

## วิถีชีวิตและแนวทางการมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก\*

### Life Style and Guidelines for Well Being of The Elderly in the Eastern Region

พรทิพย์ สุขอดิษฐ์\*\*

ดร.จันทร์ชลี มาพุทธ\*\*\*

ดร.รุ่งฟ้า กิติญาณสันต์\*\*\*\*

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาวะของผู้สูงอายุ วิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะและแนวทางการมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก เก็บข้อมูลโดย 1) การสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุในภาคตะวันออก จำนวน 384 คน 2) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะเหมาะสมมากที่สุดในพื้นที่ภาคตะวันออก จำนวน 11 คน และ 3) การสนทนากลุ่ม ผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้สูงอายุ นักการศึกษาสาธารณสุขงานสร้างเสริมสุขภาพ แพทย์ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 10 คน

#### ผลการวิจัยพบว่า

1. สุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกโดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายชื่อ โดยเรียงอันดับจากมากไปหาน้อย อันดับแรก ได้แก่ สุขภาวะด้านจิตวิญญาณ รองลงมา ได้แก่ สุขภาวะด้านสังคม สุขภาวะด้านจิตใจ และสุขภาวะด้านร่างกาย รวมทั้งสุขภาวะด้านสิ่งแวดล้อมมีความเหมาะสมโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 84.15
2. วิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะในภาคตะวันออก ประกอบด้วย 1) การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี คือ มีสถานบริการสุขภาพและเจ้าหน้าที่ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกวัย มีแหล่งอาหารในชุมชนที่สะอาดปลอดภัย มีบ้านพักอาศัยที่สะดวก สะอาด ปลอดภัย มีการจัดการขยะและสิ่งปฏิกูลในชุมชนที่เหมาะสม มีการจัดการน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาดปลอดภัย และการอยู่ในอากาศปราศจากมลพิษ 2) มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 3) มีการออกกำลังกาย 4) โภชนาการ คือ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ครบ 3 มื้อ ปริมาณพอเหมาะ ผักและผลไม้เป็นประจำ และหลีกเลี่ยงอาหารที่ให้โทษ 5) มีการจัดการความเครียด คือ มีการมองโลกในแง่ดีและมีอารมณ์ขัน ทำงานอดิเรกและใช้หลักธรรมเป็นที่พึ่งทางใจ 6) มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวและในสังคมที่ดี 7) มีจิตวิญญาณที่มีเป้าหมาย คือ การที่ได้ดูแลลูกหลาน การเห็นคุณค่าในตนเองและการมีธรรมะเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และ 8) ภูมิปัญญาและวิถีชีวิต คือ บริโภคสมุนไพร บริโภคอาหารพื้นบ้าน ปรุงอาหารด้วยตนเอง และอยู่ในธรรมชาติอากาศบริสุทธิ์
3. แนวทางการมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก ประกอบด้วย 1) ระดับบุคคล ควร มีพฤติกรรมสุขภาพ คือ มีการตรวจสุขภาพประจำปี หากความรู้ในการดูแลสุขภาพ ครอบครัวต้องมีส่วนร่วมในการดูแล

\*คุณฉันทิณีพันธ์ปรัชญาคุณฉันทิณีพันธ์ิต สาขาวิชาการศึกษาและการพัฒนาสังคม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\*นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการศึกษาและการพัฒนาสังคมคณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการอาชีวศึกษาและการพัฒนาสังคม คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการจัดการเรียนรู้ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ควรออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน มีการบริโภคอาหารครบ 5 หมู่ ในปริมาณพอเหมาะในแต่ละมื้อ เน้นปลา ผัก ผลไม้ทุกวัน หลีกเลี่ยงอาหารให้โทษ นำธรรมชาติเป็นที่พึ่งทางใจ มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีทั้งในครอบครัวและชุมชน เห็นคุณค่าในตนเองที่ทำประโยชน์ให้กับครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ควรมีการใช้ภูมิปัญญาสมุนไพร บริโภคอาหารพื้นบ้านปรุงอาหารด้วยตนเอง อยู่ในธรรมชาติอากาศบริสุทธิ์และการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง 2) ระดับชุมชนควรมีการดำเนินการ คือ การจัดสถานที่ออกกำลังกายและพักผ่อนหย่อนใจในชุมชน การจัดกลุ่มจัดการขยะที่นำมาใช้ใหม่ การจัดให้มีชมรมส่งเสริมสุขภาพ ชมรมจิตอาสา ชุมชนต้นแบบด้านภูมิปัญญาสมุนไพรและวิถีชีวิตแบบธรรมชาติพื้นบ้าน และ 3) ระดับหน่วยงาน ควรดำเนินการ คือ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้วัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันโรคที่ครอบคลุมประชาชนทุกวัยและโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ กระทรวงศึกษาธิการควรมีการดำเนินการในเรื่องการส่งเสริมด้านโภชนาการทุกสถานศึกษา และกรมสุขภาพจิตควรมีนโยบายการจัดพยาบาลสุขภาพจิตระดับตำบล ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตประชาชนทุกวัย

**คำสำคัญ:** สุขภาวะ/ ผู้สูงอายุ

## Abstract

The purposes of this research were to investigate the level of well-being, lifestyle of the healthy elderly and to propose a guideline for the healthy elderly in the eastern region of Thailand. Data were collected by a questionnaire assessing well-being status of 384 elders in the eastern region. Eleven healthy elders were in-depth interviewed, and 10 experts consisting of health promotion personnel, health volunteers, the elderly, educators, and physicians working in health promotion field were interviewed using focus group approach.

The results were as follows:

1. The overall of well-being status of the elderly in the eastern region was at a high level. Concerning each dimension, the results showed that the spiritual well-being dimension was in the highest level, followed by social well-being, psychological well-being, physical well-being, and environment well-being, respectively.

2. Lifestyle of the healthy elderly in the eastern region consisted of; 1) living in good environment, such as accessibility to health promotion services for all aged-groups provided by health personnel; safety and clean food resources; comfortable, clean and safety housing; appropriate waste disposal system in community; clean water supply; and fresh air without pollution; 2) having responsibility to their health; 3) practicing regular exercise; 4) selecting good nutrition in terms of appropriateness in volume and quality of various kinds of food, especially fruits and vegetable as well as avoiding unhealthy food; 5) having effective stress management with positive thinking and using sense of humor, spending time on leisure, practicing based on religious doctrines; 6) good relationship with family and other people; 7) purposive spiritual needs, such as taking care of grand-children, high self-esteem and strongly believe in religions and; 8) using local wisdom

to promote health, such as using herbs, consuming local food cooked by themselves and living in unpolluted environment.

