

การศึกษาระดับสุขภาวะแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ธัญรศม์ ฤกษ์ชัย*, ภัทรวรินทร์ ภัทรศิริสมบุรณ์**^a,
ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง*, บังอร ปรอยโคกสูง***

บทคัดย่อ

การมีสุขภาวะแบบองค์รวมที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเป็นปกติสุข ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้ การศึกษาแบบภาคตัดขวางในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสุขภาวะแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ในเขตพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 262 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับสุขภาวะแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.73, SD=0.71) เมื่อพิจารณารายด้านทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ดังนี้ ด้านสุขภาวะทางสังคม (Mean=3.86, SD=0.71) ด้านสุขภาวะทางปัญญา (Mean=3.77, SD=0.70) ด้านสุขภาวะทางจิตใจ (Mean=3.57, SD=0.62) ด้านสุขภาวะทางกาย (Mean=3.56, SD=0.71) และระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=95.45, SD=13.90) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=23.65, S.D.=2.93) ด้านจิตใจอยู่ในระดับดี (Mean=23.02, SD=3.87) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=11.44, SD=2.14) ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=29.93, SD=5.37)

ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ควรให้ความสำคัญในการวางแผนสร้างเสริมสุขภาวะแบบองค์รวมให้อยู่ในระดับที่ดีมาก เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดีมากขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: สุขภาวะแบบองค์รวม; คุณภาพชีวิต; ผู้สูงอายุ

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยภูมิ

^a Corresponding author: ภัทรวรินทร์ ภัทรศิริสมบุรณ์ Email: phakwarin.p@rbru.ac.th

รับบทความ: 8 ต.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 27 พ.ย. 66; ตอรับตีพิมพ์: 27 พ.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 5 ม.ค. 67

Study of Holistic Well-being and Quality of Life of the Elderly, Mueang District, Chaiyaphum Province

Thanyarat Phuchongchai*, Phakwarin Phattharasirisomboon**^a,
Natpapat Nuansithong*, Bangon Proykoksong***

Abstract

Holistic well-being both physically, mentally, socially and spiritually is important to a healthy and normal life in society, which affects the quality of life of elderly. The purpose of this cross-sectional study was to study the well-being level and quality of life of elderly in Mueang district, Chaiyaphum province. Samples were consisted of 262 elderly resided in Mueang district, Chaiyaphum province. Data were collected using a questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that the samples had a high level of holistic well-being (Mean=3.73, SD=0.71). When considering all aspects, it was at a high level as follows: social health (Mean=3.86, SD=0.71), spiritual health (Mean=3.77, SD=0.70), mental health (Mean=3.57, SD=0.62), physical health (Mean=3.56, SD=0.71), and quality of life were at a moderate level (Mean=95.45, SD=13.90). When considering each aspect, it was found that physical health was at a moderate level (Mean=23.65, SD=2.93), mental aspect was at a good level (Mean=23.02, SD=3.87), social relations were at a moderate level (Mean=11.44, SD=2.14), environmental aspects were at a moderate level (Mean=29.93, SD=5.37).

It is recommended that related agencies in the area focus on planning and promote holistic well-being to a very good level to continue to raise the quality of life to a higher level.

Keywords: Holistic well-being; Quality of life; Elderly

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

** Lecturer, Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University

*** Registered Nurse, Professional Level, Chaiyaphum Municipality Public Health Service Center

^a Corresponding author: Phakwarin Phattharasirisomboon E-mail: phakwarin.p@rbu.ac.th

Received: Oct. 8, 23; Revised: Nov. 27, 23; Accepted: Nov. 23; Published Online: Jan. 5, 24

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2565 ทั่วโลกมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากถึง 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก 8,000 ล้านคน สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรผู้สูงอายุ 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด และในอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 19 ล้านคน⁽¹⁾ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุดังกล่าว จะมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจมหภาคหลายประการ เช่น ประชากรวัยแรงงานลดลง การออมลดลง การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจลดลง ปัญหาที่ตามมาจากการเปลี่ยนแปลงนี้คืออัตราส่วนพึ่งพิงในวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้นด้วย⁽²⁾ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการพึ่งพิงในวัยผู้สูงอายุและรักษาผู้สูงอายุเหล่านี้ไว้ในสังคม เพื่อความสมดุลต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก โดยสิ่งที่ทำให้คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลดีนั้นก็คือการมีสุขภาวะแบบองค์รวม (Holistic well-being)⁽³⁾

