

การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว

Development of a mental health promotion model for the older people by family

Received: May 12, 2022

Revised: June 12, 2022

Accepts: June 30, 2022

วิรมณ กาสิวงส์ (ปร.ด)¹, สุประวีณ์ คงธนชัยพิทย์ (ส.ด)¹

Wiramon Garseewong, Suprawee Kongthanachayopit

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา 1) ข้อมูลพื้นฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว 2) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว 3) ผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว

รูปแบบและวิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) กระบวนการวิจัยมี 3 ระยะ ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงคุณภาพข้อมูลพื้นฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และนำข้อมูลมาพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัวในระยะที่ 2 และนำรูปแบบที่พัฒนาไปทดลองใช้ในระยะที่ 3 การวิจัยระยะที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญคือมี 2 กลุ่ม คือ ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 8 คน และกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ คือผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 21 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาสาระ (content analysis) ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีอาการซึมเศร้าเข้าข่ายชัดเจน ยินดีเข้าร่วมวิจัยและมีสมาชิกในครอบครัวดูแล จำนวน 18 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ของกรมสุขภาพจิต (T-GMHA-15) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired t- test

ผลการวิจัย พบว่า ปัญหาและสาเหตุสุขภาพจิตในมุมมองผู้สูงอายุคือ ผู้สูงอายุต้องแบกรับภาระต่างๆในครอบครัว เช่น ค่าใช้จ่ายของครอบครัว หนี้สินและต้องดูแลบุตรหลาน นอกจากนั้นยังมีปัญหาการสื่อสารพูดคุยในครอบครัว เกิดความไม่เข้าใจกัน รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว มี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในครอบครัว ขั้นตอนที่ 2 การเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างพลังอำนาจและกำลังใจให้ผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 4 การดูแลผู้สูงอายุด้วยความรักและใส่ใจ ผลการทดลองใช้รูปแบบโดยการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและไปให้การดูแลผู้สูงอายุตามรูปแบบที่สร้างขึ้นพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 38.50 (S.D. = 8.35) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 54.11 (S.D. = 6.51) ค่า $t = 8.166$

สรุปและข้อเสนอแนะ จากผลการวิจัยครอบครัวจึงมีความสำคัญกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ควรดูแลช่วยเหลือไม่ให้ผู้สูงอายุแบกรับภาระมากเกินไป มีการสื่อสารที่เข้าใจกันและกัน เพราะครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่อยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพจิต, รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุ, ครอบครัว

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม, Thailand



Abstract

Objective: To study 1) the basic information on the mental health promotion for the older people by families, and 2) to develop the Mental Health Promotion Model for the older people by Families (MHPMOF model). 3) to test the effect of the MHPMOF model.

Method and study design: The Research and Development had 3 phases. In phase 1, a qualitative study of basic information on mental health promotion of the older people used the data to develop the MHPMOF model in phase 2 and tested the developed model in phase 3. The study in phase 1 had 2 groups of key informants such as community leaders, caregivers, health workers of 8 persons, and the elderly 8 persons. Phase 2, developing the MHPMOF model used key informants such as community leaders, the elderly, family members, of the elderly, and community health volunteers of 21 persons. Phase 3, to develop the MHPMOF model using a quasi-experimental study, the sample was the elderly aged over 60 years including good communication, willing to participate, and had a family caregiver who care for the elderly as 18 persons. Data collecting used elderly mental health assessment (T-GMHA-15). Data were analyzed by paired t-test.

Results: The study revealed that the problems and causes of mental health in the elderly's perspective were the elderly having more burdens such as family expenses, debts, and caring for children. There were problems with family communication, chatting with misunderstandings. Four steps in the MHPMOF model were step 1 strengthening family knowledge and understanding. step 2 strengthening family relationships, step 3 empowering and encouragement for the elderly, and step 4 caring for the elderly with love and care. The results of the experiment were the mean mental health scores of the elderly before and after the experiment with difference statistically significant ($p < 0.05$). The mean score before the experiment was 38.50 (S.D. = 8.35) and after the experiment was 54.11 (S.D. = 6.51), $t = 8.166$.

Conclusion: According to research findings, family is important to the mental health of the elderly, the family should take care of the elderly for having no more burden, well communication with understanding. Because the family is a social institution that is close to the elderly.

