

กิจกรรมและผลการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเมือง: กรณีศึกษา*

ชนนิพัทธ์ ประเสริฐพรรณ** พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

นพวรรณ เปี้ยชื่อ*** Ph.D. (Nursing)

สุจินดา จารุพัฒน์ มาร์โอ**** Ph.D. (Life Science and Human Technology)

กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์***** Dr.P.H.

บทคัดย่อ: การศึกษาเชิงบรรยายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากิจกรรมและผลการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ได้แก่ ความพึงพอใจ ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตัวอย่างคือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 41 ราย ที่มาเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง การตรวจร่างกาย การสังเกตกิจกรรมต่าง ๆ ภายในชมรมผู้สูงอายุ และการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามในการสัมภาษณ์วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติบรรยาย และวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.9) เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 67.4 ปี กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุประกอบด้วย 2 กิจกรรมหลัก ได้แก่ กิจกรรมเชิงสังคม (ประชุมประจำเดือน กิจกรรมในวันสำคัญ) และกิจกรรมเชิงสุขภาพ (การตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย การเยี่ยมบ้าน) ผลการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ สมาชิกเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.2) มีความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ด้านภาวะสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 68.3 มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารสูง ร้อยละ 80 มีความดันโลหิตซิสโตลิกสูง และประมาณครึ่งหนึ่งของตัวอย่าง มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ร้อยละ 61 มีความดันโลหิตไดแอสโตลิกปกติ เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.9) ระบุว่าภาวะสุขภาพดี การคัดกรองภาวะซึมเศร้า พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61) ไม่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อทดสอบเพิ่มเติมในกลุ่มเสี่ยง พบว่า ครึ่งหนึ่งไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยมาก ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.7) มีคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรม เกิดขึ้นจากร่วมมือของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ชุมชนและทีมสุขภาพ สำหรับปัญหาอุปสรรคของการเข้าร่วมกิจกรรม เป็นปัญหาด้านสุขภาพและด้านครอบครัวของผู้สูงอายุ ด้านการบริหารจัดการ ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านวัสดุอุปกรณ์ ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุมีดังนี้ 1) การประเมิน ติดตามภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ การประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย 2) การส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต 3) บูรณาการระบบบริการเชิงสังคมและเชิงสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และ 4) การศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ: กิจกรรม ผลการดำเนินกิจกรรม ชมรมผู้สูงอายุ ชุมชนเมือง

*ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และทุนสนับสนุนการนำเสนอผลงานแบบบรรยายจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ในการประชุม The 8th Asia Pacific Conference on Clinical Nutrition วันที่ 9-12 มิถุนายน 2556 ณ โตเกียว ประเทศญี่ปุ่น

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าหลวง อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี และนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***Corresponding author, รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: noppawan.pia@mahidol.ac.th

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*****อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) เช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก รายงานขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2008 (พ.ศ. 2551) มีผู้สูงอายุทั่วโลกคิดเป็นร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2010) สอดคล้องกับรายงานการสำรวจพบว่าจำนวนผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 11.7 ในปี พ.ศ. 2553 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุดังกล่าว ประกอบกับความเสื่อมถอยในการทำงานของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาสุขภาพด้านร่างกายที่สำคัญคือ ภาวะน้ำหนักเกิน (ร้อยละ 18.1) และโรคอ้วน (ร้อยละ 3) ส่งผลให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจากภาวะดื้ออินซูลิน ซึ่งทั้งสองโรคนี้จัดอยู่ใน 5 อันดับแรกของกลุ่มโรคเรื้อรัง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) โดยพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 31.7 เป็นโรคความดันโลหิตสูง และร้อยละ 13.3 เป็นโรคเบาหวาน อีกทั้งยังพบในเขตเทศบาลมากกว่านอกเขตเทศบาล โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร พบความชุกสูงสุด ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หากมีภาวะแทรกซ้อน อาจทำให้เกิดความพิการ ทุพพลภาพและเสียชีวิตได้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2552)

นอกจากปัญหาด้านร่างกายของผู้สูงอายุแล้ว ยังมีปัญหาทางด้านจิตใจที่สำคัญคือ ภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าเมื่ออายุมากขึ้น ภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มมากขึ้นด้วย โดยเฉพาะผู้ที่อายุ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าสูงสุด (ร้อยละ 7.0) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2552) อย่างไรก็ตาม จากสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2553) พบว่า ผู้สูงอายุมีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 25-50 โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคเรื้อรัง จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะพบว่า ปัญหาผู้สูงอายุที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นนั้น