3. A guideline for the healthy elderly in the eastern region composed of three levels. Firstly, the individual level, the elderly should perform health behaviors, including annual physical check-up, seeking information about health care practice, support from their family members, daily exercise, good nutrition Consumption habits, adequate nutrition for community dwelling in each meal with a lot of fish, vegetable, and fruits, avoiding unhealthy food, practicing religious activity, building good relationships within family and community, and understanding their own value distributed to the family and community. In addition, the elderly should use the local wisdom to promote health, eat local food, cook for themselves, stay in the environment with fresh air, and perform daily activity by themselves. Secondly, at the community level, in their community, the elderly should have a place to do exercise, recreational area, a group of people managing waste disposal and reuse, management of health promotion clubs, volunteer association, community model for the local wisdom practice and natural way of life. The last was the organizational level. In order to promote health for the elderly, the Ministry of Public Health should set policies to provide immunization covering all age groups of population and also have policies to prevent newly emerged diseases. Moreover, the Ministry of Education should set policies to promote healthy food in school. Furthermore, the Department of Mental Health, Ministry of Public Health should set policies to provide mental health nurses to sub-districts to promote mental health for all age groups of people.

## บทนำ

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วจนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ซึ่งมีผลกระทบต่อสภาพสังคม สภาพเศรษฐกิจและการจ้างงาน ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาว สำหรับในประเทศไทยประชากรสูงอายุ มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรสูงอายุของประเทศไทยมีถึงประมาณ 7 ล้านคน คิดเป็นเกือบร้อยละ 11 ของประชากรทั้งประเทศที่มีอยู่ประมาณ 65.6 ล้านคน แสดงให้เห็นชัดว่าสังคมไทยได้เริ่มเข้าสู่สังคมสูงวัยแล้ว นอกจากนี้อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น

ผู้ชายมีอายุเฉลี่ย 69.6 ปี ผู้หญิง มีอายุเฉลี่ย 76.9 ปี (สถาบันประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555) การมีผู้สูงอายุจำนวนมากขึ้นและอายุยืนเกิดผลกระทบทั้งในด้านสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเองและปัญหาสังคมทั้งสองปัญหาเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน โดยที่ผู้สูงอายุมีชีวิตประจำวันที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ การทำงานที่เป็นบทบาทของหัวหน้าครอบครัว การติดต่อกับเพื่อนบ้านหรือบุคคลทั่วไปได้ การทำงานบ้านต่างๆ เมื่อมีปัญหาสุขภาพหรือความเสื่อมโทรมของร่างกายเกิดขึ้นจะไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ หรือเข้าสังคมได้เหมือนเดิม ผู้สูงอายุจะพบการเจ็บป่วยเฉียบพลันต้องได้รับการรักษาทันทั่วทั้งที่ได้แก่การบาดเจ็บต่าง ๆ สำหรับปัญหาสุขภาพที่สำคัญหนึ่งคือโรคเรื้อรังพบว่าผู้สูงอายุ มีโรคเรื้อรังร้อยละ 50.97 ในปี พ.ศ.

2548 และร้อยละ 56.35 ในปี พ.ศ. 2550 (สำนักสถิติเศรษฐกิจสังคมและประชาชาติ, 2550, หน้า 25) ซึ่งมีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกันไปขึ้นกับพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการขาดการออกกำลังกายซึ่งสัมพันธ์กับจำนวนของโรคที่เป็นโดยโรคที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ข้อเสื่อม เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคกระเพาะอาหาร (อุทัย สดสุข และคณะ, 2552) รวมทั้งปัญหาด้านร่างกายที่ไม่สามารถทำงาน ทำกิจวัตรในชีวิตประจำวัน ได้จากการเคลื่อนไหวของร่างกายที่ช้าลง ด้านจิตใจได้แก่ การขาดความเชื่อมั่น การมีความเครียด การนอนไม่หลับ การพยายามฆ่าตัวตาย และด้านสังคมพบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง การแยกจากครอบครัวของลูกหลานทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง (Arokiasamy, 1997, p. 231; ชื่นอุทัย กาญจนจิตรราและคณะ, 2553, หน้า 98-99) จากข้อมูลดังกล่าวมาเป็นปัญหาสำคัญในการที่จะต้องส่งเสริมสุขภาพประชาชนเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพดี ซึ่งมีสถิติข้อมูลการทะเบียนกรมการปกครอง ปี พ.ศ. 2554 พบว่า ภาคตะวันออกมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 530,695 คน คิดเป็นร้อยละ 7.08 ของประชากรผู้สูงอายุทั่วประเทศ ผู้สูงอายุชายอายุเกินค่าเฉลี่ยจำนวน 100,047 คน ผู้สูงอายุหญิงอายุเกินค่าเฉลี่ยจำนวน 82,367 คน และมีอายุเกิน 100 ปี ถึงจำนวน 1,109 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) แสดงให้เห็นว่าประชากรผู้สูงอายุในภาคตะวันออกโดยส่วนใหญ่มีสุขภาพดีและมีอายุยืน สอดคล้องกับการศึกษาของปีนเรศ กาศอุดม, คณิศร แก้วแดง และ รัชมน นามวงษ์ (2550) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก พบว่า ผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 69.12 ปีและมีโรคประจำตัวเพียงร้อยละ 30.80 เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติประชากรผู้สูงอายุทั่วประเทศพบในปี 2550 ที่มีโรคประจำตัวร้อยละ 56.35 (สำนักสถิติเศรษฐกิจสังคมและประชาชาติ, 2550, หน้า 25) ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่ยืนยันว่าผู้สูงอายุในภาคตะวันออกส่วนใหญ่มีสุขภาพดี จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาวิถีชีวิตและแนวทาง

การมีสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกกว่า มีการดำเนินชีวิตตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุอย่างไร ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้น่าองค์ความรู้เหล่านั้นมาส่งเสริมให้ประชาชนได้นำไปปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก
2. เพื่อศึกษาวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพในภาคตะวันออก
3. เพื่อศึกษาแนวทางการมีสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

สังเคราะห์แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม (Dimensions of Health) ของ ไนดูและวิลส์ (Naidoo & Wills, 2009, pp. 4-34) ที่ประกอบด้วยมิติด้านบุคคล ได้แก่ สุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ สุขภาพทางเพศ และมิติทั่วไป ได้แก่ โครงสร้างสังคมพื้นฐาน และสิ่งแวดล้อม แนวคิด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996, p. 158) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การโภชนาการ การจัดการ ความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและจิตวิญญาณ เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัย โดยแบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

