

ประสบการณ์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง Health Promotion Experiences of Elders in An Urban Community

กัญชิตา เสริมสินสิริ, พย.ม., Kanchita Sermsinsiri, M.N.S.^{1*}

สิริกานจน์ กระจ่างโพธิ์, ปร.ด., Sirikan Krajangpho, Ph.D.²

สิริลักษณ์ ซื่อสัตย์, กศ.ด., Siriluk Suesat, Ed.D.³

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ

¹Nurses Senior Professional Level, Borommarajonani College of Nursing Nopparat Vajira

²อาจารย์ ดร., หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

²Instructor Ph.D., Head of Division of Adult and Gerontology Nursing, Faculty of Nursing,
Pathum Thani University

³อาจารย์ ดร., ประจำสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

³Instructor, Ph.D., Mental health and Psychiatric Field, Faculty of Nursing, Rajamangala
University of Technology Thunyaburi.

*Corresponding Author: kanchita@bcnnv.ac.th

Received: June 14, 2022

Revised: November 3, 2022

Accepted: December 7, 2022

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง และแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ เอ็ดมุนด์ ฮุสเซอร์ล ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองคัดเลือกตามเกณฑ์แบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และบันทึกเทป วิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาตามแนวคิดของ จีออจี

ผลการศึกษา พบว่า ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รวมถึงโรคที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังและปัญหาด้านจิตใจ โดยผู้สูงอายุรู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลง รู้สึกเหงาโดดเดี่ยว และว้าเหว่ แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเมือง ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ประกอบด้วย 1) การตรวจสุขภาพประจำปี 2) การปรุงอาหารที่เหมาะสมกับโรค 3) การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล 4) การผ่อนคลาย

ความเครียด โดยการฝึกสมาธิ 5) กิจกรรมสายสัมพันธ์ในครอบครัว 6) การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ และ 7) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

Abstract

This qualitative study aimed to examine health problems and health promotion experiences among elders in an urban community using Husserlian phenomenological method. Data were collected, using focus group discussions, from 30 purposively living in an urban community. The discussions were guided and recorded by using semi-structured questionnaire and a tape recorder, respectively. Giorgi's content analysis method was used for data analysis.

Results showed that health problems mostly experienced by elderly people in this urban community were chronic diseases, such as diabetes, hypertension; and diseases caused by the complications of these diseases. Psychological problems experienced by these elders were low self-esteem and loneliness. Health promotion strategies suggested by the results of this study were 1) annual health check-up, 2) effective cooking lessons for people living with chronic diseases, 3) exercise methods appropriate for individual's conditions, 4) meditation for relaxation, 5) activities strengthening relationship among family's members, 6) establishment of community elderly clubs, and 7) being supported by family members, community, and government agencies.

Keywords: elderly, health promotion of elderly, guidelines for health promotion of elderly

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2565) และอัตราผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.1 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 31.4 ในปี พ.ศ. 2583 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวจาก 12 ล้านคน เป็น 20.5 ล้านคน (สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2563) จาก

การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปีพ.ศ. 2556 พบว่า ปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุป่วยมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.2 ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13.41 ปัญหาดังกล่าวส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพลดลง (ลักษณะพงษ์ภุมมา และฐิติพร ยอดประเสริฐ, 2562)

ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ เกี่ยวข้องกับความเสื่อมทางร่างกาย ส่งผลต่อการเกิดความเจ็บป่วยในหลายระบบ อีกทั้งพฤติกรรมเสี่ยงที่มีอยู่เดิม รวมทั้ง

วิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ปัญหาด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ที่ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลานอย่างเพียงพอ จะรู้สึกว่ามีชีวิตที่วิตกกังวลว่าจะถูกลูกหลานหรือญาติทอดทิ้ง ทำให้มีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมตามยุคสมัย ที่พบขนาดของครอบครัว จากครอบครัวขยายเล็กลงกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว ค่านิยมที่เปลี่ยนไป เยาวชนมีทัศนคติไม่ดีต่อผู้สูงอายุ อีกทั้งสังคมเมืองที่มีความก้าวหน้าทางวัตถุ ต่างคนต่างอยู่ ไม่มีการเอื้อเฟื้อซึ่งกันและกัน รายได้ไม่เพียงพอในการเลี้ยงชีพ ทำให้ได้รับความลำบากมากขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) แต่ละปัจเจกมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ จากการศึกษาในประเทศไทย ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุไทยร้อยละ 26 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไทยปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ การออกกำลังกาย (เอกชัย เพียรศรีวัชรา, 2556) ถ้าพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการจัดการเครียดและด้านโภชนาการอยู่ในระดับดีถึงปานกลางและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านกิจกรรมและการออกกำลังกายมีระดับที่ต่ำ (ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ และคณะ, 2561) ทั้งนี้อาจมีประเด็นที่ต่างกัน อันเนื่องมาจากความแตกต่างในพื้นที่ ภูมิภาค บริบท การใช้ชีวิต และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (เนตรดาว จิตโสภากุล, 2557)

