

Original Article

## โครงการพัฒนางานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในชุมชนด้วยสุข 5 มิติ หน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยม Health Promoting of the Elderly in Community with 5 Dimensions of Happiness, Samlium Primary Unit

นภสินธุ์ ไชยเสนา, ยุวดี ลาดเหลา, กาญจนา แก้วมงคล, ศิริพร นามมา, กุหลาบ รัตนภักดี,  
รานี แสงจันทร์นวล

หน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยม งานการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล  
ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้รับผิดชอบบทความ: นายนภสินธุ์ ไชยเสนา

พยาบาลปฏิบัติการ หน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยม งานการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ฝ่ายการพยาบาล  
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

### บทคัดย่อ

**หลักการและวัตถุประสงค์:** จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมกลายเป็นกลุ่มที่เข้าสู่ภาวะ  
พึ่งพิงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยมจึงได้จัดโครงการส่งเสริมสุขภาพ  
ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมด้วยสุข 5 มิติขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีความรู้และฝึกทักษะในการ  
ดูแลตนเอง ยืดระยะเวลาการพึ่งพาตนเอง ลดระยะเวลาการพึ่งพาผู้อื่นในอนาคต รวมถึงการมี  
ความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**วิธีการศึกษา:** การศึกษาครั้งนี้เป็นโครงการพัฒนางาน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ  
ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น โดยใช้การคัดกรองภาวะ  
สุขภาพ ประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เธลเอดีแอล แบบวัดความ  
ซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย และแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย ดำเนินกิจกรรม  
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชุมชนด้วยสุข 5 มิติ ติดตามผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการ  
หลังดำเนินการแล้ว 1 เดือน จำนวน 23 คน โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก  
ชุดย่อฉบับภาษาไทย และดัชนีวัดความสุขของคนไทย ฉบับ 15 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่  
ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย

**ผลการศึกษา:** ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 304 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.4 อายุอยู่ในช่วง 60 - 95 ปี (ค่าเฉลี่ย 71.2) ส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้เองปกติ ร้อยละ 99.3 มีความซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 8.6 มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 6.3 จากการใช้ดัชนีวัดความสุขของคนไทยพบว่าส่วนใหญ่มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 50 และจากการใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทยพบว่าส่วนใหญ่คุณภาพชีวิตภาพรวมดี ร้อยละ 51 หลังดำเนินการโครงการ ติดตามกลุ่มผู้สูงอายุพบว่ามีความสุขเพิ่มขึ้น โดยส่วนใหญ่มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 65.2 และส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตภาพรวมดี เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 45.1

**สรุป:** ผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโครงการมีความสุขเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

## เป้าหมาย

1. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม
2. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการมีความสุขเพิ่มขึ้น
3. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

## ปัญหาและสาเหตุ

สถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้สูงอายุถึง 11,136,059 คน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 ถึง 469,256 คน คิดเป็นร้อยละ 16.73 เมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมดของประเทศไทยจำนวน 64 ล้านคน และมีแนวโน้มว่าสัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.00 หรือเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าตัว ในปี พ.ศ. 2573<sup>1</sup> จากการพัฒนาประเทศและความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ การพัฒนาเทคโนโลยี การรักษาโรคได้ผลดีขึ้น อัตราการตายลดลง ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น และมีอายุคาดเฉลี่ยที่ยาวนานขึ้น โดยพบว่าผู้หญิงไทยมีอายุคาดเฉลี่ยอยู่ที่ 78.6 ปี ในขณะที่ชายไทยอายุเฉลี่ย 71.8 ปี<sup>2</sup> ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการความสูงอายุ ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพและมีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ เพิ่มขึ้น ทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและเฉียบพลัน โดยพบผู้สูงอายุถึงร้อยละ 90.00 มีโรคประจำตัว 1 ชนิดขึ้นไป ทั้งนี้โรคที่พบ 3 อันดับแรกได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 73.00 โรคไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 49.00 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 25.00<sup>3</sup>

การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1 ชนิดขึ้นไป ทำให้มีวิธีการจัดการดูแลและรักษาที่มีความยุ่งยากและเกิดความซับซ้อนของการรักษาตามจำนวนโรคที่เป็น มีการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาสุขภาพมากกว่าคนในกลุ่มวัยอื่น ทั้งจากการเจ็บป่วยหลายโรค การเข้ายาลหลายชนิด และการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตาม

กระบวนการสูงอายุนั้น หากผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยตนเองได้ หรือ ผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล<sup>4</sup> จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 79 คือ ผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคมหรือกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจกรรมนอกบ้านได้ และอีกร้อยละ 21 คือผู้สูงอายุ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือเรียกว่ากลุ่มติดบ้านติดเตียง และต้องการการดูแลทั้งด้านสุขภาพและ สังคม<sup>5</sup> รัฐบาลมีเป้าหมายคือทำอย่างไรจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ ป้องกันได้หรือถ้ามีโรคประจำตัวก็ให้สามารถควบคุมโรคได้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนต้องอยู่ ในภาวะพึ่งพิง และทำอย่างไรผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตาม มาตรฐาน อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคม แห่งความเอื้ออาทร เพื่อสังคมไทยสังคมผู้สูงวัยเข้าใจ เข้าถึง พึ่งได้ ผู้สูงอายุมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี เป็นหลักชัยของสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การส่งเสริมสุขภาพด้วยสุข 5 มิติ เป็นแนวคิดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข<sup>6</sup> พัฒนาขึ้นเพื่อชะลอความเสื่อมความเสื่อมของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขในเชิงจิตวิทยา โดยกิจกรรมประกอบด้วย 1) สุขสบายซึ่งเป็นการเน้นเรื่องร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) สุขสนุกเป็นความสามารถของผู้สูงอายุในการเลือก วิถีชีวิตที่รื่นรมย์ ด้วยการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส 3) สุขสง่าเน้น ความเข้าใจความเป็นไปในชีวิต ความมีคุณค่าในตนเอง มีมุมมองและความรู้สึกต่อตนเองและ ผู้อื่นอย่างเห็นอกเห็นใจ ไม่ซึมเศร้าไม่ท้อ 4) สุขสว่าง เป็นความสามารถด้านความจำ ความเข้าใจ ความคิดแบบนามธรรม การสื่อสาร การใช้เหตุผล และการวางแผนแก้ไขปัญหา 5) สุขสงบ เป็นการ รับรู้ เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์และสามารถจัดการกับภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งความสามารถในการควบคุมความต้องการจากแรงกระตุ้นได้อย่าง เหมาะสม สามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบให้กับตนเองได้

เขตพื้นที่รับผิดชอบหน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยม มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 2,613 คน คิดเป็นร้อยละ ร้อยละ 24.72 ของประชากรทั้งหมดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ภาวะสุขภาพเพียงร้อยละ 20.4 ซึ่งพบว่าพบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 83.5 กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 16.5 ในการดำเนินงานด้านการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุนั้น ถ้าคะแนน ADL 0 -11 ซึ่งเป็นกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง จะได้รับการดูแลในระบบการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (long term care : LTC) โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ care manager และ care giver ติดตามดูแล ส่วนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ผ่านมาเป็นเพียงการให้ความรู้ใน การดูแลตนเองเพื่อให้ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เป็นอยู่เท่านั้น ซึ่งคำแนะนำส่วนใหญ่ มุ่งเน้นด้านร่างกายเท่านั้น ส่งผลให้มีจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมกลายเป็นกลุ่มที่เข้าสู่ภาวะ พึ่งพิงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2564-2566 มีผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงร้อยละ 2.4, 2.9 และ 3.2 ตามลำดับ ดังนั้นหน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยมจึงได้จัดโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

ด้วยสุข 5 มิติขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีความรู้และฝึกทักษะในการดูแลตนเอง ยืดระยะเวลาการพึ่งพาตนเอง และลดระยะเวลาการพึ่งพาผู้อื่นในอนาคต