นอกจากส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ยังเป็นการสูญเสียเชิงเศรษฐกิจและสังคมจากค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เพิ่มขึ้นและมีผลต่อการพัฒนาประเทศ จากปัญหาและผลกระทบดังกล่าว จึงได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ที่มุ่งเน้นให้มีการจัดบริการทางการแพทย์และพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อเป็นการลดปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายต้องมีบทบาทและร่วมมือกันในการวางแผนเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ โดยการดูแลให้คำแนะนำและเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยชะลอความเสื่อมและป้องกันความทุพพลภาพที่จะเกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุพึ่งพิงผู้อื่นลดลง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ไม่แยกตัวจากครอบครัวหรือสังคมในชุมชน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเพื่อนบ้าน และผู้นำชุมชนมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมมากขึ้น เช่น กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ตลอดจนการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเห็นประโยชน์และความสำคัญในการดูแลสุขภาพมากขึ้น (อภิญาธรธรรมแสง, เบญญาภา กาลเขว้า, และประทีป กาลเขว้า, 2554) ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามยุทธศาสตร์และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่กำหนด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

ยุทธศาสตร์หนึ่งของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ คือ การส่งเสริมให้มีการรวมตัวของผู้สูงอายุเป็นชมรมผู้สูงอายุ ในช่วงปี พ.ศ. 2544-2550 จึงได้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นรวม 23,040 แห่ง ทั่วประเทศ ขึ้นทะเบียน และดำเนินการในลักษณะของคณะกรรมการ ผู้ก่อตั้ง

กิจกรรมและผลการดำเนินงานกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเมือง: กรณีศึกษา

ชมรมส่วนใหญ่คือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพของโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้สูงอายุในชุมชน มีเป้าหมายสำคัญในการดูแลสุขภาพ และการพบปะสังสรรค์อย่างไรก็ตาม มีการดำเนินการจริงเพียงครั้งหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากขาดผู้นำ และขาดงบประมาณ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ณีภรพัชร สโรบล, และธนิกานต์ ศักดาพร, 2555) อีกทั้งการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุโดยเฉพาะในชุมชนเมือง อาจมีข้อจำกัดของความต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชน ดังนั้น การศึกษากระบวนการและผลการดำเนินการ รวมทั้งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคของชมรมผู้สูงอายุ จะเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนการดำเนินการชมรมผู้สูงอายุให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ชุมชนชอยสวนเงินเป็นชุมชนหนึ่งที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด ที่ผ่านมาผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมร่วมกันเป็นครั้งคราวร่วมกับศูนย์สุขภาพชุมชนชอยสวนเงิน ซึ่งตั้งอยู่ในชุมชนตามวัตถุประสงค์ในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนในชุมชน เป็นไปตามนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อมาผู้สูงอายุได้เล็งเห็นประโยชน์ของการทำกิจกรรมร่วมกัน จึงได้รวมตัวกันจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุอย่างไม่เป็นทางการขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ. 2552 และดำเนินกิจกรรมเชิงสังคมและสุขภาพอย่างต่อเนื่องร่วมกับภาคีเครือข่าย แต่ยังไม่เคยมีการศึกษากิจกรรมและผลการดำเนินงานกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีความจำเป็นและข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่จะทราบถึงกิจกรรมและผลการดำเนินงานกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุชอยสวนเงิน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาผลของการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุชอยสวนเงิน ในด้านความพึงพอใจ ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคของการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุชอยสวนเงิน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003a, 2003b) โดยมีแนวคิดในการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพ ในการประเมินคุณภาพการดูแล แบ่งได้เป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่บ่งบอกว่าการบริการนั้นมีคุณภาพมากน้อยเพียงใด อีกทั้งโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์นั้น ต่างมีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกัน โครงสร้างและกระบวนการที่ดีนั้นย่อมส่งผลต่อผลลัพธ์ที่ดีด้วย การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นการศึกษาที่กระบวนการและผลลัพธ์ โดยกระบวนการของชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และผลการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย ความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยาย (descriptive study) ใช้วิธีการศึกษาเชิงปริมาณและ

เชิงคุณภาพ ประชากรคือ ผู้สูงอายุในชุมชนชอยสวนเงิน จำนวน 115 ราย ตัวอย่างจำนวน 41 ราย (ร้อยละ 35.7) เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือกคือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุชอยสวนเงินในช่วงเดือน มีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2556 และเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ครั้ง ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ในส่วนของการศึกษาเชิงคุณภาพ เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุ 3 ราย และพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 ราย ที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนชอยสวนเงิน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือน มีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกลำสำหรับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่

