

กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

วิทยานิพนธ์

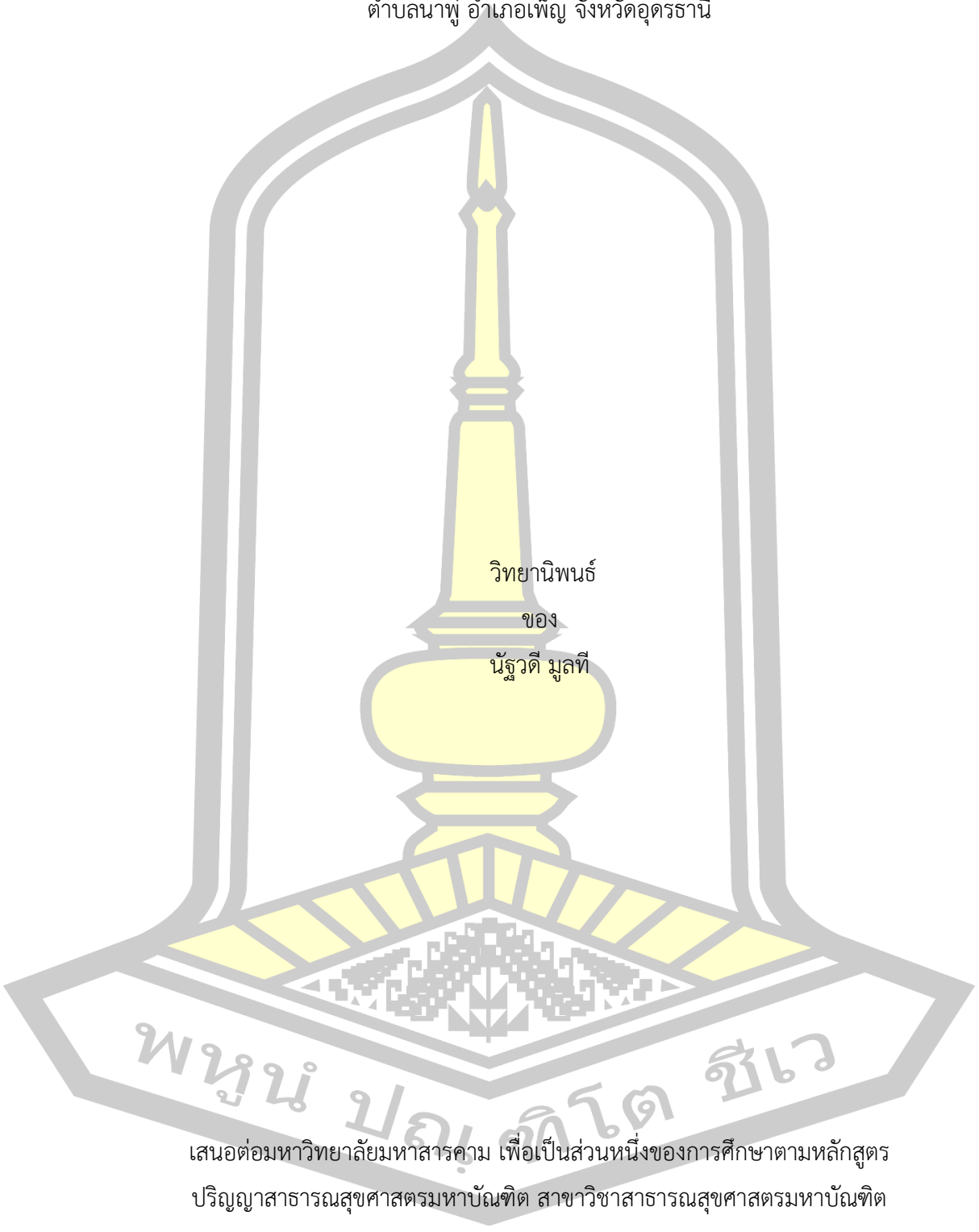
ของ

นัฐวดี มูลที

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
พฤษภาคม 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี



วิทยานิพนธ์

ของ

นัฐวดี มูลที

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
พฤษภาคม 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The Process of Improving the Quality of Life of the Elderly through Community Participation in Na Phu Subdistrict, Phen District, Udon Thani Province

Nattavadee Mooltee

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements

for Master of Public Health (Public Health)

May 2024

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวนัฐวดี มูลที แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อ. ดร. พัดชา หิรัญวัฒนกุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(ผศ. ดร. ณัชชลิดา ยุคะลัง)

.....กรรมการ
(อ. ดร. เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก
(ผศ. ดร. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

ผู้วิจัย นัฐวดี มูลที

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ ดร. พัดชา หิรัญวัฒนกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ณัชชลิดา ยุคะลัง

ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต **สาขาวิชา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม **ปีที่พิมพ์** 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ 72 คน และกลุ่มภาคีเครือข่าย 38 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 ถึง เดือน มกราคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงเชิงพรรณนา ได้แก่ ตารางแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ด้วยสถิติ t-test (Paired t-test)

ผลการศึกษาพบว่า บริบทคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ พบว่าเป็นผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 87.5 ประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 98.6 (mean=70.7, SD = 4.1) 1) ด้านสุขภาพร่างกาย ระดับปานกลาง ร้อยละ 98.6 (mean= 20.2, SD = 2.7) 2) ด้านจิตใจ ระดับปานกลาง ร้อยละ 84.7 (mean=15.9, SD = 1.6) 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ระดับปานกลาง ร้อยละ 95.8 (mean=8.7, SD = 0.6) 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ระดับปานกลาง ร้อยละ 75.0 ร้อยละ 75.0 (mean=20.2, SD = 2.1) การรมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระดับน้อย (mean=1.66, SD= 0.1) ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่จัดขึ้น พบว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างคงที่เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมกิจกรรม คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ด้านสุขภาพร่างกาย ระดับปานกลาง (mean= 24.5, SD = 3.1) ด้านจิตใจ ระดับปานกลาง (mean= 21.5,SD = 2.4) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.2 (mean= 10.2, SD = 1.0) ด้านสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ระดับปานกลาง (mean=28.5, SD = 2.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพของประชาชนในชุมชน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แสดงความคิดเห็น ร่วมจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีการจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกับภาคีเครือข่าย ตั้งแต่การให้ข้อมูล ร่วมคิด วิเคราะห์ มีการติดตาม ประเมินผล และสรุปผล การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้มีแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิต, การมีส่วนร่วมของชุมชน

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

TITLE The Process of Improving the Quality of Life of the Elderly through Community Participation in Na Phu Subdistrict, Phen District, Udon Thani Province

AUTHOR Nattavadee Mooltee

ADVISORS Phatcha Hirunwatthanakul , Ph.D.
Assistant Professor Nachalida Yukalang , Ph.D.

DEGREE Master of Public Health **MAJOR** Public Health

UNIVERSITY Mahasarakham University **YEAR** 2024

ABSTRACT

Action research has objectives. To study the process of improving the quality of life of the elderly through community participation in Na Phu Subdistrict, Phen District, Udon Thani Province. The sample group was divided into 2 groups: a group of 72 elderly people and a group of 38 network partners. Data collection was carried out between October 2023 and January 2024. Data were analyzed using descriptive statistics, including distribution tables, frequency, percentage, mean, and deviation. standard Inferential statistics with t-test statistics (Paired t-test).

The results of the study found that Context of quality of life of the elderly in the area It was found that 87.5% of the elderly were socially attached. Evaluating the quality of life of the elderly found that The quality of life of the elderly was at a moderate level, 98.6 percent (mean= 70.7, SD = 4.1). 1) In terms of physical health, it was at a moderate level, 98.6 percent (mean= 20.2, SD = 2.7). 2) In terms of mental health, it was at a moderate level, 84.7 percent (mean= 15.9, SD = 1.6) 3) Social relations, moderate level, 95.8 percent (mean= 8.7, SD = 0.6) 4) Environmental aspect, moderate level, 75.0 percent, 75.0 percent (mean= 20.2, SD = 2.1) Participation of network partners in the community in improving the quality of life of the elderly was low (mean= 1.66, SD=0.1). After participating in activities to improve the quality of life

of the elderly through community participation, it was found that the ability to carry out daily activities Barthel Activities of Daily Living (ADL) index for the elderly The sample group was stable compared to before participating in the activity. The quality of life of the elderly improved covering all 4 areas: physical health, moderate level (mean= 24.5, SD = 3.1), mental aspect, moderate level (mean= 21.5,SD = 2.4), social relationships, moderate level, the average score was 10.2 (mean= 10.2, SD = 1.0) Environmental aspect Most of the elderly were at a moderate level (mean= 28.5, SD = 2.3) with statistical significance ($p < 0.001$).

The success factor is a strong network of partners. Give importance to the health of people in the community Participation of network partners in improving the quality of life of the elderly in the community In order to have an exchange of knowledge and opinions. Participate in organizing activities to promote the health of the elderly, creating action plans with network partners. From providing information, thinking together, analyzing, monitoring, evaluating, and summarizing the results of operations to improve the quality of life of the elderly in the community. In order to have guidelines for developing the quality of life of the elderly in the community in an efficient and sustainable manner.

Keyword : elderly, quality of life, community participation

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยประเภท นิสิตบัณฑิตศึกษา ประจำปีงบประมาณ 2566 (เงินรายได้) จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาจากคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้และให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้วิจัยจนสามารถนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการจัดทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในความกรุณาที่เปี่ยมด้วยกัลยาณมิตร และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ดังนี้

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.พัดชา หิรัญวัฒนกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัชชลิดา ยุคะลัง อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ช่วยขัดเกลาและตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณอาจารย์ รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต ประธานหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตรองศาตราจาร (ประธานการสอบ) อาจารย์ ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ กรรมการสอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ กรรมการสอบ (ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก) ในการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ คำชี้แนะด้านต่าง ๆ และช่วยตรวจสอบรายละเอียดตลอดจนข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ให้เสร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาพู่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหลวง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชมชน ผู้สูงอายุ ที่ให้ความร่วมมือและได้สละเวลาเข้าร่วมกิจกรรมและให้ข้อมูล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดาเนินการวิจัย และให้ความร่วมมือในทุกขั้นตอนในการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ เป็นอย่างดี

และสุดท้ายขอขอบพระคุณครอบครัว ญาติพี่น้องทุกท่านที่อยู่เบื้องหลังและทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อนพี่น้องรุ่น สม.23 ทุกท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจ ให้การช่วยเหลือ แรงสนับสนุน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามทุกท่าน ที่สนับสนุนให้วิทยานิพนธ์ของข้าพเจ้าฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

นัฐวดี มูลที

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... ฉ

กิตติกรรมประกาศ ..... ช

สารบัญ ..... ฌ

สารบัญตาราง ..... ฏ

สารบัญภาพ ..... ฑ

บทที่ 1 บทนำ 1

1.1 ภูมิหลัง 1

1.2 คำถามการวิจัย 4

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย 4

1.4 ขอบเขตการวิจัย 4

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ 5

บทที่ 2 ปริทัศน์เอกสารข้อมูล 7

2.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 7

2.2 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 10

2.3 นโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 11

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 17

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุ 19

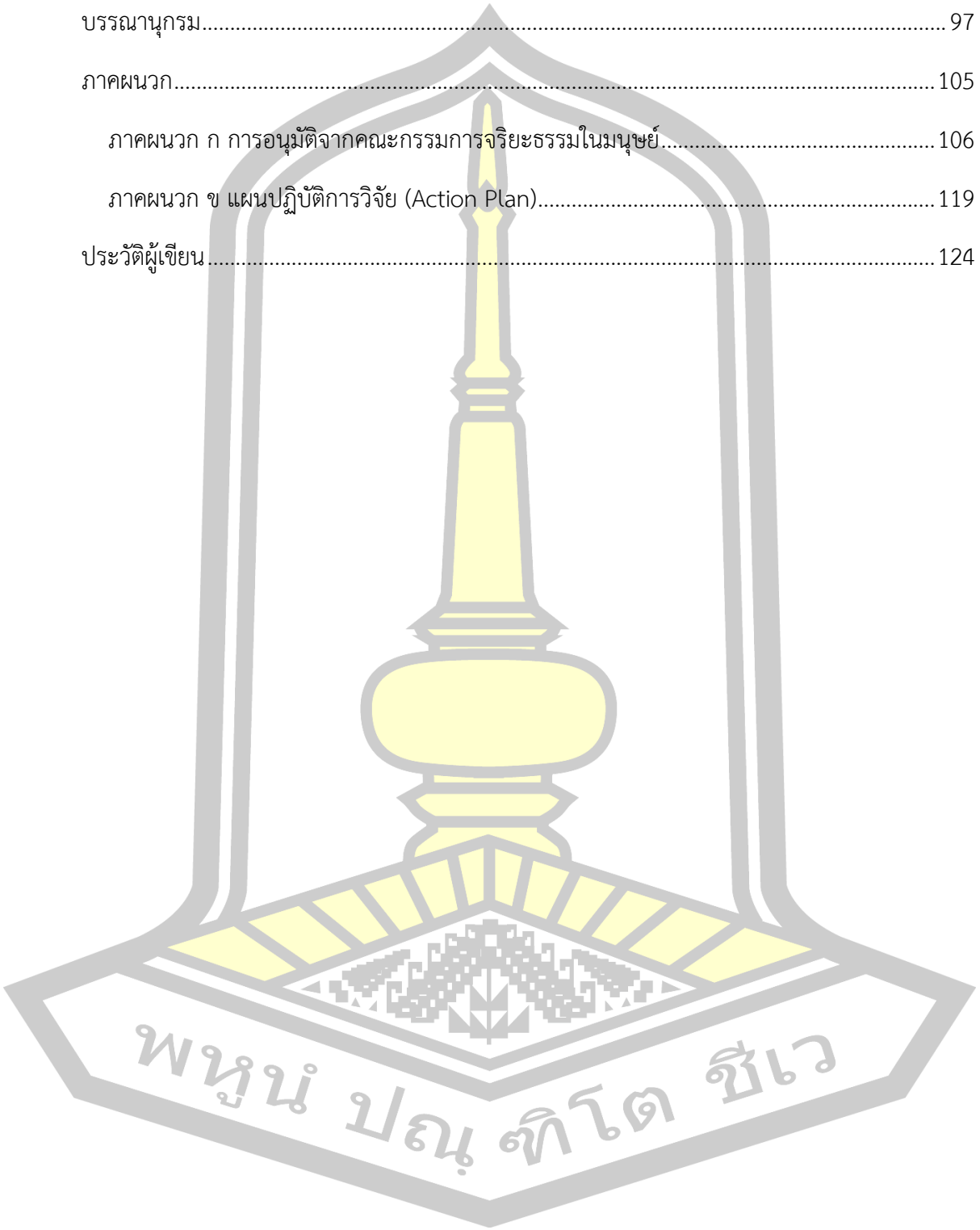
2.6 รูปแบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย 21

2.7 สวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขององค์บริหารส่วนตำบล 24

2.8 แนวคิดและนโยบายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต 26

2.9 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต 28
2.10 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ 29
2.11 แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วม 34
2.12 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 39
2.10 กรอบแนวคิดการวิจัย 50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 51
3.1 รูปแบบการวิจัย 51
3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย 52
3.3 สถานที่วิจัย 55
3.4 ระยะเวลาในการวิจัย 55
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 56
3.6 การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ 58
3.7 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย 60
3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล 63
3.9 จริยธรรมในการวิจัย 64
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 66
4.1 ผลการศึกษาบริบทคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน 66
4.2 ศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 68
4.3 ผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 80
4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี 89
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 90
5.1 สรุปผล 90
5.2 อภิปรายผล 93

5.3 ข้อเสนอแนะ 96
บรรณานุกรม 97
ภาคผนวก 105
ภาคผนวก ก การอนุมัติจากคณะกรรมการจริยะธรรมในมนุษย์ 106
ภาคผนวก ข แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan) 119
ประวัติผู้เขียน 124



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) 53

ตารางที่ 2 แสดงแบ่งสัดส่วนกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 54

ตารางที่ 3 การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต 57

ตารางที่ 4 สรุปกระบวนการดำเนินงานวิจัยตามวัตถุประสงค์..... 62

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนครัวเรือนและประชากร ของตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี..... 67

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (n=72)..... 69

ตารางที่ 7 ข้อมูลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (n=72)..... 71

ตารางที่ 8 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (n=72)..... 71

ตารางที่ 9 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสุขภาพร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (n=72) 72

ตารางที่ 10 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านจิตใจ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (n=72) . 73

ตารางที่ 11 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (n=72)..... 74

ตารางที่ 12 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสิ่งแวดล้อม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม(n=72) 75

ตารางที่ 13 ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุก่อนการวิจัย (n=38)..... 76

ตารางที่ 14 สรุปประเด็นและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน 79

ตารางที่ 15 ข้อมูลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=72)..... 81

ตารางที่ 16 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=72)..... 81

ตารางที่ 17 แสดงผลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=72) 82
ตารางที่ 18 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=72) 82
ตารางที่ 19 แสดงผลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสุขภาพร่างกาย ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=72) 83
ตารางที่ 20 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านจิตใจ หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=72) .. 83
ตารางที่ 21 แสดงผลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านจิตใจ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=72) 84
ตารางที่ 22 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสัมพันธภาพทางสังคม หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=72) 84
ตารางที่ 23 แสดงผลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสัมพันธภาพทางสังคมก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=72) 85
ตารางที่ 24 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสิ่งแวดล้อม หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=72) 85
ตารางที่ 25 แสดงผลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสิ่งแวดล้อมก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=72) 86
ตารางที่ 26 ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หลังการวิจัย (n=38) 86
ตารางที่ 27 แสดงผลเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=38) 88

พหูน ปณ ฑิโต ชีเว

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย 50

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

ประชากรโลกกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2021 ประชากรรวมทั้งหมด 7,875 ล้านคน โดยมีผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14.0 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุวัยปลาย ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากถึง 151 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 2.0 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2021 ทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว คือ มีอัตราผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงกว่าร้อยละ 20.0 ทวีปอื่น ๆ เป็นสังคมสูงอายุทั้งหมด ยกเว้นแอฟริกา ทวีปเดียวที่ยังเป็นสังคมเยาว์วัย คือ มีอัตราผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 10.0 ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ญี่ปุ่น ร้อยละ 35.0 อิตาลี ร้อยละ 30.0 และโปรตุเกส ร้อยละ 30.0 ในปี 2021 อาเซียนมีประชากรรวมทั้งหมด 671 ล้านคน อาเซียนเป็นสังคมสูงอายุแล้ว คือ มีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 11.0 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุวัยปลาย ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 7.6 ล้านคน ในปี 2020 เป็น 8.6 ล้านคน ในปี 2021 ซึ่งเท่ากับเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 13.0 ในปี 2021 ประเทศสมาชิกอาเซียน 7 ประเทศ เป็นสังคมสูงอายุแล้ว คือมีอัตราผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ได้แก่ สิงคโปร์ (ร้อยละ 22.0) ไทย (ร้อยละ 19.0) เวียดนาม (ร้อยละ 13.0) มาเลเซีย (ร้อยละ 11.0) อินโดนีเซีย(ร้อยละ 10.0) เมียนมา (ร้อยละ 10.0) และบรูไน (ร้อยละ 10.0) ในปี 2564 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.7 ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างเร็วมาก เมื่อ 50 ปีก่อน ประเทศไทยมีผู้สูงอายุไม่ถึง 2 ล้านคน แต่ในปี 2564 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.0 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ภายในปี 2565 นี้ ในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรรวมของประเทศไทยจะเพิ่มช้าลง อัตราเพิ่มประชากรจะลดต่ำลงจนถึงขั้นติดลบ แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประชากรยิ่งมีอายุสูงยิ่งเพิ่มขึ้นเร็ว ในขณะที่ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4.0 ต่อปี ผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยถึงร้อยละ 7.0 ต่อปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

ประชากรผู้สูงอายุ ในปี 2565 มีมากถึง 12,116,199 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว 0.5% แบ่งเป็น ผู้สูงอายุวัยต้น ช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 6,843,300 คน คิดเป็นร้อยละ 56.5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้สูงอายุวัยกลาง ช่วงอายุ 70-79 ปี มีจำนวน

3,522,778 คน คิดเป็นร้อยละ 29.1 และผู้สูงอายุวัยปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1,750,121 คน คิดเป็นร้อยละ 14.4 ขณะที่ผู้สูงอายุในไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้น อัตราการเกิดกลับลดลงและมีอัตราที่ช้ามาก สถานการณ์เด็กเกิดใหม่ของประเทศไทยขณะนี้ต่ำกว่า 600,000 รายต่อปี และในปี พ.ศ. 2565 มีอัตราการเกิดอยู่ที่ 0.2 ถือเป็นจำนวนที่ค่อนข้างน้อย (ระบบสถิติทางการทะเบียน, 2565)

ปี พ.ศ. 2566 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้เป็นปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย เพื่อให้ทุกหน่วยงานได้ให้ความสำคัญในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยขอให้ช่วยสื่อสารข้อมูลสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพพื้นฐานที่ดี เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่ดี มีจิตใจที่แจ่มใสเบิกบาน รวมถึงการร่วมทีมติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ แว่นสายตา ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ฟันเทียมและรากฟันเทียม รวมถึงจัดระบบบริการไว้รองรับ โดยจัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในโรงพยาบาล มีการคัดกรองความเสื่อม 9 ด้านของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและชะลอความเสื่อม ช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2566)

ปัจจุบันเขตสุขภาพที่ 8 มีจำนวนผู้สูงอายุ 914,529 คน คิดเป็นร้อยละ 16.6 ของประชากรทั้งหมด และจังหวัดอุดรธานี มีจำนวนผู้สูงอายุ 259,210 คน คิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งมีจำนวนมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 8 จำนวนผู้สูงอายุในตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุจำนวน 1,698 คน ร้อยละ 13.51 ของประชากรทั้งหมด พ.ศ. 2564 มีผู้สูงอายุจำนวน 1,811 คน ร้อยละ 14.37 ของประชากรทั้งหมด พ.ศ. 2565 เป็นผู้สูงอายุจำนวน 1,920 คน ร้อยละ 15.25 ของประชากรทั้งหมด จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี และเมื่อแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Activities of Daily Living : ADL) ในตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี พบว่า พ.ศ. 2563 จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ติดสังคม (ADL 12-20) จำนวน 1,503 คน กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (ADL 5-11) จำนวน 16 คน และกลุ่มที่ 3 ติดเตียง (ADL 0-5) จำนวน 2 คน พ.ศ. 2564 จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ติดสังคม (ADL 12-20) จำนวน 1,511 คน กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (ADL 5-11) จำนวน 16 คน และกลุ่มที่ 3 ติดเตียง (ADL 0-5) จำนวน 2 คน และพ.ศ. 2565 จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 1 ติดสังคม (ADL 12-20) จำนวน 1,641 คน กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (ADL 5-11) จำนวน 18 คน และกลุ่มที่ 3 ติดเตียง (ADL 0-5) จำนวน 3 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในปี 2565 (Health Data Center :) ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2565 ผู้สูงอายุในตำบลนาพู่ มีโรคและปัญหาการเจ็บป่วย ที่สำคัญด้วยโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เข่าเสื่อมโรคหลอดเลือดสมอง/หลอดเลือดหัวใจ จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ในปี 2563 พบว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคดังกล่าว ร้อยละ 35.07, 15.34, 2.36, 1.24 ในปี 2564 พบผู้สูงอายุมีอัตราการป่วยด้วยโรคดังกล่าว ร้อยละ 38.70,

18.04, 3.91, 1.59 และในปี 2565 พบผู้สูงอายุมีอัตราการป่วยด้วยโรคดังกล่าว ร้อยละ 41.90, 19.05, 3.21, 1.80 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2565) ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวหลายโรคโดยเป็นโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังเป็นผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการ Geriatric Syndrome ที่มีผลต่อการเคลื่อนที่และการเข้าสังคม ทางด้านร่างกาย คือ การมีความยากลำบากในการเคลื่อนที่ ทางด้านจิตใจ คือ มีภาวะซึมเศร้า ทางด้านสติปัญญา การคิดรู้ คือ ภาวะหลงลืมและสมองเสื่อม ด้านสังคม คือ ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ หรือต้องรอบุตรหลานเป็นผู้พาไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ชุมชน (ศรายุทธ ชูสุทน, 2564) จากการดำเนินงาน ในเขตพื้นที่ตำบลนาพู่ พบว่า ด้านร่างกาย ไม่ตรวจสุขภาพประจำปี ไม่ออกกำลังกาย รับประทานอาหารตามใจชอบ ด้านจิตใจ ไม่มีลูกหลานดูแล ด้านสังคม ไม่มีบทบาททางสังคม เช่น ไม่ได้เป็นคณะกรรมการหมู่บ้าน ไม่มีเพื่อน ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านเศรษฐกิจ เบี้ยยังชีพไม่พอจ่ายไม่มีอาชีพเสริม มีภาระหนี้สิน ด้านสิ่งแวดล้อม บ้านเรือนไม่สะอาด ไม่เป็นระเบียบ ด้านความเป็นอยู่ ลูกหลานออกไปทำงานต่างจังหวัด ไม่มีเครื่องมือสื่อสารใช้ไม่เคยได้รับข้อมูลที่ทันสมัย ในปี 2564 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้สร้างความทุกข์ยากให้ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้น้อยลง เนื่องจากการทำงานและรายได้จากลูกหลานลดลง ผู้สูงอายุต้องห่างเหินจากลูกหลานและกลุ่มเพื่อน งดกิจกรรมร่วมกลุ่มกันในชุมชน ทำให้เกิดภาวะเคลียด ซึมเศร้า นอกจากนี้ผู้สูงอายุเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลได้น้อยกว่าประชากรกลุ่มอื่น จากการดำเนินงาน พบว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ครอบคลุม 4 มิติ คือ กาย จิต สังคมและปัญญา มีการดำเนินงานดูแลด้านสุขภาพกาย ได้แก่ การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การตรวจสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ส่วนการออกกาลังกายไม่มีแนวทางที่ชัดเจน การได้รับการเยี่ยมบ้านจากบุคลากรสาธารณสุข การเยี่ยมบ้านไม่ครอบคลุมทาให้การเจ็บป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพ และทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลงลด ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการสำรวจระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL–BREF–THAI) 26 ข้อ พบว่าผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 1.8 ระดับปานกลาง ร้อยละ 75.8 และคุณภาพชีวิตระดับที่ดี ร้อยละ 22.4 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาพู่, 2564)

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมชองชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่ายทางสังคม ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี เพื่อให้ผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตในช่วงบั้นปลายได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การรอบแนวคิด คำว่า คุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึง การประเมินค่าที่เป็นจิตนิสัย (Subjective) ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นกระบวนการที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผน

และการตัดสินใจสามารถค้นหาปัญหาความต้องการและแนวทางในการจัดการด้านสุขภาพผู้สูงอายุจากปัญหาและความต้องการของชุมชนผ่านการเรียนรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน

1.2 คำถามการวิจัย

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี มีผลต่อผู้สูงอายุอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1.3.2.1 เพื่อศึกษาบริบทคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

1.3.2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1.3.2.3 เพื่อศึกษาผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1.3.2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี กำหนดขอบเขตในการศึกษาเพื่อให้การศึกษาตรงตามประเด็นที่กำหนดและเหมาะสมกับเวลาที่ทำการศึกษาผู้วิจัยจึงกำหนดขอบเขตการศึกษาวิจัย ไว้ดังนี้

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากร

ผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งสามารถติดต่อ สื่อสารและให้ข้อมูลได้และยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัย

1.4.3 ขอบเขตด้านพื้นที่

ทำการศึกษาในพื้นที่ ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

1.4.4 ขอบเขตด้านเวลา

ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือน ตุลาคม 2566 ถึง เดือน มกราคม 2567

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 1 ติดสังคม (ADL 12-20) กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (ADL 5-11)

1.5.2 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (กลุ่มติดสังคม) หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

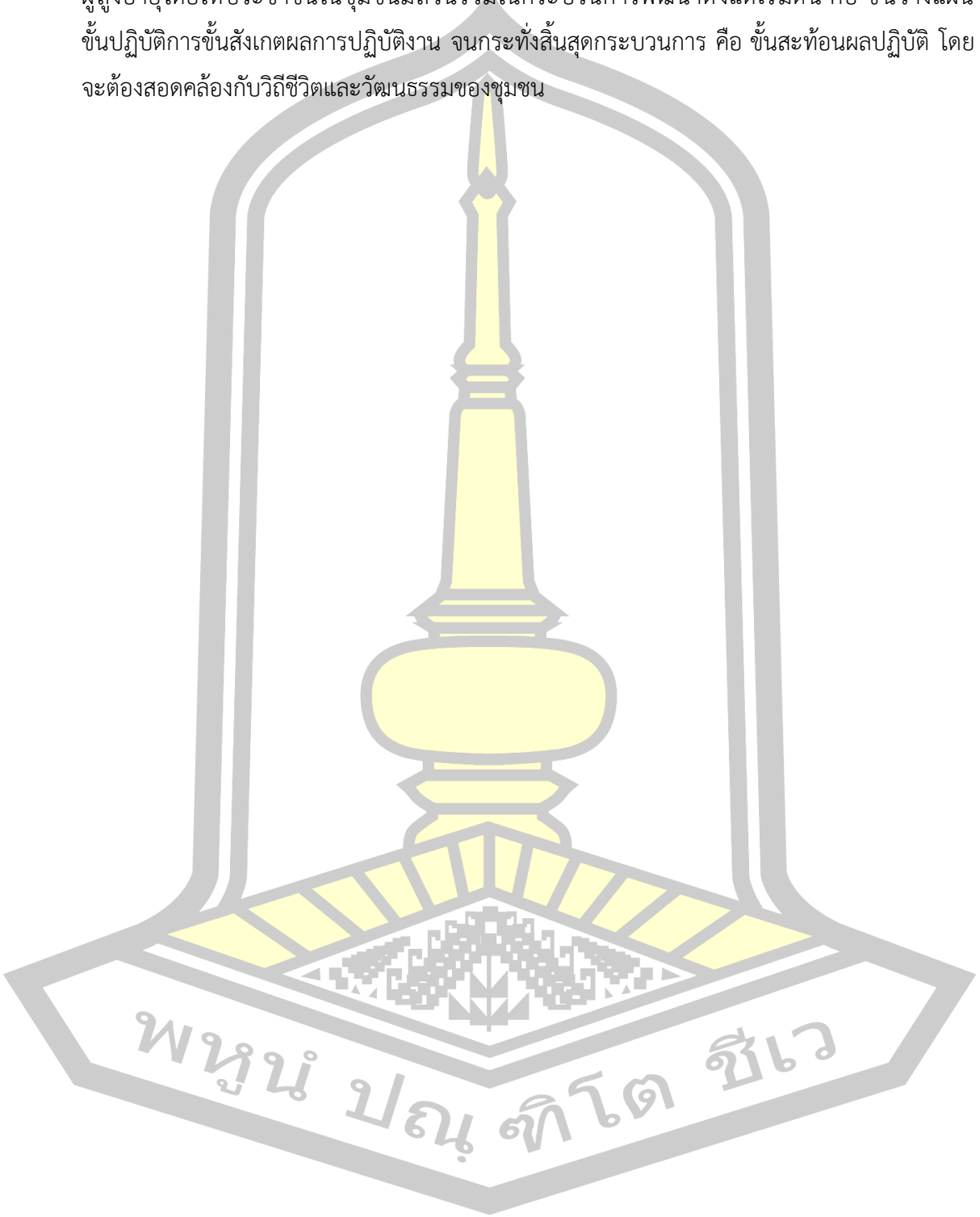
1.5.3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (กลุ่มติดบ้าน) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5–11คะแนน ที่อาศัยอยู่ ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

