บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย

Development of Mental Health Promotion Model for Homebound Elder in Muangkao Sub-District, Muang District, Sukhothai Province

สุนารี ทะน๊ะเป็ก (Sunaree Tanapek)*
ทัศนวรรณ์ สุพรรณสาย (Thassanawan Suphansay)**
ฉลาด จิ๋วน๊อต (Chalad Jiwnot)***

Received: Nov 27, 2018
Revised: Dec 13, 2018
Accepted: Mar 13, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ได้พัฒนารูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ แกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 55 คน ได้แก่ นักเรียน 24 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 12 คน และผู้สูงอายุ 24 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีแกนนำชุมชนละ 1 กลุ่ม และผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 36 คน ใน 11 ชุมชน ศึกษาทั้งประชากร มีกิจกรรม 1) วางแผน แกนนำเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้าน ครั้งที่ 1 เพื่อประเมินสุขภาพจิตและความสนใจในกิจกรรม ให้แกนนำศึกษาดูงานและร่วมวางแผนกิจกรรม 2) ดำเนินการฝึกทักษะแกนนำและให้แกนนำเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 3) ติดตามประเมินผลสุขภาพจิตผู้สูงอายุติดบ้านและศักยภาพแกนนำ และ 4) ปรับปรุง ทำการประเมินความพึงพอใจและถอดบทเรียน เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและแบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ-28) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired

ผลการประเมินความพึงพอใจและถอดบทเรียน พบว่า ทั้งแกนนำและผู้สูงอายุติดบ้านมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด และผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พบว่า หลังการทดลองแกนนำมีความรู้ ทัศนคติและศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.040$, 0.001 และ 0.019 ตามลำดับ) และหลังการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีสุขภาพจิตดีขึ้นกว่าก่อนการเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .001$) ผลการศึกษาเป็นแนวทางสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านในชุมชนและพื้นที่อื่น ๆ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม สุขภาพจิต ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

*อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, e-mail: sunaree.mu@gmail.com
**นักวิชาการสุขาภิบาล 5 เทศบาลตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย
*** ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย

Abstract

This research aimed to develop a model for promoting mental health among home bound elder in Muangkao Sub-District, Muang District, Sukhothai Province. There were 2 experimental groups. The first experimental groups was composed of 55 caregivers for homebound elder: 24 students; 12 Village Health Volunteers and 24 elders, and sampling was done by using purposive sampling. There is one caregiver group per community. The second experimental group was made up of 36 homebound elders in 11 communities and were selected as a representative of the whole population. The intervention included 1) plan: caregivers went to the first home visit for evaluating the mental health and activities intended for homebound elders, study visit for best practice and planning 2) do: training for home visit skill and the second home visit by caregivers 3) check: evaluating potential caregivers for homebound elder and mental health among homebound elders 4) act: evaluating the satisfaction and lesson learned. The results were estimated before and after the experiment with questionnaires: developed by the researcher and General Health Questionnaire (Thai GHQ - 28). The data is analyzed by means of descriptive statistics and Paired t-test.

The results evaluating the satisfaction and lesson learned showed that caregivers and home bound elders have a very satisfied level. The comparison of mean score were found to have significantly higher mean scores of knowledge, attitude and potential caregivers for homebound elders after the experiment than before the experiment ($p = 0.040$, 0.001, and 0.019, respectively). Also homebound elders had significantly higher mean scores of mental health after the experiment than before the experiment ($p < 0.001$) The results of this study can be used as a guideline for enhancing the mental health among home bound elder in the area and similar contexts.

Keyword: Participation, Mental health, Homebound elder

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (National Statistical Office, 2018) พบว่า ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 16.7 ในปี 2560 และยังพบแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ของผู้สูงอายุไทยที่อยู่คนเดียวหรืออยู่กับคู่สมรสเท่านั้น และเมื่อพิจารณาภาวะพึ่งพิง พบว่า ประชากรวัยทำงาน 100 คน จะต้องรับภาระประชากรสูงอายุและวัยเด็ก 51 คน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 64 คน ในปี 2570 ซึ่งหากไม่มีการวางแผนการบริหารจัดการที่ดีอาจก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม แรงงานและสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นวัยที่ร่างกายมีความเสื่อมตามวัย ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพมากมาย (Banjaponpitak, Wanitrommanee, & Panuwatsuk, 2012) อีกทั้งมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ทั้งความรู้สึกด้อยค่า ซึมเศร้า รู้สึกเป็นภาระคนอื่น น้อยใจ และปัญหาทางสังคม เช่น การถูกทอดทิ้ง การปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม เป็นต้น (Charoengul, 2012)

ผู้สูงอายุจำแนกตามความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง (Banjaponpitak et al, 2012) โดยผู้สูงอายุติดบ้านเป็นกลุ่มเสี่ยงที่หากไม่ได้รับการดูแลอาจกลายเป็นกลุ่มติดเตียงได้ในอนาคต และกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านเป็นกลุ่มที่

ไม่สามารถออกไปทำกิจกรรมร่วมกับสังคมได้อย่างปกติ มีความเสี่ยงในการมีภาวะร่างกายที่ผิดปกติ ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ เช่น การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ หกล้ม ภาวะสมองเสื่อม ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตบกพร่อง ทั้งความเครียด สิ้นหวัง ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกในคุณค่าตนเองลดลง อีกทั้งยังส่งผลต่อสุขภาพทางสังคม เช่น การถูกทอดทิ้ง ขาดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนกับคนในสังคมและปัญหาการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมและครอบครัว (Boonnarakorn, 2012) แต่หากได้รับการดูแลที่ดีทำให้มีสุขภาพที่ดี และพัฒนาเป็นกลุ่มติดสังคมดังเดิมได้ ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกับกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ไม่สามารถจัดกิจกรรมที่เคลื่อนไหวร่างกาย มากและไม่สามารถนัดหมายมาทำกิจกรรมร่วมกันได้ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการวิจัยที่จัดกิจกรรมให้แก่กลุ่มติดบ้านโดยเฉพาะ ส่วนใหญ่เป็นการจัดกิจกรรมให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ดังเช่น การศึกษาของ เวธกา กลิ่นวิชิต และคณะ ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพของแกนนำครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุโดยการใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการศึกษาวิจัยตามกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาปัญหา การวางแผนแก้ปัญหา การลงมือปฏิบัติ การสะท้อนผลการปฏิบัติและประเมินผล (Klinwichit, Piriyapun, Klinwichit, Inchai, U-Simat, & Klinwichit, 2014) และงานวิจัยของยุวดี รอดจากภัย และคณะ ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ทำการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ระดับตำบล ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์ความต้องการ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การกำหนดแนวในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การเปรียบเทียบ Benchmarking Community based service และเศรษฐกิจพอเพียง การดำเนินงานตามแผนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และประเมินผลการดำเนินงาน (Rodjarkpai, Rojpaisarnkit, & Pongsaengpan, 2014)

จังหวัดสุโขทัยมีจำนวนผู้สูงอายุติดบ้านมากที่สุดในเขตสุขภาพที่ 2 คือ ร้อยละ 8.0 (Mental Health Center 2, 2016) โดยอำเภอเมือง มีผู้สูงอายุมากที่สุด คือ 18,612 คน (Sukhothai provincial public health office, 2018) ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย โดยพบว่า มีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 36 คน ได้เข้าร่วมโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจำนวน 40 คน และยังไม่ได้เข้าร่วมโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Sub-District municipality of Muangkao, Sukhothai Province, 2017) โดยทำการสร้างแกนนำเพื่อเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยคนในพื้นที่ ทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมแบบทางการ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแบบไม่ทางการ คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเดียวกันและนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายที่อยู่ในพื้นที่และพื้นที่ใกล้เคียง (Rodjakpai, 2012) อีกทั้งประยุกต์ใช้แนวคิดวงจรคุณภาพของเดมมิ่ง (Quality Cycle of Deming's Theory: PDCA) (Pietrzak & Paliszkiewicz, 2015) เพื่อให้ชุมชนร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา (Plan) ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ (Do) ตรวจสอบประเมินผล (Check) อีกทั้งค้นหาอุปสรรค์ของปัญหาและแนวทางปรับปรุงแก้ไขเพื่อนำไปใช้ในครั้งต่อไป (Act) นำไปสู่แนวทางในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ให้เกิดความต่อเนื่อง ยั่งยืน และนำไปประยุกต์ในชุมชนอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาพัฒนารูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนารูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง เก็บข้อมูลวิจัยในเดือนเมษายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตรับผิดชอบเทศบาลตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัยจำนวน 36 คน ใน 11 ชุมชน มีเกณฑ์คัดเข้า คือ มีสติสัมปชัญญะและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งมีพยาน 1 ท่าน มีเกณฑ์คัดออก คือ เจ็บป่วยระหว่างการวิจัยจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้

2. แกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ใน 11 ชุมชน มีแกนนำ 3 ประเภท ได้แก่ นักเรียนประถมศึกษาตอนปลายโรงเรียนแห่งหนึ่ง 208 คน ผู้สูงอายุติดสังคม 250 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมี 112 คน รวม 570 คน

กลุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทุกคนจากรายชื่อผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตรับผิดชอบเทศบาลตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย มีจำนวน 36 คน ใน 11 ชุมชน โดยการวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาทั้งประชากร

2. คัดเลือกแกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านด้วยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) แบ่งแกนนำตามชุมชนที่พักอาศัย ชุมชนละ 1 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน รวมทั้งสิ้น 55 คน ใน 11 ชุมชน แกนนำแต่ละกลุ่มมีผู้สูงอายุติดบ้านในเขตที่รับผิดชอบของแต่ละชุมชน จำนวน 3-5 คน แต่ละกลุ่มมีแกนนำ 3 ประเภท ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน คัดเลือกโดยเทศบาลตำบลเมืองเก่านัดหมายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในชุมชนมาประชุมที่เทศบาลและให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละชุมชนคัดเลือกแกนนำของชุมชนของตนเอง โดยวิธีการยกมือเสนอชื่อ ถามความสมัครใจและยกมือโหวตแล้วส่งรายชื่อให้เทศบาล แกนนำผู้สูงอายุ 2 คน คัดเลือกโดยให้ผู้สูงอายุแต่ละชุมชนคัดเลือกแกนนำของชุมชนตนเองในการประชุมกลุ่มผู้สูงอายุประจำเดือน และแกนนำนักเรียน 2 คน คัดเลือกโดยโรงเรียน ร่วมกับเทศบาลคัดรายชื่อนักเรียนที่มีคุณสมบัติ คือ มีประวัติการเข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนเป็นประจำและเป็นนักเรียนที่อยู่มีภูมิลำเนาอยู่ในเทศบาลตำบลเมืองเก่า โดยทำการคัดเลือกนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 ชั้นปีละ 8 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 แบบ มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบประเมินศักยภาพแกนนำการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 7 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และประเภทแกนนำ (แบ่งเป็น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำผู้สูงอายุและแกนนำนักเรียน)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อความทั้งเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 13 ข้อ คำถามเป็นแบบเลือกตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ แบ่งระดับคะแนนตามแนวคิดของบลูม (Bloom, 1971) เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (0-7 คะแนน) ปานกลาง (8-9 คะแนน) และสูง (10-13 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) (Saiyod, & Saiyod, 1999) เป็นข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ รูปแบบคำถามแบบเลือกตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีจำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ ใช้เกณฑ์การแปลผลแบ่งตามแนวคิดของ เบสท์ (Best, 1977) เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (1.00-1.66 คะแนน) ปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และสูง (2.34-3.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ศักยภาพแกนนำการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามที่ให้ผู้ตอบประเมินความสามารถของตนเองในการจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำด้านสุขภาพจิต ทักษะการสื่อสารและการให้กำลังใจ มีจำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ โดยใช้มาตรวัดประมาณค่าแบบลิเคริท (Likert's Scale) (Saiyod, & Saiyod, 1999) แบ่งความสามารถเป็น 6 ระดับ คือ 0-6 ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ เบสท์ (Best, 1977) เป็น 3 ระดับ

คือ ต่ำ (0.00-1.66 คะแนน) ปานกลาง (1.67-3.33 คะแนน) และสูง (3.34-5.00 คะแนน)

2. แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย ฉบับ (Thai GHQ - 28) เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ที่พัฒนาและแปลโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาล ศิลปะกิจ (Nilchaikovi, Sukying, & Silpakit, 1996) มีจำนวน 28 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด มีตัวเลือกคำตอบ 4 ตัวเลือก คือ ก. ข. ค. และ ง. มีเกณฑ์การประเมินโดยใช้จุดตัดโดยคะแนนมากกว่า 6 ขึ้นไป ถือว่ามีความผิดปกติทางจิต โดยเลือกใช้แบบสอบถาม Thai GHQ - 28 เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านมีความเสี่ยงต่อภาวะผิดปกติทางจิตสูง จึงต้องการทราบประเภทของอาการความผิดปกติทางจิต รูปแบบคำถาม

3. กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ประกอบด้วยการจัดกิจกรรม ดังนี้

3.1 กิจกรรมสำหรับแกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีกิจกรรมทั้งสิ้น 7 ครั้ง ได้แก่ 1) การอบรมการสร้างเสริมและประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุติดบ้านแก่แกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 2) การศึกษาปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและคณะผู้วิจัย 3) การให้แกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านศึกษาดูงานชุมชนต้นแบบด้านการดูแลผู้สูงอายุ 4) ฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านแก่แกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 5) แกนนำ ดำเนินการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านครั้งที่ 2 6) แกนนำดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้วิจัยสัมภาษณ์สุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังการเยี่ยมบ้าน 7) วิเคราะห์และสรุปผล

3.2 กิจกรรมสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ทำการวางแผนแก้ไขปัญหาด้วยการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ใช้เวลาการเยี่ยมบ้าน ประมาณ 30 นาที เป็นการสัมภาษณ์เพื่อประเมินสุขภาพจิตโดยใช้ โดยใช้แบบสอบถาม Thai GHQ-28 การสร้างสัมพันธ์และสอบถามกิจกรรมที่สนใจปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป แล้วจึงนำผลการศึกษามาวางแผนปรับปรุงตามผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 แล้วจึงทำการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ใช้เวลาการเยี่ยมบ้าน ประมาณ 60 นาที มีกิจกรรมการตรวจวัดความดันโลหิตพร้อมให้คำแนะนำสาธิตและฝึกปฏิบัติ การทำกายภาพบำบัด การออกกำลังกายด้วยยางยืด การสวดมนต์ การเล่นเกม นำร้องเพลง การวาดรูปให้ผู้สูงอายุติดบ้าน และการผลิตถุงหอมไล่ยุง หลังจากการเยี่ยมบ้าน 2 สัปดาห์ทำการติดตามประเมินสุขภาพจิตหลังการเยี่ยมบ้านและความพึงพอใจต่อกิจกรรม แล้วจึงนำมาวิเคราะห์ สรุปผลและถอดบทเรียนเพื่อการปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมในครั้งต่อไป

4. แบบประเมินความพึงพอใจโครงการ

4.1 แบบประเมินความพึงพอใจโครงการสำหรับแกนนำดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบ เป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิดจำนวน 2 ข้อ สอบถามข้อมูลด้าน เพศและอายุ และตอนที่ 2 ประเมินความพึงพอใจโครงการรูปแบบคำถามแบบเลือกตอบ คือ ดีเยี่ยม ดี ปานกลาง ควรปรับปรุงและต้องปรับปรุง มีจำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ ซึ่งใช้เกณฑ์การแปลผลแบ่งตามแนวคิดของ เบสท์ (Best, 1977) เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) ปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และสูง (3.67-5.00 คะแนน)