1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ข้อความจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สมาชิกในครอบครัว อาชีพ รายได้ ศาสนา โรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ บทบาทในชมรมผู้สูงอายุ และระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ลักษณะการตอบเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อความ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ การพยาบาลอนามัยชุมชน และด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 1

2) แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตัดแปลงมาจาก สุนันทิพย์ ไพรสวรรณา, จิตติมา บุญเกิด, นฤมล พระใหญ่, และรุ่งรัตน์ เพิ่มเกียรติขจร (2553) ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ที่ครอบคลุมเนื้อหา 4 ด้านคือ ด้านบุคลากร (7 ข้อ) ด้านการบริการ (3 ข้อ) ด้านเวลา (3 ข้อ) และด้านสถานที่ (5 ข้อ) ลักษณะการ

ตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 4 ระดับ คือไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยมาก คะแนนมาก หมายถึง พึงพอใจมาก ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 และการตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .90

3) แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก 100 ข้อ (สวีเดน มหัตถินันตร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และวราณี พรมานะรังกุล, 2540) แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในการศึกษาคั้งนี้มีจำนวน 26 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ คือไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด คะแนนมาก หมายถึง คุณภาพชีวิตดี ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 และการตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85

4) แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยประเมินจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2553) จำนวน 2 ข้อ ถามความรู้สึกหดหู่ และความรู้สึกเบื่อ ถ้าตอบว่า “มี” ในข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ แสดงว่ามีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้า ต้องประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าต่อ จำนวน 9 ข้อ ถามเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิด และอาการผิดปกติ ลักษณะการตอบเป็นแบบลิเคิร์ต 4 ระดับคือ ไม่มีเลย เป็นบางวัน เป็นบ่อย และเป็นทุกวัน คะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

5) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ใช้แบบสอบถามการรับรู้ภาวะ

กิจกรรมและผลการดำเนินงานกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเมือง: กรณีศึกษา

สุขภาพของ นพวรรณ เปียชื่อ และมิทเชล (Piaseu & Mitchell, 2004) ซึ่งดัดแปลงจากแวร์และคณะ (Ware, Snow, & Kosinski, 2000) เป็นข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบลิเคิร์ต 5 ระดับคือ ไมดี พอใช้ ดี ดีมาก และดีที่สุด ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00

6) แบบบันทึกภาวะสุขภาพ พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย

ส่วนที่ 2 แนวทาง/แนวคำถามในการสัมภาษณ์ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 1) กระบวนการและขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ 2) การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ/ชุมชนในกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ 3) ความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และ 4) ความต้องการหรือข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจร่างกาย เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ประเภท ได้แก่ เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก และที่วัดส่วนสูง โดยเครื่องมือทั้ง 4 ประเภท ที่ใช้เป็นเครื่องเดียวกันตลอดการเก็บรวบรวมข้อมูล และผ่านการตรวจสอบความเที่ยง ความตรงและทำการตั้งค่ามาตรฐานของเครื่องก่อนทำการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2556/69 ผู้วิจัยให้ข้อมูลโดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการเก็บ

รวบรวมข้อมูลโดยละเอียดให้กับตัวอย่าง การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ ตัวอย่างลงนามในใบยินยอมตนเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยนำไปใช้เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น และการนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม โดยไม่มีการระบุชื่อ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อกับผู้นำชุมชนเพื่อประสานการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตและการทบทวนแฟ้มสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2556 มีผู้ช่วยวิจัย 3 ราย เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตที่ได้รับการอบรมก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัย รวมทั้งขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยละเอียด เริ่มจากการสัมภาษณ์จากแบบสอบถามโดยผู้ช่วยวิจัย ใช้เวลาประมาณ 20 นาทีต่อราย สำหรับการสังเกตกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุและพยาบาล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อราย เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์รายแรกทำการวิเคราะห์ข้อมูล แล้วจึงสัมภาษณ์รายต่อไป เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากประเด็นที่พบในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้สถิติบรรยาย (descriptive statistics) ประกอบด้วย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ

คำพิสัยของข้อมูลทั่วไปสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยการจัดกลุ่มและสรุปประเด็น