ชุมชนที่ศึกษาตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ลักษณะเป็นบ้านจัดสรร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ย้ายมาอยู่กับลูกหลาน ความสัมพันธ์ในชุมชนเป็นแบบพึ่งพาอาศัย

ไม่มีระบบเครือข่าย มีการรวมกลุ่มแบบไม่เป็นทางการ ยังไม่มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาแนวทางหรือรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่อาจไม่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ หรือไม่ตรงกับปัญหาของกลุ่มผู้สูงอายุ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง โดยให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา รวมถึงกาวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหา มีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการหรือแนวเพื่อแก้ไขปัญหา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง
2. เพื่อศึกษาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง

ขอบเขตการวิจัย

งานวิจัยเชิงคุณภาพนี้ศึกษาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนสุขอนันต์ เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร ใช้ระยะดำเนินการเก็บข้อมูล ภายในเดือนมิถุนายน 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยเชิงคุณภาพนี้ใช้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วม เพื่อกระตุ้นให้เกิดความยั่งยืนของการปฏิบัติ โดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ซึ่งมีการดำเนินงาน 5 ขั้นตอนคือ 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา และจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา 2) การมีส่วนร่วม

ในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหา 3) การมีส่วนร่วมวางแผนและออกแบบกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา 4) การมีส่วนร่วมดำเนินการตามแผนที่ออกแบบไว้ 5) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลวิเคราะห์ปัญหาหรืออุปสรรคในการดำเนินงาน และปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการค้นหาปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหา และมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการและการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหา และศึกษาพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามหลัก 3 อ. อันประกอบไปด้วยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Husserl, 1965) ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศชายและเพศหญิงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้ากลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีประสบการณ์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้จำนวน 30 คน และเก็บข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว ถ้าผู้ให้ข้อมูลบางรายมีปัญหาสุขภาพหรือโรคประจำตัวที่ควบคุมไม่ได้ และเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมในกระบวนการวิจัยจะสามารถคัดออกจากกลุ่มได้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ที่ผ่านการตรวจจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดังนี้ **ส่วนที่ 1** ผู้วิจัย โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ **ส่วนที่ 2** แนวสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอในการใช้จ่าย มีรายได้เหลือเก็บ การมีโรคประจำตัว การอยู่อาศัย เป็นต้น **ส่วนที่ 3**

แนวการสัมภาษณ์เชิงลึกในการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตัวอย่างคำถามหลักปัญหาและสาเหตุของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างไร แนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างไร ตัวอย่างคำถามลึกลับประเด็นเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้แก่ด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการความเครียดเป็นอย่างไร บุคคลใดที่มีส่วนในการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้เกิดความสำเร็จ และเป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างไร **ส่วนที่ 4** เทปบันทึกเสียง

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 69 คันนายาว และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างและนัดวันสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 6 มิถุนายน 2565 ถึง 10 มิถุนายน 2565 โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยเก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มตามวัน เวลา ที่ผู้ให้ข้อมูลนัดหมาย ในสถานที่ไม่มีคนพลุกพล่าน มีการบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 10 คน จำนวน 3 กลุ่ม ใช้เวลาในการสนทนา 3 ครั้ง โดยผู้สนทนาเป็นคนเดียวกัน ใช้เวลาสนทนากลุ่มครั้งละ 45-60 นาที พร้อมบันทึกเทป ในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยถามย้ำเพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลเป็นระยะ นอกจากนั้นการบันทึกข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ผู้วิจัยกำหนดเป็นรหัสเพื่อรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

3. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยปทุมธานี เลขที่ 002/2565 ซึ่งผู้วิจัยได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดการทำวิจัย

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ของจิออจี (Giorgi, 1985) โดยดึงข้อมูลสำคัญเป็นประเด็นหลัก และผู้วิจัยทำการตรวจสอบแบบสามเส้า ด้านข้อมูล เขียนอธิบายประเด็นข้อมูลและแปลความหมาย เป็นความเรียงจนมั่นใจว่าได้ข้อมูลที่อ้อมตัว (Denzin, & Lincoln, 2012)

ผลการวิจัย

1. ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.66) อายุ ระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 21 คน (ร้อยละ 70.00) ระดับ การศึกษาประถมศึกษา จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.33) รายได้ระหว่าง 3,000-10,000 จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.66) แหล่งที่มาของรายได้จากบุตรหลานจำนวน 13 คน (ร้อยละ 43.33) มีเพียงพอในการใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 15 คน (ร้อยละ 50.00) มีโรคประจำตัวจำนวน 27 คน (ร้อยละ 90.00) โดยพบโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 60.00) รองลงมาคือโรคเบาหวาน จำนวน 4 คน (ร้อยละ 13.33) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.33) รองลงมาคืออาศัยอยู่กับ ลูกหลานจำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.66) ส่วนใหญ่มีบุตร ที่สามารถพึ่งพาอาศัยได้ยามเจ็บป่วยจำนวน 27 คน (ร้อยละ 90.00)

2. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ให้ข้อมูล เห็นว่าผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพทางกาย และทางจิตใจ ดังนี้

