

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ
Health Status of The Elderly Caregivers who completed The Elderly Caregivers
Training Course

กนกพร ไพศาลสุจารีกุล*¹, ทิพวรรณ วงษ์ใจ¹, ชลธิชา จัปกคล้าย¹
Kanokporn Paissarnsujarekul*¹, Tippawan Wongjai¹, Cholthicha Jabkhilai¹

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร*¹

Faculty of Nursing, Kamphaeng Phet Rajabhat University*¹

(Received: March 1, 2024; Revised: April 18, 2024; Accepted: April 29, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ และวิเคราะห์ภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อปัญหาการเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร จำนวน 41 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยตรวจร่างกาย เบื้องต้นและใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะสุขภาพทางกายส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนักเกินถึงอ้วนระดับที่ 2 รอบเอวเกินมาตรฐาน ความดันโลหิตค่อนข้างสูงและชีพจรปกติ (ร้อยละ 63.42, 65.85, 63.42, 73.17 ตามลำดับ) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.61) ส่วนภาวะสุขภาพทางจิต พบว่า ไม่เป็นโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 95.12) มีความเครียด (ร้อยละ 48.78) สำหรับการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ พบว่า ภาวะสุขภาพทางกายมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคโรคอ้วนลงพุง ส่วนภาวะสุขภาพทางจิต พบว่าอยู่ในระดับดี เครียดเล็กน้อย คุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมดี (ร้อยละ 56.09)

การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อปัญหาการเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พบว่า ภาวะสุขภาพทางกายอาจมีปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วนลงพุง ไตวายเรื้อรัง ฯลฯ ส่วนภาวะสุขภาพทางจิตดี เครียดเล็กน้อย คุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมดี ส่งผลต่อการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างเต็มศักยภาพ

ผลการศึกษา สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านภาวะสุขภาพกาย ภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต ซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานที่ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเต็มศักยภาพต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพ, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิต, การอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kpaisansujarekul@gmail.com) เบอร์โทรศัพท์ 094-5137195

Abstract

This study was survey research. The objectives were to study the health status and analyze health status that was at risk for illness and quality of life of elderly caregivers who completed the 420 hours Elderly Caregiver Training Course from Faculty of Nursing Kamphaeng Phet Rajabhat University. The sample was 41. Data were collected by physical examination and questionnaires, analyzed by descriptive statistics, such as, percentage, mean and standard deviation.

Research results: Physical Health Status, it was found that BMI was overweight to grade 2 obesity, waist circumference was overweight, blood pressure was elevated and stage 1 hypertension, pulse was normal (63.42, 65.85, 63.42, 73.17% respectively) and non-congenital disease (75.61%). Mental Health Status, it was found that they were not depressed (95.12%), had little stress (48.78%). Quality of life and overall health were at a good level (56.09%).

Analysis of Physical Health Status which was at risk of illness and quality of life, it was found that they were the emergence of a group of risk factors for abdominal obesity. Mental Health Status, it was found that was at a good level, a little stressed. Quality of life and overall health was good. It is affecting the care and assistance of the elderly to their fullest potential.

The results of the study could be used as basic for planning to promote the health status of elderly caregivers in physical, mental health status and quality of life. This will affect the efficiency of taking care of the elderly to their fullest potential.

Keywords: Health status, Elderly caregivers, Quality of life, Elderly Caregivers Training Course

บทนำ

ในภาวะปัจจุบันท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกมิติ ทำให้การดำเนินชีวิตเต็มไปด้วยความเร่งรีบ ตึงเครียด เพื่อตอบสนองความต้องการและความอยู่รอดของชีวิต ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและคุณภาพชีวิตเปลี่ยนตามไปด้วย ปัจจุบันนี้ภาวะสุขภาพของคนไทยมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปทั้งภาวะการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตซึ่งเกิดจากพฤติกรรมความเป็นอยู่และการใช้ชีวิต ได้แก่ โรคเรื้อรังต่างๆ โรคที่เกิดจากการทำงาน อุบัติเหตุบนถนน พบว่าจากอัตราตายต่อจำนวนประชากร 1,000คนเพิ่มขึ้นจาก 7.0, 7.1 เป็น 7.5 ในปี พ.ศ. 2560, 2561 และ 2563 ตามลำดับ(กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2563) ดังนั้นสุขภาพจึงเปรียบ เสมือนวิถีแห่งชีวิตที่จะนำไปสู่ความสุขและความสำเร็จต่างๆ ในชีวิตได้ประสิทธิภาพในการทำงานต้องอาศัยสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์เป็นปัจจัยสำคัญ องค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญต่อสุขภาพอย่างมาก ประกอบกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) ได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาระยะยาว ข้อหนึ่งที่สำคัญ คือ พัฒนาคอนให้มีความเป็นคนที่สมบูรณ์ยึด “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” มุ่งสร้างคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดีทั้งกาย ใจและจิต โดยพัฒนาให้คนไทยมีทักษะและคุณลักษณะที่เหมาะสมกับ