1.5.4 ภาคีเครือข่าย หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหลวง ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 2 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาพู่ ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัด อุดรธานี จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) หมู่บ้านละ 1 คน รวม 17 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน รวม 17 คน

1.5.5 คุณภาพชีวิต หมายถึง การที่ผู้สูงอายุในตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี มีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่มีความสุข การกินดีอยู่ดี และมีการดำเนินชีวิต สภาพความเป็นอยู่ที่ดี ได้อย่างเหมาะสม เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลที่มีต่อสภาวะของชีวิตตนเอง ตามองค์ประกอบ 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม เป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลที่มีต่อสภาวะของชีวิตตนเอง โดยใช้ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF – THAI)

1.5.6 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง แนวทางหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี มีความพึงพอใจในชีวิต มีความเป็นอยู่ที่ดี มีสุขภาพดี และมีการดาเนินชีวิต สภาพความเป็นอยู่ที่ดี ได้อย่างเหมาะสม ตามองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม เป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลที่มีต่อสภาวะของชีวิตตนเอง

1.5.7 การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้น คือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติการขั้นสังเกตผลการปฏิบัติงาน จนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการ คือ ขั้นสะท้อนผลปฏิบัติ โดยจะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน



บทที่ 2
ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ทำการศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีรายละเอียดวิธีวิจัยดังต่อไปนี้

2.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.2 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546

2.3 นโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุ

2.6 รูปแบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย

2.7 สวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบล

2.8 แนวคิดและนโยบายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

2.9 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต

2.10 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

2.11 แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

2.12 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.13 กรอบแนวคิดการวิจัย

2.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

2.1.1.1 กรมกิจการผู้สูงอายุ ได้ให้ความหมายว่า

“ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ

2.1.1.2 มติสมัชชาโลกที่นครเวียนนา 2525 (อ้างอิงใน รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, 2559)

“ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จึงใช้เป็นเกณฑ์ในการเกษียณการทำงาน

2.1.1.3 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความหมายว่า

"ผู้สูงอายุ" หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

2.1.1.4 วันเพ็ญ ปัณราช (2552) ได้ให้ความหมายว่า

"ผู้สูงอายุ"เป็นคำที่ให้ความหมายในเชิงคุณค่าที่สูงกว่า ทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิ เกียรติ และศักดิ์ศรี การเข้าสู่ภาวะสูงอายุของบุคคลนั้น สามารถพิจารณาได้จากหลายประเด็นหรือหลากหลายเกณฑ์ ซึ่งการทำความเข้าใจกับความหมายของผู้สูงอายุในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย เป็นเรื่องที่มีความสำคัญที่จะต้องศึกษาทบทวน และแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมสอดคล้องกับวงจรชีวิตมนุษย์ เพื่อให้เกิดหลักประกันที่มั่นคงและเข้าสู่วงจรสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณค่าต่อไป

สรุปได้ว่า มีผู้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้มากมาย ซึ่งเกณฑ์ที่กำหนดความเป็นผู้สูงอายุนั้นมีความหมายแตกต่างกันตามสังคม และในการกำหนดผู้สูงอายุส่วนในสังคมสมัยใหม่มักจะใช้อายุตามปฏิทินเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความเป็นผู้สูงอายุ จากความหมายของผู้สูงอายุดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนทางร่างกาย จิตใจ สังคม และความต้านทานของโรคลดลงเสื่อมไปตามวัย

2.1.2 เกณฑ์การแบ่งช่วงผู้สูงอายุ

บรรลุ ศิริพานิช (2542) ได้แยกผู้สูงอายุตามอายุและภาวะสุขภาพออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุระดับต้น คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-70 ปี
2. ผู้สูงอายุระดับกลาง คือ ผู้มีอายุมีอายุตั้งแต่ 71- 80 ปี
3. กลุ่มผู้สูงอายุระดับปลาย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 81 ปีขึ้นไป

2.1.3 เกณฑ์การแบ่งผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม)

2. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5–11คะแนน คือ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน)

3. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง)

2.1.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย

โดยมีนักวิชาการได้กล่าวถึงทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ สรุปได้ดังนี้ (มนาพร สุภาพ, 2542 อ้างอิงจาก คิดณรงค์ โคตรทอง, 2564)

1. ทฤษฎีความเสื่อมและถดถอย หมายถึง โครงสร้างและการทำงานของร่างกายมีการเสื่อมสภาพไปหลังจากการใช้งาน ถ้ามีการใช้งานมาก ยิ่งมีผลทำให้ชราเร็วขึ้น

2. ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ หมายถึง สิ่งที่จาเป็นต่อการดำรงชีวิต และคงสภาพสมดุลของร่างกาย คือ การทางานของระบบประสาท และฮอร์โมนความสูงอายุเป็นผลสืบเนื่องจากการทางานลดลงของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ

3. ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน หมายถึง ความสูงอายุเกิดจากความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี ส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย เมื่อเกิดขึ้นแล้วมักจะเป็นรุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิต

2.1.5 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านสรีรวิทยา

1) ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว หมายถึง ปฏิกิริยาของร่างกายต่อความเครียดมีผลรบกวนการทำงานของเซลล์ ทำให้เซลล์ตายได้ ภาวะที่ต้องเผชิญความเครียดบ่อยๆ จึงทำให้เกิดความชราเร็วยิ่งขึ้น

2) ทฤษฎีการเชื่อตามขวางความชรา เกิดจากส่วนประกอบของคอลลาเจน ซึ่งมีการจับตัวกันมาก เส้นใยหดสั้นเข้า ความยืดหยุ่นน้อยลงและแข็ง จึงมีการฉีกขาดได้ง่ายพบคอลลาเจนในปริมาณสูงที่บริเวณผิวหนัง เอ็น กระดูก หัวใจ กล้ามเนื้อ ผนังปอดและหลอดเลือด

3) ทฤษฎีการสะสมของเสียในเซลล์ หมายถึง การแก่ของเซลล์เป็นการแสดงถึงของเสียที่สะสมคั่งค้างอยู่ในเซลล์ ซึ่งเกิดจากเมตาบอลิซึมทั้งภายในเซลล์ และระหว่างเซลล์ลดลงโดยเฉพาะในเซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก เช่น เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์ประสาท เซลล์สมองและ เซลล์ไต

4) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ หมายถึง ความชราเกิดจากอนุมูลอิสระที่เกิดขึ้นในร่างกายที่มีความไวต่อการทำปฏิกิริยาทางเคมีมาก ทำให้เกิดความผิดปกติของยีนและทาลายสภาพของเซลล์เนื้อเยื่อ ตลอดจนอวัยวะต่าง ๆ

2.1.6 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านจิตวิทยาสังคม หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุมักเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน และมีผลกระทบซึ่งกันและกัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพสถานภาพ วัฒนธรรม เจตคติ โครงสร้างของครอบครัวและกิจกรรมในครอบครัว มีหลายทฤษฎี

1) ทฤษฎีถดถอยทางสังคมกระบวนการของความสูงอายุ มีลักษณะเฉพาะคือผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะห่างเหินจากสังคมไปทีละน้อย เนื่องจากผู้สูงอายุต้องละทิ้งบทบาทเดิม เช่น เกษียณอายุราชการ เป็นต้น

2) ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะดำเนินชีวิตเหมือนกับคนที่อยู่ในวัยกลางคน โดยจะปฏิเสธการมีชีวิตแบบผู้สูงอายุนานเท่าที่จะทำได้ การมีกิจกรรมทำให้สภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมดีขึ้น ทฤษฎีนี้จึงแนะนำถึงการรักษาระดับของกิจกรรมที่จะทำให้คงไว้และให้เหมาะสมกับกระบวนการความสูงอายุ

3) ทฤษฎีบุคลิกภาพ การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีกิจกรรมร่วมกันได้นั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนในการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม มักมีการดำเนินชีวิตแบบเดิมเมื่อมีอายุมากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่ชอบสันโดษ ไม่เคยมีบทบาทในสังคมมาก่อนมักจะแยกตัวออกจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้น

สรุปได้ว่า ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีหลายทฤษฎีโดยแต่ละทฤษฎีมีข้อแตกต่างกัน จึงต้องใช้หลายๆ ทฤษฎีมาอธิบายเกี่ยวกับปรากฏการณ์ของความสูงอายุ เช่น ทฤษฎีความสูงอายุด้านร่างกาย ทฤษฎีเชิงจิตวิทยาสังคม ซึ่งทฤษฎีเหล่านี้ล้วนแต่อธิบายให้เห็นถึง การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

2.2 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

มาตรา 1 พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546”

มาตรา 2 พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

มาตรา 3 ในพระราชบัญญัตินี้

“ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนผู้สูงอายุ

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ

มาตรา 12 การเรียกร้องสิทธิหรือการได้มาซึ่งสิทธิหรือประโยชน์ของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัตินี้ ไม่เป็นการตัดสิทธิหรือประโยชน์ที่ผู้สูงอายุจะได้รับตามที่บัญญัติไว้ในกฎหมายอื่น

มาตรา 13 ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสานักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็กเยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ เรียกว่า “กองทุนผู้สูงอายุ” เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา 14 กองทุนประกอบด้วย

(1) เงินทุนประเดิมที่รัฐบาลจัดสรรให้

(2) เงินที่ได้รับจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี

(3) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคหรือมอบให้

(4) เงินอุดหนุนจากต่างประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศ

(5) เงินหรือทรัพย์สินที่ตกเป็นของกองทุนหรือที่กองทุนได้รับตามกฎหมายหรือโดยนิติกรรมอื่น

(6) ดอกผลที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินของกองทุน

มาตรา 16 ผู้บริจาคเงินหรือทรัพย์สินให้แก่กองทุน มีสิทธินำไปลดหย่อนในการคำนวณภาษีเงินได้ หรือได้รับการยกเว้นภาษีสาหรับทรัพย์สินที่บริจาคแล้วแต่กรณี ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในประมวลรัษฎากร

มาตรา 17 ผู้อุปการะเลี้ยงดูบุพการีซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพผู้นั้นมีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษี ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในประมวลรัษฎากร

มาตรา 18 ให้มีคณะกรรมการบริหารกองทุนคณะหนึ่งประกอบด้วยปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นประธานกรรมการ ผู้อำนวยการสานักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุเป็นรองประธานกรรมการ ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนสำนักงบประมาณ ผู้แทนกรมบัญชีกลาง และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคณะกรรมการแต่งตั้งจำนวนห้าคนในจำนวนนี้ต้องเป็นผู้แทนองค์กรของผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งคน ผู้แทนองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้องกับงานในด้านการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนสถานภาพบทบาท และกิจกรรมของผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งคน และผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการระดมทุนจำนวนหนึ่งคนเป็นกรรมการ และให้ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุเป็นกรรมการและเลขานุการ

มาตรา 23 ให้คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ปฏิบัติหน้าที่ไปพลางก่อน จนกว่าจะได้มีการแต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเป็นคณะกรรมการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา 24 ให้นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และมีอำนาจออกประกาศหรือระเบียบเพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้ ทั้งนี้ ในส่วนที่เกี่ยวกับราชการของกระทรวงนั้น ประกาศ หรือระเบียบเมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ให้ใช้บังคับได้

2.3 นโยบายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้ปี 2566 เป็น “ปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย”และเริ่มกิจกรรมมาตั้งแต่ต้นปี 2566 โดยเป็นนโยบายมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง และมอบเป็นของขวัญปีใหม่สำหรับผู้สูงอายุ ให้ได้รับบริการ

ด้านสุขภาพ ที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพและเท่าเทียม ครอบคลุมและทั่วถึง ทั้งทางกายและจิตใจ โดยให้บริการการคัดกรองสุขภาพ ด้วยระบบ SMART อสม. และ Blue Book Application ผ่านเจ้าหน้าที่ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัด ตั้งเป้าการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 10 ล้านคน ทั่วประเทศผ่านแบบคัดกรองความถดถอย 9 ด้าน โดย อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ ความคิดความจำ การเคลื่อนไหวร่างกาย การขาดสารอาหาร การมองเห็น การได้ยิน การกลั้นปัสสาวะ ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขภาพช่องปาก นอกจากนี้ ยังมีเป้าหมายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 901 แห่งของกระทรวงสาธารณสุข และการมอบวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นให้แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ แว่นสายตา 500,000 ชิ้น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ 5 ล้านชิ้น ฟันเทียม 50,000 ราย และรากฟันเทียมสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการใส่ฟันเทียม 7,200 ราย กระทรวงสาธารณสุข ยังคงดำเนินมาตรการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ด้วยเป้าหมาย “ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจไทยเข้มแข็ง ประเทศไทยแข็งแรง” (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2566)

2.3.1 นโยบายมุ่งเน้น ปี 2566 นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

คนไทยสุขภาพดี เศรษฐกิจมั่งคั่ง (Health for Wealth) สู่เป้าหมาย "ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจไทยเข้มแข็ง ประเทศไทยแข็งแรง"

1) ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น

- เพิ่มความครอบคลุมการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่บ้านและชุมชน โดย 3 หมอ และการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

- สร้างโอกาสเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของรัฐ อย่างเป็นธรรม สะดวก และรวดเร็วโรงพยาบาลของประชาชน

1. บริการสุขภาพไร้รอยต่อ
2. ดูแลองค์รวมทั้งกายและจิต
3. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังเพื่อพัฒนาโรงพยาบาล

2) ยกระดับการเสริมสร้างสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง

- ปรับเปลี่ยนการสื่อสารสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ถูกต้อง ปลอดภัย ทันสมัย

- ชุมชนเข้มแข็งรวมพลังสร้างสุขภาพดี

- สร้างแรงจูงใจให้ประชาชนมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ทั้งกายและใจ

3) ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง

- ส่งเสริมให้สูงวัยอย่างแข็งแรง
- บูรณาการดูแลผู้สูงอายุทั้งร่างกาย จิตใจ ภาวะสมองเสื่อม
- สนับสนุนโรงพยาบาลทุกระดับให้มีคลินิกผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกยิ่งขึ้น

4) นำสุขภาพขับเคลื่อนเศรษฐกิจ

- ส่งเสริมผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ สมุนไพรและภูมิปัญญาไทยการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก
- ขยายสู่การเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของภูมิภาคและประชาคมโลก

5) ข้อมูลสุขภาพเป็นของประชาชน และเพื่อประชาชน

- พัฒนาข้อมูลดิจิทัลสุขภาพของประชาชน ที่มีมาตรฐานและธรรมาภิบาลเชื่อมโยงเป็นฐานข้อมูลขนาดใหญ่ของประเทศ
- ให้ประชาชนได้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถใช้บริการสาธารณสุขได้ทุกที่อย่างต่อเนื่อง

2.3.2 นโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568 นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

“ให้ถือประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง” ขอน้อมนำพระราชดำรัสสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรมพระบรมราชชนก “องค์บิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันและการสาธารณสุขของไทย” เป็นปณิธานในการทำงานร่วมกัน การขับเคลื่อนระบบสาธารณสุข ใน 3 ปี จากนี้ เป็นโอกาสในการพัฒนาระบบสาธารณสุขให้เข้มแข็ง มีความมั่นคงทางสุขภาพยิ่งขึ้น โดยครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพ มิติสังคม มิติเศรษฐกิจด้วยแนวนโยบาย "สุขภาพคนไทยเพื่อสุขภาพประเทศไทย" โดยมุ่งเน้น 6 ประเด็นหลัก ได้แก่

1. เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ยกระดับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ เชิงรุก ทันสมัย สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ได้อย่างถูกต้องเป็นปัจจุบัน สะดวกรวดเร็ว โดยร่วมมือกับเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กร ชุมชน เพื่อให้เกิดความไว้วางใจต่อ “กระทรวงสาธารณสุข”และพัฒนาศักยภาพคนไทยทุกช่วงวัย ให้สามารถดูแลสุขภาพกาย ใจ ของตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้แข็งแรง

2. ยกระดับระบบบริการรองรับสังคมสูงวัย และลดอัตราตายโรคสำคัญ

2.1 สร้างเสริมความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพิ่มศักยภาพสามหมอ โดยพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นผู้นำด้านสุขภาพ

ในชุมชน เพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เป็นจุดเชื่อมต่อสำคัญของการดูแลสุขภาพชุมชนสู่โรงพยาบาล ใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพิ่มประสิทธิภาพการดูแรักษาอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยง ให้ประชาชนได้รับการดูแลแบบ “ใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ได้อย่างเป็นรูปธรรม

2.2 ปรับโฉมโรงพยาบาลทุกแห่งให้เป็น “โรงพยาบาลของประชาชน” มีสถานที่สิ่งแวดล้อม สะอาด สวยงาม ประชาชนเข้ารับบริการได้อย่างสะดวก เข้าถึงง่าย ลดการแออัด ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ทันสมัย บริการมีคุณภาพ ใส่ใจดุจญาติ และบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุด

2.3 เพิ่มขีดความสมารถระบบบริการและเครือข่าย ไร้รอยต่อโดย “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” บูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการใช้และแบ่งปันทรัพยากร เพื่อลดการเสียชีวิตจากโรคสำคัญ เร่งดำเนินการในกลุ่มผู้สูงอายุ อุบัติเหตุ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคไตมะเร็ง สุขภาพจิต

3. ผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล

3.1 โรงพยาบาลทุกแห่งใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชน ปรับปรุงให้โรงพยาบาลชุมชทุกแห่งมีหน่วยรับผิดชอบเพื่อขับเคลื่อนการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม

3.2 พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพให้เอื้อต่อการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างไร้รอยต่อและการพัฒนาระบบสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3 เร่งพัฒนานวัตกรรมการแพทย์โดยใช้เทคโนโลยีชั่วภาพ (Biotechnology) เพื่อการแพทย์ระดับอณู (Molecular medicine) เพื่อการวินิจฉัยโรคที่แม่นยำการดูแลรักษา การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ตามลักษณะเฉพาะทางพันธุกรรมอย่างครบวงจร (Precision medicine) รวมถึงการใช้ยาเฉพาะบุคคลตามลักษณะทางพันธุกรรม (Personalized medicine)

4. ยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพ เตรียมพร้อมรับภาวะฉุกเฉินทางกรแพทย์และสาธารณสุขของประเทศในอนาคต ผลักดันกฎหมายระเบียบที่เกี่ยวข้อง ระบบและกลไกบัญชาการเหตุการณ์สถานการณ์ฉุกเฉิน การบริหารจัดการทรัพยากร การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระบบข้อมูลสารสนเทศ และการสื่อสารอย่างบูรณาการทุกภาคส่วน

5. ส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพนานาชาติด้านบริการทางการแพทย์ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ บริการวิชาการและงานวิจัย การส่งเสริมสุขภาพสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สมุนไพร ภูมิปัญญาไทย และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจ

6. พัฒนาสู่องค์กรสมรรถะสูง และบุคคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น

6.1 เสริมสร้างสมรรถะองค์กรด้วยแนวทาง 4T ได้แก่ Trust สร้างความไว้เนื้อเชื่อใจกับประชาชน ฝ่ายนโยบาย ฝ่ายต่างประเทศ บุคลากรและเครือข่าย Teamwork &Talent ทำงานเป็นทีม และสนับสนุนคนเก่งที่สร้างความเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดี Technology ใช้เทคโนโลยี ให้เกิดผลิตภาพ และบริการที่มีคุณค่า เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน การสื่อสารภายในองค์กรรวดเร็วแม่นยำ Targets ทำงานแบบมุ่งเป้าหมายสามารถจัดการทรัพยากร

6.2 บุคลากรมีคุณภพชีวิตในการทำงนที่ดีขึ้น มีความสมดุลชีวิตกับการทำงาน มีความสามารถในการปรับตัวยืดหยุ่นได้ในภาวะวิกฤติทำงานร่วมกันเป็นทีมได้อย่างมีพลัง โดยมีเป้าหมายและค่านิยมร่วมกัน เรียนรู้พัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2.3.3 แผนปฏิบัติราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 -2570) ของกรมอนามัย

1) แผนย่อยการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ

1.1 แนวทางการพัฒนา

ส่งเสริมสนับสนุนระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ พร้อมทั้งจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอาทิสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้งระบบขนส่งสาธารณะ อาคารสถานที่ พื้นที่สาธารณะ และที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุและทุกกลุ่มในสังคม

1.2 เป้าหมายของแผนย่อย

ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีความมั่นคงในชีวิต มีทักษะการดำรงชีวิตเรียนรู้พัฒนาตลอดชีวิต มีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม สร้างลค่าเพิ่มให้แก่สังคมเพิ่มขึ้น

1.3 การบรรลุเป้าหมายตามแผนย่อยของแผนแม่บทฯ

ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยกำหนดเป้าประสงค์ กลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สนับสนุนการจัดระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีนวัตกรรม เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะในการเฝ้าระวัง และดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ครอบครัว ชุมชน โดยให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดี และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีสมรรถนะทางร่างกายและสมองที่แข็งแรงสามารถพึ่งตนเองได้และทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) แผนย่อยการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพมนุษย์

2.1 แนวทางการพัฒนา

สร้างความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทย สร้างครอบครัวที่เหมาะสมกับโลกในศตวรรษที่ 21 โดยส่งเสริมความรู้ในการวางแผนชีวิตที่เหมาะสมกับค่านิยมของคนรุ่นใหม่ และการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมบนฐานความรู้ทางวิชาการตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์และถึงช่วงอายุต่าง ๆ พัฒนาทักษะชีวิตและการเรียนรู้การทำงานและการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพของประชากรแต่ละช่วงวัย รวมถึงการให้ทุกภาคส่วนในสังคมเข้ามามีส่วนร่วม พร้อมทั้งการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างครอบครัวอบอุ่นเข้มแข็ง โดยเน้นการส่งเสริมการเกื้อกูลกันของคนทุกวัยในครอบครัวในการดูแลสมาชิกในครอบครัวการส่งเสริมนโยบายการสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน การส่งเสริมสนับสนุนภาคเอกชนสถานประกอบการจัดบริการที่ส่งเสริมและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และสนับสนุนครอบครัวในการเลี้ยงดูบุตรและการดูแลผู้สูงอายุการสนับสนุนควบคู่กับการปฏิรูปสื่อให้มีบทบาทในเชิงสร้างสรรค์ในการให้ความรู้ต่อการพัฒนาและเสริมสร้าง ความเข้มแข็งครอบครัว โดยที่จะต้องมีระบบการจัดการที่อยู่อาศัยสำหรับครอบครัวที่เอื้อต่อการดำรงชีวิต ครอบครัว ส่งเสริมพัฒนาการเด็กและมีความปลอดภัย มีระบบสนับสนุนในการดูแลเด็กและครอบครัวใน ชุมชนที่มีคุณภาพมาตรฐาน รวมทั้งมีระบบสนับสนุนในการทำงาน ที่เอื้อต่อครอบครัวที่ทุกภาคส่วนการพัฒนา สนับสนุนการจัดสวัสดิการและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีในการทำงานที่สมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตครอบครัว

2.2 เป้าหมายของแผนย่อย

ครอบครัวไทยมีความ เข้มแข็ง และมีจิตสำนึกความเป็นไทย ดำรงชีวิตแบบพอเพียงมากขึ้น

2.3 การบรรลุเป้าหมายตามแผนย่อยของแผนแม่บทฯ

กรมอนามัยมีบทบาทในการสร้างแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตวัยทำงานระดับชาติแบบบูรณาการในพื้นที่เป้าหมาย ส่งเสริมให้มีระบบการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตครอบครัว และพัฒนาศักยภาพครอบครัวและภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพของครอบครัวได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้ครอบครัวมีทักษะในการจัดการสุขภาพตนเองที่ดี พร้อมทั้งพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานให้สอดคล้องกับการพัฒนาประเทศและสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ ชุดความรู้ ด้านสุขภาวะที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ผ่าน Digital Health Platform Working Age Group

3) แผนย่อยการรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุก

3.1 แนวทางการพัฒนา

เร่งส่งเสริมการเตรียมการก่อนยามสูงอายุเพื่อให้สูงวัยในทุกมิติอย่างมีคุณภาพ โดยการสร้างความตระหนักและการเตรียมการเมื่อยามสูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคตได้มีการเตรียมการให้พร้อมทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคมและสภาพแวดล้อม และเป็นผู้สูงอายุที่มีกำลังมีแรง มีความมั่นคงทางรายได้ และพึ่งพาตนเองได้

3.2 เป้าหมายของแผนย่อย

1) ประชากรไทยมีการเตรียมการก่อน ยามสูงอายุเพื่อให้สูงวัยอย่างมีคุณภาพเพิ่มขึ้น

2) ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

3.2 การบรรลุเป้าหมายตามแผนย่อยของแผนแม่บทฯ

กรมอนามัยขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพและการสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีเอื้อต่อการมีสุภาพดีของวัยทำงาน เพื่อให้ประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน (25- 59 ปี) ได้รับการสร้างเสริมสุขภาวะเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานและเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ พร้อมจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชนวัยทำงานที่เหมาะสมและเพียงพอทั้งในชุมชน สถานที่ทำงาน รวมทั้งส่งเสริมสุขภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อสร้างความพร้อมในการดูแลกลุ่มวัยทำงานให้มีสุขภาพแข็งแรงเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการผลักดันให้บรรลุเป้าหมายและตัวชี้วัดของแผนแม่บทย่อยฯ (สัดส่วนประชากรอายุ 25 – 59 ปีที่มีการเตรียมการเพื่อยามสูงอายุทั้งมิติทางเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสภาพแวดล้อม เทียบกับจำนวนประชากรอายุ 25 - 59 ปี ทั้งหมด)

สรุปได้ว่า ปี พ.ศ. 2566 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้เป็นปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย เพื่อให้ทุกหน่วยงานได้ให้ความสำคัญในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จึงได้ทำการศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคนและเป็นเป้าหมายสูงสุดตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2559) เป้าหมายของระบบสุขภาพและวิสัยทัศน์

ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ซึ่งการที่ประชาชนจะมีสุขภาพดีได้นั้น ประชาชนจะต้องสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการสุขภาพได้อย่างแท้จริง โดยถือว่าสุขภาพเป็นเรื่องของประชาชนทุกคน เพื่อประชาชนทุกคน (All for Health and Health for All) เป็นระบบสร้างสุขภาพ และการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

การดูแล (Caring) มีการนำมาใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในสมัยของไนติงเกล โดยไนติงเกลได้ให้ความหมายของการดูแลว่า เป็นการช่วยเหลือชีวิต หรือการช่วยเหลือให้คงไว้ซึ่งร่างกายและสิ่งแวดล้อม การให้การดูแลจึงอยู่ในรูปของการรักษาความสะอาด มีอากาศสดชื่นมีอาหารดี มีการพักผ่อนนอนหลับ มีการออกกาลังกาย โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพดี (ชนิตา สุ่มมาตย์, 2551)

Garrett ให้ความหมายของการดูแลว่าเป็นการให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในรูปของการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ต้องการการพึ่งพาในลักษณะของการอยู่ด้วยกัน หรืออยู่คนละบ้าน แต่ให้การช่วยเหลือดูแลในรูปของการช่วยเหลือดูแลส่วนบุคคล เช่น การแต่งตัวการพยุงเดิน การดูแลในด้านการรักษาพยาบาล เช่น การให้ยา การให้คำปรึกษา ตลอดจนการให้ความช่วยเหลือด้นอื่น ๆ เช่น การไปซื้อของและการให้คาปรึกษา (ชนิตา สุ่มมาตย์, 2551)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้ความหมายของ “สุขภาพ” ว่าหมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

ทางกาย หมายถึง สภาพที่ดีของร่างกาย กล่าวคือ อวัยวะต่าง ๆ อยู่ในสภาพที่ดีมีความแข็งแรง สมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ร่างกายสามารถทางานได้ตามปกติ และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนเป็นอย่างดี และก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน

ทางจิต หมายถึง สภาพของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีจิตใจเบิกบานแจ่มใสมิให้เกิดความคับข้องในหรือขัดแย้งในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข สามารถควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งผู้มีสุขภาพจิตดี ย่อมมีผลมาจากสุขภาพกายที่ดีด้วย

ทางสังคม หมายถึง บุคคลที่มีสภาวะทางกายและจิตใจที่สมบูรณ์ มีสภาพของความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่ทำให้ผู้อื่นหรือสังคมเดือดร้อนสามารถปฏิสัมพันธ์และปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดีและมีความสุข

ทางปัญญา หมายถึง สภาวะที่ดีของปัญญาที่มีความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนาไหสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

โดยสรุป การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดูแลเอาใจใส่ ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน หรืออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุ

2.5.1 ความหมายของการจัดสวัสดิการสังคม

พรอนันต์ กิตติมั่นคง (2547) สวัสดิการสังคม หมายถึง ระบบการบริการที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกระดับทั้งรัฐบาลและเอกชน เพื่อส่งเสริมและช่วยเหลือให้ประชาชนมีความเป็นอยู่ที่ดี ไม่ก่อให้เกิดปัญหาแก่สังคม ทั้งนี้ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลแต่ละวัย

ณัฐสินี ปพนไวนุวัฒน์ (2550) การจัดสวัสดิการ หมายถึง การจัดกิจกรรมหรือโครงการเพื่อช่วยเหลือทางสังคมแก่บุคคลบางกลุ่มที่ด้อยโอกาสในเรื่องของการดำรงชีพในสังคม เช่น เด็กพิการ เด็กกำพร้า ผู้สูงอายุ ให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยมุ่งตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของความจำเป็นที่อยู่ในสังคมอย่างเท่าเทียมกัน ได้แก่ การมีสุขภาวะที่ดี การมการศึกษา การมีที่อยู่อาศัย การมีรายได้มีงานทำและมีสวัสดิการค้านแรงงานที่ดี การมีความมั่นคงทางสังคมการได้รับนันทนาการที่ดี และการได้รับบริการทางสังคมที่เหมาะสมเพียงพอ

สรุปได้ว่า สวัสดิการสังคม คือ การบริการสังคมที่ภาครัฐได้จัดไว้กับผู้สูงอายุ ทั้งที่เป็นการบริการ จากหน่วยงานหรือกิจกรรมต่างๆที่หน่วยงานจัดขึ้น เพื่อต้องการส่งเสริมและช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นคั่วย โดยเฉพาะการบริการด้านสุขภาพอนามัย การศึกษา ที่อยู่อาศัย อาชีพและความมั่นคงด้านรายได้ เพื่อที่ผู้สูงอายุจะสามารถอยู่ได้ในสังคมอย่างมีความสุขมากที่สุด