สุขภาวะแบบองค์รวม เป็นภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และปัญญา เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลได้อย่างแท้จริง⁽⁴⁾ ซึ่งสุขภาวะเป็นกรอบการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้ง 4 ด้าน ทั้งด้านสุขภาวะทางกาย การมีร่างกายแข็งแรง ปลอดภัย มีสัมมาชีพ ด้านสุขภาวะทางจิต การมีสุขภาพจิตดี เข้มแข็ง มีสติ ด้านสุขภาวะทางสังคม การมีสัมพันธ์ทางสังคมเข้มแข็ง สังคมยุติธรรม สังคมสันติ และด้านสุขภาวะทางปัญญา การมีปัญญา รู้รอบรู้เท่าทัน ปัญญาการอยู่ร่วมกัน และปัญญาบรรลุอิสรภาพ⁽⁵⁾ สุขภาวะจึงนับเป็นแนวคิดที่เสริมสร้างการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะวัยผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขที่เกิดขึ้นจากร่างกายที่แข็งแรงช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ มีจิตใจแข็งแรงและมีจิตวิญญาณ ในทิศทางบวก สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าตามศักยภาพของตนเอง โดยไม่เป็นภาระของครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

ประเทศไทยมีการประกาศใช้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ซึ่งแผนดังกล่าวประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ คือ 1) การเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุ โดยหลักประกันที่สำคัญของผู้สูงอายุ มี 3 ด้าน ได้แก่ เรื่องหลักประกันรายได้ การให้การศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิต การปลูกจิตสำนึกของคนในสังคมให้ตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ 2) การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ 3) การคุ้มครองทางสังคม 4) การบริหารจัดการแบบบูรณาการ 5) การประมวลผลพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ผู้สูงอายุสู่สาธารณะ⁽⁶⁾ และมีหน่วยงานหลายหน่วยงานที่มีความรับผิดชอบ เช่น กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของชีวิต ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในส่วนกลางที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขดูแลเรื่องสุขภาพ กรมพัฒนาชุมชนดูแลเรื่องการสร้างอาชีพ กระทรวงแรงงานดูแลเรื่องการจ้างงานหลังเกษียณ ส่วนในระดับท้องถิ่นมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นองค์กรของรัฐที่ใกล้ชิดกับประชาชนดูแลผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นด้าน การออม การดูแลรักษาสุขภาพ และด้านสังคม เป็นต้น สะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ

สำหรับจังหวัดชัยภูมิ มีประชากรผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยในจังหวัดชัยภูมิ ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 220,527 คน แบ่งเป็นเพศชาย 100,669 คน เพศหญิง 119,858 คน และอำเภอเมืองชัยภูมิ มีประชากรผู้สูงอายุทั้งสิ้น จำนวน 39,466 คน⁽⁷⁾ นับว่าเป็นอำเภอที่มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวนมากที่สุดในจังหวัด เมื่อเทียบกับประชากรผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอ และมีลักษณะทางประชากรที่แตกต่างหลากหลาย ประกอบด้วยแผนพัฒนาจังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2566-2570 ในแผนงานที่ 1 ด้านสังคม มีโครงการส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชน กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและบูรณาการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหลายกิจกรรมที่ตอบสนองนโยบายและความต้องการต่างๆ⁽⁸⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าจังหวัดชัยภูมิ เล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระดับหนึ่ง

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาระดับสุขภาวะแบบองค์รวมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ อันจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับหน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องหรือหน่วยงานที่มีความรับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและบุคลากรสายวิชาการ ในการนำข้อมูลที่ได้นำไปใช้ในการวางแผนออกแบบกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมให้มีประสิทธิภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ให้อยู่ในระดับที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา คือ การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 39,466 คน⁽⁷⁾

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power version 3.1.9.4 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 มีอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 และค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.30 ซึ่งเป็นค่า Gold standard ของการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ เมื่อทำการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ที่ยอมรับในระดับสากล ซึ่งส่วนใหญ่จะนิยมค่า Effect size=0.3 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power of test)=0.80⁽⁹⁾ ค่าองศาอิสระของตัวแปร (df)=21 ที่คำนวณจากสูตร $df=NI(NI+1)÷2$ เมื่อ NI คือตัวแปรสังเกตได้เท่ากับ 6 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 238 คน เพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 262 คน

