

การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม
ของชุมชน ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
Development of Mental Health Promotion Model for the Elderly with Community
Participation, Sakaepkong Sub-district Mueang Buriram District, Buriram Province.

(Received: August 21,2026 ; Revised: August 22,2026 ; Accepted: August 25,2026)

ธีระศักดิ์ จิตสัตย์¹
Teerasak Chitsat¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ภาคีเครือข่าย 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 156 คน และ 3) ผู้สูงอายุ 338 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างมีนาคม 2569 ถึงกรกฎาคม 2569 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ paired t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน “SPMIND Model” 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การคัดกรองและเฝ้าระวังสุขภาพจิตผู้สูงอายุเชิงรุก 2) การมีส่วนร่วมและการสร้างภาคีเครือข่ายชุมชน 3) การส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกตามบริบทของชุมชน 4) การสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ และการสนับสนุนทางใจ 5) ระบบดูแล ส่งต่อ และติดตามโดยเครือข่าย และ 6) การพัฒนา ประเมินผล และสร้างคามยั่งยืน หลังการพัฒนาแบบกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และผู้สูงอายุมีระดับสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

คำสำคัญ : สุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This action research aimed to study the development of mental health promotion model for the elderly with community participation. The study applied the PAOR action research framework. The samples consisted of 3 groups: 1) 30 samples from network participants selected by purposive sampling 2) 156 samples from village health volunteers and 3) 338 samples from elderly selected by stratified random sampling. Quantitative data was collected by the questionnaire, Thai geriatric mental health assessment-15 (T-GMHA-15) and focus group discussion guidelines. Data was collected between March to July 2026. Data analysis was performed by descriptive and comparative analysis was performed by paired t-test with a significance level of 0.05. Qualitative data using content analysis.

The research findings the showed the developed model comprised 6 components, namely the “SPMIND Model” : 1) Screening & Surveillance 2) Participation & Partnership 3) Mental Health Promotion 4) Interaction & Inner Support 5) Network Care & Referral and 6) Development, Evaluation & Sustainability. After implementation of the model, the VHVs’s knowledge and participation level in caring for the mental health of elderly significantly increased ($p\text{-value}<0.001$). And the mental health scores of elderly showed a statistically significant improvement, as compared to before intervention ($p\text{-value}<0.001$).

Keyword : Mental health, Elderly, Community participation

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเกียบ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

บทนำ

สังคมสูงอายุมีส่วนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่สัดส่วนประชากรในวัยทำงานลดน้อยลง ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งความเคารพนับถือ เป็นวัยแห่งความสุขที่จะได้เห็นบุตรหลานเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ภาระรับผิดชอบต่างๆ ลดลง ในขณะที่เดียวกันต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้อาจเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ ซึ่งในปี 2567 ประชากรโลกทั้งหมดกว่า 8 พันล้านคน มีประชากรผู้สูงอายุ 990 ล้านคน ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวนมากกว่า 800 ล้านคน¹ สำหรับประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ มีประชากรทั้งหมด 65,846,560 คน เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 13,994,045 คน ร้อยละ 21.58² องค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของประชากรทั่วโลก ปัญหาสุขภาพจิตกลายเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก มีประชาชนมากถึง 4.4 ล้านคนที่ประสบปัญหาทางสุขภาพจิต พบผู้สูงอายุ ร้อยละ 5.3 ต้องอยู่กับความเหงาและโดดเดี่ยว สูญเสียคุณค่าในตนเอง ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยในปี พ.ศ. 2566 ผู้สูงอายุ ร้อยละ 84.9 มีความสุขระดับที่ดี แต่ความสุขของผู้สูงอายุจะลดลงตามวัย ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดกิจกรรมและบทบาททางสังคม มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำกิจกรรมใดๆ เลย ร้อยละ 49.0 ผู้สูงอายุจำนวน 10.2 ต่อประชากรแสนคนที่ต้องใช้ชีวิตอยู่กับภาวะความจำเสื่อม ซึ่งร้อยละ 90 มีปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่นร่วมด้วย³

สำหรับประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและความเครียด คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุในชนบทที่เข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตได้จำกัด ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน เฝ้าระวัง และดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือจากทุก

ภาคส่วนในสังคม ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุผ่านนโยบายและแผนงานต่างๆ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงป้องกันในชุมชน การคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต การสร้างกิจกรรมทางสังคม การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และการเสริมพลังครอบครัวและชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้พัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยบูรณาการการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชมรมผู้สูงอายุ ในการให้บริการสุขภาพจิตผ่านสถานพยาบาลต่างๆ ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ โดยแผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ 5 ประเด็น คือ 1) ยกระดับการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตและสารเสพติด 2) เร่งพัฒนาบริการสุขภาพจิตและสารเสพติดที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน 3) สร้างเครือข่ายพลเมืองสุขภาพจิตดี 4) สร้างมูลค่างานสุขภาพจิตผ่านกลไกเศรษฐศาสตร์สุขภาพและกำลังคนสมรรถนะสูง และ 5) สร้างความเป็นเลิศด้านวิชาการสุขภาพจิตและสารเสพติด⁴

จังหวัดบุรีรัมย์เป็นจังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2568 มีจำนวนผู้สูงอายุ 246,157 คน ผู้สูงอายุจำนวนมากประสบปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะพึ่งพิง การอยู่ลำพังเนื่องจากบุตรหลานย้ายถิ่นฐานไปทำงานนอกพื้นที่ ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ความเหงา ความเครียด และภาวะซึมเศร้า พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี 2566-2568 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบอัตรา 0.25 0.38 1.28 ต่อแสนประชากร⁵ มีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุผ่านหน่วยบริการสาธารณสุขและเครือข่ายในชุมชน เช่น การคัดกรองภาวะซึมเศร้า การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีรูปแบบการเฝ้าระวังคัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ “BRM Model”⁶ ในตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์

ปี 2568 มีจำนวนผู้สูงอายุ 2,163 คน มีลักษณะเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังหรืออยู่กับคู่สมรสสูงอายุด้วยกัน มีภาวะโรคเรื้อรังและภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อสภาพจิตใจและความสามารถในการดูแลตนเอง ขณะเดียวกันครอบครัวและชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพจิต และเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม จากการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 18.50 ภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 12.30 ภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 7.80 ความเครียดระดับปานกลางถึงสูง ร้อยละ 25.40 และปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 34.60⁷ ซึ่งผลการประเมินดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการเฝ้าระวัง คัดกรอง และจัดบริการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในระดับครอบครัว และชุมชน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว นอกจากนี้ยังพบว่าการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุในตำบล ยังประสบปัญหาและข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการคัดกรองและการให้บริการตามภารกิจของหน่วยบริการสาธารณสุขเป็นหลัก การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ยังไม่ชัดเจนและไม่เป็นระบบ ขาดบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน ทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่องและไม่เกิดพลังการทำงานร่วมกันอย่างแท้จริง อีกทั้งยังขาดรูปแบบหรือแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของคนในพื้นที่ ตำบลสะแกโพรงอย่างแท้จริง ทำให้การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมและไม่ยั่งยืน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้ผู้สูงอายุ ลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต และเป็นต้นแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นของจังหวัดบุรีรัมย์ได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท และสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาด⁸ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 2,458 คน ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 3) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 4) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตโรงพยาบาล 5) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6) จิตแพทย์โรงพยาบาลบุรีรัมย์ 7) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมองค์การบริหารส่วนตำบล 8) นักพัฒนาชุมชนกองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบล และ 9) ผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ ภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จิตแพทย์โรงพยาบาลบุรีรัมย์ เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมองค์การบริหารส่วนตำบล และ นักพัฒนาชุมชนกองสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบล โดย

วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่มจำนวน 30 คน

กลุ่มที่ 2 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel⁹ ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้านจำนวน 156 คน

กลุ่มที่ 3 คือ ผู้สูงอายุ ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel⁹ ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 338 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มติดสังคมตามการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย 4) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารตอบคำถามได้ด้วยตนเอง เข้าใจคำอธิบายการวิจัย และ 5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในชุมชนได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอยกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว และ 3) มีภาวะสับสนจนไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) รายได้ 6) ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 7) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁰ ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) การวางแผน 2) การดำเนินงาน 3) การติดตามและประเมินผล 4) การใช้ประโยชน์และการพัฒนาต่อเนื่อง โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹¹ ได้แก่ มีส่วนร่วมน้อย (1.00 -

