



การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชนโนนวัฒนา  
ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี



วิทยานิพนธ์นี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการ

บัณฑิตศึกษา สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของสถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน



การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชนโนนวัฒนา  
ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี



วิทยานิพนธ์นี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการ

บัณฑิตศึกษา สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน

ปีการศึกษา 2558



**PARTICIPATORY HEALTH PROMOTION OF THE ELDERLY  
PERSONS OF NONWATTANA COMMUNITY, MAKKHAENG  
SUB-DISTRICT, MUAENG DISTRICT, UDON THANI PROVINCE**

**BY**

**PEERAYA SOMPONG**

**THE THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT  
OF THE DEGREE OF MASTER OF ARTS  
IN THE PROGRAM OF  
INTEGRATED LOCAL DEVELOPMENT  
FACULTY OF GRADUATE STUDY  
LEARNING INSTITUTE FOR EVERYONE (LIFE)**

**2015**

วิทยานิพนธ์เรื่อง	การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
ผู้วิจัย	พีรญา สมพงษ์
สาขาวิชา	การพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ดร. สุพัฒน์ ไพไหล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร. สมพงษ์ แดงคาด

คณะกรรมการการสอบวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ..... ประธานกรรมการ  
(ศาสตราจารย์ ดร. จรรยา สุวรรณทัต)

ลงชื่อ..... กรรมการ (ผู้ทรงคุณวุฒิ)  
(ดร. ศรีปริญญา รูปกระจ่าง)

ลงชื่อ..... กรรมการ (อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก)  
(ดร. สุพัฒน์ ไพไหล)

ลงชื่อ..... กรรมการ (อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม)  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมพงษ์ แดงคาด)

ลงชื่อ..... กรรมการ (ผู้แทนบัณฑิตศึกษา)  
(รองศาสตราจารย์ ดร. เสรี พงศ์พิศ)

ลงชื่อ..... กรรมการ (ผู้แทนบัณฑิตศึกษา)  
(ดร. ทวิช บุญธิรัมย์)

ลงชื่อ..... เลขานุการ  
(อาจารย์อัญมณี ชูมณี)

บัณฑิตศึกษา สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน อนุมัติให้วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการ

## บทคัดย่อ

วิทยานิพนธ์เรื่อง	การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
ชื่อผู้เขียน	พิรญา สมพงษ์
ชื่อปริญญา	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา	การพัฒนาท้องถิ่นแบบบูรณาการ
ปีการศึกษา	2558
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ดร. สุพัฒน์ ไพไธล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร. สมพงษ์ แดงตาด

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี (2) เพื่อศึกษาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี (3) เพื่อศึกษาความคิดเห็นของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีต่อแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ แบบมีส่วนร่วมของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำงานเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และทำการตรวจวัดส่วนสูง ใช้เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัดรอบเอว เครื่องวัดความดัน แบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญหลัก กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญรอง

ผลการวิจัยพบว่า (1) ศึกษาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชน โนนวัฒนาหลังการวิจัยสุขภาพดีขึ้น (2) ศึกษาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มี 5 แนวทาง คือ (1) แนวทางด้านอาหาร (2) แนวทางด้านออกกำลังกาย (3) แนวทางด้านอารมณ์ (4) แนวทางด้านอนามัย และแนวทางด้านสิ่งแวดล้อม (5) แนวทางด้านงานอดิเรก (3) ศึกษาความคิดเห็นกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชน โนนวัฒนา ที่มีต่อแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนจากการสังเกต และการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชนวัฒนาในเรื่องอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า งดอาหารหวานไม่ได้อิ่ม รับประทานอาหารไขมันสูง และมีกาโยน่อยยังรับประทานอาหารมือเย็นมาก ขาดความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องได้รับการสนับสนุนไปในทางลบจากครอบครัว ออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมด ขาดการออกกำลังกายเป็นประจำ เพราะมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ และการจัดการเวลาไม่เหมาะสม

อารมณ์ของผู้สูงอายุในชุมชน มีการเผชิญกับภาวะเครียด เช่น มีภาวะบีบคั้นจากภาระรับผิดชอบทางครอบครัว มีความขัดแย้งในครอบครัว บทบาททางครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปทำให้เกิดภาวะเครียดและซึมเศร้า

อนามัยด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนมากอยู่อาศัยแบบครอบครัวขยาย สภาพความเป็นอยู่ค่อนข้างแออัด ทั้งวัยรุ่นรวมตัวกันดื่มสุรา ขับขี่รถยนต์ จักรยานยนต์ ส่งเสียงดังอยู่ตลอดเวลาทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนนอนไม่หลับ ส่งผลให้สุขภาพกายอ่อนเพลียควบคุมความเครียด และอารมณ์ไม่ได้

งานอดิเรก เป็นงาน ผู้สูงอายุต้องเรียนหนังสือ เข้าวัดฟังธรรมะ โดยเฉพาะการเล่าประวัติภูมิหลังเครือญาติ 50 ปี อดีตย้อนหลังและจดบันทึกเป็นประวัติศาสตร์ไว้ให้ลูกหลานได้ศึกษา ครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า



## Abstract

Thematic Title	Participatory Health Promotion of the Elderly Persons of Nonwattana Community, Makkhaeng Sub-district, Muaeng District, Udon Thani Province
Researcher	Peeraya Sompong
Degree	Master of Arts
In the Program of	Integrated Local Development
Year	2015
Principal Thesis Advisory	Dr. Suphat Pailai (Major Advisor)
Associate Thesis Advisor	Assoc. Prof. Dr. Sompong Taengtart (Co-Advisor)

The objectives of the research were 1.) to study the health of elderly persons of Nonwattana Community, Makkhaeng Sub-district, Muaeng District, Udon Thani Province 2.) to study the guideline for health promotion of elderly persons of Nonwattana 3.) to study the concepts of the elderly persons toward the guideline for participatory health promotion of the elderly persons of Nonwattana community, Makkhaeng Sub-district, Muaeng District, Udon Thani Province. It was qualitative research, the data collection was made by interviews and height measurement through weigh scale, measure around the waist, pressure gauge, and questionnaires. From the sampling there were 2 groups included: The master data providers and the deputy information providers.

The findings were as followed: As for the guideline for the health promotion of elderly persons, there were 5 methods included: 1. Food, 2. exercise, 3. emotion, 4. hygiene, and environment 5. Hobby. For the opinion of those elderly persons in Nonwattana community toward the guideline for participatory health promotion of the community derived from observation, and interviews involving with food for their eating, it was found that they could not

control the dessert eating, they preferred to eat the food with high fat and less dietary fiber, apart from this they preferred to take too much dinner, they lacked of knowledge and understanding on food eating rightly and they were also supported by minus method from their family.

For the exercise, it was found that they had not always made the exercise because of their health limitation and improper timing for the exercise formulation.

For the emotion of those elderly persons it was found that they had faced the tension, for example, they had been forced from responsibility toward their family problem, there had been conflict in their family, the role of their family had been changed, that's why they had got the tension and serious depression.

For their hygiene and environment it was found that most of them lived their life in the model of extended family, their living condition was rather crowded, in addition teenagers always got together for whiskey drinking, riding of motor cars and motor bikes in a noisy speed, this had made those elderly persons in the community be unable to sleep well and effective to their physical health, they felt weak and could not control their tension and emotion.

For their hobby it was found that the elderly persons had preferred to go to the Buddhist temples and listen Dharma, especially they preferred to tell their own background and relatives for 50 years back to be historical record for their family and proceeding generations, this is to make them feel proud of themselves to be valuable.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาช่วยเหลือแนะนำให้คำปรึกษาอย่างดียิ่งจาก ดร. สุวัฒน์ ไพไธล ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ ดร. สมพงษ์ แต่งตาด ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้ความรู้และความเข้าใจในการเขียน แนวคิด วิธีการ คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่จนทำให้วิทยานิพนธ์ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้ในแขนงวิชาต่าง ๆ แก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยทุก ๆ ท่าน ที่ได้ให้การสนับสนุน และเป็นผู้ร่วมวิจัย ตลอดถึงปราชญ์ชาวบ้าน วิทยากร ผู้นำชุมชน โนนวัฒนา ผู้นำกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นางหนูแดง สุทธิประภา และนางสายสุนีย์ สุวัฒน์กัญญา ในการจัดกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดป่าโนนนิเวศน์ คุณอริสรา พิชัยภูมิต นักวิชาการสาธารณสุข ที่ได้คำปรึกษาแนะนำช่วยเหลือในด้านวิชาการ เอกสาร และรายละเอียดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยกระบวนการเรียนรู้ในชุมชน โนนวัฒนา และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชน โนนวัฒนาทุกท่าน ที่มีความสนใจ และให้ความร่วมมือในการวิจัยการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายของกลุ่มผู้สูงอายุ ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวที่คอยเป็นกำลังใจในการศึกษา หวังเป็นอย่างยิ่ง คุณค่า และประโยชน์อันพึงเกิดจากวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอมอบความดีทั้งหมด ให้แก่ บิดา มารดา ที่มอบความรัก ดูแล อบรม สั่งสอน ให้การสนับสนุน และส่งเสริมทางการศึกษาอย่างดี

สุดท้ายนี้ ความสำเร็จ คุณค่า และประโยชน์จากศึกษาวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตเวทิตา เครื่องบูชาพระคุณบิดามารดา ตลอดจนบูรพาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ได้วางรากฐานทางการศึกษาให้กับผู้วิจัย ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน จึงทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

พีรญา สมพงษ์

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
สารบัญภาพ .....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ในการวิจัย.....	5
คำถามในการวิจัย.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
คำนิยามศัพท์.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
2 ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความหมาย แนวคิดและทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.....	8
ความหมาย แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วม .....	32
ความหมาย แนวคิดและทฤษฎีการพัฒนาชุมชน.....	42
ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับแผนผู้สูงอายุ .....	49
ผลงานวิจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนายุทธศาสตร์เพื่อ ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ.....	57
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	64
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบในการวิจัย/วิธีการและเทคนิคที่ใช้ในการวิจัย .....	65
ประชากรและวิธีการเลือกกลุ่มกลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง .....	67
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	68
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล .....	68

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
สถานที่ในการวิจัย.....	70
ปฏิทินการปฏิบัติงาน.....	70
4 ผลการวิจัย	
ผลการวิจัย .....	71
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผล .....	79
อภิปรายผล .....	80
ข้อเสนอแนะ .....	82
บรรณานุกรม.....	83
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก. ตารางผลการวิจัย.....	94
ภาคผนวก ข. ภาพการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชนโนนวัฒนา ....	99
ภาคผนวก ค. เครื่องมือในการวิจัย.....	103
ประวัติผู้วิจัย.....	120



## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1 ปฏิทินการปฏิบัติงาน.....	70
1. แสดงสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชนโนนวัฒนา.....	94



## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
2.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	64
1. กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนวัดนาร่วมตรวจสอบสุขภาพประจำปี.....	99
2. การฟ้อนรำและรำไม้พรงเป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ ของชุมชนโนนวัฒนา.....	100
3. กิจกรรมรดน้ำคำหัวผู้สูงอายุในชุมชน เป็นกิจกรรมหนึ่ง เพื่อส่งเสริมอารมณ์ผู้สูงอายุ.....	101
4. กิจกรรมรดน้ำคำหัวผู้สูงอายุในชุมชน เป็นกิจกรรมหนึ่ง เพื่อส่งเสริมอารมณ์ผู้สูงอายุ.....	101
5. เจ้าหน้าที่กำลังตรวจอนามัยช่องปากของผู้สูงอายุ.....	102



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ประเทศไทยยังคงประสบสถานะแวดล้อมและบริบทของการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่าง ๆ ทั้งจากภายในและภายนอกประเทศ อาทิ กระแสการเปิดเศรษฐกิจเสรี ความท้าทายของเทคโนโลยีใหม่ ๆ การเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ การเกิดภัยธรรมชาติที่รุนแรง ประกอบกับสถานการณ์ด้านต่าง ๆ ทั้งเศรษฐกิจสังคม ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของประเทศในปัจจุบันที่ยังประสบปัญหาในหลายด้าน เช่น ปัญหาผลิตภาพการผลิต ความสามารถในการแข่งขัน คุณภาพการศึกษา ความเหลื่อมล้ำทางสังคม เป็นต้น ทำให้การพัฒนาในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 จึงจำเป็นต้องยึดกรอบแนวคิด และหลักการในการวางแผนที่สำคัญ ดังนี้ (1) การน้อมนำและประยุกต์ใช้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง (2) คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม (3) การสนับสนุนและส่งเสริมแนวคิดการปฏิรูปประเทศ และ (4) การพัฒนาสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558, หน้า 1)

เนื่องจากด้านสังคมของไทย ประชากรเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย แต่ยังคงมีปัญหา ทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพของประชากรในช่วงวัย เนื่องจากประชากรวัยเด็กของไทย มีจำนวนลดลงอย่างรวดเร็ว มีการพัฒนาไม่สมวัย และการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราการเจริญพันธุ์รวมลดลงจาก 6.3 คน ในช่วงปีพ.ศ. 2507-2508 เป็น 1.62 คน ในช่วงปีพ.ศ. 2548-2558 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2583 จะลดลง เหลือเพียง 1.3 คน กำลังแรงงานมีแนวโน้มลดลง และแรงงานกว่าร้อยละ 30 เป็นประชากรกลุ่ม เจเนอเรชั่น Y (Gen Y) ขณะที่ผลผลิตแรงงานยังเพิ่มขึ้นช้า ซึ่งเป็นข้อจำกัดต่อการพัฒนาในระยะต่อไป กำลังแรงงานของไทยจำนวน 38.9 ล้านคน ในช่วงปี พ.ศ. 2555-1557 และเริ่มลดลงร้อยละ 0.1 ในปี พ.ศ. 2556 และร้อยละ 0.2 ในปี พ.ศ. 2557 ขณะที่ผลผลิตแรงงานเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.2 ต่อปีในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา (ปี พ.ศ.2548-2557) แต่ยังต่ำกว่าประเทศเพื่อนบ้าน เช่น มาเลเซีย 1 เท่าตัว และสิงคโปร์ 5 เท่าตัว

และกำลังแรงงาน กว่าร้อยละ 65.1 มีการศึกษาระดับมัธยมต้นและต่ำกว่า นอกจากนี้กำลังแรงงานกลุ่มเจนเออร์ซัน Y ซึ่งมีจำนวนร้อยละ 27 ของประชากร

ในปี พ.ศ. 2553 มีลักษณะความเป็นปัจเจกสูงไม่ให้ความสำคัญกับการมีครอบครัว และส่งผลต่อรูปแบบการประกอบอาชีพ และอัตราการเจริญพันธุ์รวมของประเทศในอนาคต กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สะท้อนถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น ขณะที่ผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีรายได้ไม่เพียงพอในการยังชีพ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 10.3 ล้านคน (ร้อยละ 16.2) ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี พ.ศ. 2583 การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย จะส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้น แม้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานเพิ่มขึ้น แต่มีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย เนื่องจากมีการออมน้อย และแหล่งรายได้หลัก ร้อยละ 78.05 ของรายได้ทั้งหมดมาจากการเกื้อหนุนของบุตร ครัวเรือนไทยโดยเฉลี่ยมีขนาดลดลง และรูปแบบของครอบครัวเปลี่ยนแปลงมีหลากหลายรูปแบบมากขึ้น อัตราการเจริญพันธุ์ที่ลดลงส่งผลให้ขนาดครัวเรือน โดยเฉลี่ยลดลงจาก 3.6 คน ในปี พ.ศ. 2543 เหลือ 3 คน ในปี พ.ศ. 2556 โดยครัวเรือนเดี่ยว ครัวเรือน 1 รุ่น และครัวเรือนแห่งกลาง มีการขยายตัวมากที่สุด ในช่วงปี พ.ศ. 2543-2556 ส่งผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคม และครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ครอบครัวเสี่ยงต่อการล่มสลาย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558, หน้า 2-4)

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย ส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงของประชากรวัยแรงงานต้องแบกรับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2553 มีประชากรวัยแรงงาน 5 คน ที่มี ศักยภาพ แบกรับผู้สูงอายุ 1 คน การขาดแคลนกำลังแรงงาน ทำให้ต้องนำเข้าแรงงานไร้ทักษะจากประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งส่งผลกระทบต่อตลาดแรงงานไทย ในด้านการยกระดับรายได้ และทักษะฝีมือแรงงานจะช้าลง ผลผลิตภาพแรงงานไทยอาจเพิ่มขึ้นช้า ปัญหาการค้ำมนุษย์และการขาดการคุ้มครองทางสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็น ซึ่งจะเป็นปัญหาต่อเนื่องที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของคนไทย อาทิ อาชญากรรม โรคระบาด และภาระทางการคลังของระบบบริการทางสังคม อย่างไรก็ตาม นับเป็นโอกาสในการพัฒนาสินค้าและบริการ ธุรกิจบริการที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558, หน้า 11) อีกทั้งความก้าวหน้าทางการแพทย์ และสาธารณสุข ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาว จำนวนผู้สูงอายุจึงเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ จากภาวะนี้ทำให้หลายประเทศในโลกรวมทั้งประเทศไทยด้วย มีความตื่นตัวและเตรียมการเพื่อรองรับ และให้การดูแลประชากรกลุ่มนี้มากขึ้น การดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนับว่าเป็นภารกิจที่สำคัญสำหรับครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม เพื่อให้เกิดการดูแลเอื้ออาทรแก่ผู้สูงอายุซึ่งนับว่าเป็นผู้ที่ทำ ประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมมาก่อน จนถึง

วัยที่ท่านสมควรได้รับการตอบแทนโดยการดูแลและห่วงใยท่านเช่นเดียวกับงานที่ท่านได้ทำมา (เกษร ลำภาทอง, 2554, หน้า 154-152)

การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นนับว่ามีความสำคัญ โดยเฉพาะภาครัฐที่จะต้องมีการต่าง ๆ ไว้รองรับ โดยจะต้องมีการปรับปรุงฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้ทันสมัย เพื่อที่จะได้ติดตามดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด และให้ความช่วยเหลือได้อย่างทั่วถึง และตรงกับความต้องการอย่างแท้จริง จะต้องสร้างหลักประกันด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่ดี ต้องเตรียมดูแลระยะยาว เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยการสร้างหลักประกันด้านรายได้ เช่น การส่งเสริมการออมเพื่อวัยหลังเกษียณ ส่งเสริมการทำงานของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุมีรายได้และได้ใช้ประสบการณ์และศักยภาพอย่างเต็มที่ รวมถึงการแก้ปัญหาการขาดแคลนแรงงานด้วย และจะต้องสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชนให้สามารถดูแลปัญหาผู้สูงอายุได้ด้วยตนเองให้มากที่สุด และที่ผ่านมา พบว่า มีงานวิจัยหลายเรื่องได้ศึกษาประเด็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น งานวิจัยของ (สมพร ใจสมุทร, 2547, หน้า 74) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต และงานวิจัยของ (สมพิศ พรหมเดช, 2537, หน้า 63-65) ซึ่งพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเช่นกัน แสดงว่า นอกเหนือจากมาตรการที่ทางภาครัฐจะต้องเตรียมการไว้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายครบทั้ง 5 หมู่ การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับช่วงอายุ มีการระมัดระวังเรื่องการเกิดอุบัติเหตุ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากบุคคลใกล้ชิด ในเรื่องต่าง ๆ ทั้งเงินทอง สิ่งของเครื่องใช้คำแนะนำ รวมทั้งการได้รับความรัก ความห่วงใย สิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สืบเนื่องจากรัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนแม่บทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีการพัฒนาด้านสุขภาพภายใต้หลักการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการฟื้นฟูสภาพให้มีการผสมผสานในหลักการทำงานเชิงรุกและเชิงรับที่สอดคล้องนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ข้อ 5 กล่าวว่าผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพ อนามัยตนเองต้องมีหลักประกัน และสามารถเข้าถึงหลักประกันและเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างครบวงจร โดยเท่าเทียมกัน เป้าหมายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เน้นดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งที่สำคัญด้านสังคมเป็นการขับเคลื่อนให้ชุมชนเข้าใจตระหนักในปัญหาที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต

การป้องกันปัญหาผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นไม่สามารถขับเคลื่อนได้เพียงกลุ่มคนกลุ่มเดียว ระบบสุขภาพผู้สูงอายุจะขับเคลื่อนได้คืบหน้า ต้องมีกลไกทางสังคม กลไกทางการเมือง กลไกความรู้ที่ต้องเคลื่อนพร้อม ๆ กัน (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาด้านการสาธารณสุข, 2545)

ในขณะเดียวกันปัญหาสุขภาพ และการพัฒนาวิทยาศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพด้วยการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่มีสาเหตุหลักมาจากการขาดการดูแลตนเองทางชุมชนจึงได้นำยุทธศาสตร์จากความต้องการและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์การสร้างกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม โดยให้ความรู้การดูแลสุขภาพจิตที่ดีและสังคมมีส่วนร่วมสร้างความมีคุณค่า และสามารถดูแลตนเองได้

การส่งเสริมสุขภาพ เป็น กระบวนการเพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นในการที่จะบรรลุสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม บังคับบุคคล หรือกลุ่มบุคคลจะต้องมีความสามารถที่จะบ่งบอกและตระหนักถึงความปรารถนาตอบสนองความต้องการของตนเอง และสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงและปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม (พิสมัย จันทวิมล, 2541, หน้า 57) ซึ่งการเพิ่มความสามารถของคนในการดูแลสุขภาพตนเองต้องอาศัยความช่วยเหลือระหว่างคนในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

จากสาระสำคัญในประเด็นดังกล่าวเป็นเหตุให้เกิดการปฏิรูปสุขภาพโดยองค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่าสุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม อยู่ในสังคมที่มีสันติสุข ไม่เฉพาะการไม่พิการหรือไม่มีโรคเพียงเท่านั้น (WHO Geneva, 1986 อ้างถึงใน พิสมัย จันทวิมล, 2541, หน้า 3) “สุขภาพที่ดีเป็นสิทธิ์ของทุกคน ทุกคนควรมีโอกาสที่จะเข้าถึงการมีสุขภาพที่ดีได้อย่างแท้จริง โดยทุกคนจะต้องร่วมสร้างสุขภาพดี” ซึ่งจากคำนิยามความหมายของสุขภาพแสดงให้เห็นชัดว่าสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางใจ และทางสังคมเป็นจุดมุ่งหมายของบุคคลและสังคม เป็นอุดมการณ์แห่งการปฏิรูปสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งแห่งความมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และสิทธิดังกล่าวจะเกิดขึ้นไม่ได้ถ้าบุคคลไม่มีหน้าที่ไม่มีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพที่ดีให้เกิดขึ้นแก่ตนเอง คนอื่น และสังคม ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานของการสร้างสุขภาพ

ปัจจุบัน การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ ในประเทศไทย มีความสำคัญอย่างยิ่งจะเห็นได้ว่ามีการส่งเสริมด้านนี้ ได้แก่ระดับประเทศ จังหวัดและชุมชน ที่ดำเนินการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเอง มีหลายชุมชนที่ประสบผลสำเร็จและดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ได้รับการส่งเสริมจากภาครัฐ หน่วยงานราชการ และการพึ่งตนเองของชุมชน

ดังนั้นผู้สูงอายุ ควรได้รับการส่งเสริมการเอาใจใส่ แม้จะมีความก้าวหน้าศึกษาอย่างไม่หยุดนิ่ง แต่ไม่มีใครเอาชนะความชราได้ ด้วยเหตุดังกล่าวการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชนจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจ เพื่อนำความรู้ ประสบการณ์มาเผยแพร่ให้สาธารณชนได้ทราบอย่างทั่วถึง และยังเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่ต้องการศึกษาเรื่องการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนแบบมีส่วนร่วมต่อไป

ตั้งกรณีชุมชนโนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ. 2558 มีประชากร 560 คน 200 ครัวเรือน เป็นผู้สูงอายุ 60ปี ขึ้นไป มีจำนวน 71 คน ชาย 22 คน หญิง 49 คน จากข้อมูลอาสาสมัครพัฒนาชุมชน บ้านโนนวัฒนา พบว่า ผู้สูงอายุมีความเครียดมากกว่าปกติ ที่ต้องได้รับการแก้ไข ร้อยละ 36 ส่วนการดูแลเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพด้านออกกำลังกายต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 45.45 (เกณฑ์ร้อยละ 60)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการวิจัย เพื่อศึกษาเรื่องการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วม ของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีต่อแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

### คำถามในการวิจัย

1. กลุ่มผู้สูงอายุของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี มีสุขภาพเป็นอย่างไร
2. แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เป็นอย่างไร
3. ความคิดเห็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีต่อแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เป็นอย่างไร

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีส่วนร่วมของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี มีขอบเขตการศึกษาดังนี้

### ขอบเขตด้านเนื้อหา

1. ศึกษาถึงสุขภาพองค์รวมของกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
2. ศึกษาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
3. ศึกษาถึงความเห็นของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีต่อแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

### ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ศึกษาคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปในชุมชน โนนวัฒนา เป็น 67 คน ชาย 25 คน หญิง 42 คน

### ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ ชุมชน โนนวัฒนามีครัวเรือน มี 200 ครัวเรือน (2558) มีประชากร 560 คน

### ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ มกราคม-ธันวาคม พ.ศ. 2558

## ค่านิยมศัพท์

**ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นเพศชาย และเพศหญิงของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

**การส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟู โดยควรเน้น ให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมและงานป้องกันเป็นเรื่องสำคัญ และต้องทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ ผู้สูงอายุป่วย เพื่อหลีกเลี่ยงการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงจากการรักษาพยาบาล โดยสามารถจำแนกออกเป็น 5 อ.

**การมีส่วนร่วม** หมายถึง การเข้าไปร่วมในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนเป็นฐานครอบคลุมการมีส่วนร่วมในการคิดริเริ่มตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการวางแผน

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องในการกำหนดดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และการใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนเป็นฐาน

**ชุมชน** หมายถึง กลุ่มคนที่อยู่ร่วมกันภายใต้พื้นที่ที่มีขอบเขตชัดเจน มีวัฒนธรรม มีค่านิยม ธรรมเนียมปฏิบัติร่วมกัน มีความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์ มีความเอื้ออาทร และเรียนรู้ร่วมกันพัฒนาการสืบเนื่องต่อกันมา

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้สูงอายุได้เรียนรู้การดูแลสุขภาพด้วยตัวเอง โดยมีส่วนร่วมของชุมชนและใช้หลัก 5 อ. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น
2. ชุมชนมีความตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมากกว่าซ่อมแซมสุขภาพ
3. แนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถไปประยุกต์ใช้ในชุมชนอื่น ๆ ได้



## บทที่ 2 ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชนโนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ

### ความหมาย แนวคิด และทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

#### 1. ความหมายแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก ให้คำจำกัดความว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองในการที่จะบรรลุสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม บังเอิญบุคคล หรือกลุ่มคนจะต้องมีความสามารถที่จะบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง ที่จะตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ของตนเอง และสามารถที่จะปรับเปลี่ยนหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม (พิสมัย จันทวิมล, 2541, หน้า 57)

ประเวศ วะสี (2541, หน้า 15) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุดในการปฏิรูประบบสุขภาพ ประกอบด้วย การที่สังคมมีจิตสำนึกหรือจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพและเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน ระบบบริการสังคม สื่อมวลชน ตลอดจนนโยบาย อาจเรียกกระบวนการนี้ว่าการส่งเสริมสุขภาพสำหรับคนทั้งหมด (Health Promotion for All) คนทั้งหมดส่งเสริมสุขภาพ (All for Health Promotion) หรือคนทั้งหมดมีสุขภาพดี (Good Health for All)

เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่ยกระดับและเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคลให้มีสุขภาพดี (Well-being) และมีผลกระทบโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความผาสุกเพื่อนำไปสู่สุขภาพดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (Healthy People) เน้นพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพดี

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2541, หน้า 17-18) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนมีความสามารถควบคุมและเสริมสร้างสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น

สภาวะพื้นฐานและทรัพยากรสำหรับสุขภาพ ได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบสิ่งแวดล้อมที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืนและความเป็นธรรมของสังคม

การส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการเพิ่มความสามารถของตนในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น ในการที่จะบรรลุสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้ง ร่างกาย จิตใจ บัณฑิตบุคคล หรือกลุ่มบุคคลจะต้องมีความสามารถที่จะบ่งบอก และตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง และสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม (พิสมัย จันทวิมล, 2541, หน้า 57) จากการประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 1 ณ กรุงออกตาวา ประเทศแคนาดา ที่ประชุมได้ประกาศ “กฎบัตรออกตาวา” เพื่อเสนอกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ 3 ประการ คือ 1) การชี้นำด้านสุขภาพ (Advocacy) 2) การเพิ่มความสามารถ (Enabling) ให้ทุกคนบรรลุถึงศักยภาพสูงสุดด้านสุขภาพ 3) การไกล่เกลี่ย (Mediating) ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคมมุ่งหมายด้านสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนในการคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจเลือกและกำหนดแนวทางการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน 5 ประการ คือ

1. สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build Public Policy)
2. สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment)
3. เสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง (Strength Community Action)
4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้เข้มแข็ง (Develop Person Skill)
5. การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (Reorient Skills)

จากคำกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการทางสังคม และการเมืองที่สำคัญในการพัฒนา หรือปฏิรูปสุขภาพ ที่เพิ่มทักษะความสามารถในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของปัจเจกบุคคลให้ดีขึ้น เพื่อควบคุมกิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคลให้เกิดจิตสำนึก และพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวก ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับครองชีวิตตนเองให้เข้ากับสภาวะสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ทั้งยังช่วยพัฒนาความสามารถของปัจเจกบุคคล กลุ่มองค์กร ชุมชน ในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ เป็นกระบวนการที่สอดคล้องปรัชญาประชาธิปไตยที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและความเข้มแข็งของชุมชน

ครอบครัวไทยแต่เดิมมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย มีครอบครัวหลายช่วงอายุ อย่างน้อย 3 รุ่น คือ 1) รุ่น ปู่ ย่า ตา ยาย 2) รุ่น พ่อ แม่ 3) รุ่นลูก เป็นครอบครัวที่มีความร่วมมือกันในการกิจกรรมด้านต่าง ๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ การศึกษา การอบรมเลี้ยงดู การปลูกฝังจริยธรรม คุณธรรม ค่านิยม

ความเอาใจใส่ในสภาวะวิกฤต คนในครอบครัวมีความอบอุ่นและปลอดภัย ครอบครัวทำหน้าที่เป็นแหล่งหล่อหลอมความเป็นมนุษย์ และมีผลต่อคุณภาพสังคม ครอบครัวไทยถือว่า ผู้สูงอายุ

คือ บุพการีที่ต้องให้ความอุปการะ เลี้ยงดูจนตราบเท่าชีวิตจะหาไม่ ในทำนองเดียวกัน ผู้สูงอายุได้ตั้งความหวังไว้ว่า การสร้างครอบครัวมีลูกหลาน เพื่อจะหวังพึ่งยามเฒ่าชรา หวังฝากผีฝากไข้ สังคมไทยในอดีตเป็นสังคมในระบบอุปถัมภ์ เป็นสังคมในระบบครอบครัวใหญ่ เป็นสังคมที่ผู้น้อยนับถือยกย่องผู้ใหญ่ เป็นสังคมที่เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กัน คนส่วนใหญ่ถือว่าครอบครัวเป็นระบบสนับสนุนที่สำคัญ ครอบครัวให้การปกป้องเลี้ยงดูตั้งแต่เรายังไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง จนถึงการมีชีวิตอยู่รอด ครอบครัวให้ความมั่นคงปลอดภัย ให้ความรัก และสร้างพื้นฐานบุคลิกภาพ (อุทัยวรรณ นพรัตน์, 2553, หน้า 1-2)

วิทยาการผู้สูงอายุ หรือพหุสาขาวิชา (Gerontology) คือ การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุซึ่งนักวิชาการที่ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุ พยายามหาความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” (Elderly) ในแง่มุมที่แตกต่างกันมากนัก เนื่องจากการยากที่จะกำหนดให้ชัดเจนว่า บุคคลใดเป็นผู้ที่อยู่ในวัยชรา คำว่าผู้สูงอายุ เป็นคำที่พลตำรวจตรีหลวงอรุณ สิริสุนทร ได้บัญญัติและนำมาใช้เป็นครั้งแรกในการประชุมแพทยอาวุโสและผู้สูงอายุจากองค์กรต่าง ๆ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 จนได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นคำที่ไพเราะให้ความรู้สึกที่ดีกว่าคำว่า “คนแก่” หรือ “คนชรา” และมีผู้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้อย่างมากมาย เช่น สำหรับประเทศไทย ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป โดยถือเกณฑ์มติที่ประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุแห่งโลก (World Assembly on Aging) ว่า อายุ 60 ปีขึ้นทั้งชายและหญิง โดยนับอายุตามปฏิทิน เป็นมาตรฐานสากลในการเป็นผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยได้มีการบัญญัติ คำว่า ผู้สูงอายุ ขึ้นเป็นครั้งแรก เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2525 ในการประชุมระหว่างแพทยอาวุโสและผู้สูงอายุ จากวงการต่าง ๆ และใช้เป็นเกณฑ์ในการเกษียณอายุสำหรับข้าราชการด้วย (นันทวล ศรีจาด, 2540, หน้า 4)

นักวิชาการบางท่านเสนอว่า ประเทศไทยควรจะเปลี่ยนไปใช้อายุ 65 ปี เป็นเกณฑ์กำหนด เพราะปัจจุบันนี้คนไทยอายุยืนมากขึ้นกว่าแต่ก่อน โดยมีอายุคาดเฉลี่ยประมาณ 72 ปี และอีกประการคือ คนไทยที่อายุในช่วง 60-64 ปีนั้น ส่วนใหญ่ยังมีสุขภาพดี และอย่างน้อย 2 ใน 3 ของคนในกลุ่มอายุที่ยังเป็นแรงงานที่ทำการผลิตอยู่ (ชินอุทัย กาญจนะจิตรา และคนอื่น ๆ , 2550, หน้า 69)

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุไทย ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (ชินอุทัย กาญจนะจิตรา และคนอื่น ๆ , 2550, หน้า 89)

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60-69 ปี
2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี
3. กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย คือ ผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป

จากความหมายของผู้สูงอายุที่ได้กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่พ้นจากการทำงาน มีสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเสื่อมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในทางที่เสื่อมลงมีบทบาททางสังคม และกิจกรรมในการประกอบอาชีพลดลง

ความสูงอายุ (Aging) หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ดังนั้นความสูงอายุ หรือความชราภาพจึงเกี่ยวข้องกับความเสื่อมถอยทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามอายุ วัยสูงอายุเป็นวัยที่บุคคลต้องเผชิญกับวิกฤติการณ์บางอย่างมากมาย อันเริ่มมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งโดยมากเป็นไปในทางลบ (ศิริรงค์ ทับสายทอง, 2533, หน้า 4) ดังนั้น ความชราภาพจึงเกี่ยวข้องกับความเสื่อมถอยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความสามารถทางร่างกายลดลง ความสามารถในการปรับตัวกับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ลดลง โดยสามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะด้วยกัน คือ

1. ความชราภาพแบบปฐมภูมิ (Primary Aging) เป็นความชราภาพที่เกิดขึ้นกับทุกคนตามธรรมชาติไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กล่าวคือ เมื่อวัยยะต่าง ๆ ในร่างกายมนุษย์ถูกใช้งานมานานย่อมเกิดความเสื่อมโทรม เสื่อมสภาพไปตามอายุขัยของการใช้งาน ซึ่งการเสื่อมโทรมของเซลล์ในร่างกายนี้ส่งผลให้เห็นเด่นชัดทีละน้อย เช่น ผิวหนังเริ่มเหี่ยวย่น สายตายาว พละกำลังเริ่มถดถอย เป็นต้น

2. ความชราภาพแบบทุติยภูมิ (Secondary Aging) เป็นความชราภาพที่มนุษย์สามารถหลีกเลี่ยงได้ ความชราภาพลักษณะนี้เกิดจากการปล่อยปละละเลย ไม่ห่วง ไม่กังวล ไม่รักษาสุขภาพร่างกาย ใช้ร่างกายทำงานหนักจนเกินกำลัง การรับประทานอาหารมากเกินไป การดื่มสุรา สูบบุหรี่พักผ่อนไม่เพียงพอ ในบางกรณีเกิดจากโรคร้ายมาเบียดเบียนก่อให้เกิดความชราภาพแบบทุติยภูมิได้ ความสูงอายุ หรือความชราภาพจึงเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อนและน่าสนใจ มนุษย์ทุกคนต้องประสบภาวะนี้ ที่กล่าวว่าสลับซับซ้อนเนื่องจากกระบวนการของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ (Physiological) ทางอารมณ์ (Emotional) การเรียนรู้สติปัญญา (Cognitive) เศรษฐกิจ (Economic) และทางส่วนตัว (Interpersonal) ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ดังคำกล่าวที่ว่า “ยิ่งอายุมากขึ้นเท่าไรก็จะยิ่งแตกต่างมากขึ้นเท่านั้น” (As we grow older, we become more unlike each other) คำกล่าวนี้เป็นที่ยอมรับอย่างมาก ดังนั้นกระบวนการเกี่ยวกับความชราภาพจึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจเพราะความสูงอายุมีผลกระทบต่ออย่างรวดเร็วในสังคม

สรุปได้ว่า ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุและสภาวะสูงอายุเกี่ยวข้องกับความชราหรือผู้สูงอายุซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในวงจรชีวิตระยะสุดท้าย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในสังคมจึงควรมีการประสานสัมพันธ์และให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพราะมีผลกระทบต่อโครงสร้างทางสังคมและมีผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ ทุกคนจึงควรให้ความสนใจกับการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่เป็นภาระต่อสังคม

กระบวนการสูงอายุ เป็นกระบวนการภายใต้เงื่อนไขเชิงโครงสร้างของแต่ละสังคม ซึ่งเป็นผู้ให้ความหมายหรือตีความเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ ทำให้อายุเริ่มต้นที่ใช้ในการนิยามผู้สูงอายุ หรือระบุการเข้าถึงความสูงอายุนั้นของบุคคลที่ใช้อยู่ในปัจจุบันไม่สามารถอธิบายถึงหลักการและเหตุผลที่ชัดเจน หรือเกณฑ์ข้อตกลงที่เป็นสากล โดยทั่วไปพิจารณาจากองค์ประกอบในด้านต่าง ๆ เช่น การสูงอายุตามวัยหรือตามปฏิทินที่ผ่านไป การเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาของสภาร่างกายและความสามารถในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิต หรือการเปลี่ยนแปลงของสภาพและบทบาททางสังคมของบุคคล มาตรฐานที่ใช้ในการกำหนดได้ ส่วนใหญ่เป็นการกำหนดโดยใช้อายุตามปฏิทินของบุคคลที่เชื่อว่าสามารถแสดงถึงช่วงวัยของบุคคลที่มีลักษณะของความสูงอายุนั้นแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม (Glascok & Feinman, 1981 อ้างถึง สุขาดา ทวีสิทธิ์, 2553) ความสูงอายุนั้นแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ ลักษณะแรกเป็นความสูงอายุนั้นแบบปฐมภูมิ (Primary Aging) เกิดขึ้นตามธรรมชาติ หลีกเลียงไม่ได้ ลักษณะที่สองเป็นความสูงอายุนั้นแบบทุติยภูมิ (Secondary Aging) มักเกิดจากการปล่อยปละละเลยไม่สนใจ หรือไม่รักษาสุขภาพ เช่น การใช้ร่างกายทำงานหนักเกินไป (สุรกุล เจนอบรม, 2541, หน้า 7)

