

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดระนอง A model for improving the quality of life of the elderly in Ranong Province

พิเชษฐ์ บุญเยี่ยม
Phichet Bunsiam
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง
Ranong Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง 2) พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง 3) ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง กลุ่มตัวอย่างขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 คัดเลือก แบบเจาะจงแบบสมัครใจ ประกอบด้วย Care manager จำนวน 10 คน Care Giver จำนวน 10 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 10 คน รวม 40 คน ขั้นตอนที่ 3 เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 371 คน เครื่องมือการวิจัยได้แก่ 1) แนวทางสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบฯ 3) แบบสอบถาม คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์كرونบาคัลฟาเท่ากับ 0.92-0.94 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนาและสถิติทดสอบ t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยขั้นตอนที่ 1 พบว่ากิจกรรมการพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดียังไม่เป็นรูปธรรม ไม่ต่อเนื่อง ขาดการมีส่วนร่วมและไม่ครอบคลุมมิติของการสร้างเสริมสุขภาพ ขั้นตอนที่ 2 รูปแบบกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุคือ Model : 2P-TR-LP-HL โดย 2P ประกอบด้วย Promotion & Prevention เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงก่อนเกิดโรคของผู้สูงอายุ TR ประกอบด้วย Treatment & Rehabilitation เป็นการตรวจรักษา/ฟื้นฟูและ LP การดูแลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย Long Term Care & Palliative Care เป็นการป้องกันการสูญเสียหรือพิการ และ HL การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ทั้งแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคคลในครอบครัว ขั้นตอนที่ 3 พบว่าหลังการใช้รูปแบบผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.09 (SD=1.19) และ 4.30 (SD=0.62) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ : ควรกำหนดให้ประเด็นผู้สูงอายุเป็นนโยบายในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พขอ.) และศึกษาเชิงระบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ : รูปแบบ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

Abstract

This research and development aims to 1) to study the problems and needs for improving the quality of life of the elderly 2) develop a model for improving the quality of life for the elderly in Ranong Province 3) evaluate the effectiveness of the model for improving the quality of life for the elderly in Ranong Province .The sample group in step 1 and step 2 was selected by voluntary purposive method. It consists of 10 care managers, 10 care givers, 10 senior citizen club presidents, 10 local administrative organization administrators, totaling 40 people. Step 3: 371 elderly people. The research tools were: 1) a focus group approach to study the problems and needs for improving the quality of life of the elderly; 2) Guidelines for group discussion to develop the model 3) Questionnaire on the

quality of life of the elderly Content validity index equals 1.00 and Cronbach's alpha coefficient was 0.92-0.94. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and t-test. Qualitative data were analyzed for content. The results of the first stage of research found that development activities for the elderly to have a good quality of life were not concrete, discontinuous, lacked participation and did not cover the dimensions of health promotion. Step 2: The model of activities for improving the quality of life of the elderly is Model: 2P-TR-LP-HL. 2P consists of Promotion & Prevention which is to reduce risk factors before the disease of the elderly. TR consists of Treatment & Rehabilitation which is a treatment/rehabilitation and LP continuity care consists of Long Term Care & Palliative Care, which is loss or disability prevention and HL, health literacy for both the elderly, caregivers and family members. Step 3: After using the model, the elderly had a better quality of life than before development at the .05 level with mean values of 3.09 (SD = 1.19) and 4.30 (SD = 0.62), respectively.

Recommendations: The issue of the elderly should be set as a policy to drive quality of life development. and a systematic study of integrated participatory quality of life care for the elderly. all sectors involved

Keywords : Style, Quality of life, The elderly

บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรโลกมีการเปลี่ยนแปลง ขนาดสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่า ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 8 ใน ค.ศ. 1950 เป็นร้อยละ 11 ใน ค.ศ. 2009 และคาดประมาณว่าใน ค.ศ. 2050 สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 22 ตามลำดับ (United Nation, 2009) ในขณะที่อายุขัยเฉลี่ยแรกเกิดของประชากรโลกเพิ่มขึ้นจาก 66 ปีใน ค.ศ. 2000 – 2005 เป็น 69 ปี ใน ค.ศ. 2010 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 72.4 ปี ใน ค.ศ.2025 – 2030 (United Nations, 2002) ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก จึงเริ่มเผชิญ กับสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว มีประชากรทั้งสิ้น 66.7 ล้านคน เป็นประชากรผู้สูงอายุ 12.5 ล้านคนหรือร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2562) คาดว่า พ.ศ.2566 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์”(Complete-aged society) จะมีประชากรสูง