## การเปลี่ยนแปลง (ขั้นตอนการดำเนินการ)

1) ขั้นตอนการเตรียมการ จัดทำโครงการเสนอคณะผู้บริหาร และผู้นำชุมชน จัดประชุมเครือข่ายผู้มีส่วนร่วมในพื้นที่รับผิดชอบหน่วยบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม วางแผนการดำเนินงานโครงการพร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการ และประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการ กิจกรรมจัดขึ้นทั้งหมด 10 ครั้ง คัดกรองผู้เข้าร่วมโครงการโดยใช้แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) พัฒนาขึ้นโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล<sup>7</sup> เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ของผู้สูงอายุ มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยมีเกณฑ์คือ คะแนน 0-4 หมายถึง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย คะแนน 5-8 หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้น้อย คะแนน 9-11 หมายถึง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง และคะแนน >12 หมายถึงสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มาก แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของคนไทยโดยนิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ<sup>8</sup> การคิดคะแนนข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน การแปลผลถ้าได้ 0-12 คะแนนผู้สูงอายุปกติ 13-18 คะแนน มีความเศร้าเล็กน้อย (mild depression) 19-24 คะแนน มีความเศร้าปานกลาง (moderate depression) 25-30 คะแนน มีความเศร้ารุนแรง (severe depression) และแบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE Thai 2002) พัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข<sup>9</sup> แบบทดสอบนี้เป็นแบบคัดกรองการตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ (cognitive impairment) 6 ด้าน คือ ด้านการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล(orientation) ด้านความจำ(registration) ความตั้งใจ (attention) ด้านการคำนวณ (calculation) ด้านภาษา(language) และด้านการระลึกได้ (recall) ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ การแปลผลคะแนนต้องพิจารณาจากระดับการศึกษาของผู้สูงอายุโดยแบ่งได้ ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) มีคะแนนรวมน้อยกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนนถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม 2) ผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนนถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและ 3) ผู้สูงอายุที่จบระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนนถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

และก่อนเข้าร่วมโครงการประเมินผู้สูงอายุโดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย(WHOQOL BREF THAI) พัฒนาขึ้นโดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ<sup>10</sup> การให้คะแนนในแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ข้อคำถามที่ความ

หมายเหตุทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ การแปลผลค่าคะแนน 26-60 คะแนนคือมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61-95 คะแนนคือมีคุณภาพชีวิตกลาง 90-130 คะแนนคือมีคุณภาพชีวิตดี คุณภาพยังสามารถแยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆได้ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย ได้แก่ ข้อ 2,3,4,10,11,12,24 การแปลผลค่าคะแนน 7-16 คะแนนคือมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 17-26 คะแนนคือมีคุณภาพชีวิตกลาง 27-35 คะแนนคือมีคุณภาพชีวิตดี 2) ด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5,6,7,8,9,23 การแปลผลค่าคะแนน 6-14 คะแนนคือมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 15-22 คะแนนคือมีคุณภาพชีวิตกลาง 23-30 คะแนนคือมีคุณภาพชีวิตดี 3) ด้านสัมพันธภาพสังคม ได้แก่ ข้อ 13,14,25 การแปลผลค่าคะแนน 3-7 คะแนนคือมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 8-11 คะแนนคือมีคุณภาพชีวิตกลาง 12-15 คะแนนคือมีคุณภาพชีวิตดี 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15,16,17,18,19,20,21,22 การแปลผลค่าคะแนน 8-18 คะแนนคือมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 19-29 คะแนนคือมีคุณภาพชีวิตกลาง 30-40 คะแนนคือมีคุณภาพชีวิตดี และดัชนีวัดความสุขของคนไทยฉบับ 15 ข้อ (Thai Happiness Indicators (THI - 66) พัฒนาขึ้นโดยอภิชัย มงคล วรชวีและคณะ<sup>11</sup> การให้คะแนนในแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 12 ข้อ การแปลผลคะแนน 33-45 คะแนน หมายถึง มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป 27-32 คะแนน หมายถึง มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป น้อยกว่าหรือเท่ากับ 26 คะแนน หมายถึง มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป

2) ขั้นตอนการดำเนินการ ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ ประกอบด้วย 1) สุขสบาย กายแข็งแรง ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสม การเตรียมความพร้อมก่อนการออกกำลังกาย ประโยชน์ของการออกกำลังกาย ข้อจำกัดของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ฝึกปฏิบัติการบริหารร่างกายและการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 2) สุขสนุกสนาน ใจชื่นบาน ให้ความรู้เรื่องอิทธิพลของใจต่อสุขภาพ กิจกรรมร่าเริง หัวเราะบำบัด 3) สุขสง่า รู้คุณค่าของตนเอง ให้ความรู้เรื่องสิทธิสวัสดิการของผู้สูงอายุ เล่าขานความภูมิใจ 4) สุขสว่าง คิดออกบอกได้ ไม่หลงลืม กิจกรรมการร้องเพลงเพื่อฝึกความจำ กิจกรรมจำตัวเลข 5) สุขสงบ พบความสุขทุกลมหายใจเข้าออก ให้ความรู้เรื่องแก๊ซทุกขั้เริ่มที่ใจโดยใช้สมาธิ ฝึกการทำสมาธิขั้นพื้นฐาน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 สัปดาห์

