

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4

QUALITY OF LIFE AMONG THOSE ATTENDED ELDERLYCARE LEARNING CENTER, HEALTH REGION 4

พัชราภรณ์ พัฒนะ
ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายให้ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ย 85 ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 75 ปี การศึกษาเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิต อธิบายและหาความสัมพันธ์คุณลักษณะส่วนบุคคลพฤติกรรมสุขภาพ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและอารมณ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสุ่มแบบระบบ สัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 5,926 คน ใช้แบบสอบถามและแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ผลการศึกษาผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพระดับดีปานกลาง ดี ควรปรับเปลี่ยน และดีมาก ตามลำดับ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีที่สุดในรองลงมาคือ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกายและด้านสัมพันธภาพทางสังคม สำหรับพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน พฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การพัฒนาศักยภาพชุมชนและผู้สูงอายุให้สามารถมีคุณภาพที่ดี ควรสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของกิจกรรม เพิ่มกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุเข้าถึง

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ, ศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์

บทนำและวัตถุประสงค์

ปัจจุบันสังคมโลกของเราเข้าสู่ยุคแห่งสังคมผู้สูงอายุปี 2558 จำนวนประชากรโลกทั้งหมด 7,300 ล้านคนเป็นประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.3 ซึ่งถือว่าโลกของเราได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุประเทศพัฒนาแล้วมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 23 ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนามีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 9 สำหรับประเทศด้อยพัฒนามีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น¹ ประชากรผู้สูงอายุที่พบมากที่สุดได้แก่ ทวีปเอเชีย ยุโรป อเมริกาเหนือ ตามลำดับ² กลุ่มประเทศอาเซียนประเทศที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ อินโดนีเซีย (21.19 ล้านคน), ไทย (10.73 ล้านคน) และเวียดนาม (9.61 ล้านคน) ตามลำดับ³ ช่วงอายุของผู้สูงอายุแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วง คือ วัยต้น (อายุ 60-69 ปี) วัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ผู้สูงอายุของประเทศไทยจะมีอายุอยู่ในช่วงวัยต้นถึงร้อยละ 56.5⁴ จำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศไทย 65,323,000 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 16.50 เพศชาย ร้อยละ 7.38 เพศหญิง ร้อยละ 9.1⁵ ในขณะที่ผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 4 มีประชากรทั้งหมด 4,677,760 คน เป็นประชากรสูงอายุ ร้อยละ 16.8 แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันประกอบด้วย กลุ่ม 1 ติดสังคม (กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมด) ร้อยละ 96.14 กลุ่ม 2 ติดบ้าน (กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน) ร้อยละ 3.01 และกลุ่ม 3 ติดเตียง (กลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย) ร้อยละ 0.85 โดยที่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง (ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง) ร้อยละ 3.86⁶ จากการสำรวจจุด

ภาวะผู้สูงอายุไทยยังพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตร้อยละ 41 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 18 และเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ⁷

บัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545–2564) เป็นแผนระยะยาวที่มีนโยบายให้ความสำคัญต่อ “วงจรกิจต์” ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตและเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุไทยให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เพราะผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด โดยยึดหลัก “ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม” พร้อมสร้างกระบวนการความมั่นคงโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาค⁸ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการบูรณาการยุทธศาสตร์ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันใช้กลไกคณะกรรมการเพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขบรรลุเป้าหมายส่งผลถึงประชาชนไทยทุกคนมีสุขภาพดี⁹ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง การส่งเสริมสุขภาพในแต่ละบุคคล แนะนำวิธีการที่เหมาะสมส่งเสริมให้เห็นความสำคัญของสุขภาพและแนวทางแก้ไขสนับสนุนให้กระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและยาวนาน¹⁰ และใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมโดยการสร้างให้ประชาชนที่เป็นเจ้าของปัญหาพร้อมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามาปฏิบัติการร่วมกันและเรียนรู้ร่วมกันเพื่อนำไปพัฒนา¹¹ การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในโครงการศูนย์การเรียนรู้ชุมชนดูแลผู้สูงอายุ โดยบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ใช้ยุทธศาสตร์ “ไตรพลัง” เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการถ่ายทอดองค์ความรู้ การขับเคลื่อนของพลังสังคมของบุคคลต้นแบบ ชุมชนต้นแบบ องค์กรต้นแบบ ในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน คือ 1) พลังปัญญา เน้นการจัดการความรู้ในระดับบุคคล 2) การขับเคลื่อนพลังสังคม เน้นการสร้างเครือข่ายจากทุกภาคส่วน และ 3) การขับเคลื่อนนโยบาย เป็นการนำพลังปัญญาและพลังการขับเคลื่อนสังคมที่ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมสู่กระบวนการส่งเสริมสุขภาพและจัดทำนโยบายสาธารณะ¹²

ประเทศไทยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายให้ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ย (LE) 85 ปีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) 75 ปี การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม การส่งเสริมสุขภาพเป็นการชะลอความเสื่อมของผู้สูงอายุไม่ให้เข้าสู่กลุ่ม ติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ให้สามารถดำรงชีวิตได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม การสร้างศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุแบบยั่งยืนโดยชุมชน เขตสุขภาพที่ 4 มุ่งผลักดันการสร้างเสริมสุขภาพโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ พร้อมพัฒนาตามบริบทของชุมชน ผู้ศึกษามีความสนใจว่าจะมีอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุก่อน-หลัง มีความแตกต่างกันหรือไม่อีกทั้งเพื่อเป็นการศึกษาและใช้เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 จึงเป็นสิ่งที่ต้องทำการศึกษาเพื่อดูในเรื่องของคุณภาพชีวิตโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมิน อธิบาย เปรียบเทียบและหาความสัมพันธ์คุณลักษณะส่วนบุคคลพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป เป็นกลุ่มติดสังคม ที่เข้าร่วมโครงการศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ ของ 24 ชุมชน ในเขตสุขภาพที่ 4¹³

การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่มแบบระบบ

$$n = \frac{N p (1-p) z^2 1 a/2}{d^2 (N-1) + p(1-p) z^2 1 a/2}$$

เมื่อ n = จำนวนตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เข้าร่วมศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุในการศึกษาครั้ง

P = สัดส่วนของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีร้อยละ 24.4^{14}

$Z_{(1-\alpha/2)} = 1.96$ เมื่อ $\alpha = 5\%$

N = จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เข้าร่วมศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษาจำนวน 16,102 คน

d = n ค่าความผิดพลาดสูงสุดในการประมาณค่าสัดส่วนของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เข้าร่วมศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุกำหนดให้เป็น 0.009

แทนค่าในสูตร $n = 5,669$ เพิ่มอีก 5% ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 5,960

จำนวนตัวอย่างของแต่ละชุมชนจะเป็นสัดส่วนกับขนาดของชุมชน

ให้ n_h = จำนวนตัวอย่างของแต่ละชุมชน $= n \cdot (N_h/N)$

เมื่อ N_h = จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เข้าร่วมศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุของชุมชนที่ h

จำนวนตัวอย่างของแต่ละชุมชนดังตาราง (รายละเอียดตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ที่เข้าร่วมโครงการศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ

จังหวัด	ชุมชน	จำนวนผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคมทั้งหมด (คน) = N_h	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน) = $n_h = n \cdot N_h/N$
สระบุรี	บ้านเหวลาด	238	88
	หนองผักหนอก	194	72
	หนองดินแดง	115	43
ลพบุรี	บ้านข่อย	302	112
	โก่งธนู	1,022	378
	ยางราก	1,110	411
สิงห์บุรี	ม่วงหมู่	1,392	515
	ทองเอน 1	1,168	432
	คอทราย	504	187
นครนายก	บ้านนา	1,379	510
	พระอาจารย์	982	364
	อบต.เกาะหวาย	216	80
พระนครศรีอยุธยา	หันสัง	622	230
	บ้านขล้อย	369	137
อ่างทอง	จำปาหล่อ	652	241
	ตลาดใหม่	341	127
	ราษฎร์พัฒนา	418	155
นนทบุรี	ลานทอง	128	47
	บางพูดใน	265	98
	คลองข่อย	986	365
ปทุมธานี	กรีนการ์เด็นโฮม	1,049	388
	บ้านฟ้ารังสิต	900	333
	ฟ้าครามนคร	1,287	476
รวม		16,102	5,960

