

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต แบบพอเพียงของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออก

Participation Action Research of the Community on Sufficiency health and quality of life in elderly, The eastern region of Thailand

เวธกา กลิ่นวิชิต^{1*} และ พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ²
Wethaka Klinwicht^{1*} and Pisit Piriyaapun²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลและศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงบนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงและหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ประเมินสถานการณ์และสภาพปัญหา กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 334 คน ประชากร 645,353 คน และผู้ดูแล 334 คน ประชากร 4,098,487 คน ในพื้นที่ภาคตะวันออก เครื่องมือของกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ แบบวัดคุณภาพชีวิตและแบบประเมินศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแลใช้แบบประเมินศักยภาพการดูแล ประกอบด้วยแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ และแบบประเมินความสามารถตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง มีเกณฑ์คัดเลือกได้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล กลุ่มละ 50 คน ใช้วิธีสนทนากลุ่ม ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลโดยผู้ใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเดียวกับขั้นตอนที่ 2 ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี ด้านร่างกาย จิตใจและสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุค่อนข้างเหมาะสม ผู้ดูแลรับรู้ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุระดับปานกลาง ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและโรคข้อ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง รูปแบบพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ใช้แผนภาพ “บ้าน” มีปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเปรียบเสมือนหน้าจั่วของบ้านยึดเหนี่ยวและนำทาง ตัวบ้าน คือ ความรู้ คุณธรรม ผู้สูงอายุ คือ ผู้อยู่อาศัยในบ้าน ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ แวดล้อมด้วยสังคมและสิ่งแวดล้อม ผลประเมินการใช้รูปแบบ พบว่า ผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต สุขภาพพอเพียง วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุ

Abstract

Objectives of this research were to assess the quality of life, self-care potential of the elderly, the potential to elderly care in caregivers and to study the guideline of sufficiency health and quality of life of the elderly based on the sufficiency economy philosophy and principles of community participation. There were PAR in 3 steps; Step 1. Assessing situations and problems. The samples consisted of 2 groups, 334 elderly aged 60 years and over were sampling from 645,353 elders' population and 334 caregivers were sampling from 4,098,487 caregiver population in the

¹ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี 20131

¹ Burapha University Hospital, Faculty of Medicine, Burapha University, Chon Buri, 20131

² ภาควิชาอายุรศาสตร์ เวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี 20131

² Department of Occupational, Family and Community Medicine, Faculty of Medicine, Burapha University, Chon Buri, 20131

*Corresponding author: e-mail: wethaka21@gmail.com

Received: 22 January 2020, Accepted: 20 February 2020, Published: 9 March 2020



eastern region of Thailand. The tools of the elderly group were the WHOQOL-BREF test and the self-care assessment. The caregiver group used the care potential assessment consisted of the health status awareness, health problems assessment of the elderly and the self-efficacy for elderly care assessment in caregiver's perspective. The statistics consisted of frequency, percentage, mean, standard deviation. Step 2. Develop the model for the development of the quality of life of the elderly. Sample selection by inclusion criteria. The elderly and caregivers of each group were 50 people. Using focus group method to develop model. Step 3. Model user evaluation. The sample groups were the same as step 2. The results of the study showed that the quality of life of the elderly was at a good level, physical health, psychological and social relationships domain were at a medium level. The environment domain was at a good level. The self-care potential of the elderly quite appropriate. The caregivers group perceived the health status of the elderly at a moderate level. Health problems of the elderly were Hypertension, Diabetes Mellitus and joint diseases. Assessment ability to elderly care in caregivers was in medium level. The model for improving the quality of life of the elderly by using the "home" diagram. There was a sufficient economy philosophy that was like the gable of the house, holding and guiding. The house was the base for knowledge and morality. The elderly were residents in the home consisted of the body, mind and spirit surrounded by society and the environment. The evaluation of model users found that the elderly and caregivers were at the highest level of satisfaction.

Keywords: quality of Life, sufficiency health, Participation Action Research, elderly

บทนำ

โครงสร้างประชากรไทยมีสัดส่วนวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น จากสถิติของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี 2552 พบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุ อยู่ที่ร้อยละ 11.8 หรือ 7.5 ล้านคน คาดการณ์ว่า ในปี 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากถึง 14.4 ล้านคน และในปี 2593 ผู้สูงอายุจะล้นเมือง และมีจำนวนมากถึงร้อยละ 27 ของพลเมืองทั้งประเทศ (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553) แนวโน้มการเพิ่มขึ้นนี้ ถือได้ว่าในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วและจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี 2568 ส่งผลให้ต้องเร่งพัฒนา ศึกษา และ วิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ พัฒนาองค์ความรู้จากการวิจัย มาสู่ การทดลองใช้รูปแบบต่าง ๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต โดยคาดหวังว่าผู้สูงอายุจะยังคงแข็งแรงและรับรู้ว่ามีคุณค่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จึงอยู่ที่การช่วยให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพทำกิจวัตรประจำวัน มากกว่ามุ่งรักษา เฉพาะโรค การบริการสุขภาพจะให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ปกป้องสุขภาพ พื้นสภาพ ควบคู่กับการดูแลรักษา (Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, 2002) ผลการศึกษางานวิจัยด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ ความรู้ สังคม จิตใจ ครอบครัวและค่านิยมที่มีความเปลี่ยนแปลงไป (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554) โดยพบว่า สาเหตุหลัก ๆ มี 3 ประการ คือ 1) ปัญหาด้านสังคม 2) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และ 3) ปัญหาด้านกายภาพของผู้สูงอายุ เมื่อต้องตกอยู่ในสภาพที่ต้องการผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวจึงต้องเข้ามามีบทบาท แต่สภาพปัจจุบันโครงสร้างของครอบครัวได้เปลี่ยนแปลงไปจากอดีต มีขนาดครัวเรือนที่ลดลง ทำให้ครอบครัวอ่อนแอจนไม่สามารถที่จะดูแลผู้สูงอายุได้ (กัญญาณัฐ, 2561) สาระสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 ได้นำระบบสุขภาพพอเพียงมาใช้พัฒนาสู่ ความมีสุขภาวะในผู้สูงอายุ นำไปปฏิบัติอย่างจริงจังและกว้างขวาง

ระบบสุขภาพพอเพียง หรือวิถีชีวิตพอเพียง หมายถึง กระบวนการพัฒนาสุขภาพไปสู่สุขภาวะ เป็น ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล มีแนวคิด พื้นฐาน 2 ประการ คือ แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และ สังคมแห่งสุขภาวะ ที่สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี

โดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน นอกจากนั้น การพัฒนาระบบบริการต้องคำนึงถึงทั้งความต้องการและความพร้อมของการให้บริการควบคู่กัน โดยการประเมินสถานการณ์และสภาพปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ส่วนใหญ่ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (นริศรา และฐาศุภกร, 2550) ชุด 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF) โดยสุวัฒน์ และคณะ (2541) นำมาแปลเป็นภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และแบบอัตตวิสัย (Self-report subjective) ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราวัด 5 ระดับ มีองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สำหรับการวัดคุณภาพชีวิตในเชิงหลักการแล้ว ควรวัดทั้งแบบภาวะวิสัย และแบบอัตตวิสัย เนื่องจากการวัดทั้งสองวิธีมีจุดแข็งและจุดอ่อนแตกต่างกัน กล่าวคือ การวัดแบบภาวะวิสัยเป็นการประเมินทางตรงจากการสังเกตสภาวะทางกาย พฤติกรรม และลักษณะของบุคคลซึ่งตัดสินใจโดยตนเองจากข้อมูลที่เป็นจริง (ศรีเมือง, 2552 อ้างจาก Flynn and Frantz, 1987) ส่วนการวัดแบบอัตตวิสัยเป็นการประเมินตนเองด้วยการบรรยายความรู้สึก ความพึงพอใจชีวิตของตนเอง และบอกถึงสภาพที่เป็นอยู่ แนววิธีการวัดแบบนี้จะได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือต่อยกวาวิธีแรก แต่เป็นการวัดที่มีประสิทธิภาพสูงเพราะข้อมูลสามารถสะท้อนความรู้สึกของผู้ตอบได้เป็นอย่างดี (Lee, 2008) ร่วมกับการประเมินศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เป็นข้อมูลนำเข้าไปใช้เป็นโจทย์ประเด็นปัญหาของผู้สูงอายุตามบริบทของชุมชนสู่กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ซึ่งคณะผู้วิจัยนำระบบสุขภาพพอเพียงและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิดทฤษฎีเศรษฐกิจพอเพียง ของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร รัชกาลที่ 9 มาเป็นกรอบการพัฒนาและแก้ปัญหาสุขภาพ การส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุ มีชีวิตเป็นสุข ต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมใจ การปฏิบัติอย่างจริงจัง จากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เริ่มต้นตั้งแต่ตัวผู้สูงอายุเอง บุคคลในครอบครัว สังคม ตลอดจนหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถาบันครอบครัวควรตระหนักถึงบทบาท และความสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สำคัญต่อครอบครัว และสังคม การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุไทย โดยนำ กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการผสมผสานการค้นหาความจริงด้วยการวิจัย (research) การปฏิบัติการ (action) ซึ่งหมายถึง กิจกรรมนำสู่การเปลี่ยนแปลง และการมีส่วนร่วม (participation) ซึ่งมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) ในทุกขั้นตอน เป็นผู้ร่วมกำหนดปัญหาและความต้องการสร้างเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังเพื่อป้องกันโรคของผู้สูงอายุในชุมชนเอง ดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาแนวทางแก้ปัญหา แลกเปลี่ยนความเห็นระหว่างกัน เพื่อให้ได้ข้อสรุปต่าง ๆ ในแต่ละขั้นตอน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะค่อย ๆ เรียนรู้ร่วมกัน ร่วมกันวางแผน กำหนดการดำเนินงาน พร้อมทั้งปฏิบัติตามแผน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ดำเนินการได้ตรงตามความต้องการ ใช้ภูมิปัญญาและทุนที่มีอยู่สู่การพัฒนาระบบสุขภาพพร้อมน้อมนำแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงลงสู่ชุมชนและท้องถิ่นอย่างได้ผล มีประสิทธิภาพทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีสุขภาวะที่ดีและอยู่ได้อย่างพอเพียง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินคุณภาพชีวิต และศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงและหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย

ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: ประเมินสถานการณ์และสภาพปัญหา เป็นขั้นตอนการสำรวจสภาพปัญหาและประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประชากร เป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งสิ้น 4,743,840 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกของไทย 645,353 คน

2) กลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวและแกนนำในชุมชน อาศัยในจังหวัดเขตพื้นที่ภาคตะวันออก 4,098,487 คน(ข้อมูลสถิติประชากรและบ้าน จำนวนประชากรแยกอายุ จากระบบสถิติทางทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ปี พ.ศ. 2560)

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดจากตารางเครซี่และมอร์แกน จำนวนประชากร 4,743,840 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 384 คน เก็บข้อมูลได้จริง กลุ่มละ 334 คน คิดเป็นร้อยละ 86.98 สุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ระดับจังหวัดในภาคตะวันออก 7 จังหวัด ได้แก่ ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ปราจีนบุรี และสระแก้ว สุ่มได้ 3 จังหวัด คือ ชลบุรี จันทบุรี และสระแก้ว ระดับอำเภอ และระดับชุมชน ได้เทศบาลในแต่ละอำเภอ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลจำแนกตามจังหวัดและชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ

ชุมชน/จังหวัด	ประชากรผู้สูงอายุ			กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ	ประชากรผู้ดูแล	กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล
	รวม	ชาย	หญิง			
เทศบาลเมืองแสนสุข/จังหวัดชลบุรี	6,701	2,727	3,974	164	39,724	165
เทศบาลเมืองจันทบุรี/จังหวัดจันทบุรี	4,244	1,801	2,443	104	19,004	114
เทศบาลเมืองสระแก้ว/จังหวัดสระแก้ว	2,621	1,198	1,423	66	15,448	55
รวม	13,566	5,726	7,840	334	74,176	334

(ข้อมูลสถิติประชากรและบ้าน จำนวนประชากรแยกอายุ จากระบบสถิติทางทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ปี พ.ศ. 2560)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขั้นตอนที่ 1 ใช้เครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่

1) แบบวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ (2541) นำมาแปลเป็น ภาษาไทย เรียกว่า คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทยชุดย่อ 26 ตัวชี้วัด ลักษณะของแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นมาตรวัด 5 ระดับ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีข้อคำถาม 26 ข้อ ประกอบด้วย 2 ข้อคำถามที่เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพ โดยรวม ส่วนอีก 24 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน เพื่อให้ทราบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมและแต่ละด้าน

2) แบบประเมินศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เป็นการประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในประเด็นดังกล่าว

2. กลุ่มผู้ดูแล ใช้แบบประเมินศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 1) แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) แบบประเมินปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) แบบประเมินความสามารถตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ทราบถึงความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ทำการแก้ไขและปรับปรุงก่อนนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี 30 คนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Alpha coefficient) ของครอนบาค (Cronbach, 1970) แบบประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.93 และ แบบประเมินศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87

ขั้นตอนที่ 2: พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออก ในชุมชนที่ได้รับการสุ่มจากขั้นตอนที่ 1 จำนวน 13,566 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้รับการสุ่มจากขั้นตอนที่ 1 จำนวน 74,176 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล จากประชากร ในชุมชนที่ได้รับการสุ่มจากขั้นตอนที่ 1 ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน กลุ่มละ 50 คน เข้าสู่กระบวนการสนทนากลุ่ม โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามจำนวนครั้งของการนัดหมายทำกิจกรรมสนทนากลุ่มและการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจกระบวนการกลุ่มต่าง ๆ ได้ 3) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ

ใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (focus group) เปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระหาข้อสรุป แนวทางและรูปแบบตอบสนองความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นำไปทดลองปฏิบัติ ให้สามารถใช้จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามกระบวนการดังต่อไปนี้

