

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

A model for mental health promoting of the elderly at the level of a complete aging society,
Rattana Buri District, Surin Province.

(Received: February 17,2025 ; Revised: February 23,2025 ; Accepted: February 24,2025)

สุราษฎร์ บุญปัญญา¹
Surat Boonpunya¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงมี 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มตัวอย่างในการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยเลือกแบบเจาะจง จำนวน 12 คนและ (2) ผู้สูงอายุทดลองใช้รูปแบบจำนวน 100 คน เข้าร่วมกระบวนการวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดขาคีม อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างเดือนสิงหาคม – ธันวาคม 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ 4 ขั้นตอน คือ 1) การดูแลสุขภาพกายและจิตอย่างสม่ำเสมอ ด้วยบุคลากรในครอบครัว 2) การสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้สูงอายุ 3) การมีส่วนร่วมกิจกรรมตามประเพณี และ 4) การสร้างคุณค่า และศักดิ์ศรีแก่ผู้สูงอายุ หลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ พบว่า ค่าความแตกต่างเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การประเมินความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก และการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 93 และมีความวิตกกังวลเล็กน้อย ร้อยละ 71

คำสำคัญ : สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ การพัฒนารูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพจิต

Abstract

Action research aimed to develop a mental health promotion model and the results of using the mental health promotion model for the elderly in a complete aging society community in Rattana Buri District, Surin Province, based on the concept of Kemmis and McTaggart. Two purposive sample groups were selected; 1) 12 persons were expert in developing a model for promoting mental health and 2) 100 elderly for model trial. All of them were performing the workshop process at Kut Kha Keem Subdistrict Health Promoting Hospital, Rattana Buri District, Surin Province, between August – December 2024. Quantitative and qualitative data were collected from interviews and group discussions.

The results of the study found that the developed model consisted of 4 steps of mental health promotion in the elderly: 1) regular physical and mental health care with family personnel, 2) building morale among the elderly, 3) participation in traditional activities, and 4) creating value and dignity for the elderly. After using the elderly mental health promotion model of the elderly at the level of a complete aging society, it was found that the mean difference of elderly mental health promotion increased, and the assessment of anxiety and depression decreased significantly

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนนารายณ์ จังหวัดสุรินทร์

(p-value<0.05). The elderly had a high level of opinion on the overall health promotion model for the elderly and the screening of mental health of the elderly showed that 93% of the elderly were not depressed and 71% were slightly anxious.

Keywords: Complete aging society, Model development, Mental health promotion

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และประชาชนมีอายุขัยเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดว่าประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นสองเท่าจากร้อยละ 11 เป็นร้อยละ 22 ระหว่างปี พ.ศ. 2543 – ค.ศ. 2593¹ ภายในปี พ.ศ. 2562 มีรายงานว่าจำนวนผู้คนในโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปีอยู่ที่ 1 พันล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2573 และ 2.1 พันล้านคนภายในปี พ.ศ. 2593 เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล มีความต้องการการได้รับการเอาใจใส่อย่างรอบคอบและมีความต้องการการดูแลสุขภาพจิตก็เพิ่มขึ้นตามเช่นกัน² ประเทศไทยจัดได้ว่าเป็นอีกประเทศหนึ่งที่เข้าก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) เร็วกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการมีอัตราการตายและการเจริญพันธุ์ลดลง เนื่องจากการมีระบบในการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งมีการคาดการณ์กันว่าในปี พ.ศ. 2578 จะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปี ขึ้นไป การมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วและอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นชุมชนผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete aging society)³ จึงเป็นเรื่องท้าทายของทุกประเทศ ทุกชุมชนและสังคม ที่ต้องเตรียมรับมือเผชิญกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นตามมาทั้งทางด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตในประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกรายงาน

ผู้สูงอายุร้อยละ 15 ที่ทุกข์ทรมานจากปัญหาทางสุขภาพจิต ปัญหาที่พบบ่อยคือ ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 7) ภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 5) และ ภาวะวิตกกังวล (ร้อยละ 3.8)⁴ ในประเทศไทยมีรายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุพบได้ ร้อยละ 21.6 – 37.8 จากสถานการณ์ดังกล่าว วัยผู้สูงอายุมีแนวโน้มเจ็บป่วยมากขึ้นด้วยความเสื่อมของสรีรวิทยาตามวัย ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวาง ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม เช่น ปัญหาขาดแคลนแรงงาน ปัญหาการจัดสรรทรัพยากรและสวัสดิการผู้สูงอายุ ปัญหาการจัดระบบบริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ และการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั้งสิ้น⁵

ในปี 2566 จังหวัดสุรินทร์มีผู้สูงอายุ 260,303 คน (ร้อยละ 19.05) พบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 1.78 ได้แก่ วิตกกังวล ร้อยละ 68.56 และโรคซึมเศร้า ร้อยละ 24.27 ตามลำดับ โดยมีรายงานพบมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 17.6 และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 5.5 และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ดัชนีมวลกาย การมีโรคประจำตัวและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน⁽⁶⁾ สถานการณ์ผู้สูงอายุ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ในปี พ.ศ. 2566 มีประชากรอาศัยอยู่จริงในพื้นที่จำนวน 64,723 คน มีผู้สูงอายุที่อยู่จริงในพื้นที่จำนวน 13,983 คน (ร้อยละ 21.60) ในปี 2567 พื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดขาคิม อำเภอรัตนบุรี เป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดในอำเภอรัตนบุรี คิดเป็นร้อยละ 25.87 ของประชากรทั้งหมด และเข้าสู่ชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และกำลังก้าว

เข้าสู่ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ก่อนพื้นที่อื่น จากการสำรวจข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในพื้นที่ยังพบว่า มีการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 41 คน (ร้อยละ 3.82) โดยแบ่งเป็น กลุ่ม 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 2.61) กลุ่ม 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.17) กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วยรุนแรง จำนวน 9 คน (ร้อยละ 0.78) การเจ็บป่วยที่สำคัญ คือ ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 35.53 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.04 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 22.65 ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 20.01 และภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 3.75⁷ ซึ่งการรับรู้ถึงการเจ็บป่วย และสภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ดังกล่าวนี้ ย่อมส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยตรง และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น

ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จึงเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพกาย และพัฒนาสุขภาพจิตของตนเองส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ประกอบกับในพื้นที่อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ยังไม่มีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ โดยมุ่งหวังจะเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

วิธีการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart⁸ ดำเนินการวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดขาคิม อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ระหว่างเดือนสิงหาคม – ธันวาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุประกอบด้วย ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน และผู้นำศาสนา

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัย เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างในการจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์โดยเลือกแบบเจาะจงจากผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่วิจัยจำนวน 12 คน

2) กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่ตำบลกุดขาคิม อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการประมาณค่าสัดส่วนเมื่อทราบขนาดประชากร และผู้วิจัยกำหนดค่าสัดส่วนผู้สูงอายุมีความหดหู่ เศร้า ท้อแท้ ร้อยละ 16.4 ($p\text{-value} = 0.164$) จากการศึกษาที่ผ่านมา⁹ และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.07 ประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ 1,144 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 100 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย โดยแบ่งสัดส่วนตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุรายหมู่บ้าน

เครื่องมือและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วยแนวทางการ

สนทนากลุ่ม การบันทึกเสียงการสนทนา การประชุมวางแผนปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน

2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ประสิทธิภาพ และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ส่วนที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เป็นลักษณะการสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพจิตย้อนหลัง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 44 ข้อ มีมาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนสำหรับคำตอบทั้ง 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามเกณฑ์คะแนนเฉลี่ย คือ ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลางระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นภาษาไทย (Thai GAS-10) มีค่าความเที่ยงของแบบวัดเท่ากับ 0.89¹⁰ ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยงของแบบวัด = 0.93⁽¹¹⁾

คุณภาพของเครื่องมือ

(1) ในการสร้างแบบสัมภาษณ์และแนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ศึกษาและวิเคราะห์เนื้อหาเอกสาร จากตำราวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิต มากำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาแนวทางการสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัย เพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา

(2) การทดสอบความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธาตุ อำเภอรตนบุรี

จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยงของแบบวัด = 0.94

วิธีดำเนินการวิจัย

คัดเลือกชุมชนและศึกษาชุมชนเพื่อให้ผู้วิจัยได้ทราบข้อมูลพื้นฐานของชุมชนในเบื้องต้นและเป็นการยืนยันว่าชุมชนที่เลือกศึกษามีเป็นชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ มีปัญหาในการจัดการเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ คือตำบลกุดขาคิม อำเภอรตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ โดยมี ฐานข้อมูลการพัฒนาชุมชน จากองค์การบริหารส่วนตำบลกุดขาคิม และเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลรตนบุรี เป็นข้อมูลนำเข้าในการดำเนินการวิจัย

ระยะการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) การศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ โดยการศึกษาจากข้อมูลบริบทชุมชน เอกสารข้อมูลของชุมชน การสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้อง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน ตัวแทนผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน สังเคราะห์ปัญหาด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์สภาพการณ์ปัญหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ความต้องการ และจัดทำแผนปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการจากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนระดับผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยผู้วิจัยได้จัดเวทีสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) กับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 จำนวน 12 คน โดยใช้กิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ 3 กิจกรรม คือ (1) การสนทนากลุ่มย่อย เพื่อหาแนวทางร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายของกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในชุมชน ที่เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ที่ต้องการบรรลุผลในอนาคต (2) การประชุมเชิงปฏิบัติการ

เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และนำความรู้ที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการไปใช้ในพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ การสนทนากลุ่มในขั้นตอนนี้เป็นการระดมความคิดในการทบทวนรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิต พิจารณาเลือกวิธีการที่ดีที่สุดและวางแผนในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาไปทดลองใช้ในชุมชน และ (3) การประชาสัมพันธ์ในชุมชน และการประชุมของชุมชน เพื่อจัดเก็บข้อมูล พัฒนาระบบติดตามปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน การประเมินและติดตามผลการดำเนินงาน รวมทั้งการวางแผนสำหรับอนาคตในการดำเนินการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observing) เป็นขั้นตอนการนำการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 ติดตามให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัว ชุมชน ตรวจสอบ รวบรวมข้อมูลการติดตาม โดยผู้วิจัยสังเกตและจดบันทึกตามแบบสอบถามและประเมินผลการดำเนินงานที่ได้ประเมินผลระดับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ สรุปผลการดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) เป็นกิจกรรมประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ สรุปและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้ และคืนข้อมูลต่างๆให้ชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไป และข้อมูลพื้นฐาน และระดับการส่งเสริมสุขภาพจิต สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ด้วย

Paired-T test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ COA No.46/2567

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ดำเนินการผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบ PAOR 1 วงรอบ มีผลการวิจัยดังนี้

