



# การประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย

ฉัตรกร ปัญญาใส<sup>1</sup> ทรงพล ต่อนี<sup>1</sup> เกสร สำเนาทอง<sup>2</sup>

<sup>1</sup>คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

<sup>2</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

## บทคัดย่อ

การประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการเป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายที่เข้าร่วมกิจกรรมการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตตามแผนการทดลอง 3 เดือน ภายใต้วัฒนธรรมของท้องถิ่น ประกอบด้วย กิจกรรมตัดตุง เครื่องสืบเซตา บายศรีสู่ขวัญ ริโซเคิล และรำไทเก๊ก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับฉลากรายชื่อ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินผลภายใต้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของออตตาวา (Ottawa) ประกอบด้วย การสร้างนโยบายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพจิต การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพจิต และการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพจิต และแบบประเมินผลความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา มีค่าเท่ากับ 0.93 สถิติที่ใช้ คือ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต อยู่ในระดับดี 4.41 (SD=0.49) และระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่ทดลองใช้รูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง 3.67 (SD=0.30) ดังนั้น กระบวนการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงในผู้สูงอายุ ภายใต้สังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น โดยการเข้าใจถึงความทุกข์ ความสุข และความต้องการของผู้สูงอายุนั้น จึงสามารถทำให้เกิดความพึงพอใจสูงสุดในการทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและสามารถลดความเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

**คำสำคัญ:** การประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต โรคซึมเศร้า ผู้สูงอายุ

### ผู้พิมพ์หลัก:

ฉัตรกร ปัญญาใส

คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

107 หมู่ 6 ถนนรังสิต-นครนายก ออกระถาง นครนายก 26120

อีเมล: touchnakorn.p.swu@gmail.com





# The mental health promotion evaluation form for depressive prevention in elderly in Chiang Rai

Touchnakorn Panyasai<sup>1</sup>, Songpol Tornee<sup>1</sup>, Kaysorn Sumpowthong<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Physical Education, Srinakharinwirot University

<sup>2</sup>Faculty of Public Health, Thammasat University

## Abstract

The mental health promotion evaluation form for depressive disorders prevention in elderly in Chiang Rai who attended the 3 months trial plan of the form of mental health promotion under local culture. This consisted of Tung tree cutting, prolonging activities and stimulation, Bai Sri Su Khwan, recycling and Tai Chi exercise. This study used a simple random sampling with a list of 36 subject names. The research instruments were the evaluation form under the Ottawa charter for health promotion which consisted of creating a policy for mental health promotion, creating an environment that is conducted to mental health well-being, strengthening the community and stakeholders in mental health promotions, developing personal skills in promoting mental health and modifying a health care system for promoting mental health. To evaluate the satisfaction using this form were determined by 5 experts for the content validity and the results were 0.93. This study found that health promotion form was at a high level with the mean 4.41 (SD = 0.49) and the satisfaction of the elderly who participated in the trial form was at a moderate level with the mean at 3.67 (SD = 0.30). Therefore, the creation process of the form of mental health promotion for depressive disorders prevention in the elderly with severe level based on their social culture, and understanding their distress, happiness and requirements with emphasis on activities promoting health and reducing the risk of depression in these elderly.