โลกยุคใหม่ ทั้งทักษะในด้านความรู้ ทักษะทางพฤติกรรม และคุณลักษณะตามบรรทัดฐานที่ดีของสังคม เตรียมพร้อมกำลังคนที่มีคุณภาพสอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงาน รวมทั้งพัฒนาหลักประกันและความคุ้มครองทางสังคมเพื่อส่งเสริมความมั่นคงในชีวิต(ราชกิจจานุเบกษา, 2565)

ในปี 2563 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.5 ล้านคน มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 12 ล้านคน (ร้อยละ 18) โดยมีผู้สูงอายุวัยต้น(60-69 ปี) ร้อยละ 7.3 ล้านคน ผู้สูงอายุวัยกลาง(70-79 ปี) ร้อยละ 3.4 ล้านคน และผู้สูงอายุวัยปลาย(80 ปี ขึ้นไป) ร้อยละ 1.4 ล้านคน ประเทศไทยเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ในปี 2565 และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้สูงอายุถึง 17.6 ล้านคน (ร้อยละ 26.3) ปี พ.ศ. 2583 จะเป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1)(มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย: มส., 2563) แนวโน้มที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ความชุกของการเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีระบบการทำงานของร่างกายที่เสื่อมถอย การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม การดำเนินชีวิตและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น ออกกำลังกายลดลง มีภาวะอ้วน ภาวะความเครียด ฯลฯ(ณปภา ประยวงษ์, 2564) ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคและเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังตามมา มีข้อจำกัดหรือสูญเสียความสามารถทำให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองลดน้อยลง เกิดทุพพลภาพและนำมาสู่การเกิดภาวะพึ่งพิง โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา พบว่ามีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงถึง 4.17 แสนคน และจะเพิ่มถึง 1.3 ล้านคน ในอีก 20 ปีข้างหน้า(สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การดูแลจากผู้ดูแลนั้นมีทั้งที่ไม่เป็นทางการหรือคนในครอบครัว แต่มีบางส่วนที่เป็นผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยตรง

ในการดูแลผู้สูงอายุนั้นต้องใช้เวลาและแรงงานในการทำงานอย่างหนักทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิต รู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย จนส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทางร่างกาย สภาพจิตใจ อารมณ์และความเครียดตลอดจนคุณภาพชีวิต ซึ่งภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพา หากผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจะทำให้ศักยภาพลดลงจนอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุที่ต้องการการพึ่งพาได้(เมธาวิทย์ ไชยะจิตรกำธร, 255; Orem, Taylor, & Renpenning, 2001)

ภาวะสุขภาพที่ดีไม่ใช่แต่ร่างกายเท่านั้นที่แข็งแรง แต่รวมทั้งจิตใจและสังคม นั่นคือการมีร่างกายที่สมบูรณ์ มีจิตใจที่แจ่มใส ทำตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองและการมีความสัมพันธ์ที่ดีทั้งกับครอบครัวและผู้อื่น (Orem,2001; Pender, 2011) ซึ่งสอดคล้องกับประเวศ วะสี(2547) กล่าวว่า สุขภาพที่ดีคือการมีคุณภาพทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยรู้จักที่จะเรียนรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพ ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินภาวะสุขภาพทางกายและทางจิต ทั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะทำงานวิจัย คณะอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ และผู้ทรงคุณวุฒิให้ศึกษาภาวะสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพด้วย