2.1 ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า ปัญหาด้านร่างกาย ผู้สูงอายุ ความแข็งแรงของร่างกายจะลดลง มีโรคเรื้อรังเป็น โรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคข้อเข่าเสื่อม และมักพบโรคหัวใจ

และโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคหลักที่ทำให้เพื่อนใน กลุ่มวัยเดียวกันเสียชีวิต ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัญหาสุขภาพทางกายเกิดจาก 1) ความเสื่อมของ ร่างกายตามวัย 2) พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้และความตระหนัก เช่น การปรุงรส 3) ขาดการออกกำลังกาย ดัง คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ในชุมชนเราผู้สูงอายุเป็นโรคความดันสูง กับโรคเบาหวานมาก อันดับหนึ่งคือความดันเลย แต่ก็รับ ยากันทุกคนนะ แต่เรื่องการปรับอาหาร ก็ออกกำลังกาย นี้อย่างไรก็ไม่ค่อยได้ (FG 3) โรคหัวใจกับโรคหลอดเลือด สมองเป็นสาเหตุที่พบบ่อยในการตายของเพื่อนในกลุ่ม เดียวกัน (FG 2)”

“คนในซอยบ้านฉันเป็นความดันแล้ว เส้นเลือดในสมองตีบ ตอนนี้อย่างเดินไม่ได้เลย ก่อนนี้แกไม่ ค่อยสนใจดูแลตัวเอง กินเบียร์เก่ง (FG 3) ฉันทปวดเข้ามา กางที่ก็เดินไม่ไหว กินยาก็ไม่หาย (FG 1) ส่วนใหญ่เป็น โรคความดันกันมาก แต่ไม่ค่อยจะคุมอาหารกันเท่าไร ชอบกินเค็มกัน (FG 2) เวลาว่าง ๆ ผู้สูงอายุจะมารวมตัวกัน ที่ศูนย์สุขภาพนี้แหละ และชอบทำส้มตำกินกัน ชอบใส่ ปลาข้าวเยอะ ๆ มันอร่อยดี (FG 3) บางทีมันก็ห้ามตัวเอง ไม่ได้ อย่างของหวานเจ้าประจำต้องได้กินทุกวัน (FG 1)”

2.2 ผู้สูงอายุรู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลง ผู้ให้ ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า การใช้ชีวิตในแต่ละวันของ วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกเหงาโดดเดี่ยว ว่าเหว่ กิจกรรมที่เคยทำได้ในวัยหนุ่มก็ทำได้ลดลง ต้องพึ่งพา ลูกหลาน รู้สึกเป็นภาระของคนในครอบครัว จากการ ขาดรายได้ทำให้เกิดความเครียด เวลาส่วนใหญ่ในแต่ละ วันจะอยู่คนเดียวตามลำพัง ทำให้รู้สึกเหงา และโดดเดี่ยว ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ไม่ค่อยได้คุยกันหรอกกับลูกเขาทำงาน ทุกวัน ไปแต่เช้ากลับดึก ๆ ได้เพื่อนบ้านนี้แหละคอยเป็น เพื่อนคุย (FG 1) ในชุมชนมีผู้สูงอายุอยู่บ้านเป็นส่วนใหญ่

ลูกหลานไปทำงานกันหมด บางทีก็เหงา ไม่มีเพื่อนคุย ยิ่งสถานการณ์แบบนี้ออกไปไหนก็กลัวติดโรค (FG 2) ผู้สูงอายุบางคนก็ขาดรายได้ ลูกหลานก็ไม่ดูแล จะมีก็เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่เป็นรายได้หลัก บางทีก็เครียดเรื่องรายได้ไม่พอจ่าย การทำกิจกรรมที่สร้างรายได้ด้วยตนเองลดลง ต้องขอเงินจากลูกตลอด (FG 3)”

3. แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเมือง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับรู้เกี่ยวกับกิจกรรมที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การตรวจสุขภาพประจำปี 2) การปรุงอาหารที่เหมาะสมกับโรค 3) การออกกำลังกายที่เหมาะสมแต่ละบุคคล 4) การผ่อนคลายความเครียด 5) กิจกรรมสัมพันธ์ในครอบครัว 6) จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ 7) ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ

3.1 ตรวจสุขภาพประจำปี ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าการคัดกรองสุขภาพประจำปีจะทำให้ผู้สูงอายุทราบถึงภาวะสุขภาพตนเอง เกิดความตระหนักและให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“อยากให้พยาบาลทางศูนย์มาตรวจสุขภาพประจำปีให้กับผู้สูงอายุในชุมชน (FG 1) ผู้สูงอายุบางคนก็ไม่ยอมไปตรวจเพราะเห็นว่าตัวเองสบายดีพอเป็นมากค่อยไป เลยอยากใหู้้รู้ตัวแต่ต้นจะได้ดูแลตัวเอง (FG 3)”

