การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

Development of a Mental Health Promotion Model for Elderly in Community Settings, Huai Rat district, Buriram province.

(Received: June 14,2026 ; Revised: June 21,2026 ; Accepted: June 25,2026)

พิมพ์วดี จิรวิกรานต์กุล[1]
Pimwadee Jirawikrankul[1]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ภาคีเครือข่าย 12 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 249 คน และผู้สูงอายุ 364 คน สุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2568 ถึงเดือนมีนาคม 2569 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ มี 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การประเมินสถานการณ์และปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ 2) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาศักยภาพครอบครัวและผู้ดูแล 4) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน 5) การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตใน และ 6) การติดตาม ประเมินผล และพัฒนาต่อเนื่อง ผลการประเมินผลรูปแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้และการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (43 - 49 คะแนน) ($\bar{X}$=48.07, S.D.=1.04) หลังการพัฒนาผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001)

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพ, สุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ

Abstract

This action research was aimed to development of a mental health promotion model for elderly in community settings, Huai Rat district, Buriram province. The samples were 3 groups consisted of 1) Network partner of 12 samples, 2) Village Health Volunteers 249 samples and Elderly 249 samples, selected according to predefined criteria. The research was conducted between April 2025 - March 2026. Data were collected from questionnaires, Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool (T-GMHA-15), in-depth interview guidelines and focus group guidelines. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and comparing the mean differences using paired t-test and qualitative data were analyzed by content analysis with a significance level at 0.05.

The results showed that the developed model consisted of 6 key components: 1) Assessment, 2) Elderly Empowerment, 3) Family and Caregiver Development, 4) Community Participation, 5) Mental Health Promotion Activities, and 6) Monitoring, Evaluation, and Continuous improvement. The evaluation results showed after the implementation of the developed model, both knowledge and practices related to mental health promotion for elderly and elderly' mental health scores were significantly higher than pre-development (p-value< 0.001). Post-intervention mental health assessment indicated that the participants achieved mental health levels comparable to those of the general population, with T-GMHA-15 scores ranging from 43 to 49 points.

Keyword : Health Promotion, Mental Health, Elderly

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลห้วยราช

บทนำ

เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขก้าวหน้า ส่งผลให้อัตราการตายและอัตราการเจริญพันธ์ลดลง ประชากรโลกกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ปี 2566 ประชากรโลกมีผู้สูงอายุ 1.1 พันล้านคน ด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีการเสื่อมถอยจากสภาพโรคหรือสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง อีกทั้งปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญ โดยร้อยละ 14.0 ของผู้สูงอายุมีความผิดปกติทางสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และสมองเสื่อม ส่งผลให้เกิด Disability-Adjusted Life Years: DALYs ร้อยละ 6.8 ของผู้สูงอายุทั่วโลก ปัญหาดังกล่าวสร้างภาระต่อครอบครัวและระบบเศรษฐกิจสังคมในระดับโลก[1] สำหรับประเทศไทยมีผู้ผู้สูงอายุ 12.12 ล้านคน ร้อยละ 18.3 ในขณะที่ประชากรรรวมของประเทศเพิ่มด้วยอัตราที่ช้าลง ร้อยละ 0.18 โดยมีผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 56.5 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 29.1 และผู้สูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 14.4 ซึ่งการเข้าสู่วัยสูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายที่เสื่อมถอย การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต บทบาทในครอบครัว รวมถึงฐานะทางเศรษฐกิจที่ลดลง ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรก คือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศ [2] ในปี 2567 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้สูงอายุร้อยละ 23.30 มีอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ ร้อยละ 39.20 มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนร้อยละ 11.97[3] ในปัจจุบันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ย 33.76 คะแนนผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มวัยอื่น โดยพบได้มากถึงร้อยละ 10-13 และพบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.6 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด [4]

กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ ในการพัฒนาความสุขเชิงจิตวิทยาในผู้สูงอายุนั้น จำเป็นต้องนิยามความสุขที่พร้อมจะนำมาปฏิบัติและสามารถวัดในเชิงสัมพันธ์ได้จึงจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งกรมสุขภาพจิตกำหนดนิยามความสุขของผู้สูงอายุในเชิงจิตวิทยาเป็น 5 ด้าน คือ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ[2] การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จำเป็นต้องเตรียมความพร้อมในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้น ได้แก่ การปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายที่เสื่อมลง การปรับตัวให้ยอมรับจากการสูญเสีย แบบแผนของสังคมที่เปลี่ยนไป การไม่มีงานทำและรายได้ลดลง ซึ่งเป็นต้นเหตุของการไม่มีความสุขในผู้สูงอายุ[5]