อายุคิดเป็นร้อยละ 20.66 และพ.ศ.2578 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุนับตั้งแต่บัดนี้” (Super-Aging Society) จำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 28.55 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ ขณะเดียวกันประชากรไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth) สูงขึ้นจาก 75.4 ในปี 2560 เพิ่มเป็น 76.5 ในปี 2562 และเพิ่มเป็น 77 ในปี 2564 และข้อมูลองค์การอนามัยโลก พบว่าอายุคาดเฉลี่ยภาวะสุขภาพดีของคนไทย ในปี 2558 มีค่าเท่ากับ 68.5 ปีและเพิ่มขึ้นเป็น 77 ปีในปี 2564

จังหวัดระนอง มีประชากรในปี 2561,2562 , 2563, 2564 จำนวน 190,399 คน, 193,370 คน, 194,372 คน, 194,573 คน ตามลำดับ โดยมีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 25,847 คน (ร้อยละ 13.59), 28,289 คน (ร้อยละ14.63), 29,426 คน (ร้อยละ15.12) และ 30,694 คน (ร้อยละ15.78) ตามลำดับ โดยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนสัดส่วนที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี และจากการคัดกรองผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในปี 2564 พบผู้สูงอายุติดสังคมร้อยละ 96.80 ผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ 2.56 และผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 0.64 ในส่วนของอัตราเกิดต่อประชากรพันคนมีแนวโน้มลดลง ระหว่างปี 2562-2564 เท่ากับ 8.47,

8.22, 7.21 ตามลำดับ ประกอบกับอัตราการตายต่อประชากร พันคนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นระหว่างปี 2562-2564 อัตรา 5.53, 4.90 และ 6.25 ตามลำดับ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และจากรายงานสถานการณ์ทางสังคมของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดระนอง พบว่าผู้สูงอายุจังหวัดระนอง ยังประสบปัญหาในการดำรงชีวิต ได้แก่ ภาวะเจ็บป่วย การอาศัยอยู่เพียงลำพังไม่มีผู้ดูแล การประกอบอาชีพโดยใช้แรงงานในวัยผู้สูงอายุ และการรับภาระเลี้ยงดูหลาน ซึ่งพ่อแม่ไปประกอบอาชีพที่อื่น การขาดแคลนค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้จดทะเบียนเพื่อรับเบี้ยยังชีพได้ตามกำหนดผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าถึงบริการ/กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านอาชีพ สุขภาพ นันทนาการ เป็นต้น ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้าน/ไม่มีบัตรประชาชน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือสภาพความเป็นอยู่ของบุคคลที่มีพื้นฐานการใช้ชีวิตที่แตกต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการใช้ชีวิต อีกทั้งผู้สูงอายุยังต้องรับรู้สถานการณ์ในด้านต่างๆ ของชีวิต ทั้งการรับรู้ส่วนบุคคล การรับรู้ทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองและดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข มีความเพียงพอของรายได้ มีความพึงพอใจต่อชีวิตคู่ การประกันสุขภาพและการดำรงชีวิตที่ไม่มีภาวะกดดันด้านจิตใจและได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว และชุมชน เนื่องจากความเสื่อมถอยด้านสุขภาพกาย และการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และด้านสังคมทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมและบริการสุขภาพและผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเรื่องความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพส่งผลให้มีการตัดสินใจในการดูแล สุขภาพตนเองผิดพลาดได้ง่าย

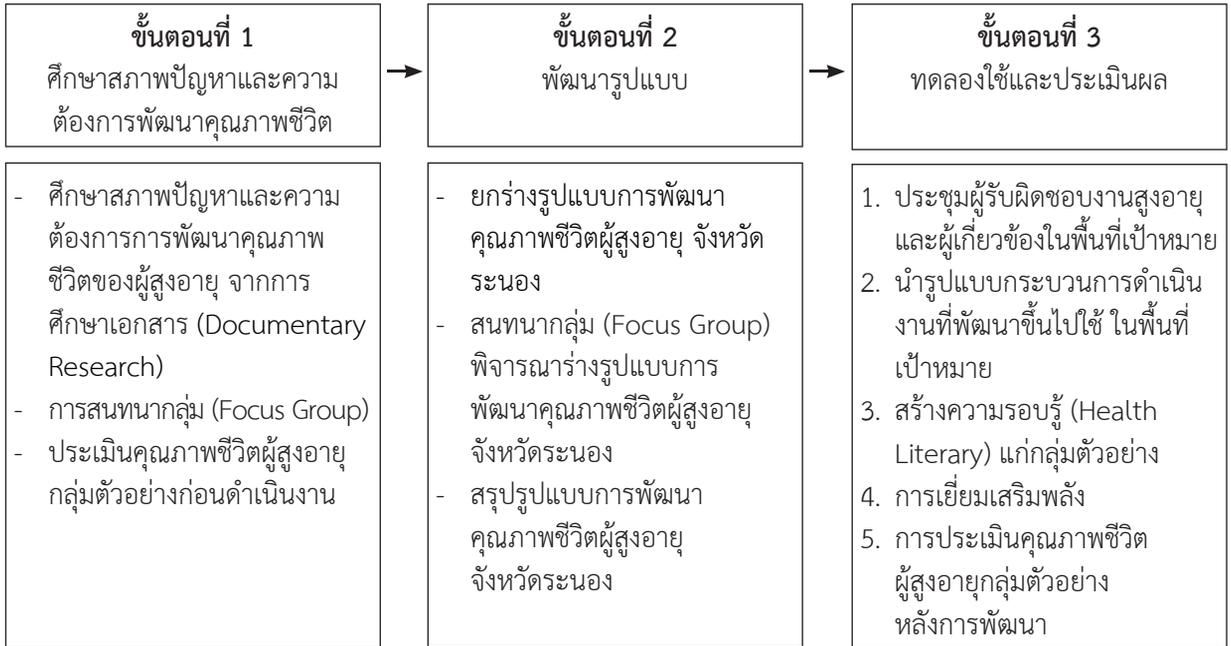
จากสถานการณ์ดังกล่าว ที่มีการเปลี่ยนแปลงสัดส่วน และแนวโน้มกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ รวมทั้งสภาพปัญหาด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ของผู้สูงอายุจังหวัดระนอง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมรองรับผู้สูงอายุ