KEYWORDS: Mental health promotion. Model of mental health promotion for the older people, older people, family

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากร้อยละ 11 เป็นร้อยละ 22 ระหว่างปี ค.ศ. 2000 – ค.ศ. 2050 (World Health Organization, 2021) จึงเป็นเรื่องท้าทายของทุกประเทศ ทุกชุมชนและสังคม ต้องเตรียมรับมือเผชิญกับปัญหาทางด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตในประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกรายงานผู้สูงอายุร้อยละ 15 ที่ทุกข์ทรมานจากปัญหาทางจิต ปัญหาที่พบบ่อยคือ ภาวะซึมเศร้ามีร้อยละ 7 ภาวะสมองเสื่อมมีร้อยละ 5 ภาวะวิตกกังวลมีร้อยละ 3.8 แต่ปัญหาเหล่านี้มักถูกมองข้ามและไม่ได้รับการวินิจฉัย (World health organization, 2017) ในประเทศไทยการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าระหว่างร้อยละ 21.6 – 37.8 โดยความสัมพันธ์ในครอบครัว ความขัดแย้งและปัญหาในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (มาติกา รัตนะ, 2559; สุชาติา แซ่ลิ้ม, 2562; ชูติมา มาลัย, รุ่งทิพย์ ไชโย ยิงยงค์, เพ็ญญา แดงด้อมฤทธิ์ และ ศรีสกุล เฉียบแหลม, 2562) การศึกษาของวิรมณ กาสิวงศ์ (2558) พบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิต คือมีภาวะซึมเศร้า ต้องการได้รับการดูแลจากบุตรหลานสมาชิกในครอบครัวมากกว่าการได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านสุขภาพ และ ยชญ์วินทร์ จรบุรมย์ และสิริกร สุรวัชณัฐ (2563) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น พบว่า ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลจิตใจผู้สูงอายุของสมาชิกครอบครัว

ผู้สูงอายุต้องเผชิญการเปลี่ยนผ่านของชีวิตมากมายทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม การเงิน และด้านอื่นๆ ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการ

เสริมสร้างความผูกพันและช่วยเหลือตลอดช่วงการเปลี่ยนแปลงของชีวิตผู้สูงอายุ (Branson et al., 2019) ครอบครัวเป็นสถาบันหลักที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงมาจากครอบครัวที่มีความรักความอบอุ่น สมาชิกในครอบครัวดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันด้วยความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (กิตติวงศ์ สำสวด, 2560) ดังนั้นบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุเป็นจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตจากครอบครัว และไม่สามารถปรับตัวได้กับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ จะทำให้ปัญหาสุขภาพจิตสะสมเป็นระยะเวลานานก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะซึมเศร้าซึ่งนำไปสู่การทำร้ายตนเอง ในที่สุดหากไม่ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

การส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นกระบวนการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว กลุ่มบุคคล ชุมชนให้สามารถควบคุมวิถีชีวิตและปรับตัวให้มีสุขภาพจิตดีภายใต้สังคม สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป สำหรับการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุควรเน้นเรื่องความเข้มแข็งทางจิตใจ โดยการพัฒนาให้ผู้สูงอายุเกิดการดำเนินชีวิตดีขึ้น หรือพัฒนาขึ้นตามศักยภาพที่เป็นอยู่ (กรมสุขภาพจิต, 2560) การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัวจึงเป็นกระบวนการที่ครอบครัวต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุในครอบครัวเพื่อความผาสุกของครอบครัว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การศึกษาสภาพปัญหาสาเหตุและความต้องการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในครอบครัว และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว
2. เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่มพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว ในระยะที่ 1 แนวคำถามเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในครอบครัว วิธีการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว ความสำคัญของครอบครัวในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ แนวคำถามระยะที่ 2 เกี่ยวกับความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว รูปแบบและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ในด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การพยาบาลผู้สูงอายุ และด้านการพยาบาลชุมชน และนำมาหาค่าความสอดคล้อง (Index of item-Objective, IOC) = .84

2. คู่มือรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากผลการศึกษาในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 นำมาตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และผู้เชี่ยวชาญการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในชุมชน จำนวน 4 คน โดยใช้แบบวิเคราะห์ความเหมาะสมเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ มีค่าเฉลี่ย 4.21 ระดับมาก

3. แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (T-GMHA-15) โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นแบบ

ประเมินค่า 4 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ที่ผ่านการทดลองใช้ในผู้สูงอายุ ตำบลเวินพระบาท อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79 การแปลผล เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ (คะแนนเต็ม 60 คะแนน)

