

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

พริยา สุทธิเลิศ

สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

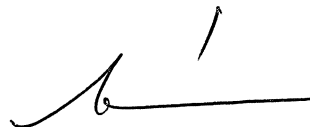
เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ



นางปิริยา สุทธิเลิศ

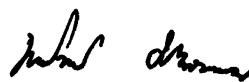
ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โสภิต แสงอ่อน

Ph.D (Nursing)

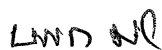
ประธานกรรมการควบคุมสารนิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรทิพย์ มาลาธรรม

Ph.D. (Nursing)

กรรมการควบคุมสารนิพนธ์



ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย



รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ศักดิ์

พย.ค.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

สารนิพนธ์

เรื่อง

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

วันที่ 26 กันยายน พ.ศ. 2551

นางพิริยา สุทธิเลิศ

ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุภาพ อารีเอื้อ

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โสภณ แสงอ่อน

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

อาจารย์ รุ่งสไมน์ต์ สุนทรไชยา

Ph.D. (Nursing)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พรทิพย์ มาลาธรรม

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

กรรมการสอบสารนิพนธ์

ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวิน

พ.บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสภณ แสงอ่อน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรทิพย์ มาลาธรรม ที่ให้ข้อเสนอแนะ ตรวจสอบ แก้ไข และปรับปรุง ข้อบกพร่องในการทำสารนิพนธ์ จนสารนิพนธ์ฉบับนี้เรียบร้อยสมบูรณ์ ตลอดจนเป็นกำลังใจ ให้แก่ผู้ศึกษามาโดยตลอด ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช เจ้าหน้าที่ห้องสมุด และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่านซึ่งผู้ศึกษามีโอกาสล่วงนามได้ทั้งหมด ที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำตลอดระยะเวลา ของ การศึกษาค้นคว้า ผู้ศึกษารู้สึกประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่งและขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขในการอนุเคราะห์ทุนการศึกษา ตลอดหลักสูตรการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราช ในการสนับสนุนให้ผู้ศึกษาได้มีโอกาสศึกษาต่อ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือในการ ปฏิบัติงานแทนในเวลาที่ต้องมาศึกษาหรือพบอาจารย์ รวมทั้งคอยให้กำลังใจ ตลอดมาตั้งแต่เริ่มต้น จนสารนิพนธ์เล่มนี้สมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้ศึกษาขอขอบคุณเพื่อนๆ น้องๆ และสมาชิกในครอบครัวทุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือ ในทุกเรื่องที่สามารถช่วยได้ และเป็นกำลังใจที่ดีสม่ำเสมอ จนกระทั่งสารนิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วง ไปด้วยดี

พริยา สุทธิเลิศ

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
(A SYNTHESIS OF RESEARCH ON MENTAL HEALTH PROMOTION IN
OLDER ADULTS)

พริยา สุทธิเลิศ 4637631 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์ : โสฬณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing), พรทิพย์ มาลาธรรม, Ph.D.
(Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ งานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ สืบค้นจากฐานข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ และสืบค้นด้วยตนเองจากแหล่งอ้างอิงจากหนังสือ จำนวน 19 เรื่อง พบว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุมี 7 รูปแบบ คือ 1) การออกกำลังกาย หรือการออกกำลังกายร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มใช้เวลา 20 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ช่วยลดความวิตกกังวล ลดภาวะซึมเศร้า และช่วยส่งเสริมการนอนหลับ 2) กิจกรรมนันทนาการใช้เวลาสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมงนาน 4 เดือนช่วยลดภาวะซึมเศร้า 3) การระลึกความหลังใช้เวลา 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ช่วยลดความวิตกกังวล 4) การใช้กระบวนการกลุ่มและการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ร่วมกับการดูแลสุขภาพ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1-3 ครั้งทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้ 5) การฝึกทำสมาธิใช้เวลาครั้งละ 30 นาทีช่วยให้จิตใจสงบ 6) การส่งเสริมสุขภาพจิตรายบุคคลโดยใช้กรอบแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพ ของ Pender ช่วยให้เข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง และ 7) งานวิจัยที่พัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการสร้างเครือข่ายทางสังคมและเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ทั้ง 7 รูปแบบเหมาะสมกับผู้สูงอายุทุกช่วงวัย ที่มีสุขภาพและการรับรู้ดี หรือมีปัญหาสุขภาพจิตโดยทำในสถานที่พักผ่อนหรือชุมชน ส่วนผู้ดำเนินการ เป็น พยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้สื่อบุคคล วัสดุทัศน เทปและโปรแกรมการให้คำปรึกษาต่างๆตามความเหมาะสมและขึ้นอยู่กับกิจกรรม จากผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ / การส่งเสริมสุขภาพจิต

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON MENTAL HEALTH PROMOTION IN OLDER ADULTS

PHIRIYA SUTTHILET 4637631 RAMH/M

M.N.S. (MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

THEMATIC PAPER ADVISORS: SOPIN SANGON, Ph.D., (Nursing)

PORNTIP MALATHUM, Ph.D., (Nursing)

ABSTRACT

The objectives of this study were to collect, analyze and synthesize the academic research and evidence regarding mental health promotion in older adults by searching electronic databases Nineteen research articles were selected. The findings reveal 7 types of mental health promotion in older adults: 1) exercising or exercising along with group activities (from 20 minutes to 1 hour to reduce levels of loneliness and depression, and promote sleeping); 2) recreational activities (for 3 hours, 3 times a week, 4 months long, to reduce levels of depression); 3) reminiscing (from 45 minutes to 1 hour, 1-2 times a week, to reduce levels of depression); 4) group activities and experiential learning activities along with practicing health care (for 1 hour, 1-3 times a week, to promote adaptability); 5) meditation (for 30 minutes/time, to encourage a peaceful mind); 6) individual mental health promotion (based on Pender's Health promotion model, to help understand the elderly people's real needs); and 7) research that develops the process of mental health promotion in older adults by creating social networks and promoting community participation. Mental health promotion can be practiced with older adults of any age, in good health and with good perception, or with mental health problems. The activities can be done at the homes for the elderly or at communities. The organizers are nurses and interdisciplinary experts. The media used are people, videos, cassette tapes and counseling programs depending on appropriateness and activities. The results of this research are beneficial for mental health promotion in older adults. However, additional research about mental health promotion should be conducted in order to obtain the efficient forms and approaches regarding the context and specific group of older adults.

KEY WORDS: OLDER ADULTS / MENTAL HEALTH PROMOTION.

204 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ซ
บทที่ 1 ความสำคัญของปัญหา	1
บทที่ 2	5
วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
องค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ	5
ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	5
การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ	6
การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ	7
สุขภาพจิตและปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	14
ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	14
ลักษณะของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี	15
ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้สูงอายุ	16
การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	20
ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพจิต	20
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	20
แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	22
บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาล	30
สุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	
บทที่ 3	32
วิธีดำเนินการศึกษา	32
การรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการทบทวน	32
แหล่งข้อมูลงานวิจัย	32

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	35
การประเมินคุณภาพงานวิจัย	35
การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย	36
บทที่ 4 ผลการศึกษา	38
ผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	38
ผลการวิเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัย	39
คุณภาพงานวิจัย	39
รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	39
เครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	45
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา	48
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	59
สรุปผลการศึกษา	59
สรุปสาระสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	59
ข้อจำกัดของการศึกษา	61
ข้อเสนอแนะ	61
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	63
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	80
บรรณานุกรม	95
ภาคผนวก	102
ประวัติผู้วิจัย	204

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	34
2	ผลการวิเคราะห์งานวิจัยในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	103
3	ผลการวิเคราะห์วิธีส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	188

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทั่วโลกซึ่งในปี ค.ศ. 2000 มีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 600 ล้านคน มีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 จำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 1.2 พันล้านคน และเพิ่มขึ้นถึง 2 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2050 และนอกจากนี้ยังพบว่าสองในสามของผู้สูงอายุเป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งในปี ค.ศ. 2025 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 75 สำหรับประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (W.H.O., 2007) ในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวนผู้สูงอายุถึงร้อยละ 12.3 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2010-2030 อัตราของผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 (Melillo, 2005) สำหรับในประเทศไทยโดยภาพรวมประชากรไทยมีอัตราเพิ่มประมาณร้อยละ 1 ต่อปี แต่สำหรับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุกลับมีอัตราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 7 ต่อปี คือในปี พ.ศ. 2523 ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมี 2.4 ล้านคน ปี พ.ศ. 2533 มีผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 4.1 ล้านคน ปี พ.ศ. 2543 มีผู้สูงอายุ 5.8 ล้านคน และยังคงคาดการณ์ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 10.2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2544) จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่าในอนาคตจะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่ง Hogstel (1995) กล่าวว่า ร้อยละ 95 ของประชากรผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่ในชุมชนและหมายถึงความต้องการการดูแลในด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุที่จะมีมากขึ้นและอาจส่งผลถึงการมีปัญหาสุขภาพจิตได้ ซึ่งบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จะต้องให้ความสนใจในการเตรียมรับกับสถานการณ์ของจำนวนผู้สูงอายุ และความต้องการการดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจที่เพิ่มขึ้นต่อไป

The National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchments Area Program ประเทศสหรัฐอเมริกา รายงานความผิดปกติทางจิตใจในผู้สูงอายุที่พบบ่อยก็คือ โรคซึมเศร้า โรคความผิดปกติของความคิด โรคกลัว โรคพหุสราเรื้อรัง และพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากอาการทางจิตมากที่สุด การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายในผู้สูงอายุก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุต่างจากประชากรวัยอื่นคือ ผู้สูงอายุมีความแข็งแรงของร่างกายและ ความคล่องตัวลดลง ความจำเสื่อมถอย การคิดและการตัดสินใจช้าลง เกิด

ความเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัว (กรมสุขภาพจิต, 2547) ทำให้ต้องเผชิญกับภาวะความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและจะทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545) นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจจะต้องเผชิญกับปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวเนื่องจากระบบครอบครัวในปัจจุบัน จะอยู่ในลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น บุตรหลานแยกครอบครัวหรือไปประกอบอาชีพต่างถิ่น มีเวลาพบกันน้อยทำให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการดูแลเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุที่เคยปฏิบัติกันมาในอดีตมีน้อยลง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานจึงมีน้อยลงไป ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยวนำไปสู่ความว้าเหว่ (บุญศรี นุกฤต, 2545) และจากการเปลี่ยนแปลงของสถานภาพบทบาททางสังคม อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่ หดอำนาจหน้าที่ สูญเสียรายได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจึงมีความวิตกกังวล นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับภาวะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้ขาดบุคคลที่เข้าใจ ขาดที่ปรึกษาทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงาหรือซึมเศร้าได้ ซึ่งจากการศึกษาอุบัติการณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทยโดย เนตรนภา จัตุรงค์แสง (2540) พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรามีความซึมเศร้าร้อยละ 50 และผู้สูงอายุที่อยู่ภายในสถานสงเคราะห์คนชราภาวะซึมเศร้าโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุนอกสถานสงเคราะห์คนชราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่ 4 ภาค และกรุงเทพมหานครพบผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 17 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ, 2546) นอกจากนี้ Lueckenottol (1996) ได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุ มีภาวะซึมเศร้าประมาณ ร้อยละ 15-20 และภาวะซึมเศร้านี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าวัยอื่นๆ ถึง 5 เท่า และยังมีการศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2535 – 2545 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 (กรมสุขภาพจิต, 2547)

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากผู้สูงอายุต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตและเผชิญกับปัญหาการสูญเสียสุขภาพที่ดี การสูญเสียบุคคลในครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ สนับสนุน ให้ความสมดุลทางด้านจิตใจ ส่งผลให้เกิดความเครียด ความว้าเหว่ และนำไปสู่การ มีความคิดการฆ่าตัวตาย ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีจะช่วยให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายความเครียด ลดความซึมเศร้า มีความพึงพอใจในชีวิต มีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุทุกคนปรารถนา ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุนี้นี้จะต้องส่งเสริมสุขภาพทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณควบคู่กันไปเนื่องจากมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน สำหรับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในรูปแบบต่างๆ จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรให้ความสนใจ เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทหลักในการปฏิบัติการพยาบาลใน 4 มิติ คือการส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพการส่งเสริม

สุขภาพจิตที่ดีจะมีผลต่อผู้สูงอายุโดยตรงเป็นการป้องกันและลดปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในปัจจุบันรัฐบาลจึงมีนโยบายให้ทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้องร่วมมือกันให้การดูแลผู้สูงอายุ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้ทุกหน่วยงานในสังกัด ให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้รับการบริการที่ดีครอบคลุมในทุกด้าน และครบถ้วนทั้ง 4 มิติ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จึงเป็นอีกหนึ่งกิจกรรมที่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องให้การสนับสนุน และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันพบว่าการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุหลากหลายรูปแบบ และก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตหลายด้านด้วยกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มผู้สูงอายุ รวมทั้งลักษณะหรือความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพจิตด้วย และในฐานะที่ผู้ศึกษาเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญ คือการดูแลประชาชนให้มีสุขภาพจิตดี และเป็นผู้นำในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชน อีกทั้งต้องมีการประสานงานกับแหล่งสนับสนุนต่างๆ และที่สำคัญต้องมีการทบทวนองค์ความรู้จากงานวิจัยต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการป้องกันและลดปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ได้ผลดี ซึ่งในปัจจุบันมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุหลากหลายรูปแบบ ที่มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข เกิดความพึงพอใจในชีวิต ลดความซึมเศร้า สามารถช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุจัดการกับ ความตึงเครียด เป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเผชิญปัญหาไปในทางที่เหมาะสม แต่ทั้งนี้พบว่ายังไม่มีมีการรวบรวม และทบทวนองค์ความรู้ดังกล่าวอย่างเป็นระบบ เพื่อสะดวกต่อการนำไปใช้ได้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจที่จะศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์และสังเคราะห์การศึกษาวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตให้สอดคล้องตามความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุโดยตรงอย่างมีประสิทธิภาพโดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ ทำให้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความน่าเชื่อถือและชัดเจนมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนำองค์ความรู้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

2. สามารถนำองค์ความรู้ไปใช้ในการทำการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุต่อไป

นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปโดยนับอายุตามปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ตกลงกันให้เป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง (กรมสุขภาพจิต, 2546)

สุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจซึ่งเป็นผลมาจากการมองตนเองและการปฏิบัติตนเองให้มีจิตใจสงบเยือกเย็น ยอมรับตนเอง มีพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม สร้างสรรค์ตามอายุและวัฒนธรรม มีความสามารถควบคุมอารมณ์ สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม อยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

การส่งเสริมสุขภาพจิต หมายถึง การปรับปรุงหรือยกระดับคุณภาพชีวิตให้สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยการเอาใจใส่เกื้อหนุนสภาพความสมบูรณ์ ของร่างกายและจิตใจให้มีสภาพความเป็นสุข ส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเพิ่มความผาสุกทางจิตใจ รวมถึงการสร้างปัจจัยป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงของสาเหตุปัญหาสุขภาพจิต

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาสารนิพนธ์เรื่อง การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังต่อไปนี้

1. องค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

- 1.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 1.2 การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ
- 1.3 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

2. สุขภาพจิตและปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

- 2.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
- 2.2 ลักษณะของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี
- 2.3 ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้สูงอายุ

3. การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

- 3.1 ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพจิต
- 3.2 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
- 3.3 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
- 3.4 บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

1. องค์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

มีผู้ให้ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้หลากหลาย ดังต่อไปนี้คือ

องค์การอนามัยโลก (2543) ได้ยึดความยืดหยุ่นของชีวิตตามปีปฏิทินเป็นเกณฑ์เบื้องต้น โดยการประชุมองค์การอนามัยโลกที่เมือง Kive ประเทศสวีเดน ปี ค.ศ. 1963 ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุ 60 ปี เป็นวัยเริ่มต้นของผู้สูงอายุ (ในยุโรปและอเมริกาเหนือกำหนดอายุ 65 ปี)

อรพรรณ ลีอนุวัธวัชชัย (2545) ได้ให้ความหมายและแนวคิดของผู้สูงอายุไว้ว่า ผู้สูงอายุ

คือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 หรือ 65 ปีขึ้นไป อาจแตกต่างกันเล็กน้อยในเรื่องอายุของแต่ละกลุ่มชน ลักษณะของวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสภาวะทางสังคม วัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยลงกว่าวัยที่ผ่านมา

กรมสุขภาพจิต (2546) ให้คำจำกัดความของคำว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปโดยนับอายุตามปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ตกลงกันให้เป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง

จากแนวคิดและความหมายดังกล่าวพอสรุปได้ว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมลงในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

1.2 การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมองค์ความรู้เรื่องผู้สูงอายุมีผู้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุไว้ดังนี้

Yurick (1980) ได้กล่าวว่าสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (National institute of Aging) ได้แบ่งผู้สูงอายุ เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young-Old) คือมีอายุ 60-74 ปี ยังไม่ชรามากเป็นวัยที่ยังทำงานได้ดีถ้ามีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี

2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยท้าย (Old-Old) คือมีอายุ 75 ปี ขึ้นไป ถือว่าเป็นวัยชราที่แท้จริง ส่วนองค์การอนามัยโลก (2547) แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุไว้ดังนี้

กลุ่มผู้สูงอายุ (Elderly) อายุระหว่าง 60-74 ปี

กลุ่มคนชรา (Old) อายุระหว่าง 75-90 ปี

กลุ่มคนชรามาก (Very old) อายุมากกว่า 90 ปี

สำหรับสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2548) ได้แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามเกณฑ์ของอายุไว้ดังนี้

Young - old คือผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี

Medium - old คือผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี

Old - old คือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป

นอกจากนี้ Craig (1991) และ Hoffman (1988) จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุไว้เป็น 4 ช่วงอายุดังนี้

- The young-old ช่วงอายุ 60-69 ปี เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การตายจากไปของเพื่อนสนิทมิตรสหาย คู่ครอง รายได้ลดลง สูญเสียตำแหน่งทางสังคม ทั่วๆ ไปโดยทั่วไปคนวัยนี้ยังแข็งแรง

- The middle-aged old อายุประมาณ 70-79 ปี เป็นช่วงคนเริ่มเจ็บป่วย บุคคลใกล้ชิดเริ่มหายตายจากมากขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมน้อยลง

- The old-old อายุประมาณ 80-90 ปี ขึ้นไปเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุปรับตัวให้เข้ากับ

สิ่งแวดล้อมมากขึ้น มีความต้องการเป็นส่วนตัวมากขึ้น ไม่วุ่นวาย และต้องการความช่วยเหลือมากกว่าวัยที่ผ่านมา

- The very old-old เป็นผู้มีอายุ 90-99 ปีขึ้นไป ซึ่งจะมีจำนวนน้อย และผู้สูงอายุวัยนี้จะมีความสุขสงบ

โดยสรุปการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุอาจมีความแตกต่างกันในเรื่องของเกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามวัยเล็กน้อย แต่ในการศึกษาวิเคราะห์สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในครั้งนี้ จะศึกษาในผู้สูงอายุทุกกลุ่มอายุ

1.3 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุเกิดขึ้นจากการเสื่อมโทรมของร่างกาย การพลัดพรากจากบุคคลที่รัก การสูญเสียบทบาททางสังคมและสูญเสียเศรษฐกิจ อาจส่งผลถึงอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุได้ ซึ่งจะเสนอการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกายของผู้สูงอายุ เกิดขึ้นจากการเสื่อมโทรมของร่างกาย การเสื่อมถอยของอวัยวะ มีผลต่อการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกร่างกาย มีลักษณะการเปลี่ยนแปลงภายในและภายนอกร่างกายดังนี้(สุภาณี กาญจนจารี,2539; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545; อรพรรณ ลีอนุชวรัชชัย,2545)

1.1 ระบบกระดูกโครงร่างและฟัน มีการเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบของกระดูก เช่น กลีออนแคลเซียมลดลง กระดูกจึงขาดความแข็งแรงในการรองรับน้ำหนัก หรือรับน้ำหนักได้น้อยลง ผู้สูงอายุจึงมีกระดูกเปราะและหักง่าย นอกจากนี้อาจมีธาตุแคลเซียมไปจับอยู่ในกระดูกอ่อน โดยเฉพาะอาจไปจับที่กระดูกซี่โครงทำให้การหายใจถูกจำกัด ทำให้หายใจไม่สะดวก ความยืดหยุ่นของเอ็นรอบข้อต่อและเอ็นต่างๆ ของข้อต่อเสื่อมลง ทำให้เคลื่อนไหวได้ไม่คล่องแคล่ว และถ้าผู้สูงอายุไม่เคลื่อนไหวข้อก็จะแข็งและเคลื่อนไหวยากขึ้น ฟันมีสีเหลืองมากกว่าวัยหนุ่มสาว จะมีฟันหักหรือหลุด เหงือกกรัน มีผลกระทบต่อการรับประทานอาหาร การพูด และการย่อยอาหาร

1.2 ระบบกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและจำนวนกล้ามเนื้อลดลง มีผลให้กำลังและความเร็วของการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ไม่มีแรง ไม่มีกำลัง ปวดเมื่อย ทำให้การทำงานหนักที่ต้องใช้กำลังกล้ามเนื้อทำงานไม่ค่อยได้ (อรพรรณ ลีอนุชวรัชชัย, 2545) กล้ามเนื้อลายบริเวณหน้าท้องหย่อนกำลังทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเกร็งกล้ามเนื้อเพื่อเพิ่มความดันในท้องได้ จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก การหย่อนกำลังของกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงและกล้ามเนื้อกระบังลมทำให้หายใจลำบาก สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นผู้หิวน้ำกล้ามเนื้อของช่องเชิงกรานอาจอ่อนกำลัง ทำให้กระบังลมเคลื่อน (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545)

1.3 ระบบประสาทและประสาทสัมผัส เซลล์สมองและเซลล์ประสาทของผู้สูงอายุมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ ขนาดของสมองลดลง (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545; อรพรรณ ลีอนุช รัชชัย, 2545) การทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลงเป็นเหตุให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง การเคลื่อนไหวช้า ความจำเสื่อม ความกระตือรือร้นลดลง การนอนหลับของผู้สูงอายุจะใช้เวลาอนน้อยลง นอนหลับยากและตื่นง่าย ขนาดของรูม่านตาเล็กลง ม่านตาหดและแข็ง มีผลทำให้ความสามารถในการปรับการเปลี่ยนแปลงของแสงลดลง สายตายาวขึ้นเนื่องจาก crystalline lens เสื่อมทำให้ความสามารถในการปรับรูปร่างและมีผลทำให้ peripheral vision ลดลง การได้ยินลดลงมีอาการหูตึง เนื่องจากการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้น ทำให้มีปัญหาเรื่องการรับรู้ รวมกับการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทหูคู่ที่ 8 (Auditory Nerve) การรับกลิ่นไม่ดี เนื่องจากการเสื่อมของเยื่อโพรงจมูก การรับรสไม่ดี เนื่องจากจำนวนต่อมรับรสลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเบื่ออาหาร ประสาทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัวของร่างกายอ่อนประสิทธิภาพทำให้ผู้สูงอายุวิงเวียนได้ง่าย ประกอบกับกล้ามเนื้ออ่อนกำลังลงและข้อต่อเคลื่อนไหวไม่เต็มที่ทำให้ผู้สูงอายุเสียการทรงตัว

1.4 ระบบหายใจ หลอดลมและปอดมีขนาดใหญ่ขึ้นความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงและกำลังหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าออกลดลง ผนังทรวงอกแข็งขึ้น การเคลื่อนไหวของกระดูกซี่โครงลดลงเพราะมีแคลเซียมมาเกาะอยู่ที่กระดูกอ่อนชายโครงมากขึ้น เยื่อหุ้มปอดแข็งและทึบทำให้ปอดยืดขยายและหดตัวได้น้อยลง การระบายอากาศหายใจลดลง ถุงลมปอดมีจำนวนลดลง ผนังถุงลมแตกง่ายเนื่องจากเส้นใยคอลลาเจน (Collagen) ที่หุ้มถุงลมลดลง ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ง่ายขึ้น การทำงานของกล่องเสียงลดลง ทำให้เกิดอาการสำลัก และเกิดโรคปอดบวมได้

1.5 ระบบไหลเวียนโลหิต หัวใจเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและสรีระทำให้จำนวนเลือดที่บีบออกจากหัวใจแต่ละครั้งและจำนวนเลือดที่บีบออกจากหัวใจ 1 นาทีลดลง 0.79% ต่อปี เป็นจุดเริ่มต้นทำให้หัวใจทำงานไม่ไหวเมื่อต้องการออกแรงมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของระบบสารสื่อประสาทไฟฟ้า ซึ่งเกิดจากการขาดเลือด การรบกวนการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและสารเคมีรอบๆ เซลล์ pacemaker ทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ ผนังของหลอดเลือดแดงเล็กลง จะหนาขึ้นและมีเกลือแคลเซียมมาจับที่ผนังทำให้รูของหลอดเลือดแดงแคบ ไม่ยืดหยุ่น ขยายตัวได้น้อย เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว ทำให้เลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ได้น้อยลง ลิ้นของหลอดเลือดดำถูกทำลายทำให้หลอดเลือดดำโป่งพอง การไหลเวียนเลือดไม่ดีผลที่ตามมาคือหลอดเลือดดำตีบนอกจากนี้ความยืดหยุ่นของเส้นเลือด aorta ลดลง ทำให้ความดันเลือดตัวบนสูง และจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ

1.6 ระบบทางเดินอาหาร เริ่มตั้งแต่หลอดอาหาร ผู้สูงอายุจะกลืนอาหารช้าและลำบากเนื่องจากกล้ามเนื้อเรียบบริเวณ 2/3 จากส่วนล่างของหลอดอาหารเสื่อมหรือโป่งพอง กระเพาะอาหารมีการหลั่งน้ำย่อยน้อยลง เชื้อบูกระเพาะอาหารจะบางลง การสร้างกรดเกลือ และเอนไซม์จะลดลง การดูดซึมสารอาหารโดยเฉพาะธาตุเหล็ก วิตามินบี 13 และโฟเลต (Folate) ลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคโลหิตจางได้ การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและการทำงานของกล้ามเนื้อในกระเพาะอาหารลดลง อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกหิวบ่อยลง การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลงประกอบด้วยการทำงานของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลงและกระหายน้ำน้อยลงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะท้องผูก

1.7 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ในผู้สูงอายุได้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งขนาด ปริมาตร หน่วยไตมีจำนวนลดลง โกลเมอรูลัส (Gomerulus) ฝ่อลีบ การไหลเวียนเลือดในไตลดลง อัตราการกรองของไตลดลง การทำงานของท่อไตลดลง ทำให้การดูดกลับของสารต่างๆ ลดน้อยลง ทำให้ปัสสาวะเข้มข้น และมีอัตราการกรองลดลง กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังทำให้ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน และกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในผู้สูงอายุเพศชายต่อมลูกหมากโตขึ้นทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบาก มีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อยครั้ง ลูกอัณฑะห้อยเล็กลงและผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ในผู้สูงอายุเพศหญิงรังไข่จะฝ่อเล็กลง ปีกมดลูกจะหดรัดและขนาดเล็กลง เชื้อบูภายในมดลูกบางและมีพังผืดมากขึ้น ปากมดลูกหดรัดและขนาดเล็กลง ไม่มีเมือกหล่อลื่นช่องคลอดแคบและสั้น ความยืดหยุ่นของช่องคลอดลดลง กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัวทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อนและกลั้นปัสสาวะไม่ได้

1.8 ระบบผิวหนัง เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลงทำให้ผิวหนังบางลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้าอัตราการสร้างเซลล์ใหม่ลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดีเนื่องจากมีเส้นใยอีลาสตินลดลง น้ำและไขมันใต้ผิวหนังและการไหลเวียนของเลือดลดลงจึงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสดึงดูดแผลกดทับได้ง่าย การทำงานของต่อมเหงื่อลดลงเนื่องจากมีจำนวนและขนาดลดลง เป็นผลให้การควบคุมอุณหภูมิร่างกายเลวลง ต่อมน้ำมันทำงานลดลงจึงทำให้ผิวหนังแห้ง คัน และแตกง่าย ผมและขนทั่วไปมีสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่าย ส่วนเล็บในผู้สูงอายุจะมีการเจริญช้า หนาตัวขึ้นและไม่สม่ำเสมอ

1.9 ระบบต่อมไร้ท่อ มีการเปลี่ยนแปลงคือ ต่อมใต้สมองจะมีการเปลี่ยนรูปร่างและทำงานน้อยลง การหลั่งฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองมีการเปลี่ยนแปลง ต่อมธัยรอยด์ทำงานลดลงตามอายุทำให้ผู้สูงอายุ เกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลดลง ต่อมหมวกไตทำงานลดลง การขับคอร์ติโคสเตอรอยด์ทางปัสสาวะลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอารมณ์เครียดและหงุดหงิดง่าย ตับอ่อนมีการผลิตอินซูลินลดลง เนื้อเยื่อต่างๆ ภายในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่า

ปกติเป็นผลให้ระดับความทนต่อน้ำตาล (Glucose Tolerance) ของผู้สูงอายุลดลง ซึ่งอาจทำให้เป็นเบาหวานได้เมื่ออายุมากขึ้น ต่อมาเพศทำงานลดลงและไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง ในเพศหญิงรังไข่จะหยุดทำงาน อวัยวะต่างๆ ในระบบสืบพันธุ์เสื่อมลง มีผลจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพและสรีระที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนในเพศชายและเอสโตรเจนในเพศหญิงที่เริ่มลดน้อยลงมาตั้งแต่วัยกลางคนทำให้อวัยวะสืบพันธุ์เปลี่ยนรูปร่างและทำหน้าที่ได้ลดลง ซึ่งอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ทำให้มีอาการหงุดหงิด โกรธง่าย ตกใจง่าย ซึม และมีภาวะซึมเศร้าได้

สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายดังกล่าวนี้ ได้มีการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของประเทศไทยในปี พ.ศ.2543 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำรวจผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทุกคนจำนวน 1,430,331 คน จาก 35 จังหวัดที่กระจายทั่วทุกภาคของประเทศไทย พบว่า การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหาดังนี้ ปัญหาการใช้ฟันบดเคี้ยวร้อยละ 28.10 ปัญหาการเดินและการทรงตัวร้อยละ 11.93 ปัญหาสายตาร้อยละ 22.49 ปัญหาการฟังและการได้ยินร้อยละ 11.93 ปัญหาระบบขับถ่ายอุจจาระร้อยละ 6.56 ปัญหาระบบขับถ่ายปัสสาวะร้อยละ 4.79 โรคข้อต่างๆ ร้อยละ 29.05 โรคเบาหวานร้อยละ 5.84 โรคหอบหืดร้อยละ 1.92 โรคอัมพฤกษ์ 0.70 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 7.26 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2543) จากงานวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่าร่างกายของผู้สูงอายุมีความเสื่อมลงส่งผลต่อจิตใจได้กล่าวโดยจากการทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบอดิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช พบว่า ปัญหาสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ การมีโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกกังวล หวาดกลัว รู้สึกหงุดหงิดง่ายมีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ (อรพรรณ ลีอนุวัชชัย, 2545) สอดคล้องกับคำกล่าวของศรีเรือน แก้วกังวาล (2545) ที่กล่าวว่าความสุขทุกข์ในวัยสูงอายุตั้งอยู่บนพื้นฐานของสมรรถภาพทางกายและสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นหลัก นอกจากนี้กรมสุขภาพจิต (2547) ได้กล่าวว่าคนที่สุขภาพกายของผู้สูงอายุเสื่อมลงมีผลทำให้มีโอกาสทำงานน้อยลงขาดรายได้ต้องพึ่งพาเงินจากสมาชิกในครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุกังวล ขาดความมั่นใจและสามารถพัฒนาไปสู่การมีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชได้

จากการทบทวนองค์ความรู้ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุจากกล่าวโดยสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงร่างกายไปในทางที่เสื่อมลง มีผลต่อสมรรถภาพของการทำงานในระบบต่างๆ ของร่างกายผู้สูงอายุลดลง ขาดรายได้ การดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น การกลืนอาหารลำบาก การขับถ่ายไม่เป็นปกติ มีอาการท้องผูก ปัสสาวะบ่อย ความสามารถในการกลืนปัสสาวะลดลง สมรรถนะทางเพศลดลง นอนไม่หลับอาจเกิดจากการความเจ็บปวด การรับรู้ทางประสาทสัมผัสลดลง ส่งผลให้ความแข็งแรงของร่างกาย

ลดลง ความคล่องตัวลดลงส่งผล ทำให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลง และอาจนำไปสู่การเจ็บป่วยที่ไม่คาดคิดหรือมีโรคเรื้อรัง มีโรคประจำตัว ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ทำให้การทรงตัวไม่ดีหกล้มง่ายอาจเกิดความปลอดภัยตามมาจนถึงการสูญเสียสภาพลักษณะภายนอกที่เคยสวยงาม ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุต้องปรับตัวกับการเสื่อมถอยของร่างกายและสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบถึงจิตใจ ทำให้รู้สึกหงุดหงิดง่าย วิตกกังวล หวาดกลัว และซึมเศร้า การเตรียมตัวเพื่อรับมือสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้า เช่น การดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องและเหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุชะลอความเสื่อม เพื่อลดปัญหาสุขภาพกายและปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นต่อไป

2. การเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญา การเรียนรู้ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญา การเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณที่เป็นพัฒนาการทางความคิดส่งผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุซึ่ง ศรีเรือน แก้วกังวาล (2545) และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2545) ได้กล่าวถึงเรื่องนี้ไว้สอดคล้องกันดังนี้

2.1 สติปัญญา นักจิตวิทยาได้แบ่งลักษณะสติปัญญาของมนุษย์ เป็น 2 หมวดใหญ่ๆ คือ crystallization และ fluid crystallization สำหรับ crystallization เป็นสติปัญญาที่เกิดจากการสั่งสมความรู้ความชำนาญที่ได้จากประสบการณ์ตรง ส่วน fluid crystallization คือสติปัญญาที่เน้นความแม่นยำในทฤษฎี การมองเห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงต่อเนื่องของสิ่งต่างๆ ซึ่งเกี่ยวข้อง กับระบบประสาทจะเริ่มเสื่อมตั้งแต่วัยกลางคน ซึ่งในผู้สูงอายุจะมีสติปัญญาแบบ crystallization ผู้สูงอายุจะมีสมรรถภาพสูงโดยเฉพาะภาษาที่สัมพันธ์กับความคิดรวบยอด และความคิดเชิงนามธรรม ส่วนสมรรถภาพทางคณิตศาสตร์ นั้นจะไม่เสื่อมในผู้สูงอายุที่ฝึกฝนความคิดเชิงคณิตศาสตร์สม่ำเสมอ ทั้งนี้เนื่องจากแนวคิดทางคณิตศาสตร์อาศัยความเข้าใจควบคู่กับการฝึกฝน

2.2 การเรียนรู้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับกระบวนการเรียนรู้ที่ต้องใช้สมรรถภาพทางตา หู การประสานงานกันของกล้ามเนื้อและประสาทสัมผัส หรือการเรียนรู้ที่ต้องใช้สมาธิในเวลาเดียวกัน การเรียนรู้ที่ผู้สูงอายุทำได้ดี จำได้ดี เรียนได้เร็ว คือการเรียนรู้แบบเฉพาะเจาะจง โดยไม่เร่งรัดและเป็นไปตามกำลัง โดยทั่วไปลักษณะการจดจำของผู้สูงอายุมักจดจำเรื่องเก่าๆ ได้ดีกว่าเรื่องราวใหม่ๆ และจากการศึกษาความจำจากประสาทสัมผัสระหว่างบุคคลต่างๆ ทั้งก่อนและหลังอายุ 60 ปี เช่น การรับรู้กลิ่น รส สัมผัส พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันนัก แต่เกิดกับบุคคลแต่ละคนในระดับไม่เท่ากัน ความจำจากหน่วยความจำระยะสั้นในเรื่องการจำตัวเลขพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังวัย 60 ปี (Lefrancocis, 1990 อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545) นอกจากนี้ความเสื่อมถอยของความจำทั้งระยะสั้นหรือระยะยาวมีความสัมพันธ์กับความเสื่อมของสมองในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนเรื่องช่วงความสนใจ

(attention span) สถิติปัญญาด้านที่เน้นความแม่นยำในทฤษฎี การมองเห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงต่อเนื่องของสิ่งต่างๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบประสาทจะลดลง (Spence, 1989 อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545)

2.3 การตัดสินใจและการคิดแก้ปัญหา ผู้สูงอายุ มีแนวโน้มจะตัดสินใจโดยใช้กรอบจากบริบท (contextual cue) มากกว่าการใช้ข้อมูลภายในตนเอง (internal judgment) ของผู้สูงอายุแต่เพียงอย่างเดียวการเลือกทางแก้ไขปัญหานั้นๆ จะพิจารณาตัวปัญหาและตัดสินใจเลือกทางแก้ไขปัญหา ทั้งในเชิงปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้จริง และเชิงจริยธรรมซึ่งผู้สูงอายุต้องอาศัยกระบวนการค้นหาพอๆ กับการแก้ไขปัญหา

2.4 ด้านภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ ภูมิปัญญาเป็นคุณสมบัติพิเศษด้านพฤติกรรมภายในของมนุษย์ ภูมิปัญญาเกิดจากการสั่งสมสมรรถภาพด้านต่างๆ คือ การนึกคิดได้เอง (Intuition) อารมณ์และความรู้ (knowledge) ภูมิปัญญาเป็นสิ่งที่วัดได้ยาก เพราะมาจากการผสมผสานระหว่างความรู้และสติปัญญาในการแก้ไขปัญหาชีวิตได้จริงบวกกับความสุรอบรอบคอบ ความอดทน ประสบการณ์ชีวิตในการกล้าเผชิญสิ่งท้าทายใหม่ๆ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ยังตื่นตัวมักมีภูมิปัญญาสูงกว่าวัยอื่นๆ

สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ ปิยะพันธุ์ นันตา (2545) กล่าวว่า จิตวิญญาณมีความหมายกว้าง เน้นที่การให้ความหมายชีวิตและแหล่งประโยชน์ในตัวบุคคล ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนก็มีความเชื่อและค่านิยมเป็นของผู้สูงอายุเอง ที่เกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ส่งผลต่อทัศนคติของผู้สูงอายุเองในการจะยอมรับสิ่งที่ผู้สูงอายุยึดถือและให้ความหมายของชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีความเชื่อ มีความเคร่งครัดในศาสนา มีการแสวงหาความมั่นคงทางจิตใจ จะแสดงออกโดยยึดมั่นในหลักศาสนามากขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าวอาจสรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญา การเรียนรู้และจิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเองของผู้สูงอายุ และการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุนับตั้งแต่วัยหนุ่มสาวจนถึงวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีการเตรียมตัวที่ดี มีการส่งเสริมให้ฝึกฝนเพื่อพัฒนาสติปัญญา ได้รับการเรียนรู้ตลอดเวลาที่จะเป็นผู้สูงอายุที่ยังคงมีสติปัญญา สามารถเรียนรู้และมีภูมิปัญญา สามารถตัดสินใจแก้ไขสิ่งต่างๆ ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่ไม่ได้ดูแลตนเองก็จะมีอาการเสื่อมถอยทางด้านสติปัญญาและการเรียนรู้จะส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถแก้ไขปัญหาหรือปรับตัวปรับใจในสิ่งที่ต้องเผชิญได้ยาก ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุจะขึ้นอยู่กับความเชื่อ ค่านิยมของผู้สูงอายุแต่ละคน ซึ่งจะมีผลต่อทัศนคติและการแสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึก ทั้งในอารมณ์เชิงบวกและในอารมณ์เชิงลบซึ่งมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านครอบครัวและสังคม

ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับสถานะต่างๆ ได้แก่ การเกษียณอายุ การออกจากงานที่เคยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ทำให้เกิดความรู้สึกไร้คุณค่า สูญเสียสถานภาพทางสังคม ขาดรายได้ แบบแผนชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงจากโครงสร้างครอบครัวขยายไปเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ผู้สูงอายุอาจถูกทอดทิ้งไว้ตามลำพัง นอกจากนี้การตายของคู่ชีวิตหรือเพื่อนที่คบหากันมานาน หรือญาติพี่น้องจะนำมาซึ่งความเศร้าโศก ผู้สูงอายุจึงต้องการความรักความอบอุ่น และการเอาใจใส่จากคนในครอบครัว และจากชุมชนซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้ชีวิตของผู้สูงอายุมีความหมาย มีคุณค่า บุคคลในครอบครัวอาจจะยังให้ความเคารพรักต่อผู้สูงอายุแต่อาจจะไม่ได้แสดงออกให้เห็น ซึ่งอาจเกิดจากสถานภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ความจำเป็นทางด้านเศรษฐกิจทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวละเลย หรือไม่มีเวลาให้กับผู้สูงอายุ การแสดงออกในเรื่องการดูแล เอาใจใส่ ให้ความเคารพรักจากบุคคลในครอบครัวหรือจากชุมชนจะทำให้ผู้สูงอายุมีจิตใจแจ่มใส สามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุข นอกจากนี้ปัญหาด้านเศรษฐกิจมีผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ (กรมสุขภาพจิต, 2547) ผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจยังไม่ดีอาจจะเกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระของบุตรหลานที่ต้องคอยรับความช่วยเหลือเหลือจากบุตรหลาน ส่วนผู้สูงอายุที่มีฐานะดีก็อาจจะมีความทุกข์จากการเกิดความกลัวว่าบุตรหลานจะแย่งสมบัติกัน (อำไพ ชนะกอก, 2535)

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมดังกล่าว เกษม เล่งเวหาสธิตย์ กาญจนารามสูต และ จรรยา สันตยากร (2540) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดกำแพงเพชร พบว่าการที่ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคม เช่น การมีส่วนร่วมในสังคม การเป็นสมาชิกชมรม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา การมีงานอดิเรก การให้คำปรึกษากับผู้อื่นมีผลให้ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะซึมเศร้า และมีผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของ สิริรัตน์ คุปติวุฒิ และสิริเกียรติ ยันตติลล (2541) ที่ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายและความคิดอยากตายในผู้สูงอายุ พบว่าครอบครัวเป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ร้อยละ 47.5 นอกจากนี้สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ได้ทำการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยโดย สำรวจผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทุกคนจำนวน 1,430,331 คน จาก 35 จังหวัด ที่กระจายทั่วทุกภาคของประเทศไทยปี พ.ศ. 2543 พบว่า ปัจจุบันมีผู้สูงอายุร้อยละ 4 อยู่คนเดียว และผู้สูงอายุร้อยละ 1.2 – 1.3 ไม่ได้รับการดูแลจากครอบครัว ตรงกับการศึกษาของ Schulman และคณะ (2002) พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 3.3 เท่าของผู้ที่อยู่กับครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา ศตวรรษธำรง และคณะ (2544) ได้ศึกษาความทุกข์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ.

