ประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

นางสาวสุมิตรา สินธ์ศิริมานะ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-5730-1

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

HEALTH PROMOTION EXPERIENCES THAI ELDERS

Miss Sumitra Sinsirimana

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2003

ISBN 974-17-5730-1

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย
โดย	นางสาวสุมิตรา สินธ์ศิริมานะ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จอนผะจง เพ็งจาด

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จอนผะจง เพ็งจาด)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุมิตรา สินธ์ศิริมานะ: ประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย (HEALTH PROMOTION EXPERIENCES OF THAI ELDERS) อาจารย์ที่ปรึกษา: รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์, อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม: ผศ.ดร. จอนผะจง เพ็งจาด, จำนวนหน้า 160 หน้า.
ISBN 974-17-5730-1

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย เพื่อทำความเข้าใจกับประสบการณ์ การรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และวิธีการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 9 ราย (หญิง 7 ราย ชาย 2 ราย) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth - Interview) บันทึกและ จดบันทึกการสนทนา นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดข้อความคำต่อคำ (Verbatim Transcriptions) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ตามแนวคิดของ Burnard (1991)

ผลการวิจัยพบว่าประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การเริ่มต้นเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ 2) การเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ และ 3) ผลที่ได้จากการส่งเสริมสุขภาพ ในการเริ่มต้นเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุได้ให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ และเริ่มเรียนรู้วิธีการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพหลายประการ เช่น รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกาย และการมีสุขภาพจิตที่ดี แม้ว่า ผู้สูงอายุจะมีอุปสรรค อันได้แก่ปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ และการเดินทาง เป็นข้อจำกัดในการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อได้ปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุได้รับผลจากการส่งเสริมสุขภาพ คือ มีความสุขที่ไม่เจ็บป่วย ไม่เป็นภาระให้ลูกหลาน เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว และสังคม ร่วมด้วยการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย สามารถเป็นแนวทางในการศึกษาและปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และเป็นพื้นฐานในการพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา.....2546..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4477620336 :MAJOR NURSING SCIENCE
KEY WORD : EXPERIENCES / HEALTH PROMOTION / THAI ELDERS
SUMITRA SINSIRIMANA: HEALTH PROMOTION EXPERIENCES OF THAI ELDERS.
THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., THESIS
CO-ADVISOR: ASST. PROF.JOHNPHAJONG PHENGJARD, Ph.D.,160 pp.
ISBN 974-17-5730-1

The purpose of this study was to explore health promotion experiences of Thai elders. Qualitative research methodology was utilized to guide the study. Nine elders (7 females and 2 males) were volunteered to participate in the study. Data collecting included in-depth - interview with tape-recorded and field note. Interview tapes were transcribed verbatim. Data were analyzed following Burnard's content analysis methods (1991).

Health promotion experiences of Thai elders consisted of three themes, including 1) Becoming a health promoting person, 2) Being a health promoting person, and 3) Gaining from being a health promoting person. Before performing health promoting behavior the elders recognized the importance of health promotion behavior, and then started to learn about health promoting activities. Being a health promoting person, these elders performed variety of activities to promote their health, for example, eating healthy diet, doing exercise, and having good mental health. Although, they faced some obstacles, including physical limitations, psychological problems, and transportation limitations. Performing health promoting behaviors resulted in achieving sense of well – being, being independence, increasing self – esteem, and being helpful for their families and communities.

The results of this study provided insight to health promotion experiences of Thai elders. Knowledge generated from this study can be used to guide nursing practice to promote health-promoting behaviors for Thai elders. Moreover, findings from this study can be used as a basis for the future study in the area of health promotion, especially for the elders.

Field of study……Nursing Science…….. Student signature……..
Academic year……2003……. Advisor signature……..
Co-Advisor signature……

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จอนผะจง เพ็งจาด อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่และเป็นกำลังใจอย่างดียิ่งตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นที่สุดและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ. โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร. ประนอม โอทกานนท์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

นอกจากนี้ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเฉลิมฉลองในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนมายุครบ 72 พรรษา จนผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา และกรุณาให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาและทุกคนในครอบครัว รวมทั้งพี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อนร่วมรุ่นที่เป็นกำลังใจ ห่วงใยและเอาใจใส่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมาจนสำเร็จการศึกษา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....จ

กิตติกรรมประกาศ.....ฉ

สารบัญ.....ช

สารบัญตาราง.....ฌ

บทที่

1 บทนำ.....

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... 4

แนวคิดเบื้องต้น..... 4

ขอบเขตการวิจัย..... 5

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 6

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 6

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 7

แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ..... 8

สุขภาพผู้สูงอายุ.....22

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.....25

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.....39

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.....42

การวิจัยเชิงคุณภาพ.....46

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.....55

3 วิธีดำเนินการวิจัย.....59

ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล.....59

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....60

การเก็บรวบรวมข้อมูล.....62

การวิเคราะห์ข้อมูล.....66

4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....70

หน้า

5 อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....119
อภิปรายผลการวิจัย.....120
ข้อเสนอแนะ.....136
รายการอ้างอิง.....138
ภาคผนวก.....149
ภาคผนวก ก คำชี้แจงและคำพิทักษ์สิทธ์ของผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัย.....150
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....151
ภาคผนวก ค แนวคำถามหลักในการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูล.....158
ภาคผนวก ง การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์.....159
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....160

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตาราง หน้า

1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 9 คน..... 71
2 การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์..... 159

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเข้าสู่วัยสูงอายุนั้นเป็นภาวะปกติที่ต้องเกิดขึ้นในช่วงชีวิตของมนุษย์ทุกคน ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในหลากหลายด้านทั้งด้านร่างกาย จิต อารมณ์ สังคมและ สติปัญญา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ช่วงเวลา (Hamrick, Anspaugh, and Ezell, 1986: 1-3) ลักษณะพัฒนาการในวัยชราตรงกันข้ามกับระยะวัยเด็กคือเป็นแบบเสื่อมโทรม (Deterioration)และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ มิใช่การเจริญงอกงาม (Growth) (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2530: 252) ผู้สูงอายุจะได้รับผลจากความเสื่อมถอยของร่างกายตลอดจนผลของโรคเรื้อรังหรืออุบัติเหตุและนำไปสู่ความถดถอยที่เพิ่มขึ้นจนตกอยู่ในสถานะทุพพลภาพและพึ่งพาในที่สุด ประกอบกับสภาวะแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงของสังคมยังส่งผลต่อการดำรงชีวิตของประชากรสูงอายุมากขึ้นและมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธ์, วิพุธ พูลเจริญ และ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2542: 2)

ประชากรสูงอายุของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2503 จำนวน 1.21 ล้านคน ได้เพิ่มขึ้นเป็น 4.02 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2533 และคาดหมายว่าจะเพิ่มเป็น 10.78 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541: 48) เมื่อพิจารณาด้านอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดพบว่า หญิงไทยอยู่ที่ 74.9 ปี และ ชายอยู่ที่ 69.9 ปี (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543: 173) นั้นหมายถึง ผู้สูงอายุไทยมีจำนวนเพิ่มและมีอายุยืนยาวมากขึ้น อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ ศิริวรรณ ศิริบุญ และ ปัทมา อมรสิริสมบูรณ์ (2544) พบว่าผู้สูงอายุไทยแม้จะมีอายุยืนยาวแต่ก็มีช่วงชีวิต อยู่ในระยะที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีและมีภาวะทุพพลภาพยังอยู่ในระดับสูง ภาวะนี้จะเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธ์, วิพุธ พูลเจริญ และ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (2542) พบว่าแนวโน้มของภาวะทุพพลภาพในประชากรสูงอายุอีกสิบปีข้างหน้า มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นจากปัจจุบันอีก ร้อยละ 18.94 มีการสะสมของโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคที่มีทางป้องกันได้และเป็นโรคที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาว เช่น อัมพาตครึ่งซีก ปวดเข่า เป็นต้น ซึ่งปัญหาด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยดังกล่าวจัดเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ

ด้วยลักษณะของผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นด้านกระบวนการชราที่ทำให้กำลังสำรองลดลง มีโอกาสเกิดโรคหรือภาวะทุพพลภาพสูง มักมีโรคหรือปัญหาสุขภาพหลาย ๆ อย่างในขณะเดียวกัน เกิดผลแทรกซ้อนจากการดูแลได้ง่าย เกิดปัญหาสังคมได้ง่าย การปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมหรือการเปลี่ยนแปลงไม่ดี ลักษณะเหล่านี้ก่อให้เกิดความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบเฉพาะของกลุ่มผู้สูงอายุเอง เพื่อที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถมีช่วงอายุที่มีสุขภาพดีและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมได้ยาวนานที่สุด (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541: 193) และจากการศึกษาของ Gu and Eun (2002) พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะมีศักยภาพพอเพียงที่จะช่วยให้สภาวะสุขภาพดีขึ้นและมีความผาสุกเกิดขึ้นได้ อีกทั้งผู้สูงอายุมีความสนใจและได้พยายามนำพฤติกรรมด้านสุขภาพมาประยุกต์ให้เข้ากับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของประคอง อินทรสมบัติ (2543) พบว่าผู้สูงอายุมักให้คุณค่ากับการส่งเสริมสุขภาพและสนใจต่อสุขภาพมากกว่าคนวัยอื่น แต่โดยทั่วไปพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุยังมีความเชื่อว่าไม่มีความจำเป็น เนื่องจากผู้สูงอายุมีโอกาสเจ็บป่วยได้บ่อยและเป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายได้ (Alford and Futrell, 1992) ประกอบกับ ความคิดด้านเจตคติ ความเชื่อ และความรู้ทั้งผู้สูงอายุเองและผู้ดูแล ที่มักมีเจตคติว่าอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุนั้น มาจากความสูงวัยจึงไม่เห็นความสำคัญของปัญหาเล็กน้อย ไม่พยายามส่งเสริม ป้องกัน บำบัดหรือรักษา การให้คุณค่ากับผู้สูงอายุต่ำเกินไปและคิดว่าเป็นช่วงสุดท้ายของชีวิต มองการส่งเสริมสุขภาพไม่สำคัญเป็นความพยายามไม่คุ้มค่า คิดว่าผู้สูงอายุเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ไม่ได้หรือไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (ประคอง อินทรสมบัติ, 2543: 235) ในด้านระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในสังคมไทยปัจจุบัน พบว่ากิจกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน มีน้อยมากและที่มีอยู่ไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน บริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนจะทุ่มเททรัพยากรให้กับการแก้ปัญหาโรคดังกล่าวในเชิงการรักษามากที่สุด ในขณะที่การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพได้รับการสนับสนุนงบประมาณน้อยมาก (ศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ, 2545: 66) อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าในปัจจุบันยังขาดการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เห็นได้จากผู้สูงอายุจะได้รับการส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพอนามัย โดยการให้สุขศึกษาที่มีเนื้อหามาจากมุมมองของผู้ให้บริการและวิธีการสอนเป็นวิธีเดียวกับวัยอื่น ๆ ทำให้ผู้สูงอายุไม่เกิดการเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถจำข้อมูลข่าวสารจำนวนมาก ๆ ได้ (พีรสิทธ์ คำนวณศิลป์ และคณะ, 2542)

รัฐบาลได้มองเห็นถึงปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจึงได้จัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525 –2545 ด้านสุขภาพที่มีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และบริการสาธารณะสุขขั้นพื้นฐานต่าง ๆ การป้องกันและรักษาสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตของตนเอง เพื่อลดอัตราการป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ เน้นบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, 2543: 32) เช่นเดียวกับนโยบายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดขึ้น มีจุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ ดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า อีกทั้งมีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในด้านเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ จึงพยายามสร้างแนวทางเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดียิ่งขึ้น เพราะการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นการลงทุนที่คุ้มค่ามากที่สุดเพื่อผลลัพธ์จากการส่งเสริมสุขภาพที่มีประโยชน์อย่างมาก อาทิเช่น การลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดความเจ็บป่วย ความพิการ การเพิ่มคุณภาพชีวิต เป็นต้น

การส่งเสริมสุขภาพจัดเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถสร้างสุขภาพที่ดีมีอายุยืนนานให้กับผู้สูงอายุได้ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นกระบวนการการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่ “การพัฒนา” “การคงไว้” และ “การป้องกันการเสื่อมถอย” ของสถานะทางสุขภาพ (Jitapunkul, Bunnag and Ebrahim,1993 อ้างถึงใน สุทธิชัย จิตพันธ์กุล, 2541) ซึ่งกระบวนการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ Alford and Futrell (1992) ได้กล่าวว่า เชื้อชาติและขนบธรรมเนียม มีส่วนส่งผลต่อความเชื่อและการใช้บริการทางด้านป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมนุษย์ทุกคนในทุกสังคมต้องเผชิญการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น อีกทั้งการรักษาบำรุงสภาพที่ดีให้ดำรงไว้ ล้วนเป็นประสบการณ์และกิจกรรมที่มนุษย์มีอยู่ร่วมกันทั้งในระดับสังคมใหญ่ ชุมชน ครอบครัว และบุคคล อิทธิพลของระบบบริการ สุขภาพที่เป็นทางการในสังคม ปัจจุบันได้เกิดการเน้นความสนใจไปที่พฤติกรรมการให้บริการของระบบและมองเห็นพฤติกรรมหรือประสบการณ์เยียวยารักษาที่เกิดขึ้นส่วนอื่น ๆ ที่มาเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับพฤติกรรมของระบบที่เป็นทางการเท่านั้น ความจริงเกี่ยวกับกระบวนการเยียวยารักษาความเจ็บป่วยและบำรุงส่งเสริมสุขภาพ ถูกเข้าใจว่าเป็นเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างระบบการให้บริการทางการแพทย์แบบวิชาชีพ โดยมีทฤษฎีแบบชีวการแพทย์เป็นสิ่งที่อธิบายสิ่งอื่น นอกจากนี้มีการใช้ความรู้พื้นฐานในการดูแลสุขภาพ เช่น การใช้ภูมิปัญญาไทยในการดูแลสุขภาพ เป็นทางเลือกในอดีตแต่กลับถูกลืม และละเลยการพัฒนานำไปใช้ (จรัส สุวรรณเวลา, 2544) แต่ในอีกมุมมองหนึ่ง สุขภาพเป็นการรับรู้ตามพื้นฐานของบุคคล (Pender, 1996; Orem, 2001: 181) ซึ่งการรับรู้นั้นยังขึ้นกับการให้ความสำคัญของสุขภาพ การให้ความหมาย การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การรับรู้ความสามารถในตน (Pender, 1996) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการเลือกกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพล้วนแต่ขึ้น

กับความตระหนักของบุคคล (Burbank, Padula and Nigg, 2000) สุขภาพมีความหมายกว้างขวางและมีความแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มชน สังคม ด้วยเหตุนี้การกำหนดเป้าหมายเพื่อการดำรงรักษาสุขภาพ จึงแตกต่างกันไปแล้วแต่ว่ากลุ่มใดจะให้ความหมายหรือมีความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพเป็นเช่นใด ย่อมมีแนวคิด การแสดงออกที่เป็นของตนเองออกมา (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2540) เช่นเดียวกับในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ จากกระบวนการสูงวัยที่มีความซับซ้อนจำเป็นต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง หรือมีวิถีชีวิตสุขภาพของตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมและคงไว้ซึ่งความแข็งแรง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุส่งผลกระทบทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพได้ง่าย

จากการศึกษาของ ไพรินทร์ สมบัติ (2540) ได้ทำการสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2535 – พ.ศ. 2539 พบว่ามีการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากแต่ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ ทำให้ความรู้ที่ได้จากการศึกษาเป็นความรู้ที่มีเนื้อหากว้าง เป็นไปตามทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาและมิได้มาจากการบอกเล่าตามประสบการณ์ของผู้สูงอายุโดยตรง ในขณะที่การวิจัยเชิงคุณภาพจะแสวงหาความรู้โดยการเข้าไปสัมผัสกับข้อมูลหรือปรากฏการณ์นั้น ๆ และให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกกับความหมายในทัศนะของกลุ่มเป้าหมายที่ทำการศึกษา (Emic view) ไม่ใช่ความหมายในทัศนะของนักวิจัยหรือผู้ศึกษา (Etic view) (ชาย โพธิสิตา, 2545) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทของความเป็นไทย เพื่อทำความเข้าใจกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุผ่านทางประสบการณ์ของผู้สูงอายุเองที่ได้ประสบและรับรู้โดยการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ทำให้ได้มุมมองทางด้านการส่งสริมสุขภาพที่แตกต่างจากความรู้ที่เคยรู้มาแต่เดิม ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างสมมุติฐาน ทฤษฎีทางการพยาบาลใหม่ ๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยได้ อีกทั้งผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุและมาจากประสบการณ์ของผู้สูงอายุโดยตรง ซึ่งจะนำผู้สูงอายุไปสู่การมีภาวะสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีและให้ได้ผลประโยชน์มากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ขัดขวางภาวะสุขภาพดี รวมทั้งการเพิ่มความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้กับบุคลากรทางด้านงานสาธารณสุขมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

แนวคิดเบื้องต้น (Preconceived notions)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยตามการรับรู้และเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุประสบ ภายใต้บริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย ผู้วิจัยจึงไม่ใช้กรอบแนวคิดและทฤษฎีใด ๆ ในการควบคุมการวิจัย แต่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยแนวคิด ความเชื่อการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลของวัฒนธรรม และแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในด้าน โภชนาการและการขับถ่าย (Nutrition and Elimination) การออกกำลังกาย (Exercise) การพักผ่อนและการดำเนินกิจกรรม (Activity and Rest) การจัดการความเครียด (Stress Management) สุขภาวะทางจิตวิญญาณและความผาสุกทางใจ (Spiritual and Psychological well-being) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและเครือข่ายทางสังคม (Interpersonal relation and Social networking) การดูแลรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง (Health responsibility) และการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี (Healthy Environment) เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างครอบคลุมและตอบปัญหาการวิจัยได้

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยเป็นอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยตามความคิดและการรับรู้ของผู้สูงอายุภายใต้บริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย เก็บข้อมูลโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) เพื่อทำความเข้าใจกับประสบการณ์ การรับรู้ ความคิด ความรู้สึก และวิธีการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากคุณสมบัติที่ผู้วิจัยได้กำหนดขึ้น โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประเมินตนเองว่าเป็นผู้มีสุขภาพดี และมีการส่งเสริมสุขภาพ ไม่เจ็บป่วยเป็นโรคจิตประสาทใด ๆ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่เจ็บป่วยจนต้องเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์และสามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ดี การสัมภาษณ์ใช้ระยะเวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง ต่อผู้ให้ข้อมูล 1 คน / การสัมภาษณ์ 1 ครั้ง แนวทางการสัมภาษณ์เป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง เป็นผู้ที่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดีและมีการส่งเสริมสุขภาพ

ประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้เหตุการณ์ เรื่องราวที่ได้ประสบ ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อของตนเกี่ยวกับการส่งเสริม รักษาสุขภาพและป้องกันโรคของผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายที่การเกิดผลดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อจัดระบบบริการให้สอดคล้องกับความต้องการและมีความเหมาะสมตามประสบการณ์ของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพดี

2. เพื่อเป็นความรู้พื้นฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพ นำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ แนวทางการศึกษา และวิจัยทางการพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนตำรา บทความ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
    1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
    1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ
    1.3 การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของระบบต่าง ๆ ในร่างกายผู้สูงอายุ
    1.4 การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม
2. สุขภาพผู้สูงอายุ
    2.1 ความหมาย แนวคิดของสุขภาพ
    2.2 แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ
3. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
    3.1 ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ
    3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
    4.1 อิทธิพลด้านวัฒนธรรม
    4.2 การรับรู้และการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
5. บทบาทของพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
6. การวิจัยเชิงคุณภาพ
    6.1 แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ
    6.2 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
    6.3 การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ
    6.4 ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมายหลายด้าน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม การทำความเข้าใจเกี่ยวกับพื้นฐานแนวคิดกับผู้สูงอายุทำให้เกิดความเข้าใจในการให้การดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งในการทำความเข้าใจกับการให้ความหมายของผู้สูงอายุ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

การให้ความหมายของผู้สูงอายุและการกำหนดเกณฑ์ในการเรียกผู้สูงอายุนั้นมีการจำแนกและแบ่งการให้ความหมายหลายรูปแบบ มีความแตกต่างกันขึ้นกับผู้นำไปใช้ อาทิเช่น สถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (National Institution on Aging) ได้กำหนดว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (Young old) คือระหว่าง 60-74 ปี ยังไม่ชรามากเป็นวัยที่ยังทำงานได้ และวัยสูงอายุตอนปลายอายุ 75ปีขึ้นไป (จำเรียง กูรมะสุวรรณ, 2536: 2) เช่นเดียวกับ Ebersole and Hass (1998) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็นช่วงต่างๆประกอบด้วย ช่วงการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ (Pre-elderly) มีช่วงอายุ 55-64 ปี ผู้สูงอายุตอนต้น (Young-old) มีช่วงอายุ 65-74 ปี ผู้สูงอายุตอนกลาง (Middle-old) อายุ 75-84 ปี ในระยะสูงอายุนี้แบ่งได้ 2 กลุ่มคือ ก) ผู้สูงอายุที่อ่อนแอ(Frail-old) มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปและต้องการการดูแลการบริการและการป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่ผู้อื่นจัดให้ ข) ผู้สูงอายุที่อ่อนแอ (Frail-old) มีอายุ 85ปีขึ้นไป และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอันตรายต่าง ๆ นอกจากนั้นยังมีกลุ่มสูงอายุมาก อายุ 85 ปีขึ้นไป (Oldest-old) อายุ 95 ปีขึ้นไป (Elite-old) และอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไป (Centenarians) ซึ่งบรรลุ ศิริพานิช (2542) ได้สรุปการแบ่งว่าผู้ใดเป็นผู้สูงอายุดังนี้

ก. เรียกตามลักษณะทางกายภาพ เช่น เรียกว่า คนแก่ คนชรา คนเฒ่า (The Aged, Aging, Oldman) เป็นการเรียกตามลักษณะทางสรีระที่บ่งบอกว่าผู้นั้นแก่ เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น ทั้ง ๆ ที่บางคนอาจมีลักษณะแก่ชราตั้งแต่อายุยังไม่มากก็ได้

ข. เรียกตามอายุมากหรือน้อยตามปฏิทิน เช่น เรียกว่า ผู้สูงอายุ (Elderly,Older Persons) ปัญหาที่ตามมาก็คืออายุเท่าใดจึงเรียกว่า “สูงอายุ” ซึ่งได้มีการถกแถลงกันในที่ประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลกขององค์การสหประชาชาติ ส่วนใหญ่คนภาคพื้นยุโรปและอเมริกามักเรียกคนอายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุแต่ภาคพื้นเอเชียมักจะถือเอา 60 ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามเป็นที่ตกลงกันในวงการระหว่างประเทศแล้วว่าให้ยึดเอาอายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ

ค. เรียกตามสถานภาพทางสังคม เช่นเรียกว่า ผู้ใหญ่ ผู้อาวุโส (Senior Citizons) ในองค์การหนึ่ง ๆ ผู้เป็นหัวหน้าย่อมเป็นผู้ใหญ่ขององค์การทั้ง ๆ ที่อาจอายุไม่มากหรือไม่ใช่คนแก่

ที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (Elderly) จึงได้กำหนดให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปถือว่าเป็นผู้สูงอายุ และให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก (สุรกุล เจนอบรม, 2534: 3-4) ปัจจุบันในการประชุมขององค์การสหประชาชาติตกลงใช้คำว่า Older Persons ในการเรียกผู้สูงอายุเช่นเดียวกับในประเทศไทยมักใช้คำว่า “ผู้สูงอายุ” กันเป็นส่วนมากเพราะดูกลาง ๆ ไม่บ่งชัดว่าแก่หรือชราให้ผู้ถูกเรียกเสียความรู้สึก (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ

ปรากฏการณ์ของความสูงอายุมีความหมายกว้างขวาง มีกระบวนการเกิดและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความสูงอายุต่าง ๆ กัน ไม่สามารถจะอธิบายได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งเท่านั้น ต้องอาศัยหลาย ๆ ทฤษฎีมาประกอบกัน (จันทนา รณฤทธิวิชัย , 2536; 44) Ebersol and Hess (1998) ได้แบ่งทฤษฎีการสูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพ ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตวิทยา และทฤษฎีการสูงอายุเชิงสังคมวิทยา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ก. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพ (Biological theories) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงของวัยสูงอายุ ตั้งแต่ระดับเซลล์ โมเลกุล เนื้อเยื่อ ของร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งหลายที่เกิดขึ้นมีระดับของความหลากหลายที่แตกต่างกันในช่วงชีวิตของแต่ละบุคคล ทฤษฎีการสูงอายุเชิงชีวภาพมีการจำแนกย่อยเป็นทฤษฎีต่าง ๆ ดังนี้

1. Stochastic Theory ประกอบด้วย

1.1 ทฤษฎีพันธุกรรม (Gene Theory) ได้ระบุถึงยีนที่เป็นอันตรายอยู่ในร่างกายของมนุษย์ ซึ่งรอระยะเวลาในช่วงวัยสูงอายุอันจะส่งผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายไม่สามารถทำงานได้และเกิดการเสื่อมสลายขึ้น

1.2 ทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไป (General genetic theory) มีความเชื่อถืออายุขัยของแต่ละบุคคลที่มีไม่เท่ากัน โดยพบว่าถูกกำหนดโดยรหัสทางพันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าครอบครัวที่มีบรรพบุรุษอายุขัยยืนยาว บุคคลในครอบครัวนั้นก็มีอายุขัยยืนยาวด้วยเช่นกัน แต่ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมก็จะมีผลทำให้รหัสพันธุกรรมซึ่งเป็นตัวกำหนดอายุขัยเปลี่ยนไปได้เช่นกัน (Birren, 1977: 104 อ้างถึงใน จันทนา รณฤทธิวิชัย , 2536: 46)

1.3 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error theory) อธิบายถึงความผิดพลาดในการสังเคราะห์โปรตีน หรือเอนไซม์ในเซลล์ ทำให้เซลล์มีคุณสมบัติเปลี่ยนไป เซลล์ตายและไม่สามารถทำหน้าที่ได้

1.4 ทฤษฎีการผ่าเหล่า (Somatic Mutation theory) เกิดจากการผ่าเหล่าของสารพันธุกรรม (DNA) ทั้งเกิดจากการกระตุ้น เช่น สารเคมี รังสี หรือเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของตัวสารพันธุกรรม (DNA) เองตามช่วงระยะเวลา ทำให้ส่งผลต่อการเสื่อมของเซลล์

1.5 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) กล่าวถึงเซลล์ที่ไม่สามารถซ่อมแซมได้อีกจากการถูกทำลาย โดยอนุมูลอิสระเป็นผลผลิตจากปฏิกิริยาพื้นฐานของการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย รวมทั้งผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม มลพิษต่าง ๆ เช่น โอโซน รังสีต่าง ๆ โดยทั่วไปอนุมูลอิสระเหล่านี้จะถูกทำลายโดยปฏิกิริยาของเอนไซม์ หรือปฏิกิริยาการต่อต้านการรวมตัวกับออกซิเจนตามธรรมชาติ หากไม่ถูกทำลาย อนุมูลอิสระเหล่านี้จะเข้าทำปฏิกิริยากับโมเลกุลของเซลล์ เกิดปฏิกิริยาเคมีในเซลล์ทำให้เกิดการทำลายเซลล์ หรือทำให้เซลล์อ่อนแอลง การทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงไปจนถึงความตายในที่สุด (Madison, 2000)

1.6 ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross – linkage Theory or Connective Tissue Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงปฏิกิริยาทางเคมีทำให้เกิดพันธะที่แข็งแรง ระหว่างโครงสร้างของโมเลกุลเกิดความผิดปกติในการเชื่อมต่อกันของโมเลกุลทั้งในและนอกเซลล์ ทำให้เกิดการเพิ่มของโมเลกุล collagen และมีพื้นที่ลดลงทำให้เกิดคุณสมบัติของเซลล์และเนื้อเยื่อที่เปลี่ยนไปจากเดิม การเชื่อมตามขวางที่พบได้บ่อย คือ อีลาสติน (elastin) และคอลลาเจน (collagen) ที่เป็นส่วนประกอบของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน มีการเกาะยึดกันแน่น เซลล์ขาดความยืดหยุ่นส่งผลให้ขาดความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของโครงสร้างของร่างกายเมื่อสูงอายุขึ้น

1.7 ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear – and – Tear Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายถึงการเสื่อมโทรมของเซลล์จากระยะเวลาการใช้งานที่นาน เซลล์เกิดภาวะเสื่อมถอยลง ทั้งจากตัวเซลล์เองและจากสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความล้มเหลวในการซ่อมแซมเซลล์และส่วนต่าง ๆ เป็นเหตุให้เซลล์เสื่อมหน้าที่และตายลงในกรณีเซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก รวมทั้งลดการสร้างใหม่ของเซลล์ที่สามารถสร้างทดแทนได้

2. Nonstochastic Theories ประกอบด้วย

2.1 ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต (Programmed Aging theory or Genetic clock) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของร่างกายที่เกิดในเซลล์และตอบสนองต่อเซลล์ และระบบต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ได้ถูกจัดตั้งระยะเวลาการเข้าสู่วัยสูงอายุไว้แล้ว

2.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Control Theory) ทฤษฎีนี้มุ่งพิจารณาการดำรงชีวิตโดยฮอร์โมนจากระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ ตั้งแต่ปฏิสนธิจนตาย เมื่อสูงอายุขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงของระบบฮอร์โมนต่าง ๆ เมื่อระบบการสร้างฮอร์โมนเสื่อมลงทำให้มีผลต่อระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายให้ทำงานผิดปกติและเสียชีวิตในที่สุด

2.3 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunologic theory) อธิบายถึงกระบวนการการสูงอายุที่เป็นผลจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดสภาพทีละน้อย จนร่างกายไม่สามารถปกป้องตนเองจากอันตราย เช่น โรคหรือสิ่งแปลกปลอมได้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) ซึ่งระบบภูมิคุ้มกันที่สำคัญของร่างกายมี 2 รูปแบบคือ การสร้างแอนติบอดี้เพื่อทำลาย จุลินทรีย์และสิ่งแปลกปลอม ร่วมด้วยการสร้างเซลล์จำเพาะเพื่อทำหน้าที่ในการทำลายสิ่งแปลกปลอมนั้น ๆ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลง มีการเสียหน้าที่การทำงานซึ่งส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอลงและเจ็บป่วยได้ง่าย

ข. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตวิทยา (Psychologic Theories of Aging) ทฤษฎีการสูงอายุเชิงจิตวิทยา ได้กล่าวถึงการพัฒนาที่เกิดขึ้นตลอดของช่วงอายุ ซึ่งมีมุมมองที่กว้างขวางและได้รับอิทธิพลทั้งสังคมและชีวภาพ ในการเปลี่ยนแปลงวัยเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุล้วนมีความเกี่ยวข้องและส่งผลถึงกันรวมทั้งประสบการณ์ในอดีต การเรียนรู้ แรงจูงใจ สติปัญญา ทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนที่แตกต่างกัน ผู้ที่สามารถปรับตัวในการเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างเหมาะสมก็สามารถมีความสุขในวัยสูงอายุได้ดี ซึ่งมีหลากหลายทฤษฎี เช่น

1. ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ของ Maslow 's Hierarchy of Human Need Theory) มาสโลว์ได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของ มนุษย์โดย ได้แบ่งความต้องการพื้นฐานทั่วไปของมนุษย์ออกเป็น 5 ขั้น ได้แก่ 1) ความต้องการด้านร่างกาย เช่น ความต้องการ อาหาร น้ำ การขับถ่าย อากาศ การพักผ่อน ความสะอาด และความต้องการทางเพศ 2) ความต้องการด้านความมั่งคงและปลอดภัย 3) ความต้องการความรัก ความเข้าใจ การเป็นเจ้าของ 4) ความต้องการการเคารพในตนเอง 5) ความต้องการทำในสิ่งที่ต้องการสูงสุดให้เป็นจริง มาสโลว์ได้กล่าวถึงแต่ละขั้นของความต้องการของมนุษย์บุคคลต้องได้รับและได้สนองความต้องการในขั้นต่ำสุดก่อนค่อยเลื่อนขึ้นยังขั้นที่สูงขึ้น

2. ทฤษฎีการพัฒนา 8 ขั้นของชีวิต (Eight Stages of Life Theory) ผู้พัฒนาทฤษฎีนี้ ได้แก่ Erikson เป็นการพัฒนาทางด้านจิตวิทยาที่ได้รับอิทธิพลของวัฒนธรรมและสังคม พัฒนาการที่เน้นในทฤษฎีนี้ คือ โครงสร้างของ อัตตาของตนเอง หรือการรับรู้ตนเอง ในแต่ละขั้นจะมีข้อขัดแย้งทางจิตใจ ถ้าบุคคลสามารถแก้ภาวะสับสนขัดแย้งนี้ไปได้ก็จะเข้าถึงชีวิตที่สมปรารถนาตามวัยและเข้าสู่วัยอื่น ๆ ด้วยดีตามลำดับ หากไม่สามารถแก้ไขข้อขัดแย้งนี้ไปได้แต่ละขั้นก็จะเกิดความขัดแย้งทางจิตใจ ความไม่สมหวัง (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2530)

ค. ทฤษฎีการสูงอายุเชิงสังคมวิทยา (Sociological theories) ทฤษฎีนี้มุ่งพิจารณาที่การเปลี่ยนแปลงบทบาทความสัมพันธ์ในสังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลถึงการปรับตัวของผู้สูงอายุ (Madison, 2000) ทฤษฎีการสูงอายุเชิงสังคมวิทยาประกอบด้วย (Ebasole and Hess, 1998)

1. ทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory) โดยทฤษฎีนี้กล่าวถึงการถดถอยจากสังคมของผู้สูงอายุตามบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป การเข้าสู่วัยสูงอายุจะทำให้บุคคลค่อย ๆ ถอยห่างจากสังคมในการถอยห่างนั้นสามารถพิจารณาได้จากอายุ การทำงาน การลดลงในการสนใจสิ่งต่าง ๆ เมื่อเกิดความสมดุลจากการถอยห่างจากสังคมจะก่อให้เกิดความพึงพอใจในระยะห่างที่เหมาะสมของทั้งผู้สูงอายุและสังคม

2. ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้สนับสนุนการรักษาสภาวะการทำกิจกรรม การดำรงบทบาทต่าง ๆ และการจัดเวลาของตนเองอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม มีความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งกิจกรรมที่เหมาะสมทางสังคมของผู้สูงอายุก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีและความพึงพอใจในชีวิต ทำให้รู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง

3. ทฤษฎีการต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้มุ่งที่ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในชีวิตและการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม ขึ้นกับแบบแผนการดำรงชีวิตตั้งแต่ในระยะวัยต้น ๆ ของชีวิตและบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลมีผลกับความสุข ความพึงพอใจในชีวิตและการดำเนินกิจกรรมร่วมต่าง ๆ

จากการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ แม้จะมีความหลากหลายแนวคิด แต่ก็ทำให้เข้าใจถึงการเข้าสู่วัยสูงอายุ และสามารถนำมาปรับใช้เพื่อการดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

1.3 การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และสรีรวิทยาของระบบต่าง ๆ ในร่างกายผู้สูงอายุ

ความสูงอายุเป็นกระบวนการหนึ่งของชีวิตที่บุคคลทุกคนจะต้องประสบ และค่อย ๆ เกิดขึ้นทีละน้อย ซึ่งกระบวนการชราทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของระบบต่าง ๆ ในร่างกายที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนี้ (สุทธิชัย จิตพันธ์กุล, 2541:26-42)

1. กระบวนการชราของระบบภูมิคุ้มกัน ต่อมธัยมัส (Thymus) เริ่มมีขนาดเล็กลงหลังจากวัยรุ่น ส่วนมากจะฝ่อไปหลังอายุ 50 ปี การเปลี่ยนแปลงของต่อมธัยมัส มีการลดลงของหน้าที่และจำนวนของ T-lymphocytes ชนิด T-killer cells และ T-helper cells แต่มีการเพิ่มขึ้นของ T-suppressor cells เป็นผลให้การรับรู้และการตอบสนองต่อสิ่งแปลกปลอม ลดลง ระบบ

ภูมิคุ้มกันชนิดเซลล์เสื่อมลง Natural Killer cells ลดลงอาจเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ของมะเร็งในวัยชรา โอกาสติดเชื้อเพิ่มขึ้นในวัยชราและอาจเกิดการตอบสนองต่อการติดเชื้อช้าลง

2. กระบวนการชราของผิวหนัง เซลล์หนังกำพร้า (Epidermis) มีอัตราหมุนเวียนลดลงผิวหนังแห้งหยาบและรอยต่อระหว่างชั้นหนังกำพร้ากับหนังแท้แบนราบ ความหนาแน่นและจำนวนเซลล์ในชั้นหนังแท้ลดลงแต่ใยคอลลาเจนและใยอีลาสติกแข็งหนาเพิ่มขึ้นทำให้ผิวบางแต่เปราะ จำนวนเส้นเลือดลดลงและความสามารถในการกำจัดสิ่งแปลกปลอมลดลง จำนวนต่อมไขมันและต่อมขนลดลง อัตราการสร้างและหลั่งเหงื่อลดลง ผมหงอกขาว อัตราการงอกของเล็บช้าลงและเล็บบาง จำนวนปลายเส้นประสาทรับความรู้สึกลดลง โดยทั่วไปแล้วการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดจากกระบวนการชรา แต่ปรากฏการณ์ การเหี่ยว ย่น ตกกระ หรือเนื้องอก ส่วนใหญ่เกิดจากรังสีอุลตร้าไวโอเล็ต ผมหงอกและผมบางเป็นกระบวนการชราแต่มีความแตกต่างระหว่างบุคคลอันเนื่องจากพันธุกรรมและเพศ

มีรายงานว่าการลดลงของการไหลเวียนเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณผิวหนัง ทำให้ขบวนการหายของแผลช้าลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเรื้อรัง อีกทั้งการหดตัวและการขยายตัวของหลอดเลือดแดงบริเวณผิวหนังลดลง ไขมันที่สะสมใต้ชั้นผิวหนังมีจำนวนลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำและเป็นลมแดดได้ง่าย (Keller and Fleury, 2000: 7-8)

3. กระบวนการชราของตา ไขมันรอบดวงตาและหนังตามีปริมาณลดลง กระจกตา (Cornea) หนาขึ้น ความโค้งลดลง เกิด arcus senilis จากการสะสมของไขมันและสารสี การสร้างเซลล์บุชั้นนอกลดลง เซลล์กล้ามเนื้อส่วนขยายรูม่านตา (pupil) ของไอริส (iris) ลดลง สารสีของไอริสลดลง เลนส์ตาหนาตัวขึ้น แข็งขึ้น ความโค้งลดลง สีเหลืองขึ้น ขุ่นขึ้น เซลล์เยื่อบุลดลง ความยืดหยุ่นของเลนส์ ความสามารถในการปรับความคม และความไวต่อแสงของจอตาลดลง การปรับตัวต่อความมืดลดลง การรับรู้สีลดลงโดยเริ่มจากสีเหลือง สีน้ำเงินและสีเขียวเป็นลำดับ ตาลึกขึ้นเนื่องจากไขมันโดยรอบลดลง เกิดหนังตาตก ขอบหนังตาม้วนเข้าและขอบหนังตาม้วนออกได้ง่ายขึ้น การหนาตัวและแข็งขึ้นของเลนส์ตามีผลต่อการปรับระยะสายตา เกิดเป็นสายตาผู้สูงอายุ รูม่านตาที่เล็กในผู้สูงอายุเป็นลักษณะปกติของวัย แต่จะยังคงมีการหดตัวเมื่อได้รับแสง ความไวต่อแสงและการปรับตัวต่อความมืดของจอตาที่ลดลง ทำให้เกิดปัญหาหกล้มได้ง่าย ผู้สูงอายุจึงต้องระมัดระวังในการเคลื่อนไหว การเดินทาง ในเวลากลางคืน ในสถานที่ต่าง ๆ (Mass et al. ,2001)

4. กระบวนการชราของการได้ยินและการควบคุมการทรงตัว มีการเสื่อมของเซลล์ขนบริเวณส่วนฐานของโคเคลีย (cochlea) และมีการเสื่อมของเซลล์ประสาทบริเวณ spiral gangila ซึ่งสัมพันธ์กับการเสื่อมของเซลล์ขน การได้ยินลดลง สูญเสียความสามารถในการรับฟังเสียงความถี่สูง และการแยกคำ ความสามารถในการกำหนดตำแหน่งที่มาของเสียงลดลง การเปลี่ยนแปลงจำนวนเซลล์ประสาทของเส้นประสาทเวสติบูลาร์มีน้อยมาก และการทำงานของระบบเวสติบูลาร์ในการควบคุมการทรงตัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสายตา การสูญเสียการได้ยินจะเกิดกับเสียงความถี่สูง การได้ยินลดลง (หูตึง) โดยมักจะเริ่มสังเกตพบเมื่อมีปัญหาที่ความดัง 30-40 dB การเปลี่ยนแปลงของระบบเวสติบูลาร์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการมึนงง (dizziness) และอาการบ้านหมุน (vertigo) ได้ง่ายกว่าคนอายุน้อย ผู้สูงอายุต้องระมัดระวังในการเปลี่ยนท่าทางการลุก เดิน หรือยืน รวมทั้งตระหนักและระมัดระวังในการใช้ยาที่อาจมีผลข้างเคียงมึนศีรษะ หรือเวียนศีรษะได้ (Abraham et al. ,1999)

5. การชราของประสาทสัมผัสอื่น ๆ ตุ่มรับรสมีการลดจำนวนลงอย่างช้า ๆ ทำให้ความไวในการรับรสลดลงเรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้ รสเค็ม รสขม รสเปรี้ยว รสหวาน ความสามารถในการรับรู้และแยกแยะอาหารต่าง ๆ ลดลง การหลั่งน้ำลายลดลงและมีลักษณะข้นเหนียวมากขึ้น เซลล์เยื่อบุและเซลล์ประสาท ซึ่งทำหน้าที่ในการรับกลิ่นมีการลดจำนวนลง ความไวในการดมกลิ่นและความสามารถในการจำแนกกลิ่นลดลง จากการศึกษาของ Lee, Smith and Kington (1999) ทำการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีการรับกลิ่นที่ไม่ดี จากการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก การรับรสของลิ้นเสียไปจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลง ทำให้เกิดภาวะเบื่ออาหารได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของปรียานุช แย้มวงษ์ (2545) ที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงสภาวะร่างกาย เช่น ฟันไม่มี / ไม่ดี การรับรส และกลิ่นรสลดลง เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุกินอาหารได้ลดลง นอกจากนั้นพบว่าจำนวนปลายประสาทที่รับความรู้สึกเจ็บปวดและอุณหภูมิมีจำนวนลดลง ความรู้สึก สัมผัส การสั่น และการแยกแยะตำแหน่ง มีจำนวนลดลงและมีลักษณะเปลี่ยนแปลงไป ความไวของการรับความรู้สึกที่ซับซ้อนลดลง ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ตำแหน่งที่ต่างกัน ความสามารถในการรับรู้วัตถุ และความสามารถรับรู้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

6. กระบวนการชราของสมองและไขสันหลัง สมองมีน้ำหนักลดลงประมาณร้อยละ 6-11 ในขณะที่ปริมาตรของสมองรวมทั้งขนาดของเวนตริเคิล และร่องสมอง มีขนาดเปลี่ยนแปลงน้อยมาก การลดลงของเซลล์ประสาทในกระบวนการชรามีน้อยมาก พบว่าในบางตำแหน่งเท่านั้นที่มีจำนวนลดลงชัดเจน กระบวนการชราของเซลล์ประสาทที่สำคัญคือ มีการลดลงของจำนวน drendrite และ dendritic spines มีการสะสมของสารบางชนิดในเซลล์ประสาท ได้แก่ lipofuscin, melanin, neurofibrillary tangles และ amyloid protein จำนวนของ synapses ลดลง มีความผิดปกติของ synaptic function และมีความผิดปกติของการสร้าง การหลั่งตลอดจนการจับยึด

ของสาร neurotransmitter พบว่า serotonin มีการเปลี่ยนแปลงน้อยมากยกเว้นในระยะวัยชรามาก ๆ ที่จะมีจำนวนลดลงบ้าง แต่พบว่า norepinephrine และ dopamine มีการลดลงชัดเจนเมื่ออายุมากขึ้น การลดลงของ dopamine อาจมีผลต่อการเคลื่อนไหวและการทรงตัวได้ ในวัยสูงอายุพบว่าการเคลื่อนไหวอย่างละเอียดจะช้าลง การเคลื่อนไหวอย่างหยาบ ซึ่งสัมพันธ์กับการทรงตัวและท่าทางการเดินมีการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดมีลักษณะพิเศษเรียกว่า “ท่าเดินผู้สูงอายุ” โดยจะเดินก้าวสั้น ๆ และช้าลง การเปลี่ยนแปลงระบบประสาทส่วนปลายมีเพียงเล็กน้อยและมวลกล้ามเนื้อลดลงเล็กน้อย หรือพบมีกล้ามเนื้อเกร็งขึ้นเล็กน้อย ระยะเวลาการนอนหลับลดลงเป็นลำดับเมื่ออายุมากขึ้น ในขณะนอนหลับมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากของช่วง non-rapid eye movement ทำให้ช่วงการนอนที่หลับลึกสั้นและตื่นได้ง่าย ผู้สูงอายุกรนมากขึ้น พบได้ราวร้อยละ 50 และพบว่ามีการกระตุกของขา ร้อยละ 30 ความจำระยะสั้นของผู้สูงอายุจะด้อยลงบ้าง ความจำระยะยาว จะยังคงปกติ

7. กระบวนการชราของระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดเอออร์ต้ามีความยืดหยุ่นลดลงและมีขนาดกว้างขึ้น ทำให้ความดันโลหิตซิสโตลีมีแนวโน้มเพิ่มสูงเล็กน้อยในผู้สูงอายุ อัตราเต้นของหัวใจขณะพักจะไม่มีความสัมพันธ์กับอายุที่ชัดเจน แต่เมื่ออายุมากขึ้นพบว่า Bata adrenergic receptor มีการตอบสนองลดลงเป็นผลให้การเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้นจากการกระตุ้นลดน้อยกว่าปกติ ในขณะพักหรือออกกำลังกายที่ไม่รุนแรงปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจไม่ลดลงและยังเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากหัวใจปรับให้ปริมาณเลือดของการสูบฉีดแต่ละครั้ง(stroke volume)ให้มากขึ้น สำหรับการออกกำลังกายที่รุนแรงพบว่าการปรับตัวของหัวใจและปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจจะไม่เพียงพอต่อความต้องการ Baroreceptor มีความไวลดลงทำให้การตอบสนองโดยการหดตัวของเส้นเลือดส่วนปลายและการเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจลดลง เป็นผลให้พบภาวะความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าได้บ่อยในผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับภาวะหลอดเลือดแดงของหัวใจ และหลอดเลือดสมองตีบ เป็นสาเหตุหลักในการเสียชีวิตของประชากรสูงอายุทั่วโลก ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการของหัวใจ และหลอดเลือด รวมถึงวิถีชีวิต พฤติกรรมการกิน เพศ และประวัติครอบครัว ซึ่งผู้สูงอายุต้องระมัดระวังเป็นอย่างมาก (Keller and Fleury, 2000)

8. กระบวนการชราของระบบทางเดินหายใจ พบแคลเซียมจับบริเวณหลอดลมและกระดูกอ่อนของซี่โครงมีการยึดตัวมากขึ้น และมวลกล้ามเนื้อทรวงอกลดลง มีการโค้งงอของหลัง (หลังโกง) ทำให้เส้นผ่าศูนย์กลางแนวหน้าหลังของทรวงอกเพิ่มขึ้น การที่มวลกล้ามเนื้อทรวงอกและการขยายตัวของทรวงอกลดลง ทำให้มีการใช้กระบังลมในการหายใจเพิ่มขึ้น Alveolar ducts มีขนาดเพิ่มขึ้น ผนังถุงลมบางลงและถุงลมมีขนาดใหญ่ขึ้น เป็นผลให้พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงและมี physiologic dead space เพิ่มขึ้น นอกจากนี้หลอดลมเล็ก ๆ จะมีการปิด

เร็วขึ้นทำให้การระบายของอากาศขณะหายใจออกลดลง จำนวนต่อมเมือกเพิ่มขึ้น จำนวนใยอีลาสติกและความยืดหยุ่นของเยื่อถุงลมลดลงเป็นผลให้ความยืดหยุ่นของปอดโดยรวมลดลง และแรงต้านการไหลของอากาศในหลอดลมเล็ก ๆ เพิ่มขึ้น มีการลดลงของหลอดเลือดฝอยในปอดและมีการหนาตัวของชั้น intima ทำให้การปริมาณการไหลของเลือดลดลง แรงดันก๊าซออกซิเจนในเลือดแดงลดลงเมื่ออายุมากขึ้นในขณะที่แรงดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คงที่ ระบบป้องกันของปอด อาทิ การสร้างเมือก การสร้างแอนติบอดี้และระบบคุ้มกันชนิดเซลล์ด้อยลง ผู้สูงอายุจะเหนื่อยง่ายขึ้นและมีความทนลดลงในระหว่างออกกำลังกาย จากการศึกษาของ Sheahan and Musialowski (2001) พบว่าผู้สูงอายุมีโอกาสติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย ผู้สูงอายุควรระมัดระวังผลจากการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจ มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร เช่น ทานอาหารมากเกินจะอึดอัดหายใจไม่ออก รวมทั้งการมีแก๊สมากในกระเพาะอาหารจะทำให้หายใจลำบากได้ รวมทั้งการต้องฝึกการหายใจ (breathing exercises) อย่างสม่ำเสมอและหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เพราะจะทำให้สภาวะของปอดแย่ลงได้

9. กระบวนการชราของระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมไร้ท่อต่าง ๆ มีลักษณะฝ่อปรากฏเมื่ออายุมากขึ้น อาจพบการสะสมของ lipofuscin หรือสาร amyloid ในเซลล์ และมีลักษณะไฟโบรซิสเพิ่มขึ้น ถึงแม้จะพบว่ามีการลดลงของอัตราการหลั่งและการขจัด ของฮอร์โมน แต่โดยทั่วไปไม่มีการเปลี่ยนแปลงระดับพื้นฐานของฮอร์โมนส่วนใหญ่ ฮอร์โมนส่วนใหญ่ที่พบว่ามีระดับลดลง เช่น aldosterone, hypothalamic somatostatin บางชนิดมีระดับเพิ่มขึ้น ได้แก่ pancreatic somatostatin และ thyroid-stimulating hormone ต่อมไร้ท่อบางต่อมมีการตอบสนองต่อการกระตุ้นลดลงทำให้อัตราเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนช้า นอกจากนี้ในระหว่างการเจ็บป่วยอาจจะพบการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนของต่อมธัยรอยด์ พบว่าการออกฤทธิ์และตำแหน่งของการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนมีการเปลี่ยนแปลงบ้างเมื่ออายุมากขึ้นอันเป็นผลมาจากจำนวนของ receptor ที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง

10. กระบวนการชราของระบบสืบพันธุ์ ในเพศหญิงปรากฏชัดเจนในระยะกำลังหมดประจำเดือนและในระยะหมดประจำเดือน (menopause) โดยพบว่าอวัยวะเพศภายนอก (vulva) มีลักษณะฝ่อ แคมเล็มลงและขนบาง ช่องคลอด (vagina) ตื้นขึ้น มีการฝ่อของเซลล์บุผิวและมีความยืดหยุ่นลดลง-ต่อมเมือกมีจำนวนและหลั่งเมือกลดลง มดลูกมีขนาดและน้ำหนักลดลง ปีกมดลูกสั้นเข้าและมีเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กลง รังไข่มีขนาดเล็กลงและมีไฟโบรซีสจำนวน follicle ลดลงและมีลักษณะฝ่อชัดเจนการตกไข่ลดลงและหยุดไปในที่สุด ในระยะหมดประจำเดือนพบว่าระดับฮอร์โมนเพศลดลงทั้งฮอร์โมนอิสโตรเจนและฮอร์โมนโปรเจสเตอร์โรน ในขณะที่ Follicle-stimulating hormone และ luteinizing hormome เพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก ส่วนกระบวนการชราของระบบสืบพันธ์ในเพศชายเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับในเพศหญิง

การเปลี่ยนแปลงจะปรากฏชัดเจนเมื่อมีอายุสูง (มากกว่า 70-80 ปี) ได้แก่ น้ำหนักลูกอันฑะลดลงเล็กน้อย มีการฝ่อของไฟโบรซีสของ seminiferous tubule การสร้างสเปอร์มยังมีอยู่ตลอดแต่จำนวนสเปอร์มและคุณสมบัติของสเปอร์มลดลง ความสามารถในการมีบุตรก็ยังคงอยู่ จำนวน Leydig cellsกลับลดลงน้อยมากและระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน ในซีรั่มไม่เปลี่ยนแปลงหรือลดลงน้อยมาก มีระดับ luteinizing hormome และ follicle-stimulating hormome สูงขึ้น

11. กระบวนการชราของไตและระบบทางเดินปัสสาวะ การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลังจากอายุ 30ปีและเมื่อถึงวัยราว 60ปีการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของไตจะลดไปราวร้อยละ 50 อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ไม่เป็นปัญหาในสภาวะปกติแต่จะเกิดปัญหาขึ้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะภาวะเครียดจากเหตุต่าง ๆ หรือการไม่สมดุลต่าง ๆ ของร่างกาย ขนาดของไตและจำนวนเนฟฟรอน ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ที่โกลเมอรูลัส (glomerulus) พบการหนาตัวของเยื่อบุผนังและมีใยคอลลาเจนเพิ่มขึ้น เลือดที่ผ่านไตมีปริมาณลดลง Glomerular filtration rate และ creatinine clerance ลดลง ความแตกต่างของอัตราการเปลี่ยนแปลงสูงมากในแต่ละบุคคล พบอัลบูมินในปัสสาวะเพิ่มขึ้นตามวัย ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นด้อยลงเมื่อเทียบกับคนอายุน้อย ความสามารถในการดูดเกลือโซเดียมออกจากปัสสาวะลดลง ผู้สูงอายุปรับตัวกับภาวะขาดน้ำและภาวะน้ำเกินได้ไม่ดี ทำให้เกิดความผิดปกติของปริมาณน้ำในร่างกายและเมตะบอลิสของเกลือแร่ได้ง่ายหรือรุนแรง นอกจากนี้ในเพศหญิงมีการหย่อนตัวของ pelvic floor และผนังกระเพาะปัสสาวะส่วนล่าง (bladder outlet) กล้ามเนื้อท่อปัสสาวะอ่อนตัวและเยื่อบุด้านในของท่อปัสสาวะฝ่อลง นอกจากนี้กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะจะไวและหดรัดตัวเร็ว(detrusor instability) ในผู้สูงอายุหญิงอาจมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน และกล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะหย่อนยาน ผู้สูงอายุชายอาจมีปัสสาวะขัดจากต่อมลูกหมากโตได้ (วิภาวี คงอินทร์, 2537)

12. กระบวนการชราของระบบทางเดินอาหาร ฟันเกิดการกร่อนและรากฟันเปราะแตกง่าย พบ กรามมีมวลกระดูกลดลงเช่นเดียวกับกระดูกอื่น ๆ และเป็นเหตุให้การยึดเกาะของฟันด้อยลงเกิดการหลุดร่วงได้ง่าย เหงือกจะร่นเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น เยื่อบุผิวในช่องปากจะบางและฝ่อเกิดแผลได้ง่าย การกลืนเกิดการทำงานที่ไม่ประสานงานกันมากขึ้นหรือมีการหดรัดของหลอดอาหาร ทำให้เกิดอาการกลืนลำบากหรือสำลักได้บ่อย กระเพาะอาหารจะหลั่งกรดไฮโดรคลอริกและเอ็นไซม์เป็ปซินน้อยลง การบีบตัวให้อาหารผ่านไปยังปกติยกเว้นกับอาหารไขมันที่จะใช้เวลาผ่านกระเพาะนานขึ้น ลำไส้เล็กมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก การดูดซึมสารอาหารเกือบทั้งหมดยังคงเป็นปกติยกเว้นมีการดูดซึมแคลเซียมลดลงบ้าง ในภาวะที่มีปริมาณแคลเซียมในอาหารต่ำลำไส้จะไม่สามารถเพิ่มอัตราการดูดซึมเพิ่มขึ้นได้เช่นเดียวกับที่เกิดในขณะอายุน้อย การเปลี่ยนแปลงของลำไส้ใหญ่ค่อนข้างมากกล้ามเนื้อในผนังลำไส้จะบางและฝ่อมีการ

แทรกตัวของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมากขึ้น การบีบตัวของลำไส้ใหญ่ลดลง การหดรัดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดตรงปากทวารหนักอ่อนลงเมื่ออายุมากขึ้น วาสนา เถื่อนวงษ์ (2540) ทำการศึกษาพฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า มีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีปัญหาท้องผูกเป็นประจำ Mass et al. (2001) กล่าวถึง 3 สาเหตุสำคัญ ที่ต้องใส่ใจการเกิดภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย 2) พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีกากใยอาหารน้อย และดื่มน้ำไม่เพียงพอ 3) การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการถ่ายอุจจาระ ควรขับถ่ายโดยประมาณ 2 ครั้ง / วัน หรือ 3 ครั้ง / สัปดาห์ ถ้าพบสิ่งผิดปกติจะต้องรีบตรวจรักษาทันที ในด้านตับอ่อนและการหลั่งเอ็นไซม์ในการย่อยอาหารมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก ตับมีขนาดและน้ำหนักลดลงจำนวนเซลล์ตับลดลงและความสามารถในการสร้างเซลล์ตับทดแทนลดลง เมื่ออายุมากขึ้นบริมาณเลือดที่ผ่านตับลดลงตามสัดส่วนของขนาดตับที่เปลี่ยนไป เมตะบอลิซึมของการผ่านครั้งแรกของยาลดลงและทำให้ฤทธิ์ของยามากขึ้นและการที่กระบวนการออกซิเดชั่นของตับลดลงทำให้ยาที่ถูกกำจัดโดยขบวนการนี้ถูกกำจัดในอัตราที่ลดลงและมีฤทธิ์นานกว่าปกติ

13. กระบวนการชราของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก หลังจากอายุ 30 ปี การสลายของกระดูกจะมีมากกว่าการสร้างทำให้มวลกระดูกลดลงเป็นลำดับการลดลงของมวลกระดูกจะเป็นไปอย่างช้า ๆ ราวร้อยละ 0.5-1 ต่อปี ในผู้หญิงจะสูญเสียมวลกระดูกในอัตราที่สูงมากในระยะกำลังหมดประจำเดือนและหลังหมดประจำเดือนช่วง 5 ปีแรก โดยอาจมีอัตราการสูญเสียสูงถึงร้อยละ 2-4 ต่อปี บริเวณข้อต่อจะมีการงอกของกระดูกบริเวณหัวกระดูก กระดูกอ่อนภายในข้อหนาตัวมากขึ้นยกเว้นที่บริเวณลูกสะบ้า บริเวณผิวของกระดูกอ่อนจะขรุขระมากขึ้นความยืดหยุ่นลดลงทำให้เกิดการฉีกขาดได้ง่ายขึ้น กล้ามเนื้อจะมีการฝ่อและขนาดเล็กลงเป็นลำดับ พบว่าจำนวนเซลล์กล้ามเนื้อลดลงแต่มีขนาดใหญ่ขึ้นโปรตีนภายในเซลล์กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่หดเซลล์ลดลง ในเซลล์กล้ามเนื้อและมีจำนวนเซลล์ไขมันและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้กล้ามเนื้อลายทั่วไปยกเว้นกล้ามเนื้อกระบังลม มีกำลังและความแข็งแกร่งลดลงเมื่ออายุมากขึ้น เส้นประสาทและรอยต่อของเส้นประสาทกับกล้ามเนื้อลายมีการเปลี่ยนแปลงโดยพบว่า motor nerve conduction velocity ลดลงและมีจำนวน neurotransmitter ลดลง จากการศึกษาของสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2542) พบว่า ภาวะผิดปกติของระบบการเคลื่อนไหว เช่น ภาวะกระดูกโกง หรือ โกงคดงอ แขน – ขา เสีย เหยียดงอไม่ได้ อัมพาตครึ่งซีก ปวดเข่า – ข้อ เกี่ยวข้องกับภาวะทุพพลภาพระยะยาวของประชากรสูงอายุ ควรได้รับความสนใจในการบรรเทาความรุนแรง และผลกระทบให้เหลือน้อยที่สุด

14. กระบวนการชราขององค์ประกอบทั่วไปของร่างกายและระบบโลหิต น้ำหนักร่างกายและความสูงมีแนวโน้มลดลงในผู้สูงอายุและจะปรากฏชัดเจนในระยะที่มีอายุมาก ๆ ความสูงที่ลดลงมีสาเหตุจากการยุบตัวลงของหมอนรองกระดูกและหลังโกงที่เป็นเพิ่มขึ้นช้า ๆ ในขณะที่น้ำหนักที่ลดลงสัมพันธ์กับมวลร่างกายและมวลเซลล์ ปริมาณน้ำทั้งหมดในร่างกายและปริมาณน้ำในเซลล์ลดลงเมื่ออายุมาก แต่ปริมาณน้ำนอกเซลล์ ค่อนข้างคงที่ ปริมาณไขมันและสัดส่วนไขมันในร่างกายเพิ่มสูงขึ้น การสร้างและเก็บความร้อนลดลงทำให้ความสามารถในการทนต่อความเย็นลดลง ปริมาณเกลือแร่เกลือโปตัสเซียมลดลงการลดลงเกิดขึ้นมากภายหลังอายุ 70 ปี ความสามารถในการสร้างเม็ดเลือดยังคงเป็นปกติแม้จะมีอายุมาก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของระบบต่าง ๆ ในร่างกายผู้สูงอายุทำให้เกิดความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลง และโอกาสเกิดโรค หรือภาวะทุพพลภาพสูงมากกว่าช่วงวัยอื่น ๆ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีช่วงอายุที่สุขภาพดีได้ยาวนานที่สุด และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

1.4 การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมในวัยสูงอายุ

นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายแล้ว สภาพจิตใจ และสังคม ก็มีการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางวิถีชีวิต รวมทั้งต้องปรับใจกับเหตุการณ์การสูญเสียบางอย่าง จันทนา รณฤทธิวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ, (2545) ได้รวบรวมการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมในวัยสูงอายุ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่อไปนี้

การปลดเกษียณ หรือการออกจากงาน (retirement) จัดเป็นการสูญเสียสภาวะสถานภาพของตนเองอย่างหนึ่ง (Flectcher,1994) ถ้าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป ผู้สูงอายุจะค่อย ๆ ถอยตัวเองออกจากงาน และเป็นไปด้วยความสมัครใจ จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมไม่มากนัก แต่หากเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด หรือเกิดตามกำหนดอายุซึ่งบุคคลยังไม่ต้องการให้เกิดขึ้น จะเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของชีวิต ทำให้บุคคลปรับตัวไม่ทัน และเกิดความรู้สึกสูญเสียใน 4 ด้าน ดังนี้

1. สูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม จากที่เคยเป็นบุคคลที่มีบทบาทและตำแหน่งต่าง ๆ เคยเป็นผู้นำ มีคนเคารพนับถือในสังคม ต้องลดบทบาทของตนเองลง เปลี่ยนเป็นเพียงสมาชิกคนหนึ่งของสังคม ทำให้สูญเสียความมั่นคงของชีวิต รู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญในสังคม แต่ในสังคมไทยจะยกย่องเพศชายให้เป็นผู้นำ ผู้สูงอายุชายจึงมีการสูญเสียบทบาททางสังคมน้อยกว่าผู้สูงอายุหญิง ผู้สูงอายุชายจึงมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมน้อยกว่าผู้สูงอายุหญิง (ยุพิน อังสุโรจน์ และคณะ, 2001)

2. สูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูง เมื่อปลดเกษียณหรือออกจากงาน โอกาสที่ผู้สูงอายุจะสมาคมกับเพื่อนฝูงลดลง เนื่องจากปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย มีโรคประจำตัว ทำให้ช่วยตนเองได้น้อย การเคลื่อนไหวเชื่องช้า ไม่สะดวกในการเดินทาง นอกจากนั้นปัญหาทางด้านจิตใจและการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ ก็มีส่วนทำให้สมาคมกับเพื่อนฝูงลดลง

3. สูญเสียสภาวะทางการเงินที่ดี เนื่องจากขาดรายได้หรือรายได้ลดลงหลังปลดเกษียณ หรือออกจากงาน ผู้สูงอายุมีปัญหาในด้านการดำรงชีพ เพราะค่าครองชีพที่สูงขึ้น ในการศึกษาของยุพิน อังสุโรจน์ และคณะ (2001) พบว่าสภาวะทางการเงินของผู้สูงอายุเป็นสิ่งหนึ่งที่สำคัญที่จะก่อให้เกิดความผาสุกทางใจ เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่เชื่อมั่นว่าหากมีเงินแล้วจะสามารถบันดาลสิ่งต่าง ๆ ให้ได้

4. แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง เพราะไม่ต้องออกจากบ้านไปทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ ทำให้ขาดความคุ้นเคยและเกิดความรู้สึกอึดอัดใจ

การเปลี่ยนแปลงของสังคมครอบครัว ในปัจจุบันสังคมครอบครัวเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น หนุ่มสาวจะแต่งงานแยกครอบครัวออกไป หรือไปประกอบอาชีพในต่างถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพัง ถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่งโดยเฉพาะในรายที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ปัญหาของผู้สูงอายุจะมีมากขึ้น นอกจากนั้นการตายจากไปของคู่ครองจะทำให้ผู้สูงอายุที่ยังมีชีวิตต้องประสบกับความเหงาค่อนข้างรุนแรง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีความผูกพันกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและสังคมชุมชนที่เคยชิน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hammer (1999) ที่พบว่าผู้สูงอายุให้ความหมายเกี่ยวกับบ้าน ที่อยู่อาศัยของตนเองในด้านดีและมีความรู้สึกผูกพันอย่างมาก ไม่อยากเปลี่ยนแปลงหรือลดบทบาทของตนเองจากหัวหน้าครอบครัว ไปเป็นสมาชิกของครอบครัว จึงไม่อยากจากบ้านไปอยู่รวมกับครอบครัวของลูกหลาน ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาการไม่ให้เกียรติกัน ขาดความเคารพนับถือ ขาดความสนใจและเกื้อกูลต่อกันภายในครอบครัว ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้นในรายที่ไม่สามารถทำได้ และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นอาจทำให้เกิดความกดดันทางด้านจิตใจถ้าผู้สูงอายุไม่ยอมรับบทบาทที่เปลี่ยนไป ซึ่งจากการศึกษาของวิไล คุปต์นิรัติศัยกุล, รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐสุวรรณ, และเจนจิต แสงศิรินาคะกุล (2545) พบว่าผู้สูงอายุไทยรับรู้คุณค่าของตนเองและร้อยละ 45 มีความสุขดี และมีแต่คนนับถือ

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากสังคมเกษตรกรรมเปลี่ยนเป็นสังคมอุตสาหกรรม ความเจริญก้าวหน้ามีมากขึ้น มีเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุมีคุณค่าลดลง เพราะไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ อาชีพ และประสบการณ์เหมือนในอดีต ผู้สูงอายุมีประโยชน์เพียงเป็นคนเฝ้าบ้าน ช่วยดูแลลูกหลาน

การเคารพนับถือและการกตัญญูรู้คุณมีน้อยลง ผู้สูงอายุจึงถูกมองว่าขาดคุณค่า ขาดความสามารถ ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวเองออกจากสังคมกลายเป็นสมาชิกกลุ่มน้อยและมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปตามแบบอย่างของสมาชิกกลุ่มน้อย คือ มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ใจน้อย มีความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย คิดถึงแต่ตนเอง มีความวิตกกังวลสูง โกรธง่าย พึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากขึ้น ผู้สูงอายุปรับตัวไม่ได้ บุคลิกภาพจะเสียมากขึ้น กลายเป็นภาระต่อสังคม ก่อให้เกิดปัญหาทางจิต อาจทำลายตัวเองและผู้อื่นได้ Fordyce (1999) กล่าวว่าถ้าผู้สูงอายุเกิดภาวะเจ็บป่วย เช่น เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีความยากในการประเมินอาการ พบว่าภาวะซึมเศร้าจะสามารถชักนำให้เกิดการฆ่าตัวตายได้ จำเป็นต้องตระหนักและระมัดระวังอย่างมาก

การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม วัฒนธรรมไทยเปลี่ยนแปลงเป็นวัฒนธรรมทางตะวันตกมากขึ้น ผู้สูงอายุยังมีความคิดเห็นที่คงที่ ยึดมั่นกับคตินิยมของขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมดั้งเดิม ซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถในการเรียนรู้ และความจำเกี่ยวกับสิ่งใหม่ ๆ ลดลง แต่ยังสามารถจำเรื่องราวเก่าซึ่งเป็นสิ่งที่ประทับใจได้ดี จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดการต่อต้านความคิดใหม่ ๆ ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยมากขึ้น ผู้สูงอายุกลายเป็นคนล้าสมัย จู้จี้ขี้บ่น ทำให้ลูกหลานไม่อยากเลี้ยงดู กลายเป็นส่วนเกินของครอบครัว McConnell (1998) กล่าวว่าอิทธิพลของวัฒนธรรมและการมีคุณค่าจะถูกถ่ายทอด และได้รับการส่งเสริมภายในครอบครัว วัฒนธรรมยังส่งผลถึงสุขภาพของผู้สูงอายุ ตลอดจนการดำเนินชีวิต รวมทั้งศาสนา ศีลธรรม แนวคิดต่าง ๆ ล้วนมีผลต่อผู้สูงอายุจนกระทั่งช่วงสุดท้ายของชีวิต

การเปลี่ยนแปลงด้านพัฒนาการทางจิตในวัยผู้สูงอายุ ทฤษฎีจิตสังคมของอีริคสัน กล่าวว่าวัยสูงอายุเป็นระยะเวลาที่บุคคลจะทบทวนประสบการณ์ในอดีต ว่าตนเองได้ทำหน้าที่อย่างดีที่สุดก็จะเกิดความพอใจ มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีอารมณ์มั่นคง หากพิจารณาแล้วรู้สึกว่าชีวิตของตนขมขื่น ทุกข์ร้อนและผิดหวัง ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต จะเกิดความรู้สึกสิ้นหวังไร้ค่า ดังนั้นในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุควรทำใจให้ยอมรับทั้งความสำเร็จ และความล้มเหลวอย่างเข้าใจ รู้จักชีวิตและปล่อยวาง เพื่อให้เกิดความสุขสงบในชีวิต

สุขภาพด้านจิตสังคมเป็นสิ่งสำคัญ ในบางครั้งมักถูกมองข้ามไปเน้นให้ความสำคัญกับสุขภาพด้านร่างกายเพียงอย่างเดียว ซึ่งสภาวะทางจิตสังคมสามารถส่งผลต่อสุขภาพด้านร่างกายโดยตรงเช่นเดียวกัน ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในด้านจิตสังคมเป็นสิ่งสำคัญ สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีจิตใจที่ดี ร่างกายที่แข็งแรง และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ทั้งด้านความหมายของผู้สูงอายุ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงกายภาพและสรีรวิทยาของระบบต่าง ๆ ในร่างกายผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม ทำให้เกิดความเข้าใจ เห็นความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมไปพร้อม ๆ กัน อย่างเหมาะสม อันจะทำให้เกิดสุขภาพดี แข็งแรง มีความสุข กับผู้สูงอายุมากที่สุด

2. สุขภาพผู้สูงอายุ

การให้ความหมาย แนวความคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ มีความหลากหลาย ทั้งแนวคิดของผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มบุคคลทั้งเกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับสาขาด้านสุขภาพ มีทั้งส่วนที่มีความเห็นตรงกันและขัดแย้งกันแล้วแต่ว่ากลุ่มใดจะให้ความหมาย (Cribb, 1993:1- 2) ซึ่งสุขภาพเป็นการรับรู้พื้นฐานของบุคคล (Orem,2001:181; Pender, 1996) สุขภาพมีความหมายกว้างขวางและมีความแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มชน สังคม อย่างมาก ด้วยเหตุนี้การกำหนดเป้าหมายเพื่อการดำรงรักษาสุขภาพไว้จึงแตกต่างกันไปแล้วแต่ว่ากลุ่มใดจะให้ความหมายหรือมีความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพเป็นเช่นใด (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2540:1)

2.1 ความหมาย แนวคิด ของสุขภาพ

การให้ความหมาย และแนวคิด ของสุขภาพนั้น พบว่ามีความหลากหลายและอาจทำให้เกิดความสับสนได้ ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องศึกษาเพื่อความเข้าใจและกระจ่างชัดเพิ่มมากขึ้นทั้งการให้ความหมายสุขภาพโดยทั่วไปและเฉพาะด้านผู้สูงอายุ

Pender (1996) ได้ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นการบรรลุถึงการใช้ศักยภาพของตนเองที่มีมาตั้งแต่กำเนิดและที่ได้รับการพัฒนา จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย การมีความสามารถในการดูแลตนเองและมีความพึงพอใจในปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในขณะเดียวกันก็มีการปรับตัวตามความเหมาะสมเพื่อรักษาความมั่นคงของโครงสร้างที่มีอยู่และความสอดคล้องกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์

Orem (2001) สุขภาพ (Health and Healthy) คือ คำที่ใช้ในการอธิบายการมีชีวิตอยู่ของสิ่งมีชีวิตเป็นการรับรู้ในสภาวะของบุคคลที่ลักษณะรวมความสมบูรณ์ทั้งหมดของการพัฒนาโครงสร้างของมนุษย์ และสำหรับการดำเนินหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ

McConnell (1988) ได้กล่าวถึงสุขภาพผู้สูงอายุนั้นจะมุ่งเน้นการคงสภาวะของผู้สูงอายุ เพื่อการมีกิจกรรมทางสังคม และการป้องกันผลร้ายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความหมายนี้มาจากความหมายของสุขภาพโดยทั่ว ๆ ไป โดยนำมาดัดแปลงใช้ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโดยเฉพาะขึ้น

ประคอง อินทรสมบัติ (2542) ภาวะสุขภาพดีของผู้สูงอายุคือมีความรู้สึกที่ดี และสามารถมีความสุขในชีวิต โดยการคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดี การออกกำลังกาย และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

Smith (1981) ซึ่งได้แบ่งแนวคิดทางสุขภาพออกเป็น 4 กลุ่มคือ

1. แนวคิดด้านยูไดโมนิสติค (Eudaimonistic model) ประกอบด้วยมุมมองอันหลากหลายของมนุษย์ที่มุ่งไปสู่ความผาสุกและการบรรลุถึงสิ่งที่ตนเองต้องการ Smith ได้รับอิทธิพลมุมมองนี้จากนักปราชญ์ชาวกรีก และแนวความคิดของ Maslow ซึ่งบุคคลจะพัฒนาตนเองไปให้บรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิตของตนเอง สุขภาพในแนวคิดนี้จึงหมายถึงสภาวะของการบรรลุถึงสิ่งที่ตนเองต้องการไปให้ถึง ความสำเร็จที่สูงสุดในชีวิตของตนเองมีความผาสุกในชีวิต ในขณะที่การเจ็บป่วยจะเป็นภาวะมาขัดขวางไม่ให้บุคคลไปถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิตของตนเอง

2. แนวคิดด้านการปรับตัว (Adaptive model) Smith ได้รับอิทธิพลแนวคิดนี้จาก Dubos ที่มีมุมมองทางการแพทย์เข้ามาเกี่ยวข้องโดนการมุ่งด้านการป้องกัน และ การรักษาทางการแพทย์ซึ่งเชื่อว่าสุขภาพเป็นสภาวะของสิ่งมีชีวิตที่เป็นความสมดุลท่ามกลางปฏิสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย และสังคม สิ่งแวดล้อม แนวคิดนี้พูดถึงพฤติกรรมในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุลในขณะที่การเจ็บป่วยคือภาวะที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงกับสิ่งแวดล้อม

3. แนวคิดด้านการปฏิบัติตามบทบาท (Role performance model) แนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลทางด้านการแพทย์ทางสังคม และบางส่วนจากการศึกษาของ Parson and others แนวคิดนี้เป็นแนวคิดเบื้องต้นทั่วไปของสุขภาพที่มีมุมมองไม่กว้างโดยมองว่าสุขภาพคือความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ตามบทบาทที่สังคมกำหนดไว้ อย่างไรก็ตามต้องมีการพิจารณาบทบาทต่าง ๆ ร่วมด้วยเนื่องจากบุคคลหนึ่งมีหลากหลายบทบาทอาจเกิดปัญหาได้ ในขณะที่การเจ็บป่วยจะหมายถึงการที่บุคคลไม่สามารถที่จะทำหน้าที่ตามบทบาทใดบทบาทหนึ่งที่เป็นของตนเองได้

4. แนวคิดด้านคลินิก (Clinical model)เป็นแนวคิดของรูปแบบทางการแพทย์แผนใหม่ มองสุขภาพที่การปราศจากอาการ อาการแสดงของโรค ความพิการ ที่ระบุโดยแนวคิดทางวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ ในขณะความเจ็บป่วยคือ บุคคลที่มีความเจ็บป่วยอาการ อาการแสดงของโรค ความพิการ ดังนั้นมุมมองนี้เป็นด้านลบของสุขภาพมุ่งที่ด้านการเจ็บป่วยมากกว่าสุขภาพ มีแนวคิดที่แคบบุคคลที่มีความเจ็บป่วยจะไม่สามารถมีสุขภาพที่ดีได้ ในบุคคลที่ไม่มีอาการ อาการแสดงใด ๆ ของโรค ก็อาจจะไม่ตระหนักถึงการดูแลรักษา และป้องกันโรคของตนเอง

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุคือ ภาวะที่ต้องมีความสมดุลกลมกลืนและประสานหน้าที่ในการทำงาน สามารถสร้างและคงไว้ซึ่ง สัมพันธภาพกับผู้อื่น มีอิสระสามารถกระทำบทบาทตามที่สังคมกำหนดได้ และประกอบด้วย กาย จิต สังคม จิตวิญญาณซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างแยกจากกันไม่ได้

2.2 แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อ หมายถึง ความนึกคิด หรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น ๆ เมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่งแล้วความเชื่อในสิ่งนั้น ๆ มักจะทำให้เขาปฏิบัติหรือกระทำในสิ่งต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับความเชื่อของตน จึงอาจกล่าวได้ว่าความเชื่อมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมของบุคคล (จรรยา สุวรรณทัต, 2527 อ้างถึงใน ธีระนันท์ สิงห์เฉลิม, 2542) ความเชื่อจึงมีอิทธิพลในการชักนำให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามการรับรู้ ความรู้สึก ความนึกคิดของตน ความเชื่อหรือความรู้สึกนึกคิดเป็นผลที่เกิดขึ้นหลังจากบุคคลได้รับประสบการณ์มาแล้วไม่ว่าประสบการณ์นั้นจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม ความเชื่อจึงมีอิทธิพลต่อทางด้านสุขภาพอนามัย ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจึงมีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพอนามัยด้วย ผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างไร ผู้ป่วยจะมีการปฏิบัติตัวหรือแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อ ทั้ง ๆ ที่ความเชื่อนั้นอาจจะถูกต้องตามข้อเท็จจริงหรือไม่ก็ตาม (ธีระนันท์ สิงห์เฉลิม, 2542) Mcclymont, Thomas and Denham (1991) กล่าวถึงอิทธิพล 3 ประการที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อคือ 1) เป็นเรื่องของบุคคลที่จะกล่าวชักจูงหรือมีความตระหนักในสุขภาพ โดยพิจารณาว่าเป็นสิ่งสำคัญ 2) ความเชื่อของบุคคลที่มีความรู้สึกระมัดระวังในภาวะก่อให้เกิดอันตรายกับสุขภาพ และ 3) บุคคลมีความเชื่อ โดยเฉพาะด้านคำแนะนำในสิ่งที่ดีและสามารถลดภาวะเสี่ยงของสุขภาพได้ ซึ่งผลของการกระทำจะต้องรวมถึงภาวะบุคคล สังคมและเศรษฐกิจ สิ่งเหล่านี้ต้องไม่มีความเหนือกว่าประโยชน์ด้านสุขภาพที่ได้รับ สิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ นอกจากนั้นในทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) ได้กล่าวถึงปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการจูงใจในรูปแบบ

การส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อหรือทัศนคติของบุคคลอื่น ทั้งนี้อาจผ่านทางครอบครัว กลุ่มคน เพื่อน ทางสังคม บุคคลสามารถยอมรับหรือปฏิเสธได้ เป็นส่วนหนึ่งช่วยให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพเกิดขึ้นได้ ซึ่งสมจิต หนุเจริญกุล (2536) ได้สรุปแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ว่า แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพสร้างโดย ฮอชบัมและโรเซนสตอล์ค และปรับปรุงโดย เบคเคอร์และคณะ แนวคิดนี้ได้อธิบายถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดความเจ็บป่วย 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและลดอันตรายจากความเจ็บป่วย 4) ความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์และทางเลือกอื่น ๆ ในแนวคิดนี้อธิบายว่า ทำไมบุคคลจึงแสวงหาการดูแลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย หรือมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันความเจ็บป่วย นอกจากนั้นการรับรู้ดังกล่าวยังขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ ระดับการศึกษาและความรู้ตลอดจนฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมซึ่งการทราบข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลเข้าใจผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในฐานะปัจเจกบุคคลได้ดีขึ้น เช่น การศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวเกาหลี พบว่าต้องการมีสุขภาพที่ดีเนื่องจากรับรู้และตระหนักว่าตนต้องไม่เป็นภาระให้ลูกหลานลำบากในขณะที่ผู้สูงอายุชาวอเมริกันต้องการมีสุขภาพดีจากการรับรู้ว่าเป็นความผาสุกและเป็นสิ่งที่ต้องกระทำ (Gu and Eun, 2002)

ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพเป็นหนึ่งปัจจัยในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และพยาบาลสามารถนำมาใช้เพื่อเป็นแรงจูงใจให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้สูงอายุ อันประกอบด้วย ความหมาย แนวคิด ความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ความหมาย แนวคิด ความเชื่อที่สำคัญอันส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุต้องตระหนักในความสำคัญ นำไปปรับใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

3. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย การมุ่งรักษาพยาบาลทำให้เสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างมาก บางครั้งเกิดความพิการหรือต้องอาศัยพึ่งพาผู้อื่น ทำให้คุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ไม่ดี ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี การให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต้องเข้าใจกับความหมายของการส่งเสริมสุขภาพและแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพที่มีผลกับผู้สูงอายุมากที่สุด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ มีความซับซ้อนต่อการตอบสนองในการเรียนรู้ทางพฤติกรรมสุขภาพ สังคม วัฒนธรรม สภาวะจิตใจ องค์ประกอบต่าง ๆ ของสิ่งแวดล้อม การเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพเป็นผลมาจาก ความเชื่อในสุขภาพที่รับมาใช้เพื่อประโยชน์ของตนเองในการควบคุม ตัดสินใจในการกระทำกิจกรรมใด ๆ ซึ่งการควบคุมตนเองนี้สามารถอธิบายได้จากการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ส่งเสริมสุขภาพสามารถทำได้ทั้งทางตรง (Active) และทางอ้อม (Passive) เช่น การออกกำลังกาย จัดเป็นการดูแลสุขภาพทางตรงและการดูแลสุขภาพทางอ้อม เช่น การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ส่งผลดีต่อสุขภาพด้วย ปัจจุบันได้มีผู้นำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพมาใช้กันอย่างมาก การทำความเข้าใจกับความหมายของการส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ (Meiner, 2000) ดังที่มีผู้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพไว้ดังนี้

Daridhizar, Eshleman and Moody (2002) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นการป้องกันหรือเป็นการทำให้ดีขึ้น ทั้งทางด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อม เพื่อลดหรือเป็นการทำลายสิ่งอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

Meiner (2000) การส่งเสริมสุขภาพเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์และสภาวะสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เพื่อช่วยในการทำให้เกิดสุขภาพดีทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งเป็นการป้องกันโรคที่จะเกิดขึ้นด้วย

Dounie, Tananahill and Tannahill (1996) วัตถุประสงค์ของการส่งเสริมสุขภาพต้องการให้เกิดความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสังคมมากที่สุด รวมทั้งดำเนินการไปกับการป้องกันการเจ็บป่วยทางสุขภาพ

Pender (Pender,1982 cited in Walker, Sechrist and Pender, 1987) การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการแสดงออกของมนุษย์เพื่อมุ่งเพิ่มศักยภาพสูงสุด ระดับความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิต และการบรรลุสิ่งที่ต้องการของบุคคล ในขณะที่ การป้องกันโรคเป็นการแสดงออกของความมั่นคงในชีวิต เป็นการจัดการเพื่อลดโอกาสที่บุคคลจะเผชิญกับการเจ็บป่วย ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ต่างเป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดวิถีชีวิตสุขภาพดี

ประคอง อินทรสมบัติ (2542) ได้ให้การส่งเสริมสุขภาพไว้สองความหมายคือ 1) กระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้คนเราสามารถควบคุมปัจจัย ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้นเป็นกระบนการที่มุ่งดำเนินกับทั้งบุคคลและสังคม 2) การมุ่งเพิ่มระดับความผาสุกและความสำเร็จแห่งตนยิ่งขึ้น ของบุคคลและกลุ่มโดยมุ่งที่การใช้ความพยายามปฏิบัติ หรือให้เกิดสุขภาพดีและมีความผาสุกยิ่งขึ้น

ขนิษฐา นาคะ (2542) กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพเป็นการรับรู้และกระทำในหลากหลายรูปแบบที่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความผาสุก (Well – being) และการได้รับการยอมรับในความสามารถ (Self – actualization) ของบุคคลหรือกลุ่ม การส่งเสริมสุขภาพเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นให้เกิดผลในทางบวก ได้แก่ การตระหนักรู้ (Self – awareness) ความพึงพอใจในตนเอง (Self – satisfaction) ความสุข (Enjoyment) และความพอใจ (Pleasure) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมีเป้าหมายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเช่นเดียวกับการดูแลตนเอง แต่ขอบเขตแคบกว่าเนื่องจากมุ่งเฉพาะบุคคลหรือกลุ่มที่มีสุขภาพดี เพื่อคงไว้หรือส่งเสริมให้เกิดความผาสุกและการได้รับการยอมรับในความสามารถ

อย่างไรก็ตาม การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ต่างเป็นองค์ประกอบที่ทำให้เกิดวิถีชีวิตสุขภาพดี (Pender, 1982 cited in Walker, Sechrist and Pender, 1987) นอกจากนั้นการรักษาสุขภาพ (Health Maintenance) ได้รับการนำมาใช้ในด้านการดูแล สุขภาพร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพบ่อยครั้ง การรักษาสุขภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ดีภายใต้สภาวะนั้น ๆ ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาสุขภาพ สามารถใช้ได้ทั้งบุคคลที่มีสุขภาพดีและมีการเจ็บป่วย ในขณะที่การป้องกันโรค ระดับการป้องกันขั้นต้น (Primary prevention) นิยมที่จะใช้ก่อนการเกิดโรคมักใช้ร่วมกันกับการส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาสุขภาพ เพื่อความสมบูรณ์ในการดำเนินงานให้เกิดประโยชน์มากที่สุดและจะใช้ป้องกันโรคเฉพาะบางอย่างด้วย (Orem, 2001)

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติ การกระทำผ่านการรับรู้ของผู้สูงอายุในหลากหลายรูปแบบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วยมีความสุข เกิดความพึงพอใจ การได้รับยอมรับในความสามารถและเกิดความผาสุกในชีวิต

3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การเข้าสู่วัยสูงอายุมิใช่การป่วยเป็นโรค แต่เป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติของมนุษย์ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรคและภาวะทุพพลภาพเป็นวัตถุประสงค์สำคัญของกลุ่มผู้สูงอายุ (Fleury and Keller, 2000) ปัจจุบันประเทศไทยมีรายจ่ายจำนวนมากด้านการรักษาสุขภาพที่ได้ผลตอบแทนด้านสุขภาพดีกลับมาไม่คุ้มต้นทุน เกิดการสูญเสียหลายด้าน (ประเวศ วะสี, 2543) การส่งเสริมสุขภาพจึงได้รับความสนใจและเป็นการลงทุนที่คุ้มค่ามากที่สุด เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุให้คุณค่าและสนใจต่อสุขภาพมากกว่าคนวัยอื่น (ประคอง อินทรสมบัติ, 2543) ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) โภชนาการและการขับถ่าย 2) การออกกำลังกาย 3) การพักผ่อนและการดำเนินกิจกรรม 4) การจัดการความเครียด 5) สุขภาวะทางจิตวิญญาณและความผาสุกทางใจ 6) การมี

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและเครือข่ายทางสังคม 7) การดูแลรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง และ 8) การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. โภชนาการและการขับถ่าย (Nutrition and Elimination) เป็นองค์ประกอบสำคัญในการรักษาสภาวะร่างกายผู้สูงอายุ (Sapion-Longo, 1999) วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ (2540) ได้ศึกษา ภาวะสุขภาพ และ ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ในโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ยกเว้นในเรื่องอาหารส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.52 และอยู่ในระดับไม่ดีถึงร้อยละ 15.6 ซึ่งวีนัส ลีฬหกุล (2545) ได้รวบรวมความต้องการด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ ไว้ดังนี้

ก) ผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงานน้อยกว่าความต้องการในวัยหนุ่มสาว ความต้องการพลังงานจะขึ้นอยู่กับระดับการทำกิจกรรมและส่วนประกอบของร่างกาย (ฆมัท ครุธกุล และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ข้อกำหนดความต้องการสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันของผู้สูงอายุได้กำหนดให้ผู้สูงอายุชายและหญิงได้รับพลังงานจากอาหารไม่เกินวันละ 2,250 และ 1,850 กิโลแคลอรีหรือ 30 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัม อาหารที่ให้พลังงานน้อยกว่า 1,800 กิโลแคลอรีต่อวัน มักจะมีปริมาณของสารอาหารที่ไม่เพียงพอ ควรจะมีการวางแผนในการให้อาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

ข) ด้านความต้องการสารอาหารต่างๆ ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีน 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน จึงจะเพียงพอที่จะทำให้มีความสมดุลของไนโตรเจนได้ดีที่สุด อาหารที่ให้โปรตีนที่มีคุณค่าสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ นม ไข่ และโปรตีนจากพืชที่สำคัญ ได้แก่ ถั่วเหลือง ในขณะที่ร่างกายผู้สูงอายุมีความต้องการไขมันในปริมาณที่น้อย ความต้องการไขมันในผู้สูงอายุไม่ควรเกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด และมีกรดไขมันอิ่มตัวไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด ส่วนโคเลสเตอรอลในอาหารไม่ควรเกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน อย่างไรก็ตามควรระมัดระวังในการลดปริมาณไขมันในอาหารมากเกินไปอาจทำให้ผู้สูงอายุบริโภคอาหารไม่อร่อยและเบื่ออาหารและอาจมีผลเสียต่อสุขภาพอีกด้วย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541) ด้านความต้องการคาร์โบไฮเดรตในผู้สูงอายุควรได้รับ ร้อยละ 55 ของพลังงานทั้งหมด และควรมาจากคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ข้าว ก๋วยเตี๋ยว ขนมปัง ผู้สูงอายุควรได้รับใยอาหารวันละ 20-35 กรัม ประการสุดท้ายในด้านความต้องการวิตามินและเกลือแร่ พบว่าความต้องการวิตามินและเกลือแร่มีการเปลี่ยนแปลง มีรายละเอียดดังนี้

1) วิตามินเอ มี 2 รูป ได้แก่ เรตินอล (retinal) พบมากในไขมันสัตว์ เช่น น้ำมันตับปลา และเบต้าแคโรทีน (β-carotene) พบในอาหารจากพืช ได้แก่ ผักและผลไม้ที่มีสีเหลือง เช่น ฟักทอง แครอท มะละกอสุก ความต้องการวิตามินเอในผู้สูงอายุอาจจะลดลง ความต้องการวิตามินเอของผู้สูงอายุ เพศชายและหญิงคือวันละ 700 และ 600 ไมโครกรัม

2) วิตามินดี ความต้องการวิตามินดีสำหรับผู้สูงอายุ คือ วันละ 5 ไมโครกรัม อาหารที่มีวิตามินดีสูงได้แก่ อาหารทะเล นมที่เสริมวิตามินดี และออกไปรับแสงแดดอ่อน ๆ ในตอนเช้า

3) วิตามินอี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับวิตามินอีจากอาหารในปริมาณที่เพียงพอ ระดับวิตามินอีในเลือดจะมีความสัมพันธ์กับระดับไขมัน ความต้องการวิตามินอีสำหรับผู้สูงอายุชายและหญิงคือ วันละ 10 และ 8 มิลลิกรัม วิตามินอีพบมากในอาหารพวกน้ำมันพืช ผักใบเขียวตับ และไข่

4) วิตามินเค ร่างกายได้รับวิตามินเค จาก อาหารประเภทผักใบเขียว ผลไม้ ธัญพืช เนื้อ นม ร่วมกับการสังเคราะห์วิตามินเค จากแบคทีเรียในลำไส้ จึงไม่พบว่ามีการขาดวิตามินเค ความต้องการวิตามินเคในผู้สูงอายุเพศชายและหญิงคือ วันละ 80 และ 65 ไมโครกรัม

5) วิตามินซี ระดับวิตามินซีในเลือดจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการบริโภควิตามินซีน้อยลง ความต้องการวิตามินซีสำหรับผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงคือวันละ 60 มิลลิกรัม

6) วิตามินบีหก ผู้สูงอายุมีโอกาสขาดวิตามินบีหกได้มากกว่าวัยหนุ่มสาว ความต้องการวิตามินบีหกสำหรับผู้สูงอายุชายและหญิงคือ วันละ 2.2 และ 2 มิลลิกรัม แหล่งอาหารที่ให้วิตามินบีหก คือ เนื้อหมู ธัญพืช

7) วิตามินบีสิบสอง ถ้าขาดวิตามินบีสิบสองจะทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดงผิดปกติ เกิดภาวะซีด ความต้องการ สำหรับผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงคือวันละ 2.0 ไมโครกรัม แหล่งอาหารที่พบ เช่น อาหารทะเล เนื้อสัตว์ ไข่ นม คนที่เป็นมังสวิรัติแนะนำให้บริโภคอาหารหมัก เช่น เต้าเจี้ยว เต้าหู้ยี้ หรือผลิตภัณฑ์อาหารหมักจากถั่วเหลือง

8) โฟเลท (folate) การขาดโฟลิกจะทำให้เกิดภาวะซีด ความต้องการโฟเลทสำหรับผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงคือวันละ 175 และ 150 ไมโครกรัม แหล่งอาหารที่ให้โฟเลทมาก ได้แก่ ผักใบเขียว ตับ เนื้อสัตว์ ถั่วต่าง ๆ และธัญพืช

9) แคลเซียม (calcium) การสูญเสียเนื้อกระดูก (osteoporosis) มีสาเหตุสำคัญมาจากการได้รับแคลเซียม ฟอสฟอรัส และวิตามินดีไม่เพียงพอร่วมกับการขาดการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมลดลง การดูดซึมแคลเซียมทั้งในเพศชายและเพศหญิงจะลดลง ความต้องการแคลเซียมสำหรับหญิงวัยหมดประจำเดือน เป็นวันละ 1,000-1,500 มิลลิกรัม ความต้องการแคลเซียมสำหรับผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงคือวันละ 800 มิลลิกรัม แหล่งอาหารที่ให้แคลเซียมมาก ได้แก่ นม และผลิตภัณฑ์ของนม ปลาเล็กปลาน้อยที่บริโภคทั้งกระดูก ธัญพืช เต้าหู้ และผักใบเขียว

10) เหล็ก (iron) การขาดเหล็กในผู้สูงอายุ อาจเกิดจากการได้รับเหล็กไม่เพียงพอเสียเลือดเนื่องจากโรคเรื้อรัง การดูดซึมเหล็กลดลง ความต้องการเหล็กสำหรับผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงคือวันละ 10 มิลลิกรัมเท่ากัน อาหารที่มีธาตุเหล็กมาก ได้แก่ ตับ เนื้อแดง เลือด ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง ลูกเดือย เม็ดบัว และธัญพืชที่เสริมธาตุเหล็ก

นอกจากนั้น ผู้สูงอายุมีปัญหาจากการขาดน้ำได้ง่าย จากการศึกษาของ Warren et al. (1994) ศึกษาพบว่าภาวะขาดน้ำติด 1 ใน 5 อันดับของโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล และมักเกิดร่วมกับการเจ็บป่วยอื่น เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ ระบบปัสสาวะ ระบบทางเดินอาหารหรือเกิดการติดเชื้อ พบว่า 50% ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคและอาการขาดน้ำเหล่านี้ เสียชีวิตภายใน 1 ปี หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ 17.4% เสียชีวิตภายใน 1 เดือนหลังเข้ารับการรักษา ซึ่งสาเหตุการขาดน้ำมีได้หลายสาเหตุทั้งเกี่ยวเนื่องกับกระบวนการชราและเกิดจากโรคหรือข้อจำกัดทางสุขภาพ การขาดน้ำอาจทำให้ท้องผูก ความดันโลหิตตก ปัสสาวะลดลง เกิดภาวะสับสนได้ง่าย โดยทั่วไปผู้สูงอายุควรได้รับน้ำไม่ควรต่ำกว่า 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541) หรือวันละ 6-8 แก้ว ผู้สูงอายุมีปัญหาท้องผูก เป็นปัญหาที่พบบ่อยและก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย (Lueckenotte, 2000) การปรับแบบแผนการขับถ่ายจึงมีความสำคัญ โดยการรับประทานอาหารที่มีเส้นใย ผลไม้และผักสด เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ยาโดยไม่จำเป็น (ประคอง อินทรสมบัติ, 2543) ผู้สูงอายุไม่ควรกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานานๆ เพราะจะทำให้ความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ เสียการบีบรัดตัว อาจติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gray and Malone (1995) พบว่าผู้สูงอายุหญิงอายุระหว่าง 35 ถึง 75 พบแบคทีเรียในกระเพาะปัสสาวะประมาณ 20 % และจะเพิ่มขึ้น 20-50% เมื่อมีอายุมากกว่า 80 ปี ในขณะที่ผู้สูงอายุชายพบว่ามีแบคทีเรียในกระเพาะปัสสาวะประมาณ 3% ในช่วงอายุ 65-70 ปี เพิ่มมากขึ้น 20% ในอายุมากกว่า 80 ปี ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าโภชนาการและการขับถ่ายมีผลโดยตรงต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เกิด สุขภาพดี ซึ่งต้องอาศัยความสนใจและความละเอียดอ่อนในการดูแลผู้สูงอายุ

2. การออกกำลังกาย (Exercise)

การออกกำลังกาย ถือเป็นการบำบัดอย่างหนึ่งที่จะช่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพ และส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ซึ่งเป็นเป้าหมายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ลดการเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ความฟิตของร่างกายที่เกิดจากการออกกำลังกาย เคลื่อนไหวได้รวดเร็ว มีความยืดหยุ่นและการทรงตัวดี ผลของการออกกำลังกายที่มีต่อจิตใจคือ ลดความเครียด นอนหลับ อารมณ์ดี รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและมีความสามารถในการรู้คิด (ประคอง อินทรสมบัติ, 2543) แม้ว่าการออกกำลังกายจะได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพแต่จากการศึกษาพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาว และแข็งแรง (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2531) พบว่ามีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 39.5 ไม่ออกกำลังกายเลย ผู้ที่สมบูรณ์แข็งแรงจะมีการออกกำลังกายมากกว่า และส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 53.9 ออกกำลังกายด้วยการเดิน ดังนั้นจึงพบว่า การเดินเป็นการออกกำลังกายที่ดี พบว่าการมีชีวิตอยู่และมีความคล่องแคล่วได้ จำเป็นจะต้องมีกิจกรรมไม่ให้มีเวลาว่าง และออกกำลังกายเพื่อความคล่องแคล่วช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ ประเภทการออกกำลังกายมีความแตกต่างกันในแต่ละรูปแบบ ได้แก่ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541)

2.1 การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น เป็นการออกกำลังกายโดยการงอ-ยืดตัว บิดหรือหมุนร่างกาย มักปฏิบัติในระยะ warm up และ cool down หรือรำมวยจีน การดัดตน โดยทั่วไปทำเพียงวันละ 10-20 นาที ควรเริ่มทำแต่น้อยแล้วจึงค่อย ๆ เพิ่มระดับการยืดส่วนต่างๆ ของร่างกายให้มากขึ้นโดยไม่จำเป็นต้องเพิ่มช่วงที่ทำ

2.2 การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง เป็นการเสริมความแข็งแรงให้แก่กล้ามเนื้อและลดอัตราการสูญเสียมวลกระดูก การออกกำลังกายที่เพิ่มความแข็งแรงของร่างกายส่วนบนได้ดีคือ การยกน้ำหนักอย่างเบาๆ น้ำหนักประมาณ ½-3 กิโลกรัม ก็เพียงพอ หรือถ้าสามารถวิดพื้น หรือโหนยกตัวขึ้นก็ได้ ควรออกกำลังกายประมาณ 12 ครั้งต่อจุด ประมาณ 3-4 วันต่อสัปดาห์ก็เพียงพอ สำหรับร่างกายส่วนล่างอาจมีอุปกรณ์พิเศษในศูนย์ออกกำลังกาย แต่การวิ่ง การขี่จักรยาน หรือการว่ายน้ำ ก็พอเพียงที่จะเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อขา

2.3 การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด ต้องเป็นการออกกำลังกายชนิดแอโรบิค ซึ่งกล้ามเนื้อจะใช้ออกซิเจนในระบบของการใช้พลังงานอันจะทำให้ปอด หัวใจและหลอดเลือดทำงานเพิ่มมากขึ้น มีหลักต้องคำนึงถึง 4 ประการคือ 1) ชนิดของการออกกำลังกาย เช่น การวิ่งเหยาะ การเดินจ้ำ การขี่จักรยาน และการว่ายน้ำ 2) ความเข้มของการออกกำลังกาย มีหลักอยู่ว่า ต้องเพียงพอจะเกิดประโยชน์โดยที่ไม่เพิ่มอันตรายหรือการบาดเจ็บจากการออกกำลังกายควรทำให้อัตราเต้นของหัวใจสูงประมาณร้อยละ 60-80 ของอัตราเต้นสูงสุดของหัวใจ 3) ระยะเวลาของการออกกำลังกาย และ 4) ความถี่ของการออกกำลังโดย

ระยะเวลาแต่ละครั้ง ควรอยู่ระหว่าง 20-30 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสุขภาพของผู้ออกกำลังกายและชนิดของการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จากการศึกษาของ Schneider et al. (2003) พบว่าผลที่ได้จากการออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น ป้องกันโรค สามารถคงสภาวะสุขภาพของร่างกายได้มากขึ้น และส่งผลถึงจิตใจที่มีความสุข สบายใจ สนุกสนาน มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สามารถช่วยเหลือบุคคลอื่นได้และเกิดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

3. การพักผ่อนและการดำเนินกิจกรรม (Activity and Rest)

เนื่องจากการนอนหลับเป็นกระบวนการฟื้นสภาพและบำรุงร่างกาย เป็นช่วงเวลาที่ทำให้เซลล์สมบูรณ์และฟื้นหาย อาจมีปัญหามากมายจากการนอนไม่หลับ หรือนอนไม่พอ เช่น อารมณ์หงุดหงิด ง่วงเหงาหาวนอนกลางวัน และเฉื่อยชา เวลานอนหลับของแต่ละคนไม่เท่ากัน อาจใช้เวลา 6 ชั่วโมง หรือบางคนต้องการนอนถึง 12 ชั่วโมง ผู้สูงอายุร้อยละ 50 มีปัญหาการนอน เช่น นอนไม่หลับ นอนหลับยาก ตื่นนอนกลางดึก และนอนหลับต่อได้ยาก ตื่นเช้าเกินไป ปัญหาที่พบบ่อยมากคือ นอนหลับไม่ต่อเนื่อง หลับ ๆ ตื่น ๆ อาจเนื่องจากการเจ็บป่วย หรือยาบางชนิด จากการศึกษาของ สุรีย์ กาญจนวงศ์, ปรีชา อุปโยคิน, วีณา ศิริสุข และมัลลิกา มิติโก (2538) ทำการศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ (พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง) พบว่า ผู้สูงอายุนอนหลับระหว่าง 5-8 ชั่วโมง ส่วนใหญ่นอนหลับดี ไม่มีปัญหานอนไม่หลับ ในกลุ่มผู้นอนไม่หลับ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.6 ไม่มีวิธีการแก้ไขใด ๆ ในกลุ่มที่มีการแก้ไขปัญหา พบว่า ใช้หลายวิธี เช่น การกินยานอนหลับ อ่านหนังสือธรรมะ สวดมนต์ ดื่มน้ำอุ่น องค์ประกอบที่ส่งผลกระทบต่อการนอนหลับของผู้สูงอายุ ได้แก่ วิถีชีวิต สิ่งแวดล้อม อิทธิพลการรับประทานอาหาร การใช้ยา สภาวะการเจ็บป่วยและความปวด สิ่งเหล่านี้มีผลต่อคุณภาพการนอนของผู้สูงอายุอย่างมาก (Lueckenotte, 2000) ดังนั้นการประเมินการนอนหลับประกอบ ด้วย การค้นหาสุขนิสัยการนอน การเข้านอน สิ่งแวดล้อม แบบแผนการนอน จำนวนครั้งของการตื่นเวลาที่นอนอยู่ในเตียงก่อนจะหลับ การงีบกลางวัน รวมทั้งประเมินอาการทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ทำให้การนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป พยายามรักษาแบบแผนและนิสัยการนอนโดยเข้านอนให้เป็นเวลา และตื่นนอนเป็นเวลา ซึ่งเหมือนเป็นนาฬิกาชีวภาพ (biological clock) ห้องนอนมีอากาศถ่ายเทและสิ่งแวดล้อมเงียบสงบ การออกกำลังกายตอนบ่าย การใช้เทคนิคผ่อนคลายอื่น เช่น ทำสมาธิ นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ ในช่วงบ่าย อาหารที่ส่งเสริมการนอนหลับ ได้แก่ L- Trytophan เป็นสารที่มีในอาหาร เช่น ผลิตภัณฑ์นม กล้วย (ประคอง อินทรสมบัติ, 2543)

ผู้สูงอายุมีความจำเป็นในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันให้คงอยู่ได้ เช่น รูปแบบการดำเนินชีวิต งานอดิเรก จากการเปลี่ยนแปลงร่างกายของผู้สูงอายุทำให้มีโอกาสเกิดปัญหาทางร่างกาย และความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ซึ่งการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้สูงอายุจะเป็นเครื่องวัดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ถ้าความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเองลดลงจะแสดงให้เห็นว่ามีความเสื่อมทางร่างกายแล้ว (Ebasso and Hess, 1998) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วันดี โภคกุล และคณะ (2541) ในการศึกษาคุณลักษณะผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนเกิน 100 ปี พ.ศ. 2539 พบว่าผู้สูงอายุเหล่านั้นมีการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันอยู่เสมอ ทั้งการดูแลตนเอง การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร นอกจากนั้นยังสามารถประกอบกิจกรรมในเชิงอาชีพ และเกี่ยวข้อง กับสังคมและศาสนาด้วย

4. การจัดการความเครียด (Stress Management)

ภาวะความเครียดสามารถเกิดขึ้นได้จากหลากหลายปัจจัยชักนำทั้งสภาวะแวดล้อม สภาวะร่างกาย และ สถานการณ์ชักนำอื่น ๆ ภาวะเครียดสามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต การตอบสนองต่อความเครียดสามารถแสดงออกทั้งการอ่อนล้า พักผ่อนได้น้อยลง หรือภาวะแทรกซ้อนทางร่ายกายอื่น ๆ ภาวะเครียดที่พบได้บ่อย เช่น การเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด หรือการตระหนักรับรู้ในความเครียดของบุคคลและความสามารถในการจัดการความเครียดที่ต่างกันของบุคคล (Sapio-Longo,1999) นอกจากนั้นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมซึ่งมีผลซึ่งกันและกันก็ส่งผลต่อความเครียดด้วย เมื่อนำแนวความคิดพื้นฐานของการรับรู้และการประเมินค่า (Lazarus and Folkman,1984; สมจิต หนุเจริญกุล, 2536) ซึ่งเป็นรูปแบบขบวนการที่สามารถเข้าใจได้ง่ายเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับหลายสิ่งหลายอย่างในสิ่งที่เป็นปกติในชีวิตประจำวันเข้ามาร่วมการประเมินการตัดสินของบุคคล

1) การประเมินชนิดปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินการตัดสินใจถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นต่อสวัสดิภาพของตนเอง ประกอบด้วย

1.1 ความไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (Irrelevant) คือ การที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้น ๆ ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อสวัสดิภาพของตนเอง

1.2 มีผลดีต่อตนเอง (Benign - positive) คือ ผลของการเผชิญกับสิ่งนั้นๆ แล้วส่งผลด้านที่ดีต่อ สวัสดิภาพของตนเอง จึงไม่จำเป็นต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว

1.3 ภาวะความเครียด (stressful) ประกอบด้วย

ก) อันตรายหรือการสูญเสีย (Harm and Loss) หมายถึง ภาวะที่บุคคลประเมินภาวะเสียหาย อันตราย ที่ได้เกิดขึ้นกับตนเองแล้ว

ข) ภาวะคุกคาม (Threat) เป็นการประเมินถึงอันตรายหรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ค) ความท้าทาย (Challenge) เป็นการพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นอาจเป็นอันตรายแต่มีทางควบคุมได้ หรืออาจให้ประโยชน์กับตนเองทำให้มีกำลังใจดีขึ้นได้

2. การประเมินชนิดทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกเพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้น ๆ ให้ดีที่สุด โดยการประเมินชนิดทุติยภูมิไม่จำเป็นต้องเกิดหลังการประเมินชนิดปฐมภูมิ แต่อาจสามารถเกิดขึ้นได้พร้อม ๆ กัน

3. การประเมินการตัดสินใจใหม่ (Reappraisal) หมายถึงการปรับเปลี่ยนการประเมินใหม่ โดยการรวบรวมข้อมูลใหม่จากสิ่งแวดล้อมหรือบุคคล ในบางครั้ง Reappraisal หมายถึง ผลของการพยายามในการปรับตัวด้านการรับรู้

การประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่และเป็นความเครียดแบบใด รุนแรงมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ (สมจิต หนุเจริญกุล, 2536) 1) ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational factors) ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ลักษณะของเหตุการณ์ที่สามารถทำนายได้มาก น้อยเพียงใด ความคลุมเครือ ไม่แน่นอนในเหตุการณ์ 2) ปัจจัยด้านตัวบุคคล (Personal factor) ได้แก่ ข้อผูกพัน ความหมายของเหตุการณ์ต่อบุคคล ความเชื่อในความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ สติปัญญาดีมีผลต่อการประเมินได้ตรงกับความเป็นจริง

ดังนั้นผู้สูงอายุที่สามารถรับรู้ถึงสาเหตุแห่งความเครียดสามารถปรับตนเองสามารถจัดการความเครียดที่มี เปลี่ยนแปลงให้เข้ากับสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสมก็สามารถจัดการความเครียดได้ดี ซึ่งรูปแบบของการจัดการความเครียดนั้นมีหลายวิธีและหลายรูปแบบ เช่น ทำงานอดิเรก งานศิลปะ การใช้กิจกรรมทางศาสนาเข้าร่วม เป็นต้น Pender (Pender, 1996) ได้เสนอวิธีการจัดการกับความเครียดไว้ดังนี้ 1) การลดความถี่ของสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความเครียด โดยการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิตที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด เช่น การหางานอดิเรก หรือการพักผ่อนหย่อนใจ 2) การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียด การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียดสามารถทำได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ทางด้านจิตใจ สามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและการรับรู้ของตน ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พัฒนาจุดมุ่งหมายของตนเอง และเสริมสร้างแหล่งเผชิญความเครียด การเพิ่มแรงต้านทานความเครียดทางด้านร่างกายทำได้โดยการออกกำลังกาย 3) การสร้างเงื่อนไขตรงกันข้ามเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนทางสรีรวิทยาที่มีผลมาจากความเครียด การใช้เทคนิคผ่อนคลายต่างๆ เช่น การนั่งสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

5. สุขภาวะทางจิตวิญญาณและความผาสุกทางใจ (Spiritual and Psychological well-being)

ความเชื่อด้านศาสนาและประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณเป็นส่วนสำคัญที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับชีวิต (Lueckenotte, 2000) สุขภาวะจิตวิญญาณนั้นอธิบายได้ยาก แม้ว่าจะมีผู้ศึกษาและให้ความหมายไว้หลายคน (Ebersole and Hess, 1998) National Interfaith Coalition on Aging (1975 cited in Ebersole and Hess,1998) ให้ความหมายของความผาสุกทางจิตวิญญาณคือเป็นการยืนยันความสัมพันธ์ของชีวิตกับพระเจ้า ความเป็นตนเอง ชุมชนและสิ่งแวดล้อมที่เป็นไปตามธรรมชาติและมีความสุขสามารถเฉลิมฉลองกับสุขภาพที่แข็งแรงได้ ในขณะที่ประเวศ วะสี (2543) ให้ความหมายของสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณว่าเป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงหรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา เป็นความสุขที่มนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน มีอิสรภาพ มีความผ่อนคลาย เบาสบาย มีความปิติแผ่ซ่านทั่วไป มีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม

ทัศนีย์ ทองประทีป (2543) ระบุว่าความหมายของจิตวิญญาณในแต่ละบุคคลจึงมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น การเลี้ยงดูในครอบครัว ค่านิยม ปรัชญาในการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อ และการนับถือศาสนา เป็นต้น ด้านการศึกษาพยาบาลได้ให้ความหมายของจิตวิญญาณไว้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของความคิด ความศรัทธา ความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ความเชื่อ ปรัชญาในการดำเนินชีวิต เครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สิ่งศักดิ์สิทธิ์และแหล่งของความหมายหรือกำลังใจ ซึ่งเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจหรือแหล่งของกำลังใจอาจเป็นบุคคล วัตถุสิ่งของ สถานที่ ธรรมชาติ หรือสัตว์เลี้ยง เป็นต้น และอาจกล่าวได้ว่าจิตวิญญาณ เป็นส่วนที่เป็นแกนหลักของชีวิตที่ทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคมให้มีความหมายเป็นองค์รวมและความผาสุกในชีวิต Bauer and Barron (Bauer and Barron,1995 อ้างถึงใน ทัศนีย์ ทองประทีป, 2543) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน ในเรื่องกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณในสถานดูแลผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง พบว่าผู้สูงอายุต้องการกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณดังนี้ คือ 1) การได้รับความสนใจ ความเคารพ ความเอื้ออาทร และกำลังใจจากพยาบาลเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความหวังอย่างเหมาะสม 2) ความต้องการเกี่ยวกับการปฏิบัติความเชื่อทางศาสนา เช่น แสดงความเคารพในสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เหมาะแก่การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา 3) การสนทนาเรื่องของศาสนา การนำสวดมนต์ การอ่านหนังสือที่เกี่ยวกับศาสนาให้ฟัง 4) การสนทนาที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้ค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิต สำหรับในผู้สูงอายุชาวไทยได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความผาสุกทางใจ โดย จิราพร เกศพิชญวัฒนา, จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, ยุพิน อังสุโรจน์ และ Berit

