

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบชาติพันธุ์วรรณาทางการพยาบาล (ethnonursing research) เพื่ออธิบายการดูแลที่บ้านเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดนครศรีธรรมราช

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้านี้ประกอบด้วย

1. แนวคิดการดูแลตามทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่หลากหลายและเป็นสากล (Culture Care Diversity and Universality)
2. แนวคิดเรื่องสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ
3. แนวคิดผู้สูงอายุและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
4. แนวคิดที่เกี่ยวกับการดูแลที่บ้านเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของชาวจังหวัดนครศรีธรรมราช และคนไทยในภาคใต้
5. แนวคิดการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาทางการพยาบาล (ethnonursing research)

แนวคิดการดูแลตามทฤษฎีการพยาบาลเชิงวัฒนธรรมที่หลากหลายและเป็นสากล

ทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่หลากหลายและเป็นสากล (Culture Care Diversity and Universality) พัฒนาขึ้นโดย เมดดิไลน์ เอ็ม ไลนิงเกอร์ (Mediline M. Leininger) ทฤษฎีนี้มีจุดเด่นหรือเอกลักษณ์ คือ เป็นทฤษฎีที่มีจุดเน้นการดูแลเชิงวัฒนธรรม (cultural care) ซึ่งพยาบาลจะต้องศึกษาวัฒนธรรมของบุคคลหรือกลุ่มให้เข้าใจ เพื่อจะได้ให้การพยาบาลได้เหมาะสมกับวัฒนธรรมซึ่งมีความหลากหลายและเป็นสากล โดยรูปแบบการดูแลจะต้องมีส่วนร่วมกัน ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับบริการในการตัดสินใจ วางแผน ดำเนินการและประเมินผล เพื่อให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม

ทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่หลากหลายและเป็นสากล มีพื้นฐานจากการพยาบาลแบบองค์รวม (holistic nursing) และแนวคิดของมานุษยวิทยา (anthropology) ซึ่งมองว่า มนุษย์ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่และบริบทของสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน จะมีการรับรู้และปฏิบัติการดูแลที่แตกต่างกัน แต่ยังมีบางอย่างที่เหมือนกันในการดูแลในแต่ละวัฒนธรรมทั่วโลก (Leininger, 2001) โดยไลนิงเกอร์เสนอว่า การปฏิบัติการดูแลของมนุษย์เกิดขึ้นในทุกวัฒนธรรม โดยเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่ม

มีเฝ้าพันธุมนุษย์ แต่การแสดงดังกล่าวยังไม่เป็นที่ประจักษ์ และยังเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรม ซึ่งมนุษย์ที่มีวัฒนธรรมต่างกัน จะมีรูปแบบการตัดสินใจและรูปแบบการกระทำหรือการเลือกบริการที่แตกต่างกันตามบริบทของตนเอง โดยมีวัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดแบบแผนชีวิตและมีอิทธิพลในการตัดสินใจกำหนดการกระทำ ส่วนความรู้ค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณี และรูปแบบการดูแลของแต่ละวัฒนธรรม จะมีอิทธิพลต่อการอยู่รอด พัฒนาการ การเจ็บป่วยและสุขภาพของบุคคล ส่วนการดูแลนั้นหมายถึง การให้ความช่วยเหลือ ส่งเสริม สนับสนุน อำนวยความสะดวก และให้อำนาจแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ให้สามารถกระทำการเพื่อสุขภาพตามลักษณะวิถีชีวิตและบริบทของสิ่งแวดล้อม ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลจะต้องค้นหาวิธีการดูแลเชิงวัฒนธรรมเหล่านี้ เพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับความเป็นอยู่ของมนุษย์บนพื้นฐานของความรู้ในวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งไลนิงเกอร์ (Leininger, 2001) ได้เสนอข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎีไว้ดังนี้

1. การดูแล เป็นสิ่งจำเป็น เป็นหัวใจ และเป็นจุดเน้นของการพยาบาล
2. การดูแล เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสุขภาพ ความผาสุก การฟื้นฟู การเจริญเติบโต การรอดชีวิต และการเผชิญความพิการหรือความตาย
3. การดูแลเชิงวัฒนธรรม เป็นการให้ความหมายที่กว้าง และเป็นองค์รวมเพื่อใช้ในการศึกษาหรือทำความเข้าใจปรากฏการณ์ทางการพยาบาล และเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล
4. การพยาบาล เป็นสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์การดูแลของมนุษย์ในวัฒนธรรมที่หลากหลาย
5. การดูแลเป็นสิ่งจำเป็นในการรักษาและการฟื้นฟู และไม่สามารถให้การรักษาได้โดยปราศจากการดูแล
6. การดูแลเชิงวัฒนธรรมเป็นปรากฏการณ์ที่เป็นสากล คือ มีเหมือนกันทั่วโลก แต่จะมีความแตกต่างกันในด้านแนวคิด การให้ความหมาย การแสดงออก รูปแบบ กระบวนการ และโครงสร้าง
7. ในทุกวัฒนธรรมมนุษย์จะมีการดูแลพื้นฐานและการดูแลเชิงวิชาชีพ ซึ่งอาจจะแตกต่างกันในด้านความรู้และการปฏิบัติของแต่ละวัฒนธรรม
8. ค่านิยม ความเชื่อ และการปฏิบัติการดูแลเชิงวัฒนธรรม ได้รับอิทธิพลจากโลกทัศน์ ภาษา ศาสนา สังคม กฎหมาย การศึกษา เศรษฐกิจ เทคโนโลยี ประวัติศาสตร์ของชุมชน และบริบทของสิ่งแวดล้อม

9. ประโยชน์ สุขภาวะ และความพึงพอใจ ที่ได้รับจากการพยาบาล จะช่วยให้เกิดความ ผาสุกของบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน ภายใต้บริบทของสิ่งแวดล้อม
10. การดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม จะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลได้รับรู้และนำค่านิยม การ แสดงออกและรูปแบบการดูแลเชิงวัฒนธรรมของบุคคลครอบครัว กลุ่มหรือชุมชน ไปใช้อย่าง เหมาะสมและมีประโยชน์ต่อประชาชนในวัฒนธรรม
11. ความเหมือนและความแตกต่าง ระหว่างการดูแลเชิงวัฒนธรรมของบุคคลกรผู้ให้การ ดูแลเชิงวิชาชีพ และผู้ให้การดูแลที่บ้านหรือผู้ดูแลของผู้ใช้บริการ จะปรากฏอยู่ในทุกวัฒนธรรม
12. ผู้ใช้บริการที่ได้รับบริการหรือการดูแลที่ไม่สอดคล้องกับค่านิยม ความเชื่อและวิถี ชีวิตจะมีแสดงออกถึงความขัดแย้งทางวัฒนธรรม การไม่ให้ความร่วมมือ มีความเครียดและวิตก กังวลทางจริยธรรม
13. กระบวนทัศน์เชิงคุณภาพจะให้ความรู้ และแนวทางการศึกษาความรู้และปรัชญาที่ ว่าด้วยความเป็นอยู่ของมนุษย์ในมิติของการดูแลมนุษย์ในวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

มโนทัศน์หลักของทฤษฎี

แนวคิดและค่านิยมศัพท์ของมโนทัศน์หลักของทฤษฎี จะช่วยให้ผู้ศึกษาทฤษฎีการดูแล เชิงวัฒนธรรม เข้าใจมิติต่างๆที่สัมพันธ์กันและสามารถอนุมานปรากฏการณ์ทางการพยาบาล จาก ความรู้ ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล และสถานการณ์ที่ศึกษา ซึ่งมโนทัศน์หลักของทฤษฎีการดูแล เชิงวัฒนธรรมที่หลากหลายและเป็นสากล ประกอบด้วย (Leininger, 2001)

1. การดูแล (care) หมายถึง ปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ สนับสนุน บุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ในการตอบสนองความต้องการของตนเองและปรับปรุงวิถีชีวิตหรือการเผชิญ ความตายได้อย่างเหมาะสม
2. วัฒนธรรม (culture) หมายถึง การเรียนรู้และการถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ บรรทัด ฐานและวิถีชีวิต ของกลุ่มคนซึ่งจะเป็นแนวทางในคิด การตัดสินใจ และการปฏิบัติของกลุ่มนั้นๆ
3. การดูแลเชิงวัฒนธรรม (cultural care) หมายถึง การเรียนรู้และการถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ รูปแบบวิถีชีวิต ในการส่งเสริม สนับสนุน บุคคลและชุมชน เพื่อคงไว้ซึ่งความผาสุก สุขภาวะ ในการเผชิญกับความเจ็บป่วย ความพิการ หรือความตาย
4. ความหลากหลายของการดูแลเชิงวัฒนธรรม (culture care diversity) หมายถึงความ แตกต่างในความหมาย ค่านิยม รูปแบบการแสดงออก วิถีชีวิต ของแต่ละวัฒนธรรม ในการช่วย เหลือ สนับสนุนการดูแลของประชาชน

5. ความเป็นสากลของการดูแลเชิงวัฒนธรรม (culture care universality) หมายถึงความหมาย ค่านิยม รูปแบบการแสดงออก วิถีชีวิต ที่เหมือนกันของแต่ละวัฒนธรรม และสะท้อนให้เห็นถึงการช่วยเหลือ สนับสนุนการดูแลของประชาชน

6. การพยาบาล (nursing) หมายถึงวิชาชีพและศาสตร์ในการเรียนรู้มนุษย์ โดยมีจุดเน้นอยู่ที่การศึกษาปรากฏการณ์ดูแลของมนุษย์ และกิจกรรมในการช่วยเหลือ ส่งเสริม สนับสนุนบุคคลหรือชุมชน ในการคงไว้ซึ่งสุขภาพ และสอดคล้องกับวัฒนธรรม

7. โลกทัศน์ (worldview) หมายถึงมุมมองของบุคคลต่อโลกรอบตัว หรือค่านิยมเกี่ยวกับชีวิตหรือโลกรอบตัว

8. มิติของโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม (cultural and social structure dimensions) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของรูปแบบหรือคุณลักษณะที่สัมพันธ์กับโครงสร้างหรือองค์ประกอบ และปัจจัยต่างๆในวัฒนธรรมนั้นๆ ซึ่งรวมถึงปัจจัยทางศาสนา สังคม การเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา เทคโนโลยี และค่านิยมทางวัฒนธรรม และอิทธิพลของปัจจัยเหล่านี้ต่อพฤติกรรมของมนุษย์ในบริบทของสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน

9. บริบทของสิ่งแวดล้อม (environmental context) หมายถึงเหตุการณ์ สถานการณ์ หรือประสบการณ์เฉพาะ ในการให้ความหมาย การแสดงออก และความสัมพันธ์ทางสังคมของแต่ละวัฒนธรรม

10. ระบบการดูแลพื้นบ้าน (generic (folk) care system) หมายถึง การเรียนรู้ทางวัฒนธรรม การถ่ายทอดความรู้และทักษะที่ใช้ภายในวัฒนธรรม เพื่อการช่วยเหลือสนับสนุนกระบวนการดูแลสุขภาพ

11. ระบบการดูแลเชิงวิชาชีพ (professional care system) หมายถึง ความรู้ และทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ความเจ็บป่วย และสุขภาพ ซึ่งได้รับการสอน การเรียนรู้ และการถ่ายทอดอย่างเป็นระบบ

จากกรอบแนวคิดทฤษฎี ข้อตกลงเบื้องต้น และมโนคติหลักดังกล่าว ไลงเงอร์จึงได้เสนอชั้นไรส์โมเดล (sunrise model) (ภาพ 1) ขึ้น เพื่อแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างและเกี่ยวเนื่องกันในแต่ละมิติของมโนทัศน์หลักของทฤษฎี ที่เชื่อว่าการให้ความหมายและการปฏิบัติดูแลเชิงวัฒนธรรม ได้รับอิทธิพลจากค่านิยม มุมมอง ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม การใช้ภาษา ประวัติศาสตร์ของชุมชน สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพ ซึ่งไลงเงอร์เชื่อว่าทุกวัฒนธรรมทั่วโลกจะมีระบบการดูแล 2 ระบบคือ ระบบการดูแลพื้นบ้าน (folk / indigeneous or naturalistic lay care system) และระบบการดูแลสุขภาพเชิงวิชาชีพ (professional health care system) ซึ่งการ

ดูแลทั้ง 2 ระบบใหญ่นี้ จะช่วยให้การดูแลบุคคลให้มีสุขภาพดี เป็นที่พึงพอใจ และสอดคล้องกับค่านิยมในวัฒนธรรมและความต้องการของผู้รับบริการ แต่อย่างไรก็ตาม การดูแลเชิงวิชาชีพของพยาบาลในบางครั้ง อาจจะไม่สอดคล้องกับการดูแลทั่วไปหรือการดูแลที่บ้านของผู้รับบริการ ดังนั้น จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับพยาบาล ในการที่จะศึกษาถึงความเหมือนหรือความแตกต่างของการดูแลที่บ้านและการดูแลเชิงวิชาชีพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการให้บริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม (Leininger, 2001) ซึ่งในมุมมองของนักมานุษยวิทยานั้น ระบบการดูแลที่บ้าน (folk care system) หมายถึง การเรียนรู้ทางวัฒนธรรม การถ่ายทอดความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพที่ใช้ภายในวัฒนธรรม ซึ่งเป็นการดูแลที่เก่าแก่ เป็นธรรมชาติ และเป็นแนวทางตามวัฒนธรรมพื้นบ้าน ในการส่งเสริม ช่วยเหลือ และสนับสนุนกระบวนการฟื้นฟู และการดูแลสุขภาพของมนุษย์ (Leininger, 2002) การดูแลที่บ้าน อ้างอิงถึงความเป็นจุดกำเนิด และรากฐานของความรู้ ในขณะที่การดูแลเชิงวิชาชีพเป็นสิ่งที่เพิ่งมีขึ้นมา และการพยาบาลจัดเป็นระบบบริการที่ประสานอยู่ระหว่างระบบการดูแลเชิงวิชาชีพและการดูแลที่บ้าน

ทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลของมนุษย์ที่แตกต่างกันและเป็นสากล ซึ่งสามารถค้นพบได้โดยการศึกษาเฉพาะพื้นที่ ตามมุมมองของคนภายในพื้นที่นั้น (emic) โดยใช้ความรู้ทางการพยาบาลซึ่งเป็นมุมมองของบุคคลภายนอก (etic) และจำเป็นต้องอาศัยการเปรียบเทียบและความสามารถในการแปลผล เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ การดูแลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม (cultural congruent care) และรักษาไว้ซึ่งสุขภาวะหรือการเผชิญความตายที่เหมาะสม โดยพยาบาลมีรูปแบบการตัดสินใจ ที่จะทำการพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม 3 รูปแบบ คือ (Leininger, 2001)

1. การคงไว้ซึ่งการดูแลตามวัฒนธรรมที่เป็นอยู่ (cultural care preservation) หมายถึง การกระทำหรือการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ เพื่อการช่วยเหลือ สนับสนุนประชาชนแต่ละวัฒนธรรม ให้รักษาหรือคงไว้ซึ่งค่านิยมในการดูแลสุขภาพและวิถีชีวิต เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาวะหรือฟื้นฟูจากการเจ็บป่วย หรือเผชิญกับความพิการหรือความตายได้ตามวัฒนธรรมเฉพาะของเขา

2. การปรับการดูแลในวัฒนธรรมที่เป็นอยู่ (cultural care accommodation) หมายถึง การกระทำหรือการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ ในการช่วยเหลือ สนับสนุน ประชาชนในวัฒนธรรมย่อย ให้มีการเจรจาต่อรองหรือปรับเข้าหากันเพื่อก่อให้เกิดผลจากการดูแลที่มีความหมาย มีประโยชน์ และสอดคล้องกับภาวะสุขภาพของประชาชน

3. การเปลี่ยนรูปแบบการดูแลในวัฒนธรรมที่เป็นอยู่ (cultural care Repatterning) หมายถึงการกระทำและการตัดสินใจเชิงวิชาชีพ ในการปรับเปลี่ยนหรือปรับปรุงวิถีชีวิตของประชาชนเพื่อก่อให้เกิดระบบการดูแลสุขภาพแบบใหม่ ที่มีประโยชน์และแตกต่างไปจากระบบปัจจุบัน

นอกจากแนวคิดการดูแลตามทฤษฎีดูแลเชิงวัฒนธรรมที่หลากหลายและเป็นสากลแล้ว ยังมีแนวคิดระบบการดูแลสุขภาพอื่นๆ ที่กล่าวถึงระบบการดูแลสุขภาพของประชาชน เช่น ระบบการดูแลสุขภาพของไคลน์แมน

