

บทความวิชาการ (Academic article)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพตามแนววิถีไทย Health-Related Quality of Life Development of Older People in Accordance with Thai Ways of Life

อติญาณ์ ศรีเกษตริน^{1*}, สุชาดา นิมวัฒนากุล², จุไรรัตน์ ดวงจันทร์³, เบญจพร ทองอนันต์⁴

Atiya Sarakshetrin, Suchada Nimwatanakul, Churairat Duangchan, Benjaporn Thonganan

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: atiya_s@hotmail.com, โทรศัพท์ 081-5699268)

(Received: April 30, 2021; Revised: August 10, 2021; Accepted: August 12, 2021)

บทคัดย่อ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นประเด็นสำคัญของการบริการสาธารณสุข เนื่องจากสถานการณ์การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรัง และเงื่อนไขทางสุขภาพจากการที่มีอายุเพิ่มขึ้น การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับศาสนา วิถีชีวิต ประเพณี และวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม วิถีไทยกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ถือว่า ครอบคลุมมีบทบาทสำคัญบนพื้นฐานของความกตัญญูตเวทีและการดูแลบิดามารดาสูงอายุตามหลักคำสอนทางศาสนา ตลอดจนกระทรวงสาธารณสุข ได้ผลักดันนโยบายสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ภายใต้แนวคิดสุขภาพพอเพียงและปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง มาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไทยอย่างต่อเนื่อง ตามหลักศาสนา 3 ส. (สวดมนต์ สมาธิ สันทนาธรรม) 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 1 น. (นาฬิกาชีวิต) ซึ่งเป็นหลักการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย

บทความวิชาการนี้ ได้นำเสนอแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพตามแนววิถีไทย จากภูมิภาคต่างๆ ของประเทศไทย ทั้งสุขภาพทางกาย จิตใจและจิตวิญญาณ และทางสังคม เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายสุขภาพได้นำไปประยุกต์ใช้ ในการบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อสามารถดูแลตนเองและได้รับบริการสุขภาพที่ตรงตามวิถีชีวิตได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, วิถีไทย

¹ ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Director of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Director of Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Instructor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธงชัย

Registered Nurse (Professional Level), Thongchai Health Promoting Hospital

Abstract

The development of health-related quality of life for aged people is an important issue in public health services. According to the situation of rapidly aging societies, chronic illness, and health conditions from old-age, the improvement of health-related quality of life depends on the religion, lifestyle, traditions, and culture of the older people. Both in physical, emotional, and social management. Thai traditional way of life is concerned with elderly-caring processes. The families play an important role, based on the sense of gratitude formed by religious belief, in caring for older parents, as well as the public health services, push forward the Thai way of life policy under the concept of self-sufficient philosophy including health-caring methods so that religious principles are applied to suit with Thai elderly behavior, which are 1) three mental-caring ways – praying, meditation and dharma discussion 2) three physical practices – having nutritious food, exercise, emotion control and 3) following one's biological clock.

This academic article reveals a developmental guideline of the health-related quality of life for older people under Thai traditional ways of life from different regions of Thailand in every aspect: physical, mental, and social health. To guide public health personnel and health network sectors for health promotion, prevention, care, and rehabilitation services with the participation of families and communities in order to develop self-care and improve health service systems that are suitable for their lifestyles.

Keywords: Health related quality of life, Older people, Thai traditional ways of life

บทนำ

ทรัพยากรมนุษย์เป็นปัจจัยที่มีคุณค่าของสังคมและประเทศชาติ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) เป็นประเด็นท้าทายและทั่วโลกให้ความสำคัญ ปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นทั่วโลก เป็นผลมาจากอัตราเกิดที่ลดลง และคนมีอายุยืนยาวขึ้น ในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมาประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2018 ทั่วโลกมีประชากรรวมทั้งหมด 7,633 ล้านคน และมีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 990 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด แสดงให้เห็นว่า โลกของเราได้กลายเป็นสังคมสูงอายุมาหลายปีแล้ว และตามการคาดประมาณของสหประชาชาติจะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุสูงขึ้นถึงร้อยละ 20 ในปี ค.ศ.2044 ซึ่งแสดงว่าโลกของเราจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีกประมาณ 20 ปีข้างหน้า สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561 มีประชากรรวมประมาณ 69 ล้านคน ใน

จำนวนนี้มีผู้สูงอายุหรือมีอายุ 60 ปีขึ้นไปถึง 11.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.6 ของประชากรทั้งหมด (ปรามิทธ์ ประสาทกุล, 2562)