1. การวางแผน โดยเริ่มด้วยการสำรวจปัญหาผู้สูงอายุและการศึกษาบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลกุดขาคิม อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบว่าตำบลกุดขาคิม อยู่ห่างจากตัวอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ ประมาณ 10 กิโลเมตร มีหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 1 แห่ง คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดขาคิม ประชาชนส่วนใหญ่จะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่และโรงพยาบาลรัตนบุรี ประชาชนในชุมชนพื้นเพเดิมเป็นไทย-ลาว มีเส้นทางการคมนาคมในพื้นที่ที่สะดวก การประกอบอาชีพหลักเป็นเกษตรกรและเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่การรับจ้างมากขึ้น ตำบลกุดขาคิมเป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุด ในอำเภอรัตนบุรี (ร้อยละ 25.87) และเข้าสู่ชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จากการสำรวจข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในพื้นที่ยังพบว่า ในปี 2567 มีการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 41 คน (ร้อยละ 3.82) โดยแบ่งเป็น กลุ่ม 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 2.61) กลุ่ม 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.17) กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วยรุนแรง จำนวน 9 คน (ร้อยละ 0.78) การดูแลผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นการบูรณาการร่วมกันขององค์การบริหารส่วนตำบลกุดขาคิม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดขาคิม ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) และสมาชิกในครอบครัว การเจ็บป่วยที่สำคัญ คือ ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 35.53 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.04 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 22.65 ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 20.01 และภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 3.75⁽⁷⁾ ผู้สูงอายุร้อยละ 8.65 อาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 23.65 อาศัยอยู่กับคู่สมรส มีเพียงร้อยละ 35.02 ที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเสาหลักของครอบครัว ส่วนร้อยละ 32.68 อาศัยอยู่กับบุตรโดยอาจมีหรือไม่มีคู่สมรสอยู่ด้วยและอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเท่านั้น โดยอาศัยอยู่ในบริเวณเดียวกันกับญาติพี่น้องและมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน รายได้ส่วนใหญ่มาจากการสนับสนุนของภาครัฐเป็นหลักหรือจากลูกหลาน บทบาทในการดูแลตนเองนั้นผู้สูงอายุที่ป่วยจะเข้ารับการรักษาที่ รพ.สต. ในพื้นที่ และ โรงพยาบาลรัตนบุรี ในด้านปัญหาสุขภาพจิต มีเพียงรายงานที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า แต่ยังขาดด้านความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุข ภาศิเครือข่ายในพื้นที่ และชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ จึงหาแนวทางแก้ไขด้วยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และมีกิจกรรมจะต้องปฏิบัติร่วมกัน

2. การลงมือปฏิบัติงาน จากการระดมความคิดจากผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ทั้งในระดับชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รพ.สต. อสม. ตัวแทนประชาชนในพื้นที่ และรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และด้านผู้สูงอายุ เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้ โดยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ที่ผู้มีส่วนได้เสียปฏิบัติร่วมกันแบ่งออกได้เป็น 4 กิจกรรม ดังนี้

2.1 การดูแลสุขภาพกายและจิตอย่างสม่ำเสมอ ด้วยวิธีการบริหารกายและจิต การทำสมาธิบำบัดด้วยบุคคลในครอบครัว โดยพยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. และทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ดำเนินการ ซึ่งกิจกรรมนี้จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตด้านสภาพจิตใจโดยตรง จึงเลือกใช้กิจกรรมการบริหารการสบายจิตเป็นกิจกรรมด้านสมาธิบำบัด ทั้งนี้สามารถดำเนินกิจกรรมร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุได้

2.2 การสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้สูงอายุ เช่น การพบปะ การพูดคุย รับฟัง และสัมผัส ซึ่งการพูดเพื่อสร้างให้เกิดกำลังใจ หรือสร้างให้เกิดความหวัง โดยเป็นรูปแบบที่ทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุใช้เพื่อการพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุในการพึ่งพิงตนเอง และวางแผนอนาคตของตนเองได้ โดยทีมผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขร่วมดำเนินการ

2.3 การมีส่วนร่วมกิจกรรมตามประเพณี การที่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในขนบธรรมเนียมประเพณี และกิจกรรมทางศาสนา ทั้งระดับชุมชน หรือส่วนบุคคล เช่น ร่วมกิจกรรมงานศพ งานบวช งานกฐิน งานเข้าพรรษา งานสงกรานต์ งานวันผู้สูงอายุ หรือการตัดบาตรหน้าบ้านในตอนเช้า เป็นต้น โดยผู้นำชุมชนคอยกระตุ้นเตือน และเชิญชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรม

2.4 การสร้างคุณค่า และศักดิ์ศรีแก่ผู้สูงอายุ เป็นการถ่ายทอดภูมิปัญญา หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ การจัดกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุให้ได้พบปะกันในการส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นการช่วยเหลือสังคม การอยู่ร่วมกัน การช่วยเหลือกัน การมีส่วนร่วมกับสังคม และการส่งเสริมอาชีพและรายได้ เพื่อให้มีรายได้มากขึ้นนอกเหนือจากรายได้ สวัสดิการที่พึงได้รับจากทางราชการอย่างเหมาะสม โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อน