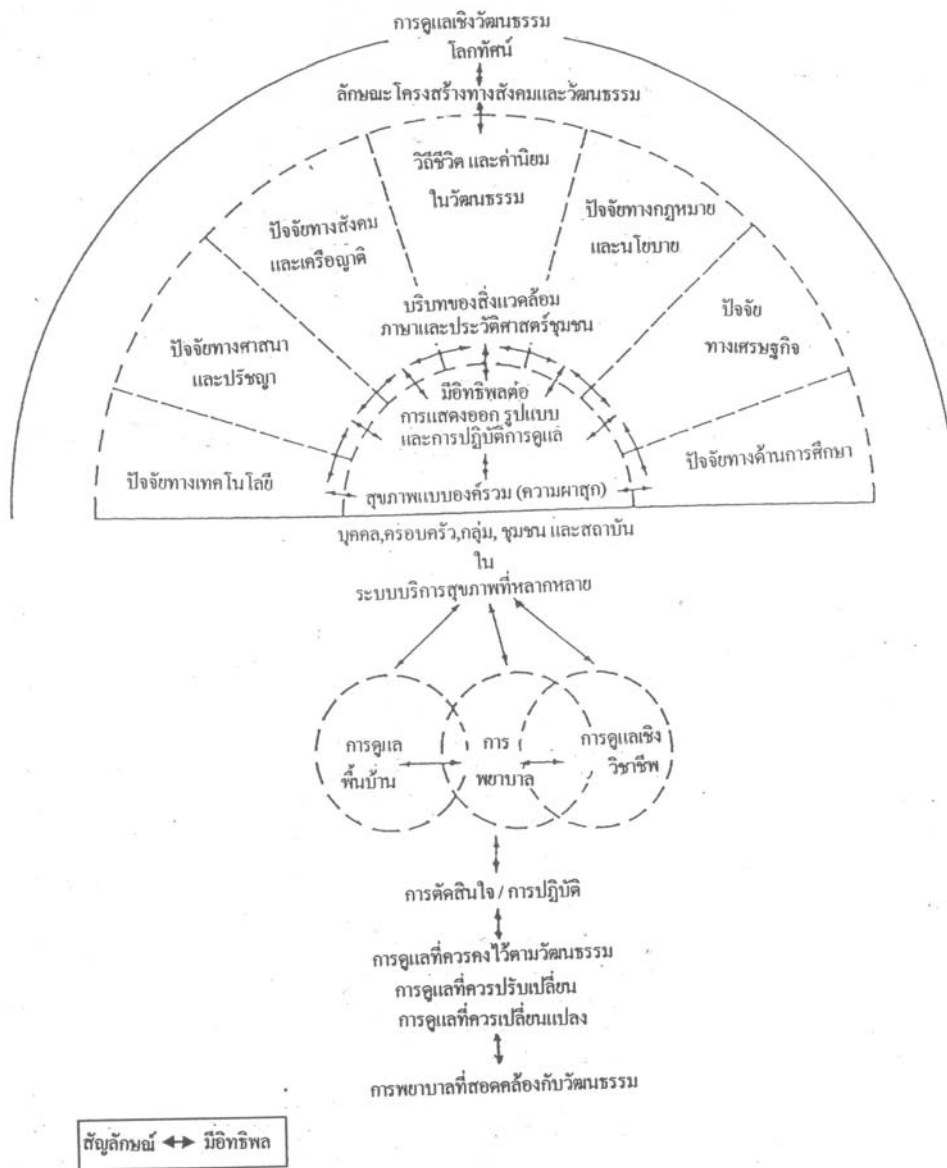
ตามแนวคิดของไคลน์แมน (Kleinman, 1980) ระบบการดูแลสุขภาพในสังคม เป็นระบบวัฒนธรรมของสังคมหรือชุมชนนั้นๆ ซึ่งแบ่งระบบการดูแลสุขภาพเป็น 3 ระบบ คือ

1. ระบบการดูแลสุขภาพภาคประชาชน (popular sector of health care) ซึ่งเป็นระบบการดูแลที่ใหญ่ที่สุด แต่มีการศึกษาและทำความเข้าใจน้อยที่สุด ระบบการดูแลสุขภาพภาคประชาชน เป็นระบบที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและการปฏิบัติของบุคคล ครอบครัว กลุ่มหรือชุมชน กับการให้ความหมายของการเจ็บป่วย และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย รวมทั้งการแสวงหาการช่วยเหลือจากผู้ให้บริการทางสุขภาพภาคพื้นบ้าน หรือผู้ให้บริการในสาขาวิชาชีพ

2. ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพ (professional sector of health care) เป็นระบบการดูแลของกลุ่มวิชาชีพ ซึ่งได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการเป็นระบบและถูกต้องตามกฎหมาย

3. ระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้าน (folk sector of health care) เป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเยียวยาที่มีพื้นฐานความเชื่อแบบพื้นบ้าน และมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับระบบการดูแลสุขภาพภาคอื่นๆ โดยเฉพาะภาคประชาชน โดยผู้ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านมักผ่านการเรียนรู้จากบุคคลหนึ่งสู่อีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นการถ่ายทอดความรู้กันในหมู่เครือญาติ และไม่เป็นระบบ

จากแนวคิดการดูแลที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นว่า การดูแลพื้นบ้านตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่หลากหลายและเป็นสากล จะครอบคลุมระบบการดูแลสุขภาพภาคประชาชน และระบบการดูแลสุขภาพภาคพื้นบ้านตามแนวคิดของไคลน์แมน ซึ่งถือเป็นระบบการดูแลที่สำคัญและเป็นระบบที่ใหญ่ที่สุดของการดูแลสุขภาพ โดยมีการดำเนินการโดยบุคคล ครอบครัว กลุ่มหรือชุมชน ทั้งยังเป็นรากฐานของความรู้ดั้งเดิมของวัฒนธรรมต่างๆ นอกจากนี้ระบบการดูแลพื้นบ้านยังเป็นแนวทางในการตัดสินใจแสวงหาการช่วยเหลือและการสนับสนุนการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับระบบการดูแลสุขภาพในระบบอื่นๆ



ภาพ 1 ชั้นไรส์ โมเดล (sunrise model)

Note. From *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*(p.43), by M. M. Leininger, 2001, Massachusetts: Jones and Bonlett Publisher.

แนวคิดเรื่องสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ

สุขภาพ (health) ตามคำจำกัดความที่องค์การอนามัยโลกให้ไว้ คือ สภาวะของความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ รวมทั้งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี มิได้หมายถึงเพียงความปราศจากโรคหรือปราศจากความทุพพลภาพเท่านั้น (จินดา, 2543) ซึ่ง ศ.นพ.ประเวศ วะสี ให้ความหมายของสุขภาพไว้อย่างครอบคลุมและลึกซึ้งว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ดังนี้ (ประเวศ, 2543)

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียงไม่มีอุบัติเหตุร้าย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ สมานธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวด้วย

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีระบบบริการที่ดี

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่ง หรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตากรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัยหรือพระเจ้า ความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน (self transcending) ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม

สุขภาพ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ การปรับปรุงส่งเสริมหรือรักษาสุขภาพ นับเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคคลที่พึงมีต่อตนเอง

การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ตามคำจำกัดความที่ได้จากการประชุม ณ กรุงออกตาวา ในปี 1986 ได้สรุปว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการของการทำให้ประชาชนสามารถเพิ่มอำนาจในการควบคุม และปรับปรุงภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างแท้จริง นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ยังได้เน้นว่าการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมวิถีชีวิตที่ถูกต้องอนามัย การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องเหมาะสม การสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง การปรับปรุงบริการสาธารณสุขต่างๆ และการที่รัฐมีนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย (Edelman & Mandel, 1994)

ส่วนการส่งเสริมสุขภาพตามความหมายของเพ็นเดอร์ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่มุ่งยกระดับความผาสุก และส่งเสริมศักยภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002)

แนวคิดที่ใกล้เคียงกับการส่งเสริมสุขภาพ และผู้ให้บริการทางสุขภาพมีความคุ้นเคยคือการป้องกันโรค (health prevention) ซึ่งหมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่ยับยั้งกระบวนการเกิดโรคหรือการดำเนินของโรค โดยเน้นวิถีทางการปรับสภาพแวดล้อม พฤติกรรมและกลไกการป้องกันของร่างกาย เพื่อให้กระบวนการเกิดโรคช้าลงหรือไม่เกิดโรคเลย (วันเพ็ญ, 2543)

เพ็นเดอร์ เมอร์ดอทท์ และพาร์สันส์ (Pender, Murdaugh & Parsons, 2002) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) กับการปกป้องสุขภาพ (health protection) หรือการป้องกันโรคมีข้อแตกต่างที่สำคัญในเรื่องแรงจูงใจ โดยการส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่มีแรงจูงใจคือต้องการที่จะเพิ่มศักยภาพของตนเองและทำให้สุขภาพดียิ่งขึ้น ส่วนการป้องกันโรคเป็นพฤติกรรมที่มีแรงจูงใจ คือ ความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงจากความเจ็บป่วย หรือคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายภายใต้ความเจ็บป่วย ซึ่งหลักในการพิจารณาถึงความแตกต่างของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค คือ

1. การส่งเสริมสุขภาพไม่ได้มีจุดเน้นที่โรค หรือการบาดเจ็บ เช่นเดียวกับการป้องกันโรค
2. การส่งเสริมสุขภาพเป็นแรงกระตุ้นให้เข้าไปหา (approach motivated) ส่วนการปกป้องสุขภาพหรือป้องกันโรค เป็นแรงกระตุ้นให้หลีกเลี่ยง (avoidance motivated)
3. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการแสวงหาศักยภาพสูงสุดของสุขภาพ ในขณะที่การปกป้องสุขภาพเป็นการขัดขวางการเกิดพยาธิสภาพ ซึ่งทำลายสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี

จากแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพ จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความสลับซับซ้อน มีลักษณะพหุมิติ แต่องค์ประกอบหลักของการส่งเสริมสุขภาพจะเน้นที่บุคคล ครอบครัว และชุมชน และการส่งเสริมสุขภาพกับการปกป้องสุขภาพ ในความเป็นจริงแยกกันค่อนข้างยาก และมีความซ้ำซ้อนกัน เพราะพฤติกรรมอย่างเดียวกันสามารถเกิดขึ้นได้ภายใต้แรงจูงใจทั้งสองประการ

แนวคิดผู้สูงอายุและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ความชรา ความสูงอายุ หรือความแก่นั้น มีการให้คำนิยามที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการให้คำนิยามตามแนวคิดของนักพฤฒาวิทยา (gerontologist) การให้คำนิยามของบุคคลทั่วไป และ

การให้นิยามตามแนวคิดของผู้สูงอายุเอง ซึ่งหลายๆประเทศมีการกำหนดให้ผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ แต่ในประเทศไทย ให้ความหมายของผู้สูงอายุตามมติของสมัชชาโลก ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรเลีย เมื่อปี 2525 ซึ่งให้คำจำกัดความว่าผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (นันทวัน, 2544) ในขณะที่องค์การอนามัยโลกได้แบ่งประชาชนวัยผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วงอายุ คือ (Murray & Zentner, 2001)

1. ผู้สูงวัย (elderly) คือผู้ที่มีอายุ 60 – 75 ปี
2. คนแก่ (old) คือผู้ที่มีอายุ 76 – 90 ปี
3. คนแก่มาก (very old) คือผู้ที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

ปรากฏการณ์ของความสูงอายุ (the phenomenon of aging)

ความสูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม หรือ กระบวนการสูงอายุ ซึ่งมนุษย์ทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ นักวิทยาศาสตร์ในช่วงแรกๆ เช่น Aristotle, Hippocrates, Galen ได้สร้างทฤษฎีเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ของความสูงอายุเฉพาะ ด้านร่างกาย จนกระทั่งศตวรรษที่ 20 นักสังคมวิทยา นักจิตวิทยาและนักสรีรวิทยาจึงได้สร้างทฤษฎี เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ของความสูงอายุ ทั้ง 3 ด้านคือ (Miller, 1995)

1. ความสูงอายุทางด้านชีวภาพ (biological age) หมายถึง สภาพที่แสดงถึงความสามารถ ในการทำหน้าที่ของระบบอวัยวะสำคัญต่างๆของร่างกาย ที่อาจจะอ่อนหรือแก่กว่าอายุจริง (chronologic age)

2. ความสูงอายุทางสังคม (social age) เป็นผลจากวิถีชีวิตของบุคคล ผ่านทางขนบธรรมเนียม ประเพณีทางสังคมที่หลากหลาย ครอบคลุมถึงบทบาทและพฤติกรรมของบุคคลที่สัมพันธ์กับ บุคคลอื่นในสังคม และลักษณะการแต่งกาย การใช้ภาษา การเคารพนับถือผู้นำ เป็นบทบาทของ บุคคลที่ตอบสนองต่อสังคมในฐานะที่เป็นบุคคลหนึ่งของสังคม

3. ความสูงอายุทางด้านจิตใจ (psychological age) หมายถึง พฤติกรรมและความสามารถ ของคนในการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม (Birren & Cunningham, 1985 cited by Miller, 1995) รวมถึงความสามารถด้านความจำ การเรียนรู้ ความฉลาด ทักษะ ความรู้สึก

ลักษณะเฉพาะของความสูงอายุ (characteristics of aging) ของมนุษย์ ประกอบด้วย (บรรลู่, 2542)

1. อัตราตายสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นหลังจากเติบโตเต็มที่

2. ส่วนประกอบทางเคมีของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนตามอายุที่มากขึ้น มีการลดลงของส่วนประกอบที่เป็นโครงสร้างของร่างกาย เช่นกล้ามเนื้อ กระดูก แต่ส่วนประกอบที่เป็นไขมันกลับมีมากขึ้น และมีการเพิ่มขึ้นของสีผิวหนังชนิดพิเศษ (lipofuscin pigment) ขึ้นในบางส่วนของร่างกาย และมีการเปลี่ยนแปลงในโมเลกุลของโปรตีนที่เป็นส่วนประกอบของผิวหนัง กระดูก เนื้อเยื่อและฟัน (Collagen)

3. ร่างกายทุกส่วนเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงเรื่อยๆ
4. ความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมลดลง
5. มีความอ่อนแอต่อโรคหลายชนิด

จากปรากฏการณ์ของความสูงอายุ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมลดลง เกิดโรคต่างๆได้ง่าย และมีอัตราการตายสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (บรรลู่, 2542) ซึ่งลักษณะเหล่านี้ทำให้มีความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อที่จะพยายามให้ผู้สูงอายุสามารถมีช่วงอายุที่มีสุขภาพดี และดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและยาวนานที่สุด (สุทธิชัย, 2542) มีการศึกษาการให้ความหมายของของสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นและไม่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความหมายของสุขภาพครอบคลุมทั้งอาการทางคลินิก การแสดงบทบาททางสังคม การปรับตัว และความปกติสุข (นิตยา, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและที่มีปัญหาสุขภาพ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดีให้ความหมายของสุขภาพดี ใน 2 ลักษณะ คือ ภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจ และความสามารถที่กระทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง ส่วนผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพให้ความหมายของสุขภาพดีในความหมายเดียว คือ การไม่มีโรค (เพลินพิศ, 2542)

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคมที่จะต้องร่วมกันรับผิดชอบและร่วมกันดำเนินการ โดยผู้สูงอายุเองจะต้องปฏิบัติตนเองสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และยิ่งปฏิบัติได้เร็วเท่าใด ก็จะได้ผลดีเร็วขึ้น จากการศึกษาแบบแผนชีวิตและความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลายพบว่า ผู้สูงอายุที่มีแบบแผนชีวิตดีมีแนวโน้มมีปัญหสุขภาพน้อย (อรนุช, 2544) และมีการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพทางกาย ภาวะสุขภาพจิต และภาวะสุขภาพทางสังคม และจิตวิญญาณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ประภา, แอนน์ และ วงเดือน, 2545) เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับรู้ความสำเร็จแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมระหว่างบุคคล การรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการจัด

การกับความเครียด และมีการศึกษา พบว่าการมีสุขภาพที่ดีเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีชีวิตที่ดี โดยการให้ความสำคัญกับการมีอากาศดี กินอาหารที่เป็นประโยชน์ เช่นผัก ผลไม้ ออกกำลังกายบ้างเล็กน้อย การดูแลสุขภาพให้แข็งแรง กินยาบำรุงร่างกาย หลีกเลี่ยงโรคต่างๆ ไม่ฟุ้งซ่าน กินให้พอดี นอนหลับพักผ่อนเต็มที่ และทำจิตใจให้เบิกบาน มองโลกในแง่ดี (ปรีชา, สุรีย์, วิธนา และ มัลลิกา, 2541)

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถแบ่งการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้เป็น 6 ด้าน คือ การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การส่งเสริมการพักผ่อน การส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการ การส่งเสริมสุขภาพจิต และการส่งเสริมสุขภาพะด้านจิตวิญญาณ ซึ่งแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

