



การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร

สมบัติ รียาพันธ์ พย.ม.^{1*}

นียดา ภู่อุณสาสน์ กศ.ม.¹

ญาดา ประคองยศ พย.บ.²

¹ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

² ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

* ผู้ติดต่อ, อีเมล: sombat@nmu.ac.th

Vajira Med J. 2021; 65(2) : 143-52

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2021.14>

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในแกนนำชุมชนเขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน 2559 เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามความรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และข้อคำถามการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย : จากการสนทนากลุ่มและวางแผนกิจกรรมร่วมกัน แกนนำชุมชนจำนวน 50 คน ได้แนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ คือ การให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้สูงอายุและแนวทางการช่วยเหลือ การให้คำปรึกษา ความเครียดและการจัดการความเครียด การประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลช่วยเหลือการส่งเสริมสุขภาพจิต และการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ แกนนำชุมชนมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($X = 2.47, SD. = 0.81$)

สรุป : จากผลการศึกษานี้ พบว่าโครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนสามารถเพิ่มศักยภาพแกนนำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพ, การส่งเสริมสุขภาพจิต, แกนนำชุมชน, ผู้สูงอายุ



The Competency Development of Community Leaders in Mental Health Promotion of the Elderly People at Bangsue District, Bangkok

Sombat Riyaphun MNS^{1*}

Niyada Bhoonasan MED¹

Yada Prakongyos RN²

¹ Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

² Public Health Center 3 Bangsue, Bangkok, Thailand

* Corresponding author, e-mail address : sombat@nmu.ac.th

Vajira Med J. 2021; 65(2) : 143-52

<http://dx.doi.org/10.14456/vmj.2021.14>

Abstract

Objective : To develop the competency of the community leaders in mental health promotion of the elderly people in Bangsue District, Bangkok

Methods : This participative action research was done with 50 community leaders in Bangsue District, Bangkok. Data were collected between March and April, 2016. Questionnaire on Competency in Mental Health Promotion of the Elderly People and Questions for Group Discussion were used as the research tools. Descriptive statistics such as frequencies, percentage, means, standard deviation and content analysis were utilized for data analysis.

Results : According to group discussion and activity planning , the community leaders all agreed that various activities for competency development of the community leaders in mental health development of the elderly people should be implemented. They were knowledge in mental health, mental health and psychiatric problems, interventions, counselling, tress and stress management, group discussion for learning and experience exchange, caring and home visit.

After participation in the project, they gained higher mean scores of competency in mental health at the more level. ($\bar{x} = 2.47$, $SD. = 0.8$)

Conclusion : It was concluded that this project can be better enhance competency of community leaders in mental health development of the elderly people.

Keywords : competency development, mental health promotion, community leaders, elderly people

บทนำ

ในปัจจุบันมีความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆ มากมาย ทำให้ประชากรโลกมีอายุยืนยาวมากขึ้น จะเห็นได้จากประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากรายงานขององค์การสหประชาชาติ ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (South-Eastern Asia) มีประชากรรวมกันประมาณ 634 ล้านคน โดยมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 59 ล้านคน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 9.3 ของประชากรทั้งหมด โดยประเทศที่ติด 3 อันดับแรก ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ มีประชากรที่อายุเกินกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 17.9 รองลงมาคือประเทศไทย มีประชากรที่อายุเกินกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15.8 และประเทศเวียดนาม มีประชากรที่อายุเกินกว่า 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.3¹ สำหรับในประเทศไทยนั้นได้เข้าใกล้สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ตามการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ.2564 และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดเมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ในปี พ.ศ.2574²

วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ในลักษณะของความเสื่อมถอย การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่สำคัญคือ การทำงานของระบบต่างๆ เสื่อมลง รูปร่างหน้าตาเปลี่ยนแปลงไป ความจำเสื่อมและการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายที่เสื่อมลง มีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียรายได้ สูญเสียบทบาททางสังคม เกษียณอายุ หรือออกจากงาน สภาพเศรษฐกิจกับสังคมที่ทำให้บุตรหลานต้องทำมาหากินเลี้ยงชีพมากขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมดังกล่าว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจตามมา³ ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าหรือโทษตนเอง เครียดนอนไม่หลับ ตื่นเร็ว หรือบางรายอาจหลับมากเกินไป เบื่ออาหาร และขาดความสนใจในการดูแลตนเอง ตลอดจนจนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และบางครั้งรู้สึกโดดเดี่ยว เหงา ว่าเขารู้สึกน้อยใจ ท้อแท้ เบื่อหน่ายในชีวิต ซึมเศร้าและสิ้นหวัง และ

