

การพัฒนาแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทูน-พิปูนล้นเกล้า
อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล

Developing A Model for Promoting the Quality of Life of the Elderly through
Family Participation in the Area of Ban Katun-Phipun Lonklao Sub-district Health
Promoting Hospital, Khuan Kalong District, Satun Province

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received : May 13, 2025

Revised : July 29, 2025

Accepted : Aug. 15, 2025

Published : Aug. 30, 2025

อมรรัตน์ ไช้เศษ¹, กมลวรรณ สุวรรณ²

Amonrat Khaisat¹, Kamonwan suwan²

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทูน-พิปูนล้นเกล้า อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Ban Ban Katun-Phipun Lonklao Sub-district Health Promoting Hospital,
Khuan Kalong District, Satun Province

²Boromarajonani College of Nursing Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทูน-พิปูนล้นเกล้า อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล ดำเนินการ 2 ระยะ คือ 1 ระยะเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์ชุมชน และความต้องการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ 2 ระยะการดำเนินการพัฒนาแบบ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติการ 3) การสังเกตการณ์ และ 4) การสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 84 คน คัดเลือกแบบอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และแบบประเมินความพึงพอใจโดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา .90 และ .81 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .89 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและ Paired-sample t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า แบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 1) วางแผนโดยการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้สูงอายุ และตัวแทนครอบครัว กำหนดกิจกรรมครอบคลุม 5 องค์ประกอบหลักของ KATUN Model ได้แก่ K-Knowledge, A-Activity, T-Togetherness, U-Understanding, และ N-Network 2) ปฏิบัติการเน้นสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในทุกกิจกรรม และ 3) ติดตามผล เมื่อดำเนินโครงการแล้วพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.790$) และระดับความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 72.62)

คำสำคัญ: แบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของครอบครัว

Corresponding Author: กมลวรรณ สุวรรณ E-mail: kamonwan@bcnyala.ac.th

Abstract

This research was an action research study to develop a model for promoting the quality of life of the elderly through family participation in the Ban Kratun-Phiphun Lon Klao Subdistrict Health Promoting Hospital, Khuan Kalong District, Satun Province. The study conducted two phases: 1) preparation, which studied the community situation and needs for promoting the quality of life of the elderly; and 2) implementation, which developed the model through a four-step process: 1) planning, 2) implementation, 3) observation, and 4) reflection. The sample consisted of 84 elderly individuals, selected using a simple random sample. Data were collected using an Elderly Quality of Life Assessment and a satisfaction assessment, with content validity values of .90 and .81, respectively, and a Cronbach's alpha coefficient of .89. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and a paired-sample t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that the model for promoting the quality of life of the elderly consists of three steps: 1) planning, with the participation of community leaders, public health officials, the elderly, and family representatives. The activities covered the 5 main components of the KATUN Model: K-Knowledge, A-Activity, T-Togetherness, U-Understanding, and N-Network. 2) The operations emphasized that family members were actively involved in all activities, and 3) the results were followed up. After the project was implemented, it was found that the overall quality of life of the elderly was significantly higher at the .05 level ($t = 3.790$), and the satisfaction level after participating in the project was mostly high (72.62 %).

Keywords: Model for Promoting the Quality of Life of the Elderly, Family Participation

Corresponding Author: Kamonwan Suwan E-mail: kamonwan@bcnyala.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุจำนวน 12,814,778 คน คิดเป็นร้อยละ 19.40 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มจากร้อยละ 5 ในปี พ.ศ. 2493 เป็นประมาณร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2563 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นประมาณร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2583 ในขณะที่สัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มจากร้อยละ 3 เป็นประมาณร้อยละ 16 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นประมาณร้อยละ 26 ในช่วงเวลาเดียวกัน (Department of Older Persons, 2023) การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้ประเทศต้องเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุซึ่งเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพและส่งผลกระทบต่องบประมาณด้านการรักษาพยาบาล เพื่อรับมือกับสถานการณ์นี้ สำนักงานผู้สูงอายุ กรมอนามัย ได้จัดสรรงบประมาณประจำปีงบประมาณ 2565 ประมาณ 9 ล้านบาท สำหรับดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในชุมชนอย่างเท่าเทียม (Department of Older Persons, 2023; Bureau of Elderly Health, Department of Health, 2023) จากผลกระทบดังกล่าว รัฐบาลไทยจึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุ เพื่อให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมุ่งเน้นแผนงานด้านผู้สูงอายุแบบบูรณาการร่วมกับชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีการเตรียมความพร้อมของประชากรสูงอายุอย่างมีทิศทางที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) (Department of Older Persons, 2023)

