

**การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหญ้าไซ**

สุวรรณา อินทพ, ส.บ., ศศ.ม.*

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ลักษณะทั่วไปของ อสม. การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามบทบาท และการพัฒนาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ 2) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหญ้าไซ อำเภอสว่างวีระกูล จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ศึกษากลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 72 คน และผู้สูงอายุ จำนวน 205 คน ระหว่างเดือนธันวาคม 2565 - มกราคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยเชิงเส้นหลายตัวแปร (multiple linear regression)

ผลการศึกษาพบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.9 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 59.7 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.6 จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 88.9 อาชีพหลักเกษตรกรกรรม ร้อยละ 90.3 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 63.9 และระยะเวลาเป็น อสม. 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 76.4 มีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง (mean±SD: 3.91±0.57) มีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามบทบาทโดยรวมอยู่ในระดับสูง (3.78±0.73) มีการพัฒนาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง (3.99±0.59) ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี (100.43±15.29) มีคุณภาพชีวิตมากที่สุดในด้านสิ่งแวดล้อม (environment) (35.98±5.11) ด้านสุขภาพกาย (physical) (29.44±4.53) และด้านจิตใจ (mental) (23.80±3.17) ตามลำดับ ปัจจัยทำนายพบว่าปัจจัยด้านลักษณะทั่วไปของ อสม. การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมดำเนินงานของ อสม.สามารถทำนายอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 67 (B=0.869, p<0.001) จำนวน 9 ปัจจัยจากทั้งหมด 12 ปัจจัย เรียง 3 ลำดับอิทธิพลมากไปน้อย ได้แก่ การมีส่วนร่วมดำเนินงานของ อสม., การเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากร และการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ตามลำดับ

สรุป ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านครั้งนี้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ดีเพิ่มขึ้น ข้อเสนอแนะ ควรจะทำการศึกษาอสม. ทุกคน และเพิ่มระยะเวลาดิตตามการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างน้อย 3 เดือน และเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การพัฒนาคุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหญ้าไซ

The participation of village health volunteers for changing the quality of life of the elderly, Ban Nong Ya Sai Health Promoting Hospital

Suwanna Inthanop, BPH., M.A.

Abstract

This research aims to study 1) general characteristics of village health volunteers, perceptions of health promotion role-based participation and development to change the quality of life of the elderly and 2) to analyze predictive factors influencing quality of life changes for the elderly. In Ban Nong Ya Sai Health Promoting Hospital Wang Sam Mo District Udon Thani Province. This cross-sectional descriptive research. Two sample groups were studied: 72 village health volunteers and 205 elderly people. Between December 2022 - January 2023. Research instruments were questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression.

Results showed that most of them were female 88.9%, age 50-59 years old 59.7%, marital status 80.6%, high school graduate 88.9%, agricultural occupation 90.3%, income less than 5,000 baht per month 63.9% and period of time as a volunteer. 5 years or more 76.4%. There was a high level of awareness of health promotion (mean \pm SD: 3.91 \pm 0.57), participate in performing roles as a whole at a high level (3.78 \pm 0.73) and has been developed to change the overall quality of life of the elderly at a high level (3.99 \pm 0.59). Overall quality of life of elderly was at a good level. (100.43 \pm 15.29) had the highest quality of life in the environment environmental (35.98 \pm 5.11), physical (29.44 \pm 4.53) and mental (23.80 \pm 3.17), respectively. The predictive factors revealed that the general characteristics of village health volunteers, awareness of health promotion and participation in the operations of VHVs were able to predict the influence on the overall quality of life of the elderly with a statistical significance of 67% (B=0.869, p<0.001). A total of 9 factors from a total of 12 factors, arranged in 3 order of influence, including participation in the operation of the volunteers, replenishment of resource shortfalls and awareness of health promotion

Conclusion: the results show that the development of the participation of village health volunteers this time, resulting in a change in the quality of life of the elderly for the better. suggestions: Every village health volunteer should be studied. and increase the period of follow-up on changes in the quality of life of the elderly for at least 3 months and increase the number of elderly people

Keyword: Participation, Village Health Volunteer, Quality of Life Development, Elderly

