

Wellbeing and Wellbeing Promotion Pattern of Older Adults in Suratthani Province, Thailand: Mixed Methods Research

Sureeporn Chumdaeng¹ Pilaiporn Sukcharoen¹ Jidapa Polruk¹

Extended Abstract

Thailand is currently entering an aging society. It is necessary to have an appropriate pattern for promoting the wellbeing of older adults, which will lead to a good quality of life. This mixed-methods research aimed to study wellbeing by using the activity ageing framework and wellbeing promotion patterns of older adults in Suratthani province, Thailand. The research was conducted in two phases, consisting of quantitative and qualitative research. The quantitative research was conducted in adults who were aged 60 years and older in Khunthale subdistrict, Mueang district, Suratthani province, Thailand. Volunteers were selected by a stratified random sampling technique. A wellbeing questionnaire was used to collect data from 929 participants. Three experts validated the content of the questionnaires and examined it for reliability, yielding a Cronbach's alpha coefficient of 0.78. Data were analyzed using descriptive statistics. For the qualitative research, key informants were selected by purposive sampling from a sample of older adults who participated in the quantitative research. Data were collected

during the qualitative research using focus group discussion and analyzed using content analysis.

According to the active ageing framework health dimension, the first dimension is health condition. The results showed that older adults perceived their wellbeing as moderate (37.8%). Health information provided by older adults in terms of disease and illness within 6 months revealed that most of them had hypertension and vision problems (35.7% and 35.8%, respectively). The Barthel Activities of Daily Living (ADL) demonstrated that one third of the older adults did not have dependency (46.2%). Regarding mental health, based on the outcome of the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) test, 1.1% were moderately depressed and most of the older adults had no depression (95.2%). Moreover, the Mini Mental State Examination (MMSE) found that most of them (98.1%) did not have dementia. In the second dimension (security dimension), most of them were living with their spouse, and their offspring played a major role in their living security and financial support (68.4%). With regards

to community participation in the older adults, it was found that half of them participated in religious activities (54.1%) and occasionally participated in community activities (42.8%).

A study of wellbeing promotion patterns of older adults found that they had a holistic pattern, including 1.) a pattern of physical wellbeing promotion consisting of choosing a healthy diet, sufficient exercise, adequate rest and sleep, and a balanced system within their body; 2.) a pattern of mental wellbeing promotion, including good mental strength in health care, proper mood management and satisfactory current life; 3.) a pattern of social wellbeing promotion, consisting of good interaction with others and society, sharing

and not engaging others, and participating in community activities; and 4.) a pattern of spiritual well-being promotion, including understanding the principles of birth, old age, illness and death, understanding religious principles, keeping precepts and being happy when others are good.

This study can be used as a guideline for health care units to plan a health promotion management model, in addition to being used as a guideline for educating the general public to prepare for older adulthood in order to promote healthy aging.

Keywords: Wellbeing promotion pattern, Older adults, Mixed methods research

บทนำ

ในปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ด้วยการมีสัดส่วนประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด โดยในปี พ.ศ. 2564 จะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นถึง 14 ล้านคน หรือร้อยละ 20¹ เมื่อวิเคราะห์แนวโน้มของสถานการณ์ข้างต้นพบว่า สังคมสูงอายุจะส่งผลกระทบต่อสู่การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะครอบครัวขนาดเล็ก และจำนวนสมาชิกน้อยอาจทำให้ขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุ และไม่เพียงพอกับความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้น² และผลกระทบระยะยาวที่อาจเกิดขึ้น คือ รัฐบาลต้องใช้จ่ายเงินทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเพื่อนำมาบริหารจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การเพิ่มการผลิตบุคลากรทางด้านสุขภาพ การเพิ่มการจัดบริการทางด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการเพิ่มระบบการสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุ ข้อมูลข้างต้นจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ครอบครัว ชุมชน และรัฐบาลต้องแก้ปัญหาร่วมกัน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามจากการที่บุคคลได้ก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุและต้องเผชิญกับความเสื่อมถอยของร่างกาย ทั้งปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรัง โรคประจำตัว^{3,4} และความพิการต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากความเสื่อมของร่างกาย ผลที่ตามมา คือ ปัญหาด้านการเงินและค่าใช้จ่ายจากการที่ผู้สูงอายุมีความสามารถด้านการทำงานที่ลดลง⁵ ผู้สูงอายุเกือบทุกรายจึงต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ⁶ หน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจึงควรดำเนินการแก้ไขปัญหาต่างๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง มีแนวโน้มในการพึ่งพาผู้อื่นลดลง และมีความสุขในการใช้ชีวิต⁷