การส่งเสริมภาวะโภชนาการ

โภชนาการที่ดีทำให้เกิดสุขภาพและช่วยป้องกันโรค มีการศึกษาพบว่า อาหารการกินมีส่วนสำคัญสูงในการทำให้มีชีวิตยืนยาวและสมบูรณ์แข็งแรง (บวรล, 2531) ซึ่งภาวะโภชนาการตั้งแต่วัยเด็กของแต่ละบุคคล มีผลต่อกระบวนการสูงอายุของบุคคลนั้น โดยพบว่ามีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 30 ที่มีดัชนีความหนาของร่างกาย (body mass index) น้อยกว่า 20 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ชนัท และ สุทธิชัย, 2544; สุทธิชัย, 2543) โดยเฉพาะผู้ที่อยู่บ้านคนเดียว โดยขาดทั้งแคลอรี โปรตีน น้ำ วิตามินบี ไทอามิน วิตามินซี และดี โฟเลท และแคลเซียม (ประคอง, 2543) ดังนั้นผู้สูงอายุจะต้องฝึกนิสัยที่ดีและเหมาะสมในการกิน คือเน้นให้ได้พลังงานที่เพียงพอ เลือกอาหารที่มีคุณค่าทางอาหารสูงและสมดุล ดังนี้

โปรตีน ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนในปริมาณที่เพียงพอและไม่มากเกินไป ในปริมาณร้อยละ 12 - 14 ของกิโลแคลอรีทั้งหมด (โปรตีน 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม) (สุทธิชัย, 2542) ซึ่งอาจเป็นโปรตีนจากสัตว์และพืช จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีจะหลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ใหญ่ หันมารับประทานปลา อาหารเพื่อสุขภาพ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง งา ผักและผลไม้ (เพลินพิศ, 2542)

ไขมัน ผู้สูงอายุควรได้รับไขมันลดลง เนื่องจากความต้องการพลังงานลดลง โดยปกติควรจำกัดไม่เกินร้อยละ 30 โดยให้มีไขมันไม่อิ่มตัวอย่างน้อยร้อยละ 10 ของปริมาณไขมันที่บริโภค ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีอายุยืนส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่มีการสะสมไขมันต่ำ (วันดี และ คณะ, 2541)

คาร์โบไฮเดรต ในแต่ละวันผู้สูงอายุควรได้รับประมาณร้อยละ 50 – 58 ของปริมาณแคลอรีทั้งหมด เพื่อป้องกันการสลายของเนื้อเยื่อที่เป็นโปรตีน และควรรับประทานคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนเป็นส่วนใหญ่ เช่น ข้าวซ้อมมือ ธัญพืชต่างๆ เผือกมัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง ซึ่งมีมากในข้าวซ้อมมือ ธัญพืช ผักและผลไม้ เพราะช่วยให้ผู้สูงอายุขับถ่ายได้ดีขึ้น ป้องกันมะเร็งลำไส้ ช่วยลดการดูดซึมน้ำตาลและโคเลสเตอรอล โดยผู้สูงอายุควรได้รับสารอาหารที่เป็นกากใยวันละ 25 – 35 กรัม (จันทนา และ วิไลวรรณ, 2545) จากการศึกษาองค์ประกอบของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ในทรวงศ์ของผู้ที่มีอายุเกิน 100 ปี พบว่า ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับอาหาร โดยเฉพาะผลไม้และพืชผักสวนครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต (Pascucci & Loving, 1997)

น้ำ ผู้สูงอายุมีปัญหาการขาดน้ำได้ง่าย ซึ่งเกิดได้จากสาเหตุหลายประการ ทั้งที่เกี่ยวข้องจากกระบวนการสูงอายุและสาเหตุที่เกิดจากโรคหรือข้อจำกัดทางสุขภาพ การขาดน้ำในผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหา เช่น ท้องผูก ความดันโลหิตตก มีภาวะแคลเซียมในเลือดสูง ปัสสาวะลดลง และเกิดภาวะ สับสนได้ง่าย โดยทั่วไปผู้สูงอายุควรได้รับน้ำประมาณ 30 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัวหนึ่ง กิโลกรัม หรือไม่น้อยกว่า 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน (ชนัท และ สุทธิชัย, 2544; สุทธิชัย, 2543)

วิตามินและเกลือแร่ ปริมาณเกลือแร่ที่ผู้สูงอายุต้องการส่วนใหญ่ไม่แตกต่างจากคนอายุน้อย ยกเว้นธาตุเหล็กที่มีแนวโน้มของความต้องการลดลงเมื่ออายุมากขึ้น และควรได้รับแคลเซียมอย่างน้อย 800 มิลลิกรัมต่อวัน เพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน (จันทนา และ วิไลวรรณ, 2545)

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุควรมีการฝึกทักษะชีวิตในการหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นผลร้ายต่อสุขภาพ เช่น สุรา สิ่งเสพติดและบุหรี่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมสำคัญที่ทำให้เกิดความแตกต่างในอัตราการป่วยและอัตราการตายในผู้สูงอายุ (ธนู, 2540)

การส่งเสริมการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย คือ การที่ร่างกายมีการหด – ยืด ของกล้ามเนื้อของร่างกาย ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีเคลื่อนไหวของข้อหรือการลงน้ำหนักต่อโครงสร้างของร่างกายก็ได้ (ชูศักดิ์, 2541) ซึ่งในชีวิตประจำวันของคนเรามีการออกกำลังกายอยู่เสมอ เช่น การออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน เช่น การเดินเข้าห้องน้ำ กวาดบ้าน การออกกำลังกายเพื่อประกอบอาชีพการงานและการออกกำลังกายเพื่อเล่นกีฬา (เพื่อการแข่งขัน) ซึ่งไม่ใช่การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ หมายถึง การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา ให้ส่วนต่างๆ ของร่างกายทำงานมากกว่าภาวะปกติ อย่างมีระบบระเบียบ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับเพศ

วัย และสภาพร่างกายของแต่ละคน จนเป็นผลให้ส่วนต่างๆของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่างและการทำงานในทางที่ดีขึ้น (ปถวิภ, 2543)

การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอในผู้สูงอายุ เป็นประโยชน์ทางสมรรถนะแก่ผู้สูงอายุและช่วยให้มีช่วงระยะเวลาที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น

ประเภทของการออกกำลังกาย

1. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น เป็นการออกกำลังกายโดยการงอ ยืดตัว ยืดขา ยืดแขน หรือบิดหมุนร่างกาย เช่น โยคะ

2. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง จะช่วยเสริมความแข็งแรงให้แก่กล้ามเนื้อ รวมทั้งมีประโยชน์ต่ออัตราการสูญเสียมวลกระดูกด้วย มีการศึกษาของเพียตาโรนและคณะ (Fiatarone et al., 1994 อ้างตาม สุทธิชัย, 2542) แสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง โดยเฉพาะการออกกำลังกาย มีผลให้ผู้สูงอายุซึ่งช่วยตัวเองได้น้อยกลับมามีสมรรถภาพทางกายดีขึ้น และสามารถเดินหรือช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น การออกกำลังกายประเภทนี้ได้แก่ การยกน้ำหนัก การวิดพื้น การโยยตัว การวิ่ง การขี่จักรยาน หรือการว่ายน้ำ

3. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นการออกกำลังกายชนิดแอโรบิก (aerobic activity) ซึ่งกล้ามเนื้อจะใช้ไขมันเป็นพลังงาน มีการใช้ออกซิเจนช่วยในการสันดาปในระยะเวลาอันติดต่อกันเพียงพอที่จะให้เกิดความอดทนของปอด หัวใจและระบบไหลเวียนเลือด ชนิดของการออกกำลังกายที่ดีจะต้องใช้กล้ามเนื้อหลายมัดไปพร้อมๆกัน การออกกำลังกายประเภทนี้ได้แก่ การวิ่งเหยาะ การเดินช้า การขี่จักรยาน และการว่ายน้ำ เป็นต้น โดยมีหลัก 3 ประการ คือ 1) ความหนัก คือ การออกกำลังกายที่ให้กล้ามเนื้อส่วนใหญ่ของร่างกายทำงานด้วยความหนักปานกลาง (ประมาณ 50 – 70 % ของการออกกำลังกายที่หนักที่สุด) โดยควรจะทำให้อัตราเต้นของหัวใจสูงสุดประมาณ 60 –80 % ของชีพจรเมื่อออกกำลังกายสูงสุด (ซึ่งคิดได้จากสูตร 220 – อายุ (ปี) แล้วคูณด้วย 70 %) 2) ความนาน คือ การออกกำลังกายให้มีระยะเวลาอันติดต่อกันอย่างน้อยประมาณ 30 นาที 3) ความบ่อย คือการออกกำลังกายให้ได้วันเว้นวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน (ชูศักดิ์, 2541)

ประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

1. ผลต่อระบบหัวใจ หลอดเลือดและการหายใจ

การออกกำลังกาย ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขนาดและมีความแข็งแรงมากขึ้น หดตัวได้แรงมากขึ้น จำนวนเลือดที่บีบออกจากหัวใจแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น การไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและการไหลเวียนของเลือดในส่วนรอบนอก เช่นบริเวณแขน

และชาติขึ้น ภาวะอุดตันของหลอดเลือดแดงลดน้อยลง ระดับของโปรตีนไขมันที่มีความหนาแน่นสูง (HDL) เพิ่มขึ้น แต่ระดับของโปรตีนไขมันที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL) ในเลือดต่ำลง ความยืดหยุ่นของปอดเพิ่มขึ้น ปริมาตรของปอดเพิ่มขึ้น การหายใจมีประสิทธิภาพมากขึ้น

มีการศึกษาของอัญชลี (2544) พบว่าการออกกำลังกายทำให้สมรรถภาพทางกาย องค์ประกอบด้านความทนทานของปอด หัวใจ และความยืดหยุ่นของร่างกายเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่การศึกษาลินจงและคณะ (2543) พบว่าภาวะขาดการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจมากที่สุด

2. ผลทางด้านระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างร่างกาย

การออกกำลังกายช่วยเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อ (muscular strength) โดยทำให้ความทนของกล้ามเนื้อ (muscular endurance) ผังผิดและเอ็นแข็งแรงขึ้น ข้อต่อมีความมั่นคง อ่อนตัว และยืดหยุ่นดีขึ้น ทำให้ช่วงของการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น และช่วยป้องกันการเสื่อมสลายของเนื้อเยื่อที่เกิดจากการไม่ได้ใช้งานเช่น การฝ่อลีบ ภาวะกระดูกพรุน รวมทั้งการเสื่อมสลายของหัวใจและหลอดเลือด หากไม่ได้ออกกำลังกายจะทำให้กระดูกบางลง โดยมีการศึกษาในผู้หญิงที่มีอายุ 35 – 65 ปี พบว่า ในกลุ่มที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ มวลกระดูกจะลดลงเพียง 3 % เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ออกกำลังกายเลย มวลกระดูกจะลดลงถึง 7.2 % (ชูศักดิ์, 2541)

3. ผลทางด้านเมตาบอลิซึมและน้ำหนักของร่างกาย

การออกกำลังกายทำให้อัตราการใช้พลังงานของร่างกายเพิ่มขึ้น จึงสามารถลดความอ้วนได้โดยไม่ต้องลดการได้รับพลังงานของร่างกาย และยังป้องกันไม่ให้น้ำตาลกลูโคสเพิ่มขึ้น จึงสามารถป้องกันการเป็นเบาหวานได้

4. ผลทางด้านจิตใจ

วิทยาการสมัยใหม่พบว่า ในขณะที่ออกกำลังกายในขนาดที่เหมาะสม ร่างกายจะขับเอ็นดอร์ฟินออกมา ซึ่งสารนี้จะช่วยลดความเจ็บปวดของร่างกาย และทำให้จิตใจสดชื่น มีการศึกษาพบว่า การออกกำลังกาย จะส่งเสริมความเคารพนับถือตนเอง (self - esteem) ของผู้สูงอายุ และสามารถลดความซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุบางราย (Rakowski, 1997 cited by Pender et al., 2002)

5. ผลทั่วไป

การออกกำลังกายทำให้การย่อยอาหารดีขึ้น เพิ่มความต้านทานต่อโรค นิสัยการนอนดีขึ้น ป้องกันผลร้ายของการระวนระวายอย่างรุนแรง หรือความเครียดทางด้านอารมณ์ ทำให้รูปร่างดีขึ้น เพิ่มความสามารถและหน้าที่ทางเพศ ถ้าการออกกำลังกายนั้นเป็นไปตลอดชีวิต จะทำ

ให้อายุยืนยาวขึ้น จากการศึกษาพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง (บรรลุ และ คณะ, 2531) พบว่า ผู้สูงอายุที่สมบูรณ์แข็งแรงจะมีการออกกำลังกายเป็นส่วนใหญ่ และร้อยละ 53.9 ออกกำลังกายโดยการเดิน

การส่งเสริมการพักผ่อน

คนแต่ละคนจะมีวิธีการพักผ่อนที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการเช่น เพศ อายุ เวลา ความชอบของบุคคล ซึ่งอาจแบ่งการพักผ่อนออกได้เป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ ได้แก่ การกระทำกิจกรรมต่างๆเพื่อการพักผ่อน เช่น การเล่นกีฬา การปลูกต้นไม้ การฟังดนตรี ชมภาพยนตร์ และการพักผ่อนโดยการนอนหลับซึ่งเป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุด (จินดา, 2543) เนื่องจากการส่งเสริมกระบวนการสร้างพลังงานของร่างกาย ทดแทนพลังงานที่สูญเสียไป ช่วยสร้างเซลล์สมองใหม่ และช่วยให้อารมณ์สดชื่น

การส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการ

ราชบัณฑิตยสถานให้ความหมายของนันทนาการในพจนานุกรมว่า เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติตามความสมัครใจในยามว่าง หรือเวลาที่ไม่มียานทำ เพื่อให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลินและผ่อนคลายความตึงเครียด ซึ่งแบ่งได้หลายประเภท เช่น กิจกรรมด้านการกีฬาและการออกกำลังกาย เกม งานศิลปะและหัตถกรรม การทำอาหาร การเล่นดนตรี เดินรำ การสนทนาและไต่วาทะที่กิจกรรมตามประเพณี และวัฒนธรรม กิจกรรมศาสนา และการท่องเที่ยว (พัสมณต์, 2543) มีการวิจัยว่าการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่างๆจะเกิดผลดีทั้งด้านสุขภาพร่างกาย อารมณ์และสังคม (Veckle, Fries, & Galecki, 1995 อ้างตาม พัทสนนท์, กัญญา และ พัชรี, 2538) โดยเฉพาะกิจกรรมที่ปฏิบัติในยามว่างหรือกิจกรรมนันทนาการ จะมีผลส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสดชื่นและเพิ่มกำลังใจในการดำรงชีวิต (Smith, Kichhofner, & Watts, 1986 อ้างตาม พัทสนนท์ และ สุจิตรา, 2543) และจากการศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ พบว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบเข้าร่วมมากที่สุด ได้แก่ กิจกรรมทางศาสนา ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขทางใจในระดับปานกลาง (ปัญญาภัทร, 2544) และยังพบว่าการปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการมีผลส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุด้วย (พัสมณต์ และ สุจิตรา, 2543)

การส่งเสริมสุขภาพจิต

ผู้สูงอายุควรมีการฝึกทักษะในการดูแลรักษาจิตใจให้สงบ มีสมาธิ ไม่ปล่อยตนเองให้เครียดจนเกินไป โดยการฝึกทักษะการคลายเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น การเจริญสติ รู้ตัวอยู่เสมอ การปล่อยวาง การนั่งสมาธิ และการบีบนิ้วคดปลายนิ้วมือ มีการศึกษาของมีแน็ค,ชิปเปอร์ฟิลด์ และเพอร์รี่ (Menec, Chipperfield, & Perry, 1998 cited by Murray & Zentner, 2001) ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเชื่อในอำนาจตนเองสูง มีการเผชิญปัญหาและการปรับตัวที่ดี จะมีการรับรู้สุขภาพสูง และจากการศึกษาผลของการฝึกสมาธิ วิปัสสนาก็มีพื้นฐานแนวพุทธ ต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดีและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลังจากทดลอง ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี ภาวะสุขภาพ การนำไฟฟ้าที่ผิวหนัง และอุณหภูมิปลายนิ้วสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีชีพจร ความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลอง (สมพร และ คณะ, 2542) นอกจากนี้ตัวผู้สูงอายุเองแล้ว สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะคนใกล้ชิด เช่น บุตร เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (ธนู, 2540) โดยการปฏิบัติตัวดังนี้ (แสงจันทร์, 2541)