3.2 การปรุงอาหารที่เหมาะสมกับโรค การได้รับความรู้และสาคิด การปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เหมาะสมแต่ละคน และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการบริโภคอาหารผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าผู้สูงอายุในชุมชนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังยังขาดความรู้ความเข้าใจในการปรุงรสอาหารที่เหมาะสมกับโรค การให้ความรู้ร่วมกับการสาธิตให้ฝึกปฏิบัติจะทำให้มีความเข้าใจและนำไปใช้ได้จริง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคควรมีความยืดหยุ่นในแต่ละบุคคล มีการแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“อยากได้วิธีที่นำมาปฏิบัติได้จริง อยากให้ลงมือฝึกทำกับมือเลย ไม่อยากแค่มาให้ความรู้อย่างเดียว (FG 1) ไปหาหมอที่ไรก็บอกว่าให้ลดหวาน ลดเค็มนะ แต่ป่าไม่รู้หรอก ว่าลดแบบไหน ปริมาณมันต้องเท่าไร อันนี้ไม่เคยมีใครบอก (FG 2) เรื่องอาหารมันปรับกันยากนะ ต้องค่อย ๆ เป็นค่อย ๆ ไป ปรับในส่วนที่ปรับได้ไปก่อน จะให้ลดทั้งหมดทีเดียวไม่ได้หรอก (FG 3) อยากให้พยาบาลมาให้ความรู้กับผู้สูงอายุ และฝึกพาเขาทำให้เห็นภาพจริง เขาจะได้นำไปปฏิบัติได้ที่บ้าน และได้มาทำกิจกรรมด้วยกันทุกเดือน เขาปฏิบัติได้ไม่ได้ทุกอย่างก็มาแลกเปลี่ยนกัน (FG 3) ให้เขาได้ทำอาหารประกวดกันก็ดีนะครับ จะช่วยให้ตื่นเต้นมีสีสัน ผู้สูงอายุก็อยากแสดงฝีมือ (FG 2)”

3.3 การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีกิจกรรมการออกกำลังกายที่หลากหลาย ไม่เป็นอันตราย เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ ปฏิบัติได้ง่าย มีเพื่อนออกกำลังกาย มีการรวมกลุ่ม เว้นระยะห่าง มีกิจกรรมออกกำลังกายอาทิตย์ละ 3 ครั้ง และมีผู้นำออกกำลังกาย ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีความหลากหลายในการออกกำลังกาย เนื่องจากมีความชอบไม่เหมือนกัน และกิจกรรมออกกำลังกายบางรูปแบบไม่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง ผู้สูงอายุบางคนต้องการออกกำลังกายที่บ้านไม่ชอบรวมกลุ่ม แต่ผู้สูงอายุบางคนต้องการรวมกลุ่มและมีเพื่อนในการออกกำลังกาย ควรเว้นระยะห่างขณะมีกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคระบาด มีผู้นำการออกกำลังกายเพื่อเป็นต้นแบบ ทั้งนี้รูปแบบการออกกำลังกายจะต้องมีความปลอดภัย เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีความง่ายและสะดวกในการปฏิบัติ และออกกำลังกายสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ไม่มีเพื่อนออกกำลังกายเลยไม่อยาก

ออก (FG 1) ไม่ชอบออกกำลังกายกับกลุ่มในชุมชน ทำงานบ้าน เดินหน้าบ้านตอนเช้า ๆ ก็พอแล้ว (FG 2) อยากให้มีกิจกรรมออกกำลังกายอาทิตย์ละ 3 วัน ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และอยากให้มีผู้นำด้วย กลัวทำไม่ถูก (FG 2) อยากให้มีกิจกรรมออกกำลังกายที่หลากหลาย บางคนก็ไม่ได้ชอบเหมือนกัน (FG 3) อยากได้การออกกำลังกายที่ทำได้ง่าย สะดวกทำได้ที่บ้าน ไม่อันตรายและเหมาะกับผู้สูงอายุ (FG 3) ในชุมชนเรามีผู้นำแอร์บิคอยู่แล้ว อยากให้มีการรวมตัวกันอีก (FG 3) อยากให้มีการออกกำลังกาย แต่ต้องป้องกันตนเองเช่นการเว้นระยะห่างทางสังคม ใส่หน้ากากอนามัย พกเจลล้างมือ (FG 2) ”

4. การผ่อนคลายความเครียด การฝึกสมาธิ มีกิจกรรมร่วมกัน มีเพื่อนพูดคุย

ด้านสุขภาพจิต ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าบริบทชุมชนที่อาศัยเป็นชุมชนเมืองลักษณะต่างคนต่างอยู่ ไม่มีสัมพันธ์ภาพทางเครือญาติ แต่ผู้สูงอายุในชุมชนยังสามารถพึ่งพาซึ่งกันและกันได้ ในช่วงกลางวันผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่บ้านคนเดียว การมีกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้พบกัน ได้พูดคุย มีกิจกรรมที่สร้างความสนุกสนาน จะทำให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลาย และการทำสมาธิเป็นการจัดการกระทำในระดับบุคคล สามารถลดความเครียดลงได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“อยากให้ผู้สูงอายุได้มาเจอกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน พูดคุยกันจะได้ไม่เหงา (FG 2) อยากให้มีกิจกรรมสนุกสนานทำร่วมกัน ได้หัวเราะ คลายเครียดบ้าง (FG 2) อยากได้ความรู้ในการจัดการกับความเครียด การฝึกสมาธิ หรืออย่างอื่นเอามาใช้เวลามีเรื่องไม่สบายใจ (FG 1) ไม่ค่อยได้คุยกันหรือกับลูกเขาทำงานทุกวัน ไปแต่เช้ากลับดึก ๆ ได้เพื่อนบ้านนี้แหละคอยเป็นเพื่อนคุย (FG 1) ”

5. กิจกรรมสายสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน กิจกรรมสายสัมพันธ์ในครอบครัว กิจกรรมในวันสำคัญในชุมชน

ด้านสังคม ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าผู้สูงอายุในชุมชน

ไม่ค่อยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน จากภาระหน้าที่ในการทำงานและจากบริบททางสังคมที่เปลี่ยนไป การมีกิจกรรมโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมจะก่อเกิดสายสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว การจัดกิจกรรมในชุมชนเช่นกิจกรรมวันแม่ กิจกรรมรดน้ำดำหัวให้กับผู้สูงอายุในวันสงกรานต์ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ยอมรับจากคนในครอบครัวและชุมชน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“อยากมีกิจกรรมสายสัมพันธ์ในครอบครัว น่าจะเป็นเรื่องที่ดี ทำให้คนในครอบครัวได้เข้าใจกัน มีสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เพราะทุกวันนี้ในความรู้สึกแต่ละครอบครัวไม่ค่อยใส่ใจกัน (FG 3) ชุมชนมีจัดกิจกรรมวันแม่ ในวันสงกรานต์มีกิจกรรมรดน้ำดำหัวให้กับผู้สูงอายุ ถือว่าดีมารู้สึกว่าเขาเห็นคุณค่าเรา (FG 3) ”

6. ตั้งชมรมผู้สูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าในชุมชนยังไม่มีกรรวมกลุ่มผู้สูงอายุอย่างชัดเจน การจัดตั้งชมรมจะทำให้ผู้สูงอายุได้มีเวทีในการเข้าร่วมกิจกรรม พบปะกัน เดือนละครั้ง ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพ โดยมีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบอย่างทั่วถึง สอบถามความต้องการหรือความสนใจก่อนการวางแผน ในการดำเนินกิจกรรม มีการประเมินผลการจัดกิจกรรมเพื่อปรับปรุงในครั้งต่อไป และตารางการจัดกิจกรรมที่ชัดเจน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“อยากให้มีการสอบถามความต้องการก่อนว่าผู้สูงอายุอยากทำกิจกรรมอะไร (FG 3) ต้องมีการประเมินผลไปด้วยในการจัดแต่ละครั้ง (FG 1) ตารางการจัดกิจกรรมมีความชัดเจน และเนื้อหาน่าสนใจ (FG 3) ประชาสัมพันธ์ให้กับสมาชิกผู้สูงอายุ ในชุมชนได้อย่างทั่วถึง (FG 2) อยากให้ตั้งกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ จะได้รวมตัวกัน พบกันเดือนละครั้ง (FG 1) เป็นเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการดูแลสุขภาพ มีเพื่อนพูดคุยเรื่องต่าง ๆ ทำให้ไม่เหงา และยังได้รับความรู้เพื่อนำไปดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีด้วย (FG 3) ”

7. ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าผู้สูงอายุในชุมชนยังต้องการการสนับสนุนจากบุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้การสร้างเสริมสุขภาพเกิดความสำเร็จได้ ครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนที่ใกล้ชิดและสำคัญที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ เพราะการมีสุขภาพที่ดีได้ครอบครัวต้องมีส่วนให้การดูแลและส่งเสริม การสนับสนุนของชุมชนจากกรรมการชุมชน แกนนำผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เยาวชนในชุมชน จะสนับสนุนด้านสถานที่ การประสานงานและอำนวยความสะดวก การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข 69 คันทายาว สนับสนุนด้านการคัดกรองสุขภาพ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ สนับสนุนการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพและสำนักงานเขตคันทายาว สนับสนุนด้านงบประมาณ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า *“คนในครอบครัวสำคัญที่สุด (FG 1) ที่เลี้ยงศูนย์ 69 เขาจะมาคัดกรองในชุมชนทุกปี มีมาเยี่ยมผู้สูงอายุติดเตียงด้วย (FG 2) วิทยาลัยพยาบาล มาให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ (FG 2) ทางเขตคันทายาว เดี่ยวนี้เขามาสนับสนุนด้านงบประมาณนะ แต่ทางชุมชนต้องเขียนโครงการไป (FG 3) เวลาจะมาร่วมกิจกรรมของชุมชน ได้บ้างบ้านนี้หะมาชวนตลอด (FG 1) กรรมการชุมชน ดูแลเรื่องสถานที่ อุปกรณ์เครื่องเสียงต่าง ๆ โต๊ะเก้าอี้ (FG 2) อสส. แกนนำผู้สูงอายุเป็นแกนนำหลักเลย ช่วยประสานงานกับหน่วยงานนอกประชาสัมพันธ์ในชุมชนด้วย (FG 2) อยากให้เยาวชนในชุมชนเข้ามาช่วยเวลาว่างมีกิจกรรม ผู้สูงอายุก็ทำกันไม่บ่อยไหว (FG1)”*