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของตัวอย่าง

สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 41 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.9 มีอายุระหว่าง 52-86 ปีอายุเฉลี่ย 67.44 ปี (SD = 8.78) มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 58.5) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-70 ปี สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 46.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.4 มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56.1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 26.8 มีรายได้รวมเบี้ยผู้สูงอายุ 2,501-5,000 บาทต่อเดือน สมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.4) มีโรคประจำตัว เป็นไขมันในเลือดสูงมากที่สุด ร้อยละ 56.1 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.5) รับประทานยาเป็นประจำ เป็นยาลดความดันโลหิตมากที่สุด ร้อยละ 53.7 บทบาทในชุมชนนอกจากเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุแล้ว มีบางส่วน (ร้อยละ 17.1) เป็นผู้นำชุมชนหรือกรรมการชุมชน ร้อยละ 9.8 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และ อื่น ๆ ได้แก่ ตำรวจ วิทยากร และอาสาสมัครดูแลผู้พิการ ร้อยละ 7.3 ระยะเวลาเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเฉลี่ย 35.7 เดือน (SD = 14.9)

ส่วนที่ 2 กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุมีการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็น 2 กิจกรรมหลัก ดังนี้

1. กิจกรรมเชิงสังคม ประกอบด้วย กิจกรรมประชุมประจำเดือน กิจกรรมในวันสำคัญ มีการระดมความคิดเห็นและวางแผนการจัดกิจกรรม รวมทั้งกิจกรรมตรวจสุขภาพ ติดตามทุกครั้งที่มีการประชุมโดยทีมเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมกับคณะกรรมการ

ชมรมผู้สูงอายุและจิตอาสาเป็นผู้ดำเนินการ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็นของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั้งภายในชุมชนและภายนอกชุมชน มีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างชุมชน นอกจากนี้ ยังมีกิจกรรมสนทนาการ ท่องเที่ยว วาดภาพ ทำงานฝีมือ กิจกรรมบันเทิง เกมส์ต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพักผ่อนหย่อนใจ กิจกรรมการประกอบอาหารและรับประทานอาหารร่วมกัน และการจัดกิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรมในวันสำคัญ เช่น การทำบุญวันสงกรานต์ วันผู้สูงอายุ วันปีใหม่ เป็นต้น

2. กิจกรรมเชิงสุขภาพ การตรวจสุขภาพ ประกอบด้วย การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และองค์ประกอบของร่างกาย วัดความดันโลหิต ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด พร้อมทั้งแปลผลการตรวจร่างกายให้กับสมาชิกทราบ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ในกรณีที่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุเจ็บป่วย ทีมสุขภาพและสมาชิกชมรมจะนัดหมายเพื่อเข้าไปตรวจเยี่ยมอาการ พุดคุยให้กำลังใจ พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างถูกวิธี และมอบเงินจำนวน 300 บาท ตามระเบียบของชมรม คือ 1 ครั้งต่อคนต่อปี เป็นเงินที่ได้จากค่าบำรุงสมาชิก 20 บาทต่อคนต่อปี นอกจากนี้ ชมรมยังจัดกิจกรรมการออกกำลังกายเป็นประจำ ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา 17:00-18:00 น. มีการออกกำลังกายด้วยไม้พลอง การเต้นแอโรบิค วิ่ง และใช้อุปกรณ์ออกกำลังกาย มีสมาชิกร่วมออกกำลังกายเฉลี่ยวันละ 15 ราย

ส่วนที่ 3 ผลของการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

สมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุโดยภาพรวมทั้งหมดอยู่ในระดับความพึงพอใจมาก (ร้อยละ 95.2) ด้านบุคลากรเป็นด้านที่มีความพึงพอใจสูงที่สุด และด้านสถานที่เป็นด้านที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุด ดังตารางที่ 1

กิจกรรมและผลการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเมือง: กรณีศึกษา

ตารางที่ 1 ความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ (N = 41)

ความพึงพอใจ	Possible range	Min-Max	Mean	SD
ภาพรวมทั้งหมด	0-3	1.00-3.00	2.69	0.40
ด้านบุคลากร	0-3	1.00-3.00	2.76	0.39
ด้านการบริการ	0-3	1.00-3.00	2.67	0.42
ด้านเวลา	0-3	1.00-3.00	2.71	0.42
ด้านสถานที่	0-3	0.60-3.00	2.60	0.53

ภาวะสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.3) มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ความดันโลหิตซิสโตลิกส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.5) สูงกว่าปกติ แต่ความดันโลหิตไดแอสโตลิก ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.0) ผลปกติ ค่าดัชนีมวลกายพบว่าเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.8) อ้วนระดับ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.9) รับรู้ภาวะสุขภาพดี

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยคำถาม 2 ข้อ พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.0) ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 39.0) สำหรับผู้ที่เป็กลุ่มเสี่ยงได้ทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยมีคำถาม 9 ข้อ พบว่า ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับน้อยมาก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภาวะสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (N = 41)