1.66 คะแนน) มีส่วนร่วมปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มีส่วนร่วมมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 2 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) แหล่งรายได้หลัก โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹² ได้แก่ มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (42 คะแนนหรือน้อยกว่า) มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (43-49 คะแนน) มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (50-60 คะแนน)

ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสวายจิก อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัด

บุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ซึ่งค่า KR-20 ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.88 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชของแบบสอบถามด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม 2569 ถึงเดือนกรกฎาคม 2569 โดยรายละเอียดดังนี้

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

ศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัญหาความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การเข้าถึงสังคมและการมีส่วนร่วมในชุมชน ตลอดจนปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่ส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษาการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่และบทบาทของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัว และภาคประชาชน ตลอดจนศึกษาความต้องการ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ รวมทั้งประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน ภาคีเครือข่าย และกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อมและกำหนดแนวทางในการดำเนินการวิจัยให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตำบลสะแกโพรง

2) การดำเนินการวิจัยและประเมินผล การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการ 1 วนรอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) โดยศึกษาบริบทของชุมชน สถานการณ์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต รวมถึงปัญหา อุปสรรค และแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ ตลอดจนศึกษาบทบาทของภาคีเครือข่ายในชุมชน จัดประชุมและสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และครอบครัว เพื่อร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ค้นหาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องสุขภาพจิต และกำหนดแนวทางการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เช่น การคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การส่งเสริมความรู้และทักษะด้านสุขภาพจิต การส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมและการมีส่วนร่วมในชุมชน การส่งเสริมการออกกำลังกายและกิจกรรมผ่อนคลาย การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว การเฝ้าระวังและค้นหาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต การเยี่ยมบ้านและติดตามดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และการประสานส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต จากนั้นร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กิจกรรม เช่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว การคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น (T-GMHA-15)¹² การส่งเสริมกิจกรรมทางกายและกิจกรรมผ่อนคลาย การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม และการสร้างคุณค่าในตนเอง การเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน การเยี่ยมบ้านและติดตามผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเบื้องต้น รวมทั้งการประสานส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบบริการที่เหมาะสม ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล การดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น (T-GMHA-15)¹² การประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพจิต รวมทั้งติดตามผลการคัดกรองและการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต สังเกตการณ์มีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการดำเนินกิจกรรม ตลอดจนการนิเทศ ติดตาม และให้ข้อเสนอแนะต่อผู้ปฏิบัติงานและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบถึงปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่เอื้อต่อการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการวิเคราะห์และประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินงาน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น

สั้น รวมทั้งวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยความสำเร็จ และความเหมาะสมของกิจกรรมที่ดำเนินการ ร่วมกันสรุปผลและถอดบทเรียนจากการดำเนินงานกับผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย พร้อมคืนข้อมูลผลการดำเนินงานแก่ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับปรุงและพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ สามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานได้จริง และเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนาแบบโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และระดับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2569 เลขที่ BRO 2026-028 รับรองระหว่าง วันที่ 5 มีนาคม 2569 ถึงวันที่ 4 มีนาคม 2570

ผลการศึกษา

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการดำเนินในกระบวนการพัฒนารูปแบบตามแนวคิด PAOR 1 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งมี 6 องค์ประกอบหลัก “SPMIND Model” รายละเอียดดังนี้

1) S - Screening & Surveillance การคัดกรองและเฝ้าระวังสุขภาพจิตผู้สูงอายุเชิงรุก เป็นเปลี่ยนการให้บริการจากการรอให้ผู้สูงอายุมารับบริการเชิงรับเป็นการค้นหาและเฝ้าระวังในชุมชน โดยใช้ประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วย T-GMHA-15 คัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มสุขภาพจิตดี กลุ่มเฝ้าระวัง และกลุ่มเสี่ยง/ต้องได้รับการดูแล

2) P - Participation & Partnership การมีส่วนร่วมและการสร้างภาคีเครือข่ายชุมชน โดยการ จัดตั้ง ทีมสุขภาพจิตชุมชนตำบลสะแกโพรง วิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ร่วมกัน ร่วมกำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคีอย่างชัดเจน