3) ขั้นตอนการประเมินผลและสรุป ติดตามผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายหลังดำเนินการโครงการในกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 23 คน โดยได้จากการใช้สูตรในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบกลุ่มประชากรแน่นอน และได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล หลังจากนั้นได้ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย และดัชนีวัดความสุขของคนไทยฉบับ 15 ข้อ

## การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง

พบว่ามีผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 304 คน เป็นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.4 อายุของผู้สูงอายุต่ำสุดที่เข้าร่วมกิจกรรมคือ 60 ปี สูงสุดคือ 95 ปี (ค่าเฉลี่ย 71.2) และมีระดับการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 59.9 ดังตารางที่ 1

### ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=304 ราย)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	84	27.6
หญิง	220	72.4
<b>อายุ</b>		
60 - 69 ปี	134	44.1
70 - 79 ปี	119	39.1
80 - 89 ปี	48	15.8
90 ปีขึ้นไป	3	1.0
Min = 60, Max = 95, = 71.2		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้ศึกษา	8	2.7
ประถมศึกษา	182	59.9
มัธยมศึกษา	50	16.4
ปวช./ปวส.	28	9.2
อุดมศึกษา	36	11.8

จากการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ พบผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้เองปกติ ร้อยละ 99.3 มีความซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 8.6 มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 6.3 ดังตารางที่ 2

### ตารางที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ (n=304)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน</b>		
สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง	2	0.7
สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มาก	302	99.3
<b>ภาวะซึมเศร้า</b>		
ปกติ	278	91.4
มีความเศร้าเล็กน้อย	26	8.6
<b>สมรรถภาพสมอง</b>		
ปกติ	285	93.7
มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม	19	6.3

จากการใช้ดัชนีวัดความสุขของคนไทย พบว่า ส่วนใหญ่มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 50 รองลงมาคือมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 36.5 ดังตารางที่ 3

### ตารางที่ 3 ข้อมูลความสุข (n=304 ราย)

ข้อมูลความสุข	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป	111	36.5
ความสุขเท่ากับคนทั่วไป	152	50
ความสุขมากกว่าคนทั่วไป	41	13.5

จากการใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทยพบว่า คุณภาพชีวิตภาพรวมดี ร้อยละ 51 รองลงมาคือกลางๆ ร้อยละ 48.7 และยังสามารถแยกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลางๆ ร้อยละ 72.7 ด้านจิตใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 67.1 ด้านสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลางๆ ร้อยละ 68.8 และด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.9 ดังตารางที่ 4

### ตารางที่ 4 ข้อมูลคุณภาพชีวิต (n=304 ราย)

ข้อมูลคุณภาพชีวิต	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
<b>คุณภาพชีวิตภาพรวม</b>		
คุณภาพชีวิตภาพรวมต่ำ	1	0.3
คุณภาพชีวิตภาพรวมกลางๆ	148	48.7
คุณภาพชีวิตภาพรวมดี	155	51
<b>คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย</b>		
คุณภาพชีวิตต่ำ	5	1.6
คุณภาพชีวิตกลางๆ	221	72.7
คุณภาพชีวิตดี	78	25.7
<b>คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ</b>		
คุณภาพชีวิตต่ำ	1	0.3
คุณภาพชีวิตกลางๆ	99	32.6
คุณภาพชีวิตดี	204	67.1
<b>คุณภาพชีวิตด้านสังคม</b>		
คุณภาพชีวิตต่ำ	31	10.2
คุณภาพชีวิตกลางๆ	209	68.8
คุณภาพชีวิตดี	64	21.1
<b>คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม</b>		
คุณภาพชีวิตต่ำ	2	0.7
คุณภาพชีวิตกลางๆ	129	42.4
คุณภาพชีวิตดี	173	56.9

ติดตามผลหลังดำเนินการแล้ว 1 เดือน พบว่าผู้สูงอายุมีความสุขเพิ่มขึ้น โดยส่วนใหญ่มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 65.2 เท่าคนทั่วไป ร้อยละ 34.8 และไม่พบผู้สูงอายุที่มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป ส่วนคุณภาพชีวิตพบว่าภาพรวมดี เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 45.1 และรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 60.9 ด้านจิตใจส่วนใหญ่อยู่ใน

ระดับดี เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 21.8 ด้านสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 60.9 และด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 30.5 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความสุขและคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n=23 ราย)

