่น เลี้ยงตัวเองและครอบครัวได้อย่างพอเพียง มีรายได้จากผลผลิตด้านนี้ มีแนวคิดที่ดี แปลกใหม่ที่เป็นประโยชน์และช่วยพัฒนา อาชีพด้านนี้ได้อย่างน่าสนใจ เช่น เป็นผู้คิดริเริ่มการทำการเกษตรแบบผสมผสาน เกษตรแบบพอเพียง เกษตรที่เอื้อประโยชน์ต่อ ชีวิตและสิ่งแวดล้อมฯลฯ

2. สาขาคหกรรม คือ ผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์และมีผลงานโดดเด่นในเรื่องต่อไปนี้

2.1 ด้านอาหาร เป็นต้นตำรับการปรุงอาหารที่มีรสชาติอร่อย ให้คุณค่าด้านโภชนาการ ใช้วัสดุที่มีราคาไม่แพง วัสดุที่หาง่ายในท้องถิ่นรู้จักคิด ดัดแปลงสูตรอาหารได้แปลกใหม่ หรือเป็นผู้ที่สืบสานตำรับตำราที่มีอาหารรสเลิศ สามารถผลิตเป็นสินค้าจำหน่ายได้ เช่น การทำปลาร้า การทำส้มหรือแหนม ขนมต่างๆ ฯลฯ

2.2 ด้านงานประดิษฐ์เครื่องนุ่งห่ม สามารถทำเป็นอาชีพจำหน่ายได้ สามารถทำเลี้ยงตัวเองและครอบครัวได้ เช่น การทำผ้านวม การตัดเย็บเสื้อผ้า ฯลฯ

2.3 ด้านที่อยู่อาศัย สามารถจัดบ้านเรือน จัดบริเวณได้น่าอยู่ น่าอาศัยตามอัตภาพทำให้มีสุขภาพอนามัยในการอยู่อาศัย

3. สาขาศิลปกรรม คือผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ มีผลงานโดดเด่นในเรื่องดังนี้

3.1 ด้านจิตรกรรม คือ การวาดภาพฝาผนัง การเขียนภาพลงบนผ้า หน้าผา การสักลาย ฯลฯ

3.2 ด้านประติมากรรม คือ ผู้มีความรู้ ความสามารถ มีประสบการณ์และมีฝีมือในการปั้น แกะสลัก การหล่อ เช่น หล่อพระพุทธรูป ปั้นโอ่ง สลักลวดลาย ประดับต้นเทียน สิ่งก่อสร้าง ฯลฯ

3.3 ด้านสถาปัตยกรรม คือ ผู้ที่มีความรู้ ความสามารถประสบการณ์เรื่อการก่อสร้างอาคารบ้านเรือน โบสถ์ ศาลา ศาลพระภูมิฯลฯ

3.4 ด้านหัตถกรรม (งานช่างฝีมือ) คือผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ มีผลงานในสิ่งที่ทำมือ เช่น เครื่องจักสานต่างๆ

3.5 ด้านงานประดิษฐ์ คือ ผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ มีประสบการณ์ด้านการจัดทำผลงานเลียนแบบธรรมชาติ เช่น การประดิษฐ์ดอกไม้ บายศรี การแต่งลวดลายบนแผ่นผ้า ฯลฯ

3.6 ด้านดนตรี นาฏศิลป์และการเล่นพื้นบ้าน คือผู้ที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ด้านการเล่นดนตรี การขับลำ การฟ้อนรำ การคิดวิธีการเล่นพื้นบ้าน หมอลำ ลิเก เพลงกันตรึม เจรียง ฯลฯ

4. สาขาสาธารณสุข คือ ผู้มีความรู้ ความสามารถมีประสบการณ์ด้านการใช้ยาสมุนไพร การรักษาโรคแผนโบราณ การรักษาสุขภาพอนามัยร่างกายการสืบสานตำราสมุนไพร หมอนวดแผนโบราณ หมอตำแย ฯลฯ

5. สาขาภาษาและวรรณกรรม คือ ผู้มีความรู้ ความสามารถ มีประสบการณ์ในการแต่งวรรณกรรมพื้นบ้าน การคิดประดิษฐ์อักษรภาษาถิ่น การสืบสานอักษรโบราณ วรรณกรรมท้องถิ่น ฯลฯ

6. สาขาอื่นๆ เป็นภูมิปัญญาด้านอื่นๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้ว ได้แก่ ภูมิปัญญาหรือผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์ในด้านต่อไปนี้

1. ด้านพิธีกรรมต่างๆ ได้แก่ผู้มีความรู้ ความสามารถประสบการณ์ มีผลงานเกี่ยวกับการประกอบพิธีกรรมต่างๆ เช่น หมอสูตรขวัญ

2. ด้านโหราศาสตร์ ได้แก่ ผู้มีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์และมีผลงานด้านโหราศาสตร์หรือหมอดู ฯลฯ

3. ด้านขนบธรรมเนียมประเพณี ได้แก่ ผู้มีความรู้ ความสามารถประสบการณ์ในการปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณีของท้องถิ่นนั้นๆ

ดังนั้นการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นกระบวนการถ่ายทอดทางวัฒนธรรมพื้นบ้าน เพื่อเพิ่มคุณค่าให้กับวัฒนธรรมพื้นบ้าน ทำให้ชีวิตมีพลัง โดยมีภูมิปัญญาอยู่เคียงคู่กับชุมชน ขณะเดียวกันก็สามารถปรับตัวให้สอดคล้องกับสภาพสังคมที่เปลี่ยนไปได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภูมิปัญญาท้องถิ่นที่จะนำมาใช้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะที่จะนำไปใช้ในการดูแลชุมชนต่อไป

แนวคิดด้านการแพทย์องค์รวมที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่น

ศ.นพ.อวย เกตุสิงห์ ให้แนวคิดที่น่าสนใจว่าเราสามารถที่จะทำให้การแพทย์องค์รวมกลับคืนมาได้โดยระบบวัฒนธรรมของเรา เป็นทางเลือกใหม่ของการดูแลสุขภาพที่นำหลักธรรมทางพุทธศาสนามาร่วมประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยหลัก 3 ประการ ดังนี้

1. กายานามัย

กายานามัย คือ การป้องกันก่อนป่วยเมื่ออายุเกิน 30 ปีขึ้นไป ซึ่งทางการแพทย์แผนไทยถือว่าธาตุทั้ง 4 เริ่มเสื่อมจำเป็นต้องดำรงชีวิตด้วยความไม่ประมาท คือ บำรุงชีวิตด้วยอาหาร กินอย่างพอดี กินให้ถูกกับธาตุ ถูกกับโรค ใช้หลักมัชฌิมาปฏิปทาในการกิน ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย คือ กินให้หลากหลายในรสชาติ นอกจากนี้ยังมีการออกกำลังกายแบบไทยๆ คือ กายบริหารแบบไทย ท่าฤาษีดัดตน ซึ่งเป็นท่าที่ไม่ฝืนร่างกายจนเกินไป สามารถปรับโครงสร้างของร่างกายได้ การรับประทานอาหาร ประกอบด้วย อาหารปรับธาตุ ผักพื้นบ้านอาหารพื้นเมือง และเครื่องดื่มสมุนไพร

อาหารปรับธาตุ

อาหารเป็นสิ่งสำคัญกับชีวิตมนุษย์อย่างยิ่ง เพราะเป็นความต้องการพื้นฐานหนึ่งในปัจจัย 4 การรับประทานอาหารที่ดีและมีประโยชน์จะสามารถป้องกันไม่ให้เกิดโรคบางอย่างได้ ดังนั้นเราจึงควรเลือกรับประทานอาหารให้พอเหมาะกับความต้องการของร่างกาย เพื่อเสริมสร้างและบำรุงร่างกายให้แข็งแรง การแพทย์ปัจจุบันแนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ส่วนการแพทย์แผนไทย มีการใช้รสอาหารตามสภาพของการเสียสมดุลของธาตุ อาหารไทยได้ชื่อว่าเป็นอาหารที่มีรสชาติหลากหลาย มีรสเปรี้ยว หวาน มัน เค็ม เผ็ด ขม ฝาดและจืด คุณสมบัติในเรื่องรสชาตินี้ ทำให้อาหารไทยมีความเป็นเอกลักษณ์ ในทัศนะของการแพทย์แผนไทย ร่างกายของมนุษย์ประกอบด้วยธาตุ 4 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ ธาตุทั้ง 4 นี้ต้องมีความสมดุลกัน ซึ่งจะทำให้สุขภาพปกติ ไม่เจ็บป่วย อาหารที่คนเรารับประทานเป็นปัจจัยหลักอย่างหนึ่งที่จะบำรุงธาตุให้สมดุล โดยเฉพาะอาหารที่มีพืชสมุนไพรเป็นส่วนประกอบ จะมีสรรพคุณในการปรับธาตุที่หย่อนหรือกำเริบให้กลับสู่ภาวะปกติ

ในอดีตคนไทยนิยมนำพืชมาปรุงเป็นอาหารด้วยความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องธาตุ อาหารไทยจึงมีหลายรสและสามารถปรับรสให้สอดคล้องกับธาตุเจ้าเรือนหรืออาการของโรค แต่มิได้หมายความว่าให้รับประทานอาหารเพียงรสใดรสหนึ่ง แต่ควรรับประทานเน้นรสอาหารบำรุงธาตุที่เด่นหรือมีปัญหา เช่น เสียสมดุลธาตุไฟให้รับประทานอาหารรสขมมากกว่ารสอื่น เป็นต้น

รสอาหาร จำแนกตามรส โดยมีสรรพคุณและแสลงกับโรค ดังนี้

1. รสฝาด แก้โรคท้องร่วง สมานแผล คุมธาตุ แสลงโรค ไอ ท้องผูกโรคลม ทำให้กระหายน้ำ
2. รสหวาน แก้กระหายน้ำ ชุ่มคอ บำรุงกำลัง แสลงกับโรคเบาหวาน น้ำเหลืองเสีย แผลชื้น ฟันผุ อาเจียน
3. รสขมแก้ไข้ต่างๆ เจริญอาหาร ช่วยย่อยอาหาร แสลงกับโรคลม จุกเสียด
4. รสมันแก้เส้นเอ็นพิการ บำรุงกำลัง บำรุงไขข้อ แสลงโรคหอบ ไอ มีเสมหะ ร้อนใน ไข้พิษ
5. รสเย็น/จืด แก้ไข้ แก้ร้อนใน ดับพิษร้อน แสลงโรคลมในลำไส้

ผักพื้นบ้านอาหารพื้นเมือง

พืชผักพื้นบ้านเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับชีวิตมนุษย์ นับตั้งแต่ในสมัยหาของป่าล่าสัตว์ ในสังคมยุคนั้นนักมานุษยวิทยาได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับการหาอาหารโดยเฉพาะพืชผัก พบว่า ฝ่ายหญิงจะเป็นฝ่ายที่ไปหาอาหารประเภทผัก และพืชผักเหล่านี้จะเป็นอาหารหลักถึงร้อยละ 80 ของอาหารที่กินกัน สำหรับในประเทศไทยการให้ความสนใจเกี่ยวกับผักพื้นบ้านได้เริ่มมีคนตระหนักถึงคุณค่าและประโยชน์ เพราะในภูมิภาคของประเทศไทยประชาชนได้พึ่งพิงประโยชน์จากพืชผักพื้นบ้านที่มีอยู่ตามธรรมชาติ นำมาใช้ประโยชน์ทั้งเป็นอาหารและยา และในสายตาของประชาชนความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับธรรมชาติถูกจัดวางไว้อย่างเหมาะสม ตัวอย่างเช่น ชาวเหนือมีความเคารพต่อป่าขุนน้ำหรือป่าต้นน้ำ ชาวอีสานเคารพป่าในบริเวณศาลปู่ย่าจึงช่วยกันดูแลคุ้มครองป่า ทำให้แหล่งอาหารธรรมชาติดำรงอยู่ ชาวบ้านได้พึ่งพาอาศัย และการตั้งหมู่บ้านในภาคอีสานมีจุดเด่นอย่างหนึ่งคือมักจะตั้งอยู่ใกล้โคก (เนินดิน) ที่อุดมด้วยป่าไม้ ที่จะเป็นทั้งแหล่งยาและแหล่งอาหาร กล่าวได้ว่าพืชผักพื้นบ้านโดยตัวของมันเองมีคุณค่าในการสร้างภูมิคุ้มกันสำหรับชาวบ้านที่สอดคล้องกับสภาพธรรมชาติ นอกจากนี้ลักษณะบริโภค นิสัย และรสชาติอาหารจะมีรสเฉพาะในแต่ละท้องถิ่น สิ่งนี้มิใช่เกิดขึ้นอย่างอิสระหรือโดยบังเอิญ หากเป็นผลึกของการกลั่นกรองขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับธรรมชาติ โดยการเลือกสรรอาหารที่มีประโยชน์สอดคล้องกับวิถีชีวิตและตัดสิ่งที่เกิดโทษออกไป อาหารที่เกื้อกูลสุขภาพเหล่านี้อาจเรียกได้ว่า เป็นอาหารสมุนไพรได้

ประวิติความเป็นมาของพืชผักพื้นบ้านในเมืองไทยนั้น เดชา ศิริภัทร กล่าวว่า พืชผักพื้นบ้านที่พบเห็นโดยทั่วไปนั้นมีทั้งพืชผักที่เป็นของไทยแต่ดั้งเดิมและพืชผักที่นำมาจากต่างประเทศ ซึ่งได้นำมาปลูกในประเทศไทยมานานจนปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมของไทยได้ ดังในตำรับสายเยาวภา ตำราปรุงอาหารไทยที่มีชื่อเสียงมากกว่า 50 ปี เขียนโดย มล. ติว ชลมารคพิจารย์ กล่าวไว้ว่า ผักไทยนั้นเดิมมีถึง 255 ชนิด ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 หมวด คือ

1. หมวดใบและยอด เช่น ยอดโศก ยอดแต้ว ใบเปราะ ใบชะคราม
2. หมวดหัวและราก เช่น เผือก กลอย หัวบัวเผื่อน ข่าหลวง รากสามสิบ
3. หมวดดอก เช่น ดอกขจร ดอกโสน ดอกมะรุม ดอกสาหร่าย หัวปลี ดอกนุ่น
4. หมวดฝัก เช่น ฝักเพกา ฝักมะรุม
5. หมวดผล เช่น มะเขือยาว มะเขือละโว้ แตงร้าน ฟักข้าว มะอึก

พืชผักเหล่านี้เป็นเพียงตัวอย่างที่ยกมาบางชนิดอาจไม่คุ้นหูคุ้นตา แต่บางชนิดอาจยังพบในท้องถิ่นชนบท สำหรับตัวอย่างผักจีนมีเพียง 16 ชนิดเท่านั้น คือ ต้นหอม ผักชี ผักกาดขาว ผักกาดปลี กะหล่ำปลี ใบคะน้า ใบกุยช่าย ผักกาดหอมจีน ผักตั้งโอ๋ ผักปวยเล้ง ต้นกระเทียม ต้นคื่นฉ่าย ต้นเก๋าฮะ ผักโหมจีน ผักกุยช่าย ผักกาดเขียว หากเมื่อมาพิจารณาในยุคนี้จะ เห็นได้ว่าผักพื้นบ้านได้รับความนิยมน้อยลงแต่ผักจีนดังกล่าวกลับได้รับความนิยมมากขึ้น และดูเหมือนว่าจะมีการนำเข้าเมล็ดพันธุ์พืชจากต่างประเทศมาให้คนในชนบทปลูก และส่งไปให้คนในเมืองรับประทานกันมากขึ้น โดยจะเห็นจากโครงการส่งเสริมปลูกพืชเมืองหนาวที่ต้องคอยทะนุถนอมมาก ก่อนจะนำมาบริโภคก็ต้องแช่อยู่ในอุณหภูมิที่เย็นตามห้างสรรพสินค้าทั้งยังเป็นสินค้าที่ราคาสูงด้วย

ปัจจุบันสำหรับในประเทศไทย กองพฤกษศาสตร์ กรมวิชาการเกษตรได้ทำการศึกษาและรวบรวมรายชื่อพืชผักพื้นบ้านในแต่ละภาค (ยกเว้นภาคกลาง) พบว่าพืชผักมีมากมายหลายร้อยชนิด

โดยได้จำแนกลักษณะทางอนุกรมวิธานและเก็บตัวอย่างพืชไว้ในพิพิธภัณฑ์พืช และผลการสำรวจปริมาณของพืชผักพื้นบ้านในทุกภูมิภาคนั้น พบว่าประชาชนมีการนำพืชผักมาบริโภคกันมาก ในภาคเหนือมีจำนวน 120 ชนิด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 130 ชนิด ภาคใต้มีจำนวน 158 ชนิด พืชผักเหล่านี้ส่วนใหญ่จะนำยอดอ่อน ดอก ผล เมล็ดมาใช้บริโภค และได้มีการจำแนกพืชผักที่บริโภคเหล่านี้ออกเป็นกลุ่มผักสด กลุ่มผักสุกโดยการต้ม นึ่งหรือเผา แกง ผัด และการสำรวจพืชผักพื้นเมืองในจังหวัดอุดรธานีโดยเน้นพืชผักที่ขึ้นเองตามธรรมชาติ และประชาชนนำมาบริโภคเป็นอาหาร พบว่ามีจำนวน 120 ชนิด สามารถนำมาตรวจสอบชื่อวิทยาศาสตร์ตามวิธีอนุกรมวิธานได้ 86 ชนิด ในจำนวนนี้เป็นพืชที่อยู่บนบก 73 ชนิด ในน้ำ 13 ชนิด และพืชเหล่านี้สามารถนำมาบริโภคได้ตลอดทั้งปี 55 ชนิด นอกจากนั้นจะมีตามฤดูกาล พืชผักเหล่านี้มีการนำมาจำหน่ายในตลาด 50 ชนิด ที่เหลือนอกจากนั้นจะได้บริโภคก็ต่อเมื่อเข้าไปในป่า การจำแนกตามวิธีรับประทานจะเป็นผักสด 52 ชนิด ทำให้สุกโดยการลวก นึ่ง ต้ม 42 ชนิด ส่วนใหญ่นิยมรับประทานสด เพราะบริโภคนิสัยแบบนี้จะถือว่าเป็นการประหยัดรายจ่าย ไม่เสียเวลาปรุงแต่ง สิ่งที่น่าเป็นห่วงคือ มีพืชผักจำนวน 24 ชนิดที่พบว่ามีสารออกซาเลตสูง ซึ่งหากรับประทานสดหรือรับประทานจำนวนมากอาจเสี่ยงต่อการเป็นนิ่วได้ ตัวอย่างพืชเหล่านี้ ได้แก่ หมากลำ ผักหม ผักกระโดนน้ำ กระโดนบน ผักเลนเคน ผักติ้ว ผักเม็ก ผักหวานป่า ผักอีเลิด ผักคาด ฯลฯ

แหล่งที่มาของพืชผักพื้นบ้าน

1. เทือกเขา ป่าดง ป่าละเมาะ ป่าแพะ ป่าเหล่า เป็นประเภทไม้ป่า ส่วนคนที่นำมาบริโภคเป็นผัก มักเป็นยอดไม้ ลูกไม้ หน่อ ต้นอ่อน
2. ไร่ สวน เช่น พืชผักที่ขึ้นตามธรรมชาติ และพืชผักที่ปลูกแซมตามไร่ข้าว สวนยาง เช่น สะตอ เหมี่ยง ฟักแฟง ถั่วต่างๆ
3. ทุ่งนา หนอง คลองบึง ส่วนใหญ่เป็นพืชน้ำที่มักเกิดเองตามธรรมชาติ เช่น ผักแว่น ลำเพ็ง ผักกูด บอน สันตะวา อีฮิน
4. สวนครัว ผักริมรั้ว ได้แก่ ผักปรุงรส ผักกินยอด เช่น สะระแหน่ โหระพา เชียงดา ผักฮ้วนหมู ผักชี ย่านาง

ผักพื้นบ้าน เป็นพรรณพืชผักพื้นบ้านหรือพรรณไม้พื้นเมืองในท้องถิ่นที่ชาวบ้านนำมาบริโภคเป็นผักตามวัฒนธรรมการบริโภคของท้องถิ่น ในแหล่งธรรมชาติ (ป่าเขา ป่าละเมาะ ป่าแพะ หนองบึง ริมแม่น้ำ และธารน้ำ) สวนนาไร่ หรือชาวบ้านนำมาปลูกไว้เพื่อสะดวกในการเก็บมาบริโภค ผักพื้นบ้านเหล่านี้อาจมีชื่อเฉพาะตามท้องถิ่น และนำไปประกอบเป็นอาหารพื้นเมืองตามกรรมวิธีเฉพาะของแต่ละท้องถิ่น นอกจากนี้พรรณไม้เหล่านี้ยังถูกนำมาใช้ประโยชน์ด้านยารักษาโรค เป็นเครื่องใช้ไม้สอย เป็นเครื่องแต่งกายและในทางเศรษฐกิจอีกด้วย

คุณค่าของพืชผักพื้นบ้าน

พืชผักพื้นบ้านมีความสัมพันธ์กับชีวิตของชาวบ้านมาตั้งแต่อดีต พันธ์ไม้พื้นเมืองนานาชนิดในธรรมชาติมิได้เพียงนำมาเป็นอาหาร แต่เข้ามาเกี่ยวข้องเกือบจะทุกด้านไม่ว่าจะเป็นด้านสิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านปัจจัย 4 อันเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ในการนำพืชผักพื้นบ้านมาใช้ประโยชน์นั้น ถือว่าชาวบ้านเป็นผู้ที่ศึกษาและเข้าใจธรรมชาติของพืชผักได้อย่าง

แท้จริง อีกทั้งมีเทคโนโลยีที่เหมาะสมต่อการที่จะใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า ไม่ก่อให้เกิดการสูญเสียหรือทำลายทั้งต่อตัวมนุษย์เองและสิ่งแวดล้อม

คุณค่าด้านอาหารของพืชผักพื้นบ้านนั้น สิ่งแรกสุดที่สำคัญสำหรับมนุษย์ คงจะไม่พ้นในเรื่องของอาหาร มนุษย์ได้รู้จักนำสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ตัวโดยเฉพาะด้านต้นไม้ พืชผักชนิดต่างๆ มาเป็นปัจจัยหลักในด้านนี้ ในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทยมีความแตกต่างด้านภูมิประเทศ ภูมิอากาศ ส่งผลให้เกิดความหลากหลายของพรรณพืชอีกทั้งกรรมวิธีในการที่จะนำพืชผักมาเป็นอาหารก็แตกต่างกันไป พืชผักที่ใช้ปรุงรสที่ถูกนำมาใช้เป็นทั้งเครื่องปรุงประกอบอาหารและรับประทานสดๆ คือ

เครื่องปรุงที่ให้รสเปรี้ยว เช่น มะลัง มะอึก ยอดมะขาม ยอดส้มป่อย บอนส้ม

เครื่องปรุงที่ให้รสเผ็ดร้อน เช่น โหระพา ดีปลี ผักแพวหรือผักไผ่

เครื่องปรุงรสที่ให้รสหวาน เช่น มะเขือเทศลูกเล็กๆ ของทางเหนือ ใบย่านาง

เครื่องปรุงที่ให้รสขม เช่น สะเลโด (กะเหรี่ยง) เพี้ยฟาน (เหนือ)

เครื่องปรุงที่ ให้กลิ่นหอม เช่น ผักไผ่ โหระพา ใบขิง

เครื่องปรุงที่ ช่วยดับกลิ่นคาว เช่น ตะไคร้ ข่า ขมิ้น ใบและผิวมะกรูด

คุณสมบัติของพืชผักพื้นบ้านแต่ละตัวต่างมีความหลากหลายแตกต่างกัน คุณสมบัติของพืชผักพื้นบ้านเหล่านี้เป็นเพียงบางตัวอย่าง คุณค่าที่สำคัญอีกประการหนึ่งของพืชผักพื้นบ้าน คือ การมีเส้นใยอาหาร ซึ่งเส้นใยอาหารนี้เป็นโครงสร้างของผัก มีมากที่เปลือก ใบและก้าน ร่างกายเราไม่สามารถย่อยได้เมื่อรับประทานเข้าไปแล้วจึงเหลือเป็นกากช่วยกระตุ้นให้ลำไส้ใหญ่บีบตัวขับถ่ายของเสียออกมาทำให้ช่วยป้องกันการท้องผูกได้ นอกจากนี้ใยอาหารยังมีคุณสมบัติในการที่จะจับโคเลสเตอรอลไว้แล้วขับถ่ายออกมาพร้อมกัน จึงทำให้ลดระดับโคเรสเตอรอลในเส้นเลือดได้ด้วย รวมทั้ง การที่ใยอาหารทำให้อาหารผ่าน ระบบขับถ่าย ในอัตราที่เร็วขึ้นจึงทำให้ ระยะ เวลาที่เยื่อบุลำไส้เล็กจะสัมผัสกับสารพิษ และสารที่ก่อให้เกิดมะเร็งที่มีอยู่ในอาหารลดลง ร่างกายจึงได้รับสารพิษน้อยลงไปด้วย

ตัวอย่างของประเภทอาหาร เช่น

1. โปรตีน เช่น ผักกูด ใบขี้เหล็ก ใบชะพลู ผักแว่น

2. วิตามินเอ เช่น ยอดตำลึง ใบชะพลู ใบย่านาง ใบยอ ยอดมะระ โหระพา ผักโขม ฟักทอง ผักบุ้ง พริกชี้ฟ้า เป็นต้น

3. วิตามินซี เช่น ยอดกระถิน ยอดแค ยอดมะม่วง ยอดมะขาม

4. แคลเซียม เช่น ดอกงิ้วแดง ใบชะพลู ใบยอ สะเดา ผักแพวหรือผักไผ่ ผักโขม ถั่วพู ผักเบี้ย

5. เหล็ก เช่น ถั่วลันเตา ผักชีฝรั่ง ผักเป็ด ผักแว่น

6. ใยอาหาร เช่น ผักไผ่ ยอดสะเดา ยอดมะม่วงหิมพานต์ ยอดมะกอก ใบยี่หร่า ยอดผักเหรียง ดอกแค ขนุนอ่อน

ความเชื่อเกี่ยวกับพืชผักพื้นบ้านด้านประเพณี พิธีกรรม มีประเพณีและพิธีกรรมในท้องถิ่นหลายอย่างที่ยังนำพืชผักมาเกี่ยวข้อง ที่พบเห็นกันโดยทั่วไปคือประเพณีสงกรานต์ที่นิยมนำส้มป่อยมาใส่ในน้ำเพื่อใช้สรงน้ำพระพุทธรูปและใช้รดน้ำดำหัวผู้ใหญ่เพื่อขอพรและขอขมาลาโทษ อีกทั้งเชื่อว่าส้มป่อยจะช่วยปลดปล่อยสิ่งชั่วร้ายทั้งหลายให้ออกไป นอกจากนี้ยังมีขมิ้น (เรียกน้ำขมิ้นส้มป่อย) ซึ่งปัจจุบันไม่ค่อยได้ใช้แล้ว ขมิ้นนั้นเชื่อว่าเป็นตัวแทนของพระพุทธเจ้า (พระสงฆ์ที่นุ่งเหลืองห่มเหลือง)

ถือว่าเป็นสิริมงคล นอกจากนี้ส้มป่อยยังถูกนำไปใช้ในพิธีงานศพทางภาคเหนือ โดยนำไปทำน้ำส้มป่อยสำหรับให้ญาติๆ แขกที่มาร่วมงาน ใช้ล้างหน้า ล้างมือ หลังจากพิธีเผาศพ ด้วยเชื่อว่าน้ำส้มป่อยจะช่วยขจัดความทุกข์โศกออกไป และห้ามมิให้สิ่งใดมารบกวน

ธรรมชาติเป็นวงจรและสายใยที่ซับซ้อนพึ่งพาอาศัยกันระหว่างสรรพสิ่ง ชีวิตคนไทยสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับวงจรธรรมชาติอย่างใกล้ชิด คนไทยรุ่นเก่าได้สังเกตธรรมชาติและอาศัยป่าธรรมชาติเป็นแหล่งอาหาร ความหลากหลายของพรรณไม้ในธรรมชาติ ผ่านการลองผิดลองถูกและจำแนกได้ว่าเป็นต้นไม้ที่กินได้และต้นไม้ที่กินไม่ได้ ต้นไม้ที่กินได้อาจเรียกได้ว่า “ผักพื้นบ้าน” เป็นต้นไม้ที่มีในป่าธรรมชาติและนำมาบริโภคเป็นผัก คนไทยในแต่ละภาคจะรู้จักและมีวิธีบริโภคผักพื้นบ้านที่มีแบบแผนเฉพาะ ผักพื้นบ้านชนิดใดได้รับความนิยมชาวบ้านมิเพียงเก็บจากธรรมชาติเท่านั้นแต่ยังนำมาปลูกไว้ใกล้บ้านเพื่อการบริโภคในครอบครัวและนำไปจำหน่ายในตลาดหากมีเหลือพอ

คนไทยมีแบบแผนการบริโภคผักพื้นบ้านที่สัมพันธ์กับฤดูกาลของธรรมชาติ เพราะเหตุที่ผักพื้นบ้านเป็นพืชพันธุ์ที่เติบโตตามธรรมชาติและตามฤดูกาล ต้นไม้ที่เป็นผักพื้นบ้านบางชนิดเป็นต้นไม้ยืนต้น บางชนิดเป็นไม้ล้มลุกหรือไม้เถาและส่วนของต้นไม้ที่คนไทยรับประทานเป็นผักพื้นบ้านมีหลายส่วนตั้งแต่ เหง้า ลำต้น ใบยอด ผลอ่อนและเมล็ด ส่วนของลำต้นเหล่านี้จะออกยอด ให้ลูก ให้ดอกในช่วงฤดูกาล เช่นหน้าฝนจะมียอดตำลึง ดอกกระเจียวแดง ผักแพว หน้าห นาวมียอดผักปรัง ผักพายส้มป่อย ผักเฮียด และในช่วงหน้าร้อนมีข่าอ่อน ผักหวานป่า เป็นต้น

แนวทางการบริโภคผักพื้นบ้านตามฤดูกาล

คนตะวันออกเชื่อว่าการรับประทานอาหารอย่างสอดคล้องกับฤดูกาลเป็นผลดีต่อสุขภาพ ทำให้สุขภาพสมดุลและปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ สำหรับในสังคมไทยทัศนะการแพทย์แผนไทย แผนดั้งเดิมเชื่อว่า ร่างกายของมนุษย์ประกอบด้วยธาตุ 4 (มหาภูติรูป 4) ได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟ ธาตุแต่ละอย่างมีลักษณะและธรรมชาติที่แตกต่างกันและธาตุ 4 ยังเป็นแหล่งกำเนิดของโรค โรคจะบังเกิดกับธาตุใดธาตุหนึ่งจะต้องมีธรรมชาติภายนอกมากระทบหรือมูลเหตุอื่นๆ (เช่น อาหาร อิริยาบถ อารมณ์ ฯลฯ) ทำให้เสียสมดุลจึงเกิดโรค ธรรมชาติภายนอกที่สำคัญ คือ ธรรมชาติของความร้อน ความเย็น ความหนาว เมื่อธรรมชาติภายนอกมากระทบธาตุ 4 ภายใน หากร่างกายต้านทานไม่ไหวจะทำให้เจ็บป่วยได้หรือธรรมชาติภายนอกเปลี่ยนแปลงรวดเร็วหรือรุนแรงมากไป จนธรรมชาติภายในเปลี่ยนแปลงไม่ทันก็จะเจ็บป่วยได้ เมื่อเข้าใจกฎเกณฑ์ดังนี้ การปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับธรรมชาติ จะทำให้หลีกเลี่ยงหรือบรรเทาอาการเจ็บป่วย การรับประทานผักพื้นบ้านควรพิจารณาให้สอดคล้องกับฤดูกาลใน 3 ฤดูกาล

ฤดูร้อน (เดือนกุมภาพันธ์-เดือนพฤษภาคม) ในฤดูร้อนหรือปลายฤดูหนาวต่อกับฤดูร้อนความร้อนในธรรมชาติจะเพิ่มขึ้น ความร้อนจากธรรมชาติภายนอกจึงมากระทบร่างกายและมักเป็นมูลเหตุที่ทำให้ธาตุไฟภายในร่างกายกำเริบขึ้น และหากกำเริบมากอาจส่งผลต่อธาตุน้ำและธาตุดินตามลำดับ ความร้อนส่งผลให้ร่างกายมีอาการตัวร้อน ปวด ศีรษะ วิงเวียน อ่อนเพลีย คอแห้ง ปากแห้ง กระหายน้ำ ร้อนใน ท้องผูก ปัสสาวะน้อยและสีเหลืองจัดหรืออาจเกิดเป็นเม็ดผดขึ้นตามร่างกาย อาการดังกล่าวสามารถป้องกันและบรรเทาได้ด้วยอาหารรสขมเย็น รสเปรี้ยว รสจืด อาหารเหล่านี้จะทำให้ความร้อนผ่อนคลายลงหรือช่วยลดความร้อน ผักพื้นบ้านที่ควรรับประทานในฤดูร้อน เช่น มะระขี้นก ฮ้วนหมู ผักเฮือด ส้มป่อย ผักกูด ผักปลัง ตำลึง ชะอม มะขาม ผักหวาน ไม่ควรรับประทานอาหารรส

ร้อน รสเผ็ดจัด รสมัน เพราะจะเป็นธาตุไฟในร่างกาย เป็นผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ลำไย ขนุน ทุเรียน เป็นต้น สำหรับเครื่องดื่มที่เหมาะสมในฤดูร้อน คือ ผลไม้รสเปรี้ยวเย็นคั้นและเติมเกลือเล็กน้อยจะช่วยคลายร้อนได้ เช่น แตงโม ส้ม สับปะรด เป็นต้น

ฤดูฝน (เดือนมิถุนายน -เดือนกันยายน) เมื่อฤดูฝนย่างกรายเข้ามาความเย็นอันเป็นธรรมชาติของฤดูฝนเพิ่มมากขึ้น สำหรับภายในร่างกายธาตุลมอันเป็นธาตุที่มีลักษณะเคลื่อนไหวและมีธรรมชาติเย็น ร่างกายจึงมักจะมีความเจ็บป่วยโดยมีมูลเหตุเป็นสำคัญ ความเย็นที่มีมากเกินไปจะกระทำธาตุลมให้เกิดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ ครั่นเนื้อครั่นตัว เป็นไข้หวัดได้ อาการดังกล่าวสามารถป้องกันได้โดยอาหารรสสุขุม รสเผ็ดร้อน ผักพื้นบ้านที่มีรสเผ็ดร้อน คือ ยอดพริก โหระพา ยี่หร่า แมงลัก กะเพรา หูเสือ ผักไผ่ พลูคาว ขิง ข่า ผักกาด กระทือ กระเจียว ผักแพว เอื้อง เป็นต้น

ฤดูหนาว (เดือนตุลาคม -เดือนมกราคม) ความหนาวอันเป็นธรรมชาติของฤดูหนาวจะกระทบต่อร่างกาย หากร่างกายไม่อาจต้านทานได้จะเกิดความเจ็บป่วย ความหนาวจะส่งอิทธิพลต่อธาตุน้ำในร่างกายทำให้เจ็บป่วยได้มากกว่าธาตุอื่นและจะทำให้มีอาการผิวแห้ง มึน ศีรษะ น้ำมูกไหล ขัดยอก ขยับเขยื้อนร่างกายไม่สะดวก ท้องอืด อาหารที่เหมาะสมกับอากาศในฤดูหนาว คือ อาหารรสขมร้อน รสเผ็ดและรสเปรี้ยว ผักพื้นบ้านที่เหมาะสมในการรับประทานหน้าหนาวคล้ายกับผักพื้นบ้านที่รับประทานหน้าฝน คือ ข่าอ่อน กระชาย พริกไทย ยอดพริก ขมิ้น ผักไผ่ ผักแพว และผักที่มีรสเผ็ดร้อนทุกชนิด

ผักพื้นบ้านที่แนะนำให้รับประทานตามฤดูเหล่านี้มักจะออกยอดออกส่วนของพืชที่รับประทานได้ในฤดูกาลนั้นเช่นกัน เช่น ผักเฮือด ผักกูด มะระขี้นก บวบ มีในหน้าร้อน เป็นต้น จึงนับเป็นความสะดวกของผู้บริโภคที่สามารถเลือกผักบริโภคได้ตามฤดูกาลและยังเป็นผลดีต่อสุขภาพอีกด้วย

นอกจากนั้นแล้ว ผักพื้นบ้านยังถูกเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวกับการบริโภคอาหารพื้นเมือง การบริโภคอาหารพื้นเมืองจะถูกกำหนดโดยวัฒนธรรม ความยากง่ายในการหาอาหาร ความชอบ ฤดูกาล และปัจจัยทางสถานการณ์ ตัวอย่างเช่น ภูมิประเทศ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ความเป็นเมือง เป็นต้น

วัฒนธรรมการบริโภคอาหารพื้นเมืองประกอบด้วยองค์ประกอบหลายส่วนเช่น ความเชื่อและคุณค่าเกี่ยวกับอาหาร การเลือก การเสาะหาและการปรุงแต่งอาหาร บทบาททางสังคมของอาหาร การเปลี่ยนแปลงของวัฒนธรรมการบริโภคอาหาร กระบวนการเรียนรู้และการถ่ายทอดเรื่องราวด้านอาหารในสังคม เป็นต้น ผักพื้นบ้านเป็นสัดส่วนสำคัญของอาหารพื้นเมือง การพิจารณาองค์ประกอบด้านวัฒนธรรมการบริโภคอาหารพื้นบ้านจะเป็นภาพสะท้อนว่าคนไทยมีความใกล้ชิดผักพื้นบ้านมากน้อยเพียงใด

สำหรับครอบครัวของคนในเมืองมักจะมีความเชื่อแบบตะวันตกและวัฒนธรรมการบริโภคอาหารแบบสำเร็จรูป ทำให้ความชิดใกล้และการนำผักพื้นบ้านมาบริโภคมีสัดส่วนลดลง หลายครั้งที่คนในเมืองปฏิเสธการรับประทานผักพื้นบ้าน เช่น สะเดา ขี้เหล็ก ผักพาย ด้วยความที่ไม่คุ้นเคย แตกต่างกับคนไทยที่พ้นจากความเป็นเมืองออกไป พวกเขาคุ้นเคยและบริโภคผักเป็นประจำ ภายในครอบครัวจะมีการเก็บ การเตรียมและการปรุงอาหารอย่างเหมาะสม การสังเกตและการเก็บผักพื้นบ้านถือได้ว่าเป็นงานเบาและประณีต ภาระเช่นนี้มักตกอยู่กับฝ่ายหญิงและเป็นเช่นนี้ในหลายสังคมที่ผู้หญิงหาผัก ผู้ชายหาเนื้อ หลังจากนั้นผู้หญิงเป็นผู้ปรุงแต่งอาหารตามแต่ละท้องถิ่น

อาหารพื้นเมืองแต่ละท้องถิ่นเป็นเอกลักษณ์แต่ละวัฒนธรรม อาหารไทยถูกปรุงแต่งและถ่ายทอดสูตรต้นตำรับกันมาแบบรุ่นต่อรุ่น สำหรับอาหารไทยตำรับชาววังจะมีความละเอียด ประณีต ประดิดประดอยคล้ายกับงานหัตถกรรมชั้นเยี่ยม แต่ทว่าอาหารไทยตำรับพื้นเมืองของชาวบ้านจะอาศัยธรรมชาติรอบตัวและการปรุงแต่งที่เรียบง่าย มีความหลากหลาย มีเอกลักษณ์และมีรสชาติที่ควรลิ้มลอง ตำรับอาหารพื้นเมืองเป็นความผสมผสานที่ลงตัวระหว่างชนิดของอาหาร ปริมาณและชนิดของผักพื้นบ้าน เนื้อสัตว์และเครื่องปรุง เทคนิคการปรุงอาหาร เช่น ขนาดของผักหรือเนื้อที่ใช้ปรุงอาหาร เวลาปรุงอาหาร อะไรใส่ก่อน อะไรใส่หลัง เป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความอร่อยเช่นกัน เช่น ชาวเหนือเวลาแกงแคจะไม่ใช้ผักรสขม เช่น ผักเชียงดา สะเดา เพราะจะทำให้แกงแคไม่อร่อยและถือเป็นที่รู้กันว่า ผักเชียงดา ผักชะอม ผักเสี้ยวจะต้องแกงรวมกันถึงจะอร่อย ชาวภาคกลางเวลารับประทานผักเสี้ยนดองต้องรับประทานกับน้ำพริกกะปิ ยอดสะเดาลวกต้องทานกับน้ำปลาหวาน ชาวอีสานเวลาตำกล้วยดิบจะใส่ลูกมะเฟืองเข้าไปตำรวมกันจะทำให้ตำกล้วยอร่อยรสไม่ฝาดหรือส้มตำใส่มะละกอสุกเป็นต้น ความพึงพอใจในรสชาติของอาหารหรือความอร่อยของอาหารพื้นเมืองเหล่านี้ไม่มีกฎตายตัว เป็นวัฒนธรรมที่คุ้นเคยแต่วัยเด็ก ผู้คนแต่ละท้องถิ่นจะได้รับการเรียนรู้ตั้งแต่วัยเด็กว่าอะไรควรรับประทานกับอะไร นับเป็นสิ่งสะท้อนประสบการณ์และภูมิปัญญาไทยภายใต้บรรยากาศของท้องถิ่น

อาหารพื้นบ้านที่เป็นวัฒนธรรมร่วมของคนไทยคือการบริโภคผักและน้ำพริก ซึ่งเป็นอาหารที่ต้องไปด้วยกัน เพราะเหตุที่น้ำพริกเป็นเครื่องจิ้มรสจัด สามารถปรุงได้อย่างหลากหลาย พลิกแพลงและยืดหยุ่นในทุกภาคของเมืองไทย น้ำพริกเป็นความกลมกลืนของรสเปรี้ยว รสเผ็ด รสเค็ม รสหวาน ส่วนประกอบพื้นฐานของน้ำพริก คือ เนื้อสัตว์จำนวนน้อย กะปิ กระเทียม พริก น้ำปลา น้ำมะนาว หรือผลไม้ที่ออกรสเปรี้ยว ภาคกลางมีน้ำพริกปลาร้า น้ำพริกปลาป่น น้ำพริกน้ำปู ภาคใต้มีน้ำพริกโจร น้ำพริกไตปลา น้ำพริกระกำ ภาคอีสานมีน้ำพริกเรียกว่าแจ่วและแจ่วบอง น้ำพริกเหล่านี้จะรับประทานร่วมกับผักพื้นบ้านนานาชนิด ทั้งผักดิบและผักสุก (โดยการต้ม การลวก การลาดกะทิ การหลาม การผัด การชุบแป้งทอด) ที่หาได้ในท้องถิ่น ผักบางชนิดถูกปรุงเป็นผักดองรับประทานกับน้ำพริกได้เช่นกัน แทบจะกล่าวได้ว่าผักพื้นบ้านทุกชนิดรับประทานกับน้ำพริกได้

ผักพื้นบ้านที่นำมาประกอบอาหารมีความหลากหลายในแต่ละภาค ซึ่งถือได้ว่าเป็นภูมิปัญญาของแต่ละวัฒนธรรมและท้องถิ่นนั้นๆ สำหรับอาหารพื้นเมืองประจำภาคเหนือ ชาวเหนือมีศิลปวัฒนธรรมอันละเอียดอ่อนลึกซึ้งในทุกด้านไม่เว้นแม้แต่การบริโภคอาหาร ส่วนใหญ่จะมีรสอ่อนหรือรสเผ็ดเค็มเปรี้ยว แต่ไม่หวานมาก อาหารภาคเหนือไม่นิยมใส่น้ำตาล การปรุงอาหารมีหลายวิธี เช่น การแกง การจอ (คล้ายการดอง) การส้า (การยำ) การเจี๋ยว (การเจียว) เป็นต้น ตัวอย่างอาหารพื้นเมืองภาคเหนือ มีดังนี้

1. แกงแคไก่ เป็นต้นตำรับแกงที่ใช้ผักพื้นบ้านหลายๆ อย่างเป็นส่วนประกอบสำคัญปรุงรวมกัน สมัยก่อนคนโบราณมักปรุงแกงแคด้วยผักและเนื้อหลายชนิดรวมกันทั้งหมดประมาณ 108 ชนิด ผักพื้นบ้านที่ชาวเหนือเลือกมาใช้แกงแคมักเป็นผักที่ไม่มีรสขม ผักที่ใช้มักเป็นชะอม ใบชะพลู หน่อไม้

2. แกงฮังเล เนื่องจากภาคเหนือเป็นดินแดนที่มีชาวไทยหลายเผ่าพันธุ์ วัฒนธรรมบางอย่างจึงมีความคล้ายคลึงกัน ทั้งด้านประเพณี อาหารการกิน แกงฮังเลนั้นบางตำรากล่าวว่าเป็นแกงที่ชาว

พม่ารับประทานกับกล้วยไข่ ต่อมาแกงฮังเลได้แพร่เข้ามาทางภาคเหนือ แต่อย่างไรก็ตามก็ถือได้ว่าแกงฮังเลเป็นอาหารเด่นของไทยประจำภาคเหนือตำรับหนึ่ง

3. แกงโฮะ ในสมัยก่อนเวลาทำบุญบ้านหรืองานบุญต่างๆ มักจะเตรียมของที่ทำอาหารไว้จำนวนมาก การนำเอาแกงต่างๆ ที่เหลืออยู่ในหม้อ (หลังจากที่ตักรับประทานอิ่มแล้ว) รวมทั้งผักและเนื้อสัตว์ต่างๆ ที่เหลือจากการเตรียมมาทำแกงโฮะ ซึ่ง “โฮะ” เป็นภาษาเหนือ หมายถึง เอามารวมกัน แกงโฮะจะเป็นแกงที่แห้งๆ คล้ายผัดซึ่งเป็นเอกลักษณ์ที่สำคัญของแกงโฮะ

4. ขนมจีนน้ำเงี้ยว ถ้าเป็นภาคเหนือจะปรุงเป็นขนมจีนน้ำเงี้ยวซึ่งเป็นส่วนประกอบที่มาปรุงเป็นน้ำเงี้ยวจะแตกต่างจากการทำน้ำยาของภาคอื่น แทนที่จะใช้เนื้อปลาจะเป็นเนื้อสัตว์อื่นมาปรุงแทน เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว ซี่โครงหมู เลือดหมู และรสชาติจะเป็นเอกลักษณ์เฉพาะของน้ำเงี้ยว

5. ข้าวซอยไก่ ข้าวซอยต้นตำรับของภาคเหนือนั้นเส้นที่ใช้จะทำจากแป้งที่ได้จากข้าวนำมาทำให้เป็นแผ่นบางๆ แล้วซอยเป็นเส้นๆ จึงเรียกว่าข้าวซอย ต่อมามีการดัดแปลงเป็นการใช้เส้นหมี่แทนเส้นข้าวซอย

6. จิ้นลาบ จิ้นเป็นภาษาเหนือ ภาษากลางคือ เนื้อสัตว์ “จิ้นลาบ” คือการนำชิ้นส่วนของเนื้อสัตว์มาทำลาบตามกรรมวิธีของชาวเหนือ ซึ่งจะแตกต่างกับลาบของภาคกลางตรงที่ลาบของชาวเหนือจะใส่เครื่องแกงด้วย ในสมัยก่อนประเพณีของชาวเหนือเวลามีงานบุญต่างๆ ในเมนูอาหารที่ขาดเสียไม่ได้เลยคือ “จิ้นลาบ” ถือว่าเป็นอาหารที่แสดงถึงฐานะอันมีจะกินของเจ้าของงาน มักใส่เลือดผสมลงไปด้วย เพื่อนำไปเซ่นไหว้วิญญาณบรรพบุรุษ เชื่อกันว่าวิญญาณบรรพบุรุษและวิญญาณอื่นๆ จะไม่มารบกวนหรือทำให้มีอันเป็นไปต่างๆ แต่จะคอยไปปกป้องคุ้มครองดูแล ปัจจุบันจิ้นลาบที่ใส่เลือดจะพบได้เฉพาะในงานบุญ เช่น เทศกาลสงกรานต์

7. น้ำพริกหนุ่ม พริกหนุ่มเป็นพริกทางเหนือมีลักษณะยาวเรียว มีรสเผ็ด พริกหนุ่มสดจะมีสีเขียวอมเหลือง ซึ่งจะกระตุ้นให้เจริญอาหารและช่วยขับเหงื่อ น้ำพริกหนุ่มเป็นอาหารรสเผ็ด มักนิยมรับประทานกับแคบหมูหรือจะเป็นผักพื้นบ้านทั้งผักสด ต้มหรือลวก สามารถนำมาเข้าตำรับความอร่อยกับน้ำพริกหนุ่มได้

8. น้ำพริกอ่อง จะมีหมูสับเป็นส่วนประกอบคล้ายกับน้ำพริกมะขามหรือน้ำพริกลงเรือของภาคกลาง การปรุงน้ำพริกอ่องจะไม่ใช้น้ำตาล รสหวานจะได้จากความหวานของมะเขือเทศ ส่วนรสเปรี้ยวนั้นได้จากมะเขือส้ม คือ มะเขือเทศผลเล็กชนิดพวง นอกจากนั้นจะใช้ถั่วเน่าช่วยในการปรุงรส ถั่วเน่า คือ ถั่วเหลืองที่เอามาหมักแล้วทำเป็นแผ่นตากแห้งใช้แทนกะปิ

9. ไส้อั่ว ชาวเหนือใช้เป็นกับข้าวรับประทานกับข้าวเหนียว สามารถดัดแปลงเป็นกับแกล้มหรืออาหารว่างรูปแบบต่างๆ เช่น ดัดแปลงรับประทานเป็นเครื่องเคียงกับขิงอ่อนสด พริกขี้หนูหั่น หัวหอมแดง มะนาว เป็นต้น

เครื่องดื่มสมุนไพร

น้ำดื่มเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ภูมิปัญญาพื้นบ้านไทยได้นำน้ำสมุนไพรมาเป็นเครื่องดื่มช่วยคลายร้อน ดับกระหายและยังช่วยปรับธาตุบำรุงสุขภาพและป้องกันโรคหรืออาการเจ็บป่วยบางอย่างได้ เนื่องจากในน้ำสมุนไพรมีวิตามินและสารหลายชนิดที่มีฤทธิ์ในการป้องกันโรค น้ำสมุนไพรได้รับความนิยมมากขึ้นโดยมีการปรับประยุกต์นำผักและผลไม้มาทำเป็นเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทยมีการเลือกดื่มน้ำสมุนไพร ดังนี้

1. น้ำสมุนไพรแบ่งตามธาตุเจ้าเรือน

1.1 คนธาตุดิน ควรรับประทานอาหารรสฝาด หวาน มัน เค็ม น้ำสมุนไพรที่เหมาะกับคนธาตุดินคือ

- รสฝาด เช่น น้ำฝรั่ง น้ำมะตูม น้ำกระท้อน น้ำมะกอก น้ำมะขามป้อม น้ำลูกหว้า
- รสหวาน เช่น น้ำแตงโม น้ำมะละกอ น้ำกล้วยหอม น้ำขนุน น้ำเงาะ น้ำน้อยหน่า น้ำละมุดฝรั่ง น้ำลำไย น้ำอ้อย
- รสมัน เช่น น้ำกระจับ น้ำข้าวโพด น้ำฟักทอง น้ำแห้ว

1.2 คนธาตุน้ำ ควรรับประทานอาหารรสเปรี้ยวและขม น้ำสมุนไพรที่เหมาะสมกับคนธาตุน้ำ คือ

- รสเปรี้ยว เช่น น้ำมะขาม น้ำมะนาว น้ำกระเจี๊ยบแดง น้ำมะยม น้ำส้มโอ น้ำมะเขือเทศ น้ำสับปะรด น้ำส้ม น้ำลิ้นจี่ น้ำองุ่น น้ำชมพู่ น้ำสตรอเบอรี่ น้ำมะปราง น้ำมะเฟือง
- รสขม เช่น น้ำมะระขี้นก น้ำเห็ดหลินจือ น้ำใบบัวบก

1.3 คนธาตุลม ควรรับประทานอาหารรสเผ็ดร้อน น้ำสมุนไพรที่เหมาะสมกับคนธาตุลม คือ น้ำกะเพราแดง น้ำขิง น้ำข่า น้ำตะไคร้ น้ำกานพลู

1.4 คนธาตุไฟ ควรรับประทานอาหารรสขม หอมเย็น (สุขุม) และจืด น้ำสมุนไพรที่เหมาะกับคนธาตุไฟคือ

- รสขม เช่น น้ำมะระขี้นก น้ำเห็ดหลินจือ น้ำใบบัวบก
- รสหอมเย็น เช่น น้ำใบเตย น้ำลูกเดือย น้ำเม็ดแมงลัก น้ำแตงไทย น้ำมะพร้าว น้ำรากบัว น้ำลูกจาก น้ำลูกตาลอ่อน
- รสจืด เช่น น้ำผักคะน้า น้ำผักตำลึง น้ำแตงกวา น้ำขึ้นฉ่าย น้ำดอกคำฝอย น้ำว่านหางจระเข้ น้ำผักกวางตุ้ง

2. น้ำสมุนไพรแบ่งตามช่วงเวลา อิทธิพลของกาลเวลาที่เปลี่ยนแปลงใน 1 วัน จะทำให้เกิดการแปรปรวนของธาตุในร่างกายและก่อให้เกิดการเสียสมดุลได้ดังนี้

2.1 เวลา 06.00 – 10.00 น. และเวลา 18.00 – 22.00 น. มักจะเจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ น้ำสมุนไพรที่บำรุงร่างกายและปรับสมดุลของธาตุน้ำ ได้แก่ น้ำสมุนไพรที่มีรสเปรี้ยว เช่น น้ำส้ม น้ำมะนาว น้ำมะขามเป็นต้น

2.2 เวลา 10.00 – 14.00 น. และเวลา 22.00 – 02.00 น. มักจะเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ น้ำสมุนไพรที่ช่วยบำรุงร่างกายและปรับสมดุลธาตุไฟ ได้แก่ น้ำสมุนไพรที่มีรสขม เช่น น้ำใบบัวบก น้ำมะระขี้นก เป็นต้น

2.3 เวลา 14.00 – 18.00 น. และเวลา 02.00 – 06.00 น. มักจะเจ็บป่วยด้วยธาตุลมน้ำสมุนไพรที่ช่วยบำรุงร่างกายและปรับสมดุลธาตุลม ได้แก่ น้ำสมุนไพรที่มีรสเผ็ดร้อน ได้แก่ น้ำขิง น้ำตะไคร้ น้ำมะตูม เป็นต้น

เทคนิคในการเตรียมน้ำสมุนไพร

1. การเลือกสมุนไพรที่จะนำมาทำน้ำสมุนไพรต้องคำนึงถึงสมุนไพรที่สดหรือถ้าเป็นสมุนไพรที่ต้องทำให้แห้ง ควรเลือกสมุนไพรที่ใหม่สะอาดดูลักษณะ สี กลิ่น ดูว่ามีเชื้อราหรือไม่ สมุนไพรที่สดใหม่ช่วยให้ได้คุณค่าทางโภชนาการสูง สีสันน่ารับประทาน

2. ความสะอาดทั้งสมุนไพรและภาชนะที่ใช้ต้องสะอาด ป้องกันการปนเปื้อนเชื้อ ถ้าไม่สะอาดอาจทำให้ผู้ดื่มน้ำสมุนไพรท้องเสียและยังทำให้น้ำสมุนไพรเก็บไม่ได้นานเท่าที่ควร

3. ภาชนะที่ใช้ ที่ต้มควรจะเป็นหม้อเคลือบ ไม่ควรใช้หม้ออลูมิเนียมเพราะอาจจะทำให้กรดที่อยู่ในสมุนไพรกัดภาชนะ ถ้าเป็นหม้อหรือกระทะทองเหลืองจะทำให้รสของสมุนไพรเปลี่ยนไป นอกจากนี้การที่เราดื่มน้ำสมุนไพรที่มีสารโลหะหนักผสมอยู่อาจจะเป็นอันตรายต่อร่างกายได้ สำหรับภาชนะที่บรรจุควรจะเป็นขวดแก้วจะสะดวกในการนึ่งและน้ำสมุนไพรจะไม่ทำปฏิกิริยากับขวดแก้ว ยังดูใสสะอาดน่าดื่มยิ่งขึ้น

ข้อควรระวังในการปรุงและดื่มน้ำสมุนไพร คือ ไม่ควรใส่น้ำตาลให้หวานจัดจนเกินไปควรให้รสชาติและกลิ่นของสมุนไพรเป็นกลิ่นและรสนำแทนการใช้รสหวานของน้ำตาล

คุณค่าและประโยชน์ของน้ำสมุนไพรนั้น น้ำสมุนไพรเป็นเครื่องดื่มที่มีรสชาติอร่อยตามธรรมชาติ สามารถเตรียมเองได้โดยใช้พืชผักและผลไม้ที่มีอยู่ในท้องถิ่นตามฤดูกาล การเตรียมน้ำสมุนไพรไว้ดื่มเองในครอบครัวช่วยประหยัดทำให้เราได้ดื่มน้ำสมุนไพรที่สด สะอาด ปลอดภัย อุดมไปด้วยสารอาหาร วิตามินและเกลือแร่ ซึ่งช่วยบำรุงร่างกายให้แข็งแรง ช่วยระบาย อีกทั้งยังทำให้ผิวพรรณเปล่งปลั่ง และบำรุงเส้นผมให้สวยงาม นอกจากคุณค่าทางอาหารแล้วน้ำสมุนไพรยังมีสรรพคุณทางยาตามตำรับการแพทย์แผนไทย ช่วยรักษาโรคและกลุ่มอาการขั้นพื้นฐานได้ ดังนั้นควรหันมาดื่มน้ำสมุนไพรแทนการดื่มน้ำอัดลม น้ำชาหรือกาแฟ

การบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตน

ฤาษี หมายถึง นักพรตหรือนักบวชที่อยู่ตามป่าเขาลำเนาไพร ในตำนานหรือนิทานโบราณมักจะเรียกผู้ที่เป็นนักบวชว่า “ฤาษี” ซึ่งเมืองไทยในอดีตน่าจะมีนักบวชประเภทนี้แสวงหาความสงบสันโดษอยู่ตามป่าเขา เมื่อได้บำเพ็ญเพียรสมาธินานๆ อาจมีอาการเมื่อยขบ จึงได้ทดลองขยับเขยื้อนร่างกาย มีการยืดงอและเกร็งตัวดัดตน ทำให้เกิดเป็นท่าดัดต่างๆ ซึ่งทำให้อาการเจ็บป่วยเมื่อยขบหายไปได้ จึงได้ข้อสรุปประสบการณ์บอกเล่าสืบต่อกันมาหรืออาจเกิดจากการคิดค้นโดยบุคคลทั่วๆ ไป เพราะในสังคมไทยกว่า 2,000 ปี เรามีศาสนาพุทธเป็นที่ยึดเหนี่ยวในการปฏิบัติตน ดังนั้นนักบวช นักพรตก็อาจเป็นชาวพุทธที่นิยมนั่งสมาธิวิปัสสนากรรมฐาน หรืออาจเป็นอุบาสกอุบาสิกาและแม้แต่พระสงฆ์

มีผู้ศึกษาบางคนพยายามเชื่อมโยงว่าคนไทยเลียนแบบท่าฤาษีดัดตนจากท่าโยคะของอินเดีย แล้วพยายามนำท่าไปเทียบเคียงกันซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วพบว่าไม่เหมือนกัน โดยเฉพาะท่าดัดตนของไทยไม่ใช่ท่าผาดโผนหรือฝืนร่างกายจนเกินไป ส่วนใหญ่เป็นท่าดัดตามอิริยาบถของคนไทย มีความสุภาพและคนทั่วไปสามารถทำได้ แต่อย่างไรก็ตามจำนวนท่าฤาษีดัดตน 80 ท่า มีท่าแบบจีน 1 ท่า ท่าแบบแขก 1 ท่า ท่าดัดคู้ 2 ท่า แสดงถึงการแลกเปลี่ยนความรู้กันและมีการระบุไว้ชัดเจนว่าเป็นของต่างชาติเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและอายุยืนยาว เช่น อินเดียมีการบริหารร่างกายที่เรียกว่า โยคะ จีนมีการรำมวยจีนที่เรียกว่า ไทเก๊ก ไทยมีการบริหารร่างกายด้วยฤาษีดัดตน เป็นต้น

การบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนนอกจากใช้เป็นท่าในการบริหารร่างกายแล้ว ยังทำให้ร่างกายตื่นตัว แข็งแรงและเป็นการพักผ่อน ท่าต่างๆ ที่ใช้ยังมีสรรพคุณในการรักษาโรคเบื้องต้นได้อีกด้วย นับว่ามีประโยชน์อันมาก ได้แก่

1. ช่วยให้เกิดการเคลื่อนไหวตามธรรมชาติของแขนขาและข้อต่างๆ เป็นไปอย่างคล่องแคล่ว มีการเน้นการนวดโดยบางท่าจะมีการกดหรือบีบนวดร่วมไปด้วย

2. ทำให้โลหิตหมุนเวียน เลือดลมเดินได้สะดวก นับเป็นการออกกำลังกายที่สามารถทำได้ทุกอิริยาบถของคนไทย

3. เป็นการต่อต้านโรคภัย บำรุงรักษาสุขภาพให้มีอายุยืนยาว

4. มีการใช้สมาธิร่วมด้วยจะช่วยยกระดับจิตใจให้พ้นอารมณ์ขุ่นมัว หงุดหงิด ความง่วง ความท้อแท้ ความเครียดและช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการหายใจหากมีการฝึกหายใจให้ถูกต้อง

การคัดเลือกท่าพื้นฐาน

สถาบันการแพทย์แผนไทยได้ดำเนินการคัดเลือกท่าฤาษีดัดตนพื้นฐาน 15 ท่า จากท่าฤาษีดัดตนที่ได้รวบรวมไว้ทั้งหมด 127 ท่า โดยมีแนวคิดและหลักการคัดเลือกดังนี้

1. เป็นท่าที่เป็นตัวแทนของอิริยาบถต่างๆ และสามารถบริหารร่างกายได้คลอบคลุมทุกส่วนตั้งแต่ไหล่ แขน อก ท้อง เอว เข่าไปจนถึงเท้า

2. เป็นท่าพื้นฐานทั่วไปสำหรับการเริ่มต้นฝึกปฏิบัติให้เกิดความเคยชินและช่วยให้เห็นความสำคัญของการจัดโครงสร้างร่างกายของตนเองให้สมดุล

3. เป็นท่าที่เลือกมาจากท่าฤาษีดัดตนซึ่งมีมาแต่เดิมและปรับประยุกต์ใช้ในท่าต่างๆ เช่น นั่ง นอนหรือยืน มีการสรุปการเคลื่อนไหวต่อเนื่องหรือท่าเดิมหลายๆ ท่ามาเคลื่อนไหวต่อเนื่องกัน

4. การคัดเลือกท่าต่างๆ จะใช้แนวคิดเกี่ยวกับความสมดุลของโครงสร้างร่างกายและการบริหารร่างกายตามแนวต่างๆ เช่น แนวดิ่ง แนวราบ แนวเฉียง โดยเพิ่มเติมการตรวจร่างกายอย่างง่ายๆ เพื่อให้ทราบถึงโครงสร้างร่างกายของตนเองที่ไม่สมดุล โดยอาศัยแนวคิดด้านดุลยภาพของ รศ.พญ.ลดาวัลย์ สุวรรณกิตติ มาใช้ในการคัดเลือกท่าที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถฝึกหัดได้โดยไม่ทำให้โครงสร้างที่เสียสมดุลอยู่เดิมมีความเสียหายมากขึ้น

5. ในการคัดเลือกท่าฤาษีดัดตนได้เพิ่มท่าบริหารกล้ามเนื้อบนใบหน้า ซึ่งคิดค้นโดย รศ.นพ.กรุงไกร เจนพาณิชย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านกระดูกและข้อ และเคยศึกษาการนวดจากอาจารย์ณรงค์สักข์ บุญรัตนหิรัญ หมอนวดราชสำนัก สามารถคิดค้นท่านวดกล้ามเนื้อบนใบหน้า 7 ท่าขึ้นมา

6. การคัดเลือกท่าต่างๆ ไม่เน้นการรักษาเฉพาะโรค แต่เป็นการเตรียมพร้อมการปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายอย่างง่ายด้วยตนเอง

7. ท่าที่คัดเลือกไว้นี้แม้จะมีการวิเคราะห์โดยใช้ความรู้ทางแพทย์แผนปัจจุบันทั้งในแง่ประสิทธิภาพและประสิทธิผลแล้วก็ตาม สถาบันการแพทย์แผนไทยยังมีแนวคิดที่จะสนับสนุนให้เกิดจากการวิจัยควบคู่ไปกับการส่งเสริมให้มีการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง

การฝึกท่าฤาษีดัดตนนั้นในตำรามิได้มีการระบุชัดเจนเกี่ยวกับลมหายใจ แต่อย่างไรก็ตามในศาสนาพุทธมีการนั่งสมาธิโดยการฝึกการบริการลมหายใจเช่นกัน ดังนั้นท่าฤาษีดัดตนจึงน่าจะให้ความสำคัญเกี่ยวกับการกำหนดลมหายใจและการกลั้นลมหายใจ ดังนั้นก่อนที่จะบริหารร่างกายด้วยท่าฤาษีดัดตนควรเริ่มต้นนั่งสมาธิและการฝึกการหายใจที่ถูกต้อง

หายใจเข้า สูดลมหายใจเข้าช้าๆ ค่อยๆ เบ่งชี่องท้องให้ท้องป่องออก อกขยาย ซี่โครงสองข้างจะขยายออก ปอดขยายใหญ่มากขึ้น ยกไหล่ขึ้น จะเป็นการหายใจเข้าให้ลึกที่สุด กลั้นลมหายใจไว้สักครู่ ในช่วงนี้ผนังช่องท้องจะยุบเล็กน้อย หน้าอกจะยืดเต็มที่ หายใจออก ค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกช้าๆ โดยยุบท้อง หุบซี่โครงสองข้างเข้ามา แล้วลดไหล่ลง จะทำให้หายใจออกได้มากที่สุด

กายบริหารแบบไทยท่าฤาษีดัดตนเป็นการบริหารร่างกายของคนไทยที่มีมาแต่โบราณ ซึ่งเน้นการฝึกลมหายใจและใช้สมาธิร่วมด้วย จึงเป็นทั้งการบริหารร่างกายและบริหารจิต รวมทั้งช่วยในการบำบัดอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นได้ในระดับหนึ่ง

การนวดเพื่อสุขภาพ

การแพทย์แผนไทยเป็นวิธีการดูแลสุขภาพด้วยการบำบัด รักษาและฟื้นฟูด้วยวิธีธรรมชาติ อาศัยองค์ความรู้บางส่วนถ่ายทอดมาจากพระพุทธศาสนาและการแพทย์ของจีน การแพทย์แผนไทยได้ดูแลสุขภาพคนไทยมาช้านานนับเป็น 1,000 ปี ตามวิถีชีวิตของคนไทย แต่ละภูมิภาค ซึ่งแตกต่างกันบ้างตามสภาพภูมิศาสตร์ วัฒนธรรมและประเพณี การแพทย์แผนปัจจุบันเพียงระบบเดียวไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ทั้งหมด เนื่องจากเป็นระบบการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีเวชภัณฑ์จากต่างประเทศและมีผลกระทบข้างเคียงมาก (เสาวภา พรสิริพงษ์ , พรทิพย์ อุศุภรัตน์และเพ็ญนภา ทรัพย์เจริญ , 2539) แต่อย่างไรก็ตามประชาชนส่วนใหญ่โดยเฉพาะในชุมชนท้องถิ่นยังคงเลือก การดูแลรักษาสุขภาพตามระบบความเชื่อของตนเองและชุมชน แม้ว่าการแพทย์พื้นบ้านจะถูกลดความสนใจลงในช่วง 100 - 200 ปีที่ผ่านมา

ประเวศ วะสี (2521) ให้ความเห็นว่าการแพทย์พื้นบ้านได้รับความนิยมมาก เนื่องจากกลุ่มหมอพื้นบ้าน เช่น หมอตำแย หมอยาไทย หมอพระ เป็นบุคคลที่มีอยู่ทั่วไปในชุมชน ไม่ลำบากในการไปรักษาหรือตามมารักษาที่บ้านผู้ป่วย การคิดค่ารักษาพยาบาลไม่แพง ชาวบ้านทั่วไปสามารถมารับการรักษาได้ ที่สำคัญ คือ วิธีการรักษาที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในการผสมผสานเข่าด้วยกันกับสมุนไพรในท้องถิ่น การนวดและพิธีกรรม แต่จากการที่ประเทศไทยได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและโครงสร้างต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 30 ปีที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว สิ่งที่เกิดขึ้นพร้อมๆ กับการเปลี่ยนแปลงเหลานี้ คือ ชุมชนถูกเปลี่ยนแปลงโดยนโยบายการพัฒนาของภาครัฐ ซึ่งภูมิปัญญาในด้านการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนได้รับผลกระทบตามไปด้วย คือ ประชาชน ลดความสนใจการดูแลรักษาสุขภาพด้วยการแพทย์พื้นบ้านหันไปรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันมากขึ้น (กชกร ชิณะวงศ์ , 2548) แต่ยังมีวิธีการดูแลรักษาสุขภาพที่ชุมชนบางส่วนยังคงให้การยอมรับในด้านประสิทธิภาพของการรักษา คือ การนวด ซึ่งภูมิปัญญาการนวดของไทยนั้น มีมากมายหลายชนิด การนวดไทยมีประวัติความเป็นมาอย่างยาวนานและมีการสืบทอดมาจนถึงปัจจุบัน การนวดเป็นการใช้ภูมิปัญญาช่วยรักษาอาการเจ็บป่วยจนได้รับการยอมรับจากบุคคลทั่วไปและชื่อเสียงโด่งดังไปไกลถึงต่างประเทศ โดยสถาบันการแพทย์แผนไทย (2549) ได้แบ่งการนวดออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. การนวดแบบราชสำนัก เป็นการนวดเพื่อถวายกษัตริย์และเจ้านายชั้นสูงของราชสำนัก ผู้นวดจะต้องเดินเข่าเข้าหาผู้ป่วยที่นอนอยู่บนพื้น เมื่ออยู่ห่างผู้ป่วยราว 2 ศอก จึงนั่งพับเพียบและคารวะขออภัยผู้ป่วย หลังจากนั้นผู้นวดจะคลำชีพจรที่ข้อมือและหลังเท้าขางเดียวกันของผู้ป่วย เมื่อตรวจดูอาการของโรคแล้วเริ่มนวดคล้ายกับการนวดแบบทั่วไป แต่แตกต่างกันที่ตำแหน่งการวางมือ

องศาที่แขนของผู้นวดทำกับตัวของผู้ป่วยและท่าทางของผู้นวดซึ่งจะต้องกระทำอย่างสุภาพ สำหรับการสอนการนวดไทยราชสำนักมี 4 ขั้นตอน คือ 1) การนวดขั้นพื้นฐาน 2) การกดจุด 3) ทฤษฎีและวิธีการรักษาโรค 4) การใช้วิธีนวด เมื่อมีการเรียนการสอนภาคทฤษฎีแล้วต้องมีการ ฝึกปฏิบัติเพื่อให้ผู้เรียนฝึกหัดตรวจและรักษาโรค

ประโยชนของการนวดแบบราชสำนัก คือ ลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ เพิ่มระบบการไหลเวียนโลหิตและน้ำเหลือง กระตุ้นระบบประสาท เพิ่มประสิทธิภาพของระบบหายใจและฟื้นฟูสภาพของระบบกล้ามเนื้อ ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบประสาท

2. การนวดแบบทั่วไป (แบบเชลยศักดิ์) เป็นการนวดแบบสามัญชน มีการสืบทอดฝึ กฝนแบบแผนการนวดตามวัฒนธรรมท้องถิ่น ช่วยรักษาโรคและอาการพื้นฐานง่ายๆ เช่น ปวดเมื่อยทั่วไปอันเกิดจากการทำงานประจำวัน ลักษณะการนวดไทยแบบเชลยศักดิ์จะเริ่มต้นการนวดที่ฝ่าเท้า ผู้นวดทำการนวดผู้ป่วยในท่านั่ง ท่านอนหงายหรือนอนตะแคงและท่านอนคว่ำ สามารถดัดหรืองอข้อหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายด้วยกำลังแรง มีการนวดโดยใช้เข่าและข้อศอกและการทำให้เกิดผลต่ออวัยวะและเนื้อเยื่อนั้น การนวดแบบเชลยศักดิ์หวังผลโดยการนวดคลึงเป็นครั้งคราวและการกดนวดเป็นส่วนใหญ่ ถ้าผู้นวดบางรายมีความรู้ทางกายวิภาคศาสตร์ไม่ดีพออาจ ทำให้ผู้ป่วยเป็นมากขึ้นหรือ อาจก่อให้เกิดอันตรายอย่างอื่นขึ้นกับผู้ป่วยได้

ประโยชนของการนวดแบบเชลยศักดิ์ คือ ลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ เพิ่มระบบไหลเวีย น โลหิต เพิ่มประสิทธิภาพของระบบหายใจและฟื้นฟูสภาพของระบบกล้ามเนื้อ รักษาอาการคอแข็งจากการตกหมอน รักษาอาการอาหารไม่ย่อย ท้องอืดท้องเ ฟ้อ ท้องผู ก ปวดหลัง ปวดเอว ปวดเข่า ตะคริว ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อาการวิงเวียน ช่วยคลายเครียดทางร่างกายและจิตใจ ช่วยให้ข้อเคลื่อนกลับเข้าที่ได้

รูปแบบวิธีการผู้นวดหรือหมอนวดพื้นบ้านใช้รักษาอาการทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง ได้แก่ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อ กระดูกและ เส้ นเอ็น อาการอัมพฤก ษ์ อัมพาต ดารณี ออนชมจันทร์ (2548) ได้สรุปวิธีการนวดพื้นบ้านที่พบมากใน 4 ภาค ดังนี้

1. การบีบ โดยจับกล้ามเนื้อให้เต็มฝ่ามือ แล้วออกแรงเพื่อช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตและช่วยในการลดแรงเกร็งและตึงของกล้ามเนื้อของผู้ป่วย

2. การคลึง เป็นการใช้นิ้วหัวแม่มือ นิ้วมือหรือสันมือออกแรงกดกล้ามเนื้อแล้วให้เคลื่อนไปมาเป็นวงกลม เพื่อช่วยลดการเกร็งของกล้ามเนื้อของผู้ป่วย

3. การกด (ภาษาเหนือเรียก เต็ก) เป็นการรักษาโดยใช้นิ้วหัวแม่มือกดลงบนจุดหรือส่วนต่างๆ ของร่างกายผู้ป่วย เพื่อกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิต เพื่อคลายเส้นผู้ป่วย

4. การดัด เป็นการรักษารูปแบบหนึ่งเพื่อให้กล้ามเนื้อคลาย ให้ข้อต่อหรือส่วนที่ติดขัดกลับเข้าที่

5. การเหยียบ เป็นการที่ผู้นวดใช้แรงกดในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วยลดอาการตึงหรือเกร็งของผู้ป่วยได้ ส่วนใหญ่การเหยียบใช้ในการรักษาบริเวณที่หนา เช่น ต้นขา เป็นต้น

6. การดึงและการกด เป็นการรักษาเพื่อช่วยกระดูกกลับเข้าสู่ตำแหน่งเดิม

7. การจับเส้น (ภาษาเหนือเรียกจั๊กเอ็น) เป็นวิธีการรักษาเพื่อให้เส้นเอ็นที่จมหรือเส้นที่ถูกกระดูกทับคืนตำแหน่งเดิม โดยใช้มือไล่เส้นให้กลับเข้าสู่ปกติ บางแห่งมีการดูดวงรวม

8. การตอกเส้น เป็นภูมิปัญญาล้านนาใช้ในการรักษาโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ และการรักษาโรคเกี่ยวกับเส้นเอ็น ซึ่งช่วยกระตุ้นให้กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นเข้าสู่ระบบที่ดี

9. การรีดเส้น ใช้สันนิ้วโป้งรีดไปตามเส้น ไล้ไปทั่วทั้งตัวเพื่อให้เลือดลมไหลเวียนสะดวก ส่วนใหญ่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต อัมพฤกษ์ ชามือ ชาเท้า และผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อ พบการรักษารูปแบบนี้ทางภาคใต้

10. เขี่ยเส้น (ภาษาเหนือเรียกเขี่ยแกะ) เป็นวิธีการรักษาเพื่อให้เส้นที่ทับกันหรือเส้นที่ถูกกระดูกทับกลับคืนสู่ตำแหน่งเดิม โดยใช้นิ้วหัวแม่มือเขี่ยบริเวณสะบัก ข้อแขน หน้าแข้ง ข้อเท้า ใต้ข้อศอก ส่วนใหญ่จะใช้รักษาผู้ป่วยที่เส้นสะบักจม

11. ย่ำขาง เป็นวิธีการรักษารูปแบบหนึ่งทางภาคเหนือ ใช้ความร้อนในการรักษา และแรงกดจากเท้าเพื่อคลายเส้นและบรรเทาอาการปวด ส่วนมากใช้ในการรักษากลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ ปวดเอ็น ปวดข้อ โรคกระดูก อัมพฤกษ์ อัมพาต โดยใช้เท้าจุ่มน้ำยา (น้ำไพลหรือน้ำมันงา) เหยียบลงบนขางที่เผาไฟจนร้อนแดงพรอมกับลงคาถากำกับความร้อนของเท้าแล้วเหยียบลงบนร่างกายหรืออวัยวะส่วนที่ต้องการรักษาของผู้ป่วย (ขาง คือ ใบไถสำหรับไถนา ซึ่งทำจากโลหะเหล็กผสมพลวง)

12. เหยียบเหล็กแดง เป็นวิธีที่พบในภาคกลางโดยใช้ความร้อนในการคลายเส้น ช่วยลดความเจ็บปวด มีลักษณะวิธีการคล้ายกับการย่ำขางของภาคเหนือ คือการใช้เท้าของผู้นวดเหยียบลงแผนเหล็กที่เผาไฟให้ร้อนพร้อมกับลงคาถากำกับความร้อนของเท้าแล้วนำ มาเหยียบลงบนอวัยวะส่วนที่ต้องการรักษา ใช้ในการรักษากลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ อัมพฤกษ์ อัมพาต การเหยียบเหล็กแดงและการย่ำขางต่างกันที่เทคนิควิธีการ อุปกรณ์และสมุนไพรที่ใช้

13. เช็ดไข่ เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดบวม พบการรักษารูปแบบนี้ทางภาคเหนือ โดยการเป่าคาถากำกับไข่ต้ม แล้วนำเหรียญอินเดีย (เงินแถบ) ใส่ลงในไข่ขาว ห่อด้วยผ้าแล้วนำไปเช็ดส่วนที่ปวด หลังจากนั้นทาน้ำมันมะกอกบริเวณที่ลงคาถา

การนวดไทยล้านนา ชาวล้านนามีวิถีการดูแลสุขภาพกันเองตั้งแต่ในระดับครอบครัว จนกระทั่งการไปพบหมอเมืองตามระบบความคิด ความเชื่อที่มีต่อการเจ็บป่วยนั้น โดยทั่วไปหากมีอาการเจ็บป่วย ชาวบ้านจะมีวิธีการดูแลสุขภาพดังนี้ คือ การใช้สมุนไพร การฮมยาหรือการอบสมุนไพร การย่ำขาง การเช็ดแฮก การต่อกระดูกหรือการขว่ากซุย การสู่ขวัญ สะเดาะเคราะห์ การดูหมอหรือดูดวงหรือเข้าทรง (มาลี สิทธิเกรียงไกร , 2543) ทั้งนี้การนวดเป็นอีกหนึ่งวิธีที่ชาวล้านนาใช้รักษาอาการเจ็บป่วยต่างๆ โดยวสันต์ ไชยฉกรรจ์ (2544) กล่าวถึงการนวดล้านนาว่ามีรูปแบบการนวดอยู่ 3 รูปแบบ คือ

1. การนวดแบบยืด-ดัด คือ การยืด-ดัดกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น พังผืดให้ยืดคลาย เป็นการถ่ายถอดวัฒนธรรมการดูแลรักษาสุขภาพแบบไทย เกิดขึ้นจากการสังเกตการยืด-ดัดร่างกายตนเองเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยและนำไปใช้กับผู้อื่นจนเกิดความชำนาญ

2. การนวดแบบจับ (กด) เส้น คือ การใช้น้ำหนักกดลงไปบนเส้นพลังที่แล่นไปทั่วร่างกายเป็นความชำนาญที่เกิดการกดนวดผู้อื่นและสังเกตปฏิกิริยาของแรงกดที่แล่นไปตามอวัยวะ

3. การนวดแบบกดจุด คือ การใช้น้ำหนักกดลงไปบนจุด เฉพาะ เกิดจากประสบการณ์และความเชื่อว่าอวัยวะร่างกายมีแนวสะท้อนที่เกี่ยวเนื่องติดต่อถึงกันในส่วนอื่นๆ ของร่างกายและสามารถกระตุ้นการทำงานของอวัยวะโดยกดกระตุ้นบนจุดสะท้อน

ทางด้านการรักษาโรคด้วยการนวดพื้นบ้านภาคเหนือจะมีขั้นตอน การรักษาตามอาการของโรคที่ปรากฏ ดังที่ดารณี ออนชมจันทร์ (2548) ได้ระบุขั้นตอนวิธีการรักษาด้วยการนวดพื้นบ้านภาคเหนือ ดังนี้

1. โรคเกี่ยวกับกระดูก เช่น กระดูกเคลื่อน กระดูกหัก กระดูกแตก และกระดูกทับเส้น นิยมใช้การดึงและการกด กระดูกให้เข้าที่ โดยใช้มือล็อคไปตามบริเวณที่ต้องการรักษาแล้วดึง จากนั้นใช้ฝ้ายพันเป็นเกลียว มนต์ด้วยคาถา เคาะตามแผลเพื่อให้กระดูกเข้าที่และจัดเรียงกัน ใช้เ ฝือกไม้มัดขนาบบริเวณที่ต้องการรักษา (ภาษาเหนือเรียก ว่าขว่ากซุย) การทำเช่นนี้เพื่อช่วยให้กระดูกติดเร็ว ป้องกันการเคลื่อนของกระดูก ในบางแห่งหลังจากรักษาเสร็จผู้ป่วยอาจต้องนำยาสมุนไพรไปต้มกิน เมื่อรักษาหายแล้วผู้นวดต้องปลดขันครู (ทำพิธีปลดขันครูที่ได้ขึ้นขันครูไว้ เมื่อมาให้ผู้นวดทำการรักษาครั้งแรก พร้อมทั้งสมนาคุณแก่ผู้นวดตามวัฒนธรรมแต่ละท้องถิ่น)

2. ปวดเมื่อยตามร่างกาย อาการปวดเมื่อยหรือเจ็บกล้ามเนื้อมีสาเหตุมาจากการทำงานหนัก สำหรับการรักษาด้วยวิธีการของแพทย์พื้นบ้านทางภาคเหนือ นิยมใช้การนวดเพื่อรักษาและบรรเทาอาการปวด ผู้นวดจะทำการบีบคลึง บิด ดึง ดัดและเหยียบ ใช้รูปแบบการนวดพื้นบ้านรักษารวมกับการนวดราชสำนัก ก่อนการนวดรักษาจะมีวิธีการรักษาร่วมด้วย เช่น การใช้น้ำมัน สมุนไพร การประคบสมุนไพร บางแห่งมีการจุดไฟเผาสมุนไพรแล้ววางลงตรงบริเวณที่ปวด ซึ่งเป็นการใช้ความร้อนนำสมุนไพรให้ซึมเข้าสู่ผิวหนัง หลังการประคบหรือเผาสมุนไพรจะใช้น้ำมัน สมุนไพรทาให้ทั่วก่อนลงมือนวด

3. ปวดตามเส้น มีการเจ็บปวดเฉพาะที่ เช่น ปวดน่อง ปวดตามแขน ขา ปวดหลัง ปวดคอ เริ่มการรักษาโดยการไล่เส้นจนพบจุดที่เกิดการปวดแล้วจึงนวดผ่อนคลาย โดยใช้ฝ่ามือนวดคลึงให้กล้ามเนื้ออ่อนตัวแล้วจึงนวดกดจุดบริเวณที่มีอาการปวด จากนั้นจะดึงเอ็นเข้ามา บางแห่งเมื่อจับเส้นไล่เส้นจนพบบริเวณที่เจ็บแล้วจะเป่าคาถาตรงบริเวณนั้นแล้วนวด การรักษาอาการเกี่ยวกับเอ็นไม่นิยมใช้น้ำมันสมุนไพรหรือการประคบเหมือนกับการรักษาอาการเมื่อย

4. อัมพฤกษ์ มีอาการชาเฉพาะจุด ทำให้บริเวณนั้นหมดความรู้สึก สำหรับการรักษาด้วยวิธีนวดพื้นบ้านทางภาคเหนือมีหลายวิธี ซึ่งมีทั้งการย่ำขาง การนวดและการจับเส้นดึงเอ็น เป็นต้น การรักษาโรคอัมพฤกษ์นิยมใช้สมุนไพรร่วมในการรักษา เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การกินยาสมุนไพร การประคบสมุนไพรและการตียาสมุนไพร (นำสมุนไพรห่อผ้าพื้นเมือง มัดกับไม้ไผ่แล้วตีตามเส้นเอ็นใหญ่ทั่วไป) หลังจากประคบหรือตียาสมุนไพรนิยมทำการนวดผ่อนคลาย

5. อัมพาต ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ การรักษาคล้ายกับการรักษาอัมพฤกษ์ คือ ใช้การเหยียบเหล็กร้อนและการตียาสมุนไพร ซึ่งการรักษาต้องใช้เวลาและการรักษาอย่างต่อเนื่อง

6. มดลูกหย่อน เกิดจากการที่มดลูกเคลื่อนที่ ทำให้มีอาการปวดท้องน้อยและบริเวณอวัยวะเพศ วิธีการรักษาแบบนวดพื้นบ้านภาคเหนือจะใช้การกดจุดที่บริเวณท้องน้อย หาตำแหน่งมดลูกแล้วเป่าคาถา จากนั้นใช้มือดันมดลูกกลับสู่ที่เดิม ผู้ป่วยต้องอบสมุนไพรร่วมด้วย

7. ปวดศีรษะ สาเหตุมาจากความเครียด นิยมนวดคลายด้วยฝ่ามือ โดยบีบคลึงตั้งแต่หัวไหล่จนถึงต้นคอ นวดกลับไปกลับมา จากนั้นนวดขมับ หน้าผาก หัวคิ้ว แก้มและคาง โดยใช้มือกดคลึงเบาๆ แล้วจึงใช้สันมือ อฟันที่ต้นคอและไหล่เป็นท่าสุดท้ายในการรักษา บางแห่งอาจใช้น้ำมันไพลหรือขี้ผึ้งน้ำมันระกำทาบริเวณที่นวดร่วมด้วย

2. จิตตานามัย

จิตตานามัย คือ การฝึกจิต ทำสมาธิ เพื่อให้เกิดปัญญา คนไทยโชคดีที่ใช้ชีวิตผูกพันอยู่กับวัด ทุกวันพระไปวัดเพื่อทำบุญตักบาตรเป็นการฝึกการให้และพักจิตใจที่วัด มีการถือศีล ประจำ มีการนั่งสมาธิ วัดจึงเป็นที่พักจิตใจอย่างดียิ่งในการฝึกจิต ฝึกสมาธิ การเข้าหาธรรมเป็นทางออกเมื่ออยู่ในสถานการณ์บีบบังคับทางกาย ใจ จิตตานามัยจึงเป็นเรื่องการฝึกจิตโดยใช้การนั่งสมาธิและหลักธรรมานามัยไม่ได้กีดกั้นศาสนาอื่น เราสามารถใช้หลักการพัฒนาจิตของศาสนาอื่นมาใช้ในข้อนี้ได้ การที่จิตเข้มแข็งมีพลัง ทำให้เกิดปัญญา ย่อมเลือกพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพไม่ตามใจตนเองด้วยกิเลสและความอยากคือตัณหา

สมาธิ หมายถึง ความตั้งมั่นของจิตหรือภาวะที่จิตแน่วแน่ต่อสิ่งที่กำหนดหรือภาวะที่จิตมีอารมณ์เป็นหนึ่ง คือการที่จิตกำหนดแน่วแน่อยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ฟุ้งซ่าน

ประโยชน์ของสมาธิในชีวิตประจำวัน

1. ช่วยทำให้จิตใจผ่อนคลาย เกิดความสงบ ทำให้ใจสบายและมีความสุข

2. เสริมประสิทธิภาพในการทำงาน การเล่าเรียน จิตที่เป็นสมาธิแน่วแน่ย่อมช่วยให้เรียน ให้คิด ให้ทำงานได้ผลดี

3. เสริมสุขภาพกายและใช้แก้โรคได้ ร่างกายและจิตใจอาศัยกันและมีอิทธิพลต่อกัน ผู้มีจิตใจเข้มแข็งสมบูรณ์ เมื่อเจ็บป่วยกายก็ส่งอิทธิพลบรรเทาเบาโรคทางกายได้อีกด้วย อาจทำให้โรคหายง่าย ในด้านดีผู้มีจิตใจผ่องใสเบิกบานย่อมช่วยให้กาย ผิวพรรณผ่องใส มีสุขภาพดี เป็นภูมิต้านทานโรคไปในตัว โรคหลายอย่างเป็นเรื่องของกาย จิตสัมพันธ์กัน เกิดจากความแปรปรวนทางจิตใจ เช่น ความโกรธ ความอ้วน ทำให้เกิดโรคปวดศีรษะบางอย่างหรือโรคแผลในกระเพาอาหาร เป็นต้น ประโยชน์ข้อนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อมีปัญญาที่รู้เท่ากันสภาวธรรมประกอบอยู่ด้วย

ในแนวทางของการแพทย์แผนไทยที่นำพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ในการฝึกสมาธิในเรื่องของจิตตานามัย โดยมีรูปแบบดังนี้

1. บทสวดมนต์ เพื่อให้เกิดสมาธิ มีสติ และเกิดปัญญาด้วย

    1.1 บทบูชาพระรัตนตรัย เริ่มตั้งแต่การจุดธูปเทียน โดยมีการเปล่งวาจาพร้อมกันดังนี้

    เทียนเล่มที่ 1 “เราจะมีธรรมะ เป็นแสงสว่างในการนำทางชีวิต”

    เทียนเล่มที่ 2 “เราจะมีระเบียบวินัย เป็นแสงสว่างนำทางชีวิต”

    ธูปดอกที่ 1 “เราจะมีปัญญาดับกิเลสดั่งพระองค์”

    ธูปดอกที่ 2 “เราจะมีความบริสุทธิ์ สะอาด ซื่อตรงดั่งพระองค์”

    ธูปดอกที่ 3 “เราจะมีเมตตา กรุณา ที่เฉียบขาดดั่งพระองค์”

สำหรับศาสนาอื่นสามารถที่จะประยุกต์ใช้บทสวดของแต่ละศาสนามาแทนบทบูชาพระรัตนตรัยได้ด้วย เกิดผลเพื่อการมีสติและเกิดปัญญา

    1.2 การแผ่เมตตา เป็นการอนุโมทนาส่วนบุญ ปรารถนาที่จะให้สรรพสัตว์ทั้งหลายพ้นทุกข์ เป็นการให้อย่างมีเมตตา การแผ่เมตตาแบ่งออกเป็น

- แผ่เมตตาแก่ตนเอง มีดังนี้

อะหัง สุขโต โหมิ ขอให้ข้าพเจ้าจงมีความสุขเถิด

อะหัง นิททุกโข โหมิ ขอให้ข้าพเจ้าจงอย่าได้มีความทุกข์เลย

อะหัง อะเวโร โหมิ ขอให้ข้าพเจ้าจงอย่าได้มีภัยมีเวรเลย

อะหัง อัพยาปัชโฌ โหมิ ขอให้ข้าพเจ้าจงอย่าได้มีความพยาบาทเบียดเบียนซึ่งใครๆ เลย

อะหัง อะนีโฆ โหมิ ขอให้ข้าพเจ้าจงอย่าได้มีความเจ็บไข้ ทุกข์กาย ทุกข์ใจเลย

สุขี อัตานัง ปะริหะรามิ ขอให้ข้าพเจ้าจงมีความสุขกาย สุขใจ รักษาตนให้พ้นทุกข์ภัย อันตรายทั้งสิ้นเถิด

- แผ่เมตตาให้แก่บุคคลอื่นและสัตว์อื่น ดังนี้

สัพเพ สัตตา อันว่าสัตว์ทั้งหลายที่เป็นเพื่อนทุกข์ เกิด แก่ เจ็บ ตาย ด้วยกันทั้งหมดทั้งสิ้น

อะเวรา โหนตุ จงเป็นสุขๆ เถิด อย่าได้มีภัยมีเวรแก่กันและกันเลย

อัพยาปัชฌา โหนตุ จงเป็นสุขๆ เถิด อย่าได้มีความพยาบาทเบียดเบียนซึ่งกันและกันเลย

อะนีฆา โหนตุ จงเป็นสุขๆ เถิด อย่าได้มีความทุกข์กาย ทุกข์ใจเลย

สุขี อัตานัง ปะริหะรันตุ ขอจงมีความสุขกาย สุขใจ รักษาตนของตนให้พ้นจากทุกข์ภัย อันตรายทั้งสิ้นเถิด

2. การปฏิบัติธรรมเพื่อฝึกจิต ประกอบด้วย

2.1 การเดินจงกลม ประโยชน์ของการเดินจงกลม

“อดทนมาก พากเพียรดี มีโรคน้อย ย่อยอาหารได้ดี มีสมาธิตั่งมั่นอยู่ได้นาน”

2.2 การนั่งสมาธิ ประโยชน์ของการนั่งสมาธิ

“จิตแจ่มใส หัวใจเบิกบาน ทำงานผิดพลาดน้อยลง ดำรงความทรงจำ ทำงานสำเร็จตามมุ่งหมาย คลายความเครียด ไม่เบียดเบียนกัน ยึดมั่นในพระรัตนตรัย มีใจเมตตากรุณาต่อสังคม”

3. ชีวิตานามัย

ชีวิตานามัย คือ การดำเนินชีวิตชอบ มีอาชีพสุจริต ผู้ที่มีอาชีพสุจริตย่อมมีชีวิตที่ดี ความสุข ผู้ที่ดำเนินชีวิตด้วยทุจริตย่อมหวั่นไหวตลอดเวลา จิตไม่สงบ มีความกังวลใจ ชีวิตานามัยจึงอยู่ในหลักธรรมที่ทุกชาติทุกศาสนาล้วนแต่สอนคนให้ปฏิบัติดี มีศีลธรรม นอกจากนี้ยังรวมถึงการทำชีวิตให้อยู่ในธรรมชาติชอบ คือ การปรับธาตุ 4 ภายนอก สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีงามด้วยการปลูกต้นไม้ เพื่อความชุ่มชื่น ความร่มเย็น การดำรงชีวิตด้วยทางสายกลาง เลี้ยงชีวิตชอบย่อมไม่เกิดความเครียด ไม่ผิดศีล รักษาศีล 5 ให้บริสุทธิ์ รักษาสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สมดุลไปด้วยธาตุทั้ง 4

จากแนวทางทั้ง 3 ประการที่กล่าวมาแล้ว การใช้วัดเป็นศูนย์รวมในการเผยแพร่ความรู้ก็เป็นแนวทางการดูแลสุขภาพองค์รวมเป็นอย่างมาก เพราะการแพทย์แผนไทยตั้งเป้าหมายให้วัดเป็นศูนย์กลางในการเผยแพร่วิชาสาธารณสุขมูลฐานของการแพทย์แผนไทยและสามารถปรับประยุกต์ใช้ได้ทุกชาติทุกศาสนา เพราะทุกศาสนาจะมีวัด โบสถ์ หรือมัสยิดเป็นแหล่งเผยแพร่ความรู้ในการดูแลสุขภาพ เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อไป

2. แนวคิดผู้สูงอายุ

ประเทศไทยได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุตามมติสมัชชาโลก ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย เมื่อ พ.ศ. 2525 ซึ่งให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุว่าหมายถึงผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป การสูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่ซับซ้อนและหลากหลายที่มนุษย์ทุกคนไม่อาจเลี่ยงได้และมีผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดน้อยลง ความสามารถในการปรับตัวตามการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกลดน้อยลง แต่ประสบการณ์การเรียนรู้และความสามารถในการแก้ปัญหาจะพัฒนามากขึ้น การสูงอายุจึงมีความหมายแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงและการรับรู้และให้ความหมายต่อการเปลี่ยนแปลงของแต่ละคน จากการศึกษาของสาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง (2536: 120) พบว่ากระบวนการสูงอายุเริ่มต้นเมื่ออายุ 50-60 ปีขึ้นไป เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพกายว่าเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ทั้งด้านกายวิภาคและสรีรวิทยาและการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพกายพบได้เด่นชัดกว่าด้านจิตและสังคม

ความสูงอายุเป็นกระบวนการของชีวิตที่มีพัฒนาการและความเสี่ยงตามสภาพทางร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามวัยอย่างต่อเนื่อง โดยจะเริ่มตั้งแต่เกิดและดำเนินต่อไปตลอดชีวิต กระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย พบว่าหลังอายุ 30 ปี หน้าที่ต่างๆ ทางสรีรวิทยาเริ่มลดน้อยลง หน้าที่การทำงานของอวัยวะต่างๆ ก็ลดลงเรื่อยๆ และจะเห็นการเปลี่ยนแปลงชัดเจนเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป การเปลี่ยนแปลงในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน แต่รูปแบบการเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุโดยรวมจะมีลักษณะที่เหมือนๆ กัน โดยจะพบมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต

ผู้สูงอายุ ความหมายตามลักษณะทางกายภาพ เช่น คนแก่ คนชรา ผู้เฒ่าการให้ความหมายทางสังคม เช่น ผู้อาวุโส จากการประชุมขององค์การสหประชาชาติ ได้ให้ความหมายโดยใช้อายุเป็นเกณฑ์ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 53)

ผู้สูงอายุถูกบัญญัติขึ้นครั้งแรกในประเทศไทยโดย พล.ต.ต.อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโสเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 จนเป็นที่เข้าใจและยอมรับใช้กันอย่างแพร่หลายมาจนกระทั่งปัจจุบันนี้ซึ่งผู้สูงอายุต้องมีลักษณะดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังถดถอยเชื่องช้า
3. เป็นผู้ที่สมควรให้ความอุปการะ
4. เป็นผู้ที่มีโรคสมควรได้รับความช่วยเหลือ

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจในลักษณะที่เสื่อมถอยลงไป ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านพันธุกรรม วิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคลและในประเทศไทยยังได้ใช้เป็นเกณฑ์ในการปลดเกษียณอายุราชการของข้าราชการในประเทศไทยอีกด้วย

ผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะดี

การดำรงชีวิตของมนุษย์ท่ามกลางการพัฒนาการแพทย์และเทคโนโลยี ทำให้มนุษย์มีอายุยืนยาว มีโอกาสเข้าสู่วัยสูงอายุมากขึ้น ความต้องการมีอายุยืนยาวนี้กลายเป็นความต้องการของมนุษย์

ทุกชาติ ทุกภาษา (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2537: 1) ในประเทศไทยความต้องการการมีอายุยืนยาวสะท้อนออกมาให้เห็นในเรื่องความเป็นอยู่ในด้านต่างๆ การมีปฏิสัมพันธ์กันของคนในสังคม การกล่าวคำอวยพร เช่น ขอให้อายุมั่นขวัญยืน ขอให้มีอายุยืนหมื่นปีหรือความจำเป็นที่จะมีเครื่องรางของขลังเพื่อป้องกันภัยอันตรายที่จะเกิดขึ้นที่จะทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร แสดงให้เห็นว่ามนุษย์ได้ใช้พลังความสามารถทั้งหมดเพื่อค้นหายาอายุวัฒนะหลายแบบ เพื่อที่จะทำให้ตนเองไม่แก่ และไม่ตาย ฉะนั้นความแก่ ความชราจึงเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา องค์ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบันอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา มนุษย์มีภาวะอย่างไรเมื่อก้าวเข้าสู่วัยชราซึ่งเป็นเรื่องที่มีความเสื่อมถอยเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ จึงพบว่าเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาความสูงอายุนั้นมีหลายเกณฑ์ เช่น การใช้ระดับอายุเป็นเกณฑ์ (Chronological Age) ใช้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย (Function) ใช้เหตุการณ์เชิงประวัติศาสตร์เป็นเกณฑ์ (Historical Age) และใช้ภาวะทางสังคมเป็นเกณฑ์ (Social Age) มนุษย์ทุกคนจึงต้องการที่จะเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ การสูงอายุอย่างประสบความสำเร็จหรือการสูงอายุอย่างผาสุกเป็นการมองในทางบวก คือ การที่พึ่งพาตนเองได้ช่วยเหลือตนเองได้ มีชีวิตที่ดี ได้ทำในสิ่งที่ต้องการและมีความก้าวหน้าในชีวิต แนวคิดของการสูงอายุอย่างประสบความสำเร็จตั้งอยู่บนแนวคิดพื้นฐาน 2 ประการ คือ บุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกัน (Interindividual Variability) และแต่ละบุคคลมีความยืดหยุ่นสูงต่อสถานการณ์ต่างๆ (Interindividual Plasticity) และพบว่าผู้สูงอายุยังมีกำลังสำรองหรือมีศักยภาพสูงมาก ถ้าได้รับการกระตุ้นการเรียนรู้ การใช้ศักยภาพและการฝึกฝนอย่างเต็มที่ ซึ่งแนวคิดนี้ต่างจากแนวคิดด้านชีววิทยา ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีหรือประสบความสำเร็จก็คือ มีความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดโรคและการทำหน้าที่ทางจิต ทางกายและทางสังคมสูง (Yong, 2002: 20) สุขภาพของผู้สูงอายุจะวัดได้ดีที่สุด ด้วยความสามารถในการทำหน้าที่มากกว่าพยาธิสภาพ สามารถทำหน้าที่ได้อย่างอิสระภายในสังคม การรู้คิดและสติปัญญา ดังเช่นการศึกษาวิจัย ฮุย เชียน ซู ศึกษาแนวคิดของการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในประเทศไต้หวันพบว่า การเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จให้คุณค่าด้านสุขภาพและการไม่เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาเป็นสิ่งที่สำคัญ (Hsu, 2006: 87-102) ผู้สูงอายุจึงพยายามมีส่วนร่วมในสังคม มีการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ พยายามเลือกสรรกิจกรรมที่เหมาะสม การปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การประสบความสำเร็จในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพกายและจิตดี ดังนั้นการที่จะตัดสินได้ว่าร่างกายของผู้สูงอายุสุขภาพดี ด้วยการที่มีความสามารถในการทำหน้าที่จึงมีความสำคัญมากกว่าการวัดด้วยอายุหรือจำนวนปี เนื่องจากถูกมองว่าไม่มีคุณค่านั่นคือความมีอายุมาก หมายถึงความเสื่อมประโยชน์ของการมองผู้สูงอายุด้วยความสามารถหรือการมีศักยภาพนั้นเกี่ยวข้องกับระดับของความผาสุก มีสวัสดิภาพและมีเจตคติทางบวกต่อความสูงอายุ เพื่อที่จะได้เข้าใจชัดถึงศักยภาพและความต้องการจริงๆ ของผู้สูงอายุจึงแบ่งช่วงชีวิตผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วงโดยใช้สุขภาวะเป็นหลักดังนี้ (ชื่นฤทัยและคณะ, 2550: 91)