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ เมื่ออายุมากขึ้นมักมีแนวโน้มของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แต่ถ้าหากประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์และสุขภาพแข็งแรงด้วย จะลดภาระในเรื่องของการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังออกไปหรือช่วยยืดอายุหรือระยะเวลาในการเป็นโรคเรื้อรังออกไปให้นานที่สุด เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในเรื่องของการดูแลรักษาทั้งในระดับประเทศและในระดับครอบครัว จากสถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลต่อการเปลี่ยนจุดเน้นการบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-related quality of life: HRQOL) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังและความพิการ ผ่านการเกื้อหนุนทางสังคมในระดับปฐมภูมิเน้นครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นหลัก เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดทั้งทางด้านร่างกาย สังคมและจิตใจ ซึ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตนั้นย่อมขึ้นกับวิถี ประเพณี วัฒนธรรมของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะวิถีการดูแลบิดา มารดาสูงอายุในครอบครัวไทย (สมบูรณ์ วัฒนธรม, 2560) รวมทั้ง วิถีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในมิติสังคมวัฒนธรรม ได้รับผลกระทบมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว ความรัก ความผูกพันในครอบครัวผู้สูงอายุ (อาริยา สอนบุญ, อุไร จำปาเวดี, และทองมี ผลาผล, 2562) การนำวิถีไทยมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

บทความฉบับนี้ ได้นำความเป็นมาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกับผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุตามวิถีไทย ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องบูรณาการทั้งการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยและทางเลือก ตลอดจนของเสนอแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพตามแนววิถีไทย ภายใต้แนวคิดสุขภาพพอเพียงและปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงตามหลักศาสนา 3 ส. (สวดมนต์ สมาธิ สันทนธรรม) 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 1 น. (นาฬิกาชีวิต) เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขและภาคเครือข่ายสุขภาพได้นำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกับผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิต (Quality of Life: QoL) เป็นมโนทัศน์ที่มีหลากหลายระดับ และถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการประเมินนโยบายสาธารณะ คุณภาพชีวิตมีความหมายที่แตกต่างกันตามบริบทของงาน เช่น ระดับรัฐบาลซึ่งกำหนดนโยบายทางสังคม คุณภาพชีวิตหมายถึง หลักประกันแก่ประชาชนในด้านการบริการ หรือการสงเคราะห์ทางสังคม เช่น การให้บริการ ด้านสาธารณสุข ปลอดภัย การช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการยกระดับรายได้ เป็นต้น อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลกได้กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของคุณบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม (WHOQOL Group, 1995) ในขณะที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life: HRQoL) มีความหมายหลากหลายเกี่ยวข้องกับบุคคลทุกช่วงวัย แต่ก็มีความสำคัญแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุและ

การรับรู้ของแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตาม โดยรวมแล้วครอบคลุมมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ดึงความหมายของสุขภาพตามองค์การอนามัยโลก และสอดคล้องกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic care) เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญทางสาธารณสุข (กฤตภาส กังวานรัตน์กุล, 2561) สามารถนำไปใช้ประโยชน์ ทั้งการติดตามผลการรักษาทางคลินิก (Tangpakdeerat & Sakulbumrungsil, 2020) และประชากรทั่วไป (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557) ตลอดจนการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (วิน เตชะเคหะกิจ, 2561)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ทั้งการมีชีวิตและคุณภาพชีวิต (Haugan et al., 2020) มีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและเงื่อนไขทางสุขภาพที่พบได้บ่อยจากการที่มีอายุเพิ่มขึ้น ความอ่อนแอ เปราะบาง ทูพพลภาพ ภาวะพึ่งพิงและเป็นภาระ เป็นต้น แม้ว่าจะไม่ได้มีนิยามคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยตรง แต่ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น คือผู้ที่สามารถดำเนินชีวิตอย่างผาสุก และมีสุขภาวะในบั้นปลายของชีวิต (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557) แนวโน้มนโยบายสาธารณะ จึงให้ความสำคัญกับการทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองและแบบบูรณาการ ดังกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560 – 2579) ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต โดยมีเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 3S ได้แก่ Strong = ส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง Security = ส่งเสริมความมั่นคงปลอดภัย และ Social participation = ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561)

กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยสูงอายุต้องได้รับบริการสุขภาพที่ตรงตามปัญหาอย่างเหมาะสม โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น และสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ตามศักยภาพ เพื่อตอบสนองต่อการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) เน้นส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ยังไม่ป่วย ให้มีพฤติกรรมสุขภาพดี ดูแลตนเองและดำรงชีวิตประจำวันได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ยึดหลัก 5 สุข ได้แก่ 1) สุขสบาย คือดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง 2) สุขสนุก คือการทำให้จิตใจสดชื่นแจ่มใส ลดความซึมเศร้า เครียด และวิตกกังวล 3) สุขสง่า คือการมีความพึงพอใจในชีวิต ภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง เห็นอกเห็นใจ และช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม 4) สุขสว่าง คือการคิดและสื่อสารอย่างมีเหตุมีผล แก้ไขปัญหาและจัดการสิ่งต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 5) สุขสงบ คือการรับรู้ เข้าใจตนเอง ควบคุมและจัดการกับสภาวะอารมณ์ ผ่อนคลายและปรับตัวยอมรับความเป็นจริง (จิตติยา สมบัติบุรณ์, นุชนาถ ประกาศ, และบุศริน เอี้ยวสีหยก, 2562) เน้นการดูแลตนเองแบบองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิต โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการมีส่วนร่วมเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มีความรู้และปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตั้งแต่ในระดับพื้นที่ ภาครัฐหรือชุมชนให้การช่วยเหลือทั้งเรื่องสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม และบริการสาธารณสุข (วรดา รุ่งเรือง, 2562)