1. การให้เกียรติและเคารพบนอบต่อผู้สูงอายุ
2. ให้ความดูแลเอาใจใส่ ไม่แสดงอาการรำคาญ หรือรังเกียจไม่ว่าทางสีหน้าท่าทางหรือด้วยวาจา
3. ปรึกษาหารือปัญหาต่างๆ และยอมรับฟังความคิดเห็น โดยแสดงอาการโต้แย้งให้น้อยที่สุด
4. ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของครอบครัว เช่น งานวันเกิดของบุตรหลาน งานวันสำคัญทางศาสนา
5. ให้มีโอกาสไปเยี่ยมเยือนเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องในวัยเดียวกัน

การส่งเสริมสุขภาพจิตด้านจิตวิญญาณ

ปัจจุบันคำว่าจิตวิญญาณ หรือความผาสุกทางจิตวิญญาณ นับเป็นองค์ประกอบหนึ่งในสุขภาพของบุคคลแบบองค์รวม ตามคำประกาศขององค์การอนามัยโลก จิตวิญญาณ แปลมาจากคำว่า spirituality ในภาษาอังกฤษ ซึ่งมาจากคำภาษาลาตินว่า spiritus และคำว่า pneuma ในภาษากรีก หมายถึงลมปราณ หรือลมหายใจ ซึ่งเป็นขุมพลังแห่งชีวิต (เกศรินทร์, 2544 ; ทัศนีย์, 2545 ; สุธมน, 2546) ซึ่งการให้ความหมายของคำว่าจิตวิญญาณ มีผู้ให้ความหมายที่หลากหลายมาก แต่สามารถสรุปได้ว่า จิตวิญญาณเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของบุคคลกับพระเจ้า สิ่งเหนือธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมและบุคคลหรือสิ่งอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว

เพื่อน และตนเอง ซึ่งจะช่วยให้อุทิศตนมีเป้าหมายและมีคุณค่าในชีวิต จิตวิญญาณเป็นพลังที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียด เช่น การเจ็บป่วยหรือการตายได้ (Kunsongkeit & McCubbin, 2004) ส่วนประเวศ (2544) ให้ความหมายจิตวิญญาณว่า หมายถึง ความดี คุณค่า การมีจิตใจสูง เช่น การทำเพื่อผู้อื่น การไม่เห็นแก่ตัว

การเจริญเติบโตหรือการพัฒนาจิตวิญญาณ เป็นพลวัตที่เกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิต การเจริญเติบโตด้านจิตวิญญาณในผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้สูงอายุเริ่มมีการตระหนักและเริ่มมีคำถามและการหาความหมายและสาระในชีวิต ในช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สถานภาพด้านสังคม และการเผชิญกับช่วงบั้นปลายชีวิต ผลของการพัฒนาจิตวิญญาณคือ การพบสาระในชีวิตของตนเอง การมีความสุขสงบภายใน การชื่นชมต่อการเดินทางของชีวิตที่ผ่านมา การเริ่มมีความรักเมตตาต่อตนเอง และอยากจะทำกับผู้อื่น การมีความเชื่อมโยงภายในตนเองกับผู้อื่น ธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และสิ่งที่เหนือกว่า (สุนน, 2546)

สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาสุขภาพจิตวิญญาณตามการรับรู้ของคนไทย พบว่าสุขภาพจิตวิญญาณตามการรับรู้ของคนไทย แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) มีสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต ซึ่งประกอบด้วย การมีความยึดมั่นและศรัทธาในศาสนา โดยการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและนำหลักทางศาสนามาเป็นสิ่งที่ชี้นำชีวิต การมีความเชื่อในพลังอำนาจที่เหนือธรรมชาติ ซึ่งแสดงออกด้วยการมีความเชื่อและบูชาต่อสิ่งเหนือธรรมชาติ และการมีความรู้สึกผูกพันกับครอบครัวและมีสัมพันธภาพกับเพื่อนและศรัทธาต่อบุคคลที่นับถือ 2) มีความสุขในชีวิต ซึ่งเกิดจากมีความพอใจในชีวิตส่วนตัว ชีวิตครอบครัวและชีวิตทางสังคม และมีชีวิตที่มีความหมายจากการที่มีคุณค่าและมีความภาคภูมิใจในตนเอง 3) มีพลังชีวิตจากการมีความหวังและกำลังใจ มีความเข้มแข็งและความสามารถในการแก้ปัญหาในชีวิต (Kunsongkeit, Suchaxaya, Panuthai & Sethabuppha, 2004) และมีการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของจิตวิญญาณในผู้สูงอายุชนบท พบว่า จิตวิญญาณของผู้สูงอายุไทยแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ 1.) ความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบด้วยกฎแห่งกรรมและชีวิตหลังจากความตาย 2.) การปฏิบัติตามหลักศาสนา ได้แก่ การทำบุญ การรักษาศีล ความกตัญญูและความเอื้ออาทรในครอบครัว และการทำสมาธิ 3.) ผลของจิตวิญญาณ ได้แก่ การเผชิญความไม่แน่นอนของชีวิต การมีความหวัง และการมีจิตใจที่สงบ (Tongprateep, 2000)

จะเห็นว่าจิตวิญญาณของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับความสุข สัมพันธภาพระหว่างบุคคล พลังเหนือธรรมชาติและศาสนา ซึ่งศาสนาจะมีอิทธิพลต่อความเชื่อและศรัทธาของบุคคลและจะให้กรอบแนวคิดหรือการปฏิบัติทางจิตวิญญาณ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพทางจิต

วิญญาณของผู้สูงอายุ จึงสามารถกระทำได้โดยการปฏิบัติตามคำสอนในศาสนาที่ตนนับถือ การบำเพ็ญกิจกรรมสาธารณประโยชน์ การได้อยู่กับธรรมชาติ การออกกำลังกาย การมีปฏิสัมพันธ์กับญาติมิตร การให้เวลาทำความเข้าใจความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง เพื่อการพัฒนา และฝึกตนเองให้สามารถคิดและปฏิบัติ ในกิจกรรมที่ตอบสนองความสุขทางใจและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นความสุขที่ประณีตกว่าการตอบสนองความต้องการทางร่างกาย (ทัศนีย์, 2545)

แนวคิดที่เกี่ยวกับการดูแลพื้นที่บ้านเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของชาวจังหวัดนครศรีธรรมราช และคนไทยในภาคใต้

การดูแลสุขภาพของชาวจังหวัดนครศรีธรรมราช และคนไทยในภาคใต้ มีทั้งส่วนที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกัน และส่วนที่แตกต่างกันไปแต่ละถึน้อย และรายละเอียด ทั้งนี้บางอย่างเกิดจากทรัพยากรในท้องถิ่น สภาพภูมิศาสตร์ บางอย่างเกิดจากความเชื่อ คติทางศาสนา บางอย่างเกิดจากอิทธิพลของประเพณีวัฒนธรรมของท้องถิ่น หรือปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลสุขภาพของชาวจังหวัดนครศรีธรรมราช จะเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมของจังหวัดนครศรีธรรมราช โลกทัศน์ชาวไทยภาคใต้ ภูมิปัญญาทางด้านส่งเสริมสุขภาพของชาวใต้ และภูมิปัญญาไทย คือการแพทย์แผนไทยกับการส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีธาตุ การใช้สมุนไพร และการนวด

ลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมของจังหวัดนครศรีธรรมราช

จังหวัดนครศรีธรรมราช มีพื้นที่ 9,942,502 ต.ร.กม.นับเป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่เป็นอันดับสองของภาคใต้รองจากสุราษฎร์ธานี ลักษณะภูมิประเทศมีทั้งที่เป็นภูเขา เนินเขา และที่ราบชายฝั่งทะเล และเป็นจังหวัดที่มีทรัพยากรธรรมชาติอุดมสมบูรณ์ มีประชากรมากเป็นลำดับที่ 6 ของประเทศ และมากที่สุดใภาคใต้ (คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2546) ประชากรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.1) ตั้งถิ่นฐานในชนบท ส่วนที่เหลืออาศัยอยู่ในเขตเมือง ประชากรร้อยละ 94 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 5.7 นับถือศาสนาอิสลาม นอกเหนือจากนั้นนับถือ ศาสนาคริสต์ และศาสนาพราหมณ์

จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นจังหวัดที่มีความเจริญรุ่งเรืองมากในอดีต มีพัฒนาการทางประวัติศาสตร์มายาวนาน นับตั้งแต่ก่อนประวัติศาสตร์ หรือยุคสมัยที่ผู้คนแถบนี้ยังไม่มีตัวอักษรใช้

สื่อสาร มีการตั้งถิ่นฐานอยู่ตามถ้ำหรือเพิงผา จนกระทั่งรวมตัวกันเป็นชุมชนเกษตรกรรมยุคแรกเริ่ม แล้วพัฒนาเป็นเมืองท่าหรือสถานีการค้า ซึ่งมีชื่อว่า “ตามพวลิงค์” จนกระทั่งกลายเป็นชุมชนเมืองที่รุ่งเรืองและยิ่งใหญ่ ซึ่งมีชื่อว่า “นครศรีธรรมราช” ในพุทธศตวรรษที่ 18 และถึงแม้ นครศรีธรรมราชจะเป็นศูนย์กลางทางพุทธศาสนาในคาบสมุทรมหาไค้ แต่เมืองนครศรีธรรมราชก็เคยเป็นเมืองที่มีศาสนาพราหมณ์รุ่งเรืองมาก่อน (สถาบันทักษิณคดีศึกษา, 2529 ค.)

ลักษณะนิสัยใจคอ หรือค่านิยมที่เด่นของชาวจังหวัดนครศรีธรรมราช คือรักอิสระภาพ ไม่ชอบการกดขี่บังคับ ไม่ชอบระเบียบกฎเกณฑ์ มีความเป็นตัวของตัวเอง ไม่ชอบการรวมกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มที่มีการจัดตั้งหรือกลุ่มทางการ รักพวกพ้อง รักและหยิ่งในศักดิ์ศรีและเกียรติยศของตน รักถิ่นกำเนิด มีจิตใจกว้าง โอบอ้อมอารี เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ชอบความโอ้อ่า และนิยมหาความสุขจากชีวิต มีนิสัยรักความสนุกสนาน ชอบงานรื่นเริง มหรสพ และมีความตื่นตัวทางการเมืองในระดับประชาธิปไตยสูงมาก (คณะกรรมการฝ่ายประมวลเอกสารและจดหมายเหตุ, 2544)

ประเพณีที่คนในท้องถิ่นยึดถือและปฏิบัติร่วมกัน เช่น ประเพณีทำบุญตักบาตรวันขึ้นปีใหม่ ประเพณีสารทเดือนสิบ ประเพณีวันแห่ผ้าขึ้นธาตุ ประเพณีการทำบุญวันว่างหรือวันตรุษสงกรานต์ นอกจากนี้ นครศรีธรรมราชยังมีวัฒนธรรมผสมผสานจากหลายวัฒนธรรม ได้แก่ การนับถือศาสนาพราหมณ์ในแง่พิธีกรรม เช่น การบวงสรวงบูชา การขึ้นเสาเอก การตั้งศาลพระภูมิเจ้าที่ พิธีกรรมจากการนับถือศาสนาพุทธ เช่น การทำบุญบ้านเพื่อให้เกิดสิริมงคล การทำบุญตักบาตร และมีการนับถือเจ้าแม่กวนอิม หรือวัฒนธรรมที่เกิดจากความเชื่อเรื่องการนับถือครุหมอนโรรา (มโนราห์)หรือครุหมอนหงษ์ตะลุง เป็นต้น

โลกทัศน์ชาวไทยภาคใต้

โลกทัศน์ คือภาพที่แลเห็นหรือหยั่งเห็นสิ่งต่างๆอันเกิดจากความรู้ ประสบการณ์และวัฒนธรรมที่สืบทอดของแต่ละบุคคลหรือกลุ่มชนแต่ละกลุ่ม (สถาบันทักษิณคดีศึกษา, 2537 อ้างตาม มูลนิธิสารานุกรมวัฒนธรรมไทย, 2542 ง.)

โลกทัศน์เกิดจากการปรับตัวของมนุษย์ให้เข้ากับภาวะแวดล้อม โลกทัศน์ชาวไทยภาคใต้พิจารณาจากแง่มุมที่มนุษย์ได้สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม 3 ประการ ดังนี้ (มูลนิธิสารานุกรมวัฒนธรรมไทย, 2542 ง.)

1. โลกทัศน์ชาวไทยภาคใต้ในแง่ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์

1.1 โลกทัศน์ที่บุคคลมีต่อบุคคลตามสภาพของเพศ สังคมไทยภาคใต้ให้โอกาสแก่บุรุษ

เพศในการเป็นหัวหน้า ไม่ว่าจะป็นหัวหน้าครอบครัวหรือหัวหน้าของสถาบัน ดังนั้น ชาวไทยภาคใต้จึงมีโลกทัศน์ว่า บุรุษเพศต้องมีความรู้และมีคุณธรรม ควรเป็นคนเชื่อถือได้ ไม่โลเลเหลวไหล ไม่ควรลุ่มหลงสุรา ยาเสพติดและการพนัน ควรมีความขยันขันแข็งในการประกอบอาชีพ และควรมีครอบครัวเป็นหลักฐานเมื่อถึงวัยอันควร ส่วนสตรีนั้นต้องรักษานวลสงวนตัว ไม่คบหาสมาคมกับชายใดจนกว่าจะได้แต่งงานตามประเพณี ประพฤติตนเรียบร้อย สำรวมกิริยามารยาท มีรักเดียวใจเดียว ควรมีความสามารถในการทำหน้าที่แม่บ้าน และช่วยเหลือครอบครัวในการประกอบอาชีพ

1.2 โลกทัศน์ที่บุคคลมีต่อสถาบันครอบครัว ชาวไทยภาคใต้มีโลกทัศน์ว่า คู่สมรสควรมีสักดิ์ฐานะเสมอหรือใกล้เคียงกัน เพราะการที่คู่สมรสมีศักดิ์ฐานะแตกต่างกันมาก ย่อมก่อให้เกิดปัญหาในการครองเรือน นอกจากฐานะแล้วควรมีวัยใกล้เคียงกันอีกด้วย ชีวิตของการครองเรือนที่ดีนั้นสามีควรเป็นผู้นำ สามารถลงโทษภรรยาได้แต่ไม่ควรทะเลาะเบาะแว้งกันบ่อยครั้ง ภรรยาต้องจงรักภักดีต่อสามี แต่สามีอาจมีภรรยาได้หลายคนโดยที่สังคมไม่ลงโทษ แต่จะถูกลงโทษที่มีชู้หรือแย่งชิงสามีของผู้อื่น

สังคมไทยภาคใต้เป็นสังคมแบบเครือญาติ ดังนั้นการยอมรับในวัยวุฒิจึงมีอยู่มาก บิดามารดามีหน้าที่เลี้ยงดูบุตร บุตรสาวต้องอยู่ในโอวาทบิดามารดาอย่างเคร่งครัด บุตรชายควรทำตัวให้เป็นที่พึ่งของพ่อแม่ในยามแก่เฒ่า พี่มีหน้าที่อุปการะน้อง ญาติผู้ใหญ่มีหน้าที่อุปการะญาติผู้น้อย ญาติผู้น้อยควรเชื่อฟังญาติผู้ใหญ่และมีความกตัญญู

1.3 โลกทัศน์ที่บุคคลมีต่อสถาบันศาสนา ศาสนาพุทธมีอิทธิพลต่อชีวิตชาวไทยภาคใต้โดยทั่วไปมาก ประเพณีของชาวไทยภาคใต้ส่วนใหญ่สืบเนื่องมาจากความเชื่อทางศาสนา ถ้าบุคคลใดนอกศาสนาหรือประพฤติผิดจากแนวปฏิบัติของตน ก็จะถูกตำหนิ และถือว่าเป็นหน้าที่ของตนที่จะทำนุบำรุงสถาบันทางศาสนา

1.4 โลกทัศน์ที่มีต่อเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองและข้าราชการ โลกทัศน์ที่ชาวไทยภาคใต้มีต่อข้าราชการมีลักษณะขัดแย้งกันอยู่ในตัวเอง คือ ชาวใต้เห็นว่าข้าราชการเป็นชนชั้นสูงกว่าผู้ประกอบอาชีพอื่น มีเกียรติฐานะ แต่ชาวใต้ก็ไม่ได้ยกย่องว่าข้าราชการเป็นผู้มีคุณธรรม

1.5 โลกทัศน์ที่บุคคลมีต่อมาตุภูมิ ชาวไทยภาคใต้มีความผูกพันกับถิ่นกำเนิดเป็นอย่างมาก รักถิ่นกำเนิด และพอใจจะอยู่ร่วมกันกับชนถิ่นเดียวกัน มีความภูมิใจว่าถิ่นกำเนิดของตนอุดมด้วยทรัพยากร ดังนั้น จึงนิยมที่จะประกาศตัวว่าเป็นคนใต้แม้ขณะเดินทางไปท้องถิ่นอื่น

