

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชนสะลง – ชี้เหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่

ณัฏฐ์ สุขสีทอง ส.ด.

ศศิกัญญ์ นามบุญจิตต์ ส.ม.

สามารถ ใจเตี้ย ส.ด.

ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

ติดต่อผู้เขียน: สามารถ ใจเตี้ย Email: samart_jai@cmru.ac.th

วันรับ: 24 เม.ย. 2567

วันแก้ไข: 4 พ.ย. 2567

วันตอบรับ: 11 พ.ย. 2567

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์การใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งสังเคราะห์ข้อเสนอการส่งเสริมภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ บนฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนสะลง – ชี้เหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 300 คน โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 2.08) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ($\text{Beta}=0.017, p<0.05$) และการรับรู้ประโยชน์ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพ ($\text{Beta}=-0.142, p<0.05$) พยากรณ์การใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้มีข้อเสนอการส่งเสริมภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพโดยบูรณาการภูมิปัญญา ผ่านความหลากหลายของกลุ่มชาติพันธุ์ในชุมชน การอบรมให้ความรู้ และการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ผ่านกิจกรรมของชุมชนและหน่วยงาน

คำสำคัญ: ภูมิปัญญา; การสร้างเสริมสุขภาพ; ผู้สูงอายุ**บทนำ**

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกเป็นปัญหาโครงสร้างประชากรที่แต่ละประเทศต้องวางแผนเพื่อรับมือ ทั้งนี้มีรายงานว่า ระหว่างปี ค.ศ. 2015 – 2050 จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12 ถึงร้อยละ 22 และในปี ค.ศ. 2030 ประชากร 1 ใน 6 ทั่วโลกจะมีอายุมากกว่า 60 ปี⁽¹⁾ ในส่วนภูมิภาคเอเชีย มีรายงานว่าในปี ค.ศ.2023 มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในภูมิภาค

นี้ 697 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 60 ของจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลก และคาดการณ์ว่าภายในปี ค.ศ. 2050 จะมีผู้สูงอายุ 1 ใน 4 ของประชากรในหลายประเทศทั้งสาธารณรัฐประชาชนจีน ศรีลังกา ไทย และเวียดนาม⁽²⁾ สอดคล้องกับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.08 ของประชากรทั้งหมด โดยมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.32 อยู่เพียงลำพัง ร้อยละ 4.67 ผู้สูงอายุดูแลกันเอง และร้อยละ

1.76 อยู่ระหว่างรอการดูแล⁽³⁾ นอกจากนี้ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องเผชิญปัญหาสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสังคมในแต่ละชุมชน เช่นเดียวกับผู้สูงอายุในชุมชนสละว - ชีเหล็ก ที่บริบทชุมชนสละว - ชีเหล็ก อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งด้านกายภาพและสังคมในปัจจุบันเป็นปัจจัยเงื่อนไขที่นำไปสู่การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุทั้งด้านการประกอบอาชีพ และการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุบางส่วนต้องเผชิญกับภาวะความอยากได้อาหารมีวัตถุดิบของ ความหลากหลายของการประกอบอาชีพที่ส่งผลต่อการแสวงหารายได้ที่เพิ่มขึ้นถึงแม้จะไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย และนโยบายการพัฒนาด้านการท่องเที่ยวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการใช้ประโยชน์ที่ดิน ปรากฏการณ์เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวเองให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ นอกจากนี้ยังมีความหลากหลายของชาติพันธุ์ทั้งคนพื้นเมืองและคนพื้นที่สูงอาศัยอยู่ร่วมกัน ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวได้ก่อให้เกิดการผสมผสานของวิถีการดำรงชีวิตโดยเฉพาะรูปแบบของวัฒนธรรมการอยู่อาศัย การเกษตร และโครงสร้างทางประชากรที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการอยู่ร่วมกันของคนในชุมชนที่มีความแตกต่างของชาติพันธุ์โดยพยายามสร้างแนวทางในการปฏิบัติของตนเองภายใต้หลักธรรมคำสอนของพุทธศาสนาและถ่ายทอดแนวทางเหล่านั้นสู่สมาชิกในครอบครัวและชุมชนให้ปฏิบัติตาม⁽⁴⁾

สถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุได้ส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจที่แต่ละประเทศต้องมีการวางแผนอย่างรอบด้าน ซึ่งในส่วนของประเทศไทยมีรายงานการศึกษาความต้องการของประชาชนเกี่ยวกับกลไกรองรับสังคมสูงวัยโดยการสร้างความเข้มแข็งและความอบอุ่นภายในครอบครัว สร้างค่านิยมช่วยเหลือเกื้อกูล เพื่อนช่วยเพื่อน การสืบสานงานบุญสร้างวัฒนธรรมการทำงานร่วมกันของภาครัฐ ท้องถิ่นและภาคประชาชน การเคารพซึ่งกันและกัน ส่งเสริมและสืบสานภูมิปัญญา⁽⁵⁾ กลไกนี้สอดคล้องกับแนวคิดภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพอันเป็นองค์ความรู้ที่ผ่านกระบวนการ

ศึกษา สังคมประสบการณ์ และสืบทอดมาจากบรรพบุรุษเพื่อนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือการส่งเสริมสุขภาพตามวิถีชีวิต การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาเหล่านี้จึงเป็นทางเลือกในการสร้างเสริมสุขภาพที่มีความหลากหลายและมีความสัมพันธ์กับชุมชน⁽⁶⁾ นอกจากนี้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพยังเป็นกุศโลบายที่แฝงอยู่ภายใต้องค์ความรู้ในแต่ละชุมชน สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่พบว่า ภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านล้านนาถูกส่งผ่านจากประสบการณ์ และวิถีทางเลือกเพื่อการบริโภคอาหารของคนรุ่นเก่าสู่คนรุ่นใหม่ ซึ่งแนวทางนี้เป็นการดูแลสุขภาพในวิถีชีวิตของชาวล้านนาที่ตั้งอยู่บนฐานสัจยชาติญาณแห่งการอยู่รอดของมนุษย์⁽⁷⁾

จะเห็นได้ว่า ปัญหาสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุมีความซับซ้อนจากการเผชิญปัญหาปัจจัยกำหนดสุขภาพที่หลากหลายในสังคมปัจจุบันจึงจำเป็นต้องอย่างยดถึงที่ต้องแสวงหาทางเลือกในการสร้างเสริมสุขภาพที่ผสมผสานร่วมกับวิถีการดำรงชีวิตประจำวันได้ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิเคราะห์ปัจจัยพหุองค์การการใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และสังเคราะห์ข้อเสนอการส่งเสริมภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบนฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งผลการศึกษานี้อาจจะเป็นข้อมูลนำไปประยุกต์ใช้ในการกำหนดนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และวิถีการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีโดยใช้กระบวนการเก็บข้อมูลแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามขั้นตอน ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาเชิงปริมาณประชากรเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนสละว - ชีเหล็ก จำนวน 16 หมู่บ้าน โดยคณะผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การ ดังนี้ เป็น

ผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนสะลวง – ชี้เหล็ก (องค์การบริหารส่วนตำบลสะลวง และเทศบาลตำบลชี้เหล็ก) อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ ไม่น้อยกว่า 6 เดือนก่อนการเก็บข้อมูล ส่วนเกณฑ์คัดออกเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถ สื่อสารภาษาไทยได้ คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง⁽⁸⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน หลังจากนั้นใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอนเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างในระดับหมู่บ้านโดยการจับฉลากแบบไม่กลับคืน การคัดเลือกผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้านมาศึกษาผู้วิจัยใช้ตารางสุ่มตามสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้าน การศึกษาเชิงคุณภาพทำการคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากตัวแทนปราชญ์ชาวบ้าน จำนวน 1 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน และตัวแทนนักวิชาการ จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เชิงปริมาณเป็นแบบสอบถามทั้งปลายปิดและปลายเปิด ซึ่งคณะผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และการใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพ ครอบคลุมประเด็นการใช้ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้าน การใช้ภูมิปัญญาผักพื้นบ้าน และการใช้ภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้าน จำนวน 22 ข้อ โดยแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามแบบของ Likert scale แบบสอบถามแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 1 – 5 คะแนน แปลผลค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 – 1.49 น้อยที่สุด 1.50 – 2.49 น้อย 2.50 – 3.49 ปานกลาง 3.50 – 4.49 มาก และ 4.50 – 5.00 มากที่สุด⁽⁹⁾ แบบสอบถามทั้งชุดมีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.79⁽¹⁰⁾ ส่วนเครื่องมือเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการและแนวคำถามในการสนทนากลุ่มครอบคลุมประเด็นรูปแบบการใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ปัญหาและข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษานี้ ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน

มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการอบรม ชี้แจงรายละเอียดของข้อคำถาม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยหัวหน้าคณะผู้วิจัย เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อคำถาม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลไปในทางเดียวกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป และการใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลปัจจัยพยากรณ์การใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุ ส่วนข้อมูลการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการจำแนกและจัดระบบข้อมูล การสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย การเปรียบเทียบข้อมูลและการตีความข้อมูล โดยดัดแปลงขั้นตอนการวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยา⁽¹¹⁾

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ตามเลขรับรองที่ IRBCMRU 2023/245.30.06 เมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.0 เพศชาย ร้อยละ 34.0 มีอายุ เฉลี่ย 68.16 ปี น้ำหนักตัวเฉลี่ย 56.34 กิโลกรัม ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 83.7 สถานภาพสมรส ร้อยละ 61.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลัก ร้อยละ 24.3 ภาวะสุขภาพไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.7 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน เฉลี่ย 3.30 คน รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 41,112.5 บาทต่อปี ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน เฉลี่ย 59.8 ปี มีการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เฉลี่ย 9.9 ครั้ง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีการรับรู้ประโยชน์ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพ ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 2.21) และมีทัศนคติต่อ

การใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพพระด้น้อย (ค่าเฉลี่ย 2.21)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์การใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีการใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยระดับน้อย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.08 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.25) เมื่อพิจารณาเป็นรายได้ พบว่า ผู้สูงอายุใช้ภูมิปัญญาผักพื้นบ้านระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.77 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.74) ใช้ภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านระดับน้อย (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.20 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.25) และใช้ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.26 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.79) (ตารางที่ 1)

การสนทนากลุ่มยังพบว่า ผู้สูงอายุจะปลูกสมุนไพรพื้นบ้านไว้ที่บ้านตนเอง เช่น ส้มป่อย เปล้าน้อย ไพล เป็นต้น และยังมีสมุนไพรที่สามารถเก็บจากป่าธรรมชาตินำมาปรุงตำรับยาไว้ใช้ในครัวเรือนตามการแพทย์พื้นบ้านล้านนา (ฮากไม้ครวยา) ได้ เช่น ผาง มะไฟป่า เป็นต้น ทั้งนี้การใช้สมุนไพรพื้นบ้านได้ลดความสำคัญลงในกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มเยาวชน สมุนไพรพื้นบ้านบางชนิดเมื่อนำมาปลูกในพื้นที่พักอาศัยจะมีคุณภาพลดลง เช่น จะค่าน (สะค่าน) จะมีขนาดของเถาเล็กเมื่อเทียบกับเถาในพื้นที่ป่าธรรมชาติ การใช้ภูมิปัญญาผักพื้นบ้านผู้สูงอายุให้ความเห็นว่า ผักพื้นบ้านนำมาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นสมุนไพรบรรเทาหรือรักษาความเจ็บป่วยได้ โดยผู้สูงอายุมีแนวคิดการใช้ประโยชน์ภายใต้การรับประทานอาหารเป็นยา เช่น ผักกูด ผักหนาม มะเฒ่า ชี้เหล็ก มะเกว้นนก

มะมื่น มะเดื่อปล้อง หว้าชี้แพะ และเพี้ยพาน ส่วนภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้านได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้และเรียนรู้วิธีการปรุงตำรับอาหารจากพ่อแม่ บรรพบุรุษซึ่งปฏิบัติหรือทำตามต่อกันมา จากนั้นทำการทดลองด้วยตนเองโดยการปฏิบัติซ้ำจนเป็นส่วนหนึ่งของวิถีการบริโภคในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานในชุมชนทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษามีการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาตำรับอาหารพื้นบ้านอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้สูงอายุได้ความรู้และแนวทางการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์การใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ การศึกษาใช้รูปแบบสมการความสัมพันธ์ดังนี้ $y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_7x_7$ ทั้งนี้เมื่อนำตัวแปรทั้ง 7 ตัวเข้าสมการแล้วคำนวณด้วยวิธี Stepwise ได้แก่

