



ความสามารถในการทำกิจกรรมการดูแลตนเองและชีวิตในครัวเรือนของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ
ทางกิจกรรมบำบัด ณ ศูนย์กิจกรรมและบริการผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ธิดารัตน์ ลักษณะธรรม* พิรดา เมืองมูล* สุจิตพร เลอศิลป์* นภาลักษณ์ ชัยมะหา* อัจฉริยา ปัญญาแก้ว* สุภาวดี พุฒิน้อย*

บทคัดย่อ

งานวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการทำกิจกรรมการดูแลตนเองและชีวิตในครัวเรือนของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการทางกิจกรรมบำบัด ณ ศูนย์กิจกรรมและบริการผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 34 คน โดยใช้แบบวัดการสูงวัยอย่างมีพลังและแบบวัดความสามารถในการทำกิจกรรมการดูแลตนเองและชีวิตในครัวเรือน ซึ่งแบบวัดความสามารถในการทำกิจกรรมการดูแลตนเองและชีวิตในครัวเรือนเป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ ที่มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาโดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมเท่ากับ 0.98 และด้านความเที่ยง ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการทางกิจกรรมบำบัดส่วนใหญ่มีระดับการสูงวัยอย่างมีพลังในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยดัชนีการสูงวัยอย่างมีพลัง เท่ากับ 0.86) และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.26 มีความสามารถในการทำกิจกรรมการดูแลตนเองและชีวิตในครัวเรือนได้อย่างอิสระ

*ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



Abstract

The purpose of this study was to examine the functional ability in performing self-care and domestic life tasks among older adults who received occupational therapy services at the Elderly Activities and Services Center in Nong Pa Khrang Subdistrict, Mueang District, Chiang Mai Province. Thirty-four participants aged 60 years and older were assessed using two instruments: (1) the Active Aging Index and (2) a functional ability assessment for self-care and domestic life, developed by the researchers based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) framework. The second instrument demonstrated strong psychometric properties, with content validity of 0.98 and reliability of 0.92. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. The results indicated a high level of active aging among participants (mean Active Aging Index = 0.86), and the majority (95.26%) demonstrated independence in performing self-care and domestic life activities.

คำสำคัญ : ความสามารถ, การทำกิจกรรม, การดูแลตนเอง, ชีวิตในครัวเรือนของผู้สูงอายุ



บทนำ

ปัจจุบัน การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลกส่งผลให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมถึงประเทศไทยซึ่งเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete ageing society)¹ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในหลายมิติ ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยี² โดยเฉพาะด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเสื่อมถอยของร่างกาย โรคเรื้อรัง และปัญหาทางจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกไร้คุณค่า และการแยกตัวจากสังคม ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะพึ่งพิงและคุณภาพชีวิตที่ลดลง³

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เสนอแนวคิด “Active Ageing” เพื่อรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ความมั่นคง และการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและพึ่งพาตนเองได้⁴ ประเทศไทยได้นำแนวคิดนี้มาปรับใช้ในการกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ พร้อมจัดทำ “ดัชนีการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุไทย” ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ สุขภาพ การมีส่วนร่วม ความมั่นคง และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสูงวัยอย่างมีพลัง^{5,6} ผลการประเมินล่าสุดพบว่าดัชนีด้านสุขภาพมีค่าสูงที่สุด (0.797) ขณะที่ด้านการมีส่วนร่วมมีค่าต่ำที่สุด (0.502)⁶

ในขณะเดียวกัน กรอบแนวคิด ICF ซึ่งพัฒนาโดย WHO มองความสามารถของบุคคลในมิติร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยกำหนด “การมีส่วนร่วมทางสังคม” เป็นองค์ประกอบสำคัญของการทำหน้าที่และสุขภาพ⁷ แนวคิดนี้สอดคล้องกับหลักการของกิจกรรมบำบัดที่เน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่มีความหมายในชีวิตประจำวัน โดยมุ่งหวังให้ผู้รับบริการสามารถดำรงบทบาทในสังคมได้อย่างเท่าเทียมและมีคุณค่า⁸

American Occupational Therapy Association (AOTA) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การมีส่วนร่วมกับชุมชน ครอบครัว และเพื่อน⁹ ขณะที่ทฤษฎีกิจกรรม (activity theory) โดย Havighurst อธิบายว่าแม้ผู้สูงอายุจะมีสภาพและบทบาททางสังคมลดลง แต่ยังคงต้องการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อความสุขและความพึงพอใจในชีวิต¹⁰

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการนำกรอบแนวคิด ICF มาใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ อีกทั้งพบว่าผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองมีแนวโน้มเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยกว่าผู้สูงอายุในพื้นที่นอกเขตเมืองอย่างชัดเจน² ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสามารถในการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการกิจกรรมบำบัด ณ ศูนย์กิจกรรมและบริการผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นพื้นที่ให้บริการกิจกรรมบำบัด และเป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษากิจกรรมบำบัด โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการกิจกรรมบำบัดที่มีประสิทธิภาพและส่งเสริมภาวะสูงวัยอย่างมีพลังในผู้สูงอายุไทย



ทบทวนวรรณกรรม

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมตามขอบเขต ICF

การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นองค์ประกอบหลักในกรอบแนวคิดของ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพและความสามารถในการดำรงชีวิตของบุคคลในบริบทที่หลากหลาย¹¹ โดยการมีส่วนร่วมหมายถึงการมีบทบาทในสถานการณ์ชีวิตจริง เช่น การสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว และชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรม ศาสนา หรือจิตวิญญาณ รวมถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางเศรษฐกิจและการเมือง¹²

ในบริบทของการฟื้นฟูสมรรถภาพ การประเมินการมีส่วนร่วมมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากสะท้อนถึงผลลัพธ์ที่แท้จริงของการบำบัดรักษาและการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อม การมีส่วนร่วมไม่เพียงแต่เกี่ยวข้องกับความสามารถทางกายภาพหรือจิตใจเท่านั้น แต่ยังรวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ค่านิยม ความเชื่อ และแรงจูงใจ รวมถึงปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น การเข้าถึงบริการ การสนับสนุนจากครอบครัว และทัศนคติของสังคมต่อความพิการ¹³ ICF ได้แบ่งหมวดหมู่ของการมีส่วนร่วมออกเป็นหลายด้าน ได้แก่ การเรียนรู้และการใช้ความรู้ การสื่อสาร การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การใช้ชีวิตในชุมชน การพักผ่อนและกิจกรรมนันทนาการ และการมีส่วนร่วมในชีวิตทางเศรษฐกิจและสังคม¹¹ การประเมินการมีส่วนร่วมตามกรอบ ICF จึงต้องใช้เครื่องมือที่สามารถสะท้อนบริบทชีวิตจริงของบุคคลได้อย่างครอบคลุม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตพฤติกรรมในสถานการณ์จริง หรือการใช้แบบสอบถามที่ออกแบบตามหมวดหมู่ของ ICF โดยเฉพาะ¹⁴

นอกจากนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลควรคำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างร่างกาย (Body Structures) การทำหน้าที่ของร่างกาย (Body Functions) กิจกรรม (Activities) และการมีส่วนร่วม (Participation) เพื่อให้สามารถวางแผนการฟื้นฟูที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ¹⁵ ในด้านการศึกษาและการฝึกอบรมวิชาชีพ สุขภาพ การส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมตามกรอบ ICF เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ทันวิชาชีพสามารถประเมินและวางแผนการดูแลที่เน้นบริบทชีวิตของผู้รับบริการได้อย่างแท้จริง โดยเฉพาะในสาขาอาชีพบำบัดที่เน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพผ่านกิจกรรมที่มีความหมาย การมีส่วนร่วมจึงเป็นเป้าหมายหลักที่สะท้อนถึงความสำเร็จของการบำบัด¹⁶

การมีส่วนร่วมยังเกี่ยวข้องกับแนวคิดเรื่องความยุติธรรมทางสุขภาพและสิทธิมนุษยชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้ที่อยู่ในบริบททางสังคมที่เปราะบาง การส่งเสริมการมีส่วนร่วมจึงไม่ใช่เพียงการฟื้นฟูสมรรถภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นการสร้างโอกาสในการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและความหมาย¹⁷ การออกแบบบริการสุขภาพและสังคมควรคำนึงถึงการลดอุปสรรคและเพิ่มปัจจัยสนับสนุน เพื่อให้บุคคลสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ตนเลือกได้อย่างเต็มที่ในแง่ของการวิจัย การศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ของการบำบัดหรือการสนับสนุนจากนโยบายสาธารณะ โดยการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ สามารถสะท้อนถึงความเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำรงชีวิตของบุคคลในระยะยาว¹⁸ การใช้กรอบ ICF ในการออกแบบการวิจัยจึงช่วยให้สามารถเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มประชากรหรือบริบททางสังคมที่แตกต่างกันได้อย่างมีมาตรฐาน



กล่าวโดยสรุป การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมตามขอบเขต ICF เป็นองค์ประกอบสำคัญที่สะท้อนถึงความสามารถในการดำรงชีวิตของบุคคลในบริบทจริง การประเมินและส่งเสริมการมีส่วนร่วมจึงควรเป็นเป้าหมายหลักของการฟื้นฟูสมรรถภาพ การศึกษา และการออกแบบนโยบายสุขภาพ เพื่อสร้างสังคมที่เปิดโอกาสให้ทุกคนสามารถมีชีวิตที่มีความหมายและมีคุณค่าได้อย่างเท่าเทียม

บทบาทของนักกิจกรรมบำบัดในผู้สูงอายุ

ในยุคที่ประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นักกิจกรรมบำบัดมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ มีสุขภาพดี ลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในระยะยาว¹⁹ การบำบัดด้วยกิจกรรมไม่เพียงมุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและจิตใจเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่มีความหมายต่อชีวิตของผู้สูงอายุในทุกบริบทของการดำรงชีวิต²⁰ ตามกรอบแนวทางของ American Occupational Therapy Association (AOTA) งานกิจกรรมบำบัดในผู้สูงอายุแบ่งออกเป็นสองด้านหลัก ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต เช่น การสนับสนุนการสูงวัยในบ้านพักอาศัย การรักษาทักษะที่มีความหมาย และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชีวิตประจำวัน เช่น การทำกิจวัตรขั้นพื้นฐาน การใช้บริการขนส่งสาธารณะอย่างปลอดภัย และการปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อเพิ่มความเป็นอิสระ²¹

สำหรับผู้สูงอายุทั่วไป นักกิจกรรมบำบัดมีหน้าที่ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า จัดโปรแกรมป้องกันการหกล้ม ส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการออกแบบกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างทักษะการดำเนินชีวิต เช่น การออกกำลังกาย กิจกรรมยามว่าง และการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ แนวคิด Life Style Redesign และการส่งเสริม Active Aging เป็นหัวใจสำคัญในการเตรียมความพร้อมสำหรับการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีศักดิ์ศรีและความสุข²²

ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยหรือภาวะเรื้อรัง นักกิจกรรมบำบัดมีบทบาทในการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน และกิจกรรมยามว่าง รวมถึงการประเมินด้านความคิด การรับรู้ และการรับสัมผัส เพื่อออกแบบการบำบัดที่เหมาะสม โดยอาจมีการใช้หรือปรับอุปกรณ์ช่วย การฝึกทักษะใหม่ และการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเพื่อสนับสนุนการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง²³

สำหรับผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิต เป้าหมายของกิจกรรมบำบัดคือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ โดยเน้นความสงบทางใจ การมีความสุขในกิจกรรมที่มีความหมาย และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว การจัดโปรแกรมกิจกรรมในช่วงเวลานี้จึงต้องคำนึงถึงศักยภาพที่เหลืออยู่และความต้องการเฉพาะบุคคล โดยไม่เน้นการรักษาโรค แต่เน้นการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า²¹ การบูรณาการกิจกรรมบำบัดในระบบการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ลดภาระทางเศรษฐกิจ และสร้างสังคมที่ให้คุณค่าแก่การดำรงชีวิตในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ การพัฒนามาตรฐานของนักกิจกรรมบำบัดจึงควรได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นระบบทั้งใน ด้านนโยบาย การศึกษา และการปฏิบัติงาน



ระเบียบวิธีวิจัย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสามารถในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการทางกิจกรรมบำบัด ณ ศูนย์กิจกรรมและบริการผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

นิยามศัพท์

1. **ผู้สูงอายุ** หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการบริการทางกิจกรรมบำบัด ณ ศูนย์กิจกรรมและบริการผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งจัดอยู่ในเขตชุมชนเมือง
2. **การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคม** หมายถึง การเข้าไปเกี่ยวข้องของบุคคลในสถานการณ์ของชีวิต เป็นการมองในแง่ของความสามารถในการทำงานของร่างกายของบุคคล โดยจัดแบ่งตามขอบเขต ICF (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่
 - 3.1 ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั่วไป
 - 3.2 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเฉพาะราย
 - 3.3 ด้านการศึกษา
 - 3.4 ด้านการทำงานและการรับจ้าง
 - 3.5 ชีวิตในชุมชน
 - 3.6 นันทนาการและกิจกรรมยามว่าง

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาความสามารถในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมตามขอบเขต ICF ของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการทางกิจกรรมบำบัดในศูนย์กิจกรรมและบริการผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ประชากร

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มาเข้ารับบริการทางกิจกรรมบำบัด ณ ศูนย์กิจกรรมและบริการผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่วันที่ 1-30 กันยายน พ.ศ. 2565 จำนวน 34 คน โดยมีคุณสมบัติในการคัดเข้าและคัดออกดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า

1. ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย
2. เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาความบกพร่องด้านความจำและความคิดความเข้าใจ โดยผ่านเกณฑ์การประเมินแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mental State Examination T10: MSET-10)
3. สามารถประเมินได้จนครบถ้วน



เกณฑ์ในการคัดออก

ไม่สามารถให้ข้อมูลได้จนครบถ้วน

สถานที่ศึกษา

1. ศูนย์กิจกรรมและบริการผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
2. คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา สังกัด รายได้ต่อเดือน ลักษณะครอบครัว โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบวัดความสามารถการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคม

ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาเครื่องมือตามขอบเขต ICF แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย

1. ปฏิสัมพันธ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่

- 1.1 ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั่วไป
- 1.2 ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเฉพาะราย

2. สำคัญของชีวิต ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่

- 2.1 ด้านการศึกษา
- 2.2 ด้านการทำงานและการรับจ้าง

3. ชีวิตในชุมชน และสังคม ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่

- 3.1 ด้านชีวิตในชุมชน
- 3.2 ด้านนันทนาการและกิจกรรมยามว่าง

ข้อคำถามในส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคม มีการวัดในระดับนามบัญญัติ (nominal scale) ประกอบด้วย

การวัดระดับความสามารถในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุได้แปลงมาจากตัวบ่งชี้คุณลักษณะทั้งตัวบ่งสมรรถภาพและตัวบ่งความสามารถ ประกอบด้วย

0	=	ทำไม่ได้	หมายถึง	ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้เลย
1	=	ทำได้แต่ยังไม่สมบูรณ์	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นได้แต่ยังไม่สมบูรณ์
2	=	ทำได้อย่างสมบูรณ์	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นได้อย่างสมบูรณ์
NO	=	ไม่มีโอกาส	หมายถึง	ท่านไม่มีโอกาสได้ทำกิจกรรมนั้น
N/A	=	ไม่จำเป็น	หมายถึง	ท่านไม่มีความจำเป็นต้องทำกิจกรรมนั้น



การแปลผลคะแนน

แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่

รูปแบบที่ 1 การแปลผลระดับความสามารถโดยคิดจากร้อยละของคะแนนเต็มทั้งหมดของข้อที่ได้รับ การประเมินโดยไม่นับข้อที่ไม่ได้รับโอกาส (NO) ในการทำและไม่จำเป็นต้องทำ (N/A) มาคิดคะแนน โดยสามารถแสดงการคำนวณร้อยละได้ดังนี้

$$\text{ระดับความสามารถ} = \frac{\text{คะแนนรวม}}{\text{จำนวนข้อคำถาม} - (\text{NO} + \text{N/A})} \times 100$$

การแปลผลระดับความสามารถในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับความสามารถในการมีส่วนร่วม ในการทำกิจกรรม	ระดับคะแนน
ทำได้อิสระ	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 66.68 ($\geq 66.68\%$)
ทำได้บางส่วน ต้องได้รับความช่วยเหลือ	ระหว่างร้อยละ 33.34 – 66.67 (33.34 – 66.67%)
ทำได้น้อย ต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างมาก รวมทั้งต้องได้รับการเฝ้าระวัง	คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 33.33 ($< 33.33\%$)

รูปแบบที่ 2 เป็นการแปลผลระดับการขาดโอกาสที่ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริม โดยการพิจารณาร้อยละของ ข้อความถามที่ผู้สูงอายุตอบว่าไม่ได้รับโอกาส (NO) และไม่จำเป็นต้องทำ (N/A) ต่อจำนวนข้อคำถามทั้งหมด โดยมีการคำนวณร้อยละของการแปลผลดังนี้

$$\text{ระดับการขาดโอกาส} = \frac{(\text{NO} + \text{N/A})}{\text{จำนวนข้อคำถาม}} \times 100$$

การแปลผลในรูปแบบที่ 2 ถ้ายังมีร้อยละที่สูง หมายถึง ผู้สูงอายุมีระดับการขาดโอกาสที่ควรได้รับการส่งเสริม การสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความหมาย นิยามและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมใน กิจกรรมทางสังคมตามขอบเขต ICF เพื่อใช้ในการกำหนดจุดมุ่งหมายและขอบเขตการประเมิน
2. นำแบบประเมินที่สร้างขึ้นเสนออาจารย์ที่ปรึกษาภาคนิพนธ์เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขได้อย่างครอบคลุม และนำแบบประเมินที่ได้รับการ ปรับปรุงแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาภาคนิพนธ์มานำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย นักกิจกรรมบำบัด ที่มีประสบการณ์การทำงานในผู้สูงอายุจำนวน 2 ท่าน และนักวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญและมี



การประยุกต์ใช้หลักการ ICF ในการทำงาน จำนวน 3 ท่าน เพื่อลงสรุป โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความกับจุดประสงค์เชิงพฤติกรรม (Index of Item Object Congruence: IOC) ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ ดังนี้

- ให้
- | | |
|----|---|
| 1 | เมื่อแน่ใจว่าข้อความนั้นมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์ |
| 0 | เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นสอดคล้องกับจุดประสงค์หรือไม่ |
| -1 | เมื่อแน่ใจว่าข้อความนั้นไม่สอดคล้องกับจุดประสงค์ |

จากนั้นนำคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่า IOC โดยใช้สูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

โดยที่ IOC คือ ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามจุดประสงค์

$\sum R$ คือ ผลรวมของคะแนนพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ

N คือ จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาดัชนีความสอดคล้องๆ ที่ได้จากการคำนวณจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 ถึง 1.00 ค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 สามารถคัดเลือกข้อนั้นไว้ใช้ได้ แต่หากได้ค่า IOC น้อยกว่า 0.50 ควรพิจารณาปรับปรุงแก้ไข หรือตัดทิ้ง ในการศึกษาในครั้งนี้ได้ค่า IOC ทั้งฉบับเท่ากับ 0.96 และในรายข้อ 0.60 ถึง 1.00

3. ปรับปรุงแก้ไขข้อความของแบบประเมินตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
4. หาความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินความสามารถมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคม โดยนำไปใช้ในผู้สูงอายุในศูนย์บริการการสาธารณสุขเทศบาลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีการให้บริการทางกิจกรรมบำบัด ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 13 คนแล้ว นำไปหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (coefficient) ของครอนบาค (cronbach) ดังนี้

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right)$$

โดยที่

α คือ สัมประสิทธิ์แอลฟา

K คือ จำนวนข้อความ

$\sum S_i^2$ คือ ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

S^2 คือ ความแปรปรวนของคะแนนรวม

โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (cronbach's Alpha coefficient; α) ซึ่งการประเมินความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาได้มีการพิจารณาจากเกณฑ์การประเมินความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2544)



ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α)	การแปลความหมายระดับความเชื่อมั่น
มากกว่า .90	ดี
มากกว่า .80	ดี
มากกว่า .70	พอใช้
มากกว่า .60	ค่อนข้างพอใช้
มากกว่า .50	ต่ำ
น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 5	ไม่สามารถรับได้

ค่าความเชื่อมั่นของการวัดด้วยวิธีการนี้จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง +1 ซึ่งค่าความเชื่อมั่นที่ดีนั้น โดยทั่วไปค่าที่น่าเชื่อถือของสัมประสิทธิ์แอลฟาควรจะมากกว่า 0.70 โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของเครื่องมือในครั้งนี้เท่ากับ 0.76

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

1. ทำการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา
2. เสนอหัวข้อชื่อเรื่องและโครงร่างภาคินพนธ์ต่ออาจารย์ที่ปรึกษา และคณะกรรมการภาคินพนธ์
3. ดำเนินการยื่นขอจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะเทคนิคการแพทย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. พัฒนาเครื่องมือนำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน
6. นำข้อมูลที่ได้ ทำการวิเคราะห์ข้อมูล
7. สรุปและอภิปรายผลการวิจัย
8. นำเสนองานวิจัยและจัดทำรูปเล่ม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประกาศเชิญชวนอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย ณ ศูนย์กิจกรรมและบริการผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ โดยอาสาสมัครติดต่อเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ
2. แนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยตามเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย และลงนาม ยินยอมเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยประเมินแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mental State Examination T10: MSET10)



4. ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้แบบสอบถามส่วนบุคคล (ส่วนที่ 1) แบบวัดการสูงวัยอย่างมีพลังในผู้สูงอายุ (ส่วนที่ 2) และแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคม (ส่วนที่ 3) ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลและกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล จากส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ให้เป็นค่าความถี่ร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลระดับการสูงวัยอย่างมีพลัง จากส่วนที่ 2 ให้เป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง และต่ำ
3. วิเคราะห์ข้อมูลความสามารถการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ให้เป็นคะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ
4. วิเคราะห์ระดับความสามารถการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุทั้งภาพรวมและรายด้านด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

ผลการวิจัย

การศึกษาระดับการสูงวัยอย่างมีพลัง และความสามารถในการทำกิจกรรมการดูแลตนเองและชีวิตในครัวเรือนของผู้สูงอายุตามขอบเขต ICF มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการสูงวัยอย่างมีพลังและศึกษาความสามารถในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ที่เข้ารับบริการทางกิจกรรม ณ ศูนย์กิจกรรมและบริการผู้สูงอายุเทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 34 คน ซึ่งผลการศึกษาสามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการกิจกรรมบำบัด ณ ศูนย์กิจกรรมและบริการผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน (N=34)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	12	35.29
หญิง	22	64.71
2. อายุ (ปี)		
60-69	8	23.53
70-79	21	61.76
80-89	5	14.71
3. สถานภาพสมรส		
โสด	4	11.76
สมรส	15	44.12
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	1	2.94
หม้าย	14	41.18
4. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	16	47.06
มัธยมศึกษา	11	32.35
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	1	2.94
ปริญญาตรี	5	14.71
ปริญญาโท	1	2.94
5. ศาสนา		
พุทธ	34	100.00
6. รายได้ (บาท)		
500-1,000	21	61.76
1,001-5,000	4	11.76
5,001-10,000	2	5.88
10,001-20,000	3	8.84
20,001 เป็นต้นไป	4	11.76



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการกิจกรรมบำบัด ณ ศูนย์กิจกรรมและบริการผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนคน (N=34)	ร้อยละ
7. ผู้ดูแล		
ไม่มี	14	41.18
คู่สมรส	3	8.84
ลูกหลาน	11	32.34
คู่สมรสและลูกหลาน	4	11.76
ญาติ	1	2.94
ผู้ดูแลรับจ้าง	1	2.94
8. โรคประจำตัว		
ไม่มี	9	26.47
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	25	73.53
ความดันโลหิตสูง	22	64.71
ไขมันในเลือดสูง	13	38.24
เบาหวาน	8	23.53
โรคหัวใจ	4	11.76
รูมาตอยด์	2	5.88
กระดูกสันหลังคด	2	5.88
หมอนรองกระดูกทับเส้น	2	5.88
พาร์กินสัน	2	5.88
เส้นเลือดในสมองตีบ/แตก	2	5.88
ปลายประสาทอักเสบ	1	2.94
โรคปอด	1	2.94
กระดูกพรุน	1	2.94
ต้อหิน	1	2.94
ต่อมลูกหมากโต	1	2.94



จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ ณ ศูนย์กิจกรรมและบริการผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี สถานะภาพสมรสและหม้ายใกล้เคียงกัน ระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษา นั้บถือศาสนาพุทธทั้งหมด รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 500-1,000 บาท และส่วนมากมีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในหลอดเลือดสูง

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ

สำหรับความสามารถในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคม โดยนำเสนอคะแนนความสามารถจำแนกตามรายด้าน ซึ่งแต่ละด้านจะมีจำนวนข้อไม่เท่ากัน ในแต่ละข้อจะมีคะแนนเต็มอยู่ที่ 2 คะแนน และคะแนนความสามารถต่ำสุดและสูงสุดที่ผู้สูงอายุทำได้รวมทั้งนำเสนอค่าเฉลี่ยความสามารถดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนความสามารถในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคม (N=34)

การมีส่วนร่วมในการทำ กิจกรรมทางสังคม	คะแนน			$\bar{x} \pm SD$
	เต็ม	สูงสุด	ต่ำสุด	
ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลทั่วไป (6 ข้อ)	12	12	8	11.68 $\pm$ 0.843
ด้านสัมพันธภาพระหว่าง บุคคลเฉพาะราย (8 ข้อ)	16	16	8	14.71 $\pm$ 2.111
ด้านการศึกษา (2 ข้อ)	4	4	0	2.65 $\pm$ 1.824
ด้านการทำงานและรับจ้าง (2 ข้อ)	4	4	0	1.91 $\pm$ 1.443
ด้านชีวิตในชุมชน (3 ข้อ)	6	6	0	3.97 $\pm$ 2.037
ด้านนันทนาการและ กิจกรรมยามว่าง (7 ข้อ)	14	14	1	7.29 $\pm$ 4.034

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยและคะแนนสูงในด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเฉพาะราย และด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั่วไป รองลงมาคือ ด้านนันทนาการและกิจกรรมยามว่าง และค่าเฉลี่ยและคะแนนต่ำสุดอยู่ในด้านชีวิตในชุมชน ด้านการศึกษา และการทำงานและรับจ้าง ตามลำดับ



ความสามารถในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ มีการวิเคราะห์ 2 รูปแบบ ดังนี้ รูปแบบที่ 1 คือ ความสามารถในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคม ซึ่งสามารถแบ่งระดับความสามารถออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ทำได้อิสระ ทำได้บางส่วนต้องได้รับการช่วยเหลือ และทำได้น้อย ต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างมาก รูปแบบที่ 2 คือ ระดับการขาดโอกาสในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคม วิเคราะห์เป็นภาพรวมดั่งนำเสนอในตารางที่ 5 และ 6