ภาวะสุขภาพ	Min-Max	Mean (SD)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.)	70-319	128.51 (61.27)	
ปกติ (≤ 100)			13 (31.7)
สูงกว่าปกติ (> 100)			28 (68.3)
ความดันโลหิตซิสโตลิก (มม.ปรอท)	90-166	132.68 (15.87)	
ปกติ (≤ 120)			8 (19.5)
สูงกว่าปกติ (> 120)			33 (80.5)
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)	54-93	78.41 (9.36)	
ปกติ (≤ 80)			25 (61.0)
สูงกว่าปกติ (> 80)			16 (39.0)
ดัชนีมวลกาย (กก./ตรม.)	17.5-34.3	26.58 (4.29)	
ต่ำกว่าเกณฑ์ (< 18.5)			1 (2.4)
ปกติ (18.5-24.9)			11 (26.8)
น้ำหนักเกิน (25.0-29.9)			2 (4.9)
อ้วนระดับ 1 (30-34.9)			20 (48.8)
อ้วนระดับ 2 (35.0-39.9)			7 (17.1)

ตารางที่ 2 ภาวะสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (N = 41) (ต่อ)

ภาวะสุขภาพ	Min-Max	Mean (SD)	จำนวน (ร้อยละ)
การรับรู้ภาวะสุขภาพ		2.98 (0.94)	
ไม่ดี			1 (2.4)
พอใช้			12 (29.3)
ดี			18 (43.9)
ดีมาก			7 (17.1)
ดีที่สุด			3 (7.3)
ภาวะซึมเศร้า			
คำถามคัดกรอง 2 ข้อ (N = 41)			
ไม่มีความเสี่ยง			25 (61.0)
มีความเสี่ยง			16 (39.0)
ประเมินภาวะซึมเศร้า คำถาม 9 ข้อ (n = 16)			
ไม่มีอาการหรือมีอาการระดับน้อยมาก			8 (50.0)
มีอาการระดับน้อย			5 (31.2)
มีอาการระดับปานกลาง			3 (18.8)

ด้านคุณภาพชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.7) มีคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยคุณภาพชีวิตด้านที่คะแนน

สูงสุดคือ ด้านจิตใจ และด้านที่คะแนนน้อยที่สุดคือ ด้านร่างกาย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (N = 41)

คุณภาพชีวิต	Possible range	Min-Max	Mean	SD
ภาพรวมทั้งหมด	1-5	2.50-4.58	3.50	0.46
ด้านร่างกาย	1-5	2.57-4.43	3.41	0.47
ด้านจิตใจ	1-5	2.67-4.83	3.64	0.52
ด้านสังคม	1-5	2.33-5.00	3.58	0.65
ด้านสิ่งแวดล้อม	1-5	2.25-4.63	3.43	0.58

ส่วนที่ 4 ความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคของการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

4.1 ความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เกิดจากองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ชุมชน และทีมสุขภาพ เนื่องจากชมรมผู้สูงอายุแห่งนี้เกิดขึ้นจากความต้องการของสมาชิกในชุมชนที่เห็นความสำคัญและต้องการ

รวมตัวกัน ดังนั้น จึงมีความเข้มแข็ง และได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี ทั้งแกนนำของชมรมผู้สูงอายุแห่งนี้ เป็นบุคคลที่มีแบบอย่างที่ดี มีความเป็นจิตอาสา เสียสละเต็มใจในการให้ความร่วมมือต่างๆ สมาชิกในชุมชนจึงยอมรับ ในส่วนของชุมชน เนื่องจากเป็นชุมชนเมืองที่อยู่ใกล้แหล่งประโยชน์ที่สำคัญคือ สำนักงานเขตราชเทวี องค์การเภสัชกรรม โรงพยาบาล 5 แห่ง รวมทั้งสถาบันประสาทยุทธศาสตร์และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

กิจกรรมและผลการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเมือง: กรณีศึกษา