ความสูงอายุนั้นอาจแบ่งได้ 2 ลักษณะ (สุรกุล เจนอบรม, 2541, หน้า 4-5) ประการแรกคือความสูงอายุนั้นแบบปฐมภูมิ (Primary Aging) เป็นความสูงอายุนั้นที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ หลีกเลียงไม่ได้ กล่าวคือ เมื่อวัยวะและเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายถูกใช้งานมานานจะเกิดความเสื่อมโทรม หรือเสื่อมสภาพตามอายุขัย ร่างกายเสื่อมโทรม ซึ่งเห็นได้ชัดขึ้นทีละน้อยเมื่ออายุสูงขึ้น เป็นต้น ประการที่สองคือ ความสูงอายุนั้นแบบทุติยภูมิ (Secondary Aging) ความสูงอายุนั้นในลักษณะนี้มักเกิดจากการปล่อยปละละเลยไม่สนใจ หรือไม่รักษาสุขภาพ เช่น การใช้ร่างกายทำงานหนักเกินไป พักผ่อนไม่เพียงพอ ดื่มสุราจัดและสูบบุหรี่จัด หรือมีโรคภัยไข้เจ็บมาเบียดเบียนอยู่เสมอ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดความสูงอายุนั้นแบบทุติยภูมิได้

บรรลู่ ศิริพานิช (2542, หน้า 42) ได้แยกผู้สูงอายุตามอายุและภาวะสุขภาพออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มผู้สูงอายุระดับต้น (The Yong-Old) เป็นผู้มีอายุ 60-70 ปี มีการเปลี่ยนแปลงสภาร่างกายและสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงไปไม่มาก สามารถช่วยตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ และเพียงผ่านวัย

ที่มีประสพการณ์มาก จึงควรรนำผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไปช่วยงานสร้างสรรค์ต่อวิชาการและดูแลผู้สูงอายุวัยอื่น กลุ่มที่สองคือ ผู้สูงอายุระดับกลาง (The Middle–Old) เป็นผู้มีอายุ 71-80 ปีมีการเปลี่ยนแปลงสภาวะร่างกายและสรีรวิทยาไปแล้วเป็นส่วนใหญ่ มีความพร้อมในการดูแลตนเอง เริ่มมีความจำเป็นหรือต้องการดูแลจากบุคคลอื่นในสิ่งที่พร่องไป และสุดท้ายคือ กลุ่มผู้สูงอายุระดับปลาย (The Old–Old) เป็นผู้มีอายุ 81 ปี ขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาไปอย่างเห็นได้ชัดเจน มีความพร้อมในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องการดูแลจากบุคคลอื่น

ธราธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม (2550) ได้สรุปการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ 3 ด้าน คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระภาพ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม โดยระบุว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะมีการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ทุกระบบ ทั้งระบบประสาท และต่อมไร้ท่อต่าง ๆ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลง เกิดโรคได้ง่าย ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจนั้น เกิดจากการสูญเสียบทบาทในครอบครัว หรือการสูญเสียอำนาจ รวมทั้งการไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาความเครียด ซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ที่ทำให้ความสามารถของผู้สูงอายุลดลง บทบาททางสังคมก็ลดลง ทำให้รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ประโยชน์ ส่วนด้านความต้องการของผู้สูงอายุที่พบว่า ผู้สูงอายุอยากมีสุขภาพที่ดีทั้งทางกายและใจ มีสถานที่ออกกำลังกาย และมีอาชีพเสริม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุไม่ยอมเป็นภาระให้แก่ลูกหลานมาดูแล

ธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุมีสาระสำคัญที่สรุปได้ 3 ด้านคือ (สุรกุล เชนอบรม, 2532, หน้า 19-22)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Physiological Changes) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ ที่สำคัญคือ อวัยวะและระบบการทำงานของร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไปสู่สภาพความเสื่อม เช่น

1.1 ระบบต่าง ๆ ได้แก่ ต่อมไทรอยด์จะขับน้ำลายลดน้อยลง ต่อมไร้ท่อเสื่อมจึงเกิดเป็นโรคเบาหวานได้ง่าย ต่อมพิทuitary บางเหลี่ยม ขี้มัน ได้พิทuitary ลดลงพิทuitary แห่ง การปรับตัวของร่างกายไม่ดี

1.2 ระบบการย่อย มีการย่อยอาหารผิดปกติ เนื่องจากฟันหักเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด น้ำย่อยในกระเพาะอาหารลดน้อยลง ทำให้ย่อยอาหารประเภทเนื้อสัตว์ไม่ดีเกิดท้องอืด

1.3 ระบบประสาท มีการเปลี่ยนแปลงของสมอง สมองเสื่อม ความรู้สึก ความว่องไวต่อการรับรู้ลดลง ความสัมพันธ์ระหว่างสมองและกล้ามเนื้อจะเสียไป การทรงตัวไม่ดี มีอาการสั่นตามร่างกาย

1.4 ระบบทางเดินหายใจ โดยปอดจะเสื่อมลง ความยืดหยุ่นของปอดน้อยลง ทำให้หายใจเร็ว เหนื่อยง่าย และรับออกซิเจนได้น้อยลง

1.5 ระบบหลอดเลือด โดยหลอดเลือดแข็ง ความดันโลหิตสูงขึ้น ออกซิเจนสู่สมองน้อย เส้นเลือดไปเลี้ยงหัวใจเสื่อม ลิ้นหัวใจแข็งเกิดโรคหัวใจได้ง่าย

1.6 ระบบทางเดินปัสสาวะ ไตเสื่อมสมรรถภาพขับของเสียออกจากร่างกายได้น้อย แต่ขับน้ำออกมามากจึงถ่ายปัสสาวะบ่อย กล้ามเนื้อหูรูดกระเพาะปัสสาวะไม่ดี กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะยึดหย่อนทำให้ถ่ายปัสสาวะไม่หมดและตกค้าง ทำให้ปัสสาวะไหลง่าย ในชายต่อมลูกหมากจะโต ทางด้านระดับสติปัญญาพบว่า ความจำเสื่อม โดยเฉพาะความจำในเหตุการณ์ปัจจุบัน (Recent Memory) ระบบประสานงานระหว่างประสาทสัมผัสกับความคิดอ่านจะเสื่อมลง เป็นผลให้ดูเหมือนว่าผู้สูงอายุมีสติปัญญาเสื่อมถอย

จากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาในผู้สูงอายุ คือ เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งพบว่า 4 ใน 5 คน ของผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค มีโรคประจำตัว มีปัญหาสุขภาพ สุขภาพอ่อนแอ มีปัญหาเกี่ยวกับฟันและตา และส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาทมีอาการหลงลืมง่าย

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ในวัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงซึ่งกันไปในด้านลบ ได้แก่

2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทั้งนี้เพราะมีเพื่อนฝูง บุคคลที่เป็นญาติสนิท หรือคู่ชีวิตตายจากทำให้เกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ก่อให้เกิดความเหงา

2.2 การสูญเสียสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจเนื่องจากวัยอันควรที่จะต้องออกจากการทำงาน คือ ปลดเกษียณ ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลง เนื่องจากหมดภาระติดต่อด้านธุรกิจการงาน หรือหมดภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ ไร้คุณค่าไม่มีความหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังมีผลให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม และขณะเดียวกันทำให้ขาดรายได้ลดน้อยลง ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2.3 การสูญเสียสัมพันธภาพภายในครอบครัว เนื่องจากในวัยนี้มักจะมีครอบครัว และโดยเฉพาะลักษณะของสังคมในปัจจุบันที่มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อ แม่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาททางด้านกรให้คำปรึกษาดูแลและสั่งสอนลูกหลานจึงน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความหว้าเหว่และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง

2.4 การสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่สำคัญอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกาย ทำให้เกิดการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศไม่สามารถ

ตอบสนองความต้องการทางเพศในวัยสูงอายุได้ แต่เคยมีผู้ศึกษาพบว่า ชายสูงอายุที่สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ยังมีความต้องการทางเพศแม้จะมีวัยถึง 90 ปี การไม่ตอบสนองความต้องการทางเพศในวัยสูงอายุนอกจากมีสาเหตุจากการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศแล้ว เหตุผลทางวัฒนธรรมโดยเฉพาะเจตคติทางสังคมที่มีต่อเพศสัมพันธ์ในวัยผู้สูงอายุว่าเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม นับเป็นสิ่งที่ขัดขวางความต้องการทางเพศและมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับสาเหตุของปัญหาทางกายภาพแลทางจิตของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมไทยที่ออกไปทางตะวันตกมากขึ้นย่อมเกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงทางสภาพสังคมปัจจุบันได้เกิดกับผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านเศรษฐกิจ บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงานตลอดจนบทบาทในครอบครัว ผู้สูงอายุที่เคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัวกลับกลายเป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี ความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ 2) การถูกทอดทิ้ง ผลของการเปลี่ยนแปลงสังคมจากสังคมแบบดั้งเดิมไปสู่สังคมสมัยใหม่ทำให้เกิดการขยายตัว หรือการเติบโตของชุมชนเมือง การดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุที่เป็นภาระประกอบอาชีพอื่นไม่ได้หรือไม่มีคุณค่าทางเศรษฐกิจมักจะถูกทิ้ง 3) การเสื่อมความเคารพ ในสมัยก่อนผู้สูงอายุได้รับการเคารพนับถือจากผู้อ่อนอาวุโสในฐานะที่เป็นผู้มีประสบการณ์ผู้แนะนำสั่งสอน แต่ในปัจจุบันค่านิยมเหล่านี้กำลังเปลี่ยนไปตามตัวอย่างสังคมอเมริกาหรือยุโรปที่ยึดถืออิสรภาพส่วนบุคคลและคิดว่าผู้สูงอายุเป็นคนที่ไม่ทันต่อเหตุการณ์ ผู้สูงอายุควรอยู่ส่วนผู้สูงอายุ ส่วนคนหนุ่มสาวอยู่ตามทางของคนหนุ่มสาว ซึ่งความคิดเช่นนี้ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยขึ้น

สรุปความเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จะเป็นการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมขึ้นทุก ๆ ด้าน ดังนั้นจำเป็นต้องเตรียมสภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรที่มีค่า เป็นขุมกำลังสติปัญญาของประเทศชาติต่อไป เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2546 มีมากถึง 6.2 ล้านคน หรือ 10% ของประชากรทั้งหมด และอีก 10 ปี ข้างหน้าจะเพิ่มจำนวนเป็น 10 ล้านคน หรือ 15 % ของจำนวนประชากร (บรรลุ ศิริพานิช, 2546, หน้า 3)

ปัญหาสภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุไทย ได้แก่ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2546)

1. โรคข้อเสื่อม ปวดข้อเรื้อรัง ร้อยละ 55-70
2. โรคตา ร้อยละ 40-45
3. การหกล้ม ร้อยละ 20
4. ท้องผูก ร้อยละ 20-25

5. โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20-30
6. ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 20
7. โรคเบาหวาน ร้อยละ 8-12
8. ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ร้อยละ 15-20
9. โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง ร้อยละ 4-5
10. โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 3-7
11. โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 2-3
12. กลุ่มอาการสมองเสื่อม ร้อยละ 3-4

## 2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ มีทฤษฎีมากมายในงานวิจัยนี้จะกล่าวถึงทฤษฎีที่อธิบายการเปลี่ยนแปลงตามความสูงอายุ ดังนี้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

1. ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biologic Theories) คือ การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ ไม่แตกต่างระหว่างบุคคล เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลาควบคุมไม่ได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์และเนื้อเยื่อของร่างกาย ผลของการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การแบ่งตัวของเซลล์ยิ่งมากขึ้นยิ่งก่อให้เกิดความผิดปกติของเซลล์ ทำให้เซลล์ทำหน้าที่ไม่ได้ ดังนี้

1.1 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theories) อธิบายว่า ความสูงอายุก่อเกิดจากการสะสมสารที่เกิดจากการเผาผลาญไขมัน ประกอบกับการได้รับการกระตุ้นจากความร้อน แสง และรังสี ก่อให้เกิดสารที่เรียกว่า อนุมูลอิสระ (Free Radicals) ซึ่งเป็นโมเลกุลที่ขาดอิเล็กตรอนไปหนึ่งตัว มีผลให้โมเลกุลออกซิเจนตัวนั้นมีประจุเป็นลบและมีความไวต่อปฏิกิริยาทางอิเล็กตรอนสูง จึงเกาะกับโมเลกุลตัวอื่นและทำลายโมเลกุลตัวนั้นด้วยการแย่งอิเล็กตรอนไป ส่วนโมเลกุลที่ถูกแย่งอิเล็กตรอนไปจะพยายามไปดึงอิเล็กตรอนจากโมเลกุลตัวอื่น ๆ เป็นลูกโซ่ไปเรื่อย ๆ อนุมูลอิสระก่อให้เกิดอนุมูลอิสระเพิ่มขึ้นอีก อนุมูลอิสระทำลายโปรตีน เอนไซม์ และ DNA โดยเข้าไปแทนที่โมเลกุลต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบพันธุกรรม การทำงานของเซลล์จึงผิดปกติมากขึ้นเรื่อย ๆ จนส่งผลให้เนื้อเยื่อวัยชราเสื่อมลง ในที่สุดการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ร่างกายจึงเสื่อมโทรมลงมีความเสื่อมของร่างกายก่อนวัย โดยเฉพาะอวัยวะที่สัมผัสกับลมและแสงแดดมากกว่าบริเวณอื่นของร่างกาย เช่น มือ และใบหน้า ผิวหนังบางลง มองเห็นหลอดเลือดได้ชัดเจน และหลอดเลือดเหล่านี้เปราะบางเกิดรอยเหี่ยวย่น แนวคิดใหม่ที่สอดคล้องกับทฤษฎีอนุมูลอิสระ คือ ทฤษฎีจำกัดพลังงาน (Caloric Restriction or Metabolic Theory) จึงเชื่อว่าการจำกัดพลังงานในอาหารที่รับประทานช่วยลดกระบวนการเผาผลาญในร่างกายให้ช้าลง โดยเฉพาะไขมัน อุณหภูมิในร่างกายต่ำลงมีผลให้ปฏิกิริยาทางชีวเคมีช้าลงด้วย

1.2 ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-linking Theory) หรือทฤษฎีคอลลาเจน (Collagen Theory) เชื่อว่าความสูงอายุเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของสารไขว้ขวาง (Cross-linking Agent) กล่าวคือ คอลลาเจน อิลาสติน และสารที่อยู่ภายในเซลล์เนื้อเยื่อ (Ground Substance) รวมทั้งสารที่อยู่ภายนอกเซลล์ (Extracellular Substance) เป็นกลุ่มสารไฮโปตีนที่ประกอบเป็นโครงร่างของร่างกาย เป็นเนื้อเยื่อประคับประคองและให้ความแข็งแรง พบมากในผิวหนัง เอ็น กระดูก และกล้ามเนื้อ เนื่องจากคอลลาเจนเกิดการเชื่อมตามขวางภายในเซลล์พบได้เมื่ออายุมากขึ้น เมื่อเนื้อเยื่อคอลลาเจนมีการเปลี่ยนแปลงทำให้ที่ลักษณะแข็ง แดกแห้ง สูญเสียความยืดหยุ่น มีผลให้ความคล่องตัวในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงและเนื้อเยื่อสูญเสียความยืดหยุ่น เป็นผลให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะ เช่น ผิวหนัง ผนังหลอดเลือด ปอด หัวใจ กล้ามเนื้อ และกระดูก รวมทั้งเลนส์ในลูกตาซึ่งเป็นโปรตีนที่มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของสารไขว้ขวาง ทำให้มีความทึบแสงมากขึ้น และกลายเป็นต้อกระจก

1.3 ทฤษฎีการเสื่อมสลาย (Wear and Tear Theory) เชื่อว่าการบาดเจ็บเล็กน้อยที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากการใช้งานอวัยวะมาเป็นเวลานานหรือใช้อย่างหักโหมสะสมเรื่อย ๆ เมื่ออายุมากขึ้นจึงเกิดการตายของเซลล์เนื้อเยื่อ อวัยวะ ระบบต่าง ๆ ในร่างกายจะทำงานเสื่อมลง การเสื่อมสลายของเซลล์ก่อให้เกิดสารไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) ซึ่งเกี่ยวข้องกับอนุมูลอิสระที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการมีอายุมากขึ้น มีทฤษฎีที่คล้ายกัน คือ Defect Theory ที่เชื่อว่ามนุษย์ตายลงเนื่องจากการเสื่อมลงของร่างกายเมื่ออายุมากขึ้น และเป็นผลจากการสะสมการผ่าเหล่า ของ DNA ที่ทำหน้าที่ผิดปกติ ความเชื่อของทฤษฎีการเสื่อมสลายทำให้มองเห็นประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพและการชะลอความเสื่อมของร่างกาย

1.4 ทฤษฎีพันธุกรรม (Genetic Theory) เชื่อว่าความสูงอายุถูกควบคุมโดยพันธุกรรม (Genetic Program) ที่กำหนดอายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy) โดยกลไกภายในที่เรียกว่า “Genetic Clock” หรือ “Biological Clock” มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่ออายุมากขึ้น หรือความสูงอายุเป็นผลจากร่างกายหยุดหลังสารที่ทำให้ร่างกายเจริญเติบโต (Growth Substance) ทำให้เซลล์หยุดการเจริญเติบโตและไม่สร้างชิ้นใหม่ นอกจากนี้ยังมีความเชื่อที่ว่าความสูงอายุเกิดจาก Ribonucleic Acid (RNA) ทำหน้าที่ในการสังเคราะห์และแปลข่าวสารของเซลล์ที่ผิดปกติ

1.5 ทฤษฎีระบบประสาท ต่อมไร้ท่อและภูมิคุ้มกัน (Neuroendocrine-Immunologic Theory) เชื่อว่า ความสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งระบบประสาท ต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกัน ที่ทำหน้าที่ทำหน้าที่ลดลงหรือแตกต่างจากเดิม ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเป็นเครือข่ายที่ซับซ้อนระหว่างเซลล์ เนื้อเยื่อ และอวัยวะทำงานร่วมกัน เพื่อป้องกันร่างกายจากสิ่งแปลกปลอมภายนอก

ซึ่งสัมพันธ์กับการหลั่งฮอร์โมน เชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้นเซลล์ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกันจะถูกทำลาย

จากการศึกษาเกี่ยวกับสภาวะผู้สูงอายุได้มีทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในลักษณะของเนื้อหาสาระที่แตกต่างกันไป ทฤษฎีต่าง ๆ ที่กล่าวถึงต่อไปนี้เกิดจากความสนใจในการศึกษาเรื่องผู้สูงอายุ และสภาวะสูงอายุ ในปัจจุบันเรื่องราวที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นที่สนใจกันอย่างกว้างขวางตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น จึงมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ จนเกิดศาสตร์ใหม่ขึ้นคือ “พฤฒาวิทยา” หรือ “วิทยาการผู้สูงอายุ” (Gerontology) ซึ่งแบ่งการศึกษาเป็นหลายสาขา เช่น ชีววิทยาสังคมวิทยาแพทยพยาบาลและสาขาการศึกษา เป็นต้น (ธาดา วิมลวัตรเวที, 2542, หน้า 16-26) ดังนี้

### ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory)

1. ทฤษฎียีน (Gene Theory) คือ ชิ้นส่วนบนสายพันธุกรรม ดี เอ็น เอ ทำหน้าที่ควบคุมการสร้างโปรตีนในเซลล์ของสิ่งมีชีวิต มียีนที่เกี่ยวข้องกับความชราภาพ (Aging) และควบคุมอายุขัย (Life span) ยีนเหล่านี้ถูกกำหนดไว้ในสายพันธุกรรม ดี เอ็น เอ ตั้งแต่ระยะการแบ่งเซลล์ของตัวอ่อน (Embryo) แต่ยีนเหล่านี้ถูกกดทับไว้ไม่ให้ทำงาน จะเริ่มปฏิบัติงานเมื่อพ้นวัยเจริญพันธุ์แล้ว เมื่อยีนเหล่านี้ทำงานจะส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายลดลงและโครงสร้างของเซลล์เริ่มเปลี่ยนรูปร่างไป เช่น ผู้หญิงที่ใกล้หมดประจำเดือน ยีนที่ควบคุมการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) จะลดลง ทำให้ร่างกายเสื่อมลง เสี่ยงต่อการเกิดโรคปวดตามข้อ โรคความดัน และโรคหัวใจ เป็นต้น

2. ทฤษฎีการกำหนด (The Programmed Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เซลล์แต่ละเซลล์จะมีหน้าที่เฉพาะของตนเองตลอดไปจนกว่าจะหมดอายุขัย ยีนเป็นตัวกำหนดการเปลี่ยนแปลงตลอดช่วงอายุของคน

3. ทฤษฎีว่าด้วยการยึดเหนี่ยว (Cross-linking Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าปฏิกิริยาเคมีที่เกิดขึ้นภายในเซลล์สามารถยึดเหนี่ยวทำให้เกิดการยึดเหนี่ยวระหว่างโมเลกุลขนาดใหญ่ได้ ทำให้นาครูปปร่างของโมเลกุลต่าง ๆ เปลี่ยนไป เป็นสาเหตุให้ประสิทธิภาพการทำงานของเซลล์เปลี่ยนไปหรือเสื่อมลง และอวัยวะต่าง ๆ จึงเสื่อมโทรม

4. ทฤษฎีว่าด้วยอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าปฏิกิริยาเคมีของสารอนุมูลอิสระที่เกิดขึ้นในร่างกายเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสื่อมของเซลล์ในร่างกาย อวัยวะต่าง ๆ ทั้งร่างกายจึงเสื่อมโทรม

5. ทฤษฎีว่าด้วยความผิดพลาด (Error Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อคนมีอายุมากขึ้นยิ่งจะค่อย ๆ เกิดความผิดพลาด และถ้าความผิดพลาดนั้นเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จะทำให้เซลล์ของร่างกายเสื่อมหน้าที่หมดอายุขัยลงได้

6. ทฤษฎีว่าด้วยประสิทธิภาพการซ่อมแซม ดี เอ็น เอ ทฤษฎีนี้เชื่อว่า โดยธรรมชาติภายในเซลล์มีการสะสมผิดปกติ และมีระบบซ่อมแซมความผิดปกติ แต่ระบบซ่อมแซมนี้ไม่สามารถทำงานอย่างสมบูรณ์ไปตลอดชีวิต มักจะเสื่อมเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติของเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบซ่อมแซม ดี เอ็น เอ มีความผิดปกติจนทำให้เกิดความล้มเหลวในการทำงาน ทำให้เกิดความแก่ชราภาพและตายในที่สุด

7. ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมและถดถอย (Wear and Tear Theory) ทฤษฎีนี้ได้เปรียบเทียบกับสิ่งมีชีวิตเหมือนเครื่องจักรที่ใช้งานมานานแล้วย่อมมีการสึกหรอ ร่างกายผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกัน เซลล์ทุกเซลล์ทำงานมาเป็นเวลานาน หรือได้รับความเครียดมาก ย่อมเกิดความสึกหรอ เช่นกัน ประสิทธิภาพในการสร้างและซ่อมแซมด้อยลง ทำให้เกิดความเสื่อมและถดถอยของร่างกายได้มาก

8. ทฤษฎีว่าด้วยการสะสมของเสีย (Waste Product) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อเซลล์มีอายุมากขึ้น ประสิทธิภาพในการกำจัดของเสียจะลดลง ทำให้การสะสมของเสียไว้ในเซลล์มากขึ้น ของเสียที่สะสมในเซลล์จะเพิ่มขนาดใหญ่ขึ้นเมื่อเซลล์มีอายุมากขึ้น และเซลล์จะถูกทำลายไปอย่างช้า ๆ ทำให้ร่างกายเสื่อมโทรม

9. ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Somatic Mutation) ทฤษฎีนี้อธิบายได้ว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีสารบางชนิดเพิ่มขึ้น และเอนไซม์บางชนิดมีสารบางอย่างลดลงทำให้เกิดความเสื่อมโทรมของเซลล์ อวัยวะต่าง ๆ จึงเสื่อมโทรม

### **ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม (Psycho-social Theories of Aging)**

ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม ประกอบด้วยทฤษฎีต่าง ๆ ที่อธิบายถึงพฤติกรรม การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีหลักเกณฑ์ที่เชื่อถือได้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต เพื่อให้มีความสุข ในบั้นปลายของชีวิต ซึ่งมีมากมายหลายดังนี้ (ธาดา วิมลวัตรเวที, 2542, หน้า 24-26)

1. ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า บุคคลจะอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตนต่อบทบาทที่กำลังปฏิบัติอยู่อย่างเหมาะสม อายุจะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งในการกำหนดบทบาทของแต่ละบุคคล บุคคลจะปรับตัวต่อความเป็นผู้สูงอายุได้เพียงใด ขึ้นอยู่กับการยอมรับบทบาทของตนเองในแต่ละช่วงอายุที่ผ่านมา ซึ่งจะส่งผลไปถึงการยอมรับบทบาททางสังคมที่จะเปลี่ยนแปลงในอนาคต เช่น อายุครบ 60 ปี จะสูญเสียบทบาทการทำงานตามวาระเกษียณอายุ หรือสูญเสียบทบาทของการมีชีวิตคู่ เมื่อการถึงแก่กรรมของกลุ่มสมรส

เป็นต้น บุคคลดังกล่าวจะต้องสร้างบทบาททางสังคมขึ้นมาใหม่ทดแทน ซึ่งจะดีเพียงใดขึ้นอยู่กับบุคคลนั้น ๆ เห็นคุณค่าของตนเองเป็นสำคัญด้วย

การศึกษาทฤษฎีบทบาท จะสามารถทำให้เข้าใจเหตุผลที่ผู้สูงอายุบางคนมีปัญหาในการปรับตัวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้เตรียมตัวถึงบทบาทของตนเองที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการทางอายุ สถาบันครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญมากที่จะต้องเข้าใจบทบาทของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงจากการสูญเสีย จากการเคยเป็นหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้หารายได้เลี้ยงครอบครัว กลับมามีรายได้ลดลง เพราะเกษียณอายุ สถาบันครอบครัวควรส่งเสริมผู้สูงอายุในบทบาทอื่น ๆ เช่น บทบาทการเป็นบิดามารดา ปู่ย่า ตายาย เป็นร่วมพิธีกรรม ไตรของ ลูกหลาน ลูกหลาน ควรเห็นความสำคัญ ให้ความเคารพ รัก นอกจากนี้สังคมยังสามารถมีส่วนช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีโอกาสได้รับบทบาททางสังคมด้วย เช่น จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ หรือให้ผู้สูงอายุได้ทำงานอาสาสมัครตามความสนใจของแต่ละคน ซึ่งจะช่วยให้บทบาททางสังคมของผู้สูงอายุมีต่อเนื่อง และสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขในบั้นปลายของชีวิตได้

2. ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพ กระฉับกระเฉง มีกิจกรรมปฏิบัติอยู่เป็นประจำ หรือมีภารกิจอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้มีความพึงพอใจในชีวิต และมีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมหรือบทบาทหน้าที่ภารกิจใด ๆ ผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมต่อเนื่องจากวัยที่ผ่านมา ควรสนใจร่วมเป็นสมาชิกของกิจกรรมต่าง ๆ เพราะการมีกิจกรรมเป็นสิ่งที่ชดเชยความสูญเสียต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากกระบวนการความชรา

3. ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า การแยกตนเองจากสังคมเป็นเรื่องปกติ และเป็นความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในแต่ละบุคคลที่จะแสวงหาบทบาทของความสงบเงียบ ลดกิจกรรมและบทบาททางสังคมของตนเอง ลดการเกี่ยวข้องกับผู้อื่น มีเวลาว่างสำหรับตนเองมากขึ้น เพื่อปรับตัวเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงตามปกติของกระบวนการที่เป็นผู้สูงอายุ นอกจากนี้ทฤษฎีการแยกตนเองยังชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่แยกตัวออกจากการมีส่วนร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม จะทำให้มีเวลาในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ใช้เวลาว่างส่วนใหญ่ในการทำงาน หรือทำกิจกรรมนอกบ้าน ดังนั้นทฤษฎีการแยกตนเองจึงเชื่อว่า การแยกตัวเองออกจากสังคมพบว่า มีความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นพื้นฐาน ดังนั้นกระบวนการภายในตัวบุคคลที่ไม่เท่ากันเป็นเหตุให้พฤติกรรมถอยออกจากสังคมไม่เท่ากัน

4. ทฤษฎีบุคลิกภาพทางสังคม (Personality Theory) ทฤษฎีนี้มีความเชื่อตรงกับทฤษฎีการแยกตนเอง โดยมีความเชื่อว่า การที่ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมทางสังคมต่อเนื่องนั้นขึ้นอยู่กับตัวแปรทางด้านความพึงพอใจในชีวิตที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขในชีวิตเป็นสำคัญ

5. ทฤษฎีต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้มีแนวคิดที่ว่า บุคคลต่างมีบุคลิกภาพ มีรูปแบบความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันไป โดยที่บุคลิกภาพและแบบการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลนั้น จะบอกให้ทราบถึงการปรับตัว เพื่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตชั้นปลาย เช่น บุคคลใดคุ้นเคยกับการอยู่ร่วมกันกับคนหมู่มาก เมื่อเกษียณอายุการทำงานจะชอบพบปะสังสรรค์ร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นเสมอ ๆ แต่บุคคลใดพอใจชีวิตที่อยู่อย่างสงบ สันโดษ อาจแยกตนเองออกมาอยู่ตามลำพัง เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุนั้นคือ ผู้สูงอายุจะประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิตของตนเพียงใดขึ้นอยู่กับบุคคลนั้นยังจะคงไว้ซึ่งบุคลิกภาพ และความพึงพอใจในชีวิตของตนเองที่มีมาแต่ไหนหลังได้ดีเพียงใด

สิทธิอาภรณ์ ชวนปี (2543, หน้า 9-12) กล่าวว่า ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุมีมากมาย ไม่สามารถใช้ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งมาอธิบายถึงปัจจัยของการสูงอายุได้ชัดเจน ดังนั้นจึงต้องใช้หลายทฤษฎีมาร่วมกันอธิบายถึงกระบวนการสูงอายุ ดังนี้

1. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป มีดังนี้

1.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะเป็นสุขหรือทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง และการพัฒนาจิตใจของผู้สูงอายุ ถ้าบุคคลเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคงอบอุ่นมีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่น รักคนอื่น และทำงานร่วมกับคนอื่นได้เป็นอย่างดี ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุข สามารถอยู่กับลูกหลานหรือผู้อื่นได้โดยไม่ค่อยมีความเดือดร้อนใจ แต่ถ้าเป็นผู้ที่เติบโตมาในลักษณะที่ร่วมมือกับใครไม่เป็น ไม่อยากช่วยเหลือผู้ใด จิตใจคับแคบ ถือว่าตัวใครตัวมัน มักรู้สึกว่าเขาทำคุณกับใครไม่ค่อยขึ้น ก็มักเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีความสุข ชีวิตชั้นปลายมักจะเศร้าสร้อยน่าสงสาร

1.2 ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่ยังปราดเปรื่อง และคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ก็ด้วยเป็นผู้ที่มีความสนใจเรื่องต่าง ๆ อยู่เสมอ มีการค้นคว้าและพยายามจะเรียนรู้ตลอดเวลา ทั้งนี้ผู้ที่จะมีลักษณะเช่นนี้ได้ จะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และมีเงินใช้สอยโดยไม่เดือดร้อนเป็นเครื่องเกื้อหนุน

2. ทฤษฎีทางด้านสังคมวิทยา (Sociologic Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจะทำให้สถานะของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้วย และสถานะของผู้สูงอายุในสังคมใดจะเป็นอย่างไรก็ขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้สูงอายุในสังคมนั้น นอกจากนั้นยังได้แนะนำให้ผู้สูงอายุยอมรับว่า เมื่อถึงวัยสูงอายุลูกหลานและชุมชนมักจะให้ความสำคัญและความสนใจน้อยลง เมื่อเป็นเช่นนี้ ควรจะเป็นตัวของตัวเอง ลดความรับผิดชอบและพยายามรักษา

สุขภาพไว้ให้ดี เพื่อที่จะได้ใช้ชีวิตบั้นปลายอย่างมีความสุข โดยมีทฤษฎีที่เสนอแนะการดำรงตนของผู้สูงอายุทางสังคม ดังนี้

2.1 ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การพัฒนาทางด้านจิตสังคมของคนในวัยสูงอายุ เป็นช่วงชีวิตที่จะรู้สึกว่าคุณค่า มีความมั่นคง จะมีความรู้สึกพึงพอใจในผลสำเร็จจากช่วงชีวิตที่ผ่านมา และเกิดความรู้สึกสงบทางใจ และสามารถยอมรับได้ว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ในทางตรงกันข้ามคนที่ไม่ยอมรับ จะมีความรู้สึกว่าตนนั้นมีโอกาสเลือกได้น้อยลง และต้องการให้มีชีวิตยืดยาวต่อไปอีก เกิดความท้อถอยสิ้นหวัง กับข้อใจรู้สึกว่าตนนั้นไร้ค่า และความสามารถที่จะเผชิญต่อความสูงอายุลดน้อยลงด้วย

2.2 ทฤษฎีไร้ความผูกพัน (Disengagement Theory) ผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพเสื่อมถอยลง รวมทั้งความตายที่ค่อย ๆ มาถึง ผู้สูงอายุจึงหลีกเลี่ยงหนีถอนตัวออกจากสังคม เพื่อลดความเครียด และพอใจกับการไม่เกี่ยวข้องซึ่งกันและกันระหว่างตนเองกับสังคมต่อไป (Dowd, 1975, หน้า 578 อ้างอิงมาจาก รัตนา สินธิรภาพ, 2541)

2.3 ทฤษฎีของแพค (Pack's Developmental Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีการพัฒนาการ 3 ประการ คือ

2.3.1 ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ความภาคภูมิใจในตนเองและความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ขึ้นอยู่กับบทบาทของหน้าที่การงาน เมื่อเกษียณอายุบางคนจะมีความรู้สึกไร้คุณค่า แต่ถ้าความรู้สึกภาคภูมิใจและความรู้สึกมีคุณค่าของงานไม่ได้มาจากตำแหน่งหน้าที่ที่เคยทำ หลังเกษียณอายุความรู้สึกนั้นยังคงอยู่ เช่น ผู้ที่ชอบปลูกต้นไม้หรือเล่นกอล์ฟ ก็จะพึงพอใจหลังเกษียณที่จะได้ทำสิ่งที่ต้องการแทนงานอาชีพที่เคยทำเป็นประจำ

2.3.2 ความสามารถทางร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ และร่างกายที่แข็งแรงเมื่อยังทำงานอยู่ ทักษะทางด้านนี้ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความสามารถทางร่างกายที่ลดลงและพยายามปรับตัวให้เหมาะสม ชีวิตก็จะเกิดความสุข แต่ถ้าถึงขีดสุดของร่างกายก็จะทำให้ความสุขและความพอใจในวัยสูงอายุลดน้อยลง

2.3.3 การยอมรับว่า ร่างกายของตนเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติกับสภาพร่างกายก่อนสูงอายุ การยอมรับร่างกายตามธรรมชาติ ทำให้คนยอมรับความตายโดยไม่รู้สึกลัวหวาดกลัว การยอมรับนี้รวมไปถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความตาย ในทางตรงกันข้ามคนที่ยึดถือสภาพร่างกายขณะที่อยู่ในวัยที่อ่อนกว่า ก็จะพยายามยืดชีวิตไว้ได้ยาวนานที่สุด และไม่พึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ หวาดกลัวความตาย

จากบทความที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้น โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปในทางเสื่อม ไม่ว่าจะเป็นเกี่ยวกับร่างกาย เช่น ผมเริ่มขาว ผิวหนังเหี่ยวย่นตกรกระ สายตายาว ศีรษะเริ่มล้านๆ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายนี้จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และสังคมด้วย การจะอธิบายความหมายของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมนั้นก็สามารถอธิบายได้โดยใช้หลายทฤษฎีร่วมกันอธิบาย เช่น ทฤษฎีทางจิตวิทยา ทฤษฎีทางสังคมวิทยา เป็นต้น

นอกจากนี้ สามารถอธิบายความหมายของคำว่า คุณภาพของชีวิตของผู้สูงอายุได้จากนิยามของคุณภาพชีวิต ดังต่อไปนี้

ฮันเตอร์ (ประภาพร จินันทุยา, 2536 : อ้างอิงจาก Hunter, 1992, หน้า 17) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย จิตใจ วิญญาณ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้คุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกยินดีในชีวิต และเกิดความผาสุกในชีวิต

สิทธิอาภรณ์ ชวนปี (2543, หน้า 19) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและไม่เป็นการระต่อผู้อื่น การรับรู้เกี่ยวกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมนั้นถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำรงชีวิตว่าตนเองมีความรู้สึกยินดี และเกิดความสุขในชีวิต รวมทั้งสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม ซึ่งผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นจะต้องประกอบด้วยปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยภายนอก

อันประกอบด้วย ครอบครัว ชุมชน องค์กรต่าง ๆ สิ่งแวดล้อม และนโยบายรัฐบาล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีอิทธิพลในการจูงใจเอื้ออำนวย และช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมซึ่งนำไปสู่การเจ็บป่วยหรือการมีสุขภาพที่ดี และการมีสุขภาพที่ดีเป็นส่วนประกอบที่สำคัญประการหนึ่งของคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยต่าง ๆ พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้ในหลายประเด็นด้วยกัน และมีปัจจัยหลายประการที่เป็นตัวแปรทำให้แต่ละบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันออกไป ไม่ว่าจะเป็นส่วนของปัจจัยชีวสังคม เช่น สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน (วันทนี จำเริญ, 2540, หน้า 136-137)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2553) โรคที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุของความเจ็บปวด และสูญเสียฟันในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคปริทันต์ หรือที่เรียกกันว่า รำมะนาด ซึ่งเป็นโรคของเหงือก อวัยวะรอบ ๆ รากฟัน และกระดูกครอบรากฟัน และโรคฟันผุ ซึ่งทั้ง 2 โรคนี้มีสาเหตุจาก

