

## ผลของการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จังหวัดชุมพร\*

### EFFECTS OF THE DEVELOPMENT OF CAREGIVER POTENTIAL FOR THE GOOD QUALITY OF LIFE OF ELDERLY, CHUMPHON PROVINCE

อารมณ รมเย็น

Arom Romyen

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร

Chumphon Provincial Health Office, Thailand

E-mail: a\_romyen21@hotmail.com

#### บทคัดย่อ

บทความการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ดูแลและศักยภาพของผู้ดูแล เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความสามารถในการจัดสรรประจำวันผู้สูงอายุ และการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 - กันยายน 2565 กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ดูแล จำนวน 226 คน กลุ่มเครือข่าย จำนวน 270 คน และผู้สูงอายุ จำนวน 226 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, T - test และการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุเชิงเส้น ผลวิจัยพบว่า ผู้ดูแลต้องการมีความรู้ที่สามารถปฏิบัติได้ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตั้งเป็นกองทุนช่วยเหลือผู้สูงอายุ ศักยภาพของผู้ดูแลหลังพัฒนามีบทบาทการทำงานระดับสูงมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) mean difference (MD) = 4.05 มีคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าก่อนพัฒนา MD = 31.31 เครือข่ายมีส่วนร่วมมากกว่าก่อนพัฒนา ระดับสูง MD = 3.36 คุณภาพชีวิตด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวันโดยรวมเพิ่มขึ้น MD = 70.195 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ร้อยละ 37.2 ( $R^2$ Adj. = 0.372,  $p < 0.001$ ) จำนวน 8 ปัจจัยจาก 11 ปัจจัย เรียงอิทธิพลมากไปน้อย ได้แก่ ล้างหน้า-หิวผม-แปรงฟัน ( $R^2$ Adj. = 0.183), การลุกนั่ง ( $R^2$ Adj. = 0.154), การอาบน้ำ ( $R^2$ Adj. = 0.117) การขึ้นลง

\* Received October 19, 2022; Revised November 29, 2022; Accepted January 18, 2023



บันได ( $R^2\text{Adj.} = 0.117$ ) การกลั่นปัสสาวะ ( $R^2\text{Adj.} = 0.069$ ) การกลั่นอุจจาระ ( $R^2\text{Adj.} = 0.051$ ) การรับประทานอาหาร ( $R^2\text{Adj.} = 0.014$ ) การสวมใส่เสื้อผ้า ( $R^2\text{Adj.} = 0.013$ ) สรุปผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แสดงให้เห็นได้ว่าการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จังหวัดชุมพรครั้งนี้ ทำให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในระดับสูงและเครือข่ายมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

**คำสำคัญ:** การพัฒนาศักยภาพ, ผู้ดูแล, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

## Abstract

This research article aims to study the situation and the problem caregiver needs and caregiver potential to study and compare the participation of elderly care networks. The ability to do the daily routine of the elderly and the analysis of factors predicting the overall quality of life of the elderly. This developmental research between October 2021 - September 2022. The sample group was divided into 3 groups: a caregiver group of 226 people and a network group of 270 people, and 226 elderly people. The tools used as a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test and multiple linear regression Results of study found that the caregiver needs were as practical knowledge to local government organizations set up a fund to help the elderly. The potential of caregivers after developing high-level work roles was significantly higher than before development ( $p < 0.001$ ), high mean difference (MD)= 4.05, higher quality of care for the elderly than before high-level MD= 31.31 The network was more involved than before the high level of development MD=3.36. The overall quality of life of the elderly in terms of the Barthel index of activities of daily living to increased significantly MD=70.195 with statistical significance ( $P < 0.001$ ). Factors influencing the overall quality of life of the elderly statistically significant at the level of less than 0.05 37.2% ( $R^2\text{Adj.} = 0.372$ ,  $p < 0.001$ ). There were 8 out of 11 factors, that influence descending order: grooming ( $R^2\text{Adj.} = 0.183$ ), transfer ( $R^2\text{Adj.} = 0.154$ ), bathing ( $R^2\text{Adj.} = 0.117$ ), stairs ( $R^2\text{Adj.} = 0.117$ ), bladder ( $R^2\text{Adj.} = 0.069$ ), bowels ( $R^2\text{Adj.} = 0.051$ ), feeding ( $R^2\text{Adj.} = 0.014$ ), dressing ( $R^2\text{Adj.} = 0.013$ ). Conclusion: The results of this study show that the developing caregivers' potential for a better quality of life for the elderly Chumphon Province could



makes caregivers had a high level of the potential and the network participates in caring for the elderly, thus increasing the quality of life of the elderly.