*Ban Nong Ya Sai Health Promoting Hospital

บทนำ

รูปแบบการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff¹ ได้จำแนกการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ระดับ แบ่งเป็นขั้นตอน ดังนี้คือ 1) การมีส่วนร่วมด้านการวางแผน (planning) คือ การมีส่วนร่วมในการประชุมให้ความคิดเห็นในกระบวนการจัดวางแผนงาน โครงการ การกำหนดเป้าหมาย การดำเนินงานงบประมาณ และทรัพยากรการดำเนินการล่วงหน้าของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล 2) การมีส่วนร่วมด้านการจัดสรรหาทรัพยากร (allocation) คือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการช่วยเหลือ จัดหา หรือสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์หรือเงินค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการต่าง ๆ ร่วมกับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล 3) การมีส่วนร่วมในการร่วมมือประสานงาน (co-ordination) คือ การมีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือปฏิบัติงาน ติดต่อสื่อสาร รับผิดชอบร่วมกับคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล และ 4) การมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล (evaluation)

การใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมเป็นหลักในการดำเนินงานของ อสม. โดยอาศัยรูปแบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในการพัฒนาสาธารณสุขตามนโยบายสาธารณสุขภายใต้หลักการสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) ที่มีการดำเนินการมากกว่า 4 ทศวรรษ² การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 8 ขั้นตอน ได้แก่ การศึกษาบริบทชุมชน การจัดเวทีแลกเปลี่ยนถกปัญหาอย่างมีส่วนร่วม การวางแผนอย่างมีส่วนร่วม การคืนข้อมูลให้ชุมชน การประชาคม การดำเนินการตามแผน การถอดบทเรียน และการประเมินผล พบว่าผลของรูปแบบการส่งเสริมหลังการพัฒนาแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ³

ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จะมีโรคหรือปัญหาสุขภาพอย่างน้อย 1 โรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ฯลฯ คุณภาพชีวิต ความผิดปกติของร่างกายของผู้สูงอายุเกิดจากอายุที่มากขึ้นและขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจนกลายเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านจิตใจมากที่สุดในเรื่องของความวิตกกังวล กลัวจะถูกทอดทิ้ง กังวลว่าจะไม่มีคนดูแล⁴ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การได้รับการสนับสนุนทางสังคม รายได้ ทักษะคติในการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล⁵

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหญ้าไซ อำเภอลำสนธิ จังหวัดสุพรรณบุรี มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 141 คน มีผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 1,284 คน กลุ่มปกติติดสังคม จำนวน 956 คน กลุ่มเสี่ยง จำนวน 98 คนและกลุ่มป่วย จำนวน 230 คน⁶ ในการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ของ อสม. โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหญ้าไซ อำเภอลำสนธิ จังหวัดสุพรรณบุรี ได้มีการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการสร้างรากฐานของระดับการดำรงชีวิตของคนให้ดีขึ้น ผ่านการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงชุมชน การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของ อสม. ซึ่งเป็นตัวกลางประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาสมรรถนะ อสม. ให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี มีรูปแบบการให้การดูแลคนพิการสูงอายุในชุมชน มีรูปแบบการจัดการที่เป็นรูปธรรม นอกจากนี้ อสม. ยังมีบทบาทให้ความรู้ คำแนะนำด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข

จากการที่ได้มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ดังกล่าวมาข้างต้น จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยในฐานะผู้ดำเนินงานด้านการพัฒนาศักยภาพ อสม. ได้ทำการศึกษา การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหญ้าไซ อำเภอลำสนธิ จังหวัดสุพรรณบุรี ในครั้งนี้ จากการตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติการโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. และเพิ่มศักยภาพ อสม. ในการเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการเพิ่มประสิทธิภาพให้ระบบบริการปฐมภูมิดีมาก

ยิ่งขึ้น สิ่งสำคัญของการทำหน้าที่ อสม. เกิดขึ้นจากจิตอาสา รวมทั้งเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง ละเอียดอ่อน และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ บทบาทการมีส่วนร่วมของ อสม. เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็งต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหญ้าไซ
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้านการมีส่วนร่วมของ อสม.ต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหญ้าไซ อำเภอสว่างสามหมอก จังหวัดอุดรธานี