2544 จำนวน 1,720 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวดี การมีผู้มาขอคำปรึกษา และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหา ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว การไม่มีผู้มาขอคำปรึกษาและการไม่ร่วมกิจกรรมทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การปฏิบัติของครอบครัวและสังคมต่อผู้สูงอายุมีผลต่อความรู้สึกและอารมณ์ของผู้สูงอายุ

จากเหตุผลดังกล่าวอาจสรุปได้ว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและครอบครัวกล่าวโดยด้านสังคม ผู้สูงอายุจะเสียบทบาทหน้าที่จากที่เคยมีตำแหน่งหน้าที่ ขาดรายได้ เป็นของตนเองการ สูญเสียอำนาจ และมีการเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในการดูแลครอบครัวจากผู้นำมาเป็นผู้ตาม และต้องให้บุคคลอื่นคอยดูแล มีผลกระทบต่องานจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเองลดลง อาจนำไปสู่ปัญหาภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2547)

2. สุขภาพจิตและปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2.1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

จากการศึกษา พบว่า มีผู้ให้ความหมายคำว่า สุขภาพจิต ไว้มากมายและมีการพัฒนาความหมายของสุขภาพจิตเป็นไปตามลำดับขั้นดังนี้

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2543) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิตคือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลมาจากการมีวิธมองตน มองโลก รวมทั้งสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออกต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคม อย่างเหมาะสม สร้างสรรค์ ภายใต้อสภาพแวดล้อมและเวลาที่เปลี่ยนแปลง ตามแนวปรัชญาทางพระพุทธศาสนาซึ่งเน้นการปฏิบัติตนตามศีลธรรม ได้กล่าวไว้ว่า สุขภาพจิตคือ “การที่บุคคลที่ปฏิบัติตนได้ตามคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า มีจิตใจสงบ เชื้ออกเย็น ยอมรับตนเอง ยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ปฏิบัติตนอยู่ในศีลธรรมทั้งกาย วาจาและใจ มีสติพิจารณาสิ่งทั้งหลายให้รู้เห็นเท่าทันตามความเป็นจริง ไม่ถูกครอบงำด้วยความยินดียินร้าย และมีความเป็นมิตรกับคนอื่น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2543)

Townsend (1999 อ้างใน อภิชัย มงคล และคณะ, 2544) กล่าวว่า สุขภาพจิต เป็นการประสบผลสำเร็จในการปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นภายในภายนอก ประเมินได้จากแนวคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกมีความเหมาะสมตามอายุและสอดคล้องตาม บรรทัดฐานของวัฒนธรรมท้องถิ่นนั้นๆ

องค์การอนามัยโลก (2544) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาพความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมของมนุษย์อย่างมีความสุข

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2545) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิตคือสภาพที่ดีทั้งหลายของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ ทำจิตใจให้เบิกบานแจ่มใส มิให้เกิดความคับข้องใจ หรือขัดแย้งภายในจิตใจ ซึ่งสามารถช่วยให้ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) ได้ให้ความหมายของไว้ว่าสุขภาพจิตหมายถึง สภาพความสมบูรณ์ของจิตใจ การมีภาวะของจิตใจที่เป็นสุข สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

จากความหมายของสุขภาพจิตดังกล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นผลมาจากการมองตนเองและการปฏิบัติตนเองให้มีจิตใจสงบเยือกเย็น ยอมรับตนเอง มีพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม สร้างสรรค์ตามอายุและวัฒนธรรม มีความสามารถควบคุมอารมณ์ สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม อยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ซึ่งสุขภาพจิตของบุคคลอาจไม่ได้คงที่ตลอดไป หรือไม่ได้หมายความว่าบุคคลที่มีสุขภาพจิตดีจะไม่มีปัญหาเลยแต่เมื่อมีปัญหาที่ต้องเผชิญบุคคลสามารถแก้ไขและลดความขัดแย้งในจิตใจปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมอย่างมีความสุข

2.2 ลักษณะของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุนั้นเป็นผลมาจากการพัฒนาการตามวัยของชีวิต ซึ่งมีลักษณะเฉพาะเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สังคมและเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุต้องเผชิญความเครียดและการปรับตัวต่างๆ มากมายซึ่ง Havighurst (1968 อ้างใน สุนันทา คุ่มเพชร, 2545) และทิพย์ภา เชมฐ์เขาวลิต (2541) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีไว้สอดคล้องกันว่า ผู้สูงอายุที่ผ่านพัฒนาการตามวัยที่ดีจะมีลักษณะของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีจะมีการปรับตัวให้เข้ากับความสัมพันธ์ของพลกำลังและสุขภาพ โดยการยอมรับและประกอบกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตได้ด้วยความพึงพอใจ

2. ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีจะมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพปลดเกษียณ การปลดเกษียณทำให้ผู้สูงอายุบางคนรู้สึกว่ตนเองไม่มีค่า ไม่มีความหมายต่อชุมชนแล้ว ผู้ที่จะพบความสุขและความพึงพอใจในชีวิตจะใช้เวลาว่างเหล่านี้ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์และน่าสนใจโดยไม่ปล่อยให้เวลาหมดไปอย่างน่าเบื่อหน่าย

3. ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีจะมีการปรับตัวให้เข้ากับการจากไปอย่างไม่มีวันกลับของกลุ่มสมรส การตายจากไปของกลุ่มสมรสเป็นความสูญเสียอันยิ่งใหญ่ ทำให้ผู้สูงอายุโดดเดี่ยว ขาดเพื่อนร่วมทุกข์ร่วมสุข ขาดส่วนสำคัญของชีวิตไป บางคนอยู่ในครอบครัวที่มีบุตรหลานรอบข้าง บางคน

แต่งงานใหม่ บางคนย้ายเข้าไปบ้านพักคนชรา เป็นต้น ทางออกต่างๆ เหล่านี้ต้องอาศัยการยอมรับและการปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ใหม่ด้วยกันทั้งสิ้น

Erikson (1959 อ้างใน สุนันทา คุ่มเพชร, 2545) ได้กล่าวถึง ลักษณะของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีในลักษณะการเอาชนะความขัดแย้งภายใน วิฤติการณ์ตามขั้นพัฒนาการ (developmental crisis) ว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี คือผู้ที่เอาชนะความขัดแย้งภายใน ได้แก่ การยึดมั่นในตนเอง (ego integrity) และการหมดหวังทอดอาลัย (despair) มีความสมดุลในตนเองได้แก่ มีความรอบรู้ มีการเสียสละ ตัดใจได้ ยอมรับวงจรชีวิตและแบบแผนชีวิต เชื่อมมั่นในคุณค่าของการทำประโยชน์ให้กับมวลมนุษย์และมองเห็นความหมายของการดำรงชีวิตของมนุษย์

Solomon และ Peterson (1994 อ้างใน สุนันทา คุ่มเพชร, 2545) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่สามารถจัดการกับปัญหาชีวิตได้สำเร็จ ถือว่าเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงและการที่จะดำรงชีวิตในบั้นปลายอย่างมีคุณภาพขึ้นกับสิ่งต่อไปนี้

1. การจัดการกับความเครียดทางร่างกายและอารมณ์ของผู้สูงอายุ
2. ความพยายามที่จะควบคุมชีวิตตนเอง
3. ยังคงติดต่อสมาคมกับครอบครัวและเพื่อนฝูง
4. มองว่าชีวิตยังมีความหมายคงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเอง สามารถที่จะตัดสินใจ

ในเรื่องต่างๆ ได้ด้วยตนเอง

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้สูงอายุที่มีการยอมรับสภาพของตนเองและใช้ชีวิตด้วยความพึงพอใจกับสภาพของตนเอง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ได้ รวมทั้งทำให้ผู้ที่อยู่ร่วมกันมีความสุข ยอมรับผู้อื่นและเป็นตัวของตัวเอง พร้อมเผชิญปัญหา ไม่ย่อท้อ ใช้สติปัญญาอย่างสุขุมรอบคอบเพื่อแก้ไขปัญหา มีความสามารถจัดการกับความเครียดทางร่างกายและอารมณ์ของตนเอง และสามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้ ดังนั้นการส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีลักษณะของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีนั้น เราควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ตามสถานการณ์ และการเปลี่ยนแปลงของชีวิตได้

2.3 ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุนับเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่ง ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุเกิดจากความเสื่อมถอยของร่างกาย มีโรคประจำตัว เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือพิการ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การพลัดพราก การสูญเสียบทบาท การสูญเสียรายได้ของผู้สูงอายุ ทำให้ความสามารถในการจัดการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุลดลง นอกจากนั้นความแตกต่างของนิสัย บุคลิกภาพ ความรู้ ความสามารถ ความถนัด ตลอดจนประสบการณ์ต่างๆ ของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุแต่ละคนมีปฏิกิริยาต่อสิ่งที่มากระทบแตกต่างกัน ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่ง ระบุ

ชาติชนานนท์ (2540) ศรีเรือน แก้วกังวาล (2545) และสุภาณี กาญจนจารี (2539) กล่าวไว้สอดคล้องกันในเรื่องปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้สูงอายุดังนี้

1. ความรู้สึกว่าเหว เป็นความรู้สึกที่เป็นตัวชีวิตที่สำคัญตัวหนึ่งที่เป็นปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเสื่อมของร่างกาย ทำให้รู้สึกว่าตนเองสุขภาพไม่ดี ความสามารถทางด้านร่างกายลดลงโดยเฉพาะระบบประสาทสัมผัส สายตาไม่ดีทำให้เคลื่อนไหวช้า หูไม่ดีทำให้มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จึงต้องปลีกตัวอยู่ตามลำพัง หรือจำกัดตัวเองอยู่แต่ในบ้าน ขาดกิจกรรมที่ตนเองชอบกระทำ ขาดเครือข่ายทางสังคม จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว่าเหว ซึ่งจะพบมากในผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรส เพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดที่สามารถให้คำปรึกษาในเรื่องต่างๆ ถึง แม้ว่าจะอยู่กับบุตรหลานหรือญาติก็ตามแต่ผู้สูงอายุก็ยังรู้สึกว่าอยู่คนเดียว ผู้สูงอายุที่ร่วมกิจกรรมน้อยลงทั้งภายในบ้านและนอกบ้านจะทำให้เกิดความว่าเหวมากยิ่งขึ้น

2. ความรู้สึกสูญเสียหน้าที่การงานจากการเกษียณอายุ ส่งผลต่อฐานะทางเศรษฐกิจ มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล กลัว เครียด ท้อแท้ได้ บางคนมีอาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ มีอาการวิงเวียน ไม่อยากรับประทานอาหาร ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อมและมีพฤติกรรมถดถอย ตัดขาดความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

3. ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลงจากหลายๆ สาเหตุเช่น ความเสื่อมของสภาพร่างกายทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ต่อผู้อื่น รู้สึกต้องเป็นภาระของผู้อื่น เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองด้อยความสำคัญ บุตรหลาน คนใกล้ชิดไม่ให้ความสำคัญ เกิดความรู้สึกน้อยใจและรู้สึกไม่มั่นคงทางจิตใจ จึงมีพฤติกรรมที่แสดงออกก็จะพยายามทุกวิถีทางที่จะทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกมั่นคงขึ้น โดยการเก็บรักษาทรัพย์สินไว้เป็นอย่างดีและจะแสวงหาบุคคลที่ตนเองจะพึ่งพิงได้

4. ความกลัวตาย พบได้ในวัยผู้สูงอายุ เพราะวัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีความเสื่อมในทุกๆ ด้าน ซึ่งความตายเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อผู้สูงอายุนึกถึงความตายของตนเอง และประกอบกับการที่ผู้สูงอายุต้องสูญเสียคู่สมรสและเพื่อนฝูงในวัยเดียวกันอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความกลัวซึ่งจะแสดงออกในรูปของการแยกตัวจากสังคมอยู่เฉยๆ ปฏิเสธไม่ยอมรับรู้การตายของเพื่อนและญาติ หรือเป็นผู้ที่มีอารมณ์โกรธแค้นเกี่ยวกับผู้ใกล้ชิด จึงนับว่าความตายจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งที่คุกคามอยู่ลึกๆ ในจิตใจผู้สูงอายุ

5. ความรู้สึกโกรธ เกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองถูกรอคับและสังคมทอดทิ้งไม่มีความสำคัญ ไม่มีอำนาจ และเกิดความรู้สึกผิดหวัง โดยแสดงออกมาในลักษณะของการหงุดหงิด ไม่พอใจในการกระทำของบุคคลรอบตัว โมโห ฐิฐิ รู้สึกโกรธ และเคียดแค้นคิดว่าผู้อื่นจะดูแคลนตนเองเป็นสาเหตุให้เกิดความวุ่นวายขึ้นในครอบครัว อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเบื่อหน่ายผู้สูงอายุได้

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าปัญหาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตที่เคยทำมาก่อน อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สังคมและเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจะต้องปรับตัวให้เข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพร่างกาย ด้านครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ถ้าผู้สูงอายุได้เตรียมตัวก่อนจะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและสามารถปรับตัวได้ดี ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ต้องกระทำครอบคลุมในทุกๆด้าน

เนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกายและปัญหาทางด้านสังคมมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาผิดปกติทางด้านจิตใจ เกิดโรคทางจิตเวชได้ซึ่ง กุลยา ดันติผลาชีวะ (2545) และฉวีวรรณ สัตยธรรม (2539) ได้กล่าวถึง สาเหตุของการเกิดปัญหาผิดปกติทางด้านจิตใจไว้ ดังนี้

1. โรคจิตเวชที่มีสาเหตุเนื่องจากภาวะร่างกาย (Organic psychosis) เป็นโรคที่พบมาก ได้แก่ โรคสมองเสื่อม (Dementia) และภาวะสับสน (Delirium)
2. โรคจิตจากภาวะจิตใจ (Functional disorder) ได้แก่ โรคซึมเศร้า (depression) และโรคจิตเภท (Psychosis)

นอกจากนี้ยังได้มีการกล่าวถึงปัญหาความผิดปกติทางด้านจิตใจหรือโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยและสำคัญในผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้า (Depressive illness) มีอาการคลั่ง (Mania) สำหรับภาวะซึมเศร้านี้เป็นปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ที่พบมากในคนวัย 55 – 70 ปี พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่ขาดความอบอุ่นในครอบครัว (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2539) ลักษณะอาการของโรคซึมเศร้าที่เด่นชัดมีอาการไม่สบายทางกายมาก ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุอยู่โรงพยาบาลนานกว่าปกติ ผู้สูงอายุที่มีโรคทางกาย ก็จะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย เช่น โรคทางระบบประสาท โรคของต่อมไร้ท่อ การผิดปกติของเมตาโบลิซึม ความบกพร่องของระบบ autoimmune การติดเชื้อไวรัส นอกจากนี้อาจแสดงให้เห็นจากการคิดสารเสพติด อาจมีอาการสับสนเรื่องเวลา สถานที่ ไม่สนใจตนเอง ผู้สูงอายุจะไม่เอาใจใส่ต่อการทำความสะอาดร่างกาย การทำกิจวัตรประจำวัน และในบางครั้งอาจพบแก่ฝืนอาหารได้ นอกจากนี้แล้ว ภาวะซึมเศร้ายังเป็นแรงจูงใจที่ทำให้ผู้สูงอายุคิดฆ่าตัวตาย (สมภพ เรืองตระกูล, 2547) ซึ่งจากการติดตามผู้สูงอายุที่มีโรคอารมณ์ซึมเศร้า ของ Murphy และคณะ (2521) จากผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 120 ราย ในระยะเวลา 2 ปี พบว่าผู้สูงอายุมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 34 ซึ่งศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และสิริเกียรติ ยันตติลล (2540) ได้ศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายและความคิดอยากตายในผู้ป่วยสูงอายุไทย ที่ได้รับการวินิจฉัยทางโรคจิตเวชส่วนใหญ่ พบว่ามีสาเหตุจากการมีอาการทางจิตร่วมกับภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล สอดคล้องกับรายงานการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ปี 2543 พบว่า ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

2. ความจำเสื่อม อาการความจำเสื่อมพบได้มากในผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของสมอง ผู้สูงอายุจะสูญเสียความทรงจำ เกิดปัญหาทางสังคม การตัดสินใจไม่ดี พฤติกรรมเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุ มักมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเช่นอาการ ขาดความสนใจ เหนียงอาหาร นอนไม่หลับ หรือนอนหลับมากเกินไป พฤติกรรมถดถอย ขาดความเอาใจใส่ต่อตนเองและแยกตัว

3. วิดกกังวล เป็นอาการที่พบบ่อยมาก ความวิตกกังวลนี้เป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ทุกช่วงของชีวิต แต่เมื่ออายุมากขึ้นความวิตกกังวลจะสัมพันธ์และเพิ่มมากขึ้นตามปัญหาสุขภาพและมีแนวโน้มจะรุนแรงมากขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงตามเศรษฐกิจและสังคม การสูญเสีย คู่สมรส ความรู้สึกไร้ประโยชน์ ซึ่งความวิตกกังวลนี้มักจะเป็นภาวะอารมณ์ที่รวมไปกับภาวะซึมเศร้า หรือความเสื่อมทางจิตภาวะมักมีความวิตกกังวลร่วมกับอาการไม่อยู่นิ่งหรืออยู่ไม่สุขอาจพบอาการแสดงออกทางกาย เช่น เหงื่อออก พักผ่อนไม่ได้ กลืนลำบาก หายใจเร็ว มึนศีรษะ และวูบวาบร่วมด้วย

4. สับสนเรื่องเวลา ความคิด และสถานที่ ซึ่งอาการมากขึ้นขึ้นอยู่กับสภาพความเสื่อมของสมองและอายุ พบมากในผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากความเสื่อมของสมอง การแสดงออกที่พบนอกจากสับสนเรื่องเวลา ความคิดแล้วยังพบอีกว่าผู้ป่วยตัดสินใจช้า ใช้คำพูดซ้ำ ๆ

5. ไม่สนใจตนเอง เป็นอาการร่วมกับภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุจะไม่เอาใจใส่ต่อการทำความสะอาด ร่างกาย การทำกิจวัตรประจำวัน และในบางครั้งอาจพบแก้ผ้าเดินออกนอกบ้านได้

6. ก้าวร้าว เป็นอาการที่สืบเนื่องจากอารมณ์และความรู้สึก มักพบร่วมกับภาวะสับสน ผู้สูงอายุแสดงออกโดยไม่ให้ความร่วมมือ หงุดหงิด โวยวายมีอาการหวาดระแวง และประสาทหลอน

7. นอนไม่หลับ เป็นอาการที่พบได้ในผู้สูงอายุ เนื่องมาจากภาวะเสื่อมของเซลล์สมอง และภาวะกระทบกระเทือนทางอารมณ์ อาการนอนไม่หลับของผู้สูงอายุ จะเห็นได้จากการเดินไปมา ไม่สนใจการนอน

จากเหตุผลดังที่กล่าวมาแล้วนั้นจะเห็นได้ว่า ปัญหาทางสุขภาพจิตที่อาจพบในผู้สูงอายุได้ คือ ความรู้สึกว่าเหงา ความวิตกกังวล กลัว เครียด ท้อแท้ ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง นอกจากนี้ ยังพบว่าปัญหาความผิดปกติทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า มีอาการทางกายเช่น นอนไม่หลับ มีอาการเวียน ไม่อยากรับประทานอาหาร และขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีพฤติกรรมถดถอย การดูแลสุขภาพจิตที่ดีจึงเป็นสิ่งที่ผู้ที่เกี่ยวข้องจะต้องกระทำ ให้เกิดผลดี จึงจะสามารถส่งเสริมสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ สามารถป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้

3. การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3.1 ความหมายและแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพจิต

จากการศึกษาพบว่าได้มีผู้ให้ความหมายและแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพจิตไว้ดังนี้

การส่งเสริมสุขภาพจิต คือ การปรับปรุงหรือยกระดับคุณภาพจิตใจของบุคคล ให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข (สมประสงค์ โอวาทกา และ นวีวรรณ สัตยธรรม, 2545)

การส่งเสริมสุขภาพจิต หมายถึง การเอาใจใส่ เกื้อหนุนสภาพความสมบูรณ์ของร่างกาย และจิตใจให้มีสภาวะความเป็นสุข สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยการกระตุ้น แนะนำ หรือให้ความช่วยเหลือดูแลทางจิตสังคมเบื้องต้น (กรมสุขภาพจิต, 2546)

การส่งเสริมสุขภาพจิต หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเพิ่มความผาสุกทางจิตใจของบุคคล ครอบครัว องค์กร และชุมชน ซึ่งแนวทางปฏิบัตินั้นต้องมีการคำนึงถึงการบริการที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตซึ่งครอบคลุมทั้งการวางแผน การออกแบบรูปแบบการดำเนินงาน การดูแล และการประเมินผล (Blair, 2005)

การส่งเสริมสุขภาพจิตสามารถทำได้โดยการสร้างปัจจัยป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงของสาเหตุปัญหาสุขภาพจิต ครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพร่างกาย การส่งเสริมทางจิตใจและการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับตนเอง (พนม เกตมาน, 2551)

จากความหมายและแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพจิตข้างต้นสรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพจิต หมายถึง การปรับปรุงหรือยกระดับคุณภาพชีวิต ให้สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยการเอาใจใส่ เกื้อหนุนสภาพความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ ให้มีสภาวะความเป็นสุข ส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อเพิ่มความผาสุกทางจิตใจ รวมถึงการสร้างปัจจัยป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงของสาเหตุปัญหาสุขภาพจิต

3.2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

3.2.1 แนวคิดเรื่องการปรับตัว

เนื่องจากเรื่องของสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านบทบาทหน้าที่ต่อครอบครัวและบทบาททางด้านหน้าที่การงาน ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งผู้สูงอายุจะมีการตอบสนองต่อความเครียดแตกต่างกัน ทำให้มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ ซึ่งศรีเรือน แก้วกังวาล (2545) บุญศรี นุเกตุ (2545) และ อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2545) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการที่จำเป็นและสำคัญต่อการมีชีวิตที่เป็นสุขของทุกๆ วัย เพราะชีวิตมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ผู้สูงอายุที่มีความสุข คือผู้ที่สามารถปรับตัวให้เหมาะสมตามวัย การปรับตัวในวัยสูงอายุมีรูปแบบเฉพาะแตกต่างจากวัยอื่น เพราะการปรับตัวในช่วงนี้เป็นการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตที่เป็นความเสื่อมถอย การพลัดพราก การ

เกษียณอายุ การเป็นม่าย การตายของเพื่อนรักและญาติสนิท ความเจ็บไข้และการเผชิญความตายที่จะมาถึง การปรับตัวในผู้สูงอายุมี 2 ประเภท การปรับตัวภายนอก และการปรับตัวภายใน สำหรับการปรับตัวภายนอกได้แก่ส่วนที่มองเห็นได้ เช่น การรักษาสุขภาพอนามัย การมีงานอดิเรกที่ตนสนใจ ซึ่งเป็นการแก้ไขที่ปัญหา และการปรับตัวภายใน เช่น การทำใจ การรู้จักปลง การยอมรับความชรา การยอมรับความพลัดพราก การมีอารมณ์ที่เยือกเย็น ซึ่งเป็นการแก้ไขความรู้สึกและอารมณ์ที่เป็นทุกข์

การปรับตัวของผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นแบบใด ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น สุขภาพทางกาย ทัศนคติทางสังคม และวัฒนธรรมในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ทัศนคติส่วนตัวของผู้สูงอายุเกี่ยวกับตนเอง ความชรา โลก และชีวิต การปรับตัวของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับประสบการณ์และวิธีการปรับตัวของผู้สูงอายุซึ่งมีทั้งสมเหตุสมผล ได้แก่ การยอมรับขอบเขตความสามารถของตน ยอมรับสภาพความทรุดโทรมทางกายของตน การรักษาสุขภาพอนามัย การสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนใหม่ๆ มีความสนใจในเรื่องของชุมชน เป็นต้น และการปรับตัวแบบไม่สมเหตุสมผล เช่น การไม่ยอมรับสภาพความชราและประพฤติด้อย่างวัยหนุ่มสาว หาทางขดเชยความเป็นหนุ่มสาว โดยการแสดงความไม่พอใจคนหนุ่มสาวและดำเนินคดียื่น ขอบเพื่อฝัน ต้องการความช่วยเหลือแบบเด็กทารก เป็นต้น ซึ่งทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวในผู้สูงอายุยังไม่มีทฤษฎีใดที่สามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุได้ทุกคนเพราะบุคลิกภาพของผู้สูงอายุมีหลากหลาย และขึ้นอยู่กับสุขภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม ลักษณะวัฒนธรรม ฯลฯ ของผู้สูงอายุ สำหรับทฤษฎีของการปรับตัวในผู้สูงอายุที่ได้ถูกถึงกล่าวอยู่เสมอคือ ทฤษฎีปล่อยาง (Disengagement theory) ทฤษฎีกิจกรรม (The activity theory) และทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายการปรับตัวของผู้สูงอายุและเป็นพื้นฐานในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ซึ่งในเรื่องทฤษฎีการปรับตัว Hogstel (1995) และศรีเรือน แก้วกังวาน (2545) ได้กล่าวถึงทฤษฎีปล่อยาง ทฤษฎีกิจกรรม และทฤษฎีความต่อเนื่อง ของผู้สูงอายุไว้สอดคล้องกันดังนี้

1. ทฤษฎีปล่อยาง (disengagement theory)

การปรับตัวยามสูงวัยคือ การปล่อยาง ผู้สูงอายุจะลดบทบาทต่างๆทางสังคม วิธีนี้เหมาะสมกับสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย กิจกรรมงานและกิจกรรมสังคมก็จะลดลง ดังนั้นผู้สูงอายุจะอยู่อย่างเรียบง่าย ไม่เข้าไปยุ่งวุ่นวายกับภารกิจทางสังคมและครอบครัวมาก วิธีนี้จะเป็นวิธีที่จะรักษาคุณภาพแห่งชีวิต อารมณ์ จิตใจ และร่างกายของผู้สูงอายุ

2. ทฤษฎีกิจกรรม (The activity theory)

หากผู้สูงอายุละสังคม โลกและสังคมก็จะทิ้งผู้สูงอายุ ทฤษฎีนี้เชื่อว่าตามความเป็นจริงในส่วนลึกของจิตใจแล้วผู้สูงอายุยังต้องการสังคม ผู้สูงอายุจะพอใจและมีความสุขในตนเอง ถ้า

เขายังทำกิจกรรมในสังคมและเพื่อสังคม ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสุขในยามสูงวัย ดัดสินได้จากความสามารถที่ผู้สูงอายุทำอะไรๆ ให้แก่สังคมได้มากน้อยเพียงไร ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุว่างมือจากภารกิจอย่างหนึ่งผู้สูงอายุควรหางานอย่างอื่นทดแทน สอดคล้องกับ มารศรี นุชแสงพลี (2532 อ้างใน สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2543) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในชุมชนบ่อนไก่ พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจะมีความคิดเห็นต่อตนเองในทางบวก โดยผู้สูงอายุที่ร่วมกิจกรรมทางสังคมมากจะมีความคิดเห็นต่อตนเองทางบวกในระดับสูง

3. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory)

ทฤษฎีนี้คล้ายคลึงกับทฤษฎีกิจกรรมแต่มองในแง่สังคมวิทยา โดยมีฐานแนวคิดว่ามีมนุษย์มักผูกพันความสุขความพอใจของตนกับตำแหน่งบทบาททางสังคม บุคคลมีบทบาทและตำแหน่งต่างๆ มากมายก่อนวัยสูงอายุ ทั้งเชิงสังคมในบ้าน นอกบ้าน ในงานอาชีพ แต่ต้องลดบทบาทลงเมื่อสูงวัย การต้องลดบทบาททำให้ผู้สูงอายุเสียความมั่นคงของชีวิตในด้านต่างๆ ดังนั้น วิธีการปรับตัวที่ดีก็คือการหาบทบาทตำแหน่งใหม่ๆ ต่อไป หากความสนใจใหม่ๆ เช่น หากกลุ่มสังคมใหม่ๆ หางานใหม่ๆ แนวคิดของทฤษฎีก็คือ อัตลักษณ์ (Identity) ของบุคคล ตระหนักรู้ได้จากบทบาทตำแหน่งของตน และคนเราจะปรับตัวได้เมื่อผูกพันตนเองกับบทบาทเท่านั้น ซึ่งเรื่องนี้ปราโมทย์ วังสะอาด (2530 อ้างใน สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2543) ได้กล่าวว่าผู้สูงอายุจะมีชีวิตที่เป็นสุขได้นั้น ควรมีบทบาท หรือกิจกรรมทางสังคมตามสมควร เช่น มีงานอดิเรก และเป็นสมาชิกกลุ่มกิจกรรม สมาคม หรือชมรม เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้ จะเป็นผู้มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในทางบวก และพบว่าการไม่มีงานอดิเรกทำให้ความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเราควรคำนึงถึงรูปแบบของการปรับตัวในผู้สูงอายุให้สอดคล้องตามความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละคน ซึ่งรูปแบบการปรับตัวและทฤษฎีที่ถูกถึงกล่าวถึงอยู่เสมอคือ ทฤษฎีปล่อยวาง (Disengagement theory) ทฤษฎีกิจกรรม (The activity theory) และทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) ซึ่งการนำแนวคิดในการปรับตัวของผู้สูงอายุเหล่านี้มาเป็นพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุจะทำให้มีแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีและมีประสิทธิภาพ

3.3 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุต้องส่งเสริมให้ครอบคลุม ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ เป็นการดูแลอย่างสมบูรณ์แบบหรือองค์รวม (Holistic Care) ซึ่งฉวีวรรณ สัตยธรรม (2545) และสุพรรณิ เป็ยนาลาว (2549) ได้กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุไว้สอดคล้องกัน ดังนี้

1. การสนับสนุนของครอบครัว การสนับสนุนของครอบครัวเป็นการให้กำลังใจและสนับสนุนผู้สูงอายุเกิด ความผาสุกทางใจ ทั้งเมื่อมีความจำเป็นทั้งเร่งด่วนและการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากครอบครัวโดยให้การคำจูงทางจิตใจ เพื่อให้มีอารมณ์ดี ภาควิไมใจและมีความสุข ดังนี้

1.1 การยอมรับสภาพการมีอายุของผู้สูงอายุ ให้ความสนใจ เห็นใจ การสนทนาใช้คำพูดสั้นๆ เข้าใจง่ายและคอยให้กำลังใจกับผู้สูงอายุ

1.2 ให้เกียรติผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเปรียบเหมือนปูชนียบุคคลของครอบครัวที่จะต้องให้เกียรติ และเคารพนับถือเพราะผู้สูงอายุให้หลายสิ่งหลายอย่างแก่คนชั้นลูกหลานมาพอสมควร ดังนั้นการให้เกียรติผู้สูงอายุจะต้องใช้วาจาที่ไพเราะ มารยาทที่ดี ไม่เร่งเร้า และให้ความนับถือไปพร้อมๆ กัน การกระทำอย่างเสมอต้นเสมอปลาย เพื่อสร้างความมั่นใจและความภาคภูมิใจในตัวผู้สูงอายุ

1.3 การดูแลเอาใจใส่ และดูแลทุกข์สุขเป็นความรับผิดชอบของบุตร สนับสนุนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองมีกิจกรรมอิสระและใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เป็นสิ่งพึงปฏิบัติ ที่ดีกว่าการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุเหมือนเด็ก จนผู้สูงอายุกลายเป็นคนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ดังนั้น ถ้าต้องการให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี ควรสนับสนุนผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองซึ่งนอกจากผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีแล้วยังส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีความภูมิใจในตนเองว่าสามารถอยู่อย่างอิสระด้วย

1.4 ให้การรักษาพยาบาลเมื่อผู้สูงอายุเกิดความเจ็บป่วยหรือพิการ ทั้งชั่วคราวหรือต่อเนื่อง ไม่ทอดทิ้งให้เป็นภาระของบุคคลใดบุคคลหนึ่งของครอบครัว หรือทิ้งผู้สูงอายุให้เป็นภาระของโรงพยาบาล

1.5 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ทำงานอดิเรกและพักผ่อนหย่อนใจ ผู้สูงอายุมักจะมีเวลาว่างมากขึ้น สังคมแคบลง จึงไม่ควรปล่อยชีวิตและเวลาให้ผ่านไปโดยไร้ประโยชน์ ครอบครัวควรหา กิจกรรมที่มีความถนัดและสามารถทำได้จริงให้ผู้สูงอายุทำไม่จำเป็นต้องมีความสำคัญหรือมีชื่อเสียง เพราะกิจกรรมทุกชนิดมีประโยชน์ต่อสังคมทั้งสิ้น ควรนำประสบการณ์และความรู้ที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด ซึ่งอาจทำในรูปของการเขียนหนังสือ บทความต่างๆ การบำเพ็ญตนเพื่อทำนุบำรุงศาสนา นอกจากนี้ครอบครัวควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พักผ่อนเพื่อหาความสดชื่นให้กับชีวิตผู้สูงอายุ เช่นการพาไปท่องเที่ยวหรือ ดูภาพยนตร์ ดูทีวี การปลูกต้นไม้ จะเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตดี สำหรับในเรื่องการสนับสนุนของครอบครัวนี้ เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์ และสุริย์ บุญญานุพงศ์ (2533 อ้างใน สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2543) ได้ศึกษา ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 340 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากลูกหลาน จะรู้สึกว่าการตนเองยังมีคนสนใจ มองเห็นความสำคัญ ไม่รู้สึกอ้างว้างเดียวดาย มีสุขภาพจิตดี และมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีลูกหลานดูแล

2. การพัฒนาจิต

การพัฒนาจิต เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพลังจิตที่ดี มีความสงบ ผ่อนคลายมีทัศนคติที่ดีในการดำเนินชีวิต ซึ่งกรมสุขภาพจิต (2541) และสมิจ อาชวณิชกุล (2543) ได้แนะนำวิธีการพัฒนาจิตในผู้สูงอายุไว้สอดคล้องกันในเรื่องของการพัฒนาจิตไว้ ดังนี้

2.1 การเตรียมความพร้อมทางจิต ทำได้ 2 วิธีโดยการทำสมาธิ และการนวดตัวเอง (Self massage) ซึ่งเป็นวิธีปฏิบัติเป็นขั้นตอน มีจุดมุ่งหมายและมีการประเมินความรู้สึกของตนเองอยู่ตลอดเวลา ช่วยให้ผู้สูงอายุมีจิตใจสงบ ผ่อนคลาย และสบายขึ้น

2.2 การลดความตึงเครียดทางจิตใจ จะทำให้ผู้สูงอายุสดชื่น และมีความสุขกับชีวิต การฝึกลดความเครียด (tranquil exercise) เป็นการกระทำกิจกรรมทางร่างกายที่ส่งผลให้จิตใจสงบ และผ่อนคลายซึ่ง กรมสุขภาพจิต (2541) ได้แนะนำการลดความตึงเครียดทางจิตใจดังนี้

2.2.1 การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ มีกล้ามเนื้อจำนวน 10 กลุ่มด้วยกันคือ แขนขวา แขนซ้าย หน้าผาก ตา แก้มและจมูก ขากรรไกร ริมฝีปาก ลิ้น คอ ออก หลังและไหล่ หน้าท้องและก้น ขาขวา และขาซ้าย วิธีการฝึก มีดังนี้ คือ นั่งในท่าที่สบาย เกร็งกล้ามเนื้อไปที่ละส่วนค้างไว้ 10 วินาที แล้วคลายออก จากนั้นเกร็งใหม่สลับกันไปประมาณ 10 ครั้ง และค่อยๆ ทำไปจนครบทั้ง 10 กลุ่มโดย เริ่มจากการ

- กำมือ และเกร็งแขนทั้งซ้ายขวาแล้วปล่อย
- บริเวณหน้าผาก ใช้วิธีเลิกิ้วให้สูง หรือขมวดคิ้วจนชิดแล้วคลาย
- ตา แก้มและจมูก หลังตาให้สนิท เกร็งกล้ามเนื้อรอบดวงตา ข่นจมูก

แล้วคลาย

- ขากรรไกร ริมฝีปาก และลิ้น ใช้วิธีกัดฟัน เข้มปากแน่น และใช้ลิ้นดันเพดานโดยหุบปากไว้แล้วคลาย

- หน้าท้องและก้น ใช้วิธีเขม่วท้อง ก้น แล้วคลาย

- งอนิ้วเท้าเข้าหากัน กระดกปลายเท้าขึ้นสูงเกร็งขาซ้ายและขวาแล้วปล่อย

การฝึกเช่นนี้จะทำให้ผู้ฝึกได้รับรู้ถึงภาวะเครียดจากการเกร็งกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ แล้วรู้สึกสบายเมื่อคลายออก ดังนั้นเมื่อมีภาวะเครียด กล้ามเนื้อเกร็ง ผู้ที่มีความเครียดจะได้รู้ตัวและรีบผ่อนคลายโดยเร็วก็จะสามารถช่วยให้ผ่อนคลายความตึงเครียดได้

2.2.2 การฝึกหายใจ และการทำสมาธิ

การฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณหน้าท้อง แทนการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอก เมื่อหายใจเข้าหน้าท้องจะพองออก และเมื่อหายใจออกหน้าท้องจะยุบลง ซึ่งจะ

รู้ได้โดยเอามือวางไว้ที่หน้าท้องแล้วคอยสังเกตการหายใจเข้าออก การหายใจแบบนี้ช่วยให้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น ทำให้สมองแจ่มใส ร่างกายสดชื่นสามารถทำได้ดังนี้

หายใจเข้านับหนึ่ง หายใจออกนับหนึ่ง นับไปเรื่อยๆ จิตใจจดจ่ออยู่กับลมหายใจเข้าออกเท่านั้น ไม่คิดฟุ้งซ่านเรื่องอื่น เมื่อจิตใจแน่วแน่จะช่วยขจัดความเครียด ความวิตกกังวล ความเศร้าหมอง แล้วเกิดปัญญาที่จะคิดแก้ไขปัญหา เอาชนะอุปสรรคต่างๆ ในชีวิตได้อย่างมีสติ มีเหตุผล และยังช่วยให้สุขภาพร่างกายดีขึ้นด้วย

2.2.3 การใช้จินตนาการ

การใช้จินตนาการเป็นกลวิธีอย่างหนึ่งที่ดึงความสนใจออกจากสถานการณ์อันเคร่งเครียดในปัจจุบันไปสู่ประสบการณ์อันงดงามที่เคยผ่านมาแล้วในอดีตหรือเป็นเรื่องที่จินตนาการขึ้นใหม่ซึ่งจะทำให้จิตใจสงบและเป็นสุขขึ้นได้ชั่วคราว แต่ทั้งนี้ต้องเข้าใจว่าวิธีการนี้เป็นการคลายเครียดชั่วคราวเท่านั้นไม่ใช่วิธีการแก้ปัญหาที่ควรนำมาใช้บ่อยๆ การใช้จินตนาการสามารถกระทำได้โดยการระลึกถึงสถานที่ที่สวยงามซึ่งเคยได้ไปเที่ยวมาแล้ว เช่น ชายทะเล น้ำตกภูเขา สวนดอกไม้ทุ่งหญ้า ป่าไม้ หรือสถานที่สวยงาม ซึ่งเมื่อนึกถึงแล้ว จะทำจิตใจรู้สึกสงบมีความสุขสดชื่น ซึ่งวิธีการทำมีดังนี้ คือ เลือกสถานที่สงบ และเป็นส่วนตัว ปลอดภัยจากการรบกวนของผู้อื่น ประมาณ 10 – 15 นาที นั่งในท่าที่สบายบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงศีรษะ หรือจะนอนเอนหลัง คลายเสื้อผ้าให้หลวม ถอดรองเท้า หลับตาลงแล้วเริ่มจินตนาการถึงสถานที่สวยงามสงบและเป็นสุข

2.2.4 การใช้เสียงดนตรีหรือเพลง

เสียงเพลงมีอิทธิพลต่อคนเรามาก สามารถทำให้มีความสุขได้ ทำให้รื่นเริงสนุกสนาน (กรมสุขภาพจิต, 2542) นอกจากนี้เสียงดนตรี หรือเสียงเพลงยังช่วยส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุได้ ลดอาการตื่นตระหนก ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดความดันโลหิต ช่วยให้อุณหภูมิการนอนหลับดีขึ้น Good (2001) ซึ่งมีผู้ศึกษาวิจัยในเรื่องการใช้เสียงดนตรีหรือเพลงมาส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น ธรรมรุจา อุดม (2547) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมกิจกรรมนันทนาการโดยการเล่นอังกะลุง โดยกลุ่มควบคุมทำกิจกรรมตามปกติของสถานสงเคราะห์ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกิจกรรมนันทนาการ โดยการเล่นอังกะลุง ครั้งละ 1 ชม. สัปดาห์ละ 3 ครั้ง (ทุกวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์) เป็นเวลา 6 สัปดาห์ (รวม 18 ครั้ง) พบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) นอกจากนี้ยังมี Lai และ Good (2004) ได้ศึกษาผลของการฟังดนตรี (Sedative music) ช่วยบำบัดฟื้นฟูคุณภาพการนอนหลับก่อนนอน และได้รับการสอนให้ทำการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการสอนให้บันทึกการตอบแบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับ โดยการฟังดนตรีที่ชอบก่อนนอนและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ครั้งละ 45 นาที ทำทุกวันเวลาเข้านอน (at bed time) เป็นเวลา 3 สัปดาห์

(รวม 21 ครั้ง) พบว่า คุณภาพของการนอนหลับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) และ องค์ประกอบของการนอนหลับ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

2.2.5 กระบวนการระลึกความหลัง

กระบวนการระลึกความหลัง เป็นกระบวนการเรียกคืนความทรงจำที่ผู้สูงอายุ เคยประสบความสำเร็จและเกิดความภาคภูมิใจในอดีต โดยผ่านการเล่าเรื่อง การดูภาพ การฟังดนตรี หรือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต เช่น เหตุการณ์ที่สำคัญในชีวิต ของตนเองและ ครอบครัว การเฉลิมฉลอง และ การใช้เวลาว่าง เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีเข้าใจตนเอง มากขึ้นและมีพลังในการดำเนินชีวิตต่อไป (Childer, 1999; Blair, 2005) ซึ่ง Bunside (1983 อ้างถึง ใน เรณู อินทร์ตา, 2548) ได้อธิบายถึงวิธีการดำเนินการกระบวนการระลึกความหลัง สามารถทำได้ ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ซึ่งมี 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ระบุเลือกเหตุการณ์ ความคิดและความรู้สึกที่พอใจในอดีต
2. ระบุหาความหมายของเหตุการณ์ ความคิดและความรู้สึก ของตนเองต่อ เหตุการณ์ และบอกว่ามีความหมายและคุณค่าอย่างไร จึงทำให้เก็บความทรงจำนั้นไว้
3. ระบุแบ่งปันประสบการณ์กับผู้อื่น แลกเปลี่ยนความรู้สึก อารมณ์ และ ความคิดให้กับผู้อื่นฟัง ถือได้ว่าเป็นการส่งเสริมการมีความสัมพันธ์ทางสังคม และมีการสนับสนุน ให้มีการเปิดเผยตนเอง ในเรื่องนี้ พิณลักษณ์ นิติภาภรณ์ (2547) ได้ศึกษาผลของโปรแกรม การระลึกความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ คนชรา ครั้งละ 45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผลลัพธ์ พบว่าภาวะซึมเศร้าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

3. การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการเพื่อความเบิกบานใจ

นันทนาการเป็นกระบวนการที่เสริมสร้างและพัฒนาอารมณ์ของบุคคล การปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อความเบิกบานทางจิตใจ เป็นสิ่งที่กระทำเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ปฏิบัติมีความสุขทางอารมณ์ Butler (1959) และสมบัติ กาญจนกิจ (2542) กล่าวว่าไว้สอดคล้องกันว่า นันทนาการเป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคล เป็นทางออกที่ดีของการแสดงออกและพัฒนาตนเอง เป็นการหาความสุข และช่วยให้เกิดความสมดุลระหว่างการทำงาน ความรัก การพักผ่อน และความเคารพนับถือซึ่งกัน และกัน สำหรับผลทางด้านจิตวิทยาเป็นที่ยอมรับว่า กิจกรรมนันทนาการ เป็นเครื่องมือที่สำคัญ ใน การป้องกันบุคคลจากปัญหาทางจิต และใช้ฟื้นฟูจิตใจให้กลับคืนสภาพโดยเร็ว (Weiskopf, 1975 อ้างในสมบัติ กาญจนกิจ, 2542) นอกจากนี้การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ ยังเป็นการส่งเสริมการ แสดงออกในด้าน ความนึกคิด สร้างสรรค์ การระบายออกทางอารมณ์ การเลียนแบบสถานการณ์ และพฤติกรรมต่างๆ ทำให้สามารถเรียนรู้และรู้จักตนเองมากยิ่งขึ้น สร้างความมั่นใจ ความเข้าใจ

และการควบคุมตนเอง รู้จักเลือกกิจกรรมหรือพฤติกรรมในการแสดงออก เป็นการส่งเสริมสุขภาพและบุคลิกภาพให้กับตนเอง

ผู้สูงอายุมักจะถูกกลืนจากสังคมต่างๆ ที่ผู้สูงอายุยังมีประโยชน์ต่อสังคม ดังนั้นกิจกรรมนันทนาการในวัยนี้ ควรเป็นกิจกรรมทางสังคม เพื่อส่งเสริมการมีโอกาสได้พบปะกับคนอื่นๆ ทั้งในรุ่นเดียวกัน และต่างวัย และควรเป็นกิจกรรมเบาๆ (สมบัติ กาญจนกิจ, 2542) จากบทสัมภาษณ์ผู้สูงอายุท่านหนึ่ง ของวรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และอัจฉรา พุ่มดวง (2539) ได้กล่าวว่า “ชีวิตจะมีความสุขหรือมีคุณค่าได้จะต้องมีกิจกรรมที่พึงพอใจทำ ทั้งที่เป็นกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมเพื่อสังคม เพื่อสิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน และรู้สึว่าตนเองยังสามารถทำประโยชน์ต่อผู้อื่นได้ อีกประการหนึ่งก็ต้องมีเพื่อนเพื่อพบปะสังสรรค์ แต่อย่าทำตัวเป็นภาระของผู้อื่นโดยไม่จำเป็น และต้องยอมรับบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป” ซึ่งสมบัติ กาญจนกิจ (2542) และสุพรรณิ เป็ยนาลาว (2549) ได้จำแนกกิจกรรมนันทนาการที่ผู้สูงอายุสามารถกระทำได้ ได้แก่

1. นันทนาการในบ้าน (Family Recreation) ซึ่งเป็นนันทนาการแห่งแรกที่สมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมทั้งในเวลาปกติและในโอกาสพิเศษ เช่น การพูดคุยหรือการร่วมกิจกรรมบันเทิงร่วมกับครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลที่พึงพอใจ การฟังเพลง ฯลฯ
2. นันทนาการในชุมชน (Community Recreation) เช่น การพักผ่อนตามสวนสาธารณะ สวนธรรมชาติ การไปท่องเที่ยวตามสถานที่ต่างๆ
3. นันทนาการอาสาสมัคร (Voluntary Recreation) ตามความสมัครใจ ไม่หวังผลตอบแทน เช่น กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์
4. กิจกรรมการออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมนันทนาการอย่างหนึ่ง สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2547) ได้กล่าวไว้ว่าการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี กิจกรรมการออกกำลังกายควรเป็นกิจกรรมที่ทำซ้ำๆ สม่ำเสมอ กระตุ้นให้หัวใจทำงานอย่างต่อเนื่อง กล้ามเนื้อได้เคลื่อนไหวใช้พลังงานอย่างเหมาะสม มีน้ำหนัก ส่วนสูง และรูปร่างได้สัดส่วน ช่วยชะลอความชราและช่วยให้นอนหลับได้ดี การออกกำลังกายควรทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ออกต่อเนื่องกันอย่างน้อย 20 – 30 นาที และต้องมีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย 5 – 10 นาที ออกกำลังกายต่อเนื่องกันประมาณ 15 – 20 นาที และมีระยะเวลาเพื่อการผ่อนคลาย 5 – 10 นาที เกี่ยวกับเรื่องนี้ Dungan, Brown และ Ramsey (1996) ได้ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด การให้ความรู้และการให้คำปรึกษา และการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self help support group) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ครั้งละ 1.5 ชั่วโมง นาน 6 เดือน (18 ครั้ง) ผลลัพธ์ทางด้านร่างกาย พบว่า

สามารถลดความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .001$) ด้านจิตใจ พบว่า สามารถเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) และ เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

ดังนั้นการปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้านหนึ่ง ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างและเพิ่มพูนประสบการณ์ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคคล ช่วยพัฒนาอารมณ์ สุขภาพ ความสามารถของบุคคล ส่งเสริมสุขภาพจิต และส่งเสริมความสมดุลของกาย

4. การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและการเข้าใจชีวิต

การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและการเข้าใจชีวิตในผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความสนใจยึดหลักแนวทางธรรมะในการดำเนินชีวิตตามศาสนาของตนเอง ซึ่งระวีภาวิไล (2531) และอัมพร โอตระกูล (2538) ได้กล่าวถึงเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและความเข้าใจในชีวิตไว้สอดคล้องกันว่า ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ บุคคลส่วนใหญ่จะปฏิบัติตามคำสั่งสอนของศาสนาหรือความเชื่อที่ตนเองนับถือ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้จิตใจไม่เกิดความฟุ้งซ่าน ประกอบไปด้วยการละเว้นความชั่ว กระทำความดี ทำจิตใจให้ผ่องใส สงบ รู้จักรักเพื่อนมนุษย์ และการเข้าใจในความไม่เที่ยงตามธรรมชาติของชีวิต นับว่าเป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และช่วยให้สามารถปรับตัวได้ตามสภาพความเป็นจริง การทำความดี การช่วยเหลือผู้อื่นอย่างไม่เห็นแก่ตัว ส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้กระทำ ทั้งนี้เป็นเพราะคนที่ทำดีต่อผู้อื่น จะได้รับความรักความนับถือจากผู้อื่นและเกิดปิติสุข เกี่ยวกับเรื่องนี้ Lindberg (2005) ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการฝึกทำสมาธิในผู้สูงอายุ ผลลัพธ์พบว่า การฝึกทำสมาธิมีผลต่อด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุ สามารถลดความวิตกกังวล เพิ่มความมั่นใจในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ลดอาการกระสับกระส่ายในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และมีผลให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติ และความคิดในเชิงบวก

5. การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป

กายและจิตเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุและเป็นอุปสรรคในการติดต่อกับบุคคลอื่น รวมถึงการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่างๆ การดูแลร่างกายให้คงสภาพที่ดีที่สุดไว้ และการบำรุงร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล เป็นการช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้อย่างหนึ่ง ซึ่ง Nancy (1997) อัมพร โอตระกูล (2538) และกรมสุขภาพจิต (2547) กล่าวไว้สอดคล้องกันในเรื่องการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์ในผู้สูงอายุนั้น กระทำได้โดย

1) การรับประทานอาหารและน้ำ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่า เพื่อส่งเสริมการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ทั้งนี้ต้องเลือกรับประทานอาหารที่ให้พลังงานในปริมาณที่ลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ใช้พลังงานน้อยกว่าวัยอื่นๆ ฉะนั้นจึงควรคำนึงถึงคุณค่าประโยชน์และปริมาณของอาหารที่จะรับประทานในแต่ละวันด้วย เพื่อป้องกันการเกิดโทษแก่ร่างกาย และให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง

2) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้สูงอายุควรพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ ประมาณวันละ 6-8 ชั่วโมง ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ซึ่งส่วนมากจะพบว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่พบกับปัญหาการนอนไม่หลับ อาจเสริมด้วยเครื่องคั่นอุ่นๆ ก่อนเข้านอน กดเครื่องคั่นที่มีคาเฟอีน และหาช่วงเวลาพักผ่อนเพิ่มเติมในช่วงกลางวัน เพื่อให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอแก่ความต้องการ

3) การปฏิบัติตนเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่พบกับความเจ็บป่วยได้ง่าย การปฏิบัติตนอย่างถูกต้องในการไปรับการรักษาและการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะส่งผลให้ร่างกายกลับสู่สภาพเดิมได้อย่างรวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจตามมา

จากเหตุผลดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นพอสรุปได้ว่าการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไปให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และปริมาณเหมาะสม การพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ การปฏิบัติตนอย่างถูกต้องในการไปรับการรักษา และการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะส่งผลให้ร่างกายกลับสู่สภาพเดิมได้อย่างรวดเร็ว ทำให้เป็นผู้สูงอายุที่มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์และมีสุขภาพจิตที่ดี ดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข สอดคล้องตามคำ ดังกล่าวที่ว่า “สุขภาพจิตที่แจ่มใสย่อมอยู่ในสุขภาพกายที่สมบูรณ์” (อัมพร โอตระกูล, 2538) ซึ่งจิตสมร วุฒิพงษ์ (2543) ได้ศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่ม การเรียนรู้เชิงประสบการณ์แบบกลุ่ม ร่วมกับการดูแลสุขภาพ พบว่าความถี่คือ 3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ผลลัพธ์ของงานวิจัยพบว่า สามารถพัฒนาพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) นอกจากนี้กรมสุขภาพจิต (2547) และ Blair (2005) ยังได้กล่าวไว้สอดคล้องกันในเรื่องการปฏิบัติดูแลสุขภาพ คือ การให้คำปรึกษา การหาเพื่อนพูดคุยและการหาความรู้เพิ่มเติม

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวสรุปได้ว่าแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตมีหลากหลายรูปแบบ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะต้องเรียนรู้ในแต่ละรูปแบบรวม ถึงผลของการใช้ เพื่อให้มีหลักฐานเชิงประจักษ์มารองรับและเพื่อพัฒนาบทบาทของการเป็นผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพจิตซึ่งก็เป็นอีกบทบาทหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญเพื่อป้องกัน และลดปัญหาสุขภาพจิต

3.4 บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

สำหรับบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ Blair (2005) ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีบทบาทในการเพิ่มความแข็งแรงให้กับบุคคล หรือส่งเสริมการปรับอารมณ์ให้กลับสู่สภาพปกติ ตลอดจนการวางแผนการดูแลเพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ทักษะชีวิต และทักษะการจัดการกับปัญหา เช่น การติดต่อสื่อสาร การเจรจาต่อรอง และทักษะการสร้างสัมพันธภาพ
2. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีบทบาทในการเพิ่มความเข้มแข็งให้กับชุมชนโดยการส่งเสริมให้สังคมรับรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ พัฒนาให้มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านมากขึ้น ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ และพัฒนาการบริการสุขภาพในชุมชนที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพจิต เสริมสร้างความปลอดภัยในชุมชน และส่งเสริมให้มีเครือข่ายทางสังคม
3. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีบทบาทในการส่งเสริมให้ประชาชนทุกระดับมีการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพจิตอย่างเท่าเทียมกัน