การแสดงออกทางกาย โดยมีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ แน่นท้อง ปวดเรื้อรัง ท้องอืด คลื่นไส้ เป็นต้น⁴ จากปัญหาดังกล่าว ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา แต่ถ้าผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ดีก็จะสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและในสังคมได้อย่างปกติสุข รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและไม่เป็นภาระของผู้อื่น⁵

ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุคือ ภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Volkert, Schulz, Härter, Wlodarczyk, and Andreas⁶ พบว่า ผู้สูงอายุในประเทศตะวันตกมีความชุกของภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 19.47 เช่นเดียวกับในประเทศไทย จากการศึกษาของ วลัยพร นันทศุภวัฒน์ และคณะ⁷ พบว่าผู้สูงอายุน่าจะมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 72.3 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.6 ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งในการนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ผู้สูงอายุจะเกิดความรู้สึกมีดมน จิตใจหดหู่ อ่อนเพลีย หมดหวัง ท้อแท้ เบื่อหน่ายชีวิต รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไปและทำร้ายตนเองในที่สุด⁸ นอกจากนี้ยังพบว่า แม้อัตราการฆ่าตัวตายของไทยจะลดลงเรื่อยๆ โดยปี พ.ศ 2558 มีอัตราฆ่าตัวตาย 6.47 ต่อแสนประชากร และปี พ.ศ 2559 อยู่ที่ 6.35 ต่อแสนประชากร และปี พ.ศ 2560 ข้อมูลถึงวันที่ 15 พ.ค. พ.ศ 2561 อัตราฆ่าตัวตาย 6.03 ต่อแสนประชากร แต่กลับสูงขึ้นในผู้สูงอายุ⁹ ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะเรื้อรัง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำบ่อย ส่งผลให้เกิดความบกพร่องทั้งทางร่างกายและสังคม อีกทั้งเป็นภาระแก่ผู้ดูแล ซึ่งองค์การอนามัยโลกกล่าวไว้ในปี ค.ศ. 2020 คาดว่าภาวะซึมเศร้าจะมีอัตราสูงเป็นอันดับที่ 2 ของการเจ็บป่วยทางจิต⁵

การส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นกระบวนการสร้างเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัว และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยการดูแลสภาพร่างกายและจิตใจรวมทั้งส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเพิ่มความสนุกสนานทางจิตใจ การสร้างปัจจัยป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงของสาเหตุปัญหาสุขภาพจิต¹⁰ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ นอกจากจะเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุแล้ว ยังช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วย สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ทุกหน่วยงานในสังกัดให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้รับบริการที่ครอบคลุมทั้งในด้านการส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟู ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตนั้น

มียุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นให้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิต แกนนำชุมชนเป็นกลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่หนึ่งในการดูแลประชาชนในชุมชนให้มีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม กลุ่มบุคคลดังกล่าวมีความใกล้ชิดสนิทสนม และสามารถเข้าถึงผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ประกอบกับปัญหาด้านระบบบริการสุขภาพของรัฐซึ่งไม่เพียงพอต่อการให้บริการประชาชน จึงต้องมีการใช้แกนนำชุมชนในการช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (community base care) การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนให้มีความรู้ความสามารถที่ถูกต้องและเหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องกระทำ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ซึ่งอาศัยความร่วมมือจากผู้มีส่วนร่วมวิจัยอย่างเต็มที่โดยตรงทุกระยะของการวิจัย การได้เข้าร่วมที่มิวิจัยจะช่วยเสริมพลังความสามารถของผู้ปฏิบัติตลอดกระบวนการวิจัย¹¹