- X_1 อายุ (ปี)
- X_2 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (คน)
- X_3 รายได้ของครัวเรือน (บาท)
- X_4 ระยะเวลาการอาศัยอยู่ในชุมชน (ปี)
- X_5 การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา (ครั้ง)
- X_6 การรับรู้ประโยชน์ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย)
- X_7 ทศนคติต่อภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย)

พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ R ระหว่างตัวแปรอิสระทั้ง 7 ตัว กับตัวแปรตามการใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.465 ดังนั้นตัวแปร

ตารางที่ 1 การใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้าน	1.26	0.79	น้อยที่สุด
ภูมิปัญญาผักพื้นบ้าน	2.77	0.74	ปานกลาง
ภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้าน	2.20	0.25	น้อย
รวมเฉลี่ย	2.08	0.25	น้อย

อิสระมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม เมื่อพิจารณาค่าการตัดสินใจเชิงพหุ (R^2) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.216 ซึ่งหมายความว่า ตัวแปรทั้งหมด 7 ตัวแปร พยากรณ์การใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 21.6 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า มีตัวแปร 2 ตัวแปร คือ X_2 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน(คน) และ X_6 การรับรู้ประโยชน์ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย) พยากรณ์การใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ซึ่งเขียนเป็นสมการพยากรณ์ ได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ Y_i (การใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ) = $2.338 + 0.017$ (จำนวนสมาชิกในครัวเรือน) - 0.142 (การรับรู้ประโยชน์ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพ)

จากสมการข้างต้นจะเห็นได้ว่า การใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 0.017 หน่วยต่อการเพิ่มขึ้นของจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 1 หน่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และการใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจะลดลง 0.142 หน่วยต่อการเพิ่มขึ้นการรับรู้ประโยชน์ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพ 1 หน่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) (ตารางที่ 2)

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอการส่งเสริมภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบนฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า

1. การส่งเสริมภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้าน มีข้อเสนอ

ให้บูรณาการภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านผ่านความหลากหลายของกลุ่มชาติพันธุ์ในชุมชนที่อาศัยอยู่ร่วมกันมาเป็นเวลานาน โดยเฉพาะด้านการอนุรักษ์และฟื้นฟูป่าชุมชน ซึ่งจะส่งผลต่อการคงอยู่ของแหล่งพื้นที่การผลิตสมุนไพรพื้นบ้านที่ทุกคนสามารถใช้ประโยชน์ร่วมกันได้อย่างเหมาะสม รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชนต้องสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนสู่การสร้างแหล่งเรียนรู้การใช้ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้านในชุมชน

2. การส่งเสริมภูมิปัญญาผักพื้นบ้าน มีข้อเสนอแนะให้ส่งเสริมกิจกรรมการบริโภคผักพื้นบ้านเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของผักพื้นบ้านแต่ละชนิดโดยนักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญ การอบรมการแยกประเภทผักพื้นบ้าน การปรุงตำรับอาหารด้วยผักพื้นบ้านผ่านเวทีการแลกเปลี่ยนในชุมชน และการเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับผักพื้นบ้านให้กับลูกหลานได้รับรู้ประโยชน์ รวมถึงการส่งเสริมการปลูกผักพื้นบ้านที่เป็นที่ต้องการของผู้บริโภคเพื่อจำหน่ายเป็นรายได้ให้กับผู้สูงอายุ

3. การส่งเสริมภูมิปัญญาอาหารพื้นบ้าน มีข้อเสนอแนะให้ส่งเสริมกิจกรรมการรับรู้ประโยชน์การบริโภคอาหารพื้นบ้านเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ผ่านกิจกรรมของชุมชนและหน่วยงานที่เข้ามาดำเนินกิจกรรมการพัฒนาชุมชนอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางส่วนยังเสนอแนะให้มีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับอาหารพื้นบ้านตั้งแต่การคัดเลือกวัตถุดิบจนถึงการอนุรักษ์ตำรับอาหารล้านนา และสามารถนำไปสู่การ

ตารางที่ 2 ปัจจัยพยากรณ์การใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตัวแปรพยากรณ์	b	β	t	p-value
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	0.017	0.103	1.997	0.047*
การรับรู้ประโยชน์ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพ	-0.142	-0.447	- 8.642	<0.001*