ในทำนองเดียวกัน Hedelin และ Gsvensson (1999) ได้ศึกษากลยุทธ์ของการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้า พบว่าเงื่อนไขพื้นฐานและบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้ประสบผลสำเร็จมีดังนี้ เงื่อนไขที่ 1. การร่วมมือระหว่างหน่วยงาน 2. การมีเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม 3. การกำหนดเป้าหมายร่วมกันของกลุ่ม สำหรับบทบาทของพยาบาล พบว่า พยาบาลมีบทบาทในการจัดการให้ผู้บริหารองค์กรภาครัฐ และอาสาสมัครในระดับภูมิภาคยอมรับโครงการ กำหนดความร่วมมือในระดับภูมิภาค การให้การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต การเจ็บป่วย และความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยการประชุมกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างเปิดเผย และชัดเจน ให้การสนับสนุน และแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง กระตุ้นให้ดำเนินโครงการ ระดมหาแหล่งทุน การรวบรวมกลุ่มต่างในชุมชน การพัฒนาโปรแกรมต่างๆ ให้สอดคล้องตามความต้องการในการดำเนินงาน การเพิ่มพลังอำนาจ และการนิเทศติดตาม

จากเหตุผลดังกล่าว อาจสรุปได้ว่า บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ได้แก่การเพิ่มความแข็งแรงให้กับบุคคล การส่งเสริมการปรับอารมณ์ให้กลับสู่สภาพปกติ การวางแผนการดูแลเพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ทักษะชีวิต ทักษะการจัดการกับปัญหา เช่น การติดต่อสื่อสาร การเจรจาต่อรอง

ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ การส่งเสริมให้สังคมรับรู้และมีส่วนร่วมในการดูแล การส่งเสริมให้ประชาชนทุกระดับมีการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพจิตอย่างเท่าเทียมกัน การให้การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต การเจ็บป่วยการสนับสนุน และแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง กระตุ้นให้ดำเนินโครงการระดมทุน แหล่งทุน การรวบรวมกลุ่มต่างในชุมชน การพัฒนาโปรแกรมต่างให้สอดคล้องตามความต้องการในการดำเนินงาน การเพิ่มพลังอำนาจ และการนิเทศติดตาม

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและผู้เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุควรคำนึงถึงลักษณะการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ การปรับตัวในผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถปรับตัว สามารถเผชิญปัญหาต่างๆที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ รวมทั้งการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้ได้ผลดีต่อไป ซึ่งจะต้องมีการศึกษางานวิจัยองค์ความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ในบทต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Reviews) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ (Polit และ Hungler, 1997)

1. การรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการทบทวน โดยพิจารณาเกี่ยวกับ
 - แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data Source)
 - คำสำคัญในการสืบค้น (KeyWord)
 - การคัดเลือกงานวิจัย (Study Selection)
2. แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ การกำหนดเกณฑ์และเครื่องมือในการ:-
 - การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Study Evaluation)
 - การดึงข้อมูลจากงานวิจัย (Data Extraction)

1. การรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการทบทวน

ในการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการทบทวนได้ดำเนินการดังนี้

1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย ในการเลือกใช้ทรัพยากรสารสนเทศ (Information Resource) พิจารณาจากวัสดุตีพิมพ์ ได้แก่ วิทยานิพนธ์และวารสารจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆ และจากแหล่งข้อมูลของหน่วยงานสถาบันที่เกี่ยวข้อง และรายการอ้างอิงบางส่วนจากวัสดุตีพิมพ์เหล่านี้ สามารถนำไปสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศต่อได้อีก

นอกจากนี้ยังสืบค้นข้อมูลสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) จากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ (Computerized Database) และวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Journal) ทางอินเทอร์เน็ต (Internet) ในการค้นหาหลักฐานอ้างอิงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ ซึ่ง การสืบค้นงานวิจัยได้สืบจากฐานข้อมูลดังนี้

1) สืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เป็นภาษาไทยจากสภาวิจัยแห่งชาติ หอสมุดแห่งชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ฉบับเต็ม 24 สถาบัน (Digital Catalog) และกรมสุขภาพจิต

2) สืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เป็นภาษาอังกฤษ จากห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Pubmed, Blackwell, Ovid, CINAHL, NLM Catalogs, Science direct

3) สืบค้นจากรายการอ้างอิงจากแหล่ง งานวิจัยและหนังสือต่างๆ

1.2 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาได้กำหนดคำสำคัญเพื่อให้ได้ผลการสืบค้นที่ครอบคลุมและตรงกับเรื่องที่ต้องการค้นคว้าซึ่งในครั้งแรกที่ทำการสืบค้น คำสำคัญ ได้แก่ Elderly, Older adults, Ageing, Aging, Mental Health Promotion ปรากฏว่าจำนวนผลการสืบค้นค่อนข้างมากแต่ไม่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จึงทบทวนความรู้และกำหนดคำสำคัญเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผลการสืบค้นตรงกับเกณฑ์ที่ต้องการ โดยแยกเป็นคำสำคัญภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ดังนี้

คำสำคัญภาษาไทย ได้แก่ ผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพจิต การออกกำลังกาย กิจกรรมนันทนาการ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การระลึกความหลัง สมาธิ

คำสำคัญภาษาอังกฤษ ได้แก่ Elderly, Older adults, Ageing, Aging, Mental Health Promotion, Exercise, Muscle Relaxation, Recreation, Meditation, Reminiscence

1.3 การคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พิจารณาทั้งงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาตามแนวทางของ Stetler และ Marram (1994) เรณู พุกบุญมี (2547) ดังนี้คือ

1) ชนิดของการบำบัด พิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษาการบำบัดเกี่ยวกับ การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กิจกรรมนันทนาการ การระลึกความหลัง และศาสนา

2) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ

3) ชนิดของผลลัพธ์จากงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษา ตัวแปรทางสุขภาพจิต ดังต่อไปนี้คือ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพจิต ความหวัง ความเครียด ความวิตกกังวล ความว้าวุ่น ความซึมเศร้า ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุกในชีวิต การปรับตัว คุณภาพชีวิต และการมีคุณค่าในตนเอง

จากการสืบค้นพบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ หลายๆ กิจกรรม ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้น คำสำคัญในการสืบค้น และจำนวนการศึกษาวิจัยที่สืบค้นได้ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนการ ศึกษาวิจัย ที่สืบค้นได้	จำนวนการ ศึกษาวิจัย ที่เลือกใช้
สภาวิจัย	ผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย การส่งเสริมสุขภาพจิต	2	1
หอสมุด แห่งชาติ	ผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย การส่งเสริมสุขภาพจิต	2	1
	ผู้สูงอายุ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การส่งเสริมสุขภาพจิต	2	-
	ผู้สูงอายุ กิจกรรมนันทนาการ การส่งเสริมสุขภาพจิต	1	1
	ผู้สูงอายุ ศาสนา การส่งเสริมสุขภาพจิต	1	-
ฐานข้อมูล วิทยานิพนธ์ ฉบับเต็ม 24 สถาบัน (digital collection) http://dcms.thailis.or.th	ผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย การส่งเสริมสุขภาพจิต	85	6
	Elderly “Mental Health Promotion”	3100	2
	Elderly “Mental Health Promotion” Exercise	4853	1
	Elderly “Mental Health Promotion” Muscle Relaxation	482	-
	Elderly “Mental Health Promotion” Recreation	1448	1
	Elderly “Mental Health Promotion” Meditation	369	1
	Older adults “Mental Health Promotion”	3969	2
	Older adults “Mental Health Promotion” Exercise	4974	-
	Older adults “Mental Health Promotion” Muscle Relaxation	495	-
	Older adults “Mental Health Promotion” Recreation	1148	1

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ฐานข้อมูล	คำสำคัญในการสืบค้น	จำนวนการ ศึกษาวิจัย ที่สืบค้นได้	จำนวนการ ศึกษาวิจัย ที่เลือกใช้
	Older adults “Mental Health Promotion” Meditation	369	-
	Ageing ,Aging “Mental Health Promotion”	13470	-
	Ageing ,Aging “Mental Health Promotion” Exercise	4853	1
	Ageing,Aging “Mental Health Promotion” Muscle Relaxation	9332	-
	Ageing ,Aging “Mental Health Promotion” Recreation	1448	1
รวม		50,403	19

หมายเหตุ: นอกจากฐานข้อมูลที่แสดงในตารางแล้ว ผู้ศึกษาได้ทำการสืบค้นจากฐานข้อมูลอื่นๆ อีก โดยใช้คำสำคัญเหมือนกับฐานข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 1 ซึ่งฐานข้อมูลเหล่านั้น ได้แก่ CINAHL จำนวน 1 เรื่อง OVID จำนวน 1 เรื่อง Sciencedirect จำนวน 13 เรื่องและ Pubmed จำนวน 51 เรื่อง แต่เนื่องจากการศึกษาหรืองานวิจัยที่ค้นพบจากฐานข้อมูลดังกล่าว ไม่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยที่ผู้ศึกษากำหนดไว้ จึงไม่สามารถนำมาทำการศึกษาได้ และจากคำสำคัญที่กำหนดสามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทุกฐานข้อมูลได้ทั้งหมดผลการสืบค้นพบว่าม้งานวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 - 2551 จำนวน 50,403 เรื่อง แต่เมื่อพิจารณาจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และคัดเลือก เรื่องที่ไม่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลแล้ว ม้งานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์ และมี Full text ที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้จำนวน 19 เรื่อง

2. แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพิสูจน์คุณภาพของผลงานวิจัยที่รวบรวมได้จากการสืบค้น ใช้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพงานวิจัยหรือระดับหลักฐานอ้างอิง และกำหนดเครื่องมือในการดึงข้อมูลจากงานวิจัย ดังนี้

2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัยหรือระดับหลักฐานอ้างอิง (Level of Evidence) ของงานวิจัย ใช้เกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) อ้างถึงใน สถาบันประสาทวิทยา (2548)

Level of evidence A หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก systematic review ของ randomized, controlled clinical trials หรือหลักฐานที่ได้จาก randomized, controlled clinical trials ที่ดำเนินการอย่างเหมาะสม

Level of evidence B หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก systematic review ของ controlled clinical study หรือหลักฐานที่ได้จาก controlled clinical study (เช่น non-randomized, controlled trials, cohort study, case-controlled study, cross sectional study) ที่ดำเนินการอย่างเหมาะสม หรือ หลักฐานที่ได้จากการวิจัยทางคลินิกที่ใช้รูปแบบการวิจัยอื่นและผลพบประโยชน์หรือโทษจากการปฏิบัติรักษาที่เด่นชัดมาก หรือเรื่องดังกล่าวไม่มีผลการวิจัยประเภท randomized, controlled clinical trials แต่ได้นำเอาหลักฐานที่ได้จาก randomized, controlled clinical trials ในประชากรกลุ่มอื่นหรือเรื่องที่คล้ายคลึงกันมาใช้เป็นหลักฐาน หรือหลักฐานที่ได้จาก systematic review ของ randomized controlled clinical trials หรือ randomized, controlled clinical trials ที่ดำเนินการไม่เหมาะสม

Level of evidence C หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก systematic review ของ descriptive study ซึ่งหมายถึงรายงานผู้ป่วยหนึ่งหรือมากกว่า หรือหลักฐานที่ได้จาก systematic review ของ controlled clinical study หรือ controlled clinical study ที่ดำเนินการไม่เหมาะสม หรือหลักฐานที่ได้จาก controlled clinical trials ในประชากรกลุ่มอื่นหรือเรื่องอื่นที่คล้ายคลึง

Level of evidence D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความเห็นหรือฉันทามติ (consensus) ของคณะผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากไม่มีหลักฐานจากผลงานวิจัยทางคลินิก หรือ ผลงานวิจัยทางคลินิกที่มีอยู่ไม่สอดคล้องหรือเหมาะสมกับสถานการณ์และสถานภาพของการประกอบวิชาชีพในประเทศไทย หรือมีเพียงหลักฐานทางห้องปฏิบัติการ

เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ดังกล่าวพบว่าหลักฐานงานวิจัยสืบค้นได้ดังนี้

Level of evidence : A	จำนวน	4	เรื่อง
Level of evidence : B	จำนวน	11	เรื่อง
Level of evidence : C	จำนวน	4	เรื่อง

2.2 การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบทั้ง 19 เรื่องครั้งนี้ ได้จัดทำตารางที่จะใช้ในการดึงข้อมูลจากงานวิจัย ตามหัวข้อต่อไปนี้คือ

- ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (problem/purpose)
- แบบการวิจัย (research design)
- กลุ่มตัวอย่าง (sample)
- สถานที่หรือแหล่งที่วิจัย (setting)
- เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)

- วิธีการวิจัยหรือแนวปฏิบัติการพยาบาล (method/intervention)
- ผลการวิจัย (finding/result)
- ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ (implication/implementation)

โดยผลของการทบทวนอย่างเป็นระบบ จะนำเสนอในตารางบันทึกผลการทบทวนงานวิจัย
ที่เกี่ยวกับ การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในบทต่อไป

บทที่ 4

ผลการศึกษา

จากการรวบรวมและวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุสามารถสรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (รายละเอียดดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 2 ภาคผนวก ก. และตารางที่ 3 ภาคผนวก ข.)

2 ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

2.1 คุณภาพของงานวิจัย

2.2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ องค์ประกอบ และผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ได้แก่

2.2.1 การออกกำลังกาย หรือการออกกำลังกายร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม

2.2.2 กิจกรรมนันทนาการ

2.2.3 การระลึกถึงความหลัง

2.2.4 การใช้กระบวนการกลุ่ม

2.2.5 การใช้สมาธิ

2.2.6 การส่งเสริมสุขภาพจิตรายบุคคล

2.2.7 งานวิจัยที่พัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

2.3 เครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

1. ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ จำนวน 19 เรื่อง ซึ่งผลการวิเคราะห์ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2 (ภาคผนวก ก.)

2. ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัย

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จำนวน 19 เรื่อง สามารถสรุปได้ ดังนี้

2.1 คุณภาพงานวิจัย

เมื่อนำงานวิจัยทั้ง 19 เรื่อง มาประเมินคุณภาพโดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัย จาการวิทยาลัยอายุรเวชแพทยแห่งประเทศไทย (2544) พบว่าเป็นงานวิจัยที่เป็นหลักฐานระดับ A จำนวน 4 เรื่อง ระดับ B จำนวน 11 เรื่อง และระดับ C จำนวน 4 เรื่อง

2.2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุองค์ประกอบและผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั้ง 19 เรื่อง สามารถสรุปได้เป็น 7 รูปแบบโดยแต่ละรูปแบบสามารถสรุปออกมาเป็นองค์ประกอบ และผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพจิตแต่ละรูปแบบดังนี้

2.2.1 การออกกำลังกาย หรือการออกกำลังกายร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม

มีงานวิจัยที่ศึกษาผลของการออกกำลังกาย หรือการออกกำลังกายร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จำนวน 6 เรื่องใน 19 เรื่อง (เป็นงานวิจัยระดับ A จำนวน 1 เรื่อง ระดับ B จำนวน 5 เรื่อง) ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายอย่างเดียว จำนวน 3 เรื่อง (Li, Fisher, Trbe, & Weimen, 2004; สุชาดา กัณธารักษ์, 2546; สุนุดตรา ตะบุญพงศ์, ภัทรินทร์ พุฒศรี, วิภาวี คงอินทร์ และ เอมอร แซ่จิ๋ว, 2551) และการออกกำลังกายร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มจำนวน 3 เรื่อง (Dungan, Brown & Ramsey, 1996; ชมนันท์ บัวงาม, 2539 และ สายใจ ชัยสงคราม, 2545) สำหรับกิจกรรมการออกกำลังกายที่นำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ได้แก่ การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด (Dungan et al, 1996) ไทชิ (Li et al, 2004; สุนุดตรา ตะบุญพงศ์ และคณะ, 2551) ชีกง (สุชาดา กัณธารักษ์, 2546) ไทเก็ก (สายใจ ชัยสงคราม, 2545) และการรำมวยจีน (ชมนันท์ บัวงาม, 2539)

สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายอย่างเดียว พบว่ากิจกรรมการออกกำลังกายที่นำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต ได้แก่ การออกกำลังกายแบบชีกง (สุชาดา กัณธารักษ์, 2546) และไทชิ (Li et al, 2004; สุนุดตรา ตะบุญพงศ์ และคณะ, 2551) พบว่า ทำ ครั้งละ 20 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ความถี่ของการออกกำลังกายคือ 3 ครั้ง/ สัปดาห์ และจำนวนครั้งของการทำคือ 36 ถึง 72 ครั้ง หรือระยะเวลา 3 ถึง 6 เดือน และผลลัพธ์ของการวิจัยพบว่า ทางด้านจิตใจ การออกกำลังกายสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) (สุชาดา กัณธารักษ์, 2546) เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในเรื่องการออกกำลังกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

(สุชาดา กัณหาภักย์, 2546) เพิ่มความผาสุกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) (สุนุดตรา ตะบูนพงษ์ และคณะ, 2551) และเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .04$) (Li et al, 2004) ส่วนผลลัพธ์ทางด้านร่างกายพบว่า สมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น ความสามารถในการทรงตัว ($P < .05$) (สุชาดา กัณหาภักย์, 2546) ความแข็งแรงของขาทั้ง 2 ข้าง ($P < .001$) การเคลื่อนไหวของข้อเท้าขวา – ซ้าย ($P < .001$) ความยืดหยุ่นของข้อต่างๆ ($P < .05$) (Li et al, 2004) และปริมาณความจุปอด ($P < .01$) (สุนุดตรา ตะบูนพงษ์ และคณะ, 2551) ความคล่องตัว ($P < .001$) นอกจากนี้ยังพบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และคุณภาพการนอนหลับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$ และ $P < .01$) ตามลำดับ (Li et al, 2004 ; สุนุดตรา ตะบูนพงษ์ และคณะ, 2551)

สำหรับงานวิจัยที่ใช้การออกกำลังกายร่วมกับการทำกลุ่ม พบว่า ในแต่ละครั้งของการเข้ากลุ่มจะมีการออกกำลังกายควบคู่กัน ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 3 ชั่วโมง (การออกกำลังกาย 1 ชั่วโมง และทำกลุ่ม 30 นาที ถึง 2 ชม.) ความถี่การจัดกิจกรรม 1 - 5 ครั้ง/สัปดาห์ ทำกิจกรรมทั้งหมด 8 - 72 ครั้ง ในระยะเวลา 8 วัน ถึง 6 เดือน สำหรับกิจกรรมการออกกำลังกายที่นำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตได้แก่ การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด (Dungan et al, 1996) โไทเก็ก (สายใจ ชัยสงคราม, 2545) และการรำมวยจีน (ชมนันท์ บัวงาม, 2539) สำหรับการทำกลุ่มในแต่ละครั้งมีรูปแบบการใช้กระบวนการกลุ่มที่หลากหลายเช่น มีการใช้กลุ่มช่วยเหลือกันเอง ร่วมกับการให้ความรู้และคำปรึกษา (Dungan et al, 1996) มีการใช้กลุ่มสัมพันธ์โดยการเล่นเกมส์และการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และรับประทานอาหารร่วมกัน (ชมนันท์ บัวงาม, 2539) และการทำกลุ่มโดยมีกิจกรรมการจัดการความเครียด และฝึกการคลายเครียดด้วยการนั่งสมาธิ กิจกรรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง และอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และสาธิตการประกอบอาหาร (สายใจ ชัยสงคราม, 2545) สำหรับผลลัพธ์ของการวิจัย พบว่า ผลทางด้านจิตใจ การออกกำลังกายร่วมกับการทำกลุ่มทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต และความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$ และ $P = .002$) ตามลำดับ (Dungan et al, 1996) มีความรู้ความเข้าใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) (ชมนันท์ บัวงาม, 2539) มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในเรื่องการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการกับความเครียดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$, $P < .001$ และ $P < .001$) ตามลำดับ (สายใจ ชัยสงคราม, 2545) ส่วนผลลัพธ์ทางด้านร่างกายพบว่า สมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต Systolic ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) และค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต Diastolic ลดลง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และแรงบีบมือทั้งซ้ายและขวาเพิ่มขึ้น อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Dungan et al, 1996)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย 6 เรื่อง จากการวิเคราะห์งานวิจัย 6 เรื่องนี้พบว่า ทำการศึกษาในผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา (Dungan et al, 1996; Li et al, 2004; สุชาดา กัณธารักษ์, 2546; สุนุดตรา ตะบูนพงษ์ และคณะ 2551) และในชุมชน (Dungan et al, 1996; ชมานันท์ บัวงาม, 2539; สายใจ ชัยสงคราม, 2545) อายุอยู่ในช่วง 60-79 ปี (Dungan et al, 1996; สุชาดา กัณธารักษ์, 2546) เป็นผู้สูงอายุที่มีความแข็งแรงพอที่สามารถออกกำลังกายได้ (Dungan et al, 1996) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (สุชาดา กัณธารักษ์, 2546) มีโรคที่ไม่เป็นปัญหาต่อการออกกำลังกาย (Li et al, 2004; สุนุดตรา ตะบูนพงษ์ และคณะ 2551) ไม่มีความพิการหรือโรคประจำตัว (สายใจ ชัยสงคราม, 2545) ไม่มีภาวะการรับรู้บกพร่อง (Li et al, 2004; สุนุดตรา ตะบูนพงษ์ และคณะ, 2551) นอกจากนี้ยังมีคุณสมบัติอื่นๆ ได้แก่ มีความรู้ระดับน้อยถึงมาก (ชมานันท์ บัวงาม, 2539) มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง (สุชาดา กัณธารักษ์, 2546) มีปัญหาการนอนหลับ (Li et al, 2004; สุนุดตรา ตะบูนพงษ์ และคณะ, 2551) ไม่ใช้ยาทางจิตเวช (Li et al, 2004) และไม่มีประสบการณ์การออกกำลังกายแบบ ไทชิ มาก่อน (สุนุดตรา ตะบูนพงษ์ และคณะ, 2551)

ผู้ดำเนินการ พบว่าผู้นำกลุ่มในการออกกำลังกายเป็นพยาบาล นักกายภาพบำบัดหรือผู้สูงอายุที่สามารถเป็นผู้นำในการออกกำลังกายได้ สำหรับผู้นำในการทำกลุ่มกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความสามารถในการให้คำปรึกษา

ส่วนสื่อที่ใช้ พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีการใช้วิถีทัศน์การออกกำลังกายแบบ Tai Chi ชี่กง ไทเก็ก และการรำมวยจีน พร้อมกับการเปิดเพลงประกอบ เป็นสื่อในการออกกำลังกาย

2.2.2 กิจกรรมนันทนาการ

มีงานวิจัยที่ศึกษาผลของกิจกรรมนันทนาการ และดนตรีเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จำนวน 4 เรื่อง ใน 19 เรื่อง เป็นงานวิจัยระดับ A จำนวน 2 เรื่อง B จำนวน 1 เรื่อง และ C จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาผลของการเล่นอังกะลุง จำนวน 1 เรื่อง (ธรรมรจา อุดม, 2547) การฟังดนตรีช่วยบำบัด (soft music) พื้นฟูคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุจำนวน 1 เรื่อง (Lai & Good, 2004) การทำกิจกรรมตามโปรแกรม การประดิษฐ์ การประกอบอาหาร การแต่งกลอน (Group Work Program) จำนวน 1 เรื่อง (Okumiya et al, 2005) และงานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 เรื่อง (Jansen & Sadovszky, 2004)

สำหรับผลลัพธ์ของงานวิจัยพบว่าการเล่นอังกะลุง ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ สามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) (ธรรมรจา อุดม, 2547) การฟังดนตรี (soft music) ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ช่วยบำบัด พื้นฟูคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุครั้งละ 45 นาที ทำทุกวัน เป็นเวลา 3

สัปดาห์ เวลาเข้านอน สามารถเพิ่มคุณภาพของการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) และเพิ่มองค์ประกอบของการนอนหลับ 4 ด้าน ได้แก่ ด้าน Pittsburgh Sleep Quality, Sleep Latency, Habitual Sleep Efficiency, Daytime dysfunction อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) (Lai & Good, 2004) การทำกิจกรรมตามโปรแกรม Group Work Program ครั้งละ 3 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 เดือน สามารถลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจในชีวิตดีขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Okumiya et al, 2005) และมีกิจกรรม 1) การประดิษฐ์ หรือทำงานสร้างสรรค์ 2) การบำเพ็ญประโยชน์ 3) การอยู่กับธรรมชาติ 4) การมีเครือข่ายทางสังคม 5) การทำกิจกรรมท้าทายเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ 6) กิจกรรมทางกาย 7) การอ่านหนังสือ 8) การมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่าย 9) กิจกรรมทางจิตวิญญาณ 10) กิจกรรมทางวัฒนธรรม 11) การท่องเที่ยว 12) กิจกรรมอื่นๆ เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำแล้วสามารถทำให้เกิดความรู้สึกมีชีวิตชีวา (Jansen & Sadovszky, 2004)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย 4 เรื่อง จากการวิเคราะห์งานวิจัย 4 เรื่องนี้ พบว่า ทำการศึกษาในสถานสงเคราะห์คนชรา (ธรรมรุจา อุดม, 2547; Jansen & Sadovszky, 2004; Okumiya et al, 2005) ทำที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง (Lai & Good, 2004) โดยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (ธรรมรุจา อุดม, 2547; Okumiya et al, 2005) เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับยาก (Lai & Good, 2004) มีภาวะ Age associated cognitive decline (AACD) (Okumiya et al, 2005) อายุ 65 – 92 ปี สื่อสารเข้าใจได้ (Jansen & Sadovszky, 2004; Lai & Good, 2004; ธรรมรุจา อุดม, 2547 และ Okumiya et al, 2005)

ผู้ดำเนินการทำกิจกรรมนันทนาการ พบว่า เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความสามารถ ทำกิจกรรมกลุ่ม สามารถสอนผู้ใหญ่และมีพื้นฐานการเล่นดนตรีไทย และเป็นพยาบาลที่อยู่ในชุมชน ส่วนสื่อที่ใช้ พบว่างานวิจัยที่ใช้เครื่องดนตรีอังกะลุง (ธรรมรุจา อุดม, 2547) และใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (วิทยุเทป เทปคาสเซตบรรเลงเสียงเพลง ชนิตจังหวะ 60 – 80 ครั้ง/นาทีก) (Lai & Good, 2004) ใช้สื่อตามสถานการณ์ของกิจกรรมการทดลอง เช่น เสียงดนตรีหรืออุปกรณ์ ทำการฝีมือ (Okumiya et al, 2005)

2.2.3 การระลึกความหลัง

จากการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้การระลึกความหลังในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จำนวน 3 เรื่อง ใน 19 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยระดับ B จำนวน 3 เรื่อง (Lin, Dai, & Hwang 2003; พินลัทธิ นิตินาครณ์, 2547 และเรณู อินทร์ตา, 2548) ซึ่งพบว่าการใช้โปรแกรมการระลึกความหลังทำเป็นแบบกลุ่ม (Lin et al, 2003 และพินลัทธิ นิตินาครณ์, 2547) และแบบรายบุคคล (เรณู อินทร์ตา, 2548)

ผลลัพธ์ของงานวิจัยที่วิเคราะห์ พบว่าความถี่ของการระลึกความหลังแบบกลุ่ม ครั้งละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ความถี่สัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง เป็นเวลาตั้งแต่ 5 – 52 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า การระลึกความหลังมีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้า รองลงมาคือเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง (Lin et al, 2003; พินลักษ์ณ์ นิติภากรณ์, 2547) สามารถลดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยทางสถิติ ($P < .05$ และ $P < .1$) (พินลักษ์ณ์ นิติภากรณ์, 2547; เรณู อินทร์ตา, 2548) และเพิ่มความรูสึกมีคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) (เรณู อินทร์ตา, 2548)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย 3 เรื่อง ทำในสถานสงเคราะห์คนชรา (Lin et al, 2003 และ พินลักษ์ณ์ นิติภากรณ์, 2547) และที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง (เรณู อินทร์ตา, 2548) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง มีสติปัญญาปกติสามารถรับรู้และสื่อความหมายอย่างเข้าใจ (Lin et al, 2003; พินลักษ์ณ์ นิติภากรณ์, 2547; เรณู อินทร์ตา, 2548)

ผู้ดำเนินการทำกิจกรรมระลึกความหลัง เป็นพยาบาลและผู้ที่มีความสามารถในการให้คำปรึกษา

ส่วนเครื่องมือที่ใช้ คือโปรแกรมการระลึกความหลัง

2.2.4 การใช้กระบวนการกลุ่ม

จากการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่ามี งานวิจัยที่ศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำนวน 3 เรื่อง ใน 19 เรื่อง (เป็นงานวิจัยระดับ A จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยระดับ B จำนวน 1 เรื่องและงานวิจัยระดับ C จำนวน 1 เรื่อง) โดยมีการใช้กระบวนการกลุ่ม 2 ลักษณะ คือ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์แบบกลุ่มร่วมกับการดูแลสุขภาพ (จิตสมร วุฒิพงษ์, 2543; Berg, Dorsey, Gerson, & Rose, 2004) และการใช้กระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโอลเซน (อภิญา จารุณี, 2542)

สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่ม การเรียนรู้เชิงประสบการณ์แบบกลุ่มร่วมกับการดูแลสุขภาพ พบว่า ครั้งละ 1 ชั่วโมง ความถี่คือ 3 ครั้ง/สัปดาห์ ระยะเวลาทำนาน 3 สัปดาห์ (จิตสมร วุฒิพงษ์, 2543) ผลลัพธ์ของงานวิจัยพบว่า สามารถพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) สำหรับกลุ่มการดูแลสุขภาพ (เกี่ยวกับการจัดการปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น การกินยา การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การลดน้ำหนัก) ร่วมการทำกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความถี่ของการทำจำนวน 1 ครั้ง/สัปดาห์ ทำนาน 7 สัปดาห์ สามารถพัฒนา Social interaction และตอบสนองต่อการทำกิจกรรมในระดับสูง (Gerson et al, 2004) สำหรับการใช้กระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโอลเซน พบว่า ครั้งละ 45 นาที ความถี่สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลาทำนาน 8 สัปดาห์ สามารถเพิ่มการยอมรับตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) (อภิญา จารุณี, 2542)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง พบว่างานวิจัย 3 เรื่อง ทำการศึกษาในสถานสงเคราะห์คนชรา (จิตสมร วุฒิพงษ์, 2543; Gerson et al, 2004 และ อภิญญา จารุณัฐ, 2542) อายุ 60 ปีขึ้นไปมีความเครียดสูง ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (จิตสมร วุฒิพงษ์, 2543) มีรายได้น้อย มีปัญหาโรคเรื้อรัง (Gerson et al, 2004) เป็นผู้สูงอายุที่มีการยอมรับตนเองต่ำ (อภิญญา จารุณัฐ, 2542) โดยมีจำนวนสมาชิกในกลุ่ม กลุ่มละ 7 – 10 คน (และอภิญญา จารุณัฐ, 2542; จิตสมร วุฒิพงษ์, 2543 และ Gerson et al, 2004)

ผู้ดำเนินการกระบวนการกลุ่ม เป็นพยาบาลจิตเวชที่มีความสามารถในการสอนแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และมีความสามารถให้คำปรึกษา

ส่วนสื่อที่ใช้ คือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (วิทยุเทป เทปคาสเซตที่บรรยายความรู้เรื่องการดูแลตนเองและความรู้เรื่องโรคต่างๆ) และโปรแกรมให้คำปรึกษาโอเอสเซล

2.2.5 การฝึกทำสมาธิ

จากการวิเคราะห์งานวิจัยมีงานวิจัยเกี่ยวกับการฝึกทำสมาธิ จำนวน 1 เรื่อง ใน 19 เรื่อง (งานวิจัยระดับ B) เป็น Integrative Review เกี่ยวกับการฝึกทำสมาธิเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (Lindberg, 2005) พบว่า การทำสมาธิที่นำมาใช้ ได้แก่ Transcendental Meditation (TM), Qi-Qong และ Guided Imagery ในการฝึกทำสมาธิ อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นเวลา 8-10 สัปดาห์ และมีการพบปะพูดคุยกันในกลุ่มทุกสัปดาห์ สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุ หญิงที่เป็นโรคหัวใจ เพิ่มความมั่นใจในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดเรื้อรัง ลดอาการกระสับกระส่าย ช่วยให้สงบ ลดพฤติกรรมกระวนกระวายอยู่ไม่นิ่งในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ควบคุมตนเองได้ดีขึ้น สามารถช่วยให้อยู่ในกลุ่มดีขึ้น รวมทั้งมีผลทางด้านจิตวิญญาณและสมาธิมีความสัมพันธ์ระหว่างความคิดภายในจิตใจ ทศนคติและสุขภาพจิตในเชิงบวก

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์ พบว่า ทำการศึกษาในผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา อายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

2.2.6 การส่งเสริมสุขภาพจิตรายบุคคล

จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่า มีการส่งเสริมสุขภาพจิต จำนวน 1 เรื่อง ใน 19 เรื่อง (งานวิจัยระดับ C) เป็นการนำแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยการนำโมเดล Health Promotion Model ของ Pender (1996) มาเป็นพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นรายบุคคล (Thorn & Tuck, 2000)

โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุ อายุ 80 ปี จำนวน 1 คน โดยการนำ HPM ของ Pender (1996) มาเป็นแนวทางในการประเมินสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุตามบริบท เข้าถึงได้ง่ายเพราะอยู่ใน

ชุมชนใกล้เคียง ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นประโยชน์แก่ตนเอง พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถวางแผนร่วมกันกับผู้สูงอายุ กระตุ้นและติดตามให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ได้ส่งเสริมความมั่นใจในการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิต และเอาชนะอุปสรรคที่ขัดขวางการทำกิจกรรมตามแผนการให้การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ได้วางแผนไว้

ผู้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตรายบุคคล เป็นพยาบาลจิตเวชที่ทำงานในชุมชน

2.2.7 งานวิจัยที่พัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่า มีการศึกษาถึงการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จำนวน 1 เรื่อง ใน 19 เรื่อง ระดับ C (Hedelin & Gsvensson, 1999) ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษากลยุทธ์การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน จากผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาพบว่า มีเงื่อนไขในการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ดังนี้ คือ การร่วมมือระหว่างหน่วยงานเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม การกำหนดเป้าหมายร่วมกันของกลุ่ม บทบาทของพยาบาลจิตเวชในชุมชนคือการจัดการให้ผู้บริหารองค์กรภาครัฐ และอาสาสมัครในระดับภูมิภาคยอมรับโครงการ ระดมทุน แหล่งทุน การรวบรวมกลุ่มต่างๆ ในชุมชน การพัฒนาโปรแกรมต่างๆ ให้สอดคล้องตามความต้องการในการดำเนินงาน เพิ่มพลังอำนาจให้กับกลุ่มโดยการให้ความรู้และนิเทศติดตามให้คำแนะนำ

ผู้ดำเนินการเป็นพยาบาลจิตเวชที่ทำงานในชุมชน

2.3 เครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 19 เรื่องพบว่าเครื่องมือที่ใช้วัดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีดังนี้

ด้านจิตใจ

ความว้าเหว่	เครื่องมือที่ใช้วัดแบบวัดความว้าเหว่ (Loneliness scale) ของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย
ความพึงพอใจในชีวิต	เครื่องมือที่ใช้วัด แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุของนิวการ์เตน (Neugarten, 1961)
ความผาสุกทางใจ	เครื่องมือที่ใช้วัดแบบทดสอบ LISI – A (Neugarten – Havighurst 18 items)
การยอมรับตนเอง	เครื่องมือที่ใช้วัดแบบวัดการยอมรับตนเองของฟิลิปส์ (จงรักษ์ สุภกิจเจริญแปลและดัดแปลง)

พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

เครื่องมือที่ใช้วัดแบบวัดด้านสุขภาพจิต 7 ด้าน ได้แก่
 การพัฒนาการรู้จักตนเอง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
 การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเผชิญปัญหา
 การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ การปฏิบัติกิจกรรม
 เพื่อความสงบสุข การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป

ภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือที่ใช้วัดแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 ของไทย (ดัดแปลงมาจาก GDS)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า TGDS (Thai Geriatric
 Depression Scale) โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง
 ของคนไทย

แบบประเมินภาวะความซึมเศร้า ซี อี เอส ดี
 (CES – D Scale)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (Geriatric
 Depression Screening Scale: GDSของเขซาเวท)

ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง เครื่องมือที่ใช้ Rosenberg's self esteem scale

การประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม เครื่องมือที่ใช้ หลายชนิด ได้แก่

- SF 12
- 100 mmvisual analog scale (100 mm VAS) มี 5 item
- 1) subjective sense of health 2) family relationship
- 3) relationship with friend 4) financial status และ
- 5) subjective happiness

ด้านร่างกาย

พฤติกรรมการทำงานของระบบประสาท(Neurobehavioral) ประกอบด้วย

- ความสามารถในการเดิน ความสมดุลของร่างกาย
 เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Up & Go
- ความสมดุลและความยืดหยุ่นของร่างกาย
 เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Function Reach test
- ความชำนาญในการใช้มือ เครื่องมือที่ใช้วัด
 คือ Button test

สมรรถนะทางกายประกอบด้วย

- องศาการเคลื่อนไหวของข้อต่อข้อไหล่ ข้อศอก ข้อเข่า

เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Goniometer

- การวัดข้อต่อกระดูกสันหลัง เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Sit and Reach
- การยืนขาเดียวขวา-ซ้าย เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Single Leg Stand Test
- การใช้เวลาลุกนั่ง เครื่องมือที่ใช้วัด คือ The Chair-Rise Test Measures
- ระยะเวลาในการเดิน 50 Foot Walk เครื่องมือที่ใช้วัดแบบวัด คือ Time Taken To

Walk 50 Feet

- แรงบีบมือ (hand strength) เครื่องมือที่ใช้วัด คือเครื่องวัดกำลัง (Dynamometer)

Quality of Sleep เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

- Daytime sleepiness เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Epworth Sleepiness Scale (ESS)

Cognitive function เครื่องมือที่ใช้วัดมีหลายชนิด ได้แก่ MMSE, Benton Visual Retention, Delayed

Recall Test, Kohs Block Design, Raven Colored Matrix Test, Clock Drawing

และ Behavioral Dyscontrol scale

บทที่ 5

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิจัยในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และจากผลการศึกษา ผู้ศึกษาได้นำมาอภิปรายได้ดังนี้

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานของงานวิชาการ
2. องค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุและองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง
3. เครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

1. คุณภาพและความเพียงพอของงานวิจัยและหลักฐานของงานวิชาการ

การประเมินคุณภาพของงานวิจัยทั้งหมด 19 เรื่อง จะเห็นได้ว่ายังมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย แต่สำหรับงานวิจัยทั้ง 19 เรื่อง ซึ่งเมื่อนำผลงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงที่สืบค้นได้มาประเมินคุณภาพ โดยใช้การประเมินคุณภาพระดับงานวิจัยของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544) พบว่าเป็นงานวิจัยที่เป็น Randomized control trail อยู่ในระดับ A จำนวน 4 เรื่อง เป็น Quasi experimental research ระดับ B จำนวน 11 เรื่อง เป็นหลักฐานที่ได้จาก systematic review ของ descriptive study ระดับ C จำนวน 4 เรื่อง โดยเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยจำนวน 9 เรื่องและงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 10 เรื่ององค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุครั้งนี้ จากงานวิจัยทั้ง 19 เรื่อง เป็นองค์ความรู้อยู่ในช่วงปี พ.ศ. 2539 – 2551 ซึ่งเป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ รูปแบบต่างๆ ที่มีการใช้กันอย่างต่อเนื่อง สามารถนำไปศึกษาและพัฒนาแนวการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุต่อไปได้

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 19 เรื่อง พบว่ามีการศึกษาถึงการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุซึ่งมีการดำเนินการหลายแนวทาง ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่นอกจากการส่งเสริมสุขภาพจิตแล้วยังมีผลทางด้านอื่นๆ ตามมาด้วย เช่น ด้านร่างกายและคุณภาพชีวิตโดยรวม และเนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่นั่นควรมีการใช้หลายแนวทางร่วมกัน ซึ่งจากสิ่งที่ได้จากการศึกษาทั้งหมดจะอธิบายในหัวข้อถัดไป

2. องค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 19 เรื่อง สามารถสรุปรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตได้ 7 รูปแบบ สำหรับรูปแบบที่ 1 ได้แก่ การออกกำลังกาย หรือการออกกำลังกายร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม รูปแบบที่ 2 กิจกรรมนันทนาการ รูปแบบที่ 3 การระลึกความหลัง รูปแบบ ที่ 4 การใช้กระบวนการกลุ่ม รูปแบบที่ 5 การฝึกทำสมาธิ รูปแบบที่ 6 การส่งเสริมสุขภาพจิตรายบุคคล และรูปแบบที่ 7 กลยุทธ์ การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน สำหรับรูปแบบที่ 1 ถึง รูปแบบที่ 6 เป็นรูปแบบของกิจกรรมที่นำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ส่วนรูปแบบ ที่ 7 เป็นงานวิจัยที่พัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ซึ่งแต่ละรูปแบบมีความเหมาะสม กับผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัยแตกต่างกันไป แต่ในบางรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพจิตนั้นก็ สามารถนำไปใช้ได้ในทุกช่วงวัยของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ประกอบ เช่น สุขภาพ ร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นปัญหาต่อการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต มีการรับรู้ ที่ดี สามารถสื่อสารเข้าใจได้ มีความไว้วางใจ มีภาวะซึมเศร้า มีความเครียดสูง เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มีการยอมรับในตนเองต่ำและมีปัญหาในเรื่องการนอนหลับ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

รูปแบบที่ 1 การออกกำลังกาย หรือการออกกำลังกายร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม โดย ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างเดียว หรือผู้สูงอายุได้รับการออกกำลังกายร่วมกับ กระบวนการกลุ่ม เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มให้ความรู้ การให้คำปรึกษาแบบรายกลุ่มในเรื่อง การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองและความหวัง และการคาดการณ์ประกอบอาหาร เพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางไม่มีข้อจำกัดด้านการ เคลื่อนไหว ไม่เป็นโรคลมชักหรือโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้และความแข็งแรงพอที่จะ สามารถออกกำลังกายได้ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุตั้งแต่ 60-80 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ว่างงาน บางรายอยู่ คนเดียว อาจเกิดปัญหาด้านจิตใจ ดังนั้นการทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยการออกกำลังกาย หรือการออกกำลังกายร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มจึงทำให้เกิดผลดีทางด้านจิตใจ เช่น ลดความ ว้าวุ่น ลดภาวะซึมเศร้า ช่วยส่งเสริมการนอนหลับ และมีสมรรถนะทางร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) การออกกำลังกายที่พบในผู้สูงอายุ มีลักษณะการเคลื่อนไหวช้าๆ ร่วมกับการ ทำสมาธิ และการหายใจเข้าออกช้าๆ เช่น โยคะ ชี่กง ไทเก็ก การรำมวยจีน (มวยแต้เก็ง) รวมถึง การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด สอดคล้องกับการศึกษาของ สมิจ อาชนิชกุล (2543) กล่าวว่า การ ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพและวัยของผู้สูงอายุ จะช่วยลดปัญหาสุขภาพจิต และ การหายใจ เข้าออกช้า ๆ ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับก๊าซออกซิเจนมากขึ้น ต่อมาได้สมองมีการหลั่งสาร Endorphins ซึ่งมีลักษณะคล้ายมอร์ฟินเพิ่มมากขึ้น ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย สมองแจ่มใส ลดความตึงเครียดใน

อารมณ์ ลดความวิตกกังวล และความซึมเศร้า สำหรับกระบวนการกลุ่มส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ในเรื่องประโยชน์เรื่อง การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองและความหวัง และการสาธิตการประกอบอาหาร เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องได้รับการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับกลุ่ม เพื่อนำไปใช้ดูแลตนเองซึ่งเป็นการป้องกันความเจ็บป่วย ลดภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ ซึ่งตรงกับ Nancy (1997) อัมพร โอตระกูล (2538) และกรมสุขภาพจิต (2547) ที่กล่าวไว้ว่า การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุนั้นเน้นการให้ความรู้ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และการฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพจิต เช่น การฝึกทักษะการจัดการปัญหาทางด้านอารมณ์ และการส่งเสริมความแข็งแรงทางด้านร่างกาย สามารถป้องกันความเจ็บป่วยทางจิตได้

สำหรับระยะเวลา ความถี่ และจำนวนครั้งของการส่งเสริมสุขภาพจิต ด้วยรูปแบบการออกกำลังกาย อย่างเดียวที่ได้ผลดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) มีระยะเวลาในการออกกำลังกายครั้งละ 20 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 36 ถึง 72 ครั้ง (หรือระยะเวลา 3 ถึง 6 เดือน) ส่วนระยะเวลา ความถี่ จำนวนครั้ง ของการออกกำลังกายรวมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม ที่ได้ผลดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) คือ ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 3 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง จำนวนครั้งของการทำคือ 8 ถึง 72 ครั้ง เป็นเวลา 8 วันถึง 6 เดือน (ออกกำลังกาย 1 ชั่วโมง และทำกลุ่ม 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง) สอดคล้องกับสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุของกรมการแพทย์ (2547) ที่ได้แนะนำในเรื่องระยะเวลาของการออกกำลังกายที่ส่งผลดี ต่อด้านร่างกายและจิตใจ คือ 20 - 30 นาที จำนวนครั้ง 3 ครั้ง/สัปดาห์ ซึ่งผลการศึกษาที่พบนั้น มีระยะเวลาในการออกกำลังกายอยู่ในช่วงระยะเวลาที่คาบเกี่ยวกัน คือตั้งแต่ 20 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ซึ่งระยะเวลาที่ยาวนานถึง 1 ชั่วโมงนี้ อาจเนื่องมาจากการออกกำลังกายที่เฉพาะ มีการเคลื่อนไหวช้า ใช้พลังงานน้อย เพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ซึ่งแตกต่างจากการออกกำลังกายของบุคคลทั่วไป ที่ต้องใช้พลังงานที่มากกว่า สำหรับระยะเวลา ความถี่ และจำนวนครั้งของการดำเนินการกระบวนการกลุ่ม เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเองร่วมกับการให้ความรู้และให้คำปรึกษา กลุ่มสัมพันธ์ และกลุ่มกิจกรรมการจัดการกับความเครียด การพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง และการสาธิตการประกอบอาหาร ซึ่งระยะเวลาของการดำเนินกลุ่มอยู่ในช่วง 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง กลุ่มที่ใช้ระยะเวลาน้อย คือ กลุ่มช่วยเหลือตนเองร่วมกับการให้ความรู้และให้คำปรึกษา ใช้ระยะเวลาประมาณ 30 นาที เนื่องจากมีแต่เพียงการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือการให้คำปรึกษากัน ไม่มีกิจกรรมอื่นร่วมด้วยจึงใช้ระยะเวลาไม่นานนัก แต่ในกลุ่มที่ใช้ระยะเวลานาน คือ กลุ่มสัมพันธ์ และกลุ่มกิจกรรมการจัดการกับความเครียด การพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง และการสาธิตการประกอบอาหาร ใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง เนื่องจากมีการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมด้วย จึงต้องใช้ระยะเวลานานมากขึ้น แต่ไม่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเบื่อหน่าย เพราะมีกิจกรรมให้ทำตลอดเวลา

สำหรับสถานที่ดำเนินการ ส่วนใหญ่ทำในสถานสงเคราะห์คนชรา สามารถนำรูปแบบการออกกำลังกายร่วมหรือการออกกำลังกายร่วมกับกระบวนการกลุ่มไปใช้ได้ผลดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) เนื่องจากสถานสงเคราะห์คนชราเป็นสถานที่ที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกัน ผู้สูงอายุจะต้องปรับตัวที่จะอยู่ร่วมกับคนอื่น หากปรับตัวไม่ได้ก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น มีความเครียด หรือมีภาวะซึมเศร้า ตรงกับการศึกษาของ เนตรนภา จัตุรงค์แสง (2540) ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า ผู้สูงอายุ มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 50

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย ผู้ดำเนินการออกกำลังกาย หรือการออกกำลังกาย ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม พบว่าผู้ที่สามารถดำเนินการในเรื่องของการออกกำลังกายที่ได้ผลดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) คือ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ผู้นำกลุ่มที่เป็นผู้สูงอายุ ที่สามารถเป็นผู้นำในการออกกำลังกาย สำหรับผู้ที่ให้คำปรึกษา คือ พยาบาล จะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายมีผู้ดำเนินการที่หลากหลาย เนื่องจากสามารถทำการฝึกฝนกันได้ แต่สำหรับการให้คำปรึกษานั้น พยาบาลมีความสามารถให้คำปรึกษาได้ จึงนับได้ว่าพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และสามารถทำงานร่วมกับทีมสุขภาพอื่นๆ ได้และมีประสิทธิภาพ

