

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ บ้านหนองเล็ง
ตำบลแคนน้อย อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

The Effects of a Mental Health Promotion Program for the Elderly in Ban
Nong Loeng, Khanna Noi Subdistrict, Kham Khuean Kao District,
Yasothon Province

ภัทรพล โพนไพรสันต์¹, วิลาวรรณ ชาดาร์², ขนิษฐา ประทุมชาติ³, จุฬารักษ์ โสตร์³, ธนาภรณ์ อามาศมุลตรี^{4,*}

Phattarapon Ponprison ^{1,*}, Wilawan Chada², Khanittha Pratumchart³, Chulaporn Sota³,
Thanart Armartmuntri⁴

¹คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร จังหวัดสกลนคร ประเทศไทย

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ประเทศไทย

³คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย

⁴คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย

¹Faculty of Science and Technology, Sakon Nakhon Rajabhat University, Sakon Nakhon Province, THAILAND

²Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University, Ubon Ratchathani Province, THAILAND

³Faculty of Science and Technology, College of Asian Scholars, Khon Kaen Province, THAILAND

⁴Faculty of Science and Technology, Buriram Rajabhat University, Buriram Province, THAILAND

* Corresponding author: e-mail: phattarapon@snru.ac.th

DOI: <https://doi.org/10.55674/ajhe.v1i1.4165>

วันที่รับบทความ 1 เม.ย 2568

Received: Apr. 1, 2025

วันที่แก้ไขบทความ 9 มิ.ย 2568

Revised: Jun. 9, 2025

วันที่ตอบรับบทความ 21 ส.ค 2568

Accepted: Aug 21, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การวิจัยใช้รูปแบบ กึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบทดสอบก่อนและหลังการทดลอง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และ สถิติ Paired Sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 อายุเฉลี่ย 67.40 ปี (S.D.=5.78) คะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50 แต่หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นระดับดีมาก ร้อยละ 66.7 สำหรับ คะแนนทัศนคติ พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 73.3 แต่หลังการทดลองลดลงเหลือ ร้อยละ 56.7 ส่วน พฤติกรรมสุขภาพจิต พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 46.7 แต่หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นระดับ

สุขภาพจิตมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 76.7 นอกจากนี้ การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ ความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมสุขภาพจิต ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: สุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ, ส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

This study aimed to evaluate the effects of a Mental Health Promotion Program among elderly individuals. The research employed a quasi-experimental design (One-Group Pretest-Posttest Design). The sample consisted of 30 elderly participants, and data were collected through pretest and posttest assessments. Data analysis included descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, and maximum values) and paired sample t-test to compare mean differences before and after the intervention.

Results showed that the majority of participants were female (63.3%), with an average age of 67.40 years (SD = 5.78). Prior to the intervention, 50% of participants had a moderate level of mental health knowledge, which improved to 66.7% at a very good level after the intervention. In terms of attitudes toward mental health, 73.3% of participants initially had a low-level attitude, which improved to 56.7% after the intervention. Regarding mental health-related behaviors, 46.7% of participants had a mental health status equivalent to the general population before the intervention, but this increased to 76.7% reporting a higher level of mental health after the intervention. The mean scores for knowledge, attitudes, and behaviors before and after the intervention showed statistically significant differences (p -value < 0.05) with t -values of -8.02, -4.59, and -6.97, respectively.

Keywords: Mental health, Elderly, Health promotion

1. บทนำ

ปัจจุบันประชากรสูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากอัตราการเกิดที่ลดลงและอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น องค์การอนามัยโลก¹ คาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2573 จำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มเป็น 1.4 พันล้านคน และสูงถึง 2 พันล้านคนในปี 2593 โดยเอเชียเป็นภูมิภาคที่มีประชากรสูงวัยมากที่สุด โดยเฉพาะญี่ปุ่นที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวก่อนประเทศอื่น²

ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยมีประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.2 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 32.1 ในปี 2583 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยพบว่าผู้สูงอายุเผชิญภาวะโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 31.1) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 13.1) และโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 1.62)² นอกจากนี้ ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญ โดยพบว่าผู้สูงอายุไทยมีระดับความสุขเฉลี่ย 7.4 คะแนน และมีแนวโน้มลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น³ ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ภาครัฐได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวและกำหนดแนวทางการพัฒนาในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) และแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2559-2579) โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองและดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า⁴ แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender, Murdaugh, & Parsons⁵ ที่เน้นพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยอาศัยแรงจูงใจเพื่อยกระดับสุขภาพของตนเอง รวมถึงการศึกษาของ Cheung & Chan⁶ ที่พบว่าปัจจัยสำคัญต่อความสุขของผู้สูงอายุ ได้แก่ สุขภาพที่ดี เศรษฐกิจมั่นคง และสังคมที่สนับสนุน