ตารางที่ 5 ระดับความสามารถในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมภาพรวม

การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคม	ระดับการทำกิจกรรม : จำนวนคน (ร้อยละ)		
	ทำได้อย่างอิสระ	ทำได้บางส่วน ต้องได้รับการช่วยเหลือ	ทำได้น้อย ต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างมาก รวมทั้งการเฝ้าระวัง
ด้านปฏิสัมพันธ์และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล	33 (97.06)	1 (2.94)	0
ด้านสาระสำคัญของชีวิต	18 (52.94)	5 (14.71)	11 (32.35)
ด้านชีวิตในชุมชน และสังคม	12 (35.29)	14 (41.18)	8 (23.53)

ตารางที่ 6 ระดับการขาดโอกาสในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมภาพรวม

การมีส่วนร่วมในการทำ กิจกรรมทางสังคม	ระดับการขาดโอกาสในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคม		
	จำนวนการตอบ ไม่มีโอกาสและไม่จำเป็นต้องทำรายด้าน		ร้อยละระดับการขาด โอกาสในการมีส่วนร่วม
	NO	N/A	
ด้านปฏิสัมพันธ์และ สัมพันธ์ภาพระหว่าง บุคคล	16	4	23.13
ด้านสาระสำคัญของชีวิต	24	31	80.21
ด้านชีวิตในชุมชน และ สังคม	47	94	72.95



ตารางที่ 7 ระดับความสามารถในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมรายด้าน

การมีส่วนร่วมในการทำ กิจกรรมทางสังคม	ระดับการทำกิจกรรม/คะแนน : จำนวนคน (ร้อยละ)		
	ทำได้อย่างอิสระ	ทำได้บางส่วน ต้อง ได้รับการช่วยเหลือ	ทำได้น้อย ต้องได้รับความ ช่วยเหลืออย่างมาก รวมทั้ง การเฝ้าระวัง
ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลทั่วไป	34 (100.00)	0	0
ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่าง บุคคลเฉพาะราย	34 (100.00)	0	0
ด้านการศึกษา	33 (97.06)	1 (2.94)	0
ด้านการทำงานและ รับจ้าง	32 (94.11)	2 (5.88)	0
ด้านชีวิตในชุมชน	33 (97.06)	1 (2.94)	0
ด้านนันทนาการและ กิจกรรมยามว่าง	30 (88.24)	3 (8.82)	1 (2.94)

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ ณ ศูนย์กิจกรรมและบริการผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ทุกคนทำได้อย่างอิสระ 2 ด้าน ได้แก่ ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั่วไป และด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเฉพาะราย และทำได้อย่างอิสระและทำได้บางส่วน 3 ด้าน ในด้านการศึกษา ด้านชีวิตในชุมชน และด้านการทำงานและรับจ้าง และในด้านการนันทนาการและกิจกรรมยามว่าง พบว่าระดับความสามารถของผู้สูงอายุสามารถทำได้อย่างอิสระ ทำได้บางส่วน และทำได้น้อย ครบทั้ง 3 ระดับ



ตารางที่ 8 ระดับการขาดโอกาสในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมรายด้าน

การมีส่วนร่วมในการทำ กิจกรรมทางสังคม	ระดับการขาดโอกาสในการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคม		
	จำนวนการตอบ ไม่มีโอกาสและไม่จำเป็นต้องทำรายด้าน		ร้อยละระดับการขาด โอกาสในการมีส่วนร่วม
	NO	N/A	
ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลทั่วไป	1	2	25.00
ด้านสัมพันธภาพระหว่าง บุคคลเฉพาะราย	15	2	21.25
ด้านการศึกษา	16	6	91.67
ด้านการทำงานและ รับจ้าง	8	25	68.75
ด้านชีวิตในชุมชน	12	20	56.14
ด้านนันทนาการและ กิจกรรมยามว่าง	35	74	89.75

บทวิจารณ์

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมตามกรอบแนวคิด ICF ของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการทางกิจกรรมบำบัด ณ ศูนย์กิจกรรมและบริการผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลหนองปากครั้ง อำเภอมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แบบวัดความสามารถการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด ICF ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านปฏิสัมพันธ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านสาระสำคัญของชีวิต และด้านชีวิตในชุมชน และสังคมการวิจารณ์แบ่งออกเป็นประเด็นดังต่อไปนี้

ความสามารถด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล: รากฐานของการมีส่วนร่วมทางสังคม

การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะในบริบทของกิจกรรมบำบัดที่เน้นการฟื้นฟูและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุทุกคนสามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านนี้ได้อย่างอิสระ (100%) ซึ่งสะท้อนถึงความสามารถในการสื่อสาร การรักษาความสัมพันธ์ และการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ทางสังคมอย่างเหมาะสม จากกรอบแนวคิด ICF ความสามารถด้านนี้ครอบคลุมถึงการเริ่มต้นและรักษาความสัมพันธ์ การได้รับการยอมรับจากผู้อื่น และการมีบทบาทในสังคมอย่างมีคุณค่า¹¹ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีไม่เพียงแต่ส่งผลต่อสุขภาพจิต แต่ยังช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการสูงวัย

อย่างมีพลัง (active aging)¹⁹ งานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ยงยุทธ บุราสิทธิ์²⁴ พบว่าผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าคุณค่าและศักดิ์ศรีมีความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้น และสามารถรักษาความสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญในชีวิตได้อย่างต่อเนื่อง เช่น คู่ชีวิต บุตรหลาน และเพื่อนบ้าน. สิ่งนี้สะท้อนถึงความสำคัญของการออกแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมการปฏิสัมพันธ์ในระดับบุคคลและชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความหมายและมีบทบาทในสังคมอย่างต่อเนื่อง