วิธีการศึกษา: เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ 3 ส่วน จำนวน 50 ข้อ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 14 ข้อ เป็นคำถามชนิดเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ ของกรมอนามัย จำนวน 20 ข้อ¹⁵ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ไม่เคยเลย ครึ่งคราว (1-4 ต่อสัปดาห์) และประจำ (5-7 ต่อสัปดาห์) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) 0.756

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI จำนวน 26 ข้อ¹⁶ ซึ่งมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้านดังนี้ 1) ด้านร่างกาย (physical domain) 2) ด้านจิตใจ (psychological domain) 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่น 0.895

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา สรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษาอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัชฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์เปรียบเทียบและหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและอารมณ์ กับคุณภาพชีวิต โดยใช้ t-test และ ANOVA ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ทั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากกรมการวิจัยกรมการวิจัยกรมอนามัยรหัสโครงการวิจัย 244

ผลการศึกษา

ผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 5,926 คน ร้อยละ 63.1 เป็นเพศหญิง มีอายุ 60-98 ปี พบผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 57.6 สถานะภาพสมรส ร้อยละ 59.3 จบการศึกษาภาคบังคับ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 42.0 ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ร้อยละ 36.2 แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวถึงร้อยละ 8.2 ผู้สูงอายुर้อยละ 71.9 มีโรคประจำตัว ซึ่งโรคประจำตัว 3 ลำดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 70.8 เบาหวาน ร้อยละ 29.0 ไขมันในเส้นเลือด ร้อยละ 27.6 ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกาย ร้อยละ 81.9

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโครงการกับหลังเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุมีความเพียงพอแต่ไม่มีเหลือ รับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพที่พอใช้ได้ ดี และดีมาก ตามลำดับ รับรู้ว่าสุขภาพของตนเหมือนกับเพื่อนรุ่นเดียวกันมีการเข้าร่วมกิจกรรมทุกสัปดาห์ การออกกำลังกายมากขึ้น สำหรับการรับประทานผักมากขึ้น 1-3 ทัพพีต่อวัน การรับประทานผลไม้ (หวานน้อย) ต่อวัน 1-2 ส่วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ (รายละเอียดตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 5,926 คน

คุณลักษณะส่วนบุคคล	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		p-value ¹ <0.001		
ไม่เพียงพอมีหนี้สิน	1,381	23.3	1,381	23.3
ไม่เพียงพอไม่มีหนี้สิน	1,053	17.8	956	16.1
เพียงพอแต่ไม่มีเหลือ	2,149	36.2	2,202	37.2
เพียงพอมีเหลือเก็บ	1,343	22.7	1,387	23.4
การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง		p-value ¹ <0.001		
ดีเยี่ยม	125	2.2	130	2.2
ดีมาก	498	8.4	504	8.5
ดี	2,191	36.9	2,211	37.3
พอใช้ได้	2,607	44.0	2,751	46.4
ไม่ดี	505	8.5	330	5.6
สุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน		p-value ¹ <0.001		
แย่กว่าเพื่อนรุ่นเดียวกัน	872	14.7	764	12.9
เท่ากับเพื่อนรุ่นเดียวกัน	3,472	58.6	3,565	60.2
ดีกว่าเพื่อนรุ่นเดียวกัน	1,582	26.7	1,597	26.9
ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน		p-value ¹ <0.001		
ทุกสัปดาห์	3,533	59.6	3,103	52.4
เดือนละ 2-3 ครั้ง	1,832	30.9	2,240	37.8
เดือนละครั้ง	385	6.5	393	6.6
น้อยกว่าเดือนละครั้ง	176	3.0	190	3.2
การออกกำลังกาย		p-value ¹ <0.001		
ไม่มีการออกกำลังกาย	1,128	19.0	1,072	18.1
มีการออกกำลังกาย	4,798	81.0	4,854	81.9
การรับประทานผักต่อวัน		p-value ¹ <0.001		
ไม่รับประทาน	241	4.1	154	2.6
1-3 ทัพพี	4,838	81.6	4,845	81.8
4-6 ทัพพี	847	14.3	927	15.6
รับประทานผลไม้ (หวานน้อย)ต่อวัน		p-value ¹ <0.001		
ไม่รับประทาน	279	4.7	57	1.0
1-2 ส่วน	4,316	72.8	4,377	73.9
3-4 ส่วน	1,048	17.7	1,209	20.4
มากกว่า 4 ส่วนขึ้นไป	283	4.8	283	4.7

