วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข
Journal of Nursing and Public Health Research e275105
วารสารผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1

เคล็ดลับการมีอายุยืนยาว: กรณีศึกษาของผู้สูงอายุในภาคเหนือ

The Secret of Long Living: A Case Study from Northern Thai Elderly Villagers

ชญาณิศา เขมทัศน์[1], แวว วิจิตร[1*], ศุทธา แพรสี[2], อมาวสี อัมพันศิริรัตน์[1], เกศราภรณ์ ชูพันธ์[1], บุญศิริ ศรียอด[2], ชญาณิศา กุลอ่อน[2]

Chayanisa Kemathad[1], Waew Wijit[1*], Suttha Praesi[2], Amavasee Ampansirirat[1], Kesaraporn Choopun[1], Boonsiri Sriyod[2], Chanyanisa Kunon[2]

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข[1], โรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว เทศบาลเมืองดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่[2]

Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health[1], Donkaew Community Hospital, Donkaew Town Municipality, Mae Rim District, Chiang Mai Province[2]

(Received: April 29, 2025; Revised: June 4, 2025; Accepted: November 10, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเอง และแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตอนปลายเพื่อการมีอายุยืนยาว ในเขตพื้นที่การดูแลของเทศบาลตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุวัยตอนปลายที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง และวิเคราะห์เนื้อหาตามกระบวนการวิเคราะห์เนื้อหาของไมล์ส และฮูเบอร์แมน

ผลการศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อการมีอายุยืนยาว พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวทางดูแลตนเองที่หลากหลายและเชื่อมโยงกับวิถีชีวิต ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 5 ประเด็นหลัก ดังต่อไปนี้ 1) การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน 2) การจัดการสุขภาพกายของผู้สูงอายุ 3) การบริโภคอาหารที่เหมาะสม 4) วิถีชีวิตที่เรียบง่ายและพึ่งพาตนเอง และ 5) การจัดการความเครียดและสุขภาพจิต ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในภาคเหนือมีแนวทางดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยอาศัยการปรับพฤติกรรม การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และการยึดโยงกับวัฒนธรรมท้องถิ่น องค์ความรู้ที่ได้สามารถนำไปใช้พัฒนาแนวทางดูแลสุขภาพผู้สูงอายุวัยตอนปลายในระดับบุคคล ชุมชน และเชิงนโยบาย เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุวัยตอนปลาย, การดูแลสุขภาพ, การมีอายุยืนยาว, วิถีชีวิตเรียบง่าย

*ผู้ให้การติดต่อ แวว วิจิตร e-mail: waew@bcnc.ac.th

Abstract

This qualitative research aimed to explore the self-care experiences and health care practices of the oldest-old in relation to longevity, within the catchment area of Don Kaew Subdistrict Municipality, Mae Rim District, Chiang Mai Province. The participants were 20 oldest-old adults aged 85 years and over. Data were collected using a semi-structured in-depth interview questionnaire and analyzed through content analysis based on the process of Miles and Huberman.

The findings on the experiences of self-care for longevity revealed that older adults adopted diverse approaches to self-care, which were closely connected to their ways of life. The results were categorized into five main themes: 1) support from family and community, 2) management of physical health, 3) appropriate dietary practices, 4) a simple and self-reliant lifestyle, and 5) stress and mental health management. The study indicated that older adults in Northern Thailand practiced holistic health care encompassing physical, mental, social, and spiritual dimensions. These practices relied on behavioral adaptation, family and community support, and integration with local culture. The knowledge gained from this study can be applied to develop self-care guidelines for the oldest-old at the individual, community, and policy levels, thereby promoting sustainable quality of life.

Keywords: Oldest-Old, Health Care, Longevity, Simple Lifestyle

บทนำ

จากการพัฒนาทางการแพทย์ โภชนาการ และการดูแลสุขภาพ ทำให้อายุเฉลี่ยของประชากรโลกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยองค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2573 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มเป็น 1,402 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 2,092 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 22 ของประชากรโลกในปี พ.ศ. 2595 ซึ่งหมายความว่า 1 ใน 5 ของประชากรจะเป็นผู้สูงอายุ (World Health Organization, 2020) ขณะเดียวกันประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่ "สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด" (Super Aged Society) อย่างสมบูรณ์ โดยจากสถิติของกรมกิจการผู้สูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566ก) พบว่า ณ ปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 12,698,362 คน คิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2571 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 28 ขึ้นไป ที่น่าสนใจคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 100 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 29,986 คนในปี พ.ศ. 2556 เป็น 36,986 คนในปี พ.ศ. 2566 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นถึงกว่า 7,000 คน ภายในเวลา 10 ปี (พีระนันท์ จีระยิ่งมงคล, พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม, พลอยประกาย ฉลาดล้น, สุพัตรา ไตรอุดมศรี และสุภาวดี นพรุจจินดา, 2565)

จังหวัดเชียงใหม่ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society) มีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 318,959 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 1,174,450 คน ซึ่งมีสัดส่วนเป็น ร้อยละ 27.16 และกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสูงสุด (Super Aged Society) ในเวลาอันใกล้นี้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2566) จากการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2566 พบว่า อัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2566) และผู้สูงอายุวัยตอนปลายตั้งแต่ 80-100 ปีขึ้นไป มีจำนวน 48,213 คน หรือร้อยละ 12.25 ของจำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566ข; กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567)

ผู้สูงอายุวัยตอนปลายเป็นช่วงวัยที่มีความเปราะบางสูงทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แต่ในขณะเดียวกัน ก็เป็นกลุ่มที่มีศักยภาพในการถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิต โดยเฉพาะวิธีการดูแลตนเองที่ช่วยให้สามารถมีชีวิตยืนยาวได้อย่างมีคุณภาพ (พีระนันท์ จีระยิ่งมงคล, พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม, พลอยประกาย ฉลาดล้น, สุพัตรา ไตรอุดมศรี และสุภาวดี นพรุจจินดา, 2565) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาวิจัยที่มุ่งเน้นประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อการมีอายุยืนของผู้สูงอายุวัยตอนปลาย ยังพบน้อย ส่วนใหญ่มักเน้นไปที่ด้านการแพทย์ พฤติกรรมสุขภาพทั่วไป หรือการดูแลโดยบุคคลอื่น ขณะที่มิติเรื่องประสบการณ์เชิงลึกจากมุมมองของผู้สูงอายุวัยตอนปลาย ที่สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัย ความเชื่อ วิธีคิด หรือรูปแบบชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองให้มีอายุยืนยาวนั้น ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจน ที่สำคัญยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพในช่วงวัยตอนปลายยังเป็นแหล่งเรียนรู้ สำคัญที่อาจสะท้อนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อบริบททางวัฒนธรรมและท้องถิ่น