ส่วนสื่อที่ใช้ในการออกกำลังกายหรือการออกกำลังกายร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มที่ได้ผลดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) คือ สื่อ วัสดุทัศนัย เกี่ยวกับการออกกำลังกายแบบไทชิ ชิงกง ไทเก็ก การรำมวยจีน (มวยตันทง) และการยืดเหยียด ถือได้ว่าเป็นสื่อที่สามารถนำมาใช้ในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งจะเรียนรู้ได้โดยสัมผัสด้วยตาและหู ทำให้เข้าใจง่าย สามารถนำกลับไปทบทวนได้ นอกจากนี้ยังมี สื่อที่เป็นบุคคล (หมายถึง ผู้นำการออกกำลังกาย) ซึ่งถือได้ว่าเป็นสื่อที่ดี ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุสามารถพูดคุยซักถามข้อสงสัย หรือบุคคลที่เป็นสื่อบุคคลสามารถให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมได้ เป็นสื่อที่ทำให้การเรียนรู้ของผู้สูงอายุเกิดผลดีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีเรือน แก้วกังวาล (2545) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับกระบวนการการเรียนรู้ที่ต้องใช้สมรรถภาพทาง หู ตา การประสานงานกันกับกล้ามเนื้อและประสาทสัมผัส การเรียนรู้ที่ผู้สูงอายุเรียนรู้ได้ดี คือการเรียนรู้แบบเฉพาะเจาะจง ไม่เร่งรัด

รูปแบบที่ 2 สำหรับกิจกรรมนันทนาการมีการนำมาใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60-92 ปี ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง สามารถสื่อสารเข้าใจ และผู้สูงอายุที่มีภาวะ Age-associated cognitive decline ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุลดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะ Age-associated cognitive decline ภาวะซึมเศร้าลดลงยังไม่เด่นชัด อาจเนื่องมาจากการรับรู้ของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีความบกพร่องซึ่งต้องทำการศึกษาวิจัย

ต่อไป สำหรับ กิจกรรมนันทนาการ ได้แก่การประดิษฐ์ต่างๆ การประกอบอาหาร การแต่งกลอน การเดินรำ การเล่นเกมส์ พบว่ามีการนำการเล่นดนตรีอังกฤษมาใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เพราะการเล่นดนตรี ถือว่าเป็นกิจกรรมนันทนาการที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเพลิดเพลินและมีความสุขสนุกสนาน ได้เคลื่อนไหว และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ตรงกับ Butler (1959) อ้างถึงในสมบัติ กาญจนกิจ (2542) กล่าวว่ากิจกรรมนันทนาการเป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคล เป็นทางออกที่ดีในการแสดงออกและพัฒนาตนเองเกี่ยวกับการหาความสุข และช่วยให้เกิดความสมดุลระหว่างการทำงาน ความรัก การพักผ่อนและความเคารพนับถือซึ่งกันและกันของผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการป้องกันบุคคลจากปัญหาทางจิตในการใช้เพื่อฟื้นฟูจิตใจให้กลับคืนสภาพเดิม นอกจากนี้ยังพบว่ามีการนำการฟังดนตรีร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อมาใช้เพื่อส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับได้อย่างมีนัยสำคัญ เป็นดนตรีที่มีลักษณะ soft และ sedative music มีจังหวะไม่เร็วช่วยให้ผู้สูงอายุ รู้สึกผ่อนคลาย ตรงกับ Blair (2005) ที่กล่าวถึงการใช้เสียงดนตรีว่าสามารถส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ส่วน Good (2001) กล่าวว่าเสียงเพลงหรือเสียงดนตรี ช่วยในการส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุพักผ่อนอย่างเพียงพอ ทำให้รู้สึกสดชื่น ช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้

สำหรับระยะเวลา ความถี่ และจำนวนครั้งของการทำกิจกรรมการทำงานประดิษฐ์ การประกอบอาหาร การแต่งกลอน การเดินรำ การเล่นเกมส์ ที่ได้ผลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) คือครั้งละ 3 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 4 เดือน การฟังดนตรี (soft music) ช่วยบำบัดฟื้นฟูคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ ความถี่ในการทำ ที่ได้ผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) คือครั้งละ 45 นาที ทำทุกวัน (ก่อนเข้านอน) เป็นเวลา 3 สัปดาห์ สำหรับการเล่นดนตรีอังกฤษเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้ผลอย่างมีนัยสำคัญคือ ครั้งละ 1 ชั่วโมง ความถี่สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราโมทย์ วังสะอาด (2530) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ พบว่า กิจกรรมของผู้สูงอายุ เช่น งานอดิเรก การเป็นสมาชิกกลุ่มกิจกรรม สมาคมหรือชมรม เป็นต้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต ผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้ จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในทางบวก และการไม่มีงานอดิเรกทำ ทำให้มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

สถานที่ดำเนินการ คือสถานสงเคราะห์คนชรา และทำที่บ้าน ของผู้สูงอายุจะเห็นได้ว่า กิจกรรมนันทนาการสามารถทำได้ทั้งในสถานบริการและในชุมชนสามารถนำกิจกรรมนันทนาการไปใช้ได้ผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$)

ส่วนผู้ดำเนินการกิจกรรมนันทนาการ ที่สามารถดำเนินที่ได้ผลดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) เป็นพยาบาลที่อยู่ในชุมชนและพยาบาลที่มีความสามารถในการเล่นดนตรีอังกะลุงได้ สามารถสอนการทำฟ่อนคลายกล้ามเนื้อก่อนได้รับการฟังดนตรี (soft music) ได้ ถ้าจะนำไปใช้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยกิจกรรมนันทนาการต่างๆ ที่กล่าวมาผู้ดำเนินการจะต้องฝึกฝนจนมีความสามารถในการทำกิจกรรมนันทนาการ หรือจะต้องประสานงานกับทีมสหวิชาชีพอื่นๆ ที่มีความสามารถ เป็นการสร้างเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีในผู้สูงอายุต่อไป

สำหรับสื่อที่ใช้ในการทำกิจกรรมนันทนาการที่ดีคือ วัสดุอุปกรณ์ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของแต่ละกิจกรรม ทั้งนี้ควรคำนึงถึงวัย และความสามารถในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ เช่น อุปกรณ์งานประดิษฐ์ อุปกรณ์ทำอาหาร เครื่องดนตรี เทปคลาสเซ็ท เป็นต้น

รูปแบบที่ 3 การระลึกความหลังมีการนำมาใช้ในกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง มีสติปัญญาปกติ สามารถรับรู้ และสื่อความหมายอย่างเข้าใจ อายุระหว่าง อายุ 60 - 76 ปี ซึ่งการระลึกความหลังนี้ ส่งผลดี ต่อผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต เนื่องจากผู้สูงอายุช่วงวัยดังกล่าว เป็นช่วงที่เริ่มเผชิญกับภาวะสูญเสียในด้านต่างๆ มากขึ้นได้ เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียรายได้ การสูญเสียคู่ชีวิตทำให้ผู้สูงอายุอาจมีแนวคิดในทางลบ ซึ่งมีผลต่อจิตใจอาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกซึมเศร้า สอดคล้องกับ Hoffman (1988) และ Craig(1991) ที่ได้กล่าวถึงช่วงวัยของผู้สูงอายุว่าในช่วงอายุ 60-69 ปีว่าเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงภาวะวิกฤตหลายด้าน นอกจากนี้ยังกล่าวถึง ช่วงอายุ 70-79 ปีว่าเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุเริ่มเจ็บป่วย ทำให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง และบุคคลใกล้ชิดตายมากขึ้น ดังนั้นจึงทำให้พบภาวะซึมเศร้าในวัยนี้ได้ การให้ผู้สูงอายุได้ระลึกความหลังโดยการให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องในอดีต สามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ระลึกถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาในชีวิต ที่ผู้สูงอายุมีความประทับใจ ภาคภูมิใจ มีคุณค่าทางจิตใจ และอยู่ในความทรงจำตลอดมา จะทำให้ผู้สูงอายุพึงพอใจและมีความสุขจากการเล่าเรื่องได้ ซึ่ง Blair (2005) กล่าวว่า การระลึกความหลังจะช่วยให้ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้ารู้สึกภาคภูมิใจ ถึงสิ่งที่คุณค่าที่เคยกระทำและประสบผลความสำเร็จสามารถนำมาปรับแนวคิดในการแก้ไขปัญหา และสามารถเผชิญกับความจริงได้ สามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุได้ดี นอกจากนี้การระลึกความหลังยังเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีความจำอดีตได้ดี ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีเรือน แก้วกังวาล (2545) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุมักจดจำเรื่องเก่าๆ ได้ดีกว่าเรื่องใหม่ๆ

สำหรับระยะเวลา ความถี่ และจำนวนครั้ง ของการระลึกความหลังทำที่ได้ผลดีคือครั้งละ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง จำนวนครั้งของการทำ เริ่มตั้งแต่ 5-52 ครั้ง ซึ่งจากวิเคราะห์งานวิจัย พบว่าการระลึกความหลัง มีทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล สอดคล้องกับ Bunside (1983) อ้างถึงใน เรณู อินทร์ตา (2548) กล่าวว่า การระลึกความหลังสามารถทำได้รายกลุ่มและรายบุคคล

และจากการสังเคราะห์งานวิจัย พบว่า ผู้ดำเนินการระลึกความหลัง คือพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ดำเนินการระลึกความหลัง และเป็นผู้ที่มีความสามารถในการให้คำปรึกษาสื่อที่ใช้คือ โปรแกรมของการระลึกความหลัง

รูปแบบที่ 4 การใช้กระบวนการกลุ่ม มีการนำมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเครียดสูง ยอมรับตนเองต่ำ มีปัญหาโรคเรื้อรัง ไม่มีภาวะสมองเสื่อม มีรายได้น้อย อายุ 60 ปีขึ้นไป ส่งผลต่อการยอมรับตนเอง พฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นในผู้สูงอายุดีขึ้น เป็นการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ตามแนวคิดของโอลเชล และการเรียนรู้เชิงประสบการณ์แบบกลุ่มร่วมกับการดูแลสุขภาพ ถึงแม้ว่ารูปแบบของกระบวนการกลุ่มในแต่ละขั้นตอนจะแตกต่างกัน แต่ก็มีเป้าหมายที่เหมือนกัน คือการเรียนรู้ร่วมกัน การมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่มถือได้ว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังรับรู้ถึงการมีเพื่อน และยังได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เผชิญในชีวิต เช่นเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเครียด และผ่านวิกฤตมาได้ ทำให้ผู้สูงอายุ ได้เรียนรู้ถึงปัญหาและมองเห็นทางในการแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุสามารถให้คำแนะนำ ในการแก้ไขปัญหา ซึ่งกันและกันและนำมาปรับใช้กับตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุปรับตัว สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่พบได้ในชีวิตประจำวันได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา Blair (2005) ได้กล่าวถึงการดูแลด้านจิตใจเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ คือกระบวนการให้คำปรึกษา และการสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุได้สำรวจตนเอง ค้นพบความหมายในการดำเนินชีวิต

สำหรับระยะเวลา ความถี่ และจำนวนครั้ง ในการดำเนินการกระบวนการกลุ่มที่ได้ผลคืออย่างน้อยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) คือ ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 – 3 ครั้ง เป็นเวลา นาน 3 – 7 สัปดาห์ ส่วนกระบวนการให้คำปรึกษาแบบโอลเชล ครั้งละ 45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ สำหรับผู้ดำเนินการกระบวนการกลุ่ม นอกจากพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชแล้ว ยังมีบุคลากรที่มีความสามารถในการให้คำปรึกษาและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนที่สามารถทำได้ผลดี

รูปแบบที่ 5 การฝึกทำสมาธิมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั่วไป ทั้งกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต อายุ 65 ปี ขึ้นไป มีผลต่อการผ่อนคลายจิตใจ ความสุขสงบ ซึ่งผู้สูงอายุสามารถที่จะฝึกทำได้ไม่ยาก ทุกเวลา และทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจความหมายของการมีชีวิตของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น การทำสมาธิตามความเชื่อของหลักศาสนา วิธีการที่นำมาใช้ได้แก่ Transcendental Meditation (TM), Qi-Qong และ Guided Imagery ซึ่งสามารถเลือกใช้ได้ตามความต้องการของผู้สูงอายุ เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตทางด้านจิตวิญญาณที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้มีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ สอดคล้องกับ กรมสุขภาพจิต (2541) ระวี ภาวิไล (2531) และอัมพร โอตระกูล (2538) กล่าวว่า การทำสมาธิเป็นกลวิธีทางศาสนาทำให้ผู้สูงอายุได้ใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งในการพัฒนาจิตใจช่วยให้จิตใจสงบ สำหรับระยะเวลาความถี่ในการทำสมาธิที่ได้ผลดี อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 8 – 10 สัปดาห์

รูปแบบที่ 6 การส่งเสริมสุขภาพจิตรายบุคคล มีการนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ อาจนำไปใช้ได้ในทุกช่วงอายุของผู้สูงอายุ ส่งผลดีในเรื่องของการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้มากที่สุดเพราะทำเป็นรายบุคคล โดยนำแนวคิดตามกรอบ HPM ของ Pender (1996) มาใช้ประเมินรายบุคคล มีผลให้พยาบาล เกิดความใกล้ชิด สามารถทำความเข้าใจถึงความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริงตามบริบทของผู้สูงอายุทำให้สามารถวางแผนประเมินผลร่วมกันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Blair(2005) ที่กล่าวว่าพยาบาลสามารถช่วยเหลือโดยการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ด้วยการพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาทางอารมณ์ ความรู้สึก และตระหนักถึงปัจจัยของพฤติกรรมที่สำคัญที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุผ่านภาวะวิกฤตซึ่งมีกิจกรรมหลากหลายแนวทางตามสถานการณ์ และลักษณะปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละคนและชุมชน แต่ทั้งนี้งานวิจัยที่ ผู้ศึกษานำมาศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะราย (Case study) มีความน่าเชื่อถือน้อยแต่นับได้ว่ามีความสำคัญ เพราะสามารถเป็นแนวทางให้ผู้ที่สนใจศึกษาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุนำไปศึกษาค้นคว้าได้ ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือต่อไป

รูปแบบที่ 7 งานวิจัยที่พัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่ารูปแบบที่ 7 จะไม่ได้เป็นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิต แต่เป็นกลยุทธ์ในการนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุไปใช้ให้ประสบผลสำเร็จได้ ทำให้สังคมหรือชุมชนมองเห็นปัญหาร่วมกัน ทำให้เกิดการคิดแก้ไขปัญหา ร่วมกัน เกิดความร่วมมือกันในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ซึ่ง เงื่อนไขที่สำคัญคือ การร่วมมือระหว่างหน่วยงาน การมีเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการกำหนดเป้าหมายร่วมกันของกลุ่ม จึงถือได้ว่า เป็นรูปแบบการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีความน่าเชื่อถือ ซึ่งบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน จะต้องจัดการให้ผู้บริหาร องค์กรภาครัฐ และ อาสาสมัครต่างๆในชุมชน เกิดการยอมรับโครงการ ระดมทุน แหล่งทุน การรวบรวมกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน การพัฒนาโปรแกรมต่างๆ ให้สอดคล้องตามความต้องการในการดำเนินงาน เพิ่มพลังอำนาจให้กับกลุ่มโดยการให้ความรู้และนิเทศติดตามให้คำแนะนำ ส่งผลให้บทบาทของ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด่นชัด ซึ่ง Blair (2005) กล่าวถึง ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีบทบาทในการเพิ่มความเข้มแข็งให้กับบุคคลในการจัดการปัญหา การสร้างเครือข่ายจะช่วยเพิ่มความเข้มแข็งให้กับชุมชน โดยการส่งเสริมให้สังคมรับรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาทั้ง 19 เรื่อง พบว่ารูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั้ง 7 รูปแบบมี เครื่องมือที่นำมาใช้วัดผลลัพธ์ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็น 1. ผลลัพธ์ด้าน

จิตใจ อารมณ์และสังคมและ 2.ผลลัพธ์ด้านร่างกายซึ่งสามารถนำมาอภิปรายได้ ดังนี้

1. ผลลัพธ์ ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม จากการวิเคราะห์ผลการวิจัยการส่งเสริมสุขภาพจิตทั้ง 7 รูปแบบ พบว่า ส่วนใหญ่มีการใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้เนื่องจากภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาทางจิตเวช ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลยา ตันติผลาชีวะ (2545) และฉวีวรรณ สัตยธรรม (2539) กล่าวถึง ปัญหาสุขภาพจิตได้จัดให้ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตในอันดับต้น มีเครื่องมือหลายชนิดที่สามารถนำมาใช้วัดภาวะซึมเศร้าได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) เช่น แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (ดัดแปลงมาจาก GDS) TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) แบบประเมินภาวะความซึมเศร้า ซี อี เอส ดี (CES - D Scale) แบบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (Geriatric Depression Screening Scale : GDS ของ เยชาเวท)

ส่วนการมีคุณค่าในตนเอง มีการนำมาใช้ประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นอันดับรองจาก ภาวะซึมเศร้า เครื่องมือที่ใช้ คือแบบวัด เครื่องมือที่ใช้ Rosenberg's self esteem scale(1965) นอกจากนี้ยังมีการประเมินในเรื่อง ความว่าเหว่เครื่องมือที่ใช้คือแบบวัดความว่าเหว่ (Loneliness scale) ของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย และ การยอมรับตนเอง เครื่องมือที่ใช้วัดคือแบบวัดการยอมรับตนเองของ ฟิลิปส์ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้ในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีเรือน แก้วกังวาล (2545) และสุภาณี กาญจนจารี (2539) ที่ว่าปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่พบได้รองจากภาวะซึมเศร้า คือ ความรู้สึกว่าเหว่ การยอมรับตนเอง และการมองเห็นคุณค่าในตนเอง

ส่วนการวัดความพึงพอใจในชีวิต เป็นอีกผลลัพธ์หนึ่งของสุขภาพจิตที่มีการประเมินที่ต้องการให้เกิดในผู้สูงอายุในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับ Havighurst (1968) อ้างถึงในสุนันทา คุ่มเพชร (2545) ได้กล่าวถึง ลักษณะของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี คือผู้ที่มีความ พึงพอใจในชีวิต เครื่องมือที่ใช้วัดความพึงพอใจในชีวิตได้แก่ แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุของนิวการ์เตน (Neugarten, 1961) ส่วนการวัดความผาสุกใจ (General well being) เครื่องมือที่ใช้วัดคือ General well being scale นอกจากนี้ยังมีการประเมินเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งคุณภาพชีวิตนั้นเป็นภาพรวมของสภาพร่างกายที่แข็งแรง และจิตใจที่ดี สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาพความสมบูรณ์ของจิตใจ การมีภาวะของจิตใจที่เป็นสุข สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ซึ่งการวัดคุณภาพชีวิต เครื่องมือที่ใช้วัดคือ SF 12 หรือการวัด Quality of life ที่วัดได้จาก 1) 100 mmvisual analog scale (100 mm vas) มี 5 item 1. subjective sense of health 2. family relationship 3. relationship with friend 4. financial status 5. subjective happiness และ 2) Quality of life ที่วัดได้จากแบบประเมินความพึงพอใจ LSI A และ LIS B

ส่วนการในเรื่องของการดูแลตนเองในด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต ได้แก่ การวัดความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเองและการวัดความคาดหวังพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิต เครื่องมือวัดที่ใช้วัดคือ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้ในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในเรื่อง บริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และ การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในการออกกำลังกาย เครื่องมือที่ใช้วัดคือ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในเรื่องของการดูแลตนเองนั้นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี ทั้งนี้เป็นผลมาจากผู้สูงอายุได้นำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ตั้งแต่ด้านร่างกาย และจิตใจส่งผลให้สามารถปรับตัวได้ในวัยสูงอายุได้ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต ของNancy (1997) อัมพร โอตระกูล (2538) และกรมสุขภาพจิต (2547) ในเรื่องการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจให้แข็งแรง สมบูรณ์ในผู้สูงอายุนั้น กระทำได้โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้และความเข้าใจในเรื่องดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเอง

2. ผลลัพธ์ด้านร่างกาย จากการวิเคราะห์ผลการวิจัย การใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิต มีการประเมินสมรรถภาพทางกาย ได้แก่ 1) การวัดความแข็งแรงของขาทั้งสองข้าง โดยใช้เครื่องมือ Single-leg stand test 2) การใช้เวลาลุกนั่ง เครื่องมือวัดคือ The chair-rise test measures 3) ระยะเวลาในการเดิน 50 feet เครื่องมือวัดคือ The 50 - feet walk 4) การวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ข้อไหล่ การวัดข้อศอก การวัดข้อเข่า เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Goniometer 5) การวัดข้อต่อกระดูกสันหลัง เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Sit and reach 6) วัดการทรงตัว เครื่องมือที่ใช้วัดคือ แบบวัดการทรงตัว (balance test) 7) แรงบีบมือ (hand strength) เครื่องมือที่ใช้วัดคือ เครื่องวัดกำลัง (Dynamometer) และมีการประเมินผลในเรื่องการนอนหลับ ผลลัพธ์ที่วัดคือ การวัด Quality of Sleep เครื่องมือที่ใช้วัดคือ คือ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) และ Daytime sleepiness เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Epworth Sleepiness Scale (ESS) สำหรับ Cognitive function เครื่องมือที่ใช้วัดคือ MMSE, Benton Visual Retention, Delayed Recall Test, Kohs Block Design, Raven Colored Matrix Test, Clock Drawing และ Behavioral Dyscontrol scale นอกจากนี้ยังมีการวัด พฤติกรรมการทำงานของระบบประสาท (Neurobehavioral) ประกอบด้วยความสามารถในการเดิน ความสมดุลของร่างกาย เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Up & Go ความสมดุลและความยืดหยุ่นของร่างกาย เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Function Reach test ความชำนาญในการใช้มือ เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Button test จะเห็นได้ว่า

สุขภาพกายมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ผลลัพธ์ทางด้านร่างกาย และเครื่องมือวัดทางด้านร่างกาย สามารถนำมาใช้ในงานวิจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตได้ ซึ่งในการวัดผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพจิต ส่วนใหญ่พบว่า มีการประเมินทางด้านร่างกายและจิตใจควบคู่กันไปทั้งนี้อาจเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายส่งผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีเรือน แก้วกังวาล (2545) ที่กล่าวว่า ความสุขทุกขในวัยสูงอายุตั้งอยู่บนพื้นฐานของสมรรถภาพทางกาย และสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นหลัก สอดคล้องอัมพร โอตระกูล (2538) ที่กล่าวว่า “สุขภาพจิตที่แจ่มใส ย่อมอยู่ในสุขภาพกายที่สมบูรณ์” และในเรื่องของการนอนหลับพักผ่อนในวัยสูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ เช่นกัน ผู้สูงอายุมีการนอนหลับที่เพียงพอผู้สูงอายุจะรู้สึกสดชื่น ผู้สูงอายุที่นอนไม่หลับ อาจมีปัญหาสุขภาพจิตได้ เช่น มีความวิตกกังวล มีความเครียด หรือมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งNancy (1997) อัมพร โอตระกูล (2538) และกรมสุขภาพจิต (2547) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จะต้องดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ

สำหรับการเลือกใช้เครื่องมือในการวัดสุขภาพจิตต้องมีการศึกษาให้เข้าใจถึงข้อดี ข้อจำกัด ของเครื่องมือวัดแต่ละชนิดก่อนเพื่อให้เกิดความเหมาะสม มีประสิทธิภาพต่อการวัดนั้นๆ และไม่ว่า จะใช้การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุรูปแบบใดก็ตามควรคำนึงถึงความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละ กลุ่มแต่ละราย เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีการพัฒนาไปอย่างไม่หยุดยั้ง พยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชควรให้ความสนใจที่จะทำการศึกษา เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตในรูปแบบ ต่างๆ การใช้เครื่องมือในการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตที่ดี รวมทั้งนวัตกรรมใหม่ๆ ที่อาจมีการ เปลี่ยนแปลง เพื่อเป็นผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและก่อให้เกิดประโยชน์ สูงสุดแก่ผู้สูงอายุทั้งในประเทศไทยและประเทศอื่นๆ ต่อไป

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพื่อนำองค์ความรู้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุและเป็นข้อมูลในการวิจัยต่อไป ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่นำมาศึกษามีทั้งหมดจำนวน 19 เรื่อง เป็นงานวิจัย ที่เป็น Randomized control trial อยู่ในระดับ A จำนวน 4 เรื่อง ระดับ B จำนวน 11 เรื่อง และระดับ C จำนวน 4 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยจำนวน 9 เรื่อง และงานวิจัยที่ศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 10 เรื่อง และผลจากการทำการศึกษา วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมดสามารถสรุปสาระสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ คือ องค์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ได้แก่ รูปแบบการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง และเครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

2. สรุปสาระสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

2.1. รูปแบบการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

2.1.1 รูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายหรือการใช้กระบวนการกลุ่ม ด้วยวิธีออกกำลังกายแบบ ไทชิ ชีกง ไทเก็ก รำมวยจีนได้ สำหรับระยะเวลาและความถี่ ในการออกกำลังกาย ครั้งละ 20 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 36 ถึง 72 ครั้ง (หรือระยะเวลานาน 3 ถึง 6 เดือน) ส่วนการออกกำลังกายรวมกับการทำกลุ่ม ความถี่ 1 ถึง 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง จำนวน 8 ถึง 72 ครั้ง เป็นเวลานาน 8 วันถึง 6 เดือน ผลปรากฏว่า ด้านจิตใจ ได้แก่ ลดภาวะซึมเศร้า ความพึงพอใจในชีวิต ความเชื่อมั่นในตนเอง ความกล้าหาญและเพิ่มความสนุกสนาน และเพิ่มความสามารถเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การบริโภคอาหาร และด้านร่างกาย ได้แก่ เพิ่มสมรรถภาพทางกาย เพิ่มคุณภาพในการนอนหลับ และคุณภาพชีวิตดีขึ้น

2.1.2 รูปแบบกิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมที่ใช้ได้แก่ การทำงานประดิษฐ์ การประกอบอาหาร การแต่งกลอน การเดินรำ การเล่นเกมส์ คือ ครั้งละ 3 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

เป็นเวลานาน 4 เดือน การฟังดนตรี (soft music) ทุกวันก่อนเข้านอน ครั้งละ 45 นาที เป็นเวลานาน 3 สัปดาห์ การเล่นดนตรีอังกะลุง ครั้งละ 1 ชั่วโมงสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า ช่วยบำบัดฟื้นฟูคุณภาพการนอนหลับ และสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกรักคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

2.1.3 รูปแบบการระลึกความหลังเพื่อให้เกิดผลดี ระยะเวลาที่ใช้ระลึกความหลังครั้งละ 45 นาทีถึง 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง จำนวน 5 - 52 ครั้ง ผู้ดำเนินการ เป็นผู้ที่มีทักษะในการเป็นผู้ให้คำปรึกษา สื่อที่ใช้คือโปรแกรมการระลึกความหลัง พบว่า สามารถลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มความพึงพอใจในชีวิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง

2.1.4 การใช้กระบวนการกลุ่ม ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเครียดสูง สำหรับระยะเวลาที่ใช้ ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 - 3 ครั้ง เป็นเวลา 3 - 7 สัปดาห์ ส่วนกระบวนการให้คำปรึกษา แบบโอดเชด ครั้งละ 45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผู้ดำเนินการ คือ พยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช มีทักษะในการเป็นผู้ให้คำปรึกษา พบว่า สามารถพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีขึ้น การมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นในผู้สูงอายุดีขึ้น และเพิ่มการยอมรับตนเอง

2.1.5 การฝึกทำสมาธิ ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป ฝึกสมาธิ ครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 8 - 10 สัปดาห์ ผู้ดำเนินการ เป็นผู้ที่มีความสามารถในเรื่องการฝึกทำสมาธิ

2.1.6 การส่งเสริมสุขภาพจิตรายบุคคล โดยใช้กรอบแนวคิด HPM ของ Pender (1996) มาใช้ประเมินสภาพปัญหาตามบริบทของผู้สูงอายุ สามารถให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตได้ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุได้มากที่สุด

2.1.7 งานวิจัยที่พัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เป็นกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดย การได้รับร่วมมือระหว่างหน่วยงานเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและการกำหนดเป้าหมายร่วมกันของกลุ่ม

สำหรับบทบาทของพยาบาลจิตเวชในชุมชนคือการจัดการให้ผู้บริหาร องค์กร ภาครัฐ และ อาสาสมัครในระดับภูมิภาคยอมรับโครงการ ระดมทุน แหล่งทุน การรวบรวมกลุ่มต่างๆ ในชุมชน การพัฒนาโปรแกรมต่างๆ ให้สอดคล้องตามความต้องการในการดำเนินงานการเพิ่มพลังอำนาจให้กับกลุ่มโดยการให้ความรู้และนิเทศติดตามให้คำแนะนำ

3. เครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้วัด ผลลัพธ์การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม พบว่า ส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือในการวัด ภาวะซึมเศร้ามีหลายชนิด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) แบบประเมินภาวะความซึมเศร้า ซี อี

เอส ดี (CES - D Scale) แบบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (Geriatric Depression Screening Scale : GDS ของ เชซาเวท) ส่วนผลลัพธ์ด้านอื่นๆ ได้แก่ การวัดความมีคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว การยอมรับตนเอง การวัดความพึงพอใจใน และการวัดความผาสุกทางใจ (General well being) นอกจากนี้ยังการประเมินเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และยังมีการวัด ในเรื่องของความรู้และการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในพฤติกรรม การส่งเสริมการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ สำหรับผลลัพธ์ ด้านร่างกาย มีเครื่องมือหลายชนิดส่วนใหญ่เป็นวัดสมรรถภาพทางกาย ด้านเคลื่อนไหวของร่างกาย ได้แก่ ความแข็งแรงของขาทั้งสองข้าง การลุกนั่ง การวัดระยะเวลาในการเดิน 50 feet การวัดองศาการเคลื่อนไหว ของข้อต่อต่างๆ เป็นต้น รวมไปถึงการวัดคุณภาพการนอนหลับ การจำการระลึกได้ และการวัดทำงานของระบบประสาท เช่นความชำนาญในการใช้มือ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับสุขภาพกาย ดังนั้น การดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการวัดทางด้านจิตใจ และด้านร่างกายควบคู่กันไป เพื่อทำให้เกิดประสิทธิผลที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ

4. ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้เกี่ยวข้องกับการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ซึ่งประเด็นหลักเกี่ยวข้องกับการได้มาของงานวิจัยฉบับเต็ม มีงานวิจัยจำนวน 3 เรื่องที่ผู้ศึกษาไม่สามารถเข้าถึงงานวิจัยฉบับเต็มได้ทำให้ขาดข้อมูลบางส่วนที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ และอีกประเด็นคือ ข้อจำกัดจากการสืบค้นหาข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์พบว่าอยู่ในช่วงปีที่สืบค้นพบ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2539 – 2551 ซึ่งงานวิจัยก่อนหน้านี้จะมีแต่ไม่สามารถที่จะนำมาใช้ได้เนื่องจากไม่ได้บรรจุไว้ในฐานข้อมูลทำให้ค้นหาไม่พบจึงทำให้ อาจจะไม่เห็นพัฒนาในการส่งเสริมสุขภาพจิตมากนัก และการใช้คำในการสืบค้นอาจจะ ไม่ตรงกับการเรียกชื่อตามยุคสมัยที่ผ่านมา

นอกจากนี้กลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา การนำไปใช้ในผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ อาจมีข้อจำกัดได้

5. ข้อเสนอแนะ

4.1 การนำผลทางการศึกษาไปใช้ทางการพยาบาล

สำหรับทางการพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีมีได้หลายแนวทางที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำไปใช้ได้แต่ทั้งนี้ต้องมีการศึกษาวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในแต่ละรูปแบบให้เข้าใจและฝึกฝนจนชำนาญเสียก่อนจึงจะสามารถนำไปใช้ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ศึกษาได้เสนอแนะทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมหาราช อ.มหาราช จ.พระนครศรีอยุธยาไว้ในภาคผนวก ก

4.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

4.2.1 การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ มีหลายรูปแบบด้วยกันแต่งานวิจัยของแต่ละรูปแบบยังมีจำนวนมีค่อนข้างน้อย จึงควรมีการศึกษาวิจัยในแต่ละรูปแบบเพิ่มขึ้นเพื่อสนับสนุนให้แต่ละรูปแบบมีความชัดเจนและน่าเชื่อถือมากขึ้น

4.2.2 การศึกษาวิจัยในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ทำในสถานสงเคราะห์คนชรา แต่ผู้สูงอายุไม่ได้มีเพียงแต่ในสถานสงเคราะห์คนชราเท่านั้น ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานที่อื่นๆเช่นในชุมชนให้มากขึ้น หรือศึกษาในผู้สูงอายุรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นต้น เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเหล่านี้ต่อไป

การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

(A SYNTHESIS OF RESEARCH ON MENTAL HEALTH PROMOTION IN ORDER ADULTS)

พริยา สุทธิเลิศ 4637631 RAMH/M

พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : โสภณ แสงอ่อน, Ph.D. (Nursing), พรทิพย์ มาลาธรรม, Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

ปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทั่วโลกซึ่งในปี ค.ศ.2000 มีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 600 ล้านคน มีการคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 จำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 1.2 พันล้านคน และเพิ่มขึ้นถึง 2 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2050 และนอกจากนี้ยังพบว่าสองในสามของผู้สูงอายุเป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งในปี ค.ศ.2025 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 75 สำหรับประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (W.H.O., 2007) ในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวนผู้สูงอายุถึงร้อยละ 12.3 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2010-2030 อัตราของผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 (Melillo, 2005) สำหรับในประเทศไทยโดยภาพรวมประชากรไทยมีอัตราเพิ่มประมาณร้อยละ 1 ต่อปี แต่สำหรับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุกลับ มีอัตราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 7 ต่อปี คือในปี พ.ศ. 2523 ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมี 2.4 ล้านคน ปี พ.ศ. 2533 มีผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 4.1 ล้านคน ปี พ.ศ. 2543 มีผู้สูงอายุ 5.8 ล้านคน และยังคงคาดประมาณประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 10.2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2544) จากที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่าในอนาคตจะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่ง Hogstel (1995) กล่าวว่า ร้อยละ 95 ของประชากรผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่ในชุมชนและหมายถึงความต้องการการดูแลในด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุที่จะมีมากขึ้น ซึ่งบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จะต้องให้ความสนใจในการเตรียมรับกับสถานการณ์ของจำนวนผู้สูงอายุ และความต้องการการดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจที่เพิ่มขึ้นต่อไป

The National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchments Area Program ประเทศสหรัฐอเมริกา รายงานความผิดปกติทางจิตใจในผู้สูงอายุที่พบมากที่สุดคือ โรคซึมเศร้า โรคความผิดปกติของความคิด โรคกลัว โรคพิษสุรา และพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากอาการทางจิตมากที่สุด การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายในผู้สูงอายุก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพซึ่งปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุต่างจากประชากรวัยอื่นคือ ผู้สูงอายุจะเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการเสื่อมตามวัย ทำให้ต้องเผชิญกับภาวะความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและจะทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545) นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจจะต้องเผชิญกับปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวเนื่องจากระบบครอบครัวในปัจจุบันจะอยู่ในลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น บุตรหลานแยกครอบครัวหรือไปประกอบอาชีพต่างถิ่น มีเวลาพบกันน้อยทำให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการดูแลเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุที่เคยปฏิบัติกันมาในอดีตมีน้อยลง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานจึงมีน้อยลงไป ผู้สูงอายุอยู่อย่างโดดเดี่ยวนำไปสู่ความว้าเหว่ (บุญศรี นุกฤต, 2545) และจากการเปลี่ยนแปลงของสถานภาพบทบาททางสังคม อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียบทบาทหน้าที่ หดอำนาจหน้าที่ สูญเสียรายได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจึงมีความวิตกกังวล นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับภาวะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้ขาดบุคคลที่เข้าใจ ขาดที่ปรึกษาทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงาหรือซึมเศร้าได้ ซึ่งจากการศึกษาอัตราการภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทยโดย เนตรนภา จัตุรงค์แสง (2540) พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราพบมากขึ้นถึง ร้อยละ 50 และผู้สูงอายุที่อยู่ภายในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีภาวะซึมเศร้าโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุนอกสถานสงเคราะห์คนชราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่ 4 ภาค และกรุงเทพมหานครพบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 17 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ, 2546) และในทำนองเดียวกัน Lueckenottol (1996) ได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า มีภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 15 – 20 และภาวะซึมเศร้านี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าวัยอื่นๆ ถึง 5 เท่า นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยในปี พ.ศ.2535 – 2545 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 (กรมสุขภาพจิต, 2547)

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากผู้สูงอายุต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตและเผชิญกับปัญหาการสูญเสียสุขภาพที่ดี การสูญเสียบุคคลในครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ สนับสนุนให้ขาดความสมดุลทางด้านจิตใจ ส่งผลให้เกิดความเครียด ความว้าเหว่ และนำไปสู่การมีความคิด ฆ่าตัวตาย ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีจะช่วยให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายความเครียด ลดความซึมเศร้า มีความ

พึงพอใจในชีวิต มีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุทุกคนปรารถนา ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุนี้อาจต้องส่งเสริมสุขภาพทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณควบคู่กันไป เนื่องจากมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน สำหรับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรให้ความสนใจ เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทหลักในการปฏิบัติการพยาบาลใน 4 มิติ คือการส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีจะมีผลต่อผู้สูงอายุโดยตรงเป็นการป้องกันและลดปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในปัจจุบันรัฐบาลจึงมีนโยบายให้ทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้องร่วมมือกันให้การดูแลผู้สูงอายุ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้ทุกหน่วยงานในสังกัด ให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้รับการบริการที่ดีครอบคลุมในทุกด้าน และครบถ้วนทั้ง 4 มิติ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จึงเป็นอีกหนึ่งกิจกรรมที่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องให้การสนับสนุน และจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันพบว่าการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุหลากหลายรูปแบบ และก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตหลายด้านด้วยกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มผู้สูงอายุ รวมทั้งลักษณะหรือความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพจิตด้วย และในฐานะที่ผู้ศึกษาเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญ คือการดูแลประชาชนให้มีสุขภาพจิตดี และเป็นผู้นำในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชน อีกทั้งต้องมีการประสานงานกับแหล่งสนับสนุนต่างๆ และที่สำคัญต้องมีการทบทวนองค์ความรู้จากงานวิจัยต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการป้องกันและลดปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ได้ผลดี ซึ่งในปัจจุบันมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุหลากหลายรูปแบบ ที่มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข เกิดความพึงพอใจในชีวิต ลดความซึมเศร้า สามารถช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุจัดการกับความตึงเครียด เป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเผชิญปัญหาไปในทางที่เหมาะสม แต่ทั้งนี้พบว่ายังไม่มีมีการรวบรวมและทบทวนองค์ความรู้ดังกล่าวอย่างเป็นระบบ เพื่อสะดวกต่อการนำไปใช้ได้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจที่จะศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์และสังเคราะห์การศึกษาวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตให้สอดคล้องตามความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุโดยตรงอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ ทำให้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีความน่าเชื่อถือและชัดเจนมากขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อรวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนำองค์ความรู้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ
2. สามารถนำองค์ความรู้ไปใช้ประกอบในการทำการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุต่อไป

นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปโดยนับอายุตามปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ตกลงกันให้เป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง (กรมสุขภาพจิต, 2546)

สุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นผลมาจากการมองเห็นตนเองและการปฏิบัติตนเองให้มีจิตใจสงบเยือกเย็น ยอมรับตนเอง มีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม สร้างสรรค์ตามอายุและวัฒนธรรม มีความสามารถควบคุมอารมณ์ สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม อยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

การส่งเสริมสุขภาพจิต หมายถึง การปรับปรุงหรือยกระดับคุณภาพจิตใจของบุคคล การเอาใจใส่เกื้อหนุนสภาพความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจให้มีสภาวะความเป็นสุข สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเพิ่มความผาสุกทางจิตใจของบุคคล ครอบครัว องค์กร และชุมชน การสร้างปัจจัยป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงของสาเหตุปัญหาสุขภาพจิต

วิธีดำเนินการศึกษา (Methodology)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Reviews) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้คือ (Polit และ Hungler, 1997)

1. การรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการทบทวน โดยพิจารณาเกี่ยวกับ
 - แหล่งข้อมูลงานวิจัย (Data Source)
 - คำสำคัญในการสืบค้น (Keywords)

- การคัดเลือกงานวิจัย (Study Selection)

2. แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ การกำหนดเกณฑ์และเครื่องมือในการ:-

- การประเมินคุณภาพงานวิจัย (Study Evaluation)
- การดึงข้อมูลจากงานวิจัย (Data Extraction)

1. การรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการทบทวน

ในการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการทบทวนได้ดำเนินการดังนี้

1.1 แหล่งข้อมูลงานวิจัย ในการเลือกใช้ทรัพยากรสารสนเทศ (Information Resource) พิจารณาจากวัสดุตีพิมพ์ ได้แก่ วิทยานิพนธ์และวารสารจากห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆ และจากแหล่งข้อมูลของหน่วยงานสถาบันที่เกี่ยวข้อง และรายการอ้างอิงบางส่วนจากวัสดุตีพิมพ์เหล่านี้สามารถนำไปสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศต่อไปได้อีก

นอกจากนี้ยังสืบค้นข้อมูลสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Resource) จากฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ (Computerized Database) และวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Journal) ทางอินเทอร์เน็ต (Internet) ในการค้นหาหลักฐานอ้างอิงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ ซึ่ง การสืบค้นงานวิจัยได้สืบจากฐานข้อมูลดังนี้

1) สืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เป็นภาษาไทยจากสภาวิจัยแห่งชาติ หอสมุดแห่งชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ฉบับเต็ม 24 สถาบัน (Digital Catalog) และกรมสุขภาพจิต

2) สืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เป็นภาษาอังกฤษ จากห้องสมุดอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Pubmed, Blackwell, Ovid, CINAHL, NLM Catalogs, Science direct

3) สืบค้นจากรายการอ้างอิงจากแหล่ง งานวิจัยและหนังสือ ต่างๆ

1.2 คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาได้กำหนดคำสำคัญเพื่อให้ได้ผลการสืบค้นที่ครอบคลุมและตรงกับเรื่องที่ต้องการค้นคว้า โดยแยกเป็นคำสำคัญภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ดังนี้

คำสำคัญภาษาไทย ได้แก่ ผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพจิต การออกกำลังกาย กิจกรรมนันทนาการ สมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

คำสำคัญภาษาอังกฤษ ได้แก่ Elderly, Older adults, Ageing, Aging, Mental Health Promotion, Exercise, Muscle Relaxation, Recreation, Meditation

1.3 การคัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พิจารณาทั้งงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดย

ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาตามแนวทางของ Stetler และ Marram (1994) เรณู พุกบุญมี (2547) ดังนี้คือ

- 1) ชนิดของการบำบัด พิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษาการบำบัดเกี่ยวกับ คือการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กิจกรรมนันทนาการ ศาสนา
- 2) ชนิดของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ
- 3) ชนิดของผลลัพธ์จากงานวิจัย พิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่ศึกษา ตัวแปรทางสุขภาพจิตดังต่อไปนี้คือ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพจิต ความหวัง ความเครียด ความวิตกกังวล ความว้าเหว่ ความซึมเศร้า ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุกในชีวิต การปรับตัว คุณภาพชีวิต และการมีคุณค่าในตนเอง

และจากคำสำคัญที่กำหนดสามารถสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากทุกฐานข้อมูลได้ทั้งหมด ผลการสืบค้นพบว่าม้งงานวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 - 2551 จำนวน 50,403 เรื่อง แต่เมื่อพิจารณาจากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ และคัดเลือกรื่องที่ไม่ซ้ำกันในแต่ละฐานข้อมูลแล้ว ม้งงานวิจัยที่อยู่ในเกณฑ์ และมี Full text ที่จะนำไปประเมินคุณภาพได้จำนวน 19 เรื่อง

2. แนวทางในการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

การวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพิสูจน์คุณภาพของผลงานวิจัยที่รวบรวมได้จากการสืบค้น ใช้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพงานวิจัยหรือระดับหลักฐานอ้างอิง และกำหนดเครื่องมือในการดึงข้อมูลจากงานวิจัย ดังนี้

2.1 การประเมินคุณภาพงานวิจัยหรือระดับหลักฐานอ้างอิง (Level of Evidence) ของงานวิจัยใช้เกณฑ์ของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย (2544)

Level of evidence A หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก systematic review ของ randomized, controlled clinical trialsหรือหลักฐานที่ได้จากรandomized, controlled clinical trials ที่ดำเนินการอย่างเหมาะสม

Level of evidence B หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก systematic review ของ controlled clinical study หรือ หลักฐานที่ได้จาก controlled clinical study (เช่น non-randomized, controlled trials, cohort study, case-controlled study, cross sectional study) ที่ดำเนินการอย่างเหมาะสม หรือหลักฐานที่ได้จากการวิจัยทางคลินิกที่ใช้รูปแบบการวิจัยอื่นและผลพบประโยชน์หรือโทษจากการปฏิบัติรักษาที่เด่นชัดมาก หรือเรื่องดังกล่าวไม่มีผลการวิจัยประเภท randomized, controlled clinic trials แต่ได้นำเอาหลักฐานที่ได้จาก randomized, controlled clinic trials ในประชากรกลุ่มอื่นหรือเรื่องที่คล้ายคลึงกันมาใช้เป็นหลักฐาน หรือหลักฐานที่ได้จาก systematic review ของ randomized

controlled clinical trials หรือ randomized, controlled clinical trials ที่ดำเนินการไม่เหมาะสม

Level of evidence C หมายถึง หลักฐานที่ได้จาก systematic review ของ descriptive study ซึ่งหมายถึงรายงานผู้ป่วยหนึ่งหรือมากกว่า หรือหลักฐานที่ได้จาก systematic review ของ controlled clinical study หรือ controlled clinical study ที่ดำเนินการไม่เหมาะสม หรือหลักฐานที่ได้จาก controlled clinical trials ในประชากรกลุ่มอื่นหรือเรื่องอื่นที่คล้ายคลึง

Level of evidence D หมายถึง หลักฐานที่ได้จากความเห็นหรือฉันทามติ (consensus) ของคณะผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากไม่มีหลักฐานจากผลงานวิจัยทางคลินิก หรือ ผลงานวิจัยทางคลินิกที่มีอยู่ไม่สอดคล้องหรือเหมาะสมกับสถานการณ์และสถานภาพของการประกอบวิชาชีพในประเทศไทย หรือมีเพียงหลักฐานทางห้องปฏิบัติการ

เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ดังกล่าวพบว่าหลักฐานงานวิจัยสืบค้นได้ดังนี้

Level of evidence : A	จำนวน	4	เรื่อง
Level of evidence : B	จำนวน	11	เรื่อง
Level of evidence : C	จำนวน	4	เรื่อง

2.2 การกลั่นกรองข้อมูลจากงานวิจัย ในการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบทั้ง 19 เรื่องครั้งนี้ ได้จัดทำตารางที่จะใช้ในการดึงข้อมูลจากงานวิจัย ตามหัวข้อต่อไปนี้คือ

- ปัญหาหรือวัตถุประสงค์ของงานวิจัย (problem/purpose)
- แบบการวิจัย (research design)
- กลุ่มตัวอย่าง (sample)
- สถานที่หรือแหล่งที่วิจัย (setting)
- เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection)
- วิธีการวิจัยหรือแนวปฏิบัติการพยาบาล (method/intervention)
- ผลการวิจัย (finding/result)
- ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ (implication/implementation)

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์การศึกษาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม

1. คุณภาพงานวิจัย

จากการศึกษา พบว่างานวิจัยทั้ง 19 เรื่อง เมื่อนำมาประเมินคุณภาพงานวิจัยพบว่าเป็นการศึกษาที่เป็นหลักฐานระดับ A จำนวน 4 เรื่อง ระดับ B จำนวน 11 เรื่อง และระดับ C จำนวน 4 เรื่อง

2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ องค์ประกอบและผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์สังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั้ง 19 เรื่อง สามารถสรุปได้เป็น 7 รูปแบบโดยแต่ละรูปแบบสามารถสรุปออกมาเป็นองค์ประกอบ และผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพจิตแต่ละรูปแบบดังนี้