4.2 แบบประเมินความพึงพอใจโครงการสำหรับผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้ตอบ เป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิดจำนวน 2 ข้อ สอบถามข้อมูลด้าน เพศและอายุ และตอนที่ 2 ประเมินความพึงพอใจโครงการรูปแบบคำถามแบบเลือกตอบ คือ ดีเยี่ยม ดี ปานกลาง ควรปรับปรุงและต้องปรับปรุง มีจำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ ซึ่งใช้เกณฑ์การแปลผลแบ่งตามแนวคิดของ เบสท์ (Best, 1977) เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) ปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และสูง (3.67-5.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินศักยภาพแกนนำการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ใช้วิธีการหาค่าความเที่ยงโดยหาค่า Index of Consistency (IOC) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ให้คะแนนความสอดคล้องของเนื้อหา พบว่า ข้อคำถามมีค่าความสอดคล้องของเนื้อหามากกว่า 0.5 ทุกข้อ และดำเนินการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's

Alpha Method) โดยทำการทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกันในเขตเทศบาลตำบลลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 คน แบ่งเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 คน ผู้สูงอายุ 10 คนและนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนแห่งหนึ่ง 10 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น ได้ผลการวิเคราะห์ คือ 0.82 แบ่งเป็น ด้านความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 0.79 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 0.76 และด้านศักยภาพแกนนำการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 0.90

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนเตรียมการ

จัดทำโครงการ/ขออนุมัติโครงการฯ และการสร้างเครื่องมือวิจัย และดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ประสานคัดเลือกแกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 1 กลุ่มต่อ 1 ชุมชน ประสานงานผู้เกี่ยวข้องในการจัดอบรมทักษะแกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ได้แก่ แกนนำผู้สูงอายุ นักเรียน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิทยากร สถานที่จัดอบรมและเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง จัดเตรียมเอกสารและวัสดุ อุปกรณ์ ในการอบรม

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ขั้นการวางแผน (Plan)

1.1 ศึกษาปัญหา

- ทำการอบรมพื้นฐานความรู้การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และทักษะการสัมภาษณ์เพื่อประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและระดมสมองเพื่อออกแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพื่อจัดทำเป็นรายการกิจกรรมแล้วนำไปเสนอให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเลือกในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ใช้เวลา 5 ชั่วโมง มีการให้ความรู้การสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านด้วยการบรรยายประกอบ สไลด์ และการอบรมวิธีการประเมินสุขภาพจิตด้วยแบบสอบถาม Thai GHQ-28 และแบ่งกลุ่มเพื่อวางแผนพัฒนารูปแบบกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านด้วยการจัดกลุ่มระดมสมอง เรื่อง ออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน แบ่งกลุ่มระดมสมอง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มนักเรียนและกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ

- เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 แกนนำดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้วิจัยเก็บข้อมูลสุขภาพจิต ร่วมกันศึกษาปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยแกนนำดูแลผู้สูงอายุติดบ้านแต่ละชุมชนทำการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1 มีกิจกรรม คือ ร่วมกันสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม Thai GHQ-28 และสอบถามกิจกรรมที่สนใจปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

1.2 วางแผนแก้ไขปัญหา

- ให้แกนนำศึกษาดูงานการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นแบบ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งหลวง จังหวัดสุโขทัย ใช้เวลา 5 ชั่วโมง มีการบรรยาย เรื่อง ระบบการดูแลผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งหลวง และออกพื้นที่ดูงานการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ต้นแบบ และกิจกรรมการสรุปผลการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ครั้งที่ 1 แล้วทำการประชุมวางแผนปรับปรุงกิจกรรมที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

- ปรับปรุงแผนการจัดกิจกรรมตามผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 โดยการระดมสมอง 3 กลุ่ม ตามกลุ่มแกนนำ คือ แกนนำนักเรียน แกนนำผู้สูงอายุและแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้เวลา 30 นาที แล้วนำเสนอสรุปแผนกิจกรรมการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

2. ขั้นดำเนินงาน (Do)

- ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านแก่แกนนำดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยฝึกตามผลการปรับปรุงแผนการจัดกิจกรรมการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 คือ ใช้เวลา 5 ชั่วโมง โดยทักษะที่ฝึกเป็นไปตามผลจากการประชุมปรับปรุงกิจกรรมการเยี่ยมบ้านในกิจกรรมครั้งที่ 3 ได้แก่ ตรวจวัดความดันโลหิต พร้อมให้คำแนะนำ สาธิตและฝึกปฏิบัติ การทำกายภาพบำบัด การออกกำลังกายด้วยยางยืด การสวดมนต์ การเล่นเกมนำร้องเพลง การวาดรูปให้ผู้สูงอายุติดบ้าน และการผลิตถุงหอมไล่ยุง แบ่งภาระงานในการจัดกิจกรรมการเยี่ยมบ้านและสอนทักษะกิจกรรมที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านตามความเหมาะสมของแต่ละกลุ่มแกนนำ โดยมีการปรับปรุงกิจกรรมจากการวางแผนครั้งแรก คือ การการผลิตถุงหอมไล่ยุง

ซึ่งเป็นงานฝีมือที่ง่าย ไม่ซับซ้อน และการเต้นประกอบเพลงแทนการร้องเพลงอย่างเดียว

- แกนนำดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านแต่ละชุมชนดำเนินการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 เพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตตามผลการประเมินความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุติดบ้านแต่ละคนและตามความเหมาะสมของสภาวะร่างกายและสภาวะแวดล้อมในบ้านผู้สูงอายุติดบ้านโดยแบ่งแกนนำเป็น 11 กลุ่มตามเขตชุมชนที่แกนนำมีภูมิลำเนาอยู่ เพื่อให้ง่ายต่อการเยี่ยมบ้าน โดยแต่ละกลุ่ม ประกอบด้วย อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 1 คน ผู้สูงอายุ 2 คน และนักเรียน 2 คน ทำการเยี่ยมบ้านพร้อมกันทั้ง 5 คนในทุกหลังคาเรือนที่มีผู้สูงอายุติดเตียง

3. ขั้นการติดตามประเมินผล (Check)

- แกนนำดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้วิจัยประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังการเยี่ยมบ้าน 2 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามโดยใช้แบบสอบถาม Thai GHQ-28 และประเมินความพึงพอใจโครงการ ข้อเสนอแนะในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไปจากผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

4. ขั้นการปรับปรุง (Act)

- แกนนำดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้วิจัยร่วมถอดบทเรียนและสรุปผลโครงการ โดยเชิญแกนนำทั้ง 11 ชุมชน มาร่วมกิจกรรม โดยผู้วิจัยทำการสรุปผลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและสรุปผลความพึงพอใจต่อกิจกรรมของผู้สูงอายุติดบ้าน และทำการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ปัญหาและอุปสรรคในการเยี่ยมบ้าน และข้อเสนอแนะในการจัดการครั้งต่อไป

ขั้นตอนการประเมินและรายงานผล

ประเมินผลด้านความรู้ ทัศนคติและศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยใช้แบบสอบถามก่อนอบรมและหลังการเยี่ยมบ้าน ประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนและหลังการเยี่ยมบ้านโดยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน ประเมินความพึงพอใจและข้อเสนอแนะโครงการของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและแกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจและการอภิปรายกลุ่ม แล้วดำเนินการจัดทำรูปเล่ม สรุปผลการดำเนินงานโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปความรู้ ทัศนคติและศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและข้อมูลทั่วไปและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุติดบ้านด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ผลต่างค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ฐานนิยม ค่าต่ำสุดและสูงสุด และใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรด้วย Paired กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดสุโขทัย รหัส IRB 19/2561

ผลการศึกษา

1. ขั้นการวางแผน (Plan)

1.1 ผลการศึกษาปัญหา

1.1.1 การอบรมพื้นฐานความรู้การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และทักษะการสัมภาษณ์เพื่อประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และระดมสมองเพื่อออกแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ประเมินความรู้ ทัศนคติและศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนการอบรม โดยใช้แบบประเมินศักยภาพแกนนำการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแล้วบรรยายประกอบสไลด์ความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพจิตโดยพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ใช้เวลา 45 นาที และฝึกทักษะการทำการสัมภาษณ์เพื่อประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยใช้แบบสอบถาม Thai GHQ - 28 โดยอธิบายรายละเอียดเครื่องมือ และให้แกนนำทุกคนทดลองทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลา 30 นาที แล้วดำเนินการระดมสมองเพื่อออกแบบกิจกรรม โดยแบ่งตามกลุ่มแกนนำ ได้ผลการระดมสมอง ดังนี้ กลุ่มแกนนำ