1. ช่วงผู้สูงวัยที่ยังมีพลัง (Active Aging) ช่วงแห่งการเป็นผู้สูงอายุที่ยังมีพลัง ช่วงนี้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างดีแล้วยังสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ด้วย ในด้านการเป็นแรงงานและศักยภาพในการผลิต ผู้สูงอายุในช่วงนี้แทบไม่ต่างจากคนที่อ่อนวัยกว่า ช่วงแห่งการเป็น “พฤฒิพลัง ” มักจะอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) สำหรับหลายคนช่วงนี้คือจุดสูงสุดทั้งในด้านประสบการณ์ ภูมิปัญญาและการคิดวิเคราะห์ เป็นช่วงที่พลังทางกายและสติปัญญากระฉับกระเฉงอยู่

ถ้าสถานการณ์ด้านอื่นเอื้ออำนวยผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงนี้จะสามารถสร้างสรรค์สิ่งที่ดีแก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้มากสำหรับบางคนในช่วงนี้อาจยาวไปอายุ 70 -80 ปี แต่สำหรับบางคนช่วงเวลานี้อาจเป็นเพียงประสบการณ์สั้น ขึ้นอยู่กับการดูแลสุขภาพของตนมาตลอดตั้งแต่อยู่ในวัยก่อนหน้านี้ และขึ้นอยู่กับโอกาสที่ได้มีส่วนร่วมในแรงงาน หรือในสังคมว่ามีมากน้อยเพียงใด

2. ช่วงแห่งการพักผ่อน (Relaxation Aging) ช่วงนี้สุขภาพโดยรวมค่อนข้างดี ถึงแม้ว่าจะเริ่มอ่อนแอหรือมีความเจ็บป่วยบางอย่างมารบกวนการดำเนินชีวิตบ้างก็ตาม ผู้สูงอายุบางคนอาจเริ่มสูญเสียความคล่องแคล่วทางร่างกาย อันเนื่องมาจากการเสื่อมสภาพของสังขาร ทำให้ต้องระมัดระวังการเคลื่อนไหว ความสามารถในการเห็น การได้ยินลดลง มีการสูญเสียฟันบดเคี้ยว และข้อเข่ามีปัญหา แต่ด้านจิตใจ ความจำตลอดจนความคิดวิเคราะห์ยังอยู่ในสภาพที่ค่อนข้างดี บางรายเริ่มมีความเจ็บป่วยของโรคเรื้อรังหรือมีโรคประจำตัวแต่ส่วนใหญ่แล้วยังช่วยเหลือตัวเองได้ โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรส่วนตัว ผู้สูงอายุบางรายสามารถทำงานประเภทที่ไม่ต้องออกแรงมาก นักหรืองานที่ทำอยู่ในบ้านได้อาจช่วยผู้อื่นได้ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มักประสบกับสภาพเช่นนี้ แต่บางท่านอาจประสบสภาพเช่นนี้ตั้งแต่อายุ 60 ปี ช่วงนี้เป็นช่วงเวลาแห่งการพักผ่อนมากกว่าการทำงานเป็นเวลาที่ผู้สูงอายุได้ปล่อยวางมากขึ้นและหาความสุขให้ชีวิตด้วยการหันเข้าหาหนทางแห่งชีวิตที่สงบ หรือให้รางวัลชีวิตแก่ตนในทางที่เหมาะสม

3. ช่วงแห่งการพึ่งพิง (Dependence Aging) ในช่วงนี้ความเจ็บป่วยจะรุมเร้า การเสื่อมสภาพของอวัยวะส่วนต่างๆ ปรากฏชัดเจน ผู้สูงอายุบางคนอยู่ในภาวะทุพพลภาพ ดังนั้นจึงต้องการการช่วยเหลือและการดูแลจากผู้อื่นในการดำรงชีวิต ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น และผู้สูงอายุวัย 80 ปีขึ้นไป มีโอกาสประสบกับสภาพเช่นนี้มาก สำหรับบางคนต้องพึ่งพิงผู้อื่นตั้งแต่มีอายุน้อยกว่านี้ ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ช่วงที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นนี้อาจจะยาวหรือสั้นแค่ไหน ขึ้นอยู่กับลักษณะความเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพของแต่ละคน โดยทั่วไปแล้วยิ่งมีอายุยืนยาวมากขึ้นแล้วโอกาสเสี่ยงที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการดำรงชีวิตมักจะมากขึ้นตามไปด้วย ประกอบกับความเจริญทางเทคโนโลยีการแพทย์สามารถยืดอายุของผู้ป่วยไว้นานขึ้น

เนื่องด้วยผู้สูงอายุได้ผ่านการดำเนินชีวิตมายาวนานตั้งแต่ช่วงวัยเด็ก วัยกลางคน ซึ่งทำให้มีประสบการณ์ที่สะสมมาก่อนจะเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีวุฒิภาวะของความเป็นผู้ใหญ่อย่างสมบูรณ์ซึ่งวุฒิภาวะในวัยสูงอายุจะสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิต เนื่องจากเป็นผู้ที่มีประสบการณ์และผ่านเหตุการณ์ต่างๆ เกิดการเลือกตัดสินใจกระทำอย่างมีเหตุมีผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้และประสบความสำเร็จในชีวิตได้ ฮาวิกเฮิรส์ท (Havighurst, 1953: 9) อธิบายลักษณะของผู้ใหญ่วัยสูงอายุคือ

1. เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม
2. รู้จักสร้างเศรษฐกิจที่มั่นคง
3. มีความสุขกับการเป็นผู้ใหญ่และอบรมถ่ายทอดประสบการณ์ที่มีแก่วัยอื่น
4. ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์
5. ผูกพันรับผิดชอบต่อคู่สมรส
6. ยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายของตนเอง
7. สามารถปรับตัวต่อบุคคลในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

ผู้สูงอายุเป็นพลังของสังคมเพราะเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า ซึ่งสามารถทำประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชนและสังคมเพียงผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและสามารถทำหน้าที่ของตนได้อย่างต่อเนื่อง เท่านั้นก็นับว่าเป็นพลังของสังคมมากมาย ผู้สูงอายุที่ไม่มีความพิการ ช่วยเหลือตัวเองได้ ได้ทำในสิ่งที่ต้องการอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข มีความก้าวหน้าในชีวิต มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อย และมีการรับรู้ที่ดี ทำหน้าที่ทางจิต ทางกายและทางสังคมได้สูง

กระบวนการสูงอายุสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีต่างๆ ได้แก่ ทฤษฎีการสูงอายุทางชีววิทยา ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคมวิทยา ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Ebersole, 1985: 116)

ทฤษฎีการสูงอายุทางชีววิทยา (Biological Aging Theory)

ทฤษฎีนี้ที่ได้อธิบายกระบวนการสูงอายุขั้นพื้นฐานของสิ่งมีชีวิต และช่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการสูงอายุของเซลที่เกิดขึ้นนักชีววิทยาหลายท่านได้ศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพและตั้งข้อสมมติฐานและแนวความคิดเกี่ยวกับทฤษฎีความสูงอายุดังนี้

1. กระบวนการความสูงอายุของคนเริ่มขึ้นตั้งแต่มีปฏิสนธิ
2. การเกิดความสูงอายุของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสภาวะต่างๆ เช่น พันธุกรรม สังคม จิตวิทยาและเศรษฐกิจ
3. ความสูงอายุเป็นช่วงสุดท้ายของชีวิตเป็นระยะที่กลไกของการซ่อมแซมไม่สมดุล
4. ไม่มีใครหลีกเลี่ยงความตายได้เมื่ออายุมากขึ้น

กระบวนการของความสูงอายุทางชีวภาพ จะแตกต่างกันไปตามหน้าที่การทำงานของอวัยวะ เช่น อัตราการกรองของไต เมื่อมีอายุมากขึ้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลเพราะอัตราการทำงานของเซลล์ในแต่ละคนจะแตกต่างกัน การทำงานของระบบใดระบบหนึ่งในร่างกายจะลดลงมากเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันระบบอื่นๆ ของร่างกายอาจจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงชัดเจน ทฤษฎีความสูงอายุทางชีวภาพ แบ่งออกได้ดังนี้ (Ebersole, 1985: 116-132)

1. ทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไป (General Genetic Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายว่าการสูงอายุเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของยีนส์หนึ่งในทฤษฎีที่มีผู้กล่าวถึงมากที่สุดคือทฤษฎีโปรแกรม (Program Theory of Aging) ซึ่งอธิบายโดยเฮย์ฟลิค ในช่วงปี ค.ศ. 1960 ว่าช่วงชีวิตของสัตว์ถูกกำหนดโดยยีนส์ หรือเรียกว่านาฬิกาชีวิต ในมนุษย์ถูกกำหนดไว้สูงสุดประมาณ 110 ปี สำหรับผู้หญิงจะมีอายุยืนกว่าผู้ชายโดยเฉลี่ยประมาณ 8 ปี กล่าวคือ อายุขัยของสัตว์แต่ละชนิดจะมีอายุขัยนานไม่เท่ากัน ทั้งนี้จะถูกกำหนดขึ้นโดยรหัสพันธุกรรมเช่น แมลงหวี่ มีอายุขัยเฉลี่ยประมาณ 1 วัน หนู 2-3 ปี สุนัข 12 ปี ม้า 25 ปี ลักษณะทางเพศถูกกำหนดขึ้น โดยเพศชายจะมีโครโมโซม XY เพศหญิงมีโครโมโซม XX และเนื่องจากเพศหญิงมีโครมาติน X มากกว่าเพศชาย จึงทำให้มีอายุยืนยาวกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวใดที่มีบรรพบุรุษที่มีอายุขัยยืนยาว บุคคลในครอบครัวนั้นก็จะมีอายุขัยยืนยาวด้วยเช่นกัน แต่ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมก็จะมีผลให้รหัสพันธุกรรม ซึ่งเป็นตัวกำหนดอายุขัยเปลี่ยนไปได้เช่นกัน

2. ทฤษฎีการผ่าเหล่า (Somatic Mutation Theory) เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากรังสีทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของ Deoxyribonucleic Acid (DNA) และเป็นตัวเร่งให้แก่เร็วขึ้น รังสีจะทำให้โครโมโซมผิดปกติและมีจำนวนมากขึ้น จากการทดลองในหนูพบว่าหนูที่ไม่ได้รับรังสีก็จะเจริญเติบโตตามปกติ และมีอายุไขนานกว่าเกือบ 1 เท่า รังสีทำให้เซลล์ชนิดที่สามารถแบ่งตัวได้เกิดการผ่าเหล่า

ขึ้น เมื่อมีการผ่าเหล่าสะสมเพิ่มมากขึ้นจนถึงจุดที่เสียหน้าที่ของยีนและโครโมโซม จะทำให้ร่างกายไม่สามารถผลิตโปรตีนได้ เซลล์จะตาย เช่น เซลล์ของเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเซลล์เยื่อบุผิวของลำไส้และผิวหนัง การผ่าเหล่าจะพบได้ภายหลังที่มีการแบ่งเซลล์ในรุ่นต่อไป เนื่องจากมีความผิดพลาดในการจำลอง ส่วนเซลล์ชนิดที่ไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก เช่น เซลล์ประสาท เซลล์กล้ามเนื้อลายก็จะเสื่อมโทรมเร็วขึ้น และก็ตายไปในที่สุด ส่วนสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมถ้าไม่ได้รับรังสีเลย จำนวนของเซลล์ที่มีการผ่าเหล่าจะพบได้น้อยมาก เซลล์ที่ได้รับรังสีจะมีการทำลายของ DNA ซึ่งภายในเซลล์จะมีกลไกในการซ่อมแซมด้วยแต่จะช้ากว่าการทำลาย ทำให้เซลล์ตายในที่สุด

3. ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory of Aging) ภายในนิวเคลียสของเซลล์จะมีรหัสพันธุกรรมซึ่งเป็นโครงสร้างของโมเลกุลของ DNA รหัสพันธุกรรมจะถูกคัดลอก และแปลอีกหลายขั้นตอนจึงจะได้โมเลกุลของโปรตีนหรือเอนไซม์ตัวสุดท้าย โปรตีนที่เกิดขึ้นจะประกอบด้วยกรดอะมิโนซึ่งจะมีการสร้างบนไรโบโซม (Ribosome) รหัสพันธุกรรมจาก DNA ที่จะถ่ายทอดไปยังไรโบโซมจะต้องอาศัยโมเลกุลของ DNA ที่เรียกว่า messenger-RNA (m-RNA) ฉะนั้นถ้ามีความผิดพลาดเกิดขึ้นในขั้นตอนของการถ่ายทอดข้อความในการสังเคราะห์โปรตีน หรือเอนไซม์ จะทำให้มีการจำลองโปรตีนหรือเอนไซม์ ซึ่งมีลักษณะและคุณสมบัติผิดไปจากเดิม และไม่สามารถทำหน้าที่ดังเดิมได้ เป็นเหตุให้เซลล์ตายในที่สุด นอกจากนี้พบว่าเอนไซม์ส่วนใหญ่จะทำหน้าที่ได้น้อยลงเมื่ออายุมากขึ้น ในขณะที่เอนไซม์บางชนิดจะทำหน้าที่ได้มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงจะเกิดได้มากในวัยหนุ่มสาว อัตราการเกิดจะเป็นเร็วขึ้นทำให้เซลล์ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ต่อมาเซลล์ก็จะตาย ความสูงอายุเกิดจากการสะสมความผิดพลาด หรือความบกพร่องเกี่ยวกับส่วนประกอบระดับโมเลกุลของเซลล์ ซึ่งเกิดในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการทางชีวเคมีของการสร้างโปรตีนในเซลล์ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นในวัยหนุ่มสาวต่อมาเมื่อสูงอายุมากขึ้นอัตราการเกิดจะเป็นเร็วขึ้น ถ้าความผิดพลาดสะสมถึงระดับเซลล์ หรือเนื้อเยื่อจะค่อยๆ เสื่อมสภาพและตาย หรือเซลล์อาจไม่ตายแต่การทำหน้าที่อาจจะหยุดชะงัก ทำให้เสียสมดุลการควบคุมของร่างกาย โดยเฉพาะเซลล์สำคัญ เช่น เซลล์สมอง เป็นต้น

4. ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory) ความสูงอายุมีการปรับตัวตามวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิต โดยจะมีการสร้างสรรค์สิ่งที่ดีกว่าเพื่อความอยู่รอดในสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาความสูงอายุเป็นสิ่งที่ผนวกเข้าเป็นช่วงชีวิตหนึ่งของการเจริญและแพร่พันธุ์ของระยะเวลาจะมีชีวิตสั้นลงเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม ความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง

5. ทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพ (Watch Spring Theory, Programming Theory) ความสูงอายุถูกกำหนดไว้โดยรหัสที่อยู่ในยีนกำหนดให้เซลล์ต่างๆ หรือระบบแก่ลงเมื่อถึงเวลาที่กำหนดให้ สำหรับมนุษย์ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีจะมีอายุเฉลี่ยประมาณ 85-90 ปี กระบวนการของความสูงอายุประกอบด้วยการเจริญเติบโตการพัฒนา และเสื่อมลงจนกระทั่งตายไปในที่สุดซึ่งเป็นวัฏจักรที่เกิดขึ้นภายในช่วงระยะเวลาหนึ่งที่มีการกำหนดไว้แล้ว

6. ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear Theory) อธิบายว่าเซลล์ร่างกายปกติมีข้อจำกัดในการสร้างและทำหน้าที่ การตายเกิดขึ้นเพราะเนื้อเยื่อที่เสื่อมสภาพไม่สามารถสร้างใหม่มาทดแทนได้ในสภาพที่สมบูรณ์ หรือในอัตราเร็วที่เพียงพอ ทฤษฎีนี้ยังอธิบายว่าสิ่งมีชีวิตมีพลังงานที่จำกัดจำนวนหนึ่งที่จะใช้ได้อย่างเพียงพอในกระบวนการเสื่อมถอยในภาวะที่ปกติ แต่ไม่เพียงพอเมื่อมี

ปัจจัยอื่นที่เป็นอันตรายเพิ่มเข้ามา ได้แก่ การสูบบุหรี่ การขาดสารอาหาร กล้ามเนื้ออ่อนล้า หรือการดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมากๆ ทฤษฎีนี้เปรียบเทียบสิ่งที่มีชีวิตคล้ายกับเครื่องจักร เมื่อมีการใช้งานมากๆ ก็จะเกิดความผิดปกติขึ้น แต่มนุษย์และเครื่องจักรจะแตกต่างกัน เพราะมนุษย์สามารถที่จะซ่อมแซมตัวเองและใช้งานต่อไปได้โดยกระบวนการสร้างใหม่เพื่อทดแทนในอวัยวะบางอย่าง เช่น เซลล์ของผิวหนัง เซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว แต่มีเซลล์บางชนิดที่ไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก ได้แก่ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์กล้ามเนื้อลาย และเซลล์ประสาท เมื่ออายุมากขึ้นเซลล์ก็จะเสื่อมลงและตาย ทำให้การทำงานของอวัยวะเหล่านี้ลดลง

7. ทฤษฎีการสะสม (Accumulative Theory) ความสูงอายุของเซลล์เกิดจากการคั่งค้างของของเสียสะสมในเซลล์เป็นระยะเวลานาน ทำให้เซลล์เปลี่ยนแปลงรูปร่างและเสียปฏิกิริยาทางเคมีในการสร้างพลังงานและเซลล์อาจตายได้ การสะสมของเสียจากการเผาผลาญอาจจัดเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการสูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเซลล์ที่ไม่มีการแบ่งตัวได้อีก จึงไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตัวเอง เช่น เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์ประสาทสมอง ไขสันหลัง และเซลล์ของไต

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความสูงอายุเป็นผลมาจากการสะสมสารที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ สารนี้มีสีดำเรียกว่าไลโปฟัสซิน (lipofuscin) สารไลโปฟัสซินนี้ คือ รงควัตถุไขมัน (Fatty Pigment) หรือรงควัตถุชรา (Age Pigment) สามารถตรวจพบได้โดยใช้ fluorescent microscope เท่านั้น เชื่อว่าสารนี้เป็นผลิตผลได้มาจากการแตกตัวของโปรตีนและไขมัน ในขบวนการที่มีการใช้ออกซิเจนมากเกิดไป (Peroxidation) ของผนังเซลล์ และเป็นของเสียในกระบวนการเมตาบอลิสมมีคุณสมบัติไม่ละลายน้ำ พบว่าไลโปฟัสซินจะถูกสะสมมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น พบได้มากในเนื้อเยื่อของตับ รังไข่ เซลล์ประสาท กล้ามเนื้อหัวใจและสุดท้ายจะพบได้ที่ผิวหนัง อัตราการสะสมจะไม่เท่ากัน ขึ้นกับเนื้อเยื่อของแต่ละชนิด

นอกจากนี้พบว่าจำนวนของ RNA (Ribo Nucleic Acid) ในเซลล์ประสาทจะลดลงเป็นสัดส่วนโดยตรงกับการเพิ่มของไลโปฟัสซิน ไลโปฟัสซินที่อยู่ในไซโตพลาสมของเซลล์จะทำให้กอลใจบอดี้ และโมโตคอนเดรียไม่ทำงาน โดยปกติกอลใจบอดี้จะทำหน้าที่ขนส่งสารออกจากเซลล์ส่วนไมโตคอนเดรีย ทำหน้าที่สร้างพลังงานและเอนไซม์ เพื่อนำไปใช้ในกระบวนการต่างๆ ของเซลล์ เมื่อร่างกายมีไลโปฟัสซินมากขึ้นก็จะมีผลต่อการเผาผลาญภายในเซลล์ และทำให้คุณสมบัติในการซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลงหรือเปลี่ยนแปลงไป จากการศึกษาพบว่าไวตามินอีและซีลีเนียม สามารถทำให้ลูกโซ่ของไลโปฟัสซินแตกจากกันได้ ยับยั้งการทำลายไขมันที่เป็นส่วนประกอบของผนังเซลล์ (Fatty Membrane) และป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับเซลล์ด้วย จากการทดลองในสัตว์ พบว่าถ้าเพิ่มไวตามินอีในอาหารจะสามารถลดการสร้างไลโปฟัสซินได้

8. ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้ถูกกล่าวถึงตั้งแต่กลางปี ค.ศ. 1950 จนปัจจุบันโดยอธิบายว่าอนุมูลอิสระเกิดจากกระบวนการเผาผลาญในภาวะปกติทั่วไปหรือจากปฏิกิริยาต่อรังสี การเชื่อมต่อกับอนุมูลอิสระตัวอื่น และจากปฏิกิริยาออกซิเดชันของมลพิษในสิ่งแวดล้อม ได้แก่ โอโซน สารพิษและมลพิษทางอากาศ เนื่องจากอนุมูลอิสระไม่มี RNA (Ribo Nucleic Acid) จึงทำการผลิตของเสียสะสมอยู่ในนิวเคลียสและไซโตพลาสซัม แล้วยังก่อให้เกิดความผิดปกติทางพันธุกรรม แม้ว่าร่างกายจะมีกลไกการป้องกันตัวเองตามธรรมชาติ ซึ่งมีผลชะลออัตราเร็วของการเกิดปฏิกิริยาออกซิเดชันหรือป้องผลเสียที่เกิดจากอนุมูลอิสระ เช่นเพิ่มปริมาณอาหารประเภท

วิตามินซี วิตามินอี แต่กลไกการป้องกันตัวนี้จะหย่อนสมรรถภาพลง หรืออัตราการเกิดอนุมูลอิสระเพิ่มขึ้นเมื่อสูงอายุมีผลให้ผนังเซลล์ถูกทำลายและมากขึ้นจนไม่สามารถทำหน้าที่ได้

สารที่นิยมมาใช้ในการถนอมอาหารเรียกว่า บิวทีเอท ไฮดรอกซีโทลูอิน เป็นส่วนที่ต่อต้านการเกิดปฏิกิริยาการรวมตัวกับออกซิเจนเช่นกัน โดยไปยับยั้งการสร้างอนุมูลอิสระร่างกายของคนเราจะถูกรุกเร้าโดยอนุมูลอิสระทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ฉะนั้น การลดอัตราการเกิดอนุมูลอิสระทำได้โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้ดี ลดภาวะของอากาศและเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณสมบัติต่อต้านการเกิดปฏิกิริยารวมตัวกับออกซิเจน และลดสารอาหารที่จะไปเพิ่มการทำหน้าที่ของอนุมูลอิสระด้วย นอกจากนี้การรับประทานอาหารจำนวนน้อยๆ โดยแบ่งออกเป็นหลายมื้อ จะทำให้ของเสียที่ได้จากกระบวนการออกซิเดชันมีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งไม่มีอันตรายต่อร่างกาย สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและอายุขัยนานขึ้น

9. ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-Linking Theory) ความมีอายุที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีการเชื่อมตามขวางของโมเลกุลของโปรตีน การเชื่อมตามขวางนี้อาจเกิดระหว่างสารภายในโมเลกุลเดียวกัน หรือสารระหว่างโมเลกุลก็ได้ ซึ่งโดยปกติแล้ว โมเลกุลเหล่านี้ต้องแยกจากกัน เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้คุณสมบัติทางเคมีและกายภาพของโมเลกุลเปลี่ยนแปลงไป การเชื่อมตามขวางพบได้มากที่สุด คือ โปรตีนที่อยู่ภายนอกเซลล์คือ อิลาสติน (Elastin) และคอลลาเจน (Collagen) ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน คอลลาเจนประกอบด้วยโปรตีนในร่างกายประมาณ 25-30 กรัม มีลักษณะหนืดคล้ายวุ้น จะอยู่รอบๆ เซลล์ มีความสำคัญต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นส่วนประกอบของโครงสร้างร่างกาย พยุงและให้ความแข็งแกร่งแก่เนื้อเยื่อ คอลลาเจนพบได้มากในผิวหนัง เอ็น กระดูก กล้ามเนื้อ หลอดเลือด หัวใจและสารประกอบที่อยู่ในสารนั้น (Grand Substance) การเชื่อมตามขวางจะเป็นมากและเร็วขึ้นเมื่อมีอายุระหว่าง 30-50 ปี สารที่ทำให้เกิดการเชื่อมตามขวางพบได้ทั่วไป ทั้งนี้ขึ้นกับชนิดของอาหารและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ เช่น อัลดีไฮด์ ทองแดง แมกนีเซียม นอกจากนี้สารอาหารประเภทโปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต และกรดนิวคลิอิก ก็มีผลทำให้เกิดการเชื่อมตามขวางได้เช่นกัน

จากการศึกษาพบว่าเมื่ออายุมากขึ้น จะมีการเชื่อมตามขวางของคอลลาเจนเพิ่มมากขึ้น ทั้งภายในเซลล์ ระหว่างเซลล์ และภายนอกเซลล์ คอลลาเจนจะมีคุณลักษณะแข็งและละลายได้น้อยลง ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนังจะพบได้เมื่อคอลลาเจนมีความหนืดมากขึ้น และเข้าไปแทนที่ในสารประกอบต่างๆ ทำให้เซลล์ไม่สามารถที่จะขนส่งหรือขับถ่ายของเสียออกจากเซลล์ได้สะดวก ขาดความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) ความดันเลือดสูง โปรตีนชนิดหนึ่งในเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเรียกว่า อีลาสติน มีแนวโน้มเกิดการเชื่อมตามขวางได้เท่ากับคอลลาเจน เมื่ออายุมากขึ้นอีลาสตินจะมีลักษณะหลุดลุ่ยแตกและเปราะง่าย ปริมาตรน้ำที่อยู่นอกเซลล์จะลดลง ทำให้เพิ่มความเข้มข้นของแคลเซียม โซเดียม และคลอไรด์ พบว่าเกลือแคลเซียมจะเกาะทั่วไปในระบบหัวใจ และหลอดเลือด บริเวณกล้ามเนื้อหัวใจทั้งชั้นในและชั้นนอก ลิ้นหัวใจและหลอดเลือดใหญ่ การเกาะของแคลเซียมจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโมเลกุลและเพิ่มพลังในการจับตัวกันมากขึ้น

ตัวอย่างที่พบได้ง่ายว่าการมีเชื่อมตามขวางของอีลาสตินคือที่ผิวหนัง จากลักษณะที่เรียบอ่อนนุ่มเป็นมัน ตึง ก็จะกลายเป็นผิวแห้ง หย่อน มีความตึงตัวน้อยลง การเกิดการเชื่อมตามขวางของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเมื่อมีอายุมากขึ้น จะมีผลต่อการซึมผ่านของเซลล์ การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ การบีบ

รัดของหัวใจ การซึมผ่านของก๊าซ สารอาหารหลอดเลือดทั้งหมดที่เกี่ยวข้อง เอ็นจะแห้งและแข็ง ฟันจะหัก ผนังหลอดเลือดแดงจะลดแรงตึงตัว

10. ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียดและการปรับตัว (Stress and Adaptation Theory) ปฏิกิริยาของร่างกายต่อความเครียด จะมีผลรบกวนการทำงานของเซลล์และทำให้เซลล์ตายได้ ภาวะที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อยๆ จะทำให้เกิดความสูงอายุได้เร็ว

11. ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) ระบบคุ้มกันประกอบด้วยส่วนต่างๆ หลายส่วน ทำหน้าที่ป้องกันร่างกายจากเชื้อจุลินทรีย์ที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อมภายนอกและเซลล์แปลกปลอมซึ่งเป็นอันตรายต่อร่างกายของตนเอง เช่น การติดเชื้อ เซลล์มะเร็ง กลไกในการป้องกันมี 2 วิธี คือการสร้างแอนติบอดี้ เพื่อทำลายจุลินทรีย์และโปรตีนที่แปลกปลอมและการสร้างเซลล์ชนิดหนึ่ง เพื่อทำหน้าที่ในการกินและย่อยเซลล์หรือสิ่งแปลกปลอมต่างๆ ระบบภูมิคุ้มกันที่สำคัญคือการตอบสนองระบบภูมิคุ้มกันโดยผ่านเซลล์ (Cell-Mediated Immune Response: CMIR) เซลล์ที่ทำหน้าที่นี้ได้แก่ ที-ลิมโฟซัยท์ (T-Lymphocyte) การตอบสนองระบบภูมิคุ้มกันโดยการใช้สารน้ำ หมายถึงแอนติบอดี้ เซลล์ที่รับผิดชอบคือ บี-ลิมโฟซัยท์และเซลล์ของพลาสมา นอกจากนี้ยังมีสารน้ำอื่นมาร่วมทำงานด้วย ทั้งที-ลิมโฟซัยท์และบี-ลิมโฟซัยท์นี้ผลิตจากไขกระดูกที่อยู่ในกระดูกสันหลัง เมื่อมีเชื้อโรคหรือสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย บี -ลิมโฟซัยท์ จะเปลี่ยนเป็นเซลล์ของพลาสมา และทำหน้าที่เป็นแอนติบอดี้ซึ่งสามารถมีปฏิกิริยากับสิ่งแปลกปลอมหรือแอนติเจนได้ โดยปกติ ที-ลิมโฟซัยท์จะซับซ้อนมากขึ้น บางส่วนจะช่วย บี-ลิมโฟซัยท์ ในการสังเคราะห์แอนติบอดี้ บางส่วนจะกดการสังเคราะห์แอนติบอดี้ นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ขับเนื้อเยื่ออื่นๆ และป้องกันการสร้างเนื้องอก

เมื่ออายุมากขึ้นพบว่าการทำหน้าที่ของ ที-ลิโฟซัยท์ จะไม่แน่นอนหน้าที่ของเซลล์มักจะลดลงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันลดลงมากมีผลทำให้กลไกในการป้องกันตัวเองลดลงด้วย จากสัตว์ทดลองพบว่าระบบของภูมิคุ้มกันในสัตว์ที่มีอายุมากจะมีน้อยกว่าสัตว์ที่อายุน้อย และระบบภูมิคุ้มกันยังเสื่อมสภาพในการจำโครงสร้างของโมเลกุลหรือเซลล์ที่อยู่ในร่างกายด้วย ทำให้แอนติบอดี้มีปฏิกิริยากับเซลล์ของร่างกายตนเอง (Antoimmune Antibody) ในเลือดสูงทำให้เกิดโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง (Autoimmune Disease) เช่น โรคโลหิตจางบางชนิด ข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคหัวใจรูมาติก หลอดเลือดแข็งเนื่องจากมีสารไขมันอุดตัน โรคความดันโลหิตสูง ฯลฯ นอกจากนี้ความสามารถในการจำเซลล์ที่เปลี่ยนแปลงไปเสื่อมลง เช่น เซลล์มะเร็ง ในปัจจุบัน พบว่าโรคมะเร็งในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความล้มเหลวของระบบภูมิคุ้มกันก็ได้ และการสูงอายุจะเพิ่มมากขึ้นนี้อาจเนื่องมาจากความล้มเหลวของระบบภูมิคุ้มกันก็ได้

12. ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Theory) โดยปกติการทำงานของระบบสมอง ประสาทอัตโนมัติและต่อมไร้ท่อจะทำงานประสานและควบคุมซึ่งกันและกันเพื่อให้ร่างกายดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ แต่เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนภายในร่างกาย พบว่าในผู้สูงอายุตับอ่อนจะผลิตอินซูลินออกมาน้อยลง ในขณะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงซึ่งมีแนวโน้มจะเกิดโรคเบาหวานมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงอวัยวะสืบพันธุ์ ต่อมหมวกไตและส่วนต่างๆ ที่ผลิตฮอร์โมน โดยเฉพาะอย่างยิ่งฮอร์โมนที่ผลิตจากสมองส่วนไฮโปทาลามัส และต่อมใต้สมอง เมื่อมีความผิดปกติของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อก็จะทำให้มีผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกายทำให้ทำงานผิดปกติและตายในที่สุด

สรุปได้ว่าการสูงอายุตามกระบวนการทางชีววิทยามีผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตทุกชนิด เป็นการดำเนินตามธรรมชาติ ตามกาลเวลาเป็นวิวัฒนาการของสิ่งที่มีชีวิตโดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ไม่สามารถย้อนกลับได้ ดังคำกล่าวว่าผู้ที่พร้อมที่สุดจะเป็นผู้ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้ แต่คำว่าพร้อมที่สุดไม่ได้หมายถึงความแข็งแรงประการเดียว แต่ยังรวมถึงความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ความยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี ลักษณะของวิวัฒนาการชีวิตนั้นมองได้สองทิศทาง ทิศทางแรกคือความชราเป็นลักษณะเด่นของความมีชีวิตยืนยาวทิศทางที่สองคือความชราเป็นลักษณะเด่นของความจำกัด เมื่อสิ่งมีชีวิตอายุยืนยาวจนก่อประโยชน์ได้ต่ำและผ่านเข้าสู่ระยะไม่พร้อมในการวิวัฒนาการต่อไป ฉะนั้นจะมีความแตกต่างระหว่างบุคคล อัตราการเกิดกระบวนการสูงอายุของสิ่งมีชีวิตแต่ละชนิดและแต่ละเซลล์ก็มีความแตกต่างกัน ในผู้สูงอายุมีกระบวนการเจริญอย่างต่อเนื่องตามระยะหรือวงจรการเจริญเติบโตในสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว มีการใช้พลังงานอย่างสมดุลเพื่อการควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายกับร่างกายและเพื่อให้มีการดำเนินชีวิตได้อย่างยืนยาวที่สุด

ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตสังคม (Psychosocial Theory)

การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุจะเป็นพร้อมๆ กัน และมีผลกระทบซึ่งกันและกัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ สถานภาพ วัฒนธรรม เจตคติ โครงสร้างของครอบครัวและการมีกิจกรรมในสังคม ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องได้แก่

1. ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Disengagement Theory) กล่าวถึงการให้ผู้สูงอายุยอมรับว่า เมื่อถึงวัยสูงอายุแล้ว บุตรหลานและสังคมมักให้ความสำคัญ และสนใจผู้สูงอายุลดน้อยลง เมื่อเป็นเช่นนี้ก็จะลดความรับผิดชอบและความห่วงใยบุตรหลานลงไป ซึ่งกระบวนการของความสูงอายุจะมีลักษณะเฉพาะคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อยๆ ถดถอยไปทีละน้อยจากคนในสังคม ผู้สูงอายุจะพอใจเป็นอย่างมากถ้าได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมือนเดิม แต่ก็พบว่าเหตุที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับบุคคลในสังคมมากกว่าที่จะถดถอยออกจากสังคมคือการมีสิ่งแวดล้อมที่ดี ได้รับการยอมรับและความเคารพจากผู้อื่น (Miller, 2001: 44)

2. ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (Activity Theory) กล่าวถึงลักษณะของสังคมซึ่งจะต้องมีแบบแผนให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้เท่ากับคนในวัยกลางคน โดยสนับสนุนให้มีกิจกรรมต่างๆ มีความสนใจเกี่ยวข้องกับสมาชิกในวัยเดียวกัน เน้นความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมทางสังคมและความพึงพอใจในชีวิต กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูงจะมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม บุคคลที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมได้จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองดี นอกจากนี้การมีกิจกรรมและการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา จะทำให้มีความรู้สึกว่าตนเป็นประโยชน์ต่อสังคมและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ดังนั้นควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมต่อเนื่องไป และกิจกรรมนั้นควรให้เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ โดยแนะนำถึงการรักษาระดับของกิจกรรมที่ใช้สติปัญญาแทนการใช้กำลังในการทำงาน (Miller, 2001: 45)

เดกเกอร์ (Decker, 1980: 130-133) ได้กล่าวว่า ทฤษฎีกิจกรรมเป็นทฤษฎีที่เก่าแก่ที่สุดและเป็นทฤษฎีทางสังคมที่มีการกล่าวถึงอย่างกว้างขวาง โดยแนวคิดทฤษฎีนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐาน 3 ประการ คือ

1. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุสืบเนื่องจากผู้สูงอายุมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง และสามารถสร้างสถานการณ์ใหม่ขึ้นมาเป็นเครื่องทดแทนสิ่งที่เสียไป

เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก การมีชีวิตอย่างโดดเดี่ยว ผู้สูงอายุก็จะพยายามหากิจกรรมอื่นๆ มากระทำเพื่อชดเชยสิ่งที่ขาดไปเหล่านี้

2. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุสืบเนื่องจากความต้องการทางด้านจิตใจและด้านการยอมรับทางสังคมที่มีอยู่ในตัวมนุษย์ตลอดเวลา ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุขาดความต้องการด้านใดด้านหนึ่งก็จะหาสิ่งอื่นที่เหมาะสมมาทดแทน

3. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเชื่อว่า กิจกรรมต่างๆ สามารถนำมาชดเชยภาระหน้าที่การงานที่ต้องหมดความรับผิดชอบลงไป การไม่มีภาระที่ต้องเลี้ยงดูบุตรหลานและงานอื่นๆ ผู้สูงอายุจึงได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ พบปะกับบุคคลอื่นๆ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าในสังคมนั้นๆ การมารวมกลุ่มเพื่อมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างกันในกลุ่มผู้สูงอายุจะนำไปสู่การพัฒนาความรู้สึกนึกคิดในกลุ่มผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงในบรรทัดฐาน (Norm) ค่านิยม (Values) และทัศนะเกี่ยวกับตนเอง (Self- Conception) ของผู้สูงอายุไปในทิศทางที่ดีขึ้น

3. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) อธิบายถึงผู้สูงอายุที่ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตซึ่งไม่สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการไร้ภาระผูกพันและทฤษฎีกิจกรรม เป็นการอธิบายความต่อเนื่องของบุคลิกภาพหรือพัฒนาการของผู้สูงอายุ โดยทฤษฎีนี้อธิบายว่าคุณลักษณะเฉพาะในการปรับตัวของบุคคลที่ได้กระทำมาในอดีตจะยังมีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่องตลอดไปเมื่อสูงอายุขึ้น มองว่าผู้สูงอายุต้องมีบทบาทต่อเนื่อง ซึ่งสร้างสมมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่และวัยกลางคนที่ทำให้บุคคลสามารถปรับทัศนคติและค่านิยมต่างๆ ให้เข้ากับบรรทัดฐานของสังคม ผู้สูงอายุที่มีความตระหนักหรือเตรียมตัวก่อนการเกษียณจะแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มิได้มีความตระหนักหรือเตรียมตัวที่จะเกษียณ (Miller, 2001: 45)

สรุปทฤษฎีด้านจิตสังคมในผู้สูงอายุ จากการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวและสังคมเช่น เคยเป็นผู้นำครอบครัวมาก่อน ขาดการเอาใจใส่จากลูกหลานทำให้ด้อยคุณค่าและเกิดภาพพจน์ที่ไม่ดีต่อตนเองจึงทำให้การเข้าร่วมในสังคมลดน้อยลง เป็นเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุยากลำบากในการปรับตัวจนอาจทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายและใจตามมา แต่ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งในสังคมที่มีศักยภาพเพียงพอจึงพยายามเอาชนะปัญหาและอุปสรรคที่มี เพื่อให้ตนเองดูดีขึ้น และมีความผาสุก

ภาวะที่ผู้สูงอายุเผชิญทางด้านจิตสังคม

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม ประสบการณ์ชีวิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและต้องการการปรับเปลี่ยนด้านจิตสังคม ได้แก่ การเป็นหม้าย การเผชิญกับการเป็นผู้สูงอายุ การเกษียณอายุ การเจ็บป่วยเรื้อรังและความเสื่อมในการทำหน้าที่ต่างๆ การเสียชีวิตของเพื่อนและสมาชิกในครอบครัว และการเปลี่ยนที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนมากจะมีประสบการณ์เหล่านี้มาก

1. การเป็นหม้าย (Widowhood) ผู้สูงอายุที่มีคู่ครองจะมีโอกาสเป็นหม้ายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่สามีก็ภรรยา แต่ผู้หญิงมีโอกาสเป็นม่ายมากกว่าผู้ชาย การสูญเสียคู่สมรสเมื่ออายุ 70-80 ปี ผลกระทบที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องที่ใหญ่ เพราะการสมรสใหม่เป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยากมาก โดยเฉพาะผู้หญิงที่เป็น หม้าย ในคู่สมรสที่มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ในครอบครัวอย่างชัดเจนระหว่างสามีและภรรยา การเป็นหม้ายนั้นจะเป็นการปรับเปลี่ยนหน้าที่การงานที่ตนเองต้องทำในแต่ละวันมากขึ้น และเป็นการขาดเพื่อนที่ใกล้ชิด ความรู้สึกโศกเศร้า เดียวดายและว่างเปล่า การเพิ่มความรับผิดชอบ และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น สูญเสียรายได้ และขาดประสิทธิภาพในการจัดการทางเศรษฐกิจ มีการ

เปลี่ยนแปลง สัมพันธภาพที่เคยมีกับบุคคลในครอบครัวและเพื่อนๆ ที่ยังมีคู่สมรส ซึ่งผู้สูงอายุบางรายอาจปรับตัวไม่ได้หรือไม่เคยเตรียมตัวมาก่อนเลย (Miller, 2001: 71)

2. การเผชิญกับตำแหน่งผู้สูงอายุ (Confronting Aging Attitudes) การเป็นผู้สูงอายุเป็นตำแหน่งที่มีการไม่ให้ความสำคัญในสังคมอุตสาหกรรมและหมายถึงการไร้คุณค่าในแง่การผลิต จึงไม่มีใครต้องการเป็นผู้สูงอายุ (Miller, 2001: 71) แต่ในสังคมตะวันออกโดยเฉพาะในประเทศไทยซึ่งประชากรส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพเกษตรกรรม ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มากไปด้วยประสบการณ์ชีวิต เป็นที่เคารพนับถือของลูกหลานและคนทั่วไป ยังทำงานในเชิงเศรษฐกิจ ร้อยละ 37.8 และได้รับการยอมรับให้เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 59.2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2533: 36) รวมทั้งเป็นหลักในการหาเลี้ยงครอบครัว ร้อยละ 29.0 และเป็นผู้ตัดสินใจขั้นสุดท้ายในครอบครัว ร้อยละ 38.8 (นภาพร ชโยวรรณ, 2532: 82)

3. การเกษียณอายุ (Retirement) เป็นประสบการณ์ชีวิตที่สัมพันธ์กับการสูงอายุและบรรทัดฐานทางสังคม ในสังคมที่มุ่งเน้นการผลิตจะให้คุณค่ากับคนที่มีงานทำมากกว่าคนที่ไม่มีงานทำ และให้คุณค่าคนที่มีสถานภาพการทำงานสูง หรือมีเงินเดือนสูงมากกว่าคนที่มีสถานภาพการทำงานต่ำหรือมีเงินเดือนน้อย (Miller, 2001: 72) ผู้เกษียณอายุที่มีรายได้ลดลงย่อมได้รับผลกระทบดังกล่าวอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้และเพิ่มความเครียดให้กับคนที่มีสุขภาพไม่ดีและมีปัญหาเศรษฐกิจอยู่เดิม แต่ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาเศรษฐกิจและมีการเตรียมตัวก่อนเกษียณจะไม่เกิดปัญหาเหล่านี้ จากการศึกษาของ เบญจมา เลาหพูนรังสี (2534: 78) ศึกษาความสัมพันธ์ของการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุราชการกับการปรับตัวภายหลังเกษียณของข้าราชการพลเรือนจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 130 ราย พบว่าส่วนใหญ่มีการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุในระดับไม่ดี ร้อยละ 52.3 และร้อยละ 10.0 ไม่มีการเตรียมตัวเลย ที่เหลือมีการเตรียมตัวในระดับปานกลางถึงดี เมื่อศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวภายหลังเกษียณอายุราชการ พบว่าการเตรียมตัวก่อนเกษียณโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวภายหลังเกษียณอายุ การเตรียมตัวด้านการใช้เวลา (ไม่ว่าจะเป็นการวางแผนทำกิจวัตรประจำวัน การเตรียมงานอดิเรกหรือการเตรียมเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม) มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวภายหลังเกษียณอายุมากที่สุด (r = 0.26) รองลงมาคือการเตรียมตัวด้านจิตใจ (r = 0.15) เพราะการเกษียณอายุราชการทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่ในสังคม รายได้ และการเห็นคุณค่าตนเองลดลงและรู้สึกว่ามีเวลาว่างมากขึ้น ถ้าหากมีการเตรียมตัวล่วงหน้าจะช่วยลดความรู้สึกดังกล่าว และสามารถแสดงบทบาทใหม่ได้เหมาะสม ไม่รู้สึกว่ามีเวลาว่างมากนักในช่วงหลังเกษียณอายุ

4. การเจ็บป่วยเรื้อรังและความเสื่อมในการทำหน้าที่ (Chronic Illness and Function Impairment) ประสบการณ์ชีวิตที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุคือการเจ็บป่วยเรื้อรังและการมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่โดยเฉพาะข้อจำกัดที่ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น(Miller, 2001: 72) จากการศึกษาในอเมริกา พบว่าร้อยละ 21 ของประชากรที่เป็นผู้มีอายุ 55 ปีขึ้นไป และร้อยละ 80 ของประชากรกลุ่มนี้ต้องทุกข์ทรมานจากปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 ปัญหา (Speake, Cowart & Pellet, 1989: 10) ผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดในการทำหน้าที่มากขึ้นเป็นเงาตามตัวซึ่งข้อจำกัดนั้นต้องการการปรับตัวในชีวิตประจำวันเพียงเล็กน้อย แต่ข้อจำกัดบางอย่าง ได้แก่ การมองเห็น และการเคลื่อนไหวทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากผู้อื่น และการเจ็บป่วยเรื้อรังมีผลให้แบบ

แผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง ต้องเดินทางไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ต้องรับประทานยาเป็นประจำและอาจได้รับผลข้างเคียงของยาบางชนิดซึ่งทำให้ความเสื่อมในการทำหน้าที่เพิ่มขึ้น

5. การเปลี่ยนที่อยู่อาศัย (Relocation) การเปลี่ยนที่อยู่อาศัยอาจเกิดขึ้นได้บ่อยๆ ในผู้สูงอายุ เป็นการโยกย้ายตามลูกหลานที่อพยพเข้าเมืองเพื่อประกอบอาชีพ หรือบ้านเดิมทรุดโทรมมากจนต้องสร้างบ้านใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวเข้ากับสถานที่ สิ่งแวดล้อม และผู้คนในสิ่งแวดล้อมใหม่ซึ่งเป็นเรื่องยาก (Miller, 2001: 73) และจากการศึกษาของอัลดริชและเม็นคอฟ (อ้างใน Johnson, 1992: 200) พบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเมื่อเปลี่ยนสถานที่จากบ้านพักคนชราแห่งหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่ง และเรียกผลที่เกิดขึ้นว่าการบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้าย (Transfer Trauma) และช็อคจากการเปลี่ยนที่อยู่ใหม่ (Implantation Shock)

6. การเสียชีวิตของเพื่อนและบุคคลในครอบครัว (Death of Friends and Family) เช่นเดียวกับประสบการณ์ชีวิตอื่นๆ การสูญเสียเพื่อนและสมาชิกในครอบครัว เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ถ้ายังมีชีวิตอยู่ในวัยสูงอายุ (Miller, 2001: 74) เพราะเมื่ออายุ 80-90 ปี คนส่วนใหญ่จะเสียชีวิต คนที่เหลืออยู่จึงต้องว้าเหว่และแยกตัวจากสังคมเพราะไม่มีเพื่อน ผู้สูงอายุจะได้รับรู้ข่าวการมรณกรรมของบุคคลต่างๆ เป็นปกติในชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้ตระหนักและวิตกกังวลถึงชีวิตของตนเองมากยิ่งขึ้น

การเผชิญทางด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุมักจะแสดงออกในรูปของพฤติกรรม สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงมาจากการกระทบกระเทือนทางใจ ความเสื่อมทางกาย ภาพลักษณ์ทางกายเปลี่ยนไป และสาเหตุจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ประสบ ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ผ่านเหตุการณ์ที่ให้ทั้งความรู้สึกดีใจ เสียใจ โกรธ ภาวะเช่นนี้ย่อมกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ การได้รับการดูแลจากผู้ใกล้ชิด ญาติ บุตรหลาน การเข้าใจในสภาพของการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุ พยายามตอบสนองในสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการและการมีทัศนคติที่ดีต่อวัยสูงอายุ จะไม่ก่อให้เกิดปัญหาที่กระทบกระเทือนต่อจิตใจผู้สูงอายุ

สรุปการสูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคมที่มีผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดลง แต่ประสบการณ์การเรียนรู้และทักษะในการแก้ปัญหาด้วยกลวิธีใหม่ๆ มีมากขึ้นตามการพัฒนาทางเทคโนโลยี แม้การสูงอายุจะมีการอธิบายได้ด้วยทฤษฎีทางชีววิทยา จิตวิทยาและสังคมวิทยา ซึ่งร่วมกันอธิบายผลของการเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์ร่างกาย และอิทธิพลของสังคมที่มีต่อพฤติกรรมและพัฒนาการในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุที่สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและสังคมจะมีการปรับตัวและปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับตนเอง รวมทั้งสามารถหาวิธีการชะลอความชราต่างๆ จะทำให้สามารถต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ เพื่อการมีชีวิตที่ยืนยาวอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในผู้สูงอายุเกิดขึ้นโดยเซลล์ภายในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลงและมีจำนวนน้อยลงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายย่อมเกิดผลกระทบ การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุด้านร่างกายแบ่งเป็นระบบดังนี้

1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยมีปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและหลอดเลือด คือการทำงานภายในหัวใจ ระบบไหลเวียนของหลอดเลือดและปัจจัยภายนอก เช่น ปริมาณเลือด ระบบประสาท และระดับของการออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอายุที่พบบ่อยที่สุดคือ ความยืดหยุ่นของโครงสร้างต่างๆ ในหัวใจและหลอดเลือดลดลง (Johnson et al, 1992: 198) พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงโดยทั่วไปทั้งทางกายภาพ สรีรวิทยาของหัวใจและระบบหลอดเลือดคือ

การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สรีรวิทยาของหัวใจ มีการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อหัวใจ พบว่าคอลลาเจนจะมากขึ้นทำให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงประสิทธิภาพการหดและคลายตัวของหัวใจลดลง มีการสะสมไขมันในเส้นใยลิ้นหัวใจ (fibrous strome) และมีการเสื่อมของคอลลาเจน ประกอบกับมีการสะสมของแคลเซียม ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงมากที่ลิ้นหัวใจเอออร์ติคและไมตรัล ทำให้ลิ้นหัวใจหนาและแข็งขึ้น เคลื่อนไหวน้อยลงร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงโคโลนารี และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหลอดเลือดเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดมีการคดเคี้ยวมากขึ้น ความยืดหยุ่นในผนังหลอดเลือดจะลดลง 1 ใน 3 การสะสมของแคลเซียมและไขมันมากขึ้น ความต้านทานในหลอดเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ต่อปี (Eliopoulos, 2001: 236) ส่งผลให้ความดันในระบบไหลเวียนเลือดเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนั้นระบบสื่อนำไฟฟ้าของหัวใจจะเริ่มมีการลดลงช้าๆ ในช่วงอายุวัยกลางคน และหลังอายุ 60 ปี จะลดลงอย่างรวดเร็ว เนื่องจากจำนวนของตัวกระตุ้นการนำไฟฟ้าในจุดกำเนิดไฟฟ้าของหัวใจห้องบนขวาลดลง และจากการที่จุดกำเนิดไฟฟ้ามีไขมันและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมาเกาะ จึงทำให้การกำเนิดและส่งกระแสไฟฟ้าของหัวใจลดลง (Eliopoulos, 2001 ; Johnson et al., 1992: 199) มีผลให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การไหลเวียนของเลือดเข้าไปสู่หัวใจห้องล่างซ้ายช้าลง (Certo, 2002: 145) โดยพบว่าเมื่อบุคคลอายุ 80 ปี ปริมาณเลือดไหลเข้าสู่หัวใจห้องล่างซ้ายในหนึ่งนาที (Cardiac out put) จะลดลงร้อยละ 50 ขณะพักจะลดลงร้อยละ 25 ทั้งนี้เป็นผลจากการเต้นของหัวใจช้าลงและปริมาณเลือดออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายในแต่ละครั้ง (stroke volume) ลดลงร้อยละ 1 ต่อปี (Elipoulos, 1993, 2001: 236)

การเปลี่ยนแปลงของระบบหลอดเลือดพบว่า มีความยืดหยุ่นลดลงแต่ความแข็งแรงของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น โดยมีการเปลี่ยนแปลงจากชั้นในสุดของหลอดเลือดจะหนาขึ้น มีโปรตีนมาเกาะมากขึ้น ในขณะที่ผนังชั้นกลางมีการเสื่อมสลายบางลง มีไขมันและแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดแข็ง ความต้านทานในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น และการทำงานของศูนย์ควบคุมความดันไม่ดี เป็นผลให้ความดันขณะหัวใจบีบตัวสูงขึ้น ส่วนผนังชั้นนอกของหลอดเลือดจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงตามอายุ (Lakatta et al, 2001: 740)

จากการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุดังกล่าว ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้เกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว หลอดเลือดแข็งตัว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตต่ำ โรคหลอดเลือดสมองเป็นต้น (Smeltzer & Bare, 2004: 225) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ก็เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อย ประมาณร้อยละ 25 มีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 64 ปี เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยไม่ได้รับการวินิจฉัยมากถึงร้อยละ 68 จึงพบความ

เสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวสูงที่สุดในบุคคลที่อายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไปและร้อยละ 50 ของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะเสียชีวิตภายใน 5 ปี (Munden, 2003: 331)

2. ระบบหายใจ ระบบหายใจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในระบบหายใจดังนี้

2.1 การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ผู้สูงอายุจะมีลักษณะหลังโก่ง ทำให้ทรวงอกผิดรูป ผนังทรวงอกแข็งขึ้น กระดูกซี่โครงและกระดูกชายโครงแข็งขึ้น จากการมีแคลเซียมมาเกาะร่วมกับกล้ามเนื้อที่ควบคุมการหายใจเข้าและหายใจออกทำงานลดลง ทำให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกลดลง การหายใจเข้าและหายใจออกถูกจำกัด ความจุปอดจึงลดลงและปริมาตรอากาศที่เหลือหลังหายใจออกเพิ่มขึ้น ฟังเสียงหายใจและการไหลของอากาศขณะหายใจจะได้ยินเสียงเบา (Fuller & Ayers, 2000: 225) หลอดลมมีเส้นผ่าศูนย์กลางเพิ่มขึ้น ในขณะที่ถุงลมมีเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กลงและความยืดหยุ่นลดลง การขยายตัวน้อยล ผนังของถุงลมจะโป่งพองและแตกง่าย จำนวนซีเลียลดน้อยลง กลไกควบคุมการไอและความสามารถในการกำจัดสิ่งแปลกปลอมลดลง จึงทำให้ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่ายขึ้น (Eliopoulos, 2001; Smeltzer & Bare, 2004; White & Duncan, 2002: 335)

2.2 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โดยปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าและออกแต่ละครั้ง (Tidal Volume) มีค่าลดลง เนื่องจากความยืดหยุ่นของปอดและทรวงอกลดน้อยลง หลอดลมมีพังผืดและแข็งตัวมากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงลดลง ผู้สูงอายุจึงชดเชยด้วยการหายใจเร็วขึ้นและเป็นแบบหายใจตื้นๆ ทำให้เหนื่อยง่าย โดยปริมาตรอากาศที่หายใจออกเต็มที่ภายหลังหายใจเข้าเต็มที่ (Vital Capacity) จะลดลงประมาณ 17.5 มิลลิลิตรต่อพื้นที่ผิวกาย 1 ตารางเมตรต่อปี ปริมาณอากาศที่เหลืออยู่ภายในปอดหลังจากการหายใจออกธรรมดา (Functional Residual Capacity) จะมีค่าเพิ่มขึ้น การกระจายของอากาศในปอดไม่สม่ำเสมอ ทางเดินหายใจบริเวณส่วนล่างของปอดจึงมักถูกปิดตันไปบางส่วน การขยายตัวของปอดไม่สมบูรณ์ ทำให้ปอดแฟบได้ง่าย เกิดความรู้สึกหายใจไม่เพียงพอ (Ebersole & Hess, 1988: 225)

2.3 การเปลี่ยนแปลงของแก๊สในเลือด (Blood Gas) และการควบคุมการหายใจในผู้สูงอายุ จะมีการเสื่อมสมรรถภาพของการแลกเปลี่ยนออกซิเจนระหว่างถุงลมและเลือด ซึ่งมักจะมีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxia) ค่าความดันออกซิเจนในเลือด (Po_2) ของบุคคลอายุระหว่าง 20 ถึง 80 ปี จะลดลงร้อยละ 15 (Eliopoulos, 2001: 260) หรือลดลงประมาณ 4 มิลลิลิตรปรอททุก 10 ปี ส่วนค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (Pco_2) ไม่เปลี่ยนแปลง แต่เมื่ออายุมากกว่า 65 ปี ประสิทธิภาพของศูนย์ควบคุมการหายใจจะลดลง ทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้ง่ายขึ้น (Ebersole & Hess, 1998: 260)

3. ระบบสมองและระบบประสาท โดยพบการเปลี่ยนแปลงดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงของสมอง เมื่อบุคคลสูงอายุมากขึ้น น้ำหนักของสมองจะลดลง พบว่าน้ำหนักสมองจะลดลงประมาณร้อยละ 10 ระหว่างช่วงอายุ 20-90 ปี (Ebersole & Hess, 1998: 261)

3.2 การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทรับความรู้สึก การรับความรู้สึกของผู้สูงอายุจะลดน้อยลง การประสานงานกับกล้ามเนื้อก็ลดลงด้วย รวมทั้งความสามารถในการรับรู้เหตุการณ์ที่

เกิดขึ้นและความสามารถการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะแวดล้อมก็ลดลงซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

3.2.1 การมองเห็นเสื่อมลง เนื่องจากเซลของเรตินาและรูม่านตาลดลงทำให้ความไวต่อแสงแดดลดลง ความคมชัดของการมองเห็นลดลง ระยะของการมองเห็นหรือลานสายตาแคบลง (Ebersole & Hess, 1998: 263) และจะลดลงมากในช่วงอายุ 80 ปี จากการเปลี่ยนแปลงที่เลนส์และประสาทรับสัมผัสลดลง การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ดวงตาแห้งและจากการมีไขมันมาสะสมรอบๆ กระจกตา ทำให้การรับความรู้สึกลดลง เป็นสาเหตุให้กระจกตาเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายได้ง่าย (Ebersole & Hess, 1998: 263) ลักษณะดวงตาลึกโบ๋ เนื่องจากไขมันใต้ผิวหนังลดลง เปลือกตาห้อยจากการที่เปลือกตาม้วนเข้าข้างใน (Entropion) หรือเปลือกตาปลิ้นออกข้างนอก (Ectropion) (Fuller & Ayers, 2000: 425) ทำให้เกิดการอักเสบของตาและที่พบบ่อยที่สุดคือปัญหาสายตายาว (Presbyopia) จากการสูญเสียความยืดหยุ่นของเลนส์และสูญเสียการมองเห็นระยะใกล้ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเป็นต้อกระจกพบมากกว่าร้อยละ 95 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี เกิดจากแก้วตาขุ่นมัวเนื่องจากโปรตีนแข็งตัว ความสามารถในการมองเห็นจะค่อยๆ ลดลง จนถึงตาบอดได้ (Burke, 1992: 112) จากการสำรวจสถานการณ์เจ็บป่วยของผู้สูงอายุไทยพบมีการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคตาคิดเป็นร้อยละ 40-50 และพบผู้สูงอายุที่ตาบอด ร้อยละ 1

3.2.2 การได้ยิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สูญเสียความสามารถในการได้ยินประมาณร้อยละ 25 ในผู้ที่มีอายุ 65-74 ปี ร้อยละ 50 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปีและร้อยละ 90 ในผู้ที่มีอายุ 80 ปี ขึ้นไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของตัวรับเสียง เยื่อแก้วหูหนาขึ้น รวมทั้งการสูญเสียเซลล์ขนซึ่งอยู่ภายในหูชั้นในส่วนที่เป็นวงๆ หรืออวัยวะรูปหอยโข่ง (Burke, 1992: 113) จะสูญเสียการได้ยินเสียงความถี่สูงเป็นอันดับแรก ต่อมาเป็นเสียงความถี่ปานกลางและเสียงความถี่ต่ำตามลำดับ (Ebersole & Hess, 1998: 263) ประกอบกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในลดลง การทำงานของประสาทเกี่ยวกับการฟังและการทรงตัวลดลง ร่างกายจะสูญเสียความสมดุลที่ดี การทรงตัวไม่มั่นคง ทำให้เกิดการวิงเวียนศีรษะ พบได้มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี และการหกล้มเป็นปัญหาที่พบมากที่สุดในผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ซึ่งมีสาเหตุร่วมจากความบกพร่องของประสาทสมอง ภาวะกระดูกพรุน โรคลมปัจจุบันและการรับความรู้สึกเสื่อมลง (Wallace et al, 1998: 635)

3.2.3 การได้กลิ่นและการรับรส การได้กลิ่นจะลดลงเมื่ออายุ 60 ปี จะลดลงเรื่อยๆ จนถึงช่วงอายุ 80 ปี ลดลงร้อยละ 60 และบอกกลิ่นไม่ได้เลยร้อยละ 25 (บรรลุ ศิริพานิช, 2542 :56) การได้กลิ่นลดลง ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุได้ เช่น ไม่สามารถได้กลิ่นแก๊สรั่ว กลิ่นเหม็นไหม้ กลิ่นบูดของอาหาร เป็นต้น การรับรส โดยเฉพาะรสหวานและรสเค็มจะรับรสได้น้อยลงมาก ทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสหวานและเค็มมากขึ้น (Ebersole & Hess, 1998: 265) ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดหรือควบคุมอาการโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้ไม่ดี

3.3 การเปลี่ยนแปลงของประสาทอัตโนมัติและระบบประสาทสั่งการ ภาวะสูงอายุทำให้จำนวนของเส้นใยประสาทและรอยประสานประสาทลดลง จำนวนเซลล์ประสาทซิมพาเธติคในไขสันหลังลดลง (Ebersole & Hess, 1998: 265) มีการเปลี่ยนแปลงของการเกิดสีและการเกิดช่องว่างในเซลล์เพิ่มขึ้น จึงทำให้หน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติและระบบสั่งการในผู้สูงอายุเสื่อมลง หน้าที่การทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง เช่นระบบประสาทที่ควบคุมรูม่านตา ระบบหัวใจและหลอดเลือด

การควบคุมอุณหภูมิและหน้าที่ในการหลั่งสารต่างๆ การเปลี่ยนแปลงของระบบสมองและประสาท การรับความรู้สึกที่ผิวหนังลดลง (บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 55) สมองทำงานลดลง ความคิดช้า การเคลื่อนไหวไม่ดี การทรงตัวไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนกำลัง แขนขาไม่มีแรง ทำให้เกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ง่าย มีสาเหตุจากการมองเห็นและการได้ยินไม่ดี (Webb, 1991: 79)

4. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โดยทั่วไปมวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรง ความยืดหยุ่นและการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อจะลดลง จะเห็นการเปลี่ยนแปลงได้ชัดในกล้ามเนื้อแขนและขา หลังกล้ามเนื้อไม่ได้ใช้งานประมาณ 2-3 วัน เอนไซม์ในไมโตคอนเดรียของเซลล์กล้ามเนื้อจะลดน้อยลง ทำให้กล้ามเนื้อไม่สามารถสลายอาหารเพื่อนำมาใช้เป็นพลังงานได้ ในผู้สูงอายุน้ำหนักตัวลด เนื่องจากการลดลงของมวลร่างกายและน้ำในส่วนต่างๆ ของร่างกาย พบว่าในผู้ชายลดลงร้อยละ 54-60 ในผู้หญิงลดลงร้อยละ 46-52 (Kenney, 1982 cited by Ebersole & Hess, 1998: 268) การสูญเสียน้ำและเกลือโพแทสเซียมจากเส้นใยกล้ามเนื้อ การสลายตัวของโปรตีนที่ใช้ในการหดตัวของของเส้นใยกล้ามเนื้อ อาจเกิดจากการที่เลือดไหลผ่านกล้ามเนื้อมีปริมาณลดลง ทำให้การทำงานและการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงจะมีอาการเหนื่อยง่ายและไม่ค่อยมีแรง (บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 58)

ความหนาแน่นของกระดูกลดลง มีการศึกษาพบว่าผู้หญิงมีการสูญเสียกระดูกตลอดช่วงอายุของผู้ใหญ่ ในอัตราประมาณร้อยละ 1 ต่อปี และมีความสัมพันธ์กับการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Lewis & Kellems, 2002: 114) ส่วนในผู้ชายน้อยกว่าประมาณครึ่งหนึ่ง การดูดซึมแคลเซียมจากลำไส้ลดลง การสลายแคลเซียมออกจากกระดูกมากขึ้น การรับวิตามินดีลดลง และการขาดการออกกำลังกาย เป็นผลให้เกิดภาวะกระดูกพรุน หลังโกงและกระดูกหักง่าย หมอนรองกระดูกสันหลังบางและช่องว่างระหว่างปล้องกระดูกแคบลง เกิดภาวะกระดูกงอกที่ขอบกระดูกสันหลัง ปวดข้อ เกิดจากน้ำไขข้อลดลง แคลเซียมเกาะที่กระดูกอ่อนในข้อต่างๆ มากขึ้น เมื่ออายุมากขึ้นรูปร่างจะเปลี่ยนแปลงไป คือหลังโก่งงอ หัวเข่าและสะโพกงอเล็กน้อย ทำให้ส่วนสูงของร่างกายลดลง พบว่าเมื่ออายุ 80 ปี ส่วนสูงจะลดลงประมาณ 5 เซนติเมตรในผู้หญิง และลดลงประมาณ 3 เซนติเมตรในผู้ชาย มีส่วนสัมพันธ์กับระดับของอาการหลังโกง เนื่องจากกระดูกสันหลังส่วนบนและศีรษะโน้มเอียงไปข้างหน้า ไหล่แคบลง ทรวงอกมีความลึกเพิ่มขึ้น กระดูกเชิงกรานกว้างขึ้น ขณะที่น้ำหนักตัวลดลง

ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อและกระดูกในผู้สูงอายุ เนื่องจากความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกระดูกลดลง จึงมักพบปัญหาเกี่ยวกับโรคข้อ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและปัญหาการหกล้มได้ง่าย จากการสำรวจสถานการณ์เจ็บป่วยของผู้สูงอายุไทย พบมีการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเสื่อม ปวดข้อเรื้อรัง ร้อยละ 55-70 และปวดหลังเรื้อรัง ร้อยละ 50-55 และพบปัญหาการหกล้ม ร้อยละ 20 (สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล, 2541: 56)

5. ระบบผิวหนัง ผม และเล็บ หนังกำพร้ามีความชื้นลดลง ผิวบางลง ความชุ่มชื้นลดลง ทำให้ผิวแห้ง แตกง่าย ลอกหลุดง่าย และมีอาการคันบ่อย แต่การทดแทนเซลล์ผิวหนังจะช้ากว่าถึงร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับตอนอายุ 35 ปี ไขมันใต้ผิวหนังบริเวณหน้าท้องและต้นขาเพิ่มขึ้น ในขณะที่ไขมันบริเวณหน้ามือและหลังมือลดลง ต่อมเหงื่อลดลง อัตราการงอกของผมลดลงและเปลี่ยนเป็นสีเทาหรือสีขาวมากขึ้น จากการลดลงของเม็ดสีในเส้นผม เล็บจะหนาและแข็ง เปลี่ยนเป็นสีเหลืองมากขึ้น ความยาวของเล็บเท้าจะงอกช้ากว่าความยาวของเล็บมือประมาณร้อยละ 15 (Jacobs, 1981 cited by Ebersole & Hess, 1998: 256) เนื่องจากเลือดมาเลี้ยงส่วนปลายลดลง

6. ระบบทางเดินอาหาร พบมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ฟัน ผู้สูงอายุจะมีฟันที่แข็งแรงและคงสภาพสมบูรณ์ดีหรือไม่ดี ขึ้นอยู่กับการป้องกันสุขภาพอนามัยช่องปากของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันไป ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพฟันดีย่อมบดเคี้ยวอาหารได้ดีกว่าผู้ที่ไม่มีฟัน การสูญเสียฟันส่วนใหญ่เป็นเพราะฟันผุจากสารเคลือบฟันบางลงและโรคเหงือก จากการสำรวจปัญหาหรือความผิดปกติในช่องปากที่มีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มักพบบ่อยที่สุด คือมีอาการปวดหรือเสียวฟัน พบร้อยละ 46.7 และมีอาการฟันโยก ร้อยละ 44.2 ตามลำดับ ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง ต้องรับประทานอาหารอ่อน เป็นต้น ประสิทธิภาพการกลืนลดลง ทำให้ผู้สูงอายุสำลักอาหารได้ง่าย (Galvan, 2001 cited by White & Duncan, 2002: 321)

ในส่วนของตับขนาดและน้ำหนักลดลงประมาณร้อยละ 17-28 การไหลเวียนเลือดในตับลดลงร้อยละ 35 เมื่ออายุมากกว่า 65 ปี ตับอ่อนจะมีพังผืดเพิ่มขึ้น ท่อตับอ่อนโตขึ้น ทำให้การหลั่งน้ำย่อยและเอนไซม์จากตับอ่อนลดลง เมื่ออายุมากกว่า 40 ปี พบว่ามีปริมาตรลดลงทั้งอะไมเลส (Amylase) และทริปซิน(Trysin) ส่วนไลเปส(Lypase)ไม่เปลี่ยนแปลง การหลั่งกรดและน้ำย่อยในกระเพาะอาหารลดลง ทำให้สมรรถภาพในการย่อยอาหารลดลง มีอาการท้องอืด ไม่อยากรับประทานอาหาร ลำไส้เล็กมีการเคลื่อนไหวและการไหลเวียนของเลือดน้อยลง การดูดซึมสารคาร์โบไฮเดรต ไขมันลดลง ส่วนโปรตีนคงเดิม วิตามินที่ละลายไขมัน เช่น วิตามินเอและวิตามินเค ดูดซึมได้มากขึ้น ส่วนวิตามินดี วิตามินบี 1 วิตามินบี 12 แคลเซียม เหล็ก มีการดูดซึมลดลง ทำให้การย่อยและการดูดซึมไม่ดี ร่วมกับการได้รับอาหารไม่เพียงพอในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดภาวะเบื่ออาหาร ขาดสารอาหาร และโลหิตจางได้ง่าย (Ebersole & Hess, 1998: 267) เยื่อบุผนังลำไส้ใหญ่ฝ่อลีบลง การบีบตัวและการเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลง อาหารจะผ่านลำไส้ใหญ่ช้าลงทำให้เศษอาหารคั่งค้างนาน เป็นผลให้ช่องลำไส้ใหญ่ขึ้น ความไวต่อการถูกกระตุ้นลดลง มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีอาการท้องผูกมากขึ้น (Eliopoulos, 2001: 157) มีผู้ป่วยที่ต้องนอนในโรงพยาบาลด้วยอาการท้องผูกถึง 92,000 คนต่อปีอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในผู้หญิง อาการท้องผูกเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับประวัติครอบครัว ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อบริเวณทวารหนักลดลง การวัดความดันในช่องทวารหนักทั้งในขณะพักและขณะเบ่งมีแรงดันลดลง พบว่ายังมีผู้ป่วยจำนวนมากแม้ได้รับยาระบายทุกวัน ก็ยังมีอาการท้องผูก ทำให้ได้รับความไม่สุขสบายจากอาการแน่นอึดอัดท้อง ทำให้นอนไม่หลับ ความสามารถในการย่อยและรับประทานอาหารน้อยลง อาการท้องผูกอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้สภาพร่างกาย จิตใจ และอาการของโรครุนแรงขึ้น เช่น ทำให้เจ็บหน้าอกมากขึ้น ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทำให้ความดันโลหิตยิ่งสูงมากขึ้น ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

7. ระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของไตทั้งขนาดและการทำงานของไตเริ่มลดลงตั้งแต่อายุ 40 ปี ประมาณร้อยละ 7 และลดลงถึงร้อยละ 20-30 เมื่ออายุ 60-80 ปี จำนวนโกลเมอรูลัสลดลงร้อยละ 30 อัตราการกรองของโกลเมอรูลัสลดลงประมาณร้อยละ 50 (Ebersole & Hess, 1998; 269) เมื่อเลือดไหลผ่านไตลดลงและขนาดของโกลเมอรูลัสก็เล็กลง ทำให้อัตรากรองของเสียออกจากเลือดลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง มักจะพบปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ถ่ายปัสสาวะลำบากและถ่ายบ่อย เนื่องจากกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัว ขนาดของกระเพาะปัสสาวะเล็กลง ปริมาณปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545: 55)

8. ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมไร้ท่อมีหน้าที่สังเคราะห์น้ำหลั่งที่เรียกว่า ฮอร์โมน ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่อมไร้ท่อคือ ต่อมพิทูอิตารี (Pituitary Gland) มีการเหี่ยวย่นของผิวต่อม ปริมาณเลือดไปเลี้ยงลดลง ทำให้การหลั่งฮอร์โมนลดลง ปริมาตรของต่อมจะลดลงประมาณร้อยละ 20 (Ebersole & Hess, 1998; Eliopoulos, 2001: 123) ต่อมธัยรอยด์จะผลิตฮอร์โมน T3 (Triiodothyronine) T4 (Thyroxine) ลดลงประมาณร้อยละ 10-20 พบได้มากกว่าร้อยละ 65 ในผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ต่อมหมวกไตหลั่งนอร์อิพิเนฟริน อิพิเนฟรินและโดปามีนลดลงตามการเสื่อมลงของต่อมหมวกไต เซลล์ของตับอ่อนจะฝ่อลีบลง มีการเสื่อมสมรรถภาพของการทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดกลับเข้าสู่ภาวะปกติภายหลังได้รับกลูโคสเข้าไป จึงทำให้ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของผู้สูงอายุสูงกว่าคนอายุน้อยทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ง่าย

9. ระบบสืบพันธุ์ ระบบสืบพันธุ์จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในเพศหญิงและเพศชายดังนี้

9.1 ระบบสืบพันธุ์เพศชาย ลูกอัณฑะจะมีขนาดเล็กลง การสร้างสเปิร์มและการเคลื่อนไหวของสเปิร์มจะลดลง มีโอกาสเกิดภาวะไม่มีสเปิร์มได้มากกว่าคนอายุน้อย สำหรับคุณภาพของน้ำอสุจิจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ แต่ความสามารถในการปฏิสนธิไม่เปลี่ยนแปลง โดยทั่วไปเมื่ออายุมากขึ้นต่อมลูกหมากจะขยายโตขึ้น ถุงเก็บน้ำอสุจิมีขนาดเล็กลง น้ำอสุจิจึงลดลง ความสามารถในการแข็งตัวขององคชาติลดลง ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

9.2 ระบบสืบพันธุ์เพศหญิง เมื่อผู้หญิงอายุประมาณ 45-50 ปี ประจำเดือนเริ่มขาดหาย สตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนจะมีอาการร้อนวูบวาบตามใบหน้าและผิวหนังทั่วไป บางครั้งมีเหงื่อออกเวลากลางคืน (บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 53) ในช่วงวัยหมดประจำเดือน การสร้างฮอร์โมนเอสโตเจนจะน้อยลง (Lewis & Kellems, 2002: 120) อวัยวะต่างๆ ในระบบสืบพันธุ์เสื่อมลงและสูญเสียหน้าที่ เนื่องจากการได้รับเลือดมาเลี้ยงลดลง จะพบว่าอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวย่น มดลูกมีขนาดเล็กลง มีพังผืดมากขึ้น รังไข่จะฝ่อเล็กลง ไขมันใต้ผิวหนังจะลดลง ขนบริเวณรักแร้และหัวเหน่าลดลง ช่องคลอดมีพื้นผิวบางลงและความยืดหยุ่นลดลง น้ำหลั่งต่างๆ จากผิวช่องคลอดลดลง ท่อปัสสาวะสั้นลงทำให้เกิดปัญหาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่ายขึ้นบางรายอาจมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ มีอาการโกรธง่าย ตกใจง่าย ซึมเศร้า (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545: 60)

10. ระบบภูมิคุ้มกันการตอบสนองของภูมิคุ้มกันร่างกายผู้สูงอายุจะลดลงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของสาเหตุการติดเชื้อในผู้สูงอายุ ขนาดต่อมไทมัสเล็กลง การทำงานของทีเซลล์ ลดลงและมีความไม่สมบูรณ์มากขึ้น สัมพันธ์กับการลดลงของบีเซลล์ ทำให้การหลั่ง Immunoglobulin (Ig G) ลดลง การสร้างแอนติบอดี้เพิ่มขึ้น ร่างกายไม่สามารถจำเนื้อเยื่อของตนเองได้ ทำให้เกิดโรคภูมิแพ้ตนเอง จำนวน T- Lymphocyte ลดลง ทำให้ประสิทธิภาพการป้องกันการติดเชื้อและการอักเสบลดลง

11. การเปลี่ยนแปลงในการควบคุมอุณหภูมิร่างกายในผู้สูงอายุ อุณหภูมิร่างกายจะต่ำลงโดยเฉลี่ยอยู่ในช่วง 35.9-37.1 องศาเซลเซียส ในกรณีวัดทางปาก และ 37-37.2 องศาเซลเซียส ในกรณีวัดทางทวารหนัก ซึ่งการวัดอุณหภูมิร่างกายในผู้สูงอายุให้ได้ค่าที่เที่ยงตรงที่สุด คือการวัดทางทวารหนักและทางช่องหู (Eliopoulos, 2001: 270)

สรุปการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายโดยทั่ว ไปวัยนี้เป็นไปในทิศทางของความเสื่อมของอวัยวะภายในและภายนอกที่เห็นอย่างชัดเจน ได้แก่ ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระ การขับเหงื่อน้อยลง ผมบาง

เปลี่ยนเป็นสีเทาหรือสีขาว ฟันผุ เหงือก กร่น การเคลื่อนไหวเชื่องช้า เป็นต้น แต่ความสามารถในการปรับตัวของผู้สูงอายุแต่ละคนมีความแตกต่างกัน มีศักยภาพในการค้นหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่เหมาะสมกับวัยสูงอายุ จึงทำให้สภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปไม่เกิดปัญหาสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันด้านต่างๆ

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุ นับว่าเป็นปัญหาสำคัญในการปรับตัวและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยอย่างเหมาะสม ซึ่งบางครั้งการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจเป็นผลจากภาวะสุขภาพทั่วไป ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ การศึกษา การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม การเสื่อมของอวัยวะรับความรู้สึก เป็นอุปสรรคของการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและบุคคลอื่น จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ เป็นผลมาจากอัตมโนทัศน์ต่อตนเองเปลี่ยนแปลงไป เช่น การเกษียณ การตายของคู่ครอง รายได้ลดลง ความสามารถและความมั่นใจในตนเองลดลง

2. ความจำ พบว่าผู้สูงอายุจะมีความจำเรื่องราวในอดีตได้ดี แต่จะมีความจำเกี่ยวกับสิ่งใหม่ลดลงแต่สามารถเตือนความจำด้วยการเรียกชื่อ การบันทึกหรือการให้เข้าไปอยู่ในสถานที่นั้น ๆ

3. สติปัญญา เป็นสิ่งที่ไม่สามารถวัดหรือนำมาเปรียบเทียบกันได้ในแต่ละกลุ่มบุคคลที่แตกต่างกัน สติปัญญาไม่สัมพันธ์กับอายุที่มากหรือน้อยแต่การเรียนรู้ในอดีต ประสบการณ์ในการแก้ปัญหาและภาวะสุขภาพมีความสำคัญมากกว่า (Eliopoulos, 2001: 298)

4. การเรียนรู้แม้ว่าความสามารถในการเรียนรู้จะไม่เปลี่ยนแปลงมากตามอายุ แต่ก็เริ่มลดลงเมื่ออายุประมาณ 40-50 ปี และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุขึ้น โดยเฉพาะหลังอายุ 70 ปี การเรียนรู้จะลดลงมากขึ้น ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับแรงจูงใจ ความตั้งใจ การรับส่งข้อมูลของสมอง การรับรู้และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การสื่อสารที่ดีและการใช้เวลาที่นานขึ้นก็สามารถเพิ่มความสามารถการเรียนรู้ของผู้สูงอายุได้ดีขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545: 70)

5. ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลและการนำความรู้ไปปฏิบัติลดลง ผู้สูงอายุมักกลัวและตื่นเต้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ๆเนื่องจากไม่แน่ใจว่าตนเองจะสามารถตอบสนองได้หรือไม่

6. การรับรู้ตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ถ้าหากเป็นไปทางบวกจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและแก้ปัญหาได้ดี

สรุปผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุนั้น เกิดจากการไม่สามารถปรับตัวหรือเผชิญปัญหาต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างสมดุล ทำให้เกิดภาวะเครียด โดยทั่วไปตัวกระตุ้นความเครียดในผู้สูงอายุ ได้แก่ การเสื่อมลงของร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง การกลัวว่าสุขภาพจะไม่ดี การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้สูญเสียความสุขสบาย รู้สึกเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานมีความกลัวเกิดความวิตกกังวลขึ้น เช่น กลัวตาย การสูญเสียทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะสัมพันธ์กับการลดลงของรายได้ บทบาทหน้าที่ลดลงจากเดิม การเกษียณ การงานหรือครอบครัวไม่เป็นอย่างที่คาดหวัง ทำให้เกิดความรู้สึกโกรธ คับข้องใจ การสูญเสียของบุคคลสำคัญของชีวิต เช่น คู่ครอง ทำให้เกิดความกลัว รู้สึกสูญเสีย หมดหวัง หดหู่ เศร้าโศก ไม่มั่นใจในตนเอง ทำให้รู้สึกเงียบเหงา ว้าเหว่ ท้อแท้เกิดความไม่มั่นคงในจิตใจ ทำให้หงุดหงิด โมโหง่าย วุ่นวายกับผู้อื่น

(Buckwalter & Piven, 1999: 390) อาจเป็นสาเหตุให้เกิดความขัดแย้งกับลูกหลานหรือผู้ดูแลได้ และปัญหาที่พบมากที่สุดจากกการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ในผู้สูงอายุ คือภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลเป็นปัญหาที่สำคัญ ที่ทำให้ผู้มีอายุที่ไม่ยืนยาว มีการศึกษาวิจัยปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีอายุยืน จังหวัดเชียงใหม่ ของนิ่มนวล ศรีจาด (2533 : บทคัดย่อ) พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่พบมีภาวะซึมเศร้าและคิดว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีอายุยืนยาวคือ ภาวะของสุขภาพจิต ได้แก่ การทำจิตใจให้แจ่มใส และทำจิตใจให้สงบโดยยึดศาสนาเป็นหลัก

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมในผู้สูงอายุพบว่า มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ ความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่าง ของร่างกายลดลง ความคล่องตัวลดลง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมร่วมกับสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้การเข้าสังคม สมาคมและสถานภาพทางสังคมลดลง ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้สูงอายุมีดังนี้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545: 69-71)

1. การปลดเกษียณหรือการออกจากงาน (Retirement) การปลดเกษียณหรือการออกจากงานเป็นเรื่องสำคัญ เพราะการทำงานทำให้บุคคลมีความมั่นคงและมีศักดิ์ศรีในตนเองที่สามารถพึ่งตนเองได้ การปลดเกษียณหรือการออกจากงาน จึงทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียด้านต่างๆ คือ การสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคมที่เคยเป็นบุคคลที่มีบทบาทและตำแหน่งต่างๆ ทำให้รู้สึกสูญเสียความมั่นคงของชีวิต รู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญในสังคม สูญเสียอำนาจหรือความสมบูรณ์พูนสุข ทำให้เป็นการนำไปสู่การพึ่งพาบุคคลอื่น ความมั่นใจในตนเองลดลง สูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูง สูญเสียสภาวะทางการเงินที่ดี รายได้ลดลง และแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง ดังนั้นผู้สูงอายุจะปรับตัวได้ดีหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับการที่แต่ละบุคคลให้ความหมายกับอาชีพการงาน เช่น บางคนเกษียณราชการ เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด แต่สำหรับบางคนพึงพอใจกับการเกษียณราชการ เพราะมีกิจกรรมใหม่และชีวิตมีความสุข การมีรายได้ลดลง ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่เปลี่ยนแปลงไป อาจต้องลดกิจกรรมบางอย่างลง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น การเข้าสังคม การเดินทางไปสถานที่ต่างๆ การใช้จ่ายเกี่ยวกับการบริการด้านสุขภาพ

2. การเปลี่ยนแปลงของสังคมครอบครัว ในปัจจุบันสังคมครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพัง ถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่งมากขึ้น การตายจากของคู่ครอง ทำให้ผู้สูงอายุที่ยังมีชีวิตอยู่ต้องอยู่อย่างเหงาหงอย ขาดการตอบสนองทางเพศ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีความผูกพันกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและสังคมชุมชนที่เคยชิน ไม่อยากเปลี่ยนแปลงหรือลดบทบาทตนเองจากหัวหน้าครอบครัวไปเป็นสมาชิกของครอบครัวเป็นผู้พึ่งพาอาศัยจึงไม่อยากจากบ้านไปอยู่รวมกับครอบครัวลูกหลาน ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาจากลูกหลานไม่ให้ความเคารพนับถือ ขาดความสนใจและเกื้อกูลต่อกันภายในครอบครัว ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น ในรายที่ไม่สามารถทำได้และไม่ยอมรับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป อาจเกิดความกดดันทางจิตใจ เกิดภาวะเครียดมีภาวะซึมเศร้าหรือปัญหาทางจิต

3. การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากสังคมเกษตรกรรมเปลี่ยนเป็นสังคมอุตสาหกรรม ความเจริญก้าวหน้ามีมากขึ้น ลูกหลานเริ่มมีเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุมีคุณค่าลดลง รู้สึกว่าตนเองไม่เป็นที่พึงปรารถนาของสังคมเพราะไม่

ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ อาชีพและประสบการณ์เหมือนในอดีต ผู้สูงอายุถูกมองว่าขาดคุณค่า ขาดความสามารถ ทำให้ผู้สูงอายุมีสังคมที่แคบลง จึงแยกตัวออกจากสังคมกลายเป็นสมาชิกกลุ่มน้อย และมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง คือ มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ใจน้อย มีความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย มีความวิตกกังวลสูง พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ในรายที่มีแรงกดดันมาก ผู้สูงอายุปรับตัวไม่ได้ จะก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจ เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้า ทำให้นอนไม่หลับ อาจทำร้ายตัวเองและผู้อื่นได้

4. การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม วัฒนธรรมไทยเปลี่ยนแปลงเป็นวัฒนธรรมทางตะวันตกมากขึ้น สภาพสังคมไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและวัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว รวมถึงการรับนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ทันสมัยจากต่างประเทศ ส่งผลให้สภาพเศรษฐกิจที่เปลี่ยนความสำคัญจากสังคมเกษตรกรรมไปสู่สังคมอุตสาหกรรม ทำให้คนรุ่นใหม่เข้ามามีบทบาททางเศรษฐกิจสูงขึ้น มีการเคลื่อนย้ายถิ่นฐานจากเขตชนบทไปหางานทำในเขตเมืองสูงขึ้น จนทำให้การพึ่งพากันภายในครอบครัวและชุมชนลดความสำคัญลง ส่งผลกระทบต่อสังคม วิถีชีวิต วัฒนธรรมและค่านิยมของคนไทยอย่างรุนแรง และผลกระทบอีกประการหนึ่ง คือ สถาบันครอบครัวไทย การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวจากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวสั่นคลอน เนื่องจากสมาชิกรุ่นหนุ่มสาวต่างมุ่งมั่นสู่อุดมการณ์ทางเศรษฐานะจนหลงลืม ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทั้งๆ ที่ครอบครัวเป็นที่บ่มเพาะความรักและความผูกพันทางด้านจิตใจได้อย่าง เข้มแข็ง สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อค่านิยมทางสังคมของบุคคลเริ่มเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มพหุวัย ซึ่งได้แก่ เด็ก เยาวชน วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ หรือวัยก่อนสูงอายุ ซึ่งมีอายุระหว่าง 15 – 59 ปี เมื่อความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุและคนรุ่นปัจจุบัน หรือ “พหุวัย” มีความห่างเหินกันมากขึ้น ทำให้การให้ความสำคัญกับระบบอาวุโส การยึดหลักกตัญญูกตเวที การเคารพผู้สูงอายุ การยึดมั่นในคุณค่าของผู้สูงอายุมีการยึดถือปฏิบัติลดลง สาเหตุที่พหุวัยมีการยึดถือค่านิยมเรื่องระบบอาวุโสน้อยลง เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่อยู่ในวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ได้แก่ สรีระทางร่างกาย การเคลื่อนไหว ตลอดจนมีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมลดลง จึงทำให้พหุวัยบางส่วนที่มองว่า “ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีสภาพร่างกายที่ร่วงโรยตามกาลเวลา ไม่แข็งแรง ขี้บ่นและไม่เข้าใจลูกหลาน” จึงให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุน้อยลงเพราะเกิดปัญหา“ช่องว่างระหว่างวัย” อย่างไรก็ตามมีพหุวัยบางส่วนที่ยังคงให้ความสำคัญกับระบบอาวุโส เพราะถือว่าผู้อาวุโสเป็นผู้ที่สั่งสมประสบการณ์มายาวนาน เป็นผู้ที่ “อาบน้ำร้อนมาก่อน” ทำให้บุตรหลานสามารถนำความรู้ ภูมิปัญญามาใช้อย่างเหมาะสม ไม่ต้องลองผิดลองถูก ก่อให้ความเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุด้วยความเต็มใจตามแบบอย่างการสนับสนุนทาง สังคมแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ รวมทั้งการดำรงเกียรติยศของตน โดยไม่ถูกลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แต่อย่างใด ประเด็นที่สอง คือ ค่านิยมความกตัญญูกตเวที เมื่อพิจารณาคำว่า “กตัญญูกตเวที” มีการใช้ในความหมายนี้สับสนกันค่อนข้างมากและมักนำมาใช้ โดยไม่เข้าใจความหมายที่แท้จริง คำว่า “กตัญญู” คือ ความสำนึก ความตระหนักรู้ถึงบุญคุณ หรือความดีที่บุคคลได้กระทำ เพื่อให้ตนได้รับประโยชน์ และมีความคิดที่จะตอบแทนต่อผู้มีบุญคุณ ในขณะที่ “ความกตเวที” เป็นการแสดงออก การปฏิบัติหรือการกระทำเพื่อตอบแทนบุญคุณ ดังนั้นพหุวัยที่มีทั้งความสำนึกต่อผู้มีพระคุณและกระทำหรือปฏิบัติสิ่งใด เพื่อเป็นการตอบแทนถึงจะได้ชื่อว่าเป็นผู้มีความกตัญญูกตเวที ในปัจจุบันพหุวัยยังมีความสำนึกต่อผู้ที่มีบุญคุณอยู่บ้าง แต่เมื่อ

เปรียบเทียบกับในอดีต พบว่ามีระดับของความสำนึกรู้เจือจางลงมาก ในด้านการปฏิบัติตนเพื่อบ่งบอกถึงการเป็นคนกตัญญูนั้น พหุวัยยังคงมีการดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านสุขภาพกายและจิตใจ เช่น เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย จะป้อนข้าว ป้อนน้ำ ให้ทานยา เจ็บป่วยพาไปสถานีอนามัย หรือโรงพยาบาล เมื่อผู้สูงอายุเหงาก็พูดคุยให้คลายเหงา นอกจากนี้ มีการซื้อเสื้อผ้า สิ่งของ เครื่องใช้จำเป็นในชีวิตประจำวัน ความกตัญญูกตเวที จึงถือเป็นค่านิยมที่ได้รับการสืบสานมายาวนานในสังคมไทย แต่ในปัจจุบันมีแนวโน้มการประพฤติตนเพื่อตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุของพหุวัยมี ระดับที่แสดงออกแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยหลายประการ ยกตัวอย่างเช่น อายุและรายได้ของพหุวัย พหุวัยที่มีอายุมาก เช่น อายุ 30 ปีขึ้นไป มีความรู้สึกว่าต้องแสดงความกตัญญูมากกว่าพหุวัยที่อายุ ต่ำกว่า 30 ปี ทั้งนี้เนื่องจากการผ่านประสบการณ์ที่ได้รับการถ่ายทอด ปลูกฝังและการสำนึกด้วยตนเอง จึงสามารถแสดงความกตเวที ที่หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การดูแล การเกื้อกูลด้านสิ่งของ อารมณ์ จิตใจ ความรู้ ข่าวสาร ในขณะที่พหุวัยที่อายุน้อย มักแสดงการกตัญญูกตเวทีต่อผู้สูงอายุด้วยการให้เงินสิ่งของเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ ระดับรายได้ของพหุวัยเป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้พหุวัยแสดงความกตัญญูกตเวทีแตกต่างกัน ผู้ที่มีรายได้มากสามารถตอบแทนผู้สูงอายุในด้านเงิน วัสดุสิ่งของได้มากกว่าการตอบแทนรูปแบบอื่น ในขณะที่คนมีรายได้น้อยไม่มีการตอบแทนเป็นตัวเงินหรือไม่มีเงินซื้อสิ่งของ ให้ผู้สูงอายุ ดังหากพิจารณาการตอบแทนด้วยปริมาณของวัตถุ สิ่งที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งของหรือเงินแล้ว พบว่า พหุวัยที่มีอายุน้อย มีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้ อาจตอบแทนผู้สูงอายุได้น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่าการวัดระดับความรู้สึกถึงความกตัญญูกตเวทีนั้นไม่สามารถบ่งบอกได้อย่างชัดเจน เพราะระดับของความจริงใจ การกระทำโดยไม่หวังผลตอบแทน การคำนึงถึงผู้สูงอายุด้วยความบริสุทธิ์ใจ ไม่สามารถมองเห็นอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนั้นยังมีเรื่องของการ “แลกเปลี่ยน” เข้ามาเกี่ยวข้องกับระบบความกตัญญู โดยมักจะได้ยินได้ฟังกันว่า การที่พหุวัยกตัญญูกตเวทีก็เพื่อต้องการสิ่งตอบแทนที่เป็นทรัพย์สิน สิ่งของจากพ่อแม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลหรือปฏิบัติจากบุตรหลาน ก็มีความรู้สึกว่าต้องตอบแทนบางสิ่งบางอย่างกลับไปยังพหุวัยเช่นกัน ดังนั้นการตอบแทนเปรียบเสมือนสิ่งจูงใจให้เกิดการทำดีต่อผู้สูงอายุ หากไม่มีสิ่งตอบแทนก็อาจจะไม่แสดงความกตัญญู การแลกเปลี่ยนโดยยืนอยู่บนฐานของคำว่า “ความกตัญญู” จึงไม่สามารถตอบได้ว่า ถ้าให้ไปมากเท่าใด บุตรจะตอบแทนกลับคืนมามาก ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนที่ไม่เท่าเทียมกัน จึงสามารถสรุปได้ว่า พหุวัยที่มีอายุ และรายได้แตกต่างกัน จะมีการดูแลและตอบแทนบุญคุณผู้สูงอายุแตกต่างกัน ประการที่สาม ค่านิยมเกี่ยวกับการให้ความเคารพผู้สูงอายุ พบว่า พหุวัยมีการแสดงพฤติกรรมที่สะท้อนถึงการให้การเคารพผู้สูงอายุ คือการไหว้และการนอบน้อมต่อผู้สูงอายุน้อยลง รวมถึงการไม่ค่อยเชื่อมั่นในการตัดสินใจของผู้สูงอายุในบางเรื่อง ได้แก่ การมองว่าสูงอายุที่ยืนยันว่าจะประกอบอาชีพ หรือทำงานบ้านเพื่อช่วยเหลือพหุวัยหรือบุตรหลานนั้น เป็นการหาเรื่องเดือดร้อนให้บุตรหลาน ส่วนการที่พหุวัยไม่สนใจ ไม่เอาใจใส่ ไม่เชื่อฟังคำสั่งสอนหรือตักเตือน เป็นผลมาจากการให้ความสำคัญกับเพื่อนและสภาวะแวดล้อมทางสังคมมากกว่าความ สำคัญของผู้สูงอายุ ดังนั้น หากจะกล่าวว่า การตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับการอบรมสั่งสอนจากครอบครัวและสถาบันการศึกษาแล้วยังรวมถึงการตระหนักหรือมีจิตสำนึกของพหุวัยเองอีกด้วย ประการสุดท้าย คือ ค่านิยมที่ให้คุณค่ากับผู้สูงอายุ ซึ่งพหุวัยให้คุณค่ากับผู้สูงอายุต่างกัน เพราะการให้คุณค่ากับบุคคลเป็นเรื่องของจิตใจ แต่ละคนมีความรู้สึกนึกคิดแตกต่างกัน ผู้ที่มี

ความเชื่อว่าผู้สูงอายุยังมีศักยภาพที่จะถ่ายทอดความรู้ ตลอดจนสามารถปลูกฝังพฤติกรรม ค่านิยม และอบรมสั่งสอนเรื่องพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างที่ดีและเหมาะสมให้กับบุตรหลานของตนได้ จะมองว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่า เป็นที่พึ่งพิงศูนย์รวมทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัวเปรียบเสมือน “ร่มโพธิ์ร่มไทรของครอบครัว ” หรือ “บิดามารดาเป็นพรหมของบุตร ” จนเกิดการยอมรับฟังคำสั่งสอนของผู้สูงอายุและนำไปเป็นแนวทางในการดำเนิน ชีวิต แต่มีพหุวัยบางส่วนที่แสดงทัศนะว่า ไม่แน่ใจว่าคนรุ่นใหม่จะเข้าใจกับข้อความดังกล่าว จนนำมาปฏิบัติตามหรือไม่ ส่วนพหุวัยอีกส่วนหนึ่งมองว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีศักยภาพ ความรู้ความสามารถและการปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปน้อยลง โดยพิจารณาแต่เพียงลักษณะทางกายภาพของผู้สูงอายุที่มีผิวหนังเหี่ยวย่น หูตึง ตาฝ้าฝาง เดินไม่คล่องแคล่ว คิดช้าและเจ็บป่วย จะไม่ค่อยให้คุณค่ากับผู้สูงอายุเท่าที่ควรเพราะมีความคิดว่าผู้สูงอายุ เปรียบเสมือน “ไม้ใกล้ฝั่ง ” ที่รอวันผุพัง จึงไม่รับฟังความคิดเห็นหรือคำสั่งสอนของผู้ที่มีอาวุโสกว่า และมักมองว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำให้เกิดความรู้สึกสงสารอยากช่วยเหลือ ซึ่งถือว่าเป็นการสงเคราะห์มากกว่าการตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ถึงแม้ในปัจจุบันสังคมไทยจะเปลี่ยนแปลงไปจนทำให้พหุวัยเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุน้อยลง แต่ก็ยังมีพหุวัยที่มองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุและ ให้ความสำคัญของผู้สูงอายุ แต่ในอนาคตหากสังคมไทย ยังให้ความสำคัญกับค่านิยมเกี่ยวกับความสูงอายุ ก็ควรส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุเป็นบุคคลซึ่งควรได้รับการเคารพยกย่องจากบุตรหลาน รวมทั้งควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีจากลูกหลานด้วย เพื่อให้เกิดความเข้ม แข็งของสถาบันครอบครัว ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ผู้สูงอายุและพหุวัยรักและเข้าใจกัน เพราะผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ต้องการความรักความเอาใจใส่ เราในฐานะที่เป็นสมาชิกของครอบครัวและสังคม จึงควรให้ความสำคัญและให้คุณค่าแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งนอกจากจะเป็นการแสดงความกตัญญูกตเวทีในการที่จะโอบอุ้มและช่วยเหลือผู้ สูงอายุและสร้างความอบอุ่นให้แก่ครอบครัวแล้ว ยังเป็นการรักษาวัฒนธรรมประเพณีของสังคมไทย และเป็นการช่วยลดภาระทางสังคมทำให้สังคมไทยมีความเข้มแข็ง ทั้งนี้การให้คุณค่าแก่ผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุให้ความรักและเข้าใจพหุวัย\ด้วยเช่นกัน ในขณะที่ผู้สูงอายุยังมีความคิดใหม่ๆ ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยมากขึ้น ผู้สูงอายุกลายเป็นคนล้าสมัย จู้จี้ขี้บ่น ทำให้ลูกหลานไม่อยากเลี้ยงดู กลายเป็นส่วนเกินของครอบครัว ผู้สูงอายุจึงแยกตัวเองและเกิดความรู้สึกท้อแท้มากขึ้น

สรุปผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมของผู้สูงอายุในปัจจุบัน เนื่องมาจากการพัฒนาประเทศให้มีความเจริญทางเศรษฐกิจ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อจิตใจและพัฒนาการทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นระยะที่ผู้สูงอายุถูกลดบทบาทและหมดหน้าที่ทางด้านสังคมโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยปฏิบัติงานหรือมีอาชีพที่ตนเองเคยทำเป็นประจำ มักจะนึกถึงและรวบรวมประสบการณ์ของชีวิตที่ผ่านมาทั้งหมด ซึ่งเป็นระยะเวลาและประสบการณ์ที่มีค่าของผู้สูงอายุ มีความภาคภูมิใจ แต่เมื่อถึงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงกับเหตุการณ์ของชีวิต ได้หันกลับไปมองตัวเองแล้วทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียความมั่นคงของชีวิต รู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ สูญเสียอำนาจหรือความสมบูรณ์พูนสุข เป็นการนำไปสู่การพึ่งพาบุคคลอื่น ความมั่นใจในตนเองลดลง และรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า จึงควรให้ความสนใจและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแสดงออกในทางที่เหมาะสมเพื่อระคับประคองจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุนั้นความสามารถทางด้านต่างๆ จะลดลง โดยเฉพาะทางด้านร่างกาย ส่วนด้านจิตใจ สังคม ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณด้วยทั้งสิ้น ถ้าเหตุการณ์ในชีวิตดำเนินไปด้วยดี บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง บุคคลก็จะรับรู้ว่าเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง ความเชื่ออำนาจภายในตนจะสูงขึ้น แต่ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้ช่วยตนเองได้น้อย จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อำนาจในการควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ และสิ่งแวดล้อมของตนเองน้อยลงมีผลทำให้ความเชื่ออำนาจภายในตนเองลดลงและเริ่มเชื่ออำนาจภายนอกตนมากขึ้น

ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณในผู้สูงอายุเช่น ความรู้สึกมีคุณค่า และความภาคภูมิใจในตนเองลดลง ซึ่งบุคคลทุกคนก็มีความต้องการด้านจิตวิญญาณไม่ว่าจะนับถือศาสนาใดหรือแม้แต่คนที่ไม่มีศาสนา ดังนั้นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงความต้องการดังกล่าวจะแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามเจ็บป่วยหรือมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เมื่อมีความเครียด บุคคลมักมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณเป็นพิเศษ เพื่อเป็นความหวังและกำลังใจหรือการต่อรองอื่นๆ อาจเป็นอภินิหารจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หรือพระเจ้าที่นอกเหนืออำนาจการดลบันดาลของมนุษย์ธรรมดาจะกระทำได้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2543 : 57) เพื่อความสำเร็จในเป้าหมายของชีวิตและโดยเฉพาะในผู้สูงอายุมักคิดว่าตนไม่มีความสามารถเนื่องจากการเสื่อมถอยของร่างกาย รู้สึกท้อแท้ ชีวิตไม่มีความหมาย ไม่มีคุณค่า ซึ่งจากการประเมินสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินตนเองค่อนข้างต่ำในสังคม มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า การรับรู้เช่นนี้เกิดจากหลายปัจจัย เช่น พื้นฐานทางวัฒนธรรม รายได้น้อย ช่องว่างทางสังคม ความเบื่อหน่ายต่อชีวิตและความว้าเหว่ เป็นต้น และจากการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวม ความต้องการด้านการมีความหมายและการมีเป้าหมายในชีวิต และด้านการมีความหวังอยู่ในระดับสูง จะเห็นว่าผู้สูงอายุหรือบุคคลที่มีความเครียดต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีความต้องการด้านจิตวิญญาณเพื่อเป็นที่พึ่ง รู้สึกถึงการมีความหวังมีเป้าหมายในชีวิต

สรุปผลกระทบทางด้านการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณผู้สูงอายุ มาจากภาวะของความสิ้นหวังท้อแท้ “The State of Despair” ซึ่งอิริคสัน อธิบายว่า เป็นภาวะที่บุคคลประกอบด้วยความรู้สึกกลัวตาย รู้สึกว่าชีวิตที่ผ่านมาของตนนั้นล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง แท้จริงแล้วผู้สูงอายุเหล่านี้ได้สั่งสมประสบการณ์ในการสร้างชีวิตวัยต่าง ๆ มาได้สำเร็จ และก็กำลังทำต่อไปในช่วงของการมีอายุมากขึ้น การผสมผสานประสบการณ์ในอดีตทำให้สามารถพัฒนาต่อไปจากการมีวุฒิภาวะ (Maturity) ไปสู่ความมีปัญญา (Wisdom) การมองเห็นชีวิตที่เปลี่ยนแปลงขึ้นลง ทำให้เกิดการยอมรับการเปลี่ยนแปลงในความยึดมั่นต่างๆ แม้แต่การที่สามารถมองชีวิตด้วยอารมณ์ขันมากขึ้นเป็นต้น

โดยสรุปผู้สูงอายุย่อมมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จะพบการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะระบบต่างๆของร่างกาย จะมีการเสื่อมลงตามอายุ ส่วนด้านจิตใจสังคมและจิตวิญญาณบางครั้งจะเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ชัดเจน เนื่องจากความสามารถในการ

ปรับตัวของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ย่อมเกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุดังกล่าวใน ผู้สูงอายุไทยก็พบปัญหาสุขภาพที่เกิดจากผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความสูงอายุที่เพิ่มขึ้น การเห็นความสำคัญและตระหนักถึงการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จะช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้เป็นอย่างดี

3. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

การส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่มีผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพของบุคคล พฤติกรรมสุขภาพเหล่านี้จะทำให้บุคคลสามารถดำรงรักษาสุขภาวะ ยังประโยชน์ให้เกิดความเจริญงอกงาม หรือนำไปสู่การมีสุขภาพสมบูรณ์ สิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพได้แก่ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของบุคคล โดยงดเว้นกิจกรรมหรือพฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องมาเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จึงมีผู้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพไว้หลายมุมมองดังต่อไปนี้

คาร์ลและคอบบ์ (Kasl & Cobb, 1966) กล่าวถึงความหมายของการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นกิจกรรมของผู้เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี และไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำรงภาวะสุขภาพ ส่งเสริมภาวะสุขภาพ และป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุและ การประกอบอาชีพ รวมไปถึงการรับภูมิคุ้มกันโรคด้วย

เออเกอร์ สปาร์คและลอสัน (Egger, Spark, & Lawson, 1990) กล่าวว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการสุขศึกษา และการดำเนินการทางการบริหารจัดการ การเมืองและเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง เพื่อเอื้อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่จะปกป้องและส่งเสริมสุขภาพและสรุปได้ว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยและการตายมาจากความไม่เพียงพอของบริการสุขภาพ พฤติกรรมหรือวิถีชีวิตที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ภาวะอันตรายจากสิ่งแวดล้อมและองค์ประกอบทางชีวภาพของมนุษย์

กรีนและกรูเตอร์ (Green & Kreuter, 1991) ให้ความหมายการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นผลรวมของการสนับสนุนด้านการศึกษาและสิ่งแวดล้อม (Educational and Environmental Support) เพื่อก่อให้เกิดสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ การปฏิบัตินั้นอาจเป็นของบุคคล ชุมชน ผู้กำหนดนโยบาย นายจ้าง หรือ กลุ่มบุคคลอื่นๆ ซึ่งการปฏิบัติเหล่านั้นมีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล สังคมและชุมชน

องค์การอนามัยโลก อ้างในสมาคมพยาบาลประเทศบริติช โคลัมเบีย (Registered Nurses Association of British Colombia, 1994) ได้นิยามการส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นกระบวนการที่มนุษย์สามารถควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเองได้ และการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวข้องกับการจัดสภาพความเป็นอยู่ที่ช่วยให้มีสุขภาพดีและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งการส่งเสริมวิถีชีวิตที่ถูกต้อง การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ การสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง การปรับปรุงบริการสาธารณสุขต่างๆ และการที่รัฐมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การส่งเสริมสุขภาพจะต้องไม่มุ่งเฉพาะตัวบุคคล แต่ต้องรวมครอบครัวและชุมชนที่บุคคลอยู่อาศัยด้วย (Pender, 1996)

เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวถึงความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึงกิจกรรมที่จัดขึ้นและส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนที่มีสุขภาพที่ดี (well-being) และมีผลกระทบโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความผาสุก เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของครอบครัว สังคม และชุมชน (Healthy People) โดยเน้นพฤติกรรมของประชาชนในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี

เกษม นครเขตต์ (2536) ได้กล่าวถึงแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรค (Changing Lifestyles for disease prevention) ทั้งนี้เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะทำให้เกิดโรค ซึ่งปัจจุบันสาเหตุของการเจ็บป่วยนั้นเปลี่ยนจากการติดโรคจากการติดเชื้อ (Infection Disease) มาเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม เป็นการปรับปรุงมาตรฐานการดำเนินชีวิต (Improvement of living standards) คือเป็นการพัฒนาและส่งเสริมให้บุคคลมีความเป็นอยู่ที่สันติสุข มีที่อยู่อาศัย มีการศึกษา มีอาหารเพียงพอ มีรายได้และมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ มีแหล่งทรัพยากรที่เพียงพอ มีความยุติธรรมในสังคม และมีความเสมอภาค สิ่งเหล่านี้เป็นกระบวนการจัดการทางสังคมที่บุคคลเป็นสมาชิกอยู่ และมีการพัฒนามาตรฐานการดำเนินชีวิต

หทัย ชิตานนท์ (2539) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นกระบวนการซึ่งทำให้ประชาชนสามารถควบคุมสุขภาพและทำให้สุขภาพดีขึ้น เพื่อบรรลุการมีสภาวะสุขสบายทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

การส่งเสริมสุขภาพในแนวคิดของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion) (ลักขณา เติมศิริชัยกุล, 2540) กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึงกระบวนการเพื่อให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1996 อ้างถึงในพิศมัย จันทวิมล, 2541) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการทางสังคมและการเมืองแบบเบ็ดเสร็จ ไม่เพียงแต่ครอบคลุมกิจกรรมต่างๆ ที่มุ่งเร่งรัดการเพิ่มทักษะและความสามารถของปัจเจกบุคคล หากรวมถึงกิจกรรมที่มุ่งไปสู่การเปลี่ยนแปลงสภาวะทางสังคมสิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจเพื่อที่จะบรรเทาผลกระทบที่มีต่อ สุขภาพของสาธารณชนและปัจเจกบุคคล ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นกระบวนการปลูกฝังให้คนเรามีความสามารถที่จะควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพเพื่อช่วยให้สุขภาพดีขึ้น การมีส่วนร่วมจึงมีความจำเป็นในการสร้างความยั่งยืนของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากความหมายของการส่งเสริมสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่มุ่งพัฒนาทักษะการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลให้มีความสุข สามารถควบคุมปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค ตลอดจนเสริมสร้างสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนให้ดีขึ้น เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว และชุมชน การคิด ตัดสินใจกำหนดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและร่วมกันเพื่อเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพ ก่อให้เกิดการมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณนั่นเอง ในขณะที่ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนเองก็มีองค์ความรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพ กระบวนการดูแลรักษาสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมประกอบด้วยการบำบัดรักษาและการส่งเสริมป้องกัน

แนวคิดทฤษฎีด้านภาวะสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ (Health) คำว่าสุขภาพหรือปัจจุบันนิยมใช้คำว่าสุขภาวะ ได้มีผู้ให้นิยามไว้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1974) นิยามสุขภาพที่เน้นความเป็นองค์รวมและคุณสมบัติในด้านบวกว่าสุขภาพเป็นภาวะของความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสังคมมิใช่เป็นเพียงปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น

มีคส์และเฮด (Meeks & Heit, 1991) กล่าวว่าสุขภาพเป็นคุณภาพชีวิตที่รวมความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจและสังคมสุขภาพกายเกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางกาย สุขภาพจิตเป็นสุขภาวะของจิตใจและอารมณ์ ในขณะที่สุขภาพทางสังคม เช่น ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นๆ จึงเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องขององค์ประกอบกับพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมของแต่ละคน

โอเร็ม (Orem, 1991) นิยามสุขภาพว่าเป็นภาวะของความปกติหรือความเป็นองค์รวมของโครงสร้างของมนุษย์และการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ ความเป็นปกติ ได้แก่ ภาวะที่มีความพอใจ ความเพลิดเพลินและความสุขและจากประสบการณ์ทางจิตวิญญาณซึ่งเป็นความพยายามที่จะให้บรรลุอุดมการณ์และการมุ่งไปสู่วุฒิภาวะและความสำเร็จ

ดูบอส (อ้างถึงใน Pender, 1996) นิยามสุขภาพว่าเป็นภาวะหรือสุขภาพที่บุคคลสามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ระดับสุขภาพจึงขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละคนที่จะปรับตัวต่อความตึงเครียดทั้งจากภายในและภายนอกที่แต่ละคนต้องเผชิญ

พาร์สัน (อ้างถึงใน Pender, 1996) นิยามสุขภาพตามบรรทัดฐานทางสังคมมากกว่าทางด้านกายภาพ โดยอธิบายว่าสุขภาพเป็นการปฏิบัติบทบาทและการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพตามที่บุคคลได้รับการอบรมเลี้ยงดูมา ตามแนวคิดนี้ภาวะสุขภาพอาจกำหนดโดยใช้มาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับในการปฏิบัติบทบาทและการทำงานทั้งในปัจจุบันและอนาคต

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้ขยายองค์ประกอบที่ต้องนำมาพิจารณาในการประเมินสุขภาพแสดงถึงความสนใจของบุคคลทั้งคนมากกว่าการมองแบบแยกส่วน จัดให้สุขภาพรวมอยู่ในบริบทของสิ่งแวดล้อมและเปรียบเทียบสุขภาพกับการดำรงชีวิตอย่างมีประโยชน์และสร้างสรรค์

รอย (อ้างถึงใน Pender, 1996) กล่าวว่าสุขภาพเป็นภาวะและกระบวนการของความสำเร็จในการปรับตัวที่ส่งเสริมความเป็นองค์รวมของบุคคล

นิวแมน (Newman) นิยามสุขภาพหรือสุขภาวะว่าเป็นสภาพซึ่งระบบย่อยทุกระบบทั้งร่างกาย จิตและสังคม วัฒนธรรมอยู่ในภาวะสมดุลและผสมกลมกลืนกับองค์รวมของคน

จากนิยามที่กล่าวมาจะเห็นว่า สุขภาพประกอบด้วยหลายมิติในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพในฐานะที่เป็นสิทธิที่มนุษย์พึงมีพึงได้ และมองสุขภาพในมิติที่เป็นองค์รวมทั้งทางร่างกายและจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ช่วยให้มองเห็นเงื่อนไขและความเชื่อมโยงของมิติด้านสุขภาพของคนและสังคมได้ชัดเจนยิ่งขึ้น การมองสุขภาวะเป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมซึ่งมุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีดุลยภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ดังนั้นคำว่าสุขภาพจึงมิได้มีความหมายจำกัดอยู่เพียงความไม่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้น หากยังครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาวของทุกคนที่พิจารณาจากปัจจัยทางร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อมและจิตวิญญาณเป็นสำคัญ โดยสุขภาวะทางกายพิจารณาจากลักษณะและขนาดของร่างกาย สมรรถนะการรับรู้จากสัมผัสทางกาย การเจ็บป่วยและความผิดปกติทางกาย สมรรถนะกำลังกาย สมรรถนะในการ

ฟื้นตัวจากความเจ็บป่วยและสมรรถนะในการดำเนินภาระกิจการงาน ส่วนสุขภาวะทางจิตใจ พิจารณาจากเชาว์ปัญญา การตอบสนองและจัดการกับอารมณ์และจิตใจ โลกทัศน์ที่มีต่อชีวิต ค่านิยม ทัศนคติและความเชื่อ ตลอดจนความมั่นใจในตนเอง และการมองเห็นคุณค่าของตนเอง สุขภาวะทางสังคม ได้แก่ ความสามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น การปรับตัวให้เข้ากับสถานะทางสังคม และพฤติกรรมประจำวัน สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง การที่บุคคลสามารแสดงออกซึ่งจุดมุ่งหมายอันเป็นอุดมการณ์ของชีวิต มีความสำนึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ มีประสบการณ์ในความรัก ทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวด ความเศร้า มีความรักในสันติภาพมีความต้องการที่พอเพียง และรู้จักให้ความเคารพต่อชีวิตทุกชีวิต รวมถึงความเชื่อ ความศรัทธา อันเป็นผลมาจากศาสนาหรือความเชื่อในลัทธิ (วิพุธ พูลเจริญ, 2544)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้เสนอแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ที่ผสมผสานมุมมองของศาสตร์ทางการพยาบาลและพฤติกรรมศาสตร์ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษากระบวนการทางชีวจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง และกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นการทำนายผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ โดยพัฒนารูปแบบมาจากทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (Expectancy- value theory) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning)

1. บุคคลจะพยายามปรับสภาพเงื่อนไขในการดำรงชีวิตให้เอื้ออำนวยเพื่อให้ตนเองสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีภาวะสุขภาพสมบูรณ์
2. บุคคลมีความสามารถที่จะเกิดความตระหนักในตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินศักยภาพของตนเองได้
3. บุคคลเห็นคุณค่าของการพัฒนาในทางบวกและพยายามปรับตัวให้คงภาวะสมดุลระหว่างความเปลี่ยนแปลงกับภาวะคงที่
4. บุคคลมีพฤติกรรมเฉพาะของตนเอง
5. บุคคลประกอบด้วยชีวจิตสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา โดยมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม รวมทั้งมีการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะกับตนเอง
6. บุคลากรทีมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสภาพแวดล้อมในรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต
7. แบบแผนของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล

ตามแนวคิดเดิมของเพนเดอร์ กล่าวว่าการที่บุคคลจะกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลมาจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านความรู้ -การรับรู้ (Cognitive- perceptual factor) ปัจจัยเสริม (Modifying factor) และตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to action) โดยปัจจัยด้านความรู้ –การรับรู้ ได้แก่ ความสำคัญทางสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตน การให้คำจำกัดความด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค

ของอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนปัจจัยเสริม ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยลักษณะทางชีวภาพ ปัจจัยของอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านสถานการณ์ และปัจจัยด้านพฤติกรรม เป็นต้น

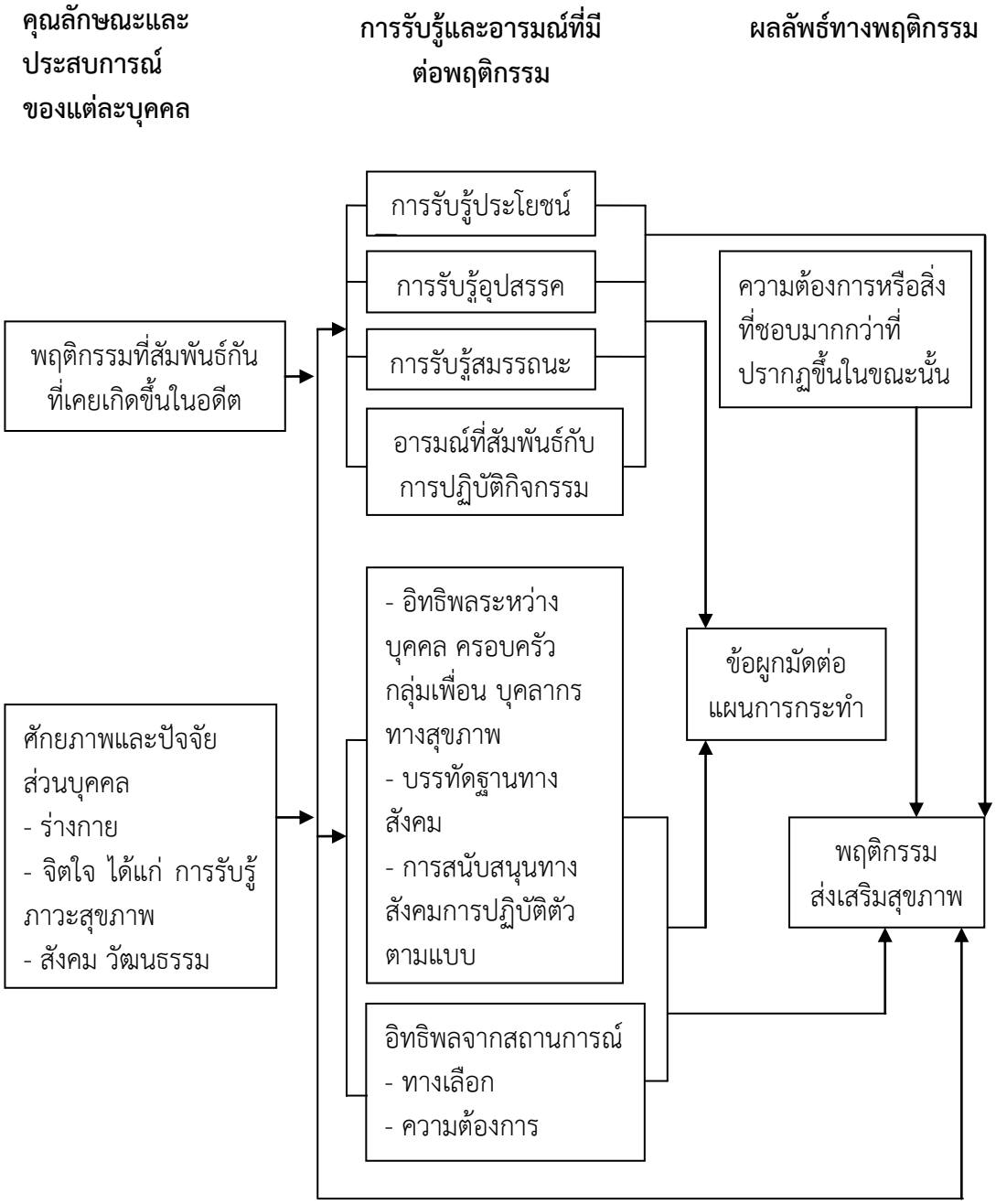
จากการนำแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพไปใช้ เพนเดอร์ พบว่า การขาดแรงจูงใจในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และไม่สามารถใช้ได้กับสุขภาพของบุคคลทุกช่วงอายุ โดยเฉพาะบุคคลที่เจ็บป่วย เพนเดอร์ จึงพัฒนารูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยอาศัยผลงานที่ได้จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุ แล้วนำผลวิจัยมาปรับเปลี่ยนโดยตัดปัจจัยบางอย่างออกและเพิ่มปัจจัยบางอย่างเข้าไป ซึ่งจากการศึกษาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพแบบใหม่ของเพนเดอร์กล่าวถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม 3 ด้าน ด้วยกันคือ ปัจจัยด้านลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Individual characteristics and experiences) ปัจจัยด้านความรู้และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior – specific cognitions and affect) ปัจจัยด้านการเกิดพฤติกรรม (Behavioral outcome) โดยปัจจัยแต่ละด้านสามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Individual characteristics and experiences) บุคคลจะมีลักษณะและประสบการณ์เฉพาะที่แตกต่างกัน ซึ่งจะส่งผลถึงพฤติกรรมในระยะต่อมา ความสำคัญของอิทธิพลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเฉพาะอย่าง ลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลจะมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน และเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับบางพฤติกรรมเท่านั้น ปัจจัยลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลมีส่วนประกอบย่อย 2 ส่วน คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต (Prior related behavior) และปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) เช่น อายุ เพศ ความรู้สึกนับถือตนเอง การเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ เชื้อชาติ การศึกษา เศรษฐกิจ เป็นต้น ในการศึกษาจึงเลือกตัวแปรที่เกี่ยวข้องที่สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมที่จะศึกษาได้

2. ความรู้และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior – specific cognitions and affect) เป็นตัวแปรที่สำคัญที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม และเป็นแกนสำหรับการให้ความช่วยเหลือ เพราะตัวแปรที่สามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการปฏิบัติทางการพยาบาล ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (Perceived Benefits of action) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers to Action) การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับกิจกรรม (Activity-Related Affect) อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) ในครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการรวมทั้งบรรทัดฐานการสนับสนุนทางสังคมและการเป็นแบบอย่างของผู้ที่เกี่ยวข้อง อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences) ได้แก่ การเรียนรู้ถึงสถานการณ์หรือบริบทที่เอื้อหรือยับยั้งการเกิดพฤติกรรมนั้น

3. การเกิดพฤติกรรม (Behavioral Outcome) ขึ้นอยู่กับความมุ่งมั่นที่จะวางแผนการปฏิบัติอันเป็นจุดเริ่มต้นของพฤติกรรม ความมุ่งมั่นที่จะผลักดันเข้าสู่และปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เว้นเสียแต่จะมีเหตุการณ์อื่นที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เข้ามาแทรกแซง ตัวแปรย่อยประกอบด้วย ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรม (Commitment to Plan of Action) เป็นกระบวนการของความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งในเวลาและสถานที่ใดและกับใคร รวมทั้งวิธีปฏิบัติและการเสริมแรงให้เกิด

พฤติกรรม ความจำเป็นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น (Immediate Competing Demands and Preferences) เป็นพฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่วางแผนไว้ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Behavior) เป็นเป้าหมายสุดท้ายในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้ ถ้าสอดแทรกอยู่ในวิถีชีวิตที่ถูกสุขลักษณะในทุก ๆ ด้าน ก็จะเป็นผลให้มีสุขภาพดีตลอดชีวิต



ภาพที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

โดยทั่วไปบุคคลหรือนักวิชาชีพจะให้ความสำคัญด้านการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพราะยังมีความคิดว่าตราบใดที่ยังสามารถดำรงชีวิตได้และประกอบอาชีพได้ถือว่ามีสุขภาพดี ตราบเมื่อเกิดความรู้สึกเจ็บป่วย ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันหรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้มักนึกถึงสุขภาพหรือการเจ็บป่วยเสมอ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงแสวงหาการรักษาพยาบาลโดยวิธีการต่างๆ ทำให้ค่าใช้จ่ายสูงกว่าที่จะหมั่นดูแลสุขภาพของตนเองและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งการดูแลสุขภาพและการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีนั้นถือว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพ และในการให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพมีผู้ให้ความหมายไว้แตกต่างกันและหลากหลายแนวคิด

ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพหรือตัวกำหนดสุขภาพ (Dimension of health)

ปัจจัยหรือตัวที่กำหนดสุขภาพ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการกำหนดให้มนุษย์มีสุขภาพดีและมีความสุขของปัจเจกบุคคลหรือสังคม ได้แก่ (สุทิน อยู่สุข, 2543)

1. ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ได้แก่ การศึกษา เป็นบันไดไปสู่การได้งานทำ รายได้ ความมั่นคงในงาน ความพอใจในงาน อีกทั้งยังช่วยให้บุคคลมีความรู้ ความชำนาญในการแก้ปัญหา ช่วยให้มนุษย์สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมในการทำงานได้ดียิ่งขึ้น และมีความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลและเข้าใจในสารสนเทศที่จะช่วยให้ดำรงชีพโดยมีสุขภาพดีได้มากขึ้น ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า สถานะของสุขภาพจะดีขึ้นถ้าหากบุคคลมีระดับการศึกษาสูงขึ้น

รายได้และสถานภาพทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ จะเห็นได้ว่าผู้ที่มีรายได้สูงและมีสถานภาพทางสังคมที่ดีย่อมมีสุขภาพที่ดี ทั้งนี้เพราะมีโอกาสเข้าถึงและสามารถเลือกการบริการที่เห็นว่าดีที่สุดสำหรับตัวเองได้

ชีววิทยาและพันธุกรรม ร่างกายของมนุษย์มีสารอินทรีย์ หน้าที่ของระบบต่างๆ ของร่างกายและกระบวนการเจริญเติบโตและเจริญวัยเป็นปัจจัยพื้นฐานที่กำหนดสภาวะสุขภาพของมนุษย์ ความแตกต่างทางด้านชีววิทยาและบทบาทหน้าที่สังคมกำหนดและยอมรับ ตลอดจนหน้าที่การทำงาน ทำให้บุคคลต่างเพศ ต่างวัย และผู้ที่มีพันธุกรรมกำหนดความแตกต่างกันมีโรคภัยไข้เจ็บ และปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป

การปฏิบัติตนด้านสุขภาพและทักษะในการปรับตัว การปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอจะส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น การรับประทานอาหารที่มีคุณค่า ได้สมดุลตามความต้องการของร่างกาย การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ขณะเดียวกันการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของตนเองได้ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และขาดการออกกำลังกายเป็นต้น

2. ปัจจัยทางด้านสังคม

2.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ มีความสำคัญยิ่งต่อสุขภาพของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นอากาศเพื่อการหายใจ น้ำเพื่อการอุปโภคและบริโภคอาหาร รวมถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่มนุษย์สร้างขึ้น เช่น ที่อยู่อาศัย สถานที่ทำงาน ต่างก็มีความสำคัญต่อสุขภาพเช่นกัน

2.2 พัฒนาการด้านสุขภาพของเด็ก เด็กได้รับการเลี้ยงดูและมีพัฒนาการด้านสุขภาพที่ดี จะทำให้การเจริญเติบโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพที่ดี มีทักษะในการปรับตัวเพื่อให้สามารถดำรงสภาวะการมีสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต

2.3 โครงข่ายที่เกื้อหนุนสังคม ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อนและชุมชนมีความสำคัญและมีผลต่อสถานะสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ รวมทั้งขีดความทนทานต่อโรคภัยไข้เจ็บและความกดดันต่างๆ

2.4 การบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างยิ่งต่อสุขภาพของคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องการที่จะรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบริการสุขภาพ ได้แก่ การดูแลก่อนคลอด การให้ภูมิคุ้มกันโรค การให้สุขศึกษาเพื่อให้ความรู้ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากโรคอันตราย และความเสี่ยงต่อสุขภาพในลักษณะต่างๆ ขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องตามสาเหตุและอาการของโรครวมถึงความสะดวก ความเพียงพอของการบริการต่อความต้องการของประชาชน

2.5 การจ้างงานและสภาพการทำงาน ในกลุ่มคนที่มีงานทำ สภาพการทำงานมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพของบุคคล เช่น ความต้องการและความกดดันจากงานที่ทำ การที่จะต้องทำงานให้เสร็จทันเวลาที่กำหนด ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน อุบัติเหตุและความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน ส่วนผู้ที่ไม่มีงานทำนั้นจะทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพได้ เช่น เครียด วิตกกังวล

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นจำเป็นต้องพึ่งพาสิ่งแวดล้อมด้วย สิ่งแวดล้อมเป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ขณะเดียวกันก็เป็นแหล่งรับของเสียที่เกิดจากกิจกรรมของมนุษย์ และเป็นความจริงที่ว่าคุณภาพของสิ่งแวดล้อมมักจะได้รับการดูแลและจัดการที่ดีหากว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจดี จะเห็นได้ว่าความเป็นจริงนั้นสิ่งแวดล้อม สภาพทางเศรษฐกิจและสภาพทางสังคมต่างก็มีความสำคัญร่วมกันต่อสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดเพนเดอร์ (Pender, 1996) ประกอบด้วยการปฏิบัติกิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคล สนใจแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการดูโปรแกรมต่างๆ จากโทรทัศน์ ฟังวิทยุ และอ่านหนังสือที่เกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งการซักถามบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเมื่อมีปัญหาสุขภาพ (Pender, 1996) นอกจากนี้วอร์คเกอร์ , ซีครีสต์และเพนเดอร์ (Walker, Ssechrist & Pender, 1987) ได้กล่าวว่าเป็นความสนใจและการยอมรับความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการค้นหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางวิชาชีพเมื่อมีความจำเป็น เช่น การตรวจหาระดับคอเรสเตอรอล การวัดความดันโลหิต การรายงานความผิดปกติให้แพทย์รับทราบ และการพูดคุยเกี่ยวกับสุขภาพกับแพทย์ และจากโครงการสุขภาพประชาชนปี ค.ศ. 2010 (Healthy People 2010 as cited in Doheny & Dencher, 2001) สร้างเสริมให้บุคคลได้มีการรับวัคซีนสำหรับป้องกันโรค สามารถควบคุมการติดเชื้อได้ และสามารถเข้ารับบริการในระบบการดูแลได้เมื่อคิดว่าตนมีอาการผิดปกติตั้งแต่ระยะแรก

2. กิจกรรมทางกาย (Physical activity) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย แบบแผนการออกกำลังกาย และความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย (Pender, 1996) เป็นการออกกำลังกายอย่างเต็มที่มากกว่าหรือเท่ากับ 20 นาที เป็นเวลาอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ เช่น

การเดิน การปั่นจักรยาน แอโรบิกแดนซ์ การเดินขึ้นบันได หรือเป็นการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน เช่น การเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์ การจอดรถให้ไกลจากที่ทำงานเพื่อที่จะใช้เวลาในการเดินให้มากขึ้นต่อวัน (Walker, Sechrist, & Pender, 1995 as cited in Pender, 1996) มีแบบแผนการออกกำลังกาย ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะอบอุ่นร่างกาย (warming up) ใช้เวลาประมาณ 7-10 นาที 2) ระยะการออกกำลังกายอย่างเต็มที่ (endurance exercise) ความจะออกกำลังกายประมาณ 15-60 นาที และถ้าเป็นการฝึกการทำงานของหัวใจใช้เวลา 20-30 นาที 3) ระยะผ่อนคลาย (cooling down) ใช้เวลา 5-10 นาที (Pender, 1996) นอกจากนี้ลูสค์ เคอร์ และโรนิส (Lusk, Kerr, & Ronis, 1995) พบว่าการออกกำลังกายที่ได้รับความนิยมของผู้หญิงเป็นอย่างมากคือ แอโรบิคแดนซ์ และจากโครงการประชาชนสุขภาพดีปี ค.ศ 2000 (Healthy People 2000 as cited in pender, 1996) ได้ตั้งเป้าหมายไว้ว่าร้อยละ 20 ของวัยผู้ใหญ่จะต้องมีกิจกรรมทางกายมากกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน/สัปดาห์ เป็นเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 20 นาที เพราะการออกกำลังอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย (นัยนา หนูนิล, 2543)

3. โภชนาการ (Nutrition) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม การได้รับอาหารที่จำเป็นครบถ้วนเพียงพอ ซึ่งมีความสำคัญในการป้องกันโรคและทำให้เกิดประสิทธิภาพในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ (Pender, 1996) เป็นการเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลต่ำ นอกจากนี้ควรรับประทานผลไม้เป็นประจำทุกวัน (Walker, Sechrist, & Pender, 1995 as cited in Pender, 1996) ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545 – 2549 ได้วางเป้าหมายให้ประชาชนมีการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ที่เป็นปัจจัยเอื้อต่อการมีสุขภาพดีโดยใช้โภชนบำบัด คือข้อปฏิบัติการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย 9 ข้อ ประกอบด้วย 1) รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายและหมั่นดูแลน้ำหนักตัว 2) รับประทานข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ 3) รับประทานพืชผักให้มากและผลไม้เป็นประจำ 4) รับประทานปลา เนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน ไข่และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ 5) ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย 6) รับประทานอาหารที่มีไขมันแต่พอควร 7) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัดและเค็มจัด 8) รับประทานอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน 9) งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9, 2544) ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดีนับเป็นพื้นฐานที่สำคัญของสุขภาพ ช่วยเพิ่มภูมิต้านทานโรค ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ และเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด (นัยนา หนูนิล, 2543) รวมทั้งส่งผลให้ไม่มีภาวะน้ำหนักตัวมากเกินซึ่งจะดูได้จากค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ BMI = 18.5-22.9 (International Obesity Taskforce [IOTF], 2000)

4. สัมพันธภาพระหว่างบุคล (Interpersonal relation) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนบุคคลเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ทั้งด้านการให้ข้อมูล คำปรึกษากำลังใจ และเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์จากสังคมที่สามารถช่วยให้บุคคลสามารถยืนหยัดต่อสู้กับปัญหาต่างๆได้ (Pender, 1996) นอกจากนี้มีการใช้เวลากับเพื่อนสนิท และเมื่อมีปัญหาข้อขัดแย้งเกิดขึ้นให้คำปรึกษาบุคคลอื่นและมีการประนีประนอมกัน (Walker, Sechrist & Pender, 1995 as cited in

Pender, 1996) การมีปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ทั้งระหว่างบุคคล และภายในกลุ่มก่อให้เกิดการให้และการรับการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้มีการเผชิญความเครียดได้สำเร็จ และทำให้มีชีวิตอย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพ (Pender, 1996) ซึ่งแหล่งสนับสนุนที่สำคัญทางสังคมและใกล้ชิดมากที่สุด คือ ครอบครัว รองลงมา คือ ญาติพี่น้องและเพื่อน (Brown, 1986)

5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาจิตวิญญาณของบุคคลเพื่อให้มีศักยภาพสูงสุด รวมทั้งความสามารถในการค้นพบเป้าหมายของชีวิต การเรียนรู้ประสบการณ์ด้านความรัก ความสนุก ความสงบ ความสมบูรณ์ในชีวิต และรู้ว่าควรจะจัดการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นอย่างไรในการทำให้เกิดศักยภาพสูงสุด (Pender, 1996) การประเมินทางด้านจิตวิญญาณเป็นการค้นหาเกี่ยวกับศาสนา ความเชื่อ และความรู้สึกเกี่ยวกับความหมายของชีวิต ความรู้สึก ความหวัง การให้อภัย และชีวิตหลังความตาย (Pender, 1996) เป็นความรู้สึกที่สัมพันธ์กับสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือจิตใจ และมีความสำคัญต่อชีวิต (Walker, Sechrist & Pender, 1995 as cited in Pender, 1996) ซึ่งอิทธิพลที่มีผลต่อการพัฒนาจิตวิญญาณของผู้หญิงไต้หวันคือศาสนาพุทธและลัทธิเต๋า (Chiu, 2000) เพราะศาสนาสอนให้คนไม่มีความเห็นแก่ตัว หลุดพ้นจากความมีตัวตน (ประเวศ วะสี, 2543)

6. การจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยผ่อนความตึงเครียด มีการค้นหาทางเลือกในการจัดการกับความเครียด การบริหารเวลาที่เหมาะสม และการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด (Pender, 1996) คือการสร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเป็นการลดอันตรายต่อตนเองจากความเครียด เป็นการหาเวลาในแต่ละวันเพื่อการผ่อนคลาย และป้องกันความเหนื่อยล้า (Walker, Sechrist, & Pender, 1995 as cited in Pender, 1996) และโพเซ็น (Posen, 1995) ได้เสนอวิธีการจัดการความเครียดดังนี้ 1) การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต เช่น ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน รับประทานอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกายเป็นประจำและใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ 2) การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของความเครียด มีการแสดงออกที่เหมาะสม การแก้ปัญหา และการมีสัมพันธภาพที่ดีในที่ทำงาน 3) การเปลี่ยนแปลงความคิด มองทุกสิ่งให้เป็นด้านบวก มองปัญหาเป็นโอกาส และมีอารมณ์ขัน

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเบคเกอร์

ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief) เป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจหรือการยอมรับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา (Phipp, Long & Wood, 1983) ความเชื่อด้านสุขภาพจะมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจและการกระทำของบุคคลในการป้องกันโรค (King, 1984) เพื่อสุขภาพที่ดี พฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยองค์ประกอบดังนี้ ได้แก่

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) มีผลต่อการป้องกันโรค การรักษาและการส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างมาก บุคคลใดมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคดีจะเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเองดี จากการศึกษาของเลวิตต์ (Leavitt, 1979) ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการใช้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ พบว่า ตัวแปรที่ทำนายการมาใช้บริการ

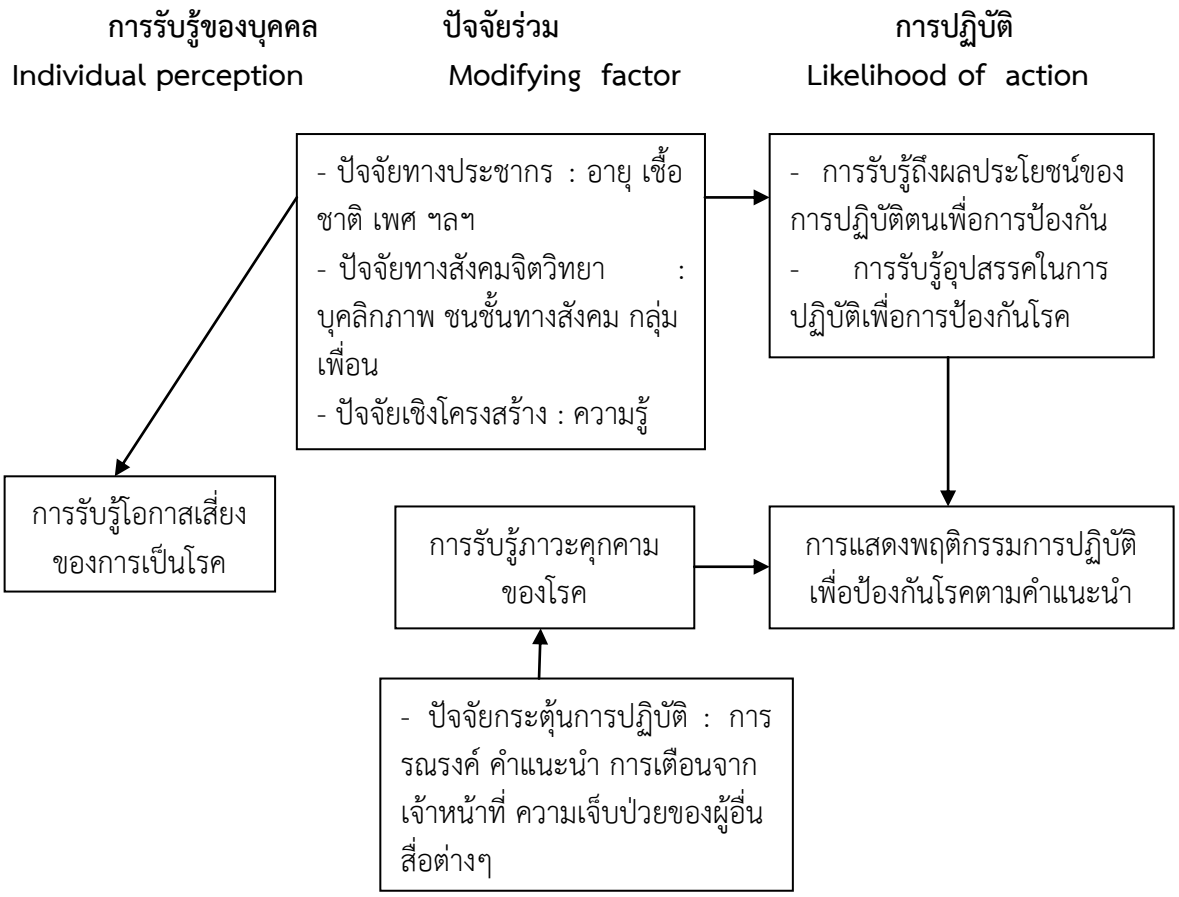
มากที่สุดคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ผู้ที่รับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจะมาใช้บริการ

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Perceived severity) เป็นตัวกระตุ้นให้มีการตัดสินใจไปใช้บริการสุขภาพ การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่ได้หมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริงๆ แต่เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived benefit) เป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วยในการป้องกันและตรวจรักษา ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ อย่างเคร่งครัด จะมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นๆ สามารถลดภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อสุขภาพได้

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) เป็นสภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องของสุขภาพ ได้แก่ ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความต้องการให้มีสุขภาพดีตลอดไป ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วๆ ไป

5. ปัจจัยร่วม (Modifying factor) พบว่า ปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านประชากร มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย



ภาพที่ 3 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1977)

แนวคิดการให้ความหมายของสุขภาวะดี

การให้ความหมาย (Meaning) (MEANING, 2005: ระบบออนไลน์) การสร้างความหมาย จะมีการสร้างขึ้นโดยการปฏิสัมพันธ์อย่างมีความหมายกับโลกที่อยู่รอบตัวบุคคล แบ่งการให้ความหมายของสิ่งต่างๆ ออกเป็น 7 ชนิด คือ

1. ความหมายเชิงภาษาศาสตร์ (Linguistic) เป็นความหมายที่บ่งบอกโดยคำหรืออาการผ่านทางการติดต่อสื่อสารทางภาษา

2. ความหมายที่ไม่ใช่ภาษาศาสตร์ (Non- Linguistic) เป็นความหมายที่แสดงให้เห็นโดยวัตถุ สัญลักษณ์ การกระทำ ปรากฏการณ์ หรือลักษณะในเชิงรูปธรรมสื่อให้เข้าใจได้

3. ความหมายตามคำจำกัดความ (Definition) เป็นการอธิบายองค์ประกอบของคำด้วยวลีหรือประโยคเพื่อสื่อให้ทราบองค์ประกอบของสิ่งนั้นหรือ การตีความ (Interpretation) การตีความความหมายที่ซ่อนอยู่ นอกจากการศึกษาชุมชนจะมองสภาพภายนอกที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปแล้ว แต่สิ่งที่อยู่ภายในชุมชนไม่ใช่มีแต่เฉพาะสิ่งที่เป็นรูปธรรมที่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า พฤติกรรมหรือปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนล้วนแล้วแต่มีนัยยะที่แอบแฝงอยู่แทบทั้งสิ้น โดยเฉพาะในเชิงโครงสร้างความสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ ทั้งความสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน ความสัมพันธ์ระหว่างคนกับธรรมชาติ ซึ่งจากข้อมูลที่ได้มาจึงจำเป็นต้องมีการตีความหมายของความสัมพันธ์ที่ซ่อนอยู่การตีความคำพูดของผู้รับบริการ ช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักถึงความรู้สึกแง่มุมต่างๆ ของพฤติกรรม และสาเหตุของพฤติกรรมของเขา การตีความจะกระทำในขั้นตอนหลังๆ ของการให้บริการปรึกษา หลังจากที่ผู้ให้บริการปรึกษาได้เข้าใจผู้รับบริการอย่างลึกซึ้ง แม้การตีความจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจอย่างกระจ่างแจ้ง และเป็นแรงจูงใจ ที่จะช่วยให้ผู้บริการได้ตระหนักในตนเอง ช่วยให้ผู้รับบริการได้ภาพพจน์ใหม่ เกี่ยวกับตนเอง ผู้ให้บริการปรึกษา จะต้องระวังที่จะตีความในระดับที่ผู้รับบริการจะรับได้ ถ้าตีความลึกซึ้งเกินไป ในช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสม จะทำให้เกิดความสับสน หวาดกลัว หรือการเข้าใจและเชื่อในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง

4. ความหมายเชิงสัญศาสตร์ (semiotic) หรือสัญวิทยา เป็นศาสตร์ที่ศึกษาเกี่ยวกับระบบของสัญลักษณ์ ที่ปรากฏอยู่ในความคิดของมนุษย์ อันถือเป็นทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่รอบตัวของเรา สัญลักษณ์อาจจะได้แก่ ภาษา รหัส สัญญาณ เครื่องหมาย ฯลฯ หรือหมายถึงสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อให้มีความหมายแทนของจริงตัวจริงในตัวบทและในบริบทหนึ่งๆ สามารถอธิบายด้วย การแฝงความหมายเกี่ยวกับสัญญะวิทยาและการรับรู้ความหมาย คนเราไม่ได้รับรู้ความหมายจริงๆ จากคำพูด แต่เรารับรู้ความหมายจากความรู้สึก ที่ส่งผ่านจากผู้พูดที่ส่งสารมายังผู้รับสาร เป็นภาพ เป็นความรู้สึก เป็นการ "รับรู้จากภาพ" การให้ความหมายในขั้นนี้จะเป็นการตีความหมายในระดับที่มีปัจจัยทางวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ซึ่งไม่ได้เกิดจากตัวของสัญญะเอง เป็นการอธิบายถึงปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเมื่อสัญญะกระทบกับความรู้สึกหรืออารมณ์ของผู้ใช้และคุณค่าทางวัฒนธรรมของเขา ซึ่งสัญญะในขั้นนี้จะทำหน้าที่ 2 ประการ คือ ถ่ายทอดความหมายโดยนัยแฝง และถ่ายทอดความหมายในลักษณะมายาคติ เรียกกระบวนการในการเปลี่ยนแปลง ลดทอน ปกปิด บิดเบือนฐานะการเป็นสัญญะของสรรพสิ่งในสังคมให้กลายเป็นเรื่องของธรรมชาติเป็นสิ่งปกติธรรมดา

5. ความหมายการศึกษาเพื่อค้นหาความจริง (Ontology)

6. ความหมายเชิงการอ้างอิง (Reference)

7. ความหมายเชิงคุณค่า (Value)

มิเชล ฟูโกต์ (Foucault, 1973: 131) ได้ให้ความหมายของวาทกรรม หมายถึง กระบวนการสร้างความหมายโดยภาษาและสัญลักษณ์ต่างๆ ที่ดำรงอยู่ในสังคม ประกอบกันเป็นความรู้ ความเข้าใจในเรื่องหนึ่งๆ ซึ่งส่งผลต่อการกำหนดว่าอะไรคือความรู้ ความจริง และอะไรไม่ใช่วาทกรรมเป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นโดยสังคมทั้งโดยกลุ่มที่ครองอำนาจ และกลุ่มที่ต่อต้านอำนาจ จัดเป็นเทคโนโลยีทางอำนาจที่ถูกใช้ทั้งการเก็บกดปิดกั้นและจัดระเบียบวิถีชีวิตของคนในสังคม แต่ในอีกด้านหนึ่งก็ถูกใช้เพื่อต่อต้านอำนาจ

การศึกษาประสบการณ์การมีสุขภาวะดีของผู้สูงอายุนั้น ตระหนักถึงการให้ความหมายของการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ ในแง่มุมของการให้ความหมายสุขภาพ หรือการตีความในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกันตั้งแต่การรับรู้ เนื่องจากการรับรู้สิ่งนั้นอย่างไรจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ โดยเฉพาะกิจกรรมในเรื่องความเป็นอยู่ อาหาร การกิน การออกกำลังกาย ปัญหาผู้สูงอายุทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติในร่างกายที่ดำรงอยู่ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยนั้นขึ้นมุมมองเกี่ยวกับร่างกายที่แตกต่างกัน นำมาสู่การปฏิบัติต่อร่างกายที่แตกต่างกัน มุมมองของเจ้าหน้าที่ในการอธิบายปรากฏการณ์ความเจ็บป่วย (Illness) ตั้งอยู่บนพื้นฐานความเป็นเหตุเป็นผลเชิงวิทยาศาสตร์ กล่าวคือ ปรากฏการณ์ซึ่งสัมพันธ์กับสุขภาพ (Health) และการเจ็บป่วยจะเป็นจริงได้ก็ต่อเมื่อสามารถสังเกตเห็นได้ วัดอกมาได้ในเชิงตัวเลข ทดสอบซ้ำได้อย่างเป็นภววิสัย (Objective) มุ่งค้นหาข้อมูลทางเคมี ฟิสิกส์ ชีววิทยา ของร่างกายคนป่วย และใช้วิธีการทางระบาดวิทยาแยกย่อยร่างกายออกเป็นตัวแปรทางด้านประชากร เช่น อายุ เพศ การศึกษา เชื้อชาติ ทำให้มองไม่เห็นร่างกายของคนไข้ในฐานะที่ก่อรูปมาจากวิถีและวัฒนธรรม ผลของวิธีการเช่นนี้ทำให้เรื่องราวที่ไม่อยู่ในรูปตัวเลข เช่น ความทุกข์ทรมาน ความกลัว การถูกกระทำความรุนแรง ซึ่งปัจจัยทางอารมณ์ สังคม วัฒนธรรมไม่ได้รับความสนใจ โดยยึดมุมมองของเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพเป็นสำคัญ ตรงข้ามกับการอธิบายปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยในโลกสุขภาพแบบพื้นบ้าน ความเจ็บป่วยของชาวบ้าน เป็นผลตอบรับทางอัตวิสัย (Subjective Response) ของปัจเจกบุคคลและบุคคลรอบๆ ตัวเขา เมื่อบุคคลเกิดความไม่สบาย ตัวเองและคนรอบข้างจะร่วมกันตีความอาการเจ็บป่วย ว่ามีนัยสำคัญมากน้อยเพียงใดต่อชีวิตและจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมตนเองและความสัมพันธ์กับคนรอบข้างในสังคม การเจ็บป่วยจึงไม่ใช่ประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต แต่บุคคลจะให้ความหมายต่อประสบการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ด้วยมุมมองต่อการเจ็บป่วยของบุคคลมีกรอบการอ้างอิงที่กว้างขวางมากไม่ได้ถูกจำกัดเฉพาะความผิดปกติของกลไกอวัยวะร่างกายเท่านั้น เช่นโชคร้ายที่เกิดขึ้นในชีวิตหรือความทุกข์ยากที่เผชิญอย่างไม่รู้จักจบสิ้น การลงทัณฑ์จากสิ่งเหนือธรรมชาติการฝ่าฝืนกฎข้อห้ามและการละเมิดศีลธรรมอันดีของสังคม สิ่งเหล่านี้ชาวบ้านเชื่อว่าเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยได้ทั้งสิ้น การให้ความหมายต่ออาการเจ็บป่วยยังนำไปสู่พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาพยาบาล เช่น หากเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากการลงทัณฑ์ของอำนาจศักดิ์สิทธิ์ก็ต้องเยียวยาด้วยการสวดมนต์ภาวนา ในชุมชนจึงมีระบบการแพทย์หลายระบบ และมีหมอผู้ทำการเยียวยาการเจ็บป่วยหลากหลาย เพราะไม่มีระบบการแพทย์ใดจะตอบสนองความต้องการหรือเยียวยาความเจ็บป่วยได้อย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด ต้องพึ่งพาหลายระบบไปพร้อมกัน แต่ในโลกสมัยใหม่สุขภาพได้โน้มเอียงจากโลกแห่งความศักดิ์สิทธิ์ สู่กระบวนทัศน์ทางโลกมากขึ้น และในที่สุดถูกจำกัดเฉพาะความรู้

ทางการแพทย์สมัยใหม่ที่เป็นวิทยาศาสตร์ จากนิยามสุขภาพที่ต่างกันระหว่างเจ้าหน้าที่กับชาวบ้าน และการที่แนวคิดความเป็นเหตุเป็นผลทางวิทยาศาสตร์ครอบครองพื้นที่การอธิบายปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยฝ่ายเดียวเหมือนในสังคมปัจจุบัน ทำให้สถานะของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์สูงขึ้นแทนที่สถานะและบทบาทผู้เชี่ยวชาญตามจารีตเดิม เช่น หมอพื้นบ้าน หมอรำผีฟ้า หมดนวดแผนโบราณ ความไว้วางในที่สังคมมอบให้กับผู้มีความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาดความเคารพต่อองค์ความรู้สู่ชุมชนที่มิใช่วิทยาศาสตร์

เนื่องจากระบบการแพทย์เป็นระบบวัฒนธรรมอย่างหนึ่ง มีสัญลักษณ์ ความหมายและตรรกะภายในตนเอง ไคล์แมนและคณะ (Klienman et al., 1978: 256) ได้เสนอแนวคิดเรื่อง Explanatory Model (EM) ซึ่งเป็นแนวทางในการค้นหามุมมองของคนใน (Emic Point of View) แนวคิดนี้ถือว่าวัฒนธรรมสุขภาพไม่ใช่เพียงรูปแบบแสดงออกของความเจ็บป่วยและการเยียวยารักษาเท่านั้น แต่เป็นรากฐานการสร้างความจริง (Medical Reality) ที่ทำให้โลกสุขภาพของแต่ละวัฒนธรรมแตกต่างกันและเป็นโลกแห่งความจริงคนละแบบ ซึ่งโลกแห่งความจริงนี้ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเป็นอิสระหรือแยกออกจากกันได้จากโลกของภาษาและความหมายการให้ความหมายต่อสุขภาพ ได้เริ่มขึ้นจากการวิเคราะห์ประสบการณ์การเจ็บป่วย โดยอธิบายตามแนวทางของการเจ็บป่วยและพฤติกรรมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับโรค มีการจำแนกโรค โดยอาศัยการอธิบายตามหลักวิทยาศาสตร์ที่ใช้การจำแนกการทำหน้าที่ที่ผิดปกติทางกายและจิตซึ่งไม่ได้คำนึงถึงวัฒนธรรม นักคิดยุคหลังสมัยใหม่จึงตั้งคำถามต่อการอ้างการมีอยู่ของความจริงโดยต้องพิจารณาว่า ความจริงนั้นเป็นผลของความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ไม่มีความเป็นกลางและยังมีความเชื่อว่า ความรู้เป็นผลผลิตของความสัมพันธ์เชิงอำนาจ เป็นเรื่องที่มีความเปลี่ยนแปลงมากกว่าที่จะคงที่ ความรู้จึงไม่เป็นสากลและไม่ใช่ความจริงที่เป็นอิสระแต่มีฐานะเป็น ความจริงที่ถูกผลิตสร้างขึ้น (Construction of Reality) เรียกว่าเป็น การสร้างความหมายทางสังคม (Social Construction)

การเกิดรูปแบบแนวคิดสุขภาพและการเจ็บป่วย ในฐานะของกระบวนการสร้างความหมายทางสังคมมี 3 ชนิดคือ

1. ความหมายของความจริงทางสังคมไม่สามารถยึดติดว่าเป็นข้อเท็จจริง (Fact) แต่เป็นความจริงที่ถูกผลิตสร้างทางสังคม เป็นการผลิตสร้างจากการมีปฏิสัมพันธ์กันของมนุษย์ ความหมายของความจริงทางสังคม (Meanings of Social Reality) จึงก่อรูปขึ้นโดยเปลี่ยนแปลงไปตามกระแสการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

2. ความหมายต่างๆ เหล่านี้ไม่สามารถได้รับการยอมรับตลอดกาลเพราะการสร้างความหมายจะถูกตรวจสอบในระหว่างปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในทุกๆ วัน

3. มนุษย์จะมีการสะท้อนตัวตน ที่เกี่ยวกับการสร้างความหมาย และการแทรกแซง โต้แย้ง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น

การมีมุมมองในลักษณะนี้ ทำให้มีการศึกษากระบวนการสร้างความหมายสุขภาพที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ และผู้ให้การรักษาที่มีการต่อรองความหมายของสุขภาพและการเจ็บป่วยและนำไปสู่ข้อถกเถียงถึงการก่อรูป ความหมาย ของการเจ็บป่วยของคนในสังคม ทั้งระดับจุลภาคและมหภาค ดังนั้นแนวคิดด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตจึงนำมาสู่การเชื่อมต่อกับความเข้าใจพื้นฐานของการแสดงอัตลักษณ์ตัวตนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการให้ความหมาย

“สุขภาพ” คืออะไร จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนของเมืองเวลส์ และสก็อตแลนต์ ในประเทศอังกฤษ พบว่าแนวความคิดมวลชน (Popular Concept) ของบุคคลทั่วไปที่ให้ความหมายสุขภาพเกิดจาก ความสลับซับซ้อนในการปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพที่แตกต่างกันในวิถีชีวิต ซึ่งเป็นผลมาจากทัศนคติ วงจรชีวิต และพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพของปัจเจกบุคคล (Blaxter, 1990: 230) จึงทำให้ลักษณะคำนิยามสุขภาพมีหลากมิติ (Multi-Dimension) โดยมอง “สุขภาพ” ในฐานะ 1) ไม่มีความเจ็บป่วย (Health as not-Ill) 2) ปราศจากโรค (Health as Absence of Disease) 3) สิ่งที่ต้องรักษาไว้ (Health as Reserve) 4) ความแข็งแรงทางร่างกาย (Health as Physical Fitness) 5) พลังงานในชีวิต (Health as Energy) 6) ความสัมพันธ์ทางสังคม (Health as Social Relationships) 7) การทำหน้าที่ได้ (Health as Function) 8) คุณภาพที่ดีทางจิตใจและสังคม (Health as Psycho-Social Well-Being) การให้คำจำกัดความดังกล่าว บลาซเตอร์ (Blaxter,1990: 56) เห็นว่าทำให้มุมมองด้านสุขภาพขยายกรอบคิดที่กว้างขวางขึ้นและเป็นมุมองแบบองค์รวม (Holistic View of Health) โดยไม่มุ่งเน้นเฉพาะการรักษาโรคหรือความเจ็บป่วย แต่เป็นการมองสุขภาพในแง่บวก ทำให้สุขภาพเป็นเรื่องที่จะต้องส่งเสริมและป้องกันโรค เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ตัวอย่างงานศึกษาเกี่ยวกับการมองสุขภาพในแง่บวก เช่น ธันยพร สุรินทร์คำ (2544 : 87) ศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในจังหวัดลำพูน ทำให้เห็นว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพดีนั้นมาจากการดำรงชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุได้ให้ความหมายและให้ความสำคัญต่อการมีสุขภาพดีของเขามาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประการคือ การมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดี มีการออกกำลังกายมีการเข้าร่วมกิจกรรมในหมู่บ้านมีการสวดมนต์ไหว้พระเป็นประจำและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่ดี

นอกจากนี้การศึกษาที่เปิดมิติทางวัฒนธรรมผ่านการศึกษาระบบคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติในด้านสุขภาพในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเข้าสู่ประเด็นสุขภาพ ตัวอย่างเช่น งานของ แดวิดสัน และคณะ (Davison et al ,1991: 131) ศึกษาการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในโรคเรื้อรังในกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ ผ่านการพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยใช้วิธีวิจัยทางมานุษยวิทยา ใน South Wales พบว่า วิธีคิดในการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมสุขภาพนั้นจะถูกผลิตสร้าง (Construction) ผ่านขั้วตรงข้ามกับการป้องกันโรค และเสนอให้มุ่งความสนใจไปที่กลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง ผสานกับความเชื่อทางวัฒนธรรมที่มองว่าโรคเหล่านี้เกิดจากโชคชะตา เคราะห์กรรม หรือความเลวร้าย เช่น ความเกลียด ซึ่งความเชื่อเหล่านี้จะปิดกั้นการใช้เหตุผลแบบวิทยาศาสตร์ หรือปิดกั้นการให้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ และมีผลงานศึกษาในยุคเดียวกันที่มักมองวัฒนธรรมความเชื่อในลักษณะที่ปิดกั้นการใช้เหตุผลทางวิทยาศาสตร์ ในขณะเดียวกันก็มีนักคิดสายมานุษยวิทยาที่โต้แย้งว่า วิทยาศาสตร์เน้นวิธีคิดแบบมิติเดียว (เชิงเดี่ยว) ขาดการมองวัฒนธรรม-สังคม ในทัศนะแบบองค์รวม และมักจะใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ปกปิด ปิดกั้นความหมายทางวัฒนธรรมที่มีคุณค่า ซึ่งลักษณะนี้มักเกิดจากมุมมองของนักวิชาชีพ (Profession) 2 ประการคือ สุขภาพสาธารณะ (Public Health) ที่เริ่มสนใจต่อความผิดปกติเรื้อรัง บนฐานวิธีคิดของการคัดกรองโรค เพื่อระบุกลุ่มเสี่ยงที่ต้องให้การดูแล และมุ่งเน้นการป้องกันโรค (Health Promotion)โดยพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดขึ้น โดยนักวิชาชีพเหล่านี้อธิบายสาเหตุการเกิด

โรคบนฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่ถูกพัฒนาขึ้นในวงการแพทย์ และมองวิธีคิด ความเชื่อทางวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่ล้าหลังขาดเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ ขัดขวางต่อการป้องกันโรค

ในมุมมองตรงกันข้าม ความเชื่อทางวัฒนธรรมนั้นเป็นวิธีคิดที่เชื่อมโยงสาเหตุการเกิดโรคเข้ากับสัมพันธภาพที่มนุษย์มีต่อสรรพสิ่ง และมีต่อมนุษย์ด้วยกันเอง ทำให้ความสัมพันธ์มีความซับซ้อนและต้องอาศัยการทำความเข้าใจแบบองค์รวม ไม่ใช่เหตุผลเชิงเดี่ยวทางวิทยาศาสตร์ เช่น ในมุมมองของชาวบ้าน การเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ แต่บางครั้งก็เป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ การศึกษาที่จะอธิบายให้เห็นความแตกต่างในระบบการคิดและความเชื่อในวงการวิชาชีพ (Professional Sector) กับชาวบ้าน (Popular Sector) เช่น งานของ Murphy & Kinmonth (1995: 98) ศึกษาความเข้าใจและการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานที่เชื่อว่า ไม่มีอาการ คือ ไม่มีปัญหา ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานมีความเชื่อว่าถ้าไม่มีอาการป่วยก็คือ ไม่มีโรคหรือหายจากการเป็นโรค แต่ในทางการแพทย์นั้นอธิบายว่าเป็นโรคเบาหวานแล้วไม่หาย เพียงแต่ควบคุมหรือลดอาการเจ็บป่วยได้ ความแตกต่างของวิธีคิดมีผลต่อการให้ความหมาย การแปลผล การตีความและส่งผลให้เกิดปฏิบัติที่กระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ชาวบ้านมีการปฏิบัติการที่หลากหลายในการดูแลตนเองตามประสบการณ์ที่แต่ละคนได้รับผลการศึกษาชิ้นนี้จึงนำไปใช้ประโยชน์ในแง่ของการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินยาลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการรักษา และสรุปว่า การรับรู้อาการเจ็บป่วยสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัว

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่หลากหลายทำให้แนวทางการศึกษาการสร้างความหมายทางสังคมต้องมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีที่หลากหลาย ประกอบด้วยแนวคิดที่ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology) ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interaction Theory) ผสมผสานแนวคิดที่เน้นย้ำอิสรภาพของปัจเจกในการเลือกกระทำของทฤษฎีปฏิบัติการ (Action Theory) ของนักสังคมวิทยาซึ่งเน้นว่าบุคคลสามารถใช้เหตุผลในการกระทำของตน มนุษย์จึงเป็นผู้สร้างพฤติกรรม เป็นผู้ตีความหรือสร้างความหมาย เพื่อทำความเข้าใจนัยยะสำคัญในการกระทำของมนุษย์จากการนิยามความหมายของปัจเจก ครอบครัวและชุมชนโดยผ่านปฏิบัติการทางสังคมที่เป็นแนวปรากฏการณ์นิยมด้วย

สรุปการให้ความหมายสุขภาวะของผู้สูงอายุแต่ละคนจะต้องอาศัยกระบวนการผลิต การสร้างทางสังคมหรือการตีความ การให้ความหมายสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุผ่านปฏิบัติการทางสังคมที่เกิดขึ้นร่วมกันในแต่ละท้องถิ่นจึงเป็นความรู้ความจริงที่สอดคล้องกับปรากฏการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งประสบการณ์ในชีวิตประจำวันแล้วนำมายึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เหมาะสม อันจะส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพหรือการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่ก่อให้เกิดการพึ่งตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพในแต่ละช่วงเวลาและสถานที่

4. แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วม ถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการของการพัฒนาที่เสริมสร้างให้สมาชิกของกลุ่ม มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา หาแนวทางแก้ไข วางแผนการดำเนินงาน ตลอดจนร่วมกันดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของกลุ่ม การมีส่วนร่วมจึงเป็นกระบวนการที่สมาชิกในชุมชนมีการกระทำซึ่งแสดงออกมาในลักษณะของ การดำเนินการร่วมกันและมีความต้องการที่จะบรรลุเป้าหมาย

ร่วมทางด้าน เศรษฐกิจ สังคมและการเมือง ตลอดจนตัดสินใจในกิจกรรมการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาหรือสนองความต้องการ หรืออาจเป็นการดำเนินการร่วมกันในการเพิ่มอำนาจการต่อรอง ทางการเมือง ทางเศรษฐกิจ และการปรับปรุงสถานภาพทางสังคมของกลุ่ม ในการเพิ่มอำนาจการต่อรองทางการเมือง เศรษฐกิจ เพื่อปรับปรุงสถานภาพทางชุมชนในสังคมต่อไป (นำชัย ทนุผล 2529: 117, Stevenhagen, 1971: 74 ใน ปรัชญา เวสารัชช์ 2528: 3) ในทำนองเดียวกับ ไพโรจน์ สุขสัมฤทธิ์ (2531: 24-30) ได้กล่าวถึงความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า เป็นกระบวนการ การดำเนินงาน รวมพลังประชาชนกับองค์กรของรัฐหรือองค์กรเอกชน เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาของชุมชน โดยยึดหลักการว่าสมาชิกในชุมชนนั้นๆ จะต้องร่วมมือกันวางแผนไปจนถึงลงมือปฏิบัติงานเพื่อสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาของประชาชนในชุมชน การมีส่วนร่วมของประชาชนยังมีความหมายครอบคลุมถึงการมีส่วนร่วมของประชาชน ตั้งแต่เริ่มต้นของการวางแผนไปจนถึงลงมือปฏิบัติตามแผนและประเมินผล

ในขณะเดียวกันนรินทร์ชัย พัฒนพงศา (2533: 20) ได้ให้ความหมายของคำว่าการมีส่วนร่วมออกเป็น 2 ลักษณะคือ

1. การมีส่วนร่วมโดยสมัครใจ คือ การให้ประชาชนเข้าเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจและกระบวนการดำเนินการของกลุ่มตลอดจนร่วมรับผลประโยชน์จากกลุ่ม

2. การที่จะให้ประชาชนมีทั้งสิทธิและหน้าที่ที่ความพยายามและความเป็นตัวเอง เข้าดำเนินการควบคุมทรัพยากรและระเบียบในสถาบันต่างๆ

ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการให้ความหมายของบัวเรศ ประไชโยและคณะ (2538) ในระวี อินจินดา (2542: 14) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการที่สมาชิกของกลุ่มมีความสมัครใจในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อเป้าหมายที่ต้องการร่วมกัน การเริ่มต้นการมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดจากความต้องการภายนอก โดยที่ประชาชนมีศักยภาพพอที่จะเข้าร่วมในการดำเนินงาน มีความพร้อมที่จะเข้าร่วม มีความประสงค์ที่จะเข้าร่วมและอำนาจในการตัดสินใจ ภายนอกเป็นเพียงผู้คอยสนับสนุนและช่วยเหลือเท่านั้น

ในขณะที่นักวิชาการคนอื่นๆ ก็ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมแตกต่างกันออกไป โดย ทวี ทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527: 183-188) ได้ให้ความหมายว่าการมีส่วนร่วมหมายถึง การเกี่ยวข้องด้านจิตใจและอารมณ์ของบุคคลในสถานการณ์กลุ่ม (group situation) ซึ่งผลของการ เกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นเหตุเร้าใจให้กระทำการให้บรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มนั้น กับทั้งทำให้เกิดความรู้สึกร่วมรับผิดชอบกับกลุ่ม ส่วนยุวัฒน์ วุฒิเมธี (2526: 20) ได้ให้ความหมายของการมี ส่วนร่วมแตกต่างไปว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณา ตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ อันมีผลกระทบถึงตัวเอง

สำหรับเฉลียว บุรีภักดีและคณะ (2545: 113-114) เสนอว่าการมีส่วนร่วมขอ ประชาชนไม่ใช่หมายความเพียงการดึงประชาชนเข้ามาทำกิจกรรมตามที่ผู้นำท้องถิ่นคิดหรือจัดทำขึ้น เพราะแท้จริงแล้วในหมู่บ้านหรือชุมชนต่างๆ มีกิจกรรมและวิธีดำเนินงานของตนอยู่แล้วประชาชนมีศักยภาพที่จะพัฒนาหมู่บ้านของตนได้ แต่ผู้บริหารการพัฒนามักจะไม่สนใจสิ่งที่มีอยู่แล้ว โดยพยายามสร้างสิ่งใหม่ ๆ เพื่อให้ได้ชื่อว่าเป็นความคิดหรือโครงการของตน ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่าการมีส่วนร่วม คือ การที่ประชาชนหรือชุมชนสามารถเข้าไปมีส่วนในการตัดสินใจ ในการกำหนดนโยบายพัฒนาท้องถิ่น อัน

เป็นกระบวนการขั้นต้นของการวางแผนในการพัฒนาท้องถิ่น ที่เป็นที่อยู่อาศัยในการดำรงชีวิตของตน นอกจากนั้นหลังจากที่ได้กำหนดวัตถุประสงค์และแผนงานร่วมกัน และปฏิบัติงานตามแผนงานของโครงการดังกล่าวร่วมกันแล้ว ยังมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์จากการบริการ รวมทั้งยังมีส่วนร่วมในการควบคุมประเมินผลโครงการต่างๆ ของท้องถิ่น ซึ่งอาจเป็นไปได้โดยทางอ้อม คือ ผ่านกรรมการที่เป็นฝ่ายบริหารของหมู่บ้านหรือเป็นไปโดยทางตรง คือ ได้เข้ามีส่วนร่วมด้วยตนเอง

รูปแบบและประเภทของการมีส่วนร่วม

นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงรูปแบบและประเภทของการมีส่วนร่วมไว้มากมายหลายลักษณะซึ่ง ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2527: 188) ได้อธิบายถึงรูปแบบการมีส่วนร่วม โดยจำแนกออกได้ 3 ประการ ตามลักษณะของการมีส่วนร่วมดังนี้

1. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมโดยตรง (direct participation) โดยผ่านองค์กรจัดตั้งของประชาชน (inclusive organization) เช่น การรวมกลุ่มเยาวชนกลุ่มต่าง ๆ

2. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมทางอ้อม (indirect participation) โดยผ่านองค์กรผู้แทนของประชาชน (representative organization) เช่น กรรมการของกลุ่ม กรรมการหมู่บ้าน

3. การที่ประชาชนมีส่วนร่วมโดยเปิดโอกาสให้ (open participation) โดยผ่านองค์กรที่ไม่ใช่ผู้แทนของประชาชน (non-representative organization) เช่น สถาบันหรือหน่วยงานที่เชิญชวนหรือเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมได้ทุกเวลา

การมีส่วนร่วมยังเป็นวิธีการที่ทรงประสิทธิภาพ ในการเสริมสร้างและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนา เพราะการมีส่วนร่วมทำให้ผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนร่วมเข้าใจสถานการณ์ และอุทิศตนมากยิ่งขึ้น เพื่อการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนา การมีส่วนร่วมยังเป็นกระบวนการทำงาน หรือกิจกรรมของกลุ่มให้ดียิ่งขึ้นไปอีก

นำชัย ทนุผล (2529: 126-127) ได้เสนอรูปแบบที่แตกต่างไป ดังต่อไปนี้

รูปแบบที่ 1 ประชาชนส่วนน้อยหรือไม่มีเลยในขบวนการตัดสินใจ รูปแบบนี้ผู้ตัดสินใจในการวางแผนดำเนินกิจกรรม เป็นกลุ่มบุคคลที่มีการศึกษาซึ่งถูกแต่งตั้งโดยผู้มีอำนาจนอกชุมชน

รูปแบบที่ 2 ประชาชนในท้องถิ่นจะเข้ามามีส่วนร่วมน้อย แม้ว่าจะมีการกระตุ้นให้เข้ามามีส่วนร่วมในรูปของผลตอบแทน รูปแบบนี้ผู้ตัดสินใจในการวางแผนดำเนินกิจกรรมเป็นบุคคลชั้นสูงและผู้นำท้องถิ่นที่ถูกแต่งตั้งโดยรัฐบาล

รูปแบบที่ 3 ประชาชนในท้องถิ่นจะเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แต่พวกเขาจะเข้ามามีส่วนร่วมแบบฉาบฉวยเท่านั้น รูปแบบนี้ผู้ตัดสินใจในการวางแผนดำเนินกิจกรรมเป็นผู้ วางแผนจากภายนอกและประชาชนส่วนน้อยโดยเป็นการปรึกษากับกลุ่มชาวบ้าน

รูปแบบที่ 4 ประชาชนในท้องถิ่นจะเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนิ นกิจกรรม เพราะพวกเขามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แต่อย่างไรก็ตามผู้วางแผนมีอำนาจในการควบคุมและการตัดสินใจมากกว่า

รูปแบบที่ 5 ประชาชนในท้องถิ่นที่เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น เพราะพวกเขามีตัวแทนเข้ามามีบทบาทในการตัดสินใจ ประชาชนมีสิทธิ์มีเสียงในการวางแผนโครงการแต่การตัดสินใจในกิจกรรมมักขึ้นอยู่กับคณะกรรมการผู้บริหารระดับสูง

ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

นำชัย ทนุผล (2529: 118) ได้อธิบายถึง การมีส่วนร่วมของประชาชนว่าประกอบไปด้วยขั้นตอนต่างๆ ที่ครบกระบวนการดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของประชาชน ในการระบุปัญหาและสาเหตุของปัญหา ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด เพราะถ้าประชาชนไม่มีบทบาทในการระบุปัญหาและความต้องการของเขาแล้ว โครงการต่างๆ ที่วางออกมาก็จะไร้ประโยชน์ เพราะโครงการที่วางออกมามิได้สนองตอบความต้องการที่แท้จริงของประชาชน อีกทั้งประชาชนมองไม่เห็นความสำคัญของกิจกรรม และการดำเนินกิจกรรมก็จะไม่ประสบความสำเร็จบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

ดังนั้นการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในการระบุปัญหา วิเคราะห์ปัญหาด้วยตนเอง โครงการที่วางไว้ก็สามารถดำเนินการไปสู่จุดมุ่งหมายได้โดยง่าย เพราะประชาชนจะเกิดความ รู้สึกเป็นเจ้าของโครงการ ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาให้พวกเขาเองได้

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม เมื่อประชาชนในชุมชนได้มีส่วนเข้ามามีบทบาทในการระบุปัญหาแล้ว ขั้นต่อไปคือ การร่วมกันวางโครงการดำเนินกิจกรรมเพื่อสนองตอบความต้องการหรือแก้ไขปัญหาของพวกเขาเอง ด้วยตัวของเขาเอง แต่อย่างไรก็ตามนักพัฒนาหรือผู้มีความรู้ในการวางแผน ควรมีส่วนเข้าไปร่วมในการวางแผนด้วย เพื่อคอยแนะนำประชาชนในการวางแผน กำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา แต่มิใช่ว่านักพัฒนาเหล่านี้จะเป็นผู้วางแผนกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาเสียเอง เพราะผลเสียที่จะติดตามมาคือ ประชาชนจะไม่สามารถช่วย ตนเองได้ในโอกาสต่อๆ ไป การที่ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ร่วมแรงร่วมใจในการ ตัดสินใจหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและแนวทางดำเนินกิจกรรมนั้น จะมีผลทำให้พวกเขาเหล่านี้ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ (sense of belonging) ในกิจกรรมนั้น แลจะนำมาซึ่งความร่วมมือร่วมใจกันดำเนินกิจกรรมที่วางไว้

3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนปฏิบัติงาน ดังที่กล่าวมาแล้วว่า เมื่อประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของในกิจกรรมแล้ว ผลที่ตามมาก็คือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมที่วางไว้ นอกจากนั้นแล้ว นักพัฒนาควรจะกระตุ้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการลงทุนในรูปของทรัพยากรธรรมชาติที่ประชาชนมีอยู่ตามกำลังความสามารถของประชาชน แทนที่จะใช้ทรัพยากรหรือปัจจัยจากภายนอกของชุมชนเสียทั้งหมด การดำเนินกิจกรรมร่วมกันนี้ จะเป็นการเสริมสร้างให้ประชาชนรู้จักการทำงานร่วมกัน

4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล การมีส่วนร่วมของประชาชนในขั้นนี้ จะทำให้ประชาชนได้มีการประเมินว่า ผลงานที่ตัวเองได้ดำเนินไปนั้น ได้รับผลดีหรือได้รับประโยชน์มากน้อยเพียงใด และอุปสรรคต่าง ๆ ที่ได้รับจากการดำเนินงานนั้นมีอะไรบ้าง การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการประเมินผลนี้จะทำให้ประชาชนรู้แจ้งเห็นจริงว่า กิจกรรมที่พวกเขาทำไปนั้น ดีหรือไม่ดีอย่างไร ซึ่งพวกเขาจะนำไปใช้วางแนวทางแก้ไขในโอกาสต่อไปได้

ส่วนองค์การอนามัยโลก (ราเมศร์ พรหมชาติ, 2545: 10) ได้กล่าวว่าการมีส่วนร่วมที่แท้จริงประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

1. การวางแผน ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมายกำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีการติดตามและประเมินผล และประการสำคัญ คือ การตัดสินใจด้วย

2. การดำเนินกิจกรรม ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการจัดสรรควบคุมทางการเงินและการบริหาร

3. การใช้ประโยชน์ ประชาชนจะต้องมีความสามารถในการนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ซึ่งเป็นการเพิ่มระดับของการพึ่งตนเอง และการควบคุมทางสังคม

4. การได้รับประโยชน์ ประชาชนจะต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นที่ที่เท่ากันซึ่งอาจจะเป็นผลประโยชน์ส่วนตัว สังคม หรือวัตถุก็ได้

Cohen and Upphoff, 1977 (ระวี อินจินดา, 2542: 18-19) ได้แบ่งขั้นตอนของการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) จะประกอบด้วย 3 ขั้นคือ ขั้นเริ่มตัดสินใจ ขั้นดำเนินการตัดสินใจ และขั้นการตัดสินใจปฏิบัติการณ์

1.1 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการณ์ (implementation) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหาร และการประสานงานขอความร่วมมือ

1.2 การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (benefit) ไม่ว่าจะเป็นผลประโยชน์ส่วนบุคคล ผลประโยชน์ทางด้านสังคม และผลประโยชน์ที่เป็นตัวเงินหรือทางด้านวัตถุ

1.3 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) ซึ่งจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการปฏิบัติการณ์และการตัดสินใจ

ในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้สนใจกระบวน การพัฒนาที่เสริมสร้างให้ ผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา หาแนวทางแก้ไข วางแผนการดำเนินงาน ตลอดจนร่วมกันดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาวะโดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วม เป็นการดำเนินการร่วมกันและมีความต้องการที่จะบรรลุเป้าหมายร่วม ตลอดจนตัดสินใจในกิจกรรมการ ส่งเสริมสุขภาวะเพื่อดำเนินการในชุมชนต่อไป

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กชกร สังขชาติ (2547: 87) ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเกิน 100 ปี จังหวัดชลบุรีพบว่า รูปแบบการดำรงชีวิตที่ส่งให้มีอายุยืนอย่างมีความสุข คือ การรับประทานอาหารที่เป็นธรรมชาติ พอเพียงกับความต้องการของร่างกายไม่มากจนเกินไป ดื่มน้ำธรรมดาออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งรักษาสุขภาพจิตของตนเองให้สดชื่นผ่องใส

กมลาภรณ์ คงสุขวิวัฒน์และคณะ (2544) ได้ศึกษาภูมิปัญญาพื้นบ้านของชาวบ้านในตำบลแม่ทา จังหวัดลำพูน พบว่าในสมัยก่อนชาวบ้านมีความเชื่อและปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องอาหารโดยเฉพาะในช่วงเจ็บป่วย ตั้งครรภ์และหลังคลอด อาทิเช่น หญิงมีครรภ์ ควรกินแกงผักปลัง เพราะจะทำได้คลอดง่าย หญิงมีครรภ์และหลังคลอดไม่ควรกินแกงส้มหน่อไม้ดอง แกงผักหละ (ชะอม) เพราะจะทำให้เป็นลม น้ำพริก น้ำปู๋ มีกลิ่นแรงทำให้เวียนศีรษะ อาหารที่หญิงให้นมบุตรควรบริโภคคือ ต้มยำหรือ

แกงหัวปลี เชื่อว่าทำให้มีน้ำนมมาก นอกจากนี้มีผักบางชนิดที่ช่วยลดไข้ เจริญอาหาร ได้แก่ยอดมะไห่ แกงผักขวง คนแก่ไม่ควรกินฟักเขียว แกงหอย เป็นต้น

เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์และคณะ (2533: บทคัดย่อ) ศึกษาเกี่ยวกับชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าคนชราบางส่วนยังคงต้องทำงานเพื่อหารายได้ในชนบทส่วนใหญ่ทำการเกษตร ส่วนในเมืองจะประกอบธุรกิจหรือรับจ้างทั่วไป สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยดีพอสมควร มีโอกาสอยู่ร่วมกับบุตรหลานอย่างอบอุ่นวิถีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่มีหน้าที่หลักในการช่วยดูแลบ้านหรือเด็กๆ ให้กับครอบครัวของบุตรหลาน เวลาที่เหลือใช้ในการพักผ่อน โดยการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์หรือเขียนหนังสือ เป็นต้น

กิติพงษ์ เร่งถนอมทรัพย์ (2550) ศึกษาประสิทธิภาพการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุศึกษาเฉพาะกรณี เทศบาลตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงความต้องการทางด้านบริการสวัสดิการสังคม สภาพการจัดบริการ สวัสดิการสังคม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและผลของการจัดสวัสดิการสังคมของเทศบาลตำบลยางเนิ้งที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน ผลการศึกษาพบว่า การจัดบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุเป็นการบริหารจัดการที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุ เพราะนโยบายของคณะผู้บริหารเทศบาลตำบลยางเนิ้งได้ให้ความสนใจและเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุมากขึ้น การพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการจ่ายเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุเป็นที่ต้องการของผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากจึงน่าจะเพิ่มวงเงินให้สูงขึ้นด้วย ปัญหาของผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่ใหญ่ซึ่งไม่อาจแก้ไขปัญหาให้หมดไปได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐมากขึ้นอันจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น

จันทรา เล็กเก้ม (2534) ได้สำรวจผักพื้นบ้านสำหรับคนภาคเหนือพบมีมากถึง 108 ชนิด โดยผักพื้นบ้านดังกล่าวสามารถเจริญเติบโต ตามสภาพแวดล้อม 3 ลักษณะคือ สภาพแวดล้อมที่อุดมสมบูรณ์ดินร่วนซุย มีความชื้นสูง ปริมาณแสงน้อย เช่น ริมแม่น้ำลำคลอง สภาพแวดล้อมที่แห้งแล้งดินแข็งแน่น ความชื้นต่ำปริมาณแสงมาก เช่น พื้นที่สาธารณะริมถนน และสภาพแวดล้อมกึ่งชุ่มชื้นถึงแห้งแล้งดินปนกรวดความสมบูรณ์ต่ำเป็นพื้นที่เชิงเขา

เจษฎา บุญทา (2545) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลแม่หอพระ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 255 คน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 79.49 เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านร่างกายมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 68.95 ด้านจิตใจมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.93 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 85.20 และด้านสิ่งแวดล้อมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 81.21

ฐิตะวงษ์ ลาเสน (2548) วิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทไทยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทไทย ในเขตอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ เพื่อการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทไทย และเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทไทย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 330 คน ผลการวิจัยพบว่า ระดับคุณภาพชีวิต สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ โดยภาพรวม พบว่าอยู่ในระดับปานกลางและเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลางและ

สุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง การทดสอบสมมติฐาน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายสุขภาพจิต ได้แก่ ด้านเพศ ด้านรายได้ในครอบครัว ด้านสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านความยากจนในครอบครัวและด้านการรับรู้ข่าวสาร ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ด้านอายุ ด้านสถานภาพสมรส ด้านอาชีพและด้านภาระหนี้สินในครอบครัว

ธัญชุลี เข็มเพชร (2551: 103-104) ศึกษาวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าลีซอ ในตำบลสบป่อง อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่าชาวเขาเผ่าลีซอมีวิถีการดำเนินชีวิตในด้านความเชื่อโดยจะนับถือเทพต่างๆ และบรรพชนที่ล่วงลับไปแล้ว ซึ่งใช้เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและเป็นศูนย์รวมของจิตใจของชาวเขาเผ่าลีซอ

ธันยพร สุรินทร์คำ (2544: 55-57) ได้ศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในตำบลเหมืองจี้ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ค่อนข้างดี มีการออกกำลังกาย มีส่วนร่วมในกิจกรรมของหมู่บ้าน มีการสวดมนต์ไหว้พระเป็นประจำ และได้อาศัยในสิ่งแวดล้อมที่ดี

นงเยาว์ ตุยคัมภีร์, สมพิศ พรหมขัติแก้วและสมศรี สายอะโณ (2546) กล่าวว่าชาวล้านนาในอดีตมีองค์ความรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพ โดยการเลือกอาหารเพื่อการป้องกันและรักษาโรค มีความเชื่อในการบริโภคอาหาร อาหารเสริมสร้างสุขภาพมีคุณค่าทางโภชนาการ อาหารส่วนใหญ่ประกอบจากพืช ปลาร้า ถั่วเน่า พริกและเกลือ ใช้น้ำมันในปริมาณน้อย ไม่ใช้กะทิทำให้อาหารมีพลังงานและไขมันต่ำ ส่วนอาหารที่ประกอบจากเนื้อสัตว์ ไข่ มีโปรตีนสูงกว่า อาหารล้านนามีวิตามินและเกลือแร่ที่สำคัญและจำเป็นต่อร่างกาย โดยเฉพาะวิตามินและเบต้าแคโรทีนซึ่งเป็นสารต้านอนุมูลอิสระเหล่านี้น่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้ชาวล้านนามีสุขภาพแข็งแรงไม่อ้วนและมีอายุยืน

นิ่มนวล ศรีจาด (2535: 30) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุยืนยาวในชุมชนเชียงใหม่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีอิทธิพลต่อการมีอายุยืนยาวสูงสุด คือภาวะสุขภาพจิต รองลงมาคือพฤติกรรมการบริโภค และปัจจัยทางด้านพันธุกรรมตามลำดับ

บรรลุ ศิริพานิชและคณะ (2533: 18) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุยืนยาวและแข็งแรง พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปี เป็นคนแข็งแรงอยู่แล้วหลังจากอายุ 60 ปีมาแล้วจนถึง 74 ปีไม่เคยเจ็บป่วยและไม่ต้องไปพบแพทย์เลย ที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่เกี่ยวกับโรคกระดูกและทางเดินอาหาร เกี่ยวกับภารกิจประจำวัน พบว่าส่วนใหญ่มีภารกิจมากกว่า 4 อย่างขึ้นไปและผู้สูงอายุยังคงทำงานอยู่ สำหรับการขับถ่ายอุจจาระผู้สูงอายุมีการขับถ่ายปกติทุกวัน สำหรับปัญหาสุขภาพทั่วไปพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับฟันร้อยละ 66.7 และมีนิสัยการรับประทานอาหารง่ายๆ ไม่เลือกอาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายโดยการเดิน

ประมวล คิดดินสัน (2534: 57) ได้ศึกษาผู้ที่มีอายุยืน 105 ปี พบว่าผู้ที่มีอายุยืนนั้นมีกิจกรรมที่ชอบคือ การประดิษฐ์สิ่งเล็กๆ น้อยๆ เดินออกกำลังกายในที่ๆ บรรยากาศดี มีแสงแดดอุ่นๆ

พรรณี อวนสกุลและคณะ (2541: 52-54) พบว่าแหล่งอาหารธรรมชาติของคนพื้นเมืองในจังหวัดเชียงใหม่ที่ได้จากป่าหรือแพะ (ป่าละเมาะ) ในฤดูร้อน ได้แก่ ปลีกล้วย ยอดมะขาม ยอดมะม่วง ผักเสี้ยว ผักเฮือด ขนุนป่า มะไฟป่า เป็นต้น มีการจับสัตว์ป่า เช่น หมูป่า ไก่ป่า กระรอก นก ในฤดูฝนมีอาหารจากป่ามาก เช่น หน่อไม้ เห็ดต่างๆ ผักหวาน ผักเจียงดา ผักหนาม สัตว์ป่าที่จับ ได้แก่ แลน แย้ ตุ่น แมงมัน จิ้งหรีด ฤดูหนาวไม่ค่อยมีผักป่ายกเว้นกล้วยและมะเขือ แหล่งอาหารจากหนองน้ำ ลำ

ห้วย และทุ่งนา ได้แก่ ปลา งู กุ้ง หอย กบ เขียด ผักแว่น ผักหนอง (ผักกะเฉด) ผักจุ่มป่า เตา ฟักข้าว เป็นต้น

พรเทพ มนตร์วัชรินทร์ (2547) วิจัยเรื่อง การสำรวจคุณภาพชีวิตและความต้องการด้านการศึกษาเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความต้องการด้านการศึกษาเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร สุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 450 คน ผลการวิจัยพบว่า 1. คุณภาพชีวิตที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าอยู่ในระดับดีมี 1 ด้าน คือ ด้านคุณธรรมและสังคม ส่วนคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับพอใช้ 2. ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านการศึกษาเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ คุณธรรม สติปัญญาและสังคม ในระดับปานกลาง ขณะที่ความต้องการด้านการศึกษาเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับน้อย 3. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระหว่างผู้สูงอายุที่มีภูมิหลังต่างกันด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ กรรมสิทธิ์ในบ้านพักอาศัย เขตที่อยู่อาศัย ภาวะพึ่งพา โรคประจำตัว หลักประกันสุขภาพและการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 4. ผลการเปรียบเทียบความต้องการด้านการศึกษาเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระหว่างผู้สูงอายุที่มีภูมิหลังต่างกันด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ กรรมสิทธิ์ในบ้านพักอาศัย เขตที่อยู่อาศัย ภาวะพึ่งพา และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 5. ผู้สูงอายุเสนอแนวทางว่า ควรจัดกิจกรรมด้านข่าวสารข้อมูลมากที่สุด รองลงมาคือ กิจกรรมด้านการฝึกทักษะ และกิจกรรมด้านความรู้พื้นฐาน ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า ต้องการข่าวสารข้อมูลเพื่อทันโลก ทันเหตุการณ์และนำมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สติปัญญา คุณธรรมและสังคม

เพ็ญศรี มานิตย์ศิริกุล (2537) ศึกษาเรื่องดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์คือ ต้องการสร้างดัชนีชี้วัดความมีคุณภาพชีวิตและเปรียบเทียบรูปแบบจำลองของความมีคุณภาพชีวิตระหว่างเพศ รวมทั้งหมด 514 คน ผลการวิจัยพบว่า ที่อยู่อาศัยและเพศ เป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความแตกต่างระหว่างลักษณะประชากร เศรษฐกิจและจิตวิทยา ส่วนความสัมพันธ์ต่อลักษณะทางสังคม เมื่อทดสอบค่าเฉลี่ยพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน วิเคราะห์ด้วยการทดสอบความแปรปรวนพบว่า ตัวแปรอิสระ 9 ตัว คือ เพศ สถานภาพสมรส การมีงานทำ การอุปการะจากหลาน ภาระหนี้สิน การครอบครองที่อยู่อาศัย การร่วมงานทางศาสนา การดูแลเฝ้าบ้านและทำอาหารสำหรับสมาชิกในครัวเรือนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญกับตัวแปรตามคือ คะแนนคุณภาพชีวิต เมื่อนำตัวแปรอิสระที่ได้ไปสร้างแบบจำลองหรือตัวดัชนีชี้วัดความแตกต่างที่มีผลต่อคะแนนความมีคุณภาพชีวิตพบว่า แบบจำลองมีความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิง และคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทั้งในเมืองและชนบทมีระดับสูงเกินกว่าร้อยละ 50

ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ (2542) ได้ศึกษาและฟื้นฟูการแพทย์พื้นบ้านล้านนา พบว่าชาวล้านนาในอดีตมีกระบวนการดูแลรักษาสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมประกอบด้วยการบำบัดรักษาและการส่งเสริมป้องกัน การบำบัดรักษา ได้แก่ จิตบำบัดและการใช้สมุนไพรบำบัด ส่วนการส่งเสริมป้องกันโดยใช้อาหารหรือโภชนาการบำบัด ได้แก่ ข้อห้ามด้านการกินอาหารปรับธาตุ อาหารส่งเสริม

สุขภาพ อาหารชูกำลัง อาหารร้อน-เย็น อาหารล้างพิษ อนึ่งจาการสังคายนาองค์ความรู้หมอเมือง หรือการแพทย์พื้นบ้านล้านนา พบว่าชาวบ้านมีภูมิปัญญาหรือองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพโดยผ่านอาหารการกิน ตามวิธีที่สืบสานมาจากบรรพชนทั้งในภาวะปกติและภาวะพิเศษ เช่น ในภาวะเจ็บป่วยมีข้อห้ามและข้อปฏิบัติในการกินอาหารเฉพาะโรค ทั้งนี้เพื่อการสร้างและซ่อมแซมสุขภาพ รวมทั้งในภาวะตั้งครรภ์หรือหลังคลอด วัยเด็ก วัยสูงอายุมีข้อห้ามและข้อปฏิบัติในด้านอาหารเช่นกัน

ระเบียบ ซุ่นฮวด (2539: 144-145) ศึกษาเกี่ยวกับวิถีชีวิตในอดีตของผู้ที่มีอายุถึงหนึ่งร้อยปีในจังหวัดชลบุรีพบว่าปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีอายุยืน ซึ่งได้แก่พันธุกรรม อาหารและโภชนาการ การออกกำลังกายหรือการใช้กำลัง การพักผ่อนและนันทนาการ การบำรุงรักษาสุขภาพและการใช้ยา และความเครียด

พ.ญ.ลลิตา ธีระสิริ (2545) พบว่ามนุษย์รู้จักวิธีการดูแลรักษาสุขภาพมาตั้งแต่สมัยดึกดำบรรพ์ มนุษย์ถ้ำรู้จักการใช้สมุนไพรรักษาโรค เช่น การใช้สมุนไพรรักษาจระเข้กัด และศาสตราจารย์พิเศษประชิด วามานนท์ยังได้กล่าวในงานมหกรรมสุขภาพครั้งที่ 3 เมื่อ พ.ศ. 2542 พบหลักฐานบรรพบุรุษไทยกินผักมาช้านาน โดยเมื่อ พ.ศ. 2515 มีการค้นพบถ้ำผีหรือถ้ำผีแมนที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน ถ้ำดังกล่าวเป็นที่ฝังศพของมนุษย์ยุคก่อนประวัติศาสตร์ พบมีพันธุ์ไม้ที่กลายเป็นหินหลายชนิด โดยสันนิษฐานว่าเป็นผักที่ที่นำมาประกอบอาหาร ได้แก่ กระจับ คะน้า แตงกวา ถั่ว ท้อ และน้ำเต้า ส่วนที่เป็นยาสมุนไพร ได้แก่ ดีปลี พริกไทย สมอไทย สมอภิเภกและผักที่ใช้ทั้งเป็นอาหารและยา ได้แก่ น้ำเต้า ดีปลี พริกไทย นอกจากนี้แล้วยังพบว่าบรรพบุรุษไทยปลูกข้าวมานานมากกว่า 3,000 ปี เนื่องจากพบฟอสซิลและเถ้าถ่านของข้าวที่จังหวัดสุโขทัย ในสมัยรัชกาลที่ 6 ซึ่งเรียกว่า ข้าวพระร่วง

ลัดดา ดำริการเลิศ (2551) วิจัยเรื่อง โครงการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับสังคมผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำความรู้จากการวิจัยและการจัดการความรู้ในช่วง 5 ปีแรกของเครือข่ายไปต่อยอดใช้ประโยชน์ทั้งในระดับนโยบายและปฏิบัติโดยเน้นการเตรียมเข้าสู่สังคมสูงอายุ 4 ด้านคือ ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระบบการเรียนรู้เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (พฤฒิพลัง) การดูแลปรับสภาพแวดล้อมเพื่อผู้สูงอายุและหลักประกันด้านเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุ การทำงานด้านระบบบริบาลผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ เรื่องการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพผู้ดูแล และการดูแลระยะสั้นในสถาบันเพื่อสนับสนุนการดูแลในครอบครัว การทำงานวิชาการในเรื่องคุณภาพผู้ให้บริการ และมุ่งให้องค์กรปกครองท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมจัดบริการในชุมชน และร่วมกับเครือข่ายพัฒนารูปแบบแนวทางการผลิตบุคลากรและมาตรฐานบริการที่มีคุณภาพ สำหรับการเตรียมการสู่วัยสูงอายุ ได้รับการสนับสนุนให้พัฒนาความรู้รูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต และผลักดันเข้าไปในแผนส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับ 10 (2550-2554) ของกระทรวงศึกษาธิการ

การดูแลปรับสภาพแวดล้อมมุ่งที่การปรับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือศูนย์บริการสาธารณสุขและสถานีอนามัยในชุมชนให้เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุและได้พิมพ์เขียวการออกแบบที่สามารถนำไปปรับใช้ได้ทันทีและเพื่อพัฒนารูปแบบของหลักประกันทางรายได้สำหรับผู้สูงอายุ โครงการได้สนับสนุนให้วิเคราะห์องค์ความรู้ 2 ส่วนคือ การจัดตั้งระบบบำนาญแห่งชาติและการสงเคราะห์เพื่อ

การยังชีพและนำเสนอผ่านเวทีนโยบายสาธารณะเพื่อกระตุ้นความสนใจของสังคม และนำเสนอสู่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติและกระทรวงการคลังเพื่อดำเนินการศึกษาในรายละเอียดต่อไป

ศรีเมือง พลังฤทธิ์ (2547) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัวและชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัวและชุมชนกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และเพื่อให้ได้แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยบุคคล ครอบครัวและชุมชน มีขนาดตัวอย่างเชิงปริมาณ 415 คนและเชิงคุณภาพ จำนวน 48 คน ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านความพอใจ และพบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 16 ตัว สามารถอธิบายการแปรผันคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านร่างกาย ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม จิตใจ และด้านความพอใจได้ร้อยละ 33.8, 17.9, 13.2, 9.7 และ 9.3 ตามลำดับ โดยตัวแปรอิสระ 12 ตัว มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ด้าน

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ต้องการในระดับบุคคลประกอบด้วยการเตรียมเรื่องความรู้เรื่องความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กต่อเนื่องถึงวัยผู้สูงอายุ การเตรียมเรื่องการเงิน โดยการออมเงินเข้ากองทุนตั้งแต่วัยทำงานเพื่อเอื้อต่อการเป็นผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งตนเองได้และการเป็นผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉงเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน ส่วนในระดับครอบครัวนั้นบุตรหลานควรมีความกตัญญู ให้ความรักความอบอุ่น ให้การเลี้ยงดูเกื้อหนุน ช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่โดยสมาชิกในครอบครัวควรมีความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพเพื่อสามารถให้คำแนะนำข่าวสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้าน และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม อีกทั้งสนับสนุนและส่งเสริมผู้สูงอายุให้ยังคงมีบทบาทเข้าร่วมกิจกรรมทั้งในครอบครัวและชุมชน สำหรับในระดับชุมชนควรเน้นหลักการชุมชนเข้มแข็ง ประกอบด้วยการสนับสนุนและกระตุ้นผู้นำชุมชนและประชาชนให้ร่วมกันคิด ร่วมกันสร้างกิจกรรมตามความต้องการและสอดคล้องกับวิถีชีวิตโดยอาศัยภูมิปัญญาและทรัพยากรท้องถิ่นการเป็นแบบอย่างที่ดี เน้นการทำงานเชิงรุกในการพัฒนาองค์ความรู้และความร่วมมือกันดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2541) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ บริการสวัสดิการสังคมที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการ รวมทั้งความพึงพอใจและความคาดหวังของผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 250 คน สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกื้อหนุนตนเองค่อนข้างมาก ทั้งในการประกอบอาชีพและการดำเนินชีวิตประจำวัน ในขณะเดียวกันก็ได้รับการเกื้อหนุนทางด้านอารมณ์จากครอบครัวมากเช่นกัน เพื่อนบ้านและชุมชนมีส่วนในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุในระดับปานกลาง บริการสวัสดิการสังคมที่ผู้สูงอายุไปใช้มากที่สุด คือ บริการด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นบริการที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีความคาดหวังที่จะได้รับเงินเพื่อใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและความคาดหวังที่จะให้บุตรได้ดูแลในยามที่ชรามาก จนช่วยตนเองไม่ได้

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2541) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการ

เกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ บริการสวัสดิการสังคมที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการ รวมทั้งความพึงพอใจและความคาดหวังของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเมืองอุทัยธานี อำเภอทัพทันจังหวัดอุทัยธานี และอำเภอแม่ลาว อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย จำนวน 250 คน ผลการศึกษาพบว่า สภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี มีความยากลำบากกว่าผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงรายได้รับการเกื้อหนุนทุกๆ ด้านจากครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากบุตรค่อนข้างมาก ส่วนผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานีต้องเกื้อหนุนตนเองในทุกเรื่อง เพื่อนบ้านและชุมชนมีส่วนในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุในระดับปานกลาง แต่กิจกรรมกลุ่มในจังหวัดเชียงรายมีส่วนในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก บริการสวัสดิการทางสังคมที่ผู้สูงอายุไปใช้มากที่สุดคือ บริการทางด้านการรักษาพยาบาลจากสถานีอนามัยและเป็นบริการที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ ผู้สูงอายุมีความคาดหวังต่อสิ่งต่างๆ ค่อนข้างน้อย และคิดว่าตนสามารถยืนหยัดได้ด้วยตนเองและเครือข่ายที่ตนมีอยู่