¹ p-value โดยใช้ McNemar Chisquare test

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุรายข้อ โดยที่ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างก่อน-หลัง เข้าร่วมโครงการ มีคะแนนรวมของพฤติกรรมสุขภาพ 3.43(4.37) คะแนนรวมของพฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้าร่วมโครงการ 69.69(11.87) และหลังเข้าร่วมโครงการ 73.12(9.81) มีคะแนนเฉลี่ยที่ดีขึ้นจาก 69.69 คะแนน เป็น 73.12 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจาก 11.87 คะแนน เป็น 9.81 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเพิ่มขึ้น 15 คะแนน เป็น 42 คะแนน

ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพการบริโภค การออกกำลังกายและอารมณ์ดีขึ้น โดยระดับของพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการเหมือนกัน คือ มีพฤติกรรมสุขภาพดีปานกลาง ดี ควรปรับเปลี่ยน และดีมาก ตามลำดับ (รายละเอียดตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ของผู้สูงอายุ 5,926 คน

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	ร้อยละ	
	ก่อน	หลัง
ดีมาก	0.5	0.5
ดี	19.9	25.5
ปานกลาง	61.0	66.1
ควรปรับเปลี่ยน	18.6	7.9

ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโครงการ ร้อยละ 91.2 มีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับ ปานกลาง ระดับดีและระดับไม่ดี เมื่อพิจารณาจากมิติผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีที่สุด รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกายและด้านสัมพันธภาพทางสังคมตามลำดับ (รายละเอียดตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน ของผู้สูงอายุ 5,926 คน

ระดับคุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิต									
	คุณภาพชีวิตโดยรวม		ด้านสุขภาพกาย		ด้านจิตใจ		ด้านสัมพันธภาพทางสังคม		ด้านสิ่งแวดล้อม	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
ไม่ดี	1.5	0.4	2.4	1.0	1.4	0.4	20.3	14.1	1.2	0.2
ปานกลาง	91.3	91.2	85.1	84.3	59.2	56.4	67.9	72.0	70.8	69.8
ดี	7.2	8.4	12.5	14.7	39.4	43.2	11.8	13.9	28.0	29.9
คะแนนเฉลี่ย	81.2	82.6	23.0	23.4	21.6	21.9	9.2	9.5	27.4	27.8
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	10.1	9.5	3.2	3.1	3.2	3.1	1.9	1.8	4.0	3.6
มัธยฐาน	81.0	82.0	23.0	23.0	22.0	22.0	9.0	9.0	27.0	28.0
คะแนนต่ำสุด	32.0	53.0	10.0	11.0	6.0	10.0	3.0	5.0	8.0	13.0
คะแนนสูงสุด	120.0	118.0	35.0	35.0	30.0	30.0	15.0	15.0	40.0	39.0

คุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการ คุณภาพชีวิตโดยรวม 0.03(2.47) ด้านสุขภาพกาย0.01(1.04) ด้านจิตใจ

0.01(0.87) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม 0.01(0.85) ด้านสิ่งแวดล้อม 0.01(1.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (รายละเอียดตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 คุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ของผู้สูงอายุ 5,926 คน

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)			95% CI		p-value*
	ก่อน	หลัง	ผลต่าง หลัง-ก่อน	LB	UB	
	คุณภาพชีวิตโดยรวม	81.16(10.08)	82.61(9.53)	0.03(2.47)	1.39	
ด้านสุขภาพกาย	22.98(3.21)	23.41(3.10)	0.01(1.04)	0.41	0.46	<0.001
ด้านจิตใจ	21.57(3.21)	21.91(3.05)	0.01(0.87)	0.32	0.36	<0.001
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.20(1.91)	9.51(1.77)	0.01(0.85)	0.28	0.33	<0.001
ด้านสิ่งแวดล้อม	27.41(3.95)	27.77(3.57)	0.01(1.00)	0.34	0.39	<0.001

*p-value โดยใช้ Paired-Samples T Test

พฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมด้านสุขภาพกายด้านจิตใจด้านสัมพันธภาพทางสังคมด้านสิ่งแวดล้อมส่วนพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (รายละเอียดตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ 5,926 คน