**Keywords:** Development Potential, Caregivers, Quality of Life, Elderly

## บทนำ

ประเทศในทวีปเอเชียรวมถึงประเทศไทย พบว่า อัตราความชุกของเกิดภาวะทุพพลภาพผู้สูงอายุพบในระดับสูง ยกเว้นประเทศญี่ปุ่นที่มีไม่เกินร้อยละ 20 ปัจจุบันประชากรมีอายุยืนยาวเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น องค์การสหประชาชาติคาดว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ หรือมีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 30 ของประชากรทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2563 (United Nations., 2017)

ปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร หลังจากได้ดูแลผู้สูงอายุมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี พบปัญหาและได้รับผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลที่หลากหลาย เช่น มีปัญหาด้านสุขภาพและสมรรถนะทางร่างกายลดลง มีปัญหาด้านอารมณ์จิตใจ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม ขึ้นอยู่กับระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ บทบาทและภาระการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล กิจกรรมที่มีความสำคัญคือ การเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุและทีมหมอครอบครัว แต่บทบาทและภาระการจัดบริการยังสามารถกระทำการได้ไม่ทั่วถึง ไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้ ปัญหาจากการดำเนินงานด้านกำลังคน มีการเปลี่ยนแปลงของผู้รับผิดชอบงานไม่ผ่านการอบรม ขาดองค์ความรู้ และความเข้าใจการดำเนินงานตัวชี้วัด ด้านการจัดระบบข้อมูลข่าวสารกลุ่มวัยสูงอายุความไม่ต่อเนื่องของระบบข้อมูลในโปรแกรม Long Term Care ทั้งในส่วนหน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร, 2565)

จังหวัดชุมพร ได้กำหนดนโยบายในการขับเคลื่อนชุมพรเมืองผู้สูงอายุคุณภาพดี ได้จัดทำโครงการส่งเสริมความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2564 เป็นต้นมา เพื่อสร้างสุขภาพแก่ผู้สูงอายุผู้สูงอายุคุณภาพ : การดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร เป็นวาระจังหวัดชุมพร โดยยึดกรอบแนวคิดในการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุคือ “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา” และใช้รูปแบบ SALE Model เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองดำรงชีวิตประจำวันได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.52 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.68 และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.80 และผู้สูงอายุได้รับการดูแลตาม care plan ร้อยละ 95.16 (เกณฑ์ร้อยละ 85) จัดทำโครงการ long term care เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร, 2565)

ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยทำการศึกษ เพื่อประเมินผลของการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จังหวัดชุมพร ครั้งนี้ โดยมีประเด็นคำถามว่า ผู้ดูแล



ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีลักษณะเป็นอย่างไร ปัญหาและต้องการความช่วยเหลือจากกลไกที่มีอยู่ในชุมชนท้องถิ่นหรือไม่ ตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแลเป็นอย่างไร ประโยชน์จากการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในเขตจังหวัดชุมพรจากการศึกษานี้จะแสดงให้เห็นถึง ศักยภาพผู้ดูแลกับความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ รวมถึงศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการระบบบริการสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุและเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหา ความต้องการของผู้ดูแลและศักยภาพของผู้ดูแล
2. เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ
3. เพื่อศึกษาความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย

### วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (development research) สถานที่ศึกษา คือ จังหวัดชุมพร ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2564 - กันยายน 2565

กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลตามโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long term care) มี 4 ขั้นตอน คือ 1) จัดอบรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย 2) กำหนดบทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) 3) กำหนดกระบวนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ และ 4) การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คำนวณจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ยกรณีทราบจำนวนประชากร (อรุณ จิรวัดณ์กุล, 2557) สูตรคำนวณ

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

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล จำนวน 226 คน คือ ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัว ตามข้อ 3 ทั้งผู้ดูแลที่เคยได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรม กลุ่มตัวอย่างกระจายรายอำเภอ ดังตารางที่ 3.2

2. กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งจังหวัดมีจำนวน 13,493 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 79 คน แกนนำชุมชน 744 คน (สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดชุมพร, 2564) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 12,670 คน