50-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

43-49 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

42 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

4. แบบประเมินการปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลชุมชน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนารูปแบบสุขภาพในชุมชน จำนวน 3 คน หลังจากปรับปรุงแก้ไขได้นำไปทดลองใช้ในผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลเวินพระบาท อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82 ค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้นำมาแปลความหมายได้ดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2560)

4.50 - 5.00 หมายถึง มีการปฏิบัติมากที่สุด

3.50 - 4.49 หมายถึง มีการปฏิบัติมาก

2.50 - 3.49 หมายถึง มีการปฏิบัติปานกลาง

1.50 - 2.49 หมายถึง มีการปฏิบัติน้อย

1.00 - 1.49 หมายถึง มีการปฏิบัติน้อยที่สุด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ (Research and Development) แบ่งขั้นตอนการวิจัย เป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว คือ ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 8 คน และผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มกึ่งโครงสร้าง ใช้เวลาสนทนาโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ครั้งละ 60 นาที จนได้ข้อมูลอ้อมตัว ครบถ้วนและตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกัน หลังรวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสาระ (content analysis) โดยจัดระเบียบข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ จัดทำดัชนีหรือรหัสของข้อมูล ให้ความหมายของคำหลัก จำกัดข้อมูลหรือสร้างข้อสรุปชั่วคราว แล้วสร้างข้อสรุปโดยเขียนเชื่อมโยงข้อสรุปชั่วคราวที่ผ่านการตรวจสอบยืนยันเข้าด้วยกันเป็นบทสรุปสุดท้าย

ระยะที่ 2 การศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวคือ อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุจำนวน 21 คน ประชุมระดมความคิดเห็นพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัวที่เหมาะสมกับบริบทของครอบครัว และสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวใช้เวลา 1 วัน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาสาระ (content analysis) จากผลการประชุมระดมความคิดเห็น หลังจากนั้นร่วมกันสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว และตรวจสอบยืนยันรูปแบบเป็นบทสรุปสุดท้าย

2.2 การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว โดยผู้เชี่ยวชาญด้าน

สุขภาพจิต 2 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และผู้เชี่ยวชาญการพัฒนารูปแบบ รวม 4 คน โดยใช้แบบวิเคราะห์ความเหมาะสมโดยใช้แบบประเมินค่า 5 ระดับ มีค่าเฉลี่ย 4.21 ระดับมาก

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัวเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) แบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง ประชากรคือผู้สูงอายุ 60 ปี ที่ได้รับการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้พื้นที่หมู่ที่ 3 และหมู่ที่ 4 ตำบลเวินพระบาท อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม มีผู้สูงอายุจำนวน 90 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 0.58 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power test) ที่ระดับ 0.80 กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 และนำไปคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงมีการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 18 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling)

เกณฑ์คัดเข้า เป็นผู้สูงอายุชายหรือหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกขั้นตอน มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถสื่อสารทำความเข้าใจได้อย่างชัดเจน

เกณฑ์คัดออก ผู้สูงอายุไม่มีสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ดูแลต่อเนื่อง ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลตามรูปแบบ หรือได้รับการดูแลไม่ครบถ้วนตามรูปแบบ ได้รับการรักษาหรือการดูแลด้วยวิธีการอื่น ไม่สามารถประเมินผลหลังการดูแล และผู้สูงอายุไม่สามารถสื่อสาร ทำความเข้าใจได้อย่างชัดเจน

กระบวนการทดลองมีดังนี้

1. สุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์ใช้เกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก



2. อธิบายกระบวนการ ขั้นตอนการวิจัย วัตถุประสงค์ การเก็บรักษาเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ก่อนเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุซักถามข้อสงสัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. ประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ก่อนดำเนินการโดยผู้วิจัย
4. อบรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว จำนวน 2 วัน ตามคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยมีการประเมินการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง และติดตามทุก 2 สัปดาห์
5. ผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุตามขั้นตอนที่ 1-4 โดยต้องเริ่มต้นที่ขั้นตอนที่ 1 ส่วนขั้นตอนที่ 2-4 สามารถดำเนินกิจกรรมร่วมกันได้และต้องมีการดำเนินการครบทุกขั้นตอน
6. ผู้วิจัยติดตามการดูแล ทุก 2 สัปดาห์เพื่อให้คำแนะนำส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุตามรูปแบบที่กำหนด
7. หลังดำเนินการจนครบ 4 สัปดาห์ จึงทำการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามระเบียบขั้นตอนของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม โดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตนเอง อธิบายขั้นตอนการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และแจ้งให้ทราบว่าการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบใดๆต่อผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัว และกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนการรักษาพยาบาล และเมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถ

ถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ก่อนเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้สูงอายุ และผู้ดูแลในครอบครัวที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม เลขที่ 9 /2563 ลงวันที่ 25 เมษายน 2563

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามระเบียบขั้นตอนของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
2. ผู้วิจัยทำหนังสือราชการจากหน่วยงานถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเวินพระบาท เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการกระบวนการวิจัยตามขั้นตอนจริยธรรมการวิจัยหลังจากนั้นสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย หากยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการตามขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ในระยะที่ 1 เมื่อพบผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนวิจัย และระยะเวลา ขออนุญาตจดบันทึกและบันทึกเสียง และทำการสนทนากลุ่มตามแนวคำถาม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ผู้ดูแล และผู้สูงอายุ โดยใช้ศาลาวัดเป็นสถานที่สนทนากลุ่ม การรวบรวมข้อมูลระยะที่ 2 นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมประชุมในศาลาวัด จัดทำกลุ่มสัมพันธ์ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย นำเสนอผล

การศึกษาระยะที่ 1 และแบ่งกลุ่ม 3 กลุ่ม ระดมความคิดเห็นความจำเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว และนำเสนอกลุ่มใหญ่เพื่อ ร่วมกันอภิปราย จัดทำเป็นกระบวนการขั้นตอนและแนวทางการดำเนินกิจกรรมปรับปรุงแก้ไข และหาข้อสรุปสุดท้าย การรวบรวมข้อมูลระยะที่ 3 สุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายกระบวนการวิจัย วัตถุประสงค์กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว และนัดหมายผู้ดูแล เข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ระยะเวลา 2 วัน หลังจากอบรมดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในครอบครัวตามขั้นตอน โดยผู้วิจัยประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ก่อนการดูแล และประเมินซ้ำหลังรับการดูแล 1 เดือน และมีการติดตามการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยผู้วิจัย ทุก 2 สัปดาห์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว

1.1 ปัญหาและสาเหตุสุขภาพจิตผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุต้องแบกรับภาระต่างๆ ในครอบครัว เช่น ค่าใช้จ่ายของครอบครัว หนี้สินและต้องดูแลบุตรหลาน นอกจากนั้น ยังมีปัญหาการสื่อสารพูดคุยในครอบครัว เกิดความไม่เข้าใจกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิต ขาดกำลังใจ ไม่สบายใจเหงา คิดมาก วิตกกังวล นอนไม่หลับ เครียด อยากตาย ดังคำกล่าว “แม้ว่ายายเป็นคนดูแลตัวเองได้ มีรายได้ แต่ไม่มีลูกหลานมาช่วยดูแลภาระในครอบครัว ทำให้คิดมาก เครียด ซึมเศร้า อยากตาย” (ผู้สูงอายุ 1) ส่วนผู้ดูแลมีมุมมองต่างกัน คิดว่าผู้สูงอายุใช้ความคิดของตนเองเป็นใหญ่ ไม่ฟังความคิดเห็นลูกหลาน ดังคำกล่าว “แม่เอาแต่ใจตนเอง คือ ไม่ฟังใคร ไม่รู้จะทำอย่างไร” (ผู้ดูแล 3)

1.2 วิธีการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่าผู้ดูแลให้การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยทั่วไปในด้านการจัดหาอาหาร การดูแลโรคประจำตัวและกิจวัตรประจำวัน ในด้านสุขภาพจิตหากพบว่าผู้สูงอายุมีอาการซึมไม่ค่อยพูด จะมีการถามความรู้สึกว่าเป็นอย่างไร แต่ก็ไม่ได้มีการดูแลเพิ่มเติมในด้านสุขภาพจิตเพราะไม่ทราบว่าต้องดูแลอย่างไร ส่วนมุมมองผู้สูงอายุบางคนบอกว่าไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร ต้องการให้ครอบครัวดูแลเอาใจใส่เพิ่มขึ้น ดังคำกล่าว “ไม่มีคนดูแลใส่ใจเรา ลูกหลานคิดว่าเราทำได้ทุกอย่างเพราะเราต้องอดทน (น้ำตาซึม)” (ผู้สูงอายุ 2) “ไม่มีคนดูแล มีลูก 4 คน ลูกพี่การ 1 คนอยู่ด้วยกันเขาไม่มีงานทำ ยายคิดว่าเขาจะให้แม่มารับใช้เขาจนถึงวันตายเลยหรือ บางวันก็นอนไม่หลับ คิดว่าเราเกิดมาทุกข์ยาก อายุเท่านี้แล้ว เขาก็ไม่ส่งสารแม่ คิดว่าชีวิตไม่มีความหมายเพราะลูกเข้างี้ รุ้สึกกังวลใจ” (ผู้สูงอายุ 6)

1.3 ความสำคัญของครอบครัวในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวเห็นว่าครอบครัว มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ครอบครัวจึงเป็นทุกอย่างที่สำคัญกับผู้สูงอายุ ดังคำกล่าว “ครอบครัวมีความสำคัญต่อจิตใจ ทำให้จิตใจดี มีความสุข แม้ว่าเราจะไม่ได้ยิ้มให้เขาเห็น” (ผู้สูงอายุ 5) “ครอบครัวเป็นทุกสิ่งทุกอย่างความรักของครอบครัวเป็นหลักทุกเรื่องที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขโดยต้องมีการพูดคุยกัน หอม กอด ช่วยเหลือให้มีค่าใช้จ่ายที่เพียงพอ และสม่ำเสมอ” (แกนนำชุมชน 5)

2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว พบว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัวมี 4 ขั้นตอน โดยการดำเนินงานต้องเริ่มที่ขั้นตอนที่ 1 ส่วนขั้นตอนที่ 2 - 4 สามารถทำพร้อมกันได้แต่ต้องครอบคลุมทุกขั้นตอน ดังนี้



ขั้นตอนที่ 1 การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในครอบครัว เนื่องด้วยปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เกิดจากความเข้าใจไม่ตรงกันจึงต้องมีการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจกับครอบครัวในด้านปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ การฝึกทักษะการสนทนาในครอบครัวเพื่อสอบถามความคิด ความต้องการของผู้สูงอายุ และให้ผู้สูงอายุระบายความในใจ บอกความต้องการ และความรู้สึกต่าง ๆ

ขั้นตอนที่ 2 การเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว เนื่องด้วยผู้สูงอายุมีความต้องการให้บุตรหลาน สมาชิกครอบครัวอยู่ใกล้ชิด เพื่อให้เกิดความอบอุ่นใจ สบายใจ การเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว จึงต้องมีกิจกรรมที่ทำร่วมกับผู้สูงอายุ เช่น ไปวัดทำบุญด้วยกันกับครอบครัว ไปทำไร่นาสวนด้วยกัน ไปเที่ยว พักผ่อน ดูหนังละครร่วมกัน หรือมีกิจกรรมทำด้วยกันอื่น ๆ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างพลังอำนาจและกำลังใจให้ผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ มีประสบการณ์มากมายในอดีตที่อยากเล่าสู่ลูกหลานให้เรียนรู้ ได้เป็นแบบอย่าง ขณะที่ในวัยสูงอายุมีความเสื่อมในทุกด้าน ไม่สามารถทำงานหารายได้ หรือทำกิจกรรมต่างๆได้เท่าเดิม จึงต้องเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุบอกเล่าประสบการณ์ และความสำเร็จในอดีต มีกิจกรรมรำลึกถึงบุญคุณของพ่อแม่และผู้สูงอายุในโอกาสสำคัญ มีกิจกรรมแสดงความรัก และความผูกพันในครอบครัว เช่น การหอมแก้ม การกอด การบอกรัก การยิ้ม การไปมาลาไหว้

ขั้นตอนที่ 4 การดูแลผู้สูงอายุด้วยความรักและใส่ใจ เนื่องด้วยผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีการ

เปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกาย จึงมักมีการเจ็บป่วยทางร่างกาย และมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ จากประสบการณ์สูญเสียมากมาย จึงมีความเครียด ความวิตกกังวล มีการเปลี่ยนแปลงทางบทบาททางสังคมจากการเกษียณอายุงาน ขาดรายได้ เปลี่ยนจากผู้เป็นผู้นำเป็นผู้ตาม การสูญเสียต่าง ๆ นี้ ผู้สูงอายุจึงต้องการได้รับการดูแลด้วยความรักและการเอาใจใส่เพิ่มขึ้นจากบุตรหลานเพื่อลดภาระของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาเจ็บป่วย และการดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลเรื่องเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม อาหารและยารักษาโรค ค่าใช้จ่ายส่วนตัวนอกเหนือจากสวัสดิการของรัฐ ด้วยความรักและเอาใจใส่เพิ่มขึ้น

3. การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว

การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว ดำเนินการโดยการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวน 18 คน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่รับผิดชอบ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในดูแลการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลในครอบครัวเพิ่มสูงขึ้นทุกข้อดังตารางที่ 1 และการติดตามผลการดูแลหลังการดูแล 1 เดือนโดยการประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน 14 คน หลังการทดลองผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปเพียง 1 คน ดังตารางที่ 2 และค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 38.50 (S.D. = 8.35) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 54.11 (S.D. = 6.51) ค่า $t = 8.166$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและระดับคะแนนการปฏิบัติในดูแลการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยครอบครัว (n=18)

กิจกรรม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	ค่าเฉลี่ย	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	ระดับ
1. พูดคุยสื่อสารเพื่อการสื่อความหมาย ความต้องการกับผู้สูงอายุ	3.63	มาก	3.89	มาก
2. มีความสม่ำเสมอในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ	3.38	มาก	4.13	มาก
3. ให้ความรัก ความอบอุ่นกับผู้สูงอายุด้วยความเต็มใจ	4.31	มาก	4.44	มาก
4. มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ	3.56	มาก	3.63	มาก
5. ไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง	2.81	ปานกลาง	3.63	มาก
6. ดูแลส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ยิ้ม สดชื่น และสบายใจเสมอ	3.87	มาก	3.94	มาก
7. ให้การดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องได้เป็นอย่างดี	4.00	มาก	4.44	มาก
8. หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุไม่สบายใจ	3.36	มาก	3.88	มาก
9. จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	3.56	มาก	4.13	มาก
10. ให้ความสำคัญ และความเคารพผู้สูงอายุในครอบครัว	4.06	มาก	4.50	มากที่สุด

จากตารางที่ 1 พบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยและระดับคะแนนการปฏิบัติในดูแลการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง ค่าเฉลี่ย 2.81 รองลงมา คือ พยายามหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุไม่สบายใจ ค่าเฉลี่ย 3.36 หลังการทดลองข้อที่

มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ให้ความสำคัญและความเคารพผู้สูงอายุในครอบครัว ค่าเฉลี่ย 4.50 รองลงมาคือ ให้ความรัก ความอบอุ่นกับผู้สูงอายุสม่ำเสมอด้วยความเต็มใจ และให้การดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องได้เป็นอย่างดี มีค่าเฉลี่ย 4.44

ตารางที่ 2 จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามระดับสุขภาพจิตก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยครอบครัว

ระดับสุขภาพจิต	ก่อนการดูแล	หลังการดูแล
ดีกว่าคนทั่วไป (50 -60 คะแนน)	2	16
เท่ากับคนทั่วไป (43-49 คะแนน)	2	1
ต่ำกว่าคนทั่วไป (42 คะแนนหรือน้อยกว่า)	14	1

จากตารางที่ 2 จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามระดับสุขภาพจิตก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยครอบครัว พบว่าหลังการดูแลผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (50 -60 คะแนน) จำนวน 16 คน ก่อนการ

ดูแล มีจำนวน 2 คน สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (43-49 คะแนน) มีจำนวน 1 คน ก่อนการดูแล มีจำนวน 2 คน สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน 1 คน ก่อนการดูแล มีจำนวน 14 คน



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยครอบครัว

สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	คะแนนเฉลี่ยก่อน		คะแนนเฉลี่ยหลัง		t	P
	ได้รับการส่งเสริม		ได้รับการส่งเสริม			
	สุขภาพจิต		สุขภาพจิต			
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
คะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลัง ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยครอบครัว	38.50	8.35	54.11	6.51	8.166	.000*

*p < 0.05

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยครอบครัว พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยก่อนการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย 38.50 (S.D. = 8.35) หลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย 54.11 (S.D. = 6.51) ค่า $t = 8.166$

อภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่าปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเกิดจากผู้สูงอายุแบกรับภาระครอบครัว มีความเข้าใจไม่ตรงกัน ในระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว มีปัญหาการสื่อสาร และผู้ดูแลเองก็ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, จุฑาธิป ศีลบุตร, จิราพร ชนพิกุล, กวินารัตน์ สุทธิสุคนธ์ และสมชาย วิริริรมย์กุล (2559) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความยากลำบากของครอบครัวผู้สูงอายุ พบว่าครึ่งหนึ่งของครอบครัวผู้สูงอายุมีสถานภาพเป็นครอบครัวผู้สูงอายุดูแลเด็ก ปัจจัยที่ส่งผลต่อความยากลำบากของครอบครัวผู้สูงอายุ คือ พื้นที่อยู่อาศัย ลักษณะครอบครัว รายได้ ทรัพย์สิน หนี้สิน ภาระในการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลเด็ก ดูแลสมาชิกพิการ

ครอบครัวจึงมีความสำคัญกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุในการแบ่งเบาภาระและช่วยเหลือในด้านต่างๆตลอดช่วงชีวิตของผู้สูงอายุ (Branson et al., 2019) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ ยชญ์วินทร์ จรบุรมย์ และคณะ (2563) พบว่า การปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลจิตใจผู้สูงอายุของสมาชิกครอบครัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ นอกจากนั้นการศึกษาของสุวรรณมณีและคณะ (Suwanmanee et al., 2012) พบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว ผลการวิจัยพบว่ามี 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในครอบครัว ขั้นตอนที่ 2 การเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว ขั้นตอนที่ 3 การเสริมสร้างพลังอำนาจและกำลังใจให้ผู้สูงอายุ ขั้นตอนที่ 4 การดูแลผู้สูงอายุด้วยความรักและใส่ใจ โดยการดำเนินงานต้องเริ่มที่ขั้นตอนที่ 1 ส่วนขั้นตอนที่ 2 – 4 สามารถทำได้พร้อมกัน แต่ต้องทำทุกขั้นตอนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ กิตติวงศ์ สำสวด (2560) พบว่ารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุคือสมาชิกครอบครัวเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้สูงอายุ และกิจกรรมในแต่ละรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้อง

กับ สุดา วงศ์สวัสดิ์ ดุษฎี โยเหลาะ นริสรา พิงค์โพธิ์สม (2562) ศึกษาการพัฒนาแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า มี 8 รูปแบบ คือรูปแบบที่ 1 การพูดคุย รับฟัง และสัมผัส รูปแบบที่ 2 การเยี่ยมเยียนและจัดกิจกรรมที่บ้านของผู้สูงอายุ รูปแบบที่ 3 การดูแลสุขภาวะและความเป็นอยู่ รูปแบบที่ 4 การช่วยเหลือส่วนตัว รูปแบบที่ 5 เป็นสื่อกลางจัดการความขัดแย้งระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ รูปแบบที่ 6 เอาใจใส่และตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ รูปแบบที่ 7 การอดกลั้นและปรับตัวเข้าหาผู้สูงอายุ รูปแบบที่ 8 การให้คำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุกับผู้เกี่ยวข้อง

3. ผลการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัว พบว่า การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยก่อนการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย 38.50 (S.D. = 8.35) หลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ย 54.11 (S.D. = 6.51) ค่า $t = 8.166$ ดังนั้นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยครอบครัวจึงทำให้สุขภาพจิตผู้สูงอายุดีขึ้น เพราะครอบครัวมีความสำคัญกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ ขวัญสุดา บุญทศ และชนิษฐา นันทบุตร (2560) ได้เสนอแนะควรมีการสนับสนุนครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเนื่องจากเป็นแหล่งสำคัญและใกล้ชิดที่สุดกับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ กิตติวงศ์ สำสวด (2560) พบว่ารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุคือสมาชิกครอบครัวเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการวิจัยในครั้งนี้ที่พบว่าทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกคนเห็นว่าครอบครัว มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ครอบครัวเป็นทุกอย่างที่สำคัญกับผู้สูงอายุ

ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุตามรูปแบบในครั้งนี้ทั้งการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว การเสริมสร้างพลังอำนาจ และการดูแลผู้สูงอายุด้วยความรักและใส่ใจ จึงเป็นรูปแบบที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ รัถยานภิศ พละศึก และเบญจวรรณ ถนอมชยธวัช (2560) ศึกษาตัวแบบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ในด้านการบริโภคอาหาร ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลคือต้องการมีเพื่อนคุย การดูแลด้านความเสื่อมของร่างกาย การรับยา การปรึกษาหารือเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งการดูแลในชีวิตประจำวัน นอกจากนั้นงานวิจัยของณัฐกานา ขบุตร จุลจิรา จันทะมุงคุณ และจารุภา แซ่อ้อ (2560) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคม และวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ ผลของโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองคะแนนสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจาก 106.69 คะแนน (มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป) เป็น 120.18 คะแนน (มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป) ก่อนทดลองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าร้อยละ 8.10 หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุไม่มีผู้ใดที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า และสอดคล้องกับ โสภารวรรณ เชื้อดี ขาตรี ประชาพิพัฒน์ และสาโรจน์ เพชรมณี (2559) ศึกษาผลของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมและการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการทดลองผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตระดับสูงกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 13.30 ระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 86.70 ซึ่งระดับสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการเข้าร่วม