จังหวัดสตูล มีผู้สูงอายุทั้งหมด 47,514 คน คิดเป็นร้อยละ 14.54 ของจำนวนประชากรทั้งหมดของจังหวัด (Department of Older Persons, 2023) โดยอำเภอควนกาหลงเป็นอำเภอที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 4,235 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุในตำบลควนกาหลงถึง 1,928 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 45.53 ของผู้สูงอายุทั้งหมดในอำเภอควนกาหลง จากการสำรวจจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทูน – พิปูนล้นเกล้า พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 536 คน ซึ่งกระจายอยู่ใน 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5 บ้านพรุ 160 คน หมู่ที่ 6 บ้านเขาไคร้ 161 คน และหมู่ที่ 9 บ้านวังผาสามัคคี 215 คน (Department of Health, Ministry of Public Health, 2024) ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าพื้นที่ดังกล่าวได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มโครงสร้างประชากรของประเทศไทย และส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงสูงขึ้น อันนำไปสู่ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ จากข้อมูลการสำรวจและคัดกรองภาวะสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทูน – พิปูนล้นเกล้า ปีงบประมาณ 2566 พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 54.7 มีโรคเรื้อรังประจำตัวอย่างน้อย 1-2 โรค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ หอบหืด หรือมีอาการแสดงจากกล้ามเนื้อกระดูกข้อและเส้นเอ็น ซึ่งภาวะเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการดำรงตนอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นประกอบไปด้วย 4 ด้านได้แก่ 1) ด้านร่างกายได้แก่โครงสร้างทางร่างกายและสุขภาพร่างกายรวมถึงบุคลิกภาพด้วย 2) ด้านจิตใจได้แก่สภาพจิตใจและสุขภาพจิตรวมถึงด้านคุณธรรมและจริยธรรม 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมได้แก่การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อมได้แก่การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต (The WHOQOL Group, 1993)

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ (Wangsan, Worachina & Prom-in, 2024) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุบางรายอาจถูกทอดทิ้งขาดการดูแลจากญาติ เนื่องจากญาติไม่มีเวลาเพียงพอ นอกจากนี้ บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการ และขาดการ

ติดตามดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุในวัยนี้ต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวในด้านกิจวัตรประจำวัน ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน และค่ารักษาพยาบาล ซึ่งบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวสามารถตอบสนองความต้องการเหล่านี้ได้ครบถ้วน (Palaseuk & Thanomchayathawat, 2017) การส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมืออย่างจริงจังจากทุกภาคส่วน ตั้งแต่ตัวผู้สูงอายุเอง สมาชิกในครอบครัว สังคม ไปจนถึงหน่วยงานภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สถาบันครอบครัวต้องตระหนักถึงบทบาทและความสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุยังคงรักษาสุขภาพกายและใจ และรู้สึกว่าคุณค่ายังมีคุณค่า มีศักยภาพ และเป็นส่วนสำคัญของครอบครัวและสังคม (Kas-udom, Aphianlangkar, Chanjaroen & Wae, 2018) แม้จะมีการตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุและการพัฒนาคุณภาพชีวิต แต่ยังขาดการพัฒนาในรูปแบบที่ชัดเจนและเป็นระบบซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในบริบทเฉพาะของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุง-พิปูนล้นเกล้า อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล งานวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นไปที่การดูแลผู้สูงอายุในภาพรวม หรือศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต แต่ยังไม่มีการศึกษาเชิงปฏิบัติการที่มุ่งเน้นการสร้างรูปแบบโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่โดยเฉพาะ เพื่อให้ได้รูปแบบที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและสอดคล้องกับบริบทของท้องถิ่นอย่างยั่งยืน ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุง-พิปูนล้นเกล้า อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล โดยใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAOR) ตามแนวคิดของเคมมิสและแม็คแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart, 2005) เพื่อให้ครอบครัวร่วมคิดวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ วางแผนการดำเนินการ และสรุปบทเรียนร่วมกัน การพัฒนารูปแบบนี้คาดว่าจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุง-พิปูนล้นเกล้า ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุง-พิปูนล้นเกล้า อำเภอควนกาหลง จังหวัดสตูล