$N$  = population size คือ บุคลากรทั้งหมด มีจำนวน 13,493 คน

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

$\sigma^2$  = ค่าความแปรปรวน อ้างอิงการศึกษาของ วันวิสาข์ ศรีรุ่ง ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตัน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของความหวัง แรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว และภาวะอ่อนล้าต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง (mean = 92.77, SD = 6.37) ดังนั้นค่าความแปรปรวน = 0.40

$d$  = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยกำหนดที่ = 0.05

$n = \frac{13,493 \times (1.96)^2 \times (0.40)}{(0.05)^2 \times (13,493-1) + (1.96)^2 \times (0.40)} = 245.85$  คน

หลังจากแทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 245 คน ผู้วิจัยเพื่อ drop out 10% (25 คน) ได้ขนาดตัวอย่างเป็นจำนวน 270 คน

**3. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** จำนวน 226 คน คำนวณดังนี้

$N$  = population size คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด มีจำนวน 2,411 คน

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

$\sigma^2$  = ค่าความแปรปรวน อ้างอิงการศึกษาของ (นัสมล บุตรวิเศษ และอุปรีษฐา อินทรสาด, 2564) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า คุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (mean = 4.03, SD = 0.86) ดังนั้นค่าความแปรปรวน = 0.73

$d$  = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยกำหนดที่ = 0.07

$n = \frac{2,411 \times (1.96)^2 \times (0.73)}{(0.07)^2 \times (2,411-1) + (1.96)^2 \times (0.73)} = 206.08$  คน

ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 206 คน เพื่อ drop out 10% (20 คน) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 226 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 226 คน เจาะจงศึกษาผู้ดูแลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ที่มีประสบการณ์ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุทั้งเป็นสมาชิกในครอบครัวและเป็นอาสาสมัครผู้ดูแล

2. กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 270 คน เจาะจงศึกษาผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เลือกรายหมู่บ้านที่มีกลุ่มตัวอย่างตามข้อ 1



3. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 226 คน ศึกษาผู้สูงอายุโดยการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน โดยสุ่มเลือกแบ่งออกตามที่อยู่และผู้สูงอายุในข้อ 1 และเลือกผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพเรียงจากหนักมากที่สุด

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ไม่สามารถติดต่อได้ หรือที่ไม่ประสงค์ให้สอบถามข้อมูล

2. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดชุมพร และมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัว ที่ไม่อยู่ในจังหวัดชุมพรในช่วงที่ศึกษา/ที่ไม่สามารถติดต่อได้

3. กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่น ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีเชื้อชาติไทย ที่ไม่อยู่ในจังหวัดชุมพรในช่วงที่ศึกษา ที่ไม่สามารถติดต่อได้ หรือที่ไม่ประสงค์ให้ข้อมูล

#### กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา โดยการสืบค้นข้อมูลอย่างเป็นระบบ (systematic review) และหลักฐานเชิงประจักษ์ (อัจฉรา คำมะทิตย์, 2564) ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลและศักยภาพของผู้ดูแล เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ

ตัวแปรตาม คือ 1) ผลลัพธ์ด้านศักยภาพผู้ดูแล (ศักยภาพของผู้ดูแลด้านบทบาทการทำงาน และศักยภาพของผู้ดูแลด้านคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน) และ 2) คุณภาพชีวิตด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามผู้ดูแล ประยุกต์จาก (ภาสกร สวนเรือง และคณะ, 2561) ได้แก่ ศักยภาพของผู้ดูแลด้านบทบาทการทำงาน จำนวน 7 ข้อ เกี่ยวกับศักยภาพของผู้ดูแลด้านบทบาทในการทำงาน และด้านการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การตอบเป็น rating scale ระดับ 0 หมายถึง ไม่ได้ทำเลย ไปจนถึงระดับ 9 หมายถึง ได้ทำงานลักษณะนั้น มากที่สุด และ ศักยภาพของผู้ดูแลด้านคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จำนวน 17 ข้อ เกี่ยวกับแฟ้มข้อมูล ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ การประเมินปัญหา ระบบส่งต่อ การเยี่ยม และระบบรายงาน คะแนนเต็ม 50 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 1 - 16 = ต่ำ, 17 - 32 = ปานกลาง, 33 - 50 = สูง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเครือข่าย จำนวน 15 ข้อ ประยุกต์จาก เพ็ญญา มะหะหมัด ได้แก่ การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา การมีส่วนร่วมตามบทบาท และการมีส่วนร่วมประเมินผล เป็นแบบสอบถาม rating scale 5 ระดับ คือ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด (เพ็ญญา มะหะหมัด, 2561)