Ingersoll-Dayton (2543) ได้ให้ความหมายของความผาสุกทางใจว่าเป็นความรู้สึกตามการรับรู้ของบุคคลขึ้นอยู่กับสภาพทางสังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจซึ่งจะมีผลต่อความรู้สึกการรับรู้ในมิติที่ต่างกันไป ผลการศึกษาพบความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุไทย ใน 5 มิติ อันประกอบด้วย 1) ความสามัคคีปรองดอง เกิดขึ้นระหว่างบุคคลในครอบครัว การเป็นมิตรระหว่างเพื่อนบ้าน ความสำเร็จความก้าวหน้าของบุคคลในครอบครัวลูกหลาน มีความกลมเกลียว รักใคร่ไม่ทะเลาะเบาะแว้งกัน 2) การพึ่งพาอาศัยกันและกัน การที่ตนเองได้ทำตนเองให้เป็นประโยชน์ หรือช่วยเหลือลูกหลานบุคคลในครอบครัว ในขณะเดียวกันก็มีการตอบแทนโดยการเลี้ยงดู ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย เกิดความมีคุณค่าในตนที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และมีประโยชน์ต่อลูกหลาน มิใช่จะเป็นผู้พึ่งพาลูกหลานอย่างเดียว 3) ความสงบสุขและการยอมรับ เป็นการปล่อยวางความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจ ทำใจให้ยอมรับ หรือบางครั้งปลงกับสิ่งที่ตนเองไม่สามารถขัดขวางหรือควบคุมได้ การทำใจให้สงบไม่คิดมาก อารมณ์เสีย กลุ้มกับสิ่งที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ เป็นวิธีที่ช่วยให้เกิดความสงบทางใจ 4) การเคารพนับถือ การที่ผู้สูงอายุรับรู้ มีความรู้สึกถึงการเคารพ ให้เกียรติ หรือคำแนะนำที่ให้แก่ผู้อาวุโสน้อยกว่า มีผู้รับฟังหรือปฏิบัติตามการได้รับการเคารพนับถือจากผู้อื่นแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในชีวิต การดำเนินชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ 5) ความเบิกบาน นำมาซึ่งความสุขใจแก่ผู้สูงอายุ ให้เกิดความรู้สึกสดชื่นมีชีวิตชีวาและสนุกสนาน อาจเกิดจากการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนหรือกลุ่มผู้สูงอายุที่วัยเดียวกัน เช่น การไปชมรมผู้สูงอายุ การไปวัด หรือเป็นงานว่าง ที่ตนเองชอบ รวมทั้งอารมณ์ขัน อันทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกเบื่อ เหงา หรือโดดเดี่ยว สอดคล้องกับการศึกษา Armer and Conn (2001) ทำการศึกษาด้านจิตวิญญาณและสุขภาพจากผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบท ผู้สูงอายุให้ความหมายทางสุขภาพในความหลากหลายมิติขององค์รวมของสุขภาพในการประสานความร่วมมือระหว่างกาย จิตและจิตวิญญาณ และพบว่าศาสนาส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการรับรู้ สนับสนุนทางสังคม ดังนั้นมิติของสุขภาวะทางจิตวิญญาณและความผาสุกส่งผลถึงสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งต้องมีองค์ประกอบของสิ่งต่าง ๆ รอบตัวผู้สูงอายุเป็นส่วนสนับสนุนเพื่อให้เกิดความสุขทางจิตใจ

6. การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและเครือข่ายทางสังคม (Interpersonal relation and Social networking)

การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการสนับสนุนเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งมีทั้งการสนับสนุนจากบุคคลและเป็นแบบกลุ่ม การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจให้คงอยู่ ไม่เสื่อมถอยลงไป สามารถเป็นแนวทางในการช่วยเหลือเพื่อไปสู่ภาวะการส่งเสริมสุขภาพได้เป็นอย่างดี (Fleury and Keller, 2000) ประคอง อินทรสมบัติ (2543) กล่าวถึงการ

รักษาความสมดุลระหว่างการอยู่อย่างสันโดษและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยการส่งเสริมการติดต่อสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว คนระหว่างวัย เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย กับลูกหลาน เป็นการสร้างความรักความผูกพัน ทำให้เรียนรู้การให้และการรับ การยอมรับซึ่งกันและกัน อันเป็นวิถีทางสังคมและวัฒนธรรมไทยและประเทศทางตะวันออก ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการเคารพนับถือจากลูกหลานจึงเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย (นภาพร ชโยวรรณ และคณะ, 2532; พีรสิทธิ์ คำนวณศิลป์, 2525 อ้างถึงใน สุรีย์กาญจนวงศ์ และคณะ, 2538) นอกจากนี้ผู้สูงอายุไทยยังได้รับการเคารพยกย่องจากชุมชน ครอบครัวและสังคม เมื่อมีการอยู่ร่วมกันในสังคมไทยได้มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างผู้สูงอายุกับลูกหลานโดยมิได้มีฝ่ายใดเป็นผู้เสียเปรียบ ความช่วยเหลือจะมีลักษณะผ่อนปรนสร้างสรรค์ มีสายใยความผูกพัน เกิดเป็นเครือข่ายทางสังคมขึ้น นอกจากนั้นศาสนาทุกศาสนามีส่วนสำคัญในการรวมกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะในชนบท ทำให้ได้ฝึกจิต เสริมสร้างจิตใจที่ดีงาม สงบมั่นคง มีกิจกรรมร่วมกันสม่ำเสมอ เช่น วันอาทิตย์ วันพระ หรือวันสำคัญทางศาสนา ปัจจุบันการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุมมากขึ้น เป็นกลุ่มที่ก่อตั้งเป็นทางการ ทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุยกันเป็นระยะสม่ำเสมอ มีกิจกรรมมุ่งพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ชมรมมีกลไกยึดเหนี่ยวให้สมาชิกสมานสามัคคีแน่นแฟ้น มีการเอื้ออาทรต่อกัน ช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสมีกิจกรรมมากมายที่ส่งเสริมสุขภาพจิต ทำให้ผู้สูงอายุมีการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและอยู่ในสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์, สุรีย์ บุญญานุพงศ์ และสมศักดิ์ ฉันทะ (2533) พบว่าผู้สูงอายุที่มีครอบครัวและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุตรหลาน เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้มีสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Lilly, Richards and Buckwalter (2003) พบว่าเพื่อนและการสนับสนุนทางสังคมส่งผลดีต่อตัวผู้สูงอายุสมองเสื่อมและทำให้มีผลดีต่อการดูแลผู้สูงอายุด้วย

7. การดูแลรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง (Health responsibility)

บุคคลต้องมีการริเริ่มที่จะดูแลตนเอง กำหนดแผนในการกระทำหรือตัดสินใจในการกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เอาใจใส่และตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพตนเอง จากการศึกษาของวันดี แย้มจันทร์ฉาย (2538) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่ามีผู้สูงอายุส่วนน้อยที่จะตรวจร่างกาย หรือสังเกตอาการผิดปกติของตนเองโดยทั่วไปแล้วผู้สูงอายุมักปล่อยให้ความรับผิดชอบในสุขภาพของตนเองอยู่กับเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลเสียในการควบคุมภาวะสุขภาพทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงได้ (Ebersole and Hess, 1998) ซึ่งการรับรู้ถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองยังเป็นสิ่งสำคัญในการกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านอื่น ๆ ด้วย (Pender, 1996)

นอกจากนั้นยังรวมถึง การเลือกสรรสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับสุขภาพ เช่น การศึกษาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคที่สามารถกระทำได้ การสังเกตความผิดปกติของร่างกายที่อาจเกิดขึ้นเมื่อสูงวัยขึ้น การหลีกเลี่ยงสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การพบแพทย์ตรวจสุขภาพประจำปี เช่น การตรวจความดันโลหิต การตรวจเลือด และปัสสาวะ การตรวจความผิดปกติของฟัน เป็นต้น

8. การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี (Healthy Environment)

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร ได้แบ่งสภาพแวดล้อม ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) สภาพแวดล้อมส่วนบุคคล (individual environment) ได้แก่ สภาวะทางร่างกาย จิตใจและศักยภาพที่มีอยู่ของแต่ละบุคคล 2) สภาพแวดล้อมทางสังคม (Social environment) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องทางสังคมบุคคล ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคคลที่เคยรู้จักและบุคคลที่เป็นผู้ช่วยเหลือในชุมชน 3) สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) เป็นปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องกับบุคคล ได้แก่ การออกแบบที่อยู่อาศัย และบริเวณโดยรอบ การตกแต่งภายห้องต่าง ๆ การใช้สีและการเลือกซื้อเครื่องตกแต่งบ้าน เป็นต้น

ผู้สูงอายุต้องการอาศัยอยู่ในบ้านของตนเองให้ยาวนานที่สุดมากที่สุดเท่าที่จะเป็นได้ (Painter- Romanello and Luggen, 2001: 24) ดังนั้นสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้สูงอายุจะส่งผล สามารถดำรงชีวิตอยู่ด้วยตนเองประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองเองตามปกติมากที่สุดอันเป็นศักยภาพของตนเอง โดยมิต้องมีภาวะพึ่งพาผู้ใดได้นานที่สุดหรือพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยที่สุด ผู้สูงอายุรู้สึกสะดวกสบาย รู้สึกพึงพอใจมีความสุขทางกายและจิตใจสามารถป้องกันและลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ พิการหรือเสียชีวิตได้ ซึ้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Enevold and Courts (2000) ในโครงการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุได้ การรักษาความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมใกล้ตัว เพื่อป้องกันการหกล้ม เกิดความมั่นคงในการเดิน และทำกิจกรรม โดยอาศัยอยู่ในบ้านที่ตกแต่งเรียบง่าย มีเฟอร์นิเจอร์ไม่มาก ทำราวเกาะในห้องน้ำ ห้องสุขา และใช้วัสดุที่ไม่ทำให้พื้นห้องลื่น มีแสงสว่างเพียงพอ ทั้งห้องนอน ห้องน้ำ มีระบบการติดต่อสื่อสารที่ดี ป้องกันอุบัติเหตุการหกล้ม (ประคอง อินทรสมบัติ, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และพรรณวดี พุธวัฒนะ ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องและ ผลจากการหกล้มในผู้สูงอายุพบว่า สาเหตุของการหกล้ม ร้อยละ 51.5 มีสาเหตุส่วนใหญ่จากปัจจัยภายนอกโดยเกิดจากพื้นลื่น และสะดุดสิ่งของนอกจากนั้น ผู้สูงอายุควรจะอยู่ในบ้านที่มีสิ่งแวดล้อมดี อยู่ในที่อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ควรอยู่ในสถานที่แออัดมากเกินไป บริเวณบ้านควรจะมีต้นไม้จะช่วยให้เกิดความร่มรื่นได้ผ่อนคลายอารมณ์และได้รับอากาศที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ พบว่าการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุต้องมีการผสมผสานการดูแลในด้านต่าง ๆ เข้าร่วมกัน ทั้งการรับประทานอาหาร การนอน การออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งไม่สามารถใช้เพียงด้านใดด้านหนึ่งเพื่อจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและจิตดีเกิดขึ้นได้ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนอกจากจะเป็นความตระหนักรู้และรับผิดชอบของผู้สูงอายุเองแล้ว สังคม สิ่งแวดล้อมก็มีส่วนช่วยในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีปัจจัยประกอบหลายสิ่ง เนื่องจากมนุษย์อยู่ในสิ่งแวดล้อมและสังคม ดังนั้นอิทธิพลด้านวัฒนธรรมการรับรู้และการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุต่างก็ส่งผลถึงสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 อิทธิพลด้านวัฒนธรรม

วัฒนธรรมเป็นการผสมผสานรูปแบบของพฤติกรรม ความเชื่อ แนวทางในการดำเนินชีวิต ทั้งการใช้ภาษา การติดต่อสื่อสาร และการแลกเปลี่ยนปฏิสัมพันธ์กันในระหว่างกลุ่มชนต่าง ๆ วัฒนธรรมยังมีส่วนช่วยในการคิด ตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติให้เกิดสิ่งต่างๆ ตามที่บุคคลต้องการ (Ebasole and Hess, 1998) นอกจากนั้นวัฒนธรรมยังเป็นการเรียนรู้ มีการแลกเปลี่ยนของบุคคลแต่ละรุ่น มีการถ่ายทอดสู่รุ่นต่อ ๆ ไปเป็นขบวนการอันประกอบด้วย ปัจจัยต่างๆทางวัฒนธรรมทั้งนี้รวมทั้งสิ่งที่บุคคลได้รับมาตั้งแต่เกิดจนสู่วัยสูงอายุ (Louie, 2000) Herskovits (Herskovits,1955 cited in Louie, 2000) ได้กล่าวถึงลักษณะธรรมชาติของวัฒนธรรม คือ 1) วัฒนธรรมมีความเป็นสากล อันเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้ในทุก ๆ ส่วนในโลกที่มีมนุษย์อยู่อาศัย แม้วัฒนธรรมนั้น ๆ จะมีลักษณะเฉพาะไม่เหมือนใคร แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างเด่นชัด วัฒนธรรมจะคงอยู่และสามารถถ่ายทอดสู่คนรุ่นต่อไปได้ 2) วัฒนธรรมเป็นพลวัตร มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการพัฒนาเปลี่ยนแปลงนี้จะค่อย ๆ ดำเนินไป ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทันทีทันใด ลักษณะองค์ประกอบหลัก ๆ ของวัฒนธรรมมีการเปลี่ยนแปลงไปไม่มาก 3) วัฒนธรรมเป็นการปรับเปลี่ยนที่ตอบสนองต่อการปรับเปลี่ยนของสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมอื่น ๆ ที่เข้ามากระทบ หรือการพัฒนาเทคโนโลยี (Louie ,2000) Ebersole and Hess (1998) ได้แบ่งระบบความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ แบ่งเป็น 3 กลุ่มอย่างกว้าง ๆ คือ

1. Biomedical or Western system แนวคิดนี้สนับสนุนเกี่ยวกับการเกิดโรค (Disease) อันเป็นผลมาจากความผิดปกติของโครงสร้าง หน้าที่ การทำงานของระบบร่างกาย แนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลของในระบบการดูแลแบบตะวันตก การเจ็บป่วย (illness) ถูกใช้เพื่อบรรยายอาการไม่สุขสบาย หรือเจ็บไข้ การประเมินและการวิเคราะห์สุขภาพจะใช้รูปแบบวิธีการ กระบวนการมีขั้นตอนที่เด่นชัด ในการระบุการเกิดโรค ความผิดปกตินั้นๆ และการกำจัดสาเหตุโดยการดูแลรักษา ซ่อมแซมส่วนที่เป็นปัญหา ซึ่งจัดเป็นส่วนของการรักษา ดังนั้นผู้ให้การรักษาต้องมีทักษะเฉพาะตัวทางด้านความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ สามารถทำการศึกษาทดลอง รู้ในขั้นตอนและกระบวนการของการเกิดโรค การป้องกันไม่ให้เกิดโรค คือ การป้องกันไม่ให้เกิดพยาธิสภาพของโรค จากสารเคมี การดำเนินกิจกรรมหรือ สารกระตุ้นอื่น ๆ อันเป็นสาเหตุของการสูญเสียหน้าที่การทำงาน

2. Personalistic or magicoreligious system อาจกล่าวได้ว่าเป็นแนวคิดเริ่มต้นด้านสุขภาพ โดยมีขนาดของกลุ่มค่อนข้างเล็ก แยกตัวเองออกมา ไม่ค่อยมีการติดต่อกับแหล่งอารยธรรมอื่น ๆ ที่สูงกว่า แนวคิดนี้เชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นสาเหตุจากการกระทำ การแทรกแซงของตัวแทนผู้มีอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น พระเจ้า เทวดา ผี แม่มด พวกไม่ใช่มนุษย์ทั้งหลาย ใครที่ทำให้ผู้มีอำนาจเหนือธรรมชาติไม่พอใจ บุคคลนั้นจะถูกคุกคาม ถูกลงโทษ ไม่สามารถกิน นอน ดำรงชีวิตอยู่ได้ และอาจถึงขั้นเสียชีวิต แนวทางการรักษาอาจใช้คาถา การใช้วิธีการต่อต้านป้องกัน พิธีกรรมต่าง ๆ ในการช่วยเหลือ แนวคิดนี้เน้นทางด้านจิตใจมากกว่าการแสดงอาการทางด้านร่างกาย และมักมีความเชื่อด้านศาสนาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย นอกจากจะเน้นด้านสุขภาพของมนุษย์แล้ว แนวคิดนี้ยังเชื่อว่าการเกิดภัยธรรมชาติต่างๆ ก็มาจากผู้มีอำนาจเหนือมนุษย์เช่นกัน

3. Naturalistic or holistic เป็นระบบความเจ็บป่วยที่ไม่ตายตัว มีความยืดหยุ่นได้ มีความเชื่อว่า สุขภาพร่างกายมีการผสมผสานกันอย่างสมดุลขององค์ประกอบเมื่อเกิดความไม่สมดุลความเจ็บป่วยก็จะถูกแสดงออกมาซึ่ง การเปลี่ยนแปลงความสมดุลอาจเกิดจาก อาหาร ยา สภาวะแวดล้อม อารมณ์ สภาวะของร่างกาย หรือ พลังความร้อน/เย็นในร่างกาย มักพบแนวความเชื่อนี้ใน จีน อินเดีย และกรีซ นอกจากนี้ยังพบได้แพร่หลายมากขึ้นตามสถานที่ต่าง ๆ ของโลก ในการวิเคราะห์ความเจ็บป่วยจะหาสาเหตุแห่งความไม่สมดุลของความร้อน-เย็น การรักษาก็จะทำให้เกิดความสมดุลกลับมา เช่นการเจ็บป่วยที่เกิดจากมีความร้อนมากเกินไป ก็จะหาความเย็นต่างๆ มาเป็นการรักษา อาจใช้สมุนไพร อาหาร การจัดการด้านโภชนาการ เป็นต้น

ดังนั้นในวัฒนธรรมที่แตกต่างกันจึงมีแนวคิดความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพที่แตกต่างกันอันส่งผลถึงการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุด้วย ดังเช่น Leininger (1995 cited in Omeri, 1997) กล่าวว่า วัฒนธรรม ความเชื่อคุณค่า และการให้ความหมายผ่านทางวัฒนธรรมจะช่วยในการอธิบายสภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่มีคุณภาพและมีความหมายเฉพาะในแต่ละวัฒนธรรม เช่นการศึกษาของ DiPasquale-Davis and Hopkins

(1997) ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ Filipino พบว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายทุกวันและบอกว่าเป็นสิ่งที่อยู่ในวัฒนธรรมของพวกตน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Omeri (1997) ในการศึกษากลุ่มชาวอิหร่านที่ย้ายไปอยู่อาศัยในออสเตรเลีย พบว่าวัฒนธรรมเดิมเกี่ยวกับสุขภาพในการกินอยู่ ดูแลสุขภาพ ที่เป็นเอกลักษณ์ของชนชาติและศาสนายังคงมีอยู่เช่นเดิม โดยมีการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบภายนอกเพียงเล็กน้อยดังนั้นในวัฒนธรรมที่แตกต่างกันจึงมีแนวคิดความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพที่แตกต่างกัน อันส่งผลถึงการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุด้วย ดังเช่น Leininger (1995 cited in Omeri, 1997) กล่าวว่า วัฒนธรรม ความเชื่อคุณค่า และการให้ความหมายผ่านทางวัฒนธรรมจะช่วยในการอธิบายสภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยต่างๆ ที่มีคุณภาพและมีความหมายเฉพาะในแต่ละวัฒนธรรม เช่นการศึกษาของ DiPasquale-Davis and Hopkins (1997) ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ Filipinoพบว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายทุกวันและบอกว่าเป็นสิ่งที่อยู่ในวัฒนธรรมของพวกตน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Omeri (1997) ในการศึกษากลุ่มชาวอิหร่านที่ย้ายไปอยู่อาศัยในออสเตรเลีย พบว่าวัฒนธรรมเดิมเกี่ยวกับสุขภาพในการกิน อยู่ ดูแลสุขภาพ ที่เป็นเอกลักษณ์ของชนชาติและศาสนายังคงมีอยู่เช่นเดิม โดยมีการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบภายนอกเพียงเล็กน้อย

วัฒนธรรมมีผลต่อการดำเนินวิถีชีวิตและการปฏิบัติ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พยาบาลต้องตระหนักในประเด็นเหล่านี้เพื่อทำการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับวัฒนธรรมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ เพื่อก่อให้เกิดความผาสุกและภาวะสุขภาพดียิ่งขึ้น

4.2 การรับรู้และการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

พยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องตระหนักถึงการประเมินผู้สูงอายุ จะต้องเป็นผู้มีความสามารถและมีทักษะในการประเมินผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมมากที่สุด ในการประเมินผู้สูงอายุนั้นพยาบาลต้องอาศัยองค์ประกอบต่าง ๆ เข้าร่วมในการประเมิน เช่น ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นต้น ทั้งนี้มีหลายแนวคิดและเครื่องมือที่ช่วยพยาบาลในการประเมินผู้สูงอายุในด้านและระบบต่าง ๆ (Luecknotte, 2000) อนึ่ง ในการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถใช้การประเมินได้ 3 วิธี คือ 1) การใช้ข้อมูลที่ได้รับจากผู้สูงอายุ โดยการให้ผู้สูงอายุทำการประเมินสุขภาพตามการรับรู้ของตนเอง 2) การประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ที่ได้รับการฝึกโดยตรงเพื่อให้ได้ข้อวินิจฉัย 3) การใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถึงปัญหาทางสุขภาพที่ผู้สูงอายุรับรู้

ในการสำรวจทางระบาดวิทยาขนาดใหญ่มักจะใช้การประเมินโดยการสัมภาษณ์ตามแบบทดสอบที่ได้รับการพัฒนาเพื่อการสำรวจโดยครอบคลุมการศึกษาสถานะสุขภาพวิธีที่หนึ่งและสอง ในขณะที่การศึกษาขนาดใหญ่เพื่อการประเมินโดยการตรวจร่างกายหรือสมรรถภาพและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือตรวจพิเศษยังมีค่อนข้างน้อย (สิรินทร ฉันศิริกาญจน, ประคอง อินทรสมบัติ และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

ศิริวรรณ ศิริบุญ (2539) ได้กล่าวถึงการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยวิธีการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามนั้น วิธีที่ดีที่สุดที่ได้รับการเสนอแนะและถือปฏิบัติจากนักวิชาการและนักวิจัยหลายท่านคือ การให้ผู้สูงอายุเป็นผู้รายงานหรือประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยความรู้สึกของตนเองซึ่งสอดคล้องกับการประเมินสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในการศึกษาของ McConnell and Matteson (1988) พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างสูงกับสภาวะสุขภาพที่ทำการวัดตามวัตถุประสงค์ที่มีการกำหนดไว้ ซึ่งปัจจุบันผู้วิจัยพบว่าการยอมรับในการประเมินภาวะสุขภาพตนเองในด้านสุขภาพนั้นได้รับความแพร่หลายและได้นำมาใช้ในงานวิจัยเป็นจำนวนมาก เช่น การศึกษาของ DiPasquale – Davis, and Hopkins (1997), Van Maanen (1988) และ เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (2542) ดังนั้นในการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุครั้งนี้โดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ จึงใช้การประเมินตนเองว่าเป็นผู้มีสุขภาพดีเป็นคุณสมบัติข้อหนึ่งของผู้ให้ข้อมูล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลด้านวัฒนธรรม และการรับรู้ และการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเข้าใจในการผสมผสานอิทธิพลของวัฒนธรรมเข้าในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และเข้าใจถึงการประเมินสภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้สูงอายุได้

5. บทบาทของพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความผาสุกของผู้สูงอายุ โดยช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สามารถดำเนินกิจกรรม หน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามศักยภาพมากที่สุด และเมื่อจะตายก็ต้องตายอย่างบุคคลที่มีคุณค่าสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (ประคอง อินทรสมบัติ, 2543) พยาบาลจำเป็นต้องมีองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้ด้านพื้นฐานความต้องการของมนุษย์ การเจริญเติบโตเปลี่ยนแปลงของมนุษย์ ความหลากหลายของวัฒนธรรม ศีลธรรมของผู้สูงอายุที่พยาบาลต้องคำนึงถึง รวมทั้งนโยบายของประเทศและสภาวะเศรษฐกิจที่จะเป็นตัวบ่งบอกถึงระบบสุขภาพของผู้สูงอายุได้ (Meiner, 2000) เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นของพยาบาลก่อนให้การดูแลผู้สูงอายุนอกจากนี้พยาบาลต้องมีเจตคติที่ดีในการพยาบาลผู้สูงอายุ เจตคติที่ดีจะนำไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม (ประคอง อินทรสมบัติ, 2542) เจตคติทางลบกับ

ผู้สูงอายุทำให้เกิดการดูแลที่ไม่ครอบคลุม ไม่มีศักยภาพ พยาบาลจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญและสร้างเจตคติใหม่ให้เห็นถึงความแตกต่างของบุคคลวัยสูงอายุ ให้ความสำคัญในการแสวงหาความรู้ และความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ นอกจากนั้นพยาบาลยังต้องเป็นผู้แสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่องในการให้การพยาบาล เพื่อให้เกิดความรู้ ความชำนาญ สามารถพัฒนาให้เกิดองค์ความรู้หลักในการพยาบาลผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้ การพยาบาลผู้สูงอายุมุ่งให้เกิดภาวะสุขภาพดี และค้นหาป้องกันโรค ความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ (Ebersole and Hess, 1998) หลักการพยาบาลผู้สูงอายุที่สำคัญคือ การช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจ สนใจดูแลสุขภาพของตนเอง เกิดภาวะพึ่งพาบุคคลอื่นน้อยลง สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2543) ซึ่งนิตยา ภาสุนันท์ (2545) ได้แบ่งความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด พยาบาลเพียงแต่ให้คำแนะนำ ชี้แจงให้ปฏิบัติ (supportive education) 2) ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือทดแทนบ้าง (partly compensatory) และ 3) ต้องช่วยเหลือกิจกรรมทั้งหมดแก่ผู้สูงอายุ (wholly compensatory) ซึ่ง Fletcher (1994) และ Lueckenotte (2000) ได้ระบุบทบาทของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาล (Nursing Practice) พยาบาลสามารถนำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพมาปรับใช้ ช่วยในการประเมิน วิเคราะห์ และนำมาปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลได้ พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้จัดการ ทั้งการให้ความรู้ ทำการประเมินสภาวะร่างกายทั้งตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ในส่วนที่เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพ ระบบการดูแลสุขภาพจะเปลี่ยนจากเน้นในโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน ซึ่งประชากรที่อาศัยในชุมชนควรเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก เน้นแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันเกี่ยวกับสุขภาพ มุ่งสู่การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การป้องกันโรค และป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น ในการดำเนินการด้านนี้จะประกอบด้วย

1.1 การประเมินร่างกาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม ครอบครัว แนวคิด ความเชื่อต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจนำแบบประเมินมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับในการตรวจคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ADL, IADL, MMSE, แบบประเมินสภาพจิตจุฬา เป็นต้น เข้าร่วมในการประเมิน พยาบาลผู้ประเมินต้องมีทักษะและศิลปะในการสนทนา การสังเกต เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจากผู้สูงอายุ ปัจจุบันผู้สูงอายุมีความรู้ ความสามารถในการหาข้อมูล พิจารณาเลือกในสิ่งที่ดี ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ และมุ่งให้เกิดความผาสุก นอกจากนั้นวิไลวรรณ ทองเจริญ (2543) ได้กล่าวถึงกลวิธีในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพ (Health cares education) ผู้สูงอายุนั้น จะต้องเริ่มจากการประเมินการรับรู้สภาวะสุขภาพ ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การรับรู้

ประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเป้าหมายชีวิตซึ่งแสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วม และคำนึงถึงศักยภาพของผู้สูงอายุ ต้องการการจูงใจ การใช้กลุ่มสนับสนุน

1.2 การตั้งวัตถุประสงค์ การลงมือปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ ทั้งนี้อาจมีการจัดบริการให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการ (Access to service) เป็นการจัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุเป็นโครงการหนึ่งของโรงพยาบาลที่ผู้สูงอายุสามารถใช้บริการได้สะดวกมากขึ้นนอกจากนั้นการจัดบริการเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อให้เกิดครอบคลุมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดหรือมีปัญหาเฉพาะ เพื่อให้การช่วยเหลือได้ครอบคลุมที่สุดและในชุมชนนั้นพยาบาลสามารถทำงานร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุและชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรม และกำหนดเป้าหมาย การให้ความรู้ด้านสุขภาพที่พยาบาลจะต้องปรับให้เหมาะกับความเชื่อ สังคม และวัฒนธรรมนั้น ๆ อนึ่งในการให้ความรู้ และคำปรึกษาในการส่งเสริมดูแลสุขภาพ ควรเริ่มก่อนมีการเกษียณอายุ และดำเนินไปจนถึงผู้สูงอายุจากไปในช่วงสุดท้ายของชีวิต

1.3 ทำการส่งต่อเมื่อต้องการรักษาที่ต่อเนื่องหรือต้องการรักษาที่มีความซับซ้อนมากขึ้น พร้อมติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อความพร้อมในการปรับแผนในการดูแลผู้สูงอายุ ในการให้การพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ ผู้ให้การดูแลต้องตระหนักถึงความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ ความเจ็บป่วย วิธีการรักษา สิ่งที่จะเกิดตามมาหลังการรักษา ทั้งภาวะโรคเรื้อรัง ภาวะสังคม ภาวะเศรษฐกิจ รวมทั้งต้องพัฒนาการร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อประโยชน์อันสูงสุดที่จะเกิดกับผู้สูงอายุ

1.4 ประเมินผลการดำเนินงานทั้งบุคคลและชุมชน รวมทั้งองค์ประกอบอื่น ๆ ทั้งปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่อไปในอนาคต

2. ด้านการศึกษาพยาบาล (Nursing Education) ต้องจัดการเตรียมพยาบาลให้เพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุ โดยการเตรียมพยาบาลในระดับต่าง ๆ ให้พอเพียงในการดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เช่น เพิ่มจำนวนผู้ช่วยพยาบาล พยาบาลระดับปริญญาบัณฑิต มหาบัณฑิต และดุษฎีบัณฑิต รวมทั้งการอบรมโปรแกรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุต่าง ๆ และพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนทั้งในด้านความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ การฝึกทักษะปฏิบัติด้านการพยาบาลวิกฤติ การส่งเสริมสุขภาพ การคงสภาวะสุขภาพ ร่วมด้วยการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในหลาย ๆ สถานที่ เช่น ในสถานพยาบาล ในชุมชน ที่พักฟื้นสุขภาพ โดยทำการประสานงานเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นต้องเป็นผู้ใฝ่หาความรู้พัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติ ดัดแปลง รวบรวมแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพ บุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้าร่วมกัน โดยพยาบาลต้องตระหนักถึงการขยายกว้างขึ้นของบทบาทพยาบาลของตนเอง พยายามพัฒนาทักษะในการดำเนินบทบาทผู้อำนวยความสะดวก ให้ความรู้ด้านสุขภาพให้ดีมากที่สุด นอกจากนั้นต้องมีการพัฒนาเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ การเขียนเอกสาร จากบุคลากรทั้งใน

ระดับปริญญาโทและเอกเพิ่มขึ้น เพื่อการพัฒนา เผยแพร่ ถ่ายทอด พัฒนาองค์ความรู้ไปอย่างต่อเนื่อง

3. บทบาทการวิจัยทางการพยาบาล (Nursing Research) Lueckenotte (2000) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการศึกษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ พบว่ายังขาดองค์ประกอบอีกหลายอย่าง เช่น ด้านทฤษฎี กรอบแนวคิดที่เป็นของผู้สูงอายุจริง ๆ และยังขาดการศึกษาวิจัยทั้งในระยะยาว และการศึกษาเชิงพรรณนา ซึ่งการศึกษาส่วนมากยังศึกษาในสถานพยาบาลต่าง ๆ และไม่ได้มุ่งเน้นถึงปัญหาการเจ็บป่วย หรือผลที่เกิดจากการได้รับการดูแล แม้ว่าในระยะหลังมีการศึกษาในด้านการเจ็บป่วยมากขึ้น เช่น ภาวะสับสน ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การผูกมัด การหกล้ม และแผลกดทับ สิ่งเหล่านี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการให้การดูแลผู้สูงอายุ และในด้านการวิจัยอื่น ๆ อีก ประเด็นการศึกษาวิจัยที่คาดว่ายังต้องได้รับการศึกษาเพิ่มเติมอีก เช่น ผลของการดูแลผู้ป่วย และสถานพยาบาลต่าง ๆ การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ การป้องกันโรค การเกิดความพิการ การเจ็บป่วยต่าง ๆ แนวทางการดูแลสุขภาพทางอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของไพรินทร์ สมบัติ (2540) ที่เสนอแนะว่าควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้แก่ พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ยา และการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ความรู้ใหม่ที่ได้จะสามารถใช้เป็นพื้นฐานความรู้ในการศึกษาพยาบาลการดูแลปฏิบัติผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมและเฉพาะเจาะจงขึ้น งานวิจัยทางด้านต่าง ๆ เหล่านี้สามารถนำไปสู่ทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ สามารถนำความรู้และผลการวิจัยมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล สนับสนุนการสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ เพื่อพัฒนาเป็นมาตรฐานในการพยาบาลผู้สูงอายุในแต่ละประเด็นปัญหาและใช้เป็นหลักในการปฏิบัติการพยาบาล (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2543)

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุนับว่ามีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมากเพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมในทุก ๆ ด้านของสุขภาพ รวมทั้งเป็นผู้นำในการปรับเปลี่ยนแนวคิด ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งในครอบครัว ชุมชน และ สังคม พร้อมทั้งค้นคว้า ศึกษาความรู้ต่างเพิ่มเติม ๆ เพื่อพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

6. การวิจัยเชิงคุณภาพ

การศึกษาวิจัยโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ถูกนำมาใช้อย่างมากขึ้น ในการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลเพื่อให้พยาบาลได้รับรู้ และเข้าใจในประสบการณ์ หรือสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับรู้ รู้สึกตามความรับรู้ของบุคคลและบริบทสิ่งแวดล้อม ในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ และความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

6.1 แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพได้รับการยอมรับ มีค่า มีความหมาย และมีความสำคัญในการเป็นหลักพัฒนาแก่นองค์ความรู้ทางการพยาบาล (Streubert Speziale and Carpenter, 2003) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพไว้หลากหลายดังต่อไปนี้

Burns (1989) ได้กล่าวสรุปถึงการวิจัยเชิงคุณภาพว่าเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการศึกษาในมุมมองของปฏิฐานนิยม ซึ่งใช้วิธีพื้นฐานในการศึกษา กลุ่มคำที่ได้จากการศึกษาจะประกอบด้วยข้อมูลวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิธีการอุปนัยเป็นส่วนเริ่มต้นที่สำคัญ และผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลจะถูกนำมาพัฒนาเป็นทฤษฎีได้

Strauss and Corbin (1990) ให้ความหมายของการศึกษาเชิงคุณภาพว่าเป็นการศึกษาวิจัยชนิดหนึ่ง ซึ่งกระบวนการศึกษาไม่ได้มาจากขบวนการแปลข้อมูล ความหมายทางสถิติ หรือการแปลความหมายจากการคำนวณอื่น ๆ แต่มันสามารถอ้างอิงถึงการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับชีวิตของบุคคล เรื่องราวของพฤติกรรม อาจรวมถึงระบบการดำเนินงานขององค์กร การเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงทางสังคม หรือความสัมพันธ์ซึ่งส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน ข้อมูลบางส่วนอาจมีตัวเลขได้ เช่น สำมะโนประชากร ผู้วิจัยอาจได้ข้อมูลจากจากความหมายที่ได้จากการสัมภาษณ์และสังเกต ซึ่งเป็นวิธีพื้นฐานทั่วไปของงานวิจัยเชิงคุณภาพ กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลแบบไม่ใช้วิธีการคำนวณ ผลของการศึกษาที่ได้จะมาจากข้อมูลที่ประกอบด้วยการรวบรวมความหมายในการศึกษาที่มีมากมายและหลากหลาย

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์ (2536) กล่าวถึงการวิจัยเชิงคุณภาพว่าเป็นการให้ความสำคัญแก่ข้อมูลจากประสบการณ์ตรง เน้นการให้ความหมาย ความรู้สึก และวัฒนธรรม ตามการรับรู้ของผู้ที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้น ๆ เพื่อนำข้อเท็จจริงที่อยู่ในลักษณะของคำพูด รูปภาพ ข้อมูลเอกสาร ฯลฯ มาวิเคราะห์หาข้อสรุปใหม่ ๆ เป็นข้อเสนอทางทฤษฎี เป็นการวิจัยที่มุ่งสร้างทฤษฎี หรือสมมติฐานใหม่ ๆ โดยไม่ใช้วิธีการทางสถิติมาช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล ไม่นิยมสร้างกรอบแนวคิดจากทฤษฎีที่มีอยู่ก่อน เพราะเชื่อว่าจะทำให้เกิดความลำเอียงในการวิจัย แต่เป็นการแสวงหาข้อเท็จจริงที่มีการยืดหยุ่นตามลักษณะของข้อเท็จจริง

ศิริพร จิรวัฒน์กุล (2546) ได้สรุปความหมายของการวิจัยเชิงคุณภาพไว้ 2 ลักษณะ คือ

1. ความหมายในลักษณะของเป้าหมาย และวิธีการศึกษา โดยมีเป้าหมายเพื่อหาความจริงโดยการพิจารณาปรากฏการณ์จากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น วิธีการนี้จะสนใจในข้อมูลด้านประวัติชีวิต โลกทัศน์ ความรู้สึกนึกคิดของบุคคล ใช้วิธีการศึกษาโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ เป็นวิธีการหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล เน้นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความ สร้างข้อสรุปแบบอุปนัย

2. ความหมายในลักษณะของวิธีการเก็บข้อมูล และประเภทข้อมูล ใช้วิธีการเก็บข้อมูลจากการสังเกต โดยเข้าไปอยู่ในชุมชนที่ศึกษา ประกอบด้วยการสนทนาพูดคุย และสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ หรือศึกษาโดยอาศัยเอกสาร การตีความ เช่น นักประวัติศาสตร์ศึกษา การสร้างข้อสรุปมิได้อาศัยข้อมูลประเภทตัวเลขสถิติเป็นหลัก แต่สร้างขึ้นจากข้อมูลที่สังเกตได้ด้วยตนเอง และเรื่องที่ได้รับฟังจากการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการแสวงหาความรู้อีกหนึ่งวิธี โดยจะสนใจในความรู้สึก ความคิด ค่านิยมการให้ความหมายของบุคคลผ่าน ชีวิตของบุคคล สังคม สภาวะแวดล้อม วัฒนธรรม ตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งข้อมูลสามารถอยู่ได้ในหลายรูปแบบ เช่น คำสนทนา การปฏิบัติ รูปภาพ ข้อมูลเอกสาร รวมทั้งวิธีการรวบรวมข้อมูลก็มีหลากหลายวิธี ทั้งการสนทนา การสังเกต การสัมภาษณ์ โดยข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาวิเคราะห์พิจารณาความหมาย ตีความ และตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย สามารถนำไปพัฒนาเป็นข้อเสนอทฤษฎี หรือสมมติฐานใหม่ ๆ ได้

นอกจากการให้ความหมายของการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการศึกษาเชิงคุณภาพแล้ว แนวคิดพื้นฐานของการวิจัยเชิงคุณภาพยังเป็นวิธีการแสวงหาความรู้ภายใต้ปรัชญาแนวคิดปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology) ซึ่งเชื่อว่าสังคมมนุษย์มีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา (Dynamic) ปรากฏการณ์ทางสังคมมีความแตกต่างกัน มีลักษณะเฉพาะของแต่ละสังคม และระยะเวลา จึงไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามกฎธรรมชาติ ซึ่งปรากฏการณ์ทางสังคมเกิดจากสมาชิกของสังคม มีการรับรู้ ให้ความหมาย และแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบริบท (Context) ที่ตนอยู่อาศัย ณ เวลานั้น ๆ ออกมา (ชาย โพธิสิตา, 2545) ดังนั้นการแสวงหาความรู้ภายใต้แนวคิดนี้จึงให้ความสำคัญต่อความรู้สึก และอิทธิพลทางสังคม วัฒนธรรมอย่างมาก (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2546)

ในด้านการกำหนดขอบเขตของขนาดกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยเชิงคุณภาพนั้น ไม่ได้มีการกำหนดอย่างชัดเจน ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ สิ่งที่ต้องการศึกษาหาคำตอบ คุณภาพของผู้ให้ข้อมูล และรูปแบบวิธีของการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอาจขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของ

ข้อมูลที่ได้ (Polit and Hungler, 1999) จากการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล จนกระทั่งได้ความอิ่มตัวนั้นคือ พบว่าข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ในระยะต่อมามีความซ้ำซ้อน ไม่มีข้อมูลที่ใหม่แตกต่างจากข้อมูลที่มีอยู่ ได้รับการตรวจสอบอย่างถูกต้อง จำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยทั่วไป ซึ่งการอิ่มตัวของข้อมูลนั้นเป็นการชี้วัดอย่างหนึ่งที่จะช่วยบอกว่า ข้อมูลที่เก็บมานั้นเพียงพอหรือไม่ และอาจกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ว่าเพียงพอหรือต้องการกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม การอิ่มตัวของข้อมูลนั้นมีหลากหลายวิธีในการทดสอบ เช่น การทดสอบทางทฤษฎี เทคนิคการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม หรือการทดสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (ประณีต ส่งวัฒนา, วิภาวี คงอินทร์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ , 2543)

ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ Streubert and Carpenter (1999) ระบุว่าการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา มีแนวคิดวิธีการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจะต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์นั้นๆ เป็นผู้ที่มีข้อมูลมากพอในการให้ข้อมูล ตัวอย่างที่ถูกเลือกต้องมีความหลากหลายเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เพียงพอในการอธิบายหรือเห็นภาพของการศึกษาที่ชัดเจน การศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพไม่ใช้วิธีการทางสถิติในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง แต่เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นได้อย่างเป็นอิสระ ไม่มีอคติของผู้วิจัย ทั้งนี้อาจมีหลายวิธีในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เช่น การเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบสะดวก (Convenience sampling) การเลือกแบบสายใยเชื่อมโยง (Snowball sampling) และการเลือกอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎี (Theoretical sampling) (Polit and Hungler, 1999) โดยทั่วไปแล้วจึงนิยมใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบกำหนดคุณสมบัติ (Proposive sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ตรงตามประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา (Streubert and Carpenter, 1999)

วิธีการเก็บข้อมูล ที่ใช้นั้นพบว่า Patton (2002) ได้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มวิธี คือ 1) การสัมภาษณ์เชิงลึกและการใช้คำถามปลายเปิด ผู้วิจัยจะได้รับประสบการณ์ตรงตามความหมาย ความรู้สึก ความรู้ของผู้ให้ข้อมูล 2) การสังเกตโดยตรง จะได้กริยา อารมณ์ต่าง ๆ พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล 3) จากการจดบันทึก ทั้งผู้วิจัยบันทึกและผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้บันทึก เป็นการแสดงอารมณ์ความรู้สึก

แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพทำให้เกิดความเข้าใจใน ความหมาย แนวคิดพื้นฐาน วิธีการดำเนินการวิจัยอย่างถ่องแท้ ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณเพื่อให้ผู้วิจัยสามารถทำการวิจัยได้อย่างถูกต้องตามกระบวนการ และข้อกำหนดพื้นฐานที่มี

6.2 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยเชิงคุณภาพนิยมเลือกใช้กันมากที่สุดวิธีการหนึ่ง เพราะเป็นวิถีทางที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยตรง ด้วยการสนทนาอย่างมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงระหว่างผู้สัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูล โดยมีจุดสนใจอยู่ที่การรับรู้ของตนเองและประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อมองการเข้าใจความคิด ความหมาย นิยามและการตีความสถานการณ์ของแต่ละบุคคล ที่แสดงออกด้วยคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเอง อันจะนำไปสู่การเข้าใจพฤติกรรมของบุคคล ว่าเพราะเหตุใดเขาถึงมีพฤติกรรมในวิถีทางที่เขาประพฤติ (Minichielo et al. อ้างถึงใน กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 1997)

การสัมภาษณ์มีผู้คิดและพัฒนาขึ้นหลายประเภท ซึ่งอาจใช้สัมภาษณ์เป็นรายบุคคลหรือสัมภาษณ์เป็นกลุ่มและใช้เวลามากหรือน้อยแตกต่างกันไป โดยส่วนใหญ่แบ่งการสัมภาษณ์ออกเป็น 2 ประเภท (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 1997; สุภางค์ จันทวานิช, 2539) ดังนี้

1. การสัมภาษณ์แบบเป็นทางการ (The formal conversational interview) ผู้สัมภาษณ์จะใช้ “แนวทางการสัมภาษณ์” ที่สร้างจากสาระ ประเด็น คำถามการวิจัย เพื่อใช้เป็นแนวคำถามในการสนทนา ส่วนในการสนทนาจริงจะมีความยืดหยุ่นและเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถพูด แสดงออกถึงการรับรู้ของเขาได้อย่างอิสระ

2. การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (The informal coversational interview) เป็นการสัมภาษณ์โดยไม่มีการกำหนดหัวข้อสนทนา แต่ก็มิได้ปล่อยให้เป็นการสนทนาอย่างไร้ทิศทาง โดยส่วนมากผู้สัมภาษณ์จะใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่นำไปสู่ประเด็นที่เป็นความสนใจของผู้สัมภาษณ์ (Patton, 2002: 342)

6.2.1 การเตรียมก่อนการสัมภาษณ์

ผู้สัมภาษณ์ควรมีการตรียมตัวก่อนการสัมภาษณ์ เพื่อให้สามารถดำเนินงานตามวัตถุประสงค์และเป็นการช่วยลดความเสี่ยงที่เกิดในการสัมภาษณ์ได้ โดยสิ่งที่ควรมีการตระเตรียมก่อนการสัมภาษณ์ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 1997) ได้แก่

1. การเตรียมตัวผู้สัมภาษณ์ เพื่อให้มีความพร้อมในการดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้สัมภาษณ์ต้องมีการเตรียมตนเอง ดังนี้

1.1 ด้านเนื้อหาวิชาการ ผู้สัมภาษณ์ควรทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่ศึกษาก่อนการดำเนินการสัมภาษณ์ เพื่อสร้างความไวเชิงทฤษฎีให้กับตนเอง อีกทั้งเป็นวิถีทางสำหรับการตัดสินใจเลือกประเด็นปัญหาที่จะนำมาทำวิจัยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และกระตุ้นให้เกิดคำถามใหม่ที่ยังไม่เคยปรากฏในวรรณกรรมมาก่อน

1.2 ด้านระเบียบวิธีการวิจัย ผู้สัมภาษณ์แบบเจาะลึกต้องศึกษา วิเคราะห์ ทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้และทดลองฝึกปฏิบัติเทคนิคการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์ข้อมูล ก่อนลงมือทำการวิจัย

1.3 ด้านการปรับตัวและพัฒนาคุณสมบัติเฉพาะตัวของผู้สัมภาษณ์ ด้วยการสร้างความสัมพันธ์ ความไว้เนื้อเชื่อใจจากผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งควรศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลเพื่อนำมาประกอบการปรับปฏิสัมพันธ์และการสนทนาให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของผู้ให้ข้อมูล

2. การเตรียมแนวทางการสัมภาษณ์ (Patton, 2002: 343-344) ก่อนลงมือสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ต้องสร้างแนวทางการสัมภาษณ์ให้ชัดเจน โดยเป็นคำถามหรือประเด็นที่ผู้สัมภาษณ์ให้ความสนใจ เพื่อใช้เป็นแนวคำถามในการสนทนา ซึ่งช่วยให้ผู้สัมภาษณ์เกิดความเข้าใจและกระจ่างในประเด็นที่สนใจได้ ดังนั้นในการสร้างคำถาม ผู้สัมภาษณ์ต้องใช้คำถามที่กระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมอย่างเป็นธรรมชาติและผู้สัมภาษณ์ต้องไม่มีอคติ หรือกำหนดคำตอบไว้ล่วงหน้า คำถามเหล่านี้ผู้สัมภาษณ์ควรนำไปทดสอบก่อนการเก็บข้อมูลจริง เพื่อดูความเป็นไปได้ของภาษาและวิธีถาม

ประโยชน์ของการมีแนวทางการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้สัมภาษณ์สามารถกำหนดเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ได้ อีกทั้งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มีความครอบคลุมในประเด็นที่ต้องการศึกษา

6.2.2 การดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ผู้สัมภาษณ์จะต้องคำนึงถึงจริยธรรมในการเก็บข้อมูลทุกขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มต้นและต่อเนื่องไปจนกระทั่งการเผยแพร่ต่อสาธารณชน ดังแนวทางปฏิบัติคือ

1. การเคารพและไม่ล่วงละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้ให้ข้อมูล โดยให้อิสระในการยินยอมด้วยการแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าตนเองมีอิสระในการตัดสินใจยินยอมให้ข้อมูล โดยจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ รวมทั้งสามารถบอกยุติการให้ความร่วมมือและขอข้อมูลกลับคืนได้ตลอดเวลา พร้อมทั้งผู้ให้ข้อมูลจะต้องได้รับคำอธิบายล่วงหน้าถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัยและการถามคำถามต่าง ๆ ก่อนที่จะตัดสินใจให้คำตอบ ซึ่งผู้สัมภาษณ์อาจจะขออนุญาตทั้งด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษร พร้อมกับขอความยินยอมในการจดบันทึก/การบันทึกเสียงร่วมด้วย

2. การรักษาความลับและการปกป้องสวัสดิภาพ ด้วยการปกปิดนามผู้ให้ข้อมูล บันทึกต่าง ๆ จะถูกจัดเก็บอย่างเป็นความลับ และถูกลบทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ได้แก่ การบันทึกเสียงร่วมกับการจดบันทึก

แม้ว่าการบันทึกเสียงจะเป็นวิธีการที่บันทึกข้อมูลดิบที่เป็นภาษาพูดได้ครบถ้วน แต่ก็มีข้อจำกัด คือไม่สามารถบันทึกข้อมูลที่เป็นภาษาท่าทาง และบริบทของการสนทนาที่อาจเกี่ยวข้องกับการตีความข้อมูลได้ ส่วนวิธีการจดบันทึกมีข้อดีที่สามารถบันทึกย่อในขณะที่ฟังได้ทันที แต่ก็มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถบันทึกได้ครบถ้วน ฉะนั้นในทางปฏิบัติจึงนิยมที่จะใช้การบันทึกเสียงเป็นวิธีการหลักและใช้วิธีการจดบันทึกเป็นวิธีการเสริม โดยหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ต้องรีบจดบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์ รวมทั้งประเมินข้อมูลความคิด ความเข้าใจที่เกิดทันทีอย่าผลัดวันการจดบันทึกเพราะจะลืม การจดบันทึกนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ สำหรับข้อมูลสัมภาษณ์ที่บันทึกเทปไว้นั้นก็ต้องได้รับการถอดเทปและพิมพ์ การถ่ายทอดพิมพ์จะต้องพิมพ์ทุกคำพูด ห้ามตกแต่ง ปรับแก้เพราะข้อมูลดิบเหล่านี้จะนำมาใช้เพื่อการวิเคราะห์และอ้างอิงคำพูดของผู้ให้สัมภาษณ์คำต่อคำ (นิศา ชูโต, 2540)

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นอีกหนึ่งวิธีที่ได้รับความนิยมในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยต้องศึกษาแนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรวมทั้งฝึกทักษะในการสัมภาษณ์ และปฏิบัติตามข้อกำหนดอย่างเคร่งครัด เพื่อให้ได้ข้อมูลในการสนทนาตรงตามเป้าหมายที่ต้องการศึกษามากที่สุด

6.3 การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล คือ การนำเอาข้อมูลที่ได้จากการค้นคว้าวิจัยมาจัดกระทำให้เป็นระบบและหาความหมาย แยกแยะองค์ประกอบ รวมทั้งเชื่อมโยงและหาความสัมพันธ์ของข้อมูล เพื่อให้สามารถนำไปสู่ความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นกระบวนการที่ไม่ได้แยกส่วนออกมาจากกระบวนการเก็บข้อมูล กล่าวคือ ตั้งแต่เริ่มต้นที่นักวิจัยจะลงมือศึกษาปัญหาใดปัญหาหนึ่ง นักวิจัยต้องทำการบันทึกข้อมูลที่ได้ไว้อย่างเป็นระบบ ในรูปของ Field note ซึ่งถือได้ว่าเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลระดับหนึ่งเพื่อเป็นการทบทวน ตรวจสอบข้อมูลที่ได้และทำความเข้าใจกับความหมายของข้อมูลนั้น ดังนั้นในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเชิงคุณภาพจึงเป็นการดำเนินการที่ต่อเนื่องและเกี่ยวพันกันเสมอ เมื่อได้ข้อมูลมาแล้ว นักวิจัยจะทำการจำแนกและจัดหมวดหมู่ให้เป็นระบบเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา แนวคิดของการจำแนกข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพจึงเป็นการนำข้อมูลที่มีความซับซ้อนมาจัดกระทำให้เป็นระบบ โดยจำแนกข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายกันมารวมกันไว้เป็นหมวดหมู่ ให้สามารถเข้าใจได้ง่ายและมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผล เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่รู้จักกันดี คือ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) (ชยันต์ วรรธนะภูติ, 2544)

การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) คือ เทคนิคการวิจัยที่พยายามจะบรรยายเนื้อหาของข้อมูลอย่างเป็นระบบและเน้นสภาพวัตถุวิสัย (Objectivity) การบรรยายนี้เน้นที่เนื้อหาตามที่ปรากฏในข้อความ พิจารณาจากเนื้อหาโดยผู้วิจัยไม่มีอคติหรือใส่ความรู้สึกของตนเองเข้าไป การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเป็นวิธีการวิจัยที่สามารถช่วยวิเคราะห์ข้อมูลที่ถูกสื่อได้เป็นอย่างดี ซึ่งมีข้อพึงระวังในการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา 2 ประการ คือ ประการแรกเนื้อหาที่ได้จากการวิเคราะห์เป็นเนื้อหาที่มีอยู่ในเอกสาร ไม่ใช่เนื้อหาที่ผู้วิจัยเป็นผู้กำหนดเอง ประการที่สอง คือ การบรรยายหรือวิเคราะห์ควรเป็นสิ่งที่ได้จากเอกสารมากกว่าเป็นการบรรยายหรือวิเคราะห์โดยมีกรอบแนวคิดทฤษฎีกำหนดไว้ล่วงหน้า เพราะกรอบแนวคิดเป็นเพียงสิ่งที่นำมาช่วยในการสร้างข้อสรุปหรือโยงข้อมูลที่ดึงออกมาได้แล้วเท่านั้น (สุภางค์ จันทวานิช, 2539: 144-146)

6.3.1 ขั้นตอนในการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Burnard, 1991)

ขั้นที่ 1 หลังทำการสัมภาษณ์แต่ละครั้งควรจดบันทึกหัวข้อที่สัมภาษณ์ไว้เป็นหมวดหมู่ เพื่อเตือนความจำเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้มาและเริ่มต้นขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกมาวิเคราะห์เป็นหัวข้อทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษาของผู้ถูกสัมภาษณ์

ขั้นที่ 3 อ่านข้อมูลที่ได้มาซ้ำอีก เพื่อให้ได้เฉพาะหัวข้อที่จำเป็นซึ่งเกี่ยวข้องกับการศึกษาเท่านั้น หัวข้อหรือหมวดหมู่ของข้อมูลที่ได้นี้จะนำไปสู่การสัมภาษณ์ที่เจาะลึกยิ่งขึ้น ขั้นนี้จึงเป็นเหมือนขั้นเปิดประเด็นหัวข้อที่ศึกษา (Open coding)

ขั้นที่ 4 ผู้วิจัยจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อ เพื่อลดหัวข้อที่ซ้ำซ้อนกันออกไป

ขั้นที่ 5 หาหมวดหมู่หรือหัวข้อย่อยใหม่เพิ่มขึ้น และถ้าซ้ำซ้อนหรือเหมือนกับหัวข้อเดิมให้เอาออกไป

ขั้นที่ 6 ให้เพื่อนร่วมงาน 2 คน จัดหมวดหมู่ของข้อมูลอย่างเป็นอิสระและไม่ดูตามแบบของผู้วิจัย นำหัวข้อที่ได้มาพิจารณาให้มีความเหมาะสม การกระทำในขั้นนี้จะเป็นการเพิ่มความตรงของวิธีการรวบรวมข้อมูลและจัดหมวดหมู่ของข้อมูล รวมทั้งป้องกันอคติจากผู้วิจัย