ผู้วิจัยแบ่งเขตอำเภอเมืองออกเป็นชั้นตามเกณฑ์พื้นที่ พิจารณาจากความหนาแน่นของประชากร เศรษฐกิจ สังคม และการปกครอง เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนและมีลักษณะครอบคลุมประชากร แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม จากนั้นสุ่มเขตตำบลเพื่อเป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่ม โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

ได้เขตตำบลที่เป็นตัวแทนของกลุ่มมา 4 ตำบล จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างวัยสูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป จากทะเบียนของศูนย์บริการสาธารณสุขของแต่ละเขตตำบลด้วยวิธีแบบง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำแนกตามสัดส่วนวัยสูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ในแต่ละเขตตำบลจนได้จำนวนครบ 262 คนที่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เพศชายหรือหญิง มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทย 3) ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 5) อาศัยอยู่ในพื้นที่ เขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

เกณฑ์คัดออก คือ 1) ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2) ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สะดวกในการให้ข้อมูลหรือ ตอบแบบสอบถาม 3) บุคคลที่มีปัญหาการได้ยิน การพูด ปัญหาทางจิตเวช และป่วยด้วยโรคสมองเสื่อม

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบการศึกษาสภาวะ แบบองค์รวมของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ เพื่อใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามโดยใช้แบบสอบถาม ชนิดตรวจรายการ (Checklist) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย และผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับสภาวะแบบองค์รวม แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิตใจ สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางปัญญา เป็นคำถามแบบมาตรฐานค่า (Rating scale) ของ Likert โดยมีค่าเป็น 4 ระดับ คือ ระดับความรู้สึกมากที่สุด ระดับความรู้สึกมาก ระดับความรู้สึก ปานกลาง ระดับความรู้สึกเล็กน้อย และระดับความรู้สึก-ไม่มี โดยกำหนดให้ตอบได้คำตอบเดียว แบบสอบถามมีจำนวน 25 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามที่ ครอบคลุมเนื้อหา จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ระดับ ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางกาย จำนวน 7 ข้อ 2) ระดับความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตใจ จำนวน 6 ข้อ 3) ระดับความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางสังคม จำนวน 6 ข้อ 4) ระดับความรู้สึก ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางปัญญา จำนวน 6 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนระดับความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ ทั้ง 4 ด้าน ดังนี้ ความรู้สึกมากที่สุด 5 คะแนน ความรู้สึกมาก 4 คะแนน ความรู้สึกปานกลาง 3 คะแนน ความรู้สึกเล็กน้อย 2 คะแนน ความรู้สึกไม่มี 1 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลผลใช้ค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51-5.00 คะแนน ระดับมากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.51-4.50 คะแนน ระดับปานกลางค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.51-3.50 คะแนน ระดับน้อยค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.51-2.50 คะแนน ระดับน้อยที่สุดค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.00-1.50 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF)⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) ประกอบด้วย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ ด้านสิ่งแวดล้อม มี 26 ข้อคำถามลักษณะเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก

จำนวน 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ชนิด 5 ระดับ เกณฑ์ในการแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ไม่ดี คะแนนระหว่าง 26-60 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 61-95 คะแนน ระดับที่ดี คะแนนระหว่าง 96-130 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือและควบคุมคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุมและความเหมาะสม แล้วนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน นำมาคำนวณผลพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยถือเกณฑ์ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ด้วยการคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาต้องได้มากกว่าหรือเท่ากับ 0.80 และทำการปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับ ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ที่ตำบลนาฝาย จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ถึงองค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ผู้นำชุมชน และกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขออนุญาตดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเก็บข้อมูล นัดหมายวัน เวลา สถานที่ ชี้แจงวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์โดยคำนึงถึงจริยธรรมในการศึกษาในมนุษย์
3. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงความจำนงในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามวัน เวลา สถานที่ ที่ได้นัดหมายไว้ พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยอีกครั้ง รวมถึงรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติ และขอความยินยอมโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้อ่านเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ หลังจากนั้นจึงขอให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการทำวิจัยโดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE066-2-014 วันที่รับรอง 11 เมษายน 2566 หลังจากได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย อธิบายถึงสิทธิ์ที่กลุ่ม ตัวอย่างจะตอบตกลงหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ การวิจัยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการเข้ารับบริการ ข้อมูลในการวิจัย

