

Received: 26 Dec 2019, Revised: 17 Feb 2020

Accepted: 28 Mar 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ศิริประภา หล้าสิงห์^{1,*} สมัทนา กลางคร² ศิรินาถ ตงศิริ³

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลกุดไผ่จ่อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ 66 คน และกลุ่มภาคีเครือข่าย 26 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา บริบทคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่พบว่า เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 85.90 มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.80 ปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 68.4 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่จัดขึ้น พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีภาวะสุขภาพปกติดีขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีปัญหาด้านสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพดีขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพดีขึ้น และภาคีเครือข่ายในชุมชนมีบทบาทในการร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่มีการประสานแผนพัฒนาและการบูรณาการงบประมาณร่วมกันจนเกิดเป็นรูปธรรม ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง เน้นการทำงานเชิงรุกจนเกิดการพัฒนาระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ ผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วม

¹ นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Corresponding author: siraprapasully@gmail.com

Original Article

Improving Quality of Life for the Elderly by Community Participation

Siraprapa Lasing^{1,*}, Sumattana Glangkarn², Sirinart Tongsir³

Abstract

This action research aimed to study the development of the quality of life of the elderly by community participation in Kut Sai Jor Subdistrict, Kantharawichai District, Maha Sarakham province. The sample group was divided into 2 groups which were 66 elderly people and 26 stake-holders and network partners. Quantitative data was analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, Paired t-test and qualitative data used content analysis. The results indicated that most samples were well elder as 85.90%. The elderly had quality of life at a medium level of 84.80%. Due to health related – quality of life, most of them felt little anxious or slightly depressed as 68.4%. After development model was launched, with the participation of the organized community. It was found that the quality of life of the elderly in the society were improved. The elderly who had health problems, had changed their health status better than before. The elderly in the dependent group had good quality of life and health related-quality of life as well. Additionally, all community network partners in the community had participated in the improvement model statistically significance. The key success factors were the participation of the public health agencies and local administrative organizations in the area with the concentration of the development plan and the integration of the budget together. Obviously, strong network association on proactive activities will make efficient and continuous improvement to sustainable.

Keyword: Elderly, Quality of life, *Health-related quality of life*, Participation

¹ Graduate students, Master Degree of Public Health, Mahasarakrm University

² Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

³ Assistant Professor, Faculty of Medicine, Mahasarakham University

* Corresponding author: siraprapasully@gmail.com

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรถือเป็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญของโลก การมีอายุยืนยาวขึ้นของประชากร อัตราการเกิดน้อยลง เป็นผลพวงมาจากความเจริญก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในสาขาการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งสภาวะทางเศรษฐกิจ วิถีชีวิต และทัศนคติของคนในยุคปัจจุบันที่แต่งงานช้าลง สภาวะการดังกล่าวเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ (United Nations; UN) จะเห็นว่าในหลายประเทศกำลังเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Aging Society) กล่าวคือ มีสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปอย่างน้อยร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และอีกหลายประเทศกลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (Aged Society) กล่าวคือ มีสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปอย่างน้อยร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด¹ และในประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือ มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2561 โดยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก และคิดเป็นสัดส่วนประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด

จังหวัดมหาสารคามเป็นอีกจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยที่ประสบปัญหาการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นเดียวกันจากการสำรวจข้อมูลด้านผู้สูงอายุในตำบลกุดไล่จ่อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่าการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จาก 487 คน (ร้อยละ 17.96) ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 586 (ร้อยละ 20.96) ในปี พ.ศ. 2560 และในปัจจุบันปี พ.ศ. 2561 ประชากรผู้สูงอายุ มีจำนวน 602 คน (ร้อยละ 21.36) และจากข้อมูลด้านสุขภาวะผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2560

ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด คือ โรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจและหลอดเลือดตามลำดับ และพบว่า อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเพิ่มสูงสุดในปี พ.ศ.2558 และในปี พ.ศ. 2560 อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2556 ร้อยละ 12.89 อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเพิ่มสูงสุดในปี พ.ศ. 2558 และในปี พ.ศ. 2560 อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2556 ร้อยละ 10.98 อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเพิ่มสูงสุดในปี พ.ศ. 2560 มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้นจากปี พ.ศ.2556 ร้อยละ 58.06 อัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเพิ่มสูงสุดในปี พ.ศ. 2560 มีอัตราป่วยด้วยโรคโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้นจากปี พ.ศ. 2556 ร้อยละ 40.95² การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ครอบคลุม 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม และปัญญา มีการดำเนินงานดูแลด้านสุขภาพกาย ได้แก่ การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การตรวจสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งดำเนินการเดือนละ 1 ครั้ง ส่วนการออกกำลังกายไม่มีแนวทางที่ชัดเจน การได้รับการเยี่ยมบ้านจากบุคลากรสาธารณสุข เดือนละ 1 ครั้ง เนื่องจากข้อจำกัดในด้านบุคลากรไม่เพียงพอ จากการสำรวจระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) 26 ข้อ³ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 1.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 84.8 และคุณภาพชีวิตระดับที่ดี ร้อยละ 13.9

ทั้งนี้การวางระบบเพื่อดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนไม่อาจมุ่งเน้นที่การจัดบริการเพื่อรักษาพยาบาลจากหน่วยงานของรัฐเพียงด้านเดียว ควรมีภาคีเครือข่ายช่วยในการ

ดำเนินงานด้าน สาธารณสุข ในขณะเดียวกันโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงและมีความยุ่งยากสลับซับซ้อนมากขึ้น จำเป็นต้องดำเนินการให้ประชาชนมีความรู้ มีส่วนร่วม มีระบบสร้างเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และการป้องกันอย่างสมบูรณ์ และตระหนักถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้การดูแลสุขภาพ 4 มิติ คือ กาย จิต สังคม และปัญญา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีร่างกายที่สามารถทำงานได้ตามปกติ มีสุขภาพจิตดี สามารถดูแลตนเอง และมีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม มีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ตามองค์ประกอบ 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุอย่างสมศักดิ์ศรี มีความพร้อม มีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย ในการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผลและร่วมสะท้อนผลตามแนวคิด Kemmis and McTaggart, 1988⁴ มี 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในตำบลกุดไผ่ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มี 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 66 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรหาค่าเฉลี่ยประชากรกรณีทราบจำนวนประชากร⁵ 2) ตัวแทนกลุ่มภาคีเครือข่าย ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดไผ่ จำนวน 2 คน ตัวแทนผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน ตัวแทนคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้าน จำนวน 11 คน ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน ตัวแทนผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) จำนวน 5 คน ตัวแทนหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน รวมจำนวน 26 คน

เครื่องมือ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสังเกตการมีส่วนร่วม การบันทึก การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) 26 ข้อ³ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ⁶ และการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามโดยการสร้างขึ้นจากกรอบทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาและประเด็นคำถามที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ครอบคลุมเนื้อหา ลักษณะทางประชากร

คุณภาพของเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามด้านพฤติกรรมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และทดลองใช้ (Try Out) ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นของเท่ากับ 0.80 และ 0.90 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วม โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยายและสถิติอ้างอิง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การจำแนกประเภทข้อมูลประมวลผลเชื่อมโยง และสร้างข้อสรุป

จริยธรรมการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ออกหนังสือใบรับรองอนุมัติ เลขที่ 052/2562

ผลการวิจัย

กระบวนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถสรุปเป็นขั้นตอนและวิธีการดำเนินงานได้ ดังนี้

1. บริบทคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

1) บริบทคุณภาพชีวิต จากการสำรวจข้อมูลของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ร้อยละ 85.9) มีบริบทคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งในด้านสุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อม และไม่มีโรคประจำตัว ได้รับการนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุทั้งหมด (n=602)

	ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มติดสังคม	ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป	517	85.9
กลุ่มติดบ้าน	5-11 คะแนน	74	12.3
กลุ่มติดเตียง	0-4 คะแนน	11	1.8

ตารางที่ 2 ข้อมูลสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุทั้งหมด (n=602)