ขั้นที่ 7 อ่านข้อความที่นำมาวิเคราะห์ แบ่งเป็นหมวดหมู่ตามหัวข้อ และหัวข้อย่อยอีกครั้ง เพื่อพิจารณาตัดสินว่าจะดึงคำหรือข้อความใดออกมาตามที่จำเป็น

ขั้นที่ 8 นำข้อความที่จัดแยกเป็นหมวดหมู่หรือหัวข้อมาลงรหัส เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ และแปลรหัสข้อมูลตามที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้

ขั้นที่ 9 ในการลงรหัสข้อความต้องคำนึงถึงบริบทของข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ด้วย ข้อมูลที่ได้มาจะต้องพูดถึงบริบทของการสัมภาษณ์ เพื่อให้การวิเคราะห์เป็นไปอย่างลึกซึ้ง

ขั้นที่ 10 รวบรวมบทสนทนาที่คิดว่าให้รายละเอียดของการศึกษาได้ดีที่สุด โดยการตัดบทสนทนาที่เป็นประเด็นย่อยรวมไว้ด้วยกันให้เป็นประเด็นหลัก โดยใช้เทคนิคการตัดปะ

ขั้นที่ 11 คัดเลือกผู้ถูกสัมภาษณ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ว่าตรงกับสิ่งที่ผู้ถูกสัมภาษณ์บอกหรือไม่ เป็นการทดสอบความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นที่ 12 ทุกข้อความที่ได้จากการวิเคราะห์ต้องมีการอ้างอิงตอนท้ายบทสนทนาที่คัดเลือก เพราะหากมีสิ่งที่ชัดเจนจะได้ย้อนกลับไปตรวจสอบได้ง่าย

ขั้นที่ 13 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเช่นนี้ทุกครั้ง จนกระทั่งเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 14 ผู้วิจัยเขียนอธิบายเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่ได้กับวรรณกรรม โดยมีการเขียน 2 รูปแบบ คือ

1) ผู้วิจัยเขียนสิ่งที่ค้นพบจากการวิจัยทั้งหมด พร้อมยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลแบบคำต่อคำ แล้วจึงเขียนว่าสิ่งที่ค้นพบจากการวิจัยมีความสอดคล้องหรือแตกต่างกับวรรณกรรมอื่น

2) ผู้วิจัยเขียนสิ่งที่ค้นพบในแต่ละประเด็น พร้อมยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลและเปรียบเทียบกับวรรณกรรมอื่นไปพร้อม ๆ กัน

การเขียนในรูปแบบที่ 1 ให้ภาพสิ่งที่ค้นพบมาชัดเจนกว่าการเขียนในรูปแบบที่ 2 แต่การเขียนในรูปแบบที่ 2 สามารถนำมาใช้ได้สะดวกและอ่านได้ง่ายกว่ารูปแบบที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพนั้นมีหลายรูปแบบและหลายแนวคิดในการวิเคราะห์ ขึ้นอยู่กับผู้วิจัยว่าจะสนใจศึกษาตามแนวคิดและการวิเคราะห์ในรูปแบบใดเพื่อให้มีรูปแบบระเบียบแบบแผนอย่างชัดเจนและได้ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีความถูกต้องมากที่สุด

6.4 **ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย** (Trustworthiness)

ความเคร่งครัด (Rigor) ในงานวิจัยเชิงคุณภาพจะเป็นการช่วยยืนยันการดำเนินการวิจัยของนักวิจัยและช่วยยืนยันสิ่งที่นักวิจัยค้นพบ ความเคร่งครัดมีวัตถุประสงค์ เพื่อแสดงความถูกต้องในการศึกษาประสบการณ์ของผู้ร่วมวิจัย (Streubert and Carpenter, 1999) วาทินี บุญชะลักษี (2544) ได้ให้ความหมายของความเชื่อถือได้ (reliability) และความถูกต้อง (validity) ไว้ดังนี้

ความเชื่อถือได้ (Reliability) ในที่นี้หมายถึง ความแน่นอน มั่นคง แม่นตรง หรือคงที่ ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพนั้นคือ ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาควรที่จะมีความคงที่ไม่เปลี่ยนแปลง แม้ว่าจะมีการทดสอบซ้ำแล้วซ้ำอีก ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นผลจากการศึกษาที่ได้มาโดยวิธีการสังเกต การสัมภาษณ์หรือการจดบันทึกก็ตาม

ความถูกต้อง (Validity) ก็คือ ข้อสรุปที่ได้จากการเก็บข้อมูลสนามไม่ว่าจะเก็บด้วยวิธีการสังเกต การจดบันทึก หรือการสัมภาษณ์ ควรที่จะมีความถูกต้องแม่นยำหรือความเที่ยงตรงที่สุด ไม่บิดเบือนไปจากธรรมชาติ เพื่อให้ผลลัพธ์ของการวิจัยนั้นเป็นที่เชื่อถือได้ ข้อมูลที่เป็นข้อสรุปที่มีความถูกต้องนี้ จะเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่สุดถึงคุณภาพและความสามารถของผู้วิจัย จะต้องพยายามขจัดสิ่งที่มีผลทำให้ข้อมูลบิดเบือน และต้องพยายามให้งานวิจัยที่ตนศึกษานั้น มีความถูกต้องทุกกระบวนการ คือ ความถูกต้องในกระบวนการศึกษาวิจัยเอง (internal validity) หมายถึง ความถูกต้องของข้อสรุปที่ได้จากการวิจัย และความถูกต้องภายนอกกระบวนการศึกษาวิจัย (external validity)คือความถูกต้องของการนำข้อสรุปที่ได้จากการวิจัยนั้นไปใช้ หรือไปอธิบายกับประชากรที่อยู่นอกเหนือจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา Lincoln and Cuba (1985) ได้ระบุถึงวิธีในการแสดงความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ดังนี้

1. ความน่าเชื่อถือได้ (Credibility) เป็นการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูล หมายถึง ความถูกต้อง และเชื่อถือได้ของข้อมูล การตีความของผู้วิจัยเกี่ยวกับความจริงที่ได้จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ตั้งแต่การออกแบบการวิจัย โดยการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอนและกระบวนการ มีการเลือกผู้ให้ข้อมูล และบริบทต่าง ๆ ประกอบด้วย

ก. การให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบทุกขั้นตอนของงานวิจัย (Member checking) คือ การให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบข้อมูลที่ค้นพบ เมื่อได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลหรือสรุปผลมาแล้ววิธีใดวิธีหนึ่ง

ข. การสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูลเป็นระยะเวลานาน (Prolong engagement) การสร้างความคุ้นเคยเป็นการศึกษาวัฒนธรรม ภาษา สร้างความเชื่อใจ สร้างสัมพันธภาพ และค้นหาข้อมูลที่ขาดหาย หรือบิดเบือนจากผู้วิจัย หรือผู้ให้ข้อมูล

ค. การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) อาจเป็นการยืนยันด้วยข้อมูลจากหลายแห่ง (Data Triangulation) สามารถตรวจสอบได้ทั้งเวลา สถานที่ และบุคคล หรือการใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี (Method Triangulation) หรือการใช้วิธีตั้งสมมติฐานชั่วคราวแล้วอธิบายด้วยแนวคิด หรือทฤษฎีที่ต่างกัน (Theory Triangulation) หรือการตรวจสอบแบบผสมผสาน (Multiple Triangulation)

ง. การได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) คือ การเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทำการวิเคราะห์คู่กันไปกับผู้วิจัย เพื่อค้นหาข้อมูลในลักษณะต่าง ๆ โดยผู้เชี่ยวชาญควรจะเป็นผู้ที่รู้วัตถุประสงค์การวิจัย และระเบียบวิธีวิจัย

2. การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) หมายถึง ความสามารถอ้างผลการวิจัย (Generalize) ไปยังบริบทอื่น อย่างไรก็ตามการอ้างอิงของการวิจัยเชิงคุณภาพมีข้อจำกัด เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย มีข้อมูลที่เป็นตัวอักษรที่ใช้ในการวิเคราะห์มาก และใช้เวลาปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูลเป็นระยะเวลานาน (Sandelowski, 1986) ผู้วิจัยจึงมีหน้าที่ในการนำเสนอข้อมูลเชิงบรรยายโดยละเอียด ครบถ้วน และครอบคลุม ผู้อ่านการวิจัยจะสามารถประเมินและนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นได้

3. การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (Dependability) การใช้วิธีอื่น ๆ ร่วมกันหลายวิธี เพื่อตรวจสอบว่าข้อมูลที่ได้มีความคงที่ถูกต้องไม่ผิดพลาดในช่วงเวลานั้น และในสถานการณ์นั้นหรือไม่

4. การยืนยันผลการวิจัย (Conformability) ความสามารถในการยืนยันผลการวิจัยที่เกิดจากข้อมูลและการตรวจซ้ำด้วยความเป็นกลาง โดยมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกเทป และการจดบันทึก

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับงานวิจัยเชิงคุณภาพแม้จะไม่ได้ใช้วิธีการทางสถิติในการศึกษา และไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรอื่น ๆ ได้แต่ก็มีวิธีการศึกษาและกระบวนการวิจัยที่ชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้วิจัยสามารถศึกษาหาความจริงที่เกิดขึ้น สามารถเข้าใจและรับรู้ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้สามารถให้การดูแล หรือตอบสนองความต้องการในสิ่งที่ศึกษาได้

7. **งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ**

การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้รับความสนใจในการศึกษาในหลากหลายด้านเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีช่วงอายุที่มีสุขภาพดีได้ยาวนานที่สุดและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม พบว่ามีการศึกษาทั้งการให้ความหมายของสุขภาพ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มผู้สูงอายุ และ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคของผู้สูงอายุ ดังตัวอย่างงานวิจัยต่อไปนี้

DiPasquale-Davis and Hopkins (1997) การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ Filipino โดยการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive study) ใช้ เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเรียกว่า Health Behavior Survey (HBS) ประกอบด้วย 12 ข้อคำถาม เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่มได้ พฤติกรรมสุขภาพอันหลากหลายที่นำมาใช้ในการศึกษาประกอบด้วย อาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย การบริโภคแอลกอฮอล์และแนวคิดทางด้านสุขภาพผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานอาหารประเภท คาโบไฮเดรทเป็นหลัก พบว่า60% ของกลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายทุกวันและบอกว่าเป็นสิ่งที่อยู่ในวัฒนธรรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่แม้ว่าจะพบได้บ่อยในวัฒนธรรมของเขา แนวคิดทางด้านสุขภาพ 90% ไม่คิดว่าตนเองสุขภาพดี / ดีมาก 47%เชื่อว่าสุขภาพมีความสำคัญมากซึ่งมีสาเหตุที่แตกต่างกัน เช่น เป็นสิ่งที่มีความสุข เป็นสิ่งที่พระเจ้าประทานให้ เป็นต้น และสิ่งที่จะทำให้พวกเขาสุขภาพดีได้แก่อาหาร พฤติกรรมและการออกกำลังกาย

Kaufman (1996): ทำศึกษาการให้ความหมายของสุขภาพจากผู้สูงอายุจากกลุ่มผู้สูงอายุ :ความเชื่อมโยงถึงผลสำเร็จทางการส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าได้ 78 กลุ่ม ข้อความของกลุ่มตัวอย่าง สรุปรวมได้ 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) สุขภาพ คือ การทำกิจกรรมในการศึกษาครั้งนี้กิจกรรมประกอบด้วย การดำเนิน การสามารถไปที่ต่างๆ การออกกำลังกาย สามารถเป็นอาสาสมัครเป็นผู้ทำประโยชน์ เป็นอิสระสามารถทำในสิ่งที่อยากทำได้ 2) สุขภาพ คือ ทัศนคติ นั้นคือ ภาวะทางจิตใจ การมองด้านบวก การไม่ยอมแพ้ การเปรียบเทียบกับผู้อื่น การเข้าใจถึงสุขภาพในช่วงอายุของตนเอง และความสมดุลรวมทั้งแนวความคิดทางด้านจิตวิญญาณด้วย 3) สุขภาพ คือ ความสามารถพื้นฐานทางกาย อันได้แก่ความสามารถ กิน นอน หายใจ ทำสิ่งพื้นฐานต่างๆ ได้ 4) สุขภาพ คือ การปราศจากการสนใจทางการแพทย์ อาจกล่าวได้ว่าคือการไม่เจ็บป่วย การไม่มีอาการผิดปกติ ไม่จำเป็นที่ต้องพบแพทย์ 5) สุขภาพคือยา คือการสามารถที่จะอยู่และมีสุขภาพที่ดีได้จากยาที่แพทย์ให้กิน อาจสรุปได้ว่าการให้ความหมายของสุขภาพขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ช่วงอายุ ประสบการณ์ที่เคยได้รับทางการเจ็บป่วย และลักษณะทางเชื้อชาติ วัฒนธรรม

Margie Maddox (1999) ทำการศึกษาความหมายของสุขภาพจากผู้สูงอายุหญิง ผลการศึกษาพบว่า การให้ความหมายของสุขภาพจะแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มที่ซักถาม เช่น กลุ่มที่ 1 ซึ่งเป็นผู้ถือศีลจะมองสุขภาพที่การให้คุณค่า และมีความเชื่อมั่นมาก มองสุขภาพในด้านจิตวิญญาณมากกว่าด้านร่างกาย/อารมณ์ กลุ่มที่ 2 มองสุขภาพที่ความอิสระและความสามารถในการทำกิจกรรมในสังคมมากกว่าการอยู่บ้าน กลุ่มที่ 3 มองว่าการมีความสุขคือการมีสุขภาพดีสามารถที่อะไรที่อยากทำได้ ผู้ศึกษาได้รวบรวมเกี่ยวกับประสบการณ์สุขภาพไว้ 5 ข้อ ได้แก่ 1) ผลจากการปฏิบัติในสิ่งที่ยิ่งใหญ่มากกว่าตนเองนั้นคือการมีความเชื่อในศาสนา การปฏิบัติตามศีลธรรม สวดมนต์ เชื่อในพระเจ้าที่จะประทานพร ทำให้มีความอดทนมีความสุขโดย

พระเจ้า / ศาสนาจะช่วยคลายทุกข์ ให้สุขภาพที่ดี 2) การยอมรับในตนเองกลุ่มตัวอย่างให้ความหมายในด้านนี้อย่างคล้ายคลึงกันคือการให้การยอมรับในชีวิตของตนเองและสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่มีความสำคัญมาก มากกว่าจะมานั่งทุกข์ทรมานกับสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ 3) การมีอารมณ์ขัน เป็นส่วนสำคัญในการช่วยในการปรับตัว/ปรับพฤติกรรม การผ่อนคลายช่วยในการยอมรับสถานการณ์ที่สำคัญ ช่วยในการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ได้ดี 4) ความยืดหยุ่นเป็นจุดที่ช่วยในการปรับตัวให้เกิดการยอมรับเมื่อเกิดความผิดหวังในชีวิตมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง 5) การพยายามทำหน้าที่ / ประโยชน์เพื่อคนอื่นๆ แม้ว่าหน้าที่การทำงานบางอย่างของตนเองอาจไม่ดี เช่น เดินได้ไม่ดี แต่การได้ทำหน้าที่อื่น ๆ เพื่อคนอื่นทำให้เกิดความภาคภูมิใจมากขึ้น

Armer and Conn (2001)) ทำการศึกษาการสำรวจทางด้านจิตวิญญาณและสุขภาพจากผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทกลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มผู้สูงอายุที่อาสาสมัครเข้าร่วมในการศึกษาอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชนบทโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 5 กลุ่มคือ ชาวชนบททาง 1) Midwestern ผิวขาวจำนวน 105 คน 2) Midwestern ผิวดำจำนวน 25 คน 3) Southern ผิวดำจำนวน 32 คน 4) แม่ชีที่ปลดเกษียณแล้วจำนวน 50 คน 5) Amish จำนวน 12 คน เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างด้านจิตวิญญาณและการประเมินสุขภาพตนเอง ความเชื่อในสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และเพื่อศึกษาแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณและสิ่งที่เกี่ยวกับศาสนาจากข้อมูลที่ได้ในการให้ความหมายของสุขภาพการศึกษาร่วมระหว่างงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณใช้แนวคำถามปลายเปิดในส่วนงานวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับการให้ความหมายของสุขภาพ ความเชื่อในสุขภาพการปฏิบัติตน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ด้านข้อคำถามประกอบด้วย 1) HPLP มีข้อคำถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การประสบความสำเร็จของตนเอง การตอบสนองทางสุขภาพ โภชนาการ การออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียด 2) Perceived Social Support ข้อคำถาม เกี่ยวกับการรับรู้ การสนับสนุนของครอบครัวและเพื่อน ๆ 3) MHLC ข้อคำถามเกี่ยวกับแรงภายนอก แรงภายใน และพลังอำนาจอื่น ๆ 4) PGC Morale Scale ข้อคำถามเกี่ยวกับความผาสุกโดยรวม การวัดระดับการรับรู้สุขภาพ ประกอบด้วย 3 ข้อคำถามใช้วิธีให้ระดับสุขภาพของตนเองโดยแบ่งเป็นระดับต่าง ๆ พัฒนาแนวการตั้งข้อคำถามจาก Lawton ใช้สถิติเชิงบรรยายในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาที่ได้ พบว่ามีความหมายเกี่ยวกับสุขภาพในความหลากหลายมิติขององค์รวมของสุขภาพในการประสานความร่วมมือระหว่างกาย จิต และจิตวิญญาณ ในด้านพฤติกรรมเพื่อการดำรงสุขภาพพบมากที่สุด คือ โภชนาการและการออกกำลังกาย พบว่าการให้ระดับสุขภาพของตนเอง ศีลธรรม การควบคุมภาวะสุขภาพ กับการอยู่อาศัยเกี่ยวกับศาสนา มีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิตินอกจากนี้ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับการอยู่อาศัยในสังคมที่เกี่ยวกับศาสนากับ การประกอบพิธีทางศาสนา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรับรู้

การสนับสนุนทางสังคม การรายงานความถี่ในการเข้าถึงจิตวิญญาณ การควบคุมภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ไสว ฝึกฝน (2540) ศึกษาความรู้ ทัศนคติ การบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการและสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 65.18 มีความรู้ด้านโภชนาการ ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีและถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ส่วนทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 48.67 เห็นว่าไม่ควรออกกำลังกายเพราะจะทำให้เหนื่อย และร้อยละ 8.43 เห็นว่าควรให้ตรวจสุขภาพทุก 6 เดือน

นิรันดร์ ชาวเรือหัก (2536) ศึกษาผลของการเดินออกกำลังกายต่อการเปลี่ยนแปลงของคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอร์ไรด์ในเลือดของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีการเดินออกกำลังกายมีการเปลี่ยนแปลงของคอเลสเตอรอล HDL LDL ไตรกลีเซอร์ไรด์แตกต่างกับผู้สูงอายุที่ไม่มีการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (2542) ได้ทำการศึกษาการศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและที่มีปัญหาสุขภาพ ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพในการเก็บข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและจากมุมมองของผู้สูงอายุเอง ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลเองจากการใช้แบบสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม และแบบเจาะลึก การสังเกตทั่วไปและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การศึกษาทบทวนประวัติตรวจร่างกายและสุขภาพของผู้ให้ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลที่มีสุขภาพดีให้ความหมายของสุขภาพดี 2 อย่างคือ 1) เป็นภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจสามารถพบได้ในทุกคนที่สุขภาพดีหรือเจ็บป่วย โดยมีอาการดังนี้ ไม่เจ็บไข้ได้ป่วย สีหน้าท่าทางดี สบายใจ สบายกายนอนหลับ อารมณ์ดี ไม่เครียด ไม่กังวล 2) เป็นความสามารถในการทำกิจวัตรและกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองผู้ให้ข้อมูลที่มีปัญหาสุขภาพให้ความหมายของสุขภาพดีคือการไม่มีโรคประจำตัวและคิดว่าตนเองไม่สามารถจะไปถึงสุขภาพดีได้ พฤติกรรมเพื่อคงไว้เพื่อสุขภาพดีของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) การออกกำลังกายและการพักผ่อน 2) การรับประทานอาหาร 3) การปรับอารมณ์และจิตใจให้สมดุล 4) การเข้ากลุ่มร่วมทำกิจกรรมและแลกเปลี่ยนข่าวสาร

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากแต่ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ ทำให้ความรู้ที่ได้จากการศึกษาเป็นความรู้ที่มีเนื้อหากว้าง เป็นไปตามทฤษฎี ในขณะที่การวิจัยเชิงคุณภาพจะแสวงหาความรู้โดยการเข้าไปสัมผัสกับข้อมูลโดยตรง ทำให้ได้ข้อมูลที่มาจากประสบการณ์ของผู้สูงอายุ แตกต่างจากความรู้ที่เคยรู้มา ซึ่งสามารถนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งการเพิ่มความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้กับบุคลากรทางด้านงานสาธารณสุขมากขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ตามความคิดและการรับรู้ของผู้สูงอายุภายใต้บริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล (Participants) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งทั้งนี้เป็นไปตามความเชื่อเกี่ยวกับการเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีการกำหนดตามวัตถุประสงค์ คุณสมบัติตามที่ต้องการ (Polit and Huhgler, 1999) การกำหนดลักษณะของผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยกำหนดผู้ให้ข้อมูลที่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดี เนื่องจากการมีสุขภาพดีเป็นผลจากการที่บุคคลผ่านประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเองร่วมด้วย ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่ามีการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้างว่ามีการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ตรงตามความต้องการศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดี
3. เป็นผู้ที่มีการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง
4. ได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้างว่ามีการส่งเสริมสุขภาพ
5. ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคใด ๆ จนต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลใน 1 ปี ที่ผ่านมา
6. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิต โรคประสาท ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการทดสอบด้วยแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา มีคะแนนมากกว่า 15 คะแนน
7. สามารถสื่อสารพูดและเข้าใจภาษากับผู้วิจัยได้ดี
8. สมัครใจและยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการตอบการสัมภาษณ์

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้โดย

การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลที่เหมาะสมในงานวิจัยเชิงคุณภาพต้องพิจารณาแนวคิดข้อกำหนดพื้นฐานทางการวิจัยตามที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ (Holloway and wheeler, 1996: 79) โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลผ่านทางเจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และบุคคลผู้เป็นที่รู้จักในชุมชน เฉพาะชุมชนเมือง เขตในและเขตนอกกรุงเทพมหานคร เพื่อขอความร่วมมือในการสอบถามความสนใจและขอความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลสนใจเข้าร่วมในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะขอพบ ทำการแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตาม ข้อความในคำชี้แจงและการคุ้มครองสิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย (ภาคผนวก ก.) เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถามคำถามว่า “ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านดีหรือไม่” และ “ท่านเป็นผู้ที่มีการส่งเสริมสุขภาพของตนเองหรือไม่” เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลประเมินตนเองจากการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง จากนั้นจึงทำการทดสอบภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา ถ้ามีผลคะแนนมากกว่า 15 คะแนน แสดงว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม จึงเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อสงสัยและทำการนัดวัน เวลา สถานที่ในการเก็บข้อมูล เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวกในการสัมภาษณ์และการสัมภาษณ์เป็นไปอย่างราบรื่น หลังจากนั้นจึงเริ่มการสนทนาเพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้ให้ข้อมูลต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการติดต่อขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์กับผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 14 ราย ผู้สูงอายุ 3 ราย (ผู้สูงอายุชาย 1 ราย ผู้สูงอายุหญิง 2 ราย) มีคุณสมบัติตรงตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล แต่ปฏิเสธเข้าร่วมการสัมภาษณ์ เนื่องจากติดธุระส่วนตัวและมีเวลาไม่พอเพียงที่จะให้สัมภาษณ์ ผู้สูงอายุ 2 ราย (ผู้สูงอายุชาย 2 ราย) สนใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย แต่เมื่อซักถามถึงภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี จึงมีคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลไม่ครบตามข้อกำหนด ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดของผู้วิจัยเข้าร่วมสัมภาษณ์จำนวน 9 ราย (ผู้สูงอายุชาย 2 ราย ผู้สูงอายุหญิง 7 ราย)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์เป็นวิธีการหลัก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย

2.1 ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์เก็บรวบรวมข้อมูล จดบันทึกข้อมูลด้วยตนเอง เพื่อให้การศึกษาเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยมากที่สุด สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องตามกระบวนการวิจัย ได้ข้อมูลและผลการวิจัยที่มีความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการทำวิจัย โดยการเตรียมตนเองทั้งระยะก่อนและระหว่างการดำเนินการวิจัย ทั้งในด้านเนื้อหาและแนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งการเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

2.2 อุปกรณ์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลในขณะสัมภาษณ์

2.2.1 เครื่องบันทึกเสียง (Audio – tape record) ที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครบถ้วน

2.2.2 การจดบันทึกขณะและหลังการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยเอง (Field Note) ผู้วิจัยจดข้อมูลในส่วนสำคัญสั้น ๆ เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้วิจัยสังเกตพบ การแสดงสีหน้า ท่าทาง ประเด็นที่น่าสนใจ หรือบันทึกย่อในขณะที่ฟัง เพื่อป้องกันการลืม แล้วนำข้อมูลที่ได้มาบันทึกรายละเอียดเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์

2.2.3 แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา เป็นแบบทดสอบที่ได้รับการพัฒนาและได้รับการทดสอบว่ามีคุณค่า (Criterion Validity) และความน่าเชื่อถือที่ดี ถ้าได้คะแนนจากการทดสอบสภาพจิตจุฬาต่ำกว่า 15 คะแนนจากคะแนนเต็ม 19 คะแนนจะให้ความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมถึงร้อยละ 83 – 100 และร้อยละ 90-94 ตามลำดับ จึงเหมาะที่จะนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทยได้เป็นอย่างดี (สุทธิชัย จิตพันธ์กุล, 2541)

2.2.4 แนวข้อคำถามในการสัมภาษณ์แบ่งเป็นสองส่วนคือ

ก) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ให้ข้อมูล (ภาคผนวก ข.)

ข) แนวทางการสัมภาษณ์ (ภาคผนวก ค.) สร้างจากแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาสุขภาพ การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยได้กำหนดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถตอบคำถามได้ตรงตามความต้องการและความรู้สึกที่แท้จริงซึ่งมีขั้นตอนในการสร้างแนวข้อคำถามดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำการรวบรวมจำแนกเป็นหัวข้อกว้าง ๆ คัดเลือกประเด็นคำถาม เกี่ยวกับเรื่องที่สนใจจะสัมภาษณ์ เพื่อใช้เป็นแนวคำถามในการสนทนา แต่จะไม่มีการกำหนดคำหรือลำดับคำถามอย่างตายตัว คำถามในการสนทนาจริงจะมีความยืดหยุ่นและเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงออกถึงการรับรู้ของตนเองได้อย่างอิสระ

(กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2540) จากนั้นนำแนวทางการสัมภาษณ์ดังกล่าวให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ตรวจสอบแนวทางการสัมภาษณ์

2. นำแนวทางในการสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ราย เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์นำเทปบันทึกการสัมภาษณ์มาถอดข้อความการสนทนา ตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาในการสัมภาษณ์ ตรวจสอบแนวทางคำถาม การสัมภาษณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง จากนั้นทำการปรับแก้แนวทางสัมภาษณ์เพื่อให้เหมาะสมสอดคล้องกันมากขึ้น

3. ผู้วิจัยตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ตลอดการดำเนินการวิจัย ได้แก่ เทคนิคการสัมภาษณ์ การให้ความหมาย การจัดกลุ่มประเด็นความหมาย และการให้ความคุ้มครองสิทธิให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล

คำถามในการเก็บข้อมูล

ก) การแนะนำตัวผู้วิจัย การสัมภาษณ์เรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อสร้างสัมพันธภาพ

ข) ใช้คำถามแบบกว้าง ๆ ในประเด็นที่สนใจศึกษา

- ท่านรับรู้ภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร
- การที่ท่านมีสุขภาพเช่นนี้ในปัจจุบันนี้ท่านทำอย่างไรบ้าง
- สิ่งใดช่วยในการส่งเสริมสุขภาพของท่าน
- เหตุใดท่านจึงคิดว่าสิ่งนี้ดี / เป็นการส่งเสริมสุขภาพของท่าน
- การส่งเสริมสุขภาพมีความหมายอย่างไรต่อท่าน
- ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอย่างไรบ้าง

ค) คำถามแบบเจาะลึกในเรื่องต่าง ๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงในแต่ละเรื่อง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ขั้นตอนการเตรียมการเก็บข้อมูล

1. การเตรียมผู้วิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย เนื่องจากผู้ที่จะทำวิจัยเชิงคุณภาพจำเป็นต้องมีความรู้ด้านวิจัยเชิงคุณภาพและระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาหลักการเชิงทฤษฎีของวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการศึกษาจากการเรียนวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 3 หน่วยกิต โดยทำการศึกษาปรัชญา เป้าหมาย จรรยาบรรณของนักวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ร่วมด้วยการอ่านเอกสาร ตำรา ผลงานวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และการขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่มีความชำนาญในการทำวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม

2. การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหาและแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาสุขภาพ การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามการสัมภาษณ์ ความพร้อมในการรับข้อมูล แปลความและตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล

3. การเตรียมตัวด้านทักษะการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการศึกษาจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ และจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง อันประกอบด้วยทักษะในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ทักษะการฟัง การสร้างสัมพันธภาพในการสัมภาษณ์ การใช้เทคนิคและศิลปะในการสัมภาษณ์เพื่อการเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทักษะการบันทึกข้อมูลในสนาม จากการสังเกตสิ่งแวดล้อมบรรยากาศ ปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งการศึกษานำร่องในผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จำนวน 2 ราย

4. ผู้วิจัยมีความตระหนัก (Awareness) ว่าตนเองเป็นผู้วิจัย เข้าในสนามเพื่อรับรู้ข้อมูลที่เป็นความจริงจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยคำนึงถึงการป้องกัน และลดอคติจากสัมภาษณ์ รวมทั้งการคำนึงและตระหนักในสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูล และจริยธรรมของผู้วิจัยตลอดการดำเนินการวิจัย ในด้านการวางแผนการวิจัย ผู้วิจัยทำการวางแผนการวิจัยเป็นขั้นตอนแรกตั้งแต่ก่อนเข้าสนาม ระหว่างการเก็บข้อมูล และหลังออกสนาม

5. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมตลอดการดำเนินการวิจัยได้แก่ การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล เทคนิคการสัมภาษณ์ การให้ความหมาย การจัดกลุ่มประเด็นและการเขียนอธิบายประเด็น รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

<u>การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล</u>

ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บข้อมูล จนกระทั้งเสนอผลการวิจัย โดยการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาหัวข้อวิทยานิพนธ์ ทำการขออนุญาตเจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชนและบุคคลผู้เป็นที่รู้จักในชุมชน ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของ หัวเรื่องที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตบันทึกเสียงและการจดบันทึกข้อมูลขณะทำการสัมภาษณ์ ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ จำนวนครั้งที่ขอสัมภาษณ์ สถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ การขอให้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้

จากการสัมภาษณ์ ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับจากงานวิจัยครั้งนี้ การรักษาความลับผู้ให้ข้อมูลด้วยการทำลายเทปเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การไม่เปิดเผยข้อมูลใด ๆ ที่สามารถเกี่ยวโยงถึงผู้เข้าร่วมวิจัย ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถจะไม่ตอบคำถามใด ๆ ที่ทำให้ รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในทุกขั้นตอนของการวิจัย และสามารถขอข้อมูลกลับได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล การนำข้อมูลเอกสารจากการสัมภาษณ์ไปอภิปราย เผยแพร่ในลักษณะของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลโดยรวมไม่เปิดเผยชื่อและนำเสนอในเชิงวิชาการเท่านั้น ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อมูลต่าง ๆ ได้ตลอดการสัมภาษณ์ การเข้าร่วมงานวิจัยหรือไม่เข้าร่วมงานวิจัยของผู้ให้ข้อมูลครั้งนี้ไม่มีผลใด ๆ ต่อการรับบริการสุขภาพจากหน่วยงานบริการต่าง ๆ ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ให้เวลาในการทบทวนตัดสินใจในการให้คำตอบเพื่อเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

3.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการเก็บข้อมูลในสถานที่ที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลยินดีร่วมการวิจัยโดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตในการเก็บข้อมูลนำส่งทางเจ้าหน้าที่หน่วยงานสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และบุคคลผู้เป็นที่รู้จักในชุมชน พร้อมทั้งอธิบายลักษณะของผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บข้อมูลและผลที่จะได้จากการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในประชาสัมพันธ์การศึกษาวิจัย

3. เมื่อได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีความสนใจ ยินดีเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะขอพบเพื่ออธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและประโยชน์ที่จะได้จากการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขั้นตอน รูปแบบในการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด หัวข้อเรื่องที่จะสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเสียง การบันทึกภาคสนาม จำนวนการนัด ระยะเวลา สถานที่ ในการขอสัมภาษณ์ การรักษาความลับด้วยการทำลายเทปเมื่อสิ้นสุดงานวิจัย การไม่เปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลสามารถที่จะปฏิเสธไม่ร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ รวมทั้งสามารถปฏิเสธความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ได้ตลอดเวลา ตามข้อความในคำชี้แจงและการคุ้มครองสิทธิ์สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย (ภาคผนวก ก.) หลังจากนั้นให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการสนทนา ผู้วิจัยถามคำถาม “ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านดีหรือไม่” และ “ท่านเป็นผู้ที่มีการส่งเสริมสุขภาพของตนเองหรือไม่” ในการประเมินตนเองจากการรับรู้ภาวะสุขภาพ จากนั้นจึงทำการทดสอบภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีผู้สูงอายุ

แสดงความสนใจเข้าร่วมสัมภาษณ์ทั้งหมด 9 ราย สามารถตอบแบบทดสอบภาวะสมองเสื่อมได้คะแนนเต็ม 19 คะแนน จำนวน 8 ราย มีเพียง 1 รายที่ได้ 17 คะแนน แล้วจึงเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเลือก วัน เวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงความพึงพอใจของผู้ให้ข้อมูล ความสงบ และเป็นส่วนตัวในการสัมภาษณ์ รวมทั้งความสะดวกในการเดินทางและความปลอดภัยของผู้วิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 9 ราย รายละ 2 ครั้ง (ยกเว้นผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์นาน 1 ชั่วโมง ถึง 2 ชั่วโมง รวมทั้งหมดใช้เวลาในการสัมภาษณ์ทั้งสิ้น 25 ชั่วโมง 45 นาที ผู้วิจัยติดตามสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่บ้านที่อยู่อาศัยของผู้ให้ข้อมูล 5 รายและสถานที่ต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุสะดวกในการสัมภาษณ์ เช่น ศูนย์ สุขภาพชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียน เป็นต้น ดังรายละเอียดในภาคผนวก ง.

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลตามวิธีการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยกล่าวแนะนำตัวกับผู้ให้ข้อมูลกล่าวย้ำถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและประโยชน์ที่จะได้จากการวิจัยครั้งนี้อย่างละเอียดอีกครั้ง พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิต่าง ๆ ของผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง ภายหลังได้ชี้แจงรายละเอียดแล้ว สอบถามความสมัครใจในการร่วมงานวิจัยครั้งนี้อีกครั้ง เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมร่วมการศึกษาวิจัยจึงเริ่มทำการสัมภาษณ์ดังขั้นตอนต่อไปนี้

ก) ทำการเก็บข้อมูลในส่วนที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นจึงเริ่มทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามแนวทางการสัมภาษณ์ที่เตรียมไว้ โดยทุกรายที่สนทนาจะเริ่มต้นที่คำถาม “ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านตอนนี้เป็นอย่างไร”

ข) ทำการสัมภาษณ์ตามแนวทางการสัมภาษณ์ที่เตรียมไว้ ขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้ทักษะการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ จะปรับตามบริบทและสิ่งที่สังเกต จากการแสดงออกของผู้ให้สัมภาษณ์ ทั้งในด้านสีหน้า อารมณ์ น้ำเสียง การแสดงออกด้วยท่าทางที่ไม่ใช้คำพูด

ค) การบันทึกสนามของผู้วิจัยจะทำการบันทึกเมื่อได้ขออนุญาตจากผู้ให้ข้อมูล และได้รับอนุญาตให้บันทึกข้อมูลได้ โดยจะบันทึก สิ่งที่ผู้วิจัยได้พบประสบในขณะเก็บข้อมูล เช่น หัวข้อ หรือประเด็นที่สำคัญที่ผู้วิจัยต้องการข้อมูลเพิ่ม บันทึกเกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึก ปัญหาที่พบและแนวทางในการแก้ไขปัญหา ผลของการแก้ไขปัญหา เพื่อช่วยประกอบในการวิเคราะห์ข้อมูล

5. เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในการสนทนาแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะพิจารณาจากระยะเวลาการสนทนาที่กำหนดไว้ เพื่อความเหมาะสมในการสนทนาของผู้ให้ข้อมูล ร่วมด้วยการได้ข้อมูลจากการสนทนาเพียงพอ ความสามารถในการสนทนาของผู้ให้ข้อมูล บางรายติดธุระ ผู้วิจัยจะหยุดการสนทนา ก่อนการจบการสนทนาผู้วิจัยกล่าวสรุปสิ่งที่ได้สนทนาคร่าวๆ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมวิจัย ทำการนัดเพื่อสนทนาต่อในกรณีที่สนทนาเป็นครั้งแรก

ในการวิจัยครั้งนี้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 9 ราย รายละ 2 ครั้ง ยกเว้นผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3 ได้ทำการสนทนาเพียง 1 ครั้งเนื่องจากหลังการสนทนาครั้งแรกผู้ให้ข้อมูลท่านนี้ได้เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล 1 คืน เนื่องจากต้องผ่าตัดตา จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลท่านนี้มีคุณสมบัติเบื้องต้นไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในการวิจัย จึงไม่สามารถทำการสัมภาษณ์ในครั้งที่ 2 ได้ แต่ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในครั้งที่ 1 มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ค่อนข้างสมบูรณ์ จึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกับผู้ให้ข้อมูลรายอื่น ๆ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มต้นเก็บข้อมูลจนสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยนำเทปที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดข้อความคำต่อคำ (Verbatim Transcriptions) เป็นบทสนทนาระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของบทการสนทนาโดยการเปรียบเทียบกับเทปที่บันทึกเสียงไว้อีกครั้งและการตรวจสอบกับข้อมูลที่จดไว้ได้ ในขณะทำการสัมภาษณ์

2. ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ของ Burnard (1991) ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 หลังการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจดบันทึกการสัมภาษณ์ไว้เป็นหมวดหมู่เพื่อเตือนความจำเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้มา และลงมือวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำเทปบันทึกการสัมภาษณ์มาถอดข้อความคำต่อคำ (Verbatim Transcriptions) ผู้วิจัยอ่านบทการสัมภาษณ์ที่ได้รับการถอดเทปเปรียบเทียบกับเทปบันทึกการสัมภาษณ์เพื่อความถูกต้องของข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยอ่านบทสนทนาหลาย ๆ รอบ เพื่อทำความเข้าใจเบื้องต้นกับแนวคิด ทัศนคติ ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล และมองสาระสำคัญของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.2 ผู้วิจัยจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ซึ่งมีลักษณะเชิงบรรยายมาแยกแยะและจัดหมวดหมู่ เพื่อลดหัวข้อที่ซ้ำซ้อน หรือเป็นการหาหมวดหมู่หัวข้อย่อยใหม่เพิ่มขึ้น

2.3 อ่านข้อความที่นำมาวิเคราะห์ แบ่งเป็นหมวดหมู่ตามหัวข้อ และหัวข้อย่อยอีกครั้ง นำข้อมูลที่ได้มาลงรหัสหมวดหมู่ของข้อมูล (coding the data) เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

2.4 ผู้วิจัยทำการจัดประเภทของข้อมูลที่ได้จากการลงรหัสมารวบรวมจัดประเภท โดยข้อมูลที่มีรหัสคล้ายคลึงกันจะนำมารวมไว้เป็นกลุ่มเดียวกัน นำมาวิเคราะห์ตีความหาประเด็นสำคัญเพื่อพัฒนา และสร้างหมวดหมู่ของข้อมูล (developing categories) รวมทั้งนำหมวดหมู่ของข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ หาความเชื่อมโยง และความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งต้องคำนึงถึงบริบทของการสัมภาษณ์ด้วย เพื่อให้การวิเคราะห์เป็นไปอย่างลึกซึ้ง

2.5 นำบทสนทนาที่แสดงรายละเอียดของการศึกษาได้ดีที่สุด โดยการตัดบทสนทนาที่เป็นประเด็นย่อยรวมไว้ด้วยกันให้เป็นประเด็นหลัก โดยใช้เทคนิคการตัดปะ ซึ่งข้อความที่ได้จากการวิเคราะห์ต้องมีการอ้างอิงท้ายบทสนทนาที่เลือก เพื่อความชัดเจนในการย้อนกลับไปตรวจสอบ

2.6 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ โดยกลับไปตรวจสอบกับผู้ให้สัมภาษณ์จำนวน 2 ท่าน ซึ่งเป็นการทดสอบความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์ข้อมูล

2.7 เขียนสรุปรายงานการวิจัย อธิบาย เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่ได้กับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จะสิ้นสุดเมื่อเกิดความอิ่มตัวของข้อมูล(Data saturation) โดยพิจารณาจากการรวบรวมข้อมูลใหม่พบว่ามีความซ้ำซ้อนกับข้อมูลเดิมที่มีอยู่ เมื่อนำมาพิจารณาแล้วไม่สามารถค้นหา ข้อสรุปเพิ่มขึ้นได้อีก ข้อมูลได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม อย่างถูกต้องมีความครอบคลุมวัตถุประสงค์และสามารถตอบคำถามการวิจัยได้ ผู้วิจัยจึงหยุดเก็บข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (Trustworthiness)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (Lincoln and Guba, 1985; Streubert and Carpenter, 1999) ผู้วิจัยดำเนินการโดยวิธีการต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงของข้อมูล (Validity) โดยการนำเทปบันทึกเสียงจากการสัมภาษณ์มาถอดข้อความคำต่อคำ (Verbatim Transcriptions) เป็นบทสนทนาระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของบทการสนทนาโดยการเปรียบเทียบกับเทปที่บันทึกเสียงไว้อีกครั้ง ร่วมด้วยการตรวจสอบกับข้อมูลที่จดไว้ได้ในขณะทำการสัมภาษณ์ ฟังซ้ำในส่วนที่ยังไม่ชัดเจน มีความคลุมเครือ ผู้วิจัยจะนำกลับไปซักถามผู้ให้ข้อมูลย้อนกลับอีกครั้งเพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน

2. ไม่มีความลำเอียง (Neutrality) คือผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาตรงตามความเป็นจริงของข้อมูลที่ได้ ไม่ใช่เกิดจากความคิดเห็นของผู้วิจัยแต่แสดงถึงข้อมูลที่ได้จาก ความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลโดยแท้จริง

3. ความเชื่อถือได้ (Credibility) เป็นความถูกต้องและเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยการดำเนินการวิจัยอย่างมีขั้นตอนและกระบวนการ ประกอบด้วย

ก) การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลให้ตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดในการวิจัย

ข) การให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบเพื่อยืนยันความจริงและความชัดเจนผลการศึกษาที่ได้ค้นพบ เมื่อได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล หรือสรุปผลการศึกษา(Member Checking) โดยผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาที่ได้ไปขอความร่วมมือในการตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ราย

4. การถ่ายอ้างอิงข้อมูล (Transferability) ผู้วิจัยมิได้มีความมุ่งหมายในการถ่ายโอนข้อมูลการศึกษาไปยังประชากรกลุ่มอื่น หากแต่มุ่งนำเสนอข้อมูลที่มีความละเอียด ถูกต้องครอบคลุม เพื่อใช้ในการอ้างอิงปรากฏการณ์ที่มีลักษระเหมือนหรือคล้ายคลึงในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

5. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบการดำเนินการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลแบบมีผู้วิเคราะห์ร่วม (Collaborative analysis) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ประสบการณ์ที่ผู้วิจัยพบขณะเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยพบว่าการออกเก็บข้อมูลในชุมชนต่าง ๆ โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร มักจะไม่ได้รับความไว้วางใจจากผู้ให้ข้อมูล แม้จะมีจดหมายแนะนำตนเอง และการยืนยันด้วยบัตรประจำตัวนิสิต การสนทนา ณ สถานที่กลาง (เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นต้น) จะได้รับการยอมรับ และอนุญาตให้เข้าสนทนาง่ายกว่าการสนทนาที่บ้านพักของผู้ให้ข้อมูล

2. การค้นหากลุ่มผู้ให้ข้อมูล ณ สถานที่ชุมนุมชน กลับไม่ได้รับความร่วมมือในการสนทนามากกว่าการเข้าหาผู้ให้ข้อมูลในชุมชน ทั้งนี้อาจเนื่องจากสถานที่ชุมนุมชน เช่น สวนสาธารณะ สนามกีฬา นั้น ผู้มาต้องการทำกิจกรรมที่ตนเองเลือกกระทำให้เสร็จสิ้น จึงมิได้จัดเวลาให้ผู้อื่น และประกอบกับความไม่ไว้วางใจที่จะสนทนากับบุคคลแปลกหน้า จึงไม่ได้รับความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3. ความคลาดเคลื่อนจากการนัดหมาย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ยังเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี และค่อนข้างมีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม จึงค่อนข้างมีปัญหาในการนัดหมาย เก็บข้อมูล เนื่องจากการสนทนาต้องใช้ทั้งสถานที่และเวลา เพื่อให้การสนทนาเป็นไปอย่างราบรื่นมากที่สุด

4. เทคนิคในการสนทนา แม้ว่าผู้วิจัยจะเตรียมตัวในการสนทนาก่อนเข้าสนามเพื่อทำการเก็บข้อมูลจริงแต่ก็พบว่าตัวผู้วิจัยเองในบางครั้งไม่สามารถชักจูงผู้ให้ข้อมูลเข้าถึงสิ่งที่เป็นประสบการณ์จริงที่ผู้ให้ข้อมูลได้ปฏิบัติและได้ให้ความหมายกับการปฏิบัติจริง จึงต้องทำการสนทนาเพื่อเพิ่มเติมสิ่งที่ทำการศึกษาในการสนทนาครั้งที่สอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุ ที่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดี มีการส่งเสริมสุขภาพ และได้รับการยอมรับจากบุคคลรอบข้างว่ามีการส่งเสริมสุขภาพ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 9 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดข้อความคำต่อคำ (Verbatim Transcriptions) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า สามารถแบ่งประเด็นของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยออกเป็น 3 ประเด็น ประกอบด้วย การเริ่มต้นเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ การเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ และผลที่ได้จากการส่งเสริมสุขภาพ นำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 ประเด็นของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ประเด็นที่ 1: การเริ่มต้นเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ (Becoming a health promoting person)

1.1 การให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ

1.1.1 การให้ความหมายของสุขภาพดี

1.1.2 ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

1.2 การเริ่มเรียนรู้วิธีการส่งเสริมสุขภาพ

ประเด็นที่ 2: การเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ (Being a health promoting person)

2.1 การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

2.2 อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ

ประเด็นที่ 3: ผลที่ได้จากการเป็นคนที่มีการส่งเสริมสุขภาพ (Gaining from being a health promoting person)

3.1 มีความสุขที่ตนเองไม่เจ็บป่วย

3.2 ไม่เป็นภาระให้ลูกหลาน

3.3 เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม

3.4 การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 9 คน

ลำดับที่	อายุ	เพศ	สถานภาพสมรส	ระดับการศึกษา	ศาสนา	การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	โรคประจำตัว	คะแนนแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา
1	66	หญิง	คู่	ประถมศึกษาปีที่ 4	พุทธ	เป็น	ความดันโลหิตสูง ปวดเข่า	19
2	67	หญิง	คู่	ปริญญาตรี	พุทธ	เป็น	ความดันโลหิตสูง	19
3	76	หญิง	หม้าย	อนุปริญญา	พุทธ	ไม่เป็น	ต้อกระจก ,ต้อหิน เส้นเลือดขอดที่ขา	17
4	66	ชาย	คู่	อาชีวะศึกษา	พุทธ	เป็น	ไม่มี	19
5	79	หญิง	หม้าย	ประถมศึกษาปีที่ 5	พุทธ	เป็น	เบาหวาน	19
6	72	หญิง	คู่	มัธยมศึกษาปีที่ 6	พุทธ	เป็น	เป็นลม ท้องอืด เวียนศีรษะ	19
7	66	ชาย	คู่	ปริญญาโท	พุทธ	เป็น	ไม่มี	19
8	67	หญิง	คู่	อนุปริญญา	พุทธ	ไม่เป็น	ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง	19
9	73	หญิง	คู่	ประถมศึกษาปีที่ 4	พุทธ	เป็น	ความดันโลหิตสูง ปวดหัวเข่า	19

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด จำนวน 9 ราย เป็นชายจำนวน 2 ราย และหญิงจำนวน 7 ราย ทุกรายอาศัยอยู่ในชุมชนเมืองเขตในและนอกจังหวัดกรุงเทพมหานคร มีอายุอยู่ในช่วง 66 - 79 ปี ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาปีที่ 4 ถึงระดับปริญญาโท กลุ่มผู้ให้ข้อมูล มีโรคประจำตัว ได้แก่ความดันโลหิตสูง ปวดเข่า ต้อกระจก ต้อหิน เส้นเลือดขอดที่ขา เบาหวาน เป็นลม ท้องอืด เวียนศีรษะ และไขมันในเลือดสูง ผู้ให้ข้อมูล 2 ราย ยืนยันว่าไม่มีโรคประจำตัว ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเอง กับครอบครัว ทั้งหมดสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี

ตอนที่ 2 ประเด็นของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ประเด็นที่ 1: การเริ่มต้นเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ (Becoming health promoting person)

การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นการปฏิบัติ เพื่อยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น บุคคลจะให้ความหมายเมื่อมีประสบการณ์ อย่างมีสติ ผู้สูงอายุจะกลายเป็นบุคคลที่มีการส่งเสริมสุขภาพได้นั้นต้องผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ เกิดการรับรู้อย่างมีสติเช่นกัน เพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองต้องการมีสุขภาพดี มุ่งหวังที่จะดำเนินการให้ไปถึงยังภาวะสุขภาพดีที่ตนเองต้องการ โดยผ่านวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่ตนเองได้รับรู้ ให้ความหมายและคิดว่าจะเป็นสิ่งที่ตนเองสามารถกระทำได้ ทั้งนี้การเริ่มต้นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละบุคคลก็มีลักษณะที่แตกต่างกันไปและได้รับผลจากการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันด้วย ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าการเริ่มต้นเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ส่วน คือ การให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ และการเริ่มเรียนรู้วิธีการส่งเสริมสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

1. การให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ

การที่บุคคลจะให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพนั้น จะต้องเกิดจากการมีการรับรู้ ความเชื่อ แรงจูงใจ และค่านิยมทางสุขภาพ แล้วพยายามเรียนรู้ วางเป้าหมาย หาแนวทางเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดี ผู้สูงอายุได้ให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพเช่นเดียวกับคนวัยอื่น ๆ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ เพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ แม้ว่าจะมีโรคประจำตัวก็ตาม โดยผ่านการให้ความหมายของการมีสุขภาพดีและการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 การให้ความหมายของสุขภาพดี

บุคคลจะมีสุขภาพดีได้นั้นต้องมีการรับรู้ว่าภาวะสุขภาพดีของตนเองนั้นเป็นอย่างไร ปัจจุบันการให้ความหมายของสุขภาพดีนั้นมีการให้คำกำจัดความกันอย่างแพร่หลายขึ้นอยู่กับลักษณะแนวคิด มุมมองของแต่ละบุคคล ทั้งนิยามของแพทย์ นักวิชาการ หรือ บุคคลทั่วไป ซึ่งขึ้นอยู่กับบุคคลนั้น ๆ ที่ให้ความสำคัญของการมีสุขภาพดี ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุให้ความหมายของสุขภาพดี ร่างกายแข็งแรง ไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น และจิตใจสบาย มีรายละเอียดดังนี้

การให้ความหมายด้านร่างกายแข็งแรงของผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีการให้ความหมายที่แตกต่างจากการให้ความหมายของบุคคลในวัยอื่น ๆ โดยผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของสุขภาพดี คือ การไม่เจ็บป่วย มีร่างกายที่แข็งแรง ซึ่งการเจ็บป่วยในที่นี้หมายถึงร่างกายไม่เจ็บปวดที่ส่วนใดๆของร่างกาย ไม่แน่นหน้าอก หายใจสบาย ไม่เหนื่อย ไม่ปวดเมื่อยตามร่างกาย สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ แม้ว่าตนเองจะมีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง ข้อเข่าเสื่อม โรคนั้น ๆ ก็ต้องอยู่ในระยะสงบไม่แสดงอาการเจ็บปวดใด ๆ ให้ปรากฏ ดังเช่น ผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งซึ่งมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีไขมันในเลือดสูง กล่าวว่า

> " สุขภาพดีก็คือตอนนี้ ตอนนี้เรียกว่าปวดหัว ความดันอะไรก็ดีขึ้นหมด ไขมันอะไรก็ดีขึ้นน้ำหนักลดลง ก่อนหน้านี้มีปวดหัวแล้วก็ เวียนหัวตาลายอย่างนี้ แน่นหน้าอกก็ดีขึ้น หายปวดทุกอย่าง...ก็ดีขึ้นทุก ๆ อย่าง...."
>
> (หญิง อายุ 67 ปี)

นอกจากนั้นผู้ให้ข้อมูลบางท่านมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายโดยมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้นจะเป็นสิ่งที่บอกว่าร่างกายของผู้ให้ข้อมูลไม่แข็งแรง ทำให้มีการเคลื่อนไหวช้า ไม่ค่อยมีพลัง เหนื่อยง่าย ขาดความคล่องแคล่ว รู้สึกไม่สบายตัว ดังผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

> "เกิดปัญหาสุขภาพ มันอ้วน อึดอัด มีน้ำหนักตัวมาก อาการไม่ค่อยดี ไขมันมากเหนื่อยไว ทำอะไรไม่ค่อยมีกำลัง ไม่ค่อยมีแรง พอออกกำลังกาย ร่างกายแข็งแรงมันกระชับอะไรต่างๆรู้สึกคล่องตัว มันคล่องแคล่วว่องไว ทำอะไรมันรู้สึกดี"
>
> (ชาย อายุ 66 ปี)

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ให้ความหมายของการมีสุขภาพดีในอีกด้านคือการไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น ทั้งในการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกายตนเอง การทำความสะอาดบ้าน การเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งการพึ่งพาคนอื่นจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าตนเองไม่แข็งแรง ผู้ให้ข้อมูลสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งเมื่ออยู่ที่บ้านและเมื่อออกไปปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ นอกบ้าน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่ง

" แข็งแรง คือไม่ค่อยเหนื่อยง่ายนะคะ ที่บ้านเป็นบ้านสองชั้น ขึ้นกระได ขึ้น-ลง ขึ้น-ลง ไม่เหนื่อย เดินได้ สบายอยู่.....ค่ะ ๆ คือจะไม่เหนื่อย แล้วก็ทำงานอยู่ได้ทั้งวันโดยไม่ต้องเหนื่อย... สามารถเก็บกวาดทำอะไร ๆ ทุกอย่างกิจวัตรประจำวันนี่ ก็ทำได้ปกติ ไม่เหนื่อย ไม่อะไร"

(หญิง อายุ 73 ปี)

การไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น ของผู้ให้ข้อมูลยังสามารถ ออกไปประกอบกิจกรรมภายนอกบ้านร่วมกับผู้อื่น และสามารถเดินทางไปด้วยตนเองไม่ต้องมีผู้นำทางหรือต้องอาศัยบุคคลอื่น ๆ เป็นผู้พาไป สามารถ ใช้บริการของระบบสาธารณะได้

"บางคนเนี่ยอายุ 60 หลงละ สังขารไม่ดีไปไหนมาไหนไม่ได้ แต่ป้านี้ยังขึ้นรถเมล์ได้ก็เรียกว่าภูมิใจแล้ว ว่าอายุเราเท่านี้เราไม่หลง สามารถที่จะไปได้....."