สมประสงค์ ระย้า (2538: 112) ได้ศึกษาสภาพทางสังคม -เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุในชนบท ศึกษากระบวนการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในชนบท พบว่าปัจจัยที่สนับสนุนให้มีชีวิตที่ยืนยาวของผู้สูงอายุในชนบทนี้ จะต้องประกอบด้วยสภาพที่อยู่อาศัยที่เป็นเอกเทศและเป็นสัดส่วน การยอมรับในการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ การปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลง การละเลิกอบายมุขอันเป็นสาเหตุที่บั่นทอนสุขภาพ ความสัมพันธ์ในระบบเครือญาติ และการเรียนรู้วิธีการใช้ยาเพื่อรักษาสุขภาพอนามัยตนเอง ตลอดจนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ

สมพร ใจสมุทร (2547) วิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เขตลาดกระบัง เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 405 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการช่วยตนเองดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ร้อยละ 87.7 และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในเกณฑ์ 3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 76.5 ส่วนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ53.8 ด้านสุขภาวะผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิต โรคกระดูกและข้อเสื่อมและโรคเบาหวาน ด้านสุขภาพจิตพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาการเหงา ว้าเหว่ มีการป้องกันและปฏิบัติตนโดยการนั่งสมาธิและพูดคุยกับคนรอบข้าง จากการศึกษาความแตกต่างของปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า อายุ รายได้ และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุกับความสามารถในการช่วยตนเอง ดำเนินกิจวัตรประจำวัน เพศและสิทธิในการรักษาพยาบาลกับการบริโภคอาหาร อายุ ระดับการศึกษาและการเข้าถึงบริการสุขภาพกับการออกกำลังกาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสภาวะสุขภาพกับความสามารถในการช่วยตนเองและผู้อื่น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องคุณภาพชีวิตพบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความสามารถในการช่วยตนเองและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต

สุภาลักษณ์ เขียวขำ (2543) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการสนับสนุนทางสังคมต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 350 ราย พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุน

ทางสังคมและมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ยังไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ องค์กรภาครัฐและเอกชนอย่างทั่วถึง เช่น ผู้สูงอายุที่ยากจนมีที่อยู่อาศัยไม่คงทนถาวร ไม่ได้รับการส่งเสริมในด้านการประกอบอาชีพ มีปัญหาทางจิตใจและไม่ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ

สุรพงษ์ คณานุรักษ์ (2545) ศึกษาการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีเทศบาลยะลา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองที่เป็นการพัฒนาการคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน15 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองที่เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านต่างๆ ที่สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุได้ ส่วนลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวซึ่งมีความสัมพันธ์น้อยกับการดูแลตนเองเช่นเดียวกับปัจจัยแวดล้อม ซึ่งได้แก่ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย สัมพันธภาพในครอบครัวและการรับรู้ข่าวสาร

สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2539: 15) ศึกษาคนไทยอายุยืนซึ่งบ่งชี้ว่าคนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 100ปี ขึ้นไปมีกิจกรรมที่ชอบปฏิบัติเสมอและยังพบว่าทุกคนชอบประกอบศาสนกิจอันดับแรกและรองลงมาคือชอบทำงานอดิเรกต่างๆ

อมรา พรมใหม (2547) ศึกษาสิ่งแวดล้อมทางสังคม การบรรลุงานตามขั้นพัฒนาการและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่สาธารณสุข เขต 2 วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสิ่งแวดล้อมทางสังคม การบรรลุงานตามขั้นพัฒนาการและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เปรียบเทียบความแตกต่างของการบรรลุงานตามขั้นพัฒนาการและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ได้รับสิ่งแวดล้อมทางสังคมต่างกันและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบรรลุงานตามขั้นพัฒนาการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน จากจังหวัดลพบุรี สระบุรี และสิงห์บุรี ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุได้รับสิ่งแวดล้อมทางสังคมด้านครอบครัวระดับมากและได้รับสิ่งแวดล้อมทางสังคมและชุมชนระดับปานกลาง ผู้สูงอายุมีการบรรลุงานตามขั้นพัฒนาการในระดับมาก ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับมาก ผู้สูงอายุที่ได้รับสิ่งแวดล้อมทางสังคมด้านครอบครัวและด้านชุมชนต่างกะนจะบรรลุงานตามขั้นพัฒนาการแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่ได้รับสิ่งแวดล้อมทางสังคมต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน และการบรรลุงานตามขั้นพัฒนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .480

อำนาจ วังจีน (2546) ศึกษาเรื่องดัชนีคุณภาพชีวิตผู้สูงวัยในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรและศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายและสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ลักษณะการดำเนินชีวิต กิจกรรมในชีวิตประจำวัน และความต้องการของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก ส่วนปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมี 6 ปัจจัย คือ อายุ

ภูมิลำเนาเดิม สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด ฐานะทางด้านเศรษฐกิจและสวัสดิการที่รัฐจัดให้ โดยความผันแปรต่อระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Anonymous (2006) ศึกษาเรื่อง ศาสนา จิตวิญญาณ และผู้สูงอายุ : มุมมองในมิติงานทางสังคม งานวิจัยชี้ให้เห็นถึงว่า ศาสนา และจิตวิญญาณสามารถช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ นักวิจัยต่างตระหนักส่วนนี้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มองโลกในเชิงบวกและยังพิจารณาว่าทั้งสองส่วนสามารถส่งผลต่อการฝึกปฏิบัติตนเองของผู้สูงอายุ กรณีเช่นนี้แสดงให้เห็นถึงความคิดในเชิงบวกได้ส่งผลที่ได้รวบรวมเอาศาสนาและจิตวิญญาณในชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้มีความผาสุกในด้านร่างกายและจิตใจ กลวิธีต่างๆ นี้ ได้สนับสนุนการมีภาพชีวิตที่กระจ่างแจ้ง

Blane, Netuveli, and Montgomery (2008) ทำการศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิต สุขภาพและสภาวะทางจิต และการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบอกเล่า สภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงตลอดด้วยการศึกษาระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ ณ ประเทศอังกฤษ ในส่วนที่เป็นด้านคุณภาพชีวิตในเชิงบวกวัดด้วย CASP-19 ส่วนการศึกษาภาคตัดขวางวิเคราะห์ส่วนปอดและความอ้วนแต่ไม่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิต ซึ่งสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์เหล่านี้วิเคราห์ในแนวทางการเชื่อมต่อในหน้าที่เดิมแต่มีความยืดหยุ่นกว่า และเฉพาะกับหน้าที่ของปอดกับความรู้สึกซึมเศร้า การศึกษาระยะยาวพบว่ามีความคงที่และระยะยาวต่อคุณภาพของปอดและภายในกลุ่มเพศหญิง มวลรวมของร่างกาย ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป มีการติดตามผลเป็นระยะเวลานานก็พบความกระจ่างกระบวนการนี้ โดยรวมทั้งหมด การวิจัยชี้ให้เห็นว่า ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกับคุณภาพชีวิตต่างมีความเกี่ยวพันกับศักยภาพทางจิตใจที่เป็นข้อจำกัดของมิติทางสุขภาพที่สำคัญบนแนวทางความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและภาวะความซึมเศร้าทางคลินิกอาจกลายเป็นเรื่องที่สำคัญระหว่างข้อจำกัดในหน้าที่กับคุณภาพชีวิต

Cabrera and Ozcivelek (2009) เผยแพร่งานวิจัยเรื่อง การเปลี่ยนแปลงของครอบครัวกับประชากรผู้สูงอายุ ได้ระบุว่า Information and Communication Technologies (ICT) มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มกลยุทธ์ความสำเร็จโดยมีวัตถุประสงค์ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตทุกด้านให้สูงขึ้น ความมั่นทางเศรษฐกิจ พัฒนาการและมิติเชิงสังคมร่วมด้วย ICT ทำงานอย่างอิสระบนพื้นฐานการบริการชีวิต (ILS) อาทิ ระบบรวมที่สามารถช่วยให้บุคคลมีการดำรงชีวิตที่อิสระและการมีส่วนได้อื่นๆ ซึ่งได้สะท้อนให้เห็นถึงนโยบายที่หลากหลายเพิ่มขึ้น ICT ประกอบด้วยระดับต่างๆ ของความจำนง ถึงแม้ว่าจะมีความเกี่ยวข้องกับภาวการณ์ตลาดในปัจจุบัน แต่ก็ยังไม่มีหลักฐานที่ยืนยันที่จะเพิ่มอุปสงค์กับอุปทานให้สมดุลกัน ข้อมูลชี้ให้เห็นว่ายังไม่กว้างขวางที่จะถูกนำมาใช้ การประเมินเชิงลึกเห็นว่ายังมีความสลับซับซ้อนและมีผลต่อแนวนโยบายที่แตกต่างกัน ปัจจุบันการประเมินนโยบายต่างๆ ยังมีการนำออกมาใช้น้อย

Davey (2007) วิจัยเรื่อง ผู้สูงอายุกับพาหนะ : การจัดการโดยปราศจากการใช้รถ งานวิจัยเชิงสำรวจได้รับการสนับสนุนโดยสำนักประชากรผู้สูงอายุแห่งรัฐบาลนิวซีแลนด์ ใช้วิธีการเผชิญหน้าการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างกับคู่สมรส 28 คู่และกลุ่มคนโสด จำนวน 43 คน กลุ่มตัวอย่างได้ผ่านการคัดเลือกมาทางอาสาสมัครในชุมชนและมาจากเมืองหลวง ในเมืองเล็กๆ และพื้นที่ทางชนบท ค่าเฉลี่ยอายุเพศชายอยู่ที่ 84.5 ปี และผู้หญิง 81.4 ปี โดยที่ทั้งหมดไม่ได้ใช้พาหนะส่วนตัวเป็นระยะเวลาอย่าง

น้อย 6 เดือน การสัมภาษณ์นี้ชี้ให้เห็นถึงประสบการณ์และความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่สามารถจัดการชีวิตตนเองโดยไม่ใช้รถยนต์ และสอบถามว่าส่งผลต่อวิถีชีวิตและคุณภาพชีวิตอย่างไร รวมถึงผู้สูงอายุสามารถแสวงหาความต้องการพาหนะอย่างไร การค้นเกี่ยวข้องกับตัวแปรเพศ ภาวะสุขภาพและภาพลักษณ์ทางบุคลิกภาพรวมถึงความมีอิสระและค่าตอบแทน ในขณะที่ความต้องการพาหนะอย่างแรงกล้าอาจมีความเกี่ยวข้องกับทางเลือกที่หมายถึงดุลยพินิจที่เป็นการเดินที่คล่องตัว มีนัยสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตที่ทำให้สูญเสียการใช้พาหนะส่วนบุคคลที่ไม่สามารถทำได้ ข้อค้นพบยังมีความสัมพันธ์กับท้องถิ่นและนโยบายของรัฐ การวางแผนและขอบเขตของยานพาหนะ นอกจากนั้นยังมีกระบวนการกีดกันทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ

Dodge et al. (2008) อธิบายสุขภาพการคิดของผู้สูงอายุและกิจกรรมเวลาว่างในกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น : การศึกษา Takashima โดยกล่าวว่า มีส่วนน้อยที่จะทราบว่าระดับของกิจกรรมยามว่างในกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุมากเป็นปัจจัยที่จะอธิบายว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ลดลง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวน 303 คน ในชุมชนที่ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ ในเมือง Shiga ทั้งนี้ได้ทดสอบธรรมชาติและความถี่ของกิจกรรมยามว่างเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุมาก กับกลุ่มผู้สูงอายุที่อ่อนกว่า ศึกษาปัจจัยที่อธิบายความแตกต่างของช่วงอายุมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการประกอบกิจกรรมต่างๆ และสุดท้ายคือการศึกษามิติทางความคิดที่สัมพันธ์กับกิจกรรม โดยสรุปคะแนนเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ตัวชี้วัดงานอดิเรกที่ต้องอาศัยสรีระกับไม่อาศัยสรีระมาก และตัวชี้วัดกิจกรรมทางสังคม ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไปแสดงให้เห็นถึงมีคะแนนความถี่ต่ำลงในการประกอบกิจกรรมโดยรวมทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบผลของผู้สูงอายุที่มีอายุอ่อนกว่าราวๆ 65-74 ปี ความเร็วในการก้าวเดินหรือการเคลื่อนไหวโดยรวมทั้งหมด อธิบายให้เห็นถึงอายุมีความสัมพันธ์กับการลดระดับกิจกรรมต่างๆ ลงในกลุ่มผู้ที่มีอายุมาก ในขณะที่ความเสื่อมของการมองเห็นหรือการได้ยินและอาการซึมเศร้าอธิบายได้มีการลดลงในกิจกรรมทางสังคมแต่เพียงอย่างเดียว ส่วนความถี่ของงานอดิเรกที่ไม่ต้องอาศัยร่างกายมากมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการทดสอบมิติความคิด ดังนั้น การที่ได้รู้ถึงปัจจัยที่อธิบายว่าอายุมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมที่ลดลงสามารถช่วยให้สามารถวางแผนกลยุทธ์ต่างๆ ที่จะช่วยรักษาระดับกิจกรรมภายในกลุ่มผู้สูงอายุ

Hildon et al. (2010) กับการทดสอบความสามารถของคุณภาพชีวิตในมิติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และอุปสรรคทางด้านจิตสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ : อะไรคือส่วนที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางที่ควรจะเป็น ได้มุ่งความใจไปที่ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและอุปสรรค จุดประสงค์หลักเพื่อต้องการแบ่งแยกพื้นฐานของอุปสรรค ลักษณะความสามารถส่วนบุคคลและสิ่งสนับสนุนที่จะสามารถช่วยบรรเทาผลกระทบต่ออุปสรรค ความสามารถนี้หมายถึง ความสมบูรณ์โดยปราศจากอุปสรรค การวิเคราะห์ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 68 และ 82 ปี โดยใช้ข้อมูลจากแบบสอบถาม มีการจำแนกในกลุ่มที่มีความสามารถสมบูรณ์และกลุ่มที่มีอุปสรรค บนพื้นฐานของคุณภาพชีวิตที่สูงหรือต่ำแบ่งคะแนนเป็น 2 ส่วน การวิเคราะห์สิ่งสนับสนุนอุปสรรคในเชิงลบได้ใช้หลักการถดถอย อุปสรรคเป็นชนิดของข้อจำกัดที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่สมบูรณ์ในมิติของสุขภาพ ความเครียด และมิติการดำเนินชีวิตโดยทั่วไป รวมถึงเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ศักยภาพด้านคุณภาพชีวิตมีแนวโน้มที่จะรายงานพบว่า มีอุปสรรคต่างๆ ค่อนข้างน้อย ได้ชี้ให้เห็นว่าต่างได้รับการดูแลปกป้อง ที่บ่งถึงผลลัพธ์

ของศักยภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่รวมถึงความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตในทางที่ดี รวมถึงชุมชนพัฒนาการการจัดการและการปรับตัวต่อการจัดการชีวิต ทั้งหมดเป็นผลที่ชี้ให้เห็นว่านโยบายต่างๆ ของรัฐมีส่วนสำคัญในการดูแลและช่วยลดอุปสรรคต่างๆ ให้น้อย ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่าจะทำให้ส่งเสริมศักยภาพดีขึ้น

Hsieh (2005) ได้เผยแพร่งานวิจัยเรื่อง อายุและมิติใหญ่ที่สำคัญของชีวิต บนพื้นฐานคุณภาพชีวิต ที่รวมกระบวนเปรียบเทียบมิติต่างๆ สันนิษฐานแนวทัศน์ด้วยระบบของตนเอง การศึกษานี้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุและการเปรียบเทียบมิติต่างๆ กับกลุ่มบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ด้วยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ การเปรียบเทียบมิติต่างๆ ได้ถูกวัดโดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่างให้จัดลำดับ 8 มิติในชีวิตที่สำคัญ การวิเคราะห์ใช้รูปแบบการถดถอยสำหรับ มิติ 8 ประการ มีสิ่งสำคัญที่สุด คือ สุขภาพ รองลงมาคือชีวิตครอบครัว ศาสนา มิตรภาพ สภาวะทางเศรษฐกิจ ช่วงเวลาว่าง เพื่อนบ้านและการทำงาน งานวิจัยชี้ให้เห็นว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเปรียบเทียบมิติต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญที่สามารถช่วยสนับสนุนกระบวนการเปรียบเทียบมิติต่างๆ ด้วยระบบตนเอง

Hsieh (2009) มุ่งศึกษาเรื่องสุขภาพ คุณภาพของการดูแลและคุณภาพชีวิต : ศึกษากรณีผู้สูงอายุที่อ่อนแอ ได้สำรวจความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพ คุณภาพของการดูแลของความเสื่อมถอยในแง่ของการจัดการและคุณภาพชีวิต เพื่อจุดมุ่งหมายความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการจัดการภาวะความเสื่อมถอย ข้อมูลการสำรวจได้มาจากกลุ่มผู้สูงอายุที่อ่อนแอ ประเมินจากความสัมพันธ์บนพื้นฐานของ 2 สมมติฐาน การศึกษาชี้ให้เห็นถึงคุณภาพการดูแลด้านการจัดการความชรา ซึ่งวัดจากความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ที่ไม่ได้ปรับระหว่างสุขภาพกับคุณภาพชีวิต (วัดจากความพึงพอใจในชีวิต) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างคุณภาพของการดูแลการจัดการความเสื่อมถอยกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ถึงแม้ว่าจะพบความสัมพันธ์ดังกล่าวแต่ก็ไม่สามารถปรับได้โดยทั้งสุขภาพตนเองหรือการบอกเล่าถึงระดับกิจกรรมทางสรีระ ซึ่งสามารถพิจารณาจากความพึงพอใจสุขภาพ งานวิจัยนี้จึงเป็นข้อค้นพบในเบื้องต้นที่สนับสนุนความคิดที่เกี่ยวกับคุณภาพการจัดการความเสื่อมถอยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ

Hsu (2007) วิจัยเรื่องการสำรวจแนวคิดของผู้สูงอายุในประเด็นผู้สูงอายุที่มีความสมบูรณ์แบบในประเทศ Taiwan การเก็บข้อมูลได้รวบรวมในปี ค.ศ. 2004 จากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป สุ่มความน่าจะเป็นจากการประมาณขนาดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจะถูกถามเกี่ยวกับ “คุณคิดอย่างไรเกี่ยวกับองค์ประกอบสำคัญของอุดมคติและความพึงพอใจในชีวิตอย่างสูงสุดของผู้สูงอายุ ” นอกนั้นยังถูกถามความคิดในมิติความสำคัญของ 23 องค์ประกอบ เป็นคำถามปลายเปิดซึ่งจัดกลุ่มเป็น 6 ลักษณะ ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกายและความมีอิสระ ความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ภาระในชีวิต ความผาสุกทางจิตวิญาณและสิ่งแวดล้อมกับนโยบายสวัสดิการทางสังคมของภาครัฐ ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับแนวคิดผู้สูงอายุที่สมบูรณ์แบบนั้นต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีความอิสระแห่งชีวิต การมีชีวิตโดยปราศจากโรคภัยไข้เจ็บที่เรื้อรัง การอยู่กับครอบครัว และการได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์เป็นอย่างดี การให้ข้อมูลทั้งหมดนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบและ 5 องค์ประกอบประมาณ 58.7% นำไปวิเคราะห์ความแปรปรวน ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม องค์ประกอบใหญ่โดยรวมของชีวิต สุขภาพ ความเพลิดเพลินแห่งชีวิต รวมถึงความเป็นตัวของตัวเอง จากการศึกษาสรุปได้ว่า

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในไต้หวันให้คุณค่าความสำคัญที่สุขภาพและความมีอิสระ สถานะความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ การส่งเสริมจากครอบครัว ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความอุดมสุขของผู้สูงอายุด้วยกันทั้งสิ้น นอกจากนั้นยังเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม และนโยบายสวัสดิการของภาครัฐที่ชี้ให้เห็นถึงการตระหนักรู้และความขัดแย้งในเรื่องสังคม การเมืองที่สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

Idler, McLaughlin, and Kasl (2009) นำเสนอผลการวิจัยในประเด็นศาสนากับคุณภาพชีวิตในช่วงบั้นปลายของชีวิตว่า ศาสนามีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุปรากฏความมั่นคงที่ไปจนกระทั่งช่วงสุดท้ายของชีวิต สะท้อนให้เห็นถึงแบบแผนในตอนต้นของชีวิตมีความแตกต่างในคุณภาพชีวิตหรือไม่กับผู้สูงอายุที่มีความเกี่ยวข้องกับศาสนาในช่วงปีสุดท้ายของชีวิตเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่เกี่ยวข้อง สัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 499 คน ที่คาดว่าจะเสียชีวิตภายในระยะเวลา 1 ปี ได้ทำการทดสอบความคิดที่เกี่ยวข้องกับศาสนาที่ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของสุขภาพกายกับคุณภาพชีวิตทางด้านจิตสังคม รวมถึงสภาวะสุขภาพและหน้าที่ความสามารถในภาพรวมครอบครัว เครือข่ายทางสังคม ความซึมเศร้าและความผาสุก แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีความผูกพันกับศาสนาอย่างเหนียวแน่นมีความปรารถนาอยากจะพบเพื่อนและมีสุขภาพที่ดีขึ้น มีความซึกเศร้าน้อยลง ซึ่งสามารถค้นพบจากการสัมภาษณ์ที่เห็นว่าชีวิตมีสีสันมากกว่ากลุ่มที่สนใจศาสนาน้อย ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความเข้มแข็งและเกิดประโยชน์สุขจะรายงานว่า มีความตระหนักถึงความเจ็บป่วยน้อยกว่า โดยส่วนใหญ่ผู้ที่ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอจะมีการพบปะสังสรรค์งานเลี้ยง ก่อให้เกิดการปรับตัวเรื่องภาวะสุขภาพตามมาซึ่งมีนัยสำคัญถึงปฏิสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องนี้ ดังนั้น คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุในช่วงปีสุดท้ายของชีวิตเป็นประสบการณ์เชิงบวกที่เกี่ยวพันกับศาสนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติแห่งห้วงความคิด

Kaiser (2009) ได้วิเคราะห์พลวัตรของผู้สูงอายุ : ภายใต้มโนทัศน์ของการขนส่งการศึกษาการเคลื่อนที่ของผู้สูงอายุมีส่วนสำคัญในการเพิ่มคุณภาพชีวิต อันเนื่องมาจากว่าประชากรผู้สูงอายุในสังคมสมัยใหม่ มีแนวโน้มที่จะอยู่ระหว่างกระบวนการปรับเปลี่ยนและการเคลื่อนที่ที่เพิ่มขึ้นในข้อค้นพบของงานวิจัยพื้นฐานนี้ แท้จริงแล้วงานวิจัยจำนวนมากต่างชี้ให้เห็นถึงอุปสรรคต่างๆ ที่มีในกลุ่มผู้สูงอายุ อาทิ อุปสรรคส่วนบุคคล (การขาดแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ โรคภัย หรือส่วนด้อยต่างๆ) และอุปสรรคในเรื่องสิ่งแวดล้อม (อุปสรรคด้านร่างกาย ความสับสนทางเทคนิค) การได้มาซึ่งอุปสรรคเหล่านี้มิได้เป็นเครื่องประกันการเคลื่อนที่ที่ปราศจากปัญหาและการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตภายใต้เงื่อนไขของเรื่องยวดยานพาหนะที่มุ่งเน้นในเรื่องของความต้องการที่สามารถตอบสนองทางด้านอารมณ์ แรงจูงใจ และมิติทางด้านสังคมที่กำลังมีการขับเคลื่อนมากกว่า ผู้ศึกษาอาจเปรียบเสมือนนักวิทยาศาสตร์ที่จะเผชิญหน้ากับสิ่งที่ไม่คาดคิดและมิติทางสังคมที่ไม่ชัดเจน กับข้อเรียกร้องที่พิศวงทางสังคมศาสตร์ ทางจิตวิทยา สังคมวิทยา รัฐศาสตร์และแม้แต่วงการศึกษา

Krause (2010) วิจัยคุณภาพชีวิตในส่วนเพื่อนสนิท การแสดงความรู้สึกและความผาสุกทางด้านจิตใจกลุ่มผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์ 2 ส่วน ซึ่งสัมพันธ์กับการแสดงความรู้สึกที่เป็นความสามารถอย่างเต็มที่ของบุคคลและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เป้าหมายแรกเพื่อต้องการศึกษาการแสดงความรู้สึกเพื่อลดอาการซึมเศร้า ส่วนที่สองเพื่อจะพิจารณาว่า กลุ่มเพื่อนสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุแสดงออกถึงศักยภาพอย่างเต็มที่ ผลจากข้อมูลการวิจัยต่างๆ ที่ศึกษาผู้สูงอายุในประเทศ

สหรัฐอเมริกาที่ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มผู้สูงอายุสามารถพบทางออกของศักยภาพจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่บรรลุถึงศักยภาพ ข้อค้นพบยังเกี่ยวข้องกับว่า ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนในทางที่ดีจะมีการแสดงออกในแง่ของระดับความรู้สึกของตนเองที่สูงกว่า

L Xu (2008) ศึกษาทัศนคติผู้สูงอายุชาวจีน : บทบาทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในชีวิต ได้ทำการทดสอบการรับรู้ของผู้สูงอายุชาวจีนว่าคิดอย่างไรกับสุขภาพตนเอง (SRH) การสนับสนุนทางสังคม (SS) และความพึงพอใจในชีวิต (LS) ที่มีผลต่อความสูงวัย ข้อมูลได้มาจากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างกับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุทั้งในเขตชนบทและเมือง ประเทศจีน จำนวน 2,000 คน กลุ่มตัวอย่างต่างชาติจำนวน 20,500 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทัศนคติต่อความชราวัดด้วยมาตรวัด 11 หัวข้อ (a=.71) และ SS วัด 7 หัวข้อ (a=.89) ผลการวิจัยชี้ว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเพศชาย มีความชราเมื่อเข้าสู่อายุ 63.7 ปี (SD=5.7) และเพศหญิงเมื่ออายุ 59.8 ปี (SD=6.1) ส่วนใหญ่พิจารณาตนเองอายุเฉลี่ย อยู่ที่ 61.4 ปี (SD=5.9) สถิติ MANOVA ชี้ให้เห็นว่า ทั้ง 3 ส่วน มีนัยสำคัญต่อทัศนคติของผู้สูงอายุชาวจีน และมีเพียงปฏิสัมพันธ์ระหว่าง SRH และ LS เท่านั้น ส่วน SS อธิบายเป็น 4% และ SRH กับ LS เป็น 3% ของความแปรปรวนของทัศนคติ งานวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ทัศนคติที่มีต่อความสูงวัยชาวจีน สามารถสนับสนุนให้เพิ่มขึ้นในด้านสภาวะสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมและความพึงพอใจในชีวิต

Lowis, Edwards, and Burton (2009) มุ่งวิจัยเรื่องการจัดการกับการเกษียณ : ความผาสุก สุขภาพและศาสนา ระบุว่า Lee (2000) นำข้อมูลการศึกษาระยะยาว เป็นระยะเวลา 6 ปี กับการศึกษาผู้พักอาศัยในชุมชนจำนวน 7,527 คนกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปและเปรียบเทียบกับการค้นพบจากการประเมินสุขภาพตนเองวัดจากสภาวะหน้าที่ที่ประเมินเรื่องสุขภาพและบริการทางสังคมอื่นๆ ส่วนการค้นพบนี้ได้ชี้นำในบทบาทของศาสนาและจิตวิญญาณที่มีความน่าสนใจโดยเฉพาะ เพราะว่าต่างได้รับการเสนอแนะที่สัมพันธ์กับสุขภาพและการเป็นผู้เกษียณอายุที่กระฉับกระเฉง ตัวแปรต่างๆ เหล่านี้นำมาจัดการกลไกทางทุติยภูมิที่มากกว่ากลไกปฐมภูมิ และการศึกษาอื่นๆ ที่รายงานตรงกันว่า เน้นถึงความสำคัญของศาสนา การซึ่งเป็นการจัดการที่อาจจะมีความสอดคล้องกับบุคคลในแง่ของอายุและความเปราะบางอย่างสูง

Marie (2006) มุ่งเน้นการศึกษาเรื่องกิจกรรมและเพศของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชุมชนที่เกษียณอายุ จากการที่อัตราการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อมองในภาพรวมการขยายอัตรานี้มีความสำคัญที่ต้องเข้าใจปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการปรับตัวและความผาสุกของประชากรกลุ่มนี้ บรรดาปัจจัยต่างๆ มีหนึ่งปัจจัยที่สุดต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลในทุกกลุ่มอายุนั่นคือ สุขภาพทางเพศ งานวิจัยได้แสดงให้เห็นถึงการสำรวจความต้องการในมิติของสุขภาพทางเพศของกลุ่มผู้สูงอายุ เรื่องเพศเป็นส่วนหนึ่งของความสมบูรณ์ชีวิตมนุษย์และมีบทบาทสำคัญที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความอยู่ดีมรสุขของผู้สูงอายุ มีการวิจัยส่วนน้อยที่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสบการณ์ของการเปลี่ยนแปลงในชีวิตผู้สูงอายุบนพื้นฐานระดับมิติต่างๆ จุดประสงค์งานวิจัยนี้จึงต้องการทดสอบผลกระทบแง่สังคมวิทยา (sociological) วัฒนธรรม (cultural) และปัจจัยทางจิตวิทยา (psychological factors) ที่อธิบายความแปรปรวนภายใต้ชีววิทยาเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีอิทธิพลต่อศักยภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนที่เกษียณไปแล้วนั้นได้อาศัยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 222 คน โดยโปรแกรม SAS ข้อมูลได้ทดสอบการใช้ Chonbach, Pearson product-

moment correlations กระบวนการสถิติทั้งหมดใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ ค่าความถี่ ไคสแคว์ สมการถดถอย และการถดถอยอื่นๆ (multiple regression) วิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นเพศด้วยระดับนัยสำคัญที่ p<.05 ข้อค้นพบทั้งหมดได้เพิ่มเติมส่วนของงานวิจัยผู้สูงอายุ สุขภาพทางเพศ และคุณภาพชีวิต งานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ที่ศึกษากระบวนการชราบนพื้นฐานชีว -จิต -สังคม (biopsychosocial) ที่สามารถกำหนดศักยภาพอันสูงสุดของประชากรผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา

Parra et al. (2010) สนใจศึกษาการรับรู้และเป้าหมายของชุมชนเพื่อนบ้านที่สามารถกำหนดสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตภายในกลุ่มผู้สูงอายุที่ Bogota Columbia ที่ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมที่เป็นเพื่อนบ้าน ที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและการดูแลตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ใน Bogota Columbia การรับรู้และลักษณะของสิ่งแวดล้อมเพื่อนบ้านได้ถูกประเมินในภาคตัดขวางที่ออกแบบหลายระดับกับกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 1966 คน ในกลุ่ม 50 ชุมชนเพื่อนบ้าน ตัวแปรรวมมิติสุขภาพกายและสุขภาพจิตและการดูแลตนเอง วัดกับรูปแบบสเปนด้วยรูปแบบสั้น ตัวแปรอิสระรวมการรับรู้และลักษณะเป้าหมายของชุมชนเพื่อนบ้าน โดยให้รายงานตนเองเกี่ยวกับระดับการเดิน รูปแบบสมการถดถอยนำมาวิเคราะห์ ผลพบว่า ความปลอดภัยจากการจราจร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง การมีสถานที่จอดรถที่ปลอดภัยสัมพันธ์กับด้านสุขภาพจิตและการดูแลตนเอง เสียงการสัญจรบนท้องถนนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับทั้งสองส่วน พื้นที่อาศัยที่มีมากกว่า 8% ของพื้นที่มีสิ่งอำนวยด้านที่จอดรถสาธารณะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนั้นการรับรู้และเป้าหมายของชุมชน สามารถช่วยส่งเสริมศักยภาพภายในกลุ่มผู้สูงอายุเขตชุมชนเมืองใน Latin America

Phillips et al. (2010) เสนองานวิจัยเรื่องสิ่งแวดล้อมกับบุคคล สามารถกำหนดรูปแบบและความผาสุกทางด้านสุขภาพจิตภายในกลุ่มผู้สูงอายุ ณ Hong Kong ความคิดรวบยอดของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ถูกทดสอบในส่วนของสิ่งแวดล้อมด้านที่อยู่อาศัยใน Hong Kong เปรียบเทียบกับ 3 รูปแบบ ได้แก่ ความกลมกลืน ความดั้งเดิม และปรับรูปแบบจาก Massam (2002) มีจุดมุ่งหมายเพื่อทดสอบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความเข้มแข็งกับสิ่งแวดล้อมชีวิตความเป็นอยู่ใน Hong Kong ที่พักอาศัยที่เก่าแก่ในสังคมเมืองแบบดั้งเดิม และเมืองใหม่นำมาเปรียบเทียบกันว่า ได้รับประโยชน์ที่เกี่ยวพันกับสิ่งแวดล้อมอย่างไร มิติสิ่งแวดล้อม 3 รูปแบบ (โครงสร้าง ไม่เป็นทางการและทางการ) ได้ช่วยประเมินความเข้มแข็งของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งวัดตัวแปรโดยรูปแบบถดถอย พิจารณาถึงตัวแปรการศึกษาประชากรและที่ตั้งของสถานที่ชุมชน รูปแบบความกลมกลืนจะถูกนำมาพิจารณามากที่สุด

Schwingel et al. (2009) ค้นพบการทำงานอย่างต่อเนื่องและความสมัครใจกับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ : การศึกษาระยะยาวของผู้สูงอายุในสิงคโปร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของภาระในบั้นปลายชีวิตในด้านการทำงานอย่างต่อเนื่อง หรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยความสมัครใจระหว่างปลดเกษียณที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดี วิธีการศึกษาข้อมูลได้มาจากการศึกษาระยะยาวกับกลุ่มผู้สูงอายุในสิงคโปร์ จำนวน 2,716 คน ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป บนพื้นฐานและมีการติดตามผล จำนวน 1,754 คน เป็นระยะเวลา 2 ปี โดยมีพยาบาลฝึกหัดเป็นผู้สัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ที่ไม่ได้ปลด

เกษียณโดยความสมัครใจ กลุ่มผู้ปลดเกษียณและกลุ่มผู้ที่ยังทำงานอยู่) บนพื้นฐานของสภาวะสุขภาพจิต (มาตรวัดด้านความรู้สึกซึมเศร้ากับความเสื่อถอย มีการทดสอบกับสภาวะสุขภาพจิตในเบื้องต้น ความมีสุขภาพจิตเชิงบวกและความพึงพอใจในชีวิต) งานวิจัยแสดงให้เห็นว่า 88% ของผู้สูงอายุที่เกษียณ (78% กลุ่มผู้ที่ไม่สมัครใจ, 10% สมัครใจ) และ 12% ยังคงทำงานที่มีการจ้างงานอยู่หรือเป็นด้านธุรกิจ บนพื้นฐานการติดตามย้อนหลัง 2 ปี โดยมิได้คำนึงถึงสภาวะของสุขภาพร่างกาย กลุ่มที่เกษียณกับกลุ่มผู้ทำงานอยู่มีคะแนนสภาวะสุขภาพจิต แบบแผนการคิดดีกว่า มีอาการซึมเศร้าน้อยกว่าและมีสุขภาพจิตและความพึงพอใจในชีวิตดีกว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ปลดเกษียณโดยไม่สมัครใจ กล่าวโดยสรุป ผลของการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การทำงานอย่างต่อเนื่องหรือตามความสมัครใจได้หยิบยกโอกาสในด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมให้สุขภาพจิตดีขึ้น

Shiovitz-Ezra et al. (2009) วิจัยเรื่องคุณภาพของชีวิตและตัวชี้วัดสุขภาพจิตในโครงการ National Social Life, Health, and Aging (NSHAP) ได้ศึกษาตัวชี้ของคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิต 7 ด้าน การวัดใช้เกณฑ์ความสุข ความภาคภูมิใจในตนเอง ความซึมเศร้า ความโดดเดี่ยว ซึ่งกำหนดในงานวิจัย ในทางกลับกันจะวัดความวิตกกังวล ความเครียด และการบอกเล่าสุขภาพอารมณ์ตนเอง นำมาปรับใช้กับโครงการนี้ จุดประสงค์ของงานวิจัยเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม เป็นหลักฐานของการวัดที่เหมาะสม ขั้นตอนแรกทดสอบคุณสมบัติการวัดของตัววัดที่ปรับ ส่วนที่สอง การวัดคุณภาพชีวิตได้นำมาทดสอบความตรงของการวัดร่วมกัน สุดท้ายความแตกต่างด้านเพศและกลุ่มอายุได้ถูกนำมาทดสอบในแต่ละตัววัด ตัวชี้วัดความวิตกกังวลแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมั่นภายในและความตรงร่วมกันที่ดี ความคงที่ของงานวิจัยพบว่า โครงสร้างปัจจัยเดี่ยวมีความเหมาะสมกับข้อมูล ความเครียดเป็นที่น่าพึงพอใจในแง่ของความตรงร่วมกัน แต่มีความคงที่ภายในเพียงอย่างเดียว การรายงานเกี่ยวกับสุขภาพอารมณ์แสดงให้เห็นถึงความตรงที่ดี และความตรงภายนอกในระดับปานกลาง สรุปว่าโครงการนี้ชี้ให้เห็นว่ามีแนวโน้มที่จะแสดงความคงที่ภายในที่ดีและความตรงร่วมกัน การวัดต่างๆ เหล่านี้สามารถมีความเชื่อมั่นที่จะถูกนำมาใช้ในการสำรวจคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กัน

Stevens-Ratchford (2008) วิเคราะห์ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ : ความสัมพันธ์ของการสร้างสรรค์ชีวิตเพื่อคุณภาพชีวิต โดยมีจุดประสงค์ของงานวิจัยเพื่อที่จะทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการประกอบอาชีพอย่างต่อเนื่อง การเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จและคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 278 คน จากชุมชน การมีอาชีพเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าต่อสังคมหรือชุมชน ส่วนผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จเป็นประสบการณ์ของการมีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง มีการรู้คิดและสรีระในระดับสูง รวมถึงความมีชีวิตชีวา คุณภาพชีวิตโดยรวมและการประสบความสำเร็จที่มีองค์ประกอบของสภาวะสุขภาพ หน้าที่ของร่างกายและความผาสุกทางด้านจิตสังคมการวัดการมีอาชีพอย่างต่อเนื่อง (LSOM) ถูกวัดคุณค่าและช่วงเวลาของการมีความหมายแห่งอาชีพ การออกแบบมาตรวัดผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (SAP) ใช้ตามแนวคิดของ Likert 4 ส่วน นำมาประเมินการรับรู้สุขภาพ หน้าที่และกิจกรรมการมีส่วนร่วม มาตรวัดคุณภาพชีวิต (QOLS) ใช้ประมาณค่า 7 ส่วน เพื่อวัดการรับรู้ในเรื่องความผาสุกและคุณภาพชีวิต ข้อค้นพบ LSOM, SAP และ QOLS นำมาวิเคราะห์ด้วย Spearman rho ผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางในกลุ่มผู้ที่ประกอบอาชีพอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จและคุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง

LSOM กับ SAP ค่า r=0.41 ความสัมพันธ์ของ LSOM และ QOLS คือ r=0.46 กลุ่มตัวอย่างนี้มีส่วนทำกิจกรรมต่างๆ ที่ทำงานตามความสมัครใจและทำสวน งานวิจัยนี้เสนอแนะว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการมีกิจกรรมและคุณภาพชีวิต

Steverink and Lindenberg (2006) ได้ตั้งคำถามว่า ความต้องการทางสังคมใดที่มีความสำคัญต่อความผาสุกและเกิดอะไรขึ้นกับกลุ่มผู้สูงอายุ จึงได้กำหนดประเด็นการวิจัยด้วยการสืบสวนว่ามีระดับความพึงพอใจ พฤติกรรมและสถานภาพต่างๆ อย่างไร มองในส่วนของความต้องการทางสังคมของมนุษย์ 3 ประการ ความเกี่ยวพันกับอายุ การสูญเสียความเสื่อมร่างกาย และความผาสุกของบุคคล โดยทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 883 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 65-98 ปี ที่แสดงระดับความสัมพันธ์สูงและสภาวะว่า 1) มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำทุกกลุ่มอายุและการสูญเสียกลุ่ม ส่วนพฤติกรรมแสดงว่าอายุเป็นค่าลบและการสูญเสียได้ส่งผลถึง แต่สามารถทำนายการสูญเสียได้ดีกว่า 2) ความต้องการ 3 ประการมีความเกี่ยวพันอย่างแตกต่าง ที่สามารถเป็นตัวชีวัดถึงความผาสุกของบุคคล ได้แก่ ความอบอุ่นและพฤติกรรมมีความเกี่ยวพันอย่างทางบวกต่อความพึงพอใจในชีวิต สภาวะและพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อผลทางลบและทางบวกที่มีต่อผลกระทบทางลบ สรุปได้ว่า ความต้องการของร่างกายมีความยุ่งยากที่จะก่อให้เกิดความพึงพอใจในระดับสูงในด้านการสูญเสียทางสรีระ แต่อย่างไรก็ตามความต้องการทางสังคมมีความสำคัญน้อยกับกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า

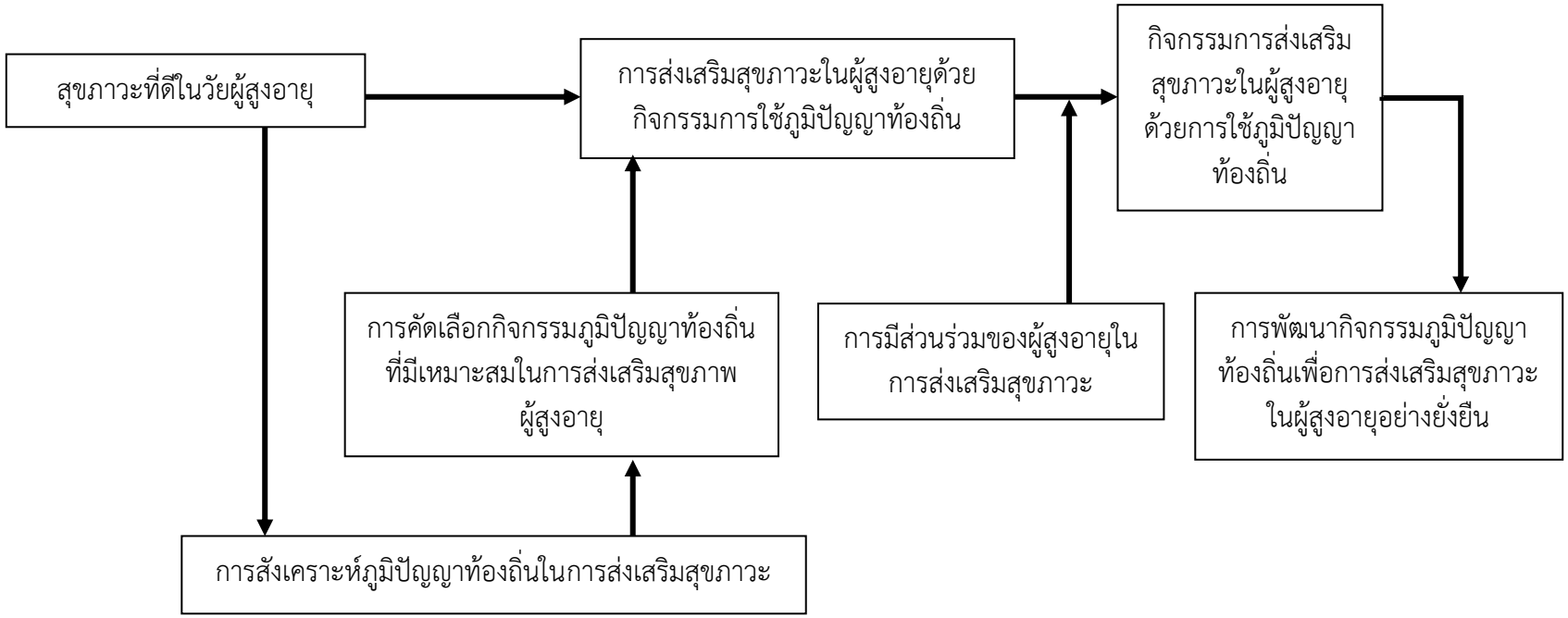
Wang et al. (2008) แสดงผลการศึกษาเครือข่ายทางสังคมและคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุชาวจีนที่มีความเสื่อมในเรื่องของการมองเห็น ได้ทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าเครือข่ายทางสังคม ภาวะสุขภาพการมองเห็นมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุในเมืองที่มีปัญหาในเรื่องการมองเห็น จำนวน 167 คน (N=167) ได้ถูกสัมภาษณ์ด้วยการใช้แบบสอบถามที่มีโครสร้างให้ผู้สูงอายุรายงานถึงการมองเห็น สุขภาพโดยทั่วไป เครือข่ายทางสังคม และสุขภาพการมองเห็นที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต การวัดการมองเห็นได้รับการตรวจวัดโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านสายตาในแง่ของความชัดเจนของสายตายาว ข้อค้นพบสะท้อนว่า อายุมีความเกี่ยวข้องกับการสูญเสียการมองเห็นอย่างมีนัยสำคัญ ที่สัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์สมการถดถอย แสดงให้เห็นว่าเครือข่ายทางสังคมมีความเกี่ยวข้องน้อยกับคุณภาพชีวิตในการมองเห็นและสามารถทำนายว่ามีนัยสำคัญหลังจากที่ควบคุมตัวแปรอื่นๆ ที่เครือข่ายมิตรภาพสามารถทำนายถึงความมีนัยสำคัญ รวมถึงเครือข่ายครอบครัว งานวิจัยอื่นได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของเครือข่ายครอบครัว ในขณะที่การศึกษานี้ค้นพบว่าเครือข่ายมิตรภาพมีความสัมพันธ์มากกับคุณภาพชีวิตในการมองเห็นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการมองเห็น งานวิจัยนี้จึงมีความจำเป็นต้องขยายการศึกษาในส่วนของระบบครอบครัวต่อไป

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องนี้จะนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดเพื่อนำไปใช้เพื่อการศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สัมพันธ์เกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อจะนำมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาวะต่อไป

6. กรอบแนวความคิดของแผนงานวิจัย

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรสูงอายุประมาณ 5.6 ล้านคนหรือร้อยละ 9.3 ของประชากรทั้งหมดและคาดการณ์ว่าประชากรสูงอายุจะเพิ่มเร็วขึ้นในทศวรรษหน้าโดยในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้สูงอายุประมาณ 10 ล้านคนหรือร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศรวมทั้งผู้สูงอายุในกลุ่ม 75 ปีขึ้นไป ก็มีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากอายุคาดเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้น ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จะเน้นการศึกษาในประเด็นของการส่งเสริมสุขภาวะซึ่งเป็นกระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพของตนเอง เป็นผลให้มีสุขภาพดีขึ้นทั้งกายและจิตใจ เพื่อนำไปสู่การป้องกันการเสื่อมถอยของร่างกายจากกระบวนการสูงอายุและความพิการ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพที่จะสามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมก่อให้เกิดประโยชน์ทางร่างกายคือ ทำให้ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและใจดีขึ้น การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งทฤษฎีกิจกรรมยืนยันว่าผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้ จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองดี (Decker, 1980) มีผู้ศึกษาและเสนอแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ไว้หลายรูปแบบเพื่อมุ่งให้บุคคลมีการส่งเสริมสุขภาพที่ดี เช่น แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่งได้เสนอแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพที่ผสมผสานมุมมองทางศาสตร์การพยาบาล และพฤติกรรมศาสตร์เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษากระบวนการทางชีวจิตสังคมที่เกี่ยวข้อง และกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย ลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Individual Characteristic and Experiences) ซึ่งเป็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคลที่มีผลต่อการกระทำในเวลาต่อมา ความรู้และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม และการเกิดพฤติกรรม (Behavioral Outcome) มีผู้สนใจนำแนวคิดดังกล่าวไปศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า การเกิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพยังไม่บรรลุผลสำเร็จเท่าที่ควร ถึงแม้ว่าปัจจุบันองค์กรภาครัฐให้ความสำคัญและสนใจการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุมี ทัศนคติในทางลบต่อการมีอายุมากขึ้น โดยมักมองว่าเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นภาระของบุคคลอื่นและสังคม สิ้นหวังท้อแท้ในชีวิต จึงทำให้ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการที่ผู้สูงอายุจะกระทำพฤติกรรมเพื่อมุ่งหวังให้เกิดสุขภาพที่ดีแก่ตนเอง

การนำแนวคิดภูมิปัญญาท้องถิ่น (Wisdom) มาใช้เพื่อการสร้างพลังอำนาจเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ การที่จะพัฒนาให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่เป็นไปด้วยความเต็มใจและยั่งยืนจำเป็นต้องใช้ความเข้าใจในเรื่องพฤติกรรมความต้องการ และภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อการสร้างพลังของบุคคลนั้นๆ ให้สามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่กำหนดสุขภาพได้ และการสร้างพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่จะทำให้เกิดความสามารถในการจัดการและดำเนินการ เพื่อปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จ (Bandura, 1997) ซึ่งรวมถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ส่งผลดีต่อสุขภาพโดยตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ



ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดการพัฒนารูปแบบภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะในผู้สูงอายุ

บทที่ 3
ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะในผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ การศึกษาสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ ศึกษาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะในผู้สูงอายุ ศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นประเภทองค์ความรู้ของกลุ่มบุคคลท้องถิ่น เช่น อาหารและเครื่องดื่ม หรือผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ รวมถึงกิจกรรมต่างๆ เพื่อนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาวะในกลุ่มผู้สูงอายุและนำกิจกรรมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาในการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุ การพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาวะ สำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดภาคเหนือตอนบน โดยการสังเคราะห์กิจกรรมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ และจัดทำรูปแบบกิจกรรมภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะที่ยั่งยืนในผู้สูงอายุ

ลักษณะประชากร

1. ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้กำหนดผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เหมาะสมซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งในการศึกษาครั้ง นี้ได้กำหนดให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็น ผู้สูงอายุ จำนวน 80 คน ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษาจะเป็นผู้ที่อยู่ในกลุ่มตัวแทนผู้สูงอายุของ 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ซึ่งจะเป็นผู้ให้ความรู้ ข้อคิดเห็นและอื่นๆ ในเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ

ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญโดยเริ่มต้นจากคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะดีของท้องถิ่นในเขต 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน (เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง พะเยา) รวมทั้งหมดจำนวน 60 ราย และผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะไม่ดี จำนวน 20 คน เพื่อศึกษาสุขภาวะที่ดี โดยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธี “การเลือกแบบเจาะจง” ตามคุณสมบัติที่กำหนดตามเกณฑ์ ทำการเลือกอย่างเหมาะสม โดยสอบถามจากบุคคลสำคัญในชุมชนที่รู้จัก คุ้นเคยกับผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้นำชุมชน ประธานชมรมผู้สูงอายุ อ.ส.ม. เพื่อคัดเลือกให้ได้ตรงตามเกณฑ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติในการคัดเลือกดังนี้

ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติในการคัดเลือกดังนี้

1. มีอายุยืนยาวโดยมีอายุมากกว่าอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดปีปัจจุบัน ในเพศชาย 68 ปีขึ้นไป และเพศหญิง 75 ปีขึ้นไป (ชื่นฤทัยและคณะ, 2550: 89)

2. ได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภา วะดีหรือสุขภาวะไม่ดี จากบุคคลสำคัญในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ เช่น ประธานชุมชน ประธานชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น รวมทั้งการยอมรับจากตัวผู้สูงอายุเอง

3. เต็มใจและยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย สามารถสื่อสารพูดจาโต้ตอบภาษาไทยดีและมีการรับรู้ที่ดี

2. กลุ่มผู้สูงอายุ นักวิชาการ ผู้นำชุมชน และกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป จำนวน 150 คน ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มอย่างง่าย(Simple Random Sampling) โดยวิธีหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling Method) จากชมรมผู้สูงอายุของ 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ซึ่งจะเป็นตัวแทนผู้ให้ความรู้ ข้อคิดเห็นและอื่น ๆ ในการส่งเสริมสุขภาวะโ ดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และ เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยการมีส่วนร่วมที่เหมาะสมเพื่อนำไปใช้กับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุตามตารางดังนี้

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง

จังหวัด	จำนวนตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
เชียงใหม่	208	40
เชียงราย	46	30
ลำพูน	118	30
ลำปาง	140	30
แม่ฮ่องสอน	18	10
พะเยา	13	10

3 . ผู้ให้ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ บุคคลสำคัญในพื้นที่ เช่น ผู้นำชุมชน ประธานชุมชน ประธานชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและสัมผัสกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมาโดยตลอด ซึ่งจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญเพิ่มเติม

สถานที่ดำเนินการศึกษา

6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน (เชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง พะเยา)

ขอบเขตของการวิจัย

การดำเนินโครงการศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบ ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะในผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาวิธีการส่งเสริมสุขภาวะในกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นการดำเนินการ ส่งเสริมสุขภาวะโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งได้กำหนดขอบเขตการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

1. ขอบเขตของเนื้อหาในการวิจัยกำหนดขอบเขตวิจัยเพื่อศึกษา ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ และเพื่อศึกษา สุขภาวะใน ผู้สูงอายุ ในด้านที่เกี่ยวข้องกับปัจจัย 1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ/การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง 2) การออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3) โภชนาการที่เหมาะสม 4) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและสังคม /การสนับสนุนระหว่างบุคคล 5) การมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ/การจัดการความเครียด และ 6) การพัฒนาจิตวิญญาณ และการมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยครอบคลุมในด้านการมีส่วนร่วม ด้านการบริหาร และด้านศักยภาพและปัญหา โดยนำ ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการจัดกิจกรรมที่ ส่งเสริมสุขภาพ ที่ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่เหมาะสม และนำไปใช้กับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาวะในผู้สูงอายุ

2. ขอบเขตเวลา การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีระยะเวลาในการศึกษาและดำเนินงานวิจัย โดยใช้เวลาประมาณ 12 เดือน

4. ขอบเขตวิธีการศึกษาวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงประยุกต์ (applied research) ประกอบด้วยการใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) เพื่อให้ได้ทราบหรือมีความเข้าใจเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะดีในกลุ่มผู้สูงอายุ ว่าควรเป็นอย่างไร และควรมี กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมในกลุ่มผู้สูงอายุ อย่างไรบ้าง ซึ่งจะทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงประยุกต์ (applied research) ด้วยการใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) เพื่อให้ได้ทราบหรือมีความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาวะของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ ว่าเป็นอย่างไร เพื่อให้ได้ทราบหรือมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาวะที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไร และผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพอย่างไรบ้าง รวมทั้งมีอะไรบ้างที่เป็นปัจจัยหรือเงื่อนไขที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการดูแลปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นในการนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาวะ อันจะนำไปใช้สร้างรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสม เพื่อการจัดการส่งเสริมสุขภาวะโ ดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยตลอดกระบวนการทำงานจะเปิดโอกาสให้สมาชิกผู้สูงอายุร่วมกันคิด ร่วมกันวางแผน ร่วมกันปฏิบัติ และร่วมกันประเมินผลทุกกิจกรรม ซึ่งจะทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาวะโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นแบบยั่งยืน ในขณะที่จะได้แนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่จะดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาบริบทสุขภาวะของผู้สูงอายุ และการศึกษาปัจจัยเชิงจิตวิทยาทางสังคมและวัฒนธรรม
2. ศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการเสริมสร้างสุขภาวะในกลุ่มผู้สูงอายุ
3. การสังเคราะห์องค์ความรู้ในภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการเสริมสร้างสุขภาวะ
4. คัดเลือกและจัด ทำกิจกรรมภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมเพื่อ การส่งเสริมสุขภาวะในกลุ่มผู้สูงอายุ
5. กระบวนการกำหนดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในผู้สูงอายุ
6. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในผู้สูงอายุที่เหมาะสม
7. การสร้างและพัฒนาเครือข่ายผู้สูงอายุ
8. การจัดทำรายงานการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเรื่อง การส่งเสริมสุขภาวะใน ผู้สูงอายุ เพื่อให้การรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่ได้ถูกต้องเหมาะสม มีความครบถ้วน สมบูรณ์ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือดังนี้

1. แบบสำรวจลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ เช่น อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพ รายได้ อาชีพ โรคประจำตัว เป็นต้น

2. แบบสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการเกี่ยวกับสุขภาวะที่ดี ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการให้ความหมายของสุขภาพครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและการดูแลตนเองเพื่อค้นหาภูมิปัญญาท้องถิ่นจากผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการถามแบบตะล่อมกล่อมเกลา (Probe) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม ข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิด มีแนวคำถามกว้างๆ ดังนี้

- การมีสุขภาวะดีตามความหมายของท่านหมายถึงอะไร
- ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดบ้างหรือสิ่งใดบ้างที่มีผลต่อการมีสุขภาวะที่ดี
- ท่านมีวิธีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างไรในอดีตที่ทำให้ท่านมีสุขภาพดี
- ประเพณีท้องถิ่นหรือความเชื่อต่างๆ มีความสำคัญต่อการปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพดีอย่างไรบ้าง
- ท่านมีการดูแลตนเองอย่างไร ในเรื่องการป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย พิการ
- ท่านทำอย่างไรให้มีสุขภาพจิตที่ดี
- ท่านคิดว่าปัจจุบันนี้สุขภาพเป็นอย่างไรเพราะอะไรจึงคิดเช่นนั้น
- ท่านมีการดูแลตนเอง/ปฏิบัติตัว ในอดีตอย่างไรในด้านอาหาร/โภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลความเครียด ด้านการเจ็บป่วย ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว/สังคม
- สุขภาพดีในวัยสูงอายุมีลักษณะเป็นอย่างไร
- สุขภาพดีในวัยสูงอายุมีความสำคัญอย่างไร
- เมื่อพูดถึงผู้สูงอายุสุขภาพดีท่านนึกถึงอะไร
- ท่านทำอย่างไรจึงจะทำให้ท่านมีสุขภาพดี
- ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดบ้าง หรือสิ่งใดบ้าง ที่มีผลต่อการมีสุขภาวะที่ดี
- ท่านมีวิธีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างไรในอดีตที่ทำให้ท่านมีสุขภาพดี
- ประเพณีท้องถิ่นหรือความเชื่อต่างๆ มีความสำคัญต่อการปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพดีอย่างไรบ้าง
- ท่านมีวิธีการเผชิญหรือปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสังคม/ครอบครัวอย่างไรบ้าง
- ท่านมีการดูแลตนเองอย่างไร ในเรื่องการป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย พิการ
- ท่านทำอย่างไรให้มีสุขภาพจิตที่ดี
- ท่านคิดว่าปัจจุบันนี้สุขภาพเป็นอย่างไรเพราะอะไรจึงคิดเช่นนั้น
- ท่านมีการดูแลตนเอง/ปฏิบัติตัว ในอดีตอย่างไรในด้านอาหาร/โภชนาการ

- ท่านมีการดูแลตนเอง/ปฏิบัติตัว ในอดีตอย่างไรในด้านการออกกำลังกาย
- ท่านมีการดูแลตนเอง/ปฏิบัติตัว ในอดีตอย่างไรในด้านการดูแลความเครียด
- ท่านมีการดูแลตนเอง/ปฏิบัติตัว ในอดีตอย่างไรในด้านการเจ็บป่วย
- ท่านมีการดูแลตนเอง/ปฏิบัติตัว ในอดีตอย่างไรในด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว
- ทำไมท่านจึงเจ็บป่วย/ท่านมีการดูแลตนเองอย่างไรในปัจจุบัน
- ทำอย่างไรจึงจะมีความสำเร็จในชีวิตผู้สูงอายุ

3. แบบสัมภาษณ์เจาะลึก เมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลจากการสังเกตและสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ แล้วนำมาตั้งคำถามแบบเจาะลึกในเรื่องเกี่ยวกับประสบการณ์ของการดำชีวิตเนินชีวิตที่ทำให้อายุยืนยาว และมีสุขภาพดี ตามแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพครอบคลุมทั้ง 6 ด้าน คือความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลรอบข้าง การจัดการความเครียด การพัฒนาทางจิตวิญญาณ โดยการถามย้อนหลังเพื่อพรรณนา (Retrospective Descriptive) ประสบการณ์ที่เกี่ยวกับสุขภาพในช่วงชีวิตตั้งแต่อายุ 60 ปี เป็นต้นมา

4. การบันทึกภาคสนาม ผู้วิจัยใช้การบันทึกภาคสนาม ประกอบด้วยการบันทึกกิจวัตรประจำวัน และการบันทึกการสนทนาระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลสำคัญ บันทึกสิ่งที่สังเกตได้ ดังนั้นการบันทึก ภาคสนามจึงมีเนื้อหาสาระมากกว่าการสนทนา ประกอบด้วยการสะท้อนความรู้สึก ข้อคิดเห็นของผู้วิจัย มีการสรุปประเด็นหลักและความสัมพันธ์ต่าง ๆของข้อมูล สถานการณ์ข้อคิดเห็นจากข้อมูลที่รวบรวมโดย ครอบคลุมและทำการบันทึกรายละเอียดอย่างครบถ้วน

5. เทปบันทึกเสียง

6. กล้องถ่ายรูป

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

การตรวจสอบข้อมูลว่าข้อมูลที่ได้รวบรวมนั้นครบถ้วนสมบูรณ์ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของ การวิจัยครั้งนี้เพียงใดและสามารถตอบปัญหาการวิจัยได้ชัดเจนหรือไม่ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของ ข้อมูล การรวบรวมข้อมูลและวิธีการ ซึ่งผู้วิจัยอาศัยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) (Denzin, 1970 อ้างถึงใน สุภางค์ จันทวานิช, 2531: 31) ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยมี รายละเอียดดังนี้

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) ผู้วิจัยทำการพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัย ได้มานั้นถูกต้องเป็นจริงหรือไม่ เป็นวิธีการยืนยันข้อมูลจากหลายแหล่งที่จะพิจารณาได้แก่ แหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้คำถามการสัมภาษณ์ที่คล้ายคลึงกัน ถามผู้สูงอายุที่ ให้ข้อมูลหลักในโอกาส เวลา และสถานที่ที่แตกต่างกัน

2. การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) เป็นการ ตรวจสอบข้อมูลโดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ กันหลายวิธีเพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน ซึ่ง ผู้วิจัยใช้วิธีการสังเกตควบคู่กับการซักถามสัมภาษณ์ และพร้อมกันนั้นทำการศึกษาข้อมูลจากแหล่ง

เอกสารประกอบด้วย ขณะเดียวกันได้หาข้อมูลจากแหล่งอื่นเช่นผู้ให้ข้อมูลที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรทางสุขภาพ อ.ส.ม. ตลอดจนการศึกษาเปรียบเทียบกับบันทึกประจำวันที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางรายเริ่มให้ข้อมูลของตนไว้อย่างต่อเนื่องจึงน่าจะมีความเชื่อถือได้

การวิจัยเชิงคุณภาพ ให้ความสำคัญการได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมและตรงกับความเป็นจริงทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงดัชนีชี้วัดเชิงคุณภาพ ตลอดเวลาที่ทำการศึกษา ซึ่งดัชนีชี้วัดได้แก่

ความน่าเชื่อถือ (credibility) หมายถึง ความจริงและความน่าเชื่อถือของสิ่งที่ได้จากการศึกษาจากแหล่งข้อมูลโดยตรง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะที่ดีในบริบทของสิ่งแวดล้อมที่ทำการศึกษา

การยืนยันผลการศึกษา (confirmability) หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสังเกตจากผู้สูงอายุตาม สถานการณ์ ซึ่งผู้สูงอายุและผู้ให้ข้อมูลทั่วไปเป็นผู้ตรวจสอบและยืนยันข้อมูลเหล่านั้น

การให้ความหมายตามบริบท (meaning–in–context) หมายถึง ข้อมูลที่ได้ทำความเข้าใจกับประเด็นที่อ้างอิง หรือให้ความหมาย ในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้สูงอายุปฏิบัติ โดยเน้นความสำคัญของการให้ความหมายและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการกระทำ สัญลักษณ์ เหตุการณ์ การสื่อสาร และกิจกรรมของมนุษย์ ภายใต้บริบทและสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม

รูปแบบที่เกิดซ้ำ (recurrent patterning) หมายถึง การเกิดซ้ำของประสบการณ์หรือวิถีชีวิตการแสดงออก เหตุการณ์หรือการกระทำของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นถึงผลที่ติดตามมาจากรูปแบบของพฤติกรรม

การอิ่มตัว (saturation) หมายถึง การที่ผู้วิจัยได้หมดสิ้นสิ่งที่ต้องค้นหาในเรื่องพฤติกรรมการปฏิบัติด้านต่าง เพื่อการมีสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ การไม่มีข้อมูลใหม่ ที่จะได้รับจากผู้ให้ข้อมูลหรือสถานการณ์ที่ศึกษา ด้านการอิ่มตัวของข้อมูล (saturation) หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความชัดเจน และไม่มีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญอีกแล้ว ไม่ว่าจะใช้เวลาในการเก็บรวบรวมเพิ่มขึ้นหรือเปลี่ยนวิธีการเก็บรวบรวมไปเป็นแบบอื่นๆ ซึ่งในประเด็นดังกล่าวนี้ พบว่าการดำเนินการของผู้วิจัยนั้นมีข้อมูลที่อิ่มตัวแล้วก่อนที่จะนำมาวิเคราะห์ และสรุปผล จึงสรุปว่ามีความน่าเชื่อถือได้ในความอิ่มตัวของข้อมูล

การอ้างอิงผลการวิจัย (transferability) หมายถึง ผลที่ได้จากการวิจัยสามารถอ้างอิงไปยังสถานการณ์และบริบทหรือวัฒนธรรมอื่นที่มีความคล้ายคลึงกัน

การรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล จากแบบสำรวจลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองหรือผู้วิจัยอ่านคำถามให้ฟังและการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นจริงและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญตามคุณสมบัติที่กำหนด เพื่อสัมภาษณ์เจาะลึกแบบไม่เป็นทางการตามแนวคำถามกว้างๆ เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญแต่ละครั้งเพื่อให้ได้ภาพรวมทั้งหมดและข้อมูลที่เป็นจริง และ

วิเคราะห์ไปพร้อม ๆ กัน ถ้ามีข้อมูลใดยังไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจะเข้าไปเก็บข้อมูลในส่วนนั้นเพิ่มเติม จึงได้แบ่งระยะการรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ระยะเข้าสู่สนามเพื่อการสร้างสัมพันธภาพ (Building Rapport) การเข้าสู่สนามเป็นขั้นแรกของผู้วิจัยโดยก่อนที่จะเริ่มลงมือศึกษา ผู้วิจัยต้องเข้าไปสำรวจพื้นที่ก่อนให้ชัดเจนทำตนเองให้คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม สถานที่ สถานการณ์ที่จะศึกษาเพื่อเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญในชุมชน พร้อมทั้งสังเกตสิ่งแวดล้อมทั่วๆ ไป มิติความเป็นอยู่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยอาจเข้าร่วมพิธีกรรมต่างๆ ในชุมชนและสังเกตขั้นตอนพิธีกรรม เช่น การทำบุญ พิธีกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำกันเป็นประจำที่มีความสัมพันธ์กับความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ และความเชื่อของการปฏิบัติที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงคุ้นเคยกับคนในชุมชนและผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยไม่ถูกมองว่าเป็นคนแปลกหน้า สังเกตและบันทึกกิจกรรมพื้นฐานในชีวิตประจำวันของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ การปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ เช่น เรื่องการรับประทานอาหารแต่ละมื้อใน 1 วัน การทำงานบ้าน การออกกำลังกาย การพักผ่อน การช่วยเหลือด้านต่างๆ การแสดงออกถึงความห่วงใย เอาใจใส่ ให้ความอบอุ่นใจเป็นกำลังใจของสมาชิกในครอบครัว การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลรอบข้างของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นต้น

หลังจากผู้วิจัยเข้าไปในชุมชนได้มีการสร้างสัมพันธภาพจนเกิดความไว้วางใจเพื่อการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมการรวมกลุ่ม การประกอบกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมวิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญระบุว่าเป็นการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

2. ระยะการเก็บรวบรวมข้อมูล (Collecting Data) เนื่องจากผู้วิจัยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลหลายวิธีการตามสถานการณ์ที่เหมาะสมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participatory Observation) การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal Interview) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการบันทึกข้อมูลภาคสนาม (Field Note) ดังนี้

2.1 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participatory Observation) เป็นการที่ผู้วิจัยไปอยู่ร่วมกับกลุ่มผู้ที่ให้ข้อมูลสำคัญ มีการทำกิจกรรมด้วยกัน และพยายามทำให้ผู้ที่ถูกสังเกตยอมรับว่าผู้วิจัยมีสถานภาพและบทบาทเดียวกัน โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอน การสังเกต การซักถาม การจดบันทึก ในการเข้าไปมีส่วนร่วมนี้ผู้วิจัยเข้าไปในชุมชน เพื่อการสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยการเข้าไปคลุกคลีกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ สัปดาห์ละ 2-3 วัน ข้อดีของการสังเกตแบบมีส่วนร่วมคือจะได้ข้อมูลที่แท้จริงเนื่องจากผู้ที่ถูกศึกษาไม่ทราบว่าตนถูกสังเกต พฤติกรรมที่แสดงออกมาจะเป็นไปตามธรรมชาติ แต่มีข้อด้อยคือก่อให้เกิดความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ถูกวิจัยอาจเป็นเหตุให้เกิดมีอคติเข้าข้างกลุ่มที่ตนศึกษาอยู่ข้อมูลที่ได้อาจจะขาดความเที่ยงตรง

2.2 การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (Informal Interview) ผู้วิจัยจึงใช้แนวคำถามเชิงคุณภาพทำการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการและการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แนวคำถามการวิจัยถูกนำมาจัดเป็นกลุ่มข้อคำถามเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ การรับรู้ ทัศนคติ

และสิ่งต่างๆ เกี่ยวกับประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญโดยตรงที่บ้าน การนัดหมายในการไปเยี่ยมในสถานที่ที่มีกิจกรรมในชุมชน เช่น วัด ศาลาชุมชน บ้านที่จัดพิธีงานบุญต่างๆ งานสวดอภิธรรม และทำการตรวจสอบข้อมูลโดยการถามซ้ำ หรือขยายความในบางประเด็นที่ยังไม่เข้าใจ หรือยังไม่ชัดเจนร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลสำคัญขณะสัมภาษณ์ ว่าสอดคล้องกับการตอบคำถามมากน้อยเพียงใด ในครั้งแรกของการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์โดยเริ่มจากคำถามกว้างๆ ทั่วไปก่อน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญตอบให้ได้ประเด็นคำตอบที่เป็นประสบการณ์ตามความเข้าใจในการดูแลตนเอง ในการสัมภาษณ์จะทำการบันทึกเทปทุกครั้ง โดยขออนุญาตด้วยวาจาจากผู้ให้สัมภาษณ์ตั้งแต่ครั้งแรกของการสัมภาษณ์ โดยมีเหตุผลว่าไม่สามารถจดจำข้อมูลทั้งหมดได้ และให้สัญญาว่าข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะได้รับการปกปิดเป็นความลับเพื่อใช้ในการศึกษานี้เท่านั้น ผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลในแต่ละระยะของการวิจัย หลังจากนั้นจึงตามด้วยคำถามที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับการให้ความหมายของสิ่งต่างๆ มาจากประสบการณ์และเป็นพื้นฐานสำหรับการปฏิบัติ นั่นคือได้ผ่านการวิเคราะห์การรับรู้ของตัวเขาเองแล้ว สื่อผ่านความรู้จากมุมมองของคนใน (Emic) มาสู่คนนอก (Etic) วิเคราะห์ระบบแนวคิดความหมายตามบริบทแง่มุมของประสบการณ์ของผู้ที่จะศึกษาสามารถทำได้โดยสื่อธรรมชาติการกระทำบทบาทของผู้วิจัยที่จะเจาะเข้าไปในกระบวนการรับรู้ของผู้สูงอายุ การสัมภาษณ์เป็นวิธีการที่จะให้ได้มาซึ่งความรู้ของคนในหรือเป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัย ซึ่งต้องคุ้นเคยใกล้ชิดสนิทสนมกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลสำคัญกับผู้วิจัย ในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญหน้ากัน การสัมภาษณ์จึงเป็นการกระทำทางสังคม ที่ผู้ทำการสัมภาษณ์ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ให้สัมภาษณ์เป็นอย่างดีจึงจะสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างแท้จริง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ไม่สร้างความอึดอัดใจ ไม่รวบรัดในคำถามที่เจาะลึก แนวคำถามไม่ได้เป็นโครงสร้างตายตัว ที่ผู้วิจัยสร้างและดัดแปลงในขณะที่สัมภาษณ์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และยังสามารถยืดหยุ่นคำถามได้โดยไม่มีข้อจำกัดเพื่อหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องทำให้ได้ข้อมูลที่ละเอียด ลึกซึ้งผู้วิจัยใช้เทคนิคตะล่อมกล่อมเกลา (Probe) ซึ่งเป็นการซักถามที่ล้วงเอาส่วนลึกของความคิดออกมา เป็นเทคนิคการสัมภาษณ์ชนิดที่ล้วงเอาความจริงจากผู้ถูกสัมภาษณ์ให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2543: 81) ปล่อยให้การสนทนาซักถามดำเนินไปอย่างธรรมชาติพร้อมๆ กับการสังเกตกิริยาท่าทางผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้วิจัยอาจต้องเปิดเผยบางแง่มุมเกี่ยวกับทัศนะส่วนตัวของผู้วิจัย ในขณะเดียวกันต้องระมัดระวังกิริยาท่าทาง แสดงออกโดยการใช้คำพูดที่เป็นที่ยอมรับ ให้เกียรติและมีความจริงใจอย่างเสมอต้นเสมอปลาย เพื่อนำไปสู่การแลกเปลี่ยนสนทนาและสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นเพื่อการเล่าเรื่องราวในการดำเนินชีวิตโดยละเอียดและเปิดเผยต่อไปในด้านที่เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดำเนินชีวิตหรือการปรับตัวเมื่อมีเหตุการณ์ที่รุนแรงและกระทบกระเทือนจิตใจที่ผ่านมาในชีวิต เช่น การจากไปของคู่ชีวิต การจากไปของบุตรหลานอย่างกะทันหัน การประสบกับเหตุที่ไม่คาดคิดที่มีผลกระทบกระเทือนต่อจิตใจ ความเป็นอยู่ตามปกติและผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญโดยใช้แนวคำถามเชิงคุณภาพ แนวคำถามถูกพัฒนามาจากคำถามในการวิจัยว่า วิธีการดำเนินชีวิต

ของผู้สูงอายุเพื่อการมีสุขภาวะเป็นอย่างไร ซึ่งคำถามในการวิจัยได้นำมาจัดเป็นกลุ่มข้อคำถามในการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้คำตอบที่คาดหวังว่าจะตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ครบถ้วน

2.3 การบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยทำการบันทึกข้อมูลจากการสังเกต และการสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการโดยบันทึกตามประเด็นที่กำหนดไว้ เพื่อความสะดวกในการจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งเครื่องบันทึกเสียงที่ใช้บันทึก ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลครบถ้วนไม่ขาดหาย การถ่ายภาพเป็นการบันทึกภาพและกิจกรรมบุคคล สถานที่และเหตุการณ์ต่างๆ ในชุมชน

3. ระยะการสะท้อนกลับสิ่งที่ได้จากการศึกษากับผู้สูงอายุ (Reflection and Reconfirmation) เพื่อนำสิ่งที่ได้จากการศึกษาทั้งหมดไปตรวจสอบกลับและยืนยันผลกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อเกิดความแม่นยำ ชัดเจนยิ่งขึ้นกับข้อมูลที่ได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การทำดัชนีข้อมูล (Indexing) เพื่อเป็นการจัดหมวดหมู่ข้อมูลให้ผู้วิจัยสามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์เชื่อมโยงเปรียบเทียบข้อมูลได้สะดวกตามความต้องการ

2. การทำข้อสรุปชั่วคราวและการกำจัดข้อมูล (Mamboing and Data Reduction) หลังจากทำดัชนีข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยทำการเชื่อมโยงดัชนีข้อมูลเข้าด้วยกันแล้วเขียนออกมาเป็นประโยคข้อความเชิงแนวคิดเกี่ยวกับลักษณะของดัชนีข้อมูลเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ศึกษานั้น หลังจากเก็บข้อมูลภาคสนามจบลงควรทำข้อสรุปชั่วคราวเมื่อทำดัชนีเสร็จแล้ว เพราะข้อมูลยังไม่มากเกินไป แต่ก็อิ่มตัวในระดับหนึ่งแล้ว เมื่อผู้วิจัยเก็บข้อมูลขยายออกไปก็ต้องจัดทำดัชนีเพิ่มขึ้นการสรุปข้อมูลชั่วคราวจะกว้างขึ้น แล้วทำเชื่อมโยงดัชนีหลาย ๆ ตัวเข้าด้วยกันจะทำให้ประโยคมีความครอบคลุมและมีระดับความเป็นนามธรรมเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และจะทำให้ผู้วิจัยทราบว่าข้อมูลใดที่ต้องการและข้อมูลใดที่ไม่ต้องการข้อมูลใดที่ต้องเก็บเพิ่มเติม ซึ่งเป็นการกำจัดข้อมูลที่ไม่ต้องการออกไปได้และส่งผลให้การจดบันทึกข้อมูลภาคสนามมีเป้าหมายชัดเจนมากขึ้น

3. การสร้างบทสรุปและพิสูจน์บทสรุป (Drawing and Verifying Conclusion) คือการนำข้อสรุปย่อยๆ ที่ทำไว้มาประมวลหรือปะติดปะต่อเข้าด้วยกันให้เป็นคำอธิบายที่ได้เรื่องราว และเข้าใจได้เมื่อเขียนเป็นข้อความขึ้นก็จะเป็นข้อค้นพบและข้อสรุปของการวิจัย ส่วนการพิสูจน์บทสรุปจะเป็นการโยงข้อสรุปเชิงนามธรรมกลับไปอยู่รูปธรรมในเหตุการณ์ใหม่อีกครั้งเพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ทำไว้นั้นเหมาะสมที่สุดแล้ว

4. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล คือวิธีการที่ผู้วิจัยจะนำไปใช้ในขั้นตอนต่างๆของการวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นที่กล่าวมาได้แก่

4.1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบ (Comparison Analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลโดยครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ประสบการณ์ของการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในการวิเคราะห์เรื่องราวของข้อความที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีการถ่ายทอดออกมา แล้วทำการจดบันทึกไว้เรียบร้อย

แล้วแล้วนำมาลงรหัส (Coding) ข้อมูลแบบคำต่อคำ จัดหมวดหมู่จำแนกประเภทของข้อมูล และสามารถสร้างขึ้นมาจากบริบทสภาวะแวดล้อมของแต่ละบุคคล แล้วนำมาเปรียบเทียบความเหมือน ความแตกต่างและแบบแผนแต่ละพฤติกรรมที่ปฏิบัตินั้น เพื่อค้นหามิติใหม่หรือทำความเข้าใจใหม่ให้ถ่องแท้โดยทำการจัดระบบความสัมพันธ์ของข้อมูลคิดกลับไปกลับมาระหว่างเหตุการณ์ก่อนหลัง จนได้ภาพรวมของความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เป็นลักษณะร่วมและแตกต่างของข้อมูล

4.2 การวิเคราะห์เรื่องราว (Narrative Analysis) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่คำนึงถึงลำดับเวลาของเหตุการณ์ที่แตกต่างกัน โครงสร้างของเรื่อง การเล่าเรื่องที่ไม่ต่อเนื่อง และความต่อเนื่องของการเล่าเรื่อง ซึ่งวิธีการวิเคราะห์เรื่องราวขึ้นอยู่กับความเพียงพอของข้อความที่ถ่ายทอดออกมาจากเหตุการณ์ที่ได้ประเมินแล้วว่ามีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด และยังเป็นข้อมูลที่สร้างขึ้นมาจากบริบทสภาวะแวดล้อมของผู้สูงอายุแต่ละคน แล้วนำมาเปรียบเทียบความเหมือนความแตกต่างและแบบแผนตามแก่นเรื่อง การเล่าเรื่องราวการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วยเค้าโครงหลักของเรื่องและบริบทของการกระทำที่เกิดขึ้น คุณลักษณะต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องตลอดจนการประเมินเหตุการณ์เรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลหลักบอกกล่าว เล่าถึงเหตุการณ์นั้นๆ ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุจะแสดงด้วยเส้นเวลาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา ซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับการจัดวางเหตุการณ์ต่างๆ และกระบวนการที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกล่าวถึงในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งตามลำดับเวลาของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และนำมาช่วยในการค้นหาคำตอบในบริบทสภาวะแวดล้อมอื่นๆ ดังนั้นในการสัมภาษณ์ทุกครั้งจะได้รับการทบทวนเพื่อชี้ให้เห็นถึงเนื้อหา การเล่าเรื่องราวจึงเป็นเรื่องที่มีการเริ่มต้น การดำเนินเรื่อง และการจบเรื่องมีคำอธิบายที่แสดงถึงความเชื่อ ค่านิยม ความคิดหรือการให้ความหมายเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เฉพาะ หรือการแยกเรื่องใหม่อื่นๆ แสดงให้รู้ได้จากการที่หัวข้อการเล่าเรื่องเปลี่ยนไป เนื้อหาหรือรูปแบบการอธิบายเปลี่ยนแปลง ก็จะมีคำอธิบายใหม่ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้บางเรื่องสัมพันธ์กับเนื้อหาและคำถามในการสัมภาษณ์ การเล่าเรื่องราวในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งมีความสัมพันธ์กับคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัย คือ วิธีการดูแลตนเองและประสบการณ์การดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาท้องถิ่น

4.3 การวิเคราะห์เมตริกซ์ (Matrix Analysis) เป็นวิธีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลดิบจะถูกนำเข้าวิเคราะห์ในกรอบความสัมพันธ์ (Matrix) อย่างมีระบบระเบียบช่วยให้การวิเคราะห์ง่ายขึ้น ข้อค้นพบถูกสกัดให้ชัดเจนขึ้น ช่วยในการตอบคำถามที่ปรากฏออกมาจากกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา จำแนกหมวดหมู่ข้อมูลให้เป็นระบบโดยจัดลำดับความสำคัญให้เกิดความเข้าใจในความหมายและความสัมพันธ์ของข้อมูลในบริบทของชุมชน กรอบความสัมพันธ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบความสัมพันธ์เชิงพรรณนา ซึ่งเป็นการตรวจสอบมโนทัศน์วิธีการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เป็นวิธีการที่ใช้เหตุผลเชิงตรรกะ ในการจำแนกแยกแยะข้อมูลข้ามหมวดหมู่เพื่อค้นหามิติใหม่หรือทำความเข้าใจใหม่ให้ถ่องแท้ โดยการจัดระบบความสัมพันธ์ของข้อมูลคิดกลับไปกลับมาระหว่างเหตุการณ์ก่อนหลังที่พบ ทำให้ได้ภาพการเชื่อมโยงข้อมูลและภาพรวมของความสัมพันธ์วิเคราะห์เปรียบเทียบเนื้อหาการบอกเล่าเรื่องราวของผู้ให้ข้อมูลสำคัญเช่นเรื่อง การปฏิบัติตัวตามแนวพุทธศาสนา ดังตัวอย่าง

ตารางที่ 2 ตัวอย่างการปฏิบัติตัวตามแนวพุทธศาสนา

การกระทำ /ดูแลตนเอง	ความ ตระหนักรู้	สื่อ/เครื่องมือ	สิ่งที่ปฏิบัติ ได้	อุปสรรคที่ทำ ให้ไม่ปฏิบัติ	ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์
การปฏิบัติตัว เป็นผู้สูงอายุ	ทำใจยอมรับ สภาพเป็นจริง	กฎไตรลักษณ์ ทางพุทธ ศาสนา	ไม่สนใจ/ ทำตัวร่าเริง สนุกสนาน	วิตกกังวล/ ไม่มีสมาธิ	ความรู้- ประสบการณ์/ แหล่งบริการ- สุขภาพ/ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 การเสนอการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นให้มีความสอดคล้องกับบริบทสังคม วัฒนธรรมตามวิถีความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ โดยทำการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การจัดสนทนากลุ่มในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีตามเกณฑ์กำหนดของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อนำข้อคิดเห็น ข้อสรุป มีเหตุผลของการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี สอดคล้องกับบริบทสังคม วัฒนธรรมและสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในสถานการณ์ที่แตกต่างหรือเหมือนกัน โดยพิจารณาเป็นแบบการดำเนินชีวิต หรือการปฏิบัติพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในระบบการส่งเสริมสุขภาพและการจัดการในการให้บริการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม เพื่อเสนอข้อสรุปของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยมีขั้นตอนดังนี้ (ชาย โพธิสิตา, 2549: 210-251)

1. การกำหนดปัญหา ในการกำหนดปัญหาหรือหัวข้อ ได้นำข้อสรุป กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในผู้สูงอายุมาพิจารณา

2. กำหนดกรอบการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ให้มีลักษณะที่เหมือนกัน (homogeneous) ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีตามเกณฑ์กำหนด (ชาย โพธิสิตา, 2549: 241)

3. ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Moderator) โดยผู้ดำเนินการสนทนาจะต้องมีคุณลักษณะที่เป็นผู้นำสามารถนำพาหรือควบคุมการสนทนาให้อยู่ในกรอบเดียวกันตลอดการสนทนา รวมถึงการจูงใจในการตอบคำถามและสรุปเรื่องราวของผู้ที่ร่วมสนทนา ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มด้วยตนเอง เพื่อให้ได้ประเด็นที่ต้องการในงานวิจัย

4. การได้มาซึ่งข้อสรุป ของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในผู้สูงอายุเพื่อให้มีความสอดคล้องตามบริบทสังคม วัฒนธรรมตามวิถีความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุนั้น ผู้วิจัยนำข้อสรุปจากการสนทนากลุ่มยกร่างเป็นประเด็น รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมเสนอในเวทีการประชุมสัมมนาการจัดรูปแบบการจัดการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสม โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุให้ข้อเสนอแนะประกอบด้วยแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และนักวิชาการที่มีประสบการณ์งานผู้สูงอายุ จำนวนทั้งสิ้น 10 คน (ตามภาคผนวก) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปแล้วจัดทำเป็นกลยุทธ์ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการมีอายุยืนยาวให้มีความสอดคล้องตามบริบทสังคม วัฒนธรรมตามวิถีความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ

ข้อจำกัดในการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัดที่เกิดขึ้นในกระบวนการดังต่อไปนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องการมองเห็นซึ่งเกิดจากความเสื่อมทางสายตา ทำให้ส่งผลต่อการอ่านและเขียนหนังสือ รวมทั้งการใส่แว่นสายตาก็มักจะก่อให้เกิดความล่าช้าในการอ่านหรือเขียน ดังนั้นการเก็บข้อมูลส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ รวมทั้งผู้สูงอายุที่เป็นตัวแทนในการให้ความคิดเห็นจึงมักต้องอาศัยการพูดคุย/สัมภาษณ์/อ่านเพื่อให้ตอบคำถามและมีการบันทึกเทปเป็นส่วนใหญ่ เพื่อนำมาสรุปเป็นเนื้อหาที่ใช้ในการวิจัย

2. การสนทนา สัมภาษณ์ โดยส่วนใหญ่มักจะใช้ภาษาถิ่นล้านนาเป็นหลัก (พร้อมๆ กับการใช้ภาษาไทยกลางร่วมด้วย) เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุมีความคุ้นเคยในการสื่อสารมากกว่า รวมทั้งเป็นลักษณะอัตลักษณ์ของความเป็นวัฒนธรรมถิ่นล้านนา ดังนั้นคำพูดหรือการสนทนาที่นำมาแสดงในงานวิจัยครั้งนี้จะได้จากการถอดเทปบันทึกเสียงและปรับการใช้ภาษา โดยแปลเป็นภาษาไทยกลาง เพื่อใช้ในการสร้างความเข้าใจในงานวิจัยให้มากขึ้น ซึ่งอาจจะมีความบกพร่องเกิดขึ้นในแง่คำแปลในบางประโยคที่เกิดจากภาษาถิ่นล้านนา แต่อย่างไรก็ตามผู้วิจัยและคณะได้พยายามทำความเข้าใจและสร้างความชัดเจนในความหมายของศัพท์บางคำ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องได้ในระดับที่เชื่อถือได้

บทที่ 4
ผลการวิจัย และการอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบ ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะใน ผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษา สุขภาวะในผู้สูงอายุ ศึกษาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะในผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อนำมาใช้ในการเสริมสร้างสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุ และสร้างกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมใน ผู้สูงอายุ รวมทั้งเพื่อการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสม ในการเสริมสร้างสุขภาวะในผู้สูงอายุให้มีศักยภาพและประสิทธิภาพ ผลการศึกษาสามารถนำเสนอได้เป็น 7 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ลักษณะสุขภาวะของผู้สูงอายุ และปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 3 ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องด้านอาหาร

ส่วนที่ 4 ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องด้านการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 5 ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง ด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียดและ การพัฒนาทางจิตวิญญาณที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะดี

ส่วนที่ 6 สรุปภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ใช้เพื่อการเสริมสร้างสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 7 กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะในผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	40	50.00
- หญิง	40	50.00
อายุ		
- 60 – 70 ปี	25	31.25
- 70 – 80 ปี	43	53.75
- 80 – 90 ปี	12	15.00
สถานภาพสมรส		
- อยู่ร่วมกัน	47	58.75
- หม้าย	30	37.50
- หย่าร้าง	2	2.50
- แยกกันอยู่	1	1.25

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
- ข้าราชการบำนาญ	25	31.25
- เกษตรกร	15	18.75
- ค้าขาย	5	6.25
- ไม่ประกอบอาชีพ	35	43.75
รายได้		
- ต่ำกว่า 3,000 บาท	35	43.75
- 3,001 – 10,000 บาท	23	28.75
- 10,001 – 20,000 บาท	15	18.75
- มากกว่า 20,000 บาท	7	8.75
การมีโรคประจำตัว		
- มี	60	75.00
- ไม่มี	20	25.00

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 80 ราย ที่ได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีจำนวน 60 ราย และเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพ ไม่ดีจำนวน 20 ราย จากบุคคลสำคัญในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ โดยเป็นผู้สูงอายุชายผู้ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 68- 84 ปีจำนวน 40 คน และผู้สูงอายุหญิงผู้ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 75-8 5 ปี จำนวน 40 คน (ตามตารางที่ 3) ส่วนใหญ่มีอายุ 70 – 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.75 และสถานภาพสมรส ยังอยู่ร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 58.75 ไม่ได้ประกอบอาชีพ และมีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 43.75 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 75 รวมทั้งสามารถ แบ่งจัดกลุ่มตามความสามารถกับการมีสุขภาพดี ได้ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจกรรมได้ หรือทำงานได้เหมือนเดิม ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังแข็งแรง มีการประกอบอาชีพอยู่ และได้รับเงินค่าตอบแทนเหมือนเดิม เช่น เกษตรกร หรือ การค้าขาย ซึ่งเป็นอาชีพเดิม ส่วนผู้สูงอายุที่เกษียณอายุแล้ว ก็จะทำกิจกรรมอื่นๆ ที่ยังสามารถแสดงให้เห็นว่ายังมีความสามารถทำงานได้

> “หลังเกษียณอายุแล้ว ไม่เหงา มีเวลาดูแลตัวเองมากขึ้น ทำงานบ้านเสร็จก็ไปช่วยงานชมรมจิตอาสาของผู้สูงอายุ ช่วยคนที่เขาลำบากกว่า ยังพอมีกำลังทำ”

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่ทำงานได้น้อยลง หรือสามารถทำกิจกรรมได้ลดลง กลุ่มผู้สูงอายุนี้เคยทำงานได้มาก่อน แต่เมื่ออายุมากขึ้นทำงานได้ลดลง เนื่องจากมีโรคประจำตัว ทำให้ต้องพักผ่อนมากขึ้น ทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ เช่น รดน้ำต้นไม้ เพื่อทำให้ยังรู้สึกว่ายังพอทำงานได้บ้าง

> “ผมเคยทำงานมามาก ไม่มีเวลาดูแลตัวเอง พอแก่ตัวมากขึ้น ทำงานไม่ค่อยไหว แถมยังมีปัญหาเรื่องสุขภาพอีก จะได้พักบ้างก็คงเป็นตอนนี้แหละ งานก็ให้ลูกๆ เขาดูแลบ้าง”

3. กลุ่มผู้สูงอายุ ไม่ทำงาน หรือ ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ กลุ่มผู้สูงอายุนี้มีโรคประจำตัว รวมทั้งมีการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลเป็นครั้งคราว ทำให้ต้องพักผ่อนมาก ยังสามารถทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ ได้บ้าง

"ผมมีปัญหาสุขภาพ ต้องไปหาหมอที่โรงพยาบาลเป็นประจำ อยาก ทำงานแต่ก็ทำไม่ค่อยไหว"

ผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ มีการรับรู้และเข้าใจกระบวนการเป็นผู้สูงอายุว่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เป็นไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นความเสื่อมที่เกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการดูแลของแต่ละบุคคล การเสื่อมตามวัยมีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรง การทำหน้าที่ต่างๆ ที่ลดลงซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการสูงอายุทางชีววิทยา (Biological Aging Theory) ที่อธิบายว่าการสูงอายุตามกระบวนการทางชีววิทยามีผลกระทบต่อสิ่งมีชีวิตทุกชนิด เป็นการดำเนินตามธรรมชาติ ตามกาลเวลาเป็นวิวัฒนาการของสิ่งที่มีชีวิตโดยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ไม่สามารถย้อนกลับได้ ดังคำกล่าวว่าผู้ที่พร้อมที่สุดจะเป็นผู้ที่ดำรงชีวิตอยู่ได้ แต่คำว่าพร้อมที่สุดไม่ได้หมายถึงความแข็งแรงประการเดียว แต่ยังรวมถึงความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ความยืดหยุ่นต่อสถานการณ์ต่า งๆ ได้ดี ลักษณะของวิวัฒนาการชีวิตนั้นมองได้สองทิศทาง ทิศทางแรกคือความชราเป็นลักษณะเด่นของความมีชีวิตยืนยาว ทิศทางที่สองคือความชราเป็นลักษณะเด่นของความจำกัด เมื่อสิ่งมีชีวิตอายุยืนยาวจนก่อประโยชน์ได้ต่ำและผ่านเข้าสู่ระยะไม่พร้อมในการวิวัฒนาการต่อไป ซึ่งจะมีความแตกต่างระหว่างบุคคล อัตราการเกิดกระบวนการสูงอายุของสิ่งมีชีวิตแต่ละชนิดและแต่ละเซลล์ก็มีความแตกต่างกัน ในผู้สูงอายุมีกระบวนการเจริญอย่างต่อเนื่องตามระยะหรือวงจรการเจริญเติบโตในสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว มีการใช้พลังงานอย่างสมดุลเพื่อการควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายกับร่างกายและเพื่อให้มีการดำเนินชีวิตได้อย่างยืนยาวที่สุด

ส่วนที่ 2 ลักษณะสุขภาวะของผู้สูงอายุ และปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง

การดูแลตนเองและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุตามแบบแผนการดำเนินชีวิต 6 ด้าน ประกอบด้วย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การสนับสนุนระหว่างบุคคล การจัดการความเครียด และการพัฒนาจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุมีปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาวะที่ดีในแบบแผนการดำเนินชีวิตต่างๆ ดังนี้

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ตารางที่ 4 การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเองความรับผิดชอบต่อสุขภาพในด้านต่างๆ

ความรับผิดชอบ	การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเอง
- ด้านร่างกาย	1. การรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ และพอเพียงจำกัดด้านปริมาณไม่มากหรือน้อยเกินไปลักษณะอาหารเป็นอาหารที่ย่อยง่าย ดังเช่น "ป้าไม่ค่อยป่วยเพราะเป็นคนที่ทำงานเรื่อยมา ออกแรงได้ทุกส่วน ทุกวันเรื่องอาหารแต่ละมื้อจะเน้นผักมากเป็นผักที่ปลูกไว้รอบบ้าน ปลูกเองยามว่างได้ใช้ประโยชน์กินแล้วสบายใจดีด้วย บางมื้อเก็บมาต้มจิ้มน้ำพริกหนุ่มบ้างน้ำพริกตาแดงบ้าง ผักที่ชอบ คือผักหวานป่า ยอดมันสำปะหลัง หัวปลี"

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ความรับผิดชอบ	การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเอง
- ด้านร่างกาย	"การดูแลของยาย จะดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบเป็นเรื่องเป็นราวมากถือเป็นเรื่องใหญ่ ทำให้ตนเองนึกเสมอว่าทุกวันนี้ร่างกายยังปกติไม่เคยเจ็บไข้ได้ป่วยอะไรหนักมากถึงล้มหมอนนอนเสื่อ หากล้มป่วยวันใดคงจะฟื้นยากเพราะอายุมากแล้วนี่แหละเป็นเหตุผลที่ต้องระมัดระวังเรื่องอาหารการกิน การออกกำลังกาย การพักผ่อน จะมีความรำคาญจากตามัวมองอะไรไม่ค่อยชัด แต่ก็น่าจะเป็นเรื่องปกติของคนแก่แล้วเหมือนๆ กัน" 2. สังเกตความผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกายแล้วหาทางแก้ไขด้วยวิธีการที่ดีที่สุดทั้งวิถีชาวบ้านและแพทย์แผนปัจจุบัน 3. ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ซึ่งเป็นสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ 4. สนใจติดตามข่าวสารด้านสุขภาพและสิ่งบำรุงสุขภาพจากสื่อต่างๆเป็นประจำ เช่น อาหารเสริม วิธีการดูแลสุขภาพ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ โดยกลางคืนวันละ 6 ชั่วโมง กลางวันช่วงบ่ายวันละ 1 ชั่วโมง ออกกำลังเป็นประจำที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายใช้วิธีการเดินขึ้นลงบันไดอย่างช้าๆ 5. ดูแลสมอง เช่น การ ปล่อยสมองให้โล่งเบิกบานฝึกความคล่องแคล่วสามารถคิดและจดจำสิ่งต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น "ป้ายึดการฟิตสมองก่อนที่จะสายไป" มีวิธีปฏิบัติดังนี้ ก. ออกกำลังสมองเมื่ออยู่บ้าน เช่น ปิดตาขณะดูทีวี หรือปิดตาชั่วขณะอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าที่ไม่ทำให้หกล้ม ข. ปิดไฟในห้องแล้วใช้มือคลำ เพื่อกระตุ้นประสาทในส่วนสัมผัสเชื่อมโยงกับความจำว่าสวิตช์ไฟหรือสิ่งของภายในห้องอยู่ตรงไหน ค. สลับกิจกรรมที่ทำตั้งแต่ตื่นนอน จากที่เคยอาบน้ำก่อนกินข้าวก็เปลี่ยนเป็นกินข้าวก่อน เนื่องจากสมองจะใช้พลังในการทำสิ่งใหม่ๆ มากกว่าตอนที่ทำกิจกรรมเดิมๆ ที่เคยชิน
- ด้านจิตใจ-อารมณ์	1. ยอมรับกับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปของสังขารให้ได้ว่าเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดา "วิธีการปฏิบัติตัวของป้ านั้น จะดึงตัวเองออกจากสถานการณ์ที่แย่ๆ และมองว่าเป็นโอกาสอันดี คอยเตือนตัวเองให้ระวังสุขภาพใจ ถามตัวเองว่าเครียดเกินไปหรือไม่ นอนน้อยไปหรือเปล่า" 2. ศึกษาธรรมะ ทำสมาธิ ไปวัดทำบุญ 3. ฝึกฝนจิตใจให้สงบ ไม่คิดมาก 4. หาวิธีการผ่อนคลายโดยดูหนังฟังเพลง ปลูกต้นไม้ 5. ฝึกมีใจกว้างรับฟังความคิดเห็นของคนอื่นคิดว่าเป็นสิ่งใหม่ที่จะได้รับ

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ความรับผิดชอบ	การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเอง
- ด้านสังคม	1. ปรับตัวเองเข้ากับเพื่อนบ้านและสังคมที่อาศัยอยู่
	2. ร่วมกิจกรรมในชุมชนอย่างหม่ำเสมอ
	3. เสียสละ และให้บริการแก่ผู้ที่ด้อยกว่า
	4. ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
	5. ปรับสิ่งแวดล้อมรอบตัวให้ดีขจัดสิ่งที่เป็นพิษ
- ด้านจิตวิญญาณ	1. มองโลกในแง่ดีมีสติ ให้อภัยผู้อื่น
	2. ไม่มีความโลภ-เป็นผู้ให้แก่คนอื่น
	3. มีจุดมุ่งหมายของชีวิตว่าเพื่ออะไร
	4. ยินดีกับผู้ที่ประสบความสำเร็จ
	5. เป็นผู้มีเหตุมีผลในการตัดสินสถานการณ์ต่างๆ
	6. รู้เท่าทันเหตุการณ์ทุกอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดีมัก ให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพของตนเองมาตลอดตั้งแต่อดีต แต่ไม่ได้จริงจังมากนัก เนื่องจากยังมีร่างกายแข็งแรงโดยดูจากการที่ขยันขันแข็งทำงาน การตรวจเช็ดร่างกายมักจะทำเมื่อมีสวัสดิการหรือการรณรงค์ให้ไปรับการตรวจฟรี ด้วยเหตุผลเพื่อให้พร้อมดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพในสังคมต่อไป ให้สามารถหลีกเลี่ยงจากโรคภัยไข้เจ็บเรียนรู้ว่าควรทำอย่างไร ร่างกายจึงจะมีสุขภาพที่ดี ไม่เจ็บไข้หรือป่วยได้ง่าย มีวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกายของตนเอง ถึงแม้เมื่อป่วยทราบความผิดปกติแต่เนิ่นๆ ก็จะช่วยให้การรักษาง่ายขึ้นไม่มีปัญหาตามมา หลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพด้านเสียงและฝุ่นละออง