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้กรอบการศึกษาวิจัยแบบวงจรการวิจัยปฏิบัติการแบบ PAOR ตามแนวคิดของเคมมิสและแม็คแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart, 2005) โดยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ และระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบ แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้ 1)การวางแผน (Planning) 2)การปฏิบัติการ (Action) 3)การสังเกตการณ์ (Observation) และ 4)การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มติดสังคม (กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด) จำนวน 506 คน (จากการสำรวจ ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566)

2) กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 ระยะตามรูปแบบการวิจัย ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์บริบทของชุมชน วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพสำรวจปัญหาการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้นำชุมชนจำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 3 คน ผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน ตัวแทนบุคคลในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน รวมจำนวน 20 คน และทำการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 84 คน จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane, 1970 (Khunno, 2021) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยใช้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม 10% โดยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) จับฉลากแล้วไม่ใส่คืน

(Sampling without replacement) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีทะเบียนบ้าน และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุน-พิปูนล้นเกล้า อำเภอดงควายหลวง จังหวัดสตูล 2) มีสติสัมปชัญญะดี คะแนน TMMSE 25-30 คะแนน 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยได้ 4) ไม่มีโรคประจำตัว หรือมีโรคประจำตัวเรื้อรังที่สามารถควบคุมได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมและตอบแบบสอบถาม ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) เสียชีวิต 2) มีคะแนน TMMSE ต่ำกว่า 25 คะแนน และ 3) ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบ ในขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ประกอบด้วย ผู้สูงอายุจำนวน 10 คน, ตัวแทนบุคคลในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 3 คน, และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 คน รวมจำนวน 33 คน ในขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) 3 การสังเกตการณ์ (Observation) และ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) กำหนดกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมกิจกรรมที่กำหนด เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีทะเบียนบ้านและพักอาศัยอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุน-พิปูนล้นเกล้า อำเภอดงควายหลวง จังหวัดสตูล ในปี พ.ศ.2566 จำนวน 84 คน โดยเป็นกลุ่มเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การมีโรคประจำตัว สิทธิการรักษา ผู้ดูแลยามเจ็บป่วย การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และลักษณะครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) (Mahatnirankul, et al, 1997) จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และน้อยเลย การแปลค่าคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ คะแนน 26 – 60 คะแนน หมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61 - 95 คะแนนแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ และคะแนน 96 - 130 คะแนนแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 3 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group) สำหรับระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพสำรวจปัญหาการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (Palaseuk & Thanomchayathawat, 2017; Kas-udom, Aphianlangkar, Chanjaroen & Wae, 2018) ประกอบด้วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่เป็นอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลตนเอง/ดูแลผู้สูงอายุ ความต้องการการดูแลจากครอบครัว บทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม ปัญหาและความยากลำบากในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของครอบครัว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 14 ข้อ โดยเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนสูง แสดงถึงมีความพึงพอใจมาก จำแนกคะแนน ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 อยู่ในระดับต่ำที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 มีอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 อยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group) และแบบประเมินความพึงพอใจผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.93 และ 1.00 ตามลำดับ ส่วนแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชุดย่อฉบับภาษาไทย

(WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการวิจัย และมีการนำไปใช้ในงานวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวนมาก จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แต่ด้วยกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มใหญ่ ผู้วิจัยจึงนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย คำนวณหาความเที่ยงของแบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบประเมินความพึงพอใจโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 และ 0.81 ตามลำดับ รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้วิจัยหาความเที่ยงตรงเนื้อหาโดยให้กลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบฯ ร่วมแสดงความคิดเห็น ตรวจสอบความตรง ความสอดคล้องของเนื้อหาตามแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ และลงมติเลือกรูปแบบฯ ที่สามารถปฏิบัติได้จริงและทุกคนยอมรับ หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย แบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ และระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบ โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1)การวางแผน (Planning) 2)การปฏิบัติการ (Action) 3)การสังเกตการณ์ (Observation) และ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์บริบทของชุมชน วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพสำรวจปัญหาการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจากผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้สูงอายุ และตัวแทนบุคคลในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน และประสานงานกับพื้นที่เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) กับผู้สูงอายุจำนวน 84 คน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบ ตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของเคมมิสและแม็คแท็กการ์ท (Kemmis & McTaggart, 2005) ในลักษณะวงจรรอบ 4 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ผู้วิจัยและผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ ประชุมวางแผนเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว สังเคราะห์สถานการณ์ และสภาพปัญหาตามการรวบรวมข้อมูลตามข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ในระยะที่ 1 ร่วมวางแผนในการหารูปแบบในการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ผู้วิจัย และผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ และกลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) ผู้วิจัยสังเกตการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ใน และติดตามการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการระหว่างการทำกิจกรรม ประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไปของผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) กลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมกิจกรรม 4 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) ผู้วิจัยและผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ วิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินกิจกรรม นำผลทั้งหมดมาสรุปผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุหลังการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ใช้สถิติ Paired sample t-test ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในการใช้รูปแบบมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Shapiro-Wilk test, p -value = .095, .055 ตามลำดับ)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสจริยธรรมการวิจัย SCPHYLIRB-2566/365 ลงวันที่ 23 มกราคม 2567 และผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตามความต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ตลอดจนให้ความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่างว่า ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุน-พิปูนล้นเกล้า อำเภอกวนหางหลวง จังหวัดสตูล รับผิดชอบ 3 หมู่บ้านประกอบด้วย หมู่ที่ 5 บ้านพรุ หมู่ที่ 6 บ้านเขาไคร และหมู่ที่ 9 บ้านวิสาหมัคคี มีจำนวนผู้สูงอายุในการดูแลจำนวน 536 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.20 อายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 35.70 สถานภาพสมรส ร้อยละ 72.60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.40 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.80 รายได้จากเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 64.30 รายได้เฉลี่ย 1,000 – 5,000 บาท รายได้เพียงพอ ร้อยละ 54.80 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 86.90 ไม่สูบบุหรี่ 82.10 ไม่มีโรคประจำตัว 58.30 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ร้อยละ 82.10 ไม่มีผู้ดูแลยามเจ็บป่วย ร้อยละ 51.20 เข้าร่วมร่วมกิจกรรมในชุมชน ร้อยละ 89.30 เป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยว และขยาย ลักษณะละร้อยละ 50 มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 92.73$, $SD = 9.3$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 23.71 ($SD = 2.8$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 22.47 ($SD = 2.1$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 9.83 ($SD = 1.8$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเท่ากับ 29.37 ($SD = 3.5$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 1 และพบประเด็นปัญหาและความต้องการจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้ ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวไม่ทราบว่าจะต้องจัดทำอาหารเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เข้าใจว่าการจัดอาหารเฉพาะทำกรณีป่วยเท่านั้น รวมถึงไม่ทราบว่าจะสามารถเติมเครื่องปรุงในอาหารได้ปริมาณเท่าใด และต้องการประเมินสุขภาพเบื้องต้นในผู้สูงอายุด้วยตนเอง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการมีความรู้ในเรื่องแพทย์แผนไทยเพื่อนำมาปรับใช้ในการดูแลตนเอง และอยากให้ชุมชนจัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (N = 84)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	Mean	SD	ระดับ
ด้านสุขภาพกาย	23.71	2.8	ปานกลาง
ด้านจิตใจ	22.47	2.1	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.83	1.8	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	29.37	3.5	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	92.73	9.3	ปานกลาง

2. รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุง-พิปูนลั่นเกล้า อำเภอกวนกาหลง จังหวัดสตูล

จากการดำเนินการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุง-พิปูนลั่นเกล้า อำเภอกวนกาหลง จังหวัดสตูล ได้ดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของตัวแทนผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้สูงอายุ และตัวแทนครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ ซึ่งนำไปสู่การสร้าง KATUN Model ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) K - Knowledge (ความรู้) 2) A - Activity (กิจกรรม) 3) T - Togetherness (ความใกล้ชิด) 4) U - Understanding (ความเข้าใจ) และ 5) N - Network (เครือข่าย) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว หรือ KATUN Model

และได้กำหนดรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่เหมาะสมสำหรับพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุง-พิปูนลั่นเกล้า อำเภอกวนกาหลง จังหวัดสตูล ไว้ 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1. วางแผน ดำเนินการ ดังนี้ 1.1 ศึกษา และวิเคราะห์ปัญหาผู้สูงอายุโดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้เครื่องมือคือแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และสนทนากลุ่ม เพื่อให้ทราบถึงจุดที่ต้องได้รับการพัฒนาและส่งเสริม โดยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดการทำกิจกรรมทางสังคม รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน มีปัญหาโภชนาการเกี่ยวกับการรับประทานอาหารไม่เพียงพอ ไม่เหมาะสมตามช่วงวัย และอยากให้มีการแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างปลอดภัย และการดูแลสุขภาพตามภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่น จากข้อมูลดังกล่าวนำไปสู่ 1.2 จัดประชุมเพื่อหาแนวทาง และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างตัวแทนผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้สูงอายุ และตัวแทนบุคคลในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่พบ และระดมสมองเพื่อหาแนวทางการแก้ไข รวมถึงวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน และ 1.3 กำหนดกิจกรรมโครงการ โดยกิจกรรมเหล่านั้นจะต้องครอบคลุมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน 5 องค์ประกอบหลักของ KATUN Model ได้แก่ (1) กิจกรรมส่งเสริมความรู้แก่ครอบครัว (K – Knowledge) วางแผนกิจกรรมที่มุ่งเน้นการให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ภาวะสุขภาพ โภชนาการ การดูแลด้านจิตใจ และการเข้าใจการเปลี่ยนแปลงตามวัย (2) กิจกรรมส่งเสริมการมีกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว (A - Activity) วางแผนกิจกรรมที่เน้นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและความใกล้ชิดระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว เช่น การพูดคุย การรับฟัง การให้กำลังใจ และการแสดงความรักความห่วงใย (3) กิจกรรมส่งเสริมความใกล้ชิดในครอบครัว (T - Togetherness) วางแผนกิจกรรมที่เน้นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและความใกล้ชิดระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว เช่น การพูดคุย การรับฟัง การให้กำลังใจ และการแสดงความรักความห่วงใย (4) กิจกรรมส่งเสริมความเข้าใจความต้องการผู้สูงอายุ (U - Understanding) วางแผนกิจกรรมที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึงความต้องการ

ความรู้สึก และมุมมองของผู้สูงอายุ รวมถึงการคาดการณ์ตัดสินใจของผู้สูงอายุ และ (5) กิจกรรมส่งเสริมการสร้างเครือข่ายสนับสนุน (N - Network) วางแผนกิจกรรมที่สร้างและสนับสนุนเครือข่ายระหว่างครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการในขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ จะต้องให้สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมอย่างจริงจัง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ การสร้างความสัมพันธ์ และการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยมีตัวแทนผู้นำชุมชนติดตามและกำกับดูแลการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ รวมถึงให้การสนับสนุนและประสานงานในกรณีที่เกิดปัญหา และ ขั้นตอนที่ 3 ติดตามผล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินโครงการ โดยจะมีการติดตามและประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อดูว่าบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างไร รวมถึงมีข้อเสนอแนะใดบ้างเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานในอนาคต

โดยในปีงบประมาณ 2567 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุง-พิบูลย์เกล้า อำเภอดงหลวง จังหวัดสุพรรณบุรี ได้วางแผนโครงการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวตาม 5 องค์ประกอบของ KATUN Model จำนวน 3 โครงการ ดังนี้ 1)โครงการผู้สูงอายุบ้านกระทุงฯ ไม่ลืม ไม่ล้า กินข้าวได้ 2)โครงการอุ่นไอรักในบ้าน: ครอบครัวสุขภาพ สุขชีวิที่มีพลัง และ 3)โครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย เมื่อดำเนินการตามแผนโดยจัดเป็นกิจกรรมในโครงการจำนวน 3 โครงการแล้ว พบว่าหลังเข้าร่วมโครงการ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.790$) และพบว่าองค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย และด้านสัมพันธภาพทางสังคม สูงขึ้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.026$ และ 75.735 ตามลำดับ) ส่วนองค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 1.685$ และ 1.348 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=84)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	Mean	SD	Mean	SD	t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
ด้านสุขภาพกาย	23.71	2.84	24.32	1.71	2.026	.046*
ด้านจิตใจ	22.47	2.12	22.92	1.71	1.685	.096
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.83	1.80	10.65	1.35	75.735	.000*
ด้านสิ่งแวดล้อม	29.37	3.59	29.40	3.55	1.348	.181
คุณภาพชีวิตโดยรวม	92.73	9.34	94.73	7.21	3.790	.000*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05, * ใช้สถิติ Paired sample t-test

อีกทั้งยังพบว่าระดับความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ตาม 5 องค์ประกอบของ KATUN Model หลังเข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.62) มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว หลังเข้าร่วมโครงการ (n=84)

ระดับความพึงพอใจ	หลังเข้าร่วมโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ	0	0
ปานกลาง	23	27.38
สูง	61	72.62