2.5.2 แนวคิดการจัดสวัสดิการสังดมโดยรวมในประเทศไทย

ปฏิญญา วนาวรสุขรักษ์ (2554) การกำหนดยุทธศาสตร์สวัสดิการสังคมการจัดทำนโยบายสวัสดิการสังคม รวมทั้งการมองสวัสดิการสังคมเชิงน โยบายทางสังคมต้องมองอย่างเป็นองค์รวมด้องพิจารณาคนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งจะสามารถป้องกันบรรเทาปัญหาและพัฒนาคนอย่างยั่งยืนได้ หลักการปฏิบัติงานด้านสวัสดิการสังคม ได้เสนอไว้โดยสอดคล้องกับความเป็นสากล ดังนี้

1. สิทธิมนุษยชน (Human Right) สาระสำคัญของรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้กำหนดถึงสิทธิของบุดคล สิทธิของเด็กสตรี คนชราและคนพิการทุพพลภาพที่เน้นให้การพิทักษ์ปกป้องคุ้มครองสิทธิของกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว

2. ความต้องการขั้นพื้นฐาน (Basic Needs) ประชาชนทุกคนควรได้รับสวัสดิการสังคมขั้นพื้นฐานจากรัฐ

3. ความเป็นธรรมทางสังคม (Social Justice) หลักการสำคัญข้อนี้ บริการสวัสดิการสังคมที่ดีจะต้องเป็นบริการที่อยู่บนพื้นฐานความถูกต้องของกฎหมาย ความยุติธรรมทางสังคม บริการที่ไม่เลือกปฏิบัติ

4. การมีส่วนร่วมของคนในสังดม ทุกระดับ (Participation) บริการสวัสดิการสังคมจำเป็นต้องตระหนักถึงหลักการมีส่วนร่วมของคนทุกคนในสังคม เพราะบริการสวัสดิการสังคมเป็นบริการที่เกี่ยวข้องกับคนในสังคมตั้งแต่เกิดจนตาย

5. ความโปร่งใส (Transparency) หลักการข้อนี้เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนองค์กรต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดบริการสามารถเข้ามาร่วมตรวจสอบถึงความถูกต้องเหมาะสมของโครงการโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของประชาชนผู้รับบริการเป็นหลัก

สรุปได้ว่า หลักการปฏิบัติงานให้สอดกล้องกับหลักสากล คือ การให้สิทธิแก่ผู้สูงอายุให้เท่าเทียมกัน ให้ความห้องการเบื้องต้นที่ผู้สูงอายุต้องการ เช่น บริการค้านสุขภาพ การศึกษา การเข้าสังคม ความยุติธรรมรวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้สงอาผู้เข้าถึงงานบริการต่างๆ ที่ควรจะได้รับ เป็นต้น

2.5.3 ขอบข่ายของงานสวัสดิการสังคม

ปฏิญญา วนาวรสุขรักษ์ (2554) งานสวัสดิการงานสวัสดิการสั่งคมเกี่ยวข้องกับการพัฒนาสภาพความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนในสังคมความเป็นอยู่ที่ดีและมีคุณภาพชีวิต 7 ด้าน (แผนพัฒนาสวัสดิการสังคมและสังคมสงเคราะห์ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2549) ดังนี้

1. การมีสุขภาพอนามัยที่ดี
2. การมีการศึกษาที่ดี
3. การมีที่อยู่อาศัย
4. การมีงานทำ การมีรายได้และการมีสติการแรงงาน
5. การมีความมั่นคงทางรายได้
6. ประชาชนมีกิจกรรมนั่นทนาการเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจอย่างมีคุณภาพ
7. การให้บริการแก่ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มคนยากจน ผู้ด้อยโอกาสและกลุ่มเป้าหมายพิเศษ เพื่อช่วยสร้างเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ช่วยพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังตมได้อย่างเป็นสุขตามควรแก่อัตภาพจากขอบข่ายงานสวัสดิการสังดมของผู้สูงอายุ

สรุปได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่ดี จะทำให้สุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ มีความสุขไปด้วย ไม่ว่าเพศใด อายุวัยใด เชื้อชาติใด ศาสนาใด อยู่ในภูมิภาคใด หรืออยู่ในวัฒนธรรมใด ผู้สูงอายุมีการศึกษา มีการปลูกฝังที่ดี สามารถพัฒนาตนเองให้มีความรู้นำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพได้

มีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยจากอันตราย มีรายได้มั่นคงเหมาะสมกับวัย และมีนันทนาการที่ดี สามารถอยู่ร่วมกันในสงคมได้อย่างมีความสุข เป็นขอบเขตงานที่สำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขอยู่ในสังคมได้

2.6 รูปแบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย

2.6.1 การประกันสังคม (Social Insurance) ระบบประกันสังคมในประเทศไทยประกอบด้วยกองทุนต่าง ๆ ดังนี้

1. กองทุนประกันสังคมกรณีชราภาพเป็นการส่งเสริมการออมสำหรับกลุ่มแรงงานที่เป็นลูกจ้างในภาคเอกชนของกระทรวงแรงงาน

2) กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (กบข.) เป็นการออมภาคบังคับสำหรับกลุ่มข้าราชการ

3) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพสำหรับลูกจ้างประจำของส่วนราชการซึ่งจดทะเบียน (กสจ.) ผลประโยชน์ที่ได้รับคือ เงินบำเหน็จลูกจ้างและเงินที่สมาชิกส่งสมทบเข้ากองทุน

4) กองทุนสำรองเลี้ยงชีพเป็นจุดเริ่มต้นของการส่งเสริมการออมแบบสมัครใจ

5) กองทุนรวมเพื่อการเลี้ยงชีพเป็นการออมแบบสมัครใจสำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีกำลังการออมมาก

6) กองทุนสงเคราะห์ครูใหญ่และครูโรงเรียนเอกชนซึ่งกระทรวงศึกษาธิการได้จัดตั้งขึ้นเป็นการออมภาคบังคับ

7) กองทุนทวีสุข เป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นโดยธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรเพื่อส่งเสริมให้เกษตรกรออมเงินไว้ใช้เป็นสวัสดิการแก่ตนเองและครอบครัว

8) กองทุน สวัสดิการชุมชนเป็นการส่งเสริมการออมในระดับชุมชน เพื่อสร้างหลักประกันความมั่นคงของคนในชุมชนให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นโดยสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์กรมหาชน)

9) กองทุนการออมชราภาพ (กอช.) กระทรวงการคลังเป็นผู้จัดตั้งกองทุนเป็นกองทุนการออมเพื่อการชราภาพขั้นพื้นฐานแบบสมัครใจ

2.6.2 การช่วยเหลือสาธารณะ (Public Assistance) เป็นการสงเคราะห์แบบให้เปล่าสำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเนื่องจากช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ด้อยโอกาสทางสังคมและไร้ที่พึ่ง รูปแบบของสวัสดิการที่มีอยู่คือ

1) เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็นการจ่ายเงินแบบให้เปล่าตามมติของคณะรัฐมนตรีเมื่อ วันที่ 18 ตุลาคม 2554

2) กองทุนดูแลผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่งโดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุเป็นการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุกรณีเดือดร้อนจากการทารุณกรรมถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายและถูกทอดทิ้ง

3) การได้รับคำปรึกษาในทางคดีการช่วยเหลือจากการทารุณกรรมและถูกทอดทิ้งโดยกระทรวงยุติธรรมให้คำแนะนำ ปรึกษาที่เกี่ยวข้องในทางคดีสำหรับผู้สูงอายุ

4) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐโดยกระทรวงคมนาคมและกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติฯให้ผู้สูงอายุเข้าชมฟรี

5) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสมโดยกระทรวงคมนาคม

2.6.3 การบริการสังคม (Social Service) เป็นระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของประชาชนประกอบด้วยบริการด้านต่าง ๆ 5 ด้าน คือ

1) ด้านสุขภาพอนามัย ประกอบด้วย

1.1) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคนให้บริการครอบคลุมด้านการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคดำเนินงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

1.2) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขจาก พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) มีการจัดช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก

1.3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเป็นโครงการดูแลสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน และท้องถิ่นบนพื้นฐานแนวคิด “หุ้นส่วนการดูแล” ประกอบด้วยประชาชนในพื้นที่สถานบริการสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.4) การดูแลที่บ้าน (Home Care) เป็นบริการสำหรับผู้สูงอายุอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยผู้สูงอายุที่อาการไม่รุนแรงและไม่สะดวกในการเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล เป็นการลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ใช้บริการและผู้สูงอายุส่วนมากพึงพอใจที่จะรับการรักษาพยาบาลที่บ้าน

1.5) โครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) เป็นโครงการที่มุ่งแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุขาดผู้ดูแลช่วยเหลือตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้ง ถูกละเลยเพิกเฉยและผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลไม่ถูกต้องโดยอาศัยการสร้างอาสาสมัครจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือประชาชนในชุมชนที่สมัครใจทำหน้าที่เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูผู้สูงอายุในชุมชน

2) ด้านการศึกษา ประกอบด้วย

2.1) การศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการโดยศูนย์ส่งเสริมการศึกษานอกโรงเรียนกลุ่มเป้าหมายพิเศษ (ศกพ.) ได้พัฒนาแนวทางการจัดการศึกษานอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุตามความต้องการและความสนใจของผู้สูงอายุ

2.2) การศึกษาเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์

3) ด้านที่อยู่อาศัย ประกอบด้วย การสงเคราะห์ที่อยู่อาศัยและการดูแลเป็นบริการในสถานสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุที่ครอบคลุมความจำเป็นด้านปัจจัย 4

4) ด้านการมีงานทำและการมีรายได้ ประกอบด้วย กองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) จัดทำโครงการที่ยึดหลักการให้ผู้สูงอายุเป็นแกนนำในการกำหนดและตัดสินใจร่วมกันในการบริหารจัดการสวัสดิการผู้สูงอายุกันเอง

5) ด้านบริการสังคมและนันทนาการ ประกอบด้วย

5.1) ชมรมผู้สูงอายุรูปแบบบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีการพัฒนาขึ้นอย่างมากในปัจจุบัน ชมรมผู้สูงอายุเป็นการรวมกลุ่มกันทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีความสนใจและมีอุดมการณ์ร่วมกันในการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะการสร้างคุณภาพทั้งทางกาย จิต และสังคม

5.2) ศูนย์อเนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ เป็นสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมขององค์การชุมชนผู้สูงอายุเพื่อจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ สังคม จิตและปัญญา

5.3) ศูนย์ชุมชนเพื่อผู้สูงอายุ ให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายจากผู้สูงอายุ การบริการที่จัดให้เช่น กายภาพบำบัด อาชีวบำบัด เป็นต้น

5.4) ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดเป็นโครงการที่จัดตั้งขึ้นมาเพื่อสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตนเองโดยมีวัดหรือสถาบันทางศาสนาเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรม

5.5) กองทุนผู้สูงอายุเพื่อสนับสนุนอุดหนุนโครงการสำหรับองค์กรของผู้สูงอายุหรือองค์กรที่ทำงานด้านผู้สูงอายุเพื่อคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ มีความมั่นคงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.6.4 การช่วยเหลือเกื้อกูลของภาคประชาชน เป็นการจัดสวัสดิการสังคมโดยกลุ่มต่าง ๆ เป็นผู้ดำเนินการหลัก เช่น การจัดสวัสดิการชุมชนที่ครอบคลุมการเกิด แก่ เจ็บ ตาย กลุ่มออมทรัพย์ที่มีรูปธรรมก้าวหน้าชัดเจน

2.7 สวัสดิการสังคมผู้สูงอายุขององค์บริหารส่วนตำบล

2.7.1 บทบาทอำนาจหน้าที่ด้านการสงเคราะห์ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การจัดสวัดิการสังคมให้แก่ผู้สูงอานุและผู้พิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ใช้กรอบแนวคิดและหลักปฏิบัติตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2554 ซึ่งมีสาระสำคัญ คือ การอัญเชิญปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็น แนวทางปฏิบัติควบคู่ไปกับการพัฒนาแบบบูรณาการเป็นองค์รวมที่มีคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศให้เกิดความสมดุลเป็นธรรม. และยั่งยืนมุ่งสู่วิสัยทัศน์ประเทศไทย คือ มุ่งพัฒนาสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันโดยยึดยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสังคม และแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2550 - พ.ศ. 2554 เป็นแนวทางไนการคำเนินงานจัดสวัสดิการสังดมให้แก่ผู้สูงอายุและผู้พิการ (ปฏิญญา วนาวรสุขรักษ์ : 2554)

การสงเคราะห์ผู้สูงอายุเป็นการกิจหน้าที่หนึ่งขององค์กรปกครองส่วนห้องถิ่นในการจัดบริการสารารณะเพื่อประชาชนซึ่งได้กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 พระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496และพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 กล่าวคือ

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพ.ศ. 2542 มาตร1 16 (10) กำหนดให้เทศบาลเมืองพัทยาและองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจหน้าที่ในการสังคมสงคราะห์และพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กสตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส ซึ่งเป็นการกล่าวถึงการ สงเคราะห์และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมไว้กับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสอื่นๆ ส่วนองค์การบริหารส่วนจังหวัด กฎหมายฉบับนี้ไส้กำหนดให้มีอำนาจหน้าที่ในการสังคมสงเคราะห์และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเช่นเดียวกับเทศบาลเมืองพัทยาและองค์การบริหารส่วนตำบลได้ปรากฏอยู่ในมาตรา 17 (27)

สรุปได้ว่า อำนาจหน้าที่ในการสงเคราะห์ผู้สูงอายุขององค์การปกครองส่วนตำบล มุ่งพัฒนาเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี โคขมีหน้าที่ในการสงเคราะห์และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมถึงผู้ด้อยโอกาส เช่น ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้

2.7.2 ภารกิจด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นเป็นมาตรการสำคัญตามแผนปรับเปลี่ยนภารกิจและการบริหารงานภาครัฐโดยเฉพาะพระราชบัญญัติกาหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 หมวด 2 ได้กาหนดอานาจหน้าที่ในการบริการสาธารณะในมาตรา 16 (10) ให้เทศบาลเมืองพัทยาและองค์การบริหารส่วนตาบลมีอานาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองด้านการสงเคราะห์และการพัฒนา

คุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส และแผนปฏิบัติการได้กาหนดขั้นตอนการกระจายอานาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2545 และฉบับที่ 2 พ.ศ.2551 ได้ถ่ายโอนภารกิจ 6 ด้าน ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกรูปแบบ ซึ่งโดยหนึ่งในหกด้านนี้ได้แก่ ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ภารกิจใหญ่ ๆ ได้แก่ (สำนักงานคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : 2558)

1) ภารกิจด้านการส่งเสริมอาชีพ ได้แก่ การส่งเสริมและการพัฒนาอาชีพกลุ่มต่าง ๆ

2) ภารกิจด้านสวัสดิการสังคม ได้แก่ การสงเคราะห์พัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเยาวชน สตรีคนชราและผู้ด้อยโอกาส

3) ภารกิจด้านการศึกษา ได้แก่ งานจัดการศึกษาก่อนวัยเรียนหรือปฐมวัย (อนุบาล อายุ 4-6 ปี) งานจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน และการจัดการศึกษานอกระบบ โดยศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนระดับอำเภอหรือระดับเขตมอบให้ อปท. ดำเนินการเมินผ่านเกณฑ์ประเมินความพร้อมของกระทรวงศึกษาธิการ สาหรับการดาเนินงานที่อ่านหนังสือประจาหมู่บ้านและห้องสมุดประจาตาบล มอบให้เทศบาลและ อบต. เจ้าของพื้นที่เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการส่วนห้องสมุดประจำอำเภอหรือจังหวัดมอบ อบจ. เป็นผู้ดูแล

4) ภารกิจด้านการสาธารณสุข จะมีการถ่ายโอนใน 2 ลักษณะ คือ

1. กิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมป้องกันดูแลรักษาสุขภาพขัน้ พื้นฐาน และการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ จะถ่ายโอนไปให้ อปท. เป็นผู้ดำเนินการ

2. สถานบริการ ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์จะถ่ายโอนไปในลักษณะของการให้บริการภายใต้การกำกับของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) และมีผู้แทนสถานบริการในเขตจังหวัด ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แทนประชาชนร่วมเป็นกรรมการด้วย คณะกรรมการชุดนี้จะทาหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและทิศทางการดาเนินงานเกี่ยวกับระบบสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่จังหวัด รวมทั้งการอนุมัติใช้เงิน เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในเรื่องต่าง ๆ โดยกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้กาหนดเกณฑ์ความพร้อม ถ้า อปท. ใดผ่านเกณฑ์ความพร้อมก็สามารถโอนไปให้ได้

5) ภารกิจด้านนันทนาการ ได้แก่ การส่งเสริมกีฬา อาทิ งานดูแลรักษาสนามกีฬา งานก่อสร้างลานเอนกประสงค์ การจัดหาอุปกรณ์กีฬา และโครงการลานกีฬาอเนกประสงค์ระดับตำบล โดยในส่วนของสนามกีฬาระดับจังหวัดมอบให้ อบจ. รับผิดชอบดูแล ส่วนสนามกีฬาในระดับรองมอบให้เทศบาลและ อบต. เจ้าของพื้นที่เป็นผู้รับผิดชอบดูแล

6) การปรับปรุงแหล่งชุมชนแออัดและการจัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยเป็นการดำเนินการเพื่อปรับปรุงมาตรฐานความเป็นนอยู่และที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัด ได้แก่ การแก้ไขปัญหาชุมชนแออัด และการจัดการที่อยู่อาศัยสำหรับผู้มีรายได้น้อย

สรุปได้ว่า มาตรฐานการจัดบริการเพื่อสงเคราะห์ผู้สูงอายุทั้ง 6 ด้านนั้นถือเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปัจจุบันและในทิศทางอนาคตที่ควรจะเป็นว่าจะเป็นมาตรฐานด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล มาตรฐานด้านรายได้ มาตรฐานด้านที่พักอาศัย มาตรฐานด้านนันทนาการ มาตรฐานด้านความมั่น คงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง และมาตรฐานด้านการสร้างบริการและเครือข่าย ซึ่งมาตรฐานด้านต่าง ๆ นั้น ได้สอดคล้องและสนับสนุนการเตรียมความพร้อมรับการถ่ายโอนตามแผนปฏิบัติการกาหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภารกิจทั้งสองฉบับ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางการปฏิบัติสาหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดทำแผนงาน/กิจกรรมด้านการสงเคราะห์ผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐานตามที่กำหนดไว้

2.8 แนวคิดและนโยบายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต มีความแตกต่างและมีความหลากหลาย เนื่องด้วยเหตุผลหลาย ๆ ประการ คือ

1) คุณภาพชีวิตเป็นกระบวนการทางด้านจิตใจที่สามารถบรรยายผ่านความคิดที่แตกต่างกัน จากความมุมมองที่หลากหลาย จากประสบการณ์ พื้นฐานความรู้ และประเด็นการนำเสนอจากข้อเท็จจริงต่าง ๆ

2) แนวคิดในเรื่องของคุณภาพชีวิต ขึ้นอยู่กับการกำหนดกรอบความหมายให้ชัดเจนเพื่อให้สามารถประเมินกระบวนการและผลต่าง ๆ และเพื่อให้เป็นที่ยอมรับร่วมกันของบุคคลในสังคมเดียวกัน

3) เป็นความคิดที่ก่อให้เกิดความเข้าใจในความเจริญงอกงามและพัฒนาการของมนุษย์ รวมทั้ง การมีอายุยืนยาวกระบวนการทางด้านจิตใจ ล้วนอยู่ภายใต้อิทธิพลขององค์ประกอบต่างๆ มีผู้มีให้คำนิยามไว้หลากหลาย

คุณภาพชีวิต (ราชบัณฑิตยสถาน, 2550) หมายถึง ชีวิตที่มีคุณภาพ มีความสมบูรณ์ทั้งด้านสุขภาพ ร่างกายและจิตใจ สามารถดำรงชีวิตให้สอดคล้องตามสภาวะทางสังคม เศรษฐกิจการเมือง วัฒนธรรม สภาพแวดล้อมในการดำเนินชีวิตและทรัพยากรที่มีอยู่คุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตของบุคคลที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาให้แก่สังคม เป็นชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ และสามารถดำเนินชีวิตที่ชอบธรรมสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม ค่านิยมของสังคมสามารถแก้ไขปัญหา ตลอดจนการแสวงหาสิ่งที่ตนปรารถนาให้ได้มาอย่างถูกต้องภายใต้เครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่ แบ่งออกเป็น 3 ประการคือ

1) ทางด้านร่างกาย

2) ทางด้านจิตใจ

3) ทางด้านสังคม

คุณภาพชีวิตถือเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตในปัจจุบัน รวมทั้ง ถูกกำหนดให้เป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศ เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรจะทาให้การพัฒนาด้านต่าง ๆ สามารถกระทำได้ดีหรือประสบผลสำเร็จอย่างรวดเร็ว ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 ระบุว่าการพัฒนาประเทศไทยไปสู่การเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วมีความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืนในระยะยาวได้นั้น ประเทศต้องเร่งพัฒนาปัจจัยพื้นฐานเชิงยุทธศาสตร์ในทุกด้าน ได้แก่ การเพิ่มการลงทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนา การพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ซึ่งต้องดำเนินการควบคู่กับการเร่งยกระดับทักษะฝีมือแรงงานกลุ่มที่กำลังจะเข้าสู่ตลาดแรงงาน และกลุ่มที่อยู่ในตลาดแรงงานในปัจจุบันให้สอดคล้องกับสาขาการผลิตและบริการเป้าหมาย และการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี รวมถึงการพัฒนาคนในภาพรวมให้เป็นคนที่สมบูรณ์ในทุกช่วงวัยที่สามารถบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลงที่เป็นสภาพแวดล้อมการดำเนินชีวิตได้อย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาทุนมนุษย์จากการยกระดับคุณภาพการศึกษา การเรียนรู้ การพัฒนาทักษะ และยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุขให้ทั่วถึงในทุกพื้นที่ พร้อมทั้งต้องส่งเสริมบทบาทสถาบันทางสังคมในการกล่อมเกลาสร้างคนดี มีวินัย มีค่านิยมที่ดีและมีความรับผิดชอบต่อสังคม เป้าหมายของการพัฒนาทุกด้านล้วนมุ่งไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของมนุษย์ในสังคม

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย นั้นมี 4 ด้าน ได้แก่

1) ด้านร่างกาย คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกาย เช่นการรับรู้ถึงสภาพความสมบูรณ์แข็งแรง ความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตน เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตน รับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจ ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน ความสามารถในการจัดการกับความเศร้า ความกังวล ความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต หรือการรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม คือการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย มั่นคงในชีวิต รับรู้ว่าได้อยู่ใน

สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่าง ๆ คมนาคมสะดวก การรับรู้ว่าตนมีโอกาสที่ได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าตนได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2564)

คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่มีความสุข การกินดีอยู่ดี มีเศรษฐกิจที่มั่นคง ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ และมีการดำเนินชีวิต มีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ได้อย่างเหมาะสม มีองค์ประกอบ 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและ ด้านสิ่งแวดล้อม (กรมสุขภาพจิต, 2564)

กัญญา ชื่นอารมย์ และวลัยนารี พรมลา (2560) กล่าวว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ต้องการสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกันก่อให้เกิดความผูกพัน และเข้าใจซึ่งกันและกัน ต้องมีการสนับสนุนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง ซึ่งจะนำมาซึ่งความผาสุกของครอบครัวด้วย

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต คือ การที่ผู้สูงอายุในชุมชนตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ต้องมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่มีความสุข การกินดีอยู่ดี และมีการดำเนินชีวิต สภาพความเป็นอยู่ที่ดีได้อย่างเหมาะสม

2.9 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็น จิตนิสัย (Subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริษัททางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม เพราะว่านิยามของ QOL จะเน้นไปที่การรับรู้ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ตอบไม่ได้คาดหวังที่จะเป็นวิธีการที่จะวัดในรายละเอียดของอาการโรค หรือสภาพต่าง ๆ แต่ถือเป็นการประเมินผลของโรคและวิธีการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต การวิจัยครั้งนี้ใช้ การวัด เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ WHOQOL-BREETHAI ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย มี 26 ข้อคำถาม เป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยทำการเลือกคำถามมาเพียง 1 ข้อ จากแต่ละหมวดใน 24 หมวด และรวมกับหมวดที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อคำถาม

1. ด้านร่างกาย (Physical Domain) คือ การรับรู้ด้านสภาพร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับรู้สภาพความสมบูรณ์ของร่างกาย การรับรู้ถึงความสุขสบายไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย ได้รับรู้ถึงพละกำลังการ

ดำเนินชีวิตประจาวัน การรับรู้ถึงอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตนเอง การรับรู้ในการสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน

2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ความภาคภูมิใจของตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิดความจา สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อเรื่องต่าง ๆ ของตนที่มีผลต่อการดาเนินชีวิต เช่นการรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต ความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Ralationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าตนเองเป็นผู้ให้ ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับรู้ว่าตัวเองมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ทางด้านการเงิน สถานบริการสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสจะได้รับข่าวสารหรือการฝึกทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าตนเองมีกิจกรรมสันทนาการและมี

สรุปได้ว่า การวิจัยครั้งนี้ใช้ การวัด เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ WHOQOL-BREETHAI ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย มี 26 ข้อคำถาม ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical Domain),ด้านจิตใจ (Psychological Domain), ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Ralationships), ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

2.10 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นวิธีการแสวงหาความรู้ใหม่ โดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อการอธิบาย ทำนายและควบคุมปรากฏการณ์ต่าง ๆ ทั้งด้านวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มุ่งนำผลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ ในการพัฒนาและปรับปรุงผลการปฏิบัติงานขององค์กร ให้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลอย่างสูงสุด เน้นการประยุกต์ใช้ความรู้เทคโนโลยีที่ได้ศึกษา จากที่ได้จากการศึกษาวิจัยมากกว่า การมุ่งสร้างและพัฒนาองค์ความรู้

จุดมุ่งหมายของการวิจัยปฏิบัติการ เพื่อนำไปใช้ปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงานให้ดีมากยิ่งขึ้น สามารถวิเคราะห์สภาพปัญหา อันเป็นสาเหตุที่ทำให้งานนั้นไม่ประสบความสำเร็จ ลักษณะเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการสามารถที่จะสรุป ได้ดังต่อไปนี้

1. เป็นวิธีการที่จะปรับปรุงการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

2. เป็นการวิจัยที่นำตัวเองเข้าไปมีส่วนร่วม ในกิจกรรมที่บุคคลดำเนินการอยู่ เพื่อที่จะปรับปรุงงานที่ปฏิบัติงานอยู่ให้ดีมากยิ่งขึ้น

3. ดำเนินการผ่านขั้นตอน การวางแผนการ ดำเนินงาน การสังเกต การสะท้อนข้อมูล และหลังจากนั้นก็ย้อนกลับไปเป็นวัฏจักร

2.10.1 ลักษณะของการวิจัยปฏิบัติการ

1. เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม และมีการร่วมมือดังนั้นผู้วิจัย ทุกคนจึงมีส่วนสำคัญและมีบทบาทเท่าเทียมกัน ในทุกกระบวนการการวิจัย

2. เน้นการปฏิบัติการและการศึกษาผลการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการพัฒนา

3. ใช้ในการวิเคราะห์สามารถวิเคราะห์ได้อย่างลึกซึ้ง และนำไปสู่การตัดสินใจที่สมเหตุสมผล และสามารถนำไปปรับใช้ในการปฏิบัติการได้ เป็นอย่างดีสามารถนำไปพัฒนารูปแบบของการปฏิบัติงานจริง จนเป็นที่พึงพอใจ

2.10.2 กระบวนการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการ

1. การวางแผนคือ การกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ประกอบกับเหตุการณ์หรือเรื่องราวในอดีต ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่จะศึกษา โดยการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่นและสามารถนำมาปรับเปลี่ยน ให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต

2. การปฏิบัติการ เป็นการลงมือการดำเนินงาน ตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวังและควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแผนที่วางเอาไว้ ซึ่งแผนที่กำหนดมีโอกาสเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไข และข้อจำกัดของสภาวการณ์นั้น ๆ

3. การสังเกตการณ์ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน รวมทั้งการสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคในการดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ระหว่างการปฏิบัติตามแผนว่า มีลักษณะอย่างไรซึ่งการสังเกตที่ดี จะต้องมีการวางแผนการเอาไว้ล่วงหน้า โดยไม่มีขอบเขตที่จำกัดมากจนเกินไป เพื่อจะได้เป็นแนวทาง สำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการ และผลการปฏิบัติงาน

4. การสะท้อนกลับ เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำ ตามที่บันทึกข้อมูลไว้จากการสังเกตในเชิงวิพากษ์ กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามที่วางแผนไว้ ตลอดจนการวิเคราะห์เกี่ยวกับ

ปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยและอุปสรรคในการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นว่า เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่

2.10.3 ประเภทของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ยึดเทคนิค

ดำเนินการโดยบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีประสบการณ์สูง หรือมีคุณสมบัติเป็นผู้เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำให้งานที่ปฏิบัติมีทั้งประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น มุ่งเน้นโดยตรงไปที่ผลของการวิจัย แต่ในขณะเดียวกันผู้ปฏิบัติการวิจัยเอง เป็นผู้ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วม ในกระบวนการปรับปรุงการวิจัย สามารถตรวจสอบความเที่ยงตรง และการกระทำให้มีความละเอียดมากยิ่งขึ้น สามารถพิจารณาจากทฤษฎี นำไปสู่เรื่องเฉพาะของการปฏิบัติงานหรือเรียกง่ายๆ ว่านำทฤษฎีสู่การปฏิบัติ

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติ

การดำเนินการโดยผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงาน กับผู้เกี่ยวข้องช่วยกันกำหนดปัญหาเป็นเหตุ ให้เกิดการลองใช้วิธีการต่าง ๆ เข้าไปเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือปรับปรุงการกำหนดปัญหาเกิดขึ้น หลังจากการสนทนาระหว่างผู้วิจัยกับผู้ปฏิบัติงาน การปฏิบัติการวิจัยเชิงปฏิบัติประเภทนี้ แสวงหาหนทางเลือกเกิดการปรับปรุง การปฏิบัติงานโดยใช้สติปัญญาของผู้ปฏิบัติงานเป็นสำคัญ โดยมีเป้าหมายสำคัญของวิจัยคือ เข้าใจการปฏิบัติงานและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าช่วยพัฒนาการทางด้านวิชาชีพ ทำให้เกิดสิ่งดีดีกับผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้อง

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีส่วนร่วม

การวิจัยประเภทนี้ส่งเสริมให้เกิดการ มีส่วนร่วมระหว่างผู้ปฏิบัติ โดยผู้ปฏิบัติงานทุกคนต่างมีความสามารถ มีจิตสำนึกผลักดันให้องค์กรเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยมีเป้าหมายสำคัญ 2 ประการคือ