Constant (a)=2.338, R=0.465, R^2 =0.216, SEE=0.221, F=3.988. p-value=0.047

* $p<0.05$

ส่งเสริมการค้าเพื่อเป็นรายได้ให้กับผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ ผู้มีส่วนได้เสียยังเสนอแนะว่า ภูมิปัญญาสร้างเสริมสุขภาพเป็นทุนสังคมหนึ่งที่ยังคงมีการใช้ประโยชน์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้วิถีการดำรงชีวิต ทั้งนี้การส่งเสริมให้เกิดการประยุกต์ใช้ด้วยการพัฒนากลไกการเข้าถึงรูปแบบภูมิปัญญาพื้นบ้านที่เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อาจจะส่งผลต่อการใช้ภูมิปัญญาสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น

วิจารณ์

ผู้สูงอายุมักมีการใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยระดับน้อย อาจเป็นไปได้ว่าในชุมชนมีทางเลือกในการสร้างเสริมสุขภาพที่หลากหลายและต่อเนื่องจากการดำเนินกิจกรรมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโครงการพัฒนาเชิงพื้นที่ของสถาบันอุดมศึกษาในพื้นที่ซึ่งกิจกรรมส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นการนำความรู้และแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้แนวคิดการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพนั้นเป็นการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านสุขภาพในวิถีชีวิตประจำวันจนเป็นกิจวัตรที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง และผสมผสานให้เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตบุคคลซึ่งจะมีผลให้บุคคลเกิดการกระตุ้นตนเองอย่างเต็มที่เพื่อคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพของตนเอง⁽¹²⁾ นอกจากนี้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนอาจจะถูกลดคุณค่าจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของพื้นที่ชุมชนโดยเฉพาะการขยายพื้นที่การอยู่อาศัยและการพาณิชย์ ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการลดลงและการสูญหายของแหล่งภูมิปัญญา รวมถึงการลดลงของหมอพื้นบ้านและผู้สูงอายุที่มีความเชี่ยวชาญด้านภูมิปัญญา ซึ่งมีความสำคัญต่อการส่งผ่านภูมิปัญญาสู่ผู้ที่ต้องการใช้ โดยเฉพาะภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านที่ต้องอาศัยองค์ความรู้และความเชี่ยวชาญของหมอพื้นบ้านอย่างยวดยั้ง ซึ่งสอดคล้องกับผลการใช้ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านที่มีระดับน้อยที่สุด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ภูมิปัญญาการสร้าง-

เสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า การใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเมื่อจำนวนสมาชิกในครัวเรือนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุยังคงอาศัยอยู่ร่วมกับลูกหลาน ซึ่งในชุมชนยังคงแบบแผนการดำรงวิถีชีวิตตามแบบแผนล้านนาที่ต้องให้ความเคารพและเลื่อมใสบูชาผีให้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขปรากฏการณ์นี้ได้ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดียิ่งในครอบครัว ทั้งนี้สมาชิกในครัวเรือนจะมีส่วนสนับสนุนให้ผู้สูงอายุปลูกสมุนไพรพื้นบ้านและผักพื้นบ้านในพื้นที่รอบบ้าน รวมถึงการปรุงตำรับอาหารพื้นบ้านเพื่อบริโภคร่วมกันกับสมาชิกในครัวเรือน สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่พบว่า ขนาดของครัวเรือนหรือจำนวนสมาชิกในครัวเรือนของผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นมีแนวโน้มทำให้ผู้สูงอายุมีระดับความอยู่ดีมีสุขที่สูงขึ้นด้วย⁽¹³⁾ ในส่วนของปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลต่อการใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นไปได้ว่า ในชุมชนถึงแม้จะมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับภูมิปัญญาด้านสุขภาพ ทั้งการอบรมเสริมสร้างความรู้ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ชุมชนและการพัฒนาแหล่งเรียนรู้ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นโอกาสและพื้นที่สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพแต่ด้วยในพื้นที่มีทางเลือกในการสร้างเสริมสุขภาพที่หลากหลายโดยเฉพาะสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ (โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล) ที่มีถึง 4 แห่งครอบคลุมเขตรับผิดชอบ 16 หมู่บ้าน รวมถึงการพัฒนาทางกายภาพในชุมชนที่ทำให้การเดินทางเข้าสู่เขตเมืองเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพและการหาซื้อเวชภัณฑ์สมัยใหม่มีความสะดวกมากขึ้นเมื่อเทียบกับอดีตปรากฏการณ์นี้อาจจะส่งผลต่อการใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุลดลง สอดคล้องกับลักษณะของสิ่งเร้าที่สามารถดึงดูดความสนใจได้เป็นอย่างดีจะมีลักษณะแปลกใหม่⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้การรับรู้ด้านสุขภาพยังเป็นการรับรู้ของบุคคลที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนเองพอใจ เพราะคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลที่ดีต่อ