1. ร่วมศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา จากการนำผลการศึกษารายงานขั้นตอนที่ 1 ให้กลุ่มรับทราบ และเปิดโอกาสให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นที่ต้องการพัฒนา โดยใช้กรอบปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาบูรณาการกับแนวคิดการดูแลตนเอง

2. ร่วมวางแผน โดยการให้กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลช่วยกันคิดวิธีการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามประเด็นดังกล่าวตามที่เขาสามารถปฏิบัติได้จริงและเห็นว่ามีความสำคัญ

3. ร่วมดำเนินการ โดยการกำหนดให้กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลรับผิดชอบในประเด็นต่าง ๆ คิดกิจกรรมและลงมือไปปฏิบัติพร้อมบันทึกผล แล้วนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการติดตามประเมินผลต่อไป

4. ร่วมติดตามประเมินผล ใช้วิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เล่าประสบการณ์การดำเนินการตามที่วางแผนไว้ และช่วยกันคิดภาพรวมของรูปแบบร่วมกัน

5. ร่วมสรุปผลการดำเนินการ นำรูปแบบที่ช่วยกันคิดมาปรับปรุงร่วมกัน และแสดงความคิดเห็นรวมทั้งตั้งชื่อรูปแบบ และประเมินผลความพึงพอใจของการใช้รูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ใช้เครื่องมือ แบบบันทึกผลการสนทนากลุ่ม ระหว่างผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ดูแล โดยมีองค์ประกอบของการพัฒนาคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน กับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ขั้นตอนที่ 3: การประเมินผลโดยผู้ใช้รูปแบบ

ประเมินผลการใช้รูปแบบโดยประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบ 4 ด้าน คือ ด้านความครบถ้วนสมบูรณ์ของรูปแบบ ด้านความสามารถนำไปใช้ของรูปแบบ ด้านความสะดวกในการนำไปใช้ และด้านความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการใช้งาน

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มเดียวกันกับขั้นตอนที่ 2

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ความตรงตามเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ทำการแก้ไขและปรับปรุงก่อนนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี 30 คนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Alpha coefficient) ของครอนบาค (Cronbach, 1970) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.88

จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขรับรองที่ 117/2560 โดยมีการกำหนดแนวปฏิบัติ เพื่อเข้าสอบถามข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยป้องกันอันตราย คำนึงถึงสิทธิประโยชน์ ความถูกต้องและการเปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และฝึกอบรมเจ้าหน้าที่วิจัยเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ ดังนี้ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1: ประเมินสถานการณ์และสภาพปัญหา

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64) อายุเฉลี่ย 66.34 ± 8.97 ปี อาชีพ ค้าขาย (ร้อยละ 34) การศึกษา มัธยม/ปวช. (ร้อยละ 46) ศาสนา พุทธ (ร้อยละ 82) สถานภาพ คู่ (ร้อยละ 46) ลักษณะครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 56) รายได้ต่อเดือน เฉลี่ย $8,436.66 \pm 5,640.35$ บาท รายได้ครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย $14,843.25 \pm 6,318.44$ บาท ส่วนใหญ่ ไม่เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 52) และมีหนี้สิน (ร้อยละ 60) สิทธิรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่เป็น บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 58)

2. ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.28) อายุเฉลี่ย 44.45 ± 6.24 ปี อาชีพ รับจ้าง (ร้อยละ 54.19) การศึกษา มัธยม/ปวช. (ร้อยละ 36.23) ศาสนา พุทธ (ร้อยละ 91.02) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 37.72) ครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 60.49) รายได้ต่อเดือน เฉลี่ย $8,720.16 \pm 4,763.29$ บาท รายได้ครอบครัวต่อเดือน เฉลี่ย $15,154.32 \pm 4,218.27$ บาท ส่วนใหญ่ ไม่เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 44.31) สิทธิรักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 50) ระยะเวลาดูแลเฉลี่ย 5.06 ± 4.17 ปี ไม่เคยฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 65.27) ไม่เคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 61.68)

3. ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 44.01 ระดับปานกลางร้อยละ 41.92 ไม่ดี ร้อยละ 14.07 จำแนกรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม ระดับปานกลางร้อยละ 53.90, 55.99 และ 53.90 ตามลำดับ ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับ ดี ร้อยละ 76.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำแนกรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวม

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต N=334					
	ระดับไม่ดี		ระดับปานกลาง		ระดับดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย	47	14.07	180	53.90	107	32.03
ด้านจิตใจ	7	2.09	187	55.99	140	41.92
ด้านสัมพันธ์ทางสังคม	47	14.07	180	53.90	107	32.03
ด้านสิ่งแวดล้อม	47	14.07	33	9.88	254	76.05
ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม	47	14.07	140	41.92	147	44.01

(ข้อมูลสถิติประชากรและบ้าน จำนวนประชากรแยกอายุ จากระบบสถิติทางทะเบียน กระทรวงมหาดไทย ปี พ.ศ. 2560)

4. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำแนกรายด้าน ดังนี้ ด้านร่างกาย ระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.18$, $SD=0.82$) ด้านจิตใจ ในระดับ ปานกลาง ($\bar{x}=3.42$, $SD=0.62$) ด้านสัมพันธ์ทางสังคม ระดับ ปานกลาง ($\bar{x}=3.47$, $SD=0.66$) ด้านสิ่งแวดล้อม ระดับ ดี ($\bar{x}=3.54$, $SD=0.83$) ด้านทั่วไป ระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.08$, $SD=0.83$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามแบบสอบถาม WHOQOL-BREF-THAI

ข้อ	คุณภาพชีวิต	\bar{X}	SD	ระดับ
	ด้านร่างกาย	3.18	0.82	ปานกลาง
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักน้อยเพียงใด	3.05	1.00	ปานกลาง
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)	2.89	.098	ปานกลาง
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักน้อยเพียงใด	3.25	0.78	ปานกลาง
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	3.38	0.75	ปานกลาง
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากนักน้อยเพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	3.32	0.73	ปานกลาง
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากนักน้อยเพียงใด	3.20	0.69	ปานกลาง
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด	3.20	0.66	ปานกลาง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อ	คุณภาพชีวิต	\bar{X}	SD	ระดับ
	ด้านจิตใจ			
		3.42	0.62	ปานกลาง
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต(เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด	3.36	0.71	ปานกลาง
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด	3.45	0.54	ปานกลาง
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยเพียงใด	3.52	0.54	ดี
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม	3.55	0.54	ดี
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยเพียงใด	3.41	0.65	ปานกลาง
23	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยเพียงใด	3.20	0.66	ปานกลาง
	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3.47	0.66	ปานกลาง
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างที่ผ่านมาเพียงใด	3.52	0.73	ดี
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ เพียงใด	3.68	0.47	ดี
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน(หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศแล้วท่านมีวิธีการให้ผ่อนคลายรวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)	3.20	0.66	ปานกลาง
	ด้านสิ่งแวดล้อม	3.54	0.83	ดี
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน	3.68	0.47	ดี
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด	3.79	0.41	ดี
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด	3.45	1.10	ปานกลาง
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด	3.42	1.10	ปานกลาง
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด	3.75	0.83	ดี
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายความเครียดมากน้อยเพียงใด	3.81	0.81	ดี
21	สภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด	3.18	0.65	ปานกลาง
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน(หมายถึงการคมนาคม) เพียงใด	3.20	0.66	ปานกลาง
	คุณภาพชีวิตโดยรวม	3.08	0.83	ปานกลาง
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด	2.96	0.95	ปานกลาง
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่)อยู่ในระดับใด	3.20	0.66	ปานกลาง

5. ผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในด้านต่าง ๆ ดังนี้
 ด้านรับรู้และจัดการสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ในรอบ 6 เดือน ร้อยละ 96 และ 1 ปีที่ผ่านมาเคยนอนในโรงพยาบาล ร้อยละ 62 เฉลี่ย 2.56±4.23 ครั้ง/ปี สาเหตุสำคัญ 3 ลำดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26 เบาหวาน ร้อยละ 22 และพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 12 ส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 32 ตีมือเครื่องตีมือแอลกอฮอล์เป็นครั้งคราว ร้อยละ 38 อุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดภายในบ้าน ร้อยละ 56 คำแนะนำสุขภาพได้จากสื่อวิทยุ โทรทัศน์และเอกสารสิ่งพิมพ์ ร้อยละ 66 สิทธิรักษาพยาบาลประกันสุขภาพ ร้อยละ 58 เมื่อเจ็บป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 48 และการดูแลตนเองดีที่สุด ร้อยละ 44

ด้านโภชนาการ พบว่า อาหารที่รับประทานบ่อยที่สุด คือ ประเภทต้ม นึ่ง อบ ร้อยละ 52 ใน 1 สัปดาห์ทานผักบ่อยครั้ง (3-4 วัน) ร้อยละ 52 ส่วนใหญ่ทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด บ่อยครั้ง (3-4วัน) ร้อยละ 56และขนมหวานบ่อยครั้ง (3-4วัน) ร้อยละ 40 ทานตรงเวลาเป็นประจำ(5-7วัน) ร้อยละ 58 มักทานอาหารจุกจิก มากกว่า 3 มื้อ บ่อยครั้ง (3-4วัน) ร้อยละ 34 ชอบเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ นิยมดื่มบ่อยครั้ง (3-4 วัน) ร้อยละ 44

ด้านการขับถ่าย พบว่า ส่วนใหญ่ ขับถ่าย ทุก 1-2 วัน ร้อยละ 30 อุจจาระส่วนมากไม่แข็ง/สีเหลือง/กลิ่นเหม็น ร้อยละ 34 เคยถ่ายลำบากหรือควบคุมไม่ได้ บางครั้ง ร้อยละ 34 และเคยปัสสาวะลำบากหรือควบคุมไม่ได้ บางครั้ง ร้อยละ 42

ด้านการออกกำลังกาย พบว่า ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ร้อยละ 36 ครั้งละ 15-19 นาที ร้อยละ 42 นิยมการเดินหรือวิ่งเหยาะ ๆ ร้อยละ 36 เมื่อออกกำลังกายแล้วรู้สึกเหนื่อยมาก หรือเคยเป็นลมหมดสติ เป็นบางครั้ง ร้อยละ 32

ด้านการพักผ่อนนอนหลับ พบว่า ส่วนใหญ่นอนเวลา 20.00-22.00 น. ร้อยละ 42 ตื่นนอนก่อนเวลา 06.00 น. ร้อยละ 48 นอน 5-7 ชั่วโมง/วัน ร้อยละ 34 ต้องใช้ยาช่วยนอนหลับ เป็นบางครั้ง(1-2วัน) ร้อยละ 50 ฝันร้ายเป็นบางครั้ง(1-2วัน) ร้อยละ 44



ด้านสติปัญญาและการรับรู้ พบว่า ส่วนใหญ่ คิดว่าตัวเองเป็นคนขี้หลงขี้ลืม ร้อยละ 80 มีปัญหาสายตา ร้อยละ 60 สวมแว่นตา ร้อยละ 52 รู้สึกว่าตัวเองไม่สามารถจัดการและตัดสินใจอะไรได้ ร้อยละ 56 และ จดจำสิ่งต่าง ๆ ยากขึ้น ร้อยละ 56

ด้านรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์ พบว่า ส่วนใหญ่ ไม่มีความสุขและเศร้าหมองเป็นบางครั้ง ร้อยละ 52 รู้สึกว่าสามารถจัดการกับสิ่งที่ทำให้รำคาญใจได้บ่อยครั้ง ร้อยละ 48 และหมดหวังในชีวิต เป็นบางครั้ง ร้อยละ 44

6. ผลประเมินศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม ภาพรวมระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.49$, $SD=0.66$) มีศักยภาพระดับดี 3 ลำดับแรก คือ มีคนใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ($\bar{X}=3.62$, $SD=0.53$) คนในครอบครัวบอกว่าอยู่ได้ทุกวันนี้เพราะตัวของผู้สูงอายุ ($\bar{X}=3.60$, $SD=0.51$) และการเป็นผู้จัดการและตัดสินใจแก้ปัญหาส่วนใหญ่ของครอบครัว ($\bar{X}=3.60$, $SD=0.53$)

7. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้ดูแล ภาพรวม อยู่ระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=3.18$, $SD=0.69$) รายด้าน พบว่า ด้านที่อยู่ในระดับ ดีมาก คือ การยอมรับความเจ็บป่วย ($\bar{X}=4.79$, $SD=0.58$) ด้านที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ความตระหนัก/ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ ($\bar{X}=4.04$, $SD=0.65$) และทัศนคติต่อการไปรับการรักษาจากแพทย์ ($\bar{X}=3.83$, $SD=0.77$) และระดับที่ต่ำสุด คือ แนวโน้มสุขภาพ ระดับ ปานกลาง ($\bar{X}=2.87$, $SD=0.54$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (N=334)