ชุดที่ 3 แบบสอบถามผู้สูงอายุ จำนวน 38 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผู้สูงอายุด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวัน จำนวน 10 ข้อ โดยใช้แบบประเมินวัดความสามารถในกิจวัตรประจำวัน ประยุกต์จากการศึกษาของ ยศ วัชรคุปต์ และคณะ ใน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหิวผม การลุกนั่ง การใช้ห้องน้ำ การขับถ่ายอุจจาระ การขับถ่ายปัสสาวะ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนที่ภายในบ้าน และการเดินขึ้นลงบันได โดยมีคะแนน 0 - 100 คะแนน แปลผลคะแนนเต็ม 100 คะแนน (ยศ วัชรคุปต์ และคณะ, 2561)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การหาค่าความเที่ยง (content validity index: CVI) ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ดังนี้ 1) นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน 1 ท่าน 2) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน 3) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 1 ท่าน เลือกคำถามรายชื่อที่มีค่า CVI เท่ากับ +1 ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ และ แบบประเมินความสามารถในกิจวัตรประจำวัน

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชากรกลุ่มที่มีลักษณะเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดชุมพร ข้อมูลต่อเนื่อง หรือ Likert scale หาค่าเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเชื่อมั่น (alpha) ดังนี้ ศักยภาพของผู้ดูแล (alpha = 0.83) คุณภาพการดูแล (alpha = 0.94) และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย (alpha = 0.89)

การวิเคราะห์ข้อมูล ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหา โดยสรุปเนื้อหา ระยะที่ 2, 3 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา T - test และ multiple linear regression

### ผลการวิจัย

1. สถานการณ์สภาพปัญหา ความต้องการของผู้ดูแลและศักยภาพของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 91.6 อายุต่ำกว่า 51 ปี ร้อยละ 60.6 ความสัมพันธ์เป็นคู่สมรส ร้อยละ 88.1 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 70.4 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 58.8 (mean 4,780.09±SD 10,189.27) จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแล 1 คน ร้อยละ 86.3 ไม่พอใช้/มีหนี้สิน ร้อยละ 83.6 ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากทีมหมอครอบครัวเป็นพยาบาล ร้อยละ 88.5 นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 87.6 และนักกายภาพบำบัด/แพทย์แผนไทย ร้อยละ 84.1 และผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล





**ความต้องการของผู้ดูแล** ปัญหาที่พบในการดำเนินงานที่ผ่านมา ผู้ดูแลยังไม่ผ่านการอบรม ทำให้ไม่เข้าใจในการดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง ด้านบุคลากรผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ขาดองค์ความรู้ และความเข้าใจงานผู้สูงอายุ ความต้องการของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้ที่สามารถปฏิบัติได้จริงเมื่อกลับมาอยู่บ้าน และเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและบริบทของครอบครัว ให้องค์ประกอบส่วนท้องถิ่น ตั้งเป็นศูนย์ช่วยเหลือผู้สูงอายุ

**ศักยภาพของผู้ดูแล** พบว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพด้านบทบาทการทำงานมากกว่าก่อนพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) MD = 4.05 แตกต่างมากที่สุด คือร่วมวางแผนและขอรับคำปรึกษา MD = 4.14 การช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยการประสานงานและดำเนินงานขอความ ด้านคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ หลังพัฒนาผู้ดูแลมีคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าก่อนพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) MD = 31.31 มากที่สุดคือ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน MD = 12.64 การประเมินปัญหา MD = 6.67 การเยี่ยมติดตาม MD = 6.30 ตามลำดับ ตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ศักยภาพด้านบทบาทการทำงานของผู้ดูแล ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา (n=226) โดยใช้สถิติ independent samples T - test, paired - samples T - test