นักเรียนเสนอกิจกรรมการเล่นเกม วาดรูป ร้องเพลงและเต้นประกอบเพลงให้ผู้สูงอายุติดบ้านดู แกนนำผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขเสนอกิจกรรมการตรวจร่างกายเบื้องต้น การจัดสภาพแวดล้อม การสนทนาพูดคุยเล่าเรื่องอดีตประสบการณ์ชีวิตให้นักเรียนฟัง การสวดมนต์กลิ่นบำบัด การร้องเพลง การให้นักเรียนช่วยเขียนจดหมายถึงเพื่อนบ้านที่อยากเขียนถึงแล้วนำไปส่งให้ การทำท่าผ่อนคลายและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย และการทำงานฝีมือง่าย ๆ เพื่อสร้างรายได้และคุณค่าทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุติดบ้าน เช่น พวกกุญแจ รองเท้า กิ๊ฟติดผม และดอกไม้จันทน์

1.1.2 ผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

แกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทำการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 โดยมีแกนนำ 11 กลุ่ม ซึ่งแต่ละกลุ่มประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน ผู้สูงอายุ 2 คน และนักเรียน 2 คน เข้าเยี่ยมบ้านในเขตชุมชนที่รับผิดชอบใช้เวลาบ้านละ 30 นาที มีกิจกรรม คือ การประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในพื้นที่ที่รับผิดชอบและประเมินความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ประมาณ 30 นาที เมื่อวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า มีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตรับผิดชอบของเทศบาลตำบลเมืองเก่าจำนวน 36 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.8) มีอายุเฉลี่ย ($\bar{X}$) 77.44 ปี (SD. = 9.391) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 61.1) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 75.0) มีโรคประจำตัวมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 69.4) ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับลูก (ร้อยละ 69.4) มีรายได้เฉลี่ย ($\bar{X}$) 880.56 บาท (SD. = 359.221) และเป็นผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล (ร้อยละ 80.6) และกิจกรรมที่ผู้สูงอายุติดบ้านต้องการทำ คือ การตรวจร่างกาย สวดมนต์ ร้องเพลง การได้สื่อสารกับเพื่อน การมีคนมาเยี่ยมบ่อย ๆ การดูการแสดง ออกกำลังกาย และงานฝีมือ อีกทั้งพบว่าเมื่อทำการทดสอบสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีผู้สูงอายุติดบ้านที่อยู่ในกลุ่มผิดปกติ คือ คะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนนถึงร้อยละ 75.0 (ดังตารางที่ 1) โดยเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุติดบ้านมีอาการทำอะไรช้ากว่าปกติมากที่สุด (ร้อยละ 88.9) รองลงมาคือ รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ (ร้อยละ 58.3) รู้สึกต้องการยาบำรุงให้มีกำลังวังชาและคิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า (ร้อยละ 52.8) ตามลำดับ ส่วนอาการที่พบน้อย คือ ไม่มีผู้ที่มีอาการรู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลและมีผู้รู้สึกว่าไม่คุ้มค่าที่จะอยู่ต่อไปร้อยละ 2.8

1.2 วางแผนแก้ไขปัญหา

1.2.1 การศึกษาดูงานการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

แกนนำการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้ไปศึกษาดูงานในชุมชนต้นแบบด้านการดูแลผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลทุ่งหลวง จังหวัดสุโขทัย เพื่อให้มีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการเป็นแกนนำดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเป็นต้นแบบในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

1.2.2 การปรับปรุงแผนการจัดกิจกรรมตามผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

แกนนำการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและผู้วิจัยนำผลการสัมภาษณ์มาประชุมวางแผนปรับปรุงกิจกรรม โดยกลุ่มแกนนำนักเรียนเสนอเกม คือ เกมเลือกอาหาร ชื่อเพลงที่จะร้องและเต้นประกอบเพลง คือ เพลงสำหรับเด็กที่นิยมร้อง เช่น จับปูดำ ชูมือขึ้นแล้วหมุน จันทร์เอ๋ยจันทร์เจ้า แกนนำผู้สูงอายุ เสนอกิจกรรมเพิ่มเติมคือ การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้สะอาดเรียบร้อย และการทำงานฝีมือง่ายๆ ที่มีขั้นตอนไม่ซับซ้อน คือ ถุงหอมไล่ยุง เพื่อสร้างรายได้และคุณค่าทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุติดบ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขเสนอกิจกรรมเพิ่มเติมคือ การจัดสภาพแวดล้อม การทำท่าผ่อนคลายและยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายด้วยยางยืด

2. ขั้นดำเนินงาน (Do)

2.1 การฝึกทักษะการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านแก่แกนนำการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

เมื่อสรุปและปรับปรุงแผนการจัดกิจกรรมได้ทำการฝึกทักษะการจัดกิจกรรมที่จำเป็นในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ นักกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลสุโขทัยบรรยาย เรื่อง การทำกายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ ใช้เวลา 30 นาที และสาธิตฝึกปฏิบัติท่ายืดเหยียดกล้ามเนื้อและท่าป้องกันข้อติด ใช้เวลา 20 นาที จากนั้นผู้วิจัยฝึกปฏิบัติการสวดมนต์ด้วยการแจกบทสวดมนต์แล้วฝึกสวดพร้อมกันหน้าพระพุทธรูปประกอบด้วยบทสวดสรรเสริญคุณพระรัตนตรัย (อิติปิโส)

คาถาแผ่เมตตาตนเองและ คาถาสะเดาะเคราะห์ (ต่ออายุ) ใช้เวลา 10 นาที และจัดกิจกรรมฝึกทักษะการออกกำลังกายด้วยยางยืดโดยอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ใช้เวลา 30 นาที แล้วในช่วงบ่ายทำการแบ่งกลุ่มเพื่อวางแผนและฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 3 กลุ่ม โดยใช้เวลา 60 นาที ได้แก่

1. กลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ทำการสาธิตและฝึกปฏิบัติการตรวจวัดความดันโลหิต และมอบหมายวางแผนภาระงานการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ การตรวจวัดความดันโลหิตสูง พร้อมให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน การทำกายภาพบำบัด การสวดมนต์ และการออกกำลังกายด้วยยางยืด

2. กลุ่มนักเรียน ทำการสาธิตและฝึกปฏิบัติการเล่นเกมเลือกอาหาร การร้องเพลงประกอบการเต้นและเครื่องเคาะ และมอบหมาย วางแผนภาระงานการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ การสวดมนต์ การเล่นเกม ร้องเพลงและเต้นประกอบจังหวะ การวาดรูปให้ผู้สูงอายุติดบ้าน และการออกกำลังกายด้วยยางยืด และให้สาธิตกลับในกิจกรรมการเล่นเกมร้องเพลงและเต้นประกอบจังหวะ

3. กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ ทำการสาธิตและฝึกปฏิบัติการทำถุงหอมไล่ยุง และมอบหมาย วางแผนภาระงานการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ การสวดมนต์ การผลิตถุงหอมไล่ยุง และการออกกำลังกายด้วยยางยืด และให้สาธิตกลับในกิจกรรมการผลิตถุงหอมไล่ยุง

เมื่อให้ความรู้และทักษะในการเยี่ยมบ้านแล้ว ทำการอธิบายภาระงานและมอบคู่มือ เอกสารและอุปกรณ์ที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านที่ได้ฝึกปฏิบัติข้างต้น กลุ่มละ 1 ชุด และให้แต่ละกลุ่มแกนนำนัดหมายและวางแผนการเยี่ยมบ้าน