(หญิง อายุ 79 ปี)

ความแข็งแรงของร่างกายในสภาวะสุขภาพดีของผู้ให้ข้อมูลที่ได้ให้ความหมายในช่วงวัยสูงอายุนั้น ไม่ได้ต้องการให้มีความแข็งแรงอย่างมาก เช่นเดียวกับคนวัยหนุ่มสาว หากแต่มุ่งเน้นให้ร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายยังสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตนเองต้องการปฏิบัติได้ และ มีความสามารถในการใช้งานยังคงอยู่ โดยที่ไม่ได้พิจารณาว่าร่างกายมีความผิดปกติหรือไม่

"อ๋อ ก็ ทุกอย่างครับ 36 อาการ 36 ทั้งหลาย ก็คือ หัวใจ แขน ขา สายตา ทั้งหมดต้องพอใช้ได้ ต้องพอใช้ได้ ไม่ใช่ดีเลิศ แค่พอใช้ได้....พอใช้ได้ก็คือว่า ตาได้ยิน หูได้พัง เอ่อ พูดได้ เดินได้ ทำกิจกรรมทั่ว ๆ ไปได้ ไม่ถึงชั้นหักโหมมาก "

(ชาย อายุ 66 ปี)

ในส่วนด้านจิตใจของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลมุ่งเน้นให้ตนเองมีความสบายใจ ไม่หงุดหงิด เครียด ไม่คิดมาก สิ่งเหล่านี้สามารถส่งผลถึงร่างกายให้มีสุขภาพที่แข็งแรงได้ สภาวะทางจิตใจที่มีความกังวล เครียดมีความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ แม้ว่าจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยใดๆ ก็สามารถทำให้สุขภาพร่างกายอ่อนแอลงไปได้ การจะมีจิตใจสบายได้นั้นต้องมีการปล่อยวางทำจิตใจให้สงบ สบาย ซึ่งมีวิธีเลือกปฏิบัติได้หลายวิธี เช่น การทำบุญไหว้พระ การออกไปท่องเที่ยว พบเพื่อน เป็นต้น

> "...นะ เรื่องจิตใจนะ เรื่องจิตใจของตัวเองทำจิตใจให้สบาย ทำร่างกายให้สบาย ตามสบาย อย่าไปหมกมุ่นกับเรื่องของคนอื่นเค้ามาก แล้วก็อย่าไปยุ่งไปเกี่ยวกับเรื่องที่ไม่ดีนะ เอาแต่สิ่งดี ๆ มีเงินก็สร้างบุญสร้างกุศล กินอยู่อย่างกินที่มีผลประโยชน์นะ มีลูกเต้าสบาย พูดดีอะไรดี เราก็สบายไปด้วย ร่างกายเราก็ดีทำให้ร่างกายเราก็ดี....."
>
> (หญิง อายุ 67 ปี)

การมีจิตใจสบายอีกความหมายของผู้ให้ข้อมูลอันจะทำให้มีสุขภาพดีนั้นคือไม่มีปัญหาต่าง ๆ ทั้งด้านครอบครัว เศรษฐกิจ เป็นต้น มาทำให้คิดมากอันจะทำให้จิตใจขุ่นมัว ดังผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งกล่าวว่า

> "อ๋อ การทำให้สุขภาพดี การทำให้สุขภาพดี คือ ถ้าเราไม่มี ไม่มีอะไรในบ้านอย่างนี้นะ ไม่มีปัญหาอะไรในบ้านอย่างนี้มันก็ไม่มีอะไรที่จะต้องคิด แล้วมันก็ทำให้จิตใจเราสบายนะ แล้วก็เกี่ยวกับปัญหาการใช้จ่ายอะไรในบ้านอันนี้เราก็ไม่ต้องไปคิด เราก็สบายใจอยู่แล้ว เพราะว่าอย่างลุง ลุงเค้าก็เลี้ยงเราอยู่แล้วใช่ม๊า ลุงเค้ามีเงินบำนาญกินอันนี้ก็เป็นที่ตายตัวอยู่แล้วว่าใครจะให้เราก็ได้ไม่ให้เราก็ได้ เราไม่ต้องไปขอใครเค้าว่าอย่างนี้ แค่นี้เราก็สบาย สบายใจ "
>
> (หญิง อายุ 66 ปี)

เมื่อพิจารณาการให้ความหมายของสุขภาพดีในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายครอบคลุมทางด้านร่างกายและจิตใจที่ต้องมีการผสมผสานร่วมกันอย่างเหมาะสม ทำให้เกิดความสมดุลของทั้งร่างกายและจิตใจ ขาดสิ่งหนึ่งสิ่งใดไม่ได้ หากร่างกายดีมีสุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บไม่ปวด สามารถทำกิจกรรมดำเนินชีวิตประจำวันได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ก็จะทำให้มีจิตใจที่ดี มีจิตใจสบาย เช่นเดียวกับการมีจิตใจสบาย มีความสบายใจไม่เครียดไม่วิตกกังวลก็จะส่งผลถึงสุขภาพทางกายเช่นกันซึ่งไม่จำเป็นต้องเริ่มต้นจากด้านกายหรือจิตใจก่อนแต่ทั้งสองส่วนจะส่งผลซึ่งกันและกันโดยมีจุดมุ่งหมายให้เกิดสุขภาพดีกับผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตนเองต้องการได้เป็นปกติ ไม่ต้องพึ่งพา หรือเป็นภาระให้ผู้อื่น ดังผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งกล่าวว่า

> “สุขภาพดีมันมีทั้งสุขภาพจิต สุขภาพกาย จิตคือไอ้ที่มันลึกเข้าไปที่ทำให้มันพอดี พองามอ่า…สบาย ๆ ไม่ต้องไปฟุ้งซ่านอะไร ถ้าสุขภาพกายคืออะไร ร่างกายที่แข็งแรงนะฮะ คือใช้งานได้ปกตินั้นเอง คือสุขภาพดีมันคล่องตัว.....”
>
> (ชาย อายุ 66 ปี)

1.2 ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

เมื่อผู้สูงอายุให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพแล้ว จะเกิดการวางเป้าหมายและหาแนวทางเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดี ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดเริ่มต้นของการเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ มีการให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพใน 3 ด้าน คือ การปฏิบัติที่ทำให้สุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ การได้เข้ากลุ่มส่งเสริมสุขภาพ ทำให้มีเพื่อนคลายเหงา เกิดการเรียนรู้ ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ประการสุดท้ายคือ การเกิดผลดีต่อชีวิต ทั้งการมีจิตใจที่เบิกบาน ร่างกายแข็งแรงไม่เจ็บป่วย ไม่เป็นภาระของใคร และมีความสามารถในการช่วยเหลือผู้อื่น

การจะมีสุขภาพกายและจิตที่ดีนั้นจะต้องเกิดจากการสร้างและปฏิบัติของแต่ละบุคคล อันจะทำใจเกิดสุขภาพกายและจิตที่ดีไปพร้อม ๆ กันอย่างเหมาะสม เกิดความสมดุลในชีวิต ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพทั้งในด้านของการทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้ โดยผ่านทางการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกปฏิบัติ เช่น การออกกำลังกาย การนอนหลับ การรับประทานอาหาร เป็นต้น

"คำว่าส่งเสริมเนี่ยมันคือไปช่วยให้เค้าทำให้มันดีขึ้น ส่งเสริมนะฮะไม่ใช่ทำให้เค้าเสื่อมนะ ส่งเสริมให้เค้าดีนี่คือการส่งเสริม ส่งเสริมในด้านสุขภาพก็มันก็เกี่ยวกับ ร่างกายของเราสุขภาพของเรา สมมติว่าตัวผมเนี่ยนะจะส่งเสริมให้ร่างกายเราดีอ่ะ ก็ปฏิบัติตัวให้มันถูกหลักอย่างที่พูดกันมา ผ่านมาเรื่องอาหาร การกิน ออกกำลังกายให้เหมาะสม ทำจิตใจให้สมดุลให้สงบนะฮะ ก็อะไรต่าง ๆ เนี่ย มัน ๆ ๆ ส่งเสริมทั้งหมดแหละนะฮะ การคิดการอ่าน"

(ชาย อายุ 66 ปี)

นอกจากนั้นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลยังกล่าวถึงการปฏิบัติเพื่อมีสุขภาพจิตที่แข็งแรง ทำจิตใจให้สบาย สงบ สามารถปฏิบัติได้หลายวิธี เช่น การไปวัด ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ไม่ปล่อยวาง ไม่เครียด ไม่คิดมาก

"เราทำจิตใจให้สบาย ทำตัวให้สบาย อย่าไปเครียดอะไร อย่าไปคิดอะไร อย่าไปสนใจกับเรื่องคนอื่นมากมาย ใครว่าเราอยู่ในวงของเราเนี่ยก็ทำใจไปวัดทำบุญ... จิตใจสบายขึ้น ร่างกายแข็งแรงขึ้น"

(หญิง อายุ 67 ปี)

การที่ผู้ให้ข้อมูลจะสามารถปฏิบัติตนเองให้มีการส่งเสริมสุขภาพอันจะทำให้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจแข็งแรงได้นั้น พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีการแสวงหาข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ผ่านทางสื่อหลากหลายทางอาทิเช่น การรับรู้ข้อมูลผ่านทาง การอ่านหนังสือ ข้อมูลทางสุขภาพทางอินเตอร์เน็ท ข้อมูลทางโทรทัศน์ วิทยุ ชมรมผู้สูงอายุ บุคลากรทางสุขภาพต่าง ๆ และเพื่อนของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับข้อมูลที่มีความหลากหลายชนิดทั้งความรู้ทั่วไป วิธีการปฏิบัติตัว คำแนะนำคำสอนต่าง ๆ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจะนำข้อมูลที่ตนเองได้รับมา ทดลองและปรับใช้เพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

"(ได้ข้อมูลทางสุขภาพมา) เราก็ต้องค่อย ๆ ดูเวลามันตัดสิน หมายถึงหมายความว่าคนอื่นเอาเข้ามาที่จริงอ่ะเราไม่ใช่พระพุทธเจ้าเราก็ตรัสรู้ไม่ได้เองใช่มั้ย เราก็อาศัยค้นคว้า ฟังทางนู้นมั่ง ค้นคว้าทางนี้มั่ง อ่านหนังสือมั่ง ดูทีวีมั่ง อันนี้แหละมันจะมาหาเรา และเราก็เอาอันนั้นอ่ะมาประยุกต์มาปฏิบัติ จนปัจจุบัน เพราะงั้นผมชอบดูไอ้เกร็ดเล็กเกร็ดน้อย ....."

(ชาย อายุ 66 ปี)

การเข้าร่วมกลุ่มสังคมเป็นลักษณะที่เด่นชัดในสังคมของมนุษย์ กลุ่มผู้สูงอายุก็เช่นกันเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การปฏิบัติงาน หรือหน้าที่ประจำได้เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุอยู่มีช่วงของการพักผ่อนมากขึ้น มีเวลาว่างเป็นส่วนตัวมากขึ้น จึงสามารถเลือกใช้เวลาว่างที่มีอยู่ในการดำเนินกิจกรรมที่ตนเองสนใจ ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งเลือกปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยวิธีการต่างๆ เช่น การไปชมรมผู้สูงอายุเพื่อออกกำลังกาย การไปวัดทำบุญ โดยมุ่งหวังเพื่อตนเองจะได้ไม่เหงา ได้พบเพื่อน เกิดการเรียนรู้ระหว่างบุคคล ได้มีโอกาสช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สามารถแบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อยได้แก่

- <u>มีเพื่อน ไม่เหงา</u>

ความเหงาเป็นสิ่งที่ทำให้ ไม่มีความสุข ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งมีเวลาว่างมากขึ้นในวัยสูงอายุของตนเอง ที่ไม่ต้องปฏิบัติงานประจำ ไม่มีเพื่อนอยู่ที่บ้าน เนื่องจากครอบครัวลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องอยู่เพียงคนเดียวโดยเฉพาะในเวลากลางวัน การออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกทำการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อได้ออกไปพบเพื่อนนอกบ้าน ได้ใช้เวลาที่มีอยู่ให้มีประโยชน์มากที่สุด กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ เมื่อมีเวลาว่างมากขึ้นจึงเริ่มเข้าสู่การส่งเสริมสุขภาพผ่านทางชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมีกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุได้เลือกปฏิบัติ อันเป็นการส่งเสริมสุขภาพ

> “ ฮึกเหิมนะ รัฐบาลเขายังส่งเสริมเลยนะ ....เราก็ควรจะไป ๆ กลับมาเราก็ได้..สุขภาพเราก็ดี จิตใจเราก็ดี แล้วเราก็ได้เพื่อนดี สนุกเฮฮาได้ เจอเพื่อน เราก็ไม่ว้าเหว่ ไม่เหงา ไม่เฉาตาย ว่างั้นเถอะ ถ้าอยู่เฉย ๆ อยู่กับบ้าน ถ้าเขาไม่ตั้งชมรมผู้สูงอายุคนแก่เฉาตายนะ เยอะนะ คือ มันอยู่กับบ้านไม่รู้จะทำอะไร มันก็หงอย ลูกหลานก็ไม่มา บางคนลูกหลานก็ไม่ได้ให้กินให้ใช้ เงินทองก็ไม่มี นี่นะสิ่งประกอบนะหนูนะ “
>
> (หญิง อายุ 79 ปี)

- <u>เกิดการเรียนรู้ ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน</u>

การศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อได้เข้ากลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง ผู้ให้ข้อมูลเกิดการเรียนรู้ ด้านประสบการณ์ชีวิต ได้พบผู้สูงอายุท่านอื่น ๆ รวมทั้งการเรียนรู้ข้อมูลต่าง ๆ และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้เรียนรู้ประสบการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุท่านอื่น สามารถนำสิ่งที่ตนเองพบมาปรับใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้ และสามารถช่วยเหลือบุคคลอื่น หรือช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในการส่งเสริมสุขภาพได้เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพดี ดังผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งกล่าวว่า

"..ไปเชียร์กีฬากันน่ะ ก็เลยมามองเห็นว่าแต่ละคนเนี่ยสภาพจิตใจผิดกัน ส่วนมากก็เอาแต่ใจตัวเองจนบางคนจนออกนอกหน้า มีอะไรหน่อยไม่พยายามปรับ ไม่พยายามทำ เพราะฉะนั้นอันนี้นะถ้าเราไม่ไปช่วยส่งเสริมด้านนี้มันจะเลยเถิดหรือจะฝังไปจนแก่จนตายไปเลย ถ้าเราพยายามทำตัวอย่างนะ ส่งเสริมเขาให้รู้จักละเลิกและผ่อนคลายอารมณ์ตรงนี้นะ เขาก็จะมีสุขภาพจิตที่ดี เมื่อมีสุขภาพจิตที่ดีในด้านสุขภาพกายเขาก็จะค่อย ๆ ตามมา .....เนี่ยเราถึงมีการส่งเสริม เมื่อเราทำ เราคิดได้เราก็พยายามอยากจะให้คนอื่น ส่งเสริมให้คนอื่นทำได้เหมือนเราด้วย นี่แหละทำไมถึงส่งเสริม อยากให้คนอื่นมีสุขภาพดี มีสุขภาพจิตที่ดี สุขภาพกายที่ดี โดยการทำอย่างนี้ โดยการรวมกลุ่มและพยายามโน้มน้าว ส่งเสริมแล้วล่ะ"

(ชาย อายุ 66 ปี)

นอกจากนั้นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ โดยพิจารณาจากการเห็นประโยชน์ สิ่งที่ดีที่เกิดกับชีวิตของตนเองเมื่อได้ปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพนั้น ๆ ประกอบด้วย การมีจิตใจที่เบิกบาน มีความสุข การมีร่างกายที่แข็งแรงไม่เจ็บป่วย ไม่ปวดเมื่อย มีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ไม่เป็นภาระของใคร และเป็นคนมีความสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้

- <u>มีจิตใจที่เบิกบาน</u>

ผู้ให้ข้อมูลได้รับผลตอบแทนทางด้านจิตใจจากการกระทำที่ตนเองเลือกปฏิบัติอันจะทำให้มีความสุข มีความเบิกบานทางจิตใจ มีจิตใจสบาย เช่น การปฏิบัติธรรม การทำบุญ ไหว้พระ เป็นต้น ทำให้เห็นผลการส่งเสริมสุขภาพในด้านจิตใจ

" อ้อ..ที่ได้ทำหรือ...การส่งเสริมสุขภาพนี้หรือ...ก็คือว่ามีความตั้งใจว่า ...พอเราทำงานตั้งหน้า ตั้งตาทำงานให้มีเงิน...พอมีเงินแล้วเราก็สบายใจ..พอแก่แล้วเราก็จะได้สบายไปทำบุญ...มีเงินนี้ไปทำบุญไปไหว้พระไหว้เจ้าได้สบายใจแล้วเราก็..มันก็ไม่เครียดไม่อะไร...ก็สบายขึ้น...ทำให้จิตใจสบายไปออกกำลังมันก็แข็งแรงดี "

(หญิง อายุ 67 ปี)

- ร่างกายที่แข็งแรงไม่เจ็บป่วย ไม่ปวด ไม่เมื่อย

หลังการส่งเสริมสุขภาพของตนเองผ่านทางกิจกรรมที่ผู้ให้ข้อมูลได้เลือกปฏิบัติ ผลจากการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงขึ้นทำให้ผู้ให้ข้อมูลเห็นความสำคัญจากผลการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกาย เช่น การไปออกกำลังกาย จึงรับรู้ความแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดขึ้นและให้เป็นความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ ดังผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งกล่าวว่า

> " แต่ก่อน ไม่เคยนึกถึงความแข็งแรงของสุขภาพร่างกายเลย จะมาชวนมาเล่นกีฬาอะไรอย่างเนี้ย ก็มาตามความรู้สึก รู้สึกว่าถ้ามาเล่นจะมีความแข็งแรงขึ้นเท่านั้นเอง แต่ก่อน ๆ ก็ไม่เคย ถ้าตอนก่อนถ้าไม่นับที่ไปเล่นที่ศูนย์จตุรมิตรแล้วไม่นึกถึงว่าจะมีประโยชน์กับร่างกาย เมื่อตอนมาลงลานนี่ทำให้แขนขา แข้งขาแข็งแรงขึ้น ไม่ค่อยปวดไม่ค่อยเมื่อย ก็เมื่อได้มาออกกำลังกายที่นี้ มาบ่อยๆ ก็รู้สึกดี รู้สึกแข็งแรง "
>
> (หญิง อายุ 73 ปี)

- ช่วยเหลือตนเองได้ไม่เป็นภาระของใคร

ความแข็งแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ปรากฏขึ้นกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทำให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสามารถพึ่งตนเองได้ ไม่เป็นภาระให้บุคคลใดต้องช่วยเหลือดูแล เช่น การดำเนินชีวิตประจำวัน การออกไปดำเนินกิจกรรมนอกบ้าน นอกจากนั้นยังทำให้เกิดความภูมิใจพึงพอใจที่ตนเองสามารถช่วยเหลือตนเองและยังสามารถเป็นประโยชน์ได้ช่วยเหลือบุคคลอื่นอีกในบางโอกาส

> " อ้อ มีความหมายมากเลย (เน้นเสียง) หนึ่ง เราช่วยตัวเองได้ยังสบายคนข้างเคียงเราไม่เดือดร้อน เราไม่เป็นภาระให้ใคร เราช่วยตัวของเราเองได้อันนี้เป็นประการที่สำคัญที่สุด เรามีความภูมิใจพอใจนะว่า เราป่านนี้แล้วนะ เราทำได้ขนาดนี้ เราไม่เป็นภาระให้ใคร ให้คนข้างเคียงหรือใครอื่น แถมเรายังมีโอกาสช่วยเหลือคนอื่นได้บ้างบางโอกาส "
>
> (หญิง อายุ 67 ปี)

- <u>เป็นคนมีความสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้</u>

สุขภาพที่แข็งแรงสร้างศักยภาพให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้เห็นประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพผู้ให้ข้อมูลจึงให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพตามที่ตนเองรับรู้ผ่านทางความสามารถที่ตนเองมีในการช่วยเหลือบุคคลอื่นๆในสังคมหรือในครอบครัว โดยสามารถนำประสบการณ์ที่ตนเองได้รับ หรือสะสมมาถ่ายทอดให้ผู้อื่นรับทราบโดยมุ่งหวังให้มีสุขภาพดีเช่นเดียวกับตนเอง

> " สำคัญมากเลยก็อันนี้แหละเหตุที่ผมต้องมา เย็น ๆ เมื่อก่อนนี้เคยพาเค้ามาออกตรงนี้ คนแก่คนเฒ่าออกกำลัง ผมก็วิ่งไปรอบ ๆ นี่ไม่ใช่วิ่งเฉพาะข้างนอกจะเห็นนั่งจ๋องหงอง ก็อยากให้เค้ามีสุขภาพดี อยากให้ยืดแข้งยืดขา คนเราธรรมชาติมันต้องออกกำลังกาย หมายถึงว่าแม้แต่การเดินการอะไร อย่าไปอยู่อะไรทำอะไรมันท่าเดียวนานๆมันไม่ดีใช่มั้ย มีการนอน มีการเดิน มีการยืดอะไรต่างๆ มีบางคนเค้านั่งอยู่อย่างนั้นน่ะเพราะเค้าเดินไม่ค่อยได้ ไม่ค่อยเก่งน่ะแต่ผมก็อยากให้เค้ามีสุขภาพที่ดีช่วยตัวเองได้เท่านั้นน่ะ ความหมายของเราแค่อยากจะช่วย เพราะเราช่วยตัวเองเราได้แล้วก็อยากจะช่วยคนอื่น อยากจะให้มีความสุขไม่เบียดเบียนตัวเอง กระทั่งเครียดนี่คือคิดจุดของเราอย่างนั้นน่ะ แล้วเราช่วยเค้าแล้วเราก็สบายใจ "
>
> (ชาย อายุ 66 ปี)

1.2 การเริ่มเรียนรู้วิธีการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีโรคประจำตัวและกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม จึงมีจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้วิธีการการส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน ผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคประจำตัว มีอาการปวดเมื่อยร่างกาย ปวดหลัง มีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น เจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ทำให้ต้องหาวิธีการบรรเทาอาการเจ็บป่วยดังกล่าว โดยผ่านทางพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เป็นต้น ส่วนผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว แต่เนื่องจากในวัยสูงอายุมีเวลาว่างจากการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น ในช่วงสูงอายุเกิดความเหงา มีโอกาสได้พบเพื่อนได้รับการชักชวนให้มีการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อทดลองปฏิบัติพบว่าได้ผลดีจึงปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จนเป็นผู้มีสุขภาพดีในที่สุดซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

มีปัญหาทางด้านสุขภาพ การเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย รู้สึกอ่อนล้า เหนื่อยง่าย และเกิดความเจ็บปวดที่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ปวดคอ ปวดหลัง ปวดเข่าเป็นต้น จึงต้องหาวิธีการบรรเทาอาการเจ็บปวด ไม่สุขสบายเหล่านี้ เช่น การใช้วิธีการออกกำลังกาย ดังผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปวดหลัง กล่าวว่า

> " อืม ก่อนเกษียณเริ่มออกกำลังกายมาประมาณซัก 3 ปี ได้ใช้วิธีจี้กงออกคนเดียว คือ ไปเจอหนังสือเกี่ยวกับการออกกำลังกายเกี่ยวกับอะไรก็ลองเอามาฝึกมาหัดลองทำดูทีแรกก็ฝึกโยคะกับที่นอน เออ มันมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพเรื่องกระดูกของตนเอง เรื่องปวดหลังอะไรอย่างนี้ ก็เลยต้องมาฝึกดูตามคำแนะนำของหมอจากที่อ่านเจอบ้าง ก็ลองดู เอ้พบว่ามันได้ผลดี จากตรงนั้นเรื่อยมาก็มาฝึกท่าบริหารร่างกาย"
>
> (หญิง อายุ 67 ปี)

นอกจากนั้นความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่เกิดจากโรคต่าง ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง การต้องเข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาล ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาวะร่างกายภายหลังจากอาการของโรคสงบลง สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุให้ตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองดังผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งกล่าวว่า

> " ทีนี้มาป่วยช่วงหนึ่ง ลำไส้ทะลุ รักษาตัวที่โรงพยาบาล ป่วยจนเลือดหมดตัวเลย รีดไม่ออก เลือดมันออกไปหมดตัว อันดับแรกมันก็จะ (ถ่าย) ดำ อาการแรกน่ะที่เป็นตอนหลังมาพอมันเต็มที่ ขับรถจากนี่ไปที่โน่นก็ เอ่อ เลือด น้ำแดงหมด... หลังจากรักษา5 คืน เขาก็ไม่ได้ให้อะไร เมื่อปี 36 เสร็จแล้วก็มาเริ่มหัดเดินใหม่เลย สร้างเลือดใหม่ ค่อย ๆ และก็ตั้งแต่นั้นมาก็เริ่มออกกำลัง พอออกกำลังมันก็ดีขึ้นเรื่อย ๆ เราก็พัฒนาไปเรื่อย ๆ จากเล็ก ๆ น้อย ๆ เราก็ค่อยวิ่งเยอะ ๆ... โรคต่าง ๆ มันก็หายแล้ว ก็มาหาทางด้านจิตใจด้วยว่าจะทำยังไง ก็ศึกษาทางด้านธรรมะบ้าง นั่งวิปัสสนาบ้าง ก็มา...."
>
> (ชาย อายุ 66 ปี)

ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่ง มีความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย รู้สึกไม่สบายตัว อึดอัด จากการมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างมาก เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการดำรงชีพ การดูดซึม การย่อยอาหารของผู้สูงอายุ เปลี่ยนไปจึงเริ่มสนใจเข้าสู่การส่งเสริมสุขภาพ ดังที่ผู้สูงอายุท่านหนึ่งกล่าวถึงชีวิตหลังเกษียณอายุการทำงานว่า

> " ปลดเกษียณมาใหม่ ๆ ก็รู้สึกว่าไม่ได้ทำงาน สบายนะ ฮู้...ฮู...ตอนนั้นก็ทำกับข้าว.... ก็ทานแต่ของอร่อยๆ (หัวเราะ) ทั้งนั้น...ทำเองอร่อยที่นี้ก็ทานอร่อยเลย.. ทำของกินตอนนี้ก็อ้วนเอา.. อ้วนเอาน้ำหนักขึ้น ๆ ๆ ...เลยตอนนี้ตอนหลังลูกสาวคนเล็กเขาบอกว่าแม่พักเสียที่เถอะ พวกสปาเกตตีอะไรนี้..ให้หยุดของมัน ๆ เสียที...พวกแป้งเนียะไขมันทั้งนั้นเลย..อันตรายไปหมอเขาก็บ่น..ว่าอ้วนมาก ๆ ๆ ก็เลยลดอาหารลง...เขาบอกว่าเหนื่อยให้ซื้อเสียบ้าง...อย่ากินอร่อยนัก (หัวเราะ) ก็เลยดีขึ้น"
>
> (หญิง อายุ 67 ปี)

ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งมีเวลาว่าง มากขึ้น ไม่ต้องทำงานประจำ สามารถพักผ่อนอย่างสบาย อยู่ที่บ้าน มีความเหงาเกิดขึ้น จึงเริ่มสนใจและเกิดการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนคนรู้จัก จึงมีบทบาทเข้ามาเป็นผู้ชักนำให้เข้าสู่การส่งเสริมสุขภาพ และเมื่อปฏิบัติตามก็พบว่ามีผลดีต่อสุขภาพ ได้รับประโยชน์อื่นๆอีก เช่น ได้เพื่อน ไม่เหงา และได้ความสนุกสนานจึงได้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องอันทำให้เกิดสุภาพดี ดังผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งกล่าวว่า

> "ค่ะ เพื่อนชวน ตอนแรกเพื่อนชวนเราก็ไม่สนใจนะ ตอนนั้นป้ายังไม่สนใจโอ้ย.. ไม่เอาล่ะ ฉันก็ไม่ได้เป็นอะไรนี่นา หลังจากนั้นสักปี สองปี เราก็ชักจะเหงา เราไม่มีเพื่อน เออ..เราไปเข้าชมรมนี่ เราก็จะได้เพื่อน แล้วก็เลยได้ประโยชน์ทางออกกำลังกาย อยู่ทำไมล่ะ ไปดีกว่า มีเพื่อนด้วย สุขภาพเราก็แข็งแรงดีด้วย พอถึงเวลา ก็ รีบทำงานบ้านเสร็จ 10 โมงป้าก็แต่งตัวแล้ว ไปแล้ว ไม่อยู่แล้ว"
>
> (หญิง อายุ 79 ปี)

จากประสบการณ์ข้างต้นของผู้ให้ข้อมูล พบว่ามีความหลากหลายในการให้ความสำคัญของการเริ่มต้นในการสนใจการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นจุดนำให้เกิดการปฏิบัติอันก่อให้เกิดภาวะสุขภาพดีในผู้สูงอายุได้

ประเด็นที่ 2: **การเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ** (Being a health promoting person)

ผู้สูงอายุเกิดการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง จากการผ่านกระบวนการรับรู้อย่างมีสติพิจารณาแล้วว่าการดำเนินกิจกรรม หรือรูปแบบตามแนวคิดเพื่อให้เกิดสุขภาพดี ตนเองสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งรูปแบบของการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพของบุคคลมีมากมายหลากหลายลักษณะ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

เมื่อผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าตนเองต้องการมีสุขภาพดีจึงค้นหาพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมของตนเอง และเพื่อได้บรรลุเป้าหมายของสุขภาพดี การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยประสบการณ์ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ กิจกรรมทางสังคม การใช้วิธีผสมผสานในการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยสนับสนุนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

- <u>การรับประทานอาหารที่เหมาะสม</u>

อาหารเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีพ สำหรับทุกคน ในผู้สูงอายุก็เช่นกัน อาหารก็ยังเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง กลุ่มผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของอาหารที่ตนเองรับประทานเข้าไปว่าเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต กินอาหารเข้าไปเพื่อให้อิ่ม รู้สึกสบาย เป็นสิ่งเสริมกำลัง หล่อเลี้ยงบำรุงร่างกาย ทำให้แข็งแรง มีชีวิตยืนยาวต่อไปและกินอาหารเพื่อช่วยควบคุมไม่ให้เกิดโรคขึ้น

> “อาหารคือสิ่งที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต เพื่อที่เราจะได้มีสุขภาพแข็งแรง ไม่ใช่ทานเพื่อความเบิกบาน เพื่อความสำราญ เพื่อความสุขที่ได้จากทาน ทานอาหารครับ เราทานเพื่อที่จะได้มีสุขภาพแข็งแรง มีอายุยืนยาว.....”
>
> (ชาย อายุ 66 ปี)

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าการรับประทานอาหารเพื่อการดำเนินชีวิตของผู้ให้ข้อมูลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลส่วนมากจะรับประทานอาหารวันละ 2 ถึง 3 มื้อต่อวัน โดยมื้อเย็นจะไม่รับประทานอาหารหนักจะรับประทาน ผลไม้ และรับประทานปริมาณได้น้อยลง โดยจะรับประทานเพียงแค่รู้สึกว่าตนเองอิ่มก็จะหยุดทันที นั่นคือ การกินอิ่มต้องรู้สึกว่าไม่อึดอัดไม่แน่น ไม่ทานอาหารเกินตัว ซึ่งถ้ายังฝืนในการรับประทานอาหารต่อจะรู้สึกไม่สบาย เช่น คลื่นไส้ รู้สึกเหมือนจะอาเจียน หายใจไม่ออก จุกเสียด แต่ถ้าหากไม่ได้กินอาหารก็จะไม่สบาย เป็นลม ต้องไม่ปล่อยให้ร่างกายหิวมาก นั่นคือ เมื่อมีชีวิตอยู่ อย่างไรก็ต้องรับประทานอาหาร ก็จะส่งผลในการดำเนินชีวิตของผู้ให้ข้อมูลด้วยเช่นกัน

> “(กินอิ่มคือ..)ไม่อึดอัด ไม่อึดอัด แต่เรียกว่าเราไม่ต้องกินมากเกินไป ก็กินเรียกว่ารู้สึกว่ากินแค่เนี้ย รู้สึกว่าพออิ่มแล้วล่ะ เราก็ต้องเลิกกิน ถ้าเราไปขืนกินต่อนะ มันก็จะมีการคลื่นไส้แล้วก็ทำให้แบบยังไงล่ะ คลื่นไส้แล้วก็ เหมือน ๆ กับเราจะอาเจียนด้วย”
>
> (หญิง อายุ 66 ปี)

ด้วยอายุที่มากขึ้นและการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่มีความเสื่อมในระบบต่าง ๆ เช่น การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนแปลงไป ไม่มีฟันในการเคี้ยวอาหาร หรือระบบการย่อยและการดูดซึมอาหารเปลี่ยนไป ดังนั้นในการรับประทานอาหารของผู้ให้ข้อมูลจึงมิใช่เพียงแต่ทำให้อิ่มเพียงอย่างเดียวเท่านั้น อาหารในความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลยังเป็นสิ่งหล่อเลี้ยงบำรุงร่างกายให้แข็งแรงมีชีวิตยืนยาว สามารถป้องกันหรือควบคุมไม่ให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้เช่นกัน ดังนั้นผู้ให้ข้อมูลจึงให้ความสำคัญกับการรับประทานอาหารโดยเลือกชนิดอาหารที่รับประทานที่เหมาะสมและคิดว่าดีต่อสุขภาพของตนเอง ไม่กินของมัน เช่น กะทิ หนังหมู หนังไก่ ลดการกินเนื้อสัตว์ ปลาหมึก ผู้ให้ข้อมูลทราบดีว่าอาหารเหล่านี้มีคลอเลสเตอรอล ซึ่งเป็นไขมันที่จะทำอันตรายต่อสุขภาพทำให้ตนเองไม่สบาย ถ้าหากหลีกเลี่ยงไม่ได้ก็ต้องกินให้น้อยที่สุดหรือตักอาหารส่วนที่มีมันทิ้งไป เป็นต้น

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังระมัดระวังในการรับประทานขนม ของหวานต่าง ๆ เช่น ทองหยอด ทองหยิบ ฝอยทอง และผลไม้ที่มีรสชาติหวานมาก เช่น ทุเรียน มะม่วงสุก ผู้สูงอายุพยายามลดอาหารที่มีส่วนประกอบเป็นแป้ง พยายามดื่มน้ำมาก ๆ โดยคิดว่าการดื่มน้ำจะทำให้ช่วยชะล้างสิ่งที่ไม่ดี สกปรกออกจากร่างกาย ช่วยให้การขับถ่ายสบายขึ้น รู้สึกสดชื่นขึ้น

"อ๋อ เรื่องอาหารนะ เดี๋ยวนี้ไอ้เรื่องแกงกะทิเนี่ยจะไม่ทาน แต่ก็ทานบ้างแต่ไม่มาก แต่ว่าหน้า ๆ กะทิไม่เอานะ ไม่เอา ๆ เลย แต่ทานแต่แกว่งเอาหน้ามัน ๆ ออกไปไม่เอา (ทำท่าสั่นหน้า – สั่นมือไปพร้อม ๆกัน) เรียกว่าของมัน เราพยายามไม่ค่อยกิน เราจะกินพวกผักน้ำพริกพวกอะไรอย่างเนี้ย พวกเป็นแกงเลียง แกงป่าไม่ให้มันมีกะทิมา แล้วของหวานนี่เป็นพวกลอดช่องพวกอะไรหวาน ๆ ป้าจะไม่ทานเลย ไม่ว่าทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง ไม่เอาทั้งนั้น"

(หญิง อายุ 66 ปี)

ในด้านการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับตนเองของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนั้น จะได้รับข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจากหลายแหล่ง เช่น ข้อมูลจากแหล่งให้บริการทางการแพทย์ บุคลากรทางสุขภาพ หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ ผลงานวิจัย การศึกษาทางการแพทย์ ข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับมาจะถูกนำมาปรับใช้ในผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน ผู้ให้ข้อมูลจะเน้นย้ำถึงการรับประทานอาหารที่ต้องไม่ตามใจปาก ต้องเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุเท่านั้น อาหารที่ตนเองเคยชอบ เมื่อรู้ว่าไม่มีประโยชน์ก็ตัดทิ้งหรือลดการรับประทานลง เช่น การดื่มน้ำชา กาแฟ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือรับประทานของหวาน อาหารหวาน โดยหันมารับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีคุณค่าต่อตนเองมากที่สุด เช่น เน้นการรับประทานผัก เนื้อปลา หลีกเลี่ยงอาหารมัน ๆ อาหารที่ต้องทอด จะรับประทานอาหารที่มาจากธรรมชาติ หลีกเลี่ยงสารพิษต่าง ๆ ที่อาจติดมากับวัตถุดิบในการทำอาหาร

"อาหารนี้ ไอ้ที่คิดว่ามันเป็นพิษเป็นภัยไม่เหมาะกับที่จะทาน อาหารที่เป็นประโยชน์แก่ตัวมากที่สุด อะไรที่ตัวเองชอบแต่รู้ว่ามันไม่เป็นประโยชน์ก็จะตัดอายุเยอะนี้ตัดทิ้งหมด จะไม่ทานอาหารตามใจอยากหรือตามปาก แต่จะทานอาหารดูจากอาหารนั้นมีคุณค่ามากน้อยกับเราเพียงไหนน่ะค่ะ ยกตัวอย่างเช่นแต่ก่อนนี้จะทานอาหารพวกนี้ ชา – กาแฟ อะไรพวกนี้ เครื่องดื่มเดี๋ยวนี้จะน้อยที่สุด ไม่พยายามแตะต้องเลยถ้าไม่จำเป็น เครื่องดื่มนี้คือน้ำเปล่า แม้แต่น้ำเย็น ๆ ก็จะไม่ค่อยดื่ม จะดื่มน้ำธรรมดาน้ำที่ไม่แช่เย็น"

(หญิง อายุ 67 ปี)

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ประกอบอาหารรับประทานเอง เพราะสามารถเลือกชนิดของอาหารที่คิดว่าเหมาะสมกับตนเอง จัดแต่งรสชาติ ปรุงและรับประทานได้ทันที มีความใหม่สดของอาหาร การเลือกรับประทานอาหารนอกบ้าน อาจมีสารพิษเจือปน อาหารมีความมันได้มากกว่า และหากจำเป็นต้อง ซื้ออาหารนอกบ้านรับประทานก็จะให้ความระมัดระวังในการเลือกซื้ออาหารอย่างมาก

> “เล็กน้อยในเรื่องที่ว่าอาหารที่เราบริโภคข้างนอกบ้าน หรือข้างถนน หรืออะไรต่าง ๆ เนี่ย มันมีพิษมีภัยเยอะแยะ เพราะเค้าใส่สารเจือปน สารบอแรกซ์ สารฟอก สารอะไรต่ออะไรต่าง ๆ นี่เราทานยาพิษทั้งนั้นนะครับ ฉะนั้นเราก็ต้องระมัดระวังเรื่องการบริโภคอาหารนอกบ้าน หรือเอ่อ ที่ต่าง ๆ ที่เราคล้าย ๆ ว่ามันอ่อยเหยื่อให้เราทานเยอะแยะน่ะครับ”
>
> (ชาย อายุ 66 ปี)

ผู้ให้ข้อมูลยังเน้นถึงการรับประทานพืชผักสมุนไพรไทย เช่น ใบสาระแหน่ มะเขือ มะระขี้นก เป็นต้น ในการรับประทานเพื่อช่วยทำให้สุขภาพแข็งแรง รวมทั้งการเลือกรับประทานอาหารชีวจิต ที่เน้นการรับประทานผัก และการขำระสารพิษออกจากร่างกาย

> “เช่น พวกใบสาระแหน่ ใบ เอ่อ อย่างมะเขือ อะไรอย่างนี้ละครับ มะเขือก็ทานเพื่อที่จะป้องกันไอ้เรื่องมะเร็งในต่อมลูกหมากอย่างเนี้ยนะครับ คือพวกอาหารอย่างพวกชีวจิตอะไรอย่างนี้”
>
> (ชาย อายุ 66 ปี)

ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งยังให้ความสำคัญกับการไม่ยึดติดในรสชาติของอาหาร เปรียบเทียบการปรับรสชาติของอาหารให้ปฏิบัติตนคล้ายพระ อาหารมีรสชาติอย่างไรก็รับประทานอย่างนั้น ใช้หลักธรรมะช่วยในการรับประทานอาหาร การจะรับประทานอาหารต้องใช้สติเข้าร่วมพิจารณาในการรับประทานด้วยต้องรับรู้ว่าสิ่งใดเป็นประโยชน์หรือให้โทษกับผู้รับประทาน

"มันเป็นไปตามลักษณะของธรรมชาติ มันมีชีวิตอยู่มันก็ต้องการอาหาร ทีนี้เวลาเราทานอาหาร เราก็ดูอาหารหน่อย ว่าอาหารนี้ให้คุณให้โทษกับเรามากน้อยแค่ไหน คือจะทานอาหารไม่ทานตาม พูดตามธรรมะคือไม่ทานตามกิเลส คือความอยาก อยากโน่นอยากนี่ แต่พอเวลาจะทานก็จะพิจารณาดูก่อนอาหารนี้ให้คุณให้โทษมากน้อยแค่ไหน ให้คุณมากกว่าให้โทษ ก็จะทาน...เรื่องรสชาติอาหารนี่จะเป็นคนที่ฝึกตัวเองว่าเหมือนพระ คือ จะมีอะไร รสอย่างไร ก็กินได้ทั้งนั้น ส่วนมากจะจืด ๆ"

(หญิง อายุ 67 ปี)

เมื่อรับประทานอาการอย่างเหมาะสมกับช่วงวัยของตนเองผู้ให้ข้อมูล พบว่าจะมีระบบขับถ่ายที่สะดวกสบาย ท้องไม่อืด ร่างกายคล่องแคล่ว การระมัดระวังเรื่องการรับประทานจะทำให้สามารถควบคุมน้ำหนักได้ และสามารถป้องกันไม่ให้เกิดโรคที่มาจากการรับประทานอาหาร เช่น คอเลสเตอรอลสูง มีไขมันอุดตัน ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าอายุที่มากขึ้นความเจริญเติบโตของร่างกายจะไม่มีแล้ว การรับประทานมากเกินไปจะทำให้เกิดการสะสม เหมือนเป็นสารพิษอยู่ในร่างกาย ถ้าไม่เพิ่มสารพิษนั้น ๆ ก็จะค่อย ๆ ลดลงเอง

- <u>การออกกำลังกายเพื่อความสามารถในการมีกิจกรรม</u>

ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายที่ทุกคนปฏิบัติ แต่ระดับความสามารถในการปฏิบัติการออกกำลังกายของผู้ให้ข้อมูลมีความแตกต่างกัน บางท่านออกกำลังกายทุกวัน บางท่านออกกำลัง 5 วัน / สัปดาห์ และอย่างน้อย 3 ครั้ง /สัปดาห์ ระยะเวลาในการออกกำลังกายประมาณ 30 – 40 นาที ต่อครั้ง ชนิดของการออกกำลังกายมีหลายชนิดหลัก ประกอบด้วย รำกระบอง ไทเก๊ก มวยจีน จี้กง เต้นแอโรบิก วิ่ง การใช้อุปกรณ์ช่วยในการออกกำลัง เช่น การใช้รถถีบ ทั้งนี้การเลือกกิจกรรมออกกำลังกายของผู้ให้ข้อมูลนั้นขึ้นอยู่กับความชอบ ความพึงพอใจของแต่ละบุคคลที่จะเลือกชนิดของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับตนเอง ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการทำให้ร่างกายแข็งแรง ได้เคลื่อนไหวร่างกายเป็นไปอย่างเป็นธรรมชาติ ให้เหมาะสมกับสภาพของร่างกายตนเอง มีสุขภาพดีขึ้น ไม่เจ็บไข้ได้ป่วย รวมทั้งการเจ็บป่วยที่มีอยู่เดิมได้บรรเทาลงไป กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ยืดขยาย ได้เพื่อน มีความสนุก และเป็นการลงทุนเพื่อสร้างภูมิต้านทานต่อสู้กับโรคภัยที่จะเกิดกับร่างกาย

"การออกกำลังกายก็คือการที่เราได้มีโอกาสคลายไอ้ความเครียด ความ … muscles คือคนเรามันเหมือนกับเส้นลวดขดแน่น ๆ ๆ ๆ ๆ เป็นเกลียว ได้ออกกำลังกายนี่มันก็ยืดเส้น ยืดเส้นลวดให้คลายเกลียว คลายเกลียว คลายความเครียด ในขณะเดียวกันก็เป็นการที่ความสำคัญที่สุดก็คือ การลงทุนให้ตัวเราเองเพื่อที่จะสร้างภูมิต้าน ภูมิเอ่อภูมิ หลาย ๆ เรื่องในสุขภาพร่างกายเนี่ย เพื่อต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บที่จะเข้ามานะครับ นั่นสำคัญมาก แล้วก็ได้มีโอกาสยืดเส้นยืดสายเพื่อที่จะให้กล้ามเนื้อ ให้ทุกส่วนของร่างกาย โดยเฉพาะหัวใจได้ทำงานนะครับ มันก็เหมือนกับรถยนต์ถ้าจอดอยู่เฉย ๆ มันไม่วิ่งรถก็เสื่อม ก็เสีย ฉะนั้นรถยนต์ก็ต้องวิ่ง มอเตอร์ไซค์ก็ต้องวิ่ง อะไร ๆ ก็ต้องทำงานทั้งนั้นแหละครับ ร่างกายก็ต้องทำงานเพื่อที่จะได้ใช้งานยาวนานหน่อย (หัวเราะ) "

(ชาย อายุ 66 ปี)

การที่ผู้สูงอายุจะออกกำลังกาย จะต้องเริ่มจากผู้สูงอายุมองเห็นประโยชน์ของการออกกำลังกาย กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยการออกกำลังกายจาก แผ่นพับข้อมูลการออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์สุขภาพชุมชน สถานีอนามัย หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ เพื่อน ๆ ทำการแนะนำต่อ ๆ กัน การได้ไปอบรม ณ สถานที่ต่าง ๆ และผู้สูงอายุต้องเริ่มที่จิตใจคิดอยากจะทำการออกกำลังกาย มีความเชื่อว่าออกกำลังกายแล้วจะดีต่อตนเอง ลงมือทดลองทำแล้วเกิดผลดีจึงทำต่อไปอย่างต่อเนื่อง เมื่อเริ่มออกกำลังกายแล้ว บุคคลต้องมีความขยัน อาศัยความเพียร มีความตั้งใจในการส่งเสริมสุขภาพ ค่อย ๆ ทำในที่สุดก็จะชิน

"พอเรามองเห็นแล้วเห็นประโยชน์ของการออกกำลังกายทั้งนั้น เราก็จะรู้แล้วว่าไอ้ความขี้เกียจนี้ไม่ได้ช่วยทำอะไรให้ดีขึ้นเลย เพราะฉะนั้นผู้ที่จะทำอะไรได้นี้ต้องขยันไม่ว่าจะทำอะไรโดยอาศัยความเพียรนั้น จะออกกำลังกายจะทำอะไรหรือจะทำงานทั้งนั้นแหละ นั่งสมาธิมันก็ต้องอาศัยความเพียรความขยันใช่ไหมถึงจะทำได้ ถ้าหากเราปล่อยตามไปเมื่อนั้น เมื่อนี้ เมื่อโน้น มันก็ต้องผลัดกันอยู่เรื่อยเลย ต้องค่อย ๆ ทำ ค่อย ๆ ฝึกทีละน้อย หนัก ๆ เข้าเราก็จะชิน"

(หญิง อายุ 67 ปี)

แม้ว่าในระยะแรกของการเริ่มออกกำลังจะมีความเหนื่อยล้าของร่างกายเกิดขึ้นนั้นคือเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายในทุกๆส่วนของร่างกาย ทั้งการยืด บิด ของการกล้ามเนื้อ เอ็น ทุก ๆ ส่วนของร่างกายอย่างสัมพันธ์กัน มีจังหวะควบคุมทั้งด้านการเคลื่อนไหวร่างกายและด้านการหายใจ ผู้ให้ข้อมูลที่เริ่มต้นในการออกกำลังกายอาจพบความไม่สุขสบาย ทั้งความปวดเมื่อยความเหนื่อย แต่ก็ไม่ย่อท้อ เมื่อเหนื่อยก็หยุดพักแต่ไม่หยุดการออกกำลังกายเลย ต้องพยายามที่จะออกกำลังกายต่อ โดยค่อย ๆ เพิ่มการออกกำลังกายจากทีละน้อยจนสามารถทำได้มากขึ้นและสามารถทำได้สม่ำเสมอ เพื่อการออกกำลังกายมีประสิทธิภาพมากที่สุด

> "ไม่มีปัญหาอะไร หมายถึงเหนื่อยก็เหนื่อย พอหยุดพักหายเหนื่อยเราก็ออกต่อ แต่อันดับแรกที่ผมทำเนี่ย ใครจะนั่นยังไงผมไม่รู้นะ แต่ผมเนี่ยพอเริ่มรู้สึกปวดขา ทำกำลังขาให้มันดี คือวิ่งวันนี้รอบหนึ่ง พอหายปวดหายเมื่อยคราวหน้าเอา 3 รอบขึ้นไป แล้วมาปวดอีกก็สองสามวันนวดก็หาย เอาอีก ทีนี้ 5-6 รอบ 7 รอบไป เริ่มสนามเล็ก ๆ หน้าบ้านนี่นะ ตอนหลังพอนั่นก็สนามใหญ่ ต่อไปก็รอบสวนจิตร (หัวเราะ) รอบวังสวนจิตร สวนจิตรนี่ก็ข้างละ 1 กิโล รอบก็ 4 กิโล วิ่ง 3-4 รอบ คิดดู รอบละ 4 กิโลใช่ไหม สวนลุมผมก็วิ่ง 3-4 รอบ หมายถึงเราใกล้ที่ไหนก็ไปที่นั่น"
>
> (ชาย อายุ 66 ปี)

ผู้ออกกำลังกายต้องเข้าใจหลักการ กฎเกณฑ์ ในการออกกำลังกายที่ตนเองเลือก แล้วปฏิบัติตาม จึงเกิดผลดีที่สุดในการออกกำลังกาย เช่น การออกกำลังไทเก๊ก ที่ต้องมีการหายใจที่สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของร่างกายตามท่าทางที่กำหนด อย่างไรก็ตามบางครั้งก็มีข้อจำกัดของร่างกายผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำตามรูปแบบการออกกำลังกายได้เหมือนทั้งหมด ดังนั้นการทำท่าทางให้คล้ายคลึงกับการนำของการออกกำลังกายก็นับว่าเพียงพอ เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลอีกท่านที่กล่าวถึงการออกกำลังกายตามที่ตนเองชอบ ให้ออกกำลังกายตามความสามารถเท่าที่ตนเองจะสามารถทำได้ ไม่จำเป็นต้องทำให้เหมือนตัวอย่างทั้งหมด ทำได้เท่าที่สามารถ อย่างไรก็ต้องทำ แต่จะนำไปเปรียบเทียบกับวัยรุ่นวัยหนุ่มสาวไม่ได้

" มันเรียกว่า ถ้าลองพูดถึงว่าออกกำลังกายเหมือนกันแต่ว่าแบบมันทำไม่เหมือนกัน ใช่มั๊ย แล้วหนูลองมองดูสิ ผู้ที่เค้ามี ๆ อายุน้อยน่ะ เค้าก็ทำแรง ๆ ได้ เต้นเร็ว ๆ ได้ ใช่มั๊ย ได้ทุกท่าที่คิดจะทำ แต่เรานี่มันไปทำอย่างเค้าไม่ได้ เพราะหัวเข่า บางคนก็ไม่ดีแล้ว เราจะไปยกมากก็ไม่ได้ เดี๋ยวตัวเราหกล้มไป ไม่ได้ เราก็ต้องทำของเราเท่าที่เราพอทำได้ ใช่มั๊ย เราจะไปทำหักโหมเหมือนอย่างคนที่เค้ามีอายุน้อย ๆ กว่าเราไม่ได้หรอกหนู"

(หญิง อายุ 66 ปี)

ผู้ให้ข้อมูลในบางครั้งไม่สามารถออกกำลังกายได้ อันเนื่องจากสุขภาพร่างกายไม่สบาย เจ็บป่วย ได้ปรับลักษณะการออกกำลังกายให้ลดความรุนแรงในการออกกำลังกาย เปลี่ยนสถานที่ออกกำลังกาย เช่น เดิมเคยออกกำลังกายที่ชมรมผู้สูงอายุ ก็อาจปรับเปลี่ยนมาออกกำลังกายที่บ้านแทน รวมถึงผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ติดภาระงานที่บ้าน ต้องเฝ้าบ้าน ไม่มีเวลาว่างก็สามารถออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านหรือเปลี่ยนเวลาในการออกกำลังกายจากช่วงเช้าเป็นช่วงเย็นแทน

"ออกกำลังที่บ้านคนเดียว เพราะว่าเราจะไปที่ชุมชนก็ไม่ไหว ค่ารถมันกินไป มา 2 เที่ยว 40 บาทแล้ว บางทีก็ไม่มีคนเฝ้าบ้านอย่างนี้ด้วย เราไปดูใครเค้ามา เราก็จำทำของเราเอง ตอน 6 โมง 6 โมงครึ่ง 7 โมง ยังไงก็ต้องทำ ต้องทำทุกวัน จะสายนิดสายหน่อยก็ต้องทำ"

(หญิง อายุ 66 ปี)

เมื่อออกกำลังกายได้ระยะหนึ่ง ผลของการออกกำลังกาย ส่งผลถึงสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ โดยด้านร่างกายพบว่า ร่างกายได้ยืดเส้นยืดสาย คลายกล้ามเนื้อ ไม่ปวดกล้ามเนื้อ หัวใจเต้นเร็วแรง ไม่ปวดเข่า แขน หรือจากเดิมที่เคยปวด หายปวดเมื่อย ปวดต้นคอแน่นหน้าอก น้ำหนักลดลง นอนหลับได้ดี ไม่เหนื่อย ไม่อ่อนเพลีย มีเหงื่อออกมาก รู้สึกตัวเบาเหงื่อที่ออก ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเหมือนได้ขับสิ่งสกปรกออกจากร่างกาย รูขุมขนทั่วร่างกายขยายกว้าง ผิวหนังกระชับ ความเจ็บป่วยเดิมของโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง อาการความรุนแรงของโรคลดลง เดินได้กระฉับกระเฉง คล่องแคล่ว ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เร็ว สะดวกขึ้น

"ก็ไปออกกำลังกายแล้วมันหายเมื่อยหายปวด หายปวดต้นคอ หายแน่นหน้าอก อะไรเนี่ย ไม่เหนื่อย ไม่เพลีย เส้นสายจะเดินเหินเนี่ยมันสบายไปหมด แข้งขาสบาย ไปหาหมอเจาะเลือด วัดความดัน.... แล้วก็.... ตรวจ...ไขมันก็ลดหมด ไขมันก็ลด แล้วความดันก็ลดปกติ"

(หญิง อายุ 67 ปี)

ในด้านจิตใจพบว่า หลังออกกำลังกาย ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกได้ผ่อนคลาย รู้สึกสดชื่น จิตใจสบาย อารมณ์ดี ผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งรู้สึกถึงความสุข ปลอดโปร่งใจ เบิกบาน มีชีวิตชีวา จากการหลั่งฮอร์โมนของ Endorphin การออกกำลังกายบางชนิด เช่น ไทเก๊ก มวยจีน ทำให้จิตใจเกิดสมาธิ เกิดการผ่อนคลาย ฝึกการหายใจให้สะดวก มีความสุนทรีย์ทางอารมณ์

" สบาย คล้าย ๆ ว่ามันคือ หลักใหญ่ก็คือไอ้ต่อมที่เรามีอยู่ที่เค้าเรียก endorphin น่ะครับมันได้หลั่งสารออกมาทำให้เรารู้สึกปลอดโปร่งใจ รู้สึกเบิกบาน รู้สึกมีชีวิตชีวา แต่ถ้าเราไม่ได้ออกกำลังกาย ต่อม endorphin ไม่ทำงาน กล้ามเนื้อไม่ทำงานเนี่ย เรา เรารู้สึกว่า เราขาดสิ่งที่สำคัญในชีวิต"

(ชาย อายุ 66 ปี)

ผลพลอยได้จากการออกกำลังกายยังรวมถึง การได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ไม่ปล่อยให้เวลาเสียไปอย่างเปล่าประโยชน์ และได้ไปพบเพื่อน ร่วมกันออกกำลังกาย เกิดความสนุกสนานในการออกกำลังกาย การได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น ๆ เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้ออกกำลังกายบริเวณบ้านภายในชุมชน และได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่าง ๆ ในชุมชน

"ไม่มีฮ่ะ มีคือว่ามันว่างก็เห็นเค้าบอกว่าผู้สูงอายุให้มาออกกำลังกายนี่ดี เราก็ครั้งแรกเนี่ยยังไม่เคยนะ ก็มาแล้วเออดีจริง ๆ ครั้งแรกก็ยังมาก็ ๆ ยังเค้าเรียก คือ ครั้งแรกใหม่ ๆ อารมณ์ก็ยังไม่ค่อยจะดีหรอก คือไม่ค่อยยังหงุงหงิง ๆ ยังโกรธง่ายอะไรง่าย เดี๋ยวนี้อารมณ์มันเย็นขึ้น แหม มันบอกมันอธิบายไม่ถูก มันได้อะไรล่ะ มันได้ขับอะไรออกไป มันสบาย ๆ แล้วยังได้เจอเพื่อน ได้พูดได้คุย "

(หญิง อายุ 72 ปี)

ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงภาวะถ้าตนเองไม่ได้ออกกำลังกายว่า จะรู้สึกอึดอัด น้ำหนักตัวขึ้น ไม่กระฉับกระเฉง ลงพุง ไม่สดชื่น นอนไม่หลับ เหงื่อไม่ออก รู้สึกว่าขี้เกียจขึ้น ขาดสิ่งสำคัญในชีวิตไป

> "...ก็คล้าย ๆ ว่าเรา ๆ ๆ ความเคยชินน่ะครับ คือได้ผ่อนคลาย ได้เหงื่อ ได้หายใจแรง ๆ ได้ยืดเส้นยืดสายนะครับ คือถ้าเราหยุดไปเสีย เราก็ขาดความคล้าย ๆ ว่าความสม่ำเสมอ ก็รู้สึกว่าเกิดความอึดอัด นอนไม่หลับ ทานไม่ได้ดีอะไรต่าง ๆ นี้ แต่ถ้าได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอแล้วนี่มันจะช่วยให้การดำเนินชีวิตไม่ว่าจะรับประทาน จะนอน จะทำกิจกรรมอะไรมันรู้สึกสบายขึ้นเยอะ"
>
> (ชาย อายุ 66 ปี)

ประการสุดท้าย ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งกล่าวถึงการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การทำงานบ้าน ก็เป็นการออกกำลังกายส่วนหนึ่งด้วย โดยใช้วิธีการกำหนดจิตร่วมในการออกกำลังกายคล้ายการออกกำลังกายแบบไทเก๊ก หรือเป็นการวิปัสสนาด้วยจิต ซึ่งเป็นรูปแบบการออกกำลังกายแบบผสมผสาน ผู้ให้ข้อมูลได้พัฒนารูปแบบการออกกำลังกายของตนเอง โดยมีการออกกำลังกายทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจไปพร้อม ๆ กัน ผ่านการทำกิจกรรมที่เลือกปฏิบัติ เช่น การทำงานบ้าน ตอนแรกมิได้ตั้งใจออกกำลังกาย แต่เมื่อปฏิบัติไปก็สามารถทำได้ ยึดเป็นวิธีที่เลือกและเหมาะกับชีวิตประจำวันของตนเอง นับว่ามีการบูรณาการรูปแบบของการออกกำลังกายอย่างเป็นองค์รวมเกิดขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

> "... การทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกาย การวิปัสนากรรมฐานด้วยนะคือ ป้าจะไม่ออกเฉย ๆ นั่งนะ (ทำท่าจับไม้ถูพื้น) พอจับไม้เราก็กำหนดจิตใส่ไปด้วย จับถูกสติคือจิตของเราก็ถูไปตามไม้ถู ถูมาถูไป (พูดช้า ๆ พร้อมทำมือถูไปมา) แล้วเดินขึ้นบันไดก็กำหนดไปด้วยค่ะ ยกเหยียบ ยกเหยียบ เราใส่จิต ใส่สมาธิขณะหนึ่ง สิ่งเหล่านั้นเราจะไม่รู้สึกว่าเหนื่อย ทำงานได้ทำได้ตลอดไม่เหนื่อย อาจมีได้บ้างสภาพร่างกาย มันบอกฉันเมื่อยแล้วนะ เราก็จะรู้ตัวว่าเมื่อย ก็จะพักซักนิดหนึ่งแล้วเดี๋ยวเราก็ทำต่อได้"
>
> (หญิง อายุ 67 ปี)

แต่ในขณะเดียวกันก็มีผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งไม่เห็นด้วยว่าการทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกาย โดยกล่าวว่าการออกกำลังกายจะสามารถออกได้ทุกส่วนของร่างกายตั้งแต่เท้าถึงศีรษะ ต้องออกแรงอย่างสม่ำเสมอ ไม่ต่ำกว่าครึ่งชั่วโมง ต้องทำอย่างต่อเนื่อง แต่การทำงานบ้านทำได้แค่บางส่วน เป็นเพียงการยืดแขน-ขา ทำแบบสบาย ๆ

"...การทำงานเนี่ยแหละคือการออกกำลังอยู่แล้วทำไมต้องไปวิ่งออกกำลังอีก มันไม่ใช่เลย มันคนละส่วนกัน มันไม่เหมือนกัน ไอ้การที่จะรักษาสุขภาพด้วยการออกกำลังเนี่ย อย่างน้อยเราออกไม่ต่ำกว่าครึ่งชั่วโมง ทำติดต่อกันนะ ไม่ใช่ทำนิดหน่อยหยุด ทำนิดหน่อยหยุด มันไม่ได้หรอก ต้องพยายามให้ปอดมันสูบฉีดเต็มที่ ไม่ได้อย่างนั้นไม่ได้ มันต้องมีเวลาไป อย่างเดินหรือวิ่งก็ได้ วิ่งได้ก็วิ่ง ถ้าวิ่งไม่ได้ก็เดิน ก็อย่างนั้นแหละสักครึ่งชั่วโมงถึง 40 นาทีก็แล้ว..."

