

บทที่ 2

การทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Research) เพื่อศึกษาหาความหมาย และลักษณะพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามวิถีไทยที่มีสุขภาพดี และอายุยืนยาวของผู้สูงอายุ อายุ 75 ปีขึ้นไป โดยมีการศึกษา ค้นคว้า รวบรวมเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการศึกษาจะช่วยให้เห็นโครงสร้าง ความสัมพันธ์ของแนวคิดต่าง ๆ ในปรากฏการณ์ที่ศึกษา ดังต่อไปนี้

1. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุตอนปลาย
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุตอนปลาย
 - 1.2 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ
 - 1.3 ภาวะสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ
 - 1.4 ลักษณะเชิงสุขภาพ หรือภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. แนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.1 ความหมายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.2 แนวคิด ทฤษฎีสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
 - 2.3 สาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.4 ลักษณะพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ
3. แนวคิดวิถีไทย
 - 3.1 ความหมายของวิถีไทย
 - 3.2 วิวัฒนาการวิถีไทยที่เกี่ยวกับสุขภาพ
4. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีไทย
5. ปรัชญา และแนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

1. แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุตอนปลาย

ตามแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุตอนปลาย ได้มีการศึกษาถึงความหมาย ลักษณะทั่วไปของภาวะสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลง อีกทั้งลักษณะเชิงสุขภาพ หรือภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำเสนอรายละเอียดดังนี้

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุตอนปลาย

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในภาวะความสูงอายุหรือชราภาพ (aging) เกี่ยวข้องกับกระบวนการการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องของชีวิตโดยอายุหรือวัยที่มีผลต่อพฤติกรรม และ แรงจูงใจของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยา จิตใจ และสังคม (ศรีสุคา แซ่ฮึง, 2541) การที่จะพิจารณาว่าบุคคลจะเข้าสู่วัยสูงอายุเมื่อใดนั้นแต่ละประเทศ หรือแต่ละสังคมจะทำได้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับกฎหมาย วัฒนธรรม และความเชื่อของสังคมนั้น องค์การอนามัยโลกได้ยึดเอาความยืนยาวของชีวิตตามปฏิทินเป็นเกณฑ์เบื้องต้น สำหรับผู้สูงอายุตอนปลาย หมายถึง การเข้าสู่วัยชราอย่างแท้จริง จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมาก ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองเกี่ยวกับชีวิตประจำวันตกลงเข้าสู่ระยะพึ่งพา (Yurick et al., 1988; แสงจันทร์ ทองมาก, 2541)

การแบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุนั้นได้มีผู้กำหนดหลักเกณฑ์ สรุปได้ดังนี้ เช่น ที่ประชุมองค์การอนามัยโลกที่ประเทศสวีเดนในปี ค.ศ. 1963 ได้กำหนดควัยสูงอายุนี้อยู่ในช่วง 60-74 ปี วัยชราจะเป็นกลุ่มที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป (จันทร์ฉาย ฉายากุล, 2538) สอดคล้องกับสมาคมสาธารณสุขแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็นช่วง โดยกำหนดควัยสูงอายุนั้น อายุ 65-74 ปี วัยสูงอายุตอนปลาย 75 ปีขึ้นไป (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชริตันศิริ, 2536) และสถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (National Institution on Aging) ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุวัยตอนต้น (the young old) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-74 ปี ผู้สูงอายุวัยท้ายหรือตอนปลาย (the old elderly) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฟอร์เรโรและเฮร์เบิร์ต และคณะ (Ferraro, 1980; Herbert et al., 1999) ที่แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-74 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุวัยท้ายหรือตอนปลาย มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป แค่มิ สอดคล้องกับชูศักดิ์ เวชแพศย์ (2538) และพรณวดี พุรวาณะ (2539) ที่กล่าวอ้างตามองค์การอนามัยโลกว่า ผู้สูงอายุวัย 75 - 90 ปี อยู่ในผู้สูงอายุระยะกลาง

โดยสรุป ผู้สูงอายุ หมายถึงบุคคลที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และได้ผ่านกระบวนการเปลี่ยนแปลงร่างกาย จิตใจ สังคมจนเข้าสู่ภาวะเสื่อม และดำรงชีวิตอยู่ได้ตามวิถีไทยที่เคยปฏิบัติมาตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ในการศึกษาครั้งนี้ เลือกกลุ่มผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไป เนื่อง

จากเป็นผู้สูงอายุตอนกลางที่เริ่มเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุตอนปลาย มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านกาย จิต สังคม มีลักษณะของการเป็นผู้สูงอายุชัดเจน คือ เป็นผู้สูงอายุแท้จริง

ผู้สูงอายุไทยวัย 75 - 79 ปี ที่มีสุขภาพแข็งแรง ส่วนใหญ่เป็นผู้มีการปฏิบัติดูแล สุขภาพดีมาก่อน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของสาวตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง (2536) และพวงเพ็ญ เพือกสวัสดิ์ (2538) ภาวะสุขภาพในด้านการได้ยิน การมองเห็น ความทรงจำของผู้สูงอายุวัยนี้ พบว่า มีการบกพร่องการได้ยินเพียง 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไป หรือได้ยินลดลงร้อยละ 25 (Lee, Smith and Kington, 1999) ความบกพร่องในการมองเห็นร้อยละ 27 สายตาไม่ค่อย ชุ่มมัว สามารถมองเห็นได้ แต่ความชัดเจนลดลงความจำในอดีตไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ยังไม่ เลอะเลือน (long term memory) ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่าผู้สูงอายุในวัยนี้มีความ สามารถที่จะให้ข้อมูลที่จะสัมภาษณ์ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และมีความสมบูรณ์

1.2 ลักษณะของผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป

ลักษณะของผู้สูงอายุโดยทั่วไปที่มองเห็นจากภายนอก ร่างกายแข็งแรง ผิวหนังแห้ง หย่อนยาน นอกจากนั้นสิ่งที่เกิดเป็นอยู่กับผู้สูงอายุ ที่อาจเห็น หรือไม่เห็นจากภายนอกก็ได้ คือ ผิวหนังคัน แดงง่าย กล้ามเนื้อหิวทึบเล็กลง ความตึงตัวลดลง กระดูกเปราะหักง่าย และติดข้าว รับประทานได้ดื่อกว่า การได้ยินลดลง หูตึง เวียนศีรษะง่าย สายตามัวลง (แสงจันทร์ ทองมาก, 2541) การรับกลิ่นไม่ดี เบื่ออาหารได้ง่าย (Lee, Smith and Kington, 1999)

ผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป มีลักษณะเด่นนอกเหนือจากลักษณะดังกล่าวข้างต้น ที่มองเห็นจากภายนอก ซึ่งมีหลังค่อมขมะชัน หรือคื่น การทรงตัวไม่ดี การเคลื่อนไหวช้า ไม่ กระฉับกระเฉง จากสิ่งที่เกิดเป็นอยู่ ที่อาจเห็น หรือไม่เห็นจากภายนอกก็ได้ ทำให้ความ สามารถช่วยเหลือตนเองลดลง (ฤดีดาว ช่างสาน, 2542; Atchley, 1980) การเดินอาจทำได้บ้าง หรือมีความลำบากมากขึ้น ต้องมีคนคอยดูแล (แสงจันทร์ ทองมาก, 2541; Vetter, Lewis and Llewellyn, 1992) อ่อนได้ง่าย ใช้ระยะเวลาสั้นในการนอน หลับยาก อาจใช้เวลาราว 30 นาที ตื่น ง่าย ทำให้การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง ส่งผลต้องงีบหลับ ตอนกลางวัน (เกษม ดันติผลาชีวะและ กุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528) ส่วนการมองเห็นไม่ชัดเจนมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุ 60 - 70 ปี คือการมองเห็นไม่ว่องไว (สาวตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง, 2536) และการได้ยินชัดเจนน้อยกว่า ผู้สูงอายุ 60 - 70 ปี และความจำในอดีตไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก (Lee, Smith and Kington, 1999) มีการจดจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดีกว่าปัจจุบัน (วิภาวี คงอินทร์, 2537)

1.3 ภาวะสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

1.3.1 ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1947) หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ทางร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยดีไม่เพียงแต่การปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น เฮนเดอร์สัน (Henderson and Nite, 1978) ได้ให้ความหมายสุขภาพว่าเป็นภาวะที่มีการทำหน้าที่อย่างอิสระของร่างกาย ในการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการพื้นฐานโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ประยงค์ ลิ้มตระกูล (2541) กล่าวว่าภาวะสุขภาพเป็นภาวะที่บ่งบอกว่าบุคคลนั้นอยู่ในสภาพที่สุขภาพดี คือมีความสามารถในการหลีกเลี่ยงจากความเจ็บป่วย มีพลังในการปฏิบัติภาระหน้าที่ และมีความสุขในการดำรงชีวิตได้ หรืออยู่ในสภาพในการทำหน้าที่ด้านชีวิตส่วนตัวและสังคมได้ตามปกติ สิริพร ชัมภลิจิต (2539) ได้ให้ความหมายสุขภาพว่าเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์หรือความสมดุลหรือปรับตัวได้ของคนทั้งทางด้านร่างกาย จิต สังคม ซึ่งทำให้บุคคลปฏิบัติหน้าที่และดำเนินชีวิตได้ตามเป้าหมายของตน ส่วนโอเรม (Orem, 1985) ให้ความหมายของสุขภาพ คือภาวะสมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

ภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยมีสมดุลระหว่างกาย จิต และ สังคม

1.3.2 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องของชีวิตตั้งแต่เกิดจนหมดอายุขัย โดยมีลักษณะการจะเป็นไปในทางลดความเจริญไปสู่ความเสื่อมทำให้มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งแสดงได้ดังนี้

1. สภาวะทางร่างกาย (Physical Status) ประกอบด้วย 1) สภาวะทางคลินิก(clinical status) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งแบ่งเป็น 9 ระบบ คือ ระบบผิวหนัง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกและใจและไหลเวียน ระบบหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทและประสาทสัมผัส และ 2) การทำหน้าที่และความผาสุกทางกาย (physical functioning and well-being) ความเสื่อมถอยของร่างกายทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ที่มีผลต่อการทำหน้าที่ทางกาย คือกิจกรรมทางร่างกาย การเคลื่อนไหวที่ ความปวด กำลั้ง หรือความอ่อนล้า การนอนหลับ แบบแผนการนอนหลับจะเปลี่ยนแปลง ระยะชั่วโมงการนอน ตื่น ตื่นง่าย หลับยาก (Ancoli-Isnael and Kripke, 1998) เมื่ออายุมากขึ้น เวลานอนน้อย คือต้องการการนอนเพียงวันละ 6-7 ชั่วโมง (เกษม ดันติผลาชีวะและกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528) ผู้สูงอายุ 70 ปีมีการนอนเฉลี่ยประมาณ 6 ชั่วโมง (Wold, 1993) ผู้สูงอายุต้องใช้

เวลานานมากขึ้นจึงจะหลับอาจถึง 30 นาที ทำให้การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดอาการง่วงนอนในช่วงกลางวัน ทำให้ต้องงีบหลับตอนกลางวัน (เกษม ดันติผลาชีวะและกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528) อาการทางกาย หรืออาการทางกายที่สัมพันธ์กับจิต การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541; สุรีย์ กาญจนวงศ์, ปรีชา อุปโยคิน, วิภา ศิริสุขและมัลลิกการ มดีโก, 2538; Steiner and Marcopulos, 1998) จากการศึกษาภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ โดยสุรีย์ กาญจนวงศ์และคณะ (2538) พบว่า ภาวะสุขภาพกายมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต โดยอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีสุขภาพกายดีจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีสุขภาพกายไม่ดี และยังพบว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จะมีอาการเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วย เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย และอาการใจเต้น (Hay, Franson, Hay and Grossberg, 1998) แสดงให้เห็นว่า อาการทางกายและสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กัน

สภาวะทางร่างกายเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทั้ง 9 ระบบ การทำหน้าที่และความผาสุกทางกาย มีผลต่อความสามารถในการช่วยเหลือ ซึ่งสภาวะทางกายมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต

2. สภาวะทางจิตใจ (mental status) จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และสังคม มีผลต่ออารมณ์และสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเริ่มวิตกกังวลกับความไม่แน่นอนในชีวิต มีความรู้สึกกลัว เช่น กลัวช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวตาย เป็นต้น (วิภาวี คงอินทร์, 2537) รวมถึงผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งการสูญเสียหลายประการ ได้แก่ สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ การเปลี่ยนแปลงที่มีผลกับความผาสุกทางจิตของผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) การเรียนรู้และความจำ การเรียนรู้และความจำของผู้สูงอายุเริ่มบกพร่องการเรียนรู้ของผู้สูงอายุจะช้าลงกว่าในวัยหนุ่มสาว ความจำจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ผู้สูงอายุมักมีความจำในอดีต (long term memory) ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก แต่ความจำในปัจจุบัน (short term memory) เสื่อมลง ผู้สูงอายุจึงชอบเล่าเรื่องราวในอดีต ให้ผู้ใกล้ชิดฟัง เพราะจดจำได้มากกว่าเหตุการณ์ในปัจจุบัน (วิภาวี คงอินทร์, 2537) 2) ความทุกข์ใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านอื่น ๆ ของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุหมดหวัง และท้อแท้ในชีวิต ลักษณะทางจิตใจของผู้สูงอายุที่สำคัญได้แก่ การปรับตัวต่อการสูญเสีย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความทุกข์ใจเกิดขึ้นและอาจเป็นโรคจิตได้ (ฤดีดาว ช่างสาน, 2542) 3) ภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตใจ และอารมณ์ที่พบมากในวัย 55-70 ปี พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ และขาดความอบอุ่นในครอบครัวมาก่อน (เกษม และกุล

ชา ดันติผลาชีวะ, 2528; Steiner and Marcopulos, 1998) 4) ความวิตกกังวล เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เป็นปฏิกิริยาการปรับตัวให้เข้ากับความเครียดทางจิตสรีรวิทยาของคน ปัญหาวิตกกังวลของผู้สูงอายุมักจะสัมพันธ์โดยตรงกับปัญหาทางสุขภาพกาย (เกษม และกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528) 5) ความเหงา ความว้าเหว่ เป็นอาการแสดงออกถึงความผิดปกติทางด้านจิตใจ และอารมณ์อย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ จากรายงานการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 4 มีปัญหาเกี่ยวกับความว้าเหว่ (สุพรรณิ นันทชัย, 2534) จากการศึกษาของสุรีย์ กาญจนวงศ์และคณะ (2538) พบว่าทางด้านภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว ร้อยละ 30.2

3. สภาวะทางสังคม (social status) สังคมของผู้สูงอายุจะลดลงและแยกตัวจากสังคมมากขึ้นซึ่งเป็นไปโดยธรรมชาติของวัยสูงอายุและข้อจำกัดทางร่างกาย และลคบทบาททางสังคม (เกษม ดันติผลาชีวะและกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528) ฮอกเทล (Hogtael, 1981 อ้างตามเกษม และกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528) กล่าวว่าสังคมผู้สูงอายุจะลดแคบลงเหลือเพียงครอบครัว เพื่อนและวัดเท่านั้น นอกจากนี้สภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวจากลักษณะครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้สัมพันธภาพของสมาชิกครอบครัวกับผู้สูงอายุเหินห่าง ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเหงา ว้าเหว่ ขาดที่พึ่งจากการศึกษาของเกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์ และคณะ (2533) พบว่าครอบครัว และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุตรหลานและผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ทั้งนี้เพราะครอบครัว ความสัมพันธ์ต่าง ๆ ของสมาชิกครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีบทบาทสำคัญต่อผู้สูงอายุ นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน และบุคคลในสังคมโดยเฉพาะเพื่อนร่วมวัยมีประโยชน์มากสำหรับผู้สูงอายุการสนทนากับเพื่อนที่ถูกต้อง ได้ระบายความในใจต่อกันจะทำให้จิตใจเกิดความสบายส่งผลให้มีสุขภาพจิตดี ดังนั้นการคงความสัมพันธ์ที่ดีของผู้สูงอายุกับบุคคลรอบข้างมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคมดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