2.2 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ได้ดำเนินการสร้างสัมพันธ์ประเมินสุขภาพจิตก่อนจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตและสอบถามกิจกรรมที่สนใจได้ทำการทำการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 แล้วนำไปสู่การปรับปรุงกิจกรรมตามผลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 แล้ว จึงดำเนินการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ทำการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ 36 คน ที่อยู่ใน 11 ชุมชน โดยแกนนำ 11 กลุ่มที่แบ่งตามชุมชน ซึ่งแต่ละกลุ่มประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน ผู้สูงอายุ 2 คน และนักเรียน 2 คน เข้าเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านในเขตชุมชนที่รับผิดชอบพร้อมกันรวม 5 คน ใช้เวลาประมาณ 60 นาที มีกิจกรรม ได้แก่ ตรวจวัดความดันโลหิตพร้อมให้คำแนะนำ สาธิตและฝึกปฏิบัติ การทำกายภาพบำบัด การออกกำลังกายด้วยยางยืด การสวดมนต์ การเล่นเกมนำร้องเพลง การวาดรูปให้ผู้สูงอายุติดบ้าน และการผลิตถุงหอมไล่ยุง

3. ขั้นการติดตามประเมินผล (Check)

3.1 ผลการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 แกนนำดูแลผู้สูงอายุติดบ้านได้ทำการทดสอบสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 36 คน ใน 11 ชุมชน พบว่า มีผู้สูงอายุติดบ้านที่อยู่ในกลุ่มสุขภาพจิตผิดปกติ คือ คะแนนรวมมากกว่า 5 คะแนน ถึงร้อยละ 75.0 มีค่าเฉลี่ย 10.42 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.500 (ดังตารางที่ 1) โดยเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุติดบ้านมีอาการทำอะไรช้ากว่าปกติมากที่สุด (ร้อยละ 88.9) รองลงมาคือ รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ (ร้อยละ 58.3) รู้สึกต้องการยาบำรุงให้มีกำลังวังชาและคิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า (ร้อยละ 52.8) ตามลำดับ ส่วนอาการที่พบน้อย คือ ไม่มีผู้ที่มีอาการรู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผล และมีผู้รู้สึกว่าไม่คุ้มค่าที่จะอยู่ต่อไป (ร้อยละ 2.8)

เมื่อแกนนำทำการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ครบ 2 สัปดาห์ ได้ให้แกนนำสัมภาษณ์สุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในพื้นที่ที่รับผิดชอบโดยใช้แบบสอบถาม Thai GHQ - 28 แล้วผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ผล พบว่า มีผู้สูงอายุติดบ้านที่ถูกประเมินว่าผิดปกติทางจิตเหลือเพียงร้อยละ 2.8 มีค่าเฉลี่ย 1.06 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.473 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้สูงอายุติดบ้านทุกคนไม่มีรู้สึกว่าตนเองต้องการยาบำรุงเพื่อเพิ่มกำลังวังชา ไม่มีอาการตึงหรือคล้ายมีแรงกดที่ศีรษะ ไม่รู้สึกตึงเครียดตลอดเวลา สามารถหาอะไรทำให้ตนเองไม่มีเวลาว่างได้ รู้สึกว่าโดนทั่วไปแล้วทำอะไรได้ดี รู้สึกว่าตนเองทำตัวมีประโยชน์ สามารถตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้ มีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติ ไม่มีความรู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีคุณค่า ไม่คิดอยากจบชีวิตตัวเอง ไม่รู้สึกว่าประสาทตึงเครียดจนทำอะไรไม่ได้ ไม่มีความรู้สึกอยากตายและไม่มีความรู้สึกอยากทำลายชีวิตตนเอง และเมื่อทำการเปรียบเทียบสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

กลุ่มติดบ้านก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน พบว่า หลังการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีสุขภาพจิตดีขึ้นกว่าก่อนการเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ก่อนและหลังการอบรม โดยใช้สถิติ Paired (n = 36)

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม		ผลต่างค่าเฉลี่ย	t	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ปกติ (0-5 คะแนน)	9	25.0	35	97.2	-9.361	9.166	< .001*
ผิดปกติ (6-28 คะแนน)	27	75.0	1	2.8			
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	10.42 ± 6.500		1.06 ± 1.473				
ฐานนิยม (คะแนนต่ำสุด-สูงสุด)	17 (0-27)		0 (0-7)				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2 ผลการประเมินแกนนำดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน

จากการศึกษา พบว่า แกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ตอบแบบสอบถามครบทั้งก่อนอบรมและหลังการเยี่ยมบ้านมีจำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นนักเรียน 24 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 คน และผู้สูงอายุ 16 คน โดยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 66.0 และ 34.0 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ย 37.86 ปี (SD. = 27.181) และเมื่อทำการเยี่ยมบ้าน พบว่า มีจำนวนชั่วโมงการเยี่ยมบ้านเฉลี่ย 1.21 ชั่วโมง (SD. = 1.667) ซึ่งมากกว่าภาระงานที่กำหนดไว้ 60 นาที แบ่งผลการประเมินได้ ดังนี้

3.2.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูสุขภาพจิตผู้สูงอายุติดบ้าน

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการดูสุขภาพจิตผู้สูงอายุติดบ้านของแกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนอบรม พบว่า ร้อยละ 52.0 ของแกนนำมีความรู้อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 9.24 คะแนน (SD. = 2.412) โดยข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุดคือการสวดมนต์เป็นประจำช่วยให้มีความสงบในจิตใจ (ร้อยละ 100.0) ส่วนข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ยังคิดว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านไม่ควรออกกำลังกาย พบผู้ตอบไม่ใช่เพียงร้อยละ 14.0 และเมื่อพิจารณารายกลุ่มแกนนำ พบว่า กลุ่มนักเรียนมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ มากที่สุด (ร้อยละ 41.6) แกนนำผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับสูง มากที่สุด (ร้อยละ 56.3) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้อยู่ในระดับสูงทุกคน ส่วนในระยะหลังอบรม พบว่า แกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีความรู้เกี่ยวกับการดูสุขภาพจิตผู้สูงอายุติดบ้านอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คือ ร้อยละ 52.0 ซึ่งเท่ากับก่อนการอบรม แต่มีค่าเฉลี่ยคะแนนที่สูงกว่าก่อนการอบรม คือ 9.82 คะแนน (SD. = 2.182) โดยข้อคำถามที่ตอบถูกมากที่สุดคือ การสวดมนต์เป็นประจำช่วยให้มีความสงบในจิตใจ (ร้อยละ 96.0) ส่วนข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ความเครียดทำให้หัวใจทำงานหนักพบผู้ตอบถูกร้อยละ 48.0 และเมื่อพิจารณารายกลุ่มแกนนำ พบว่า กลุ่มนักเรียนมีความรู้อยู่ในระดับต่ำและสูงเท่ากัน คือ ร้อยละ 41.6 แกนนำผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากก่อนการอบรม (ร้อยละ 75.0) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้อยู่ในระดับสูงทุกคน และเมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พบว่า แกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูสุขภาพจิตผู้สูงอายุติดบ้านเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.040$) ดังตารางที่ 2

3.2.2 ทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

จากผลการวิเคราะห์ทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของแกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนการอบรม พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ใน

ระดับสูง (ร้อยละ 76.7) มีค่าเฉลี่ยคะแนน คือ 2.45 คะแนน (SD. = 0.225) โดยมีทัศนคติที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ($\overline{X}$ = 2.88, SD. = 0.328) ส่วนทัศนคติที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ คิดว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเป็นคนที่หงุดหงิดง่าย ($\overline{X}$ = 1.52, SD. = 0.505) และเมื่อพิจารณารายกลุ่มแกนนำ พบว่า กลุ่มนักเรียนมีทัศนคติอยู่ในระดับสูง มากที่สุด (ร้อยละ 66.7) แกนนำผู้สูงอายุมีทัศนคติในระดับสูง มากที่สุด (ร้อยละ 75.0) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทัศนคติอยู่ในระดับสูง มากที่สุด (ร้อยละ 90.0) ส่วนในระยะหลังอบรม พบว่า ส่วนใหญ่แกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 91.3) มีค่าเฉลี่ยคะแนน 2.57 คะแนน (SD. = 0.178) โดยมีทัศนคติที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ การจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย จะส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีสุขภาพจิตดีขึ้น ($\overline{X}$ = 2.92, SD. = 0.340) ส่วนทัศนคติที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ การสวดมนต์เป็นประจำช่วยให้มีความสงบในจิตใจ ($\overline{X}$ = 1.86, SD. = 0.833) และเมื่อพิจารณารายกลุ่มแกนนำ พบว่า กลุ่มนักเรียนมีทัศนคติอยู่ในระดับสูงมากที่สุดและเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรม คือ ร้อยละ 87.5 แกนนำผู้สูงอายุมีทัศนคติในระดับสูง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรม คือ ร้อยละ 87.5 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทัศนคติอยู่ในระดับสูงทุกคน และเมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พบว่า แกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p = 0.001) ดังตารางที่ 2