**ตอนที่ 1** การศึกษาสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุภาคตะวันออก 7 จังหวัดประกอบด้วย จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง

สระแก้ว รวมจำนวน 139,287 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง Krejcie and Morgan (1970, pp. 607-610) ได้จำนวน 384 คน และใช้เทคนิคการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยการสุ่มจังหวัดละ 1 ชมรม และสุ่มรายชื่อผู้สูงอายุในชมรมโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากตามจำนวนที่กำหนด

2. เครื่องมือและการหาคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาวะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับความเหมาะสมของสิ่งแวดล้อม โดยกำหนดค่าคะแนนเมื่อตอบว่าใช่ เท่ากับ 1 เมื่อตอบว่าไม่ใช่เท่ากับ 0 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาวะด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ เป็นแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับ

การหาคุณภาพของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามไปให้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Coefficients of Alpha) มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .89

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุที่สุ่มได้ตามที่กำหนด ระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2556

4. การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพื้นฐานได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**ตอนที่ 2** การศึกษาวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะในภาคตะวันออก ผู้วิจัยมีการดำเนินการ ดังนี้

1. การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยเลือกจากผู้ตอบแบบสอบถามจากตอนที่ 1 ที่โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้ 1) ไม่มีโรคประจำตัว 2) ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5-23 Kg/M<sup>2</sup> 3) สุขภาวะด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

และจิตวิญญาณเหมาะสมมากที่สุดโดยประเมินจากแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้จากทุกจังหวัดอย่างน้อยจังหวัดละ 1 คน

2. การสร้างแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi Structure interview) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยติดต่อผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะ 11 คน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) แบบตีความและสรุปประเด็นสำคัญ (Thematic Analysis) แล้วนำไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องในครั้งที่ 2 แล้วปรับแก้ไขให้ถูกต้อง

**ตอนที่ 3** เพื่อศึกษาแนวทางการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะ ผู้วิจัยมีการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ประกอบด้วย พยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 2 คน นักการศึกษา งานส่งเสริมสุขภาพ 1 คน แพทย์ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ 1 คน และผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้ 1) ไม่มีโรคประจำตัว 2) ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5-23 Kg/M<sup>2</sup> 3) สุขภาวะด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเหมาะสมมากที่สุด โดยประเมินจากแบบสอบถามผู้สูงอายุที่เก็บรวบรวมได้ 4 คน รวมทั้งสิ้น 10 คนโดยนำเสนอข้อมูลวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะในภาคตะวันออกที่ได้จากตอนที่ 2 เพื่อให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มให้ข้อเสนอเกี่ยวกับแนวทางการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากคณะศึกษาศาสตร์ ถึงผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อเข้าไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม ในวันที่ 20 มิถุนายน 2556

3. วิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) แบบตีความและสรุปข้อมูลสำคัญจากการสนทนากลุ่มรวมทั้งระหว่างการสนทนา ผู้วิจัยพิจารณาความ

พอเพียงของข้อมูลซ้ำ ๆ เพื่อค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมจนพอเพียง ถอดข้อความจากเครื่องบันทึกเสียงมาตรวจสอบอย่างเป็นระบบ อ่านเพื่อทำความเข้าใจร่วมกับฟังเทปซ้ำเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นดึงข้อความที่กล่าวซ้ำ ๆ ออกมาตีความหมายเป็นประเด็นสำคัญ (Thematic Analysis) นำข้อมูลที่ได้นำไปให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มยืนยันอีกครั้ง แล้วปรับแก้ให้ถูกต้อง

## สรุปผลการวิจัย

1. การศึกษาสุขภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออายุระหว่าง 60-69 ปีร้อยละ 54.20 เพศหญิงร้อยละ 67.70 เพศชายร้อยละ 32.30 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 53.28 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 66.70 มีโรคประจำตัวร้อยละ 61.98 ดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 59.63 รายได้เพียงพอ ร้อยละ 75.50

1.2 ด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวมมีความเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 84.15 เมื่อพิจารณารายข้อเรียงอันดับจากมากไปหาน้อย อันดับแรก มีการจัดอาหารที่สะอาดปลอดภัยในบ้านร้อยละ 97.91 อันดับสองมีแหล่งอาหารที่สะอาด ปลอดภัยในชุมชน ร้อยละ 96.61 อันดับสามมีน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาดปลอดภัยในบ้านร้อยละ 95.83 และอันดับสุดท้าย มีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจในชุมชนร้อยละ 76.04

1.3 ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมสุขภาวะโดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อโดยเรียงอันดับจากมากไปหาน้อยอันดับแรก ด้านจิตวิญญาณ รองลงมา ด้านสังคม และอันดับสุดท้าย ด้านร่างกาย

1.4 ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมสุขภาวะด้านร่างกายโดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ โดยเรียงมากไปหาน้อย อันดับแรก การไปรับการตรวจรักษากับแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขเมื่อมีอาการผิดปกติอยู่ในระดับมาก รองลงมา การรับประทานอาหารจำพวกเนื้อปลาอยู่ในระดับมาก อันดับสาม การรับประทาน ผัก ผลไม้อยู่ในระดับมาก และอันดับสุดท้าย การรับประทานอาหารที่ไม่หวานอยู่ในระดับปานกลาง

1.5 ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมสุขภาวะด้านจิตใจโดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อโดยเรียงมากไปหาน้อย อันดับแรก เมื่อเผชิญปัญหาเชื่อว่าทุกปัญหาสามารถแก้ไขหรือคลี่คลายได้อยู่ในระดับมาก รองลงมาแก่ การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวผู้สูงอายุให้คลี่คลายไปในทางที่ดีอยู่ในระดับมาก อันดับสาม การหาวิธีแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นด้วยตัวเองอยู่ในระดับมาก และอันดับสุดท้ายใช้วิธีคลายเครียด โดยการสวดมนต์ นั่งสมาธิอยู่ในระดับมาก

1.6 ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมสุขภาวะด้านสังคมโดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อโดยเรียงมากไปหาน้อย อันดับแรก ผู้สูงอายุและครอบครัวมีการดูแลและช่วยเหลือกันอยู่ในระดับมาก รองลงมาเมื่อต้องการความช่วยเหลือญาติพี่น้อง คนใกล้ชิดให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีอยู่ในระดับมาก อันดับสามผู้สูงอายุเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำและให้กำลังใจกับคนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านอยู่ในระดับมาก และอันดับสุดท้ายการร่วมทำกิจกรรมกับเพื่อนบ้านอยู่ในระดับมาก