สำหรับข้อมูลในพื้นที่เทศบาลเมืองดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ปัจจุบันมีประชากรก่อนสูงวัย (อายุ 50-59 ปี) จำนวน 1,079 คน (ร้อยละ 6.63) และผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 2,917 คน (ร้อยละ 17.93) ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 13 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยในชุมชนอื่นของจังหวัดเชียงใหม่ (องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว, 2566) อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 18.31 ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ โดยมีผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 1.2 ติดบ้านร้อยละ 26.89 และติดสังคมร้อยละ 72.30 (องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว, 2566) ส่งผลให้เกิดภาระด้านการดูแลในระยะยาว ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพ ขณะเดียวกันยังสะท้อนถึงความท้าทายด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านรายได้หรือขาดผู้ดูแลใกล้ชิด สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนากลไกการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จำเป็นต้องมีนโยบายหรือมาตรการช่วยเหลือทั้งด้านสวัสดิการและสุขภาพที่เข้าถึงได้ในระยะยาว การศึกษาเคล็ดลับการมีอายุยืนยาว: กรณีศึกษาของผู้สูงอายุในภาคเหนือของกลุ่มผู้สูงอายุวัยตอนปลายในครั้งนี้ จึงช่วยเปิดมุมมองใหม่ในการวางแนวทางการดูแลสุขภาพ โดยมุ่งศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุวัยตอนปลายในพื้นที่ และค้นหาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับ

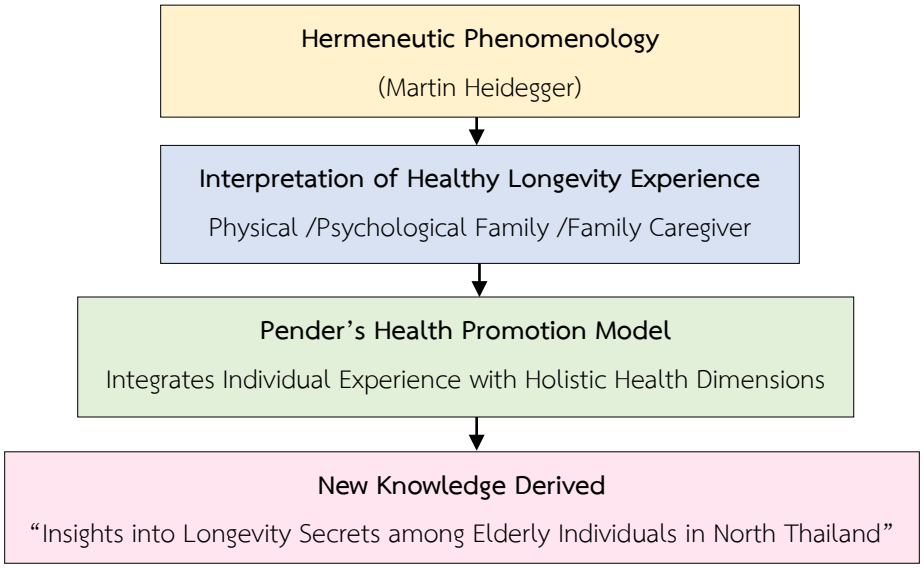
บริบทท้องถิ่น นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีคุณค่า มีสุขภาวะ และมีอายุยืนอย่างยั่งยืน และสามารถนำข้อมูลเหล่านี้มาวางแผน และพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์ชะลอวัยในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หรือในมิติการป้องกัน และการดูแลสุขภาพของตนเองก่อนที่จะเกิดความเสื่อมของเซลล์ขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุขในสังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อการมีอายุยืนยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ อาศัยในเขตพื้นที่การดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุวัยตอนปลาย อาศัยในเขตพื้นที่การดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความของมาร์ติน ไฮเดกเกอร์ (Heidegger, 1962; Heidegger 2024) เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผ่านการตีความความหมายของประสบการณ์ชีวิตที่ครอบคลุมทั้งมิติกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยเน้นการเข้าถึงความจริงตามบริบทของแต่ละบุคคล ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริง และกำหนดแนวทางเชิงนโยบายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ เชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 ณ องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 20 คน เนื่องจากพื้นที่นี้เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทที่มีบริบทหลากหลาย ทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม และระบบการดูแลสุขภาพ อีกทั้งยังมีสัดส่วนของผู้สูงอายุวัยตอนปลายในระดับที่สูง และมีแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป อาศัยในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 20 คน ซึ่งสอดคล้องกับหลักการวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) มากกว่าจำนวน (Squire, Giombi, Rupert, Amoozegar, & Williams, 2024) และเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์เชิงลึกตามวัตถุประสงค์การวิจัย เนื่องจากผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ดูแลตนเองและเคล็ดลับของการมีอายุยืน โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อาศัยในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่

2. เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว หรือมีโรคประจำตัวที่สามารถควบคุมได้ หรือได้รับการรับรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี

3. ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การพูด หรือการมองเห็น สามารถเข้าใจและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมตลอดจนโครงการสิ้นสุด

เกณฑ์การคัดออก

1. เป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่กำลังเข้ารับการบำบัดรักษาสุขภาพจิตอยู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. ผู้วิจัย ใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured In-Depth Interview Guide) ร่วมกับเครื่องบันทึกเสียง และแบบบันทึกภาคสนาม (Field Notes) โดยมีผู้ทำหน้าที่สัมภาษณ์ จำนวน 2 คน คือ ผู้วิจัยหลัก 1 คน และผู้วิจัยร่วม 1 คน ซึ่งผ่านการอบรมมาตรฐานเดียวกัน ครอบคลุมการใช้ Interview Guide การซักถามเชิงลึกอย่างเป็นกลาง การสร้างสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูล การจัดการสถานการณ์สัมภาษณ์

การจดบันทึกภาคสนามอย่างเป็นระบบ และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งนี้ได้มีการซักซ้อม/ทดลองสัมภาษณ์ (Pilot) และประชุมปรับเทียบความเข้าใจ (Calibration) ก่อนเก็บข้อมูลจริง เพื่อป้องกันและลดความเอนเอียงของผู้สัมภาษณ์ (Interviewer Bias)

2. แนวทางการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลเกี่ยวประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อการมีอายุยืนของผู้สูงอายุวัยตอนปลาย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.2 ข้อคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกด้านสุขภาพเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุวัยตอนปลาย จำนวน 5 ข้อ ตัวอย่างเช่น ท่านมองว่าความหมายของการมีสุขภาพที่ดีคืออะไร ท่านดูแลสุขภาพ เมื่อมีโรคประจำตัวอย่างไร และเมื่อท่านเจ็บป่วยฉุกเฉิน ท่านมีวิธีดูแลตัวเองอย่างไร

2.3 แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อการมีอายุยืนของผู้สูงอายุวัยตอนปลาย เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview) ทั้งหมดจำนวน 30 ข้อ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินด้านอาหาร จำนวน 5 ข้อ 2) การประเมินด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ 3) การจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ 4) การประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามวิถีชีวิต จำนวน 5 ข้อ 5) การทบทวนระบบสนับสนุนของสังคม จำนวน 5 ข้อ และ 6) การประเมินสุขภาพในมิติจิตวิญญาณ จำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ส่งเครื่องมือแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพปรากฏการณ์วิทยา 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านครอบครัวและชุมชน 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของเครื่องมือ ภายหลังได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้ทดลองใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเบื้องต้นกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 2 ราย เพื่อประเมินความชัดเจนของถ้อยคำ ความเข้าใจของผู้ให้ข้อมูล พบว่าเครื่องมือสามารถใช้ได้จริงในภาคสนาม และได้รับข้อมูลที่สะท้อนประสบการณ์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย และนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุง แก้ไข ซึ่งปรับแก้จนได้ผลว่า “ผ่าน” จากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดจึงนำไปใช้ ก่อนนำแบบสอบถามไปใช้ต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมการก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตอย่างเป็นทางการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว โรงพยาบาลชุมชน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้อย่างเหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับ อสม. ลงพื้นที่

เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขอความยินยอมอย่างมีข้อมูลพร้อมขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์

2. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างรายบุคคล (Semi-Structured In-Depth Interview) ควบคู่กับการสังเกตแบบไม่มีโครงสร้าง (Unstructured Observation) ในการเก็บข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลดำเนินการเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะแรก คือ การสัมภาษณ์แบบพบหน้า (Face-to-Face) ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที ต่อราย ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลและระดับความอิ่มตัวของข้อมูล ระยะที่สอง คือ การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที เพื่อยืนยันข้อมูลเดิม ขยายความในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน และตรวจสอบข้อมูลใหม่ที่อาจเกิดขึ้นเพิ่มเติม ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้บันทึกเสียงและจดบันทึกประกอบ เพื่อเก็บข้อมูลอย่างครบถ้วน

3. หลังการสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งข้อมูลเกิดความอิ่มตัว (Data Saturation) หลังเสร็จสิ้นแต่ละครั้ง ผู้วิจัยดำเนินการถอดเทปคำต่อคำ (Verbatim Transcription) และจัดเก็บข้อมูลทั้งหมดอย่างเป็นระบบเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความตามแนวคิดของ Heidegger (1962) และใช้กระบวนการของ Miles & Huberman (1994) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

1. การย่อข้อมูล (Data Reduction) คัดกรองข้อมูล เก็บเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อการมีอายุยืนยาวในกลุ่มผู้สูงอายุวัยตอนปลาย จัดระเบียบให้ข้อมูลมีความสัมพันธ์กัน นำเสนออย่างเป็นระบบเพื่อความเข้าใจง่าย

2. การแสดงข้อมูล (Data Display) นำเสนอข้อมูลที่จัดระเบียบไว้แล้ว แบ่งเป็นหมวดหมู่ อธิบายรายละเอียด แสดงข้อความที่เกี่ยวข้อง

3. การสรุปและตีความข้อมูล (Conclusion Drawing and Verification) ตีความข้อค้นพบเปรียบเทียบวิเคราะห์ หาประเด็นหลัก ตรวจสอบความถูกต้อง สรุปผลการวิจัยข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ การใช้ข้อมูลจากผู้ร่วมดำเนินการวิจัยเพื่อสนับสนุนผลการศึกษาโดยอ้างอิงข้อมูลการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุ การสนทนากลุ่มผู้ดูแล และการสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีเชียงใหม่ หมายเลข BCNCT24/2567 ลงวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2567-วันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2568 โดยดำเนินการภายใต้หลักการจริยธรรมของการวิจัยในมนุษย์ ครอบคลุมการเคารพศักดิ์ศรี ความยุติธรรม และสิทธิของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมโดยสมัครใจจากผู้ให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษร หลังจากชี้แจง

วัตถุประสงค์ วิธีการ สิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัว และการรักษาความลับของข้อมูลอย่างเคร่งครัด ผู้ให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธ หรือยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิ หรือสวัสดิภาพของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนนามบุคคลเพื่อคุ้มครองความเป็นส่วนตัว ในทุกขั้นตอนของการวิจัย ในกรณีการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า ผู้เข้าร่วมวิจัยจะลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอม (Informed Consent Form) ด้วยตนเองก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ และในกรณีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยจะอ่านแบบแสดงความยินยอมให้ผู้เข้าร่วมฟังอย่างชัดเจน พร้อมขอความยินยอมด้วยวาจา (Verbal Consent) และบันทึกรายละเอียดลงในแบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ วันที่ เวลา และชื่อของผู้ให้ข้อมูล เพื่อเป็นหลักฐานในการรับรองการให้ความยินยอมโดยสมัครใจ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่การดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จำนวน 20 คน แบ่งเป็นเพศหญิง 12 คน และเพศชาย 8 คน อายุเฉลี่ย 87 ปี ผู้สูงอายุเพศหญิงในกลุ่มนี้มีอายุระหว่าง 85-99 ปี ผู้ที่อายุมากที่สุด จำนวน 1 คน อายุ 99 ปี และผู้ที่อายุน้อยที่สุด จำนวน 2 คน อายุ 85 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่เป็นหม้าย จำนวน 9 คน (ร้อยละ 75) ไม่ได้แต่งงาน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 17) ส่วนใหญ่คู่สมรสเสียชีวิตแล้ว ส่วนผู้สูงอายุเพศชาย กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 87-95 ปี ผู้ที่อายุมากที่สุด คือ 95 ปี และผู้ที่อายุน้อยที่สุดคือ 87 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส มีคู่ชีวิตที่อยู่ด้วยกันเพียง 3 คน (ร้อยละ 37.50) เป็นหม้าย 5 คน (ร้อยละ 62.50) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหม้าย จะได้รับการดูแลจากลูกหลานหรือจ้างผู้ดูแล ผู้สูงอายุมีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 6 คน (ร้อยละ 1.20) ไม่ได้เรียนในระบบ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 2.20) จบ ปวช./การศึกษาสูงกว่า จำนวน 3 คน (ร้อยละ 0.60)

2. การศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อการมีอายุยืนยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ อาศัยในเขตพื้นที่การดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงคุณภาพ พบ 5 ประเด็นหลัก (Themes) และ 15 ประเด็นย่อย (Sub-Themes) ดังต่อไปนี้

ประเด็นหลักที่ 1: การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลดอนแก้ว ได้แก่ การมีสายสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นกับลูกหลาน การดูแลจากผู้ดูแลหลัก ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว รวมถึงความช่วยเหลือจากชุมชน ส่งผลดีต่อสุขภาวะทางจิตใจและการดำรงชีวิตประจำวัน คอยให้ความช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย และให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ และการบริการทางด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ดังนี้

1.1 ความสัมพันธ์แน่นแฟ้นกับลูกหลาน ผู้สูงอายุมีความผูกพันกับลูกหลานอย่างลึกซึ้ง ซึ่งช่วยให้รู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุที่มีความใกล้ชิดกับลูกหลาน มักมีสุขภาพจิตที่ดีและมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองมากขึ้น ความผูกพันนี้ยังช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เช่น

"หลานชายมาคุยด้วยทุกวัน ช่วยลดความเหงา" (ผู้สูงอายุรหัส 020, อายุ 87 ปี)

"อยู่กับลูกชายสองคน ส่วนลูกสาวเป็นคนจัดการค่าใช้จ่าย" (ผู้สูงอายุรหัส 07, อายุ 90 ปี)

"ลูกชายกับลูกสะใภ้ดูแลผู้ป่วยตลอด" (ผู้สูงอายุรหัส 013, อายุ 87 ปี)

1.2 การดูแลจากผู้ดูแลหลัก เช่น ลูก หรือหลาน สะใภ้ ส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลสุขภาพและความเป็นอยู่ประจำวัน การมีผู้ดูแลหลักเป็นตัวช่วยในการดูแลด้านร่างกาย ช่วยให้การรักษาต่อเนื่องและปลอดภัย