จังหวัดบุรีรัมย์จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยปี 2568 ร้อยละ 19.31 เป็นวัยสูงอายุตอนต้น ร้อยละ 54.07 เป็นวัยสูงอายุตอนกลาง ร้อยละ 31.37 และเป็นวัยสูงอายุตอนปลาย 14.56[6] ซึ่งผู้สูงอายุมีปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อด้านสุขภาพ และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นพื้นที่ที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามแนวโน้มของประเทศ ร้อยละ 25.74 ของประชากรทั้งอำเภอ[7] ซึ่งส่งผลให้ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุมีความสำคัญมากขึ้น จากข้อมูลการดำเนินงานในพื้นที่ พบว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต แต่ยังไม่ได้รับการคัดกรองหรือดูแลอย่างครอบคลุม อีกทั้งระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิยังมุ่งเน้นการดูแลด้านร่างกายเป็นหลัก นอกจากนี้ลักษณะโครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การย้ายถิ่นของวัยแรงงาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องอาศัยอยู่ตามลำพังหรือขาดการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต จึงมีความจำเป็นอย่าง

ยิ่งในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของอำเภอห้วยราช โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานที่เป็นระบบ สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างครอบคลุม นำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1 เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาด [8] มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 7,073 คน ประกอบด้วย 1) แพทย์ 2) ผู้รับงานผู้สูงอายุโรงพยาบาล 3) ผู้รับงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4) ผู้รับงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 5) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 6) ผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ ผู้รับงานผู้สูงอายุโรงพยาบาล ผู้รับงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้รับงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวทางการสนทนากลุ่ม จำนวน 12 คน กลุ่มที่ 2 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง[9] ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 249 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แล้วหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละตำบล จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามขนาดตัวอย่างแต่ละตำบล

กลุ่มที่ 3 คือ ผู้สูงอายุ อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง[9] ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 364 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละตำบล จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละตำบล

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มติดสังคมตามการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย 4) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารตอบคำถามได้ด้วยตนเอง เข้าใจคำอธิบายการวิจัย และ 5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในชุมชนได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอออกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย

แล้ว และ 3) มีภาวะสับสนจนไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

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

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[10] ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสังคม และ 4) ด้านจิตวิญญาณ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[11] ได้แก่ มีการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool (T-GMHA-15) ซึ่งเป็นแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข[12] ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) แหล่งรายได้หลัก โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่างตามความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 15 ข้อ โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (4, 3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ[12] ได้แก่ สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (50-60 คะแนน) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (43-49 คะแนน) สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (42 คะแนน หรือน้อยกว่า

ชุดที่ 3 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview Guidelines) ใช้แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ โดยประเด็นคำถามเป็นประเด็นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 10 ข้อ รายละเอียดด้านความคิด (Exploring Opinions) คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนา (Focus Group Discussion Guidelines) เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3

ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชำนิ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาชของแบบสอบถาม 1) ด้านความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.95 และ 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.88 โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งชุด เท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2568 ถึงเดือนมีนาคม 2569 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย วิเคราะห์บริบทชุมชน ศึกษาสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน เตรียมชุมชน เตรียมแกนนำชุมชน และชี้แจงวัตถุประสงค์กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย

1.1 ศึกษาชุมชนเพื่อให้ผู้วิจัยได้ทราบข้อมูลพื้นฐานของชุมชนในเบื้องต้นและเป็นการยืนยันว่าชุมชนที่เลือกศึกษามีปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนจริง โดยผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทะเบียนข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลห้วยราช เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการดำเนินการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยได้พูดคุยปรึกษาหารือ และชี้แจงกระบวนการวิจัย แก่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยราช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลห้วยราช ทราบ และชี้แจ้งให้ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่ร่วมวิจัยครั้งนี้ทราบ

1.3 ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยราชและสาธารณสุขอำเภอห้วยราช เพื่อติดต่อขอความอนุเคราะห์สถานที่ บุคลากร ข้อมูลการวิจัย และนัดหมายการดำเนินกิจกรรมต่างๆ

1.4 ติดต่อประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญงานด้านผู้สูงอายุ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อปรึกษาหารือและขอข้อเสนอแนะในเนื้อหาวิชาการ และการดำเนินการวิจัย ตามความจำเป็น

1.5 ประสานงานกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการวิจัยทั้งในส่วนภาครัฐ ท้องถิ่น ท้องที่ และภาคประชาชน

2) ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) กิจกรรมที่ดำเนินการในขั้นตอนวางแผน ใช้ระยะเวลา 2 เดือน โดยมีรายละเอียดมีดังนี้

1.1 การศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ โดยศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในพื้นที่จากข้อมูลบริบทชุมชน เอกสาร การสังเกต การสอบถาม และการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้อง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ อสม. ผู้นำชุมชน ในประเด็นแบบเดิมของการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ว่ามีการดำเนินการอย่างไรบ้าง และสังเคราะห์ปัญหาด้านเกี่ยวกับการดูแล ซึ่งจะเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่เริ่มขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา และการวางแผน