จังหวัดกำแพงเพชร มีผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีภาวะพึ่งพิง มีความต้องการการช่วยเหลือดูแลจากผู้ดูแลถึง 2,197 คน แต่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1,820 คน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมงซึ่งเป็นหลักสูตรมาตรฐานในการประกอบอาชีพเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเพียง 202 คน(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2564) ซึ่งไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีภาระและปฏิบัติงานอย่างหนักในแต่ละวัน ด้วยเวลาที่จำกัดหรือจากความเหน็ดเหนื่อย ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเครียด ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง(ศศิธร สุขจิตต์, จงรัก ดวงทอง,

พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และวรวุฒิ ชูวะคำ, 2561) และปฏิบัติพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพให้ตนเองได้ เช่น การพักผ่อนคลายเครียด การออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทำให้คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลเปลี่ยนตามไปด้วย อีกทั้งไปสู่ภาวะเจ็บป่วย การเป็นโรคเรื้อรังได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด อุบัติเหตุจากการคมนาคม เป็นต้น

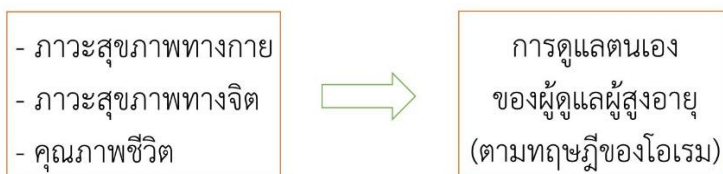
จากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม(Orem, Taylor, & Renpenning, 2001) กล่าวไว้ว่า“การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี”ซึ่ง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร เป็นสถาบันการศึกษาวิชาชีพ การพยาบาลที่มุ่งสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวและชุมชนท้องถิ่น มีหน้าที่จัดการเรียนการสอนเพื่อผลิตพยาบาลที่มีคุณภาพออกสู่สังคม และยังมีหน้าที่บริการวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตบริการของมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชรอีกด้วย ด้วยเหตุผลที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ซึ่งจะนำไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อไป อันจะนำไปสู่ความผาสุก สามารถปฏิบัติหน้าที่ที่รับผิดชอบได้อย่างเต็มศักยภาพ นำไปสู่การดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพและใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

- 1) ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง
- 2) วิเคราะห์ภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อปัญหาการเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ซึ่งเน้นการดูแลตนเองระดับบุคคลและความสามารถ โอเร็ม ได้อธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี” (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001) ดังนั้นหากผู้ดูแลผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ดีทั้งภาวะสุขภาพทางกายและภาวะสุขภาพทางจิตก็ย่อมส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุดีไปด้วย ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุได้ดีมีประสิทธิภาพตามไปด้วย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยแบบสำรวจในพื้นที่จังหวัดกำแพงเพชร ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน ธันวาคม 2565-กุมภาพันธ์ 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลสูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 202 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง จำนวน 41 คน โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ในปีงบประมาณ 2565 และปฏิบัติหน้าที่อยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดกำแพงเพชร

เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ในปีงบประมาณ 2565 และไม่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดกำแพงเพชรระหว่างทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ การศึกษา อายุ ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุ รายได้ สิทธิประกันสุขภาพ การตรวจสุขภาพประจำปี การรับวัคซีนป้องกัน COVID19

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางกาย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นการเติมคำในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง ประกอบด้วย 1) การวัดค่า BMI การแปลผล ได้แก่ 1) $BMI \leq 18.50$ = น้อยกว่าปกติ ระหว่าง 18.50-22.99 = ปกติ ระหว่าง 23.00-24.99 = น้ำหนักเกิน ระหว่าง 25.00-29.99 = อ้วนระดับที่ 1(ท่วม) ตั้งแต่ 30.00 ขึ้นไป = อ้วนระดับที่ 2 (กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2563) 2) การวัดความดันโลหิต การแปลผล ได้แก่ ค่าความดันโลหิต $\leq 120/80$ = ปกติ $120-129/80-89$ = ค่อนข้างสูง $\geq 130-139/80-89$ = สูง 3) การวัดชีพจร การแปลผล ได้แก่ ≤ 60 ครั้ง/นาที = ปกติ $61-100$ ครั้ง/นาที = ค่อนข้างสูง ≥ 100 ครั้ง/นาที = สูง 4) การวัดรอบเอว การแปลผล ได้แก่ น้อยกว่า 80 ซม. = ปกติ มากกว่า 80 ซม. = เกินค่ามาตรฐาน (กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2563) 5) การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรับประทานอาหาร แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย บางครั้ง (3 วัน/สัปดาห์) ประจำ (เกือบทุกวัน)