จังหวัดยโสธรมีประชากรสูงอายุ 74,815 คน⁷ โดยอำเภอคำเขื่อนแก้วมีผู้สูงอายุ 9,488 คน และตำบลแคนน้อยมี 550 คน บ้านหนองเลิงเป็นชุมชนที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดของตำบล การศึกษาครั้งนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อประเมินผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ บ้านหนองเลิง ตำบลแคนน้อย อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร

3. วิธีดำเนินงานวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 1 กลุ่มทดลอง ทำการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Design)

กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุจำนวน 30 คน เกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและอาศัยในพื้นที่ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ 4 ครั้ง (4 สัปดาห์) และมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่า 43 คะแนน โดยใช้แบบประเมินของกรมสุขภาพจิต TMHI-15⁸ เกณฑ์การคัดเลือกออก คือ ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ 4 ครั้ง ในระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย หรืออยู่ในสภาวะการเจ็บป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ หรือกลุ่มทดลองเป็นผู้ขอออกจากการร่วมกิจกรรมไม่ว่าเหตุผลใด ๆ ก็ตาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์สุขภาพจิตผู้สูงอายุ ได้แก่ ลักษณะทางประชากร และแบบประเมินสุขภาพจิต TMHI-15 และแบบประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพจิต จำนวน 38 ข้อ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยความเที่ยงตรง (Validity) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (IOC > 0.5) ความเชื่อมั่น (Reliability) ใช้ Cronbach's Alpha และ KR-20 (ค่าความเชื่อมั่นทุกตัวแปร > 0.7)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต และกิจกรรมธรรมชาติบำบัด โดยใช้สมุนไพรในการผ่อนคลายให้กับผู้เข้าร่วม

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมฝึกเจริญจิต ลดเสียงโรคซึมเศร้าให้กับผู้เข้าร่วม โดยการนั่งสมาธิ การฟังธรรมและปฏิบัติธรรม

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมดนตรีบำบัด โดยการใช้ดนตรีในการพัฒนาศักยภาพด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด โดยใช้ทั้งการฟังการออกกำลังกายผ่อนคลาย

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมนันทนาการผ่อนคลายโดนผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้วิจัยพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดพฤติกรรมด้วยกัน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีการดำเนิน ดังนี้

1. สำนวณสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยแบบสัมภาษณ์โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปี โดยเก็บข้อมูลผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 73 คน โดยใช้โปรแกรมแบบสัมภาษณ์
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัยถึงทดลอง จำนวน 30 คน ตามเกณฑ์การคัดเข้า-ออก คัดเลือกจากผลการประเมินด้วยแบบสัมภาษณ์
3. อธิบายถึงขั้นตอนของการทดสอบและการประเมินทักษะ เช่น กลุ่มทดลอง สามารถออกจากการทดสอบ และการประเมินทักษะตลอดเวลาหากมีความจำเป็นหรือไม่พร้อม
4. การจัดกิจกรรม ระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้ก่อนเข้าร่วมวิจัยในสัปดาห์ที่ 1 และแบบทดสอบหลังเข้าร่วมการวิจัยในสัปดาห์ที่ 4

การวิเคราะห์ทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติอนุมานด้วย Paired Sample t-test

4. ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากร (n=30)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (n = 30)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	11	36.7
หญิง	19	63.3
2. อายุ		
60-65 ปี	17	56.7
66-70 ปี	6	20
71 ปีขึ้นไป	7	23.3
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	27	90.1
มัธยมปลาย/ปวช.	2	6.6
ปริญญาตรี/สูงกว่า	1	3.3
4. สถานภาพ		
โสด	1	3.3
สมรส	26	86.8
หย่า/หม้าย	2	6.6
แยกกันอยู่	1	3.3
5. อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	10	33.4
ค้าขาย	1	3.3
ข้าราชการบำนาญ	1	3.3
เกษตรกรรวม	18	60
6. โรคประจำตัว		
มี	17	56.7
ไม่มี	13	43.3

ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง (ร้อยละ 63.3) และ เพศชาย (ร้อยละ 36.7) โดยมีอายุระหว่าง 60-65 ปี (ร้อยละ 56.7) รองลงมาคือ 66-70 ปี (ร้อยละ 23.3) และ 71 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 20) ด้านการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบ ประถมศึกษา (ร้อยละ 90.1) ส่วนที่เหลือจบมัธยมปลาย/ปวช. (ร้อยละ 6.6) และปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 3.3) ด้านสถานภาพ สมรส (ร้อยละ 86.8) มากที่สุด รองลงมาคือ หย่า/หม้าย (ร้อยละ 6.6) และโสด/แยกกันอยู่ (ร้อยละ 3.3) ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม (ร้อยละ 60) ไม่มีอาชีพ (ร้อยละ 33.4) และอาชีพอื่นๆ (ร้อยละ 6.6) ด้านโรคประจำตัว พบว่า ร้อยละ 56.7 มีโรคประจำตัว ขณะที่ ร้อยละ 43.3 ไม่มีโรคประจำตัว (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต ก่อนและหลังทดลอง (n = 30)

ระดับความรู้ (คะแนน)	จำนวนก่อนการทดลอง	จำนวนหลังการทดลอง
ดีมาก (7)	1 (3.3)	20 (66.7)
ดี (5.60-6.99)	5 (16.7)	5 (16.7)
ปานกลาง (4.20-5.59)	15 (50)	4 (13.3)
น้อย (ต่ำกว่า 4.20)	9 (30)	1 (3.3)
Mean	4.23	6.46
S.D	1.33	0.86

ระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ระดับความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตการก่อนทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($\bar{X}$ = 4.23, S.D. = 1.33) อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 16.7) หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น ($\bar{X}$ = 6.46, S.D. = 0.86) โดยส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 66.7) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตช่วยเพิ่มระดับความรู้ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ (ดังตารางที่ 2)

การประเมินทัศนคติต่อสุขภาพจิตก่อนและหลัง พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.3) มีทัศนคติในระดับไม่ดี ขณะที่ ร้อยละ 16.7 อยู่ในระดับปานกลาง และ ร้อยละ 10 อยู่ในระดับดีมาก และหลังการทดลอง พบว่าผู้ที่มีทัศนคติระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 43.3 ขณะที่ผู้ที่อยู่ในระดับไม่ดี ลดลงเหลือ ร้อยละ 56.7 สะท้อนว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตช่วยพัฒนาทัศนคติของผู้สูงอายุได้ในระดับหนึ่ง (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับทัศนคติต่อสุขภาพจิตก่อนและหลังทดลอง (n = 30)

ระดับ	จำนวนก่อนการทดลอง	จำนวนหลังการทดลอง
ระดับปานกลาง (2.61 - 3.40)	5 (16.7)	13 (43.3)
ระดับไม่ดี (1.81 - 2.60)	22 (73.3)	17 (56.7)
ระดับไม่ดีมาก (1.00 - 1.80)	3 (10.0)	0 (0.0)

การประเมินพฤติกรรมสุขภาพจิตก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนในระดับปานกลาง (ร้อยละ 46.7) หลังการทดลอง คะแนนเพิ่มขึ้นสู่ระดับดีมาก (ร้อยละ 76.7) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมสุขภาพจิตก่อนและหลังทดลอง (n = 30)

ระดับ	จำนวนก่อนการทดลอง	จำนวนหลังการทดลอง
ระดับสุขภาพจิตมากกว่าคนทั่วไป (51.0 – 60.0)	4 (13.3)	23 (76.7)
ระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (44.0 – 50.0)	14 (46.7)	7 (23.3)
ระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (≤ 43.0)	12 (40.0)	0 (0.0)

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุช่วยเพิ่ม ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมด้านสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.01) โดยพบว่า คะแนนความรู้ เพิ่มจาก $\bar{X}=4.23$ เป็น $\bar{X}=6.46$ คะแนนทัศนคติ เพิ่มจาก $\bar{X}=19.20$ เป็น $\bar{X}=22.30$ และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพจิต เพิ่มจาก $\bar{X}=44.7$ เป็น $\bar{X}=52.46$ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมมีประสิทธิภาพในการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมด้านสุขภาพจิต ก่อน-หลังการทดลอง (Pre – Post test) ทดลอง (n = 30)

