

การพัฒนาคุณภาพชีวิตในสังคมสูงอายุโดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม Improving the Quality of Life in Aging Society by Using Participatory Action Research

บทความวิชาการ (Academic article)

Corresponding author E-mail: keskan_b@yahoo.com *

(Received: April 1, 2020; Revised: February 1, 2022;

Accepted: March 19, 2022)

เศกกาญจน์ ทันประภัสสร (Keskan Tunprapussorn) ^{1*}

วารรัตน์ แก้วอุไร (Wareerat Kaewurai) ²

บทคัดย่อ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตมีความสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง โดยถือเป็นมาตรการหลักในการขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ มุ่งให้ผู้สูงอายุไทยเกิด “พหุพลังหรือสูงอายุอย่างมีพลัง” เนื่องจากในปีพ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรสูงอายุในช่วง 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด หรือไม่น้อยกว่า 13 ล้านคน และกลายเป็นสังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ ดังนั้นเป้าหมายของการพัฒนาบุคลากรด้านสูงอายุจึงมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีการพึ่งพาตนเอง รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชนได้ ทั้งนี้เพื่อลดแนวโน้มการเกิดปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตจากความเสื่อมแห่งวัยที่จะตามมาหรือมีความรุนแรงมากขึ้น ด้วยเหตุนี้การนำการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่มีจุดเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถบอกความต้องการที่แท้จริงในการแก้ปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่างครอบคลุม จึงเหมาะสมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และควรใช้การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นกระบวนการสร้างความรู้สู่การปฏิบัติที่สอดคล้องกับลักษณะการเรียนรู้จากการนำประสบการณ์มาใช้แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันของผู้สูงอายุ สร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีแนวปฏิบัติที่นำไปสู่การพัฒนาความสามารถในการดูแลตัวเอง การพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งเป็นการสูงอายุอย่างมีพลังและยังประโยชน์บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุสามารถประยุกต์การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรมตามความเหมาะสมกับบริบทของสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ โดยในบทความวิชาการนี้จะกล่าวถึง ความหมายของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ และกรณีศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งท้ายที่สุดจะทำให้ผู้สูงอายุไทยมีคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืนในระดับที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, สังคมสูงอายุ, การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

2 คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Faculty of Education, Naresuan University

ABSTRACT

The improvement of quality of life for older people is crucial, since it is one of the key drivers of national work for older people aimed to encouraging Thai seniors to "active aging". This is due to Thailand's growing population of seniors aged 60 and more, which already accounts for 20% of the population, or around 13 million people, making it a complete-aged society by 2021. The purpose of participatory action research was to improve their ability to care for themselves and engage in their families and community activities, therefore reducing the severity of physical and mental health issues associated with aging. As a result, implementing participatory action research focusing on their needs in issue resolution is appropriate for increasing elders' quality of life. Creative participatory meetings, which put information into practice, should be held as it is consistent with the older people's learning style by sharing experience with each other. Furthermore, improving older people's ability to care for themselves and participate in active aging should be implemented. This article recommended nurses and other caregivers of older people use participatory action research to improve older people's quality of life in a tangible and appropriate way in the context of health care services. It will focus the content of the creative participatory meetings. Finally, this will result in improved and long-term quality of life for older people.

Keywords: Quality of life, Aging society, Participatory action research

บทนำ

องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าในช่วงปีพ.ศ. 2544-2643 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ โดยประเทศไทยถือเป็นประเทศที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุดเป็นอันดับ 4 ในทวีปเอเชีย และถือเป็นอันดับสองในอาเซียน (Chewasopit, 2019) และสถานการณ์การก้าวสู่ “สังคมสูงวัย” ซึ่งคำนิยามของ “สังคมสูงวัย” หรือ “สังคมสูงอายุ” มีความหมายเหมือนกันและใช้แทนกันได้ แต่มีข้อคิดจากงานเขียนของสมเด็จพระพุฒาจารย์ (ป.อ.ปยุตฺโต) ในหนังสือเรื่อง “สูงอายุเป็นก็น่าเป็นผู้สูงอายุ” ที่กล่าวว่า “อายุ” เป็นภาษาบาลี หมายถึง “พลังส่งต่อหล่อเลี้ยงชีวิต” และ “วัย” หมายถึง “ความเสื่อม ความโหม” จึงเสนอให้ใช้คำว่า “สังคมสูงอายุ” แทนคำว่า “สังคมสูงวัย” เพื่อให้มีความหมายสื่อไปในทางที่ดี คือหมายถึง “สังคมที่สูงด้วยพลังส่งต่อหล่อเลี้ยงชีวิต” (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2017) ดังนั้นในบทความฉบับนี้จึงใช้คำว่า “สังคมสูงอายุ” ด้วยเหตุผลดังกล่าวมา

“สังคมสูงวัย” (Aging society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7 “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์”

(Complete aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14 “สังคมสูงอายุนับสุดยอด” (Super aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 20 (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2017) จากคำนิยาม “สังคมสูงอายุนับสมบูรณ์” จึงพบว่าในปีพ.ศ. 2564 ประเทศไทยกลายเป็น “สังคมสูงอายุนับสมบูรณ์” โดยมีจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่น้อยกว่า 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20 (Thaipost, 2021) และเมื่อถึงปีพ.ศ. 2574 จะมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 28 (Academic Focus, 2019) แสดงให้เห็นว่าในไม่ช้าประเทศไทยมีแนวโน้มจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุนับสุดยอด” การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง เนื่องจากอายุที่มากขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายและเกิดความเสื่อมแห่งวัยได้มากกว่าวัยอื่น จึงเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเจ็บป่วยเป็นโรคได้ง่าย เกิดโรคเรื้อรังมากขึ้นและมีความรุนแรงของโรคมกขึ้น ปัญหาด้านสุขภาพดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งความเป็นจริงในปัจจุบันสภาพเศรษฐกิจและสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งไร้การดูแลจากสมาชิกในครอบครัวที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้ให้แก่ครอบครัว ปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุเกิดความทุกข์ใจ ปราศจากความสุข ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต จึงส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก (Chueychom, Lueunchawee, 2017; Jumneansuk et al., 2017) ด้วยเหตุนี้การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นับเป็นความสำคัญที่ภาครัฐต้องวางแผนสนับสนุนให้หน่วยงานต่าง ๆ และทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รวมถึงตัวผู้สูงอายุเองให้มีวิธีการปฏิบัติที่เอื้อต่อการดำเนินงานให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น (Academic Focus, 2019) ดังปรากฏในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 259(3) การปฏิรูปประเทศต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ ประชาชนมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (National Board of Elders, 2010)