"ลูกชายและลูกสะใภ้เป็นผู้ดูแลหลัก อยู่ด้วยกันตลอด" (ผู้สูงอายุรหัส 03, อายุ 87 ปี)

"ลูกสาวเป็นคนดูแลแม่ ดูแลทุกอย่าง พาไปหาหมอ" (ผู้สูงอายุรหัส 08, อายุ 94 ปี)

"ผู้ดูแลหลักเป็นลูกสะใภ้หาข้าว หายาให้กิน ดูแลแทนลูกชายที่เขาไปทำงาน" (ผู้สูงอายุรหัส 013, อายุ 87 ปี)

1.3 ความช่วยเหลือจากชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชนมีบทบาทในการเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ และติดตามสุขภาพ ดังนั้น การมีเครือข่าย อสม. และผู้นำชุมชน ทำหน้าที่สำคัญในการสนับสนุนและเฝ้าระวังสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระดับครัวเรือน

"อสม. เคยเข้ามาดูแลเรื่องสุขภาพ ไปเอายามาให้" (ผู้สูงอายุรหัส 01, อายุ 85 ปี)

"มี อสม. มาเยี่ยมที่บ้าน มาถามไถ่สุขภาพ มาตรวจสุขภาพมาให้คำแนะนำ" (ผู้สูงอายุรหัส 09, อายุ 88 ปี)

"อสม. มาเยี่ยมที่บ้านทุกเดือน มาวัดความดัน เจาะน้ำตาลในเลือด" (ผู้สูงอายุรหัส 020, อายุ 87 ปี)

ประเด็นหลักที่ 2: การจัดการสุขภาพกายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความสามารถในการปรับตัวและวางแผนดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง ได้แก่ การดูแลโรคประจำตัว การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และการดูแลสุขภาพช่องปาก และฟัน

2.1 การดูแลโรคประจำตัว ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการควบคุมโรคเรื้อรัง และจัดการโรคอย่างต่อเนื่อง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ด้วยการกินยาอย่างสม่ำเสมอ และดูแลตนเองในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค

"กินยาความดันและเบาหวานทุกวัน" (ผู้สูงอายุรหัส 014, อายุ 87 ปี)

"ความดันเป็นตั้งแต่ 50 ปี และกินยาต่อเนื่อง" (ผู้สูงอายุรหัส 013, อายุ 87 ปี)

"กินยาความดันทุกวัน เช้ากับเย็นและเลี่ยงอาหารเค็มจัด" (ผู้สูงอายุรหัส 018, อายุ 91 ปี)

2.2 การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ มีการไปตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชนเป็นประจำ การเข้ารับการตรวจสุขภาพตามกำหนด ถือเป็นพฤติกรรมเชิงรุกที่ผู้สูงอายุบอกถึงวิธีการดูแลตนเองในการทำให้อายุยืน โดยป้องกันโรคและลดภาวะแทรกซ้อน

"ไปหาหมอทุกสามเดือน เจาะเลือดเอายาความดัน" (ผู้สูงอายุรหัส 05, อายุ 99 ปี)

"ไปหาหมอทุก 3 เดือนเพื่อรับยาความดัน" (ผู้สูงอายุรหัส 08, อายุ 94 ปี)

"ตรวจสุขภาพประจำปีที่โรงพยาบาลทุกปี" (ผู้สูงอายุรหัส 015, อายุ 95 ปี)

2.3 การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน การรักษาความสะอาดในช่องปากสะท้อนถึงการใส่ใจในรายละเอียดเล็ก ๆ ของสุขภาพช่องปาก ซึ่งมีผลต่อการกินอาหารและคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการแปรงฟัน การใส่ฟันปลอม และตรวจสุขภาพช่องปาก

"ใช้ฟันปลอมทั้งปาก แต่ยังเคี้ยวอาหารได้ดี ถอดล้างก่อนนอน" (ผู้สูงอายุรหัส 016, อายุ 87 ปี)

"ใช้ฟันปลอมทั้งปาก ทำความสะอาดฟันปลอมตลอด อาจไม่ละเอียดเหมือนฟันจริง แต่ไม่มีปัญหาเคี้ยวหรือกลืน" (ผู้สูงอายุรหัส 020, อายุ 87 ปี)

"เหลือฟันแท้เหลือ 2 ซี่ ไม่ได้ใส่ฟันปลอม แต่แปรงฟัน แปรงลิ้นทุกวัน ไม่เจอปัญหาเรื่องเคี้ยว การกลืน" (ผู้สูงอายุรหัส 019, อายุ 88 ปี)

ประเด็นหลักที่ 3: การบริโภคอาหารที่เหมาะสม

พฤติกรรมการกินของผู้สูงอายุในชุมชนสะท้อนความเข้าใจในคุณค่าของอาหารและสุขภาพ โดยอิงกับวิถีชีวิตพื้นบ้าน พฤติกรรมการกินของผู้สูงอายุในชุมชนนี้ ได้แก่ การรับประทานอาหารพื้นเมือง ชอบอาหารรสจืด ลดของหวานและมัน และการปลูกและบริโภคผักผลไม้ปลอดสารพิษ

3.1 การรับประทานอาหารพื้นเมือง อาหารที่เน้นผักพื้นถิ่น น้ำพริก ปลาย่าง ไข่ต้ม แกงพื้นเมือง มีคุณค่าทางโภชนาการสูงและเหมาะสมกับวัย อาหารที่รับประทานส่วนใหญ่เป็นอาหารพื้นถิ่น เช่น น้ำพริก ผักต้ม แกงพื้นเมือง

"ชอบกินอาหารพื้นเมือง เช่น น้ำพริก ไข่ต้มกับผักต้ม" (ผู้สูงอายุรหัส 05, อายุ 99 ปี)

"ชอบกินน้ำพริก ปลาย่าง กับผักสดทุกมื้อ" (ผู้สูงอายุรหัส 012, อายุ 87 ปี)

"ชอบกินแกงโฮ๊ะและอาหารพื้นเมืองเป็นประจำ" (ผู้สูงอายุรหัส 09, อายุ 88 ปี)

3.2 ชอบอาหารรสจืด ลดของหวานและมัน การลดอาหารรสจัดช่วยป้องกันโรคเรื้อรังและควบคุมภาวะโรคต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

"กินอาหารรสไม่จัด ลดของมันของหวาน ไม่งั้นโรคกำเริบได้" (ผู้สูงอายุรหัส 07, อายุ 90 ปี)

"กินอาหารจืดไม่ใส่ผงชูรส ลดเค็มกลัวความดันขึ้น" (ผู้สูงอายุรหัส 014, อายุ 87 ปี)

"แม่ชอบอาหารรสจืด ไม่กินหวาน กลัวเบาหวานขึ้นตา" (ผู้สูงอายุรหัส 020, อายุ 87 ปี)

3.3 การปลูกและบริโภคผักผลไม้ปลอดสารพิษ นิยมปลูกผักเองหลังบ้านเพื่อบริโภคอย่างปลอดภัย การปลูกผักไว้กินเองไม่เพียงแค่เพิ่มความปลอดภัยด้านอาหาร แต่ยังเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพกายและจิตได้ด้วย

