

การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิต และสุขภาพจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุ

พิสิษฐ์ สมงาม, สม.¹ นภาพร เอี่ยมละออ, ประ.ด.^{2*} แสงเดือน พรหมแก้วงาม, ประ.ด.² ณิรุช วงค์เจริญ, ประ.ด.²

เกียรติศักดิ์ อองกุลนะ, ประ.ด.² กัลยกร ธิ์งาน, บธ.ม.³ อรพิน บัวงาม, วท.ม.³

วันที่รับ: 10 พฤษภาคม 2569 วันที่แก้ไข: 29 สิงหาคม 2569 วันที่ตอบรับ: 30 สิงหาคม 2569

บทคัดย่อ

การส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขทางใจ เพิ่มความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความหมาย การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการรับรู้ ปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ 2) พัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุ และ 3) ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อภาวะซึมเศร้าและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ อำเภอจุน จังหวัดพะเยา การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และพัฒนาโปรแกรม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มควบคุมไม่เท่าเทียมกัน วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยและแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบผสม ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับความสงบทางใจ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การค้นหาความหมายของชีวิต และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งถูกนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรม ผลการวิจัยระยะที่ 2 พบว่า คะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและระยะเวลาการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1,30)=19.484, p<.001, \eta^2p=.394$) แสดงว่าโปรแกรมสามารถส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลในระดับสูง ($\eta^2p=.394$) ขณะที่คะแนนภาวะซึมเศร้าไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและระยะเวลาการวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1,30)=0.832, p=.369, \eta^2p=.027$) ดังนั้นโปรแกรม นี้ จึงเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับบุคลากรสุขภาพที่จะนำไปใช้ในการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณ, ผู้สูงอายุ, สุขภาพจิต, สุขภาพจิตวิญญาณ

พะเยา

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจุน จังหวัดพะเยา

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

³ บุคลากรสายสนับสนุน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล napa.aeam@gmail.com

Development and effectiveness of mental health and spiritual health cares program for older persons

Phisit Somngam. MPH.¹, Napaporn Aeamla-or, Ph.D.^{2*} Saengduean Phromkaewngam, Ph.D.²

Neeranuch Wongcharoen, Ph.D.², Kiatisak Ongkulna, Ph.D.², Kunyakorn Rubngan, MBA.³, Orapin Buangam, M.Sc.³

Received: May 5, 2026 Revised: Aug 29, 2026 Accepted: Aug 30, 2026

Abstract

Promoting mental health and spiritual health in older persons can assist them in achieving psychological well-being, enhancing self-esteem, and living meaningful lives. This research and development study aimed to: (1) explore perceptions, problems, and needs related to mental and spiritual health among older persons; (2) develop a mental health and spiritual health care program for older persons; and (3) examine the effects of the program on depression and spiritual well-being among older persons in Chun District, Phayao Province. The study was conducted in two phases. Phase I involved a situational analysis and program development using in-depth interviews and focus group discussions with older persons, caregivers, village health volunteers, and healthcare personnel. Data were analyzed using content analysis. Phase II employed a quasi-experimental study with a non-equivalent control group pretest–posttest design. A total of 32 older persons were recruited and assigned to either an experimental group ($n = 16$) or a control group ($n = 16$). The experimental group participated in the mental health and spiritual health cares program for four weekly sessions, each lasting 120 minutes, while the control group received routine care. Research instruments included the Thai Geriatric Depression Scale and the Spiritual Well-Being Scale, with Cronbach's alpha coefficients of .91 and .88, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Mixed Analysis of Variance (Mixed ANOVA). The findings from phase I indicated that older persons emphasized inner peace, social support, meaning of life, spiritual connectedness, and religious practices as important dimensions of mental and spiritual well-being. These findings served as the foundation for program development. In Phase II, a significant interaction effect between group and time was found for spiritual well-being scores ($F(1,30)=19.484$, $p<.001$, $\eta^2p=.394$) indicating that the program effectively enhanced spiritual well-being among the participants. However, no significant interaction effect was observed for depression scores ($F(1,30) = 0.001$, $p = .981$). Thus, this program may serve as an alternative approach for healthcare providers in providing mental health and spiritual health care for older persons.

Keywords: Mental health and spiritual health cares program, Elderly, Mental health, Spiritual health

¹ Public Health Technical Officer, Professional Level, Amphoe Chun District Health Office, Phayao

² Lecturer, School of Nursing, University of Phayao

³ Supporting Staff, School of Nursing, University of Phayao

* Corresponding author, email: napa.aeam@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (aged society) และมีแนวโน้มที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นประเด็นสำคัญของระบบสุขภาพและสังคมไทย การดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันจึงไม่ควรมุ่งเน้นเพียงการดูแลสุขภาพกาย แต่ควรครอบคลุมมิติด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (Department of Older Persons, 2023; World Health Organization, 2023) ผู้สูงอายุมักเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ได้แก่ ความเสื่อมถอยของร่างกาย การเจ็บป่วยเรื้อรัง การสูญเสียบทบาททางสังคม การเกษียณอายุ และการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความเครียด ความโดดเดี่ยว ความรู้สึกไร้คุณค่า และภาวะซึมเศร้า อันส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสุขในการดำรงชีวิต (World Health Organization, 2023) อย่างไรก็ตาม แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมในปัจจุบันให้ความสำคัญกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) มากขึ้น เนื่องจากเป็นปัจจัยภายในที่ช่วยให้บุคคลรับรู้คุณค่าและความหมายของชีวิต มีความหวัง ยอมรับความเปลี่ยนแปลงและความสูญเสีย รวมทั้งสามารถเชื่อมโยงกับตนเอง ผู้อื่น และสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจได้อย่างเหมาะสม (Coelho-Júnior et al., 2022; McManus, 2024) ทั้งนี้หลักฐานเชิงประจักษ์ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต ความหวัง และความสามารถในการเผชิญปัญหา ขณะที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความทุกข์ทางจิตใจ (Coelho-Júnior et al., 2022; Trapsinsaree et al., 2022; McManus, 2024) นอกจากนี้ การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการตระหนักรู้ตนเอง การค้นหาความหมายของชีวิต การสร้างความหวัง และการฝึกสติ ยังสามารถช่วยพัฒนาสุขภาพทางจิตใจและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hsiung et al., 2023; Wang et al., 2024)