ครั้งนี้ถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น การนำเสนอข้อมูลเป็นข้อมูลภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอยกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนการวิจัยสิ้นสุด เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ตอบรับการเข้าร่วมวิจัยแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 194 คน ร้อยละ 74.05 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 53.05 มีอายุเฉลี่ย 70.28 ปี ($SD=7.191$) อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 87 ปี มีสถานภาพสมรส จำนวน 177 คน ร้อยละ 67.56 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 227 คน ร้อยละ 86.64 มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท จำนวน 216 คน ร้อยละ 82.14 เฉลี่ยรายได้ต่อเดือน 3,879.39 บาท ($SD=4,592.45$) รายได้ต่ำสุด 600 บาท รายได้สูงสุด 35,000 บาท มีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ จำนวน 122 คน ร้อยละ 46.56 อยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน จำนวน 153 คน ร้อยละ 58.40 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 196 คน ร้อยละ 74.81 และมีโรคประจำตัว จำนวน 66 คน ร้อยละ 25.19 โดยโรคประจำตัวที่พบมาก ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 38 คน ร้อยละ 14.50 รองลงมาได้แก่ โรคเบาหวาน จำนวน 27 คน ร้อยละ 10.31 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามลักษณะทางประชากร ($n=262$)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	68	25.95
หญิง	194	74.05
อายุ (ปี)		
60-69	139	53.05
70-79	87	33.21
80-89	36	13.74
(Mean=70.28, $SD=7.19$, Min=60, Max=87)		
สถานภาพ		
โสด	26	9.92
สมรส	177	67.56
หม้าย/หย่าร้าง /แยกกันอยู่	59	22.52
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	14	5.34
ประถมศึกษา	227	86.64
มัธยมศึกษา	16	6.11
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา/ปริญญาตรี	5	1.91

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามลักษณะทางประชากร (n=262)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยครอบครัว (บาท/เดือน)		
ไม่เกิน 5,000	216	82.44
5,001-10,000	35	13.36
10,001-15,000	4	1.53
15,001-20,000	4	1.53
20,001 ขึ้นไป	3	1.15
(Mean=3,879.39; SD=4,592.45; Min=600; Max=35,000)		
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ เหลือเก็บ	39	14.89
เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ	122	46.56
ไม่เพียงพอ	101	38.55
ลักษณะความเป็นอยู่		
อยู่ตามลำพังคนเดียว	18	6.87
อยู่กับคู่สมรส	60	22.90
อยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน	153	58.40
อยู่กับญาติ พี่น้อง	31	11.83
โรคประจำตัว*		
ไม่มี	196	74.81
มี	66	25.19
โรคไขมันในเลือดสูง	38	14.50
โรคเบาหวาน	27	10.31
โรคหอบหืด	3	1.15
โรคหัวใจ	2	0.76
โรคข้อเสื่อม	2	0.76
อื่นๆ	5	1.91

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ระดับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยสุขภาวะอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.73 (SD=0.71) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านสุขภาวะทางสังคม (Mean=3.86, SD=0.71) รองลงมาได้แก่ ด้านสุขภาวะทางปัญญา (Mean=3.77, SD=0.70) และ สุขภาวะทางจิตใจ (Mean=3.57, SD=0.62) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ สุขภาวะทางกาย (Mean=3.56, SD=0.71) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ สุขภาวะแบบองค์รวม (n=262)

สุขภาวะรายด้าน	ระดับสุขภาวะ n (%)					Mean (SD)	ระดับ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
สุขภาวะทางกาย	0 (0.0)	14 (5.34)	106 (40.46)	114 (43.51)	28 (10.69)	3.56 (0.71)	มาก
สุขภาวะทางจิตใจ	0 (0.0)	6 (2.29)	145 (55.34)	93 (35.50)	18 (6.87)	3.57 (0.62)	มาก
สุขภาวะทางสังคม	1 (0.38)	4 (1.53)	98 (37.40)	102 (38.93)	57 (21.76)	3.86 (0.74)	มาก
สุขภาวะทางปัญญา	1 (0.38)	3 (1.15)	104 (39.69)	110 (41.98)	44 (16.79)	3.77 (0.70)	มาก
สุขภาวะโดยรวม	0 (0.0)	1 (0.38)	109 (41.60)	112 (42.75)	140 (53.27)	3.73 (0.71)	มาก