1.4 ลักษณะเชิงสุขภาพ หรือภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ลักษณะสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุมีผิวหนังแห้ง คับ และแตกง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของแฟรนซ์ และคินนี (Frantz and Kinney, 1986) กล้ามเนื้อเยื่อเกี่ยวพันลีบเล็กลง ความตึงตัวลดลง หย่อนยาน (Ellis and Nowlis, 1994) กระดูกเปราะหักง่าย และดิซซา ขมะเคิน หรือยื่นหลังค่อม การทรงตัวไม่ดี การเคลื่อนไหวช้า ไม่กระฉับกระเฉง รับเสียงต่ำได้ดีกว่า การทรงตัวไม่ดี เวียนศีรษะง่าย และ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไปมักมีอาการหูตึง (สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง, 2536) บกพร่องในการมองเห็นและการได้ยิน การรับกลิ่นไม่ดี เบื่ออาหารได้ง่าย สอดคล้องกับลี, สมิท และคิงตัน (Lee, Smith and Kington, 1999) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปมีความบกพร่องในการมองเห็นหรือผิดปกติร้อยละ 27 และมีการได้ยินลดลงร้อยละ 25 มีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก การ

รับรสของกลิ่นเสียไปเนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลง ทำให้รับกลิ่นไม่ดี และเมื่ออาหารง่าย ความสามารถช่วยเหลือคนดกลง ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพาช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น (ฤดีควา ช่างสาน, 2542; Atchley, 1980) จากการศึกษาการสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาที่อยู่ บ้าน ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 1,280 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น จะมีความเสื่อมสมรรถภาพร่างกายมากขึ้น มีภาวะพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และต้องการการดูแลจากครอบครัว (Vetter, Lewis and Lewellyn, 1992) ผู้สูงอายุจะมีปัญหาในการเดินร้อยละ 25 และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันร้อยละ 37 เพราะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุความแข็งแรงและระยะเวลาการตอบสนองของกล้ามเนื้อ ตลอดจนความเร็วในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ประกอบกับผู้สูงอายุมักมีความกลัวการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการเคลื่อนที่ ความสามารถในการวิ่งถูกจำกัดอย่างมากหรือไม่สามารถทำได้ ส่วนการเดินอาจทำได้บ้าง หรือมีความลำบากมากขึ้น เกิดความอ่อนล้าได้ง่าย (Burke and Walsh, 1992) แบบแผนการนอนหลับจะเปลี่ยนแปลงระยะชั่วโมงการนอนสั้น ตื่นง่าย หลับยาก (Ancoli-Isnael and Kripke, 1998) เมื่ออายุมากขึ้น เวลานอนน้อยลง ต้องการการนอนเพียงวันละ 6-7 ชั่วโมง (เกษม ดันติผลาชีวะและฤดีควา ดันติผลาชีวะ, 2528) การนอนโดยเฉลี่ยสำหรับผู้สูงอายุ 70 ปี ประมาณ 6 ชั่วโมง (Wold, 1993) ผู้สูงอายุต้องใช้เวลานานมากขึ้นจึงจะหลับอาจถึง 30 นาที ทำให้การนอนหลับไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดอาการง่วงนอนในช่วงกลางวัน ทำให้ต้องงีบหลับ ตอนกลางวัน

สรุปภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไป มีความเสื่อมสมรรถภาพร่างกาย และการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ มากขึ้น มีบทบาทในการมองเห็น การได้ยินลดลง รับกลิ่นไม่ดี เมื่ออาหารง่าย บางคนมีปัญหาลในการเดิน เกิดความอ่อนล้าได้ง่าย แบบแผนการนอนหลับจะเปลี่ยนแปลงระยะชั่วโมง การนอนสั้น ตื่นง่าย หลับยาก และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีภาวะพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และต้องการการดูแลจากครอบครัว

2. แนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

2.1 ความหมายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติ หรือลักษณะนิสัย ในการดำเนินชีวิตประจำวันของปัจเจกบุคคล ทำให้มีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ อันจะนำไปสู่ความปึกติสุข หรือความผาสุกของชีวิต และศักยภาพสูงสุดของตนเอง (Pender, 1996) และอีกแนวคิดหนึ่ง คือแนวคิดการป้องกันโรค ซึ่งเป็นมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดโรค และยับยั้งมิให้โรคถูกถาม และลดความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่ หรือ

รับรู้ได้ ไม่ว่าจะพฤติกรรมนั้น ๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมาย หรือไม่ในที่สุด (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541 อ้างตาม Nutbeam, 1986) กับแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ ที่เป็นพื้นฐานในการส่งเสริมและป้องกันโรค ซึ่งควรปลูกฝังอย่างถูกต้อง จนเกิดการเรียนรู้ ตระหนัก และเข้าใจถึงปัญหาด้วยจิตสำนึก เข้าไปในวิถีชีวิต จนเป็นค่านิยมที่ดีทางสุขภาพ (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2541) โดยที่การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541 อ้างตาม WHO, 1986)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยสรุป หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันของปัจเจกบุคคล หรือควบคู่กับแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ กระบวนการของบุคคลที่ทำให้บุคคลเพิ่มการควบคุมตนเอง โดยปลูกฝังการส่งเสริมและป้องกันโรค อย่างถูกต้อง จนเกิดการเรียนรู้ ตระหนัก และเข้าใจถึงปัญหาด้วยจิตสำนึก จนเป็นค่านิยมที่ดีทางสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทำให้สุขภาพดี สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ โดยรวมถึงความสามารถในการปรับสภาพแวดล้อมที่จะแก้ปัญหาจนเกิดความพึงพอใจ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและภาวะปกติสุข สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ปกติสุข

2.2 แนวคิด ทฤษฎีการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีแนวคิด และมีทฤษฎีหลากหลาย ในการวิจัยครั้งนี้เลือกนำแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพมาใช้ประกอบการสร้างแนวคำถามสัมภาษณ์เจาะลึก แนวคิด ทฤษฎีหลักที่ใช้ได้แก่ แนวคิดการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ทฤษฎีและการประยุกต์ทางจิตพฤติกรรมศาสตร์ (ดวงเดือน พันธุมนาวิน, 2537) แนวคิดร่วม คือ แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพของแบบแผนแมนดาราชองพินเคอร์ตัน (Pederson, O' Neill and Rootman, 1994) แนวคิดสุขภาพที่มีการขยายขอบข่ายที่ประยุกต์จากพินเคอร์ตัน (Pederson, O' Neill and Rootman, 1994) แนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพนเดอร์ (Pender, 1996)

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีไทย

ปัจจัยที่น่าจะเกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีไทย ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน และมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของบุคคล (ปาลีรัตน์ พรทวีกันหา, 2541) อิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพวิถีไทย คือ ด้านประชากร เช่น เพศ ด้านสังคม เช่น สันถุนทางสังคม ด้านศาสนา เชื้อชาติ ด้านเศรษฐกิจ เช่น รายได้ ความเพียงพอ และแหล่งของรายได้ และด้านสภาวะสุขภาพ นอกจากนี้ปัจจัยสำคัญที่จะเอื้ออำนวยต่อการดำเนินงานส่งเสริม และการป้องกันโรค ได้แก่ความสามารถทางร่างกาย ถึงแวดล้อม

วัฒนธรรม และสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมผู้ปฏิบัติที่เอื้ออำนวยให้ปฏิบัติได้ (Tones and Tilford, 1994)

1. ปัจจัยด้านประชากรที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ

เพศ ปัจจุบันอายุเฉลี่ยของคนไทย พบว่า เพศหญิงมีอายุเฉลี่ยยืนยาวกว่าเพศชาย ซึ่งแสดงว่าเพศหญิงน่าจะสุขภาพดีกว่าเพศชาย จากการศึกษาส่วนใหญ่ พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดีกว่าเพศชาย รวมทั้งมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนดีกว่าเพศชายซึ่งมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา (Ferraro, 1980; Kim, Bramlett, Wright and Poon, 1998; Walker, et al., 1988) เพศชายมีอัตราการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือดสูงมากกว่าเพศหญิง ซึ่งเกิดจากมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม (Fraser and Sharlik, 1997) ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึกรู้สึกรู้ค่าในตนเอง และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) พบว่า เพศมีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่างกัน โดยเพศชายมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง เพราะเพศชายมีโอกาสได้รับข่าวสารข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องมากกว่าเพศหญิง ซึ่งส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในบ้าน

2. ปัจจัยด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ

การสนับสนุนระหว่างบุคคล หรือการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทฤษฎีเชิงจิตสังคม พบว่า ผู้สูงอายุยังมีความต้องการทางสังคมเช่นเดียวกับบุคคลในวัยกลางคน แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางร่างกาย จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่สะดวกในการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกเหงา และร่ำไห้ (สุพรรณิ นันทชัย, 2534) ครอบครัวจึงมีความสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี เพราะครอบครัวและความสัมพันธ์ต่างๆ ของครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของเกริกศักดิ์ บุญญาอนุพงศ์, สุรีย์ บุญญาอนุพงศ์ และสมศักดิ์ ฉันทะ (2533) พบว่าครอบครัวและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุตรหลานกับผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมวัยมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ การสนทนากับเพื่อนที่ถูกต้อง จะทำให้จิตใจเกิดความสบาย ส่งผลให้สุขภาพจิตดี ซึ่งจะเป็นปัจจัยต่อการมีภาวะสุขภาพที่ดี จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุหญิง 75 ปีขึ้นไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุตรหลาน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่มทางสังคมเลย มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีสุขภาพที่แย่ลง (Yasuda, et al., 1997)

3. ปัจจัยด้านศาสนา และเชื้อชาติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ

บทบาทสำคัญของกลุ่มวัฒนธรรม ตามเชื้อชาติพันธุ์ มีผลต่อการใช้บริการเกี่ยวกับพฤติกรรมการศึกษา ความแตกต่างของศาสนา เชื้อชาติ ทำให้เกิดความเข้มข้น ไม่เพียงมีผลต่อการใช้บริการสุขภาพเท่านั้น ยังเชื่อว่าพฤติกรรมความเป็นชาตินิยมมีความแตกต่างกันต่อการสร้างเสริมสุขภาพอีกด้วย ดังข้อความในบทความดังนี้ “ไม่มีสังคมในโลกที่เป็นสังคมที่มีเอกภาพในทางวัฒนธรรมเดียวกัน มีแต่สังคมที่มีกลุ่มชนพื้นเมืองดำเนินชีวิตอยู่กับกลุ่มชนต่างชาติ ไม่มีสังคมใดที่มีชนกลุ่มเดียว มีแต่สังคมที่ประกอบด้วยบุคคลจากหลากหลายกลุ่มชน ไม่มีสังคมใดที่มีการพัฒนาเพียงครั้งเดียว มีแต่สังคมที่มีการปะทะกันของขั้นตอนที่หลากหลายของการพัฒนา ไม่มีสังคมใดที่ประชากรมีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีแต่สังคมที่กลุ่มหนึ่งเป็นผู้ปกครอง และอีกกลุ่มหนึ่งเป็นผู้ถูกปกครอง” (พิมพวัลย์ บุญมงคล และสุพจน์ เค่นดวง, 2539)

4. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ

รายได้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ผู้ที่มีรายได้ดีจะเป็นผู้ที่ตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิตได้ดี บุคคลที่มีรายได้สูงก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง มีโอกาสเข้ารับการรักษาอย่างถูกต้อง เมื่อเจ็บป่วยรวมถึงโอกาสในการดูแลสุขภาพของตนเองได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (Willist and Crider, 1988; วรรณวิมล เบญจกุล, 2535) ซึ่งมักต้องทำงานหนัก เพื่อหาเงินมาใช้ในการดำรงชีวิตประจำวันทำให้เป็นข้อจำกัดต่อการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพ วิลลิสต์ และไคเคอร์ (Willist and Crider, 1988) พบว่าผู้มีการศึกษาและรายได้สูงแสวงหาอาหารและแหล่งบริการได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาและรายได้ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิรนาท วิทโยภคกิตติคุณ (2534) และพวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์ (2538) พบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงมีการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพดีกว่าบุคคลที่มีรายได้น้อย

5. ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ

โรคประจำตัว การเกิดโรคประจำตัวในผู้สูงอายุส่วนหนึ่ง เกิดจากการที่มีวิถีไทยที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ (วรรณวิมล เบญจกุล, 2535) โรคประจำตัวที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุเหล่านี้ เป็นปัญหาสำคัญเพราะทำให้เกิดความพร่องในหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ทำให้ไม่ดูแลตนเอง ได้ดี เพียงพอ (Hass el at., 1992) แต่ถ้าตระหนักและรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของตนเอง จะทำให้เกิดการแสวงหาการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อความเป็นอยู่ที่ดี จากการศึกษาของฉิมกานต์ ชันขาว (2543) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุไม่มีโรคประจำตัว

2.4 ลักษณะพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

สุขภาพของผู้สูงอายุจะเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับ การดูแลสุขภาพที่ผ่านมา พฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะช่วยการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งนับเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีลักษณะการเปลี่ยนแปลงไปทางเสื่อมของสภาพร่างกาย พฤติกรรมที่ปฏิบัติของผู้สูงอายุเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ คือ

1. พฤติกรรมด้านอาหาร และโภชนาการ การรับประทานอาหารที่ถูกหลัก โดยไปชะลอความเสื่อมของเซลล์หรืออวัยวะให้ช้าลง ช่วยให้มีสุขภาพแข็งแรง และมีความต้านทานต่อโรค (วิภาวี คงอินทร์, 2537) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทาน เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงระบบย่อยอาหาร ภาวะเศรษฐกิจที่ไม่เอื้ออำนวย นิสัยการรับประทานรวมถึงการเจ็บป่วย จากสาเหตุดังกล่าวนี้อาจทำให้ผู้สูงอายุนิยมบริโภคอาหารได้ง่าย จากการศึกษาเปรียบเทียบการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีทั้งชนบทและเมืองของประเทศอังกฤษพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง ส่วนใหญ่จะบริโภคผัก และผลไม้เป็นประจำ (Morgan, Armstrong, Huppert, Brayne and Solomou, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปรากฏการณ์ผู้สูงอายุ 100-109 ปี จำนวน 12 คน ถึงผลที่ทำให้มีอายุยืน และมีสุขภาพแข็งแรง โดยกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญในการบริโภคอาหาร เลือกรับประทานผักและผลไม้ เป็นประจำทุกวัน (Pascucci and Loving, 1997) น้ำ มีความจำเป็นในระบบย่อยอาหารจับของเสียทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น ควรดูแลให้ได้รับน้ำประมาณ 6-8 แก้วต่อวันหรือ 1,500-2,000 ซีซีต่อวัน

2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นวิธีที่ชะลอความสูงอายุ และทำให้เซลล์ภายในร่างกายเสื่อมช้าลง และช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตผ่อนคลายความเครียด (เกษม และกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528; Andrew, 2001) ผู้สูงอายุควรละเว้นการออกกำลังกายหรือการเล่นกีฬาที่ใช้กำลังมากๆ โดยผู้สูงอายุจะต้องคำนึงถึงอายุ สภาพร่างกาย และความพึงพอใจ ควรออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 25 – 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (Chandler and Studenski, 1998) การออกกำลังกายแต่ละครั้งจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มขึ้นร้อยละ 30 – 45 ซึ่งจะช่วยเพิ่มความทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด มีการศึกษาพบว่า การเดินออกกำลังกาย 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์ในการลดอัตราเสี่ยงจากโรคหัวใจ และหลอดเลือดในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lacroix et al., 1996 cited by Morgan et al., 2000) ซึ่งสอดคล้องกับของมอร์แกน และคณะ (Morgan et al., 2000) พบว่า ผู้สูงอายุในเมืองที่ออกกำลังกายโดยการเดิน ออกกำลังกายเป็นประจำป้องกันอันตรายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

3. พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล และชุมชน วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งสภาพร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม การเปลี่ยนแปลงของทุกระบบในร่างกายนั้นอยู่ในรูปความเสื่อมถอยมากกว่าการเจริญเติบโต (เกษม ดันติผลาชีวะและกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528) เพื่อให้สุขภาพดี โดยควรดูแลสุขภาพ คือ การดูแลความสะอาดของร่างกาย (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2541) ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหาร และหลังขับถ่าย (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2541) การอาบน้ำที่ถูกต้องจะช่วยให้ผิวหนังชุ่มชื้นได้ และกระตุ้นการไหลเวียนได้ผิวหนัง ในระยะที่อากาศหนาว มือ เท้าและเล็บต้องได้รับการดูแลให้สะอาด เล็บต้องตัดสั้นเพื่อให้ง่ายต่อการรักษาความสะอาด การรักษาสุขภาพปากและฟัน (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2541) ผู้สูงอายุควรทำความสะอาดเหงือกและฟันหลังรับประทานอาหารด้วยแปรงนุ่มๆ หรือใช้ผ้าอนามัยๆ ชุบน้ำเช็ดเหงือก ถ้าพบความผิดปกติของปาก และฟัน หรืออวัยวะในช่องปาก ควรพบทันตแพทย์ เพื่อรักษาที่ถูกต้อง เสื้อผ้าที่สวมใส่ควรเป็นผ้าเนื้อนุ่ม ผ้าต้องแห้งและสะอาดอยู่เสมอ การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ หรือเกิดโทษต่อสุขภาพที่ผู้สูงอายุควรงดเว้นหรือจำกัดลงให้น้อยที่สุด ได้แก่ บุหรี่ สุรา กาแฟ รวมทั้งการเคี้ยวหมาก เนื่องจากซึ่งสิ่งเหล่านี้โดยเฉพาะบุหรี่ และสุราเป็นสิ่งที่ทำลายสุขภาพ จากการศึกษาลักษณะผู้สูงอายุไทยที่มีอายุเกิน 100 ปี พบว่า ผู้มีอายุยืนร้อยละ 56.41 ไม่เป็นผู้คิดถึงเสพติดที่มีผลเสียอย่างรุนแรงต่อสุขภาพ (วันดี โภคะกุล, นงนุช วิชาสินีวรรณ, อุบลพรรณ จุฬามิตร, ศาคร สุวรรณและประสิทธิ์ รวมพิมาย, 2541) การตรวจสุขภาพประจำปี (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2541 และเกษม ยา ดันติผลาชีวะและกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528) จะเป็นการประเมินสภาพร่างกาย และค้นหาสาเหตุของโรค และหาทางป้องกันรักษาได้ทัน่วงที่ (เกษม ยา ดันติผลาชีวะและกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528)

4. พฤติกรรมด้านสุขภาพจิต ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีจะมีบทบาทที่ถูกต้อง เหมาะสม ยอมรับสิ่งใหม่และยอมรับการสูญเสียต่างๆ ที่เกิดขึ้นมีการยึดมั่นในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม (สุดา วิไลเลิศ, 2536) ผู้สูงอายุควรจะได้มีการปรับตัว ทำจิตใจให้สดชื่นเบิกบานอยู่เสมอ (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2541) มีทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง การมีภาวะจิตใจที่เข้มแข็งจะมีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และมีผลโดยตรงต่อการลดอัตราการเจ็บป่วย (Lafferriere and Hamel-Bissell, 1994)

นอกจากการดูแลสุขภาพจิตแล้ว การเจริญทางจิตวิญญาณมีความสำคัญ เพราะจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบพื้นฐานส่วนหนึ่งของมนุษย์ (Heriot, 1992) จะช่วยมองโลกของบุคคล เช่น ความหลุดพ้นของตนเอง ความหวัง ความรัก และความจริงใจ การเจริญทางจิตวิญญาณจะมุ่งไปที่การพัฒนาจิตของบุคคลเกี่ยวข้องกับการค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิต ศาสนาเป็น

ส่วนหนึ่งของการเจริญทางจิตวิญญาณ จะนำไปสู่ทางดับทุกข์ในผู้สูงอายุ ที่มีการเจริญทางจิตวิญญาณจะเข้าใจความหมายของชีวิต และพึงพอใจของชีวิตจะแสวงหา ความมั่นคงในจิตใจ โดยการปฏิบัติและการปาปัติศาสนกิจ ใช้ชีวิตอยู่อย่างสงบสุข จากการศึกษาผลที่มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพแข็งแรงของผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 100 ปีขึ้นไป พบว่า ความเชื่อในพระเจ้า การเข้าใจความหมายของชีวิต มีชีวิตอยู่อย่างมีความหวังจะทำให้ชีวิตมีความสุข และนำมาซึ่งการมีสุขภาพร่างกาย และจิตใจที่แข็งแรง (Pascucci and Loving, 1997)

การสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น หรือการสนับสนุนระหว่างบุคคล ทฤษฎีเชิงจิตสังคม พบว่าผู้สูงอายุยังมีความต้องการทางสังคมเช่นเดียวกับบุคคลในวัยกลางคน แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางร่างกาย จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่สะดวกในการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เกิดการแยกตัวออกจากสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกเหงา และว้าเหว่ (สุพรรณิ นันทชัย, 2534) ครอบครัวจึงมีความสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี เพราะครอบครัวและความสัมพันธ์ต่างๆ ของครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของเกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์ สุริย์ บุญญานุพงศ์ และสมศักดิ์ ฉันทะ(2533) พบว่า ครอบครัว และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุตรหลานกับผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ภาวิต นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน และเพื่อนร่วมวัยมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ การสนทนากับเพื่อนที่ถุกใจ จะทำให้จิตใจเกิดความสบาย ส่งผลให้สุขภาพจิตดี ซึ่งจะเป็นปัจจัยต่อการมีภาวะสุขภาพที่ดี จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุหญิง 75 ปี ขึ้นไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุตรหลาน เพื่อนบ้าน หรือกลุ่มทางสังคมเลย มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีสุขภาพที่แย่ลง (Yasuda, et al., 1997)

5. พฤติกรรมด้านสารเสพติด และปัญหาสังคม ผู้สูงอายุที่งดสารเสพติดจะมีสุขภาพที่ดี คือ งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ ซึ่งปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ ป้องกันไม่ให้มีแหล่งอบายมุขในชุมชน เช่น บ่อนการพนัน แหล่งสถานเริงรมย์ หรือจัดให้มีเขตปลอดบุหรี่ ในหมู่บ้าน เช่น ที่วัด และสวนสาธารณะในชุมชน ส่วนปัจจัยแวดล้อมทางสังคม มีการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ ส่งเสริมให้ผู้นำชุมชนปฏิบัติเป็นแบบอย่างในการไม่สูบบุหรี่ และดื่มสุร่าแก่ชุมชน (กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2541)

6. พฤติกรรมด้านอนุรักษ์ฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม และสร้างสรรค์สังคม ผู้สูงอายุมีสำนึกต่อส่วนร่วมร่วมสร้างสรรค์สังคม โดยปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ ผู้สูงอายุจัดหรือส่งความช่วยเหลือ จัดเขตอนุรักษ์แหล่งน้ำ และต้นไม้ในชุมชน พัฒนาปัจจัยแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพ ส่วนปัจจัยแวดล้อมทางสังคม อาจมีการจัดตั้งกลุ่มอนุรักษ์ธรรมชาติ และตั้งแวดล้อมในชุมชน ส่งเสริมการใช้วัสดุที่ไม่ก่อให้เกิดมลภาวะสิ่งแวดล้อม และมีการใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด อีกทั้งส่งเสริม

ให้มีการทักทาย ปราศรัยเกื้อกูล แบบวัฒนธรรมไทย (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข, 2541)

7. พฤติกรรมด้านความปลอดภัย ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาทให้กับผู้สูงอายุ โดยมี ปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ มีการจัดระบบความปลอดภัยภายในบ้านให้ถูกสุขลักษณะ เช่น ไฟฟ้า เต้าแก๊ส ตู้ยา ของมีคม จัดระบบจราจรทางบกในหมู่บ้าน เช่น เครื่องหมายจราจรให้ชัดเจน ปรับสภาพถนน จัดให้มีที่จำหน่ายหมวกกันน็อกราคาถูก ได้มาตรฐาน ส่วนปัจจัยแวดล้อมทางสังคม มีการรณรงค์ให้มีหมู่บ้านปลอดอุบัติเหตุ จัดตั้งคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ อีกทั้งรณรงค์ให้สวมหมวกกันน็อก คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งขณะขับรถ และปฏิบัติตามกฎจราจร (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2541)

สรุปสาระ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้นำแนวคิดแนวนโยบายในการพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพแห่งชาติ (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2541) มีการนำ ส่วนสำคัญของแนวคิดมาใช้ ในเรื่องพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีไทยของผู้สูงอายุ จังหวัด ภูเก็ต จำแนกตามวัฒนธรรม โดยยึดหลักพฤติกรรม หรือแนวทางการดูแลตนเองตั้งแต่อดีต ตามวิถี ไทยของแต่ละบุคคลมา มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพตาม แบบแผนแมนดาราชของพินเคอร์ตัน (Pederson, O' Neill and Rootman, 1986) มองเพียงภาพรวมที่ คนเป็นศูนย์กลางของกลุ่มสิ่งแวดล้อม (ครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม บรรยากาศทางชีว ภาพ แต่เป็นสิ่งที่ดีที่แนวคิดนี้ขยายขอบข่าย แล้วมองภาพลึกขึ้นถึงตัวชี้วัดผลลัพธ์ทาง สุขภาพ ด้านวัตถุวิสัย และด้านอัตตวิสัย ทางลักษณะวัฒนธรรม และสังคม สามารถแสดงพฤติกรรม แนว คิดปัจจัยที่มีผล และจัดกลุ่มพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมือนกัน และแตกต่างกันบ้าง อีกทั้ง ปัจจัยเอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ว่าจะความสามารถ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และ สังคม (Tone and Tilford, 1994) ปัจจัยสำคัญที่ควรคำนึงถึง คือ พฤติกรรมส่วนบุคคลตามวิถีการ ดำเนินชีวิต แนวคิดทั้งหมดนำมาประยุกต์ใช้แตกต่างกันไปตามแนวคิดสุขภาพนั้น ๆ

3. แนวคิด ทฤษฎีวิถีไทย

3.1 ความหมายของวิถีไทย (Thai-style)

วิถีไทยเป็นแนวทางการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่มีรูปแบบพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ไทย ทั้งไทยจีน ไทยพุทธ และไทยมุสลิมปฏิบัติในชีวิตประจำวันตั้งแต่เกิดจนตาย วิถีไทยจึงเป็น แหล่งรวมความรู้เรื่องสังคม วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ ภูมิปัญญาของคนไทย การประเพณี ภูมิปัญญา การศึกษาอบรม และการสืบทอดวัฒนธรรมจากอดีตจนถึงปัจจุบัน มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลง สุขภาพและมีความสัมพันธ์กับบริบททางกายภาพ สังคม และวัฒนธรรมของท้องถิ่นที่อยู่อาศัย และ

Central Library Prince of Songkla University

ปรัชญาในการดำเนินชีวิต เป็นการผสมผสานวัฒนธรรมอื่นๆ กับวัฒนธรรมไทย โดยมีความโดดเด่นกลมกลืนเป็นวิถีไทย (<http://www.Thaifolk.com>)

วิถีไทยที่กล่าวถึง มีดังนี้ 1) ขนบธรรมเนียมประเพณี (Tradition) เช่น ถอยกระทรง ประเพณีทำบุญ วันมาฆบูชา การถวายสังฆทาน ประเพณีสงกรานต์ ประเพณีแห่ผีตาโขน ประเพณีแต่งงาน พิธีบายศรีสู่ขวัญ และพิธีพืชมงคลและพระราชพิธีจรดพระนังคัลแรกนาขวัญ 2) การละเล่นพื้นบ้าน รวมไปถึงละคร ระบำ การเล่นของเด็ก 3) ศิลปะ สถาปัตยกรรม และงานฝีมือ เช่น งานฝีมือทำปลาตะเพียน ปราสาทหินพิมาย และปราสาทเขาพนมรุ้ง 4) นิทาน ตำนาน ประวัตินิทาน เพลง ภาษิต ปริศนาคำทาย ความเชื่อ โชคกลาง ภาษา วรรณกรรม 5) งาน อาชีพ เครื่องมือทำมาหากิน 6) การท่องเที่ยว และพักผ่อนหย่อนใจ และ 7) อาหารและเครื่องดื่ม

ประพันธ์ ธรรมไชยและคณะ (2543) ได้เขียนหนังสือวิถีไทย โดยศึกษาลักษณะพื้นฐานสังคมไทย วัฒนธรรมไทย ประเพณีไทย ภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมทั้งเศรษฐกิจ การเมือง และการปกครอง ตั้งแต่ดั้งเดิมจนถึงปัจจุบัน พบว่าวิถีไทยเป็นแบบแผนของการปฏิบัติ หรือการกระทำที่คนในสังคมเดียวกันยึดเป็นแนวทางในการปฏิบัติ รวมทั้งความเชื่อ ค่านิยมต่าง ๆ โดยที่สังคมยอมรับ และปฏิบัติกันมาเป็นเวลาช้านาน นับได้หลายชั่วอายุคน และมีการปฏิบัติต่อเนื่องกันมาไม่ขาดสาย สิ่งเหล่านี้นับเป็นมรดกอันล้ำค่าของไทย ซึ่งเป็นเอกลักษณ์เฉพาะ

จากการศึกษาลักษณะพื้นฐานสังคมไทย วัฒนธรรมไทย ประเพณีไทย ภูมิปัญญา ท้องถิ่น รวมทั้งเศรษฐกิจ การเมือง และการปกครองตั้งแต่ดั้งเดิมจนถึงปัจจุบัน พบว่า ความหมายวิถีไทย โดยสรุป หมายถึง แบบแผนของการปฏิบัติที่คนในสังคมไทยเดียวกัน ยึดเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตตามความเชื่อ ค่านิยมต่าง ๆ โดยมีรูปแบบพฤติกรรมของผู้สูงอายุไทยทั้งไทยจีน ไทยพุทธ และไทยมุสลิมปฏิบัติในชีวิตประจำวันมาช้านาน ตั้งแต่เกิดจนตาย นับได้หลายชั่วอายุคน และมีการปฏิบัติต่อเนื่อง วิถีไทยจึงเป็นแหล่งรวมความรู้เรื่องสังคม วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ ภูมิปัญญาท้องถิ่นของคนไทย การประเพณี ปฏิบัติ การศึกษา อบรม และการสืบทอดวัฒนธรรมจากอดีตจนถึงปัจจุบัน สิ่งเหล่านี้ นับเป็นมรดกอันล้ำค่าของไทย ซึ่งเป็นเอกลักษณ์เฉพาะที่ต่างชาติในโลกไม่สามารถลอกเลียนแบบได้ มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาพและมีความสัมพันธ์กับบริบททางกายภาพ สังคม และวัฒนธรรมของท้องถิ่นที่อยู่อาศัย และปรัชญาในการดำเนินชีวิต เป็นการผสมผสานวัฒนธรรมอื่นๆ กับวัฒนธรรมไทย โดยมีความโดดเด่นกลมกลืนเป็นวิถีไทย

3.2 วิวัฒนาการวิถีไทยเกี่ยวกับสุขภาพ

3.2.1 วิถีไทยของคนไทยโดยภาพรวม

วิถีไทยตามภาพรวมของไทย มีการศึกษาลักษณะพื้นฐานสังคมไทย วัฒนธรรมไทย ประเพณีไทย ภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมทั้งเศรษฐกิจ การเมือง และการปกครองตั้งแต่ดั้งเดิมจนถึง

