

## การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผ่านหลักสูตร CG เชี่ยวชาญ Improving the quality of life of dependent ageing by caregivers certificated of CG Expert course.

(Received: August 14,2024 ; Revised: August 26,2024 ; Accepted: August 28,2024)

ภาดล จันทพรม<sup>1</sup>  
Padol Juntaprom<sup>1</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และดัชนีความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอรามัญ จังหวัดศรีสะเกษ โดยผ่านการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ การอบรมหลักสูตร CG เชี่ยวชาญ ระยะเวลา 1 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประกอบด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และแบบวัดดัชนีชี้วัดความสุข ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนสิงหาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ประกอบด้วยผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 99 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 338 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.4 รองลงมาคือคุณภาพชีวิตระดับสูง ร้อยละ 37.0 และคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ร้อยละ 6.6 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 (S.D. = 0.392) มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p=0.000$  ( $t=10.193$ ,  $p<0.001$ ) มีดัชนีความสุขอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 44.69 รองลงมาคือดัชนีความสุขเสี่ยง ร้อยละ 40.66 และมีดัชนีความสุขดีร้อยละ 14.65 ภาพรวมคะแนนดัชนีชี้วัดความสุข มีคะแนนเฉลี่ย 29.96 คะแนน (S.D.=6.265) และมีคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p=0.000$  ( $t=20.397$ ,  $p<0.001$ )

**คำสำคัญ :** ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง; การพัฒนาคุณภาพชีวิต; ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

### Abstracts

This action research aimed to study the quality of life and happiness index of dependent elderly people in Rasi Salai District, Sisaket Province, through the development of health literacy for elderly caregivers and a 1-week CG expert training course. The research instruments were the assessment of the quality of life of the elderly, consisting of the Thai version of the WHO Quality of Life Scale with a reliability of 0.81 and the Happiness Index Scale with a reliability of 0.74, conducted the study between November 2023 and August 2024. The sample group was selected using a simple random sampling method, consisting of 99 elderly caregivers and 338 dependent elderly people, data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

The results found that dependent elderly people who were cared for by trained caregivers had a quality of life at a moderate level at 56.4 percent, followed by a high quality of life at 37.0 percent, and a low quality of life at 6.6 percent, with an average score of 3.55 (S.D. = 0.392). The mean quality of life score increased significantly at the  $p=0.000$  level ( $t=10.193$ ,  $p<0.001$ ). The happiness index was at a normal level at 44.69 percent, followed by a risky happiness index at 40.66 percent, and a good happiness index at 14.65 percent. The overall happiness index score had an average score of 29.96 points (S.D. = 6.265), and the happiness index score increased significantly at the  $p=0.000$  level ( $t=20.397$ ,  $p<0.001$ ).

**Keywords:** health literacy; dependent elderly people; quality of life development; caregivers

<sup>1</sup> นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

## บทนำ

ปี 2565 จำนวนประชากรทั่วโลกรวม 8,000 ล้านคน โดยเป็นสูงอายุรวม 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก<sup>1</sup> ซึ่งประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วเมื่อปี 2558 ล่าสุดผู้สูงอายุของประเทศไทยในปี 2566 มีจำนวน 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.08 ของประชากรทั้งหมด<sup>2</sup> ส่วนสถานการณ์ของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งเป็นปัญหาสำคัญ พบว่า ในปี 2559 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 3.8 และคาดว่าในปี พ.ศ.2580 สัดส่วนจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.7 ของประชากร<sup>1</sup>

