วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)
ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

Results of Participatory Action Research on Health Development to Elderly in Tonpao Municipality, Chiang Mai Province

Preechaya Tajai,[*] Jongrak Limsuwan,[**] Phraewphan Sriruk[**]
Chai Thanomsat,[***] Pinyapat Makawan[***]

(Received: March 18, 2020, Revised: April 22, 2020, Accepted: June 1, 2020)

Abstract

Tonpao Municipality, Chiang Mai is entering into an aging society with a proportion of the proportion of aging population by 16.8 percent and 9.3 percent of those are dependency with chronic diseases. Meanwhile, the municipality is still lack of information related to mental health assessment in older persons. The objective of this study was to compare holistic health before and after receiving the intervention to promote physical and mental health based on the concept of participatory action research (PAR). The research samples were 351 older persons and the research instrument consisted of 1) the activities for developing physical and mental well-being in accordance with the actual demand of the community that passed community agreement and community participation and 2) a holistic health assessment form divided into 2 parts as a physical health assessment form based on the assessment of activity of daily living ability (ADL) and mental health assessment (9Q). The Cronbach's alpha reliability coefficient of the questionnaire was 0.81. The results showed the mean age was 70 years (SD = 8). The most common chronic disease was hypertension (50.5%). Most of the participants had good physical health status. Most of them (96.3%) demonstrated high ability to perform basic activities of daily living. After the intervention, ADL score significantly increased ($p = .01$). Moreover, 9Q score was also significantly decreased ($p \leq .05$) after the intervention given.

In conclusion, most of the participants living in Tonpao Municipality, Chiang Mai had a good holistic health including physical and mental well-being. The intervention with community participation indicates a potential activities to improve holistic health of the elderly.

Keywords: Physical and mental health development; Elderly; Participatory action research

[*] *Lecturer, Faculty of Pharmacy, Payap University, Chiang Mai*
[**] *Undergraduate student, Faculty of Pharmacy, Payap University, Chiang Mai*
[***] *Tonpao Municipality, San Kamphaeng, Chiang Mai*

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)
ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ผลการพัฒนาสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเทศบาลเมืองต้นเปา จังหวัดเชียงใหม่

ปรีชญา ตาใจ,[*] จงรัก ลิ้มสุวรรณ,[**] แพรวพรรณ ศรีรักษ์[**]
ชาย ถนอมสัตย์,[***] ภิญญาพัชญ์ มัฆวาน[***]

(วันรับบทความ : 18 มีนาคม 2563., วันแก้ไขบทความ : 22 เมษายน 2563, วันตอบรับบทความ : 1 มิถุนายน 2563)

บทคัดย่อ

เทศบาลเมืองต้นเปา จังหวัดเชียงใหม่ กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยร้อยละ 16.8 ของประชากรเป็นผู้สูงอายุ และร้อยละ 9.3 อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมด้วย การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนยังขาดข้อมูลการประเมินสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพและสวัสดิการต่าง ๆ ยังไม่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มผู้สูงอายุ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะแบบองค์รวมก่อนและหลังได้รับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะทางกายและจิตใจที่พัฒนาจากการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุจำนวน 351 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะอย่างมีส่วนร่วม และแบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q การตรวจสอบความเชื่อมั่นได้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81 การวิเคราะห์ข้อมูลด้านสถิติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 70 ปี (SD = 8) ร้อยละ 50.5 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง สุขภาวะแบบองค์รวมส่วนใหญ่มีสมรรถนะทางกายอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 96.3 ช่วยเหลือตัวเองได้ดีในการดำเนินกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน หลังจากทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะอย่างมีส่วนร่วม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการดำเนินกิจวัตรประจำวันสูงกว่าก่อนได้รับกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าเฉลี่ยการคัดกรองระดับโรคซึมเศร้าหลังจากทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะอย่างมีส่วนร่วม ต่ำกว่าก่อนทำกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ .05

ผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองต้นเปา อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ ส่วนใหญ่มีสุขภาวะองค์รวมอยู่ในเกณฑ์ที่ดีที่สำคัญ คือ กิจกรรมพัฒนาสุขภาวะทางกายและจิตผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน มีผลในการพัฒนาสุขภาวะทางกายและจิตใจของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การพัฒนาสุขภาวะองค์รวม; ผู้สูงอายุ; การมีส่วนร่วมของชุมชน