1. ทำให้เกิดความใกล้เคียงกันมากที่สุดระหว่างปัญหาที่เกิดขึ้น กับทฤษฎีที่ใช้อธิบายและใช้แก้ไขปัญหา

2. ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถกำหนด และดึงฐานข้อมูลเบื้องลึกของปัญหาออกมาโดยใช้ความสามารถที่มีอยู่ในตัวของผู้ปฏิบัติงานเอง

ผู้ให้กำเนิดและคิดค้น Action Research คือ Kurt Lewin เริ่มใช้ในปี ค.ศ. 1952 แล้วได้รับการพัฒนาโดยนักวิชาการอื่น ๆ เช่น Kolb ในปี 1984 และ Carr and Kemmis ในปี 1986 และทั้งสองคนนี้ได้จำแนกการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็นสามระดับด้วยกัน ดังนี้

ระดับที่ 1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical Action Research) ผู้วิจัยทำตัวเป็นผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก ที่นำแนวคิด นำแผนงานหรือนำโครงการที่ตนเองคิดหรือจัดทำขึ้นไปให้ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ปฏิบัติ

ระดับที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอิสระ (Emancipatory Action Research) ผู้วิจัยไม่นำเอาแนวคิด แผนงาน หรือโครงการของตนไปให้ปฏิบัติตามแบบแรก แต่จะทาหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ผู้กระตุ้น ตั้งประเด็น กำกับให้มีการร่วมกันคิด ปฏิบัติ สังเกตผล และสะท้อนผล

ระดับที่ 3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัย ในลักษณะเป็นความร่วมมือกัน ที่ทั้งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยต่างมีสถานะที่เท่าเทียมกันในการร่วมคิด ปฏิบัติ สังเกตผล และสะท้อนผล

วิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart คือ หลักการทา PAR's P-A-O-R Spiral Cycle เป็นวงจรแบบเกลียวสว่าน ไม่มีวันสิ้นสุด เริ่มตั้งแต่ ร่วมกันวางแผน ร่วมกันปฏิบัติ ร่วมกันสังเกตผล และร่วมกันสะท้อนผล ในประเทศออสเตรเลีย Stephen Kemmis และ Robin Mctaggart ได้นำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อปรับปรุงการจัดการศึกษาของออสเตรเลีย จนได้รับการยอมรับและเผยแพร่ไปอย่างกว้างขวาง

ขั้นตอนในการทำตามแนวคิดของ PAR's P-A-O-R Spiral Cycle

1. การวางแผน (Planning) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้าโดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้น จากการปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้ ร่วมกับการระลึกถึงเหตุการณ์ หรือเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขตาประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การใคร่ครวญไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุนขัดขวางความสำเร็จ ในการแก้ไขปัญหารวมทั้งสภาวการณ์เงื่อนไขอื่น ๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไป การวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่นได้

2. การปฏิบัติ (Action) เป็นการลงมือดำเนินการตามแผนที่กาหนดไว้อย่างระมัดระวังและควบคุมการปฏิบัติการ ให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริงการปฏิบัติการตามแผนที่กาหนดไว้มีโอกาสเกิดการพลิกผันหรือแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดในสภาวการณ์เวลานั้นได้ ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผนทดลองหรือแผนชั่วคราวซึ่งเปิดช่องทางให้ผู้ปฏิบัติสามารถปรับเปลี่ยนได้

3. การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป (ทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ) รวมทั้งสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติการตามแผนว่ามีสภาพหรือลักษณะเป็นอย่างไรการสังเกตการณ์ที่ดี จะต้องมีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้าอย่างคร่าวๆ โดยจะต้องมีขอบเขตไม่แคบหรือจำกัดจนเกินไป เพื่อจะได้เป็นแนวทางสาหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

ประเภทของการสังเกต

1) การสังเกตโดยผู้ถูกสังเกตรู้ตัว/ไม่รู้ตัว (Know/Unknown Observation) นักวิจัยเข้าไปมีส่วนร่วมอยู่ในเหตุการณ์และใกล้ชิดกับผู้ถูกสังเกต

2) การสังเกตแบบมี/ไม่มีส่วนร่วม (Participant /Non – participant Observation นักวิจัยต้องทำตัวเสมือนเป็นสมาชิกของกลุ่มและต้องร่วมทากิจกรรมไปกับกลุ่มด้วยโดยอาจมีการบันทึกข้อมูลโดยผู้ถูกสังเกตรู้หรือไม่รู้ตัวก็ได้ วิธีการนี้จะได้ข้อมูลที่เป็นพฤติกรรมตามธรรมชาติและได้ข้อมูลครบถ้วน ส่วนการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เป็นการสังเกตที่นักวิจัยทำตัวเป็นผู้ดูหรือผู้สังเกตการณ์อยู่นอกกลุ่ม และไม่เข้าร่วมกิจกรรม วิธีนี้จึงอาจไม่ได้ข้อมูลที่เป็นพฤติกรรมที่เป็นธรรมชาติและอาจได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

3) การสังเกตแบบมี/ไม่มีโครงสร้าง (Structured/ Unstructured Observation) การสังเกตแบบมีโครงสร้าง เป็นการสังเกตพฤติกรรมที่เกิดขึ้นช่วงระยะเวลา ที่ผู้วิจัยกำหนดแนวทางของการสังเกตไว้ล่วงหน้า มีการสร้างเครื่องมือบันทึกผลการสังเกตและการซ้อมก่อนที่จะทำการสังเกตจริง การเตรียมการสังเกตไว้ล่วงหน้า ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงครบถ้วน สำหรับการสังเกตแบบไม่มีโครงสร้าง เหมาะสำหรับสถานการณ์เฉพาะหน้าหรืออาจต้องการได้ข้อมูลที่เป็นลักษณะทั่ว ๆ ไป หรือต้องการรายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ให้ได้มากที่สุดจนไม่อาจวางระบบการสังเกตได้

4) การสังเกตโดยตรง/อ้อม (Direct/Indirect Observation) การสังเกตโดยตรงเป็นวิธีการที่นักวิจัยได้สัมผัสสิ่งที่ต้องการสังเกตด้วยตนเอง ส่วนการสังเกตโดยอ้อมนั้น ไม่สามารถสังเกตสัมผัสด้วยตนเอง แต่ใช้เครื่องมือ เช่น การบันทึกเทปโทรทัศน์แล้วนามาสังเกต และบันทึกข้อมูลแต่วิธีการนี้จะได้ข้อมูลที่มีข้อจากัด และคุณภาพต่ำกว่าการสังเกตโดยตรงเครื่องมือบันทึกในการสังเกต ได้แก่ แบบบันทึกการสังเกต และเครื่องมือช่วยการสังเกตประเภทโสตทัศนูปกรณ์ เช่น เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายภาพยนตร์ ลักษณะของแบบบันทึกการสังเกตที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 แบบ คือ แบบรายการตรวจสอบ (Checklists) แผนภูมิการมีส่วนร่วม (Participation Charts) มาตรประมาณค่า (Rating Scales) และแบบบันทึกพฤติกรรม (Anecdotal Records)

5) การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการหวนระลึกถึงการกระทำตามที่บันทึกข้อมูลไว้จากการสังเกตอย่างครุ่นคิด ไตร่ตรองในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนการใคร่ครวญเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการพัฒนารวมทั้งประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามที่พึงประสงค์หรือไม่ กลยุทธ์ประการหนึ่งที่ช่วยให้กระบวนการสะท้อนกลับเกิดขึ้นอย่างได้ผล

เทคนิคการถอดบทเรียน (After Action Review) (อุทัยทิพย์ เจี่ยวิวรรธน์กุล, 2553) เป็นเครื่องมือที่ใช้ถอดบทเรียนหรือองค์ความรู้ เป็นการรวบรวมบทเรียนที่ได้จากการปฏิบัติ แล้ว

ทบทวนวิธีการทำงานทั้งด้านความสำเร็จและปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อค้นหาสิ่งที่ทำผิดพลาด เป็นการทบทวนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทางานเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นและเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาแบบเดิมขึ้นอีกวิธีการถอดบทเรียน ต้องตอบคาถามให้ได้ครบ 6 ข้อ (1) สิ่งที่คาดว่าจะได้รับจากการทางานคืออะไร(2) สิ่งที่เกิดขึ้นจริงที่สูงกว่าที่คาดหวังคืออะไร (3) สิ่งที่เกิดขึ้นจริงที่ต่ำกว่าที่คาดหวังคืออะไร (4) สิ่งที่ได้เรียนรู้และเป็นประโยชน์คืออะไร (5) คิดว่าควรปรับปรุงอะไร วิธีการลด/แก้ความแตกต่าง คืออะไร (6) หากต้องทำครั้งต่อไป จะปรับปรุงอะไรให้ดีขึ้น

สรุปได้ว่า การทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีหลักการในการทำ โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผน นำแผนไปสู่การปฏิบัติ สังเกตและประเมินผล แล้วสุดท้ายสะท้อนผลของการทาวิจัยว่าสำเร็จหรือไม่ อาจต้องทำมากกว่า 1 รอบ ในการทาวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้ PAR's P-A-O-R Spiral Cycle รวมทั้งหมด 4 ขั้นตอนด้วยกัน คือ วางแผน (Plan) ปฏิบัติ (Action) สังเกต ติดตามประเมินผล (Observe) และสะท้อนผลของการดำเนินงาน (Reflection) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

2.11 แนวคิดและทฤษฎีการมีส่วนร่วม

2.11.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

ความหมายของการมีส่วนร่วม ได้มีผู้กล่าวไว้มากมาย โดยเฉพาะการดำเนินงานด้านการพัฒนาชนบทและด้านสาธารณสุข การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกลวิธีสำคัญที่ทาให้การดำเนินงานใด ๆ ในชุมชนประสบผลสำเร็จได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่านดังนี้

Erwin (1976) ได้ให้ความหมายการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการให้ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วม เกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาร่วมคิด ร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาของตนเอง เน้นการมีส่วนร่วม เกี่ยวข้องอย่างแข็งขันของประชาชนให้ความคิดสร้างสรรค์และความชำนาญของประชาชน แก้ไขปัญหาร่วมกัน การใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมและสนับสนุนผลการปฏิบัติงานขององค์กรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

องค์การสหประชาชาติ (นิตยา เพ็ญศิรินภา, 2549 อ้างอิงจาก องค์การสหประชาชาติ, 1975) ได้ให้ความหมาย การมีส่วนร่วมของประชาชนในฐานะกระบวนการพัฒนาหมายถึง การให้ประชาชนหลุดพ้นจากการเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนามาเป็นตัวนำการพัฒนาและยังหมายถึงการเปลี่ยนแปลงซึ่งประชาชนจะต้องมาเกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของการพัฒนา และเป็นไปอย่างกระตือรือร้นและมีพลังในทุกขั้นตอนดังนี้

1) กระบวนการตัดสินใจในการกาหนดเป้าหมาย จัดสรรทรัพยากรเพื่อบรรลุเป้าหมาย

2) การจัดลำดับความสำคัญ

3) การวางแผนและการปฏิบัติงานตามแผน

4) การให้ได้มาซึ่งความรู้ที่จะนาไปสู่พลังการพัฒนา

ชิต นิลพันธ์ และคณะ (2532) ได้อธิบายว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาว่าเป็นการที่ประชาชนทั้งในเมืองและชนบทได้เข้ามามีส่วนร่วมหรือเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการพัฒนาขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง หรือทุกขั้นตอน แล้วแต่เหตุการณ์จะเอื้ออำนวย แต่ถ้าอยากให้การพัฒนาได้รับผลสำเร็จอย่างแท้จริง ประชาชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงขั้นสุดท้าย

นิตยา เพ็ญศิรินภา (2549) ได้อธิบายบทบาทของชุมชน ในการมีส่วนร่วมตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน คือ การที่ประชาชนในชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน ประเมินผลงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยให้ความหมายว่า การที่ชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนเป็นอย่างดีจึงควรกาหนดปัญหาสาธารณสุขของชุมชนนั้นเอง วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชนเองและสามารถแยกแยะวิธีการแก้ไขปัญหาที่สามารถดาเนินการได้ด้วยชุมชนและวิธีการใดที่เกินความสามารถจำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคคลภายนอกชุมชน เป็นการดำเนินการภายใต้ความร่วมมือของประชาชน

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนได้มีโอกาสเข้าร่วมในการคิดริเริ่ม ร่วมตัดสินใจ วางแผนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องในการจัดการและการควบคุมการใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผลรวมทั้งรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนาดังกล่าว จะต้องมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน ดำเนินงานพัฒนา ตั้งแต่กระบวนการเบื้องต้นจนกระทั่งกระบวนการสิ้นสุดโดยการที่เข้าไปมีส่วนร่วมอาจเป็นขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง หรือครบทุกขั้นตอนก็ได้ ประชาชนที่มีส่วนร่วมนั้นอาจเป็นรายบุคคล กลุ่มคน หรือองค์กร ที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน มีความรับผิดชอบร่วมกันในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการ โดยกระทำผ่านกลุ่มหรือองค์การเพื่อให้บรรลุถึงความสำเร็จของโครงการ

2.11.2 หลักการพื้นฐานของการมีส่วนร่วม

มีหลักพื้นฐานสำคัญ 8 ประการที่ควรคำนึงถึง คือ

1) ต้องคิดว่ามนุษย์นั้นมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าเทคโนโลยีที่จะนำมาใช้เพราะถ้ามีการใช้เทคโนโลยีโดยที่มนุษย์ไม่ร่วมคิดร่วมรับรู้ หรือเข้าใจเพียงพอก็อาจไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควรหรือตรงข้ามกลับใช้เพื่อมนุษย์ด้วยกันเอง หรือสิ่งแวดล้อมได้

2) เชื่อว่ามนุษย์ต่างมีความคิดและศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน (อย่าได้คิดว่าเขาเป็นคนชั้นต่ำที่ไม่มีศักดิ์ศรี)

3) เชื่อว่ามนุษย์ทุกคนไม่ได้ชั่วดีมาตั้งแต่เกิด เหตุที่เขายากจนอยู่นั้นมิใช่จากกรรมเก่า

4) เชื่อว่าผู้ที่อาศัยในชุมชนต่าง ๆ มักจะมีภูมิปัญญาที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองในระดับหนึ่ง บางเรื่องที่คนในชุมชนยึดถือจึงต้องค่อยๆ ให้ปรับตัวผสมผสานกับวิทยาการ

5) เชื่อว่าตนนั้นต่างกับชาวบ้านอยู่ไม่น้อย และชาวบ้านเองก็แตกต่างกันอยู่บ้าง ดังนั้นการจะให้มีส่วนร่วมจะเอาใจเราฝ่ายเดียวไม่ได้

6) ต้องคิดว่ามนุษย์นั้นมีความสามารถพัฒนาชีวิต ความเป็นอยู่ของตนให้ดีได้ถ้าได้รับโอกาสที่จะร่วมเข้าใจ และร่วมจัดการ (Active Partner) เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม

7) อาจจะใช้การมีส่วนร่วมในหลากหลายรูปแบบ เช่น รูปแบบโดยตรง คือมีส่วนร่วมโดยตัวบุคคลแต่ละบุคคล หรือ ประชาชนก่อตั้งองค์กรขึ้นมามีส่วนร่วม หรือให้มีตัวแทนมามีส่วนร่วมโดยอ้อม ซึ่งย่อมขึ้นกับบริบทของในแต่ละพื้นที่ เช่น ในพื้นที่ที่ประชาชนมีจิตศรัทธาในตัวแทนของเขามาก การให้มีตัวแทนมาเข้าร่วมด้วยก็เพียงพอ แต่มักพบว่าแม้ในหมู่บ้านเดียวกันหรือชุมชนเดียวกันมักจะมีประชาชนหลากหลายกลุ่ม จึงควรที่จะเลือกผู้แทนของกลุ่มต่าง ๆ หลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมเพิ่มเติม นอกจากจะให้ผู้นำทางการมีส่วนร่วมด้วยเพียงคนเดียว

8) การมีส่วนร่วมยิ่งมีเพิ่มขึ้น เมื่อมีสภาพเหมาะสมต่อไปนี้

(1) ประชาชนในท้องถิ่นนั้นได้รู้สึกว่าได้ควบคุมโชคชะตาของตนเองแทนที่จะเป็นบุคคลอื่นที่ “เขาไม่รู้จัก” หรือที่ “เขาไม่ไว้ใจ” ที่อาจจะบอกว่าจะมาช่วยเขา เขาเคยพบมาบ่อยครั้งว่าไม่ได้ช่วยจริงจังพอ

(2) ผู้ที่จะเข้าร่วมต้องมีอิสรภาพ จะได้รับความเสมอภาคและได้รับความจริงใจให้เข้ามามีส่วนร่วม ดังนั้นการมีส่วนร่วมจะเกิดอย่างเต็มที่และจริงจังเมื่อบุคคลนั้น ๆ ไม่ได้ถูกบังคับให้จายอมเข้าร่วม และที่สำคัญจะต้องเข้าร่วมด้วยโดยเทียบเท่ากับผู้มาร่วมทำกิจกรรมด้ว ทุกคนอีกทั้งโครงการให้ความจริงใจด้วย

(3) ผู้ที่จะเข้าร่วมด้วยจะต้องมีความสามารถพอที่จะมีส่วนร่วมด้วยได้กิจกรรมหลากหลายเรื่องประชาชนทั่วไปอาจจะมีส่วนร่วมด้วยได้ แต่บางเรื่องที่เป็นกิจกรรมเฉพาะ เช่น การค้นหาทางระบาดวิทยา การทหาร ฯลฯ หากประชาชนเข้าร่วมด้วย อาจไม่ค่อยได้ผลหรือบางกรณีอาจจะก่อให้เกิดความเสียหายได้

(4) มีการสื่อสาร 2 ทาง เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมได้รับข้อมูลอย่างถูกต้องและสมบูรณ์ หากผู้มีส่วนได้ส่วยเสียได้รับข้อมูลไม่ถูกต้องและครบถ้วน หรือสื่อสารได้ไม่ดีพอก็จะไม่เข้าใจได้ดีเพราะว่าโครงการจะทาให้เกิดผลดีผลเสียอย่างไรเพียงใด อาจนำไปสู่การไม่ยอมรับโครงการได้

(5) ประชาชนได้มีส่วนร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจในโครงการตั้งแต่เริ่มต้น จะทำให้เกิดความต้องการเข้ามาร่วมกับโครงการมากยิ่งขึ้น การที่ได้ร่วมงานกันตั้งแต่เริ่มต้น จนกระทั่ง

สิ้นสุด กระบวนการตัดสินใจในโครงการนั้น ๆ ในระยะยาวนั้นจะเกิดผลดียั่งยืนนานกว่า โดยการที่จะให้ร่วมด้วยเพียงบางส่วนหรือช้าไป

(6) ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อเจ้าหน้าที่โครงการและต่อโครงการนั้นๆ ผลตอบแทนที่เขาประเมินว่าจะได้รับ

(7) เมื่อเข้ามามีส่วนร่วมแล้ว จะไม่กระทบกระเทือนสถานภาพในหน้าที่การงานหรือทางสังคมให้ลดน้อยลง

(8) มีกลวิธีการแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างโครงการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นอย่างดี

2.11.3 องค์ประกอบของการมีส่วนร่วม

กาญจนา แก้วเทพ (2538) ได้วิเคราะห์ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างนัก-พัฒนาและประชาชนในการทางานร่วมกันตามแนววัฒนธรรมว่า ความสัมพันธ์ในการทางานร่วมกันของนักพัฒนาและประชาชนต้องมีลักษณะเฉพาะตัวมีองค์ประกอบย่อย 3 ลักษณะคือ

1) Interdependence ลักษณะการที่ต้องพึ่งพาอาศัยกัน รับผิดชอบร่วมกัน ถ้าผลงานการพัฒนาออกมาไม่ดี ก็ต้องรับผิดชอบร่วมกันทั้งสองฝ่าย

2) Balance เป็นความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมกันเสมอภาคกัน

3) Partner เป็นความสัมพันธ์ที่มีผลประโยชน์ร่วมกัน ผลประโยชน์ไม่ขัดแย้งกัน หากแต่สนับสนุนซึ่งกันและกันแต่ในความเป็นจริงแล้ว ความสัมพันธ์ระหว่างนักพัฒนากับประชาชนในชุมชนจะเป็นไปในรูปแบบที่แปรเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ในบางเรื่องจะมีความสัมพันธ์แบบเพื่อน บางสถานการณ์ประชาชนจะเป็นครูผู้ให้ความรู้ นักพัฒนาจะเป็นผู้เรียนรู้และบางครั้งอาจกลับกัน

2.11.4 ปัจจัยที่สนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2543) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการพัฒนา มีดังนี้

1) ปัจจัยทางด้านบุคคล ผู้ที่จะทำงานพัฒนาเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของประชาชนต้องสร้างเงื่อนไขของบทบาทของตนให้พร้อมที่จะเข้าไปทำงาน ต้องมีทัศนคติและจิตสำนึกต่อประชาชนอย่างเหมาะสม การยอมรับศักดิ์ศรีของคนที่เท่าเทียมกันมีความเชื่อเคารพในตัวประชาชน พร้อมที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับประชาชน และเปิดโอกาสให้ประชาชนในการแสดงความคิดเห็นและร่วมกิจกรรมในการพัฒนา การส่งเสริมให้เหมาะสมและในขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชน รวมถึงบุคคลที่มีความสามารถ มีความคิดริเริ่มในการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างเต็มความสามารถ

2) ปัจจัยด้านการบริการ เป็นผลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามระเบียบทางราชการหรือองค์กรพัฒนาเอกชน การนำมาใช้มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติพอควร เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนที่ค่อนข้างเป็นอิสระไม่ผูกพันกับระเบียบทางราชการจนเกินไป

3) ปัจจัยด้านโครงสร้างชุมชน แบ่งออกเป็นหลายองค์ประกอบ ได้แก่

(1) ลักษณะความสัมพันธ์ของชุมชน ชุมชนมีความสัมพันธ์ลักษณะปฐมภูมิ รู้จักกันเป็นญาติพี่น้อง การมีส่วนร่วมจะดีกว่าชุมชนที่มีประชาชนมาจากหลายวัฒนธรรมต่างกันมาอยู่ด้วยกัน

(2) โครงสร้างของประชากร ชุมชนที่มีโครงสร้างของประชากรวัยแรงงานมากและอยู่ในท้องถิ่น การมีส่วนร่วมจะมีมากกว่าโครงสร้างชุมชนที่วัยแรงงานย้ายออกไปทางานที่อื่น

(3) วัฒนธรรมชุมชนที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วม เช่น การมีคนในชุมชนมีความเห็นอกเห็นใจและเห็นความสำคัญของการช่วยเหลือผู้อื่น จะทำให้ชุมชนเกิดการมีส่วนร่วมมากกว่าในชุมชนที่ต่างคนต่างอยู่

(4) ค่านิยมของชุมชน เช่น ค่านิยมการนับถือผู้อาวุโส หรือผู้นำชุมชน ทำให้ผู้นำชุมชนเป็นแกนนำที่จะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ได้

(5) คุณภาพของประชาชนในชุมชนที่ประชากรมีคุณภาพดี เช่น รายได้ดี การศึกษาดี มีทัศนคติที่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม มีความตื่นตัวในการพึ่งตนเองจะเอื้ออำนวยให้ประชาชนมีจิตสำนึกในการมีส่วนร่วมของชุมชนมากกว่า

(6) โครงสร้างของอำนาจ ซึ่งหมายถึงบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจของกลุ่มในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน เช่น ผู้นำชุมชนซึ่งส่วนมากจะมีฐานะดี มีความรู้มีประสบการณ์มากกว่าคนอื่น ถ้าผู้นำเป็นประโยชน์ในการพัฒนา การมีส่วนร่วมก็จะเป็นแกนนำการมีส่วนร่วมของประชาชน

(7) ลักษณะของการตั้งถิ่นฐานของชุมชน ถ้าชุมชนตั้งถิ่นฐานมีลักษณะเป็นกลุ่มจะทำให้ประชาชนรู้จักกันและทำกิจกรรมร่วมกันมากกว่าชุมชนที่ตั้งอยู่อย่างกระจัดกระจายยากต่อการรวมกลุ่ม

(8) ทรัพยากรและสภาพแวดล้อมของชุมชน ชุมชนใดมีทรัพยากรมี

(9) สภาพแวดล้อมของชุมชนที่ดี เช่น เป็นชุมชนในเขตชลประทาน หรือประชาชนมีการศึกษาดี มีรายได้จากการเกษตรสม่ำเสมอทุกปี จะทาให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและความต้องการของชุมชนดีกว่าชุมชนที่ขาดทรัพยากรและมีสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี

2.11.5 การมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุข

การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข มีลักษณะดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา หมายถึง การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาหรือสำรวจปัญหาสาธารณสุขในชุมชน และได้เข้าร่วมประชุมเพื่อแก้ไขปัญหา

2) การมีส่วนร่วมในการวางแผน หมายถึง การที่ประชาชนร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะในการวางแผนเพื่อพัฒนาด้านสาธารณสุข โดยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจกำหนดแนวทางและวิธีการที่จะทำในแต่ละกิจกรรม

3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน หมายถึง การที่ประชาชนเข้าร่วมในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขร่วมกับสมทบทุนทรัพย์และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการดำเนินกิจกรรมที่ได้กำหนดร่วมกันเอาไว้

4) การมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์ หมายถึง การที่ประชาชนยอมรับและใช้ประโยชน์จากผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วม

5) การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล หมายถึง การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามความก้าวหน้าความสำเร็จของการดำเนินงานกิจกรรมติดตามปัญหาและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นและได้ร่วมประชุมเสนอความคิดเห็น ในการปรับปรุงหาแนวทางดำเนินงานต่อไป

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาทางสาธารณสุข คือ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน การรับรู้ประโยชน์ และการติดตามประเมินผล โดยมีภาคีเครือข่ายในชุมชนตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในชุมชน

2.12 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บุญเอื้อ ยงวานิชากร และปิยะดา ประเสริฐสม (2557) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยสุขภาพที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เท่ากับ 59.97 ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ความรู้สึกต่อชีวิต และการนอนหลับมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เยาวเรศ แตงจวง (2557) ได้ศึกษา แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ สรุปผลการศึกษา ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอลับแล จังหวดอุตรดิตถ์ ในด้านร่างกายควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาของตนเองและส่งเสริมการออกกำลังกาย ปลูกจิตสำนึกให้คนในครอบครัวบุตรหลาน มีความกตัญญูเอาใจใส่ ให้ความรักความอบอุ่น

แก่ผู้สูงอายุ ในด้านจิตใจ ควรส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีบทบาทในการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นแก่เด็กและเยาวชน จัดกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมได้ เช่น กิจกรรมรดน้ำดำหัว กิจกรรมแสดงธรรมเทศนา ด้านสังคม ควรจัดให้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน เดือนละ 1 ครั้ง เช่น การพบปะพูดคุยกัน เล่าปัญหาสู่กันฟัง ช่วยกันแก้ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ควรจัดทำโครงการชุมชนน่าอยู่ เช่น การประกวดหมู่บ้าน การส่งเสริมชุมชนบริหารจัดการขยะโดยทำปุ๋ยชีวภาพและปลูกพืชปลอดสารเคมี

สุรจิต วุฒิการณ์ (2558) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบางมูลนาก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลกลุ่มปัจจัยนำในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี การรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี อยู่ในระดับมาก และพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตดี การรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตดีอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความเชื่อความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในระดับน้อย 2) ข้อมูลกลุ่มปัจจัยเอื้อในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การมีและเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาการมีและเข้าถึงสถานบริการต่าง ๆ อยู่ในระดับน้อย 3) ข้อมูลกลุ่มปัจจัยเสริมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและชาวบ้าน อยู่ในระดับปานกลางรองลงมาด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับน้อย 4) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านร่างกายด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพทางกาย อยู่ในระดับน้อย 5) ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในระหว่างตัวแปร พบว่า ตัวแปรปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กบตัวแปรคุณภาพชีวิตและการศึกษายังพบว่า ตัวแปรทั้ง 4 ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กนที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และเมื่อศึกษาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและปัจจัยนำ มีความสัมพันธ์กนมากที่สุด (r= .582** มีค่าใกล้เคียงกบั 1) และสัมพันธ์ในทางบวก 6) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ตัวแปรซึ่งเป็นปัจจัยทั้ง 4 ด้าน คือ ตัวแปรปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ร้อยละ 46.60 และผลการศึกษายังพบวา ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ตัวแปรปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ถึงความรุนแรงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงที่จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี การรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีคุณภาพชีวิตดีและการรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิต

กัญญา ชื่นอารมย์และวลัยนารี พรมลา (2559) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตาบลบ้านใหม่ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ ใช้ใน การวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.93, S.D = .56) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านสภาพร่างกายที่ดี และด้านการตัดสินใจได้ด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก และด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ต้องมีกำหนดเป็นนโยบาย/ยุทธศาสตร์การสนับสนุน/ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการสนับสนุน/ส่งเสริมการจัดตั้งชมรมหรือกลุ่มผู้สูงอายุ การส่งเสริมการทำอาชีพให้กับผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และการสนับสนุนหน่วยแพทย์เคลื่อนที่หรือการให้สิทธิ์ผู้สูงอายุในการตรวจสุขภาพประจำปี และสนับสนุนการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และครอบครัว

กิตติวงค์ สาสวด (2560) ได้ศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออก สรุปผลการศึกษา ปัจจัยพื้นฐาน ปัจจัยด้านจิตลักษณะ และปัจจัยด้านความต้องการของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน หากร่างกายป่วยจิตใจก็ป่วยด้วย ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมาจากครอบครัวที่มีความรักความอบอุ่น สมาชิกในครอบครัวดำรงชีวิต อยู่ร่วมกันด้วยความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ดูแลซึ่งกันและกันและดูแลผู้สูงอายุอย่างดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยเฉพาะในด้านอาหารและโภชนาการ รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุคือ สมาชิกครอบครัวเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนั้น หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนจะต้องมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการดูแลผู้สูงอายุโดยเน้นสุขภาวะของผู้สูงอายุในทุกด้าน คือ ด้านร่างกาย อารมณ์และจิตวิญญาณ

จีระนันท์ พันธ์ทอง (2560) ได้ศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านไทยสามัคคีธรรม ตำบลโนนสำราญ อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนา 65 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน บุคลากรภาครัฐ กลุ่มเยาวชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มผู้สูงอายุ 54 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่ากระบวนการพัฒนาครั้งนี้มี 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) แต่งตั้งคณะทำงาน 2) ศึกษาบริบทของพื้นที่ 3) การจัดทำแผน 4) ปฏิบัติตามแผน 5) นิเทศ ติดตามผลการดำเนินงาน 6) สรุปผลการดำเนินงาน กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจถึงสถานการณ์และสภาพปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ และร่วมกันกำหนดแผนงาน/โครงการเพื่อพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ นอกจากนี้ยังเปิด