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางจิต เป็นแบบสอบถามประเภททั่วไปที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในประเทศไทย ประกอบด้วยการประเมินโรคซึมเศร้า ด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2564) การแปลผล ถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม = ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ = เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า การประเมินความเครียดด้วยแบบประเมินความเครียด (ST5) ของกรมสุขภาพจิต(กรมสุขภาพจิต, 2564) การแปลผล จากคะแนนรวม ได้แก่ 0-4 คะแนน = เครียดน้อย 5-7 คะแนน = เครียดปานกลาง 8-9 คะแนน = เครียดมาก และ 10-15 คะแนน = เครียดมากที่สุด

4. แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต เป็นแบบสอบถามประเภททั่วไปที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในประเทศไทย ได้แก่ แบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2564) เป็น rating scale ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม การแปลผล เรียงตามลำดับคะแนนจากคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี กลางๆ และดี ได้แก่ ด้านร่างกาย (คะแนน 7-16, 17-26, 27-35) ด้านจิตใจ (คะแนน 6-14, 15-22, 23-30) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (คะแนน 3-7, 8-11, 12-15) ด้านสิ่งแวดล้อม (คะแนน 8-18, 19-29, 30-40) คุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม (คะแนน 26-60, 61-95, 96-130)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางกายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่า Index of item Objective: IOC = 0.78 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามแล้วนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการอบรมเสร็จสิ้นแล้ว 3 เดือน โดยผู้วิจัยได้ขอตรวจคัดกรองหาเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ซึ่งนำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิตและชีพจร กรอกข้อมูลในแบบบันทึกภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยได้แจ้งผลการตรวจภาวะสุขภาพให้ทราบเป็นรายบุคคลและมอบบันทึกภาวะสุขภาพคืนให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาสุขภาพของตนเอง พร้อมให้คำแนะนำด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเป็นแบบอย่างด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่คนในชุมชนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลตามค่าคะแนน ในการอธิบายตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการประมวลผลนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปและอภิปรายผลตามประเด็นการศึกษาที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์

จริยธรรม/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร COA No.014/2022 REC No. 009/65 KPRUREC เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยได้แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยให้เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและแสดงความยินยอมลงใน Informed Consent Form ขอความร่วมมือในการตอบแบบ สอบถามการวิจัยด้วยตนเองและเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ กรณีที่มีข้อมูลที่เป็นความลับผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ตอบหรือปฏิเสธได้

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 97.56) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 75.61) อายุ 46- 60 ปี (ร้อยละ 58.54) ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 43.90) ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุต่อวันน้อยกว่า 3 ชั่วโมง (ร้อยละ 58.54) รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 75.61) รักษาด้วยสิทธิประกันสุขภาพ 30 บาทรักษาทุกโรค (ร้อยละ 85.37) เคยตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 60.98) ตรวจค้นหาโรค COVID19 (ร้อยละ 100) ได้รับวัคซีนป้องกัน COVID19 (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่ได้รับ จำนวน 3 เข็ม (ร้อยละ 46.34) ทั้งยังได้รับวัคซีนอื่น ๆ คือ วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (ร้อยละ 80)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของภาวะสุขภาพทางกายของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n=41)

	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ
BMI ควรแปลผลให้สอดคล้องกับที่เขียน			รอบเอว		
ส่วนต้น					
≤18.50 กก./ม ² (น้อยกว่าปกติ)	-	-	≤80 ซม.(ปกติ)	11	26.83
18.50 - 22.99 กก./ม ² (ปกติ)	15	36.58	≥ 80 ซม.(เกินมาตรฐาน)	27	65.85
23.00 - 24.99 กก./ม ² (น้ำหนักเกิน)	14	34.15	ไม่ตอบ	3	7.32
25.00 - 29.99 กก./ม ² (อ้วนระดับ1)	12	29.27			
มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กก./ม ² (อ้วนระดับ2)	-	-			
ความดันโลหิต			ซีฟเจอร์		
≤120/80 มล.ล.ปรอท(ปกติ)	10	24.39	≤60 ครั้ง/นาที(ปกติ)	2	4.88
120-129/80-84 มล.ล.ปรอท(ค่อนข้างสูง)	13	31.71	61-100 ครั้ง/นาที (ค่อนข้างสูง)	30	73.17
130-139/85-89 มล.ล.ปรอท(สูง)	13	31.71	≥61-100 ครั้ง/นาที(สูง)	3	7.32
ไม่ตอบ	5	12.19	ไม่ตอบ	6	14.63
โรคประจำตัว					
ไม่มี	31	75.61			
มี	8	19.51	มีและรักษาต่อเนื่อง	7	87.50
ไม่ตอบ	2	4.88	มีแต่ไม่ได้รักษาต่อเนื่อง	1	12.50