การได้มาซึ่งแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ต้องอาศัยพื้นฐานจากการมีส่วนร่วมและความสุขของผู้สูงอายุ ดังนั้นการนำการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่มีจุดเน้นที่สำคัญคือ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นหรือสร้างสรรค์กิจกรรมทางสังคมร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคุณค่าต่อสังคม เป็นการเปิดโลกทัศน์ใหม่ ๆ ให้กับผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้สร้างบทบาททางสังคมของตนขึ้นมาใหม่เพื่อทดแทนบทบาทหน้าที่ที่สูญเสียไป เกิดความเข้าใจในบทบาททางสังคมและการมองเห็นคุณค่าของตนเองเป็นสำคัญ สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีความสุข อยู่อย่างมีศักดิ์ศรี เกิดความสัมพันธ์กับเพื่อนที่ใกล้ชิดและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวหรือนอกครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี สามารถเรียนรู้ปรับตัวต่อเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตได้ดี ทำให้ผู้สูงอายุมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขในการดำเนินชีวิตนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป (Wongprom, Jongwutiwes, Prasertsuk & Jongwut, 2015) โดยในบทความวิชาการนี้จะกล่าวถึง ความหมายของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ และกรณีศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

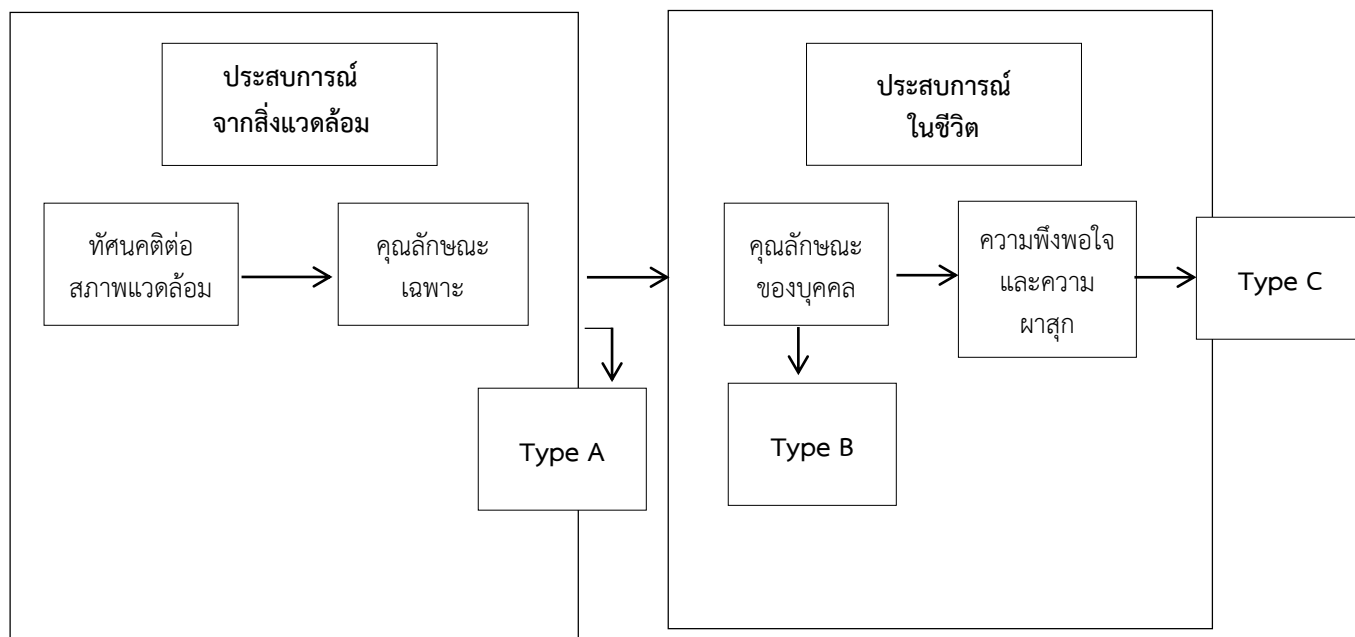
ความหมายของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้นิยามคำว่า “คุณภาพชีวิต” หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงสภาพความเป็นอยู่ บริบททางวัฒนธรรม ระบบค่านิยม ความคาดหวัง และมาตรฐานที่สังคมกำหนด จากนั้นนิยามนี้มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต สถานะ ระดับความเป็นอิสระของบุคคล ความสัมพันธ์ส่วนตัว ความเชื่อในบริบทเฉพาะหรือธรรมชาติสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนทางสังคม การเรียนรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบเหล่านี้ทำให้สามารถจัดการปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเกิดโรคของผู้สูงอายุได้ดีขึ้น ทำให้เกิดการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบองค์รวม ภายใต้มุมมองทางการแพทย์ มุมมองทางสังคมและสหวิทยาการที่มีหลายแง่มุมเพื่อวิเคราะห์คุณภาพชีวิตและการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจากหลากหลายมิติ(Garcia & Navarro, 2018) นอกจากนี้ยังมีการนิยามความหมายของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดังนี้ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง ความผาสุกทางสังคม เศรษฐกิจ การรักษาสุขภาพและควบคุมกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ รวมถึงจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ดังนั้นการสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้น จึงเกี่ยวข้องกับความผาสุกทางกาย สังคมและจิตใจ ตลอดจนสังคม การมีส่วนร่วม การคุ้มครองความปลอดภัย การดูแลผู้สูงอายุเพื่อหลีกเลี่ยงความพิการ โรคเรื้อรัง และบริการดูแลสุขภาพให้น้อยลง (Medeiros, Carletti, Magno, Maia, Cavalcanti & Garcia,2020) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง ความสุข ความสำเร็จของเป้าหมายชีวิต ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างอิสระและดำรงชีวิตที่เป็นอิสระของผู้สูงอายุ (Svantesson et al., 2015; Chang, Gil, Kim & Bea, 2021) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง การยอมรับสภาพการดำรงชีวิตในระบบวัฒนธรรมและค่านิยมในสังคมที่ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ด้วยความเป็นอิสระ (Independent) และความเป็นอิสระแห่งตน (Autonomy) ที่สัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวังและมาตรฐานที่คาดหวัง (Kanatawong & Kiatkunwong, 2019)

จึงสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้ ความต้องการ ความพึงพอใจ ความเชื่อ ความคาดหวัง ความผาสุกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการมีส่วนร่วม ด้านการคุ้มครองความปลอดภัย สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ปฏิสัมพันธ์กับผู้คน การใช้โทรศัพท์มือถือและโซเชียลมีเดีย ความสำเร็จของเป้าหมายชีวิต ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างอิสระและดำรงชีวิตที่เป็นอิสระของผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

โรเจอร์สัน ได้กล่าวถึงแนวคิดของคุณภาพชีวิตใน 2 องค์ประกอบ คือ ประสบการณ์จากสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ในชีวิต โดยแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ ประเภทเอ (A) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตตามประสบการณ์ จากสิ่งแวดล้อม คือ ทศนคติต่อสภาพแวดล้อมและคุณลักษณะเฉพาะ ประเภทบี (B) จะให้ความสำคัญจากการประเมินความคิดเห็นคุณลักษณะส่วนบุคคล และประเภทซี (C) เป็นการศึกษาความพึงพอใจจากประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล ดังรูปที่ 1 (Rogerson, 1999)



รูปที่ 1: แนวคิดของคุณภาพชีวิต (Rogerson, 1999)

และเวนเดกอตท์ แมร์ริกและแอนเดอร์เซน ได้อธิบายแนวคิดคุณภาพชีวิตโดยใช้ทฤษฎีบูรณาการคุณภาพชีวิต (The integrative theory of the quality of Life) ซึ่งเป็น “meta - theory” โดยกล่าวถึงมุมมองชีวิตที่ดี แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่ 1) คุณภาพชีวิตแบบอัตวิสัย (subjective quality of life) เป็นความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตที่ดีของแต่ละบุคคล 2) คุณภาพชีวิตแบบอัตถิภาวนิยม (existential quality of life) เป็นความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตที่ดีของบุคคลในระดับลึก และ 3) คุณภาพชีวิตแบบวัตถุวิสัย (objective quality of life) เป็นการรับรู้ต่อชีวิตที่ดีของบุคคลภายนอก โดยมีสาระสำคัญ 8 ประการ ดังนี้ 1) ความเป็นอยู่ที่ดี (Well Being) คือ การได้รับการเติมเต็มความต้องการและความสามารถของตน โดยการสะท้อนออกมาในรูปของความพอใจ 2) ความพึงพอใจต่อชีวิต (Satisfaction with Life) คือ ความพึงพอใจเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดี 3) ความสุข (Happiness) ความสุขที่แท้จริง คือ การปรับตัวให้เข้ากับธรรมชาติ วัฒนธรรมตามปรัชญาและแนวคิดทางศาสนา 4) ความหมายในชีวิต (Meaning in Life) หรือ พันธกิจชีวิต คือ เป้าหมายสูงสุดในชีวิตตามหลักศาสนา เช่น ศาสนาพุทธ คือ ความว่างเปล่า หรือนิพพานเน้นการอยู่กับปัจจุบันที่มีความหมายลึกซึ้ง 5) มุมมองคุณภาพชีวิตเชิงชีวภาพ: ระบบสารสนเทศทางชีวภาพและสถานะของการดำรงอยู่อย่างสมดุล (A Biological View of the Quality of Life: the Biological Information System and the State of Existential Balance) คือ การตระหนักถึงข้อมูลทางชีววิทยาเพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างถูกต้องและเพื่อรักษาร่างกายให้แข็งแรงดี 6) ศักยภาพที่แท้จริงของชีวิต (Realizing Life Potential) คือ การเชื่อมโยงข้อมูลที่มีความหมายในระบบชีวิตกับความเป็นจริง ช่วยให้ชีวิตมนุษย์มีพัฒนาการมากยิ่งขึ้น 7) การตอบสนองความต้องการ (Fulfillment of Needs) คือ ความรู้สึกที่ดีเมื่อความต้องการของเราได้รับการตอบสนอง และ 8) ปัจจัยเป้าหมาย (Objective Factors) คือ เป้าหมายของคุณภาพชีวิตที่สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการปรับตัวเข้ากับวัฒนธรรมของตนเองได้เป็นอย่างดี (Ventegodt, Merrick & Andersen, 2003)

จากการศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับความสุขความพึงพอใจที่ผู้สูงอายุสามารถสนองตอบต่อคุณภาพชีวิตใน 4 มิติ คือ กาย ใจ สังคม และปัญญา/การเรียนรู้ (Wongprom et al., 2015) การเข้าร่วมกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้ง 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม (Piyasakulkiat, 2018) การพัฒนาสุขภาพทางกายและจิตใจของผู้สูงอายุ (Tajai, Limsuwan, Sriruk, Thanomsat, Makawan, 2020) การประเมินความต้องการของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลสุขภาพมากที่สุด รองลงมาเป็นความต้องการสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐาน มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกเยี่ยม ต้องการอาหารที่มีประโยชน์ ต้องการให้มีศูนย์กลางความรู้ในชุมชน (Thunkham, 2020) หรือความต้องการการพัฒนาคุณภาพชีวิตใน 6 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ระดับการพึ่งพาและความเชื่อส่วนบุคคล (National Council of Social Service, 2017) ดังนั้น การศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดังกล่าว จึงสอดคล้องกับแนวคิดของคุณภาพชีวิตทั้ง 3 ประเภท เนื่องจากการประเมินตามประสบการณ์จากสิ่งแวดล้อม ความคิดเห็น คุณลักษณะส่วนบุคคล และการศึกษาความพึงพอใจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับทฤษฎีบูรณาการคุณภาพชีวิตใน 4 ประการ คือ ด้านความเป็นอยู่ที่ดี ความพึงพอใจ ความสุขและการตอบสนองความต้องการ และส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตใน 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