ข้อมูลสุขภาพทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
ดัชนีมวลกาย	
น้อยกว่า 18.5 กก./ตร.ม. น้อยกว่ามาตรฐาน	74 (12.3)
18.5-22.9 กก./ตร.ม. ปกติ	277 (46.0)
23.0-24.9 กก./ตร.ม. อ้วนระดับ 1	122 (20.3)
25.0-29.9 กก./ตร.ม. อ้วนระดับ 2	106 (17.6)
มากกว่า 30 กก./ตร.ม. อ้วนระดับ 3	23 (3.8)
โรคประจำตัว	
ไม่มีโรคประจำตัว	403 (66.9)
มีโรคประจำตัว	199 (33.1)
โรคเบาหวาน	75 (12.4)
โรคความดันโลหิตสูง	69 (11.5)
โรคหัวใจขาดเลือด	9 (1.5)
โรคหอบหืด	8 (1.3)

ข้อมูลสุขภาพทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
โรคหลอดเลือดสมอง	4 (0.7)
ซึมเศร้า	4 (0.7)
โรคเมเร็ง	2 (0.3)
โรคไต	2 (0.3)
อัมพฤกษ์ อัมพาต	1 (0.2)
มากกว่า 1 โรค	25 (4.2)
ปัญหาสำคัญทางสุขภาพ	
ไม่มี	556 (92.4)
ปวดเมื่อย	22 (3.7)
พิการ	14 (2.3)
ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้	4 (0.7)
อ่อนแรง	4 (0.7)
รับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติ	1 (0.2)
ไถวยาย	1 (0.2)

2) บริบทคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 ด้าน ส่วนใหญ่พบว่า 1) ด้านการเคลื่อนไหว ไม่มีปัญหาในการเดิน 2) ด้านการดูแลตนเอง ไม่มีปัญหาในการอาบน้ำหรือใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง 3) ด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ปัญหาด้านสุขภาพมีผลเล็กน้อยต่อการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ 4) ด้านอาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายตัวเล็กน้อย 5) ด้านความวิตกกังวล/ซึมเศร้า รู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเล็กน้อย หากพิจารณา

จากข้อมูลจะเห็นว่าระดับคะแนนบรรทัดฐานร้อยละ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 5 ด้าน ที่มีระดับคะแนนรวมสูงสุด คือ 1 ผลการศึกษานี้ ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.85 ซึ่งหมายถึงคะแนนอยู่ในระดับดี แสดงว่าผู้สูงอายุไม่มีปัญหาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและมีสุขภาวะด้านชีวิตดี เนื่องจากจากการไม่มีโรคประจำตัวหรือภาวะโรคร่วมรับประทานอาหารครบตามหลักโภชนาการ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และใหญ่ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาวะปกติ จำแนกรายด้าน (n=66)

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิตปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	คุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน (ร้อยละ)
ด้านสุขภาพกาย	6 (9.1)	54 (81.8)	6 (9.1)
ด้านจิตใจ	5 (7.6)	39 (59.1)	22 (33.3)
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	6 (9.1)	35 (53.0)	25 (37.9)
ด้านสิ่งแวดล้อม	2 (3.0)	47 (71.2)	17 (25.8)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	1 (1.5)	56 (84.8)	9 (13.9)

ตารางที่ 4 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพะสุขภาพ (n=19)

องค์ประกอบ	ระดับความรุนแรง				
	ไม่มี ปัญหา เลย	มีปัญหา เล็กน้อย	มีปัญหา ปาน กลาง	มีปัญหา มาก	มีปัญหา มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านการเคลื่อนไหว	9 (47.4)	4 (21.1)	3 (15.8)	0 (0.0)	3 (15.8)
การดูแลตนเอง	12 (63.2)	2 (10.5)	1 (5.3)	0 (0.0)	4 (21.1)
กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ	5 (26.3)	10 (52.6)	1 (5.3)	1 (5.3)	2 (10.5)
อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว	3 (15.8)	11 (57.9)	3 (15.8)	0 (0.0)	2 (10.5)
ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า	4 (21.1)	13 (68.4)	0 (0.0)	2 (10.5)	0 (0.0)

2. กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย การร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผล และร่วมสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 66 คน และภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 26 คน ข้อมูลการวิจัยแต่ละขั้นตอนมีดังนี้

1) ขั้นการวางแผน (Planning)

2 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) จัดประชุมประชาคมร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อรับทราบและสร้างความเข้าใจถึงสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ได้แก่ สถานการณ์การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สุขภาวะผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ รวมไปถึงการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ในชุมชนที่ผ่านมา 2) ประชุมระดมสมองร่วมกันสร้างแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน/หน่วยงานมีส่วนร่วมในการเสนอกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ขั้นตอนการวางแผนเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อรายงานถึงสถานการณ์และสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในทุกมิติ เพื่อการบูรณาการและระดมความคิดเห็นสำหรับสรุปประเด็นปัญหาและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ซึ่งเป็นการเรียนรู้ร่วมกันของภาคีเครือข่ายในชุมชน