องค์การอนามัยโลกส่งเสริมผู้สูงอายุทุกคนต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามเกณฑ์มาตรฐานเป็นเป้าหมายสำคัญในการพัฒนาของประเทศ ซึ่งประเทศไทยเริ่มมาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากร่างกายที่เสื่อมสภาพ ปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงกันทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ความสามารถในการทำกิจกรรมและบทบาททางสังคมลดลง คุณภาพชีวิตลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น<sup>3</sup> จากข้อมูลการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยจากการเพิ่มผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา สู่วัยผู้สูงอายุ (Aging Society) มาตั้งแต่ปี 2548 โดยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2558 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 ส่งผลให้ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society)<sup>4</sup> จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นมาจากการพัฒนาด้านสาธารณสุขและทางการแพทย์ ทำให้อัตราการตายลดลง ผู้สูงอายุจึงมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่ผู้สูงอายุก็ยังได้รับผลกระทบจากการเสื่อมถอยของร่างกายรวมทั้งผลของโรคเรื้อรังหรืออุบัติเหตุ จึงนำไปสู่ความถดถอยของร่างกาย เกิดภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรืออาจมีอาการสมองเสื่อม ทำให้ต้องอาศัยพึ่งพาเป็นภาระแก่ผู้ดูแล เกิดภาวะทุพพลภาพ ใน

ที่สุด สิ่งเหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ผู้สูงอายุจึงควรให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองให้สมบูรณ์แข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ป้องกันการเกิดโรคต่างๆ รวมทั้งฟื้นฟูสุขภาพ ไม่กำเริบรุนแรงหรือเสื่อมถอยมากกว่าเดิม จะทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตรอยู่อย่างมีคุณค่าสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้<sup>5</sup> จากการสำรวจสภาวะสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 95 เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพิง และมีผู้ป่วยนอนติดเตียงร้อยละ 1 นอกจากนั้นยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง แต่ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแลถึงร้อยละ 13<sup>6</sup> ประกอบกับระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในปัจจุบันเน้นการส่งเสริมมากกว่าการส่งเสริม ค้ำครองและสนับสนุน จึงทำให้ขาดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ที่ครอบคลุมถึงศักยภาพของผู้สูงอายุ ที่สามารถดำเนินการได้เอง โดยส่งเสริมและพัฒนาบทบาทของหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ และภาคประชาชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การตระหนักถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เตรียมความพร้อมเกี่ยวกับระบบการดูแลและให้ความช่วยเหลือด้านการให้บริการด้านสุขภาพ การจัดสวัสดิการทางสังคม และการส่งเสริมคุณภาพชีวิต<sup>4</sup>

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ มีการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขในพื้นที่ตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่การดูแลผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่มีองค์ประกอบที่แตกต่างกันไป ต้องพัฒนาทั้งระบบที่ประชาชนคนไทยทุกคนได้รับสิทธิคุ้มครองจากหลักประกันสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2559 เป็นต้นมารัฐบาลได้มุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม<sup>7</sup> มียุทธศาสตร์ให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และมีความมั่นคงใน

ชีวิต นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังได้บันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย ดำเนินการร่วมกันภายใต้ยุทธศาสตร์ 3 S คือ (1) Strong สุขภาพแข็งแรง (2) Security ความมั่นคงปลอดภัย (3) Social Participation การมีส่วนร่วมในการดูแล เน้นการทำให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health literacy และจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จัดให้มีระบบดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาว มีผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ในชุมชนร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทุกมิติ<sup>5</sup>

ผู้สูงอายุของจังหวัดศรีสะเกษ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปี 2563 ถึงปี 2565 และสัดส่วนผู้สูงอายุอำเภอราษีไศล 3 ปีซ้อนหลังตั้งแต่ปี 2563 ถึงปี 2565 พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว<sup>6</sup> จากการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอล พบว่าผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง) จำนวน 2,177 ราย แบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน (จำนวน 2,041 คน) ร้อยละ 93.75 และกลุ่มติดเตียง (จำนวน 136 คน) ร้อยละ 6.25 ซึ่งถือเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ถ้าได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม ได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตจะทำให้สามารถลดโอกาสในการเปลี่ยนเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงได้

ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีความจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพที่รอบด้าน โดยเฉพาะการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และทักษะที่ครอบคลุมทุกมิติในการดูแลพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งความรู้ด้าน

สุขภาพ คือ ความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ ตอบข้อซักถาม จนสามารถประเมิน ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการ เพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้<sup>7</sup> จากกรณีศึกษาติดตามประเมินผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ในปีงบประมาณ 2565 พบว่าประเด็นที่ต้องพัฒนา ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุยังขาดทักษะ ขาดความมั่นใจ ขาดความเชี่ยวชาญ โดยร้อยละ 52 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้ข้อมูลว่าขาดความมั่นใจในการสื่อสารให้ความรู้กับผู้สูงอายุและญาติ ร้อยละ 60 ขาดการเข้าถึงสื่อและข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็นและร้อยละ 64 ขาดความเชี่ยวชาญในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพที่รอบด้าน ทั้งความรู้ ทักษะและความสามารถในการดำเนินกิจกรรม ที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในทุกมิติ

จากสภาพปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้กระบวนการพัฒนาศักยภาพความรู้ และฝึกทักษะของผู้ดูแลให้มีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความแตกต่างไปจากการดูแลตามปกติของ Caregiver โดยมีกิจกรรมดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติด้วยหลักสูตร CG เชี่ยวชาญ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยหลักสูตร CG เชี่ยวชาญในเขตอำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

3. เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและดัชนีความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยหลักสูตร CG เชี่ยวชาญในเขตอำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### ประชากรศึกษา

1) ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) จากทุกตำบล 13 ตำบล ในเขตอำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 131 คน

2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนนที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 2,177 คน

3) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน อสม. อาสาสมัครพัฒนาชุมชน เครือข่าย อพม.เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ในชุมชน ซึ่งเข้ามามีส่วนร่วมและเกี่ยวข้องกับกระบวนการวิจัยตั้งแต่ การร่วมกันกำหนดปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน ร่วมกำหนดกิจกรรม ในส่วนระบบสนับสนุน การร่วมวางแผนการดำเนินงาน ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตามผล เครือข่ายเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในช่วงการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในส่วนที่เกี่ยวข้อง จำนวน 35 คน

#### กลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่าง และวิธีการสุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การคำนวณเมื่อทราบจำนวนประชากรโดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1975)<sup>10</sup> ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ ระดับความคาดเคลื่อนของ

การสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้เท่ากับ ร้อยละ 5 = 0.05

1( ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง )Caregiver) จากทุกตำบล 13 ตำบล ในเขตอำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 131 คน

แทนค่า เพื่อหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

$$n = 98.68$$

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 99 คน

2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนนที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 2,177 คน

แทนค่า เพื่อหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

$$n = 337.91$$

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 338 คน

3 (ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน อสม. อาสาสมัครพัฒนาชุมชน เครือข่าย อพม.เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ในชุมชน ซึ่งเข้ามามีส่วนร่วมและเกี่ยวข้องกับกระบวนการวิจัยตั้งแต่ การร่วมกันกำหนดปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุของชุมชน ร่วมกำหนดกิจกรรม ในส่วนระบบสนับสนุน การร่วมวางแผนการดำเนินงาน ร่วมดำเนินการ ร่วมติดตามผล เครือข่ายเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในช่วงการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในส่วนที่เกี่ยวข้อง จำนวน 35 คน

### ขั้นตอนการวิจัย

#### 1. ระยะก่อนดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต

เตรียมความพร้อมให้กับผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดเรื่องมีวิจัย การใช้เครื่องมือวิจัย การบันทึกคำตอบ และชี้แจงให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิ์ และการเก็บข้อมูลเป็นความลับ

#### 2. กระบวนการที่จัดกระทำสำหรับผู้ดูแล

## ผู้สูงอายุได้พัฒนาความรู้ ทักษะเพื่อนำไป ดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การอบรมหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ 5 บทเรียน” เป็นหลักสูตรที่ได้พัฒนามาจากการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager-CM) (ร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกันพิจารณาว่าเนื้อหาความรู้ ที่จำเป็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ควรประกอบด้วยอะไรบ้างที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องเรียนรู้ และทักษะอะไรบ้างที่ต้องฝึกปฏิบัติและควรมีการสนับสนุนอย่างไรเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพที่รอบด้าน รวบรวมเนื้อหาหลักสูตรอบรมจากการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง หลักสูตรการฝึกอบรม 1สัปดาห์ เป็นภาคทฤษฎี บทที่ 1 - 4บทละ 1 วัน รวม 4 วัน และภาคปฏิบัติ) บทที่ 5 ) 3วัน เนื้อหาหลักสูตร มีรายละเอียดดังนี้

บทที่1 พื้นฟูความรู้ตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ

บทที่ 2 พัฒนาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน

บทที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 3) ด้านสิ่งแวดล้อม 4) ด้านจิตใจ

บทที่ 4 การสร้างสุข 5 มิติ

บทที่ 5 ฝึกปฏิบัติเพิ่มทักษะในทุกด้านที่อบรมภาคทฤษฎี

**3. ระยะเวลาหลังผู้ดูแลดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต** ได้แก่ เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าพบว่าข้อมูลไม่มีความสมบูรณ์ ในบางประเด็น ผู้ช่วยวิจัยของตำบลนั้น ต้องติดตามเป็นการเฉพาะรายบุคคลอย่างเร่งด่วน แต่ถ้าไม่สามารถดำเนินการได้หรือพิจารณาแล้วว่ามีความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจะนำข้อมูลชุดนั้นออกจากการวิเคราะห์ข้อมูล

### เครื่องมือการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานผ่านการทดสอบ และผ่านการทดสอบคุณภาพมาแล้ว ได้แก่

1. เครื่องมือในการศึกษาข้อมูลทั่วไป และคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ปัญหาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ โดยประยุกต์จากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief-Thai, WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก โดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ<sup>11</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เครื่องมือได้รับการทดสอบแล้วพบว่ามีความเที่ยงตรง โดยมีค่า content validity และมีความเชื่อมั่น (reliability) ที่ดี โดยมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ซึ่งแสดงค่า Cronbach's alpha coefficient ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียวเท่านั้น

การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อ ได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

26 – 60 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

61 – 95 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิต

ปานกลาง

96 – 130 คะแนน แสดงถึงคุณภาพชีวิตที่ดี  
เกณฑ์การประเมินผลระดับคะแนนเฉลี่ย  
คุณภาพชีวิต 1.0 – 2.33 หมายถึง คุณภาพชีวิต  
ระดับต่ำ 2.34 – 3.67 หมายถึง คุณภาพชีวิตระดับ  
ปานกลาง 3.68 – 5.00 หมายถึง คุณภาพชีวิต  
ระดับดี

2. แบบทดสอบดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย  
ฉบับสั้น 15 ข้อ (พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต  
กระทรวงสาธารณสุข)<sup>12</sup>

แบบทดสอบนี้ใช้เพื่อประเมินภาวะความสุข  
เป็นแบบประเมินความสุขด้วยตนเอง ซึ่งสร้างขึ้น  
ภายใต้กรอบแนวคิดจำกัดความของความสุข  
หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมี  
ความสามารถ ในการจัดการปัญหาในการดำเนิน  
ชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิต  
ที่ดี การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ  
(reliability) โดยมี ค่า cronbach's alpha  
coefficient เท่ากับ 0.70 คำถามจะถามถึง  
ประสบการณ์ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา จนถึง  
ปัจจุบัน ให้สำรวจตัวเอง และประเมินเหตุการณ์  
อาการ ความคิดเห็นและความรู้สึก ว่าอยู่ในระดับ  
ใดแล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริง มากที่สุด  
โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก ลักษณะคำถามเป็น  
แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4  
ระดับ ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว

การให้คะแนนพิจารณาข้อความหมายถึง  
ทางบวกและทางลบ โดยเกณฑ์ให้คะแนน ข้อความ  
ทางบวก ไม่เลย เท่ากับ 0 คะแนน, เล็กน้อย  
เท่ากับ 1 คะแนน, มาก เท่ากับ 2 คะแนน, มาก  
ที่สุด เท่ากับ 3 คะแนน ส่วนข้อความทางลบจะให้  
คะแนนกลับกันกับข้อความทางบวก คะแนนเต็ม  
ทั้งหมด 45 คะแนน เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้ว  
นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติ โดยแบ่งเป็น 3  
ระดับ ดังนี้ คะแนน 35-45 คะแนน หมายถึง มี  
ดัชนีความสุขมากกว่าคนทั่วไป คะแนน 28-34  
คะแนน หมายถึง มีดัชนีความสุขเท่ากับ คนทั่วไป  
และคะแนนตั้งแต่ 27 คะแนนลงมา หมายถึง มี

ดัชนีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป ในการประเมินดัชนี  
ชี้วัดความสุข 15 ข้อ มีคะแนนเต็มทั้งหมด 45  
คะแนนเมื่อผู้ตอบได้ประเมินตนเองแล้ว และรวม  
คะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถนำมา  
เปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติ ที่กำหนดดังนี้

**ตารางที่ 1** การแปลผลระดับดัชนีความสุข (แบ่ง  
ตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต)<sup>12</sup>

ระดับดัชนีความสุข	คะแนน
มีดัชนีความสุข มากกว่าคน ทั่วไป (Good)	35 – 45
มีดัชนีความสุข เท่ากับคน ทั่วไป (Fair)	28 – 34
มีดัชนีความสุข ต่ำกว่าคน ทั่วไป (Poor)	27 คะแนน หรือ น้อยกว่า

### การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือ

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย เอกสาร  
ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมากำหนดขอบเขต และ  
โครงสร้างของเนื้อหาในการสร้างข้อคำถามใน  
แบบสอบถาม

2. ประยุกต์ใช้แบบสอบถามที่เป็นมาตรฐาน  
ได้แก่ ในส่วนคุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ โดย  
ประยุกต์จากแบบวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-  
BREF) แบบย่อ 26 ข้อ ใน 4 องค์ประกอบ คือ ด้าน  
สุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทาง  
สังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งพัฒนาโดย สุวัฒน์  
มัทธนิรันดร์ และคณะ<sup>11</sup> โดยลักษณะคำถามเป็น  
แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5  
ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และ  
มากที่สุด ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียวเท่านั้น  
แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น  
15 ข้อ (พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวง  
สาธารณสุข)<sup>12</sup> คำถามจะถามถึงประสบการณ์  
ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ให้สำรวจ  
ตัวเองและประเมินเหตุการณ์อาการ ความคิดเห็น  
และความรู้สึก ว่าอยู่ในระดับใดแล้วตอบลงในช่อง

คำตอบที่เป็นจริงมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ซึ่งผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียวเท่านั้น ในการประเมินดัชนีชี้วัดความสุข 15 ข้อ มีคะแนนเต็มทั้งหมด 45 คะแนนเมื่อผู้ตอบได้ประเมินตนเองแล้ว และรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติ ที่กำหนด

3. แบบสอบถาม ได้ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน ความเหมาะสมของ ข้อคำถาม ความครอบคลุมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

4. การตรวจสอบข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ และตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการตรวจสอบความถูกต้องและความเพียงพอของข้อมูล ที่ได้โดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) โดยพิจารณาจากแหล่งเวลา คือ การตรวจสอบข้อมูลเรื่องเดียวกันในเวลาต่างกัน แหล่งสถานที่ คือ การตรวจสอบข้อมูลเรื่องเดียวกันในสถานที่ต่างกัน แหล่งบุคคล คือการตรวจสอบข้อมูลเดียวกันในต่างบุคคลกัน การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

#### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เปรียบเทียบผลคะแนนคุณภาพชีวิต และคะแนนดัชนีความสุขผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ด้วยสถิติ Paired t-test ที่ช่วงเชื่อมั่น P-value 0.05

#### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หนังสือรับรองเลขที่ SPPH 2024-058 เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2567

#### ผลการวิจัย

ระดับคุณภาพชีวิต และดัชนีความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.4 รองลงมาคือคุณภาพชีวิตระดับสูง ร้อยละ 37.0 และคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ร้อยละ 6.6 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 (S.D. = 0.392)

ผลการประเมินดัชนีชี้วัดความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่ มีดัชนีความสุขอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 44.69 รองลงมาคือดัชนีความสุขเสี่ยง ร้อยละ 40.66 และมีดัชนีความสุขดี ร้อยละ 14.65 ภาพรวมคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขมีคะแนนเฉลี่ย 29.96 คะแนน (S.D.=6.265)