2.1 การออกกำลังกาย หรือการออกกำลังกายร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม

มีงานวิจัยที่ศึกษาผลของการออกกำลังกาย หรือการออกกำลังกายร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จำนวน 6 เรื่องใน 19 เรื่อง (เป็นงานวิจัยระดับ A จำนวน 1 เรื่อง ระดับ B จำนวน 5 เรื่อง) ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายอย่างเดียว จำนวน 3 เรื่อง (Li, Fisher, Trbe, & Weimen, 2004; สุชาดา กัณธารักษ์, 2546; สุนุดตรา ตะบุญพงศ์, ภัทรินทร์ พุฒศรี, วิภาวี คงอินทร์ และเอมอร แซ่จิ๋ว, 2551) และการออกกำลังกายร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มจำนวน 3 เรื่อง (Dungan, Brown & Ramsey, 1996; ชมนันท์ บัวงาม, 2539 และ สายใจ ชัยสงคราม, 2545) สำหรับกิจกรรมการออกกำลังกายที่นำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้แก่ การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด (Dungan et al, 1996) ไทชิ (Li et al, 2004; สุนุดตรา ตะบุญพงศ์ และคณะ, 2551) ชีกง (สุชาดา กัณธารักษ์, 2546) ไทเก็ก (สายใจ ชัยสงคราม, 2545) และการรำมวยจีน (ชมนันท์ บัวงาม, 2539)

สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายอย่างเดียว พบว่า กิจกรรมการออกกำลังกายที่นำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต ได้แก่ การออกกำลังกายแบบชีกง (สุชาดา กัณธารักษ์, 2546) และไทชิ (Li et al, 2004; สุนุดตรา ตะบุญพงศ์ และคณะ, 2551) พบว่า การปฏิบัติครั้งละ 20 นาที ถึง 1 ชั่วโมง โดยความถี่ของการออกกำลังกายคือ 3 ครั้ง/สัปดาห์ และจำนวนครั้งของการปฏิบัติคือ 36 ถึง 72 ครั้ง หรือระยะเวลา 3 ถึง 6 เดือน ผลลัพธ์ของการวิจัยพบว่า ทางด้านจิตใจ การออกกำลังกายสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) (สุชาดา กัณธารักษ์, 2546) เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในเรื่องการออกกำลังกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) (สุชาดา กัณธารักษ์, 2546) เพิ่มความพึงพอใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) (สุนุดตรา ตะบุญพงศ์ และคณะ, 2551) และเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = .04$) (Li et al, 2004) ส่วนผลลัพธ์ทางด้านร่างกายพบว่า สมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น ความสามารถในการทรงตัว ($P < .05$) (สุชาดา กัณธารักษ์, 2546) ความแข็งแรงของขาทั้ง 2 ข้าง ($P < .001$) การเคลื่อนไหวของข้อเท้าขวา – ซ้าย ($P < .001$) ความยืดหยุ่นของข้อต่างๆ ($P < .05$) (Li et al, 2004) และปริมาตรความจุปอด ($P < .01$) (สุนุดตรา ตะบุญ

พงษ์ และคณะ, 2551) ความคล่องตัว ($P < .001$) นอกจากนี้ยังพบว่าคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และคุณภาพการนอนหลับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) และ ($P < .01$) ตามลำดับ (Li et al, 2004 ; สุนตตรา ตะบูนพงษ์ และคณะ, 2551)

สำหรับงานวิจัยที่ใช้การออกกำลังกายร่วมกับการทำกลุ่ม พบว่า ในแต่ละครั้งของการเข้ากลุ่มจะมีการออกกำลังกายควบคู่กันไป ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 3 ชั่วโมง (การออกกำลังกาย 1 ชั่วโมง และทำกลุ่ม 30 นาที ถึง 2 ชม.) ความถี่การจัดกิจกรรม 1 - 5 ครั้ง/สัปดาห์ ทำกิจกรรมทั้งหมด 8 - 72 ครั้ง ในระยะเวลา 8 วัน ถึง 6 เดือน สำหรับกิจกรรมการออกกำลังกายที่นำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตได้แก่ การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด (Dungan et al, 1996) ไทเก็ก (สายใจ ชัยสงคราม, 2545) และการรำมวยจีน (ชมนันท์ บัวงาม, 2539) สำหรับการทำกลุ่มในแต่ละครั้ง มีรูปแบบการใช้กระบวนการกลุ่มที่หลากหลาย เช่น มีการใช้กลุ่มช่วยเหลือกันเอง ร่วมกับการให้ความรู้และคำปรึกษา (Dungan et al, 1996) มีการใช้กลุ่มสัมพันธ์โดยการเล่น เกมและมีการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และรับประทานอาหารร่วมกัน (ชมนันท์ บัวงาม, 2539) และการทำกลุ่มโดยมีกิจกรรมการจัดการความเครียด และฝึกการคลายเครียดด้วยการนั่งสมาธิ กิจกรรมการพัฒนา การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และสารอาหารประกอบอาหาร (สายใจ ชัยสงคราม, 2545) สำหรับผลลัพธ์ของการวิจัย พบว่า ผลทางด้านจิตใจการออกกำลังกายร่วมกับการทำกลุ่มทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต และความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) และ ($P = .002$) ตามลำดับ (Dungan et al, 1996) มีความรู้ความเข้าใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) (ชมนันท์ บัวงาม, 2539) การรับรู้ความสามารถของตนเองในเรื่องการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และการจัดการกับความเครียดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$ $P < .001$ และ $P < .001$ ตามลำดับ) (สายใจ ชัยสงคราม, 2545) ส่วนผลลัพธ์ทางด้านร่างกายพบว่า สมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต Systolic ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) และค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต Diastolic ลดลง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และแรงบีบมือทั้งซ้ายและขวาเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Dungan et al. 1996)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย 6 เรื่อง จากการวิเคราะห์งานวิจัย 6 เรื่องนี้ พบว่าทำการศึกษาในผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา (Dungan et al, 1996; Li et al, 2004; สุชาดา กัณธารักษ์, 2546; สุนตตรา ตะบูนพงษ์ และคณะ 2551) และในชุมชน (Dungan et al, 1996; ชมนันท์ บัวงาม, 2539; สายใจ ชัยสงคราม, 2545) อายุอยู่ในช่วง 60-79 ปี (Dungan et al, 1996; สุชาดา กัณธารักษ์, 2546) เป็นผู้สูงอายุที่มีความแข็งแรงพอที่สามารถออกกำลังกายได้ (Dungan et al, 1996) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (สุชาดา กัณธารักษ์, 2546) ไม่มีโรคที่เป็นปัญหาที่

ไม่สามารถออกกำลังกายได้ (Li et al, 2004; สุนุดตรา ตะบูนพงษ์ และคณะ 2551) ไม่มีความพิการหรือโรคประจำตัว (สายใจ ชัยสงคราม, 2545) ไม่มีภาวะการรับรู้บกพร่อง (Li et al, 2004; สุนุดตรา ตะบูนพงษ์ และคณะ, 2551) นอกจากนี้ยังมีคุณสมบัติอื่นๆ ได้แก่ มีความรู้แห่ระดับน้อยถึงมาก (ชมานันท์ บัวงาม, 2539) มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง (สุชาดา กันฑารักษ์, 2546) มีปัญหาการนอนหลับ (Li et al, 2004; สุนุดตรา ตะบูนพงษ์ และคณะ, 2551) ไม่ใช้ยาทางจิตเวช (Li et al, 2004) และไม่มีประสบการณ์การออกกำลังกายแบบ ไทชิ มาก่อน (สุนุดตรา ตะบูนพงษ์ และคณะ, 2551)

ผู้ดำเนินการ พบว่า ผู้นำกลุ่มในการออกกำลังกายเป็นพยาบาล นักกายภาพบำบัด หรือผู้สูงอายุที่สามารถเป็นผู้นำในการออกกำลังกายได้ สำหรับผู้นำในการทำกลุ่มกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความสามารถในการให้คำปรึกษา

ส่วนสื่อที่ใช้ พบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่มีการใช้วีดิทัศน์การออกกำลังกายแบบ Tai Chi ซึ่งก่ ไทเก็ก และการรำมวยจีน พร้อมกับการเปิดเพลงประกอบ เป็นสื่อในการออกกำลังกาย

2.2 กิจกรรมนันทนาการ

มีงานวิจัยที่ศึกษาผลของกิจกรรมนันทนาการและดนตรีเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จำนวน 4 เรื่อง ใน 19 เรื่อง เป็นงานวิจัยระดับ A จำนวน 2 เรื่อง B จำนวน 1 เรื่อง และ C จำนวน 1 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาผลของการเล่นอังกะลุง จำนวน 1 เรื่อง (ธรรมรฐา อุดม, 2547) การฟังดนตรีช่วยบำบัด (soft music) ฟังฟุคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ จำนวน 1 เรื่อง (Lai & Good, 2004) การทำกิจกรรมตามโปรแกรม Group Work Program จำนวน 1 เรื่อง (Okumiya et al, 2005) และงานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 1 เรื่อง (Jansen & Sadovszky, 2004)

สำหรับผลลัพธ์ของงานวิจัยพบว่าการเล่นอังกะลุง ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง นาน 6 สัปดาห์ สามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) (ธรรมรฐา อุดม, 2547) การฟังดนตรี (soft music) ร่วมกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อช่วยบำบัด ฟังฟุคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุครั้งละ 45 นาที ทำทุกวัน นาน 3 สัปดาห์ เวลาเข้านอน สามารถเพิ่มคุณภาพของการนอนหลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) และเพิ่มองค์ประกอบของการนอนหลับ 4 ด้าน ได้แก่ด้าน Pittsburg Sleep Quality, Sleep Latency, Habitual Sleep Efficiency, Daytime dysfunction อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) (Lai & Good, 2004) การทำกิจกรรมตามโปรแกรม Group Work Program ครั้งละ 3 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทำนาน 4 เดือน สามารถลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจในชีวิตดีขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Okumiya et al, 2005) และมีกิจกรรม 1) การประดิษฐ์ หรือทำงานสร้างสรรค์ 2) การบำเพ็ญประโยชน์ 3) การอยู่กับธรรมชาติ 4) การมีเครือข่ายทางสังคม 5) การทำกิจกรรมท้าทายเพื่อ

พัฒนาการเรียนรู้ 6) กิจกรรมทางกาย 7) การอ่านหนังสือ 8) การมีปฏิสัมพันธ์กับเครือญาติ 9) กิจกรรมทางจิตวิญญาณ 10) กิจกรรมทางวัฒนธรรม 11) การท่องเที่ยว 12) กิจกรรมอื่นๆ เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำแล้วสามารถทำให้เกิดความรู้สึกรักมีชีวิตชีวา (Jansen & Sadovszky, 2004)

2003 และ พินิลักษณ์ นิติภากรณ์, 2547) และที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง (เรณู อินทร์ตา, 2548) เป็น ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง มีสติปัญญาปกติสามารถรับรู้และสื่อความหมายอย่าง เข้าใจ (Lin et al, 2003; พินิลักษณ์ นิติภากรณ์, 2547; เรณู อินทร์ตา, 2548)

ผู้ดำเนินการ เป็นพยาบาลและผู้ที่มีความสามารถในการให้คำปรึกษา
ส่วนเครื่องมือที่ใช้ คือโปรแกรมการระลึกความหลัง

2.4 การใช้กระบวนการกลุ่ม

จากการวิเคราะห์งานวิจัย พบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาผลของการใช้กระบวนการ กลุ่มเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำนวน 3 เรื่อง ใน 19 เรื่อง (เป็นงานวิจัยระดับ A จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยระดับ B จำนวน 1 เรื่องและงานวิจัยระดับ C จำนวน 1 เรื่อง) โดยมีการใช้กระบวนการ กลุ่ม 2 ลักษณะ คือ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์แบบกลุ่มร่วมกับการดูแลสุขภาพ (จิตสมร วุฒิพงษ์, 2543; Berg, Dorsey, Gerson, & Rose, 2004) และการใช้กระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโอสเซน (อภิญญา จารุณัฐ, 2542)

สำหรับงานวิจัยที่ศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่ม การเรียนรู้เชิง ประสบการณ์แบบกลุ่ม ร่วมกับการดูแลสุขภาพ พบว่า ปฏิบัติครั้งละ 1 ชั่วโมง ความถี่คือ 3 ครั้ง/ สัปดาห์ ระยะเวลาทำนาน 3 สัปดาห์ (จิตสมร วุฒิพงษ์, 2543) ผลลัพธ์ของงานวิจัยพบว่า สามารถ พัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพจิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) สำหรับ กลุ่มการดูแลสุขภาพ (เกี่ยวกับการจัดการปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น การกินยา การวัดความดันโลหิต การ ชั่งน้ำหนัก การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การลดน้ำหนัก) ร่วมการทำกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ความถี่ของการทำจำนวน 1 ครั้ง/สัปดาห์ ทำนาน 7 สัปดาห์ สามารถพัฒนา Social interaction และตอบสนองต่อการทำกิจกรรมในระดับสูง (Gerson et al, 2004) สำหรับการใช้ กระบวนการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโอสเซน พบว่า ปฏิบัติครั้งละ 45 นาที ความถี่สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลาทำนาน 8 สัปดาห์ สามารถเพิ่มการยอมรับตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) (อภิญญา จารุณัฐ, 2542)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง พบว่างานวิจัย 3 เรื่อง ทำการศึกษาในสถานสงเคราะห์ คนชรา (จิตสมร วุฒิพงษ์, 2543; Gerson et al, 2004 และ อภิญญา จารุณัฐ, 2542) เป็นผู้สูงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความเครียดสูง ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (จิตสมร วุฒิพงษ์, 2543) มีรายได้น้อย มีปัญหา โรคเรื้อรัง (Gerson et al, 2004) เป็นผู้สูงอายุที่มีการยอมรับตนเองต่ำ (อภิญญา จารุณัฐ, 2542) โดยมี จำนวนสมาชิกในกลุ่ม กลุ่มละ 7 – 10 คน (และอภิญญา จารุณัฐ, 2542; จิตสมร วุฒิพงษ์, 2543 และ Gerson et al, 2004)

ผู้ดำเนินการ เป็นพยาบาลจิตเวชที่มีความสามารถในการสอนแบบการเรียนรู้ เชิงประสบการณ์ และมีความสามารถให้คำปรึกษา

ส่วนสื่อที่ใช้ คือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (วิทยุเทป เทปคาสเซตที่บรรยายความรู้เรื่องการดูแลตนเองและความรู้เรื่องโรคต่างๆ) และโปรแกรมให้คำปรึกษาออนไลน์

2.5 การฝึกทำสมาธิ

จากการวิเคราะห์งานวิจัยมีงานวิจัยเกี่ยวกับการฝึกทำสมาธิ จำนวน 1 เรื่อง ใน 19 เรื่อง (งานวิจัยระดับ B) เป็น Integrative Review เกี่ยวกับการฝึกทำสมาธิเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ (Lindberg, 2005) พบว่า การทำสมาธิที่นำมาใช้ ได้แก่ Transcendental Meditation (TM), Qi-Qong และ Guided Imagery ในการฝึกทำสมาธิ อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทำนาน 8-10 สัปดาห์ และมีการพบปะพูดคุยกันในกลุ่มทุกสัปดาห์ สามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุหญิงที่เป็นโรคหัวใจ เพิ่มความมั่นใจในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดเรื้อรัง ลดอาการกระสับกระส่ายช่วยให้สงบ ลดพฤติกรรมกระวนกระวายอยู่ไม่นิ่งในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ควบคุมตนเองได้ดีขึ้น สามารถช่วยให้อยู่ในกลุ่มดีขึ้น รวมทั้งมีผลทางด้านจิตวิญญาณและสมาธิมีความสัมพันธ์ระหว่างความคิดภายในจิตใจ ทศนคติและสุขภาพจิตในเชิงบวก

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยที่นำมาวิเคราะห์พบว่าทำการศึกษาในผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา อายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

2.6 การส่งเสริมสุขภาพจิตรายบุคคล

จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่า มีการส่งเสริมสุขภาพจิต จำนวน 1 เรื่อง ใน 19 เรื่อง (งานวิจัยระดับ C) เป็นการนำแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยการนำโมเดล HPM ของ Pender (1996) มาเป็นพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นรายบุคคล (Thorn & Tuck, 2000)

โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุ อายุ 80 ปี จำนวน 1 คน โดยการนำ HPM ของ Pender (1996) มาเป็นแนวทางในการประเมินสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพจิต ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุตามบริบท เข้าถึงได้ง่ายเพราะอยู่ในชุมชนใกล้บ้าน ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นประโยชน์แก่ตนเอง พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถวางแผนร่วมกันกับผู้สูงอายุ กระตุ้นและติดตามให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ได้ส่งเสริมความมั่นใจในการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิต และเอาชนะอุปสรรคที่ขัดขวางการทำกิจกรรมตามแผนการให้การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ได้วางแผนไว้

ผู้ดำเนินการ เป็นพยาบาลจิตเวชที่ทำงานในชุมชน

2.7 งานวิจัยที่พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์งานวิจัยพบว่า มีการศึกษาถึงการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จำนวน 1 เรื่อง ใน 19 เรื่อง ระดับ C (Hedelin & Gsvensson, 1999) ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษากลยุทธ์การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน

จากผลการวิเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาพบว่า มีเงื่อนไขในการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ดังนี้ คือ การร่วมมือระหว่างหน่วยงานเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม การกำหนดเป้าหมายร่วมกันของกลุ่ม บทบาทของพยาบาลจิตเวชในชุมชนคือการจัดการให้ผู้บริหารองค์กรภาครัฐ และ อาสาสมัครในระดับภูมิภาคยอมรับโครงการ ระดมทุน แหล่งทุน การรวบรวมกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน การพัฒนาโปรแกรมต่างๆ ให้สอดคล้องตามความต้องการในการดำเนินงาน เพิ่มพลังอำนาจให้กับกลุ่มโดยการให้ความรู้และนิเทศติดตามให้คำแนะนำ

ผู้ดำเนินการ เป็นพยาบาลจิตเวชที่ทำงานในชุมชน

3. เครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์งานวิจัยทั้ง 19 เรื่อง พบว่าผลการวิจัยและเครื่องมือใช้วัดงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตมีดังนี้

ด้านจิตใจ

ความว้าเหว่ เครื่องมือที่ใช้วัดแบบวัดความว้าเหว่ (Loneliness scale)

ของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย

ความพึงพอใจในชีวิต เครื่องมือที่ใช้วัด แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของ

ผู้สูงอายุของนิวการ์เดน (Neugarten, 1961)

ความผาสุกทางใจ เครื่องมือที่ใช้วัดแบบทดสอบ LISI – A

(Neugarten – Havighurst 18 items)

การยอมรับตนเอง เครื่องมือที่ใช้วัดแบบวัดการยอมรับตนเองของฟิลิปส์

(จรัญญ์ ศุภกิจเจริญแปลและดัดแปลง)

พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

เครื่องมือที่ใช้วัดแบบวัดด้านสุขภาพจิต 7 ด้าน ได้แก่ การ

พัฒนาการรู้จักตนเอง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเผชิญปัญหา การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุข การดูแลสุขภาพกาย โดยทั่วไป

ภาวะซึมเศร้า เครื่องมือที่ใช้วัดแบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ของไทย (ดัดแปลงมาจาก GDS)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า TGDS (Thai Geriatric

Depression Scale) โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของ

คนไทย

แบบประเมินภาวะความซึมเศร้า ซี อี เอส ดี

(CES – D Scale)

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

(Geriatric Depression Screening Scale: GDS ของ

เยชาเวท

การมีคุณค่าในตนเอง เครื่องมือที่ใช้ Rosenberg's self esteem scale (1965)

การประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม เครื่องมือที่ใช้ มีหลายชนิด ได้แก่

- SF 12

- 100 mm visual analog scale (100 mm VAS) มี 5 item

1) subjective sense of health 2) family relationship

3) relationship with friend 4) financial status และ 5) subjective happiness

ด้านร่างกาย

พฤติกรรมการทำงานของระบบประสาท(Neurobehavioral) ประกอบด้วย

- ความสามารถในการเดิน ความสมดุลของร่างกาย เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Up & Go

- ความสมดุลและความยืดหยุ่นของร่างกาย เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Function Reach test

- ความชำนาญในการใช้มือ เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Button test

สมรรถนะทางกายประกอบด้วย

- องศาการเคลื่อนไหวของข้อต่อข้อไหล่ ข้อศอก ข้อเข่า
เครื่องมือที่ใช้วัด คือ Goniometer

- การวัดข้อต่อกระดูกสันหลัง เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Sit and Reach

- การยืนขาเดียวขวา-ซ้าย เครื่องมือที่ใช้วัดคือSingle Leg Stand Test

- การใช้เวลาลุกนั่ง เครื่องมือที่ใช้วัด คือThe Chair-Rise Test Measures

- ระยะเวลาในการเดิน 50 Foot Walk เครื่องมือที่ใช้วัดแบบวัด คือTime Taken To Walk 50 Feet

- แรงบีบมือ (hand strength) เครื่องมือที่ใช้วัด คือเครื่องวัดกำลัง (Dynamometer)

Quality of Sleep เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

- Daytime sleepiness เครื่องมือใช้วัดคือ Epworth Sleepiness Scale (ESS)

- Cognitive function เครื่องมือที่ใช้วัดมีหลายชนิด ได้แก่ MMSE, Benton Visual Retention, Delayed Recall Test, Kohs Block Design, Raven Colored Matrix Test, Clock Drawing และ Behavioral Dyscontrol scale

4. ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้เกี่ยวข้องกับการสืบค้นหลักฐานงานวิจัยและหลักฐานอ้างอิงทางวิชาการ ซึ่งประเด็นหลักเกี่ยวข้องกับการได้มาของงานวิจัยฉบับเต็ม มีงานวิจัยจำนวน 3 เรื่องที่ผู้ศึกษาไม่สามารถเข้าถึงงานวิจัยฉบับเต็มได้ทำให้ขาดข้อมูลบางส่วนที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ และอีกประเด็นคือ ข้อจำกัดจากการสืบค้นหาข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์พบว่าอยู่ในช่วงปีที่สืบค้นพบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 – 2551 ซึ่งงานวิจัยก่อนหน้านี้จะมีแต่ไม่สามารถที่จะนำมาใช้ได้เนื่องจากไม่ได้บรรจุไว้ในฐานข้อมูลทำให้ค้นหาไม่พบจึงทำให้ อาจจะไม่เห็นพัฒนาในการส่งเสริมสุขภาพจิตมากนัก และการใช้คำในการสืบค้นอาจจะไม่ตรงกับการเรียกชื่อตามยุคสมัยที่ผ่านมา

นอกจากนี้กลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา การนำไปใช้ในผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆอาจมีข้อจำกัดได้

5. ข้อเสนอแนะ

5.1 การนำผลทางการศึกษาไปใช้ทางการพยาบาล

สำหรับทางการพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีมีได้หลายแนวทางที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสามารถนำไปใช้ได้แต่ทั้งนี้ต้องมีการศึกษาวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในแต่ละรูปแบบให้เข้าใจและฝึกฝนจนชำนาญเสียก่อนจึงจะสามารถนำไปใช้ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ศึกษาได้เสนอแนะทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมหาราช อ.มหาราช จ.พระนครศรีอยุธยาไว้ในภาคผนวก ค

5.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

5.2.1 การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ มีหลายรูปแบบด้วยกันแต่งานวิจัยของแต่ละรูปแบบยังมีจำนวนมีค่อนข้างน้อย จึงควรมีการศึกษาวิจัยในแต่ละรูปแบบเพิ่มขึ้นเพื่อสนับสนุนให้แต่ละรูปแบบมีความชัดเจนและน่าเชื่อถือมากขึ้น

5.2.2 การศึกษาวิจัยในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ทำในสถาน

สงเคราะห์คนชรา แต่ผู้สูงอายุไม่ได้มีเพียงแต่ในสถานสงเคราะห์คนชราเท่านั้น ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานที่อื่นๆ เช่น ในชุมชนให้มากขึ้น หรือศึกษาในผู้สูงอายุรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นต้น เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเหล่านี้ต่อไป

A SYNTHESIS OF RESEARCH ON MENTAL HEALTH PROMOTION IN OLDER ADULTS

PHIRIYA SUTTHILERT 4637631 RAMH/M

M.N.S (MENTAL HEALTH NURSING AND PSYCHIATRIC)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: SOPIN SANGON, Ph.D.
(Nursing), PORNTIP MALATHUM, Ph.D. (Nursing)

EXTENDED SUMMARY

Introduction

Nowadays the elderly population is increasing worldwide. In 2000, the number of the elderly people over 60 was 600 million people. The population is expected to be 1.2 billion people in 2025 and 2 billion people in 2050. Also, two-thirds of the elderly people live in developing countries, and the elderly population will rise to 75% in 2025. The number of the elderly people over 80 in developed countries is growing rapidly (WHO, 2007). In the USA, the number of the elderly people accounts for 12.3% of the total American population and is expected to grow to 20% (Melillo, 2005). In Thailand, the annual growth rate of the total population is approximately 1%, but the Thai elderly population increases by 7% each year. In 1980, the Thai elderly population was 2.4 million people and rose to 4.1 million people in 1990, 5.8 million people in 2000, and is expected to grow to 10.2 million people in 2020 (Health Promotion Bureau, 2001). As mentioned earlier, the elderly population is increasing in the future. Hogstel (1995) states that 95% of the elderly people are likely to live in rural areas. This means that more physical and mental care is required for the elderly. Therefore, the personnel who work for the elderly must pay more attention to deal with the increasing elderly population and their need of physical and mental care.

The National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchments Area Program, USA reported mental disorder mostly found among the elderly, namely,

depression, thinking disorder, fear and alcoholism. The elderly are the most likely to commit suicide due to mental problems. Physical changes in elderly people result in their specific physical and hygienic problems, that is, they always suffer from aging-related illnesses and more from mental problems (Lueboonthawatchai, 2002). Also, they may have to suffer from the problems of the relationship among family members since there are single families in Thai society and other family members tend to work or have their own families at other areas. Consequently, each member has less time to talk with one another or exchange their ideas. The relationship between the elderly members and the younger members is becoming worse. Most of the elderly people live alone and feel isolated (Nuket, 2002). Due to the changes in social status and roles, the elderly people feel that they have lost their roles, duties, power and income. The economic problems lead to worries among the elderly.

Moreover, the elderly people have faced the problem of losing their beloved ones' lives, so they cannot find anyone to rely on and feel lonely or even depressed. According to Jaturangsaeng's study (1997) on Occurrences of Depression among Thai Elderly People, the level of depression among the elderly people in the homes for the elderly has risen to 50%. The overall level of depression among the elderly people in the homes for the elderly is significantly higher than that elsewhere. The result of her study agrees with Siriwanarangsang and team's (2003) on the Life Quality and Depression among the Elderly in the Four Regions and Bangkok Metropolis, which reveals that the percentage of depressed elderly people was 17%. Similarly, Lueckenottol's (1996) study on the Elderly People in Communities shows that 15-20% of the elderly people suffered from depression, which is a major cause of successful suicide. The number of suicides by the elderly people is five times as high as that by other age groups. Moreover, from a study on the number of suicides in Thailand from 1972 to 2002, the percentage of suicide among the elderly people tended to rise by 10% (Department of Mental Health, 2004).

As seen from the problems above, the elderly population is in risk of mental health problems since they need to adapt themselves to the changing world. They lose their healthy lives and experience grief from the deaths of their family members. The social and economic situations worsen their mental balance and result in stress, loneliness and desire to commit suicide. Therefore, good mental health promotion

helps relax the elderly people, reduce their level of depression, and create self-satisfaction, happiness and good life quality, which are essential for all the elderly people. Promoting mental health for the elderly people must be in parallel with physical, emotional, social, and spiritual health promotion because these factors are interrelated. Nurses should pay attention to different techniques of promoting mental health among the elderly people because they play important roles in providing four-dimensional nursing services: promotion, prevention, treatment and rehabilitation. Good mental health promotion directly affects the elderly people because it helps reduce and prevent mental problems among the elderly people. The Thai government has announced the policy that all related organizations pay more attention to the elderly population so that they will be provided with all good four-dimensional services. Therefore, promoting mental health for the elderly people is another activity that should be promoted by nurses and nursing staff. Also, to reduce some risks and prevent mental health problems among the elderly people, activities for promoting more efficient mental health should be organized for them.

Currently, there are a variety of mental health promotion activities for the elderly people, which have different effects on their mental health, depending on the characteristics of the elderly groups and the complexity of their mental health problems. As a nurse whose work involves mental health nursing and psychiatry in communities, the researcher is responsible for making people mentally healthy, introducing the development of the health service system to communities and revising the body of knowledge collected from research and efficiently applying it for promoting public mental health. Its purpose is to prevent and reduce mental health problems especially among the elderly people, who are in high risk of mental health problems and need to be given effective mental health promotion. Various types of mental health promotion activities are entertaining. They create self-satisfaction for the elderly people and reduce their depression. Also, they help the elderly people manage their tension successfully and encourage them to deal with their problems appropriately and efficiently. Therefore, the researcher, as a mental health and psychiatric nurse, becomes interested in studying, researching, analyzing and synthesizing the studies and research related to mental health promotion for the elderly people and efficiently applies them for promoting mental health as directly required by

the elderly groups. This activity is supported by visual evidence so that the approach to promoting mental health for the elderly people will be more reliable and definite.

Objectives of the study

To collect, analyze and synthesize visual evidence related to mental health promotion for the elderly people

Expected Outcomes and Benefits

1. The body of knowledge can be applied as a guideline of developing appropriate and efficient practice of mental health promotion for the elderly people.
2. The body of knowledge can be used for doing research for developing practice of mental health promotion for the elderly people in the future.

Definition of Terms

The elderly people refer to those above 60 years old. Their ages are based on counting the days on the calendar as mutually agreed by international organizations. This practice is used as the standard of identifying the starting age of the male and female elderly people (Department of Mental Health, 2003).

Mental health refers to a state of life filled with physical and mental completeness, resulting from good self-understanding, calmness, good self-acceptance, appropriate behaviors, timely creativity, good self-control and good self-adaptation with the surroundings.

Mental health promotion means Mental health promotion refers to improving or increasing individual mental quality levels, providing physical and mental completeness with happiness in order to adapt oneself to the surroundings and live peacefully, doing activities to enhance mental happiness for individuals, families, organizations and communities, creating preventive factors and reducing risks of mental health problems.

Research Methodology

The objectives of this study are to collect, analyze and synthesize the body of knowledge from the research on mental health promotion in older adult people by

means of systematic reviews which include the following (Polit and Hungler, 1997):

1. Collection of visual evidence to be reviewed in terms of
 - data sources
 - key words
 - study selection
2. Approaches to analysis and synthesis of visual evidence, and identification of criteria and instruments for:
 - study evaluation
 - data extraction

1. Collection of visual evidence to be reviewed

In collecting visual evidence to be reviewed, the following procedures are involved:

1.1 Data sources

In selecting information resources, the following printed materials are considered: theses and journals at university libraries, and information from sources at related organizations. Part of these printed materials can be used for tracing related research both locally and internationally.

Moreover, the researcher has traced data from electronic resources from computerized databases and electronic journals from the Internet for searching references and related research in other countries. The research are traced from the following databases.

- 1) tracing evidence from research written in Thai from the National Research Council, the National Library, Mahidol University, digital catalogs of full-paper theses from 24 institutes and the Department of Mental Health
- 2) tracing evidence from English research written in English from electronic libraries such as Pubmed, Blackwell, Ovid, CINAHL, NLM Catalogs, and Sciencedirect.
- 3) tracing references from research and books

1.2 The key words used for tracing evidence of related research

The researcher has defined some key words so that the result of the study will cover and correspond to the topic of the research. The key words are divided into Thai and English groups.

The Thai key words include the elderly people, mental health promotion, exercising, recreational activities, meditation, muscular relaxation and reminiscence.

The English key words include Elderly, Older adults, Ageing, Aging, Mental Health Promotion, Exercise, Muscular Relaxation, Recreation, and Meditation.

1.3 selecting related quantitative and qualitative research based on the Stetler and Marram's criteria (1994) and Phukboonmee's (2004)

1) Types of treatment: the related research include mental health promotion for the elderly people, exercising, muscular relaxation, recreational activities and religions

2) Types of sample groups in research: the sample group of the study is the elderly people

3) Types of research results: the research and variables regarding mental health are selected, namely, social support, self-care behaviors, mental health behaviors, desires, stress, worries, loneliness, depression, mental health promotion among the elderly people, satisfaction in life, happy lives, adaptation, life quality and self-esteem.

It was found that a large number of research which are on mental health promotion among the elderly people provide details about databases, key words and the number of research to be traced. In terms of titles, abstracts, and selections in each database, 19 qualified full-text research out of 50,467 related databases can be evaluated.

2. Approach to analysis and synthesis of visual evidence

The visual evidence is analyzed and synthesized to prove the quality of research collected from information search, apply the criteria for evaluating the quality of research or levels of evidence and define instruments used for drawing information from research.

2.1 Evaluation of quality or levels of evidence of research based on the criteria of the College of Physicians of Thailand (2001).

Level of evidence A refers to the evidence obtained from systematic reviews of randomized or controlled clinical trials or from randomized or controlled clinical trials under proper management.

Level of evidence B refers to the evidence obtained from systematic reviews of controlled clinical study or from controlled clinical study such as non-randomized controlled trials, cohort study, case-controlled study, cross sectional study under proper management or from other forms of clinical study of which the results show significantly positive or negative effects on treatment or from the study which has no results obtained from randomized, controlled clinic trials, but providing the evidence from randomized, controlled clinic trials obtained from other similar population groups or topics, or the evidence obtained from systematic reviews of randomized controlled clinical trials or randomized, controlled clinical trials under improper management.

Level of evidence C refers to the evidence obtained from systematic reviews of descriptive study, that is, reports of one or more patients, or the evidence obtained from systematic reviews of controlled clinical study or controlled clinical study under improper management, or the evidence obtained from controlled clinical trials in other similar population groups or topics.

Level of evidence D refers to the evidence obtained from opinions or consensus of the teams of experts since no evidence from controlled clinical study is found or the results of the existing controlled clinical study do not correspond to or agree with situations and status of vocational practice in Thailand, or only laboratory results are obtained.

Based on the criteria above, the evidence in this research includes: 4 pieces of evidence have the level of evidence A, 11 pieces of evidence have the level of evidence B, and 4 pieces of evidence have the level of evidence C.

2.2 Screening data in systematic reviews of 19 research.

A table is designed to screen data from the research under the following topics.

- problems or objectives of the research
- research design

- samples
- settings
- instruments and data collection
- methodology or intervention
- findings or results
- implications or implementations

The results of the systematic reviews will be presented in the table of reviews of the research on mental health promotion for the elderly people in the following chapter.

Results of the Study

The results of the study are divided into 3 groups.

1. Quality of the research

After the evaluation of research quality, there are 4 of the 19 research with the level of evidence A, 11 with B and 4 with C.

2. Types, components and results of mental health promotion in older adults

From the synthesis of the 19 research related to mental health promotion in older adults, it can be concluded that the mental health promotion in older adults is categorized into 7 types, each of which consists of the following components and results.

Types of mental health promotion for the elderly people, components and results of mental health promotion

2.1 Exercising or exercising along with application of group activities of the 19 research, there are 6 related research on mental health promotion for the elderly people (1 with the level of evidence A and 5 with B), which study simply on the results of exercising, that is, 3 of them (Li, Fisher, Trbe, & Weimen, 2004; Kantharak, 2003; Taboonpong et al, 1998) involve simply exercising., whereas 3 of them (Dungan, Brown & Ramsey, 1996; Bua-ngam, 1996; Chaisongkram, 2002) involve exercising along with application of group activities. The types of exercise used for mental health promotion include Physical Stretches (Dungan et al, 1996), Tai-Chi (Li et al, 2004; Taboonpong et al, 1998), Qi-Kong (Kantharak, 2003), Tai-Chi (Chaisongkram, 2002) and Chinese Boxing or Wai Tan Kong (Bua-ngam, 1996).

As for the research that focus only on exercising, the types of exercise used for mental health promotion are Tai-Chi (Li et al, 2004; Taboonpong et al, 1998)) and Qi-Kong (Kantarak, 2003). The frequency of exercising is 3 times/week and each exercise lasts from 20 minutes to one hour. The number of exercise is between 36 and 72 times or lasts from 3 to 6 months. The findings of the research reveal that, psychologically, exercising can reduce the level of depression significantly with ($P < .05$) (Kantarak, 2003), increase perception of self-capacity of exercising significantly with ($P < .05$) (Kantarak, 2003), increase happiness significantly with ($P < .05$) (Taboonpong et al, 1998), and increase the mental quality life with ($P = .04$) (Li et al, 2004). Physically, the physical proficiency increases significantly such as ability of balancing with ($P < .05$) (Kantarak, 2003), strength of both legs with ($P < .001$), movement of both ankles with ($P < .001$), flexibility of joints with ($P < .05$), agility with ($P < .001$) (Li et al, 2004), and capacity of lungs with ($P < .01$) (Taboonpong et al, 1998).

As for the research that focus on exercising along with group activities, there are 1-5 activities/week and each activity lasts from 1.5 to 3 hours (1 hour for exercising and 0.5-2 hours for activities). The total number of activities ranges from 8 to 72 times during the period of 8 days to 6 months. The activities used for mental health promotion include Physical Stretches (Dungan et al, 1996), Tai-Chi (Chaisongkram, 2002), and Wai-Tan-Kong (Bua-ngam, 1996). During each group activity, various forms of group activities are applied such as helping within groups along with providing knowledge and counsels (Dungan et al, 1996), interacting among groups by playing games, talking, exchanging ideas, and eating together (Bua-ngam, 1996), doing activities to manage stress, practicing meditation to relax, doing activities to develop perception and capability, and discussing in groups the topics on food consumption and cooking demonstration (Chaisongkram, 2002).

The findings of the study show that, psychologically, exercising along with joining group activities makes the elderly people better perceive their capability of exercising, food consumption and stress management significantly with ($P = .05$, $P < .001$ and $P < .001$) respectively (Chaisongkram, 2002). Physically, it was found that their physical proficiency increases significantly. For example, the average systolic blood pressure decreased significantly with ($P < .001$), the average diastolic blood

pressure decreased insignificantly and hand pressure force increases insignificantly (Dungan et al, 1996).

The sample groups from the 6 research were the elderly people in the homes for the elderly (Dungan et al, 1996; Li et al, 2004; Kantarak, 2003; Taboonpong et al, 1998) and in communities (Dungan et al, 1996; Bua-ngam, 1996; Chaisongkram, 2002), aged between 60 and 79 years old (Dungan et al, 1996; Kantarak, 2003), strong enough to exercise (Dungan et al, 1996), able to help themselves (Kantarak, 2003), free from illnesses that prevent them from exercising (Li et al, 2004; Taboonpong et al, 2008), free from crippling or chronic diseases (Chaisongkram, 2002), and free from deficiency in situational perception (Li et al, 2004; Taboonpong et al, 1998). Other characteristics include low to high levels of loneliness (Bua-ngam, 1996), low to average levels of depression (Kantarak, 2003), insomnia (Li et al, 2004; Taboonpong et al, 1998), no consumption of psychiatric drugs (Li et al, 2004), and no previous experience in Tai-Chi (Taboonpong et al, 1998).

The researcher found that the leaders of exercise are nurses, physical therapists or potential elderly people who can lead exercises, whereas the leaders of group activities are mostly professional nurses who can manage group activities.

As for use of media, it was found that videos are shown and music is played during exercises like Tai-Chi, Qi-Kong and Chinese boxing.

2.2 Recreational activities

Four of the 19 research involve the study of the effects of recreational activities and music on mental health promotion for the elderly, all of which have the level of evidence A (2 research with the level of evidence A, 1 with B and 1 with C). One research involves the effects of playing the angkalung, another one on listening to music for therapy of insomnia in the elderly, another one on doing activities of the Group Work Program (Okumiya et al, 2005) and the other qualitative one (Jansen & Sadovszky, 2004).

It was found that playing the angkalung one hour long, 3 times a week, and 6 weeks long can reduce the level of depression and increase the level of self-esteem significantly with ($P<.01$). Listening to soft music at bedtime for 45

minutes/time every day, 3 weeks long can restore the sleeping quality among the elderly significantly with ($P<.01$) and increase the components of sleep quality significantly with ($P<.01$) and significantly increase the four sleep components: Pittsburg Sleep Quality Index, Sleep Latency, Habitual Sleep efficiency, and Daytime dysfunction with ($P=.001$) (Lai & Good, 2004). Doing activities of the Group Work Program for 3 hours long, once a week and 4 months long can reduce the level of depression and increase the level of self-satisfaction insignificantly (Okumiya et al, 2005). The activities include 1) making handicrafts or doing creative tasks, 2) helping others, 3) living with nature, 4) having social networks, 5) doing challenging activities for learning development, 6) doing physical activities such as, 7) reading, 8) reactions with relatives, 9) spiritual activities, 10) cultural activities, 11) tourism, and 12) other activities done by the elderly people to make themselves lively (Jansen & Sadovszky, 2004).

The sample groups from the 4 research are the elderly people at the homes for the elderly (Udom, 2004; Jansen & Sadovszky, 2004; Okumiya et al, 2005) and at their own houses (Lai & Good, 2004), suffering from the low to average level of depression (Udom, 2004; Okumiya et al, 2005) and having difficulty in sleeping (Lai & Good, 2004), and the elderly people with Age-associated Cognitive Decline (AACD) and Mild Depressive Mood (Okumiya et al, 2005), aged between 65 and 92 years old and able to communicate (Jansen & Sadovszky, 2004; Lai & Good, 2004; Udom, 2004 และ Okumiya et al, 2005)

. The researcher found that the leaders of the recreational activities are professional nurses who can lead group activities and teach adults. They also have some background in playing Thai classical music and work as nurses in communities.

As for use of media, there are some research on playing the angkalung, using electronic media (tape recorders, cassette tapes that play rhythmic music 60-80 times/minutes and specific media for each situation such as musical sounds or handicraft tools.

2.3 Reminiscing

It was found that 3 of the 19 research on use of reminiscence for mental health promotion among the elderly people. Three of them have the level of evidence

B (Lin, Dai, & Hwang 2003; Nitipakorn, 2004; Inta, 2005). The individual (Inta, 2005) and group (Lin, Dai, & Hwang 2003; Nitipakorn, 2004) recollection programs are used in the research.

The frequency of reminiscence is 45 minutes long, 1-2 times/week, , and 5-52 weeks long. Recollection helps prevent depression and increase self-satisfaction and self-esteem (Lin, Dai, & Hwang 2003; Nitipakorn, 2004). It can reduce the level of depression significantly with ($P<.05$) and ($P<.1$) (Nitipakorn, 2004).

The sample groups of the 3 research are the elderly people at the homes of the elderly (Lin, Dai, & Hwang 2003; Nitipakorn, 2004), and at their house (Inta, 2005) suffering from average depression, the elderly people aged over 60 years old suffering from the low to average level of depression, with normal intelligence and ability to perceive and communicate (Lin, Dai, & Hwang 2003; Nitipakorn, 2004; Inta, 2005). The leaders are the psychiatric nurses and counseling experts, and the instrument used is the reminiscence program.

2.4 Use of group processes

There are 3 of the 19 research on the use of group activities for mental health promotion among the elderly (one with the level of evidence A, 1 with B and 1 with C). Two types of group activities are employed: group experiential learning along with health care (Wuttipong, 2000; Gerson, & Rose, 2004) and group counseling (Jarunat, 1999). The frequency of group experiential learning along with health care is 1 hour long, 3 times/week and 3 weeks long (Wuttipong, 2000). The findings of the study reveal that the behavior of mental self-care can be developed significantly with ($P<.05$). Health care (in terms of management of chronic diseases such as taking medicine, measuring blood pressure, weighing, providing knowledge of diabetes, losing weight along with talking and exchanging ideas) can develop social interaction and greatly respond to the elderly people's performances (Gerson et al, 2004). The frequency is once a week and totally 7 weeks long. As for use of group counseling process, it was found that the frequency is 45 minutes long, once a week and totally 8 weeks long. It can increase the level of self-acceptance significantly with ($P<.05$) (Jarunat, 1999).

The sample groups of the 3 research are the elderly people at the homes for the elderly (Wuttipong, 2000; Gerson et al, 2004; Jarunat, 1999), aged above 60 years old, with a high stress level, low self-acceptance, but without Alzheimer (Wuttipong, 2000), low income, and having chronic diseases (Gerson et al, 2004),. The number of each group is 7-10 people (Jarunat, 1999; Wuttipong, 2000; Gerson et al, 2004).

The leaders are the mental health and psychiatric nurses who can conduct experiential learning instruction and provide counsels.

The media used are electronic media (tape recorders and cassette tapes) and counseling program.

2.5 Meditation

There is 1 of the 19 research on meditation practice (with the level of evidence B). It is an integrative review of meditation practice for mental health promotion among the elderly. The forms of meditation in the research include Transcendental Meditation (TM), Qi – Qong และ Guided Imagery. The frequency of meditation practice is at least 30 minutes/time and 8-10 weeks long. There are talks with the groups every week. This can reduce worries among female patients with heart disease, increase confidence in patients with chronic pains, reduce restlessness, create calmness, decrease worries and promote self-control among the Alzheimer elderly patients. It also has a spiritual effect and creates positive relationship between mental ideas, attitudes and mental health.

The sample groups of the research are those over 60 years old at the homes of the elderly, who suffer from chronic diseases.

2.6 Individual mental health promotion

There is 1 of the 19 research on mental health promotion (with the level of evidence C). It applies the concept of mental health promotion based on the HPM model by Pender (1996) for individual mental health promotion (Thorn & Tuck, 2000) . One elderly person aged 80 years old is studied. Pender's HPM model can be used for individual mental health promotion among the elderly people in accordance with their needs in the contexts related with mental health promotion among the elderly. It

is accessible and practical. The elderly people realize its benefits for themselves and access the service because it is close to their houses and suitable for their ages. Plans will be mutually made, whereas the elderly people will be encouraged to follow the plans and ensured of their performances in order to overcome all possible difficulty during the plans. The leaders are the mental health and psychiatric nurses in communities.

2.7 research for developing the process of mental health promotion among the elderly people

There is 1 of the 19 research that develops the process of mental health promotion among the elderly people with the level of evidence C (Hedelin & Gsvensson, 1999). It is a study of strategies for developing mental health promotion and preventing depression. The findings of the study show that there are some conditions for developing the process of mental health promotion among the elderly people, that is, cooperation between social network organizations and social support, identification of common goals by groups, roles of psychiatric nurses in communities, namely, making the executives in public sectors and volunteers at the regional level approve of the fund-raising projects, uniting groups in communities, developing programs to satisfy the needs of management, and empowering the groups by providing knowledge, supervising and counseling.

The leaders are the psychiatric nurses in communities

3 Instruments for measuring the results of mental health promotion in older adults

The instruments for measuring the mental, emotional and social results of mental health promotion in older adults are mostly used for measuring levels of depression such as Thai Geriatric Depression Scale (TDGS), CES-D Scale, Geriatric Depression Screening Scale. The other results include the scales for measuring self-esteem, loneliness, self-acceptance, self-satisfaction and general well-being. Moreover, there are evaluations of life quality in older adults, their knowledge and perception of their capability, and expectation of behaviors of mental health promotion in older adults. As for the physical results, the instruments are mostly used for measuring efficiency of

physical movement such as strength of both legs, sit-ups, measurements of time spent on 50-feet walks, measurements of joint movements as well as measurements of sleep quality, recollection and operation of nervous system such as efficiency of manual operation.

It can be seen from the information above mental health is related to physical health. Therefore, it is necessary for organizing activities of mental health promotion in older adults to include both mental and physical measurements in order to obtain the ultimate effectiveness for older adults.

4. Limitations of the study

The full-text information was unavailable. Only the abstracts were obtained, but they cannot be analyzed or synthesized. The reason is that the sources of information are not given the research from the original sources. Therefore, some parts of information are missing. There might have been some research conducted between 1996 and 2008, but they are not available in the electronic databases. Therefore, it is impossible to show the development of mental health promotion. Also, it may have been named differently.

5. Suggestion

There are many possible ways to apply the results of the study in the field of nursing. In terms of mental health promotion among the elderly people, mental health and psychiatric nurses should study mental health promotion techniques carefully and practice them until they become skilled. Then , they can apply the techniques for mental health promotion efficiently. The researcher has suggested the approaches to mental health promotion among the elderly at Maharat General Hospital, Phra Nakorn Si Ayuthaya in the appendix ก.

6. Suggestions for future studies

1. There are different forms of mental health promotion among the elderly. Since only a few research of each form are conducted, there should be more research to support each form so that the research will be more definite and reliable.

2. Since most of the research on mental health promotion among the elderly people were conducted at the homes for the elderly, there should be more research conducted at other places such as in communities or at hospitals.