3. การสังเกตผลการปฏิบัติงาน ในกิจกรรมนี้เป็นขั้นตอนประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า

3.1 ระดับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ รวม 7 ด้าน หลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากและมากที่สุด เมื่อ

เปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั้ง 7 ด้าน และโดยรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ (n=100)

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Mean diff (95%CI)	p-value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
1.ด้านการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว	4.24	0.87	มาก	4.52	0.62	มากที่สุด	0.28(0.07-0.49)	0.0047
2.ด้านการช่วยเหลือของครอบครัวผู้สูงอายุ	4.16	0.80	มาก	4.46	0.69	มาก	0.30(0.09- 0.50)	0.0025
3.ด้านการมีส่วนร่วมกับสังคมของผู้สูงอายุ	3.70	0.96	มาก	4.23	0.82	มาก	0.53(0.28- 0.77)	<0.001
4.ด้านการช่วยเหลือสังคมของผู้สูงอายุ	4.07	0.92	มาก	4.55	0.63	มากที่สุด	0.48(0.26 - 0.69)	<0.001
5.ด้านวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ	4.14	0.74	มาก	4.62	0.66	มากที่สุด	0.48(0.28- 0.67)	<0.001
6.ด้านความเชื่อของผู้สูงอายุ	2.94	1.10	ปานกลาง	3.75	0.96	มาก	0.81(.52- 1.09)	<0.001
7.ด้านขนบธรรมเนียมประเพณีของผู้สูงอายุ	4.17	0.69	มาก	4.36	0.66	มาก	0.19(0.0017-0.37)	0.024
โดยรวม	3.96	0.69	มาก	4.35	0.72	มาก	0.39(0.19 - 0.58)	<0.001

3.2 ประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ พบว่าหลังทดลองใช้รูปแบบผู้สูงอายุส่วนใหญ่วิตกกังวลเล็กน้อย

ร้อยละ 71 วิตกกังวลต่ำ และวิตกกังวลสูงร้อยละ 7 ค่าความแตกต่างเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ (n=100)

ระดับความวิตกกังวล	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
วิตกกังวลเล็กน้อย [<6 คะแนน]	56	71
วิตกกังวลต่ำ [7-9 คะแนน]	25	16
วิตกกังวลปานกลาง [10-11 คะแนน]	9	6
วิตกกังวลสูง [12-30 คะแนน]	10	7
	$\bar{x}$ =9.68 SD =6.67	$\bar{x}$ =4.81 SD = 5.47
	Mean diff =4.99 (95% CI; 3.20- 6.69)	

3.3 ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า (ปกติ)

ร้อยละ 93 และไม่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ค่าความแตกต่างเฉลี่ยคะแนนความซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ (n=100)

ระดับความซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
ปกติ	75	93
มีความเศร้าเล็กน้อย	14	3
มีความเศร้าปานกลาง	11	4
มีความเศร้ารุนแรง	0	0
	$\bar{X}=10.09$, SD =5.56	$\bar{X}=5.09$, SD =4.62
	mean diff =5.0 (95% CI; 3.57-6.42)	

4. การสะท้อนผล ผู้วิจัยได้มีการนำเสนอกระบวนการแก้ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ที่สามารถปฏิบัติได้ทั้ง 4 กิจกรรม ผ่านการประชุมในชุมชนพื้นที่ตำบลกุดขาكيمทราบ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนได้ร่วมกันตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหาที่ผู้วิจัยนำเสนอ และได้เสนอสิ่งที่เป็นข้อจำกัดและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงานคือกรณีที่มีผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพที่ซับซ้อนและขาดคนดูแล ยังคงมีจุดอ่อนที่ต้องวางแผนปรับปรุงในวงรอบต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

1. บริบทพื้นฐานชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ พื้นที่อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ เป็นพื้นที่ที่กำลังเผชิญกับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ซึ่งมีการขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็ว ในพื้นที่ตำบลกุดขาكيم จัดเป็นพื้นที่ชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ตั้งแต่ปี 2565 โดยมีผู้สูงอายุร้อยละ 25.87 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งลักษณะทางประชากรศาสตร์มีลักษณะคล้ายๆกันกับในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยทั่วไป