[*] *อาจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ จ.เชียงใหม่*
[**] *นักศึกษาปริญญาตรี คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพายัพ จ.เชียงใหม่*
[***] *เทศบาลเมืองต้นเปา จ.เชียงใหม่*

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)
ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 โดยปัจจุบันมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 16.7 คาดว่าประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (complete aged society) ในปี พ.ศ.2564 โดยจะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 (National Statistical Office Thailand, 2017) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคต่อคน ซึ่งความเจ็บป่วยทางกายส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจได้ การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเชื่อมโยงกันทั้งร่างกาย และจิตใจไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เนื่องจากความสามารถทางกายในการทำกิจกรรมที่ลดลง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตใจลดลง (National Statistical Office Thailand, 2012; Tongdee et al., 2012; Klinwichit et al., 2015) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง และโรคข้อ ปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อย ได้แก่ ด้านการมองเห็น และการขับถ่าย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถทำกิจวัตรต่าง ๆ ได้เองและมีสุขภาพจิตในระดับดี (Petchprapai, 2015) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และมีความซึมเศร้าระดับเล็กน้อย โดยความเครียดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ (Klinwichit et al., 2015; Boontoch & Nuntaboot, 2017) ประเทศไทยยังมีช่องว่างด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรและการพัฒนาระบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย เช่น ข้อมูลด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุวัยปลายมีอัตราการมีโรคประจำตัวสูงขึ้น ทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุถึงร้อยละ 34.3 มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน ด้านสังคม พบว่าผู้สูงอายุที่ต้องอยู่เพียงลำพังคนเดียวหรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรสยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รวมถึงการที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วและมีเวลาในการเตรียมการน้อยกว่าประเทศพัฒนาแล้วที่เข้าสู่สังคมสูงอายุ ส่งผลให้ประเทศไทยต้องเผชิญผลกระทบต่าง ๆ จากสังคมผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น ปัญหาความต้องการการพึ่งพาจากครอบครัวและสังคมเพิ่มขึ้นทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจและเศรษฐกิจ (National Statistical Office Thailand, 2017) จากรายงานประจำปีสถานการณ์ประชากรไทยประจำปี พ.ศ.2560 พบว่าอัตราการพึ่งพิงซึ่งจะหมายถึง ประชากรวัยทำงาน 100 คน จะต้องรับภาระประชากรสูงอายุและวัยเด็ก 51 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 64 คนในปี พ.ศ.2570 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการที่คนในวัยแรงงานจะมีภาระในการที่ต้องให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และมีการคาดการณ์ว่าระหว่างปี พ.ศ.2560-2573 อัตราส่วนศักยภาพการเกื้อหนุนลดลงอย่างรวดเร็วจนอยู่ในระดับที่น่ากังวล (Department of Older Persons, 2015)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้ให้ความหมายของ “สุขภาพ” ว่าหมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (National Health Act, B.E. 2550) และเมื่อพิจารณาถึงปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุของไทยจะพบว่านอกเหนือจากปัญหาสุขภาพทางกายที่ประสบอยู่ ยังพบปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะความเครียด และภาวะซึมเศร้า อันเนื่องมาจากความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุโดยการยกระดับสุขภาวะทางกาย และทางจิต ตลอดจนสร้างคุณค่าและการยอมรับผู้สูงอายุในสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำรงตนอยู่ในสังคมและชุมชนได้อย่างมีความสุขและมีคุณค่า (Sangthong, 2015)

เทศบาลเมืองต้นเปา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่มีผู้สูงอายุ 2,817 คน คิดเป็นร้อยละ 16.8 ของประชากรทั้งหมด (ข้อมูลด้านประชากร ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2559) ในการประเมิน Barthel's Activities of Daily Living: ADL ในผู้สูงอายุ พบว่ามีผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิง 34 ราย และอยู่ในภาวะติดเตียง/ติดบ้าน จำนวน 227 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.3 ของผู้สูงอายุทั้งหมด อีกทั้งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสบปัญหาการเป็นโรคเรื้อรัง