ด้านสาระสำคัญของชีวิตและชีวิตในชุมชน: ความหลากหลายของความสามารถและความหมาย

สาระสำคัญของชีวิตในบริบทของผู้สูงอายุหมายถึงกิจกรรมที่มีความหมายต่อชีวิต เช่น การมีบทบาทในครอบครัว การตัดสินใจด้วยตนเอง และการมีเป้าหมายในชีวิต ส่วนชีวิตในชุมชนหมายถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน เช่น การเข้าร่วมพิธีกรรม การเป็นสมาชิกชมรม หรือการมีบทบาทในกลุ่มอาชีพ การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความสามารถที่หลากหลายในด้านเหล่านี้ โดยมีทั้งผู้ที่ทำได้อย่างอิสระ ทำได้บางส่วน และทำได้น้อย ซึ่งสะท้อนถึงความแตกต่างด้านสุขภาพ ความสนใจ และโอกาสในการเข้าถึงกิจกรรม ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านข้อเข่าเสื่อมหรือโรคเรื้อรังอาจมีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานหรือเคลื่อนไหวมาก²⁵ อย่างไรก็ตาม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา พิธีกรรม และชมรมต่าง ๆ ยังคงเป็นช่องทางสำคัญที่ผู้สูงอายุใช้ในการรักษาความสัมพันธ์กับชุมชน และสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ณัฏฐนนท์ ทวีสิน และ ธรรมพงษ์ วงษ์สวัสดิ์²⁶ ที่พบว่ากิจกรรมทางศาสนาและอาสาสมัครเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมมากที่สุด

การออกแบบกิจกรรมในด้านนี้จึงควรคำนึงถึงความหลากหลายของความสามารถและความสนใจของผู้สูงอายุ เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าร่วมได้อย่างมีความหมายและมีคุณค่า

การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต: พลังแห่งการพัฒนาตนเองในวัยสูงอายุ

การเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นแนวคิดที่ได้รับการส่งเสริมอย่างมากในยุคปัจจุบัน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมด้านการศึกษาได้อย่างอิสระ โดยมีเพียงส่วนน้อยที่ทำได้บางส่วน ซึ่งสะท้อนถึงความกระตือรือร้นในการเรียนรู้และการพัฒนาตนเองแม้ในวัยเกษียณ กิจกรรมด้านการศึกษาในบริบทนี้ครอบคลุมถึงการเข้าร่วมอบรม ประชุม สัมมนา และการเรียนรู้ผ่านสื่อออนไลน์ เช่น Facebook และ Line ซึ่งเป็นช่องทางที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น ศูนย์กิจกรรมผู้สูงอายุในเทศบาล ตำบลหนองป่าครั่ง งานวิจัยของ ฐาปณีย์ คำดี²⁷ พบว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับกิจกรรมการศึกษาในระดับสูง และมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมเหล่านี้อย่างมาก นอกจากนี้ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ยังได้กำหนดให้การเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์สำคัญของการพัฒนาประเทศ โดยเน้นการสร้างคุณค่าและศักยภาพของผู้สูงอายุในทุกระดับ²⁸ การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตในผู้สูงอายุจึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสร้างสังคมที่มีความรู้และความเข้าใจในทุกช่วงวัย



กิจกรรมยามว่างและนันทนาการ: ความสุขที่เลือกได้และการสูงวัยอย่างมีพลัง

กิจกรรมยามว่างและนันทนาการเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดำรงชีวิตที่มีความสุขในวัยสูงอายุ โดยเฉพาะกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถเลือกทำได้ตามความสนใจ เช่น งานฝีมือ การปลูกต้นไม้ การสะสมของที่ชอบ หรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับผู้อื่น การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถทำกิจกรรมในด้านนี้ได้อย่างอิสระ โดยมีเพียงส่วนน้อยที่ทำได้บางส่วนหรือทำได้น้อย ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดทางร่างกาย เช่น อาการปวดข้อหรือเข่า ที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานมาก เช่น กีฬา หรือเกมที่จัดขึ้น งานวิจัยของ เจนจิรา ใจตาบุตร²⁹ พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการสูงวัยอย่างมีพลังสูง มักใช้เวลาในกิจกรรมยามว่างมากขึ้น และมีความสุขทางใจเพิ่มขึ้นตามไปด้วย นอกจากนี้งานวิจัยของ อัจฉริยา ปัญญาแก้ว³⁰ ยังพบว่ากิจกรรมยามว่างที่ผู้สูงอายุเลือกทำมีความสัมพันธ์กับภาวะการสูงวัยอย่างมีพลังในระดับสูง การออกแบบกิจกรรมยามว่างจึงควรเน้นความหลากหลาย ความยืดหยุ่น และความเหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าร่วมได้อย่างมีความสุขและมีคุณค่า

การศึกษานี้ไม่เพียงแต่สะท้อนภาพของผู้สูงอายุในบริบทท้องถิ่น แต่ยังเชื่อมโยงกับแนวโน้มระดับชาติ และทฤษฎีสากลอย่างลงตัว โดยใช้กรอบ ICF เป็นเครื่องมือวิเคราะห์ที่ทรงพลัง ทำให้เห็นถึงความสำคัญของการออกแบบกิจกรรมบำบัดที่ตอบสนองต่อความสามารถและความสนใจของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

กล่าวโดยสรุป งานวิจัยนี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนว่า “การมีส่วนร่วมทางสังคม” ไม่ใช่เพียงกิจกรรม แต่คือหัวใจของการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าในวัยสูงอายุ และเป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพทั้งกาย ใจ และสังคมของผู้สูงอายุไทยในศตวรรษที่ 21