"(แม่) (พ่อ), ปลูกผักในสวนเอง กินทุกวัน ไม่ใส่สารเคมี แถมได้ออกกำลังกาย" (ผู้สูงอายุรหัส 01, อายุ 85 ปี, ผู้สูงอายุรหัส 010, อายุ 85 ปี)

"ปลูกผักสวนครัวกินเองทุกวัน พวกมะเขือและพริก ไม่ต้องไปซื้อ รู้สึกดีที่ได้กินของที่เราปลูก" (ผู้สูงอายุรหัส 015, อายุ 95 ปี)

ประเด็นหลักที่ 4: วิถีชีวิตที่เรียบง่ายและพึ่งพาตนเอง

การดำรงชีวิตอย่างเรียบง่ายเป็นรากฐานของสุขภาวะในผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นความพอเพียงและการดูแลตนเองในระดับเบื้องต้น เพื่อไม่ให้เกิดภาระลูกหลานและสังคม และช่วยส่งเสริมคุณค่าในตนเอง ในที่นี้ ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การออกกำลังกายเบา ๆ สม่ำเสมอ และการใช้ชีวิตอย่างเรียบง่าย

4.1 การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ช่วยรักษาความสามารถทางกายภาพและเพิ่มความมั่นใจในตนเอง แม้บุตรหลานมีความห่วงใย แต่ผู้สูงอายุต้องการทำด้วยตนเอง ไม่ต้องการสร้างภาระให้กับครอบครัว

"ยังซักผ้าและกวาดบ้านเองได้บ้าง แต่ลูกไม่ค่อยอยากให้ทำ" (ผู้สูงอายุรหัส 03, อายุ 87 ปี)

"กวาดบ้านเองทุกวัน ทำเล็กๆน้อยๆไม่มาก ไม่อยากเป็นภาระลูก" (ผู้สูงอายุรหัส 08, อายุ 94 ปี)

"ดูแลบ้านเองทุกเช้า เพื่อให้บ้านสะอาดและรู้สึกดี สดชื่น ลูกไม่ต้องมาเหนื่อยด้วย" (ผู้สูงอายุรหัส 016, อายุ 87 ปี)

4.2 การออกกำลังกายเบา ๆ สม่ำเสมอ การเดินหรือทำงานบ้านเบา ๆ เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย ช่วยให้ระบบไหลเวียนโลหิตดี รู้สึกสดชื่นและไม่เกิดภาวะติดเตียง

"เดินรอบบ้านและแกว่งแขนทุกเช้า ทำให้สดชื่น กระปรี้กระเปร่า ไม่อยากนอนทั้งวัน" (ผู้สูงอายุรหัส 012, อายุ 87 ปี)

"เดินรอบบ้านทุกเช้าเพื่อออกกำลังกาย และช่วยกระตุ้นเลือดไหลเวียน ป้องกันติดเตียง" (ผู้สูงอายุรหัส 07, อายุ 90 ปี)

"พ่อชอบปั่นจักรยานตอนเช้าในหมู่บ้าน เพราะช่วยให้รู้สึกสดชื่นและกระฉับกระเฉง" (ผู้สูงอายุรหัส 015, อายุ 95 ปี)

4.3 การใช้ชีวิตอย่างเรียบง่าย การไม่ฟุ่มเฟือยและไม่สร้างภาระเกินความจำเป็น ช่วยลดความเครียด ได้พูดคุยสื่อสารกับผู้คน เพื่อนบ้าน คนรู้จัก และทำให้มีสมดุลชีวิต

"แม่ชอบไปตลาดซื้อของสดมาทำกินเอง เพราะตลาดอยู่ใกล้บ้าน เดินไปได้ง่าย ได้คุยกับผู้คน"(ผู้สูงอายุรหัส 019, อายุ 88 ปี)

"ลูกหลานพาไปเดินตลาดนัดทุกอาทิตย์เพื่อเลือกซื้อของสด ใกล้แค่นี้ ได้เจอคนรู้จัก" (ผู้สูงอายุรหัส 020, อายุ 87 ปี)

"พ่อชอบปั่นจักรยานรอบหมู่บ้าน ถนนหนทางไปมาสะดวก คุยกับเพื่อนบ้าน แวะกินกาแฟที่ร้าน" (ผู้สูงอายุรหัส 015, อายุ 95 ปี)

ประเด็นหลักที่ 5: การจัดการความเครียดและสุขภาพจิต

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้รับการดูแลผ่านแนวทางทางศาสนา จิตวิญญาณ และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ซึ่งผู้สูงอายุ ใช้การจัดการความเครียดและสุขภาพจิต โดยการจัดการความเครียดผ่านศาสนาและจิตวิญญาณ การสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัวและชุมชน และการมีทัศนคติที่ดีต่อชีวิต

5.1 การจัดการความเครียดผ่านศาสนาและจิตวิญญาณ ได้แก่ การสวดมนต์ ฟังธรรม และปฏิบัติธรรม เป็นวิธีที่ช่วยให้จิตใจสงบ ซึ่งช่วยลดความเหงา และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

"ไปวัดทำบุญในวันพระเสมอทำบุญ ฟังเทศน์ และพบปะเพื่อนบ้านไม่เหงา" (ผู้สูงอายุรหัส 019, อายุ 88 ปี)

"เชื่อว่าทำดีได้ดี ทำให้มีกำลังใจ ไม่ทำให้จิตใจเศร้าหมอง" (ผู้สูงอายุรหัส 03, อายุ 87 ปี)

"สวดมนต์ทุกวัน ทำสมาธิก่อนนอน เชื่อว่าช่วยให้ใจสงบ ไม่เหงาไม่เศร้า ทำบุญทุกวันพระ ไม่เคยขาด" (ผู้สูงอายุรหัส 05, อายุ 99 ปี, ผู้สูงอายุรหัส 016, อายุ 87 ปี)

5.2 การสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัวและชุมชน การได้รับความรัก ความห่วงใย และมีคนพูดคุยด้วย ช่วยลดความโดดเดี่ยวและสร้างพลังบวก

"มีลูกหลานพูดคุยด้วยทุกวัน รู้สึกอบอุ่น ไม่เครียด ทำให้รู้สึกว่าไม่เหงา" (ผู้สูงอายุรหัส 04, อายุ 87 ปี, ผู้สูงอายุรหัส 011, อายุ 92 ปี, ผู้สูงอายุรหัส 015, อายุ 95 ปี, ผู้สูงอายุรหัส 020, อายุ 87 ปี)

"เพื่อนบ้านมาคุยเล่นและช่วยงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ทำให้รู้สึกดีขึ้น เขาให้กำลังใจเรา เรามีกำลังใจทำให้เราอยู่ไปอีกนาน" (ผู้สูงอายุรหัส 018, อายุ 91 ปี)

5.3 การมีทัศนคติที่ดีต่อชีวิต ผู้สูงอายุที่มีความคิดเชิงบวก ไม่คิดมาก มองโลกในแง่ดี มักมีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีพลัง

"คิดบวก ไม่คิดมาก ไม่กังวลกับอดีต เดี๋ยวมันก็ผ่านไป" (ผู้สูงอายุรหัส 07, อายุ 90 ปี)

"มองทุกอย่างในแง่ดีและไม่เครียด ไม่คิดมาก อยู่ที่ใจเรา" (ผู้สูงอายุรหัส 09, อายุ 88 ปี)