1.2 สรุปข้อมูลจากการศึกษาบริบท และการประเมินสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา และความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบที่เป็นตามแนวทางการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสอดคล้องกับบริบทชุมชน

1.3 ผู้วิจัยได้กำหนดกิจกรรม และวิธีการพัฒนารูปแบบด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่มในกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน และนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน โดยในการสนทนากลุ่มและการถกปัญหาจะเป็นช่องทางพิจารณาเลือกวิธีการที่ดีที่สุด และวางแผนดำเนินการต่างๆ ตามรูปแบบ

1.4 จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) เป็นแผนในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้ จากขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมโดยใช้องค์ประกอบพื้นฐานจากความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ และการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้วิจัยได้จัดเวทีกลุ่มย่อย (Focus group) แสดงความคิดเห็นต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ที่ตัวแทนประชาชนและภาคีเครือข่ายร่วมกันพัฒนาให้เกิดขึ้น วางแผนร่วมกับชุมชนในการนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาจากขั้นตอนที่ 1 ไปใช้จริง โดยประชาสัมพันธ์ในชุมชน พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล ระบบติดตามการจัดระบบการประเมิน และติดตามผลการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 5 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) เป็นขั้นตอนการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติจริง (Implementation) ในชุมชนโดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ติดตามให้คำแนะนำแก่ชุมชน ตรวจสอบ รวบรวมข้อมูลจากการสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้การสังเกตและจดบันทึกการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนดในแผนแผนปฏิบัติการ ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการเข้าร่วมกระบวนการวิจัย แบบสังเกตพฤติกรรมการเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ และแบบบันทึกข้อมูลการวิจัยตามแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้น วัดผลความรู้ และการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน และการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบพัฒนาขึ้น สรุปผลการดำเนินการใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflect) เป็นกิจกรรมประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ (Evaluation) รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ สรุปและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้ และคืนข้อมูลต่างๆให้ชุมชน เพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือการขยายผลในชุมชนอื่นๆต่อไป ในขั้นตอนนี้ ได้ร่วมพิจารณาข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และจุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่องมากำหนดทิศทางร่วมกัน และเป็นแนวทางใน การปรับแผนใหม่ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

3) ระยะที่ 3 หลังการดำเนินการวิจัย

เป็นขั้นตอนการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน เปรียบเทียบความรู้ และการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล และกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความรู้ และระดับการส่งเสริมสุขภาพจิต

ผู้สูงอายุ ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

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

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2568 เลขที่ BRO 2025-148 รับรองระหว่าง วันที่ 1 เมษายน 2568 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2569

ผลการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

จากการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ PAOR 2 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน 6 องค์ประกอบ ได้แก่

1) การประเมินสถานการณ์และปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตด้วยเครื่องมือมาตรฐาน วิเคราะห์ปัญหาความต้องการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องผ่านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว อสม. และภาคีเครือข่าย

2) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองให้แก่ผู้สูงอายุ เน้นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การจัดการความเครียด การควบคุมอารมณ์ การสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา สร้างสัมพันธภาพทางสังคม

3) การพัฒนาศักยภาพครอบครัวและผู้ดูแล เป็นการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของคนในครอบครัวและผู้ดูแลในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

4) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เป็นกระบวนการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้องในชุมชน

5) การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน เป็นการจัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมเหมาะสมตามศักยภาพ เพื่อสร้างความสุข ลดความเหงา ลดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเอง

6) การติดตาม ประเมินผล และพัฒนาต่อเนื่อง เป็นกระบวนการติดตามผลการดำเนินงานและประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ โดยประเมินทั้งด้านความรู้ พฤติกรรม สุขภาพจิต ความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอห้วยราช จังหวัดบุรีรัมย์

ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=16.67 S.D.=1.94) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้หลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001)

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.21 S.D.=0.36) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนระดับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุหลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001)

การประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตเท่ากับคน

ทั่วไป (43 - 49 คะแนน) ($\bar{X}$=48.07, S.D.=1.04) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001)

สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 1) การประเมินสถานการณ์และปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ 2) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ 3) การพัฒนาศักยภาพครอบครัวและผู้ดูแล 4) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน 5) การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตใน 6) การติดตาม ประเมินผล และพัฒนาต่อเนื่อง ซึ่งเป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาสถานการณ์ปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ครอบคลุมทั้งด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการ บูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในการประเมินสถานการณ์เป็นขั้นตอนสำคัญที่ทำให้ทราบสภาพปัญหา ปัจจัยเสี่ยง และความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุในชุมชน ศักยภาพผู้สูงอายุและศักยภาพครอบครัวและผู้ดูแล เป็นองค์ประกอบที่มุ่งเสริมสร้างความรู้ทักษะ และความสามารถในการดูแลสุขภาพจิต ทั้งในระดับบุคคลและครอบครัว ทั้งนี้ครอบครัวยังเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมทางศาสนา และกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีความภาคภูมิใจในตนเอง และลดความเสี่ยงต่อภาวะเครียดหรือภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน โดยการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุควรดำเนินการอย่างเป็นองค์รวม อาศัยความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายทางสังคม ควบคู่กับการส่งเสริมบทบาทและคุณค่าของผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี ความสุขในการดำรงชีวิต และการสูงวัยอย่างมีคุณภาพในชุมชน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพกายและจิตอย่างสม่ำเสมอด้วยบุคลากรในครอบครัว การสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมกิจกรรมตามประเพณี และ การสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีแก่ผู้สูงอายุ[13]

ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนความรู้หลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) การความรู้ ความเข้าใจ และศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการพัฒนามีกระบวนการถ่ายทอดความรู้ การฝึกทักษะ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นระบบ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับประสบการณ์ตรงและสามารถเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติงานจริงในชุมชนได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ คือ การให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตผู้สูงอายุปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้สูงอายุ และแนวทางการช่วยเหลือ การให้คำปรึกษาความเครียดและการจัดการความเครียด การประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลช่วยเหลือการส่งเสริมสุขภาพจิตและการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ทำให้แกนนำชุมชนมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก[14]

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับการ

ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุหลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) การส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีศักยภาพในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งในด้านการให้คำแนะนำ การติดตามเยี่ยมบ้าน การสร้างขวัญกำลังใจ การส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการประสานความร่วมมือกับครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถเพิ่มระดับการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าจากเครือข่ายแกนนำชุมชน ทั้งนี้เนื่องมาจากกระบวนการพัฒนาที่มุ่งเน้นการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม[15]

การประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีสภาวะทางจิตใจที่ดีขึ้น มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัยได้อย่างเหมาะสม รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้เข้าสู่ระดับที่เหมาะสม สอดคล้องกับผลของรูปแบบ “จิตสดใสหัวใจ 4 ดวง” ทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น[16] ทั้งนี้การมุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยให้ความสำคัญกับบทบาทของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง กระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายทางสังคมมาใช้ร่วมกัน รวมทั้งการสร้างความสุข ความอบอุ่นทางใจ และการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยยกระดับสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเป็นวาระสำคัญระดับท้องถิ่น โดยบูรณาการแผนงานด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพระดับอำเภอและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรเพื่อสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนการจัดกิจกรรมกลุ่ม การสร้างพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับผู้สูงอายุ และการพัฒนานวัตกรรมด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

3) ควรมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและติดตามภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับชุมชนผ่านการใช้ฐานข้อมูลสุขภาพ การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต เพื่อให้สามารถวางแผนช่วยเหลือและส่งต่อได้อย่างทันท่วงที

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยงานสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับชุมชน

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ เพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำผลการวิจัยไปพัฒนาเป็นคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติสำหรับการ

ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับชุมชน เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างเป็นมาตรฐาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาวิจัยการเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน เพื่อค้นหารูปแบบหรือกิจกรรมที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับชุมชน

2) ควรมีการศึกษาวิจัยการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายผลลัพธ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม

3) ควรมีการศึกษาการวิจัยติดตามผลระยะยาว เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และความสุขของผู้สูงอายุในระยะยาวหลังเข้าร่วมกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental health of older adults. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. สำนักความรอบรู้สุขภาพจิต. คู่มือวิทยากรจัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: บียอนด์พับลิสชิ่ง; 2566
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2567.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) ของคนในประเทศไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดบางกอกบล๊อก; 2564.
5. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติจังหวัดบุรีรัมย์. Pocket book จังหวัดบุรีรัมย์ 2568. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2568.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC): ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร [Internet]. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2568. เข้าถึงได้จาก https://hdc.moph.go.th/brm/public/standard-subcatalog/ac4eed1bddb23d613074 6d62d 2538fd0
8. Kemmis, S., & McTaggart, R. The action research planner (3rd ed.). Geelong, Victoria: Deakin University Press; 1988.
9. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
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. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool: (T-GMHA- 15). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2567.
13. สุราษฎร์ บุญปัญญา. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2568;10(1):506-15.
14. สมบัติ ริยาพันธ์, นิยดา ภู่อนุสาสน์ และ ญาดา ประคองยศ. การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2563;65(2):143-152.
15. พีรสันต์ ปั้นก้อง. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(2):551-561.
16. ชญาน์นันท์ ศรีหาบุตร, วีระพงษ์ เรียบพร, อารยา ศรีสาพันธ์, น้ำทิพย์ รัตนนิมิตร, เกศรา เชิงค้า, สุพัฒชัย ปราบศัตรู และ ณัฏฐนันท์ โปธิ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เขตสุขภาพที่ 8. วารสารการพยาบาล สุขภาพและการศึกษา. 2566;6(3):32-44