โอกาสให้ผู้นำชุมชน เยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุและเกิดโครงการเพื่อยกกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน 3 โครงการ กระบวนการดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพและได้รับกำลังใจจากชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ของระบบที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาและผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value<0.05) ผู้สูงอายุมีระดับความพึงพอใจในการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยสรุปการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่เหมาะสม คือ การเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทุกระดับเข้ามามีบทบาทร่วมรับผิดชอบ และร่วมดำเนินการ โดยมีกลไกการปลูกฝังให้ผู้นำชุมชนและเยาวชนในพื้นที่ให้เกิดความตระหนักและเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนให้เกิดความสำเร็จและส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดีต่อไป

ชลธิชา จันทร์แจ้ง (2560) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขต ตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบวา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 38.50 มีคุณภาพชีวิตที่ดี บทบาทในชุมชนของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 22.5 มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 20.2 มีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบวา ปัจจัยด้านสังคมของผู้สูงอายุทั้งสัมพันธภาพในครอบครัว บทบาทในชุมชน และระบบการดูแลสุขภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 81.2 ปัจจัยด้านสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อยางมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดโครงการ หรือกิจกรรมด้านสุขภาพให้กบผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้มีผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต ที่ดีและสุขภาพที่ดีต่อไป

หรินทร์ ใจหนัก (2560) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบางริ้น ตำบลบางริ้น อำเภอเมือง จังหวัดระนอง สวนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี คาเฉลี่ย 3.72 เมื่อจำแนกรายด้านพบวา ด้านที่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากที่สุด คือ ด้านสภาพแวดลอม รองลงมาดานความสัมพันธทางสังคม ด้านจิตใจ และด้านร่างกาย และเมื่อเปรียบเทียบตามปัจจัยสวนบุคคล พบวา ผู้สูงอายุทีมีปัจจัยสวนบุคคล ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้วิจัยมีขอเสนอแนะรายด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย ควรเอาใจใสสุขภาพของผู้สูงอายุให้ความรูในการดูแลสุขภาพของตนเอง การรับประทานอาหารที่มีปริมาณที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อลดการพึ่งพายาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ 2) ด้านจิตใจ ควรใหความรูแกครอบครัว บุตรหลาน และผู้ใกลชิดผู้สูงอายุถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ และสังคมของผู้สูงอายุควรให้ความเอาใจใสดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างมีความสุข ลดภาวะความเหงาเศรา วิตกกังวลและเพิ่มความคิด ความจำ ได้ดีมากขึ้น 3) ดานความสัมพันธ์สังคม ควรเพิ่มการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุ

ได้มีสวนร่วมเพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นคุณคาของตนเองมากขึ้นนกวาเดิม เชน กิจกรรมบำเพ็ญประโยชนต่าง ๆ กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมของชุมชน และกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ เป็นตน และ 4) ด้านสภาพแวดลอมควรสงเสริมและสร้างอาชีพเสริมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุบางคนยังมีกำลังความสามารถในการประกอบอาชีพได้ เพื่อลดการพึ่งพิงรายได้หลักจากบุตรหลาน ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุให้เข้มแข็งมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีร่างกาย จิตใจ และสมองมีความตื่นตัว กระฉับกระเฉง แข็งแรง รู้สึกวาชีวิตของตนเองมีคุณค่าและเห็นคุณค่าของการใชชีวิตอย่างมีความสุขของตนเองตอไป

โกศล สอดส่อง (2560) ได้ทำการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพระนครศรีอยุธยา จังหวัดนครพระนครศรีอยุธยา โดยวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2011) ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและ 2) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยาจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ผลการวิจัย พบว่า 1) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเมื่อพิจารณาผลของแต่ละด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง เรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย คือ ด้าน ความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านจิตใจ และด้านร่างกาย 2) ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยาพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานที่อยู่อาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัวและรายได้ที่ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างกัน

ณหทัย เทียมทอง และจินตนา จุลทรรศน์ (2561) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานีกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ เชิงลึกแบบบันทึกการสนทนากลุ่มและแบบประเมินวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานีมี 4 องค์ประกอบได้แก่ หลักการ วัตถุประสงค์การดำเนินการและเงื่อนไขความสำเร็จ ดังนี้ 1) หลักการ หมายถึง การดำเนินการของชมรมผู้สูงอายุในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสมาชิกในชมรม โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมที่เน้นการพึ่งตนเองตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งในด้านเศรษฐกิจ ด้านสันทนาการ และการทำกิจกรรม ด้านสุขภาพ และด้านความสามารถ ในการพึ่งพาตนเองและความสัมพันธ์ทางสังคม 2) วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ, ด้านสันทนาการและการทำกิจกรรม, ด้านสุขภาพ และด้านความสามารถใน

การพึ่งพาตนเองและความสัมพันธ์ทางสังคม 3) การดำเนินการ ประกอบด้วย 3.1)การส่งเสริมด้านเศรษฐกิจ โดยการส่งเสริมความรู้เรื่องการพึ่งตนเองด้านเศรษฐกิจตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง การมีความรู้ในการประกอบอาชีพและสร้างรายได้การบริหารการเงิน และการจัดตั้งกองทุนชมรมผู้สูงอายุ 3.2) การส่งเสริม ด้านสันทนาการและการทำกิจกรรม โดยการพัฒนาศักยภาพความเป็นผู้นพการทำกิจกรรมสันทนาการ การทำกิจกรรมอาสาสมัคร การสร้างเครือข่ายของชมรมผู้สูงอายุ 3.3) การส่งเสริมด้านสุขภาพ โดยการจัดกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนดูแลและห่วงใยการจัดกิจกรรมเพื่อเชิดชูผู้สูงอายุการจัดที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมที่ดีการปฏิบัติกิจกรรมในด้านธรรมะและการฝึกสมาธิ 3.4) การส่งเสริมด้านความสามารถในการพึ่งพาตนเองและความสัมพันธ์ทางสังคมโดยการส่งเสริมการออม การพึ่งพาตนเอง การเยี่ยมเยือนกันที่บ้าน การสร้างแรงจูงใจให้เข้าร่วมเป็นสมาชิก การมีสัมพันธภาพทางสังคมที่ดีการศึกษาเรียนรู้ตลอดชีวิต การพัฒนาศักยภาพตนเองและการสร้างความภาคภูมิใจ และ 4) เงื่อนไขความสำเร็จ ได้แก่ สมาชิกต้องเข้าร่วมกิจกรรมและปฏิบัติตามกฎอย่างเคร่งครัด มีการประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ผู้นำที่มีศักยภาพและ สมาชิกชมรมจะต้องน าความรู้ที่ไปปฏิบัติอย่างเต็มความสามารถ และผลการประเมินรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า รูปแบบมีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.41 และ3.81 ตามลำดับ)

จันทนา สารแสง (2561) ได้ทำการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษาและไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงสุดส่วนผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงสุด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในส่วนการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่ามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียดแตกต่างกัน

วิโรจน์ เจษฎาลักษณ์ และ ศตพร เพียรวิมังสา (2561) ได้ทำการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในหมู่บ้านดอนเซ่ง ตำบลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในหมู่บ้านดอนเซ่ง ตำบลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในหมู่บ้านดอนเซ่งมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยแบ่งองค์ประกอบออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่1) ด้านความสุขสบาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีทั้งยังได้รับการดูแลด้านสุขภาพจากทางภาครัฐเป็นอย่างดีและมีความมั่นคงทั้งทางด้านที่อยู่อาศัยและด้านการเงิน 2) ด้านสัมพันธภาพ ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อันดีทั้งกับครอบครัวและบุคคลอื่นในชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยภายในครอบครัวได้ใช้เวลาพูดคุยและรับประทานอาหารร่วมกันเสมอ นอกจากนี้ก็มีการแวะเวียนดูแลซึ่งกันและกันระหว่างคนในหมู่บ้านอยู่เป็นประจำ 3) ด้านกิจกรรมในสังคมและชุมชนพบว่า ผู้สูงอายุได้ลดบทบาทการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลงแต่ยังคงร่วมกิจกรรมภายในชุมชนอยู่และยังคงเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ 4) ด้านนันทนาการ ผู้สูงอายุให้ความสนใจที่จะเข้าร่วมโรงเรียนสอนอาชีพโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุและกิจกรรมต่าง ๆ อยู่เสมอในเวลาว่างก็อ่านหนังสือพิมพ์ และหนังสือประเภทต่าง ๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้และเพื่อให้ทันต่อเหตุการณ์ปัจจุบัน

เขมิกา สมบัติโยธา และคณะ (2561) ได้ทำการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี)อาชีพเกษตรกรรม มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในระดับสูง มีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องในระดับสูง มีระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายในระดับสูงระดับพฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียดความเครียดส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับสูงส่วนปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มี 5 ตัวแปร คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด โดยความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม พบปัจจัยหลายอย่าง คือ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ทัศวรรณ์ เจริญวงศ์ (2562) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบกเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล สุ่มตัวอย่างจากจากกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง,บุคลากร

สาธารณสุข ผู้สูงอายุและผู้ดูแล จำนวน 119 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานคือ Wilcoxon Matched-pairs Signed rank test เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาผลการวิจัยพบว่า กระบวนการพัฒนาครั้งนี้มี 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาบริบท/ข้อมูลพื้นฐาน 2) การแต่งตั้งคณะทำงาน 3) การวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน 4) การวางแผนดำเนินงาน 5) อบรมฟื้นฟูนักบริบาลผู้สูงอายุ 6) ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ7) การสังเกตติดตาม และ 8) ประเมินผลและถอดบทเรียนภายหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่ากลุ่มภาคีเครือข่าย และบุคลากรสาธารณสุข มีการเปลี่ยนแปลงความรู้การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแล พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงความรู้พฤติกรรมและ ความพึงพอใจต่อรูปแบบดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบ สรุปได้ว่าปัจจัยด้านความสำเร็จที่สำคัญประกอบด้วย 1) การมีนโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน 2) การพัฒนาศักยภาพของนักบริบาลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง 3) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 4) งบประมาณสนับสนุนเพียงพอ

พระมหาชัยยนต คมฺภีรวาที (เทพหาร) (2562) รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย (2) เพื่อศึกษาการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย และ (3) เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย การวิจัย ครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสานวิธี โดยในส่วนของการวิจัยเชิงปริมาณ ทำการเก็บรวบรวมโดยการสุ่มแบบเฉพาะ คือ ผู้สูงอายุตำบลป่าแดดและผู้สูงอายุตำบลศรีถ้อย อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ณ วันที่เก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 122 คน วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้โดยหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยการทดสอบค่าที ค่าเอฟ วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และในส่วนของการวิจัยเชิงคุณภาพมีการวิเคราะห์เอกสาร และใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลภาคสนามจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 12 รูป/คน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาประกอบบริบท ผลการวิจัยพบว่า 1. สภาพคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ด้านร่างกาย พบว่า สุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวบ้าง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นต้น ด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีชีวิตความเป็นอยู่ดี จิตใจดี อบอุ่น มีความเหมาะสมด้านความสัมพันธ์กับครอบครัวชุมชน สถานภาพของผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่ค่อนข้างดี มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมพอสมควร ภาครัฐ หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้จัดสวัสดิการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุทุกเดือน ด้านสภาพแวดล้อมลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เหมาะสม มีสิ่งอำนวยความสะดวก อากาศถ่ายเทสะดวก 2.ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอแม่สรวย จังหวัด

เชียงราย พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงรายโดยรวม อยู่ในระดับมาก องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมกับครอบครัวและสังคม ด้านจิตใจ และด้านการสนับสนุนทางสังคม องค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านร่างกาย 3. รูปแบบที่เหมาะสมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุเอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และหน่วยงานภาครัฐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายดี จิตใจดี มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม ส่วนข้อเสนอแนะ ได้แก่ 1.ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จากการวิจัย พบว่าสภาพคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหน่วยงานภาครัฐ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ จากผลงานวิจัย รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่มีผู้ดูแล ดังนั้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ควรมีผู้ช่วยเหลือดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ควรจ้างอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับผิดชอบค่าจ้างดูแล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดูแลเรื่องปัญหาสุขภาพ การรักษาพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดูแลเรื่องที่อยู่อาศัย 3. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งนี้ จากผลงานวิจัยรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย พบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เริ่มจากตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ ดังนั้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องให้ความสนใจกับสุขภาพตนเองเป็นลำดับแรก และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องช่วยเหลือ หน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ต้องช่วยกันส่งเสริมและรับผิดชอบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างจริงจัง

พิเชฐ ปัญญาสิทธิ์, รัษฎาวัลย์ โพธิขันธ์และวาสนา ธัญญโชติ (2563) ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ สำหรับผู้สูงอายุในอำเภอแหลมสิงห์จังหวัดจันทบุรีโดยรูปแบบประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ที่พัฒนาขึ้นโดยคำนึงถึงบริบทของพื้นที่ตำบลพลิ้ว อำเภอแหลมสิงห์จังหวัดจันทบุรี(L-SA Model) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุตอนต้นที่มีอายุตั้งแต่ 60-70 ปีจำนวน 30 คน และมีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้> 12 คือสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า และก าหนดให้ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างต้องเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 6 ครั้ง ในระยะเวลา 4 เดือน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประเมินศักยภาพด้าน

สุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม (การมีงานท าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน) และด้านความมั่นคงในชีวิต (การมีรายได้เพียงพอ และที่อยู่อาศัยมั่นคง) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ LSA Model วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน และ Paired samples t–test ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.7) มีอายุเฉลี่ย64.7 ปี(SD 2.55) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.3) ระดับการศึกษา อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 86.7) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 60.0) ส่วนใหญ่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 46.7) หลังการใช้รูปแบบ L-SA Model ผู้สูงอายุมีศักยภาพด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมและด้านความมั่นคงในชีวิต สูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบ L-SA Model อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ <. 001 จึงสรุปได้ว่ารูปแบบ L-SA Model มีประสิทธิผลดีและสามารถนำไปใช้เป็นแนวทาง ในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุตอนต้นมีความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพต่อไป

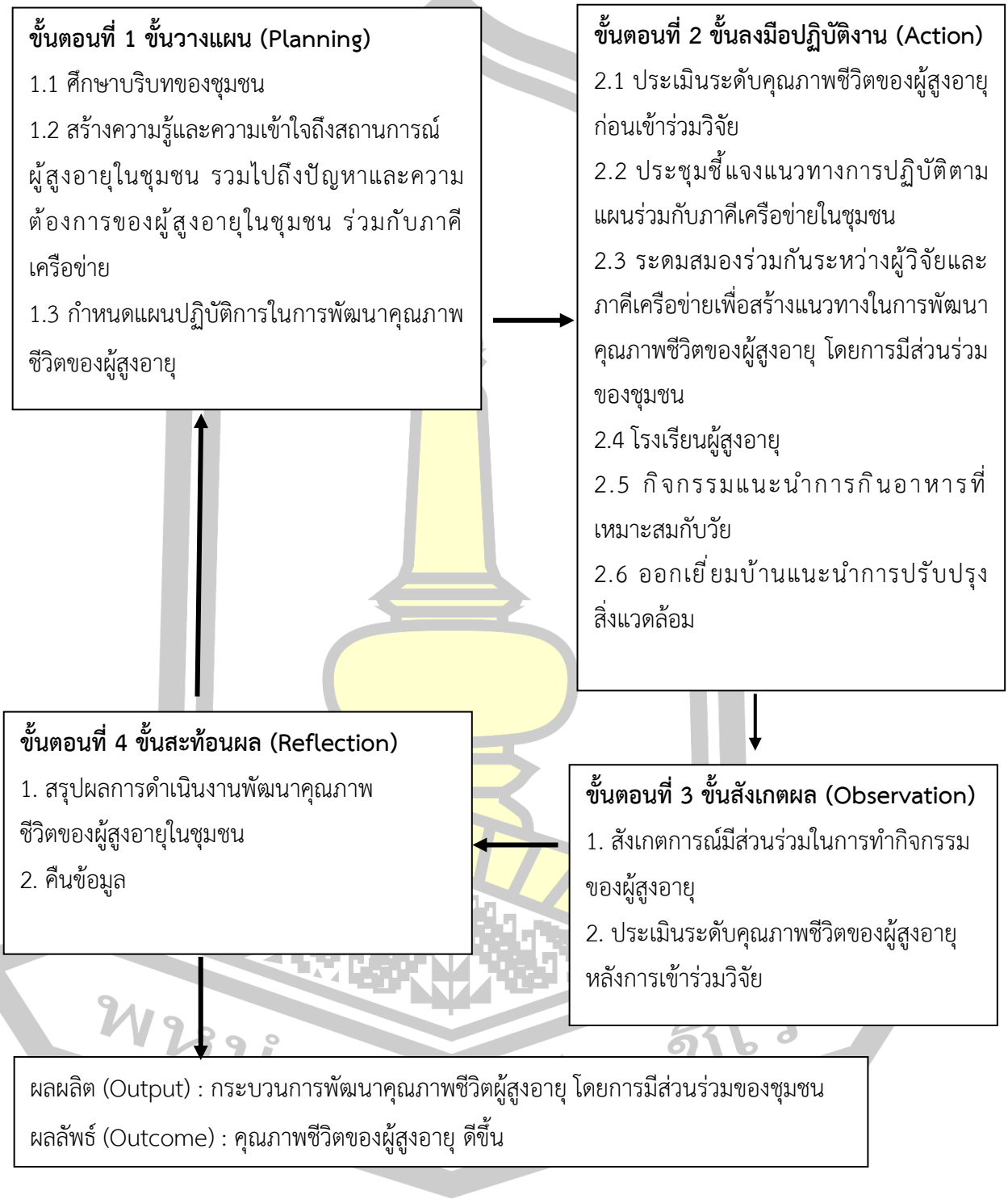
ทักษิณาทิพย์ หมื่นไธสง (2564) ปัจจัยพฤติกรรมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอกันทรวิชัยจังหวัดมหาสารคาม ศึกษา (1) ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม (2) ปัจจัยพฤติกรรมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม (3) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการวิจัยพบว่า (1) ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคามโดยรวมอยู่ในระดับมาก (2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการออกกำลังกายด้านการบริโภคอาหาร และด้านการจัดการความเครียด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R)เท่ากับ .847 และค่าประสิทธิภาพการพยากรณ์เท่ากับ .718 หรือร้อยละ 71.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ (3) ข้อเสนอแนะ ได้แก่ มีเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานของรัฐมาดูแลสุขภาพและให้คำแนะนำในด้านต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุสม่ำเสมอ มีการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุร่วมกับผู้นำชุมชนและสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ ดูแลเอาใจใส่ติดตามและให้ข้อมูลสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุควรจะได้รับ มีการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ เช่น ทำราวจับในห้องน้ำและภายในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อช่วยพยุงในการเดิน การปรับพื้นราบจากบริเวณพื้นต่างระดับ

ณัทกวี ศิริรัตน์ (2565) รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเพชรบุรี ศึกษา 1) ศึกษาปัจจัยการบริหารงานและการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) ศึกษาปัจจัยการบริหารงานที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเพชรบุรี และ 3) เสนอรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเพชรบุรี ผล ผลการวิจัยพบว่า 1. ปัจจัยการบริหารงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมากเมื่อพิจารณาเป็นราย

ด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในลำดับแรกได้แก่ ด้านการร่วมมือกันทางานระหว่างองค์กรและประชาชน รองลงมาคือ ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดาเนินงาน ด้านวิสัยทัศน์นโยบายและยุทธศาสตร์ ด้านการติดตามและประเมินผล และด้านงบประมาณ ส่วนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในลำดับแรกได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม รองลงมาคือ ด้านวัฒนธรรม ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านร่างกาย และด้านสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ตามลำดับ 2. ปัจจัยการบริหารงานที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านการร่วมมือกันทางานระหว่างองค์กรและประชาชน ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดาเนินงาน ด้านวิสัยทัศน์ นโยบายและยุทธศาสตร์ และด้านงบประมาณ (มีประสิทธิภาพในการทำนาย ร้อยละ 83.10 3. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ “PWPMB Model” ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของประชาชน (P: Public Participation) ความร่วมมือกันทางาน (W: Working Together) การวางแผน (P: Planning) การติดตามและประเมินผล (M: Monitoring and Evaluation) และงบประมาณ (B: Budget)

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต สรุปได้ว่าการศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลจะประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต รวมถึงความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต หลังจากที่ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติหลากหลายรูปแบบ เช่น สถิติเชิงพรรณนา Priority Needs Index (PNI) เป็นต้น ผลจากการวิจัย โดยส่วนใหญ่ ด้านร่างกาย กลุ่มตัวอย่างจะเน้นส่งเสริมด้วยการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย มีความรู้ในการดูแลตนเองสาหรับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างจะส่งเสริมคุณภาพชีวิตตนเองด้วยการมีบทบาทในการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นแก่เด็กและเยาวชน เข้าร่วมกิจกรรมที่ชุมชนจัดทำขึ้น โดยร่างกายและจิตใจจะเชื่อมโยงกัน หากร่างกายเจ็บป่วย จิตใจก็จะเจ็บป่วยด้วยด้านสังคม กลุ่มตัวอย่างจะส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้วยการพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับครอบครัวหรือชุมชนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เล่าปัญหาสู่กันฟัง ช่วยกันแก้ปัญหาของคนในครอบครัวและชุมชน ด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างจะส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้วยการจัดทำโครงการชุมชนน่าอยู่ บริหารจัดการขยะโดยทำปุ๋ยชีวภาพและปลูกพืชปลอดสารเคมี โดยควรเน้นให้มีการเพิ่มเงินเบี้ยยังชีพเพื่อการดำรงชีวิต

2.10 กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3.3 สถานที่วิจัย
3.4 ระยะเวลาในการวิจัย
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3.6 การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ
3.7 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย
3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
3.9 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัยในการร่วมคิดร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผลและร่วมสะท้อนผลตามแนวคิด Kemmis and McTaggart, 1988 มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดังนี้

1. การวางแผน (Planning) คือ การกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ประกอบกับเหตุการณ์หรือเรื่องราวในอดีต ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่จะศึกษา โดยการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่น และสามารถนำมาปรับเปลี่ยน ให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต

2. การปฏิบัติการ (Action) เป็นการลงมือการดำเนินงาน ตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวัง และควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแผนที่วางเอาไว้ ซึ่งแผนที่กำหนดมีโอกาสเปลี่ยนแปลงไปตามเงื่อนไข และข้อจำกัดของสภาวการณ์นั้น ๆ

3. การสังเกตการณ์ (Reflection) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน รวมทั้งการสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคในการดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ระหว่างการปฏิบัติตามแผนว่า มีลักษณะอย่างไรซึ่งการสังเกตที่ดี จะต้องมีการวางแผนการเอาไว้ล่วงหน้า โดยไม่มีขอบเขตที่จำกัดมากจนเกินไป เพื่อจะได้เป็นแนวทาง สำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติงาน

4. การสะท้อนกลับ (Observation) เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำ ตามที่บันทึกข้อมูลไว้จากการสังเกตในเชิงวิพากษ์ กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามที่วางแผนไว้ ตลอดจนการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุน และปัจจัยและอุปสรรคในการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นว่า เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่

3.2 ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

3.2.1 ประชากร

กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 1 ติดสังคม (ADL 12-20) จำนวน 1,641 คน กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน จำนวน 18 คน รวมทั้งสิ้น 1,659 คน

3.2.2 กลุ่มเป้าหมาย

คำนวณกลุ่มเป้าหมาย จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรหาค่าเฉลี่ยประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร และต้องการวัดผลการศึกษาแบบทางเดียว (1-tail) (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, 2553) ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \alpha \times N \times \sigma^2}{Z^2 \alpha \times \sigma^2 + (N-1)d^2}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ

$Z^2\alpha$ = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ มีค่า 1.645

σ^2 = ค่าความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ $(0.50)^2$

N = ประชากรในพื้นที่ 1,659 คน

d = ความคลาดเคลื่อนที่หรือความแม่นยำในการวัดที่ยอมรับได้ 0.1

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(1.645)^2 \times 1659 \times 0.50^2}{(1.645)^2 \times 0.50^2 + (1659-1) \times 0.1^2}$$

$$n = 65.03$$

ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ 66 คน *หรือกรณีป้องกันการถอนตัวออกจาก

โครงการระหว่างการวิจัยร้อยละ 10 ดังนั้น ต้องใช้ตัวอย่างผู้สูงอายุ 72 คน

กลุ่มผู้สูงอายุ มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาและเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์ และอาศัยอยู่ในตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี อย่างน้อย 1 ปี
2. มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 1 ติดสังคม (ADL 12-20) กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (ADL 5 - 11)
3. สามารถให้ข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมได้
4. ยินดีและสมัครในการให้ข้อมูล

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria)

1. มีการเสียชีวิต หรือย้ายออกจากหมู่บ้านในระหว่างทำการวิจัย
2. ในระหว่างที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการให้ข้อมูล

ตารางที่ 1 แสดงการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling)

รายการ	**จำนวนผู้สูงอายุ**		**รวม**
	ติดสังคม	**ติดบ้าน**	
จำนวนผู้สูงอายุ	1,641	18	1,659
สัดส่วนผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม	[(1,641/1659)x100=99.0]	[(18/1659)x100=1.0]	100
จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม	71	1	72

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

จากนั้นนำกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม มาแบ่งสุ่มโดยการจับสลากรายชื่อตามสัดส่วนกลุ่มประชากรในแต่ละหมู่บ้าน ซึ่งตำบลนาพู่ มีทั้งหมด 17 หมู่บ้าน

ตารางที่ 2 แสดงแบ่งสัดส่วนกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

หมู่บ้าน	**ประชากร (คน)**	**กลุ่มเป้าหมาย(คน)**
01 นาพู่	142	6
02 หัวสาย	83	4
03 หนองนกเขียน	141	6
04 ป่าก้าว	68	3
05 หลวง	124	5
06 ศรีบุญเรือง	57	2
07 กิ่ว	84	4
08 ดอนหมากแก้ว	101	4
09 ดงมะไฟ	56	2
10 ดอนแตง	50	2
11 ม่วง	82	4
12 นาพู่	130	6
13 ดอนยาง	49	2
14 หลวง	117	5
15 โพธิ์ตาก	166	7
16 นาพู่	91	4
17 บ้านเหล่าพัฒนา	100	4
รวม	1,641	71

กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน สุ่มโดยการจับสลากโดยนำรายชื่อผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทั้ง 18 คน มาตัดรวมกันแล้วจับสลากสุ่ม 1 คน

ซึ่งจะได้จำนวนกลุ่มเป้าหมายตามที่คำนวณแบ่งสัดส่วนข้างต้น คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 71 คน กลุ่มติดบ้าน จำนวน 1 คน รวมเป็นกลุ่มเป้าหมายทั้งสิ้นจำนวน 72 คน

2. กลุ่มภาคีเครือข่าย

2.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหลวง ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 2 คน

2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาพู่ ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 2 คน

2.2 ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) หมู่บ้านละ 1 คน รวม 17 คน

2.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่บ้านละ 1 คน รวม 17 คน

กลุ่มภาคีเครือข่าย มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาและเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. ภาคีเครือข่าย

1.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.2 ผู้นำชุมชน

1.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. สามารถให้ข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมได้

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria)

1. มีการเสียชีวิต หรือย้ายออกจากหมู่บ้านในระหว่างทำการวิจัย

2. ปฏิเสธการเข้าร่วมในระหว่างทำการศึกษา

สรุปการวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาวิจัยประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุ 72 คน

2. เครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่รวมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 38 คน

รวมทั้งสิ้น 110 คน

3.3 สถานที่วิจัย

ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

3.4 ระยะเวลาในการวิจัย

ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือน ตุลาคม 2566 ถึง เดือน มกราคม 2567

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ซึ่งได้ปรับปรุงแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ลักษณะแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

แบบสอบถาม ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ข้อมูลการเจ็บป่วยในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุลักษณะคำถามแบบเลือกตอบและเติมลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) จำนวน 10 ข้อ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557 โดยมีเกณฑ์การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่ม 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวม คะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่ม 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่ม 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

ส่วนที่ 3 เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ WHOQOL-BREE-THAI ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอุตวิสัย (Self-report subject) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน (สุวัฒน์ มหัตน์นิรันดร์กุล, 2545)

1. ด้านร่างกาย (Physical Domain)
2. ด้านจิตใจ (Psychological Domain)
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships)
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมาย

ทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้		กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้	
ตอบ ไม่เลย	ให้ 5 คะแนน	ตอบ ไม่เลย	ให้ 1 คะแนน
ตอบ เล็กน้อย	ให้ 4 คะแนน	ตอบ เล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน
ตอบ ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน	ตอบ ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ตอบ มาก	ให้ 2 คะแนน	ตอบ มาก	ให้ 4 คะแนน
ตอบ มากที่สุด	ให้ 1 คะแนน	ตอบ มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน

การแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตไม่ดี
คะแนน 61 – 95 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพปานกลาง
คะแนน 95 – 130 คะแนน	แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตดี

ตารางที่ 3 การแบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี
1.ด้านสุขภาพร่างกาย	7-16	17-26	27-35
2.ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3.ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24

องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมจะไม่รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่อการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบมาตรวัดของลิเคอร์ท (Likert 's Type Scale) มี 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง ตัวเลือกเดียว ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีผลต่อการดำเนินงาน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การมีสวนร่วมตัดสินใจ ด้านที่ 2 การมีสวนร่วมดำเนินงาน ด้านที่ 3 การมีสวนร่วมรับผลประโยชน และด้านที่ 4 การมีสวนร่วมในการติดตามและประเมินผล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบการประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 3 ระดับ ซึ่งข้อคำถามจะมีข้อความที่แสดงความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่แสดงความเห็นคล้อยตาม (Favorable statement) โดยหลักการให้คะแนนจะยึดข้อความเป็นหลัก ดังนี้

ค่าคะแนน	ข้อความ
3 คะแนน	มาก
2 คะแนน	ปานกลาง
1 คะแนน	ต่ำ

การแปลผล โดยพิจารณาคะแนนได้จากแบบสอบถาม โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต , 2553 อ้างอิงจาก Best, 1997) โดยปรับฐานคะแนนทุกตัวแปรเท่ากัน โดยผลรวมคะแนนแต่ละตัวแปรหารด้วยจำนวนข้อของแต่ละตัวแปร คิดค่าคะแนนจาก (ค่าสูงสุดลบค่าต่ำสุด) หารด้วยระดับชั้น ผลสรุปเป็น 3 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมระดับมาก ระดับปานกลาง และระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการมีส่วนร่วม
2.33 – 3.00	ระดับมาก
1.67 – 2.32	ระดับปานกลาง
1.00 – 1.66	ระดับน้อย

3.6 การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

ความเที่ยงตรง (Validity) การตรวจสอบความเที่ยงในการวิจัยครั้งนี้ได้สร้างแบบวัดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่อการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 20 ข้อ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา

3.6.1 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและนำไปประเมินความตรงตามเนื้อหา ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงเนื้อหา คำนวณได้จากค่าเฉลี่ยของดัชนี โดยกำหนดให้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency; IOC) โดยให้คะแนนตามเกณฑ์ ดังนี้