จึงเอื้อต่อการได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านบุคลากรทางสุขภาพ ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านสถานที่ อีกทั้งยังมีศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตั้งอยู่ในชุมชน ทำให้การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพสะดวก เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น ทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานประจำ 2 ราย มีความสนิทสนมกับชุมชนเป็นอย่างดี มีบทบาทเป็นตัวกลางในการประสานงานระหว่างชุมชนกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่ร่วมงานหรือให้การสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ จัดเตรียมเอกสารราชการต่าง ๆ และเป็นທີ່ปรึกษาในการดำเนินกิจกรรมให้กับชมรมผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมภายในชุมชน เช่น ตรวจสอบสุขภาพ นัดหมายในการจัดกิจกรรม ให้สุขศึกษา จัดกิจกรรมสันทนาการ และร่วมกับอาจารย์พยาบาล ผู้รับผิดชอบในการดำเนินการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของชมรมและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ทำให้การดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุเป็นไปด้วยความราบรื่น ต่อเนื่อง ส่งผลที่ดีแก่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุแห่งนี้ มีโครงสร้างของชมรมที่เข้มแข็ง เนื่องจากการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุจากความต้องการของคนในชุมชนเอง ทำให้การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี มีการเรียนรู้ปรับเปลี่ยนกิจกรรมตามความต้องการของสมาชิกในชมรม สมาชิกมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งแตกต่างจากชมรมผู้สูงอายุที่จัดตั้งตามนโยบายของรัฐที่เจ้าหน้าที่จะมีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทางการดำเนินงาน ตั้งแต่การกำหนดโครงสร้าง ระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ ชมรมผู้สูงอายุแห่งนี้จึงมีจุดแข็งที่สำคัญคือ มีจุดเริ่มต้นจากชุมชน ส่งผลให้แกนนำและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความเข้มแข็ง มีบทบาทสำคัญที่ทำให้ชมรมผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ยังเป็นชุมชนเมืองที่ตั้งอยู่ใกล้แหล่งประโยชน์ ทำให้เอื้อต่อการได้รับการสนับสนุนในด้านบุคลากรทางสุขภาพ ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านสถานที่ จึงทำให้พบปัญหา

ด้านการบริหารจัดการน้อย โครงสร้างที่สำคัญอีกส่วนหนึ่ง ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนและทีมสุขภาพ เนื่องจากชมรมผู้สูงอายุและศูนย์สุขภาพชุมชนตั้งอยู่ในชุมชน ทำให้การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพสะดวกยิ่งขึ้น อีกทั้งทีมสุขภาพทำหน้าที่ประสานงานระหว่างชุมชนกับชมรมและหน่วยงานอื่น ๆ ทำให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ สำหรับกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ นั้น ประกอบด้วย การประชุมประจำเดือน การจัดกิจกรรมในวันสำคัญต่าง ๆ การตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย และการเยี่ยมบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในชุมชน ส่งผลที่ดีทั้งด้านความพึงพอใจ ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

4.2 ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์ พบปัญหาอุปสรรคของการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุเกิด ดังนี้

ผู้สูงอายุบางราย มีข้อจำกัดด้านสุขภาพ และด้านครอบครัว ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุต้องดูแลหลานที่บ้าน เนื่องจากบุตรไปทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากการไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ สมาชิกผู้สูงอายุบางคนและบุตรหลานไม่เห็นความสำคัญ จึงทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่หลากหลาย ในส่วนของคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการชมรมอย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ การปฏิบัติหน้าที่เป็นลักษณะการช่วยเหลือกัน บางครั้งจึงเกิดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารข้อมูล เช่น การจดบันทึก หรือการรวบรวมหลักฐานทางการเงินที่ชัดเจน ส่งผลให้สมาชิกบางส่วนเกิดความไม่มั่นใจในความโปร่งใส และลาออกจากชมรมผู้สูงอายุ ในส่วนของการดำเนินกิจกรรมมีบางช่วงหยุดไป เนื่องจาก ขาดผู้นำในการทำกิจกรรม เช่น การออกกำลังกาย และเกิดภัยธรรมชาติ ทำให้การดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุหยุดชะงักลงชั่วคราว

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุแบ่งได้เป็น 2 กิจกรรมหลักคือ กิจกรรมเชิงสังคม และกิจกรรมเชิงสุขภาพ ซึ่งในส่วนของกิจกรรมเชิงสังคมมีกิจกรรมเชิงสุขภาพร่วมด้วย จึงกล่าวได้ว่ากิจกรรมชมรมผู้สูงอายุแห่งนี้มีการบูรณาการกิจกรรมสุขภาพเข้ากับกิจกรรมทางสังคม เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดในการประเมินคุณภาพการบริการของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) พบว่าชมรมผู้สูงอายุแห่งนี้ มีการดำเนินการแบบมีส่วนร่วม เนื่องจากมีโครงสร้างของชมรมที่เข้มแข็ง การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุมีชุมชนเป็นฐาน เกิดจากความต้องการของคนในชุมชนเอง ทำให้การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี มีการเรียนรู้ปรับเปลี่ยนกิจกรรมตามความต้องการของสมาชิกในชมรม สมาชิกมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจด้วยตนเอง