จากการสนทนากลุ่มและการศึกษาบริบทในพื้นที่พบว่า ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ และมีบทบาทด้านวัฒนธรรมชุมชน และกิจกรรมต่างๆจัดขึ้นในชุมชนตามปกติ แต่มีผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่งที่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีโรคประจำตัวช่วยเหลือตัวเองได้บางอย่าง ทำให้มีความเครียด และรู้ว่าตนเองต้องการพึ่งพาคนอื่นในสังคม รู้สึกคุณค่าของตัวเองลดลง บทบาทสำคัญในชุมชน/ครอบครัวลดลง ทำให้สูญเสียความมั่นใจ และต้องเป็นภาระให้คนในครอบครัว ทำให้ระดับความสัมพันธ์ของตนเองและครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป อีกทั้งยังต้องมีหนี้สิน ภาระในการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลเด็ก ดูแลสมาชิกที่พิการ ปัญหาที่เกิดขึ้นตามมาคือปัญหาสุขภาพจิตนั่นเอง โดยในเบื้องต้นพบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 22.65⁷ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา⁶ การแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นบทบาทของสมาชิกในครอบครัวเป็นหลัก อย่างไรก็ตามในพื้นที่ตำบลกุดขาكيم ยังมีความจำเป็นต้องมีวิธีการหรือแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อที่จะได้ลดปัญหาด้านสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในชุมชน

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ แบ่งออกได้เป็น 4 กิจกรรม ที่มีการปฏิบัติเป็นประจำในชุมชนดังนี้ 1) การดูแลสุขภาพกายและจิตอย่างสม่ำเสมอ ด้วยบุคลากรในครอบครัว 2) การสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้สูงอายุ 3) การมีส่วนร่วมกิจกรรมตามประเพณี และ 4) การสร้างคุณค่า และศักดิ์ศรีแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งทั้ง 4 กิจกรรมนี้สามารถดำเนินการควบคู่กันได้ โดยบูรณาการกิจกรรมต่างๆร่วมกันทั้งภาครัฐ ครอบครัว และตัวผู้สูงอายุเอง และต้องทำทุกกิจกรรมจึงจะเกิดประสิทธิภาพต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เมื่อชุมชนก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์มีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น การดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความละเอียดอ่อน ผันแปรไปตามความพร้อมบริบทของแต่ละพื้นที่อาจมีกิจกรรมที่มากน้อยแตกต่างกันไป ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมในแต่ละรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับ สดาวงศ์สวัสดิ์ คุชฎิ โยเหลาะ นริสรา พิงโพธิ์สกล¹² และกิจกรรมในรูปแบบที่พัฒนาขึ้นยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วิรมณ กาสังค์¹³ สมาชิกครอบครัวเป็นบุคลากรหลักในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกคนเห็นว่าครอบครัว มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ครอบครัวเป็นทุกอย่างที่สำคัญกับผู้สูงอายุ การพบปะ การพูดคุย รับฟัง และสัมผัส เป็นอีกหนึ่งกิจกรรมที่สำคัญในการสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้สูงอายุ เมื่อไปเยี่ยมบ้านในกลุ่มนี้บุคลากรสาธารณสุขต้องเป็นฝ่ายฟังเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ระบายปัญหาแล้วจึงร่วมกันวางแผนแก้ปัญหา โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาใหญ่ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ⁽⁶⁾ ด้านการมีส่วนร่วมกิจกรรมตามประเพณี/ศาสนา การที่ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมวันสำคัญทางศาสนา จะเป็นการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของคนในชุมชนให้เพิ่มมากขึ้น มีการแลกเปลี่ยนความรู้และข้อคิดเห็นระหว่างกัน ทำ

ให้เป็นพลังขับเคลื่อนชุมชนให้เข้มแข็ง ส่งเสริมให้กลุ่มผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ด้านการสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีแก่ผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพภูมิปัญญาในการถ่ายทอดสู่คนรุ่นหลัง จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกรู้ว่าการมีร่างกายและลมหายใจอยู่ในขณะนี้เป็นสิ่งมีคุณค่า มีความภูมิใจและมีความสุขมากขึ้นในการใช้ชีวิตและดำเนินชีวิตกับบุคคลรอบข้างได้ตลอดไปจนกว่าชีวิตจะหาไม่