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยสุขภาวะแบบองค์รวมของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายข้อและรายด้านพบว่า ด้านสุขภาวะทางกาย มีค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับมาก (Mean=3.56, SD=0.71) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำ (Mean=3.74, SD=0.85) รองลงมาได้แก่ ท่านรู้สึกพอใจกับสุขภาพของท่านในขณะนี้ (Mean=3.73, SD=0.84) และ ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน) (Mean=3.70, SD=0.90) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ฯลฯ (Mean=2.90, SD=1.12)

ด้านสุขภาวะทางจิตใจ มีค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับมาก (Mean=3.57, SD=0.62) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านใช้หลักธรรมในพระพุทธศาสนาในการดำเนินชีวิต (Mean=3.92, SD=0.87) รองลงมาได้แก่ ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) (Mean=3.91, SD=0.85) และท่านรู้สึกพอใจต่อความเป็นอยู่ในชีวิต (Mean=3.90, SD=0.85) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง ฯลฯ (Mean=2.08, SD=1.27)

ด้านสุขภาวะทางสังคม มีค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับมาก (Mean=3.86, SD=0.74) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านรู้สึกว่าชีวิตในแต่ละวันมีความมั่นคงปลอดภัยดี (Mean=3.93, SD=0.82) รองลงมาได้แก่ ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อนๆ (Mean=3.89, SD=0.83) และท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีคุณค่าต่อสังคม (Mean=3.87, SD=0.82) ซึ่งเท่ากับ ท่านแบ่งปันสิ่งของหรือความรู้ที่ได้รับ

ให้แก่ผู้อื่นเสมอ (Mean=3.87, SD=0.81) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านสามารถให้คำปรึกษาที่ดีแก่ผู้อื่น (Mean=3.79, SD=0.87)

ด้านสุขภาวะทางปัญญา มีค่าเฉลี่ยรายด้านอยู่ในระดับมาก (Mean=3.77, SD=0.70) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านเข้าใจได้ว่าทุกสิ่งทุกอย่างมีความไม่เที่ยงแท้และแน่นอน ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงเสมอ (Mean=3.91, SD=0.90) รองลงมาได้แก่ ท่านคิดว่าคุณภาพชีวิตของท่านมีความเหมาะสมกับวัย (Mean=3.87, SD=0.79) และ ท่านเชื่อว่าทุกอย่างมีคำอธิบายที่เป็นเหตุเป็นผลรองรับ (Mean=3.78, SD=0.79) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านสามารถแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่ โดยความรู้เท่าทันกับสภาวะปัจจุบัน (Mean=3.66, SD=0.83) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสุขภาวะแบบองค์รวม รายข้อและรายด้าน (n=262)

สุขภาวะแบบองค์รวม	Mean	SD	ระดับ
สุขภาวะทางกาย			
ท่านสามารถเดินทางไปในที่ต่าง ๆ ด้วยตนเองได้สะดวก	3.59	1.11	มาก
การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ฯลฯ	2.90	1.12	ปานกลาง
ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน (ทั้งเรื่องงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน)	3.70	0.90	มาก
ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อย	3.69	0.88	มาก
ท่านสามารถเดินทางไปในที่ต่างๆ ด้วยตนเองได้สะดวก	3.59	1.11	มาก
ท่านรู้สึกพอใจกับสุขภาพของท่านในขณะนี้	3.73	0.84	มาก
ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำ	3.74	0.85	มาก
ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงาน หรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน	3.64	0.86	มาก
ค่าเฉลี่ยรายด้าน	3.56	0.71	มาก
สุขภาวะทางจิตใจ			
ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง)	3.91	0.85	มาก
ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ เสมอ	3.79	0.85	มาก
ท่านรู้สึกพอใจต่อความเป็นอยู่ในชีวิต	3.90	0.85	มาก
ท่านคิดว่าชีวิตมีความหวังอยู่เสมอ	3.87	0.86	มาก
ท่านใช้หลักธรรมในพระพุทธศาสนาในการดำเนินชีวิต	3.92	0.87	มาก
ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง ฯลฯ	2.08	1.27	น้อย
ค่าเฉลี่ยรายด้าน	3.57	0.62	มาก