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในอดีตนั้นไม่ดื่มสุรา สูบบุหรี่เห็นว่าเป็นสิ่งที่ให้โทษต่อร่างกาย ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเป็นบางครั้ง หากร่างกายสูญเสียน้ำทางเหงื่อเท่านั้น มีการดำเนินชีวิตประจำวันที่เรียบง่ายเป็นวิถีชีวิตที่จะพาไปสู่ความสุข ด้วยการทำตัวตามสบาย ไม่ผูกมัดตนเองด้วยกฎเกณฑ์ต่างๆ มากมายกินง่าย อยู่ง่าย ดำรงชีวิตอยู่บนทางสายกลาง ค่าใช้จ่ายในการทำกิจกรรมต่างๆตามแต่สถานภาพของแต่ละบุคคลที่ดำรงอยู่ในสังคม ไม่ทำให้ตนเองหรือคนอื่นเดือนร้อน ไม่ทำอะไรเกินตัวหรือเกินฐานะที่ตนเองมี และหาความสุขจากสิ่งใกล้ตัวที่มีอยู่หรือเป็นอยู่ก็จะไม่เดือดร้อน โดยเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดคือการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ซึ่งตัวผู้สูงอายุเองให้ความสนใจการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในผู้สูงอายุมีลักษณะค่อนเป็นค่อยไปและเป็นการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมสภาพการทำงานของระบบต่างๆของร่างกายลง หากมีเวลาว่างจะพักผ่อนร่างกาย ด้วยการนอนพักผ่อน เดินเล่นในละแวกบ้านเพื่อผ่อนคลาย ได้พูดคุยกับผู้ที่พบปะกันในแต่ละวันและเลือกพักผ่อนด้วยการไปท่องเที่ยวนอกสถานที่เช่นไปชมพิพิธภัณฑ์ สวนสัตว์ วัดวาอาราม พระราชวัง อุทยานประวัติศาสตร์ เป็นต้น ซึ่งการเดินทางท่องเที่ยวเป็นการสั่งสมประสบการณ์ของชีวิต เสริมสร้างความคิดให้ก้าวไกล ทำให้ชีวิตไม่ต้องอยู่กับที่ตลอดเวลา ทำให้รู้สึกว่าเปล่งปลั่งดังคนหนุ่มสาวอยู่เสมอ โดยตัวผู้สูงอายุและครอบครัวจึงต้องการคงไว้ซึ่งความสามารถทางด้านร่ายกาย ส่งเสริมการทำงานของระบบอวัยวะต่างๆ ของร่างกายให้มีประสิทธิภาพ เอาใจใส่ดูแลด้านร่างกาย ซึ่งอวัยวะหลายอย่างมีความเสื่อมโทรมเป็นธรรมดา รวมทั้งอาจทำให้เกิดโรคต่างๆ

เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ปวดข้อ ไขมันในหลอดเลือดสูง หลงลืม กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ มักจะมีอาการต่างๆ เหล่านี้ แต่เมื่อพบว่าเป็นโรคแล้วก็พยายามควบคุมให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติที่สุด ซึ่งคำนึงถึงหลักในการดูแลสุขภาพคือ รับประทานอาหารที่มีโยชน์ต่อร่างกาย เพียงพอแต่อาจจะต้องปรับเปลี่ยนบ้างในชนิดและปริมาณที่เหมาะสมเข้ากับระบบการย่อยที่มีปัญหาของการเสื่อม การเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เป็นโทษต่อร่างกาย ใช้หลักพอประมาณปริมาณลดน้อยลงจากเดิม อาหารย่อยง่ายประเภทข้าวต้ม โจ๊ก ไม่ทำให้กระเพาะอาหารทำงานหนักและบังคับตัวเองให้รับประทานอาหารตรงเวลาเพื่อการรับประทานยาก่อน-หลังอาหารเป็นไปตามเวลาที่ถูกต้องในรายที่มีโรคประจำตัวและต้องรับประทานยาควบคุมโรค เป็นผลดีในการรักษาโรคที่เจ็บป่วยอยู่ ภาวะดังกล่าวเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นความเสื่อมที่อวัยวะภายในซึ่งก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน และความเสื่อมมักก่อให้เกิดความเจ็บป่วยที่เป็นภาวะในการดูแลในวัยสูงอายุ คือ ปัญหาความจำไม่ดีและการฝ่อของสมอง (Neural Degeneration) โดยผู้สูงอายุบอกว่า “จึงยึดการฟิตสมองก่อนที่จะสายไป”

การออกกำลัง จิตใจเป็นการปฏิบัติอีกวิธี หนึ่งที่ดี การออกกำลัง จิตใจเป็นการฝึกสมาธิ และเจริญเมตตา การฝึกสมาธิจะทำให้สมองหลั่งสารความสุข (Endorphin) ออกมา นอกจากจะทำให้จิตใจสงบแล้ว ยังพบว่าการฝึกสมาธิทำให้อายุน้อยกว่าตัวเลขลงอีก 5 ปี ดังนั้นนอกจากจะดูแลร่างกายจนอายุยืนและสุขภาพดีแล้ว ต้องดูแลจิตใจเริ่มจากการคิดในแง่บวก มองโลกแง่ดี ซึ่งจะเป็นการสร้างความสุขให้ตัวเองและผู้อื่น เพียงเท่านี้ก็จะมีชีวิตที่ยืนยาวและมีสุขอย่างแท้จริง

นอกจากนี้ปัจจัยอื่นก็เป็นสิ่งสนับสนุนความรับผิดชอบที่มีมาตั้งแต่อดีตแล้วส่งผลให้มีอายุยืนยาวได้ ดังเช่น มีความพร้อมด้านทางเศรษฐกิจและ การมีโอกาสได้รับข้อมูลจากแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพา ะอดีตอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งได้ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ออกตรวจสุขภาพประชาชนในชุมชนและได้เข้าร่วมรับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมาก่อน จึงมีโอกาสเข้าถึงแหล่งข้อมูลและแหล่งให้บริการสุขภาพได้มาก ทำให้เห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพ นอกจากนั้นการที่หน่วยราชการจัดให้ข้าราชการได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมอและตรวจสุขภาพก่อนเกษียณ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เกษียณราชการไปแล้ว มักจะไปตรวจสุขภาพประจำปีอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันประชาชนตื่นตัวในการดูแลรักษาสุขภาพกันมากกว่าแต่ก่อนทั้งนี้อาจเป็นเพราะปัจจุบันมีโรคภัยไข้เจ็บใหม่ๆ หลายโรคที่น่ากลัว สภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพร่างกายได้ง่ายไม่ว่าจะเป็นอาหาร น้ำ เครื่องดื่มที่ปนเปื้อนไปด้วยสารเคมี อากาศที่มีมลพิษด้วยเหตุผลดังกล่าวมาแล้วนี้เอง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องหันมาดูแลเอาใจใส่ตัวเองมากขึ้นกว่าเดิมเพราะต่างก็คำนึงถึงการป้องกันโรค ดังเช่น ผู้สูงอายุที่กล่าวว่า “การป้องกันดีกว่าการแก้ ถ้าแย่แล้วรักษายากถ้าเป็นมาก รักษาไม่หายก็ตาย” จึงไม่ต้องแปลกใจเลยว่าในปัจจุบันมีสถานบริการเพื่อการดูแลรักษาสุขภาพเกิดขึ้นอย่างมากมาย ตลาดสินค้าและบริการหันมาสนใจกับกลุ่มผู้บริโภคที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษา สุขภาพอาหารเพื่อสุขภาพ สถานออกกำลังกายแบบต่างๆ สถานบริการนวดแผนโบราณ นับว่าเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการดูแลรักษาสุขภาพร่างกายในลักษณะของการป้องกันโรค รวมทั้งการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วย ผู้สูงอายุเริ่มต้นจากการรักษาพยาบาลที่บ้าน โดยการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมหรือรับประทานยาสามัญประจำบ้านเพื่อรักษาพยาบาลในขั้นต้นก่อน ถ้าหากอาการไม่ดีขึ้นหรือประเมินได้ว่าเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง หรือไม่สามารถรักษาพยาบาลด้วยตนเอง ก็จะตัดสินใจไปรักษาต่อกับ

แพทย์แผนปัจจุบันที่โรงพยาบาล ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนพฤติกรรมการใช้ยา ถ้ามีโรคประจำตัวจะใช้ยาตามแพทย์สั่ง ได้แก่ ยาควบคุมความดันโลหิต ยาควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและยาควบคุมระดับไขมันในหลอดเลือดเป็นต้น การตัดสินใจเลือกขึ้นกับความพอใจในการบริการที่ได้รับและความมีอำนาจในการจัดการตนเองหรือคลินิกส่วนตัวในบางครั้งเท่านั้นเพื่อความสะดวก รวดเร็ว แต่จะมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่คลินิกมักจะจ่ายค่ารักษาที่แพงกว่าในโรงพยาบาลของรัฐบาล เมื่อการรักษาพยาบาลทางการแพทย์แผนปัจจุบันไม่ได้ผลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเลือกใช้สมุนไพร ซึ่งอาจเป็นการใช้สมุนไพรเพียงอย่างเดียว หรือใช้สมุนไพรควบคู่ไปกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน ดังเช่น ผู้สูงอายุจะมีสมุนไพรเป็นรากไม้ หลายชนิด หากมีอาการอืด แน่นท้อง จะฝนสมุนไพรผสมกับน้ำดื่มโดยเน้นความสะอาด เมื่อดื่มแล้วอาการจะเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น แต่ไม่บอกให้แพทย์ผู้รักษาทราบเพราะกลัวว่าแพทย์จะไม่เห็นด้วยและปฏิเสธการรักษา การรักษาทางไสยศาสตร์จะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งเมื่อการรักษาพยาบาลทุกวิธีข้างต้นไม่ได้ผล แต่ผู้สูงอายุเลือกใช้วิธีการนี้เป็นอย่างน้อย ซึ่งการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาว่าควรใช้วิธีการใดนั้นขึ้นกับความเชื่อในเรื่องปัจจัยเงื่อนไขหรือสาเหตุของการเจ็บป่วยดังกล่าวข้างต้น และเมื่อการเจ็บป่วยนั้นเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้กลุ่มผู้สูงอายุใช้วิธีการทำใจยอมรับ โดยคิดว่าเป็นเวรกรรมแต่ชาติก่อน ดังเช่น ป้าดาวเรือง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุรับผิดชอบสนใจในการดูแลสุขภาพในหลายๆ วิธีเพื่อไม่ให้เกิดอันตรายร้ายแรงแก่ชีวิตตนเอง

ในอดีตที่ผ่านมาผู้สูงอายุนอกจากจะดูแลอนามัยต่างๆ ยังมีการควบคุมตนเองกับสิ่งต่างๆรวบตัว รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายและมีพิษภัย เช่น อบายมุขหรือสิ่งที่เป็นโทษต่อสุขภาพทำให้เกิดเป็นผลดีของสุขภาพในระยะยาว มองว่าการป้องกันก่อนเกิดโรคและการส่งเสริมสุขภาพให้ทุกคนเป็นหมอของตัวเองได้ ไม่ต้องพึ่งยาเป็นกำมือหรือสุขภาพดีด้วยมือหมอเพียงอย่างเดียว หรือคลินิกส่วนตัว แต่เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคที่พิจารณาแล้วเห็นว่าไม่สามารถรักษาพยาบาลได้ด้วยตนเอง หากปล่อยทิ้งไว้อาจเจ็บป่วยรุนแรง เช่น การรักษาด้วยวิธการผ่าตัด ก็จะไปรับบริการรักษาพยาบาลจากระบบการแพทย์วิชาชีพ คือการไปรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันทันที การรักษาพยาบาลที่บ้านจะใช้กับการเจ็บป่วยที่พิจารณาแล้วว่าสามารถรักษาพยาบาลได้ด้วยตนเอง ได้แก่ ไข้หวัด จะดื่มน้ำอุ่นมากเป็นพิเศษ เป็นลม จุกแน่นท้องจะกินยาหอมยาลม เป็นต้น สำหรับระบบการแพทย์พื้นบ้านมีการใช้สมุนไพรและการรักษาทางไสยศาสตร์ถูกนำมาใช้เมื่อระบบการแพทย์ของสามัญชนและระบบการแพทย์วิชาชีพใช้ไม่ได้ผล เนื่องจากความไม่สะดวกในการใช้บริการและความไม่เชื่อในประสิทธิผลของการรักษา และแม้ว่าระบบการแพทย์แบบพหุลักษณ์ (Medicine Pluralism) ทำให้ผู้สูงอายุมีทางเลือกวิธีการในการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย แต่การขาดความเข้าใจและไม่ยอมรับการในระบบการแพทย์ที่แตกต่างไปจากของตน เช่น การที่แพทย์แผนปัจจุบันไม่ยอมรับรับการใช้สมุนไพร ผู้เจ็บป่วยจึงไม่กล้าเปิดเผยความจริงกลับแพทย์ผู้รักษาว่าตนเองใช้สมุนไพรรักษาควบคู่ไปกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน

ระบบสุขภาพของประเทศไทยได้เคลื่อนเข้าสู่การยอมรับระบบการแพทย์แบบพหุลักษณ์ ที่ผ่านมาระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นระบบหลักของการบริการสุขภาพแม้จะมีประสิทธิผลสูงในการบำบัดรักษาโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อ ภาวะฉุกเฉิน แต่ก็มีข้อจำกัดในหลายด้าน เช่น ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศซึ่งมีมูลค่าสูงและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ การต้อง



ภาพที่ 5 กิจกรรมการแช่เท้าในน้ำสมุนไพรของกลุ่มผู้สูงอายุ



ภาพที่ 6 กิจกรรมการตรวจวัดความดันโลหิตของกลุ่มผู้สูงอายุ

พึ่งพาองค์ความรู้ เทคโนโลยี ยาและเวชภัณฑ์จากต่างประเทศ การขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข การฟ้องร้องแพทย์ ความคาดหวังคุณภาพและความหลากหลายของบริการจากผู้ป่วยที่สูงขึ้นเหล่านี้ ทำให้การพึ่งระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงระบบเดียวจะไม่สนองตอบความต้องการของผู้ป่วย และก่อให้เกิดผลกระทบในระยะยาว ระบบสุขภาพของประเทศไม่สามารถพึ่งตนเองได้

นอกจากนี้การขับเคลื่อนการฟื้นฟูภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกนั้นกระจายอยู่ในองค์กรต่างๆ อย่างกว้างขวาง ทั้งในองค์กรภาครัฐ ภาคประชาสังคม โดยมีการประสานกันเป็นเครือข่ายที่เป็นอิสระต่อกัน เป็นภูมิปัญญาที่สัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับวิถีชีวิตของท้องถิ่น และเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมชุมชน ในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่นั้นเป็นแหล่งความรู้ดั้งเดิม เช่น ความรู้ดั้งเดิมเกี่ยวกับสมุนไพรที่ใช้รักษาโรค การนวดเพื่อบำบัดความเจ็บป่วย ซึ่งมีใช้ในชีวิตประจำวัน ตลอดจนพันธุ์พืชดั้งเดิมและสามารถนำไปพัฒนาเกิดพันธุ์ใหม่ แต่ปัจจุบันชุมชนกำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งจากปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง การติดต่อสื่อสารกระแสบริโภค เศรษฐกิจการตลาดและการขยายตัวของชุมชนเมือง มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของชุมชน และกระทบต่อภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและการแพทย์พื้นบ้าน ตั้งแต่เรื่องอาหาร พฤติกรรมการบริโภค ลีลาชีวิต แบบแผนการดูแลสุขภาพและการเลือกวิธีการรักษาโรค ผู้สูงอายุเลือกที่จะปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพซึ่งได้รับการสืบทอดมาจากบรรพบุรุษ สืบทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง ระหว่างการสืบทอดมีการปรับ ประยุกต์และเปลี่ยนแปลงจนอาจเกิดเป็นความรู้ใหม่ตามสภาพการณ์ทางสังคมวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุเชื่อว่า ภูมิปัญญาเป็นความรู้ที่ประกอบไปด้วยคุณธรรม ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตดั้งเดิมของตน ซึ่งในวิถีดั้งเดิมนั้นชีวิตของผู้สูงอายุไม่ได้แบ่งแยกเป็นส่วนๆ หากแต่ทุกอย่างมีความสัมพันธ์กัน การทำมาหากิน การอยู่ร่วมกันในชุมชน มีการปฏิบัติศาสนา พิธีกรรมและประเพณี ความรู้เป็นคุณธรรม สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่าง คนกับคน คนกับธรรมชาติ และคนกับสิ่งเหนือธรรมชาติ ซึ่งอาจจะพบปัญหาการพัฒนาระบบยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรยังขาดทิศทางและกลไกในการส่งเสริมสนับสนุนที่ชัดเจน ทำให้มูลค่าการใช้ยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรยังต่ำเมื่อเทียบกับยาแผนปัจจุบัน

การรณรงค์เพื่อสุขภาพต่างๆ เกิดขึ้นพร้อมกับการเติบโตของระบบสุขภาพภาคประชาชน กิจกรรมการรณรงค์ในชุมชนเช่น ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ถูกส่วนในปริมาณที่เหมาะสม ซึ่งการรณรงค์ในชุมชนยังช่วยส่งเสริมการบริโภคอาหารที่ถูกส่วนในปริมาณที่เหมาะสม ด้วยเมนูสุขภาพสู่อาหารไทยไร้พุงช่วยทำให้ผู้สูงอายุเห็นถึงความสำคัญของการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์

ผลจากการศึกษา สรุปให้เห็นว่า ผู้สูงอายุ ที่มีสุขภาวะดี ให้ความสำคัญและจริงจังในการรับผิดชอบด้านสุขภาพมาก กว่าผู้สูงอายุ ที่มีสุขภาวะไม่ดี เมื่อเข้าวัยสูงอายุการจะมีความสุขได้นั้น สุขภาพกายและสุขภาพจิตก็ต้องดีด้วย ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องหมั่นไปตรวจร่างกายประจำปีอย่างสม่ำเสมอ และรีบไปพบแพทย์แต่เนิ่นๆ เมื่อเริ่มมีอาการที่บ่งชี้ว่าเจ็บป่วย ระมัดระวังและป้องกันไม่ให้ตนเองเจ็บป่วย หรือเกิดอุบัติเหตุ เคร่งครัด ควบคุมการดูแลสุขอนามัยของตนเองผสมผสานในการแพทย์พหุลักษณ์ การเลือกกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกายของตนเอง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ปริมาณเพียงพอให้คุณค่าทางอาหารครบ ปรับเหมาะสมกับวัย จำกัดในปริมาณเพียงพอในแต่ละวัน ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายอย่างน้อย ให้ได้ปริมาณวันละ 8 แก้ว ดูแลระบบขับถ่ายของตนเองให้เป็นปกติ นอนหลับให้เพียงพออย่างน้อยวันละ

8 ชั่วโมง นอนพักผ่อนช่วงกลางวัน และอยู่ในที่ๆ มีอากาศถ่ายเทได้ดี ให้ความสำคัญกับสมองซึ่งเป็นอวัยวะสำคัญที่กระทบต่อความเป็นอยู่ เมื่อผู้สูงอายุดูแลสุขภาพกายของตนเองเป็นอย่างดีแล้ว ก็ต้องดูแลสุขภาพจิตของตนเองด้วย โดยทำจิตใจให้เบิกบานอยู่เสมอ ไม่ให้ตนเองเกิดความเครียด หงุดหงิด ฉุนเฉียว ท้อแท้หรือน้อยใจ ด้วยการหากิจกรรมที่ทำให้ตนเองได้พักผ่อนหย่อนใจ มิฉะนั้น จะเป็นผลเสียต่อสุขภาพจิตของตนเองและสัมพันธภาพกับลูกหลานและคนอื่น การใช้จ่ายหรือการมีกิจกรรมตามแต่สถานภาพของแต่ละบุคคลที่มีอยู่ไม่ทำให้ตนเองหรือคนอื่นเดือดร้อนและดำเนินชีวิตอยู่บนทางสายกลาง คิดทำในสิ่งที่ทำได้ให้เกิดความสอดคล้องกับธรรมชาติมากที่สุด เชื่อว่าจะทำให้มีชีวิตที่ยืนยาวได้

2. ด้านออกกำลังกาย

ตารางที่ 5 การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเองในการออกกำลังกาย

ออกกำลังกาย	การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเอง
1. มีรูปแบบ	1. เต้นแอโรบิคของผู้สูงอายุ 40 นาทีต่อครั้งที่กลุ่มผู้สูงอายุ “ทุกวันสิ่งที่ขาดไม่ได้ต้องไปเต้นแอโรบิคผู้สูงอายุในตอนเย็นวันละ 40 นาที” 2. ออกกำลังกายตามเทป (CD) ภายในบ้านวันละ 1 ชั่วโมง “ลูกสาวซื้อ CD ออกกำลังไว้ให้ ไม่ได้ไปออกกำลังกายกับเพื่อน พอมีเวลาว่างก็เปิดเพลงเต้นตามจนเหงื่อไหลจึงหยุด เต้นมากไม่ไหวกลัวหกล้ม” 3. รำไท้จี่ ชี่กง 30 นาทีต่อครั้ง ช่วงเวลาเย็นทุกวัน หยุดวันเสาร์-อาทิตย์กับกลุ่มผู้สูงอายุ “รำมวยจีน เบาๆ ตามกำลังที่ทำได้ไม่เป็นอันตรายหลังทำรู้สึกสบายเบาเนื้อเบาตัว” 4. การเดินช้าๆ รอบชุมชนใกล้บ้าน โดยเดิน 4-5 วันต่อสัปดาห์ ระยะทางประมาณ 1 กิโลเมตร ขณะเดินและเมื่อเลิกเดินมีเหงื่อออกทุกครั้งรู้สึกเหนื่อยเล็กน้อยเนื่องจากมีเพื่อนในขณะที่เดิน “คนเราพอแก่ตัวแล้วต้องระมัดระวังกระดูก ข้อ ออกกำลังกายหนักไม่ได้ใช้วิธีเดินรอบๆ หมู่บ้านกับเพื่อนบ้าน 2-3 คนเดินไปคุยกันไปได้ออกแรง รู้สึกสบายมีเหงื่อซึม” “ตื่นเช้ามากวาดลานบ้านและเดินเร็วทุกวันภายในบริเวณบ้านก่อนจะอาบน้ำตอนเช้าจึงจะมีกำลังทำงานอย่างอื่นต่อไป”
2. ไม่มีรูปแบบ	1. การทำงานบ้านทั่วไปที่มีการออกแรงอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการนวดกดจุดฝ่าเท้า “ลุงตื่นขึ้นมาตอนเช้ายังไม่ทำงานอย่างอื่น เพราะมันเช้าอยู่จะเหยียบกะลามะพร้าวทุกวัน มันทำให้เลือดลมไหลดี มีแรงทำงานอย่างอื่นแล้วขี่รถจักรยานไปตลาดเช้า เย็นจะดายหญ้า ตักน้ำรดต้นไม้ พื้นผักสวนครัวที่ปลูกไว้กิน” “ป้าจะต้องไปนวดฝ่าเท้าทุกสัปดาห์แล้วแต่ว่าว่างวันไหนมันทำให้คลายปวดเมื่อยตัวได้ดีสมองโล่ง”

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ออกกำลังกาย	การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเอง
2. ไม่มีรูปแบบ	2. การไปซื้อของที่ตลาดโดยวิธีเดินไปและกลับเป็นกิจวัตรประจำวัน ระยะทางรวมประมาณ 400 เมตรวันละ 2-3 เที่ยว “ป้าได้ออกกำลังทุกวัน ป้าเดินออกไปตลาดวันละ 2-3 เที่ยว” 3. “การเปลี่ยนคำว่าออกกำลังกายใหม่ เปลี่ยนคำจำกัดความ คำว่าฟิตเนสไม่เหมาะกับผู้สูงอายุและเป็นสิ่งที่ทำได้ยากต้องเปลี่ยนแนวคิดใหม่ว่าทำงานด้วยใจปลอดโปร่ง ทำกิจกรรมทางกายให้เป็นเรื่องสนุก”

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ที่สุขภาวะดีนั้น ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายได้เต็มที่เนื่องจากการทำงานในหน้าที่หรือสถานที่ตนเองทำงานอยู่หรือว่าการร่วมกิจกรรมในชุมชน ซึ่งการออกกำลังกายที่เป็นแบบแผนเริ่มมาตั้งแต่อดีต และด้วยเหตุผลที่พื้นที่ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่เป็นเขตที่มีสถาบันการศึกษา และหน่วยงานที่สนับสนุนเรื่องการออกกำลังกาย มีชมรมต่างๆ มีความสะดวกคนทุกเพศ ทุกวัย และทุกอาชีพจึงสามารถเริ่มต้นออกกำลังกายเพื่อสุขภาพได้อย่างง่ายๆ ทุกสถานที่ตามความสะดวก ผู้สูงอายุบางรายที่ไม่สามารถร่วมกิจกรรมดังที่กล่าวมาได้เนื่องจากต้องทำงานประกอบอาชีพทำไร่ รับจ้าง ขายอาหาร มีอาชีพประจำ แต่ก็ถือว่าได้ออกแรงมากพอที่จะเทียบเท่าหรือเรียกว่า เป็นการออกกำลังกายได้เนื่องจากต้องปฏิบัติทุกวันเป็นอาชีพโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้

ผู้สูงอายุ ที่สุขภาวะดียังให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย ซึ่งต้องทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจึงจะไม่เจ็บป่วยและผู้สูงอายุได้ปฏิบัติมาโดยตลอดตั้งแต่ในอดีตทำให้ร่างกายยังแข็งแรงกว่าคนรู้จักที่อยู่ในวัยเดียวกัน แต่เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีสภาพร่างกายและความพร้อมที่แตกต่างกันจึงมีวิธีการรูปแบบการออกกำลังกายที่ไม่เหมือนกันซึ่งถือว่าเป็นการออกกำลังกายเช่นเดียวกัน ดังเช่น การออกแรงจนเหงื่อออกหรือการใช้กำลังในการทำงานต่างๆ ในอดีตการดำเนินชีวิตของมนุษย์แต่โบราณที่ยังไม่มีเครื่องอำนวยความสะดวกที่ทันสมัย เป็นชุมชนชนบทที่ยังไม่มีความเจริญทางเทคโนโลยี ทำให้ชาวบ้านต้องสัญจรโดยการเดินเท้า และใช้แรงงานของคนในการทำงาน ซึ่งลักษณะเหล่านี้ผู้สูงอายุเรียกว่า “ความลำบาก” และเห็นว่า ความลำบากทำให้คนในอดีตมีสุขภาพดีเนื่องจากได้ออกแรงและมีเหงื่อออกเป็นประจำ ซึ่งกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำให้ได้ออกแรงออกเหงื่อถือว่าคือการออกกำลังกายทั้งสิ้น ได้แก่ การทำงานที่ใช้แรงงาน คือการทำสวน ทำนาเป็น ส่วนใหญ่จะใช้เวลาในการทำงานติดต่อกันนานประมาณ 1-2 ชั่วโมง

“ทำงานบ้านอะไรก็ได้ไปเรื่อยๆให้ได้กำลังพอดีเหงื่อออก
ก็ทำให้เราสบายตัวได้ออกกำลังกายไม่ค่อยเจ็บไข้”

“ทำอะไรก็ได้ ทำต่อเนื่อง 30 นาที จะลดการเสี่ยงเกิดโรคได้อย่างมหัศจรรย์”

ส่วนผู้สูงอายุบางคนทำให้เหงื่อออกเพิ่มเติมโดยการออกกำลังกาย การวิ่ง การเดิน ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และระบบความจำ แต่การวิจัยครั้งนี้ผู้สูงอายุบางรายเลือกออกกำลังกายโดยการรำมว ยจีน รำไท้จี่ชี่กง เป็นวิธีการที่ร่างกายมีการยืดหดของกล้ามเนื้อของร่างกาย ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อหรือการลงน้ำหนักต่อโครงสร้างของร่างกายก็ได้ (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2541: 32) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น อาจเป็นการออกกำลังกายโดยการงอ ยืดตัว ยืดแขนยืดขา หรือบิดหมุนร่างกายก็ได้ ซึ่งการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแกร่ง จะ



ภาพที่ 7 กิจกรรมการเล่นออกกำลังกายของกลุ่มผู้สูงอายุที่ลานกิจกรรมภายในวัด



ภาพที่ 8 กิจกรรมออกกำลังกายยืดเหยียดร่างกายของกลุ่มผู้สูงอายุ

ช่วยเสริมความแข็งแรงให้แก่กล้ามเนื้อรวมทั้งมีประโยชน์ต่ออัตราการสูญเสียมวลกระดูกด้วย เป็นวิถีที่ใกล้เคียงกับการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งเป็นการออกกำลังกาย เช่น การยกของ ตักน้ำรดต้นไม้ กวาดบ้าน ถูบ้าน ส่งผลทางด้านระบบกล้ามเนื้อ

นอกจากนั้นผู้สูงอายุมีวิธีปฏิบัติการนวดฝ่าเท้าโดยใช้เท้าทั้ง 2 ข้างเหยียบกะละมะพร้าวเป็นประจำในเวลาเช้าหลังจากตื่นนอนทุกวันๆ ละ 30-40 นาที เป็นนวัตกรรมกะลามะพร้าวที่ประดิษฐ์ขึ้นมาเองมีลักษณะนูนไม่แหลมมากใช้วางกับพื้นแล้วขึ้นเหยียบส่วนนูนเพื่อบริหารฝ่าเท้า การนวดทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เลือดลมไหลเวียนดี สบายกาย สบายใจ รู้สึกกระฉับกระเฉง ลดความเครียด กังวล มีผลการศึกษาการนวดฝ่าเท้าต่อการควบคู่การทำงานของร่างกาย

3. ด้านโภชนาการ

ตารางที่ 6 การปฏิบัติตัว/ดูแลตนในเรื่องการรับประทานอาหาร

อาหาร	การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเอง
1. หลักการรับประทาน	1. รับประทานอาหารให้อิ่ม ให้ครบทุกมื้อ “เรื่องอาหารต้องเน้นมากในแต่ละมื้อจะต้องกินให้ได้ปริมาณพอเหมาะและเลือกให้ครบในอาหารที่มีประโยชน์แก่ร่างกายเท่านั้น กินปลาเป็นประจำเนื้อสัตว์ไม่กินอาหารเป็นสิ่งที่จะทำให้ร่างกายมีชีวิตอยู่ได้ต่อไป” 2. อาหารที่เป็นประโยชน์ให้ครบถ้วน ไม่ซ้ำกันในแต่ละมื้อ “ป้าเลือกกินอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับวัย กินไปสะสมก็เป็นโทษโรคภัยจะตามมาได้หมอแนะนำอะไรก็ปฏิบัติตามในแต่ละวันจะไม่ให้ซ้ำกันเพื่อให้กินอาหารได้ดี” 3. การหลีกเลี่ยงอาหารที่ให้โทษต่อร่างกาย “อาหารมัน ของทอด กะทิจะไม่แตะต้องเลยเพราะลุงมีไขมันสูงต้องบังคับตัวเองให้ได้ กลังจะลุกลามถึงหัวใจทุกวันนี้ต้องควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกายอย่างเคร่งครัดแต่ก็ไม่เกิดปัญหา” 4. อาหารประกอบด้วย ข้าวสวยทั้ง 3 มื้อและผักเป็นอาหารหลัก “ผัก อาหารกากใย เมนูหลักที่ต้องมีติดโต๊ะอาหารทุกมื้อ ขาดไม่ได้เลยเพราะผักเป็นอาหารที่มีคุณค่ามาก มีสารอาหารที่ร่างกายต้องการ เช่น เกลือแร่ วิตามิน และให้พลังงานน้อย” “อาหารกากใยประเภทละลายได้ในน้ำ เช่น ข้าวกล้อง และถั่วต่างๆ สามารถลดโคเลสตรอรอลในเลือดได้ จึงช่วยลดอัตราเกิดโรคหัวใจ”
2. ลักษณะอาหารใน1 วัน	- “มื้อเช้าเป็นข้าวต้มเป็นส่วนมากกับข้าวมักเป็นอาหารประเภทผักที่ผ่านการล้างเพื่อให้ปลอดภัยจากสารพิษ โดยแช่น้ำยาล้างผักหรือเกลือ” - “มื้อกลางวันจะลดปริมาณข้าวลงครึ่งหนึ่งของมื้อเช้าหรือเป็นอาหารจานเดียว ถ้าเป็นเนื้อสัตว์จะไม่ติดมัน” - “มื้อเย็นรับประทานอาหารปกติกับข้าวจะเป็นประเภทนึ่งต้มและต้องมีอาหารประเภทผักเท่านั้น เช่น ผัดผักที่ไม่ใส่น้ำมันพืช ลดปริมาณอาหารมื้อเย็น ทีละน้อยๆ เช่นลดกินข้าวจาก 2 จาน เหลือ 1 ½ จาน”

ตารางที่ 6 (ต่อ)

อาหาร	การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเอง
2. ลักษณะอาหารใน1 วัน	- “ผลไม้ตามฤดูกาลที่หาซื้อได้ง่ายเช่นฝรั่ง ส้มเขียวหวาน กล้วย มะละกอ เป็นต้น ดื่มน้ำสะอาดปัจจุบันซื้อน้ำดื่มเป็นขวดจากร้านค้าที่ผ่านการตรวจรับรองความสะอาดแล้ว” - “อาหารที่รับประทานต้องปรุงด้วยตนเองทำเสร็จใหม่ถ้าไม่หมดต้องเก็บใส่ตู้เย็นแต่ไม่ข้ามวัน ทานไข่ 1 ฟองได้อย่ากลัวการทานไข่เพราะไข่มีโคเลสเตอรอลที่ดี มะพร้าวหรือกะทิช่วยการเผาผลาญแคลอรี่ได้ดี”
3. อาหารเสริมต่างๆ และอื่นๆ	- “ลูกหลานมักห่วงใยสุขภาพหาซื้ออาหารเสริมที่โฆษณาทางโทรทัศน์จะต้องแน่ใจในประโยชน์จึงจะกินไม่กินพร่ำเพรื่อ ถ้ามีโอกาสจะสอบถามผู้รู้ก่อนเสมอหรือก็ตรวจสอบยืนยันให้แน่ใจก่อนตัดสินใจที่จะกิน” - “อาหารมังสวิรัติกินบ้างตามเทศกาลกินเจแต่ไม่ได้เคร่งครัดอะไรเพราะยึดการเลือกรับประทานอาหารตามปกติของชีวิตประจำวันที่เข้มงวดเรื่องคุณค่าอาหารอยู่แล้ว”

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ที่มีสุขภาวะดี มัก มีวิถีชีวิตด้านการรับประทานอาหารที่เน้นคุณภาพสะอาดและจะเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางอาหารครบถ้วน มีความต้องการอาหารให้ครบตามมื้อทั้ง 3 มื้อ เนื่องมาจากแหล่งอาหารหาได้ง่าย มีตัวเลือกมากมายในการที่จะเลือกซื้อ สามารถเลือกเฟ้นในสิ่งที่ตนเองต้องการได้ด้วยเหตุผลที่เศรษฐกิจในอดีตที่ผ่านมาค่อนดี ผู้สูงอายุมีอาชีพและมีรายได้ที่ไม่ขัดสนจึงไม่มีปัญหาอุปสรรคในการหาวัตถุดิบต่างๆ ในการประกอบอาหารเพื่อมุ่งหวังให้มีสุขภาพดี และปัญหาสารพิษตกค้าง สารเคมีไม่สร้างความยุ่งยากและส่งผลอันตรายรุนแรงต่อร่างกายมากนัก การปรุงอาหารใช้วัตถุดิบที่หาง่ายตามบ้าน ความเป็นอยู่ในอดีตเน้นการแบ่งปันเผื่อแผ่อาหารการกินตามวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของคนที่อาศัยอยู่ในวัฒนธรรมพื้นเมืองเหนือ จึงไม่เกิดความยุ่งยากในด้านอาหาร

แต่ในปัจจุบันผู้สูงอายุถูกหมุนเข้ามาอยู่ในช่วงเวลาแห่งยุคโลกาภิวัฒน์ สภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไปตามวิถีแห่งการพัฒนาของสังคมเมืองที่ต้องรับเอาความเจริญยากที่จะปฏิเสธและยังเป็นความต้องการของคนสมัยใหม่ด้วย พบว่า วิถีเดิมนั้นถูกเปลี่ยนแปลงไป แต่ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเองเพื่อความอยู่รอดและเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี พบว่า การรับประทานอาหารก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ผู้สูงอายุบอกว่า มีส่วนทำให้สุขภาพแข็งแรงต้องรับประทานทุกมื้อ ให้อิ่มแต่พอดี เน้นอาหารพื้นบ้าน เน้นเครื่องเครื่องปรุงที่เป็นสมุนไพรไทย เช่น ขิง ข่า ตะไคร้ เป็นต้น การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ไม่เกิดโทษต่อร่างกาย อาหารหลักเป็นข้าวทั้ง 3 มื้อ แต่จะต้องลดปริมาณมื้อเย็นหรืออาจปรับเปลี่ยนเป็นผลไม้แทนซึ่งได้รับสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ซึ่งในแต่ละมื้ออาหารจะบังคับตัวเองให้มีอาหารประเภทผักอาจเป็นผักสดที่ซื้อจากตลาดที่มั่นใจในความปลอดภัย แต่ก็ต้องผ่านการล้างเพื่อให้ปลอดภัยยิ่งขึ้น น้ำดื่มมีความจำเป็นเช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุต้องรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง เน้นผัก ผลไม้ ข้าวกล้อง ถั่วลิสง บางรายรับประทานในรูปเม็ดหรือแคปซูล ที่มีจำหน่ายโดยทั่วไปนั้น จะทำให้ร่างกายได้รับแต่สารเส้นใยแต่เพียงอย่างเดียว โดยที่จะไม่ได้รับวิตามินและเกลือแร่อื่นๆ ซึ่งในผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาในเรื่องท้องผูก การกินอาหารที่มีเส้นใยอาหารสูง จึงเหมาะ



ภาพที่ 9 ตัวอย่างของขบเคี้ยวยามว่าง



ภาพที่ 10 ตัวอย่างอาหารปรุงจากผักพื้นบ้าน

สำหรับผู้สูงอายุรวมถึงวัยอื่นๆ ที่มีปัญหาในเรื่องท้องผูก ปัจจุบันกระแสความนิยมผู้สูงอายุจะบริโภคอาหารเส้นใยเพื่อสุขภาพมีมากขึ้น โดยเฉพาะข้าวกล้อง

4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ตารางที่ 7 การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเองในด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

สัมพันธภาพระหว่างบุคคล	การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเอง
ครอบครัว เพื่อนลูกหลาน และสังคม	1. เป็นแบบอย่างที่ดีแก่คนในครอบครัว 2. พบปะเพื่อนฝูงตามโอกาสสมควร 3. เป็นที่ปรึกษาในด้านที่ตนเองมีความถนัด ถ่ายทอดความรู้ 4. อุทิศเวลาเพื่องานส่วนรวม 5. ร่วมงานบุญในศาสนพิธีตามขนบธรรมเนียมประเพณี 6. เป็นศูนย์รวมของญาติ ลูกหลานในการมาพบปะสังสรรค์กัน สนับสนุนบุตรหลานในด้านข้อมูล ความรู้ 7. หลังเกษียนจะพบปะพูดคุยกับเพื่อนร่วมงานเดิม ถามความเป็นอยู่ซึ่งกันและกัน 8. ออกเยี่ยมเยือนผู้สูงอายุละแวกใกล้บ้านและทำอาหาร ขนมหวานแจกจ่ายผู้ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ 9. ยึดแนวปฏิบัติพรหมวิหาร 4 (เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา)

พบว่าผู้สูงอายุ ที่มีสุขภาวะดี มัก ยังมีการประกอบอาชีพ เช่น ค้าขาย และรับจ้างนอกบ้าน บางรายก็ยังต้องประกอบอาชีพแต่การปฏิบัติงานในปริมาณงานที่ทำน้อยลงกว่าในอดีต ซึ่งเป็นทั้งผู้ที่ต้องทำงานเองและเป็นที่ปรึกษาแก่ลูกหลาน ลักษณะสังคมผูกพันใกล้ชิดเครือญาติไปมาหาสู่กันเป็นประจำและถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาด้านอาชีพสู่ลูกหลานรุ่นหลังๆ ผู้สูงอายุจึงกลายเป็นที่ปรึกษาและมีลูกหลานอยู่รอบข้าง แม้ลูกหลานจะแต่งงานแยกครอบครัวออกไปแล้วมาทำงานในบ้านหลังเดียวกันในช่วงเวลากลางวัน เชื่อว่าการสนับสนุนค้ำจุนจากครอบครัว ความรัก ความมั่นคงทางจิตใจ การได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ของกลุ่มอาชีพในชุมชน

อันเนื่องจากมนุษย์อยู่ร่วมกันเป็นสังคม มีการจัดระเบียบในการอยู่ร่วมกัน การกระทำหรือการแสดงพฤติกรรมต่างๆ ล้วนแต่เกิดจากการตีความสัญลักษณ์ของผู้ที่จะมีการปฏิสัมพันธ์กัน ซึ่งในภาคเหนือของประเทศไทยเป็นศูนย์กลางความเจริญของภาวะเศรษฐกิจที่ต้องแข่งขัน การได้รับการยอมรับ ความสำเร็จในหน้าที่การงานในช่วงบั้นปลายชีวิต แม้ว่าจะพึ่งพาตนเองได้ในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะมีรายได้จากการประกอบอาชีพ ก็ทำให้ไม่มีความกังวลใจเมื่อเกิดปัญหาเจ็บป่วย หรือถ้ามีปัญหาสุขภาพยังมีลูกหลานคอยดูแลปรนนิบัติ ส่วนลูกหลานเองก็จะเกิดความอบอุ่นที่มีผู้สูงอายุเป็นที่ปรึกษาเมื่อประสบปัญหาในฐานะผู้ผ่านประสบการณ์อันมีค่ามากในช่วงชีวิตที่ผ่านมา

ผู้สูงอายุที่มีบทบาทในสังคม ช่วยเหลือกิจกรรมการกุศล อุทิศเวลาส่วนตัวโดยการทำหน้าที่ของชมรมผู้สูงอายุ ชมรมจิตอาสา คณะกรรมการหมู่บ้าน ซึ่งจะมีการนัดพบปะเพื่อปรึกษาหารือทำงานร่วมกัน ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน สมาชิกองค์กรต่างๆ ในชุมชนที่อาศัยอยู่มีการพึ่งพาอาศัยกันตามสมควร ที่สำคัญคือการได้ทำคุณประโยชน์แก่สังคม การได้ช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทนใดๆ ส่วนมากจะได้รับความเคารพนับถือ ได้รับเกียรติในการให้คำแนะนำที่มีผู้อื่น



ภาพที่ 11 กิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุที่ลานกิจกรรมภายในวัด



ภาพที่ 12 กิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุภายในลานศาลาวัด

รับฟังและปฏิบัติตาม ความเบิกบานใจเกิดจากการทำกิจกรรมกับเพื่อนบ้านหรือผู้สูงอายุวัยเดียวกัน การได้ทำสิ่งที่ตนเองชอบ ทำงานยามว่าง รวมทั้งการมีอารมณ์ขันในกลุ่มเพื่อนทำให้ผู้สูงอายุไม่เหงา ไม่รู้สึกเบื่อหรือโดดเดี่ยว

นอกจากนี้ในอุดมคติของครอบครัวไทย การดูแลเกื้อหนุนพ่อ -แม่ที่แก่ชราเป็นหน้าที่ของบุตรหลาน หน้าที่นี้ถูกทำให้เป็นภารกิจอันศักดิ์สิทธิ์ด้วยคำสอนและความเชื่อทางศาสนา เช่น เรื่องความกตัญญูกตเวที บาปบุญและเรื่องนรกสวรรค์ โดยมีบรรทัดฐานทางสังคมทำหน้าที่คอยกำกับ แม้ปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงในบางสถานที่ ซึ่งสภาพการอยู่อาศัยมีความคล้ายคลึงกันทั้งในเมืองและในชนบท มีแนวโน้มว่าลักษณะการอยู่อาศัยแบบไม่เป็นครอบครัวที่สมบูรณ์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นผลของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรมในยุคที่สมาชิกในครอบครัวกระจัดกระจายกันไปตามแหล่งที่มีงานทำ เมืองใหญ่หรือแหล่งที่มีโอกาสที่ดีของชีวิต ดังนั้นการปฏิบัติตั้งแต่อดีตนั้นผู้สูงอายุจะเป็นผู้รับการเกื้อหนุนแต่ฝ่ายเดียวจากบุตรหลาน กลับเปลี่ยนแปลงเป็นถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงพอที่จะทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งได้ แม้จะไม่ใช่งานที่นำรายได้มาเจือจุนครอบครัวอย่างเป็นล่ำเป็นสันก็เป็นการทำงานเล็กๆ น้อยๆ เช่น เฝ้าบ้านหรือดูแลบุตรหลานก็เป็นความรัก ความผูกพันต่อกันระหว่างสมาชิก เป็นการให้สมาชิกวัยแรงงานสามารถเอาเวลาของตนไปทำงานนอกบ้านได้อย่างเต็มที่ เกิดความสบายใจ ไม่วิตก ซึ่งนำไปสู่ความสุขใจกับการที่ได้เป็นผู้ให้และเป็นสิ่งที่มีคุณค่าทางจิตใจของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในด้านบทบาทหน้าที่และปฏิสัมพันธ์ที่ผู้สูงอายุมีกับบุคคลและสิ่งแวดล้อม แต่ผลของการเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีนั้นจะขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมหลายประการ ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่พบในการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมจะเปลี่ยนไปเล็กน้อย ในครอบครัวจากบทบาทของการเป็นพ่อ-แม่ ก็เป็น ลุง ป้า ตา ยาย ปู่ ย่า หรือจากหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้อาศัย ในสถานที่ทำงาน จากคนทำงานมาเป็นที่ปรึกษา ในสังคมก็เปลี่ยนจากผู้ผลิตเจ้าของธุรกิจงานฝีมือมาเป็นผู้รับจ้างการผลิตหรือผู้ใช้บริการการผลิต

2. กิจกรรมทางสังคมลดน้อยลง เนื่องจากสมรรถภาพทางกายที่ไม่เอื้ออำนวยเหมือนวัยหนุ่มสาว ความสนใจสิ่งต่างๆ ลดน้อยลง ไม่พบความขัดแย้ง ความแตกต่างทางความคิดและความสนใจกับคนกลุ่มอายุน้อยกว่า และผู้ที่ทำหน้าที่นี้ได้ดีที่สุดคือ ผู้สูงอายุรุ่นปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งเป็นที่เคารพนับถือของคนส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างได้โดยไม่เกิดปัญหาใดๆ แม้แต่เรื่องของช่องว่างระหว่างวัย

“ที่ผ่านมาตั้งแต่อดีตนั้น ป้ายึดมั่นการทำจิตใจให้มีแต่ความเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ทั้งในอาชีพดูแลนักเรียน เมื่อหมดหน้าที่ก็นึกถึงเพื่อนมนุษย์โดยใช้แนวปฏิบัติพรหมวิหาร 4”

5. การจัดการกับความเครียด

ตารางที่ 8 การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเองในการจัดการความเครียด

การจัดการความเครียด	**การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเอง**
ความทุกข์ใจ/สิ่งที่เข้ามากระทบชีวิต	1. การไปวัดเพื่อฟังเทศน์ในวันพระ “เราเป็นผู้ที่นับถือพุทธ ศรัทธาพระพุทธเจ้าอย่างน้อยความทุกข์ที่เกิดใช้หลักทางพุทธที่ได้ไปรับฟังจากพระสอนเทศน์ก็ได้คิดนึกให้มันคลายลง ไม่เก็บอะไรไว้กับตัว” 2. การทำสมาธิเพื่อให้มีสติในตัวเองทุกวัน “การทำสมาธิเป็นนิสัยได้เป็นเรื่องที่ทำให้จิตใจปลอดโปร่ง เกิดอะไรขึ้นมากระทบใจก็หายไปได้เร็วดี” “สังคหวัตถุ 4 เป็นแนวทางการใช้ชีวิตแต่ละวันไม่ให้เกิดความเครียด” 3. ไม่ว่าจะทำอะไรก็จะเป็นขั้นตอน เป็นระบบ และช่วยให้ดำเนินชีวิตได้อย่างไม่ประมาท “ถ้าวันไหนมีสิ่งที่เข้ามากระทบชีวิตแรงๆ ไม่ว่าจะจากภายนอกหรือภายในครอบครัว เริ่มต้นมองเมื่อพบว่าเป็นปัญหาแล้วป้าจะหยุดคิดแล้วหายใจลึกๆ ใช้คำถาม What Where When Why How เสมอ แล้วจะให้คำตอบและทางแก้ปัญหาแก่ตัวเองที่ดีเสมอมาในทุกครั้ง ทำให้ไม่มีความตึงเครียดมาก” “ถ้าหากลูกหลานมีปัญหาอะไรมาพูดคุยให้ฟัง ปัญหามากน้อยเท่าไรจะรับฟังและพูดคุยหาทางออกด้วยกัน ช่วยกันคิดดีกว่าเก็บความไม่สบายใจไว้คนเดียวแล้วก็คลี่คลายไป ความเครียดเกิดไม่นานก็หายไป” 4. การนอนหลับพักผ่อนแต่ละวัน “สมดุลของอิริยาบถทั้ง 4 คือ ยืน เดิน นั่ง นอน ในแต่ละวันให้แบ่งเวลาพอๆ กัน ร่างกายมันจะได้สมบูรณ์ นอนในช่วงกลางคืนอยู่แล้ว เหลือกลางวันทำงานก็เหมือนกับการยืน การเดินควบคู่กันไปแล้ว ถ้าเราเหนื่อยเราก็นั่งพักผ่อน”

จากการวิจัยพบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน เช่น มีปัญหาส่วนตัวและครอบครัว ปัญหาจากการทำงาน บางคนเครียดเพราะรู้ตัวว่าแก่แล้วก็มี บางคนเครียดเพราะมีโรคเรื้อรังประจำตัว ความเครียดจะกระตุ้นให้ตัวเราเองหาวิธีการที่จะสู้กล้าเผชิญแก้ปัญหาหรือหลีกเลี่ยงหรือหนีปัญหาด้วยวิธีการต่างๆ กันไป โดยขึ้นอยู่กับแหล่งหรือสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด และถึงแม้จะมีสาเหตุเดียวกันก็ทำให้เกิดปฏิกิริยาโต้ตอบสนองต่อความเครียดของแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป เพื่อไม่ให้เป็นสิ่งที่บั่นทอนสุขภาพของตน

ในอดีตที่ผ่านมาผู้สูงอายุเผชิญกับความเครียดไม่รุนแรงมากนัก แม้จะมีการเปลี่ยนผ่านของสังคมและเศรษฐกิจที่กลับไปกลับมามีทั้งช่วงที่ดีและไม่ดี ช่วงแห่งชีวิตที่ผู้สูงอายุได้สัมผัสด้วยประการณ์ตรง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการยอมรับพื้นฐานทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในขณะนั้น ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวและผู้สูงอายุสามารถ

ขจัดความเครียดนั้นหายไปได้ การดำเนินชีวิตก็จะเป็นไปตามปกติ แต่ถ้าทำให้เกิดความเครียดบ่อยๆ นานๆ ย่อมทำให้เกิดความผิดปกติต่อร่างกายและจิตใจที่รุนแรงและทำให้การรักษาเป็นไปได้ยาก

ดังนั้นเมื่อเกิดความเครียดผู้สูงอายุจะต้องปรับตัว ซึ่งการปรับตัวนั้นเป็นการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงในบางสิ่งบางอย่างเพื่อลดความเครียดหรือการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น การปรับตัวที่ดีจึงเป็นการที่บุคคลสามารถทำตัวให้เข้ากับสภาพความเป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนมีการดำเนินชีวิตโดยอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นอย่างมีความสุข หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้จะมีความรู้สึกเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) อันจะนำมาซึ่งความรู้สึกไร้คุณค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่ายชีวิต จนถึงการฆ่าตัวตายได้ การที่ครอบครัวของชาวพุทธให้ความสำคัญกับการไปวัด ฟังเทศน์และทำบุญในวันสำคัญทางศาสนาเป็นธรรมเนียมปฏิบัติ ซึ่งผลจากการทำบุญแล้วทำให้เกิดความสงบของจิตใจจึงเป็นสิ่งที่ยึดปฏิบัติ สำหรับผู้ที่มีความตึงเครียดจึงหันไปปฏิบัติทางศาสนาแล้วเกิดการผ่อนคลายได้ดี

ผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะดี มัก ยึดหลักคำสอนและแนวทางการดำเนินชีวิตตามหลักของศาสนาพุทธ มีความเชื่อเรื่องกรรมและสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นความเชื่ออำนาจภายนอกจิตใจ (External Locus of Control) ซึ่งตามวิถีความเป็นอยู่และวัฒนธรรมของผู้ที่อาศัยทางภาคเหนือจะมีพิธีกรรมที่นิยมยึดถือปฏิบัติซึ่งเชื่อว่าจะทำให้มีความเป็นอยู่ที่สุขสบาย ไม่มีโรคภัยเบียดเบียน เช่น การทำบุญสืบชะตาสะเดาะเคราะห์เพื่อต่ออายุ ส่วนสาเหตุที่พบว่าทำให้เกิดความเครียดอีกประเด็นหนึ่งคือความขัดแย้งระหว่างผู้คนรอบข้างที่การปฏิสัมพันธ์กันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้สูงอายุได้ใช้ธรรมยึดเหนี่ยวใจคนเพื่อคลายความเครียดและเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตที่เป็นสุขที่จำเป็น ผู้สูงอายุใช้เป็นหลักธรรมยึดเหนี่ยวใจคนคือสังคหวัตถุ 4 ดังนี้คือ

1. ทาน หมายถึง การแบ่งปัน ผู้สูงอายุแบ่งปันลาภผลที่ได้มาหรือสะสมไว้ให้แก่สมาชิกในครอบครัวทุกคนอย่างถูกต้องและเป็นธรรม ควรช่วยเหลือเกื้อกูลสมาชิกในครอบครัวด้วยการให้ทรัพย์สิ่งของ รวมทั้งการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ที่มีประโยชน์ให้ตามความเหมาะสม

2. ปิยวาจา หมายถึง การพูดอย่างรักกัน ผู้สูงอายุพูดด้วยถ้อยคำสุภาพ ไพเราะในการสนทนากับสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนสร้างความเข้าใจที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยการพูดให้กำลังใจให้เกิดความสบายใจและเกิดไมตรีที่ดีต่อกัน เป็นผู้ฟังที่ดี

3. อัตถจริยา หมายถึง การทำประโยชน์แก่เขา ผู้สูงอายุอาสาช่วยเหลือแบ่งเบาภารกิจของสมาชิกในครอบครัวเท่าที่จะทำได้ เช่น ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านที่ไม่หนักหรือซับซ้อน ช่วยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบางส่วนของครอบครัว ช่วยฝึกฝนอบรมให้สมาชิกผู้เยาว์วัยในครอบครัว ช่วยดูแลต้นไม้ สัตว์เลี้ยงและช่วยรับโทรศัพท์ให้สมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

4. สมานัตตตา หมายถึง การเอาตัวเข้าสมาน ผู้สูงอายุปรับตัวให้เข้ากับสมาชิกทุกคนในครอบครัวได้ดี ไม่ปล่อยให้มีช่องว่างระหว่างวัย ให้ความร่วมมือกับผู้อื่นได้ เคารพในบทบาทหน้าที่ของกันและกัน ไม่เอาเปรียบ ไม่เรียกร้องความสนใจ ความเห็นใจจากสมาชิกในครอบครัวจนเกินความพอดีพองาม ผู้สูงอายุควรร่วมสุข ร่วมทุกข์และร่วมกันแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัวโดยไม่ย่อท้อ

นอกจากนี้ผู้สูงอายุ ที่สุขภาวะดี มัก เชื่อว่าในแต่ละวันคนเราควรจะได้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจและลดความเครียดที่สัมผัสมาในชีวิตประจำวัน โดยผู้สูงอายุมีหลักในการแบ่งเวลาในการทำงานและการพักผ่อนให้สมดุลตามหลักอิริยาบถ 4 คือในแต่ละ



ภาพที่ 13 กิจกรรมเล่นดนตรีพื้นเมืองของกลุ่มผู้สูงอายุที่วัด



ภาพที่ 14 กิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุในเทศกาลวันขึ้นปีใหม่

วันจะแบ่งเวลาในการยืน เดิน นั่ง นอนให้เท่าๆ กัน ซึ่งจะทำให้เกิดความสมดุลระหว่างการพักผ่อนและการทำงาน โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะนอนคืนละประมาณ 6-8 ชั่วโมง ส่วนในตอนกลางวันผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่นอน ยกเว้นผู้ที่ประกอบอาชีพที่ต้องตื่นนอนหัวรุ่ง หรือผู้สูงอายุตอนปลาย ที่มักจะนอนพักในตอนกลางวันในช่วงบ่ายประมาณ 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง ซึ่งลักษณะภายในชุมชนที่เงียบสงบ อากาศดี และบริเวณบ้านที่ร่มรื่น เป็นปัจจัยส่งเสริมการนอนหลับของผู้สูงอายุ

“สมดุลของอิริยาบถทั้ง 4 คือ ยืน เดิน นั่ง นอน ในแต่ละวันให้แบ่งเวลาพอๆ กัน ร่างกายมันจะได้สมบูรณ์ นอนในช่วงกลางคืนอยู่แล้ว เหลือกลางวันทำงานก็เหมือนกับการยืน การเดินควบคู่กันไปแล้ว ถ้าเราเหนื่อยเราก็นั่งพักผ่อน”

การดูโทรทัศน์นอกจากจะทำให้เกิดความเพลิดเพลิน สบายใจ แล้วยังทำให้ได้ความรู้และได้รู้ข่าวสารของลูกหลานที่อยู่ไกลบ้าน รวมทั้งได้รู้ความเคลื่อนไหวของบ้านเมือง และผู้สูงอายุใช้โทรทัศน์เป็นเสมือนเพื่อนที่ช่วยคลายความเหงาหรือช่วยคลายความเครียดด้วย อ่านหนังสือธรรมะก่อนนอน การทำสมาธิเป็นวิธีการที่สามรถทำให้จิตกำหนดแน่วแน่อยู่กับสิ่งเดียวได้ตามที่ต้องการ บุคคลที่มีการฝึกสมาธิอย่างแน่วแน่สม่ำเสมอทำให้ทำงานที่มีประโยชน์และบรรลุผลสำเร็จได้ กล่าวคือ การมีความนึกคิดที่ดีทางจิตใจ ไม่วิตกกังวล ไม่มีความเศร้าหมอง ไม่มีความฟุ้งซ่าน และอยู่ในสภาพที่สามารถจะปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างดี (พุทธทาสภิกขุ , ม.ป.ป) ผลของการฝึกทำสมาธิของผู้สูงอายุทำให้เกิดผลดีต่อร่างกายหลายประการคือ การทำให้ความดันเลือดต่ำลง คลายกล้ามเนื้อที่เกร็งอยู่ตลอดเวลาจากความกระวนกระวายใจ นอกจากนี้ยังมีผลลดอัตราการเต้นของหัวใจและการใช้ออกซิเจนของร่างกาย ลดการแกว่งของอารมณ์ ช่วยปรับสมดุลของอารมณ์และจิตใจซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพผู้สูงอายุ

กล่าวโดยสรุปแล้วผู้สูงอายุสามารถจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง ด้วยวิธีการง่ายๆ 4 วิธี คือ วิธีแรกเป็นการปฏิบัติกันอยู่แล้วในชีวิตประจำวัน เช่น การพักผ่อนหย่อนใจ ดูหนัง ฟังเพลง อ่านนิยาย ไปเที่ยว ไปเสริมสวย ไปเล่นกีฬา ออกกำลังกาย พูดคุยกับคนรู้ใจ ทำงานอดิเรก เล่นกับสัตว์เลี้ยง เป็นต้น วิธีที่สองเป็นการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตด้วยหลักคำสอนทางศาสนา เพราะปัญหาจะเป็นบ่อเกิดแห่งความเครียด หากแก้ปัญหาได้สำเร็จความเครียดก็จะหมดไปด้วย วิธีที่สามคือการปรับเปลี่ยนความคิด เนื่องจากความเครียดจะเกิดจากการที่คนเราหมกมุ่นครุ่นคิดแต่ในเรื่องที่ไม่ดี เรื่องที่ทำให้รู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ เรื่องเศร้า เรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจ ถ้าฝึกคิดในทางบวกบ้าง มองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน คิดถึงประสบการณ์ดีๆ ที่ผ่านมาในชีวิต นึกถึงความปรารถนาดีของคนอื่นที่มีต่อเรา วิธีสุดท้ายคือ การฝึกคลายเครียดด้วยวิธีทางจิต ฝึกการหายใจ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สมาธิ ผู้สูงอายุต้องมีการเปลี่ยนแปลงตัวเองเนื่องจากในวัยที่ผ่านมาผู้สูงอายุได้สะสมรูปแบบความคิดและพฤติกรรมเงื่อนไขเหล่านี้ทำให้เกิดความยึดมั่นกับความคิดความเชื่อและเหตุผลของตนเอง มีความกลัวต่อการเปลี่ยนแปลงและเกิดความวิตกกังวลขึ้น เพื่อให้ความคิดได้ลดลงไปผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับปัญหาและหาวิธีแก้ไข และมีความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและการแก้ไขอารมณ์ที่เป็นทุกข์ให้หมดไป

6. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ

ตารางที่ 9 การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเองในการพัฒนาจิตวิญาณ

การพัฒนาจิตวิญาณ	การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเอง
ชีวิตจริงของตัวเอง	- มองโลกในแง่ดี “ทำสิ่งที่เป็นปัจจุบันให้ดีที่สุด มองชีวิตว่าอีกไม่นานก็ต้องจากกันไปทั้งคน - รักใกล้ชิดสามี” “ตั้งความหวังทุกอย่างของชีวิตไว้แต่ไม่เชื่องมงาย ไม่ยึดติดสิ่งใดๆ เข้าใจสภาพแท้จริงของชีวิต” “ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นเสมอ เคารพให้ศักดิ์ศรีของคนรอบข้างจะทำให้ได้รับความรู้สิ่งดีมากขึ้นมีพลังที่จะคิดแต่สิ่งดีงามต่อไป” “การให้อภัยเป็นสิ่งสำคัญ แม้จะปรับใจได้ยากในความโกรธที่มีกับคนที่ทำให้ตัวเราสะเทือนใจและทำร้ายจิตใจเรานั้น แต่หากทำได้จะช่วยให้มีจิตใจที่ดีงาม การฝึกฝนบ่อยๆ ด้วยความอดทนก็จะทำได้” “ป้าใช้หลักโพชฌงค์ 7 ได้แก่ สติ ธัมมวิจยะ วิริยะ ปีติ ปัสสธิ สมาธิ อุเบกขา เป็นหลักนำทางชีวิตและแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดี” “มีความสุขเมื่อได้ทำประโยชน์แก่ผู้อื่น” “ถ่ายทอดสิ่งที่ดีแก่ลูกหลานและผู้อื่น” “เต็มใจในการทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อให้ผู้อื่นได้รับประโยชน์จากการกระทำของเรา” “ชื่นชมในความสำเร็จของบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา ลูกและพร้อมให้อภัยในความผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้เสมอ” “ตั้งเป้าหมายของชีวิตไว้ ตอบคำถามของตนเองให้ได้แม้จะเป็นสิ่งที่ยากเจออุปสรรคต้องไม่ย่อท้อ พยายามให้ถึงที่สุดบนความมีเหตุมีผล” “ในเรื่องความดีความชั่วก็เช่นเดียวกัน เราเคยทำดีมามาก ภายหลังกลับทำชั่วมากกว่า ความดีก็ละลายหายไปโดยอัตโนมัติหรือเคยทำชั่วมาแต่ภายหลังทำความดีมากขึ้นๆ ความดีนั้นก็จะทำให้ความชั่วหมดไป ถ้าเรารู้ว่าเราเคยไม่ดีมาก่อนมา เราสามารถทำให้ชีวิตเราดีขึ้นด้วยการพยายามปรับปรุงตัวเอง ทำความดีให้มากขึ้น ให้ทาน รักษาศีล บำเพ็ญสมาธิภาวนา การกระทำความดีเพิ่มขึ้นตลอดความดีนั้นจะมีพลัง พระพุทธองค์ตรัสไว้ว่า กัมมุนา วัตตะตี โลโก แปลว่าคนเราจะเป็นอะไรก็เพราะการกระทำของเราเอง”

ผลการวิจัย ผู้สูงอายุต้องการสิ่งที่เป็นความสมหวังในชีวิตที่สุดคือ ความสุขของบุคคลในครอบครัวที่ประสบความสำเร็จในทุกด้าน ไม่ต้องการให้คนใดคนหนึ่งลำบากและเป็นทุกข์ เหตุการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมาในอดีตผู้สูงอายุภูมิใจในการกระทำหน้าที่ที่ดีของตนเอง แม้จะผิดพลาดบ้างก็ให้อภัยและเริ่มต้นใหม่โดยเตือนสติตัวเองว่ายังไม่สายที่จะเริ่มต้นใหม่

“ป้าจะคอยเตือนตัวเองเสมอว่าไม่เป็นไร หากใครเจอปัญหาอะไร ยิ้มรับกับวันใหม่
ด้วยรอยยิ้มที่สดใส ทำต่อไปให้ดีที่สุด”

ผู้สูงอายุที่สุขภาวะดี มัก มีชีวิตเรียบง่าย มองโลกในแง่ดี สันโดษ พึงพอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่ มีความรักใคร่สามัคคี มีการช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยกัน เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อบุคคลทั่วไป มีความซื่อสัตย์สุจริต สนใจในศาสนา วัฒนธรรม ความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลเมื่อได้รับการตอบสนองแล้วจะทำให้เกิดความพึงพอใจ ความต้องการในระดับขั้นสูงอันได้แก่ ความสำเร็จในชีวิตย่อมเกิดขึ้น ซึ่งความสำเร็จในชีวิตแห่งตนเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความสุข ความกระตือรือร้นในชีวิต (Johnson, et al., 1993: 198) และในอดีตมีโอกาสประสบความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา จึงเกิดความพึงพอใจ มีความสุข การมองโลกในแง่ดีจะส่งผลดีต่อสุขภาพหัวใจ ได้เคยมีการศึกษาก่อนหน้านี้ระบุว่าการมองโลกในแง่ดีจะช่วยเพิ่มสุขภาพร่างกายและยังช่วยลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตจากสาเหตุต่างๆ นอกจากนี้การมองโลกในแง่ดียังช่วยบรรเทาอาการผู้ป่วยจากโรคหัวใจที่มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดแดงตีบตัน ดังนั้นผู้สูงอายุมองโลกในแง่ดีสามารถช่วยลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

นอกจากนี้ยังมีการรับรู้ถึงการประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตที่ผ่านมาในอดีตของผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะดี มีความสำเร็จในชีวิต มักเป็นผู้มองโลกในแง่ดี มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความกระตือรือร้น เอาใจใส่ต่อชีวิต มีการตั้งเป้าหมายของชีวิตและใช้ความพยายามเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตนต้องการ (Walk, Sechirst & Pender, 1987: 256) การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณเป็นกิจวัตรที่ผู้สูงอายุปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอในชีวิตประจำวัน เนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมที่มีพุทธศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวที่ทำให้จิตใจสงบ โดยไม่ได้ยึดหลักธรรมใดแต่คำสอนทางศาสนาสามารถปฏิบัติแล้วยกระดับจิตใจของบุคคลให้สูงขึ้นได้ทุกหลักธรรมคำสอน และในการวิจัยครั้งนี้พบว่า มีผู้สูงอายุใช้หลักปฏิบัติโพชฌงค์ 7 เป็นแนวปฏิบัติด้านการส่งเสริมให้สุขภาพดี หลักโพชฌงค์ 7 เป็นหลักธรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ซึ่งนับถือศาสนาพุทธได้นำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติที่เห็นผลชัดเจน และก็เป็นการกำจัดมลพิษภายในจิตใจซึ่งเป็นขบวนการในการจัดระเบียบของความรู้สึกนึกคิดให้เป็นผู้ซื่อตรงถูกต้องตามครรลองคลองธรรมหรือครรลองของสภาวะธรรม เกิดสุขภาพทางจิตใจที่มั่นคงแข็งแกร่งสามารถเผชิญปัญหาและหาแนวทางแก้ไขด้วยความมีเหตุมีผล สามารถดำเนินชีวิตที่พบกับอุปสรรคปัญหาต่างๆ ตลอดระยะของการมีอายุที่ยืนยาวมาจนกระทั่งทุกวันนี้

แนวปฏิบัติโพชฌงค์ 7 มีความครอบคลุมในหลักธรรมที่ปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาและเป็นแนวทางการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี ความหมายของโพชฌงค์ประกอบด้วย (พระคัมภีรญาณ อภิปุญโญ , 2550: 97-109)

1. สติสัมโพชฌงค์ คือ การปฏิบัติตนให้เป็นคนมีสติและในความหมายของโพชฌงค์คือวิถีแห่งการบรรลุธรรมวิถีแห่งความพ้นทุกข์ เป็นกระบวนการทางจิตชนิดหนึ่ง เป็นอารมณ์แห่งจิตที่ทำงาน เป็นอารมณ์แห่งจิตที่มีสาระ เป็นอารมณ์แห่งจิตที่มีความหมายพัฒนาไปเป็นจิตที่ประเสริฐ ในสติสัมโพชฌงค์จะรับรู้ว่าขณะนั้น ว่าเป็นใคร กำลังทำอะไรอยู่ รู้อยู่หรือไม่ว่าลมหายใจเข้าออกมีอยู่เวลานี้ หายใจเข้าสั้นหรือยาว หายใจออกสั้นหรือยาว เป็นการใช้สติเหมือนกับอิริยาบถต่างๆ กำลังเดินอยู่ หรือเปล่าหรือนั่งอยู่ หรือนอนอยู่ หรือทำอะไรอยู่ สัมปชัญญะ รู้ตัวเองว่าอยู่ว่าเวลานี้กำลังทำอะไร

2. ธัมมวิจยะ คือการวิจารณ์ธรรม เลือกเฟ้นธรรม แสวงหาธรรมที่เหมาะตรง ถูกต้องแก่ตนที่สามารถปฏิบัติได้ เมื่อมีสติ มีการแสวงหา วิจารณ์ธรรมที่ดีอยู่แล้วเพื่อการปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องต่อไป

3.วิริยะ คือความเพียร มานะพยายามบากบั่นอย่างยิ่ง ในการทำสิ่งใดๆในชีวิตมีความพากเพียร คิดว่างานทุกอย่างต้องมีอุปสรรค ไม่ว่าอะไรทั้งหมด อุปสรรคมันมีทั้งนั้น จะถือว่าทำงานทุกอย่างเต็มไปด้วยความราบรื่นไม่ได้ แม้จะมีคนที่มีความคิดเห็นขัดแย้ง เกิดความสะเทือนใจบ้างถือว่าเป็นเรื่องของธรรม เป็นธรรมดาของบุคคลที่มีความเห็นไม่เสมอกัน ก็ต้องมีความเพียร เพียรละถ้อยคำ เพียรละอาการที่เขาแสดงออกซึ่งการเหยียดหยามต่างๆ เพียรไม่สนใจ เพียรไม่ยุ่ง ต้องต่อสู้กับอุปสรรคนานาประการ เช่น ความร้อน ความหนาวจากน้ำฝน จากอากาศ การต้องต่อต้านกับความเหนื่อยบาก อาศัยความเพียรเป็นที่ตั้ง

4. ปีติ คือ อารมณ์หนึ่งที่เป็นสุขเมื่อได้ทำสิ่งต่างๆ ด้วยความเพียรแล้ว ความอิ่มใจ ปีติจะสร้างเองไม่ได้ต้องทำไปตามกฎแห่งการปฏิบัติ ความชุ่มชื่นจะปรากฏแก่จิต ความสุขของจิตจะมี ปีติแปลว่า ความอิ่มใจ สมมติว่าทำสมาธิจิตให้ได้อานาปานสติกรรมฐานในเมื่อสมาธิเข้าถึงจุด มีอาการทรงตัว ความอิ่มใจ คือความสุขใจมันจะเกิด

5. ปัสสัทธิ คือความผ่อนคลาย ปล่อยวางให้ได้ทุกเรื่องไม่ให้กระทบจิตใจ

6. สมาธิ คือความตั้งมั่นแห่งจิต ผลแห่งสมาธินั้นเมื่อตั้งมั่นดีแล้ว ความตั้งใจมั่นได้แก่การรักษาอารมณ์ให้เป็นหนึ่ง ซึ่งจะไม่หลบไปสู่อารมณ์อื่น สมาธิไม่ใช่การนั่งหลับไม่รู้สึกตัวไม่รู้อะไรเลยที่เรียกกันว่าหลับใน สมาธิแปลว่าตั้งใจมั่น กำลังใจ คุมอารมณ์ใดอารมณ์หนึ่งอยู่โดยเฉพาะจิตไม่สอดส่ายไปสู่อารมณ์อื่น

7. อุเบกขา คือความเป็นหนึ่งเดียว มีอารมณ์เป็นหนึ่งเดียว วางเฉย วางเฉยไม่เอาอารมณ์ไปยุ่งกับสิ่งใดทั้งสิ้น

กระบวนการต่างๆ เหล่านี้ ทั้ง 7 ประการที่กล่าวมาแล้วเป็นหลักของโพชฌงค์ จะเห็นว่าเป็นกิริยาอาการของการที่จะนำพาเข้าไปสู่วิถีแห่งการพัฒนา จิตวิญาณที่สามารถจะมีอิสระ เสรีภาพในสิ่งที่ร้อยรัดผูกพัน ตาเห็นรูป หูฟังเสียง จมูกได้กลิ่น ลิ้นรับรสและกายถูกต้องสัมผัส การที่ผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์ต่างๆ มาตลอด ทั้งเหตุการณ์ที่ราบเรียบ ทั้งที่กระทบกระเทือนจิตใจ ทั้งปัญหาต่างๆ ที่ต้องแก้ไขให้ได้ ในชุมชนสังคมที่อาศัยอยู่ สุดท้ายความเจ็บป่วยทางกายที่ตนเองต้องเผชิญในหลักโพชฌงค์ 7 ประการเป็นกุญแจที่จะปลดปล่อยหากผู้สูงอายุอยู่ในอารมณ์ใดๆ โดยที่ไม่รู้เท่าทัน ทั้งขังตัวเองไว้ในสุข ทุกข์ เวทนาหรือการที่เป็นไปในกาย เช่น เจ็บป่วย เกิดโรค หรือกักขังตัวเองไว้ในเวทนาของโรคนั้นๆ ฉะนั้นการเจริญโพชฌงค์ก็คือการปลดปล่อยตัวเองออกจากเวทนาและโรคร้ายเหล่านั้นก็จะหมดออกไปจากอารมณ์เมื่อโรคออกจากอารมณ์เหล่านั้นใจก็เป็นปกติ โดยหลักวิทยาศาสตร์ธรรมชาติของร่างกายแล้ว โรคทั้งหลายเกิดจากใจที่บกพร่อง ร้อยละ 90 เมื่อใจเป็นปกติถูกต้องไม่บกพร่อง ร่างกายจะสร้างแอนติบอดี้ สามารถที่จะมีกระบวนการกำจัดขัดเกลา ทำลายล้างสิ่งที่แปลกปลอม หรือสิ่งที่เข้ามาเกาะกินสุขภาพของกายสุขภาพของจิต ร่างกายก็จะสร้างสารชนิดหนึ่งซึ่งเป็นสารที่จะทำลายศตรูที่แปลกปลอมเข้ามาในกายนี้ เรียกว่าเป็นการต้านทานและภูมิคุ้มกัน ขบวนการของโพชฌงค์ก็คือกระบวนการที่เหมือนยารักษาโรค และเป็นกระบวนการของจิตที่ปล่อยวางจากอารมณ์สุข ทุกข์และเวทนาทั้งปวงได้อย่างที่สุด



ภาพที่ 15 กิจกรรมสวดมนต์ ฟังธรรมของกลุ่มผู้สูงอายุ



ภาพที่ 16 กิจกรรมการให้ศีลให้พร ผูกข้อมือของผู้สูงอายุ

เนื่องจากสุขภาพดีหรือสุขภาวะนั้นจะเกิดขึ้นได้จริง ทุกอย่างต้องวางอยู่บนความพอดีและพอเพียงทั้งการกิน อยู่ การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการใช้ชีวิตอยู่บนเส้นทางสายกลาง สังคมจะสุขภาวะได้ก็ต้องพัฒนาด้วยหลักความพอดี พอประมาณ มีเหตุผลและมีภูมิคุ้มกันทางสังคมที่เหมาะสม ระยะเวลาที่ไม่น้อยกว่า 60 ปี กว่าคนคนหนึ่งจะผ่านกาลเวลามาถึงจุดนี้ สังคมจะให้เกียรติว่าเป็นผู้สูงอายุ ส่วนที่เป็นเรื่องของกุศลธรรมและสุนทรียะ คือ ความดีและความงามของชีวิตมีส่วนเกี่ยวโยงโดยตรงกับการดำรงชีวิต ภูมิปัญญาเกี่ยวกับการดำรงชีวิตนั้น รวมเอาบรรดาความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งต่างๆ ที่มีจุดหมายเพื่อการดำรงชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการทำมาหากินและการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและสภาพของสังคม เช่น ความรู้ในการสร้างอาชีพที่สุจริต การประกอบอาหาร การก่อตั้งครอบครัวและชุมชน ตลอดจนวิธีการและอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพ (เช่น สมุนไพร วิธีการรักษาโรค การแพทย์แผนไทย) เป็นต้น จะเห็นได้ว่าจิตวิญาณก็มีพัฒนาเช่นเดียวกับร่างกายและอารมณ์ เพียงแต่พัฒนาการด้านจิตวิญาณไม่สามารถมองเห็นได้ชัดเจนเหมือนพัฒนาการทางด้านร่างกายและอารมณ์ซึ่งจะมีการพัฒนาในทางที่หลากหลายและไม่สามารถคาดการณ์ลำดับของพัฒนาการได้ นอกจากนี้ประเวศ วะสี (2544: 23) ยังได้กล่าวว่า พัฒนาการทางด้านจิตวิญาณคือเส้นทางหลายๆ เส้นทางที่นำไปสู่การสร้างปัญญา จะเห็นได้ว่าความผาสุกทางจิตวิญาณมีความสำคัญ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลค้นหาเป้าหมายและความหมายในชีวิต มีความหวัง ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น มีความเข้มแข็งทางจิตใจ สามารถเผชิญปัญหาปรับตัวได้และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

ตัวอย่างของผู้สูงอายุใช้โพชฌงค์ 7 มาเป็นหลักการดำเนินชีวิตเพื่อการมีสุขภาวะที่ดี ในเรื่องการออกกำลังกายก็สามารถใช้สติระลึกถึงเรื่องของการออกกำลังกายว่าจะต้องทำอะไรบ้าง อย่างไรชนิดใด เช่น การเดิน การวิ่งแอโรบิค โยคะ เป็นต้น ซึ่งจะต้องเตรียมอุปกรณ์ เช่น เครื่องเสียง รองเท้าไม้พอง อุปกรณ์สิ่งเหล่านี้จะต้องหามาจากที่ไหน ธัมมวิจยะเลือกเฟ้นสิ่งที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด จากสิ่งต่างๆ ที่เป็นปัจจัยในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายตนเอง อาจศึกษาจากตำรา เอกสารประกอบหรือปรึกษาผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเรื่องการออกกำลังกาย ใช้ความเพียรในการปฏิบัติกิจกรรมโดยไม่ท้อถอย เป็นวิริยะและเกิดปิติ ทำให้เกิดบรรยากาศ เกิดกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างสนุกสนาน และมีความสุข ปัสสัทธิ มีความสงบ ไม่วุ่นวายใจ สมาธิ ตั้งใจแน่วแน่ให้ถึงที่สุด ทำให้ได้ผลดีให้มากที่สุด ปฏิบัติครบทุกขั้นตอนให้ดี อุเบกขา รอผลของการปฏิบัติด้วยใจที่เป็นสุข ไม่ต้องทุกข์ว่ามันจะดีหรือไม่ดี โดยเชื่อว่ากระทำไปอย่างดีแล้ว ย่อมได้ผลดีที่สุดแล้ว

ส่วนที่ 3 ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องด้านอาหาร

ตารางที่ 10 ข้อมูลพื้นฐานการดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร

ลำดับ	ประสบการณ์การดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร
1-80	- ทานอาหารที่เป็นผักเยอะๆ ผลไม้เป็นประจำ/อาหารพื้นเมืองเป็นหลัก เช่น ผักกาดจอ/ผักทุกชนิดซื้อจากตลาดมาต้องแช่น้ำเกลือป่นก่อนทำอาหาร โดยล้างน้ำทิ้งแล้วแช่น้ำเกลือ 5-10 นาที/การปรุงอาหารนั้นใช้เครื่องปรุงจะทำเอง/หอม/กระเทียมตำพริกแกงเองของสำเร็จต่างๆ ไม่ใช้เพราะอยู่ตลาดนาน - กินผักที่ปลูกเองหลังบ้านปรุงเองอยู่คนเดียวกินไม่มาก/กินข้าวกล้องปนกับอาหารสุขภาพ ได้แก่ ถั่วแดง ลูกเดือยปนกันทุกมื้อ เอาทุกชนิดล้างแล้วใส่หม้อหุงข้าวรวมกันไม่ต้องพึงอาหารเสริมอะไร - กินข้าวกล้องเป็นประจำ/กับข้าวมักเป็นอาหารประเภทผักที่ผ่านการล้างเพื่อให้ปลอดภัยจากสารพิษ โดยแช่น้ำยาล้างผักหรือน้ำเกลือ - กินอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับวัย/กินไปสะสมก็เป็นโทษโรคภัยจะตามมาได้หมอแนะนำอะไรก็ปฏิบัติตามในแต่ละวันจะไม่ให้ซ้ำกันเพื่อให้กินอาหารได้ดี/เน้นการกินผักผลไม้ให้มาก ไม่กินเนื้อสัตว์/กินมังสวิรัติอาหารเจตามเทศกาล/ ในทุกวันต้องมีผลไม้ที่หาง่ายตามฤดู ล้างสะอาดที่สุดกลัวยาฆ่าแมลงไม่กินผลไม้เลยก็ไม่ได้ ท้องจะผูก - รับประทานอาหารมีประโยชน์ ข้าวกล้องบ้าง ถั่วต่างๆ พอเหมาะกับร่างกายไม่มากเกินจะไปสะสมให้มีความสมดุลพอดีเพื่อร่างกายที่ดี/ลดไขมัน ของทอด งดอาหารรสเผ็ดจัด เค็มจัด/ดื่มน้ำสะอาด/ซื้อจากร้านที่มีการรับประกันความบริสุทธิ์วิธีการปรุงอาหารใช้การต้มและนึ่งเท่านั้น - รับประทานอาหารสด สุกใหม่ๆ/อาหารที่มีประโยชน์ครบทุกหมู่/จัดอาหารให้น่ารับประทานสะอาดมีคุณค่า/ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงรสชาติอาหารให้ถูกกับวัย/ในวัยสูงอายุต้องกินอาหารอ่อนย่อยง่าย/ไม่มีรสจัดและรับประทานอาหารแต่พอเพียงมีคุณค่าต่อร่างกาย - เลือกรับประทานอาหารถูกสุขลักษณะเหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง - เลือกกินอาหารเสริมที่มีคุณค่าจริงๆ ที่มีขายตามท้องตลาดเพื่อเพิ่มคุณค่าอาหาร - เลี่ยงพวกที่เป็นไขมันกะทิ/อาหารรสหวานจัด /รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ สะอาดสุกใหม่ๆ - กินอาหารตามที่หมอแนะนำ/อาหารการกินเป็นเรื่องใหญ่ มีโรคด้วยต้องเน้นอาหารที่ไม่ทำให้อาการกำเริบ/อยากกินอะไรที่ไม่ดีก็ต้องอดทน ห้ามใจให้ได้/ปวดข้อ ปวดเข่า จะไม่กินพวกเครื่องในสัตว์ - กินอาหารมีประโยชน์ตามคำแนะนำที่ได้จากหมอเพื่อให้ตรงตามการเจ็บป่วยของร่างกายไม่ให้มีอาการหนักมากขึ้น - ทานหมู ไก่ ปลา สลับกันในแต่ละวันเพิ่มของแห้งพวกเมล็ดทานตะวัน เมล็ดฟักทอง เม็ดมะม่วงหิมพานต์/เพิ่มอาหารกากใยชอบกินผักทุกวัน

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ลำดับ	ประสบการณ์การดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร
	- ทานอาหารธรรมชาติ ตามท้องถิ่นปรุงเองที่บ้าน ถ้าไม่จำเป็นจะไม่ซื้ออาหารกินตามร้านตั้งแต่เป็นสาวแล้ว - จะทานอาหารตรงเวลา ไม่กินของจุกจิก ในมื้อเช้าและกลางวันจะทานมากหน่อย ส่วนมื้อเย็นทานเล็กน้อยหรือไม่ทานเลยถ้าไม่หิว แต่จะทานผลไม้แทนให้พออิ่มท้อง แล้วจะนอนหลับสบาย/ขนมต่างๆ ที่ทำจากแป้งไม่ชอบเลย - ตั้งแต่เป็นสาวมาจนเดี๋ยวนี้เน้นอาหารการกินเป็นเรื่องใหญ่กินอิ่ม ครบ นึกถึงสุขภาพกลัวป่วย บ้านอยู่ใกล้ตลาดอาหารการกินเยอะแยะ สะอาดบ้าง ไม่สะอาดบ้าง เห็นหมดเลย เลือกกินอาหารที่ชอบทานประเภทปลาแต่พอดี - เน้นอาหารการกิน ที่สดใหม่อยู่ใกล้ตลาดเลือกอาหารที่สดใหม่วันต่อวัน ปรุงอาหารกินเอง สบายใจว่าปลอดภัย - เลือกกินอาหารที่ชอบทานแต่พอดีมีประโยชน์ที่แน่ๆ ครบ 5 หมู่ - อาหารดัดแปลงเป็นพวกมังสวิรัติกินบ้างตามเทศกาลกินเจ แต่ไม่ได้เคร่งครัดอะไร เพราะยึดการเลือกรับประทานอาหารตามปกติของชีวิตประจำวันที่เข้มงวดเรื่องคุณค่าอาหารอยู่แล้ว - กินอาหารเป็นเวลาไม่อยากให้ปวดท้อง-กินอาหารครบทั้ง 5 หมู่ - ชอบทานเนื้อปลา เนื้อสัตว์ไม่กิน/กินอาหารตามพื้นเมืองต้องสะอาดให้ภรรยาทำเองที่บ้าน เว้นอาหารที่เค็มจัดเผ็ดจัด/อาหารค้างคืนจะไม่ทานเลย/พอเริ่มแก่ตัวจะเปลี่ยนเป็นข้าวต้มเพื่อให้ย่อยได้ดี/กินครบทุกมื้อ/อายุมากขึ้นมีปัญหาดื่มนมไม่ได้ ที่ขาดไม่ได้น้ำผลไม้มีเยอะบ้านเราหาง่าย น้ำสมุนไพรก็มี - ตื่นนอนตี 4-5 จะดื่มน้ำผลไม้สดคั้นเอง/ทำน้ำส้มสายชูหมักแอปเปิ้ลช่วยขับถ่ายได้ดีขึ้น/น้ำดื่มสมุนไพรทำเอง ช่วยทำให้สุขภาพดี - ดื่มน้ำสะอาดจากขวด 1,000 ซีซี ที่หาซื้อจากร้านทั่วไปวันละ 7-8 แก้ว

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า อาหารที่แต่ละท้องถิ่นบริโภคนั้นนอกจากแสดงถึงลักษณะอาหาร สีสัน รสชาติ ความเป็นเอกลักษณ์ของอาหารแล้ว ยังสะท้อนถึงถึงภูมิปัญญา การเชื่อมโยงผสมผสานระหว่างวิถีการดำเนินชีวิตกับการดูแลรักษาสุขภาพที่บรรพบุรุษได้สั่งสมประสบการณ์จากชีวิตจริงและสืบทอดมาหลายชั่วอายุคนจนกลายเป็นวัฒนธรรม พบว่าสังคมไทยมีการดูแล รักษา ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพในครอบครัวและชุมชนโดยอาศัยสรรพคุณทางยาของอาหารเหล่านั้นด้วย

ชีวิตของคนโบราณผูกผันอยู่กับป่า เพราะป่าอุดมสมบูรณ์ไปด้วยพันธุ์ไม้และสัตว์นานาชนิดที่สามารถนำมาประกอบเป็นอาหารได้ การรู้จักสังเกต และเรียนรู้ประสบการณ์จากชีวิตจริงทำให้รู้ว่าพืชผักและสัตว์ชนิดใดสามารถที่นำมาประกอบอาหารได้ ลักษณะเห็ดอย่างไรมีพิษ ชาวบ้านเรียนรู้และสั่งสมภูมิปัญญาในการรู้จักประกอบอาหารจากผักพื้นบ้าน ผักป่า โดยอาศัยการสังเกตลักษณะอาหารตามฤดูกาล รสชาติอาหาร เรียนรู้วิธีการปรุงแต่งอาหารแต่ละชนิด ควรปรุงผักอะไรร่วมกับผักอะไร กินอะไร กินอย่างไร จึงจะไม่เจ็บป่วย

ชาวบ้านมีประสบการณ์ในการเลือกอาหารตามฤดูกาล เช่น ฤดูร้อนควรกินผักที่ให้ความเย็น เช่น ผักฮ้วนหมู ผักกูด ผักปลัง ผักตำลึง ในฤดูฝนอากาศชื้น ทำให้เป็นหวัดง่าย นิยมกินของเผ็ดร้อน เช่น ขิง ข่า โหระพา กระเจียว ในฤดูหนาวอากาศเย็น นิยมกินรสขม ร้อนและเปรี้ยว เช่น ข่าอ่อน พริกไทย เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของพรรณี อวนสกุลและคณะ (2541: 52-54) พบว่าแหล่งอาหารธรรมชาติของคนพื้นเมืองในจังหวัดเชียงใหม่ที่ได้จากป่าหรือแพะ (ป่าละเมาะ) ในฤดูร้อน ได้แก่ ปลีกล้วย ยอดมะขาม ยอดมะม่วง ผักเสี้ยว ผักเฮือด ขนุนป่า มะไฟป่า เป็นต้น มีการจับสัตว์ เช่น ไก่ป่า กระรอก นก เป็นต้น ในฤดูฝนมีอาหารจากป่ามาก เช่น หน่อไม้ เห็ดต่างๆ ผักหวาน ผักเจียงดา ผักหนาม สัตว์ที่จับ ได้แก่ แลน แย้ ตุ่น แม งมัน จิ้งหรีด ฤดูหนาวไม่ค่อยมีผักป่ายกเว้นกล้วยและมะเขือ แหล่งอาหารจากหนองน้ำ ลำห้วย และทุ่งนา ได้แก่ ปลา งู กุ้ง หอย กบ เขียด ผักแว่น ผักหนอง (ผักกะเฉด) ผักจุ่มป่า เตา ฟักข้าว เป็นต้น

ในขณะที่วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนที่เกี่ยวกับการทำบุญในศาสนา ยังพบว่าอาหารมีบทบาทสำคัญ โดยถูกนำมาประกอบในพิธีเหล่านั้น (มณี พยอมยงค์, 2524: 43) การสืบทอดประเพณีและพิธีกรรมต่างๆ มักมีการเตรียมสิ่งของเครื่องให้ทั้งอุปโภคและเครื่องบูชา ซึ่งจะนำถวายแก่พระสงฆ์หรือเพื่อการทำพิธีกรรมทางไสยศาสตร์

ความเชื่อและวิถีชีวิตเกี่ยวกับอาหารเพื่อการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนมีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่เรียบง่าย ใจบุญ ใจดี เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน การเกษตรเป็นอาชีพ หลักที่สำคัญของภาคเหนือตอนบน คือการทำนา ทำไร่ และทำสวน เริ่มทำนาราวเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝนและเก็บเกี่ยวข้าวประมาณเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม ข้าวที่เก็บเกี่ยวแล้วจะนำไปเก็บไว้ในยุ้งข้าว (หลองข้าว) โดยทำนาข้าวเหนียวเป็นหลัก บางคนอาจปลูกข้าวกล่ำหรือข้าวเหนียวดำไว้ทำขนม ปลูกข้าวจ้าวไว้บ้างเพื่อเป็นส่วนประกอบของยาสมุนไพร หลังจากเก็บเกี่ยวข้าวในนาแล้ว จะปลูกพืชผักต่างๆไว้บริโภค เช่น ถั่วเหลือง ถั่วลิสง ถั่วฝักยาว แตงกวา หอมแดง กระเทียม ในแปลงที่ปลูกหอม กระเทียม จะนิยมปลูกผักกาดเขียว ผักชีไว้ข้างๆแปลง เพื่อเก็บไว้ปรุงอาหาร และในบริเวณบ้านจะปลูกพืชผักสวนครัว เช่น ผักกาดเขียว ถั่วพลู ผักเจียงดา ชะอม ผักฮ้วน ผักชี ไว้อีกด้วย

โดยทั่วไปชาวบ้านจะนิยมเลี้ยงไก่ สุกร เพื่อขายหรือนำไปประกอบอาหารเมื่อมีงานบุญ หรือในโอกาสพิเศษ นอกจากนี้แล้วยังปลูกพืชผักต่างๆ รวมทั้งผักสวนครัวเพื่อใช้บริโภคภายในครอบครัว ทั้งยังสามารถเก็บผักต่างๆ จากป่าแพะ (ป่าโปร่ง) ทุ่งนา เช่น ผักบุ้ง ยอดฟังทอง บวบต่างๆ ผักแว่น ส่วนสัตว์น้ำที่นำมาประกอบอาหาร ได้แก่ ปลา ปู กุ้ง หอย ก บ เขียด ลูกอ๊อด รวมทั้งผักต่างๆ เช่น ผักบุ้ง ผักหนอง ผักจุ่มป่า รวมทั้งสัตว์เลื้อยคลานและแมลงบางชนิด ได้แก่ งู หนูนา จิ้งหรีด ซึ่งหาได้จากแหล่งน้ำ ห้วย หนอง คลอง บึง พบว่าในสมัยก่อนการใช้สารเคมีในการเกษตรมีน้อยหรือแทบไม่ได้ใช้เลย ทำให้แหล่งน้ำ แหล่งอาหารต่างๆ ทั้งจากพืชและสัตว์ มีความปลอดภัยสูง รวมทั้งการปลูกข้าว พืชผักต่างๆ ที่ปลอดสารเคมีและยาฆ่าแมลงเหล่านี้มีส่วนทำให้ชาวบ้านมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์

ตลาด สดเป็นสถานที่ซื้อขายแลกเปลี่ยนสินค้า ตลาดหนึ่งแห่งอาจเป็นตลาดกลางของหลายหมู่บ้าน ตามปกติชาวบ้านไม่ได้ไปจ่ายตลาดทุกวัน การไปตลาดแต่ละครั้งก็เพื่อซื้อของใช้ที่จำเป็น ขณะเดียวกันผู้ที่มีผลิตผลจากสวน ไร่ นา ทั้งพืชผักต่างๆ ปู ปลา ก็จะนำไปขายที่ตลาด รวมทั้งสิ่งที่ทำ

ขึ้น เช่น ตุง เทียนขี้ผึ้ง อาหารที่นิยมซื้อจากตลาด ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่างๆ โดยเฉพาะเนื้อหมู วัว ควาย เพราะตามปกติชาวบ้านจะไม่ได้บริโภคเนื้อสัตว์ทุกวัน จะได้รับบริโภคเนื้อสัตว์ก็ต่อเมื่อมีการฆ่าสัตว์ในหมู่บ้าน และจะนำมาลงหุ้นกัน (ตกปุ้น) หรือการจัดงานประเพณีหรือพิธีกรรมต่างๆ

อนึ่งในการประกอบอาหารประเภทเนื้อสัตว์ จะนิยมใช้พืชผักพื้นบ้านบางชนิดที่มีคุณสมบัติในการดับกลิ่นคาวของเนื้อสัตว์และช่วยทำให้อาหารมีกลิ่นหอม ช่วยกระตุ้นให้บริโภคอาหารได้มากขึ้น พืชเหล่านี้ ได้แก่ ขิง ข่า ขมิ้น ตะไคร้ ที่สำคัญพืชผักเหล่านี้มีบทบาทสรรพคุณในการรักษาโรคด้วย เช่น กระเทียม ข่า ตะไคร้ ซึ่งมีสรรพคุณแก้การอักเสบ แก้ท้องอืด ขับปัสสาวะ รวมทั้งพืชผักอื่นๆ ที่มีสรรพคุณในด้านการรักษา เช่น ผักขี้เหล็ก ช่วยให้นอนหลับ ผักชะอมแก้อาการปวดเสียวท้อง ดอกแคแก้ไข้หัวลม เนื่องจากผักต่างๆ มีคุณค่าและประโยชน์แตกต่างกัน

ผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนรู้จักดัดแปลงนำเอาผักต่างๆ มาประกอบอาหารด้วยกัน เช่น แกงแคหรือคั่วแค ซึ่งมีผักหลากหลายชนิด นอกจากได้บริโภคเป็นอาหารแล้วยังได้รับสรรพคุณทางสมุนไพรอีกด้วย จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนมีหลักคิดหรือภูมิปัญญาที่สามารถเลือกบริโภคอาหารที่มีความหลากหลายที่หาได้ในแต่ละฤดูกาลเพื่อนำมาประกอบอาหารบริโภค ผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนปรุงอาหารโดยนิยมใช้ปลาร้า ถั่วเน่าห่อหรือถั่วเน่าแผ่นมาเป็นส่วนประกอบอาหาร ปรุงรสด้วยเกลือ ไม่ใช้น้ำตาลหรือผงชูรส ใช้น้ำมันหมูในการประกอบอาหารบ้างในปริมาณน้อย

การทำกิจวัตรประจำวัน และการบริโภคอาหารแบบล้านนาที่มีไขมันต่ำ ได้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพ โดยรวมของผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนทำให้ผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนส่วนใหญ่มีร่างกายแข็งแรง ไม่อ้วน ไม่ค่อยเจ็บป่วย ยกเว้นมีการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อบ้าง จากการออกแรงทำงาน

อนึ่งชาวไร่ชาวนาในอดีตมีความรู้พออ่านออกเขียนได้ บางคนอาจมีความรู้ในระดับประถมปีที่สี่ ดังนั้นจึงไม่ได้คิดถึงเรื่องคุณค่าอาหารที่ได้รับโดยตรงจากอาหาร แต่เพราะได้บริโภคพืชผักที่หลากหลายชนิดตามฤดูกาล ประกอบกับการสังเกตและมีภูมิปัญญาในการเลือกบริโภคตามฤดูกาลในฤดูกาลใดควรบริโภคพืชผักอะไร หรือประกอบอาหารตามชนิดของพืชผักที่หาได้หรือตามลักษณะภาชนะอุปกรณ์ที่มีอยู่ จากการบริโภคอาหารที่หลากหลายชนิดทำให้ร่างกายได้รับประโยชน์จากสารอาหารเปรียบเทียบได้กับการบริโภคหลัก 5 หมู่ในปัจจุบันซึ่งส่งผลให้มีสุขภาพแข็งแรง

ในอดีตเมื่อมีการเจ็บป่วย จะรักษากับหมอพื้นบ้านหรือหมอเมือง ซึ่งผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนจะมีความศรัทธาและนับถืออยู่มาก อย่างไรก็ตามการดูแลให้การรักษาบริการด้านการแพทย์ยังมีจำกัดไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะในชุมชนที่ห่างไกลจึงทำให้ผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนต้องอาศัยภูมิปัญญาหรือองค์ความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ชีวิต การสังเกตและสะสมคำสั่งสอนจากบรรพบุรุษ รวมทั้งคำแนะนำจากหมอเมืองในด้านการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะในบุคคลช่วงวัยพิเศษ เช่น เด็กเล็ก หญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร ซึ่งถูกสั่งสอนให้งดบริโภคอาหารบางชนิดที่เชื่อว่าแสลง เพราะจะนำไปสู่การเจ็บป่วยได้

ดังนั้นจึงมีการสั่งสอนสืบทอดประสบการณ์มาจากปู่ ย่า ตา ยาย ที่ได้นำความอุดมสมบูรณ์ของอาหารจากธรรมชาติ มาใช้ประโยชน์ในด้านการดูแลรักษาส่งเสริมสุขภาพ โดยภูมิปัญญาในการ



ภาพที่ 17 การตำข้าวแบบพื้นบ้านที่ยังมีอยู่ในพื้นที่ชนบท ของจังหวัดแม่ฮ่องสอน



ภาพที่ 18 ตัวอย่างงาชนิดต่างๆ ที่ใช้ประกอบเป็นอาหาร

เลือกบริโภคอาหารหลากหลายชนิด โดยเฉพาะบริโภคพืชผักต่างๆ ทั้งดิบและสุกเป็นประจำและในปริมาณมาก บริโภคเนื้อปลาเป็นหลัก รวมทั้งสัตว์น้ำอื่นๆ บริโภคไข่และไขมันพอประมาณ

การประกอบอาหาร

ผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนประกอบอาหารโดยได้อาหารจากแหล่งต่างๆ ทั้งจากการเพาะปลูก การเลี้ยงสัตว์ รวมทั้งจากแหล่งธรรมชาติ ดังนั้นจึงได้บริโภคอาหารหลากหลายชนิดตามฤดูกาล ทั้งนี้ผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนได้เรียนรู้และดัดแปลงวิธีการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ที่มีอยู่เพื่อหาอาหารตามธรรมชาติ และวิธีประกอบอาหารโดยวิธีต่างๆ ให้เหมาะสมกับชนิดของอาหารที่ได้มาดังนี้

1. แกง คือ การประกอบอาหารที่เริ่มจากการเอาน้ำใส่หม้อแกง ยกขึ้นตั้งบนเตาไฟใส่เครื่องปรุงและส่วนประกอบต่างๆ ตามแต่ละชนิดของแกง เครื่องปรุงหลักทั่วไป ได้แก่ พริก หอมแดง กระเทียม ถั่วเน่า กะปิ ปลาร้า หากเป็นแกงที่ใส่เนื้อสัตว์มักจะใส่เครื่องปรุงรสสมุนไพร ได้แก่ ตะไคร้ ขมิ้น เพื่อดับกลิ่นคาวของเนื้อสัตว์ สามารถจำแนกแกงตามชนิดของส่วนประกอบเครื่องปรุงหลัก เช่น แกงผัก และแกงเนื้อสัตว์ แกงพริกแห้งและแกงพริกสด แกงที่ใช้น้ำมันและไม่ใช้น้ำมัน ตัวอย่างแกงอ่อมไก่เป็นแกงที่ใช้พริกแห้งและใช้น้ำมันคั่วน้ำพริกแกงก่อนนำไก่ลงผัด สำหรับแกงพริกสดนิยมให้ประกอบอาหารประเภทปลา เช่น แกงหน่อไม้ใส่ปลา

2. มอบ เป็นวิธีการประกอบอาหารที่นิยมให้กับปู ส่วนใหญ่คือปูนา โดยนำปูนามาล้างให้สะอาดแล้วนำมาโขลกให้ละเอียดทั้งตัว คั้นเอาแต่น้ำปู ใส่ใน กระทะตั้งไฟอ่อนๆ เคี่ยวจนหอม จึงใส่เครื่องปรุงน้ำพริก และผักที่ใส่จะเป็นผักชนิดเดียวกันกับแกงแค มอบปูจะใส่ข้าวคั่วและไข่ลงไปด้วย ทำให้ลักษณะของมอบปู มีลักษณะข้นๆ จากข้าวคั่ว และที่ใส่ลงไป และมีกลิ่นหอมของปู