สำหรับแนวคิดสำคัญที่สามารถช่วยพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้แก่ แนวคิดพุดมพลัง (Active ageing) แนวคิดนี้เป็นกระบวนการที่นำไปสู่การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม เกิดศักยภาพในการดูแลตนเอง และกลายเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่าและมีพลัง⁸ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) สุขภาพ การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้ง 4 ด้าน 2) การมีหลักประกันด้านความมั่นคงและปลอดภัย และ 3) การมีส่วนร่วมภายในครอบครัว ชุมชน และสังคม ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ตามลัทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน การศึกษาวิจัยนี้ได้นำกรอบแนวคิดดังกล่าวมาปรับใช้ในการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 3 ด้าน ทั้งด้านสุขภาพ การมีหลักประกันความมั่นคง และการมีส่วนร่วม ซึ่งผลของการประเมินประเด็นทางสุขภาพตามกรอบแนวคิดดังกล่าวสามารถที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนตำบลขุนทะเล ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณค่า และใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข⁶

เมื่อคณะผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนและสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ปี พ.ศ. 2558 จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีประชากรทั้งหมด 987,600 คน โดยเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 135,800 คน อัตราผู้สูงอายุ 13.8%⁹ ต่อมาปี พ.ศ. 2563 กลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นถึง 162,300 คน อัตราผู้สูงอายุ 16.0% และคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุของจังหวัดสุราษฎร์ธานีในปี พ.ศ. 2573

มีผู้สูงอายุ 233,500 คน อัตราผู้สูงอายุ 22.4% โดยเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 17,626 คน และเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้ 1,163 คน¹⁰ พื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นพื้นที่ในการบริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และเป็นพื้นที่ที่มีประชากรส่วนใหญ่ คือ ประมาณร้อยละ 90 เป็นชาวไทยพุทธ กำลังอยู่ในระหว่างการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุทั้งในสถานบริการและในชุมชน⁹ จากสถิติข้อมูลประชากรของพื้นที่นี้พบว่า ร้อยละ 12.8 ของประชากรทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งบ่งชี้ว่าชุมชนแห่งนี้ได้เข้าสู่สังคมสูงอายุมาในระยะหนึ่งแล้ว แต่ยังไม่มีความพร้อมพื้นฐานที่แสดงถึงสภาวะของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมในทุกมิติ ดังนั้น การศึกษาสภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน โดยเลือกกรณีศึกษาในพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างรอบด้านและสมคูล ไม่มุ่งแก้ปัญหาเพียงมิติใดมิติหนึ่ง การวิจัยนี้มุ่งที่จะศึกษาสภาวะของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลขุนทะเล เพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุอย่างเหมาะสม และเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาวะและรูปแบบการสร้างเสริมสภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยพหุวิธี ชนิดเริ่มต้นด้วยการวิจัยเชิงปริมาณและตามด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ (Explanatory sequential design) โดยระยะแรกเป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษา

สภาวะของผู้สูงอายุผ่านมุมมองตามแนวคิดพหุพลัง และระยะที่สองเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสภาวะของผู้สูงอายุ

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งมีทั้งหมด 10 หมู่บ้าน จำนวน 2,759 คน และกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) แล้วสุ่มอย่างง่าย เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างและประชากรแต่ละหมู่บ้าน โดยใช้สูตรคำนวณ $n_0 = 1.96 \times 1.96 \times p \times (1-p) / d$ จากนั้นจึงคำนวณจำนวนขนาดตัวอย่างที่ต้องการภายใต้จำนวนประชากร (n) = $n_0 \times N / (n_0 + N - 1)$ โดย n_0 = จำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณแบบไม่ทราบจำนวนประชากร และ N = จำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดที่มี โดยกำหนดให้ค่าความชุกของตัวแปร (p) = 0.2 ค่าความคลาดเคลื่อน (d) = 0.05 โดยคิดจากสูตรที่ทราบจำนวนประชากรรวม 2,759 คน ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 929 คน

กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คือ ผู้สูงอายุทั้งภาวะปกติและที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีการรับรู้ปกติ สามารถพูดคุยสื่อสารและเขียนอ่านภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 929 คน เกณฑ์คัดออก คือ ในระหว่างเก็บข้อมูลผู้สูงอายุมีอาการหรือการเจ็บป่วยที่รุนแรง และปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ คือ ผู้ให้ข้อมูลหลัก ถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี อย่างน้อย 5 ปี มีการรับรู้ปกติ สามารถพูดคุยสื่อสาร และเขียนอ่านภาษาไทยได้ และไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสมองและระบบประสาท และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 12 คน เกณฑ์คัดออกคือ ในระหว่างเก็บข้อมูลผู้สูงอายุมีอาการหรือการเจ็บป่วยที่รุนแรง และปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) การวิจัยเชิงปริมาณ: แบบสอบถามสุขภาวะของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนา ปรับปรุงจากกรอบแนวคิด พดพพลัง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพ แบบสอบถามข้อมูลด้านหลักประกันความมั่นคง และแบบสอบถามข้อมูลด้านการมีส่วนร่วม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ และด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.89 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.78

2) การวิจัยเชิงคุณภาพ: แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง จำนวน 4 ข้อ เช่น “การสร้างเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุในมุมมองของท่าน คืออะไร หมายความว่าอย่างไร” เครื่องบันทึกเสียง และผู้วิจัย

เทคนิคและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลต่อนายแพทย์สาธารณสุขสุราษฎร์ธานี และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนิคมสร้างตนเอง ตำบลขุนทะเล

อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2. ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือและให้ความยินยอมในแบบพิทักษ์สิทธิ์

3. หลังจากได้รับอนุญาต ดำเนินการเก็บข้อมูลสุขภาวะของผู้สูงอายุ สัมภาษณ์ผู้สูงอายุโดยใช้แบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที

4. เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนก่อนออกจากพื้นที่

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มตามแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง หากพบว่าบทสนทนากลุ่มไม่สมบูรณ์ ให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตอบเพิ่มเติมทางโทรศัพท์จนสมบูรณ์

2. ถอดเทป ลงรหัสข้อมูล ตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของข้อมูลโดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ด้วยผู้วิจัยมากกว่า 2 คน ทำการวิเคราะห์ อธิบาย เปรียบเทียบความเหมือนหรือความต่างของข้อมูล คุณลักษณะ (Theme) ที่ค้นพบ¹¹

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้านข้อมูลสุขภาวะของผู้สูงอายุด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพด้านรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)¹¹ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การเข้ารหัส (Coding) การจัดทำรูปแบบหรือแผนภาพความสัมพันธ์ การจัดการข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เอกสารรับรองเลขที่ SRU.2019_029 วันที่ 4 ธันวาคม 2562

ผลการศึกษา

สุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.9 อยู่ในกลุ่มช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 34.3 อายุเฉลี่ย 72.8 ปี (SD = 6.9, Min = 60, Max = 102) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 49.4 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 31.1 มีรายได้เหลือเก็บ ร้อยละ 67.9 และใช้สิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 82.0

ข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลด้านการมีหลักประกันความมั่นคง และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่

มีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.8 เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 35.7 และพบปัญหาเรื่องการมองเห็นมากที่สุด ร้อยละ 35.8 ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะพึ่งพา ร้อยละ 46.2 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 95.2 และร้อยละ 98.0 ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่คู่สมรสของผู้สูงอายุยังมีชีวิตอยู่ ร้อยละ 68.4 แหล่งการช่วยเหลือด้านการเงินของผู้สูงอายุ ได้แก่ บุตร ร้อยละ 53.9 รองลงมา คือ รัฐบาลหรือชุมชน ร้อยละ 47.3 นอกจากนี้ยังเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 54.1 และเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนเป็นบางครั้ง ร้อยละ 42.8 (Table 1)

Table 1 Number and percentage of sample by health information and participation (n = 929)

Health information	n	%
Self-awareness of health status		
Good	286	30.8
Moderate	351	37.8
Bad	292	31.4
History and illness within 6 months		
Hypertension	332	35.7
Diabetes	265	28.5
Heart disease	63	6.8
Other (gout, dementia, cancer)	113	11.7
Common problems within 6 months		
Vision problems	321	35.8
Memory loss problems	244	26.3
Hearing problems	219	23.6
Other (fall, constipation, sleeping problem)	185	19.9

Table 1 Number and percentage of sample by health information and participation (n = 929)
(cont.)

Health information	n	%
Barthel Activities of Daily Living: ADL		
Total dependency (0-4 points)	9	1.0
High reliance (5-8 points)	102	11.0
Moderate dependency (9-11 points)	389	41.9
No dependency (12 points or more)	429	46.2
Lawton Instrumental Activities of Daily Living: (IADL)		
Walking or moving outside	647	69.6
Changing money	491	52.9
House cleaning, clothes laundering	445	47.9
Cooking and preparing food	346	37.2
Thai Geriatric Depression Scale: TGDS		
No depression (0-12 points)	894	95.2
Slight depression (13-18 points)	25	2.7
Moderate depression (19-24 points)	10	1.1
Severe depression (25-30 points)	0	0.0
Mini-Mental State Examination: MMSE		
Without	911	98.1
With	18	1.9
Frequent participation in religious activities		
Join	503	54.1
Never join	426	45.9
Participating in community activities		
Never	285	30.7
Sometimes	398	42.8
Often	246	26.5

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเป็นรูปแบบกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นประจำ เพื่อที่จะทำให้มีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง จิตใจที่เป็นสุข ผ่อนคลาย สามารถอยู่ร่วมกันด้วยดีในครอบครัว และในชุมชน และทำให้มีความสุขอันประเสริฐ เข้าถึงความจริงทั้งหมด ลดละความเห็นแก่ตัว มุ่งเข้าถึงความดี

1. การสร้างเสริมสุขภาพทางกาย

การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เชื่อว่าการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัย และโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ หลีกเลี่ยง และควบคุมการรับประทานจะทำให้มีสุขภาพกายที่ดี

“อย่างป่าเป็นเบาหวาน ความดัน ไขมัน เกาต์ แต่ป่าก็ดูแลตัวเองให้มีสุขภาพดี หลีกเลี่ยงอาหารเค็ม ลดของหวานๆ ไม่กินอาหารที่ทำให้โรคเป็นเพิ่มขึ้น ก็ควบคุมหวานมันเค็มไว้ ลดเครื่องในสัตว์” (ID2)