ตนเอง รวมทั้งจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนาและไม่พึงพอใจ⁽¹⁵⁾

ส่วนข้อเสนอการส่งเสริมภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุบนฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนได้สะท้อนข้อเสนอการดำเนินกิจกรรมภายใต้ความต้องการรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ อาจจะเป็นความต้องการขยายผลลัพธ์หรือปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่แล้วในชุมชน นอกจากนี้ ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งสมุนไพรพื้นบ้าน ผักพื้นบ้าน และอาหารพื้นบ้านยังเป็นทุนชุมชนที่ต้องการการศึกษา ค้นคว้า และนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่ ซึ่งมีข้อเสนอแนะการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ภูมิปัญญาล้านนาในพัฒนาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร เมืองที่มาจากพืชผักพื้นบ้านและหาได้จากธรรมชาติ การออกกำลังกายด้วยการทำการเกษตร การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันผ่านการทำงานและการลงมือทำกิจกรรมที่ตนเองถนัดควบคู่ไปกับการแพทย์สมัยใหม่⁽¹⁶⁾

ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพเป็นองค์ความรู้ที่ส่งผ่านประสบการณ์ทั้งส่วนบุคคลและชุมชน ซึ่งในแต่ละชุมชนยังคงมีการประยุกต์ใช้ภายใต้วิถีการดำรงชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะภูมิปัญญาผักพื้นบ้านและอาหารพื้นบ้านที่มีนโยบายภาครัฐสนับสนุน แต่อย่างไรก็ตามอาจต้องใช้ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์มาตรวจสอบเพื่อสร้างความมั่นใจและการยอมรับถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการประยุกต์ใช้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการนำแนวปฏิบัติตามหลักคำสอนของพุทธศาสนาสู่การปฏิบัติเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพตามแบบแผนล้านนาที่วิถีชีวิตชุมชนยังคงมีความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านสุขภาพในวิถีชีวิตประจำวันจนเป็นกิจวัตรที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง และผสมผสานให้เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตบุคคล ซึ่งจะมีผลให้บุคคลเกิดการกระตุ้นตนเองอย่างเต็มที่เพื่อคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพของตนเอง⁽¹⁷⁾

สรุป

ผู้สูงอายุมีการใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยระดับน้อย โดยปัจจัยจำนวนสมาชิกในครัวเรือนและการรับรู้ประโยชน์ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพพบว่าการใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้มีข้อเสนอการส่งเสริมภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านโดยให้บูรณาการภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านผ่านความหลากหลายของกลุ่มชาติพันธุ์ในชุมชน ส่งเสริมกิจกรรมการบริโภคผักพื้นบ้านเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของผักพื้นบ้านแต่ละชนิด และส่งเสริมกิจกรรมการรับรู้ประโยชน์การบริโภคอาหารพื้นบ้านเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ผ่านกิจกรรมของชุมชนและหน่วยงาน นอกจากนี้การพัฒนากลไกชุมชนเพื่อการเข้าถึงการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพอาจจะส่งผลต่อการใช้ภูมิปัญญาสร้างเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. การใช้ภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและปัจจัยพาการณ์ เป็นข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นถึงทุนสุขภาพในชุมชนที่หน่วยงานทั้งด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และสังคม ควรให้ความสำคัญต่อการนำมาพัฒนาเป็นกลไกการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้
2. ข้อเสนอการส่งเสริมภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพอาจต้องพิจารณาความแตกต่างตามวิถีการดำรงชีวิตและความหลากหลายของชาติพันธุ์ และในสถานการณ์ปัจจุบันกำลังถูกลดคุณค่าจากคนรุ่นใหม่ การนำเสนอกิจกรรมเหล่านี้สู่กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุอาจเป็นแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจากฐานภูมิปัญญาที่สอดคล้องกับวิถีการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ
3. การผลักดันข้อเสนอการส่งเสริมภูมิปัญญาการสร้างเสริมสุขภาพสู่นโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจเป็นแนวทางให้ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในชุมชนทั้งด้านบุคคล องค์ความรู้ และสถานที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization . Ageing and health [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. The Asian Development Bank. Population aging in asia and the pacific [Internet]. 2023 [cited 2024 May 11]. Available from: <https://www.adb.org/what-we-do/topics/social-development/aging-asia>
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ. ข้อมูลผู้สูงอายุทั่วไป [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 20 มี.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dop.go.th/th/know/1>
4. สามารถ ใจเตี้ย, กานต์ชัยญา แก้วแดง, อ้อมหทัย ดีแท้. การสร้างเสริมสุขภาพสังคมผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบลสละว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2562;11(2): 245-59.
5. นลินี เกิดประสงค์, จันทิมา นวมะวัฒน์. ระบบและกลไกเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุระดับตำบล. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2564;30(1):49-63.
6. จิรัชญา เหล่าคมพฒณาจารย์, อธิรัตน์ เหล่าคมพฒณาจารย์, วิภาดา กาญจนสิทธิ์, ณิชชา ว่องไว. ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ: บูรณาการสู่การจัดการเรียนรู้ในการดูแลมารดาหลังคลอด. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 2566;17(2):618-30.
7. สามารถ ใจเตี้ย, สิวลี รัตนปัญญา, ณัฏฐา สุขสีทอง. ภูมิปัญญาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารพื้นบ้านล้านนาของผู้สูงอายุในชุมชนเวียงท่ากาน – ยุหว่า อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. จันเกษมสาร 2565; 28(2):269 – 84.
8. Daniel WW. Biostatistics: basic concepts and methodology for the health sciences. 9th ed. New York: John Wiley & Sons; 2010.
9. Anderson LW. Likert scales, education research methodology and measurement: an international handbook. Victoria: Pergamon; 1988.
10. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika 1951;16:297-334.
11. Matthew BM, Michael AH. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. 2nd ed. California: SAGE Publications; 1994.
12. Pender N J. Health promotion in nursing practice. 4th ed. New Jersey: Prentice-Hall; 2002.
13. ญัฐญา ประไพพานิช. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างขนาดของครัวเรือนและความอยู่ดีมีสุข ระดับปัจเจกบุคคล: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร วารสารศรีนครินทร์-วิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2561;10(19):46-58.
14. Quinn JB. Managing innovation: controlled chaos. Harvard Business Review 1985;63(3):73-85.
15. Rosenstock I.M. Historical originals of the health belief model. Health Education Monographs 1974;2:1-9.
16. อธิพิณษ์ ทองศรีเกตุ, จิรวัดน์ รักชาติ, สุรัชย์ ศรีนรินทร์. การพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุภาคเหนือโดยใช้ภูมิปัญญาล้านนาเป็นฐาน:การบริโภค การทำการเกษตร และสื่อพิธีกรรม. Journal of Roi Kaensam Academi 2566;8(8): 560-78.
17. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 3rd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange; 1996.

**Wisdom for Elderly Health Promotion in Salung – Keelek Community,
Mae Rim District, Chiang Mai Province**

Nuttron Sukseetong, Dr.P.H.; Sasikan Numboonjit, M.P.H.; Samart Jaitae, Dr.P.H.

*Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, ChiangMai Rajabhat University,
Thailand*

Journal of Health Science of Thailand 2025;34(3):468–76.

Corresponding author: Samart Jaitae, Email: samart_jai@cmru.ac.th

Abstract: The objectives of this study were to assess the health promotion of the elderly based on wisdom, factors predicting elderly use of health promotion wisdom, and to synthesize recommendations for the promotion of the wisdom based on community participation. The research samples consisted of 300 elderly people and 10 stakeholders living in Saluang – Keelek community, Mae Rim district, Chiang Mai province. The data were collected through questionnaires and focus group discussions; and were analyzed using descriptive statistics, regression analysis, and content analysis. Results showed that the elderly's health promotion wisdom was low (mean=2.08). Factors significantly influencing how the elderly used health promotion wisdom were the number of members in the household (Beta=0.017, $p<0.05$), and perception toward health promotion wisdom utilization (Beta=-0.046, $p<0.05$). In conclusion, stakeholders suggested that promoting health promotion wisdom may require integrating wisdom through the diversity of ethnic groups in the community, knowledge training, and carrying out knowledge-building activities through community and agency activities.

Keywords: wisdom; health promotion; elderly