กรุงเทพมหานคร มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2554 มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 728,695 คน¹² และเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 941,382 ในปี พ.ศ. 2557¹³ จากการรวบรวมข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเขตบางซื่อ ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตจำนวน 105 ราย แยกเป็นปัญหาความวิตกกังวล จำนวน 29 ราย นอนไม่หลับ จำนวน 24 ราย ซึมเศร้า 12 ราย ปัญหาความเครียด 10 ราย และอื่นๆ 30 ราย¹⁴ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานครให้มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ อันจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ บางซื่อ กรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย เลขที่ KFN-IRB2015-06 เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2559

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำชุมชน ในชุมชนเมืองเขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการโดยการเลือกตัวอย่างแบบกลุ่มและใช้วิธีสุ่มแบบเจาะจง (cluster and purposive sampling) โดยใช้การแบ่งแขวงเป็นเกณฑ์ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษา เขตบางซื่อมีทั้งหมด 2 แขวง แขวงละ 5 ชุมชน ชุมชนละ 5 คน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

1. เป็นแกนนำชุมชน
2. เต็มใจเข้าร่วมโครงการ
3. เขียนและอ่านหนังสือได้
4. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนเสร็จสิ้นโครงการ

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนเสร็จสิ้นโครงการ
2. ไม่เต็มใจเข้าร่วมโครงการ หรือไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว

2. แบบวัดความรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุจำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การแปลผล แบ่ง ตามคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย

2.34 – 3.00 หมายถึง แกนนำชุมชนมีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิตอยู่ในระดับมาก

1.67 – 2.33 หมายถึง แกนนำชุมชนมีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง

1.00 – 1.66 หมายถึง แกนนำชุมชนมีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ

3. ข้อคำถามการสนทนากลุ่ม จำนวน 7 ข้อ เพื่อเก็บรวบรวมความคิดเห็นของแกนนำชุมชนในประเด็น ปัญหา

ความต้องการ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การมีส่วนร่วม ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทาง ในการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ ได้แก่

1. ตามแนวคิดของท่าน แกนนำชุมชนมีปัญหาและ ความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพจิตของตนเองและ ผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร
2. จากข้อมูลที่คุณวิจัยสำรวจได้ ท่านมีความคิดเห็น อย่างไร
3. ท่านคิดว่าข้อมูลจากการสำรวจข้างต้น เป็นปัญหา ของท่านหรือไม่อย่างไร
4. ถ้าข้อมูลที่สำรวจได้เป็นปัญหาของแกนนำชุมชน ท่านคิดว่าควรแก้ไขอย่างไร
5. ถ้าจะแก้ไขท่านคิดว่าจะแก้ไขปัญหาใดก่อนเพราะ เหตุใด
6. ท่านคิดว่าใครควรจะเป็นคนแก้ไขปัญหาต่างๆ เหล่านี้ เพราะเหตุใด
7. ท่านคิดว่าควรทำอย่างไร ในการแก้ไขปัญหาค่ะ แต่ละเรื่อง

ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยที่เป็นแบบสอบถามวัด ความรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และข้อคำถามการสนทนากลุ่ม ไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้าน การพยาบาลจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต ได้แก่ อาจารย์ พยาบาลด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และนำมาแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ (try out) กับแกนนำชุมชนที่ไม่ใช่ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรของคูเดอร์และริชาร์ดสัน KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability coefficient alpha) = 0.80

ขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้วิจัยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน เขตบางซื่อ ด้วยการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (appreciation influence control) ในการศึกษาปัญหา ความต้องการ และหาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ประสานงานกับประธานชุมชน กรรมการ ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ทำความเข้าใจกับคุณเคยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เกิดการยอมรับ และประเมินความสมัครใจของผู้เข้าร่วมโครงการ มีขั้นตอน การศึกษาดังนี้

ระยะก่อนดำเนินการวิจัย

1. การคัดเลือกพื้นที่ ได้คัดเลือกเขตบางซื่อซึ่งสะดวก ในการพัฒนาช่วยเหลือ และแกนนำชุมชนส่วนใหญ่คุ้นเคย กับผู้วิจัย จะทำให้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเข้าร่วม กิจกรรม
2. เตรียมชุมชน ประสานงานกับประธานชุมชน กรรมการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ ให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ

ระยะดำเนินการวิจัย

1. ดำเนินการสำรวจข้อมูลพื้นฐานของแกนนำชุมชน ปัญหาและความต้องการ ความรู้ความสามารถในการส่งเสริม สุขภาพจิตผู้สูงอายุ
 2. ค้นพบปัญหาและความต้องการของแกนนำชุมชน จากการสัมภาษณ์และสำรวจความรู้ความสามารถในการส่งเสริม สุขภาพจิตผู้สูงอายุ
 3. จัดสนทนากลุ่มเพื่อเรียนรู้ปัญหาและความต้องการ ร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน มีการพูดคุยแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นและหาจุดร่วมในการพัฒนา
 4. จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าและการดูแลช่วยเหลือ ในผู้สูงอายุ ความเครียดและการจัดการกับความเครียด การให้การศึกษาและฝึกทักษะการให้การปรึกษา รวมทั้งจัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
- หลังจากนั้นคณะผู้วิจัยประเมินผลความรู้ความสามารถ ของแกนนำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และ คณะผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อติดตามเยี่ยมแกนนำชุมชน และ ติดตามความก้าวหน้าของกิจกรรม พูดคุยเพื่อให้กำลังใจ ให้มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความรู้ ความสามารถของแกนนำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการจัดกิจกรรมทั้งหมด นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยวิเคราะห์ประเด็นหลักตามวัตถุประสงค์ และนำเสนอด้วยการบรรยาย การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) คือ จากสิ่งที่สังเกตได้ การบันทึกข้อมูล และข้อมูลจากการสัมภาษณ์

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

จากตารางที่ 1 แกนนำชุมชนจำนวน 50 คนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 88 มีอายุ 40 – 60 ปี มากที่สุด จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาคือ ค้าขาย จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 56 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 38 รองลงมาคือ หม้าย จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 28 มีรายได้ 1,001 – 5,000 บาท มากที่สุด จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 56 รองลงมาคือ 5,001 – 10,000 บาท จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 32 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 52 มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูงมากที่สุด จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 54 รองลงมา คือ ไขมันในเส้นเลือด จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 38

ตารางที่ 1:

จำนวนและร้อยละของแกนนำชุมชน จำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวเรื้อรัง (จำนวน = 50)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	12
หญิง	44	88
อายุ		
≤ 40 ปี	6	12
40 – 60 ปี	35	70
มากกว่า 60 ปี	9	18
อาชีพ		
ค้าขาย	14	28
ข้าราชการบำนาญ	5	10
รับจ้าง	15	30
รัฐวิสาหกิจ	1	20
ธุรกิจส่วนตัว	13	26
อื่นๆ	2	4
สถานภาพสมรส		
โสด	9	18
สมรส	19	38
หม้าย	14	28
หย่า	5	10
แยกกันอยู่	3	6

ตารางที่ 1:

จำนวนและร้อยละของแกนนำชุมชน จำแนกตาม เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวเรื้อรัง (จำนวน = 50) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
≤ 1,000	-	-
1,001 – 5,000	28	56
5,001 – 10,000	16	32
มากกว่า 10,000	6	12
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	24	48
ไม่เพียงพอ	26	52
โรคประจำตัวเรื้อรัง		
โรคเบาหวาน	18	36
โรคความดันโลหิตสูง	27	54
โรคหัวใจ	4	8
โรคไขมันในเส้นเลือด	19	38
อื่นๆ	3	6

2. ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการ และความ ต้องการให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือของแกนนำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

จากตารางที่ 2 แกนนำชุมชนมีปัญหาด้านความรู้ความสามารถ เกี่ยวกับสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิต และการช่วยเหลือในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 34 แกนนำชุมชนมีความต้องการเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมากที่สุด จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ความต้องการให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือของแกนนำชุมชน คือ การอบรมในความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิต และแนวทางการช่วยเหลือในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมากที่สุด 29 คน คิดเป็นร้อยละ 58 รองลงมา คือ ต้องการให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้าน ดูแลให้คำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 21 คน คิดเป็น ร้อยละ 42

3. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้และความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