คราบจุลินทรีย์ หรือจี้ฟัน ถ้ากำจัดออกไม่หมด คราบจุลินทรีย์เหล่านี้จะเกิดการสะสม แล้วสร้างสารพิษที่ทำอันตรายต่อเหงือกและฟันวันแล้ววันเล่าผลสุดท้ายเหงือกเกิดการระคายเคืองจากสารพิษเหล่านี้เกิดอาการเหงือกกรน ฟันโยก เจ็บปวด ไม่สามารถใช้เคี้ยวอาหารได้ นอกจากนี้จุลินทรีย์ยังใช้อาหารพวกน้ำตาลที่ตกค้างในช่องปากเป็นอาหาร ซึ่งกระบวนการนี้ทำให้เกิดภาวะกรด ส่งผลให้เกิดการดึงแร่ธาตุออกจากผิวฟัน ถ้าเกิดต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ ฟันจะเป็นรู ซึ่งในผู้สูงอายุมักเกิดฟันผุบริเวณซอกฟันและรากฟัน ซึ่งสังเกต ได้ยากเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีเหงือกกรน รากฟัน โผล่อยู่แล้ว ทำให้บริเวณนั้นง่ายต่อการสะสมของคราบจุลินทรีย์ และยากต่อการทำความสะอาด บางครั้งกว่าจะรู้ว่า ฟันก็ผุหรือมีอาการเจ็บปวดไปแล้ว การกินยาอาจจะช่วยให้อาการเจ็บปวดทุเลาลงชั่วคราวแต่ไม่หาย เพราะสาเหตุยังไม่ได้รับการแก้ไข ดังนั้น ถ้าสังเกตว่าบริเวณใดมีความผิดปกติเกิดขึ้น เช่น เศษอาหารติดบ่อย หรือเหงือกอักเสบ เลือดออกง่าย ก็ควรไปพบทันตแพทย์โดยทันที และควรตรวจฟันอย่างสม่ำเสมอทุก 6 เดือน เพื่อเป็นการป้องกันแม้ว่าจะไม่รู้ลึกผิดปกติอะไร

นอกจากนี้ ควรจะดูแลตนเองสม่ำเสมอด้วยการแปรงฟันอย่างถูกวิธี ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ให้ทั่วถึงทุกซอกทุกด้าน กรณีที่ฟันล้มเอียง ฟันยื่น เหงือกกรน หรือใส่ฟันเทียม โดยเฉพาะฟันเทียมแบบติดแน่นควรใช้อุปกรณ์อื่น เช่น ไม้ขัดฟัน หรือแปรงซอกฟัน ช่วยทำความสะอาดฟันเพิ่มขึ้นด้วย ควรเลือกบริโภคอาหารที่ประโยชน์ต่อร่างกาย และไม่ทำอันตรายต่อสุขภาพช่องปาก เช่น ผัก ผลไม้ หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารหวาน แต่ถ้าชอบควรบริโภครวมในมื้ออาหารหลักเป็นมื้อ ๆ ถ้าทำได้เช่นนี้ คาดว่าผู้สูงอายุทุกท่านจะสามารถมีฟันและเหงือกที่แข็งแรงใช้งานไปได้ตลอดชีวิต

นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาสุขภาพของ “ผู้สูงอายุ” เป็นเรื่องที่ถูกหลานต้องให้การดูแลเอาใจใส่มากเป็นพิเศษ ซึ่งมีทั้งปัญหาสุขภาพร่างกายและจิตใจ อย่างเช่น ปัญหาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุนั้นเกิดจากสาเหตุทั้งทางร่างกาย และจิตใจ

สำหรับปัญหาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุนั้น เกิดได้จากหลาย ๆ สาเหตุ คือ

1. ผู้สูงอายุไม่มีกิจกรรมที่จะต้องใช้กำลังกายมาก ทำให้ร่างกายไม่เหนื่อยพอที่จะต้องพักผ่อนนอนเอาแรงในตอนกลางคืน
2. ผู้สูงอายุที่โอกาสหลับในตอนกลางวันได้บ่อย ๆ ทำให้เกิดการนอนกลางวันไปในตัว ดังนั้นพอถึงเวลากลางคืนจึงนอนไม่หลับ เพราะว่าได้นอนมาบ้างแล้ว
3. อาการนอนไม่หลับเพราะผู้สูงอายุมีปัญหาด้านจิตใจ ซึ่งอาจมาจากปัญหาในชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความวิตกกังวล จนนอนไม่หลับได้ในที่สุด
4. ปัญหาการนอนไม่หลับที่เกี่ยวข้องมาจากโรคภัยไข้เจ็บ

5. ปัญหาการนอนไม่หลับเพราะต้องตื่นขึ้นมาปีสภาวะบ่อย เนื่องจากดื่มน้ำก่อนนอนมากเกินไป

วิธีการป้องกันและรักษาอาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุ วิธีที่ดีที่สุด คือ การรักษาอาการตามสาเหตุที่เกิดขึ้น เช่น ผู้สูงอายุต้องรู้จักออกกำลังกายในชีวิตประจำวันให้มากขึ้น แต่อย่าหักโหมมากเกินไป ต้องหลีกเลี่ยงการนอนหลับในตอนกลางวัน ก่อนนอนไม่ควรดื่มน้ำมากเกินไป และผู้สูงอายุควรรู้จักการฝึกทำจิตใจให้สงบมีสมาธิ ก็จะช่วยให้นอนหลับได้ง่ายและยาวนานมากขึ้นนั่นเอง

### 3. แนวคิดและทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

จากรายงานการวิจัย (บรรลุ ศิริพานิช, 2552) พบว่าสิ่งที่ผู้สูงอายุไทยต้องการมีอยู่ 2 อย่าง คือการมีสุขภาพดี และการใช้ชีวิตกับลูกหลานอย่างมีความสุข การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต้องเน้นการดูแลแบบองค์รวมคือ การส่งเสริม ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟู โดยควรเน้นให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมและงานป้องกันเป็นเรื่องสำคัญ และต้องทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุ ป่วย เพื่อหลีกเลี่ยงการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงจากการรักษาพยาบาล โดยสามารถจำแนกออกเป็น 4 กลุ่มงาน ดังนี้

กลุ่มงานที่ 1 งานพัฒนาสุขภาพกาย เน้นการทำงานเพื่อสนับสนุนการออกกำลังกาย อาหาร เช่นเรื่องอาหารการกินต้องให้เหมาะกับท้องถิ่นที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ การออกกำลังกายต้องจัดให้เหมาะสมกับวัย เช่น ฟันเจิง ภาคเหนือ โนราห์ ภาคใต้ ผู้จัดกิจกรรมต้องมีความรู้ถึงรูปแบบการออกกำลังกายที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

กลุ่มงานที่ 2 งานพัฒนาสุขภาพจิตเน้นการรวมกลุ่ม ครอบครัว กิจกรรมทางศาสนาเป็นเรื่องสำคัญ ปัจจุบันมีชมรมผู้สูงอายุ 14,000 แห่งทั่วประเทศ ชมรมผู้สูงอายุมีบทบาทอย่างมากต่อการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

กลุ่มงานที่ 3 งานพัฒนาสุขภาพทางสังคม เน้นการรวมกลุ่ม การสร้างเครือข่ายทางสังคมและยกย่องให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในสังคมและมีจิตอาสา ฯลฯ

กลุ่มงานที่ 4 งานพัฒนาสุขภาพทางปัญญา เน้นการศึกษาต่อเนื่อง การศึกษาตามอัธยาศัย ศาสนธรรม ชมรม และเศรษฐกิจพอเพียง การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทยในภาพรวม เช่น ให้ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ควรได้รับการฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ฟรี โดยให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นผู้สนับสนุนและในการฟื้นฟูสุขภาพ ในการจัดหาผลิตภัณฑ์ให้กับผู้สูงอายุควรใช้ผลิตภัณฑ์ภายในประเทศ และจัดงานบริการให้สามารถปฏิบัติได้ภายในครอบครัวและชุมชนตามที่องค์การอนามัยโลกได้ตัดการประชุมนานาชาติ ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1 ณ กรุงฮานอย ปี พ.ศ 2529 ซึ่งที่ประชุมได้ประกาศ “กฎบัตรฮานอย”

สาระสำคัญประกอบด้วย กลยุทธ์และกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพไว้ (พิสมัย จันทวิมล, 2541, หน้า 56-62) กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ 3 ประการ คือ 1) การชี้นำด้านสุขภาพ (Advocacy) เป็นมิติที่สำคัญประการหนึ่งของคุณภาพชีวิต ปัจจัยต่าง ๆ ทั้งทางการเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมและชีววิทยาสามารถมีผลทั้งสนับสนุนและบั่นทอนต่อสุขภาพ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมุ่งที่จะช่วยให้เงื่อนไขเหล่านี้เป็นไปในทางสนับสนุนโดยการชี้นำเรื่องสุขภาพ 2) การเพิ่มความสามารถ (Enabling) ให้ทุกคนบรรลุถึงศักยภาพด้านสุขภาพ การเสริมสุขภาพมุ่งไปที่การบรรลุความเสมอภาคทางสุขภาพ การกระทำส่งเสริมสุขภาพมีจุดหมายเพื่อลดข้อแตกต่างทางสถานะสุขภาพในปัจจุบัน และสร้างความมั่นใจว่าทุกคนมีโอกาสเข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ ที่เท่าเทียม การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ทักษะการดำรงชีวิต และโอกาสต่าง ๆ ในการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ถูกสุขลักษณะ 3) การไกล่เกลี่ย (Mediating) ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคม เพื่อจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพ ต้องอาศัยกิจกรรมอันเกิดจากความร่วมมืออย่างใกล้ชิดของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นรัฐบาล องค์กรภาคอาสาสมัคร รวมทั้งบุคคลด้านสุขภาพมีหน้าที่หลักเป็นตัวกลางทางด้านสุขภาพไกล่เกลี่ยกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันในสังคมเพื่อจุดมุ่งหมายด้านสุขภาพ

ปัจจุบันสังคมไทยก้าวเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุ คำว่าสูงอายุหมายถึงการมีอายุ 60 ปีขึ้นไปและจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นเรื่อย ๆ ในปี พ.ศ. 2563 ดั้งนั้นการดูแลผู้สูงอายุแต่เพียงแวดวงของการสาธารณสุขเท่านั้นไม่เพียงพอ การรวมเครือข่ายของผู้ดำเนินการด้านผู้สูงอายุและทำงานร่วมกันแบบบูรณาการนับเป็นมิติที่ดีของการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อวางระบบที่ดีในการรองรับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในอนาคตดั่งนั้นการช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ดีต้องดูแลในทุกมิติพร้อม ๆ กับการลดการพึ่งพา ซึ่งนโยบายของภาครัฐต้องนำไปสู่เป้าหมายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี สามารถค้นพบโรคและให้การรักษาที่เหมาะสม รวมทั้งการดูแลระยะสุดท้ายเพื่อการจากไปอย่างสมศักดิ์ศรี เรียกว่า “อยู่สบาย ตายสะดวก” และสุดท้ายเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุคือต้องบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุมีแนวคิดและความสามารถในการดูแลตนเอง “Self care & self wisdom” กล่าวโดยสรุป คือ มิติของการดูแลผู้สูงวัย ซึ่งการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้หลักการ “ห้าประสานเพื่องานผู้สูงอายุ” โดยบูรณาการทั้งสุขภาพกาย จิต และสังคมไปพร้อม ๆ กัน (สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555) กล่าวถึงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ คือ (10 อ.) ดังนี้

1. อาหาร อาหารผู้สูงอายุควรได้รับให้ครบ 5 หมู่ ทุกวัน อาหารหมู่ที่ 1 ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่วเมล็ดแข็งต่าง ๆ ซึ่งให้สารอาหารประเภทโปรตีน มีหน้าที่เสริมสร้างซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย อาหารหมู่ที่ 2 ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน อาหารหมู่นี้ให้สารอาหาร

คาร์โบไฮเดรต มีหน้าที่ให้พลังงานและความอบอุ่นแก่ร่างกาย ผู้สูงอายุต้องการอาหารหมูนึ่งลดลงกว่าวัยทำงาน อาหารหมู่ที่ 3 ผักต่าง ๆ อาหารหมู่ที่ 4 ผลไม้ต่าง ๆ อาหารหมู่ที่ 5 ไขมันจากสัตว์และพืช โดยอาหารทั้ง 5 หมู่ จะให้สารอาหารต่าง ๆ ผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันในเรื่องความเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์และสังคม ตลอดจนประสิทธิภาพในการทำงานของอวัยวะ และระบบต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อการได้รับและการใช้อาหารของร่างกาย ซึ่งสภาพการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในผู้สูงอายุนี้ เป็นการยากมากที่จะกำหนดการบริโภคอาหาร เพราะจะต้องให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป และความต้องการของร่างกาย

2. อากาศ ผู้สูงอายุต้องได้รับอากาศบริสุทธิ์ ปลอดโปร่งไม่มีกลิ่น ไม่มีปัญหามลพิษในอากาศ เช่น ฝุ่นละออง ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ และตะกั่ว เพราะมลพิษเหล่านี้เป็นอันตรายต่อสุขภาพร่างกายมนุษย์

3. ออกกำลังกาย มีประโยชน์ต่อสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ โดยยึดอายุให้ยืนยาวออกไปอย่างมีสมรรถภาพ

4. อุจจาระ การขับถ่ายของเสียหรืออุจจาระมีความสำคัญมากพอกับการย่อยอาหาร และการนำสารอาหารไปใช้ประโยชน์ต่อร่างกาย เมื่อใดอาหารค้างค้ำในลำไส้ใหญ่และไม่ถูกขับออกจากร่างกายก็เกิดการบวมและดูดซึมสารพิษที่เกิดจากการเน่าเสียของอาหารกลับไปสู่ร่างกาย ยิ่งค้างค้ำนานเท่าใดก็ได้รับสารพิษเพิ่มขึ้นเท่านั้น ทำให้ไม่สบายมีอาการต่าง ๆ ด้านร่างกาย เช่น อึดอัด หายใจไม่สะดวก เป็นแผลร้อนใน ฯลฯ

5. อนามัย (ช่องปาก) ฟันเป็นอวัยวะหนึ่งที่สามารถอยู่คู่กับร่างกายเราได้ตลอดชีวิต ควรให้ผู้สูงอายุได้มีฟัน เหงือก และสภาพช่องปากที่แข็งแรง สมบูรณ์ ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปราศจากความเจ็บปวด ควรไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจเช็ค ทั้งฟันแท้และฟันปลอมเป็นระยะทุก 6 เดือน หรืออย่างน้อยปีละครั้ง

6. อุบัติเหตุ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุความว่องไวจะลดลง ประสาทสัมผัสและการตอบโต้ต่อสิ่งเร้าจะลดลง การทรงตัว การได้ยิน การมองเห็นประสิทธิภาพลดลง อาจมีความพิการหรือความผิดปกติต่าง ๆ เกิดขึ้นแทน เช่น กระดูกเปราะขึ้น อุบัติเหตุมักเกิดขึ้นในช่วงนี้ การป้องกันจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดทั้งในและนอกบ้าน เช่น การเดินหกล้มในห้องน้ำ พลัดตกบันได เดินสะดุดสายไฟ ฯลฯ ไฟไหม้-น้ำร้อนลวก ไฟฟ้าช็อต การใช้จ่ายผิดประเภท ฯลฯ

7. อบอุ่น “ความสุขใจที่ผู้สูงอายุจะมีความสุข เท่ากับการได้อยู่กับลูกหลาน” การมีความสัมพันธ์กับครอบครัว ลูกหลานและเพื่อนฝูงจะนำมาซึ่งความสุขและประสบการณ์ในการทำงานมากกว่าคนหนุ่มสาว สามารถเป็นที่ปรึกษาของครอบครัว ชุมชนและสังคมได้มาก และให้โอกาสผู้สูงอายุแสดงความสามารถได้อย่างเต็มที่ ซึ่งจะนำมาด้วยความภาคภูมิใจ และทำงานด้วยใจ

8. อติเรก ท่านพุทธทาสกล่าวว่ ชีวิตคืองาน งานคือชีวิต งานคือการปฏิบัติธรรม งานคือการดูแลตนเอง เป็นหน้าที่อย่างหนึ่ง การทำงานอติเรกจะทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น

9. อารมณ์ การหัวเราะเป็นยาอายุวัฒนะ เมื่อมีการยิ้มหรือหัวเราะ ร่างกายจะผลิตฮอร์โมนความสุข ชื่อ “เอ็นดอร์ฟิน” ซึ่งช่วยให้สามารถต่อสู้กับความกลัว ความเครียด ระบบย่อยอาหารดีขึ้น กระตุ้นการเจริญอาหาร และระบบต่าง ๆ ในร่างกายมีการผ่อนคลาย การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น และช่วยบรรเทาอาการกังวลและเจ็บปวด ต่อโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ ได้ และช่วยในการปรับปรุงสมดุลของฮอร์โมนต่าง ๆ ในร่างกาย การเก็บกวาดสิ่งที่ไม่ต้องการในร่างกาย เช่น คอเลสเตอรอล ไขมันส่วนเกิน

10. อนาคต “แก่อย่างมีค่า ชราอย่างมีความสุข” ชีวิตมีคุณค่า มีประโยชน์แก่ผู้อื่นและสังคม อยู่อย่างมีความหวัง

การส่งเสริมสุขภาพ หรือ Health Promotion ตามความหมายของพิสมัย จันทวิมล (2541) ได้แปลจากนิยามศัพท์ขององค์การอนามัยโลกว่า หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของคนเราในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น หรือกระบวนการทางสังคม และการดูแลตนเองแบบเบ็ดเสร็จ ไม่เพียงแต่ครอบคลุมกิจกรรมต่าง ๆ ที่มุ่งเร่งรัดการเพิ่มทักษะ และความสามารถของปัจเจกบุคคล การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นกระบวนการปลูกฝังให้คนเรามีความสามารถที่จะควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ เพื่อช่วยให้สุขภาพดีขึ้น การมีส่วนร่วมจึงมีความจำเป็นในการสร้างความยั่งยืนของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสร้างเสริมสุขภาพ คำนียามในพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ว่าการใด ๆ ที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาพะทางกาย จิต และสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคลสภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง สภาวะจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาวและคุณภาพชีวิตที่ดี จึงสื่อความหมาย การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่หรือการสร้างเสริมสุขภาพ ความสำคัญของนิยามอยู่ที่กระบวนการและควบคุม คือ การสร้างเสริมสุขภาพหมายถึง กระบวนการที่จะทำให้สุขภาพดีขึ้น มิได้หมายถึงกิจกรรมที่ทำให้สุขภาพดีขึ้น

การบริหารจัดการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ (ประเวศ วะสี, 2541) มีดังนี้

1. เผยแพร่แนวคิดและวิธีการโดยกว้างขวาง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ควรเตรียมสื่อที่ว่าด้วยแนวคิดและวิธีการส่งเสริมสุขภาพ เผยแพร่ออกไปให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้บุคคลและองค์กรที่เข้าใจและเห็นคุณค่าสามารถนำไปปฏิบัติได้

2. ส่งเสริมการวิจัยเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยและสถาบันวิจัย ควรเข้ามา มองการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ จะพบประเด็นที่ต้องการวิจัยเป็นอันมาก องค์กรให้ทุนวิจัย ควรเพิ่มทุนวิจัยส่งเสริมสุขภาพ

3. มีเวทีสาธารณะเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากหน่วยงานราชการมีข้อจำกัด และขาดความต่อเนื่อง เพราะข้าราชการที่ย้ายเข้ามารับผิดชอบไม่ได้สนใจจริงจังและมีการโยกย้ายบ่อย ควรมีสถาบันที่ทำงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพรวมตัวกันจัดเวทีสาธารณะหรือประชาคมส่งเสริมสุขภาพ โดยเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการตลอดจนสื่อมวลชน เข้าร่วม เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นกลไกกระตุ้นการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

4. จัดตั้งสำนักงานส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ เป็นองค์กรมหาชนอิสระ (National Office for Health Promotion)

5. ออกกฎหมายจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Fund)

**การส่งเสริมสุขภาพ** เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุดในการปฏิรูประบบสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยภารกิจที่สังคมมีจิตสำนึก หรือจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพดี และเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน ระบบบริการ สังคม สื่อมวลชน ตลอดจนนโยบาย ระบบส่งเสริมสุขภาพเปรียบเทียบกับวงกลมซ้อนกัน 4 วง ประกอบด้วย

วงในสุด คือ การสร้างคุณค่า (Core Value) และจิตสำนึก คุณค่า และจิตสำนึกเสมือนจิตวิญญาณ ซึ่งมีอิทธิพลต่อทุกสิ่งทุกอย่าง คุณค่า และจิตสำนึกจะมีผลต่อการกระทำในทุกวง และการกระทำทุกอย่างต้องสร้างคุณค่าและจิตสำนึก

วงที่ 2 การเรียนรู้ พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ต้องใช้ ณ จุดของวงที่ 3 การเรียนรู้และพฤติกรรมต้องใช้ ณ จุดของวงที่ 4

วงที่ 3 ตำแหน่งที่การปฏิบัติเกิดขึ้น คือ บุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน และที่ทำงาน

วงที่ 4 ระบบสนับสนุนมหภาค ประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมมหภาค ระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง สถาบันศาสนา สื่อ ระบบบริการสังคม กฎหมาย ถ้าระบบมหภาคดีก็จะสนับสนุนวงที่ 3 วงที่ 2 และวงในสุด คือ คุณค่าและจิตสำนึก วงที่ 4 อาจเรียกว่า การมีนโยบายสาธารณะที่ดี หรือ Health Public Policies

(สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี, 2556) ได้แปลและเรียบเรียงจากรายงานการประชุมระดับโลก เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพโดยประเด็นสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

1. จุดเน้นของการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ที่ การเข้าถึงสุขภาพ เพื่อลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ และเพื่อเพิ่มโอกาสในการพัฒนาสุขภาพ ประเด็นนี้เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนนโยบายในระดับสาธารณะและระดับองค์กร เพื่อให้เห็นนโยบายดังกล่าวส่งผลดีต่อสุขภาพ รวมถึงการ

ปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการสุขภาพ และการปรับปรุงสุขภาพรวมของระดับประชากร โดยไม่ต้องคำนึงถึงสถานะทางสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

2. การปรับเปลี่ยนสุขภาพจะสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่มีเอื้อต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิ่งแวดล้อมที่ทำงานและที่บ้าน เนื่องจากสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่เป็นพลวัต มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การสร้างเสริมสุขภาพจึงต้องมีการติดตามและประเมินสถานะ และแนวโน้มทางเทคโนโลยี วัฒนธรรม และเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง

3. การสร้างเสริมสุขภาพ เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับ การพัฒนาเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมให้เข้มแข็ง การดำเนินการในประเด็นนี้มีพื้นฐานมาจากความเข้าใจถึงความสำคัญของแรงผลักดันทางสังคม และสัมพันธ์ภาพในสังคมในฐานะของปัจจัยกำหนดคุณค่า และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ รวมถึงมองแรงผลักดันและสัมพันธ์ภาพในฐานะแหล่งประโยชน์สำคัญของการปรับตัวกับภาวะเครียดและการธำรงรักษาสุขภาพ

4. รูปแบบการดำเนินชีวิตหรือวิถีชีวิตในสังคมเป็นศูนย์กลางของการสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากรูปแบบการดำเนินชีวิตเป็นตัวกำหนดรูปแบบพฤติกรรมส่วนบุคคลที่อาจเกิดประโยชน์หรือเกิดโทษต่อสุขภาพได้ การส่งเสริมรูปแบบการดำเนินชีวิตที่สนับสนุนสุขภาพ ต้องพิจารณาถึงวิธีปรับตัวของ การจัดการชีวิต ความเชื่อ และคุณค่าสุขภาพของแต่ละบุคคล ปัจจัยที่กล่าวมานี้เกิดจากประสบการณ์ชีวิตและสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล การส่งเสริมพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพและการส่งเสริมการปรับตัวที่เหมาะสมเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ

5. ข้อมูลข่าวสารและการศึกษาเป็นพื้นฐานสำคัญของการเลือกอย่างมีวิจารณญาณ ปัจจัยทั้งสองเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นองค์ประกอบหลักของการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะการสร้างเสริมสุขภาพมีเป้าหมายที่ การเพิ่มพูนความรู้ และการเผยแพร่กระจายข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ประเด็นนี้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และประสบการณ์ของสาธารณะที่มีต่อสุขภาพและความสามารถในการเข้าถึงสุขภาพะ รวมถึงความรู้ทางระบาดวิทยา ทางสังคม และศาสตร์แขนงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบของสุขภาพและโรค และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและการเกิดโรค รวมถึงการให้ความหมายของ “สิ่งแวดล้อมในภาพรวม” ซึ่งเป็นตัวกำหนดรูปแบบของสุขภาพและทางเลือกของสุขภาพ การสื่อสารมวลชนและเทคโนโลยีใหม่ ๆ เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารก็นับว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญเช่นเดียวกัน

วัยสูงอายุ (สฤณา บุญนรากร, 2552) ได้กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุกับสุขภาพวัยสูงอายุจึงต้องสร้างเสริมทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ ส่งเสริมให้ได้รับอาหารที่เหมาะสมเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับหลักการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมการออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับอย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

ส่งเสริมการปรับตัวต่อความแข็งแรงของร่างกายที่ลดลง และสุขภาพที่เปลี่ยนไป สร้างเสริมสุขภาพด้านจิตใจ ได้แก่ ส่งเสริมการจัดการกับความเครียด ส่งเสริมการปรับตัวต่อความเหงา และว่าหว่ส่งเสริมการปรับตัวจากการเกษียณอายุการทำงาน สร้างเสริมสุขภาพด้านสังคม ได้แก่ ส่งเสริมการเข้าสังคม หรือทำกิจกรรมนอกบ้านกับบุคคลวัยเดียวกัน ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว สร้างเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ส่งเสริมให้เข้าถึงความสุขทางจิตวิญญาณ ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้จากไปอย่างสงบ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี

กรมอนามัย (2556) การปฏิบัติตนที่ถูกต้องและเหมาะสมตามหลักการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตามหลัก 5 อ. ได้แก่

1. อ. อาหาร รับประทานอาหารให้หลากหลาย ได้สัดส่วนเพียงพออิ่ม ครบ 5 หมู่ เน้นย่อยง่ายและสะอาด อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น อาหารที่มีไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด และเครื่องดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์

2. อ. ออกกำลังกาย โดยออกกำลังกายทุกส่วนสัปดาห์ กระตุ้นจังหวะการเต้นของหัวใจ ผู้สูงอายุควรเคลื่อนไหวออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมหลากหลายวิธี เช่น ยืดเส้นยืดสาย ยืดเหยียด ช่วยให้ออกกำลังกายอย่างแข็งแรง เดินเร็ว ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เป็นต้น และหลีกเลี่ยงการแข่งขัน ออกแรงเกินกำลัง ความเร็วสูง เกร็ง เบ่ง ยกน้ำหนัก การอยู่ในสถานที่ร้อนอบอ้าว อากาศไม่ถ่ายเท อยู่กลางแจ้ง

3. อ. อารมณ์ อารมณ์รื่นเรริงยินดี ชีวิตสดใสด้วยรอยยิ้ม ใจแจ่มใส มองโลกในแง่บวก ไม่เครียด ช่วยเหลือให้คำแนะนำแก่ลูกหลาน คนรอบข้าง

4. อ. อดิเรก สร้างสรรค์งานอดิเรก เพิ่มพูนคุณค่า เกื้อกูลสังคม หากิจกรรมงานอดิเรกที่ชอบ ทำแล้วเพลิดเพลิน และมีคุณค่าทางจิตใจ เช่น อ่านหนังสือธรรมะ ฟังเทศน์ ฟังธรรม พบปะสังสรรค์ ให้คำปรึกษาแนะนำฟังเพลง ปลูกต้นไม้

5. อ. อนามัย สร้างอนามัยดี ชีวิตมีสุข นำพาอายุยืนยาว สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หมั่นตรวจและรักษาสุขภาพ ปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะ ควบคุมสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง ดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน งด ละ เลิกอบายมุข บุหรี่ เหล้า ของมันเมา และยาเสพติด

นายแพทย์ธีรพล โดพันชานนท์ รองอธิบดีกรมอนามัย กล่าวในตอนท้ายว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีอายุยืนยาว อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นไม่เพียงแต่การเตรียมความพร้อมหรือการปฏิบัติตัว ผู้สูงอายุเองเท่านั้น ลูกหลาน ครอบครัวก็ควรใส่ใจดูแลผู้สูงอายุด้วย รวมทั้งสังคมก็ควรเกื้อกูลอำนวยความสะดวกในสิ่งต่าง ๆ ตลอดจนจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในวันที่ 13 เมษายนของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ และเป็นวันสงกรานต์

ประเพณีรดน้ำขอพรจากผู้สูงอายุ เพื่อให้คนในครอบครัวได้กลับไปอยู่ด้วยกันอย่างพร้อมหน้าพร้อมตา กระชับความสัมพันธ์และสร้างความอบอุ่นภายในครอบครัว

## ความหมายแนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วม

### ความหมายการมีส่วนร่วม

ประพนธ์ ปิยรัตน์ (2543, หน้า 17) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมเป็นมรรคในการพัฒนามี 2 ลักษณะ คือ

1. การมีส่วนร่วมเป็นมรรค (Participation as a mean) หมายถึง การมีส่วนร่วมเป็นมรรค วิธีของการนำทรัพยากรทางเศรษฐกิจและสังคมของประชาชนไปสู่เป็นหมายของการพัฒนาที่วางไว้ก่อน

2. การมีส่วนร่วมเป้าประสงค์ (Participation as a end) หมายถึง เป้าประสงค์ที่ทำให้ประชาชนทำกิจกรรมร่วมกัน เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและมีความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวจนทำให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุด เป็นการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีความสามารถและมีศักยภาพในกระบวนการแก้ปัญหาและร่วมทำกิจกรรม ซึ่งมีความสำคัญยิ่งกว่าผลลัพธ์ที่ได้จากการกระทำนั้นแม้โครงการจะสิ้นสุดแล้วก็ตาม แต่การมีส่วนร่วมก็ยังคงอยู่ตลอดไป ทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์อย่างถาวรและยั่งยืน

ประพนธ์ ปิยรัตน์ (2543, หน้า 14) ระบุว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนของชุมชนเป็นกระบวนการสำคัญ ซึ่งองค์การสหประชาชาติได้มีมติประกาศวิถีทศวรรษที่สามของการพัฒนา ระหว่างประเทศในปี พ.ศ. 2543 ว่าเป้าหมายของการพัฒนาอยู่ที่ความผาสุกของประชาชนทั้งหมดถ้วนหน้า โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการกระจายผลประโยชน์ของการพัฒนาอย่างยุติธรรม

อลิสรา ชูชาติ และคณะ (2538, หน้า 9) กล่าวว่า การมีส่วนร่วม ถือว่าเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของประชาชนที่จะเข้ามาแสดงความคิดเห็นในการกำหนดรูปการพัฒาที่จะพัฒนาที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

สรุป การมีส่วนร่วม (Participation) คือ ผลมาจากการเห็นพ้องกันในเรื่องของความ ต้องการและทิศทางของการเปลี่ยนแปลง จะต้องมีการเกิดความคิดริเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติ เหตุผลแรกของการที่มีคนมารวมกัน ได้ควรจะต้องมีการตระหนักว่าการกระทำทั้งหมด ที่ทำโดยกลุ่ม ผู้นำชุมชน หรือกระทำผ่านองค์กร (Organization) ดังนั้น ผู้นำชุมชน องค์กรจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงได้ (ยุพาพร รูปงาม, 2545, หน้า 5) การมีส่วนร่วมในการ

พัฒนาชุมชนเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ชุมชนเกิดการพัฒนา ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างที่ทำให้ชุมชนเกิดการ พัฒนา เช่น การมีส่วนร่วม หลักการพัฒนาชุมชน กระบวนการพัฒนาชุมชน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ จึงเป็นเรื่องที่สำคัญที่ต้องใช้ในงานพัฒนาชุมชน และคนก็มีส่วนสำคัญที่สุด เพราะคนเป็น ศูนย์กลางหลักในการพัฒนาที่จะทำให้ชุมชนมีการพัฒนาไปในทางที่ดี การมีส่วนร่วมเป็นหัวใจ ของการพัฒนาชนบท ไม่มีประเทศไหนที่พัฒนาโดยปราศจากการร่วมมือของประชาชน (ชินรัตน์ สมสืบ, 2531, หน้า 20)

นอกจากนี้ หากมองในภาคประชาชน หลักการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึงการเปิดโอกาสให้ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมกับ ภาคราชการ ซึ่ง International Association for Public Participation ได้แบ่งระดับของการสร้าง การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1. การให้ข้อมูลข่าวสาร ถือเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับต่ำที่สุด แต่เป็น ระดับที่สำคัญที่สุด เพราะเป็นก้าวแรกของการที่ภาคราชการจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าสู่ กระบวนการมีส่วนร่วมในเรื่องต่าง ๆ วิธีการให้ข้อมูลสามารถใช้ช่องทางต่าง ๆ เช่น เอกสาร สิ่งพิมพ์การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่าง ๆ การจัดนิทรรศการ จัดหมายข่าว การจัดงาน แอลงข่าว การตีพิมพ์และ การให้ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

2. การรับฟังความคิดเห็น เป็นกระบวนการที่เปิดให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ ข้อมูลข้อเท็จจริง และความคิดเห็นเพื่อประกอบการตัดสินใจของหน่วยงานภาครัฐด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การรับฟังความคิดเห็น การสำรวจความคิดเห็น การจัดเวทีสาธารณะ การแสดงความคิดเห็น ผ่านเว็บไซต์ เป็นต้น

3. การเกี่ยวข้อง เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน หรือร่วม เสนอแนะทางที่นำไปสู่การตัดสินใจ เพื่อสร้างความมั่นใจให้ประชาชนว่า ข้อมูลความคิดเห็นและ ความต้องการของประชาชนจะถูกนำไปพิจารณาเป็นทางเลือกการบริหารงานของภาครัฐ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพิจารณาประเด็นนโยบายสาธารณะ เป็นต้น

4. ความร่วมมือ เป็นการให้กลุ่มประชาชนผู้แทนภาคสาธารณะมีส่วนร่วม โดยเป็น หุ้นส่วนกับภาครัฐในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจ และมีการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เช่น คณะกรรมการที่มีฝ่ายประชาชนร่วมเป็นกรรมการ เป็นต้น

5. การเสริมอำนาจแก่ประชาชน เป็นขั้นที่ให้บทบาทประชาชนในระดับสูงที่สุดโดยให้ ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การลงประชามติในประเด็นสาธารณะต่าง ๆ โครงการกองทุน หมู่บ้านที่มอบอำนาจให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจทั้งหมด การทำโครงการและกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิด จากความต้องการของประชาชน เป็นต้น

จากแนวคิดต่าง ๆ สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาที่ก่อให้เกิดความยั่งยืน และมีเป้าหมายสุดท้ายคือ ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ ดังนั้น ในการพัฒนาจึงมุ่งเน้นส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการให้อำนาจ และพัฒนาศักยภาพในการคิดค้นวิเคราะห์

ปัญหาสาเหตุและตัดสินใจเลือกแนวทางในการแก้ไข และการพัฒนาด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนที่จะเข้ามาแสดงความคิดเห็นในการกำหนดรูปแบบการพัฒนาตนเองชุมชนและท้องถิ่น

การมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้ชุมชนนั้น เป็นผู้คิดค้นปัญหา เป็นผู้นำทุกอย่าง ซึ่งไม่ใช่การกำหนดภายนอกแล้วให้ชุมชนเข้าร่วม เป็นเรื่องที่ชุมชนคิดเอง โดยแบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 5 ขั้นตอน คือ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุและที่มาของปัญหาร่วมในการเลือกวิธีการ และวางแผนร่วมกันในการแก้ปัญหาร่วมในการดำเนินงานตามแผนและร่วมในการประเมินผล วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดผลสำเร็จ อาจกล่าวได้ว่าเป็นการเข้าร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีพลังของชุมชนในการตัดสินใจ เพื่อกำหนดเป้าหมายของสังคมจัดทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น และเป็นการปฏิบัติตามแผนการหรือโครงการต่าง ๆ (กณิกนันต์ หยกสกุล, 2551, หน้า 51)

ทงทิลป์ ลีพล (2550, หน้า 9) การมีส่วนร่วมของชุมชน (Participation) เป็นการที่ได้มีโอกาสเข้าร่วมในการคิด ร่วมตัดสินใจ วางแผนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในการจัดการและควบคุม การใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผลรวมทั้งรับผลประโยชน์ที่เกิดจากการพัฒนาดังกล่าว จะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน ดำเนินการพัฒนาตั้งแต่กระบวนการเบื้องต้นจนถึงสุดกระบวนการ การมีส่วนร่วมอาจเป็นรายบุคคลกลุ่มคน หรือองค์กรที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกันมีความรับผิดชอบร่วมกันเพื่อดำเนินการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการ โดยกระทำผ่านกลุ่มหรือองค์กรรูปแบบการมีส่วนร่วม มี 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา พิจารณาปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุแห่งปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและพิจารณาแนวทางวิธีการแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 5 การมีส่วนร่วมในการประเมินผลของกิจกรรม หลังจากเสร็จสิ้นโครงการ

ลักษณะการมีส่วนร่วม มี 4 ลักษณะ คือ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วม คือ ทำประชาชนเกิดความตระหนักในปัญหาของตน และตระหนักที่จะมีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาของตนและชุมชน ประชาชนมีโอกาสที่จะได้ใช้ความสามารถของตนเองที่มีอยู่ในการใช้ความคิดการตัดสินใจ และการกระทำอย่างเต็มที่ เป็นการระดมทรัพยากรมนุษย์มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคมและชุมชน ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ทำให้การพัฒนาที่มีความมั่นคงถาวร และประหยัด เป็นกระบวนการที่จะกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาความสามารถของประชาชนในการพึ่งตนเอง

การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของการพัฒนาชนบท หลักการสำคัญหรือหัวใจของการมีส่วนร่วมของประชาชนคือ จะต้องให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมรับผิดชอบในผลการพัฒนาที่จะเกิดขึ้น กล่าวคือ การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการอย่างหนึ่งในการพัฒนา

ปัจจุบันวิถีชีวิตของประชาชน ถูกกระทบจากสิ่งต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นสภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เสื่อมโทรมลง ทำให้เกิดสภาพการต่างคนต่างอยู่ มุ่งหวังที่จะแก้ไขปัญหาของตนให้อยู่รอดไปในแต่ละวัน ไม่มีความสนใจต่อสังคมรอบข้างทำให้มีปัญหาตามมาหลายด้าน ที่นับว่าจะเพิ่มมากยิ่งขึ้น จึงจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันเพื่อที่จะช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างตรงกับความต้องการของคนส่วนใหญ่ เพื่อที่จะได้ให้แนวทางในการพิจารณาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนผู้ทำการศึกษาจึงขอเสนอแนวคิดของนักวิชาการหลายท่านที่ได้ศึกษาและรวบรวมไว้ดังนี้

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2572, หน้า 6-7) ได้ให้ความหมายและหลักการสำคัญเกี่ยวกับนโยบายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา หมายถึง กระบวนการที่รัฐบาลส่งเสริมการชักนำและการสร้างโอกาสให้กับประชาชนในชุมชน ทั้งส่วนบุคคล กลุ่มชุมชน สมาคม มูลนิธิและองค์กรอาสาสมัครให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องรวมกัน

การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดการเปลี่ยนแปลงเพื่อตัวประชาชนเอง โดยให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อตนเองและมีการดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ปรารถนา ทั้งนี้ต้องมีใช่เป็นการกำหนดกรอบความคิดจากบุคคลภายนอก

ปรัชญา เวสารัชช์ (2538, หน้า 8) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการซึ่งประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในขั้นตอนต่าง ๆ ของกิจกรรมของส่วนรวม

ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการพัฒนาชนบท โดยในการเข้ามาเกี่ยวข้องนี้ผู้เข้าร่วมได้ใช้ความพยายามและเสียสละทรัพยากรบางอย่าง เช่น ความคิด วัตถุแรงกายและเวลา