อย่างไรก็ตาม การมีคุณภาพชีวิตที่ดีแบบองค์รวม ตามหลัก 5 สุข ต้องคำนึงถึงคุณลักษณะของประชาชน บริบททางศาสนา และวัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่นในชุมชนของผู้สูงอายุตามแนววิถีไทยแบบองค์รวม (วาสุกีรี เสงวนกุล, 2554; อาริยา สอนบุญ และคณะ, 2562)

การดูแลผู้สูงอายุตามวิถีไทย

วิถีไทยหรือแนวทางการความเป็นไทย สื่อนัยถึงการดำรงชีวิตของผู้คนในสังคมไทย บนพื้นฐานวัฒนธรรม ที่สอดคล้องกับการเคลื่อนไหวของสังคมไทย (ศุภรัตน์ เลิศพาณิชย์กุล, 2558) วิถีไทยมีความใกล้เคียงกับคำว่า วัฒนธรรมไทย ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้มนุษย์มีสภาพและความเป็นอยู่แตกต่างจากสัตว์ เป็นสิ่งที่ทำให้สังคมมีระเบียบแบบแผน สงบสุขและเจริญก้าวหน้า ทั้งทางวัตถุและจิตใจ วัฒนธรรมการดำรงชีวิตของคนไทย มีพื้นฐานจากการเป็นสังคมเกษตรกรรม ที่ผสมผสานการนับถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ธรรมชาติ และศาสนา (พระมหาประสิทธิ์ ปสิทโธ, 2559)

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563 ยึดแนวคิดสุขภาพพอเพียงและปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และมุมมองการบูรณาการเป็นองค์รวมในระบบสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและการมีส่วนร่วมของสังคม และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับโรควิถีชีวิต โดยการเพิ่มวิถีชีวิตพอเพียงด้วยการบริโภคที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เพียงพอ การจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน การตายและภาวะค่าใช้จ่ายจากโรค (สำนักงานยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย กระทรวงสาธารณสุข, 2555) นอกจากนี้ ได้ผลักดันนโยบายสุขภาพดี วิถีธรรม วิถีไทย พ.ศ.2559-2563 โดยนำหลักธรรมคำสอนทุกศาสนา และวิถีความเป็นไทย ปรับแก้พฤติกรรมสุขภาพประชาชน ถือได้ว่าไทยเป็นประเทศแรกที่ประกาศเป็นนโยบายชาติ ใช้หลักศาสนาตามหลัก 3 ส. (สวดมนต์ สมาธิ สันทนาธรรม) ควบคู่กับ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 1 น. (นาฬิกาชีวิต หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน) ต่อเนื่องมาจนถึงในปัจจุบันคือ นโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง พ.ศ.2564-2570 ให้หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ ยึดเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุม และบำบัดรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งปัญหาสุขภาพอื่นที่เหมาะสม เน้นการส่งเสริมให้ประชาชนคนไทยทุกคน มีสุขภาพแข็งแรง โดยนำหลักธรรมในแต่ละศาสนามาปฏิบัติ ควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน แผนไทยและทางเลือก (เทวัญ ธาณิรัตน์, สี่ไพร พลอยทรัพย์, ทศนิเวศ ยะโส, และฐิตินันท์ อินทอง, 2560)

จะเห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขได้นำนโยบายนี้ มาใช้ในการดูแลสุขภาพคนไทยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นหลักการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย (อาริยา สอนบุญ และคณะ, 2562) เช่น การดูแลบิดามารดา ความกตัญญูกตเวที และการดูแลบิดามารดาสูงอายุตามหลักคำสอนในพระพุทธศาสนา (พระเทพรัตนสุธี, 2557; สมบูรณ์ วัฒนนะ, 2560) วิถีชีวิตคนไทยเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุถือว่า ครอบคลุมมีบทบาทสำคัญยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุ ตามค่านิยมความกตัญญูต่อบุพการี ที่ฝังรากลึกในสังคมไทยมายาวนาน แม้ว่าในปัจจุบันสังคมและโลกมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทั้งความเจริญทางวัตถุและเทคโนโลยีสมัยใหม่ เข้ามามีอิทธิพลต่อบทบาทและการดำรงชีวิตของคนในครอบครัว แต่ครอบครัวไทยส่วนใหญ่ ยังยึดมั่นและปฏิบัติตามหลักธรรมคำสอนในการดูแลบิดามารดาสูงอายุ (สมบูรณ์ วัฒนนะ, 2560)

แม้ว่าวิถีชีวิตไทยเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ จะดูเหมือนว่าเป็นค่านิยมในทางพุทธศาสนา แต่ในศาสนาอื่นๆ เช่น ศาสนาอิสลาม ซึ่งมีคำบัญชาให้กระทำความดีต่อบิดามารดา ถือเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่มุสลิมทุกคนต้องถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด (ตรัมมีซี สาและ, และฮุสนา ต่อเถาะ, 2557) อีกทั้งในศาสนาคริสต์