	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ	
	จำนวน	ร้อยละ	หลังเข้าร่วม	ร้อยละ
<b>ความสุข</b>				
ความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป	23	100	0	0
ความสุขเท่ากับคนทั่วไป	0	0	8	34.8
ความสุขมากกว่าคนทั่วไป	0	0	15	65.2
<b>คุณภาพชีวิตภาพรวม</b>				
คุณภาพชีวิตต่ำ	1	4.3	0	0
คุณภาพชีวิตกลางๆ	16	69.6	8	34.8
คุณภาพชีวิตรวมดี	6	26.1	15	65.2
<b>คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย</b>				
คุณภาพชีวิตต่ำ	1	4.3	0	0
คุณภาพชีวิตกลางๆ	18	78.3	5	21.7
คุณภาพชีวิตดี	4	17.4	18	78.3
<b>คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ</b>				
คุณภาพชีวิตต่ำ	1	4.3	0	0
คุณภาพชีวิตกลางๆ	11	47.8	7	30.4
คุณภาพชีวิตดี	11	47.8	16	69.6
<b>คุณภาพชีวิตด้านสังคม</b>				
คุณภาพชีวิตต่ำ	1	4.3	0	0
คุณภาพชีวิตกลางๆ	18	78.3	7	30.4
คุณภาพชีวิตดี	4	17.4	16	69.6
<b>คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม</b>				
คุณภาพชีวิตต่ำ	1	4.3	0	0
คุณภาพชีวิตกลางๆ	15	65.2	9	39.1
คุณภาพชีวิตดี	7	30.4	14	60.9

## บทเรียนที่ได้รับ

ในด้านการทำงาน พบว่าการทำงานเป็นทีมจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานเนื่องจากแต่ละคนมีทักษะในแต่ละด้าน กิจกรรมสุข 5 มิติต้องอาศัยทักษะที่หลากหลายเมื่อรวมพลังกันทำให้งานบรรลุเป้าหมาย เพื่อให้กิจกรรมมีความยั่งยืน ควรเชิญผู้สูงอายุที่เป็นบุคคลต้นแบบสุขภาพดี เครือข่ายในชุมชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำครอบครัวเข้ามาเป็นทีมทำงานด้วย ในด้านผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกายทุกระบบ จึงมีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่ายทั้งโรคทางกายและโรคทางใจ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ช่วยเพิ่มความสุขและคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุได้ ดังนั้น จึงควรดำเนินกิจกรรมสร้างสุขเช่นนี้



ให้ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง กำหนดตารางกิจกรรม ปรับกิจกรรมตามความต้องการของผู้สูงอายุ  
เพิ่มความครอบคลุมการทำกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชุมชน

**การติดต่อกับทีมงาน :** นายณสินธุ์ ไชยเสนา หน่วยปฐมภูมิสามเหลี่ยม งานการพยาบาล  
เวชปฏิบัติครอบครัว ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
ขอนแก่น โทรศัพท์ 061-9741422 email: vet.sre-boom@hotmail.com

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. รายงาน  
สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 15 พ.ย. 2566]. เข้าได้จาก: [https://  
thaitgri.org/?wpdmpo](https://thaitgri.org/?wpdmpo)
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สารประชากร. นครปฐม:  
มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
3. กิตติศักดิ์ เจ็ญฮั่ว, ทัศนีย์ สังข์ทอง, นริศรา ใจดี, วารินาถ เจริญธีรวิทย์, และอภิสรดา เขียวประแดง.  
การเข้ายาไม่เหมาะสมตามเกณฑ์ประเทศไทยในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง:  
ความชุก รายการยา และปัจจัยสัมพันธ์. วารสารไทยเภสัชชนิพนธ์ 2562; 14:49-63.
4. วิชัย เอกพลากร. (บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจ  
ร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2557.
5. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. คู่มือ ระบบ  
ดูแลและคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ 2564. [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ย. 2566].  
เข้าได้จาก: [https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1561080125-196\\_0.pdf](https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1561080125-196_0.pdf)
6. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือวิทยาการ  
จัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. พิมพ์ ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์  
สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2560.
7. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:  
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์-มหาวิทยาลัย, 2558.
8. นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย. สารศิริราช 2537; 46;1-9.
9. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลรักษา  
กลุ่มอาการสูงอายุ. นนทบุรี: อีสออคัส, 2558.
10. สุวัฒน์ มหันต์นิรันดร์กุล และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลก  
ชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2540.
11. อภิชัย มงคล, วิชณี หัตถพนม, ภัสรา เศษฐไชยติศักดิ์, วรรณประภา ชะลอกุล, และละเอียด  
ปัญญาใหญ่. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล). ขอนแก่น:  
คลังน่านาวิทยา, 2544.