ศักยภาพผู้ดูแล	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Mean dif.	t	P - value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD			
การสำรวจกลุ่มประชากร	3.99 $\pm$ 1.54	6.14 $\pm$ 1.14	3.99	31.641	<0.001*
ได้รับการฝึกอบรม	4.08 $\pm$ 1.33	6.14 $\pm$ 1.14	4.08	36.882	<0.001*
ร่วมประสานงาน	4.02 $\pm$ 1.83	6.52 $\pm$ 0.95	4.02	29.003	<0.001*
ร่วมวางแผน	4.15 $\pm$ 1.20	6.25 $\pm$ 0.92	4.14	36.062	<0.001*
ฝึกอบรมการจัดการ	4.03 $\pm$ 1.81	6.64 $\pm$ 0.95	4.03	27.220	<0.001*
การให้คำปรึกษาครอบครัว	4.01 $\pm$ 1.022	6.08 $\pm$ 0.80	4.01	33.281	<0.001*
การดูแลร่วมกับภาคีอื่น ๆ	4.11 $\pm$ 1.36	6.25 $\pm$ 0.92	4.10	32.177	<0.001*
<b>เฉลี่ยทุกด้าน</b>	<b>4.05<math>\pm</math>1.29</b>	<b>6.29<math>\pm</math>0.88</b>	<b>4.05</b>	<b>41.169</b>	<b>&lt;0.001*</b>





คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ หลังพัฒนาผู้ดูแลมีคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) MD = 31.31 มากที่สุดคือ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน MD = 12.64 การประเมินปัญหา MD = 6.67 การเยี่ยมและติดตามดูแล MD = 6.30 ตามลำดับ ตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา (n=226) โดยใช้สถิติ independent samples T - test, paired-samples T - test

ศักยภาพผู้ดูแล (คะแนน)	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Mean dif.	t	P - value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD			
1. การจัดทำแฟ้มข้อมูล	3.56 $\pm$ 0.77	4.79 $\pm$ 0.50	3.56	26.206	<0.001*
2. การประเมินปัญหา	6.67 $\pm$ 2.98	8.23 $\pm$ 1.54	6.67	13.613	<0.001*
3. มีระบบส่งต่อและติดตาม	8.23 $\pm$ 1.54	2.14 $\pm$ 0.56	2.13	30.158	<0.001*
4. การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน	3.97 $\pm$ 0.79	12.64 $\pm$ 4.77	12.64	12.976	<0.001*
5. การเยี่ยมและติดตามดูแล	9.48 $\pm$ 1.197	16.23 $\pm$ 3.92	6.30	30.609	<0.001*
<b>รวม (50)</b>	<b>31.31<math>\pm</math>7.05</b>	<b>42.69<math>\pm</math>5.61</b>	<b>31.31</b>	<b>35.128</b>	<b>&lt;0.001*</b>

**2. การมีส่วนร่วมของเครือข่าย** หลังพัฒนาพบว่ามีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุมากกว่าก่อนพัฒนา MD = 3.36 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา MD = 3.58 การมีส่วนร่วมประเมินผล MD = 3.36 และการมีส่วนร่วมตามบทบาท MD = 3.13 ตามลำดับ ตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา (n=270) โดยใช้สถิติ independent samples T - test, paired-samples T - test

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Mean dif.	t	P - value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD			
การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา	3.59 $\pm$ 0.31	4.51 $\pm$ 0.32	3.58	71.636	<0.001*
การมีส่วนร่วมตามบทบาท	3.14 $\pm$ 0.45	4.07 $\pm$ 0.45	3.13	81.616	<0.001*
การมีส่วนร่วมประเมินผล	3.37 $\pm$ 0.36	4.27 $\pm$ 0.34	3.36	78.742	<0.001*
<b>รวมทุกด้าน</b>	<b>3.36<math>\pm</math>0.30</b>	<b>4.28<math>\pm</math>0.30</b>	<b>3.36</b>	<b>108.857</b>	<b>&lt;0.001*</b>



3. ความสามารถในการกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุและการวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย หลังพัฒนาพบว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นกว่าก่อนพัฒนา MD = 70.195 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) mean difference (MD) มากที่สุด คือ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน MD = 12.18 การลุกนั่ง MD = 10.47 และการกลั้นปัสสาวะ MD = 7.24 ตามลำดับ ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ ( $n = 226$ ) โดยใช้สถิติ independent samples T - test, paired-samples T - test