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองสามารถนำมาอภิปรายร่วมกับแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

1.1 ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นปัญหาด้านร่างกาย ความแข็งแรงของร่างกายจะลดลง มีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคข้อเข่าเสื่อม และมีกพบโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคหลักที่ทำให้เพื่อนในกลุ่มวัยเดียวกันเสียชีวิต ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทางกายเกิดจาก 1.1) *ความเสื่อมของร่างกายตามวัย* อธิบายว่าผู้สูงอายุจะมีเปลี่ยนแปลงตามวัยตามทฤษฎีการเสื่อมโทรมของร่างกายที่ระบุว่าร่างกายของมนุษย์จะมีการสะสมสารสีน้ำตาล (Lipofuscin) ไวในเซลล์ ซึ่งเป็นสารที่เกิดจากการเผาผลาญโปรตีนไม่สมบูรณ์เมื่อสารสีน้ำตาลสะสมมากขึ้นจะทำให้เซลล์ในร่างกายเกิดการเสื่อมโทรมและสูญเสียหน้าที่ในระบบต่าง ๆ ตามมาซึ่งสารดังกล่าวเป็นปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังและการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ (Weismann, 1882) สอดคล้องกับการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของร่างกายของผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี พบว่าผู้สูงอายุมีหลายปัจจัยในร่างกายที่จะทำให้เกิดความเสื่อมตามวัยและโรคเรื้อรังในร่างกายโดยแต่ละปัจจัยมีผลเชื่อมโยงกันและกัน เช่น ความสามารถในการรู้จำที่ลดลงจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหลงลืมบ่อยและการตัดสินใจเกิดความผิดพลาด การเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของร่างกายส่งผลให้ระบบต่าง ๆ ของผู้สูงอายุเกิดการทำหน้าที่บกพร่องตามมา เป็นต้น และการเสื่อมของอวัยวะมีผลทำให้เกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุตามมา (Santoni, Angleman, Welmer, Mangialasche, Marengoni,

ผู้สูงอายุทราบถึงภาวะสุขภาพตนเอง เกิดความตระหนัก และให้ความสนใจการดูแลสุขภาพตนเอง อธิบายได้ว่า เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะมีความเสี่ยงจากอาการเจ็บป่วย ทางด้านร่างกาย ระบบอวัยวะต่าง ๆ มีประสิทธิภาพ การทำงานลดลง การตรวจสุขภาพในผู้สูงอายุเป็นประจำ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ ด้านต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ เป็นการหาความผิดปกติได้ ตั้งแต่ระยะแรกแล้ว ยังทำให้ง่ายที่จะรักษาให้หายขาดได้ หรือบรรเทาอาการให้ดีขึ้นได้ และเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ดีต่อสุขภาพและไม่ไปเร่งการพัฒนาโรคให้เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรุวรรณ เทรินโบล และคณะ (2563) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีประวัติการเคยตรวจ ร่างกายประจำปีมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ **2) การปรุงอาหารที่เหมาะสมกับโรค** การได้รับความรู้ในการปรับพฤติกรรม การบริโภคที่เหมาะสมจะทำให้มีความเข้าใจและนำไป ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง อธิบายได้ว่าบุคคลจะมีการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับ องค์ประกอบด้านการรับรู้ และปัจจัยร่วมต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้เรื่องโรค ซึ่งความรู้ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความ สำคัญของการบริโภคอาหารที่เหมาะสม สอดคล้องกับ อัมภากร หาญณรงค์, ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ และสมสมัย รัตน์กริทากุล (2560) พบว่าความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้ คือ ถ้าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องการบริโภค อาหารดี จะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ที่ดีด้วย **3) การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ** อธิบายได้ว่าการออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งของการ สร้างเสริมสุขภาพ สามารถลดอัตราเสี่ยงของการเกิด โรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง กระดูกพรุน

เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย (Physical strength) ความอดทนของร่างกาย (Physical endurance) พลังงานสำรองของหัวใจดีขึ้น (Cardiac reserve) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุ สามารถทำกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือตนเองได้ สามารถชะลอความสูงอายุ ลดอัตราการเกิดปัญหาโรค เรื้อรัง และป้องกันการหกล้มได้ การออกกำลังกายที่เหมาะสมในวัยสูงอายุควรเป็นการออกกำลังกายแบบ แอโรบิก มีแรงกระแทกต่ำ มีการทำให้ร่างกายอบอุ่น ก่อนการออกกำลังกายและการผ่อนคลายหลังการ ออกกำลังกายควรออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 20 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง จึงจะทำให้การออกกำลังกายนั้น มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญชิตา เสริมสินสิริ, สุรรัตน์ เสมศิริ, และ ศิริสรภรณ์ นนท์อัครวาทิน (2562) พบว่า การออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง (Square- stepping exercise) เป็นการออกกำลังกาย แบบแอโรบิก มีแรงกระแทกต่ำ มีการเคลื่อนไหวคล้ายกับการเดินเร็ว ไม่มีการกระโดด ช่วยลดการบาดเจ็บขณะ ออกกำลังกาย จึงมีความเหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