ที่เพิ่มขึ้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพดีให้มีสุขภาพแข็งแรงและ ยืดเวลาที่จะเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังออกไปในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยให้หายหรือทุเลาจากการเกิดความพิการหรือทุพพลภาพ โดยจังหวัดระนองได้มีการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับภาคภาควิชาการผ่านโครงการและกิจกรรมต่างๆ มาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ และวางระบบการดูแลสุขภาพให้มีผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบกับยังไม่มีผู้ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระนอง มาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดระนอง โดยใช้แนวคิดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตของชาลลอคและเวอร์ดูโก้ (Schallock and Verdugo, 2002 cited in Schallock, 2004: 205-206) โดยได้แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตออกเป็น 6 ด้านคือ 1) สภาพความเป็นอยู่ที่ดี 2) สภาพร่างกายที่ดี 3) การตัดสินใจด้วยตนเอง 4) การรวมกลุ่มทางสังคม 5) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 6) สภาพอารมณ์ที่ดี มาประยุกต์และปรับใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ได้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดระนองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง
2. พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง
3. ประเมินประสิทธิผลรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

วิธีดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดระนอง ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. **ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ** จากการศึกษาเอกสาร (Documentary Research) และวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจากพื้นที่ 10 ตำบล เป็นตำบลในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลทุกแห่งทุกอำเภอ ในจังหวัดระนอง จำนวน 5 ตำบล และตำบลในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภออำเภอละ 1 ตำบล จำนวน 5 ตำบล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยความสมัครใจ (Purposive Sampling) ประกอบด้วยผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) จำนวน 10 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จำนวน 10 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 10 คน รวม 40 คน

2. **การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เป้าหมายก่อนการพัฒนา** ด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่เป้าหมาย จากจำนวนประชากร 10,007 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan ได้ตัวอย่างจำนวน 371 คน แล้วสุ่มอย่างง่ายด้วยการหยิบฉลากแบบไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมข้อมูล

1. แนวทางการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดระนอง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีคุณภาพชีวิต ด้านผู้สูงอายุของชาลอคและเวอร์ดูโก้ (Schallock and Verdugo, 2002 cited in Schallock, 2004: 205-206) จำนวน 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านสภาพอารมณ์ที่ดีรวม 84 ข้อ

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง

การวิจัยในขั้นตอนนี้เป็นการพัฒนารูปแบบและแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง ผู้วิจัยได้ยกร่างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง หลังจากนั้น จัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อพิจารณาร่างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นกลุ่มที่ร่วมพัฒนาในระยะที่ 1 ประกอบด้วย ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน 10 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จำนวน 10 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจงแบบสมัครใจ (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แนวทางการสนทนากลุ่ม โดยการประชุมครั้งที่ 1 เพื่อยกร่างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาจากการศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ การทบทวนวรรณกรรม และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ตามแนวทางกฎบัตรรอตตาวา ประกอบด้วย การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) การสร้างสรรคสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) และการปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) แล้วสรุปเป็นยกร่างรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดระนอง การประชุมครั้งที่ 2 ผู้วิจัยนำเสนอร่างรูปแบบที่ได้จากการประชุมครั้งที่ 1 เพื่อร่วมกันตรวจสอบและสอบถามความเป็นไปได้ในการนำไปดำเนินการพัฒนา

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนองและประเมินผล

1. ประชุมผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อนำรูปแบบกระบวนการดำเนินงานที่พัฒนาขึ้นไปใช้ เป็นเวลา 6 เดือน ในตำบลเป้าหมาย จำนวน 10 ตำบล เป็นตำบลใน