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของภาวะสุขภาพทางจิต: ความเครียด (ST 5) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n=41)

		จำนวน (ร้อยละ)		
ความเครียด (ภายใน 1 เดือน)				
ไม่มี		19 (46.34)		
มี		20 (48.78)		
ไม่ตอบ		2 (4.88)		
อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2-4 สัปดาห์ (n=20)	แทบไม่มี N (%)	บางครั้ง N (%)	ค่อนข้างบ่อย N (%)	บ่อยมาก N (%)
1. มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก	15 (75.00)	5 (25.00)	- (-)	- (-)
2. มีสมาธิน้อยลง	14 (70.00)	6 (30.00)	- (-)	- (-)
3. หงุดหงิด/กระวนกระวาย/ว้าวุ่นใจ	12 (60.00)	8 (40.00)	- (-)	- (-)
4. รู้สึกเบื่อ เซ็ง	13 (65.00)	7 (35.00)	- (-)	- (-)
5. ไม่อยากพบปะผู้คน	16 (80.00)	4 (20.00)	- (-)	- (-)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของภาวะสุขภาพทางจิต: คัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n=41)

		จำนวน(ร้อยละ)
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่		
มี		-
ไม่มี		39 (95.12)
ไม่ตอบ		2 (4.88)
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่		
มี		-
ไม่มี		39 (95.12)
ไม่ตอบ		2 (4.88)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n=41)

คุณภาพชีวิต	ไม่ดี N (%)	ปานกลาง N (%)	ดี N (%)	N/A N (%)
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	2 (4.88)	35 (85.36)	3 (7.32)	1 (2.44)
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	- (-)	12 (29.27)	28 (68.29)	1 (2.44)
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม	- (-)	19 (46.34)	19 (46.34)	3 (7.32)
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	2 (4.88)	9 (21.95)	29 (70.73)	1 (2.44)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	5 (12.20)	12 (29.27)	23 (56.09)	1 (2.44)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบประเด็นสำคัญนำมาสู่การอภิปรายผล ดังนี้

1. การศึกษาภาวะสุขภาพทางกาย พบว่าส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย 23.00-30 ขึ้นไป อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินถึงอ้วนระดับที่ 2 (ร้อยละ 63.42) รอบเอวมากกว่า 80 ซม.อยู่ในระดับเกินค่ามาตรฐาน (ร้อยละ 65.85) ความดันโลหิต 120-130/80-89 มม.ปรอท อยู่ในเกณฑ์ปกติและค่อนข้างสูงเท่ากัน (ร้อยละ 63.42) ซีฟจร 61-100 ครั้ง/นาที อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 73.17) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75.61) ส่วนผู้ที่มีโรคประจำตัวมีการรับยาต่อเนื่อง (ร้อยละ 87.50) ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 80.49) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 97.56) ออกกำลังกาย (3 ครั้ง/สัปดาห์) (ร้อยละ 87.80) นอนหลับพักผ่อน(6-10ชั่วโมง/วัน) (ร้อยละ 73.17) รับประทานอาหารประเภทอาหารไขมันสูง อาหารรสเค็มหรือมีเกลือโซเดียมสูง อาหารรสหวาน ผลิตภัณฑ์/อาหารเสริม เป็นบางครั้ง (3 วัน/สัปดาห์) (ร้อยละ 87.80, 68.29, 90.24, 56.10 ตามลำดับ) รับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ(เกือบทุกวัน) (ร้อยละ 56.10) มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์การแพร่กระจายของ COVID19 ได้รับการตรวจค้นหาและรับวัคซีนป้องกัน COVID19 มากสุด 3 เข็ม (ร้อยละ 46.34) ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดปทุมธานี(สิรินาถ อินทร์เข้มชื่น, เกษร สำเภาทองและนนท์ธิดา หอมขำ, 2566) พบว่าพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 81.8

การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อปัญหาการเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง พบว่า ภาวะสุขภาพทางกายมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินจนถึงอ้วนระดับที่ 2 โอกาสของกลุ่มตัวอย่างอาจเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มของปัจจัยเสี่ยงของโรคอ้วนลงพุง เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหัวใจและหลอดเลือดต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงโรคข้อเข่าเสื่อมได้อีกด้วย จึงควรได้รับการแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ห่างไกลจากการเกิดโรค และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์การแพร่กระจายของ COVID19 ได้รับการตรวจค้นหาและรับวัคซีนป้องกัน COVID19 มากสุด 3 เข็ม ทำให้เกิดความปลอดภัยและลดความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไปยังผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care Theory)(Orem, 2001) ที่อุษณีย์ เพ็ชรอ่อน(2563) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการนำทฤษฎีทางการพยาบาลต่าง ๆ มาใช้ในการดูแลสุขภาพ: ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม(Orem's self-care Theory) ในส่วนความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency: SCA) กล่าวคือ คุณสมบัติที่ซับซ้อนหรือพลังความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการกระทำ ในระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ อาทิ ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างได้นำความรู้ทั้งด้านทฤษฎีตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง และการฝึกปฏิบัติในสถานบริการและในชุมชน มาใช้ในการดูแลตนเอง เช่น แนวคิดเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้สูงอายุ การใช้ยา อาหารและโภชนาการ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ สุขภาพจิตกับผู้สูงอายุกับการดูแลตนเองเพื่อคลายเครียด บทบาทและจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความเครียดของผู้ดูแลและการผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น แต่ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอาจมีความพร่องในการดูแลตนเองแบบที่ 3

คือ ความต้องการมากกว่าความสามารถ ซึ่งเป็นความไม่สมดุลของความสามารถไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

2. การศึกษาภาวะสุขภาพทางจิต จากการคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่เป็นโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 95.12) โดยไม่มีความรู้สึกหดหู่ เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง จากการประเมินความเครียด (ST5) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียด (ร้อยละ 48.78) ไม่มีความเครียด (ร้อยละ 46.34) ในส่วนที่มีความเครียดมีอาการหรือความรู้สึกไม่สบายพบปะผู้คน มีปัญหาการนอน สมาธิน้อยลง (ร้อยละ 80.00, 75.00, 70.00 ตามลำดับ) ซึ่งพบว่าเกือบทั้งหมดไม่เป็นโรคซึมเศร้า ย่อมส่งผลดีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี ทำให้นอนหลับพักผ่อนได้เต็มที่ มีความกระตือรือร้น จึงเป็นสิ่งที่ดีที่ไม่เกิดผลเสียทางตรงที่จะทำให้ทั้งสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุแย่งลง ด้านความเครียด พบว่าไม่มีและมีความเครียดเกือบเท่าๆ กัน โดยมีความเครียดอยู่ในระดับน้อยหรือแทบไม่มีความเครียดเลย กลุ่มที่มีความเครียดอาจเกิดจากประสบการณ์น้อยที่มีระยะเวลาการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุน้อยกว่า 1 ปี กลุ่มที่ไม่มีความเครียดอาจเกิดจากปัจจัยด้านอายุซึ่งอยู่ระหว่าง 40-60 ปี ถือเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ สามารถเผชิญกับความเครียดและสามารถปรับตัวกับความเครียดได้ดีกว่าคนที่มีอายุน้อยรวมทั้งทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุน้อยกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งไม่เป็นภาระที่หนักเกินจึงทำให้ไม่เกิดความเครียด ถือเป็นความปกติของคนทั่วไปที่อาจเกิดความเครียดขึ้นได้ในบางช่วงเวลาปฏิบัติภารกิจ ซึ่งความเครียดนี้จะปกคลุมในการกระตุ้นให้ตนเองหาวิธีการที่จะกล้าเผชิญแก้ปัญหาหรือหลีกเลี่ยงด้วยวิธีการต่างๆ ความเครียดเพียงเล็กน้อยไม่ทำให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุยังสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันและใช้ชีวิตได้อย่างปกติ และการได้รับแรงเสริมนอกเหนือจากการอบรมทั้งความรู้ ความเข้าใจ และทักษะ คือได้รับการตรวจสุขภาพ การแนะนำในการดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิต ซึ่งคณะผู้วิจัยบันทึกไว้ในแบบบันทึกภาวะสุขภาพแล้วมอบให้กลุ่มตัวอย่างเก็บไว้ศึกษาสำหรับดูแลตนเอง ย่อมเป็นแรงเสริมและส่งผลดีต่อการสร้างความมั่นใจและเป็นแรงเสริมในการปฏิบัติหน้าที่ สามารถเลือกแบบแผนในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ทั้งยังให้คำแนะนำข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพแก่ผู้ดูแลผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของไซมพร พิกุลน้อย (2561) ได้ทำการศึกษาส่วนบุคคลเรื่องการเสริมแรงจิตใจให้แก่ caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีค่าการประเมิน ADL น้อยกว่า 12 คะแนน พบว่าการเสริมแรงจิตใจในด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่เกิดความเครียดจะทำให้สามารถดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพต่อไปได้

3. การศึกษาคุณภาพชีวิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย อยู่ในระดับกลางๆ (ร้อยละ 85.36) ด้านจิตใจ อยู่ในระดับที่ดี (ร้อยละ 68.29) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับกลาง ๆ และระดับที่ดีเท่ากัน (ร้อยละ 46.34) ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 70.73) คุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 56.09)

คุณภาพชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับกลางๆ อาจเกิดจากความรู้สึกเจ็บปวด ไม่สบาย เหนื่อยล้า การนอนหลับ การพักผ่อน การเคลื่อนไหว การทำกิจกรรมประจำวัน การพึ่งพาหรือการรักษาและความสามารถในการทำงาน แต่คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับที่ดีอาจเกิดจากความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต มีความรู้สึกด้านบวก มีสมาธิในการทำงาน มีความนับถือตนเอง และยอมรับบุคลิกและลักษณะที่ปรากฏ จึงเป็นที่ประจักษ์ว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับที่ดีกว่าด้านร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับ กัลยกร ฉัตรแก้ว, สุปราณี แดงวงษ์ และกฤษณาริ แยมเพ็ง(2559) ที่ได้ทำวิจัยเรื่อง ภาระในการดูแลกับผู้ดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

ผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ดีกว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพชีวิตด้านจิตใจดีกว่าด้านร่างกาย ซึ่งเป็นไปตามพระพุทธรองค์ตรัสไว้ว่า “จิตเป็นนายกาย เป็นบ่าว” อธิบายได้ว่าเรื่องทุกอย่างเริ่มต้นที่ใจ สำคัญที่ใจ สำเร็จได้ด้วยใจ ถ้าหากใจเสียหายแล้ว จะทำอะไรก็เกิดความเสียหาย ความทุกข์ร้อนจะติดตามคนนั้นไปเหมือนกับล้อเกวียนที่หมุนตามรอยเท้าโคที่ลากเกวียนไป (ขวัญใจ ทองศรี, 2563) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถจะดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างเต็มศักยภาพด้วยสภาพจิตใจที่ดี พร้อมกับได้นำความรู้ ความเข้าใจในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่ได้รับจากการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพ และปรับใช้กับชีวิตประจำวัน ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอันจะนำไปสู่การเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุมืออาชีพได้ในอนาคต เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยของ Michelly Guedes de Oliveira Araújo et al (2019) เรื่อง Caring for the carer: quality of life and burden of female caregivers ซึ่งสรุปไว้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการอบรมให้เป็นผู้ดูแลอย่างเป็นทางการมีความรู้สึกรู้ว่ายังมีภาระงานดูแลมากเท่าใด ชีวิตผู้ดูแลเหล่านี้ก็จะยิ่งบกร่องมากขึ้นเท่านั้น ดังนั้น คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมให้เป็นผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal caregiver) ย่อมดีกว่าผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) นอกจากนี้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญของ EUROSTAT Statistics Explained (European Commission, 2020) ได้แสดงแนวคิดเกี่ยวกับตัวชี้วัดต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพชีวิตที่ยืนยาวและมีสุขภาพดีอาจไม่ใช่แค่เป้าหมายส่วนตัวเท่านั้น แต่ยังบ่งบอกถึงความเป็นอยู่ที่ดีในสังคมและความสำเร็จด้วย