ถ้าข้อคำถามวัดได้ตรงตามจุดประสงค์ ได้ +1 คะแนน

ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามจุดประสงค์ ได้ 0 คะแนน

ถ้าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามจุดประสงค์ ได้ -1 คะแนน

นำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญทุกคนที่ประเมินมากรอกลงในแบบวิเคราะห์ความสอดคล้องของข้อคำถามกับจุดประสงค์เพื่อหาค่าเฉลี่ย สำหรับข้อคำถามแต่ละข้อในสูตรดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC แทน ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อสอบกับจุดประสงค์

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยเกณฑ์กำหนดการพิจารณาระดับค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ของข้อคำถามที่ได้จากการคำนวณจากสูตรที่จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 และ -1.00 มีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป คัดเลือกข้อคำถามข้อนั้นไว้ใช้ได้

แต่ถ้าได้ค่า IOC ต่ำ กว่า 0.5 ควรพิจารณาแก้ไขปรับปรุงหรือตัดทิ้ง

3.6.2 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) การตรวจสอบทำโดย การนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดลอง กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน โดยนำไปทดลองใช้ในตำบลเชียงหวาง อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน และเมื่อได้รับแบบสอบถามกลับมาประเมินคุณภาพแบบสอบถามด้วยวิธีของสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s coefficient alpha) ปรับข้อคำถามเชิงลบให้เป็นบวก ก่อนนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อถือ โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้กำหนดให้มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7 ขึ้นไป ซึ่งจากการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่ประชากร พบว่าแบบวัดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่อการดำเนินงานการพัฒนา

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.77

3.7 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ในการศึกษาครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลโดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

3.7.1 ขั้นวางแผน (Planning)

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาบริบทคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

กิจกรรม

1. ปรึกษาหารือประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายทราบซึ่งได้แก่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุในชุมชน
2. เก็บข้อมูลทั่วไป
3. กำหนดแผนปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

วิธีการดำเนินงาน

ประชุมชี้แจงแจง วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุ, ผู้นำชุมชน, อสม., เจ้าหน้าที่สาธารณส

3.7.2 ขั้นปฏิบัติการ (Action)

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กิจกรรม

1. สร้างความรู้และความเข้าใจถึงสถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชน รวมไปถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย
2. ประเมินระดับคุณภาพชีวิตและ ADL ของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมวิจัย
3. ระดมสมองร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
4. กำหนดแนวทางกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
5. ดำเนินการตามกิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนวางแผน ส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้การเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ โดยใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

วิธีการดำเนินงาน

1. ประชุมเพื่อสร้างความรู้ความเข้าและสถานการณ์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้อายุในชุมชน อยู่ในระดับใด และร่วมกันระดมสมองกำหนดกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน

2. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ โดยใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุ, ผู้นำชุมชน, อสม, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3.7.3 ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation)

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กิจกรรม

1. สังเกตการณ์ติดตามผลการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ

2. ประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมวิจัย

วิธีการดำเนินงาน

สังเกตและเก็บข้อมูลประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุ, ผู้นำชุมชน, อสม, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3.7.4 ขั้นสะท้อนผลปฏิบัติ (Reflection)

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กิจกรรม

1. สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

2. คืนข้อมูลและถอดบทเรียน

วิธีการดำเนินงาน

ประชุมเพื่อสรุปผลการดำเนินงานวิจัยและคืนข้อมูลให้กลุ่มเป้าหมายได้ทราบถึงผลการวิจัยที่ผ่านมา

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุ, ผู้นำชุมชน, อสม, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตารางที่ 4 สรุปกระบวนการดำเนินงานวิจัยตามวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์	ขั้นตอน	กิจกรรม	วิธีการดำเนินงาน
1. เพื่อศึกษาบริบทคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน	P1	ปรึกษาหารือ ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายทราบ ซึ่งได้แก่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุในชุมชน ศึกษาข้อมูลทั่วไปบริบทชุมชน กำหนดแผนปฏิบัติการในการ	ประชุมชี้แจงแจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน พร้อมกับเก็บข้อมูลทั่วไป
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน	A1	พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประเมินระดับคุณภาพชีวิตของ	
	A2	ผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมวิจัย ประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติตามแผนร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน	ประชุมเพื่อสร้างความรู้ความเข้าและสถานการณ์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้อายุในชุมชน อยู่ในระดับใด และร่วมกันระดมสมองกำหนดกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน โดยวิธีการแลกเปลี่ยนความเห็นและสัมภาษณ์กลุ่มตามความต้องการในการกำหนดกิจกรรม
	A3	ระดมสมองร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน	
	A4	โรงเรียนผู้สูงอายุ	
	A5	กิจกรรมแนะนำการกินอาหารที่เหมาะสมกับวัย	จัดกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน
	A6	ออกเยี่ยมบ้านแนะนำการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม	

ตารางที่ 4 สรุปกระบวนการดำเนินงานวิจัยตามวัตถุประสงค์ (ต่อ)

วัตถุประสงค์	ขั้นตอน	กิจกรรม	วิธิการดำเนินงาน
3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน	O1	สังเกตการณ์ติดตามผลการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ	สังเกตและเก็บข้อมูลประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม
	O2	ประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมวิจัย	
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน	R1	สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน	ประชุมเพื่อสรุปผลการดำเนินงานวิจัยและคืนข้อมูลให้กลุ่มเป้าหมายได้ทราบถึงผลการวิจัยที่ผ่านมา
	R2	คืนข้อมูลและถอดบทเรียน	

3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

3.8.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

3.8.1.1 ขอหนังสือจากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามถึงสาธารณสุขอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี เพื่อขอความอนุเคราะห์และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3.8.1.2 ทำหนังสือขออนุญาตจากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามถึงผู้อานวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหลวง, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี เพื่อขออนุญาตและอำนวยความสะดวกในพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.8.1.3 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.8.1.4 นำแบบสอบถามทั้งหมดมากำหนดรหัส สร้างตัวแปร บันทึกข้อมูล ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติต่าง ๆ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยคอมพิวเตอร์

3.8.1.5 สรุปผลและถอดบทเรียน

3.8.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

3.8.2.1 สถิติเชิงเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.8.2.2 สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ เปรียบเทียบความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติ t-test (Paired t-test)

3.8.3 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

นำข้อมูลการบันทึกการประชุม การสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วมการสนทนากลุ่ม จากการดำเนินกิจกรรม โดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา พิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูลจากนั้นทาการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

3.9 จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความสำคัญตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะทำการพิทักษ์สิทธิ์ เคารพสิทธิ์กลุ่มประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาวิจัย และเป็นไปตามเงื่อนไขด้านจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขรับรอง 388-337/2566 ลงวันที่ 5 ตุลาคม 2566 ดังนี้

3.9.1 ผู้วิจัยนำหนังสือไปเชิญกลุ่มประชากรที่วิจัยด้วยตนเอง พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้ทราบ และอธิบายให้กลุ่มเป้าหมาย ภาคีผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการเป็นไปด้วยความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริง

3.9.2 กระบวนการและขั้นตอนการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทางร่างกายและจิตใจต่อผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยจะไม่บังคับให้เข้าร่วมกิจกรรมหากไม่พร้อม หรือไม่สมัครใจ

3.9.3 ระหว่างการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้พูดและแสดงออกเท่าเทียมกันโดยเสรี มีสิทธิ์ที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวต่อที่ประชุมได้ ผู้วิจัยซึ่งผู้จัดประชุม/ผู้ดำเนินการประชุมไม่ควรรุกเร้า หรือเพิ่มความเครียดให้กับผู้เข้าร่วมประชุม จะให้เกียรติและคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน

3.9.4 ผู้วิจัยต้องทำความเข้าใจขั้นตอนของเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมมีไหวพริบในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และสามารถจัดการกับความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เช่น การไกล่เกลี่ยและหาข้อยุติ

3.9.5 สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง ในการประชุม เพื่อคลายความเครียด และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้เข้าร่วมประชุม

3.9.6 รับฟังความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน วางตัวเป็นกลาง ไม่ตัดสินความคิดเห็นว่าใครถูกหรือผิด

3.9.7 เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน มีสิทธิ์ที่จะพูดหรือแสดงความคิดเห็นได้อย่างเท่าเทียมกันโดยเสรี

3.9.8 สร้างความมั่นใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ อสม. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ให้ความร่วมมือ จะนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น

3.9.9 หากจะต้องมีการบันทึกภาพ การบันทึกเทป หรือจดบันทึกการสังเกตจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมประชุมและผู้เกี่ยวข้องทราบ และขออนุญาตก่อนทุกครั้ง

3.9.10 การดำเนินการวิจัยได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วม

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี เป็นการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

4.1 ศึกษาบริบทคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

4.2 ศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

4.3 ศึกษาผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

4.4 ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

4.1 ผลการศึกษาบริบทคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

4.1.1 ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

1) ข้อมูลทั่วไป

ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ได้ยกฐานะขึ้นเป็นตำบลเมื่อปี พ.ศ. 2480 โดยมีนายขุนนาพู่ พัฒนากิจ เป็นกำนันคนแรก โดยตั้งหมู่บ้านอยู่บริเวณบึงชวนในปัจจุบัน ตำนานเก่าแก่ได้กล่าวว่าตำบลนาพู่ ได้ก่อตั้งพร้อมกับอำเภอเพ็ญ เมื่อประวัติศาสตร์พร้อมกับหนองหาน เป็นเมืองของพระยาขอม ผู้เป็นเศรษฐีมีโคตัวหนึ่งเป็นมิ่งเมืองชื่อ “อีสู้” สถานที่สำหรับเลี้ยงโคเรียกว่า “ดอนพู่” ต่อมาจึงได้นำชื่อตามดอนเลี้ยงโคสมัยนั้นมาตั้งเป็นชื่อหมู่บ้าน เรียกชื่อบ้านนาพู่ ปัจจุบันมีทั้งหมด 17 หมู่บ้าน มีเนื้อที่ทั้งหมด 59 ตารางกิโลเมตร กระทรวงมหาดไทยประกาศเป็นสภาตำบลเมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2538 และประกาศจัดตั้งให้เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่ เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2539

ตำบลนาพู่ ห่างจากที่ว่าการอำเภอเพ็ญประมาณ 26 กิโลเมตร มีเนื้อที่ทั้งหมดประมาณ 59 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 36,875 ไร่ มีอาณาเขตติดต่อกับตำบลต่างๆ ดังนี้

- ทิศเหนือ ติดต่อกับ ตำบลคอกช้าง อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย และเทศบาลตำบลบ้านธาตุ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

- ทิศตะวันออก ติดต่อกับ ตำบลเชียงหวาง อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

- ทิศใต้ ติดต่อกับ ตำบลบ้านขาว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

- ทิศตะวันตก ติดต่อกับ ตำบลเขือน้ำ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

ตำบลนาพู่มีทั้งหมด 17 หมู่บ้าน ดังนี้

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนครัวเรือนและประชากร ของตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

หมู่บ้าน	จำนวนหลังคาเรือน	จำนวนประชากร
01 นาพู่	321	1,006
02 หัวสาย	164	657
03 หนองนกเขียน	368	1,034
04 ป่าก้าว	191	606
05 หลวง	203	704
06 ศรีบุญเรือง	172	740
07 กิ่ว	249	1,042
08 ดอนหมากแก้ว	242	747
09 ดงมะไฟ	147	582
10 ดอนแตง	120	393
11 ม่วง	146	570
12 นาพู่	323	951
13 ดอนยาง	112	342
14 หลวง	195	721
15 โพธิ์ตาก	379	1,164
16 นาพู่	149	503
17 บ้านเหล่าพัฒนา	196	817
รวม	3,677	12,579

4.2 ศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

4.2.1 ขั้นที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)

กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เกิดจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัยในการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผลและร่วมสะท้อนผลตามแนวคิด Kemmis and McTaggart, 1988 โดยมี 4 ขั้นตอน การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 72 คน และภาคีเครือข่ายในชุมชนจำนวน 38 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 4 คน ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน) จำนวน 17 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 17 คน ซึ่งมีผลการศึกษาดังนี้

จากการศึกษาข้อมูลผู้สูงอายุในตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุจำนวน 1,698 คน คิดเป็นร้อยละ 13.51 ของประชากรทั้งหมด พ.ศ. 2564 มีผู้สูงอายุจำนวน 1,811 คน คิดเป็นร้อยละ 14.37 ของประชากรทั้งหมด พ.ศ. 2565 เป็นผู้สูงอายุจำนวน 1,920 คน คิดเป็นร้อยละ 15.25 ของประชากรทั้งหมด จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี และเมื่อแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Activities of Daily Living : ADL) ในตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี พบว่า พ.ศ. 2563 จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ติดสังคม (ADL 12-20) จำนวน 1,503 คน กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (ADL 5-11) จำนวน 16 คน และกลุ่มที่ 3 ติดเตียง (ADL 0-5) จำนวน 2 คน พ.ศ. 2564 จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ติดสังคม (ADL 12-20) จำนวน 1,511 คน กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (ADL 5-11) จำนวน 16 คน และกลุ่มที่ 3 ติดเตียง (ADL 0-5) จำนวน 2 คน และพ.ศ. 2565 จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 1 ติดสังคม (ADL 12-20) จำนวน 1,641 คน กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (ADL 5-11) จำนวน 18 คน และกลุ่มที่ 3 ติดเตียง (ADL 0-5) จำนวน 3 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในปี 2565 (Health Data Center : HDC)

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย

ข้อมูลทั่วไปของผู้สุงอายุกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.9 มีอายุเฉลี่ย 71.4 ปี (SD =7.9) มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 39.9 และมีสถานภาพคู่ร้อยละ 62.5 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 37.4 โดยประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 31.9 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,001 - 5,000 บาท ร้อยละ 61.1 รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 1,001 - 5,000 บาท ร้อยละ 69.4 มีโรคประจำตัวร้อยละ 50 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.8 พบแพทย์จำนวน 3 ครั้งในรอบ 1 ปี ร้อยละ 30.6 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (n=72)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	13	18.1
หญิง	59	81.9
2. อายุ		
60 - 69 ปี	28	39.9
70 - 79 ปี	27	36.1
80 - 89 ปี	16	22.2
90 - 99 ปี	2	2.8
(Mean = 71.4, S.D. = 7.9, Min = 60, Max = 91)		
3. สถานภาพ		
โสด	13	18.1
คู่	45	62.5
หม้าย	9	12.5
หย่า/แยกกันอยู่	5	6.9
4. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาตอนต้น	18	25.0
ประถมศึกษาตอนปลาย	12	16.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	9.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	-	0.0
ปริญญาตรี	10	13.9
ไม่ได้รับการศึกษา	25	34.7
5. อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	23.6
เกษตรกรรม	23	31.9
ข้าราชการบำนาญ	9	12.5
ค้าขาย	10	13.9
รับจ้างทั่วไป	13	18.1

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (n=72) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
500 - 1,000 บาท	4	5.6
1,001 - 5,000 บาท	44	61.1
5,001 - 10,00 บาท	18	25.0
10,001 - 20,000 บาท	6	8.3
7. รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน		
500 - 1,000 บาท	4	5.6
1,001 - 5,000 บาท	50	69.4
5,001 - 10,00 บาท	18	25.0
10,001 - 20,000 บาท	-	0.0
8. โรคประจำตัว		
ไม่มี	36	50.0
มี	36	50.0
โรคความดันโลหิตสูง	15	20.8
โรคเบาหวาน	11	15.3
เข่าเสื่อม	5	6.9
โรคหอบหืด	1	1.4
มากกว่า 1 โรค	4	5.6
9. ในรอบปีที่ผ่านมาไปพบแพทย์		
ไม่พบ	24	33.3
พบ	48	66.7
1 ครั้ง	8	11.1
2 ครั้ง	15	20.8
3 ครั้ง	22	30.6
มากกว่า 3 ครั้ง	3	4.2

2) ข้อมูลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุติดสังคม ร้อยละ 87.5 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ข้อมูลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (n= 72)

	ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
กลุ่มติดสังคม	ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป	63	87.5
กลุ่มติดบ้าน	5 – 11 คะแนน	9	12.5
กลุ่มติดเตียง	0 – 4 คะแนน	0	0.0

3) ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย

ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 98.6 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 70.7 (SD = 4.1) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (n=72)

	คะแนนคุณภาพชีวิต	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
คุณภาพชีวิตที่ดี	96 - 130 คะแนน	0	0.0
คุณภาพชีวิตปานกลาง	61 – 95 คะแนน	71	98.6
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	26 – 60 คะแนน	1	1.4
(Mean = 70.7, S.D. = 4.1, Min = 58, Max = 77)			

3.1) ข้อมูลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม

3.1.1) ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสุขภาพร่างกาย

ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสุขภาพร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายปานกลาง ร้อยละ 98.6 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.2 (SD = 2.7) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสุขภาพร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (n=72)

	คะแนนคุณภาพชีวิต	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
คุณภาพชีวิตที่ดี	27 - 35 คะแนน	0	0.0
คุณภาพชีวิตปานกลาง	17 - 26 คะแนน	71	98.6
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	7 - 16 คะแนน	1	1.4
(Mean = 20.2, S.D. = 2.7, Min = 14 Max = 26)			

1) ปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย

ปัญหาสุขภาพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์ดังนี้

“แต่ก่อนพ่อกะแข็งแรงดี ให้คะแนนความแข็งแรงเจ้าของ 90 – 100 พู้นแหล่ว (เสียงหัวเราะ) ตั้งแต่ป่วยเป็นเบาหวานเป็นความดันมานี่ ร่างกายกะบ่คือเก่า พ่อกะอยากเซายุเดะ (ผู้สูงอายุชาย, วันที่ 10 ตุลาคม 2566 : สัมภาษณ์)

“ตั้งแต่ป่วยเป็นเบาหวานความดัน ร่างกายอ่อนเพลียหลาย กินข้าวกะบ่แซ่บ ปวดแข้งปวดขา นี่ละเนาะผู้เฒ่า (ผู้สูงอายุหญิง, วันที่ 10 ตุลาคม 2566 : สัมภาษณ์)

“เมื่อก่อนก็ไปไหนมาไหนสะดวกค่ะคุณหมอ ตอนนี้ป่วยเป็นความดัน เหนื่อยง่ายมากเลยค่ะ ไปไหนมาไหนก็ลำบากตาก็มองเห็นไม่ชัดแล้ว” (ผู้สูงอายุหญิง, วันที่ 10 ตุลาคม 2566 : สัมภาษณ์)

2) ความต้องการของผู้สูงอายุด้านสุขภาพร่างกาย

ผู้สูงอายุมีความต้องการอยากมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย ดังข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์ดังนี้

“อยากให้มีการจัดกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน ผู้สูงอายุจะได้มีกิจกรรมทำร่วมกัน” (ผู้สูงอายุหญิง, วันที่ 10 ตุลาคม 2566 : สัมภาษณ์)

“อยากให้คุณหมอ อสม. มาแนะนำอาหารเพื่อสุขภาพ แนะนำการกิน การออกกำลังกายแม่อยากแข็งแรงกินข้าวแซ่บ” (ผู้สูงอายุหญิง, วันที่ 10 ตุลาคม 2566 : สัมภาษณ์)

“อยากให้เปิดโรงเรียนผู้สูงอายุอีกครั้ง” (ผู้สูงอายุชาย, วันที่ 10 ตุลาคม 2566 : สัมภาษณ์)

“ยายเห็นเขารำไม้พองในโทรทัศน์ ยายกะอยากออกกำลังกาย แต่บ่มีผู้พาเฮด” (ผู้สูงอายุหญิง. วันที่ 10 ตุลาคม 2566 : สัมภาษณ์)

3.1.2) ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านจิตใจ

ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจปานกลาง ร้อยละ 84.7 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.9 (SD = 1.6) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านจิตใจ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (n=72)

	คะแนนคุณภาพชีวิต	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
คุณภาพชีวิตที่ดี	23 - 30 คะแนน	0	0.0
คุณภาพชีวิตปานกลาง	15 - 22 คะแนน	61	84.7
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	6 - 14 คะแนน	11	15.3
(Mean = 15.9, S.D. = 1.6, Min = 11 Max = 20)			

1) ปัญหาสุขภาพด้านจิตใจ

ปัญหาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้สูงอายุจึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ดังข้อมูลสนับสนุนจาการสัมภาษณ์ดังนี้

“ลูกหลานของแม่กะไปเฮดงานกรุงเทพกันเบิ่ด อยู่บ้านสองเฒ่ามันกะเหงาเนาะ” (ผู้สูงอายุหญิง, วันที่ 10 ตุลาคม 2566 : สัมภาษณ์)

“ตั้งแต่ครูเกษียณมาก็เหงาไม่มีไรทำ คิดถึงสมัยตอนทำงาน” (ผู้สูงอายุหญิง, วันที่ 10 ตุลาคม 2566 : สัมภาษณ์)

“ตั้งแต่ยายเสียไป ตากะเหงาคิดฮอดยาย ยังทำใจบ่ได้เลยครับ” (ผู้สูงอายุชาย, วันที่ 11 ตุลาคม 2566 : สัมภาษณ์)

“ชีวิตตอนนี้อยู่คนเดียว กะเหงา” (ผู้สูงอายุชาย,วันที่ 11 ตุลาคม 2566 : สัมภาษณ์)

“ยายกะอยู่กับหลานหลายคน บางครั้งกะเครียดหาเงินซื้อแนวกินให้หลานกะทันพ่อกับแม่เด็กน้อยกะบ่ค่อยส่งมาให้” (ผู้สูงอายุหญิง, วันที่ 11 ตุลาคม 2566 : สัมภาษณ์)

2) ความต้องการของผู้สูงอายุ

“อยากให้โรงเรียนผู้สูงอายกลับมาเปิดอีกครั้ง ยายอยากไปเจอเพื่อน” (ผู้สูงอายุหญิง , วันที่ 10 ตุลาคม 2566 : สัมภาษณ์)

“มีกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้เฒ่าทำร่วมกัน จะได้หายเหงา” (ผู้สูงอายุชาย, วันที่ 10 ตุลาคม 2566 : สัมภาษณ์)

3.1.3) ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสัมพันธภาพทางสังคม

ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 95.8 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.7 (SD = 0.6) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (n=72)

	คะแนนคุณภาพชีวิต	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
คุณภาพชีวิตที่ดี	12 - 15 คะแนน	0	0.0
คุณภาพชีวิตปานกลาง	8 - 11 คะแนน	69	95.8
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	3 - 7 คะแนน	3	4.2
(Mean = 8.7, S.D. = 0.6, Min = 7 Max = 10)			

1) ปัญหาด้านสัมพันธภาพทางสังคม

“ยากะอยากให้หมู่มาเล่น มาคุยนำกัน อยู่บ้านคนเดียวมันกะเงียบเหงา” (ผู้สูงอายุหญิง, วันที่ 10 ตุลาคม 2566 : สัมภาษณ์)

“ไปยากมายาก ลูกหลานกะบ่ไปส่ง อยากไปหาหมู่กะบ่ได้ไป” ผู้สูงอายุหญิง, วันที่ 10 ตุลาคม 2566 : สัมภาษณ์)

“ตากะอยากออกบ้านไปหาหมู่ แต่มันกะไปไสมาไสอยากเดินบ่สะดวก เลยบ่ได้ออกไปทางได๋” (ผู้สูงอายุชาย, วันที่ 11 ตุลาคม 2566 : สัมภาษณ์)

“ตั้งแต่มีโควิดมากะบ่ได้ออกไปเจอไผ อยู่แต่บ้าน ตอนนี้กะเริ่มเบื่อบ้านอยากออกไปหาหมู่ เว่ากัน กินข้าวนำกัน”

2) ความต้องการของผู้สูงอายุ

“ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมกัน พบปะพูดคุยกันเดือนละ 1 – 2 ครั้ง ก็ยังดี” (ผู้สูงอายุหญิง, วันที่ 10 ตุลาคม 2566 : สัมภาษณ์)

“อยากให้โรงเรียนผู้สูงอายกลับมาเปิดอีกครั้ง ตาอยากไปเจอเพื่อน” (ผู้สูงอายุชาย, วันที่ 11 ตุลาคม 2566 : สัมภาษณ์)

3.1.4) ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสิ่งแวดล้อม

ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมปานกลาง ร้อยละ 75.0 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.2 (SD = 2.1) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสิ่งแวดล้อม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม(n= 72)

	คะแนนคุณภาพชีวิต	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
คุณภาพชีวิตที่ดี	30 - 40 คะแนน	0	0.0
คุณภาพชีวิตปานกลาง	19 - 29 คะแนน	54	75.0
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	8 - 18 คะแนน	18	25.0
(Mean = 8.7, S.D. = 2.1, Min = 17 Max = 24)			

1) ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้สนใจในการจัดดูแลบ้านให้เป็นระเบียบ ถูกสุขลักษณะ สภาพสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้าน ทำให้มีสิ่งกีดขวางในการเดิน ส่งผลกระทบอันตรายต่อสุขภาพผู้สูงอายุ (จากการสังเกต)

4) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประเมินจากแบบสอบถามการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชีวิตคุณภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อย 1.66 (S.D. =0.13) รายละเอียดแสดงดังในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนการวิจัย (n=38)

ข้อ	ประเด็น	ระดับการมีส่วนร่วม (ก่อน)		
		Mean	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
	<u>การมีส่วนร่วมตัดสินใจ</u>			
1	รับฟังสภาพปัญหา ข้อมูลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	1.90	0.76	ปานกลาง
2	การค้นหาปัญหา อุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	1.45	0.50	น้อย
3	แสดงความคิดเห็นในการจัดลาดับความสำคัญปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	1.76	0.71	ปานกลาง
4	ประชุมวางแผน กำหนดเป้าหมาย ในการดาเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	1.60	0.59	น้อย
5	การจัดทาแผนงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	1.53	0.60	น้อย
	<u>การมีส่วนร่วมดำเนินงาน</u>			
6	ประชุมชี้แจงแนวทางการแก้ไขปัญหาในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อเครือข่าย/ประชาชนในชุมชน	1.39	0.64	น้อย
7	การติดต่อ ประสานงานกับภาคีเครือข่าย เพื่อดำเนินงานตามโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	1.97	0.68	ปานกลาง
8	การประชาสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	1.76	0.75	ปานกลาง

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ตารางที่ 13 ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนการวิจัย (n=38) (ต่อ)

ข้อ	ประเด็น	ระดับการมีส่วนร่วม (ก่อน)		
		Mean	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
9	การกำหนดบทบาท ผู้รับผิดชอบงาน ในการปฏิบัติตามแผนงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	1.52	0.51	น้อย
10	ดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	1.84	0.72	ปานกลาง
	<u>การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์</u>			
11	การนำเสนอปัญหาและร่วมแสดงความคิดเห็น การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	1.53	0.65	น้อย
12	การพิจารณาทบทวน วิธีการดำเนินงานแผนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	2.05	0.66	ปานกลาง
13	การให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแผนงาน และแก้ไขปัญหาในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	1.74	0.64	ปานกลาง
14	การกำหนดผลสำเร็จของแผนงาน โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	1.50	0.69	น้อย
15	การนำผลที่ได้จากการทบทวน ไปดำเนินงานในชุมชน	1.56	0.55	น้อย
	<u>การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล</u>			
16	การติดตาม ประเมินผล แผนงาน โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	1.53	0.60	น้อย
17	วิเคราะห์ผลของแผนงาน และการสรุปผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	1.74	0.60	ปานกลาง
18	การนำผลของการวิเคราะห์แผนงาน โครงการมาปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	1.55	0.69	น้อย

ตารางที่ 13 ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนการวิจัย (n=38) (ต่อ)

ข้อ	ประเด็น	ระดับการมีส่วนร่วม (ก่อน)		
		Mean	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
19	การชี้แจงผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ประชาชนในชุมชนรับทราบ	2.03	0.49	ปานกลาง
20	ขยายผลการดำเนินงาน โดยสนับสนุนให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วม อย่างต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	1.16	0.37	น้อย

จากการศึกษาสถานการณ์ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง เมื่อแบ่งออกเป็น 4 ด้าน จะพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายปานกลาง ร้อยละ 98.6 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจปานกลาง ร้อยละ 84.7 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 95.8 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมปานกลาง ร้อยละ 75.0 และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชีวิตคุณภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อย 1.66

4.2.1.3 กำหนดแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1) ประชุมระดมสมองร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย ในวันที่ 27 ตุลาคม 2566 เพื่อให้ตัวแทนภาคีเครือข่ายในชุมชนได้มีบทบาทร่วมกันวางแผนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้สังเกตบันทึกและรวบรวมข้อมูล รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 14

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

ตารางที่ 14 สรุปประเด็นและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน

ปัญหาคุณภาพชีวิต	แนวทางในการพัฒนา
1. ด้านสุขภาพร่างกาย	- จัดกิจกรรมออกกำลังกาย - แนะนำการกินอาหารที่เหมาะสมกับวัย - ผู้สูงอายุในชุมชนควรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี จาก รพ.สต.
2. ด้านจิตใจ	- จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้ร่วมพูดคุย พบปะเพื่อผ่อนคลายความเครียด
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	- เปิดโรงเรียนผู้สูงอายุ - ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุย ทำกิจกรรมร่วมกันอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง - จัดกิจกรรมด้านศาสนาระหว่างผู้สูงอายุร่วมกับชุมชน - วันสำคัญควรจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ เช่น วันสงกรานต์จัดกิจกรรมรดน้ำดำหัว
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	- ออกเยี่ยมบ้านแนะนำการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

สรุปจากกิจกรรมที่ภาคีเครือข่ายได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเพื่อกำหนดกิจกรรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้น คือ เปิดโรงเรียนผู้สูงอายุ หลังปิดทำการไปตั้งแต่เกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบาดในชุมชน มีกิจกรรมนันทนาการ ฝึกสมาธิ เพื่อผ่อนคลายความเครียด ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ แนะนำการกินอาหารที่เหมาะสมกับวัย กิจกรรมการออกกำลังกาย และกิจกรรมออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/ผู้นำชมชนได้ช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

4.2.1.4 ดำเนินการจัดกิจกรรม

1) ประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติตามแผนร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนในวันที่ 3 พฤศจิกายน 2566 เพื่อรับทราบและเข้าใจแนวทางร่วมกัน และชี้แจงการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย

2) โรงเรียนผู้สูงอายุ เปิดครั้งแรกวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 โรงเรียนผู้สูงจะเปิด ทำการสอนเดือนละ 2 ครั้ง สัปดาห์เว้นสัปดาห์ ทางองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่จัดให้มีรถรับส่งผู้สูงอายุจาก 17 ชุนชน ผู้นำชุมชน จะมีบทในการประชาสัมพันธ์แจ้งเตือนเสียงตามสาย ก่อนจะถึงวันมาโรงเรียนของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เตรียมตัวเพื่อมาโรงเรียนในวันถัดไป กิจกรมในโรงเรียนผู้สูงจะเน้นสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิต ฝึกฝนการดูแลตนเอง ภายใต้คำขวัญ “แก่อย่างมีคุณค่า ชราอย่างมีคุณภาพ” โดยมีกิจกรรมดังนี้