ชมรมผู้สูงอายุแห่งนี้มีจุดแข็งที่สำคัญคือ มีจุดเริ่มต้นจากชุมชน ส่งผลให้แกนนำและสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความเข้มแข็ง ทำให้ชมรมผู้สูงอายุประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ชุมชนแห่งนี้เป็นชุมชนเมืองที่ตั้งอยู่ใกล้แหล่งประโยชน์ที่สำคัญคือ โรงพยาบาล หน่วยงานสุขภาพ และหน่วยงานภาครัฐ ทำให้เอื้อต่อการได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านบุคลากรทางสุขภาพที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และด้านสถานที่ พบปัญหาด้านการบริหารจัดการน้อย แตกต่างจากชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มักพบปัญหาขาดการสนับสนุนในด้านงบประมาณ ขาดวัสดุอุปกรณ์ และขาดสถานที่ดำเนินงาน โดยต่างให้ข้อเสนอแนะว่า ควรสนับสนุนงบประมาณประจำปี และจัดสรรงบประมาณให้แก่ชมรมผู้สูงอายุโดยตรง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ณีกรุพัชร์ สโรบล, และธนิกันต์ ตักดาพร, 2555)

โครงสร้างที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนและทีมสุขภาพ เนื่องจากชมรมผู้สูงอายุและศูนย์สุขภาพชุมชนตั้งอยู่ในชุมชน ทำให้การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพสะดวกยิ่งขึ้น อีกทั้งทีมสุขภาพมีความใกล้ชิดกับชุมชน มีบทบาทในการประสานงานระหว่างชุมชนกับชมรม และหน่วยงานต่างๆ อีกทั้งยังเป็นທີ່ปรึกษาร่วมกับอาจารย์พยาบาลในการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆ ทำให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความพึงพอใจสำหรับกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุที่ประกอบด้วย การประชุมประจำเดือน การจัดกิจกรรมในวันสำคัญ การตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย และการเยี่ยมบ้านนั้น พบว่าลักษณะกิจกรรมมีความใกล้เคียงกับชมรมผู้สูงอายุแห่งอื่นคือ มุ่งเน้นด้านสุขภาพ เน้นให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพ ด้านสังคม เน้นการพบปะพูดคุยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีส่วนร่วมในวัฒนธรรมประเพณีของชุมชน (ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ และเพ็ญประภา ศิวโรจน์, 2542)

ผลการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคของการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ผลในภาพรวมดี ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากชมรมผู้สูงอายุชุมชนขอยืมเงินมีโครงสร้างที่ดี การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนและเกิดจากความต้องการของชุมชน ชมรมผู้สูงอายุจึงมีความเข้มแข็ง มีส่วนร่วมของสมาชิก ชุมชน และทีมสุขภาพ รวมถึงมีการสนับสนุนในด้านบุคลากรทางสุขภาพ ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ ด้านสถานที่ และมีศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตั้งอยู่ภายในชุมชน แม้จะพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมบ้างแต่ปัจจัยด้านความสำเร็จคือการมีส่วนร่วมนั้น ส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านมา มีการพัฒนาและดำเนิน

กิจกรรมและผลการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเมือง: กรณีศึกษา

กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบของทุกภาคส่วน ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรม มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต แม้ว่าสมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพและมีโรคเรื้อรัง ความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ มีภาวะอ้วน แต่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตและรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในภาพรวมดี อาจเป็นไปได้ว่าตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน และการมีโครงสร้างและกระบวนการของชมรมผู้สูงอายุที่ดี ทำให้เกิดความพึงพอใจ นำมาสู่ผลลัพธ์ที่ดี

ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 39 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และครึ่งหนึ่งของกลุ่มเสี่ยงมีอาการของภาวะซึมเศร้า อาจเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาของผู้สูงอายุ เช่น การมีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท รวมถึงเกิดจากการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดและการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในสังคม (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548) และจากข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60.9) มีรายได้รวมเบี้ยผู้สูงอายุต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ฐานะทางการเงินที่ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยทำนายนการเกิดภาวะซึมเศร้า (อรสา ใยยอง และพีรพนธ์ ลีอบุญวัชชัย, 2554) ดังนั้นปัจจัยด้านรายได้ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจึงอาจส่งผลให้การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุสูงได้เช่นกัน

จากผลการศึกษาดังนี้ จะเห็นได้ว่าโครงสร้างและกระบวนการที่ดีนั้น ย่อมส่งผลที่ดี ถึงแม้จะพบปัญหาอุปสรรค แต่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ มีปัจจัยความสำเร็จที่ช่วยสนับสนุน ร่วมกับมีโครงสร้างของชมรมผู้สูงอายุที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ควรประเมิน ติดตาม ภาวะสุขภาพ ได้แก่ การประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย ให้การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต การเฝ้าระวังติดตามภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ รวมถึงบูรณาการระบบบริการเชิงสังคมและเชิงสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลที่ให้ทุนสนับสนุนการนำเสนอผลงานทางวิชาการ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ*. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- ประสิทธิ์ สิริพันธ์, และเพ็ญประภา ศิริโรจน์. (2542). *สถานการณ์ชมรมผู้สูงอายุไทยและแนวโน้ม การพัฒนาสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข*. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ญัฐพัชร สโรบล, และธนิกันต์ ตักดาพร. (2555). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ "ลักษณะการดำเนินงานและกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ"*. กรุงเทพฯ: Jprint2.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ชนนินพัทธ์ ประเสริฐพรรณ และคณะ

- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *โครงการวิจัยเรื่องการศึกษาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ซีจี ทูล.
- สมจิต หนูเจริญกุล, นางลัดดา สุวิไลย์, อรสา กงตาล, ปณิตดา ปริยะทฤม, พิกุล นันทชัยพันธ์, นัยนา หนูนิล, และคณะ. (2550). *รายงานวิจัยบทเรียนจากกรณีศึกษาเส้นทางสู่ความสำเร็จของพยาบาลเวชปฏิบัติ*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.
- สมนทิพย์ ไพรสุวรรณ, จิตติมา บุญเกิด, นฤมล พระใหญ่, และรุ่งรัตน์ เพิ่มเกียรติขจร. (2553). การประเมินโครงการ “คลินิกประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม”. *รวมอภิวัตน์พยาบาลสาร*, 16(3), 443-454.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และวราณี พรมานะรังกุล. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). *สำมะโนประชากร พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- อรสา ไยยง, และพีรพันธ์ ลือบุญรัชชัย. (2554). *ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจาก การสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 117-128.
- อภิญา ธรรมแสง, เบญญาภา กาลเซว้า, และประทีป กาลเซว้า. (2554). *การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวและการเกื้อหนุนจากชุมชน ในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท จังหวัดขอนแก่น*. รายงานการวิจัยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร, จังหวัดขอนแก่น.
- Donabedian, A. (2003a). An introduction to quality assurance in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(4), 357-358.
- Donabedian, A. (2003b). Selecting approaches to assessing performance. In A. Donabedian (Ed.), *An introduction to quality assurance in health care* (pp. 46-57). New York: Oxford University Press.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166-203.
- Piaseu, N., & Mitchell, P. (2004). Household food insecurity among urban poor in Thailand. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(2), 115-121.
- Ware, J. E., Snow, K. K., & Kosinski, M. (2000). *SF-36 health survey: Manual & interpretation guide*. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated.

Activities and Outputs of a Senior Club in an Urban Community: A Case Study*

Chonniapat Prasertpan** M.N.S. (Community Health Nurse Practitioner)

Noppawan Piaseu*** Ph.D. (Nursing)

Suchinda Jarupat Maruo**** Ph.D. (Life Science and Human Technology)

Kamonrat Kittipimpanon***** DR.P.H.

Abstract: This descriptive study aimed to describe activities and outputs of a senior club in an urban community. The outputs included satisfaction, health status, and quality of life in the senior club members. The sample consisted of 41 senior club members participating in senior club activities, a community in Bangkok. Data were collected using structured interviews, physical examinations, observation of senior club activities, and in-depth interview following interview questions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed using content analysis. Results revealed that the majority of senior club members (65.9%) were female with an average age of 67.4 years. The senior club had two main activities including social activity (monthly meeting and activity at major events) and health related activity (physical examination, exercise, and home visit). The participants were satisfied with senior club activities at a high level (95.2%). Most of the sample had high fasting blood sugar (68.3%), high blood pressure (80.5%), and excessive body mass index (48.8%), except that diastolic blood pressure for most was normal (61%). Almost half of the sample (43.9%) perceived good health. Most of them (61%) had no depression. The majority (70.7%) had overall quality of life at a moderate level. Their accomplishments resulted from participation as senior club members, and as members of the community and the health team. Problems were associated with health of the sample, family, management, environment, and equipment. Results suggest that senior club activity includes: 1) assessing and monitoring health status including blood sugar, blood pressure, and body mass index; 2) promoting both physical and mental health activities continuously; 3) integrating social services and health services continuously; and 4) conducting research focusing on depression in community dwelling older adults.

Keywords: Activities, Outputs, Senior club, Urban community

*This study was supported by the Potential Development of Thai People Project, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, and the Faculty of Graduate Studies, Mahidol University for Oral Presentation at the 8th Asia Pacific Conference on Clinical Nutrition, June 9-12, 2013, Tokyo, Japan

**Professional Nurse, Tambon Thaluang Health Promoting Hospital, Makham District, Chanthaburi Province; and Master's Student, Master of Nursing Science Program (Community Nurse Practitioner) Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

***Corresponding author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: noppawan.pia@mahidol.ac.th

****Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

*****Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.