(ชาย อายุ 66 ปี)

และผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งไม่ทราบว่าเป็นการออกกำลังหรือไม่ ทราบเพียงแต่ว่างานบ้านเป็นสิ่งที่ต้องทำ เป็นกิจวัตรประจำวันที่ต้องทำอย่างสม่ำเสมอ

"..อันนี้เราก็ไม่รู้เหมือนกันเนอะ....เวลาทำเราถูไปเราก็ยืดแขน ยืดอะไรไปอันนี้มันจะออกกำลังกายรึเปล่าก็ไม่รู้อย่างนี้ใช่มั้ย....เหนื่อยเราก็นั่งพัก มันก็อย่างนี้แหละ อย่างนี้เราก็ทำแบบของเราไปแบบสบาย ๆ อย่างนั้นละ"

(หญิง อายุ 66 ปี)

- <u>การพักผ่อน</u>

ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับการพักผ่อน โดยกล่าวถึงการนอนหลับเป็นส่วนมาก การนอนหลับในผู้ให้ข้อมูลทำให้รู้สึกสดชื่น การหลับสบาย ตื่นขึ้นมาจะสบายตัว อารมณ์ก็ไม่หงุดหงิด ไม่ปวดหัว มีแรง ไม่อ่อนเพลีย ทำให้ร่างกายดีขึ้น

"การพักผ่อนทำให้เราสดชื่นขึ้น หลับสบายตื่นมาก็สบายตัว อารมณ์ดีไม่หงุดหงิด"

(หญิง อายุ 72 ปี)

ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งให้ความหมายของการพักผ่อน นอกจากการนอนหลับแล้วยังรวมถึงการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วม เช่น การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ ทำสมาธิ เข้าวัด ฟังธรรมะ ออกไปท่องเที่ยวต่างจังหวัด เลี้ยงสัตว์เลี้ยง การทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ การประดิษฐ์ดอกไม้ เป็นต้น ซึ่งการพักผ่อนนับเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ผู้สูงอายุต้องทำ ก่อนที่จะไม่ได้ทำเพราะสุขภาพไม่อำนวยให้ทำ และเป็นการพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่ทำให้เกิดความเครียดในจิตใจ สามารถรักษาสุขภาพให้ดีได้

> “พักผ่อนก็หลาย ๆ ด้าน แต่ละคนแล้วแต่ปัจเจกบุคคลนะครับ ของผมก็คือว่าได้ออกไปแคมป์ปิ้ง ออกเดินป่า ออกต่างจังหวัด ออกธรรมชาติ ขี่จักรยาน ปีนเขา ดำน้ำอะไรต่าง ๆ นะครับ อันนั้นก็เป็นการพักผ่อนอย่างนึง แต่ที่บ้านพักผ่อนก็เล่นกับหลาน.....ได้ผ่อนคลายครับ ได้ผ่อนคลายไม่ให้เกิดความเครียดทางด้านจิตใจและได้ผลประโยชน์ทางด้านร่างกาย”
>
> (ชาย อายุ 66 ปี)

คุณภาพการนอนในการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงความสามารถที่จะหลับได้สนิท นอนได้เต็มอิ่ม ไม่ตื่นบ่อยๆ ไม่ฝันร้าย ตื่นกลางคืน นอนระยะเวลาสั้นๆ ไม่จำเป็นต้องนอนยาวนาน สามารถหลับได้เป็นช่วงๆ 2 – 3 ชั่วโมง ขอให้หลับเต็มอิ่ม สมบูรณ์ ตื่นขึ้นมา รู้สึกสบาย จะสดชื่นทันทีที่ตื่นขึ้น ไม่อิดโรย ไม่หงุดหงิด สามารถทำงานได้อย่างสบาย ไม่เพลีย ก็ถือว่าพักผ่อนได้เพียงพอ

> “..ก็ ๆ คือว่า ไม่ตื่นมาบ่อย ๆ ไม่รู้สึกว่านอนไม่หลับนะครับ ไม่ฝันร้ายไม่อะไรนะครับ คือ ๆ หลับแบบสมบูรณ์นะครับ ไม่ใช่ว่าตื่นกลางคืนอะไรงั้นนะครับ ก็ไม่จำเป็นที่จะต้องยาวนาน คือเป็นช่วง ๆ ก็ได้ อาจจะ 2-3 ชั่วโมง ก็ได้นะครับ สำหรับผู้สูงอายุแล้วขอให้หลับเต็มอิ่ม สมบูรณ์ก็แล้วกัน ตื่นขึ้นมารู้สึกสบาย ไม่แฮงค์โอเว่อร์ ไม่หงุดหงิด”
>
> (ชาย อายุ 66 ปี)

ผู้ให้ข้อมูลมีวิธีการช่วยให้นอนหลับในเวลากลางคืนหลายวิธี เช่น พยายามไม่งีบหลับเวลากลางวัน เมื่อมีเวลาว่างก็พยายามไม่นอน นอนกลางคืนก็นอนให้ดึก ประมาณ 4 – 5 ทุ่ม ก็จะหลับยาวจนถึงเช้า พยายามทำจิตใจให้ว่าง ไม่เครียด จะช่วยให้เกิดการนอนหลับที่ดีได้ รวมทั้งการออกกำลังกายเล็กน้อย เช่น การเดินก่อนนอน การรับประทานอาหารไม่มาก ขจัดสิ่งที่กังวลทางจิตใจช่วยให้หลับสบาย ผู้ให้ข้อมูลบางคนไม่ต้องทำอะไร ถ้านอนไม่หลับก็นอนไปเรื่อยๆ แล้วแต่จะหลับเมื่อไหร่ก็ได้ และสามารถงีบหลับได้เล็กน้อยประมาณ ครึ่ง – 1 ชั่วโมง ในเวลากลางวัน ผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งใช้วิธีนอนเปิดวิทยุฟังก่อนนอนเพื่อให้จิตใจผ่อนคลายและเคลิ้มหลับได้

> “นอนหลับดีฮ่ะ ตอนกลางวันไปถึงนี่ต้องไม่นอน บ่าย ๆ ง่วงก็ไม่นอน ไม่ยอมนอนกลางวัน กลางคืนก็นอนดึกหน่อยราว ๆ ซักสี่ทุ่ม ห้าทุ่มหลับรวดไปเลย”
>
> (หญิง อายุ 72 ปี)

การใช้ยานอนหลับจะเป็นวิธีการสุดท้ายที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ เนื่องจากอาจเกิดผลข้างเคียงจากฤทธิ์ยาที่ค้างอยู่ในร่างกาย ทำให้รู้สึกไม่สบายตัว ไม่แจ่มใส และง่วงอยู่ตลอดเวลา

> “บางทีมันนอนไม่ค่อยหลับ ที่นอนไม่ค่อยหลับ ป้าก็บอกกับหมอ ก็มียาให้ทาน ...แล้วถ้ากินได้กินยาที่มันทำให้หลับแต่ทีนี้พอกินเข้าไปแล้วหนู บางครั้งนะระหว่างที่เราตื่น ตื่นออกมาสักตี 5 สว่าง ยามันก็ไม่นั่นพอสาย ๆหน่อยมันก็ทึ่ม ๆ เหมือนเราทำอะไรคอยจะง่วง ทำอะไรรู้สึกกำลังใจไม่มี คล้าย ๆ ยามันยังไม่มีคล้าย ๆ ยามันยังไม่ออกฤทธิ์ไป พอมันดึกเราก็ไม่อยากกิน”
>
> (หญิง อายุ 66 ปี)

เมื่อผู้ให้ข้อมูลพักผ่อนไม่เพียงพอ จะรู้สึกอ่อนเพลีย นอนหลับไม่สบาย ปวดศีรษะ ต้นคอ ความดันโลหิตสูงขึ้น เลือดเลี้ยงสมองไม่พอ รู้สึกโผเผ ทำอะไรไม่ได้ ทานอาหารไม่ได้ ไม่มีแรงเดิน ทำอะไรก็ไม่คล่อง เมื่อพักผ่อนไม่เพียงพอจะไม่สบาย แม้ว่าร่างกายจะแข็งแกร่งก็จะรู้สึกสมองมึน ๆ ตื้อ ๆ ไม่สดชื่น

> "มีผลอย่างมากเลยนะฮะ ถ้าหากว่าเราพักผ่อนไม่พอนี่ เราจะเพลีย เราจะมีความรู้สึกว่าเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ จะเพลียจะไม่สบาย ยิ่งผู้สูงอายุที่นอน . . . ถ้าพักผ่อนไม่พอจะไม่สบายถึงแม้ว่า . . . ถึงแม้ร่างกายเราจะแข็งแกร่ง แต่เราจะมีความรู้สึกว่าในสมองเราจะมึน ๆ ตื้อ ๆ มันไม่สดชื่น ถ้าเราพักผ่อนพอนี่เราจะรู้สึกเราตื่น . . . จะนอนมากนอนน้อย แต่อยู่ที่ว่าเราได้หลับสนิทและพักผ่อน เราจะสดชื่นทันที ตื่นมา"
>
> (หญิง อายุ 67 ปี)

วิธีการพักผ่อนอื่น ๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงเป็นกิจกรรมที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกกระทำ เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ส่งผลถึงความสุขใจสบายใจ เช่น การเลี้ยงสัตว์เลี้ยง โดยการเลี้ยงปลา นก สุนัข ทำให้ไม่เหงา แต่ก็ต้องเป็นภาระในการดูแล สิ่งมีชีวิตเหล่านี้เป็นภาระผูกพันต้องหาอาหารให้กิน ดูแลความสะอาด เป็นต้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งนิยมพักผ่อนโดยการไปท่องเที่ยวต่างจังหวัด ตามสถานที่ต่าง ๆ ทำให้จิตใจรื่นเริง สบายใจ ได้พบได้เห็นสิ่งที่แปลกหูแปลกตาที่ไม่เคยเห็น ไม่เคยไป เกิดความสนุกสนาน ได้ข้อมูลต่าง ๆ เข้ามาเพื่อเล่าต่อให้เพื่อนของตนเองฟังได้ เมื่อกลับไปพบเพื่อน ผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งได้ประกอบกิจกรรม การขี่ม้า ขี่ช้าง ปีนเขา ดำน้ำ สามารถช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรงได้อีกทางหนึ่ง

> "..ไปทุกเดือน มีกิจกรรม อย่างเดือนนี้ก็มี 4 มี 4 รายการ เมื่ออาทิตย์แรกของเดือน เค้าไปล่องแก่ง แก่งหินเพิง เคยไปมั๊ย เออ...น่าไป เพราะว่ามันสนุกเหมือนกัน เสร็จแล้วก็เข้าวัดอาทิตย์ที่สอง อาทิตย์ที่สามอาทิตย์หน้าก็ ก็จะไปขี่ช้าง ขี่ช้างกับกลุ่มปลูกป่าชายเลนนะครับ แล้วก็อาทิตย์ อาทิตย์ที่สี่ขี่จักรยานก็ได้ทางร่างกาย ทั้งจิตใจ แข็งแรงทั้งหมด"
>
> (ชาย อายุ 66 ปี)

ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งใช้วิธีการอ่านหนังสือต่างๆ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ เป็นการพักผ่อน ทั้งหนังสือธรรมะ หนังสือนิยาย สารคดี ทำให้เพลิดเพลินและได้ความรู้เป็นอาหารสมองเพิ่มมากขึ้น ในการใช้เวลาพักผ่อนยังรวมถึงการเข้าวัดปฏิบัติธรรมะเพื่อให้จิตใจสงบ ก็จัดเป็นการพักผ่อนอีกอย่างที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลให้ความสนใจ การซ่อมแซมเสื้อผ้าที่ชำรุด และการทำดอกไม้ประดิษฐ์ เป็นการแสดงความสามารถด้านงานฝีมือ ช่วยประหยัดเงินที่จะไปจ้างคนอื่นทำ และสามารถนำผลงานของตนเองไปเปลี่ยนเป็นเงินได้

"ดอกไม้คือการพักผ่อน... ก็ทำแค่นี้เรื่อย ๆ แล้วก็งานประจำก็กลับไปก็ไปทำดอกไม้... ใจมันก็มุ่งแต่ไอ้ดอกไม้แหละ ทำให้มันสวยงามอยู่แค่นั้น... เพลินฮ่ะ เพลิน จิตเรามุ่งไปอย่างเดียวใช่ม๊า ให้ดอกไม้อย่างเดียว อย่างอื่นมาก็ไม่ยุ่ง... เดี๋ยวดอก ๆ มันก็เพลินดี ได้เงินด้วย (หัวเราะ)"

(หญิง อายุ 72 ปี)

นอกจากนั้น ผู้ให้ข้อมูลบอกถึงลักษณะของสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ควรมีอากาศปลอดโปร่ง โล่ง สบาย บ้านสะอาด ไม่มีฝุ่น อากาศถ่ายเทสะดวก การจัดวางสิ่งของต่าง ๆ เป็นระเบียบเรียบร้อย อยู่กับธรรมชาติ มีต้นไม้ ทำให้สบายใจ สบายตา อากาศไม่ร้อนจนเกินไป จะช่วยผู้ให้ข้อมูลในด้านการพักผ่อนทั้งด้านร่างกายที่ไม่มีความสกปรก ฝุ่นต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายสำหรับผู้สูงอายุและเป็นส่วนในการพักผ่อนใจ ทำให้มีความสดชื่น มีความสบายใจได้ผ่อนคลาย

"ตอนที่แก่แล้วอายุมากแล้วนี่นะครับ ควรที่จะอยู่ให้มันสบาย ให้อากาศปลอดโปร่ง ให้ เอ่อ ให้บ้านช่องสะอาดสะอ้าน ให้ไม่มีฝุ่น ไม่มีข้าวของเลอะเทอะอะไรต่าง ๆ เนี่ยที่สำคัญเนี่ยห้องนอนนี่จะต้องมองออกไปโปร่งแล้วมองเห็นอะไรเขียวรอบ ๆ นะครับ แล้วก็ให้อากาศถ่ายเทได้ นี่ก็ช่วยในการนอนหลับ เพราะว่าเราจะได้หายใจได้สะดวก ข้าวของต้องเก็บสะอาด แล้วก็ต้องป้องกันเรื่องฝุ่นเรื่องไร ตัวแมลง ตัวต่าง ๆ ศัตรูร้ายที่จะเข้ามาทำลายสุขภาพสิ่งแวดล้อมนี่สำคัญมาเลยนะครับ"

(ชาย อายุ 66 ปี)

จากกิจกรรมที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกปฏิบัติในการพักผ่อน จะพบว่าเป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดความผ่อนคลายและทำให้เกิดความเพลิดเพลินใจทั้งหมด

- <u>การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ</u>

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับการดูแลในด้านจิตใจและจิตวิญญาณว่าเป็นความสุขทางจิตใจ ซึ่งทำให้เกิดสุขภาพดีได้ การทำให้สุขภาพทางจิตใจและจิตวิญญาณดีนั้นต้องเกิดจาก ความสุข ความสงบ มีการปล่อยวาง มีการคิดและปฏิบัติในสิ่งที่ดี มีหลักธรรมประจำใจ ได้ปฏิบัติศาสนกิจ เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ ทำบุญ ครอบครัวและตนเองไม่มีปัญหาเดือดร้อน

ความสุขสงบที่เกิดจากการปล่อยวางนั้น ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติโดยการสวดมนต์ ภาวนา ตัดละจากกิจกรรม การรับรู้ต่างๆ เรื่องทางบ้าน ครอบครัว รวมทั้งปัญหาต่างๆที่เข้ามาสู่ชีวิต ไม่คิด ไม่กังวล ไปปฏิบัติธรรม นั่งวิปัสสนา สวดมนต์ไหว้พระ แผ่เมตตาให้สรรพสัตว์ทั้งหลาย รวมทั้งเจ้ากรรมนายเวร ทั้งนี้สภาพที่ ปฏิบัติในการปล่อยวาง ละวาง เพื่อให้เกิดความสงบสุขนั้น สามารถกระทำได้ที่วัด สถานปฏิบัติธรรมหรือที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลจะไม่กังวลในเรื่องอดีต ไม่พูดบ่นใคร ไม่สนใจเรื่องไร้สาระ ไม่หมกมุ่นในเรื่องที่ไม่ดี ร่วมกับการใช้หลักของศาสนาพุทธ การถือศีล ใช้หลักคำสอนของพระพุทธเจ้าเป็นที่พึ่ง ร่วมด้วยการยึดการดำเนินชีวิตแบบพระ ยึดมั่นในศาสนา สิ่งเหล่านี้ทำให้มีความสุข สบายใจ ไม่หงุดหงิด และมีสุขภาพดี

> “เรื่องจิตใจก็คือต้องพยายามระงับจิตใจบางอย่าง..ให้ไปทางที่ ไม่ฟุ้งซ่าน ไม่มีอะไร..หมายถึงตัดละอะไรทุกอย่างที่เราตัดละได้เราก็ตัดละ อะไรที่จะให้ทำเพื่อสุขภาพเพื่อตนเองนี้...ถ้าเราตัดละทุกอย่างแล้ว เราจะสบายตัวสบายใจ ไม่กังวลอะไร กับใครทั้งนั้นเราก็สบายขึ้น...วิธีตัดละวาง...ก็ต้องสวดมนต์ ภาวนา ก็ได้สวดมนต์ไปวัดนั้นแหละค่ะ สวดมนต์นี้เราละจากทางบ้านไปวัด เราก็ไม่ต้องคิดเลยเรื่องทางบ้าน ใครจะอยู่จะกินกันอย่างไร เราไม่กังวล อันนี้ค่ะทำให้สบายใจ ทำให้สุขภาพแข็งแรงขึ้นอีกเยอะ”
>
> (หญิง อายุ 73 ปี)

นอกจากนั้นผู้ให้ข้อมูลยังใช้วิธีการทำบุญ ทั้งการตักบาตร ทำบุญสร้างโบสถ์ ทอดผ้าป่า ทอดกฐิน การทำบุญช่วยเหลือผู้อื่นที่ลำบากกว่า หรือการไม่สร้างความเดือดร้อนให้ผู้อื่น เมื่อได้ทำบุญสร้างกุศลแล้วจะทำให้สบายขึ้น ไม่ตกทุกข์ได้ยาก ไม่ลำบากทั้งกายและใจ ทำบุญสะสมไว้เพื่อชาติหน้า ผู้ให้ข้อมูลยังอธิษฐานขอให้ผลในการทำบุญ ให้ส่งผลให้สุขสบายถึงชาติหน้า และเมื่อเจ็บป่วยก็อย่าให้ตนเองเจ็บป่วยเรื้อรัง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

"จะสร้างกุศล กุศลนี่ก็คือบุญ บุญก็คือความดี ความดีก็สร้างตามหลักธรรมะของพระพุทธเจ้า บุญนี้ความดีนี่ ตามคำสอนของพระพุทธเจ้าเนี่ยก็จะมีอยู่ 10 อย่าง ทาน การให้ ศีล แล้วก็ภาวนา อันนี้สามอย่างใหญ่ ๆ นะคะ แล้วก็ยังมีอีกเจ็ดอย่างย่อย ๆ ก็อย่างเช่น การทำตนให้เป็นประโยชน์ คือการสุภาพอ่อนโยนก็ถือเป็นบุญเป็นกุศลของธรรมะของพระพุทธเจ้า เพราะว่าสุภาพอ่อนโยนกับคนทั่วไปกับผู้ใหญ่กับเด็กกับอะไรเนี่ยที่เรียกว่า การช่วยเหลือหรือสงเคราะห์ ก็มีหลายอย่างนะคะ เท่าที่จำได้ แล้วก็มีการฟังธรรม การสนทนาธรรม การให้ความรู้หรือให้อะไรกับผู้อื่นที่เป็นความรู้หรือวิชาเป็นอะไร แล้วข้อสุดท้ายก็คือพยายามทำความเห็นของเราให้ถูกต้อง"

(หญิง อายุ 67 ปี)

ผู้ให้ข้อมูลให้การดูแลทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยการช่วยเหลือผู้อื่น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมองว่าเป็นการทำบุญอีกวิธีหนึ่ง ซึ่งมีหลากหลายวิธี ไม่จำเป็นต้องเป็นการไปวัดทำบุญบริจาคเงิน หรือซื้อของให้ ผู้ให้ข้อมูลสามารถให้ความรู้ ความอบอุ่น น้ำใจ ในการช่วยเหลือผู้ที่ตนเองสามารถช่วยเหลือได้ ซึ่งส่งผลถึงจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกภูมิใจ สบายใจ ทำให้มีสุขภาพจิตที่แข็งแรง

"ก็ ให้ได้หลายทาง ก็คือไม่จำเป็นต้องให้เงินบริจาคถ้าไม่มีเงินมากนะครับ บางทีเรานึกว่าเราไปให้ ไปถวายวัด ไปอะไรต่ออะไรให้ เราแค่ไปซื้อบุญซื้ออะไรมากกว่า ที่จริงแล้วให้นี่มีวิธีการให้ตั้งหลายวิธี ให้ทางด้านวิชาการ ให้ทางด้านความรู้ ให้ทางด้านความอบอุ่น ให้ทางด้านน้ำใจ ให้ ให้ให้ทางด้านช่วยเหลือโดยไม่ต้องออกเงินมากนะครับ เอื้ออาทรอย่างเช่น เอาของมาฝากเค้า ไปช่วยดูแลพวกผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยอะไรต่าง ๆ เนี่ยนะครับ ให้ทางด้านไม่ต้องเสียเงินก็มีมากนะครับ แล้วก็ให้ทางด้านน้ำใจ ทางด้านจิตใจ คือ ๆ สรุปแล้วคือไม่ต้องให้เงินมากก็ได้ (หัวเราะ) แต่พวกเราไปให้ ไปทำ สร้างวัด สร้างโบสถ์ สร้างพระ สร้างอะไร ซึ่ง ๆ บางทีอาจจะ ก็เป็นวิธีนึงแล้วแต่คน แต่ถ้าให้ทางด้านความรู้ไปช่วยสอน ไปช่วยแนะนำ อันนี้ก็เป็นการให้ที่ดีอีกอย่างนึงครับ "

(ชาย อายุ 66 ปี)

เมื่อทำบุญแล้วจะเกิดความสบายใจ ซึ่งเป็นยาวิเศษทำให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าผลบุญผลกรรม คือ ผลแห่งการกระทำ ไม่ต้องรอผลถึงชาติหน้า มีผลต่อสุขภาพต่อจิตใต้สำนึก ทำให้มีจิตใจที่ดี จิตใจสบาย มีความสุข ความอิ่มเอิบในจิต บางครั้งเมื่อทำบุญแล้วก็เกิดสิ่งดี ๆ หลายอย่าง เช่น เก็บเงินได้ดี ใช้จ่ายไม่เดือดร้อน ครอบครัวก็สบาย ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า การทำบุญเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลใช้เพื่อสร้างความสบายใจ ลดความเครียด ที่เกิดขึ้นอันทำให้จิตใจไม่สบาย ไม่มีความสุข

> “แต่ทำให้เราได้จิตใจเราดี จิตใจนี่สำคัญ จิตใจเรารู้สึกสบาย เราได้ช่วยคนอื่น ได้ให้คนอื่น ทำบุญเยอะ ๆ อ่ะนะก็ทำให้ เมื่อจิตใจดีเนี่ยมันส่งไปหมดอ่ะนะ มันมาจากสมอง มันลงมาทั้งร่างกาย มันทำให้เรา เอ้อ นอนก็หลับสบายดี สบายกาย สบายใจ แล้วมันมีอะไรที่เราไม่รู้ว่าในร่างกายเราเนี่ย ไอ้สาร Endorphin อะไรต่าง ๆ เนี่ย จะส่งผลกับร่างกาย จิตใจ และการที่ เราได้ให้คนอื่นแล้วเนี่ย เรากลับได้มากขึ้น...คุณให้มาก คุณได้ช่วยคนอื่นมาก...แต่อาจจะได้อย่างอื่นนะ...อาจจะมีโชคทางด้านอื่นแต่อย่าไปหวังผล... ซึ่งถ้าเราไม่หวังผลมันมาของมันเอง มันมามันเอง “
>
> (ชาย อายุ 66 ปี)

- <u>กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ</u>

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากิจกรรมทางสังคมของผู้ให้ข้อมูล ได้มีการออกไปปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมร่วมกับบุคคลอื่นนอกบ้านเป็นส่วนมาก อาจเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลส่วนมากเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีทั้งกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ ผู้ให้ข้อมูลมองชมรมผู้สูงอายุว่าเป็นสถานที่ / แหล่งให้ผู้สูงอายุมาทำความรู้จักกัน ได้พบเพื่อน มีมนุษยสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่เหงา มีโอกาสได้ไปเที่ยว ได้สื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลต่าง ๆ กับเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกันหรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ รวมทั้งยังเป็นแหล่งความรู้ได้วิชาชีพ เช่น วิชานวดแผนโบราณ การทำดอกไม้ประดิษฐ์ เรียนทำอาหาร สามารถสร้างรายได้เสริมอีกทางหนึ่ง ความรู้ที่ได้เพิ่มเติมสามารถนำมาเป็นประโยชน์ทั้งกับตนเอง คนในครอบครัว หรือให้บุคคลอื่นที่สนใจต่อได้

"ก็ให้หลายอย่างนะ ให้ได้เพื่อน ได้เพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกัน แล้วก็ได้เห็นแต่ละคน เค้าก็มีแนวความคิดที่เป็นของตัวเองอะไรต่ออะไรนะคะ มองเห็นแต่ได้ศึกษาคนไปด้วยค่ะ แล้วเราก็ยังได้อะไรใหม่ ๆ แปลก ๆ อย่างได้วิชาต่าง ๆ อย่างวิชานวดแผนโบราณเนี่ยก็มารวม ๆ กลุ่มกันมา เค้าจะมีการจัดการศึกษานอกโรงเรียน เชิญเค้ามานะ อะไรอย่างเนี้ยค่ะ เราก็ได้"

(หญิง อายุ 67 ปี)

ชมรมผู้สูงอายุคล้ายสถานที่พักผ่อนเป็นขุมทรัพย์สำหรับผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมหลากหลายชนิดเพื่อผู้สูงอายุ อาทิเช่น การจัดกิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมกีฬา การจัดการทำบุญ ไปเที่ยว ทำให้ได้ไปพบเพื่อน บุคคลอื่น ๆ ในสังคม

บางครั้งผู้สูงอายุไปชมรมผู้สูงอายุมิได้มีจุดมุ่งหมายเพื่อการไปออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว แต่ต้องการไปพบเพื่อน มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้รับการดูแลด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพเบื้องต้น ได้พบแพทย์ ทำให้สบายใจขึ้นเมื่อได้รับการดูแลด้านสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนั้นยังรวมถึงการมีความสามัคคี พบเพื่อน ได้พูดคุย มีความสนุกสนาน ทำกิจกรรมร่วมกัน

"ชมรมผู้สูงอายุ...คือขุมทรัพย์ treasure ที่สำคัญซึ่งคนไม่ค่อยเห็นความสำคัญเท่าไหร่...ดีมากสำหรับผู้สูงอายุนะครับที่จะได้มา...นอกจากออกกำลังกายมาสังสรรค์ มา เอ่อ รับทราบผลประโยชน์อะไรต่าง ๆ ได้เรียนรู้เรื่องสุขภาพ เรื่องการทำอาหาร เรื่องอะไรหลายอย่างที่นี่ แล้วก็มีการพาไปเที่ยว... ก็ถึงมาทุกวัน..."

(หญิง อายุ 72 ปี)

การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุไว้ในชุมชน ทำให้ชมรมผู้สูงอายุอยู่ใกล้บ้าน สามารถเดินทางได้สะดวก มีการจัดสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ชมรมให้ดีอีกด้วยเหมาะสำหรับผู้สูงอายุจะมาชุมนุมร่วมกันทำกิจกรรมด้วยกัน ชมรมผู้สูงอายุยังเปรียบเสมือนเป็นที่พักใจสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเครียด มีความทุกข์ใจ ให้ได้มาพบเพื่อน ทำกิจกรรมที่ทางชมรมจัดขึ้น ได้ระบายได้ทำกิจกรรมเพื่อลดความเครียด ความไม่สบายใจนั้นลง

"ที่ชมรมนี้ใกล้ดี (ใกล้บ้าน) และอีกอย่างเราต้องพึ่งพาที่นี่อยู่ประจำ...พออยู่ ๆ ไปก็เหมือนมีคล้าย ๆ กัน มาแล้วรู้สึกสบายใจ มันมีความสุข อะไรที่มันเคยทุกข์ เคยร้อนอะไรมาก็ เราไปพูดมั่งอะไรมั่ง ให้ความสว่างกับเขามั่ง เขาก็รู้สึกสบายอกสบายใจ...คือได้ความร่วมมือ ได้อะไรทั้งหลาย ต่าง ๆ มีอะไรอยากจะคิด อยากจะทำอะไรมาคุยกัน ยิ่งเดี๋ยวนี้เรามีการไปเที่ยวไหว้พระอะไรกันไป ทำบุญทำทานอะไรกันไป นี่ก็ได้ร่วมกันทำ"

(ชาย อายุ 66 ปี)

การมาชมรมผู้สูงอายุทำให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้พบเพื่อน ซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงในส่วนที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และมักพบกัน ณ ชมรมผู้สูงอายุ หรือเป็นเพื่อนบริเวณบ้านแถวชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ สำหรับผู้สูงอายุแล้วเพื่อนนั้นมี หลายแบบทั้งจริงใจ และไม่จริงใจ ถ้าเพื่อนจริงใจรักกันจริง รักนับถือกันมาก ถ้าเพื่อนไม่จริงใจ ก็ไม่ใกล้ชิดสนิทมาก เพียงพูดคุยทักทายกันก็เพียงพอ รู้จักกัน ผิวเผิน เพียงแค่รู้จักกัน กล่าวคำทักทายไต่ถามทุกข์สุขกันธรรมดา ได้แลกเปลี่ยนข่าวคราวต่าง ๆ จากคนอื่น ๆ ได้รู้จักคนมากขึ้นได้พูดคุยไม่เหงา หรือคุยกันร่วมกันทำกิจกรรมต่าง ๆ และเพื่อนมีไว้เพื่อพูดคุยหัวเราะ พูดตลก ทำให้สบายใจ คลายเครียด บางครั้งเพื่อนได้ใกล้ชิดทำให้จิตใจไม่ดีก็มี ผู้สูงอายุต้องปรับตนเอง พิจารณาว่าใครดีใครไม่ดี ใครเป็นเพื่อนจริง เพื่อนไม่จริงบ้าง

"เพื่อนเนี่ยนะมันก็มีเยอะหลายอย่าง แต่ว่าเราอ่ะคบใครเรารักใครเราก็รักจริง จริงใจ แต่ถ้าเค้ารักเราจริง เราก็เรียกว่ารักเขามากไปเลย นับถือเลย ทีนี้พอถ้าหากว่ามาคบกับอีกคนนึง เค้าพูดกับเราอย่าง พูดถึงคนนั้นอย่าง คนนี้เค้าไม่จริงใจกับเรา เราก็อย่า อย่าใกล้ชิดสนิทเค้ามาก มีเรื่องก็ทักกัน คุยกันไม่มีก็หยุดซะ ดีกว่ามีเรื่อง เราต้องปรับตัวของเราเอง คือว่าเราดูว่าใครดี ใครไม่ดี เพื่อนจริง เพื่อนไม่จริง"

(หญิง อายุ 67 ปี)

ในขณะที่เพื่อนแท้ หรือ ทั้งจริงใจ จะมีอิทธิพลต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของผู้ให้ข้อมูลอย่างมาก นอกจากจะเป็นเพื่อนที่พูดคุยยามเหงา ไต่ถามทุกข์สุขคล้ายเพื่อนที่คบกันเพียงผิวเผินแล้วเพื่อนยังเป็นผู้ปรับทุกข์ระบายความในใจ คอยปรับทุกข์ช่วยเหลือซึ่งกันและกันทำให้สบายใจเพื่อนทำให้ลืมความเครียด เป็นที่ปรึกษาเวลาที่ไม่รู้จะปรึกษาใครตัวคนเดียว เพื่อนสามารถช่วยเหลือยามทุกข์ร้อน ต่างช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อนต้องมีความจริงใจ ไม่ได้รักกันด้วยสมบัติ รักกันด้วยน้ำใจเป็นสิ่งประเสริฐ หาซื้อไม่ได้ รวมทั้งเป็นคนที่เห็นอกเห็นใจเข้าใจเอื้ออาทรตอนตกทุกข์ได้ยาก ยามเป็นหนี้เป็นสิน ยามป่วยไม่สบาย ช่วยยามเข้าขั้นวิกฤติ

> “คือ เพื่อนที่เห็นอกเห็นใจเราและเข้าใจเรา แล้วก็เอื้ออาทรเราตอนตกทุกข์ได้ยาก ตอนเราเข้าวิกฤติ ไม่ใช่เพื่อนทั่ว ๆ ไปก็ดีอย่างโน้นอย่างนี้นะฮะเอ่อ เล่นละครเข้าหากัน แต่ในยามวิกฤติ ในยามที่เราไม่สบาย ยามที่เราตกทุกข์ได้ยาก ยามที่เราเป็นหนี้เป็นสินหรือยามที่เราประสบอุบัติเหตุหรืออุบัติภัยอะไรต่าง ๆ เนี่ย เค้า เค้ามีความเอื้ออาทร เค้าช่วยเหลือเราแค่ไหน นั่นคือเพื่อน ส่วนที่เราเรียกว่าเพื่อนก็คือคนรู้จัก คุยกัน มีเยอะ มีเยอะแยะครับ แต่เพื่อนจริง ๆ แล้วก็คือ เพื่อนที่ ที่ช่วยเหลือเราได้ แต่ไม่ตลอดเวลาก็ได้นะ แต่ตอน ตอนเข้าขั้นวิกฤติเข้าขั้นวิกฤติ ไม่ใช่ขั้นธรรมดา ขั้นธรรมดาไม่ใช่เพื่อน เป็นเพื่อนกิน อาจจะเป็นเพื่อนกินก็ได้ (หัวเราะ)”
>
> (ชาย อายุ 66 ปี)

เพื่อนของผู้ให้ข้อมูลยังหมายถึงได้ร่วมสนุกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ไปไหนด้วยกัน ไม่ทำให้เหงา อยู่คนเดียวจะเหงา การอยู่แต่ที่บ้านไม่สนุก ไม่มีความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ถ้ามีเพื่อนจะไม่เหงา มีคนช่วยปรึกษา คุยชี้แจงเรื่องต่าง ๆ ไปเที่ยวไปกินด้วยกัน ได้ติดต่อกับเพื่อนฝูงและยังได้ข้อมูลข่าวต่าง ๆ ผ่านทางเพื่อน ๆ ได้แลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน เพื่อนให้ข้อคิด ทำให้อารมณ์ดี ครื้นเครงสนุกสนาน เป็นที่ผ่อนคลายอารมณ์ ได้ข้อคิดจากเพื่อน ๆ

> “คือเราไปเจอเพื่อนเนี่ยนะ เราก็ลืมละ ลืมสิ่งที่ว่า เราคล้ายๆกับว่าเอ้ยเราอยู่บ้านเราไม่สนุก แหมเรามาตรงนี้มาเจอเพื่อน โหยเราสนุก เรามีความสุขได้ยิ้มได้หัวเราะต่อกระซิก ได้ร้องเพลงให้กับฟังอะไรอย่างเงี้ย มันก็มีความสุขในด้านจิตใจอ่ะ”
>
> (หญิง อายุ 79 ปี)

นอกจากผู้ให้ข้อมูลที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุแล้ว ผู้ให้ข้อมูลที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุแม้จะไม่เพื่อนมากเช่นกับผู้ที่ไปที่ชมรมผู้สูงอายุ แต่ก็มีกิจกรรมทางสังคมโดยมีส่วนร่วมกับครอบครัวของตนเอง หรือ ชุมชนรอบบ้าน แทนการออกไปที่ชมรมผู้สูงอายุ เช่น การไปเที่ยว การไปทำบุญ ของผู้สูงอายุและครอบครัว

> “อย่างอาทิตย์นึง พอวันศุกร์ทีนึงเค้าก็มารับละ ไปค้างเสาร์ ศุกร์ เสาร์ อาทิตย์ แล้วก็กลับมา แล้วไปทานอาหารกันทั้งบ้าน ทั้งหมดอะไรอย่างเงี้ย คือทานรวมกัน อันนี้ก็คือความสุขอันนึงเหมือนกันนะฮะ คือลูกมารวมกัน ทานอาหารเย็นด้วยกัน กลางวันด้วยกัน รวมกันเป็นหมู่เป็นอะไรอย่างเงี้ย ก็จะไปด้วยกันหมดอะไรอย่างเงี้ย เพราะงั้นจะเป็นกรุ๊ปใหญ่ เหมือนกับไปเที่ยวกันนี่ก็จะไปกันทั้งหมดอะไรอย่างเงี้ย แล้วถ้าขาดใครซักคนก็รู้สึกว่าคิดถึงคนนั้นอะไรอย่างเงี้ย ”
>
> (หญิง อายุ 76 ปี)

ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการออกมามีกิจกรรมภายนอกบ้านเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญและต้องการเพื่อน คนในวัยเดียวกันอยู่เป็นที่ปรึกษาและช่วยในการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงขึ้น

- <u>ปัจจัยสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ</u>

ปัจจุบันการเงินและเศรษฐกิจเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย เงินสามารถใช้เป็นปัจจัยแลกเปลี่ยนทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพและเกิดสุขภาพดีได้ ซึ่งเงินสามารถทำให้เกิดความสุขทั้งกายและจิต แต่ในบางครั้งเงินไม่สามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพบางอย่างได้เช่นกัน

ผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งให้ความสำคัญกับเงินทั้งด้านกายและจิตอย่างชัดเจน โดยผู้ให้ข้อมูลจะรู้สึกว่าตนเองมีความสุข ความสบายใจที่ตนเองมีเงินใช้จ่ายอย่างสะดวกในการทำกิจกรรมต่างๆเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น การซื้ออาหาร การทำบุญ การไปเที่ยว ดังผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งกล่าวว่า

"เศรษฐกิจการเงินการอะไรต่ออะไรเนี่ยนะ เศรษฐกิจไม่ดี การเงินไม่ดี เหมือนอย่างว่าตัวเราเนี่ยนะ เอ่อ เราไม่มีเงินจะใช้ เราอยากจะทำบุญเราก็ทำไม่ได้ เราอยากจะไปเที่ยวเราก็ไปเที่ยวไม่ได้ อยากจะไปคบเพื่อนคบเพื่อนฝูงอะไรต่ออะไร เราก็ไม่สามารถไปได้ มันก็เกี่ยวเหมือนกันนะเกี่ยวกับสุขภาพเกี่ยวกับด้านจิตใจเหมือนกันนะหนู"

(หญิง อายุ 79 ปี)

ซึ่งถ้าไม่มีเงินก็จะเกิดความทุกข์ขึ้นได้ทั้งด้านร่างกายไม่สามารถหาอาหารรับประทานได้ ไม่สามารถมีอุปกรณ์เครื่องใช้ที่เหมาะสมกับวัยของตนเองได้ และเกิดความทุกข์ใจที่ไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนเองปรารถนาอยากจะทำได้

"เงินก็เป็นเงิน เป็นของที่บันดาลความสุขให้เราได้ทุกอย่างที่เราต้องการใช่ไหม เหมือนอย่างเราอยากทานปลาทูทอดสักตัว อุปมา ตัวละ 10 บาท เราก็ไม่มีจะซื้อ ทีนี้พอเราไม่มีจะซื้อเราก็มานั่ง อุ๊ยตาย..เราเป็นขนาดนี้ เราจะซื้อของขนาดนี้ยังไม่มีปัญญาซื้อกิน ก็มานึกคนนั้นดีนะ รวย มีปัญญาซื้อกิน เราจนขนาดไม่มีจะซื้อกิน มันก็มีความทุกข์"

(หญิง อายุ 79 ปี)

อย่างไรก็ตามผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งมองว่าเงินสามารถช่วยแก้ปัญหาได้เป็นช่วง ๆ เพียงระยะหนึ่งเท่านั้น ไม่ได้มีความสำคัญอยู่ตลอดไป เงินไม่สามารถซื้อสิ่งที่เป็นนามธรรมได้ ซื้อความสุข ซื้อธรรมะ ไม่ได้

"เป็นส่วนที่ช่วยแก้ปัญหาได้เป็นช่วง ๆ นึง ระยะนึง แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าสำคัญอยู่ตลอดไป...ถามเงินสำคัญมั๊ย สำคัญ เพราะหาสิ่งหล่อเลี้ยง กว่าเราจะได้อาหารนั้นมา...ใช้เงินเป็นปัจจัย แต่มันก็ไม่ได้สำคัญทั้งหมด ขนาดมันจะไปซื้ออะไรได้ทั้งหมด...แต่มันจะ จะซื้อให้ส่วนที่เป็นนามธรรม ซื้อไม่ได้ เงินซื้อความสุขได้มั๊ย ไม่ได้ เงินซื้อธรรมะ ซื้อการปฏิบัติของเราได้มั๊ย ไม่ได้....เราอยากมีความสุข เอาเงินไปซื้อ อยากได้โน่นนี่ซื้อ อาจคิดว่าคนที่ใช้เงินซื้อความสุข ความจริงแล้วเค้าไม่ได้สุข"

(หญิง อายุ 67 ปี)

การได้มาซึ่งเงินสำหรับผู้ให้ข้อมูล แหล่งที่มาของเงินมีทั้งได้มาจากการสะสมของตนเอง เมื่ออยู่ในวัยหนุ่ม–สาว เก็บไว้เพื่อใช้ยามมีอายุมากขึ้น ได้เงินจากบำนาญทั้งของตนเองหรือของคู่สมรส ได้จากการทำงานพิเศษต่าง ๆ และบุตรหลาน คนในครอบครัวให้ไว้ใช้ตามความต้องการ ผู้สูงอายุต้องมีการจัดการเกี่ยวกับเศรษฐกิจการเงินที่ดี อย่าจนหรือรวยมากเกินไป เพื่อตนเองได้มีเงินใช้อย่างเหมาะสมไม่ทำให้ผู้ใด หรือตนเองเดือดร้อน เช่นเดียวกับผู้สูงอายุอีกท่านมองเงินว่าเป็นศัตรูที่ร้ายกาจ เป็นภัยที่ร้ายแรง โดยเฉพาะถ้าไปหลงเรื่องเงิน ต้องแย่งชิงเงิน พยายามหาเงินมา ก่อเกิดความเครียด ชีวิตในวัยสูงอายุไม่มีความสุข

> “เงินเป็นศัตรูที่ร้ายกาจ เป็นภัยที่ร้ายแรงนะครับ ก็คือว่าถ้าเราไปหลงเรื่องเงิน ไปติดยึดกับเงินอะไรต่าง ๆ เนี่ยโดยเฉพาะกับผู้สูงอายุเนี่ยจะเป็นภัยที่ร้ายแรงต่อสุขภาพ ต่อการดำเนินชีวิต ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ฉะนั้นเงินเนี่ยอย่าไปติดยึด อย่าไปพึ่งมันหรืออย่าไปแสวงหามันจนเกินไป”
>
> (ชาย อายุ 66 ปี)

ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับครอบครัวว่ามีความหมายที่สำคัญในด้านจิตใจในชีวิต มีลูกหลานที่ดี มีความสุขภายในครอบครัว มีการพูดคุยสนทนาในสิ่งดี ๆ ใส่ใจห่วงใย มีการเอื้ออาทร เห็นใจ เมตตาต่อกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ชิงดีชิงเด่น ไม่โลภ ทำให้เกิดความสุขสงบภายในครอบครัว ลูกหลานในครอบครัวเป็นกำลังใจของผู้ให้ข้อมูล ถ้าลูกหลานคนในครอบครัวเป็นคนดี ทำให้มีความสุข อารมณ์ดี ทำให้ร่างกายสบายขึ้น มีความสุข สุขภาพจิตดี สุขภาพกายก็ดีขึ้น ถ้าลูกหลานคนในครอบครัวทำให้กลุ้มใจ เกิดความทุกข์ร้อน ความไม่สบายใจ ไม่มีความสุข จะเกิดขึ้น อันทำให้สุขภาพร่างกายทรุดโทรมลงไปด้วย

> “ครอบครัวเนี่ยมันเป็นหลักใหญ่มันมีความหมายที่ ๆ สำคัญใน ๆ ด้านจิตใจในชีวิตของ ของเราที่เป็นปู่ย่าตายายนะ ถ้าลูกหลานไม่ดีเรามีแต่ความทุกข์ ลูกหลานเอาแต่ความทุกข์มาให้เนี่ย เราจะเอาความสุขมาจากไหนล่ะหนู มันต้องมีสิ่งประกอบลูกหลานเราดีนะไม่สร้างความทุกข์มาให้ ไม่สร้างความเดือดร้อนมาให้เนี่ย เราก็มีความสุขพอสมควรแล้ว จะเอาอะไรนอกเหนือไปจากนี้มันก็สมัยเนี้ยอ่ะเนอะ อืม เอาดีนักมันก็หายากเอาพอดี ๆ ก็ถึงจะใช้ได้ (หัวเราะ)”
>
> (หญิง อายุ 79 ปี)

เมื่อออกมาได้พบเพื่อนก็สนุกได้เจอได้หัวเราะ ได้ยิ้ม ได้ร้องเพลง มีความสุขด้านจิตใจ ช่วยให้สุขภาพสมบูรณ์ขึ้น นอกจากนั้นผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับโดยเพื่อนเป็นสิ่งหลักในการออกมาส่งเสริมสุขภาพโดยการออกกำลังกาย จริง ๆ ทำที่บ้านก็ได้แต่มาทำที่ศูนย์ดีกว่าได้พูดคุย ถ้าไม่มีเพื่อนเลยคงเป็นไปไม่ได้ เพื่อนชวนไปออกกำลังกายก็ไปด้วยกัน

> "ถ้าไม่มีเพื่อนเลยน่ะเหรอ ก็คงไม่ได้ไปหรอก (ออกกำลังกาย) ทีนี้เผอิญเค้าก็ไปบอกกับน้อง น้องแฟนเค้า เลยก็ชวนกันว่าไปดูกันมั้ย ก็ไป พอไปดู เออ เราทำได้นะ พรุ่งนี้เรามากันเถอะ ก็ไปกันเลยตั้งแต่นั้นก็ออกกำลังกายกันมาเรื่อย ออกกำลังกายเนี่ยเหนื่อย ใหม่ ๆ เหนื่อย หายใจแทบจะ เหนื่อย เออ เอาเหอะทนเอา พออยู่ ๆ มา"
>
> (หญิง อายุ 67 ปี)

การมีเวลาว่างมากขึ้นในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นเหตุจูงใจอีกอย่างหนึ่งในการนำผู้ให้ข้อมูลเข้าสู่การส่งเสริมสุขภาพเพื่อใช้เวลาว่างที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ สามารถพัฒนาศักยภาพที่มีของตนเองได้ และไม่เกิดความเหงาอันจะทำให้สุขภาพของผู้สูงอายุเสื่อมถอยลง

> "เริ่มจริงจังเพราะว่าช่วงนั้นคือพอจะมีเวลาว่างให้กับตัวเองมากขึ้นไงคะ ก็เลยเริ่มทำ (ออกกำลังกาย) ช่วงก่อนหน้านั้นมันเป็นเวลาช่วงของการทำงาน งานนอกบ้าน งานในบ้าน เราก็ถือว่าเราก็ได้กำลังไปด้วยนะคะ ก็ไม่ค่อยได้หาเวลาที่จะมาจริงจังเท่าไหร่ เพราะว่าอยู่กับงานแล้ว ทีนี้พอหลังจากนี้มานี่เรามีเวลาว่างให้กับตัวเอง ภาระอะไรต่าง ๆ มันก็ลดน้อยลงไปแล้วนะคะ"
>
> (หญิง อายุ 67 ปี)

- <u>การใช้วิธีการส่งเสริมสุขภาพแบบผสมผสาน</u>

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลได้นำวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่มีความหลากหลายวิธีเข้าร่วม เพื่อช่วยในการส่งเสริมสุขภาพด้วย ทั้งการเลือกรับประทานสมุนไพรไทยเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยของร่างกายและทำให้สุขภาพแข็งแรงขึ้น การใช้วิธีการนวดแผนไทยในการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและความเจ็บปวดของร่างกาย และผู้ให้ข้อมูล 1 ท่าน ใช้วิธีการรับพลังจากจักรวาล ร่วมกับการทำดีทอกซ์

สมุนไพรไทยเป็นที่ยอมรับกันว่ามีคุณสมบัติช่วยรักษาและบรรเทาอาการต่าง ๆ ของโรคที่เจ็บป่วย ไม่สบาย ในสมัยก่อนความเชื่อด้านสมุนไพรไทยจัดเป็นความเชื่อที่ล้าหลัง ไม่ได้รับความนิยมและการยอมรับ แต่ในปัจจุบันสมุนไพรไทยได้รับความนิยมมากขึ้น ได้รับการฟื้นฟูและได้รับการใช้อย่างแพร่หลาย มีหน่วยงานรับผิดชอบ ให้คำแนะนำที่ถูกต้องกับผู้ต้องการใช้สมุนไพรไทย ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลนำสมุนไพรไทยมาใช้โดยตรง เช่น การทำน้ำลูกยอ การกินชาระบายท้องผูก การรับประทานน้ำใบเตย หรือการรับประทานยาลูกกลอนที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขอย่างถูกต้องในการบรรเทาอาการเจ็บป่วยไม่สบายของร่างกาย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ผู้ให้ข้อมูลเลือกที่จะปฏิบัติภายใต้ความเชื่อว่าปฏิบัติแล้วจะช่วยส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้ข้อมูลการใช้สมุนไพรไทย ทั้งการฟังรายการโฆษณา คำแนะนำ การทดลองทำเอง การได้ข้อมูลจากเพื่อน ดังผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งกล่าวว่า

> “ทานยาสมุนไพร แบบยาหอม ก่อนกินยาก็ปวดเข่า เพื่อนแนะนำ ทานยานี้แล้วดีขึ้น เดินขึ้น-ลงบันไดได้ฉับ ๆ เลย”
>
> (หญิง อายุ 79 ปี)

นอกจากการใช้สมุนไพรไทยแล้ว การนวดแผนไทยก็ได้รับความนิยมจากผู้ให้ข้อมูล การนวดเพื่อคลายเส้น คลายปวดเมื่อย ปวดหัวเข่า เป็นต้น เป็นการนวดโดยบุคคลอื่นที่มีความรู้ด้านการจับนวด โดยการได้รับคำบอกเล่าว่าเป็นสิ่งที่ดีก็ลองปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม การนวดก็ยังไม่ใช่การออกกำลังกายแม้ว่าจะมีการคลายกล้ามเนื้อบางส่วน ดังผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

> “มันคนละอย่างกันหนู ออกกำลังกายมันเป็นออกยืดแข้งยืดขา แต่ที่เค้านวดนี่เค้าก็จับตามจุดตามเส้นที่ยึดที่มันตึง ให้มันเบา พอเค้าจับจุดให้เรา พอเส้นเราไม่ตึงนะหนู มันก็หายปวดหายเมื่อย....”
>
> (หญิง อายุ 79 ปี)

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูล 1 ท่าน มีการใช้ระบบแพทย์ผสมผสานเข้ามาร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง คือ การใช้พลังงานจักรวาล ใช้พลังงานจากโลก ดวงอาทิตย์ ส่งพลังงานแร่ธาตุ ผ่านการเอาส่วนต่าง ๆ ของร่างกายสัมผัสกับดิน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าวิธีการนี้ทำให้ได้ใกล้ชิดธรรมชาติ สมองมีความจำดี และมีสุขภาพดีได้ โดยปฏิบัติร่วมกับการทำดีทอกซ์ (การสวนล้างด้วยกาแฟ) เพื่อช่วยขับถ่ายสิ่งตกค้างอันเป็นการสะสมสิ่งไม่ดีไว้ในร่างกาย ดังคำกล่าวที่ว่า

"…..พลังจักรวาล ที่มาจากดวงอาทิตย์ ดวงดาวต่าง ๆ ที่ส่งพลังเข้ามา นั่นก็อีก อีกรูปแบบนึง นั่นพวก โยเร พลังจักรวาลนะครับ แต่จากใต้โลกนี้ มันมี มันมีแร่ธาตุ มันมีน้ำมัน มีหลายอย่างซึ่งส่งผลมาสู่ร่างกายของคนเรา ถ้าเราได้สัมผัส ได้ใกล้ชิดธรรมชาติ คือติดดิน เอาง่าย ๆ สรุปง่าย ๆ คือตีนติดดิน ก็พอจะช่วยให้ ให้สมองเราดี ความจำเราดี สุขภาพเราดี อะไรต่าง ๆ มันขึ้นมา...."