ซึ่งยึดมั่นในความต้องการความรักแบบไม่มีเงื่อนไข และการได้รับการอภัย จึงถือได้ว่า ความกตัญญูไม่ว่าจะเป็นในศาสนาใดก็ตาม เป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับคนไทยในการดูแลบิดามารดาผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และตามหลัก 3 ส. (สวดมนต์ สมาธิ สันทนาธรรม) ควบคู่กับ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 1 น. (นาฬิกาชีวิต หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน) เพื่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพตามแนววิถีไทย

การสร้างสังคมที่เกื้อกูลร่วมดูแลผู้สูงวัย การดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรม ส่งผลที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุเพราะเป็นวิถีที่คุ้นเคย เช่น การรับประทานอาหารที่คุ้นเคยและเหมาะสมกับสุขภาพ การได้รับความเอาใจใส่ดูแลตามวัฒนธรรมจากครอบครัว บุตร หลานด้วยความเคารพเอาใจใส่ แสดงออกในเทศกาลต่างๆ อย่างเหมาะสม จะสร้างความชุ่มชื่นหัวใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตลอดจนการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนววิถีไทย มีหลายมิติและหลายประเด็นขึ้นกับคุณลักษณะทางกายภาพ วัฒนธรรมประเพณี และการดูแลสุขภาพ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ดังแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนววิถีไทย ต่อไปนี้

1. สุขภาวะทางกาย ซึ่งเมื่อพิจารณาตามหลักการของสุขภาพดีวิถีไทยแล้ว น่าจะสอดคล้องกับการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ดังนี้

1.1 การออกกำลังกายในผู้สูงอายุมี 4 แบบ ได้แก่ แบบเพิ่มความอดทนหรือแอโรบิก ช่วยการทรงตัว เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการยืดหยุ่น (ชฎาพร คงเพชร, 2562) แต่จากการสำรวจสุขภาพคนไทยพบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายน้อยมาก (วิชัย เอกพลากร, 2553) อาจเนื่องมาจากเป็นเรื่องยากต่อการปฏิบัติ เนื่องจากการออกกำลังกายในชุมชนส่วนใหญ่เป็นการประยุกต์มาจากวัฒนธรรมตะวันตก มีจังหวะที่เร็ว มีท่ายาก อีกทั้งไม่คุ้นเคยตามแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุชาวไทย จึงได้มีการประยุกต์รูปแบบการออกกำลังกายร่วมกับศิลปะพื้นบ้านซึ่งเป็นวิถีชุมชนที่มีความคุ้นเคย มีความสนุกสนาน เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการออกกำลังกายโดยการใช้จังหวะดนตรี การรำวง และฟ้อนรำ (danced-based exercise) ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นรูปแบบหนึ่งที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ (Mattle et al., 2020) เนื่องจากดนตรี อารมณ์ และการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดผลลัพธ์ทั้งทางสุขภาพกายและคุณภาพชีวิต (Koch et al., 2019; Liu, Shen, & Tsai, 2021) ดังการศึกษาการออกกำลังกายตามแนววิถีไทย เช่น การฟ้อน (วาสุกรี เชวงกุล, 2554; อัมภิชา นาไวย์, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, ไพรัช โกศลย์พิพัฒน์, ศรีจันทร์ พูใจ, และสุทธิดา พงษ์พันธ์, 2563) รำวงย้อนยุค (วราภรณ์ แยมมีศรี และปราณี จันธิมา, 2561) รำเซ็ง (ชัยพัฒน์ ศรีรักษา และคณะ, 2561) ตลอดจนการนำศิลปะของชาวไทยเชื้อสายจีนแบบไทชิ (ทิภา มหาพรหม, สุปรिता มั่นคง, และศุภร วงศ์วาทัญญู, 2560)

รูปแบบการออกกำลังกายดังที่ได้กล่าวมา อาจถือได้ว่าเป็นนาฏศิลป์บำบัดสำหรับผู้สูงอายุ (กัญญาวิโรจน์ เปี่ยมสีทอง, นพดล อินทร์จันทร์ และศรีรัฐ ภัคศิริณชิต, 2561) แต่การออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม ต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวมุสลิม การออกกำลังกายที่มี

การเดิน ควรออกกำลังกายในห้องเฉพาะ ที่ผู้ขายไม่สามารถมองเห็นได้ ออกกำลังกายในที่สาธารณะไม่ได้ และต้องไม่มีเสียงดนตรี (การिया ยื่อแร, สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง, และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2553) อย่างไรก็ตาม ยังคงยึดหลักการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ครั้งละ 15-20 นาทีทุกวัน หรืออย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง โดยมีการอุ่นเครื่อง 5 นาทีก่อนออกกำลังกาย และผ่อนคลาย 5 นาที ก่อนสิ้นสุด การออกกำลังกาย (ชฎาพร คงเพ็ชร์, 2562)