จังหวัดพะเยาเป็นจังหวัดที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสูง โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 28.47 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยหลายพื้นที่ของประเทศ (Department of Older Persons, 2025) ขณะเดียวกันยังประสบปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความโดดเดี่ยว และการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอำเภอจุนที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็นผู้สูงอายุ (The Technical Promotion and Support Office Region 9, Ministry of Social Development and Human Security, 2025) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพจิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพกายหรือการลดภาวะซึมเศร้า ขณะที่โปรแกรมที่บูรณาการการส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณร่วมกันอย่างเป็นระบบยังมีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะโปรแกรมที่พัฒนาจากการศึกษาความต้องการ ปัญหา และบริบททางสังคม วัฒนธรรมของผู้สูงอายุในชุมชน อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาวิจัยในจังหวัดพะเยาที่ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development [R&D]) เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุโดยอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์จากพื้นที่

การวิจัยครั้งนี้จึงได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาโปรแกรมของ Van Meijel et al. (2004) ร่วมกับแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณตามบริบทพุทธศาสนา ซึ่งให้ความสำคัญกับความเข้าใจตนเองและธรรมชาติของชีวิต ความสงบทางใจ ความหวัง และการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และแนวคิดการลดความเครียดด้วยการฝึกสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction [MBSR]) ของ Kabat-Zinn (2003) ที่ส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเอง การอยู่กับปัจจุบัน และการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่อำเภอจุน จังหวัดพะเยา และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อภาวะซึมเศร้าและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาจะเป็นองค์ความรู้และแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

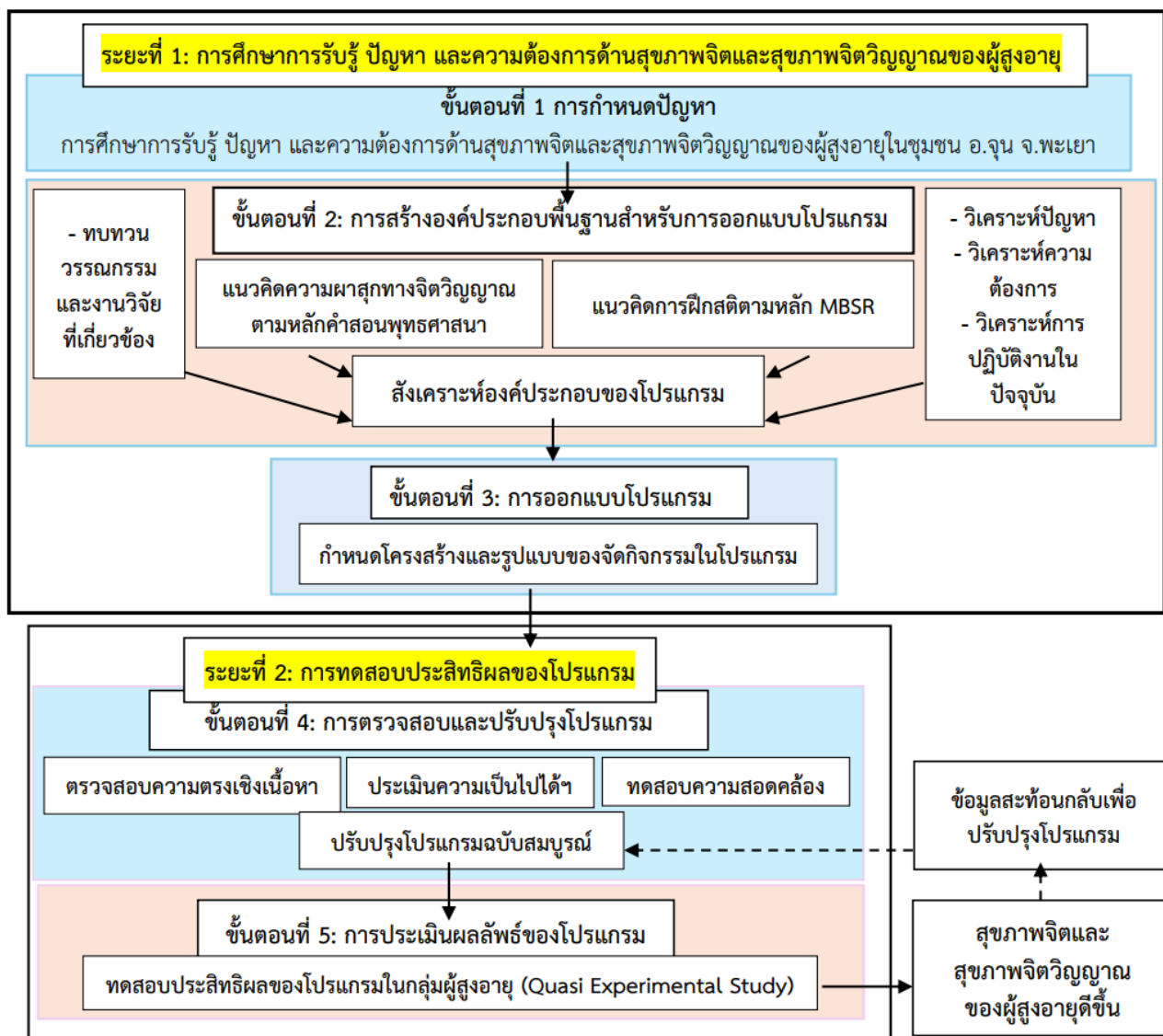
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ ปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อภาวะซึมเศร้าและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐาน

1. ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณเปลี่ยนแปลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง
2. ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเปลี่ยนแปลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development [R&D]) มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาการรับรู้ ปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ (2) พัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุ และ (3) ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมต่อภาวะซึมเศร้าและ

ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ โดยดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิดการพัฒนาและตรวจสอบโปรแกรมของ Van Meijel et al. (2004) การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาการรับรู้และพัฒนาโปรแกรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหา มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาประเด็นปัญหาที่เป็นจุดมุ่งเน้นของการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุในอำเภोजุน จังหวัดพะเยา โดยใช้การวิเคราะห์เอกสาร

ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจความต้องการ เนื้อหา และกิจกรรมที่ต้องการพัฒนาโปรแกรม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ ปัญหา ความต้องการด้านสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ บริบทการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณในชุมชน เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์เป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567 ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

2.1 การทบทวนวรรณกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับลักษณะและสาเหตุของปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณ ตลอดจนโปรแกรมหรือกิจกรรมที่มีการพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลในกลุ่มผู้สูงอายุ