ตารางที่ 3 (ต่อ) ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสุขภาวะแบบองค์รวม รายข้อและรายด้าน
(n=262)

สุขภาวะแบบองค์รวม	Mean	SD	ระดับ
สุขภาวะทางสังคม			
ท่านรู้สึกว่าคุณค่าต่อสังคม	3.87	0.82	มาก
ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่าง	3.82	0.84	มาก
ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ	3.89	0.83	มาก
ท่านสามารถให้คำปรึกษาที่ดีแก่ผู้อื่น	3.79	0.87	มาก
ท่านรู้สึกว่าคุณค่าในชีวิตในแต่ละวันมีความมั่นคงปลอดภัยดี	3.93	0.82	มาก
ท่านแบ่งปันสิ่งของหรือความรู้ที่ได้รับให้แก่ผู้อื่นเสมอ	3.87	0.81	มาก
ค่าเฉลี่ยรายด้าน	3.86	0.74	มาก
สุขภาวะทางปัญญา			
ท่านเชื่อว่าทุกอย่างมีคำอธิบายที่เป็นเหตุเป็นผลรองรับ	3.78	0.79	มาก
ท่านสามารถแก้ไขปัญหา ในการปฏิบัติหน้าที่ โดยความรู้เท่าทันกับ	3.66	0.83	มาก
สภาวะปัจจุบัน			
ในเวลาท่านมีปัญหา ท่านมีกระบวนการคิดในการแก้ไขปัญหาเป็น	3.71	0.80	มาก
ขั้นตอนและรอบคอบ			
ท่านใช้หลักเหตุผลและผล โดยการพิจารณาในการศึกษาและการปฏิบัติ	3.73	0.82	มาก
หน้าที่ของตน			
ท่านคิดว่าคุณภาพชีวิตของท่านมีความเหมาะสมกับวัย	3.87	0.79	มาก
ท่านเข้าใจได้ว่าทุกสิ่งทุกอย่างมีความไม่เที่ยงแท้และแน่นอน ย่อมมี	3.91	0.90	มาก
การเปลี่ยนแปลงเสมอ			
ค่าเฉลี่ยรายด้าน	3.77	0.70	มาก

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=95.45, SD=13.90) เมื่อพิจารณาเป็นภาพรวมรายด้าน พบว่าด้านสุขภาพกายมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (Mean=23.65, SD=2.93) โดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง จำนวน 212 คน ร้อยละ 80.92 รองลงมาได้แก่ ระดับดี จำนวน 50 คน ร้อยละ 19.08 ตามลำดับ

ด้านจิตใจ มีคุณภาพชีวิตในระดับดี (Mean=23.02, SD=3.87) โดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับดี จำนวน 141 คน ร้อยละ 53.82 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 118 คน ร้อยละ 45.04 และระดับไม่ดี จำนวน 3 คน ร้อยละ 1.15 ตามลำดับ

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (Mean=11.44, SD=2.14) โดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง จำนวน 130 คน ร้อยละ 49.62 รองลงมาได้แก่ ระดับดี จำนวน 125 คน ร้อยละ 47.71 และระดับไม่ดี จำนวน 7 คน ร้อยละ 2.67 ตามลำดับ

ด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (Mean=29.93, SD=5.37) โดยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับดี จำนวน 138 คน ร้อยละ 52.67 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง จำนวน 122 คน ร้อยละ 46.56 และระดับไม่ดี จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.76 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=262)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต			Mean	SD	ระดับ
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี			
	n (%)	n (%)	n (%)			
ด้านสุขภาพกาย	0 (0.0)	212 (80.92)	50 (19.08)	23.65	2.93	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	3 (1.15)	118 (45.04)	141 (53.82)	23.02	3.87	ดี
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	7 (2.67)	130 (49.62)	125 (47.71)	11.44	2.14	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	2 (0.76)	122 (46.56)	138 (52.67)	29.93	5.37	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0 (0.00)	133 (50.76)	129 (49.24)	95.45	13.90	ปานกลาง