พื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลทุกแห่ง ทุกอำเภอ ในจังหวัดระนอง จำนวน 5 ตำบล และตำบลในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อำเภอละ 1 ตำบล จำนวน 5 ตำบล

2. สร้างความรู้ (Health Literacy) แก่กลุ่มตัวอย่าง

3. การเยี่ยมเสริมพลัง เต็มเต็มองค์ความรู้เพื่อการดำเนินงานตามรูปแบบฯ

4. การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เป้าหมายหลังการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเดิมตามระยะที่ 1 ทั้ง 371 คน

5. สรุปและเขียนรายงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว ส่วนที่ 2 การได้รับบริการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย 5 หัวข้อได้แก่ 1) การคัดกรองและประเมินสุขภาพกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน ได้แก่ สุขภาพช่องปาก การได้ยิน การขาดสารอาหาร การมองเห็น ความคิด ความจำ ภาวะซึมเศร้า การกลืนปัสสาวะ การเคลื่อนไหวร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวน 9 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามมี 0 คะแนน กับ 1 คะแนน กรณีไม่ได้รับการคัดกรองได้ 0 คะแนน ได้รับการคัดกรองได้ 1 คะแนน 2) การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Individual Wellness Plan) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ โภชนาการ การเคลื่อนไหว สุขภาพช่องปาก สมอง ความสุข และสิ่งแวดล้อมปลอดภัย จำนวน 1 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามมี 0 คะแนน กับ 1 คะแนน กรณีไม่ได้จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดีได้ 0 คะแนน จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี ได้ 1 คะแนน 3) การส่งเสริมและสนับสนุนด้านสุขภาพจากชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วยคำถามการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ถ้าเป็นสมาชิกได้ 1 คะแนน ไม่ได้เป็นได้ 0 คะแนน การได้รับการส่งเสริมสนับสนุน

จากชมรมผู้สูงอายุ กรณีไม่ได้รับได้ 0 คะแนน ได้รับ 1 คะแนน 4) การได้รับการส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลหากพบปัญหาสุขภาพจากการคัดกรอง จำนวน 1 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามมี 0 คะแนน กับ 1 คะแนน กรณีไม่ได้รับส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล ได้ 0 คะแนน ได้รับการส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล ได้ 1 คะแนน 5) การได้รับบริการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) จำนวน 3 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามมี 0 คะแนน กับ 1 คะแนน ประกอบด้วยคำถาม การได้รับการจัดทำ Care Plan (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) กรณีไม่ได้จัดทำ ได้ 0 คะแนน จัดทำได้ 1 คะแนน การได้รับการเยี่ยมติดตามจากทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่ได้รับการเยี่ยมติดตามได้ 0 คะแนน เยี่ยมติดตามได้ 1 คะแนน การได้รับการดูแลและสนับสนุนจาก ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ได้รับการสนับสนุนได้ 0 คะแนน ได้รับการสนับสนุนได้ 1 คะแนน ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีคุณภาพชีวิต ด้านผู้สูงอายุ ของชาลล็อกและเวอร์ดูโก้ (Schallock and Verdugo, 2002 cited in Schallock, 2004: 205-206) จำนวน 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดีด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี จำนวน 84 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบ มาตราวัดของ Likert โดยแบ่งข้อความแต่ละข้อเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อยและเห็นด้วยน้อยที่สุดโดยมีเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนเป็น 5 ระดับคือ

ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง ผู้สูงอายุ มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ผู้สูงอายุ มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง ผู้สูงอายุ มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง ผู้สูงอายุ ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง ผู้สูงอายุ มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค แบบสอบถามการได้รับบริการด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.94 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไป การได้รับบริการดูแลสุขภาพ และด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สำหรับสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ t-test เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง หมายเลขรับรอง 009/2565 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2565

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาและความต้องการการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดระนอง พบว่ากิจกรรมการพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดียังไม่เป็นรูปธรรมไม่ต่อเนื่อง ขาดการมีส่วนร่วม และไม่ครอบคลุมมิติของการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุยังได้รับการคัดกรองไม่ครอบคลุมทุกคน และขาดการให้คำแนะนำหรือส่งต่อไปรักษาหากพบปัญหาสุขภาพ การจัดแผนส่งเสริมสุขภาพยังไม่ครอบคลุมและยังไม่มี การนำไปปฏิบัติจริง ขาดการประเมินผลกิจกรรมตามแผนที่กำหนด ชมรมผู้สูงอายุยังมีเป้าหมายในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพไม่ชัดเจนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุยังไม่ครบทุกมิติ และการสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกับชมรมผู้สูงอายุยังมีน้อย การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ยังขาดความเชื่อมโยงและไม่ชัดเจนในบทบาท