2) ขั้นการปฏิบัติการ (Action)

3 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) ประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติตามแผนร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อรับทราบและเข้าใจแนวทางร่วมกัน

และชี้แจงการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย 2) การดำเนินกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยยึดตามแนวคิด 4 Smart ประกอบไปด้วย ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย มีกิจกรรมย่อยดังนี้ กิจกรรมตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมกินข้าวอร่อยเพื่อสุขภาพ กิจกรรมสุขภาพฟันดี ชีวิตมีสุข กิจกรรมพหุวิธีกับการดำเนินชีวิต และกิจกรรมดนตรีบำบัด และร่วมนักวิชาการ 3) การดำเนินกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นกิจกรรมผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีความรู้ทั้งทางทฤษฎี และแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยใช้เวลาฝึกอบรมทั้งสิ้น 11 วัน หรือมีชั่วโมงตลอดหลักสูตรเท่ากับ 70 ชั่วโมง ขั้นตอนการปฏิบัติ เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวังและควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน ซึ่งอาจปรับเปลี่ยนการปฏิบัติให้เหมาะสมกับสถานการณ์บริบทของชุมชน

3) ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observation) 3 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการบันทึก การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการแสดงความคิดเห็นในขณะที่ได้รับรู้จากวิทยากร ซึ่งผู้สูงอายุเกิดความกระตือรือร้นในการมาเข้าร่วมกิจกรรม 2) การติดตามผลการดำเนินกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) เป็นผู้ที่มีหน้าที่ดำเนินกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิง ภายหลังจากติดตามระยะเวลาเดือนละ 2 ครั้ง ผู้สูงอายุให้ความสนใจร่วมกิจกรรม มีการแสดงความคิดเห็นตอบโต้กันระหว่าง CG เป็นอย่างดี 3) การประเมินประจักษ์คุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย หลังการเข้าร่วมกิจกรรม การสังเกตการณ์เป็นขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ

กระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป รวมทั้งสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ สำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

4) ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) 2 กิจกรรม ประกอบด้วย 1) จัดประชุมเพื่อสรุปผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อรายงานผลการดำเนินกิจกรรมได้แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบดังต่อไปนี้ องค์ประกอบที่ 1 การดูแลสุขภาพระดับบุคคล องค์ประกอบที่ 2 การดูแลสุขภาพระดับครอบครัว องค์ประกอบที่ 3 การดูแลสุขภาพระดับชุมชน องค์ประกอบที่ 4 การดูแลสุขภาพระดับภาครัฐ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้จอ และองค์การบริหารส่วนตำบลใกล้จอ 2) การคืนข้อมูลภาวะสุขภาพหลังการวิจัยพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติเป็นนำเสนอแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พร้อมทั้งชี้แจงขั้นตอนดำเนินกิจกรรม เพื่อถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลใกล้จอต่อไป ข้อมูลที่ได้รับการสะท้อนกลับเป็นการกระบวนการกลุ่มในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย จะเป็นวิธีการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทางดั้งเดิมไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่

3. ผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1) ข้อมูลด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการวิจัย เมื่อวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL)⁷ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นมีกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม มีภาวะโรคเรื้อรังที่สำคัญได้แก่ โรคความเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือด ผู้สูงอายุมีค่าดัชนีมวลกาย (ระดับปกติ)⁸ และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันคงที่เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงเป็นกลุ่มติดบ้าน และผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงเป็นกลุ่มติดเตียง ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ถือว่าเป็นผลดีต่อผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพนั้นอาจต้องใช้เวลายาวนานในระดับหนึ่ง

2) ด้านพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย ทำงานอดิเรก ตรวจสุขภาพ ดีขึ้นกว่าก่อนการเริ่มดำเนินการวิจัย สาเหตุส่วนหนึ่งเนื่องจากเจ้าหน้าที่และบุคลากรได้ตรวจร่างกายให้ผู้สูงอายุทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรม และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนที่ดีและถูกต้อง ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการรู้สึกถึงการได้รับกำลังใจและเห็นคุณค่าของตนเอง

3) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีภาวะสุขภาพปกติ ภาพรวมคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง มีระดับคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 แสดงว่าหลังจากที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น และสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ พบว่าผู้สูงอายุมีการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ตลอดจนการเข้าร่วมกิจกรรมนั้นทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้พบเจอเพื่อนในวัยเดียวกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น เกิดความภาคภูมิใจ มีความสุขมากขึ้น

4) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีปัญหาภาวะสุขภาพ หลังจากที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ภาพรวมคุณภาพชีวิต และภาวะสุขภาพ (VAS) ของผู้สูงอายุดีขึ้นมากกว่าตอนก่อนเริ่มกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.016 และ <0.001 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมมีผลทำให้ผู้สูงอายุสนใจ เล็งเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี ก็จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี

5) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงที่มีภาวะสุขภาพปกติ หลังจากที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ภาพรวมคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งดีขึ้นมากกว่าตอนก่อนเริ่มกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งอาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุได้รับการดูแลจาก CG อย่างทั่วถึง และได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของ CG การได้รับความรู้แนวทางการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง จนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น รวมไปถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้านด้วยเช่นกัน

6) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงที่มีปัญหาภาวะสุขภาพ หลังจากที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ภาพรวมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และภาวะสุขภาพ (VAS) ดีขึ้นมากกว่าก่อนเริ่มดำเนินการกิจกรรม ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.029 และ 0.019 ตามลำดับ การที่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นเป็นผลมาจากได้รับการดูแลจาก CG ทั่วถึง

และผู้สูงอายุที่บ้านได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

7) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาพรวมการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง และมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นมากกว่าก่อนการเริ่มกิจกรรม ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

<0.001 แสดงให้เห็นว่าภาคีเครือข่ายเห็นความสำคัญในการเข้าร่วม และมีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทำให้ชุมชนนี้เกิดการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น การสร้างความสัมพันธ์ภายในชุมชนให้มีความสนใจในจุดร่วมเดียวกัน จนเกิดการตระหนักรู้ในความห่วงใยต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตารางที่ 5 ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=26)

ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน		จำนวน (ร้อยละ)
สูง	(46.68-60.00 คะแนน)	13 (50.0)
ปานกลาง	(33.34-46.67 คะแนน)	11 (42.3)
น้อย	(20.00-33.33 คะแนน)	2 (7.7)
(Mean =45.27, S.D. =8.19, Min = 32 , Max =60)		

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=26)

ระดับการมีส่วนร่วม	n	$\bar{x}$	S.D.	Std. Error Mean	t-test	95%CI	P-value
ก่อนการเข้าร่วมวิจัย	26	34.31	10.16				
หลังการเข้าร่วมวิจัย	26	45.27	8.19	1.65	6.633	7.55-14.36	<0.001

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลกุดไล่จ้อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม

ปัจจัยที่ทำให้การวิจัยนี้ประสบผลสำเร็จได้ประกอบไปด้วย 1) ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง 2) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 3) มีการจัดทำแผนพัฒนาร่วมกับภาคีเครือข่ายที่ชัดเจน 4) หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่น (อปท.) มีการประสานแผนพัฒนาและการบูรณาการงบประมาณ 5) ทีม CG และ 6) มีการติดตาม ประเมินผล และสรุปผลการดำเนินงาน

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของชุมชนจะบรรลุผลได้ ภาคีเครือข่ายในชุมชนต้องเข้มแข็ง เห็นความสำคัญของปัญหา มอง