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)
ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ได้แก่ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้จากการสำรวจของเทศบาลเมืองต้นเปาพบว่าการดูแลผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพและสวัสดิการต่าง ๆ ในระยะที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมและไม่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มผู้สูงอายุ ขาดการส่งเสริมและอนุรักษ์ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรม ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงนั้นเพิ่งจะมีการดำเนินการในระยะแรก อีกทั้งยังขาดข้อมูลการประเมินสภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (Community development plan, B.E. 2561-2564) เทศบาลเมืองต้นเปาได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวและมีความมุ่งหมายที่จะพัฒนาสภาวะทางสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุโดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของชุมชนและให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน และสามารถขยายองค์ความรู้ให้แก่ชุมชนรอบข้างต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะทางกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทำกิจกรรมพัฒนาสุขภาวะแบบองค์รวมตามความต้องการที่แท้จริงของชุมชนโดยผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขอบเขตการวิจัย

1) ด้านเนื้อหา การศึกษานี้เป็นแบบสังเกตโดยเก็บข้อมูลไปข้างหน้า มีการให้ปัจจัยแทรกแซง คือ กิจกรรมพัฒนาสุขภาวะทางกายและจิตตามความต้องการที่แท้จริงของชุมชนโดยผ่านการทำประชาคมและการมีส่วนร่วมของชุมชน จากนั้นจึงทำการศึกษาภาวะทางสุขภาพแบบองค์รวม คือ ด้านกายภาพและด้านจิตใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะทางกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังกิจกรรมพัฒนาสุขภาวะ 2) ด้านประชากรกลุ่มตัวอย่าง และ 3) ด้านพื้นที่ที่ศึกษา ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองต้นเปา อ.สันกำแพง จ.เชียงใหม่ จำนวน 351 คน 4) ด้านระยะเวลาที่ศึกษา งานวิจัยนี้ได้ทำการศึกษาในระหว่างวันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ. 2561 – 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงระบาดวิทยาแบบการศึกษาไปข้างหน้า (prospective cohort study) โดยการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะอย่างมีส่วนร่วม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลเมืองต้นเปา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองต้นเปา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้ตอบแบบประเมินด้านสุขภาพองค์รวมในช่วง 5 ตุลาคม พ.ศ.2561 – 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2562 โดยจะใช้การสุ่มแบบการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (accidental sampling) คือ กลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองต้นเปา ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาและยินยอมเข้าร่วมโครงการ โดยกลุ่มตัวอย่างจะเป็นกลุ่มเดียวกันทั้งก่อนและหลังการให้ปัจจัยแทรกแซง วิธีการสุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จะนำรายชื่อผู้สูงอายุจากเทศบาลเมืองต้นเปาไปให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในแต่ละหมู่บ้าน จากนั้น อสม. จะทำการสุ่มโดยทำการสอบถามเกี่ยวกับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และจะทำการสุ่มแบบนี้ไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะครบจำนวน

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)
ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

เทศบาลเมืองต้นเปามีประชากร 16,739 คน เป็นผู้สูงอายุ 2,817 คน การศึกษาจะใช้กลุ่มตัวอย่าง (n) ตามการคำนวณของ Taro Yamane (1973) ในกรณีที่ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ คือ 5% จะได้ n = 350 คน เทศบาลเมืองต้นเปาประกอบไปด้วย 11 หมู่บ้าน ดังนั้นจำนวนผู้สูงอายุจะมีประมาณ 32 คน ต่อ 1 หมู่บ้าน การเข้าถึงผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านจะดำเนินการโดยเทศบาลเมืองต้นเปา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นเปา และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมีการการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษา

1.มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

2.อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองต้นเปา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่

3.ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

4.ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาและลงชื่อยินยอมให้ข้อมูลในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา

1.ผู้สูงอายุที่ความผิดปกติทางจิต เช่น เป็นโรคจิตเภท

2.ผู้สูงอายุไม่สามารถสื่อสารตอบโต้ หรือตอบคำถามได้

3.ผู้สูงอายุที่มีสภาวะของร่างกายและจิตใจอยู่ในความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากการเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือวิจัย ได้แก่ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะอย่างมีส่วนร่วม และแบบประเมินด้านสุขภาพองค์รวม ประกอบด้วยแบบประเมินกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Qกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะอย่างมีส่วนร่วมมีขั้นตอน ดังนี้