กิจวัตรประจำวัน	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	MD	t	P - value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD			
1. การรับประทานอาหาร	6.14 $\pm$ 1.58	8.13 $\pm$ 1.03	6.13	30.839	<0.001*
2. การลุกนั่ง	10.48 $\pm$ 2.38	13.46 $\pm$ 1.20	10.47	19.887	<0.001*
3. การล้างหน้า แปรงฟัน	3.18 $\pm$ 1.04	4.30 $\pm$ 0.91	3.17	28.242	<0.001*
4. การเข้าห้องน้ำ	6.88 $\pm$ 1.46	8.66 $\pm$ 1.12	6.88	23.046	<0.001*
5. การอาบน้ำ	3.00 $\pm$ 0.77	4.39 $\pm$ 0.67	3.00	42.741	<0.001*
6. การเคลื่อนที่ภายในบ้าน	12.19 $\pm$ 1.40	13.77 $\pm$ 1.31	12.18	29.175	<0.001*
7. การขึ้นลงบันได	7.05 $\pm$ 1.35	8.83 $\pm$ 0.98	7.05	27.131	<0.001*
8. การสวมใส่เสื้อผ้า	6.81 $\pm$ 0.88	8.38 $\pm$ 0.92	6.80	19.881	<0.001*
9. การกลั้นอุจจาระ	7.23 $\pm$ 1.16	8.79 $\pm$ 1.09	7.23	30.243	<0.001*
10. การกลั้นปัสสาวะ	7.24 $\pm$ 1.30	8.93 $\pm$ 1.12	7.24	39.485	<0.001*
รวม	70.19 $\pm$ 8.36	87.64 $\pm$ 5.52	70.19	32.907	<0.001*

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย พบปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ร้อยละ 37.2 ( $R^2$ Adj. = 0.372,  $p < 0.001$ ) จำนวน 8 ปัจจัย จาก 11 ปัจจัย เรียงอิทธิพลมากไปน้อย ได้แก่ ล้างหน้า-หวีผม-แปรงฟัน ( $R^2$ Adj. = 0.183), การลุกนั่ง ( $R^2$ Adj. = 0.154), การอาบน้ำ ( $R^2$ Adj. = 0.117) การขึ้นลงบันได (stairs) ( $R^2$ Adj. = 0.117) การกลั้นปัสสาวะ (bladder) ( $R^2$ Adj. = 0.069) การกลั้นอุจจาระ (bowels) ( $R^2$ Adj. = 0.051) การรับประทานอาหาร (feeding) ( $R^2$ Adj. = 0.014) การสวมใส่เสื้อผ้า (dressing) ( $R^2$ Adj. = 0.013) ตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมผู้สูงอายุ (n = 226) โดยใช้สถิติ multiple linear regression

ปัจจัย	b	Beta	R <sup>2</sup> Adj.	F	P - value
	203.769	-	0.372	40.269	<0.001*
การรับประทานอาหาร (feeding)	0.725	0.135	0.014	4.170	0.042*
การลุกนั่งหรือย้ายไปยังเก้าอี้ (transfer)	1.828	0.397	0.154	41.889	<0.001*
ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน (grooming)	3.961	0.432	0.183	51.490	<0.001*
การเข้าห้องน้ำ (toilet Use)	0.580	0.078	0.002	1.362	0.244
การอาบน้ำ (bathing)	4.322	0.048	0.117	30.840	<0.001*
การเคลื่อนที่ภายในบ้าน (mobility)	0.702	0.111	0.008	2.776	0.097
การขึ้นลงบันได (stairs)	2.463	0.289	0.079	20.363	<0.001*
การสวมใส่เสื้อผ้า (dressing)	-1.220	-0.135	0.013	4.168	0.040*
การกลั่นอุจจาระ (bowels)	1.808	0.236	0.051	13.163	<0.001*
การกลั่นปัสสาวะ (bladder)	2.008	0.270	0.069	17.640	<0.001*
อายุ	-0.008	-0.012	-0.004	0.032	0.858