3) M - Mental Health Promotion การส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกตามบริบทของชุมชน เป็นการสร้างสุขภาพจิตที่ดี จัดกิจกรรมจาก แบบประเมิน T-GMHA-15 ครอบคลุมมิติที่เกี่ยวข้องกับความหมายและคุณค่าของชีวิต ความสุข ความสัมพันธ์ การจัดการปัญหา ความภูมิใจในตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว ได้แก่ กิจกรรมสร้างคุณค่าในตนเอง สร้างความสุข สร้างความสัมพันธ์ ฝึกทักษะจัดการความเครียด และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม

4) I - Interaction & Inner Support การสร้างสัมพันธ์ภาพ ความไว้วางใจ และการสนับสนุนทางใจโดยการสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจและการฟังอย่างตั้งใจ ได้แก่กิจกรรมสร้างความคุ้นเคยและสัมพันธ์ภาพ การรับฟังอย่างตั้งใจ ไม่ตัดสิน การให้กำลังใจและสนับสนุนด้านอารมณ์ ส่งเสริมบทบาทครอบครัว ผู้สูงอายุช่วยเหลือและให้กำลังใจกัน

5) N - Network Care & Referral ระบบดูแล ส่งต่อ และติดตามโดยเครือข่าย โดยการประสานงานและการส่งต่อเป็นระบบมากขึ้น ซึ่งระบบแบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับที่ 1 กลุ่มปกติ ระดับที่ 2 กลุ่มเฝ้าระวัง ระดับที่ 3 กลุ่มเสี่ยงหรือมีปัญหา

6) D - Development, Evaluation & Sustainability การพัฒนา ประเมินผล และสร้างความยั่งยืนทำให้เกิดระบบงานประจำของชุมชนในการจัดกิจกรรมประเมินสุขภาพจิต ประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประเมินความพึงพอใจ จัดเวทีคืนข้อมูลให้ชุมชน และบูรณาการกิจกรรมเข้าสู่แผนสุขภาพตำบล

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีกิจกรรม 6 องค์ประกอบดังกล่าว มุ่งเปลี่ยนการดำเนินงานจากการคัดกรองและให้บริการตามภารกิจของหน่วยบริการ เป็นระบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุเชิงรุกที่ ผู้สูงอายุ ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชนผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการสาธารณสุขร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงาน ร่วมติดตาม และร่วมประเมินผล เพื่อให้เกิดระบบส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทของตำบลสะแกโพรงและมีความต่อเนื่อง

ผลการพัฒนารูปแบบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ภาพรวมคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=16.67$, $S.D.=2.05$)

การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบมีระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

ภาพรวมระดับการมีส่วนร่วมหลังการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.22$, $S.D.=0.41$)

การประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ภาพรวมคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตหลังการพัฒนารูปแบบอยู่ในระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ($\bar{X}=45.61$, $S.D.=1.83$)

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 6 องค์ประกอบหลัก “SPMIND Model” 1) Screening & Surveillance (การคัดกรองและเฝ้าระวังสุขภาพจิตผู้สูงอายุเชิงรุก) 2) Participation & Partnership (การมีส่วนร่วมและการสร้างภาคีเครือข่ายชุมชน) 3) Mental Health Promotion (การส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกตามบริบทของชุมชน) 4) Interaction & Inner Support (การสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ และการสนับสนุนทางใจ) 5) Network Care & Referral (ระบบดูแล ส่งต่อ และติดตามโดยเครือข่าย) 6) Development, Evaluation & Sustainability (การพัฒนา ประเมินผล และสร้างความยั่งยืน) โดยรูปแบบดังกล่าวพัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และข้อจำกัดของการดำเนินงานในพื้นที่ รวมทั้งนำแนวทางการเฝ้าระวังและคัดกรองสุขภาพจิตในชุมชนของจังหวัดบุรีรัมย์ หรือ BRM Model มาต่อยอดให้มีความเหมาะสมกับบริบทของตำบลสะแกโพรง ใช้ชุมชนเป็นฐาน และมีเครือข่ายเป็นกลไกขับเคลื่อน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้เชื่อมโยงระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ผลของรูปแบบจึงเกิดจากการทำงานร่วมกันของทั้ง 6 องค์ประกอบ ซึ่งช่วยยกระดับการดำเนินงานจากการคัดกรองเพื่อค้นหาปัญหาไปสู่การส่งเสริม ป้องกัน ดูแล และติดตามสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องโดยชุมชนมีส่วนร่วม เป็น

แนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของตำบลสะแกโพรง สอดคล้องกับรูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน พบว่า รูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในชุมชน ประกอบด้วย 1) พัฒนาทักษะการดูแล ผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง และเสริมทักษะผ่านแอปพลิเคชันใน สมาร์ทโฟนด้วยแท็บเล็ต 2) จัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วย เพื่อน 3) การคัดกรองสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำแนกการดูแลและเฝ้าระวังเป็น 3 ระดับตามความ เสี่ยง 4) จัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อการเฝ้า ระวังปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง¹³

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังการ พัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) เนื่องจาก รูปแบบ SPMIND ให้ความสำคัญกับการพัฒนา ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ ตั้งแต่การสังเกตและค้นหาผู้สูงอายุที่มี ความเสี่ยง การคัดกรองสุขภาพจิต การรับฟังและ สร้างสัมพันธภาพ การให้คำแนะนำเบื้องต้น ตลอดจนการประสานส่งต่อผู้ที่มีปัญหาหรือมีความ เสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้การเรียนรู้ ที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วม ทำให้ได้เรียนรู้จาก สถานการณ์จริงและสามารถเชื่อมโยงความรู้กับการ ปฏิบัติงานในชุมชน ส่งผลให้เกิดความเข้าใจและ ความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น สอดคล้องกับ ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหา สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พบว่า ภายหลังจากดำเนินงานตามรูปแบบส่งผลให้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแล สุขภาพจิตทั้งภาพรวมและรายด้านเพิ่มขึ้นจากก่อน การพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)¹³

การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังการ พัฒนารูปแบบมีระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) เนื่องมาจาก SPMIND Model ได้ออกแบบกระบวนการ ดำเนินงานให้ อสม. มีส่วนร่วมตั้งแต่การค้นหาและ วิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินกิจกรรม การติดตาม และการประเมินผล โดยเฉพาะ องค์ประกอบ P: Participation & Partnership ซึ่ง มุ่งสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชนผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น การกำหนดบทบาทของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ชัดเจน และ การติดตามผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแล ทำให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถ มองเห็นบทบาทของตนเองในระบบการดูแล สุขภาพจิตได้อย่างเป็นรูปธรรม ขณะเดียวกัน การ ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายช่วยลดข้อจำกัดของการ ทำงานเพียงลำพัง และทำให้เกิดการแบ่งปัน ทรัพยากร ความรู้ และความรับผิดชอบร่วมกัน สอดคล้องกับผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม สุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้าง สุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม พบว่า หลังรับบริการใน รูปแบบใหม่มีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อ โรคซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเห็น คุณค่าในตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วน ร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลังการทดลองสูง กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05¹⁴ และสอดคล้องกับผลการพัฒนารูปแบบการ ส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน เมื่อนำ รูปแบบไปทดลองใช้ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่ม ตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของ ประชาชนในพื้นที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) 2)¹⁵

การประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ หลังการ พัฒนารูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) รูปแบบไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะการค้นหาหรือคัดกรองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต แต่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกและการป้องกันปัญหา ในผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสุข ความภาคภูมิใจในตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการมีบทบาทในชุมชน รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพ การรับฟัง การให้กำลังใจ และการสนับสนุนทางอารมณ์ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มการรับรู้ว่าคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน นอกจากนี้ทำให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงได้รับการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ผู้สูงอายุทั่วไปได้รับการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้การดำเนินงานครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน คัดกรอง ดูแล และติดตาม จึงอาจส่งผลให้คะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังการพัฒนารูปแบบสูงขึ้นจนอยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป สอดคล้องกับผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดกาญจนบุรีส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีกว่าคนทั่วไป ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ระดับความพึงพอใจ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.46$, $S.D. = 0.54$)¹⁶ และสอดคล้องกับผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลเมือง พบว่า 1) ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยรวมอยู่ในเกณฑ์เท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 48.06 สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 31.64 และสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 20.30 และมีความพึงพอใจคะแนนสุขภาพจิตโดยรวมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง หลังการเข้าร่วมการใช้รูปแบบส่งเสริมสุขภาพจิต ($M = 44.60$, $SD = 3.66$) สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิต ($M = 38.60$, $SD = 5.03$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วน