**Keywords:** the evaluation model of mental health promotion, depression, elderly.

### Corresponding author:

Touchnakorn Panyasai

Faculty of Physical Education, Srinakharinwirot University

107 Moo 6 Ongkharak, Nakhon Nayok

E-mail: touchnakorn.p.swu@gmail.com





## ■ บทนำ

การสร้างเสริมสุขภาพมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการสร้างเสริมสุขภาพนั้นสามารถลดอัตราการเกิดโรคต่างๆ ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสังคมไทยในปัจจุบันเป็นสิ่งผู้สูงอายุ และมีความจำเป็นต้องมีการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซึมเศร้า พบว่ามีผู้ชุกชีวิตได้ตั้งแต่ร้อยละ 5 – 17 (เฉลี่ยร้อยละ 12)<sup>1</sup> ซึ่งสังคมปัจจุบันนี้เป็นสังคมที่วัยทำงานต้องออกไปประกอบอาชีพต่างจังหวัดและผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพังหรืออยู่กับหลาน จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีผลกระทบดังกล่าว จากสถิติการฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงราย ร้อยละ 80 มีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า<sup>2</sup> จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางในผู้สูงอายุเพื่อไม่ให้เข้าสู่การเป็นโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรงจากการสนทนากลุ่ม<sup>3</sup> ประยุกต์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนร่วมกับเทคนิคการระดมพลังสร้างสรรค์<sup>4</sup> ในการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตซึ่งพบว่ารูปแบบดังกล่าวคือรูปแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ประเพณี ค่านิยม และวัฒนธรรมของผู้สูงอายุคือ กิจกรรม เครื่องสืบชะตา ตัดตุง กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ กิจกรรมรีไซเคิล และกิจกรรมรำไทเก๊ก รูปแบบดังกล่าวสร้างขึ้นจากการทำความเข้าใจกับวิถีชีวิตและความทุกข์ ความสุขของผู้สูงอายุ ภายใต้บริบทเฉพาะสังคมและวัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิตความเป็นอยู่ ตามการรับรู้ของชาวบ้านเองก็จะสามารถลดปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ภายใต้กรอบองค์ความรู้ที่มีอยู่และความเป็นจริงในบริบทนั้นๆ<sup>5</sup>

การดำเนินการทดลองที่ผ่านมาของการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางในผู้สูงอายุสามารถลดระดับอาการของโรคซึมเศร้าและเพิ่มความสุขให้กับผู้สูงอายุได้ การประเมินผลรูปแบบของการสร้างเสริมสุขภาพจิตดังกล่าว จึงมีความสนใจและเป็นข้อมูลสนับสนุนผลการวิจัยดังกล่าว ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการประเมินผลรูปแบบของการสร้างเสริมสุขภาพจิต ภายใต้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของออตตาวา (Ottawa charter) ประกอบด้วย การสร้างนโยบายการป้องกันโรคซึมเศร้า การสร้างสรรคสิ่งแวดลอมที่

เอื้อต่อการป้องกันโรคซึมเศร้า การสร้างเสริมกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งในการป้องกันโรคซึมเศร้า การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลใน การป้องกันโรคซึมเศร้าและการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขในการป้องกันโรคซึมเศร้าเพื่อยืนยันและสนับสนุนผลการวิจัยครั้งนี้ต่อไป

## ■ วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลของรูปแบบ และความพึงพอใจของการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย

## ■ วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง ที่ผ่านการคัดกรองจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (9Q) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยระดับปานกลางและสมัครใจเข้าร่วมการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจนครบ 3 เดือน จำนวน 36 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุเพศชาย และเพศหญิง ที่เข้าร่วมการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จำนวน 36 คน<sup>5</sup> จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างโดยการจับฉลากรายชื่อ (Simple random sampling)

## ■ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต ประกอบด้วย นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพจิต การสร้างสรรคสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพจิต การปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพจิต แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ประกอบด้วย กิจกรรม สถานที่ วิทยากร ระยะเวลา ประโยชน์ที่ได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม และการนำไปใช้ในชีวิตรประจำวัน แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ และเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ในการตรวจสอบ มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.99, 1.00, 0.91, 0.90 และ 0.93 ตามลำดับ



### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้กรอบแนวคิดของออตตาวา รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า

2. สร้างเครื่องมือในการวิจัย<sup>6</sup> เพื่อการประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตภายใต้กรอบแนวคิดของออตตาวา

3. ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือในการวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และผ่านการพิจารณาของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พร้อมปรับปรุง

4. นำแบบประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย และ

แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบไปประเมินผลกับกลุ่มตัวอย่างโดยการสัมภาษณ์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อหา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผู้วิจัยแปลผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับปรับปรุงคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.00 - 2.00 ระดับพอใช้คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 - 3.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 - 4.00 และระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 - 5.00 และระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.00 - 2.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00 และระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4.00

### ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลส่วนตัว	n	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	2	5.56
หญิง	34	94.44
รวม	36	100.00
2. อายุ		
60-70 ปี	22	61.11
71-90 ปี	14	38.89
รวม	36	100.00
3. สถานภาพสมรส		
โสด	3	8.34
สมรส	17	47.22
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	16	44.44
รวม	36	100.00
4. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	10	27.78
ประถมศึกษา	25	69.44
มัธยมศึกษา	1	2.78
รวม	36	100.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

5. อาชีพ		
เกษตรกรรม	6	16.67
รับจ้างทั่วไป	7	19.44
ค้าขาย	9	25.00
ว่างงาน	9	25.00
อื่นๆ เลี้ยงหลาน ดูแลบ้าน	5	13.89
รวม	36	100.00
6. การพักอาศัย		
คนเดียว	3	8.33
ครอบครัว/ญาติพี่น้อง	33	91.67
รวม	36	100.00
7. โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	4	11.12
มีโรคประจำตัว 1 โรค	13	36.11
มีโรคประจำตัว 2 โรค	12	33.33
มีโรคประจำตัว 3 โรค	7	19.44
รวม	36	100.00

ผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.44 อายุส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 60 - 70 ปี ร้อยละ 61.11 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส ร้อยละ 47.22 ระดับการศึกษา

ส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.44 อาชีพส่วนใหญ่ ค้าขายและว่างงาน ร้อยละ 25.00 การพักอาศัย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว หรือญาติพี่น้อง ร้อยละ 91.67 และโรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1 โรค ร้อยละ 36.11

ตารางที่ 2 ระดับผลของรูปแบบและความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย

ด้านการประเมิน	n	x	SD	ระดับ
1. การสร้างนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพจิต	36	4.54	0.47	ระดับดี
2. การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต	36	4.34	0.50	ระดับดี
3. การสร้างเสริมกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพจิต	36	4.37	0.74	ระดับดี
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพจิต	36	4.34	0.58	ระดับดี
5. การปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพจิต	36	4.45	0.51	ระดับดี
รวม	36	4.41	0.47	ระดับดี
1. กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต	36	3.77	0.29	ระดับมาก
2. สถานที่จัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต	36	3.76	0.29	ระดับมาก
3. วิทยากรบรรยายให้ความรู้	36	3.52	0.38	ระดับมาก
4. ความเหมาะสมระยะเวลาการจัดกิจกรรมแต่ละกิจกรรม	36	3.56	0.50	ระดับมาก
5. ประโยชน์ที่ได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม	36	3.62	0.49	ระดับมาก
6. การนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน	36	3.53	0.50	ระดับมาก
รวม	36	3.62	0.30	ระดับมาก



การประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย อยู่ใน ระดับ ดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.41 (S = 0.47) และแยกแต่ละ องค์ประกอบตามกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพจิต ของออตตาวา (Ottawa) คือ การสร้างนโยบายการสร้างเสริม สุขภาพจิต การสร้างสรรคสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อการสร้างเสริม สุขภาพจิต การสร้างเสริมกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งในการ สร้างเสริมสุขภาพจิต การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการ สร้างเสริมสุขภาพจิต และการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข ในการสร้างเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายอยู่ในระดับดีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.54, 4.34, 4.37, 4.34 และ 4.45 (SD = 0.47, 0.50, 0.74, 0.58 และ 0.51) ตามลำดับ และระดับความพึงพอใจต่อใช้ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 (S = 0.30) แยกตามองค์ประกอบ คือ กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต สถานที่จัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต วิทยากรบรรยาย ให้ความรู้ ความเหมาะสมระยะเวลาการจัดกิจกรรมแต่ละ กิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม และการนำ ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.77, 3.76, 3.52, 3.56, 3.62 และ 3.53 (SD = 0.29, 0.29, 0.38, 0.50, 0.49 และ 0.50) ตามลำดับ