2.2 การวิเคราะห์ปัญหา ดำเนินการโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 10 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพด้านสุขภาพจิต 2 คน บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ 2 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ 2 คน และผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง 4 คน โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณ ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพจิต และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินต่อเนื่องจนข้อมูลอิ่มตัว (data saturation) และไม่พบประเด็นใหม่จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม

2.3 การวิเคราะห์ความต้องการ ดำเนินการโดยการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) กับผู้เข้าร่วมจำนวน 18 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ 16 คน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณ 2 คน โดยแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ใช้ระยะเวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 60-90 นาทีต่อครั้ง ประเด็นการสนทนาครอบคลุมความต้องการด้านเนื้อหา รูปแบบกิจกรรม ปัจจัยสนับสนุน เงื่อนไขความสำเร็จ ผลลัพธ์ที่คาดหวังของโปรแกรม ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบท วิถีชีวิต และความเชื่อของผู้สูงอายุในพื้นที่

2.4 การวิเคราะห์การปฏิบัติงานในปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ การดำเนินงาน แนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ แนวปฏิบัติที่ดีและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ถูกนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุตามบริบทของอำเภोजุน จังหวัดพะเยา ดำเนินการด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 8 คน ซึ่งเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อระบุจุดแข็ง ข้อจำกัด และโอกาสในการพัฒนาระบบการดูแล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามแนวคิดของ Lincoln & Guba (1985) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของผลการวิจัย โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล (member checking) เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลและการตีความ การตรวจสอบโดยทีมนักวิจัย (peer debriefing) เพื่อทบทวนความสมเหตุสมผลของกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล การเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง (data triangulation) ได้แก่ ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการวิเคราะห์การปฏิบัติงานในปัจจุบัน รวมทั้งการบันทึกขั้นตอนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ (audit trail) เพื่อให้สามารถตรวจสอบย้อนกลับได้ตลอดกระบวนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบโปรแกรม เป็นการพัฒนาโปรแกรมต้นแบบโดยใช้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และบริบทของพื้นที่ เพื่อกำหนดกรอบแนวคิด โครงสร้าง เนื้อหา และ

กิจกรรมของโปรแกรมให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ มุ่งส่งเสริมสุขภาพจิต สุขภาพจิตวิญญาณ ลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ โปรแกรมจัดกิจกรรมแบบกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที รวม 4 ครั้ง โดยผู้วิจัยที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม และใช้คู่มือดำเนินกิจกรรมฉบับเดียวกันตลอดการศึกษาเพื่อควบคุมความเที่ยงตรงในการจัดกิจกรรม (intervention fidelity)

ระยะที่ 2 การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบและปรับปรุงโปรแกรม เป็นการตรวจสอบคุณภาพและปรับปรุงโปรแกรมก่อนนำไปทดสอบประสิทธิผล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

4.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โปรแกรมต้นแบบได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช อาจารย์พยาบาลผู้สูงอายุ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตวิญญาณ เพื่อประเมินความเหมาะสม ความครบถ้วน และความสอดคล้องของเนื้อหา กิจกรรม และวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ผลการประเมินพบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหากับวัตถุประสงค์ (IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.80-1.00 แสดงว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ในการวิจัยได้ จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงเป็นโปรแกรมต้นแบบฉบับที่ 1

4.2 การตรวจสอบความสอดคล้องของโปรแกรม ผู้วิจัยนำโปรแกรมต้นแบบฉบับที่ 1 ไปทดลองดำเนินกิจกรรมและประเมินผลภายหลังการดำเนินกิจกรรม โดยพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา ความชัดเจนของภาษาและสื่อประกอบ ความต่อเนื่องของกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรม ข้อมูลที่ได้รับถูกนำมาปรับปรุงและพัฒนาเป็นโปรแกรมต้นแบบฉบับที่ 2

4.3 การประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับโปรแกรม ผู้วิจัยนำโปรแกรมต้นแบบฉบับที่ 2 ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เพื่อประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับโปรแกรมในด้านเนื้อหา รูปแบบกิจกรรม ความชัดเจนของสื่อประกอบ ความเหมาะสมของระยะเวลา และการดำเนินกิจกรรม ผลการประเมินและข้อเสนอแนะที่ได้รับถูกนำมาปรับปรุงเป็นโปรแกรมฉบับสมบูรณ์สำหรับการทดสอบประสิทธิผลในระยะต่อไป

ขั้นตอนที่ 5: การประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ non-equivalent control group pretest-posttest design ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภोजัน จังหวัดพะเยา อายุระหว่าง 60 – 75 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภोजัน จังหวัดพะเยา อายุ 60 - 75 ปี คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดรุนแรง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว หรือโรคทางจิตเวชรุนแรง รวมถึงผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยซึ่งไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ สำหรับเกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ การเกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช การมีความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตายระหว่างการศึกษ หรือการถอนตัวจากการวิจัยโดยสมัครใจ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1.9.4 ภายใต้สถิติ F test เลือกวิธีการคำนวณแบบ repeated measures, within-between interaction เนื่องจากการศึกษานี้มีปัจจัยระหว่างกลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) และปัจจัยภายในกลุ่ม (การวัดผลก่อนและหลังการทดลอง) ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Mixed ANOVA โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (effect size = .25) ตามข้อเสนอของโคเฮน (Cohen, 1988) ทั้งนี้การกำหนดค่า effect size ระดับปานกลางสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hsiung et. al., (2023) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตและจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ ซึ่งพบขนาดอิทธิพลในระดับปานกลาง ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 28 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการศึกษ จึงได้กลุ่มตัวอย่างรวม 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 คน และกลุ่มควบคุม 16 คน

การคัดเลือกและแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จาก 2 พื้นที่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในอำเภोजัน จังหวัดพะเยา ได้แก่ บ้านสันหลวง หมู่ที่ 5 และ หมู่ที่ 10 โดยทั้งสองหมู่บ้านตั้งอยู่ห่างกันประมาณ 500 เมตร มีจำนวนครัวเรือนประมาณหมู่บ้านละ 200 ครัวเรือน และมีลักษณะทางประชากรและบริบทชุมชนโดยรวมใกล้เคียงกัน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และดำรงชีวิตภายใต้บริบททางสังคมและวัฒนธรรมเดียวกัน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม (contamination effect) ที่อาจเกิดจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมของโปรแกรม ผู้วิจัยจึงกำหนดให้ผู้สูงอายุในบ้านสันหลวง หมู่ที่ 5 เป็นกลุ่มทดลอง และผู้สูงอายุในบ้านสันหลวง หมู่ที่ 10 เป็นกลุ่มควบคุม นอกจากนี้ พื้นที่ศึกษาดังกล่าวยังเป็นพื้นที่ที่พบปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและมีความจำเป็นต่อการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณในชุมชน

สำหรับการลดอคติจากการคัดเลือก (selection bias) ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเดียวกันทั้งสองกลุ่ม ใช้ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลชุดเดียวกัน และใช้เครื่องมือวัดชุดเดียวกันตลอดการศึกษา ทั้งนี้ แม้ว่าทั้งสองพื้นที่อาจมีความแตกต่างด้านเศรษฐกิจและสังคมบางประการ แต่ผลการเปรียบเทียบคุณลักษณะพื้นฐานก่อนการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในตัวแปรพื้นฐานที่สำคัญ ($p>.05$) จึงสามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ของโปรแกรมระหว่างสองกลุ่มได้อย่างเหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว บทบาทในครอบครัว อาชีพ ความเพียงพอของรายได้

2.2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (Thai Geriatric Depression Scale-15: TGDS-15) เป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พัฒนาจาก Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15) ของ Sheikh and Yesavage (1986) และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยรวมทั้งตรวจสอบคุณสมบัติการวัดโดย Wongpakaran and Wongpakaran (2012) เครื่องมือใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ "ใช่" หรือ "ไม่ใช่" ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน โดยคะแนน 0-5 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 6-10 คะแนน หมายถึง สงสัยภาวะซึมเศร้า และคะแนน 11-15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือต้นฉบับอยู่ในระดับดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .91

2.3 แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณสำหรับชาวไทยพุทธที่เจ็บป่วยเรื้อรัง พัฒนาโดยแสงเดือน พรหมแก้วงาม และคณะ (Promkaewngam et al., 2014) ใช้ประเมินระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความสุขสงบ จำนวน 4 ข้อ (2) ความเข้าใจตนเองและธรรมชาติของชีวิต จำนวน 4 ข้อ และ (3) ความหวังและการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ถึง 5 = เห็นด้วยอย่างมาก คะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ระหว่าง 1.00-5.00 คะแนน โดยแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับต่ำ 2.34-3.67 คะแนน หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง และ 3.68-5.00 คะแนน หมายถึง มีความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับสูง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89 สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา เลขรับรองการวิจัย 035/2567 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยเคารพความเป็นบุคคล

ดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการอนุญาตเก็บข้อมูล เข้าถึงผู้ให้ข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยได้อย่างอิสระ และขออนุญาตบันทึกเสียงสนทนา ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ กิจกรรมของผู้ให้ข้อมูล การร่วมวิจัยในครั้งนี้สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ระบุเหตุผล การรักษาความลับโดยนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และมีค่าชดเชยการเสียเวลาสำหรับผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

ขั้นก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพื้นฐาน ภาวะซึมเศร้า และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ขั้นตอนโปรแกรม สัปดาห์ที่ 1-4 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่

ขั้นหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลซ้ำด้วยเครื่องมือชุดเดียวกันในทั้งสองกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามแนวทางของ Elo and Kyngäs (2008) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญสำหรับการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุ

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ประสิทธิผลของโปรแกรม ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ ได้แก่ การแจกแจงแบบปกติของข้อมูล (normality) ความเท่าเทียมของความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม (homogeneity of variance) และค่าผิดปกติ (outliers) ก่อนดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบผสม (Mixed Analysis of Variance: Mixed ANOVA) โดยกำหนดกลุ่ม (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) เป็นปัจจัยระหว่างกลุ่ม (between-subject factor) และระยะเวลาการวัด (ก่อนและหลังการทดลอง) เป็นปัจจัยภายในกลุ่ม (within-subject factor) รายงานผลด้วยค่า F, p-value และขนาดอิทธิพล (Partial Eta Squared: η^2p) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ไม่พบค่าผิดปกติที่มีอิทธิพลต่อผลการวิเคราะห์ และมีความเท่าเทียมของความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นสำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Mixed ANOVA

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาการรับรู้ ปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาระยะที่ 1 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญจำนวน 10 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพด้านสุขภาพจิต บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ประธานชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบประเด็นหลัก 4 ด้าน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยจากการวิเคราะห์เนื้อหา

Theme	Subthemes
การรับรู้ด้านสุขภาพจิต	1) สุขภาพจิตคือความสงบสุขภายในจิตใจ 2) สุขภาพจิตคือความสามารถในการปรับตัวต่อปัญหาชีวิต 3) สุขภาพจิตที่ไม่ดีสัมพันธ์กับความเครียด ความสูญเสีย และปัญหาชีวิต
การรับรู้ด้านสุขภาพจิตวิญญาณ	1) การเข้าใจตนเองและธรรมชาติของชีวิต 2) การยอมรับและปล่อยวาง 3) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม 4) การมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ 5) การสวดมนต์ ทำบุญ และการฝึกสมาธิ

Theme	Subthemes
ปัญหาและอุปสรรคด้านสุขภาพจิต	1) ความเครียดจากโรคเรื้อรังและความเสื่อมตามวัย 2) ความเหงาและการขาดการดูแลจากครอบครัว 3) ปัญหาเศรษฐกิจ หนี้สิน และภาระค่าใช้จ่าย 4) การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด 5) ข้อจำกัดด้านบุคลากรและระบบบริการ
ความต้องการการส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณ	1) ความต้องการกิจกรรมกลุ่มและโรงเรียนผู้สูงอายุ 2) ความต้องการการเยี่ยมบ้านและการสนับสนุนจากชุมชน 3) ความต้องการกิจกรรมทางศาสนาและการฝึกสติ 4) ความต้องการอาชีพและการสร้างคุณค่าในตนเอง 5) ความต้องการระบบบริการและการเดินทางที่เข้าถึงได้

ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การรับรู้ด้านสุขภาพจิต ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มองว่าสุขภาพจิตหมายถึงการมีความสุข ความสงบทางใจ สามารถจัดการอารมณ์และปรับตัวต่อปัญหาชีวิต ความเจ็บป่วย และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ขณะที่ผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดีมักมีความเครียด วิตกกังวล หรือไม่สามารถเผชิญปัญหาชีวิตได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำกล่าว

“สุขภาพจิตคือการที่คนมีความสุขกับตัวเอง รู้จักจัดการอารมณ์ของตัวเอง และอยู่ร่วมกับคนรอบข้างได้อย่างมีความสุข” (พยาบาลวิชาชีพ)