บรรณานุกรม

- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2545). *แนวทางการดำเนินงานการพยาบาลครอบครัว*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต. (2541). *คู่มือคลายเครียด*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สยามเอนด์ปีลลับลิชชิง.
- กรมสุขภาพจิต. (2543). *คู่มือการส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียนระดับมัธยมศึกษาสำหรับครู* (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2542). *อยู่อย่างสุขใจในวัยสูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: วงศ์กมลโปรดัก.
- กรมสุขภาพจิต. (2542). *แผนแม่บทสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2543 – 2544*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2543). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี เรื่อง สุขภาพจิตดีด้วย EQ2543. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2546). *แนวปฏิบัติบริการสุขภาพเรื่องภาวะซึ่งเศร้าในผู้สูงอายุสำหรับโรงพยาบาลจิตเวช*. นนทบุรี: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- กรมสุขภาพจิต. (2546). *การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชน*. นนทบุรี: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- กรมสุขภาพจิต. (2547). *คู่มือความรู้สุขภาพจิตครอบครัว*. นนทบุรี: สยามเจริญพร.
- กันยา สุวรรณแสง. (2543). *สุขภาพจิต จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บำรุงสาส์น.
- กุลยา ดันดีผลาชีวะ. (2528). *การรักษาสุขภาพในวัยผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- เกษม เล่งเวหาสถิตย์ และคณะ. (2539). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เขอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร*. รายงานการวิจัยทุนสนับสนุน จากงบประมาณสาธารณสุข8. คณะทำงานร่างแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุฉบับที่ 2 (2543). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2* (พ.ศ. 2545 – 2564). กรุงเทพมหานคร.
- จิตสมร วุฒิพงษ์. (2543). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ*. ปรินญาการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2545). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.

- ชมนันท์ บัวงาม. (2539). ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มและการออกกำลังกายต่อการลดความอ้วนของผู้สูงอายุในตำบล ทะเลทรัพย์ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดชุมพร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพย์ภา เชนฐ์เชาวลิต. (2541). จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 6). สงขลา: ฐานเมืองการพิมพ์.
- ธนู ชาติชนานนท์. (2540). ความเข้าใจเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 20(2), 88-89.
- ธรรมจุja อุดม. (2547). ประสิทธิภาพของโปรแกรมนันทนาการโดยการเล่นอังกะลุงในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เนตรนภา จัตุรงค์แสง (2540) การเปรียบเทียบอัตมโนทัศน์และความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ภายใน และนอกสถานสงเคราะห์คนชรา . วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญศรี นุเกตุ. (2545). การพยาบาลผู้สูงอายุ. นนทบุรี: ยุทธินทรการพิมพ์.
- ปราโมทย์ วัจระอาด. (2530). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรีชา ศตวรรษารัง. (2544). การศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องของภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ปิยะพันธุ์ นันดา. (2545). ความเชื่อ ค่านิยม จิตวิญญาณและความตายในผู้สูงอายุ. ใน บุญศรี นุเกตุ (ผู้รวบรวม). การพยาบาลผู้สูงอายุ. นนทบุรี: ยุทธินทรการพิมพ์ จำกัด.
- พัฒนลักษณ์ นิติภากรณ์. (2547). ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พนม เกตุมาน. (2551). บริษัทรักษาจิต-ประสาท. สืบค้นเมื่อ วันที่3 ตุลาคม 2551, จาก http://www.psyclin.co.th/new_page_82.htm
- ระวี ภาวิไล. (2531). ศาสนากับปรัชญา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กะรัต.

- เรณู พุกบุญมี (2547). เอกสารประกอบการสอนวิชาระเบียบวิธีการใช้ผลการวิจัย เรื่อง แนวคิดและขั้นตอนการนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เรณู อินทร์ตา. (2548). ผลของการระลึกความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดปราจีนบุรี. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และอัจฉรา พุ่มดวง. (2539). บทสัมภาษณ์ท่านผู้หญิงถวิลหวัง ทุดิยะโพธิ์. สารสภากาพยาบาล, 11(3), 72 - 74.
- วรรณภา ประไพพานิช. (2546). เอกสารประกอบการสอนเรื่องการสืบค้นและการสังเคราะห์ความรู้. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ และ สิริเกียรติ ชันดิลก. (2541). การพยายามฆ่าตัวตายและความคิดอยากตายในผู้ป่วยสูงอายุ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 43(1), 39 – 55.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2543). การสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย ปี 2543. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2547). การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สถาบันประสาทวิทยา(2548). แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 1.
- สมิต อาชนิจกุล. (2543). การพัฒนาตนเอง (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพฯ: สยามบรรณ.
- สายใจ ชัยสงคราม. (2545). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. ปรินญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2547). ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์
- สุชาดา กัณธารักษ์สกุล. (2546). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบซิกง์โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในผู้สูงอายุที่มีความซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา.

- สุนันทา คุ่มเพชร. (2545). อิทธิพลของพฤติกรรมการเล่นเสริมสุขภาพตนเองการมีส่วนร่วมในชุมชนและความต้องการบริการสวัสดิการสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในเมืองระนอง จังหวัดระนอง. ปรินญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สุนุดตรา ตะบูนพงศ์, ภัทรินทร์ พุฒศรี, วิภาวี คงอินทร์ และเอมอร แซ่จิ้ว. (2551). ผลการออกกำลังกายไทชิตต่อคุณภาพการนอนหลับ ความผาสุก และสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางการแพทย์, 12 (1), 1 – 13.
- สุพรรณิ เปี้ยวนาลาว. (2549). หลักการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ. ใน ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุรีย์ ชันธิรักษ์วงศ์ (บรรณาธิการ). สารทบทวน การพยาบาลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). วิทยาลัยการพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง 1, 47 - 51
- สุภาณี กาญจนจารี. (2539). การพยาบาลผู้สูงอายุ. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 1. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพรรณ โคตรจรัส. (2525). จิตวิทยาในการดำรงชีวิต: สุขภาพจิต เล่ม 1. กรุงเทพฯ: คณะครูศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2544). การประเมินผลงานส่งเสริมสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2549). หน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินการด้านผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2550. จาก: <http://www.oppo.opp.go.th/info/network.htm>
- สมบัติ กาญจนกิจ. (2542). นันทนาการชุมชนและโรงเรียน (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิชัย มงคลและคณะ. (2544). ความสุขและสุขภาพจิตในบริบทของสังคมไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 46, 227-232.
- อภิญญา จารุณฎ. (2542). ผลของการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มที่มีต่อการยอมรับตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา) มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2545). เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมพร โอตระกูล. (2538). สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- อำไพ ชนะกอก, ยูยงค์ เขียวพานนท์ และวันทนี ชวพงศ์. (2535). แบบแผนสุขภาพ ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการวิจัยภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- Blair, C. (2005). Mental health promotion. In K. D. Melillo and S. C. Houde (Eds.). *Geropsychiatric and mental health nursing* (pp. 87-106). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.
- Cairg, G.J. (1991). *Human Development 6th Ed.* New Jersey: Prentice Hall.
- Childers, C.S. (1999). Mental Illness in the Elderly. In Kelter.Schwecke.Bostrom (Ed.), *Psychiatric Nursing (3rd edition)*, 661. Mosby Inc.
- Dungan, J.M., Brown ACSW, A.V., & Ramsey, M.A. (1996). Health maintenance for the Independent frail older adult: can it improve physical and mental well – being? *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1185 – 1193.
- Gail, P. Harmilton. (1995). Promotion of Mental Health In Older Adults. In Mildred O. Hogstel, *Geropsychiatric Nursing (2nd edition)*, 22-27. St. Louis Missouri: Mosby-Year book, Inc.
- Gerson, L.D., Dorsey, C., Berg, J., & Rose, L.E.(2004). Enhancing Self-Care in Community-Dwelling Older Adults. *Geriatric Nursing*, 25(5), 272 – 276, Elsevier ,Inc.
- Good, M., Picot, B., Salem, S., Picot, S., & Lane, D. (2000). Cultural response to music for pain relief. *Journal of Holistic Nursing*, 18(2), 245 – 260.
- Havighurst, R.J. (1968). Personality and Patterns of Aging. *The Gerontologist*. 8(1), 20 - 23.
- Hedelin, B.(1999). Psychiatric Nursing for Promotion of Mental Health and Prevention of Depression in the Elderly: A Case Study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6 , 115 – 124.
- Hoffman, L. et al. (1988). *Development Psychology Today 5th ed.* New York : McGraw-Hill Inc.
- Hogstel, M.O. (1995). *Geropsychiatric Nursing (2nd edition)*. St. Louis Missouri: Mosby-Year book, Inc.
- Jansen, D.A., & Sadovszky, V.V. (2004). *Restorative Activities of Community – Dwelling Elders Western Journal of Nursing Research*, 26(4), 389 – 399 , SagePublication.
- Kaplan, H.I., Freedman, A.M., & Sadock, B.J. (1980). *Comprehensive Textbook of Psychiatry III*. Baltimore : William & Wilkins. 2855.
- KiellhoFner, S.N.R.G., & Schumley. (1996). The relationship between volition activity pattern and life satisfaction in the elderly. *The American Journal of Occupatiuon Therapy*, 4, 278-283.

- Lai, H. L., & Good, M. (2005). Music improves sleep quality in older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 49(3), 234–244.
- Li, F. K., Fisher J., Trbe D., & Weimen C. (2004). Tai chi and Self-Related Quality of Sleep and Daytime Sleepiness in Older Adult: A Randomized Control Trail. *Journal American can Geriatric Society*, 52(6), p 892 – 900.
- Lindberg, D.A. (2004). Integrative Review of Research Related of Meditation, Spirituality, and the Elderly. *Geriatric Nursing*, 26(6), 372 – 377.
- Lin, Y.C., Dai, Y.T., & Hwang, S.L. (2003). The Effect of Reminiscence on the Elderly Population A Systematic Review. *Public Health Nursing*, 20(4), 297 – 306.
- Lueckenotte, A.G. (1996). *Gerontological Nursing*. St Louis : Mosby-Year book.
- Milillo, K.D. (2005). Introduction and Overview of Aging and Older Adulthood. *Geropsychiatric and Mental Health Nursing* (pp. 4). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Milillo, K.D., & Hoede, S.C. (2005). *Geropsychiatric and Mental Health Nursing*. Sudbury Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Murphy, E. et al. (1988). Increased mortality rates in late-life depression. *British Journal of Psychiatry*, 152, 347-53.
- Nancy, K.W. (1997). *Mental Health Nursing in the Community*. USA: Mosby-Year book, Inc
- Okumiya, K., Marita, Y., Nishinaga, M., Osaki, Y., Doi, Y., Ishine, M. et al. (2005). Effect of Group Work Program on Community-Dwelling Elderly People with Age Associated Cognitive Decline and/or Mild Depressive Moods: A Kahoku Longitudinal Aging Study. *Japan Geriatrics Societyt*, 5, 267 – 275.
- Polit, D., & Hungler, B. (1997). *Essentials of Nursing research: Methods, Appraisal, and Utilization* (4th ed). Philadelphia: Lippincott.
- Schulman, E. et al. (2002). Depression and the Use of Conventional and Nonconventional Interventions by Rural Patients. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 9(5), 151 – 158.
- Stetler, C.B., & Marram, G. (1976). Refinement of the Stetler/Marram model for application of research finding to practice. *Nursing Outlook*, 24, 559 - 563.
- Thorn, K.A., & Tuck, I. (2000). Promoting the Mental Health of Elderly African American: A case Illustration. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(4), 191 – 198.

World Health Organization. (2004). Promoting Mental Health. Retrieved January 14, 2007, from http://www.who.int/mental_health/evidence/en/.

World Health Organization (2007). *Ageing and life course*. Retrieved March 16, 2007, from <http://www.who.int/ageing/en/>.

Yurick, A.G., et al (1980). *The Aged Person and the Nursing Process*. New York : Appleton. Century – Crofts, 81.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

การออกกำลังกาย หรือการออกกำลังกายร่วมกันกับกลุ่ม (6 งานวิจัย)			
Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention/Result/ Implication
L.			
Author	Dungan J. M. , Brown A.V. and Ramsey M.A.	Subject Setting	Intervention
Year	1996		
Title	Health maintenance for the independent frail Older adult : Can it improve physical and mental well-being	Method	
Object	เพื่อทดสอบผลของ Health maintenance Program ว่ามีผลต่อสุขภาพทางกายและจิตประจำวัน		
Design	การวิจัยแบบกึ่งทดลอง		Intervention
Level	B		
		ผู้สูงอายุอายุ 60 ปี ขึ้นไป บ้านพักที่จัดให้คนชราหมู่เวียนเข้ามาพัก ที่เกาะ Oahu (ภาคกลางของฮาวาย)ประเทศอเมริกา	Intervention
		การทดลองแบบกลุ่มเดียว	
		คัดเลือกกลุ่มผู้สูงอายุตามความสะดวก จำนวน 59 คน เป็นกลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 74 ปี (SD± 7.7 ปี)	Intervention
		เกณฑ์การคัดเลือก เป็นผู้สูงอายุ ที่มีรายได้ น้อย ย้ายเข้ามาอยู่ในบ้านที่จัดเป็น บ้านพักคนชรา มีความแข็งแรงพอที่จะ สามารถทำกิจกรรมในโปรแกรม มีโรคเรื้อรังอย่างน้อยคนละ 1 โรค ไม่ขัดห้ามในการออกกำลังกาย	
		สถิติที่ใช้และระยะเวลาการวัดผล t - test- วัดก่อนการทดลองและวัดหลังการทดลอง	Intervention
		ผลลัพธ์ที่ต้องการและเครื่องมือที่ใช้วัด	
			กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรม Health maintenance Program ประกอบด้วย การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด การให้ความรู้และ ให้คำปรึกษา และกลุ่ม Self help support group
			ระยะเวลาในการทดลอง ครั้งละ 1.5 ชั่วโมง 3 ครั้ง สัปดาห์ (ไม่ได้ระบุว่าการออกกำลังกายทุกวัน หรือวันเว้นวัน) นาน 6 เดือน (รวม 72 ครั้ง)
			ลักษณะโปรแกรม ดำเนินการโดย ทีม มหาวิทยาลัย - การออกกำลังกายดำเนินการโดยนักกายภาพบำบัดผู้ที่ได้รับการฝึกการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด
			- กลุ่ม Self help support group ดำเนินการโดยพยาบาล
			- การให้ความรู้และคำปรึกษาดำเนินการโดยนักสังคมสงเคราะห์
			- เน้นการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม (group interaction การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการแบ่งปันเรื่องราวของตนเองและ บุคคลอื่นๆ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
		ด้านร่างกาย วัด 3 ด้าน คือ 1. ความดันโลหิต วัดระดับของ ความดันโลหิตสูงสุดที่เกิดขึ้นหลังระยะการบีบตัวของหัวใจ (Systolic blood pressure) และความดันโลหิตที่หลอดโลหิตแดงใหญ่ที่ต่ำสุด (Diastolic blood pressure) 2. แรงบีบมือ (hand strength) เครื่องมือที่ใช้วัดคือ เครื่องมือที่ใช้วัดคือ เครื่องวัดกำลัง (Dynamometer) 3. องค์การเคลื่อนไหวของข้อต่อ ข้อศอกและหัวไหล่ เครื่องมือที่ใช้วัดคือ Goniometer ด้านจิตใจ ผลลัพธ์ที่ต้องการ 1. ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) เครื่องมือที่ใช้วัด คือ แบบทดสอบ LISI-A (Neugerten-Havighurst 18 item) 2. ความมั่นใจในตนเอง (Self-esteem) เครื่องมือที่ใช้วัด คือ 100-mm visual analogue scales for life satisfaction and self-esteem	โปรแกรมประกอบด้วย ช่วงแรก เป็นการออกกำลังกายเป็นกลุ่ม เพื่อการบำบัด (Therapy exercise) ลักษณะการออกกำลังกายเป็นแบบยืดเหยียดข้อต่อต่างๆ ตามทุกส่วนของร่างกาย ช่วงที่สอง กลุ่มพูดคุยกันเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่สนใจ ประเด็นที่กลุ่มสนใจเกี่ยวกับสุขภาพเช่น อาหาร และการใช้พลังงานอย่างสมดุล (balancing the energy checkbook) เทคนิคการผ่อนคลาย การแสดงด้านศิลปะ การฟังดนตรีที่ชื่นชอบ การบำบัดด้วยการสัมผัส การจัดการความเครียด การจัดการอารมณ์แรง การคิดครองต่อภาระก การจัดการเรื่องเบาหวาน การฝึกความจำ การระลึกความหลัง การได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแล การทำป็นกิจกรรมและสิ่งต่างๆ และ ปัญหาสุขภาพที่พบ ผู้ดำเนินการและสื่อที่ใช้ นักกายภาพบำบัด หรือผู้ที่ได้รับการฝึกด้านการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method		Intervention/Result/Implication
				Result 1. ด้านร่างกาย 1.1 ความดันโลหิต - ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต Systolic หลังการทดลอง ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 - ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต Diastolic หลังการทดลอง แตกต่างจากการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\pm$ SD Pretest 12.2, post test 11.4) 1.2 แรงบีบมือ (hand strength) - ค่าเฉลี่ยของคะแนนของแรงบีบมือทั้งซ้ายและขวา หลังการทดลอง เพิ่มขึ้นจากการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 1.3 การเคลื่อนไหวของข้อเท้าและไหล่ - ค่าเฉลี่ยของคะแนนการเคลื่อนไหวของข้อเท้าขวา หลังการทดลอง เพิ่มขึ้นจากการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ - ค่าเฉลี่ยของคะแนนการเคลื่อนไหวของข้อเท้าซ้าย หลังการทดลอง เพิ่มขึ้นจากการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method		Intervention/Result/Implication
			- ค่าเฉลี่ยของคะแนนการเคลื่อนไหวของไหล่ของอาสาสมัครและผู้ช่วยหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจากการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 2. ด้านจิตใจ 2.1 ความพึงพอใจในชีวิต - ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในชีวิตหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 2.2 ความเชื่อมั่นในตนเอง - ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อมั่นในตนเองหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .002 โปรแกรม HMP ประกอบด้วยการออกกำลังกายแบบ Therapeutic exercise นำโดยนักกายภาพบำบัดหรือผู้ดูแลในการออกกำลังกายที่ได้รับการฝึกและ Self help support group ซึ่งประกอบด้วย Educational group และ counseling group นำโดยพยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์หรือบุคคลอื่นที่ได้รับการฝึกมาครั้งละ 1.5 ชั่วโมง 3 ครั้ง/สัปดาห์ นาน 6 เดือน (รวม 72 ครั้ง) ช่วยลดความดันโลหิต Systolic ในผู้สูงอายุและเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตและความเชื่อมั่นในตนเองของผู้สูงอายุได้ส่วนแรงบีบมือทั้งสองข้าง และการหมุนข้อเท้าการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดไม่สามารถทำได้ขึ้นได้ ดังนั้นถ้าจะนำไปใช้ควรพิจารณานำไปใช้ในเรื่องความพึงพอใจในชีวิตและการเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

	Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method		Intervention/Result/ Implication	
	Author Year Title Object Design Level	ขมนันท์ บัวงาม 2539 ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มและการออกกำลังกายต่ออารมณ์ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในตำบลทะเลทรัพย์ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดชุมพร เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกระบวนการกลุ่มและการออกกำลังกายต่อการลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ การวิจัยแบบกึ่งทดลอง	Subject Setting Method	ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ตำบลทะเลทรัพย์ อำเภอบึงสามพัน จังหวัดชุมพร ประเทศไทย คัดเลือกผู้สูงอายุอย่างง่ายที่สมัครใจจำนวน 90 คน ผู้สูงอายุเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม - กลุ่มควบคุม 45 คน - กลุ่มทดลอง 45 คน เกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง เป็น ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลในระดับน้อยปานกลาง มาก สถิติที่ใช้และระยะเวลาในการวัดผล - (t - test) - วัดก่อนและวัดหลังการทดลองทันที ผลลัพธ์ที่ต้องการและเครื่องมือที่ใช้วัด - ความวิตกกังวล : เครื่องมือที่ใช้วัด แบบวัดความวิตกกังวล (Loneliness scale) ของมหาวิทยาลัยเคิลฟอร์เนีย	Intervention	- กลุ่มควบคุม ปฏิบัติกิจกรรมประจำวันอยู่ที่บ้าน - กลุ่มทดลอง ได้รับการกระบวนการกลุ่ม และการออกกำลังกาย แบบหายใจตื้นๆ (การหายใจ) 8 ครั้ง โดยจัดต่อเนื่องกันทุกวัน เวลาในการทำ 9.00 – 12.00 น. รายละเอียดกิจกรรมในการจัดกิจกรรม ครั้งที่ 1 - ให้ผู้สูงอายุแนะนำตนเอง เล่นเกมสร้างความคุ้นเคยโดย เล่นเกมจับคู่ ใช้สื่อรูปภาพที่เป็นสิ่งคู่กันโยนเข้าสู่กิจกรรมหาเพื่อนใช้เวลา 50 นาที พัก 10 นาที - ออกกำลังกายแบบหายใจตื้นๆ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง พัก 10 นาที - เสนอแนะกฎระเบียบของกลุ่ม ผู้สูงอายุร่วมกันเสนอ กฎ กติกา การเข้ากลุ่ม การลงชื่อ และเวลา การแต่งกาย บทบาทในการประชุมกลุ่ม ใช้เวลา 50 นาที ครั้งที่ 2 - ออกกำลังกายแบบหายใจตื้นๆ ใช้เวลา 60 นาที และพัก 10 นาที - เล่น เกมต้นไม้ ใช้สื่อรูปภาพต้นไม้ ตั้งแถวภาพต้นไม้ที่เพิ่งออกภาพต้นไม้ออกดอกสวยงาม

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method		Intervention/Result/ Implication
				ภาพต้นไม้อายุยืนนาน มากเพื่อเชื่อมโยงเข้าสู่ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในผู้สูงอายุใช้เวลา 50 นาที และพัก 10 นาที ครั้งที่ 3 เกมสามเหลี่ยมมหัศจรรย์ เป็นชิ้นส่วนของ Δ ด้านเท่าจำนวน 5 รูปให้ผู้สูงอายุช่วยกันต่อ โดยมีกติกาห้ามพูดห้ามขอร้อง แบ่งชิ้นส่วนของคนอื่น ให้ชิ้นส่วนคนอื่นได้ให้เวลาต่อหน้า 5 นาที เพื่อเชื่อมโยงให้ผู้สูงอายุมองเห็นความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการทำงาน และออกกำลังกายร่ายรำวงจินการ ประชุมกลุ่ม เรื่องความจริงใจและความเสียสละต่อผู้อื่นได้อย่างไร ให้ผู้สูงอายุเล่าประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับความจริงใจ การเสียสละและให้กลุ่มช่วยกันเสนอแนะ ครั้งที่ 4 เกมขวดโหล ให้ออกประโยชน์ของโหลมีอะไรบ้าง เพื่อเชื่อมโยงให้ผู้สูงอายุการเห็นคุณค่าในตนเอง การประชุมกลุ่ม เรื่อง ป้า-ลุงเล่าให้ฟัง - เล่าประสบการณ์ที่ประทับใจในชีวิตแลกเปลี่ยนกันฟัง ครั้งที่ 5 มอบหมายงานแบ่งกลุ่ม การแสดง แสดงเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 10 - 12 คน - ให้ผู้สูงอายุช่วยกันคิดว่าจะ แสดงอะไรเพื่อให้ผู้สูงอายุได้แสดงออก ออกกำลังกายร่ายรำวง การประชุมกลุ่ม เรื่อง “สนทนาป้า-ลุง” ผู้สูงอายุจะพูดคุยในประเด็น สัมพันธ์ภาพในครอบครัวเป็นอย่างไรร

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
		และให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นและแนวทางแก้ไขร่วมกัน ครั้งที่ 6 การแสดงของผู้สูงอายุ ออกกำลังกายร่วมกัน การประชุมกลุ่ม “ดูป่า ผู้สามารถ” ประเด็น เราจะพัฒนาชุมชนได้อย่างไร ให้สมาชิกช่วยกันเสนอแนะแนวทางทำอย่างไร ให้ชุมชนเปลี่ยนแปลงไปในแนวทางที่ดีขึ้น ครั้งที่ 7 เกมผู้บำเพ็ญประโยชน์ แบ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 10-12 คน และให้ร่วมมือกันพัฒนา สิ่งแวดล้อม โดยการทำความสะอาด การปลูกต้นไม้ เพื่อเชื่อมโยงให้ผู้สูงอายุ ตระหนักถึงคุณค่าและความสามารถของตนเองพร้อมที่จะทำประโยชน์ให้สังคม ออกกำลังกายร่วมกัน ครั้งที่ 8 เกมเปิดใจ ให้ผู้สูงอายุนึกถึงข้อดีของเพื่อน โดยแจกกระดาษรูปหัวใจมีชื่อเพื่อนสมาชิกในแต่ละแผ่นกระดาษรูปหัวใจ จากนั้นให้ผู้สูงอายุเขียนความดี ความประทับใจต่อเพื่อน คนนั้นๆ เขียนใส่กระดาษรูปหัวใจที่แจก และส่งให้เพื่อนคนต่อไปเขียนบ้าง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้คิดถึงข้อดีของคนอื่น และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน หมายเหตุ - การออกกำลังกายแบบรำวงเงิน “ห้วยต้นกก” มีท่าอบอุ่นร่างกาย 7 ท่า ท่าบริหาร 12 ท่า ทำทุกครึ่งหลังจบ กิจกรรมผู้สูงอายุรับประทานอาหารร่วมกันทุกครึ่ง ผู้ดำเนินการ เป็นพยาบาลที่สามารถในการรำวงเงิน (ห้วยต้นกก) สื่อที่ใช้ เทปบรรดาทำรำวงเงินแบบห้วยต้นกก

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method		Intervention/Result/ Implication	
				Result	ความไว้หว่ Within group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนความไว้หว่หลังการทดลองมากกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความไว้หว่หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) Between group ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความไว้หว่ในกลุ่มทดลองและควบคุมไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความไว้หว่หลังการทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)
				Implication	กระบวนการกลุ่ม ระยะเวลา 50 นาที และการออกกำลังกายแบบหายใจดันกง (การรำมวยจีน) ครั้งละ 1 ชั่วโมง จำนวน 8 ครั้ง โดยจัดต่อเนื่องกันทุกวันมีประสิทธิผล ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาไว้หว่ลดความไว้หว่ได้ น่าสนใจนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตความผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention	Intervention/Result/Implication
3.	Author	Subject	สมาชิกชมรมผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จังหวัดสงขลาที่คนชวราบางละมุง จังหวัดชลบุรี คัดเลือกกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิงจำนวน 100 คน นำมาสุ่มเข้ากลุ่ม เป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 50 คน เกณฑ์การคัดเลือก เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีความพิการหรือโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สถิติที่ใช้และระยะเวลาการวัดผล T- test ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ และวัดหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ผลลัพธ์ที่ต้องการและเครื่องมือวัด ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลและพฤติกรรม เครื่องมือวัดเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับ	กลุ่มควบคุม "ไม่ได้รับโปรแกรมสุขภาพใดๆ กลุ่มทดลอง "ได้รับโปรแกรมสุขภาพโดยอภิปรายกลุ่มในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายแบบไทเก็ก 18 ท่า การจัดความเครียดและได้รับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวัง การสำหรับการประกอบอาหารการฝึกการออกกำลังกายโดยการนำเสนอตัวแบบพร้อมวีดิทัศน์ ฝึกการนั่งคลายเครียดด้วยการนั่งสมาธิฝึกการนวดด้วยตนเอง โดยการนำเสนอตัวแบบ ระยะเวลา สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง จัดกระทำต่อ 10 สัปดาห์ รายละเอียดโปรแกรม สัปดาห์ที่ 1 ประชุมผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองพร้อมกัน 50 คน เพื่อชี้แจงข้อมูลและวัตถุประสงค์และแบ่งกลุ่มทดลอง เป็นกลุ่ม 5 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยนัดแต่ละกลุ่มจะพบสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง จัดกระทำต่อเนื่องนาน 10 สัปดาห์ ทำกิจกรรมคนละวัน โดยกลุ่มที่ 1 วันจันทร์ กลุ่มที่ 2 วันอังคารกลุ่มที่ 3 วันพุธ กลุ่มที่ 4 วันพฤหัสบดี และกลุ่มที่ 5 วันศุกร์
Author	Year	Setting		
Title	Method			
Object				
Design				
Level				

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method		Intervention/Result/Implication
		ความรู้ในเรื่องการบริหารโภชนาการ การ ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในเรื่อง บริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การ จัดการความเครียดของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผล ของการบริหารโภชนาการ การออก กำลังกาย การจัดการความเครียด ของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์ระดับ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออก กำลังกาย การจัดการความเครียดที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้น	สัปดาห์ที่ 2 - สัปดาห์ที่ 11 เป็นกิจกรรมพัฒนาความรู้และความ คาดหวังในผลการของการกระทำ ดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง ประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตการประกอบอาหาร การฝึกการออกกำลังกาย (ไทเก๊ก 18 ท่า) โดยคำแนะนำตัวแบบ พร้อมวีดิทัศน์ ฝึกการนั่งคลายเครียดด้วยการนั่งสมาธิ ฝึกการนวด ด้วยตนเอง โดยคำแนะนำตัวแบบ ผู้ดำเนินการ เป็นผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการออกกำลังกาย แบบซิกง และนักวิชาการสาธารณสุข สื่อที่ใช้ วีดิทัศน์ 1.ระดับความรู้ เรื่องบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ ความเครียดของผู้สูงอายุ Within group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความรู้เรื่องบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ ก่อนการ ทดลอง และหลังการทดลองไม่ต่างกัน กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับความรู้เรื่องบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดของผู้สูงอายุหลังการ ทดลองสูงขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
		Between group ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนระดับความรู้เรื่องบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและความรู้เรื่องบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) 2.การรับรู้ความสามารถตนเองในเรื่อง บริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด Within group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่ต่างกัน กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองหลังการทดลองสูงขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 Between group ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในกลุ่มทดลองและความรู้เรื่องบริโภคอาหาร การออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .00$) 3.ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ Within group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังในผลก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่ต่างกัน

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
		กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังในผลหลังการทดลองสูงขึ้นจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .00$) Between group ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนการความคาดหวังในกลุ่มทดลองและความควบคุมไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความคาดหวังในผลหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .00$) 4.ระดับพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด Within group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับ พฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย จัดการความเครียด ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง"ไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด หลังการทดลอง สูงขึ้นจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 Between group ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับ พฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย จัดการความเครียดในกลุ่มทดลองและความควบคุมก่อนการทดลอง"ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับ การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
		การจัดการความเครียด ในกลุ่มทดลอง สูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < .00$ กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ในกลุ่มทดลองและความรู้ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด หลังการทดลองไม่แตกต่างกัน การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการอภิปรายกลุ่มในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายแบบไทเก็ก 18 ท่า การจัดการความเครียด และการได้รับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวัง โดย การสาธิตการประกอบอาหาร การฝึกการออกกำลังกาย โดยการนำเสนอแบบพร้อมวีดิทัศน์ ฝึกการนั่งคลายเครียดด้วยการนั่งสมาธิ ฝึกการนวดด้วยตนเอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง จัดกระทำต่อเนื่องนาน 10 สัปดาห์ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ สามารถรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลการกระทำและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ได้ นำสนใจในการนำไปใช้เพื่อส่งเสริมความรู้ การรับรู้ ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลการกระทำและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้
		Implication

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention	Intervention/Result/Implication
4.	Author	Subject		
Year	Setting	ผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 70 – 79 ปี		
Title		สถานสงเคราะห์คนชราบางละมุง จังหวัดชลบุรี		
Object		จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 15 คนทั้ง เพศชายและหญิง เป็นกลุ่มทดลอง ไม่มีกลุ่มควบคุม		
Design	Method	เกณฑ์การคัดเลือก เป็นผู้สูงอายุที่มีความแข็งแรง ทั้งใน ระดับเล็กน้อยและปานกลาง ตาม เกณฑ์แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ซีอี เอส ดี (CES – D Scale ของสถาบัน สุขภาพจิตอเมริกา แปลโดย กิติกร มีทรัพย์) สามารถรับรู้และสื่อเข้าใจ ความหมาย สามารถช่วยเหลือ ตนเองได้ ไม่เป็นผู้ที่ออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ นำมาสู่เป้าหมายเป็น กลุ่มทดลอง		
Level	B			

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
		สถิติที่ใช้และระยะเวลาในการวัด One way analysis of variance: repeated measure ระยะเวลาในการวัด วัด 5 ครั้ง ดังนี้ 1. วัดก่อนการทดลอง 4 สัปดาห์ 2. ระยะเวลาเริ่มการทดลอง 1 วัน 3. ระยะเวลาทดลอง สัปดาห์ที่ 4 (ประเมินผลการทดลอง ครั้งที่ 1) 4. ระยะเวลาทดลอง สัปดาห์ที่ 8 (ประเมินผลการทดลอง ครั้งที่ 2) 5. ระยะเวลาทดลองเสร็จสิ้นทันที (ประเมินผลการทดลอง ครั้งที่ 3) ผลลัพธ์ที่ต้องการและเครื่องมือวัด 1. ความเข้มเศร้าของผู้สูงอายุ	- ผู้วิจัยร่วมออกกำลังกายทุกครั้ง เพื่อช่วยดูแลให้เกิดความถูกต้องของแบบปฏิบัติการออกกำลังกายและเป็นที่น่าพอใจ เช่น ขึ้นนมเมื่อผู้สูงอายุทำให้ออกกำลังกายได้ทันและน่าสำหรับผู้สูงอายุที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้องเพื่อลดความเครียด - หลังจากออกกำลังกายผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีการรวมกลุ่มพูดคุยถึงผลดีในการออกกำลังกายที่ตนเองได้รับ- ขณะการออกกำลังกายแบบซึ่งทั้งทุกกระบวนการนั้นมีเพลงประกอบระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้งดังนี้ 5-10 นาทีอบอุ่นร่างกายโดยใช้ทำบริหารใจข้อ 25 ทำออกกำลังกาย 30 นาที โดยใช้ฝึกทำกายบริหารลมปราณซึ่ง เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายประกอบเพลงด้วยท่ากายบริหารลมปราณ “ซิงกง” 18 ท่า 5-10 นาที ผ่อนคลายร่างกาย (cool down) โดยใช้ท่ากายบริหารลมปราณชุด 8 ท่า สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ช่วงเช้า - บรรยายให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ความหมาย ประโยชน์ของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ หลักในการออกกำลังกาย ข้อแนะนำ และข้อควรระวังในการออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติ แก่กลุ่มทดลอง ก่อนเริ่มกิจกรรมการออกกำลังกาย

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication	
		Result	Intervention/Result/Implication
			1. ภาวะซึมเศร้า - ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ลดลงจากก่อนการทดลอง 4 สัปดาห์ และระยะก่อนเริ่มการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) - ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า ระยะการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ลดลงจากก่อนการทดลอง 4 สัปดาห์ และระยะก่อนเริ่มการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย - ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย ในระยะการทดลองสัปดาห์ที่ 4 ระยะการทดลองสัปดาห์ที่ 8 และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง 4 สัปดาห์ และระยะก่อนเริ่มการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3. วัดสมรรถภาพทางร่างกาย - ค่าเฉลี่ยของคะแนนความยืดหยุ่นของ ข้อศอก ข้อไหล่ ข้อเข่า และข้อต่อกระดูกสันหลัง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที สูงขึ้นจากก่อนการทดลอง 4 สัปดาห์ และระยะก่อนเริ่มการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method		Intervention/Result/Implication
	เครื่องมือที่ใช้วัด แบบประเมินภาวะความซึมเศร้า ซีอีเอส ดี (CES – D Scale) 2. การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในการออกกำลังกาย เครื่องมือที่ใช้วัด แบบสัมภาษณ์การรับรู้ 3. วัดสมรรถภาพตนเองในการออกกำลังกาย เครื่องมือที่ใช้วัด (Goniometer) โดย การวัดองศาการเคลื่อนไหว ของข้อต่อ ข้อไหล่ 4. การวัดข้อต่อกระดูกสันหลัง เครื่องมือที่ใช้ Sit and reach 5. วัดการทรงตัว เครื่องมือที่ใช้วัด แบบวัดการทรงตัว (balance test)		- นำเสนอต้นแบบของผู้สูงอายุที่รู้จักถึงการออกกำลังกายที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างและปฏิบัติตามการออกกำลังกายแบบซึ่งกันอย่างต่อเนื่องโดยให้ผู้สูงอายุที่เป็นต้นแบบอธิบายการออกกำลังกาย และผลของการออกกำลังกายที่ตนเองได้รับพร้อมสาธิตให้ผู้สูงอายุทดลองฝึกปฏิบัติ ช่วงบ่าย ผู้วิจัยตรวจวัดสัญญาณชีพ ก่อนฝึกออกกำลังกาย ทุกครั้งหลังจากให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายแบบซึ่งกันและกันเป็นเวลา 40 นาทีและรวมกลุ่มพูดคุยเพื่อประเมินผลการปฏิบัติตามการออกกำลังกายแบบซึ่งกัน ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3 ฝึกให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายแบบซึ่งกัน ซึ่งในสัปดาห์แรกใช้เวลาในการออกกำลังกายครั้งละ 40 – 50 นาที ก่อนจะออกกำลังกายเพิ่มเวลาในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 – 12 ให้ผู้สูงอายุรวมกลุ่มออกกำลังกายแบบซึ่งกัน สัปดาห์ละ 3 วัน ใช้เวลา 60 นาที และหลังจากออกกำลังกายทุกครั้งจะมีการรวมกลุ่มพูดคุยถึงผลของการออกกำลังกายทุกครั้ง ผู้ดำเนินการ เป็นผู้สูงอายุและพยาบาลที่มีความสามารถในการนำออกกำลังกายซึ่งกัน ข้อที่ชี้ วัดทัศนคติออกกำลังกายแบบซึ่งกัน และคู่มือการออกกำลังกายแบบซึ่งกัน และคู่มือการออกกำลังกาย

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication	
			Implication
		- ค่าเฉลี่ยของความเครียดก่อนการทดลอง 4 สัปดาห์ และระยะก่อนเริ่มการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 4. วัตถุประสงค์ - ค่าเฉลี่ยของความเครียดก่อนการทดลอง 4 สัปดาห์ และระยะก่อนเริ่มการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) - ค่าเฉลี่ยของความเครียดก่อนการทดลอง 4 สัปดาห์ และระยะก่อนเริ่มการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ	การออกกำลังกายซึ่ง 18 ทำ มีผลช่วยลดความเครียดในผู้สูงอายุ เพิ่มความยืดหยุ่นของข้อต่อ ข้อศอก ข้อไหล่ และ ข้อต่อกระดูกสันหลัง และการทรงตัวได้ โดยใช้เวลาการทำนาน 40-50 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์ นาน 12 สัปดาห์ ดังนั้น โปรแกรมการออกกำลังกายแบบซึ่งจึงน่าสนใจที่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานให้การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา โรงพยาบาล และชุมชน รวมถึงบุคลากรในทีมสุขภาพอื่นจะนำไปโปรแกรมการออกกำลังกายแบบซึ่งไปประยุกต์ใช้เพื่อลดความเครียดเสริมสร้างความสามารถในการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุ และส่งเสริมสมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุ ได้

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method		Intervention/Result/Implication	
5.	Author	Li, F. K., Fisher J., Trbe D., & Weimen C.	Subject	Intervention	กลุ่มทดลอง เข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายเป็นกลุ่ม แบบ Tai- chi อย่างง่าย 8 ท่า (Yangstyle) แบ่งเป็นกลุ่ม 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6-15 คน เฉลี่ย 10 คน ต่อกลุ่ม กลุ่มควบคุม เข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกาย แบบ Low impact แบ่งเป็นกลุ่ม 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6- 15 คน (เฉลี่ย 10 คน ต่อกลุ่ม) ระยะเวลาในการทดลอง ครั้งละ 1 ชม. 3 ครั้ง/สัปดาห์ (ไม่ทราบว่าทำทุกวันต่อเนื่องกัน 3 วัน หรือวันเว้นวัน) นาน 6 เดือน (รวม 72 ครั้ง) หรือ 24 สัปดาห์ พัง 2 กลุ่ม ช่วงเวลาในการทำส่วนใหญ่ 82% ทำในตอนเช้าเวลา ประมาณ 10.00 น.รายละเอียด โปรแกรมการออกกำลังกาย แบบ Tai - chi อย่างง่าย 8 ท่า (Yangstyle) ใช้เวลา 1 ชม. การออกกำลังกาย แบบ Tai chi แต่ละ Session ประกอบด้วย 1.อบอุ่นร่างกาย(warm up) 5-10 นาที 2. ออกกำลังกายแบบ ไทชิ 40-50 นาที 3. ระยะผ่อนคลาย (Cool-down) 5-10 นาที และแต่ละ session จะใช้เพลงประกอบในการออกกำลังกาย จุดเน้นของการออกกำลังกายแบบ tai – chi
Year	2004	Setting	Method		
Title	Tai chi and Self-Rated) (Quality of Sleep and Daytime sleepiness in Older Adults : randomized Controlled Trial)				
Object	เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบไทชิ เปรียบเทียบกับการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ต่อผลของคุณภาพของการนอนหลับ การง่วงนอนในตอนกลางวันของผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตโดยรวม การวิจัยแบบทดลอง				
Design	A				
Level					

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
		5. สามารถ เข้าร่วมตลอด 24 สัปดาห์ 6. ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาเรื่อง การนอนหลับผิดปกติ (e.g. , sleep apnea) หรือ ได้รับยานอนหลับจากจิตแพทย์ (e.g., chronic pain , clinical depression) 7. ระหว่างการทดลองรับการรักษารื่อง ปัญหาการนอนหลับได้ไม่เกิน 1 สัปดาห์ 8. ไม่ใช้ยาทางจิตเวช 9. ไม่ได้รับการรักษาอาการนอนหลับ ผิดปกติ 10. ไม่มีภาวะ การรับรู้บกพร่อง โดย คัดนี้ชี้วัด by a cutoff score of 3 on Pfeiffer Mental Status Questionnaire 11. ไม่ดื่มเหล้าทุกวัน หรือดื่มเหล้าใกล้ เวลานอน หรือสูบบุหรี่ 10 มวนต่อวัน 12. มีปัญหานอนไม่หลับ defined as rating of 3 or higher on two of three sleep items drawn from the sleep	- Multidirectional weight shifting - Awareness of body alignment - Multisegmental (arms, leg, trundle) movement & coordination - Breathing regulation โปรแกรมการออกกำลังกายแบบ Low-impact exercise - ออกกำลังกายแบบนั่งทำที่เก้าอี้ประกอบด้วย การควบคุม การหายใจ การยืดเหยียด และการผ่อนคลาย ใช้เวลาในการ ทำ 1ชม. แต่ละsession ประกอบด้วย -อบอุ่นร่างกาย (warm up) 10 นาทีโดยการ เดินและ หนูนคอ หนุนไหล่ หนุนขา - ออกกำลังกาย แบบนั่ง โดยยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนบนและ ส่วนล่างของร่างกาย การฝึกหายใจ เข้า-ออก (ลมหายใจ เข้าท้องป่อง หายใจออกท้องแฟบ) ใช้เวลา 40 นาที - ระยะผ่อนคลาย (Cool-down) ใช้เวลา 10 นาที แต่ละ session ใช้ดนตรีประกอบในทุกกิจกรรม ผู้ดำเนินการและสื่อที่ใช้ ผู้ดำเนินการในการออกกำลังกาย ไม่ได้ระบุในงานวิจัย สื่อที่ใช้ คนตรีประกอบ 1. คุณภาพการนอนหลับ (PSQI) Within group
			Result

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
	Questionnaire and assessment of wakefulness or a rating of 4 or higher on any one of three sleep items that assessed the problem of falling asleep at night, waking up during the night, and waking and getting up in the morning. สถิติที่ใช้และระยะเวลาในการวัดผล - การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANOVA) for continuous variable , The chi-square test for categorical variable การวัดผลวัด Baseline เดือนที่ 3 การทดลอง) (ระหว่างการทดลอง) เดือนที่ 6 (สิ้นสุด) ผลลัพธ์ที่ต้องการและเครื่องมือที่ใช้วัด Primary outcome 1. คุณภาพของการนอนหลับ (Quality of Sleep) ประกอบด้วยดัชนีชี้วัด 7 ตัว คือ 1. subjective sleep quality 2. sleep latency 3. sleep duration 4. sleep	กลุ่มควบคุม (กลุ่ม Low impact exercise) ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการนอนหลับก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่าง กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการนอนหลับทั้งหมดแยกตามตัวชี้วัดหรือองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ ยกเว้น using sleep medication ดีขึ้น $P < .001$ Between group ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการนอนหลับ และ 7 ตัวชี้วัด ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการนอน โดยภาพรวมดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ยกเว้น sleep dysfunction และ use of sleeping medication ที่ไม่มีความแตกต่างกัน 2 การรบกวนในเวลากลางวัน (ESS) Within group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนการนอนหลับในเวลา กลางวันก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนการนอนหลับในเวลา กลางวันหลังการทดลอง ลดลง จากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .00$)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
	efficiency 5. sleep disturbances 6. use of sleeping medication และ 7. daytime dysfunction เครื่องมือวัด Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) 2. การรบกวนนอนในเวลากลางวัน (Daytime sleepiness) เครื่องมือวัด Epworth Sleepiness Scale (ESS) Secondary outcome 3. สมรรถภาพทางกาย (Physical Performance) 3.1 ความแข็งแรงของขาทั้งสองข้าง วัด โดย Single-leg stand test 3.2 การใช้เวลาลุกนั่ง เครื่องมือวัด The chair-rise test measures 3.3 ระยะเวลาในการเดิน 50 feet เครื่องมือวัด The 50 - feet walk 4. คุณภาพชีวิต เครื่องมือวัด SF-12	Between group ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการนอนหลับในเวลากลางวัน "ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง 6 เดือน กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการนอนหลับในเวลากลางวันหลังการทดลอง ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .002$) 3 สมรรถภาพทางกาย (Physical Performance) 3.1 ความแข็งแรงของขาทั้งสองข้าง Within group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการขึ้นขาเดียว ขวา, ซ้าย ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ไม่แตกต่าง กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการขึ้นขาขวา และขาซ้าย หลังการทดลอง เพิ่มขึ้น จากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) Between group ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการขึ้นขาขวา และ ขาซ้าย "ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการขึ้นขาขวา และ ขาซ้าย หลังการทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่า

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
		กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) 3.2 การใช้เวลาดูหนัง (The chair-rise test measures) Within group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการลุกนั่งก่อนการทดลอง และหลังการทดลองไม่แตกต่าง กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการลุกนั่ง หลังการทดลอง ลดลง จากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) Between group ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการลุกนั่ง ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง 3 และ 6 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการลุกนั่งหลังการทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .003$) 3.3 การเดิน 50 ฟุต Within group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการเดิน 50 ฟุต ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการเดิน 50 ฟุต หลัง การทดลอง ลดลง จากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method		Intervention/Result/Implication
			Between group ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการเดิน 50 ฟุต ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการเดิน 50 ฟุต หลังการทดลอง ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .009$) 4. คุณภาพชีวิตโดยรวม (SF – 12) คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย Within group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย หลังการทดลองเพิ่มขึ้น จากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) Between group ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง 3 และ 6 เดือน กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย หลังการเพิ่มขนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .009$)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method		Intervention/Result/Implication
			4.2 mental summary score Within group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจหลังการทดลอง เพิ่มขึ้น จากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .04$) Between group ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การออกกำลังแบบไทชิ Yang style 8 ทำ ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนไม่หลับ ระดับปานกลาง สามารถช่วยการส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับได้ดีขึ้น และเพิ่มสมรรถนะทางกายภาพแข็งแรงของขาซึ่งจากการยืนเขย่งด้วย - ขว้างได้นานขึ้น ใช้เวลาในการลุกนั่ง และระยะเวลาในการเดิน 50 ฟุตลดลง และเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุได้ด้วย ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น กว่าการออกกำลังกายแบบยืดเหยียด