เมธี จันทรจักรกรณ (2539, หน้า 8-10) การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหัวใจสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานที่จะส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถอย่างแท้จริง ในการกำหนดทิศทางและความต้องการของชุมชน ที่สำคัญคือ การมีส่วนร่วมซึ่งมีฝ่ายกระทำเพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวพลังของประชาชน (Mass Movement) เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสามารถให้ความสุขเกิดการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนได้

อคิน รพีพัฒน์ (2527, หน้า 101-111) ได้กำหนดขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนี้ 1) การค้นปัญหา สาเหตุของปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไข 2) การตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนพัฒนาการแก้ไขปัญหา 3) การปฏิบัติงานในกิจกรรมพัฒนาตามแผน 4) การประเมินผลกิจกรรมพัฒนา

สรุป แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ การเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนโดยสมัครใจเข้าร่วม ทั้งร่างกาย เวลา ความคิด ทูตทรัพย์ร่วมปฏิบัติและร่วมรับผลกระทบผลประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางและความต้องการของชุมชน โดยไม่มีใครมากำหนดกรอบที่มาจากบุคคลภายนอก

ทฤษฎีการมีส่วนร่วม ดิน ปรัชญพฤทธิ (2539) ได้กล่าวถึงทฤษฎีการมีส่วนร่วมหรือภาวะผู้ตามนี้ได้รับความสนใจจากนักวิชาการส่วนใหญ่ไม่น้อยมาก เนื่องจากนักวิชาการคิดว่าหากองค์กรมีภาวะผู้นำที่ดีพลอยมีผู้ตามที่ดีไปด้วย เป็นการมองค่อนข้างแคบ เพราะนอกจากจะมองปรากฏการณ์เพียงด้านเดียว การที่นักวิชาการให้ความสำคัญแก่การมีส่วนร่วม หรือภาวะผู้ตามน้อยนั้น พอสรุปสาเหตุดังนี้

1. นักวิชาการบางคนอาจไม่แน่ใจว่าองค์กรมีความจำเป็นมากน้อยเพียงใดที่จะต้องให้ผู้ตามเข้าร่วมในการตัดสินใจ
2. ผู้คนยังไม่แน่ใจว่าวัตถุประสงค์ของการขอให้ผู้ตามเข้ามามีส่วนร่วมคืออะไร
3. หากผู้นำยอมให้ผู้ตามเข้ามามีส่วนร่วมแล้วผู้ตามควรเข้ามามีส่วนร่วมมากน้อยเพียงใด และลักษณะการเข้าไปมีส่วนร่วมเช่นนั้นสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะความสำคัญระหว่างผู้นำและผู้ตามอย่างไร

โกวิท พวงงาม (2544, หน้า 179) กล่าวถึง ทฤษฎีการมีส่วนร่วมพอสรุปได้ดังนี้

1. โครงการที่จัดทำขึ้นจะต้องแสดงให้เห็นกลุ่มเป้าหมายสนใจว่า จะสนองความต้องการของบุคคลอย่างแท้จริง
2. กลุ่มเป้าหมายนั้นต้องได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ให้มากที่สุด

3. การตัดสินใจต้องมาจากกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่และไม่ขัดแย้งต่อความเชื่อต่าง ๆ ในชุมชนนั้น

โคเฮน และนอร์แมน (Johm M. Cohen & Norman T. Uphoff : 1977) กล่าวถึง การมีส่วนร่วมโดยทั่วไปในขั้นตอนการวางแผนและตัดสินใจ ไม่ได้หมายความว่า จะเป็นการตัดสินใจและวางแผนได้เพียงอย่างเดียว ยังใช้การวางแผนและตัดสินใจควบคู่ไปกับขั้นตอนการปฏิบัติการ การวางแผนและตัดสินใจยังเกี่ยวข้องกับประชาชนในเรื่องของการรับผลประโยชน์และการตรวจสอบและประเมินผลในกิจการพัฒนาด้วยจะเห็นว่า การวางแผนและตัดสินใจนั้นเกี่ยวข้องเกือบโดยตรงกับการปฏิบัติ และเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ การตรวจสอบ และประเมินผลด้วย นอกจากนี้จะมีผลสะท้อนกลับจากการตรวจสอบและประเมินผลและการปฏิบัติกลับไปสู่การตัดสินใจ

วรางคณา วัธโย (2540) กล่าวถึง ปัจจัยในการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน มีดังนี้

1. ปัจจัยในตัวบุคคล ซึ่งเป็นแรงผลักดันจิตใจที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลเอง อาจเป็นความรู้สึกความคิด ความคาดหวัง ความต้องการ ความสำนึกที่มีส่วนทำให้บุคคลเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมกิจกรรม

2. ปัจจัยสภาพแวดล้อม ได้แก่ แรงผลักดันจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมือง

3. ปัจจัยผลักดันจากบุคคลอื่น ๆ หมายถึง แรงผลักดันหรือจิตใจที่เกิดจากบุคคลอื่น ๆ (ไม่ใช่ผู้เข้าร่วมเอง) มีบทบาทในการเป็นผู้ริเริ่ม กระตุ้น ชักชวน อธิบาย และโน้มน้าวในการเข้าร่วมการพัฒนาชุมชน

4. รางวัลตอบแทน ได้แก่ แรงจูงใจ วัตถุประสงค์ ตำแหน่ง สิทธิประโยชน์

ปาริชาติ วลัยเสถียร (2543) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมใน 2 ลักษณะ กล่าวคือ การมีส่วนร่วมในลักษณะที่เป็นกระบวนการของการพัฒนา โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ เช่น การร่วมกันค้นหาปัญหา การวางแผนการตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล รวมถึงการรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ โดยที่โครงการพัฒนาดังกล่าวจะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

สรุปการมีส่วนร่วม (Participation) จึงเป็นกระบวนการที่คน ครอบครัว หรือองค์กรในชุมชนเข้ามามีส่วนในการคิด การตัดสินใจ การวางแผนดำเนินการพัฒนาครอบครัวและชุมชนของตนเองโดยหลักการที่แท้จริงของการมีส่วนร่วมคือ การมีส่วนร่วมในลักษณะของความรู้สึกเป็น

เจ้าของ ร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินตรวจสอบและร่วมรับผิดชอบถึงผลประโยชน์และโทษที่เกิดขึ้นลักษณะของการมีส่วนร่วมมี 4 ด้าน คือ

ด้านที่ 1 ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ หมายถึง การร่วมคิด ค้นหาและตัดสินใจหรือการกำหนดรายละเอียดของสิ่งที่จะดำเนินการ

ด้านที่ 2 ด้านการร่วมปฏิบัติการในกิจกรรมโครงการ หมายถึง การมีส่วนร่วมดำเนินโครงการร่วมแรง ร่วมสมทบค่าใช้จ่าย การให้ข้อมูลที่จำเป็นตลอดจนการเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการร่วมเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการร่วมในการบริหารหรือประสานงาน

ด้านที่ 3 ด้านการรับผลประโยชน์จากการเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการพัฒนา เช่น มีรายได้เพิ่มขึ้น มีการกระจายโอกาสทางการพัฒนา การรับรู้แนวความคิดและการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ มากขึ้น เป็นต้น

ด้านที่ 4 ด้านการตรวจสอบและประเมินผล หมายถึง การที่ประชาชนเข้าร่วมเพื่อการประเมินผลการดำเนินโครงการ โดยการดำเนินการผ่านกระบวนการทางการเมือง หรือสื่อมวลชนต่าง ๆ

อकिन รพีพัฒน์ (2527, หน้า 320) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การให้ประชาชนเป็นผู้คิดค้นปัญหา เป็นผู้ทำทุกอย่างไม่ว่าเรากำหนดไปแล้วว่า ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ทุกอย่างต้องเป็นเรื่องของประชาชนที่คิดขึ้นมา

ไพบูลย์ สุทธสุภา (2536, หน้า 23) กล่าวว่า การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยทั่วไปหมายความว่า การทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมมีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจในการดำเนินการและในผลประโยชน์ของการพัฒนานั้น ๆ

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2527, หน้า 271-273) ได้แยกขั้นตอนการมีส่วนร่วมไว้เป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหาของชาวบ้าน 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม 3) การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน 4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน

ปธาน สุวรรณมงคล (2527, หน้า 83) กล่าวถึงชุมชนควรมีขอบเขตของการมีส่วนร่วม คือ 1) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงาน 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในผลประโยชน์ 4) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการประเมินผล

ฉอ้าน วุฑฒิกกรรมรักษา (2526, หน้า 16) ได้จำแนกการเข้ามามีส่วนร่วมไว้เป็น 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนกำหนดความต้องการ 2) ขั้นตอนวางแผนดำเนินการ 3) ขั้นตอนตัดสินใจ 4) ขั้นตอนดำเนินการ 5) ขั้นตอนติดตามผลงาน

ไพรัตน์ เตชะรินทร์ (2527, หน้า 6-7) กล่าวถึง การมีส่วนร่วมว่าเป็นกระบวนการที่ รัฐบาลส่งเสริม ชักนำ สนับสนุนและสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชนทั้งในรูปส่วนบุคคล กลุ่มคน ชมรม สมาคม มูลนิธิและองค์การอาสาสมัครรูปต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการ ดำเนินการเพื่อให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดเอาไว้ โดยมีส่วนร่วมในลักษณะดังนี้

1. ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน
2. ร่วมคิดหาและสร้างรูปแบบและวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไขและลดปัญหาของชุมชน
3. ร่วมวางแผนนโยบายหรือแผนงาน เพื่อแก้ปัญหาและสนองตอบความต้องการของชุมชน
4. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ และเกิด

ประสิทธิผล

5. ร่วมลงทุนในกิจกรรมของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเองและหน่วยงาน
  6. ร่วมปฏิบัติตามนโยบายแผนงาน โครงการและกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมาย
  7. ร่วมควบคุม ติดตามประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไว้
- กรณีการ ชมติ (2524, หน้า 13) ได้สรุปแบบของการมีส่วนร่วมออกเป็น 10 แบบ คือ

1. การมีส่วนร่วมประชุม
2. การมีส่วนร่วมออกเงิน
3. การมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ
4. การมีส่วนร่วมเป็นผู้นำ
5. การมีส่วนร่วมสัมภาษณ์
6. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ชักชวน
7. การมีส่วนร่วมเป็นผู้บริโภคร
8. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ริเริ่มหรือผู้เริ่ม
9. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ใช้แรงงาน
10. การมีส่วนร่วมออกวัสดุอุปกรณ์

จากความหมายของการมีส่วนร่วมและลักษณะของการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังกล่าวมาข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง การที่กลุ่มคนเข้ามามี ส่วนร่วมรับผิดชอบและตัดสินใจในขั้นตอนต่าง ๆ ของการดำเนินกิจกรรมโดยสมัครใจ เพื่อให้ บรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่ม

พิสันต์ ประทานชวโน (2552) การพัฒนาแบบมีส่วนร่วม กระบวนการมีส่วนร่วม นับเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาในทุกระดับเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนร่วมคิด วิเคราะห์

ตัดสินใจ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การติดตามประเมินผลในกิจกรรม/ โครงการของชุมชน เป็นการสร้าง/ ปลุกฝังจิตสำนึกในความเป็นเจ้าของกิจกรรม/ โครงการ นั้น

ปัจจุบัน แนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในงานพัฒนา (People Participation for Development) ได้รับความยอมรับและใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในงานพัฒนาทุกภาคส่วนหรือในลักษณะเบญจภาคี ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน นักวิชาการและประชาชนรวมพลังกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ขั้นตอนการมีส่วนร่วม มี 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในขั้นการริเริ่มการพัฒนาเป็นขั้นตอนที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา/ สาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ตลอดจนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนดความต้องการของชุมชน และจัดลำดับความสำคัญของความต้องการของชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในขั้นการวางแผนในการพัฒนาซึ่งเป็นขั้นตอนของการกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ของโครงการ วิธีการตลอดจนแนวทางการดำเนินงานและทรัพยากรที่จะใช้

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินการพัฒนาเป็นส่วนที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างประโยชน์ให้กับชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ เทคโนโลยี ฯลฯ จากองค์กรภาคีพัฒนา

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในขั้นตอนรับผลประโยชน์จากการพัฒนาซึ่งเป็นทั้งการได้รับผลประโยชน์ทางด้านวัตถุและทางจิตใจ

ขั้นตอนที่ 5 การมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผลการพัฒนา เป็นการประเมินว่า การที่ประชาชนเข้าร่วมพัฒนา ได้ดำเนินการสำเร็จตามวัตถุประสงค์เพียงใด การประเมินอาจประเมินแบบย่อย (Formative Evaluation) เป็นการประเมินผลความก้าวหน้าเป็นระยะ ๆ หรืออาจประเมินผลรวม (Summative Evaluation) ซึ่งเป็นการประเมินผลสรุปรวบยอด

#### **ปัจจัยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน**

การที่จะให้ประชาชนมีส่วนร่วม นอกจากการปลุกฝังจิตสำนึกแล้วจะต้องมีการส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ซึ่งควรพิจารณาถึงปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ปัจจัยเกี่ยวกับกลไกของภาครัฐทั้งในระดับนโยบายมาตรการ และการปฏิบัติที่เอื้ออำนวย รวมทั้งการสร้างช่องทางการมีส่วนร่วมของประชาชน จำเป็นที่จะต้องทำให้การพัฒนาเป็นระบบเปิดมีความเป็นประชาธิปไตย มีความโปร่งใส รับฟังความคิดเห็นของประชาชน และมีการตรวจสอบได้

2. ปัจจัยด้านประชาชนที่มีสำนึกต่อปัญหาและประโยชน์ร่วมมีสำนึกต่อความสามารถ และภูมิปัญญาในการจัดการปัญหา ซึ่งเกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้รวมถึงการสร้างพลัง เชื่อมโยงในรูปกลุ่มองค์กรเครือข่ายและประชาสังคม

3. ปัจจัยด้านนักพัฒนาและองค์กรพัฒนา ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทในการส่งเสริมกระตุ้น สร้างจิตสำนึก เอื้ออำนวยกระบวนการพัฒนาสนับสนุนข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรและร่วมเรียนรู้ กับสมาชิกชุมชน

### **ปัญหาอุปสรรคที่มีต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน**

1. อุปสรรคด้านการเมือง เกิดจากการไม่ได้กระจายอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบให้แก่ ประชาชน โครงสร้างอำนาจทางการเมือง การปกครอง การบริหาร เศรษฐกิจ ถูกควบคุม โดยคน กลุ่มน้อย ทหาร นายทุน และข้าราชการ ขาดกลไกที่มีประสิทธิภาพในการแจกแจงทรัพยากร

2. อุปสรรคด้านเศรษฐกิจ เกิดจากการขาดความสามารถในการพึ่งตนเอง อำนาจการ ต่อรองมีน้อย กระบวนการผลิต ปัจจัยการผลิตอยู่ภายใต้ระบบอุปถัมภ์ความแตกต่างในสังคม ด้านรายได้ อำนาจและฐานะทางเศรษฐกิจ

3. อุปสรรคด้านวัฒนธรรม ขนบประเพณีในแต่ละพื้นที่ที่ทำให้ประชาชนไม่สามารถ เข้ามามีส่วนร่วมได้เนื่องจากขัดต่อขนบธรรมเนียมประเพณีของชุมชน/ เผ่า

### **แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วม**

หลักการสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชน ส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชน เข้าใจในสิทธิและหน้าที่ของตนเอง ในระบบหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งมีระบบโครงสร้างและ กลไกที่ดีมีประสิทธิภาพ ในการส่งเสริม สนับสนุน การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา ระบบบริการ และมีระบบการให้ความช่วยเหลือประชาชน เมื่อเกิดปัญหาจากการรับบริการ โดย จะต้องมียกเลิก รับเรื่องร้องเรียนที่ประชาชนสามารถร้องเรียนได้โดยสะดวก และเป็นอิสระจากผู้ถูก ร้องเรียน และมีประสิทธิภาพในการให้ความช่วยเหลือ

### **เป้าหมายการมีส่วนร่วมของประชาชน**

เป้าหมายของการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน เน้นที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึง บริการสุขภาพที่มีมาตรฐานและคุณภาพ จึงได้เปิดโอกาส และมีกลไกสนับสนุนการพัฒนา ศักยภาพภาคประชาชน เพื่อให้มีความพร้อมในการเข้าไปมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ สร้างความรู้ความเข้าใจและรับรู้เรื่องสิทธิและหน้าที่ในระบบหลักประกันสุขภาพ มีระบบการคุ้มครองสิทธิและการช่วยเหลือที่เป็นธรรม เมื่อได้รับความเสียหายจากการรับบริการ โดยมียกเลิกสนับสนุนที่สำคัญคือ คณะอนุกรรมการส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วม ภาคประชาชนภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจาก

เครือข่ายประชาชนต่าง ๆ นักวิชาการ หน่วยงาน องค์กรที่ทำงานด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนเข้ามาร่วมกันวางยุทธศาสตร์ การส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

### แนวทางการส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชน

ในกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้มีความพยายามที่จะสร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่ระดับการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้และร่วมตรวจสอบ มีการสร้างระบบเชิงรุกของการมีส่วนร่วม เช่น การจัดการสุขภาพด้วยตนเองของชุมชนและท้องถิ่น สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดกลไกที่จะสนับสนุนการมีส่วนร่วมในทุกระดับของประชาชนในรูปแบบที่หลากหลาย ตลอดจนมีการเปิดช่องทางเพื่อเผยแพร่ข้อมูลสร้างความรู้ความเข้าใจ และรับฟังความคิดเห็นสะท้อนกลับไปพร้อม ๆ กัน

### ความหมาย แนวคิด และทฤษฎีการพัฒนาชุมชน

แนวคิดการพัฒนาชุมชน เริ่มมีการยอมรับกันในประเทศต่าง ๆ ตั้งแต่ทศวรรษ 1930 โดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกา และมีการใช้คำว่า “การพัฒนาชุมชน” อย่างเป็นทางการครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ. 2491 ในที่ประชุมของสำนักงานอาณานิคมของอังกฤษที่กรุงเคมบริดจ์ เป็นการประชุมเกี่ยวกับการบริหารงานในแอฟริกา เพื่อกระตุ้นให้ประเทศต่าง ๆ ในแอฟริกาปรับปรุงสภาพท้องถิ่นของตนเองทางเศรษฐกิจและการปกครอง ทั้งเตรียมตัวเป็นเอกราชต่อไป คำจำกัดความของคำว่า “การพัฒนาชุมชน” คือ กระบวนการที่มีขึ้นเพื่อปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ของชุมชน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมและความคิดริเริ่มจากชุมชน โครงการพัฒนาชุมชนที่สำคัญครั้งแรกในประเทศอินเดีย ในปี พ.ศ. 2495 โดยการสนับสนุนของมูลนิธิฟอร์ด (Ford Foundation) และองค์การความช่วยเหลือระหว่างประเทศของประเทศสหรัฐอเมริกา (USAID) ต่อมาได้ขยายโครงการระดับชาตินี้ไปยังประเทศฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย อิหร่าน และปากีสถาน

ในปี พ.ศ. 2530 สหประชาชาติคาดว่ามียากกว่า 60 ประเทศ ในทวีปเอเชียและลาตินอเมริกาที่ดำเนินงาน โครงการพัฒนาชุมชนเป็นโครงการใหญ่ (วรทัศน์ อินทรคัมพร, 2546)

คำจำกัดความของคำว่า การพัฒนาชุมชน คือ กระบวนการที่มีขึ้นเพื่อปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ของชนบท โดยอาศัยการมีส่วนร่วมและความคิดริเริ่มจากชุมชน (กระทรวงมหาดไทย, 2542)

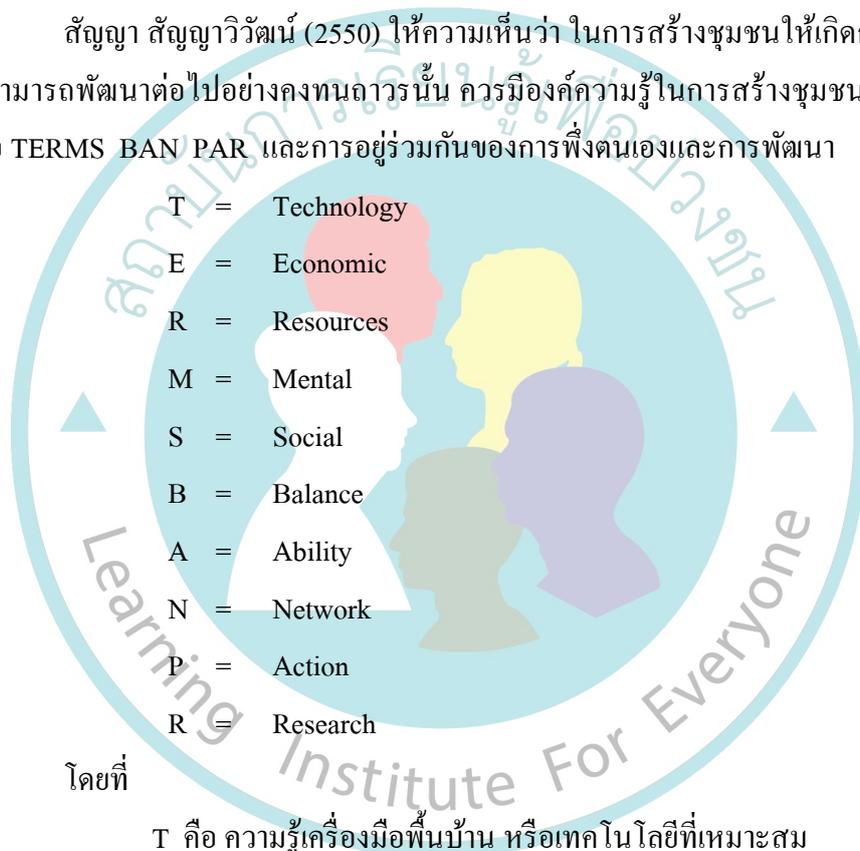
หลักการดำเนินงานพัฒนาชุมชนที่สำคัญ มี 6 ประการ ได้แก่ 1) การช่วยเหลือตัวเอง (Self Help) 2) การให้ประชาชนมีส่วนร่วม 3) การใช้ประชาธิปไตยเป็นแนวทางดำเนินงาน 4) การ

ใช้ประโยชน์จากผู้นำท้องถิ่น 5) การทำความเข้าใจวัฒนธรรมท้องถิ่น 6) การติดตามและประเมินผล

หลักการพัฒนาชุมชนที่สำคัญ เน้นการจัดองค์กรชุมชน การให้การศึกษาชุมชนและการเปลี่ยนแปลงชุมชน โดยมีการพัฒนาเจ้าหน้าที่อเนกประสงค์ระดับหมู่บ้านหรือตำบล และเป็นผู้ปฏิบัติงานร่วมกับผู้นำท้องถิ่นและชาวบ้าน เพื่อกระตุ้นให้ชาวบ้านระบุปัญหาความต้องการและ

ระดมชาวบ้านให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านพัฒนา โดยรัฐบาลจะเป็นผู้สนับสนุนในส่วนที่เกินขีดความสามารถของชาวบ้านและมีจุดมุ่งหมายให้ชาวบ้านพึ่งตนเองได้ในที่สุด

สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2550) ให้ความเห็นว่า ในการสร้างชุมชนให้เกิดการพึ่งพาตนเอง และสามารถพัฒนาต่อไปอย่างคงทนถาวรนั้น ควรมีองค์ความรู้ในการสร้างชุมชนให้พึ่งพาตนเองได้ คือ TERMS BAN PAR และการอยู่ร่วมกันของการพึ่งตนเองและการพัฒนา



โดยที่

T คือ ความรู้เครื่องมือพื้นบ้าน หรือเทคโนโลยีที่เหมาะสม

E คือ การทำมาหากิน พอกินพอใช้ หรือการทำมาค้าขาย ซื่อถูกซื่อแพง

R คือ เป็นส่วนของธรรมชาติอยู่ร่วมกัน หรือควบคุมเป็นไปตามธรรมชาติ

M คือ สันโดษ เชื่อมั่นว่าตนเองพัฒนาได้ วัตถุนิยม บริโภคนิยม หรือปัจเจก

บุคคลนิยม

S คือ สังคมประเพณี เป็นญาติ เอื้อเฟื้อ สังคมสมัยใหม่ จำแนกโครงสร้างถืออาวุธ จำนวนเฉพาะด้าน ประชาธิปไตย แยกประเภทผู้นำ

สุรพล เศรษฐบุตร (2554) การพัฒนา คือ การทำงานกับประชาชนมิใช่ทำให้ประชาชน เพราะฉะนั้นกิจกรรมใด ๆ ที่จะดำเนินงานในชุมชนนั้นจะต้องเป็นกิจกรรมที่มาจากกรณีเริ่ม

ของประชาชน ประชาชนเป็นเจ้าของบทบาทของผู้ปฏิบัติงานพัฒนานั้นเป็นผู้กระตุ้นซึ่งนำไป  
 ประชาชนเกิดความคิดริเริ่มในการแก้ไขปัญหา หรือหาทางสนองความต้องการของตนแล้วร่วมกัน  
 ทำงานตามที่คิดขึ้นมาแล้วนั้น การเข้าไปทำงานกับประชาชนในลักษณะนี้ ผู้ปฏิบัติงานพัฒนา  
 จะต้องเป็นผู้ที่สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ กระทำตนให้เป็นที่เชื่อถือของประชาชนใน  
 ชุมชนและต้องทำงานอย่างมีหลัก งานจึงจะดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยทั่วไปแล้ว  
 ผู้ปฏิบัติงานพัฒนาจะยึดหลักการพัฒนาชุมชนของกรมการพัฒนาชุมชน 10 ประการ คือ

1. ต้องพัฒนาชุมชนทุก ๆ ด้านไปพร้อมกัน ถ้าพิจารณาอย่างกว้าง ๆ จะเห็นว่า สิ่งที่จะ  
 ต้องทำการพัฒนาในชุมชนนั้นมีเพียง 2 ประการ คือ ด้านวัตถุและจิตใจ ด้านวัตถุนี้หมายถึง  
 สภาพแวดล้อมที่เป็นวัตถุทุก ๆ ด้าน เช่น ถนนหนทาง ที่อยู่อาศัย สถานศึกษา สถานรักษาพยาบาล  
 ไฟฟ้า วิทยุ เป็นต้น เมื่อสภาพแวดล้อมทางวัตถุเจริญก้าวหน้าดีแล้ว ไม่ได้หมายความว่าสภาพจิตใจ  
 ของประชาชนจะเจริญก้าวหน้าตามไปด้วยเสมอไป จึงจำเป็นต้องส่งเสริมสภาพจิตใจให้  
 แปรเปลี่ยนไปในทิศทางที่ถูกต้องด้วย เช่น การให้การศึกษ ส่งเสริมอาชีพ ส่งเสริมขนบธรรมเนียม  
 ประเพณี หรือวัฒนธรรมพร้อมกันไปด้วย

2. ยึดประชาชนเป็นหลักในการพัฒนา การทำงานกับประชาชนนั้นจะต้องคำนึงถึง  
 ปัญหาและความต้องการของประชาชนเป็นสำคัญ ประชาชนกำลังประสบปัญหาอะไร กำลังมีความ  
 ต้องการอะไร อะไรเป็นปัญหาที่รีบด่วน เป็นความต้องการที่รีบด่วนที่จะต้องรีบแก้ไข อะไรเป็นปัญหา  
 ความต้องการที่รองลงมา สิ่งเหล่านี้จะต้องคำนึงถึงตัวประชาชนเป็นที่ตั้ง การแก้ปัญหาจึงจะตรงจุด  
 มิใช่แก้ปัญหาจากปัญหาและความต้องการของผู้ปฏิบัติงานพัฒนาเอง

3. การดำเนินงานจะต้องค่อยเป็นค่อยไป จุดมุ่งหมายของการดำเนินงานพัฒนาชุมชน  
 คือ ต้องการแปรเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนในชุมชนและวัตถุไปพร้อม ๆ กัน ฉะนั้นการ  
 ดำเนินงานตามกิจกรรมจึงไม่ควรเร่งรีบจนเกินไปจนประชาชนไม่รู้ว่าจะอะไรเป็นอะไร การมุ่งผลงาน  
 ตามกิจกรรมอย่างเดียวนั้น จะไม่ก่อให้เกิดผลการพัฒนาอย่างแท้จริง การดำเนินงานจึงต้องค่อยเป็น  
 ค่อยไป โดยเลือกทำในชุมชนที่พร้อมกว่าก่อน

4. ต้องคำนึงถึงวัฒนธรรมของชุมชนเป็นหลักขนบธรรมเนียม ประเพณี หรือ  
 วัฒนธรรมในท้องถิ่นมีลักษณะสนับสนุนการพัฒนาแล้ว จึงควรส่งเสริมให้วัฒนธรรม ประเพณีใน  
 ท้องถิ่น ให้ได้มีบทบาทในการพัฒนาให้มากยิ่งขึ้น สิ่งใดที่เป็นการขัดต่อขนบธรรมเนียมประเพณี  
 หรือ วัฒนธรรมควรหลีกเลี่ยงหรือถ้าเห็นว่าประเพณีบางอย่างไม่ถูกต้องก็ไม่ควรจะไปดำเนินแต่  
 ควรชี้แนะเสนอแนะให้ประชาชนเห็นว่าดีและไม่ใช่อะไร ด้วยเหตุผล แล้วช่วยกันหาทางปรับปรุง  
 เปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น

5. ต้องพยายามใช้ทรัพยากรในชุมชนให้มากที่สุดผลงานพัฒนาชุมชนนั้น ควรจะเริ่มจากการนำเอาทรัพยากรในท้องถิ่นมาดัดแปลงใช้ให้เกิดประโยชน์ให้มากที่สุด โดยชี้แนะเสนอแนะให้คนในชุมชนเห็นคุณค่าของสิ่งที่มีอยู่ในชุมชน และนำเอาสิ่งเหล่านั้นมาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหรือแปรรูปเป็นวัสดุเครื่องใช้ในครัวเรือนให้ได้ คำว่า ทรัพยากรในที่นี้ หมายถึง ทุกสิ่งที่มีอยู่ในชุมชนเช่น ตัวคน วัตถุ สถาบันทางสังคม และกลุ่มต่าง ๆ เป็นต้น

6. ต้องยึดหลักประชาธิปไตยในการดำเนินงานพัฒนาชุมชนจะเริ่มด้วยการประชุมปรึกษาหารือกัน ร่วมกันคิดว่าจะทำอะไร เมื่อตกลงกันจะร่วมกันทำโดยมอบหมายงานให้แก่แต่ละคน ได้รับผิดชอบร่วมกัน งานจะมาจากเบื้องล่าง คือ ตัวประชาชนในชุมชนเอง ไม่ได้ มาจากถูกสั่งให้กระทำในการเข้าไปแก้ปัญหาของประชาชนนั้น ผู้ปฏิบัติงานพัฒนาจะไม่ใช้วิธีออกคำสั่งแต่จะให้การศึกษ ชักชวน ชี้แนะให้ประชาชนได้เห็นปัญหา และร่วมกันหาทางแก้ไขโดยความสมัครใจ

7. ต้องใช้หลักการประสานงาน งานพัฒนาชุมชนจะประสบผลสำเร็จมากน้อยแค่ไหน อยู่ที่การประสานงาน เพราะงานพัฒนาชุมชนนั้นมี ๖ หน่วยงานของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง โดยเฉพาะ เป็นงานที่จะต้องร่วมกันรับผิดชอบทุกหน่วยงาน และผู้ปฏิบัติงานพัฒนาก็มีไว้ว่าจะเป็นผู้เชี่ยวชาญทุก ๆ ด้าน จึงต้องอาศัยการประสานงานเป็นหลักในการดำเนินงาน

8. เริ่มต้นทำงานกับกลุ่มผู้นำก่อน ผู้นำในท้องถิ่นเป็นผู้ที่ประชาชนในชุมชนให้ความเคารพเชื่อถือ จะพูดจะทำอะไร ประชาชนส่วนใหญ่จะยอมรับและคล้อยตาม การจะกระทำกิจกรรมพัฒนาในชุมชน หากผู้นำเห็นชอบด้วย ปัญหาการขัดแย้งและการให้ความร่วมมือก็จะน้อยลงหรือหมดไป

9. การดำเนินงานต้องให้สอดคล้องกับนโยบายของชาติ การจัดทำแผนงานหรือกิจกรรมใด ๆ จะต้องให้เป็นไปตามแผนพัฒนาระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเสมอ

10. ปลูกฝังความเชื่อมั่นในตนเองให้กับประชาชน ความเชื่อมั่นในตนเอง เป็นพลังสำคัญที่จะช่วยให้การทำงานสำเร็จลงได้ แม้งานนั้นจะยากลำบากเพียงใดก็ตาม หากมีความมั่นใจและเชื่อในพลังงานที่ตนมีอยู่แล้ว การดำเนินงานก็จะสำเร็จลงได้โดยไม่ยากนัก

พิสันต์ ประทานชวโน (2552) หลักการพัฒนาชุมชน คือ หลักประชาชน กล่าวคือ

1. เริ่มต้นที่ประชาชน ยืนจุดเดียวกับประชาชน มองโลก มองชีวิต มองปัญหา จากทัศนะของประชาชน เพื่อให้เข้าใจปัญหา ความต้องการของประชาชน เพื่อให้เข้าถึงชีวิต จิตใจของประชาชน

2. ทำงานร่วมกับประชาชน (ไม่ใช่ทำงานให้แก่ประชาชน เพราะจะทำให้เกิดความคิดมาทวงบุญทวงคุณจากประชาชนในภายหลัง) การที่จะทำให้ประชาชนเข้าใจปัญหาของตนเอง และ

มีกำลังใจลุกขึ้นต่อสู้กับปัญหา ช่วยกันคิด ช่วยกันแก้ไขปัญหา นั้นย่อมมีหนทางที่จะกระทำได้โดยไม่ยากหากเข้าใจปัญหาและเข้าถึงจิตใจประชาชน

3. ยึดประชาชนเป็นพระเอก ประชาชนต้องเป็นผู้กระทำการพัฒนาด้วยตนเอง ไม่ใช่เป็นผู้ถูกกระทำ หรือฝ่ายรองรับข้างเดียว เพราะผลของการกระทำการพัฒนานั้น ตกอยู่ที่ประชาชนโดยตรงประชาชน เป็นผู้รับโชค หรือ วิเคราะห์จากการพัฒนานั้น

**วิธีการพัฒนาชุมชน** เป็นวิธีการพื้นฐานของการพัฒนาชุมชน คือ

1. การรวมกลุ่ม หรือจัดตั้งองค์กรประชาชน เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชน ซึ่งเป็นสมาชิก มีบทบาท และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของกลุ่ม/ องค์กร ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อส่วนรวมด้วย

2. การส่งเสริม/สร้างสรรค้ผู้นำและอาสาสมัคร เพื่อเปิดโอกาสและสนับสนุนให้ประชาชนมีความพร้อมจะเป็นผู้นำ และเป็นผู้เสียสละ ได้อุทิศตน ได้แสดงบทบาท มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาชุมชน โดยส่วนรวม

**กระบวนการพัฒนาชุมชน** การปฏิบัติงานพัฒนาชุมชนเป็นงานที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง เป็นกระบวนการ และต้องอาศัยหลักการมีส่วนร่วมในการพัฒนาซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนา ในทุกระดับเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนร่วมคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจ การวางแผน การปฏิบัติ ตามแผน การติดตามประเมินผลในกิจกรรม/ โครงการของชุมชน เป็นการสร้าง/ ปลุกฝังจิตสำนึก ในความเป็นเจ้าของกิจกรรม/ โครงการ นั้น โดยกระบวนการพัฒนาชุมชนที่ประชาชนมีส่วนร่วม ทุกขั้นตอนมีดังนี้

1. การศึกษาชุมชน เป็นการเสาะแสวงหาข้อมูลต่าง ๆ ในชุมชน เช่น ข้อมูลด้าน เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง และสภาพความเป็นอยู่ของคนในชุมชน เพื่อทราบปัญหา และความต้องการของชุมชนที่แท้จริง วิธีการในการศึกษาชุมชนอาจต้องใช้หลายวิธีประกอบกัน ทั้งการสัมภาษณ์ การสังเกต การสำรวจ และการศึกษาข้อมูลจากเอกสารต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชนด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด กลวิธีสำคัญที่นักพัฒนาต้องใช้ในขั้นตอนนี้ คือ การสร้างความสัมพันธ์กับคนในชุมชน เพราะถ้าหากปราศจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพัฒนากับชาวบ้านแล้วเป็นการยากที่จะได้รู้ และเข้าใจปัญหาความต้องการจริง ๆ ของชาวบ้าน ความสัมพันธ์ อันดี จนถึงขั้นความสนิทสนม รักใคร่ ศรัทธา จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะต้องปลูกฝังให้เกิดขึ้นกับคนในชุมชน

2. การให้การศึกษาแก่ชุมชน เป็นการสนทนา วิเคราะห์ปัญหาร่วมกับประชาชนเป็นการนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากขั้นตอนการศึกษาชุมชนมาวิเคราะห์ถึงปัญหาความต้องการและสภาพที่เป็นจริง ผลกระทบ ความรุนแรง และความเสียหายต่อชุมชน กลวิธีที่สำคัญในขั้นตอนนี้คือ

การกระตุ้นให้ประชาชนได้รู้ เข้าใจ และตระหนักในปัญหาของชุมชน ซึ่งในปัจจุบันคือ การจัดเวทีประชาคม เพื่อค้นหาปัญหาร่วมกันของชุมชน

3. การวางแผน/ โครงการ เป็นขั้นตอนให้ประชาชนร่วมตัดสินใจ และกำหนดโครงการเป็นการนำเอาปัญหาที่ประชาชนตระหนัก และยอมรับว่าเป็นปัญหาของชุมชนมาร่วมกันหาสาเหตุแนวทางแก้ไข และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจที่จะแก้ไขภายใต้ขีดความสามารถของประชาชน และการแสวงหาความช่วยเหลือจากภายนอก กลวิธีที่สำคัญในขั้นตอนนี้คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการแก้ไขปัญหา วิธีการวางแผน การเขียน

4. การดำเนินงานตามแผนและโครงการ โดยมีผู้รับผิดชอบในการดำเนินการตามแผนและโครงการที่ได้ตกลงกันไว้ กลวิธีที่สำคัญในขั้นตอนนี้คือ การเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุนใน 2 ลักษณะ คือ

4.1 เป็นผู้ปฏิบัติงานทางวิชาการ เช่น แนะนำการปฏิบัติงาน ให้คำปรึกษาหารือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน

4.2 เป็นผู้ส่งเสริมให้ชาวบ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน

5. การติดตามประเมินผล เป็นการติดตามความก้าวหน้าของงานที่ดำเนินการตามโครงการเพื่อการปรับปรุงแก้ไขปัญหา อุปสรรคที่พบได้อย่างทันท่วงที กลวิธีที่สำคัญในขั้นตอนนี้คือ การติดตามดูแลการทำงานที่ประชาชนทำ เพื่อทราบผลความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรค แล้วนำผลการปฏิบัติงานตามโครงการ หรือกิจกรรมไปเผยแพร่เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้ทราบ