(ชาย อายุ 66 ปี)

นอกจากนั้นผู้ให้ข้อมูล 2 คน ไม่เห็นด้วยกับการนวดแผนโบราณ เนื่องจากกลัวว่าการนวดจะทำให้เกิดความเจ็บป่วยมากขึ้นกว่าเดิม ดังผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งกล่าวถึงการนวดว่า

"ฉันไม่เอา...กลัวเจ็บ เส้นยึด (หัวเราะ) กลัว เดี๋ยวเดิน เดี๋ยวเดินไม่ได้ บอกไม่เอา นวดนี่ไม่เอาเลย กลัวมาก กลัว เดี๋ยวเดินไม่ได้ละแย่ ช่วยตัวเองไม่ได้"

(หญิง อายุ 72 ปี)

2.2 อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นมิได้สามารถกระทำได้อย่างง่าย ๆ ในบางครั้งผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถทำการส่งเสริมสุขภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ อันเนื่องจากหลาย ๆ สาเหตุต่าง ๆ กัน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ 3 ด้านด้วยกัน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และอุปสรรคในการเดินทางเพื่อออกไปประกอบกิจกรรมต่าง ๆ นอกบ้าน ล้วนเป็นสิ่งขัดขวางการส่งเสริมสุขภาพทั้งสิ้น

อุปสรรคด้านร่างกายที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความสำคัญไว้นั้น เกี่ยวกับการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่สามารถกระทำได้เนื่องจากสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงมีการเสื่อมถอยลงไปบ้างตามช่วงอายุ ไม่สามารถประกอบกิจกรรมซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเต็มที่ เช่น ผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอแต่บางครั้งไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอเนื่องจากความ เปลี่ยนแปลงของสุขภาพ

"นี่แหละค่ะ ที่เป็นอุปสรรคขัดขวางก็คือ ร่างกาย สุขภาพของเราไม่อำนวยให้บางอย่าง ตามองไม่ชัด ขาไม่แข็งแรง ไปกับเขาไม่ได้ (ออกกำลังกาย) ไปอะไรไม่ได้ อย่างนี้ค่ะ"

(หญิง อายุ 73 ปี)

นอกจากนั้นสภาวะของร่างกายยังส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและด้านจิตใจ ผู้สูงอายุไม่สามารถเดินทางไปวัดเพื่อทำบุญตามที่ตนเองปรารถนาได้ ดังผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งกล่าวถึงการไปทำบุญที่วัดว่า

"ไม่ค่อยบ่อยอ่ะ พักนี้ เพราะหัวเข่า ป้าไปนั่งแล้วมันเมื่อย เดินขึ้นสะพานแล้วเบื่อ แต่ก่อนอยู่บ้านเก่า เข้าพรรษา 3 เดือน ไม่เคยขาดสักวัน มาอยู่ที่นี่ได้แต่ไปทำบุญบางครั้งบางคราว ไม่ได้ไปประจำทุกวันนะ"

(หญิง อายุ 79 ปี)

ในด้านจิตใจพบว่าปัญหาด้านครอบครัว ความเครียด ความกังวลสิ่งต่างๆ ความไม่สบายใจต่าง ๆ จะเป็นอุปสรรค ในการขัดขวางการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ด้านการนอน อันจะส่งผลต่อสุขภาพของผู้ให้ข้อมูล ดังผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

"มีสิคะ ส่งผล ถ้าเรากังวลนี่เราก็จะนอนหลับไม่เต็มที่นะฮะ เมื่อเราหลับไม่เต็มที่ นี่มันก็ส่งผลต่อสุขภาพละ ตื่นมาเราก็จะอ่อนเพลีย ถ้าเรากังวล จิตใจเราก็ไม่สงบด้วย"

(หญิง อายุ 67 ปี)

แม้ว่าผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ยังสามารถออกเดินทางออกไปประกอบกิจกรรมภายนอกบ้านได้ด้วยตนเอง แต่ก็ยังต้องอาศัยระบบการบริการทางสาธารณะเพื่อใช้ในการเดินทางแต่ก็ยังไม่ได้รับความสะดวก ต้องระมัดระวังตนเองมากเวลาออกเดินทางไปนอกบ้าน เพราะอาจเกิดอันตรายขณะเดินทางได้

"เดี๋ยวนี้พอเราแก่ตัวใช่มั๊ย จะขึ้นรถขึ้นรามันก็ลำบากนะหนู มันปวดเข่า ถ้าเราไปขึ้นเนิบนาบเนิบนาบรถมันก็จะกระชากออก ใช่มั๊ย เราก็ต้องระวังตัวของเราน่ะ"

(หญิง อายุ 67 ปี)

ประเด็นที่ 3: **ผลที่ได้จากการส่งเสริมสุขภาพ** (Gaining's for being health promoting person)

ส่งเสริมสุขภาพ มีเป้าหมายอยู่ที่การยกระดับภาวะสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งผลที่ผู้สูงอายุได้รับนอกจากจะทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีแล้ว ยังได้รับผลประโยชน์อื่น ๆ ที่ตามมาจากการมีสุขภาพดีอีกด้วย ในการศึกษาครั้งนี้ก็พบว่าผลที่ผู้สูงอายุได้รับจากการส่งเสริมสุขภาพนั้น นอกจากผู้สูงอายุจะมีสุขภาพที่ดีแล้วยังก่อให้เกิดผลดีต่อตนเองและครอบครัวในด้านอื่น ๆ เช่นกัน คือ มีความสุขที่ตนเองไม่เจ็บป่วยครอบครัว ไม่ต้องดูแล ไม่เป็นภาระให้ลูกหลาน และเป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 มีความสุขที่ตนเองไม่เจ็บป่วย

การไม่เจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ในกลุ่มผู้สูงอายุก็เช่นกัน ด้วยสภาวะทางร่างกายที่มีแต่ความเสื่อมถอย เกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้ง่าย ดังนั้นเมื่อผู้ให้ข้อมูลได้มีการส่งเสริมสุขภาพตนเองในด้านต่าง ๆ ทั้งการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร ทำให้สุขภาพร่างกายของตนเองแข็งแรงขึ้น ไม่เจ็บป่วยง่ายจึงรู้สึกมีความสุขที่ตนเองแข็งแรงและไม่เจ็บป่วยง่ายทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ในศักยภาพที่ตนเองยังมีอยู่

"...เพื่อนฝูงชื่นชมว่าทำตัวแข็งแรงดี ก็พอถามว่าอายุเท่าไหร่ เราบอกว่า 73 อู้ฮู (น้ำเสียง – ท่าทางแสดงความภูมิใจ พร้อมยิ้มอย่างมีความสุข) ยังแข็งแรงอยู่เลยนี่ (หัวเราะ) อย่างนี้เราก็ปลื้มใจแล้วก็ ดีใจน่ะค่ะ ว่าเรามีสุขภาพแข็งแรงอายุจนปูนนี้แล้วมีสุขภาพแค่นี้ก็มีความพอใจแล้วค่ะ ดีใจ ภูมิใจที่มีสุขภาพดี แค่นี้ก็พอแล้ว"

(หญิง อายุ 73 ปี)

3.2 ไม่เป็นภาระให้ลูกหลาน

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้อาศัยอยู่ที่บ้านของตนเอง ไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต แม้ว่าบางส่วนจะอาศัยอยู่กับครอบครัวลูกหลาน บางส่วนอาศัยกับสามี หรือภรรยาเพียงสองคน ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีความรู้สึกเช่นเดียวกันในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองนั้น เพื่อไม่ต้องการให้ตนเองเป็นภาระต้องให้ลูกหลานดูแลตนเอง ตนเองสามารถช่วยเหลือตนเองได้ไม่ต้องเป็นภาระให้ใคร

> “ดีใจค่ะตัวเองยังแข็งแรง คิดจะไปไหนก็ไปได้ ไม่ให้ลูกกังวล ไม่ต้องนอนอยู่กับบ้านให้เค้ากังวล ไปไหนไม่ได้ก็บางทีด่าลับหลัง ยังไงตายก็ขอให้ตื่นเช้าแข็งไปเลยก็ใช้ได้ ไม่ต้องมานอนแช่ เกรงใจคนที่เค้าแข็งแรงน่ะ ลูกเหมือนกันน่ะ ขอให้ไปไหนได้ เดินเหินได้ก็พอใจ ไม่เบียดเบียนเค้า”
>
> (หญิง อายุ 72 ปี)

3.3 เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นผู้นำด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในการส่งสริมสุขภาพทั้งในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทางสังคม เช่น การเป็นผู้นำด้านการออกกำลังกาย การเป็นตัวแทนผู้สูงอายุที่แข็งแรงไปประกวดสุขภาพ เป็นตัวแทนของชุมชนไปอบรม กิจกรรมต่าง ๆ เมื่อตนเองมีสุขภาพที่แข็งแรง การการส่งเสริมสุขภาพที่ดี ก็ปรารถนาที่จะสร้างความสุขให้ทุกคน

> “รู้สึกมีความยินดีที่ได้ช่วย มีความปลาบปลื้ม มีความสุขน่ะ นี่แหละคือหาความสุขแทนที่เราจะมานั่งทุกข์เมื่อเห็นเขาทุกข์เราก็ทุกข์แล้ว ไม่ดีนะ ถ้าเราช่วยเขาได้แนะนำทุกอย่าง คนที่ไปป่วย ๆ มา ไม่รู้ว่าเขาเชื่อไม่เชื่อ แต่รู้สึกว่าเขาทำตาม อย่างข้างบ้านเนี่ย เขาเป็นโรคหัวใจ โรคกระเพาะ เกือบตายเหมือนก่อนเมื่อก่อนเขาทานเหล้า.. นี่บ้านนี้ก็อัมพฤกษ์กำลังเล่นอยู่ ผมก็ได้ไปพูด เมื่อก่อนผมก็ชวนเขาตลอดว่ามาออกกำลังเถอะ อย่าทำอย่างนี้ อย่างนี้ เดี๋ยวร่างกายเราก็แย่ เมื่อเขาเป็นแล้วเราไม่ต้องไปซ้ำเติมเขาหรอก เพียงแต่แนะนำ เมื่อมีแรงแล้วพยายามออกกำลังนะ ทำนะ ไอ้ส่วนที่เสียไปให้คิดว่ามันเป็นบทเรียน เป็นวิกฤติของเราซะ และก็พยายามเอาวิกฤติเนี่ยมาฝึกฝนใหม่ คือจดจำเอาไว้เป็นบทเรียนแล้วสร้างวิกฤตินั้นให้เป็นโอกาส “
>
> (ชาย อายุ 66 ปี)

นอกจากนั้นกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ยังรู้สึกว่าตนเองเป็นประโยชน์ให้กับครอบครัวของตนเองได้โดยการช่วยเหลือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ภายในครอบครัวเป็นการแบ่งเบาภาระของบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว เช่น การช่วยเลี้ยงหลาน การช่วยทำงานบ้านต่าง ๆ เป็นต้น สร้างความภาคภูมิใจให้ตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นไม่ได้หากผู้ให้ข้อมูลไม่ได้เป็นบุคคลส่งเสริมสุขภาพดังผู้ให้ข้อมูลท่านหนึ่งกล่าวเมื่อได้ช่วยงานลูกหลานที่บ้าน

> "รู้สึกว่าเราช่วยลูกหลานทำแล้วเนี่ยบ้านสะอาด เราก็สบายตา ใจเราก็สบายว่าอ้ายเราอยู่บ้าน บ้านเราสะอาด เราอยากจะนอนตรงไหนก็ได้ แล้วก็หลานไปทำงานกลับมาเนี่ยหมายถึงว่าป้าสมมุติให้เค้าซัก 5 อย่าง แล้วเค้ากลับมาเค้าเหนื่อยซัก 5 อย่าง มันก็เป็นความสุขของเรา ว่าเราได้ช่วยเหลือเค้า แบ่งเบาภาระจากเค้าบ้างเล็ก ๆ น้อย ๆ อ่ะ เค้าก็ไม่ได้เคี่ยวเข็ญให้ทำหรอก บางทีก็เค้าบอกแขนก็ไม่ดีไม่ต้องทำนะ พอเค้าไปเราอยู่เราก็อาละวาด กวาดบ้านเช็ดบ้านแล้วเราก็มองดูตรงไหนมันไม่ ไม่สะอาด ถ้วยชามเราก็เก็บล้าง เก็บขัด เก็บตากอะไรอย่างเงี้ย"
>
> (หญิง อายุ 79 ปี)

3.4 <u>การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง</u>

มนุษย์ทุกคนมีคุณค่าในตนเอง เช่นเดียวกับผู้สูงอายุ แม้ว่าบทบาทต่าง ๆ ทั้งในสังคมและครอบครัวลดลงไป แต่ความสำคัญของผู้สูงอายุก็ไม่ได้ลดลง ต้องพยายามพัฒนาตนเองไม่หยุดนิ่งมีการเรียนรู้และสามารถเปลี่ยนแปลงเพื่อทำประโยชน์ให้กับตนเองและผู้อื่นได้ การมีคุณค่าของผู้สูงอายุจัดเป็นผลของการส่งเสริมสุขภาพทางด้านบวก จะทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความพึงพอใจ มีความสุขใจ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

"คุณค่าในด้านจิตใจเท่านั้นเองค่ะ คือได้สามารถทำให้คนอื่นเค้า เผื่อแผ่ความสุขให้กับคนอื่นได้บ้าง.....สำคัญมากนะคะ ในวัยที่เราชราแล้วเนี่ย ถ้าตัวเราเราไม่มีคุณค่าเนี่ย เรารู้สึกว่าเราอยู่เพื่อรอความตาย เมื่ออยู่เพื่อรอความตายชีวิตมันก็เหมือนไร้ความหมายน่ะค่ะ.... ก็พยายามช่วยตัวเองให้ได้ก่อน ช่วยตัวเองเท่าที่เราสามารถที่จะช่วยได้ เนี่ยอย่างช่วย ๆ ตัวเอง อย่างที่เราอาศัยธรรมะช่วยตัวเอง ใช้การออกกำลังกายช่วยตัวเอง ศึกษาหาความรู้ในเรื่องที่จะในวัยนี้เราควรที่จะทำอะไรได้บ้าง.... ความภาคภูมิใจนี่มันเกิดที่เราคนเดียว แต่คุณค่าน่ะมันเผื่อแผ่ถึงคนอื่น และขณะเดียวเราก็รู้ตัวว่าเรามีค่าขึ้น ก็คือมีประโยชน์นะคะ คุณค่านี่คืออยู่ที่ประโยชน์"

(หญิง อายุ 67 ปี)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพ พบประเด็นหลักของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ดังนี้

ประเด็นที่ 1 : <u>การเริ่มต้นเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ</u> ผู้สูงอายุที่มีการส่งเสริมสุขภาพนั้นต้องเกิดการรับรู้ว่าตนเองต้องการมีสุขภาพดี โดยการให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ และการเริ่มเรียนรู้วิธีการส่งเสริมสุขภาพ

1.1 การให้ความสำคัญต่อการมีสุขภาพดีแล้วการดูแลสุขภาพ เริ่มด้วยการให้ความหมายของสุขภาพดี และการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

1.1.1 ความหมายของสุขภาพดี ผู้สูงอายุได้ให้ความหมายของสุขภาพดีใน 3 ลักษณะดังนี้

- การมีร่างกายแข็งแรง แต่มิได้ต้องการให้มีความแข็งแรงเท่ากับคนวัยหนุ่มสาว หากเพียงต้องการให้ร่างกายยังสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ ไม่เจ็บป่วยมากขึ้น โรคประจำตัวอยู่ในระยะสงบ ไม่แสดงอาการเจ็บป่วยใด ๆ ให้ปรากฏ
- การไม่พึ่งพาคนอื่น คือ ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวัน ทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งภายในบ้านและนอกบ้านได้ รวมทั้งสามารถเดินทางออกไปธุระได้ด้วยตนเอง
- จิตใจสบาย คือ มีความสบายใจ ไม่หงุดหงิด เครียด ไม่คิดมาก โดยผู้สูงอายุมีวิธีปฏิบัติเพื่อให้จิตใจสบายหลายวิธี เช่น การทำบุญไหว้พระ การท่องเที่ยว พบเพื่อน ไม่คิดหมกมุ่น ไม่ต้องกังวลด้านค่าใช้จ่าย เป็นต้น

1.1.2 การให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นแนวทางเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดี จึงเป็นการเริ่มต้นของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3 ลักษณะดังนี้

- การปฏิบัติที่ทำให้สุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุให้ ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้สุขภาพดี ได้แก่ การออกกำลังกาย การนอนหลับ การรับประทานอาหาร เป็นต้น

- การได้เข้ากลุ่มส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุได้รวมกลุ่มกับเพื่อนในวัยเดียวกันเพื่อปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำให้เกิดการเรียนรู้และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

- การเกิดผลดีต่อชีวิต ผู้สูงอายุให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ โดยพิจารณาจากประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพช่วยให้มีจิตใจเบิกบานร่างกายที่แข็งแรงไม่เจ็บป่วย ไม่ปวด ไม่เมื่อย ช่วยเหลือตนเองได้ไม่เป็นภาระของใคร และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้

1.2 การเริ่มเรียนรู้วิธีการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุเริ่มเรียนรู้วิธีการส่งเสริมสุขภาพใน 2 ลักษณะ คือ

1.2.1 เมื่อประสบปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้ต้องหาวิธีการบรรเทาอาการเจ็บป่วย โดยใช้พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เป็นต้น

1.2.2 หาวิธีทางสร้างความสุขให้ตนเองโดย ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าตนเองไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ แต่มีเวลาว่างมากขึ้น เนื่องจากไม่ต้องประกอบกิจกรรมเดิมซึ่งเคยปฏิบัติก่อนเข้าวัยสูงอายุ เมื่อเกิดความเหงา เพื่อนหรือคนรู้จักมาชักชวนให้ทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุเกิดความคิดและรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ จึงเริ่มปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ เป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้วิธีการส่งเสริมสุขภาพ

ประเด็นที่ 2 : <u>การเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ</u> เมื่อผู้สูงอายุเกิดการรับรู้และต้องการมีสุขภาพดีแล้ว จะดำเนินกิจกรรมหรือรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดและความสามารถในการปฏิบัติของตนเอง ซึ่งการเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ

2.1 การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุได้ค้นหาวิธีการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งนำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดี ซึ่งมีวิธีการปฏิบัติหลากหลายวิธี ได้แก่

- การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ผู้สูงอายุพบว่าอาหารยังเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต จึงรับประทานอาหารแต่พออิ่ม เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น เนื้อปลา ผัก สมุนไพรต่าง ๆ เป็นต้น

- การออกกำลังกาย ผู้สูงอายุออกกำลังกายเพื่อให้มีสุขภาพดี โดยเลือกชนิดและประเภทของการออกกำลังกาย ระยะเวลา ความถี่ในการปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง โดยมุ่งหวังให้ร่างกายยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

- การพักผ่อน คือ การนอนหลับอย่างเพียงพอ และมีกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตนเองสนใจทำ เช่น เลี้ยงสัตว์ ท่องเที่ยว อ่านหนังสือ เป็นต้น

- การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ คือความสุขทางจิตใจ มีความสงบ มีการปล่อยวาง มีการคิดและปฏิบัติในสิ่งที่ตนเองเชื่อว่าดี มีความคิดแบบอุเบกขา ใช้ปัญญาไตร่ตรองเกิดความเข้าใจในสถานการณ์นั้น ๆในขณะที่การดูแลด้านจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุมีหลักธรรมประจำใจ ได้ปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อ ไม่มีปัญหาทางครอบครัวจากการไม่มีความกังวลในการอยู่ร่วมกับครอบครัว

- กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ คือ การได้พบเพื่อน ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลต่าง ๆ กับเพื่อนวัยเดียวกัน ช่วยคลายเหงาและได้ความรู้เพิ่มขึ้น

- ปัจจัยสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ เงิน ครอบครัว เพื่อน และการมีเวลาว่างมากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมที่ชมรมผู้สูงอายุได้ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นแรงผลักดันให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

- การใช้วิธีการส่งเสริมสุขภาพแบบผสมผสาน เช่น การรับประทานสมุนไพร การนวดแผนไทย ระบบแพทย์ผสมผสาน เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี

2.2 อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มี 3 ด้าน คือ

- ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย บางครั้งผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพได้ เนื่องจากสุขภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง

- ผลด้านด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น ความวิตกกังวลเกี่ยวกับครอบครัว ความกังวลต่าง ๆ ไม่สบายใจ นอนไม่หลับ เป็นต้น

- การเดินทาง เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่นการเดินทางไปปฏิบัติกิจกรรมนอกบ้าน ไม่สามารถเดินทางไปได้อย่างสะดวก หรือมีความยากลำบากในการเดินทาง

ประเด็นที่ 3 : ผลที่ได้จากการส่งเสริมสุขภาพ หลังจากผู้สูงอายุมีการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องแล้ว ย่อมได้รับผลดีทั้งต่อตนเองครอบครัว และสังคม ประกอบด้วย

3.1 รู้สึกมีความสุขที่ตนเองไม่เจ็บป่วย เป็นผลที่ผู้สูงอายุได้รับโดยตรงจากการส่งเสริมสุขภาพ ร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย จึงเกิดความสุขทางกายและส่งผลถึงจิตใจเช่นกัน

3.2 ไม่เป็นภาระให้ลูกหลาน เมื่อผู้สูงอายุมีสุขภาพดีแข็งแรง ไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น สามารถช่วยเหลือตนเองได้จึงไม่เป็นภาระกับบุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแล

3.3 ทำประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม ผลของการส่งเสริมสุขภาพนอกจากมีสุขภาพที่แข็งแรงสามารถช่วยตนเอง และช่วยผู้อื่นได้ การทำประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคมจึงเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุสามารถกระทำได้ในหลายรูปแบบ เช่น เป็นผู้นำการออกกำลังกาย ทำความสะอาดบ้าน ทำอาหารให้ผู้อื่นรับประทานเป็นต้น

3.4 รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผลจากการส่งเสริมสุขภาพสามารถทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความรู้สึก ว่าตนเองมีคุณค่ามีความภาคภูมิใจ สามารถทำประโยชน์ สามารถเรียนรู้พัฒนาตนอง มีความสำคัญ ไม่ใช่เพียงผู้สูงอายุที่ชราและไร้ค่าเท่านั้น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งเป็นการศึกษาความจริงเกี่ยวกับการให้ความหมายตามการรับรู้ ความคิด ความรู้สึกของผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ เก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีและมีการส่งเสริมสุขภาพตนเอง สมัครใจและยินดีร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการบันทึกภาคสนาม เกี่ยวกับประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 9 ราย รายละ 2 ครั้ง นำข้อมูลที่ได้มาถอดข้อความคำต่อคำ (Verbatim Transcriptions) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามแนวคิดของ Burnard (1991) ทำการเสนอองค์ประกอบของการส่งเสริมสุขภาพของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ในภาพรวม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้เกิดความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ผลดังนี้

ประเด็นที่ 1 การเริ่มต้นเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 2 ส่วนคือ 1.1 การให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ มีรายละเอียดย่อย ได้แก่ 1 การให้ความหมายของสุขภาพดี และ 2 ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ 1.2 การเริ่มเรียนรู้วิธีการส่งเสริมสุขภาพ

ประเด็นที่ 2 การเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 2.1 การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และ 2.2 อุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ

ประเด็นที่ 3 ผลที่ได้จากการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 3.1 การมีความสุขที่ตนเองไม่เจ็บป่วย 3.2 ไม่เป็นภาระให้ลูกหลาน 3.3 เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม 3.4 การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อภิปรายผลการวิจัย

ประเด็นที่1 การเริ่มต้นเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในครั้งนี้ พบว่าผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของตนเองผ่านทางการรับรู้ ความคิด โดยการให้ความหมายของการมีสุขภาพดีใน 3 ด้าน คือ การมีร่างกายที่แข็งแรง การไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น และการมีจิตใจสบาย ร่วมด้วยการให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพใน 3 ด้าน ประกอบด้วย การปฏิบัติที่ทำให้สุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ การได้เข้ากลุ่มส่งเสริมสุขภาพ และการเกิดผลดีต่อชีวิต

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า สุขภาพดีของผู้ให้ข้อมูลในด้านการมีร่างกายที่แข็งแรงนั้นมีความแตกต่างจากช่วงวัยอื่น ๆ นั่นคือผู้ให้ข้อมูลหมายถึง การไม่มีอาการเจ็บปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเหนื่อยง่าย หรือปวดตามอวัยวะต่างๆ หากผู้ให้ข้อมูลป่วยเป็นโรคเรื้อรังความเจ็บปวดนั้น ๆ ต้องอยู่ในภาวะที่ควบคุมได้ ไม่แสดงอาการเจ็บป่วยออกมาให้เห็น รวมทั้งการมีภาวะโภชนาการที่มากเกินจนทำให้เกิดโรคอ้วน ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเป็นภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายของผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542 สุทธิชัย จิตพันธ์กุล, 2541 Ebersole and Hess ,1998 Keller and Fleury, 2000) พบว่าการเสื่อมลงของหน้าที่ทางสรีรวิทยาที่จะเกิดตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น จึงเกิดความเจ็บปวดตามส่วนต่าง ๆ ตามร่างกายได้ รวมทั้งการมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น ดังนั้นการไม่มีความเจ็บปวด ความไม่สุขสบายทางร่างกาย จึงเป็นความแข็งแรงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล Pender (1987) ได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านการรับรู้ว่าเป็นขบวนการของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การให้ความหมายของสุขภาพเป็นการให้คุณค่ากับภาวะสุขภาพของตนเอง จัดเป็นปัจจัยที่จะส่งผลต่อบุคคลในการปฏิบัติ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

การให้ความหมายของสุขภาพของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในด้านที่สองคือ การไม่ต้องพึ่งพาคนอื่นนั่นหมายถึง ผู้ให้ข้อมูลสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่ตนเองต้องการ โดยไม่ต้องอาศัยหรือมีผู้ช่วยเหลือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของร่างกายนั้น ผู้ให้ข้อมูลมิได้หวังว่าจะต้องมีความแข็งแรงเทียบเท่าวัยหนุ่มสาว หากแต่พอใช้งาน ไม่พิการก็เพียงพอสำหรับผู้ให้ข้อมูลแล้ว นั่นคือเป้าหมายของคุณภาพชีวิตของมนุษย์ในสังคม คือ มีสุขภาพ และความมีอิสระจากภาวะพึ่งพาให้ยาวนานที่สุด (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545)

ประการสุดท้ายในการให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ คือ การมีจิตใจสบาย มีความสุข ไม่หงุดหงิด ไม่เครียด ไม่คิดมาก สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุไม่เครียด ไม่กังวล ซึ่งอิทธิพลทางด้านจิตใจ เช่นภาวะซึมเศร้า เครียด ต่างส่งผลถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย (Ebersole and Hess,1998)

ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (2542) ที่ทำการศึกษาความหมายของภาวะสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีปัญหาสุขภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพดีให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็น 1) ภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจ ไม่เจ็บป่วย มีสีหน้าท่าทางดี สบายใจ สบายกาย นอนหลับ อารมณ์ดี ไม่เครียด ไม่กังวล และ 2) สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามการให้ความหมายของสุขภาพของผู้สูงอายุหญิง ในการศึกษาของ Maddox (1999) ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 ซึ่งเป็นแม่ชีสูงอายุจะมองสุขภาพในด้านจิตวิญญาณมากกว่าทางร่างกาย ในขณะที่กลุ่มที่ 2 และกลุ่มที่ 3 ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานประกอบอาชีพด้วยตนเองอยู่ได้ มองสุขภาพในด้านการทำกิจกรรมที่ตนเองปรารถนาจะทำ และสอดคล้องกับการให้ความหมายของสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกและไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (นิตยา บุญมาเลิศ, 2542) ที่พบว่าผู้สูงอายุให้ความหมายของสุขภาพในด้านการแสดงบทบาทสูงที่สุด Smith (1980) ได้อธิบายว่า แนวคิดนี้มองสุขภาพ คือ ความสามารถของบุคคลในการทำหน้าที่ตามบทบาทที่สังคมกำหนดไว้ ในบุคคลหนึ่งอาจจะมีได้หลายบทบาท การเจ็บป่วย หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถที่จะทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีอายุ 66-79 ปี Ebersole and Hess (1998) ได้แบ่งผู้สูงอายุในช่วง 65-74 ปี ว่าเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (Yong-old) และผู้สูงอายุตอนกลาง (Middle-old) อายุ 75-84 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังไม่ชรามาก เป็นวัยที่ยังทำงานได้ ช่วยเหลือตนเอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามที่ตนเองปรารถนา ยังไม่ต้องการการดูแล และการป้องกันอันตรายอย่างเป็นพิเศษ เช่นเดียวกับการศึกษาของศิริวรรณ ศิริบุญ ,ปัทมา อมรสิริสมบูรณ์ (2544) ที่พบว่าภาวะที่ปลอดจากภาวะทุพพลภาพระยะยาวจะสั้นลงเมื่อมีอายุมากขึ้น การมีปัญหาทุพพลภาพจะปรากฏอย่างชัดเจนในกลุ่มอายุ 70-74 ปี

ในขณะเดียวกันการศึกษาด้านการให้ความหมายของสุขภาพในกลุ่มตัวอย่าง สถานที่และวัฒนธรรมที่แตกต่างกันพบว่าผู้สูงอายุให้ความหมายของสุขภาพแตกต่างกันด้วยในบางประเด็น เช่น สุขภาพคือยา ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา หรือสุขภาพคือการปราศจากแพทย์เมื่อไม่เจ็บป่วยหรือไม่มีอาการผิดปกติ (Kaufman, 1996) สุขภาพ คือการยอมรับการสนับสนุนทางจิตใจ (Hanneke and Maanen,1988) เช่นเดียวกับงานวิจัยของเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (2542) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี ให้ความหมายของสุขภาพดี คือการไม่มีโรคประจำตัว และคิดว่าตนเองไม่สามารถไปถึงสุขภาพดีได้ นั่นจึงแสดงว่าการรับรู้ที่แตกต่างกันจะส่งผลต่อการให้ความหมายของสุขภาพ และเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อให้บุคคลมีสุขภาพดี

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้สูงอายุได้ให้ความหมายของสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจผ่านการรับรู้ของบุคคล สังคม สิ่งแวดล้อม แล้วจึงให้ความหมายของสุขภาพดี แม้ว่าร่างกายและจิตใจจะทำหน้าที่แตกต่างกัน แต่พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีการผสมผสานความสมดุลของด้านต่าง ๆ ทั้งด้าน

ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นภาวะสุขภาพดีตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล เกิดองค์รวมแห่งสุขภาพ เช่น สุขภาพที่ดี ไม่เจ็บป่วย ไม่ปวด ไม่เมื่อย ต้องร่วมด้วยการมีความสุขทางใจ ไม่มีความทุกข์ มีจิตใจสบาย สงบ ไม่กังวลในเรื่องต่าง ๆ ครอบครัวมีความสุข ลูกหลานเป็นคนดี ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของประเวศ วะสี (2543) ที่กล่าวว่าสุขภาพเป็นสุขภาวะที่สมบูรณ์ เกิดจากการบูรณาการทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณกับองค์ประกอบอื่น ๆ เช่น สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ให้เกิดความสมดุล ซึ่งสังคมไทยต้องมีจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพ เดิมแนวคิดด้านสุขภาพมักใช้แต่แนวคิดด้านคลินิก ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นภาวะที่ปราศจากอาการและอาการแสดงของโรค และความเจ็บป่วยคือการมีอาการและแสดงอาการเท่านั้น (ประคอง อินทรสมบัติ, 2542) ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงการให้ความหมายของสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้มองแต่การเจ็บป่วย ซึ่งบุคคลที่เจ็บป่วย ไม่สบายก็สามารถมีสุขภาพดีได้ตามการรับรู้และความสามารถที่ตนเองสามารถปฏิบัติได้ นอกจากนั้นผู้ให้ข้อมูลยังมองสุขภาพมีลักษณะเป็นองค์รวมของสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม พยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุต้องตระหนักในการให้ความหมายและการให้ความสำคัญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของสุขภาพดี ทั้งนี้อาจผ่านการให้ข้อมูล ชี้แจงแสดงให้เห็นถึงผลดีของการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเป็นสิ่งชักจูงและสนับสนุนผู้สูงอายุปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ

ในขณะเดียวกัน พยาบาลก็ต้องปรับเปลี่ยนเจตคติและทรรศนคติเกี่ยวกับสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุเช่นกัน ทั้งในด้านการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การดูแลพยาบาลต้องให้การพยาบาลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม ให้การดูแลบุคคลทั้งคน ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่ล้อมรอบผู้สูงอายุ มิใช่มุ่งดูแลแต่การเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ นอกจากนั้นพยาบาลต้องเชื่อมั่นในศักยภาพ ศักดิ์ศรี ความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งตระหนักถึงความแตกต่างของผู้สูงอายุที่ต้องให้การดูแลอย่างเฉพาะเจาะจง ซึ่งผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง เรียนรู้ และเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสมอันจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดีได้

การให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลเป็นการให้ความสำคัญต่อสุขภาพอันเป็นการมุ่งหวังในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพดี ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นการปฏิบัติที่ทำให้สุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ ผ่านทางการประกอบกิจกรรมที่ผู้ให้ข้อมูลเลือกปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพ นั่นจึงอาจกล่าวได้ว่าการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร พฤติกรรมการนอน การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การจัดการความเครียด เป็นวิธีที่จะนำผู้ให้ข้อมูลไปสู่ภาวะที่มีสุขภาพดีได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากิจกรรมเหล่านี้ได้รับการยอมรับประสบความสำเร็จในการนำไปใช้ และได้รับความนิยม

อย่างมากในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (กลุ่มวิจัยส่วนส่งเสริมผลศึกษาสุขภาพ และนันทนาการ, 2538 ; ประภา ลิ้มประสูตร และคณะ, 2543 ; ไพจิตร ล้อสกุลทอง, พรพรรณ จันทร์ประสิทธ์ และ ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2546 ; Padula, 1977 ; and DiPasquale – Davis and Hopkins, 1997)

การได้เข้ากลุ่มส่งเสริมสุขภาพเป็นการให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูลที่ประกอบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่อยู่ร่วมกัน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุจึงเป็นแหล่งรวมให้สมาชิกไปพบกัน กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ที่พบบ่อยได้แก่ 1) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2) กิจกรรมนันทนาการพบปะสังสรรค์ 3) ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม 4) กิจกรรมกีฬาหรือออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ 5) กิจกรรมการกุศล กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการและกลยุทธ์ในการตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดผลด้านป้องกัน หรือส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะด้านสุขภาพจิต ยังสามารถทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ไม่ว้าเหว่ มีสังคมเป็นของตนเอง (พีรสิทธ์ คำนวณศิลป์ และคณะ, 2542) นอกจากจะมีกลุ่มของชมรมผู้สูงอายุแล้ว Pender (1996) พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลซึ่งได้แก่ บรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และการเป็นแบบอย่าง ล้วนมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากบุคคลอื่นด้านการสังเกตและประสบการณ์ การปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะนั้น การเข้าร่วมกลุ่มผู้สูงอายุคือหนทางหนึ่งของการเอาชนะความว้าเหว่ และช่วยให้ผู้สูงอายุได้พบปะ มีความเอื้ออาทร ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน (ประนอม โอทกานนท์, 2544)

ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพคือ การเกิดผลดีต่อชีวิต ซึ่งในที่นี้ประกอบด้วย การมีจิตใจที่เบิกบาน ร่างกายแข็งแรงไม่เจ็บป่วย ไม่เป็นภาระของใคร เมื่อพิจารณาความหมายของการเกิดผลดีต่อชีวิต ในความหมายของการส่งเสริมสุขภาพของผู้ให้ข้อมูลแล้วพบว่านั่นคือการเกิดสุขภาพดีสำหรับผู้สูงอายุนั่นเอง โดยผู้สูงอายุรับรู้ถึงผลดีของการส่งเสริมสุขภาพที่ตนเองได้ปฏิบัติซึ่งสอดคล้องกับขนิษฐา นาคะ (2542) ที่กล่าวไว้ว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นการรับรู้และกระทำในหลากหลายรูปแบบที่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความผาสุก และการได้รับการยอมรับในความสามารถของบุคคลหรือกลุ่ม การส่งเสริมสุขภาพเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นให้เกิดผลในทางบวก ได้แก่การตระหนักรู้ ความพึงพอใจ ความสุข และความพอใจ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายในการส่งเสริมสุขภาพโดยมิได้หวังถึงผลของการส่งเสริมสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่มีการบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพตามการให้ความหมายของสุขภาพดี การให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพจะเป็นแนวทางในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งการเลือกประกอบกิจกรรมโดยวิธีการต่าง ๆ การสนับสนุนทางสังคมผ่านทางชมรมผู้สูงอายุ การเข้ากลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ และการให้ความสำคัญกับผลที่จะเกิดจากการ

ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งพยาบาลควรเน้นให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดสุขภาพดีตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ

การเข้าสู่การส่งเสริมสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุเริ่มให้ความสนใจในการส่งเสริมสุขภาพเมื่อตนเองเริ่มเจ็บป่วยทั้งนี้เมื่อผู้สูงอายุมีอายุที่มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายล้วนมีส่วนในการทำให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยไม่สบายได้ง่ายกว่าวัยหนุ่มสาว (Fleury and Keller, 2000) Rosenstook (Rosenstook,1969, 1974 อ้างถึงใน วีณา สิริสุข, 2534) ได้อธิบายแบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพโดยกล่าวถึงความเสี่ยงที่รับรู้ และความรุนแรงที่บุคคลรับรู้เป็นองค์ประกอบเชิงปัญญา บางส่วนขึ้นอยู่กับระดับความรู้ของบุคคลที่เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ด้วย และเมื่อบุคคลได้รับรู้ถึงผลได้ผลเสียในการแสดงการกระทำจะเป็นตัวผลักดันให้เกิดการกระทำบางสิ่งบางอย่างขึ้น โดยจะได้รับอิทธิพลจากความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพของทางเลือกของการกระทำที่อาจนำไปสู่การลดลงของภาวะคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุเมื่อได้เผชิญกับการเจ็บป่วย การสนใจในการส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่ผู้สูงอายุสามารถเลือกกระทำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศุภอินทร์ หันกิตติกุล (2539) พบว่าความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ สภาพการเป็นอยู่ในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนั้นการเข้าสู่การส่งเสริมสุขภาพ ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งเริ่มต้นเมื่อผู้สูงอายุมีเวลาว่างมากขึ้น ไม่มีภาระความรับผิดชอบ งานประจำต่างๆเนื่องจากภาระหน้าที่บทบาททางสังคมลดลงสามารถเกิดการเปลี่ยนทั้งทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความเหงา ว้าเหว่ทางจิตใจเกิดขึ้นได้ (จันทนา รณฤทธิ์ธิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545; Ebersole and Hess, 1998) ยิ่งสูงอายุขึ้น ความรู้สึกเหงาและว้าเหว่ยิ่งเพิ่มมากขึ้น (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2543) ซึ่งผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ส่วนมากเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุต่างก็มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุจัดเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ชักนำให้ผู้สูงอายุเข้าสู่การส่งเสริมสุขภาพได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณราย พิทักษ์เจริญ (2545) พบว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนจะมีการปฏิบัติตัวด้านการกิน การดูแลสุขภาพตนเองและการปฏิบัติทางพุทธศาสนาอย่างมาก และการศึกษาของ Schneider (2003) พบว่าผลของการออกกำลังกายโดยการออกกำลังกายตามโปรแกรมหรือการออกกำลังกายพร้อมบุคคลอื่นจะเป็นแรงกระตุ้นชักจูงให้ผู้สูงอายุมาออกกำลังและชักชวนบุคคลรอบข้างมาร่วมอีกด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมีการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อตนเองมีปัญหาภาวะสุขภาพจึงได้ให้ความสำคัญต่อสุขภาพเป็นแรงสนับสนุนในการเข้าสู่การส่งเสริมสุขภาพร่วมด้วยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างหลากหลายให้ผู้สูงอายุเลือกปฏิบัติได้ตามความสนใจและตามระดับความสามารถที่กระทำได้

ร่วมด้วยการมีเพื่อนได้ให้ข้อมูล คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์หรือการได้รับข้อมูลข่าวสารในปัจจุบัน ต่างก็เป็นการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุเริ่มต้นเข้าสู่การส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม หลักการในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้นควรเริ่มทันทีหรือก่อนจะเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุ (Lueckenotte, 2000) เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีสภาวะสุขภาพดีได้นานที่สุดไม่เกิดภาวะพึ่งพาหรือทุพพลภาพ เป็นผู้สูงอายุที่มีความผาสุกในชีวิต พยาบาลสามารถชักนำผู้สูงอายุเข้าสู่การส่งเสริมสุขภาพโดยการให้คำแนะนำ การเตรียมการเข้าสู่วัยสูงอายุ เน้นให้ครอบครัว เพื่อนสมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมด้วยในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการสนับสนุนบทบาทของชมรมผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมเพื่อชักนำผู้สูงอายุเข้าสู่การส่งเสริมสุขภาพ

ประเด็นที่ 2 : การเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพ

เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้ ให้ความหมายและให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพ ร่วมด้วยรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดี มีการส่งเสริมสุขภาพ ภาวะสุขภาพจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่ง ไพจิตร ลือสกุลทอง , ซอพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และศิริรัตน์ ปานอุทัย (2546) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่รับบริการที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว จังหวัดน่าน พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Maanen (1988) ที่พบว่าผู้สูงอายุชาวอเมริกันที่รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดี ก็มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีด้วย เช่น พฤติกรรมด้านอาหาร โภชนาการ การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้ตนเองมีสุขภาพดีหลากหลายแบบ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร โภชนาการและการขับถ่าย การจัดการกับความเครียด สุขภาพจิตและจิตวิญญาณ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม การดูแลรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง การพักผ่อนและการดำเนินกิจกรรมต่างๆ (เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, 2542 ; มัลลิกา มัติโก, 2534 ; วันดี แย้มจันทร์ฉาย, 2538 ; วันดี โภคกุล, นงนุช วิลาสินีวรรณ, อุบลพรรณ จุฑาสมิต สาครสุวรรณ, และประสิทธิ์ รวมพิมาย ; Dipasquale – Davis and Hopkins, 1997 ; Ebersole and Hess, 1998 ; Gu and Eun, 2002 , and Pender 1996.) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุได้มีการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพดังนี้

การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลอาหารจัดเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต นอกจากจะรับประทานอาหารเพื่อให้อิ่ม มีพลังงาน เพื่อหล่อเลี้ยงบำรุงร่างกาย ทำให้แข็งแรง มีชีวิตยืนยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lan duh chen (1996) ที่พบว่าผู้สูงอายุชาวจีนที่อพยพไปอยู่ในสหรัฐอเมริกา กับชาวอเมริกา มีวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมสุขภาพด้านอาหาร

เหมือนกัน แต่ในการให้ความหมายและวิธีการปฏิบัติแตกต่างกัน ผู้สูงอายุชาวจีนให้ความสำคัญกับรสชาติอาหาร การให้พลังงาน การเปลี่ยนแปลง และการแสดงผลต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายตามธรรมชาติ แต่แนวคิดด้านตะวันตก อาหารจะถูกนำมาพิจารณาถึงโปรตีน พลังงาน คาร์โบไฮเดรต ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าแนวคิดด้านอาหารของผู้สูงอายุไทยและผู้สูงอายุชาวจีน ซึ่งจัดได้ว่าเป็นแนวคิดด้านตะวันออก จึงมีความคล้ายคลึงกันมากกว่าแนวคิดด้านอาหารของชาวตะวันตก จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุ (ฆมัท ครุธกูล และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) พบว่าผู้สูงอายุมีการใช้พลังงานน้อยลงเมื่ออายุมากขึ้น อาจเนื่องจากกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ต้องใช้พลังงานลดลง สรีระไม่เอื้อให้มีกิจกรรมเหมือนคนอายุน้อย ผู้สูงอายุจึงต้องการอาหารที่มีพลังงานน้อยกว่าคนวัยหนุ่มสาว และความมากน้อยของพลังงานยังขึ้นกับอายุ เชื้อชาติ สภาวะแวดล้อม กิจกรรมในแต่ละวัน ซึ่งในประเทศไทยนั้นไม่มีการศึกษาชัดเจนถึงปริมาณความต้องการอาหารของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลจะรับประทานอาหารวันละ 2-3 มื้อ และไม่รับประทานอาหารหนักในมื้อเย็น ปริมาณการรับประทานอาหารต้องไม่มากจนเกินอิ่ม โดยทั่วไปผู้ให้ข้อมูลจะรับประทานน้อยลงกว่าตนเองในช่วงวัยหนุ่มสาว และพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับสุขภาพและวัยของตนเอง โดยหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก อาหารรสชาติหวาน รับประทานเนื้อปลา ผัก ผลไม้ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (2542) พบว่าผู้สูงอายุจะเลือกอาหารที่เหมาะกับวัยสูงอายุ ได้แก่ หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ใหญ่ กินในปริมาณน้อย ๆ รับประทานปลา อาหารเพื่อสุขภาพ เช่น ผัก ผลไม้ ปลอดสารเคมี ผลิตภัณฑ์จากถั่ว งา ในขณะที่การศึกษาของ Dipasquale – Davis and Hopkins (1997) พบว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพดีจากการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะประเภทคาร์โบไฮเดรต และไม่ดื่มสุรา นอกจากนั้นการที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีในด้านอาหารที่เหมาะสมนั้น อาจเนื่องมาจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมจากแหล่งต่าง ๆ เช่น จากบุคลากรทางสุขภาพ หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ ผลงานวิจัยต่าง ๆ ซึ่งปัจจุบันสื่อต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอย่างมาก ผู้สูงอายุสามารถเลือกรับรู้ข้อมูลตามที่ตนเองต้องการได้ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายเกี่ยวกับการดูแลตนเองผ่านหน่วยงานด้านสุขภาพต่าง ๆ เช่น สถานบริการสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ ผ่านทางชุมชน เป็นต้น (พีรสิทธิ์ คำนวณศิลป์, 2542)

นอกจากนั้นผลการศึกษายังพบว่าผู้ให้ข้อมูลเลือกรับประทานอาหารที่มีสมุนไพรไทยหรืออาหารชีวจิตร่วมด้วย ในการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับตนเอง Lueckenottle (2000) ได้กล่าวว่าวัฒนธรรมและศาสนาเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อรูปแบบการรับประทานของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุในประเทศจีนจะใช้หลักหยิน-หยาง ในการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การรับประทานสมุนไพรและอาหารที่มีพลังหยิน และหยาง ในฤดูหนาวก็จะเลือก

รับประทานอาหารกลุ่ม หยาง เช่น อาหารทอด และในฤดูร้อนจะรับประทานประเภทหยิน เช่น ฟัก ในประเทศไทยเช่นกัน อาหารไทยได้ชื่อว่าเป็นอาหารที่มีรสชาติหลากหลาย ในทัศนะของแพทย์แผนไทยนั้น ร่างกายของมนุษย์ประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ ที่ต้องมีความสมดุลกัน ซึ่งจะทำให้สุขภาพปกติ ไม่เจ็บไข้ อาหารที่รับประทานจึงเป็นปัจจัยหลักอย่างหนึ่งที่จะบำรุงธาตุให้สมดุล โดยเฉพาะอาหารที่มีพืชสมุนไพรเป็นส่วนประกอบจะมีสรรพคุณในการปรับธาตุที่หย่อนหรือกำเริบให้กลับสู่สภาวะปกติ รสชาติอาหารของไทยและอาหารท้องถิ่นมีหลากหลายรส เช่น รสขม มีสรรพคุณสำหรับบำรุงโลหิตและดี เช่น มะระขี้นก ดอกขี้เหล็ก สะเดา มะเขือ ยอดมะรุม เป็นต้น รสมัน มีสรรพคุณแก้เส้นเอ็นพิการ บำรุงไขข้อ บำรุงเส้นเอ็น เป็นยาอายุวัฒนะ บำรุงเยื่อกระดูก เช่น สะตอ บัวบก ถั่วพู ฟักทอง (เอกสารชุมนุมแพทย์แผนไทย, 2542)

ผู้ให้ข้อมูลใช้หลักของธรรมะในการรับประทานอาหารโดยไม่ยึดติดกับรสชาติของอาหาร ซึ่งอาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาในช่องปากของผู้สูงอายุ ที่ระบบประสาทการรับรสอาหารลดลง (สุทธิชัย จิตพันธ์กุล, 2541) ผู้สูงอายุจึงรับรู้รสชาติของอาหารได้น้อยลง การใช้หลักธรรมะเข้าช่วยทำให้สามารถทำใจยอมรับในการเปลี่ยนแปลงและรับประทานอาหารได้เป็นปกติผู้สูงอายุมีการพัฒนารูปแบบของการรับประทานอาหารตามประสบการณ์ของตนเอง ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุรับประทานอาหารเหมาะสมจะไม่เกิดภาวะอ้วน อึดอัด และสามารถป้องกันโรคได้ ภาวะอ้วนเป็นผลจากความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ผู้สูงอายุเลือกรับประทานเข้าไป และความต้องการการใช้พลังซึ่งมีปัจจัยหลักในการสนับสนุนให้เกิดภาวะอ้วนมากขึ้น เช่น การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง การเผาผลาญพลังงาน ซึ่งภาวะอ้วนจะส่งผลให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง รู้สึกอึดอัด ระบบขับถ่ายไม่สะดวก (Fleury and Keller, 2000) ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าการเลือกรับประทานอาหารที่ดีที่เหมาะสมต่อวัยของผู้ให้ข้อมูลจะส่งผลต่อความแข็งแรงของร่างกายได้

การออกกำลังกายเพื่อความสามารถในการมีกิจกรรมในผู้ให้ข้อมูลครั้งนี้ พบว่าผู้ให้ข้อมูลออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง /สัปดาห์ จนถึงออกกำลังทุกวัน ระยะเวลาในการออกกำลังกายประมาณ 30-40 นาที ชาตรี ประชาพิพัฒ (2545) กล่าวถึงหลักในการออกกำลังกายว่า ต้องมีเป้าหมาย รูปแบบการออกกำลังกายต้องเหมาะสมกับ เพศ วัย และสภาพร่างกาย ควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นหลัก มีความเหนื่อยปานกลาง ระยะเวลาอยู่ในช่วง 30-60 นาที จำนวนครั้งในการออกกำลังกาย อยู่ในช่วง 3-5 วัน /สัปดาห์ ผู้ให้ข้อมูลเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายตามความชอบ ความถนัด และความต้องการของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (2542) ที่พบว่าผู้สูงอายุเลือกการออกกำลังทั้งชนิดความเหมาะสมของร่างกาย และชนิดของการออกกำลังกายที่พบก็คล้ายคลึงกัน เช่น การเดิน รำมวยจีน การวิ่ง การเต้นแอโรบิก เป็นต้น สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2541) กล่าวถึงประโยชน์จากการออกกำลัง

ในประเภทต่าง ๆ ที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ 1) การออกกำลังเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกาย เป็นการออกกำลังกายโดยการงอ-ยืดตัว หรือบิดหมุนร่างกาย เพื่อความทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ประเภทการรำมวยจีน การดัดตน หรือโยคะ ซึ่งการออกกำลังกายแบบไทจี๋ชี่กงช่วยความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างคล่องแคล่ว จากการเพิ่มความแข็งแรง ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและการทรงตัว (สมพร อ่อนละออ, ปฐมรัตน์ ศักดิ์ศรี และอโณทัย วงศ์ใหญ่, 2546) นอกจากนั้นกลุ่มผู้สูงอายุชาวจีนออกกำลังโดยไทจี๋ชี่กงเป็นการป้องกันและสามารถใช้รักษาโรคได้ด้วย (Lan duh chen, 1996) 2) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแกร่ง เพิ่มความแข็งแรงให้แก่กล้ามเนื้อ มีประโยชน์ต่อการลดอัตราการสูญเสียมวลกระดูก เดิมเชื่อว่าการออกกำลังประเภทนี้ไม่เหมาะสม แต่ปัจจุบันพบว่าเป็นการออกกำลังเพื่อความแข็งแกร่ง ชนิดที่พบบ่อย ๆ เช่น การยกน้ำหนักอย่างเบา ๆ การวิดพื้น หรือโหนยกตัว การวิ่ง การขี่จักรยาน 3) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อจะใช้ออกซิเจนในระบบจะทำให้ปอด-หัวใจ และหลอดเลือดทำงานเพิ่มมากขึ้น นั่นคือการออกกำลังกายชนิดแอโรบิค จากการศึกษาของ นิ่มอนงค์ พรหมบุตร (2539) พบว่าการออกกำลังกายแอโรบิกแบบแรงกระแทกต่ำทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถภาพทางกายและความพึงพอใจในการออกกำลังกาย ดีกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายแอโรบิกแบบปลอดแรงกระแทก

ผลของการออกกำลังกายทางด้านร่างกายและจิตใจที่ผู้ให้ข้อมูลพบสอดคล้องกับการศึกษาของ Schneider et al. (2003) ที่พบว่าเมื่อออกกำลังกายแล้วร่างกายมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆมากขึ้น เพิ่มความสามารถด้านร่างกายให้มากขึ้น สามารถคงสภาวะสุขภาพของร่างกายได้มากขึ้น และป้องกันโรคได้ ในด้านจิตใจพบว่ามีความสุข สบายใจ สนุกสนาน มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เป็นสิ่งกระตุ้นให้ออกกำลังกายต่อ เพิ่มคำแนะนำไปยังผู้อื่น และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้

ผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้มีการรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อการออกกำลังกาย ทั้งการหาข้อมูล และทดลองปฏิบัติกิจกรรม เมื่อพบว่าดีก็ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้สุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางคติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่ง Bandura (1997) ได้ให้ความหมายว่าเป็นการตัดสินความสามารถของตนเองในการประกอบกิจกรรมที่กำหนดในสถานการณ์จำเพาะ ผู้ให้ข้อมูลจะออกกำลังกายตามความสามารถที่มีอยู่จริง ไม่หักโหม (Lan duh chen,1996) ไม่ทำให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย

ในการออกกำลังกายของผู้ให้ข้อมูลอาจจะมีการออกกำลังกายเป็นลักษณะที่พบได้ทั่ว ๆ ไปในการส่งเสริมสุขภาพแล้ว ผู้สูงอายุบางส่วนให้ความสำคัญกับการทำงานบ้านว่าเป็นการออกกำลังกายเช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมการออกกำลังกายของสตรีวัยกลางคนที่เป็น

มุสลิมที่ไม่สามารถทำได้เนื่องจากผิดหลักศาสนา ดังนั้นการมีสุขภาพดีจึงออกกำลังกายในรูปของการทำงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวันที่สอดคล้องกับหลักศาสนา และต้องทำอย่างสม่ำเสมอ (ศิริพร จิระวัฒน์กุล และคณะ, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ (Lan duh chen ,1996) ที่พบว่าผู้สูงอายุชาวจีนให้ความสำคัญกับการทำงานบ้าน ทำให้สุขภาพกายดี และทำให้มีความสุขได้ แต่ในผู้ให้ข้อมูลบางกลุ่มมองการทำงานบ้านเป็นเพียงการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเท่านั้น เนื่องจากความหมายและลักษณะของการทำงานบ้านไม่ตรงกับการให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาประสบการณ์ด้านการเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพพบว่าผู้ให้ข้อมูลมีการพัฒนาปรับเปลี่ยนรูปแบบการออกกำลังกายขึ้น เพื่อความเหมาะสมและตามความต้องการของตนเองกับชีวิตประจำวันและเกิดประโยชน์ทางสุขภาพ เช่น การพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายในรูปแบบการผสมผสานการทำงานบ้าน การออกกำลังกายทางร่างกายร่วมด้วยการออกกำลังกายทางจิตใจโดยการกำหนดจิต ทำให้เกิดการออกกำลังกายทั้งกายและจิตพร้อมกัน พยาบาลต้องตระหนักในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุเลือกปฏิบัติและให้การสนับสนุนเพื่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับการพักผ่อนผ่านการนอนหลับเป็นส่วนมาก การนอนหลับเป็นการพักผ่อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคนที่สามารถรับรู้ได้ถึงความผาสุกและการมีสุขภาพที่ดี ผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะเกิดปัญหาการนอนหลับยาก หรือนอนไม่เพียงพอ อุปสรรคที่มีผลต่อคุณภาพการนอนหลับนั้นมีหลายอย่าง เช่น ความเจ็บปวด สิ่งแวดล้อม การใช้ยา ความเครียด ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (Lueckenottle, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Schnelle (1998) ทำการศึกษาคุณภาพการนอนหลับในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหากลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่าการตื่นบ่อย ๆ เพื่อจะปัสสาวะ แสงไฟ เสียง ล้วนมีผลต่อการนอนหลับของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ดังนั้นเพื่อคุณภาพการนอนที่ดีผู้ให้ข้อมูลจึงให้ความสำคัญกับการจัดสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว มีอากาศถ่ายเทดี มีความร่มรื่น เพื่อให้เกิดคุณภาพการนอนหลับมากที่สุด

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุมีวิธีเพื่อช่วยในการนอนหลับหลายวิธี เช่น การไม่นอนกลางวัน การไม่เครียด การรับประทานอาหารไม่มาก เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอน ซึ่ง Johnson (1996) พบว่าผู้สูงอายุหญิงที่อาศัยในชนบทเมื่อนอนไม่หลับจะใช้วิธีการดื่มสุราร่วมด้วยการใช้ยานอนหลับ โดยไม่ทราบถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการดื่มสุราและใช้ยานอนหลับร่วมกัน

นอกจากนั้นในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุมีกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุคิดว่าเป็นการพักผ่อนอย่างหนึ่ง เช่น การไปเที่ยว การอ่านหนังสือ การประดิษฐ์ดอกไม้ ฝึกธรรมะเหล่านี้เป็นการพักผ่อน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการสูงอายุเชิงสังคมวิทยา เกี่ยวกับทฤษฎีกิจกรรมซึ่งสนับสนุนให้ผู้สูงอายุคงรักษาสภาวะการทำกิจกรรม การดำรงบทบาทต่าง ๆ โดยการจัดเวลาของตนเองอย่าง

เหมาะสมและมีความต่อเนื่อง (Ebersole and Hess, 1998) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hanneke and Maanen (1988) ที่พบว่าสุขภาพที่ดีตามการให้ความหมายของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีต้องมีกิจกรรมอยู่ตลอดเวลา