คาบเรียนที่ 1 : Home room พบปะพูดคุย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทักทายและแจ้งข่าวสารสำคัญของแต่ละชุมชน และให้เจ้าที่เรื่องแจ้งจากองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่/เรื่องแจ้งจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ทั่วกัน

คาบเรียนที่ 2 : นันทนาการ บริหารร่างกาย กิจกรรมเข้าจังหวะ ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) เป็นผู้นำในการออกกำลังกาย

คาบเรียนที่ 3 : แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้ผู้สูงอายกล้าออกความคิดเห็นแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจซึ่งกันและกัน

คาบเรียนที่ 4 : ฝึกจิต สติ สมาธิ หลังเลิกเรียน จะให้ผู้สูงอายุนั่งสมาธิ สงบจิตสงบใจไหว้พระก่อนกลับบ้าน

3) กิจกรรมแนะนำการกินอาหารที่เหมาะสมกับวัย เป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยรับความอนุเคราะห์จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาพู่ ซึ่งจะบรรยายและยกตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ก่อนเริ่มกิจกรรมวิทยากรจะนำโมเดลอาหารมาวางและจัดเรียงบนโต๊ะ หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุมาเลือกอาหารที่ตนเองรับประทานเป็นประจำในแต่ละมื้อ ซึ่งกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมโดยสอบเกี่ยวกับการรับประทานอาหารในแต่ละวัน และอธิบายถึงประโยชนืที่ได้จากอาหารที่ถูกต้องและสมวัย และให้ความรู้หลักอาหาร 5 หมู่

4) ออกเยี่ยมบ้านแนะนำการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม โดยมีโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) ออกเยี่ยมบ้านดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและให้คำแนะนำในการจัดบ้านให้เหมาะสม ก่อนออกเยี่ยมผู้นำชุมชนจะประกาศเสียงตามสายเพื่อให้ผู้สูงอายุทราบถึงวันและเวลาที่เจ้าหน้าที่จะออกเยี่ยม

4.3 ผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

4.3.1 สังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation)

สังเกตการณ์มีส่วนร่วมและการบันทึก พบว่า ผู้สูงอายุร่วมแสดงความคิดเห็น ในขณะที่ได้รับความรู้ ระหว่างทำกิจกรรมที่โรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุทุกคนมีความสุข ยิ้มแย้ม สดใส ให้ความ

มือร่วมในการทำกิจกรรมทุกคาบเรียนอย่างมีความสุข ก่อนวันเปิดเรียนหรือทำกิจกรรมต่างๆประสานชุมชน เพื่อให้ผู้อายุผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมผ่านเสียงตามสาย ทำให้ผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้นในการเข้ามาร่วมกิจกรรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขให้ความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารที่เหมาะสมกับวัยและการออกกำลังกาย และเยี่ยมบ้านเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัยเป็นอย่างดี

4.3.2.1 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ข้อมูลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างคงที่เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุติดสังคมไม่ได้เปลี่ยนแปลงเป็นกลุ่มติดบ้าน และผู้สูงอายุติดบ้านไม่ได้เปลี่ยนแปลงเป็นติดเตียง ซึ่งถือว่าเป็นผลที่ดีของการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงในด้านสุขภาพนั้นอาจจะต้องใช้เวลายาวนานในระดับหนึ่ง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ข้อมูลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=72)

	ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
กลุ่มติดสังคม	ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป	63	87.5
กลุ่มติดบ้าน	5 – 11 คะแนน	9	12.5
กลุ่มติดเตียง	0 – 4 คะแนน	0	0.0

2) ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง

2.1) ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 70.8 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 91.7 (SD = 4.5) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=72)

	คะแนนคุณภาพชีวิต	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
คุณภาพชีวิตที่ดี	96 - 130 คะแนน	21	29.2
คุณภาพชีวิตปานกลาง	61 – 95 คะแนน	51	70.8
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	26 – 60 คะแนน	0	0.0
(Mean = 91.7, S.D. = 4.5, Min = 83, Max = 99)			

เปรียบเทียบข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เท่ากับ 21.0 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 แสดงผลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=72)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	**Mean**	**S.D.**	**t**	**95%CI**		***p*-value**
				lower	**upper**	
ก่อน	70.7	4.1	32.5	22.3	19.68	< 0.001
หลัง	91.7	4.5				

2.2) ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสุขภาพร่างกาย หลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 66.7 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.5 (SD = 3.1) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=72)

	คะแนนคุณภาพชีวิต	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
คุณภาพชีวิตที่ดี	27 - 35 คะแนน	24	33.3
คุณภาพชีวิตปานกลาง	17 - 26 คะแนน	48	66.7
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	7 - 16 คะแนน	0	0.0
(Mean = 24.5, S.D. = 3.1, Min = 18, Max = 30)			

เปรียบเทียบข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสุขภาพร่างกาย ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เท่ากับ 4.3 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คุณภาพ

ชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพร่างกาย ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 แสดงผลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสุขภาพร่างกาย ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=72)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	**Mean**	**S.D.**	**t**	**95%CI**		***p*-value**
				lower	**upper**	
ก่อน	20.2	2.7	13.8	4.9	3.7	< 0.001
หลัง	24.5	3.1				

2.3) ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านจิตใจ หลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 79.2 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.5 (SD = 2.4) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านจิตใจ หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=72)

	คะแนนคุณภาพชีวิต	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
คุณภาพชีวิตที่ดี	23 - 30 คะแนน	15	20.8
คุณภาพชีวิตปานกลาง	15 - 22 คะแนน	57	79.2
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	6 - 14 คะแนน	0	0.0
(Mean = 21.5 , S.D. = 2.4, Min = 17, Max = 28)			

เปรียบเทียบข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านจิตใจ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เท่ากับ 5.7 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านจิตใจ ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 แสดงผลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านจิตใจ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=72)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	Mean	S.D.	t	95%CI		*p*-value
				lower	upper	
ก่อน	15.9	1.9	20.3	6.2	5.1	< 0.001
หลัง	21.6	2.4				

2.4) ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสัมพันธภาพทางสังคม หลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 87.5 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.2 (SD = 1.0) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสัมพันธภาพทางสังคม หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=72)

	คะแนนคุณภาพชีวิต	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
คุณภาพชีวิตที่ดี	12 - 15 คะแนน	9	12.5
คุณภาพชีวิตปานกลาง	8 - 11 คะแนน	63	87.5
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	3 - 7 คะแนน	0	0.0
(Mean = 10.2, S.D. = 1.0, Min = 9 Max = 13)			

เปรียบเทียบข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เท่ากับ 1.5 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 23

ตารางที่ 23 แสดงผลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=72)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	Mean	S.D.	t	95%CI		*p*-value
				lower	upper	
ก่อน	8.7	0.8	10.6	1.9	1.2	< 0.001
หลัง	10.2	1.0				

2.5) ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสิ่งแวดล้อม หลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง ร้อยละ 73.6 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.5 (SD = 2.3) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 24

ตารางที่ 24 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสิ่งแวดล้อม หลังเข้าร่วมกิจกรรม (n= 72)

	คะแนนคุณภาพชีวิต	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
คุณภาพชีวิตที่ดี	30 - 40 คะแนน	19	26.4
คุณภาพชีวิตปานกลาง	19 - 29 คะแนน	53	73.6
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	8 - 18 คะแนน	0	0.0
(Mean = 28.2, S.D. = 2.3, Min = 23 Max = 25)			

เปรียบเทียบข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านด้านสิ่งแวดล้อม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เท่ากับ 8.0 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสิ่งแวดล้อม ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 25

ตารางที่ 25 แสดงผลเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสิ่งแวดล้อมก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=72)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	Mean	S.D.	t	95%CI		*p*-value
				lower	upper	
ก่อน	20.2	2.1	20.9	8.8	7.2	< 0.001
หลัง	28.2	2.3				

3) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชีวิตคุณภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง 2.60 (SD=0.22) รายละเอียดแสดงดังในตารางที่ 26

ตารางที่ 26 ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หลังการวิจัย (n=38)

ข้อ	ประเด็น	ระดับการมีส่วนร่วม (หลัง)		
		Mean	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
1	**<u>การมีส่วนร่วมตัดสินใจ</u>** รับฟังสภาพปัญหา ข้อมูลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	2.55	0.65	มาก
2	การค้นหาปัญหา อุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	2.76	0.43	มาก
3	แสดงความคิดเห็นในการจัดลาดับความสำคัญปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	2.76	0.59	มาก
4	ประชุมวางแผน กำหนดเป้าหมาย ในการดาเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	2.74	0.50	มาก
5	การจัดทาแผนงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	2.66	0.48	มาก
	<u>การมีส่วนร่วมดำเนินงาน</u>			
6	ประชุมชี้แจงแนวทางการแก้ไขปัญหาในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อเครือข่าย/ประชาชนในชุมชน	2.45	0.65	มาก

ตารางที่ 26 ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หลังการวิจัย (n=38) (ต่อ)

ข้อ	ประเด็น	ระดับการมีส่วนร่วม (หลัง)		
		Mean	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
7	การติดต่อ ประสานงานกับภาคีเครือข่าย เพื่อดำเนินงานตามโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	2.81	0.39	มาก
8	การประชาสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	2.50	0.60	มาก
9	การกำหนดบทบาท ผู้รับผิดชอบงาน ในการปฏิบัติตามแผนงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	2.61	0.55	มาก
10	ดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	2.71	0.45	มาก
	<u>การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์</u>			
11	การนำเสนอปัญหาและร่วมแสดงความคิดเห็น การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	2.55	0.55	มาก
12	การพิจารณาทบทวน วิธีการดำเนินงานแผนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	2.66	0.48	มาก
13	การให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแผนงาน และแก้ไขปัญหาในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	2.53	0.50	มาก
14	การกำหนดผลสำเร็จของแผนงาน โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	2.76	0.43	มาก
15	การนำผลที่ได้จากการทบทวน ไปดำเนินงานในชุมชน	2.34	0.75	มาก
	<u>การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล</u>			
16	การติดตาม ประเมินผล แผนงาน โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	2.71	0.52	มาก
17	วิเคราะห์ผลของแผนงาน และการสรุปผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	2.55	0.60	มาก

ตารางที่ 26 ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หลังการวิจัย (n=38) (ต่อ)

ข้อ	ประเด็น	ระดับการมีส่วนร่วม (หลัง)		
		Mean	S.D.	ระดับการมีส่วนร่วม
18	การนำผลของการวิเคราะห์แผนงาน โครงการมาปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	2.55	0.50	มาก
19	การชี้แจงผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ประชาชนในชุมชนรับทราบ	2.44	0.65	มาก
20	ขยายผลการดำเนินงาน โดยสนับสนุนให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วม อย่างต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	2.26	0.55	มาก

เปรียบเทียบข้อมูลการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เท่ากับ 0.94 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านสิ่งแวดล้อม ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 27

ตารางที่ 27 แสดงผลเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n=38)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	Mean	S.D.	t	95%CI		*p*-value
				lower	upper	
ก่อน	1.66	0.13	25.9	1.01	0.87	< 0.001
หลัง	2.60	0.22				

4.3.2 ขั้นสะท้อนผลปฏิบัติ (Reflection)

4.3.1 จัดประชุมคือข้อมูล ในวันที่ 26 มกราคม 2567 เพื่อสรุปผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย คืนข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุหลังการวิจัย การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งการวิจัยพบว่า ข้อมูลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุคงที่เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุติดสังคมไม่ได้เปลี่ยนแปลงเป็นกลุ่มติดบ้าน และผู้สูงอายุติดบ้านไม่ได้เปลี่ยนแปลงเป็นติดเตียง ซึ่งถือว่าเป็นผลที่ดีของการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงในด้านสุขภาพนั้นอาจจะต้องใช้เวลายาวนานในระดับหนึ่ง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนดีขึ้น ผู้สูงอายุทุกคนมีส่วนร่วมในเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้น คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้นได้จากความร่วมมือของภาคีเครือข่ายเป็นอย่างดี จึงทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ ด้านสังคมที่ดีขึ้น

4.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

1. ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพของประชาชนในชุมชน
2. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แสดงความคิดเห็น ร่วมจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
3. มีการจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกับภาคีเครือข่าย ตั้งแต่การให้ข้อมูล ร่วมคิด วิเคราะห์เพื่อให้มีแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด
4. มีการติดตาม ประเมินผล และสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

พหุน ปณ ฑิโต ชีเว

บทที่ 5
สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี เป็นการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผล

5.2 อภิปรายผล

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

การวิจัยการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัยในการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผลและร่วมสะท้อนผลตามแนวคิด Kemmis and McTaggart, 1988 มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดังนี้

5.1.1 ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)

1. ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เพื่อศึกษาบริบทคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยวิธีการประชุมระดมสมองร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย เพื่อให้ตัวแทนภาคีเครือข่าย ในชุมชนได้มีบทบาทร่วมกันวางแผนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้สังเกตบันทึกและรวบรวมข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโดยการใช้แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.9 มีอายุเฉลี่ย 71.4 ปี (SD =7.9) มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 39.9 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 62.5 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 37.4 โดยประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 31.9 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,001 - 5,000 บาท ร้อยละ 61.1 รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 1,001 - 5,000 บาท ร้อยละ 69.4 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.8 พบแพทย์จำนวน 3 ครั้งในรอบ 1 ปี ร้อยละ 30.6 ข้อมูลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มติดสังคม ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป

ร้อยละ 87.5 กลุ่มติดบ้าน 5 – 11 คะแนน ร้อยละ 12.5คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 98.6 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 70.7 (SD = 4.1)

5.1.2 ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)

การศึกษาสถานการณ์ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง เมื่อแบ่งออกเป็น 4 ด้าน จะพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายปานกลาง ร้อยละ 98.6 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ปานกลาง ร้อยละ 84.7 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ปานกลาง ร้อยละ 95.8 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมปานกลาง ร้อยละ 75.0 และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชีวิตคุณภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อย ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายจึงได้กำหนดแนวทาง ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1 ดำเนินการจัดกิจกรรม

1) ประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติตามแผนร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อรับทราบและเข้าใจแนวทางร่วมกัน และชี้แจงการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุและภาคีเครือข่าย

2) โรงเรียนผู้สูงอายุ จะเปิด ทำการสอนเดือนละ 2 ครั้ง สัปดาห์เว้นสัปดาห์ ทางองค์การบริหารส่วนตำบลนาพู่จัดให้มีรถรับส่งผู้สูงอายุจาก 17 ชุนชน ผู้นำชุมชน จะมีบทบาทในการประชาสัมพันธ์แจ้งเตือนเสียงตามสาย ก่อนจะถึงวันมาโรงเรียนของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เตรียมตัวเพื่อมาโรงเรียนในวันถัดไป กิจกรมในโรงเรียนผู้สูงอายุจะเน้นสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิต ฝึกฝนการดูแลตนเอง ภายใต้คำขวัญ “แก่อย่างมีคุณค่า ชราอย่างมีคุณภาพ”

3) กิจกรรมแนะนำการกินอาหารที่เหมาะสมกับวัย เป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยรับความอนุเคราะห์จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาพู่ ซึ่งจะบรรยายและยกตัวอย่างอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ก่อนเริ่มกิจกรรมวิทยากรจะนำโมเดลอาหารมาวางและจัดเรียงบนโต๊ะ หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุมาเลือกอาหารที่ตนเองรับประทานเป็นประจำในแต่ละมื้อ ซึ่งกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมโดยสอบเกี่ยวกับการรับประทานอาหารในแต่ละวัน และอธิบายถึงประโยชน์ที่ได้จากอาหารที่ถูกต้องและสมวัย และให้ความรู้หลักอาหาร 5 หมู่

4) การออกเยี่ยมบ้านแนะนำการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม โดยมีโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) ออกเยี่ยมบ้านดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และให้คำแนะนำในการจัดบ้านให้เหมาะสม ก่อนออกเยี่ยมผู้นำชุมชนจะประกาศเสียงตามสายเพื่อให้ผู้สูงอายุทราบถึงวันและเวลาที่เจ้าหน้าที่จะออกเยี่ยม เจ้าหน้าที่จะออกเยี่ยมบ้านในช่วงเวลา 15.00 – 17.00 น.

5.1.3 ขั้นตอนที่ 3 สังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation)

5.1.3.1 สังเกตการณ์มีส่วนร่วมและการบันทึก พบว่า ผู้สูงอายุร่วมแสดงความคิดเห็นในขณะที่ได้รับความรู้ ระหว่างทำกิจกรรมที่โรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุทุกคนมีความสุข ยิ้มแย้ม สดใส ให้ความมือร่วมในการทำกิจกรรมทุกคาบเรียนอย่างมีความสุข ก่อนวันเปิดเรียนหรือทำกิจกรรมต่างๆ ประสานชุมชน เพื่อให้ผู้อายุผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมผ่านเสียงตามสาย ทำให้ผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้นในการเข้ามาร่วมกิจกรรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขให้ความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารที่เหมาะสมกับวัยและการออกกำลังกาย และเยี่ยมบ้านเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัยเป็นอย่างดี

5.1.3.2 ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมกิจกรรม

1) ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างคงที่เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุติดสังคมไม่ได้เปลี่ยนแปลงเป็นกลุ่มติดบ้าน และผู้สูงอายุติดบ้านไม่ได้เปลี่ยนแปลงเป็นติดเตียง ซึ่งถือว่าเป็นผลที่ดีของการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงในด้านสุขภาพนั้นอาจจะต้องใช้เวลายาวนานในระดับหนึ่ง

2) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 91.7 (SD = 4.5) ซึ่งก่อนเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 70.7 (SD = 4.1) แสดงว่าหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น สอดคล้องกับการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุเมื่อการได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น

3) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสุขภาพร่างกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.5 (SD = 3.1) ซึ่งก่อนเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.2 (SD = 2.7) แสดงว่าหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพร่างกายดีขึ้น

4) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.5 (SD = 2.4) ซึ่งก่อนเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.9 (SD =1.9) แสดงว่าหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านจิตใจดีขึ้น

5) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.2 (SD = 1.0) ซึ่งก่อนเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.7 (SD =0.8) แสดงว่าหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสัมพันธภาพทางสังคม ดีขึ้น

6) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ด้านสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.5 (SD = 2.3) ซึ่งก่อนเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.2 (SD =2.1) แสดงว่าหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้น

7) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชีวิตคุณภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 51.9 (SD=4.3) ซึ่งก่อนเข้าร่วมกิจกรรมคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.1 (SD =2.7) แสดงว่าหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมทำให้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดีขึ้น

5.1.4 ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผลปฏิบัติ (Reflection)

สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการจัดประชุมคืนข้อมูลและถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งผล การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ข้อมูลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุคงที่เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุติดสังคมไม่ได้เปลี่ยนแปลงเป็นกลุ่มติดบ้าน และผู้สูงอายุติดบ้านไม่ได้เปลี่ยนแปลงเป็นติดเตียง ซึ่งถือว่าเป็นผลที่ดีของการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงในด้านสุขภาพนั้นอาจจะต้องใช้เวลายาวนานในระดับหนึ่ง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนดีขึ้น ผู้สูงอายุทุกคนมีส่วนร่วมในเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้น คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้นได้จากความร่วมมือของภาคีเครือข่ายเป็นอย่างดี จึงทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ ด้านสังคมที่ดีขึ้น

5.2 อภิปรายผล

5.2.1 บริบทคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

จากการสำรวจข้อมูลของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.9 มีอายุเฉลี่ย 71.4 ปี (SD =7.9) มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ร้อยละ 39.9 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 62.5 ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 37.4 โดยประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 31.9 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,001 - 5,000 บาท ร้อยละ 61.1 รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน 1,001 - 5,000 บาท ร้อยละ 69.4 มีโรคประจำตัวร้อยละ 50 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.8 พบแพทย์จำนวน 3 ครั้งในรอบ 1 ปี ร้อยละ 30.6 ข้อมูลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล

(Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุติดสังคม คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง บุญเอื้อ ยงวานิชากร และปิยะดา ประเสริฐสม (2557) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยสุขภาพที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เท่ากับ 59.97 จัดอยู่ในระดับปานกลาง

5.2.2 กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขั้นการปฏิบัติการ (Action) จัดกิจกรรม กิจกรรม ได้แก่ 1) โรงเรียนผู้สูงอายุ 2) กิจกรรมแนะนำการกินอาหารที่เหมาะสมกับวัย เป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งในโรงเรียนผู้สูงอายุ 3) ออกเยี่ยมบ้านแนะนำการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม โดยมีโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน (อสม.) ออกเยี่ยมบ้านดูแลเรื่องสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและให้คำแนะนำในการจัดบ้านให้เหมาะสม ก่อนออกเยี่ยมผู้นำชุมชนจะประกาศเสียงตามสายเพื่อให้ผู้สูงอายุทราบถึงวันและเวลาที่เจ้าหน้าที่จะออกเยี่ยม สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพิน ทรัพย์แก้ว(2559) รายงานว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ผ่านหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ทั้ง 4 ด้าน พบว่า ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพและสามารถดูแลตนเองได้ ไม่เป็นภาระของลูกหลาน มีสุขภาพกายที่สมบูรณ์ขึ้น แข็งแรง การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆอาการดีขึ้น ด้านจิตใจผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจ มั่นใจ ความจำและสมาธิดีขึ้น ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ทำให้ได้เพื่อน รอยยิ้มความสบายใจ และด้านสิ่งแวดล้อม ได้รับข่าวสารต่าง ๆที่เป็นประโยชน์ ผลการพัฒนาที่ได้สามารถนำมาสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อสะท้อนกลับให้กับชุมชนต่อไป

5.2.3 ผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขั้นตอนสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) ผู้สูงอายุร่วมแสดงความคิดเห็นในขณะที่ได้รับความรู้ ระหว่างทำกิจกรรมที่โรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุทุกคนมีความสุข ยิ้มแย้ม สดใส ให้ความมือร่วมในการทำกิจกรรมทุกคาบเรียนอย่างมีความสุข ก่อนวันเปิดเรียนหรือทำกิจกรรมต่างๆ ประสานชุมชน เพื่อให้ผู้อายุผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมผ่านเสียงตามสาย ทำให้ผู้สูงอายุมีความกระตือรือร้นในการเข้ามาร่วมกิจกรรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขให้ความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารที่เหมาะสมกับวัยและการออกกำลังกาย และเยี่ยมบ้านเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้สูงอายุให้เหมาะสมและปลอดภัยเป็นอย่างดีสอดคล้องกับการศึกษาของ จีระนันท์ พันธ์ทอง (2560) ได้ศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านไทยสามัคคีธรรม ตำบลโนนสำราญ อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา รายงานว่าผู้สูงอายุมีระดับความพึงพอใจในการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยสรุปการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่เหมาะสม คือ การเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ทุกระดับเข้ามามีบทบาทร่วมรับผิดชอบ และร่วมดำเนินการ โดยมีกลไกการปลูกฝังให้ผู้นำชุมชนและเยาวชนในพื้นที่ให้เกิดความ

ตระหนัก และเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนให้เกิดความสำเร็จและส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดีต่อไป

ขั้นสะท้อนผลปฏิบัติ (Reflection)

ประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย คืนข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุหลังการวิจัยการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งการวิจัย พบว่า ข้อมูลความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุคงที่เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุติดสังคมไม่ได้เปลี่ยนแปลงเป็นกลุ่มติดบ้าน และผู้สูงอายุติดบ้านไม่ได้เปลี่ยนแปลงเป็นติดเตียง ซึ่งถือว่าเป็นผลที่ดีของการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงในด้านสุขภาพนั้นอาจจะต้องใช้เวลายาวนานในระดับหนึ่ง คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนดีขึ้น ผู้สูงอายุทุกคนมีส่วนร่วมในเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีขึ้น คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมดีขึ้นได้จากความร่วมมือของภาคีเครือข่ายเป็นอย่างดี จึงทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอยู่ในระดับปานกลางครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ ด้านสังคมที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญเอื้อ ยงวานิชากร และปิยะดา ประเสริฐสม (2557) ผลการวิจัยรายงานว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เท่ากับ 59.97 ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยด้านสภาวะสุขภาพ ความรู้สึกต่อชีวิต และการนอนหลับมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในส่วนภาคเครือข่ายในชุมชนมีบทบาทในการร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิติผู้สูงอายุมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทัศวรรณ์ เจริญวงศ์ (2562) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชน โดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก รายงานว่ากลุ่มภาคีเครือข่าย และบุคลากรสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงความรู้การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงความรู้พฤติกรรมและ ความพึงพอใจต่อรูปแบบดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา

5.2.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม

ปัจจัยที่ทำให้วิจัยนี้ประสบความสำเร็จได้ ประกอบด้วย ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพของประชาชนในชุมชน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แสดงความคิดเห็น ร่วมจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกับภาคีเครือข่าย ตั้งแต่การให้ข้อมูล ร่วมคิดวิเคราะห์ เพื่อให้มีแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด มีการติดตาม ประเมินผล และสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริประภา หล้าสิงห์ (2563) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จได้ว่า การผู้นำชุมชนมีศักยภาพและเข้มแข็ง กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่งตั้งแกนนำ พาทำกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอ และคนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ออกติดตามให้กำลังใจ ประเมินผลงานดำเนินการร่วมกัน จนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แสวงหาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนแนวทางที่คนในชุมชนร่วมกันจัดทำขึ้น ทำให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้เล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

5.3 ข้อเสนอแนะ

กระกวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยผู้วิจัยมีส่วนร่วมในการวิจัยกับผู้ร่วมวิจัยในการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ ร่วมสังเกตผลและร่วมสะท้อนผลตามแนวคิด Kemmis and McTaggart, 1988 มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) จากการศึกษาผู้วิจัยสรุปแนวทางการแก้ไขและข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1) โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นการสร้างเสริมพลังของชุมชน ภาคีเครือข่ายซึ่งนำไปสู่การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ยั่งยืน

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือคนในชุมชนควรจัดกิจกรรมหรือเทศกาลงานบุญต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุจะมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม เพื่อเพิ่มความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่นในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีบทบาท มีศักดิ์ศรี และมีคุณค่าต่อสังคม

3) คนในครอบครัวควรจัดสภาพบ้านเรือนให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกและตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตภายในบ้านได้อย่างปลอดภัยและมีความสุข

5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

นำกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี จากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้และเปรียบเทียบผลการดาเนินงานกับพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทที่แตกต่างกัน

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กัญญา ชื่นอารมย์และ วลัยนารี พรมลา. (2560). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*. 3(2), 94-104.

กาญจนา แก้วเทพ. (2538). เครื่องมือการทางานแนววัฒนธรรมชุมชน. กรุงเทพฯ: สภาคาทอลิกแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนา.

กานต์รวี กอบสุข. (2554). *รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรรเลง ตำบลบุฤๅษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์.* วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

กิตติวงค์ สาสวด. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออก. *วารสารชุมชนวิจัย*, 11(2), 21–38.

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี (2565). *สรุปรายงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการ ประจำปี 2563-2565*. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.

กรมกิจการผู้สูงอายุ (ผส.). (2553). สืบค้นเมื่อ 29 กันยายน 2565, http://www.dop.go.th/th/laws/1/28/766.com

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2565). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564*. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://www.dla.go.th/ upload/regulation/type1/2554/2/488_1.pdf. สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2565.

กรมสุขภาพจิต. (2565). *ศูนย์สุขภาพจิตและศูนย์สารสนเทศ กรมสุขภาพจิต.* นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต. สืบค้นเมื่อ 29 กันยายน 2565, https://dmh.go.th/test/whoqol

โกศล สอดส่อง. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนคร พระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารศึกษาศาสตร์ มมร. คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย*, 6(1), มกราคม-มิถุนายน.

เขมิกา สมบัติโยธา วิทยา อยู่สุข และนิรุวรรณ เทิร์นโบล์. (2562). พฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 38(1), มกราคม–กุมภาพันธ์.

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2525). *แผนระยะยาวสาหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525-2527 โดยคณะกรรมการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.* กรุงเทพฯ: สหกรณ์กลาโหม จำกัด.

คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สืบค้นเมื่อ วันที่ 30 กันยายน 2565 www.hdcservice.moph.go.th

คิดณรงค์ โคตรทอง. (2564). *การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านยางเทิง ตำบลไร่น้อย อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี.* วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต.

จักรพันธ์ มัททวกุล. (2552). *การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี.* วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม.

จันทนา สารแสง. (2561). *คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่.* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาสาธารณสุขศาสตร์). คณ ะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

จันทร์สิรี มองเพชร. (2552). *ศึกษาความต้องการสวัสดิการที่สนับสนุนการพึ่งตนเองด้านอาชีพของสมาชิกผู้สูงอายุลูกจ้างประจากรุงเทพมหานคร.* สารนิพนธ์พัฒนาแรงงานและสวัสดิการมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จีระนันท์ พันธ์ทอง. (2560). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านไทยสามัคคีธรรม ตำบลโนนสำราญ อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

จีระศักดิ์ เจริญพันธ์. (2550). *พฤติกรรมสุขภาพ.* มหาสารคาม : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ไฉไล ช่างดา และนวลมณี คาวัน. (2548). *รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม ของครอบครัวและผู้นำชุมชน.* กรุงเทพฯ.

ชนะโชค คาวัน. (2553). *แนวทางการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลปลาปาก จังหวัดนครพนม.* รายงานการศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการปกครอง วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ชนิตา สุ่มมาตย์. (2551). *การพัฒนารูปแบบการจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยองค์กรชุมชนในภาคอีสาน.* วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ชิต นิลพันธ์ และคณะ. (2532). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท : ความรู้ทั่วไปสำหรับพัฒนาระดับตาบล หมู่บ้าน.* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ชุติเดช เจียนดอน และคณะ. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 41(3), 229–239.

ชูศรี วงเครือ. (2543). สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2545 หน้า 47.

ชลธิชา จันทร์แจ้ง และคณะ. (2560). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตตำบลธาตุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.* ในงานประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยมหาสารคามวิจัย ครั้งที่ 13 “จากท้องถิ่นสู่สากล ในบริบทประเทศไทย 4.0” วันที่ 7 - 8 กันยายน 2560 ณ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ณหทัย เทียมทอง, จินตนา จุลทัศน์และสุภาพร ใจการุณ. (2561). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี. *UMT-POLY Journal*, 15.

ณัฐสินี ปพนไวนุวัฒน์. (2550). *การจัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้สูงอายุขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาบัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม.

ณัทกวี ศิริรัตน์. (2565). *รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดเพชรบุรี*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม.