การออกกำลังกายที่พอเพียง ผู้สูงอายุอยู่ในวัยที่ร่างกายเสื่อมถอย ศักยภาพในการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ ลดลง ร่วมกับการมีโรคประจำตัว แต่ผู้สูงอายุเชื่อว่าการออกกำลังกายเป็นประจำ และเหมาะสมกับตนเอง จะทำให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

“เกิดปัญหาสุขภาพ เป็นไขมัน มันอ้วน อึดอัด น้ำหนักตัวมาก ไขมันมาก เหนื่อยไว ไม่ค่อยมีแรง พอออกกำลังกายทุกวัน เดินรอบๆ บ้านทุกวัน ร่างกายแข็งแรงมันกระชับ อะไรๆ รู้สึกคล่องตัว คล่องแคล่วว่องไว” (ID7)

การพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอ ผู้สูงอายุ

ให้ความสำคัญกับการพักผ่อน นอนหลับ โดยการนอนหลับที่เพียงพอจะทำให้ร่างกายแข็งแรง สบายตัว ไม่อ่อนเพลีย ไม่ปวดหัว มีแรง สดชื่น อารมณ์ดี

“มีผลอย่างมากเลยนะ ถ้าหากว่าเราพักผ่อนไม่พอนี้ เราจะเพลีย จะไม่สบาย รู้สึกว่าเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ... จะนอนมากน้อย แต่อยู่ที่ว่าได้หลับสนิท และพักผ่อน เราตื่นมาจะสดชื่นทันที” (ID12)

2. การสร้างเสริมสุขภาพทางจิตใจ

การมีพลังใจดีในการดูแลสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุมุ่งเน้นให้ตนเองมีพลังใจที่ดีในการดูแลสุขภาพตัวเองทั้งภาวะปกติและภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวหรือเรื้อรัง โดยต้องมีจิตใจเข้มแข็ง เข้าใจในปัญหาสุขภาพของตนเอง ทำตนเองให้มีความสบายใจ ไม่เครียด หรือคิดมาก

“อยู่ที่ใจของคนที่มีโรคประจำตัว ป้าเองมีโรคประจำตัวแต่ป่าไม่เคยเอาโรคตรงนั้นมาเป็นปมด้อยของป่า เราต้องทำตัวให้กระฉับกระเฉง พยายามทำให้สบาย ให้เข้มแข็ง แข็งแรง” (ID1)

การจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม จะช่วยสร้างเสริมสุขภาพทางด้านจิตใจ เป็นการพัฒนาตนเองให้มีความสามารถทางอารมณ์ที่มีความจำเป็นในการใช้ชีวิต และส่งผลต่อความสำเร็จในชีวิต

“แล้วก็อีกอย่างคนเราถ้าจะให้ร่างกายดี จิตใจก็ต้องแจ่มใส อย่าเครียด สิ่งที่เราเครียดพอมิเรื่องเข้ามา อากาของเรามันจะเกิดขึ้น ร่างกายจะเปลี่ยนแปลง เราก็อาจเป็นโรคฆ่าตัวเอง โรคซึมเศร้า มันไม่ดีกับเราเลยนะ” (ID3)

การพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เป็นความรู้สึกที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีชีวิตที่สมบูรณ์ มีความเป็นอยู่ที่สุขสบาย ไม่ลำบาก มีเงินทองใช้จ่ายอย่างพอเพียง พอใจที่ได้ทำหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์

“ป่าโชคดีที่ป่าไม่มีอะไรมาทำให้ไม่สบายใจ ก็ดีตรงนี้อย่างนี้ ไม่ว่าฐานะครอบครัวก็โอเคแล้ว มีเงินใช้จากเงินบำนาญ ลูกก็ให้เงินใช้ ลูกมีครอบครัวหมดแล้ว ไม่ต้องห่วงอะไร ปารู้สึกว่าป่าโชคดีนะที่สมบูรณ์ตรงนี้” (ID8)

3. การสร้างเสริมสุขภาพทางสังคม

การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น และสังคม
เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะใช้เวลาส่วนใหญ่กับการพบปะพูดคุยกับเพื่อนหรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขสบายใจ ร่าเริง แจ่มใส

“คือเราต้องรู้ว่าเราเป็นคนยังไง... เราได้เข้าไปพบปะกับคนอื่น ได้ไปเจอกัน พูดคุย เธอเป็นอะไรมันได้สอบถามคนอื่น แค่นั้นก็ทำให้เรามีความสุขแล้ว” (ID1)

การช่วยเหลือ และแบ่งปันต่อผู้อื่น ผู้สูงอายุได้เห็นประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพผ่านทางความสามารถที่ตนเองมีในการช่วยเหลือบุคคลอื่นๆ ในสังคมหรือในครอบครัว โดยนำประสบการณ์ที่ตนเองได้รับ หรือสะสมมาถ่ายทอดให้ผู้อื่นทราบ โดยมุ่งหวังให้สุขภาพดีเช่นเดียวกับตนเอง