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญในการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณว่าเป็นความสุขทางจิตใจ การใช้หลักศาสนา เช่น การสวดมนต์ การปล่อยวาง คิดและปฏิบัติดี มีหลักธรรมประจำใจ และการปฏิบัติศาสนกิจ ตลอดจนการไม่มีเรื่องเครียด วิตกกังวลต่างๆ มีส่วนทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความสุขทางจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการลักษณะผู้สูงอายุไทยที่มีอายุเกิน 100 ปี (วันดี โภคะกุล และคณะ, 2541) ที่พบว่ากิจกรรมทางศาสนาเป็นหนึ่งในกิจกรรมที่ผู้มีอายุยืนปฏิบัติเป็นประจำ ในขณะที่ชาวจีนที่อาศัยอยู่ในสหรัฐอเมริกาเชื่อว่าจะมีสุขภาพดีหรือไม่พระเจ้าจะเป็นผู้ตัดสิน โดยเมื่อปฏิบัติแต่สิ่งที่ดีพระเจ้าก็จะช่วยเหลือให้ไม่เจ็บไม่ป่วย (Lan duh chen, 1996) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Personalistic ซึ่งมีแนวคิดของศาสนา ความรู้สึกทางจิตใจเช่นกัน ที่ใช้ร่วมในการดูแลสุขภาพ (Ebersole and Hess, 1998) นอกจากนั้นในการศึกษาความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, ยุพิน อังสุโรจน์ และ Berit Ingersoll – Daytan, 2543) พบว่ามิติด้านความสงบสุขและการยอมรับ ซึ่งผู้สูงอายุจะปล่อยวางความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจ จะทำใจให้ยอมรับ หรือปลงกับสิ่งที่ตนเองไม่สามารถขัดขวางหรือควบคุมได้ การทำใจให้สงบไม่คิดมาก อารมณ์เสีย กลุ้ม กับสิ่งที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ จึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ผู้สูงอายุใช้เพื่อให้เกิดความสงบทางใจ ในการศึกษาของศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ(2545) พบว่ากิจกรรมทางศาสนาจะช่วยปรับจิตใจให้สงบ ในสตรีชาวพุทธจะใช้ศาสนาเพื่อความสงบทางจิต ส่วนสตรีมุสลิม กล่าวถึงการทำละหมาดว่าเป็นการออกกำลังกายและการทำสมาธิให้จิตใจสงบด้วย ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้นับถือศาสนาอื่น เช่น อิสลาม คริสต์ เป็นต้น จึงไม่พบวิธีการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในรูปแบบอื่นที่เกี่ยวข้องกับศาสนา ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2540) พบว่าผู้สูงอายุสร้างความมั่นคงทางจิตใจและอารมณ์ของตนเองผ่านทางการทำบุญ และหวังว่าจะได้รับผลบุญตอบแทนในชาติหน้า

นอกจากนั้นในการศึกษาครั้งนี้พบว่าการทำบุญในการดูแลทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณไม่จำเป็นต้องใช้แต่เงินเพียงอย่างเดียว ซึ่งการช่วยเหลือผู้อื่นนั้นกลุ่มผู้สูงอายุก็ให้ความสำคัญว่าเป็นการทำบุญด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุลดบทบาทในการประกอบอาชีพ การใช้เงินจำเป็นต้องใช้อย่างระมัดระวัง จากการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544) พบว่าความจริงในสังคมไทยส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุได้ใช้เวลาส่วนใหญ่ในฐานะผู้ให้ ทั้งในครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งสามารถนำไปสู่ความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นการช่วยเหลือผู้อื่นในความหมายของการทำบุญนั้นจึงไม่จำเป็นต้องใช้เงินเพียงอย่างเดียว ซึ่งสุมน ปิ่นเจริญ (2546) กล่าวว่าจิตวิญญาณในผู้สูงอายุไทยได้มีการให้คุณค่าด้านจิตวิญญาณ อยู่ในบริบทของวัฒนธรรมและ

ประสบการณ์ชีวิต ได้แก่ ความเชื่อในศาสนา การปฏิบัติด้านศาสนา การให้คุณค่าของความสมดุลของร่างกายและจิตใจ การมีจิตใจที่สงบสุข การมีสัมพันธภาพกับครอบครัวและบุคคลอื่น การให้คุณค่าในประสบการณ์ชีวิต และการเผชิญกับความตาย ซึ่งความเจ็บป่วยจะมีผลต่อความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุได้ออกไปปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมร่วมกับบุคคลอื่นภายนอกบ้านเป็นส่วนมาก แต่ก็ยังคงการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมร่วมกับครอบครัวไว้ อาทิเช่น การไปเที่ยว ไปทำบุญร่วมกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ยังมีสภาวะร่างกายที่แข็งแรง สามารถออกไปปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ นอกบ้านและมีเวลาว่างมากพอในการออกมามีกิจกรรมนอกบ้าน จึงทำให้พบว่าผู้ให้ข้อมูลออกไปปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมที่ชมรมผู้สูงอายุกันค่อนข้างมาก ร่วมด้วยศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุและโครงการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุมีการดำเนินการจัดตั้งโดยกรุงเทพมหานคร (สิรินทร ฉันศิริกาญจน, ประคอง อินทรสมบัติ และสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544) ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จึงสามารถเข้าถึงการใช้บริการได้ง่าย นอกจากนั้น วรรณี ชัชวาลทิพากร, มาลินี ชลานนันต์, อรพิน ฐานกุลศักดิ์, ดารุณี ภูษณสุวรรณศรี (2543) พบว่า ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดีที่สุด คือ การมี การเข้าถึง การใช้สถานบริการในการส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Muhlenkamp and Sayles (1986) ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวชี้วัดด้านบวกในการดำเนินชีวิต

เมื่อไปชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ อาทิเช่น การออกกำลังกาย งานดอกไม้ประดิษฐ์ การท่องเที่ยว เป็นต้น ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมสำหรับตนเอง ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีและความพึงพอใจในชีวิต (Ebasole and Hess, 1998) ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคม มีการติดต่อพบเพื่อน คนในครอบครัว ซึ่งจากการศึกษาของ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, ยุพิน อังสุโรจน์ และ Berit Ingersell-Dayton (2543) พบว่า ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุนั้นมิติของการพึ่งพาอาศัยกันและกัน โดยครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุก็เป็นที่พึ่งทางจิตใจให้ลูกหลาน เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2540) พบว่าผู้สูงอายุเองก็มีเครือข่ายในการเกื้อหนุนทางอารมณ์ ที่สำคัญต่างเป็นที่พึ่งพาทางจิตใจและอารมณ์ซึ่งกันและกัน สามารถเป็นที่ปรึกษา ไต่ถามพูดคุย ซักถามความเป็นไป หรือเรื่องที่ไม่สามารถพูดกับคนอื่น ๆ ในครอบครัวได้ ดังนั้นเพื่อนจึงเป็นกุญแจสำคัญในการสนับสนุนทางอารมณ์และการปรับตัวในสังคม (Lilly, Richards, and Buckwalter, 2003) จากการศึกษาของ Stokes and Gordon (2003) พบว่า การลดลงของเพื่อนจะส่งผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุได้ เพื่อนสำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความสำคัญกับเพื่อนค่อนข้างมากทั้งใน

ด้านผู้ให้คำปรึกษา ผู้ชี้แนะ และเป็นผู้ให้ข้อมูลในเรื่องต่าง ๆ ผู้ให้ข้อมูลยินดีที่จะได้พบเพื่อนเพื่อร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยกัน ซึ่งการศึกษาของพรรณราย พิทักเจริญ (2545) พบว่าผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนและสังคมมาก จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนและสังคมน้อย เช่นเดียวกับผลการศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของโปรแกรมการฝึกออกกำลังกายของผู้สูงอายุ (Schneider et al., 2003) พบว่าผู้สูงอายุรู้สึกดีที่ได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อนหรือบุคคลอื่น ๆ ปัจจัยสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ

ประสบการณ์ของการเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพอีกด้านหนึ่งที่ผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนาแนวทาง วิธีการเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง คือการหาแหล่งประโยชน์เพื่อสนับสนุนด้านสุขภาพตนเอง เมื่อผู้สูงอายุมีเวลาว่าง การเข้าชมรมผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ สามารถใช้เวลาที่ตนเองมีอยู่ทำให้เกิดประโยชน์ทั้งได้เพื่อนใหม่ ในขณะเดียวกันก็มีการส่งเสริมสุขภาพและมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเกิดขึ้นด้วย

ปัจจัยสนับสนุนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสำหรับ ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับเงินในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเงินสามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพโดยใช้เป็นปัจจัยในการแลกเปลี่ยนสิ่งของหรือบริการเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี แม้ว่าในการศึกษาครั้งนี้มีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งไม่เห็นด้วยที่เงินจะมีอิทธิพลต่อสุขภาพ เนื่องจากเงินไม่สามารถซื้อทุกอย่างได้ เช่นการศึกษาของ Callen (2004) พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว มีฐานะการเงินไม่ดี ไม่สามารถจะมีเงินซื้ออาหารกินได้พอเพียง และพบว่าการบริโภคอาหารมีความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวที่มีรายได้สูงกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ ถ้าขาดเงินแล้วการไปถึงภาวะสุขภาพดีจะเป็นไปอย่างยากลำบากสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2540) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เชื่อมั่นว่า หากมีเงินแล้ว เงินสามารถจะบันดาลสิ่งต่าง ๆ ให้แก่ตนเองได้และจะทำให้มีความสุข หากผู้สูงอายุมีเงินใช้จ่ายทุก ๆ เดือน ไม่จำเป็นต้องมีจำนวนมาก แต่ขอให้เป็นเงินส่วนตัว ตนเองมีสิทธิเต็มที่ในการใช้จ่าย แล้วจะทำให้สบายใจ อบอุ่น มั่นคงและมีความรู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้ง เช่นเดียวกับมัทนา พนานิมรามัย และนงนุช สุนทรชวกานต์ (2544) ได้กล่าวว่าเงินจำเป็นเพื่อให้บุคคลซื้ออาหารและสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิตและการดำรงชีพอื่น ๆ ด้วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในประเทศไทยมีรายได้ค่อนข้างต่ำมักได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวด้านการเงิน แต่การไม่เป็นภาระแก่บุตรหลานจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่กับครอบครัวอย่างมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่ายิ่งขึ้นได้

ความสัมพันธ์ในครอบครัวและเพื่อนก็มีส่วนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จะเห็นได้จากการมีส่วนร่วมในการมีกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งจากการศึกษาของ Lan Duh Chen (1996) พบว่าผู้สูงอายุชาวจีนให้ความสำคัญกับครอบครัว ซึ่งครอบครัวมีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยคนในครอบครัวเป็นสิ่งชักนำให้ผู้สูงอายุเกิดการส่งเสริมสุขภาพผ่านการ

สนับสนุนด้วยการจัดหาข้อมูล หรือแนะนำผู้สูงอายุไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Schneider et al. (2003) ที่พบว่าบุคคลในครอบครัวและเพื่อน เป็นผู้ชักนำผู้สูงอายุไปสู่การออกกำลังกาย นอกจากนั้นการมีเวลาว่าง ในวัยสูงอายุ และความสามารถในการจัดการเวลาที่ตนเองมีในวัยสูงอายุ

ในปัจจุบันการแพทย์แผนไทยได้เข้ามีบทบาทในการรักษาผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการรักษาหรือดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่หันมาใช้แพทย์ทางเลือก เพื่อช่วยในการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการรักษาโรคประจำตัวของผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นการใช้สมุนไพรไทย การนวดแผนไทย การใช้พลังงานจักรวาล เป็นต้น เหตุผลที่แพทย์ทางเลือกเข้ามามีบทบาทเพิ่มมากขึ้น เพราะเป็นการรักษาที่ไม่กระทำความรุนแรงต่อร่างกายหรือต้องสอดใส่เครื่องมือเข้าร่างกายเพื่อการรักษาและแทบจะไม่มีผลข้างเคียงต่อร่างกาย (Eisenberg,1993 อ้างถึงในพัชรี คมจักรพันธุ์, 2544: 1) อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลมีความเชื่อว่าการดูแลสุขภาพโดยการใช้แพทย์ทางเลือกแล้วจะช่วยส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ตัวผู้สูงอายุเองจึงแสวงหาความรู้จากสื่อต่าง ๆ และนำมาทดลองปฏิบัติสอดคล้องกับการศึกษาของ Williamson et al. (2003) ศึกษาสิ่งสนับสนุนและแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุจำนวน 5 ราย ได้เรียนรู้สิ่งสนับสนุนและแพทย์ทางเลือกจากครอบครัวและเพื่อน

ส่วนการนวดแผนไทย ผู้ให้ข้อมูล 2 คน ไม่เห็นด้วยกับการนวดแผนไทยเพราะกลัวทำให้เกิดความเจ็บป่วยมากขึ้นกว่าเดิม ซึ่งการนวดแผนไทยเป็นวิธีการปรับสมดุลในร่างกาย โดยเฉพาะสมดุลของลมที่ติดขัดในเส้น โดยใช้วิธีการกดนวดที่จุดต่าง ๆ เพื่อปรับสมดุลในเส้นทางที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงตำแหน่งที่เจ็บป่วยกับจุดที่กดนวดนั้นอยู่ ปัจจุบันตำราการนวดที่แสดงตำแหน่งจุด เส้นและตำแหน่งลมที่ผิดปกติกับการนำมาใช้ปฏิบัติกดนวดที่จุดต่าง ๆ ยังเป็นเรื่องที่อยู่ในระหว่างการศึกษา (ยงศักดิ์ ตันติปิฎก, 2536: 127) จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความกลัวและไม่แน่ใจในประสิทธิภาพของการนวดแผนไทย

ผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้พบอุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพในด้านร่างกายที่มีการเสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้การส่งเสริมสุขภาพไม่สามารถเป็นไปได้ตามความต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรนุช ธรรมสอน (2544) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ยิ่งมีอายุมากขึ้นจะมีแบบแผนชีวิตไปในทางระดับไม่ดี มีการออกกำลังกายที่ลดลง และเมื่อพิจารณาด้านสภาวะจิตใจผู้สูงอายุที่มีความเครียด ความวิตกกังวลได้ง่าย ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ซึ่ง Stokes and Gordon (2003) ศึกษาสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุที่สุขภาพดี พบว่าความห่วง วิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องในครอบครัว การเจ็บป่วยของร่างกาย และพบด้วยว่าพฤติกรรมการนอนที่เปลี่ยนไปก่อให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุ นอกจากนี้การเดินทางเพื่อไปประกอบกิจกรรมต่าง ๆ

นอกบ้านทำให้ผู้สูงอายุเกิดอุปสรรคในการเดินทางได้ จากการศึกษาของ Hogue (อ้างใน อรพรรณ โตสิงห์, สุพร ดนัยดุษฎีกุล และ วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์ , 2535) พบว่าอุบัติภัยจากการจราจรในผู้สูงอายุเกิดได้ สองลักษณะคือ การขับขี่รถยนต์เอง และการเป็นผู้เดินทางบนท้องถนน ด้านการขับขี่รถยนต์เนื่องจากมีความเสื่อมของระบบประสาท ประสาทสัมผัส ความสามารถในการตัดสินใจในสถานการณ์เฉพาะหน้าเป็นไปได้ช้า ในด้านผู้เดินทางบนท้องถนนอาจเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากลักษณะการเดิน เดินได้ช้า มีความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ลานสายตาแคบ เป็นต้น พบว่าอุบัติเหตุทางจราจรที่เกิดกับผู้สูงอายุร้อยละ 20.2 การป้องกันควรให้ข้อมูลและทำความเข้าใจกับผู้สูงอายุ ในการประกอบกิจกรรมที่เสี่ยงจะเกิดอันตรายเหล่านี้ หลีกเลี่ยงการขับรถเอง ถ้าจำเป็นต้องขับควรรัดเข็มขัดนิรภัยหรือถ้าเป็นไปได้ควรมีผู้ร่วมเดินทางไปด้วย หากต้องเดินทางทำธุระนอกบ้านควรข้ามถนนบริเวณที่กำหนดให้ข้าม ข้ามพร้อมคนอื่น ๆ ถ้าเป็นไปได้ควรมีผู้ร่วมเดินทางไปกับผู้สูงอายุด้วย (อรพรรณ โตสิงห์, สุพร ดนัยดุษฎีกุล วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์, 2535)

การเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพของผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีการส่งเสริมสุขภาพของตนเองอย่างบูรณาการ มีการพัฒนาคิดค้นวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่มีรูปแบบที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น การพัฒนารูปแบบของการออกกำลังกายที่ผสมผสานกายกับจิตผ่านทางงานบ้าน การแสวงหาแหล่งสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพทั้งจากเพื่อน และชมรมผู้สูงอายุ ผลที่ได้จากการศึกษายังพบอีกว่าผลของการออกกำลังกายนอกจากจะทำให้ร่างกายแข็งแรงแล้วยังช่วยให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่นมากขึ้น เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เกิดสังคมใหม่และช่วยส่งเสริมสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลมีการพัฒนารูปแบบการช่วยในการนอนหลับ เช่น การเปิดวิทยุฟังเพื่อการผ่อนคลายในเวลาก่อนนอนหรือการสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณผ่านวิธีการทำบุญ โดยใช้ความสามารถในการช่วยเหลือบุคคลอื่น ๆ ในสังคมแทนการใช้เงินเพียงอย่างเดียว และเมื่อพบอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทากรทดลองปรับเปลี่ยนวิธีการส่งเสริมสุขภาพเพื่อความเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ตนเอง พยาบาลควรสนับสนุนและส่งเสริมรูปแบบการบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพเหล่านี้เพื่อให้การพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพได้ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนยาวนานมากที่สุด

3. ผลที่ได้จากการส่งเสริมสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลทุกท่านเป็นผู้ที่มีการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้เป็นบุคคลที่มีสุขภาพที่ดี แล้วยังได้รับประโยชน์อื่น ๆ ที่ตามมาจากการมีสุขภาพดี คือ มีความสุขที่ตนเองไม่เจ็บป่วย สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ จึงเกิดการรับรู้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ ส่งผลให้ความเชื่ออำนาจภายในตนสูงขึ้น ซึ่งวิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ (2545: 75-77) กล่าวว่า บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน บุคคลนั้นจะเชื่อว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง กล่าวคือ ผู้สูงอายุมีความเชื่อว่าการที่มีสุขภาพดีในปัจจุบัน เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เกิดการเชื่อมโยงอย่างมีสมดุลของมโนทัศน์และประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง (สุมน ปิ่นเจริญ, 2546: 32) สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข สอดคล้องกับคำสอนของพุทธศาสนาที่กล่าวว่า “อโรคยา ปรมลาภา” คือ การไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ความสามารถทางด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุจะลดลง ไม่ว่าจะเป็นการเรียนรู้ ความจำ สติปัญญา เป็นต้น ถึงแม้ผู้สูงอายุจะไม่มีความเจ็บป่วยก็ตาม แต่เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตสังคม ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ, 2545) เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยไม่ต้องพึ่งพาลูกหลาน เพราะการพึ่งพาลูกหลานทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียบทบาทของการเป็นผู้ให้ ผู้มีอำนาจและผู้เกื้อกูลแก่สมาชิกในครอบครัวกลายมาเป็นผู้รับการเกื้อกูลช่วยเหลือแทน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544: 8) การส่งเสริมสุขภาพช่วยให้ผู้สูงอายุบรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพดี ไม่เป็นภาระให้กับลูกหลาน สอดคล้องกับการให้ความหมายสุขภาพดีของ Wagnild (2003) คือ การดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างอิสระโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

นอกจากผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นแล้ว ผู้สูงอายุยังต้องการทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัว เช่น การดูแลบ้าน การประกอบอาหารให้ลูกหลาน เป็นต้น และต้องการทำประโยชน์ให้แก่สังคม เช่น การเป็นผู้นำด้านสุขภาพ เป็นตัวแทนชุมชนในการทำกิจกรรมสาธารณประโยชน์ เป็นต้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Schneider et al. (2003) พบว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพนั้น มีความต้องการช่วยเหลือหรือสนับสนุนบุคคลอื่นให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเช่นเดียวกับที่ตนปฏิบัติ ซึ่งการทำประโยชน์ให้กับครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมั่นคง ได้รับการยอมรับนับถือจากลูกหลานและสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสมหวังในชีวิต (วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ, 2545) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการ

จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและความสามารถของผู้สูงอายุ โดยการให้ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัวและสังคม ดังเช่น โครงการส่งเสริมคุณค่าผู้สูงอายุ เน้นการจัดกิจกรรมเพื่อยกย่องเชิดชูเกียรติ ให้กำลังใจผู้สูงอายุและการใช้คุณค่าของผู้สูงอายุก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม เช่น กิจกรรมส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น ส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีความรู้ ความสามารถในการประกอบอาชีพ เป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อให้ถ่ายทอดความรู้ไปยังอนุชนรุ่นหลังและสังคม เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผลที่ได้จากการส่งเสริมสุขภาพในด้านต่าง ๆ ทั้งการมีความสุขที่ไม่เจ็บป่วย ไม่เป็นภาระให้ลูกหลาน เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม และการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีลักษณะทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจ มีความสุข เกิดความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในมิติทางจิตใจและจิตวิญญาณที่ไม่ควรมองข้ามในการให้การพยาบาลสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมร่วมทางด้าน มิติทางจิตใจและจิตวิญญาณ เช่น ด้านการยอมรับการเป็นบุคคลผู้ทรงคุณค่าในการเป็นผู้นำในชุมชนด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเป็นผู้นำในการออกกำลังกาย เป็นตัวแทนชุมชนในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ หรือส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวในฐานะผู้สูงอายุที่เป็นแบบอย่างการปฏิบัติเพื่อสสขุขภาพดี เป็นต้น ผลที่ได้จากการส่งเสริมสุขภาพจะสามารถเป็นแรงกระตุ้นในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดสุขภาพดีได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการปรับความคิดของผู้ให้บริการ ในการให้ความหมายของภาวะสุขภาพดีของผู้สูงอายุ ผู้มีสุขภาพดีไม่จำเป็นต้องเป็นผู้แข็งแรงเสมอ ผู้ที่เจ็บป่วยไม่สบายก็สามารถมีสุขภาพดีได้และสามารถมีการส่งเสริมสุขภาพได้เพื่อการคงสภาวะร่างกายและลดภาวะทุพพลภาพ

2. การเริ่มต้นเป็นผู้มีการส่งเสริมสุขภาพควรเริ่มต้นตั้งแต่ผู้สูงอายุยังไม่เกิดการเจ็บป่วย เช่น การเตรียมความพร้อมของผู้ใกล้เกษียณอายุงาน เน้นให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของสุขภาพเพื่อความสนใจในการส่งเสริมสุขภาพ

3. ส่งเสริมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่รับรู้ว่ามีสุขภาพดี เช่น รูปแบบการออกกำลังกายที่ผสมผสานการออกกำลังกาย จิตใจ และการปฏิบัติงานบ้าน แบบบูรณาการที่ผู้สูงอายุได้พัฒนาขึ้นเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการปกิบัติการส่งเสริมสุขภาพ

4. นำข้อมูลที่ได้ทำการส่งเสริมสุขภาพในมิติด้านอารมณ์และจิตวิญญาณควบคู่กับด้านร่างกายเพื่อการดูแลบุคคลให้ครอบคลุมและเป็นองค์รวมแห่งสุขภาพ

5. ส่งเสริมการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบกลุ่ม ครอบครัวหรือเพื่อนกระตุ้นให้เกิดการเข้าร่วมในชมรมผู้สูงอายุเพื่อเป็นแรงเสริมในการเข้าสู่กระบวนการการส่งเสริมสุขภาพให้ยาวนาน

ด้านการศึกษาพยาบาล

1. ควรมีการสอดแทรกเนื้อหาการส่งเสริมสุขภาพในด้านประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพให้พยาบาลเกิดความเข้าใจและเพิ่มความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

2. นำเสนอรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพโดยเริ่มต้นจากการเห็นความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ลงมือปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เกิดความยั่งยืนและได้รับผลลัพธ์ในการกระทำ

3. ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปอาจศึกษาการส่งเสริมสุขภาพในมุมมองของผู้ให้การบริการสุขภาพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. 2540. เคล็ดลับการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก. **วารสารวิจัยทางการพยาบาล** 1 (กรกฎาคม- ธันวาคม): 297-311.

กลุ่มวิจัยส่วนส่งเสริมพลศึกษา สุขภาพและนันทนาการ. 2538. **พฤติกรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย**. รายงานการวิจัย สำนักพัฒนาการพลศึกษา สุขภาพและนันทการ กรมพลศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ.

เกรียงศักดิ์ บุญญานุพงศ์, สุรีย์ บุญญานุพงศ์ และ สมศักดิ์ นันทะ. 2533. **ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่**. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ขนิษฐา นาคะ. 2542. **วิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ฆมัท ครุธกูล, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2544. อาหารสำหรับผู้สูงอายุ. **วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 2 (ตุลาคม – ธันวาคม): 44 – 51.

จรัส สุวรรณเวลา. 2544. **สุขภาพพอเพียงระบบสุขภาพที่พึงประสงค์**. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ . 2543. **สถานะสุขภาพคนไทย** . กรุงเทพมหานคร: อุษาการพิมพ์.

จิราพร เกศพิชญวัฒนา, จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, ยุพิน อังสุโรจน์ และ Berit Ingersoll - Dayton. 2543. ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย:การศึกษาเชิงคุณภาพ. **วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 3 (กรกฎาคม - กันยายน): 21 –28.

จำเรียง กูรมะสุวรรณ. 2536. ประชากรสูงอายุกับการจัดสวัสดิการ. ใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ (บรรณาธิการ), **การพยาบาลผู้สูงอายุ**, 1-34. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.

ชาย โพธิสิตา. 2545. การวิจัยเชิงคุณภาพ: ข้อพิจารณาทางทฤษฎี ใน เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ตติกจ์, บุปผา ศิริรัศมี และวาทินี บุญชะลักษี, (บรรณาธิการ), **การศึกษาเชิงคุณภาพ: เทคนิคการวิจัยภาคสนาม**. 29-52. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชาตรี ประชาพิพัฒ. 2545. แนวทางการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. **วารสารพยาบาล** 51 (ตุลาคม – ธันวาคม): 184 – 192.

ชยันต์ วรรธนะภูติ. 2544. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. ใน อุทัย ดุลยเกษม (บรรณาธิการ), **คู่มือการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่องานพัฒนา**. พิมพ์ครั้งที่ 3. หน้า 267 – 340. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ทัศนีย์ ทองประทีป. 2543. กิจกรรมการพยาบาลด้านจิตวิญญาณ. **วารสารสภาการพยาบาล** 15 (กรกฎาคม-กันยายน). 55-64.

ธีรนันท์ สิงห์เฉลิม. 2542. **ผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิตยา บุญมาเลิศ. 2542. **การให้ความหมายสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิก และไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

นิตยา ภาสุนันท์. 2545. มโนทัศน์ในการพยาบาลผู้สูงอายุ. ใน จันทนา รนฤทธิวิชัย วิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), **หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ**. 1 - 28. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการ พยาบาลรากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิรันดร์ ชาวเรือหัก. 2536. **ผลของการเดินออกกำลังกายในช่วงเวลาที่ต่างกันของวัน ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของคอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ในเลือดของผู้สูงอายุหญิง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิ่มอนงค์ พรหมบุตร. 2539. **เปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายแอโรบิคแบบแรงกระแทกต่ำและปลอดแรงกระแทกต่อสมรรถภาพทางกาย และความพึงพอใจในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศน์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บรรลุ ศิริพานิช. 2542. **ผู้สูงอายุไทย**. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.

บรรลุ ศิริพานิช, ธงชัย ทวิชาชาติ, วันดี โภคะกลุ, นันทิกา ทวิชาชาติ, ศุภชัย ฤกษ์งาม และ ปริญญา โตมานะ. 2532. **พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อายุยืนยาวและแข็งแรง 2531**. กรุงเทพมหานคร: สามดีการพิมพ์.

ประคอง อินทรสมบัติ. 2542. การพยาบาลผู้สูงอายุ. **การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ "สู่วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ"**. 235 ─ 236. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประคอง อินทรสมบัติ. 2543. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. ใน สมจิต หนุเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และ รวมพร คงกำเนิด (บรรณาธิการ), **การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล**, หน้า 223-250. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

ประนอม โอทกานนท์. 2544. **รูปแบบชมรมผู้สูงอายุพลูตาหลวง**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประเวศ วะสี. 2543. สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. **หมออนามัย** 6 (พฤษภาคม.-มิถุนายน): 13-36.

ปรียานุช แย้มวงษ์. 2545. ทำอย่างไรจะให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้ดีขึ้น. **วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 3 (กรกฎาคม-กันยายน): 46-50.

ผ่องศรี ศรีมรกต. 2540. แนวคิดสุขภาพและการพยาบาล. **วารสารสภาการพยาบาล** 1 (มกราคม-มีนาคม): 1 - 12.

พรรณราย พิทักเจริญ. 2545. จิตลักษณะและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกายและจิตของข้าราชการสูงอายุ. **ใน รางวัลผลงานการวิจัยและพัฒนาระบบพฤติกรรมไทย ประจำปี 2545**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ.

พีรสิทธิ์ คำนวณศิลป์ และคณะ. 2542. **การประเมินนโยบายและแผนงานด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข**. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. 2542.การศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและที่มีปัญหาสุขภาพ. **วารสารสภาการพยาบาล** 14 (เมษายน-มิถุนายน): 30-43.

เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม และพรรณวดี พุธวัฒนะ. 2543. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลจากการหกล้มในผู้สูงอายุ. **วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 1 (กรกฎาคม – กันยายน): 16-21.

พัชรี คมจักร์พันธุ์. 2544. **ประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพทางเลือกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ไพรินทร์ สมบัติ. 2540. **การสำรวจงานวิจัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

มัทนา พนานิรามัย และ นงนุช สุนทรชวกานต์. 2544. เศรษฐกิจและการเงินของผู้สูงอายุและเพื่อผู้สูงอายุ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. **รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการ "ผู้สูงอายุในประเทศไทยรายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย"**, หน้า 5:1 – 23. เอกสารถ่ายสำเนา.

มัลลิกา มัติโก. 2534. **คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ**. นครปฐม: โครงการข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

ยงศักดิ์ ตันติปิฎก. 2536. การนวดไทยกับสุขภาพองค์รวม. ใน พระไพศาล วิสาโล (บรรณาธิการ), **องค์รวมแห่งสุขภาพ: ทัศนะใหม่เพื่อดุลยภาพแห่งชีวิตและการบำบัด**, หน้า 125 – 128. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิโกมลคีมทอง.

ยุพิน อังสุโรจน์, จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ Berit Ingersoll - Dayton. 2001. การศึกษาความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย. **วารสารพยาบาล** 50 (2): 132 – 142.

วรรณี ชัชวาลทิพากร,มาลินี ชลานันต์, อรพิณ ฐานกุลศักดิ์ และดารุณี ภูษณสุวรรณศรี. 2543. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและจังหวัดชัยนาท. **วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 1 (กรกฎาคม - กันยายน.): 4-13.

วันดี แย้มจันทร์ฉาย. 2538. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วันดี โภคกุล, นงนุช วิลาสินีวรรณ, อุบลพรรณ จุฑาสมิต, สาคร สุวรรณ, และ ประสิทธิ์ รวมพิมาย. 2541. **รายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาคุณลักษณะผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนเกิน 100 ปี พ.ศ. 2539**. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

วาสนา เถื่อนวงษ์. 2540. **พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิภาวี คงอินทร์. 2537. **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล, รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐสุวรรณ และเจนจิต แสงศิรินาคะกุล. 2545. สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ: สิ่งที่มักถูกมองข้าม. **วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 3 (ตุลาคม-ธันวาคม): 33-37.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. 2543. การพยาบาลผู้สูงอายุปี 2001. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 18 (ตุลาคม – ธันวาคม): 19 – 24.

วิไลวรรณ ทองเจริญ, ถนอมขวัญ ทวีบูรณ์, นิตยา ภาสุนันท์, วีนัส ลีฬหกุล และสมจิตต์ เพชรพันธ์ศรี. 2540. **ภาวะสุขภาพ และ ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ในโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล**. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วีนัส ลีฬหกุล. 2545 . โภชนาการดีไม่มีโรค. **การสัมมนาวิชาการเรื่อง: การดูแลสุขภาพตนเองวัยเกษียณอายุการทำงาน วันที่ 17-19 ก.ค. 2545 ณ. ห้องประชุม ดร.ทัศนา บุญทอง หอพักคณะพยาบาลศาสตร์ บางขุนนนท์**. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริมา วงศ์แหลมทอง. 2542. **ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ. 2545. สถานการณ์ระบบสุขภาพทางเลือกเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนของไทย. **วารสารการพยาบาล** 6 (มกราคม-มีนาคม): 65-85.

ศิริพร จิรวัฒน์กุล. 2546. **การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท.

ศิริวรรณ ศิริบุญ. 2539. การตอบสนองของชุมชนต่อปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. **ในการประชุมวิชาการครบรอบ 20 ปี สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข เรื่อง สังคมศาสตร์สุขภาพผู้สูงอายุไทยในทศวรรษหน้า**. 84-97.วันที่ 3-4 ธันวาคม 2539 ณ.โรงแรม เอส ดี อเวนิว กรุงเทพมหานคร.

ศิริวรรณ ศิริบุญ และปัทมา อมรสิริสมบูรณ์. 2544. ผู้สูงอายุไทย: “อยู่ทน” หรือ “ทนอยู่”. **วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 2 (ตุลาคม - ธันวาคม): 22 –33.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2543. “การจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ”. **วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 1 (มกราคม-มีนาคม): 51-54.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. 2540. **รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยในประเด็น การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง**. มหาวิทยาลัยมหิดล: แอล.ที.เพรส.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2530. **จิตวิทยาพัฒนาการ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล.

สมจิต หนุเจริญกุล. 2536. **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมพร อ่อนละออ, ปฐมรัตน์ ศักดิ์ศรี และ อโณทัย วงศ์ใหญ่. 2546. ผลของไท่จี๋ชี่กงต่อความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ. **วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 4 (เมษายน – มิถุนายน): 12 – 17.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ . 2543. สถานะสุขภาพและทิศทางนโยบายด้านหลักการประกันด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ตอนที่ 1.**วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 1 (มกราคม-มีนาคม): 32-41.

สิรินทร ฉันศิริกาญจน, ประคอง อินทรสมบัติ และสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. 2544. สุขภาพกับผู้สูงอายุ. ใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ.**รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการ "ผู้สูงอายุในประเทศไทยรายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย**, หน้า 4:1 – 34. เอกสารถ่ายสำเนา.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2541. **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธ์, วิพุธ พูลเจริญ และ ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. 2542. **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2545. มุมมองใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ปรากฏการณ์ประชากรสูงอายุ. **วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 3(2): 49 – 62.

สุภางค์ จันทวานิช . 2543 . **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 9 . กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .

สุมน ปิ่นเจริญ. 2546. การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ. **วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 4(2): 29 – 37.

สุรกุล เจนอบรม. 2542. วิสัยทัศน์การจัดการศึกษาและกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. **ใน สู่วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ**. หน้า 193 – 207. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุรีย์ กาญจนวงศ์, ปรีชา อุปโยคิน, วีณา ศิริสุข และ มัลลิกา มัติโก. 2538. **ภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ (พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง)**. (ม. ป. ท.).

ไสว ฝึกฝน. 2540. พฤติกรรมผู้บริโภคและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี. **สรรพสิทธิเวชสาร** 18(1): 39 – 46.

อรนุช ธรรมสอน. 2544. **แบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพและความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อรพรรณ โตสิงห์,สุพร ดนัยดุษฎีกุล และวัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์. 2535.ระบาดวิทยาของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ.**วารสารพยาบาลศาสตร์** 10: 203-211.

อาภรณ์ เชื้อประไพศิลป์. 2536. การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล. **วารสารพยาบาล** 42 (ม.ค. — มี.ค.): 16 — 30.

เอกสารชุมนุมแพทย์แผนไทย. 2542. รสชาติอย่างไทยช่วยคลายโรค. **เกษตรกรรมธรรมชาติ** 5 (มิถุนายน): 17.

<u>ภาษาอังกฤษ</u>

Alford, D.M., and Futrell, M. 1992. Wellness and Health Promotion of the Elderly. **Nursing Outlook** 40 (Sep - Oct) : 221-226.

Armer, J., M., and Conn, V., S. 2001. Exploration of spirituality and health among diverse rural elderly individuals. **Journal of Gerontological Nursing** 27(June): 29-37.

Bandura, A. 1997. **Self – Efficacy: The exercise of control.** New York: W.H. Freeman.

Burbank, P., M., Padula. C., A.,and Nigg. C., R. 2000. Changing Health Behaviors of Older Adults. **Journal of Gerontological nursing** 26 (Mar) : 26-33

Burnard, P. 1991. A method of analyzing interview transcripts in qualitative research. **Nurse Education Today** 11: 461-466.

Burns, N. 1989. Standards for Qualitative Research. **Nursing Science Quarterly** 2 ,1 (Spring) : 44 – 52.

Callen, B. 2004. Understanding nutritional health in older adults: A pilot study. **Journal of Gerontological nursing** (January): 36 – 43.

Cribb, A. 1993. The Philosophy of Health. In Hinchliff, S. M. ,Norman, S. E. and Schober, J. E. (eds.), **Nursing Practice & Health Care.** 1 –16. London: Edward Arnold.

DiPasquale – Davis, J., and Hopkins, S., J. 1997. Health Behaviors of an Elderly Filipino Group. **Public Health Nursing** 14 (April) : 118 – 122.

Dounie, R.,S., Tananahill, C., and Tannahill, A. 1996. **Health Promotion models and values.** 2nd edition. New York : Oxford University Press.

Ebersole, P., and Hess, P.1998.**Toward Healthy Aging Human Needs Nursing Response.** Missouri : Mosby.

Fletcher, K., R. 1994. Health Promotion. In Hogstel, M., O.(ed). **Nursing care of the older adult.** 3rd edition. New York : Delmar Publishers.

Fordyce, M. 1999. **Geriatric Pearls.** California: Book Promotion & Service.

Gray, R., P., and Malone, L., J. 1995. Review: urinary tract infection in elderly peopletime to review management?. **Age and Aging** 24(4): 341-345.

Gu, M.,O, and Eun, Y. 2002. Health – promotion behaviors of older adults compared to young and middle – aged adults in Korea. **Journal of Gerontological nursing** (May): 48-53.

Hammer, R. 1999. The Lived Experience of Being At Home. **Journal of Gerontological Nursing.** 25 (November): 10 – 17.

Hamrick, M., H., Anspaugh, D, J., and Ezell, G. 1986. **Health.** Ohio: Bell & Howell.

Holloway, I., and Wheeler ,S. 1996. **Qualitative Research for Nurses.** Massachusetts : Blackwell Science.

Johnson, J. E. 1996. Sleep problem and self-care in very old rural women: nursing implication. **Geratric Nurse** 17: 72-74.

Kaufman, J. E. 1996. Personal Definitions of Health among Elderly People : A Link to Effective Health Promotion. **Family & Community Health** 19(July) : 58 - 68.

Keller, C., and Fleury, J. 2002. Changes accompany in aging and functional assessment. In **Health Promotion for the Elderly,** pp. 1 –16. California: Sage Publications.

Lan Duh Chen, Y. 1998. Conformity with nature: A theory of Chinese American Elders' health promotion and illness prevention process. In Judith, A. A., and Cherie, L. R. **Reading in Gerontological Nursing,** pp. 186 – 195. Philadelphia: Lippincott-Raven.

Lazarus, R.,S., and Folkman, S. 1984. **Stress, Appraisal, and Coping.** New York: Springer Publishing.

Lilly, M. L., Richards, B. S., and Buckwalter, K., C. 2003. Friends and social support in dementia caregiving assessment and intervention. **Journal of Gerontological Nursing** (January): 29 – 36.

Lincoln, Y., S., and Guba, E. G. 1985. **Naturalistic Inquiry.** California: SAGE.

Louie, K. 2000. Cultural Influences. In Lueckenotte, A. (ed.), **Gerontologic Nursing,** pp. 96 – 120. Missouri: Mosby.

Lueckenotte, A. 2000. Overview of Gerontologic Nursing. In Lueckenotte, A. (ed.), **Gerontologic Nursing,** pp. 1 – 19. Missouri: Mosby.

Madison, H.,E .2000. Theories of aging. In Lueckenotte, A.(ed.), **Gerontologic Nursing,** pp. 20 – 33. Missouri: Mosby.

Madison, H.,E .2000. Health Promotion.In Lueckenotte, A.(ed.), **Gerontologic Nursing,** pp. 171-180. Missouri: Mosby.

Maddox, M. 1999. Older Woman and the Meaning of Health. **Journal of Gerontological Nursing**. 25 (December): 26 – 33.

Mass, M. L., et al. 2000. **Nursing Care of Older Adults: Diagnoses, Outcomes, & Interventions.** Missouri: Mosby.

McClymont, M. L., Thomas, S. E., and Denham, M., J. 1991. Frameworks, models and processes of health visiting care. In **Health Visiting and Elderly People-a health promotion challenge.** 2nd edition, pp. 83-113. New York: Urchill livingstone.

McConnell, E. 1998. A Conceptual Framework for Gerontological Nursing Practice. In M. A. Matteson; and E. S. McConnell (eds), **Gerontological Nursing Concepts and Practice.** pp. 5 – 55. Philadelphia: W.B. Saunders.

Muhlenkamp, A., F., and Sayles, J. A. 1986. Self – esteem, social support, and positive health practices. **Nursing Resarch** 35 (November – December): 334 – 338.

Omeri, A. 1997. Culture care of Iranian immigrants in new South Wales, Australia: Sharing transcultrual nursing knowledge. **Journal of Transcultural Nursing** (January – June): 5 – 16.

Orem, D., E. 2001. **Nursing Concepts of Practice.** Missouri: Mosby.

Painter- Romanello, M., and Luggen , A., S. 2001. **NGNA Core Curriculum For Gerontolodical Nursing.** St. Louis: Mosby.

Patton, M. Q. 2002. Qualitative interviewing. **In Qualitative Research and Evaluation Methods.** 3rd edition. pp. 339 – 427. California: Sage Publications.

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

Sandelowski, M. 1986. The problem of rigor in qualitative research. **Advances in Nursing science** 8 (April). 27-37.

Sapio-Longo, L. 1999. Molony , S . , L . , Waszynski , C . , M . , and Lyder , C., H . (eds.), **Gerontological Nursing and advanced practice approach.**27-51. Stamford,conn: Appleton and Lange.

Schneider, J. K., Eveker, A., Bronder, D.R., Meiner, S. E., and Binder, E. F. 2003. Exercise training program for older adults. **Journal of Gerontological Nursing** 29 (9): 21-31.

Schnelle, J. F., et al. 1998. Individualizing nighttime incontinence care in nursing home residents. **Nursing Research** 47: 197 – 204.

Sheahan, S. L., and Musialowski, R. 2001. Clinical implications of respiratory system changes in aging. **Journal of Gerontological Nursing** 27(May): 26-34.

Smith, J.,A. 1981. The Idea of health: A philosophical inquiry. **Advances in Nursing Science** 3 (3),43-50.

Stokes, S. A., and Gordon, S. E. 2003. Common stressors experienced by the well elderly clinical implication. **Journal of Gerontological Nursing** 29 (May): 39 – 46.

Strauss, A., and Corbin, J. 1990. **Basics of Qualitative Research Grounded Theory Procedures and Techniques.** California : Sage Publications.

Streubert, H., J., and Carpenter, D., R. 1999. **Qualitative Research in Nursing Advancing the Humanistic Imperative.** Second Edition. Philadelphia: Lippincott.

Streubert Speziale, H., j., and Carpenter, D., R. 2003. **Qualitative Research in Nursing Advancing the Humanistic Imperative.** Philadelphia: Lippincott.

Van Maanen, H. M. Th. 1988. Being old does not always mean being sick : perspectives on conditions of health as perceived by British and American elderly. **Journal of Advanced Nursing** 13 : 701 – 709.

Wagnild, G. 2003. Resilience and successful aging: Comparison among low and high income older adults. **Journal of Gerontological Nursing** 29(19): 42 – 49.

Walker, S., N., Sechrist, K., R., and Pender, N., J. 1987.The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. **Nursing Research** 36 : 76 -81.

Warren, I. L., et al. 1991. The burden and outcomes associated with dehydration among us elderly. **Am J Public Health.** 84: 1265-1269.

Williamson, A. T., Fletcher, P. C., and Dawson, K. A. 2003. Complementary and alternative medicine: Use an older population. **Journal of Gerontological Nursing** (May): 20 – 28.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก.

คำชี้แจงและคำพิทักษ์สิทธ์ของผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัย

ดิฉันนางสาวสุมิตรา สินธ์ศิริมานะ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขณะนี้กำลังทำการวิจัยเพื่อการสำเร็จการศึกษาในหัวข้อเรื่อง “ประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย” ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุได้ประสบ ทั้งในด้านความคิด ความเชื่อ การปฏิบัติ ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อให้เกิดสุขภาพดี คาดว่าผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์สำหรับการจัดการพยาบาล และการดูแล เพื่อให้เกิดสุขภาพดีในกลุ่มผู้สูงอายุ

ดิฉันจึงขอความร่วมมือทุกท่านในการแสดงความคิดเห็น ถ่ายทอดประสบการณ์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยหากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ดิฉันจะสัมภาษณ์เกี่ยวกับ ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและ เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ ถูกต้องสมบูรณ์จึงขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา และจดบันทึกขณะสนทนา ข้อมูลที่ได้จากท่านจะถูกนำมาถอดเทปเป็นตัวอักษรและจะไม่มีการบันทึกชื่อ-สกุลจริงของท่าน ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการโดยไม่เปิดเผยผู้ให้ข้อมูล จะไม่ทำความเสียหายต่อท่าน และบุคคลที่เกี่ยวข้อง เทปการสัมภาษณ์จะเก็บไว้เป็นความลับและลบทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

การที่ท่านยินยอมให้สัมภาษณ์ ถือเป็นการยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ ที่เกี่ยวข้อกับงานวิจัยนี้ ดิฉันมีความยินดีที่จะตอบคำถามให้เข้าใจ ท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ และแม้ท่านจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านยังมีสิทธิขอฟังเทปการสัมภาษณ์และขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาตามที่ท่านต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ

ขอบพระคุณในความร่วมมือ

นางสาวสุมิตรา สินธ์ศิริมานะ

ผู้วิจัย

ภาคผนวก ข.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เกณฑ์คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล
2. แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT)
3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
4. บันทึกสนาม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เกณฑ์คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

☐ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

☐ เป็นผู้ที่ประเมินตนเองตนเองว่ามีสุขภาพดี

☐ เป็นบุคคลที่มีการส่งเสริมสุขภาพ

☐ ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นว่ามีการส่งเสริมสุขภาพ

☐ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคใดๆจนต้องเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลใน 1 ปี ที่ผ่านมา

☐ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่เป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิต โรคประสาท

☐ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการทดสอบด้วยแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา มีคะแนนมากกว่า 15 คะแนน

☐ สามารถสื่อสารพูดและเข้าใจภาษากับผู้วิจัยได้ดี

☐ สมัครใจและยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการตอบการสัมภาษณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT)

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
1. ปีนี้คุณอายุเท่าไร่ ?		1/0
2. ขณะนี้กี่โมง ? (อาจตอบคลาดเคลื่อนได้ 1 ชั่วโมง)		1/0
3. พูดคำว่า “ร่ม กระทะ ประตู” ให้ฟังช้าๆ ชัดๆ 2 ครั้ง	“ร่ม”	1/0
แล้วบอกให้ผู้ถูกทดสอบทวนชื่อทั้งสามดังกล่าวทันที	“กระทะ”	1/0
(ชื่อที่ถูก 1 ชื่อ = 1 คะแนน)	“ประตู”	1/0
4. เดือนนี้เดือนอะไร ? (อาจตอบเป็นเดือนไทย / เดือนสากลก็ได้)		1/0
5. คนนั้นเป็นใคร ?	บุคคลที่ 1	1/0
(ให้ถามถึงบุคคล 2 คน เช่น แพทย์ พยาบาล	บุคคลที่ 2	1/0
หรือบุคคลใกล้เคียง)		
6. ข้าวหนึ่งถังมีกี่ลิตร / กี่กิโลกรัม	20 ลิตร / 15 กก.	1/0
7. ให้ผู้ถูกทดสอบทำตามคำสั่ง ที่จะบอกต่อไปนี้ “ให้ตบมือสามที่แล้วกอดอก” (ให้ 1 คะแนนถ้าทำได้ถูกต้องครบถ้วนทุกขั้นตอน)		1/0
8. จงบอกความหมายของสุภาษิตต่อไปนี้ “หนีเสือปะจระเข้”		1/0

ตัวอย่างคำตอบที่ถูกต้อง

1. หนีจากสิ่งที่ไม่ดีไปพบสิ่งที่ไม่ดีอีก
2. หนีจากสถานการณ์หรือบุคคลที่เป็นอันตรายไปพบสถานการณ์หรือบุคคลที่เป็นอันตรายอีก
3. หนีจากสิ่งที่เลวร้ายไปพบสิ่งที่เลวร้ายกว่าเดิม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำถาม	คำตอบ	คะแนน

9. บอกผู้ถูกทดสอบว่าจงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี 1/0
เมื่อฟังจบแล้วให้พูดตามทันที
"ฉันชอบดอกไม้ เสียงเพลง แต่ไม่ชอบหมา"
(ให้ 1 คะแนนถ้าพูดได้ถูกต้องตามลำดับทั้งประโยค)

10. ถามผู้ถูกทดสอบว่า "ถ้าลืมกุญแจบ้านจะทำอย่างไร" 1/0
(ให้ 1 คะแนนถ้าคำตอบมีเหตุผลเหมาะสม
โดยที่คำตอบนั้นแสดงถึงความพยายามที่จะแก้ไขปัญหา
ด้วยความเป็นไปได้และไม่ก่อให้เกิดความเสียหายมาก)
ตัวอย่างคำตอบที่ได้คะแนน
1. ทดลองนำกุญแจอันอื่นหรือวัสดุที่ใช้แทนได้ที่มีอยู่ใน บริเวณใกล้เคียงมาลองไขกุญแจ
2. ตามช่างทำกุญแจ (ถ้าอยู่ไม่ไกลนัก)
3. ไปขอกุญแจที่ผู้อื่นมีเก็บไว้ (เช่นญาติ) ในกรณีที่ อยู่ไม่ไกลจากบ้าน
4. หาทางเข้าบ้าน (ถ้าสามารถทำได้)หรือขอความ ช่วยเหลือจากผู้อยู่ใกล้เคียง เช่นปีนหน้าต่าง งัดช่องลม

ตัวอย่างคำตอบที่ไม่ได้คะแนน

1. ไม่รู้จะทำอย่างไร นั่งรอจนกว่าจะมีคนอื่นกลับมา
2. พังประตูเข้าไป
3. ไปเอากุญแจที่บุคคลอื่นในบ้านเก็บไว้แต่อยู่ไกลมาก เช่นอยู่ต่างจังหวัด หรือใช้เวลาเดินทางนานมาก

11. บอกให้ผู้ถูกทดสอบนับเลขจาก 10 –20 1/0
(ให้ 1 คะแนน ถ้าสามารถนับได้ถูกต้องตามลำดับทั้งหมด)

12. ชี้ไปที่ นาฬิกา แล้วถามว่าคืออะไร ? / เรียกว่าอะไร ? 1/0
ชี้ไปที่ ปากกา แล้วถามว่าคืออะไร ? / เรียกว่าอะไร ? 1/0

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

13. บอกให้ผู้ถูกทดสอบลบเลขที่ละ3 จาก20 ทั้งหมด 3 ครั้ง

20 - 3 = a	a = 17	1/0
17 - 3 = b	b = 14	1/0
14 - 3 = c	c = 11	1/0

(ให้คะแนนตามจำนวนเลขที่ลบได้ถูกต้องครั้งละ 1 คะแนน)

หมายเหตุ 1. คะแนนที่ได้ต่ำที่สุดคือ 0 และสูงสุดคือ 19

2. คะแนนที่ต่ำกว่า 15 แสดงว่าน่าจะมีความผิดปกติของ Cognitive function

3. ในกรณีที่ผู้ป่วยหมดสติ (Coma)หรือเกือบหมดสติ (semi - coma) หรือ aphasia หรือใส่ endotracheal tube หรือ in – cooperate ให้คะแนนศูนย์ แต่ลงบันทึกไว้ถึงลักษณะของผู้ป่วยดังกล่าว

4. โดยทั่วไปผู้ป่วยมีคะแนนจาก Glasgow Coma Scale ตั้งแต่ 12 ขึ้นไป อยู่ในข่ายที่จะตอบคำถามเหล่านี้ได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อนาม-สกุล……..อายุ……ปี

ที่อยู่……

สถานภาพสมรส……บุตร……..

อาชีพ……เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้……..

การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ……

การศึกษา……ศาสนา……...

อื่นๆ……

สภาวะสุขภาพปัจจุบัน(โรคประจำตัว)……...

……

……

……

อาศัยอยู่กับ……ผู้ดูแล……

สิ่งแวดล้อม……

……

……

……

……

……

……

คะแนนแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา……

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บันทึกสนาม

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล……

การสัมภาษณ์ครั้งที่…… วันที่ ……..……

เวลาเริ่มต้นการสัมภาษณ์……..……น. สิ้นสุดการสัมภาษณ์……น.

สถานที่……

ความคิด ความรู้สึก เหตุการณ์ ปัญหา การแก้ไข

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……..

……

……

……

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค.

แนวคำถามหลักในการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูล

1. ท่านรับรู้ภาวะสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร / สุขภาพของท่านในตอนนี้เป็นอย่างไรบ้าง
2. การที่ท่านมีสุขภาพเช่นนี้ในปัจจุบันนี้ท่านทำอย่างไรบ้าง /ท่านมีวิธีการอย่างไรจึงทำให้มีสุขภาพดี
3. ท่านรับรู้ว่าสิ่งใดช่วยในการส่งเสริมสุขภาพของท่าน
4. คนเราจะสุขภาพดีได้จากอะไร
5. เหตุใดท่านจึงคิดว่าสิ่งนี้ดี / เป็นการส่งเสริมสุขภาพของท่าน
6. การส่งเสริมสุขภาพมีความหมายอย่างไรต่อท่าน
7. ท่านมีรู้สึกอย่างไรกับ การส่งเสริมสุขภาพ (การทำให้สุขภาพดี)ของผู้สูงอายุ
8. สุขภาพดีของท่านหมายความว่าอะไร
9. ท่านรู้สึกว่าสิ่งใดเป็นการสนับสนุน/อุปสรรค /ปัญหา ต่อการสร้างสุขภาพดีของท่าน
10. การที่ท่านได้ทำ (กิจกรรม) นี้มีผลต่อชีวิตของท่านอย่างไร
11. ท่านจะดูหรือรู้ได้อย่างไรว่ามีสุขภาพที่ดี
12. มีสิ่งใดที่ท่านยังไม่ได้ทำแล้วมีผลดีต่อสุขภาพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง.

ตารางที่ 2 การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์

รายที่	ครั้งที่	วันที่	เวลา	ระยะเวลา	สถานที่
1	1	17 มีนาคม 2546	13.00 - 14.40 น.	1 ชั่วโมง 40 นาที	ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
	2	9 มิถุนายน 2546	13.50 - 15.50 น.	2 ชั่วโมง	ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
2	1	24 มีนาคม 2546	10.20 - 11.50น.	1ชั่วโมง 30 นาที	บ้านของพี่ชายผู้ให้ข้อมูล
	2	4 สิงหาคม 2546	9.15.- 10.40 น.	1ชั่วโมง 25 นาที	บ้านของผู้ให้ข้อมูล
3	1	21 เมษายน 2546	9.45 - 11.15 น.	1ชั่วโมง 30 นาที	บ้านของผู้ให้ข้อมูล
4	1	1 พฤษภาคม 2546	10.25 - 12.25 น.	2 ชั่วโมง	บ้านของผู้ให้ข้อมูล
	2	8 กรกฎาคม 2546	10.15 - 11.45 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที	บ้านของผู้ให้ข้อมูล
5	1	2 พฤษภาคม 2546	10.30 - 12.20น.	1 ชั่วโมง 50 นาที	บ้านของผู้ให้ข้อมูล
	2	2 สิงหาคม 2546	10.30 - 12.00 น.	1 ชั่วโมง 30 นาที	บ้านของผู้ให้ข้อมูล
6	1	11 มิถุนายน 2546	10.10-11.35 น.	1 ชั่วโมง 25 นาที	ชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
	2	28 กรกฎาคม 2546	10.00- 11.15 น.	1 ชั่วโมง 15 นาที	ชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
7	1	17 มิถุนายน 2546	10.00 - 11.50 น.	1ชั่วโมง 50 นาที	ชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
	2	30 กรกฎาคม 2546	10.00 - 11.35 น.	1ชั่วโมง 35 นาที	ชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
8	1	20 มีนาคม 2546	15.20 - 16.30 น.	1 ชั่วโมง 10 นาที	บ้านของผู้ให้ข้อมูล
	2	18 กรกฎาคม 2546	10.10 - 11.30 น.	1 ชั่วโมง 20 นาที	บ้านของผู้ให้ข้อมูล
9	1	23 มีนาคม 2546	16.30 -17.30 น.	1 ชั่วโมง	โรงเรียนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
	2	14 กรกฎาคม 2546	14.15 - 15.35 น.	1 ชั่วโมง 20 นาที	โรงเรียนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสุมิตรา สินธ์ศิริมานะ เกิดเมื่อวันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2520 ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1) จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อ พ.ศ. 2542 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2544 โดยได้รับทุนอุดหนุนการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อเฉลิมฉลองในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนมายุครบ 72 พรรษาจนสำเร็จการศึกษา ปัจจุบันปฏิบัติงาน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่หอผู้ป่วย หออภิบาล โรงพยาบาลศิริราช

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย