

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการพัฒนาความรู้ ด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

ประเสริฐ สาวิรัมย์^{*a}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และดัชนีความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ผ่านการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver-CG) โดยการอบรมหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ระยะเวลา 1 สัปดาห์ แบ่งเป็น ภาคทฤษฎี 4 วัน และภาคปฏิบัติ 3 วัน เนื้อหาหลักสูตรประกอบด้วย 1) การฟื้นฟูความรู้ตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ 2) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน สำหรับผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 4 ด้าน 4) การสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ และ 5) การฝึกปฏิบัติเพิ่มทักษะในทุกด้านที่อบรมภาคทฤษฎี ผู้ดูแลผู้สูงอายุปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยระบบสนับสนุนและเสริมพลังจากทีมพี่เลี้ยง และได้รับการกำกับติดตามประเมินผลโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือ แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และแบบวัดดัชนีชี้วัดความสุข ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 ผู้วิจัยดำเนินการระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนตุลาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ประกอบด้วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 192 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 273 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.000$ ($t=10.193$, $p<0.001$) และมีคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.000$ ($t=20.397$, $p<0.001$)

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา ควรมีการพัฒนาหลักสูตร CG เชี่ยวชาญ ให้เป็นหลักสูตรต่อยอดในการพัฒนา ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีความรู้ มีศักยภาพ และทักษะ ในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ในอนาคต

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพชีวิต; ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง; ผู้ดูแลผู้สูงอายุ; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

^{*} สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ) สาธารณสุขอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

^a ผู้เขียนหลัก: ประเสริฐ สาวิรัมย์ Email: pss_07@hotmail.com

รับบทความ: 11 ธ.ค. 64; รับบทความแก้ไข: 30 ธ.ค. 64; ตอบรับตีพิมพ์: 30 ธ.ค. 64; ตีพิมพ์ออนไลน์ 1 ม.ค. 65

Improving Quality of Life among Dependent Elderly through the Development of Health Literacy among Caregivers with ‘Expert Caregiver’ Curriculum, Mueang District, Buriram Province

Prasert Saveeram^{*a}

Abstract

Objectives of this research were to study the effectiveness of and ‘Expert Caregiver’ curriculum for elderly caregivers to improve dependent elderly’s quality of life and happiness index. Caregivers attended the week-long ‘Expert Caregiver’ curriculum which was consisted of 4 days of instructions and 3 days of practices covering topics as follows: 1) standard care for elderly, 2) improving health literacy for elderly, 3) improving elderly’s quality of life, 4) five-dimensional happiness building for elderly, and 5) elderly care practice in all areas. Caregivers who completed the program also received supervisions and empowerment from health care team plus monitoring and evaluation from district health boards (DHB). Instruments used in this study were WHO’s Brief Health Related Quality of Life (WHOQOL) measurement (Thai version) with reliability of 0.84 and happiness index measure with reliability of 0.70. The study was conducted during January and October 2021. The samples included 192 elderly caregivers and 273 dependent elderly. The data were analyzed using paired t-test.

The study showed that, after the intervention, quality of life scores among dependent elderly significantly increased at $p=0.00$ ($t=10.193$, $p<0.001$) and happiness index scores also significantly increased at $p=0.00$ ($t=20.397$, $p<0.001$)

It can be recommended from the results of this study that the ‘Expert Caregiver’ curriculum is effective in improving quality of life and happiness among dependent caregivers under their care. Replications and adaptation of the curriculum in other areas are suggested.

Keywords: Quality of life development; Dependent elderly; Elderly caregiver; Health literacy

^{*} District Public Health Executive (Public Health Technical Officer, Senior Professional Level), Mueang District Public Health Office, Buriram Province

^a Corresponding author: Prasert Saveeram Email: pss_07@hotmail.com

Received: Dec. 11, 21; Revised: Dec. 30, 21; Accepted: Dec. 30, 21; Published Online: Jan. 1, 22

บทนำ

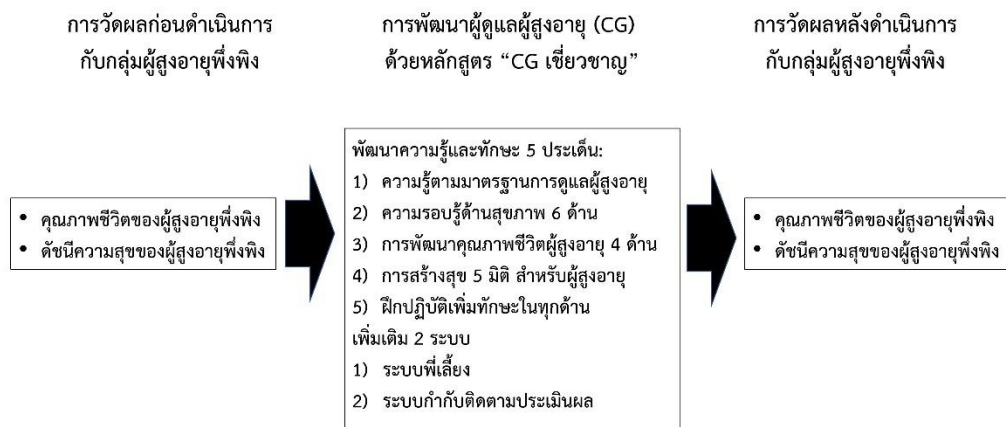
คุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการพัฒนาประเทศตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 เป็นต้นมา จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในทางที่เสื่อมทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรัง เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงกันทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ความสามารถในการทำกิจกรรมและบทบาททางสังคมลดลง คุณภาพชีวิตลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น⁽¹⁾ จากข้อมูลการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทยอันเนื่องมาจากการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุในสังคมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา ส่งผลให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดและในปี พ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15 และคาดการณ์ว่าประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยจะสูงถึงร้อยละ 20 ใน พ.ศ. 2564 ส่งผลให้ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society)⁽²⁾ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 95 เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังซึ่งจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพิง และมีผู้ป่วยนอนติดเตียง ร้อยละ 1 นอกจากนั้นยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูง แต่ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแล มีมากถึงร้อยละ 13⁽³⁾ ปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุทำให้สูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาจำนวนมาก ผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงได้ การพัฒนาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกส่วนจะต้องร่วมมือกันอย่างจริงจัง แต่ระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็นการดูแลรักษาตามมาตรฐานการดูแลทั่วไป มากกว่าการส่งเสริม คุ้มครอง และสนับสนุน⁽²⁾ จึงทำให้ขาดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมถึงศักยภาพของผู้สูงอายุ

ประชากรผู้สูงอายุของจังหวัดบุรีรัมย์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2559 ถึงปี พ.ศ. 2563 และสัดส่วนผู้สูงอายุอำเภอเมืองบุรีรัมย์ 3 ปีซ้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2561 ถึงปี 2563 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว⁽⁴⁾ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความจำเป็นที่จะต้องเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพที่รอบด้าน โดยเฉพาะการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และทักษะที่ครอบคลุมทุกมิติในการดูแลพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพ คือความสามารถหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพ โต้ตอบซักถาม จนสามารถประเมิน ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการ เพื่อการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม และสามารถบอกต่อผู้อื่นได้⁽⁵⁾ จากการนิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอเมืองบุรีรัมย์ในปีงบประมาณ 2563 พบว่าประเด็นที่ต้องพัฒนา ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ยังขาดทักษะ ขาดความมั่นใจ ขาดความเชี่ยวชาญ โดยร้อยละ 52 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่าขาดความมั่นใจในการสื่อสารให้ความรู้กับผู้สูงอายุและญาติ ร้อยละ 60 ขาดการเข้าถึงสื่อและข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็น และร้อยละ 64 ขาดความเชี่ยวชาญในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพที่รอบด้าน ทั้งความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดำเนินกิจกรรม ที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในทุกมิติ

จากสภาพปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้กระบวนการพัฒนาศักยภาพความรู้ของผู้ดูแลให้มีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความแตกต่างไปจากการดูแลตามปกติของ Caregiver โดยมีกิจกรรมดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการพัฒนาความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และดัชนีความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์



ภาพที่ 1 กรอบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง โดยศึกษาคุณภาพชีวิต และดัชนีความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้กระบวนการพัฒนาความรู้ด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นการพัฒนาศักยภาพ ความรู้ และทักษะที่รอบด้านของผู้ดูแล ร่วมกับระบบพี่เลี้ยงและระบบกำกับติดตามประเมินผล ให้มีกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ครอบคลุมทุกมิติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ครั้งนี้ได้มีการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการอบรมหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ระยะเวลา 1 สัปดาห์ แบ่งเป็นภาคทฤษฎี 4 วัน และภาคปฏิบัติ 3 วัน เนื้อหาหลักสูตรที่จัดให้ Caregiver ประกอบด้วย 5 บท ได้แก่ 1) พื้นฟูความรู้ประยุกต์ใช้หลักสูตรฟื้นฟูผู้ดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽⁶⁾ 2) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน^(7,8) 3) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 4 ด้าน 4) การดูแลด้านจิตใจ 5) ฝึกปฏิบัติเพิ่มทักษะในทุกด้านที่อบรมภาคทฤษฎี และเพิ่ม 2 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบสนับสนุนจากทีมพี่เลี้ยง และ 2) ระบบการเสริมพลังกำกับติดตามประเมินผล ในส่วนเพิ่ม 2 ระบบ ใช้วิธีประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม⁽⁹⁾ ในผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ พี่เลี้ยงระดับตำบลและระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบล ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2564 ถึงเดือนตุลาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จำนวน 368 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 854 คน

กลุ่มตัวอย่าง โดยขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้การคำนวณ เมื่อทราบจำนวนประชากรโดยใช้สูตรของทาโร ยามาเน⁽¹⁰⁾ เมื่อแทนค่าในสูตรได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 192 คน กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 273 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับสลากจากทะเบียนรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกตำบล และผู้สูงอายุสุ่มจากทะเบียนรายชื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุรับผิดชอบ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ศึกษาทุกรายอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาตามหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” หลังจากได้รับการดูแลและวัดประสิทธิผลโดยการวัดคุณภาพชีวิตและดัชนีชี้วัดความสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามที่เป็นมาตรฐานผ่านการทดสอบ และผ่านการทดสอบคุณภาพมาแล้ว ได้แก่

1. เครื่องมือในการศึกษาข้อมูลทั่วไปและคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ โดยประยุกต์จากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (World Health Organization's Quality of Life Brief-Thai, WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก โดยสุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ⁽¹¹⁾ ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เครื่องมือได้รับการทดสอบแล้วพบว่ามีค่าความเที่ยงตรง โดยมีค่า Content validity เท่ากับ 0.65 และมีความเชื่อมั่น (Reliability) ที่ดี โดยมีความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ซึ่งแสดงค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ

0.84 ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว การให้คะแนนพิจารณาข้อความหมายทั้งทางบวกและทางลบ โดยมีเกณฑ์คะแนน ดังนี้ คะแนนข้อความทางบวก มากที่สุด เท่ากับ 5, มาก เท่ากับ 4, ปานกลาง เท่ากับ 3, น้อย เท่ากับ 2 และไม่เคยเลย เท่ากับ 1 คะแนน ข้อความทางลบจะให้คะแนนกลับกันกับข้อความทางบวก ค่าคะแนนเฉลี่ยมีการแปลผล โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ดังนี้ คะแนน 1.0–2.33 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ คะแนน 2.34–3.67 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คะแนน 3.68–5.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับดี

2. แบบทดสอบดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต⁽¹²⁾

แบบทดสอบนี้ใช้เพื่อประเมินภาวะความสุข เป็นแบบประเมินความสุขด้วยตนเอง ซึ่งสร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดจำกัดความของความสุข หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.70 คำถามจะถามถึงประสบการณ์ในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ให้สำรวจตัวเอง และประเมินเหตุการณ์ อารมณ์ ความคิดเห็น และความรู้สึกว่าอยู่ในระดับใด แล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริง มากที่สุด โดยคำตอบมี 4 ตัวเลือก ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ผู้ตอบเลือกได้เพียงคำตอบเดียว การให้คะแนนพิจารณาข้อความหมายทั้งทางบวกและทางลบ โดยเกณฑ์ให้คะแนน ข้อความทางบวก ไม่เลย เท่ากับ 0 คะแนน, เล็กน้อย เท่ากับ 1 คะแนน, มาก เท่ากับ 2 คะแนน, มากที่สุด เท่ากับ 3 คะแนน ส่วนข้อความทางลบจะให้คะแนนกลับกันกับข้อความทางบวก คะแนนเต็มทั้งหมด 45 คะแนน เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้ว นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน 35–45 คะแนน หมายถึง มีดัชนีความสุขมากกว่าคนทั่วไป คะแนน 28–34 คะแนน หมายถึง มีดัชนีความสุขเท่ากับคนทั่วไป และคะแนนตั้งแต่ 27 คะแนนลงมา หมายถึง มีดัชนีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ภายหลังผ่านการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ระยะก่อนดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต

1.1 เตรียมความพร้อมให้กับผู้ช่วยวิจัย

1.2 ชี้แจงผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ วิธีการใช้เครื่องมือ การบันทึกคำตอบในแต่ละข้อ และชี้แจงให้ทราบถึงการพิทักษ์สิทธิ์ และการเก็บข้อมูลเป็นความลับ

1.3 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต

2. กระบวนการที่จัดทำสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุได้พัฒนาความรู้ ทักษะเพื่อนำไปดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การอบรมหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ 5 บทเรียน” เป็นหลักสูตรที่ได้พัฒนามาจากการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager-CM) ร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกันพิจารณาว่าเนื้อหาความรู้ที่จำเป็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุควรประกอบด้วยอะไรบ้างที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องเรียนรู้ และทักษะอะไรบ้างที่ต้องฝึกปฏิบัติ และควรมีการสนับสนุนอย่างไรเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพ

ที่รอบด้าน จากนั้นจึงรวบรวมเนื้อหาหลักสูตรอบรมจากการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง หลักสูตรการจัดอบรมใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์ แบ่งเป็นภาคทฤษฎี บทที่ 1-4 บทละ 1 วัน รวม 4 วัน และภาคปฏิบัติ (บทที่ 5) ใช้เวลา 3 วัน เนื้อหาหลักสูตรมีรายละเอียดดังนี้

ภาคทฤษฎี บทที่ 1-4 และภาคปฏิบัติ บทที่ 5

บทที่ 1 พื้นฟูความรู้ตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ประยุกต์ใช้หลักสูตรฟื้นฟูผู้ดูแลผู้สูงอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽⁶⁾ เนื้อหาความรู้ประกอบด้วย บทบาทของผู้ดูแล การดูแลเบื้องต้น ภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น ทักษะการดูแลช่วยเหลือ เช่น การให้อาหารทางสายยางและการดูแลสายสวนปัสสาวะ การดูแลช่องปาก การดูแลผลกดทับ และการจัดทำ การดูแลเสมหะ การทำกายภาพบำบัดและกายอุปกรณ์ การดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย การจัดสภาพแวดล้อม และการจัดการขยะติดเชื้อ เช่น การจัดที่พักอาศัยให้ปลอดภัย การกระตุ้น ป้องกัน และการดูแลภาวะสมองเสื่อม ข้อควรระวังในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การกลืนอาหาร การไถ้ยา เป็นต้น

หลังอบรมให้ผู้ดูแลดำเนินการดูแลให้ครบตามชุดสิทธิประโยชน์ และตามแนวทางที่กำหนด เช่น ติดตามเยี่ยม ดูแลกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือตามสภาพปัญหาที่พบ และตามความจำเป็นในผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม และรายงานผลต่อ CM ได้แก่ **กลุ่มที่ 1** เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหากลืน หรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง ให้บริการอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง, **กลุ่มที่ 2** เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหากลืน หรือการขับถ่ายแต่มีภาวะสับสนทางสมอง ให้บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง, **กลุ่มที่ 3** เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหากลืน หรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ให้บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง, และ **กลุ่มที่ 4** เคลื่อนไหวเองไม่ได้และอาจมีปัญหากลืน หรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต ให้บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

บทที่ 2 พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ในเนื้อหาการอบรม^(7,8) ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การให้ข้อมูลความรู้ที่จำเป็น และการรับบริการ (2) ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ การให้ข้อมูลความรู้ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ (3) การสื่อสารเพิ่มความรู้ทางสุขภาพ แนะนำวิธีดูแลตนเองให้กับผู้สูงอายุและญาติ (4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง แนะนำ ข้อดี-ข้อเสีย และให้เลิกปฏิบัติ (5) สอนการใช้สื่อในการสื่อสารตอบโต้ ประเด็นสื่อสารหลัก 66 ข้อ เพื่อความรู้ด้านสุขภาพ (6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การแนะนำทางเลือกในการดูแลสุขภาพโดยให้ผู้ดูแล สื่อสารความรู้ 6 ด้าน แก่ผู้สูงอายุ และญาติอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

บทที่ 3 การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านจิตใจ

3.1 ด้านร่างกาย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาสุขภาพะ ตามชุดสิทธิประโยชน์ และตามแนวทางการดูแล ได้แก่ ดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย ให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัย เหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสุขภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย การจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลอย่างถูกต้อง การส่งต่อผู้สูงอายุ เป็นต้น ความถี่ของการให้บริการดูแล ตามความจำเป็นในแต่ละกลุ่ม

3.2 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ผู้ดูแลผู้สูงอายุชักชวนเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน อสม. หรือผู้สูงอายุด้วยกันเอง มาร่วมเยี่ยมให้กำลังใจร่วมด้วยทุกครั้ง เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า

3.3 ด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ดูแล ร่วมกับญาติของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกันปรับสภาพแวดล้อม ภายในและภายนอกบ้านให้เหมาะสม เช่น ทำความสะอาด จัดที่พักให้มีความปลอดภัย จัดการทางต่างระดับ ไฟส่องสว่าง การจัดการขยะ โดยให้ร่วมกันพัฒนาอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

3.4 ด้านจิตใจ ใช้กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ มาประยุกต์ใช้ จัดกิจกรรมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เดือนละ 1 ครั้ง แนะนำญาติผู้ดูแลร่วมให้กำลังใจ ชักชวนเพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน อสม. หรือผู้สูงอายุด้วยกันเอง มาร่วมเยี่ยมให้กำลังใจร่วมด้วยทุกครั้ง เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า

บทที่ 4 การสร้างสุข 5 มิติ เป็นการดูแลด้านจิตใจ โดยมีกิจกรรม 5 ฐาน ให้ผู้ดูแลฝึกและนำไป ปฏิบัติ (กิจกรรม 5 ฐาน ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ) ให้จัดกิจกรรมทุกเดือน โดยจัดที่ชุมชนของผู้สูงอายุ และให้ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วม

บทที่ 5 ฝึกปฏิบัติเพิ่มทักษะในทุกด้านที่وبرมภาคทฤษฎี ใช้ระยะเวลา 3 วัน ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุฝึก ปฏิบัติที่ระดับตำบล โดย CM เป็นผู้ประเมินการฝึกปฏิบัติตามแบบประเมินผล

กิจกรรมเพิ่ม 2 ระบบ (ระบบสนับสนุน และระบบกำกับติดตาม)

1) เพิ่มระบบสนับสนุนจากทีมพี่เลี้ยง โดย CM มอบหมาย กำกับให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้บริการดูแล ครอบครัวทุกราย และดูแลตามความจำเป็นของผู้สูงอายุแต่ละราย สร้างระบบปรึกษาทางกลุ่มไลน์ จัดหา อุปกรณ์ทางการแพทย์ตามความจำเป็นของผู้สูงอายุแต่ละราย ประเมินผลการดูแล และปรับแผนการดูแล ร่วมกับผู้ดูแล

2) ระบบการเสริมพลังกำกับติดตาม ประเมินผล โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม⁽⁹⁾ ในผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 1 วัน ได้แก่ พี่เลี้ยงระดับตำบล ระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พขอ.) ระดับตำบล โดยให้ นำเสนอสถานการณ์ สภาพปัญหา เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ร่วมแสดงความคิดเห็น วางแผนสร้างระบบและสรุปกิจกรรมระบบพี่เลี้ยง และระบบกำกับติดตาม ประเมินผล เพื่อนำไปใช้ได้แก่

2.1 CM ติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมกับ CG ในรายที่มีปัญหาซับซ้อน

2.2 มีแบบบันทึกการส่งงานทุกเดือน พร้อมทั้งมอบหมายงานเพิ่มตามความจำเป็น ติดตาม การทำงานผ่านระบบไลน์ นำประสบการณ์ในการดูแลหรือความภาคภูมิใจที่เกิดขึ้นขณะดูแลผู้สูงอายุมาเล่า แบ่งปันความสุขความภูมิใจในทีมผู้ดูแลเป็นการเสริมพลังในการดำเนินงาน

2.3 ทบทวนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุทุกเดือนโดยให้ยกตัวอย่างการดูแล เดือนละ 1 เรื่อง เพื่อให้ CG มีความรอบรู้เกิดทักษะ และเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.4 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ติดตามการดำเนินงานผ่านการประชุมทุก 3 เดือน ให้คำแนะนำ และสนับสนุนด้านวิชาการ ประสานความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมลงดำเนินการในพื้นที่ และให้ข้อเสนอแนะ เมื่อเกิดปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในรูปแบบปกติ และรูปแบบที่มีการปรับปรุงตาม หลักสูตร CG เชี่ยวชาญ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ของ Caregiver ก่อนและหลังการพัฒนาความรู้และทักษะตามหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ”

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)	
การดูแลในรูปแบบปกติ	การดูแลในรูปแบบใหม่ ที่ผ่านการพัฒนาความรู้และทักษะตามหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ”
- CG ดูแลตามแนวทางที่ได้รับมอบหมาย - การพัฒนาความรู้ไม่ครอบคลุมทุกมิติ - ขาดการฝึกฝนทักษะความเชี่ยวชาญ - การดูแลผู้สูงอายุเกิดจากการมอบหมายงานของ CM - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงยังไม่ครอบคลุม - มีการประเมินผลการดูแลประจำปีตามตัวชี้วัดงานผู้สูงอายุ	- เน้นการฝึกทักษะ ฝึกปฏิบัติจริงและปรับตามสภาพปัญหา การดูแลผู้สูงอายุเน้นการดูแลพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมทุกมิติ - ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสามารถบอกต่อแนะนำได้ - ได้รับการฟื้นฟูพัฒนาความรู้ และทักษะการดูแลที่สำคัญ เสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง - ได้รับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการดำเนินการจริง - เสริมพลังให้เครือข่ายมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาร่วมดูแล สร้างศักยภาพและความเข้มแข็งให้ภาคีเครือข่ายครอบครัวและชุมชน - ปรับกระบวนการดำเนินงานโดยอาศัยแนวคิดการแก้ปัญหาโดยใช้ครอบครัว และชุมชนเป็นฐาน เน้น 2 กิจกรรมหลัก คือ การดูแลสุขภาพกาย และการดูแลทางสังคม เช่น กระตุ้นให้ภาคีเครือข่าย ชุมชน และญาติมีส่วนร่วม - ติดตามการดำเนินงาน ทุก 3 เดือน ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอระดับตำบล - มีระบบดูแล กำกับ ติดตาม แบบระบบพี่เลี้ยง

3. ระยะหลังผู้ดูแลดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต

3.1 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการพัฒนาคุณภาพชีวิต

3.2 ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าพบว่าข้อมูลไม่มีความสมบูรณ์ในบางประเด็น ผู้ช่วยวิจัยของตำบลนั้นต้องติดตามเป็นการเฉพาะรายบุคคลอย่างเร่งด่วน แต่ถ้าไม่สามารถดำเนินการได้หรือพิจารณาแล้วว่ามีความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจะนำข้อมูลชุดนั้นออกจากการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับและคะแนนคุณภาพชีวิต ดัชนีความสุข โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังดำเนินการโดยเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต และ ดัชนีความสุข ด้วยสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2021-043 รับรองวันที่ 30 มีนาคม 2564 ผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิโดยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ข้อมูลก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ปกปิดข้อมูลที่ไม่ต้องการเปิดเผย และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป และภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงร้อยละ 56.74 อายุเฉลี่ย 71.16 ปี (SD=5.632) ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 61.54 และมีสถานภาพคู่ ร้อยละ 69.96 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 44.69 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.82

1.2 ข้อมูลด้านร่างกาย พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ในกลุ่มอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 36.26 และมีอุปกรณ์ในการช่วยเหลือ ได้แก่ ไม้เท้า ร้อยละ 25.27 แว่นตา ร้อยละ 23.44 ฟันปลอม ร้อยละ 22.34 ตามลำดับ โรคประจำตัว 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิต ร้อยละ 51.65 เบาหวาน ร้อยละ 45.42 และโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 25.27 ผู้สูงอายุมีปัญหาสำคัญ 3 อันดับแรก คือการเคลื่อนไหว ร้อยละ 65.57 การรับประทานอาหาร ร้อยละ 48.72 และท้องผูก ร้อยละ 44.69 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุออกกำลังกายบางครั้ง ร้อยละ 61.90 สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 6.96 และดื่มสุราเป็นประจำ ร้อยละ 5.13

2. ระดับคุณภาพชีวิตและดัชนีความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.1 ผลการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.4 รองลงมาคือคุณภาพชีวิตระดับสูง ร้อยละ 37.0 และคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ร้อยละ 6.6 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.55 (SD=0.392) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ (n=273)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับคุณภาพชีวิตสูง (3.68–5.00 คะแนน)	101 (37.0)
ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน)	154 (56.4)
ระดับคุณภาพชีวิตต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)	18 (6.6)
(Mean=3.54, SD=0.402)	

2.2 ผลการประเมินดัชนีชี้วัดความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่ มีดัชนีความสุขอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 44.69 รองลงมาอยู่ในระดับเสี่ยง ร้อยละ 40.66 และอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 14.65 ภาพรวมคะแนนดัชนีชี้วัดความสุข มีคะแนนเฉลี่ย 29.96 คะแนน (SD=6.265) ดังแสดงในตาราง ที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลผลการประเมินดัชนีชี้วัดความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=273)

ระดับดัชนีความสุข	จำนวน (ร้อยละ)
มีดัชนีความสุขดี (Good) 35-45 คะแนน	40 (14.65)
มีดัชนีความสุขปกติ (Fair) 28-34 คะแนน	122 (44.69)
มีดัชนีความสุขเสี่ยง (Poor) 27 คะแนนหรือน้อยกว่า	111 (40.66)
(Mean=29.96, SD=6.265)	

3. ประสิทธิภาพของการพัฒนาความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และดัชนีความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

3.1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับคุณภาพชีวิต พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตก่อนร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และหลังร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 ($t=10.193$, $df=272$, $p\text{-value}<0.001$) ดังแสดง ในตารางที่ 4

3.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนดัชนีชี้วัดความสุข พบว่าคะแนนดัชนีชี้วัดความสุขมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้น จาก 29.96 เป็น 33.86 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.000 ($t=20.397$, $df=272$, $p\text{-value}<0.001$) และพบว่าผู้สูงอายุมีดัชนีความสุขในระดับเสี่ยงลดลง จากร้อยละ 40.7 เป็นร้อยละ 4.0 มีดัชนีความสุขในระดับปกติเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 44.7 เป็นร้อยละ 63.4 และมีดัชนีความสุขในระดับดีเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 14.7 เป็นร้อยละ 32.6 รายละเอียดดังตารางที่ 4 และ ตารางที่ 5

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิต (n=273)

กลุ่มทดลอง	n	$\bar{X}$	SD	ระดับ	t	df	p-value
ระดับดัชนีความสุข							
ก่อนร่วมกิจกรรม	273	29.96	6.265	ปกติ	20.397	272	<0.001**
หลังร่วมกิจกรรม	273	33.86	4.671	ปกติ			
ระดับคุณภาพชีวิต							
ก่อนร่วมกิจกรรม	273	3.55	0.392	ปานกลาง	10.193	272	<0.001**
หลังร่วมกิจกรรม	273	3.63	0.370	ปานกลาง			

ตารางที่ 5 ระดับดัชนีความสุขผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา (n=273)

ดัชนีชีวิตความสุข ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	ก่อนดำเนินกิจกรรม		หลังดำเนินกิจกรรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีดัชนีความสุขมากกว่าคนทั่วไป 35-45 คะแนน	40	14.7	89	32.6
มีดัชนีความสุขเท่ากับคนทั่วไป 28-34 คะแนน	122	44.7	173	63.4
มีดัชนีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป 27 คะแนนลงมา	111	40.7	11	4.0
รวม	273	100.00	273	100.00

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อาจเนื่องจาก ช่วงอายุ 55-64 ปี เป็นช่วงอายุที่ผู้ชายมีโอกาสเสียชีวิตได้มากกว่าผู้หญิง สาเหตุหลักๆ มาก จากโรคหัวใจ การฆ่าตัวตาย อุบัติเหตุทางรถยนต์ มะเร็ง และความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ ตึ่มแอลกอฮอล์ และความเครียด ซึ่งล้วนแต่เป็นโรคหนักๆ และร้ายแรง จากผลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ ยังช่วยเหลือตนเองได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต้องอาศัยอุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น ไม้เท้า แวนตา มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง และมีปัญหาสำคัญทางด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องระวังคือ ปัญหาการเคลื่อนไหว การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ปัญหาท้องผูก นอกจากนี้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังมีแนวโน้มของการแยกตัวเองออกจากสังคม มากขึ้น

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ถึงแม้จะมีการจัดกิจกรรมบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ที่หน่วยบริการสาธารณสุข แต่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มักไม่มีส่วนร่วม เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ การเคลื่อนไหว การเดินทาง โดยแนวทางที่สามารถปรับปรุงการให้บริการได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ คือการจัดบริการสุขภาพในชุมชนของผู้สูงอายุเอง และเสริมสร้างบทบาทของผู้ดูแลให้มีส่วนร่วม มีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และดูแลตามแนวทางที่ถูกต้อง ครอบคลุมทุกมิติมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรแลง ตำบลบุฤๅษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ของกานต์วีร์ กอบสุข⁽¹³⁾ ที่พบว่าการจัดบริการของผู้ให้บริการไม่ตรงกับความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุหรือชุมชน

ผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.4 รองลงมาคือคุณภาพชีวิตระดับสูง ร้อยละ 37.0 และคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ร้อยละ 6.6 จะเห็นได้ว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ มีระดับคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง รองลงมาคือคุณภาพชีวิตระดับสูง อยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 6.6 เท่านั้น อาจเนื่องมาจาก องค์ประกอบครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอเมืองบุรีรัมย์ ได้สมัครเข้าร่วมดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long-term Care) และได้รับสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงครบทุกตำบล จึงทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดี จากผลการศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายด้วยตนเองได้ ถึงแม้จะไม่สามารถทำได้เต็มที่ ซึ่งหากปรับปรุงการให้บริการและสร้างมุมมองการดูแลสุขภาพใหม่ โดยเปลี่ยนเป็นให้ผู้สูงอายุมีมุมมองว่าตนเองสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ โดยมีการสนับสนุนจากผู้ดูแลและผู้ที่เกี่ยวข้อง จะช่วยแก้ไขปัญหามาตรฐานความต้องการการดูแลสุขภาพและทรัพยากรอื่นๆ

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชน บ้านหนองเสือ ตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ วิโชติ ผ้าผิวดิ⁽¹⁴⁾ พบว่าปัญหาการส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ คือผู้สูงอายุขาดความรู้ในการดูแลตนเองไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการส่งเสริมสุขภาพและการจัดการบริการของผู้ให้บริการไม่ตรงกับความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของตัวผู้สูงอายุหรือชุมชน นอกจากนี้หากนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมจะเป็นการช่วยผู้สูงอายุ ในมิติด้านสังคม ป้องกันการเกิดปัญหาด้านจิตใจได้อีกด้วย

จากการนำเสนอผลการดำเนินงาน จะเห็นได้ว่าบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ได้มีกิจกรรมในการดูแลที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม และได้รับการพัฒนาความรู้ทักษะการดูแลโดยได้รับการอบรมหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” 5 บทเรียน และเพิ่มระบบพี่เลี้ยงและระบบกำกับติดตามประเมินผล ทำให้การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เห็นได้จากผลการเปรียบเทียบระดับและคะแนนดัชนีชี้วัดความสุข ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นจากก่อนรวมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีดัชนีความสุขในระดับเสี่ยงลดลง มีดัชนีความสุขในระดับปกติ และดัชนีความสุขในระดับดีเพิ่มขึ้น

การให้บริการต่างๆ ดังที่กล่าวมาสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความรอบรู้เพิ่มมากขึ้น เข้าใจหลักการดูแล ทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีแผนงานที่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านลุมพุก ตำบลนาดี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ พิณวรรณ บุณย์เจริญ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่ารูปแบบการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นปัจจัยหลักที่ช่วยส่งเสริมให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสามารถตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาของชุมชนได้ โดยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องโปรแกรมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของทรงยศ แฉ่งเจริญ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าการใช้วัดส่งเสริมสุขภาพเป็นฐาน ในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาและยกระดับทั้งสุขภาพทางกายและทางใจ เช่น การออกกำลังกายโดยการเดินจงกรม และการฝึกการบริหารจิตโดยการนั่งสมาธิ ขึ้นการสังเกตผล การปฏิบัติงาน พบว่า การปฏิบัติตามคู่มือการดูแลสุขภาพและกิจกรรมบริการสุขภาพที่จัดในชุมชนช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ในการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองมากขึ้น ช่วยลดปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องได้ดีขึ้น ซึ่งได้รับสนับสนุนจากผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจมากขึ้น ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุได้ทำงานอดิเรกในช่วงกลางวัน ส่งผลช่วยลดความเหงาและไม่คิดพึ่งพ่ชาน รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาและร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี เห็นคุณค่าในตนเองและมีจิตใจผ่องใส ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรเลง ตำบลบุษย อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ กานต์วีรี กอบสุข⁽¹³⁾ ที่พบว่าส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุต้องมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ดำเนินการส่งเสริมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีการออกกำลังกาย ตรวจสอบสุขภาพ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเข้าวัดทำบุญฟังธรรม มีการรับรู้ข่าวสารและเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การดำเนินกิจกรรม พบว่า ครอบครัว ชุมชน มีการเกื้อหนุนผู้สูงอายุตามบริบทของชุมชนในการดูแลสุขภาพและการดูแลสุขภาพจากหน่วยบริการ โดยผู้ให้บริการจัดกิจกรรมในการดูแล

สุขภาพมุ่งเน้นให้ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ ซึ่งมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการประสานงานและสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติ และการวิจัยครั้งต่อไป

1. การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ญาติ ควรมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมช่วยเสริม และสนับสนุนการดูแล และควรส่งเสริมให้มีการเตรียมความพร้อม เพิ่มศักยภาพคนในครอบครัวให้สามารถดูแลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
2. ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรกำหนดกลยุทธ์ในการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงต้องเจ็บป่วยและกลายเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
3. ควรศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกกลุ่ม และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
4. สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นอุปสรรคในการเข้าไปดูแลการทำหัตถการกับผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีอุปกรณ์ป้องกันที่เพียงพอ และต้องเพิ่มความระมัดระวังมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. เกศกนก จงรัตน์, ศรีธยา ฤทธิ์ช่วยรอด, นันทวุฒิ วงศ์เมฆ, นิพนธ์ รัตนคช. ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28(6):1013-9.
2. สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. รายงานการประชุมโครงการประชุมวิชาการบริการปฐมภูมิเรื่องการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน; 2552.
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. คู่มือการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองบุรีรัมย์. สรุปสถานการณ์ผู้สูงอายุ. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองบุรีรัมย์; 2564.
5. วชิระ เพ็งจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. ในเอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย; 19 มีนาคม 2561; กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการอบรมฟื้นฟู Caregiver หลักสูตร 70 ชั่วโมง. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์; 2560.
7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. Health Literacy ความรอบรู้ด้านสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 พฤษภาคม 17]. เข้าถึงได้จาก:
https://planning.anamai.moph.go.th/main.php?filename=data_hl
8. วิชารพร เชยสุวรรณ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. วารสารแพทยนาวิ 2560;44(3):183-97.
9. อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, พิมพ์ล วงศ์ไชยา. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: ลักษณะสำคัญและการประยุกต์ใช้ในชุมชน.วารสารมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2560;36(6):193-200.

10. Yamane T. Statistic: An introductory analysis. 3rd ed. Tokyo: Harper International;1975.
11. สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่; 2540.
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ :บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด; 2561.
13. กานต์วี กอบสุข. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านโคกบรรเลง ตำบลบุฤๅษี อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
14. วิโชติ ผ่าผิวดิ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยภาคีผู้สูงอายุในชุมชนบ้านหนองเสือ ตำบลศรีสุข อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2556.
15. พิณวรรณ บุรณ์เจริญ. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านลุ่มพุก ตำบลนาดี อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2554.
16. ทรงยศ แจ่มเจริญ. โปรแกรมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้วัดส่งเสริมสุขภาพเป็นฐาน [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2555.