จากการศึกษาของ ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา (Trevittaya, 2016) ได้สรุปว่า แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่นิยมใช้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Health-related quality of life: HRQOL) โดยแบบประเมินในกลุ่มนี้สามารถแบ่งออกเป็นสองกลุ่มย่อย คือ 1.1 แบบประเมิน HRQOL แบบเฉพาะเจาะจง (specific HRQOL questionnaire) 1.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (Generic HRQOL questionnaire) จากแนวคิดแบบ meta-theory แบบประเมินในกลุ่มนี้สามารถนำไปใช้ประเมินคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยเป็นโรคหรือมีความพิการได้ กลุ่มที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม (Holistic quality of life : WHOQOL-BREF) เป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมปัจจัยพื้นฐานสำคัญที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน คือ การรับรู้ด้านภววิสัย (Perceived objective) และการรายงานตนเองด้านอัตวิสัย (self-report subjective) ครอบคลุมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ด้วยเหตุนี้แบบประเมินคุณภาพชีวิตกลุ่มที่ 2 จึงนิยมนำไปใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (Devraj, D'mello, 2021)

จากการศึกษาวิจัยของโกศล สอดส่อง (Sodsong, 2018) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 4 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ (Piyasakulkiat, 2018) ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 4 ด้านคือ กาย จิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยของคนอื่น ๆ (Ngammeerith, Rareukchat, Phowan, 2018) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน 4 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่าเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสังคมไทยส่วนใหญ่นิยมใช้การประเมินคุณภาพชีวิตแบบองค์รวมเนื่องจากการประเมินดังกล่าวมีข้อคำถามที่มีทั้งดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตแบบวัตถุวิสัยและแบบอัตวิสัย และยังครอบคลุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างชัดเจน

การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การศึกษาวิจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลท่าแค จังหวัดลพบุรี พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาด้านสภาพแวดล้อม ด้านสุขภาพจิตและด้านสุขภาพกายน้อยที่สุด ตามลำดับ (Piyasakulkiat, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ โกศล สอดส่อง ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านจิตใจและด้านร่างกาย ตามลำดับ (Sodsong, 2018) แตกต่างจากการศึกษาวิจัยของ ณัฐกฤตา งามมีฤทธิ์ ,วัชรินทร์ ระฤกชาติ และ ณภัทร โพธิ์วัน ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคกลาง พบว่า ด้านสุขภาพทางกายภาพ ด้านจิตใจ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง (Ngammeerith, Rareukchat & Phowan, 2018)

จึงสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุไทยจึงควรได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตจากระดับปานกลางให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้น และเนื่องจากปัญหาสุขภาพหรือการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมักเพิ่มขึ้นตามอายุของประชากร โดยเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 60 สำหรับประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไป (Monetary Policy Group Bank of Thailand, 2018) ดังนั้นผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงจึงควรมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแลรักษาสุขภาพตนเอง เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามผลการศึกษาวิจัยที่กล่าวมา ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) เนื่องจากมีพื้นฐานมาจากการเคารพและเห็นคุณค่าความเชี่ยวชาญที่มีอยู่ของผู้มีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการ เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจและก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืนต่อไป (Hand, Rudman, McGrath, Donnelly & Sands, 2019)

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participatory Action Research-PAR)

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) หรือใช้คำว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การวิจัยแบบมีส่วนร่วม การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในชุมชน และการสอบสวนแบบมีส่วนร่วมในรูปแบบอื่น ๆ ถือเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งเป็น “การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ มีวัตถุประสงค์เพื่อการดำเนินการและเปลี่ยนแปลงทางสังคมโดยมีการกระทำเฉพาะเป็นเป้าหมายสูงสุด” ส่งเสริมศักยภาพการพัฒนาชุมชนโดยบุคคลในชุมชนหรือองค์กรมีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน ในการร่วมมือกับนักวิจัยมืออาชีพตลอดกระบวนการวิจัยตั้งแต่การออกแบบเริ่มต้นจนถึงการนำเสนอผลและการอภิปรายผลกระทบของการกระทำ ดังนั้น คำนิยามของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คือ กระบวนการสร้างเสริมพลังที่มุ่งมั่นให้ผู้เข้าร่วมในสถานการณ์ได้รับรู้ถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการรับรู้ที่สำคัญซึ่งเป็นองค์ประกอบในการทำงานร่วมกันของผู้ปฏิบัติงาน หรือบุคคลในชุมชน องค์กร ช่วยในการระบุปัญหาและกระบวนการแก้ไขปัญหาจากการทำงานร่วมกัน (MacDonald, 2012)

สำหรับขั้นตอนของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม นั้น Watters, Comeau & Restall, (2010) เสนอว่า ขั้นตอนของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดมี 8 ขั้นตอน ดังนี้ *ขั้นตอนที่ 1 การเลือกปัญหาและเป้าหมาย* คือ การระบุปัญหาของบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จริง ร่วมกับนักวิจัยกำหนดปัญหาและเป้าหมายที่