1.2 การรับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุในสังคมไทย แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงของ สภาพสังคมเข้าสู่สังคมเมืองมากขึ้น แต่ผู้สูงอายุยังคงคุ้นชินกับการรับประทานอาหารที่บ้านหรืออาหาร ท้องถิ่น ซึ่งมีผักพื้นบ้านที่มีวิตามินและสารต้านอนุมูลอิสระ ใช้น้ำมันที่เอียง่าย สมุนไพรและเครื่องปรุง ที่มีสรรพคุณทางยา แต่ในขณะเดียวกันก็จะมีการใช้เครื่องแกงหรือเครื่องปรุงที่มีรสเค็มเด่นเหมือนกันทั้ง 4 ภาคของประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นน้ำปลาร้า กะปิ น้ำปู หรือน้ำบูดู ซึ่งผู้สูงอายุมีต่อมรับรสชาติอาหารเสื่อมลง จึงมีแนวโน้มได้รับเกลือโซเดียมเกิน อีกทั้งมีการรับประทานข้าวเป็นหลัก ใช้แป้งและกะทิในการประกอบ อาหารหวาน ซึ่งเราทราบกันอยู่แล้วว่า ผู้สูงอายุไทยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่าวัยอื่น (อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, และสุธิดา แก้วทา, 2562) จึงได้มีการพัฒนาเมนูหรือตำรับอาหาร สำหรับผู้สูงอายุ เช่น ตำรับอาหารอีสาน (วาสุกรี เขวงกุล, 2554; วลัยชัชชา เขตบำรุง และคณะ, 2563) อาหารพื้นบ้านภาคเหนือ (ปิยฉัตร ดีสุวรรณ และคณะ, 2564) และอาหารภาคใต้ ซึ่งยึดหลักสะอาด โภชนาการดี และทำด้วยความรัก (มาลี คำคง, มาริสา สุวรรณราช, และสกุณฑลา แซ่เตียว, 2561) เป็นต้น ซึ่งเหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยยังคงความคุ้นเคย และยังเป็นเอกลักษณ์ที่บ่งชี้ถึงวัฒนธรรมและภูมิปัญญา ของคนไทยในแต่ละท้องถิ่น ที่สร้างสรรค์ปรุงแต่งให้เป็นอาหารเพื่อสุขภาพ

อีกทั้ง การบริโภคอาหารตามหลักศาสนา เช่น ชาวมุสลิมต้องปฏิบัติหรือดำเนินชีวิตภายใต้ ข้อกำหนดเดียวกัน คือ การงดเว้นบริโภคอาหารต้องห้ามหรือฮาลาล แต่จะบริโภคอาหารที่อนุมัติหรือฮาลาล เท่านั้น (จารุวรรณ ไม้ตระกูล และนะฤนทร จุฬากาญจน์, 2559) รวมทั้ง อาหารมังสวิรัต และอาหารเจ เป็นต้น

2. สุขภาวะทางจิตใจและจิตวิญญาณ เมื่อพิจารณาตามหลักการของสุขภาพวิถีชีวิตไทย มีสอดคล้องกับตามหลักของในแต่ละศาสนา 3 ศ. ได้แก่ สวดมนต์ เป็นการอ่าน/ท่องบทสวดตามหนังสือ พระคัมภีร์ ทั้งบทสรรเสริญ การอธิษฐานและการวิงวอน เป็นต้น สมาธิเป็นการทำให้จิตใจของเราจดจ่ออยู่กับ สิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยไม่มีสิ่งใดมารบกวน เป็นการรู้ตัวทุกขณะ เช่น ในขณะที่สวดมนต์ที่ต้องจดจ่อกับบทสวด ของแต่ละศาสนา และระลึกถึงคำสอนของพระศาสดา เป็นต้น และสนทนาธรรมคนในครอบครัว ชุมชน และกับผู้แทนศาสนาซึ่งเป็นการแบ่งปันประสบการณ์ การให้คำปรึกษาและเสริมสร้างกำลังใจ (เทวีัญ ธานีรัตน์ และคณะ, 2560) ซึ่งช่วยในเรื่องสุขภาพทางกายทั้งการหายใจ ระบบประสาทสมองและ ภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ ศาสนายังมีส่วนในการส่งเสริมสุขภาพทางด้านอารมณ์ ซึ่งเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวของจิตใจ ความคิด ความรู้สึก และนิสัยใจคอ รวมทั้ง การนับถือเชื่อมั่นในคำสอนของศาสดาของแต่ละศาสนา ซึ่งเป็นความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ (พระปลัดวีระชนม์ เขมวีโร, ธนันต์ชัย พัฒนะสิงห์, ทิพย์ ชันแก้ว, โฆษิต คุ่มท้าว, และสงวน หล้าโพทนัน, 2560) ตลอดจนวิถีตามภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ดังตัวอย่างในสังคมวัฒนธรรมอีสาน ยังคงมีการใช้พิธีกรรมพื้นบ้าน