1.7 ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมสุขภาวะด้านจิตวิญญาณโดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อโดยเรียงมากไปหาน้อยอันดับแรก การปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้ชีวิตของท่านมีความสุขอยู่ในระดับมาก รองลงมาได้แก่ การเตรียมพร้อมที่จะเผชิญความเปลี่ยนแปลงในชีวิตของท่านอยู่ในระดับมาก อันดับสาม การปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้ท่านมีสุขภาพดีในวัยสูงอายุอยู่ในระดับมาก และอันดับสุดท้าย การกำหนดเป้าหมายในชีวิตอย่างชัดเจนอยู่ในระดับมาก

2. การศึกษาวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า

2.1 ข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุในเขตภาค ตะวันออก มีอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 54.55 เพศหญิง ร้อยละ 63.64 เพศชายร้อยละ 36.36 ลักษณะครอบครัว เป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 54.55 การศึกษาระดับ ประถมศึกษาร้อยละ 63.63 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 100 ดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 100

2.2 ด้านสิ่งแวดล้อม 1) สถานบริการสุขภาพ ให้บริการที่ครอบคลุมประชาชนทุกวัย 2) แหล่งอาหารใน ชุมชน มีการเลือกซื้อผัก ปลาจากชาวบ้านที่รู้จักกันที่นำ มาขาย รวมทั้งมีการปลูกพืชผักไว้รับประทานเอง นำมา ล้างและแช่น้ำผสมเกลือหรือน้ำส้มสายชู สำหรับเนื้อสัตว์ เนื้อปลา จะเลือกที่สดใหม่ เลือกที่ชาวบ้านนำมาขายเอง 3) บ้านพักอาศัย เป็นสองชั้นและชั้นเดียว ผู้สูงอายุมี ความแข็งแรงเดินขึ้นลงบันไดได้เป็นอย่างดี การจัดวาง ของเป็นระเบียบ พื้นบ้านไม่ลื่น อากาศปลอดโปร่ง พบว่า ห้องส้วมบางบ้านเป็นแบบส้วมนั่งยอง อาจเป็นอันตราย เกิดการผลัดตกหกล้มได้ง่าย 4) สภาพอากาศ อากาศดี มีการพักอาศัยในชุมชนที่สภาพพื้นที่เป็นบ้านสวนหรือ ดิดลำคลองใกล้ชายทะเลและทุ่งนาเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ มีความสุข 5) การจัดการขยะมูลฝอยสิ่งปฏิกูล องค์กร ปกครองท้องถิ่น จัดการเรื่องการจัดเก็บขยะเป็นเวลา และขยะภายในบ้านมีการจัดการขยะโดยทิ้งถึงขยะที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดไว้ บางบ้านมีการแยก ขยะเปียกขยะแห้ง การนำขยะเปียกไปทำประโยชน์โดย ทำปุ๋ยหรือทิ้งโคนต้นไม้ 6) น้ำดื่ม น้ำใช้ สำหรับอุปโภค บริโภคบางครั้งซื้อบางครั้งใช้น้ำบ่อที่มีการตรวจสอบน้ำ สามารถนำมาดื่มได้ น้ำใช้สำหรับการซักล้าง รดน้ำต้นไม้ ใช้น้ำประปาหรือน้ำบ่อและ 7) สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ได้แก่ วัด โรงเรียน ในบ้าน มีการจัดที่พักผ่อนหย่อนใจ ไว้นั่งเล่น โดยจัดเป็นมุมใต้ต้นไม้ ทำศาลา เพื่อให้เป็นที่ พบปะพูดคุย อ่านหนังสือหรือทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย

2.3 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ มีการ หาความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง การใส่ใจในเรื่องสุขภาพในการสังเกตอาการและการ

รับประทานสมุนไพรบำรุงสุขภาพ และการตรวจสุขภาพ ประจำปี สร้างภูมิคุ้มกัน

2.4 การออกกำลังกาย มีการปรับวิธีการใน การออกกำลังกายให้เหมาะกับวัยทั้งที่เป็นแบบแผน เช่น แอโรบิกซ์ โยคะ การเดินเร็ว เป็นต้นและไม่เป็นแบบแผน เริ่มโดยการช่วยครอบครัวประกอบอาชีพที่ออกแรง ตั้งแต่เด็กจนถึงหนุ่มสาวถึงวัยสูงอายุ ได้แก่ งานอาชีพ และงานบ้าน ปลูกผักสวนครัว การทำนา เป็นต้น

2.5 โภชนาการ บริโภคอาหารครบ 3 มือ ครบ 5 หมู่ประกอบด้วย ข้าว เนื้อสัตว์โดยเฉพาะพวกปลา พืชผักต่าง ๆ รวมทั้งผลไม้ ปริมาณอาหารเหมาะสมเมื่อ สูงวัยจะรับประทานอาหารปริมาณน้อยลง ให้ความสำคัญ กับอาหารมื้อเช้าทุกวันและรับประทานข้าวกล้อง รวมทั้ง การหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่มีประโยชน์ ได้แก่ อาหารรสจัด หวาน เค็ม มัน รวมทั้งน้ำอัดลม เหล้า เป็นต้น

2.6 การจัดการความเครียด มองโลกในแง่ดีและมีอารมณ์ขัน การนำเรื่องสนุกสนานมาเล่าสู่กันฟัง การอ่านหนังสือข้ามวัน ทำงานอดิเรกเข้าร่วมงานชุมชนใน หมู่บ้าน การปลูกต้นไม้และไม้ดอกไม้ประดับ และการใช้ หลักธรรมของศาสนามาปฏิบัติและเป็นที่พักทางใจ

2.7 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว มีการดูแลเอาใจใส่กันและกันทั้งที่อยู่ด้วยกันและต่าง จังหวัด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายนอกมีการพึ่งพาอาศัยกัน การร่วมกิจกรรมในชุมชนเช่น ทำบุญ การให้คำ แนะนำชาวบ้านในการทำงาน ทำอาหาร การสอนเด็กเล่น ดนตรีไทย เป็นต้น

2.8 ด้านจิตวิญญาณ มีความสุขในชีวิตที่ ได้เห็นลูกหลานประสบความสำเร็จในชีวิตทั้งด้านการ ศึกษาและหน้าที่การงาน มีความภาคภูมิใจในตนเองที่ ได้ทำประโยชน์กับสังคมด้วยการให้ความรู้ด้านอาชีพ การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ได้รับการยกย่อง รวมทั้ง มีความเชื่อความศรัทธาต่อศาสนา ผลจากการทำกรรมดี การละเว้นความชั่วและการสร้างศาสนสถานทำให้มี สุขภาพดี