"แม่ว่านะ เราใช้ชีวิตเรียบง่าย ไม่ต้องคิดมาก เป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับวัยนี้" (ผู้สูงอายุรหัส 020, อายุ 87 ปี)

3. การศึกษาแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุวัยตอนปลาย อาศัยในเขตพื้นที่การดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษามีรายละเอียดดังนี้

3.1 แนวทางการดูแลตนเองของผู้สูงอายุวัยตอนปลาย พบว่า ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง โดยมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพด้วยวิถีพื้นบ้าน เช่น เลือกรับประทานอาหารตามฤดูกาลและอาหารท้องถิ่น เช่น ผักพื้นบ้าน ต้มจืด แกงเลียง หลีกเลี่ยงอาหารแปรรูป และลดการบริโภคหวาน มัน เค็ม เคลื่อนไหวร่างกายโดยการทำสวน แกว่งแขน และเดินรอบบ้าน

3.2 แนวทางการส่งเสริมโดยครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะลูกหลานที่ให้ความใส่ใจในการจัดหาอาหาร ยา และพาไปพบแพทย์ นอกจากนี้ ชุมชนมีระบบสนับสนุนผ่านกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ อสม. และ

การสนับสนุนจาก อบต. เช่น โครงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ กิจกรรมออกกำลังกายประจำสัปดาห์ และการตรวจสุขภาพประจำปีโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3.3 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตวิญญาณ เน้นการเข้าวัด ฟังธรรม สวดมนต์ และทำบุญ การมีกลุ่มเพื่อนหรือเครือข่ายผู้สูงอายุที่พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการยอมรับสภาพร่างกายและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงอย่างมีสติ

การอภิปรายผล

1. การศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อการมีอายุยืนยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ อาศัยในเขตพื้นที่การดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่

ผลการศึกษาพบ 5 ประเด็นหลักที่สำคัญ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การจัดการสุขภาพกาย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม วิถีชีวิตที่เรียบง่ายและพึ่งพาตนเอง และการจัดการความเครียดและสุขภาพจิต ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1.1 การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนในรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งในด้านกาย จิตใจ และสังคม สามารถอภิปรายได้ว่า อาจเนื่องจากวิถีชีวิตของครอบครัวไทย ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีความผูกพันกับลูกหลานอย่างใกล้ชิด ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว (กันย์ธนัญ สุชิน, ธนพัทธ์ จันท์พิพัฒน์พงศ์ และทิพวรรณ เมืองใจ, 2563) ซึ่งความสัมพันธ์ในครอบครัวนี้ เสริมสร้างความมั่นคงทางจิตใจและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ อีกทั้งยังเป็นแรงสนับสนุนสำคัญต่อการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน (Wenger, 2021) ในขณะที่การดูแลจากผู้ดูแลหลัก ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ ซึ่งสะท้อนถึงวัฒนธรรมไทยทุกบ้านที่เน้นการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในครอบครัว (Kemathad, 2023) และความช่วยเหลือจากชุมชน ที่ได้จากบทบาทของ อสม. มีความสำคัญในฐานะกลไกเชื่อมโยงระหว่างชุมชนกับระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อสม. เป็นผู้ให้การดูแลขั้นพื้นฐาน เช่น เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ดูแลเรื่องยา ตรวจสุขภาพ และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน (Fulmer, Reuben, Auerbach, Fick, Galambos, & Johnson, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนจากเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็งสามารถช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังและอัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุได้ (Keisari, Palgi, Yaniv, & Gesser-Edelsburg, 2022) ดังนั้น การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน จะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ ความปลอดภัย และความเป็นอยู่ที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในช่วงบั้นปลายได้อย่างมีคุณค่าและความสุข

2. การจัดการสุขภาพกายด้วยตนเอง ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่า อาจเนื่องจากผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการปรับพฤติกรรมด้านโภชนาการและการใช้ชีวิตประจำวัน อันนำไปสู่การควบคุมอาการและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สอดคล้องการศึกษาที่พบว่า การจัดการตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุสามารถลดภาวะแทรกซ้อนจาก

โรคเรื้อรังได้ถึง 39.3% (Zhou, Zhang, Wang, Li, & Jian, 2022) การควบคุมโรคอย่างเหมาะสมโดยผู้สูงอายุเองจะส่งผลให้สุขภาพทั้งกายและใจดีขึ้น และเพิ่มโอกาสการมีชีวิตยืนยาว (Kassis et al., 2023) การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เป็นหนึ่งในพฤติกรรมสุขภาพเชิงรุกของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ โดยมีเป้าหมายเพื่อติดตามอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุรหัส 06 (อายุ 87 ปี) กล่าวว่า "ไปหาหมอทุก 3 เดือนเพื่อตรวจสุขภาพและรับยา" ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความตระหนักรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอมีบทบาทสำคัญต่อการลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อน และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว (ทวีมนัย อุดชาชน และเสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร, 2565) การดูแลสุขภาพช่องปากมักถูกมองข้ามในกลุ่มผู้สูงอายุ แต่การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีการดูแลช่องปากอย่างเหมาะสม เช่น การแปรงฟัน ดูแลฟันปลอม และตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุรหัส 01 (อายุ 85 ปี) กล่าวว่า "ใช้ฟันปลอมและแปรงฟันทุกวัน เพื่อให้เคี้ยวอาหารได้ง่าย" ซึ่งสอดคล้องกับ Desai & Nair (2023) ที่พบว่า การดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีสามารถส่งผลต่อความมั่นใจ การรับประทานอาหาร และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น การดูแลช่องปากอย่างต่อเนื่องจึงไม่เพียงเป็นการรักษาด้านสุขอนามัย แต่ยังเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมภาวะโภชนาการ และลดความเสี่ยงจากการสำลักหรือภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงอายุ

3. วิถีชีวิตที่เรียบง่ายและพึ่งพาตนเอง สามารถอภิปรายได้ว่า อาจเนื่องจากผู้สูงอายุวัยนี้ส่วนใหญ่ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น การทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน หรือจัดการสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความรู้สึกเป็นภาระ และส่งผลดีต่อสุขภาพจิต สอดคล้องกับงานวิจัยของกันย์ธนัญ สุชิน, ธนพัทธ์ จันท์พิพัฒน์พงศ์ และทิพวรรณ เมืองใจ (2563) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตและการลดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้การออกกำลังกายเบา ๆ สม่ำเสมอ เช่น การเดินแกว่งแขน หรือทำสวน เป็นกิจกรรมที่ไม่เพียงส่งเสริมสุขภาพกาย แต่ยังช่วยคลายเครียด ส่งเสริมสุขภาพจิต ซึ่งการออกกำลังกายเบา ๆ ช่วยลดความเสี่ยงของภาวะกล้ามเนื้อเสื่อมและโรคกระดูกพรุนในผู้สูงอายุวัยตอนปลายได้ (Valenzuela et al., 2019) การใช้ชีวิตอย่างเรียบง่าย สะท้อนถึงการหลีกเลี่ยงความวุ่นวาย และการดำเนินชีวิตอย่างสมถะ โดยผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเหมาะสม ในการศึกษานี้ ผู้สูงอายุเพศชายส่วนใหญ่ ยังคงมีปฏิสัมพันธ์และบทบาทในกิจกรรมชุมชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมช่วยส่งเสริมภาพลักษณ์ตนเองและความสุขในชีวิต (Bengtson & Settersten, 2016) ในขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงบางส่วนมีแนวโน้มลดบทบาททางสังคม ซึ่งสามารถอธิบายผ่านทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) ที่เสนอว่าการลดกิจกรรมและความเกี่ยวข้องกับสังคมในผู้สูงอายุเป็นกระบวนการปรับตัวทางธรรมชาติต่อสภาพร่างกายและบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป (Powell, 2006)

2. การศึกษาแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุวัยตอนปลาย อาศัยในเขตพื้นที่การดูแลขององค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีประสบการณ์การดูแลตนเองที่หลากหลาย โดยสอดคล้องกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและการจัดการความเครียดและสุขภาพจิต ดังนี้

1. การบริโภคอาหารที่เหมาะสม สามารถอภิปรายได้ว่า อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุเผชิญข้อจำกัดทั้งด้านสุขภาพ การย่อยอาหาร และความสามารถในการเลือกหรือปรุงอาหาร การบริโภคอาหารในกลุ่มนี้จึงไม่ใช่เพียงเรื่องโภชนาการ แต่สะท้อนถึงวัฒนธรรมท้องถิ่น การพึ่งพาตนเอง และความสัมพันธ์กับครอบครัว ชุมชน ดังนั้น ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เลือกบริโภคอาหารพื้นเมืองเป็นหลัก เพราะเป็นวิถีชีวิต ที่อยู่กับอาหารพื้นบ้านที่คุ้นเคยมานาน หาง่ายตามฤดูกาล ได้คุณค่าทางโภชนาการ และราคาไม่แพง อาหารพื้นเมือง เช่น น้ำพริก ผักต้ม และแกงเมือง เช่น แกงแค แกงขนุน และแกงอ่อม ซึ่งปรุงแต่งน้อย ย่อยง่าย หลีกเลี่ยงการใช้น้ำมัน น้ำตาล หรือผงปรุงรส และใช้วัตถุดิบที่หาได้ในชุมชนหรือปลูกเองในสวนครัว การเลือกอาหารในลักษณะนี้ช่วยลดการบริโภคอาหารแปรรูป ลดการรับสารเคมีตกค้าง สอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง “อาหารเป็นยา” ซึ่งเน้นคุณค่าทางโภชนาการจากวัตถุดิบธรรมชาติ เช่น ผักพื้นบ้านและสมุนไพรที่มีสรรพคุณต้านการอักเสบและเสริมภูมิคุ้มกัน (น้ำทิพย์ จองศิริ, 2562) ผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความตระหนักในเรื่องสุขภาพเน้นการปรับสูตรรสชาติของอาหาร และเน้นอาหารรสจืดเป็นหลัก โดยทำอาหารรับประทานเอง ปรุงสุกใหม่ และปรุงรสชาติให้น้อยลง โดยลดอาหารเค็ม มัน และหวาน เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพหลักในผู้สูงอายุวัยตอนปลาย แนวโน้มนี้สะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคของผู้สูงอายุเอง รวมถึงการเข้ามามีบทบาทของครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้คำแนะนำโภชนาการที่เหมาะสม (Naylor, Johnstone, & Myint, 2024) การเลือกรับประทานอาหารรสจืดและปลอดภัยจึงเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการดูแลตนเอง ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว รวมถึงการปลูกและบริโภคผักผลไม้ปลอดสารพิษ ผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการปลูกผักสวนครัวในพื้นที่จำกัด เช่น ริมรั้วหน้าบ้าน ใต้ต้นไม้ หรือในกระถาง การปลูกผักด้วยตนเองไม่เพียงช่วยลดค่าใช้จ่าย แต่ยังสร้างความมั่นใจในความปลอดภัยของอาหารที่บริโภค การบริโภคผักปลอดสารตกค้างช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง และเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อผู้สูงอายุที่ระบบร่างกายเสื่อมถอยตามวัย (กนกพงษ์ ม่วงศรี, วิทยาธร ท่อแก้ว, สุภาภรณ์ ศรีดี และกมล ไชยสิทธิ์, 2566)

2. การจัดการความเครียดและสุขภาพจิต สามารถอภิปรายได้ว่า อาจเนื่องจากผู้สูงอายุวัยตอนปลายได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ และการมีทัศนคติเชิงบวกต่อชีวิต เช่น การจัดการความเครียดผ่านศาสนา และกิจกรรมทางจิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์ ฟังธรรม เข้าวัด และทำสมาธิ เป็นแนวทางสำคัญในการสร้างความสงบภายในจิตใจ การยึดมั่นในความเชื่อทางศาสนาและการทำบุญ ไม่เพียงแต่ช่วยลดความเครียด แต่ยังส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณด้วย (นงนุช วงศ์สว่าง, ดนุลดา จีนขาวขำ, ปวีณา เทศนาบูรณ์ และกีรติ

กิจธีระวุฒิวงษ์, 2562) ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุรหัส 014 (อายุ 87 ปี) กล่าวว่า “การสวดมนต์ทุกวันช่วยให้จิตใจสงบและไม่คิดมากเรื่องสุขภาพที่ไม่ค่อยดี” กิจกรรมเหล่านี้เป็นกลไกสำคัญในการเผชิญกับปัญหาชีวิตและเสริมสร้างพลังในการดำรงชีวิต นอกจากนี้ การสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัวและชุมชน และเครือข่ายสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการลดความรู้สึกโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุ โดยการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น งานวัด งานบุญ หรือการพบปะเพื่อนบ้าน ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีคุณค่า และได้รับการยอมรับ (ศรันย์ดิษฐ์ เบญจพงศ์, เชาวฤทธิ์ เชาว์แสงรัตน์ และฟ้าใส สามารถ, 2566) สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว การเยี่ยมบ้านโดย อสม. หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพมีบทบาททดแทนที่สำคัญในการให้กำลังใจ ติดตามภาวะสุขภาพจิต และการมีทัศนคติที่ดี ต่อชีวิต เช่น การยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต และการมีทัศนคติเชิงบวกเป็นอีกหนึ่งกลยุทธ์ที่สำคัญในการจัดการความเครียด ผู้สูงอายุที่สามารถมองโลกในแง่ดี มีความยืดหยุ่นทางจิตใจและรู้สึกมีเป้าหมายในชีวิต มักมีสุขภาพจิตที่ดีและสามารถปรับตัวได้ดีกับสถานการณ์ที่ท้าทาย (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2563) สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่ใช้แนวทางการดูแลสุขภาพจิตผ่านศาสนา และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องพลัง จิตวิญญาณ การยอมรับ และการมองโลกในแง่ดี ในการส่งเสริมสุขภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ (ศรันย์ดิษฐ์ เบญจพงศ์, เชาวฤทธิ์ เชาว์แสงรัตน์ และฟ้าใส สามารถ, 2566)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. พยาบาลเวชปฏิบัติ/พยาบาลชุมชน นักวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ นำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ โดยอิงจากวิถีชีวิตและบริบทชุมชน

2. องค์การบริหารส่วนตำบลหรือหน่วยงานด้านสุขภาพ ใช้ผลวิจัยเป็นฐานข้อมูลในการวางแผนพัฒนานโยบายด้านผู้สูงอายุที่ตอบสนองต่อบริบทพื้นที่