หน้าที่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ยังขาดการประสานงาน ความร่วมมือกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน ผู้สูงอายุยังไม่ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์ ที่ควรจะได้รับ

2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดระนอง โดยรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง ได้แก่ Model : 2P-TR-LP-HL โดย 2P ประกอบด้วย Promotion & Prevention TR ประกอบด้วย Treatment & Rehabilitation LP ประกอบด้วย Long Term Care & Palliative Care และHL(Health Literacy) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่เชื่อมโยงกัน ดังนี้

1) การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและ ภัยสุขภาพของผู้สูงอายุ (Promotion & Prevention) ประกอบด้วยกิจกรรม การกำหนดให้มโนนโยบายสาธารณะ หรือข้อตกลงร่วมกันของชุมชน ภายใต้การมีส่วนร่วมของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและคนในชุมชน การจัดสิ่งแวดล้อม ให้มีความปลอดภัย และจัดการปัจจัยเสี่ยงให้เอื้อต่อการ ดำรงชีวิตผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพ สังคม และจิตใจ ทั้งด้าน อาหาร ศาสนสถาน การตรวจคัดกรองและดูแลสุขภาพ ด้วย 3 หมอ ได้แก่ อสม.หมอคนที่ 1 คัดกรองผู้สูงอายุ (Screening) แล้วส่งต่อหมอคนที่ 2 คือ บุคลากร สาธารณสุข จัดทำแผนเพื่อดูแลสุขภาพ ชะลอความเสี่ยง ให้กับผู้สูงอายุในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมการมี ส่วนร่วมของชมรมผู้สูงอายุ ในด้านการจัดการสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชน ตลอดจนพัฒนานวัตกรรมและการ ประยุกต์ใช้นวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2) การปรับบริการตรวจรักษา/ฟื้นฟู (Treatment & Rehabilitation) ได้แก่ การพัฒนาระบบ ส่งต่อผู้สูงอายุเชื่อมโยงระหว่างชุมชนกับสถานบริการ สาธารณสุข คือหมอคนที่ 3 โดยการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลทุกแห่ง และการจัดบริการตามมาตรฐาน ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูง อายุ เพื่อป้องกันการสูญเสียหรือพิการ

3) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Long Term Care & Palliative Care) ได้แก่ การใช้กระบวนการ Long Term Care ในชุมชน ด้วยกระบวนการ 3 C (Care manager, Care Giver, Care Plan) สำหรับผู้สูงอายุที่

มีภาวะพึ่งพิง) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและ การจิตสวัสดิจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการจัดบริการตามชุดสิทธิ ประโยชน์ การจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพโดยท้องถิ่น เป็นการป้องกันการสูญเสียหรือพิการ

4) การสร้างความสามารถในการใช้ชีวิต ด้วยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ทั้งแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคคลในครอบครัว ผ่าน ช่องทางต่างๆอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับสถานการณ์ ที่เปลี่ยนแปลง

3. ผลของการใช้รูปแบบการดำเนินงาน พัฒนาคูณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัด ก่อนการพัฒนา พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.09$, S.D.= 1.19) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 3.50$, S.D.= 1.01) รองลงมาคือ การรวมกลุ่มทางสังคม ($\bar{X} = 3.24$, S.D.= 1.13) และ สภาพร่างกายที่ดี ($\bar{X} = 3.12$, S.D.= 1.20) ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนาพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ใน ระดับมาก ($\bar{X} = 4.30$, S.D.= 0.62) ด้านที่มีค่าเฉลี่ย สูงที่สุด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 4.42$, S.D.= 0.53) รองลงมาคือ การรวมกลุ่มทางสังคม ($\bar{X} = 4.34$, S.D.= 0.53) และ สภาพร่างกายที่ดี ($\bar{X} = 4.29$, S.D.= 0.53) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระนอง ภาพรวมทุกด้าน ก่อนและหลังการพัฒนา

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล
ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี	2.93	1.17	ปานกลาง	4.27	0.85	มาก
ด้านสภาพร่างกายที่ดี	3.12	1.20	ปานกลาง	4.29	0.53	มาก
ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง	2.74	1.16	ปานกลาง	4.15	0.50	มาก
ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม	3.24	1.13	ปานกลาง	4.34	0.53	มาก
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.50	1.01	ปานกลาง	4.42	0.53	มาก
ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี	2.87	1.31	ปานกลาง	4.23	0.54	มาก
รวม	3.09	1.19	ปานกลาง	4.30	0.62	มาก

การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยภาพรวมก่อนการพัฒนาเท่ากับ 3.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.19 คะแนนเฉลี่ยภาพรวม หลังการพัฒนาเท่ากับ 4.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.62 มีค่า t เท่ากับ -70.41

และมีระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่ตั้งไว้ที่ระดับ .05 หมายความว่าค่าคะแนนในภาพรวมหลังการพัฒนาสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภาพรวม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n= 371)

คุณภาพชีวิตภาพรวม	\bar{X}	S.D.	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	3.09	1.19	-70.41	.000
หลังการพัฒนา	4.30	0.62		

*p < .05

อภิปรายผล

1. การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนองผลการศึกษาพบว่า การคัดกรองสำรวจข้อมูลปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุม การคืนข้อมูลปัญหาสุขภาพและการส่งต่อเมื่อพบปัญหาสุขภาพยังมีน้อย การจัดทำแผนการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยยังมีไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ มีเป้าหมายในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพยังไม่ชัดเจนและแต่ละชมรมที่จัดกิจกรรมยังไม่ครอบคลุมมิติสุขภาพทั้ง 4 มิติ ผู้สูงอายุเข้าร่วมน้อย ชมรมผู้สูงอายุยังไม่เข้าใจการจัดทำแผนสุขภาพดี และกิจกรรมที่มียังไม่ดึงดูดใจหรือเป็นกิจกรรมเดิม ๆ ไม่มีความแปลกใหม่สำหรับความต้องการกิจกรรมการพัฒนาต้องการให้ชมรมผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมดำเนิน การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม ต้องการให้ฝึกอบรมให้ความรู้เรื่อง

การจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพดี คลินิกผู้สูงอายุยังเปิดให้บริการไม่ครบทุกโรงพยาบาล ยังขาดระบบการเชื่อมโยงส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน Care Giver ยังไม่ครอบคลุมตามสัดส่วนการดูแลผู้สูงอายุ ทีมสหวิชาชีพในคลินิกยังขาดองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ชุมชนและท้องถิ่นยังมีส่วนร่วมน้อย ขาดการบูรณาการ และการติดตามประเมินผล การจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุม

การที่ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองไม่ครอบคลุมอาจเป็นเพราะบุคลากรผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพอและไม่มีเวลาในการไปคัดกรอง การให้สม. ไปช่วยคัดกรองยังไม่ชัดเจน อาจเป็นเพราะ อสม.ยังขาดองค์ความรู้ ความชำนาญ และไม่มั่นใจในการใช้เครื่องมือ แอปพลิเคชัน SMART อสม. ในประเด็นการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่ได้จัดทำมาจาก

ความไม่มั่นใจในองค์ความรู้ และวิธีการจัดทำแผนและ กิจกรรม ผู้สูงอายุยังไม่ให้ความสำคัญในการทำแผนส่งเสริมสุขภาพและบางคนไม่ทราบข้อมูลสถานะสุขภาพตนเอง ไม่ได้รับการคืนข้อมูลปัญหาสุขภาพ การส่งต่อผู้สูงอายุที่พบปัญหาสุขภาพไปเข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลยังมีสัดส่วนที่น้อย อาจเนื่องมาจากการจัดตั้งคลินิกโรงพยาบาลมีเพียง 1 แห่งคิดเป็นร้อยละ 20 ของโรงพยาบาลทั้งหมดและการจัดระบบการส่งต่อจากชุมชนไปยังโรงพยาบาลยังขาดระบบที่ชัดเจน การที่กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุไม่ครบทุกมิติอาจเป็นเพราะไม่ทราบว่าในการสร้างเสริมสุขภาพนั้น ควรจะมีมิติใดบ้าง แม้ว่าบางมิติได้แทรกอยู่ในกิจกรรมที่ทางชมรมได้ดำเนินการอยู่แล้วทำให้เชื่อมโยงไปสู่ การประเมินผลกิจกรรมของชมรมไม่ชัดเจน ซึ่งโดยส่วนมากผู้สูงอายุสนใจและให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนและปฏิบัติต่อกันมาในชุมชน การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ชุมชนและท้องถิ่นยังขาดการเชื่อมโยงและการประเมินผล อาจเนื่องมาจากผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบยังไม่ทราบบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในแต่ละส่วน และยังไม่มีการประสานแผนการดำเนินงานแบบบูรณาการ

2. การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ได้จากกระบวนการพัฒนาคือ Model : 2P-TR-LP-HL โดย 2P ประกอบด้วย Promotion & Prevention เป็นการลดปัจจัยเสี่ยงก่อนเกิดโรคของผู้สูงอายุ ได้แก่การคัดกรอง (Screening) โดยคัดกรองผู้สูงอายุ ความถดถอย 9 ด้าน เพื่อประเมินสภาพปัญหาเบื้องต้นและส่งต่อ การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ชะลอความเสื่อมให้กับผู้สูงอายุและการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม TR ประกอบด้วย Treatment & Rehabilitation เป็นการตรวจรักษา /ฟื้นฟู เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการและมีชีวิตยืนยาวได้แก่ การพัฒนาระบบส่งต่อผู้สูงอายุ การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในรพ.ทุกแห่งและการจัดบริการตามมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ LP ประกอบด้วย Long Term Care & Palliative Care เป็นการป้องกันการสูญเสียหรือพิการเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้แก่การใช้กระบวนการ