3.2.3 ศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ในด้านศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนอบรม พบว่า อยู่ในระดับสูง มากที่สุด (ร้อยละ 44.0) มีค่าเฉลี่ยคะแนนศักยภาพเท่ากับ 2.82 คะแนน (SD. = 1.525) โดยมั่นใจว่าตนเองมีศักยภาพในเรื่องการให้เกียรติ ไม่ดูถูกเหยียดหยาม เอาใจใส่เปรียบเสมือนญาติคนหนึ่งมากที่สุด ($\overline{X}$ = 3.72, SD. = 1.727) แต่คิดว่าตนเองมีศักยภาพน้อยที่สุดในเรื่อง การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่เอื้อต่อสุขภาพจิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุติดบ้าน ($\overline{X}$ = 2.56, SD. = 1.874) และเมื่อพิจารณารายกลุ่มแกนนำ พบว่า กลุ่มนักเรียนมีศักยภาพอยู่ในระดับต่ำ มากที่สุด (ร้อยละ 58.3) แกนนำผู้สูงอายุมีศักยภาพในระดับสูง มากที่สุด (ร้อยละ 56.2) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีศักยภาพอยู่ในระดับสูง มากที่สุด (ร้อยละ 90.0) ส่วนในระยะหลังอบรม พบว่า ศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านอยู่ในระดับสูง มากที่สุด (ร้อยละ 54.0) มีค่าเฉลี่ยคะแนนศักยภาพเท่ากับ 3.32 คะแนน (SD. = 0.917) โดยมั่นใจว่าตนเองมีศักยภาพในเรื่องให้กำลังใจผู้สูงอายุติดบ้านมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.22, SD. = 1.313) แต่คิดว่าตนเองมีศักยภาพน้อยที่สุดในเรื่องประสานงาน ส่งต่อผู้สูงอายุติดบ้านที่มีปัญหาด้านสุขภาพและสุขภาพจิต ($\overline{X}$ = 2.56, SD. = 1.592) และเมื่อพิจารณารายกลุ่มแกนนำ พบว่า กลุ่มนักเรียนมีศักยภาพอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด (ร้อยละ 58.3) แกนนำผู้สูงอายุมีศักยภาพในระดับสูง มากที่สุดแต่ลดลงเล็กน้อย (ร้อยละ 50.0) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีศักยภาพอยู่ในระดับสูง มากที่สุด (ร้อยละ 90.0) และเมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พบว่า แกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีคะแนนเฉลี่ยศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p = 0.019) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยตัวแปร ก่อนและหลังการอบรมของแกนนำการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยใช้สถิติ Pair t-test (n = 50)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	SD.	t	p
1. ความรู้เกี่ยวกับการดูสุขภาพจิตผู้สูงอายุติดบ้าน				
ก่อนการอบรม	9.24	2.412	2.115	.040*
หลังการอบรม	9.82	2.182		
2. ทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน				
ก่อนการอบรม	2.45	0.225	3.490	.001*
หลังการอบรม	2.56	0.178		
3. ศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน				
ก่อนการอบรม	2.82	1.525	2.428	.019*
หลังการอบรม	3.32	0.918		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ขั้นการปรับปรุง (Act)

4.1 ผลการประเมินความพึงพอใจโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจ

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีความพึงพอใจในโครงการโดยรวมระดับมากที่สุด ($\overline{X}$= 4.51, SD. = 0.489) และจากข้อเสนอแนะของกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีข้อคิดเห็นในการเยี่ยมบ้าน คือ รู้สึกดี สนุก ชื่นชอบและอยากให้มาเยี่ยมบ้านบ่อย ๆ และแกนนำดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.40, SD. = 0.513) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูงทุกข้อ โดยมีความพึงพอใจสูงที่สุด คือ การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ($\overline{X}$ = 4.56, SD. = 0.652)

4.2 ผลการถอดบทเรียนโครงการ

หลังจากการเยี่ยมบ้านได้ทำการประชุมเพื่อถอดบทเรียนการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยมีผู้เข้าร่วมการถอดบทเรียนจำนวน 55 คน แบ่งแกนนำเป็น 5 กลุ่ม ตามประเภทแกนนำ คือ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 กลุ่ม กลุ่มแกนนำนักเรียนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม และกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม แล้วทำการอภิปรายกลุ่มหัวข้อ ดังนี้

1) ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการแบ่งเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ได้แก่ ได้พัฒนาตนเอง ได้ความรู้เพิ่มขึ้น เพื่อมาดูแลตัวเอง ได้แลกเปลี่ยนความรู้นำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันดีใจ ภูมิใจที่ได้ทำความดี ได้ทำสิ่งแปลกใหม่ สนุกสนาน รู้สึกพึงพอใจกับสิ่งที่ทำและรู้สึกปล่อยวางชีวิต ประโยชน์ต่อครอบครัว ได้แก่ สามารถนำความรู้ที่ได้รับมาปรับใช้ในครอบครัว นำไปบอกต่อกับคนในครอบครัวครอบครัวมีความภูมิใจ ชื่นชมยินดีในการเป็นแกนนำ สามารถนำไปช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวได้และนำความรู้แนะนำให้คนในครอบครัวและคนใกล้ชิด และต่อสังคม ได้แก่ สามารถนำความรู้มาเผยแพร่ในชุมชนช่วยเหลือผู้คนภายนอกได้ในอนาคต มีความรักสามัคคีในชุมชนมากขึ้นและช่วยให้ผู้ป่วยในชุมชนห่างไกลจากโรคซึมเศร้า

2) ปัญหาและอุปสรรคในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ สภาพอากาศ สภาพทางเข้าบ้านลำบาก กลัวสุนัขกัด สื่อสารกับผู้ป่วยยาก ต้องใช้เวลานาน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นแกนนำมีภาระงานมากนัดหมายยาก

3) ข้อเสนอแนะในการจัดการครั้งต่อไป ได้แก่ อยากได้ความรู้เพิ่มเติมในประเด็นอื่นๆ อยากให้มีแกนนำเพิ่มขึ้น อยากให้เพิ่มเวลาการเยี่ยมบ้าน อยากให้มีการนำสิ่งของจำเป็นให้ผู้สูงอายุ อยากให้พาผู้สูงอายุมาอบรมทำกิจกรรมร่วมกันกับแกนนำเพิ่มขึ้น ควรเชิญผู้สูงอายุติดบ้านร่วมกิจกรรมนอกบ้านด้วย เพื่อผู้สูงอายุจะได้ออกกำลังกายและได้มาพบปะผู้คน อยากให้ทีมแพทย์

ผู้เชี่ยวชาญกายภาพไปเยี่ยมผู้สูงอายุ อยากให้ทำโครงการนี้ในชุมชนอื่น ควรประชาสัมพันธ์ในชุมชนก่อนให้กลุ่มผู้ดูแลเข้าเยี่ยมผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุจะกลัวแกนนำบางคนที่เขาไม่รู้จัก

4) ความพึงพอใจในโครงการวิจัย มีข้อคิดเห็น คือ เป็นโครงการที่ดี อยากให้ทำโครงการนี้ไปทุกครัวเรือน ทุกชุมชน ทุกจังหวัด และจะเข้าไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้านให้บ่อยขึ้น

อภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านอย่างมีส่วนร่วม

รูปแบบกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นได้ออกแบบกิจกรรมตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้แนวคิดวงจรคุณภาพของเดมมิ่ง (Quality Cycle of Deming's Theory: PDCA) คือ วางแผนแก้ไขปัญหา (Plan) ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ (Do) ตรวจสอบประเมินผล (Check) และค้นหาอุปสรรค์ของปัญหาและแนวทางปรับปรุงแก้ไขเพื่อนำไปใช้ในครั้งต่อไป (Act) (Pietrzak & Paliszkiewicz, 2015) ซึ่งให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน สอดคล้องกับการศึกษาของเวธกา กลิ่นวิชิต และคณะ(Klinwichit et al., 2014) ที่ดำเนินการศึกษาวิจัยตามกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) ค้นหาปัญหา 2) วางแผนแก้ปัญหา 3) ลงมือปฏิบัติ 4) การสะท้อนผลการปฏิบัติและประเมินผล และการวิจัยของยุวดี รอดจากภัย และคณะ (Rodjarkpai et al., 2014) ที่ทำการศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ กำหนดแนวในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดำเนินงานตามแผนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และประเมินผลการดำเนินงาน

โดยงานวิจัยนี้มีการสร้างกลุ่มแกนนำเป็น 3 วัย ต่อ 1 กลุ่ม ต่อ 1 ชุมชน ประกอบด้วย นักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่และมีความรู้ด้านสุขภาพ และกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุ 2 คน โดยแกนนำสามวัยนี้มีความถนัดและความสำคัญต่อกลุ่มผู้สูงอายุแตกต่างกันไป กล่าวคือ ในกลุ่มแกนนำนักเรียนเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ โดยมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับช่วงวัยและทำให้ผู้สูงอายุติดบ้านมีความสุขขึ้นได้ ได้แก่ การพูดคุย การเล่นเกม การร้องเพลงและการวาดรูป ส่วนในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร อุปกรณ์และและการให้ข้อมูลย้อนกลับ ได้แก่ การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ การตรวจร่างกาย การแจกอุปกรณ์การออกกำลังกาย การสอนการออกกำลังกายด้วยยางยืดและยืดเหยียดร่างกาย และกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุเป็นแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ อุปกรณ์และข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การร่วมกันทำถุงหอมไล่ยุง การออกกำลังกายด้วยยางยืดและการสวดมนต์ จึงถือเป็นการให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่ครบทุกด้าน ทั้งแบบทางการ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และไม่ทางการ คือ ผู้สูงอายุและนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายที่อยู่ในชุมชนเดียวกับผู้สูงอายุติดบ้าน และมีรูปแบบการให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่ครบตามองค์ประกอบทฤษฎี คือ การให้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล อารมณ์ ทรัพยากร และการให้ข้อมูลป้อนกลับ (Rodjakpai, 2012)

งานวิจัยนี้มีการผสมผสานรูปแบบงานวิจัยที่มีการสร้างแกนนำเพื่อดูแลผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่ทำแยกกลุ่มอายุของแกนนำ การเลือกนักเรียนชั้นประถมตอนปลายเป็นแกนนำดูแลผู้สูงอายุติดบ้านสอดคล้องกับโครงการ อสม.น้อย ในหลายพื้นที่ อาทิเช่น โครงการหัวใจดวงน้อยคอยดูแลผู้ป่วย ของเทศบาลตำบลปริก อำเภอสะเดา จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ทำการค้นหาและคัดเลือกนักเรียนจากชุมชน 3 ชุมชน ทำการจัดอบรมความรู้และฝึกทักษะ แล้วให้ค้นหาผู้ป่วยร่วมกับ อสม. พี่เลี้ยง สัมภาษณ์ผู้ป่วย จากนั้นจึงให้นักเรียนเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ด้วยตนเอง และให้นักเรียนพาผู้สูงอายุออกกำลังกายยามเช้า (Hengboonyapan, Khangthamniam & Yeekhun, 2009) และการเลือกผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชนเป็นแกนนำดูแลผู้สูงอายุติดบ้านนั้นสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล พิไลพร สุขเจริญ และสมจิตร์ พะยอมยงค์ (Wongwiseskul, Sukcharoen & Payomyong, 2017) ที่สร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชนและผู้สูงอายุที่เป็นแกนนำชุมชน มีการจัดกิจกรรมเฉพาะต่าง ๆ เช่น กิจกรรมในวันสำคัญของชาติ กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนาและสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เพื่อสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ประกอบด้วย

การให้ข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพด้วยการประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย การให้การปรึกษาหารือ ได้แก่ จัดการประชุมกลุ่ม จัดกิจกรรมประชาคม และจัดเวทีสาธารณะภายในชุมชน และสอดคล้องกับพิศสมัย บุญเลิศ เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และศุภวดี แถวเพีย (Boonles, Proarak & Thaewpia, 2016) ที่สร้างความร่วมมือระหว่างสมาชิกครอบครัวของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้นำแบบมาเป็นทางการหรือตัวแทนเพื่อน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่ฝ่ายพัฒนาชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยการดำเนินงานแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะการดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง แก่ผู้ดูแลหลักและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ฝึกปฏิบัติจริงในชุมชนและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง และทำการสรุปและประเมินหลังการปฏิบัติ

2. ประสิทธิผลของกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

2.1 ความรู้ ทัศนคติและศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของแกนนำดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน

หลังการอบรมแกนนำดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.040$) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Dale (1969) ที่กล่าวว่าการเรียนรู้และการใช้สื่อจากการอ่าน ฟัง มองเห็น จะทำให้เกิดการเรียนรู้และการได้รับความรู้ผ่านทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 จะทำให้มีการเรียนรู้และการรับรู้ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดจากการจัดกิจกรรมการบรรยาย สาธิตและใช้ตัวแบบโดยการศึกษาดูงาน สอดคล้องกับศศิธร ชิดนายี ผาสุข แก้วเจริญตา อดุลย์ วุฒิจูรีพันธุ์ และอนัญญา คูอาริยะกุล (Chidnayee, Kaewcharoenta, Wuttijureepan, & Kuariyakul, 2016) ที่พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพแกนนำนักสร้างเสริมสุขภาพในการบริการปฐมภูมิ แกนนำได้รับการพัฒนาในทางที่ดีขึ้นในด้านความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ทักษะการเป็นวิทยากร ทักษะการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจและเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ในด้านทัศนคติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังการเยี่ยมบ้านพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.001$) ซึ่งเกิดจากกิจกรรมการบรรยายและการศึกษาดูงานที่สร้างความเห็นอกเห็นใจและทัศนคติที่ดีในผู้สูงอายุติดบ้าน สอดคล้องกับสอดคล้องกับศศิธร ชิดนายี และคณะ (Chidnayee et al., 2016) ที่พบว่าหลังพัฒนาศักยภาพแกนนำนักสร้างเสริมสุขภาพ แกนนำมีเจตคติที่ดีต่อชุมชนเพิ่มขึ้น และในด้านศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุของแกนนำหลังการเยี่ยมบ้านพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.019$) ซึ่งเกิดจากกิจกรรมการพัฒนาทักษะที่ใช้ในการเยี่ยมบ้าน เช่น การออกกำลังกาย การสวดมนต์ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับ ศศิธร ชิดนายี และคณะ (Chidnayee et al., 2016) ที่พบว่า หลังการจัดกิจกรรม แกนนำมีทักษะการเป็นวิทยากร การสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ เสริมสร้างพลังอำนาจและเป็นผู้นำดีขึ้น