3. คั่ว เป็นวิธีการประกอบอาหารที่คล้ายกับการผัด แต่ใช้น้ำมันในปริมาณน้อย โดยเอาอาหารที่ต้องการคั่วใส่ลงไป บางคนใช้วิธีการคั่วโดยไม่ต้องใช้น้ำมัน แต่ใช้น้ำแทนน้ำมัน เมื่อน้ำเดือดใส่อาหารที่ต้องการคั่วลงไป เช่น คั่วบะเขือบะถั่ว คั่วผักบุ้ง คั่วลาบ คั่วถั่วเน่าใส่ไข่ เป็นต้น มีการคั่วอีกวิธีหนึ่งซึ่งเป็นการคั่วแบบไม่ใช้น้ำมันหรือน้ำเลย เช่น การคั่วเมล็ดพืช หรือธัญพืชต่างๆ เช่น คั่วข้าว คั่วถั่วลิสง คั่งงา เป็นต้น

4. เจียว มีวิธีการคล้ายจอ แต่นิยมใส่ไข่ที่ตีกระจายแล้วลงในน้ำแกงขณะเดือด เจียวมีปริมาณน้ำแกงน้อยกว่าจอ และไม่มีรสเปรี้ยว

5. ตำ เป็นวิธีประกอบอาหารที่นำเอาเครื่องปรุงชนิดต่างๆ ลงโขลกรวมกันในครก ส่วนใหญ่เป็นวิธีปรุงอาหารประเภทน้ำพริกต่างๆ ส่วนประกอบหลัก ได้แก่ เกลือ กระเทียม หัวหอม พริก (พริกแห้งหรือพริกสด) กะปิ ถั่วเน่าแผ่น (ถั่วเน่าแข็บ) ปลาร้า ซึ่งเผา จี่ หรือหมกขี้เถ้าร้อนให้สุกก่อน เพื่อจะให้มีรสดียิ่งขึ้น

6. น้ำพริก เป็นวิธีการประกอบอาหาร ซึ่งใช้พริกเป็นหลักใช้ได้ทั้งพริกสดและพริกแห้ง เครื่องปรุงอื่นๆ ที่ใส่ในน้ำพริก ได้แก่ กระเทียม หอมแดง กะปิ ปลาร้า บางครั้งใส่ถั่วเน่าแผ่น หรือปลาแห้ง ลงไปด้วย เช่น น้ำพริกหนุ่ม น้ำพริกปลาร้า น้ำพริกตาแดง เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีน้ำพริกที่ต่างจากน้ำพริกอื่น ๆ คือ น้ำพริกดำ ส่วนประกอบมีเพียงพริกแห้ง กระเทียม และเกลือ สีของน้ำพริกจะเป็นสีดำ เพราะเครื่องปรุงทุกอย่างจะถูกเผาก่อน จึงเรียกน้ำพริกดำ น้ำพริกดำนี้หากใส่ข่าดิบด้วยเรียกน้ำพริกข่า



ภาพที่ 19 ตัวอย่างอาหาร ผลไม้ ที่รับประทานในชีวิตประจำวัน



ภาพที่ 20 การทำแผ่นถั่วเน่าด้วยอุปกรณ์เครื่องอัดแผ่นแบบพื้นบ้าน

7. ยำ เป็นวิธีการปรุงอาหารโดยการนำเอาผักหรือเนื้อสัตว์มาคลุกเคล้ากับเครื่องปรุง หรือน้ำพริกที่เตรียมไว้ต่างหาก โดยเอาเครื่องปรุงมาต้มก่อนแล้วจึงนำไปคลุกเคล้ากัน ยำมักใช้กับอาหารที่ทำสุกแล้ว เช่น ย้ำจิ้นไก่ ยำผักเฮือด เครื่องปรุงประกอบด้วย พริกแห้ง หอม กระเทียม ข่า ตะไคร้ ทั้งหมดนี้ย่างไฟก่อนจึงนำมาโขลก

8. ลาบ หมายถึงการสับให้ละเอียดเช่น เนื้อสัตว์ ทั้งนี้เพื่อนำไปปรุงกับเครื่องปรุงน้ำพริกหรือเครื่องปรุงอื่น

9. ส้า เป็นวิธีการปรุงอาหารที่นำเอาเครื่องปรุงเช่น เนื้อปลา พริกสด หอมแดง กระเทียม มาย่างไฟให้สุกก่อนโขลกเครื่องปรุงทั้งหมดให้เข้ากัน เติมน้ำปลาร้าที่ต้มเตรียมไว้ นำมาคลุกเคล้ากับผักสดที่ล้างเตรียมไว้แล้ว เช่น ส้าผักแพะ ส้ายอดมะม่วง อาจปรุงรสให้เปรี้ยวด้วยมะกอกป่า หรือมะนาว

10. หลามบอนหรือแกงบอน เป็นวิธีประกอบอาหารโดยใช้ต้นบอนทั้งต้นที่นึ่งแล้ว ผสมเครื่องปรุงใส่น้ำเล็กน้อย นำมายัดใส่ในกระบอกไม้ไผ่ประมาณ ¾ ของกระบอก เพื่อเวลาเผาจะได้ไม่ล้นออกมา ปกติจะใช้กระบอกไม้ไผ่ขนาดใหญ่ เช่น ไผ่สีสุก ซึ่งมีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 3 นิ้ว นำไปเผาจนกระทั่งน้ำงวด จะมีกลิ่นหอมของไม้ไผ่เผาเหมือนข้าวหลาม จึงเรียกหลามบอน ปัจจุบันเนื่องจากขั้นตอนการทำยุ่งยากและหาไม้ไผ่ยากจึงเปลี่ยนมาแกงในกระทะหรือหม้อแทน

11. ห่อนึ่ง เป็นวิธีประกอบอาหารชนิดหนึ่ง โดยใช้เนื้อสัตว์ เช่น ไก่ ปลา หรือใช้หัวปลี หน่อไม้โดยนำมาคลุกเคล้ากับเครื่องปรุง ห่อด้วยใบตองแล้วนำไปนึ่ง ห่อนึ่งจะเรียกตามชนิดของอาหารที่นำมาปรุง เช่น ห่อนึ่งไก่ ห่อนึ่งปลา ห่อนึ่งปลี ห่อนึ่งหน่อ เป็นต้น

12. ป่าม เป็นการปรุงอาหารประเภทไข่ให้สุก โดยใช้ใบตองเย็บเป็นกระทง ใส่ ไข่ที่ตีพอแตกผสมเครื่องปรุงรสแล้วเทลงในกระทงที่เตรียมไว้ นำกระทงวางบนถ่านไฟที่ใช้ขี้เถ้ากลบแล้ว ปิดหน้ากระทงด้วยใบตอง คีบถ่านไฟวางบนใบตองประมาณ 2-3 ก้อน เมื่อสุกจะหอมกลิ่นใบตอง หรืออีกวิธีหนึ่งใช้กระทงรองด้วยใบตองแผ่นใหญ่หลายๆชั้น นำไข่ที่ผสมเครื่องปรุงแล้วเทลงบนใบตอง นำกระทะขึ้นตั้งบนเตาไฟ ใช้ไฟอ่อนๆ ปิดหน้าด้วยใบตองตั้งจนสุกจะหอมกลิ่นใบตอง

13. อ๊อก เป็นการปรุงอาหารโดยนำอาหารห่อใบตองและนำใส่หม้อหรือกระทะเติมน้ำลงไปเล็กน้อยหรือนำเอาอาหารพร้อมเครื่องปรุงใส่ในหม้อเติมน้ำเล็กน้อยยกตั้งไฟ นิยมทำกับอาหารที่สุกเร็ว เช่น อ๊อกปลา อ๊อกไข่ปลา อ๊อกมะเขือ

ส่วนที่ 4 ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องด้านการออกกำลังกาย

ตารางที่ 11 ข้อมูลพื้นฐานการปฏิบัติตัว/ดูแลตนเองในการออกกำลังกาย

ออกกำลังกาย	การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเอง
1. มีรูปแบบ	1. ออกกำลังกายตามเทป (CD) ภายในบ้านวันละ 1 ชั่วโมง “ลูกสาวซื้อ CD ออกกำลังไว้ให้ ไม่ได้ไปออกกำลังกาย พอมีเวลาว่างก็เปิดเพลงเต้นตามจนเหงื่อไหลจึงหยุด เต้นมากไม่ไหว กลัวหกล้ม” 2. การเดินช้าๆ รอบชุมชนใกล้บ้าน โดยเดิน 4-5 วันต่อสัปดาห์ ระยะทางประมาณ 1 กิโลเมตร ขณะเดินและเมื่อเลิกเดินมีเหงื่อออกทุกครั้งรู้สึกเหนื่อยเล็กน้อยเนื่องจากมีเพื่อนในขณะที่เดิน

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ออกกำลังกาย	การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเอง
1. มีรูปแบบ	“คนเราพอแก่ตัวแล้วต้องระมัดระวังกระดูก ข้อ ออกกำลังกายหนักไม่ได้ใช้วิธีเดินรอบๆ หมู่บ้านกับเพื่อนบ้าน 2-3 คนเดินไปคุยกันไปได้ออกแรง รู้สึกสบายมีเหงื่อซึม” “ตื่นเช้ามากวาดลานบ้านและเดินเร็วทุกวันภายในบริเวณบ้านก่อนจะอาบน้ำตอนเช้าจึงจะมีกำลังทำงานอย่างอื่นต่อไป” 3. เต้นแอโรบิที่ลานกิจกรรม “ทุกวันสิ่งที่ขาดไม่ได้ต้องไปเต้นแอโรบิกผู้สูงอายุในตอนเย็นวันละ 40 นาที” 4. ออกกำลังกายโดยใช้กะลาชัก/ยางยืด/ไม้พลอง/รวมทั้งอุปกรณ์ที่ได้สร้างสรรค์ขึ้นมาเพื่อไม่ให้เบื่อ 30 นาทีต่อครั้ง ช่วงเวลาเช้าทุกวันอังคารกับกลุ่มผู้สูงอายุ “ทำเบาๆ ตามกำลังที่ทำได้ จะได้ไม่เบื่อ” 5. รำไท้จี่ ซี่กง หรือท่าฤาษีดัดตน 14 ท่า 30 นาทีต่อครั้ง ช่วงเวลาเช้าทุกวันอังคารกับกลุ่มผู้สูงอายุ “รำมวยจีน ยืดเบาๆ ตามกำลังที่ทำได้ไม่เป็นอันตราย หลังทำรู้สึกสบายเบาเนื้อเบาตัว” 6. การเต้นรำ/กิจกรรมเข้าจังหวะเพลง/ฟ้อน ในช่วงที่มาร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ “ร่วมกิจกรรมแล้วสนุกดี” 7. การเดินกะลา “เดินกะลาแล้วเหมือนได้นวดฝ่าเท้า” 8. การนวด/การตอกเส้น/การนวดเท้าร่วมกับการแช่เท้า “ป้าจะต้องไปนวดฝ่าเท้าทุกสัปดาห์ แล้วแต่ว่าว่างวันไหน มันทำให้คลายปวดเมื่อยตัวได้ดีสมองโล่ง”
2. ไม่มีรูปแบบ	1. การทำงานบ้านทั่วไปที่มีการออกแรงอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการนวด เท้าด้วยกะลา “ลุงตื่นขึ้นมาตอนเช้ายังไม่ทำงานอย่างอื่น เพราะมันเช้าอยู่ จะเหยียบกะลามะพร้าวทุกวัน มันทำให้เลือดลมไหลดี มีแรงทำงานอย่างอื่นแล้วขี่รถจักรยานไปตลาดเช้า เย็นจะดายหญ้า ตักน้ำรดต้นไม้ พื้นผักสวนครัวที่ปลูกไว้กิน” 2. การไปซื้อของที่ตลาดโดยวิธีเดินไปและกลับเป็นกิจวัตรประจำวัน ระยะทางรวมประมาณ 400 เมตร วันละ 2-3 เที่ยว รวมทั้งการใช้จักรยานไปตลาด “ป้าได้ออกกำลังทุกวัน ป้าเดินออกไปตลาดวันละ 2-3 เที่ยว”

จากการศึกษาพบว่า ในอดีตนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายได้เต็มที่ เนื่องจากการทำงานในหน้าที่หรือสถานที่ตนเองทำงานอยู่หรือว่าการร่วมกิจกรรมในชุมชน ซึ่งการออกกำลังกายที่เป็นแบบแผนเริ่มมาตั้งแต่อดีต และด้วยเหตุผลที่พื้นที่ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่เป็น ทั้งเขตชนบทกึ่งเมืองหรือเมืองที่มีความเจริญ มีสถาบันการศึกษาและหน่วยงานที่สนับสนุนเรื่องการออก



ภาพที่ 21 กิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุที่เล่นกะลาซัก เพื่อออกกำลังกาย



ภาพที่ 22 กีฬาสาธิตตีกอล์ฟดอยของผู้สูงอายุ

กำลังกาย มีชมรมต่างๆ มีความสะดวก คนทุกเพศ ทุกวัย และทุกอาชีพจึงสามารถเริ่มต้นออกกำลังกายเพื่อสุขภาพได้อย่างง่ายๆ ทุกสถานที่ ตามความสะดวก ผู้สูงอายุบางรายที่ไม่สามารถร่วมกิจกรรมดังที่กล่าวมาได้เนื่องจากต้องทำงานประกอบอาชีพทำไร่ รับจ้าง ขายอาหาร มีอาชีพประจำ แต่ก็ถือว่าได้ออกแรงมากพอที่จะเทียบเท่าหรือเรียกว่า เป็นการออกกำลังกายได้เนื่องจากต้องปฏิบัติทุกวันเป็นอาชีพโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้

ในปัจจุบันผู้สูงอายุ ที่มีสุขภาวะดี ยังให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย ซึ่งต้องทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจึงจะไม่เจ็บป่วยและผู้สูงอายุได้ปฏิบัติมาโดยตลอดตั้งแต่ในอดีตทำให้ร่างกายยังแข็งแรงกว่าคนรู้จักที่อยู่ในวัยเดียวกัน แต่เนื่องจากผู้สูงอายที่มีสภาพร่างกายและความพร้อมที่แตกต่างกันจึงมีวิธีการ รูปแบบการออกกำลังกายที่ไม่เหมือนกันซึ่งถือว่าเป็นการออกกำลังกายเช่นเดียวกัน ดังเช่น การออกแรงจนเหงื่อออกหรือการใช้กำลังในการทำงานต่างๆ ในอดีตการดำเนินชีวิตของมนุษย์แต่โบราณที่ยังไม่มีเครื่องอำนวยความสะดวกที่ทันสมัย เป็นชุมชน ชนบทที่ยังไม่มีความเจริญทางเทคโนโลยี ทำให้ชาวบ้านต้องสัญจรโดยการเดินเท้า และใช้แรงงานของคนในการทำงาน ซึ่งลักษณะเหล่านี้ผู้สูงอายุเรียกว่า “ความลำบาก” และเห็นว่าความลำบากทำให้คนในอดีตมีสุขภาพดีเนื่องจากได้ออกแรง และมีเหงื่อออกเป็นประจำ ซึ่งกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำให้ได้ออกแรงออกเหงื่อถือว่าคือการออกกำลังกายทั้งสิ้น ได้แก่ การทำงานที่ใช้แรงงาน การทำสวน ทำนาเป็นส่วนใหญ่จะใช้เวลาในการทำงานติดต่อกันนานประมาณ 1-2 ชั่วโมง ส่วนผู้สูงอายุบางคนทำให้เหงื่อออกเพิ่มเติมโดยการออกกำลังกาย การวิ่ง การเดิน ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และระบบความจำ

การวิจัยครั้งนี้ผู้สูงอายุบางรายเลือกออกกำลังกายโดยการรำมวยจีน รำไท้จี่ ซี่กง หรือท่าฤาษีดัดตน ซึ่งเป็นวิธีการที่ร่างกายมีการยืดหดของกล้ามเนื้อของร่างกาย ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อหรือการลงน้ำหนักต่อโครงสร้างของร่างกายก็ได้ (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2541: 32) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น อาจเป็นการออกกำลังกายโดยการงอ ยืดตัว ยืดแขนยืดขา หรือบิดหมุนร่างกายก็ได้ ซึ่งการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแกร่ง จะช่วยเสริมความแข็งแรงให้แก่กล้ามเนื้อ รวมทั้งมีประโยชน์ต่ออัตราการสูญเสียมวลกระดูกด้วย

นอกจากนั้นผู้สูงอายุ ยังมีวิธีปฏิบัติการนวดฝ่าเท้าโดยใช้เท้าทั้ง 2 ข้างเหยียบกะละมะพร้าวเป็นประจำในเวลาเช้าหลังจากตื่นนอนทุกวันๆ ละ 30-40 นาที เป็นกะลามะพร้าวที่ประดิษฐ์ขึ้นมาเองมีลักษณะนูนไม่แหลมมากใช้วางกับพื้นแล้วขึ้นเหยียบส่วนนูนเพื่อบริหารฝ่าเท้า การนวดทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เลือดลมไหลเวียนดี สบายกาย สบายใจ รู้สึกกระฉับกระเฉง ลดความเครียด กังวล มีผลการศึกษาการนวดฝ่าเท้าต่อการควบคู่การทำงานของร่างกาย



ภาพที่ 23 เครื่องนวดกะลา ฝ่าเท้าแบบพื้นบ้าน



ภาพที่ 24 เครื่องออกกำลังกายประยุกต์จากจักรยานเก่า ปั่นมือ ปั่นขา



ภาพที่ 25 เครื่องออกกำลังกายประยุกต์จากกระดานโยก



ภาพที่ 26 เครื่องออกกำลังกายประยุกต์จากไม้ ใช้ปั่นออกกำลังขา

ส่วนที่ 5 ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียด และ การพัฒนาทางจิตวิญญาณที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะดี

ตารางที่ 12 ข้อมูลพื้นฐานการดูแลตนเองด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุ

ลำดับ	ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
1-80	- ดูแลสามีที่มีปัญหาสุขภาพที่บ้าน - เฝ้าบ้านคอยดูแลความเรียบร้อยแทนบุตรที่ทำงานนอกบ้านช่วงเวลากลางวัน - ช่วยดูแลลูกหลานช่วงโรงเรียนปิดเทอม - ส่งลูกหลานไปโรงเรียนแทนพ่อแม่เขาบ้าง - สนับสนุนบุตรหลานในด้านข้อมูล ความรู้ - ใกล้ชิดกับลูกหลานให้มากเห็นอกเห็นใจกัน - เป็นศูนย์รวมของญาติ ลูกหลานในการมาพบปะสังสรรค์กัน - ให้การอุปการะลูกหลาน โดยสนับสนุนปัจจัยด้านการเงินเพื่อใช้ในการศึกษาเล่าเรียน - ปฏิบัติตนเองให้ถูกต้องตามหน้าที่ของตนเองในบ้าน ดูแลคนรอบข้างให้ดีที่สุดให้อภัยและช่วยเหลือผู้ที่ลำบากกว่า - มีความรักความเมตตาในการให้การช่วยเหลือผู้ที่ลำบากกว่า - ให้คำแนะนำในสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น - รู้หน้าที่ของตนเอง ปฏิบัติตามหน้าที่อย่างเคร่งครัดไม่ก้าวก่ายกัน เมื่อคนใกล้ชิดมีปัญหาจะช่วยแก้ไข ใจกว้างเผื่อแผ่คนใกล้ตัว - รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น - รับฟังเรื่องราวเมื่อเขามีทุกข์ เป็นที่ปรึกษาของคนในชุมชน - สนับสนุนให้รางวัลผู้อื่นตามโอกาสเหมาะสม - ไปร่วมงานสังสรรค์กับเพื่อนร่วมงานที่เคยทำงานด้วยกัน - เป็นกรรมการชุมชนช่วยดูแลความปลอดภัยแก่คนในชุมชน - ดูแลชมรมผู้สูงอายุ - สนับสนุนช่วยเหลือในชมรมที่สงเคราะห์ผู้ยากไร้ - ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพหลังเกษียณ - ทำอาหารแจกจ่ายผู้ป่วยที่ด้อยโอกาสช่วยเหลือตนเองไม่ได้ - ช่วยเหลืองานชุมชนตามประเพณีต่างๆ เป็นผู้นำในการปฏิบัติกิจกรรมในศาสนพิธีของชุมชน - สร้างความอบอุ่นกับคนรอบข้าง เช่น ลูกหลาน เพื่อนบ้าน เป็นต้น รู้หน้าที่ของตนเอง - ออกไปร่วมงานบุญพบปะเพื่อนบ้านยามมีเวลาว่าง - ช่วยงานบุญต่างๆ ในชุมชน เช่น ขึ้นบ้านใหม่ ปอยหลวง แต่งงาน งานศพ - ช่วยงานในชุมชนตามโอกาส - ให้คำปรึกษาเพื่อนวัยเดียวกัน

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ลำดับ	ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
1-80	- บริจาคเงินช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส - ร่วมงานรื่นเริงตามประเพณีของชุมชน - ช่วยงานในชุมชนตามโอกาส

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุ ที่มีสุขภาวะดี ก็ยังต้องประกอบอาชีพแต่การปฏิบัติงานในปริมาณงานที่ทำน้อยลงกว่าในอดีต ซึ่งเป็นทั้งผู้ที่ต้องทำงานเองและเป็นที่ปรึกษาแก่ลูกหลาน ลักษณะสังคมผูกพันใกล้ชิดเครือญาติไปมาหาสู่กันเป็นประจำและถ่ายทอดความรู้ ภูมิปัญญาด้านอาชีพสู่ลูกหลานรุ่นหลังๆ ผู้สูงอายุจึงกลายเป็นที่ปรึกษาและมีลูกหลานอยู่รอบข้าง แม้ลูกหลานจะแต่งงานแยกครอบครัวออกไปแล้ว เชื่อว่าการสนับสนุนค้ำจุนจากครอบครัว ความรัก ความมั่นคงทางจิตใจ การได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ของกลุ่มอาชีพในชุมชน อันเนื่องจากมนุษย์อยู่ร่วมกันเป็นสังคม มีการจัดระเบียบในการอยู่ร่วมกัน การกระทำหรือการแสดงพฤติกรรมต่างๆ ล้วนแต่เกิดจากการตีความสัญลักษณ์ของผู้ที่จะมีการปฏิสัมพันธ์กัน ภาวะเศรษฐกิจที่ต้องแข่งขัน การได้รับการยอมรับ ความสำเร็จในหน้าที่การงานในช่วงบั้นปลายชีวิต แม้ว่าจะพึ่งพาตนเองได้ในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะมีรายได้จากการประกอบอาชีพ ก็ทำให้ไม่มีความกังวลใจเมื่อเกิดปัญหาเจ็บป่วย หรือถ้ามีปัญหาสุขภาพยังมีลูกหลานคอยดูแลปรนนิบัติ ส่วนลูกหลานเองก็จะเกิดความอบอุ่นที่มีผู้สูงอายุเป็นที่ปรึกษาเมื่อประสบปัญหาในฐานะผู้ผ่านประสบการณ์อันมีค่ามากในช่วงชีวิตที่ผ่านมา

ผู้สูงอายุที่มีบทบาทในสังคม ช่วยเหลือกิจกรรมการกุศล อุทิศเวลาส่วนตัวโดยการทำหน้าที่ของชมรมผู้สูงอายุ ชมรมข้าราชการบำนาญ คณะกรรมการหมู่บ้าน ซึ่งจะมีการนัดพบปะเพื่อปรึกษาหารือ ทำงานร่วมกัน ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน สมาชิกองค์กรต่างๆ ในชุมชนที่อาศัยอยู่มีการพึ่งพาอาศัยกันตามสมควร ที่สำคัญคือการได้ทำคุณประโยชน์แก่สังคม การได้ช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทนใดๆ ส่วนมากจะได้รับความเคารพนับถือ ได้รับเกียรติในการให้คำแนะนำที่มีผู้อื่นรับฟังและปฏิบัติตาม ความเบิกบานใจเกิดจากการทำกิจกรรมกับเพื่อนบ้านหรือผู้สูงอายุวัยเดียวกัน การได้ทำสิ่งที่ตนเองชอบ ทำงานยามว่าง รวมทั้งการมีอารมณ์ขันในกลุ่มเพื่อนทำให้ผู้สูงอายุไม่เหงา ไม่รู้สึกเบื่อหรือโดดเดี่ยว นอกจากนี้ในอุดมคติของครอบครัวไทย การดูแลเกื้อหนุนพ่อ-แม่ที่แก่ชราเป็นหน้าที่ของบุตรหลาน หน้าที่นี้ถูกทำให้เป็นภารกิจอันศักดิ์สิทธิ์ด้วยคำสอนและความเชื่อทางศาสนา เช่น เรื่องความกตัญญูกตเวที บาปบุญและเรื่องนรกสวรรค์ โดยมีบรรทัดฐานทางสังคมทำหน้าที่คอยกำกับ แม้ปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงในบางสถานที่ ซึ่งสภาพการอยู่อาศัยมีความคล้ายคลึงกันทั้งในเมืองและในชนบท มีแนวโน้มว่าลักษณะการอยู่อาศัยแบบไม่เป็นครอบครัวที่สมบูรณ์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นผลของการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรมในยุคที่สมาชิกในครอบครัวกระจัดกระจายกันไปตามแหล่งที่มีงานทำ เมืองใหญ่หรือแหล่งที่มีโอกาสที่ดีของชีวิต ดังนั้นการปฏิบัติตั้งแต่อดีตนั้นผู้สูงอายุจะเป็นผู้รับการเกื้อหนุนแต่ฝ่ายเดียวจากบุตรหลาน กลับเปลี่ยนแปลงเป็นถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงพอที่จะทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งได้ แม้จะไม่ใช่งานที่นำรายได้มาเจือจุนครอบครัวอย่างเป็นล่ำเป็นสันก็เป็นการทำงานเล็กๆ น้อยๆ เช่น เฝ้าบ้านหรือดูแลบุตรหลานก็เป็นความรัก ความผูกพันต่อกันระหว่างสมาชิก เป็นการให้สมาชิกวัยแรงงานสามารถเอาเวลาของตนไปทำงานนอกบ้านได้อย่างเต็มที่ เกิดความสบายใจ ไม่วิตก



ภาพที่ 27 กิจกรรมการฟ้อนรำของกลุ่มผู้สูงอายุที่สนุกสนาน



ภาพที่ 28 กิจกรรมการสอนตัดกระดาษเพื่อทำตุงของกลุ่มผู้สูงอายุ

ซึ่งนำไปสู่ความสุขใจกับการที่ได้เป็นผู้ให้และเป็นสิ่งที่มีคุณค่าทางจิตใจของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงในด้านบทบาทหน้าที่และปฏิสัมพันธ์ที่ผู้สูงอายุมีกับบุคคลและสิ่งแวดล้อม แต่ผลของการเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีหรือไม่ดีนั้นจะขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมหลายประการ ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม

ตารางที่ 13 ข้อมูลพื้นฐานการปฏิบัติตัว/ดูแลตนเองในการจัดการความเครียด

การจัดการความเครียด	การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเอง
- ความทุกข์ใจ - สิ่งที่เข้ามากระทบชีวิต	1. การไปวัดเพื่อฟังเทศน์ในวันพระ “เราเป็นผู้ที่นับถือพุทธ ศรัทธาพระพุทธเจ้าอย่างน้อยความทุกข์ที่เกิดใช้หลักทางพุทธที่ได้ไปรับฟังจากพระสอนเทศน์ก็ได้คิดนึกให้มันคลายลง ไม่เก็บอะไรไว้กับตัว” 2. การทำสมาธิเพื่อให้มีสติในตัวเองทุกวัน “การทำสมาธิเป็นนิสัยได้เป็นเรื่องที่ทำให้จิตใจปลอดโปร่ง เกิดอะไรขึ้นมากระทบใจก็หายไปได้เร็วดี” 3. ไม่ว่าจะทำอะไรก็จะเป็นขั้นตอน เป็นระบบ และช่วยให้ดำเนินชีวิตได้อย่างไม่ประมาท “ถ้าวันไหนมีสิ่งที่เข้ามากระทบชีวิตแรงๆ ไม่ว่าจะจากภายนอกหรือภายในครอบครัว เริ่มต้นมองเมื่อพบว่าเป็นปัญหาแล้วป้าจะหยุดคิดแล้วหายใจลึกๆ ใช้คำถาม What Where When Why How เสมอแล้วจะให้คำตอบและทางแก้ปัญหาแก่ตัวเองที่ดีเสมอมาในทุกครั้ง ทำให้ไม่มีความตึงเครียดมาก” “ถ้าหากลูกหลานมีปัญหาอะไรมาพูดคุยให้ฟัง ปัญหามากน้อยเท่าไร จะรับฟังและพูดคุยหาทางออกด้วยกัน ช่วยกันคิดดีกว่าเก็บความไม่สบายใจไว้คนเดียวแล้วก็คลี่คลายไป ความเครียดเกิดไม่นานก็หายไป” 4. การนอนหลับพักผ่อนแต่ละวัน “สมดุลของอิริยาบถทั้ง 4 คือ ยืน เดิน นั่ง นอน ในแต่ละวันให้แบ่งเวลาพอๆ กัน ร่างกายมันจะได้สมบูรณ์ นอนในช่วงกลางคืนอยู่แล้ว เหลือกลางวันทำงานก็เหมือนกับการยืน การเดินควบคู่กันไปแล้ว ถ้าเราเหนื่อยเราก็นั่งพักผ่อน”

จากการวิจัยพบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน เช่น มีปัญหาส่วนตัวและครอบครัว ปัญหาจากการทำงาน บางคนเครียดเพราะรู้ตัวว่าแก่แล้วก็มี บางคนเครียดเพราะมีโรคเรื้อรังประจำตัว ความเครียดจะกระตุ้นให้ตัวเราเองหาวิธีการที่จะสู้กล้าเผชิญแก้ปัญหาหรือหลีกเลี่ยงหรือหนีปัญหาด้วยวิธีการต่างๆ กันไป โดยขึ้นอยู่กับแหล่งหรือสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด และถึงแม้จะมีสาเหตุเดียวกันก็ทำให้เกิดปฏิกิริยาโต้ตอบสนองต่อความเครียดของแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป เพื่อไม่ให้เป็นสิ่งที่บั่นทอนสุขภาพของตน ในอดีตที่ผ่านมาผู้สูงอายุเผชิญกับความเครียดไม่รุนแรงมากนัก แม้จะมีการเปลี่ยนผ่านของสังคมและเศรษฐกิจที่กลับไป



ภาพที่ 29 อุปกรณ์เตรียมตัดตุงเพื่อใช้ในการประกอบการทำบุญ



ภาพที่ 30 ตุงที่ตัดอย่างสวยงามของผู้สูงอายุ

กลับมามีทั้งช่วงที่ดีและไม่ดี ช่วงแห่งชีวิตที่ผู้สูงอายุได้สัมผัสด้วยประการณ์ตรง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการยอมรับพื้นฐานทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในขณะนั้น ความเครียดที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวและผู้สูงอายุสามารถขจัดความเครียดนั้นหายไปได้ การดำเนินชีวิตก็จะเป็นไปตามปกติ แต่ถ้าทำให้เกิดความเครียดบ่อยๆ นานๆ ย่อมทำให้เกิดความผิดปกติต่อร่างกายและจิตใจที่รุนแรงและทำให้การรักษาเป็นไปได้ยาก ดังนั้นเมื่อเกิดความเครียดผู้สูงอายุจะต้องปรับตัว ซึ่งการปรับตัวนั้นเป็นการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงในบางสิ่งบางอย่างเพื่อลดความเครียดหรือการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น การปรับตัวที่ดีจึงเป็นการที่บุคคลสามารถทำตัวให้เข้ากับสภาพความเป็นอยู่ได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนมีการดำเนินชีวิตโดยอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นอย่างมีความสุข หากบุคคลไม่สามารถปรับตัวได้จะมีความรู้สึกเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) อันจะนำมาซึ่งความรู้สึกไร้คุณค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่ายชีวิต จนถึงการฆ่าตัวตายได้ การที่ครอบครัวของชาวพุทธให้ความสำคัญกับการไปวัด ฟังเทศน์และทำบุญในวันสำคัญทางศาสนาเป็นธรรมเนียมปฏิบัติ ซึ่งผลจากการทำบุญแล้วทำให้เกิดความสงบของจิตใจจึงเป็นสิ่งที่ยึดปฏิบัติ สำหรับผู้ที่มีความตึงเครียดจึงหันไปปฏิบัติทางศาสนาแล้วเกิดการผ่อนคลายได้ดี ผู้สูงอายุยึดหลักคำสอนและแนวทางการดำเนินชีวิตตามหลักของศาสนาพุทธ มักมีความเชื่อเรื่องกรรมและสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นความเชื่ออำนาจภายนอกจิตใจ (External Locus of Control) ซึ่งตามวิถีความเป็นอยู่และวัฒนธรรมของผู้ที่อาศัยทางภาคเหนือจะมีพิธีกรรมที่นิยมยึดถือปฏิบัติซึ่งเชื่อว่าจะทำให้มีความเป็นอยู่ที่สุขสบาย ไม่มีโรคภัยเบียดเบียน เช่น การทำบุญสืบชะตาสะเดาะเคราะห์เพื่อต่ออายุ ส่วนสาเหตุที่พบว่าทำให้เกิดความเครียดอีกประเด็นหนึ่งคือความขัดแย้งระหว่างผู้คนรอบข้างที่การปฏิสัมพันธ์กันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้สูงอายุได้ใช้ธรรมยึดเหนี่ยวใจคนเพื่อคลายความเครียดและเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตที่เป็นสุขที่จำเป็น

ตารางที่ 14 ข้อมูลพื้นฐานการปฏิบัติตัว/ดูแลตนเองในการพัฒนาจิตวิญาณ

การพัฒนาจิตวิญาณ	**การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเอง**
- ชีวิตจริงของตัวเอง - มองโลกในแง่ดี	“การให้อภัยเป็นสิ่งสำคัญ แม้จะปรับใจได้ยากในความโกรธที่มีกับคนที่ทำให้ตัวเราสะเทือนใจและทำร้ายจิตใจเรานั้น แต่หากทำได้จะช่วยให้มีจิตใจที่ดีงามการฝึกฝนบ่อยๆ ด้วยความอดทนก็จะทำได้” “ป้าใช้หลักโพชฌงค์ 7 ได้แก่ สติ ธัมมวิจยะ วิริยะ ปีติ ปัสสธิ สมาธิ อุเบกขา เป็นหลักนำทางชีวิตและแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดี” “ตั้งความหวังทุกอย่างของชีวิตไว้แต่ไม่เชื่องมงาย ไม่ยึดติดสิ่งใดๆ เข้าใจสภาพแท้จริงของชีวิต” “ทำสิ่งที่เป็นปัจจุบันให้ดีที่สุด มองชีวิตว่าอีกไม่นานก็ต้องจากกันไปทั้งคนรักใกล้ชิดสามี” “ยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่นเสมอ เคารพให้ศักดิ์ศรีของคนรอบข้างจะทำให้ได้รับความรู้สิ่งดีมากขึ้นมีพลังที่จะคิดแต่สิ่งดีงามต่อไป” “มีความสุขเมื่อได้ทำประโยชน์แก่ผู้อื่น” “ถ่ายทอดสิ่งที่ดีแก่ลูกหลานและผู้อื่น”

ตารางที่ 14 (ต่อ)

การพัฒนาจิตวิญญาณ	การปฏิบัติตัว/ดูแลตนเอง
	“ในเรื่องความดีความชั่วก็เช่นเดียวกัน เราเคยทำดีมามาก ภายหลังกลับทำชั่วมากกว่า ความดีก็ละลายหายไปโดยอัตโนมัติหรอเคยทำชั่วมาแต่ภายหลังทำความดีมากขึ้นๆ ความดีนั้นก็จะทำให้ความชั่วหมดไป ถ้าเรารู้ว่าเราเคยไม่ดีมาก่อนมาอย่าใช้คำว่าทำชั่วเราสามารถทำให้ชีวิตเราดีขึ้นด้วยการพยายามปรับปรุงตัวเอง ทำความดีให้มากขึ้น เช่น ให้ทาน รักษาศีล บำเพ็ญสมาธิภาวนาการกระทำความดีเพิ่มขึ้นตลอดความดีนั้นจะมีพลัง ในที่สุดเราก็จะกลายเป็นคนละคน พระพุทธองค์ตรัสไว้ว่า กัมมุนา วัตตะตี โลโก แปลว่าคนเราจะเป็นอะไรก็เพราะการกระทำของเราเอง”
	“ตั้งเป้าหมายของชีวิตไว้ ตอบคำถามของตนเองให้ได้แม้จะเป็นสิ่งที่ยาก เจออุปสรรคต้องไม่ย่อท้อ พยายามให้ถึงที่สุดบนความมีเหตุมีผล ไม่เมามาย”
	“เต็มใจในการทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อให้ผู้อื่นได้รับประโยชน์จากการกระทำของเรา”
	“ชื่นชมในความสำเร็จของบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา ลูกและพร้อมให้อภัยในความผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้เสมอ”

ผลการวิจัย ผู้สูงอายุต้องการสิ่งที่เป็นความสมหวังในชีวิตที่สุดคือความสุขของบุคคลในครอบครัวที่ประสบความสำเร็จในทุกด้าน ไม่ต้องการให้คนใดคนหนึ่งลำบากและเป็นทุกข์ เหตุการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมาในอดีตผู้สูงอายุภูมิใจในการกระทำหน้าที่ที่ดีของตนเอง แม้จะผิดพลาดบ้างก็ให้อภัยและเริ่มต้นใหม่โดยเตือนสติตัวเองว่ายังไม่สายที่จะเริ่มต้นใหม่ ผู้สูงอายุมีชีวิตเรียบง่าย มองโลกในแง่ดี สันโดษ พึงพอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่ มีความรักใคร่สามัคคี มีการช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยกัน เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อบุคคลทั่วไป มีความซื่อสัตย์สุจริต สนใจในศาสนา วัฒนธรรม ความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลเมื่อได้รับการตอบสนองแล้วจะทำให้เกิดความพึงพอใจ ความต้องการในระดับขั้นสูงอันได้แก่ ความสำเร็จในชีวิตย่อมเกิดขึ้น ซึ่งความสำเร็จในชีวิตแห่งตนเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความสุข ความกระตือรือร้นในชีวิต (Johnson, et al., 1993: 198) และในอดีตมีโอกาสประสบความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา จึงเกิดความพึงพอใจ มีความสุข การมองโลกในแง่ดีจะส่งผลดีต่อสุขภาพหัวใจ ได้เคยมีการศึกษาก่อนหน้านี้ระบุว่าการมองโลกในแง่ดีจะช่วยเพิ่มสุขภาพร่างกายและยังช่วยลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตจากสาเหตุต่างๆ นอกจากนี้การมองโลกในแง่ดียังช่วยบรรเทาอาการผู้ป่วยจากโรคหัวใจที่มีสาเหตุมาจากหลอดเลือดแดงตีบตัน ดังนั้นผู้สูงอายุมองโลกในแง่ดีสามารถช่วยลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

นอกจากนี้ยังมีการรับรู้ถึงการประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตที่ผ่านมาในอดีตของผู้สูงอายุ ซึ่งบุคคลที่มีความสำเร็จในชีวิตมักเป็นผู้มองโลกในแง่ดี มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความกระตือรือร้น เอาใจใส่ต่อชีวิต มีการตั้งเป้าหมายของชีวิตและใช้ความพยายามเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตนต้องการ (Walk, Sechirst & Pender, 1987: 256) การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุในด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณเป็นกิจวัตรที่ผู้สูงอายุปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอในชีวิตประจำวัน เนื่องจากสังคมไทยเป็น



ภาพที่ 31 กิจกรรมการตอกลายโลหะของผู้สูงอายุ เพื่อใช้ประดับตกแต่งที่วัด



ภาพที่ 32 สิ่งของที่กลุ่มจิตอาสาผู้สูงอายุดำเนินการแจกให้กับผู้ป่วย

สังคมที่มีพุทธศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวที่ทำให้จิตใจสงบ โดยไม่ได้ยึดหลักธรรมใดแต่คำสอนทางศาสนาสามารถปฏิบัติแล้วยกระดับจิตใจของบุคคลให้สูงขึ้นได้ทุกหลักธรรมคำสอน

ส่วนที่ 6 สรุปภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ใช้เพื่อการเสริมสร้างสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาในครั้งนี้ สามารถสรุปภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ใช้เพื่อการเสริมสร้างสุขภาวะสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ โดยจำแนกออกเป็นกลุ่มได้ กล่าวคือ

อาหารเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบน

อาหารเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบน ซึ่งเป็นอาหารที่มีคุณค่าด้านโภชนาการและด้านสมุนไพร มีประโยชน์ทั้งในด้านการป้องกัน และเสริมสร้างให้ภูมิต้านทานแก่ร่างกาย แบ่งตามลักษณะการประกอบอาหาร ได้แก่ แกง เจียว คั่ว ตำ มอบ น้ำพริก ต้ม ยำ ลาบ ส้า หลาม ห่อนึ่ง อ๊อก และผลไม้ ดังนี้

แกง แกงขนุน /แกงแค/แกงถั่วปี/แกงผักเจียงดา/ แกงปลี/ แกงอ่อมไก่

เจียว เจียวผักโขม /เจียวผักปลัง/เจียวยอดมะยม/เจียวผักหวานบ้าน

คั่ว คั่วถั่วเน่าใส่ไข่ /คั่วผักบุ้ง/คั่วผำ/คั่วบะเขือ/บะถั่ว

มอบ มอบปู่

ตำ ตำกุ้ง/ตำขนุน /ตำลูกยอ (บะต๋ำเสือ)

น้ำพริก น้ำพริกข่า และผักจิ้ม /น้ำพริกตาแดง และผักจิ้ม

ยำ ยำจิ้นไก่ /ยำดอกขี้เหล็ก/ยำเตา/ยำผักจุ๋มป่า/ยำสะนัด

ส้า ส้าผัก

ลาบ ลาบปลา ลาบหมู

หลาม หลามบอน

ห่อนึ่ง ห่อนึ่งไก่

อ๊อก อ๊อกปลา

ผลไม้ กล้วยน้ำว้าสุก

อาหารเสริมสร้างสุขภาพกับฤดูกาล

ผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนมีภูมิปัญญาและประสบการณ์ในการเลือกผักพื้นบ้านที่มีความหลากหลายในแต่ละฤดูกาลเพื่อนำมาประกอบอาหารบริโภค จากผลผลิตที่หาได้ตามฤดูกาลประกอบกับความนิยมและความเชื่อที่สืบทอดจาก บรรพบุรุษ สามารถจัดแบ่งอาหารเสริมสร้างสุขภาพตามฤดูกาลได้ดังนี้

ฤดูร้อน (ฤดูแล้ง) นิยมบริโภค มอบปู่ แกงขนุน ตำขนุน ส้าผักแพะ หลามบอน แกงผักเจียงดา คั่วผักบุ้งเปี้ย

ฤดูฝน นิยมบริโภค เจียวผักปลัง เจียวผักหวานบ้าน ตำกุ้ง ยำดอกขี้เหล็ก ยำเตา ยำผักจุ๋มป่า อ่องปู่ คั่วผำ อ๊อกปลา

ฤดูหนาว นิยมบริโภคแกงถั่วปี ยำสะนัด เจียงผักโขม มอบปู่ หลามบอน อ่องปู่ แกงขนุน ตำขนุน คั่วผักบุ้งเปี้ย แกงแค ส้าผักแพะ ตำลูกยอ

อาหารที่นิยมบริโภคได้ทุกฤดูกาล ได้แก่ เจียวยอดมะยม คั่วถั่วเน่าใส่ไข่ คั่วบะถั่วบะเขือ น้ำพริกข่า น้ำพริกตาแดง ยำจิ้นไก่ ยำสะนัด ส้าผัก ลาบปลา ลาบหมู ห่อนึ่งไก่ อ๊อกปลา

อาหารป้องกันและรักษาโรคต่างๆ ของผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบน

ผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนมีประสบการณ์และข้อสังเกตในด้านอาหารและนำมาปฏิบัติใช้ประโยชน์ในด้านการป้องกันและรักษาโรคดังนี้

ตารางที่ 15 อาหารป้องกันและรักษาโรค

โรค	อาหารป้องกัน	อาหารรักษา
ไข้หวัด	แกงดอกแค ดอกแค ลวก/นึ่ง	แกงดอกแค ดอกแค ลวก/นึ่ง
ไอ/เจ็บคอ	น้ำแช่ข้าวสารเหนียวดิบ (น้ำข้าวมวก)	น้ำผึ้งผสมน้ำมะนาว มะขามป้อม/มะกอกป่าใส่เกลือ น้ำแช่ข้าวเหนียวดิบ
ร้อนใน ท้องผูก	น้ำต้มใบบัวบก(ผักหนอก) มะละกอสุก	น้ำต้มใบบัวบก มะละกอสุก น้ำแช่ใบมะแฮะ (ใบถั่วมะแฮะ) มะขามเปียก

อาหารสำหรับภาวะต่างๆ

1. อาหารที่ควรบริโภค

อาหารที่ผู้สูงอายุควรบริโภค ได้แก่ ผักต่างๆ เนื้อปลา ผลไม้ ผลไม้สุก

ตารางที่ 16 อาหารสำหรับผู้สูงอายุ

ชื่ออาหาร	ความเชื่อ
- กล้วยสุก/ห่าม ปิ้ง	- ช่วยในการขับถ่าย
- สับปะรด	- ช่วยในการขับถ่าย
- แกงผักใส่ปลาแห้งและถั่วเน่า เช่น ผักชะอม ผักเฮือด ผักเสี้ยว ผักเจียงดา ยอดมะยม	- ช่วยทำให้ขับถ่ายง่าย ทำให้แข็งแรง
- แกงผักใส่ปลาปิ้ง	- ช่วยทำให้ขับถ่ายง่าย ทำให้แข็งแรง
- ถั่วเน่าแผ่นปิ้ง	- ใช้ตำรวมกับพริกแกงทำให้น้ำแกงข้น ช่วยให้อาหารอร่อย ใช้แทนกะปิ (สมัยก่อนกะปิหาได้ยาก)
- ถั่วเน่าห่อ	- เจริญอาหาร บริโภคง่าย
- แคบหมู	แคบหมูเวลาใส่ในแกงทำให้นุ่ม ผู้สูงอายุบริโภคได้ง่าย ทำให้อาหารอร่อย
- ตำมะเขือพวง	- เจริญอาหาร
- ยำผักจุ๋มป๋า	- รสขมเล็กน้อยทำให้เจริญอาหาร
- ตำมะขามอ่อน/มะยม/มะเฟือง	- เมื่อเบื่ออาหาร ช่วยให้เจริญอาหาร

ตารางที่ 16 (ต่อ)

ชื่ออาหาร	ความเชื่อ
- ผลไม้สุก เช่น มะม่วง มะขามหวาน	- ช่วยเจริญอาหาร ช่วยในการขับถ่าย
- มะขามเปียกกวนใส่น้ำอ้อย	- ช่วยเจริญอาหาร ทำให้มีแรง
- น้ำอ้อย	- ช่วยเจริญอาหาร ทำให้มีแรง
- น้ำตาลสด	- ช่วยเจริญอาหาร ทำให้มีแรง
- อบฟักทอง	- ช่วยเจริญอาหาร
- ข้าวหลาม	- ช่วยเจริญอาหาร
- บะขม	- เมื่อเบื่ออาหารช่วยเจริญอาหาร แก้ท้องอืด

2. อาหารที่ผู้ป่วยควรบริโภค

ผู้สูงอายุมีความเชื่อว่าปลาที่มีเกล็ดเช่น ปลาช่อน ปลาตะเพียน ไม่แสลงต่อโรคมะเร็ง เนื้อหมูเป็นอาหารหลักที่ไม่มีพิษเมื่อเปรียบเทียบกับเนื้อสัตว์ประเภทอื่น เช่น เนื้อควาย

ตารางที่ 17 ความเชื่อในการบริโภคอาหารสำหรับผู้ป่วย

โรค	อาหาร	ความเชื่อ
โรคมะเร็ง (โรคสาร)	ปลาที่มีเกล็ด เช่น ปลาช่อน ปลาตะเพียน	ไม่แสลง โรคไม่กำเริบ
หัด อีสุก อีใส	ข้าว หมูปิ้ง ต้มผักตำลึงผักหวานบ้าน	ไม่แสลง ทำให้หายเร็ว
ไข้	หมูต้ม/ปิ้ง ตับหมูปิ้ง ไข่ต้ม	บำรุงร่างกายให้แข็งแรง และไข้หายเร็ว ไม่แสลงต่อโรค
ท้องเสีย	ข้าวเหนียวปิ้ง กล้วยดิบปิ้ง	ข้าวเหนียวปิ้ง ไม่แสลง กล้วยดิบปิ้งมีรสฝาด แก้ท้องเสีย

น้ำดื่มสมุนไพร

น้ำ ดื่มสมุนไพรนำมาเป็นเครื่องดื่มช่วยคลายร้อน ดับกระหายและยังช่วยปรับธาตุบำรุงสุขภาพและป้องกันโรคหรืออาการเจ็บป่วยบางอย่างได้ เนื่องจากในน้ำสมุนไพรมีวิตามินและสารหลายชนิดที่มีฤทธิ์ในการป้องกันโรค น้ำสมุนไพรได้รับความนิยมมากขึ้นโดยมีการปรับประยุกต์นำผักและผลไม้มาทำเป็นเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ ดังนี้

- รสฝาด เช่น น้ำฝรั่ง น้ำมะตูม น้ำกระท้อน น้ำมะกอก น้ำมะขามป้อม น้ำ ลูกหว้า
- รสหวาน เช่น น้ำแตงโม น้ำมะละกอ น้ำกล้วยหอม น้ำขนุน น้ำเงาะ น้ำ น้อยหน่า น้ำละมุด น้ำฝรั่ง น้ำลำไย น้ำอ้อย
- รสมัน เช่น น้ำกระจับ น้ำข้าวโพด น้ำฟักทอง น้ำแห้ว
- รสเปรี้ยว เช่น น้ำมะขาม น้ำมะนาว น้ำกระเจี๊ยบแดง น้ำมะยม น้ำส้มโอ น้ำมะเขือเทศ น้ำสับปะรด น้ำส้ม น้ำลิ้นจี่ น้ำองุ่น น้ำชมพู่ น้ำสตรอเบอรี่ น้ำมะปราง น้ำมะเฟือง
- รสขม เช่น น้ำมะระขี้นก น้ำเห็ดหลินจือ น้ำใบบัวบก
- รสเผ็ดร้อน เช่น น้ำกะเพราแดง น้ำขิง น้ำข่า น้ำตะไคร้ น้ำกานพลู



ภาพที่ 33 พืช สมุนไพร ที่ใช้ต้มดื่ม ภูมิปัญญาพื้นบ้าน



ภาพที่ 34 หม้อน้ำดื่มสมุนไพรพื้นบ้าน

- รสหอมเย็น เช่น น้ำใบเตย น้ำลูกเดือย น้ำเม็ดแมงลัก น้ำแตงไทย น้ำมะพร้าว น้ำรากบัว น้ำลูกจาก น้ำลูกตาลอ่อน

- รสจืด เช่น น้ำผักคะน้า น้ำผักตำลึง น้ำแตงกวา น้ำขึ้นฉ่าย น้ำดอกคำฝอย น้ำว่านหางจระเข้ น้ำผักกวางตุ้ง

การบริหารร่างกาย

การบริหารร่างกายด้วยท่าฤษีดัดตนนอกจากใช้เป็นท่าในการบริหารร่างกายแล้ว ยังทำให้ร่างกายตื่นตัว แข็งแรงและเป็นการพักผ่อน ท่าต่างๆ ที่ใช้ยังมีสรรพคุณในการรักษาโรคเบื้องต้นได้อีกด้วย นับว่ามีประโยชน์อันมากช่วยให้เกิดการเคลื่อนไหวตามธรรมชาติของแขนขาและข้อต่างๆ เป็นไปอย่างคล่องแคล่ว มีการเน้นการนวดโดยบางท่าจะมีการกดหรือบีบนวดร่วมไปด้วย ทำให้โลหิตหมุนเวียน เลือดลมเดินได้สะดวก นับเป็นการออกกำลังกายที่สามารถทำได้ทุกอิริยาบถของคนไทย เป็นการต่อต้านโรคภัย บำรุงรักษาสุขภาพให้มีอายุยืนยาว มีการใช้สมาธิร่วมด้วยจะช่วยยกระดับจิตใจให้พ้นอารมณ์ขุ่นมัว หงุดหงิด ความง่วง ความท้อแท้ ความเครียด และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการหายใจหากมีการฝึกหายใจให้ถูกต้อง

การบริหารร่างกายด้วยกิจกรรมการออกกำลังกายในรูปแบบต่างๆ ถือว่าเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้เช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นการใช้กิจกรรมการยืดเหยียดด้วยอุปกรณ์กะลาชัก การเล่นเพลง การเต้นรำพื้นบ้าน การฟ้อน การฟัดข้าว การรำมวยจีนหรือการรำไทลี่ซี่กง เป็นต้น

การนวด

การนวดเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย อาการปวดเมื่อยหรือเจ็บกล้ามเนื้อมีสาเหตุมาจากการทำงานหนัก สำหรับการรักษาด้วยวิธีการของแพทย์พื้นบ้านทางภาคเหนือ นิยมใช้การนวดเพื่อรักษาและบรรเทาอาการปวด ผู้นวดจะทำการบีบคลึง บิด ดึง ดัดและเหยียบ ใช้รูปแบบการนวดพื้นบ้านรักษารวมกับการนวดราชสำนักหรือการตอกเส้น ก่อนการนวดรักษาจะมีวิธีการรักษาร่วมด้วย เช่น การใช้น้ำมัน สมุนไพร การประคบสมุนไพร การแช่น้ำสมุนไพร บางแห่งมีการจุดไฟเผาสมุนไพรแล้ววางลงบริเวณที่ปวด ซึ่งเป็นการใช้ความร้อนนำสมุนไพรให้ซึมเข้าสู่ผิวหนัง หลังการประคบหรือเผาสมุนไพร จะใช้น้ำมัน สมุนไพรท่าให้ทั่วก่อนลงมือนวด ส่วนอาการปวดศีรษะ สาเหตุมาจากความเครียด นิยมนวดคลายด้วยฝ่ามือ โดยบีบคลึงตั้งแต่หัวไหล่จนถึงต้นคอ นวดกลับไปกลับมา จากนั้นนวดขมับ หน้าผาก หัวคิ้ว แก้มและคาง โดยใช้มือกดคลึงเบาๆ แล้วจึงใช้สันมือ ฟันที่ต้นคอและไหล่เป็นท่าสุดท้ายในการรักษา บางแห่งอาจใช้น้ำมันไพลหรือขี้ผึ้งน้ำมันระกำทาบริเวณที่นวดร่วมด้วย

การทำสมาธิ สวดมนต์ และการฝึกสมาธิ

ผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนมักใช้ชีวิตผูกพันอยู่กับวัด ทุกวันพระไปวัดเพื่อทำบุญตักบาตร เป็นการฝึกการให้และพักจิตใจ รวมทั้งวัดมักมีการถือศีลอยู่ประจำที่วัด มีการนั่งสมาธิ การฝึกจิตโดยใช้การนั่งสมาธิทำให้จิตเข้มแข็งมีพลัง ทำให้เกิดปัญญา ย่อมเลือกพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพไม่ตามใจตนเองด้วยกิเลสและความอยากคือตัณหา

สมาธิ หมายถึง ความตั้งมั่นของจิตหรือภาวะที่จิตแน่วแน่ต่อสิ่งที่กำหนดหรือภาวะที่จิตมีอารมณ์เป็นหนึ่ง คือการที่จิตกำหนดแน่วแน่อยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ฟุ้งซ่าน ประโยชน์ของสมาธิในชีวิตประจำวัน. ช่วยทำให้จิตใจผ่อนคลาย เกิดความสงบ ทำให้ใจสบายและมีความสุข เสริมสุขภาพ



ภาพที่ 35 เครื่องมือที่ใช้ในการนวดตอกเส้น



ภาพที่ 36 การนวดตอกเส้นของผู้สูงอายุที่ลานกิจกรรม



ภาพที่ 37 การนวดแบบย่ำขางเพื่อคลายอาการปวดกล้ามเนื้อ



ภาพที่ 38 การแช่เท้า การนวดเท้า ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ลานกิจกรรม

กายและใช้แก้โรคได้ ร่างกายและจิตใจอาศัยกันและมีอิทธิพลต่อกัน ผู้มีจิตใจเข้มแข็งสมบูรณ์ เมื่อเจ็บป่วยกายก็ส่งอิทธิพลบรรเทาเบาโรคทางกายได้อีกด้วย อาจทำให้โรคหายง่าย ในด้านดีผู้มีจิตใจผ่องใสเบิกบานย่อมช่วยให้กาย ผิวพรรณผ่องใส มีสุขภาพดี เป็นภูมิต้านทานโรคไปในตัว โรคหลายอย่างเป็นเรื่องของกายจิตสัมพันธ์กัน เกิดจากความแปรปรวนทางจิตใจ เช่น ความโกรธ ทำให้เกิดโรคปวดศีรษะบางอย่าง เป็นต้น การปฏิบัติธรรมเพื่อฝึกจิต ประกอบด้วยการเดินจงกลม หรือการนั่งสมาธิ

บทสวดมนต์ เพื่อให้เกิดสมาธิ มีสติ และเกิดปัญญาด้วย สำหรับศาสนาอื่นสามารถที่จะประยุกต์ใช้บทสวดของแต่ละศาสนามาแทนบทบูชาพระรัตนตรัยได้ด้วย เกิดผลเพื่อการมีสติและเกิดปัญญา การแผ่เมตตา เป็นการอนุโมทนาส่วนบุญ ปรารถนาที่จะให้สรรพสัตว์ทั้งหลายพ้นทุกข์ เป็นการให้อย่างมีเมตตา

จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถจัดแยกกลุ่มภูมิปัญญาท้องถิ่นได้ตามที่เสนอเบื้องต้น โดยกลุ่มภูมิปัญญาท้องถิ่นนี้เป็นกลุ่มองค์ความรู้ของกลุ่มบุคคลในท้องถิ่น ที่จะถูกนำไปใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาวะในกลุ่มผู้สูงอายุต่อไป

ส่วนที่ 7 กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะในผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

สำหรับในการ ศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอรูปแบบในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสม โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมด้วยการมี สุขภาวะที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งองค์รวม โดยมุ่งปรับปรุงพัฒนากระบวนการและปรับเปลี่ยนวิถีแห่งการส่งเสริมสุขภาพองค์รวมให้ทันต่อกระแสการเปลี่ยนแปลง โดยให้สอดคล้อง เหมาะสมกับบริบทสังคม วัฒนธรรม สร้างและพัฒนานวัตกรรมและองค์ความรู้ วิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและเผยแพร่แก่องค์กรภายนอก โดยได้ผ่านกระบวนการ การจัดสนทนากลุ่มในผู้สูงอายุ เพื่อนำข้อคิดเห็น ข้อสรุป มีเหตุผลของการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ว่ามีความสอดคล้องกับบริบท สังคม วัฒนธรรม และสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในสถานการณ์ที่แตกต่างหรือเหมือนกัน โดยพิจารณาเป็นแบบการดำเนินชีวิต หรือการปฏิบัติพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในระบบการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม เพื่อเสนอข้อสรุปของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำข้อสรุปจากการสนทนากลุ่มยกร่างเป็นประเด็น รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมเสนอในเวทีการประชุมสัมมนาการจัดรูปแบบการจัดการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสม โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ (ตามภาคผนวก จ) เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปแล้วจัดทำเป็นรูปแบบในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุที่สามารถดำเนินการได้ใน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพดี/แข็งแรง และกลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรง/มีการเจ็บป่วยเล็กน้อย โดยมีแนวทางกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาวะครอบคลุมทั้ง 3 มิติของสุขภาพ ดังนี้

มิติด้านร่างกาย

1. การจัดกิจกรรมของ การออกกำลังกายที่ปลอดภัยและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ใช้อุปกรณ์เครื่องมือในการออกกำลังกายที่มีอยู่ในท้องถิ่น และจัดกิจกรรมสันทนาการ การรณรงค์การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอที่ดึงดูดผู้สูงอายุด้วยกิจกรรมการออกกำลังที่ง่ายที่สุดคือ การ

เดิน ซึ่งผู้สูงอายุทุกคนรวมทั้งผู้ที่ไม่ชอบเล่นกีฬาสามารถทำได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ ออกกำลังใดๆ และเพื่อสร้างความสนุกสนานและจูงใจให้ร่วมกิจกรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างสุขภาพแข็งแรงและช่วยป้องกันโรคบางอย่างได้

ส่วนกิจกรรมต่อเนื่องอีกกิจกรรมหนึ่งคือ กิจกรรมที่ฝึกการยืดเหยียด และสร้างความแข็งแรงกล้ามเนื้อ ด้วยการเต้นอย่างสนุกสนาน มีเนื้อเพลงและออกแบบท่าเต้นให้เหมาะกับวัย โดยสอดแทรกความรู้เกี่ยวกับเรื่องการออกกำลังและโภชนาการ จึงเป็นโอกาสที่ผู้สูงอายุสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย การออกกำลังกายได้เนื่องจากต้องปฏิบัติทุกวันโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ มีหลักฐานทางการแพทย์ที่ชัดเจนว่า การเคลื่อนไหวร่างกายในระดับปานกลางและทำต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาทีซึ่งเทียบเท่ากับการใช้พลังงาน 150 แคลอรี่ ก็เพียงพอแล้วที่จะทำให้คนปกติทั่วไปมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงและมีสุขภาพดีโดยองค์รวม ตลอดจนลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ ไม่มีความจำเป็นอันใดที่จะต้องออกกำลังกายเหมือนเช่นนักกีฬา ที่จำเป็นต้องมีการฝึกฝนอย่างหนักนั้นเป็นเรื่องที่จำเป็นสำหรับนักกีฬา เพื่อเพิ่มสมรรถภาพให้ร่างกายเกิดทักษะความสามารถสูงสุดเพื่อใช้ในการแข่งขัน ดังนั้นจึงต้องฝึกกระตุ้นหัวใจและกล้ามเนื้อให้สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ แต่สำหรับคนทั่วไปที่ปรารถนาสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงไม่จำเป็นต้องทำเช่นนั้นเลย

การออกกำลังกาย การวิ่ง การเดิน ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และระบบความจำ (Walker, 1992: 77) และช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในขณะเดียวกันการได้ออกแรงออกเหงื่อด้วยการทำงาน ในขณะที่ออกกำลังกายในขนาดที่เหมาะสม ร่างกายจะขับเอ็นดอร์ฟินออกมา ซึ่งสารนี้จะช่วยลดความเจ็บปวดของร่างกาย และทำให้จิตใจสดชื่น มีการศึกษาพบว่าการออกกำลังกายจะส่งเสริมความเคารพนับถือตนเอง (self-esteem) ของผู้สูงอายุและสามารถลดความซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุบางราย (Rakowski, 1997 cited by Pender et al., 2002:135) และผลทั่วไปการออกกำลังกายทำให้การย่อยอาหารดีขึ้น เพิ่มความต้านทานต่อโรค นิสัยการนอนดีขึ้น ป้องกันผลร้ายของการมีอาการกระวนกระวายอย่างรุนแรง หรือความเครียดทางด้านอารมณ์ ทำให้รูปร่างดีขึ้นเพิ่มความสามารถและหน้าที่ทางเพศ ถ้าการออกกำลังกายนั้นเป็นไปตลอดชีวิตจะทำให้อายุยืนยาวขึ้น ดังเช่น ธันยพร สุรินทร์คำ (2544: 46) ได้ศึกษาพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง พบว่าผู้สูงอายุที่สมบูรณ์แข็งแรงมีการออกกำลังกายเป็นส่วนใหญ่และร้อยละ 53.9 ออกกำลังกายโดยวิธีการเดิน วิธีการต่างๆ เหล่านี้เป็นวิธีการตามความหมายที่รู้จักกันโดยทั่วไปว่าคือ การออกกำลังกาย (Exercise) หมายถึงการเคลื่อนไหวร่างกายที่มีการวางแผนหรือการเตรียมตัว โดยเป็นกิจกรรมที่มีการกระทำซ้ำ ๆ และมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มหรือคงสมรรถภาพของร่างกาย ในทางการแพทย์ให้ความหมายของคำว่า การเคลื่อนไหวร่างกา ย (Physical Activity) คือการเคลื่อนไหวหรือทำงานโดยใช้กล้ามเนื้อ โครงสร้าง และมีการใช้พลังงานของร่างกายมากกว่าในขณะพัก

ส่วนผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายมีรูปแบบและระยะเวลาที่แน่นอนนั้นเป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ หมายถึง การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำงานมากกว่าภาวะปกติอย่างมีระบบระเบียบ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับเพศ วัย และสภาพร่างกายของแต่ละคนจนเป็นผลทำให้ส่วนต่างๆ ของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและการทำงานในทางที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลต่อระบบหัวใจหลอดเลือด ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขนาด มีความแข็งแรงมากขึ้น หดตัวได้แรงมากขึ้น



ภาพที่ 39 เครื่องออกกำลังกาย



ภาพที่ 40 เครื่องออกกำลังกายประยุกต์จากกะลามะพร้าว



ภาพที่ 41 เครื่องออกกำลังกายประยุกต์จากไม้ล้อเลื่อน



ภาพที่ 42 เครื่องออกกำลังกายประยุกต์จากยางยืด

จำนวนเลือดที่บีบออกจากหัวใจแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้น การไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและการไหลเวียนของเลือดในส่วนรอบนอก เช่นบริเวณแขนและขาดีขึ้น ภาวะอุดตันของหลอดเลือดแดงลดน้อยลง ความยืดหยุ่นของหยุ่นของปอดเพิ่มขึ้น ปริมาณของปอดเพิ่มขึ้น การหายใจมีประสิทธิภาพมากขึ้น ระดับของโปรตีนไขมันที่มีความหนาแน่นสูง (high density lipoprotein: HDL) เพิ่มขึ้น แต่ระดับของโปรตีนไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (low density lipoprotein: LDL) ในเลือดต่ำลง ดังเช่น การศึกษาของอัญชลี กลิ่นอวล (2544: 61) พบว่าการออกกำลังกายทำให้สมรรถภาพทางกาย องค์ประกอบด้านความทนทานของปอด หัวใจ และความยืดหยุ่นของร่างกายเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่การศึกษาของลินจงและคณะ (2543: 88) พบว่าภาวะขาดการออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากที่สุด และมีผลด้านเมตะบอลิสมและน้ำหนักของร่างกาย การออกกำลังกายทำให้อัตราการใช้พลังงานของร่างกายเพิ่มขึ้น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในผู้สูงอายุ เป็นประโยชน์ทางสมรรถนะแก่ผู้สูงอายุ และช่วยให้มีช่วงระยะเวลาที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้นานขึ้นและการฝึกตามโปรแกรมการออกกำลังกายที่กำหนดระดับความหนักของงาน 50-60 เปอร์เซ็นต์ของอัตราการเต้นหัวใจสำรองสูงสุด 24 สัปดาห์ขึ้นไป ได้แก่ การเดิน การก้าวขึ้น-ลง ม้านั่ง ทำให้ความดันเลือดลดลง (อภิชาติ ไตรแสง 2539 : 256) ซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติได้และยังช่วยให้ความดันโลหิตลดลง รวมทั้งประเวศ วะสี (2530 : 69-77) เปรียบการออกกำลังกายว่าเป็นยาอายุวัฒนะที่มีอานิสงส์เป็นเอนกประการ ได้แก่ ทำให้อายุยืน แก่ช้าลง กระดูกแข็งแรง ไขมันในเลือดไม่สูง และทำให้นอนหลับสนิท และการทำงานโดยใช้แรงกาย การทำสวนทำนาของคนในชนบทหรือการทำงานแบกหามของกรรมกร เป็นวิถีชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติ ทำให้ร่างกายและจิตใจเกิดความสมดุล และการทำงานที่ไม่ใช้แรงกายหรือการอยู่เฉยๆ ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมตามมาเป็นลูกโซ่ ส่วนการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นการออกกำลังกายชนิดแอโรบิก (Aerobic Activity)

การศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุบางรายเลือกออกกำลังกายโดยการ รำมวยจีน รำไท้จี่ชี่กง เป็นส่วนใหญ่คือวิธีการที่ร่างกายมีการยืดหดของกล้ามเนื้อของร่างกาย ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อหรือการลงน้ำหนักต่อโครงสร้างของร่างกายก็ได้ (ชูศักดิ์ เวชแพทย์ , 2541: 32) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น อาจเป็นการออกกำลังกายโดยการงอ ยืดตัว ยืดแขนยืดขา หรือบิดหมุนร่างกายก็ได้ ซึ่งการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแกร่ง จะช่วยเสริมความแข็งแรงให้แก่กล้ามเนื้อรวมทั้งมีประโยชน์ต่ออัตราการสูญเสียมวลกระดูกด้วย เป็นวิถีที่ใกล้เคียงกับการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งเป็นการออกกำลังกายเช่น การยกของ ตักน้ำรดต้นไม้ กวาดบ้าน ถูบ้านส่งผลทางด้านระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างร่างกาย การออกกำลังกาย ช่วยเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อ (Muscular Strength) โดยทำให้ความทนของกล้ามเนื้อ (Muscular Endurance) พังผืดและเอ็นแข็งแรงขึ้น ข้อต่อมีความมั่นคง อ่อนตัวและยืดหยุ่นดีขึ้น ทำให้ช่วงของการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น และช่วยป้องกันการเสื่อมสลายของเนื้อเยื่อที่เกิดจากการไม่ได้ใช้งาน เช่น การฝ่อลีบ ภาวะกระดูกพรุน รวมทั้งการเสื่อมสลายของหัวใจและหลอดเลือด หากไม่ได้ออกกำลังกายจะส่งผลทำให้ กระดูกบางลง ดังการศึกษาของเฟียตาโรนและคณะ (Fiatarrone et al., 1994 อ้างใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542: 30) แสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแกร่ง โดยเฉพาะการออกกำลังขา มีผลให้ผู้สูงอายุซึ่งช่วยตัวเองได้น้อยกลับมามี

สมรรถภาพทางกายดีขึ้น และสามารถเดินหรือช่วยตัวเองได้มากขึ้น การออกกำลังกายประเภทนี้ ได้แก่ การยกน้ำหนัก การวิดพื้น การโรยตัว การวิ่ง การขี่จักรยาน หรือการว่ายน้ำและการศึกษาใน ผู้หญิงที่มีอายุ 35-65 ปี พบว่า ในกลุ่มที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ มวลกระดูกจะลดลงเพียง 3 % เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายเลย มวลกระดูกจะลดลงถึง 7.2 % (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2541: 55)

2. จัดกิจกรรมการนวดพื้นฐาน การนวดสุขภาพเท้า

จากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุมีวิธีปฏิบัติการนวดฝ่าเท้าโดยใช้เท้าทั้ง 2 ข้างเหยียบ กะลามะพร้าวเป็นประจำในเวลาเช้าหลังจากตื่นนอนทุกวันๆ ละ 30-40 นาที ผลของการนวดทำให้ เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย สบายกาย สบายใจ รู้สึกกระฉับกระเฉง ลดความเครียด กังวล มีผล การศึกษาการนวดฝ่าเท้าต่อการควบคุมการทำงานของร่างกายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า การนวดทำให้อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ทำให้อัตราการหายใจ ชีพจร และความดันโลหิตลดลงอย่างมี นัยสำคัญ และมีผลทางด้านจิตใจ ซึ่งการนวดกดจุดฝ่าเท้า เป็นศาสตร์ที่มีมานานนับพันปี เป็นวิธีการ ปรับสภาพความสมดุลของอวัยวะภายในร่างกายโดยวิธีธรรมชาติที่ชาวจีนเป็นผู้ค้นคิด และเรียก วิธีการปรับสภาวะความร้อน-เย็นภายในร่างกายให้คงอยู่ในสภาวะสมดุลนี้ว่า "หยิง-หยาง"

การกดจุดตามส่วนต่างๆ ของร่างกายเป็นศาสตร์ที่ช่วยในการรักษาและบรรเทาโรคร้ายต่างๆ อย่างได้ผลตามหลักการทางธรรมชาติ ความสัมพันธ์ทางระบบประสาท สมอง เส้นเลือด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก ข้อ สายตาและอวัยวะภายในอย่างเช่น หัวใจ ปอด ตับ ไต ลำไส้เล็ก-ใหญ่ ทางเดิน ปัสสาวะ หลอดลม จมูก รวมทั้งอวัยวะเพศด้วย จะมีการทำงานอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ จึงเป็นสิ่งที่ไม่ สามารถหลีกเลี่ยงได้หากส่วนใดส่วนหนึ่งชำรุดหรือเกิดอาการผิดปกติจะส่งผลต่อส่วนอื่นๆ และแสดง อาการออกมาจนสามารถรับรู้ได้ ดังนั้นจุดต่างๆ ของร่างกายคือ จุดที่เชื่อมโยงการรู้และสามารถส่ง อาการผิดปกติจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งเพื่อให้รับรู้ได้โดยทั่วถึงกัน จนส่งผลให้เห็นด้วยสายตาและ ความรู้สึก แม้บางอาการของโรคร้ายที่เกิดขึ้น จะไม่แสดงให้เห็นได้ด้วยสายตา แต่ความรู้สึกที่เกิดกับ ร่างกายขณะนั้น คือเหตุที่แสดงอาการปกติหรือผิดปกติต่อร่างกาย

3. จัดกิจกรรมสังเกตและเรียนรู้ผู้สูงอายุต้นแบบที่ดีทั้งทางตรงและทางอ้อม

เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุให้ความหมายของการมีสุขภาพที่ดี และมีการดูแลตนเองเป็นลำดับ ขั้นตอนตั้งแต่ก่อนที่จะย่างเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุเป็นไปตามหลักแนวคิดทฤษฎีการดูแลตัวเองของโอ เร็ม (Self - Care Theory) ที่มองว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำ เพื่อให้เกิด ประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี ซึ่งการดำเนิน ชีวิตในแต่ละวันประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกาย โดยไม่ทำให้เกิดโทษ คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ สุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ ความ สมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกายการ ตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์จากขนบธรรมเนียม ประเพณี รักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คน เดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพ กับบุคคล



ภาพที่ 43 กิจกรรมการแช่และนวดเท้าในน้ำสมุนไพรของกลุ่มผู้สูงอายุ



ภาพที่ 44 เครื่องออกกำลังกายเท้าประยุกต์จากไม้ไผ่

อื่นเพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้ อย่างมีประสิทธิภาพรู้จักติดต่อของความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคม

ผลการศึกษาสอดคล้องกับงาน วิจัยของ บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2535 : 21) ที่พบว่า การระวังรักษาสุขภาพมีส่วนสัมพันธ์กับความเสื่อมชราของร่างกาย ผู้ที่รู้จักรับประทานอาหารถูกต้องตามหลักโภชนาการ รู้จักดื่มน้ำสะอาด เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย รู้จักหายใจรับอากาศบริสุทธิ์ รู้จักถ่ายอุจจาระเป็นเวลา ไม่ให้ของเสียคั่งค้างในร่างกาย รู้จักออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ รู้จักหลีกเลี่ยงโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ มักจะเป็นคนแข็งแรงและมีอายุยืนกว่าผู้ที่ไม่ปฏิบัติ ยิ่งผู้นั้นรู้จักทำจิตใจให้สงบ สุขสบาย อีกอย่างหนึ่งก็จะทำให้อายุยืนนานยิ่งขึ้น ดังนั้นการจัดกิจกรรมสังเกตและเรียนรู้ผู้สูงอายุต้นแบบที่ดีในกลุ่มผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง

4. การเพิ่มความรู้ด้านการใช้พืชสมุนไพร/อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อสุขภาพดี

อาหารในแต่ละวันผู้สูงอายุควรได้รับปริมาณร้อยละ 50-58 ของปริมาณแคลอรี่ทั้งหมด เพื่อป้องกันการสลายของเนื้อเยื่อโปรตีน และควรรับประทานคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนเป็นส่วนใหญ่ เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง ธัญพืชต่างๆ ถั่ว เผือก มันผู้สูงอายุที่มีปัญหาการขาดน้ำได้ง่าย ซึ่งเกิดจากสาเหตุหลายประการ ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการสูงอายุและสาเหตุที่เกิดจากโรคหรือข้อจำกัดทางสุขภาพ การขาดน้ำในผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหา เช่น ท้องผูก ความดันโลหิตต่ำ มีภาวะแคลเซียมในเลือดสูง ปัสสาวะลดลง และเกิดภาวะสับสนได้ง่าย โดยทั่วไปผู้สูงอายุควรได้รับน้ำประมาณ 30 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัม หรือไม่น้อยกว่า 1 ,500 มิลลิลิตรต่อวัน (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล , 2543: 42) ส่วนวิตามินและเกลือแร่ ปริมาณเกลือแร่ของผู้สูงอายุต้องการส่วนใหญ่ไม่แตกต่างจากคนอายุน้อย ยกเว้นเหล็กที่มีแนวโน้มของความต้องการลดลงเมื่ออายุมากขึ้น และควรได้รับแคลเซียมอย่างน้อย 800 มิลลิกรัมต่อวัน เพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน (วิไลวรรณ , 2545: 23) การที่ผู้สูงอายุต้องรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง เน้นผัก ผลไม้ ข้าวกล้อง ถั่วลิสง เพราะช่วยให้ผู้สูงอายุขับถ่ายได้ดี ป้องกันมะเร็งลำไส้ ช่วยลดการดูดซึมน้ำตาลและ โคเลสเตอรอล โดยผู้สูงอายุควรได้รับสารอาหารที่เป็นกากใยวันละ 25-35 กรัม (วิไลวรรณ, 2545: 88) เส้นใยอาหาร (Fiber) เป็นสารจากพืชที่เมื่อรับประทานแล้ว น้ำย่อยไม่สามารถย่อยได้ เป็นส่วนประกอบที่พบเฉพาะในพืชเท่านั้น ไม่พบในสัตว์ ทำหน้าที่เป็นโครงสร้างและส่วนประกอบของพืช คุณสมบัติของเส้นใยอาหาร คือ สามารถอมน้ำและพองตัวขึ้นกว่าเดิมได้ถึง 4-5 เท่า ทำให้รู้สึกอิ่ม เส้นใยอาหารจะทำหน้าที่ดูดไขมัน น้ำตาล สารพิษ สารก่อมะเร็ง และขับออกนอกร่างกาย

เส้นใยอาหารหรือสารเส้นใยอาหาร เป็นส่วนของพืชผักซึ่งร่างกายไม่มีน้ำย่อยที่จะย่อยได้ สารเส้นใยจะผ่านกระเพาะอาหารและลำไส้ไป โดยไม่ถูกเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง สารเส้นใยสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. สารเส้นใยไม่ละลายน้ำ เป็นโครงสร้างของพืชชนิดที่ไม่ละลายน้ำ ได้แก่ เซลลูโลสและลิกนิน พบมากในอาหารจำพวกเมล็ดธัญพืช เช่น รำข้าว สารเส้นใยชนิดนี้มีประโยชน์ในการป้องกันมะเร็ง และทำให้ลำไส้ทำงานได้อย่างดี

2. สารเส้นใยละลายน้ำ เส้นใยชนิดนี้จะปนอยู่กับส่วนที่เป็นแป้งในพืช พบมากในอาหารจำพวกผัก ผลไม้ สารเส้นใยชนิดนี้มีประโยชน์ คือสามารถลดไขมันในเลือด และลดน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน สารเส้นใยแต่ละชนิด พบในอาหารที่แตกต่างกัน เช่น ผลไม้ จะมีสารเส้น

ใยทั้งละลายน้ำได้ และไม่ละลายอยู่รวมกัน ประกอบด้วยเซลลูโลส เฮมิเซลูโลส (ไม่ละลายน้ำ) และเปกติน (ละลายน้ำ) ในรำข้าวจะมีเส้นใยอาหารที่ละลายน้ำได้ คือ เปกติน ในถั่วจะมีสารเส้นใยที่ละลายน้ำได้ คือ กัม มีประโยชน์ในการป้องกันท้องผูกและป้องกันโรคมะเร็งได้ เนื่องจากสารเส้นใยอาหารจะเร่งการขับถ่ายให้ออกได้รวดเร็ว รวมทั้งสารเส้นใยชนิดละลายน้ำ จะมีลักษณะเป็นวุ้น ซึ่งจะซับเอาไขมัน น้ำตาล และแบคทีเรีย ขับออกจากร่างกาย ทำให้ร่างกายดูดซึมเอาน้ำตาล และไขมันเข้ากระแสเลือดได้น้อยลง มีประโยชน์ในการช่วยลดโคเลสเตอรอล และสามารถใช้ในการควบคุมโรคเบาหวานได้ดี

นอกจากการจำกัดปริมาณอาหารแล้ว ยังมีเรื่องของการใช้ชีวิตด้วยวิถีสุขภาพ โดยผู้สูงอายุมีการฝึกทักษะชีวิตในการหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นผลร้ายต่อสุขภาพ เช่น สุรา และบุหรี่ และการมีจิตใจที่แข็งแกร่ง และนี่คือแนวปฏิบัติเพื่อการมีอายุยืนยาวของผู้สูงอายุ การส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีทำให้ช่วยป้องกันโรค จากการศึกษาพบว่าอาหารมีส่วนสำคัญสูงในการทำให้มีชีวิตยืนยาวและสมบูรณ์แข็งแรง (บรรลุ ศิริพานิช , 2531: 46) ซึ่งภาวะโภชนาการตั้งแต่ในวัยเด็กของแต่ละบุคคล มีผลต่อกระบวนการสูงอายุของบุคคลนั้น ดังนั้นผู้สูงอายุจะต้องฝึกนิสัยที่ดีและเหมาะสมในการกินอาหาร คือ เน้นอาหารให้ได้พลังงานที่เพียงพอ การเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางอาหารสูงและให้มีความสมดุลในประเภทต่างๆ โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีน ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนในปริมาณที่เพียงพอและไม่มากเกินไป ในปริมาณร้อยละ 12-14 ของกิโลแคลอรีทั้งหมด (โปรตีน 1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล , 2542: 74) มีการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีจะหลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ใหญ่หันมารับประทานปลา อาหารเพื่อสุขภาพ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง งา ผักผลไม้ ส่วนอาหารไขมัน ผู้สูงอายุควรได้รับลดลง เนื่องจากความต้องการพลังงานลดลง โดยปกติควรจำกัดไม่เกินร้อยละ 30 โดยให้มีไขมันไม่อิ่มตัว ร้อยละ 10 ของปริมาณไขมันที่บริโภค ซึ่งการรับประทานอาหารที่มีการสะสมไขมันต่ำ ทำให้เป็นผู้ที่มีอายุยืน (วันดี และคณะ, 2541: 86)

อาหารมีบทบาทสำคัญในการซ่อมแซมร่างกายส่วนที่ชำรุดเสียหาย และเป็นพลังงานในการดำเนินชีวิต ถ้าวัยผู้สูงอายุมีความสนใจในการดูแลสุขภาพ มีพื้นฐานการบริโภคนิสัยที่ดีมาตั้งแต่อดีต มีภาวะโภชนาการที่ดี จะทำให้สุขภาพดี ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีภาวะการเจ็บป่วยของโรคอยู่เดิม การบริโภคอาหารที่ถูกต้องก็จะทำให้อาการของโรคดีขึ้น หรือคงสภาพอยู่ในระดับปกติ มีความเสื่อมถอยหรือความก้าวหน้าของโรคช้าลง แต่ถ้าผู้สูงอายุมีพื้นฐานการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมและไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหารให้เหมาะสมจนเกิดปัญหาภาวะโภชนาการและสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเจ็บป่วย เช่น การขาดสารอาหาร ผู้สูงอายุบางคนกินอาหารพวกผัก ผลไม้สดไม่พอ เพราะมีความลำบากในการเคี้ยว ทำให้ร่างกายขาดสารอาหารเกลือแร่ และวิตามิน การขาดวิตามินที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ การขาดวิตามินบี 1 จะทำให้เกิดโรคเหน็บชา การขาดวิตามินซี จะทำให้เกิดโรคเลือดออกได้ง่าย การขาดวิตามินดี จะทำให้เกิดโรคกระดูกกร่อน และสิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ผู้สูงอายุมักได้รับไม่เพียงพอ คือ ขาดกากอาหาร หรือที่เรียกว่า ใยอาหาร การเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ที่ส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงโดยคำนึงถึงประโยชน์ด้านโภชนาการที่สามารถป้องกันการเจ็บป่วย อาหารเจเป็นอาหารประเภทชีวจิต เมื่อกินติดต่อกันไปช่วงเวลาหนึ่งจะทำให้ร่างกายเกิดการปรับตัวให้อยู่ในสภาวะสมดุล สามารถขับพิษของเสียต่าง ๆ ออกจากร่างกายได้ ปรับระบบไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหารให้มีเสถียรภาพ ผู้สูงอายุกินด้วยจิต

เมตตา ซึ่งทำให้ร่างกายเติบโตได้เหมือนกัน โดยไม่เห็นแก่ความอร่อยช่วงเวลาสั้นๆ อาหารแต่ละวันที่ประกอบไปด้วยพืชพันธุ์ ในแต่ละฤดูนั้น ฤดูกาลของแต่ละพืชพันธุ์ เพื่อเป็นอาหารเสริมสร้างร่างกายคนและสัตว์ ฤดูกาลที่หมุนเวียนมีความหมายโดยตรงต่อทุกชีวิตในโลก วิถีของธรรมชาติที่สัมพันธ์กับชีวิต ในแต่ละท้องถิ่น ผู้สูงอายุจะรับประทานอาหารตามฤดูกาล การเก็บผักในฤดูกาลมากิน โดยคุณค่าของมันที่ให้ประโยชน์แก่ร่างกายโดยตรง ประโยชน์ของการบำรุงรักษาสุขภาพร่างกายให้สมดุลกับธรรมชาติและชีวิตที่ยั่งยืนแข็งแรง รวมทั้งการบริโภคพืชสมุนไพรในท้องถิ่นเพื่อที่ จะสามารถซ่อมและสร้างสุขภาพที่ดีได้ด้วยตัวเอง

5. จัดกิจกรรมการออกกำลังกายและการบริหารสมอง

การดูแลสมองมีความสำคัญมาก สมองเป็นจุดรวบรวมคำสั่งต่าง ๆ ที่ทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข หากสมองทำงานได้ไม่ดี ทุกอย่างก็จะหยุดชะงัก การปฏิบัติตัวในการดูแลสมองด้วยวิธีการง่ายๆ ที่ยึดปฏิบัติทุกวัน การออกกำลังสมองเปรียบเทียบได้กับการออกกำลังของร่างกายที่จะต้องเคลื่อนไหวเพื่อใช้กล้ามเนื้อหลาย ๆ ส่วนทำงานเชื่อมโยงกันทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้นเรียกว่า นิวโรบิกส์ เอ๊กเซอร์ไซส์ (Neurobic Exercise) ประกอบด้วยการออกกำลังสมองและการบริหารสมอง ดังนั้นการออกกำลังสมองจึงเป็นการฝึกให้สมองส่วนต่างๆมีการทำงานที่ประสานสัมพันธ์กัน ทำให้ระบบการทำงานของสมองแข็งแรงและมีพลังขึ้นเพราะเมื่อเราฝึกออกกำลังสมองบ่อยๆ สมองจะมีการหลั่งสารที่เรียกว่า นิวโรโทรฟินส์ (Neurotrophins) ที่เปรียบเสมือนอาหารสมอง ที่ทำให้เซลล์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของ เดนไดรต์ (Dendrite) ที่เชื่อมระหว่างเซลล์ประสาททำงานดีขึ้น จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้เนื้อเซลล์เจริญเติบโต และเซลล์สมองแข็งแรง เมื่อเซลล์สมองส่วนใหญ่แข็งแรงก็จะทำให้เกิดพุทธิปัญญา (Cognitive Function) ที่หมายถึงความจำ สมาธิ การรับรู้ ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการแสดงออก รวมไปถึงการทำงานของสมองระดับสูง (Executive Function) คือการคิดแก้ปัญหา การตัดสินใจ และการวางแผนที่ดีขึ้น ทำให้การทำงานของสมองยังคงประสิทธิภาพดีแข็งแรง และชะลอความเสื่อมได้

มิติด้านจิตใจ

1. การจัดกิจกรรมพัฒนาจิต/ศาสนา เช่น การนั่งสมาธิ สวดมนต์ เป็นต้น

ผู้สูงอายุที่สุขภาพดีหากได้สวดมนต์ หรือฟังสวดมนต์โพชฌงค์ เป็นบทสวดมนต์ ที่เรียกว่า โพชฌังคปริตร เป็นพุทธมนต์สำหรับสวดสาธยายเพื่อให้คนป่วยได้สดับตรับฟังแล้วจะหายจากโรคซึ่งเป็นความเชื่อว่า กายกับใจเป็นสิ่งที่อาศัยกันและกัน พอกายเจ็บป่วยไม่สบาย จิตใจก็จะไม่สบายไปด้วย เศร้าหมอง กระวนกระวายและในทำนองเดียวกันเมื่อจิตใจไม่สบาย กายก็ไม่สบายไปด้วย ในการพัฒนาจิตใจให้ดีงามเต็มที่มีสุขภาพด้านจิตใจที่สมบูรณ์จะทำให้การแสดงออกทางร่างกายที่สมบูรณ์ ส่วน การพัฒนาทางจิตวิญญาณและการจัดการกับความเครียด นั้น มีความชัดเจนที่ผู้สูงอายุเลือกหลักธรรมทางพุทธศาสนาเป็นแนวปฏิบัติ ยกตัวอย่าง ในเรื่องพรหมวิหาร 4 (เมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา) (ป.อ.ปยุต.โต,2547: 37) เป็นธรรมประจำใจของผู้มีจิตใจที่ยิ่งใหญ่ ประกอบด้วยการมีความรักอย่างไม่มีเงื่อนไขมอบให้เพื่อนมนุษย์ มีความสงสาร มีความเบิกบานพลอยยินดีและมีใจเป็นกลาง ซึ่งผู้สูงอายุสามารถนำไปประยุกต์ใช้สร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีอย่างแนบแน่นและขจัดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นกับคนรอบข้างในการดำเนินชีวิตที่มีความสุข มีสาระสำคัญพอสรุปได้ดังนี้

1. เมตตา : การมีความรักอย่างไม่มีเงื่อนไขให้เพื่อนมนุษย์ ผู้สูงอายุมีความปรารถนาดี การมองโลกในแง่ดี ความเห็นใจ ความห่วงใยและการมีไมตรี มอบให้แก่สมาชิก ทุกคนในครอบครัว เพื่อนบ้านอยู่เสมอ เพราะการมีความรักอย่างไม่มีเงื่อนไขเป็นรากฐานก่อให้เกิดความปรองดองและความผูกพันอย่างแน่นแฟ้นระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว นอกจากนั้นผู้สูงอายุมีความเต็มใจช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวทำภารกิจต่างๆ ตามอัตภาพ และตามบทบาทหน้าที่ทางสังคมของตน เพื่อสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้ประโยชน์และมีความสุข ความสบาย ทำให้ใจเป็นสุขไปด้วย

2. กรุณา : การมีความสงสาร ผู้สูงอายุพยายามช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวทุกคนให้ผ่านพ้นจากความทุกข์ยาก เดือดร้อน ผู้สูงอายุดูแลเอาใจใส่สมาชิกในครอบครัวที่มีประสบการณ์น้อยหรือด้อยโอกาส ซึ่งจะช่วยผ่อนปรน หรือหลีกเลี่ยงความยากลำบากที่สมาชิกในครอบครัวเผชิญอยู่ อีกทั้งยังช่วยสร้างเสริมความมั่นคงทางจิตใจ และสร้างภูมิคุ้มกันที่สามารถใช้รักษาตัวรอดได้ต่อไปในอนาคต หากสมาชิกในครอบครัวผู้ใดทำผิดพลาด ผู้สูงอายุก็ให้อภัยและให้โอกาสแก้ไขปรับปรุงให้ถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น

3. มุทิตา : การมีความเบิกบานพลอยยินดี ผู้สูงอายุประคับประคองจิตใจให้แช่มชื่นเบิกบาน ถ้ามีสมาชิกในครอบครัวพบความก้าวหน้าทางการศึกษา หรือมีความสำเร็จจากการประกอบสัมมาชีพ หรือมีครอบครัวที่มั่นคง หรือมีสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้นในครอบครัว ผู้สูงอายุแสดงความชื่นชมยินดีกับสมาชิกในครอบครัวผู้นั้นอย่างจริงใจทั้งต่อหน้าและลับหลัง เพื่อจูงใจให้เขามุ่งมั่นก้าวสู่เป้าหมายอื่น ๆ ต่อไปอีก จนพบกับความสำเร็จและมีความสุขเรื่อยไป ขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็ไม่ละเลยที่จะสนับสนุนอุปถัมภ์ค้ำชูสมาชิกในครอบครัวทุกคนให้พยายามก้าวสู่เป้าหมายที่ดีงามจนพบกับความสำเร็จและมีความสุขด้วยโดยถ้วนหน้า

4. อุเบกขา : การมีใจเป็นกลาง ผู้สูงอายุพิจารณาสิ่งต่างๆ ตามความเป็นจริงและปราศจากอคติแล้วปฏิบัติไปตามหลักการและเหตุผลที่ถูกต้องโดยไม่หวั่นไหว เช่น ผู้สูงอายุยอมรับข้อดีและข้อด้อยของตนเองได้ตามความเป็นจริง และยอมรับข้อดีและข้อด้อยของสมาชิกครอบครัวแต่ละคนได้ตามความเป็นจริงเช่นเดียวกัน ยอมรับและเคารพในความแตกต่างของสมาชิกในครอบครัวได้ รวมทั้งให้ความเป็นธรรมแก่สมาชิกในครอบครัวอย่างเท่าเทียมกันด้วย

2. ส่งเสริมกิจกรรมที่สนับสนุนการอยู่ร่วมกับวัยอื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข ลดช่องว่างระหว่างวัย รวมทั้ง ส่งเสริมกิจกรรม การช่วยเหลือ ในชุมชน /กิจกรรมจิตอาสาในชุมชน รวมทั้งสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเผยแพร่ภูมิปัญญาท้องถิ่น จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นปราชญ์ชาวบ้าน ผู้ถึงพร้อมด้วยวัยวุฒิและคุณวุฒิ ดำรงชีวิตเป็นแบบอย่าง เป็นเหมือนขุมทรัพย์ของชุมชนท้องถิ่น เป็นที่เคารพนับถือของคนทั่วไป ปราชญ์ชาวบ้านนั้นมีอยู่ทั่วไปในทุกท้องถิ่น ส่วนมากมักจะอยู่ในวัยสูงอายุ หลายคนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเครือข่ายวัฒนธรรมและมีบทบาทสำคัญในการเป็น “ผู้ให้” หากมองในแง่นี้ผู้สูงอายุก็เป็นคลังแห่งภูมิปัญญาหรือเป็น “ธนาคารสมอง” โดยแท้ ซึ่งคนรุ่นหลังสามารถจะขอคำปรึกษาและเรียนรู้เพื่อใช้ประโยชน์ หรือปรับปรุงต่อยอดให้เหมาะสมสอดคล้องกับยุคสมัยของตนได้ จึงเป็นการสมควรอย่างยิ่งที่จะให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคมให้มากขึ้น เพราะนอกจากสังคมจะได้รับประโยชน์แล้ว ผู้สูงอายุเองก็มีส่วนได้ด้วยที่มีโอกาสใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ทำให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตดีเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งในหมู่ผู้สูงอายุด้วยกันเอง และกับคนรุ่นใหม่



ภาพที่ 45 กิจกรรมสอนการประดิษฐ์ดอกไม้จากใบเตยของผู้สูงอายุ



ภาพที่ 46 กิจกรรมการสอนมัดไม้กวาดให้กับผู้สนใจของผู้สูงอายุ

การถ่ายทอดภูมิปัญญาและการสืบสานวัฒนธรรมจากผู้สูงอายุสู่อนุชนรุ่นหลังนั้น ไม่มีที่ไหนจะเหมาะสมเท่ากับในครอบครัวและชุมชน ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุใกล้ชิดกับครอบครัวและชุมชนมากที่สุด อีกประการหนึ่ง การอบรมบ่มเพาะในครอบครัวและชุมชนทำได้ง่ายกว่าในบริบทของสถาบันอื่น ในวัฒนธรรมดั้งเดิมของไทยนั้นความรู้และแบบแผนการปฏิบัติที่ถูกต้องตามครรลองวัฒนธรรม ตลอดจนคุณธรรมหลายอย่างได้รับการถ่ายทอดปลูกฝังในครอบครัว หรือไม่ก็ในชุมชนเป็นหลัก

มิติด้านสังคม

1. พัฒนาชมรมและเครือข่ายผู้สูงอายุให้มีความยั่งยืน การสร้างเครือข่ายสังคมดูแลกันและกัน เช่น ชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน ชมรมจิตอาสา เป็นต้น

2. พัฒนาระบบสวัสดิการ สภาพแวดล้อมที่เป็นที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัย การส่งเสริมครอบครัวให้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุตามความเหมาะสม เนื่องจาก การดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของผู้สูงอายุนั้น จะเห็นว่าเป็นไปตามช่วงเวลาของวัยที่เจริญเติบโต ซึ่งเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites) ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการดูแลตนเอง เป็น การดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอด การเจริญเติบโต เข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรค ต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ การพัฒนาคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการของชีวิตที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัย สูงอายุ และดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์ เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากปัจจัยต่างๆ เช่น ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร เป็นต้น ที่จะมีผลต่อผู้สูงอายุ

ภายใต้สถานการณ์เช่นนี้ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเป็นพลังทางสังคมที่ยังประโยชน์ต่อการพัฒนาได้อย่างแท้จริง ที่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ทำให้ครอบครัวและชุมชนเข้มแข็งขึ้น มีโอกาสอยู่ร่วมกับสมาชิกอื่นของครอบครัวและชุมชน ได้ถ่ายทอดภูมิปัญญาและเชื่อมโยงห่วงโซ่แห่งวัฒนธรรมให้สืบทอดต่อไป ความสัมพันธ์เช่นนี้เริ่มมีตั้งแต่ในระดับครอบครัว ไปจนถึงระดับชุมชนและสังคม ทำประโยชน์เพื่อสังคมในช่วงบั้นปลายของชีวิตให้มากที่สุด และเป็นที่ยอมรับของบุตรหลานและเพื่อนบ้าน



ภาพที่ 47 ตัวอย่างการทำลูกประคบแบบแห้ง



ภาพที่ 48 ตัวอย่างผลผลิตผู้สูงอายุจากการพับผ้าเช็ดมือเป็นรูปสัตว์

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบ ภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะใน ผู้สูงอายุ ซึ่งมีการศึกษา สุขภาวะใน ผู้สูงอายุ ศึกษาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาวะใน ผู้สูงอายุ และการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อสร้าง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะที่เหมาะสมใน ผู้สูงอายุ เพื่อการพัฒนาและยกระดับการ เสริม สร้าง สุขภาวะใน ผู้สูงอายุให้มีศักยภาพและประสิทธิภาพ ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ดังนี้

ลักษณะสุขภาวะของผู้สูงอายุ และปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้สรุปสาระสำคัญที่ค้นพบและอภิปรายผลโดยเปรียบเทียบกับทฤษฎีและผลงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว ดังนี้

1. การดูแลตนเองแบบองค์รวมและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่นำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีนั้น จากการดูแลตนเองตามแบบแผนการดำเนินชีวิต 6 ด้าน ประกอบด้วยความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การสนับสนุนระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียด การพัฒนาทางจิตวิญญาณ ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะดี พบว่ามีแนวทางการปฏิบัติแต่ละแบบแผนดังนี้

1.1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะดี มีเจตนารมณ์เพื่อการดูแลตนเองและให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพของตนเองมาตลอดตั้งแต่อดีตในทุกเรื่อง เช่น อาหาร ออกกำลังกาย แม้ไม่ได้จริงจังมากนักเนื่องจากยังมีร่างกายแข็งแรง แต่เมื่อพบความผิดปกติจะไม่ละเลยปล่อยให้ลุกลาม เน้นการดำเนินชีวิตประจำวันที่เรียบง่าย เป็นวิถีชีวิตที่จะพาไปสู่ความสุขด้วยการทำตัวตามสบาย ไม่ผูกมัดตนเองด้วยกฎเกณฑ์ต่างๆ มากมาย กินง่าย อยู่ง่าย ดำรงชีวิตโดยยึดความพอเพียง ซึ่งไม่ได้หมายถึงการประหยัดจนอึดอัดหรือรัดตัวจนเกินไป ใช้จ่ายหรือทำกิจกรรมต่างๆ ตามแต่สถานภาพของแต่ละบุคคลที่มีอยู่ ไม่ทำให้ตนเองหรือคนอื่นเดือดร้อน เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดคือการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ซึ่งตัวผู้สูงอายุเองให้ความสนใจการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นอย่างมาก มุ่งส่งเสริมการทำงานของ อวัยวะต่างๆ ของร่างกายให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพเน้นการดูแลสมองเป็นพิเศษและเลือกวิธีการพักผ่อนด้วยการท่องเที่ยว

1.2 การออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะดี ยึดหลักการได้ออกแรงมากพอที่จะเทียบเท่าว่า เป็นการออกกำลังกายได้ คือการออกแรงอย่างต่อเนื่องให้มีระยะเวลา 30 นาที เนื่องจากภาระหน้าที่ประจำต้องปฏิบัติทุกวันโดยหลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่มีความจำเป็นอันใดที่จะต้องออกกำลังกายเหมือนเช่นนักกีฬาที่ต้องมีการฝึกฝนอย่างหนัก ความลำบากทำให้คนในอดีตมีสุขภาพดี เนื่องจากได้ออกแรงทำงาน เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วบางคนยังต้องทำงานในอาชีพเดิมแต่ปรับเปลี่ยนให้ลดน้อยลง จากสมรรถภาพร่างกายที่เสื่อมลงและหาวิธีการที่เหมาะสมในหลักคิดเดิมของผู้สูงอายุคือต้องออกแรงกระทำอย่างต่อเนื่องในการทำงาน

1.3 โภชนาการ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะดี การรับประทานอาหารที่จะเลือกรับประทานอาหารพื้นบ้านที่มีคุณค่าทางอาหารครบถ้วนและมีความต้องการอาหารให้ครบทั้ง 3

มื้อแต่ลดปริมาณอาหาร เคร่งครัดการรับประทานอาหารมีคุณค่า ปริมาณที่เหมาะสม การปรุงอาหารใช้วัตถุดิบที่หาง่ายตามบ้านเน้นเครื่องปรุงที่เป็นสมุนไพรไทย เช่น ขิง ข่า ตะไคร้ เลือกรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ไม่เกิดโทษต่อร่างกาย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วมีการเปลี่ยนแปลงทั้งปริมาณชนิด ที่เหมาะสมกับวัยที่ไม่ส่งผลให้มีภาวะต่อโรคเสี่ยงต่างๆ ความเป็นอยู่ในอดีตเน้นการแบ่งปัน เผื่อแผ่อาหารการกินตามวัฒนธรรมความเป็นอยู่ของคนที่อาศัยอยู่ในวัฒนธรรมภาคเหนือ จึงไม่เกิดความยุ่งยากในด้านอาหาร