ธนากร สังเขป (2551) ความหมายของ ชุมชน (Community) เป็นกลุ่มบุคคลที่อาศัยอยู่ตามท้องถิ่นต่าง ๆ อาจเป็นหมู่บ้าน ละแวก หรือย่าน ที่มีวิถีชีวิตเกี่ยวพันกัน มีความเชื่อในระบบคุณค่าบางอย่างสอดคล้องกัน มีการติดต่อสื่อสาร มีความเอื้ออาทร มีการจัดการ มีการเรียนรู้และมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือกลุ่มบุคคลอื่นเนื่องมาจากการทำงานประกอบอาชีพร่วมกัน หรือการประกอบกิจกรรมร่วมกัน หรือการมีวัฒนธรรม หรือความสนใจร่วมกัน ความหมายของ การพัฒนา (Development) คือ การทำให้ดีขึ้น ให้เจริญขึ้น เป็นการเพิ่มคุณค่าของสิ่งต่าง ๆ การพัฒนาจากสิ่งที่มีอยู่เดิม หรือสร้างสรรค์สิ่งใหม่ก็ได้ ความหมายของ การพัฒนาชุมชน (Community Development) เป็นการทำให้กลุ่มคนดีขึ้น เจริญขึ้นในทุก ๆ ด้าน เช่น ด้านเศรษฐกิจ สังคม การปกครอง วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ความสำคัญของการพัฒนาชุมชน เป้าหมายของการพัฒนาชุมชน คือ คน ซึ่งเป็นกลุ่มอันหลากหลาย กระจัดกระจายอยู่ทั่วประเทศ เป็นหมู่บ้าน เป็นชุมชนเมือง เป็นกลุ่มอาชีพ เป็นกลุ่มกิจกรรม ฯลฯ กลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้เป็นรากฐานสำคัญของประเทศ เราเห็นพ้องกันว่าพัฒนาคนเป็นแนวทางการพัฒนาประเทศที่ถูกต้อง การพัฒนาคนจึงเป็นเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจ

และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) และต่อในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) รากฐานของประเทศดีขึ้น เจริญขึ้นในทุก ๆ ด้าน ประเทศชาติก็ดีขึ้น เจริญขึ้นเป็นสังคมพัฒนา สังคมพัฒนาดีสมาชิกในสังคมย่อมได้รับผลพวงของการพัฒนาทุกอย่าง มันเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน การเล็งเป้าหมายการพัฒนาไปที่คนคือ เป้าหมายที่ชุมชน จึงเป็นภารกิจของทุกคนที่เกี่ยวข้อง ที่จะต้องร่วมมือกันพัฒนาอย่างจริงจัง รวมทั้งต้องพัฒนาตนเอง เหมือนตนเองเป็นชุมชนหนึ่ง องค์กรทั้งหลายก็ต้องพัฒนาตนเองเช่นเดียวกัน เพราะองค์กรมีความเป็นชุมชน ถ้าเราจินตนาการว่าคนเหมือนเซลล์ (Cell) ของประเทศ (ร่างกาย) เซลล์ทุกเซลล์ได้รับการเอาใจใส่ดูแลให้ดี ทำให้พัฒนาประเทศชาติ หรือสังคมไทยเราจะเป็นอย่างไร ลองจินตนาการต่อไป เพราะฉะนั้น เป้าหมายของประเทศ หรือสังคม จึงต้องพัฒนาคนหรือชุมชนหลักคิดการพัฒนาในอดีต จะขอย้อนทบทวนหลักคิดของการพัฒนาในอดีต ตั้งแต่มีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504) เป็นต้นมา เพื่อให้เห็นภาพเส้นทางการพัฒนาประเทศไทยในช่วงเกือบ 5 ทศวรรษที่ผ่านมาว่า เราหลงทิศหลงทางกันอย่างไรหรือไม่ เราใช้เวลานานพอสมควร ผลลัพธ์คุ้มค้ำกับเวลาที่เสียไปหรือไม่เพียงไร

สัจจา จันทรวิเชียร (2559) แนวคิดเรื่อง วัฒนธรรมชุมชนและภูมิปัญญาชาวบ้าน โดยกระแสภูมิปัญญาชาวบ้านได้ชี้ให้เห็นศักยภาพของสถาบันชุมชนต่าง ๆ อาทิ พระ ผู้นำอาวุโส เครื่องช่อย่างต่าง ๆ ที่ยังคงมีบทบาทอยู่ในชุมชน บุคลากรและสถาบันเหล่านี้มีบทบาทในการทำให้สังคมชนบทยังไม่แตกสลายทางด้านจิตใจและทางวัฒนธรรมท้องถิ่น หลักการดำเนินงานพัฒนาชุมชน กระบวนการทำงานพัฒนาชุมชน การปฏิบัติงานพัฒนาชุมชนเป็นงานที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง เป็นกระบวนการทบทวนแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของประชาชนคือ การแสดงออกถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของชุมชนในการจัดการทุนชุมชน จัดการชีวิตของตนเอง การมีส่วนร่วมเกิดจากแนวความคิดในการพัฒนาชุมชนคือ กระบวนการที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีโอกาสได้แสดงทัศนะและเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน รวมทั้งมีการนำความคิดเห็นดังกล่าวไปประกอบการพิจารณา กำหนดนโยบายและการตัดสินใจของรัฐ ประกอบด้วยการให้ข้อมูลข่าวสารต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การเปิดรับความคิดเห็นจากประชาชน (ประชาพิจารณา) การวางแผนร่วมกัน และการพัฒนาศักยภาพของประชาชนให้สามารถเข้ามามีส่วนร่วม

การพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development) หมายถึง การพัฒนาที่ตอบสนองความต้องการของปัจจุบัน โดยไม่ทำให้ผู้คนในอนาคตเปิดปัญหาในการตอบสนองความต้องการของตนเอง

## ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับแผนผู้สูงอายุ

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 มีแผนการพัฒนาศักยภาพคนให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศและการสร้างสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพคือ หนึ่ง ประชาชนทุกช่วงวัยมีความมั่นคง ทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (Socio Economic Security) และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอง การศึกษาและการเรียนรู้ได้รับการพัฒนาคุณภาพ และสาม สถาบันทางสังคมมีความเข้มแข็ง เป็นฐานรากที่เอื้อต่อการพัฒนาคน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12, 2558)

แผนการพัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัยและการปฏิรูประบบเพื่อสร้างสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ดังนี้

1. การพัฒนาศักยภาพคนในทุกช่วงวัยให้สนับสนุนการเจริญเติบโตของประเทศ โดยช่วงวัยเด็ก ตั้งแต่แรกเกิดให้มีพัฒนาการที่สมวัยในทุกด้าน วัยเรียน วัยรุ่น ให้มีทักษะการเรียนรู้ ทักษะชีวิตสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นภายใต้บริบทสังคมที่เป็นพหุวัฒนธรรม วัยแรงงาน ให้มีการพัฒนาระดับสมรรถนะฝีมือแรงงาน เพื่อสร้างผลิตภาพเพิ่มให้กับประเทศ วัยผู้สูงอายุ ให้มีการทำงานที่เหมาะสมตามศักยภาพและประสบการณ์ มีรายได้ในการดำรงชีวิต มีการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อป้องกันหรือชะลอความทุพพลภาพและ โรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่จะก่อให้เกิดภาระแก่ปัจเจกบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ

2. การยกระดับคุณภาพการศึกษาและการเรียนรู้ให้มีคุณภาพ เท่าเทียมและทั่วถึง โดย (1) ปฏิรูประบบบริหารจัดการทางการศึกษา โดยปรับระบบบริหารจัดการการศึกษาใหม่เพื่อความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ (Accountability) (2) ปฏิรูประบบการคลังด้านการศึกษา เพื่อเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพการจัดการศึกษาโดยการจัดสรรงบประมาณตรงสู่ผู้เรียน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากภาคเอกชนในการจัดการศึกษา (3) พัฒนาคุณภาพครูทั้งระบบ ตั้งแต่กระบวนการผลิต สรรหา และการคัดเลือกให้ได้คนดี คนเก่ง รวมทั้งระบบการประเมินและรับรองคุณภาพที่เน้นผลลัพธ์จากตัวผู้เรียน (4) ปฏิรูประบบการเรียนรู้ โดยมุ่งจัดการเรียนรู้เพื่อสร้างสมรรถนะกำลังคนทั้งระบบ การศึกษาตั้งแต่ระดับปฐมวัยศึกษาจนถึงการเรียนรู้ตลอดชีวิต พัฒนาสื่อเพื่อการเรียนรู้ ปรับหลักสูตรและผลิตกำลังคนให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงและความต้องการของตลาด การวิจัยและการใช้เทคโนโลยีและสื่อเพื่อการเรียนรู้

3. การพัฒนาด้านสุขภาพ โดยส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุทั้งในด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุยกระดับการบริหารจัดการระบบสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความยั่งยืน

ในระยะยาว โดยพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อการบริหารทรัพยากรด้านสาธารณสุข บูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้เกิดความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการและการใช้ทรัพยากร ส่งเสริมการอภิบาลระบบสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายที่มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน พัฒนาศักยภาพของประเทศไทยสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติทั้งในด้านศูนย์กลางบริการสุขภาพ (Medical Service Hub) ศูนย์กลางบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness Hub) ศูนย์กลางยา และผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ (Product Hub) และศูนย์กลางบริการวิชาการและงานวิจัย (Academic Hub) เพื่อนำรายได้กลับมาใช้ยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุขภายในประเทศ รวมทั้งส่งเสริมการให้ความสำคัญกับมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (Health in All Policies) เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายของทุกภาคส่วน ครอบคลุมถึงผลกระทบของนโยบายสาธารณะที่มีต่อสุขภาพของประชาชน

4. การสร้างสภาพแวดล้อมและนวัตกรรมที่เอื้อต่อการดำรงชีพในสังคมสูงวัย โดยการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและความจำเป็นทางกายภาพให้เหมาะกับวัย และการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลายทั้งในด้านการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมอย่างบูรณาการ โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาชุมชนที่มีศักยภาพและความพร้อมให้เป็นต้นแบบของการดูแลผู้สูงอายุเพื่อขยายผลไปสู่ชุมชนอื่น ตลอดจนการพัฒนานวัตกรรมในการใช้ชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุ

สมยศ ศรีจารนัย กล่าวถึง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 รัฐบาลได้กำหนดคนนโยบายที่สำคัญคือ ยกระดับศักยภาพการแข่งขันก้าวสู่ประเทศไทยได้สูง พัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัยและสร้างสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม เชื่อมโยงภูมิภาคและความเป็นเมือง สร้างการเติบโตทางเศรษฐกิจ และสังคมที่เป็นมิตร กับสิ่งแวดล้อมและการบริหารราชการแผ่นดินที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เป็นไปตามทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ซึ่งจะเริ่มใช้ในเดือนตุลาคม 2559-2564 รัฐบาลมีนโยบายที่สำคัญคือ (1) พัฒนาระบบประกันสุขภาพ (2) ลงทุนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศ ศูนย์ความเป็นเลิศ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์ พัฒนาสถานบริการปฐมภูมิ ระบบส่งต่อ (3) ผลิตแผนและบุคลากรทางการแพทย์ กระจายสู่ชนบท สร้างขวัญกำลังใจและความก้าวหน้าในอาชีพ ค่าตอบแทน (4) จัดให้มีมาตรการสร้างสุขภาพโดยมีเป้าหมายลดอัตราป่วย ตาย และผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง (5) พัฒนาขีดความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนให้เป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน (6) พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตั้งแต่ในช่วงตั้งครรภ์วัยเด็ก วัยเจริญพันธุ์ วัยบรรลุนิติภาวะ วัยชรา และผู้พิการ (7) ส่งเสริมให้ประชาชนทุกระดับมีโอกาสออกกำลังกายและเล่นกีฬา

(8) ขับเคลื่อนประเทศไทยให้เป็นเลิศในผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลในภูมิภาคเอเชีย (กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

นโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนพัฒนา และกฎหมาย มีข้อเสนอโครงการสำคัญ (Flagship Project) ของกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (1) ระบบบริการ (Better Service) ที่มทอประจำครอบครัว, Service plan, ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (2) เศรษฐกิจเทคโนโลยี สุขภาพ: ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ, การวิจัยและการผลิตยา อุปกรณ์การแพทย์ เทคโนโลยีและวัคซีน (3) สุขภาพตามกลุ่มวัย: สุขภาพเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยแรงงาน ผู้สูงอายุ (4) สุขภาพกับสิ่งแวดล้อม: อาหารปลอดภัย การจัดการสิ่งแวดล้อม ขยะมูลฝอย สารเคมี สารอันตราย (5) ภัยสุขภาพ ภัยพิบัติ และตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน: การจัดการโรค ภัยสุขภาพ ภัยพิบัติ โรคติดต่อ ได้แก่ เอชอีวี วัณโรค มาเลเรีย (6) การเงินการคลัง: ขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ระบบการเงินการคลังของระบบประกันสุขภาพที่ยั่งยืน (7) การอภิบาลระบบ: บทบาทและโครงสร้าง กศช., Autonomous hospital (8) ระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital Health) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558)

กระทรวงสาธารณสุข (2559) ศ.ดร.ยงยุทธ กล่าวว่า รัฐบาลมีนโยบายเร่งด่วนในการรองรับสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยที่กำลังจะมาถึง ซึ่งอัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุของประเทศไทยเป็นไปอย่างรวดเร็ว ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติล่าสุดในปี พ.ศ. 2557 มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 10 ล้านกว่าคน หรือเกือบร้อยละ 15 ของประชากรทั้งประเทศกว่าครึ่งอยู่ในชนบท คาดว่าในปี พ.ศ. 2564 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 จะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และอีก 20 ปีประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรทั้งหมด หรือปีละประมาณ 6 แสนคน และเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด จากการสำรวจมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 5 ที่มีสุขภาพดี ที่เหลือมีโรคประจำตัวเรื้อรัง อาทิ โรคความดันโลหิตสูง มากที่สุดร้อยละ 41 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 18 โรคเข้าเสื่อมร้อยละ 9 พิการร้อยละ 6 ป่วยติดเตียงช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ร้อยละ 1 หรือประมาณ 1 แสนคน มีร้อยละ 13 ที่ป่วยทั้งความดันโลหิตสูงและเบาหวาน และมีผู้สูงอายุประมาณ 1 ล้านคน อยู่คนเดียวตามลำพัง

ศ.นพ.รัชตะ กล่าวว่ากระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มวางระบบการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างอบอุ่น ได้รับการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ ในปี พ.ศ. 2558 นี้กระทรวงสาธารณสุข จะดำเนินการ ตรวจคัดกรอง/บริการทันตกรรมแก่ผู้สูงอายุ จัดทำฟันเทียมทั้งปากในโครงการฟันเทียมพระราชทานและฝังรากฟันเทียมให้ฟรี เนื่องจากผลการสำรวจพบผู้สูงอายุมีปัญหาไม่มีฟันเคี้ยวอาหาร ประมาณ 250,000 คน จัดระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยฝึกรวมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ หรือแคร์ เมเนเจอร์

(Care manager) เบื้องต้นอบรมไปแล้ว 909 คน และฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หรือแคร์ กิฟเวอร์ (Care giver) อบรมไปแล้ว 4,022 คน ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของทีมหมอครอบครัว เพื่อช่วยดูแลผู้สูงอายุและผู้อยู่ในระยะพึ่งพิง รวมทั้งผู้พิการ โดย แคร์ เมเนเจอร์ 1 คน ต่อแคร์ กิฟเวอร์ 5-7 คน และแคร์ กิฟเวอร์ 1 คน ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 5-7 คน ซึ่งขณะนี้สามารถประเมินคัดกรองดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 6,394,022 คน ครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง และผู้พิการมากกว่า 32,000 คน

ที่สำคัญคือ ได้จัดทีมหมอครอบครัวที่ประกอบด้วย สหวิชาชีพ ให้การดูแลประชาชนทุกหลังคาเรือน ทุกพื้นที่ ทั้งในเมืองและชนบท ทุกครอบครัวจะมีหมอดูแลประจำ จะทำหน้าที่สนับสนุน สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคประชาชนทุกกลุ่มวัย เยี่ยมบ้าน จัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และการส่งต่อเพื่อการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้เตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุ อย่างมีคุณภาพที่ดีเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้า และเท่าเทียม

กระทรวงสาธารณสุข (2557) ได้จัดแผนยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขมีงบประมาณ พ.ศ. 2558 เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านเกี่ยวกับผู้สูงอายุว่า การทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้ง โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน

เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง (2543) กล่าวถึง กลยุทธ์ ขั้นตอนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของชุมชน

#### 1. ขั้นตอนการสร้างทีมงาน มีการจัดการดังนี้

การสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพ กับเจ้าหน้าที่ของรัฐในสาขาต่าง ๆ เช่น ครู พัฒนาชุมชน เกษตรชุมชน และองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน โดยการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น ทำบุญทอดกฐิน ปลูกต้นไม้ในชุมชน งานวันเด็กของโรงเรียน งานบวช และงานศพ เป็นต้น เพื่อแสดงออกถึงความจริงใจที่มีต่อชาวบ้านในชุมชน ถ้าหากเป็นคนในท้องถิ่นที่สามารถพูดภาษาท้องถิ่นได้จะยิ่งเป็นการดี ที่จะทำให้เกิดความรู้สึกคุ้นเคย กับชาวบ้านมากขึ้น จนกลายเป็นความไว้วางใจ ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของสถานีนอมนัย

การสร้างแกนนำของชาวบ้าน หรือทีมส่งเสริมสุขภาพชุมชน ด้วยการจัดประชุมอาสาสมัครสาธารณสุข กรรมการชุมชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มเยาวชน หรือกลุ่มอื่น ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน รวมทั้งชาวบ้าน เพื่อเปิดกว้างให้กับคนในชุมชนทุกคน ได้เข้ามามีส่วนร่วม ซึ่ง มิได้

จำกัดอยู่แต่เฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้น จึงต้องชี้แจงจุดประสงค์ของโครงการ บทบาท และความสำคัญของแกนนำชาวบ้าน คือ ต้องเป็นผู้ที่มีความสมัครใจ เสียสละ สามารถ อุทิศเวลาให้กับส่วนรวมได้ และที่สำคัญต้องมีความสนใจในเรื่องของสุขภาพ ทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เพื่อเป็นตัวอย่างด้านสุขภาพ ของคนในชุมชน สามารถกระตุ้น ชักจูงชาวบ้าน ให้เห็นถึงความสำคัญของสุขภาพ และยินดีร่วมมือกัน แก้ไขปัญหาของชุมชน และเป็นผู้นำใน กิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพของชุมชนได้

การให้ความรู้แก่กลุ่มแกนนำชาวบ้าน เพื่อให้กลุ่มแกนนำได้เกิดแนวคิดเกี่ยวกับการ ส่งเสริมสุขภาพ และการแก้ไขปัญหาชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ของชุมชน และเป็น พื้นฐานในการทำงานต่อไป

2. ขั้นตอนการสร้างความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของชุมชน สามารถทำได้หลาย รูปแบบ แต่ในที่นี้ขอเสนอด้วยวิธีการใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem based) ในการศึกษาวิเคราะห์ ปัญหาชุมชน โดยเริ่มจากการมีส่วนร่วมสำรวจชุมชน เพื่อให้ชุมชน ได้รู้สภาพของปัญหาของชุมชน ด้วยตนเอง ตั้งแต่การสร้างแบบสำรวจ การกำหนดพื้นที่ และทีมงานสำรวจ การสำรวจ และการนำ ข้อมูลมาสรุป และมีเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นพี่เลี้ยง ช่วยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล การระบุ ปัญหา และสาเหตุของปัญหา โดยกลุ่มแกนนำเป็นผู้นำเสนอข้อมูล ที่ได้จากการสำรวจต่อที่ประชุม ชาวบ้าน และเปิดโอกาสให้ชาวบ้านเสนอความคิดเห็น และปัญหาเพิ่มเติม เพื่อสรุปออกมาเป็น ปัญหาของชุมชนอย่างแท้จริง และนำปัญหาสำคัญมาค้นหาสาเหตุ สำหรับเป็นแนวทางในการแก้ไข ต่อไปและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ด้วยการให้ที่ประชุมร่วมกัน จัดลำดับความสำคัญ ของปัญหา ตามความรุนแรง และความต้องการของชุมชน เพื่อนำมาวางแผนต่อไป

3. ขั้นตอนการวางแผน แก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ชาวบ้านร่วมกันเสนอความคิด และกำหนดกิจกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพบนพื้นฐานของชุมชน และภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งการกำหนดกิจกรรม และวางแผนนั้น ไม่จำเป็นต้องทำให้เสร็จสิ้นในครั้ง เดียว แต่อาจกำหนดอย่างค่อยเป็นค่อยไปที่ละกิจกรรม เช่นการทอดผ้าป่าสามัคคี เพื่อจัดหาทุนมา ใช้ในการดำเนินงาน การจัดตั้งชมรมสุขภาพชุมชน การนวดแผนไทย การส่งเสริมการปลูกต้นไม้ และสมุนไพรในชุมชน ส่งเสริมการผลิตและบริโภคข้าวซ้อมมือ และกิจกรรมวันผู้สูงอายุ เป็นต้น เพราะเมื่อสิ้นสุดในแต่ละกิจกรรม ทีมงานจะได้นำประเด็นข้อเสนอต่าง ๆ มาใช้ในการวางแผนงาน กิจกรรมต่อไป

4. ขั้นตอนการดำเนินการของชุมชน โดยการจัดตั้งกลุ่มทำงานของแต่ละกิจกรรมและ ดำเนินงานตามแผน โดยมีเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นผู้ให้การสนับสนุน และช่วยประสานงาน ให้คณะทำงานสามารถดำเนินการได้และมีการประชุม และประเมินผลการทำงานเป็นระยะ

เพื่อปรับปรุงแผนงานอย่างต่อเนื่อง ในประเด็นต่าง ๆ เช่น อัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น หรือลดลงมากน้อยเพียงใด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างไร และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของชุมชนเกิดขึ้นหรือไม่ และจัดทำรายงานการประเมินผล พร้อมทั้งชี้แจง และเผยแพร่ให้ชาวบ้านได้รับทราบถึงผลการดำเนินงาน เพื่อให้ชาวบ้านดำเนินงานต่อไปได้อย่างมั่นใจ

สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี (2556, หน้า 53-55) กล่าวถึง กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์ ประเด็นสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ

1. จุดเน้นของการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ที่การเข้าถึงสุขภาพ เพื่อลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพและเพื่อเพิ่มโอกาสในการพัฒนาสุขภาพ ประเด็นนี้เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนนโยบายในระดับสาธารณะและระดับองค์กร เพื่อให้ทันนโยบายดังกล่าวส่งผลดีต่อสุขภาพรวมถึงการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการสุขภาพและการปรับปรุงสุขภาพในภาพรวมของระดับประชากร โดยต้องไม่คำนึงถึงสถานะทางสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

2. การปรับปรุงสุขภาพจะสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่มีเอื้อต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิ่งแวดล้อมที่ทำงานและที่บ้าน เนื่องจากสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่เป็นพลวัต มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การสร้างเสริมสุขภาพจึงต้องมีการติดตามและประเมินสถานะและแนวโน้มทางเทคโนโลยี วัฒนธรรม และเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง

3. การสร้างเสริมสุขภาพ เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมให้เข้มแข็ง การดำเนินการในประเด็นนี้มีพื้นฐานมาจากความเข้าใจถึงความสำคัญของแรงผลักดันทางสังคม และสัมพันธ์ภาพในสังคมในฐานะของปัจจัยกำหนดคุณค่าและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ รวมถึงมองแรงผลักดันและสัมพันธ์ภาพในฐานะแหล่งประโยชน์สำคัญของการปรับตัวกับภาวะเครียดและการชำระรักษาสุขภาพ

4. รูปแบบการดำเนินชีวิต หรือวิถีชีวิตในสังคมเป็นศูนย์กลางของการสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากรูปแบบการดำเนินชีวิตเป็นตัวกำหนดรูปแบบพฤติกรรมส่วนบุคคลที่อาจเกิดประโยชน์หรือเกิดโทษต่อสุขภาพได้ การส่งเสริมรูปแบบการดำเนินชีวิตที่สนับสนุนสุขภาพต้องพิจารณาถึงวิธีปรับตัวของ การจัดการชีวิต ความเชื่อ และคุณค่าต่อสุขภาพของแต่ละบุคคล ปัจจัยที่กล่าวมานี้เกิดจากประสบการณ์ชีวิตและสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล การส่งเสริมพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพและการส่งเสริมการปรับตัวที่เหมาะสมเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ

5. ข้อมูลข่าวสารและการศึกษาเป็นพื้นฐานสำคัญของการเลือกอย่างมีวิจารณญาณ ปัจจัยทั้งสองเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นองค์ประกอบหลักของการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะการสร้างเสริมสุขภาพมีเป้าหมายที่การเพิ่มพูนความรู้ และการแพร่กระจายข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับ

สุขภาพ ประเด็นนี้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และประสบการณ์ของสาธารณะที่มีต่อสุขภาพ และความสามารถในการเข้าถึงสุขภาพ รวมถึงความรู้ทางระบาดวิทยา ทางสังคม และศาสตร์แขนงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบของสุขภาพและโรค ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและการเกิดโรค รวมถึงการให้ความหมายของ สิ่งแวดล้อมในภาพรวม ซึ่งเป็นตัวกำหนดรูปแบบของสุขภาพและทางเลือกของสุขภาพ การสื่อสารมวลชนและเทคโนโลยีใหม่ ๆ เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารก็นับว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญเช่นเดียวกัน

จากการรวบรวมผลสภาพปัญหาของสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ. 2552 จึงมีข้อเสนอเชิงนโยบาย คือ

1. จากการที่มีผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้นแผนการพัฒนากุศลกรให้มีความรู้เฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ ครอบคลุมทั้งด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพควรมีการดำเนินการเพื่อรองรับกับผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้นทุกปี
2. จากการที่อัตราเพิ่มของประชากรลดลงเป็นอันมาก จึงเป็นเรื่องที่ควรจะมีการศึกษาอนาคต (Health Future Studies) ในเรื่องผลกระทบของการลดลงของประชากรในอนาคต เพื่อจะได้มีการกำหนดนโยบายด้านประชากรได้อย่างถูกต้องมากขึ้น
3. การสนับสนุนให้มีการใช้แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพและการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งการพัฒนาระบบการประเมินผลงานของ คปสอ. ให้มีคุณภาพ ครอบคลุมในทุก คปสอ. และใช้ผลของการประเมินมาใช้ในการให้รางวัล (Reward System) จะพัฒนาองค์กร คปสอ. องค์กรที่มุ่งเน้นผลงานและก่อให้เกิดวัฒนธรรมขององค์กรที่ดีได้ นอกจากนี้ การพัฒนาระบบของการให้รางวัลให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดเกณฑ์ของการพิจารณา และหากมีการนำไปใช้จริงจะสามารถพัฒนาระบบการให้รางวัลของจังหวัดอุดรธานีก้าวหน้าไปอีกระดับหนึ่ง ซึ่งกลยุทธ์ จัดทำแผนการคัดสรร และแผนการพัฒนาผู้ที่จะเป็นผู้นำอย่างต่อเนื่อง ได้กำหนดไว้แล้วในแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เหลือเพียงการแปลงไปสู่การปฏิบัติเท่านั้น
4. ควรมีระบบสนับสนุนให้บุคลากรทุกระดับ มีการศึกษาวิจัยมากขึ้น ทั้งการสนับสนุนงบประมาณและการให้รางวัลผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ
5. การพัฒนากุศลกรสาธารณสุขให้มีความรู้ในเรื่องการส่งเสริมการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัยและข้อจำกัดของแต่ละกลุ่มโรคเป็นเรื่องที่ควรดำเนินการโดยเร็ว เพื่อให้กระบวนการของการส่งเสริมสุขภาพ สามารถดำเนินการได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
6. การสนับสนุนให้เครือข่ายภาคประชาชนมีความรู้ ความสามารถในการเสนอ นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพต่อผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

เป็นประเด็นที่น่าสนใจที่ควรได้รับการพิจารณาขยายความรู้ และดำเนินการในพื้นที่นำร่องเพื่อให้เกิดผลเป็นจริง

7. การศึกษาสถานการณ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับความเข้าใจในภารกิจบทบาทหน้าที่และข้อจำกัดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนงานด้านสุขภาพ รวมทั้งการร่วมดำเนินงานของหน่วยงานด้านสุขภาพในเชิงรุก คาดว่าจะสามารถขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น

8. การจัดบริการสาธารณะที่สนับสนุนการมีสุขภาพดี เช่น การพัฒนาสถานที่สาธารณะให้เป็นสถานที่ออกกำลังกายที่มีการจัดอุปกรณ์ เพื่อการออกกำลังกายสำหรับประชาชน โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นเรื่องที่หน่วยงานภาครัฐ หรือเครือข่ายภาคประชาชนควรสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการโดยเร็ว

9. การสนับสนุนจากส่วนกลางให้การพัฒนาแผนชุมชนมีคุณภาพได้มาตรฐานตามเกณฑ์ของกรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย โดยนำมากำหนดเป็นตัวชี้วัดของการบริหารงานจังหวัดแบบบูรณาการของผู้ว่าราชการจังหวัด และการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำแผนชุมชนไปจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของตำบล คาดว่าจะเป็นแรงขับเคลื่อนอีกแรงหนึ่งที่จะทำให้แผนชุมชนมีความสำคัญมากยิ่งขึ้น

10. ส่วนกลางควรสนับสนุนการประชาสัมพันธ์ โดยใช้สื่อโทรทัศน์ในการสร้างกระแสของการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสม การบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับวัยภายใต้เงื่อนไขของการจัดรายการที่น่าสนใจ

กลวิธีในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ มี 4 มิติ ดังนี้ (ลัทธิ เดิมศิริกุลชัย, 2540)

1. มิติของการพัฒนาสุขภาพ (Health Enhancement) แบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ

1.1 แบ่งตามปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย การมีพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย การไม่ตรวจสุขภาพร่างกายเพื่อค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก

1.2 แบ่งตามการเกิดโรค ได้แก่ ปัญหาโรคหัวใจ ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาทันตสาธารณสุข และปัญหาโรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์

2. มิติของกลุ่มเป้าหมาย (Population Groups) ได้แก่ กลุ่มเด็ก กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้ชาย กลุ่มผู้หญิง กลุ่มคนพิการ และกลุ่มผู้สูงอายุ

3. มิติของพื้นที่เป้าหมาย (Key Setting) การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพอาจเริ่มต้นจากครอบครัว โรงเรียน สถานที่ทำงาน ชุมชน เขตเมือง หรือการให้การสนับสนุนการกีฬา และศิลปวัฒนธรรมต่าง ๆ

4. มิติของกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ (Strategies) ได้แก่ การจัดกิจกรรมสุขภาพให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชน การตลาดเชิงสังคม การสร้างกระแสทางสังคม เพื่อให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจกำหนดนโยบาย การรวมตัวกันเป็นองค์กรเพื่อเคลื่อนไหวทางสังคม และการสร้างเครือข่ายการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง การมีสถานบริการที่มีกิจกรรมการป้องกันโรค มีการพัฒนา นโยบาย สาธารณะ การออกกฎหมายและกฎระเบียบต่าง ๆ การใช้นโยบายการเงินการคลัง เช่น การเพิ่มภาษีบุหรี่ การนำเงินส่วนหนึ่งจากภาษีบุหรี่เพื่อจัดตั้งเป็นกองทุนส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

## ผลงานวิจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนายุทธศาสตร์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุ

### งานวิจัยภายในประเทศ

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2541, หน้า 27-28) เสนอสรุปงานวิจัยและกรณีศึกษาจากทั่วโลกไว้ว่า วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติให้หลักฐานยืนยันว่าการส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิผลจริง กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพสามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติที่ช่วยให้บรรลุซึ่งความเสมอภาคทางสุขภาพยิ่ง ๆ ขึ้น และการนำกิจกรรม 5 ข้อของ กฎบัตรออกดาวน์ มาผนวกใช้จะได้ผลสัมฤทธิ์มากกว่านำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งมาใช้แบบแยกส่วน การส่งเสริมสุขภาพที่เริ่มจากฐานของชุมชนจะเปิดโอกาสให้สามารถดำเนินกิจกรรมอย่างเบ็ดเสร็จ การเรียนรู้ด้านสุขภาพเป็นบ่อเกิดของการมีส่วนร่วม และการมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาอย่างยั่งยืน

อนุวัฒน์ ศุภกิจชุตติกุล และคณะ (2541) ได้สรุปสถานการณ์และบทบาทการส่งเสริมสุขภาพนอกภาครัฐ จากการศึกษาวิเคราะห์ บทบาท กลไก และยุทธศาสตร์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพขององค์กรชุมชน โดยการสำรวจ และกรณีศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มหรือองค์กรที่มีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ กลุ่มช่วยเหลือตนเองและกลุ่มที่มีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพ พบว่า แม้จุดเริ่มต้นของการส่งเสริมสุขภาพมีที่มาแตกต่างกัน แต่เมื่อเกิดการรวมตัวและมีกิจกรรมร่วมกันแล้วก็สามารถขยายเป้าหมายไปสู่การเน้นการส่งเสริมสุขภาพได้ เพราะมีแผนกิจกรรมที่สอดคล้องกับชุมชนและให้ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กลุ่มหลายกลุ่มเริ่มจากปัญหาสุขภาพตนเอง จึงเกิดกลุ่มช่วยเหลือกันเอง การส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชน จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาหรือสนับสนุนให้เหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องส่งเสริมให้ชุมชนและประชาชนตระหนัก

ถึงความสำคัญ และสามารถพัฒนาสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ สร้างเสริมให้ชุมชนเป็นผู้ริเริ่ม ตัดสินใจและจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสุขภาพและแก้ปัญหาสุขภาพของตนเอง ภายใต้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกจากภาครัฐ ภาคเอกชน และส่วนที่เกี่ยวข้อง

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์และคณะ (2557) การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้สูงอายุจำนวน 123 คน ได้รับการคัดเลือกเข้าศึกษาโดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวและความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ (Chi square test) สถิติ (t-test) และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพด้านน้ำหนักเกินและอ้วน อ้วนลงพุง และความดันโลหิตสูงร้อยละ 67.5, 46.3 และ 23.6 ตามลำดับ และพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงและชายไม่แตกต่างกัน ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ ยกเว้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาพจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิต ขณะหัวใจคลายตัวอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.20, p < 0.05$ )

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ควรมีการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การลดน้ำหนักและลดความดันโลหิต เพื่อลดภาวะเสี่ยงทางสุขภาพให้กับผู้สูงอายุกลุ่มนี้

ปาริชาติ คำชู (2551) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดภูเก็ต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะภูมิหลัง ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ตและผลการใช้โปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต จำนวน 20 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ด้วยวิธีสุ่มแบบง่าย จัดให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการตามขั้นตอนที่วางไว้ สัปดาห์ละ 2 วัน ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ รวมทั้งหมด 12 ครั้ง กิจกรรมต่าง ๆ ประกอบด้วย การเข้ากลุ่มสร้างสัมพันธภาพ การฝึกทักษะการเข้ากลุ่ม การเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น การให้แรงเสริมโดยการให้กำลังใจและ

คำชมเชย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์หลังการทดลอง โดยใช้แบบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสูตร คู่ออร์ ริชาร์ดสัน ได้ค่าความ เชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.93 และแบบศึกษาพฤติกรรมของผู้สูงอายุหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการ หลังจากการทดลองเสร็จสิ้น ประเมินด้วยแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.83 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสหม้าย มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา สาเหตุที่เข้ามาอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต เนื่องจากไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดูโดยส่วนใหญ่ไม่มีญาติมาเยี่ยม รายได้มาจากการรับบริจาค มีโรคประจำตัวเพียงโรคเดียว โรคที่พบสูงสุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ และพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ปัจจัยของโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการที่คาดว่าส่งผลให้ลักษณะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าดีขึ้น แบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ ผู้นำกลุ่ม เพื่อนผู้สูงอายุ และลักษณะของกิจกรรม จากผลการศึกษาพบว่า การใช้โปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในการศึกษารั้งนี้ได้ ดังนั้น จึงควรสนับสนุนให้มีการนำกิจกรรมกลุ่มนันทนาการที่ศึกษารั้งนี้ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

การศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวาน ในชุมชนวัดปทุมวาส (เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันท์, 2553) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปทุมวาส โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปทุมวาส จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การคลายเครียด และการรักษาอย่างต่อเนื่องและกิจกรรมกระบวนการเสริมพลังร่วมกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพน คณะผู้วิจัยได้แบ่งพฤติกรรมออกเป็น 5 พฤติกรรมตามแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม คือ รับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การคลายเครียด และการรักษาอย่างต่อเนื่อง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ผลการศึกษสามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน ที่มีปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งตัวผู้ป่วยเองและสภาพแวดล้อม พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดขาดการออกกำลังกายเป็น

ประจำ ทั้งนี้เนื่องจากการออกกำลังกายประจำเป็นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีลักษณะเฉพาะและพฤติกรรมการพักผ่อน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีการพักผ่อนไม่เพียงพอ อีกทั้งผู้ป่วยบางคนมีภาวะเครียด พฤติกรรมการรักษาอย่างต่อเนื่อง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมมารับประทานยาไม่ถูกต้อง

สุรเกียรติ อาชานานุกาพ (2541, หน้า 27-28) สรุปงานวิจัยและกรณีศึกษาจากทั่วโลกไว้ว่า วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติให้หลักฐานยืนยันว่า การส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพจริง กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพสามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและสถานะทางสังคมเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมที่มีต่อสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติที่ช่วยให้บรรลุซึ่งความเสมอภาคทางสุขภาพอื่น ๆ ขึ้น และการนำกิจกรรม 5 ข้อ ของกฎบัตรรอดตายมาผนวกใช้จะได้ผลสัมฤทธิ์มากกว่านำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งมาใช้แบบแยกส่วน การส่งเสริมสุขภาพที่เริ่มจากฐานของชุมชนจะเปิดโอกาสให้สามารถดำเนินกิจกรรมอย่างเบ็ดเสร็จการเรียนรู้ด้านสุขภาพเป็นบ่อเกิดของการมีส่วนร่วม และการมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาอย่างยั่งยืน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเจ้าหน้าที่ฯ ที่ดัชนีมวลกายเกิน การศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าการใช้กระบวนการเสริมพลัง (Empowerment) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์มีผลส่งเสริมให้มีน้ำหนักตัวลดลงและปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีให้มากขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

ศุภากร รุ่งอุดม (2547) ได้ศึกษาโปรแกรมกิจกรรมนันทนาการ สำหรับผู้สูงอายุบ้านเขานน จังหวัดภูเก็ต การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการจัดโปรแกรมกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุบ้านเขานน จังหวัดภูเก็ต กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านเขานน ตำบลเทพกระษัตรี อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต จำนวน 30 คน ที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ และแบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า (1) ผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมนันทนาการครบทุกครั้งทุกคน (2) ผู้สูงอายุพึงพอใจผลการจัดโปรแกรมกิจกรรมนันทนาการทั้งด้านสุขภาพและด้านการจัดโปรแกรมกิจกรรมนันทนาการในระดับมาก

กมลพร จันทาคิมบง (2551) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยมีความมุ่งหมาย เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 70 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่าง แบบสมัครใจ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน โดยเป็นผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านชี ตำบลเขวาใหญ่ กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกาย ประกอบด้วยการให้ความรู้การเสนอตัว

แบบการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ การให้สิ่งชักจูง ระยะเวลาเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง และหลังการทดลองมีพฤติกรรม การส่งเสริมการออกกำลังกายในด้านความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคการรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีพฤติกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายในด้านความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถตนเอง และการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมออกกำลังกายทั้ง 5 ด้านสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ชัชวีย์ วงศ์เข็มมา (2550) ศึกษาการจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครพนม โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) แนวคิดการบริหารจัดการของ คุณท์ซ (POSDC Model) และการให้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ คณะกรรมการบริหารชมรมฯ แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 116 คน ของตำบลโพธิ์ทอง อำเภอบ้านแพง จังหวัดนครพนม แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 59 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 57 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานชมรมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมและทุก ๆ ด้าน คือ การวางแผนการดำเนินงาน การประเมินผลและการได้รับผลประโยชน์ รวมทั้งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองซึ่งอยู่ในระดับน้อยมาอยู่ในระดับมาก และภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีส่วนร่วมโดยรวมและทุก ๆ ด้าน รวมทั้งการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ศิริลักษณ์ ธรรมมา (2550) ศึกษาให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ประโยชน์เพื่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลผาตั้ง อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประโยชน์และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง แบ่งเป็นผู้สูงอายุเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 49 คน กลุ่มทดลองจำนวน 50 คน ที่เข้าร่วมกิจกรรมการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับการให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมได้รับการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ประโยชน์ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและเป็นรายด้านอยู่ในระดับมาก ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ( $p < 0.05$ )

พิชิต ลายน้ำเงิน (2552) ศึกษาการจัดการแบบมีส่วนร่วมสำหรับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ อำเภอ โลกเจริญ จังหวัดลพบุรี เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในอำเภอโลกเจริญ จังหวัดลพบุรี โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control) และการจัดการของ คุณท์ซ (POSDC) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง 51 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 54 คน ผลการวิจัยพบว่า สมาชิกในกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีความรู้เรื่องการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง และมากกว่าสมาชิกในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) มีส่วนร่วมในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุโดยรวมและเป็นรายด้านทั้ง 4 ด้านคือการค้นหาปัญหาและสาเหตุ การวางแผน แก้ปัญหา การดำเนินงาน การประเมินผล อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองและมากกว่าสมาชิกกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และมีความพึงพอใจในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุโดยรวม และเป็นรายด้าน ทั้ง 3 ด้าน คือ กิจกรรมชมรม สิ่งแวดล้อม และผลการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองและมากกว่าสมาชิกกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

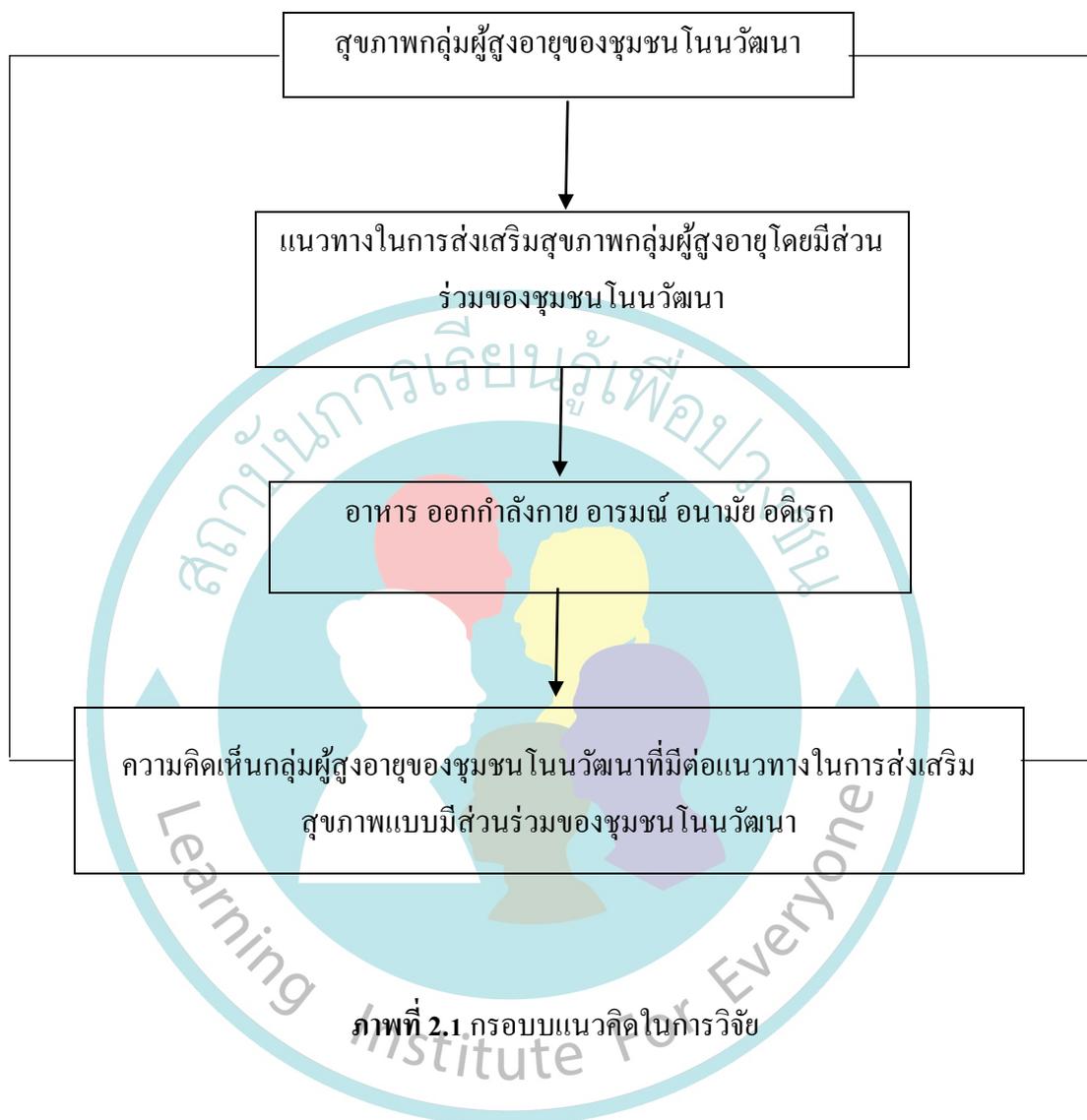
ฉลองรัฐ อินทรีย์ (2550) (1) เพื่อศึกษาสภาพการจัดการความรู้ก่อนการพัฒนาแบบการจัดการความรู้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานีและวิทยาเขตอุดรธานี (2) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี และวิทยาเขตอุดรธานี (3) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการจัดการความรู้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานีและวิทยาเขตอุดรธานี ทำการวิจัยแบบผสานวิธีคือประยุกต์การวิจัยแบบมีส่วนร่วม การวิจัยและพัฒนา การวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหารและคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี ที่จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 53 คน และที่วิทยาเขตอุดรธานี 47 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มการจัดการความรู้ 7 กลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 5 ชุด

#### งานวิจัยต่างประเทศ

Woo (2004, หน้า 49) ได้ศึกษานโยบายการดูแลระยะยาว เพื่อนำไปใช้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศสาธารณรัฐเกาหลี กล่าวถึงโครงสร้างของระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เป็นประเด็นสำคัญที่ถูกหยิบยกขึ้นมาในศตวรรษที่ 21 ในขณะที่ประชากรวัยสูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุในความดูแลที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี (ผู้ซึ่งประสบปัญหาในการเรียกชื่อเครื่องมือเครื่องใช้ในชีวิตประจำวันไม่ถูก)

ประมาณร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด แต่มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น ที่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ ผลสะท้อนกลับคือ ภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ที่เพิ่มขึ้น ตัวแบบการดูแลระยะยาวกำลังถูกวางแผนไปพร้อมกับการก่อตั้งคณะกรรมการวางแผนการพัฒนาหลักสวัสดิภาพการดูแลผู้สูงอายุนานาชาติ หลักการนี้ได้แบ่งแยกภูมิภาคหลังของสังคมประชากรออกเป็นส่วน ๆ เพื่อพิจารณาในประเด็นต่าง ๆ ซึ่งนำไปสู่การริเริ่มหลักการดูแลผู้สูงอายุนานาชาติ ซึ่งเหมาะกับประเด็นและปัญหาของหลักการที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน และเสนอแนะขอบเขตของนโยบายเบื้องต้น เพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้นบนรากฐานของผลลัพธ์เหล่านี้ นโยบายหลายฉบับ ได้แก่ การขยายโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อจัดการบริการการดูแลผู้สูงอายุนานาชาติ การเปลี่ยนแปลงโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดเล็กให้เป็นโรงพยาบาลดูแลผู้สูงอายุนานาชาติอย่างเฉียบพลัน การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและการบริการการดูแลผู้สูงอายุนานาชาติ โครงสร้างระบบผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งไม่เป็นทางการ และการพัฒนาระบบกองทุนสำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุนานาชาติ Tousignant and others (2007, หน้า 104-105) ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่ไร้ความสามารถที่บ้านในประเทศแคนาดา ผลจากการศึกษาความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีความเป็นไปได้ว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษต่อไป เป็นคำตอบหนึ่งเพื่อการเปลี่ยนแปลงโปรแกรมการดูแลสุขภาพ เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่บ้านแทนที่จะเป็นการดูแลในหน่วยงานบริการ แต่อย่างไรก็ตามไม่มีข้อมูลสำหรับการตัดสินใจ เช่นเดียวกับโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านสามารถสัมผัสกับผู้ใช้ที่ต้องการ วัตถุประสงค์ของการศึกษาในปัจจุบันคือการอธิบาย โครงสร้างหน้าที่ของการดูแลตนเองของผู้ใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้านในรัฐควิเบก ประเทศแคนาดา และเปรียบเทียบระดับของความเหมาะสมระหว่างความต้องการและการดูแลที่จัดให้ในโปรแกรมการดูแลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่ไร้ความสามารถ

## กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### รูปแบบในงานวิจัย/วิธีการและเทคนิคที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เน้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิประกอบกัน จึงเลือกรูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก ซึ่งเป็นการศึกษาคุณลักษณะ ความหมาย และปรากฏการณ์หรือพฤติกรรมมนุษย์ในสังคม จากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงอย่างละเอียด การวิจัยเชิงคุณภาพจึงทำให้มองเห็นสภาพแวดล้อม และสภาพปัญหาจากหลากหลายมิติของชุมชน ในขณะที่ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการและเทคนิคในการวิจัย โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาโดยการเข้าสนามวิจัย เพื่อสำรวจสภาพจริงของชุมชนเป็นเบื้องต้นในพื้นที่ชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เข้าไปมีส่วนร่วมในชุมชนท้องถิ่นที่ศึกษา ในฐานะผู้สนใจในกิจกรรมและวิถีชีวิตชุมชนจึงมีการเฝ้าสังเกตพฤติกรรมของคนในชุมชน และเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชุมชนอนุญาต ผู้วิจัยจำเป็นต้องมีวิธีการหรือเทคนิคในการศึกษาเป็นอย่างดี โดยใช้เทคนิคหลายรูปแบบเข้ามาประกอบกัน ดังนี้

1. การสังเกตแบบทั่วไป โดยผู้วิจัยเข้าไปในชุมชนเพื่อศึกษา ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2557 เพื่อทำการสำรวจพื้นที่และเก็บข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะได้เกิดความรู้ความเข้าใจ และเตรียมตัวในเรื่องต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างถูกต้อง

2. การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้เข้าไปอาศัยอยู่ในชุมชนมีการใช้ชีวิตอยู่ร่วมในชุมชนเหมือนคนทั่วไปเป็นระยะเวลา 6 เดือน มีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชาวบ้านเพื่อเก็บข้อมูลต่าง ๆ จากสภาพความเป็นจริงในชีวิตประจำวัน งานพิธีกรรมต่าง ๆ

3. การสัมภาษณ์ การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์หลายรูปแบบ ทั้งการสัมภาษณ์แบบทั่วไป และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญหลัก (Key informants) ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ประชาชนชาวบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. มีการสัมภาษณ์เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การป้องกันและดูแลรักษาสุขภาพ การออกกำลังกาย รวมทั้งแนวทางในการพัฒนายุทธศาสตร์ ส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ (สุภางค์ จันทวานิช, 2551) ในการสัมภาษณ์แบบลึก ผู้วิจัยได้กำหนดโครงสร้างคำถามตามปัจจัยที่ต้องการวิจัยที่แน่นอนตายตัว โดยใช้แบบสัมภาษณ์จากการสังเกตและผู้วิจัยต้องการให้ผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงความคิดเห็น อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับความสำคัญของแต่ละหัวข้อที่ศึกษา ตลอดจนความเชื่อ ความหมายอย่างลึกซึ้งในแง่มุมต่าง ๆ และในทุก ๆ มิติ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แจ้งผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบประมาณ 1 สัปดาห์ล่วงหน้า พร้อมทั้งขออนุญาตหมายวัน เวลาและสถานที่ที่จะทำการสัมภาษณ์ หลังจากสัมภาษณ์ทุกครั้งผู้วิจัยจะสรุปประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ทันที

4. การบันทึกภาคสนาม ผู้วิจัยมีการจดบันทึกข้อมูลทุกวัน โดยละเอียด มีการเก็บข้อมูลทุกวัน โดยละเอียด มีการใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลอย่างอื่นด้วย เช่น กล้องถ่ายรูป เทปบันทึกเสียง

5. ประชุมกลุ่มผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมประจำเดือน จำนวน 67 คน โดยการจำลองสถานการณ์หรือภาพอนาคตที่จะเกิดขึ้นถ้าไม่มีการสร้างเสริมสุขภาพ สำรวจอย่างเร่งด่วนในบุคคลที่ต้องการเปลี่ยนแปลง

6. สนทนากลุ่มเพื่อยืนยันปัญหาทุกขั้วร้อน ในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 16 คน เป็นบุคคลที่สามารถให้ข้อคิดเห็น และเป็นส่วนสำคัญที่จะสามารถขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพได้ค้นหาปัญหาและความต้องการ วิเคราะห์ SWOT สรุปการวิเคราะห์ปัญหาให้ชัดเจน พบปัญหาทุกขั้วร้อนในเชิงคุณภาพทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม สอดรับกับข้อมูลเชิงปริมาณที่วิเคราะห์มาเบื้องต้น สรุปประเด็นปัญหา วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา กลุ่มร่วมกันให้คะแนนน้ำหนักความสำคัญของปัญหา ความเร่งด่วนของปัญหา ทำให้ได้มาซึ่งปัญหาเป้าหมายชัดเจน คือ ผู้สูงอายุขาดการดูแลตนเองการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้เทคนิคการทำ In-depth interview หลักการสังเกต อย่างมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ได้แก่ ไปร่วมกิจกรรมในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มที่มีอยู่ในชุมชนและร่วมรับประทานอาหารเพื่อสังเกตพฤติกรรมบริโภคของผู้สูงอายุที่นำอาหารมาร่วมรับประทานอาหารที่สถานอนามัย รวมถึงกิจกรรมเยี่ยมบ้านครอบครัวผู้สูงอายุและศึกษาวิถีชีวิตของบุคคลตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันและปฏิทินชุมชนของตำบลที่เกี่ยวข้องสุขภาพผู้สูงอายุ

## ประชากรและวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุชาย หญิง ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว อสม. และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญรอง ได้แก่ ผู้นำชุมชน ประชาชนชาวบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และชาวบ้าน มีดังนี้

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุจากชุมชน (ชาย หญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน ผู้ดูแลหรือลูกหลานในครอบครัว จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น 36 คน

2. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญรอง ได้แก่ ผู้นำชุมชน โนนพัฒนา จำนวน 5 คน ประชาชนชาวบ้าน จำนวน 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ(ข้าราชการบำนาญ) 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน โนนพัฒนา จำนวน 3 คน ชาวบ้านในชุมชน โนนพัฒนา จำนวน 5 คน รวมทั้งสิ้น 16 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการพิจารณาถึงคุณสมบัติของบุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจ และมีประสบการณ์สูงในชุมชนดังนี้

1. การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก ต้องมีคุณลักษณะดังนี้
  - 1.1 เป็นผู้สูงอายุที่เป็นผู้นำกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน
  - 1.2 เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี
  - 1.3 เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ
  - 1.4 เป็นผู้ปฏิบัติงานในกิจกรรมผู้สูงอายุ และมีประสบการณ์สูงในการดูแลสุขภาพที่ดี จนเป็นที่ประจักษ์แก่ชุมชนท้องถิ่น
  - 1.5 เป็นผู้ที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญรอง ต้องมีคุณลักษณะดังนี้
  - 2.1 เป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจและมีประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
  - 2.2 เป็นผู้ที่มีความพร้อมในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ

## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องวัดส่วนสูง
2. เครื่องชั่งน้ำหนัก
3. สายวัดรอบเอว
4. แบบสอบถาม จัดทำขึ้นจากการสังเกตในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 36 คน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 สอบถามถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านอาหาร

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านออกกำลังกาย

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านอารมณ์

ส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านอนามัยสุขภาพและ  
อนามัยสภาพแวดล้อม

ส่วนที่ 6 เป็นแบบสอบถามถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านอดิเรก

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

### การรวบรวมข้อมูล

1. รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิของชุมชนจากการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานของครัวเรือน ปี 2545–2549 (จปฐ 1) และจากทะเบียนราษฎรขององค์การบริหารส่วนตำบลนาป่า
2. จากแบบบันทึกกระบวนการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal, PRA) โครงสร้างพื้นฐานชุมชนทางกายภาพ ประชากร สังคม เศรษฐกิจ และการเมือง
3. จากแบบบันทึกผลการประชุมเชิงปฏิบัติสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference, FSC) ประวัติความเป็นมาของชุมชนสถานการณ์ปัญหาแนวโน้มประชากร สังคม เศรษฐกิจ และการเมือง
4. จากแบบบันทึกกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control, AIC) ชุมชนที่พึงปรารถนา เพื่อให้เกิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตามกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอดตาว่า ภายใต้นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
5. จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

## 6. จากการสัมภาษณ์จะลึกเป็นทางการ/ไม่เป็นทางการ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานของครัวเรือน(จปฐ) ทะเบียนราษฎรเพื่อประกอบการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม

2. การตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลให้สอดคล้องกันระหว่าง ข้อมูลที่รวบรวมจากเอกสารกับข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมหรือจากกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและแหล่งอื่น ๆ

3. การจัดระเบียบข้อมูลตามวัตถุประสงค์ วิเคราะห์สรุปประเด็นย่อย

4. นำมาเขียนเรียบเรียงเพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่ค้นพบในแต่ละ **ขั้นตอนของการวิจัย**

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจาก 2 ส่วน คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นเบื้องต้น และการเก็บรวบรวมข้อมูลจากภาคสนามในส่วนการเก็บข้อมูลภาคสนามนั้น ผู้วิจัยจะเริ่มจากการเก็บข้อมูลตั้งแต่เข้าสนามวิจัย เพื่อการสังเกตสภาพกายภาพและสิ่งแวดล้อมของพื้นที่ที่ศึกษา มีการแนะนำตัวผู้วิจัยกับผู้นำชุมชน บ้านโนนพัฒนาและกลุ่ม อสม. เพื่อให้เข้าใจถึงสถานภาพและบทบาทของผู้วิจัยที่เป็นนักศึกษา หลักสูตรปริญญาโท ของสถาบันเรียนรู้เพื่อปวงชน เข้ามาในพื้นที่ เพื่อศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการมีส่วนร่วมการพัฒนาสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี และผู้วิจัยเป็นคนท้องถิ่นอุดร สามารถใช้และเข้าใจภาษาถิ่นในการสัมภาษณ์ สามารถอยู่อย่างกลมกลืนเข้ากับชาวบ้านได้ และได้ร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปีของชุมชน

ในการวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) เชิงคุณภาพเป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ สังเกต การสนทนากลุ่ม ข้อมูลในภาคสนามที่ได้จัดบันทึกไว้เป็นรายวันและนำมาแยกประเภท จัดหมวดหมู่แล้วจึงนำมาวิเคราะห์เป็นเบื้องต้น เป็นระยะ ๆ คล้ายวิธีอุปมัย (Analysis Induction) คือ การตีความสร้างข้อสรุปข้อมูลจากรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ที่พบเห็น วิธีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูล (Constant Comparison) ความสัมพันธ์ของแต่ละกลุ่มที่เปรียบเทียบดังนี้

1. เปรียบเทียบเหตุการณ์ (Incidents) ประเภทต่าง ๆ บันทึกภาคสนาม โดยจำแนกข้อมูลออกเป็นประเภทตามข้อมูลที่สังเกตได้ เช่น การประชุมคณะกรรมการ กิจกรรมต่าง ๆ การประชุมกลุ่มย่อยของสมาชิก การประชุมคณะกรรมการบริหาร เป็นต้น

2. ขยายการเปรียบเทียบให้กว้างขึ้น โดยเน้นเหตุการณ์ที่เป็นกุญแจสำคัญพิจารณา เหตุการณ์อื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน ซึ่งนอกเหนือจากประเด็นที่กำหนดไว้ และพิจารณา

ความสัมพันธ์ของข้อมูลแล้วสร้างข้อสรุป การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้เป็นแบบพรรณนาวิเคราะห์ (Description Analysis) ไม่ได้ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

## สถานที่ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการเลือกชุมชนแบบเจาะจงเป็นกรณีศึกษา (Case Study) ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ชุมชนโนนวัฒนา เขตเทศบาลนครอุดรธานี โดยเป็นพื้นที่ที่มีคุณสมบัติที่สอดคล้อง เหมาะสมกับ โจทย์หัวข้อในการวิจัย เพราะเป็นศูนย์รวมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนที่สามารถเป็นแบบอย่างในการพัฒนาท้องถิ่นได้ดีแห่งหนึ่ง

## ปฏิทินการปฏิบัติงาน

ตารางที่ 3.1 ปฏิทินการปฏิบัติงาน

วัน / เดือน / ปี	กิจกรรม	สถานที่
ก.พ.-มี.ค. 58	ผู้วิจัยเข้ารับการอบรมวิธีการจัดเก็บข้อมูลและการทำวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับอาสาสมัครพัฒนาชุมชน	สำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยต่าง ๆ
มี.ค.-เม.ย. 58	ประชุมทำความเข้าใจ โครงการวิจัยร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบการวิจัยร่วมกับคณะผู้ร่วมวิจัยและทีมสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน	บ้าน / สำนักงานของตนเอง
พ.ค. 58	พัฒนาทักษะวิจัยโดยการจัดอบรมผู้ช่วยวิจัยและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างทำความเข้าใจและสร้างแรงจูงใจที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการใช้กระบวนการวิจัยในการแก้ปัญหาในการทำงานได้	เทศบาลนครอุดรธานี/ บ้าน
มี.ย.-ก.ค. 58	ประชุมเสวนาศึกษาสภาพบริบทชุมชน ศึกษาทบทวนเอกสาร และเตรียมเอกสารในการจัดเก็บข้อมูล	บ้านหัวหน้าชุมชน
ส.ค. 57	ประชุมเชิงปฏิบัติการในการวางระบบติดตาม ประเมินผลและสรุปผลเพื่อตอบคำถามวิจัยและเผยแพร่ประชาคมรับทราบ	บ้านหัวหน้าชุมชน

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

จากการวิจัยเรื่องการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

1. สุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ความเป็นมาของชุมชน โนนวัฒนาเป็นหนึ่งในชุมชน ในเขตเทศบาลนครอุดรธานี มีความเจริญด้านเศรษฐกิจ สังคมและคมนาคม ด้านประชากรในชุมชนผู้สูงอายุเกิดสภาวะแวดล้อม และการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ก่อให้เกิดความเครียดขาดการดูแลของบุตรหลานและดูตัวเอง โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 67 คน แบ่งเป็น ชาย 25 คน หญิง 42 คน ได้พบว่ามีผู้สูงอายุที่เป็นความดันสูง 11 คน เบาหวาน 1 คน ความดันสูงหรือเบาหวาน 9 คน

นอกจากสุขภาพองค์รวมตามตารางข้างต้นแล้ว ยังพบสภาวะสุขภาพทางช่องปาก กลุ่มผู้สูงอายุของชุมชน โนนวัฒนา เนื่องจากมีผลโดยตรงต่อระบบบดเคี้ยว ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญต่อสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมาก ผู้สูงอายุประสบปัญหาเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา ฟันผุสภาพอย่างถูกต้อง เหมาะสมและต่อเนื่อง ในขณะเดียวกันจำเป็นต้องได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคควบคู่กันไป เพื่อช่วยป้องกันปัญหาการเกิดโรคใหม่ โรคแทรกซ้อนที่จะนำไปสู่สภาวะทุพพลภาพ และการพึ่งพา รวมทั้งช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ยืนยาว มีความสุข ไม่มีความพิการ เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับสังคม ซึ่งจากกระบวนการของงานสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน ได้จัดให้มีบริการด้านสุขภาพ ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันผุสภาพ โดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทันที่

2. แนวทางการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีส่วนร่วมของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า มีแนวทาง 5 แนวทาง ที่สามารถเป็นสิ่งส่งเสริมสุขภาพได้คือ 5 อ. ส่งเสริมสุขภาพให้กลุ่มผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบมี 5 อ.

1. จากการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ซึ่งต้องการอาหารน้อยลงแต่จะต้องมีวิตามิน แร่ธาตุและที่สำคัญจะต้องย่อยง่ายควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารประเภท ไขมันและแป้งในปริมาณมากเกินไป เพราะจะทำให้เกิดโรคอ้วน โรคหลอดเลือดหัวใจ ความดัน โลหิตสูง และเบาหวานได้ ควรเน้นผักและผลไม้เป็นประจำทุกวัน ผักที่มีวิตามินสูง ได้แก่ ผักบุ้ง ผัก ตำลึง ผักปรังหรือผักพื้นบ้านต่าง ๆ ผลไม้ ถั่วลิสง ถั่ว งา ถั่วพู ถั่วฝักยาว มะเขือเทศ และมะละกอสุก เสริมแคลเซียมให้กระดูกด้วยการรับประทานปลาเล็กปลาน้อย เช่น หอมกปปลา ปลาป่น โปรตีนได้จาก ไข่ไก่ ส่วนนอก ส่วนไข่แดง ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาไขมันในเลือด สามารถรับประทานได้ หลีกเลี่ยง น้ำหวานและน้ำอัดลมทุกชนิด รวมถึงแอลกอฮอล์ บุหรี่ ชา กาแฟ เพราะทำให้ท้องผูกและทำให้ มวลกระดูกลดลง ส่วนไขมัน ควรเป็นไขมันจากพืช เช่น น้ำมันข้าวโพด น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมัน รำข้าว และรับประทานไขมันจากสัตว์ ให้น้อยที่สุดไม่ควรรับประทานไขมันมากกว่าร้อยละ 30 ของพลังงานจากอาหารทั้งหมดควรได้วิตามินสูง ซึ่งมักเกิดจากการดูดซึมไม่ดี และมีแบคทีเรียที่ ช่วยสร้างวิตามินมีน้อยลง การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับประทานผักและผลไม้เพิ่มขึ้น จะช่วยให้ได้ วิตามินและแร่ธาตุที่เพียงพอ และช่วยให้การขับถ่ายสะดวก วิตามินที่มีความสำคัญในผู้สูงอายุ คือ บี 1 และ บี 2 เพราะช่วยให้หัวใจทำงานดีขึ้น ระบบประสาทแข็งแรง ช่วยให้เจริญอาหาร การย่อย อาหารดีขึ้น บี 1 มีมากในเนื้อหมู ถั่ว ข้าว บี 2 มีมากในตับ หัวใจ ถั่ว ผักใบเขียว นม วิตามินซี ช่วย เพิ่มความแข็งแรงของหลอดเลือด วิตามินเอ จะช่วยรักษาสุขภาพของตา บำรุงรักษาผม มีมากในตับ ไข่แดง นม แคลเซียมเป็นธาตุที่สำคัญในการป้องกันกระดูกบาง ซึ่งมีมากในนมและดื่มน้ำสะอาด หรือน้ำดื่มสุก อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว การจัดอาหารให้ผู้สูงอายุรับประทาน ควรจะเป็นไปตาม ความชอบและนิสัยการรับประทานอาหารเดิม การเปลี่ยนแปลงชนิดของอาหาร เพื่อให้ได้ สารอาหารที่ช่วยบำรุงร่างกายอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่ยอมรับรับประทานเลยก็ได้ถ้าผู้สูงอายุ รับประทาน อาหารได้น้อย และได้อาหารไม่ครบส่วนอาจจะต้องเสริมให้ในรูปของยา

2. ถ้าได้ออกกำลังกายผู้สูงอายุควรออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ ละ 3 ครั้ง อย่างสม่ำเสมอ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ นอกจากช่วยให้ร่างกายแข็งแรงแล้ว ยังช่วย ให้อวัยวะในร่างกายอยู่สมดุล ทำให้ไม่เกิดโรคข้อเสื่อม รวมถึงได้นำพาออกซิเจนเข้าสู่สมอง ทำให้สมอง ปลอดโปร่ง กิจกรรมของผู้สูงอายุในชุมชนโนนพัฒนา ส่วนใหญ่จะใช้ร่างกายน้อยลง เนื่องจาก กล้ามเนื้อกระดูกและข้อเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม และเมื่อนั่ง ๆ นอน ๆ ไม่มีกิจกรรมใด ๆ จะทำ ให้อวัยวะเหล่านั้นเสื่อมลงเร็วขึ้น ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ เป็นลม เมื่อดูหนังหรือยืน เนื่องจากร่างกายปรับตัวไม่ทัน การออกกำลังกายจะช่วยให้หัวใจและหลอดเลือดมีสมรรถภาพที่ดี ช่วยป้องกันอาการหน้ามืดขณะเปลี่ยนท่าได้ เพราะหลอดเลือดดำบริเวณขาบีบเลือดกลับสู่ หัวใจได้มากและเร็วขึ้น และหัวใจก็สามารถบีบตัวแรงขึ้นโดยนับพลัน ความดันโลหิตจึงไม่ตกลง

มากขณะเปลี่ยนท่า นอกจากนี้การออกกำลังกายยังมีการเคลื่อนไหวข้อและมีการใช้กล้ามเนื้อใ้หน้า  
หลังเอียงข้อมีมากพอทำให้ข้อไม่เคลื่อนไหวได้สะดวกขึ้น

การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้ฝึกออกกำลังกายมาก่อนคือ การเดิน  
โดยเริ่มแรกอาจจะเดินแบบธรรมดาที่ราบ ระยะทางไม่ไกลนัก อาจเดินเล่นบริเวณบ้าน ต่อมาจึง  
ค่อย ๆ รอบชุมชน เพิ่มระยะทางมากขึ้น ตามความเหมาะสม ส่วนผู้ที่แข็งแรงมีการออกกำลังกายอยู่  
เป็นประจำอาจเล่นกีฬาเหมือนที่เคยเล่น แต่จะต้องระวังและหยุดเล่นทันที ถ้ารู้สึกเหนื่อยมาก  
หายใจหอบ เวียนศีรษะ หูอื้อ ลมออกหู หรือชีพจรเร็วกว่าปกติ คือ เต้น 120–130 ครั้ง/นาที อาการ  
ผิดปกติเหล่านี้แสดงถึงการออกกำลังกายมากเกินไป และข้อควรหลีกเลี่ยงในการออกกำลังกายของ  
ผู้สูงอายุ ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายกลางแจ้ง แดด หรือขณะอากาศร้อนอบอ้าว หรือหลัง  
รับประทานอาหารเสร็จใหม่ ๆ เพราะจะทำให้จุกเสียด ควรออกกำลังกายหลังทานอาหารเสร็จ 2–3  
ชั่วโมง ถ้าออกกำลังกายเป็นหมู่หลายคน ควรอยู่ในวัยเดียวกันและหลีกเลี่ยงการออกกำลังกาย  
เพื่อการแข่งขัน เพื่อหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บ เพราะจะเป็นอันตราย การออกกำลังกายทุกสัดส่วน กระตุ้น  
จังหวะการเต้นของหัวใจ อย่างสม่ำเสมอ นอกจากเดินแล้ว ยังมีหลากหลายวิธี เล่นโยคะ ว่ายน้ำ  
ขี่จักรยาน แกว่งแขน วันละ 200–500 ครั้ง ไข่ไก่ หรือรำมวยจีน เซ็ง หรือรำท่าต่าง ๆ ผู้สูงอายุใน  
ชุมชนเลือกออกกำลังกายตามความเหมาะสมร่างกายและความสะดวกของตัวเอง

3. ถ้าได้มีการส่งเสริมด้านอารมณ์ คือ อารมณ์รื่นเรริงยินดี สดใ้ด้วยรอยยิ้ม จิต  
แจ่มใส มองโลกในแง่บวก ไม่เครียด ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำแก่ลูกหลาน และคนรอบข้าง  
อารมณ์ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสุขภาพการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์มีผลต่อร่างกาย  
อารมณ์ดีส่งผลดีต่อสุขภาพ เช่น เมื่อมีความสุขร่างกายจะหลั่งสารเอนโดฟิน ส่งผลให้ร่างกายต้อง  
ตื่นตัวกระชุ่มกระชวย ผ่อนคลายการทำงานของสมองจะดี หายป่วยเร็วขึ้น อายุยืนมากขึ้น ในทาง  
ตรงกันข้าม ถ้าอารมณ์ไม่ดีจะส่งผลทำลายสุขภาพ ทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลง กินอาหารได้น้อย  
นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ หงุดหงิด ก้าวร้าว ความดันโลหิตสูง ดังนั้น การรู้จักควบคุมอารมณ์อย่าง  
เหมาะสม มีผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้การดำรงชีวิตประจำวันมีความสุข การส่งเสริม  
ด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุในชุมชน โน่นวัฒนาที่ดีและเหมาะสมที่สุด คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพจิต  
ผู้สูงอายุด้วยตัวเอง คือ ยอมรับความเป็นตัวเองได้ คือ ยอมรับความเสื่อมโทรมของร่างกาย และ  
สุขภาพทั่วไปของตัวเอง สร้างคุณค่าให้กับตัวเอง ทำบุญกุศล สวดมนตร์ ภาวนา การทำสมาธิ  
การฟังเพลง การทำสวน/ปลูกต้นไม้ ทำกิจกรรมที่ชอบ ยามว่างการช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านที่  
เป็นงานเบา ๆ เช่น กวาดบ้าน กวาดใบไม้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้เคลื่อนไหวร่างกายและมีจิตใจที่  
ผ่อนคลาย เป็นการส่งเสริมให้อุจจาระได้ตามปกติ 2) ให้ความสนใจในลูกหลาน ปฏิบัติตนให้ลูก  
หลานมีความศรัทธา เชื่อมั่น และเป็นที่พักพิงเมื่อยามเดือดร้อนหรือทุกข์ใจได้ 3) ให้ความสนใจต่อ

ปัญหา หรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นโดยอ่านจากหนังสือฟังข่าวจากวิทยุ จากโทรศัพท์จะได้มีความรู้ ความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมอีก ทั้งยังเป็นการบริหารความคิดและสมอง ไม่ให้เสื่อมถอยลง 4) ให้ความช่วยเหลือครอบครัวในสิ่งที่พอจะทำได้ เช่น ช่วยดูแลเด็กเล็ก ช่วยดูแลบ้าน เมื่อลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้าน เรียนรู้และยอมรับการพึ่งพาผู้อื่น 5) รับผิดชอบดูแลร่างกายตนเองให้แข็งแรง ไม่ทำตัวให้เป็นที่กังวลของลูกหลาน หรือผู้อยู่ร่วมกัน ปรับตัวต่อการอยู่คนเดียว

4. ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโนนวัฒนาด้วยสมาชิกในครอบครัวและสังคม ช่วยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า มีความสำคัญและมีความหวังในชีวิต เช่น ขอคำแนะนำต่าง ๆ ขอความช่วยเหลือจากผู้สูงอายุให้ควบคุมดูแลบ้านเรือน เป็นที่ปรึกษาอบรมเลี้ยงดูลูกหลาน แต่ควรระมัดระวังคำพูด หรือการกระทำที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุ เน้นความ สำคัญของผู้สูงอายุเป็นอันดับแรก เช่น เวลารับประทานอาหาร เชิญชวนให้รับประทานอาหารก่อนและดักข้าวให้ ชวนผู้สูงอายุเล่าเรื่องเหตุการณ์ประทับใจในอดีตของท่านให้ฟัง และรับฟังอย่างตั้งใจ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังมีคนชื่นชมในบางส่วนของชีวิตของตนเอง อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมที่น่าสนใจต่าง ๆ เช่น เมื่อผู้สูงอายุต้องการไปวัด หรือศาสนสถานต่าง ๆ ลูกหลาน ควรจัดเตรียมข้าวของต่าง ๆ ให้ และจัดการรับส่ง หรือเป็นเพื่อน เอาใจใส่ดูแลเรื่องอาหาร และการออกกำลังกาย หรือทำงานตามความถนัดให้เหมาะสมกับวัย ส่วนที่พักอาศัย หากผู้สูงอายุต้องการแยกบ้านอยู่หรือต้องการไปอยู่สถานที่ที่รัฐจัดให้ก็ควรตามใจและพาลูกหลาน ไปเยี่ยมเมื่อมีโอกาส ถ้าหากผู้สูงอายุรู้สึกเป็นสุข และต้องการอยู่ร่วมกับลูกหลาน ก็ให้อยู่บ้านเดียวกัน เพื่อเกิดความรู้สึกอบอุ่น ควรช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะสังสรรค์กับญาติสนิท และเพื่อนร่วมวัยเดียวกัน โดยการพาไปเยี่ยมเยียน หรือเชิญเพื่อนฝูงญาติมิตรมาสังสรรค์ที่บ้านเป็นที่คลายเหงาพาไปสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุ เช่น วัดหรือชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ให้ความสำคัญเห็นคุณค่า และเคารพยกย่องนับถือ ด้วยการเชื่อฟังคำสั่งสอนและข้อเสนอแนะจากผู้สูงอายุ ร่วมมือกันรักษาฟื้นฟูขนบธรรมเนียมประเพณีเดิมของไทยเช่น ประเพณีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ เนื่องในวันสงกรานต์ เป็นต้น ให้อภัยในความหลงลืม และความผิดพลาดที่ผู้สูงอายุกระทำ และยิ่งกว่านั้นควรแสดงความเห็นอกเห็นใจที่เหมาะสมด้วย ช่วยเหลือดูแลรักษาพยาบาลยามเจ็บป่วย หรือพาไปตรวจสุขภาพให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อเจ็บป่วยหนัก เรือรัง

อารมณ แม่กลีบแก้ว เลขาวิจิต อายุ 80 ปี ยังเดินไปมาได้สะดวก คุณแม่กลีบแก้วเป็นคนอหฺยาศัยไมตรีดี เป็นห่วงให้ความสนใจกับคนรอบข้าง คุณแม่จิบแก้วเป็นคนอารมณดี คุณแม่ชอบทำบุญทำทานในช่วงอายุ 60-70 ปี คุณแม่ชอบกิจกรรมฝึกปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน และชอบทำอะไรก็ได้ที่มันได้เงิน มันทำให้คุณแม่ไม่เหงา ดังเช่น คุณแม่นันต์ สุริยะจันทร์ อายุ