อภิปรายผลการวิจัย

ระดับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับสุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยสุขภาวะอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.73 (SD=0.71) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านสุขภาวะทางสังคม (Mean=3.86, SD=0.71) รองลงมาได้แก่ ด้านสุขภาวะทางปัญญา (Mean=3.77, SD=0.70) และ สุขภาวะทางจิตใจ (Mean=3.57, SD=0.62) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ สุขภาวะทางกาย (Mean=3.56, SD=0.71) ทั้งนี้เนื่องจากหน่วยงานต่างๆ ในจังหวัดชัยภูมิ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ได้จัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ 2563 ที่ผ่านมา โดยวางกรอบแนวคิดการพัฒนางานด้านสาธารณสุขที่เชื่อมโยงแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 12 แผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ แผนพัฒนาจังหวัดและแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุขของจังหวัด) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอและระดับตำบล ซึ่งประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การคุ้มครองผู้บริโภคและอนามัยสิ่งแวดล้อม มีเป้าประสงค์ เพื่อ 1) ชุมชน มีระบบการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็ง ประชาชนมีวัฒนธรรมสุขภาพ

ที่ยั่งยืนภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ดี 2) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี อัตราป่วย อัตราตาย จากโรคที่สำคัญที่เป็นปัญหาและป้องกันได้ในทุกกลุ่มวัยลดลงอย่างต่อเนื่อง 3) ลดผลกระทบเหตุและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม โดยกลยุทธ์ที่ 1 นี้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย⁽¹¹⁾ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยของระดับสุขภาวะแบบองค์รวมอยู่ในระดับมากได้ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก พบว่าสุขภาวะโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าสุขภาวะด้านจิตวิญญาณ สุขภาวะด้านจิตใจรองลงมาคือ สุขภาวะด้านร่างกาย สุขภาวะด้านปัญญาและการรู้คิด สุขภาวะด้านสังคม และสุขภาวะด้านอารมณ์ตามลำดับ⁽¹²⁾ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่พบว่า สุขภาวะแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในจังหวัดฉะเชิงเทรา ทั้ง 4 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹³⁾ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุอยู่ในพื้นที่แตกต่างกัน เช่น ในเขตเมืองและชนบท จึงอาจส่งผลให้มีระดับสุขภาวะและพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันได้

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=95.45, SD=13.90) เมื่อพิจารณาเป็นภาพรวมรายด้าน พบว่าด้านสุขภาพกายมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (Mean=23.65, SD=2.93) ด้านจิตใจ มีคุณภาพชีวิตในระดับดี (Mean=23.02, SD=3.87) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (Mean=11.44, SD=2.14) ด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (Mean=29.93, SD=5.37) ทั้งนี้อภิปรายได้ว่าแบบวัดที่ใช้วัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จะเป็นข้อความที่ถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาในการสำรวจและประเมินเหตุการณ์ ความรู้สึก หรือการรับรู้สภาวะชีวิตในมุมมองของตนเองจากประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง และระดับคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับหลากหลายปัจจัย เช่น รายได้ การมีโรคประจำตัว สุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม⁽¹⁴⁾ เป็นต้น จึงอาจทำให้ผลการศึกษาระดับสุขภาวะแบบองค์รวมและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ แตกต่างกันได้ แต่อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุควรจะต้องได้รับการช่วยเหลือในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุควรหาแนวทางการพัฒนาหรือยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับปานกลางขึ้นไปสู่ระดับคุณภาพชีวิตในระดับที่สูงขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีระดับสุขภาวะแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในระดับปานกลางทั้งรายด้านและโดยรวม⁽¹⁵⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้สูงอายุในตำบลหนองไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ที่พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹⁴⁾ การศึกษาในผู้สูงอายุ เขตเทศบาลนครพระนครศรีอยุธยา จังหวัดนครพระนครศรีอยุธยา ที่พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 3.05⁽¹⁶⁾ และการศึกษาในผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹⁷⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ระดับสุขภาวะแบบองค์รวมอยู่ในระดับมาก และรายด้านทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ได้แก่ สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางปัญญา สุขภาวะทางจิตใจ สุขภาวะทางกาย ส่วนระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งรายด้าน พบว่า สุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง จิตใจอยู่ในระดับดี สัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นหน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ควรให้ความสำคัญและร่วมวางแผนออกแบบกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาวะแบบองค์รวมให้อยู่ในระดับมากที่สุด รวมทั้งติดตามผลการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ให้อยู่ในระดับที่ดีขึ้นตามไปด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาแนวทางการพัฒนาสุขภาวะแบบองค์รวมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ และพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (กองทุน ววน.): งบประมาณด้าน ววน. ประเภท Fundamental Fund ประจำปีงบประมาณ 2566 (ผ่านหน่วยงาน) จากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ขอขอบพระคุณอธิการบดี และคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ที่ให้คำแนะนำ รวมทั้งสนับสนุนด้วยดีตลอดมา จนทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้บรรลุผลสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์; 2566.
2. วิชนี คุปตะวาทีน, แม่น วาสนาพงษ์, พรทิพย์ ขุนดี, รัชดา มิตรสมหวัง. สังคมสูงวัยกับโลกสมัยใหม่. วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ. 2562;4(พิเศษ):444-50.
3. จิรฐา อัครินทัต, ดารุณี เหลืองวรกิจ, วิภารัตน์ ชมดง. สุขภาวะของผู้สูงอายุในประเทศไทย: โอกาสสำคัญทางการตลาด. วารสารเซนต์จอห์น. 2563;23(32):87-107.
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. นนทบุรี: สหพัฒนไพศาล; 2550.
5. ประเวศ วะสี. สุขภาวะที่สมบูรณ์ สุขภาวะ $4 \times 4 = 16$. [อินเทอร์เน็ต]. 2551. [เข้าถึงเมื่อ 2566 พ.ย. 25]. เข้าถึงได้จาก <https://www.doctor.or.th/article/detail/5694>
6. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิชย์; 2553.