ข้อ	การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	\bar{X}	SD	ระดับ
	ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน	2.88	0.78	ปานกลาง
1	ท่านพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ครั้งล่าสุด แพทย์บอกว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพดีมาก	2.74	0.89	ปานกลาง
2	ผู้สูงอายุคนอื่น ๆ ที่ท่านรู้จักส่วนใหญ่มีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแล	3.57	0.89	ไม่ดี
3	ท่านคิดว่าปัจจุบันผู้สูงอายุในความดูแลของท่านรู้สึกสบายกว่าเมื่อก่อน	3.82	0.83	มาก
4	ตอนนี้ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลป่วยเป็นโรคอะไรบางอย่าง	4.59	0.79	แย่มาก
5	ตอนนี้ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง สมบูรณ์เหมือนเมื่อก่อน	4.25	0.83	ไม่ดี
6	ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่ดูแลมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงเหมือนคนอื่น ๆ ที่ท่านรู้จัก	3.68	0.81	มาก
7	ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงดีมาก	2.75	0.69	ปานกลาง
8	ท่านรู้สึกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลตอนนี้มีภาวะสุขภาพที่ย่ำแย่มาก	3.50	0.89	ปานกลาง
9	แพทย์บอกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีภาวะสุขภาพไม่ดี	3.56	0.79	ไม่ดี
10	ท่านรู้สึกว่าปัจจุบันนี้ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีสุขภาพที่ดีเท่าที่จะสามารถได้แล้ว	3.80	0.83	มาก
	ภาวะสุขภาพในอดีต	2.94	0.68	ปานกลาง
11	ที่ผ่านมาผู้สูงอายุที่ดูแลต้องนอนขมดิดเตียงตลอดเวลาเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย	4.14	0.67	ไม่ดี
12	ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเคยเจ็บป่วยมาก ๆ จนท่านคิดว่าผู้สูงอายุนั้นจะเสียชีวิตแล้ว	3.94	0.65	ไม่ดี
13	ผู้สูงอายุที่ท่านดูแล ไม่เคยเจ็บป่วยเลยมาเป็นระยะเวลาาน	3.16	0.65	ปานกลาง
14	ผู้สูงอายุที่ท่านดูแล ไม่เคยเจ็บป่วยอาการหนักที่ต้องนอนโรงพยาบาลเลย	3.17	0.61	ปานกลาง
	ความต้านทาน/ความอ่อนแอ	2.99	0.78	ปานกลาง
15	ผู้สูงอายุที่ท่านดูแลดูเหมือนว่าจะเจ็บป่วยง่ายกว่าผู้สูงอายุคนอื่น	4.28	0.81	ไม่ดี
16	ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ได้ง่ายกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแล	3.81	0.85	ไม่ดี
17	ร่างกายของผู้สูงอายุที่ดูแลมีความต้านทานต่อการเจ็บป่วยได้ดีมาก	3.57	0.55	ดี
18	เมื่อมีความเปลี่ยนแปลงบางอย่างผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมักมีอาการเจ็บป่วยง่าย	4.27	0.75	ไม่ดี
	แนวโน้มสุขภาพ	2.87	0.54	ปานกลาง
19	ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลจะดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในขณะนี้	2.82	0.59	ปานกลาง
20	ท่านคิดว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยได้ในอนาคต	3.89	0.62	ไม่ดี
21	ในอนาคตอันใกล้นี้คาดว่าผู้สูงอายุน่าจะมีสุขภาพดีขึ้นมากกว่าผู้สูงอายุคนอื่น	2.36	0.62	ปานกลาง
22	ท่านคาดว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลจะมีภาวะสุขภาพที่ดีมาก	3.01	0.63	ปานกลาง
23	ผู้สูงอายุที่ท่านรู้จักคาดว่าเขาน่าจะมีปัญหาสุขภาพน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแล	3.88	0.65	ไม่ดี
24	ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลจะแข็งแกร่งกว่าในปัจจุบันที่เป็นอยู่	3.94	0.59	ไม่ดี

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อ	การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	\bar{X}	SD	ระดับ
	ความตระหนัก/ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ			
25	ท่านไม่เคยรู้สึกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเลย	3.11	0.59	ปานกลาง
26	ท่านกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุที่ดูแลมากกว่าผู้ดูแลคนอื่น ๆ ในชุมชน	4.23	0.58	ไม่ดี
27	ท่านมีความกังวลใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเสมอ	4.21	0.55	ไม่ดี
28	ผู้ดูแลคนอื่นมีความกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุของเขามากกว่าท่าน	3.17	0.53	ปานกลาง
การยอมรับความเจ็บป่วย		3.28	0.75	ปานกลาง
29	การเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของผู้สูงอายุที่ท่านดูแล	4.87	0.55	ดีมาก
30	ท่านยอมรับได้ว่าผู้สูงอายุที่ท่านดูแลกำลังเข้าสู่ภาวะความเจ็บป่วย	4.65	0.62	ดีมาก
31	ท่านพยายามหลีกเลี่ยงไม่รับรู้อาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่าน	2.24	0.98	ปานกลาง
32	เมื่อผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเจ็บป่วยท่านจะไม่บอกใครและจะเก็บไว้เป็นความลับ	1.88	0.96	ไม่ดี
33	เมื่อผู้สูงอายุที่ท่านดูแลเจ็บป่วยท่านพยายามทำเหมือนว่าผู้สูงอายุนั้นปกติดี	1.66	0.74	ไม่ดี
34	เมื่อผู้สูงอายุที่ดูแลเจ็บป่วยท่านพยายามต่อสู้กับการเจ็บป่วยนั้นร่วมกับเขา	4.37	0.65	ดี
ทัศนคติต่อการไปรับการรักษาจากแพทย์		3.83	0.77	ดี
35	ท่านไม่ชอบการพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์	2.57	0.66	ปานกลาง
36	ท่านไม่เคยรู้สึกรำคาญหากต้องพาผู้สูงอายุที่ท่านดูแลไปพบแพทย์	3.95	0.77	ดี
ภาพรวม		3.18	0.69	ปานกลาง

8. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแลส่วนใหญ่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 76.39) เบาหวาน (ร้อยละ 70.03) และ ข้อเสื่อม เกาต์ รูมาตอยด์ ปวดข้อ (ร้อยละ 55.17)

9. ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีปัญหาสุขภาพภายใน 1 ปี ตามการรับรู้ของผู้ดูแล ส่วนใหญ่ คือ เรื่อง การมองเห็น (ร้อยละ 56.23) รองลงมา คือ หกล้ม (ร้อยละ 50.13) และ ปัญหาการได้ยิน (ร้อยละ 44.56)

10. การประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ภาพรวม ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 6.31 รายด้าน พบว่า ด้านการควบคุมความไม่พอใจในการเป็นผู้ดูแล มีค่าคะแนนเฉลี่ย 7.10 อยู่ในระดับ ดี ด้านที่คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการผ่อนคลาย คะแนนเฉลี่ย 5.73 อยู่ในระดับปานกลาง