“ทุกวันนี้เรามาเป็น อสม. มาอยู่เวร มาช่วยวัดความดัน พูดคุย ถามไถ่กัน พอเราได้มาทำตรงนี้แล้วเราสบายใจ ได้ไปช่วยเหลือเขา ได้เป็น Care giver ได้ไปช่วยเช็คความดัน น้ำตาล ใครเป็นแผลกดทับ เราไปทำให้” (ID2)

การมีส่วนร่วมการทำกิจกรรมในชุมชน
ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมทำกิจกรรมหรือทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน ในรูปแบบอาสาสมัคร หรือการเข้าไปเป็นสมาชิกของชมรมด้วยความสมัครใจที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำงานให้สำเร็จลุล่วง โดยไม่มุ่งหวังสิ่งตอบแทน ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเชื่อว่าจะช่วยสร้างเสริมสุขภาพทางสังคม

“ป่าช่วยเหลือทางชุมชน วัด เป็นกรรมการทอดกฐิน ก็หาเงินมาเข้าวัด หรืออะไรพวกนั้นนะ” (ID8)

“ช่วยเหลือสังคมนี้ งานวัด งานอะไรต่างๆ ก็เข้าไปช่วย มีคนมาขอหรือไม่ขอก็เข้าไปช่วย” (ID9)

4. การสร้างเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณ

การเข้าใจหลักการเกิด แก่ เจ็บ ตาย
ผู้สูงอายุได้อธิบายว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ การยอมรับสภาพของตนเอง โดยการทำความเข้าใจยอมรับกับโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ ปล่อยวาง ปลงกับชีวิตที่มีอายุมาก

“เราต้องปล่อยวาง คิดมากไปก็ไม่หายอยู่ดี เกิดมาก็ต้องตายกันทุกคน เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดา ไม่มีใครหนีมันพ้นหรอก ถึงเวลาก็ต้องทำใจจะเป็นอะไรก็ช่างมันเถอะ บ้าปล่อยวางแล้ว เราไม่ใช่สาว ๆ ที่จะต้องอยู่อีกสิบปีสิบปี คิดเสียพรรคนี้ คนเราเกิดมาก็ต้องเจ็บป่วย ตายเป็นธรรมดาแหละ” (ID10)

การเข้าใจหลักธรรมของศาสนา การรักษาศีล
ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับการดูแลในทางจิตวิญญาณว่าเป็นส่วนหนึ่งของการทำให้สุขภาพหรือสุขภาพที่ดีได้ ซึ่งการเข้าใจหลักธรรมของศาสนา การรักษาศีลจะเป็นรูปแบบหนึ่งของการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณ

“จะสร้างกุศล กุศลนี้ก็คือบุญ บุญก็คือความดี ความดีก็สร้างตามหลักธรรมของพระพุทธเจ้า บุญหรือความดีนี้ ตามคำสอนของพระพุทธเจ้า มีทาน ศีล ภาวนา... แล้วมีการฟังธรรม รักษาศีล แล้วข้อสุดท้ายที่สำคัญก็คือพยายามทำความเข้าใจของเราให้ถูกต้อง” (ID9)

การยินดีเมื่อผู้อื่นได้ดี ผู้สูงอายุเชื่อว่าการยินดีเมื่อผู้อื่นได้ดี จะเป็นการปฏิบัติที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาพทางด้านจิตวิญญาณโดยมีความปรารถนาให้ผู้อื่น

มีความสุขความเจริญ ไม่มีจิตใจริษยา เมื่อเห็นผู้อื่น ได้ดีกว่าตน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสุขในชีวิตที่ได้ เห็นลูกหลานประสบความสำเร็จในชีวิต

“หลานเพิ่งเรียนจบ มีงานที่มั่นคงทำ เราก็ ดีใจกับเขาด้วย อยากให้ลูกหลานมีความสุข ความเจริญ กันทุกคน เพื่อนคนไหนที่ยังแข็งแรง ไม่เจ็บไม่ไข้ เดินได้ กระฉับกระเฉง เราก็นินดี ดีใจกับเขา ไม่ได้คิดอิจฉา ริษยาเขาณะ” (ID12)

อภิปรายผลการวิจัย

สภาวะของผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาข้อมูลผ่านมุมมองแนวคิดพดพดลซึ่งประกอบด้วย 3 เสาหลัก ได้แก่ สุขภาพ การมีหลักประกัน ความมั่นคง และการมีส่วนร่วม สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ด้านสุขภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในตำบลขุนทะเล สอดคล้องกับผลสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2562 ดำเนินการโดยกรมกิจการผู้สูงอายุ (ผส.) สังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์¹² ที่พบว่า ผู้สูงอายุในภาคใต้เป็นเพศหญิง อยู่ในกลุ่มช่วงอายุ 60-69 ปี เป็นผู้สูงอายุวัยต้นมากที่สุด และมีอายุเฉลี่ย 77 ปี ร้อยละ 62.9 เป็นผู้ที่มิสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 31.1 ซึ่งแตกต่างกับผลการสำรวจเกี่ยวกับการทำงานในระหว่าง 7 วัน ก่อนวันสัมภาษณ์ โดยในปี 2560 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 35.1 ยังคงทำงานอยู่ ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลขุนทะเลสอดคล้องกับรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 43.2 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพ

ปานกลาง¹² และเมื่อเปรียบเทียบกับชุมชนตำบลชุมพล พบลักษณะของการเป็นโรคและการเจ็บป่วยภายใน 6 เดือนใกล้เคียงกัน แต่พบว่าความชุกของโรคที่พบในชุมชนตำบลขุนทะเลมีขนาดของความชุกน้อยกว่าที่พบในชุมชนตำบลชุมพล⁷ นอกจากนี้ปัญหาที่พบบ่อย 3 อันดับแรก ภายใน 6 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับบริบทสุขภาพในตำบลชุมพลพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ 3 อันดับแรกที่พบบ่อยมีความเหมือนกัน ได้แก่ การมองเห็น สูญเสียความทรงจำ และปัญหาเรื่องการได้ยิน และลำดับที่ที่มีความเหมือนกัน⁷ แต่อย่างไรก็ตามจากข้อมูลด้านความสามารถเชิงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในงานวิจัยไม่มีภาวะพึ่งพา ร้อยละ 46.2 อธิบายได้ว่าประชากรผู้สูงอายุ 929 คน จะมีผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพา 111 คน อาจเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุช่วงใหญ่สามารถใช้ตัวเลขนี้ในการประมาณการทรัพยากรเพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ และเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งแตกต่างกับชุมชนตำบลชุมพล ซึ่งมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 1 ที่ต้องการพึ่งพาตั้งแต่ระดับสูงจนถึงพึ่งพาทั้งหมด⁷

สำหรับข้อมูลด้านสุขภาพจิตพบว่า สอดคล้องกับการศึกษาในชุมชนตำบลชุมพล อาจเป็นไปได้ว่าชุมชนที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นชุมชนพุทธ ซึ่งมีความผูกพันภายในครอบครัวและชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือทอดทิ้ง และผู้สูงอายุในงานวิจัยมีเพียงร้อยละ 1.9 ที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งพบว่าเป็นอัตราที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับงานวิจัยที่ศึกษาในบริบทชุมชนตำบลชุมพล พบภาวะสมองเสื่อมในสัดส่วน 1 ใน 5 ของประชากร คือ ร้อยละ 21.6⁷ และชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 3.2^{13,14} จึงอาจสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มของการพึ่งพาในอนาคต

เพิ่มสูงขึ้น หน่วยงานของรัฐบาล และผู้เกี่ยวข้องควรหากระบวนการบริหารจัดการเพื่อดูแลกลุ่มผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การสร้างเสริมสุขภาพทางกาย ได้แก่ การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่พอเพียง การพักผ่อนที่เพียงพอ และการมีระบบการทำงานภายในร่างกายที่สมดุลสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา คือ การสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุจะต้องประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้นผักผลไม้ เนื้อสัตว์ที่มีไขมันน้อย งดรับประทานอาหารรสจัด รับประทานอาหารให้ถูกหลัก เหมาะสมกับสุขภาพและโรคประจำตัว ดื่มน้ำสะอาดอย่างพอดี การมีกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องทุกวัน นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ เพื่อทำให้เกิดสุขภาพด้านร่างกายที่แข็งแรง^{15,16}

การสร้างเสริมสุขภาพทางจิตใจ วัยสูงอายุเป็นช่วงชีวิตที่ผ่านประสบการณ์มากก่อนแล้ว โดยธรรมชาติของมนุษย์ย่อมพบทั้งความสุขและความทุกข์ ซึ่งทั้งสองสิ่งนี้ทำให้นักคนมีความเข้มแข็งและปรับตัวยอมรับความไม่คงที่ของสิ่งต่างๆ รอบตัวได้ การที่ผู้สูงอายุทำใจยอมรับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตได้ดี จะช่วยคลายความเครียดจากการพลัดพรากที่อาจพบได้ในช่วงวัยนี้¹⁷ นอกจากนี้ชุมชนในตำบลขุนทะเล มีแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพจิต คือ วัด ซึ่งเป็นสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมด้านจิตใจ การปฏิบัติธรรมเป็นประจำส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าใจในวัฏสงสารของชีวิต และสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตได้ดี¹⁸ และแนวทางการดำเนินชีวิตตามองค์ประกอบของสุขภาพทางจิตทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) การยอมรับตนเอง 2) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น 3) ความเป็นตัวของตัวเอง 4) ความสามารถในการจัดการกับ

สิ่งแวดล้อม 5) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และ 6) การเจริญเติบโตของความเป็นบุคคล¹⁹

การสร้างเสริมสุขภาพทางสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อธิบายว่า การจะเป็นผู้สูงอายุที่มีการสูงวัยอย่างมีสุขภาพทางสังคมต้องมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น และสังคม การแบ่งปันและไม่เบียดเบียนผู้อื่น และการมีส่วนร่วมการทำกิจกรรมในชุมชน สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์ ได้รับการยอมรับ และยกย่องจากบุคคลอื่น อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุจะรู้สึกมีความสุขและมีคุณค่าถ้าผู้สูงอายุมีทักษะทางสังคมในระดับสูง เช่น การมีปฏิสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น เพื่อนบ้านวัยเดียวกันและต่างวัย เป็นผู้ถ่ายทอดขนบธรรมเนียมประเพณี ชัดเจนทางสังคมให้แก่บุคคลรุ่นหลัง และปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้แก่ การมีความสามารถในการทำประโยชน์แก่คนในครัวเรือน การทำประโยชน์ให้แก่ชุมชนหรือสังคม การแบ่งปัน และช่วยเหลือผู้อื่น และการมีส่วนร่วมการทำกิจกรรมในชุมชน^{20,21}

การสร้างเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุอธิบายรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณด้วยการเข้าใจหลักการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เข้าใจหลักธรรมของศาสนา การรักษาศีล และยินดีเมื่อบุตรหลานและผู้อื่นได้ดี ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ โดยที่สุขภาพทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุเป็นความรู้สึกถึงความต่อเนื่องอย่างกลมกลืนระหว่างตนเองกับผู้อื่น ธรรมชาติ และสิ่งนอกเหนือตนเอง อันเป็นภาวะที่ลื่นไหลของความทุกข์หรือการบีบคั้นทางกาย จิต สังคม และปัญญา จนสามารถแสดงความพึงพอใจ หรือชื่นชมในประสบการณ์ของตนและมีความสุขในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ได้ตามปกติ การเสริมสร้างสุขภาพทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักพระพุทธศาสนา

ทำให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาตนเองให้มีความเข้มแข็ง มีพลังใจในการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย มีความสุขสงบ มีสติ ดังนั้น การสนับสนุนการปฏิบัติตามหลักพระพุทธศาสนามีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุค้นหาความหมายของจิตวิญญาณทำให้มีสุขภาวะทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้นในทุกด้าน²²

สรุป

ผลการศึกษาด้านสุขภาวะของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานีพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง เป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีปัญหาการมองเห็นมากที่สุด ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะฟุ้งฟาง ไม่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้สูงอายุมีรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรที่มีสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้สำหรับบุคคลทั่วไป และจัดหลักสูตรการเรียนการสอนในทุกๆระดับให้นักศึกษาพยาบาล 2) ควรศึกษาผลของการนำรูปแบบการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ และประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาวะในผู้สูงอายุในการจัดการดูแลตนเองต่อไป และ 3) ควรมีการศึกษาในเรื่องการดูแล

ตนเอง การดูแลของครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งเขตชุมชนเมือง ชนบท และชุมชนกึ่งเมือง กึ่งชนบท และควรรักษาในกลุ่มที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุมุสลิม กลุ่มผู้ป่วย เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย และขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ยิ่งแก่งานวิจัยนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

สุรีพร ชุมแดง และพิไลพร สุขเจริญ ออกแบบกระบวนการวิจัย; สุรีพร ชุมแดง ให้คำปรึกษาและร่วมตรวจสอบสถิติ; สุรีพร ชุมแดง, พิไลพร สุขเจริญ และจิตภา พลรักษ์ เก็บรวบรวมข้อมูล; สุรีพร ชุมแดง วิเคราะห์ผลและเขียนร่างบทความ; ผู้นิพนธ์ทุกคนอ่านและตรวจสอบบทความก่อนส่งตีพิมพ์

แหล่งทุน

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ด้วยงบประมาณเงินรายได้ ประจำปี 2562

ผลประโยชน์ทับซ้อน

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

References

1. The Elderly Promotion and Protection Office. Handbook for protecting the life of the elderly. Bangkok: The Office of the National Buddhism Office; 2013. (In Thai)
2. The Secretariat of the House of Representatives Office. Elderly society and the driving of the Thai economy 2018. Available from https://library2parliament.go.th/ejournal/content__af/2561/jul2561-1.pdf, accessed February 9, 2020.
3. Poonpiam K, Satsat S. Factors related to quality of life in health of the elderly with retinal degeneration from age. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2016; 18(2): 382-92. (In Thai)
4. Cinotti E, Perrot JL, Labeille B, Biron AC, Vierkotter A, Heusele C, et al. Skin tumors and skin aging in 209 French elderly people: the PROOF study. *Eur J Dermatol* 2016; 26(5): 470-6.
5. Bashkirevaa AS, Kachanb YY, Kulapinad ME. Psychophysiological markers of accelerated aging in working-age people exposed to occupational hazards communication I. Age-related changes in short-term memory advances in gerontology. *Adv Gerontol* 2015; 5(4): 283-9.
6. Chan C, Liang J. Active aging: policy framework and applications to promote older adult participation in Hong Kong. *Ageing Int* 2013; 38: 28-42.
7. Rattanamongkolgul D, Rattanamongkolgul S, Hansakul A, Saengsawang N, Lertwongpaopun W, Wattanawilai C, et al. The integrative model development of community preparation towards ageing society: a concept of 3 pillars, 3 generations, and 3 partnerships. *Journal of Health Science Research* 2017; 11(2): 116-22. (In Thai)
8. World Health Organization. Active ageing a policy framework 2018. Available from https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/, accessed December 10, 2019.
9. Suratthani Provincial Statistical Office. Suratthani provincial statistical report 2017. Available from https://surat.nso.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=342&Itemid, accessed March 4, 2020.
10. Matichon Online. Hold a special forum for “Live single, elderly, strong heart 2017”. Available from <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=26898>, accessed January 18, 2020.
11. Creswell JW. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE; 2013.
12. National Statistical Office. Situation of the Thai elderly 2018. Available from https://file:///C:/Users/UNS_CT/Downloads/Thai Elderly2018_FINAL_ONEPAGE.pdf, accessed May 25, 2020.