7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ประชากรทะเบียนราษฎร อายุ 60 ปีขึ้นไป จำแนกรายเพศ ปีงบประมาณ 2565 ชัยภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พ.ค. 5]. เข้าถึงได้จาก: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/population/pop-y60up/changwat?year=2022&cw=36>
8. กลุ่มยุทธศาสตร์และข้อมูลเพื่อการพัฒนาจังหวัด สำนักงานจังหวัดชัยภูมิ. (ม.ป.ป.). แผนพัฒนาจังหวัดชัยภูมิ พ.ศ. 2566-2570 [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป [เข้าถึงเมื่อ 2566 เม.ย. 7]. เข้าถึงได้จาก: https://www.chaiyaphum.go.th/page_other/Plan_cyp2561-2564.php
9. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis (7th ed.). Upper saddle River, New Jersey: Pearson Education International; 2010.
10. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, ธีระวรรณ ตันติพิพัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์วงศ์สุวรรณ, ราณี พรมานะจิรังกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ทุก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรง; 2540.
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. แผนพัฒนาสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ปีงบประมาณ 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ต.ค. 6]. เข้าถึงได้จาก: https://cpho.moph.go.th/?page_id=13541
12. บุญเชื้อ เพชรไทย, ธนสถา โรจนตระกูล. แนวทางการส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะท้าว อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. Journal of Roi Kaensam Academi. 2565;7(7):288-98.
13. บุญชิน เสาวภาภรณ์, ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ, ปรีชา ดิลกภูมิสิทธิ์, วรากรณ์ ไตรติลานันท์. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในจังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2557;9(1):47-59.
14. เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อยู่เจริญ, ปานเพชร สกุลคุ. การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุนทร. 2564;11(1):27-39.
15. จิรภา วิลาวรรณ, จิรัชญา เหล่าคมพุดาจารย์, อติรัตน์ เหล่าคมพุดาจารย์, ยุวดี บุญเนา, พัทรินทร์ บุญเสริม. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(1):181-95.
16. โกศล สอดส่อง. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพระนครศรีอยุธยา จังหวัดนครพระนครศรีอยุธยา. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย. 2561;6(1):162-175.
17. ธัญรัศม์ ภูงค์ชัย, ภัทรวรินทร์ ภัทริศสมบุรณ์, ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง, ปาริชาติ ญาตินิม, จิรัชญา เหล่าคมพุดาจารย์. โปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ: วิจัยแบบผสมผสานวิธี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2566;41(2):1-18.