1.4 การสนับสนุนระหว่างบุคคล ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุยังมีการประกอบอาชีพอยู่บ้าง และถ่ายทอดความรู้ ภูมิปัญญาสู่ลูกหลานรุ่นหลังๆ ผู้สูงอายุจึงกลายเป็นที่ปรึกษา ลักษณะสังคมผูกพันใกล้ชิดเครือญาติไปมาหาสู่กันเป็นประจำ โดยที่อาศัยเป็นครอบครัวเดี่ยว ในละแวกใกล้เคียงสามารถเดินทางไปมาสะดวก ผู้สูงอายุที่มีบทบาทในสังคมช่วยเหลือกิจกรรมการกุศล อุทิศเวลาส่วนตัวในการทำหน้าที่ของชมรมผู้สูงอายุ ชมรมจิตอาสา คณะกรรมการหมู่บ้าน มีการนัดพบปะเพื่อปรึกษาหารือ ทำงานร่วมกัน ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน สมาชิกองค์กรต่างๆ ในชุมชนที่อาศัยอยู่มีการพึ่งพาอาศัยกันตามสมควร นอกจากนี้ บทบาท ของครอบครัวไทย การดูแลเกื้อหนุนพ่อ-แม่ที่แก่ชราเป็นหน้าที่ของบุตรหลาน จึงกลายเป็นสิ่งที่ยึดปฏิบัติกันมาโดยตลอด

1.5 การจัดการความเครียด ผลการวิจัยพบว่าการเผชิญความเครียดทั้งปัญหาส่วนตัว เศรษฐกิจ ผู้สูงอายุเคยได้รับการสอน ถ่ายทอดจากคนรุ่นพ่อ -แม่ ในการทำใจให้สงบ ผู้ที่มีความเครียดได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาแล้วเกิดการผ่อนคลาย เป็นความเชื่อที่ทำให้จิตใจสงบ การไปวัดหรือการทำบุญ เป็นกิจวัตรส่วนหนึ่งที่ต้องปฏิบัติ ได้ยึดปฏิบัติกันมาตั้งแต่วัยเด็ก โดยเป็นกิจกรรมที่ทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ครอบครัวของชาวพุทธให้ความสำคัญกับการไปวัด ฟังเทศน์และทำบุญในวันสำคัญทางศาสนาเป็นธรรมเนียมปฏิบัติ ซึ่งผลจากการทำบุญแล้วทำให้เกิดความสงบของจิตใจจึงเป็นสิ่งที่ยึดปฏิบัติสำหรับผู้ที่มีความเครียดจึงหันไปปฏิบัติทางศาสนาทำให้มองสภาวะทุกอย่างด้วยความเป็นจริงและยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นแล้วเกิดการผ่อนคลายได้ดี

1.6 การพัฒนาทางจิตวิญญาณ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุสุขภาวะดี จึงไม่ปล่อยให้วันเวลาล่วงผ่านเป็นเพียงการเพิ่มความชราให้แก่ชีวิต แต่เป็นการเพิ่มความงดงามและคุณค่าให้แก่ชีวิตเมื่อวันเวลาล่วงผ่านไป ความสำเร็จในชีวิตเป็นความพอใจและการรับรู้ถึงการประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิต เป็นผู้ที่มองโลกในแง่ดี มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความกระตือรือร้น เอาใจใส่ต่อชีวิต รู้เท่าทันเหตุการณ์ มีการตั้งเป้าหมายของชีวิตและใช้ความพยายามเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตนต้องการผู้สูงอายุยึดหลักคำสอนและแนวทางการดำเนินชีวิตตามหลักของศาสนาพุทธ มักมีความเชื่อเรื่องเวรกรรมและสิ่งศักดิ์สิทธิ์จึงเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาจิตใจให้สงบสุขได้

ลักษณะภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของผู้สูงอายุ

1. ภูมิปัญญาท้องถิ่นประเภทองค์ความรู้ของกลุ่มบุคคลในท้องถิ่นที่ใช้ในการเสริมสร้างสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุในด้านโภชนาการ ประกอบด้วย

1.1 อาหารประเภทที่นำมาใช้ประโยชน์ในด้านการป้องกันและรักษาโรค อาหารที่ผู้สูงอายุควรบริโภค

1.2 อาหารที่มีคุณค่าด้านโภชนาการและด้านสมุนไพรที่มีประโยชน์ทั้งในด้าน การป้องกัน และเสริมสร้างให้ภูมิต้านทานแก่ร่างกาย ที่เกิดขึ้นจากลักษณะของการประกอบอาหาร ซึ่งผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนได้เรียนรู้ คิดวิธีการใช้เครื่องมือ วิธีการใช้อาหารที่ได้จากธรรมชาติ เพื่อประกอบอาหาร จนมีวิธีการประกอบอาหารที่แตกต่างจากพื้นที่อื่นๆ

1.3 อาหารประเภทเสริมสร้างสุขภาพตามฤดูกาล

1.4 น้ำดื่มสมุนไพร

2. ภูมิปัญญาท้องถิ่นประเภทองค์ความรู้ของกลุ่มบุคคลในท้องถิ่นในด้านการเสริมสร้างสุขภาวะด้านร่างกาย ประกอบไปด้วย การบริหารร่างกายโดยการดัดแปลงท่าฤาษีดัดตนมาใช้ เพื่อทำให้ร่างกายตื่นตัว แข็งแรง และเป็นการพักผ่อน ในขณะเดียวกันก็ยังมีสรรพคุณในการรักษาโรคเบื้องต้นได้อีกด้วย การบริหารร่างกายด้านการรำมวยจีน รำไทเก๊กซี่กง เพื่อการทำให้ร่างกายมีการยืด หดตัวของกล้ามเนื้อ รวมไปถึงการใช้การออกกำลังกายที่ใช้อุปกรณ์ดัดแปลงในท้องถิ่น เช่น การฟัดข้าว การเล่นพลอง หรือกิจกรรมต่างๆ ประกอบเพลง

3. ภูมิปัญญาท้องถิ่นประเภทองค์ความรู้ของบุคคลในท้องถิ่นด้านการนวด

4. ภูมิปัญญาท้องถิ่นประเภทองค์ความรู้ของบุคคลในท้องถิ่นในด้านความสัมพันธ์กับสังคมและการพัฒนาทางจิตวิญญาณ เพื่อจัดกิจกรรมด้านศาสนา เพื่อการพัฒนาและยกระดับด้านจิตวิญญาณ การใช้แนวคิดด้านศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ผ่อนคลายความเครียดและสร้างแนวทางการดำเนินชีวิตที่เป็นสุข โดยใช้รูปแบบของกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุที่มีอยู่ในท้องถิ่น

นอกจากนั้นแล้วกิจกรรมของสังคมที่เกี่ยวข้องกับการทำคุณประโยชน์แก่สังคม การได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน การได้มีโอกาสถ่ายทอดองค์ความรู้ที่มีอยู่ในด้านต่างๆ ผ่านกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุวัยเดียวกัน ทำให้มีการพัฒนาของความสัมพันธ์กับชุมชนที่ใกล้ชิดมากยิ่งขึ้น

การส่งเสริมสุขภาวะโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำเสนอรูปแบบในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสม โดยครอบคลุมกิจกรรมทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคมโดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมด้วยการมี สุขภาวะ ที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งองค์รวม โดยมุ่งปรับปรุงพัฒนากระบวนการและปรับเปลี่ยนวิถีแห่งการส่งเสริมสุขภาพองค์รวมให้ทันต่อกระแสการเปลี่ยนแปลง โดยให้สอดคล้อง เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรม สร้างและพัฒนานวัตกรรมและองค์ความรู้ วิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและเผยแพร่แก่องค์กรภายนอก เพื่อจัดทำเป็นรูปแบบในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุที่สามารถดำเนินการได้ใน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพดี/แข็งแรง และกลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรง /มีการเจ็บป่วยเล็กน้อย โดยมีแนวทางกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาวะครอบคลุมทั้ง 3 มิติของสุขภาพ ดังนี้

มิติด้านร่างกาย

1. รูปแบบของ การออกกำลังกายที่ปลอดภัยและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ใช้อุปกรณ์ เครื่องมือในการออกกำลังกายที่มีอยู่ในท้องถิ่น และการจัดกิจกรรมสันทนาการ
2. จัดกิจกรรมการนวดพื้นฐาน การนวดสุขภาพเท้า

3. จัดกิจกรรมสังเกตและเรียนรู้ผู้สูงอายุต้นแบบที่ดีทั้งทางตรงและทางอ้อม

4. การเพิ่มความรู้ด้านการใช้พืชสมุนไพร/อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อสุขภาพดี

5. จัดกิจกรรมการออกกำลังกายและการบริหารสมอง

มิติด้านจิตใจ

1. การจัดกิจกรรมพัฒนาจิต/ศาสนา เช่น การนั่งสมาธิ สวดมนต์ เป็นต้น

2. ส่งเสริมกิจกรรมที่สนับสนุนการอยู่ร่วมกับวัยอื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข ลดช่องว่างระหว่างวัย รวมทั้งส่งเสริมกิจกรรมการช่วยเหลือในชุมชน/กิจกรรมจิตอาสาในชุมชน รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพเผยแพร่ภูมิปัญญาท้องถิ่น

มิติด้านสังคม

1. พัฒนาชมรมและเครือข่ายผู้สูงอายุให้มีความยั่งยืน รวมทั้งการสร้างเครือข่ายสังคมดูแลกันและกัน

2. พัฒนาระบบสวัสดิการ สภาพแวดล้อมที่เป็นที่อยู่อาศัยให้ปลอดภัย การส่งเสริมครอบครัวให้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุตามความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุโดยกิจกรรมที่ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

ผลจากการศึกษา จะเห็นว่าแบบแผนพฤติกรรมทั้ง 6 แบบแผนของผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่ปฏิบัติทับซ้อนกันในแต่ละแบบแผน ผู้วิจัยจึงได้ข้อสรุปการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภา วะที่ ดี และนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติการดูแลตนเองสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาของการดำเนินชีวิต สรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ 3 ประการดังนี้

1. วิถีองค์รวมแห่งสุขภาพ (Holistic Health) วิถีองค์รวมของทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณแยกจากกันไม่ได้ การที่จะเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีนั้นต้องครอบคลุมเป็นองค์รวมขาดส่วนใดส่วนหนึ่งไปไม่ได้ นั่นคือสุขภาวะที่สมบูรณ์เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งมิติทางกาย ทางจิต และทางสังคม ซึ่งสุขภาพดีทางกายและใจเป็นพื้นฐานสุขภาพของบุคคล ถ้าแต่ละคนมีสุขภาพกาย จิตดี คนในสังคมจะมีสุขภาวะดีมีความพร้อมจึงสามารถดำรงชีวิตอย่างผู้มีสติปัญญาในสังคมชุมชนของตนเอง ความก้าวหน้าทางการแพทย์ยังช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีอนามัยที่ดีทั้งกายและใจ แต่ผู้สูงอายุมีโอกาสได้เรียนรู้วิทยาการต่างๆ มากขึ้นในโลกสมัยใหม่ การเรียนรู้มิได้เปิดโอกาสเฉพาะเด็กและหนุ่มสาว ผู้สูงอายุจะคงมีโอกาสใช้สมองอยู่ตลอดเวลา ยังปรากฏด้วยว่าในสมัยปัจจุบันสังคมเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตัวเอง ด้วยการสนใจค้นคว้าวิธีการต่างๆ เพื่อชะลอความชราโดยมุ่งหวังให้ตนเองมีชีวิตที่ยืนยาว วิชาชราวิทยาได้รับความสนใจและมีการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นสหวิทยาการ (Multidisciplinary) แล้วมีการเผยแพร่ความรู้อย่างกว้างขวาง ทำให้คนหนุ่มสาวได้เตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุเรียนรู้วิธีการดูแลตนเอง

วัยผู้สูงอายุเป็นช่วงสุดท้ายของชีวิต ซึ่งมีทั้งผู้ที่เกษียณราชการ ผู้ที่ยังประกอบอาชีพเล็กๆ น้อยๆ หรือมีกิจการเป็นของตนเอง แต่ทว่าในความเป็นจริงตามธรรมชาติ ที่เซลล์ต่างๆในร่างกายย่อมจะต้องเสื่อมถอยไปตามกาลเวลา ทั้งร่างกาย สมอง ปฏิภาณ ไหวพริบต่างๆ ที่จะถดถอยลงไป ทำให้เกิดข้อจำกัดทางร่างกายที่ไม่ปกติ และส่งผลกระทบทางด้านจิตใจไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมี

ความสุข สถานการณ์เช่นนี้ ผู้สูงอายุจึงถูกมองว่าเป็นวัยพึ่งพิง แต่ก็มีปัจจัยหลายๆ อย่างที่ส่งผลดีทั้งทางร่างกายและจิตใจของวัยผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีสภาพร่างกาย จิตใจที่ดี หมั่นหากิจกรรมทำ เพื่อคงสภาพของร่างกายและสติปัญญาไว้ให้ถดถอยลงอย่างช้าๆ มีการศึกษาเรื่องผู้สูงอายุจำนวนมาก และก็พบว่าผู้สูงอายุที่ยังคงใช้ร่างกายให้ทำงานหรือออกกำลังกายที่ไม่หนักจนเกินไป และได้ใช้สมองในการคิดวิเคราะห์อย่างสม่ำเสมอในระดับที่พอเหมาะแล้วนั้น ร่างกายและสติปัญญาจะเสื่อมถอยช้ามากหรือแทบไม่เสื่อมถอยเลย กิจกรรมที่สำคัญมากและจำเป็นสำหรับผู้ที่จะใช้ชีวิตชราอย่างมีความสุขคือการดูแลสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ (Arking1991: 67) ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อสุขภาพและชีวิตด้วยตนเอง โดยลดการพึ่งพาผู้อื่นตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มและคณะ (Orem et al., 1995: 245) ที่ให้คำจำกัดความของการดูแลตนเองไว้ว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง โดยเป็นการกระทำที่มีรูปแบบ เป็นระบบระเบียบและเป็นขั้นตอน ประกอบด้วยความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย วิถีองค์รวมของทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณแยกจากกันไม่ได้ การที่จะเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีนั้นต้องครอบคลุมเป็นองค์รวมขาดส่วนใดส่วนหนึ่งไปไม่ได้ นั่นคือสุขภาวะที่สมบูรณ์เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ ซึ่งสุขภาพดีทางกายและใจเป็นพื้นฐานสุขภาพที่ต้องของบุคคล ถ้าปัจเจกบุคคลแต่ละคนมีสุขภาพกายจิตดี จิตวิญญาณของคนในสังคมจะมีสุขภาวะดีและเอื้ออำนวยให้สุขภาวะทางสังคมดีไปด้วย

นอกจากนั้นวิถีองค์รวมในที่นี้ครอบคลุมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ทางกายซึ่งเป็นแบบแผนเช่น ด้านโภชนาการ แต่มีลักษณะพิเศษที่ผู้สูงอายุยึดปฏิบัติให้เหมาะกับสภาพร่างกายและเพื่อการอยู่รอด คำนึงถึงการรับประทานอาหารโดยเลือกอาหารที่มีประโยชน์โดยเลือกให้เหมาะกับวัยสูงอายุ กินให้พอดีเน้นอาหารพื้นเมือง ปลอดภัยจากสารพิษตกค้าง การประกอบอาหารเอง คำนึงถึง “Balanced Diet & Lifestyle” หรือ “กินอยู่อย่างสมดุล” เพื่อให้ได้สารอาหารครบ 5 หมู่ และในสัดส่วนที่พอเหมาะกับเพศ วัย และกิจกรรม ทั้งนี้ความหลากหลายและความพอดี ถือเป็นหัวใจของการกินที่ดี เพื่อสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน พร้อมสะท้อนข้อคิดในการบริโภคอาหารและการใช้ชีวิตอย่างสมดุลด้วยหลัก 4 ประการคือ 1) แบบแผนการกินหลากหลาย เพิ่มผักผลไม้ ลดหวาน มัน เค็ม กินเท่าไรใช้ให้หมดหรือไม่ต้องการ 2) แบบแผนด้านการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุได้เริ่มปฏิบัติตั้งแต่วัยหนุ่มสาวอย่างสม่ำเสมอ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ส่งผลให้การพักผ่อนนอนหลับได้อย่างสนิทในแต่ละวัน โดยนอนหลับวันละ 6- 8 ชั่วโมงในเวลากลางคืน การกดจุดนวดฝ่าเท้าเชื่อว่ามีประโยชน์ในแง่ความสัมพันธ์ทางระบบประสาท สมอง เส้นเลือด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก ข้อ สายตาและอวัยวะภายในอย่างเช่น หัวใจ ปอด ตับ ไต ลำไส้เล็ก-ใหญ่ ทางเดินปัสสาวะ หลอดลม จมูก รวมทั้งอวัยวะเพศด้วย จะมีการทำงานอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ จึงเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หากส่วนใดส่วนหนึ่งเกิดอาการผิดปกติจะส่งผลต่อส่วนอื่นๆ และแสดงอาการออกมาจนสามารถรับรู้ได้ ดังนั้นจุดต่างๆ ของร่างกายคือ จุดที่เชื่อมโยงการรู้และสามารถส่งอาการผิดปกติจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งเพื่อให้รับรู้ได้โดยทั่วถึงกัน 3) แบบแผนด้านการสนับสนุนระหว่างบุคคลผู้สูงอายุจึงมีความอบอุ่นกับครอบครัว ลูกหลานในครอบครัวขยาย มีความอบอุ่นกับบุคคลรอบข้างโดยไม่มีปัญหาขัดแย้ง การให้อภัยเป็นสิ่งปฏิบัติที่ทำให้ใจเป็นสุข ราบรื่น ยินดีกับผู้ที่มีความสุข 4) ไม่เว้นการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาพุทธคือหลักการปฏิบัติตามศาสนกิจตามความเชื่อ มีสติใน

การคิดการอ่านมองโลกในแง่ดี มีความภาคภูมิใจในตนเอง จะปรับตัวเองเข้ากับผู้อื่นไม่ให้ผู้อื่นปรับเข้าหาตัวเอง และเป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ การประยุกต์เข้ากับวิถีคนไทย โดยอิงหลักการพื้นฐานของการผลิตฮอร์โมนในร่างกายตามธรรมชาติต่ออารมณ์และจิตใจที่มีความสัมพันธ์กับระดับฮอร์โมน โดยผสมเข้ากับแนวทางของพุทธศาสนา จนพบว่าการนั่งสมาธิและการทำจิตใจว่าง เป็นเครื่องมือชั้นดีในการคุมระดับฮอร์โมนในร่างกายให้อยู่ในระดับสมดุล กลายเป็นศาสตร์แห่งการผสมผสานที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง

สุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและทางกายภาพเท่านั้น หากสัมพันธ์กับจิตใจอย่างใกล้ชิด อารมณ์ทางลบอาจมีผลหรือเสริมให้เกิดความเจ็บป่วยได้ แต่ในเวลาเดียวกันกระบวนการทางสรีรวิทยาอาจหวนกลับไปในทางตรงกันข้ามได้ หากบุคคลมีทัศนคติในทางบวก การอาศัยภาวะจิตใจเพื่อช่วยในการบำบัดโรคก็ยังเป็นวิธีการสำคัญในทางการแพทย์ ในการดำรงรักษาสุขภาพนั้นการเสริมสร้างคุณภาพกายและคุณภาพจิตจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่พึงผสานให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตและไม่พึงละเลยความสัมพันธ์กับสังคมสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปอย่างราบรื่นอย่างกลมกลืนสามารถรู้เท่าทันโลกรู้ความเป็นจริง เป็นสุขจากใจของตนเองซึ่งเป็นแนวคำสอนที่ค้นพบจากคำสอนหรือหลักปฏิบัติทางพุทธศาสนา

หลักปรัชญาการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งศูนย์ดูแลสุขภาพ หลายๆ แห่ง ได้ใช้พื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่ Elemental Health สุขภาพของระบบชีวเคมีในร่างกาย พื้นฐานการทำงานของระดับเซลล์ Structural Health สุขภาพของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ในแง่ความแข็งแรง ยืดหยุ่นและการเผาผลาญออกซิเจน และ Emotional Health สุขภาพของอารมณ์ในการจัดการกับความเครียดและสิ่งกระตุ้น เพราเชื่อว่าระบบทุกอย่างภายในร่างกายเชื่อมโยงและสัมพันธ์กันทั้งหมด หากขาดหรือเน้นเพียงด้านใดด้านหนึ่งใน 3 องค์ประกอบหลัก ร่างกายก็จะขาดความสมดุล นำไปสู่การเกิดโรค ดังนั้น จึงต้องดูแลและฟื้นฟูสุขภาพแบบองค์รวม โดยยึดหลักปรัชญาการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ทั้งแพทย์ทางเลือกและวิทยาการสมัยใหม่ จากแนวทางปฏิบัติของผู้สูงอายุแต่ละแบบแผนพฤติกรรมดังกล่าวจึงครอบคลุมเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ-อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่ได้

2. สมดุลดี สุขภาพดี (Good Balance and Health) การก้าวขึ้นสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วของสังคมไทย ส่งผลให้วิถีชีวิตและพฤติกรรมของผู้คนในสังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วไม่น้อย ในสภาวะการดำรงชีวิตตามปกติ นอกจากผลของการเสียความสมดุลจากภาวะสมดุลของร่างกาย จิตใจ จะนำมาซึ่งโรคภัยต่างๆ แล้วยังเกิดจากการเสียสมดุลทางสังคมที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวมองชีวิตตนเองครบทุกด้านทั้งด้านดีและด้านไม่ดี เชื่อว่าทุกสิ่งในโลกและในชีวิตความเป็นมนุษย์มีหลายๆ ด้าน เมื่อสัมผัสกับสิ่งไม่ดีหาวิธีการแก้ไขปรับปรุงด้วยวิธีการที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการจัดระบบการดูแลตัวเอง ตามแนวคิดของไคลน์แมน (Klienman, 1980: 23) พบว่ารูปแบบการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุครั้งนี้มี 3 ระบบ โดยเริ่มจากระบบการแพทย์ของสามัญชน คือการรักษาพยาบาลที่บ้าน เมื่อใช้ไม่ได้ผลหรืออาการเจ็บป่วยไม่ทุเลาลงก็เปลี่ยนไปรับการรักษาพยาบาลจากระบบการแพทย์วิชาชีพ คือ การไปรักษาพยาบาลกับแพทย์แผนปัจจุบันที่โรงพยาบาลหรือคลินิกส่วนตัว แต่เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคที่พิจารณาแล้วว่าไม่สามารถรักษาพยาบาลได้ด้วยตนเอง และถ้าปล่อยทิ้งไว้อาจเจ็บป่วยรุนแรงรักษาไม่หาย เช่น การรักษาด้วย

วิธีการผ่าตัด ก็จะไปรับบริการรักษาพยาบาลจากระบบการแพทย์วิชาชีพ คือการไปรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันทันที การรักษาพยาบาลที่บ้านจะใช้กับการเจ็บป่วยที่พิจารณาแล้วว่าสามารถรักษาได้ด้วยตนเอง วัยสูงอายุเป็นการก้าวเข้าสู่ระยะท้ายสุดของการมีชีวิตอยู่ เป็นความจริงที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้คือความตายและเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่ต้องการ ผู้สูงอายุกว่าจะยอมรับได้จะมีระยะของการตาย (Stage of Dead) ของมนุษย์ ดังนั้นการวางแผนชีวิตตนเองล่วงหน้า คิดเตรียมการทุกเรื่อง และเตรียมใจยอมรับถ้าเผชิญกับสิ่งที่ไม่ปรารถนา ได้มองชีวิตให้มีความสมดุลด้วยเหตุผลที่ตนเองรับได้

"สุขภาพแข็งแรงอาจเปลี่ยนเหมือนสีของใบไม้แต่ยังไม่เหี่ยว "

ประโยคดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าตนเองนั้นยังมีคุณค่าแม้จะมีอายุมากแล้วไม่ได้มีความรู้สึกสิ้นหวังในวัยสุดท้ายของชีวิตก่อให้เกิดกำลังใจสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่จะผ่านเข้ามากระทบกับชีวิตก็จะมีการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้สมดุลให้ได้ การจะมีความสุขได้นั้นสุขภาพกายและสุขภาพจิตต้องดี และเมื่อมีเวลาว่างจะใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ด้วยการทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น การทำงานอดิเรกต่างๆ ที่เหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกายของตนเอง เช่น การปลูกต้นไม้ การทำดอกไม้ประดิษฐ์ การเลี้ยงสัตว์ การเล่นดนตรี การฟังเพลง การสวดมนต์ การเขียนหนังสือ การอ่านหนังสือ การเล่นเกมคอมพิวเตอร์ การทำงานบ้าน การทำกิจกรรมของสมาคมหรือชมรม และหรือการประกอบอาชีพเล็กๆ น้อยๆ เท่าที่ทำได้ เพื่อคลายเหงา เกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ มีความสุข มีรายได้เพิ่มขึ้น และกิจกรรมที่ทำยังเกิดประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคมอีกด้วย และช่วงเวลาของวัยสูงอายุเป็นช่วงพักผ่อนจึงเป็นการใช้ชีวิตที่เรียบง่าย การดำเนินชีวิตประจำวันที่เรียบง่าย เป็นวิถีชีวิตที่จะพาไปสู่ความสุข ด้วยการทำตัวตามสบาย ไม่ผูกมัดตนเองด้วยกฎเกณฑ์ต่างๆ มากมาย กินง่าย อยู่ง่าย ดำรงชีวิตอยู่บนความพอเพียง ซึ่งไม่ได้หมายถึงการประหยัดจนอึดอัดหรือรัดตัวจนเกินไป แต่ให้ดำเนินชีวิตอยู่บนทางสายกลาง ไม่ทำให้ตนเองหรือคนอื่นเดือดร้อน ไม่ทำอะไรเกินตัวหรือเกินฐานะที่ตนเองมี และหาความสุขจากสิ่งใกล้ตัวที่มีอยู่ หรือเป็นอยู่ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ผู้สูงอายุมีการวางแผนชีวิตที่ดี มีการกำหนดอนาคตมองเห็นการณ์ล่วงหน้าเพื่อเตรียมการจึงทำให้ชีวิตในวัยชราไม่ล้มเหลวแต่เกิดความสมดุลของชีวิต

แม้แนวทางที่ทันสมัยปัจจุบันการใช้นาโนเทคโนโลยีทางเวชศาสตร์อายุรวัฒน์ของชาติตะวันตกที่ชะลอความชรา (Anti-Aging) บางวิธีให้ปฏิบัติเพื่ออายุยืนแต่ยังมีกิเลสมาก ความอยากได้สิ่งต่างๆ ต้องเสาะหายามาบำรุงร่างกายอยู่ตลอดเวลา หรืออยากเสริมอวัยวะส่วนต่างๆ บางคนอาจถือว่าเป็นสุขแต่เมื่อเป็นไปนานๆ กิเลสหรือความอยากจะเผาไหม้ใจให้รู้สึกไม่อยากจะมีอายุยืนอีกต่อไป เพราะความสุขจากการเติมความต้องการของตนเองตลอดชีวิตอันยืนยาวไม่ใช่ความสุขที่แท้จริงไม่ใช่การเกิดสมดุลของสุขภาพร่างกาย ปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดต่อสุขภาพของแต่ละคนก็คือคุณสมบัติภายในของแต่ละคน หากบุคคลมีภูมิต้านทานดี มีความยืดหยุ่นสูงก็อาจจะปลอดจากโรคภัยไข้เจ็บได้ แม้สิ่งแวดล้อมจะเป็นภัยต่อสุขภาพ กระบวนการดำเนินชีวิตเช่นนี้ที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ที่สำคัญผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนที่จะล้มเหลว แต่พบว่าล้มเหลวเพราะไม่ได้วางแผนไว้ในวัยสูงอายุ ในเรื่องหลักประกันด้านรายได้ เพราะเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุจะไม่สามารถทำงานได้ หากมีเงินออมที่ดี มีเงินบำนาญรองรับก็จะมีพบปัญหาทางเศรษฐกิจ แต่ทว่าส่วนใหญ่จะมีปัญหามากเพราะเป็นกลุ่มผู้มีรายได้น้อย คิดว่าต้องมีเงินใช้ปีละเท่าไหร่ถึงจะอยู่ได้โดยไม่

ลำบาก หากอยากมีเงินไว้ใช้ในยามแก่ชราต้องเริ่มเก็บเงิน และจะมีวิธีเก็บเงินอย่างไรที่จะรับรองได้ว่าในอนาคตจะมีเงินใช้โดยไม่ลำบากและเป็นภาระลูกหลาน กลายเป็นผู้สูงอายุที่พึ่งพาผู้อื่น

3. หลักปฏิบัติทางศาสนาพุทธ (Buddhism on Health) คือหลักการปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อ มีสติในการคิดการอ่านมองโลกในแง่ดี มีความภาคภูมิใจในตนเอง ปรับตัวเองเข้ากับผู้อื่น ไม่ให้ผู้อื่นปรับเข้าหาตัวเอง และยึดการเป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ ยึดหลักพุทธช่วยเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวเพิ่มความงดงามและคุณค่าให้แก่ชีวิตเมื่อวันเวลาล่วงผ่านไป พอใจในความสำเร็จในชีวิต อาศัย คุณธรรม จริยธรรมเป็นแนวทางปฏิบัติศึกษาธรรมะและหลักคำสอนของศาสนาพุทธ คือพุทธวิธีเสริมสุขภาพ อันเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาจิตวิญญาณของบุคคล เข้าใจโลกและชีวิตเพื่อให้มีศักยภาพสูงสุดในการแก้ไขปัญหาการดำเนินชีวิต

พุทธศาสนาเป็นเรื่องจริงของธรรมชาติอย่างที่เรียกกันว่า เป็นวิทยาศาสตร์สำหรับปฏิบัติเพื่อดับทุกข์ตามกฎของธรรมชาติโดยตรง ในฐานะที่เป็นวิทยาศาสตร์ พุทธศาสนา เป็น ศาสนาแห่งการบังคับตัวเองโดยมีเหตุผลเพียงพอแก่ตนเอง จึงได้ชื่อว่าเป็น “ศาสนาแห่งเหตุผล” ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีตั้งเป้าหมายระยะยาวในชีวิตและใช้ความพยายามเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ผู้สูงอายุมีแนวทางการดำเนินชีวิตทางพุทธศาสนาเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาจิตวิญญาณของบุคคลเพื่อให้มีศักยภาพสูงสุดความเชื่อว่าความสุขของมนุษย์รวมจิตวิญญาณด้วยนั้นทำให้ทุกคนที่ต้องการมีสุขภาพดีจะต้องพยายามรักษาสุขภาพของตนด้วยวิธีทางกายและทางจิตควบคู่ไปกับวิธีการทางศาสนาทำให้มองสิ่งต่างๆ ตามความจริงไม่หวาดกลัวต่อความเจ็บป่วยที่จะเข้ามาสู่ชีวิตตามธรรมชาติแห่งวัยไม่หวาดกลัวแม้แต่ความตาย ทำจิตใจให้แช่มชื่นเบิกบานและสงบสุขเพราะคิดแต่เรื่องที่เป็นกุศลและสามารถปล่อยทุกสิ่งทุกอย่างได้คือ การมีความพอประมาณ การมีเหตุผล และการมีภูมิคุ้มกัน

ผู้สูงอายุสุขภาพดีได้สวดมนต์เองหรือฟังสวดมนต์โพชฌงค์ เป็นบทสวดมนต์เรียกว่า โพชฌังคปริตรเป็นพุทธมนต์สำหรับสวดสาธยายเพื่อให้คนป่วยได้สดับตรับฟังแล้วจะหายจากโรคซึ่งเป็นความเชื่อว่ากายกับใจเป็นสิ่งที่อาศัยกันและกันพอกายเจ็บป่วยไม่สบาย จิตใจก็จะไม่สบายไปด้วย เศร้าหมอง กระวนกระวายและในทำนองเดียวกันเมื่อจิตใจไม่สบายกายก็ไม่สบายไปด้วย ในการพัฒนาจิตใจให้ดีงามเต็มที่มีสุขภาพด้านจิตใจที่สมบูรณ์จะทำให้การแสดงออกทางร่างกายที่สมบูรณ์ หลักโพชฌงค์เป็นหลักปฏิบัติสำหรับคนทั่วไป ไม่เฉพาะสำหรับผู้ที่เจ็บป่วยเท่านั้น หมายถึงหลักธรรมที่เป็นเครื่องประกอบการตรัสรู้ หลักธรรมแห่งการตรัสรู้เปรียบเสมือนเครื่องมือที่จะช่วยให้บรรลุจุดหมายที่ต้องการ นั่นหมายความว่า คนที่เข้าถึงการบรรลุมรรคผล หรือว่าเข้าถึงความดีได้ต้องมีโพชฌงค์ 7 ประการ โพชฌงค์นี่มีอยู่ด้วยกัน 7 ประการ สติ ความระลึกได้ ธรรมวิจยะ วิริยะ ความเพียร ปีติ ความอิ่มใจ ปัสสัทธิ ความสงบ สมาธิ จิตตั้งมั่น อุเบกขา ความวางเฉย

ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนารูปแบบกิจกรรมภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะ

สำหรับการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะในผู้สูงอายุครั้งนี้ ได้เกิดข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะ กล่าวคือ

1. รูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสม

1. การส่งเสริมสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุ ควรจะมีการนำกลุ่มภูมิปัญญาท้องถิ่นที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้อันได้แก่ ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาวะด้านโภชนาการ/ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาวะด้านการบริหารร่างกาย/ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาวะด้านการนวดและภูมิปัญญาท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาวะด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ เข้ามาจัดการพัฒนาเป็นรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาวะในกลุ่มผู้สูงอายุ สามารถดำเนินการได้ใน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพดี/แข็งแรง และกลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรง/มีการเจ็บป่วยเล็กน้อย

2. ใช้ทรัพยากรและทุนเดิมของชุมชนที่ มีอยู่แล้ว เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้ปฏิบัติธรรม อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าระบบบริการของสาธารณสุข รวมทั้งสอดคล้องกับแนวทางตามหลักการตามแนวทางส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวาที่เน้นการส่งเสริมกิจกรรมของชุมชนให้เข้มแข็ง

3. ระบบบริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องสอดคล้องกับวิถีชุมชนและต่อเนื่อง เอื้อต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและกิจกรรมเน้นเชิงรุกในชุมชนมากขึ้น เช่น การเยี่ยมครอบครัว รวมทั้งการจัดบริการเป็นพิเศษตอบสนองความต้องการ เช่น การมีช่องทางด่วนคลินิกผู้สูงอายุที่ต่อเนื่อง

4. ระบบสนับสนุนของโรงพยาบาลในพื้นที่ ต้องตอบสนองกิจกรรมการพัฒนา กิจกรรมของผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเชื่อมต่อได้อย่างดีทันเวลา รวมทั้งการจัดระบบรองรับการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ

5. ในการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุนั้นองค์การบริหารส่วนตำบลควรให้ความสำคัญและสนับสนุนกิจกรรมที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุทุกๆ ด้าน เช่น เรื่องการยังชีพ ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดกิจกรรมส่งเสริมพลังในชุมชนเพื่อสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมคุณค่าของผู้สูงอายุ เช่น การจัดกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมมากขึ้น เป็นต้น

6. ควรมีการบูรณาการ การดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (กระทรวงสาธารณสุข) และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นแกนหลักร่วมกำหนดบทบาทให้ชัดเจนแต่ละส่วนในการสร้างพันธมิตรเครือข่าย ผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาวะอย่างองค์รวมที่แท้จริง

2. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการดำเนินการชมรมผู้สูงอายุในอนาคต

ในการศึกษาครั้งนี้ จากกระบวนการของการจัดทำกลุ่มสนทนาผู้สูงอายุทำให้เกิดข้อเสนอแนะเพิ่มเติมซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการอยู่ว่ามีผลต่อการส่งเสริมสุขภาวะในผู้สูงอายุ โดยสามารถจำแนกเป็นปัจจัยส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อการจัดการของชมรมผู้สูงอายุในอนาคต ได้แก่

ตารางที่ 18 ปัจจัยส่งเสริมและเป็นอุปสรรคต่อชมรมผู้สูงอายุในอนาคต

ปัจจัยส่งเสริม	ปัจจัยอุปสรรค
1. ผู้สูงอายุ 1.1 ผู้นำชมรม คือ ผู้สูงอายุที่มีความคิด กล้าแสดงออก มีประสบการณ์ เสียสละ และเป็นคนดี (การศึกษาสูง ประสบการณ์มากและอายุไม่มากนัก เป็นเพียงปัจจัยเสริมความเป็นผู้นำ) 1.2 สมาชิกชมรม คือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือ ความสัมพันธ์เดิมพื้นฐานที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัวและชุมชน	**1. ผู้สูงอายุ** 1.1 ไม่มีผู้นำชุมชน คือ ผู้สูงอายุที่ไม่มีโอกาสในการส่งเสริมและพัฒนา 1.2 สมาชิกชมรม คือ ผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดี ขาดโอกาสในการเป็นสมาชิกชมรม และขาดโอกาสในการพัฒนาตนเองจากการเป็นสมาชิก
2. เจ้าหน้าที่ 2.1 สาธารณสุข คือ เจ้าหน้าที่ที่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ มีความคิดและความเข้าใจที่ถูกต้องในการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ และมีประสบการณ์งานชุมชน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุเรื่องสุขภาพได้) ซึ่งเป็นปัญหาหลักของผู้สูงอายุ 2.2 เจ้าหน้าที่อื่นๆ คือ คนที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุและติดต่อสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง	**2. เจ้าหน้าที่** 2.1 สาธารณสุข คือ เจ้าหน้าที่ที่รู้สึกเป็นเจ้าของชมรมผู้สูงอายุที่สังกัดหน่วยงานของตนเอง และขาดคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดีทั้งด้านทัศนคติและพฤติกรรม 2.2 เจ้าหน้าที่อื่นๆ คือ เจ้าหน้าที่ที่รู้สึกเป็นเจ้าของชมรมผู้สูงอายุที่สังกัดหน่วยงานของตนเอง และมีคุณสมบัติตรงกับคุณสมบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดี
3. ชุมชนและองค์กรชุมชน 3.1 ชุมชน ชุมชนที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลหรือสถานีอนามัย และที่ตั้งของอบต. 3.2 อบต. มีกรรมการบริหารอบต. เข้าใจและเห็นความสำคัญของชมรมผู้สูงอายุ	**3. ชุมชนและองค์กรชุมชน** 3.1 ชุมชน ชุมชนที่ขาดผู้นำการพัฒนาและไม่เป็นที่ตั้งโรงพยาบาลและสถานีอนามัย 3.2 อบต. กรรมการบริหารอบต. ไม่เข้าใจหรือไม่ยอมรับความสำคัญของชมรม

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ปัจจัยส่งเสริม	ปัจจัยอุปสรรค
4. เงินทุนชุมชน 4.1 อบต. สามารถจัดสรรเงินทุนสนับสนุนการดำเนินงานของผู้สูงอายุได้ 4.2 สมาชิกชมรม เป็นผู้อาวุโสและมีบารมีในการติดต่อกับแหล่งเงินทุนต่างๆ ทั้งที่เป็นองค์กรและบุคคลให้ช่วยเหลือชมรม	**4. เงินทุนและชุมชน** 4.1 สมาชิกชมรมขาดความรู้และประสบการณ์การบริหารจัดการการเงิน ทั้งเรื่องการจัดหา การใช้ และการจัดเก็บ 4.2 ชมรมที่มีเจ้าหน้าที่คอยดูแลใกล้ชิดมีแนวโน้มควบคุมกำกับ การจัดการเรื่องเงินของชมรม โดยเฉพาะการใช้วิธีคิดและวิธีทำตามระบบราชการ
5. กลุ่มและองค์กรต่างๆ 5.1 ชมรมผู้สูงอายุในชุมชนใกล้เคียง คือ ชมรมที่มีความก้าวหน้าในการพัฒนาชุมชน 5.2 สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย คือ ชมรมที่เป็นสมาชิกสภาฯ	**5. กลุ่มและองค์กรต่างๆ** 5.1 ชมรมผู้สูงอายุในชุมชนใกล้เคียง คือ ชมรมที่ไม่มีผลงานและความก้าวหน้าในการดำเนินงาน 5.2 สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย คือ ชมรมที่ไม่เป็นสมาชิกสภาฯ
6. นโยบายและการส่งเสริมของรัฐ 6.1 การมีนโยบายและมาตรการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุระยะยาว 6.2 การมีคำสั่งโดยตรงของกระทรวงสาธารณสุขถึงสถานบริการทุกแห่งเพื่อส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ	**6. นโยบายและการส่งเสริมของรัฐ** 6.1 ขาดแผนงานและโครงการที่เป็นรูปธรรมในการส่งเสริมชมรมผู้สูงอายุ **โดยตรง** คือ การไม่มีโครงการสนับสนุนช่วยเหลือการดำเนินงานและพัฒนาชมรม **โดยอ้อม** คือ การพัฒนาเจ้าหน้าที่ให้มีความพร้อมทั้งความคิดและวิธีปฏิบัติในการทำงานกับชมรมและการพัฒนา 6.2 ขาดการประสานงานและร่วมมือระหว่างองค์กรของรัฐทั้งภายในกระทรวงเดียวกันและต่างกระทรวงกัน 6.3 ขาดการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเรื่องผู้สูงอายุและชมรม

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ในกลุ่มปัจจัยเดียวกันอาจเป็นทั้งปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ในทางปฏิบัติจึงต้องพิจารณาประเด็นหรือปัจจัยในกรอบกลุ่มปัจจัยเดียวกันให้กว้างขวางและครอบคลุมมากที่สุด ตั้งแต่ระดับบุคคลคือ ผู้สูงอายุ จนถึงระดับสถาบันที่เป็นเรื่องของนโยบายรัฐและองค์กรของรัฐ และต้องมีกลยุทธ์และกลวิธีในการปรับเปลี่ยนกลุ่มปัจจัยดังกล่าวจากเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคให้กลายเป็นเงื่อนไขการส่งเสริมและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ ต่อไป ซึ่งปัจจัยส่วนนี้ก็จะมีผลต่อการดำเนินการเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุ โดยผ่านการนำภูมิปัญญาท้องถิ่นไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบภูมิปัญญาท้องถิ่นประเภทองค์ความรู้ของกลุ่มบุคคลในท้องถิ่นของภาคเหนือกับภูมิปัญญาท้องถิ่นประเภทองค์ความรู้ของกลุ่มบุคคลในท้องถิ่นของภูมิภาคอื่นๆ

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของสุขภาวะผู้สูงอายุในระยะยาวเมื่อได้มีการส่งเสริมสุขภาวะโดยใช้รูปแบบกิจกรรมที่ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไปแล้ว เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาและขยายเครือข่ายสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทยอย่างยั่งยืนต่อไป

บรรณานุกรม

กชกร สังขชาติ. 2547. รูปแบบการดำรงชีวิตของผู้สูงวัยเกิน 100 ปี จังหวัดชลบุรี. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

กมล คงสัตย์. “กลุ่มอาชีพกับการพัฒนาชุมชน กรณีศึกษาเฉพาะกลุ่มอาชีพทำผ้านวมหนองยารักษ์ ตำบลพุดซา อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา .” วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคราม, 2541.

กมลา สาครมณีทรัพย์. “ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหลังวัดลานนาบุญ” . วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ , 2545.

กรรณิกา ชมดี. “การมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ : ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการ สารภี ตำบลท่าช้าง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ”. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2524.

กรมวิชาการ. สรุปการวิจัยเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการพัฒนาหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ครุสภา, 2526.

กรมการปกครอง. กระทรวงมหาดไทย. เศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง : แนวความคิดและยุทธศาสตร์. กรุงเทพ: โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น, 2541.

กรมวิชาการ. ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการพัฒนาหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน . กรุงเทพ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว, 2542.

กรมการพัฒนาชุมชน. กระทรวงมหาดไทย. แผนยุทธศาสตร์เศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง พ.ศ. 2542-2544. กรุงเทพ: ส่วนท้องถิ่น, 2542.

กฤตศิลป์ อินทชัย. 2551. “บทบาทผู้สูงอายุตำบลฟ้าฮ่ามต่อการพัฒนาท้องถิ่น .” รายงานการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง (ร.ม.) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กษมา วรวรรณ ณ อยุธยา. “หลักสูตรท้องถิ่นสำนึกปราชญ์ชาวบ้าน ” เดลินิวส์ (20 กุมภาพันธ์ 2539) หน้า 15.

กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2538. “การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2533-2563.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http”//www.cps.chula.ac.th สืยค้น 10 มิถุนายน 2555.

กัญญา มะลิแก้ว. 2546. “การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กาญจนา แก้วเทพและกนกศักดิ์ แก้วเทพ . การพึ่งตนเองศักยภาพในการพัฒนาชนบท . กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองการพิมพ์, 2530.

กาญจนา ภู่สว่าง. 2533. **ครอบครัวศึกษา.** ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กิติพงษ์ เร่งถนอมทรัพย์. 2550. “ประสิทธิภาพการบริหารงานขององค์กรปกครองท้องถิ่นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีเทศบาลตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่.” รายงานการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง (ร.ม.) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กุลลินี พุทธากลิ่น และปิยศิริ เรืองศรีมั่น. เอกสารการสอนชุดวิชาเศรษฐกิจไทย (ฉบับปรับปรุง) สาขาวิชาศิลปะศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หน่วยที่ 8-15. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2544.

เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์ , สุรีย์ บุญญานุพงศ์ , และ สมศักดิ์ ฉันทะ. 2533. **รายงานการวิจัย เรื่อง ชีวิตคนชราในเชียงใหม่** . เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

“เกณฑ์ประเมินคุณภาพชีวิต.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.igetweb.com สืบค้น 3 สิงหาคม 2555.

เกษม สุขสวัสดิ์. “ภูมิปัญญาชาวบ้านวิถีชีวิตเกษตรชุมชนพึ่งตนเอง: ศึกษาเฉพาะกรณีศูนย์รวมสวนเห็ดบ้านอรัญญิก ตำบลกระทุ่มล้ม อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม .” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา โครงการบัณฑิตศึกษา สถาบันราชภัฏธนบุรี, 2547.

เกษม ตันติผลาชีวะ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528. **การรักษาสุขภาพในวัยผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์.

เกษม นครเขตต์. 2536. **การส่งเสริมสุขภาพ : สภาวะปัจจุบันของศาสตร์.** เอกสารประกอบการสอนวิชาปรัชญาและหลักการส่งเสริมสุขภาพ. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9. 2544 **. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในเรื่องแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9** . กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

คีรีบูน จงวุฒิเวศย์ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาการเรียนรู้เรื่องสมุนไพรชุมชนปลักไม้ลาย อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม.” 2546.

งานพัฒนาและจัดการสารสนเทศ ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศห้องสมุด. “แผนนโยบายของรัฐที่เกี่ยวกับงานผู้สูงอายุ.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.lib.ru.ac.th/journal/apr สืบค้น 10 เมษายน 2555.

งามพิศ สัตยสงวน. 2543. **หลักมานุษยวิทยาวัฒนธรรม** . พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : บริษัทรามาการพิมพ์ จำกัด.

งามพิศ สัตยสงวน. 2545. สถาบันครอบครัว. **กรณีศึกษาครอบครัวไทยโซ่ง.** กรุงเทพ ฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จรรยา สุวรรณทัต. 2526. **เอกสารการสอนชุดวิชาการพัฒนาเด็กและการเลี้ยงดูหน่วยที่ 8-15.** มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.

จรัสวรรณ เทียนประภาสและพัชรี ตันสิริ. 2533. **การพยาบาลผู้สูงอายุ.**กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองธรรม.

จรัสพล รินทระ. 2550. “ทฤษฎีว่าด้วยความชรา (Theory of Aging).” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.clinicneo.co.th สืบค้น 9 เมษายน 2555.

จรินพรรณ เลรามัญ. 2543. “การฝึกวิชาชีพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อมีรายได้ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่.” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จอนผะจง เพ็งจาด. 2533. **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกตนด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ.** วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

จินตนา สงค์ประเสริฐ. 2550. **ผู้สูงอายุ**. เชียงใหม่ : พงษ์สวัสดิ์การพิมพ์.

จิรประภา ภาวิไล. 2525. **การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดลิ้นหัวใจ.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิโรจน์ ตั้งสกุล . “ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการพัฒนาเศรษฐกิจชุมชน : ศึกษากรณีเครื่องทองลงหินชุมชนประดิษฐ์โทรการ เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม, 2547.

จุฑารัตน์ เมืองแก้ว. 2537. **การปรับตัวของชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทในภาคเหนือ : กรณีบ้านเบ้อ อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษานอกระบบ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย. 2549. **จิตวิทยาสังคม**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. การบริหารการพัฒนาชนบท. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์ 2526.

เจษฎา บุญทา. 2545. “คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลแม่หอพระ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. ” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จำนงค์ อิ่มสมบูรณ์. 2541. **พฤติกรรมสุขภาพ.** เอกสารประกอบการสอนการส่งเสริมสุขภาพ. 1-12 อัดสำเนา.

จำเรียง กูรมะสุวรรณ. 2536. ประชากรสูงอายุกับการจัดสวัสดิการ. ในจรัสวรรณ เทียนประภาส, และพัชรี ตันศิริ (บรรณาธิการ). **การพยาบาลผู้สูงอายุ** (หน้า 1-34). กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองธรรม.

ฉอ้าน วุฑฒิกรรมรักษา. “ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการสร้างงานในชนบท : ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการที่ได้รับรางวัลดี เด่นตำบลคุ้มพะยอม อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี .” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2526.

ฉัตรทอง ปัญญาปิง. 2550. “บทบาทสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในหมู่บ้านป่าสัก ตำบลบ้านธิ จังหวัดลำพูน. ” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ฉัตรทิพย์ นาถสุภา . แนวคิดเศรษฐกิจชุมชนข้อเสนอทางทฤษฎีในบริบทต่างสังคม. กรุงเทพฯ : สถาบันวิถีทรรศน์, 2544.

ฉัตรทิพย์ นาถสุภา. ปาฐกถาพิเศษในเศรษฐกิจพอเพียงและประชาสังคม : ผลการเสวนาสหสาขาวิชาการระหว่างสถาบันแห่งชาติ ครั้งที่ 1 กรุงเทพ: ฟ้าอภัย, 2545.

ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ. 2546. **รายงานการวิจัยเรื่อง การทำงานของผู้สูงอายุไทย.** กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.

ช.ชยินทร์ เพ็ชญไพศิษฏ์. 2544. “รายงานการวิจัยเรื่อง แนวทางและมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย. ” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://dspace.hsri.or.th/dspace/items สืบค้น 6 มกราคม 2556.

ชมพร สีเงิน. 2547. “ชุมชนการปฏิบัติของผู้สูงอายุกับการส่งเสริมสุขภาพ. ” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชลทิตย์ เอี่ยมสำอาง และวิศนี ศิลตระกูล. “ภูมิปัญญาชาวบ้านเทคโนโลยีพื้นบ้านและแหล่งวิทยากร

ในชุมชน ." เอกสารการสอนชุดวิชาการพัฒนาและการใช้แหล่งวิทยากรในชุมช น มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2544.

ชลลดา ภักดีประพฤทธิ์. 2541. "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางครอบครัวกับการได้รับการตอบสนองจากครอบครัว ตามต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร." วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชวพรพรรณ จันทร์ประเสริฐและรุจิภาส ภู่สว่าง. 254 9. **เอกสารประกอบการสอนการพยาบาลครอบครัว : แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับครอบครัว.**

ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ . พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2547.

ชาย โพธิสิตา. 2549. **การวิจัยเชิงคุณภาพ**. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา. 2550. **สุขภาพคนไทย 2550** .สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พริ้นติ้งพลับลิชชิ่ง.

ชุษณา ก้อนจันเทศ."การมีส่วนร่วมของสมาชิกนิคมสร้างตนเองในการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามความเป็นพื้นฐานที่อยู่อาศัย:ศึกษาเฉพาะกรณีนิคมสร้างตนเองเขื่อนกระเสียว จังหวัดสุพรรณบุรี ." วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537.

ชูเพ็ญศรี วงศ์พุทธาและพุฒิพงษ์ พุกกะมาน. 2542. **รายงานการวิจัยเรื่อง การสำรวจอาชีพของแรงงานผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่** . เชียงใหม่ : ภาควิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เชาวลักษณ์ ฤทธิสรไกร. 2551. **สังคมศาสตร์สาธารณสุข** . พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา : ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยทักษิณ.

ฐิตะวงษ์ ลาเสน. 2548. "คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทไทย : กรณีศึกษา อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ." วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ. ธุรกิจชุมชน เส้นทางที่เป็นไปได้ . กรุงเทพ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย. 2542.

ณรงค์ เส็งประชา. 2541. **มนุษย์กับสังคม**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์.

ดรุณี ทายะติ. 2549. **รายงานการวิจัยเรื่อง นโยบายและการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุของประเทศออสเตรเลียและไทย**. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2538. **ทฤษฎีต้นไม้จริยธรรมการวิจัยและการพัฒนาบุคคล.** กรุงเทพฯ: โครงการส่งเสริมเอกสารวิชาการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ดวงเดือน พันธุโยธี. 2539. **ความสัมพันธ์ระหว่างความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดาริกา ธารบัวสวรรค์. 2540. **ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสุคมกับ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนของผู้ป่วยธาลัสซีเมียวัยผู้ใหญ่ตอนต้น.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต , สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เติมศักดิ์ คทวณิช. 2546. **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร : ซีเอ็ดยูเคชั่น.

ทรงศักดิ์ มีชัย. 2544. กระบวนการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุบ้านป่าขาม อ.ปาย จ.แม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทรัพย์ สิมะวงศ์. “ลักษณะการรวมตัวของผู้สูงอายุในชุมชนชานเมืองจังหวัดเชียงใหม่ .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทศพล กฤตยพิสิฐ. “การมีส่วนร่วมของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เขตหนองจอก ที่มีต่อโครงการ/กิจกรรมพัฒนาตามแนวทาง “บรม” และ “บวร” เพื่อสร้างสรรค์อุดมการณ์แผ่นดินทองหนองจอก . “วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538.

ทัศนีย์ ทองประทีป. 2543. กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ. **วารสารสภาการพยาบาล, 15**, 55- 56.

ทัศนีย์ ทองสว่าง. 2549. **สังคมวิทยา**. กรุงเทพมหานคร : โอ.เอส. พริ้นติ้ง.

ทัศนีย์ ระย้า. 2537. **การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตำบลริมเหนือ อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่** การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิลและนุชนาฎ ยูฮันเงาะ. 2544. **รายงานการวิจัยเรื่อง กลไกการบริหารระบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

เทศบาลนครเชียงใหม่. 2549**. สำนักบริหารทะเบียนการปกครองท้องถิ่น.** ทะเบียนราษฎร์ : เทศบาลนครเชียงใหม่.

เทียบ เหล่าสุวรรณ. “ลักษณะขององค์ประกอบของการจัดการธุรกิจขององค์กรชุมชนในชนบทที่สามารถพึ่งตนเองได้ในทางธุรกิจ : ศึกษาเฉพาะกรณีสหกรณ์การเกษตรท่านางแมวจำกัด ตำบลท่านางแมว อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น .” วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.

ธวัช ปุณโณทก. ภูมิปัญญาชาวบ้านอีสานทัศนะของอาจารย์ปรีชา พิณทอง . กรุงเทพฯ: หมู่บ้าน, 2531.

ธัญชุลี เข็มเพชร. 2551. **วิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุชาวเขาเผ่าลีซอที่มีอายุยืนยาว.** การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธันยพร สุรินทร์คำ. 2544. **วิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในตำบลเหมืองจี้ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธีรพงษ์ แก้วหาวงษ์. 2543. **กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง** . พิมพ์ครั้งที่ 6. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ไธพัตย์ สุนทรวิภาต. 2549. “การปรับตัวทางด้านสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่.” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นงเยาว์ ตุยคัมภีร์, สมพิศ พรหมขัติแก้ว และสมศรี สายอะโณ. 2546. **รายงานการวิจัย เรื่อง การศึกษาองค์ความรู้การดูแลรักษาสุขภาพโดยภูมิปัญญาด้านอาหารการกินของชาวล้านนา.** เชียงใหม่**:** มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์, และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. 2532. **สรุปผลการวิจัยโครงการผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย.**

กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
นภาพร ชโยวรรณ, และจอร์น โนเดล. 2539. **รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538. กรุงเทพฯ** : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
นภาพร ชโยวรรณ. 2542. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน.** กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม .การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “สู่วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ ” 22-24 พฤศจิกายน 2542; กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 54-73.
นิ่มนวล ศรีจาด. 2534 . **ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนในชุมชนเชียงใหม่. คุณภาพของผู้สูงอายุ** : การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 1/2533 วันที่ 6-7 ธันวาคม 2533. (หน้า 266-234). สถาบันชีวิตวิทยา และสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยพายัพ.
“นโยบายและการวางแผน. ” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.cps.chula.ac.th สืบค้น 8 มกราคม 2556.
นิรนาถ วิทยโชคกิติคุณ. 2536. **ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ .** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
นิรันดร์ จงวุฒิเวศน์. “กลวิธี แนวทาง วิธีการมีส่วนร่วม”. ใน การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา หน้า 188. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ บรรณาธิการ . กรุงเทพมหานคร: ศักดิ์โสภาการพิมพ์, 2527.
นลินี โลห์ชิงชัยฤทธิ์. 2549. “การประเมินผลการดำเนินงานสวัสดิการสังคมด้านเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. ” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
นิยพรรณ วรรณศิริ. 2550. **มานุษยวิทยาสังคมและวัฒนธรรม**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
นิรมล พึ่งธรรมเดช. 2551. **รายงานการวิจัยเรื่อง ความสุขในชีวิตในทัศนะของผู้สูงอายุ** . กรุงเทพมหานคร : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
“บทความวิจัย.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.lib.ru.ac.th สืบค้น 28 มกราคม 2556.
บรรลุ ศิริพานิช. 2542 **. ผู้สูงอายุไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดีการพิมพ์.
บรรเทิง พาพิจิตร. 2547. **สังคมวิทยา**. กรุงเทพมหานคร : โอ.เอส. พริ้นติ้ง เฮาส์.
เบญจา ยอดดำเนิน แอ็ตติกจ์, บุปผา ศิริรัศมีและวาทินี บุญชะลักษี. ตำราประกอบการสอนและการวิจัยการศึกษาเชิงคุณภาพ: เทคนิคการวิจัยภาคสนาม. พิมพ์ครั้งที่ 3. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
เบญจมา เลาหพูนรังสี . 2534. **ความสัมพันธ์ของการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุราชการกับการปรับตัวภายหลังเกษียณของข้าราชการพลเรือนจังหวัดนครราชสีมา.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ปฐม นิคมานนท์ . “การค้นหาความรู้และระบบถ่ายทอดความรู้ในชุมชนชนบทไทย .” ภาควิชาการศึกษาผู้ใหญ่ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535.
ประกิต จันทร์ศรี.“การมีส่วนร่วมของกรรมการหมู่บ้านในการปฏิบัติงานที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้านในจังหวัดอ่างทอง. “วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ , 2532.

ประธาน สุวรรณมงคล.“ทัศนะบางประการในเรื่องสภาตำบลกับการมีส่วนร่วมของชุมชน .”ใน การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา , หน้า 82-83 ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ บรรณาธิการ . กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล. 2527.

ประภาศรี พิทักษ์สินสุข . “การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาชนบท : ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการสุพรรณบุรี สารนิพนธ์มหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2532.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2522. **การสอนสุขศึกษา.** บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 25 34. **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา.** กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์.

ประมวล คิดคินสัน. 2534. **เตรียมใจสู่วัยสูงอายุ.** พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: แปลนพลับบลิชชิ่ง.

ประมวล พิรัชพันธุ์. 2543. **รายงานการวิจัยเรื่อง การวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมไทยด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม**. [ม.ป.ท.].

ประเวศ วะสี. “การศึกษาของชาติกับภูมิปัญญาท้องถิ่น .” ใน เอกสารการสัมมนาทางวิชาการเรื่อง ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการดำเนินงานด้านวัฒนธรรมและการพัฒนาชนบท ,83. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ฟ จำกัด, 2534.

ประเวศ วะสี. ธรรมิกสังคม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2538.

ประเวศ วะสี. 2541. **บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ: อภิวัฒน์ชีวิตและสังคม.** กรุงเทพฯ:

ประเวศ วะสี. เศรษฐกิจชุมชน ทางเลือกเพื่อทางรอดสังคมไทย . กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, 2542.

ประเวศ วะสี. “แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาการเรียนรู้.” สานปฏิรูป 32, 2 (สิงหาคม 2542) : 31-33.

ประเวศ วะสี. 2542. **การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม.** กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

ประเวศ วะสี. 2543. **สุขภาพในฐานะของอุดมการณ์ของมนุษย์.** นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ประสบสุข ดีอินทร์. “การมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ของป่าไม้ของกำนัน ผู้ใหญ่บ้านในภาคเหนือ. “วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ , 2524.

ประเสริฐ บุญเกิด. 2546. **แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม** (clinical practice guideline for dementia). กรุงเทพฯ : สถาบันประสาทวิทยา.

ปรัชญา เวสารัชช์ . “รายงานการวิจัยการมีส่วนของประชาชนในกิจกรรมเพื่อพัฒนาชนบท .” กรุงเทพมหานคร : สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2528.

ปัทมา สุริต. 2550. **ทฤษฎีความสูงอายุ** . เอกสารประกอบการสอนวิชา 250213: การพยาบาลสุขภาพผู้สูงอายุ. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ปาริชาติ วัลยเสถียร , จิตติ มงคลชัยอรัญญา และโกวิทย์ พวงงาม . นโยบายและมาตรการในการส่งเสริมธุรกิจชุมชน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์โอส. เอส. พริ้นติ้ง, 2540.

ปรีชา อุปโยคิน. 2540. **ภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปรีชา อุยตระกูล. “มองการศึกษา.” วารสารการศึกษาแห่งชาติ 24, 1 (2533) : 9.

ปิยบุตร หล่อไกรเลิศ. เศรษฐกิจพอเพียง. กรุงเทพฯ : เอเชียแปซิฟิก พริ้นติ้ง, 2540.

“แผนนโยบายด้านผู้สูงอายุ.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://oppo.opp.go.th สืบค้น 28 มีนาคม 2555.

พงษ์ไพบูลย์ ศิลาวราเวทย์และทิฆัมพร คุ้มวงศ์. 2549. “รายงานการวิจัยเรื่อง ความพึงพอใจของผู้รับบริการจากเทศบาลตำบลท่าล้อ อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://lib.kru.ac.th/rOil//uploads/cccc/101.doc สืบค้น 28 มีนาคม 2555.

พนิดา คุณธรรม. 2538. **ทัศนคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พยุงพร ไตรรัตน์สิงหกุล . “ภูมิปัญญาชาวบ้านในการถ่ายทอดหัตถกรรมพื้นบ้านเครื่องจักสานบ้านหนองตอง อำเภอพนมมหาสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา : การวิเคราะห์เชิงประวัติศาสตร์ .” วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสารัตถะศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.

พรเทพ มนตร์วัชรินทร์. 2547. “การสำรวจคุณภาพชีวิตและความต้องการด้านการศึกษาเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรประภา สินธุนาวา . “การศึกษาพึ่งตนเองโดยแนวัฒนธรรมชุมชนเพื่อการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์.” วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2533.

พรพัจน์ กิ่งแก้ว. 2538. “องค์ประกอบทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. 2545. **จิตวิทยาครอบครัว.** พิมพ์ครั้งที่ 5 ; กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุต.โต). 2547. **ธรรมนูญชีวิต**. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา .

พระไพศาล วิสาโล. 2535. “สุขภาพวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม.” สิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ. กรุงเทพฯ : ข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.111.

“พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546.” [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก: http://www.lib.ru.ac.th สืบค้น 30 มีนาคม 2555.

พวงเพ็ญ ชั้นประเสริฐ. 2550. **เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง การดูแลและพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุไทย นำเสนอในการสัมมนาเรื่อง เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : รัฐสภา.

พิทยา ว่องกุล. รับวิกฤตโลกปี 2000 เศรษฐกิจยั่งยืน. กรุงเทพฯ : โครงการวิถีทรรศน์, 2542. วิถีไทยภูมิปัญญาสู่ชุมชนบูรณาการ. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์, 2544.

พิทักษณา สุภานุสร. 2546. “กลไกทางวัฒนธรรมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุของชุมชนชนบท .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พิศักดิ์ ชินชัย. 2538. **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ ความเชื่อในประสิทธิภาพแห่งตนและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พีรสิทธิ์ คำนวณศิลป์และคณะ. 2542. **รายงานการวิจัยเรื่อง การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข**. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันต์.

เพ็ญศรี มานิตย์ศิริกุล. 2537. “ดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ไพรชล ตันอุต. 2549. “การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนหัวฝาย .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ไพรัตน์ เดชะรินทร์.“นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนาปัจจุบัน” ใน การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา หน้า 7-8 ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ บรรณาธิการ . กรุงเทพมหานคร: ศักดิ์โสภาการพิมพ์. 2527.

ฟาริดา อับราฮิม. 2546. **ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล.** คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภานุเบศร์ มหาเรือนขวัญ. 2553. “เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ : ยุทธวิธีที่เข้าถึงความกตัญญู?.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.onknow.blogspot.com สืบค้น 30 มีนาคม 2555.

ภิรมย์ จองคำอาง. 2545. “การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในชนบทภาคเหนือ.” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มะลิวัลย์ บุษบงค์. 2544. “การปรับตัวด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเมืองเชียงใหม่.” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มาลินี วงษ์สิทธิ์. 2535. **ทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของหนุ่มสาวไทย.** กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มาลินี วงษ์สิทธิ์ และคณะ. 2540. **โครงการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลให้บริการและกิจกรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ : ข้อมูลพื้นฐานของชุมชนและผู้สูงอายุ ตำบลแม่สา อำเภอแม่ริมจังหวัดเชียงใหม่**.กรุงเทพฯ :สถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,68-69.

มูลนิธิพัฒนาผู้สูงอายุ. 2543. “เวทีประชาคมองค์กรเอกชน ชุมชนด้านผู้สูงอายุ 4 ภาค เรื่องวิสัยทัศน์และแนวทางในการปฏิรูประบบสาธารณสุขเพื่อผู้สูงอายุไทยในอนาคตมุงมองจากประชาคมองค์กร ชุมชนด้านผู้สูงอายุ .” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://dspace.hsri.or.th สืบค้น 30 มีนาคม 2555.

ยศ สันตสมบัติ. 2544. **มนุษย์กับวัฒนธรรม** . พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ยิ่งยง เทาประเสริฐ. เครือข่ายวิชาการราชภัฏด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น. เชียงราย : ศูนย์วิจัยและพัฒนา การแพทย์พื้นบ้านสถาบันราชภัฏเชียงราย, 2542.

ยุทธนา ปาละนิติเสนา. 2549. **ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับสภาพการมีอายุยืนศึกษากรณีผู้สูงอายุในจังหวัดเลย.** วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.

ยุทธพงศ์ จันทรวรินทร์. 2550. **มนุษย์กับสังคม : ทฤษฎีและหลักประยุกต์** . กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.

ยุพา ทรัพย์อุไรรัตน์ . การศึกษาการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านในงานการศึกษานอกโรงเรียนภาคตะวันออก ." วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษานอกโรงเรียน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2537.

ยุวัฒน์ วุฒิเมธ. หลักการพัฒนาชุมชนและการพัฒนาชนบท . กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ไทยอนุเคราะห์ไทย, 2526.

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. 2529. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต อ.เมือง จ. สระบุรี.** วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

รจนาถ ร่วงลือ .2536. **การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลราชบุรี.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

รสพร หม้อใจ. 2544. **การพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุในชนบท**. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

รสาพร หม้อศรีใจ. 2544. "การพึ่งตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ." วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ระเบียบ ซุ่นฮวด. 2539. **รูปแบบการดำรงชีวิตในอดีตของผู้สูงอายุถึงหนึ่งร้อยปีในจังหวัดชลบุรี.** ปริญญาศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

รัชนีกร ภู่กร. 2533. **สุขภาพผู้สูงอายุ.** ภาควิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยครูพิบูลสงคราม . พิษณุโลก: พี เค ที การพิมพ์.

รัชนีกร เศรษฐโฐ. 2532. **โครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมไทย.** กรุงเทพ: ไทยวัฒนาพานิช.

รัตนะ บัวสนธ์ ."การพัฒนาหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนเพื่อถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่น : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในภาคกลางตอนล่าง." ปริญญานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและการพัฒนาหลักสูตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2535.

ราชบัณฑิตยสถาน. 2531. **พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525.** (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.

รุ่งโรจน์ วงศ์ใย . 2547. "ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกับเด็กในชุมชนภาคเหนือ ." วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

"ลงทะเบียนเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ." [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://gcc.go.th สืบค้น 25 มีนาคม 2555.

ลลิตา ธีระสิริ. ผักพื้นบ้านต้านโรค : คุณค่าจากธรรมชาติของผักไทย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กทม. : สำนักพิมพ์รวมทรรศน์, 2545; 47-52.

ลักขณา เติมศิริชัยกุล. 2540. กองทุนส่งเสริมสุขภาพ: ทางเลือกใหม่เพื่อสุขภาพของประชาชนชาวไทย. **วารสารสุขศึกษา, 38-43.**

ลักขณา เติมศิริชัยกุล. 2544. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ. **เอกสารประกอบการบรรยายในการประชุมสัมมนาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 3 ภาควิชาพลานามัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**. วันที่16 มีนาคม 2544 ณ โรงแรมธาริน จังหวัดเชียงใหม่.

ลัดดา ดำริการเลิศ. 2551. **รายงานการวิจัยเรื่อง โครงการเพื่อคุณภาพชีวิตสำหรับสังคมสูงอายุ** . กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยและเครือข่ายวิจัยสุขภาพ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

ลัดดา เถียมวงศ์, วันทนา มณีศรีวงค์กูล, และ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2544. ปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. **วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2),** 46-54.

ลินจงและคณะ. 2543. **รายงานการวิจัย เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ** . คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วงรัตน์ ใสสุข. 2544. **ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณและการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต** . วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วรพรรณ เทพหัสดิน ณ.อยุธยา.2537 Comprehensive Geriatric Assessment. ใน:นิพนธ์ พวงวารินทร์ บรรณาธิการ .**อายุรศาสตร์ทันยุค 1**. กรุงเทพฯ:โครงการตำราศิริราช , 189-199.

วรมนต์ ตรีพรหม. 2534. **ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุ .** พยาบาลสาร **18(2),** 22-31.

วรรณนิภา บุญระยอง. 2553. “แนวคิดในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ .” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.otat.org สืบค้น 2 พฤษภาคม 2555.

วรรณภา ศรีธีญรัตน์และคณะ. 2545. รายงานการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. [ม.ป.ท.].

วรรณวิมล เบญจกุล. 2537. **ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วรรณิการ์ ภูมิวงศ์พิทักษ์ . “ปัญหาและอุปสรรคของการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการครอบครัวและชุมชนพัฒนา : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนดวงแข เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร .” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540.

วรรณี ชัชวาลทิพากร และคณะ 2542. **พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ.** กรุงเทพ: รุ่งเรืองธรรม.

วรเวศม์ สุวรรณระดา. 2550. รายงานการวิจัยเรื่อง ระบบประกันความมั่นคงสำหรับผู้สูงอายุไทย . [ม.ป.ท.].

วลัย อินทรัมพรรย์. 2530. **โภชนาการสำหรับคนวัยต่างๆ.** พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ : แสงทวีการพิมพ์.

วสันต์ ปัญญาแก้ว. 2543. “การขัดเกลาทางสังคม. ” **ในแนวความคิดพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรม**. เชียงใหม่ : นพบุรีการพิมพ์.

วันดี แย้มจันทร์ฉาย. 2538. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ** . วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วาทินี บุญชะลักษมี. 2544. **รายงานการวิจัยเรื่องภาคเอกชนกับการให้บริการสุขภาพและการ ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย.** นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล.

วารุณี ภูริสินสิทธิ์. 2543. “ครอบครัว .” **ในแนวความคิดพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรม** . เชียงใหม่ : นพบุรีการพิมพ์.

วารุณี พงษ์ภิญโญ. “ภูมิปัญญาชาวบ้านต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน : กรณีศึกษาบ้านอัมพวัน หมู่ที่ 8 ตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น .” วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาไทยศึกษาเพื่อการพัฒนา สำนักงานบัณฑิตศึกษา สถาบันราชภัฏเลย, 2545.

วิกร ตันฑวุฒโฒ. หลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2536.

วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. 2553. “อำเภอสันทราย อำเภอแม่ริม อำเภอพร้าว .” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.wikipedia.org/wiki สืบค้น 20 เมษายน 2555.

วิชิต นันทสุวรรณ. “ภูมิปัญญาในงานพัฒนา .” วารสารสังคมพัฒนา ฉบับที่ 5 (กันยายน-ตุลาคม 2528) : 10-1.

วิถี พานิชพันธ์. 2548. วิถีล้านนา. เชียงใหม่ : สำนักพิมพ์ซิลค์เวอร์ม.

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542. ข้อมูลผู้สูงอายุที่น่าสนใจ. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิรัช ขำมาลา. “ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการอนุรักษ์ดนตรีไทย ในจังหวัดราชบุรี .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยณิวัฒนา, 2545.

วิริยะ สว่างโชติ. 2553. “คุณภาพชีวิตและการส่งเสริมสุขภาพ : (การพยายาม) หาจุดเชื่อมบนความต่างกิจกรมทฤษฎีและวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับวัยชรา .” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://www.scumdoctor.com สืบค้น 2 พฤษภาคม 2555.

วิพุธ พูลเจริญ. 2544. **สุขภาพ อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม.** สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วิพุธ พูลเจริญ. 2544. ความก้าวหน้าการปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย. **เอกสารประกอบการสัมมนาพยาบาลศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 2 .** กรุงเทพมหานคร, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิไลวรรรณ ทองเจริญ. 2536. การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ. ในจรัสวรรณ เทียนประภาส , และพัชรี ตันศิริ (บรรณาธิการ.). **พยาบาลผู้สูงอายุ** :22-84. กรุงเทพ : รุ่งเรืองธรรม.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. 2539. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในวัยสูงอายุ ปัญหาและการแก้ไข. **สารสภาการพยาบาล, 11(3),** 31-38.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. 25 45. การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยา จิตสังคมและจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ.ในจันทนา รณฤทธิวิชัยและวิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), **หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ,**51-82**.** กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.

วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์และโยธิน แสวงดี. 2533**.รายงานการวิจัยเรื่องผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และโครงการพัฒนาที่มีต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย** . กรุงเทพ: สถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศรีเมือง พลังฤทธิ์. 2547. “การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัวและชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.” วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศรีเมือง พลังฤทธิ์. 2550. “แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัวและชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา : การศึกษาเชิงคุณภาพ.” **วารสารประชากรศาสตร์ 23**, 2 : 80.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2540. **จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศรีสุดา แซอึ้ง. 2542. “พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุบ้านซาง ตำบลขี้เหล็ก อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศศิพรรณ กัญญะสิงห์. 2547. “รูปแบบการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร . 2541. **รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยในประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** . กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2544. **สวัสดิการผู้สูงอายุ** . กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2550. “เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ .” ใน**เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง การดูแลและพัฒนาผู้สูงอายุใรครอบครัวและชุมชน : ข้อเสนอเชิงนโยบายบูรณาการ** . กรุงเทพมหานคร : รัฐสภา.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2553. “วิจัยเผยคนยุคใหม่ทิ้งพ่อแม่ให้อยู่ตามลำพังมากขึ้น.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.bloggang.com สืบค้น 1 กันยายน 2555.

ศิราณี ปันคำ. 2543. **รายงานการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ ความเครียดกับระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง.** เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริพร จิรวัฒน์กุล. 2537. **ทบบวนวรรณกรรมเรื่อง ภาวะสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุ.** สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2543. **คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน** . กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

ศิริพร พงษ์ศรีโรจน์. องค์การและการจัดการ. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, 2540.

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. 2541. “รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคเหนือ.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://rc.nida.ac.th/research สืบค้น 1 กันยายน 2555.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. “จำนวนผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำแนกตามรายอายุปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2568.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://www.thaicentenarian.mahidol.ac.th สืบค้น 1 มีนาคม 2555.

สถาบันวิจัยระบบบริการสาธารณสุข. นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2541 กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซร์ จำกัด, 2541.

“สถิติสำคัญผู้สูงอายุไทย.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ryta.com สืบค้น 15 มีนาคม 2555.

สนธยา พลศรี. 2545. **หลักสังคมวิทยา**. กรุงเทพมหานคร : โอ.เอส. พริ้นติ้ง เฮ้าส์.

สภาวัฒนธรรมจังหวัดนครปฐม . “ข้าวหลาม : ศิลปะบรรจงลงกระบอก .” วารสารวัฒนธรรม ปริทรรศน์ 1, 2-3 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2548) : 11-13.

สมจิต หนุเจริญกุล. 2536. **การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพ ฯ : วิศิฏสินจำกัด.

สมประสงค์ พันธุ์ประยูร. 2538. **สภาพสังคม เศรษฐกิจ และสังคมของผู้สูงอายุในชนบท.**

สมพร ใจสมุทร. 2547. “พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตลาดกระบัง .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมพร เทพสิทธา. 2549. **แก่อย่างมีคุณค่า ชราอย่างมีสุข**. กรุงเทพมหานคร : สมชายการพิมพ์.

สมัย สุทธิธรรม. สารคดีชุดถิ่นทองของไทย เรื่องลำปาง. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2541.

สมพันธ์ เตชะอธิก. “การวิจัยเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน .” ในเอกสารประกอบการเสวนาทางวิชาการ เรื่อง การวิจัยเศรษฐกิจชุมชนท้องถิ่น : ภาคเหนือ. จัดโดยคณะกรรมการสภาวิจัยแห่งชาติ ร่วมกับคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร . 4 กรกฎาคม 2545. ณ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2545.

สมหมาย เปรมจิตต์ , ชัปนะ ปิ่นเงิน , และศรีเลา เกษพรหม . 2550. **รายงานการวิจัยเรื่อง ครอบครัวสบายสไตล์ล้านนา : วิถีชีวิตและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ** . เชียงใหม่ : สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สังคีต จันทนะโพธิ. 2538. **เปิดกรุล้านนาร่วมสมัย**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เคล็ดไทย.

สันติสุข กฤดากรณ์, หม่อมหลวง. “การศึกษาการถ่ายทอดภูมิปัญญาด้านศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้าน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร .” วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาผู้ใหญ่และการศึกษาต่อเนื่อง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2541.

สันติสุข เทศประสิทธิ์. “บทบาทองค์กรประชาชนในการพัฒนาเศรษฐกิจชนบท .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534.

สามารถ จันทรสูรย์. ภูมิปัญญากับการพัฒนาชนบท. เล่ม1. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พลิ้นติ้งกรุ๊ป, 2536

สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. 2536. **ปัจจัยที่มีต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต.** ปริญญา กศ. ด. (พัฒนาศึกษาศาสตร์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิต.

สายอรุณ บุณคำแสน . 2548. “การประเมินผลแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุวัดอินทาราม อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สิริสุดา ซาวคำเขต. 2541. “การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก.” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สีมา อนุรักษ์และประชิด สกุณะพัฒน์ . 2551. **มรดกคนล้านนา ประเพณีและวิถีชีวิต** . [ม.ป.ท.] : หจก.ซี แอนด์ เอ็น.

สุกัญญา จันทะสูน . “ภูมิปัญญาชาวบ้านและกระบวนการถ่ายทอด : การศึกษา “พิธีเสนเรือน” ของชาวลาวโซ่ง จังหวัดพิษณุโลก .” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาผู้ใหญ่และการศึกษาต่อเนื่อง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2538.

สุชา จันทน์เอม. 2539. **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

สุชาติ เกตยา. “การพึ่งตนเองภาวะเศรษฐกิจของชุมชน : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนในเขตอำเภอโพ้นทะเลจังหวัดพิจิตร.” วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2542.

สุดา วิไลเลิศ. 2536. **ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2541. **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.** 24-47. กรุงเทพฯ :จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2543ข. **สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่างๆของประเทศ.** กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุนัย จุลพงศธร . “วิเคราะห์นโยบายและแผนการพัฒนาชนบทไทย อดีต ปัจจุบันและอนาคต .” เอกสารประกอบการบรรยายวิชาสังคมวิทยากับการพัฒนา มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2544.

สุปราณี แก้วเพชร . “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ : ศึกษากรณีชุมชน ตำบลแม่แฝกใหม่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ : วิทยาลัยนิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาการจัดโครงการสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 2542.

สุพรรณี นันทชัย. 2534. **ความสัมพันธ์ระหว่างความว้าเหว่ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุภางค์ จันทวนิช. 2537. **การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ.** กรุงเทพฯ: ดอกเบี้ย.

สุภางค์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.

สุภางค์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548.

สุภาลักษณ์ เขียวขำ. 2543. “การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร .” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุมาลย์ รอดนางบวช. 2551. **รายงานการไปประชุม ดูงาน อบรม สัมมนาของศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**. [ม.ป.ท.].

สุเมธ ตันติเวชกุล . เศรษฐกิจพอเพียงตามแนวพระราชดำริ : ใต้เบื้องยุคลบาท . กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มติชน, 2544.

สุเมธ ทรายแก้ว. “ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ : ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดทรัพยากรธรรมชาติ จังหวัดอุดรธานี.” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ , 2536.

สุรกุล เจนอบรม. 2541. **วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย** . กรุงเทพมหานคร : นิชินแอดเวอร์ไทซิ่งกรุ๊พ.

สุรพงษ์ คณานุรักษ์. 2545. “การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาเทศบาลนครยะลา.” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

สุรพล ดำริห์กุล. 2550. ล้านนา สิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรม. [ม.ป.ท.].

สุรินทร์ ฐิติดำรงพันธ์. 2535. ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. **พยาบาลสงขลานครินทร์.12(1),**30-35.

เสรี พงศ์พิศ. ภูมิปัญญาชาวบ้าน. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ, 2533.

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ .แนวทางส่งเสริมภูมิปัญญาไทยในการจัดการศึกษา . กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์ดีจำกัด, 2542.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2545-2549). กรุงเทพฯ : คุรุสภาลาดพร้าว, 2544.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (2550-2554). กรุงเทพฯ : สกายบุ๊ค จำกัด, 2549.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ . “แผนฯ 9 สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน .” วารสารเศรษฐกิจและสังคม (2543) : 45.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2548. **การสาธารณสุขไทย 2544-2547.** กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. 2549. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2549**. กรุงเทพฯ : สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2533. **สมุดสถิติรายปีประเทศไทย.** กรุงเทพฯ : ดอกเบี้ย.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2541. **สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ . 2549. **รายงานการวิจัยเรื่อง ผู้สูงอายุกับการทำงาน** . กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. 2547 . **สรุปผลงานการสร้างเสริมสุขภาพ.** เชียงใหม่ : งานยุทธศาสตร์.

สำนักเสริมศึกษาและบริการสังคม. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ภูมิปัญญาไทย : มิติใหม่ในการพัฒนาที่ยั่งยืน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2539.

โสภณ สุภาพงษ์ . “เศรษฐกิจชุมชน : กุญแจสู่การพัฒนาชนบทในช่วงแผน 8.” การประชุมคณะกรรมการวางแผนพัฒนาชนบททรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมและกระจายความเจริญสู่ภูมิภาค ณ ห้องประชุมเดชสนิทวงศ์ 15 สิงหาคม 2538.

หทัย ชิตานนท์. 2539. การส่งเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ **เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ครั้งที่ 1 วันที่ 25-27 พฤศจิกายน 2539**. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อคิน รพีพัฒน์, มรว “การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรร มไทย” ในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. หน้า 101. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ บรรณาธิการ . กรุงเทพมหานคร : ศักดิ์โสภาการพิมพ์, 2527.

องอาจ โตอดิเทพและคณะ . รายงานการวิจัยเรื่องรูปแบบการอนุรักษ์ ฟื้นฟู และพัฒนาข้าวหลามพระงามอ.เมือง จ.นครปฐม. นครปฐม : ชมรมข้าวหลามนครปฐม, 2549.

อนงค์ ซ่อนกลิ่น. 2548. บทบาทพยาบาลครอบครัว. **เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว** , คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อนงค์ ธรรมโรจน์ และคณะ. การใช้รูปแบบฟื้นฟูสมรรถภาพตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2542.

อนามัย เทศกะทึก. 2550. ความเป็นพิษในระบบนิเวศและสุขภาพมนุษย์. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.

อนุภาพ ถิรลาภ. “การวิเคราะห์เชิงสมมติฐานการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท : ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี .” สารนิพนธ์มหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2528.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (บรรณาธิการ). เครื่องชี้วัดการส่งเสริมคุณภาพระหว่างประเทศ . กรุงเทพมหานคร: โครงการสำนักงานพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (บรรณาธิการ). เครื่องชี้วัดการส่งเสริมคุณภาพระหว่างประเทศ . กรุงเทพมหานคร : โครงการสำนักงานพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.

อเนก นาคะบุตร. ข่าวสารข้อมูลกับความยั่งยืนของการพัฒนา ใน **คนกับดิน น้ำ ป่า : จุดเปลี่ยนแห่งความคิด**, 82-83. กรุงเทพมหานคร : สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา, 2536.

อเนก เหลาโชติ . “การบริหารจัดการธุรกิจชุมชน :กรณีศึกษากลุ่มหัตถกรรมตุ๊กตาราชบุรี .” วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาผู้ใหญ่และการศึกษาต่อเนื่อง บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศิลปากร, 2547.

อภิชาติ ไตรแสง. 2539.**ผลของการออกกำลังกายที่มีความหนักของงานแตกต่างกันต่อปัจจัยเสี่ยงปฐมภูมิโรคหัวใจโคโรนารีของผู้สูงอายุ** . ครุศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อภิชาต ทองอยู่. “ภูมิปัญญาชาวบ้านกับปัญญาตามแบบพุทธปรัชญาในงานพัฒนา .” สังคมพัฒนา 2, 5 (กันยายน-ตุลาคม 2528) : 13-15.

อภิญญา เฟื่องฟูสกุล. 2543. **รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาโครงการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน โครงการเบี้ยยังชีพ**. [ม.ป.ท.].

อมรา พรมไหม. 2547. “สิ่งแวดล้อมทางสังคม การบรรลุงานตามขั้นพัฒนาการและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตพื้นที่สาธารณสุขเขต 2.” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

อรุณี ตันศิริ. 2549. วัฒนธรรมถิ่น วัฒนธรรมไทย. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

อัจฉรา นวจินดา. 2549. “ทฤษฎีคุณภาพชีวิตตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง .” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaipopulation.org/ สืบค้น 1 มีนาคม 2555.

อัญชุลี กลิ่นอวล. 2544. **ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายและความผาสุกของผู้สูงอายุ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อัมพร เบญจพลพิทักษ์. 2545. “สุขภาพจิตครอบครัว สุขภาพจิตสังคม .” **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย** 10, 3.

อานันท์ กาญจนพันธ์ . มิติชุมชน :วิธีคิดท้องถิ่นว่าด้วยสิทธิ อำนาจ และการจัดการทรัพยากร . กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544.

อาภรณ์พันธ์ จันทร์สว่าง . “คำบรรยายลักษณะวิชาทฤษฎีและหลักการพัฒนาชุมชน .” ภาคการศึกษาที่ 2/2522 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (อัดสำเนา)

อาภรณ์ ปัญญาจูล . 2551. “ผลกระทบทางเศรษฐกิจของการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชากรในจังหวัดเชียงใหม่.” รายงานการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง (ศ.ม.) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อุมาพร ตรังคสมบัติ . 2540. วงจรชีวิตและการปรับตัวของครอบครัว . ใน : อุมาพร ตรังคสมบัติ บรรณาธิการ. **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว Family therapy and family Counseli**, 21-37. กรุงเทพฯ: เฟื่องฟ้า พริ้นติ้ง.

เอกวิทย์ ณ ถลางและคณะ. ภูมิปัญญาและกระบวนการเรียนรู้ของชาวบ้านไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช , 2539.

เอกวิทย์ ณ ถลาง . ภูมิปัญญาชาวบ้านสี่ภูมิถาค :วิถีชีวิตและกระบวนการเรียนรู้ของชาวบ้านไทย . นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2540.

เอกวิทย์ ณ ถลาง. ภูมิปัญญาชาวบ้านสี่ภูมิภาค:วิถีชีวิตและกระบวนการเรียนรู้ของชาวบ้านไทย. ภาคการศึกษา นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2540.

อำนาจ วังจีน . 2546. **รายงานการวิจัยเรื่อง ดัชนีคุณภาพชีวิตผู้สูงวัยในเขตกรุงเทพมหานคร** . กรุงเทพมหานคร : สำนักวิชาการศึกษาทั่วไป มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตบางเขน.

Ajzen, I., & Fishbein, L. 1994. **Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood cliffs**, NJ : Prentice-Hall.

American College of Sports Medicine. 2000. **ACSM’s Guildelines for Exercise Testing and Prescription.** (6th ed.), 140-143. Ardell, D. B. 1979. **High level wellness: An alternative to doctor, dru, and disease**. New York: bantam Book.

Anonymous. 2006. “Religion, Spirituality and Aging: A Social Work Perspective.” [Online]. Available: http://proquest.umi.com/pqdweb Retrieved May 11, 2012.

Aronson, Elliot.; Wilson, Timothy D.; and Akert, Robin M. 1997. **Social Psychology**. 2nd ed. [n.p.]: Addison – Wesley Educational Publishers.

Baltus, Rita K. 1997. **Personal Psychology for Life and Wok**. 4th ed. OH: McGraw-Hill.

Belloc. N.B. & Breslow.L. 1972. **Relationship of physical health status and health practice Preventive Medicine, 1,** 409-421. EastNorwalk: Appleton &Lange.

Belzer, E. J. 2001 **. Improving patient communication. Family Practice Management.** [on line] soure : htpp:// www.aafp.org/fpm/990500fm/23.htm. (November 6,2001)**.**

Bengtson, V.L. 1973. **The Social Psychology of Aging**. New York: The Babbs-Merrill.

Black, D. 1976. “The Older Person in the Family.” In S.H Zarit (ed.), Reading in aging and Death : Contemporary Perspective. New York : Harper and Row.

Blane, David.; Netuveli, Gopalakrishnan.; and Montgomery, Scott M. 2008. “Quality of life, health And physiological status and change at older ages.” [Online]. Available: http://proquest.umi.com/pqdweb Retrieved June 10, 2012.

Blaxter, M. 1990 . **Health and lifestyles**. London : Routege.

Boissevain, Jeremy. 1974. **Friends of Friends : Network, Manipulators and Coalitions**. Oxford: Basil Blackwell.

Buckwalter, K. C., & Piven, M. L. S. 1999. Depression. In J. T. Stone, J. F. Wyman & S. A. Salisbury (Eds.), **Clinical gerontological nursing: A guide to advanced practice** (2nd ed.), 387-412. Philadelphia: W.B. Saunders.

Burke, M. M. 1992. Sensation. In M. M. Burke & M. B. Walsh (Eds.). **Gerontologic nursing : Care of the frail elderly** , 86-113. St. Louis, MO : Mosby.

Butler, R.N. 1990. Why survive ? Being Old in America. 4th ed. New York: Harper & Row.

C. B. Lewis (Ed.) , Aging; the health-care challenge (4th ed.), 143-167. Philadelphia: F.A. Davis.

Capra, F. 1983. **The Turning Point: Science, Society and The Rising Culture**. Toronto: Bantam Book.

Certo, C. 2002. **Cardiopulmonary rehabilitation of geriatric patient and client. In**

Chapin, F.S. "Social Participate Design and Social Intelligence," In Delbert,Miller Handbook of Research Design and Social Measurement. M.Y.Longman. 1977.

Chatfield,W.F. 1977. "Economic and Sociological Factors Influencing Life Satisfaction of the Aged." **Journal of Gerontology**. 5,593-599.

Comprehensive geriatric assessment. 2004. **The Merck Manual of Geriatrics.** [online]soure : http://www.merck.com/mkkshared/mm_geriatrics/sec1/ch4.jsp. Assessed (Febuary 24, 2004)

Conn, V. S. 1998. Older women' beliefs about physical activity. **Public Health Nursing. 15 (*5*)** , 370-378.

Craig, G.J. 1991. **Human Development**. 6th ed. New Jersey: Prentice-Hall.

Crandall, V. C & Crandall, B. W. 1983. Maternal and childhood behaviors as anticidents of internal–external control perceptions in young adulthood. **In H.M. Lefcourt (Ed). Research with the locus of control construct volume 2.** New York: Press Inc.

Creecy, R. F., Berg, W. E., & Wright, R. 1985. **Loneliness among the elderly: Causal approach. Journal of Gerontology,40 (4)**, 487-493.

Crooks, R.L. and stein, J. 1991. Psychology : Science, Behavior, and Life. 2nd ed. Forth Worth: Holt, Reinehart & Winston.

Davey, Judith A. 2007. "Older people and transport : coping without a car." [Online]. Available: http://proquest.umi.com/pqdweb Retrieved June 10, 2012.

Decker, M. 1980. **Theory Aging**. Philadelphia : The C.V. Mosby company, 130-133.

Denzin, N. 1970 . **Sociological Methods : A Source Book**. Chicago : Aldine.

Dodge, Hiroko H. et al. 2008. “Healthy Cognitive Aging and Leisure Activities Among The Oldest Old in Japan : Takashima Study.” [Online]. Available: http://proquest.umi.com/pqdweb Retrieved June 10, 2012.

Ebersole, P., & Hess, P. 1998 . **Toward healthy aging : Human needs and nursing Response.** (5th ed.). St Louis, MO : Mosby.

Edelman, C. L., & Mandle, C. C. 1998. **Heath promotion throughout the lifespan** .(4th ed.), Philadelphia : The C.V. Mosby company.

Edlin, G., & Golanty , E. 1985. **Health &Wellness** (2nded.). Boston: Jones and Bartlett.

Elipoulos, C. 1987. **Caring for elder in diverse care setting**. Philadelphia : J.B.Lippincott.

Elipoulos, C. 1993. **Gerontological Nursing.** (3rd ed.). Philadelphia : Lippincott.

Elipoulos, C. 2001**. Gerontological Nursing** (5 th ed.). Philadelphia : Lippincott.

Epstein, N.B.; Bishop. D.S.; and Baldwin, L.M. 1984. “McMaster Model of Family Functoning. A View at the Normal Family.” In F. Walsh (Ed.), Normal Family Process. New York: Guildford.

Fayers, Peter M. and Machin, David. 2007. **Quality of Life**. 2nd ed. West Sussex : John Wiley.

Friedman, M. M. 2003**. Family nursing and practice** (4 thed.), Nouwalk : Appleton & Lange.

Friedman, M. M., & Roseman. 1974. **Type A Behavior and Your Heart** .new York: Alfred A. Knopf.

Forbes, J. E. 1992. Exercise : Wellness maintenance for the elderly client. **Holistic Nursing Practice, 6 (2)**, 14-16.

Foucault, M. 1973. **The Order of Things: An Archaeology of the Human Science**. NewYork: Vintage.

Fuller, J., & Ayers, J. S. 2000. **Health assessment : a nursing approach** (3rded.). Philadelphia : Lippicott .

George, T. B. 2002. Care Meaning, Expressions, and Experiences of Those With Chronic Mental Illness. **Archives of Psychiatric Nursing,16 (1)** , 25-31.

Geriatrics at your Fingertips.2005 . **Assessment and approach.** [online]soure:http://www.geriatricsatyourfingertips.org/ebook/gayf_2.asp. Assessed March 9, 2005.

Gibson, J. L. 1991. **A Concept Analysis of Empowerment**.(2 nd.). London: An Aspen Publication.

Gibson, J. L., Ivancevich, J. M., & Donnelly, J. H. 1997. **Organizations, behavior, structure, processes** (9th ed.), 90-123. Boston : Mc Graw - Hill.

Green, L.W., & Kreuter, M. W. 1999 . **Health promotion planning : An educational and ecological approach.** (2nd ed.) Toronto: Mayfield.

Handerson,V., & Nite, G. 1987 . **Principles and practice of nursing** (6th ed). New York : Macmillan.

Havighurst, M. 1953. Successful Aging. **The Gerontologist, 1(1)**: 8-13.

Haviland, William. Anthropology. 6 th ed. Forth Worth : Holt, Rinehart and Winston, 1991.

Hess, Beth B.; Markson, Elizabeth W,; and Stein, Peter J. 1996. **Sociology**. 5th ed. Boston : Allyn & Bacon.

Hess, P. 2004. Theories of aging. In Ebersole,P.,Hess,P.,& Luggen, A.S. (Eds.),Toward health aging : Human needs and nursing response. St.Louis Mosby.

Hoffman, L. et al. 1988. **Development Psychology Today**. 5th ed. New York: McGraw-Hill Inc.

House, J.S. 1985. **Work Stress and Social Support**. Reading, M.A.: Addison-Wesley.

Hsieh, Chang-ming. 2005. "Age and relative importance of major life domains." [Online]. Available: http://proquest.umi.com/pqdweb Retrieved June 10, 2012.

Hsu, H. C. 2006. Exploring elderly People' perspectives on successful aging in Taiwan. **Aging & Society, 27**, 87-102. Cambridge University Press.

Huffman, Karen. 2002. Psychology in Action. 6th ed. New York: John Wiley & Sons.

Idler, Ellen L.; McLaughlin, Julie.; and Kasl, Stanislav. 2009. "Religion and the Quality of life in the Last Year of Life." [Online]. Available: http://proquest.umi.com/pqdweb Retrieved June 10, 2012.

Insel, Paul M. and Roth, Walton T. 2002. **Core Concepts in Health**. 9th ed. [n.p.]: McGraw-Hill.

Janzen, H.; Paterson, J.; and Blashko, L. 1989. **That's Living**. Alberta: Three Pears Publishing.

Jitapunkul, S., Lailert, C., Worakul, Srikiatkhachorn. A., Erahim, S. 1996. Chula Mental Test: A screening test for elderly people in less developed countries. **In Geriatric Psychiatric, 11**, 715-720.

Johnson, J., Adams, K., & Bigely, M. 1992. Cardiovascular function. In M.M.Burke & M. B.Walsh (Eds.) **, Gerontological nursing care of the frail elderly** ,197-222.

Kaiser, Heinz Juergen. 2009. "Mobility in Old Age : Beyond the Transportation Perspective." [Online]. Available: http://proquest.umi.com/pqdweb Retrieved June 10, 2012.

Kart, S. L., & Cobb, S. 1996. Health Behavior, illness behavior. Archives of Environment **Health,12 (Febuary)**, 246-261.

Keawkungwal, S. 1989. **Buddhism and Existential Psychology : An Introduction for Laymen**. Bangkok : Duangkamol.

Keesing, Robert M. 1962. **Cultural Anthropology : A Contemporary Perspective.** New York: Holt, Rinehart and Winston.

Kingsley, David. 1969.**Human Society**. New York: The Macmillian Co.

Klienman et al., 1978. Health Behavior, illness behavior. Archives of Environment **Health,12 (Febuary)**, 246-261.

Kowalski, Robin M. and Westen, Drew. 2005. **Psychology**. 4th ed. New Jersey : John Wiley & Sons.

Krause, Neal. 2010. "Close Companion Friends, Self-Expression, and Psychological Well-Being in Late Life." [Online]. Available: http://proquest.umi.com/pqdweb Retrieved June 10, 2012.

Lakatta, E. G., Zhou, Y. Y., Xiao, R. P., & Boluyl, M. 2001. **Aging of the cardiovascular System. In N. Sperelakis, Y. Kurachi, A. Terzic & M. V. Cohen (Eds.) ,Heart physiology and pathophysiology** (4th ed:,. 737-758) . NewYork : Academic press.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. 1984. **Stress, appraisal and coping.** New York: Springer.

Leinninger, M.M. 2001. **Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing.**Messachusetts: Jones and Bonlett Publisher.

Levy, M. R., Dignan, M., & shirreffs, J. H. 1988**. Essentials of life & Health** (4thed.). New York: Random House.

Lewis, C. B., & Kellems, S. 2002. Muscoloskeletal changes with age: clinical implications. In C.B. Lewis(Ed.), **Aging: The Health -care challenge**,104-126.Philadelphia: F.A.Davis

Leininger, M. 1994. **"Evaluation Criteria and Critique of Qualitative Research Studies". Critical Issue in Qualitative Research Methods.** Morse, Janice M, (Ed). California: SAGE Publication.

Leininger, M., Lindberg, J. B., Hunter, M. L., & Kruszewski, A. Z. 2001. **Introduction to nursing : Concept, issues, & opportunities**. Philadelphia : J. B. Lippincott.

Lowis, Michael J.; Edwards, Anthony C.; and Burton, Mary. 2009. "Coping With Retirement: Well-Being, Health, and Religion." [Online]. Available: http://proquest.umi.com/pqdweb Retrieved June 10, 2012.

Luk, J. K. H., Or, K. H., & Woo. J. 2000. **Using the comprehensive geriatrics assessment technique to assess elderly patients. HKMJ** , 6, 93-98.

L Xu,I Chi.. 2008. "Attitudes Towards Again Among Chinese Elders : the Role oh Self-Rated Health, Social Support and Life Satisfaction." [Online]. Available: http://proquest.umi.com/pqdweb Retrieved June 10, 2012.

Macionis, John J. 1998. **Society the Basics**. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall.

Madison, H.E. 2000. **Theoeries of aging**. In Lueckenotte, A.G. (Ed.) Gerontologic nursing. St.Louis : Mosby.

May, B. J. 1990. Principle of exercise for the elderly. In J. V. Basmajian, & S. L. Wolf (Eds.). **Therapeutic exercise** (5th ed.), 279-296. Baltimore: Williams&Wilkins.

McFarland, M. R. 1997. Use of culture theory with anglo and African American elders in a long-term care setting. **Nursing Science Quarterly, 10**,186-192.

Mclntosh, W. A., Shifflett, P . A. , & Picou, J. S. 1989. **Social support, stressful evens, strain, dietary intake and the elderly. Medical, 27(2)** ,140-153.

Mechanic, D. 1978. **Medical Sociology**. New York: Free Press.

Miller, C. A. 1995. **Nursing care of older adult: Theory and practice**.(3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.