ปัจจุบัน การที่จะช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้นั้น นอกจากควรคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่เป็นสำคัญ นับว่าภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีความสอดคล้องกลมกลืนกับวิถีธรรมชาติและวัฒนธรรมประจำท้องถิ่นนั้น ๆ เอาสิ่งที่ไม่ดีให้หมดไป มีทางแก้ปัญหในการดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ, 2540) ทำให้สภาวะสุขภาพ เป็นไปตามธรรมชาติ ในทางบวก ถือว่ามีความสมดุลทั้งกาย และจิตใจ นำทฤษฎีความสมดุลเกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ มาพินิจพิเคราะห์ ซึ่งเป็นความเชื่อต่าง ๆ ถูกตั้งเคราะห์ขึ้นมาเป็นหลักการ ความเชื่อนั้นแตกต่างกันไปแต่ละเชื้อชาติ เช่น ชาติของไทย ชาติห้าของอินเดีย หยินหยางของจีน มนุษย์เกิดมาจากดินของมุสลิม ต่างก็เชื่อว่าจิตและกายมนุษย์ไม่เคยแยกจากกัน และต้องอยู่อย่างสมดุลกัน ความสมดุลที่เกิดขึ้นมีปัจจัยภายนอก และภายใน การปรับสมดุลเป็นการแก้ปัญหา เพื่อให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมในท้องถิ่นนั้น ๆ (เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ, 2540) ซึ่งในการแพทย์แผนไทย ถือว่าในร่างกายประกอบด้วยธาตุสี่ธาตุเป็นหลัก คือ ธาตุดิน น้ำ ลม ไฟ เพราะฉะนั้นธาตุทั้งสี่จะต้องมีอาหารเข้าไปเสริม เพื่อให้ธาตุสมดุลก็จะทำให้เรามีชีวิตที่ปกติสุข การที่จะทำอาหารถูกหลักโภชนาการ หรือว่าเป็นไปตามธาตุจะต้องมองดูแล้วว่ารับประทานแล้วอร่อย คนโบราณกินอาหารเป็นสำรับ มีทั้งข้าว หวาน และผลไม้ประกอบกัน จัดให้สวดด้วยภาชนะที่เหมาะสม อีกทั้งอร่อย และมีคุณค่า ทำอาหารอย่างชาญฉลาด ความหวานลบความขม นอกจากนี้ อาหารไทยเป็นอาหารรักษาโรคเพื่อสุขภาพ (ไกรสิทธิ์ตันติสิรินทร์, วิบุรย์ ปัญญากุล, ประขอบ อุบลขาว และศรีสมร คงพันธ์, 2543) เพราะเป็นอาหารที่มีไขมันต่ำไม่ถึง 20 เปอร์เซ็นต์ ไม่แสดงต่อโรค ยังมีอาหารอีกหลายอย่างที่สามารรักษาโรค เช่น ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานอาหารไทย เช่น แกงเลียง แกงส้ม หรือต้มยำ อาการของโรคไม่กำเริบ คนไทยมักมีการรับประทานอาหารตามธาตุ ดังนี้

สรุปว่า อาหารพื้นบ้านไทย เป็นอาหารมีทั้งบำรุง ป้อนกัน บำบัด และรักษา การพิจารณาเลือกรับประทานอาหารอยู่ที่ว่าร่างกายของเรามีธาตุใดเป็นเจ้าเรือน เป็นการมองไปตามวัฒนธรรมบริโภคนิสัยของไทยพุทธ คือ ทุกคนมีสิ่งที่บกพร่องในร่างกาย เมื่อรับประทานอาหารบางอย่างแล้วร่างกายไม่ยอมรับ ควรจะมีข้อควรระวังว่า อย่าให้มีสิ่งแปลกปลอม อย่าใส่สารเคมี หรือทำให้เปลี่ยนแปลงไปจากธรรมชาติ รสอาหารต้องเป็นการผสมผสานกัน ระหว่างพืชผักของธาตุต่าง ๆ เพื่อให้เหมาะสม นอกจากนั้น ควรขึ้นอยู่กับสภาพภูมิประเทศที่อยู่ด้วย แม้ว่าอาหารจะมีรสเผ็ดอย่างไรก็มีสมุนไพร หรือส่วนประกอบในอาหาร ที่จะช่วยไม่ให้ร่างกายได้รับอิทธิพลจากความเผ็ดมากเกินไป ทำให้อึดอร่อยอย่างมีความสุขดี นับว่าเป็นศาสตร์ทางการแพทย์แผนไทยที่นำมาประยุกต์ใช้กับเรื่องโภชนาการ

นอกจากนี้การแพทย์พื้นบ้านในประเทศไทย อาศัยแบบอย่างทางการแพทย์จีน อินเดีย พระพุทธศาสนาทางพระไตรปิฎก และท้องถิ่นไทยเอง การแพทย์พื้นบ้านจึงเริ่มในบ้าน ในครอบครัว โดยมีผู้สูงอายุ ได้แก่ บิดา มารดา เป็นอันดับแรก แล้วมีปู่ ย่า ตา ยาย เป็นตัวหลักในการให้บริการทางการแพทย์ตามหลัก 5 ประการ คือ 1) การแพทย์พื้นบ้านส่งเสริมสุขภาพ 2) การแพทย์พื้นบ้านในการป้องกันโรค 3) การรักษาโรค 4) การฟื้นฟูสภาพที่ชำรุด 5) การเฝ้าระวังโรค ซึ่งบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ปฏิบัติมาตั้งแต่โบราณกาล เช่น อ๋ยาดากแดด ดากลม จะเจ็บป่วยง่าย อ๋ยากินพร่ำเพรื่ออาหารจะไม่ย่อย อ๋ยอนอนนอกมุ้งยุ่งจะกัด เป็นการป้องกันดีกว่าแก้ การแพทย์พื้นบ้านจะเฝ้าระวังโรค โดยเน้นธาตุทั้ง 4 คือ ธาตุดิน (ปถวิธาตุ) ธาตุน้ำ (อาโปธาตุ) ธาตุลม (วาโยธาตุ) ธาตุไฟ (เตโชธาตุ) ให้เฝ้าระวังว่าธาตุทั้ง 4 นั้นยังปกติคืออยู่ หรือกำเริบ หรือหย่อน หรือพิการ ตามสถานที่อยู่ (สิ่งแวดล้อม) ฤดูกาล ฤดู อายุ อาหาร วิศวกรรม จากกระแสโลกาภิวัตน์การแพทย์พื้นบ้าน มนุษย์กับการเจ็บป่วย มนุษย์เป็นผู้มีจิตใจสูง มีภูมิปัญญาสูงกว่าสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ ความปรารถนาเกิดขึ้นด้วยธรรมชาติของจิตที่มีต้นหา และอุปทานด้วยแสงสว่างแห่งปัญญามนุษย์จึงสร้างทฤษฎี 5 ประการ (เสมอ พริ่งพวงแก้ว, 2539) คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค การฟื้นฟูสภาพที่ชำรุดไป การเฝ้าระวังมิให้เกิดการเจ็บป่วยอีก จากคำรณีย์ จิง (NIE CHING) ของสมเด็จพระมหาจักรพรรดิห้วงศิษย์ยืนยันว่า มนุษย์ประกอบด้วยธาตุทั้ง 5 ประการ คือ ดิน น้ำ ลม ไฟ และแร่ธาตุ (METAL) ความสมดุลของธาตุทั้ง 5 คือ การมีสุขภาพดี (เสมอ พริ่งพวงแก้ว, 2539)

ธรรมชาติของมนุษย์มักแสวงหาความเชื่อ เพราะความเชื่อเป็นความนึกคิด หรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือสิ่งแวดล้อม อาจจะมีเหตุผล หรือไม่มีก็ได้ (กัณฑ์ แสงรายชิ่งชศ, 2532) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจสังคม อาชีพ เจตคติ และศีลธรรมจรรยา (สุโท เจริญสุข, 2520) ซึ่งความเชื่อมีอิทธิพลต่อบุคคลให้ประพฤติปฏิบัติตามความคิด และความเข้าใจนั้น (กัณฑ์ แสงรายชิ่งชศ, 2532) ความเชื่อถ้าได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสมก่อให้เกิดการกระทำที่ดี เทอซเตอร์ (Textor, 1958) ศึกษาความเชื่อของชาวชนบท พบว่า ส่วนใหญ่มีความเป็นอยู่แบบดั้งเดิม เป็นความเชื่อไม่มีเหตุผล ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สุขภาพครอบครัวไม่ดี การทำงานไม่เต็มที่ เกษตรกรไทยมีความเชื่อในสิ่งที่ไม่มีความหมาย เชื่อในโชคชะตา และการช่วยเหลือจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ขาดความกระตือรือร้นที่จะปรับปรุงครอบครัว และดูแลสุขภาพตนเอง ปัจจุบันประเทศไทยกำลังประสบกับปัญหาความเชื่อที่ผิดทางด้านสุขภาพอยู่มากทั้งในชนบท และในเมือง ปราโมทย์ ประสาทกุล (2523) กล่าวว่า ประชาชนในชนบทคิดว่าการแพทย์สมัยใหม่ยังไม่สามารถเป็นที่พึ่งทางใจในเรื่องความเจ็บป่วย ประชาชนในเมืองก็มีปัญหา หันไปหาวิธีการรักษาตนเองแบบโบราณ สุรเดช ตำราญจิตต์ (2527) อ้างตามทัศนีย์ อินทรสุขศรี ที่ศึกษาถึงความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของวัยนักเรียนประถมศึกษา เป็นที่น่าสังเกตชาว

อีสานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมมารับประทานอาหาร กินข้าวจุกมาก ต้องใช้แรงงาน เพราะเชื่อว่ากินข้าวมาก ๆ ทำให้แข็งแรง ปัญหาสาธารณสุขอีกประการหนึ่ง คือผู้ใหญ่คิดว่าความอ้วนแสดงถึงภาวะสุขภาพดี แข็งแรง ความอ้วนเป็นสาเหตุของโรค รวมทั้งความเชื่อเรื่องประเพณีที่ไม่ถูกต้อง เป็นสิ่งที่ยากจะแก้ไข

ภิญโญ จิตต์ธรรม (2518) กล่าวถึงความเชื่อมี 6 ประเภท ที่น่าสนใจตามวิถีไทยภาพรวม คือ 1) ความเชื่อที่เกิดจากความกลัว 2) ความเชื่อที่เกิดจากปรากฏการณ์ธรรมชาติ และการสังเกตธรรมชาติ 3) ความเชื่อเกี่ยวกับขากกลางบ้าน 4) ความเชื่อทางไสยศาสตร์ 5) ความเชื่อโชคกลาง 6) ความเชื่อเกี่ยวกับฤกษ์ยาม นิमितฝัน ความเชื่อเหล่านี้มีความหลากหลาย และแตกต่างกันไปในแต่ละภูมิภาค (เอกวิทย์ ณ ถลาง, 2540) การที่จะแสดงพฤติกรรมตามความเชื่อได้นั้น ขึ้นอยู่กับคนคนนั้นมีสภาพกาย และจิตเป็นเช่นไร มีจิตมั่นคงหรือไม่ มีสติคิดพิจารณาได้ระดมมากน้อยแค่ไหน มีจุดมุ่งหมายเพื่ออะไร ถ้าเพียงเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นที่พึ่งทางใจ แล้วทำให้บรรเทาจากสิ่งที่คุกคาม ก็น่าที่จะมีพฤติกรรมตามความเชื่อ นั้นได้

จะเห็นได้ว่าบุคคลแสดงพฤติกรรมตามความเชื่อ การที่ประชาชนได้รับสุศึกษาที่ดีมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ โดยการส่งเสริมพฤติกรรมตามความเชื่อที่ถูกต้องทางสุขภาพ สามารถดูแลตนเองได้ ก่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต เพื่อให้ตนเองสุขภาพดีสามารถดำรงชีวิตที่ดีได้ สิ่งต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาข้างต้น

3.2.2 วิถีไทยภาคใต้

ปัจจัยที่ทำให้วิถีไทยในแต่ละสังคมแตกต่างกัน คือ เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ลักษณะภูมิประเทศ และการประกอบอาชีพ เป็นต้น จึงศึกษาเพื่อทำความเข้าใจวิถีไทยในภาคใต้ถึงลักษณะทั่วไปของสังคมไทย ลักษณะภูมิประเทศ ประชากร สภาพเศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ และค่านิยมของคนไทยในภาคใต้

ลักษณะทั่วไปของสังคมไทย แบ่งเป็น 2 ระบบ คือ สังคมชนบท (rural society) สังคมเมือง (urban society) สังคมชนบทประชากรตั้งถิ่นฐานอยู่นอกเมือง หรือนอกเขตเทศบาล เป็นหมู่บ้าน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีความผูกพันแบบเครือญาติ ชีวิตความเป็นอยู่อย่างง่าย ๆ และมีเวลาว่างมาก ไม่ค่อยยอมรับนวัตกรรมใหม่ ภาษาที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นภาษาถิ่นของแต่ละภาค สังคมเมืองประชากรตั้งถิ่นฐานอยู่ในเมือง หรือในเขตเทศบาล มีประชากรหนาแน่น ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจ ค้าขาย และทำการอุตสาหกรรม ชีวิตต้องต่อสู้เพื่อการดำรงชีวิต ใช้ชีวิตแบบต่างคนต่างอยู่ มีความสัมพันธ์กันน้อย และมีการแบ่งชั้นวรรณะมาก ภาษาที่ใช้เป็นภาษากลาง (ขนิษฐา นาคะ, 2542 อ้างตามทัศนีย์ ทองสว่าง, 2537) และไม่ว่าสังคมชนบทหรือสังคมเมือง คนไทยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 95.4 จะมีความเชื่อในกรรม มุ่งทำความ

ดี ละเว้นชั่ว และมีจิตใจให้ผ่องใส ท่านรู้จักช่วยเหลือผู้อื่น มีความเสมอต้นเสมอปลาย และมีกตัญญู กตเวทิตาธรรมต่อกัน (ขนิษฐา นาคะ, 2542 อ้างตามคุณ โทจันทร์, 2537) และสำหรับชาวไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่นับถือศาสนาอิสลามนอกจากจะมีความเชื่อและศรัทธาในอัลเลาะห์อย่างเที่ยงแท้องค์เดียวแล้ว ยังเชื่อในคำสอนที่มุ่งให้มีเมตตากรุณาต่อเพื่อนมนุษย์และสัตว์เครื่องนาค ช่วยเหลือผู้ที่ตกทุกข์ได้ยากเป็นภารกิจประจำวัน มีการบริจาคทานให้กับคนยากจนและคนอนาถา เป็นต้น (ขนิษฐา นาคะ, 2542 อ้างตาม คณีย์ ไชยโยธา, 2537)

ลักษณะภูมิประเทศของภาคใต้ ภาคใต้มีเนื้อที่ทั้งหมด 43,868,000 ไร่ หรือประมาณร้อยละ 14 ของประเทศ เป็นเนื้อที่ทำการเกษตรร้อยละ 26.92 เป็นที่น้ำร้อยละ 36.07 เนื้อที่พืชไร่ร้อยละ 1.85 เนื้อที่ไม้ผลและไม้ยืนต้นร้อยละ 52.09 เนื้อที่สวนผักและไม้ดอกร้อยละ 0.46 ที่ป่าร้อยละ 3.02 ที่อยู่อาศัยร้อยละ 2.25 และอื่น ๆ ร้อยละ 3.45 ที่ราบสำหรับการเพาะปลูกมีน้อย ได้แก่ ที่ราบจังหวัดสุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช ปัตตานี นราธิวาส พัทลุง และตรัง เป็นภาคที่มีเนื้อที่ใช้ในการปลูกพืชยืนต้นมากที่สุด เพราะดินฟ้าอากาศเหมาะสำหรับปลูกยางพารา มะพร้าว ผลไม้ กาแฟ เครื่องเทศ ฯลฯ นอกจากนี้ยังอุดมไปด้วยทรัพยากรทางทะเล จึงจัดเป็นภาคที่อุดมสมบูรณ์ด้วยทรัพยากรธรรมชาติมากที่สุดของประเทศไทย (ขนิษฐา นาคะ, 2542 อ้างตามทัศนีย์ ทองสว่าง, 2537) ภาคใต้ประกอบด้วย 14 จังหวัด แบ่งเป็นภาคใต้ตอนบนและตอนล่าง ภาคใต้ตอนบนได้แก่ ชุมพร ระนอง ภูเก็ต พังงา กระบี่ สุราษฎร์ธานี และนครศรีธรรมราช ภาคใต้ตอนล่าง ได้แก่ พัทลุง ตรัง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส

สภาพเศรษฐกิจของภาคใต้ เศรษฐกิจที่สำคัญของภาคใต้ คือ เกษตรกรรม ซึ่งมีผลิตภัณฑ์คิดเป็นร้อยละ 40.8 ของผลิตภัณฑ์ภาค ผลิตภัณฑ์พืชผลเป็นผลิตภัณฑ์ที่สำคัญที่สุด โดยเฉพาะยางพารา รองลงมา คือ การค้าส่งและค้าปลีก บริการ และประมง ตามลำดับ (ขนิษฐา นาคะ, 2542 อ้างตามธนาคารแห่งประเทศไทยสาขาภาคใต้, 2538) ประชากรประมาณร้อยละ 80 มีอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้เฉลี่ย 1,967.07 บาทต่อคนต่อเดือน ต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยของทั้งประเทศ ซึ่งเท่ากับ 2,191.05 บาทต่อคนต่อเดือน แต่สูงกว่ารายได้เฉลี่ยของภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามสภาพความเป็นอยู่ของคนไทย (ขนิษฐา นาคะ, 2542 อ้างตามสำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537)

ความเป็นอยู่ของคนไทยในภาคใต้ ด้วยความเชื่อที่ภาคใต้เป็นแหล่งอุดมสมบูรณ์ ทำให้ถูกทอดทิ้ง และไม่ได้รับการพัฒนามาเป็นเวลานาน โดยเฉพาะพื้นที่ในชนบท (ขนิษฐา นาคะ, 2542 อ้างตามคาร์ล ซี วิมเมอร์แมน, 2525)ว่าจากการสำรวจเศรษฐกิจ ภาคใต้มีฝนตกตลอดปี ภูมิประเทศเป็นป่าละเมาะ และใบไม้เขียวตลอดปี อีกทั้งเป็นเทือกเขา พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นดินทราย ใกล้เคียงทะเลเป็นพื้นราบ หลายแห่งมีแร่ดีบุก อาชีพหลักมี 3 อย่าง คือ ทำสวนยาง ทำสวนมะพร้าว การเลี้ยงสัตว์ ราษฎรที่อยู่ใกล้ชายทะเลมีอาชีพจับปลาในเวลาว่างจากการเพาะปลูก วิธีการเพาะ

ปลูกพืชพารวมชาติ หลายแหล่งเพาะปลูกได้ปีละ 2 ครั้ง เนื่องจากฝนตกเกือบตลอดปี ตำบลต่าง ๆ มีหนูชุกชุม ทำลายพืชที่ปลูกไว้เป็นส่วนมาก พื้นที่การเพาะปลูกเพียงเล็กน้อยจึงไม่เพียงพอ และราษฎรมิได้คัดเลือกพันธุ์ข้าว และบำรุงผลไม้มันทั้งมิได้ใส่ปุ๋ยในพื้นที่สำหรับคอกกล้า และนา

ภาพชนบททางภาคใต้ อาจมีการเปลี่ยนแปลงไปบ้าง โดยเฉพาะเกษตรกรรมรายย่อยที่เพาะปลูก และเลี้ยงสัตว์เพื่อเลี้ยงชีพ ไม่ใช่เพื่อค้าขาย และผลจากการเพิ่มประชากร ทำให้พื้นที่ทำการเกษตรไม่เพียงพอ ต้องเข้าไปรับจ้างในอุตสาหกรรมในเมืองใหญ่ เช่น โรงงานปลากะปิหรือเป็นลูกจ้างในสวนยางเศรษฐกิจในหมู่บ้านใกล้เคียง และส่วนหนึ่งบุกรุกพื้นที่ป่าสงวน เพื่อการเพาะปลูก

ความเชื่อของชาวภาคใต้ เป็นวัฒนธรรมพื้นบ้านอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อแนวคิด และพฤติกรรม สืบทอดความเชื่อที่ได้รับการปลูกฝังนับจากวินาทีแรกที่เป็นสมาชิกของสังคม ชีดการปฏิบัติต่อ ๆ กันมา ความเชื่อได้จำแนกตามมูลฐานที่เกิดขึ้นเป็น 4 ประเภทใหญ่ ๆ (กัณฑ์ แสงราย ชัยยศ, 2532) คือ

1. ความเชื่อที่เกี่ยวกับลัทธิ และศาสนา เป็นความเชื่อที่แตกต่างตามชนกลุ่มน้อย และศาสนา คือ ชนกลุ่มน้อยเป็นพวกชาวเล หรือ ชาไก มีความเชื่อที่เด่นในเรื่องผี วิญญาณ และอำนาจเหนือธรรมชาติ ส่วนความเชื่อที่สืบเนื่องจากศาสนาจำแนกกลุ่มไทยพุทธ ไทยมุสลิม และชาวจีน ความเชื่อถือตามศาสนบัญญัติ ส่วนหนึ่งเกิดจากประเพณีที่เกี่ยวกับศาสนา และการแปลความมูลฐานฐานเป็นรูปของคติความเชื่อ

2) ความเชื่อทางไสยศาสตร์ เกิดจากความเชื่อมั่นต่อความเชื่อทางลัทธิ ศาสนา ถือว่าชีวิตอยู่ได้อำนาจเหนือธรรมชาติ ทำให้คนวิเศษ จึงเชื่อไสยศาสตร์ เวทมนตร์คาถา เครื่องรางของขลัง และโชคกลาง มักดึงเอาศาสนามาประสมประสาน มีอิทธิพลของลัทธิศาสนาพราหมณ์ และลัทธินิคมดั้งเดิมอยู่มาก

3) ความเชื่อที่เกี่ยวกับจริยวัตร ส่วนใหญ่เป็นกลอุบายที่จะอบรมผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบ ให้ประพฤติสอดคล้องกับค่านิยมของสังคม ซึ่งมีสภาวะทางธรรมชาติและปทัสถานของสังคมนั้น ๆ เป็นเครื่องกำหนด

4) ความเชื่อเกี่ยวกับชากลางบ้าน และการปิดป่ารักษาไข้ เป็นความเชื่อที่เกิดจากความจำเป็นในการดิ้นรนเพื่อการอยู่รอด และปลอดภัยของชีวิต ความเชื่อส่วนหนึ่งได้จากประสบการณ์ที่สังคมนั้น ชากลางบ้านส่วนหนึ่งเป็นสมุนไพร อีกส่วนหนึ่งรักษาปิดป่าด้วยเวทมนตร์คาถา เพื่อเสริมสร้างศรัทธา

ค่านิยมพื้นฐาน และโลกทัศน์คนไทยในภาคใต้ ภาคใต้ เป็นแหล่งทำมาหากินที่มีประชากรจากที่อื่นอพยพมาประกอบอาชีพ เป็นลูกจ้างในสวนยาง และเรือประมง มีการผสมผสาน และแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมระหว่างภาคเกิดขึ้นในบางพื้นที่ ภาคใต้เป็นแหล่งวัฒนธรรมที่เก่าแก่ที่สุด

ในเอเชียใต้ มีการตั้งถิ่นฐานสืบต่อมาเป็นเวลานาน สมัย 2,000 ปีก่อนพุทธศักราช ภาคใต้เป็นที่อยู่อาศัยของชาวไทย ชาว-มลายู เขมร และมอญ เข้าสู่การขยายวัฒนธรรมอินเดีย และจีน เมื่อประมาณ พ.ศ. 300-1100 เป็นสมัยที่ศาสนาพุทธ และพราหมณ์เริ่มเข้ามาอิทธิพล ต่อมาประมาณ พ.ศ. 1200-1700 เป็นช่วงที่มีการติดต่อค้าขายกับจีน ภาคใต้เป็นเมืองท่าค้าขายที่สำคัญทางฝั่งทะเลตะวันออก เริ่มมีพุทธศาสนาเถรวาทถึงกวางศเข้ามา เป็นช่วงที่มีความสัมพันธ์กับอาณาจักรทะเลใต้และกัมพูชา และต่อมาประมาณ พ.ศ. 1773-1800 พุทธศาสนาเจริญรุ่งเรือง มีการติดต่อสัมพันธ์กับอาณาจักรสุโขทัย เผยแพร่พุทธศาสนา จนรวมเป็นอาณาจักรไทยเมื่อประมาณพ.ศ. 1850-1893 ภาคใต้ได้รับอิทธิพลศิลปวัฒนธรรมจากเมืองหลวง และมีการพัฒนาตนเองเป็นเอกลักษณ์สืบเนื่องจวบจนปัจจุบัน ชุมชนภาคใต้ประกอบด้วย ไทยโบราณ ชาว-มลายูโบราณ เขมรโบราณ มอญโบราณ อินเดีย ไทยภาคเหนือ และไทยภาคกลาง เป็นต้น ปัจจุบันภาคใต้เป็นที่อยู่อาศัยของชาวไทยพุทธ ชาวไทยมุสลิม ชาวไทยเชื้อสายจีน ชาวละ ชาไค มอญ และลาวโซ่ง ทั้งกลุ่มชนดั้งเดิม และกลุ่มอพยพ ทำให้ภาคใต้มีลักษณะเป็นแบบพหุสังคม และพหุวัฒนธรรม (ขนิษฐา นาคะ, 2542 อ้างตามฉันทิต ทองช่วย, 2536) คนไทยภาคใต้จึงมีค่านิยมพื้นฐานในการมองโลก สังคมเป็นเฉพาะของตนเอง ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในสังคม (ขนิษฐา นาคะ, 2542 อ้างตามสถาบันทักษิณคดี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สงขลา, 2521) ที่ศึกษาค่านิยม และโลกทัศน์ คนไทยภาคใต้ถึงภาษา การละเล่น วรรณกรรม ความเชื่อทางศาสนา และศิลปกรรม

สรุปว่าคนไทยภาคใต้นิยมความจริงใจ เปิดเผย และตรงไปตรงมา แม้ในเรื่องเพศ ความสามัคคี มีความเชื่อในเวทมนตร์ โชคลาง มุสลิมไม่เชื่อ ควงวิญญูณ และบุญกรรม เชื่อเรื่องชาติปางก่อน และไม่ถือเอาเวลาเป็นเครื่องบีบรัดชีวิต นิยมในถิ่นกำเนิดของตน ไม่นิยมย้ายถิ่น นิยมเลือกคู่ครองถิ่นเดียวกัน ไม่นิยมแยกครอบครัวไปจากพ่อแม่ และนิยมกลับมาอยู่ถิ่นเดิม สนุกสนานในกิจกรรมแม้พิธีรีตอง ชอบเอาหน้า นิยมจัดงานใหญ่ และเอาอย่างไม่คำนึงถึงฐานะ มีคำพักทายและได้ตอบโดยเฉียบพลัน ไม่ยึดถือสิ่งใดเป็นสาระจริงจัง สตรีต้องรักและซื่อสัตย์ต่อสามี แต่ชายมีสตรีอื่นไม่ถือว่าเป็นเรื่องเสียหายนัก (ขนิษฐา นาคะ, 2542 อ้างตามสถาบันทักษิณคดี, 2527) การดูแลสุขภาพของคนไทยภาคใต้ปฏิบัติตามความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณีที่สืบทอดกันมา

3.2.3 วิถีไทยภูเก็ต

วิถีไทยภูเก็ตที่กล่าวถึง โดยพิจารณาจากภาพรวม ทั้งลักษณะภูมิประเทศ ภูมิอากาศ และการปกครอง ศาสนา ความเชื่อ วัฒนธรรม อาชีพ และสภาพปัญหาของเมืองภูเก็ต ภูเก็ตเป็นจังหวัดเล็ก ๆ มีลักษณะเป็นเกาะอยู่ทางชายฝั่งตะวันตกของภาคใต้ จังหวัดภูเก็ตประกอบด้วยเกาะภูเก็ต ซึ่งเป็นเกาะใหญ่ที่สุด และเกาะบริวารอีก 39 เกาะ มีพื้นที่ประมาณ 538 ตารางกิโลเมตร อาณาเขตทิศเหนือติดต่อกับจังหวัดพังงา ทางทะเลมีสะพานสารสินเชื่อมต่อกับอำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัด

พังงา ทิศใต้ และทิศตะวันตกติดต่อกับทะเลอันดามัน ทิศตะวันออกติดต่อกับอ่าวพังงา และจังหวัด พังงา ภูมิประเทศของจังหวัดภูเก็ต ประกอบด้วยภูเขาและที่ราบสูงครึ่งหนึ่ง อีกครึ่งหนึ่งเป็นที่ราบเชิงเขา และริมทะเล พื้นที่เกาะภูเก็ตร้อยละ 95.25 ที่เหลือเป็นพื้นที่ของเกาะบริวาร มีอากาศอบอุ่น และชุ่มชื้นอยู่ตลอดเวลา มีลมทะเลพัดผ่านตลอดปี มีเพียง 2 ฤดูเท่านั้น คือ ฤดูฝนกับฤดูร้อน มีการปกครองส่วนภูมิภาคออกเป็น 3 อำเภอ 17 ตำบล 100 หมู่บ้าน คือ อำเภอเมืองภูเก็ต อำเภอถลาง และ อำเภอกะทู้ มีการปกครองส่วนท้องถิ่น คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล 1 แห่ง สุขาภิบาล 3 แห่ง (สมาคมนักเรียนเก่าภูเก็ตวิทยาลัย, 2540 และสุคารา ฉายากุล, 2543) มีประชากร 200,000 คน ประชากรส่วนใหญ่หรือร้อยละ 65.60 อาศัยอยู่ในชนบท อีกร้อยละ 34.40 อาศัยอยู่ในเมืองสัปดาห์ก่อนข้างสูง

ประชากรส่วนใหญ่ หรือร้อยละ 80.4 ของประชากรทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ รองลงมา นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 18.6 ที่เหลือนับถือศาสนาคริสต์และอื่น ๆ เช่น ซิกข์ ซาดิพันท์ที่โคค เด่นของชาวภูเก็ตมี 3 เชื้อชาติ 1) มลายูมุสลิม 2) ไทยพุทธ 3) ชาวจีน (สุภาพ หัสอ่อง, 2537) ความเชื่อและหลักปฏิบัติทางศาสนามีผลต่อขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมและวิถีไทยของประชาชนแต่ละกลุ่ม ศาสนาพุทธและศาสนาอิสลามมีเป้าหมายให้ศาสนิกชนที่ปฏิบัติตามหลัก หรือคำสั่งสอนประพฤติดีเป็นคนดีสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างสงบสุข มีที่พึงพาทางใจเมื่อมีทุกข์หรือมีปัญหา และให้แนวทางในการกำจัดทุกข์หรือแก้ปัญหาให้หมดไป คำสอนหลักของพุทธศาสนาที่จารึกไว้ในพระไตรปิฎก ซึ่งเป็นหัวใจพุทธศาสนา คือ โอวาทปาติโมกข์ที่สอนให้ละเว้นชั่วทำความดี และชำระจิตใจให้สะอาดผ่องใส กิจวัตรประจำวันของชาวพุทธของคนภูเก็ต คือ การสวดมนต์ไหว้พระรัตนตรัย การทำบุญตักบาตร และการทำบุญในวันสำคัญทางศาสนา และประเพณีที่เกี่ยวข้องกับศาสนา หัวใจของศาสนาอิสลาม คือ คัมภีร์อัลกุรอาน คนภูเก็ตที่มีเชื้อสายมลายูมุสลิม ส่วนคนภูเก็ตเชื้อสายจีนมีทั้งแท้ (บิดามารดามีเชื้อชาติจีน) และเทียม (บิดาหรือมารดามีเชื้อชาติจีน อีกคนมีเชื้อชาติไทย)