2.2 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

หลังการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีสุขภาพจิตดีขึ้นกว่าก่อนการเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ซึ่งเกิดจากการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านโดยแกนนำมีส่วนร่วมตั้งแต่การร่วมค้นหาปัญหาที่ได้สอบถามปัญหาและความต้องการโดยตรงจากผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน การร่วมวางแผนการเยี่ยมบ้านโดยแกนนำที่เป็นคนในพื้นที่ และดำเนินการเยี่ยมบ้าน ของแกนนำที่ได้รับอบรมความรู้และฝึกทักษะที่จะนำไปใช้ในการเยี่ยมบ้าน โดยการเยี่ยมบ้านมีกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพจิตทั้ง การให้กำลังใจ การร้องเพลง กลิ่นบำบัด การออกกำลังกายและการร่วมกันทำงานฝีมือ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยเป็นไปตามยุทธศาสตร์เพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต ที่เสนอว่าการจัดระบบการช่วยเหลือผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาชีวิตที่ทั่วถึง รวดเร็วและใกล้บ้านจะส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการป้องกัน กลุ่มป่วยได้รับการรักษาในระยะเริ่มแรกเพื่อบรรเทาอาการและหายจากอาการป่วยทางจิตได้รวดเร็วยิ่งขึ้น (Tantipiwatanaskul, & Setalapinan, 2011) ซึ่งสอดคล้องกับ Ram?rez, Ortega, Chamorro & Colmenero (2014) ที่พบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุมีความกังวลและอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ และ Khazaee-Pool, Sadeghi, Majlessi F & Rahimi Foroushani (2015) ที่พบว่า หลังการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุมีความสุขมากกว่าก่อนการจัดกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) และสอดคล้องกับนรินทร์ หมื่นแสน และสุชาดา ไกรพิบูลย์ (Muensaen, & Kraiphibul, 2014) ที่พบว่า หลังการจัดกิจกรรมผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้นทุกด้าน ทั้งสุขภาพกาย จิตและสังคม

ข้อจำกัดในการศึกษา

ไม่มีระเบียบในการเบิกจากงบประมาณในการเดินทางไปเยี่ยมบ้านและเบี้ยเลี้ยงให้แก่แกนนำ จึงทำการเยี่ยมบ้านเพียง 2 ครั้ง โดยการวิจัยในครั้งต่อไป ควรจะหาแนวทางแก้ไขปรับปรุงงบประมาณให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง และแกนนำบางท่านมีภาระงานที่ซ้ำซ้อนหลายโครงการทำให้ยากต่อการนัดหมายเพื่อจัดกิจกรรม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

สามารถนำรูปแบบกิจกรรมไปปรับใช้ในการจัดกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านด้วยการสร้างแกนนำดูแลผู้สูงอายุติดบ้านโดยใช้จิตอาสาในชุมชนในหลากหลายช่วงวัย เนื่องจากแต่ละช่วงวัยมีความสามารถและความถนัดที่แตกต่างกัน โดยการคัดเลือกแกนนำควรพิจารณาจากความสามารถและภาระงานที่เหมาะสม อีกทั้งควรเพิ่มจำนวนแกนนำในแต่ละชุมชนเพื่อง่ายต่อการดำเนินการและเพื่อความต่อเนื่องของกิจกรรม และควรขยายผลไปสู่ผู้ป่วยติดบ้านกลุ่มอื่น เช่น ผู้พิการและผู้ป่วยเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปผู้วิจัยควรใช้รูปแบบกิจกรรมที่หลากหลายขึ้น ควรเพิ่มความถี่ในการอบรมให้ความรู้ที่จำเป็นในการเป็นแกนนำสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และเพิ่มความถี่ ระยะเวลาและความต่อเนื่องในการเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งมีการติดตามผล เพื่อให้ได้ผลที่ดีและยั่งยืนขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ เทศบาลตำบลเมืองเก่า จังหวัดสุโขทัย และขอขอบคุณคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง เทศบาลตำบลลานหอย จังหวัดสุโขทัย และผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

Banjaponpitak, A., Wanitrommanee, K., & Panuwatsuk P. (2012). *Hand book for 5 dimensional model of happiness in elderly.* Nonthaburi: Department of Mental Health. [In Thai].

Best, John W. (1977). *Research in Education* (3nd ed.). Englewood Cliffs, N. J.: Prentice – Hall.

Bloom, B. S. (1971). Mastery learning. In J. H. Block (Ed.), *Mastery learning, theory and practice* (pp. I47-63). New York: Holt, Rinehart, and Winston.

Boonles, P., Proarak, T., & Thaewpia, S. (2016). Continuous care model development for disability elders in Bandongmone health promotion hospital Tumbon Singkok Aumphur Kasetwisai Roi-Et Province. *Journal of the Office of DPC7 Khon Kaen*, *23*(2), 79-87. [In Thai].

Boonnarakorn, S. (2012). *Holistic health promotion for every age* (4th ed.). Songkhla: Tameprint. [In Thai].

Chansawang, W. (2005). Participation: Participatory community. In Tansakul, S., (Ed.). *Theory and model: Application for health education* (2nd ed.) (pp. 176-177). Bangkok: YTR printing. [In Thai].

Charoengul, P. (2012). *Self-care in elderly: Care of elderly*. Songkhla: The Thai Red Cross Society. [In Thai].

Chidnayee, S., Kaewcharoenta, P., Wuttijureepan,A., & Kuariyakul, A. (2016). The competencies development of health promotion leaders at primary care. *Journal of Nursing and Education, 9*(2), 40-54. [In Thai].

Dale, E. (1969). *Audio-visual method in teaching*. New York: Rinehart and Winston.

Hengboonyapan, D., Khangthamniam, K., & Yeekhun, S. (2009). *Muepunyabengbanthibanprik*. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation. [In Thai].

Khazaee-Pool, M., Sadeghi, R., Majlessi, F., & Foroushani, R. (2015). A Effects of physical exercise programme on happiness among older people. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22*(1), 47-57.

Klinwichit, W., Piriyapun, P., Klinwichit, S., Inchai, P., U-Simat, K., & Klinwichit, P. (2016). *Development family and community health leader for elderly in community: Saensuk municipality Chonburi (Phase II): Model of development of health leader potenyial for elder care in family and community for elderly care*. Chonburi: Burapha University. [In Thai].

Mental Health Center 2, Department of Mental Health. (2016). *Situation of elderly*. Retrieved 22 November 2018 from https://www.mhc2.go.th. [In Thai].

Muensaen, N., & Kraiphibul, S. (2014). Community participation for health promotion of the elderly in Thungluke Village, Chiang Dao District, Chiang Mai Province. *Nursing Journal, 41*(1), 1-12. [In Thai].

National Statistical Office. (2018). *Publish news "what is statistic showing?: elderly in present and future.* Recrieved 30 November 2018 from http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/Press_Release/2561/N10-04-61-1.aspx. [In Thai].

Nilchaikovi, T., Sukying, C., & Silpakit C. (1996). Reliability and validity of the Thai version of the general health questionaire. *The Journal of The Psychiatric Association of Thailand, 41*(1), 2-17. [In Thai].

Pietrzak, M., & Paliszkiewicz, J. (2015). Framework of strategic learning: The pdca cycle. *Management, 10* (2), 149–161.

Ramírez, E., Ortega, A.R., Chamorro, A., & Colmenero, J.M. (2014). A program of positive intervention in the elderly: memories, gratitude and forgiveness. *Aging & Mental Health, 18*(4), 463-470.

Rodjakpai, Y. (2012). *Health promotion theories and concepts* (2nd ed.). Chon Buri: Hoko press. [In Thai].

Rodjarkpai, Y., Rojpaisarnkit, K., & Pongsaengpan, P. (2014). *Model of community development and family to care for the elderly master integrated*. Chonburi: Burapha University. [In Thai].

Saiyod, L., & Saiyod, A. (1999). *Attitude measurement*. Bangkok: Suviriyawongsan. [In Thai].

Sub-District municipality of Muangkao, Sukhothai Province. (2017). *The results of the screening in elderly people with ADL (Activities of Daily Living) evaluation*. Sukhothai: Sub-District municipality of Muangkao. (Mimeographed). [In Thai].

Sukhothai provincial public health office. (2018). *Number of elderly in the area. Classified by the ability to perform daily activities*. Retrieved 22 November 2018 from https://sti.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php. [In Thai].

Tantipiwatanaskul, P., & Setalapinan, A. (2011). *Hand book for building happiness at the province level*. Bangkok: Creative guru. [In Thai].

Wongwiseskul, S., Sukcharoen, P., & Payomyong, S. (2017). Community participation model of health promotion for the elderly in Bangphlat District, Bangkok Metropolis. *SDU Research Journal, 10*(2), 153-74. [In Thai].