ต้องการแก้ไขแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีทั้งเพศชายและเพศหญิง มีการศึกษาระดับต่าง ๆ มีประสบการณ์การทำงาน สามารถสื่อสารได้ดีและเต็มใจที่จะมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย สามารถเดินทางไปเข้าร่วมกิจกรรมตามสถานที่นัดหมายได้ (Wongsala, Anbacken, Rosendahl, 2021) **ขั้นตอนที่ 2: การเลือกผู้เข้าร่วมและทีมผู้วิจัย** ต้องคำนึงถึงผู้เข้าร่วมที่มีประสบการณ์และเผชิญกับสถานการณ์ที่คล้ายกัน ให้ความร่วมมือและเป็นประโยชน์ โดยนักวิจัยเป็นผู้กำหนดบทบาทของสมาชิกในทีม แบ่งปันระเบียบวิธีวิจัยให้กับผู้เข้าร่วมในการวิจัยเพื่อสร้างความคุ้นเคยกับกระบวนการวิจัย เช่น ผู้วิจัยคัดเลือกรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจากชมรมผู้สูงอายุ จากนั้นผู้วิจัยโทรศัพท์แจ้งข้อมูลทางวาจาและลายลักษณ์อักษร และผู้สูงอายุที่เข้าร่วมสามารถแนะนำผู้สูงอายุอื่นที่สนใจและมีคุณสมบัติตามที่กำหนดเข้าร่วมโดยใช้เทคนิคสโนว์บอลได้ (Wongsala, Anbacken & Rosendahl, 2021) **ขั้นตอนที่ 3 การหาแหล่งเงินทุนสนับสนุน** เป็นการขอเงินทุนเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่ทำการวิจัย ด้วยการจัดหาเงินทุนให้ตรงกับเกณฑ์คุณสมบัติและแนวทางของหน่วยงานที่ให้ทุน ดังนั้น การมีนักวิจัยที่มีประสบการณ์ที่มีความรู้เกี่ยวกับองค์กรที่ให้ทุนการวิจัยจึงเป็นประโยชน์มากต่อการขอรับทุนสนับสนุนการวิจัย **ขั้นตอนที่ 4 ระเบียบวิธีการรวบรวมข้อมูล** การรวบรวมข้อมูลที่นิยมใช้ คือ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม (Focus group) การจดบันทึกภาคสนาม (Zendehtalab, Vanaki, Memarian, 2020) การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control: A-I-C) การสำรวจ แบบสอบถาม และอื่น ๆ ทีมผู้วิจัยจะต้องเลือกวิธีการรวบรวมข้อมูลที่ดีที่สุดเพื่อตอบคำถามการวิจัย เช่น การใช้กระบวนการ A-I-C ประกอบด้วย A: การสร้างความรู้ความเข้าใจสภาพของผู้สูงอายุในครอบครัวและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ I: การสร้างแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ C: การกำหนดแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (Jarujutharat, 2016) หรือตัวอย่างการใช้คำถามในการสัมภาษณ์สามเสาหลักของ Active aging ได้แก่ ท่านคิดอย่างไรเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ? ผู้สูงอายุควรมีส่วนร่วมทางสังคมกับบุคคลและชุมชนอย่างไร ? และอะไรที่ทำให้ท่านรู้สึกปลอดภัยในชีวิต ? (Wongsala, Anbacken, Rosendahl, 2021) **ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูล** เป็นการเลือกวิธีการที่เหมาะสมที่สุดในการวิเคราะห์และตีความข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ ที่สำคัญต้องได้รับการพิจารณาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียว่าการวิเคราะห์และตีความข้อมูลที่ได้อ้างอิงไปอย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะก่อนและหลังทดลอง ใช้สถิติ Paired t-test (Jarujutharat, 2016) **ขั้นตอนที่ 6 การนำเสนอผลการวิจัย** ทีมผู้วิจัยต้องตัดสินใจว่าจะนำเสนอผลการวิจัยและวิธีการสื่อสารที่จะมีผลกระทบมากที่สุด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด เช่น การวิจัยนั้นสามารถนำเสนอในรายงานที่สามารถเผยแพร่ให้กับองค์กรที่หลากหลายและกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ได้ **ขั้นตอนที่ 7 ดำเนินการจากผลลัพธ์ของการศึกษา** เป็นการนำข้อสรุปจากการศึกษา การเปลี่ยนแปลงปัญหาหรือสถานการณ์ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงและกลุ่มเป้าหมายไปเผยแพร่ด้วยวิธีการที่เหมาะสมที่สุด เช่น จากผลการวิจัย พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยใช้กระบวนการ A-I-C ช่วยให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรนำกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป (Jarujutharat, 2016) และ **ขั้นตอนที่ 8 การประเมินผลโครงการวิจัย** เป็นการสะท้อนถึงกระบวนการของโครงการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด โดยอาจสะท้อนเป้าหมาย กระบวนการทั้งที่ประสบผลสำเร็จหรือไม่ประสบความสำเร็จ สามารถประเมินผลแต่ละขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง เช่น กิจกรรมในการดำเนินการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไม่ควรเป็นกิจกรรมที่ใช้ความจำหรือความรวดเร็วในการทำกิจกรรม ควรเป็นกิจกรรมที่สร้างความเข้าใจ เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดี ทำให้

ผู้สูงอายุเกิดความผ่อนคลายในการร่วมกิจกรรมและควรให้ครอบครัวเข้ามาร่วมพูดคุยในกระบวนการทุกขั้นตอน (Jarujutharat, 2016)

จะเห็นว่าขั้นตอนของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทั้ง 8 ขั้นตอน มีความสอดคล้องต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและขับเคลื่อนให้ผู้สูงอายุไทยเกิดพลวัตพลัง (Active Aging) โดยการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมถือเป็นกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ปัญหาโดยตรง มีเป้าหมายเพื่อสร้างความรู้และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของปัญหาด้วยการนำไปปฏิบัติจึงมีความสำคัญยิ่ง เพราะทำให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักและเห็นว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นหน้าที่ที่ผู้สูงอายุต้องรับผิดชอบมีส่วนร่วมในการพัฒนาตนเองเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเองและพึ่งพาตนเองได้ ตามที่กำหนดไว้ใน “วาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ” ต่อไป

การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control: A-I-C)

จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่า ในปัจจุบันมีการนำการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยและวิธีดำเนินกิจกรรมมักนิยมใช้การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ ดังนั้นในบทความนี้ผู้เขียนจึงมุ่งนำเสนอการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control: A-I-C) โดยมีสาระสำคัญตามที่ จุฬารักษ์ โสตา (Sota, 2018) ได้กล่าวถึงการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation-Influence-Control: A-I-C) ว่าเป็นเทคนิคการเข้าร่วมประชุมที่สร้างสรรค์โดยการระดมสมองให้เข้าใจปัญหาทั้งสถานการณ์ ข้อจำกัด ความต้องการและศักยภาพของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเปลี่ยนแปลงด้วยการนำไปปฏิบัติจริง ประกอบด้วย A-Appreciation คือ ความเห็นที่เป็นประโยชน์และเป็นความคิดเชิงบวก เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์สถานการณ์ ข้อจำกัดเหตุผลของแต่ละบุคคล สร้างความไว้วางใจ ความรู้สึก และการปฏิบัติจริงเพื่อการยอมรับซึ่งกันและกัน นำไปสู่ความเห็นอกเห็นใจและเกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจและเครือข่ายการมีส่วนร่วมตามแนวคิดประชาธิปไตย I-Influence คือ การใช้ประสบการณ์ หรือการคิดเชิงสร้างสรรค์ของแต่ละคน เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ หรือกำหนดแผนยุทธศาสตร์เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์หรืออุดมการณ์ร่วมกัน เกิดปฏิสัมพันธ์และอภิปรายในประเด็นที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย เพื่อสรุปความคิดเห็นร่วมกัน หรือเป็นความคิดเห็นของกลุ่ม และ C-Control คือ การนำกลยุทธ์ หรือวิธีการที่ได้จากแผนที่วางไว้ไปให้สมาชิกเลือกและอาสาลงมือปฏิบัติตามแผนการดำเนินการงาน หรือกิจกรรมที่ตนชอบ จากนั้นแสดงความมุ่งมั่นด้วยการทำข้อตกลงต่อตนเองและสมาชิกกลุ่ม เป็นการควบคุมและลงมือปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จต่อไป

กระบวนการ A-I-C ประกอบด้วย 1) ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation: A) เป็นการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนได้แสดงความคิดเห็น รับฟังและหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ แบ่งเป็น A1: การวิเคราะห์ชุมชนหรือสถานการณ์ A2: การบอกความต้องการหรือความฝันในอนาคต 2) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) เป็นการค้นหากลยุทธ์หรือวิธีการสำหรับการแก้ปัญหาหรือการพัฒนา แบ่งเป็น I1: กิจกรรมการวางแผนโครงการ I2: การกำหนดลำดับความสำคัญของโครงการ ได้แก่ (1) ดำเนินการด้วยตนเอง (2) การสนับสนุนจากผู้มีส่วนได้เสีย (3) คำขอจากภายนอก 3) ขั้นตอนการสร้างแนวปฏิบัติ (Control: C) แนวปฏิบัติ หรือการนำไปปฏิบัติเป็นการยอมรับและทำงานร่วมกันโดยการดำเนินโครงการ แบ่งเป็น C1: ความรับผิดชอบและอาสาสมัคร C2: ความมุ่งมั่นในการทำตามแผนและผลการประชุม ประกอบด้วย (1) กิจกรรม/โครงการจากการวางแผนของชุมชน (2) โครงการที่ต้องการ การสนับสนุนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (3) กิจกรรมหรือการสนับสนุนจาก

ภายนอก สำหรับการเตรียมการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ ประกอบด้วย การเตรียมสถานที่ในการจัดประชุม อุปกรณ์ที่ใช้ เช่น กระดาษฟลิปชาร์ด ปากกาเมจิก ปากกาสี ผู้เข้าร่วมประชุมและผู้ดำเนินการประชุม

กรณีศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

จากการศึกษาวิจัย เรื่อง “การพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กรณีศึกษาเทศบาลนครพิษณุโลก” มีการนำการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การเลือกปัญหาและเป้าหมาย 1.1 ผู้วิจัย ผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกันคัดเลือกชุมชนเพื่อทำการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุจากศูนย์สุขภาพชุมชนพระองค์ขาว เพราะมีความเข้มแข็งและพร้อมที่จะได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิต 1.2 ผู้วิจัยสัมภาษณ์เนื้อหาสาระของคุณภาพชีวิต แนวทางการจัดการเรียนรู้ และแนวทางการประเมินผลการเรียนรู้จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจำนวน 4 คน อาจารย์ผู้สอนรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุจำนวน 3 คน ทำการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุในชุมชนเป้าหมายที่ได้รับการคัดเลือกว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (มีอายุระหว่าง 60-80 ปี เป็นเพศหญิงและเพศชาย จำนวนเท่ากัน คือ เพศละ 5 คน และยินดีให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล) จำนวน 10 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังใช้หลักสูตรเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 2: การเลือกผู้เข้าร่วมและทีมผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจากศูนย์สุขภาพชุมชนพระองค์ขาว เทศบาลนครพิษณุโลก ได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและสมัครใจได้ผู้สูงอายุ จำนวน 30 คนโดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุครบ 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถอ่านออกเขียนได้ 3) เป็นผู้สูงอายุที่มีอารมณ์ปกติไม่เป็นโรคซึมเศร้า และ 4) มีความยินดีเข้าร่วมทดลองใช้หลักสูตร ขั้นตอนที่ 3 การหาแหล่งเงินทุนสนับสนุน ผู้วิจัยขอสนับสนุนวิทยากรภายในหรือภายนอกเทศบาลนครพิษณุโลกที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ คือ 1) เป็นผู้คอยชี้แนะ สะท้อนคิด เป็นผู้ให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงและเป็นผู้สนับสนุนกระบวนการ “การมีส่วนร่วมทางความคิด” ของผู้สูงอายุ 2) มีคุณวุฒิหรือประสบการณ์ความเชี่ยวชาญเฉพาะในเนื้อหาที่สอน 3) สามารถปรับเปลี่ยนการเรียนรู้ให้เหมาะสมตามลักษณะและความพร้อมของผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 4 ระเบียบวิธีการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม

การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (A-I-C) ประกอบด้วย 1) สร้างความรู้ (A) ได้แก่ A1 คือ การวิเคราะห์ปัญหาคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม A2 คือ บอกความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิต (1) ด้านร่างกาย ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อย่านอนนอนอย่าละเลยกิจวัตรประจำวัน อย่าใช้ยาเกินจำเป็น ฝึกป้องกันโรคสมองเสื่อม ฝึกยืดเหยียด (2) ด้านจิตใจ ได้แก่ เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น อย่าซึมเศร้า ต่อเนื่องในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เตรียมตัวตาย (3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ อย่าห่างเหินครอบครัว อย่าลำพัง อย่าห่างเหินสังคม (4) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อาศัยในที่ปลอดภัย อนามัยสิ่งแวดล้อม ข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปี ข้อมูลด้านการเงิน ข้อมูลองค์กรที่ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ 2.สร้างแนวทางการพัฒนา (B) ได้แก่ I1 คือ การกำหนดกติกาในการเรียนรู้ร่วมกัน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้จากต้นแบบผู้สูงอายุ การลงมือปฏิบัติ I2 คือ (1) ระหว่างใช้หลักสูตร ได้แก่ การแสดงความคิดเห็น การสังเกตพฤติกรรม ผลงาน (2) หลังใช้หลักสูตร ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การใช้แบบประเมิน การถอดบทเรียน 3. สร้างแนวปฏิบัติ (C) ได้แก่ C1 คือ ด้านร่างกาย ออกกำลังกาย ได้แก่ เดินเร็ว แกว่งแขน โยคะ ด้านจิตใจ ได้แก่ สวดมนต์ เติมน้ำมันหัวใจ ทำสมาธิ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ใช้เวลาพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่

การจัดบ้านให้ปลอดภัย C2 คือ การนำแบบบันทึกการบ้านที่ได้จากขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนาไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูล การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อน-หลังการทดลองใช้หลักสูตร โดยการทดสอบค่าที (Paired t-test) ขั้นตอนที่ 6 การนำเสนอผลการวิจัย หลักสูตรเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กรณีศึกษาเทศบาลนครพิษณุโลก มี 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) สภาพปัญหาและความต้องการ 2) หลักการของหลักสูตร 3) จุดมุ่งหมายของหลักสูตร 4) โครงสร้างของหลักสูตร 5) สารการเรียนรู้ 6) คำอธิบายหน่วยการเรียนรู้ 7) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ 8) การใช้สื่อและแหล่งเรียนรู้ และ 9) การวัดและประเมินผล เนื้อหาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มี 4 หน่วยการเรียนรู้ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม กิจกรรมการเรียนรู้ใช้เทคนิค (A-I-C) 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างความรู้ 2) การสร้างแนวทางการพัฒนา และ 3) การสร้างแนวทางปฏิบัติ คุณภาพของหลักสูตรและเอกสารประกอบหลักสูตร พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก และผลการทดลองใช้หลักสูตร พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คุณภาพชีวิตด้านร่างกายส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดี มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ผิดปกติ คือ ท้วม/โรคอ้วนระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 40 และมีความยาวรอบเอวผิดปกติคิดเป็นร้อยละ 80 ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตหลังใช้หลักสูตรสูงกว่าก่อนใช้หลักสูตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีดัชนีมวลกาย (BMI) ปกติและความยาวรอบเอวปกติหลังใช้หลักสูตรสูงกว่าก่อนใช้หลักสูตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การประเมินหลักสูตรเชิงระบบใน 3 ด้าน คือ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ พบว่า ผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องด้านการดูแลผู้สูงอายุและตัวแทนผู้สูงอายุ ยอมรับในทุกองค์ประกอบของแต่ละด้านและเห็นว่าหลักสูตรมีความเหมาะสมมากในทุกด้าน ขั้นตอนที่ 7 ดำเนินการจากผลลัพธ์ของการศึกษา ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในหลักสูตรเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ บางส่วนมีความสามารถและศักยภาพที่จะถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์และเป็นผู้ดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ เช่น เป็นผู้ดำเนินการออกกำลังกายด้วยการทำโยคะ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการทำพินัยกรรมชีวิต การจัดสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและการทำหน้าที่จิตอาสาที่ดีมีความสุข จึงควรเพิ่มคุณค่าของผู้สูงอายุโดยการเชิญให้ทำหน้าที่วิทยากรจิตอาสา สอนในหัวข้อที่มีความเชี่ยวชาญตรงกับความสามารถและประสบการณ์ต่อไป และขั้นตอนที่ 8 การประเมินผลโครงการวิจัย ควรจัดเนื้อหาสาระของหลักสูตรเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ เป็นสิ่งที่ต้องรู้ สิ่งที่ต้องรู้ และตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ โดยจัดสัดส่วนให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่และต้องเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุมากที่สุด นอกจากนี้ควรใช้กระบวนการจัดการเรียนรู้ที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจในการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้กลับไปปฏิบัติที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตแต่ละด้านได้อย่างเหมาะสม (Tunprapussorn, 2018)

บทสรุป

จากที่บทความนี้กล่าวมาทั้งหมด จะได้แนวปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของไทยแบบองค์รวม โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อม และควรเลือกใช้กลยุทธ์ที่ทำให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นไปแบบยั่งยืนที่ผู้สนใจจะนำไปใช้ ดังนั้นการนำวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่มีหลักการสำคัญ คือ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดโครงการ โดยเริ่มจากการกำหนดปัญหาหรือความต้องการที่จะแก้ไขพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กำหนดเป้าหมายเพื่อสร้างความรู้และนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้วยเทคนิค

วิธีการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation-Influence-Control: A-I-C) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองจากการสร้างความรู้ สร้างแนวทางการพัฒนาและสร้างแนวทางการปฏิบัติตนร่วมกัน เสริมสร้างให้เกิดความมุ่งมั่นในการลงมือปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เปลี่ยนแปลงไปในระดับที่สูงขึ้น และเกิดความยั่งยืนต่อไป

พยาบาลหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุควรนำการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมและใช้เทคนิคการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (A-I-C) 3 ขั้นตอน คือ 1) สร้างความรู้ (A) ได้แก่ 1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาคุณภาพชีวิตแต่ละด้านที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ 1.2 กำหนดวัตถุประสงค์การพัฒนาคุณภาพชีวิตแต่ละด้านตามข้อ 1.1 2) สร้างแนวทางการพัฒนา (I) ได้แก่ 2.1 ผู้สูงอายุร่วมกันกำหนดกิจกรรมที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ 2.2 จัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ และ 3) สร้างแนวปฏิบัติ (C) ได้แก่ 3.1 ผู้สูงอายุร่วมกันกำหนดแนวทางการปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน 3.2 ผู้สูงอายุนำแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตแต่ละด้านไปลงมือปฏิบัติจริง และประเมินผลโดยใช้การวัดทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพจากการรับรู้ตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งนี้พยาบาลหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) ให้ผู้สูงอายุเกิดการสร้างความรู้สู่การปฏิบัติเพื่อนำไปสู่พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยให้เกิดการ “สูงอายอย่างมีพลัง” สามารถดูแลตัวเองและพึ่งพาตนเองได้ มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชนได้อย่างต่อเนื่องยาวนานต่อไป

References

- Academic Focus. (2019). Aging society and driving the Thai economy; 2018. Retrieved from (2020, June 25) from .<http://www.parliament.go.th/library>. (in Thai).
- Chang, H-K., Gil, C-R., Kim, H-J.& Bea, H-J. (2021). Factors affecting quality of life among the elderly in long-term care hospitals. *The Journal of Nursing Research*, 29(1), 1-9.
- Chewasopit, W. (2019). Aging society: The changed marketing factor. *Journal of MCU Nakhondhat*, 6(1), 38-54. (in Thai).
- Chueychom, D.& Lueunchawee, P. (2017). Legal measures on development of quality of life of the elderly in Thailand. *Political and Governance journal*, 7(1), 207-277. (in Thai).
- Cummins, R. A. (1997). *Comprehensive quality of life scale. Adult manual, 5th ed.* School of Psychology, Deakin University, Melbourne.
- Devraj, S. & D'mello, M.,K. (2021). Determinants of quality of life among the elderly population in urban areas of Mangalore, Karnataka. Retrieved (2021, November 21) from <http://www.jgmh.org> on Wednesday.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2017). *Situation of the Thai elderly 2016*. Bangkok: Printer Company Limited. (in Thai).

- Garcia, L., M.,R. & Navarro, J.,M., R. (2018). The impact of quality of life on the health of older people from a multidimensional perspective. *Journal of Aging Research*. Retrieved (2021, November 21) from <https://www.doi.org/10.1155/2018/4086294>.
- Hand, C., Rudman, D.,L., McGrath, C., Donnelly, C.& Sands M. (2019). Initiating participatory action research with older adults: lessons learned through reflexivity. *Canadian Journal on Aging*, 38(4), 512–520.
- Jarujutharat, N. (2016). The family participation development process in promoting quality of Life for the elderly in Phraputtabat district Municipality, Saraburi Province. *Journal of peace Studies Perspective MCR*, 4(2),159-174. (in Thai).
- Jumneansuk, A., Detboon, P., Mingmai, K., Phophak, S., Phoha, S.& Phanitcharoen, S.(2018). Quality of life among elderly who are living with chronic diseases, Srichomphu District, Khon Khan Province. *Ratchaphruek Journal*, 15(2), 16-25. (in Thai).
- Kanatawong, P.& Kiatkunwong, N., (2019). Caring for the elderly Lessons from Kobe. Khon Kaen: College of Local Administration Khon Kaen University.(in Thai).
- MacDonald, C. (2012). Understanding participatory action research: A qualitative research methodology. *Canadian Journal of Action Research*, 13(2), 34-50.
- Malkina-Pykh, I.,G.& Pykh, Y.,A. (2008). Quality-of-life indicators at different scales: Theoretical background. Retrieved (2021, November 21) from <https://www.researchgate.net/publication/223525513>.
- Sodsong, K. (2018). Life quality of seniors of PhraNakhon Si Ayutthaya City Municipal. *MBU Education Journal*, 6(1), 162-175. (in Thai).
- Sota, C. (2018). Appreciation-influence-control (A-I-C).Retrieved (2021, November 21) from <https://www.researchgate.net/publication/325854620>. (in Thai).
- Svantesson, et al. (2015). Impact of physical activity on the self-perceived quality of life in non-frail older adults. *Journal of Clinical Medicine Research*, 7(8), 585–593.
- Tajai, P., Limsuwan, J., Sriruk, P., Thanomsat, C.& Makawan, P. (2020). Results of Participatory action research on health development to elderly in Tonpao Municipality, Chiang Mai Province. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 7(2), 1-12. (in Thai).
- Thai post. (2021). Full aged society. Retrieved (2021, November 21) from <https://www.thai post.net/main/detail/103356>. (in Thai).
- Thunkham, P. (2020). Process of district health board development for elderly health promotion in Uttaradit Province. *Health Research and Development Journal Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office*, 6(2), 112-126. (in Thai).
- Tunrapussorn, K. (2018). The Development curriculum promoting quality of life of aging: case study of municipal city, Phitsanulok, Doctoral Dissertation Naresuan University, Phitsanulok. (in Thai).

- Ventegodt, S., Merrick, J.& Andersen, N., J. (2003). Measurement of the quality of life. A methodological framework. *The Scientific World Journal*, 3(2), 950-961.
- Watters, J., Comeau, S.& Restall, G. (2010). Participatory action research: An educational tool for citizen-users of community mental health services. Canada, University of Manitoba.
- Wongprom, J., Jongwutiwes, K., Prasertsuk, N. & Jongwut, N. (2015). Community participation in the development of older Persons' quality of life. *Veridian E-Journal*, Slipakorn University, 8(3), 41-54. (in Thai).
- Wongsala, M., Anbacken, E-L.& Rosendahl, S. (2021). Active ageing – perspectives on health, participation and security among older adults in northeastern Thailand– a qualitative study. *BMC Geriatrics*. Retrieved (2021, November 22) from <https://www.doi.org//10.1186/s12877-020-01981-2>.
- Zendehtalab,H., Vanaki, Z.& Memarian, R. (2020). Improving the quality of healthy aging care: a participatory action research. *Evidence Based Care Journal*, 10(2), 27-36.