2.9 ด้านภูมิปัญญาและวิถีชีวิต มีการนำสมุนไพรเพื่อบำรุงรักษาสุขภาพ บริโภคอาหารพืชผักปลา ต่างๆ หาได้ในหมู่บ้าน ประกอบอาหารโดยคนในครอบครัวทำให้มีความสะอาดใหม่อยู่เสมอ คุณค่าของอาหารอยู่ครบถ้วนและการได้อยู่อาศัย ประกอบอาชีพอยู่ในพื้นที่ที่มีธรรมชาติที่ดี อากาศสดชื่น

### 3. แนวทางการมีสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียง

แนวทางการมีสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียง มีรายละเอียด ดังนี้

3.1 ระดับบุคคล ควรมีกิจกรรมที่ปฏิบัติในวิถีชีวิตประจำวัน ดังนี้ตรวจสุขภาพประจำปี หากความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ทันสมัย ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ออกกำลังกายที่เป็นแบบแผนได้แก่ การเดินเร็ว แอโรบิกซ์ เป็นต้น การออกกำลังกายที่เป็นแบบแผนและไม่เป็นแบบแผนบริโภคอาหารปริมาณเหมาะสมครบ 5 หมู่ ครบ 3 มื้อ มีความสดใหม่ บริโภคปลา ผักผลไม้ทุกวัน หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสจัดและไม่มีประโยชน์ นำธรรมชาติเป็นที่พึ่งทางใจ มองโลกในแง่ดีและทำงานอดิเรก มีสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวและเพื่อนบ้านด้วยการช่วยเหลือ ประึกษากัน มีการทำกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เห็นคุณค่าในตนเอง รวมทั้งการทำประโยชน์ให้กับคนในครอบครัวและทำงานจิตอาสาให้กับสังคม มีความเชื่อศรัทธาต่อศาสนา ใช้ภูมิปัญญาและสมุนไพรในการบำรุงสุขภาพ และรักษาโรค บริโภคอาหารแบบพื้นบ้าน มีพืชผักต่าง ๆ ทุ่ง ปลาในธรรมชาติ การบริโภคอาหารที่ปรุงเอง และอาศัยอยู่ในธรรมชาติที่ดี ประกอบอาชีพตามบริบทของครอบครัว

3.2 ระดับชุมชน มีการร่วมมือกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสุขภาพ ประชาชนในชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ดังนี้ 1) มีการร่วมมือกันจัดสถานที่ออกกำลังกายและพักผ่อนหย่อนใจ 2) มีการจัดกลุ่มการจัดการขยะเพื่อนำมาใช้ใหม่ลดจำนวนขยะที่มีแนวโน้มมากขึ้นและเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรค 3) จัดให้มีชมรมส่งเสริมสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ

เพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชน 4) จัดชมรมจิตอาสาเพื่อได้มีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ เช่นกิจกรรมเสริมอาชีพ ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น 5) ส่งเสริมการเป็นชุมชนต้นแบบด้านภูมิปัญญาสมุนไพรและวิถีชีวิตแบบธรรมชาติพื้นบ้าน

3.3 ระดับหน่วยงาน มีนโยบายที่สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายการให้วัคซีนสร้างภูมิคุ้มกันโรคที่ครอบคลุมประชาชนทุกวัยและโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ กระทรวงศึกษาธิการควรมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในระดับประถมศึกษาจนถึงอุดมศึกษาและกรมสุขภาพจิต มีนโยบายจัดพยาบาลสุขภาพจิตระดับตำบลดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตประชาชนทุกวัย

### อภิปรายผลการวิจัย

วิถีชีวิตและแนวทางการมีสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียง อภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ผลการศึกษาสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงประกอบด้วยด้านสิ่งแวดล้อม ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ พบว่าผู้สูงอายุอยู่ในสิ่งแวดล้อมโดยรวมมีเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 84.15 ในสิ่งแวดล้อมด้านแหล่งอาหารเป็นเช่นนั้นเนื่องจากอาหารเป็นสิ่งที่ต้องรับประทานเข้าสู่ร่างกายโดยตรงทำให้ครอบครัวมีการเลือกอาหารที่ปลอดภัย ซึ่งเป็นเช่นเดียวกับน้ำดื่มน้ำใช้ สำหรับสถานที่พักผ่อนหย่อนใจในชุมชนที่มีน้อยเนื่องจากผู้รับผิดชอบโดยตรงคือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขาดการคำนึงถึงประโยชน์ของสวนสาธารณะที่ควรมีได้แก่สวนหย่อม ลานกีฬา เพื่อไว้ใช้ในการพักผ่อน เป็นที่พบปะกันของคนในชุมชน การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมจะส่งเสริมการมีสุขภาพดีของประชาชนซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของไนดูและวิลด์ (Naidoo and Wills, 2009, pp. 4-5) กล่าวถึงสุขภาพแบบองค์รวมจะประกอบด้วยมิติต่างๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กันและมีอิทธิพลต่อกันซึ่งมีมิติด้านบุคคลที่ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณและมิติด้านโครงสร้าง



พื้นฐานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมประกอบด้วย การมีบ้านพักอาศัยที่ปลอดภัย ชุมชนมีความสุข การมีอาหารที่ปลอดภัย การจัดการน้ำดื่ม น้ำใช้ การจัดการขยะสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม และสภาวะอากาศที่ปราศจากมลพิษซึ่งกรมอนามัย (2552, หน้า 117-145) แนะนำว่าการที่จะเอื้อให้ผู้สูงอายุต่อการมีสุขภาพดีมีอายุยืนยาวควรจัดมีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม บ้านพักอาศัย ควรจัดให้มีอากาศถ่ายเทดี มีความสะอาด การหมักหมม เป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดภูมิแพ้และอาจเป็นสาเหตุของโรคทางเดินหายใจ นอกจากสภาวะแวดล้อมแล้วสภาวะด้านร่างกายด้านสังคม ด้านจิตใจและด้านจิตวิญญาณโดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี เป็นวัยที่มีพลังสามารถช่วยเหลือตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นได้รวมทั้งการเป็นแรงงาน สำหรับหลายคนช่วงนี้เป็นจุดสูงสุดทั้งด้านประสิทธิภาพ ภูมิปัญญาและการวิเคราะห์ มีสติปัญญาและพลังกายกระฉับกระเฉงอยู่ ถ้าสถานการณ์ด้านอื่นเอื้ออำนวยจะสามารถสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ ที่ดีแก่ครอบครัว ชุมชนและสังคมได้มาก (ชินฤทัย กาญจนจิตรรา และคณะ , 2553, หน้า 91) สอดคล้องกับอรรถชัย ฤทธิโรจน์ (2554, หน้า 36) ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมห้วยผึ้ง อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี เนื่องจากผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่มีอายุช่วง 60-69 ซึ่งเป็นช่วงที่ยังทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง มีเวลาออกกำลังกาย สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ มีเวลาให้ครอบครัวให้คำแนะนำ บุตรหลาน มีประสบการณ์และมีความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพสามารถเลือกอาหารที่มีประโยชน์มีคุณค่า สำหรับสภาวะด้านจิตวิญญาณพบว่าเหมาะสมอยู่ในระดับมากคือผู้สูงอายุมีพฤติกรรมปฏิบัติในสิ่งที่ทำให้ชีวิตมีความสุขมีการดูแลสุขภาพ มีการเตรียมพร้อมที่จะเผชิญความเปลี่ยนแปลงในชีวิตและพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างปัจจุบัน การช่วยเหลือบุคคลอื่นให้ประสบความสำเร็จและตระหนักในคุณค่าตนเอง มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

คือศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตทำให้พบความสุขสงบและสุขภาพดีในวัยสูงอายุอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์ชีวิตมานานได้พบความสำเร็จ ความล้มเหลวในชีวิตรวมทั้งปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ทำให้เห็นว่าในบั้นปลายนี้ควรทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองมีความสุขมีสุขภาพดีและทำให้ผู้อื่นมีความสุขเช่นลูกหลานของตนเองรวมทั้งการช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน ซึ่งวิไลวรรณ ทองเจริญ (2554, หน้า 79-80) กล่าวว่าผู้สูงอายุมีความต้องการด้านจิตวิญญาณในการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิตโดยยึดถือเป็นค่านิยมของตนเองและแสดงออกถึงความต้องการมีส่วนร่วมในศาสนาหรือกิจกรรมต่าง ๆ ต้องการได้รับความรักและต้องการที่จะแสดงความรักต่อผู้อื่น ความต้องการความหวังและพลังในการสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปีนเรศ กาศอดม, คณิศร แก้วแดงและฉัตรน นามวงษ์ (2550, หน้า 45) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในด้านจิตวิญญาณมีความเหมาะสมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

2. ผลการศึกษาวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสภาวะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้ข้อค้นพบว่าอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีสถานบริการสุขภาพและบุคลากรที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ การมีแหล่งอาหารจากตลาดในหมู่บ้านรวมทั้งเพื่อนบ้านนำมาขาย การอยู่อาศัยในอากาศที่สดชื่นแต่มีบางพื้นที่เป็นโรงงานพบอากาศไม่บริสุทธิ์ มีการจัดการขยะสิ่งปฏิกูลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการบริโภคน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด การมีบ้านพักอาศัยมีส้วมเป็นแบบนั่งยอง มีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจน้อย ทั้งนี้เป็นเพราะสิ่งแวดล้อมได้รับการดูแลจากชุมชนประกอบด้วย ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานบริการสาธารณสุขที่มีการดูแลสุขภาพประชาชน ขยะมูลฝอย น้ำดื่ม น้ำใช้ สภาพอากาศที่มีการตรวจสอบคุณภาพ แต่สำหรับสถานที่พักผ่อนหย่อนใจไม่เพียงพออาจเพราะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่เห็นความสำคัญซึ่งผู้เกี่ยวข้องในชุมชนควรมีการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม สอดคล้องกับพระราชบัญญัติ

สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2551, หน้า 8) มาตรา 5 ที่ว่าบุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สำหรับบ้านพักอาศัย สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (2555, หน้า 10-11) ให้แนวทางการสร้างบ้านที่เหมาะสมไว้ว่าควรปรับปรุงให้มี ราวจับอุปกรณ์พุงตัว ราวกันตกบริเวณบันได ห้องนอนทางเดินในบ้าน ทางเชื่อมระหว่างบ้าน ทำทางลาด ประตูควรเป็นบานเลื่อนหรือเปิดออกภายนอกซึ่งคนภายนอกสามารถเข้าไปช่วยเหลือภายในได้ ห้องส้วม พื้นห้องไม่ลื่น มีราวจับช่วยพุงตัว จัดวางสิ่งอำนวยความสะดวกให้หยิบง่าย ไม่ต้องก้มเสี่ยงต่อการล้ม ในวิถีชีวิตด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การโภชนาการ การจัดการความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และจิตวิญญาณมีข้อค้นพบว่ามีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996, pp. 134-135) ซึ่งหากบุคคลนำไปปฏิบัติอย่างครอบคลุมจะคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีทั้งด้านกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ นอกจากนี้ยังมีภูมิปัญญาและวิถีชีวิตที่มีการใช้สมุนไพร มีการอยู่อาศัยในธรรมชาติอากาศดีรวมทั้งการมีอาหารพื้นบ้านรับประทาน การออกกำลังกายอยู่ในชีวิตประจำวัน ที่ช่วยให้มีสุขภาพดี อธิบายได้ว่าสภาพทั่วไปของภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีสังคมชนบทที่เป็นเกษตรกรรมและประมง ผู้คนมีวิถีชีวิต วัฒนธรรมที่ได้รับการถ่ายทอดกันมาเมื่อปฏิบัติแล้วมีผลดีต่อสุขภาพทำให้แข็งแรงไม่เจ็บป่วยจึงปฏิบัติสืบต่อมา เช่น บริโภคอาหารที่สด ปรุงเองโดยครอบครัว บริโภคผักน้ำพริก ปลาทอด ข้าวกล้องเป็นต้นโดยได้มีพฤติกรรมมาตั้งแต่เด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ จนสูงอายุและถ่ายทอดต่อมาจนปัจจุบันและการใช้สมุนไพรของบุคคลเป็นการใช้ภูมิปัญญาที่ผสมกลมกลืนไปกับวิถีชีวิตประจำวันมีทั้งชนิดที่เป็นอาหารบางชนิดเป็นยาซึ่งสอดคล้องกับโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2550, หน้า 186-194) กล่าวว่า สมุนไพรเป็นภูมิปัญญาที่ปฏิบัตินับแต่เกิดจนตาย แทรกซึมอยู่กับวิถีชีวิตที่อาจแยกไม่ได้ว่าเป็นอาหารหรือยาจึงกล่าวได้ว่าเป็นการดูแล