## ■ อภิปรายผล

ด้านนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพจิต พบว่า กลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศรียรระดับน้อยและปานกลางมี นโยบายที่ชัดเจนคือ“ช่วยกันเป็นสุขตักน้อยป้อเป็นโรคเศร้า” หมายถึง การร่วมด้วยช่วยกันสร้างความสุข ลดความทุกข์เพื่อ ป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จากการสร้างร่วมกันของ เครือข่ายสุขภาพชุมชน เพื่อกำหนดนโยบายสู่กิจกรรมการ สร้างเสริมสุขภาพจิต ได้แก่ การตัดตุง เครื่องสืบชะตา บายศรี สูชวัลย์ ไร่ไชเคิล และรำไทเก๊ก มีโครงสร้างภายในของกลุ่ม คือ ประธาน รองประธาน กรรมการ และเหรัญญิก เพื่อกำกับและ ควบคุมการนำนโยบายสู่การปฏิบัติเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคะแนน รวมของโรคซึมเศร่าลดลง สอดคล้องการวิจัยเรื่อง<sup>7</sup> การพัฒนา กลวิธีและเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรค ซึมเศร้าในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ครอบครัวมีความสำคัญของวงแหวนแห่งความทุกข์ ความสุข และ นั้งลืม คืดลืม ปสนใจผู้ได้ (คำอีสาน สะท้อน ให้เห็นถึงโรคซึมเศร้า) และกิจกรรมประเพณี 12 เดือนคือ การสร้างสุข คลายทุกข์แก่ทุกเพศทุกวัยในชุมชน

ด้านการสร้างสรรคสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อการสร้างเสริม สุขภาพจิต พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรมสร้างเสริม สุขภาพจิตภายใต้สิ่งแวดลอมในชุมชน คือ การใช้ศาลา ประชาคมของชุมชนในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ภายใต้ สิ่งแวดลอมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ และสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ประจำวันได้ เนื่องจาก สถานที่ดังกล่าวเป็นศูนย์กลางของชุมชน การเดินทางของ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความสะดวก สบาย และมีบริเวณ ที่กว้างขวางต่อการจัดกิจกรรม การสร้างสิ่งแวดลอมทาง สังคมภายในกลุ่มนั้นพบว่า การรวมตัวของกลุ่มผู้สูงอายุ ยังเกิดความสัมพันธ์ฉันเครือญาติ มีความผูกพันทำให้เกิด ความเอื้ออาทรต่อกัน เกิดความร่วมมือร่วมใจในการดำเนิน กิจกรรมต่างๆ และช่วยเหลือระหว่างกัน ซึ่งเป็นลักษณะ วัฒนธรรมของชุมชนชนบทตั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการ รวมกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น “ห่อข้าวมากินหอมต้อมม่วนกันเนื้อ มะตอน” หมายถึง ผู้สูงอายุจะทำกับข้าวพื้นบ้านแล้วนำมา ร่วมรับประทานด้วยกันตอนกลางวัน นอกจากนี้ยังมีอาสา สัมผัสสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคอยประสานความสัมพันธ์ และแจ้งข่าวสารต่างๆ สำหรับการสร้างสิ่งแวดลอมทาง สังคมภายนอกกลุ่มผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับองค์กร ท้องถิ่นภายในชุมชนและนอกชุมชนในลักษณะการเข้ามา ช่วยเหลือประชาสัมพันธ์ บุคลากรทางด้านสาธารณสุขเข้ามา ช่วยเหลือในการประสานงาน และส่งผลเอื้อให้อาการของโรค ซึมเศร่าระดับน้อยและปานกลางของผู้สูงอายุดีขึ้น จึงทำให้ การสร้างสรรคสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต อยู่ระดับดี สอดคล้องการวิจัย<sup>8</sup> เรื่องรูปแบบการบำบัดจิต สังคมสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้าโดยเน้นการผสมผสาน เช่น การใช้สัมพันธ์ภาพบำบัด การสอน การให้คำปรึกษาและ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด พบว่าสามารถลดภาวะ ซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