1.สำรวจข้อมูลสุขภาวะทางกายและจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน (เดือนที่ 1)

2.จัดประชาคมเพื่อคืนข้อมูลพื้นฐานที่ได้กลับสู่ชุมชน เพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาวะองค์รวมที่พบในชุมชน ให้ผู้สูงอายุร่วมวิเคราะห์ถึงการหาแนวทางจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง และนำเสนอกิจกรรมที่จะพัฒนาสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้หลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยลักษณะของกิจกรรมที่วางแผนจะทำหลังการทำประชาคมสามารถจะเป็นกิจกรรมในรูปแบบใหม่ หรือเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเคยทำมาก่อนแล้วแต่ไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่องก็ได้ (เดือนที่ 2)

3.ผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านร่วมกันทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาวะทางกายและจิตในแบบที่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของแต่ละพื้นที่ (เดือนที่ 3-5)

4.ศึกษาภาวะทางสุขภาพแบบองค์รวม โดยจะทำการเก็บข้อมูลสุขภาวะทางกายและจิตใจของผู้สูงอายุในกลุ่มเดิม เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะทางกายและจิตก่อนและหลังทำกิจกรรม (เดือนที่ 6)

แบบประเมินด้านสุขภาพองค์รวมมี 2 ส่วนที่สำคัญ ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษาพยาบาล โรคเรื้อรังที่เป็น และแบบประเมินด้านสุขภาพองค์รวม แยกเป็น 2 ส่วนย่อย คือ

1.การประเมินด้านกายภาพ โดยจะใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel's Activities of Daily Living: ADL) โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยคะแนนจะแบ่งตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน คะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยจะแปลผลและแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มติดสังคม ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (คะแนน ADL ≥12)

2) กลุ่มติดบ้าน ผู้สูงอายที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (คะแนน ADL = 5-11)

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)
ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

3) กลุ่มติดเตียง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (คะแนน ADL = 0-4)

2.การประเมินด้านจิตใจ จะใช้แบบประเมินสุขภาพจิต 9 คำถาม (9Q) โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยจะมีคำถามจำนวน 9 ข้อ ซึ่งแต่ละคำตอบจะมีคะแนนแบ่งตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มีคะแนนเต็ม 27 คะแนน โดยจะแปลผลและแบ่งความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1) คะแนน <7 คือ ไม่มีอาการโรคซึมเศร้า

2) คะแนน 7-12 คือ มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อย

3) คะแนน 13-18 คือ มีอาการโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง

4) คะแนน ≥19 คือ มีอาการโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษานี้เลือกใช้เครื่องมือในการประเมินสุขภาวะทางกาย (physical health) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน สุขภาวะทางกายที่ดี คือ การพึ่งตนเองได้ อีกทั้งยังสามารถช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ด้วย โดยการประเมินการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานจะใช้แบบประเมินผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel's Activities of Daily Living: ADL) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ จัดทำโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และใช้กันอย่างแพร่หลาย สำหรับการประเมินสุขภาวะทางจิต (mental health) ซึ่งหมายถึง สภาวะทางจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า สุขภาวะทางจิตที่ดี คือ การไม่มีภาวะผิดปกติทางจิตใจ และไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยการประเมินสภาวะทางจิตใจจะใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ จัดทำโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และมีการใช้กันอย่างแพร่หลายอีกด้วย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจะทำการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินด้านสุขภาพองค์รวมที่ถูกพัฒนามาแล้วจากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขา เครื่องมือนี้จึงมีความตรงเชิงเนื้อหา และค่าดรรชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) = 1.0 อีกทั้งได้นำเครื่องมือนี้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญในเนื้อหา (content expert) จำนวน 3 ท่าน ช่วยพิจารณา พบว่าทุกท่านประเมินให้ข้อคำถามเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่ต้องการวัดแบบครอบคลุมทั้งหมด และค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-Objective Congruence: IOC) = 1.0 ถือว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกันทั้งหมด อีกทั้งได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้สัมภาษณ์จริง (preliminary analysis) พบว่าค่า Cronbach's alpha reliability coefficient = 0.81 ถือว่าเครื่องมือที่ใช้มีความน่าเชื่อถือที่ดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน รวมถึงข้อมูลสุขภาวะแบบองค์รวม และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (analytic statistics) คือ paired t-test ในการทดสอบทางสถิติเพื่อศึกษาความแตกต่างของผลจากการให้ปัจจัยแทรกแทรง และใช้โปรแกรม SPSS for Window version 23.0 ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิทักษ์สิทธิ์สวัสดิภาพและป้องกันภยันตรายในการวิจัยกับมนุษย์ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (53/2561)