3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว หน่วยงานที่จัดอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ นำผลการวิจัยไปใช้ในการอบรมหรือพัฒนาทักษะผู้ดูแล และครอบครัวให้เข้าใจแนวทางดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ผู้นำชุมชนและเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ นำแนวปฏิบัติที่ได้จากผลการวิจัยมาเป็นต้นแบบผู้สูงอายุในชุมชน ขยายผลสู่พื้นที่อื่นที่มีลักษณะกึ่งเมืองหรือชนบทใกล้เมือง เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายการศึกษาเคล็ดลับการมีอายุยืนยาวของผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ที่มีบริบททางวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และชาติพันธุ์ที่แตกต่าง เพื่อเปรียบเทียบบประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อการมีอายุยืนยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน

2. ควรใช้การวิจัยเชิงปริมาณควบคู่กับเชิงคุณภาพ เพื่อยืนยันข้อมูลและเข้าใจประสบการณ์ของผู้สูงอายุอย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้ทุนสนับสนุนโครงการ รวมถึงองค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว โรงพยาบาลชุมชน และอาสาสมัครในพื้นที่ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุวัยตอนปลาย ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชนทุกท่านที่มอบข้อมูลอันมีคุณค่าและร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กนกพงษ์ ม่วงศรี, วิทยาธร ท่อแก้ว, สุภาภรณ์ ศรีดี และกมล ไชยสิทธิ์. (2566). โภชนาการและการสื่อสารสุขภาพในผู้สูงอายุ. *วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, 10*(4), 155-165.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566ก). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553)*. สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2565 จาก https://www.dop.go.th/th/laws/2/10/785.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566ข). *สถิติผู้สูงอายุ 2566*. สืบค้นเมื่อ 13 มกราคม 2566 จาก https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). *สถิติผู้สูงอายุ 2567*. สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2567 จาก https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2.

กัญญ์ฐิตา ศรีภา. (2563). ประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, *19*(4), 83-94.

กันย์ธนัญ สุชิน, ธนพัทธ์ จันท์พิพัฒน์พงศ์ และทิพวรรณ เมืองใจ. (2563). การศึกษาและพัฒนารูปแบบเพื่อเสริมสร้างความสุขจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. *วารสารชุมชนวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา, 14*(3), 58-71.

ทวีมนัย อุดชาชน และเสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม*, *7*(1), 12-21.

นงนุช วงศ์สว่าง, ดนุลดา จีนขาวขำ, ปวีณา เทศนาบูรณ์ และกีรติ กิจธีระวุฒิวงษ์. (2562). ประสบการณ์การใช้ชีวิตตามลำพังของผู้สูงอายุ: การศึกษาเชิงคุณภาพ. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 36*(2), 124-133.

น้ำทิพย์ จองศิริ. (2562). การพัฒนาตำรับอาหารพื้นบ้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดแพร่. *วารสารแพทย์และวิทยาศาสตร์คลินิกแพร่*, *30*(2), 56-70.

พีระนันท์ จีระยิ่งมงคล, พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม, พลอยประกาย ฉลาดล้น, สุพัตรา ไตรอุดมศรี และสุภาวดี นพรุจจินดา. (2565). ประสบการณ์ดูแลตนเองเพื่อการชะลอวัยของผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 5. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32*(3), 163-173.

ศรันย์ดิษฐ์ เบญจพงศ์, เชาวฤทธิ์ เชาว์แสงรัตน์ และฟ้าใส สามารถ. (2566). พฤฒพลังผู้สูงอายุ: การทบทวนแนวคิดในบริบทของไทย. *วารสารรัชต์ภาคย์, 18*(61), 504-515.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2566). *เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 2/2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างวันที่21-23 มิถุนายน 2566. สืบค้นเมื่อ 13 มกราคม 2566 จาก* https://www.chiangmaihealth.go.th/document/230616168691802732.pdf.

องค์การบริหารส่วนตำบลดอนแก้ว. (2566). *แผนพัฒนาท้องถิ่น (พ.ศ. 2566-2570).* สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2565 จาก http://donkaewlocal.go.th/web2018/wp-content/uploads/2022/04.

Bengtson, V. L., & Settersten, R. A., Jr. (Eds.). (2016). *Handbook of theories of aging (3rd ed.)*. New York: Springer Publishing Company.

Desai, J. P. & Nair, R. U. (2023). Oral health factors related to rapid oral health deterioration among older adults: A narrative review. *Journal of Clinical Medicine, 12*(9), 3202. https://doi.org/10.3390/jcm12093202

Fulmer, T., Reuben, D. B., Auerbach, J., Fick, D. M., Galambos, C., & Johnson, K. S. (2021). Actualizing better health and health care for older adults: Commentary describes six vital directions to improve the care and quality of life for all older Americans. *Health Affairs, 40*(2), 219-225. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01470

Heidegger, M. (1962). *Being and time*. In J. Macquarrie, & E. Robinson, (Trans.), New York: Harper & Row.

Heidegger, M. (2024). *Introduction to philosophy*. Bloomington: Indiana University Press.

Kassis, A., et al. (2023). Nutritional and lifestyle management of the aging journey: A narrative review. *Frontiers in Nutrition, 9*, 1087505. https://doi.org/10.3389/fnut.2022.1087505

Keisari, S., Palgi, Y., Yaniv, D., & Gesser-Edelsburg, A. (2022). Participation in life-review playback theater enhances mental health of community-dwelling older adults: A randomized controlled trial. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts, 16*(2), 302. https://doi.org/10.1037/aca0000354

Kemathad, C. (2023). Care burden of family caregivers of elderly relatives with breast cancer in the Asian culture: Integrative review. *Jurnal Keperawatan Indonesia, 26*(1), 1-10. https://doi.org/10.7454/jki.v26i1.2489

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Newcastle: Sage.

Naylor, J., Johnstone, A. M., & Myint, P. K. (2024). Time for a re-think? The rationale for multi-component intervention to prevent malnutrition in at-risk community-dwelling older adults. *Geriatrics (Basel, Switzerland), 9*(5), 124. https://doi.org/10.3390/geriatrics9050124

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. NJ: Prentice Hall.

Powell, J. L. (2006). *Social theory and aging*. Maryland: Rowman & Littlefield.

Squire, C. M., Giombi, K. C., Rupert, D. J., Amoozegar, J., & Williams, P. (2024). Determining an appropriate sample size for qualitative interviews to achieve true and near code saturation: Secondary analysis of data. *Journal of Clinical and Translational Science, 8*, e71. https://doi.org/10.1017/cts.2024.71

Valenzuela, P. L., et al. (2019). Physical exercise in the oldest old. *Comprehensive Physiology, 9*(4), 1281-1304. https://doi.org/10.1002/cphy.c190002

Wenger, G. C. (2021). *The supportive network: Coping with old age*. Milton Park: Routledge.

World Health Organization. (2020). *UN decade of healthy ageing: Plan of action 2021-2030*. Retrieved December, 2024 from https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900.

Zhou, W., Zhang, L., Wang, T., Li, Q., & Jian, W. (2022). Influence of social distancing on physical activity among the middle-aged to older population: Evidence from the nationally representative survey in China. *Frontiers in Public Health, 10*, 958189. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.958189