ในการดูแลสุขภาพจิต ได้แก่ การผูกเสี่ยว พิธีเหยา และบายศรีสู่ขวัญ (มะยุรี วงศ์วานกลม, 2561) โดยมี หมอพื้นบ้าน เช่น หมอสมุนไพรมือ หมอสู่วัย หมอธรรม หมอมอ และเฒ่าจ๋า ในการช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีความเข้าใจความรู้สึกตัวเอง ควบคุมและจัดการอารมณ์ รวมทั้ง ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ได้ (สมเกียรติ สุทธิรัตน์ และปาริชาติ เมืองขวา, 2561)

3. สุขภาวะทางสังคม ตามหลักการของสุขภาพดีวิถีไทย เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ระดับครอบครัวและชุมชนด้วยการขับเคลื่อนดำเนินงานขององค์กรภาคีเครือข่ายหมู่บ้าน (บ.) วัด (ว.) โรงเรียน (ร.) สถานบริการสาธารณสุข (ส.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อ.) รวมย่อว่า บวร. สอ. (เทวีธู ธาณีรัตน์ และคณะ, 2560; สมคิด แทวกระโทก, 2560) และเป็นไปตามนโยบายการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพผู้สูงอายุ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) ทั้งการเข้าร่วมบุญวิถีตามกิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมประเพณีวิถีไทย และวิถีสังคม โดยใช้สถานที่ประกอบพิธีกรรมของแต่ละศาสนาเป็นศูนย์กลาง เช่น งานบุญ งานบวช งานเป็น และงานตาย เป็นต้น (สุภัทรชัย สีสะใบ, ประเสริฐ ธิลา, พระมหากฤษฏา กิตติโสภโณ, และพระปลัดระพิน พุทธิสาร, 2562) รวมถึงกิจกรรมศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุในหลักสูตร เช่น หลักสูตรเรียนเสริมอาชีพสร้างรายได้ โรงเรียนผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งมีการออกแบบกิจกรรมครบถ้วนทั้งสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม เพื่อส่งเสริมทักษะทางปัญญาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นนั้นๆ (สุรีย์ ธรรมิกบวร, 2561; มนัส จันทรพวง และคณะ, 2561; วรดา รุ่งเรือง, 2562; พรพรรณ มนัสจกุล, และเพ็ชรี รูปะวิเชตร, 2563)

ดังที่กล่าวมาข้างต้น นอกจากเป็นการส่งเสริมสุขภาวะทางสังคมให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมไม่เหงาและสร้างสุข ยังสามารถนำไปสอดแทรกในกิจกรรม 1 น. (นาฬิกาชีวิต) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ช่วงเวลาใน 24 ชั่วโมงของนาฬิกา กำกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมกิจกรรม 3 ส. 3 อ. และภาระงานในหน้าที่และความรับผิดชอบตามปกติของตนอย่างต่อเนื่อง จนเกิดเป็นวินัยและสุขนิสัยประจำตน ในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน และแก้ปัญหาโรคเรื้อรัง และคุณภาพชีวิตทางสุขภาพที่ดี

สรุป

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ที่ครอบคลุมการดูแลแบบองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทางด้านสุขภาพนั้น ต้องคำนึงถึงคุณลักษณะของประชาชน บริบททางศาสนา และวัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่นในชุมชนของผู้สูงอายุตามแนววิถีไทย ดังวิธีการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุตามแนววิถีไทยของแต่ละภูมิภาคของประเทศไทยทั้งการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์และความเครียด สอดรับกับนโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง พ.ศ.2564-2570 ถือได้ว่าไทยเป็นประเทศแรกที่ประกาศเป็นนโยบายชาติ ใช้หลักศาสนาตามหลัก 3 ส. (สวดมนต์ สมาธิ สันทนาธรรม) ควบคู่กับ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 1 น. (นาฬิกาชีวิต) ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพขั้นพื้นฐานสะท้อนถึงการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุได้ดี ได้แก่

1) สุขภาวะทางกาย วิธีการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหารเป็นเอกลักษณ์โดดเด่นตามสภาพท้องถิ่น อาหารที่มีอยู่ในท้องถิ่นมีสรรพคุณในทางสมุนไพรช่วยบำรุงร่างกาย ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงการรักษาโรคเบื้องต้นได้ วิธีด้านการออกกำลังกาย มีการนำวัสดุอุปกรณ์ในท้องถิ่นมาดัดแปลง/หรือประยุกต์ใช้ในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพกันมากขึ้น รวมทั้งการนำท่าทางจากการรำที่เป็นเอกลักษณ์มาดัดแปลงเป็นท่าออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ตลอดจนการนำดนตรีพื้นบ้าน และศิลปะการแสดงพื้นบ้านมาดัดแปลงให้เกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลายทางจิตใจ เป็นการจัดการอารมณ์และความเครียดรูปแบบหนึ่ง

2) สุขภาวะทางจิตใจและจิตวิญญาณ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมตามหลักของแต่ละศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจทั้งสวดมนต์ สมาธิ และสันทนาธรรม รวมทั้งพิธีกรรมตามภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ถือได้ว่าเป็นความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