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross sectional descriptive study)

สถานที่ทำการศึกษา คือ ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหญ้าไซ อำเภอสว่างสามหมอก จังหวัดอุดรธานี ระยะเวลาศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม 2565 - มกราคม 2566

ประชากรในการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ

- 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหญ้าไซ อำเภอสว่างสามหมอก จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2565 ทั้งหมดมีจำนวน 141 คน
- 2) ผู้สูงอายุ ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหญ้าไซ อำเภอสว่างสามหมอก จังหวัดอุดรธานี มีผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 1,284 คน กลุ่มปกติดีดั่งคน จำนวน 956 คน กลุ่มเสี่ยง จำนวน 98 คน และกลุ่มป่วย จำนวน 230 คน⁷

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

- 1) อสม. ที่ไม่ยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย อาสาสมัครวิจัยไปเข้าร่วมโปรแกรมอื่นๆ หรือ ไม่มีเวลาให้ความร่วมมือในตอบคำถามหรือให้ข้อมูลไม่ครบ
- 2) ผู้สูงอายุ ที่มีการเจ็บป่วยรุนแรง ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ย เมื่อทราบจำนวนประชากร⁸ ดังนี้

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

- 1) กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

N = population size คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหญ้าไซ อำเภอสว่างสามหมอก จังหวัดอุดรธานี ในปีงบประมาณ 2565 ทั้งหมดมีจำนวน 141 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหญ้าไซ; 2565)

Z = กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95 % ($Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96$)

σ^2 = ค่าความแปรปรวน อ้างอิงการศึกษาของ ปรารค์ จักรไชย และคณะ⁹ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่มหอมครบครว จังหวัดปทุมธานีพบว่า อสม.มีผลการปฏิบัติงานภาพรวมระดับสูง (mean = 3.84, SD = 0.86) ดังนั้น ค่าแปรปรวน = 0.86^2

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยกำหนดที่ = 0.05

$$n = \frac{141 \times (1.96)^2 \times (0.86^2)}{(0.05)^2 \times (141-1) + (1.96)^2 \times (0.86^2)} \quad \text{ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 72 คน}$$

2) กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

N = population size คือ ผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหญ้าไซ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี มีผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 1,284 คน

$$Z = \text{กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ } 95 \% (Z_{\alpha/2} = Z_{0.05/2} = 1.96)$$

σ^2 = ค่าความแปรปรวน อ้างอิงการศึกษาของ ศิริภัทรา จุฑามณี และคณะ¹⁰ ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า อสม. มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID 19) อยู่ในระดับมากทุกด้าน (M = 3.97, SD = 0.73) ดังนั้น ค่าความแปรปรวน = 0.73^2

$$d = \text{ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยกำหนดที่} = 0.05$$

$$\text{แทนค่า } n = \frac{1,284 \times (1.96)^2 \times (0.73^2)}{(0.05)^2 \times (1,284-1) + (1.96)^2 \times (0.73^2)} = 204.71 \text{ คน}$$

ได้ขนาดตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 205 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง (random sampling)

1. สุ่มตัวอย่าง อสม. จำนวน 72 คน คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหญ้าไซ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) สุ่มเลือกหมู่บ้าน จากนั้นสุ่มเลือกครัวเรือนที่มี อสม. ทำการสอบถามโดยผู้วิจัย จนครบขนาดตัวอย่าง

2. สุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 205 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) สุ่มเลือกหมู่บ้านที่สุ่มเลือกได้ในข้อที่ 1 จากนั้นสุ่มเลือกครัวเรือนที่มี ผู้สูงอายุ ทำการสอบถามโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยภาคสนาม จนครบขนาดตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม อสม. แบ่งเป็น 4 ส่วน จำนวน 57 ข้อ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของ อสม. จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วยข้อความคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพหลักนอกเหนือจากการทำหน้าที่ อสม. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาท อสม.