2. การรับรู้ด้านสุขภาพจิตวิญญาณ ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่าสุขภาพจิตวิญญาณเกี่ยวข้องกับการเข้าใจตนเอง การยอมรับความจริงของชีวิต การรู้จักปล่อยวาง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน รวมทั้งการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจผ่านการทำบุญ สวดมนต์ และฝึกสมาธิ ซึ่งช่วยให้เกิดความสงบและความเข้มแข็งภายในจิตใจ

“ต้องรู้จักปล่อยหรือปล่อยวาง เพราะอายุมากแล้ว ให้กินให้ดี ให้อยู่ให้ดี อยู่แบบพอเพียงก็เพียงพอแล้ว” (ผู้สูงอายุ)

3. ปัญหาและอุปสรรคด้านสุขภาพจิต ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่าปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ โรคเรื้อรัง ความเสื่อมตามวัย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความเหงา การขาดการดูแลจากครอบครัว ปัญหาหนี้สินและเศรษฐกิจ ตลอดจนอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาการเดินทางและข้อจำกัดด้านบุคลากร

“ผู้สูงอายุหลายคนอยู่บ้านคนเดียว ลูกหลานไปทำงานต่างจังหวัด ทำให้รู้สึกเหงาและไม่มีคนคุยด้วย” (ประธานชมรมผู้สูงอายุ)

4. ความต้องการการส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณ ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่าควรมีการส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณผ่านกิจกรรมกลุ่ม การพบปะเพื่อนวัยเดียวกัน โรงเรียนผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้าน การพัฒนาทักษะอาชีพ การฝึกสติ การสวดมนต์ และกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้คุณค่าในตนเอง มีความหวังและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

“อยากให้มามีกิจกรรมที่ทำแล้วสบายใจ ได้พูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน และได้เรียนรู้วิธีการจัดการความเครียด” (ผู้สูงอายุ)

ผลการวิเคราะห์เนื้อหาสะท้อนว่า ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับความสงบทางใจ การยอมรับความเปลี่ยนแปลงของชีวิต การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ขณะเดียวกันยังเผชิญปัญหาความเครียด ความเหงา ปัญหาเศรษฐกิจ และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีความต้องการกิจกรรมที่ส่งเสริมการพบปะทางสังคม การฝึกสติ การสร้างความหวัง การค้นหาความหมายของชีวิต และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวถูกนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุในระยะต่อไป

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุ

ผลการสังเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาการรับรู้ ปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณตามหลักพุทธศาสนา (Buddhist Spiritual Well-being) และแนวคิดการลดความเครียดด้วยการฝึกสติ (Mindfulness-Based

Stress Reduction: MBSR) นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุ อำเภอจุน จังหวัดพะเยา

ผลการศึกษาระยะที่ 1 สะท้อนว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับความสงบทางใจ การยอมรับความเปลี่ยนแปลงของชีวิต การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การสวดมนต์ การฝึกสมาธิ ตลอดจนความต้องการกิจกรรมที่ส่งเสริมการพบปะทางสังคม การสร้างความหวัง และการค้นหาความหมายของชีวิต ข้อมูลดังกล่าวจึงถูกนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการกำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา และกิจกรรมของโปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นบูรณาการแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณตามหลักพุทธศาสนาและแนวคิด การลดความเครียดด้วยการฝึกสติ เพื่อส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเอง การจัดการอารมณ์ การสร้างความหวัง การค้นหาความหมายของชีวิต การมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม อันนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพจิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ โปรแกรมดำเนินการในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มจำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที ได้แก่ 1) สติ: ประจักษ์สู่ความเข้าใจตนเอง 2) เจ้ามืดแห่งความเครียดและภาวะซึมเศร้า 3) พลังแห่งสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและความหวัง และ 4) เป้าหมายสู่ความเข้าใจชีวิตและความสงบสุข

โปรแกรมได้รับการออกแบบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นลำดับจากการตระหนักรู้ตนเอง การจัดการอารมณ์ การสร้างความหวังและสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ไปสู่การค้นหาความหมายของชีวิตและการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ โดยคาดว่าจะช่วยส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเอง การยอมรับความเปลี่ยนแปลงตามวัย การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพจิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ รายละเอียดองค์ประกอบ กิจกรรม และกลไกการเปลี่ยนแปลงของโปรแกรม แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 โปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุ: ความเชื่อมโยงระหว่างฐานแนวคิด กิจกรรม กลไกการเปลี่ยนแปลง และผลลัพธ์ที่คาดหวัง

สัปดาห์	ฐานแนวคิด	ชื่อกิจกรรม	กิจกรรมการฝึก	การบ้าน/การฝึกต่อเนื่อง	กลไกการเปลี่ยนแปลง	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
1	แนวคิดการฝึกสติ	สติ: ประจักษ์สู่ความเข้าใจตนเอง	1) แนะนำโปรแกรม 2) ฝึกการกินอย่างมีสติ 3) ฝึกการหายใจอย่างมีสติ 4) ฝึกการเดินอย่างมีสติ	ฝึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีสติ	- ส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเอง - การอยู่กับปัจจุบัน - การยอมรับตนเอง	- ลดความฟุ้งซ่านทางอารมณ์ - เพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเองและความสงบทางใจ
2	แนวคิดการลดความเครียดด้วยการฝึกสติ	เจ้ามืดแห่งความเครียดและภาวะซึมเศร้า	1) ให้ความรู้เรื่องผลของความเครียดและภาวะซึมเศร้าต่อสุขภาพ 2) ฝึกการเคลื่อนไหวอย่างมีสติ 3) เรียนรู้การจัดการปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ	ฝึกการสื่อสารอย่างมีสติ	- เรียนรู้ความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม - ฝึกจัดการความเครียดและอารมณ์ด้านลบ	- เพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา การปรับตัว และการควบคุมอารมณ์
3	แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ	พลังแห่งสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและความหวัง	1) ให้ความรู้เรื่องการแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจและความหวัง 2) ฝึกสวดมนต์อย่างมีสติ	- ฝึกสวดมนต์อย่างมีสติ - ทำใบงานการค้นหาล้างสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจและความหวัง	- ส่งเสริมการมองเห็นเป้าหมายชีวิต ความหวัง และคุณค่าในตนเอง - ส่งเสริมพลังใจในการดำเนินชีวิต	- เพิ่มความหมายของชีวิต - เพิ่มความหวัง - ส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ลำดับ	ฐานแนวคิด	ชื่อกิจกรรม	กิจกรรมการฝึก	การบ้าน/การฝึกต่อเนื่อง	กลไกการเปลี่ยนแปลง	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
4	แนวคิดความ ผาสุกทางจิต วิญญาณตาม หลักพุทธ ศาสนา	เป้าหมายสู่ ความเข้าใจ ชีวิตและ ความสงบ สุข	1) ฝึกทางเลือกในการดูแล สุขภาพจิตและสุขภาพจิต วิญญาณของตนเอง 2) ทบทวนบทเรียน สรุป และปิดโปรแกรม	วางแผนการ ดูแลสุขภาพ จิตและ สุขภาพจิต วิญญาณระยะ ยาว	บูรณาการ ประสบการณ์ชีวิต การตั้ง เป้าหมาย และการดูแล ตนเองอย่างมี ความหมาย	- เพิ่มความผาสุก ทางจิตวิญญาณ ความสงบภายใน - ความสามารถในการดำรงชีวิตอย่าง มีคุณค่า
ตลอด โปรแกรม	ผลการศึกษา ความ ต้องการของ ผู้สูงอายุใน พื้นที่ และ แนวคิดการมี ส่วนร่วมของ ชุมชน	ทุกกิจกรรม	1) การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ 2) การเรียนรู้ร่วมกัน 3) การสนับสนุนจากกลุ่ม	การนำสิ่งที่ เรียนรู้ไป ประยุกต์ใช้ใน ชีวิตประจำวัน	- การสนับสนุนทาง สังคม - การมีส่วนร่วม และความรู้สึกเป็น ส่วนหนึ่งของกลุ่ม	- ส่งเสริมสุขภาพ จิต ความผาสุกทาง จิตวิญญาณ