### อภิปรายผล

การศึกษานี้ผู้วิจัยวัดผลจากวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ อภิปรายและสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้ **สถานการณ์สภาพปัญหา** พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เพศหญิง อายุต่ำกว่า 51 ปี ความสัมพันธ์เป็นคู่สมรส จบประถมศึกษา รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ไม่พอใช้/มีหนี้สิน ร้อยละ 83.6 จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแล 1 คน ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากทีมหมอครอบครัวเป็นพยาบาล และผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล **ความต้องการของผู้ดูแล** ได้แก่ ความต้องการความรู้ที่สามารถปฏิบัติได้จริงเมื่อกลับมาอยู่บ้าน ที่มีความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและบริบทของครอบครัว ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งเป็นกองทุนหรือศูนย์ช่วยเหลือผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า เนื่องจากปัญหาที่พบในการดำเนินงานที่ผ่านมาของจังหวัดชุมพร ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ผ่านการอบรม ทำให้ไม่เข้าใจในการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิณทิพย์ จำปาพงษ์ ที่ทำการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พบว่าผู้ดูแลต้องการรับรู้และฝึกทักษะเพื่อการดูแลผู้สูงอายุร้อยละ 100 **ศักยภาพของผู้ดูแล** ผลของการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จังหวัดชุมพรที่ผ่านมา พบผู้ดูแลผู้สูงอายุมีบทบาทการทำงานมากกว่าก่อนพัฒนาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ได้กำหนดนโยบายในการขับเคลื่อนชุมพรเมืองผู้สูงอายุคุณภาพดี ได้จัดทำโครงการส่งเสริมความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2564 เป็นต้นมา (พิณทิพย์ จำปาพงษ์, 2561) ที่ เพื่อสร้างสุขภาพแก่ผู้สูงอายุผู้สูงอายุคุณภาพ : การดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร เป็นวาระของจังหวัดชุมพร มุ่งที่การพัฒนากระบวนการบริการสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ซึ่งการศึกษานี้จะแสดงให้เห็นถึง ผลของการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของ



ผู้สูงอายุด้านความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ รวมถึงการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ปัญญาธร และชลการ ทรงศรี ที่ศึกษาการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพที่พบ ได้แก่ การดูแลสุขอนามัยไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ได้รับอาหารไม่เหมาะสม พักผ่อนไม่เพียงพอ ปัญหาขาดผู้ดูแล และไม่มีเงินในการรักษา ซึ่งผู้สูงอายุต้องการการดูแลและการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จาก บุคลากรสุขภาพ บุตรหลาน และเพื่อนบ้าน (กาญจนา ปัญญาธร และชลการ ทรงศรี, 2563)

**เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของเครือข่าย** พบว่าหลังพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุมากกว่าก่อนพัฒนาระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังจากได้รับการดูแลผู้สูงอายุมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี พบปัญหาและได้รับผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลที่หลากหลาย บทบาทและภาระการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล โดยมีกิจกรรมสำคัญ คือ การเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้าน ทีมหมอบรอบครัวที่เกิดจากการผสมผสานการนำทุนทางสังคมของชุมชนท้องถิ่นและระบบสวัสดิการของรัฐมาใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมาจากภาคประชาชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกันคิดพัฒนากิจกรรมเพื่อนำไปใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม (อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ, 2561) และการศึกษาของ ปณณทัต ต้นบุญเสริม ศึกษาความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคกลาง ซึ่งได้แก่ ความสามารถตอบสนองนโยบายของรัฐ การบริหารงานที่มีประสิทธิภาพและผู้สูงอายุมีความสุขในการดำรงชีวิต (ปณณทัต ต้นบุญเสริม, 2561)

**ความสามารถในกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุ** (the Barthel index of activities of daily living: ADL) หลังพัฒนาโดยรวมเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบปัจจัยมีอิทธิพลทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมผู้สูงอายุ มีจำนวน 8 ปัจจัยจากทั้งหมด 11 ปัจจัย เรียงจากอิทธิพลมาก 3 ลำดับ ได้แก่ ล้างหน้า-หวีผม-แปรงฟัน การลุกนั่ง และการอาบน้ำ ทั้งนี้เนื่องจาก จังหวัดชุมพร มีการขับเคลื่อนชุมพรเมืองผู้สูงอายุคุณภาพดี โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้ง 3 มิติ (ครอบครัวและชุมชน เป็นสถาบันหลักที่เข้มแข็ง ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ระบบสวัสดิการและบริการรองรับได้) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ และอรสา กงตาล ทำการศึกษาการพัฒนาการจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น (ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ และอรสา กงตาล, 2563) และการศึกษาของ (Nugraha S. & Aprillia Y. T., 2020) ศึกษาสภาวะการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุที่



ก่อให้เกิดปัญหาความเสื่อมสุขภาพและโรคเรื้อรัง พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านภาวะพึ่งพิง และความสามารถในกิจวัตรประจำวัน