ส่วนที่ 2 การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์จากการศึกษาของ สุพัตรา ศรีชุม¹¹ ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของการส่งเสริมสุขภาพ เป็นมาตรวัด 5 ตัวเลือก การตอบระดับการรับรู้ คือ 1 = ไม่รับรู้ 2= รับรู้เล็กน้อย 3= รับรู้ปานกลาง 4= รับรู้มาก 5= รับรู้มากที่สุด การแปลผลค่าเฉลี่ยการรับรู้แบ่งเป็น 3 ระดับคือ 0-1.66 =รับรู้เล็กน้อย, 1.67-3.33 =รับรู้ปานกลาง, 3.34-5.00= รับรู้ระดับสูง

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์จากการศึกษาของ ชนิตา เตชะปัน¹² ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการกระตุ้น หนุนเสริม เติบโต การพัฒนาคุณภาพชีวิตในบทบาทของ อสม. การเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากร การขับเคลื่อนและประเมินผล การตอบให้แสดงความ

คิดเห็นโดยทำเครื่องหมายถูกในช่องหมายเลข คือ 1= ไม่มีส่วนร่วม 2= เล็กน้อย 3= ปานกลาง 4 = มาก 5 = มีส่วนร่วมมากที่สุด

ส่วนที่ 4 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของ อสม. จำนวน 18 ข้อ การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์จากการศึกษาของ สมยศ ศรีจารณัย¹³ เรื่องเกี่ยวกับอสม. ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากการพัฒนาคุณภาพชีวิตจากการดำเนินงานของ อสม. ประกอบด้วย การดำเนินงานของ อสม. จะเกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ทางกายภาพ เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในทางจิตใจ อารมณ์ และสังคม เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในทางความคิด ปัญญา และวินัย และเกิดการเปลี่ยนแปลงในการลดความเหลื่อมล้ำ ให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบเป็นระดับการเปลี่ยนแปลงจากการพัฒนาคุณภาพชีวิต คือ 1 = เกิดการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด ถึงระดับ 5 = เกิดการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด

ชุดที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ (QOL: Quality of Life Indicator) การศึกษานี้ประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุด้านกิจวัตรประจำวัน เป็นแบบประเมินที่ใช้ได้โดยไม่จำกัดโรคที่เป็น เช่น short form health survey (SF-36), WHOQOL¹⁴ และ EQ-5D-5L¹⁵ ข้อดีของเครื่องมือชนิดนี้คือสามารถประเมินสุขภาพได้หลายมิติด้วยเครื่องมือชนิดเดียวและสามารถใช้เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคต่างๆ ได้ แบบสอบถามนี้ แบบสอบถามเพื่อประเมินข้อมูลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย 3 ข้อ 2ส (การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) การดูแลสุขภาพช่องปาก การป้องกันอุบัติเหตุ สิ่งแวดล้อมและความสุขในครอบครัว โดยตอบคำถามความรู้สึกใน ช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ขอให้ท่านสำรวจตัวเอง และประเมินเหตุการณ์หรือแสดงความรู้สึกหรือการปฏิบัติที่ได้ แล้วตอบคำถามความรู้สึกมี 5 ระดับ คือ 1=ไม่ใช่/ทำไม่ได้ 2=ไม่พอใจ/ทำได้เล็กน้อย 3=ความรู้สึกพอใจ/ทำได้ปานกลาง 4=ความรู้สึกพอใจ/ทำได้มาก 5=ความรู้สึกพอใจ/ทำได้มากที่สุด การแปลงค่าเฉลี่ยการรับรู้แบ่งเป็น 3 ระดับคือ 0-1.66 =รับรู้เล็กน้อย, 1.67-3.33 =รับรู้ปานกลาง, 3.34-5.00= รับรู้ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามและแบบประเมินตามเกณฑ์การประเมินของกรมสุขภาพจิตเป็นหลักที่มีการศึกษาและตรวจสอบเครื่องมือแบบประเมินสุขภาพจิตจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ทุกฉบับ คำถามรายชื่อคุณลักษณะทั่วไปของ อสม. มีคะแนน +1 ทุกข้อ ผู้วิจัยจึงนำไปใช้จริงทั้งหมด