ตัวแปร	จำนวน (n)	ก่อนจัดกิจกรรม		หลังจัดกิจกรรม		T-Test	p-value
		$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต	30	4.23	1.33	6.46	0.86	-8.02	< 0.01
ทัศนคติต่อสุขภาพจิต	30	19.20	3.73	22.30	6.64	-4.59	< 0.01
พฤติกรรมสุขภาพจิต	30	44.7	3.82	52.46	3.21	-6.97	< 0.01

5. สรุปผลและการอภิปรายผล

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับความรู้ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ พบว่า การให้ความรู้และการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติสามารถช่วยเสริมสร้างศักยภาพด้านสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมายได้ อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับ ระยะเวลาของโปรแกรม และปัจจัยที่อาจมีผลต่อความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้าน การรับรู้ปัญหาสุขภาพจิต การระบุสาเหตุของภาวะสุขภาพจิต และการจัดการความเครียด อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและกิจกรรมที่เน้นการเรียนรู้สามารถช่วยเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นุสรา นามเดช และคณะ⁹ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลและการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตมีระดับความรอบรู้สูงขึ้น โดยเฉพาะการจำแนกปัญหาสุขภาพจิต (ร้อยละ 61.3) และการระบุแหล่งช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต (ร้อยละ 98.7) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูงกว่าเพศชาย ซึ่งชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านเพศและการเข้าถึงข้อมูลมีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต⁹

2. ทัศนคติต่อสุขภาพจิต ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสุขภาพจิต แต่หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น ระดับปานกลาง แม้ว่าจะยังคงอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการส่งเสริม การเปลี่ยนแปลงนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสามารถช่วยปรับเปลี่ยนมุมมองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับสุขภาพจิตให้เป็นไปในเชิงบวกมากขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Cheung & Chan⁶ ที่ระบุว่า การให้ความรู้สามารถช่วยลดอคติและปรับเปลี่ยนทัศนคติด้านสุขภาพจิตได้ นอกจากนี้ งานวิจัยของ นุสรา นามเดช และคณะ⁹ ยังพบว่า นักเรียนที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจิตมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตมากขึ้น และสามารถระบุแนวทางการดูแลสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของการให้ความรู้และกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจด้านสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรทุกช่วงวัย

3. พฤติกรรมด้านสุขภาพจิต ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้น โดยเฉพาะด้านการจัดการอารมณ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว และการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง โดยก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป แต่หลังการทดลอง ร้อยละ 76.7 ของผู้สูงอายุมีระดับสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไป ซึ่งแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ งานวิจัยของ ผุสดี ชูชีพ¹⁰ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจังหวัดปทุมธานี พบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสนับสนุนแนวคิดที่ว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การทำสมาธิ ดนตรีบำบัด และกิจกรรมกลุ่ม สามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการรับมือกับปัญหาทางจิตใจของผู้สูงอายุได้

การนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในชุมชน จึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ¹¹⁻¹²

6. เอกสารอ้างอิง

- (1) World Health Organization. ประชากร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://data.who.int/countries/764>
- (2) สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 18 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/im?
- (3) สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนักงานสถิติแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 19 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nso.go.th/nsoweb/main/summano/aE>
- (4) กรมกิจการผู้สูงอายุ. หน่วยงานกรมกิจการผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/>
- (5) Pender NJ, Murdaugh C, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 6th ed. Boston: Pearson; 2011.
- (6) Cheung YN, Chan CWJ. How to lead a happy elder life: a study on elderly mental health. J Aging Stud. 2009; 23(4): 215-25.
- (7) ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ HDC. จำนวนผู้สูงอายุจังหวัดยโสธร [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/yst/public/standard-report-detail/d47a352dfe62c487b52f9dbbe30f2bfb>
- (8) กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินสุขภาพจิต Thai Mental Health Indicator-15 (TMHI-15) [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/test/thaihapnew/thi15/asheet.asp?qid=1>
- (9) นุสราน นามเดช, วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์, สุรินทร์ธร กลัมพากร. ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสระบุรี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2561; 11(3): 45-60.
- (10) ผุสดี ชูชีพ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2564; 18(2): 33-48.
- (11) สุภาภรณ์ สมพาน. ผลการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ด้วยโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ชมรมผู้สูงอายุตำบลบวักค้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2567].

- (12) พัทธิธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์, กัญญาวิณั โหมกขาว, อภิสรา วงศ์สละ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี. 2567; 18(1).