จากการนำเสนอผลการดำเนินงาน จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีบทบาทที่ชัดเจนในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม รวมทั้งได้รับการฝึกทักษะ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ของ Caregiver หลังการพัฒนาความรู้และทักษะ ตามหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ทำให้เห็นความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยพบว่าผลการประเมิน คะแนนคุณภาพชีวิต และคะแนนดัชนีความสุข ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอราชันย์ จังหวัดศรีสะเกษ ก่อน และหลังได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับข้อมูลของน้ำผึ้งทองศรี<sup>13</sup> จำนวนผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.54 การที่จำนวนผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย เนื่องจาก ช่วงอายุ 55-64 ปี เป็นช่วงอายุที่ผู้ชายมีโอกาสเสียชีวิตได้มากกว่าผู้หญิง สาเหตุหลักๆ มากจากโรคหัวใจ การฆ่าตัวตาย อุบัติเหตุทางรถยนต์ มะเร็ง และความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และความเครียด ซึ่งล้วนแต่เป็นโรคหนักๆ และร้ายแรงจากผลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอราชีไศล ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ยังช่วยเหลือตนเองได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต้องอาศัยอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น ไม้เท้า แวนตา มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง และมีปัญหาสำคัญทางด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องระวังคือ ปัญหาการเคลื่อนไหว การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ปัญหาท้องผูก นอกจากนี้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังมีแนวโน้มของการแยกตัวเองออกจากสังคมมากขึ้น

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ถึงแม้จะมีการจัดกิจกรรมบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ที่หน่วยบริการสาธารณสุข แต่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มักไม่มีส่วนร่วม เนื่องจากมีสุขภาพสุขภาพ การเคลื่อนไหว การเดินทาง โดยแนวทางที่สามารถปรับปรุงการให้บริการได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ คือควรจัดบริการสุขภาพในชุมชนของผู้สูงอายุเอง และเสริมสร้างบทบาทของผู้ดูแลให้มีส่วนร่วม มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และดูแลตามแนวทางที่ถูกต้อง ครอบคลุมทุกมิติมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรรเลง ตำบลบุฤาษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์<sup>14</sup> ที่พบว่า การจัดบริการของผู้ให้บริการไม่

ตรงกับความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุหรือชุมชน

ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.4 รองลงมาคือคุณภาพชีวิตระดับสูง ร้อยละ 37.0 และคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ร้อยละ 6.6 จะเห็นได้ว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ มีระดับคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง รองลงมาคือคุณภาพชีวิตระดับสูง อยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 6.6 เท่านั้น อาจเนื่องมาจาก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ อำเภอราชีไศล ได้สมัครเข้าร่วมดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long Term Care) และได้รับสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ครบทุกตำบล จึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดี

กล่าวโดยสรุป เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีมุมมองต่อการดูแลสุขภาพ คือการเป็นผู้รอรับบริการ โดยมีผู้ให้บริการจากภาครัฐเป็นกลไกสำคัญในการให้บริการ แต่ในการดำเนินงานไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ทั้งหมด ทั้งนี้จากผลการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายด้วยตนเองได้ ถึงแม้จะไม่สามารถทำได้เต็มที่ ซึ่งหากปรับปรุงการให้บริการ และสร้างมุมมองการดูแลสุขภาพใหม่ โดยเปลี่ยนเป็นให้ผู้สูงอายุมีมุมมองว่าตนเองสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ โดยมีการสนับสนุนจากผู้ดูแล (Caregiver) ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะเป็นการช่วยแก้ไขปัญหาของความต้องการบุคลากรและทรัพยากรอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองเสือ ตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์<sup>15</sup> พบว่า ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ คือผู้สูงอายุขาดความรู้ในการดูแลตนเองไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการส่งเสริมสุขภาพและการ