### สรุป/ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาด้านความต้องการของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้ที่สามารถปฏิบัติได้จริง เมื่อกลับมาอยู่บ้าน และความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและบริบทของครอบครัว ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งเป็นกองทุนหรือศูนย์ช่วยเหลือผู้สูงอายุ และมีข้อเสนอแนะด้านบริการสุขภาพและอุปกรณ์การช่วยเหลือที่จำเป็น ต้องส่งเสริมสนับสนุนสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ออกปฏิบัติงานเชิงรุกให้กับประชาชนกลุ่มต่าง ๆ โดยการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะพึ่งพิงกับประชากรกลุ่มอื่น ๆ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพและได้รับอุปกรณ์การช่วยเหลือที่จำเป็น และควรเพิ่มศักยภาพคนในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิด เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลหลักให้สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งถ้าผู้ดูแลเป็นบุตร เครือญาติของผู้สูงอายุยิ่งเป็นที่ต้องการของผู้สูงอายุที่อยากให้อยู่ดูแล ให้กำลังใจเป็นพิเศษ ในด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ชุมชนท้องถิ่น เครือญาติ และเพื่อนบ้านที่เป็นครัวเรือนแนบชิด มีบทบาทสำคัญควรเพิ่มศักยภาพให้สามารถช่วยเหลือผู้ดูแลหลักได้ หรือสามารถแบ่งเบาภาระในบางช่วงต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันได้ สำหรับข้อเสนอแนะ ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาวิจัยถึงความต้องการความเพียงพอของเบี้ยยังชีพในแต่ละเดือนของผู้สูงอายุ และควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เชิงประจักษ์ รูปแบบการจัดตั้งองค์กรระดับท้องถิ่นที่รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้สูงอายุโดยตรงที่มีความเป็นเอกภาพ เพื่อให้สามารถบูรณาการในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครบถ้วน

### เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา ปัญญาธร และชลกร ทรงศรี. (2563). การดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านตาด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท, 2(2), 41-52.
- นัสมล บุตรีวิเศษ และอุปรีษฐา อินทรสาด. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. เรียกใช้เมื่อ 24 กันยายน 2564 จาก <https://research.rmutsb.ac.th/fullpaper/2563/research.rmutsb-2563-20210809104008337.pdf>



- ปิ่นณฑิต ต้นบุญเสริม. (2561). ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคกลางตอนล่างที่ 1. วารสารรังสิตบัณฑิตศึกษา, 4(1), 127-136.
- ปิยรัตน์ ยาประดิษฐ์ และอรสา กงตาล. (2563). การพัฒนาการจัดบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองสิม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์, 40(3), 48-65.
- พิณทิพย์ จำปาพงษ์. (2561). การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง โดยพยาบาลครอบครัวและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ตำบลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 15(3), 85-92.
- เพ็ญญา มะหะหมัด. (2561). รูปแบบการจัดบริการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสุไหงโก-ลก. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 10(2), 51-63.
- ภาสกร สวนเรือง และคณะ. (2561). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ช่วยเหลือในชุมชน. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(3), 437-449.
- ยศ วัชรคุปต์ และคณะ. (2561). ประสิทธิภาพของบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 12(1), 608-624.
- สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดชุมพร. (2564). โครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประจำปี 2564. เรียกใช้เมื่อ 24 กันยายน 2564 จาก <https://localfund.happynetwork.org/project/105601>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร. (2565). รายงานผลการดำเนินงานการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดชุมพร. เรียกใช้เมื่อ 20 กันยายน 2564 จาก <http://www.cmpo.moph.go.th>
- อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ. (2561). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลท่าแค จังหวัดลพบุรี. วารสารร่วมพฤษ์ มหาวิทยาลัยเกริก, 36(3), 46-65.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2557). สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพมหานคร: วิทยพัฒน์.
- อัจฉรา คำมะทิตย์. (2564). หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล: ค้นหา วิเคราะห์ และนำไปใช้อย่างไร. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 8(2), 315-328.
- Nugraha S. & Aprillia Y. T. (2020). Health-Related Quality of Life among the Elderly Living in the Community and Nursing Home. KEMAS, 15(3), 419-425.
- United Nations. (2017). World population prospects the 2017 revision key findings and advance tables. New York: United Nations.