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)
ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองต้นเปา จำนวน 351 คน มีอายุเฉลี่ย 70 ปี (SD = 8) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.0 อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 59.2 โดยส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส ร้อยละ 54.0 ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.1 ส่วนใหญ่อาศัยร่วมกับบุตรหลาน ร้อยละ 41.0 แต่อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่เพียงลำพังคนเดียวถึงร้อยละ 6.0 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาสูงสุดในระดับประถม ร้อยละ 84.0 ในด้านข้อมูลการรักษาพยาบาล พบว่าส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 76.0 เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีบุตรหลานเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 58.0 เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเลือกจะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นอันดับแรก ร้อยละ 61.0 ในด้านการดูแลเรื่องการใช้ยาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นผู้จัดยาและดูแลการใช้ยาด้วยตนเอง ร้อยละ 78.0 และพบว่าส่วนใหญ่สามารถอ่านฉลากยาได้อย่างถูกต้องถึงร้อยละ 88.3 จากข้อมูลด้านโรคเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 62.4 ในผู้สูงอายุจำนวนนี้จะแบ่งเป็นกลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง 1 โรค ร้อยละ 66.2 และกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 33.8 ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.5 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 17.4 และ 9.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการรักษาพยาบาล และข้อมูลโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ (n = 351)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	70 ปี (SD = 8)	
60-69 ปี	208	59.2
70-79 ปี	85	24.2
80 ปีขึ้นไป	58	16.6
สิทธิการรักษาพยาบาล		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	267	76.0
อื่น ๆ เช่น ข้าราชการ ประกันสังคม หรือจ่ายเอง	84	24.0
สถานบริการทางการแพทย์ที่เลือกเป็นอันดับแรก		
โรงพยาบาล	214	61.0
อื่น ๆ เช่น สถานีอนามัย คลินิก หรือร้านยา	137	39.0
ข้อมูลโรคเรื้อรัง		
ไม่มีโรคเรื้อรัง	132	37.6
มีโรคเรื้อรัง	219	62.4
ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 1 โรค	145	66.2
ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง >1 โรค	74	33.8

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)
ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

การประเมินด้านสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ

1. การประเมินสุขภาวะทางกาย

ผู้สูงอายุก่อนให้ปัจจัยแทรกแซงมีค่าเฉลี่ยของคะแนน ADL = 19.02 (SD = 2.8) (ค่าพิสัย 1-20) แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.3 กลุ่มที่สอง คือ กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 2.7 และกลุ่มที่สาม คือ กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.0 พบว่าหลังให้ปัจจัยแทรกแซงมีค่าเฉลี่ยของคะแนน ADL เพิ่มขึ้นเป็น 19.48 (SD = 1.9) (ค่าพิสัย 3-20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.013) โดยพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98.1 ในขณะที่กลุ่มติดบ้านมีจำนวนลดลงเป็นร้อยละ 1.6 และกลุ่มติดเตียงก็มีจำนวนลดลงเช่นกันเป็นร้อยละ 0.3 ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 2

2. การประเมินสุขภาวะทางจิต

ผู้สูงอายุก่อนให้ปัจจัยแทรกแซงมีค่าเฉลี่ยของคะแนน 9Q = 1.36 (SD = 3.3) (ค่าพิสัย 0-26) พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีอาการโรคซึมเศร้า ร้อยละ 94.6 มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 3.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 1.3 และระดับรุนแรง ร้อยละ 1.0 พบว่าหลังให้ปัจจัยแทรกแซงมีค่าเฉลี่ยของคะแนน 9Q ลดลงเป็น 0.92 (SD = 1.9) (ค่าพิสัย 0-13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.042) โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการโรคซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98.1 ผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยมีจำนวนลดลงเป็นร้อยละ 1.6 ระดับปานกลางมีจำนวนลดลงเป็นร้อยละ 0.3 และไม่พบผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (ร้อยละ 0) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การประเมินสุขภาวะทางกายของผู้สูงอายุ (n = 317)

การดำเนินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (ADL)	**Pre-test**		**Post-test**	
	จำนวน (คน)	**ร้อยละ**	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
กลุ่มติดสังคม ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ (คะแนน ADL ≥12)	305	96.3	311	98.1
กลุ่มติดบ้าน ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (คะแนน ADL = 5-11)	9	2.7	5	1.6
กลุ่มติดเตียง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (คะแนน ADL = 0-4)	3	1.0	1	0.3
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	19.02 (SD = 2.8)		19.48 (SD = 1.9)	
p-value*	0.013			

*Paired Sample T-Test

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)
ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

ตารางที่ 3 การประเมินสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ (n = 317)

การประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q)	Pre-test		Post-test	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การประเมินระดับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ				
- ไม่มีอาการโรคซึมเศร้า (คะแนน <7)	300	94.6	311	98.1
- มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อย (คะแนน 7-12)	10	3.1	5	1.6
- มีอาการโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง (คะแนน 13-18)	4	1.3	1	0.3
- มีอาการโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (คะแนน ≥19)	3	1.0	0	0
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	1.36 (SD = 3.3)		0.92 (SD = 1.9)	
p-value*	0.042			

*Paired Sample T-Test

อภิปรายผล

การประเมินสุขภาวะของผู้สูงอายุจะเป็นการประเมินแบบองค์รวม คือ ประเมินสมรรถภาพร่างกายร่วมกับสุขภาวะทางจิตใจ ซึ่งเป้าหมายที่สำคัญที่สุด คือ ทำให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้และมีสุขภาพแบบองค์รวมที่ดี ก่อนให้ปัจจัยแทรกแซงผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรขั้นพื้นฐานได้เป็นอย่างดี มีค่าเฉลี่ยของคะแนน ADL = 19.02 (SD = 2.8) โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคมถึงร้อยละ 96.3 แต่ก็ยังคงพบผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้อยู่ถึงร้อยละ 1.0 สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิรดา อรรถเมธากุล และวรรณี ศรีวิลัย (Atthamaethakul & Srivilai, 2013) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความพิการ เมื่ออายุที่เพิ่มมากขึ้นจะไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติเหมือนเดิม การศึกษาของวิชาญ ชูรัตน์ และคณะ (Choorat et al., 2012) พบว่าผู้สูงอายุยิ่งอายุมากขึ้นจะเกิดภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต และการศึกษาของกิตติ วงศ์ สาสวด (Sasuad, 2017) กล่าวว่าการสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงสู่ความเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายลดลง ทำให้มีปัญหากับสุขภาพเพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังต่าง ๆ จากการจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาวะองค์รวมตามความต้องการที่แท้จริงของชุมชนผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน กิจกรรมส่วนใหญ่มักจะเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพกาย เช่น กิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อโดยใช้ผ้าขาวม้า การฟ้อนรำ การเรียนรู้เรื่องการนวด การผลิตลูกประคบ และการผลิตสมุนไพรพอกเข่า โดยผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้านจะเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน ขึ้นกับบริบทของแต่ละหมู่บ้าน ทำให้มีค่าเฉลี่ยคะแนน ADL เพิ่มขึ้น = 19.48 คะแนน (SD = 1.9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.013) ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98.1 เนื่องจากการตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพกายของทั้งตนเองและคนรอบข้าง จึงทำให้เกิดการร่วมด้วยช่วยกันในการส่งเสริมสุขภาพทางกาย

การประเมินสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ พบว่าก่อนให้ปัจจัยแทรกแซงมีค่าเฉลี่ยของคะแนน 9Q = 1.36 คะแนน (SD = 3.3) โดยส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 94.6 อย่างไรก็ตามยังคงมีผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับผลการศึกษาของณัฐฐิตา เพชรประไพ (Petchprapai, 2015) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มี

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)
ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