2. โลกทัศน์ชาวภาคใต้ในแง่ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับธรรมชาติ

ชาวภาคใต้เชื่อว่าธรรมชาติเป็นสิ่งดงามน่าพิศวง ซึ่งธรรมชาติของภาคใต้นั้น เกื้อกูลให้ชีวิตมนุษย์ในท้องถิ่นดำรงอยู่ได้อย่างผาสุก ชาวไทยภาคใต้จึงเห็นว่าธรรมชาติมีคุณค่าต่อชีวิตของ

ตน เพราะปัจจัยทั้ง 4 ประการ ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและยารักษาโรค ล้วนแต่เกิดจากผลผลิตจากธรรมชาติทั้งสิ้น

แม้ชาวไทส่วนใหญ่จะนับถือพุทธศาสนา แต่ร่องรอยเกี่ยวกับความเชื่อเรื่องภูตผีปิศาจซึ่งตกค้างมาจากอดีต ทำให้ชาวไทมองธรรมชาติว่าเป็นสิ่งเกี่ยวพันกับความเร้นลับเหนือธรรมชาติ เช่น เชื่อว่าต้นไม้บางชนิดจะมีวิญญาณสิงสู่ และเห็นว่าทิศทาง วันเดือนปี เกี่ยวข้องกับกิจกรรมและวิถีชีวิตของมนุษย์

ด้วยเหตุที่ชาวไทอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดโลกทัศน์เช่นนี้เอง จึงทำให้ชาวไทภาคใต้ไม่กระตือรือร้นในการประกอบอาชีพมากนัก เพราะมีความเชื่อฝังลึกอยู่ในใจว่า ธรรมชาติจะให้ทุกสิ่งทุกอย่างในการดำรงชีวิตแก่ตนได้ ความชื่นชมในธรรมชาติรอบตัวทำให้ชาวไทไม่ชอบเดินทางออกนอกถิ่น และความเชื่อเรื่องสิ่งเร้นลับที่เกี่ยวพันกับธรรมชาติ ทำให้ชาวไทละเลยต่อวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ลักษณะเช่นนี้ แม้ว่าจะไม่เป็นอันตรายต่อสังคม แต่ก็อุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพของประชาชนในชนบทอยู่ไม่น้อย

3. โลกทัศน์ชาวไทภาคใต้ในแง่ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งเหนือธรรมชาติ

ชาวไทภาคใต้ส่วนใหญ่ยึดถือศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำท้องถิ่น แต่เนื่องจากความเชื่อทางไสยศาสตร์และศาสนาพราหมณ์ได้ฝังรากลึกอยู่ในจิตใจมาก่อน แนวคิดและวิถีชีวิตหลายประการของชาวไท จึงปะปนกันทั้งทางพราหมณ์ ไสยศาสตร์และพุทธศาสนา ดังนี้

3.1 แนวคิดด้านไสยศาสตร์ ชาวไทภาคใต้เชื่อว่า มีสิ่งเหนือธรรมชาติเป็นเจ้าของธรรมชาติอยู่ เช่น ป่าจะมีเจ้าป่า ภูเขาจะมีเจ้าเขา เทพประจำข้าวก็คือแม่โพสพ เทพประจำตัวเด็กเรียกว่าแม่ชื้อมีอยู่ 4 ตน ทั้งเชื่อว่าปรากฏการณ์ในธรรมชาติบางอย่าง เช่น สุริยุคราส จันทรคราส เป็นผลมาจากการที่ราหูจับพระอาทิตย์หรือพระจันทร์กลืนกิน

ชาวไทเชื่อในคำสาบานและคำบนบานศาลกล่าว เชื่อว่าผู้ที่ประพฤติดีผิดคำสาบานต้องมีอันเป็นไปเหมือนที่ตนสาบานไว้ เชื่อในคาถาอาคม และยังเชื่อถือเกี่ยวกับการทำนายทายทักโชคชะตา โดยเชื่อว่าวันเดือนปี ทิศทาง มีส่วนเกี่ยวพันกับความเป็นไปของวิถีชีวิตมนุษย์ นอกจากนี้ชาวภาคใต้ยังเชื่อในเรื่องของพรหมลิขิต คือเชื่อว่าวิถีชีวิตมนุษย์ย่อมดำเนินไปตามที่ได้ถูกสิ่งเหนือธรรมชาติกำหนดไว้ ชาวภาคใต้จึงเรียกววิถีชีวิตของตนเองว่า “เกณท์”

3.2 แนวคิดทางด้านศาสนา เนื่องจากชาวภาคใต้คุ้นเคยกับความเชื่อทางไสยศาสตร์และศาสนาพราหมณ์มาก่อน ประเพณีนิยม พิธีกรรมและการนับถือสิ่งเร้นลับเป็นที่ฝัง จึงฝังรากลึกอยู่ในจิตใจ เมื่อหันมายอมรับนับถือศาสนาพุทธในภายหลัง จึงได้นำส่วนที่เป็นพิธีกรรมและการบนบานศาลกล่าวมาใช้กับพระรัตนตรัยแทนเทพเจ้า ความเชื่อเรื่องพรหมลิขิตก็แปรมาเป็นความ

เชื่อเรื่องกรรม นอกจากนี้ชาวไทยภาคใต้มักเน้นการปฏิบัติตามธรรมเนียมประเพณี มากกว่าการศึกษาปรัชญาทางพุทธศาสนา โดยเห็นว่าการเป็นพุทธมามกะที่ดีนั้นอยู่ที่การตักบาตร ทำบุญ และการฟังเทศน์

โลกทัศน์ทั้ง 3 ลักษณะที่กล่าวมา เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงรากฐานของภูมิปัญญา (อุทัย, 2540) ของชาวใต้ ซึ่งภูมิปัญญานี้เองที่จะเป็นแกนกลางของวัฒนธรรม และเป็นรากฐานในการดำเนินชีวิตรวมถึงการดูแลสุขภาพของชาวใต้ แต่เมื่อยุคสมัยเปลี่ยนแปลงไป ทำให้สภาพสังคม สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป โลกทัศน์ ค่านิยม และความเชื่อบางอย่างในปัจจุบัน จึงอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมบ้าง โดยเฉพาะกับคนหนุ่มสาว แต่สำหรับผู้สูงอายุสิ่งเหล่านี้อาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย

ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านการส่งเสริมสุขภาพของชาวใต้

ภูมิปัญญาชาวบ้านหรือภูมิปัญญาท้องถิ่น หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่ชาวบ้านคิดได้เอง ทำได้เอง ผ่านการเรียนรู้ และมีประสบการณ์สืบต่อกันมาทั้งทางตรงและทางอ้อม (วิวัฒน์, 2542) ภูมิปัญญาท้องถิ่นภาคใต้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ จะมีทั้งภูมิปัญญาเพื่อการยังชีพ ภูมิปัญญาที่เกี่ยวกับการพิทักษ์ชีวิตและทรัพย์สิน และภูมิปัญญาการจัดการเพื่อสาธารณประโยชน์ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

วัฒนธรรมการรับประทานอาหารของชาวใต้จะรับประทานข้าวเจ้าเป็นอาหารหลัก ส่วนข้าวเหนียนิยมใช้ประกอบเป็นของหวานบางมื้อบางครั้ง ชาวใต้ส่วนใหญ่ชอบอาหารรสจัดคือเปรี้ยวจัด เผ็ดจัด (มูลนิธิสารานุกรมวัฒนธรรมไทย, 2542 ก.) เนื่องจากภูมิปัญญาของบรรพบุรุษชาวใต้ที่เชื่อว่า ถ้าบริโภคอาหารที่มีธาตุไฟมากๆ จะให้พลังงานและความร้อนมาก เหมาะแก่การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่อากาศค่อนข้างร้อนจัด และลมพัดแรง ซึ่งอาหารธาตุไฟคืออาหารประเภทรสจัด จะช่วยสร้างพลังงานชดเชย ช่วยกระตุ้นการสูบฉีดหัวใจ ทำให้เลือดลมเดินสะดวก (มูลนิธิสารานุกรมวัฒนธรรมไทย, 2542 ค.) และถ้าเป็นแกง ก็จะมีรสกะปิเข้มข้น และมักมีสีเหลืองจัดและมีรสฉุนของขมิ้นค่อนข้างแรง ซึ่งวัฒนธรรมการใช้ขมิ้นผสมเครื่องแกง เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของภาคใต้ ทั้งนี้เพื่อใช้ฆ่ากลิ่นคาวและชาวใต้สมัยก่อนเชื่อว่า ขมิ้นเป็น “ยาแก้ยา” หรือ “พญายา” คือทำให้บรรดาเวทมนต์คาถาหรือคุณไสยต่างๆที่ผู้อื่นกระทำเพื่อปองร้ายให้เสื่อมสูญ ทั้งยังเป็นสมุนไพรแก้โรคได้หลายชนิด

วัฒนธรรมการกินอาหารที่เป็นลักษณะเด่นอีกอย่างหนึ่งของชาวใต้ คือ การกินผัก ซึ่งชาวใต้เรียกว่า “ผักเหนาะ” เนื่องจากภาคใต้อุดมสมบูรณ์ด้วยพืชผักนานาชนิด ชาวใต้จึงมีผักเป็นส่วน

ประกอบสำคัญของอาหารทุกมื้อ และเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้คนได้มีสุขภาพดี (ภาคภูมิ, 2544) จากการศึกษาภูมิปัญญาท้องถิ่นเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ของพืชผักพื้นบ้าน พบว่า พืชผักพื้นบ้าน (Indigeneous Plants) เป็นอาหารที่บริโภคมาแต่บรรพกาลสืบสานต่อเนื่องถึงปัจจุบัน จนเป็นอาหารประจำถิ่นที่ชาวบ้านนิยมบริโภคเป็นประจำทุกมื้อ ประการสำคัญคือเป็นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ โดยเฉพาะสารอาหารที่เป็นเส้นใยมีวิตามินและเกลือแร่ต่างๆ (มาโนช, พนิตนาฏ, วิไลพร และ สมชาย, 2538 อ้างตาม มูลนิธิสารานุกรมวัฒนธรรมไทย, 2542 ค.) และเป็นสมุนไพรบำรุงร่างกายไปในตัว (เอกวิทย์, 2540) ทั้งยังเป็นผักที่ปลอดภัยจากสารเคมีการเกษตร เพราะมีการเพาะปลูกในสภาพที่ไม่ใช้สารเคมี (ล้นทม, 2537) นอกจากนี้ชาวใต้ยังมีการถ่ายทอดภูมิปัญญาต่อกันมาว่า พืชผักที่มีธาตุไฟมากมักมีรสเผ็ด ฝาด และมีรสขมเจือปน เช่น สะตอ ลูกเนียง ลูกเหรียง ทำม้ง ไบมะม่วงหิมพานต์ เป็นต้น การบริโภคพืชผักเหล่านี้จึงได้คุณค่าทั้งเป็นอาหารและยา และเมื่อรับประทานอาหารคาวเสร็จเรียบร้อยแล้ว ชาวใต้อาจมีขนมหวานหรือผลไม้รับประทาน เรียกว่า “กินแก้เผ็ด” หรือ “ลบปาก” ครอบครัวที่มีฐานะดี อาจมีเป็นประจำ แต่ส่วนมากจะมีเป็นครั้งคราว ผู้ใหญ่ส่วนมาก จะลบปากด้วยการกินหมากหรือสูบบุหรี่ และในช่วงนี้จะเป็นโอกาสที่จะได้ร่วมพูดคุย หรือปรึกษาหารือกันใน ครอบครัว

มีการศึกษาของสถิตย์ (2539) พบว่าผู้สูงอายุในเขตชนบทของภาคใต้ จะกินอาหารในลักษณะที่เป็นธรรมชาติ ส่วนใหญ่มาจากสิ่งที่เพาะปลูกหรือเลี้ยงเอง อาหารที่รับประทานประจำคือ ข้าว แกงจืด ผักต้ม เนื้อปลา ผักสด ผลไม้และขนมหวาน ส่วนอาหารจำพวกเนื้อวัวและเนื้อควาย ผู้สูงอายุจะรับประทานนานๆครั้ง ในรูปน้ำต้มเนื้อหรือน้ำต้มกระดูก

ในส่วนที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพรักษาชีวิต ชาวใต้ให้ความสำคัญต่อสตรีเป็นพิเศษ ซึ่งปรากฏในคติความเชื่อที่มุ่งคุ้มครองหญิงมีครรภ์และทารก เช่น ห้ามหญิงมีครรภ์นั่งขวางบันได นั่งขวางประตู ห้ามลงจากบ้านเวลากลางคืน ครั้นโตขึ้นเพศหญิงจะได้รับการดูแลเป็นพิเศษตามวัฒนธรรมการหวงลูกสาว (มูลนิธิสารานุกรมวัฒนธรรมไทย, 2542 ค.) และมีการนำไม้ตำเสามาใช้เป็นยาบำรุงธาตุ ยาอายุวัฒนะ และเชื่อว่าน้ำผึ้งที่ได้จากตัวผึ้งที่กินดอกตำเสา จะมีรสขม ใช้เป็นยาอายุวัฒนะ มีสรรพคุณเป็นเลิศ (สุริวงค์, 2540)

ชาวภาคใต้มีความเชื่อสืบทอดมาแต่โบราณว่า สรรพสิ่งทั้งหลายในโลก ล้วนปรุงแต่งขึ้นจากธาตุ 4 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ ซึ่งแพทย์แผนโบราณเชื่อว่า สมดุลของธาตุ 4 จะช่วยให้แต่ละคนมีพลานามัยสมบูรณ์ แต่ถ้าธาตุพิการก็จะทำให้เกิดโรค ซึ่งมูลเหตุที่ทำให้เกิดธาตุพิการ คือพฤติกรรมของตนเอง เช่น กินมากหรือน้อยเกินไป ทำงานหรือใช้ความคิดเกินกำลัง ถูกความร้อนหรือเย็นเกินไป

การแพทย์แผนไทยกับการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย คือการดูแลสุขภาพเพื่อให้สุขภาพตนเองดีขึ้น โดยการนำเอาภูมิปัญญาพื้นบ้านไทยมาใช้เป็นกลวิธีหนึ่งในการเพิ่มความสามารถและการพัฒนา เพื่อนำไปสู่สุขภาพที่ดี (เพ็ญนภา และ ภัทรภร, 2543) ซึ่งเป็นการดูแลแบบองค์รวม และเป็น การผสมผสานอย่างดีระหว่างปรัชญา การดำเนินชีวิต ศาสนา วิทยาศาสตร์ ซึ่งแพทย์แผนไทยเชื่อว่า มนุษย์เกิดมามีลักษณะเฉพาะตัวที่เรียกว่า ธาตุเจ้าเรือน ประกอบด้วย ดิน น้ำ ลม ไฟ การส่งเสริมสุขภาพตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย จึงเน้นการปรับสมดุลของธาตุในร่างกาย โดยการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน การใช้สมุนไพร การอบและการอาบน้ำสมุนไพร การนวด

1. การรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน

มนุษย์เมื่อเกิดมาจะมีลักษณะเฉพาะตัว เรียกว่า ธาตุเจ้าเรือน ซึ่งประกอบด้วยธาตุ 4 คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ ซึ่งบุคคลที่มีธาตุเจ้าเรือนต่างกัน จะมีบุคลิกลักษณะที่แตกต่างกัน และต้องกินอาหารที่แตกต่างกัน (เพ็ญนภา และ ภัทรภร, 2543) คือ

ธาตุดิน คือองค์ประกอบในร่างกายที่จับต้องได้ ประกอบด้วย กระดูก เยื่อในกระดูก เล็บ ฟัน ผม ขน หนัง เนื้อ เส้นเอ็น ผังผืด หัวใจ ปอด ไต ตับ ม้าม ลำไส้ กล้ามเนื้อและสมอง อาหารเก่า และอาหารใหม่ (สมพร, 2540) คนที่ธาตุดินเป็นธาตุเจ้าเรือน จะรูปร่างใหญ่ ผิวค่อนข้างคล้ำ ผมดกดำ กระดูกใหญ่ อาหารสำหรับคนธาตุดิน คือ อาหารที่มีรสฝาด หวาน มัน เค็ม เช่น มังคุด ฝรั่งดิบ หัวปลี กัลยัม มะละกอ เผือก ถั่วพู กะหล่ำปลี ผักกระเฉด

ธาตุน้ำ ประกอบด้วย ส่วนที่เป็นของเหลวในร่างกาย ได้แก่ น้ำตา น้ำมูก น้ำดี น้ำปัสสาวะ เลือด เหงื่อ ไขข้อ เกล็ด เสมหะ หนอง (อรุณพร, 2544) คนที่ธาตุน้ำเป็นธาตุเจ้าเรือน มักจะมีรูปร่างสมส่วน ผิวพรรณสดใส อวัยวะสมบูรณ์ ตาหวาน อาหารสำหรับคนธาตุน้ำ ได้แก่ อาหารรสเปรี้ยว เช่น มะเขือเทศ ส้มโอ มะนาว ส้มเขียวหวาน ยอดมะขาม น้ำกระเจี๊ยบ