กิจกรรม และไม่มีผู้สูงอายุที่มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ทั่วไป

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและพื้นที่เดียวอาจไม่สามารถอ้างอิงได้ทุกพื้นที่
2. ควรใช้ระยะเวลาการติดตามผลการดำเนินงานในระยะยาว 6 เดือน – 1 ปี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้ความสำคัญกับครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ครอบครัวควรช่วยลดภาระที่ผู้สูงอายุต้องแบกรับในการดูแลบุตรหลาน ค่าใช้จ่ายและมีการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารที่เหมาะสม
2. การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุควรเริ่มต้นด้วยการให้ความรู้ความเข้าใจกับครอบครัวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวโดยมีกิจกรรมร่วมกัน เสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุให้มีคุณค่า และดูแลเอาใจใส่ทั้งกิจวัตรประจำวันและค่าใช้จ่าย เพื่อลดภาวะผู้สูงอายุ รวมทั้งการดูแลยามเจ็บป่วยด้วยความรักและเอาใจใส่

เอกสารอ้างอิง

- เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, จุฑาธิป ศีลบุตร, จิราพร ขนพิกุล, กวินารัตน์ สุทธิสุนันท์ และสมชาย วิริภิมย์กุล (2559) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความยากลำบากของครอบครัวผู้สูงอายุไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, ปีที่10(4), 140-426.
- กิตติวงศ์ สำสวด. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออก. *วารสารชุมชนวิจัย*, ปีที่11 (2), 21-37.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหา

สุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานส่งเสริมพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

- ขวัญสุตา บุญทศ และชนิษฐา นันทบุตร. (2560). ความสุข ความทุกข์ และสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, ปีที่62(3), 257-270.
- ยชญ์วินทร์ จรบุรณย์ และสิริกร สุวัญญ์. (2563). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในครอบครัวข้ามรุ่น. *วารสารพยาบาล*, ปีที่69(3), 20-26.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2560). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย (ฉบับปรับปรุง)* พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชุติมา มาลัย, รุ่งทิพย์ ไชโยียงยงค์, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ และศรีสกุล เฉียบแหลม. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, ปีที่39(3), 67-76.
- ณัฐิกา ราชบุตร, จุลจิรา จันทะมุงคุณ และจรรยา แซ่ฮ่อ. (2560). การศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในผู้สูงอายุตำบลดอนมนต์ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารมจร.วิชาการ*, ปีที่20(40), 115-125.
- รศ.ยานภิกษ พละศึก และเบญจวรรณ ถนอมชยธวัช. (2560). ตัวแบบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารเครือข่าย วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, ปีที่ 4 (3), 135 -150.
- มาติกา รัตนะ. (2559). ความชุกและปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัด. *รายงานการค้นคว้าอิสระของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตวิชาเอกการจัดการการบริการสาธารณสุข*. คณะสาธารณสุขศาสตร์: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- วิรมณ กาสีวงศ์, สุประวีณ์ คงชนโยพิทย์, สุรเชษฎร์ สมตัว และ เพ็ญประภา พลหาราช. (2558). ภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน. *รายงานการวิจัย : มหาวิทยาลัยนครพนม*.
- โสภารวรรณ เชื้อดี, ชาตรี ประชาพิพัฒน์ และสาโรจน์ เพชรมณี. (2559). ผลของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมและการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองต่อสุขภาพจิต



ผู้สูงอายุ ตำบลพังกาญจน์ อำเภอนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, ปีที่4 (1), 67-82.

สุชาติ แซ่ลิ้ม. (2562). การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดระนอง. *วารสารวิชาการแพทย์*, ปีที่33(1), 193-202.

Branson, J., Branson, A., Pozniak, K., Tookes, J. and Schmidt, A.(2019). The Role of Family During Older Adults' Living Transitions: Implications for Helping Professionals and Family Counselor. *The Family Journal*, 27(1) 75-83

Suwanmanee S, Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C, Taechaboonsermsak P. (2012). Factors influencing the mental health of the elderly in Songkhla, Thailand. *J Med Assoc*, 9(6),S8-15. PMID: 23130483.

World health organization. (2017). Mental Health of older adult. retrieved 29 sep 2021 from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults> .retrived 29 sep. 2021.

World health organization. (2021). Ageing and Health. retrived 30 novem. 2021 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.