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method		Intervention/Result/Implication	
6.	Author	Subject Setting Method	ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ทำในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ คัดเลือกกลุ่มผู้สูงอายุอย่างจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 25 คน แบ่งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เกณฑ์การคัดเลือก 1. เป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง อายุ 60 ปี ขึ้นไป 2. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 3. สามารถฝึกไทยได้ 4. เข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์อย่างน้อย 1 เดือน 5. สามารถรับรู้เรื่องสถานที่ เวลาและบุคคลได้ดี	Intervention	กลุ่มควบคุมทำกิจกรรมตามปกติของสถานสงเคราะห์ไม่ได้รับการฝึกไทย กลุ่มทดลอง ได้รับการฝึกไทย วันละครั้ง ๆ 20 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 12 สัปดาห์ วิธีการฝึก ให้ผู้สูงอายุเลือกวันที่จะฝึกวันออกกำลังกายไทยเอง วันจันทร์ – วันศุกร์ เลือกฝึก 3 วัน ใช้เวลาอบอุ่นร่างกาย 5 นาที ทำไทย 18 ท่า ใช้เวลา 15 นาที สื่อและเครื่องมือที่ใช้ เป็นสื่อวีดิทัศน์ประกอบเพลงการออกกำลังกายแบบไทย และผู้ดำเนินการพยาบาลที่ได้รับการฝึกฝนการออกกำลังกายแบบไทย 1. คุณภาพการนอนหลับ (PSQI) Within group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการนอนหลับก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ไม่แตกต่าง กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P< .01) Between group ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของ คะแนนคุณภาพการนอนหลับ ไม่แตกต่างกัน
	Year				
	Title				
	Object				
	Design	การวิจัยกึ่งทดลอง	B	Result	
	Level				

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
	6. ไม่มีข้อจำกัดเรื่องความเจ็บป่วยที่เป็นข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว โรคลมชัก และโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้ 7. ไม่เคยฝึกการออกกำลังกายแบบไทชิมาก่อนหรือการออกกำลังกายอื่นๆ ยกเว้นการฝึกหยียด 8. ใน 1 เดือนที่ผ่านมาไม่มีปัญหาเรื่อง การนอนหลับมากกว่า 2 วัน/สัปดาห์อย่างน้อย 1 สัปดาห์ ประกอบด้วย - นอนหลับยาก - นอนน้อยกว่า 5 ชั่วโมง/คืน - ตื่นกลางดึกมากกว่าคืนละ 2 ครั้ง - ระยะเวลาในการใช้เวลาหลับมากกว่า 30 นาที - เมื่อตื่นแล้วไม่สามารถหลับต่อได้	หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการนอนโดยภาพรวมดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) 2. ความผาสุก (General wellbeing score) Within group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนความผาสุกก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่าง กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพความผาสุกดีขึ้นอย่างมีนัยทางสถิติ ($P < .05$) Between group ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความผาสุกไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพความผาสุกไม่แตกต่างกัน 3. การลุกนั่ง 2 mins. Step in place (number of times) Within group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนการลุกนั่งก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลอง (กลุ่ม Tai – chi) ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการลุกนั่งดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
	- ต้นเทียมมาก และไม่รู้สึกลดขึ้น ผลลัพธ์ที่ต้องการและเครื่องมือในการวัด - คุณภาพการนอนหลับกับเครื่องมือที่ใช้ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) - General well being เครื่องมือวัด-General well being scale - ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เครื่องมือวัด sit and reach test , - ความจุปอด เครื่องมือวัด Spirometer - การลุกนั่ง เครื่องมือวัด 2 minutes step in place	Between group ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการลุกนั่งไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพการลุกนั่งดีขึ้นอย่างมีนัยทางสถิติ ($P < .05$) 4. ความจุปอด Within group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนความจุปอดก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่าง กลุ่มทดลอง (กลุ่ม Tai – chi) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความจุปอดดีขึ้นอย่างมีนัยทางสถิติ ($P < .01$) Between group ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความจุปอดไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความจุปอดดีขึ้นอย่างมีนัยทางสถิติ ($P < .01$) 5. Sit and reach test (inches) Within group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนน Sit and reach test (inches) ก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่าง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
			กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนน Sit and reach test ไม่แตกต่างกัน Between group ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน Sit and reach test (inches) ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน Sit and reach test (inches) ไม่แตกต่างกัน การออกกำลังกายแบบไทชิ 18 ที่ สัปดาห์ละ 3 วัน วันละครั้ง ครั้งละ 20 นาที ติดต่อกัน 12 สัปดาห์ สามารถทำให้คุณภาพการนอนหลับ และจำนวนครั้งของการออกกำลังกาย – ลง คี้นั้นดีขึ้น จึงน่าสนใจที่จะนำการออกกำลังกาย แบบไทชิ ไปใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพการนอนหลับ และคุณภาพของการออกกำลังกาย – ลงของผู้สูงอายุได้ มีผลช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีต่อไป Implication

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

กิจกรรมนันทนาการและดนตรี (4 งานวิจัย)				
Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method		Intervention/Result/Implication
7.	Author Year Title Object Design Level	ชรรุ่งจา อุดม 2547 ประสิทธิภาพของโปรแกรม นันทนาการ โดยการเล่นอังกะลุงใน ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมโดยการ เล่นอังกะลุงในผู้สูงอายุที่มีภาวะ ซึมเศร้า การวิจัยแบบทดลอง A	Subject Setting Method	Intervention
		ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา สถานสงเคราะห์บ้านบางละมุง จังหวัด ชลบุรี การศึกษาระยะ 2 กลุ่ม จำนวนกลุ่ม จำนวน 20 คน อายุเฉลี่ย 70 - 79 ปี ทั้งหญิงและชาย สุ่มเข้ากลุ่ม กลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 10 คน เกณฑ์การคัดเลือก เป็นคนชราที่อาศัยอยู่สถานสงเคราะห์มานานกว่า 1 เดือน สามารถมองเห็น ได้ยินเสียงและสื่อสาร เข้าใจได้ "ไม่เป็นโรคเรื้อรังแรง สามารถใช้แขนได้ อย่างน้อย 1 ข้าง ไม่เคยเล่นอังกะลุงมาก่อน มีความซึมเศร้าระดับต่ำโดยใช้แบบทดสอบ ความซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale :TGDS) มีคะแนนความ ซึมเศร้า 13-18 คะแนน และไม่รับยาต้านอาการ ซึมเศร้า สถิติที่ใช้และระยะเวลาการวัดผล		กลุ่มควบคุม ทำกิจกรรมตามปกติของสถานสงเคราะห์ กลุ่มทดลอง "ได้รับโปรแกรมการเล่นอังกะลุง ระยะเวลาในการดำเนินงาน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ทุกวันจันทร์ พุธ และวันศุกร์ ครั้งละ 1 ชม. ทำนาน 6 สัปดาห์ (รวม 18 ครั้ง) รายละเอียดของโปรแกรม ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมดังนี้ - 10 นาทีแรก พูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และซักถาม ปัญหาในสัปดาห์ที่ผ่านมา - 40 นาที กิจกรรมการเล่นอังกะลุง - 10 นาทีสุดท้าย สรุปผลของการเล่นกิจกรรมอังกะลุงในแต่ละ ครั้ง ความรู้สึกรักการมีคุณค่าในตนเอง ในการพบครั้งแรก และ ใน สัปดาห์ที่ 6 สัปดาห์ที่ 1 - ครั้งที่ 2 วัตถุประสงค์ - เพื่อเตรียมความพร้อมด้านบุคลิก สถานที่ อุปกรณ์ และเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ ฝึกการเล่นอังกะลุงให้กับ ผู้สูงอายุและ ประมวลผลการดำเนินงานกิจกรรม ให้ผู้สูงอายุ ผู้วิจัย แนะนำตนเอง และคิดเป้าหมาย การฝึกถาม การฝึกการ เล่นอังกะลุง เพลงแรกเพลงช้าง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
	T-test วัดก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันที ผลลัพธ์ที่ต้องการและเครื่องมือที่ใช้วัด 1.ภาวะซึมเศร้า เครื่องมือที่ใช้วัด แบบวัดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (Geriatric Depression Screening Scale : GDS ของ เชซาเวท แพตโต โดย อรวรรณ ลีทองอิน) 2. ความรู้สึกลึกซึ้งที่มีคุณค่าในตนเอง เครื่องมือที่ใช้วัด แบบวัดความรู้สึกลึกซึ้งที่มีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosen berg, 1965 แปลโดย เขียวลักษณ์ มหาสัทธิวัฒน์)	สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 3 วัตถุประสงค์ เพื่อเตรียมความพร้อม สร้างสัมพันธภาพ ทบทวนความรู้และความเข้าใจในการเล่นอังกะลุงให้ผู้สูงอายุ สามารถร้องเพลงตามโน้ต ได้รับความสนุกสนานเพลิดเพลิน ได้สื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพโดยผ่านกระบวนการเล่นดนตรี กิจกรรม ให้การพูดคุย ชักถาม เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และให้ผู้สูงอายุได้ฝึกการเล่นอังกะลุงเพลงช้าง และชื่นชมผู้สูงอายุเมื่อผู้สูงอายุทำได้ สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 6 วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ด้วยการพูดคุยให้แรงเสริม โดยการ ชื่นชม เพื่อให้ผู้สูงอายุเล่นอังกะลุงตามโน้ต เพื่อให้ผู้สูงอายุสนุกสนานเพลิดเพลินและแสดงออกทางอารมณ์และร่างกาย และ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพโดยผ่านกระบวนการเล่นดนตรี โดยมีกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ดังนี้ กิจกรรม แต่ละครั้งจะพูดคุยถึงผลการเล่น อังกะลุง และให้ผู้สูงอายุได้ฝึกเล่นอังกะลุงดังนี้ สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 4 เพลงช้าง สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 5 และ 6 เพลงไก่ขันอีกนิต สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 7 และ 8 เพลง ไกลเข้ามา อีกนิต

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
		สัปดาห์ที่ 3, 4 ครั้งที่ 9 และ 10 เพลง ตามองตา และใกล้เข้ามาอีกนิด สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 11 และ 12 เพลง พรปีใหม่ สัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 13 และ 14 เพลง ลอยกระทงสัปดาห์ที่ 5, 6 ครั้งที่ 15 และ 16 เพลง พรปีใหม่, เพลงลอยกระทง สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 17 และ 18 เล่นทุกเพลง ผู้ดำเนินการสื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ ผู้ดำเนินการ เป็นพยาบาลที่ได้รับการฝึกการเล่นอังกฤษ สามารถเล่นอังกฤษได้ สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ ป้ายชื่อ เครื่องดนตรี อังกะลุง ลึง กรับ กระดาด ที่บรรจุโน้ตเพลง 1. ภาวะซึมเศร้า Within group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่ต่างกัน กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 Between group ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง คะแนนภาวะซึมเศร้า ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
		อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 2. ความรู้สึกลึกซึ้งคุณค่าในตนเอง Within group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง หลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 Between group ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 โปรแกรมสนับสนุนการโดยการเล่นองกะลุง โดยใช้เวลา ครั้งละ 1 ชม. 3 ครั้ง/สัปดาห์ วันจันทร์ วันพุธ วันศุกร์ ทำนาน 6 สัปดาห์ สามารถลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุที่มีระดับความซึมเศร้าในระดับต่ำได้ นำเสนอไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้ Implication

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject	Subject/Setting/Method	Intervention	Intervention/Result/Implication
8.	Lai, H. L., Good, M. 2004	Subject	ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนหลับยากซึ่งประเมิน โดย PSQI คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า	Intervention	กลุ่มควบคุม ได้รับการสอนให้ผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเฉิว และได้รับการสอนให้บันทึกการตอบแบบสอบถามตาม PSQI กลุ่มทดลอง ได้ฟังดนตรีช่วยบำบัดฟื้นฟูคุณภาพการนอนหลับก่อนนอนและได้รับการสอนให้ทำการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการสอนให้บันทึกการตอบแบบสอบถามตาม PSQI ระยะเวลาในการทดลอง ครึ่งละ 45 นาที ทำทุกวัน นาน 3 สัปดาห์ เวลาเช้านอน (at bed time) (รวม 21 ครั้ง) ลักษณะการของโปรแกรม คนตรีบำบัดฟื้นฟูคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ - ลักษณะดนตรี soft & sedative music = 60 – 80 ครั้งต่อนาที - ให้ผู้สูงอายุเลือกฟังเพลงตามที่ชอบมีให้เลือก 6 ชนิด โดย 5 ชนิดเป็นของตะวันตกและ 1 ชนิดเป็นของจีน 1.เสียงจากเครื่อง Synthesizer 2. พิณ (Harp) 3. เปียโน 4. ดนตรีคลาสสิก(Orchestra ของ Beethoven) 5. เสียงดนตรี Slow Jazz 6.ดนตรีจีนแบบลูกทุ่ง (Chinese Orchestra Folk Music) รายละเอียดของโปรแกรมดนตรีบำบัดฟื้นฟูคุณภาพการนอนหลับ
Year	ดนตรีช่วยบำบัด (soft music) ฟังผู้	Setting	Lin-in Taiwan (ไต้หวันภาคกลาง)		
Title	คุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ	Method	การศึกษาระหว่างการทดลอง		
Object	(Music improves sleep quality in older adult)		ครึ่ง ตอนเก็บข้อมูลระหว่างทดลอง		
Design Level	เพื่อศึกษากลุ่มผู้สูงอายุชาวไต้หวันที่ใช้ดนตรีช่วยบำบัดฟื้นฟู การนอนหลับก่อนนอนทุกคน เป็นเวลา 3 สัปดาห์ จะสามารถทำให้คุณภาพการนอนหลับดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ดนตรีบำบัดก่อนนอนหรือไม่		กระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		- กลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมด ชาย จำนวน 60 คน อายุระหว่าง 60-83 ปี อายุเฉลี่ย 67 ปี เป็น 2 กลุ่ม - กลุ่มควบคุม 30 คน - กลุ่มทดลอง 30 คน เกณฑ์การคัดเลือกเข้า - เป็นผู้สูงอายุนอนหลับยาก ผ่านการคัดกรองตามแบบวัด Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) และ Epworth Sleepiness Index - เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ยานอนหลับ และไม่ทำสมาธิก่อนนอน
	การวิจัยแบบทดลอง		การศึกษาระหว่างผู้สูงอายุทั้งหมด ชาย จำนวน 60 คน		
	A		เกณฑ์การคัดเลือกเข้า		
			เป็นผู้สูงอายุที่นอนหลับยาก ผ่านการคัดกรองตามแบบวัด Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) และ Epworth Sleepiness Index		

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
	- ไม่เต็มเครื่องมือที่มีค่าเพื่อก่อนนอน - เป็นผู้สูงอายุไม่มีปัญหาการนอนหลับจาก ความซึมเศร้า การสูญเสียการรับรู้ ยา หรือ ปัญหาจากสิ่งแวดล้อม สถิติที่ใช้และระยะเวลาในการวัดผล t-test วัดก่อนและวัดหลังการทดลอง วัดซ้ำ โดยวัด 4 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 วัดก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2 Post test ระหว่างทำ สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 3 Post test ระหว่างทำ สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 4 Post test ระหว่างทำ สัปดาห์ที่ 3 ผลลัพธ์ที่ต้องการและเครื่องมือที่ใช้ 1. คุณภาพการนอนหลับโดยรวม 2. องค์ประกอบของคุณภาพการนอน มี 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1.ความรู้ถึงคุณภาพการนอนหลับ(Perceived sleep quality) 2. ช่วงเวลาก่อนการนอนหลับ (Sleep latency) 3. ช่วงระยะเวลายาวนานในการนอนหลับ (Sleep duration) 4. อาการไม่สงบของการนอนหลับ (Sleep disturbance)	ก่อนดำเนินการทดลองผู้วิจัยไปเยี่ยมที่บ้านโดยมีวัตถุประสงค์ 1. สอนให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้สามารถ บันทึกการตอบแบบสอบถามตาม PSQI 2. ศึกษาการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั้งผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้ผู้สูงอายุได้ฝึกการผ่อนคลาย นั่งในท่าที่ผ่อนคลาย ทำจิตใจให้สงบ ไปนวดผ่อนคลาย ริมฝีปากไม่มึน แขนไม่เกร็ง ผ่อนคลายตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า 3. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มทดลอง ได้ทดลองฟังดนตรี และเลือกฟังดนตรีที่ผ่อนคลายที่ผู้สูงอายุชอบ โดยให้ผู้สูงอายุเลือก ดนตรีที่ฟังแล้วรู้สึกผ่อนคลายที่สุด และปรับระดับเสียงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโดยให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองเลือก ให้ฟัง เทปตัวอย่าง ทั้ง 6 ชนิด นานตัวอย่างละ 30วินาที หมายเหตุ ดนตรีที่ผู้สูงอายุเลือก 63% (n = 19) เป็นดนตรี ตะวันตก, 27% (n = 8) เลือกฟังดนตรีอื่น, 10% (n = 3) ฟังทั้ง 2 อย่างคือ ดนตรีตะวันตกและดนตรีจีน, ดนตรี ฟิน, เปียโน และ ดนตรีจีน ถูกเลือก 23% วงดนตรี Orchestra ถูกเลือก 17% (n = 5) และเสียงจากเครื่อง Synthesizer หรือ ดนตรีแจ๊ส ถูกเลือก 7% (n = 2)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
	5. ความผิดปกติของการนอนในช่วงวัน (Daytime dysfunction) 6. Sleep efficiency 7. use of sleep medication คะแนนรายข้อ ข้อละ 0- 3 คะแนน มีคะแนนรวม 0- 21 คะแนน สำหรับงานวิจัยนี้ตัดข้อการใช้ยาออกเหลือ 6 ข้อ คะแนนรวมจึงเหลือ 0- 18 คะแนน คะแนนสูงสุดหมายถึงคุณภาพการนอนไม่ดี เครื่องมือวัดคือ Pittsborough Sleep Quality Index	รายละเอียดการเขียนบ้านครั้งที่ 1 - ผู้สูงอายุเลือกเพลงที่ชอบทดลองฟัง ฟังการฟังเพลงแล้วผ่อนคลาย - สอนการจัดทำนักร้องที่ผ่อนคลาย (นักร้องนัก เหยียดขา ไม่คิดถึงเรื่องใดๆ และขณะฟังเพลงให้ผ่อนคลายจากศีรษะ -จรดเท้า) - ให้เลือกเพลงที่ฟังแล้วคิดว่าผ่อนคลายที่สุดและชอบที่สุด - ผู้วิจัยเปิดเพลงที่เลือกประมาณ 2 นาที เสียงดังพอเหมาะ และสังเกตปฏิกิริยาตอบสนองของผู้สูงอายุต่อเพลงและให้แรงเสริมในการฟังเพลง - ถ้าผู้สูงอายุไม่ผ่อนคลายแนะนำให้เพิ่มเติม - ประเมินความสามารถในการฟังดนตรีจากเกณฑ์ yes / no yes = 2 คะแนน no = 1 คะแนน ถ้าได้คะแนนน้อยกว่า 7 ถือว่าฟังเพลงแล้วไม่ผ่อนคลาย ผู้วิจัยต้องสอนใหม่ และสังเกตการผ่อนคลายอีกครั้ง จนกว่าผู้สูงอายุจะทำได้ 1. นักร้องที่ผ่อนคลาย yes / no 2. ไม่แสดงความตึงเครียดจากกล้ามเนื้อรอบปาก yes / no 3. หายใจและผ่อนคลายขณะฟังเพลง yes / no 4. กลับเนื้อไม่ตึงเครียดเมื่อยกแขนผู้สูงอายุขึ้น yes / no - แนะนำการใช้ log - สอนการใช้ Music for sleep (การสอนเป็นมาตรฐาน) 5 ขั้นตอน

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
		1.นอนบนเตียงตามเวลาเข้านอนปกติ อุณหภูมิห้องนอนที่สบาย สวมชุดนอนที่สบาย บิดไฟและหลับตา 2.เล่นเพลงด้วยความดังพอเหมาะ 3.ใช้ห้องฟัง ไม่ใช้ห้องฟัง ตามชอบ 4.เปลี่ยนน้ำใหม่ได้ถ้าฟังเพลงหน้าแรกไม่หลับ 5.ไม่ต้องกังวลเรื่องการบิดเพลงปล่อยให้เพลงเล่นไปเรื่อยๆ ระยะการทดลอง - ในสัปดาห์ ที่ 1 - 3 ดำเนินกิจกรรม โดยให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองฟังดนตรีบำบัดในเวลาก่อนนอนทุกคืน - ผู้ทดลอง โทรศัพท์ถามผู้สูงอายุ ถึงคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุอาทิตย์ละ 2 ครั้ง ในกลุ่มทดลองว่าได้ฟังดนตรีก่อนนอนทุกคืนหรือไม่ - ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านทุก 1 สัปดาห์ เพื่อติดตามผลคุณภาพการนอนหลับและเก็บบันทึกการนอนหลับ ผู้ดำเนินการและสื่อที่ใช้ เป็นอาจารย์พยาบาล และผอ. ศูนย์สุขภาพชุมชน สอนกิจกรรมได้ สื่อที่ใช้วิทยุเทปและเทปเสียง 1.คุณภาพการนอนหลับ Between group ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนองค์ประกอบคุณภาพการนอนไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 1, 2 และ 3
		Result

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
		- กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพของการนอนหลับหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 1, 2 และ 3 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < .01$ - กลุ่มทดลองเฉลี่ยของคะแนนองค์ประกอบคุณภาพการนอน SL DD ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) 2. องค์ประกอบของการนอนหลับ Between group ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคะแนนขององค์ประกอบ โดยองค์ประกอบของคุณภาพการนอน ได้แก่ 1. ความรู้สึถึงคุณภาพการนอนหลับ (Perceived sleep quality) 2. ช่วงเวลาก่อนการนอนหลับ (Sleep latency) 3. ช่วงระยะเวลาขานานในการนอนหลับ (Sleep duration) 4. อาการไม่สงบของการนอนหลับ (Sleep disturbance) 5. ความผิดปกติของการนอนในช่วงวัน (Daytime dysfunction) 6. Sleep efficiency "ไม่แตกต่างกัน" หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 1, 2 และ 3 กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนองค์ประกอบของการนอนหลับ 4 ด้าน ได้แก่ PSQ, SL, SE, DD ต่ำขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < .001$

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
			- กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนองค์ประกอบของการนอนหลับ 4 ด้าน ได้แก่ PSQ, SL, SE, DD ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง มากกว่าสัปดาห์ที่ 3 - กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนองค์ประกอบของการนอนหลับ 5 ด้าน ได้แก่ PSQ, SL, SE, SD, DD หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 3 ค่อนข้างมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P < .001$ โปรแกรมดนตรีบำบัดฟื้นฟูคุณภาพการนอนหลับ (Sedative Music) นาน 45 นาทีก่อนนอนทุกวัน นาน 3 สัปดาห์ ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องการนอนหลับ มีคุณภาพในการนอนหลับ ในภาพรวมในกลุ่ม องค์ประกอบคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น เช่น การรับรู้คุณภาพการนอนหลับ ช่วงเวลาก่อนการนอนหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับ ความพึงพอใจในการนอนหลับ ความคิดปกติของการนอนหลับ นำสนใจในการนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนหลับยาก ซึ่งเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพักผ่อนได้ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพกายที่มีผลต่อสุขภาพจิตที่ดีได้ทำให้ผู้สูงรู้สึกสดชื่น

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method		Intervention/Result/Implication	
9.	Author Year Title Object Design Level	Jansen, D.A., Sadovszky, V.V. 2004 การฟื้นฟูความมีชีวิตชีวาให้กับผู้สูงอายุที่ อยู่ในสถานสงเคราะห์ (Restorative Activity of Community- Dwelling Elder) เพื่อศึกษาชนิดของกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุ มีชีวิตชีวา Qualitative descriptive design C	Subject Setting Method ผู้สูงอายุในชุมชน อายุ 65- 92 ปี สถานสงเคราะห์คนชรา เมือง Midwestern city in the United States สัมภาษณ์ ตัวต่อตัว โดยใช้คำถาม ว่า “ บอกกันเกี่ยวกับกิจกรรม ที่คุณทำในปัจจุบันที่เหมาะสม ทำ แล้วรู้สึกสดชื่น มีพลังใจ หรือรู้สึก สงบ ” แล้วบันทึกคำตอบของ ผู้สูงอายุแต่ละคน กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุจำนวน 30 คน อายุ 65 – 92 ปี อายุเฉลี่ย 74 ปี หญิง 28 คน ชาย 2 คน สถานภาพ เป็นหม้าย (53%) คู่ (27%) โสด (20%) เกณฑ์การคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ เป็นผู้สูงอายุที่ สามารถสื่อสารเข้าใจได้	Intervention Result	- ผลการวิเคราะห์ สังเคราะห์เมื่อนำรูปแบบกิจกรรมมาจัดเป็น หมวดหมู่พบว่า เป็นกิจกรรมนันทนาการ ที่ผู้สูงอายุดำเนิน กิจกรรมแล้วทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกสดชื่นมีชีวิตชีวา มี จำนวน 12 หมวดหมู่ ดังนี้ 1 การประดิษฐ์ หรือทำงานสร้างสรรค์ มีจำนวนผู้สูงอายุที่ตอบ ตรงกันมากที่สุด จำนวน 29 ครั้ง จากจำนวนสมาชิกที่ตอบ 17 คน กิจกรรม เช่น การอบขนมปัง การออกแบบเครื่องประดับเพชร การถักนิตติ้ง และถักโครเช การปักผ้า การทำผ้าห่มหรือผ้าคลุม การทำเครื่องดนตรี การระบายสี ตัวอย่าง ฉันรู้สึกว่าการมีความสุขเมื่อได้ทำบางสิ่งด้วยตัวฉันเอง ให้กับใครบางคน 2. การบำเพ็ญประโยชน์แก่ผู้อื่น มีจำนวนผู้สูงอายุตอบจำนวน 23 ครั้ง จากจำนวนผู้สูงอายุ 13 คน กิจกรรม เช่น อาสาสมัคร ทำงานผู้ดูแลการไปเยี่ยมเพื่อนบ้าน ตัวอย่าง “ฉันรู้สึกที่ได้ ช่วยเหลือคนอื่น” 3. การอยู่กับธรรมชาติ มีจำนวนผู้สูงอายุตอบจำนวน 22 ครั้งจาก จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 17 คน กิจกรรม เช่น การนั่ง มองพระอาทิตย์ขึ้นและตก การเดินออกบ้าน เพื่อชมต้นไม้

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
		และดอกไม้ การพาสัตว์เลี้ยงไปเดินเล่น ตัวอย่าง “ ถิ่นชอบที่จะอยู่กับธรรมชาติพวกนั้นทำให้ฉันสดชื่น” 4. การมีเครือข่ายทางสังคม มีผู้สูงอายุตอบจำนวน 19 ครั้งจากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 16 คน กิจกรรม เช่น การไปหาเพื่อนที่คุ้นเคยและเล่นไพ่ การดื่มกาแฟและการกินอาหารกลางวัน การโทรศัพท์คุยกับเพื่อน การไปเยี่ยมเพื่อนบ้าน การเดินร้านเป็นกลุ่มกับเพื่อน ตัวอย่าง “ ฉันรู้สึกดีขึ้นที่ได้คุยกับเพื่อนเก่า” 5. การทำกิจกรรมท้าทายเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ มีจำนวนผู้สูงอายุตอบจำนวน 18 ครั้งจากจำนวนผู้สูงอายุ 14 คน กิจกรรม เช่น การเล่นเกม การต่อจิ๊กซอ และเล่นตัวอักษรไขว้ การไปเล่นการพนันที่บ่อน การเล่นเกมคอมพิวเตอร์ การเรียนดนตรีและเต้นรำ ตัวอย่าง “ในขณะที่ฉันต่อจิ๊กซอ ฉันลืมทุกสิ่งทุกอย่าง” ฯลฯ 6. กิจกรรมทางกาย มีจำนวนผู้สูงอายุตอบจำนวน 12 ครั้งจากจำนวนผู้สูงอายุ 11 คน กิจกรรม การเดินในหรือนอกบ้าน เดินทางไกล การออกกำลังกายเป็นกลุ่มเช่นการออกกำลังกายแอโรบิกในน้ำ การว่ายน้ำ ตัวอย่าง “ทำแล้วรู้สึกดีขึ้น สดชื่น สอนคลายแล้วก็นอนหลับดี อารมณ์สงบ “ ฯลฯ 7. การอ่านหนังสือ มีจำนวนผู้สูงอายุตอบจำนวน 11 ครั้งจากจำนวนผู้สูงอายุ 10 คน กิจกรรม การอ่านแมกกาซีน ฟังคนอ่าน

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
			หนึ่งถึงจากเทพ ตัวอย่าง “เป็นสิ่งที่ชีวิตนี้ทำให้เพราะว่าฉันกล้านั่นเอง” ฯลฯ 8. การมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่าย มีจำนวนผู้สูงอายุตอบ 10 ครั้ง จากจำนวนผู้สูงอายุ 8 คน กิจกรรม การพูดคุยกับลูกหลาน การเลี้ยงลูกหลาน การพาลูกหลานไปโรงเรียน ตัวอย่าง “ฉันรู้สึกดีที่ได้ดูแลลูกหลานในใกล้ชิด” ฯลฯ 9. กิจกรรมทางจิตวิญญาณเกี่ยวกับพลังอำนาจและความเชื่อ ศรัทธาและเชื่อตามที่ผู้สูงอายุสน มีจำนวนผู้สูงอายุตอบจำนวน 7 ครั้ง จากจำนวนผู้สูงอายุ 6 คน กิจกรรม การไปโบสถ์ ไปรวมกลุ่มที่โบสถ์ การสวดมนต์ อ่านคัมภีร์ไบเบิล และร้องเพลงในโบสถ์ 10. กิจกรรมทางวัฒนธรรม มีจำนวนผู้สูงอายุตอบจำนวน 6 ครั้ง จากจำนวนผู้สูงอายุ 3 คน กิจกรรม การชื่นชมงานศิลปะหรือการฟังดนตรี ตัวอย่าง “ฉันสัมผัสกับทุกอย่างเหมือนได้ฟังเพลงเพราะๆ” 11. การท่องเที่ยว มีจำนวนผู้สูงอายุตอบจำนวน 6 ครั้ง จากจำนวนผู้สูงอายุ 6 คน กิจกรรม เช่น ขับรถ นั่งเครื่องบินไปเที่ยวเมืองใกล้ๆหรือไปเที่ยวต่างประเทศ ตัวอย่าง “การไปต่างประเทศทำให้ฉันเจอสิ่งแปลกใหม่” ฯลฯ 12. กิจกรรมอื่นๆ มีจำนวนผู้สูงอายุตอบจำนวน 5 ครั้งจากจำนวนผู้สูงอายุ 5 คน กิจกรรม เช่น ช้อปिंग ดูทีวี

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method		Intervention/Result/Implication	
				Implication	กิจกรรมการประดิษฐ์ การบำเพ็ญประโยชน์ การอยู่กับธรรมชาติ การมีเครือข่ายทางสังคม การทำกิจกรรมทำทาย เช่นการเล่นกลลับสมอง การอ่านหนังสือ การมีความมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายกิจกรรมการส่งเสริมทางด้านจิตวิญญาณ กิจกรรมการส่งเสริมด้านวัฒนธรรม การท่องเที่ยว เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติได้มีความสุข ดังนั้นจึงน่าสนใจกิจกรรมเหล่านี้ไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้
10.	Author Year Title	Okumiya, K., Marita, Y., Nishinaga, M., Osaki, Y., Doi, Y., Ishine, M. et al. 2005 Effect of group work programs on community- dwelling elderly people with age- associated cognitive decline and / or mild depressive moods : A Kahoku Longitudinal Aging study	Subject Setting Method	Intervention	Group Work Program ระยะเวลาในการทดลอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง 4 เดือน (16 ครั้ง) รายละเอียดกิจกรรม นันทนาการตามโปรแกรม 30 นาทีพูดคุยเกี่ยวกับข่าวประจำวันสัปดาห์ (reality orientation training) 1.30 นาที ทำกิจกรรมตามโปรแกรม 1 ชม. รับประทานอาหารกลางวัน กิจกรรมของกลุ่มที่ 1 มีดังนี้ 1.แนะนำตัวเองและเล่นเกม 2.ดนตรีบำบัดและการเล่นเกม 3.การทำการ์ดมือ 4.ดนตรีบำบัดและเล่นเกม

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
Object เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม group work ต่อการรับรู้และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการรับรู้ลดลงและมีอารมณ์ซึมเศร้าเล็กน้อย - ปานกลาง การวิจัยแบบทดลอง B	นำมาสุ่มเข้ากลุ่มเป็น 2 กลุ่ม เป็นกลุ่ม ที่ 1 จำนวน 19 คน และเป็นกลุ่มที่ 2 จำนวน 17 คน ระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง 4 เดือนแรก กลุ่มที่ 1 เข้าโปรแกรม GWP 1 (19 คน) เป็นกลุ่มทดลอง เข้าโครงการ กลุ่มที่ 2 "ไม่ได้เข้าโครงการ" จะเป็นกลุ่มควบคุม 4 เดือนหลัง กลุ่มที่ 2 เข้าโปรแกรม GWP 2 (17 คน) เป็นกลุ่มทดลองเข้าโครงการ กลุ่มที่ 1 "ไม่ได้เข้าโครงการ" เป็น กลุ่มควบคุม เกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุ เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะ Age – associated cognitive decline (AACD) และ Mild depressive mood สถิติที่ใช้และระยะเวลาการวัดผล T - test และ ANOVA วิธีการวัด วัด 3 ครั้ง 1 ก่อนเข้ารับการทดลองใน Session แรก 2. ก่อนจบ Session แรก (ก่อนเริ่ม session 2)	5. คนตรีบำบัดทำการฝึมือ 6.การทำดนตรี บำบัดกับการฝึมือ 7. คนตรีบำบัดขับร้องและเดินพุดคุย 8. คนตรีและการทำกิจกรรมเพื่อความแข็งแรง 9. การขับร้องเดินพุดคุยและ แต่งกลอน 10. การเล่นกับเด็กฯ 11. การขับร้อง เดินพุดคุยและ แต่งกลอน 12. การร่วมการแสดงมายากล 13. ทำกายเตี้ย โหระ 14. การร้องเพลงและ เต้นรำ 15. การทำการฝึมือ 16 ทำพิธีปิดอย่าง เป็นทางการ กิจกรรมโปรแกรมของกลุ่มที่ 2 มีดังนี้ 1. เสนอนำตัวเองและเล่นเกม 2. คนตรีบำบัดเล่นเกม 3. คนตรีบำบัดเล่นเกม 4. ขับร้องและเดินคุยกัน แต่งกลอน 5. คนตรีบำบัด การออกกำลังกายยืดเหยียด เขียนกลอน 6. คนตรีบำบัด การออกกำลังกายยืดเหยียด , เขียนกลอน และ ทำสวน 8. คนตรี ขับร้อง และเดินพุดคุย 9. การฝึมือ 10. ขับร้อง เดินพุดคุย แต่งกลอน 11. คนตรีบำบัดและการทำกิจกรรมเพื่อความแข็งแรง 12. ร่วมแสดงคอนเสิร์ต 13. ขับร้อง เดินพุดคุย และแต่งกลอน 14. บำบัดด้วยการระลึกความหลัง 15. ทำกายเตี้ย โหระ 16. ทำข้าวปั้น และพิธีปิด ผู้ดำเนินการและสื่อที่ใช้ ผู้ดำเนินการเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน สื่อที่ใช้ ตามสถานการณ์ของกิจกรรมการทดลอง เช่น เสียงดนตรี หรืออุปกรณ์การทำการฝึมือ เป็นต้น

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
	3. จปSession 2 1. การรับรู้ของผู้สูงอายุ (Cognitive decline) เครื่องมือวัด ใช้ 1.1 MMSE 1.2 Benton visual retention 1.3 Delayed Recall Test 1.4 Kohs block designs test 1.5 Reven colors matrix test 1. 6 clock drawing test 1.7 Behavioral Dyscontrol scale ผลลัพธ์ที่ต้องการและการและเครื่องมือที่ใช้วัด 2. อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive mood) เครื่องมือวัด Geriatric Depression Scale (GDS-15) 3. การทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) 3.1 ประเมินจากระดับของความต้องการช่วยเหลือ ในการกระทำกิจกรรม 7 กิจกรรม ที่ต้องการความช่วยเหลือ 7 อย่าง ในระดับพื้นฐาน คือ ได้แก่ 1) การเดิน 2) การขึ้นลงบันได 3) การสวมใส่เสื้อผ้า	1. คุณภาพชีวิตโดยรวม ผู้สูงอายุมีภาวะ age- associated cognitive decline โปรแกรม Group Work Program สามารถทำให้ภาวะ age- associated cognitive decline (AACD) ดีขึ้น ป้องกันการเสื่อมของสมองที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าได้ และมีผลต่อระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในด้าน family relationship และ happiness ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญอย่างสถิติ (significant according to repeated measures ANOVA) -ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (mild depressive mood) โปรแกรม Group Work Program สามารถลดภาวะ mild depressive mood ดีขึ้นและมีผลต่อระดับ คะแนน GDS ดีขึ้นLSI-A and LIS-B ด้าน happiness เพิ่มขึ้น ส่วนในด้านอื่น ๆ ก่อน-หลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน โปรแกรม group work program สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง 4 เดือน (16 ครั้ง) สามารถลดภาวะ age- associated cognitive decline (AACD) ในผู้สูงอายุ ป้องกันการเสื่อมของสมองที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าได้ และมีผลดีต่อคุณภาพชีวิต โดยรวมดีขึ้น และโปรแกรม Group Work Program ยังสามารถลดภาวะ mild depressive mood ได้ มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต นำสนใจในการนำโปรแกรม group work program ไปใช้ เพื่อส่งเสริม

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
		4) การใช้ห้องน้ำ 5) การอาบน้ำ 6) การกินอาหาร และ 7) การแต่งตัว 3.2 ประเมินจาก higher – level functional capacity, each subject rated his/ her independence according to the Tokyo Metropolitan institute of Gerontology (TMIG) มี 13 item แยกเป็นระดับย่อยๆ ได้ ดังนี้ 1. instrumental ADL (5 items) 2. Intellectual activity (4 item) 3. Social Role (4 item) แต่ละข้อ มีระดับคะแนน 0-1 คะแนน รวมคะแนน 0 – 13 คะแนน คะแนน 13 คะแนน บ่งชี้ว่าระดับ higher – level functional capacity ดี 4. Quality of life 4.1 Quality of life ที่วัดได้จาก 100 mm visual analog scale (100 mm VAS) ด้านซ้ายมือเป็นระดับคะแนนคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ส่วนคะแนนที่อยู่ทางขวามือแสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ มี 5 item 1. Subjective sense of health	สุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีปัญหา age- associated cognitive decline และ mild depressive mood ได้

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
		2. family relationship 3. relationship with friend 4. financial status 5. subjective happiness ระดับคะแนน 0 -100 คะแนน ระดับคะแนน 100 คะแนนบ่งชี้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี 4.2 Quality of life ที่วัดได้จากแบบประเมินความพึงพอใจ LSI A และ LIS B - Life satisfaction A (LIS A) ระดับคะแนน 0- 20 คะแนน ระดับคะแนน 20 คะแนนบ่งชี้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด - Life satisfaction B (LIS B) ระดับคะแนน 0- 23 คะแนน ระดับคะแนน 23 คะแนนบ่งชี้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด 5.พฤติกรรมการทำงานของระบบประสาท (Neurobehavioral) ประเมินจากการทดสอบ 3 การทดสอบดังนี้ 5.1 Up & Go ใช้ทดสอบความสามารถในการเดิน ความสมดุลของร่างกาย 5.2 Function reach ใช้ทดสอบความสมดุลและความยืดหยุ่นของร่างกาย 5.3 Button test ใช้ทดสอบความชำนาญในการใช้มือ	

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

การระลึกความหลัง (3 งานวิจัย)			
Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
11. Author Year Title Object Design Level	Lin, YC., Dai, YT., & Hwang, SL. 2003 ผลของการระลึกความหลังใน ประชากรผู้สูงอายุ (The Effect of Reminiscence on the Elderly Population: A Systematic Review เพื่อศึกษา 1. ขบวนการพัฒนา และทฤษฎี พื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการระลึก ความหลัง 2. ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับการนำ การระลึกความหลังไป ใช้ในผู้สูงอายุและประสิทธิผลของการ ระลึกความหลังในผู้สูงอายุ การสืบค้นอย่างเป็นระบบ (systematic Review) B	Subject Setting Method เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการระลึก ความหลังที่เข้าตามเกณฑ์คัดเลือกเข้า ฐานข้อมูล Medline, CINAHL, PsycLIT Cochrane และ Database of systematic Review สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการระลึก ความหลัง เน้น theoretical research experimental design effect study จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวนงานวิจัย 10 เรื่องซึ่งเป็นงานวิจัยระหว่าง ปี 1986 – ปี 1998 เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย - ทำในผู้สูงอายุ 65 ปี และ 65 ปีขึ้นไป หรือ เป็นผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในบ้านพักคนชรา - Study intervention คือ การระลึกความหลัง - มีผลลัพธ์การศึกษา เช่น ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต การเห็นคุณค่าในตนเอง และความผาสุกทางจิตใจ	Intervention Result Implication - ด้านขบวนการพัฒนา การใช้กระบวนการระลึกความหลัง พบว่ามี การพัฒนาการดังนี้ - ก่อนปี 1960 Buchanan และ Middleto พบว่าการระลึกความหลังมี ผลทางด้านจิตใจ - 1963 Butler พบว่าการระลึกความหลังเป็นปรากฏการณ์ ธรรมชาติของผู้ใหญ่ในทุกช่วงอายุ - 1979 – 1980 พยาบาล ที่ดูแลผู้สูงอายุ นักสังคมสงเคราะห์ นัก อาชีวบำบัดและนักจิตวิทยา ได้ร่วมมือในการนำการระลึกความหลัง มาบำบัดทางด้านจิตใจในผู้ป่วยสูงอายุ - 1971- 1989 Lewis ศึกษาเกี่ยวกับการระลึกความหลัง โดยให้ คุณค่าของการเล่าเรื่อง โดยเริ่มจากคำนิยามส่วนตัว พฤติกรรม ต่อต้าน ค่านิยมทางสังคม ทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการระลึกความหลัง มี 2 ทฤษฎีที่ เกี่ยวข้องคือ 1. ทฤษฎีการปล่อยวาง กล่าวถึงการระลึกเรื่องราวการเปลี่ยนแปลง ทางด้านร่างกายจากอดีต จนถึงปัจจุบันเป็นการเตรียมตัวให้ผู้สูงอายุ ยอมรับ และปล่อยห่างจากสังคม เพื่อเตรียม ให้ผู้สูงอายุเข้าสู่ความ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
	- การสืบค้นอย่างมีระบบ (systematic Review) เกี่ยวกับการระลึกความหลัง (remimisce)	ตัวอย่างสงบ 2. ทฤษฎีความต่อเนื่องกล่าวว่า การระลึกถึงความทรงจำในอดีตอย่างต่อเนื่อง เป็นการค้นหาลึ่งที่เกิดขึ้นในอดีตเพื่อให้ผู้สูงอายุใช้เป็นวิธีการในการพัฒนารูปแบบการ ปฏิบัติตนในปัจจุบัน และเป็นการพัฒนาผู้สูงอายุในเรื่อง การรับรู้ในผู้สูงอายุที่สูญเสียความทรงจำ ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเชิง ทดลอง - ผู้แต่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาลระดับปริญญาเอก - งานวิจัย 7 – 10 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างมาจากบ้านพักคนชรา - 50% ของกลุ่มตัวอย่างคือผู้หญิง - ขนาดของกลุ่มอยู่ระหว่าง 6 - 83 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีจำนวนสมาชิกตั้งแต่ 6- 22 คน - ระยะเวลาในการทำ สัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ทำนาน 12 – 52 สัปดาห์ - 4 ใน 10 งานวิจัยพบว่าการระลึกความหลังมีผลทางบวกต่อจิตใจ ผลลัพธ์งานวิจัย ในงานวิจัย 10 เรื่อง ผลลัพธ์งานวิจัยมี 8 ตัวแปรพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรผลลัพธ์ ที่วัดมากที่สุด รองลงมาคือความพึงพอใจในชีวิตและการเห็นคุณค่าในตนเอง การระลึกความหลัง สัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง / สัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง ทำนาน 12-52 สัปดาห์ มีประสิทธิภาพในการส่งเสริม
		Result
		Implication

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method		Intervention/Result/ Implication	
					สุขภาพจิตผู้สูงอายุได้ พยาบาลสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้ เนื่องจาก ผลการสืบค้นอย่างมีระบบพบว่าในการดำเนินการในการส่งเสริม สุขภาพจิตผู้สูงอายุได้ทำวิจัยผู้แต่งส่วนใหญ่เป็นพยาบาลสามารถ นำไปใช้ที่ภาคีที่อยู่ในบ้านพักคนชรา เพื่อลดความซึมเศร้า เพิ่มความ พึงพอใจในชีวิต และเพิ่มการมองเห็นคุณค่าในตนเอง น่าสนใจที่จะ นำไปใช้
12.	Author	Subject	Intervention		
Year	2547	Setting			
Title	พัฒนลักษณ์ นิติกากรณ์ ผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อ ภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจในชีวิตของ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการระลึก ความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความ พึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุใน สถานสงเคราะห์คนชรา	ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศ ชายและ เพศหญิง สถานสงเคราะห์คนชรา วาศนะเวศน์ ในพระสังฆราช าสนะเวศน์ จังหวัด บุรีรัมย์ จังหวั พระนครศรีอยุธยา จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 คน สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม ทดลองและกลุ่ม	Intervention	กลุ่มควบคุม ทำกิจกรรมของสถานสงเคราะห์คนชราตามปกติ กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบการระลึกความหลัง ระยะเวลาในการทดลอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชม ระยะเวลา 5 สัปดาห์ (รวม 5 ครั้ง) คุณลักษณะโปรแกรมระลึกความหลัง - เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยดัดแปลงมาจากงานวิจัย ของภกนิช ด่วนชะเอม (2545) และจกมล ทองจันทร์ (2544) ระลึกความหลัง ตามพัฒนาการของชีวิต ความหลัง ตั้งแต่ ในวัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ โดยผู้ดำเนินการใช้คำถามปลายเปิด และคำถามเชิงบวก รายละเอียดโปรแกรมประกอบด้วย ขึ้นตอน 3 ระยะคือ ดังนี้ 1. ระยะเลือกเหตุการณ์ในอดีต ให้ผู้สูงอายุนั่งหลับตาเพื่อระลึกเหตุการณ์ ให้เลือกเหตุการณ์ที่พึงพอใจในอดีตและอยู่ในความทรงจำของผู้สูงอายุ	
Object		Method			
Design					
Level	B				

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
	ควบคุม กลุ่มทดลอง 6 คน กลุ่มควบคุม 6 คน เกณฑ์การคัดเลือก เป็นผู้สูงอายุที่มีการซึมเศร้า คะแนนอยู่ระหว่าง 19-24 คะแนนซึ่งแปลผลว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าปานกลางและ ไม่มีภาวะ เจ็บป่วยรุนแรง สามารถสื่อสารเข้าใจความหมาย และสมัคร ใจเข้าร่วมการวิจัย สถิติที่ใช้และระยะเวลาการวัดผล วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 2 ทางวัดซ้ำ (Two-way Analysis of variance: Repeated Measure) การวัดผล วัด 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 วัด ก่อนการทดลองทันที ในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 วัด หลังการทดลองทันที ในสัปดาห์ที่ 5 ครั้งที่ 3 วัด ระยะติดตามหลังการเสร็จสิ้นการทดลอง 2 สัปดาห์ ผลลัพธ์ที่ต้องการและเครื่องมือที่ใช้วัด 1. ภาวะซึมเศร้า เครื่องมือที่ใช้วัด แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุของไทย(ดัดแปลงมาจาก GDS) TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) โดยกลุ่มฟื้นฟู สมรรถภาพสมองของคนไทย	ใช้เวลา 5 นาที 2. ค้นหาความหมายของเหตุการณ์ ให้ผู้สูงอายุหลับตา ระลึก ว่าเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุได้เลือกนั้น มีความหมาย และสำคัญต่อ ผู้สูงอายุอย่างไรใช้เวลา 5 นาที 3. ระยะเวลาแบ่งปันประสบการณ์ให้ผู้อื่นฟัง โดยให้ผู้สูงอายุ เล่าประสบการณ์ของตนเองที่ได้รับเลือกไว้ให้ผู้สูงอายุในกลุ่ม ได้รับฟังท่านละ 5 นาที ใช้เวลา 30 นาที -เปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มถามข้อสงสัย ใช้เวลา 20 นาที สัปดาห์แรกครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพซึ่งเจงวัตถุประสงค์ ของการเข้ากลุ่ม หัวข้อในการเข้ากลุ่ม เน้นการสร้าง สัมพันธภาพ สัปดาห์แรกครั้งที่ 2 ดำเนินการระลึกถึง ความหลังในช่วงวัยเด็ก โดยดำเนินตามโปรแกรม 3 ขั้นตอน ตามลักษณะของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบ ระลึก ความหลัง สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 ดำเนินการระลึกความหลัง ในช่วงวัยรุ่น โดยดำเนินตามโปรแกรม 3 ขั้นตอนตามลักษณะ ของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบระลึกความหลัง สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 4 ดำเนินการระลึกความหลังในช่วงผู้ใหญ่ โดยดำเนินตามโปรแกรม 3 ขั้นตอนตามลักษณะของ โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบระลึกความหลัง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
	2. ความพึงพอใจในชีวิต เครื่องมือที่ใช้วัด แบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุของนิวการ์เดน (Neugarten , 1961) แปลและเรียบเรียงโดย ศรีเรือน แก้วกังวาล	สถิติที่ 3 ครั้งที่ 5 - พบพบเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุเลือกและบอกความภาคภูมิใจและ ทำกิจกรรมแปลกออกทุกหลายและกระดาษาปหัวใจ ผู้ดำเนินการและสื่อที่ใช้ ผู้ดำเนินการเป็นพยาบาลที่มีความสามารถในการให้คำปรึกษาได้ 1. ภาวะซึมเศร้า Within group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังการทดลองทันทีที่ต่ำกว่าจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 - ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า ในระยะติดตาม ต่ำกว่าจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 - ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังการทดลองทันที และในระยะติดตามไม่แตกต่างกัน ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
		Between group หลังการทดลองทันที กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังการทดลองทันที ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ระยะติดตาม กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า ในระยะติดตามต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 2. ระดับความพึงพอใจในชีวิต Within group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในชีวิต ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในชีวิต หลังการทดลองทันที สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 - ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในชีวิต ในระยะติดตาม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 - ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในชีวิต หลังการทดลองทันที และในระยะติดตาม ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method		Intervention/Result/Implication
			Between group ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในชีวิตของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองทันที กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในชีวิต หลังการทดลองทันที สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะติดตาม กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจในชีวิต ในระยะติดตาม สูงขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ Implication โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบการระลึกถึงความหลัง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชม ระยะเวลา 5 สัปดาห์ สามารถลดภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง "ไม่สามารถเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ" ถ้าจะนำไปใช้ อาจจะไม่ได้ผลในเรื่องการเพิ่มความพึงพอใจ ในชีวิต ของผู้สูงอายุได้ ดังนั้น การนำโปรแกรมการระลึกถึงความหลังไปใช้ในสถานสงเคราะห์คนชรา ควรศึกษาเพิ่มเติมก่อนนำไปใช้