ความเชื่อของชาวพุทธชาวมุสลิมและชาวจีน ซึ่งพุทธศาสนิกชนชาวภูเก็ต เชื่อว่าบุญกุศลที่สร้างสมย่อมเกิดเป็นนาคบุญ เมื่อคราวดับขันธอนามาใช้ช่วยให้พ้นจากภัยอันตราย เชื่อตามทักสิยานุประทานว่า การทำบุญกวาดน้ำจะทำให้ผู้ล่วงลับไปแล้วพลอยรับส่วนกุศลด้วย เชื่อว่าปลุกเสกทำให้เกิดความศักดิ์สิทธิ์ เชื่อว่าน้ำพุทธมนต์เป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ และสายสิญจน์เป็นเครื่องป้องกันผี และเสนียดจัญไร ส่วนมากเชื่อพระพุทธรูปสามารถแสดงปฏิหาริย์ได้ สอดคล้องกับความเชื่อของชาวใต้ของกัณหา แสงรายยิ่งยศ (2532) ส่วนมลายูมุสลิมชาวภูเก็ต มีชนพื้นเมืองบางกลุ่มที่เข่นับถือลัทธิความเชื่อดั้งเดิมมาช้านาน อาจไม่เคร่งครัด หรือมีความเชื่อไม่ปฏิบัติตามศาสนาอิสลามมากนัก มีชาวมุสลิมเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ยังเชื่อเมื่อได้ฮินการอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน จะหยุดพูด

หยุดทำการใด ๆ เป็นการแสดงออกถึงการเชิดชูให้เกียรติ (กัณหา แสงราชยังยศ, 2532) สอดคล้องกับความเชื่อของชาวใต้ของกัณหา แสงราชยังยศ (2532) ในเรื่องที่ถูกกล่าวถึงข้างต้น แต่ไม่สอดคล้องในเรื่องความเชื่อที่ศึกษาภาษาไทย และการมีหนังสือภาษาไทยไว้ในบ้าน เนื่องจากภูเก็ตเป็นเมืองที่มีความหลากหลายวัฒนธรรม จึงเปิดโอกาสให้กับตนเองในการรับวัฒนธรรมอื่น ๆ เพราะคิดว่าเป็นการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ ๆ วัฒนธรรมเด่นของชาวมุสลิมภูเก็ต คือ การผสมผสานคติความเชื่อท้องถิ่นหรือพิธีกรรมของศาสนาอื่นเข้ากับหลักศาสนาตน มีลักษณะตรงกับฟรานซิส โลท์ (มปป.) เขียนไว้ว่า ประชาชนกลางบางคนเป็นทั้งมุสลิมและสยาม ซึ่งคาดว่าพิธีต่างๆ น่าจะเลิกหมดไปในปัจจุบันด้วยการพัฒนาทางศาสนา มีบุญประเพณีที่สำคัญของชาวมุสลิมก็เคร่งครัดในหลักศาสนา และสืบทอดในเดือนรอมฎอน (สุคารา สุจฉายา และคณะ, 2543) วัฒนธรรมเหล่านี้มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพไม่มาก ก็น้อย เพราะทำให้มีสุขภาพจิตดี นอกจากนี้ความเชื่อชาวจีนภูเก็ตสอดคล้องกับชาวจีนฝั่งตะวันตก คือ ชาวจีนพังกา ชาวจีนระนอง ที่อพยพมาจากแผ่นดินใหญ่ เป็นจีนฮกเกี้ยน นำความเชื่อ และพิธีกรรมแบบดั้งเดิมของเขามาปฏิบัติ มีความเชื่อหลายอย่างที่ต่างไปจากความเชื่อชาวภาคใต้กลุ่มอื่น ๆ โดยเฉพาะความเชื่อเกี่ยวกับการบูชาวิญญาณบรรพบุรุษ การนับถือเจ้า หรือเซียน ชาวจีนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่นับถือเตาไฟ เวลาที่จะสร้างเตาไฟจึงต้องหาฤกษ์หายามที่ดี เพื่อให้เกิดสิริมงคลแก่ครอบครัว และเชื่อว่าที่เตาไฟมีเจ้าสิงสถิตอยู่ ชื่อ ตู้เบ่ง เจ้าก๊วน (กัณหา แสงราชยังยศ, 2532)

ภูเก็ตเป็นทางผ่านของเส้นทางเดินเรือระหว่างสองซีกโลก ผู้คนต่างชาติต่างภาษาและวัฒนธรรมจึงหลั่งไหลอย่างไม่ขาดสาย โดยเฉพาะภูเก็ต เป็นแหล่งพักเรือขึ้นดีและอุดมไปด้วยทรัพยากรมีค่า ภูเก็ตจึงเป็นแอ่งใหญ่ของวัฒนธรรมหลากหลายที่ปนเป มีกลุ่มชนชาวเลอพยพเข้ามาตั้งถิ่นฐานอยู่ก่อน จากนั้นมีชนกลุ่มอื่นๆ ททยอยเข้ามา ทั้งไทย จีน มลายู และร่วมสร้างรากฐานสังคมตามแนวพุทธ อิสลาม และจีน จนก่อรูปเป็นวัฒนธรรมถิ่นของคนกลางหรือคนภูเก็ตที่ตกทอดมาถึงทุกวันนี้ และมีเอกลักษณ์ต่างจากคนใต้ถิ่นอื่น ๆ ซึ่งลักษณะคนกลางจากบันทึกของฟรานซิส โลท์เป็นการผสมผสานทางด้านเชื้อชาติและวัฒนธรรมกับแขกมลายู โดยเฉพาะเป็นคนไทยมากที่ทำตัวเป็นทั้งมุสลิมและพุทธศาสนิกชน ไม่รับประทานหมู แต่สักการะพระพุทธรูป และจากรายงานของกัปตันโรมัส ฟอร์ดเรสต์ ชาวอังกฤษที่เดินเรือมาถึงภูเก็ตว่า ประชากรของเกาะเจนนีลอนพูดภาษาไทย แม้จะเข้าใจภาษามลายู ลักษณะหน้าตาของพวกเขาคล้ายชาวมลายู ทำทางคล้ายชาวจีนมาก แต่คนภูเก็ตไม่ค่อยยอมรับ หยิ่งในศักดิ์ศรี (สุคารา สุจฉายา และคณะ, 2543)

อาชีพของชาวภูเก็ต เป็นอาชีพทางการค้า อุตสาหกรรม และการเพาะปลูก อุตสาหกรรมเป็นอุตสาหกรรมเหมืองแร่ และอุตสาหกรรมโรงงาน (สุคารา สุจฉายา และคณะ, 2543)

เมื่อปี พ.ศ. 2516 ภูเก็ตเริ่มมีการพัฒนาการท่องเที่ยว แม้ว่ายังเป็นจังหวัดเล็ก ๆ แต่มี ปัญหาต่าง ๆ มากมาย เป็นต้นว่า ปัญหาโรคติดต่อ เช่น โรคพิษสุนัขบ้า โรคเรื้อน โรคกามโรค และ ท้องร่วง เป็นต้น ปัญหาเกี่ยวกับชนกลุ่มน้อย โดยเฉพาะชาวเล วิถีไทยแตกต่างออกไป มีการศึกษา คำ ปัญหาเกี่ยวกับขาดแคลนสาธารณูปโภคพื้นฐาน ปัญหาส่วนใหญ่เกิดการขยายตัวของชุมชน และความเจริญไม่ได้สัดส่วนกัน ชาวภูเก็ตนับว่าโชคดี ที่ได้อาศัยอยู่ในชุมชนที่อุดมสมบูรณ์ด้วย ทรัพยากรธรรมชาติ มีสภาพแวดล้อมทางด้านสังคมเอื้ออำนวยต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต จากการ ศึกษาข้อมูลสำมะโนเคหะในปี พ.ศ. 2523 พบว่ามาตรฐานความเป็นอยู่ของประชากร อยู่ในเกณฑ์ดี

3.2.4 วิเคราะห์ วิจัยกรณีวิถีไทยภูเก็ตตามวิวัฒนาการ

เมื่อภูเก็ตเปลี่ยนเป็นเมืองท่องเที่ยวเน้นธุรกิจบริการ ชาวภูเก็ตมีการปรับตัวไม่ได้ ใน ระยะแรกไม่ยอมทำงานเป็นลูกจ้างโรงแรมใด ๆ โดยลักษณะนิสัยซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง พัฒนาการของนักธุรกิจสมัยใหม่ในภาคใต้ โดยเฉพาะภูเก็ตที่ว่า นักธุรกิจภูเก็ตเป็นคนมีศักดิ์ศรีมาก ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ให้ความสำคัญกับนาย จากผลพวงการทำเหมืองแร่ที่สร้างความร่ำรวยได้ โดยไม่พึ่งรัฐ จากการมีแร่ดีบุกและทำเหมืองแร่อย่างกว้างขวาง เป็นแรงดึงดูดให้ชาวจีนโพ้นทะเล หลั่งไหลเข้ามาเป็นแรงงาน และมาลงทุนทำเหมืองกับการผูกขาดภาษีอยู่ตลอด จนกลายเป็นคน กลุ่มใหญ่ในเกาะที่แสดงบทบาททางวัฒนธรรมที่เข้มแข็งกว่ากลุ่มอื่นๆ (สุคารา สุจฉายา และคณะ, 2543)

ภูเก็ตเป็นดินแดนเอเชียตะวันออกเฉียงใหม่เป็นที่รู้จักดีของชาวจีนโบราณ ซึ่งเป็นเส้น ทางการค้าทางเรือระหว่างมหาสมุทรอินเดียกับทะเลจีนใต้ ตรงบริเวณแหลมมลายูเป็นจุดเปลี่ยนลม มรสุม ทำให้เรือสินค้าต้องจอดพักเป็นเวลาหลายเดือน ในเวลาต่อมาพัฒนาเป็นเมืองท่าค้าขายแลกเปลี่ยน กองเรือสินค้านานาชาติ ซึ่งพัฒนาเป็นเมืองท่าแห่งแรกของช่องแคบมะละกา ทำให้พ่อค้าชาว จีน โดยเฉพาะจีนฮกเกี้ยนคัดสินใจมีคู่ครองกับหญิงมาเลย์พื้นเมือง จึงมีสายเลือดใหม่เกิดขึ้น เป็น หญิงเรียก “بابา (Baba)” เป็นหญิงเรียก “โนนยา (Nyonya)” ก็สร้างวัฒนธรรมใหม่ที่แตกต่างจาก เดิม จึงถูกเรียก “จีนช่องแคบ (Stralits Chinese)”

ภูเก็ตเป็นเมืองที่เป็นทะเลเปิดเสี่ยงโจรสลัด เนื่องจากเมืองไม่ค้อมีภูเขากั้นมากนัก และ เจ้าเมืองส่วนใหญ่เป็นชาวจีน ชาวจีนอพยพมากขึ้นในสมัยรัตนโกสินทร์ นับแต่รัชกาลที่ 3 ดำเนิน นโยบาย “ระบบหมาเมือง” เปิดโอกาสให้คนจีนเป็นเจ้าของและเจ้าภาษีอากรได้ ได้ศึกษาเปรียบ เทียบกับภาพรวมของไทย ในยุคแรกของสมฤทธิ อินทรพิพิธ (2522) จะเห็นได้ว่าคนจีนเข้ามาเป็น ผู้นำ ในที่นี้ไม่ได้กล่าวถึงสุขภาพของชาวภูเก็ต หรือผู้ที่อาศัยอยู่ภูเก็ตเลย แต่นำจะนำแนวทางของ จีนที่เกี่ยวกับสุขภาพมาใช้บ้าง ไม่ว่าจะการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค หรือการรักษาโรค อีกทั้ง ภูเก็ตสมัยรัชกาลที่ 4 ทำสัญญาเปิดการค้าเสรี จนคนจีนในภูเก็ตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนมากกว่าชาว

พื้นเมือง และก่อตั้งสมาคมลับ หรืออั้งยี่ เกิดความวุ่นวายใหญ่สามครั้ง การทำพิธีต่าง ๆ ตามลักษณะของชาวจีน ในบรรดาชาวจีนทั้งที่มาจากแผ่นดินใหญ่ และมาจากปีนัง สิงคโปร์หลายคนเป็นนายเหมือง และได้รับยศฐาบรรดาศักดิ์เป็นคุณพระ คุณหลวง หรือท่านขุน และถูกหลานชาวจีนผู้มั่งคั่งได้กลายเป็นผู้กุมอำนาจทางเศรษฐกิจในปัจจุบัน หลังปี 2425 เป็นต้นมา คนจีนเกือบทั้งหมดมีบทบาทการค้าขายในภูเก็ต ส่วนใหญ่จะอยู่ในเมือง ซึ่งตรงกับยุคกลางเมื่อเทียบกับวิวัฒนาการวิถีไทยของไทยภาพรวม มีความเจริญทางการแพทย์และสาธารณสุขมากขึ้น เนื่องจากภูเก็ตเป็นเมืองเปิด ทำให้มีหมอศาสนาเข้ามาเผยแพร่ศาสนา และรักษาโรค มีสุขศาลาประจำหัวเมือง และมีศาลเจ้าที่เรียกว่า “อ๋าม” เป็นที่พึ่งทางใจเมื่อยามเจ็บป่วย

วัฒนธรรมการนับถือบูชาเทพเจ้า เป็นเทพเจ้าจีน การไหว้ที่ศาลเจ้า หรือในบ้านที่มีโต๊ะบูชา (ตัว) ถึงเวลาตรุษจีนจะแต่งบ้าน ใส่เสื้อผ้าใหม่ ไหว้เจ้ากันเอิกเกริกมีการจุดประทัดสนั่น มีงานกินผักแสดงออกถึงความเชื่อลัทธิเต๋าค่อนข้างมาก พื่อต่อ ไหว้พระจันทร์ นับว่าเป็นลักษณะจำเพาะของพื้นที่จังหวัดภูเก็ตนี้ ที่แตกต่างจากที่อื่น ซึ่งวัฒนธรรม ไม่ว่าจะการนับถือเทพเจ้า การรักษาความสะอาดบ้าน การกินผัก ต่างมีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพในพฤติกรรมสร้างที่ต่างลักษณะกัน ถึงแม้ว่าเข้าสู่ยุคกลาง แต่ยังคงหลงเหลือความเชื่อเทพเจ้าของจีนในยุคแรก

วัฒนธรรมของชาวพุทธมีการสวดมนต์ไหว้พระ ทำบุญ – ตักบาตร เอาปิ่นโตไปวัด ถือศีล มีงานบุญสารทเดือนสิบ ที่แสดงออกถึงความกตัญญูที่มีต่อบรรพบุรุษ เป็นงานบุญใหญ่ที่สุดในจังหวัดภูเก็ต ณ ตำบลเทพกระษัตรีตำบลศรีสุนทรอำเภอถลาง นับว่าชาวพุทธมีวัฒนธรรมเด่น (สุคตารา สุภายา และคณะ, 2543) ซึ่งไม่ต่างจากวิถีไทยภาพรวม และวิถีไทยได้มากนัก ที่มีการสวดมนต์ ทำบุญ-ตักบาตร เพื่อจรรโลงจิตใจมีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในการดูแลจิตวิญญาณ มีมาตั้งแต่ยุคแรก และยุคกลาง ยังดำเนินต่อมาถึงยุคปัจจุบันถึงแม้ว่าจะมีวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามาอย่างรวดเร็ว