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test, Chi-square test และ Fisher's exact test พบว่า อายุ เพศ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว บทบาทในครอบครัว อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันก่อนการทดลอง จึงสามารถเปรียบเทียบผลของโปรแกรมระหว่างกลุ่มได้อย่างเหมาะสม

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง ($n=32$)

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มควบคุม ($n=16$)	กลุ่มทดลอง ($n=16$)	สถิติทดสอบ	p-value
เพศ			Fisher's exact	1.000
ชาย	3 (18.75)	3 (18.75)		
หญิง	13 (81.25)	13 (81.25)		
อายุ (ปี), $\bar{X} \pm SD$	64.38 $\pm$ 3.12	63.69 $\pm$ 3.38	t = 0.954	.348
ระดับการศึกษา			$\chi^2 = 1.891$	.388
ไม่ได้รับการศึกษา	0 (0.00)	1 (6.25)		
ประถมศึกษา	13 (81.25)	10 (62.50)		
มัธยมศึกษา	3 (18.75)	5 (31.25)		
ลักษณะครอบครัว			$\chi^2 = 1.345$	.511
ครอบครัวเดี่ยว	9 (56.25)	8 (50.00)		
ครอบครัวขยาย	6 (37.50)	8 (50.00)		
อยู่เพียงลำพัง	1 (6.25)	0 (0.00)		
บทบาทในครอบครัว			Fisher's exact	.458
เจ้าบ้าน	9 (56.25)	12 (75.00)		
ผู้อาศัย	7 (43.75)	4 (25.00)		
อาชีพ			$\chi^2 = 0.833$	.841
ทำนา	11 (68.75)	13 (81.25)		
รับจ้าง	1 (6.25)	1 (6.25)		
ค้าขาย	2 (12.50)	1 (6.25)		
ไม่มีอาชีพ	2 (12.50)	1 (6.25)		

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มควบคุม (n=16)	กลุ่มทดลอง (n=16)	สถิติทดสอบ	p-value
ความเพียงพอของรายได้			Fisher's exact	1.000
เพียงพอ	9 (56.25)	8 (50.00)		
ไม่เพียงพอ	7 (43.75)	8 (50.00)		

หมายเหตุ: ข้อมูลแสดงเป็นจำนวน (ร้อยละ) ยกเว้นอายุซึ่งแสดงเป็นค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน; t = Independent t-test; χ^2 = Chi-square test; F = สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test) ใช้เมื่อความถี่คาดหวังในเซลล์น้อยกว่า 5

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Mixed Analysis of Variance (Mixed ANOVA) พบว่า คะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและระยะเวลาการวัด (Time $\times$ Group interaction) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1,30)=19.484$, $p<.001$, $\eta^2p=.394$) แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 57.00 ± 3.16 เป็น 60.50 ± 2.36 คะแนน ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 56.31 ± 4.37 เป็น 55.19 ± 3.81 คะแนน นอกจากนี้ยังพบผลหลักของกลุ่ม ($F(1,30)=10.789$, $p=.003$, $\eta^2p=.265$) และผลหลักของระยะเวลาการวัด ($F(1,30)=7.014$, $p=.013$, $\eta^2p=.189$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่า $\eta^2p=.394$ โปรแกรมมีขนาดอิทธิพลระดับสูงต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ สำหรับภาวะซึมเศร้า ไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและระยะเวลาการวัด (Time $\times$ Group interaction) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1,30)=0.832$, $p=.369$, $\eta^2p=.027$) และไม่พบผลหลักของกลุ่ม ($F(1,30)=2.724$, $p=.109$, $\eta^2p=.083$) สรุปได้ว่าโปรแกรมไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยคะแนน

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อนทดลอง (n=16)		หลังทดลอง (n=16)	
		$\bar{x}$	$\pm SD$	$\bar{x}$	$\pm SD$
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	กลุ่มควบคุม	56.31	4.37	55.19	3.81
	กลุ่มทดลอง	57.00	3.16	60.50	2.36
ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มควบคุม	2.88	2.33	1.88	1.74
	กลุ่มทดลอง	4.12	2.12	2.31	1.30

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ Mixed ANOVA ของคะแนนภาวะซึมเศร้าและความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	F	P-value	η^2p
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	Group	1, 30	10.789	.003**	.265
	Time	1, 30	7.014	.013*	.189
	Time $\times$ Group	1, 30	19.484	.001**	.394
ภาวะซึมเศร้า	Group	1, 30	2.724	.109	.083
	Time	1, 30	9.969	.004**	.249
	Time $\times$ Group	1, 30	.832	.369	.027

หมายเหตุ: η^2p = Partial Eta Squared * $p<.05$, ** $p<.01$

อภิปรายผล

1. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุ

การศึกษานี้ได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนาตามแนวคิดของ Van Meijel et al. (2004) ซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาโปรแกรมบนพื้นฐานของปัญหา ความต้องการ และบริบทของกลุ่มเป้าหมายร่วมกับองค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับความสงบทางใจ การยอมรับความเปลี่ยนแปลงของชีวิต การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การสวดมนต์ และการฝึกสมาธิ อธิบายได้ว่าสุขภาพจิตและ

สุขภาพจิตวิญญาณของผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งการรับรู้คุณค่าและความหมายของชีวิต ความหวัง ความสงบภายใน และความสัมพันธ์กับบุคคลหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ สอดคล้องกับแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ที่อธิบายว่าบุคคลจะเกิดสุขภาวะทางจิตวิญญาณเมื่อสามารถเข้าใจตนเอง ยอมรับความจริงของชีวิต มีเป้าหมายและความหวังในการดำเนินชีวิต รวมทั้งมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นและสิ่งที่ตนศรัทธา นอกจากนี้ยังผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณที่มองว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณเกิดจากการรับรู้คุณค่าและความหมายของชีวิต การมีความหวัง การยอมรับความเป็นจริงของชีวิต และการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับตนเอง ผู้อื่น และสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ซึ่งล้วนส่งเสริมสุขภาพจิตและความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุ (Coelho-Júnior et al., 2022) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณตามบริบทพุทธศาสนา ซึ่งเน้นการตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจธรรมชาติและความไม่เที่ยงของชีวิต การยอมรับการเปลี่ยนแปลง และการดำรงชีวิตด้วยความสงบทางใจ อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อความสูญเสียและความท้าทายในชีวิตได้อย่างเหมาะสม (Trapsinsaree et al., 2022; Langgapin et al., 2024) จากข้อมูลเชิงคุณภาพและการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงบูรณาการแนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณตามหลักพุทธศาสนาเข้ากับแนวคิดการลดความเครียดด้วยการฝึกสติ (Kabat-Zinn, 2003) เพื่อออกแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมการตระหนักรู้ตนเอง การจัดการอารมณ์ การสร้างความหวัง การค้นหาความหมายของชีวิต และการเสริมสร้างพลังใจในการดำเนินชีวิต โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 กิจกรรมที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นลำดับจากการพัฒนาการตระหนักรู้ตนเองไปสู่การสร้างความหมายของชีวิตและความสงบภายใน ทั้งนี้ความเหมาะสมของโปรแกรมอาจเกิดจากการพัฒนาบนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์จากผู้สูงอายุ บุคลากรสุขภาพ และผู้เกี่ยวข้องในชุมชนร่วมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ ส่งผลให้เนื้อหาและกิจกรรมสอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อ และความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา และช่วยเพิ่มความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

2. ผลของโปรแกรมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณมีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณเปลี่ยนแปลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและระยะเวลาการวัด (time $\times$ group interaction) ($F(1,30)=19.484, p<.001, \eta^2p=.394$) แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณภายหลังการทดลองแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอย่างชัดเจน กล่าวคือ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 57.00 ± 3.16 เป็น 60.50 ± 2.36 คะแนน ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 56.31 ± 4.37 เป็น 55.19 ± 3.81 คะแนน นอกจากนี้ ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมอยู่ในระดับสูง ($\eta^2p=.394$) แสดงถึงโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณเปลี่ยนแปลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

ผลลัพธ์ดังกล่าวอาจอธิบายได้จากการที่โปรแกรมได้รับการพัฒนาภายใต้กระบวนการวิจัยและพัฒนาตามแนวคิดของ Van Meijel et al. (2004) โดยอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์จากการศึกษาการรับรู้ ปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ทำให้เนื้อหาและกิจกรรมของโปรแกรมมีความสอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรม ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้เข้าร่วมจึงสามารถเชื่อมโยงกิจกรรมเข้ากับประสบการณ์ชีวิตและนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้จริง นอกจากนี้โปรแกรมยังได้รับการออกแบบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นลำดับ เริ่มจากการส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเอง การจัดการอารมณ์ การสร้างความหวัง การค้นหาความหมายของชีวิต การมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ผ่านกิจกรรมการฝึกสติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนคิด และการสวดมนต์อย่างมีสติ กิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความสงบภายใน ยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัย เข้าใจคุณค่าและความหมายของชีวิต รวมทั้งมองเห็นเป้าหมายและพลังใจในการดำเนินชีวิตมากขึ้น

ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดการลดความเครียดด้วยการฝึกสติ (MBSR) ของ Kabat-Zinn (2009) ซึ่งเสนอว่าการตระหนักรู้ประสบการณ์ในปัจจุบันขณะอย่างไม่ตัดสิน ช่วยส่งเสริมการยอมรับตนเอง การจัดการอารมณ์ และความสงบทางใจ อันนำไปสู่สภาวะทางจิตวิญญาณที่ดีขึ้น ขณะเดียวกันยังสอดคล้องกับทฤษฎีความหวัง (Hope theory) ของ Snyder (2002) ที่อธิบายว่าความหวังช่วยให้บุคคลสามารถกำหนดเป้าหมายชีวิต มองเห็นแนวทางในการบรรลุเป้าหมาย และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความผาสุกทางจิตวิญญาณ อีกทั้งผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Coelho-Júnior et al. (2022) ที่พบว่าความหมายของชีวิต ความหวัง ความสัมพันธ์ทางสังคม และจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stelcer et al. (2023) และ Wang et al. (2024) ที่รายงานว่าความหมายของชีวิต ความหวัง และความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมความผาสุกในวัยสูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Hsiung et al. (2023) ที่พบว่ากิจกรรมที่ส่งเสริมการฝึกสติ การสะท้อนคิด และการเสริมสร้างพลังทางจิตใจ สามารถเพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณที่พัฒนาขึ้นจากบริบทความต้องการ และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดความผาสุกทางจิตวิญญาณและการฝึกสติ สามารถส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีขนาดอิทธิพลในระดับสูง ($\eta^2p=.394$) และอาจเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการส่งเสริม สภาวะด้านจิตใจและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

3. ผลของโปรแกรมต่อภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณมีคะแนนภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม โดยไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและระยะเวลาการวัด (time $\times$ group interaction) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1,30)=0.832$, $p=.369$, $\eta^2p=.027$) แสดงว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นยังไม่ส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากการดูแลตามปกติภายในระยะเวลาการศึกษานี้ อย่างไรก็ตาม พบผลหลักของระยะเวลาการวัด (time effect) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(1,30)=9.969$, $p=.004$, $\eta^2p=.249$) แสดงว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยรวมลดลงตามเวลาทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่การลดลงดังกล่าวไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดจากผลของโปรแกรมโดยตรง

ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนและมีระดับภาวะซึมเศร้าเริ่มต้นค่อนข้างต่ำ โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองของทั้งสองกลุ่มอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่สะท้อนภาวะซึมเศร้ารุนแรง จึงมีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงของคะแนนได้จำกัด หรืออาจเกิดปรากฏการณ์ฐานคะแนนต่ำ (floor effect) ทำให้ยากต่อการตรวจพบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม และโปรแกรมห่วงการดูแลสุขภาพจิตเชิงบวกและสุขภาพจิตวิญญาณผ่านการฝึกสติ การสร้างความหวัง การค้นหาความหมายของชีวิต และการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ มากกว่าการบำบัดภาวะซึมเศร้าโดยตรง ดังนั้น ผลลัพธ์ของโปรแกรมจึงแสดงออกมาในรูปของการเพิ่มขึ้นของความผาสุกทางจิตวิญญาณมากกว่าการลดลงของอาการซึมเศร้าในระยะสั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากิจกรรมด้านจิตวิญญาณส่งผลต่อความหมายของชีวิต ความหวัง และความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ก่อนการเปลี่ยนแปลงด้านอาการทางจิตใจ (Stelcer et al., 2023; Wang et al., 2024) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย เช่น โรคเรื้อรัง การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ปัญหาทางเศรษฐกิจ และการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน ซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ภายในระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมเพียง 4 สัปดาห์ อีกทั้งการลดลงของคะแนนภาวะซึมเศร้าในทั้งสองกลุ่มอาจเป็นผลมาจากการได้รับการดูแลตามปกติ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในชุมชน หรือผลจากการเข้าร่วมการวิจัย (Hawthorne effect) ที่ทำให้ผู้สูงอายุหันมาใส่ใจสุขภาพจิตของตนเองมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชมรมผู้สูงอายุ สามารถนำไปประกอบการดูแล สุขภาพจิตและสุขภาพจิตวิญญาณที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต และสุขภาพจิต วิญญาณของผู้สูงอายุในชุมชน

2. บุคลากรสุขภาพควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายทางสังคมในการดูแล ผู้สูงอายุควบคู่กับการจัดกิจกรรมส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ เนื่องจากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทาง สังคมและการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณของ ผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยแบบติดตามผลระยะยาว (longitudinal follow-up study) โดยประเมินผลภายหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมอย่างน้อย 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อศึกษาความคงอยู่ของผลลัพธ์ด้านความผาสุกทาง จิตวิญญาณ ตลอดจนประเมินผลของโปรแกรมต่อการลดภาวะซึมเศร้าในระยะยาว เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้าน สุขภาพจิตและจิตวิญญาณอาจต้องใช้เวลาในการพัฒนาและแสดงผลอย่างชัดเจน

2. ควรศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเสี่ยงหรือระดับเริ่มต้น เพื่อ ประเมินความสามารถของโปรแกรมในการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าอย่างเฉพาะเจาะจง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนภายใต้โครงการวิจัย “การพัฒนาแบบสุขภาพประเทศไทยและนวัตกรรมดูแล ผู้สูงอายุ” ประจำปีงบประมาณ 2566 สาธารณสุขอำเภอจุน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอจุน และกลุ่ม ตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Coelho-Júnior, H. J., Calvani, R., Panza, F., Allegri, R. F., Picca, A., Marzetti, E., & Alves, V. P. (2022). Religiosity/spirituality and mental health in older adults: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Frontiers in Medicine*, 9, Article 877213. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.877213>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Department of Older Persons. (2023). *Thailand's older persons situation 2022*. Amarin Corporation PLC.
- Department of Older Persons. (2025). *Statistics of the Thai Older Persons*. https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2569
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Hsiung, Y., Chen, Y.-H., Lin, L.-C., & Wang, Y.-H. (2023). Effects of mindfulness-based elder care (MBEC) on symptoms of depression and anxiety and spiritual well-being of institutionalized seniors with disabilities: A randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 23(1), 497. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04220-6>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8(2), 73–107.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (15th anniversary ed.). Bantam Dell.

- Langgagin, S., Boonchieng, W., Chautrakarn, S., Maneeton, N., & Senawan, S. (2024). Development of a monk-led elderly mental health counseling program in Thai Buddhist communities. *Religions*, 15(8), 998. <https://doi.org/10.3390/rel15080998>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
- McManus, D. T. (2024). The intersection of spirituality, religiosity, and lifestyle practices in religious communities to successful aging: A review article. *Religions*, 15(4), 478. <https://doi.org/10.3390/rel15040478>
- Promkaewngam, S., Pothiban, L., Srisuphan, W., & Sucamvang, K. (2014). Development of the spiritual well-being scale for Thai Buddhist adults with chronic illness. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 18(4), 320–332.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In T. L. Brink (Ed.), *Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention* (pp. 165-173). Haworth Press.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249–275. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01
- Stelcer, B., Bendowska, A., Karkowska, D., & Baum, E. (2023). Supporting elderly patients in strengthening their personal and spiritual health resources. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1237138>
- The Technical Promotion and Support Office Region 9, Ministry of Social Development and Human Security. (2025). Annual Social Situation Report of Phayao Provinces 2025. <https://drive.google.com/drive/folders/1XyBLaZsJ2no7Y8NFENY2-t5ynFWUghyg>
- Trapsinsaree, D., Pothiban, L., Chintanawat, R., & Wonghongkul, T. (2022). Factors predicting spiritual well-being among dependent older people. *Trends in Sciences*, 19(1), 1718. <https://doi.org/10.48048/tis.2022.1718>
- Van Meijel, B., Gamel, C., van Swieten-Duijfjes, B., & Grypdonck, M. H. F. (2004). The development of evidence-based nursing interventions: Methodological considerations. *Journal of Advanced Nursing*, 48(1), 84–92. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03171.x>
- Wang, Y., Xu, Q., Tian, H., & Yin, P. (2024). Positive social mentalities and quality of spiritual living in old age: Roles of social participation and life meaning. *Inquiry*, 61. <https://doi.org/10.1177/00469580241282061>
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). Prevalence of major depressive disorder and suicide in long-term care facilities: A report from northern Thailand. *Psychogeriatrics*, 12(1), 11-17.
- World Health Organization. (2023). *Progress report on the United Nations Decade of Healthy Ageing, 2021–2023*. <https://iris.who.int/handle/10665/374512>