คุณภาพชีวิต	พฤติกรรมสุขภาพ				ผลต่าง หลัง-ก่อน	p-value
	ก่อน		หลัง			
	Peason's corr.	p- value	Peason's corr.	p- value		
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0.276	0.000	0.363	0.000	0.035	0.007
ด้านสุขภาพกาย	0.224	0.000	0.334	0.000	-0.009	0.500
ด้านจิตใจ	0.234	0.000	0.309	0.000	0.005	0.719
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	0.156	0.000	0.244	0.000	0.014	0.294
ด้านสิ่งแวดล้อม	0.258	0.000	0.295	0.000	0.080	0.000

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้สูงอายุในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 4 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วง วัยต้นสถานภาพสมรสเป็นผู้ที่สมรสแล้ว ยังมีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวซึ่งต้องให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุจบระดับประถมศึกษาภาคบังคับ เกินครึ่งประกอบอาชีพ การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุจะเป็นไปตามพื้นฐานผู้สูงอายุในชนบทที่ตามพื้นที่ชุมชนที่ศึกษา ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว อย่างไรก็ตามพบที่มีโรคประจำตัว 3 โรคขึ้นไปเป็นจำนวนมาก การเปลี่ยนแปลงไม่ทำให้มีโรคประจำตัวเป็นเรื่องยาก ควรมีการส่งเสริมก่อนวัยผู้สูงอายุ เพียงแต่จะทำให้ผู้สูงอายุควบคุมและลดพฤติกรรมเสี่ยงของโรค ผู้สูงอายุรับรู้ต่อสุขภาพของตนเองมีสุขภาพที่พอใช้ได้ ดี และดีมาก ตามลำดับ เป็นไปตามการระบุว่าตนเองมีสุขภาพที่ไม่ดีลดลง เช่นเดียวกับเมื่อเปรียบเทียบกับสุขภาพของตนเองเหมือนกับเพื่อนรุ่นเดียวกัน ผู้สูงอายุมีการเพิ่มการออก

กำลังกาย จะทำกิจกรรมเป็นกิจกรรมออกกำลังกายด้วยเองที่บ้านแต่หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีการออกกำลังกายแบบกิจกรรมกลุ่มมากขึ้น เป็นเพราะโครงการมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยมีการคืนข้อมูลและให้ชุมชนเป็นผู้เลือกกิจกรรมมีการรับประทานผักมากขึ้น 1-3 ทัพพี แต่มีการรับประทานผลไม้ (หวานน้อย) มากกว่า 4 ส่วนขึ้นไปลดลง ผู้สูงอายุมีความรอบรู้เรื่องสุขภาพมากขึ้น โดยการลดความเสี่ยงจากการรับประทานผลไม้ แต่ก็รับประทานในสัดส่วนที่เหมาะสมกับโรคภัยไข้เจ็บของตนเอง จะเห็นว่าความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนในการเข้าร่วมกิจกรรมทุกสัปดาห์ลดลง นั้นหมายถึงคุณภาพชีวิตของการเข้าร่วมดีกว่าความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ควรเน้นคุณภาพของกิจกรรมเช่นเดียวกับรูปแบบในศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ

พฤติกรรมสุขภาพการบริโภค การออกกำลังกายและอารมณ์ดีขึ้น โดยหลังเข้าร่วมโครงการ มีระดับพฤติกรรมด้านสุขภาพดีปานกลาง พฤติกรรมด้านสุขภาพดี ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น พฤติกรรมด้านสุขภาพดีมาก ตามลำดับ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าพฤติกรรมระดับดีมากไม่เพิ่มขึ้น แต่ในในระดับดี ระดับปานกลางเพิ่มขึ้น เป็นไปในทิศทางเดียวกันที่ระดับควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดลง ส่วนระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโครงการมีคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายมิติตามองค์ประกอบในการวัดคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีที่สุด รองลงมาคือ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทุกด้านดีขึ้น เนื่องจากสร้างกระบวนการความร่วมมือมีส่วนร่วมเป็นต้นแบบดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ 1) ชมรมผู้สูงอายุ 2) วัดที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 3) การดำเนินงานของอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (อสม.) 4) การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของบุคลากรสาธารณสุข (รพ.สต./รพ.) 5) การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นความเชื่อมโยงและร่วมกันสร้างศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุแบบยั่งยืนเพื่อลดรอยต่อในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน บูรณาการงานสูงอายุที่มีอยู่ในชุมชนทั้งในภาครัฐและเอกชน อีกทั้งการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาพใจ มีในวัดที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุ จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจดีที่สุด

พฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมด้านสุขภาพกายด้านจิตใจด้านสัมพันธภาพทางสังคมด้านสิ่งแวดล้อม แสดงว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ เข้าร่วมกิจกรรมในศูนย์การเรียนรู้ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลง (ก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการ) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านสิ่งแวดล้อม การจัดศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบนี้ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยการส่งเสริมความรู้ตามหลักสูตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยอาสาสมัคร(18 ชม.),หลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลสูงอายุ(32 ชม.), คู่มือชุมชนต้นแบบดูแลผู้สูงอายุ,คู่มือการออกกำลังกาย,คู่มือการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ, คู่มือการบริหารและฟื้นฟูสายตาโดยวิธีธรรมชาติ, คู่มือเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุ อีกทั้งมีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อม รวมไปถึงมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีการส่งเสริมแหล่งผลิตอาหาร และส่งเสริมให้มีบ้านตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมและด้านสิ่งแวดล้อมที่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีการพัฒนาขึ้นจากพฤติกรรมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations New York. Department of Economic and Social Affairs World Population Ageing 2015 Highlights. United Nations, 2015 All rights reserved.(Online).[cited 2017 January 1]. Available from:<http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/ageing/WPA2015.shtml>
2. United Nations New York. Department of Economic and Social Affairs World Population Ageing 2017 Highlights. United Nations, 2017 All rights reserved. (Online).[cited 2018 May 17]. Available from:<http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/ageing/WPA2017.shtml>
3. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. *ประชากรสูงอายุอาเซียน*. เอกสารประมวลสถิติด้านสังคม. กรุงเทพฯ; 2559.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. *รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพมหานคร; 2557.
5. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. *ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2559 ประชากรคาดประมาณ ณ กลางปี 2559(1 กรกฎาคม)*.ปีที่ 25 มกราคม 2559. จ.นครปฐม.(ออนไลน์).[สืบค้นเมื่อ 17 กรกฎาคม 2559]. จาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th>
6. กรมอนามัย,ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี. *รายงานการตรวจราชการรอบ 2 พ.ศ.2560*. สระบุรี;2560.
7. มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ. *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย(ด้านสุขภาพ)*. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย(มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพ.ศ.2557.กรุงเทพมหานคร; 2558.
8. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ.*แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552*. พิมพ์ครั้งที่1. โรงพิมพ์เทพปัญญา;2552.
9. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์,กระทรวงสาธารณสุข.*ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ.2559*. กรุงเทพมหานคร;2559.
10. สอาด มุ่งสิน.*แนวคิดและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย.*;2556. [สืบค้นเมื่อ17 มีนาคม 2560]. จาก www.bcns.ac.th/2011/admin/att/05-07-2013_aorsaard_course.doc
11. สุพรรณิไชยอำพร และคมพลสุวรรณกัญ.*การศึกษาศูนย์การเรียนรู้ด้านการพัฒนาสังคมและสวัสดิการระดับชุมชน กรณีศึกษาชุมชนแม่ระกา ตำบลแม่ระกาอำเภอวังทองจังหวัดพิษณุโลก*.กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์;2550.
12. ศูนย์อนามัยที่ 4สระบุรี กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรมอนามัย.*คู่มือเกณฑ์ชุมชนต้นแบบดูแลผู้สูงอายุ*.โครงการศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุแบบยั่งยืน ด้านพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายโดยชุมชน เขตสุขภาพที่ 4. โรงพิมพ์อินดี้ ดีไซน์ จ.นครราชสีมา; 2560.
13. ฉวีวรรณ บุญสุยา. *ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง*.ประมวลสาระชุดวิชาสถิติและระเบียบวิธีวิจัยในงานสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช;2544.
14. พัชราภรณ์ พัฒนะ. *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี.การค้นคว้าอิสระ,สาธาณสุขศาสตร์*,มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
15. สำนักโภชนาการ. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. *แนวทางการดำเนินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการก้าวสู่ความยั่งยืน*; 2556.

16. กรมสุขภาพจิต. แบบคัดกรองทางสุขภาพจิต: เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย. โปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ปี พ.ศ.2545.เชียงใหม่; 2545.