จัดบริการของผู้ให้บริการไม่ตรงกับความต้องการ หรือปัญหาสุขภาพของตัวผู้สูงอายุหรือชุมชน นอกจากนี้หากนำชุมชนเข้ามา มีส่วนร่วมจะเป็น การช่วยผู้สูงอายุ ในมิติด้านสังคม ป้องกันการเกิด ปัญหาด้านจิตใจได้อีกด้วย

บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ได้มีกิจกรรมในการดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ทำให้การ ดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นไป อย่างมีประสิทธิภาพ เห็นได้จาก

- ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน คุณภาพชีวิตในกลุ่มเป้าหมายก่อนและหลัง เข้า ร่วมกิจกรรม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

- ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ดัชนีชี้วัดความสุข ในกลุ่มเป้าหมาย ก่อนและหลัง เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผลการประเมินดัชนีชี้วัด ความสุขของผู้สูงอายุ ภาพรวมคะแนนดัชนีชี้วัด ความสุข มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีดัชนีความสุข เสียลดลง ผู้สูงอายุที่มีดัชนีความสุขปกติ และดัชนี ความสุขดีเพิ่มขึ้น

กิจกรรมต่างๆ เช่น การแบ่งกลุ่มผู้ป่วย เพื่อการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม กิจกรรมการ สร้างความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพในทุกเดือน กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ผ่านการจัดฐาน 5 ฐาน ดำเนินการพัฒนาสุขภาพ ให้เป็นไปตามชุดสิทธิ ประโยชน์ และตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long Term Care) ประเมิน ก่อนให้บริการและวางแผนการดูแลตามแผนการ ดูแลเฉพาะราย (Care Plan) โดยมีพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้จัดการระบบการดูแล (CM) มอบหมาย กำกับให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้บริการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขที่บ้านครอบคลุมทุกราย และดูแล ตามความจำเป็นของผู้สูงอายุแต่ละราย จัดหา อุปกรณ์ทางการแพทย์ตามความจำเป็นของ ผู้สูงอายุ แต่ละราย ประเมินผลการดูแล และปรับ

แผนการดูแล การมีระบบสนับสนุนกำกับ การ ดำเนินงาน การมีระบบ พี่เลี้ยง การเสริมทักษะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้วย หลักสูตร CG เชี่ยวชาญ การให้บริการต่างๆที่ กล่าวมา สามารถช่วยให้ผู้ดูแล และผู้สูงอายุมีความ รอบรู้เพิ่มมากขึ้น เข้าใจหลักการดูแลสุขภาพ ตรงกัน ทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีแนวทางที่ ชัดเจน มีการประสานงานระหว่างชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับบริการ สุขภาพอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม ซึ่งสอดคล้อง กับงานวิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้าน ลุมพุก ตำบลนาดี อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์<sup>16</sup> พบว่า รูปแบบการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ โดยบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยหลักที่ช่วยส่งเสริมให้การ ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสามารถ ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาของชุมชน ได้ โดยสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรม ทางสังคมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง โปรแกรมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ<sup>17</sup> พบว่า ได้ใช้วัดส่งเสริมสุขภาพเป็นฐาน ในการ ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อพัฒนา และยกระดับทั้งสุขภาพทางกายและทางใจ เช่น การออกกำลังกายโดยการเดินจงกรมและการฝึก การบริหารจิตโดยการนั่งสมาธิ ขึ้นการสังเกตผล การปฏิบัติงาน พบว่า การปฏิบัติตามคู่มือการดูแล สุขภาพและกิจกรรมบริการสุขภาพที่จัดในชุมชน ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ในการดูแลสุขภาพ ได้ด้วยตนเองมากขึ้น ช่วยลดปัญหาพฤติกรรม สุขภาพ ที่ไม่ถูกต้อง เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่ ถูกต้องได้ดีขึ้น ซึ่งได้รับสนับสนุนจากผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชน และ หน่วยงานภาครัฐ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจมาก ขึ้น ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุได้ทำงานอดิเรกในช่วง กลางวัน ส่งผลช่วยลดความเหงาและไม่คิดฟุ้งซ่าน รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาและร่วม

กิจกรรมทางสังคมมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี เห็นคุณค่า ในตนเองและมีจิตใจผ่องใส ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ สอดคล้อง กับงานวิจัยเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรณเเลง ตำบลบุฤๅษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์<sup>14</sup> พบว่า การส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุต้องมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ดำเนินการส่งเสริมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีการออกกำลังกาย ตรวจสอบสุขภาพ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และเข้าวัดทำบุญฟังธรรม มีการรับรู้ข่าวสารและเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การดำเนินกิจกรรมพบว่า ครอบครัว ชุมชน มีการเกื้อหนุนผู้สูงอายุตามบริบทของชุมชนในการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพจากหน่วยบริการ โดยผู้ให้บริการจัดกิจกรรมในการดูแลสุขภาพมุ่งเน้นให้ครอบครัวทุกมิติสุขภาพ ซึ่งมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการประสานงานและสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม และสอดคล้องกับ งานวิจัยเรื่องการบูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย<sup>18</sup> พบว่า มีการกำหนดหน่วยงานที่เป็นกลาง ในการกำหนดนโยบายและจัดสรรทรัพยากร การบริหารจัดการที่มุ่งท้องถิ่นเป็นหลัก การถ่ายโอนความรับผิดชอบในการดูแลระยะยาวไปยังหน่วยการปกครองท้องถิ่น

### เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World Social Report 2023: Leaving No One Behind in an Ageing World. ST/ESA/379. Available at: [www.un.org/development/desa/pd/content/launch-world-social-report-2023](http://www.un.org/development/desa/pd/content/launch-world-social-report-2023). 2023.
2. Department of older persons. Situation of the Thai older persons 2022 / Department of older persons: Bangkok : Department of older persons, 2023; 2023.
3. เกศกนก จงรัตน์. ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28(6):1013-1019. 2562.
4. สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.). รายงานการประชุมโครงการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิเรื่องการพัฒนาาระบบดูแลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน. 2552.
5. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.; 2553.
6. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. 2552.

### ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ญาติควร มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมช่วยเสริม และสนับสนุนการดูแล และควรส่งเสริมให้มีการเตรียมความพร้อม เพิ่มศักยภาพ คนในครอบครัวให้สามารถดูแลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
2. ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรกำหนด กลยุทธ์ในการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงต้องเจ็บป่วยและกลายเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
3. ควรศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกกลุ่ม และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
4. สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีอุปกรณ์ป้องกันที่เพียงพอ และต้องเพิ่มความระมัดระวังมากยิ่งขึ้น
5. ควรมีการพัฒนาหลักสูตร CG เชี่ยวชาญ ให้เป็นหลักสูตรต่อยอดในการพัฒนา ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีความรู้ มีศักยภาพ และทักษะในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ในอนาคต

7. ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุยุคดิจิทัล.[ออนไลน์].สืบค้นจาก <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/10138> [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2564]. 2559.
8. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอราชสีไศล. รายงานผลการดำเนินงานสาธารณสุขอำเภอราชสีไศล ประจำปี 2566. 2566.
9. วชิระ เพ็งจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. ในเอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย เรื่อง ความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560. 2560.
10. Yamane T. Statistics: An introductory analysis. (3nded.). New York: Harper and Row Publication 1973.
11. สุวัฒน์ มหัตถ์นรินทร์กุล และ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด, โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. 2540.
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต.(พิมพ์ครั้งที่1).กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข:บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด.2561.
13. น้ำผึ้ง ทองศรี. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. สารนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2550.
14. กานต์วีร์ กอบสุข. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรลง ตำบลภูญาติ อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2554.
15. วิไลต์ ฝ่าผิวดี. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองเสือ ตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2556.
16. พิณวีรธรรม บูรณ์เจริญ. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านลุมพุก ตำบลนาดี อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2554.
17. ทรงยศ แจ้งเจริญ. โปรแกรมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้วัดส่งเสริมสุขภาพเป็นฐาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2555.
18. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคธนะวิชัย, ธนิกานต์ ศักดาพร. ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). 2552.