การนำผลการวิจัยไปใช้

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพทางกายมีค่าดัชนีมวลงายอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินจนถึงอ้วนระดับที่ 2 มีโอกาสเกิดโรคอ้วนลงพุงรวมทั้งโรคทางเมตาบอลิก เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 อีกทั้งโรคหัวใจและหลอดเลือดต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมสุขภาพกายเพื่อชะลอการเกิดโรคดังกล่าว รวมทั้งกระตุ้นให้เห็นถึงผลกระทบต่างๆ ที่อาจจะเกิดจากการเป็นโรคดังกล่าวอีกด้วย โดยเฉพาะในระยะยาวจะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างแย่งลง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดมากยิ่งขึ้น ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพร่วมด้วย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีสภาพความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ รายได้ของครัวเรือนที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจมีผลกับการดูแลตนเอง การตรวจสุขภาพประจำปี ภาวะสุขภาพต่างๆ อีกด้วย
2. คณะพยาบาลศาสตร์ ควรนำผลการศึกษาไปวางแผนส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ ทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ และมีรูปแบบการเฝ้าระวังสภาวะสุขภาพเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเต็มศักยภาพต่อไป

References

- กรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แบบคัดกรองโรคไม่ติดต่อ. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 กันยายน 2565 จาก http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/Screening%20Version%20Final_291014.pdf.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. สืบค้นเมื่อวันที่ 9 เมษายน 2564 จาก <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q). สืบค้นเมื่อวันที่ 9 เมษายน 2564 จาก [https://dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20\(1\).pdf](https://dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20(1).pdf)
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แบบประเมินความเครียด (ST5). สืบค้นเมื่อวันที่ 9 เมษายน 2564 จาก <https://dmh.go.th/test/>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2563). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กัลยกร ฉัตรแก้ว, สุปราณี แต่งวงษ์ และกฤษณาธิ์ แยมเพ็ง. (2559). ภาระในการดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 22(3), 352-365
- ขวัญใจ ทองศรี. (2563). คุณภาพชีวิตที่ดีตามแนวพุทธจิตวิทยา. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 กันยายน 2565 จาก <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/human/article/view/254326>
- ชไมพร พิกุลน้อย. (2561). การเสริมแรงจูงใจให้แก่ caregiver ในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีค่าการประเมิน ADL น้อยกว่า 12. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 กันยายน 2565 จาก <https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000112/News/npt/2563/33/4/shamaipon.pdf>
- ณปภา ประยูรวงษ์. (2565). สถานการณ์แนวโน้มและการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงประเทศไทย. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 มกราคม 2565 จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/J-PHIN/issue/view/17374>
- ประเวศ วะสี. (2547). ทฤษฎีใหม่ทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- เมธาวิทย์ ไชยะจิตรกำธร. (2556). การนำทฤษฎีทางการพยาบาลต่าง ๆ มาใช้ในการดูแลสุขภาพ: ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม(Orem's self-care Theory). สืบค้นเมื่อวันที่ 16 กันยายน 2565 จาก: <http://methawitpublichealth.blogspot.com>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2564). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)
- ราชกิจจานุเบกษา. (2565). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1676881770-1856_0.pdf

- ศศิธร สุขจิตต์, จงรัก ดวงทอง, พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และวรุฒิ ฐะวะคำ (2561). ศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบล ป่าเช่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. สืบค้นเมื่อวันที่ 19 กันยายน 2565 จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/article/view/>
- สิรินาถ อินทร์เข้มชื่น, เกษร สำเภาทองและนนท์ธิดา หอมขำ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดปทุมธานี. วารสารศาสตร์ สาธารณสุขและนวัตกรรม, 3(3), 75-92
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). การคาดประมาณประชากรของ ประเทศไทยพ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. (2564). จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง ประจำปี 2564 ในเขตจังหวัดกำแพงเพชร. เอกสารอัดสำเนา
- อุษณีย์ เพ็ชรอ่อน. (2563). แนวทางการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร
- European Commission. (2020). Eurostat: Quality of life. Retrieved July 23, 2022. From <https://ec.europa.eu/eurostat/web/quality-of-life>
- Michelly Guedes de Oliveira Araújo et al. (2019). Caring for the carer: quality of life and burden of female caregivers. Retrieved July 23, 2022. From <https://www.scielo.br/j/reben/a/v7KsZMSBxtYynm7LVTHrG7M/abstract/?lang=en>
- Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby;
- Pender J Nola, Carolyn L. , Parsons M and Parsons M. (2011). Health Promotion in Nursing Practice 6th ed. New Jersey: Pearson Education Inc.