ชาวมุสลิมตั้งถิ่นฐานอยู่รอบตัวเมือง หรือบริเวณชายฝั่งรอบเกาะประกอบอาชีพประมงและทำสวนสมรมควบคู่กันไป นับถือศาสนาอิสลาม นิกายสุหนี่ ส่วนหนึ่งมาจากชาวบ้านอีกส่วนหนึ่งมาจากแขกมลายูที่อพยพเข้ามา มีหลักฐานน่าเชื่อว่า แม่ของสองวีรสตรีตระกูลเจ้าถลางคือ หม่าเลี้ย สืบเชื้อสายจากสกุลด่านไทรบุรี นักประวัติศาสตร์ท้องถิ่นภูเก็ตเสนอความเห็นว่าจะนำเอาชาวมุสลิมจาก ไทรบุรีเข้ามา และกระจายเป็นส่วนหนึ่งของบรรพบุรุษมุสลิมของเกาะภูเก็ตต่อมา มีที่ดินริมทะเลมากมาย แต่มีการแบ่งขาย เพื่อมาทำกิจการเล็กที่เกี่ยวกับการท่องเที่ยว หรือขายหมด แล้วมาซื้อที่เบิกดินทำสวนสมรม สวนยาง ยังทำประมงเล็กน้อย หันมารับใช้ฝรั่งเที่ยว บางคนรับจ้างเป็นพนักงานโรงแรม เด็กเสิร์ฟร้านอาหารมักเป็นทางชายฝั่งตะวันตก ส่วนฝั่งทางตะวันออกยังมีค้ำอาชีพทำประมง ถึงจะเป็นอย่างไรยังคงมีกูโบร์หรือสุสานริมทะเล มีบ้านใหญ่และเก่าแก่ที่สุด

คือ บ้านบางเทา ตำบลเชิงทะเล และตำบลกมลา อำเภอถลาง มีชาวมุสลิมร้อยละ 90 ของชาวบางเทามีมัสยิดที่ใหญ่ที่สุดในภูเก็ต บ้านบางเทามีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับบ้านกมลา เพราะเป็นชุมชนมุสลิมใหญ่ที่ติดกัน และบรรพบุรุษส่วนหนึ่งมาจากลังกาวิเหมือนกัน มีตระกูลคุณลักษณะและชายีสืบเชื้อสายมาจากพระนางมาซุรี (พระนางเลือดขาว) เป็นตำนานเล่าขานในหมู่ชนใต้และมาเลเซีย แสดงถึงความสัมพันธ์ ปัจจุบันตำบลกมลามีมัสยิด 4 หลัง จำนวนครัวเรือนกว่า 600 ครอบครัวยุค 70 กว่าปีก่อน คนบ้านบางเทาโยกย้ายไปอยู่ที่ตำบลป่าตอง อำเภอกะทู้ ชุมชนขนาดรองลงมา คือ บ้านบางคณจิ ตำบลราไวย์ อำเภอเมือง บ้านคอเอน ตำบลไม้ขาว อำเภอถลาง และบ้านเกาะแก้ว ตำบลเกาะแก้ว อำเภอเมือง ตามลำดับ ส่วนใหญ่อยู่ในเขตอำเภอถลาง (สุคารา สุจฉายา และคณะ, 2543)

วัฒนธรรมเด่นของชาวมุสลิมภูเก็ต คือ การผสมผสานคติความเชื่อท้องถิ่น หรือพิธีกรรมของศาสนาอื่นเข้ากับหลักศาสนาคน เช่น เมื่อมีคนตายจะมีการเฝ้าสุสานเจ็ดวัน หรือเมื่อมีเด็กเกิดได้เจ็ดวัน จะมีพิธีรับขวัญด้วยการอุ้มขึ้นเปล เอาผ้าสีผูกเปลแกว่งเรียกขวัญเด็ก ตามหลักศาสนาอิสลามจะไม่มีพิธีพวกนี้ มีบุญประเพณีที่สำคัญของชาวมุสลิมก็เคร่งครัดในหลักศาสนา และศีลออกในเดือนรอมฎอน (สุคารา สุจฉายา และคณะ, 2543) วัฒนธรรมเหล่านี้มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้มีสุขภาพจิตดี

ชาวภูเก็ตนิยมรับประทานอาหารรสกลมกล่อม รสชาติไปทางจีนพอสมควร เพราะได้รับอิทธิพลวัฒนธรรมจีนที่แพร่หลาย แต่คนมุสลิมคิดดัดแปลงเป็นอาหารประจำวันของคนทั่วไป อาหารเช้าของคนภูเก็ตมักไม่รับประทานข้าวสวย แต่เป็นจำพวกโจ๊ก หมี่ต้่ว ขนมจีนกินกับไข่มะตุม ใต้น้ำยา น้ำพริก น้ำซุบ แกงเนื้อ แกงไก่ แกงไต่ปลา ปาท่องโก๋ ห่อหมกนึ่ง ปลาหมกนึ่ง ทอดมันปลา (ลูกชิ้น) แกงส้มผัก ซึ่งชาวภูเก็ตเรียกว่า “ผักเกิ้ล็ด” มีแตงกวา ถั่วงอกสดหรือลวก ขอดมะม่วงหิมพานต์ ขอดมันปู ขอดหมูยอ ลูกชิ้น ผักกาดคอง ไข่โป๊วหั่น ตับประรดภูเก็ต และปลาฉิ่งฉ้างแห้ง บางคนเลือกกินกาแฟกับดื่มน้ำชาเป็นอาหารเช้า บางคนกินกาแฟกับขนมทั้งหวานและคาวทั้งแบบจีน แบบไทย ของว่างขามบ่าย มักเป็นอาหารจานเดียวมีหลายชนิดที่มีชื่อเสียง คือ หมี่ฮกเกี้ยน หมี่หุ่นป่าฉ่าง ไอ้ด้าว โลบะ ข้าวฮากภูเก็ต เกลือเคซ อจาด ไอ้เอ๋ว ตูโป๊ว บีถ่ายบัก อาหารมือใหญ่ที่สุดของคนภูเก็ต มักเป็นมือเขียน เป็นเวลาที่ทุกคนอยู่พร้อมหน้ากัน น้ำซุบหยาหรือน้ำซุบกุ้งสด น้ำพริกกุ้งเสียบ น้ำพริกปลาฉิ่งฉ้าง กินแกงส้มกับผักเกิ้ล็ด แกงเหลียงที่ใต้น้ำมะนาว แกงไต่ปลา แกงกะทิปลา หมู ไก่ และอื่นๆ หมูฮ้อง มะคัม เคซเค็มอีก หมูผัดคำหู้ (หมูผัดกับเต้าหู้) โลกัว (ผัดมะระใส่ไข่) ผัดมั่งก๊วน ดัมส้ม (สุคารา สุจฉายา และคณะ, 2543) พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีความสำคัญมากสำหรับชาวภูเก็ต ซึ่งน่าจะมีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ถ้ารับประทานไม่

ระมัดระวัง มีอาหารหลายประเภทที่ทำให้เกิดโทษ เกิดโรค แต่ถ้าเอาใจใส่ในการรับประทานอาหาร จะเห็นว่าประเภทอาหารบางอย่างมีประโยชน์มาก เสริมสร้างสุขภาพได้

สรุปวิถีไทยที่เกิดขึ้นที่เกี่ยวกับสุขภาพตามวิวัฒนาการ เมื่อเปรียบเทียบกับวิถีไทยภาพรวม และวิถีไทยได้ ไม่ว่าลักษณะภูมิประเทศ ภูมิอากาศ ความเคร่งครัดทางศาสนา อาชีพ ความหลากหลายวัฒนธรรม ปัญหาสุขภาพมีความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากเกิดความเจริญรุดหน้าอย่างรวดเร็ว จึงทำให้ผู้คนต้องมีการปรับตัวตามสภาพให้เท่าทัน จึงเป็นที่น่าสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัย พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีไทย จังหวัดภูเก็ต

4. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีไทย

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีไทย หมายถึง กระบวนการของบุคคลที่ทำให้บุคคลเพิ่มการควบคุมตนเองในการส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพ ตามแนวทางการดำเนินชีวิตของสังคมไทย ในรูปแบบพฤติกรรมปฏิบัติตามแต่ละวัฒนธรรม ที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ จนยกระดับคุณภาพชีวิตและให้สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุขได้

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีไทยของผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต พิจารณาจากกลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 75 ปีขึ้นไป ว่ามีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติตามวิถีการดำเนินชีวิตไทยของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกิจกรรมหรือการกระทำของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ฟันฟูและส่งเสริมสุขภาพ หรือทำให้สุขภาพดีขึ้น เป็นกิจกรรม ถ้าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ถูกต้องก็จะชะลอความเสื่อมของร่างกายและลดโอกาสการเกิดโรคต่าง ๆ ได้ ให้สอดคล้องกับแนวนโยบายในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพแห่งชาติ (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2541) คือ พฤติกรรมด้านอนามัยส่วนบุคคล และ ชุมชน (ดูแลร่างกาย และของใช้ให้สะอาด รักษาฟันให้แข็งแรง ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและขับถ่าย) พฤติกรรมด้านอาหาร และโภชนาการ (กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย และหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สีสันฉูดฉาด) พฤติกรรมด้านสารเสพติด (งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ) พฤติกรรมด้านสุขภาพจิต (สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น ทำจิตใจให้ร่าเริง แจ่มใสอยู่เสมอ) พฤติกรรมด้านความปลอดภัย (ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี) พฤติกรรมด้านอนุรักษ์ฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม และสร้างสรรค์สังคม (มีสำนึกต่อส่วนร่วม สร้างสรรค์สังคม) ประกอบกับผลการศึกษานำร่อง เรื่องพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษานำร่อง เรื่องพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อาทิเช่น 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย 3) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (การดูแลรักษาร่างกาย การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และตรวจสุขภาพประจำปี) 4) การใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร 5) การดูแลสุขภาพจิตและจิตวิญญาณหรือความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต 6) การทำงาน 7) การพักผ่อน 8) การท่องเที่ยว 9) การสนับสนุนทางสังคม 10) การได้รับความรู้และข้อมูลข่าวสาร และ 11) การจัดการกับความเครียด ซึ่งผู้วิจัยได้ข้อสังเกตว่า กลุ่มผู้สูงอายุทั้งสามวัฒนธรรมให้ความสำคัญกับการท่องเที่ยว และการดูแลสุขภาพทางจิตวิญญาณ ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน ซึ่งแปลก และแตกต่างจากที่อื่น คือ อาจเป็นเพราะสภาพเมืองของภูเก็ตเป็นเมืองท่องเที่ยว และอีกทั้งสภาพเศรษฐกิจของประชากรจังหวัดภูเก็ตค่อนข้างดี จึงทำให้ผู้คนมีโอกาสที่พักผ่อนได้ง่ายดาย โดยการท่องเที่ยวอย่างไม่หยุดหย่อน ดังคำพูดที่ว่า “ฝรั่งทำงานจริงจัง พอถึงเวลาพักผ่อนก็พักผ่อนยาวนาน เป็นปี กลุ่มเหนือเราคนไทยจะเลียนแบบไม่ได้เขิวหรือแต่เราไม่รวยเหมือน แคไปชายทะเลวันหยุด หรือวันอาทิตย์ก็ศิิวหรือถ้ามีเวลา ก็ไปเที่ยวต่างจังหวัดในเมืองไทยไม่ต้องไปนอก ก็ได้แล้ว ภูเก็ตขยับไหน” ส่วนอีกคนหนึ่งที่พักผ่อน โดยการท่องเที่ยวเช่นกัน ดังคำพูดที่ว่า “ไปชายทะเลสุดสัปดาห์ทำงาน และไปต่างจังหวัดกับกลุ่มแม่บ้าน 6 เดือนหน ปีละ 2 หน แต่มาระยะหลังแก่ตัว และไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมแม่บ้าน ไม่ได้ไป และอยากพักผ่อนด้วย ป่านั่นนอนเล่นกับบ้านก็บายใจ (สบายใจ) คี” ในเรื่องการดูแลสุขภาพทางจิตวิญญาณ จะมีความเชื่อทางไสยศาสตร์ มุสลิมไม่เชื่อ เทพเจ้า (มุสลิมเชื่อในพระเจ้าองค์เดียว พระอัลเลาะห์เท่านั้น) การทรงเจ้าเพื่อเป็นแรงบันดาลใจให้รักใคร่ สามัคคีกัน ปกป้องรักษาคนในครอบครัวให้อยู่เย็น เป็นสุข อีกทั้งมีสมุนไพรจีนช่วยรักษาสุขภาพ และโรค

โดยสรุปพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีไทยของผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต ที่ได้จากทฤษฎี ผนวกกับผลการศึกษานำร่อง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีไทยของผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต ผู้วิจัยคาดว่า ควรที่จะมี 1) พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 3) พฤติกรรมสารเสพติด-ปัญหาสังคม 4) พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพจิตและจิตวิญญาณหรือความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต 5) พฤติกรรมด้านความปลอดภัย 6) พฤติกรรมการออกกำลังกาย 7) พฤติกรรมด้านอนุรักษ์ฟื้นฟูสิ่งแวดล้อม และสร้างสรรค์สังคม 8) พฤติกรรมการใช้สมุนไพร / ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร และ 9) พฤติกรรมการทำงาน ซึ่งไม่เพียงแต่ทราบลักษณะพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละด้านเท่านั้น ผู้วิจัยยังคำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดภูเก็ตอีกด้วย โดยการศึกษาทฤษฎีก่อนที่จะศึกษาจริง เพื่อทราบรายละเอียดทางด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะของวัฒนธรรมนั้น ๆ และนำไปใช้เป็นแนวทางสร้างคำถามสัมภาษณ์เจาะลึก ดังสรุปไว้ในตาราง 1 ดังนี้

ตาราง 1 ลักษณะเฉพาะของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต จำแนกตามวัฒนธรรม

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	วัฒนธรรม		
	ไทยพุทธ	ไทยจีน	ไทยมุสลิม
พฤติกรรมความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	ดูแลรักษาร่างกาย / ของใช้สะอาด รักษาฟันแข็งแรงใช้ฟันช่อก/หมาก ปฏิบัติทุกวัน ถูกต้องล้างมือก่อนรับประทานอาหารหลังขับถ่าย ตรวจร่างกายประจำปี ดูแลบ้านเรือนให้สะอาด	ดูแลรักษาร่างกายสะอาด อาบน้ำอุ่น / ดูแลของใช้ให้สะอาด แปรงฟันทุกวัน ถูกต้องล้างมือก่อนรับประทานอาหารหลังขับถ่าย ตรวจร่างกายประจำปี แต่งกายเหมาะสมกับสภาพอากาศและฤดูกาลเทศะ รักษาความสะอาดบ้าน	ดูแลรักษาร่างกายสะอาด จากการอาบน้ำละหมาด วันละ 5 ครั้ง ตรวจร่างกายประจำปี
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	-รับประทานผักพื้นบ้าน -รับประทานอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารพิษ -ไม่รับประทานอาหารสีฉูดฉาด -รับประทานอาหารที่หา มาได้เอง เช่น ผักริมรั้ว ตกปลาเอง	-รับประทานผักแก่ลัดทุก วัน นิยมตามเทศกาลกินผัก นิยมล้าง ถ้าใส่ก่อนกินผัก -รับประทานอาหารร้อนปรุงสุกใหม่ๆ สะอาด ปราศจากสารพิษ -รับประทานอาหารเป็นเวลา ครบ 3 มื้อ สารอาหารครบ	-รับประทานผักแก่ลัด -รับประทานอาหารเป็นเวลา ครบ 3 มื้อ สารอาหารครบ แต่ด้ตามเทศกาลถือศีลอด ลقمื้ออาหาร มีการล้างถ้าใส่ทุกครั้ง -รับประทานอาหารเครื่องเทศ -ไม่รับประทานเนื้อหมู รับประทานเนื้อสัตว์อื่น
พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพจิตและจิตวิญญาณ	-ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวแน่นแฟ้น -มีจิตใจแจ่มใส ทำบุญกุศล ตักบาตร สักการะพระพุทธรูป ฟังสิ่งศักดิ์สิทธิ์และไสยศาสตร์ -จัดการความเครียดโดยการพูดคุย / นั่งสมาธิ	-ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวแน่นแฟ้น ประองคอง ช่วยกันทำมาหากิน -มีจิตใจสะอาด แจ่มใส บูชาวิญญาณบรรพบุรุษ นับถือเทพเจ้า / เชียน / เต่าไฟ	-ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวหิงหาอาศัย -มีจิตใจสะอาด แจ่มใส ใช้หลักปฏิบัติศรัทธาต่อพระเจ้า เชื่อในอัลเลาะห์ ไม่เชื่อทางไสยศาสตร์ โดยผสมผสานคติความเชื่อท้องถิ่นของศาสนา