สุขภาพแบบพื้นบ้านเป็นภูมิปัญญาแห่งการพึ่งตนเองและสอดคล้องกับ เพชรชรินทร์ บุญสนอง (2551, หน้า 27-28) ศึกษาการจัดการภูมิปัญญาท้องถิ่นเรื่องสมุนไพรเถื่อนศึกษา นายจำลอง สุทธาวา อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าสมุนไพรที่นำมารักษาผู้ป่วยเป็นสิ่งที่หาได้ในท้องถิ่น มีการใช้ในวิถีชีวิตประจำวัน เช่น กระเพราแก้ปวดท้อง เสียดท้อง ขี้เหล็กรักษาอาการท้องผูก มะละกอใช้ขับปัสสาวะ เป็นต้น

3. ผลการศึกษาแนวทางการมีสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีข้อค้นพบว่า ในระดับบุคคลควรมีพฤติกรรมที่ครอบคลุมประเด็นดังที่กล่าวมาตามข้อมูลสรุปผลการวิจัย มีความสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996, pp. 134-135) กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จะทำให้สุขภาพดีคือการที่บุคคลมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ออกกำลังกาย โภชนาการที่ดี มีการจัดการความเครียด มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งเขวาลักษณ์ ฤทธิไกร (2550, หน้า 56-57) กล่าวถึงการดูแลสุขภาพเป็นแบบแผนทางวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพออกมาซึ่งวัฒนธรรมส่งเสริมสุขภาพให้มีสุขภาพแข็งแรง โดยการปฏิบัติตามแบบแผนวัฒนธรรมที่ปฏิบัติกันมาในวิถีชีวิต เช่น การกินน้ำพริกผักจิ้ม การกินข้าวซ้อมมือ การกินอาหารจากธรรมชาติไม่ผ่านกระบวนการปรุงแต่ง การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ไม่บริโภคสุรา เป็นพฤติกรรมที่กระทำอย่างสม่ำเสมอทำให้แข็งแรง เช่นเดียวกับเคลแมน (Kleinman, 1980, p. 36) กล่าวถึงการดูแลสุขภาพพื้นบ้านมีพื้นฐานมาจากความเชื่อแบบพื้นบ้านที่ประชาชนดูแลกันเองโดยผ่านการสืบทอดกันในเครือญาติอย่างไม่เป็นระบบ สำหรับการเห็นคุณค่าในตนเองคูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1981, pp. 16-24) กล่าวถึงบุคคลควรประเมินความรู้สึกตนเองและให้คุณค่าตนเอง ปรับทัศนคติให้มั่งคั่งต่อตนเองในทางที่ดี เชื่อมมั่นว่าจะสามารถทำทุกสิ่งที่ตั้งใจได้สำเร็จ แม้บางครั้งได้ผลไม่มากนักก็ให้ภูมิใจในตนเอง และการเห็นคุณค่าใน

ตนเองมีประโยชน์ทำให้เกิดการปฏิบัติที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ โทท์ (Gothe et al, 2011, pp. 298-306) ศึกษาการปรับเปลี่ยนการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีผลต่อวิธีการออกกำลังกายพบว่าการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุด้วยการเดินเป็นกลุ่ม สำหรับการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของครอบครัว โดยผู้ปกครองหรือคนในครอบครัวควรยอมรับเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกและคุณค่าอย่างที่เด็กหรือคนในครอบครัวเป็นอยู่ การให้ความนับถือและความเป็นอิสระแก่สมาชิกครอบครัวในขอบเขตการกระทำที่เหมาะสม และดูแลให้ปฏิบัติตามขอบเขตนั้นรวมทั้งเน้นการให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ให้การชื่นชม ให้รางวัลมากกว่าการลงโทษ สอดคล้องกับโซฮยูนและอุน (SoHyune and Eun, 2011, pp. 1607-1610) ที่ศึกษาผู้สูงอายุที่อาศัยกับครอบครัวและที่อาศัยอยู่เพียงลำพังในประเทศเกาหลี เกี่ยวกับ การเห็นคุณค่าในตนเอง สุขภาพทางกาย การสนับสนุนจากครอบครัวและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัว มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังและการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์จากครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าในตนเองในทางที่ดี มีผลทางบวกต่อสุขภาพด้านร่างกายและสุขภาพจิตใจ ในระดับชุมชนควรร่วมมือกันในการดำเนินการให้มีสถานที่พักผ่อนออกกำลังกาย การจัดกลุ่มการจัดการขยะเพื่อนำมาใช้ใหม่ จัดให้มีชมรมส่งเสริมสุขภาพ ชมรมจิตอาสา เพื่อได้มีกิจกรรมที่เป็นประโยชน์เพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง และควรส่งเสริมการเป็นชุมชนต้นแบบด้านภูมิปัญญาสมุนไพรและวิถีชีวิตแบบธรรมชาติพื้นบ้านอธิบายได้ว่า ความร่วมมือของชุมชนทำให้เกิดการพัฒนาเช่นการจัดกลุ่มการจัดการขยะเพื่อนำมาใช้ใหม่ ลดปัญหาจำนวนขยะที่มีแนวโน้มมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของนพวรรณ ชีระพันธ์เจริญ และคณะ (2550, หน้า

126-127) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการความรู้เรื่องขยะมูลฝอยและสิ่งแฉดล้อม พบว่าประชาชนมีความรู้ในการจัดการขยะ ทำให้ปริมาณขยะที่ทิ้งลงแม่น้ำน้ำลดลง นำขยะมารวมเพื่อให้รถขยะมาจัดเก็บได้สะดวก ทำธนาคารขยะเพื่อนำขยะไปขายเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่ เป็นต้น เรื่องส่งเสริมการเป็นชุมชนต้นแบบด้านภูมิปัญญาสมุนไพรและวิถีชีวิตแบบธรรมชาติพื้นบ้านมีชุมชนที่เป็นตัวอย่างของการกลับมาฟื้นฟูการบริโภคผักพื้นบ้านดังการศึกษาของจุไรรัตน์ ปิยะวัตร (2552) ศึกษากระบวนการบริโภคผักพื้นบ้านเพื่อสุขภาพชุมชนพบว่ากระบวนการพัฒนาเริ่มจากบุคคลคนเดียวที่มีปัญหาการขาดทุนจากการปลูกพืชเชิงเดี่ยวและใช้สารเคมีซึ่งทำให้มีปัญหสุขภาพ เป็นเหตุให้มาทำเกษตรอินทรีย์จนประสบความสำเร็จ จึงชวนญาติพี่น้อง เพื่อนสนิทมาทำเกษตรอินทรีย์ด้วยกันและจัดตั้งกลุ่มเกษตรพื้นบ้านมีสมาชิกปลูกผักพื้นบ้านขยายไปทั้งหมดบ้านเป็นการเปลี่ยนแปลงจากระดับบุคคลไปสู่ระดับชุมชนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จนนำไปสู่การเปลี่ยนทัศนคติที่ดีและเห็นความสำคัญของผักพื้นบ้านส่งผลดีต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอีกด้วย การดำเนินการให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพควรดำเนินการให้เกิดทั้งระดับบุคคล ระดับชุมชนและระดับหน่วยงานทั้งนี้เนื่องจากสุขภาพเป็นองค์รวมที่ทุกภาคส่วนมีอิทธิพลกับการสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนทั้งโดยตรงและโดยอ้อม สอดคล้องกับ ไนดูและวิลส์ (Naidoo and Wills, 2009, pp. 4-34) กล่าวว่าสุขภาพะองค์รวมที่มีมิติด้านบุคคลที่ประกอบด้วย สุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ มิติทั่วไปประกอบด้วย โครงสร้างพื้นฐานและสิ่งแวดล้อมของบุคคล ดังนั้นแนวทางการมีสุขภาพะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงใต้จึงต้องให้ความสำคัญทั้ง 3 ระดับที่จะทำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพประชาชนเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ตอบสนองต่อนโยบายของรัฐที่