ธาตุลม เป็นพลังงานขับในร่างกาย ที่มีการหมุนเวียน ประกอบด้วย ลมที่พัดจากศีรษะไปที่ปลายเท้า ลมที่พัดจากปลายเท้าตลอดศีรษะ ลมในกระเพาะอาหาร ลมในลำไส้ นอกลำไส้ ลมหายใจ คนที่ธาตุลมเป็นธาตุเจ้าเรือน มักมีรูปร่างสูงโปร่ง ไม่อ้วน ผิวหนังแห้ง ข้อกระดูกเคลื่อนไหว เคลื่อนไหว ซ้ำจืด ซ้ำลาด ช่างพูด อาหารสำหรับผู้ที่มีธาตุลมได้แก่ อาหารที่มีรสเผ็ดร้อน เช่น ขิง ข่า ตะไคร้ กระเพรา กระเทียม พริกไทย เป็นต้น

ธาตุไฟ เป็นพลังงานที่ให้ความอบอุ่น ได้แก่ ไฟสำหรับอุ่นกาย (คุณสมบัติของร่างกาย) ไฟย่อยอาหาร คนที่ธาตุไฟเป็นธาตุเจ้าเรือน มักเป็นคนทนร้อนไม่ได้ หิวบ่อย ผมหงอกเร็ว ผมหงอกก่อนวัย ใจร้อน ไม่ค่อยอดทน มีกลิ่นปากหรือกลิ่นตัวแรง อาหารสำหรับคนธาตุไฟ ได้แก่ อาหารรสขม เย็น จืด เช่น สะเดา แตงโม หัวผักกาด พักเขี้ยว บวบ มะเขือ เป็นต้น

การปรับสมดุลของร่างกายโดยการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนนั้น เน้นให้กินอาหารให้ครบทุกหมู่ แต่ถ้าใครมีบุคลิกลักษณะของธาตุเจ้าเรือนใด ก็ให้เน้นหนักอาหารตามธาตุเจ้าเรือนนั้นๆ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ รักษาสมดุลของร่างกาย ทำให้ร่างกายอยู่ได้เป็นปกติ ไม่เกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะอาหารพื้นบ้าน (สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2540) ซึ่งนอกจากจะมีคุณค่าทางอาหาร ทำให้ร่างกายแข็งแรงแล้ว ยังมีสรรพคุณทางยาด้วย (ภาคภูมิ, 2540)

2. การใช้สมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

สมุนไพร คือสมุนไพรของป่าอันได้แก่ พืช สัตว์ หรือแร่ธาตุที่มีตามธรรมชาติ และนำมาทำเครื่องยา ในการเยียวยา บำรุงรักษาชีวิต รักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจ ซึ่งในความหมายทางการแพทย์จะรวมทั้งพืช ผัก เครื่องเทศที่เป็นอาหารในชีวิตประจำวันด้วย เพราะมีคุณสมบัติทางยาเช่นกัน (เพ็ญญา, ชูศรี และ ประภาพรรณ, 2538) ส่วนพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ได้ระบุว่าสมุนไพร หมายถึง ยาที่ได้จากพืช สัตว์ แร่ธาตุ ซึ่งมีได้ผสมปรุงหรือแปรสภาพ (มาโนช และ เพ็ญญา, 2537) สมุนไพรจึงเป็นฐานสำคัญของชีวิต เป็นระบบการเยียวยาหลักของระบบการแพทย์พื้นบ้าน และมีบทบาทที่สำคัญมากต่อระบบการดูแลสุขภาพและวิถีชีวิตของคนไทย (เสาวภา และ พรทิพย์, 2538) โดยเฉพาะในยุคปัจจุบัน ซึ่งคนไทยจำนวนมากให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพด้วยวิถีทางธรรมชาติมากขึ้น สมุนไพรไทยจึงเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมทั้งในแง่ของการรักษาและการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งตำราแพทย์แผนไทยได้บันทึกสมุนไพรที่เป็นส่วนหนึ่งของการบำรุงธาตุ บำรุงกำลังไว้ดังนี้ (เพ็ญญา และ ภัทรพร, 2544)

1. สมุนไพรบำรุงกระดูก ได้แก่ ไยยอ ชะพลู มะขาม แคน ผักกระเฉด
2. สมุนไพรบำรุงสายตา ได้แก่ กะเพรา ขี้เหล็ก แครอท พักข้าว
3. สมุนไพรช่วยเจริญอาหาร ซึ่งมักจะมีรสขม เรียกว่า Bitter tonic และจัดอยู่ในกลุ่มยาอายุวัฒนะของพืชที่มีรสขมจากตำรายา เป็นยาที่กินแล้วทำให้อายุยืน เนื่องจากตัวยารสขมมีสรรพคุณช่วยเจริญอาหาร เช่น มะระขี้นก (สุปรียา, 2544) นอกจากนี้ สมุนไพรที่มีรสเผ็ดร้อน ก็จะช่วยกระตุ้นให้ น้ำลายและน้ำย่อยอาหารออกมามาก ช่วยเจริญอาหาร เช่น สะเดา กระชาย พริกขี้หนู

4. สมุนไพรช่วยให้นอนหลับ ได้แก่ ชีเหล็ก ระย่อม ซึ่งดอกตูมของชีเหล็กเป็นยาระบายอ่อนๆและมีสารทำให้นอนหลับ ถ้าคนเรากินได้ ถ่ายสะดวก หลับสบายก็จะทำให้อายุยืนยาว (สุปรียา, 2544)

5. สมุนไพรเสริมสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีการวิจัยระบุที่ชัดเจนว่าสมุนไพรชนิดใดกระตุ้นและเสริมสมรรถภาพทางเพศ แต่ตามบันทึกตำรายาไทย มีสมุนไพรบางชนิดที่เชื่อว่าเสริมสมรรถภาพทางเพศ เช่น กวาวเครือ กระเทียม ดีปลี กระชาย มะเขือแจ้เครือ กำลั้งข้างสาร ม้ากระทืบโรง สะค้านแดง โสมไทย สันพร้าวหอม เห็ดโคน เห็ดฟาง กำลั้งเสือโคร่ง ว่านนกคุ้ม สังกรณี หนาดคำ เป็นต้น

ในการนำสมุนไพรมาใช้นั้น ควรจะรู้สรรพคุณของวัตถุดิบที่นำมาใช้เป็นยา และจะต้องรู้รสของตัวยานั้นๆ ซึ่งรสยาจะแสดงถึงสรรพคุณของตัวยา และสรรพคุณของสมุนไพรแต่ละชนิด เนื่องจากรสแต่ละรสจะมีสรรพคุณต่างกัน การจำแนกรสของยาสามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ยารสประธาน และรสของตัวยา (กองการประกอบโรคศิลป์, ม.ป.ป.)

1. ยารสประธาน

ยารสประธาน หมายถึงรสของยาที่ปรุงหรือผสมเป็นตำรับแล้ว สิ่งที่จะนำมาประกอบขึ้นเป็นยานั้น ประกอบด้วยวัตถุดิบ 3 ประเภท คือ พืชวัตถุ สัตว์วัตถุ ธาตุวัตถุ เมื่อนำมาประกอบเป็นยาสสำเร็จรูปแล้วจะเหลือรสของยาที่ปรุงสำเร็จเพียง 3 รสเท่านั้น คือ

1.1 ยารสเย็น ได้แก่ยาที่เข้าพืช สัตว์ ธาตุที่ไม่ร้อน เช่น เขาสัตว์ เขี้ยวสัตว์ มาปรุงเป็นยารสเย็น เช่น ยามหานิล ยามหากาฬ ยาเขียว ซึ่งมีสรรพคุณแก้ทาง เตโชธาตุ (ธาตุไฟ) แก้ไข้ ระบายความร้อน

1.2 ยารสร้อน ได้แก่ยาที่เข้าพืช สัตว์ ธาตุที่มีรสร้อน เช่น เบญจกูล ตริภุฏก เหง้าขิง มาปรุงเป็นยารสร้อน เช่น ยาไฟประลัยกัลป์ ยาสังฆฆาต ยาประสะกานพลู ซึ่งมีสรรพคุณแก้ในกองวาโยธาตุ (ธาตุลม) แก้ลมกองหยาบ ลมจุกเสียดแน่น บำรุงธาตุ

1.3 ยารสสุขุม ได้แก่ ยาที่เข้าพืช สัตว์ ธาตุที่ไม่ร้อน เช่น โกฎเทียณ ภูษณา จันทรเทศ เครื่องเทศที่ไม่ร้อน มาปรุงเป็นยารสสุขุม เช่น ยาหอมอินทจักร ยาหอมนาวโกฐ ยาสังข์วิชัย เป็นต้น ซึ่งมีสรรพคุณแก้ในกองอาโปธาตุ (ธาตุน้ำ) แก้ไข้ที่ใช้ยารสเย็นไม่ได้ แก้ลมกองละเอียด ลมวิงเวียน ใจสั่น บำรุงกำลัง

2. รสของตัวยา ได้แก่ รสของวัตถุดิบแต่ละชนิดที่นำมาเป็นยาสมุนไพร

2.1 รสฝาด เช่น ลูกเบ็ญกานี่ ทับทิมทั้ง 5 ลูกสมอพิเภก ฝรั่งทั้ง 5 เปลือกลูกมังคุด

สรรพคุณ มีฤทธิ์ทางสมาน เช่น สมานบาดแผลทั้งภายในและภายนอก แก้โรคบิด ท้องร่วง แก้
อุจจาระธาตุพิการ คุมธาตุ

2.2 รสหวาน เช่น ดอกคำฝอย งวงตาลโตนด น้ำอ้อย รากชะเอมไทย เหง้าลับประรด
รากและดอกมะพร้าว ฯลฯ สรรพคุณ มีฤทธิ์ชุ่มซาบไปตามเนื้อ บำรุงกล้ามเนื้อ บำรุงหัวใจ เจริญ
อาหาร แก้อ่อนเพลีย บำรุงกำลัง แก้ไอ แก้เสมหะแห้ง แก้หอบ

2.3 รสเมาเบื่อ เช่น ลูกสะบ้า รากชันทองพญาบาท รากทองพันชั่ง ชุมเห็ดเทศ
ฯลฯ สรรพคุณ แก้พิษ เช่น พิษดี พิษเสมหะ พิษโลหิต พิษสัตว์กัดต่อย แก้โรคทางอาไปธาตุ แก้
พยาธิ ผื่นคัน

2.4 รสขม เช่น เถาอบระเพ็ด เถามะระ เถาชิงช้าชาลี ดีสัตว์ต่างๆ ฯลฯ สรรพคุณ
แก้ในทางโลหิตและดี แก้กำเดา แก้ไข้ต่างๆ บำรุงน้ำดี เจริญอาหาร ช่วยย่อยอาหาร

2.5 รสเผ็ดร้อน เช่น ลูกจันทน์เทศ ลูกกระวาน กานพลู พริกหอม ขิงแห้ง ฯลฯ
สรรพคุณ แก้โรคลมจุกเสียด ขับลม บำรุงเตโชธาตุ ขับเหงื่อ ช่วยย่อยอาหาร

2.6 รสมัน เช่น เมล็ดงา ถั่วต่างๆ หัวแห้ง น้ำมันแพะ เลือดแรด ฯลฯ สรรพคุณ มี
ฤทธิ์ชุ่มซาบไปตามเส้นเอ็น บำรุงเส้นเอ็น แก้ปวดเมื่อย บำรุงไขข้อ บำรุงเยื่อกระดูก เป็นยา
อายุวัฒนะ ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย

2.7 รสหอมเย็น เช่น ต้นเตยหอม น้ำดอกไม้เทศ รากชะลูด กฤษณา ฯลฯ สรรพคุณ
บำรุงหัวใจ ตับ ปอด บำรุงครรภ์ แก้อ่อนเพลีย ชูกำลัง แก้กระหายน้ำ ดับพิษร้อน

2.8 รสเค็ม เช่น ดินประสิว ไบหอมแดง เปลือกหอย 5 แก่นแสมทะเล ฯลฯ สรรพคุณ
มีฤทธิ์ชุ่มซาบไปตามผิวหนัง แก้โรคผิวหนัง ถ่ายชำระน้ำเหลือง ชำระเมือกมันในลำไส้ ฟอกโลหิต
แก้เสมหะเหนียว

2.9 รสเปรี้ยว เช่น ใบส้มป่อย ใบมะขาม ใบมะยม ลูกมะดัน น้ำมันกะฐูด ฯลฯ
สรรพคุณ แก้เสมหะพิการ แก้เสมหะเหนียว แก้ไอ แก้ท้องผูก ระบายอุจจาระ ฟอกโลหิต แก้
กระหายน้ำ

3. รสยาประจำธาตุ ในร่างกายมนุษย์เรานั้น ประกอบขึ้นจากธาตุทั้ง 4 คือ ธาตุดิน 20
ธาตุน้ำ 12 ธาตุลม 6 และธาตุไฟ 4 เมื่อธาตุใดธาตุหนึ่งเกิดพิการหรือเจ็บป่วยขึ้น คัมภีร์แพทย์
แผนโบราณ ได้จัดสรรพยาประจำธาตุไว้ดังนี้

ปถวีธาตุ (ธาตุดิน) แก้วด้วยยา รสฝาด รสหวาน รสมันและรสเค็ม
อาโปธาตุ (ธาตุน้ำ) แก้วด้วยยา รสเปรี้ยว รสขม และรสเมาเบื่อ
วาโยธาตุ (ธาตุลม) แก้วด้วยยา รสสุขุม รสเผ็ดร้อน

เตโชธาตุ (ธาตุไฟ) แก่ด้วยยา รสเย็น รสจืด

3. การอบและการอาบสมุนไพร

การอบและการอาบสมุนไพร เป็นวิธีการใช้สมุนไพรสดหรือแห้งหลายชนิดมาต้มกับน้ำ ใช้ไอน้ำที่ระเหยออกมาอบตัวและสูดดม แล้วนำน้ำที่ต้มสมุนไพรนั้นมาอาบ การอบและการอาบสมุนไพรช่วยให้จิตใจผ่องใส รู้สึกสดชื่น และผ่อนคลายความตึงเครียด (คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538) เพิ่มการไหลเวียนเลือด บำรุงผิวพรรณ (เพ็ญญา และ ภัทราพร, 2543) ซึ่งสมุนไพรที่ใช้ในการอบควรใช้สมุนไพรสด จะมีคุณภาพดีกว่าสมุนไพรแห้ง สมุนไพรที่ใช้ประกอบด้วย 4 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 สมุนไพรที่มีกลิ่นหอม มีสารสำคัญที่ออกฤทธิ์เป็นน้ำมันหอมระเหย ช่วยให้ผู้รู้สึกสดชื่น เช่น ขมิ้นชัน ขมิ้นอ้อย ไพล ว่านน้ำ เปราะหอม ใบส้มโอ ใบมะกอก ใบและต้นตะไคร้ หรือผิวมะกรูด เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 สมุนไพรที่มีรสเปรี้ยว ซึ่งมีฤทธิ์เป็นกรดอ่อนๆ ซึ่งนอกจากช่วยชะล้างสิ่งสกปรกแล้วยังช่วยให้ผิวหนังด้านทานเชื้อโรคตามธรรมชาติได้ดียิ่งขึ้น สมุนไพรกลุ่มนี้ได้แก่ ใบและฝักส้มป่อย ใบมะขาม ผลมะกรูดผ่าซีก เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 เป็นประกอบที่ระเหิดได้เมื่อถูกความร้อนและมีกลิ่นหอม เช่น การบูร พิมเสน ซึ่งจะไม่นำไปต้มรวมกับสมุนไพรอื่น แต่จะค่อยๆ โรยลงในหม้อต้มสมุนไพรที่เดือดแล้ว เพื่อให้ผู้เข้าอบได้สูดดม ช่วยบำรุงหัวใจ

กลุ่มที่ 4 เป็นสมุนไพรที่ใช้รักษาเฉพาะโรค ถ้าต้องการรักษาโรคอะไรก็เติมสมุนไพรที่รักษาเฉพาะโรคเข้าไป

การอบสมุนไพรสามารถทำเองได้โดยใช้หม้อต้มสมุนไพร หรือหม้อหุงข้าว และใช้ผ้าคลุมให้มิดชิดไม่ให้ไอน้ำออกมาข้างนอก หรือใช้ตู้อบสมุนไพรสำเร็จรูป โดยควรควบคุมอุณหภูมิอยู่ระหว่าง 42 – 45 องศาเซลเซียส ใช้เวลาในการอบ 15 นาที แล้วพัก 3 – 5 นาที จากนั้นจึงอบต่อและควรเติมน้ำทดแทนการสูญเสียไอน้ำในระหว่างนั่งพัก