สุขภาพจิตในระดับดี ทั้งนี้โรคซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุแต่มักถูกละเลย จึงได้มีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาวะองค์รวม โดยเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการพบปะพูดคุยและรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ อีกทั้งยังส่งเสริมให้เกิดการสร้างรายได้ เช่น กิจกรรมการประดิษฐ์ดอกไม้จากกระดาษสา และการผลิตไม้กวาดดอกหญ้าเพื่อนำไปจำหน่าย โดยผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้านจะเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน ขึ้นกับบริบทของแต่ละหมู่บ้าน ทำให้หลังการให้ปัจจัยแทรกแซงพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนน 9Q ลดลงเป็น 0.92 คะแนน (SD = 1.9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.042) พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการโรคซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 98.1 และที่สำคัญไม่พบผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงเลย (ร้อยละ 0) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของนภา พวงรอด (Paungrod, 2105) ที่พบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากปัญหาสุขภาพ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า และผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพจิตของทั้งตนเองและคนรอบข้าง ทำให้เกิดการรวมกลุ่มเพื่อร่วมด้วยช่วยกันในการส่งเสริมสุขภาพจิตและส่งเสริมการสร้างรายได้อีกด้วย

รูปแบบกิจกรรมสำหรับการส่งเสริมสุขภาวะทางกายประกอบด้วย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง การออกกำลังกาย และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ กิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อโดยใช้ผ้าขาวม้า กิจกรรมการฟ้อนรำ การรวมกลุ่มทำกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องการนวด และการผลิตลูกประคบ รวมไปถึงกิจกรรมการผลิตสมุนไพรพอกเข่า ทำให้ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยของคะแนน ADL เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนรูปแบบกิจกรรมสำหรับการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุประกอบด้วยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การจัดการความเครียด และการส่งเสริมการสร้างรายได้ ได้แก่ กิจกรรมการประดิษฐ์ดอกไม้จากกระดาษสา รวมถึงกิจกรรมการผลิตไม้กวาดดอกหญ้า จึงทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้น

ผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองต้นเปา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่มีสุขภาวะองค์รวมอยู่ในเกณฑ์ที่ดี คือ สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีในการดำเนินกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ร้อยละ 96.3) และมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่มีอาการโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 94.6) ที่สำคัญ คือ กิจกรรมพัฒนาสุขภาวะทางกายและจิตผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน มีผลในการพัฒนาสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุ

รายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Paungrod, 2105) จากการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพ เช่น รับจ้างทั่วไป ค้าขาย หรือทำการเกษตร เนื่องจากผู้สูงอายุที่ทำงานจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และจากการส่งเสริมให้มีการทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะที่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของชุมชน พบว่าผู้สูงอายุบางกลุ่มรวมตัวกันทำกิจกรรมเพื่อสร้างรายได้ เช่น กิจกรรมการประดิษฐ์ดอกไม้จากกระดาษสา รวมถึงกิจกรรมการผลิตไม้กวาดดอกหญ้า จึงทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้น จึงอยากเสนอแนะให้ทางชุมชนมีการส่งเสริมกิจกรรมเพื่อสร้างรายได้แก่ผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อเป็นการสร้างรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และอาจทำให้สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างยั่งยืนก็เป็นได้ อีกทั้งยังพบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่มีประโยชน์และสร้างเสริมสุขภาวะทั้งทางกายและจิตของผู้สูงอายุ โดยการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา เป็นการแสดงถึงศักยภาพของท่านและเห็นถึงความสำคัญของพวกท่าน เพื่อสร้างเป้าหมายในการพัฒนา เกิดการวางแผนและตัดสินใจร่วมกัน สร้างการยอมรับต่อชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุจึงรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดังนั้น ชุมชนควรมีการส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อผู้สูงอายุขึ้น