13. Samruamchit K, Lagampan S, Amnatsatsue K. Effects of a brain function promoting program on cognitive function and dementia prevention behaviors for older adults. *Journal of Health and Nursing Research* 2019; 35(3): 34-45. (In Thai)
14. Seangpraw K, Auttama N, Tonchoy P, Pudpong S. Model development of community participation in holistic health promotion for the elderly in a rural area, Phayao province. *Journal of Public Health* 2018; 48(2): 113-26. (In Thai)
15. Sinchaiwanichakul C, Kespichayawattana J. Factors related to healthy aging among the older persons in community-dwelling of Bangkok metropolitan. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2018; 19(1): 100-9. (In Thai)
16. Boon-on S, Phurinitat S, Kemako M, Samniang P, Choenram T. Elderly schools: health management and welfare for the elderly in the central region. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology* 2020; 5(1): 122-40. (In Thai)
17. Wongwisukul S, Sukcharoen P, Payomyong S. Community participation model of health promotion for the elderly in Bangphlat district, Bangkok metropolis. *SDU Research* 2017; 10(2): 153-74. (In Thai)
18. Wongpanarak N. Promoting mental well-being in the elderly society. *KKU Journal for Public Health Research* 2013; 6(2): 160-4. (In Thai)
19. Chaisaeng U, Chaisaeng N, Maranor L. Psychological well-being and perspectives on mental health promoting lifestyle among elderly in the center for quality of life development, Yala city municipality, Yala province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2020; 7(1): 306-18. (In Thai)
20. Urairat M, Sabaiying M. Self-esteem of the elderly: a case study of an elderly aid's foundation in Songkhla province. *Rusamilae Journal* 2017; 38(1): 29-44. (In Thai)
21. Prajansan S, Phimklat N, Chochu K, Termkhunthot F. Approaches for the developing the social well-being of the elderly in the Huai Chorakhae Mak stream area in Buriram province. *Journal of Research and Development* 2017; 9(2): 21-9. (In Thai)
22. Khemaweero W, Pattanasing T, Khankaew T, Khumtua K, Lapontan S. Enhancement of elderly people's spiritual well-being according to Buddhism doctrines. *Journal of MCU Peace Studies* 2017; 5(1): 78-88. (In Thai)

สุขภาพและรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี: การวิจัยผสานวิธี

สุรียพร ชุมแดง¹, พิไลพร สุขเจริญ¹, จิตาภา พลรักษ์¹

บทคัดย่อ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ จำเป็นต้องมีรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม วัตถุประสงค์การวิจัยนี้เพื่อศึกษาสุขภาพโดยผ่านมุมมองแนวคิดพฤติกรรมและรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ใช้วิธีการวิจัยผสานวิธี การวิจัยเชิงปริมาณศึกษาในประชากรผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 929 คน กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.8 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย การวิจัยเชิงคุณภาพผู้ให้ข้อมูลหลักถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยเชิงปริมาณตามแนวคิดพฤติกรรม คือ

1) ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ระดับปานกลาง เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีปัญหาการมองเห็น และไม่มีภาวะพึ่งพา 37.8%, 35.7%, 35.8% และ 46.2% ตามลำดับ ด้านสุขภาพจิตพบว่าผู้สูงอายุ 95.2% ไม่มีภาวะซึมเศร้า และ 98.1% ไม่มีภาวะสมองเสื่อม 2) ด้านหลักประกันความมั่นคง ผู้สูงอายุมีคู่สมรส และบุตรมีบทบาทสำคัญมากที่สุด 68.4% และ 52.9% และ 3) ด้านการมีส่วนร่วมกับชุมชน ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาและของชุมชนเป็นบางครั้ง 54.1% และ 42.8% ตามลำดับ ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่าผู้สูงอายุใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมคือ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ผลการวิจัยสามารถเป็นแนวทางเพื่อให้ทีมสุขภาพวางแผนรูปแบบการจัดการส่งเสริมสุขภาพและให้ความรู้สำหรับบุคคลทั่วไปในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: สุขภาพ, รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, การวิจัยผสานวิธี