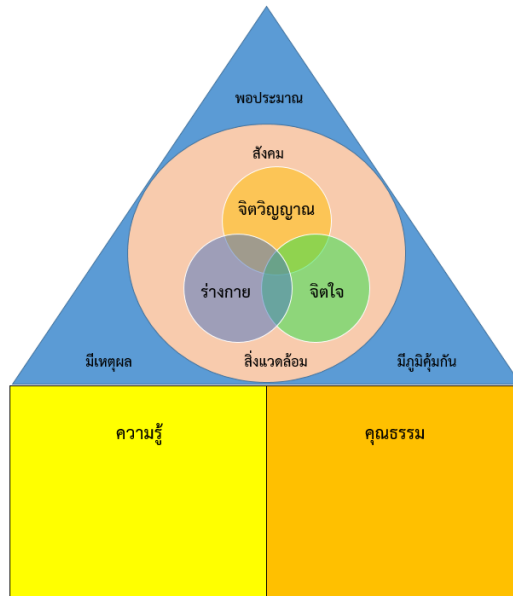
ขั้นตอนที่ 2: พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุไทย ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ใช้แนวคิดของสถาบันที่มีสิ่งยึดเหนี่ยวและนำทาง ที่เปรียบเสมือนหน้าจั่วของบ้าน เป็นหลักปรัชญาแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร รัชกาลที่ 9 โดยอยู่บนตัวบ้านที่มีฐานของความรู้ คุณธรรม โดยผู้สูงอายุเปรียบเสมือนผู้อยู่อาศัยภายในบ้าน ที่ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ที่แวดล้อมด้วยสังคมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นในการสร้างและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึงกรอบแนวคิดของบ้านอันอบอุ่นเพื่อสร้างสังคมผู้สูงอายุให้มีความรัก การแบ่งปันและความเอื้อเฟื้อเอื้ออารีต่อกันเปรียบเสมือนเพื่อนบ้านที่ดี ที่มาร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ร่วมกันดังภาพที่ 1

ซึ่งพอสรุปแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียง ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่ทำ Focus group ร่วมกัน ดังนี้ คือ

1) ด้านร่างกาย ประกอบด้วย

1.1 การดูแลด้านสติปัญญาและการรับรู้ของตนเอง โดยการฝึกสมอง สติปัญญาและความจำ โดยใช้เกมส์ หรือการสนทนาการร่วมกิจกรรมของชมรมเครือข่ายที่มีความเหมาะสม โดยหมั่นประเมินสติปัญญาและการรับรู้ต่าง ๆ ของตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เช่น การวัดสายตา วัดการได้ยิน และการวัดความจำ เป็นต้น การเข้าร่วมเป็นสมาชิกเครือข่าย ชมรมในชุมชนจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และความช่วยเหลือสนับสนุนในการประเมินสติปัญญาและการรับรู้ได้



ภาพที่ 1 รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.2 การดูแลด้านโภชนาการ ให้ยึดหลักทางสายกลาง หลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการรับประทานอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ทานอาหารเฉพาะโรคที่มีประโยชน์ ช่วยเหลือกันในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรค มีที่ปรึกษาเช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือโภชนากรในสถานพยาบาล ใกล้บ้าน แพทย์ พยาบาล คอยแนะนำเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร

1.3 การดูแลด้านการออกกำลังกาย ให้เลือกออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสุขภาพของตน แสวงหาความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสม มีที่ปรึกษาเช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โภชนากรในสถานพยาบาล ใกล้บ้าน แพทย์ พยาบาล

1.4 การดูแลด้านการช้ถ่าย ให้เลือกอาหารที่มีกากใย/ เลือกกิจกรรมการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่เหมาะสม แสวงหาความรู้เกี่ยวกับอาหาร ช่วยในการช้ถ่าย/ทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับโรค/ การเคลื่อนไหวทำให้ช้ถ่ายดีขึ้น มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูล/เป็นที่พึ่งทางความรู้ด้านโภชนาการ ให้ความสำคัญกับการเลือกอาหาร/ปรุงอาหารเอง

1.5 การพักผ่อนนอนหลับ ให้เลือกพักผ่อนนอนหลับตามสภาพที่ตนเองพอใจ พึ่งเทพธรรมะ/ดนตรี/ จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการพักผ่อน การประเมินคุณภาพการนอน/จัดสภาพแวดล้อมและที่นอนให้เหมาะสมกับการพักผ่อนนอนหลับ มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูล/เป็นที่พึ่งด้านประเมินคุณภาพการนอน ให้ความสำคัญสิ่งเอื้อต่อการพักผ่อน

2) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ประกอบด้วย การดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยการยึดหลักทางสายกลาง/แบ่งปันและไม่เบียดเบียนใคร/มีเครือข่ายสังคม สร้างและฝึกความเข้มแข็งทางจิตใจและอารมณ์เสมอ/ตรวจสอบตนเอง มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจทำให้มีกำลังใจ/ ให้เวลาฟื้นฟู เป็นอาสาสมัครชุมชน

3) ด้านสัมพันธ์ทางสังคม ควรเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเข้าร่วมเครือข่าย เช่น ชมรมผู้สูงอายุในชุมชน โรงพยาบาลหรือสังคมออนไลน์ สร้างสัมพันธ์ทางผ่านบทบาทในชมรม หรือผู้ร่วมงาน กิจกรรมของเครือข่าย การช่วยเหลือแบ่งปัน และเอื้ออาทร เป็นการสร้างความเข้มแข็งและเป็นภูมิคุ้มกันทางสังคม เป็นการสร้างคุณค่าแก่ตนเองของผู้สูงอายุด้วย

4) ด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

4.1 การรับรู้และการจัดการสุขภาพ ควรเลือกสถานบริการสุขภาพที่ใกล้บ้าน มีส่วนร่วมกิจกรรมเครือข่าย เข้าร่วมชมรมของชุมชนหรือสังคมออนไลน์ การศึกษา สอบถาม บกต่อสถานบริการสุขภาพที่มี

คุณภาพ ได้มาตรฐาน ศึกษากระบวนการบริการสุขภาพ/ตัดสินใจเลือก การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสถานบริการสุขภาพ/ใช้เวลาเข้าร่วมกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเองที่สถานบริการสุขภาพจัดให้

4.2 การใช้จ่าย ควรใช้จ่ายตามความจำเป็นต่อความเจ็บป่วย แสวงหาความรู้เกี่ยวกับการใช้จ่ายอย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรค/อาการ การตรวจสอบการใช้จ่ายอย่างสม่ำเสมอ มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูลความรู้การใช้จ่าย การป้องกันความเสี่ยงในการใช้จ่าย ให้ถูกต้อง ศึกษาผลข้างเคียงของการใช้จ่าย

ทั้งนี้การดำเนินการตามแนวทางดังกล่าว ผู้สูงอายุและผู้ดูแลจะต้องอยู่ในพื้นฐานของ ความรู้ และคุณธรรม ในการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน

ขั้นตอนที่ 3: การประเมินผลโดยผู้ใช้รูปแบบ

ผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล พบว่า ภาพรวม อยู่ระดับ มากที่สุด ($\bar{x}=4.62$, $SD=0.70/\bar{x}=4.55$, $SD=0.64$) รายด้าน 3 ลำดับแรก คือ ความสามารถนำไปใช้ของรูปแบบ อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{x}=4.67$, $SD=0.68/\bar{x}=4.69$, $SD=0.63$) ความครบถ้วนสมบูรณ์ของรูปแบบ อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{x}=4.58$, $SD=0.77/\bar{x}=4.55$, $SD=0.70$) และความสะดวกในการนำไปใช้กับผู้สูงอายุ มีความคิดเห็นว่า อยู่ในระดับ มากที่สุด ($\bar{x}=4.51$, $SD=0.70$) ส่วนผู้ดูแล มีความคิดเห็นว่า อยู่ในระดับ มาก ($\bar{x}=4.43$, $SD=0.53$)