64 ปี กล่าวว่า อยากสวดมนต์ให้มากกว่านี้ เพราะรู้สึกสวดมนต์แล้วจิตใจสงบ สบาย ไม่คิดอะไร รู้แบบนี้ก็อยากทำกิจกรรมนี้ตั้งแต่สมัยเป็นสาว จะได้มีเวลาสะสมบุญมาก ๆ และพ่อสุวัฒน์ จุลสิทธิ์ อายุ 71 ปี กล่าวว่า พ่อชอบทำกิจกรรมสวดมนต์ เวลาพ่อไปวัด พ่อเห็นพระสวดมนต์พร้อมกัน หลาย ๆ รูป พ่อละละอายใจ คุณพ่อสุวัฒน์ บอกว่าเวลาได้ฟังพระสวดมนต์ พ่อยกมือพนมพร้อม กับกำหนดให้หูฟังเสียง ส่วนใจก็คิดเห็นตัวอักษรภาษาที่พระสวดออกมา พ่อมีความสุขมาก พ่อชอบไปกิจกรรมทุกงานที่มีกิจกรรมพระ พ่อชอบ เป็นต้น สอดคล้องกับ กณิกนันต์ หยกสกุล ได้เสนอวิธีการดูแลตนเองที่จะช่วยหรือป้องกันความเครียด และลดผลของความเครียด แบ่งออกเป็น 3 ด้านใหญ่ ๆ คือ (1) การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรู้จัก บริหารเวลารับประทานอาหารที่เหมาะสม รู้จักออกกำลังกาย รู้จักทางออกเมื่อเผชิญกับปัญหา ต่าง ๆ งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา รู้จักสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน เป็นต้น (2) ปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและการรับรู้ของตนเอง (3) เรียนรู้และพัฒนาทักษะการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น วิธีการผ่อนคลายการทำสมาธิ การฝึกหายใจ การใช้จิตควบคุมการ ตอบสนองทางร่างกาย และการควบคุมร่างกายของตนเองให้ผ่อนคลาย ถ้าเข้าใจสมมติฐานของ ความเครียดจะได้หาทางแก้ไข ซึ่งจะมี 3 ทางคือ ทางกาย เช่น การออกกำลังกายให้มาก ๆ พยายาม อยู่กับธรรมชาติ ใช้ยาบำบัดความเครียด เช่น ยาแก้ปวดประสาท ยาบล็อกการหลั่งฮอร์โมนทางจิต คือ มีความสงบจากเรื่องรบกวนจิตใจ มีความเมตตา กรุณา มุทิตา อุเบกขา มีความตื่นตัว เรียนรู้ได้ มีความแจ่มแจ้ง เข้าใจชัดเจนในปัญหา มีสติ สมาธิ มีการเข้าถึงสิ่งสูงสุด เช่น พระรัตนตรัย พระ นิพพาน พระเจ้า และทางสังคม เช่น การจัดรูปแบบทางสังคมการทำงาน อย่าให้บีบคั้นประสาทมาก เกินไป พัฒนาทักษะที่จะเผชิญกับสถานการณ์ทางสังคมอันเป็นลบได้ ในธรรมของพระพุทธเจ้า เกี่ยวกับการดำเนินของมนุษย์ที่ได้กล่าวว่า แต่ละคนมีกรรมเป็นแดนเกิด มีการเป็นผู้ให้ผล มีกรรม เป็นเผ่าพันธุ์ ทุกคนเป็นไปตามกรรม ในข้อนี้ ก็เป็นการสอนชี้ให้เห็นเกิดความจริง เพื่อไม่ให้ ประมาท ให้ละความประมาท ให้เร่งประกอบความดีงาม ประกอบกุศลกรรม เพื่อจะเป็นแนวทาง นำบุคคลสู่ความดีงาม ความถูกต้องงดงามในชีวิต หากคิดแต่เพียงว่าเกิดมาดีแล้ว หรือไม่ดีเลย ก็จะไม่ทราบจะสร้างคุณงามความดีไปทำไม การสร้างความดีงามนั้นเพื่อความสุขใจ ความอึดเอิบใจ และเป็นการสร้างความมีคุณค่าให้แก่ตนเอง ผู้ที่ได้รับผลการกระทำความดีงามนั้น ผู้กระทำย่อม ได้รับผลก่อนผู้อื่นเสมอ และผู้ใกล้ชิดก็จะได้รับผลแห่งการกระทำนั้นเป็นอันดับต่อมา เพราะผู้ให้ ผู้ปฏิบัติ ผู้ปฏิบัติชอบเป็นที่รักใคร่และเป็นที่ยอมรับนับถือเสมอ การไม่ปฏิบัติให้อยู่ในความดีงาม หรือสิ่งที่ถูกต้องจะเป็นผลให้ผู้ปฏิบัติว่าร้อนใจ นั่งนอนไม่เป็นสุข ผู้ใกล้ชิดก็เดือดร้อนไปด้วย ที่ กล่าวมานี้เป็นเพียงสิ่งที่เห็น ได้ในปัจจุบัน และผู้ที่ได้ปฏิบัติ จักพึงเห็นได้อย่างชัดเจนด้วยตนเอง ทั้งปัจจุบันและอนาคต

ส่งเสริมผู้สูงอายุได้มีอนามัยแนวทางการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชน โนนวัฒนา ด้านอนามัยพบว่า ด้านอนามัย แบ่งเป็น 2 หัวข้อ คือ อนามัยสุขภาพของผู้สูงอายุ กับ อนามัยสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. อนามัยสุขภาพร่างกายผู้สูงอายุ มีแนวทางการส่งเสริมคือ

1.1 ตรวจอนามัยสุขภาพให้วันละ 1-2 ครั้ง เพื่อเป็นการเช็คสุขภาพและแก้ไข อย่างทันเวลาที่ หากมีโรคประจำตัว ควรหมั่นพบแพทย์ตามที่นัดอย่างเคร่งครัด

1.2 อนามัยช่องปาก เลือกใช้แปรงสีฟันขนนุ่มแปรงฟัน เช้า-เย็น รับประทานผลไม้ ช่วยขัดฟัน สำหรับผู้สูงอายุท่านใดที่ใช้ฟันเทียมให้ถอดทำความสะอาดทุกครั้งหลังอาหาร ก่อนทำความสะอาดให้มีลักษณะที่ใส่น้ำรองขณะทำความสะอาด เพื่อป้องกันไม่ให้ฟันเทียมแตกเสียหาย ผู้สูงอายุในชุมชนพบมีปัญหาทางช่องปากที่ควรได้รับการดูแลรักษา มีจำนวน 4 คน คือ (1) นาย จรุง จันทรคู่อายุ 77 ปี (2) นางกานดา สุวรรณมาโจ อายุ 67 ปี (3) นางสุภาภรณ์ ไตรโกมล อายุ 69 ปี (4) นางอุไรวรรณ ทุมพร อายุ 65 ปี เยื่อเมือกต่าง ๆ ในช่องปากเป็นต้นเหตุ ย่อมทำให้ผู้สูงอายุ เกิดโรคและปัญหาต่าง ๆ ในช่องปากได้ง่าย นอกจากจำนวน 4 ท่านข้างต้นแล้ว กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 50 กว่าคน ต่างก็มีปัญหาและเคยมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ซึ่งเป็นปัญหาหลัก ๆ 7 ประการ ได้แก่ ฟันผุ และรากฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ และปริทันต์อักเสบ ฟันสึก น้ำลายแห้ง การสูญเสียฟัน และปัญหาจากการใส่ฟันปลอม มีแผลหรือรอย ซึ่งอาจพัฒนาเป็นโรคมะเร็งในช่องปาก และเป็น ปัญหาเรื่องระบบบดเคี้ยว ส่งผลให้เกิดปัญหากับระบบขับถ่าย ที่สำคัญหากเกิดการติดเชื้อในช่อง ปากจะทำให้เกิดการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือดสูง การติดเชื้อในช่องปากยังนำไปสู่สาเหตุการตายด้วยปอด อักเสบ การดูแลอนามัยช่องปาก กรณีผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาคล้ำมือหรือไม่สามารถควบคุมการใช้ มือในการแปรงฟันแบบธรรมดาได้ดี ตัวอย่าง นายทวี พามดี อายุ 88 เป็นอัมพฤต เลือกใช้แปรง สีฟันไฟฟ้าเพื่อผ่อนแรง หรือผู้ป่วยรายอื่น ผู้ดูแลอาจใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นบีบน้ำออกพอมาดแล้ว ทำความสะอาดช่องปาก ลื่นให้สะอาด

1.3 อนามัยร่างกายผู้สูงอายุ ควรอาบน้ำด้วยน้ำอุ่น วันละ 1-2 ครั้ง สระผม 2-3 ครั้ง / สัปดาห์ เพื่อให้ร่างกายสดชื่น ไม่สะสมเชื้อโรค

1.4 อนามัยกับการพักผ่อน ผู้สูงอายุต้องพักผ่อนให้เพียงพอ ควรนอนให้ได้อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ทำกิจกรรมระหว่างวันจะช่วยให้นอนหลับง่ายขึ้น การนอนเป็นยาวิเศษอย่าง หนึ่ง ช่วยให้ปลอดภัย โปร่ง แจ่มใส

1.5 ตาหู ตายืดหยุ่นไม่ดี การปรับภาพจะน้อยลงจึงเห็นภาพไม่ชัด แก้ไขโดยการสวมแว่น ส่วนหูตึงเกิดจากระบบประสาทเสื่อมถอย ประสาทการได้ยินของหูเสื่อม แก้ไขโดยการพบแพทย์ และใส่เครื่องช่วยฟังเสียง

1.6 เป็นลมบ่อย เกิดจากการปรับตัวของความดันเลือดไม่ดี ขณะเปลี่ยนท่าทาง ความดันเลือดจะลดลงอย่างรวดเร็ว การแก้ไข นอนหมอนสูงเล็กน้อย ค่อย ๆ ลุก เพื่อให้ร่างกายปรับตัวและออกกำลังกายสม่ำเสมอ

1.7 นुरुคเสื่อม ท่อปัสสาวะเสื่อมในผู้ชายจากต่อมลูกหมากโต ผู้หญิงจะมีมดลูกหย่อน ดึงกระเพาะปัสสาวะลงมา ทำให้ปัสสาวะบ่อย แก้ไขโดยห้ามกลั้นปัสสาวะ ถ้ามีอาการหนักต้องพบแพทย์

2. อามัยสิ่งแวดลอม เป็นแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชน โนนวัฒนา คือ

2.1 ในชุมชน โนนวัฒนามีการสร้างสวนสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ เช่น มีสถานที่สวนสาธารณะของชุมชน เช่น หนองประจักษ์ และมี อสม. เข้าไปถึงบ้านผู้สูงอายุเพื่อดูแลไม่ทอดทิ้งคอยแนะนำเอาใจใส่ในด้านการดูแลสิ่งแวดลอมผู้สูงอายุ โดยเน้นครอบครัวอบอุ่น บ้านปลอดภัย ไร้ขยะ อากาศร่มรื่น

2.2 ชุมชน โนนวัฒนา ได้สร้างสภาพแวดลอมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งรูปธรรมและนามธรรม ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งจะต้องให้ความรักความเอาใจใส่ มีการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันต้องมีปฏิสัมพันธ์ มีความเข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ คนในครอบครัว และสังคมคือสิ่งแวดลอมที่ดีของผู้สูงอายุ หรือลูกหลานให้ความเคารพ กตัญญู กตเวทิต์ เช่น ในชุมชนจัดประเพณีรดน้ำคำหัวผู้สูงอายุ

3. ส่งเสริมการทำงานอดิเรก ให้แก่ ผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จาก ผู้สูงอายุที่ไม่มีงานทำ เป็นภาระของลูกหลาน กลุ่มผู้สูงอายুর่วมกับผู้นำชุมชนได้ร่วมหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงเกิดโครงการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีอาชีพเสริมและตลาดรองรับผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากชุมชน โนนวัฒนา อันได้แก่ การบูร น้ำสมุนไพร หวานหางจระเข้ ที่สร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุในชุมชน โนนวัฒนา ไม่เพียงแต่การสร้างรายได้ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกตัวเองมีค่าและมีประโยชน์

4. ความคิดเห็นของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีต่อแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โนนวัฒนา ผู้วิจัยได้ร่วมกับหัวหน้าชุมชนและ อสม. รวมทั้งปราชญ์ชาวบ้านพร้อมผู้เชี่ยวชาญ ได้จัดการให้ความรู้ กับผู้สูงอายุเข้าใจและปฏิบัติตามแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพสรุปได้ดังนี้ เกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ จากการค้นพบว่าผู้สูงอายุให้ข้อมูลสำคัญได้

แสดงความคิดเห็นตรงกันเป็นส่วนใหญ่ เกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยเพศ อายุ การปฏิบัติ ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นต่อแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งได้รับประโยชน์อย่างมากและพร้อมจะปฏิบัติตามแนวทางนี้อย่างสม่ำเสมอ ผู้สูงอายุต้องการให้หน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนอื่น ๆ ได้เห็นความสำคัญ การส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอื่น ๆ ให้ยั่งยืนเป็นขวัญกำลังใจ ร่วมโพธิ์ร่วมไทรของบุตรหลาน



## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### สรุปผล

##### 1. ศึกษาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชนโนนวัฒนา

ในภาวะปัจจุบันสังคมของไทยมีประชากรผู้สูงอายุเป็นสังคมสูงวัยเพิ่ม ประกอบกับสังคมเมืองมีค่าครองชีพสูง ทำให้บุตรหลานต้องมีการแข่งขันสร้างรายได้มาจุนเจือครอบครัว โอกาสที่จะมาดูแลผู้สูงอายุน้อยลง ผู้วิจัย ผู้นำชุมชน และ อสม. จึงได้มีการรวบรวมข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนจึงพบว่าผู้สูงอายุเกิดความเครียด สุขภาพทรุดโทรม เช่น การบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง การไม่ออกกำลังกาย อารมณ์เครียด ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอย่างชัดเจน หลังจากได้สนทนา พูดคุย เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ให้ความรู้ข้อมูลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นเวลา 6 เดือน ทุก 2 เดือน จะมีการตรวจสุขภาพ พบว่า วัดชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ตรวจน้ำตาลในเลือด วัดความดัน ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 สุขภาพผู้สูงอายุของชุมชนโนนวัฒนาดีขึ้น รอบเอวไม่เพิ่ม น้ำตาลในเลือดลดลง ความดันลดลง

##### 2. แนวทางการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชน

ร่วมกันกับผู้วิจัย หัวหน้าชุมชน อสม. ผู้นำชุมชนสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุและกลุ่มผู้สูงอายุ มีกิจกรรมทั้งหมดสรุปได้ 5 กิจกรรม (5 อ.) คือ (1) อาหาร เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว ร่วมกันคิดและทำเพื่อให้ถูกต้องตามโภชนาการ อาหารผู้สูงอายุ และตามสภาวะเศรษฐกิจของแต่ละครอบครัว (2) ออกกำลังกายและกีฬาผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมแล้วแต่ความชอบและความถนัดของผู้สูงอายุแต่ละคน เช่น รำไม้พลอง รำมวยจีน ไท้เก๊ก โยคะ เดิน ฟ้อนรำ หรือรำเชิง (3) อารมณ์ เป็นกิจกรรมหนึ่งที่ผู้สูงอายุเองและสมาชิกครอบครัว สังคมเอาใจใส่ไม่ให้เครียด ไม่ให้โกรธ อาจใช้กิจกรรมธรรมชาติบำบัด เช่น ในวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับศาสนาจะนิมนต์พระนักเทศน์มาเทศน์ให้ผู้สูงอายุในชุมชนฟัง (4) อนามัยช่องปากและอนามัยสิ่งแวดล้อมควรรีให้หมอดตรวจช่องปากทุก 6 เดือนต่อครั้ง และคนในชุมชนร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อมให้ถูกลักษณะ เพื่อส่งเสริมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การทำการบูรของชุมชน จนกลายเป็นสินค้าโอท็อปที่ สร้างชื่อเสียงให้กับชุมชน ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา

ร่วมกันวางแผนและร่วมกันตัดสินใจ จนได้กิจกรรมนี้ขึ้นมาและเป็นสินค้าที่รับส่งทั่วไป เป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เพิ่มความรู้สึก มีคุณค่าและเป็นการเพิ่มรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุ โดยมุ่งความสนใจในกิจกรรมที่จะเพิ่มทักษะ ความสามารถในการดูแลตนเอง ได้พบปะเพื่อนฝูง และกิจกรรมที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและมีคุณค่าต่อตนเอง สอดคล้องกับ ทรงศักดิ์ มีชัย (2544) ที่กล่าวว่า กิจกรรมพัฒนาใด ๆ ก็ตาม หากประชาชนไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นเจ้าของและลงมือดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองแล้ว กิจกรรมนั้นก็อาจสำเร็จและดำรงอยู่ได้ แต่ถ้าหากว่าชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการอย่างถ่องแท้และสามารถมองเห็น และคาดหวังในผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นต่อตนเองและครอบครัว

3. ความคิดเห็น กลุ่มผู้สูงอายุที่มีต่อแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโนนวัฒนา

ผู้สูงอายุของชุมชนโนนวัฒนา แสดงความคิดเห็นต่อแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ในการได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอและร่วมกิจกรรม 50. จนเกิดความตระหนักในปัญหาของตนเองและค้นหาทางแก้ไขเพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลง การตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งจะเป็นการเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และจะเป็นประโยชน์การดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องกับความเป็นจริงของชุมชนซึ่งนำไปสู่ความยั่งยืนของกิจกรรมพร้อมทั้งจะช่วยให้พัฒนาขีดความสามารถของชุมชนให้เพิ่มมากขึ้น

สภาพของผู้สูงอายุชุมชนโนนวัฒนา พบว่า ดีขึ้นทุกด้าน ทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านสุขภาพทางสังคม การที่สุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้นทุกด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมในโครงการ เช่น ทางด้านสุขภาพ ซึ่งเห็นได้จากผลการตรวจสอบสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่พบว่า ความดันโลหิต มีแนวโน้มลดลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกิจกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ การรำไม้พลอง และการรำมวยจีน ไม้เท้า

## อภิปรายผล

1. ศึกษาสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุชุมชนโนนวัฒนาพบว่า หลัง 6 เดือน กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม มีการตรวจสุขภาพทุก 2 เดือน ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ จากการดูแลตัวเองอย่างจริงจัง และมีหน่วยงานเข้ามากำกับดูแล ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ด้านชุมชน จัดให้มี อาสาสมัคร อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตัวเองโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น ด้านสาธารณสุข ปลูก จัดพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุออกกำลังกาย เช่น รำไม้พลอง โยคะ เดิน จักรยาน

2. สำหรับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน โนนวัฒนา มีดังนี้ 1) อาหาร ด้านความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์กับตัวเอง แต่ยังคงรับประทานตามที่ตนเองชอบและสะดวกในการจัดหาของลูกหลานและต้องพึ่งพาอาหารสำเร็จรูปที่จำหน่ายในชุมชน และตลาด หรืออาหารถุงพลาสติก บางครั้งยังอุ่นกับข้าวในตู้เย็นที่ลูกหลานซื้อมาไว้กินวัน เพราะเสียดายไม่อยากให้ลูกหลานสิ้นเปลือง เพราะผู้สูงอายุมีความคิดว่า รับประทานอะไรก็ได้ขอให้อิ่ม 2) ออกกำลังกาย ในชุมชน โนนวัฒนา ได้ร่วมกันสร้างลานกีฬาออกกำลังกาย เพื่อผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินไปไกล เพื่อออกกำลังกายได้อันเป็นทางเลือกอีกอย่างของผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายใกล้บ้าน ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนมากนิยมออกกำลังกายตามนัดสะดวกของสุขภาพตัวเอง เช่น รำไม้พลอง โยคะ เดิน จักรยาน ผู้สูงอายุหญิงนิยมรวมตัวกันเพื่อซ้อมฟ้อนรำในงานเทศกาลต่าง ๆ นอกจากได้ออกกำลังกายแล้ว ยังเกิดความภาคภูมิใจในการได้ร่วมแสดงออกเป็นตัวแทนของชุมชน โนนวัฒนา ไม่ว่าจะเป็นงานหลวงประจักษ์ งานทุ่งศรีเมือง ฯลฯ 3) อารมณ์ พฤติกรรมในสังคมรอบข้าง เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีส่วนส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านอารมณ์ การที่ไม่ทำให้ผู้สูงอายุมีความเครียดเป็นพฤติกรรมทำให้เพื่อส่งเสริมสุขภาพของท่านอย่างหนึ่ง เช่นคนในครอบครัวเอาใจใส่ดูแล พุดคุย แสดงออกถึงความรักและความห่วงใยและคนรอบข้าง บ้านใกล้เรือนเคียงไม่ส่งเสียงดัง 4) อนามัย อนามัยด้านสุขภาพและอนามัยด้านสิ่งแวดล้อม อนามัยสุขภาพด้านช่องปาก ได้รับการดูแลและเอาใจใส่มากขึ้น มีการตรวจสุขภาพช่องปาก จาก อสม. ในชุมชนคอยบริการ มีการเลือกอุปกรณ์ทำความสะอาดเหมาะสมกับสภาพปากของตนเอง และอนามัยด้านอื่นได้รับการส่งเสริมเอาใจใส่ดูแลเพิ่มขึ้น เช่น การอาบน้ำ หวีผม ฟัดฟัน ทำให้ไม่เป็นลมบอย หูดปัสสาวะเสื่อม มีการรักษาและดูแลจาก อสม. ในชุมชน อนามัยด้านสิ่งแวดล้อม ชุมชนผู้นำได้กำจัดให้ทุ้งน้ำขังหมดไป ไม่มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงและมีปัญหาไม่มีท่อระบายน้ำในชุมชน ไม่มีทางน้ำไหล ทำให้น้ำท่วมขัง น้ำไหลลงถนน ทำให้สกปรก ส่งกลิ่นยุงเยอะ เพิ่มความเจ็บป่วยได้ ปัจจุบันกำลังได้รับการซ่อมแซมจากการมีส่วนร่วมของชุมชน 5) งานอดิเรกให้ผู้สูงอายุมีงานทำ เพื่อความผ่อนคลาย หากิจกรรมงานอดิเรกที่ชอบ ทำแล้วเพลิดเพลินและมีคุณค่าทางจิตใจ เช่นอ่านหนังสือธรรมะ ฟังเทศน์ฟังธรรม พบปะสังสรรค์ ให้คำปรึกษา แนะนำฟังเพลง ปลูกต้นไม้

3. ความคิดเห็นของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีต่อแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จากแบบสอบถาม มี 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านอาหาร กลุ่มผู้สูงอายุได้มีการปลูกพืชผักพื้นเมืองไว้รับประทานในครัวเรือน และการปลูกพืชสมุนไพรชนิดต่าง ๆ เช่น ฟักทะเลยา โจร แก้วไข่ แก้วไอ แก้วเจ็บคอ กระเจี๊ยบแดง แก้วร้อนใน ส้มป่อย ช่วยการขับถ่าย ไว้รักษาโรคต่างๆ ในด้านการรับประทานอาหารมักเป็นอาหารที่ปรุงเองในครอบครัว

2. ด้านออกกำลังกาย เพิ่มพื้นที่ในชุมชนสำหรับการออกกำลังกายให้แก่ผู้สูงอายุ

3. ด้านอารมณ์ ชุมชน โนนวัฒนาควรมีกิจกรรมนันทนาการ พบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน ร่วมงานประเพณีต่างๆ เช่น ทำบุญ ฟังธรรม นั่งสมาธิ ในวันพระ

4. ด้านอนามัยสุขภาพและอนามัยด้านสิ่งแวดล้อม

4.1 อนามัยสุขภาพด้านช่องปาก ชุมชน โนนวัฒนา ควรมีการตรวจช่องปากประจำ ทุก 6 เดือน

4.2 อนามัยด้านสิ่งแวดล้อม เพิ่มท่อระบายน้ำในชุมชนทำให้น้ำไม่ท่วมขัง กำจัดขยะ

5. ด้านงานอดิเรก ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน สอนและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีอาชีพเสริมและมีตลาดรองรับผลิตภัณฑ์ที่ผลิตจากชุมชน โนนวัฒนา

### ผลการประเมินสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ

จากผลการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจ ในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุทำให้แข็งแรง สามารถพึ่งพาตัวเอง และลดโรคภัยต่าง ๆ จิตใจแจ่มใสสร้างสมาธิ ดับความเครียด การวัดความรู้ก่อนอบรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจ การวัดความรู้หลังการอบรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความใจมากขึ้นและมีการพัฒนาการรับประทานอาหาร ดูแลตนเอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับคนในชุมชนด้วยการออกกำลังกาย ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นและยั่งยืน

### ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการบริการ ควรส่งเสริมให้กลุ่มผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยชุมชนมีบทบาทในการจัดสถานที่ในชุมชน ควรจัดทำโปรแกรมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนให้มากขึ้น สนับสนุนให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ เป็นการปฏิบัติการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารให้ถูกหลักของผู้สูงอายุ และส่งเสริมเรื่องของการจัดการความเครียด

**ข้อเสนอแนะทางวิชาการ** การที่กระทรวงสาธารณสุข (แผนแม่บทแห่งชาติฉบับที่ 12) มีนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมี อสม.ปฏิบัติหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ ทุกชุมชนนั้น เป็นนโยบายที่ดีควรปฏิบัติตามนโยบายนี้ให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น โดยการสนับสนุน อสม. ทั่วไปในด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำงานและด้านสวัสดิการ เพื่อเป็นขวัญกำลังใจให้บุคลากร

**ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัย** จากการศึกษาเรื่องการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน โนนวัฒนา ทำให้ค้นพบว่า จากการศึกษาอย่างจริงจังทำให้กลุ่มผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น จึงควรส่งเสริมให้มีการวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุให้กว้างขวางขึ้น





## บรรณานุกรม

- กณิกนันต์ หยกสกุล. (2551). การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรมอนามัย. (2553). การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- \_\_\_\_\_. (2556). **แนะเคล็ดลับ 5 อ. ดูแลผู้สูงวัยให้สุขภาพดี** อายุยืน. [www.webcache.goodleusercontent.com/](http://www.webcache.goodleusercontent.com/).
- กรรณิการ์ ชมดี. (2524). การมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ: ศึกษาเฉพาะกรณีโครงสร้างสถานี ตำบลท่าช้าง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กระทรวงมหาดไทย กรมการปกครอง. (2541). เศรษฐกิจชุมชนพึ่งตนเอง แนวคิดและยุทธศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2557). **ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูล**. สืบค้นเมื่อ 6 มีนาคม 2558, จาก <http://www.anamai.moph.go.th/download/download/แผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย2557.pdf>
- \_\_\_\_\_. (2558). **กรอบทิศทางแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564**. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- \_\_\_\_\_. (2559). **สธ. พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุกวียเตรียมรับสังคมผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.
- เกษร ลำภาทอง. (2554). ภาวะทุพพลภาพ และโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: การศึกษาระยะยาวในประชากร. *จดหมายเหตุทางแพทย์ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*, **94** (7),145-152.
- โกวิท พวงงาม. (2544). **การปกครองท้องถิ่นไทย: หลักการและมติใหม่ในอนาคต**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: วิทยุชน.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาด้านการสาธารณสุข. (2545). **แผนพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. (2544-2549)**. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- คีรีบุณ จงวุฒิเวศย์. (2553). **รูปแบบและวิธีการที่เหมาะสมในการจัดสวัสดิการสังคมโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับผู้สูงอายุ**. นครปฐม: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. (2527). **การบริหารงานพัฒนาชนบท**. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ฉลองรัฐ อินทรีย์. (2550). **การพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาคุณวุฒิปรัชญา สาขาการศึกษาและการพัฒนา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ฉอาน วุฑฒิกรรมรักษา. (2526). **ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลกระทบต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการสร้างงานในชนบท : ศึกษาเฉพาะกรณี โครงการได้รับรางวัลดีเด่นของตำบลคู้งพยอม อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศึกษาระดับปริญญาโท สาขาสังคมสงเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชินรัตน์ สมสืบ. (2531). **การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท ในชุดวิชาการพัฒนาชนบท**. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ชินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี. (2526). **พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ รายงานการประชุมระดับโลกเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคณะ. (2550). **สุขภาพคนไทย 2550**. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์ พรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล. (2549). **สุขภาพแบบองค์รวม**. สืบค้นเมื่อ 23 มีนาคม 2558, จาก [www.oknation.net/blog/print.php](http://www.oknation.net/blog/print.php).
- ดิน ปรัชญพฤกษ์. (2539). **ภาวะผู้นำและการมีส่วนร่วม**. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ทงนศิลป์ ลีพล. (2550). **การจัดการแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในท้องถิ่นของชุมชนในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดนครพนม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ทรงศักดิ์ มีชัย. (2544). **กระบวนการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ บ้านป่าขาม อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธนากร สังเขป. (2551). **หลักคิดในการพัฒนาชุมชน**. สืบค้นเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2558, จาก <http://www.franchisceb.content-หลักคิดพัฒนาชุมชน-4-105-2528-1.html>.

- ธราธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม. (2550). **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกรณีศึกษาตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยมหิดล.
- รัชวิทย์ วงศ์เข็มมา. (2550). **การจัดการแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครพนม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ธาดา วิมลวัตรเวที. (2542). **สุขภาพผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษาและพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นันทนวล ศรีจาด. (2540). **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: ชีรพงษ์.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2536). **พฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ยืนยาวและแข็งแรง**. กรุงเทพฯ: สามสี.
- \_\_\_\_\_. (2542). **ผู้สูงอายุไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.
- \_\_\_\_\_. (2546). **หลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- \_\_\_\_\_. (2552). เอกสารประกอบการการเสวนา เรื่อง ความมั่นคงของมนุษย์: ประเด็นผู้ สูงวัยที่มีสถานะสุขภาพที่ดี (Health Security: Healthy Aging) ประเด็นด้านสุขภาพ วันที่ 3 ธันวาคม 2552 ห้องประชุมอาคารสถาบัน 3 ชั้น 2 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง. (2543, เมษายน-มิถุนายน). รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ. **วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้**. 14 (3).
- ปธาน สุวรรณมงคล. (2527). **ทัศนะบางประการในเรื่องสภาพตำบลกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา**. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภะ.
- ประพนธ์ ปิยรัตน์. (2543). **บทบาทและภาระหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล**. นนทบุรี: โครงการสาธารณสุขระดับตำบล.
- ประภาพร จินันทุยา. (2536). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประเวศ วะสี. (2540). **แนวคิดในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชนโดยองค์รวม**. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

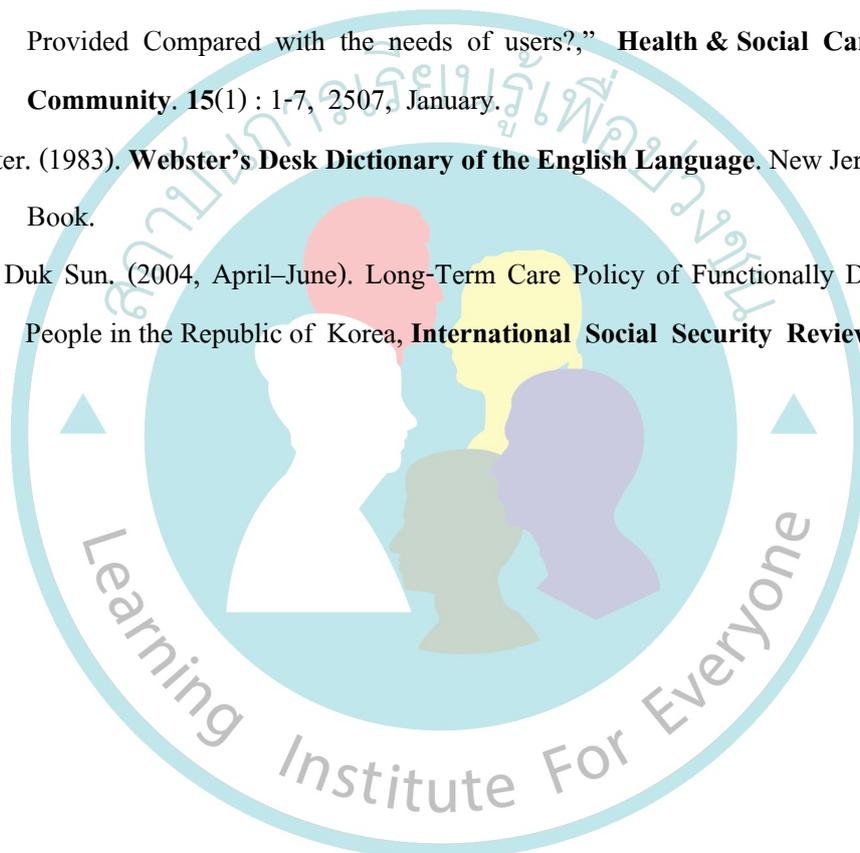
- \_\_\_\_\_. (2541). **บนเส้นทางใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพ: อกวิวัฒน์ชีวิตและสังคม**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มติชน.
- ปรัชญา เวลารัชช. (2538). **รายงานการวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมเพื่อพัฒนาชนบท**. กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ปรีชาดี คำชู. (2551). **การใช้โปรแกรมกิจกรรมนันทนาการกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจังหวัดภูเก็ต**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.
- ปรีชาดี วลัยเสถียร และคณะ. (2543). **กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา**. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- พิชิต ปลายน้ำเงิน. (2552). **การจัดการแบบมีส่วนร่วมสำหรับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ อำเภอโลกเจริญ จังหวัดลพบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พิสมัย จันทวิมล. (2541). **นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: บริษัทไชด์ จำกัด.
- พิสันต์ ประทานชวโน. (2552). **การพัฒนาชุมชน**. สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม 2558, จาก [www. webcache.googleusercontent.com](http://www.webcache.googleusercontent.com).
- เพ็ญศรี พงษ์ประภาพันธุ์ และคณะ. (2553). **การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนวัดปุณณาวาส**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี.
- เพ็ญพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2544). **รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการให้การดูแลผู้สูงอายุภายใต้เงื่อนไขการมีส่วนร่วมของชุมชนและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาในจังหวัดสงขลา**. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ไพบุลย์ สุทธสุภา. (2536, มิถุนายน). **แนวคิดใหม่เกี่ยวกับการส่งเสริมและการพัฒนาชนบท**. วารสารพัฒนาชุมชน. 32(6).
- ไพรัตน์ เตชะรินทร์. (2527). **นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนาปัจจุบันของประเทศไทยในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา**. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภา.
- เมธี จันทจักรกรณ์. (2539). **การศึกษาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนภาคกลาง**. ชลบุรี : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง.

- ยุพาพร รุ่งงาม. (2545) การมีส่วนร่วมของข้าราชการสำนักงานงบประมาณในการปฏิรูประบบราชการ. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารพัฒนาสังคม คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ลักษณะ เต็มศิริกุลชัย. (2540). กองทุนส่งเสริมสุขภาพทางเลือกใหม่ เพื่อสุขภาพของประชาชนไทย ส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลักษณะ เต็มศิริกุลชัย และสุชาดา ตั้งทางธรรม. (2541). โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรทัศน์ อินทรศักดิ์พร. (2546). การส่งเสริมการเกษตรกับการพัฒนาชนบท. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรางคณา วัฒโย. (2540). แนวทางการวางแผนชุมชนโดยวิธีการมีส่วนร่วมของประชาชน: กรณีศึกษาสุขภาพภิบาลเจ้าเจ็ด จังหวัดนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวางแผนเมือง บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันทนี ขำเพ็ง. (2540). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2541). นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ. (2557). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพผู้สูงอายุ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ใน วารสารสภาการพยาบาล. หน้า 140.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริรงค์ ทับสายทอง. (2533). จิตวิทยาผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริลักษณ์ ธรรมมา (2550). การให้คำแนะนำแบบมีส่วนร่วมแรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ประโยชน์เพื่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลผาตั้ง อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศุภากร รุ่งอุดม. (2547). การศึกษาโปรแกรมกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุบ้านเขานน จังหวัดภูเก็ต. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการนันทนาการ บัณฑิตวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สฤณา บุญนรากร. (2552). การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย. กรุงเทพฯ: เทมการพิมพ์.

- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2546). **สถานะสุขภาพผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมพร ใจสมุทร. (2547). **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขต  
ลาดกระบัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมพิศ พรหมเดช. (2537). **ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาหลังผ่าตัด การสนับสนุนทางสังคมกับ  
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนไต**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา  
พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สัจจา จันทรวิเชียร. (2559). **ปรัชญาการพัฒนาชุมชน**. สืบค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2558, จาก  
<http://webache.googleusercontent.com..>
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์. (2550). **ทฤษฎีสังคมวิทยา**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2558). **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและ  
สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12**. สืบค้นเมื่อ 18 ตุลาคม 2558, จาก [www.planning2.mju.ac.th/  
government/20111119104835\\_planning/Doc\\_25581106184920\\_927083.pdf](http://www.planning2.mju.ac.th/government/20111119104835_planning/Doc_25581106184920_927083.pdf)
- สำนักงานจังหวัดอุดรธานี. (2545). **กลุ่มงานข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร**. อุดรธานี: สำนักงาน  
อุดรธานี.
- สำนักงานส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2554). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554 สำนักงานส่งเสริม  
และพิทักษ์ผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2552). **สภาพปัญหาสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ปี 2552**.  
อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). **เครือข่าย สปสช.** สืบค้นเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2559,  
จาก [www.nhso.go.th/](http://www.nhso.go.th/).
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **นโยบายยุทธศาสตร์ แผนพัฒนา และ  
กฎหมาย**. [ม.ป.ท.]: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2555). **กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและเครือข่ายผู้สูงอายุ**.  
กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- \_\_\_\_\_. (2555). **แผนพัฒนาจังหวัดอุดรธานี 4 ปี**. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
อุดรธานี.
- สิทธิอาภรณ์ ขวนปี. (2543). **การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางเมือง  
อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ**. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทร  
วิโรฒ.

- ลินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี. (2556). พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ: รายงานการประชุมระดับโลกเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ. พิมพ์ ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก
- สุชาดา ทวีสิทธิ์. (2553). การเปลี่ยนกระบวนทัศน์เพื่อการวิจัยผู้สูงอายุ. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์ และ สวรัช บุญขมานนท์ (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย. เอกสารวิชาการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข 372. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: ประชากรและสังคม.
- สุรกุล เจนอบรม. (2532). การเรียนรู้ด้วยตนเอง: นวัตกรรมทางการศึกษาที่ไม่เคยเก่า นวัตกรรมเพื่อการเรียนการสอน. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เนื่องในโอกาสวันคล้ายวันสถาปนาคณะครุศาสตร์. 10-12 กรกฎาคม 2532 คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- \_\_\_\_\_. (2541). วิสัยทัศน์ ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: นิชิน เอเดเวอร์ไทซ์กรุ๊ป.
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2541). วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพ ระดับนานาชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุรพล เศรษฐบุตร. (2544). เอกสารประกอบการบรรยายกระบวนวิชาการส่งเสริมการเกษตรกับการพัฒนาชนบท. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อकिन รพีรัตน์. (2527). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและวัฒนธรรมไทยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภณ.
- อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และคณะ. (2541). บทบาทประชาคมส่งเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- อลิศรา ชูชาติ และคณะ. (2538). เทคนิคเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วม. นครปฐม: สถาบันการสาธารณสุข อาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุทัย สงวนพงศ์. (2555). วิชาพื้นฐานสุขศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6. กรุงเทพฯ : บริษัท พัฒนาคุณภาพวิชาการ (พว.) จำกัด.
- อุทัยวรรณ นพรัตน์. (2553). กิจกรรมนันทนาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: รวิดี พรินตริ่ง กรุ๊ป.
- อุรวรรณ วลัยพัชรา และคณะ. (2534). โภชนาการในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: รามาธิบดี เวชสาร.
- Cohen, John M. and Uphoff, Norman T. (1977). **Rural Participation: Concepts and Measures for Project Design, Implementation and Evaluation.** In Rural Development Monograph No. 2 The Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University, January.