กำหนดการเตรียมความพร้อมของประชาชนไทยในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะทั่วไป

#### ระดับบุคคล

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ควรตรวจสุขภาพประจำปี หากความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ทันสมัย ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน
2. ด้านการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายแบบที่เป็นแบบแผนได้แก่ การวิ่งการเดินเร็ว แอโรบิกซ์ เป็นต้น การออกกำลังกายที่ไม่เป็นแบบแผนได้แก่ ทำงานอาชีพ ทำงานบ้าน
3. ด้านการจัดการความเครียด ควรนำธรรมะเป็นที่พึ่งทางใจ การมองโลกในแง่ดีและทำงานอดิเรก เช่น อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้ เป็นต้น
4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวด้วยการช่วยเหลือ ปรึกษากันและการมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน มีการไปงานกิจกรรมต่างอย่างต่อเนื่อง
5. ด้านจิตวิญญาณ ควรมีการเห็นคุณค่าในตนเองว่าสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ รวมทั้งการทำประโยชน์ให้กับคนในครอบครัวและสังคมทำกิจกรรมจิตอาสาช่วยงานสังคมต่าง ๆ มีความเชื่อศรัทธาต่อศาสนาทุกศาสนา

6. ด้านภูมิปัญญาและวิถีชีวิต ควรใช้ภูมิปัญญาพวกสมุนไพรในการบำรุงสุขภาพ และรักษาโรค

7. ควรมีวิถีชีวิตแบบในธรรมชาติโดยการบริโภคอาหารแบบพื้นบ้าน ประเภทผัก ปลา ผลไม้ บริโภคอาหารที่ปรุงเอง เป็นต้นรวมทั้งการอาศัยธรรมชาติที่ดี ประกอบอาชีพตามบริบทของครอบครัว

#### ระดับชุมชน

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการดำเนินการจัดสวนสาธารณะ สถานที่ออกกำลังกายให้เพียงพอ
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรร่วมมือกับประชาชนจัดให้มีกลุ่มการจัดการขยะ จัดชมรมจิตอาสา เช่นกิจกรรมเสริมอาชีพ ชมรมผู้สูงอายุเพื่อการช่วยเหลือกันและควรส่งเสริมการเป็นชุมชนต้นแบบด้านภูมิปัญญาสมุนไพรและวิถีชีวิตแบบธรรมชาติพื้นบ้าน

### ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมด้านจิตวิญญาณเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพะ
2. ศึกษาวิถีชีวิตและแนวทางการมีสุขภาพะของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าชมรมผู้สูงอายุ
3. ศึกษาแนวทางการพัฒนาชุมชนเพื่อฟื้นฟูการบริโภคผักพื้นบ้านในภาคตะวันออก

## เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2552). *รู้ไว้อนามัยดีดี*. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- จุไรรัตน์ ปิยะวัตร. (2552). *กระบวนการบริโภคผักพื้นบ้านเพื่อสุขภาพะชุมชน*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพัฒนชุมชน คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา และคณะ. (2553). *สุขภาพคนไทย 2553: วิถีทุนนิยม สังคมมีโอกาส*. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- เชาวลัทธินันท์ ฤทธิเกรียงไกร. (2550). *สังคมศาสตร์สาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยทักษิณ.
- นพวรรณ ชีระพันธ์เจริญ และคณะ. (2550). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการความรู้เรื่องขยะมูลฝอยและสิ่งแวดล้อมจังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา.

- ปิ่นนเรศ กาศอุดม, คณิศร แก้วแดง และรัชสมน นามวงษ์. (2550). *ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- เพชรชรินทร์ บุญสนอง. (2551). *การจัดการภูมิปัญญาท้องถิ่นเรื่องสมุนไพร กรณีศึกษา นายจำลอง สุทธาวา อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี*. อุบลราชธานี: สำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์ การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2555, มกราคม). ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2555. *สารประชากร, 21*.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2551). *พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สหพัฒนาไพศาล.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2554). *รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย*. วันที่ค้นข้อมูล 17 กุมภาพันธ์ 2555, เข้าถึงได้จาก <http://www.nesdb.go.th>.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2555). *คู่มือการดำเนินงาน ด้านการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- สำนักสถิติเศรษฐกิจสังคมและประชาชาติ. (2550). *รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- อรทัย ฤทธิโรจน์. (2554). *พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมห้วยผึ้ง อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อุทัย สุดสุข และคณะ. (2552). *ศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- Arokiasamy, J. T. (1997). Social problem and care of the elderly. *Medical Journal Malasia, 52*(3), 231-234.
- Coopersmith, S. (1981). *Self-esteem inventories manual*. Redwood City, CA: Mind Garden.
- Gothe, N. P. et al. (2011). Trajectories of change in self esteem in older adults :exercise Intervention. *Journal behavioral medical, 34*, 298-306.
- Klienman, A. (1980). *Patients and healers in the contest culture*. Berkeley: University of California Press.
- Krejcie, R. W., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Education and Psychological Measurement, 30*, 607-610.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2009). *Foundation for health promotion*. China: Bailliere Tindall.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3<sup>rd</sup> ed.). Connecticut: Appleton & Lange.
- Sohyune, R. S., & Eun, K. Y. (2011). A comparison of physical health status, self esteem, family support and health promoting behaviours aged living alone and live with family in korea. *Journal of clinical nursing, 20*, 1606-1612.