จากการศึกษาของเพ็ญญาและคณะ (เพ็ญญา, ภัทราพร และ ศัญทมาธา, 2544) เกี่ยวกับการอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อสุขภาพและเพื่อบำบัดอาการของโรค พบว่า มีผู้ใช้บริการอบตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เพื่อความสบายตัว สดชื่น กระปรี้กระเปร่า ร้อยละ 34.4 และพบว่าการอบตัวด้วยไอน้ำ ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต แต่ให้น้ำหนักตัวลดลงชั่วคราวเนื่องจากร่างกายขับเหงื่อออกมามาก และเมื่อเติมน้ำแล้วน้ำหนักตัวจะเพิ่มขึ้น

ในการเลือกใช้สมุนไพรนั้น ควรเลือกใช้สมุนไพรอย่างถูกต้อง เพื่อให้ยาได้ออกฤทธิ์ได้อย่างเต็มที่ ซึ่งวิธีการในการใช้สมุนไพรให้ถูกวิธี (กันทิมา และ พรทิพย์, 2547) ได้แก่

1. ใช้ให้ถูกต้อง เนื่องจากสมุนไพรมีชื่อพ้องหรือซ้ำกันมาก และบางท้องถิ่นก็เรียกไม่เหมือนกัน จึงต้องรู้จักสมุนไพรและใช้ให้ถูกต้อง
2. ใช้ให้ถูกส่วน ต้นสมุนไพรไม่ว่าจะเป็นราก ใบ ดอก เปลือก ผล เมล็ด จะมีฤทธิ์ไม่เท่ากัน บางทีผลแก่ผลอ่อน ก็มีฤทธิ์ต่างกันด้วย จะต้องรู้ว่าส่วนใดใช้เป็นยาได้
3. ใช้ให้ถูกขนาด สมุนไพรถ้าใช้น้อยเกินไป ก็รักษาไม่ได้ผล แต่ถ้ามากเกินไปก็อาจเป็นอันตรายหรือเกิดพิษต่อร่างกายได้
4. ใช้ให้ถูกวิธี คือบางชนิดต้องใช้สด บางชนิดต้องปนกับเหล้า บางชนิดใช้ต้ม
5. ใช้ให้ถูกโรค เช่นท้องผูกต้องใช้ยาระบาย ถ้าใช้ยาที่มีฤทธิ์ฝาดสมานจะทำให้ท้องผูกยิ่งขึ้น

4. การนวด

นับแต่โบราณกาลมา คนไทยจะมีการดูแลสุขภาพของตนเองโดยใช้การรักษาแบบพื้นบ้าน สืบทอดมาจากบรรพบุรุษ เป็นวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของชาวบ้าน (บุญสม, เบญจมาศ และ ปนัดดา, 2543) โดยเฉพาะการนวดไทย ซึ่งเป็นศาสตร์และศิลป์ที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว

การนวด หมายถึง การบีบเส็นเอ็น เพื่อให้หายเมื่อย ขยับให้เข้ากัน (มานิต, 2537 อ้างตาม ศิริจันทร์ภรณ์, 2541) การนวดเป็นหนึ่งในวิธีการดูแลสุขภาพที่ใช้ต้นทุนต่ำ แต่มีประสิทธิผลต่อสุขภาพของคนเรา โดยใช้การสัมผัส ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรวมทั้งสร้างความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของร่างกายและจิตใจ การนวดเป็นประจำทำให้เพิ่มการไหลเวียนเลือดไปทั่วร่างกาย ยืดเส็นเอ็นที่ตึงให้หย่อนลง ทำให้กล้ามเนื้อที่ตึงเครียดจากชีวิตประจำวันผ่อนคลายลง และรักษาความยืดหยุ่นของข้อต่อไม่ให้ติดขัด และยังช่วยในการทำงานของเนื้อเยื่อต่างๆให้ดีขึ้น (ศิริจันทร์ภรณ์, 2541) โดยเฉพาะการนวดในผู้สูงอายุที่มีการศึกษาพบว่า คนที่มีอายุเกิน 60 ปีจะได้ประโยชน์จากการนวดมากกว่ากลุ่มอายุอื่น (บุญสม และ คณะ, 2543) ดังนั้น การนวดจึงเสมือนยาอายุวัฒนะ ซึ่งทำให้สุขภาพสมบูรณ์ในทางตรง และเป็นผลให้อายุยืนยาวในทางอ้อมเนื่องจากปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ

การนวดไทย จำแนกได้ 2 ประเภท คือ

1. การนวดแบบทั่วไปหรือการนวดสายเชลยศักดิ์ หรือการนวดพื้นบ้าน เป็นการนวดที่ปรากฏอยู่ในวัดและสังคัมทั่วไป เป็นการนวดที่เน้นการช่วยเหลือกันเองในครอบครัวหรือชุมชน เช่น สามีนวดให้ภรรยา ลูกนวดให้พ่อแม่ ช่วยให้เกิดสัมพันธ์อันดีต่อกัน (สถาบันการแพทย์

แผนไทย, 2542 ก.) มีการสืบทอดจากบรรพบุรุษไปสู่ลูกหลาน และมีแบบแผนการนวดตามวัฒนธรรมท้องถิ่น ผู้นวดจะมีการไหว้ครูก่อน การนวดใช้มือและส่วนอื่นๆ เช่น ศอก ท่อนแขน ส้นเท้า เริ่มจากนวดเท้าขึ้นไปยังเข่า สู่โคนขา มีการนวดท้อง หลังไหล่และต้นคอ มักใช้เวลาในการนวดมาก ทำให้ผู้ถูกนวดรู้สึกสบายจนหลับไป

2. การนวดแบบราชสำนัก เป็นการนวดถวายในหลวงหรือเจ้านายชั้นสูงของราชสำนัก เป็นการนวดที่ใช้ในพระราชวัง ดังนั้น ท่าต่างๆในการนวดจึงได้รับการพัฒนาให้สุภาพ และมักนวดด้วยมือเท่านั้น

ประโยชน์ของการนวด มีผลต่อระบบต่างๆ ดังนี้

1. ต่อระบบไหลเวียนโลหิต การคลึงทำให้เลือดถูกบีบออกไปจากบริเวณนั้นและมีเลือดใหม่มาแทนที่ช่วยในการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง ในส่วนที่บวม การคลึงจะทำให้บริเวณนั้นนิ่มลงได้ ทำให้บวมลดลง ในกรณีที่มีการอักเสบ การนวดจะมีอุณหภูมิเพิ่มขึ้น อุณหภูมิเป็นการนวดเพื่อสุขภาพ ช่วยให้เลือดลมไหลเวียนดีขึ้น คือ เดือนละครั้งหรือ 2 ครั้ง (โครงการฟื้นฟูการนวดไทย, 2543 อ้างตาม บุญสม และ คณะ, 2543)

2. ต่อระบบกล้ามเนื้อ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพกำลังกล้ามเนื้อที่อ่อนแอให้แข็งแรงขึ้น เนื่องจากมีเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น

3. ต่อผิวหนัง การนวดทำให้เลือดมาเลี้ยงผิวหนังมากขึ้น ทำให้ผิวเต่งตึง การนวดที่นานพอ เช่น ในรายที่เป็นแผลเป็นซึ่งเกิดจากเนื้อเยื่อพังพืด จะช่วยให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณนั้นมากขึ้น ทำให้แผลเป็นอ่อนตัวลงหรือเล็กลง (ศิริจันทร์ภรณ์, 2541)

4. ต่อระบบทางเดินอาหาร การนวดช่วยเพิ่มความตึงตัวของระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดการบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้เจริญอาหาร ท้องไม่อืด

5. ต่อจิตใจ การนวดทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย สบายกาย สบายใจ รู้สึกแจ่มใส กระฉับกระเฉง ลดความเครียด ความวิตกกังวล เกิดความรู้สึกอบอุ่น ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวช่วยนวดให้กันและกัน ที่เรียกว่า “สัมผัสรัก” (กัญจนนา, 2540)

มีการศึกษาผลของการนวดฝ่าเท้าต่อการควบคุมการทำงานของร่างกายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า การนวดฝ่าเท้าทำให้อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้น และทำให้อัตราการหายใจ ชีพจร และความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสรุปได้ว่า การนวดฝ่าเท้า ทำให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น เป็นการผ่อนคลายและทำให้รู้สึกสบาย (Jirayingmongkol et al., 2002)

จากหลักการของการแพทย์แผนไทย และหลักของพุทธศาสนา ปัจจุบันจึงได้เกิดทางเลือกใหม่ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ภายใต้ชื่อ “ธรรมานามัย” ซึ่งประกอบด้วยหลัก 3 ประการ คือ (กันทิมา และ พรทิพย์, 2547)

1. กายานามัย คือการป้องกันการเจ็บป่วยเมื่ออายุเกิน 30 ปี ซึ่งทางการแพทย์แผนไทยถือว่าธาตุทั้ง 4 เริ่มเสื่อม จึงจำเป็นต้องดำรงชีวิตด้วยความไม่ประมาท คือ บำรุงชีวิตด้วยอาหาร กินอย่างพอดี กินให้ถูกกับธาตุถูกกับโรค ใช้หลักมัชฌิมาปฏิปทาในการกิน ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย คือ กินให้หลากหลายในรสชาติ กินผักพื้นบ้านอาหารพื้นเมือง และการออกกำลังกายแบบไทยๆ คือ ท่าฤๅษีดัดตน ซึ่งเป็นท่าที่ไม่ฝืนร่างกายจนเกินไป สามารถปรับโครงสร้างของร่างกายได้ ช่วยให้แข็งแรง ลดความตึงของเส้นเอ็น เส้นประสาทและกล้ามเนื้อ นับเป็นการรักษาร่างกายให้มีอายุยืนยาว

2. จิตตานามัย คือการฝึกจิต ทำสมาธิ เพื่อให้เกิดปัญญา การไปวัดในวันพระหรือการทำบุญตักบาตรเป็นการฝึกการให้และพักจิตใจที่วัด มีการถือศีลประจำวันพระ มีการนั่งสมาธิ วัดจึงเป็นสถานที่อย่างดียิ่งในการฝึกจิต ฝึกสมาธิ การเข้าหาธรรมะเป็นทางออก ซึ่งการที่จิตเข้มแข็ง มีพลัง ทำให้เกิดปัญญาอ่อนเลือกพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ไม่ตามใจตนเองด้วยกิเลส และความอยาก (ตัญหา)

ในแนวทางการแพทย์แผนไทยที่นำพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ในการฝึกสมาธิในเรื่องของจิตตานามัยได้แก่ 1) บทสวดมนต์ เพื่อให้เกิดสมาธิ มีสติและเกิดปัญญา เช่น บทนุชาพระรัตนตรัย บทสวดพิจารณาสังขาร การทำความดีต่อครอบครัวด้วยการระลึกถึงพระคุณของบิดามารดาผู้ให้กำเนิด การทำความดีต่อสังคม เพื่อให้สังคมมีความสุข ด้วยบทบารมี 30 ทส และการแผ่เมตตา เพื่อเป็นการอนุโมทนาส่วนบุญและปรารถนาที่จะให้สรรพสัตว์ทั้งหลายพ้นทุกข์ ซึ่งประกอบด้วยการแผ่เมตตาให้แก่ตนเอง ให้แก่บุคคลอื่นและสัตว์อื่น และ 2.) การปฏิบัติธรรมเพื่อฝึกจิต ซึ่งประกอบด้วย การเดินจงกรม และการนั่งสมาธิ ซึ่งการเดินจงกรมจะมีประโยชน์คือ “อดทนมาก พากเพียรดี มีโรคน้อย ย่อยอาหารได้ดี มีสมาธิตั้งมั่นอยู่ได้นาน” ส่วนประโยชน์ของการนั่งสมาธิได้แก่ ” จิตใจแจ่มใส หัวใจเบิกบาน ทำงานผิดพลาดน้อยลง ดำรงความทรงจำ ทำงานสำเร็จตามมุ่งหมาย คลายความเครียด ไม่เบียดเบียนกัน ยึดมั่นในพระรัตนตรัย มีใจเมตตากรุณาต่อสังคม”

3. ชีวิตานามัย คือการดำรงชีวิตชอบ มีอาชีพสุจริต ซึ่งจะก่อให้เกิดชีวิตที่มีความสุข นอกจากนี้ยังรวมถึงการทำชีวิตให้อยู่ในธรรมชาติชอบ คือ การปรับธาตุ 4 ภายนอก สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีงาม การดำรงชีวิตด้วยทางสายกลาง เลี้ยงชีวิตชอบ รักษาศีล 5 ให้บริสุทธิ์ รักษาสิ่ง

แวดล้อมให้สะอาด สมดุลไปด้วยธาตุทั้ง 4

แนวคิดของการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาทางการพยาบาล

การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาทางการพยาบาล (ethnonursing research) เป็นวิธีการวิจัยที่สร้างขึ้นโดยไอลีนเกอร์ในต้นทศวรรษที่ 1960 โดยพัฒนาจากหลักการของการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (ethnographic research) และประสบการณ์ทางมนุษยวิทยา ซึ่งไอลีนเกอร์ให้ความหมายของการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาทางการพยาบาล (ethnonursing research) ว่าเป็นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้ความเป็นธรรมชาติ การเปิดเผย และการอนุมานจากมุมมองของคนในร่วมกับกระบวนการที่ใช้เทคนิค กลวิธี และเครื่องมือต่างๆ ในการทำความเข้าใจ อธิบาย และการแปลความ เกี่ยวกับการให้ความหมาย ประสบการณ์ สัญลักษณ์ และสิ่งอื่นๆ ที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ทางการพยาบาล

วัตถุประสงค์หลักการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาทางการพยาบาล คือ การสร้างวิธีการศึกษาที่เป็นธรรมชาติและให้ความสำคัญกับมุมมองของคนใน (emic) ในการศึกษาปรากฏการณ์ทางการพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่เป็นหลากหลายและสากล ซึ่งมีความซับซ้อนและยังไม่มีการศึกษา ประกอบกับในปี 1950 ถึง 1960 ยังไม่มีวิธีการวิจัยทางการพยาบาลที่มีความเหมาะสมในการทำความเข้าใจกับธรรมชาติ ความจำเป็น และลักษณะการดูแลของมนุษยชาติ (human care) วิธีการนี้จึงเป็นสิ่งจำเป็นและเป็นวิธีการใหม่สำหรับพยาบาล เป็นการศึกษาและวิเคราะห์เกี่ยวกับทักษะ ความเชื่อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับปรากฏการณ์การดูแลทางการพยาบาลของประชาชนในท้องถิ่น และกระบวนการสร้างสรรค์ทางวัฒนธรรม (process of designated cultures) โดยใช้วิธีการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการเข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินชีวิตและ สิ่งแวดล้อมของเขาอย่างใกล้ชิด ซึ่งวิธีการเหล่านี้สอดคล้องกับความต้องการของพยาบาลในการให้บริการแบบองค์รวม

ปรัชญาและทฤษฎีที่สำคัญของการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาทางการพยาบาล เชื่อว่าจุดกำเนิดของความรู้ มีพื้นฐานมาจากประชาชน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลของมนุษย์ และความรู้ทางการพยาบาลอื่นๆ โดยมีปรัชญา ดังนี้ (Leininger, 2001)

1. วิธีการนี้กำหนดให้ผู้วิจัยเข้าสู่ครอบครัว หรือสภาพธรรมชาติของประชาชนในสถานศึกษา เพื่อศึกษาการดูแลของมนุษย์และความหมายของปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล

2. วิธีการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาทางการพยาบาล จะสะท้อนรายละเอียดที่ได้จากการสังเกต การพิจารณา การบรรยาย ประสบการณ์แบบมีส่วนร่วมและข้อมูลต่างๆ ซึ่งได้รับจากการใช้คำถามปลายเปิดแบบไม่มีโครงสร้าง หรือจากกถวิธีและเครื่องมือต่างๆ

3. วิธีการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาทางการพยาบาล กำหนดว่า ทัศนคติ ความรู้สึก หรือการแปลความหมายโดยผู้ซึ่งไม่มีความชำนาญจะถูกยับยั้ง หรือควบคุมโดยผู้ให้ข้อมูล ซึ่งสามารถแสดงความคิด และแปลความหมายตามมุมมองของคนใน ได้มากกว่าผู้วิจัย

4. การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาทางการพยาบาล ได้กำหนดให้นักวิจัยเน้นที่บริบทของวัฒนธรรมของปรากฏการณ์ที่ศึกษา ซึ่งบริบทของวัฒนธรรม หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างของสถานการณ์หรือวิถีชีวิตนั้นๆ การทำความเข้าใจบริบทของวัฒนธรรม หมายถึง การสำรวจประวัติศาสตร์ (historical) ชีวสังคม (biosocial) ค่านิยมทางวัฒนธรรม (cultural values) การแสดงออกทางภาษา เทคโนโลยี วัตถุ และสัญลักษณ์ต่างๆ ที่เป็นสิ่งแวดล้อมของประชาชนที่ศึกษา

การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาทางการพยาบาล จำแนกได้ 2 ประเภท (Leininger, 1985) คือ

1. mini ethnonursing เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่ หรือศึกษาในพื้นที่แคบๆ หรือการศึกษาวิถีชีวิตของประชาชนที่อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความเฉพาะเจาะจง

2. maxi ethnonursing เป็นการศึกษาภาพรวมของวัฒนธรรมในพื้นที่กว้าง หรือทำความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปและลักษณะพิเศษของวัฒนธรรม หรืออาจจะศึกษาเปรียบเทียบ 2 วัฒนธรรม ส่วนใหญ่พยาบาลใช้ mini ethnonursing มากกว่า maxi ethnonursing เพราะมีปัจจัยด้านเวลาและมีข้อจำกัดในองค์ความรู้และประสบการณ์ในการศึกษา

วัตถุประสงค์ของการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาทางการพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาทางการพยาบาลมี ดังนี้ (Leininger, 2002)

1. เพื่อเปิดเผยสิ่งที่ยังซ่อนเร้น หรือซับซ้อนเกี่ยวกับปรากฏการณ์ทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและการดูแลเพื่อให้มีสุขภาพดี

2. เพื่อช่วยให้นักวิจัยทราบถึงความคิดของคนใน (emic) เกี่ยวกับความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ และวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการดูแลและสุขภาพ

3. เพื่อช่วยให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการให้ความหมาย การแสดงออก สัญลักษณ์ รวมทั้งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ

4. ใช้เป็นมาตรฐานและแนวทางใหม่ในการศึกษาความรู้และแนวทางการดูแล ที่สัมพันธ์กับทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรม ทั้งข้อมูลจากคนใน (emic) และคนนอก (etic) วัฒนธรรมนั้นๆ
5. เพื่อความถูกต้อง ครอบคลุม และความเป็นระบบของการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และคงไว้ซึ่งข้อมูลทางวัฒนธรรมและบริบทที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎี
6. ใช้เพื่อเป็นหลักการเชิงคุณภาพ ในการวิเคราะห์ความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของสิ่งที่ค้นพบ
7. เพื่อชี้ให้เห็นจุดแข็ง และข้อจำกัดของการใช้การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาทางการพยาบาล ในทฤษฎีข้ามวัฒนธรรมขั้นสูง

ขั้นตอนการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาทางการพยาบาล (Leininger, 2001)

1. การกำหนดจุดมุ่งหมาย สถานที่วิจัย และปัญหาหรือคำถามการวิจัย
2. การระบุความสำคัญหรือประโยชน์ของการศึกษาวิจัย ที่มีต่อความรู้ และการปฏิบัติการพยาบาล
 3. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษาวิจัย
 4. การวางโครงร่างวิจัย ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดตามขั้นตอนดังนี้
 - 4.1 การกำหนดสถานที่ และกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย
 - 4.2 การขออนุญาตเพื่อทำการศึกษา
 - 4.3 การเข้าไปสำรวจพื้นที่อย่างค่อยเป็นค่อยไป
 - 4.4 การคาดคะเนอุปสรรค และแนวทางในการแก้ปัญหาอุปสรรคเหล่านั้น เช่น อุปสรรคเกี่ยวกับการเข้าสู่สนาม ภาษา ผู้นำชุมชน สถานที่ หรืออุปสรรคอื่น
 - 4.5 การกำหนดกลวิธีและเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย เช่น Leininger's Stranger - Friend Guide หรือ Observation - participation - Reflection Enabler หรือเครื่องมือที่สร้างและพัฒนาโดยผู้วิจัยเอง
 - 4.6 การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลทั่วไป
 - 4.7 การสร้างความไว้วางใจและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับประชาชน ผู้ให้คำปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญทางด้านการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาทางการพยาบาล (ethnonursing research) เพื่อป้องกันความไม่เหมาะสมที่จะเกิดขึ้น
 - 4.8 การเก็บข้อมูลและการยืนยันสิ่งที่ได้จากการศึกษากับประชาชนที่ศึกษา เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือและเป็นการยืนยันผลการศึกษา

4.9 การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ การบันทึกข้อมูลภาคสนามและการสะท้อนกลับข้อมูล รวมทั้งการอภิปรายร่วมกับที่ปรึกษาการวิจัยตลอดระยะเวลาวิจัย

4.10 การนำเสนอและยืนยันสิ่งที่ได้จากการศึกษากับผู้ให้ข้อมูลบ่อยๆ เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือและเป็นการตรวจสอบยืนยันสิ่งที่ได้จากการศึกษาวิจัย

4.11 การวางแผนในการออกจากสถานที่ทำการศึกษารายวัน

5. การวิเคราะห์ข้อมูลในระยะสุดท้ายและการเขียนรายงานการวิจัย
6. เตรียมการนำเสนอผลการวิจัยในเอกสารทางวิชาการหรือวารสารต่างๆ
7. การนำผลที่ได้จากการศึกษา และประเด็นที่น่าสนใจสู่พยาบาล
8. การวางแผนการวิจัยครั้งต่อไปในประเด็นที่ต่อเนื่องหรือปรากฏการณ์ใหม่

กลวิธีและเครื่องมือในการวิจัยโดยใช้วิธีการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนาทางการพยาบาล (research enablers)

ไลงิงเกอร์ ได้พัฒนาเครื่องมือที่จะเป็นแนวทางแก่ผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลเชิงลึกจากความคิด ข้อเท็จจริง ของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา ซึ่งแต่ละกลวิธีมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือเปลี่ยนความสัมพันธ์จากคนแปลกหน้าเป็นเพื่อนที่ไว้ใจ (Leininger's Stranger to Trusted Friend Enabler) (Leininger, 2001)

เครื่องมือนี้สร้างขึ้นโดยมีปรัชญาความเชื่อว่า นักวิจัยจะต้องคาดคะเนสัมพันธ์ภาพของผู้วิจัยและประชาชนตลอดเวลาที่ทำการศึกษา โดยนักวิจัยมีความคาดหวังว่าจะสามารถเปลี่ยนจากคนแปลกหน้าหรือผู้ที่ชาวบ้านไม่ไว้ใจ เป็นบุคคลที่ชาวบ้านไว้ใจ หรือเปรียบเสมือนเพื่อนตลอดกระบวนการวิจัย โดยเครื่องมือนี้จะช่วยให้นักวิจัยสามารถประเมินหรือสะท้อนกลับพฤติกรรมหรือความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลและการตอบสนองที่มีต่อผู้วิจัย

จากการศึกษาของไลงิงเกอร์ (Leininger, 2002) พบว่า ความไว้ใจของผู้ให้ข้อมูล จะเพิ่มความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูล

2. กลวิธีการสังเกต – การมีส่วนร่วม – การสะท้อนกลับ (The Observation - Participation - Reflection (O - P - R) Enabler)

กลวิธี การสังเกต - การมีส่วนร่วม - การสะท้อนกลับ เป็นรูปแบบ หรือกลวิธีที่พัฒนามาจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมที่ใช้ในการศึกษาเชิงมานุษยวิทยา ซึ่งไลงิงเกอร์นำมาปรับปรุงโดยเพิ่มจุดเน้นคือการสะท้อนกลับ เพื่อให้เหมาะสมกับปรัชญา วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาทางการพยาบาล ซึ่งรูปแบบการศึกษาแบบการศึกษาแบบ O - P - R

นี่จะมีวิธีการที่สลับกับการศึกษาทางมานุษยวิทยา คือใช้วิธีการสังเกต ก่อนการเข้าไปมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ศึกษาทางการพยาบาลได้ตระหนักและเข้าใจสถานการณ์หรือบริบทของสิ่งที่ศึกษา ก่อนที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ ส่วนขั้นตอนการสะท้อนกลับได้เพิ่มเติมเข้าไปเพื่อเป็นการให้ความสำคัญ และเป็นการยืนยันข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (Leininger, 2001)

ขั้นตอนของกลวิธีการสังเกต – การมีส่วนร่วม - การสะท้อนกลับ (O - P - R)

1. การสังเกตและฟัง (Primarily Observation and Active Listening (no active participation))

2. การสังเกตและเข้าไปมีส่วนร่วมบางส่วน (Primarily Observation with Limited Participation)

3. การเข้าไปมีส่วนร่วมและการสังเกตอย่างต่อเนื่อง (Primarily Participation with Continued Observations)

4. การสะท้อนกลับและการยืนยันผลการศึกษากับผู้ให้ข้อมูล (Primarily Reflection and Reconfirmation of Findings with Informants)

ขั้นตอนที่ยากที่สุดสำหรับนักวิจัยทางการพยาบาลในการใช้กลวิธีนี้คือ ขั้นตอนการสังเกต เนื่องจากนักวิจัยพบว่า การสังเกตเป็นวิธีการเก็บข้อมูลที่นักวิจัยจะต้องให้ความสำคัญ และเป็นบทบาทที่ต้องเน้นหนัก ตั้งแต่เริ่มทำการศึกษาจนถึงขั้นตอนการเข้าไปมีส่วนร่วม

กลวิธีการสังเกต มีส่วนร่วม และสะท้อนกลับ เป็นกลวิธีที่ใช้มากที่สุด ที่จำเป็นและช่วยนักวิจัยในการเข้าสู่สนาม กลวิธีนี้ ผู้วิจัยจะค่อยๆปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้สังเกตและฟังเข้าสู่บทบาทการมีส่วนร่วมและสะท้อนกลับต่อผู้ให้ข้อมูลหรือต่อสถานการณ์ที่ศึกษา การค่อยๆเข้าสู่สนามจะช่วยให้ผู้วิจัยสังเกตได้ถึงสภาพความเป็นธรรมชาติของประชาชนและสิ่งแวดล้อมหรือบริบท ซึ่งจะช่วยให้เราเข้าไปอย่างเป็นธรรมชาติและไม่เป็นจุดเด่น การสังเกต ก่อน ขณะ และหลังจากได้พบผู้ให้ข้อมูลจะทำให้ผู้วิจัยสามารถสังเกตสถานการณ์ได้ทั้งหมด ในขณะเดียวกันในช่วงต่อมายังคงต้องอาศัยการฟังอย่างตั้งใจ การให้สัญลักษณ์ การสะท้อนกลับ หรือปฏิบัติการต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆร่วมด้วย (แล้วแต่สถานการณ์) ซึ่งกลวิธีต่างๆเหล่านี้ ล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งสำคัญในการทำความเข้าใจข้อมูลเชิงชาติพันธุ์วรรณาทางการพยาบาล (Leininger, 2002)

ดัชนีชี้วัดเชิงคุณภาพของการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาทางการพยาบาล

ในการวิจัยเชิงคุณภาพ จะต้องคำนึงถึงดัชนีชี้วัดเชิงคุณภาพตลอดเวลาที่ทำการศึกษา และในขั้นตอนสุดท้ายของการวิเคราะห์ข้อมูล ควรทำการตรวจสอบซ้ำและสะท้อนกลับสิ่งที่ได้จากการศึกษา ซึ่งดัชนีชี้วัดที่ควรคำนึงถึง ได้แก่ (Leininger, 2001, 2002)

1. ความน่าเชื่อถือ (credibility) หมายถึง ความจริง และความน่าเชื่อถือของสิ่งที่ได้จากการศึกษาจากแหล่งข้อมูลโดยตรง คือประชาชนในบริบทของสิ่งแวดล้อมที่ศึกษา
2. การยืนยันผลการศึกษา (confirmability) หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสังเกตจากผู้ให้ข้อมูล สถานการณ์ หรือประชาชน ซึ่งเป็นผู้ตรวจสอบและยืนยันข้อมูลเหล่านั้น
3. การให้ความหมายตามบริบท (meaning - in - context) หมายถึง ข้อมูลที่ได้ทำความเข้าใจกับประเด็นที่อ้างอิง หรือให้ความหมาย โดยเน้นความสำคัญของการให้ความหมายและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการกระทำ สัญลักษณ์ เหตุการณ์ การสื่อสาร และกิจกรรมของมนุษย์ ภายใต้บริบทของสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม
4. รูปแบบที่เกิดซ้ำ (recurrent patterning) หมายถึง การเกิดซ้ำของประสบการณ์หรือวิถีชีวิต การแสดงออก เหตุการณ์หรือการกระทำที่สะท้อนให้เห็นถึงผลที่ติดตามมาจากรูปแบบของพฤติกรรม
5. การอิ่มตัว (saturation) หมายถึง การที่นักวิจัยได้หมดสิ่งที่ต้องการค้นหา และไม่มีข้อมูลใหม่ ที่จะได้รับจากผู้ให้ข้อมูลหรือสถานการณ์ที่ศึกษา
6. การอ้างอิงผลการวิจัย (transferability) หมายถึง ผลที่ได้จากการวิจัยสามารถอ้างอิงไปยังสถานการณ์และบริบทหรือวัฒนธรรมอื่นที่มีความคล้ายคลึงกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมการวิจัยด้านผู้สูงอายุและใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรมที่หลากหลายและเป็นสากล โดยวิธีการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาทางการพยาบาล พบว่ามีการศึกษาการดูแลเชิงวัฒนธรรมในผู้สูงอายุชาวอเมริกันเชื้อสายโปแลนด์ พบว่าผู้สูงอายุให้ความหมายของการดูแลว่าเป็นการแสดงออกโดยการให้ การเสียสละและการช่วยเหลือผู้อื่น การอยู่ด้วยกัน การเอื้อประโยชน์และการไปเยี่ยมเยียนกัน และให้ความหมายของสุขภาพ ว่าเป็นความสะดวกสบาย ความปลอดภัย คล่องแคล่ว สามารถทำงานหนักได้ และหมายถึงการรับประทานอาหารที่ถูกหลัก โดยผู้สูงอายุจะรู้สึกปลอดภัยในความพร้อมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุจะดูแลบุคคลในครอบครัวโดยการอาศัยอยู่กับลูกหลาน และสมาชิกในครอบครัว และให้การดูแลเพื่อนบ้านโดยการส่งเสริม และมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆในโบสถ์ ซึ่งเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมทางสังคม และเป็นสถานที่ประกอบกิจกรรมตามประเพณีดั้งเดิมของโปแลนด์ ในส่วนของการใช้บริการระบบสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุอเมริกันเชื้อสายโปแลนด์ จะใช้บริการ

ดูแลสุขภาพเชิงวิชาชีพ แต่ยังคงให้คุณค่าและมีความเชื่อถือในการดูแลแบบพื้นบ้านและยังคงใช้การดูแลพื้นบ้านในการคงไว้ซึ่งสุขภาพ (McFarland, 2002)

การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวชาวนามิเบียในสังคมเมือง โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนาทางการแพทย์ พบว่า ผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้ความหมายของการดูแลผู้สูงอายุใน 5 ลักษณะ คือ 1) เป็นการดูแลที่อบอุ่นของครอบครัว 2) เป็นความเชื่อถือในความเมตตาของชีวิต 3) เป็นการแสดงเคารพนับถือผู้สูงอายุ 4) เป็นคำนิยามของความปลอดภัยและการมีจุดหมายของชีวิต และ 5) เป็นการดูแลท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วของโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม ในส่วนของการตัดสินใจและการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ควรคงไว้ซึ่งการดูแลตามวัฒนธรรมเดิมในด้านกรให้ความหมาย การแสดงออก และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากแสดงถึงความเป็นเอกภาพและเป็นเกียรติยศของสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ ส่วนการดูแลที่ควรปรับได้แก่ การตัดสินใจและการกระทำของบุคลากรเชิงวิชาชีพ ที่กระทำเพื่อให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพ โดยควรให้คำแนะนำด้านสุขภาพและช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ดูแล ภายใต้การตัดสินใจและการปฏิบัติของชุมชน มิใช่การครอบงำทักษะการปฏิบัติของครอบครัว นอกจากนี้พยาบาลควรมีการปรับปรุงทักษะและการทำงานกับชุมชนที่มีลักษณะเฉพาะ เพื่อพัฒนารูปแบบและทักษะการให้การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (Leuning, Small & Dyk, 2002)

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าการดูแลพื้นบ้านเพื่อการส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นภูมิปัญญา และองค์ความรู้ที่มนุษย์สังเคราะห์ขึ้นในแต่ละวัฒนธรรม มีความสำคัญที่พยาบาลจะต้องสนใจเข้าไปศึกษา เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้มาประกอบการตัดสินใจให้บริการพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้