- Duffy, M.E. (1988). **Determinants of Health-Promotion in Midlife Women**. Nursing research.
- Glascok, A., & Feinman, S. (1981). Social asset or social burden: Treatment of the aged in non-industrial societies. In **C. Fry (Ed.), Dimensions: Aging, culture, and health** (pp. 13–32). Hadley: MA: Bergin & Garvey.
- Pender, N.J. (1996). **Health promotion in Nursing Practice**. Connecticut: APP/eton and Lange.
- Tousignant, M., N. Dubuc R. and C. Coulomb. “Home-care Programmers for Older Adults With Disabilities in Canada: How can we Assess the Adequacy of Services Provided Compared with the needs of users?,” **Health & Social Care in the Community**. 15(1) : 1-7, 2507, January.
- Webster. (1983). **Webster’s Desk Dictionary of the English Language**. New Jersey: Gramercy Book.
- Woo, Duk Sun. (2004, April–June). Long-Term Care Policy of Functionally Dependent Older People in the Republic of Korea, **International Social Security Review**.





ภาคผนวก ก.  
ตารางผลการวิจัย

จากการวิจัยเรื่องการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีส่วนร่วมของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้



ตารางที่ 1 แสดงสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชน โนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	น้ำหนัก (กก.)			ส่วนสูง			รอบเอว			น้ำตาลในเลือด			ความดันโลหิต		
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
1	นางสายสุณี สุวรรณกิติ	63	62	63	156	156	156	87	87	87	142	140	144	155/84	118/60	118/81
2	นางเพ็ญศรี วงษ์ดี	56	56	55	161	161	161	70	70	70	133	131	133	130/48	132/40	130/69
3	นายอุเทน วงษ์ดี	45	45	45	150	150	150	70	70	70	117	119	117	134/71	50/112	140/98
4	นายไววิทย์ ภูทวี	65	61	65	170	170	170	85	85	85	159	159	159	135/72	122/85	136/101
5	นางเลลา ภูทวี	43	43	43	155	155	155	69	69	69	184	184	184	119/122	147/96	145/75
6	นางอารีย์ ปรีประสาท	58	58	58	155	155	155	83	83	83	141	141	141	152/84	125/90	130/80
7	นางสาวท ขาวเกรียน	59	59	59	162	162	162	76	76	76	91	91	91	118/60	147/113	140/112
8	นางวาสนา ซาไชย	36	37	36	155	155	155	68	68	68	79	79	79	132/40	115/82	166/81
9	นายอนันต์ สุริยะจันทร์	80	80	80	165	165	165	78	78	78	171	171	171	50/112	155/74	122/85
10	นายอุ้ง คารันเวียด	52	52	52	160	160	160	72	72	72	195	195	195	122/85	130/82	147/96
11	นางเจียมจรรยา พูลไทย	59	59	59	160	160	160	82	82	82	145	145	145	147/96	134/85	125/90
12	นางกวี ฟามดิ	88	88	88	164	164	164	96	96	96	149	149	149	125/90	135/102	147/113
13	นายสุรชัย ศรีทองสุข	60	61	59	168	168	168	80	80	80	134	134	134	147/113	115/103	115/82
14	นายศรีสว่าง ศรีทองสุข	55	55	55	159	159	159	80	80	80	144	144	144	115/82	152/71	155/74
15	นางหนูแดง สุทธิประภา	73	72	71	170	170	170	92	92	92	158	158	158	155/74	115/92	130/82
16	นายจรูญ จันทร์คู่	57	57	57	150	150	150	92	92	92	131	131	131	130/82	147/82	134/85
17	นายทองเพชร สุขประเสริฐ	57	57	57	155	155	155	74	74	74	162	162	162	134/85	118/81	135/102

ตารางที่ 1 แสดงสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชนโนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	น้ำหนัก (กก.)			ส่วนสูง			รอบเอว			น้ำตาลในเลือด			ความดันโลหิต		
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
18	นายบรรพจน์ สุวรรณมาใจ	57	57	57	156	156	156	85	85	85	147	147	147	135/102	130/69	115/103
19	นางกานดา สุวรรณมาใจ	56	55	56	150	150	150	87	87	87	176	176	176	115/103	140/98	152/71
20	นางอมุรา ประจงสาร	41	42	42	150	150	150	66	66	66	190	190	190	152/71	136/101	115/92
21	นายสวาง ลำบริสุทธิ	74	74	75	163	163	163	91	91	91	162	162	162	115/92	145/75	122/85
22	นางอума ลำบริสุทธิ	53	52	54	155	155	155	80	80	80	137	137	137	147/82	130/80	147/96
23	นางชนดา พงษ์เสริม	44	45	45	150	150	150	66	66	66	105	105	105	118/81	140/112	125/90
24	นางเสมอใจ แซ่ลี	54	54	54	163	163	163	79	79	79	107	107	107	130/69	166/81	147/113
25	นางเพชรดวง ศรีวัชรานนท์	45	45	45	145	145	145	74	74	74	125	125	125	140/98	122/85	115/82
26	นางสุภาพร ไตรโกมล	57	58	58	165	165	165	78	78	78	151	151	151	136/101	147/96	155/74
27	นางจิราภรณ์ มนวงค์	86	86	86	160	160	160	108	108	108	114	114	114	145/75	125/90	130/82
28	นางอุไรวรรณ ทุมพร	60	60	60	167	167	167	78	78	78	151	151	151	130/80	147/113	134/85
29	นางอรวรรณ มนุพันธ์	75	76	75	167	167	167	84	84	84	189	189	189	140/112	115/82	135/102
30	นางสาวสุขเกษม คำรงค์ธรรม	64	64	64	150	150	150	85	85	85	146	146	146	166/81	155/74	115/103
31	นางฉวี วรรณศิริ	49	49	49	160	160	160	74	74	74	121	121	121	122/85	130/82	152/71
32	นางทองแก้ว กล้าหาญ	61	60	60	157	157	157	84	84	84	109	109	109	147/96	134/85	115/92
33	นางวันเพ็ญ วรรณไสย	52	52	52	156	156	156	76	76	76	129	129	129	125/90	135/102	122/85
34	นายบรรนาท สุพันธ์นที	49	50	49	150	150	150	76	76	76	162	162	162	147/113	115/103	147/96
35	นายอิสระ แพนศิริ	58	58	58	150	150	150	93	93	93	167	167	167	115/82	152/71	125/90
36	นายชานนท์ เศรษฐแพงศิริ	50	50	50	150	150	150	89	89	89	188	188	188	155/74	115/92	147/113

ตารางที่ 1 แสดงสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชนโนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	น้ำหนัก (กก.)			ส่วนสูง			รอบเอว			น้ำตาลในเลือด			ความดันโลหิต		
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
37	นายสัมฤทธิ์ จิประวัตติ	53	53	53	145	145	145	80	80	80	178	178	178	130/82	118/60	115/82
38	นางพจนีย์ จิประวัตติ	65	66	65	162	162	162	80	80	80	147	147	147	134/85	132/40	155/74
39	นายสันติภาพ วงศ์ศิริ	74	74	74	156	156	156	91	91	91	141	141	141	135/102	150/112	130/82
40	นางมยุรี วงศ์ศิริ	62	62	62	160	160	160	95	95	95	167	167	167	115/103	122/85	134/85
41	นางสมคิด อินทะกนก	56	57	56	155	155	155	91	91	91	121	121	121	152/71	147/96	135/102
42	นางสาวอัญชลี สุวรรณโพธิ์ศรี	50	51	50	144	144	144	76	76	76	149	149	149	115/92	125/90	115/103
43	นางสาวศกฤตลา ชัยบุรี	66	67	66	156	156	156	84	84	84	178	178	178	122/85	147/113	152/71
44	นางศรีภุชญา สุวรรณโพธิ์ศรี	62	62	62	160	160	160	92	92	92	147	147	147	147/96	115/82	115/92
45	นางกรรณิการ์ สุวรรณโพธิ์ศรี	50	50	52	150	150	150	74	74	74	141	141	141	125/90	155/74	122/85
46	นายธีระศักดิ์ ลืออุบล	60	60	60	159	159	159	84	84	84	167	167	167	147/113	130/82	118/81
47	นางพัชยา ลืออุบล	51	53	53	155	155	155	74	74	74	121	121	121	115/82	134/85	130/69
48	นางประภัสสร รัตนนิษฐ์	52	52	52	150	150	150	76	76	76	149	149	149	155/74	135/102	140/98
49	นางสาวทิพย์วรรณ นุตาคม	65	65	65	140	140	140	100	100	100	178	178	178	130/82	115/103	136/101
50	นายบุญสม คำคูณเมือง	60	62	61	170	170	170	81	81	81	147	147	147	134/85	152/71	145/75
51	นางสำเริง คำคูณเมือง	60	60	60	157	157	157	90	90	90	141	141	141	135/102	115/92	130/80
52	นายสวัสดิ์ คำพวง	50	50	50	150	150	150	99	99	99	167	167	167	115/103	147/82	140/112
53	นายอมร อมรเวช	74	75	75	156	156	156	104	104	104	121	121	121	152/71	118/81	166/81
54	นายประทุม น้อยอุ้นแสง	54	54	54	150	150	150	96	96	96	149	149	149	115/92	130/69	122/85

ตารางที่ 1 แสดงสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชนโนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	น้ำหนัก (กก.)			ส่วนสูง			รอบเอว			น้ำตาลในเลือด			ความดันโลหิต		
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3
55	นายอนันต์ สุขกับปี	41	40	40	148	148	148	76	76	76	105	105	105	122/85	140/98	147/96
56	นางสงัด สุขกับปี	53	54	53	170	170	170	75	75	75	107	107	107	147/96	136/101	125/90
57	นายสมเกียรติ สมพงษ์	74	74	74	175	175	175	82	82	82	125	125	125	125/90	145/75	147/113
58	นางวนิดา สมพงษ์	85	85	85	166	166	166	111	111	111	151	151	151	147/113	130/80	115/82
59	นายรังสิต ชาญนรา	73	73	73	177	177	177	90	90	90	114	114	114	115/82	140/112	155/74
60	นางละเอียด สุพันธ์นันท์	45	45	45	155	155	155	63	63	63	151	151	151	155/74	166/81	130/82
61	นายเอียน คนชีว	46	45	46	150	150	150	71	71	71	189	189	189	130/82	122/85	134/85
62	นางเจียง โคถิ	59	59	59	153	153	153	90	90	90	114	114	114	134/85	147/96	135/102
63	นางสุภาพร เอียการนา	57	57	57	155	155	155	68	68	68	151	151	151	135/102	125/90	115/103
64	นางกลีบแก้ว เลขาวิจิตร	57	57	57	158	158	158	85	85	85	189	189	189	115/103	147/113	152/71
65	นางบัวไหล สุริวงศ์	67	67	67	168	168	168	80	80	80	138	138	138	152/71	115/82	115/92
66	นายสุวัฒน์ จุตติชัย	74	75	74	175	175	175	92	92	92	132	132	132	115/92	155/74	122/85
67	นายขงคัมที เหล่ารุ่งฤทธา	49	50	49	149	149	149	80	80	80	132	132	132	122/85	130/82	147/96

ภาคผนวก ข.  
ภาพการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชนโนนวัฒนา  
ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี



ภาพที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนวัฒนาพร้อมตรวจสุขภาพประจำปี



ภาพที่ 2 การฟ้อนรำและดำไม้พรองเป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชนโนนวัฒนา





ภาพที่ 3 กิจกรรมรดน้ำคำหัวผู้สูงอายุในชุมชน เป็นกิจกรรมหนึ่ง เพื่อส่งเสริมอารมณ์ผู้สูงอายุ



ภาพที่ 4 การเลือกรับประทานอาหารให้ถูกหลักเป็นกิจกรรมหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน



ภาพที่ 5 เจ้าหน้าที่กำลังตรวจอนามัยช่องปากของผู้สูงอายุ

ภาคผนวก ค.  
เครื่องมือในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1. เพศ
 

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------
2. อายุ..... ปี
3. การศึกษา
 

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่ามัธยม	<input type="checkbox"/> ระดับมัธยม / อาชีวศึกษา
<input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> ปริญญาโท	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
4. อาชีพ
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำงาน / อยู่บ้าน	<input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> รับราชการ	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
 

<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 5,000 บาท	<input type="checkbox"/> 5,001–10,000 บาท
<input type="checkbox"/> 10,001–15,000 บาท	<input type="checkbox"/> 15,001–20,000 บาท
<input type="checkbox"/> 20,001–25,000 บาท	<input type="checkbox"/> มากกว่า 25,000 บาท
6. ระยะเวลาที่ท่านเป็นโรคเบาหวาน
 

<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 1 ปี	<input type="checkbox"/> 1-3 ปี
<input type="checkbox"/> 3-5 ปี	<input type="checkbox"/> 5-7 ปี
<input type="checkbox"/> มากกว่า 5 ปี	
7. ท่านมีโรคประจำตัว ดังนี้ ระบุได้มากกว่า 1 โรค
 

<input type="checkbox"/> หัวใจ	<input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง
<input type="checkbox"/> เบาหวาน	<input type="checkbox"/> ไม่มีโรคประจำตัว
<input type="checkbox"/> โรคอื่น ๆ ระบุ .....	
8. น้ำหนักของท่าน ..... กิโลกรัม ส่วนสูง..... เซนติเมตร

9. ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเข้าโครงการ ..... mg/dl

10. ท่านมีผู้ดูแลหรือไม่

( ) ไม่มี

( ) มีระบุ .....

11. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ

( ) โทรทัศน์

( ) หนังสือพิมพ์

( ) วิทยุ

( ) หอกระจายข่าว

( ) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

( ) อื่น ๆ ระบุ .....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านอาหาร

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อและทำเครื่องหมายในช่องที่เป็นจริงมากที่สุดในแต่ละข้อ

หัวข้อ	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอาหาร				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านรับประทานผลไม้					
2. ท่านรับประทานผัก					
3. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว					
4. ท่านรับประทานอาหารโดยการเคี้ยวช้า ๆ ให้ละเอียด					
5. ท่านรับประทานอาหารรสเค็มจัด					
6. ท่านรับประทานอาหารรสหวานจัด					
7. ท่านดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม กาแฟ น้ำปั่น					
8. ท่านรับประทานขนมขบเคี้ยว ขนมกรอบ					
9. ท่านรับประทานอาหารไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู					
10. ท่านรับประทาน ไข่ขาว เนื้อไก่ต้ม ไม้ติตมัน					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชน  
โนนวัฒนา

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เป็นจริงมากที่สุดในแต่ละข้อ

หัวข้อ	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านออกกำลังกาย				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. เดินเร็วต่อเนืองวันละ 30 – 45 นาที					
2. เล่นกีฬาที่ท่านชอบ รำไม้พลอง ด้าเซิ้ง จี่จ๊กรยาน โยคะ อื่น ๆ					
3. มีการเคลื่อนไหวในการทำงานบ้าน					
4. ไปออกกำลังกายตามลำพัง					
5. ดูโทรทัศน์วันละมากกว่า 2 ชั่วโมง					
6. ไม่เคยออกกำลังกายจนมีเหงื่อ					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านอารมณ์กลุ่มผู้สูงอายุของชุมชน โนนวัฒนา  
คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เป็นจริงมากที่สุด

หัวข้อ	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอารมณ์				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. เมื่อท่านมีอาการเครียด ท่านได้ระบายให้ใครที่ไว้ใจได้ฟัง					
2. ท่านชอบฟังเทศน์					
3. ท่านมีความคับข้องใจ ความโกรธ ความเสียใจไม่พอใจ					
4. ท่านทำจิตใจให้ผ่อนคลาย เพลิดเพลิน เช่น นั่งสมาธิ					
5. ท่านชอบนึกคิดในเรื่องใด ๆ ซ้ำ ๆ ติดต่อกัน เป็นเวลานาน ไม่สามารถจัดออกไปได้					
6. ท่านใช้วิธีการคลายเครียด โดยการฝึกหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือวิธีอื่น ๆ					
7. ท่านสมหวังในสิ่งที่ต้องการ					
8. ท่านได้ใช้ชีวิตในวัยสูงอายุตามที่มุ่งหวังไว้แล้ว					
9. ท่านได้ทำในสิ่งที่ชอบแต่ละวัน					
10. ท่านสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ อย่างมีสติ					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านอนามัยสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม  
 กลุ่มผู้สูงอายุของชุมชนโนนวัฒนา  
 คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เป็นจริงมากที่สุด

หัวข้อ	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอนามัยสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านไปพบแพทย์ตามนัด					
2. ท่านดูแลช่องปาก					
3. ท่านอาบน้ำ สระผม หวีผม					
4. ท่านนอนหลับสนิท					
5. ท่านเป็นลมบ่อย					
6. ตาท่านมองเห็นชัด					
7. หูท่านได้ยินเสียง					
8. ท่านมีความสุขและพอใจกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่					
9. ท่านมีส่วนร่วมกับชุมชนในการรักษาสิ่งแวดล้อม					
10. ชุมชนท่านใส่ใจกับสิ่งแวดล้อมในชุมชน					
11. สังคมรอบข้างให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ					
12. สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
13. ท่านรู้สึกว่าการใช้ชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
14. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
15. คนในครอบครัวจัดหาเสื้อผ้า ของใช้ อาหารมาให้ตามความเหมาะสม					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านงานอดิเรกกลุ่มผู้สูงอายุของชุมชน โนนวัฒนา  
คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เป็นจริงมากที่สุด

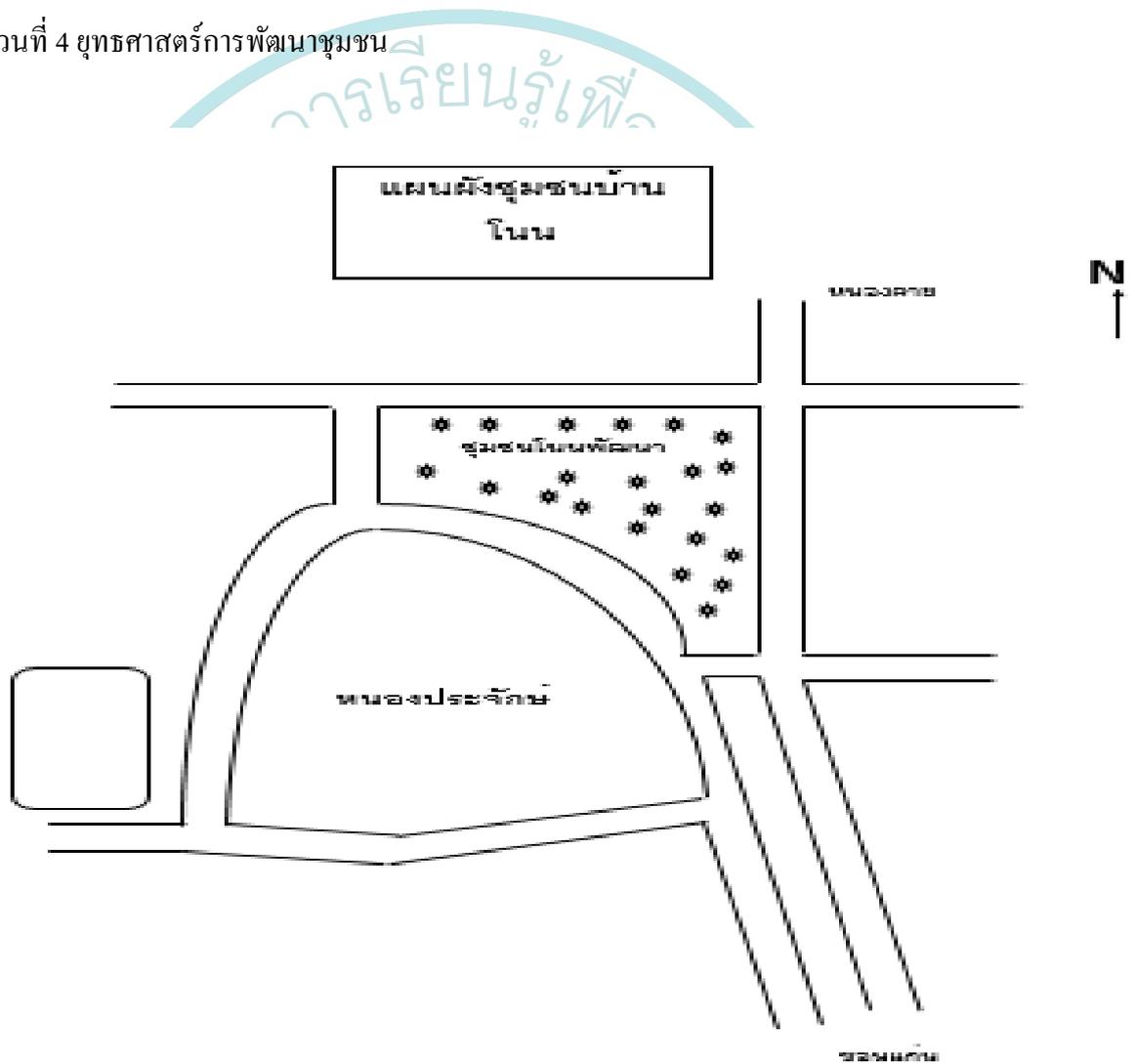
หัวข้อ	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านงานอดิเรก				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านพยายามทำให้รู้สึกว่าคุณค่า					
2. ท่านได้ทำในสิ่งที่ชอบในแต่ละวัน					
3. ท่านได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ					
4. ท่านเป็นที่เคารพนับถือของเพื่อนบ้าน					
5. ท่านแสวงหาและปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้มีชีวิตมี ความสุข					
6. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น					



## ภาคผนวก ง.

## ข้อมูลชุมชนบ้านโนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

- แผนที่ชุมชนบ้านโนนวัฒนา ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 ศักยภาพของชุมชน
- ส่วนที่ 3 สภาพปัญหาและการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน
- ส่วนที่ 4 ยุทธศาสตร์การพัฒนาชุมชน



## ส่วนที่ 1

### ข้อมูลทั่วไป

#### ข้อมูลทั่วไป

1. ประวัติความเป็นมาของชุมชน เดิมชุมชนโนนวัฒนาอยู่รวมกันกับชุมชนบ้านโนน ซึ่งเป็นชุมชนใหญ่ ชุมชนอยู่ระหว่างชุมชนบ้านโนนกับชุมชนโนนพิบูลย์ เพื่อให้การติดต่อประสานงานกับทางเทศบาลได้ดีและสะดวกยิ่งขึ้น จึงได้ก่อตั้งชุมชนโนนวัฒนา ขึ้นมาเมื่อปี พ.ศ. 2539 โดยใช้ชื่อสถานที่ใกล้เคียงตั้งชื่อชุมชนคือ โรงพยาบาลวัฒนา เป็นชื่อชุมชนของเรา จึงได้ชื่อชุมชนว่า “ชุมชนโนนวัฒนา” ครั้งแรกมี 70 หลังคาเรือน และประธานชุมชนคนแรกของเราคือ นางจริยา แพนศรี ปัจจุบัน นางหนูแดง สุทธิประเภท ดำรงตำแหน่งประธานชุมชน

#### 2. ข้อมูลประชากร

จำนวนครัวเรือน 134 ครัวเรือน

ประชากร รวม 551 คน ชาย 203 คน หญิง 348 คน

#### 3. ข้อมูลด้านอาชีพ

อาชีพหลัก (1) รับราชการ จำนวน 40 ครัวเรือน

(2) รัฐวิสาหกิจ จำนวน 5 ครัวเรือน

(3) เอกชน จำนวน 30 ครัวเรือน

(4) ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 34 ครัวเรือน

อาชีพเสริม (1) รับจ้างทั่วไป จำนวน 10 ครัวเรือน

(2) ค้าขาย จำนวน 15 ครัวเรือน

#### 4. ข้อมูลด้านรายได้

รายได้เฉลี่ย 70,000-200,000 บาท/ ครัวเรือน/ ปี

#### ข้อมูลสภาพทั่วไปของชุมชน

พื้นที่ชุมชน 100-140 ไร่

หอกระจายข่าว 1 แห่ง

## ข้อมูลงานประเพณี ที่สำคัญในชุมชน

1. จัดงานวันเด็ก
2. งานประเพณีสงกรานต์ รดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ และผู้ที่เคารพนับถือ
3. งานประเพณีลอยกระทง

## ข้อมูลด้านการบริหารชุมชน

### รายชื่อคณะกรรมการชุมชน

1. นางหนูแดง สุทธิประภา ประธานชุมชน
2. นางศรีภัทรา สุวรรณโพธิ์ศรี รองประธาน
3. นายจตุรนต์ นาคสร้อย รองประธาน
4. นางสาวสุนีย์ สุวัฒน์กัญญา กรรมการฝ่ายสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
5. นางพจนีย์ จิประวัตติ กรรมการฝ่ายการศึกษาและวัฒนธรรม
6. นางวันเพ็ญ วรรณไสย กรรมการฝ่ายคลัง
7. นายจำลอง แก้วอนันต์ กรรมการฝ่ายปกครอง
8. นางราภรณ์ พึ่งเมืองปัก กรรมการฝ่ายสวัสดิการและสังคม
9. นางสาวน้อย นพคุณ กรรมการฝ่ายกิจการเด็กและสตรี
10. นางพรสวรรค์ อรรคศรีวรร เลขา
11. นางอนันต์ สุริยะจันทร์ ประชาสัมพันธ์
12. นายธงชัย พึ่งเมืองปัก กรรมการฝ่ายป้องกัน
13. นายอิสระ แพนศรี กรรมการที่ปรึกษา
14. นายนพรัตน์ ลังกาพันธ์ กรรมการที่ปรึกษา
15. นางวลัยภรณ์ นาคสร้อย รองเลขา
16. นางสาวชลิษฐา โคตะวงศ์ รองคลัง

รายชื่ออาสาสมัครสุจริตประจำชุมชน (อสม.)

1. นางสาวสุนีย์ สุวัฒน์กัญญา (ประธาน)
2. นางสาวชลิษฐา โคตะวงศ์
3. นางราภรณ์ พึ่งเมืองปัก
4. นางพรสวรรค์ อรรถศรีวร
5. นางสาวน้อย นพคุณ
6. นางสาวพิสมัย สุพันธ์นันท์

รายชื่อปราชญ์ชาวบ้าน

1. นายบุญสม คำคุณเมือง (ความรู้ด้านสมุนไพร) อายุ 75 ปี

รายชื่อพยาบาลวิชาชีพ (ข้าราชการบำนาญ)

1. นางศรีภัทรา สุวรรณโพธิ์ศรี อายุ 70 ปี



## ส่วนที่ 2

### ศักยภาพของชุมชน

#### กำหนดจุดเด่นหรือจุดแข็งของชุมชน

1. ประชาชนมีความรู้ มีการศึกษาดี และมีคณะกรรมการที่เข้มแข็ง
2. มลภาวะไม่เป็นพิษ
3. มีความปลอดภัยในชุมชน
4. คนในชุมชนรักและสามัคคีกัน และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี เวลาที่มีกิจกรรมต่าง ๆ
5. ใกล้สวนสาธารณะหนองประจักษ์

#### จุดอ่อนของชุมชน

1. ผู้สูงอายุไม่มีอาชีพเสริม ไม่มีรายได้
2. มีบ้านเช่าที่ไม่ค่อยให้ความร่วมมือ
3. บุคคลที่มีความรู้ความสามารถไม่ค่อยมีเวลาให้ชุมชน

#### โอกาสของชุมชน

1. ชุมชนมีกองทุนเงินล้าน เพื่อส่งเสริมพัฒนาอาชีพและความเป็นอยู่
2. โครงการพัฒนาศักยภาพของหมู่บ้านและชุมชน SML
3. ได้รับการสนับสนุนกลุ่มอาชีพต่าง ๆ ทำให้เกิดรายได้ เช่น กลุ่มน้ำวานทางจรเข้  
กลุ่มจักสานจากกระดาษ กลุ่มทำกรบูร
4. มีการทัศนศึกษาจากต่างจังหวัด ทำให้เกิดรายได้ในชุมชน

#### ข้อจำกัดของชุมชน

การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่ทั่วถึง เช่น ด้านการพัฒนาในชุมชน ถนน ท่อระบายน้ำ

### ส่วนที่ 3

#### สภาพปัญหาและการวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน

##### 1. ด้านโครงสร้างพื้นฐาน (เช่น ถนน ทางเท้า น้ำอุปโภค-บริโภค ไฟฟ้า ท่อระบายน้ำ)

ที่	สภาพปัญหาที่เกิดขึ้น	การวิเคราะห์ปัญหา	ผลกระทบของปัญหา	แนวทางแก้ไขปัญหา	หมายเหตุ
1	ท่อระบายน้ำไม่มีในหลายซอย	ทำให้ไม่มีทางน้ำไหล	-น้ำท่วมขัง -น้ำไหลลงถนนทำให้สกปรก	-เพิ่มท่อระบายน้ำ	
2	ขาคอมไฟถนนเวลาฝนตก ลมแรง ทำให้ไฟดับ	-ขาคอมไฟเก่า เป็นสนิม	-ทำให้เกิดอันตราย -อุบัติเหตุ -อาชญากรรม	-เปลี่ยนขาคอมไฟใหม่	
3	ขอบฟุตบาทไม่มี	-ทำให้หกล้ม น้ำขัง	-เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง -ทำให้มียุงเยอะ -เจ็บไข้ได้ป่วย -สกปรก	-ทำขอบฟุตบาท	

##### 2. ด้านเศรษฐกิจและการมีรายได้และมีงานทำ (เช่น การมีอาชีพ รายได้ หนี้สิน ปัญหาของการประกอบอาชีพ การลดรายจ่าย การเพิ่มรายได้ การประหยัดการออม)

ที่	สภาพปัญหาที่เกิดขึ้น	การวิเคราะห์ปัญหา	ผลกระทบของปัญหา	แนวทางแก้ไขปัญหา	หมายเหตุ
1	ผู้สูงอายุไม่มีอาชีพเสริม	-ผู้สูงอายุจะได้ไม่เหงา -มีรายได้เป็นของตนเอง	-ผู้สูงอายุไม่มีรายได้ ทำให้เป็น ปัญหาของลูกหลาน -เหงา ขาดความมั่นใจ คิดฟุ้งซ่าน	-ส่งเสริมสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุมีอาชีพเสริมและมีตลาดรองรับสินค้า	

3. ด้านสังคม การเมือง การปกครอง (เช่น กลุ่มองค์กรในชุมชน การสงเคราะห์ ปัญหาอาชญากรรม  
ปัญหายาเสพติด การส่งเสริมประชาธิปไตย)

ที่	สภาพปัญหาที่เกิดขึ้น	การวิเคราะห์ ปัญหา	ผลกระทบของ ปัญหา	แนวทางแก้ไข ปัญหา	หมายเหตุ
1	บ้านเช่า เพิ่มขึ้น	-ผู้เช่าเข้ากับ ชุมชนไม่ได้	-ขาดความร่วมมือ จากผู้เช่า	-สร้างความเข้าใจ และให้โอกาสแก่ ผู้เช่า	

4. ด้านการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรมและประเพณี (การสนับสนุนด้านการศึกษา ข่าวสารข้อมูล  
การปลูกจิตสำนึก การถ่ายทอดภูมิปัญญาประเพณีวัฒนธรรม)

ที่	สภาพปัญหาที่เกิดขึ้น	การวิเคราะห์ ปัญหา	ผลกระทบของ ปัญหา	แนวทางแก้ไข ปัญหา	หมายเหตุ
1	เยาวชนในชุมชนไม่ สนใจเข้าร่วมทำ กิจกรรมทางประเพณี และวัฒนธรรมของ ชุมชน	-ทำให้ไม่เข้าใจ ใจความเป็นมา ของประเพณีและ วัฒนธรรม ของ ชุมชน	-อนาคตข้างหน้า อาจทำให้ประเพณี และวัฒนธรรม ความเป็นมาหายไป	-พ่อ-แม่ ผู้หลัก ผู้ใหญ่ ในชุมชน ควรให้ความ สนใจและแนะนำ บุตรหลานให้ เห็นความสำคัญ กับเรื่องนี้	

5. ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม (เช่น สุขภาพ การป้องกันรักษาโรค โรคติดต่อ โรคระบาด  
 สุขนิสัยด้านสาธารณสุข และการรักษาสิ่งแวดล้อม)

ที่	สภาพปัญหาที่เกิดขึ้น	การวิเคราะห์ปัญหา	ผลกระทบของปัญหา	แนวทางแก้ไขปัญหา	หมายเหตุ
1	ลานกีฬาออกกำลังกาย	-ผู้สูงอายุไม่สามารถเดินไปไกลเพื่อออกกำลังกาย -สุขภาพของคนในชุมชนไม่ดี	-สุขภาพอนามัยไม่ดี	-หาสถานที่ออกกำลังกาย ใกล้บ้าน	
2.	ปัญหาอุทกน้ำ – ยุงลาย	-ฝนตกทำให้เกิดน้ำขัง	-เจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ได้ -เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย -ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออก	-ทำทางระบายน้ำเพื่อไม่ให้เกิดน้ำขัง	

6. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม (สิ่งที่จะทำเพื่อให้ชุมชนได้บรรลุตามที่ได้กำหนดวิสัยทัศน์ไว้ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ชุมชนทำได้เอง (พึ่งตนเอง: พ, กิจกรรมที่ชุมชนต้องขอความร่วมมือบางส่วน: ร, กิจกรรมที่ต้องขอรับการสนับสนุนจากภายนอก: ศ)

ที่	ชื่อโครงการ/กิจกรรม	เป้าหมาย	ระยะเวลา ดำเนิน การ	งบ ประมาณ	แหล่งงบประมาณ				ผู้ประสานงาน	หมายเหตุ (สาระกิจกรรม)
					ชุมชน	อบต./เทศบาล	รัฐบาล	อื่นๆ		
1	<u>ด้านโครงสร้างพื้นฐาน</u> - ทำทางระบายน้ำ - เปลี่ยนนาโคมไฟฟ้า - ลอกทางระบายน้ำ - ทำฟุตบาทขอบถนน	ทุก ๆ ซอย ทุก ๆ ซอย ทุก ๆ ซอย ทุก ๆ ซอย	ปี 2555 ปี 2555 ปี 2555 ปี 2555	เทศบาล เทศบาล เทศบาล เทศบาล					ประธานชุมชน ประธานชุมชน ประธานชุมชน ประธานชุมชน	- ชุมชนร่วมกับ หน่วยงานทางภาครัฐ ช่วยกันสำรวจและ พัฒนาชุมชนให้มีการ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง
2	<u>ด้านเศรษฐกิจ</u> - ส่งเสริมอาชีพใน ชุมชน	-แม่บ้าน -ผู้สูงอายุ							ประธานชุมชน	- ให้ความรู้ความเข้าใจ ในอาชีพต่าง ๆ ทั้งผู้ ในชุมชนและร่วมกับ หน่วยงานทางภาครัฐ - ให้ความรู้ความเข้าใจ และรณรงค์ให้เยาวชน ในชุมชนหลีกเลี่ยง ภาวะการฉ้อฉลและ การจี้จกัย ยาเสพติด ในชุมชน โดยชุมชนจะ กำหนดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อใช้เวลาว่างให้เป็น ประโยชน์
3	<u>ด้านสังคม</u> - การป้องกันการ ตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น - ชุมชนปลอดยาเสพติด - ลานออกกำลังกาย	-เยาวชน -เยาวชน -วัยรุ่น							-ประธาน อสม. -อสม. -อสม.	

ที่	ชื่อโครงการ/กิจกรรม	เป้าหมาย	ระยะเวลา ดำเนินการ	งบ ประมาณ	แหล่งงบประมาณ				ผู้ ประสานงาน	หมายเหตุ (สาระกิจกรรม)
					ชุมชน	อบต./เทศบาล	รัฐบาล	อื่นๆ		
4	<u>ด้านการศึกษา/</u> <u>วัฒนธรรมประเพณี</u> - อนุรักษ์วัฒนธรรม ประเพณีในชุมชน	เยาวชน							ประชาชน	ให้ชุมชน โดยเฉพาะ เยาวชนมีส่วนร่วมใน กิจกรรมอนุรักษ์ วัฒนธรรมประเพณี ในชุมชน
5	<u>ด้านสาธารณสุขและ</u> <u>สิ่งแวดล้อม</u> -กิจกรรมผู้สูงอายุ -รณรงค์ชุมชน ปราศจากลูกน้ำขุขลาย -เสริมสร้างสุขภาพ แข็งแรง	ผู้สูงอายุ  ทุกบ้าน  ทุกกลุ่มวัย								- จัดหาแลนออก กำจัด กายเพื่อส่งเสริม สุขภาพ ให้แข็งแรง -มีการสำรวจลูกน้ำ ขุขลาย  -รณรงค์ให้ทุกคน ออกกำจัดกาย อย่าง สม่ำเสมอ เพื่อให้ สุขภาพ แข็งแรง ปราศจาก โรคภัย ต่าง ๆ

## ส่วนที่ 4

### ยุทธศาสตร์การพัฒนาชุมชน

1. วิสัยทัศน์ (สิ่งที่ชุมชนมุ่งหวังอยากให้เป็นในอนาคต) คือ  
พร้อมใจกันคิด เพื่อพิชิตปัญหา พัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง
2. พันธกิจ (สิ่งที่ชุมชนต้องร่วมมือกันทำเพื่อให้หมู่บ้านเป็นไปตามที่มุ่งหวัง)
  - ประชาชนทุกคนต้องให้ความร่วมมือ
  - ประชาชนทุกคนร่วมกันเป็นหูเป็นตาให้กับชุมชน
  - ประชาชนทุกคนดูแลซึ่งกันและกัน
3. ประเด็นยุทธศาสตร์ (เรื่องต่าง ๆ ที่ชุมชนจะทำให้บรรลุตามวิสัยทัศน์)
  - มีการประชาสัมพันธ์ให้คนในชุมชนรับทราบทุกปัญหา
  - มีการประชุมแก้ไขปัญหาในชุมชนเป็นประจำ
  - ต้องมีความสามัคคี มีความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน



## ประวัติผู้วิจัย

**ชื่อ - นามสกุล** นางสาวพีรญา สมพงษ์  
**วันเดือนปีเกิด** 23 พฤศจิกายน 2514  
**ที่อยู่** 231/143 หมู่บ้าน พี.เค.ธานี 2 ถนนอุตรคุษฎี ตำบลหมากแข้ง  
 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี  
**เบอร์โทรศัพท์** 0815454098  
**อีเมล** peerayaskm@gmail.com  
**สถานที่ทำงาน** บจก.อุดรมงคล เอ็น.พี.โอ. เวิลด์บริดจ์)  
**ประวัติการศึกษา**  
 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จากโรงเรียนมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร  
 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จากโรงเรียนมุกดาหาร อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร  
 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมปลาย จากโรงเรียนปนะพันธ์ กรุงเทพมหานคร  
 ปริญญาตรี จากมหาวิทยาลัยรามคำแหง คณะเศรษฐศาสตร์การเงิน