ปัญหาด้านสุขภาวะของผู้สูงอายุเป็นเป้าหมายเดียวกัน เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างกลุ่มภาคีเครือข่าย เพื่อร่วมคิด วิเคราะห์ปัญหา ก่อนร่วมกันจัดทำแผนการปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานสาธารณสุของค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ยังได้มีการประสานแผนพัฒนาและการบูรณาการงบประมาณร่วมกันจนเกิดเป็นรูปธรรม จนโครงการและกิจกรรมประสบผลสำเร็จได้ ผลการพัฒนาที่ได้สามารถนำมาสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อสะท้อนกลับให้กับชุมชนต่อไป ซึ่งผลสำเร็จที่ได้ยังสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของกัมปนาท บริบูรณ์¹⁰ ปัจจัยแห่งความสำเร็จของโรงเรียนผู้สูงอายุที่ได้จากงานวิจัยประกอบด้วย 1) การมีผู้นำชัดเจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระภิกษุ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 2) การมีเป้าหมายเดียวกันที่ชัดเจนทั้งกลุ่มหมู่คณะ 3) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมีเวทีในการพูดคุย พบปะและเฟื่องฟูสานพลังการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 4) เครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง ได้แก่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายใน และภายนอกเฟื่องฟูสานการดำเนินการบูรณาการ การทำงานร่วมกัน 5) การเรียนรู้และดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทบทวนและสรุปบทเรียนการทำงานเป็นระยะ และส่งคืนข้อมูลกลับสู่ชุมชนเพื่อนำมาพัฒนากระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง 6) หน่วยงานส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณบุคลากร และสถานที่ สอดคล้องกับการศึกษาของปิยวรรณ เหลาสา กระจำจ ตลับนิล และสุภรณ์ ชุมพลวงศ์¹¹ ว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการ

พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลทุ่งแสงทอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย การมีเป้าหมายที่ชัดเจน การทำงานเป็นระบบ บริหารและจัดการโยชุมชน สมาชิกเรียนรู้จนเกิดทักษะในการทำงาน ตลอดจนนำทักษะที่ได้มาปรับใช้ในการทำกิจกรรมกับชุมชนของตนเอง และเครือข่ายมีทักษะในการร่วมกันอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ควรจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลกุดไผ่จ่อเพื่อให้สามารถเป็นต้นแบบของโรงเรียนผู้สูงอายุต่อไป มีการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมาพบปะกันเดือนละ 2 ครั้ง และทำกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ

2) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิง ควรส่งเสริมให้มีการจัดบริการเชิงรุกของ CG ให้มากขึ้น เพื่อเป็นฟันเฟืองในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การดำเนินงานของ CG ควรออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยจะให้ CG รายงานผลการออกเยี่ยมบ้านต่อผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care Manager: CM) ทุกสัปดาห์ และมีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนจากการเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง

3) ภาคีเครือข่ายต้องเห็นความสำคัญบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การสร้างความสัมพันธ์ภายในชุมชนให้มีความสนใจในจุดร่วมเดียวกัน จนเกิดการตระหนักรู้และมีความห่วงใยต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

4) หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ มีการประสานแผนพัฒนาและการบูรณาการงบประมาณร่วมกันจนเกิดเป็นรูปธรรม

5) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อื่น เพื่อเปรียบเทียบกระบวนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของท้องถิ่นอื่นที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

6) ควรมีการวิจัยการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงของ CG

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดไผ่จ้อ และภาคีเครือข่ายในชุมชนทุกท่าน รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตำบลกุดไผ่จ้อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ที่ให้ความร่วมมือในการใช้พื้นที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูลและให้ความกรุณาในการตอบคำถามและร่วมแสดงความคิดเห็น และตอบแบบสอบถามสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์; 2562.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (n.d.). HDC - Dashboard. (Accessed November 7, 2018, at <https://mkm.hdc.moph.go.th>)
3. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF. Geneva Switzerland; 2004.
4. วีรยุทธ ชาตะกาญจน์. วิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี 2558; 2(1): 29-49.

5. สุ่มทนา กลางคาร, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 6th ed. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์-สารคามเปเปอร์; 2553. หน้า 124.
6. EQ-5D-5L – EQ-5D. (n.d.). (Accessed November 7, 2018, at <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-about/>)
7. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก; 2557.
8. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ. 2556. (Accessed November 7, 2018, at http://hp.anamai.moph.go.th/main.php?filename=index_th)
9. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2562 ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข; 2561.
10. กัมปนาท บริบูรณ์. แนวทางการพัฒนารูปแบบโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารรามคำแหง ฉบับคณะศึกษาศาสตร์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์) 2562; 1(1): 40-5.
11. ปิยวรรณ เหลาสา, กระจำง ตลับนิล, และ สุภรณ์ ชุมพลวงศ์. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลทุ่งแสงทอง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ 2558; 9(1): 96-106.