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามและแบบประเมินที่ได้มีการศึกษาและการทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ให้ได้ค่าเชื่อมั่นโดยรวม alpha 0.82 จึงนำไปใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้ สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ข้อมูลต่อเนื่อง แจกแจงแบบ normal distribution โดยใช้ ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คุณลักษณะทั่วไปของ อสม. และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นหลายตัวแปร (multiple linear regression) วิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้านการมีส่วนร่วมของ อสม.ต่อการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ ในจังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดของการวิจัย ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของโคเฮน และอห์ฮอฟ¹ มาเป็นกรอบแนวคิดการประเมินผลจากการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. บริบทของอสม. (input) ด้านคุณลักษณะทั่วไปของ อสม. ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส การศึกษา อาชีพหลักนอกเหนือจากการทำหน้าที่ อสม. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และระยะเวลาเข้าร่วมในบทบาท อสม.

2. กระบวนการดำเนินงานของ อสม. (operation process) ได้แก่ ด้านการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามบทบาท อสม.และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของ อสม.

3. ผลการพัฒนา (results) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่ UDREC 1866 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2565

นิยามศัพท์เฉพาะ

การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนร่วมมือกันการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกันเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เสมอภาคนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนางานเพื่อพัฒนาหรือใช้ความคิดสร้างสรรค์และประสบการณ์ของแต่ละคนในการแก้ปัญหาของชุมชนและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการเคลื่อนไหว การดูแลตนเองการทำกิจกรรมที่เป็นประจำ การดูแลตัวเองเวลาไม่สบายด้านร่างกายและจิตใจได้ มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ด้าน 3อ 2ส. มีครอบครัวที่อบอุ่นและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของ อสม. พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.9 ช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 59.7 (mean=50.83±SD= 5.30) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.6 จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 88.9 อาชีพหลักนอกเหนือจากการทำหน้าที่ อสม. ทำเกษตรกรรม ร้อยละ 90.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 63.9 (mean=4,333.33±SD= 2,862.97) และระยะเวลาเข้าร่วมดำเนินงานในบทบาท อสม. 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 76.4 (mean=12.93±SD= 8.83)

ด้านการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. พบว่า อสม.มีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (mean±SD) 3.91±0.57 มากที่สุดคือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ 4.33±0.62 รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถของการส่งเสริมสุขภาพ 3.88±0.69 และการรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ 3.54±0.78 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพ (n=72)

การรับรู้การสร้างเสริมสุขภาพ	Mean±SD	ระดับ
การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ	4.33±0.62	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ	3.54±0.78	สูง
การรับรู้ความสามารถของการส่งเสริมสุขภาพ	3.88±0.69	สูง
รวมทุกด้าน	3.91±0.57	สูง

การมีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. พบว่า อสม. มีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามบทบาทโดยรวมอยู่ในระดับสูง (mean±SD) 3.78±0.73 มากที่สุดคือ ด้านการขับเคลื่อนและประเมินผลการดำเนินงาน 3.78±0.73 รองลงมา การกระตุ้นหนุนเสริมเติมเต็มการพัฒนาคุณภาพชีวิต 3.76±0.81 และการเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากร 3.76±0.78 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. (n=72)

การมีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามบทบาท อสม.	Mean±SD	ระดับ
การกระตุ้นหนุนเสริมเติมเต็มการพัฒนาคุณภาพชีวิต	3.76±0.81	สูง
การเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากร	3.76±0.78	สูง
การขับเคลื่อนและประเมินผลการดำเนินงาน	3.82±0.76	สูง
รวมทุกด้าน	3.78±0.73	สูง

การพัฒนาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า อสม. มีการพัฒนาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง (mean±SD) 3.99±0.59 เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุดคือ เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม 4.09±0.66 รองลงมาคือด้านกายภาพ 3.99±0.65 และด้านการลดความเหลื่อมล้ำให้กับผู้สูงอายุ 3.99±0.60 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ อสม. (n=72)

การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	Mean±SD	ระดับ
ด้านกายภาพ	3.99±0.65	สูง
ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม	4.09±0.66	สูง
ด้านความคิด ปัญญา และวินัย	3.91±0.68	สูง
ด้านการลดความเหลื่อมล้ำให้กับผู้สูงอายุ	3.99±0.60	สูง
รวมทุกด้าน	3.99±0.59	สูง