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุไทย เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่แกนนำในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้มาร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาาร่วมกัน ช่วยกันวางแผน ออกแบบกิจกรรม และนำผลการดำเนินกิจกรรมมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกันอย่างจริงจัง กระบวนการดังกล่าวยังช่วยให้เกิดสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ดี สอดคล้องกับปิยภรณ์ (2557) เรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี ที่พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับค่อนข้างดี และสุทธิพงศ์ (2554) เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ 1) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับ ค่อนข้างดี พิจารณารายด้านพบว่า ด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ ปิยภรณ์ (2557) วิไลพร และคณะ (2554) ธาริน และคณะ (2554) ทั้งนี้เนื่องจาก ปัญหาหลักของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาสุขภาพทางกาย ในวิจัยครั้งนี้ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย ค่อนข้างน้อยกว่าทุกด้าน รวมถึงภาวะสุขภาพผู้สูงอายุภายใน 1 ปี พบว่า มีปัญหาเรื่องการมองเห็น การหกล้ม และการได้ยิน ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพทางกาย นอกจากนี้ยังพบอีกว่าส่วนใหญ่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และ ข้อเสื่อม เกาต์ รูมาตอยด์ ปวดข้อ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (2551) ที่ได้รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพเนื่องจากความชรา เซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมลงตามธรรมชาติทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ โรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง อัมพฤกษ์/อัมพาต เป็นต้น

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ วิไลพร และคณะ (2554) ธาริน และคณะ (2554) แต่ไม่สอดคล้องกับปิยภรณ์ (2557) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านจิตใจอยู่ในระดับค่อนข้างดี และภุชชญา (2555) ที่พบว่า อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้

พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึก ไม่มีความสุขหรือรู้สึกเศร้าหมองบ้างเป็นบางครั้ง แต่ยังคงสามารถจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ได้ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงสูงวัยตอนต้นที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี เพียงแต่ต้องปรับตัวเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงจากความเสื่อมของร่างกาย ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามวัยและสภาพแวดล้อม การได้รับความเคารพนับถือและเชื่อฟัง การดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน การให้ความสำคัญในฐานะเป็นที่ปรึกษา ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและพอใจในการดำรงชีวิต ส่วนปัจจัยที่ส่งผลในทางตรงกันข้าม คือ ความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ครอบครัว และชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง โดยพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน การผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นได้ในระดับดี ผลประเมินศักยภาพการดูแลตนเอง พบว่า ระดับ ดี 3 ลำดับถัดไป ก็มีคนใกล้ชิดทำให้รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย คนในครอบครัวอยู่ได้ทุกวันนี้เพราะตัวของสูงอายุและการจัดการและตัดสินใจแก้ปัญหาส่วนใหญ่ของครอบครัว แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่ ให้ความสำคัญและยังคงบทบาทผู้นำในครอบครัว ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นที่ต้องการของสังคม ผูกมิตรและได้รับความช่วยเหลืออันดีจากเพื่อน ๆ รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและเครือข่าย สอดคล้องกับปิยภรณ์ (2557) วิไลพร และคณะ (2554) ธาริน และคณะ (2554) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความสุขในการร่วมกิจกรรมสังคม ซึ่งถือว่าเป็นแนวโน้มที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขสนุกสนานสดชื่นมีชีวิตชีวา มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมมากขึ้น

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า อยู่ในระดับ ดี โดยผู้สูงอายุรู้สึกมั่นคงปลอดภัย พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้ ได้รู้ข่าวสารที่จำเป็น ได้พักผ่อนคลายเครียด ในระดับ ดี และยังคงมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น สามารถเดินทางได้ด้วยตนเอง ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ ปิยภรณ์ (2557) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ค่อนข้างดี แต่ยังมีประเด็นพัฒนาปรับปรุงได้อีก คือ จัดสภาพแวดล้อมให้ดีต่อสุขภาพรองรับสังคมสูงวัยที่นับวันจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

ซึ่งผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก นี้ สอดคล้องกับแนวคิดของมีเบิร์ก (Meeberg, 1993) ที่ให้ความหมายคุณภาพชีวิตเป็น 4 ลักษณะคือ 1. ความรู้สึกพึงพอใจหรือความปรารถนาในชีวิตของบุคคล 2. ความรับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจหรือความปรารถนาในชีวิตของบุคคล 3. สภาวะทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านอารมณ์ของบุคคล และ 4. อธิบายด้านวัตถุวิสัยเกี่ยวกับสภาพการดำรงชีวิตที่มีความหมายเพียงพอและไม่อันตรายคุกคามต่อชีวิตของบุคคล นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ ฟลานานแกน (Flanagan, 1982) ที่กล่าวไว้ว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิต มาจากพื้นฐานความต้องการของมนุษย์ จำแนกได้ 5 องค์ประกอบ คือ 1. ความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ เช่น มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงและปราศจากโรค มีอาหาร มีบ้านที่ต้องการและมีความมั่นคงปลอดภัย 2. มีสัมพันธภาพที่ดี เช่น สัมพันธภาพกับบิดา มารดา คู่สมรส ญาติเพื่อน และบุคคลอื่น 3. มีกิจกรรมและมีส่วนร่วมในสังคม ชุมชน รวมทั้งมีโอกาสช่วยเหลือและสนับสนุนผู้อื่น 4. มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีการดำเนินชีวิตตามพัฒนาการ เช่น พัฒนาการด้านสติปัญญา มีการเรียนรู้สนใจการเรียน เข้าใจตนเอง รู้จุดเด่นจุดด้อยของตนเอง ทำงานที่นาสนใจ ได้รับค่าตอบแทนที่ดีและแสดงความรู้สึกออกมาในทางสร้างสรรค์ และ 5. มีการสนทนาการ เช่น สังคมกับผู้อื่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง หรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และมีส่วนร่วมในสังคม ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่าง ๆ นี้ เพื่อให้สามารถตอบสนองได้ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ

ศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

ด้านรับรู้และการจัดการสุขภาพ ค่อนข้างดี ด้านโภชนาการ พบว่า ยังชอบรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด และขนมหวาน บ่อยครั้ง (3-4วัน) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากภาคตะวันออกเป็นดินแดนผลไม้ มีผลไม้หลากหลายชนิด ผู้สูงอายุนิยมรับประทานผลไม้ของท้องถิ่นที่มีรสหวาน การปรุงอาหารคาวบางอย่างและการทำขนมยังนิยมใส่ผลไม้ลงไปด้วยทำให้การควบคุมอาหารยังทำได้ไม่ดี จึงควรให้ความรู้ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานและขนมหวาน ด้านการขับถ่ายและการพักผ่อนนอนหลับ ยังอยู่ใน

ระดับที่เหมาะสม แต่การออกกำลังกายค่อนข้างน้อย ไม่สม่ำเสมอ ประเภทการออกกำลังกายยังไม่เหมาะสมกับสภาพของร่างกาย จึงควรให้ความรู้ คำแนะนำหรือคำปรึกษาที่เหมาะสม หรือการรวมกลุ่มชมรมจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น