3) สุขภาวะทางสังคม เป็นการบูรณาการขององค์ภาคีเครือข่ายหมู่บ้าน (บ.) วัด (ว.) โรงเรียน (ร.) สถานบริการสาธารณสุข (ส.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อ.) ในรูปของกิจกรรมอาชีพเสริมรายได้ ชมรมและโรงเรียนผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมทางกาย ความภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และส่งเสริมความสัมพันธ์ทางสังคมกับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กฤตภาส กังวานรัตนกุล. (2561). แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life questionnaires). ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์. สืบค้นจาก https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=491.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ด้านสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ.2561). นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- กัญญาวีร์ เปี่ยมสีทอง, นพดล อินทร์จันทร์, และศรีรัฐ ภัคดิธรรมา. (2561). การบริหารกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ โดยใช้กิจกรรมนาฏศิลป์บำบัด สำหรับชุมชนไทยพวน จังหวัดนครนายก. *วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม*, 6(1), 126-136.
- กัรียา ยื่อแระ, สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง, และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2553). การส่งเสริมการออกกำลังกายตามหลักศาสนาอิสลามในกลุ่มแม่บ้าน จังหวัดปัตตานี. *วารสาร AL-NUR บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยอิสลามยะลา*, 5(9), 83-96.
- จารุวรรณ ไผ่ตระกูล, และนะฤนเดตร จุฬากาญจน์. (2562). ความเข้าใจทางด้านวัฒนธรรมเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม. *วารสารมหาวิทยาลัยนรีวาสรชชนครินทร์*, 8(2), 142-152.
- จิตติยา สมบัติบุรณ์, นุชนาถ ประกาศ, และบุศริน เอี้ยวสีหยก. (2562). ความสุขของผู้สูงอายุไทยในยุค Thailand 4.0. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(2), 219-228.
- ชฎาพร คงเพชร. (2562). การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาล*, 68(4), 64-71.

- ชัยพัฒน์ ศรีรักษา, เสาวนีย์ นาคมะเร็ง, พลพัฒน์ ยงฤทธิปกรณ์, วันทนา ศิริธราธิวัตร, กิตติ สุวรรณยาวิสุทธิ, และทวีศักดิ์ จรรยาเจริญ. (2561). ผลของการรำเชิงอีสานต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุไทย: การศึกษานำร่อง. *เวชศาสตร์ร่วมสมัย*, 62(2), 211-222.
- ตรัมมีชี สาและ, และสุสนา ต่อเลื้อ. (2557). การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามบทบัญญัติอิสลาม: กรณีศึกษา ครอบครัวมุสลิมในหมู่บ้านบาเซาะ ตำบลโคกเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 1(2), 20-29.
- ทิวา มหาพรหม, สุปรีดา มั่นคง, และศุภร วงศ์ทัณญ. (2560). ผลของการออกกำลังกายด้วยไทชิต่อท่าทาง และการทรงตัวของผู้สูงอายุ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(3), 50-65.
- เทวีญุ ธาณิรัตน์, สี่ไพโร พลอยทรัพย์, ทศนีเวศ ยะโส, และฐิตินันท์ อินทอง (บ.ก.). (2560). *แนวทางการดูแลสุขภาพด้วยหลักวิถีธรรม วิถีไทย (3ส. 3อ. 1น.) ของ 5 ศาสนา*. นนทบุรี: สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มูลนิธิอุทัย สุขสุข.
- นริสา วงศ์พนารักษ์, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). คุณภาพชีวิต: การศึกษาในผู้สูงอายุไทย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 64-70.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล (บ.ก.). (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: พรินเตอร์.
- ปิยฉัตร ดีสุวรรณ, น้าทิพย์ จงศิริ, สุรางค์รัตน์ พ้องพาน, พัชรินทร์ คำนวล, ภมรศรี ศรีวงศ์พันธ์, และนวัชรโรจน์ อินเต็ม. (2564). การพัฒนาเมนูอาหารพื้นบ้านยอตนิยม ตามหลักโภชนาการเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุเขตภาคเหนือตอนบน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(3), 415-426.
- พรพรรณ มนัสจกุล, และเพ็ชรี รูปะวิเชตร์. (2563). การจัดการศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการเรียนรู้ตลอดชีวิต: กรณีศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุชราบาลุฒิวิทยาลัยจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 3(2), 17-32.
- พระเทพรัตนสุธี. (2557). การดูแลบิดามารดาตามแนวทางพระพุทธศาสนา. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 1(2), 65-74.
- พระปลัดวีระชนม์ เขมวีโร, ธนินต์ชัย พัฒนะสิงห์, ทิพย์ ชันแก้ว, โฆษิต คุ้มท้าว, และสงวน หล้าโพทนัน. (2560). การเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุตามหลักพระพุทธศาสนา. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 5(1), 78-88.
- พระมหาประสิทธิ์ ปสิโท. (2559). วัฒนธรรมไทย. *สิรินธรปริทรรศน์*, 17(2), 34-44.
- สุภัทรชัย สีสะใบ, ประเสริฐ ธิลาว, พระมหากฤษณา กิตติโสภโณ, และพระปลัดระพิน พุทธิสาโร. (2562). ถอดบทเรียนจากพื้นที่: การดูแลผู้สูงอายุตามแนวพุทธในจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารวิจัยวิชาการ*, 2(1), 149-170.
- มนัส จันท์พวง, วิยะณี ดังก้อง, ปาริฉัตร กุลเกลี้ยง, สุภาพร ธนะขำ, ญัฐกมล บัวบาน, และเอกภพ นิลพัฒน์. (2561). การพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น. *วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่*, 3(1), 87-102.