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับดี (100.43±15.29) มีคุณภาพชีวิตมากที่สุดในด้านสิ่งแวดล้อม (environment) (35.98±5.11) ด้านสุขภาพกาย (physical) (29.44±4.53) และด้านจิตใจ (mental) (23.80±3.17) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมจำแนก 4 ด้าน (n=205)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต			Mean±SD
	จำนวน (ร้อยละ)			
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี	
ด้านสุขภาพกาย (physical)	2 (0.8)	61 (29.6)	143 (69.6)	29.44±4.53
ด้านจิตใจ (mental)	1 (0.4)	69 (33.8)	135 (65.8)	23.80±3.17
ด้านสังคม (social)	1 (0.4)	39 (18.8)	166 (80.8)	12.78±1.93
ด้านสิ่งแวดล้อม (environment)	1 (0.4)	26 (12.7)	178 (86.9)	35.98±5.11
รวม	1 (0.4)	68 (33.1)	136 (66.5)	100.43±15.29

ผลการวิเคราะห์หาปัจจัยทำนาย พบว่าปัจจัยด้านลักษณะทั่วไปของ อสม. การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมดำเนินงานของ อสม.สามารถทำนายอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 67 (ค่าคงที่ B=0.869, R²Adj.= 0.670, p<0.001) จำนวน 9 ปัจจัย จากทั้งหมด 12 ปัจจัย เรียงตามลำดับอิทธิพลมากไปน้อย เขียนในรูปของสมการพยากรณ์ได้ดังนี้

$$\begin{aligned} \hat{y} = & B=0.869 + 0.595(\text{การมีส่วนร่วมดำเนินงานของ อสม.}) + 0.542 (\text{การเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากร}) \\ & + 0.535 (\text{การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ}) + 0.528 (\text{การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ}) \\ & + 0.514 (\text{การขับเคลื่อนและประเมินผลการดำเนินงาน}) + 0.479 (\text{การกระตุ้นหนุนเสริมเติมเต็มการพัฒนาคุณภาพชีวิต}) \\ & + 0.413(\text{การรับรู้ความสามารถของการส่งเสริมสุขภาพ}) + 0.195 (\text{การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ}) \\ & + 0.018 (\text{ระยะเวลาเข้าร่วมในบทบาท อสม.}) \end{aligned}$$

ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยทำนายต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (n=72)

ปัจจัย	B	Beta	R ² Adj.	F	P-value
รวม	0.869	-	0.670	49.06	<0.001*
ลักษณะทั่วไปของ อสม.	3.479	0.055	0.011	2.21	0.644
อายุ	0.008	0.072	0.009	0.36	0.549
รายได้	1.145	0.055	0.011	0.20	0.051
ระยะเวลาเข้าร่วมในบทบาท อสม.	0.012	0.179	0.018	2.32	0.012*
การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ	0.767	0.084	0.535	82.75	<0.001*
การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ	0.698	0.731	0.528	80.28	<0.001*
การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ	0.346	0.455	0.195	18.24	<0.001*
การรับรู้ความสามารถของการส่งเสริมสุขภาพ	0.557	0.649	0.413	50.86	<0.001*
การมีส่วนร่วมดำเนินงานของ อสม.	0.635	0.062	0.595	105.20	<0.001*
การกระตุ้นหนุนเสริมเติมเต็มการพัฒนาคุณภาพชีวิต	0.512	0.697	0.479	66.31	<0.001*
การเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากร	0.567	0.741	0.542	85.08	<0.001*
การขับเคลื่อนและประเมินผลการดำเนินงาน	0.568	0.722	0.514	76.05	<0.001*

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, วิเคราะห์โดยใช้ multiple regression analysis

วิจารณ์และสรุปผลการศึกษา

การมีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. พบว่า อสม. มีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามบทบาทโดยรวมอยู่ในระดับสูง มากที่สุดคือ ด้านการขับเคลื่อนและประเมินผลการดำเนินงาน การกระตุ้นหนุนเสริมเติมเต็มการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากร ทั้งนี้เนื่องจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหญ้าไซ ได้มีการจัดประชุมทีม อสม. ในเรื่องการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน มีการนำการเสริมสร้างการออกกำลังกาย การนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกันคิด ทบทวนผลการปฏิบัติงานของชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านมา ค้นหาจุดเด่น จุดด้อยของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อนำมาเติมเต็มในส่วนที่ขาด เติมเต็มด้านทรัพยากร และพัฒนาในส่วนที่ดีให้ดียิ่งขึ้น นำตัวอย่างเทคนิคการมีส่วนร่วมของชุมชนมาเป็นแนวทางในการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ ซึ่ง อสม. ได้มีการนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปปฏิบัติอย่างเป็น

รูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ โคเฮน และ อัพฮอฟฟ์¹ ที่ว่าการมีส่วนร่วมประกอบด้วยขั้นตอน การมีส่วนร่วมด้านการวางแผน (planning) การมีส่วนร่วมด้านการจัดสรรทรัพยากร (allocation) มีส่วนร่วมในการประสานงาน (co-ordination) และการมีส่วนร่วมด้านการประเมินผล (evaluation) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม กระบวนการสร้าง-ยกระดับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พื้นที่ แนวคิด “การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม” หรือ “participation action research” มีการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยการวิจัยให้ความรู้ และเสริมสมรรถนะในการเป็นผู้จัดการรายกรณี เพื่อสนับสนุนให้ทั้งสูงอายุที่อยู่ในภาวะเปราะบาง ได้รับการบริการสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พบว่า ผลจากการปฏิบัติงานของ อสม. สามารถเข้าถึงชุมชน เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลจากการติดตามการทำงานของ อสม. ตลอด 10 สัปดาห์ พบว่า การทำงานติดตามผู้สูงอายุในพื้นที่ มีรูปแบบการจัดการที่เป็นรูปธรรม ความสำคัญของการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมจากพื้นที่ นับเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุพิการ และผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของ อสม. และเพิ่มศักยภาพ อสม. ในการเข้ามาับบทบาทสำคัญต่อการเพิ่มประสิทธิภาพให้ระบบบริการปฐมภูมิยิ่งขึ้น¹⁵

การพัฒนาบทบาท อสม. เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า อสม. มีการพัฒนาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมากที่สุดคือ เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ด้านกายภาพ และด้านการลดความเหลื่อมล้ำให้กับผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการพัฒนาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแก่ อสม. ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหญ้าไซ ครั้งนี้ ทำให้เกิดโอกาสในการพัฒนาจากการที่เกิดเครือข่ายการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการทำงาน เกิดการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ และเป็นการพัฒนาเกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา เตชะปัน¹² ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงาน ที่พบว่าคุณภาพของกิจกรรมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคุณภาพของกิจกรรมการปฏิบัติงานหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี มีคุณภาพชีวิตมากที่สุดในด้านสิ่งแวดล้อม (environment) ด้านสุขภาพกาย (physical) และด้านจิตใจ (mental) ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากการส่งเสริมคุณภาพชีวิตโดย อสม. ของตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอสว่างวีรกรรมครั้งนี้ครอบคลุมไปถึงการดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนการเลือกใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุด้านกิจวัตรประจำวัน เป็นแบบประเมินที่ใช้ได้โดยไม่จำกัดโรคที่เป็น เช่น short form health survey (SF-36), WHOQOL และ EQ-5D-5L ข้อดีของเครื่องมือชนิดนี้คือสามารถประเมินสุขภาพได้หลายมิติด้วยเครื่องมือชนิดเดียวและสามารถใช้เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคต่างๆ ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรนนท์ ปุริมาตย์และคณะ¹⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลและทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เรียงตามลำดับค่า Beta ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การได้รับการสนับสนุนทางสังคม รายได้ ที่ตนคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแล และสถานภาพสมรส และการศึกษาของ พิมพ์อภิชยา อินทร์โสภ¹⁸ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ปัจจัยด้านสภาพร่างกาย ด้านความเป็นอยู่ที่ดี ด้านสภาพจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์หาปัจจัยทำนาย พบว่าปัจจัยด้านลักษณะทั่วไปของ อสม. การรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมดำเนินงานของ อสม.สามารถทำนายอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 67 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ปัจจัยทำนายต่อการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยเหล่านี้ อันได้แก่ อสม. มีส่วนร่วมดำเนินงาน มีการเติมเต็มส่วนขาดด้านทรัพยากร มีการรับรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ มีการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ มีการขับเคลื่อนและประเมินผลการดำเนินงาน มีการกระตุ้นหนุนเสริมเติมเต็มการพัฒนาคุณภาพชีวิต รวมถึง อสม. เข้าร่วมดำเนินงานตามบทบาทเป็นเวลานาน จึงจะส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมยศ ศรีจารนัย¹³ ศึกษาบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน พบว่า ผลของการปฏิบัติตามบทบาท อสม. ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำสามารถทำนายผลได้ร้อยละ 28.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อสรุป ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านครั้งนี้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ดีเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านครั้งนี้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ดีเพิ่มขึ้น ควรมีการจัดอบรมการพัฒนาบทบาท อสม. เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในหลายพื้นที่ให้เกิดการแลกเปลี่ยนและเผยแพร่กระบวนการดำเนินงานของ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมและให้เกิดประสิทธิภาพ

2. ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมให้ครบทุกขั้นตอน โดยเฉพาะการร่วมคิด ร่วมเป็นเจ้าของ ร่วมเติมเต็ม และร่วมประเมินผล การขับเคลื่อนจากเลือก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สร้างความเข้าใจร่วมกัน มีกลไกทุกระดับ ค้นหาต้นทุนสังคม ใช้ข้อมูล ร่วมพัฒนา และติดตามต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาในกลุ่ม อสม.ทุกคน และเพิ่มระยะเวลาติดตามการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างน้อย 3 เดือน และเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Cohen JM, Uphoff NT. Rural Development Participation: concept and measure for project design implementation and evaluation: rural development committee center for international studies. New York: Cornell University Press; 1981.
2. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง: การสังเคราะห์ความรู้สู่ยุทธศาสตร์การพัฒนา. ใน โครงการประเมินศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กับยุทธศาสตร์การพัฒนา. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี; 2559.
3. ศุณณลักษณ์ สุรภักดิ์. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2560;1(1):29-37.
4. เกศกนก จงรัตน์, ศรีธยา ฤทธิช่วยรอด, นันทวุฒิ วงศ์เมฆ, นิพนธ์ รัตนคช. ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28(6):1013-1020.
5. จิรนนท์ ปุริมาตย์, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, กรวรรณ ยอดไม้. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28(4):610-619.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองหญ้าไซ. ทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.); 2565.
7. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลโปรแกรม JHCIS เป็นระบบโปรแกรมระบบงานสถานอนามัยและหน่วยบริการปฐมภูมิ. [เข้าถึงเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก :<https://jhcis.moph.go.th>
8. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2557.
9. ปรางค์ จักรไชย, อภิชัย คุณิพงษ์, วรเดช ช่างแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่มหามอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560;31(1):16-28.
10. ศิริภัททรา จุฑามณี, นิชกุล พิชชาชาญ, นวลโย พิศชาติ, ดุษณี บุญพิทักษ์สกุล. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID 19). วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2565; 30(1): 79-87.
11. สุพัตรา ศรีชุม. บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามการรับรู้และความคาดหวังของประชาชน ตำบลเสม็ด จังหวัดชลบุรี. งานนิพนธ์หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
12. ชนิดา เตชะปัน. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ (อสม.) ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2561.
13. สมยศ ศรีจารนัย. บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4. หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 60 ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช 2560 – 2561. วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร; 2561.
14. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.

15. Pattanaphesaj J. Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preference-based score in Thai population [Doctoral dissertation]: Mahidol University; 2014. [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2565]. จาก <https://www.hitap.net>
16. กรุงเทพธุรกิจ. “งานบริการปฐมภูมิ”แบบมีส่วนร่วม ยกระดับ อสม.-เสริมจุดแข็ง. [เข้าถึงเมื่อ 17 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.bangkokbiznews.com/blogs/columnist>
17. จิรนนท์ ปุริมาตย์, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, กรวรรณ ยอดไม้. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28(4):610-619.
18. พิมพ์อพิชยา อินทร์โสภณ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยเขตจังหวัดสมุทรปราการ. การค้นคว้าอิสระ สาขาวิชาการบัญชี คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2562.