ด้านสติปัญญาและการรับรู้ พบว่า คิดว่าตัวเองเป็นคนขี้หลงขี้ลี้ม จดจำสิ่งต่าง ๆ ได้ยากขึ้น สอดคล้องกับ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) ที่พบว่า ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย เท่ากับร้อยละ 12.4 พบในเพศหญิงร้อยละ 15.1 และเพศชายร้อยละ 9.8 ความชุกของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มตามอายุ และจำนวนความชุกจะเพิ่มขึ้นเท่าตัว ในทุก ๆ ช่วงอายุ 5 ปีที่เพิ่มขึ้น

ด้านรับรู้เกี่ยวกับตนเองและอัตมโนทัศน์ พบว่า ผู้สูงอายุยังจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ค่อนข้างดี แม้ว่ามีความรู้สึก ไม่มีความสุขหรือรู้สึกเศร้าหมองบ้างเป็นบางครั้งแต่ยังสามารถจัดการกับสิ่งที่ทำให้รำคาญใจได้

ซึ่งการศึกษาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องและใกล้เคียงกับการประเมินสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) ของมาร จอริย กอร์ดอน (Marjorie Gordon) (Gordon, 1994) ที่ได้พัฒนาแบบแผนสุขภาพขึ้นโดยให้ความสำคัญที่ข้อมูลระดับพื้นฐาน เน้นที่การทำหน้าที่ของร่างกายมนุษย์ซึ่งประกอบด้วย 11 แบบแผนสุขภาพ ในแต่ละแบบแผน คือ พฤติกรรมของบุคคลทั้งด้านร่างกาย จิต และสังคม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนอย่างเป็นองครวม ประกอบด้วย (1) แบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (2) แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญอาหาร (3) แบบแผนการขับถ่าย (4) แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย (5) แบบแผนการนอนหลับ (6) แบบแผนสติปัญญาการรับรู้ (7) แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (8) แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ (9) แบบแผนทางเพศและการเจริญพันธุ์ (10) แบบแผนการปรับตัวและการเผชิญความเครียด (11) แบบแผนค่านิยมและความเชื่อ

ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผู้ดูแล มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ภาวะรวม ระดับปานกลาง ค่าคะแนนน้อยที่สุด คือความสามารถในการผ่อนปรนซึ่งผู้ดูแลไม่สามารถขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัวอยู่ดูแลผู้สูงอายุแทนในระยะเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ได้ เมื่อต้องการเวลาส่วนตัวหรือแม่กระทั่งหาผู้มาแทนสัก 1 วัน เมื่อต้องการที่จะพักก็ยังไม่ไปได้อยาก ซึ่งสะท้อนภาระและความรับผิดชอบที่หนักของผู้ดูแล ที่คนในครอบครัว สังคม และชุมชน ต้องให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน แบ่งเบาภาระและความรับผิดชอบได้บ้าง สอดคล้องกับศิริณี และคณะ (2557) ที่ศึกษาผลกระทบและภาระการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย พบว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อให้เกิดภาระและผลกระทบกับผู้ดูแล และครอบครัวที่อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมของครอบครัวและระบบการสนับสนุนในชุมชน ดังนั้นการพัฒนาาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในการออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีทางเลือกให้สำหรับผู้ดูแลและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ พัฒนาสถานบริการ ปฐมภูมิ ส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงกำหนดมาตรฐานและการควบคุมคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศ อันนำไปสู่การพัฒนาาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ยั่งยืนสอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อมูลคุณภาพชีวิต สถานการณ์และปัญหาด้านศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต และพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุได้
2. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีแบบแผนสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน แต่ยังไม่ครบทั้ง 11 แบบแผน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุระดมสมองตามประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญตามบริบทของชุมชนตนเอง หากมีการนำไปใช้อาจต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับสภาพของชุมชนนั้น ๆ
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรร่วมมือกันในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและการจัดการความรู้ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

4. มหาวิทยาลัย สถานศึกษา ควรเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาหลักสูตร โปรแกรมการเรียนรู้อื่น เพื่อพัฒนาผู้สูงอายุและผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนร่วมกัน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน) มหาวิทยาลัยบูรพา ผ่านสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ โดยได้รับความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี จันทบุรี และสระแก้ว ที่ให้ความอนุเคราะห์ประสานความร่วมมือกับชุมชนในพื้นที่เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ และขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์ และรองศาสตราจารย์ พญ.สมจิต พุกกะขิตานนท์ ที่เป็นที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กัญญาณัฐ ไพค์คำ. 2561.การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี. 7(2) : 19-26.
- ธาริน สุขอนันต์ สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์ ทศนันท์ ทุมมานนท์ และ ปิยรัตน์ จิตรภักดี. 2554. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์.41(3): 240-249.
- นริศรา พังโพธิ์สภ และรัฐศุกร จันประเสริฐ.2550. การสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพมหานคร.
- ปิยภรณ์ เลหาบุตร. 2557. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา. ชลบุรี.
- อุริชญา เทพศิริ. 2555. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลทองหลาง อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐประศาสนศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกริก. กรุงเทพมหานคร.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์. 2553. ประชากรประเทศไทย. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร.
- วิไลพร ขำวงษ์ จตุพร หนูสวัสดิ์ วรารัตน์ ประทานวรปัญญา จิตภา ศิริปัญญา. 2554. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 5 (2) : 32-40.
- ศรีเมือง พลังฤทธิ. 2552. วิจัยคุณภาพชีวิตประชากร. [Online]. Available:http://www.med.tu.ac.th/uploads/article/PDF/25_01_53.pdf. (18 มีนาคม 2561).
- ศิริมาณี ศรีทากาศ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ คณิศร เต็งรัง. 2557. ผลกระทบและภาวะการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร.
- สุทธิพงษ์ บุญผดุง. 2554. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (ระยะที่ 1. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. กรุงเทพมหานคร.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดรกุล วนิตา พุ่มไพศาลชัย และ พิมพ์มาศ ตาปัญญา. 2541. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตของกองการอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. วารสารกรมสุขภาพจิต.5(3): 4-11.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2557. ผลสำรวจประชากรสูงอายุไทย. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. 2551. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4. บริษัทเดอะกราฟฟิค ซิสเต็ม จำกัด. กรุงเทพมหานคร.
- Cronbach, Lee J. 1970. Essentials of Psychological Testing. New York: Harper & Row.
- Flanagan, W. S. 1982. A research approach to improving our quality of life. American Psychologist, 31: 138-147.
- Gordon, Marjory. 1994. Nursing Diagnosis: Process and Application. St. Louis, London.
- Lee, Y. 2008. Subjective quality of life measurement in Taipei. Building and environment, 43: 1205-1215.
- Meeberg, G. A. 1993. Quality of life: A concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 18(1): 32-37.
- United Nations. Economic and Social Council for Asia and the Pacific. 2002. National Policies and Programs on Aging in Asia and the Pacific: An Overview and Lessons Learned. Social Policy Paper No. 9, Sales No. E.03.II.F.12.