ร่วมของชุมชน “SPMIND Model” สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในตำบลสะแกโพรงได้อย่างเหมาะสม โดยช่วยพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีความรู้ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถเชื่อมโยงการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพ และภาคีเครือข่ายในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการค้นหา เฝ้าระวัง ส่งเสริม ดูแล ส่งต่อ และติดตามผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ยกระดับการดูแลสุขภาพจิตจากการดำเนินงานเชิงรับและเน้นการคัดกรองไปสู่ระบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุกที่มีชุมชนเป็นฐาน มีความต่อเนื่อง และมีศักยภาพในการพัฒนาให้เกิดความยั่งยืนในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรกำหนดนโยบายให้การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญของระบบสุขภาพระดับพื้นที่ โดยบูรณาการงานสุขภาพจิตผู้สูงอายุเข้ากับแผนงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2) ควรพัฒนาระบบการคัดกรองและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุเชิงรุกในชุมชน โดยกำหนดให้มีการคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต หรือขาดการมีส่วนร่วมทางสังคม และจัดให้มีระบบติดตามและส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงเข้าสู่บริการสุขภาพจิตที่เหมาะสม

3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรสำหรับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องบรรจุโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุไว้ในแผนพัฒนาท้องถิ่น พร้อมสนับสนุนกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เช่น กิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม และกิจกรรมเสริมคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีและสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยบริการสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ โดยปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบท ปัญหา ความต้องการ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่าย

2) หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่สามารถนำกระบวนการคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น (T-GMHA-15) อย่างสม่ำเสมอ เพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงหรือมีปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะเริ่มต้น และจัดให้มีระบบติดตามดูแลและส่งต่ออย่างเหมาะสม

3) สามารถนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุแบบต่อเนื่อง โดยเชื่อมโยงการทำงานระหว่าง รพ.สต. อสม. ครอบครัว ชมรมผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อให้มีการคัดกรอง ดูแล ติดตาม และส่งต่อผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ และสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาวิจัยในวงรอบถัดไป โดยนำผลจากการวิจัยครั้งนี้มาปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนมากยิ่งขึ้น

2) ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเชิงลึก เช่น ปัจจัยด้านครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบกิจกรรมที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

3) ควรขยายการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ที่มีความหลากหลาย โดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลองในชุมชนอื่น เพื่อทดสอบความเหมาะสม ประสิทธิภาพ และความสามารถในการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Population Reference Bureau. Highlights from the 2024 world population data sheet. Retrieved from <https://www.prb.org/articles/highlights-from-the-2024-world-population-data-sheet/>. 2024.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ 2568. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก : https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2578. 2568.
3. กรมสุขภาพจิต. การสำรวจระดับสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. 2566.
4. กรมสุขภาพจิต. แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2566-2570) ของกรมสุขภาพจิต ระยะครึ่งแผนฯ พ.ศ.2569-2570. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. 2567.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิต อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ. [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก : <https://hdc.moph.go.th/brm/public/standard-report-detail/f98aa818686df571817c33e0168966a2>. 2568.

6. ศิลา จิรวิกรานต์กุล. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรองสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษา การแพทย์และสุขภาพ .2567. 9(2):1-9.
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเกียบ. รายงานผลการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. บุรีรัมย์, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองเกียบ. 2568.
8. Kemmis, S., & McTaggart, R. The action research planner (3rd ed.). Geelong,Victoria: Deakin University Press. 1988.
9. Daniel, W. W. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences (9th ed.). Wiley. 2010.
10. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay; 1971
11. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
12. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น: Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool (T-GMHA-15) [อินเทอร์เน็ต]. 2567. เข้าถึงได้จาก: <https://mhc4.dmh.go.th/wp-content/uploads/2024/09/แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ-ฉบับสั้น-ส.pdf>
13. เจนวิทย์ เวชกามา. ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนในเขตตำบลสวาท อำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. 2568; 27(1):2712841.
14. คมกฤษ วิเศษ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วมคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง. 2568;10(1):531-43.
15. พีรสันต์ ปั่นก้อง. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิษฐ์. 2567;9(2):551-6
16. อุกฤษฏ์ บุษบงค์, สันต์ณณ ตะพังพินิจการ และกาญจนา นิมสุนทร. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี. 2568;10(1):269-80.
17. จารุวรรณ ก้านศรี, นภัสสร ยอดทองดี และประภาศิต พูลวงษ์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดชัยนาท. 2567;40(3):132-46.