ข้อเสนอเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

การออกแบบสังคมที่รองรับการสูงวัยอย่างมีคุณภาพจากผลการศึกษา ผู้วิจัยสามารถเสนอแนวทางในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการออกแบบกิจกรรมที่หลากหลายและยืดหยุ่นตามความสามารถและความสนใจของผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมในพื้นที่ใกล้บ้าน เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าร่วม และการสนับสนุนการเรียนรู้ตลอดชีวิตผ่านหลักสูตรที่เหมาะสมกับวัย นอกจากนี้ การส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนผ่านกิจกรรมอาสาสมัคร การมีส่วนร่วมในพิธีกรรมทางสังคม และการเป็นที่ปรึกษาให้กับคนรุ่นใหม่ เป็นแนวทางที่ช่วยสร้างความรู้สึกรับรู้คุณค่าและบทบาทในสังคมอย่างต่อเนื่อง



เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2564.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย พ.ศ. 2562–2564 กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2562.
3. Mauk KL. Gerontological nursing: competencies for care. 3rd ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2014.
4. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Geneva: WHO; 2002.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. รายงานดัชนีการสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2560.
6. พินิจ ฟ้าอำนวยผล. การพัฒนาเครื่องมือประเมินภาวะสูงวัยอย่างมีพลังของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2563.
7. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้บัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการ และสุขภาพ (ICF) ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์; 2555.
8. World Federation of Occupational Therapists. Position statement on occupational therapy. London: WFOT; 2010. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NPH-02.8>
9. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: domain and process. 3rd ed. Am J Occup Ther. 2017;71(Suppl 2):7102410010p1–7102410010p38.
10. เนตรดาว สกวนสิน. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563; 29(3): 345–56.
11. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: WHO; 2001.
12. Whiteneck GG. Conceptual models of disability: past, present, and future. In: Field MJ, Jette AM, Martin L, editors. Workshop on disability in America. Washington, DC: National Academies Press; 2006. p. 50–66.
13. Cerniauskaite M, Quintas R, Koutsogeorgou E, et al. Quality-of-life and disability in patients with stroke using the ICF framework. J Rehabil Med. 2012; 44(7): 609–15.
14. Heerkens YF, de Brouwer CP, de Vries G, Donker-Cools BH, van der Veen S. Measuring participation according to the ICF: validation of the Dutch ICF Activity Inventory. Disabil Rehabil. 2017; 39(23): 2398–406.



15. Stucki G, Cieza A, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *J Rehabil Med*. 2007; 39(4): 279–85.
16. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: domain and process. 4th ed. *Am J Occup Ther*. 2020; 74(Suppl 2):7412410010p1–7412410010p87.
17. Shakespeare T, Officer A. Disability and health: a research agenda. *Soc Sci Med*. 2020; 252: 112906.
18. Van der Veen S, Heerkens YF, Donker-Cools BH, de Vries G, de Brouwer CP. Participation according to the ICF: measuring participation in rehabilitation. *Disabil Rehabil*. 2019; 41(16): 1967–76.
19. World Health Organization. Global health and aging. Geneva: WHO; 2011.
20. Clark F, Jackson J, Carlson M, et al. Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting well-being of independently living older people: results of the Well Elderly Study. *J Am Geriatr Soc*. 1998; 46(6): 685–93.
21. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: domain and process. 3rd ed. *Am J Occup Ther*. 2014; 68(Suppl 1): S1–48.
22. Mandel D, Jackson J, Zemke R, Nelson DL, Clark F. Lifestyle redesign: implementing the Well Elderly Program. Bethesda: AOTA Press; 1999.
23. Gitlin LN, Winter L, Dennis MP, Corcoran M, Schinfeld S, Hauck WW. A randomized trial of a multicomponent home intervention to reduce functional difficulties in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2006; 54(5): 809–16.
24. ยงยุทธ บุราสิทธิ์. การส่งเสริมค่านิยมไทย “คุณค่าและศักดิ์ศรี” ของผู้สูงอายุในเมือง. *วารสารสังคมศาสตร์*. 2561; 15(2): 45–60.
25. นามชัย กิตตินาคบุญชา. การศึกษาความสามารถในการทำงานของผู้สูงอายุที่มีโรคข้ออักเสบ. *วารสารเวชศาสตร์ฟื้นฟู*. 2561; 23(1): 12–20.
26. ณิชฐนนท์ ทวีสิน, ธรรมพงศ์ วงษ์สวัสดิ์. บทบาทการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุยุคใหม่ในเขตชุมชนทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร. *วารสารพัฒนาสังคม*. 2563; 21(1): 33–47.
27. ฐาปนีย์ คำดีบ. การใช้เวลาในการประกอบกิจกรรมการศึกษาในผู้สูงอายุติดสังคม [ปริญญาานิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิต]. เชียงใหม่: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2561.
28. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2017–2021). กรุงเทพฯ: สภาพัฒนา; 2560.



29. เจนจิรา ใจตาบุตร. ภาวะพดพปลงในผู้สูงอายและการใช้เวลาในกิจกรรมยามว่าง [ปริญญาณพนธ์วิทยา ศาสตรบัณฑิต]. เชียงใหม่: คณะเทคนิคการแพทย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2562.
30. อัจฉรียา ปัญญาแก้ว. ระดับพดพปลงและรูปแบบการใช้เวลาในกิจกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคมของ ผู้สูงอายที่มีภาวะพดพปลง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563; 31(1): 177-88.