อภิปรายผล

การพัฒนาแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกระทุง-พิบูลย์ล้นเกล้า อำเภอกวนกาหลง จังหวัดสตูล โดยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนผล ในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาการดำเนินงานการพัฒนา โดยมีการวางแผนร่วมกันระหว่างตัวแทนผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้สูงอายุ และตัวแทนบุคคลในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการดำเนินงานแก้ไขปัญหาและพัฒนาการพัฒนารูปแบบตามแผนปฏิบัติการโดยการถอดบทเรียนหลังการดำเนินกิจกรรมเสนอแนะแนวคิดและแนวทางการ ปฏิบัติ พบว่า การนำ KATUN Model ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1)ความรู้ (Knowledge) 2)กิจกรรม (Activity) 3)ความใกล้ชิด (Togetherness) 4)ความเข้าใจ (Understanding) และ 5)เครือข่าย (Network) มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน 3 โครงการนำร่อง ได้แก่ โครงการผู้สูงอายุบ้านกระทุงฯ ไม่ลืม ไม่ล้า กินข้าวได้, โครงการอุ่นไอรักในบ้าน: ครอบครัวสวนสุข ชีวิตมีพลัง และโครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุดีขึ้นนั้น สะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการส่งเสริมที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามองค์ประกอบของ KATUN Model สามารถตอบสนองต่อความต้องการและแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วย K-Knowledge การได้รับความรู้ส่งผลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความเข้าใจในการดูแลตนเองมากขึ้น นำไปสู่สุขภาพกายที่ดีขึ้น A-Activity และ T-Togetherness การทำกิจกรรมร่วมกันและการสร้างความใกล้ชิดในครอบครัวส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า ได้รับการดูแล ไม่โดดเดี่ยว นำไปสู่สัมพันธภาพทางสังคมที่ดี U-Understanding ส่งเสริมความเข้าใจในความต้องการของผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัวช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพและตรงจุดมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลต่อทั้งสุขภาพกายและจิตใจ และ N-Network เมื่อมีการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทำให้ผู้สูงอายุมีช่องทางขอความช่วยเหลือและเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม สอดคล้องกับผลการพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสุขภาพกายและด้านสัมพันธภาพทางสังคม ที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน การที่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุดีขึ้นอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้สูงอายุ และครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น จากการเข้าร่วมกิจกรรมโครงการ ยิ่งไปกว่านั้น (Wilawan, et al, 2022; Makateppong, Naenudon & Phuangsamai, 2022) อีกทั้งยังพบว่าการจัดกิจกรรมให้ความรู้ที่หลากหลายเช่น อาหารเพื่อสุขภาพ การชะลอภาวะสมองเสื่อม การป้องกันปัญหาการกลืนปัสสาวะ การแก้ไขการนอนไม่หลับ การใช้ยาอย่างปลอดภัย การทำงานอดิเรกเชิงวัฒนธรรมท้องถิ่น และวิธีการป้องกันภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้คุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Wilawan, et al, 2022) ในส่วนของ สัมพันธภาพทางสังคม ที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อาจเป็นผลจากการที่ KATUN Model เน้นย้ำถึงความใกล้ชิด การมีกิจกรรมร่วมกัน และการสร้างเครือข่ายสนับสนุน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับการใส่ใจ ดูแล และไม่โดดเดี่ยว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Wangsan, Worachina & Prom-in 2024) ทั้งนี้ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ซึ่งเสนอว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงมีบทบาทและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนหรือสังคม จะสามารถรักษามโนทัศน์ที่ดีเกี่ยวกับตนเองและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งนำไปสู่สภาวะที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนผู้สูงอายุ ตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ที่พบว่าการมีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุในชุมชนสามารถร่วมทำนายคะแนนคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการมีเพื่อนในวัยเดียวกันที่สามารถปรึกษาพูดคุยและทำกิจกรรมร่วมกัน จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการความเครียดและมีโอกาสในการเข้าสังคมมากขึ้น ซึ่งนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

(Huaysai & Chusuton, 2023) นอกจากนี้การศึกษาปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน อำเภอลองของ จ. กำนางแพงเพชร พบว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ซึ่งสนับสนุนแนวคิดที่ว่า การเข้าสังคม พบปะพูดคุย ช่วยเหลือพึ่งพา กัน จะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Konkaew, Thongliam & Subprasert, 2019)

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเนื่องจากระยะเวลาในการดำเนินโครงการอาจยังไม่ยาวนานพอที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงในด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อมอย่างชัดเจน หรืออาจมีปัจจัยภายนอกอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุในระหว่างการจัดกิจกรรม ทั้งนี้ผู้สูงวัยเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการปรับเปลี่ยนบทบาทที่อาจต้องพึ่งพิงบุตรหลาน ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก ทำให้เกิดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ในส่วนของสภาพแวดล้อมนั้น เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักประสบปัญหาด้านสายตาและการทรงตัว ทำให้ความสามารถในการจัดการสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยลดลง เป็นผลให้ต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ไม่สะอาด และไม่เป็นระเบียบ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและอันตรายต่าง ๆ เช่น อากาศไม่บริสุทธิ์ สิ่งกีดขวาง สัตว์มีพิษ เชื้อรา และเชื้อโรค ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงตามมา (Kongmaneekean, Sirilak & Nusorn, 2020) ปัจจัยเหล่านี้จึงอาจเป็นอุปสรรคสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุในระยะเวลาอันสั้นของโครงการที่จัดขึ้น

นอกจากนี้ ผลการสำรวจความพึงพอใจยังแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับสูงต่อรูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งเป็นสัญญาณที่ดีว่าแนวทางนี้ได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าจากผู้ที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากหลังเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการตามรูปแบบบทบาทครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Makateppong, Naenudon & Phuangsamai, 2022)

การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำรูปแบบและองค์ประกอบของ KATUN Model ที่พัฒนาแล้ว ไปขยายผลในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียง โดยอาจสร้างกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ (community of practice) ในเครือข่าย เพื่อเป็นแบบอย่างในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำไปสู่การจัดการความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาวเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ควรศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น โดยติดตามและประเมินผลในลักษณะเปรียบเทียบในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

References

- Bureau of Elderly Health. (2023). Bureau of Elderly Health Annual Report 2024. Bureau of Elderly Health, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Retrieved 11, 2023 from <https://online.fliphtml5.com/cyqny/hmox/#p=1>
- Health Data Center, Satun Provincial Health Office. (2024). Population by Sex, Age Group, Annual, Satun Province, Fiscal Year 2024. Retrieved 11, 2023 from <https://hdc.moph.go.th/stn/public/main>
- Department of Older Persons. (2023). Elderly Statistics June 2023. Retrieved 11, 2023 from https://www.dop.go.th/th/statistics_side?content=1&sub=2
- Department of Older Persons. (2023). The 3rd National Plan of Action for Older Persons (B.E. 2566-2580). Retrieved 11, 2023 from https://www.dop.go.th/download/laws/th1653553501-843_0.pdf
- Huaysai, W., & Chusuton, S. (2023). Factors Predicting the Quality of Life of Older Adults in the Elderly Club of Bang Nok Kwaek Subdistrict, Bang Khonthi District, Samut Songkhram Province. *Journal of Public Health*, 32(1), 63-72.
- Kas-udom, P., Aphianlangkar, K., Chanjaroen, K., & Wae, N. (2018). Family Roles in Promoting the Quality of Life of Older Adults in a Changing Situation. *Journal of Nursing and Public Health Network Southern Region*, 5(3), 300-310.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). Participatory Action Research: Communicative Action and the Public Sphere. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (3rd ed., pp. 559-603). Sage Publications.
- Khunno, J. (2021). Basic Research Methods for Health Sciences. Chulalongkorn University Press.
- Kongmaneean, J., Sirilak, P., & Nusorn, N. (2020). Environmental Management for Older Adults Health Promotion. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit*, 12(1), 28-38.
- Konkaew, K., Thongliam, P., & Subprasert, S. (2019). Predictive Factors of Quality of Life in Homebound Elderly, Khlong Khlung District, Kamphaeng Phet Province. *Journal of Public Health*, 28(3), 394-401.
- Mahatnirankul, S., Tantipivattanakul, V., Phompaisanchai, V., Wongsuwan, K., & Promanarangkul, V. (1997). World Health Organization Quality of Life Indicators Thai version (WHOQOL – BREF – THAI) . Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Retrieved 11, 2023 from <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
- Makateppong, W., Naenudon, A., & Phuangsamai, P. (2022). The Development of a Family Role Model in Caring for Elderly Patients with Hypertension through Family Participation. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 33(2), 101-116.
- Palaseuk, R., & Thanomchayathawat, B. (2017). Family Models in Caring for the Elderly. *Journal of Nursing and Public Health Network Southern Region*, 4(3), 135-150.
- Wangsan, R., Worachina, K., & Prom-in, C. (2024). Family and Promoting the Quality of Life of Older Adults. *Journal of Health Education*, 47(2), 1-14.

- Wilawan, J., Laokhompruttajan, J, Laokhompruttajan, T., Boonao, Y., & Boonserm, P. (2022). The Effect of Socio-Cultural Program for Promoting Quality of Life and Depressive Prevention in The Elderly, Na Fai Subdistrict, Mueang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province. *Journal of Health Systems Research*, 15(1), 181-195.
- The WHOQOL Group. (1993). The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (The WHOQOL). In J. Orley & W. Kuyken (Eds.), *Quality of life assessment: International perspectives: Proceedings of the joint meeting organized by the World Health Organization and the Foundation IPSEN in Paris, July 2-3 1993* (pp.41-57). Springer-Verlag. Retrieved 11, 2023 from https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-79123-9_4