ด้านการสร้างเสริมกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งในการ สร้างเสริมสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการของโรค ซึมเศร่าระดับน้อยและปานกลางมีความเข้มแข็งเนื่องจาก มีโครงสร้างการดำเนินงานมีคณะกรรมการของกลุ่มที่ เข้มแข็ง มีแกนนำที่ดีสามารถประสานงานได้ทุกระดับ มีการ มอบหมายงานชัดเจน และมีการใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ใน ชุมชน ความเข้มแข็งของกลุ่มผู้สูงอายุเห็นได้จากโครงสร้าง การบริหารกลุ่มจะเป็นคณะกรรมการผู้สูงอายุประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นที่เคารพนับถือ มีมนุษยสัมพันธ์ดี เสียสละ ซื่อสัตย์และ มีความตั้งใจในการทำงานเพื่อกลุ่ม โดยเฉพาะการประสานงาน กับสมาชิกภายในกลุ่ม และอีกประเด็นหนึ่งคือ การจัด





กิจกรรมที่เป็นรูปธรรมชัดเจนและมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และเหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างกิจกรรมภายใต้วิถีชีวิต ความเป็นอยู่ ประเพณี วัฒนธรรม และค่านิยม และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้ จากเหตุผลดังกล่าวการสร้างเสริมกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพจิตจึงมีผลให้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการ โรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางดีขึ้น ผลที่ตามมาจึงทำให้การสร้างเสริมกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีสอดคล้องการวิจัย<sup>9</sup> เรื่องโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจร่วมกับสัมพันธภาพบำบัดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่า พลังอำนาจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพจิต พบว่า การดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุภายใต้วิถีชีวิต ความเป็นอยู่ ประเพณี วัฒนธรรม และค่านิยม ได้แก่ การตัดตุง เครื่องสืบชะตา บายศรีสู่ขวัญ ไร่เขาคีล และรำไทเก๊ก ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ โดยทุกกิจกรรมจะมีผลต่อการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทำให้มีการเปลี่ยนแปลงและปรับเปลี่ยนบทบาทตนเองทำให้ลดความรู้สึกเหงาความโดดเดี่ยว อ่างว้าง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อสังคมการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุและการได้ทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอเป็นการสร้างพลังอำนาจต่อการลดลงของคะแนนรวมโรคซึมเศร้าและเพิ่มระดับความสุข นอกจากนี้การเข้าร่วมกิจกรรมทำให้มีการพัฒนาทักษะในด้านต่างๆ เช่น การพัฒนาทักษะทางสังคม ทักษะการดำเนินชีวิต ทักษะการทำงานเป็นทีม การแก้ไขปัญหา การเผชิญภาวะทางอารมณ์ จึงมีผลให้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางดีขึ้น และมีผลทำให้การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี สอดคล้องการวิจัยเรื่อง<sup>10</sup> ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมทางความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

ด้านการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุได้ดำเนินกิจกรรม ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพใน

ระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข มีการปรับบทบาทจากการทำงานเชิงรับ มาเป็นการทำงานแบบเชิงรุก คือเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น โดยการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ประชาสัมพันธ์ แจ้งข่าวสารต่างๆ และการติดตามเยี่ยมบ้านซึ่งสอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพที่เปลี่ยนจากระบบตั้งรับเป็นระบบเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพดี เป็นการสร้างสุขภาพที่ทุกคนและองค์กรในสังคมมีส่วนร่วมสร้างและต้องส่งเสริมให้คนไทยมีพฤติกรรมสุขภาพและทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้คนทั้งหมดมีสุขภาพดีขึ้น<sup>11</sup>

ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต พบว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นโดยเริ่มจากการสำรวจระดับของโรคซึมเศร้า การพัฒนารูปแบบการทดลองใช้รูปแบบ ทูกระยะของกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน และการประยุกต์เทคนิคการระดมพลังสร้างสรรค์ (A-I-C) บนพื้นฐานปัญหาอนามัยชุมชนความต้องการของพื้นที่ นำมาเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต โดยเริ่มเข้าสู่กระบวนการสร้างรูปแบบที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงตามบริบท และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อร่วมคิดร่วมทำและร่วมรับผลประโยชน์ที่ได้ และสามารถนำกิจกรรมไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก<sup>12</sup> กล่าวว่าการสร้างเสริมสุขภาพจิตคือ กระบวนการที่จะทำให้คนเราสามารถควบคุมจิตใจตนเองได้ เพื่อที่จะเอื้อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น การสร้างเสริมสุขภาพจะมีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทุกๆ กิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพจิตมีความสำคัญและตระหนักถึงความต้องการทางสุขภาพจิตไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีความเจ็บป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยทางจิตหรือไม่ เป้าหมายหรือกิจกรรมของการสร้างเสริมสุขภาพจิตมุ่งที่ชุมชน

## ■ สรุปผลการศึกษา

การสร้างเสริมสุขภาพจิต จำเป็นต้องมุ่งเน้นให้ทุกคน เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิต และมีความสอดคล้องกับบริบทชุมชน วิถีชีวิต ประเพณี วัฒนธรรม และความต้องการของพื้นที่ โดยเริ่มจากการมีนโยบาย การสร้างสรรคสิ่งแวดลอม การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชน การพัฒนาทักษะบุคคล และการปรับเปลี่ยนระบบบริการ



## ■ กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบุพการี คุณแม่เขียว  
ปัญญาใส อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.ทรงพล  
ต่อนี้ และ ผศ.ดร.เกษร สำเนาทอง อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และ

ชุมชนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
รอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

## เอกสารอ้างอิง

1. Rihmer, Z.; Angst, J. Mood Disorders : Epidemiology. In: Sadock, BJ.; Sadock, VA.eds. Kaplan; & Sadock, Comprehensive Textbook of Psychiatry; 2005.
2. กรมสุขภาพจิต. สถานีอนาถและฐานสุขภาพชุมชนระดับจังหวัดและส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข: พื้นฟูความรู้  
ให้บริการคัดกรองโรคซึมเศร้าและพัฒนาโปรแกรมฐานข้อมูล ด้านสุขภาพจิต. เชียงราย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
เชียงราย; 2555.
3. ศิริพร จิรวัดณ์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพมหานคร. พิมพ์ที่บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด;  
2552.
4. บำเพ็ญ เขียวหวาน. เทคนิคต่างๆ ในการวิจัยชุมชน. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช; 2551.
5. Krejcie, R.V and Mogan D.W. Determining Sample size for research Activities. Psychologica Measurement.  
1970. p. 607 – 610.
6. เยาวดี วิบูลย์ศรี. การวัดผลและการสร้างแบบสอบถามผลสัมฤทธิ์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย; 2551.
7. ศิริพร จิรวัดณ์กุล, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. การพัฒนากลวิธี และเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิต  
เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง. ศิริธรรมออฟเซ็น; 2549.
8. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และ พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาล  
จิตเวชสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: งานวิจัยกองทุนรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย; 2552.
9. สัมพันธ์ มณีรัตน์ และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. ผลของการสร้างพลังอำนาจและการใช้สัมพันธภาพบำบัดต่อความ  
สามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สมาคมพยาบาล  
จิตเวชแห่งประเทศไทย; 2547. หน้า 85 – 94.
10. กุลธิดา สุภาคุณ, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมทาง  
ความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่ง  
ประเทศไทย; 2550. หน้า 77 – 89.
11. ประเวศ วะสี. หมอชาวบ้าน: การปฏิวัติสุขภาพการปฏิรูประบบสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2;2546 หน้า 285 – 288.
12. World Health Report [Internet]. Introduction. [updated 2013 Jan 30]. Available from: <http://www.who.int/whr/2001>.