จากตารางที่ 3 แกนนำชุมชนมีความรู้ความสามารถ

ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโครงการอยู่ในระดับมาก ($X = 2.47$, $SD = 0.81$)

วิจารณ์

แกนนำชุมชนมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มากขึ้นจะทำให้แกนนำชุมชนสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ทางสุขภาพจิตให้แก่ผู้สูงอายุได้ เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิต (primary prevention) สามารถสังเกตอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ หรืออาการที่เป็นสัญญาณเตือนของปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว รวมทั้งสามารถให้คำแนะนำญาติในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช นับเป็นการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ¹⁵⁻¹⁶ สามารถทำหน้าที่ในการถ่ายทอดความรู้ จัดการสุขภาพในชุมชน ตลอดจนให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีจิตสาธารณะในการสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน มีประสิทธิภาพและ

ประสิทธิผล บูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างท้องถิ่น แกนนำสุขภาพในชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตพื้นที่อย่างเข้มแข็ง¹⁷ สอดคล้องกับนโยบายและกลยุทธ์หลักของการพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติมาตั้งแต่แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ ๔ จนถึงปัจจุบัน โดยมุ่งหวังให้ประชาชนในแต่ละหมู่บ้านและชุมชนสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ และประชาชนมีสุขภาพดี ถ้วนหน้าสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ปริญญา ผกานนท์¹⁸ เรื่อง การสร้างพลังแกนนำชุมชนเพื่อควบคุมลูกน้ำยุงลายอำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า แกนนำชุมชนเกิดพลังในการควบคุมลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน เกิดองค์กรควบคุมลูกน้ำยุงลายมีกิจกรรมและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนดำเนินการในหมู่บ้าน ทำให้พฤติกรรมควบคุมลูกน้ำยุงลายของหัวหน้าครัวเรือนในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย¹⁹ ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ

มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ยกเว้นพฤติกรรมด้านปฏิบัติด้านโภชนาการ พบว่ากับวิธีดำเนินการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ทำให้แกนนำชุมชนมีการวางแผน และเกิดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ผ่านการมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์ และวางแผนดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนภายหลังการเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดการวิจัยอย่างมีส่วนร่วม เพื่อการพัฒนาหรือแก้ปัญหาของชุมชน ตั้งแต่การระบุปัญหา ค้นหาวิธีการแก้ปัญหา และร่วมกันแก้ปัญหา ด้วยวิธีการที่กำหนดไว้ร่วมกัน ซึ่งนักวิจัยจะเข้าไปมีส่วนร่วมกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้ความรู้และทักษะในเรื่องต่างๆ ตามที่ชุมชนต้องการก่อให้เกิดความยั่งยืนของชุมชน²⁰ สอดคล้องกับการดำเนินโครงการวิจัยในครั้งนี้ คือ แกนนำชุมชนได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมแสดงความคิดเห็นในการวางแผนหาแนวทางแก้ไขปัญหารวมทั้งเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ²¹

ตารางที่ 2:

จำนวนและร้อยละของปัญหาและความต้องการของแกนนำชุมชน และความต้องการให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือ

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาของแกนนำชุมชน		
1. ความรู้ความสามารถ เกี่ยวกับสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิต และการช่วยเหลือในผู้สูงอายุ		
- ระดับปานกลาง	33	66
- ระดับต่ำ	17	34
ความต้องการของแกนนำชุมชน		
1. เกี่ยวกับสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิตและแนวทางการช่วยเหลือในผู้สูงอายุ	15	30
2. การปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช	35	70
ความต้องการให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือของแกนนำชุมชน		
1. การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิตและแนวทางการช่วยเหลือในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช	29	58
2. มาเยี่ยมบ้าน ดูแลให้คำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ	21	42

ตารางที่ 3:

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้และความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุของแกนนำชุมชน

ข้อมูล	\bar{X}	SD.	ระดับความรู้และความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
ความรู้และความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโครงการ	1.99	0.74	ปานกลาง
หลังเข้าร่วมโครงการ	2.47	0.81	มาก