- มะยูรี วงศ์กวางกลม. (2561). ภูมิปัญญาพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสังคมวัฒนธรรมอีสาน. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม*, ฉบับพิเศษการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 25 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม, 140-148.
- มาลี คำคง, มาริส สุวรรณราช, และสกุณฑลา แซ่เตียว. (2561). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการด้านอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ โดยใช้ “แนวทางอาหารของแม่” ตำบลบ่อ่าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา: กรณีศึกษาชุมชนผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 23(2), 69-82.
- วรดา รุ่งเรือง. (2562). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ สังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เขตภาคกลางของประเทศไทย. *วารสารสหวิทยาการวิจัย: ฉบับบัณฑิตศึกษา*, 8(2), 249-258.
- วารภรณ์ แย้มมีศรี, และปราณี จันธิมา. (2561). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบร่าวงย้อนยุคต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 41(2), 58-68.
- วลัญชญา เขตบำรุง, มะลิ โพธิพิมพ์, พงศ์ภัทร ภิญโญ, อารีย์ เชื้อเดช, ฉัตรทอง บุญยภัทรากุล,... วงเดือน ประณีตพลกรัง. (2563). การพัฒนาตำรับอาหารท้องถิ่นที่เหมาะสม โดยการมีส่วนร่วมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 6(1), 77-89.
- วาสุกี เรืองกุล. (2554). วิถีชีวิตชาวไทยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาอำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 14(3), 206-210.
- วิชัย เอกพลากร (บ.ก.). (2553). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: เดอะกราฟฟิโก ซิสเต็มส์.
- วิน เตชะเคหะกิจ. (2561). *การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและค่าอรรถประโยชน์ในงานวิจัยสุขภาพ*. เชียงใหม่: ศูนย์บริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภรัตน์ เลิศพาณิชย์กุล. (2558). หน่วยที่ 15 แนวทางการพัฒนาบวญญิติไทย. ใน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, *ประมวลสาระชุดวิชา ไทยศึกษา หน่วยที่ 8-15* (พิมพ์ครั้งที่ 25) (หน้า 347-372). นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สมเกียรติ สุทธิรัตน์, และปาริชาติ เมืองขวา. (2561). ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม*, ฉบับการประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม, 255-261.
- สมคิด แทวระโทก. (2560). แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารชุมชนวิจัย*, 11(1), 158-170.
- สมบุญ วัฒนะ. (2560). การดูแลบิดามารดาสูงอายุตามหลักคำสอนในพระพุทธศาสนาของครอบครัวไทยพุทธ. *วารสารการวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 10(2), 67-80.
- สำนักงานยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

- สุรีย์ ธรรมิกบวร. (2561). *การพัฒนาชุมชนต้นแบบรองรับสังคมสูงอายุ: โรงเรียนผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุ*. อุบลราชธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, และสุธิดา แก้วทา (บ.ก.). (2562). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs: เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์.
- อัมมิชา นาไวย์, อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, ไพรัช โกศลย์พิพัฒน์, ศรีจันทร์ พูใจ, และสุธิดา พงษ์พันธ์งาม. (2563). *การพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายแบบพั่นเจิ้งเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ในชุมชนที่มีอาการปวดข้อเข่า*. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 5(10), 266-285.
- อาริยา สอนบุญ, อุไร จำปาอะดี, และทองมี ผลาผล. (2562). *วิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน: ความหมายและการจัดการ*. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(1), 241-248.
- Haugan, G., Drageset, J., André, B., Kukul, K., Mugisha, J., & Utvær, B. K. S. (2020). Assessing quality of life in older adults: psychometric properties of the OPQoL-brief questionnaire in a nursing home population. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 1-14.
- Koch, S. C., Riege, R. F., Tisborn, K., Biondo, J., Martin, L., & Beelmann, A. (2019). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes. A meta-analysis update. *Frontiers in psychology*, 10, 1806.
- Liu, X., Shen, P. L., & Tsai, Y. S. (2021). Dance intervention effects on physical function in healthy older adults: a systematic review and meta-analysis. *Aging clinical and experimental research*, 33(2), 253-263.
- Mattle, M., Chocano-Bedoya, P. O., Fischbacher, M., Meyer, U., Abderhalden, L. A., Lang, W., ... & Bischoff-Ferrari, H. A. (2020). Association of dance-based mind-motor activities with falls and physical function among healthy older adults: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 3(9), e2017688.
- Tangpakdeerat, W., & Sakulbumrungsil, R. (2020). Development of health-related quality of life questionnaire for patients on continuous drug use. *Thai Journal of Pharmaceutical Sciences*, 44(2), 124-135.
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.