Long Term Care การใช้กระบวนการ 3 C (Care manager , Care Giver, Care Plan สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและการจัดสวัสดิการให้กับผู้สูงอายุด้านต่างๆและ HL การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคคลในครอบครัว ได้เรียนรู้วิเคราะห์ ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสามารถดูแลตนเองได้โดย

การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดระนอง ประสบผลสำเร็จอย่างชัดเจน ภายใต้ระบบความเชื่อมโยงกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกมิติ โดยกิจกรรมการค้นหาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้การคัดกรองปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เพื่อจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพ และส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษา ฟื้นฟู โดยเชื่อมโยงเครื่องมือคัดกรอง Application Bluebook และการคัดกรองโดย อสม.ผ่านแอปพลิเคชัน SMARTอสม. สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2559:5-7) ที่ต้องมีการพัฒนาเทคโนโลยีช่วยเหลือผู้สูงอายุเพื่อคัดกรองและค้นหาปัญหาสุขภาพ การใช้แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเพื่อชะลอความเสื่อมของร่างกาย และป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง รวมทั้งการส่งต่อผู้สูงอายุเข้าระบบการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรวมทั้งการจัดระบบ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และการส่งเสริมทักษะการใช้เทคโนโลยีสื่อสารสมัยใหม่ ที่จำเป็นในการสื่อสารเพื่อรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเมื่อนำรูปแบบและกระบวนการไปใช้ในการดำเนินงานแล้วพบว่า เป็นกระบวนการเชื่อมโยงที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้อย่างเป็นระบบและชัดเจน

3. ผลของการใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดระนอง ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การที่ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพ และได้รับการคืนข้อมูลปัญหาสุขภาพที่พบทำให้เกิดความตระหนักที่จะแก้ปัญหาสุขภาพตัวเอง ทั้งในด้านการรักษา ฟื้นฟู และการจัดแผนป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพล่วงหน้าผลการวิจัย

ในครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของพัชราภรณ์ พัฒนะ (2560: 21-33) พบว่าผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมโดยเข้าร่วมกิจกรรมในระดับมากมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนที่คิดว่าตนเองยังมีค่าที่จะทำประโยชน์ต่อสังคมได้และยังพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมคือ การรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การใช้แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) เป็นเครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ วิเคราะห์ ตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถดูแลตนเองได้ ชะลอความเสื่อมของร่างกาย และป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2559:5-7) ที่กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมควรมีแผนการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติโดยเน้นไปที่การส่งเสริมศักยภาพในการจัดการตัวเองเพื่อป้องกันตัวเองจากการเจ็บป่วยและสามารถจัดการตัวเองได้ในยามเจ็บป่วย และการศึกษาของวิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์เสกุล (2563:1-19) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเรื่องความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพส่งผลให้มีการตัดสินใจในการดูแล สุขภาพตนเองผิดพลาดได้ง่าย ในส่วนของชมรมผู้สูงอายุ การส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมร่วมกับชมรมผู้สูงอายุทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพในด้านภูมิปัญญาทักษะ ความรู้ความสามารถ การจัดการ และยังทำให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การที่ได้มีโอกาสไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ก่อให้เกิดความรู้สึกดีกว่าตนเอง มีคุณค่าเพิ่มความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อตนเอง เป็นที่ยอมรับของคนในครอบครัว ชุมชน และสังคมและทำงานให้ชุมชนด้วยความสุข สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ซึ่งสอดคล้อง กับทฤษฎีกิจกรรม ของโรเบิร์ต ฮาวิกเกอร์ส (Robert Havighurst, 1960) ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุข ทั้งทางร่างกายและจิตใจที่ได้จากการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา

ทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมด้วยความเชื่อมั่นและมีความสุขนอกจากนั้นยังเกิดความรู้สึกว่า ตนเองเป็นประโยชน์ต่อสังคม กิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งทางกายและจิตใจเมื่อกายและจิตใจมีความสุขคุณภาพชีวิตจะดีตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของดวงเดือน ศาสตร์ภัทร, จิราภรณ์ โภชกปรัภมต, สุวัลลี แยมศาสตร์และสุริยวรรณ ภูริปัญญาคุณ. (2564: 212-223) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ต่างกันมีคุณภาพชีวิตต่างกันและยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เด่น นวลโรสง (2556) พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การตรวจรักษา / ฟันฟู เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการและมีชีวิตยืนยาวโดยการส่งต่อเข้ารับการรักษาและฟันฟูในคลินิกผู้สูงอายุเป็นการรักษา ฟันฟูสุขภาพและการดูแลต่อเนื่อง ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยการดำเนินงาน Long Term Care & Palliative Care อย่างจริงจังและเป็นระบบโดยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องจะเป็นการป้องกันการสูญเสียหรือพิการ (LTC & Palliative Care) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของศิริประภา หล้าสิงห์ (2563:29-36) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ที่มีการประสานแผนพัฒนาและการบูรณาการงบประมาณร่วมกันจนเกิดเป็นรูปธรรม ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง เน้นการทำงานเชิงรุกจนเกิดการพัฒนาระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคคลในครอบครัวได้เรียนรู้ วิเคราะห์ ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถดูแลตนเองได้เป็นการเสริมทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกในการแสวงหาทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและอ้างไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ ดินน้ำจืด

และภัทรธิดา ศรีแสง.(2562: 73-82) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า เงื่อนไขการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีของผู้สูงอายุประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และข้อมูลสุขภาพต้องเข้าถึงง่ายและรวดเร็ว) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (ได้แก่ ผู้ให้บริการทางสุขภาพให้ข้อมูลที่ชัดเจนและไม่เร่งรีบ และสื่อการสอนข้อมูลทางสุขภาพที่อ่านง่าย เน้นแผนภาพและนำไปใช้ได้เลย) การประเมินข้อมูลสุขภาพ (ได้แก่ มีความกระตือรือร้นในการค้นหาข้อมูลและเข้าใจข้อมูลอย่างถ่องแท้) และมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ (ได้แก่ เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นของข้อมูลสุขภาพและสามารถประเมินข้อมูลด้วยความเข้าใจบริบทสุขภาพ)

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ได้สามารถนำไปประยุกต์และขยายผลในตำบลอื่นๆ ในจังหวัดระนอง

เอกสารอ้างอิง

จิรัชยา เคล้าดี,สุภชัย นาคสุวรรณและและ จักรวาล สุขไมตรี. (2560).ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช.วารสารราชพฤกษ์,15 (1), 27-32.

ดวงเดือน ศาสตรภัทร,จิราภรณ์ โภชกปฏิภณ,สุวัลลี แยมศาสตร์และสุรีย์วรรณ ภูริปัญญาคุณ. (2564).ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ,7 (2), 212-223.

เด่น นวลโธสง. (2556).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอนอำเภอสวรรคโลกจังหวัดสุโขทัย.การประชุมวิชาการราชภัฏนครสวรรค์วิชาการ ครั้งที่ 1.นครสวรรค์ : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

พัชราภรณ์ พัฒนะ. (2560).คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4.พุทธชินราชเวชสาร, 36(1), 21-33.

วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรัญญ์ เจริญทิพย์เสกุล. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: สถานการณ์และผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท,2 (1),1-19.

วรภรณ์ ดินน้ำจิตและภัทรธิดา ศรีแสง.(2562).ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ .วารสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 63 (ฉบับเพิ่มเติม),73-82.

ศิริประภา หล้าสิงห์ .(2563). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน .วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน,6(2),29-36.

2. ควรศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุแต่ละช่วงวัยเพื่อให้ทราบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ชัดเจนขึ้นเนื่องจากผลการวิจัยที่วิเคราะห์อาจไม่สามารถบอกคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละช่วงวัยจึงอาจส่งผลกระทบต่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ไม่ครอบคลุม

3. ภาคีเครือข่ายควรให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ภายในชุมชนให้มีความสนใจในจุดร่วมเดียวกันจนเกิดการตระหนักรู้และมีความห่วงใยต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และมีการประสานแผนพัฒนาและการบูรณาการงบประมาณร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรกำหนดให้ประเด็นผู้สูงอายุเป็นนโยบายในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทุกอำเภอในจังหวัดระนอง

2. ควรศึกษาเชิงระบบการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง



- สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.(2564).สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพ.ศ. 2564 สืบค้น15 ตุลาคม 2565จาก https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/05/Elderly-Situation-2021-20220725_compressed.pdf
- สำนักบริหารการทะเบียนภาค 8 (สาขาจังหวัดระนอง) กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย:รายงานจำนวนประชากรจังหวัดระนอง2564สืบค้น20 พฤศจิกายน 2565 <https://www.bora.dopa.go.th/category/region-atical/part8/>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. (2564). เอกสารสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2564,16-20.
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระนอง .(2559).รายงานประจำปี สถานการณ์ทางด้านสังคม ประจำปี 2557-2559 จังหวัดระนอง,25-34.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559).รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาด้านแบบของการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.วิทยาลัย ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ,5-7.