3. การผ่อนคลายความเครียด ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า บริบทชุมชนที่อาศัยเป็นชุมชนเมืองลักษณะต่างคน ต่างอยู่ ไม่มีสัมพันธ์ภาพทางเครือญาติ แต่ผู้สูงอายุใน ชุมชนยังสามารถพึ่งพาซึ่งกันและกันได้ ในช่วงกลางวัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่บ้านคนเดียว การมีกิจกรรมให้ ผู้สูงอายุได้รวมกลุ่มกัน เป็นการสร้างความสนุกสนานและ ผ่อนคลาย การทำสมาธิเป็นการจัดการกระทำในระดับบุคคล สามารถลดความเครียดลงได้ อธิบายว่า ความเครียด ทำให้สมดุลของร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลง เมื่อมี ความเครียดมาก ๆ สะสมเป็นเวลานาน จะก่อให้เกิดโรค ทางกายและปัญหาสุขภาพจิตได้ การทำสมาธิ ทำให้เซลล์ สมองและวงจรการเชื่อมต่อในสมองซีกซ้ายเจริญขึ้น ซึ่งส่งผลให้มีความสุขและมีอารมณ์ในด้านบวกมากขึ้น และ

ทำให้สารเคมีในสมอง เซโรโทนิน ซึ่งเป็นสารสื่อประสาท มีมากขึ้น ทำให้เกิดการผ่อนคลาย ไม่เครียด นอนหลับง่าย ไม่เกิดอาการซึมเศร้า (รพีพร ฤกษ์เดช, 2560) สอดคล้องกับ อารมณ์ สิ่งห้ขาดา, กุลวดี โรจนไพศาลกิจ, และสมใจ นกดี (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการ ความเครียดต่อความเครียดของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย วิธีการจัดการความเครียด 4 วิธี คือ 1) ฝึกการหายใจ 2) ฝึกผ่อนคลายด้วยการเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ (progressive muscle relaxation) 3) ฝึกผ่อนคลาย กล้ามเนื้อด้วยการหายใจแบบลึก (autogenic training) และ 4) ฝึกสมาธิ พบว่า ผู้สูงอายุ มีความเครียดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความเครียดต่ำกว่าผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ การเข้าร่วมกิจกรรม เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (Social activity) ที่ผู้สูงอายุมีความสามารถและสนใจ (อาภาพร เฒ่าวัฒนา, สุรินธร กลัมพกร, สุนีย์ ละกำป็น, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, 2561)

4. กิจกรรมสายสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน อธิบายว่าชุมชนเขตเมืองมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างประชากร วิธีการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ และความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เสื่อมถอยลง อาจมีผลทำให้บรรยากาศภายในครอบครัวมีความรักและความอบอุ่นน้อยลง รวมทั้งเป็นการบั่นทอนสุขภาพจิตและความสุขของผู้สูงอายุและคนในครอบครัว อาจนำไปสู่การเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ สุขภาพจิต และสุขภาพร่างกายตามมาภายหลังได้ การเสริมพลังให้ครอบครัว จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ทั้งพลังทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านความคิด อันมีผลให้ครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวได้ ทั้งนี้หากสถาบันครอบครัวในชุมชนมีความอบอุ่นและมีความสุข ก็ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุในชุมชนและสังคมมีความเข้มแข็ง (ณัฐรดา แสค์คา, 2564) สอดคล้องกับ พรฤดี นิธิรัตน์ และคณะ (2558)

พบว่าสมาชิกมีการรับรู้บทบาทของตนเองในครอบครัวสูงขึ้นและมีสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น

5. ตั้งชมรมผู้สูงอายุ การจัดตั้งชมรมเป็นการรวมกลุ่มทางสังคม เพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมและสนับสนุนให้กับผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน อธิบายว่า การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เป็นความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการให้มีการรวมกลุ่มอย่างเป็นรูปธรรม มีกิจกรรมของชมรมอย่างต่อเนื่อง การรวมกลุ่มจะมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ก่อให้เกิดความรักความผูกพันของคนในชุมชน และเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี สอดคล้องกับ ยุภาพร ยุภาศ และอาภากร ประจันตะเสน (2562) ได้ศึกษาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าด้านการรวมกลุ่มทางสังคมได้แก่ การจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุเพื่อสร้างเครือข่ายทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน และจัดกิจกรรมที่ทำให้เกิดความรักความผูกพันในชุมชน ทำให้เกิดการพบปะพูดคุยกันในกลุ่มอยู่เสมอ เป็นสิ่งหนึ่งที่สามารถแก้ปัญหาผู้สูงอายุได้เกือบทุกด้าน

6. ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ ผู้สูงอายุในชุมชนต้องการการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและหน่วยงานภายนอกเพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้เกิดความสำเร็จได้ อธิบายได้ว่าครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนที่ใกล้ชิดและสำคัญที่สุดสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนนี้ การมีสุขภาพที่ดีได้ครอบครัวต้องมีส่วนให้การดูแลและส่งเสริม อีกทั้งการสนับสนุนของชุมชนและหน่วยงานภาครัฐทำให้ผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ได้มีโอกาสในการรวมกลุ่มในการทำกิจกรรม ๆ ในชุมชน เช่น

กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีเวทีให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้พบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุขประเสริฐ ทับสี (2563) พบว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส หรือพักอาศัยอยู่กับลูกหลาน มีสัดส่วนของการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรสและพักอาศัยอยู่ตามลำพัง เนื่องจากคู่สมรสเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม การที่บุตรหลานและคู่สมรสที่มีสัมพันธ์ที่ดีกับผู้สูงอายุ จะมีความรักความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีกำลังใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะส่งเสริมสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ และคณะ (2561) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชานเมืองจังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลในครอบครัว เช่น คู่สมรส หรือบุตรหลาน จะมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม การสนับสนุนของชุมชน เช่น

กรรมการชุมชน แกนนำผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เยาวชนในชุมชน จะช่วยประสานงานและอำนวยความสะดวก การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ เช่น หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพและดำรงบประมาณ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเพิ่มเติมเพื่อลงรายละเอียดในกิจกรรมหรือโครงการเพื่อนำมาออกแบบกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุชุมชน
2. ควรทำวิจัยแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อหาแนวทางพัฒนาเฉพาะด้าน เช่น ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านครอบครัวสังคม เพื่อให้ได้ข้อมูลในการพัฒนาที่เจาะลึกยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.(2565). โครงสร้างข้อมูลสถิติจำนวนประชากรไทยที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านแยกรายอายุรายเดือน. สืบค้นจาก: https://stat.bora.dopa.go.th/new_stat/webPage/statBy AgeMonth.php
กัญชิตา เสริมสินสิริ, สุรรัตน์ เสมศรี, และ ศิริสภรณ์ นนท้อครวาทิน. (2562). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 359-370.

นิรุวรรณ เทิร์นโบล, วิลาวัลย์ ซาดา, วิภา ชูปวา, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, สุทิน ชนะบุญ, เบญจพล แสงไสว,... นงศ์ลักษณ์ ตั้งปรัชญากุล. (2563). ภาวะสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(3), 35-49.
เนตรดาว จิตโสภากุล. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 6(3), 171-178.

- ปิยธิดา คูหิรัญญัตย์, อมรรัตน์ รัตนสิริ, บังอรศรี จินดาวงศ์, ไพรินทร์ เนธิบุตร, ลำดวน วัชนะปาน, ชนกานต์ จันทะคุณ, ชลทิพย์ สุภาพินิจ. (2561). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอาศัยในชุมชนชานเมือง จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 33(2), 153-160.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ยุภาพร ยุภาศ และอาภากร ประจันตะเสน. (2562). แนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 38(6), 104-110.
- รพีพร ฤเดช. (2560). *ผลของโปรแกรมสมาธิบำบัดตามวิถีพุทธต่อความสุขในชีวิตผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.
- ลักษณะ พงษ์ภุมมา และ รุติพร ยอดประเสริฐ. (2562). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(2), 236-243.
- สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย. (2563). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2563*. สืบค้นจาก: file:///C:/Users/lib/Downloads/ThaiElderly_2563.pdf
- สุขประเสริฐ ทับสี. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 3(1), 14-30.
- สุนิสา คำชื่น, ทฤทัย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์. (2563). ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36 (3) ,150-163.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2556). *รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2556 ภายใต้แผนงาน ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ*. กรุงเทพฯ: ส่วนอนามัยแม่ และเด็ก สำนักพิมพ์ส่งเสริมสุขภาพ.
- อาภรณ์ สิงห์ขาดา, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, และสมใจ นกดี. (2559). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียดของผู้สูงอายุ. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 19(38), 49-60.
- อาภาพร เฒ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลั้มพรกร, สุนีย์ ละกำป็น, ขวัญใจ อำนางส์ตย์ชื้อ. (2561). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: บริษัท เอ็มเอ็น คอมพิวเตอร์ จำกัด.
- อัมภากร หาญณรงค์, ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ และสมสมัย รัตนกริฑากุล. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(3), 52-65.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *The SAGE handbook of qualitative research*. California: London, New Delhi and Far East Square: Sage.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh, Pennsylvania: Duquesne University Press.

- Husserl, E. (1965). *Phenomenology and the crisis of philosophy: philosophy as rigorous science, and philosophy and the crisis of European man*. New York: Harper & Row.
- Jaul, E., & Barron, J. (2017). Age-related diseases and clinical and public health implications for the 85 years old and over population. *Frontiers in public health, 5*, 335. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00335>
- Linschooten, J. O., Verwijs, M. H., Beelen, J., de van der Schueren, M., & Roodenburg, A. (2021). Low awareness of community-dwelling older adults on the importance of dietary protein: new insights from four qualitative studies. *Journal of nutritional science, 10*, e102. <https://doi.org/10.1017/jns.2021.92>
- Santoni, G., Angleman, S., Welmer, A. K., Mangialasche, F., Marengoni, A., & Fratiglioni, L. (2015). Age-related variation in health status after age 60. *PloS one, 10* (3), e0120077.