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (Journal of Health Sciences Scholarship)
ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 (จนถึง 31 ธันวาคม 2567)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการพัฒนา โดยการให้ผู้สูงอายุที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาทำการวิเคราะห์ปัญหาของตนและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน แนวทางดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับปัญหาด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ควรมีการนำไปสู่การขยายผลและปรับใช้ในพื้นที่ต่าง ๆ ภายใต้บริบทที่ใกล้เคียงกัน เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ขยายวงกว้างและยั่งยืน อีกทั้งการวิจัยด้านผู้สูงอายุในอนาคตควรจะเป็นลักษณะของการมีสหวิชาชีพร่วมมือกัน เนื่องจากประเด็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีความหลากหลาย เพื่อให้การศึกษาที่ครอบคลุมและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา ดังนั้นควรเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินงานให้นานขึ้น โดยการศึกษานี้มีระยะเวลาในการดำเนินการ 10 เดือน อาจทำให้บางขั้นตอนต้องเร่งรีบ หากเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินงานเป็น 24 เดือน จะทำให้ทุกขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์และครอบคลุมทุกกิจกรรม และโดยทั่วไปงานพัฒนาสุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชนโดยทั่วไปยังไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ เพราะทำโดยนโยบายเดียวกันทั้งประเทศ ดังนั้น จึงควรมีระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุตามบริบทของแต่ละท้องที่ เพื่อสะท้อนลักษณะทางประชากร ปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่แท้จริงของผู้สูงอายุ อาจจะทำให้เกิดการพัฒนาสุขภาวะองค์รวมได้อย่างยั่งยืนมากขึ้นก็เป็นได้ อีกทั้งข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้ ประการหนึ่ง คือ อคติในการประเมิน post-test ที่อาจเกิดจากทั้งผู้ประเมินและผู้ถูกประเมินที่เชื่อว่า "กิจกรรมพัฒนาสุขภาวะทางกายและจิตตามความต้องการที่แท้จริงของชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชน" มีผลดีต่อสุขภาพ ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาโดยเพิ่มกลุ่มควบคุมหรือทำการศึกษาในทำนองเดียวกันกับประชากรกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการวิจัยและนวัตกรรมเพื่อถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ชุมชนฐานราก พ.ศ.2561 (UNRN/2561-04) เครือข่ายบริหารการวิจัยภาคเหนือตอนบน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.)

เอกสารอ้างอิง

Atthamaethakul, W., Srivilai, W. (2013). The influences of aging health in tumbon Koobua, Ratchaburi. *Journal of Health Science Research*. 7(2), 18-28. (in Thai).

Boontoch, K., Nuntaboot, K. (2017). Happiness, distress and mental health of the elderly in a community in the Upper North Region of Thailand. *Journal of The Psychiatric Association of Thailand*. 62(3), 257-270. (in Thai).

Choorat, W., Sawangdee, Y., Arunraksombat, S. (2012). Factors influencing the risk of having mental health problems of Thai elderly. *Thai Population Journal*. 3, 87-109. (in Thai).

Community development plan (B.E. 2561-2564). (2018). Tonpao Municipality, San Kamphaeng, Chiang Mai. (in Thai).

Department of Older Persons. (2015). *Situation of the Thai elderly 2015*. [Online], Available: http://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge_th_20172404121710_1.pdf. (2019, 15, April). (in Thai).

Klinwichit, S., Klinwichit, W., Incha, P., Klinwichit, P. (2015). Mental health evaluation of the elderly with chronic illness in community: Saensuk municipality, Chon Buri, Thailand. *Burapha Journal of Medicine*. 2(1), 21-33. (in Thai).

National Health Act, B.E. 2550. (2007). *Medical care and sickness benefit*. [Online], Available: http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=82872&p_country=THA&p_count=441. (2019, 15, April). (in Thai).

National Statistical Office Thailand. (2017). *Preliminary results report survey of the elderly population in Thailand*. Bangkok: The Office. (in Thai).

National Statistical Office Thailand. (2012). *Summary of key findings social and cultural conditions survey 2011*. Bangkok: The Office. (in Thai).

Paungrod, N. (2015). The study on depression in Nonthaburi province elderly. *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences*. 2(1), 63-74. (in Thai).

Petchprapai, N. (2015). A survey of health status among the older adults who live in Muang district Nakhonratchasima province. *Songklanagarind Medical Journal*. 33(1),21-30. (in Thai).

Sangthong, J. (2015). Self-esteem of the elderly through volunteering. Walailak Cultural Hermitage, *Walailak University*. 15(2), 73-89. (in Thai).

Sasuad, K. (2017). Factors affecting the quality of life of the elderly in the Eastern province. *NRRU Community Research Journal*. 11(2), 21-38. (in Thai).

Tongdee, J., Rongmuang D., Nakchatree C. (2012). Health status and quality of life among the elderly in the Southern border provinces of Thailand. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*. 22(3), 88-99. (in Thai).

Yamane, T. (1973). Statistics: An Introductory Analysis. 3rd Edition, New York: Harper and Row.