1.3 การประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชุมชนระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยพบว่า การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั้ง 7 ด้าน และโดยรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และมีระดับการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ระดับมาก ถึงมากที่สุด ผลการประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุ พบว่าหลังทดลองใช้รูปแบบผู้สูงอายุส่วนใหญ่วิตกกังวลเล็กน้อย ร้อยละ 71 หลังทดลองค่าความแตกต่างเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 4.99 ,95% CI; 3.20 - 6.69) ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 93 หลังทดลองค่าความแตกต่างเฉลี่ยคะแนนความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff = 5.00 ,95% CI; 3.57-6.42) ดังนั้นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นนี้ทำให้สุขภาพจิตผู้สูงอายุดีขึ้นเพราะทุกภาคส่วนในชุมชนให้ความร่วมมือกันพัฒนาและนำไปใช้จริงในชุมชน โดยเฉพาะครอบครัวมีความสำคัญกับสุขภาพกายและสุขภาพจิตผู้สูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาของ วิรมณ กาสังค์¹³

ข้อเสนอแนะ

1. ควรใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตควบคู่กับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุควบคู่กันไป โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของผู้ที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งรูปแบบนี้สามารถ

ประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสังคม
ผู้สูงอายุทุกระดับ

2. การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่ม
ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ใน

กลุ่มติดสังคม และกลุ่มติดบ้าน แต่ขาดการศึกษาใน
กลุ่มกลุ่มติดเตียง ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาแยกกลุ่ม
ผู้สูงอายุใน 3 กลุ่มดังกล่าวเพื่อให้เกิดความเข้าใจ
เฉพาะที่ลึกซึ้งมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2021). Ageing and Health Geneva; Switzerland: WHO; 2021 [Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>.
2. Michel JP, Leonardi M, Martin M, Prina M.(2021). WHO's report for the decade of healthy ageing 2021-30 sets the stage for globally comparable data on healthy ageing. *Lancet Healthy Longev.* 2(3):e121-e2.
3. นรินทิพย์ ฤทธิ์จิตติ.(2564). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา.* 1(3):1-20.
4. World Health Organization.(2017). Mental Health of older adult Geneva, Switzerland: WHO; 2017 [cited 2017. Available from: <http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-health-of-olderadults>.
5. วิลาวรรณ ชาดา, ชัยกฤต ยกพลชนชัย, เพ็ญมาศ สุนทรจิตต์.(2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.* 10(2):84-97.
6. นันทิดา ทองอัม.(2565). การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์.* 37(2):311-20.
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดชาติ.(2566). สรุปผลการดำเนินงานด้านสุขภาพรอบที่ 2/2566. สุรินทร์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดชาติ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนบุรี; 2566.
8. Kemmis S, McTaggart R.(1988). The action research planner. 3 ed. Geelong,Victoria: Deakin University Press; 1988.
9. สาธิต สิงห์ชัย.(2563). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิชาการชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย.* 16(3):188-97.
10. สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม, แสงเดือน พรหมแก้วงาม, สุทธิลักษณ์ จันทะวัง, อัมภิกา นาไวย, วราภรณ์ ยศทวี.(2564). คุณสมบัตินในการวัดทางจิตของแบบประเมินภาวะวิตกกังวลในผู้สูงอายุฉบับสั้นภาษาไทย. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้.* 8(3):61-71.
11. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Train the Brain Forum Thailand).(2537). แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS). *สารศิริราช,* 46(1):1-9.
12. สุดา วงศ์สวัสดิ์, ดุษฎี โยเหลา, นริศรา พิงโพธิ์สภ.(2562). การพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของทีมสุขภาพในชุมชน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้.* 6(2):229-43.
13. วิรมณ กาสีวงศ์, สุประวีณ์ คงชนโยพิทย์.(2565). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม.* 23(44):23-35.