ตาราง 1 (ต่อ)

พฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพ	วัฒนธรรม		
	ไทยพุทธ	ไทยจีน	ไทยมุสลิม
พฤติกรรมด้านการดูแล สุขภาพจิตและจิต (ต่อ)		-รับการเผยแพร่ศาสนา -จัดการความเครียดโดยพึ่ง ตนเอง/พึ่งทางการทรงเจ้า	อื่นกับศาสนาคน -จัดการความเครียดโดย หักผ่อนกับเพื่อน-ญาติ
พฤติกรรมด้านความ ปลอดภัย	-ป้องกันอุบัติเหตุโดยไม่ ประมาท	-ป้องกันอุบัติเหตุโดยไม่ ประมาท	-ป้องกันอุบัติเหตุโดยไม่ ประมาท
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	-การออกกำลังกายการ เดินอย่างสม่ำเสมอ	-การออกกำลังกายการรำ มวยจีน การเดินสม่ำเสมอ	-การออกกำลังกายการ เดินอย่างสม่ำเสมอ
พฤติกรรมด้านอนุรักษ์ ฟื้นฟูสวล.ฯ	-มีสำนึกต่อส่วนรวม รวมกลุ่มจัดเขตอนุรักษ์ แหล่งน้ำ ต้นไม้ สถานที่ ท่องเที่ยวทางทะเล -เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ	-มีสำนึกต่อส่วนรวม รวมกลุ่มจัดเขตอนุรักษ์ แหล่งน้ำ ต้นไม้ สถานที่ ท่องเที่ยวทางทะเล -เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ	-มีสำนึกต่อส่วนรวม รวมกลุ่มจัดเขตอนุรักษ์ แหล่งน้ำ ต้นไม้ สถานที่ ท่องเที่ยวทางทะเล -เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ
พฤติกรรมการใช้ สมุนไพร / ผลิตภัณฑ์	-ใช้สมุนไพรไทย ส่งเสริม การผลิตกับกลุ่มแม่บ้าน	-ใช้สมุนไพรจีน ส่งเสริม การผลิตกับครอบครัว นำ มาเผยแพร่	

5. ปรัชญาและแนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

5.1 การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology)

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เป็นการศึกษาที่อธิบายถึงลักษณะทั่วไปที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์ หรือสิ่งที่เกิดขึ้น หรือประสบการณ์ชีวิต (Merleau-Ponty, 1962) ที่เป็นไปในแต่ละวัน เป็นการศึกษาถึงแก่นแท้ เนื้อแท้ ตลอดจนสาระสำคัญของสิ่งที่มองเห็น เป็นศาสตร์ที่ว่าด้วยการสืบสวนที่เฉพาะ ไปที่ขอบเขตความรู้ของประสบการณ์ในแต่ละบุคคล ซึ่งถูกจำกัดโดยวัตถุสิ่งของ บุคคล และเหตุการณ์ที่เผชิญ และนอกจากนี้ยังเป็นการอธิบายปรากฏการณ์อย่างตรงไปตรงมา ด้วยความรู้สึกลึกซึ้งจากประสบการณ์ที่ไม่จำเป็นต้องอาศัยทฤษฎี และไม่จำเป็นต้องตั้งสมมติฐานไว้ก่อน (Herbert and Spiegelberg, 1965 ; Schutz, 1970) ซึ่งมีแนวคิดที่แตกต่างไปจากมุมมองทางวิทยาศาสตร์ คือมุ่งเน้นในการให้ความหมาย และการทำความเข้าใจกับการเกิดขึ้นของปรากฏการณ์เฉพาะ ให้ความสำคัญกับประสบการณ์ชีวิตของบุคคล มีการค้นหาสาระสำคัญของปรากฏการณ์

ตามธรรมชาติในทุก ๆ ประเด็นว่า ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความหมายต่อบุคคลอย่างไร มากกว่า การอธิบาย และทำนายเหตุการณ์ การศึกษาทางปรากฏการณ์วิทยาจึงเป็นระบบของการแปลความหมายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นทั้งปรัชญา และวิธีการวิจัย (Streubert and Carpenter, 1995) การศึกษา เพื่อให้เข้าใจพฤติกรรมของบุคคลต้องศึกษาบริบทที่บุคคลนั้น ๆ อาศัยอยู่ เพื่อให้เข้าใจถึงการให้คุณค่า และการให้ความหมายต่อสิ่งนั้น ๆ เพราะฉะนั้นการที่ผู้วิจัยจะเข้าใจประสบการณ์ของบุคคล ต้องเข้าใจถึงหลักของภาษา และวัฒนธรรมของบุคคลเหล่านั้นด้วย เนื่องจากบุคคลเป็นผู้รวบรวมประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอภิปรัชญา และมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลในอนาคตต่อไปด้วย (Leonard, 1994)

5.2 ลักษณะการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ขั้นตอนของการพัฒนาการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา 6 ขั้นตอน (Spiegelberg: 1965) ซึ่งเป็นวิธีการที่ได้มีการนำไปประยุกต์ใช้ในการศึกษา ตามความเชื่อในแนวปรัชญา ปรากฏการณ์ที่นิยมแพร่หลาย ประกอบด้วย

1. การศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive phenomenology) เป็นการศึกษาที่เน้นการบรรยายปรากฏการณ์ที่เห็นภาพโดยรวม ด้วยการวิธีการสืบสวน สังเกต การวิเคราะห์ และบรรยายปรากฏการณ์นั้น ๆ ในหลายแง่มุม ไม่ได้มองเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง และปราศจากแนวคิดหรือสมมติฐานล่วงหน้า

2. การศึกษานัยสาระสำคัญ (Essential Phenomenology) เป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ และเจาะลึกไปในปรากฏการณ์เฉพาะที่มีความสำคัญ เพื่อได้รับรู้ถึงโครงสร้าง และความสัมพันธ์ในปรากฏการณ์นั้น ๆ

3. การศึกษาปรากฏการณ์ตามที่ปรากฏ (Phenomenology of Appearances) เป็นการศึกษาที่ให้ความสนใจ หรือเฝ้าดูการเกิดขึ้นของปรากฏการณ์ หรือเพื่อให้เกิดความกระจ่างชัดในปรากฏการณ์ที่ศึกษานั้น ในสถานที่ต่างกัน

4. การศึกษาโครงสร้างของปรากฏการณ์ (Constitutive Phenomenology) เป็นการศึกษาสำรวจถึงรายละเอียดที่ปรากฏการณ์นั้นเกิดขึ้นอย่างมีสติระมัคระวัง เพื่อให้ได้รู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้น ๆ

5. การศึกษาส่วนย่อยของปรากฏการณ์ (Reductive Phenomenology) เป็นการจัดแยกความเชื่อที่ได้จากการศึกษาในความเป็นจริงของปรากฏการณ์นั้น ๆ เอาไว้ และตรวจสอบความเที่ยงตรงของการศึกษา ในลักษณะที่เรียกว่า bracketing

6. การศึกษาความหมายปรากฏการณ์ (Hermeneutic Phenomenology) เป็นการ

ค้นหาความหมาย และตีความ (interpreting) ตามความหมายของปรากฏการณ์นั้น ซึ่งยังไม่เคยพบมาก่อน ซึ่งเป็นจุดเน้นของการศึกษาปรากฏการณ์ในปัจจุบัน

5.3 การประยุกต์วิธีการแก้ปัญหา (Application of Approach)

บทบาทของนักวิจัย (Role of research) เสมือนเป็นการอธิบายประสบการณ์ โดยการแปลงข้อมูลของผู้ถูกวิจัย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนในการแปลงประสบการณ์ที่พบเป็นภาษา ดังนี้ (Reinharz; 1983)

1. แปลงสิ่งที่พบ หรือเห็น หรือเปลี่ยนประสบการณ์ให้ออกมาเป็นภาษาพูด ซึ่งนักวิจัยมีการคิดปฏิสัมพันธ์ให้เป็นคำพูดและเสริมสร้างโอกาสที่จะให้มีการแบ่งปันประสบการณ์ระหว่างกัน

2. แปลงสิ่งที่ได้เห็น และได้ยิน แล้วทำความเข้าใจในประสบการณ์เดิม ตั้งแต่คนที่ไม่มีประสบการณ์เลย และอะไรที่ทำให้คนอื่น ๆ มีประสบการณ์ โดยตัวนักวิจัยจะต้องมีความไว้วางใจผู้ร่วมวิจัย (participants) ซึ่งเป็นบุคคลที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาประสบการณ์เฉพาะเหล่านั้น ในการวิจัยเชิงคุณภาพมักใช้ประสบการณ์ร่วมกันระหว่างนักวิจัย และผู้ร่วมวิจัย

3. ทำความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ภายใต้การสอบสวนตามลำดับขั้นของแนวความคิดว่า อะไรเป็นแก่นสำคัญของประสบการณ์เดิมเหล่านั้น

4. แปลงแก่น หรือสาระสำคัญ แล้วนำมาเขียนเป็นข้อความ ซึ่งข้อมูลบางส่วนอาจจะคงอยู่ หรือสูญหายไป อย่างไรก็ตามจึงควรที่จะมีการทบทวนจากผู้ร่วมวิจัยด้วย เพื่อที่จะเป็นเครื่องมือบอกถึงความถูกต้องของข้อมูลป้องกันไม่ให้มีสิ่งใดเกิน หรือขาดหายไป

5. เขียนรายละเอียดภายใต้ความเข้าใจ โดยทำให้ชัดเจนในทุกขั้นตอน ในการเขียนมีการอ้างอิงจากการพรรณนาประสบการณ์อย่างครอบคลุม และละเอียด ที่จะแสดงถึงความอิมตัวของประสบการณ์ (richness of the experience) และแสดงเหมือนตนเองเป็นคนมอง

เรนนซ์ (Reinharz, 1983) แปลความทั้ง 5 ขั้นตอน โดยผู้วิจัยต้องยินยอมให้ผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในการแปลความด้วย มีความสามารถในการสื่อสารชัดเจน และทำให้ผู้วิจัยมีความสะดวก มีความชัดเจนในประสบการณ์ เพื่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยจะต้องทำหน้าที่ของคนอย่างมีประสิทธิภาพ มีการยอมรับในลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ทั้งการพูด เพศ อายุ และลักษณะนิสัย

5.4 แหล่งที่มาของข้อมูล (Data Ressource)

การเลือกตัวอย่างในการวิจัย เป็นแบบจำเพาะเจาะจง ซึ่งเป็นเรื่องที่ใช้กันทั่วไปในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา วิธีการเลือกลักษณะส่วนบุคคล สำหรับการศึกษาขึ้นอยู่กับพื้นฐานของความรู้ในเรื่องเฉพาะของปรากฏการณ์นั้น ๆ เพื่อที่จะได้มีการแลกเปลี่ยนแบ่งปันความรู้ต่อกัน

การเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงมีเงื่อนไข และเหตุผล คือ การเลือกตัวอย่างในรายที่มีข้อมูลเพียงพอที่จะทำการสัมภาษณ์ และเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้มากที่สุด และมักถูกเลือกแบบเจาะจงจากบุคคลที่สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ได้ดีตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา (Patton, 1990)

5.5 วิธีการแปลผลในการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

นับว่าการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นกระบวนการเรียนรู้ และการค้นหาความหมาย ประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ โดยที่ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายประสบการณ์ออกมา ผู้วิจัยนำข้อมูลที่นำมาให้ความหมายภายใต้คำบอกเล่า ซึ่งเป็นการอธิบายปรากฏการณ์ (descriptive phenomenology) ดังต่อไปนี้

1. สาระสำคัญของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
2. อธิบายจากการให้ความสนใจในสิ่งที่เห็น ที่เกิดขึ้นจากปรากฏการณ์นั้น ๆ เป็นการพรรณนาด้วยข้อมูลอย่างละเอียด
3. ขบวนการที่ให้รูปร่างความรู้สึกนึกคิด จากความรู้สึก รูปภาพ
4. ถลทอนข้อมูล โดยตัดส่วนที่ไม่สำคัญ หรือไม่จำเป็นออก พิจารณาถึงกลุ่มที่จะทำการสรุป กลุ่มที่ไม่ใช่จะมีการถลทอนไปจะทำให้เกิดความชัดเจน แบ่งจำพวก แบ่งประเภท เป็นรูปแบบ มองเห็นจุดที่น่าสนใจ สามารถปรับลด และเพิ่มข้อมูลใหม่ จนกระทั่งได้ผลสรุป
5. แปลองค์ความรู้อย่างเข้าใจ (Hermeneutic phenomenology) ลักษณะของวิธีการทางปรากฏการณ์วิทยาทั้ง 6 ขั้นตอน สามารถอภิปรายผลในหลายๆ ทางและในบทบาทของนักวิจัยเอง การสืบสวนข้อมูลนักวิจัยจะต้องทำด้วยความระมัดระวัง ทั้งในเรื่องทั่ว ๆ ไป และเรื่องการรักษาข้อมูล อีกประเด็นมองในมุมมองของตัวนักวิจัยร่วมด้วย

5.6 การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

โคไลซ์ซี (1978) ได้มีการอธิบายถึงขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาไว้ 9 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. นักวิจัยพรรณนาประสบการณ์ที่น่าสนใจ (Descriptive of the phenomenology of interest by the researcher)
2. นักวิจัยรวบรวมประสบการณ์ที่น่าสนใจ (Collection of subjects' description of the phenomena)

3. การอ่านข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลทุกคน ที่ได้อธิบายเกี่ยวกับประสบการณ์ (Reading all the subjects' description of the phenomena)
4. ย้อนกลับไปยังแหล่งข้อมูลเดิม และมีการคัดทอนข้อความที่ได้ (Returning the original transcripts and extracting significant statements)
5. พยายามอธิบายความหมายของแต่ละถ้อยคำอย่างมีนัยสำคัญ (Trying to spell out the meaning of each significant statements)
6. รวบรวม และสรุปความหมายในกลุ่มของ Themes ต่าง ๆ (Organizing the aggregate formalized meaning into clusters of themes)
7. เขียนอธิบายความหมายอย่างละเอียดละออ (Writing an exhaustive description)
8. กลับไปหาผู้ให้ข้อมูลเพื่อที่จะพรรณนาข้อมูลที่ได้ลงอย่างมีเหตุมีผล (Returning to the subjects for validation of the description)
9. ถ้ามีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นจากการเก็บรวบรวมข้อมูล ก็ให้อธิบายอย่างละเอียด และชัดเจน (If new data are revealed during the validations incorporating them into an exhaustive)

เครื่องมือที่สำคัญที่เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ต้องอาศัยนักวิจัย หลังจากได้ข้อมูลแล้ว การวิเคราะห์ข้อมูลจึงเริ่มตั้งแต่การฟังคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูล ตามด้วยการอ่านข้อมูล และอ่านซ้ำจนเข้าใจความหมายของข้อมูลทั้งหมด จากนั้นแยกเป็นประโยค หรือคำสำคัญ ๆ แล้วนำประโยคสำคัญมาจัดกลุ่มตั้งชื่อ และเชื่อมความสัมพันธ์ของความหมายต่าง ๆ เข้าด้วยกัน สุดท้ายอธิบายปรากฏการณ์ที่ได้ ความสำคัญของข้อมูลที่ได้จะมีคุณค่า และความน่าเชื่อถือได้นั้น มาจากคำถามที่เหมาะสม ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความบริสุทธิ์ (pure description) แต่นักวิจัยไม่ควรใส่ประสบการณ์เดิมของตัวเองลงไป และมีความซื่อสัตย์ในการเก็บข้อมูล ถ้าได้ข้อมูลไม่ครบถ้วนก็กลับไปถามซ้ำจนได้ข้อมูลอย่างครบถ้วน และเมื่อได้ข้อสรุปแล้วก็กลับไปหาความถูกต้องของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง (Struebert and Carpenter, 1995)