Miller, K. E., Zylstra. R.G., & Standridge, J. B. 2000 . The Geriatric Patient : Systematic Approach to Maintaining Health. **Am Fam Physician; 61**, 1089-1094.

Miller, S.S. et al. 1986. **Life span plus: The definitive guide to health and well-being for the rest of your life**. New York: Macmillan.

Munden, J. 2003 .**Elder care strategies : expert care plans for older adult.** Philadelphia : Lippicott William & Wikins.

National association for home care & hospice. 2004. **Basic statistics about home care.** [on line] soure : http:// www .nahc.org. (March 25, 2004).

Noris,. M. 1979. "Self- Care" . **Americal Journal of Nursing. 3**, 486-489.

Orem, D. E. 1991. **Nursing Concepts of Practice**. (4th ed.). St. Louis : Mosby.

Parra, Diana C. et al. 2010. "Perceived and ojective neighborhood environment Attributes And health related quality of life among the elderly in Bogata Columbia." [Online]. Available: http://proquest.umi.com/pqdweb Retrieved June 10, 2012.

Paul, M. I. & Walton, T. 2002. **Core Concepts in Health.** (9th ed.). kinton price Editor, Mc Graw-Hill Companies.

Pender, N. J. 1987. **Health promotion in nursing practice.** (2nd ed.). Norwalk : Appleton & Lange.

Pender, N. J. 1996 . **Health promotion in nursing practice.** (3rd ed.). Norwalk : Appleton & Lange.

Penhollow, Tina Marie. 2010. "Activity, adding and sexuality : A Study of an active retirement community." [Online]. Available: http://proquest.umi.com/pqdweb Retrieved June 10, 2012.

Pettijohn, Terry F. 1992. **Psychology A Concise Introduction**. 3rd ed.: the Dushkin Publishing Group, Inc.

Phillips, David R. et al. 2010. “Person-Environment (P-E) Fit Models and Psychological Well-Being Among Older Persons in Hong Kong.” [Online]. Available: http://proquest.umi.com/pqdweb Retrieved June 10, 2012.

Plotnik, B.R. 1998. **Introduction to Psychology**. New York: Random House Organization Stress.

Ritzer, George. 2003. **Contemporary Sociological Theory and its Classical Roots : The Basics**. New York: McGraw-Hill, Inc.

Robinson, Michael. Linking Distance Education to Sustainable Community Development. Canad : n.p., 1992.

Rokeach, M. 1970. **Belief attitude and value: A Theory of organization and chance**. Sanfrancisco: Joshevy Blass.

Rotter, J. B. 1966. Generalized expectancies for Internal verus external control of reinforcement. Psychological Monographs**: General And Applied 80(1)**,1-28.

Rowe, J. W., & Kahn, R. T. 1998 **. Successful Aging.** New York : Pantheon Book.

Santrock, John W. 2003. **Psychology**. 7th ed. [n.p.]: McGraw-Hill.

Schwartz.A.N., and Peterson, J.A. 1990. **Introduction to Gerontology**. 4th ed. New York: Holt Rinechart and Winston.

Schwingel, Andiara. et al. 2009. “Continued work employment and volunteerism and mental well-being of older adults: Singapore longitudinal ageing studies.” [Online]. Available: http://proquest.umi.com/pqdweb Retrieved June 10, 2012.

Sehaefer, C., et al. 1981. The health related function of social support. **Journal of Bebavioral Medicine, 4,** 381-405.

Service, Alman. 1960. **Evolution and Culture**. Ann Arbor : University of Michigan Press.

Sharma, R.C. 1988. **Population, Resources Environment and Quality of Life Handbook of Pedagogical Aspects and Knowledge Base of Population Education**. 2nd ed. Delhi: Dhampat Rai & Son Education.

Shiovitz-Ezra, Sharon. et al. 2009. “Quality of Life and Psychological Health Indicators in the National Social Life, Health, and Aging Project.” [Online]. Available: http://proquest.umi.com/pqdweb Retrieved June 10, 2012.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. 2004. **Brunner & Suddarth’s textbook of Medical-surgical nursing** (10thed.) . Philadelphia : Lippicott William & Wikins.

Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pallet, K. 1989. Health perception and lifestyles of the elderly. **Research in Nursing & Health, 17***,* 3-13.

Stevens-Ratchford, R. 2008. “Successful Aging: The Relation of Productive Living To Quality of Life.” [Online]. Available: http://proquest.umi.com/pqdweb Retrieved June 10, 2012.

Steverink, Nardi and Lindenberg, Siegwart. 2006. “Which Social Needs Are Important for subjective Well-Being? What Happens to Them With Aging?” [Online]. Available: http://proquest.umi.com/pqdweb Retrieved June 10, 2012.

Stone, J. T., Wyman, J. F., & Salisbury, S. A. 1999. **Clinical gerontological nursing: A guide to advanced practice** (2nd ed.). Philadelphia :W. B. Saunders.

Sui, A. L., Reuben, D. B., & Moore, A. A. 1994. Comprehensive Geriatric Assessment. **Principles of Geriatric Medicine and Gerontology** (3rd ed ,203-211. New York. Mc Graw-Hill .

Taylor, Shelley E. 2003. **Health Psychology**. 5th ed. New York: McGraw-Hill.

Tylor, Edward B. 1958. **Primitive Culture**. New York: Harper Torchbooks.

Thai Mental State Examination (TMSE) 1993 .**Train The Brain Forum Committee.** Siriraj Hosp Gaz; 45, 359-374.

Tolsma, D. D. & Koplan, J. P. 1992. Health behaviors and Health promotion In J.M. Last & R. M. Wallace (Eds.), Maxcy rosenau-last: **Public health & Preventive Medicine,** 701-711. EastNorwalk: Appleton &Lange.

United Nations. “Department of International Economics and Social Affairs.” In Popular Participation as a strategy for Promotion Community , p. 178 Washington : United Nations, 1975.

United Nations. “Department of International Economics and Social Affairs.” In Popular Participation as a strategy for Promotion Community Level Action and National Development , pp. 88-89. Washington : United Nations, 1981.

Urwin, B. K., & Jerant, A. F. 1999. **The Home visit. Am Fam Physician** [serial online] [on line soure : http:// www.aafp.org/afp/991001ap/1484.htm. (October 21,2001.)

Valfre, M. M. 2001. **Foundation of mental health care** (2nd ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Wallace, M., Fulmer, T. T., & Edelman, C. L. 1998. Older Adult. In C. L. Edelman & C. L. Mandel (Eds.), **Health promotion throughout the lifespan,** 633-663. St. Louis: Mosby.

Wallston, B. S., Wallston, K., & Devellis, R. 1978. Development of the Multidimention Health Locus of Control (MHLC) scale**. Health Education Monographs.6(2)**, 160-170.

Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. 1987. The Health-promoting lifestyle profile : Development and psychometric characteristics**. Nursing Research, 36**,76-81.

Wang, Chong-Wen. et al. 2008. “Social Networks and Health-Related Quality of Life Among Chinese Older Adults with Vision Impairment.” [Online]. Available: http://proquest.umi.com/pqdweb Retrieved June 10, 2012.

Webb, K. A. 1991. Fall in the elderly**. Healthy aging : some nursing perspectives, (1)**,76- 80. London: BPCC Hazell Book.

Weiss, Gregory L. and Lonnguist, Lynne E. 1994. **The Sociology of Health, Healthy, and Illness**. Englewood, Prentice-Hall.

White, L., & Duncan, G. 2002**. Medical –surgical nursing : An integrated approach** (2nd ed.). Australia : Delma.

White, Alastair. “Why communit Participation? A discussion of the Agreement 90.” In Community Participation : current issue and lesson learned,” p. 56. New York: United Nation Children’s Fund, 1989.

WHO/UNICEF. Report of the International Conference on Primary Health Care. New York : N.P.Press, 1978.

Wikipedia. 2005 . **Meaning.** [online] soure : http://en.wikipedia.org/w/index.php.

Wyman, J. F. 1999. Urinary incontinence. In J. T. Stone, J. F. Wyman & S. A. Salisbury (Eds.). **Clinical gerontological nursing: A guide to advanced practice** (2 nd ed.), 203-233. Philadelphia :W. B. Saunders.

Young, L. E. 2002 . Transforming health promotion practice: Moving toward holistic care. In L. E.Yong. (Ed**).Transfoming Health Promotion Practice: Concept, Issues, and Application,** 3-21 . Philadelphia: F.A. Davis Company.

Yura, D., & Walsh, T. 1997. Comprehensive Geriatric assessment .**Geriatric Medicine, 8**, 55-60.

Zimmerman, G. L. 2000 . Stages of Change Approach to Helping Patients Change Behavior. **Am Fam Physician; 61**, 1409-1415.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตารางที่ 19 รายชื่อผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
1	นางสมหมาย วรรณศรี	77 ม.1 ต.สันผีเสื้อ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50300
2	นายสวัสดิ์ ปัญธิญา	71 ม.2 ต.สันผีเสื้อ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50300
3	นายเจริญ ทองตอง	45 ม.3 ต.สันผีเสื้อ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50300
4	นายถนอม กุลนอก	120 ม.4 ต.สันผีเสื้อ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50300
5	นายจำกัด ตันนรา	36/1 ม.5 ต.สันผีเสื้อ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50300
6	นางบุญทอง พรหมปัญญา	130 ม.6 ต.สันผีเสื้อ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50300
7	นางฟองนวล เจริญสุข	40 ม.8 ต.สันผีเสื้อ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50300
8	นายเฉลิม พรหมราช	75 ม.9 ต.สันผีเสื้อ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50300
9	นายประชัญ สิงห์โทราช	ชมรมผู้สูงอายุตำบลแม่เหียะ ศูนย์เอนกประสงค์ผู้สูงอายุ ต.แม่เหียะ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100
10	นางพิกุล กลันตรานนท์	1/6 ม.4 ต.หนองหอย อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50000
11	จ่าสิบตำรวจเอกกนก อุนใจจินต์	108 ม.1 ต.หนองหอย อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50000
12	จ.ส.ท.อินทสนธ์ อุ่นเตจ๊ะ	ชมรมผู้สูงอายุระดับตำบลป่าแดด ม.13 ต.ป่าแดด อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100
13	นายโสภณ โพทะยะ	ชมรมผู้สูงอายุข่วงสิงห์ ม.2 ต.ช้างเผือก อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50300
14	นางจันทร์พลอย บัวเปิด	ชมรมผู้สูงอายุบ้านเจ็ดยอด ม.2 ต.ช้างเผือก อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50300
15	นายพนม สุขดี	ชมรมผู้สูงอายุบ้านช่างเคี่ยน ม.1 ต.ช้างเผือก อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50300
16	รต.อนัน กันมะโน	ชมรมผู้สูงอายุหนองฮ่อ องค์การบริหารส่วนตำบลช้างเผือก ต.ช้างเผือก อ.เมือง จงเชียงใหม่ 50300
17	นางบุญศรี หาญพิทักษ์กุล	ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลท่าศาลา หมู่ 1 ม.1 ต.ท่าศาลา อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50000
18	นายวินัย ไชยยา	ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลท่าศาลา หมู่ 2 ม.2 ต.ท่าศาลา อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50000
19	นายสุรส พิละกัญทา	ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลท่าศาลา หมู่ 3 ม.3 ต.ท่าศาลา อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50000
20	นายวินัย จันทรวิจิตร	ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลท่าศาลา หมู่ 4 ม.4 ต.ท่าศาลา อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50000
21	พ.ท.สนอง ฝันถึงภูมิ	ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลท่าศาลา หมู่ 5 ม.5 ต.ท่าศาลา อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50000
22	นายแพทย์วิโรจน์ ลอมศรี	675 ม.1 ต.ยุหว่า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
23	นายอุทัย บุญชื่น	200/1 ม.1 ต.ยุหว่า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
24	นางวรรณนภา เปี่ยมยศศักดิ์	5-7 ม.10 ต.ยุหว่า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
25	นายสุธรรม โพธิ์แก้ว	315/1 ม.14 ต.ยุหว่า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
26	นายทองพันธ์ บุญท้าวแก้ว	434/1 ม.14 ต.ยุหว่า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
27	นายประสิทธิ์ ชัยวุฒิ	53 ม.1 ต.ทุ่งต้อม อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
28	นายบุญช่วย แก้วเมืองมูล	73 ม.5 ต.ทุ่งต้อม อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
29	นายเทียนพัน ปัญญา	ศูนย์จัดสวัสดิการสังคมและกลุ่มพึ่งพา องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกลาง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
30	นายหล้า เรือนคำมา	ชมรมผู้สูงอายุบ้านปวงสนุก-ร้องธาร บ้านปวงสนุก ม.1 ต.สันกลาง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
31	นายสนิท ศรีตาลเดี่ยว	ชมรมผู้สูงอายุบ้านท่ากาน บ้านท่ากาน ม.5 ต.บ้านกลาง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
32	นายพิจิตร ไชยวงศ์	ชมรมผู้สูงอายุบ้านสันห่าว บ้านสันห่าว ม.7 ต.บ้านสันกลาง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
33	นายบัวผิน เมืองวงศ์	ชมรมผู้สูงอายุบ้านใหม่สามหลัง บ้านใหม่สามหลัง ม.8 ต.บ้านกลาง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
34	นายบุญมา อารีมิตร	ชมรมผู้สูงอายุบ้านสันกอเก็ต บ้านสันกอเก็ต ม.10 ต.บ้านกลาง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
35	นายวิเชียร วุฒิวงศา	179 ม.1 ต.ยุหว่า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
36	นางบุญชู ยาวิราช	158/2 ม.2 ต.ยุหว่า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
37	นายสมพร ขันทะ	84 ม.3 ต.ยุหว่า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
38	นายอินผล บุญรอด	42 ม.4 ต.ยุหว่า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
39	นายสม กาบเอื้อง	43 ม.5 ต.ยุหว่า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
40	นายลือ แสนวรรณ์	97 ม.6 ต.ยุหว่า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
41	นายจันทร์ ปันทนันท์	150 ม.7 ต.ยุหว่า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
42	นายเป็ง ศิริแก้ว	88 ม.8 ต.ยุหว่า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
43	นายปัน อินต๊ะ	48 ม.9 ต.ยุหว่า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
44	นายเทือน ปันทะวงศ์	34 ม.10 ต.ยุหว่า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
45	นางยุพิต นุดสมบัติ	35 ม.12 ต.ยุหว่า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
46	นายอุสาห กันจินะ	398 ม.14 ต.ยุหว่า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
47	นายสง่า เขตต์วัง	20/1 ม.2 ต.บ้านแม อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
48	นายติ๊บ แก้วเพชรบุตร	153 ม.3 ต.บ้านแม อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
49	นายบุญปั๋น ดวงแก้ว	39 ม.4 ต.บ้านแม อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
50	นายตุ้ย กาบแก้ว	8 ม.7 ต.บ้านแม อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
51	นายปี่ ชัยชนะ	19 ม.8 ต.บ้านแม อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
52	นายอินโถน เจริญวัย	56 ม.9 ต.บ้านแม อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
53	นายเถา กิ่วคำ	196 ม.10 ต.บ้านแม อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
54	นางลัดดา คำวังพฤกษ์	175 ม.11 ต.บ้านแม อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
55	นายคำมูล ปวนเตี๋ยม	28 ม.12 ต.บ้านแม อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
56	นายบุญจู บุญสุวรรณ	32/2 ม.13 ต.บ้านแม อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
57	นางอุ่นเรือน ชื่นริน	53 ม.1 ต.น้ำบ่อหลวง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
58	นายบุญชู เนตรวัง	93 ม.2 ต.น้ำบ่อหลวง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
59	นายเขียว มูลเมือง	97 ม.3 ต.น้ำบ่อหลวง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
60	นายเนียม วรรณะ	ชมรมผู้สูงอายุบ้านจอมแจ้ง ม.4 ต.น้ำบ่อหลวง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
61	นายฟู เอกรักษ์เจริญผล	7 ม.5 ต.น้ำบ่อหลวง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
62	นายจรูญ ภิญโญฤทธิ์	52 ม.7 ต.น้ำบ่อหลวง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
63	นายคำสุข ศรีจ๋อม	33 ม.8 ต.น้ำบ่อหลวง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
64	นางอนงค์ ไชยเสนา	171 ม.9 ต.น้ำบ่อหลวง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
65	นายศักดิ์กาจ แก้วแดง	73 ม.10 ต.น้ำบ่อหลวง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
66	นายศรีเนียม สุฟอง	124 ม.11 ต.น้ำบ่อหลวง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
67	นายแก้ว โวหาร	254 ม.1 ต.สันกลาง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
68	นายเพชร วิยะ	26/3 ม.2 ต.สันกลาง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
69	นายไล ชื่นใจ	121 ม.3 ต.สันกลาง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
70	นายอินสอน คำลือ	177 ม.5 ต.สันกลาง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
71	นายสม คณะฟั่น	4 ม.6 ต.สันกลาง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
72	นายเฟี้ยน แสงจันทร์	9 ม.7 ต.สันกลาง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
73	นายจาย สวนแก้ว	99 ม.8 ต.สันกลาง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
74	นายแก้วใจ ศรียวง	97 ม.9 ต.สันกลาง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
75	นายอรุณ สิทธิเจริญ	12 ม.1 ต.ท่าวังพร้าว อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
76	นายแสวง จงคล้าย	ชมรมผู้สูงอายุบ้านทุ่งแป้น ม.2 ต.ท่าวังพร้าว อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
77	นายเทศ กันทาแก้ว	132 ม.3 ต.ท่าวังพร้าว อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
78	นายอุทัย อุปนันท์	44 ม.4 ต.ท่าวังพร้าว อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
79	นายบุญเลิศ ชนะทิพย์	ชมรมผู้สูงอายุบ้านท่าวังพร้าว ม.5 ต.ท่าวังพร้าว อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
80	นายตั๋น เสาร์แก้ว	51 ม.6 ต.ท่าวังพร้าว อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
81	นายเกตุ มูลประหาร	ชมรมผู้สูงอายุบ้านต้นแหนน้อย ม.7 ต.ท่าวังพร้าว อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
82	นายศรีทนต์ ญาณวงศ์	71/1 ม.1 ต.ทุ่งสะโตก อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
83	นายศรี ปันอ้อม	43/1 ม.2 ต.ทุ่งสะโตก อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
84	นายอินตา แก้วหลวง	5 ม.4 ต.ทุ่งสะโตก อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
85	นายใจ๋ แก้วมา	75/2 ม.5 ต.ทุ่งสะโตก อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
86	นายคำปัน ตาคำ	110 ม.6 ต.ทุ่งสะโตก อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
87	นายแก้ว รัตนกุล	70 ม.7 ต.ทุ่งสะโตก อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
88	นายเสน่ย์ สุรินทร์คำ	ชมรมผู้สูงอายุบ้านท่าจำปี ม.8 ต.ทุ่งสะโตก อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
89	นายสม พรหมแก้ว	23 ม.9 ต.ทุ่งสะโตก อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
90	นายสุรสิทธิ์ สิทธิชัย	251 ม.11 ต.ทุ่งสะโตก อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
91	นายทองนวล เนตรนิทัศน์	19 ม.12 ต.ทุ่งสะโตก อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
92	นายสุข คงวงษ์	72/1 ม.2 ต.บ้านกลาง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
93	นายมานิตย์ เมืองแก้ว	445 ม.3 ต.บ้านกลาง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
94	นายต๋า ติ๊บผัด	83/1 ม.4 ต.บ้านกลาง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
95	นายคำปัน อิ่นเงิน	104 ม.6 ต.บ้านกลาง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
96	นายประเสริฐ ศรเถื่อน	ชมรมผู้สูงอายุบ้านท้องฝาย ม.11 ต.บ้านกลาง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
97	นายถา สืบวงศ์	142 ม.1 ต.มะขามหลวง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
98	นายมล อินถา	107 ม.2 ต.มะขามหลวง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
99	นายบุญศรี ศรีจันทร์ต๊ะ	81 ม.3 ต.มะขามหลวง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
100	นายสมาน สมบูรณ์	28/2 ม.4 ต.มะขามหลวง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
101	นายอุทัย มณีเหล็ก	56 ม.6 ต.มะขามหลวง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
102	นายชูศักดิ์ มณีเหล็ก	219/1 ม.7 ต.มะขามหลวง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
103	นายทอง ปัญญา	103/1 ม.8 ต.มะขามหลวง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
104	นายบุญทา ไชยร้องเดื่อ	75 ม.9 ต.มะขามหลวง อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
105	นายทองดี ปั๋นแก้ว	29/2 ม.1 ต.มะขุนหวาน อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
106	นายขาว เรือนทา	46 ม.2 ต.มะขุนหวาน อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
107	นายอดุลย์ เมืองใจ	12 ม.3 ต.มะขุนหวาน อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
108	นายสมพร ศรีเพ็ญ	13/2 ม.4 ต.มะขุนหวาน อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
109	นายอินปั๋น วงศ์ก่ำ	121/1 ม.5 ต.มะขุนหวาน อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
110	นายอินผล ชัยวงษ์	20/1 ม.6 ต.มะขุนหวาน อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
111	นายบุญมี มณีสอน	107 ม.7 ต.มะขุนหวาน อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
112	นายบุญส่ง เครือฟั่น	182/1 ม.8 ต.มะขุนหวาน อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
113	นายบุญเกิด ไชยดวงแก้ว	41 ม.1 ต.แม่ก๊า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
114	นายบุญธรรม คำกลาง	205 ม.2 ต.แม่ก๊า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
115	นายโอภาส ทอสาร	80 ม.3 ต.แม่ก๊า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
116	นายทองดี บุญทา	147/1 ม.4 ต.แม่ก๊า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
117	นายเสน่ย์ มหาวัน	111 ม.5 ต.แม่ก๊า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
118	นายชูศักดิ์ หน่อยะ	38 ม.6 ต.แม่ก๊า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
119	นายสงวน ใจมูล	ชมรมผู้สูงอายุบ้านสันคอกช้าง ม.7 ต.แม่ก๊า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
120	นายเมือง ชุมแสง	69 ม.8 ต.แม่ก๊า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
121	นายดี ธรรมจักร	106 ม.9 ต.แม่ก๊า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
122	นายพันธ์ สุขแสง	66 ม.10 ต.แม่ก๊า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
123	นายศรีมา พาจรทิศ	12 ม.11ต.แม่ก๊า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
124	นายแก้ว ขันพิทักษ์	76 ม.12 ต.แม่ก๊า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
125	นายเงิน ไอลาเขตต์	47/1 ม.13 ต.แม่ก๊า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
126	นายอืนทรีย์ ตาสุข	130 ม.14 ต.แม่ก๊า อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
127	นายประสิทธิ์ ชัยวุฒิ	53 ม.1 ต.ทุ่งต้อม อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
128	จ่าสิบตำรวจเอกบุญศรี เมืองมูล	73/1 ม.2 ต.ทุ่งต้อม อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
129	นายอีทอน ริยอง	100 ม.3 ต.ทุ่งต้อม อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
130	นายสม จันทร์อ้าย	5/1 ม.4 ต.ทุ่งต้อม อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
131	นางทัศนัย ชัยเจริญวรรณ์	133 ม.5 ต.ทุ่งต้อม อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
132	นายใจ๋ แก้วทิพย์	ชมรมผู้สูงอายุบ้านแม่กุ้งหลวง ม.6 ต.ทุ่งต้อม อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
133	นายหล้า ดวงติ๊บ	63 ม.7 ต.ทุ่งต้อม อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
134	นายดวง สิทธิสิงห์	79 ม.8 ต.ทุ่งต้อม อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
135	นายปัญญา เลสัก	18 ม.9 ต.ทุ่งต้อม อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
136	นายประเสริฐ วณีสอน	ชมรมผู้สูงอายุบ้านศรีโพธิ์งาม ม.11 ต.ทุ่งต้อม อ.สันป่าตอง จ.เชียงใหม่ 50120
137	นายธเนศ วรรณศักดิ์	ชมรมผู้สูงอายุตำบลเวียง องค์การบริหารส่วนตำบลเวียง อ.ฝาง จ.เชียงใหม่ 50110
138	นายบุญธรรม ใจบุญเรือง	298 ม.3 ต.เวียง อ.ฝาง จ.เชียงใหม่ 50110
139	นางปราณี นาคแสน	275 ม.9 บ้านสันป่าใหม่ ต.เวียง อ.ฝาง จ.เชียงใหม่ 50110
140	นายสว่าง วงศ์มี	148 ม.1 ต.แม่สูน อ.ฝาง จ.เชียงใหม่ 50110
141	นายบุญทา จันทรา	199 ม.3 ต.ม่อนปิ่น อ.ฝาง จ.เชียงใหม่ 50110
142	นายสี พรมวุฒิ	51 ม.12 ต.ม่อนปิ่น อ.ฝาง จ.เชียงใหม่ 50110
143	นายบุญมี ใจสมาธิ	14/1 ม.1 ต.ห้วยทราย อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ 50110

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
144	นายสุทิน พรหมนุชานนท์	ชมรมผู้สูงอายุบ้านบวกค้าง ม.4 บ้านป่าตาล ต.บวกค้าง อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ 50130
145	นายเรือน ใจอินทร์	ชมรมผู้สูงอายุบ้านบวกค้าง ม.1 บ้านบวกค้าง ต.บวกค้าง อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ 50130
146	นายอาทิตย์ อนุวงศ์	ชมรมผู้สูงอายุบ้านบวกค้าง ม.2 บ้านบวกค้าง ต.บวกค้าง อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ 50130
147	นายจุมปา ปัญญานิล	ชมรมผู้สูงอายุบ้านต้นดู่ ม.3 บ้านต้นดู่ ต.บวกค้าง อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ 50130
148	นายเฉลิม ใจจา	ชมรมผู้สูงอายุบ้านป่าตาล ม.4 บ้านป่าตาล ต.บวกค้าง อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ 50130
149	นายเชิด ปิมปา	ชมรมผู้สูงอายุบ้านแม่แต ม.5 บ้านบวกค้าง ต.บวกค้าง อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ 50130
150	นายเทพ พลหาญ	ชมรมผู้สูงอายุบ้านร้อยพร้อม ม.6 บ้านร้อยพร้อม ต.บวกค้าง อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ 50130
151	นายอินทร แก้วงาม	ชมรมผู้สูงอายุบ้านย่าปาย ม.7 บ้านย่าปาย ต.บวกค้าง อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ 50130
152	นางบุญยวง สิงห์คำ	ชมรมผู้สูงอายุบ้านกอสะเลียม ม.8 บ้านกอสะเลียม ต.บวกค้าง อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ 50130
153	นายอุด อภิวงศ์งาม	ชมรมผู้สูงอายุบ้านร้องก่องข้าว ม.9 บ้านร้องก่องข้าว ต.บวกค้าง อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ 50130
154	นายเพ็ญจันทร์ สุกแก้ว	ชมรมผู้สูงอายุบ้านช่างเพี้ยน ม.10 บ้านช่างเพี้ยน ต.บวกค้าง อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ 50130
155	นายอุ่นเรือน จันทร์ตาก๋อง	ชมรมผู้สูงอายุบ้านโป่ง ม.11 บ้านโป่ง ต.บวกค้าง อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ 50130

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
156	นายคำ ประสงค์ทรัพย์	ชมรมผู้สูงอายุบ้านร้องก่องข้าว ม.12 บ้านร้องก่องข้าว ต.บวกค้าง อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ 50130
157	นายจู ปันเจริญ	ชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองเหนี่ยง ม.13 บ้านหนองเหนี่ยง ต.บวกค้าง อ.สันกำแพง จ. เชียงใหม่ 50130
158	นายศรีนวล อินตายวง	62 ม.3 ต.ออนใต้ อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ 50130
159	นายสุนทร สุวรรณพรหม	ชมรมผู้สูงอายุบ้านป่าเดื่อ บ้านป่าเดื่อ ม.1 ต.ขัวมุง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
160	นายคำปัน อินต๊ะเสาร์	ชมรมผู้สูงอายุบ้านสันทรายก้อม บ้านสันทรายก้อม ม.2 ต.ขัวมุง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
161	นายประวิทย์ กันทะชัย	ชมรมผู้สูงอายุบ้านปากเหมือง บ้านปากเหมือง ม.3 ต.ขัวมุง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
162	นายสวัสดิ์ ธิโย	ชมรมผู้สูงอายุบ้านขัวมุง บ้านขัวมุง ม.5 ต.ขัวมุง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
163	นายเรืองฤทธิ์ หน่อปัน	ชมรมผู้สูงอายุบ้านหัวดง หมู่ 6 บ้านหัวดง ม.6 ต.ขัวมุง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
164	นายเสน่ห์ ทะพิงค์แก	ชมรมผู้สูงอายุบ้านหัวดง หมู่7 บ้านหัวดง ม.7 ต.ขัวมุง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
165	นายอดุลย์ อินศรี	ชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่ดง บ้านไร่ดง ม.8 ต.ขัวมุง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
166	นายมา ญาณะวงษา	ชมรมผู้สูงอายุบ้านเดื่องกเหนือ บ้านเดื่องกเหนือ ม.9 ต.ขัวมุง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
167	นายคำปวน ฟองจันตา	ชมรมผู้สูงอายุบ้านเดื่องกใต้ บ้านเดื่องกใต้ ม.10 ต.ขัวมุง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
168	นายกุย ปัญญา	ชมรมผู้สูงอายุตำบลไชยสถาน ต.ไชยสถาน อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
169	นายดี บุญมา	32 ม.1 ต.ท่ากว้าง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
170	นายสัมพันธ์ พรหมโสภณ	100 ม.5 ต.หนองแฝก อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
171	นายเฉลา สังข์โย	19/1 ม.1 ต.ยางเนิ้ง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
172	พลตำรวจเอกรุ่งฤทธิ์ โพธิโกสุม	ชมรมผู้สูงอายุตำบลยางเนิ้ง หมู่ 1 วัดกู้เสือ ต.ยางเนิ้ง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
173	นายจำนง ไชยวงษ์	ชมรมผู้สูงอายุตำบลยางเนิ้ง หมู่ 2 วัดเวฬุวัน ต.ยางเนิ้ง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
174	นายเจริญสุข จันทร์เลือน	ชมรมผู้สูงอายุตำบลยางเนิ้ง หมู่ 3 วัดแสนหลวง ต.ยางเนิ้ง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
175	นายอินทร์ ทองงาม	ชมรมผู้สูงอายุตำบลยางเนิ้ง หมู่ 4 วัดพระนอนป่าเก็ดถิ่ ต.ยางเนิ้ง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
176	นายสมพงษ์ มยุระสาคร	ชมรมผู้สูงอายุตำบลยางเนิ้ง หมู่ 5 วัดศรีโพธาราม ต.ยางเนิ้ง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
177	นายประเสริฐ ทองขันธ์	ชมรมผู้สูงอายุตำบลยางเนิ้ง หมู่ 7 ศาลาประชาคมหมู่บ้าน ต.ยางเนิ้ง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
178	นายสม สุภา	ชมรมผู้สูงอายุตำบลสารภี หมู่ 1 ศาลาประชาคมหมู่บ้าน ต.สารภี อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
179	นายพล แก้วโพธา	ชมรมผู้สูงอายุตำบลยางเนิ้ง หมู่ 8 วัดต้นผึ้ง ต.ยางเนิ้ง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
180	นางเหรียญทอง อนันต์ทวัช	15/2 ม.1 ต.ป่าบง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
181	นายวิสูตร นุชนิยม	104/1 ม.2 ต.ป่าบง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
182	นายตา นามแก้ว	ชมรมผู้สูงอายุตำบลชมพู ม.4 ต.ชมภู อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
183	นายเทิดชัย รินสม	91/2 ม.3 ต.ป่าบง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
184	นายกิตติศักดิ์ ตุงคนาคร	124 ม.4 ต.ป่าบง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
185	นายดวงต๋า คำแสน	38 ม.6 ต.ป่าบง อ.สารภี จ.เชียงใหม่ 50140
186	นายไหม มาลัย	60/3 ม.1 ต.แม่คือ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ 50220
187	นายมงคล ชัยวุฒิ	26 ม.1 ต.เชิงดอย อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ 50220
188	นางบัวหา ชัยวุฒิ	196 ม.12 ต.เชิงดอย อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ 50220
189	นายบุญรัตน์ พวงเงินมาค	94/1 ม.1 ต.ป่าป้อง อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ 50220
190	นายแสวง กันจินะ	ชมรมผู้สูงอายุตำบลป่าป้อง หมู่ 3 ม.3 ต.ป่าป้อง อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ 50220
191	นางเพ็ญศรี ขันแก้ว	2/1 ม.4 ต.ป่าป้อง อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ 50220
192	นายวิโรจน์ เจริญทรัพย์	66 ม.4 ต.ป่าเมี่ยง อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ 50220
193	นายสมบูรณ์ ทุนผลงาม	82/1 ม.2 ต.แม่โป่ง อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ 50220

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
194	นายชุ่ม ฟองวรรณา	กลุ่มผู้สูงอายุบ้านห้วยบอน บ้านห้วยบอน ม.3 ต.แม่โป่ง อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ 50220
195	นายศรีวรรณ ถมมา	45 ม.5 ต.แม่โป่ง อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ 50220
196	นางลำดวน เป็งโท	16 ม.9 ต.แม่โป่ง อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ 50220
197	นางสาวเฉลิมศรี ชัยมงคล	ชมรมผู้สูงอายุวัดพระธาตุดอยสะเก็ด วัดพระธาตุดอยสะเก็ด ต.แม่โป่ง อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ 50220
198	นายอรุณ ใจโต	80/1 ม.3 ต.สำราญราษฎร์ อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่ 50220
199	นางบานชื่น ควรสมาคม	ชมรมผู้สูงอายุบ้านแม่สาหลวง ศาลา SML วัดแม่สาหลวง ม.3 ต.แม่สา อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่ 50180
200	นายสมบุญ ปิงวงค์	ชมรมผู้สูงอายุบ้านดอนชัย หมู่ 5 วัดดอนชัย ม.5 ต.แม่สา อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่ 50180
201	นายเจริญ คำภีระ	298 ม.1 ต.ริมเหนือ อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่ 50180
202	นายเหลา พูดถึง	ชมรมผู้สูงอายุตำบลสบเปิง ม.1 ต.สบเปิง อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่ 50330
203	นายสุจินต์ อุตตาธรรม	6 ม.1 ต.สันมหาพน อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่ 50330
204	นายเมือง แสงดวง	117 ต.ขี้เหล็ก อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่ 50330
205	นายติ๊บ นันชัย	8 ม.1 ต.ออนกลาง อ.แม่ออน จ.เชียงใหม่ 50130
206	นายคำ บุญศิลา	100 ม. 4 ต.หนองบัว อ.ไชยปราการ จ.เชียงใหม่ 50320
207	นายศรีมา ยอดแก้วเหลือง	ชมรมผู้สูงอายุตำบลสันต้นหมื้อ ต.สันต้นหมื้อ อ.แม่อาย จ.เชียงใหม่ 50280
208	นายสมพร ใจชื่น	118 ม.3 ต.ป่าตุ้ม อ.พร้าว จ.เชียงใหม่ 50190

ตารางที่ 20 รายชื่อผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
1	นายทองดี ดวงสนิท	ชมรมผู้สูงอายุตำบลเวียง ต.เวียง อ.เทิง จ.เชียงราย 57160
2	นายเสาร์ ปาละบุญมา	ชมรมผู้สูงอายุตำบลสถาน ต. สถาน อ.เชียงของ จ.เชียงราย 57140
3	นายอินสม วงศ์ชัย	ชมรมผู้สูงอายุตำบลศรีดอนชัย 1 ต.ศรีดอนชัย 1 อ.เชียงของ จ.เชียงราย 57140
4	นายเปลี่ยน เชือเมืองพาน	ชมรมผู้สูงอายุตำบลศรีดอนชัย 2 ต.ศรีดอนชัย 2 อ.เชียงของ จ.เชียงราย 57140
5	นายบุญผาย พันใจลือ	ชมรมผู้สูงอายุตำบลศรีดอนชัย 3 ต.ศรีดอนชัย 3 อ.เชียงของ จ.เชียงราย 57140
6	นางจันตา พิทักษ์สุริยา	ชมรมผู้สูงอายุตำบลครึ่ง ต.ครึ่ง อ.เชียงของ จ.เชียงราย 57140
7	นายบุญมา ไชยมะงัว	ชมรมผู้สูงอายุตำบลบุญเรือง ต.บุญเรือง อ.เชียงของ จ.เชียงราย 57140
8	นายนิเวศ ผลากอง	ชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยซ้อ ต.ห้วยซ้อ อ.เชียงของ จ.เชียงราย 57140
9	นายประสงค์ หุตะปาน	ชมรมผู้สูอายุตำบลริมโขง ต.ริมโขง อ.เชียงของ จ.เชียงราย 57140
10	นายอินวัน ติยะธะ	ชมรมผู้สูงอายุบ้านโจ้โก้ ต.ดงมหาวัน อ.เวียงชัย จ.เชียงราย 57210
11	นายจำรัส ไชยประเสริฐ	ชมรมผู้สูงอายุบ้านร่องบง หมู่ 2 ต.โยนก อ.เชียงแสน จ.เชียงราย 57150
12	นายพน ทาลังกา	ชมรมผู้สูงอายุบ้านเวียงเหนือ บ้านเวียงเหนือ หมู่ 2 ต.เวียง อ.เชียงแสน จ.เชียงราย 57150
13	นายมานิตย์ ไชยกิตติ	ชมรมผู้สูงอายุบ้านเวียงใต้ บ้านเวียงใต้ ม.3 ต.เวียง อ.เชียงแสน จ.เชียงราย 57150
14	นายแก้ว สุวรรณ์	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอดอยหลวง 22 ม.1 ต.หนองป่าก่อ อ.ดอยหลวง จ.เชียงราย 57150
15	นายพงษ์เทพ ออมสิน	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าแดด 209 ม.12 ต.ป่าแงะ อ.ป่าแดด จ.เชียงราย 57190
16	นางพวงทอง วนิจกลวิริยะ	ชมรมผู้สูงอายุตำบลเมืองพาน อ.พาน จ.เชียงราย 57120
17	นายเศวต จีนะบุญเรือง	ชมรมผู้สูงอายุตำบลม่วงคำ อ.พาน จ.เชียงราย 57120

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
18	นายดิเรก อู่ทอง	ชมรมผู้สูงอายุตำบลป่าหุ่ง อ.พาน จ.เชียงราย 57120
19	นายสุวรรณ ทิพย์แสนคำ	ชมรมผู้สูงอายุตำบลแม่เย็น อ.พาน จ.เชียงราย 57120
20	นายเจริญ เชื้อเมืองพาน	ชมรมผู้สูงอายุตำบลทานตะวัน อ.พาน จ.เชียงราย 57120
21	นายสิงห์คำ วีระวรรณ	ชมรมผู้สูงอายุตำบลสันกลาง อ.พาน จ.เชียงราย 57120
22	นายจันทร์ ทาสุรินทร์	ชมรมผู้สูงอายุตำบลทรายขาว อ.พาน จ.เชียงราย 57120
23	นายแก้ว ใจยา	ชมรมผู้สูงอายุตำบลแม่อ้อ อ.พาน จ.เชียงราย 57120
24	นายสุพจน์ ใจมูล	ชมรมผู้สูงอายุตำบลสันมะเค็ด อ.พาน จ.เชียงราย 57120
25	นายณรงค์ ชัยสมบัติ	ชมรมผู้สูงอายุตำบลธารทอง อ.พาน จ.เชียงราย 57120
26	นายอิ่นแก้ว แปงใจ	ชมรมผู้สูงอายุตำบลหัวง้ม อ.พาน จ.เชียงราย 57120
27	นายอิ่นแก้ว เลารัตน์	ชมรมผู้สูงอายุตำบลเจริญเมือง อ.พาน จ.เชียงราย 57120
28	นายบุญลบ ดวงวรรณา	ชมรมผู้สูงอายุตำบลสันติสุข อ.พาน จ.เชียงราย 57120
29	นายศรีนวล อุปนันท์	ชมรมผู้สูงอายุตำบลดอยงาม อ.พาน จ.เชียงราย 57120
30	นายเงิน บุญเรือง	ชมรมผู้สูงอายุตำบลเวียงห้าว อ.พาน จ.เชียงราย 57120
31	นายกฤษนัย ชาติชนะกุล	ชมรมตีมีดบ้านสามแยกอีก้อ หมู่ 24 ต.แม่สลองใน อ.แม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย 57110
32	นายบุญมี ปัญญาพิพัฒน์สกุล	ชมรมผู้สูงอายุและสวัสดิการ ต.เทอดไทย อ.แม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย 57110
33	นางสาวอรพิน พวงมาลัย	องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ฟ้าหลวง อ.แม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย 57110
34	นางบัวมัน ชมพู	ชมรมผู้สูงอายุบ้านสันติคีรี หมู่ 1 ต.แม่สลองนอก อ.แม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย 57110
35	นางจันทร์จิรา ปากหวาน	ชมรมผู้สูงอายุบ้านแม่ตำ 192 ม.4 ต.ท่าก๊อ อ.แม่สรวย จ.เชียงราย 57180

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
36	นายดวง เชียงคำ	ชมรมบ้านป่าหวาย 2 ม.2 ต.ศรีถ้อย อ.แม่สรวย จ.เชียงราย 57180
37	นายดี อินติบ	ชมรมผู้สูงอายุบ้านสันธาตุ 2 ม.2 ต.เจดีย์หลวง อ.แม่สรวย จ.เชียงราย 57180
38	นายอ้าย ต๋าคำ	ชมรมผู้สูงอายุบ้านทุ่งฟ้าผ่า 82 ม.7 ต.แม่พริก อ.แม่สรวย จ.เชียงราย 57180
39	นายเชาว์ วงศ์สวัสดิ์	ชมรมผู้สูงอายุบ้านโป่ง 83 ม.10 ต.ป่าแดด อ.แม่สรวย จ.เชียงราย 57180
40	นายจำนง รินคำ	ชมรมผู้สูงอายุบ้านห้วยล้าน บ้านห้วยล้าน ม.6 ต.แม่สรวย อ.แม่สรวย จ.เชียงราย 57180
41	นายอาก่อ แลเชอะ	ชมรมผู้สูงอายุบ้านดอยช้าง 70 ม.21 ต.วาวี อ.แม่สรวย จ.เชียงราย 57180
42	นายคมภ์ คิดรังสรรค์	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอเวียงชัย ประธานชมรมผู้สูงอายุ อ.เวียงชัย ต.เวียงชัย อ.เวียงชัย จ.เชียงราย 57210
43	พระอาจารย์จำปลี	ชมรมหมอเมืองล้านนา ต.ดอนศิลา อ.เวียงชัย จ.เชียงราย 57210
44	นายปัน หินใหญ่	ชมรมผู้สูงอายุตำบลเมืองชุม ต.เมืองชุม อ.เวียงชัย จ.เชียงราย 57210
45	นายอินคำ วงศ์น้อย	ชมรมผู้สูงอายุตำบลเวียงชัย ต.เวียงชัย อ.เวียงชัย จ.เชียงราย 57210
46	นายละเอียด ปันแปง	ชมรมผู้สูงอายุตำบลเวียงเหนือ ต.เวียงเหนือ อ.เวียงชัย จ.เชียงราย 57210

ตารางที่ 21 รายชื่อผู้สูงอายุจังหวัดแม่ฮ่องสอน

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
1	นางปัทมา กุลธร	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน อาคารผู้สูงอายุอำเภอเมือง วัดม่วยต่อ อ.เมือง จ.แม่อ่องสอน 58000
2	นายนิวรณ์ วรรณวินิจ	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอแม่ลาน้อย วัดแม่ลาน้อยเหนือ อ.แม่ลาน้อย จ.แม่ฮ่องสอน 58120
3	นายส่วย ลือนคำ	101 ม.1 ต.หมอกจำแป่ อ.เมือง จ.แม่อ่องสอน 58000
4	นายแก้ว ลือนาม	14 ม.4 ต.เวียงใต้ อ.ปาย จ.แม่ฮ่องสอน 58130
5	นายทวี คะนองศรี	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอแม่สะเรียง อาคารผู้สูงอายุอำเภอแม่สะเรียง วัดศรีบุญเรือง อ.แม่สะเรียง จ.แม่ฮ่องสอน 58110
6	นางไพฑูรย์ ชินสวัสดิ์	ชมรมผู้สูงอายุตำบลผาบ่อง วัดผาบ่องเหนือ ต.ผาบ่อง องเมือง จ.แม่ฮ่องสอน 58140
7	นายธำรง บุญพิทักษ์	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอขุนยวม วัดคำใน ม.2 ต.ขุนยวม อ.ขุนยวม จ.แม่ฮ่องสอน 58140
8	นายวงค์ สุภาติ	32 ม.2 บ้านไหม้ ต.แม่คะตวน อ.สบเมย จ.แม่ฮ่องสอน 58110
9	ร.ด.ต.วิชัย โสภาลัย	ชมรมผู้สูงอายุบ้านห้วยโป่ง วัดห้วยโป่ง ต.ห้วยโป่ง อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน 58000
10	นายบุญชู ขัติครุฑ	ชมรมผู้สูงอายุตำบลห้วยผา วัดห้วยผา ต.ห้วยผา อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน 58000
11	นายอุทิศ วุฒิกุลขจรเดช	ชมรมผู้สูงอายุตำบลปางหมู วัดปางหมู ม.1 ต.ปางหมู อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน 58000
12	นายศักดิ์ อุ่นใจแรม	ชมรมผู้สูงอายุบ้านกองก๋อย ศูนย์ตราชั่งกองก๋อย ม.1 ต.กองก๋อย อ.สบเมย จ.แม่อ่องสอน 58110
13	นายสุขแก้ว มโนจิตต์	32 ม.1 ต.สบป่อง อ.ปางมะผ้า จ.แม่ฮ่องสอน 58150
14	นายวัน กุลประดิษฐ์	41/1 ม.3 บ้านทุ่งกองม ต.ปางหมู อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน 58000
15	นายหลวง เขิ่งภักดี	ชมรมผู้สูงอายุบ้านกุงไม้สัก วัดกุงไม้สัก ต.ปางหมู อ.เมือง จ.แม่อ่องสอน 58000
16	นายผ่าน พรรณโรจน์	11/1 ประดิษฐ์จองคำ ต.จองคำ อ.เมือง จ.แม่ฮ่อนสอน 58000
17	นายสมพล ขยันทำ	148/1 ม.7 ต.แม่ลาหลวง อ.แม่ลาน้อย จ.แม่อ่องสอน

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
		58120
18	นายบุญกฤษณ์ จันทร์โอภาส	ชมรมผู้สูงอายุบ้านเมืองปอน สถานีอนามัยหลังเก่า ต.เมืองปอน อ.ขุนยวม จ.แม่ฮ่อนสอน 58140

ตารางที่ 22 ราชื่อผู้สูงอายุจังหวัดลำพูน

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
1	นายรัตน์ โปธาคำ	124 ม.5 ต.ป่าพลู อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130
2	นายแก้ว ปาน้อย	11 ม. 3 ต.หนองยวง อ.เวียงหนองล่อง จ.ลำพูน 51110
3	นายอินทร ปาลีกุย	ชมรมผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโฮ่ง สอ.บ้านห้วยแพ่ง อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130
4	นายตัน ปัญญายอง	ชมรมผู้สูงอายุบ้านป่าป๋วย ศาลาผู้สูงอายุบ้านป่าป๋วย จ.ลำพูน 51110
5	นายปั๋น ใจติ	355 ม.5 ต.ศรีวิชัย อ.ลี้ จ.ลำพูน 51110
6	นายกรีฑา โปชัยคุปต์	ชมรมผู้สูงอายุตำบลเหมืองจี้ สถานีอนามัย ต.เหมืองจี้ อ.เมือง จ.ลำพูน 52000
7	นายจันทร์ อุสาห์ปัน	ชมรมผู้สูงอายุบ้านห้วยกาน วัดห้วยกาน ต.บ้านโฮ่ง อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130
8	นายศรีนวล แก้วสุข	15/1 ม.6 ต.น้ำดิบ อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 51120
9	นายพรมหมินทร์ เพ็งกาศ	91/2 ม.1 ต.ป่าไผ่ อ.ลี้ จ.ลำพูน 51110
10	นายถนอม ตรองใจ	120 ม.4 ต.ทากาศ อ.แม่ทา จ.ลำพูน 51170
11	นายอุดม สิงค์โตวนา	ศูนย์บริการผู้สูงอายุวัดช้างรอง ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ลำพูน 52000
12	นายบุญ จินะเป็งกาศ	4 ม.2 ต.ทาทุ่งหลวง อ.แม่ทา จ.ลำพูน 51170
13	ส.ต.เป็ง อุตมะ	84 ม.3 ต.ทุ่งหัวช้าง อ.ทุ่งหัวช้าง จ.ลำพูน 51160
14	นายประสิทธิ์ ณ ลำพูน	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอชมรมผู้สูงอายุบ้านโฮ่ง โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130
15	นายเชาวลิต ยาวีระ	ชมรมผู้สูงอายุสถานีอนามัยทาป่าสัก สถานีอนามัยทาป่าสัก ต.ทาปลาดุก อ.แม่ทา จ.ลำพูน 51170
16	นายบุญส่ง เพ็งมาวัน	118/3 ม.7 ต.อุโมงค์ อ.เมือง จ.ลำพูน 52000
17	นายสุวรรณ วงศ์อิน	61 ม.9 ต.ศรีเตี้ย อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130
18	นายช่วง ม่านแก้วจู	10 ม.4 ต.ทาปลาดุก อ.แม่ทา จ.ลำพูน 51170
19	นายคำปัน สุรินเปา	ชมรมผู้สูงอายุบ้านศรีทรายมูล ม.9 ต.ทาปลาดุก อ.แม่ทา จ.ลำพูน 51170
20	นายก๋อง สิงห์ไผ่	65 ม.3 ต.ทาปลาดุก อ.แม่ทา จ.ลำพูน 51170
21	พ.อ.อ.ทองคำ เจริญศักดิ์	268 ม.1 ต.บ้านเรือน อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 51120
22	นายสมศักดิ์ แสงสิงห์ชัย	86 ม.4 ต.ประตูป่า อ.เมือง จ.ลำพูน 52000
23	นายศักดิ์ศรี เทพอาภา	79/9 ม.12 ต.ลี้ อ.ลี้ จ.ลำพูน 51110
24	นายอ้าย สาคำ	123 ม.8 ต.บ้านปวง อ.ทุ่งหัวช้าง จ.ลำพูน 51160
25	นายโชติ วงศ์ศรีใส	ชมรมผู้สูงอายุบ้านวังดินใหม่

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
		ม.14 ต.ลี้ อ.ลี้ จ.ลำพูน 51110
26	นายแก้ว เชียงคำ	5 ม.11 ต.ตะเคียนปม อ.ทุ่งหัวช้าง จ.ลำพูน 51160
27	นายจันทร์ ตาแก้ว	ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองปลาสะวาย สถานีอนามัย ต.หนองปลาสะวาย อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51139
28	นายนิรันดร์ สินธุบุญ	252 ม.8 ต.ห้วยยาบ อ.บ้านธิ จ.ลำพูน 51110
29	นายทองคำ ทนุโวหาร	ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองยวง ม.1 ต.หนองยวง อ.เวียงหนองล่อง จ.ลำพูน 51110
30	นายปุ๊ด ใจทนนท์	122 ม.5 ต.ลี้ อ.ลี้ จ.ลำพูน 51110
31	นายแก้ว ชัยยา	156 ม.6 ต.ป่าไผ่ อ.ลี้ จ.ลำพูน 51110
32	นายเลิศ พุทธิมา	36/3 ม.3 ต.ป่าไผ่ อ.ลี้ จ.ลำพูน 51110
33	นายคำจันทร์ สายปัน	11 ม.1 ต.บ้านธิ อ.บ้านธิ จ.ลำพูน 51110
34	นายวิทยา โปราคำ	ชมรมผู้สูงอายุวัดห้วยบง ม.3, ม.8 ต.ศรีวิชัย อ.ลี้ จ.ลำพูน 51110
35	นายอุดม วรรณภิระ	ชมรมผู้สูงอายุบ้านเกาะทุ่งม่าน ม.12 ต.ป่าพลู อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130
36	นายชุม อ่านตา	21 ต.บ้านโฮ่ง อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130
37	นายประชัน จันทวาลย์	ชมรมผู้สูงอายุวัดพระเจ้าตนหลวง กลุ่มแม่บ้านพระเจ้าตนหลวง ต.ศรีเตี้ย อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130
38	นายทา สิทธิกัน	ชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองปลาสวาย สำนักงานอนามัย ต.หนองปลาสวาย อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130
39	นายวีระยุทธ วงศ์เชษฐ	ชมรมผู้สูงอายุบ้านศรีเมืองยู้ วัดศรีเมืองยู้ ต.เวียงยอง อ.เมือง จ.ลำพูน 52000
40	นายโทน อินทยา	ชมรมผู้สูงอายุบ้านเหล่ายาวเหนือ ม.7 ต.เหล่ายาว อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130
41	นายธวัชชัย วงค์ษายะ	146 ม.8 ต.เหล่ายาว อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130
42	นายธาดา ภูเวียงจันทร์	ชมรมผู้สูงอายุบ้านเหล่ายาวใต้ วัดเหล่ายาวใต้ ต.เหล่ายาว อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130
43	นายสงวน สืบชาติ	ชรมผู้สูงอายุบ้านดงมะเฟือง วัดดงมะเฟือง ต.เหล่ายาว อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130
44	นายสุวรรณ์ วงศือินทร์	ชมรมผู้สูงอายุบ้านสันปูเลย อบต.ศรีเตี้ย ต.ศรีเตี้ย อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130
45	นายจรัญ พันโท	ชมรมผู้สูงอายุบ้านหนองสะลิง วัดหนองสะลิง ต.ศรีเตี้ย อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
46	นายมี ชัยกาวิล	40 ม.6 ต.ศรีเตี้ย อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130
47	นายจันทร์ติ๊บ พรหมชาว	ชมรมผู้สูงอายุบ้านศรีลากรณ์ ศูนย์แปรรูปแม่บ้าน ต.ศรีเตี้ย อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130
48	นายทา พรมปัญโญ	ชมรมผู้สูงอายุบ้านศรีปทุม สอ.สันปูเลย ต.ศรีเตี้ย อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130
49	นายศิลป์ อินต๊ะกอก	ชมรมผู้สูงอายุบ้านสันเจดีย์-ยางส้ม บ้านสันเจดีย์ -ยางส้ม ต.บ้านโฮ่ง อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130
50	นายเจริญ สร้อยญาณ	ชมรมผู้สูงอายุบ้านห้วยห้า วัดห้วยห้า ม.7 ต.บ้านโฮ่ง อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130
51	นายสิงห์แก้ว ดวงแก้ว	99 ม.6 ต.ท่าตุ้ม อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 51120
52	นายสุนทร วังศรี	407 ม.11 ต.ทาขุมเงิน อ.แม่ทา จ.ลำพูน 51170
53	นายพรศักดิ์ เนตรคำยวง	100/2 ม.4 ต.ทาขุมเงิน อ.แม่ทา จ.ลำพูน 51170
54	นายสวัสดิ์ ตั๋นแก้ว	198 ม.6 ต.หนองปลาสวาย อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130
55	นายดี จินตุง	18 ม.3 ต.หนองปลาสวาย อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130
56	นายสมบูรณ์ หมื่นเมา	ชมรมผู้สูงอายุบ้านแวนนาวิน ม.2 ต.ลี้ อ.ลี้ จ.ลำพูน 51110
57	นางฟองจันทร์ อินต๊ะขัติย์	ชมรมผู้สูงอายุบ้านปวงคำ ม.9 ต.ลี้ อ.ลี้ จ.ลำพูน 51110
58	นายสุพรรณ เตรียมจันทร์	ม.10 ต.ลี้ อ.ลี้ จ.ลำพูน 51110
59	นายสันติ ญาณตาล	ชมรมผู้สูงอายุสถานีอนามัยแม่ตืน สถานีอนามัยแม่ตืน ต.แม่ตืน อ.ลี้ จ.ลำพูน 51110
60	นายชุน บูรณสิงห์	ชมรมผู้สูงอายุสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 51120
61	นายชุบ บูรณสิงห์	ชมรมผู้สูงอายุบ้านป่าซาง วัดป่าซาง ต.ป่าซาง อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 51120
62	นางยี่สุ่น ลาวนานนท์	ชมรมผู้สูงอายุบ้านฉางข้าวน้อยเหนือ ศาลากาญจนาพิเษก ต.ป่าซาง อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 51120
63	นายพรมมา อะกะเรือน	50/1 ม.3 ต.นครเจดีย์ อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 51120
64	นายคำ แก้วสุรินทร์	ชมรมผู้สูงอายุบ้านหล่ายท่า ศาลากลางบ้าน ม.4 ต.ตงป่าไผ่ อ.ลี้ จ.ลำพูน 51120
65	นายสุข วังษา	179 ม.1 ต.ปากบ่อง อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 51120

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
66	นางอมรา เชื้อพูล	291 ม.5 ต.ป่าซาง อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 51120
67	นายป้อ ภูคอนดอน	2/1 ม.4 ต.นครเจดีย์ อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 51120
68	นายวิเชียร หาญขว้าง	31/1 ม.6 ต.นครเจดีย์ อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 51120
69	นายทองสาย จิตนารินทร์	ชมรมผู้สูงอายุสถานีอนามัยตำบลแม่แรง สถานีอนามัยตำบลแม่แรง จ.ลำพูน 51120
70	นายก๋องคำ ตันชาว	ชมรมผู้สูงอายุบ้านกองงาม ม.1 ต.แม่แรง อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 51120
71	นายทรัพย์ เขื่อนแก้ว	ชมรมผู้สูงอายุบ้านแม่แรง ม.2 ต.แม่แรง อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 51120
72	นายจู ทองเพ็ญ	ชมรมผู้สูงอายุบ้านป่าข่า ศูนย์เอนกประสงค์ประจำหมู่บ้าน จ.ลำพูน 51120
73	นายเชาว์ ปินตาอ้าย	ชมรมผู้สูงอายุบ้านสันกอคู่-บวกบอน วัดป่าแดด ต.แม่แรง อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 51120
74	นายผัด อินทะวงศ์	ชมรมผู้สูงอายุวัดวังหลวง ม.1 ต.ป่าพลู อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130
75	นายเสาร์ เทพเที่ยง	ชมรมผู้สูงอายุบ้านแม่หว่างห้วยริน ม.10 ต.นาทราย อ.ลี้ จ.ลำพูน 51110
76	ร.ต.เฉลิม เอี่ยมสะอาด	ชมรมผู้สูงอายุบ้านห้วยหละ สถานีอนามัย ต.ห้วยหละ ต.ป่าพลู อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน 51130
77	นายศรีนวล แก้วใน	ชมรมผู้สูงอายุบ้านท่าตุ้ม วัดท่าตุ้ม ม.1 ต.ท่าตุ้ม อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 51120
78	นายอินตา สารีอินทร์	ชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่ ศสมช. ม.1 ต.ม่วงน้อย อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 51120
79	นายพะยอม น้อยสะปุ๋ง	ชมรมผู้สูงอายุบ้านแซม สถานีอนามัย ต.ม่วงน้อย อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 51120
80	นายซอน ไชยปัญโญ	ชมรมผู้สูงอายุบ้านแก-ไร่น้อย ศาลาเอนกประสงค์ ม.7 ต.ม่วงน้อย อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 51120
81	นายผาย พรหมณะ	ชมรมผู้สูงอายุวัดทาสบเมย วัดทาสบเมย ม. 2 ต.ทาขุมเงิน อ.แม่ทา จ.ลำพูน 51170
82	นายโสภณ ยางตลาด	ชมรมผู้สูงอายุบ้านดอยหลวง สถานีอนามัยบ้านดอยหลวง ต.แม่แรง อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 51120
83	นายทองคำ ปาระมี	67/2 ม.43 ต.แม่แรง อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 51120
84	นายสว่าง คำสม	ชมรมผู้สูงอายุสถานีอนามัย ต.มะกอก

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
		สถานีอนามัย ต.มะกอก อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 51120
85	นายดก แสงบุญ	74 ม.4 ต.น้ำดิบ อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 51120
86	นายปุดทา สิงห์ใจ	ชมรมผู้สูงอายุบ้านไร่ วัดบ้านไร่ ม.2 ต.แม่ตืน อ.ลี้ จ.ลำพูน 51110
87	นายนวล กาปัญญา	ชมรมผู้สูงอายุบ้านใหม่ ม.1 ต.นครเจดีย์ อ.ป่าซาง จ.ลำพูน 51120
88	นายลอย ฟุงฟู	ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองล่อง สถานีอนามัย ต.หนองล่อง อ.เวียงหนองล่อง จ.ลำพูน 51120
89	นายทวี กุยคำ	ชมรมผู้สูงอายุบ้านเหมืองจี้ สถานีอนามัยเหมืองจี้ ม.1 ต.เหมืองจี้ อ.เมือง จ.ลำพูน 52000
90	นายเจริญ วงศ์วิวัฒนา	43 ม.11 ต.เหมืองจี้ อ.เมือง จ.ลำพูน 52000
91	นายสุนทร จันตาเวียง	41/1 ม.2 ต.เวียงยอง อ.เมือง จ.ลำพูน 52000
92	นายทองดี ธิแจ้	ชมรมผู้สูงอายุตำบลมะเขือแจ้ สถานีอนามัยมะเขือแจ้ ต.มะเขือแจ้ อ.เมือง จ.ลำพูน 52000
93	นายวัน อินทร์ตา	ชมรมผู้สูงอายุบ้านนาทราย ม.4 ต.นาทราย อ.ลี้ จ.ลำพูน 51110
94	นายเสาร์ พิงเจริญ	2 ม.5 ต.แม่ลาน อ.ลี้ จ.ลำพูน 51110
95	นายปวง แก้วกุณา	ชมรมผู้สูงอายุบ้านเรือน สถานีอนามัยตำบลบ้านเรือน จ.ลำพูน 51120
96	นายสิงห์แก้ว ดวงแก้ว	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอป่าซาง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่าซาง จ.ลำพูน 51120
97	นายบัตร วันหลี	31 ม.1 ต.ก้อ อ.ลี้ จ.ลำพูน 51110
98	นายชัยศิริ ชื่นจิตรอรุณ	ชมรมผู้สูงอายุตำบลวังผาง สถานีอนามัย ต.วังผาง อ.เวียงหนองล่อง จ.ลำพูน 51120
99	นายบุญช่วย วรรณเมฆ	ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองลำพูน อ.เมือง จ.ลำพูน 52000
100	นายวีระยุทธวงค์เชษฐา	ชมรมผู้สูงอายุตำบลเวียงยอง สถานีอนามัยเวียงยอง ต.เวียงยอง อ.เมือง จ.ลำพูน 52000
101	นายจันทร์แก้ว เขียงธง	ชมรมผู้สูงอายุตำบลต้นธง สถานีอนามัยตำบลต้นธง ต.ต้นธง อ.เมือง จ.ลำพูน 52000
102	นายสุวัฒน์ ตันทะรา	ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองช้างคืน

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
		สถานีอนามัย ต.หนองช้างคืน อ.เมือง จ.ลำพูน 52000
103	ส.ต.ทองอินทร์ ประอินทร์	ชมรมผู้สูงอายุตำบลริมปิง สถานีอนามัย ต.ริมปิง อ.เมือง จ.ลำพูน 52000
104	นายอินทร์แสง นันทชัย	ชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านแป้น สถานีอนามัยบ้านแป้น อ.เมือง จ.ลำพูน 52000
105	นายสง่า จักขุเรือง	ชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองหนาม สถานีอนามัย ต.หนองหนาม อ.เมือง จ.ลำพูน 52000
106	นายชุมพล สุวรรณรัตน์	ชมรมผู้สูงอายุตำบลป่าสัก สถานีอนามัย ต.ป่าสัก อ.เมือง จ.ลำพูน 52000
107	นายอินตา มาผาบ	200 ม.11 ต.บ้านกลาง อ.เมือง จ.ลำพูน 52000
108	นายสมศักดิ์ แสงสิงห์ชัย	ชมรมผู้สูงอายุตำบลประตูป่า ม.9 ต.ประตูป่า อ.เมือง จ.ลำพูน 52000
109	นายอุ่น แก้วติ๊บ	ชมรมผู้สูงอายุบ้านป่าคา วัดป่าคา ม.1 ต.ดงดำ อ.ลี้ จ.ลำพูน 51110
110	นายอุดร ทุบแป้น	ชมรมผู้สูงอายุบ้านธิศรีมูล โรงพยาบาลบ้านธิ ต.ห้วยยาบ อ.บ้านธิ จ.ลำพูน 51180
111	นายเงา ตุ้ยกาศ	139 ม.2 ต.ทากาศ อ.เมือง จ.ลำพูน 52000
112	นายอุบ จินะกาศ	156 ม.11 ต.ทากาศ อ.เมือง จ.ลำพูน 52000
113	นายบุญธรรม นาควัชระ	61 ม.2 ต.ทาสบเส้า อ.แม่ทา จ.ลำพูน 51170
114	นายสิงห์คำ จันธง	102/1 ม.1 ต.เหมืองง่า อ.เมือง จ.ลำพูน 52000
115	ส.ต.เป็ง อุตมะ	84 ม.3 ต.ทุ่งหัวช้าง อ.ทุ่งหัวช้าง จ.ลำพูน 51160
116	นายอำนวย เลสัก	74 ม.10 ต.ศรีบาน อ.เมือง จ.ลำพูน 52000
117	นายยุ เตชะนา	34 ม.4 ต.บ้านปวง อ.ทุ่งหัวช้าง จ.ลำพูน 51160
118	นายติ๊บ แสนแก้ว	21/1 ม.1 ต.ตะเคียนปม อ.ทุ่งหัวช้าง จ.ลำพูน 51160

ตารางที่ 23 รายชื่อผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
1	ดร.นิรันดร์ จิวะสันติการ	280 ตึกสุคำ รพ.ลำปาง อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
2	นางมีบุญ บุณยจันทรานนท์	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอห้างฉัตร โรงพยาบาล องห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
3	นายคำ ทิสาระ	โรงพยาบาลอำเภอแม่เมาะ 119 ม.7 ต.เมาะหลวง อ.แม่เมาะ จ.ลำปาง 52220
4	นายลุน เครือควงคำ	ชมรมผู้สูงอายุทองพันชั่ง โรงพยาบาล อ.แม่ทะ จ.ลำปาง 52150
5	นายคำมูล รักชาติ	โรงพยาบาลอำเภอแจ้ห่ม 4 ม.8 ต.วิเชตนคร อ.แจ้ห่ม จ.ลำปาง 52120
6	นายบุญชู วังคำหมื่น	222 ถ.ปงสนุกฤต ต.เวียงเหนือ อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
7	ร.ต.ท.ประดิษฐ์ ทองอินทร์	281/39 ถ.จามเทวี อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
8	นายแสงเมือง แสงบุญเรือง	58 ม.9 ต.ห้างฉัตร อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
9	นายบุญชุม วงค์ยศ	54 ม.6 ต.ป่าตัน อ.แม่ทะ จ.ลำปาง 52150
10	นายถา อินต๊ะคำ	86 ม.7 ต.นาโป่ง อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
11	นายหลวงมา ปาละเขียว	67 ม.10 ต.นาโป่ง อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
12	นายถา หมื่นพรม	39 ม.5 ต.นาโป่ง อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
13	นายถา สุวรรณรินทร์	61 ม.6 ต.นาโป่ง อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
14	นายศรีวัย ท่องน้อย	7 ม.12 ต.ปงยางคก อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
15	นายเลื่อน ชุ่มวงค์	14 ม.2 ต.แม่สัน อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
16	นายพุฒ ปันคำ	100 ม.10 ต.เวียงตาล อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
17	นายถา ลังกาเปี้ย	53 ม.4 ต.ดอนไฟ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง 52150
18	นางรัตนา ศรีเขียวใส	161 ม.2 ต.แม่เมาะ อ.แม่เมาะ จ.ลำปาง 52220
19	นายสุรินทร์ ฟูโคตร	43 ม.8 ต.เสด็จ อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
20	นายศรีอุ๊ด เรือนแก้ว	228 ม.2 ต.พิชัย อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
21	นายล้วน จักรคำ	122/2 ม.4 ต.ไหล่หิน อ.เกาะคา จ.ลำปาง 52130
22	นายธรรม คำฟู	11/1 ม.5 ต.ไหลหิน อ.เกาะคา จ.ลำปาง 52130
23	นายล้วน จันทร์อินสม	231 ม.3 ต.กล้วยแพะ อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
24	นางมาลา ปันพันธุ์	63 ม.4 ต.วอแก้ว อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
25	นางติ๊บ แก้ววรรณรัตน์	12 ม.10 ต.เมืองขาว อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
26	นายมูล ยอดแก้ว	16/1 ม.6 ต.หนองหล่ม อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
27	นายบุญทา เชียงคำ	87 ม.5 ต.เสริมกลาง อ.เสริมงาม จ.ลำปาง 52190
28	นายมา ใจน้อย	19 ม.9 ต.นาโป่ง อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
29	นายแก้ว กิบุญมา	52/1 ม.1 ต.นาโป่ง อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
30	นายชุ่ม สิทธิสงคราม	61 ม.4 ต.นาโป่ง อ.เถิน จ.ลำปาง 52160

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
31	นายดา พุทธิน้อย	5 ม.11 ต.นาโป่ง อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
32	นายอุ่น ขัดสาย	63 ม.8 ต.นาโป่ง อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
33	นายพรหมา กาวิละพันธ์	34 ม.12 ต.นาโป่ง อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
34	นายทิ กิบุญมา	15 ม.2 ต.นาโป่ง อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
35	นายเม็ด คำแก้ว	64 ม.3 ต.นาโป่ง อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
36	นายลวด วงค์พันธุ์	22 ม.6 ต.แม่ปะ อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
37	นายจันทร์ สุวรรณ	116 ม.9 ต.แม่ปะ อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
38	นายแก้ว เนตรวงค์	17 ม.4 ต.แม่ปะ อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
39	นางเย้ย จันทร์ทรายมูล	45 ม.11 ต.เมืองยาว อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
40	นายปิ้น ใจแปง	94/1 ม.4 ต.เมืองยาว อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
41	นายรัตน์ แก้วปินตา	12/1 ม.3 ต.เมืองยาว อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
42	นายบุญมา ปันธิยะ	30 ม.5 ต.ปงยางคก อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
43	นายสวัสดิ์ ใหม่สุยะ	84/1 ม.3 ต.วอแก้ว อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
44	นายย้าย สุภาษร	34 ม.6 ต.วอแก้ว อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
45	นายสืบ จันทร์พรหมมินทร์	42 ม.7 ต.หนองหล่อม อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
46	นายเสาร์แก้ว จันกันทะ	27 ม.1 ต.วอแก้ว อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
47	นายแก้ว วิชาไทย	53 ม.7 ต.วอแก้ว อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
48	นายถนอม ใหม่สุยะ	19 ม.2 ต.วอแก้ว อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
49	นายสมบูรนณ์ วันญ์คุก	137 ม.2 ต.ปงยางคก อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
50	นายเฉลิม แพทย์กุล	28 ม.10 ถ.แม่พระ-ลำปาง อ.แม่ทะ จ.ลำปาง 52150
51	นายเขียน อะทะจา	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอบ้านใหม่มงคล ม.10 ต.แม่เมาะ อ.แม่เมาะ จ.ลำปาง 52220
52	นายวิรัตน์ ไชยแก้วโห้	147/1 ม.10 ต.บ้านกิ่ว อ.แม่ทะ จ.ลำปาง 52150
53	นายแก้ว ฟั่นเครือ	26 ม.5 ต.เถินบุรี อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
54	นายศักดิ์ สุรินทร์	74 ม.10 ต.เถินบุรี อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
55	นายปันแก้ว นันกันมา	9 ม.1 ต.เมืองยาว อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
56	นายเป็ง วงค์มัน	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอสามวัง วัดวังหิน ม.6 ต.เถินบุรี อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
57	นายจันทร์ ปูปินตา	23 ม.3 ต.เวียงตาล อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
58	นายบุญเลย พุฒหม่อง	160 ม.6 ต.แม่เมาะ อ.แม่เมาะ จ.ลำปาง 52220
59	นายสมพล วงค์ปัญญา	24 ม.6 ต.แม่วะ อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
60	นางจันทร์เป็ง นันติชัย	24 ม.5 ต.แม่วะ อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
61	นายสงบ ต้นประทุม	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอแม่วะลุ่ม ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนบ้านแม่วะลุ่ม จ.ลำปาง 52160
62	นายจันตา ชัยขุนพล	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอตำบลล้อมแรด

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
		ม.11 ต.ล้อมแรด อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
63	นายจร พระสิงห์	66 ม.4 ต.เถินบุรี อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
64	นายรัตน์ นันติ	43/1 ม.2 ต.เวียงตาล อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
65	นายติง ด้วงปันตา	60 ม.11 ต.เวียงตาล อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
66	นายก่อน กองแก้ว	57 ม.8 ต.แม่สัน อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
67	นายบุญธรรม ยศหนัก	26/2 ม.7 ต.เวียงตาล อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
68	นายแสน แก้วเดียว	92 ม.3 ต.พระบาท อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
69	นายอ้าย ธรรมใจ	345 ม.2 ต.ชมพู อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
70	จ.ส.อ.เวชยันต์ ประเสริฐกุล	253 ม.7 ต.ชมพู อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
71	นายบุญเลิศ จินะองค์การ	112 ม.2 ต.นาแก้ว อ.เกาะคา จ.ลำปาง 52130
72	นายคำ วงศ์มณีวรรณ	1 ม.3 ต.แม่ถอด อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
73	นางศรีไร อินพรหม	229 ม.1 ต.นาแก้ว อ.เกาะคา จ.ลำปาง 52130
74	นายสุเทพ คงอินทร์	13 ม.1 ต.แม่เมาะ อ.แม่เมาะ จ.ลำปาง 52220
75	นายเชื้อน พุ่มไม้	78 ม.5 บ้านแม่พุ อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
76	นางเหรียญ ศรีแดง	29 ม.5 ต.แม่ถอด อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
77	นายเทียม เครือสาร	36 ม.4 ถ.ต้นธงชัย อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
78	นายอนันต์ หมื่นตาบุตร	270 ม.4 ต.ชมพู อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
79	นายสนิท ไชยมณีวรรณ	247 ม.จามเทวี ต.เวียงเหนือ จ.ลำปาง 52160
80	นายทองแดง ศิริมงคล	121 ม.12 ต.ชมพู อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
81	นายสอบ พรมทอง	17 ม.3 ต.เถินบุรี อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
82	นายขัน สายอัน	5 ม.9 ต.เวียงทอง อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
83	นายน้อย ปั๋นแก้ว	49/2 ม.1 ต.บ้านคา อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
84	นายสุคำ คำชุม	1187 ม.13 ต.ชมพู อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
85	นางทรัพย์ พรมศรี	46 ม.11 ต.ปงยางคก อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
86	นายจี๋ ทาญปันนุตูร	83/1 ม.8 ต.ชมพู อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
87	นายแก้ว เตชะปลูก	94 ม.3 ต.บุญนาค อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
88	นายแก้ว ไชยมงคล	39 ม.5 ต.หนองหล่ม อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
89	นาศรีลา หอมแก่นจันทร์	40/1 ม.5 ต.กล้วยแพะ อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
90	นายมนูญ คณะไชย	1 ม.4 ต.หลวงใต้ อ.งาว จ.ลำปาง 52110
91	นางสิริธร ลังกาดี	32 ม.1 ต.วังเงิน อ.แม่ทะ จ.ลำปาง 52150
92	นายสงคราม วงศ์ยี	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอบ้านทุ่งตอน วัดทุ่งดอน ม.2 ต.วังเงิน อ.แม่ทะ จ.ลำปาง 52150
93	นายบุญสม สันเทพ	ชมรมผู้สูงอายุบ้านสันหลวง ศาลาวัดหลวง ม. 3 ต.ปงยางคก อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190
94	ร.ต.มูล เววา	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอบ้านท่าส้มป่อย

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
		วัดศรีภูมา ต.ทุ่งฝาย อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
95	นายคำ สีธิสาร	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอเมาะหลวง หมู่ 8 วัดเมาะหลวง ม. 8 ต.แม่เมาะ อ.แม่เมาะ จ.ลำปาง 52220
96	นายบุญสม แก้วมา	314 ม.11 ต.แม่เมาะ อ.แม่เมาะ จ.ลำปาง 52220
97	นายชื่น โลชา	ชมรมผู้สูงอายุบ้านเข้าซ้อน ม.1 ต.ไหล่หิน อ.เกาะคา จ.ลำปาง 52130
98	นายเลิศ วรรณโสภา	ชมรมผู้สูงอายุบ้านปงป่าม่วง ศาลาเอนกประสงค์ ต.ลำปางหลวง จ.ลำปาง 52160
99	นายปั๋น จันทร์ใหม่	120 ม.9 ชมรมผู้สูงอายุบ้านทุ่งขามใต้ จ.ลำปาง 52160
100	นายชาร หอมบุปผา	35 ม.7 ต.เวียงมอก อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
101	นายบุญรัตน์ เชิงฉลาด	ชมรมผู้สูงอายุบ้านกาศเมฆ วัดกาศเมฆ ต.ชมภู อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
102	นายอ้าย เหลืองใย	80 ม.1 ต.แม่มอด อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
103	นายหล้า คำมี	124 ม.9 ต.แม่มอก อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
104	นายสุธรรม เทือกจันคำ	41 ม.6 ต.แม่มอก อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
105	นายสิงโต รัตนกิจ	9/1 ม.5 ต.บ้านเป้า อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
106	นายสุนทร ชุมแก้ว	150 ม.11 ต.บ้านขอ อ.เมืองปาน จ.ลำปาง 52240
107	นายตา ใจเร็ว	61 ม.1 บ้านขอ อ.เมืองปาน จ.ลำปาง 52240
108	นายยอย คำธิ	105 ม.5 ต.แจ้ซ้อน อ.เมืองปาน จ.ลำปาง 52240
109	จ.ส.อ.ปรีชา ประเทศ	16 ม.14 บ้านวังหินพัฒนา อ.เถิน จ.ลำปาง 52160
110	นายแก้วมูล ก๋ำแก่น	21 ม.9 ดงหนองจอก ต.เสริมซ้าย อ.เสริมงาม จ.ลำปาง 52210
111	นายเมือง จันทร์ทวี	12 ม.2 ต.เสริมขวา อ.เสริมงาม จ.ลำปาง 52210
112	นางบุญรัตน์ โรจนศักดิ์	257 ถ.รอบเวียง ตรอกศรีนวล อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
113	นายโท่น โยสิทธิ์	75 ม.5 ต.ทุ่งงาม อ.เสริมงาม จ.ลำปาง 52210
114	นายสงวน ชัยพล	18 ม.1 ต.แม่สุก อ.แจ้ห่ม จ.ลำปาง 52120
115	นายทองดี สูงขาว	84 ม.3 ถ.สายใน ต.วังทรายคำ อ.วังเหนือ จ.ลำปาง 52140
116	นายมูล ดีมาก	139 ม.6 ต.เมืองมาย อ.แจ้ห่ม จ.ลำปาง 52120
117	นายหลี วังเสาร์	ชมรมผู้สูงอายุตำบลทุ่งผึ้ง ม.4 ต.ทุ่งผึ้ง อ.แจ้ห่ม จ.ลำปาง 52120
118	นายศรีมูล แข็งแรง	161 ม.6 ต.ปงดอน อ.แจ้ห่ม จ.ลำปาง 52120
119	นายเสริม ทารักษ์	ชมรมผู้สูงอายุบ้านทุ่งคา

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
		ม.10 ต.แม่สุก อ.แจ้ห่ม จ.ลำปาง 52120
120	นายพรหมา สุดหอม	ชมรมผู้สูงอายุทัพป่าเส้า วัดบ้านทัพป่าเส้า ม. 1 ต.วังเหนือ อ.วังเหนือ จ.ลำปาง 52140
121	นายปุ้ด ปานุภาพ	26 ม.2 ต.วังเหนือ อ.วังเหนือ จ.ลำปาง 52140
122	นายบุญส่ง คุ้มสะอาด	55 บ้านแม่ทะ ม. 9 ถ.แม่ทะศรีชุน อ.แม่ทะ จ.ลำปาง 52150
123	นายสะอาด ศรีสุวรรณ	ชมรมผู้สูงอายุตำบลนาครัว บ้านหนามปู่ย่า ม. 8 ถ.แม่ทะศรีชุมอ.แม่ทะ จ.ลำปาง 52150
124	นายลือ ใจคำ	13/1 ม. 1 บ้านก้อม ต.หัวเสือ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง 52150
125	นายสำเริง วังใจ	40 บ้านดอนมูล ม.3 ถ.ดอนมูล ต.หัวเสือ อ.แม่ทะ จ.ลำปาง 52150
126	นายสมัย คำชื่นวงศ์	3 ม.6 ถ.ลำปาง -งาว ต.บ้านเสด็จ อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
127	นายเต็ง ปัญญาทา	182 ม.7 ถ.ลำปาง-งาว ต.บ้านเสด็จ อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
128	นายมี นาโย	39 ม.4 ต.วังใต้ อ.วังเหนือ จ.ลำปาง 52140
129	นางขันแก้ว ณ ลำปาง	ชมรมผู้สูงอายุบ้านผาลาด บริเวณวัดผาลาด ต.พระบาท อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
130	นางทอง ทุเสนะ	116 ม.4 ต.ร่องเคาะ อ.วังเหนือ จ.ลำปาง 52140
131	นายลัย จริงมาก	135 ม.7 ต.บ้านค่า อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
132	นายผัด ก้อนผูก	86/2 ม.8 ต.บ้านค่า อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
133	นายแก้วมา เพชรเก่า	45 ม.11 ต.ทุ่งกว๋าว อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
134	นายบุญตัน ทำสวย	60 ม.6 ต.บ้านสา อ.แจ้ห่ม จ.ลำปาง 52120
135	นายสุคำ ขัดสมภาร	176 ม.5 ต.ต้นธงชัย อ.เมือง จ.ลำปาง 52000
136	นางเติง สัตย์มาก	110 ม.3 ต.ปงดอน อ.แจ้ห่ม จ.ลำปาง 52140
137	นายสำเนียง สะอาด	ชมรมผู้สูงอายุอำเภอสบปราบ ม.2 ถ.พหลโยธิน ต.สบปราบ อ.สบปราบ จ.ลำปาง 52170
138	นายจันดี เคหะพุฒ	67 ม.5 ต.บ้านขอ อ.เมืองปาน จ.ลำปาง 52240
139	นายทา วังติ๊บ	ชมรมผู้สูงอายุแม่กัวะ วัดแม่กัวะ ต.แม่กัวะ อ.สบปราบ จ.ลำปาง 52170
140	นายเสาร์ วงค์บวรวิทย์	ชมรมผู้สูงอายุบ้านนายาง สถานีอนามัยบ้านนายาง ม.3 ต.นายาง อ.สบปราบ

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
		จ.ลำปาง 52170

ตารางที่ 24 รายชื่อผู้สูงอายุจังหวัดพะเยา

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่
1	นายบุญมี คำปินไชย	65/2 ถ.แม่ต่ำสายใน ต.แม่ต่ำ อ.เมือง จ.พะเยา 56000
2	นางพินทอง ปิ่นใจ	312 ม.11 ต.บ้านต่อม อ.เมืองพะเยา จ.พะเยา 56000
3	นายบำเพ็ญ พลพานิช	197 ม.3 ต.ดงเจน อ.ภูกามยาว จ.พะเยา 56000
4	นายสหัส จำรัส	111 ม.2 ต.จำป่าหวาย อ.เมืองพะเยา จ.พะเยา 56000
5	นายกำจัด จำลองพันธ์	369 ถ.แม่ต่ำสายกลาง ต.แม่ต่ำ อ.เมืองพะเยา จ.พะเยา 56000
6	นายทองสิทธิ การดี	34 ม.1 ต.ศรีถ้อย อ.แม่ใจ จ.พะเยา 56130
7	นายบุยเลี่ยม วรรณพัฒน์	106 ม.8 ต.หนองหล่ม อ.ดอกคำใต้ จ.พะเยา 56120
8	นายคำมูล ใจไหว	262 ม.7 ต.ห้วยข้าวก่ำ อ.จุน จ.พะเยา 56150
9	นายไสว ทาเขียว	200 ถ.ขุนยม ม.11 ต.ปง อ.ปง จ.พะเยา 56140
10	นายมงคล อุปพงศ์	171 ม.3 ต.ฝายกวาง อ.เชียงคำ จ.พะเยา 56110
11	นายบุญศรี จันทร์แดง	238 ม.3 ต.เชียงม่วน อ.เชียงม่วน จ.พะเยา 56160
12	นายนภดล คำดี	88 ม.8 ต.ภูซาง อ.ภูซาง จ.พะเยา 56110
13	นายทองอินทร์ คำนวล	11 ม.8 ต.แม่อิง อ.ภูกามยาว จ.พะเยา 56000

ภาคผนวก ข

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลบริบทสุขภาวะของผู้สูงอายุ

๑.แบบสอบถามเกี่ยวกับประวัติผู้สูงอายุ
๒.แบบบันทึกกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ
๓.แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสุขภาวะที่ดี
๔.แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
๕.แนวคำถามการสนทนากลุ่ม

ตอนที่ ๑. แบบสอบถามเกี่ยวกับประวัติผู้สูงอายุ

ชื่อ-นามสกุล .....อายุ.....ปี เพศ..... ศาสนา.....
สถานภาพ.....ระดับการศึกษา..... เคยทำงานอาชีพ.....
สามี/ภรรยา.....อายุ.....ปี (กรณีเสียชีวิตแล้ว.....ปี)
จำนวนบุตร/หลาน.....คน พี่น้อง.....คน
๑ . ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี (กรณีเสียชีวิตแล้ว.....ปี)
๒. ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี (กรณีเสียชีวิตแล้ว.....ปี)
๓. ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี (กรณีเสียชีวิตแล้ว.....ปี)
๔. ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี (กรณีเสียชีวิตแล้ว.....ปี)
๕. ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี (กรณีเสียชีวิตแล้ว.....ปี)
๖. ชื่อ-นามสกุล.....อายุ.....ปี (กรณีเสียชีวิตแล้ว.....ปี)
รายได้.....บาท/เดือน จาก.....
รายจ่าย.....บาท/เดือน ภาระที่รับผิดชอบ.....

ตอนที่ ๒. แบบบันทึกกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ

วัน/เวลา	กิจกรรม	หมายเหตุ

ตอนที่ ๓. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับสุขภาวะที่ดี

๑. การมีสุขภาวะที่ดีหมายถึงอะไร

.....

.....

.....

.....

๒. สุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุควรเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

๓. สุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างไร

.....

.....

.....

.....

๔. ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดีในสายตาท่านควรเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

๕. ทำอย่างไรจึงจะทำให้สุขภาพดี

.....

.....

.....

.....

๖. กิจกรรมอะไรในอดีตที่ทำให้มีสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

๗. การบริโภคอย่างไรในอดีต ที่ทำให้มีสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

.....

๘. การออกกำลังกายอย่างไรในอดีต ที่ทำให้มีสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุ

.....

.....

.....
.....

๙. การประกอบอาชีพอย่างไรในอดีตที่ทำให้มีสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุ

.....
.....
.....
.....

๑๐. การป้องกันตัวเองไม่ให้เจ็บป่วยในผู้สูงอายุ

.....
.....
.....
.....

๑๑. การดูแลตัวเองยามเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ

.....
.....
.....
.....

๑๒. การดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

.....
.....
.....
.....

๑๓. การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย/สังคม/ครอบครัวในผู้สูงอายุ

.....
.....
.....
.....

๑๔. ความเชื่อ/ประเพณี/วัฒนธรรมมีความสำคัญต่อการทำให้มีสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุ

.....
.....
.....
.....

๑๕. สิ่งใดบ้างที่ทำให้มีสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุ

.....
.....
.....
.....

ตอนที่ ๔.แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

- ในอดีตท่านมีการดูแลตนเอง/ปฏิบัติตัว อย่างไรในด้านอาหาร/โภชนาการ

.....

.....

.....

.....

- ในอดีตท่านมีการดูแลตนเอง/ปฏิบัติตัว อย่างไรในด้านการออกกำลังกาย

.....

.....

.....

.....

- ในอดีตท่านมีการดูแลตนเอง/ปฏิบัติตัว อย่างไรในด้านการดูแลความเครียด

.....

.....

.....

.....

- ในอดีตท่านมีการดูแลตนเอง/ปฏิบัติตัว อย่างไรในด้านการเจ็บป่วย

.....

.....

.....

.....

- ในอดีตท่านมีการดูแลตนเอง/ปฏิบัติตัว อย่างไรในด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ญาติพี่น้อง

.....

.....

.....

.....

- ทำไมท่านจึงเจ็บป่วย

.....

.....

.....

.....

- ทำอย่างไรจึงจะมีความสำเร็จในชีวิตผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

.....

ตอนที่ ๕.แนวคำถามการสนทนากลุ่ม

๑. ผู้สูงอายุในความคิดของท่าน

.....

.....

.....

.....

๒. ข้อดี/ข้อเสียของผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

.....

๓. ผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะที่ดีเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

๔. ผู้สูงอายุที่สุขภาพดีต้องทำอย่างไร

.....

.....

.....

.....

๕. กิจกรรมใดที่ผู้สูงอายุควรทำ

.....

.....

.....

.....

๖. ท่านมีวิธีการอย่างไร ที่ทำให้สุขภาพดี

.....

.....

.....

.....

๗. ความเชื่อ/ประเพณี/วัฒนธรรม อะไรที่ช่วยทำให้สุขภาพดี

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ค

ภาพกิจกรรมผู้สูงอายุ









































"หมอที่ดีที่สุดในโลก คือ




"เสวนาครอบครัว ม.ก."











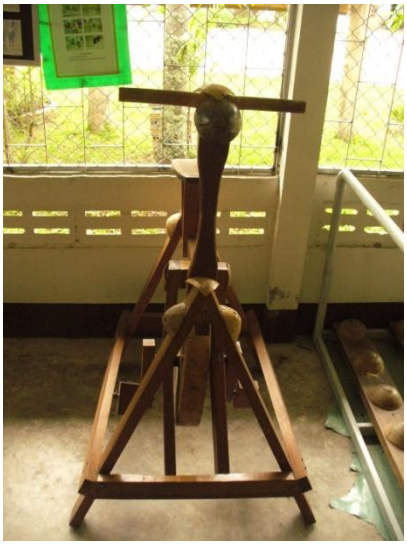
























ภาพนวัตกรรมที่วัดโสภนาราม
















































ไผ่ขด
ผู้สูงอายุบ้านป่าเหมืองต หมู่ที่ 4
ต.ป่าไผ่ อ. สันกำแพง
จ.เชียงใหม่


ภาพกิจกรรม

























ภาคผนวก ง

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการสังเคราะห์ภูมิปัญญาท้องถิ่นในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

1. รศ.ชาลี ลัทธิ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วัดโสภณาราม
2. นายแพทย์ธีรวุฒิ โกมุทบุตร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ข้าราชการบำนาญ
3. ผศ. ดร.ศิริรัตน์ ปานอุทัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. พ.อ.(พิเศษ)สมเดช ใจแก้ว ข้าราชการบำนาญ
5. ดร. อุบล ยะไวทย์ ณ วิชัย องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว
6. ดร.ปิยพันธ์ นันตา เทศบาลนครเชียงใหม่
7. นายกิตติ กิตติจารุวงศ์ สมาคม*แพทย์แผนไทยเชียงใหม่*
8. รศ.ดร. เพ็ญประภา ศิวิโรจน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาคผนวก จ

ประวัติคณะผู้วิจัย

หัวหน้าแผนงานวิจัย

1. ชื่อ (ภาษาไทย) : ดร. เมธี วงศ์วีระพันธุ์

(ภาษาอังกฤษ) : Matree Vongverapant, Ph.D.

2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน : 3649900028821

3. ตำแหน่งปัจจุบัน : นักจิตวิทยา ระดับชำนาญการ

4. หน่วยงานที่สังกัด : โรงพยาบาลนครพิงค์ 159 หมู่ 10 ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ 50180 โทรศัพท์ 053-999258 โทรสาร 053-999222

5. ประวัติการศึกษา : พ.ศ.2528 วท.บ. (จิตวิทยา) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พ.ศ.2534 วท.ม. (จิตวิทยาคลินิก) มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2553 ปร.ด. (บริหารศาสตร์-การบริหารเพื่อการพัฒนาสุขภาวะ) มหาวิทยาลัยแม่โจ้

พ.ศ.2549 Executive Education Programme (EEP.), Lincoln University. Christchurch. New Zealand.

พ.ศ.2553 Modern Executive Program: American Experience. Oklahoma State University. Oklahoma. USA.

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

6.1 หัวหน้าแผนงานวิจัย : -

6.2 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว :

1) พ.ศ. 2550: การพยายามฆ่าตัวตาย : กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

2) พ.ศ. 2553: ความสุขของบุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดเชียงใหม่

6.3 งานวิจัยที่กำลังทำ : -

6.4 ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ

- เมธี วงศ์วีระพันธุ์. 2550. **ความสุข: การวิเคราะห์ทฤษฎีความสุข** . วารสารจิตวิทยาคลินิก 38 (1) : มกราคม-มิถุนายน 2550, 38-46.
- ประสิทธ์ เมธาธราธิปและเมธี วงศ์วีระพันธุ์. 2551. **การพยายามฆ่าตัวตาย: กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่** . วารสารวิชาการสาธารณสุข 17 (ฉบับเพิ่มเติม 4) : มีนาคม-เมษายน 2551, 923-928.
- เมธี วงศ์วีระพันธุ์. 2552. **การพยายามฆ่าตัวตาย : กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่**.วารสารจิตวิทยาคลินิก 40 (1) : มกราคม-มิถุนายน 2552, 38-46.
- เมธี วงศ์วีระพันธุ์. 2553. **ความสุขของบุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐ** . มนุษยศาสตร์สาร 11 (1) : มกราคม-มิถุนายน 2553, 38-48.
- เมธี วงศ์วีระพันธุ์. 2553. **ความสุขของบุคลากรทางสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐ** . วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ 1 (1) : มกราคม-มิถุนายน 2553.

6.5 ผลงานอื่นๆ

- เมธี วงศ์วีระพันธุ์. 2546. **การปรับพฤติกรรม**. เชียงใหม่: เอกสารประกอบการสอนรายวิชาการปรับพฤติกรรม มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่.

เมธี วงศ์วีระพันธุ์. 2547. **การให้คำปรึกษาแนวพุทธเบื้องต้น** . เชียงใหม่: เอกสารประกอบการสอนรายวิชาการให้คำปรึกษาและจิตบำบัดแนวพุทธ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่.

Chedsada Mingchai and Matree Vongverapant. 2006. **STRATEGIC PLANNING: Strategic Management and Planning in Public Sector**. Chiang Mai: School of Administrative Studies, Maejo University.

Matree Vongverapant. 2006. **COMPETITIVE AND CUSTOMER ANALYSIS TECHNIQUES**. Chiang Mai: School of Administrative Studies, Maejo University.

Matree Vongverapant. 2006. **STRATEGIC PLANNING: Strategic Management and Planning**. Christchurch: The Paper in Executive Education Programme (EEP.), Lincoln University.

Matree Vongverapant. 2006. **"The Strategy and Action in Health : Local Management"**. Christchurch: The Paper in Executive Education Programme (EEP.), Lincoln University.

เมธี วงศ์วีระพันธุ์. 2550. **การให้คำปรึกษาเบื้องต้น**. เชียงใหม่: เอกสารคำสอน รายวิชาการให้คำปรึกษาและจิตบำบัดแนวพุทธ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่.

เมธี วงศ์วีระพันธุ์. 2551. **ความสุขแห่งชุมชน** . เอกสารการประชุมวิชาการเรื่อง รัฐศาสตร์ท้องถิ่นและการเมืองภาคประชาชน : ฝ่าวิกฤติสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน วันที่ 10-11 พฤศจิกายน 2551, มหาวิทยาลัยแม่โจ้ จังหวัดเชียงใหม่.

เมธี วงศ์วีระพันธุ์. 2551. **การพยายามฆ่าตัวตาย : กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่**. เอกสารการประชุมวิชาการสมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย ประจำปี 2551 เรื่อง สุขอย่างไทย: สร้างวันนี้เพื่อวันหน้า. วันที่ 17-19 ธันวาคม 2551, โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ กรุงเทพฯ.

7. ความเชี่ยวชาญ

1. งานวิจัยและพัฒนาในระดับชุมชน
2. งานวิจัยและพัฒนาด้านจิตวิทยา จิตวิทยาคลินิก
3. งานวิจัยและพัฒนาด้านการบริหารภาครัฐและเอกชน
4. งานวิจัยและพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1

1. ชื่อ (ภาษาไทย) : นายแพทย์ประสิทธิ์ เมธาธราธิป

(ภาษาอังกฤษ) : Prasit Metatratip M.D.

2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน : 3969800005877

3. ตำแหน่งปัจจุบัน : นายแพทย์ ระดับเชี่ยวชาญ

4. หน่วยงานที่สังกัด : โรงพยาบาลนครพิงค์ 159 หมู่ 10 ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ 50180 โทรศัพท์ 089-8520877 โทรสาร 053-999222

5. ประวัติการศึกษา : พ.ศ.2521 พ.บ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พ.ศ.2550 อนุมัติบัตรสาขาเวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

6.1 หัวหน้าแผนงานวิจัย : -

6.2 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว :

พ.ศ. 2550: การพยายามฆ่าตัวตาย: กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

6.3 งานวิจัยที่กำลังทำ : -

6.4 ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ

- ประสิทธ์ เมธาธราธิปและเมธี วงศ์วีระพันธุ์. 2551. **การพยายามฆ่าตัวตาย : กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่**. วารสารวิชาการสาธารณสุข 17 (ฉบับเพิ่มเติม 4) : มีนาคม-เมษายน 2551, 923-928.

7. ความเชี่ยวชาญ : งานวิจัยและพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 2

1. ชื่อ (ภาษาไทย) : แพทย์หญิงรจนพรรณ นันทิทรรภ

(ภาษาอังกฤษ) : Rojanaphun Nandidarbha M.D.

2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน : 3509900260651

3. ตำแหน่งปัจจุบัน : นายแพทย์ ระดับชำนาญการ

4. หน่วยงานที่สังกัด : โรงพยาบาลนครพิงค์ 159 หมู่ 10 ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ 50180 โทรศัพท์ 081-7169169 โทรสาร 053 999222

5. ประวัติการศึกษา : พ.ศ.2545 พ.บ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พ.ศ.2553 วุฒิบัตรสาขาจิตเวชศาสตร์

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

6.1 หัวหน้าแผนงานวิจัย : -

6.2 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว :

พ.ศ. 2552: ความชุกของโรคซึมเศร้าในสตรีมีครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช

6.3 งานวิจัยที่กำลังทำ : -

6.4 ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ :

- นันทวัช สิทธิรักษ์, รจนพรรณ นันทิทรรภ , กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, วิบูลพรรณ ฐิตะดิลก. 2553. **ความชุกของโรคซึมเศร้าในสตรีมีครรภ์ที่เข้ารับการฝากครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช .** วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 55 (1): มกราคม-มีนาคม 2553, 16 - 26.

6.5 ผลงานอื่นๆ : -

7. ความเชี่ยวชาญ : งานวิจัยและพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์

ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 3

1. ชื่อ (ภาษาไทย) : นางสาวนิตยา วงศ์วีระพันธุ์

(ภาษาอังกฤษ) : Miss Nittaya Wongweerapant

2. เลขหมายบัตรประจำตัวประชาชน : 3649900028804

3. ตำแหน่งปัจจุบัน : นักวิชาการศึกษา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

4. หน่วยงานที่สังกัด : สาขาวิชาการใช้ที่ดินและการจัดการทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50200 โทรศัพท์ 0-5394-3585 โทรสาร 0-5389-3071

5. ประวัติการศึกษา : พ.ศ.2530 วท.บ.(สังคมวิทยา-มานุษยวิทยา) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พ.ศ.2540 ศศ.ม.(การพัฒนาสังคม) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พ.ศ.2551-6 กำลังศึกษาในระดับปริญญาเอก สาขาวิชาการใช้ที่ดินและการจัดการทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

1. นักวิจัยร่วมแผนงานติดตามและประเมินผลแผนงานจัดสวัสดิการชุมชนแบบเร่งด่วนเพื่อผู้ยากลำบาก (SIF Menu 5) เครือข่ายชุมชนเมือง ภาคเหนือ ปี 2543

2. นักวิจัยร่วมในแผนงานสำรวจข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลสารสนเทศเพื่อการจัดการทรัพยากรน้ำ ในระดับตำบลในพื้นที่ลุ่มน้ำปิงตอนบน : จังหวัดเชียงใหม่และลำพูน เพื่อจัดทำนโยบายและแผนปฏิบัติงานเกี่ยวกับการประชาสัมพันธ์ของคณะอนุกรรมการลุ่มน้ำปิงตอนบน สำนักงานชลประทานที่ 1 กรมชลประทาน ปี 2543

3. หัวหน้าแผนงานวิจัยเรื่องแผนงานศึกษาผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพเศรษฐกิจและสังคมต่อวัฒนธรรมการจัดการทรัพยากรชุมชนในภาคเหนือ : กรณีศึกษาชุมชนในเขตพื้นที่ราบ อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เสนอสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ ประจำปีงบประมาณ 2544

4. นักวิจัยร่วมแผนงานวิจัยเรื่อง “ปัญหาการใช้ที่ดินและการจัดการทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืนในระดับชุมชน : ลุ่มน้ำสอง อำเภอสอง จังหวัดแพร่ ” แผนงานวิจัยร่วมแบบสหสาขาวิชาการร่วม ระหว่าง TUCED-SLUSE, DUCED-SLUSE และ SLUSE-M สนับสนุน โดย องค์การ DANIDA ประเทศเดนมาร์ก ปี 2545

5. นักวิจัยร่วมแผนงานวิจัยเรื่อง “การเปลี่ยนแปลงการใช้ที่ดินจากสาเหตุเชิงซ้อนและส่งผลกระทบต่อศักยภาพในการจัดการปัญหาในลุ่มน้ำแม่วาง ตำบลแม่วิน อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ (Land Use Change from Complex Causes and Negative Impacts to Potential Solution in Mae Wang Watershed, Mae Win Sub-district, Mae Wang District, Chiang Mai Province)” ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากศูนย์วิจัยวนเกษตรนานาชาติ (ICRAF) คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ภายใต้ทุนสนับสนุน GTZ-719ในแผนงาน Trees in Multi-Use Landscapes in Southeast Asia (TUL-SEA) ระยะเวลาเดือนตุลาคม 2552 – มีนาคม 2553

7. ความเชี่ยวชาญ

1. งานวิจัยและพัฒนาในระดับชุมชน
2. งานวิจัยและพัฒนาด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

8. เลขทะเบียนนักวิจัยแห่งชาติของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ : 46100064