ข้อเสนอแนะ

1. ศึกษาปัญหาอุปสรรค ความต้องการการช่วยเหลือในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
 2. ศึกษาขยายผลไปยังชุมชนอื่นๆ ให้ครอบคลุมพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อให้แกนนำชุมชนมีความรู้ ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง
- ข้อจำกัดของงานวิจัย

สรุป

แกนนำชุมชนมีปัญหาด้านความรู้ความสามารถเกี่ยวกับสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิต และการช่วยเหลือในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ($X = 1.99$, $SD = 0.74$) มีความต้องการเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70 ความต้องการให้เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือของแกนนำชุมชน คือ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิต และแนวทางการช่วยเหลือในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58 ภายหลังการเข้าร่วมโครงการแกนนำชุมชนมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ($X = 2.47$, $SD = 0.81$)

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย ขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.สุธิกาญจน์ ไชยลาภ ดร.จันทรรัตน์ วงศ์อารีย์สวัสดิ์ และอาจารย์ณิมางษ์ ใช้พานิช ที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัย และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World populations ageing 2015 [internet]. 2015 [cited 2017 May 20]. Available from: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf
2. Department of older person, Ministry of social development and human security. The situation of Thai elderly 2015 [internet].2020 [cited 2020 May20]. Available from: <http://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge201724041217101pdf>
3. Yaiyon O, Lueboontawatchai P. Depression of elderly from grief in aging group Nonthaburi. Journal of Psychologist of Thailand 2011; 56: 117-28.
4. Akewarangul S .Knowing, understanding, looking after depression elderly people. Bangkok: S. Asia Press Ltd; 2010.
5. National Institute of Mental Health. Epidemiology of mental illness [Internet]. 2002 [cited 2019 May 1]. Available from: <http://www.surgeongeneral.gov/Libraly/mentalhealth/chapter2/sec2-1.html>.
6. Volkert J, Schulz H, Härter M, Wlodarczyk O, Andreas S. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries-a meta-analysis. Ageing Res Rev 2013; 12 : 339-53.

7. Nandhasupawat W. Mental health of elderly people. Journal of the north east region nursing association of Thailand 2009; 27:27-32.
8. Lueboonthawichai O. Psychiatric nursing and Psychiatry. Bangkok : V print; 2011.
9. Jampathong N. Seminar project of suicide protection 12th [internet]. 2018 [cited 2020 May 29]. Available from: <https://www.thaipost.net/main/detail64418>
10. Suthilert P. A Synthesis of Research of Mental health in elderly people (Thesis of Master degree in nursing). Bangkok : Mahidol University; 2008.
11. Srisupan W. Research of Nursing : Principle and practice. 4th ed. Chiangmai : Project of Nursing Text books, Chiangmai University; 2009.
12. Registration Administration, Department of people provincial administration. The population of elderly people in Bangkok. Bangkok : Registration Administration, Department of people provincial administration; 2011.
13. National Statistic office. Population survey of elderly people in Thailand 2014. Bangkok: Text and journal publication; 2014.
14. Public health center 3 Bangsue. Public health department. Statistic report of service provider for mental health. Bangkok : Public health department; 2013.
15. Satayathum Ch. Psychiatric Nursing and mental health. Nonthaburi : Boromrajanok institute; 2013.
16. Lueboonthawatchai O. Psychiatric Nursing and mental health. 5th ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013.
17. Saelaw K. Project of the competency development in community, Natavee tambom, Amphoe Natavee Songkla [internet]. 2018 [cited 2020 May 20]. Available from <http://www.localfund.happynetwork.org/project/36198>
18. Pakanondha P. Empowerment program in Community to control mosquito lava, Amphoe Toongsri-udom, Ubonrajthani. Bangkok : the data base of Thai thesis; 1999.
19. Pongsangpan P, Rodjakpai Y. Research report of the development of health promotion in elderly people by community collabulation. Chonburi: Faculty of public health, Burapha University; 2014.
20. Suthinarakorn W. Participatory Action Research [internet]. 2013 [cited 2020 May 20]. Available from: http://www.rlc.nrct.go.th/ewt_dl.php?nid=1123
21. Phuangsomjit. Participatory action research on research in educational administration. 3rd ed. Bangkok : Sukhothai Thammathirat Open University; 2014.