ทักษิณาทิพย์ หมื่นไธสง. (2564). *ปัจจัยพฤติกรรมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

ทัศวรรณ์ เจริญวงศ์. (2562). *การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบก ตำบลหนองทันน้ำ อำเภอกุดข้าวปุ้น จังหวัดอุบลราชธานี.* วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ธรณินทร์ คุณแขวน. (2555). *การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านช่อระกา ตำบลนาฝ้าย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นิตยา เพ็ญศิรินภา. (2549). *การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบสาธารณสุขและการวางแผนกลยุทธ์ในการพัฒนางานสาธารณสุข : เอกสารการสอนชุดวิชา หน่วยที่ 6*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

บุญเอื้อ ยงวานิชากร และปิยะดา ประเสริฐสม. (2557). ความสัมพันธ์ของปัจจัยสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาสารทันตสาธารณสุข*, 16(1).

บรรลุ ศิริพานิช. (2542). *ผู้สูงอายุ.* กรุงเทพฯ: สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.

เบญจมาศ ประไพพงษ์. (2545). *ระสิทธิผลของการใช้กิจกรรม AIC เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้การปรับปรุงบริการและการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลเสนาและชุมชน : กรณีศึกษา.* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปฏิญญา วนาวรสุขรักข์. (2554). *รูปแมนการจัดสวัสดิการ สังคมผู้สูงอายุขององกัการบริหาส่วนตำในจังหวัดน่าน*. วิทยานิพนธ์ รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและพัฒนาประชาชนเมืองและชนบท อุตรดิตถ์.: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

ปราโมทย์ ประสาทกลุ. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558.* กรุงเทพฯ: อมรินทร์พรินติ้งแอนพับบลิชชิ่ง จากัด (มหาชน).

พระมหาชัยยนต์ คมฺภีรวาที เทพหาร. (2562). *รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในอำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

พจนา ศรีเจริญ. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสมาคมข้าราชการนอกประจำการในจังหวัดเลย.* วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.

พรกมล ระหาญนอก และสมยงค์ สีขาว. (2555). แนวทางการพัฒนาคณุภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดเลยอย่างยั่งยืน. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย*, 11(37).

พรอนันต์ กิตติมั่นคง. (2547). การศึกษาความต้องกงสวัสดิการสังคมของ ผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.

พิชัย กิตติพันธ์วรกุล. (2550). *การวิจัยเพื่อเสริมสร้างบทบาทในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาเทศบาลตำบลหนองหิน อำเภอหนองหิน จังหวัดเลย.* วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.

พิเชฐ ปัญญาสิทธิ์, รัษฎาวัลย์ โพธิขันธ์, วาสนา ธัญญโชติ และปิ่นนเรศ กาศอุดม. (2563). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี. *Journal of Health Science-วารสาร วิชาการ สาธารณสุข*, 29.

พิณีวรรณ์ บูรณ์เจริญ. (2554). *รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านลุมพุก ตำบลนาดี อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และคณะ. (2544). *รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุภายใต้เงื่อนไขการมิส่วนร่วมของชุมชนกรณีศึกษาในจังหวัดสงขลา.* รายงานการวิจัย. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564.*

ยุพิน ทรัพย์แก้ว. (2559). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 9(2), 25-39.

เยาวมาลย์ เสือแสงทอง และสมบัติ พึ่งเกษม. (2546). *วิจัยเรื่องการประเมินผลโครงการป้องกันและควบคุมโรคหนอนพยาธิ จังหวัดสระแก้ว ปี พ.ศ. 2545*. สระแก้ว: สานักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว.

เยาวเรศ แตงจวง. (2557). แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารราชภัฏเพชรบูรณ์สาร*, 16(2), 85–93.

ระบบสถิติทางการทะเบียน. (2565). สืบค้นเมื่อวันที่ 30 กันยายน 2565 https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php

รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์. (2559). *รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาพู่. (2564). *สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตรวจราชการประจำปี 2564*. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาพู่.

วันเพ็ญ ปัณราช. (2552). *การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน.* ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิโรจน์ เจษฎาลักษณ์ และ ศตพร เพียรวิมังสา. (2561). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในหมู่บ้านดอนเซ่ง ตำบลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี. *วารสารฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์และศิลปะ,* 11(1), 3144-3156, มกราคม–เมษายน.

วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. *Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University*, 3(6).

เศรษฐพงศ์ จ่าตา. (2548). *การวางแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านท่าศาลา ตำบลท่าศาลา อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น.* วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศิริ ฮามสุโพธิ์. (2543). *ประชากรกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต.* กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.

ศิริประภา หล้าสิงห์. (2563). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน.* วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สันต์ชัย มั่งธรรม. (2552). *การศึกนาสภาพการได้รับบริการค้านการจัดสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในจังหวัดนธรราชสีมา.* วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. นครราชสีมา : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.

สุรจิตต์ วุฒิการณ์. (2558). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบางมูลนาก อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร.* รายงานสืบเนื่องจากรายงานการประชุมสัมมนาวิชาการนำเสนองานวิจัยระดับชาติและนานาชาติ (Proceeding) เครือข่ายบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 15.

สุพร คูหา. (2552). *แนวทางการปรับปรุงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลหนองขาว อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี.* รายงานการศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.* พิมพ์ครั้งที่ 6. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์-สารคามเปเปอร์.

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. (2543). *สังคมและวัฒนธรรมไทย : ลักษณะการเปลี่ยนแปลง และวิทยาการวิจัย.* ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). สืบค้นเมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2566 https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/185346/

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. (2564).

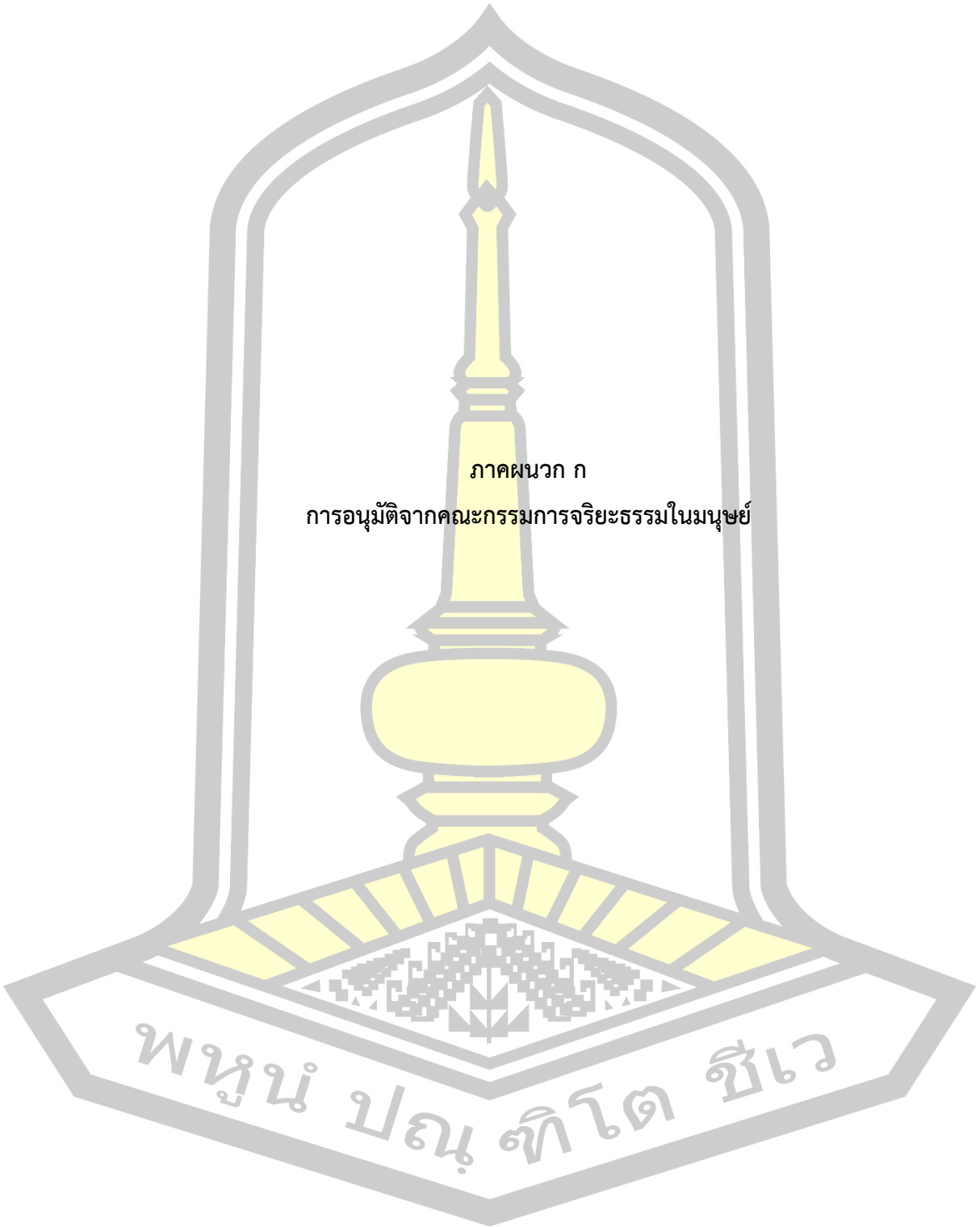
หรินทร์ ใจหนัก. (2560). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบางริ้น ตำบลบางริ้น อำเภอเมือง จังหวัดระนอง.* วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎรธานี.

อะเคื้อ กุลประสูติดิลก. (2557). การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 8(2), กรกฎาคม-ธันวาคม.

อุทัยทิพย์ เจี่ยวิวรรธน์กุล. (2553). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม: แนวคิด หลักการ และบทเรียน*. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.

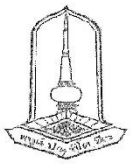
พหูน ปณฺฑิโต ชีเว

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

การอนุมัติจากคณะกรรมการจริยะธรรมในมนุษย์



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 388-337/2566

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Improving Quality of Life for the Elderly by Community Participation, Na Phu Subdistrict, Phen District, Udon Thani Province.

ผู้วิจัย : นางสาวนัฐวดี มูลที

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

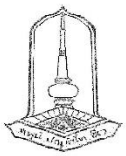
วันที่รับรอง : 5 ตุลาคม 2566 **วันหมดอายุ** : 4 ตุลาคม 2567

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

.....

(รองศาสตราจารย์วรพจน์ พรหมสัตยพรต)
รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



MAHASARAKHAM UNIVERSITY ETHICS COMMITTEE FOR RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

Certificate of Approval

Approval number: 388-337/2023

Title : Improving Quality of Life for the Elderly by Community Participation, Na Phu Subdistrict, Phen District, Udon Thani Province.

Principal Investigator : Miss. Nattavadee Mooltee
Responsible Department : Faculty of Public Health
Research site : Na Phu Subdistrict, Phen District, Udon Thani Province

Review Method : Expedited Review

Date of Manufacture : 5 October 2023 **expire :** 4 October 2024

This research application has been reviewed and approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects, Mahasarakham University, Thailand. Approval is dependent on local ethical approval having been received. Any subsequent changes to the consent form must be re-submitted to the Committee.

.....

(Associate Professor Vorapoj Promasatayaprot)
Vice Chairman

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

ID □□□

แบบสอบถาม
(ผู้สูงอายุ)

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

2. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ หน้าข้อความ หรือเติมคำลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ โดยโปรดตอบคำถามตามความเป็นจริง ซึ่งผลการตอบจะไม่มีผลใด ๆ ต่อตัวท่าน ผู้ศึกษาจะเก็บเป็นความลับไม่นำเสนอข้อมูลรายบุคคล จะวิเคราะห์นำเสนอโดยภาพรวม

3. แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ WHOQOL-BREE-THAI จำนวน 26 ข้อ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณผู้ให้สัมภาษณ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้



ด้วยความขอบคุณ
นางสาวนัฐวดี มูลที
นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

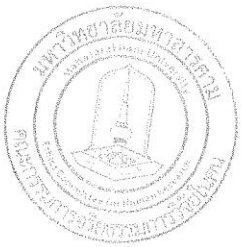
การศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ลักษณะประชากร

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย/ลงในช่อง ☐ และเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนดให้ตามความเป็นจริง

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี



3. สภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน
   - ☐ 1. โสด ☐ 2. คู่
   - ☐ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า แยก

4. ระดับการศึกษาสูงสุด
   - ☐ 1.ประถมศึกษาตอนต้น ☐ 2.ประถมศึกษาตอนปลาย
   - ☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย
   - ☐ 5. อนุปริญญา ☐ 6. ปริญญาตรี
   - ☐ 7. สูงกว่าปริญญาตรี ☐ 8.อื่น ๆ.....

5. อาชีพ
   - ☐ 1.ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ 2. เกษตรกรรม
   - ☐ 3. ข้าราชการบำนาญ ☐ 4. ค้าขาย
   - ☐ 5. รับจ้างทั่วไป ☐ 6. อื่น ๆ ระบุ.....

6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน
   - ☐ 1. 500 – 1,000 บาท ☐ 2. 1,001 – 5,000 บาท
   - ☐ 3. 5,001 – 10,000 บาท ☐ 4. 10,001 – 20,000 บาท
   - ☐ 5. 20,001 – 30,000 บาท ☐ 6. 30,001 บาทขึ้นไป

7. รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน
   - ☐ 1. 500 – 1,000 บาท ☐ 2. 1,001 – 5,000 บาท
   - ☐ 3. 5,001 – 10,000 บาท ☐ 4. 10,001 – 20,000 บาท
   - ☐ 5. 20,001 – 30,000 บาท ☐ 6. 30,001 บาทขึ้นไป

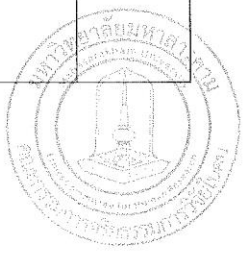
8. ท่านมีโรคประจำตัวหรือต้องพบแพทย์ประจำหรือไม่
   - ☐ 1. มี ระบุ โรค..... ☐ 2. ไม่มี

9. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านไปพบแพทย์หรือไม่
   - ☐ 1. พบ ระบุ .....ครั้ง ☐ 2. ไม่พบ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล
(Barthel Activities of Daily Living : ADL) จำนวน 10 ข้อ
แบบประเมินคัดกรองผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
(Barthel Activities of Daily Living : ADL)

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ ..... ปี วันที่ .....

กิจวัตรประจำวัน	คะแนนพฤติกรรม	คะแนนที่ได้
1.การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยเมื่ออยู่ต่อหน้า (3ระดับ)	0 คะแนน ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ 1 คะแนน ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วยเช่นช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็กไว้ให้ล่วงหน้า 2 คะแนน ตักอาหารและช่วยเหลือตัวเองได้เป็นปกติ	
2.การล้างหน้าแปรงฟันหวีผม โกนหนวดในระยะเวลา 24-48 ชม.ที่ผ่านมา (2 ระดับ)	0 คะแนน ต้องการความช่วยเหลือ 1 คะแนน ทำได้เอง	
3.การลุกขึ้นจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (4 ระดับ)	0 คะแนนไม่สามารถนั่งได้(นั่งแล้วจะล้มเสมอ)หรือต้องให้คน 2 คน ช่วยกันยกขึ้น 1 คะแนน ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้เช่นต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คนหรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งได้ 2.คะแนน ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่นบอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย 3 คะแนน ทำได้เอง	
4.การใช้ห้องสุขา (3 ระดับ)	0 คะแนน ช่วยตัวเองไม่ได้ 1 คะแนน ทำเองได้บ้าง(อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ)แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง 2 คะแนนช่วยเหลือตัวเองได้ดี	
5.การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (4 ระดับ)	0 คะแนนเคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ 1.คะแนนต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เองและจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้(ไม่ต้องมีคนเข็นให้) 2.คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่นพยุงหรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจเพื่อความปลอดภัย 3.คะแนน เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	

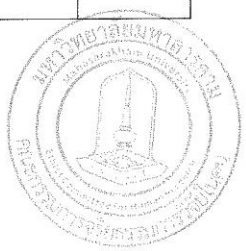


กิจวัตรประจำวัน	คะแนนพฤติกรรม	คะแนนที่ได้
6.การแต่งตัว สวมใส่หรือถอดเสื้อผ้า (3 ระดับ)	0.คะแนน ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย 1.คะแนน ช่วยตัวเองได้ประมาณ 50 %ที่เหลือต้องมีคนช่วย 2.คะแนน ช่วยตัวเองได้ดี(รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	
7.การขึ้นลงบันได 1 ขั้น (3 ระดับ)	0.คะแนนไม่สามารถทำได้ 1.คะแนนต้องการคนช่วย 2.คะแนน ขึ้นลงได้เอง(ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดินเช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	
8.การอาบน้ำ (2 ระดับ)	0.คะแนนต้องมีคนช่วยหรือทำให้ 1.คะแนนอาบน้ำได้เอง	
9.การกลั้นการถ่ายอุจจาระใน ระยะ1 สัปดาห์ที่ผ่านมา(3ระดับ)	0.คะแนนกลั้นไม่ได้หรือต้องการสวนอุจจาระ 1.คะแนนกลั้นไม่ได้บางครั้ง(เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์) 2.คะแนน กลั้นได้เป็นปกติ	
10.การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา(3ระดับ)	0.คะแนนกลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้ 1.คะแนนกลั้นไม่ได้บางครั้ง(เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) 2.คะแนน กลั้นได้เป็นปกติ	
รวม		

☐ กลุ่มติดสังคม มีผลรวมคะแนน BADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

☐ กลุ่มติดบ้าน มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน

☐ กลุ่มติดเตียง มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 -4 คะแนน



ส่วนที่ 3 ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

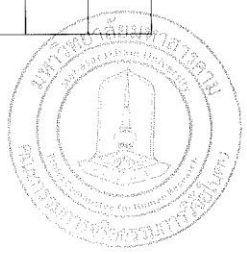
เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF – THAI)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วเลือกช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย	หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก
เล็กน้อย	หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจหรือ รู้สึกแย่
ปานกลาง	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแย่ระดับกลาง ๆ
มาก	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี
มากที่สุด	หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด					
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทาให้ท่านไม่สามารถทาในสิ่งที่ต้องการมากน้อยเพียงใด					
3	ท่านมีกาลังเพียงพอที่จะทาสิ่งตาง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงาน หรือการดาเนินชีวิตประจาวัน)					
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
6	ท่านมีสมาธิในการทางานต่าง ๆ ดีเพียงใด					
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
8	ท่านยอมรับรูปร่างหนาตาของตัวเองได้ไหม					
9	ท่านมีความรูสึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแคไหน					
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน					

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด					
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมาแค่ไหน					
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ แค่ไหน					
15	ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
23	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน (ชีวิตทางเพศหมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้ว ท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึงการช่วยตัวเองหรือการมีเพศสัมพันธ์)					
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					



ID □□□

แบบสอบถาม
(ภาคีเครือข่าย)

เรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

2. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ หน้าข้อความ หรือเติมคำลงในช่องว่างให้สมบูรณ์ โดยโปรดตอบคำถามตามความเป็นจริง ซึ่งผลการตอบจะไม่มีผลใด ๆ ต่อตัวท่าน ผู้ศึกษาจะเก็บเป็นความลับไม่นำเสนอข้อมูลรายบุคคล จะวิเคราะห์นำเสนอโดยภาพรวม

3. แบบสอบถาม 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่อการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 20 ข้อ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณผู้ให้สัมภาษณ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้



ด้วยความขอบคุณ
นางสาวนัฐวดี มูลที
นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ลักษณะประชากร

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย/ลงในช่อง ☐ และเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนดให้ตามความเป็นจริง

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี

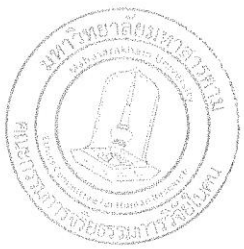
3. สภาพสมรสของท่านในปัจจุบัน
   - ☐ 1. โสด ☐ 2. คู่
   - ☐ 3. หม้าย ☐ 4. หย่า แยก

4. ระดับการศึกษาสูงสุด
   - ☐ 1.ประถมศึกษาตอนต้น ☐ 2.ประถมศึกษาตอนปลาย
   - ☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย
   - ☐ 5. อนุปริญญา ☐ 6. ปริญญาตรี
   - ☐ 7. สูงกว่าปริญญาตรี ☐ 8.อื่น ๆ.....

5. อาชีพ
   - ☐ 1.ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ 2. เกษตรกรรม
   - ☐ 3. ข้าราชการบำนาญ ☐ 4. ค้าขาย
   - ☐ 5. รับจ้างทั่วไป ☐ 6. อื่น ๆ ระบุ.....

6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน
   - ☐ 1. 500 – 1,000 บาท ☐ 2. 1,001 – 5,000 บาท
   - ☐ 3. 5,001 – 10,000 บาท ☐ 4. 10,001 – 20,000 บาท
   - ☐ 5. 20,001 – 30,000 บาท ☐ 6. 30,001 บาทขึ้นไป

7. รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน
   - ☐ 1. 500 – 1,000 บาท ☐ 2. 1,001 – 5,000 บาท
   - ☐ 3. 5,001 – 10,000 บาท ☐ 4. 10,001 – 20,000 บาท
   - ☐ 5. 20,001 – 30,000 บาท ☐ 6. 30,001 บาทขึ้นไป

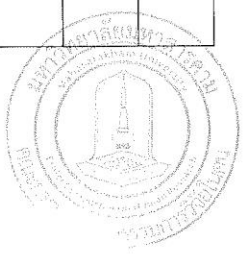


8. ท่านมีโรคประจำตัวหรือต้องพบแพทย์ประจำหรือไม่
   - ☐ 1. มี ระบุ โรค..... ☐ 2. ไม่มี

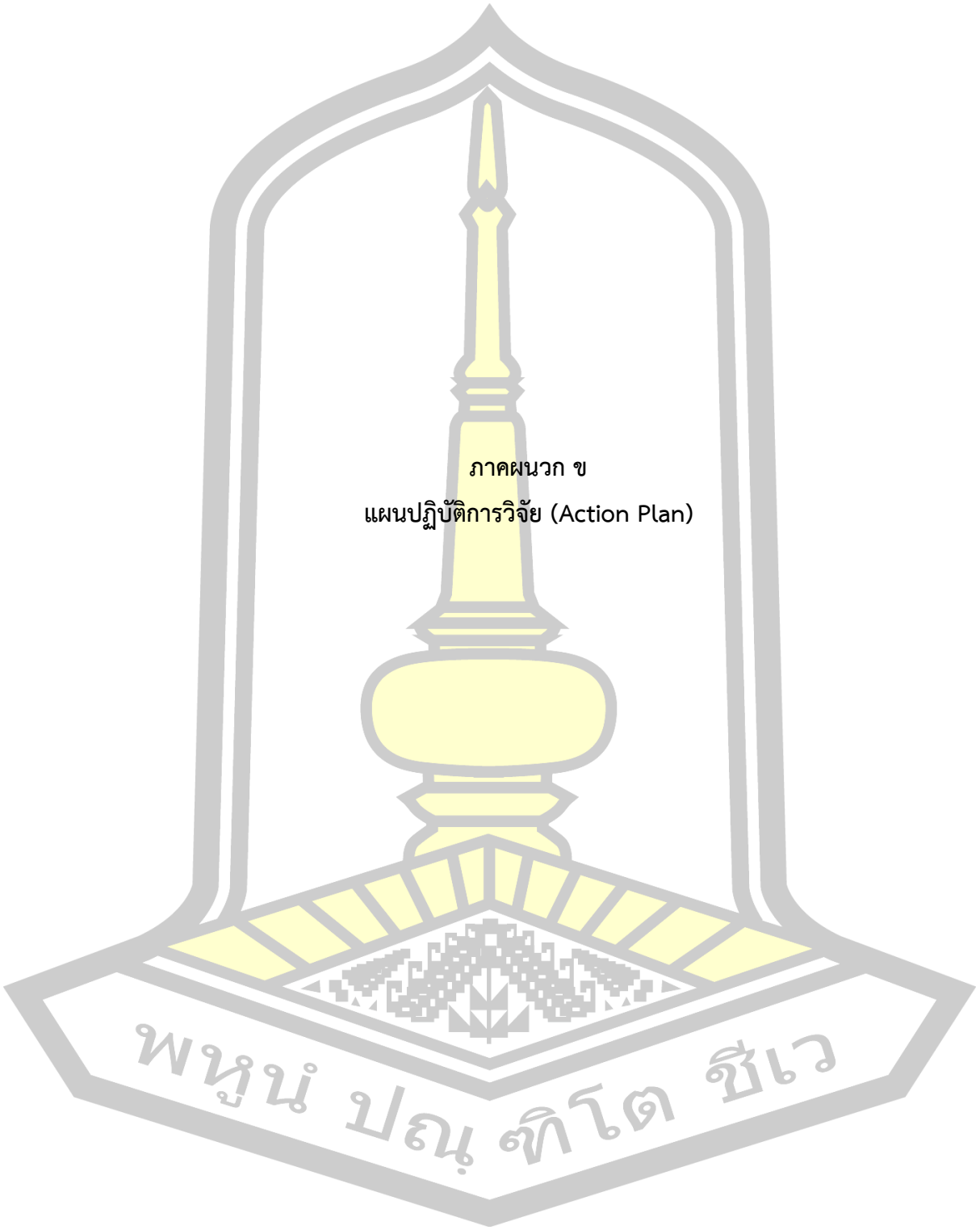
9. ในรอบปีที่ผ่านมาท่านไปพบแพทย์หรือไม่
   - ☐ 1. พบ ระบุ .....ครั้ง ☐ 2. ไม่พบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่อการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 20 ข้อ

ข้อ	ประเด็น	ระดับการมีส่วนร่วม		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
1	<u>การมีส่วนร่วมตัดสินใจ</u> รับฟังสภาพปัญหา ข้อมูลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน			
2	การค้นหาปัญหา อุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน			
3	แสดงความคิดเห็นในการจัดลาดับความสำคัญปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ			
4	ประชุมวางแผน กำหนดเป้าหมาย ในการดาเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน			
5	การจัดทาแผนงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน			
6	<u>การมีส่วนร่วมดำเนินงาน</u> ประชุมชี้แจงแนวทางการแก้ไขปัญหาในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อเครือข่าย/ประชาชนในชุมชน			
7	การติดต่อ ประสานงานกับภาคีเครือข่าย เพื่อดำเนินงานตามโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน			
8	การประชาสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน			
9	การกำหนดบทบาท ผู้รับผิดชอบงาน ในการปฏิบัติตามแผนงานโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน			
10	ดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน			
11	<u>การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์</u> การนำเสนอปัญหาและร่วมแสดงความคิดเห็น การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน			
12	การพิจารณาทบทวน วิธีการดำเนินงานแผนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน			
13	การให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแผนงาน และแก้ไขปัญหาในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน			



ข้อ	ประเด็น	ระดับการมีส่วนร่วม		
		มาก	ปาน กลาง	น้อย
14	การกำหนดผลสำเร็จของแผนงาน โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน			
15	การนำผลที่ได้จากการทบทวน ไปดำเนินงานในชุมชน			
16	<u>การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล</u> การติดตาม ประเมินผล แผนงาน โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน			
17	วิเคราะห์ผลของแผนงาน และการสรุปผลการดำเนินงาน โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน			
18	การนำผลของการวิเคราะห์แผนงาน โครงการมาปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น			
19	การชี้แจงผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ประชาชนในชุมชนรับทราบ			
20	ขยายผลการดำเนินงาน โดยสนับสนุนให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ			



ภาคผนวก ข

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนของชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

กิจกรรม	วิธีดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินงาน/ สถานที่	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
ระยะปฏิบัติการ				
ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)				
วัตถุประสงค์ 1. เพื่อศึกษาบริบทคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน				
1.1 ศึกษาบริบทของชุมชน 1.2 สร้างความรู้และความเข้าใจถึงสถานการณ์ผู้สูงอายุในชุมชน รวมไปถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมกับภาคีเครือข่าย 1.3 กำหนดแผนปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ประชุมชี้แจงแจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน กำหนดแผนปฏิบัติการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ระยะเวลา ตุลาคม 2566 สถานที่ ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี	ได้ทราบบริบทพื้นที่สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลนาพู่ อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี	น.ส.นัฐวดี มูลที

กิจกรรม	วิธีดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินงาน/สถานที่	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
ขั้นที่ 2 การปฏิบัติการ (Action)				
วัตถุประสงค์ 2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน				
2.1 ประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมวิจัย 2.2 ประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติตามแผนร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน 2.3 ระดมสมองร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน	ประชุมเพื่อสร้างความรู้ความเข้าและสถานการณ์ระดับคุณภาพชีวิตของผู้อายุในชุมชน อยู่ในระดับใดและร่วมกันระดมสมองกำหนดกิจกรรมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ถึงปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมกับภาคีเครือข่าย	<u>ระยะเวลา</u> ตุลาคม 2566	ผู้สูงอายุรับรู้ถึงระดับปัญหาและระดับคุณภาพชีวิต ทั้ง 4 ด้าน ว่าอยู่ในระดับใด ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ระดมสมอง สร้างแนวทางกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต	น.ส.นัฐวดี มูลที

กิจกรรม	วิธีดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินงาน/สถานที่	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
2.4 ดำเนินการตามกิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนวางแผน ส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุม ทั้ง 4 ด้าน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม	จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ โดยใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง	ระยะเวลา ตุลาคม - ธันวาคม2566	ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่วางแผนไว้	น.ส.นัฐวดี มูลที
ขั้นที่ 3 สังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation)				
วัตถุประสงค์ 3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน				
3.1 สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ	ผู้วิจัย สังเกตการมส่วนร่วมในการทำกิจกรรม	ระยะเวลา ตุลาคม - ธันวาคม2566	- ชุมชนมีการดำเนินงานตามแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้ถูกต้อง	น.ส.นัฐวดี มูลที

กิจกรรม	วิธีดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินงาน/สถานที่	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผู้รับผิดชอบ
3.2 ประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมวิจัย	ผู้วิจัย ประเมินระดับคุณภาพชีวิตและระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหลังเข้าร่วมการวิจัย	ระยะเวลา มกราคม 2567	-ทราบถึงสถานการณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหลังเข้าร่วมการวิจัย	น.ส.นัฐวดี มูลที
ขั้นที่ 4 สะท้อนผลปฏิบัติ (Reflection)				
วัตถุประสงค์ 4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน				
4.1 สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน	ผู้วิจัย สรุปผลดำเนินงาน	ระยะเวลา มกราคม 2567	ทราบระดับการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน	น.ส.นัฐวดี มูลที
4.2 คืนข้อมูลและถอดบทเรียน	ผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยจัดประชุมคืนข้อมูลและถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน	ระยะเวลา มกราคม 2567	ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานและนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน	น.ส.นัฐวดี มูลที

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวนัฐวดี มูลที
วันเกิด	วันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2536
สถานที่เกิด	จังหวัดเลย
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 259 หมู่ 2 ตำบลผาขาว อำเภอผาขาว จังหวัดเลย รหัสไปรษณีย์ 42240
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 เลขที่ 4 ถนนอธิบดี ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี รหัสไปรษณีย์ 41000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2558 ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (วท.บ.) สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี พ.ศ. 2567 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พหูน ปณฺฑิโต ชีเว