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention	Intervention/Result/Implication
13. Author Year Title Object Design Level	เรณู อินทร์ดา 2548 ผลของการระลึกความหลังต่อภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนปราชญ์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมผลของการระลึก ความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกลึก ซึ้งในตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน ชุมชนปราชญ์ การวิจัยกึ่งทดลอง B	Subject Setting Method เป็นผู้สูงอายุที่มีคะแนนความซึมเศร้า อยู่ระหว่าง 13 – 24 คะแนน จังหวัดปราชญ์ ประเทศไทย ทำการทดลองเป็นรายบุคคล จำนวน 10 คน เกณฑ์การคัดเลือก 1. เป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง 60 ปี ขึ้นไป 2. เป็นผู้สูงอายุที่มีการซึมเศร้าอยู่ใน ระดับเล็กน้อย และระดับปานกลาง ที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุไทย (TGDS) มี คะแนนอยู่ในช่วง 13 – 24 คะแนน 3. มีการรู้คิดสติปัญญาปกติ 4. มีความสามารถรับรู้และสื่อ ความหมายเข้าใจ และต้องอยู่ใน จังหวัดปราชญ์	Intervention	กลุ่มควบคุม ทำกิจวัตรประจำวันที่บ้านปกติ กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการระลึกความหลังเป็น รายบุคคล ระยะเวลาในการทดลอง ครั้งละ 40 – 45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน 6 สัปดาห์ รายละเอียดโปรแกรม ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุที่บ้าน สร้าง สัมพันธภาพ ประเมินภาวะซึมเศร้า จากนั้นเริ่มต้นในการตาม ขั้นตอน โปรแกรมระลึกความหลัง โดยให้ผู้สูงอายุเลือก เหตุการณ์ที่ประทับใจเพื่อระลึกถึงความสุขด้วยตนเอง โดย ผู้วิจัยช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุย้อนคิดถึงเหตุการณ์ตาม พัฒนาการของช่วงวัย เช่น ช่วงวัยเด็ก วัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ จากนั้นจึงให้ผู้สูงอายุเลือกเหตุการณ์และเล่าให้ผู้วิจัยฟังโดย ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสื่อสารรับฟังอย่างตั้งใจ ไม่พูดแทรกหรือ ชี้แจงหาเหตุผลซักถามทบทวน และกล่าวชมเชย หลังจาก นั้นผู้วิจัยสรุปเหตุการณ์ให้ผู้สูงอายุระลึกถึงสั้นๆ และนัดหมาย ผู้สูงอายุเพื่อพบกันครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2 และให้ผู้สูงอายุ เตรียมตัวโดยเลือกระลึกถึงเหตุการณ์เรื่องอื่นเพื่อเล่าใน ครั้งที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
		สถิติที่ใช้และระยะเวลาการวัดผล วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 2 ทางวัดซ้ำ (Two-way Analysis of variance: Repeated Measure) การวัดผล วัด 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 วัดก่อนการทดลองทันทีในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 วัดหลังการทดลองทันทีในสัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 3 วัดระยะติดตามหลังการเสร็จสิ้นการทดลอง 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 8) ผลลัพธ์ที่ต้องการและเครื่องมือที่ใช้วัด 1. ภาวะซึมเศร้า เครื่องมือที่ใช้วัด แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของ ไทย(ดัดแปลงมาจาก GDS) TGDS (Thai Geriatric Depression Scale) โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของคนไทย 2. ความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem Scale 1965) (Rosenberg, 1965)	ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุที่บ้าน สร้างสัมพันธภาพ ประเมินภาวะซึมเศร้า จากนั้นเริ่มดำเนินการตามขั้นตอนโปรแกรมระลึกลึกถึงความสุขด้วยตนเอง เหตุการณ์ที่ประทับใจเพื่อระลึกลึกถึงความสุขด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุย้อนคิดถึงเหตุการณ์ตามพัฒนาการของช่วงวัย เช่น ช่วงวัยเด็ก วัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ จากนั้นจึงให้ผู้สูงอายุเลือกเหตุการณ์และเล่าให้ผู้วิจัยฟัง โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการสื่อสารรับฟังอย่างตั้งใจ ไม่พูดแทรกหรือจัดจังหวะพูดคุยชักถามทบทวน และกล่าวชมเชย หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุระลึกลึกถึงสั้น ๆ และนัดหมายผู้สูงอายุเพื่อพบกันครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 3 และให้ผู้สูงอายุเตรียมตัวโดยเลือกระลึกลึกถึงเหตุการณ์เรื่องอื่นเพื่อเล่าในครั้งที่ 3 ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุที่บ้าน สร้างสัมพันธภาพ ประเมินภาวะซึมเศร้า จากนั้นเริ่มดำเนินการตามขั้นตอนโปรแกรมระลึกลึกถึงความสุขด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยเหตุการณ์ที่ประทับใจเพื่อระลึกลึกถึงความสุขด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุย้อนคิดถึงเหตุการณ์ตามพัฒนาการของช่วงวัย เช่น ช่วงวัยเด็ก วัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ จากนั้นจึงให้ผู้สูงอายุเลือกเหตุการณ์และเล่าให้ผู้วิจัยฟัง โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการสื่อสารรับฟังอย่างตั้งใจ ไม่พูดแทรกหรือจัดจังหวะพูดคุย

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
	แปด โดย เขาวัดเกษม มหาลิทธิวัฒน์ (2529)	ชักถามพบทาน และกล่าวชมเชย หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุระลึกถึงสั้น ๆ และนัดหมายผู้สูงอายุเพื่อพบกันครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 4 และให้ผู้สูงอายุเตรียมตัวโดยเลือกระลึกถึงเหตุการณ์เรื่องอื่นเพื่อเล่าในครั้งที่ 4 ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุที่บ้านสร้างสัมพันธ์ภาพ ประเมินภาวะซึมเศร้า จากนั้นเริ่มต้นดำเนินการตามขั้นตอนโปรแกรมระลึกความหลัง โดยให้ผู้สูงอายุเลือกเหตุการณ์ที่ประทับใจเพื่อระลึกถึงความสุขด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุย้อนคิดถึงเหตุการณ์ตามพัฒนาการของช่วงวัย เช่น ช่วงวัยเด็ก วัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ จากนั้นจึงให้ผู้สูงอายุเลือกเหตุการณ์และเล่าให้ผู้วิจัยฟัง โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการสื่อสารรับฟังอย่างตั้งใจ ไม่พูดแทรกหรือขัดจังหวะพูดคุยชักถามพบทาน และกล่าวชมเชย หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุระลึกถึงสั้น ๆ และนัดหมายผู้สูงอายุเพื่อพบกันครั้งที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 5 และให้ผู้สูงอายุเตรียมตัวโดยเลือกระลึกถึงเหตุการณ์เรื่องอื่นเพื่อเล่าในครั้งที่ 5 ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุที่บ้าน สร้างสัมพันธ์ภาพ ประเมินภาวะซึมเศร้า จากนั้นเริ่มต้นดำเนินการตามขั้นตอนโปรแกรมระลึกความหลัง โดยให้ผู้สูงอายุเลือก

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
			เหตุการณ์ที่ประทับใจเพื่อระลึกถึงความสุขด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุย้อนคิดถึงเหตุการณ์ตามพัฒนาการของช่วงวัย เช่น ช่วงวัยเด็ก วัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ จากนั้นจึงให้ผู้สูงอายุเลือกเหตุการณ์และเล่าให้ผู้วิจัยฟัง โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการสื่อสารรับฟังอย่างตั้งใจ ไม่พูดแทรกหรือขัดจังหวะพูดคุยกัถาม ทบทวน และกล่าวชมเชย หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปเหตุการณ์ของผู้สูงอายุระลึกถึงสั้น ๆ และนัดหมายผู้สูงอายุเพื่อพบกันครั้งที่ 6 ในสัปดาห์ที่ 6 และให้ผู้สูงอายุเตรียมตัวโดยเลือกระลึกถึงเหตุการณ์เรื่องอื่นเพื่อเล่าในครั้งที่ 6
			ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุที่บ้าน สร้างสัมพันธภาพ ประเมินภาวะซึมเศร้า จากนั้นเริ่มดำเนินการตามขั้นตอนโปรแกรมระลึกความหลัง โดยให้ผู้สูงอายุเลือกเหตุการณ์ที่ประทับใจเพื่อระลึกถึงความสุขด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุย้อนคิดถึงเหตุการณ์ตามพัฒนาการของช่วงวัย เช่น ช่วงวัยเด็ก วัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ จากนั้นจึงให้ผู้สูงอายุเลือกเหตุการณ์และเล่าให้ผู้วิจัยฟัง โดยผู้วิจัยใช้เทคนิคการสื่อสารรับฟังอย่างตั้งใจ ไม่พูดแทรกหรือขัดจังหวะพูดคุยกัถามทบทวน และกล่าวชมเชย หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปเหตุการณ์ของผู้สูงอายุระลึกถึงสั้น ๆ และนัดหมาย

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication	
			Result	ผู้สูงอายุเพื่อพบกันครั้งที่ 7 ในสัปดาห์ที่ 8 (ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยได้ประเมินภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกรักมีคุณค่าในตัวเอง) ครั้งที่ 7 สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยไปพบผู้สูงอายุที่บ้านเป็นรายบุคคลและประเมินภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง
				ผู้ดำเนินการและสื่อที่ใช้ ผู้ดำเนินการเป็นพยาบาลที่มีความสามารถในการให้คำปรึกษาได้
				1. ภาวะซึมเศร้า
				Within group
				กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองไม่ต่างกัน
				กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังการทดลองทันทีที่ต่ำกว่าจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01
				- ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า ในระยะติดตามต่ำกว่ากันจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01
				- ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังการทดลองทันที และในระยะติดตามไม่แตกต่าง
				Between group
				ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า ของกลุ่ม

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
		ควบคุม และกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองทันที กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังการทดลองทันที ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ระยะติดตาม กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า ในระยะติดตามต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 2. ความรู้สึกลีคุณค่าในตนเอง Within group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกลีคุณค่าในตนเอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ไม่ต่างกัน กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกลีคุณค่าในตนเอง หลังการทดลองทันที ต่ำกว่าจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 - ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกลีคุณค่าในตนเอง ในระยะติดตาม ต่ำกว่า จากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 - ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกลีคุณค่าในตนเอง หลังการทดลองทันที และในระยะติดตาม ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method		Intervention/Result/Implication	
			Between group	Implication
			ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองทันที กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หลังการทดลองทันที ต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ระยะติดตาม กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในระยะติดตามต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 โปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบการระลึกถึงความหลัง ซึ่งทำเป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 40 - 45 ชม ระยะเวลา 6 สัปดาห์ สามารถลดภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง สามารถเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในชีวิตของผู้สูงอายุได้ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ น่าสนใจที่จะนำไปใช้ในชุมชน กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าที่บ้านได้	

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

กระบวนการกลุ่ม (3 งานวิจัย)				
Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method		Intervention/Result/Implication
14.				
Author	อภิญา จารุณี	ผู้สูงอายุ ทั้งชายและหญิง	Intervention	กลุ่มควบคุม ทำกิจกรรมปกติของศูนย์ กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ตามแนวไอเดล ลักษณะโปรแกรม เป็น โปรแกรมการดำเนินการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของไอเดล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมจะต้องมีปัญหาด้านสุขภาพจิตในเรื่องการยอมรับตนเอง ผู้ดำเนินการมีบทบาทในการสร้างสัมพันธภาพ และกำหนดทิศทางการอภิปราย ให้สอดคล้องและแบ่งประสบการณ์ร่วมกัน -ใช้เกมเป็นสื่อในการสร้างความคุ้นเคย ระยะเวลาในการทดลอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 45 นาที จัดกระทำติดต่อกัน 8 สัปดาห์ รายละเอียดของโปรแกรมดำเนินการในกิจกรรมในแต่ละครั้ง ดังนี้ ขั้นเริ่มต้น (Initial stage) การสร้างสัมพันธภาพ ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ
Year	2542	ศูนย์บริการสาธารณสุข 24 บางเขน กรุงเทพฯ ประเทศไทย		
Title	ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มที่มีต่อการยอมรับตนเองของผู้สูงอายุ	จำนวนกลุ่ม ผู้สูงอายุอายุ 60 - 70 ปี จำนวน 20 คน ทั้งหญิงและชาย สุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง		
Object	เพื่อศึกษาผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มที่มีต่อการยอมรับตนเองของผู้สูงอายุ	กลุ่มควบคุม 10 คน		
Design	การวิจัยแบบทดลอง	กลุ่มทดลอง 10 คน		
Level	A	เกณฑ์การคัดเลือก เป็นผู้สูงอายุมีระดับคะแนนการยอมรับตนเองต่ำกว่า 65 คะแนน ประเมินจากแบบวัดการยอมรับตนเอง (จากคะแนนเต็ม 125 คะแนน) และ สัมผัสใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 20 คน		
		สถิติที่ใช้และระยะเวลาการวัดผล		
		ใช้ T- test วัดก่อนการทดลองทันที และหลังการทดลองทันที		
		ผลลัพธ์ที่ต้องการและเครื่องมือที่ใช้		
		การยอมรับตนเอง เครื่องมือที่ใช้วัด แบบวัดการ		

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
	ยอมรับตนเองของฟิสิกส์ (จรรยา ฤทธิกิจเจริญแปดและดัดแปลง) จำนวน 25 ชื่อ	วัตถุประสงค์ สร้างความคุ้นเคย และสร้างสัมพันธภาพกิจกรรม การแนะนำตนเอง / เพื่อเปิดโอกาสให้ซักถาม ซึ่งเจตนาทำมาเข้าใจถึง วัตถุประสงค์การทำกลุ่ม ข้อตกลงการปฏิบัติตนในการเป็นสมาชิก กลุ่มและเข้ากลุ่ม - ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุ แนะนำตนเองผ่านทางเกมจับคู่ เช่น นามัน-รอ เมื่อจับคู่ได้ให้ผู้สูงอายุซักถาม ชื่อ-สกุล บ้านเดิมอยู่ที่ไหน ชอบอะไรมากที่สุด และมีความหวังในอนาคตเป็นอย่างไร ครั้งที่ 2 ชีวิตของฉัน วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายความเครียด ลดภาวะวิตกกังวล และสำรวจตนเอง ถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาในชีวิตเพื่อรู้จักตน กิจกรรม การฝึกนั่งสมาธิ เพื่อการระลึกความหลัง - ผู้ดำเนินการบรรยายเรื่องการทำสมาธิ วิธีการสร้างสมาธิ และประโยชน์ที่ได้รับจากฝึกสมาธิ - ให้สมาชิกนั่งสมาธิ ควบคุมการหายใจ ใช้เวลา 15 -20 นาทีในระหว่างที่ทำสมาธิ ผู้ดำเนินการจะให้ผู้สูงอายุทบทวนชีวิตที่ผ่านมาของตนเอง ในทางบวกและคิดถึงเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้สูงอายุระลึกถึงของตนเอง ในทางลบที่ติดต่อกันเอง เช่น ความสำเร็จในอดีตที่ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจเป็นพิเศษ และ เป็นประโยชน์ของตนเองที่มีต่อผู้อื่น โดยเมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งกำลังเล่าสมาชิกผู้สูงอายุคนอื่นๆ ต้องฟังเมื่อเล่าจบ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
		ผู้สูงอายุอื่นๆ สงสัย หรือสนใจ ก็ถาม ได้ ตามความสนใจ - ผู้ดำเนินการและสมาชิกร่วมกันสรุป แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกที่ได้รับ ชั้นการทำงาน ครั้งที่ 3-4 มีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการไม่ยอมรับตนเองของสมาชิกผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุสำรวจประสบการณ์ในชีวิตตนเอง ความรู้สึกต่อตนเองและผู้อื่น กิจกรรมสัญลักษณ์ของฉันทน์ - ให้สมาชิกได้เลือกสิ่งที่มีความหมายแทนตัวสมาชิกทุกคน จนครบ โดยเลือกวัตถุสิ่งของใดตัว เช่น โต้ะ แจกัน ดอกไม้ ฯลฯ แล้วพูดให้ผู้สูงอายุเล่าให้เพื่อนสมาชิกกลุ่มได้รับรู้ว่า ถึงนั้นที่เลือกคืออะไร มีความสำคัญต่อเขาอย่างไร เหตุใดจึงเลือกสิ่งนั้น โดยผู้สูงอายุผลัดกันเล่า สัญลักษณ์ของตนเองไปที่ละคน และชกถามกัน แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น และความรู้สึกที่ได้รับต่อกัน จนครบทุกคน ครั้งที่ 5- 7 มีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น จากการไม่ยอมรับตนเองของสมาชิกผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุสำรวจประสบการณ์ในชีวิตตนเอง ความรู้สึกต่อตนเองและผู้อื่น

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
		กิจกรรมแสดงบปี - แจกกระดาษลิตและ 4 ดวงรูปแสดงบปี อธิบายที่มาของแสดงบปี สี่แดงแทนความรู้สึกโกรธ สี่เทาแทนความรู้สึกเศร้า สี่ร้อย อังว้างโดดเด่น สีขาวความรู้สึกเด่นตนเอง ถูกร้อง สี่ทองแทนความรู้สึกพึงพอใจรู้สึกตนเองมีคุณค่า - ให้สมาชิกแต่ละคน เล่าประสบการณ์ชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกตามสีของแสดงบปีทีละดวงจนครบทุกสี โดย ให้เล่าทีละคนให้เพื่อนสมาชิกช่วยกันอภิปรายกลุ่มโดยมุ่งเน้นให้สมาชิกช่วยกันแสดงความคิดเห็นถึงวิธีการแก้ปัญหาของความรู้สึก โกรธ คิดหวัง การให้กำลังใจแก่ความรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว และช่วยกันเสริมในความรู้สึกภาคภูมิใจ ในการช่วยเหลือทางด้านจิตใจผู้สูงอายุเอง โดยให้เล่าจนครบทุกคน ครั้งที่ 8 การสิ้นสุดสัมพันธภาพ บอกความประทับใจ กิจกรรม ทบทวนการพูดคุยแผนการเรียนรู้ที่ผ่านมาตั้งแต่ครั้งที่ 1-7 - ให้สมาชิกเขียนสิ่งที่ตนเองประทับใจ ในตัวสมาชิกกลุ่มแต่ละคนลงในกระดาษแต่ละแผ่น (ยกเว้นตัวเอง) - นำแผ่นกระดาษที่เขียนความประทับใจในแต่ละคนไปบอกแก่เพื่อนสมาชิกเป็นรายบุคคล และให้แผ่นกระดาษที่บอกความประทับใจให้แก่บุคคลนั้นๆ ด้วย จนครบทุกคน

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication	
			Result	- ให้สมาชิกแต่ละคนสรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองหลังจากการเข้ากลุ่มให้คำปรึกษา ผู้ดำเนินการและสื่อที่ใช้ ผู้ดำเนินการเป็นผู้ที่มีความสามารถในการให้คำปรึกษา การยอมรับตนเอง Within group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนการยอมรับตนเองก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่ต่างกัน กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนการยอมรับตนเองหลังการทดลองสูงขึ้นจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 Between group ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนการยอมรับตนเอง ในกลุ่มทดลองและควบคุมไม่แตกต่างกันหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการยอมรับตนเองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication	
		ปัญหาสุขภาพจิต - ผ่านการทดสอบสภาพจิต ไม่พบ สมองเสื่อม สถิติที่ใช้และระยะเวลาการวัดผล t - test วัด 2 ครั้งก่อนการทดลอง และหลังทันที (The Pretest Posttest Control Group Design) ผลลัพธ์ที่ต้องการและเครื่องมือที่ใช้วัด พฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน สุขภาพจิต 7 ด้าน ได้แก่ การ พัฒนาการรู้จักตนเอง การสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ การมีสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล การเผชิญปัญหา การ ปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ การ ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุข การ ดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป ประเมิน โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแล ตนเองด้านสุขภาพจิตผู้ศึกษาคัดแปลง เพิ่มเติมจาก จินตนา ชูนิพันธ์ (2534)	ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ได้แก่ การดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดความเครียด , สถานการณ์ชีวิตที่เป็นบทละคร โทรทัศน์ที่เกี่ยวเนื่องกับปัญหาผู้สูงอายุ - สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย และผู้สูงอายุและบอกประโยชน์ของการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตก่อนใช้โปรแกรมโดยการปฐมมนเทศให้ผู้สอน 1 คน ต่อผู้สูงอายุ 6-7 คน ในทุกกิจกรรมผู้วิจัย จะต้องช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมซึ่งเป็นกระบวนการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ รายละเอียดกิจกรรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ในแต่ละครั้งมีดังนี้ หัวข้อการเสริมสร้างควมมีคุณค่าแห่งตน ครั้งที่ 1 การมีคุณค่าแห่งตน เรื่องความมีคุณค่าแห่งตน วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุบอกความสำคัญของการรู้จักตนเอง ความมีคุณค่าของตนเองและแสดงความรู้สึกรู้จักคุณค่าแห่งตนเองได้ กิจกรรม - ให้ผู้สูงอายุ แนะนำตนเองให้เพื่อนฟังและให้เพื่อนสมาชิกช่วยเหลือข้อดีของแต่ละคน	

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
			- ผู้วิจัย กระตุ้นให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการมีคุณค่าแก่ตนเอง และช่วยกันสรุปถึงการพัฒนาการรู้จักตนเอง ครั้งที่ 2 การเสริมสร้างการคุณค่าแห่งตน เรื่อง ความหวังกับความจริง วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุบอกถึงความสำคัญของความหวัง และบอกความหวังของตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับการรู้จักตนเองได้ กิจกรรม - ให้ผู้สูงอายุเล่าประสบการณ์ของตนเองในความหวังที่เป็นจริง และในความหวังที่ไม่เป็นจริง - กระตุ้นให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อแตกต่างในประเด็นความหวังที่เป็นความจริง และความหวังที่ไม่เป็นความจริงความหวังที่เกิดจากความจริง และความมีคุณค่าแห่งตนเอง - ให้ผู้สูงอายุแต่ละท่านบอกความหวังในชีวิตของตนเองและแนวทางปฏิบัติเพื่อพัฒนาตนเองไปสู่ความหวัง หัวข้อการพัฒนาเทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ครั้งที่ 3 สื่อสารอย่างไรให้เข้าใจ วัตถุประสงค์เพื่อ ให้ผู้สูงอายุบอกถึงความสำคัญของการสื่อสาร การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และแนวทางการพัฒนาการสื่อสารที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตได้

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
			กิจกรรม - การนำเสนอสถานการณ์ตัวอย่างของการสื่อสารผ่านละคร ทางสื่อวิดีโอ โดย กระตุ้นให้ผู้สูงอายุร่วมแสดงความคิดเห็น ต่อสถานการณ์ตัวอย่างจากการดูวิดีโอ หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุนำเสนอเรื่องราวสถานการณ์การสื่อสารของตนเอง และร่วมกันสรุปวิธีการและแนวทางการพัฒนาการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หัวข้อการพัฒนาเทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพครั้งที่ 4 เรื่อง กิจกรรมสื่อสัมพันธ์ วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุบอกอุปสรรคของการสื่อสาร การพัฒนาการสื่อสาร และการรู้จักตนเองมาใช้ในการสร้างสัมพันธภาพได้ กิจกรรม - ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรม “บอกต่อ” โดยให้ผู้สูงอายุสื่อสารในประโยคสั้นๆบอกต่อกันไปเรื่อยๆ และให้ผู้สูงอายุนำเสนอประสบการณ์ของตนเองจากการร่วมกิจกรรม “บอกต่อ” ว่าเป็นอย่างไร - กระตุ้นให้ผู้สูงอายุวิเคราะห์ สรุปปัญหาและอุปสรรคของการสื่อสาร และแนวทางการพัฒนาการสื่อสารผู้สูงอายุร่วมกิจกรรม “มารู้จักกันเถอะ” โดยให้ผู้สูงอายุพูดเรื่องราวตนเองเกี่ยวกับรายละเอียด ชอบ ไม่ชอบสิ่งใด กระตุ้นให้ผู้สูงอายุร่วมแสดงความคิดเห็น และให้ผู้สูงนำเสนอประสบการณ์ของตนเองจากการร่วมกิจกรรม “มารู้จักกันเถอะ” และสรุปวิธีการนำวิธีการพัฒนาการรู้จัก

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
			ตนเองและการสื่อสารที่มีมาใช้ในการสร้างสัมพันธภาพ หมายเหตุ ในกิจกรรมครั้งที่ 4 นี้ผู้ดำเนินการได้กำหนดให้ผู้สูงอายุทำ กิจกรรมต่างๆในแต่ละวันกับเพื่อนที่รู้ใจเป็นเวลา 1 สัปดาห์ โดยให้ ผู้สูงอายุเลือกเพื่อนที่รู้ใจกันเอง การสร้างสัมพันธภาพ ครั้งที่ 5 เรื่อง เพื่อนที่รู้ใจ วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุแสดงการสร้างสัมพันธภาพ ที่ดีกับผู้อื่น และขยายเครือข่ายการสร้างสัมพันธภาพได้ บอกถึงสิ่งที่ ได้รับจากการมีสัมพันธภาพ และบอกลักษณะของการมีสัมพันธที่ดีได้ กิจกรรม - ผู้สูงอายุนำเสนอประสบการณ์ที่ได้จากร่วมกิจกรรมกับ เพื่อนที่รู้ใจ และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นจากการมี สัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนว่า เป็นอย่างไรและให้ช่วยกันสรุปหัวข้อ การ พัฒนาความคิดอย่างมีความสุขและการเผชิญสถานการณ์ชีวิต ครั้งที่ 6 เรื่อง คิดอย่างไรให้มีความสุข วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุบอกความสำคัญและ ประโยชน์ของการคิดที่เหมาะสมได้ และวิธีคิดแบบต่างๆได้ กิจกรรม - ให้ผู้สูงอายุปฏิบัติ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์ในวิดีโอว่าเป็น อย่างไรซึ่งในสถานการณ์ที่นำมาให้ดู มีทั้งการคิดในเชิงบวกและการ คิดในเชิงลบ หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุนำเสนอเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใน

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
		ชีวิตประจำวันของตนเองเพื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถานการณ์ในวิดีโอ จากนั้น กระตุ้นให้ผู้สูงอายุร่วมแสดงความคิดเห็นและสรุปวิธีคิดแบบต่างๆอย่างเหมาะสม หัวข้อ การพัฒนาความคิดอย่างมีความสุขและการเผชิญสถานการณ์ชีวิต ครั้งที่ 7 เรื่อง การเผชิญสถานการณ์ในชีวิต วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถระบุประเภทของปัญหาได้ บอกความสำคัญของการแก้ปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาโดยใช้เทคนิค การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพมาใช้แก้ปัญหาอย่างเหมาะสมได้ หัวข้อการพัฒนาเทคนิคการคลายเครียด คลายเครียด และคลายเครียดด้วยตนเองได้ ครั้งที่ 8 เทคนิคการคลายเครียด วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุบอกถึงความจำเป็นในการคลายเครียด วิธีการ กิจกรรม - ให้ผู้สูงอายุ นำเสนอวิธีการคลายความเครียดของตนเอง - กระตุ้นให้ผู้สูงอายุร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการและผลของการคลายเครียดที่ผู้สูงอายุนำเสนอ สรุปถึงความสำคัญของการคลายเครียดด้วยตนเองและวิธีการคลายเครียดด้วยตนเองแบบต่างๆ ประกอบ - ผู้สูงอายุทดลองฝึกการคลายเครียดด้วยตนเอง แบบต่างๆผสมผสาน โดยผู้วิจัยเปิดเทปบรรยาย

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method		Intervention/Result/Implication	
				การประเมินผล ครั้งที่ 9 การประเมินวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้และความรู้สึก ที่ผู้สูงอายุได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม ให้ผู้สูงอายุได้ระบอบความรู้สึกลึกและสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม ช่วยกันสรุปประเด็นสำคัญ ของการวัดการวัดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผู้ดำเนินการและสื่อที่ใช้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ทางด้าน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์การสอนด้วยกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นผู้ดำเนินการ ใช้สื่อ วีดีโอสถานการณ์ ต่างๆที่ชัดเจน และสถานการณ์ที่วิกฤตในชีวิตประจำวัน และพบปะบันทึกเสียง การคลายเครียดด้วยตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต Within group กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต 7 ด้าน ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน กลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต 7 ด้าน หลังการทดลอง สูงขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05	Result

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
			Between group ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต 7 ด้าน ในกลุ่มทดลองและความคม ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต 4 ด้าน (การเผชิญปัญหา การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสุขและการเข้าใจชีวิต และการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป) หลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ส่วนอีก 3 ด้าน (การพัฒนาการรู้จักตนเอง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ช่วยให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหา การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสุขและการเข้าใจชีวิต และการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไปดีขึ้น เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ มีส่วนในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ต้อง สำหรับ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โปรแกรมนี้สามารถทำให้ผู้สูงอายุเรียนรู้

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method		Intervention/Result/Implication	
					ที่จะพัฒนาการดูแลตนเองในด้านเหล่านี้ได้ ถ้าจะนำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุควรพิจารณา นำไปส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในเรื่องเผชิญปัญหา การปฏิบัติกิจกรรมนั้นพบว่าการ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและการเข้าใจชีวิต และการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไปเท่านั้น
16.	Gerson L.D., Berg, J., & Roser, L.E. 2004	Subject	Intervention		โปรแกรมมีดังนี้ 1 ให้บริเวณ ณ wellness center ในทุกวัน จะมีการให้บริการติดตามดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและช่วยเหลือจัดการกับปัญหาโรคเรื้อรัง กิจกรรมที่ให้บริการ เช่น ดูแลติดตามเรื่องการกินยา ความดันโลหิต น้ำหนัก ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การลดน้ำหนัก และส่งเสริมการออกกำลังกายกลุ่มผู้ให้บริการ : เป็นพยาบาลชุมชนประจำศูนย์ และนักศึกษาปริญญาตรี และปริญญาตรี โท จากมหาวิทยาลัย แมรี่แลนด์
Author		Setting			2 การทำกลุ่ม - พบกลุ่มทุกๆ ประมาณ 6-8 สัปดาห์ (หรือ 6-8 สัปดาห์ครั้ง) - ทำกลุ่มทั้งหมด 7 ครั้ง แต่ละครั้งมีสมาชิกกลุ่ม 8-10 คน ที่เข้ากลุ่มตลอด 7 ครั้ง แต่ละครั้งของการทำกลุ่มจะมีเรื่องและกระบวนการของแต่ละครั้งดังนี้
Year		Method			
Title	การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน (Enhancing Self-Care in Community Dwelling Older Adults)				
Object	เพื่ออธิบายผลของโปรแกรม “Aging Gracefully” (collaborative health Care Project ระหว่าง senior center and faculty of the school of nursing				
Design	กรณีศึกษา				
Level	C				

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method		Intervention/Result/Implication
		ลักษณะกลุ่มผู้สูงอายุ 80% เป็นหญิง Africa American อายุอย่างน้อย 65 ปี ขึ้นไป พักอาศัยอยู่ในแหล่งเสื่อมโทรม ยากจน มีโรคเรื้อรัง ประจำตัวไม่มีปัญหาในการรับรู้เครื่องมือที่ใช้วัด ใช้วิธีการสังเกต และจดบันทึก	เนื้อหาของโปรแกรมประกอบด้วย ในการพบกันของผู้สูงอายุแต่ละครั้ง จะมีหัวข้อการพูดคุยกันในกลุ่มดังนี้ ช่วงแรกทำการสวนมนต์ ส่วนช่วงที่ 2 ดำเนินเข้ากลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตามหัวข้อที่กำหนด สาระการประมุขที่ 1 เรื่องวันหยุด วัตถุประสงค์ เพื่อลดความรู้สึกละโดดเดี่ยวในช่วงวันหยุดของผู้สูงอายุ และตระหนักถึงความเชื่อทางวัฒนธรรม กิจกรรม ให้ผู้สูงอายุคิดถึง ความทรงจำในอดีต เช่น เหตุการณ์ในอดีต ให้ผู้สูงอายุเลือกของขวัญที่เตรียมไว้ให้จากบนโต๊ะให้ผู้สูงอายุเล่าเกี่ยวกับความทรงจำที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่เลือกโดยใช้กระบวนการเล่าเรื่อง สาระการประมุขที่ 2 รู้จักความเศร้า วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุทราบอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า กิจกรรม ให้ผู้สูงอายุดูภาพยนตร์เกี่ยวกับความเศร้าของผู้สูงอายุ หลังจากนั้นมีการพูดคุยแสดงความคิดเห็นร่วมกัน สาระการประมุขที่ 3 การจัดการความเครียด วัตถุประสงค์ เพื่อหาวิธีการจัดการ ความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน กิจกรรม ให้ผู้สูงอายุเขียนเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีที่สุดในแต่ละวัน และสาเหตุ ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีถึงเครียดได้ กระดาษ และให้ผู้สูงอายุนำกระดาษที่ผู้สูงอายุเขียน

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
			คิดไว้ที่บอร์ดของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ สาระการประมุขที่ 4 การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามวัย วัตถุประสงค์ เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็ง กิจกรรม ให้ผู้สูงอายุเล่าถึงประสบการณ์การเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่ถดถอยตามวัย เช่นการเคลื่อนไหว สาระการประมุขที่ 5 การเตรียมพร้อมสู่ดูไบไม่ผลเพื่อเพิ่มพลังงานและความสนใจ วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุพบทวนกิจกรรมที่ทำในช่วงดูไบไม่ผล กิจกรรม ให้ผู้สูงอายุนำเสนอ งานที่ผู้สูงอายุทำช่วงฤดูหนาว เช่น งานศิลปะต่างๆ ผลงานการเขียนบทกลอนหรือบทความ หรืองานที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจทำตั้งแต่ฤดูหนาว นำมาแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์และการเข้าสังคม สาระการประมุขที่ 6 ช่วงท้ายชีวิต วัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับการตัดสินใจส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับช่วงท้ายของชีวิต กิจกรรม ให้ผู้สูงอายุดูภาพยนตร์ตัวอย่างเกี่ยวกับการตัดสินใจในช่วงท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุ สาระการประมุขที่ 7 เรื่องราวความรัก วัตถุประสงค์ ระบุวิธีที่ใช้สร้างความสุขในชีวิต

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level	Subject/Setting/Method		Intervention/Result/Implication
			กิจกรรม ให้ผู้สูงอายุทำรูปภาพ ของคนที่ผู้สูงอายุรักมาเล่าถึงความสัมพันธ์ทั้งในอดีต และปัจจุบันและแลกเปลี่ยน กับเพื่อนสมาชิกกลุ่ม ผู้ดำเนินการและสื่อที่ใช้ ผู้ดำเนินการ เป็นพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะด้านการดูแลผู้สูงอายุ สื่อที่ใช้ ภาพยนตร์ ลักษณะและรายละเอียด ของ “Aging Gracefully program ” 1. เป็นโปรแกรมความร่วมมือระหว่าง senior center และ อาจารย์พยาบาล จากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัย John Hopkins 2. โปรแกรมนี้เปิดบริการที่ Wellness center ตั้งอยู่ที่ชั้น 1 ของตึกที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ 3. การให้บริการมีลักษณะดังนี้ ผลของโปรแกรม “Aging Gracefully” ด้าน ผู้สูงอายุต่อกันเพื่อนสมาชิก - จากการสังเกตสมาชิกที่มีการพัฒนา Social interaction - มีการมีส่วนร่วมและตอบสนองต่อการทำกิจกรรมในระดับสูง การนำโปรแกรม “Aging Gracefully” มาใช้กับผู้สูงอายุ โดยการทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง ทำนาน 7 สัปดาห์ (6-8 สัปดาห์/ครั้ง) สามารถพัฒนา Social interaction และ การมีส่วนร่วมและตอบสนองต่อการทำกิจกรรมในระดับสูงในหญิงผู้สูงอายุได้ ข้อเสนอแนะ 1. ควรมีการจัดหน่วยในเรื่องการจัด เช่นเวลาเริ่ม เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ 2. ผู้ดำเนินการควรมีความชำนาญในเรื่องการทำกลุ่ม

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method		Intervention/Result/Implication	
					3. ข้อจำกัดของสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น บางคนนั่งรถเข็นหรือที่เข็นที่เข็นกว้างพอ 4. การทำกลุ่มควรตระหนักถึงความเชื่อและวัฒนธรรม (ภูมิหลังของผู้ร่วมกลุ่ม)
การทำสมาธิ (1 งานวิจัย)					
Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method		Intervention/Result/Implication	
17. Author Year Title Object	Lindberg, D.A. (2005) (2548) 2005 Integrative Review of Research related to meditation , Spirituality , and the Elderly 1. ศึกษาประโยชน์ของ meditation ในผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา 2. ทบทวนว่าผู้สูงอายุมีวิธีการเผชิญกับการสูญเสียและการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุนและภาวะสุขภาพที่ถดถอยลงอย่างไร	Subject	เป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1978 เกี่ยวกับ ประสบการณ์การศึกษาและการฝึก Meditative , ผลลัพธ์ของการทำ Meditative,หลักการตามหลักศาสนาเกี่ยวกับการจิต ค้นหางานวิจัยกลุ่มตัวอย่าง จากฐานข้อมูล 1. Main Inflow Net 2. Alt Health Watch 3. Health Source : Nursing and Academic Edition	Intervention Result	- 1.ประสบการณ์การฝึกสมาธิ : ด้านการสอนและการฝึกสามารถสอนให้ผู้สูงอายุได้ หลายงานวิจัยนำไปใช้ผสมผสานทำนนาน อย่างน้อย 30 นาที ทำนาน 8-10 สัปดาห์ และมีการพบปะพูดคุยทั้งกลุ่มทุกสัปดาห์ ประกอบด้วย -Transcendental Meditation (TM) -Qi-Qung -Guided imagery ประสบการณ์การ การฝึกสมาธิ :ด้านอารมณ์ ผลของการฝึก Meditation ภายใน 2 ชม พบว่า - ลดความวิตกกังวล

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
Design Level	ตอบคำถาม 3 ข้อ 1. เราสามารถสอน Meditation ในผู้สูงอายุ ? 2. การทำและฝึก meditation ส่งเสริม ความหวัง integrity , connective to environments ? 3. การฝึก meditation สามารถส่งเสริมความ ผาสุกของจิตวิญญาณ ในผู้สูงอายุหรือไม่ ? Integrative Review B	4. MEDLINE 5. Psychology and Behavioral Sciences collection, and the religion and philosophy collection และจากการค้นหาวาง reference lists ผลการสืบค้นได้ จำนวน 36 งานวิจัย งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ประสิทธิภาพ การศึกษาและการฝึก Meditative , ผลลัพธ์ของการทำ Meditative, หลักธรรมตามหลักศาสนากับการจบชีวิต	- บรรเทาอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคหัวใจ - เพิ่มความมั่นใจในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดเรื้อรัง - ลดอาการกระสับกระส่ายช่วยให้สงบและมีความพร้อม - ลดพฤติกรรมอยู่ไม่สุขในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพิ่มความตนเองได้ดีขึ้น สามารถช่วยเหลืออยู่ในกลุ่มดีขึ้น 3. ประสิทธิภาพการ การฝึกสมาธิ :จิตวิญญาณ - ประสิทธิภาพการฝึกสมาธิมีความสัมพันธ์ระหว่าง Web Site ที่สามารถค้นคว้าเพิ่มเติมในเรื่องการทำสมาธิ 1. ABC-of-Yoga.Com 2. ABC-Meditation.com 3. Meditation Society.com 4. Cizen.org Sunnyuale /en Benefit Meditation htm. การทำสมาธิในรูปแบบ Transcendental Meditation (TM) Qi - Qong และ Guided imagery อย่างน้อย 30 นาที ทำนาน 8-10 สัปดาห์ ร่วมกับการพบปะพูดคุยทั้งกลุ่มทุกสัปดาห์ มีความง่ายต่อการฝึก สามารถใช้กับผู้สูงอายุ มีผลต่ออารมณ์ ภายหลังการทำสมาธิ 2 ชม พบว่าลดความวิตกกังวล บรรเทาอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคหัวใจเพิ่มความมั่นใจในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดเรื้อรัง ลดอาการกระสับกระส่าย ช่วยให้สงบและมีความพร้อม ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
			Implication

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
			สามารถลดพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งใน เพิ่มควบคุมตนเองได้ดีขึ้น สามารถช่วยให้อยู่ในกลุ่มดีขึ้น สำหรับด้านจิตวิญญาณ ประสบการณ์การฝึกสมาธิมีความสัมพันธ์ระหว่างความคิด ภายในจิตใจ และทัศนคติ และสุขภาพจิตในเชิงบวก ดังนั้น จึงมีความเหมาะสมในการนำการฝึกสมาธิไปใช้กับผู้สูงอายุ ด้านคำแนะนำทั่วไปในการทำสมาธิ สวมใส่เสื้อผ้าที่สบาย หาที่เงียบสงบ นั่งตัวตรงบนเก้าอี้ มีอวางบนตักหรือเก้าอี้ ฝึกลมหายใจช้าๆ เข้าออกทางจมูก (ถ้าเป็นไปได้อย่างน้อย 9 ครั้ง) ควรฝึกทำสมาธิเวลาเดียวกันทุกวัน ทำนานอย่างน้อย 30 นาที โดยเพิ่มจากเดิมครั้งละ 5 นาที เป็น 10 นาที จนถึง 30 นาที ใช้เก้าอี้หลังตรง ดีกว่าใช้เบาะนอนหรือม้านั่ง และ ใช้เทปเสียงแนะนำเรื่องการทำสมาธิร่วมด้วย จะทำให้การทำ สมาธิดีขึ้น

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method		Intervention/Result/Implication	
18.				Intervention	- แนวคิด HPM ของ Pender สามารถนำมาวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุ ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล (ด้านชีววิทยา สถานะตามหน้าที่ ด้านทางจิตวิทยา ด้านวัฒนธรรมทางสังคม ด้านจิตวิญญาณ การรับรู้ถึงพฤติกรรมและผลกระทบ) มาดำเนินการ
Author	Karen A. T. & Tuck I.	Subject	หญิงชราผิวดำ ชาว แอฟริกัน		
Year	2000	Setting	อเมริกัน จำนวน 1 ราย	Result	
Title	การส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุลูกครึ่งแอฟริกัน อเมริกา (Promoting the Mental Health of Elderly African American : A Case Illustration	Method	- เป็นการสัมภาษณ์และจดบันทึกผู้สูงอายุตัวอย่างจำนวน 1 ราย จำนวนตัวอย่าง เป็นหญิงชราชาวอเมริกันผิวดำ อายุ 80 ปี 1 รายหญิงชรากรณีตัวอย่าง ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยการนำโมเดล HPM ของ Pender (1996) มาเป็นพื้นฐานแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นรายบุคคล โดยใช้กรอบแนวคิดHPM ซึ่งประกอบด้วย concepts ต่างๆ วิเคราะห์ข้อมูลของ Case ตาม concepts ในกรอบแนวคิด แล้วนำมาวางแผนพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ นำไปสู่เป้าหมายมีสุขภาพจิตที่ดี	Implication	
Object	การประยุกต์การใช้กรอบแนวคิด HPM ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุชาวแอฟริกันอเมริกัน				
Design	การศึกษากกรณีตัวอย่าง				
Level	C				

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method		Intervention/Result/Implication	
19.					
Author	Hedelin B. & Gsvensson P. (1999) (2542)	Subject	คนที่มีส่วนร่วมในโครงการ	Intervention	- พบว่าเงื่อนใยพื้นฐานและบทบาทของพยาบาลจิตเวชในชุมชนเงื่อนใยที่ 1.การมีส่วนร่วมหรือการร่วมมือระหว่างหน่วยงานสรุปได้เป็น 4 ประเด็นใหญ่ๆดังนี้ 1. การมองเห็นปัญหาร่วมกัน 2. มีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมเห็นประโยชน์ในการร่วมกัน 3. เปิดเผยและเคารพในความแตกต่าง 4. มีสิทธิในการเข้าถึง แหล่งสนับสนุนในการดำเนินงานคือเงิน ของ และคน บทบาทของพยาบาลจิตเวชมีดังนี้ 1. การจัดการ ให้ผู้บริหาร องค์การภาครัฐ และ อาสาสมัครในระดับภูมิภาคยอมรับโครงการ 2. กำหนดความร่วมมือในระดับภูมิภาค 3. การให้การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต การเจ็บป่วย และความเครียดของผู้สูงอายุ โดยการประชุมกลุ่มต่างๆที่เกี่ยวข้องอย่างเปิดเผย และชัดเจน 4. ให้การสนับสนุน และแก้ไขปัญหาค้นหาความขัดแย้ง 5. กระตุ้นให้ดำเนินโครงการ เงื่อนใยที่ 2 เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม
Year	1999	Setting	A district of a medium-sized town in Sweden.	Result	
Title	การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลจิตเวชในชุมชน (Psychiatric nursing for promotion of mental health and prevention of depression in the elderly : a case study)	Method	วิธีการเก็บข้อมูลคือ จากบทความจากแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการ		
Object	1. เพื่ออธิบายและวิเคราะห์เงื่อนใยพื้นฐานสำหรับ การจัด Intervention Program ในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน คือ				
Design	2. เพื่อ Discuss the psychiatric nurse 's community-oriented health promotion work				
Level	การศึกษากรณีตัวอย่าง				

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method	Intervention/Result/Implication
			1. การจัดกิจกรรม หรือ กลุ่มที่ทำกิจกรรมพิเศษ ที่เป็นประโยชน์ ให้ความยั่งยืน 2. กิจกรรมไม่ยาก คนที่มีภาวะเจ็บป่วย ผู้พิการ สามารถปฏิบัติได้และต่อเนื่อง 3. ผู้ดำเนินการ บุคคลที่มีความรู้ และกลุ่มเป้าหมายร่วมวางแผนในการทำกิจกรรม บทบาทของพยาบาล จิตเวชมีดังนี้ 1. ระดมหาแหล่งทุน 2. การรวบรวมกลุ่มต่างในชุมชน 3. การพัฒนาโปรแกรมต่างให้สอดคล้องตามความต้องการในการดำเนินงาน เงื่อนไขที่ 3 การกำหนดเป้าหมายร่วมกันของกลุ่ม 1. การเปิดโอกาสให้กลุ่มได้ซักถามรายละเอียด วิธีการในการลดความเครียดในผู้สูงอายุ 2. การมีรวมกลุ่ม เพื่อการวางแผนทำงานที่ประสบผลความสำเร็จใช้กลุ่มคนตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป 3. ความน่าสนใจในเรื่องเดียวกันจะเกิดกลุ่มธรรมชาติ 4. การให้บุคคลและกลุ่มบุคคลเข้าร่วมในการวางแผนทั้งนี้ เพราะบุคคลหรือกลุ่มบุคคลมีอิทธิพลต่อกันในการทำกิจกรรมให้สำเร็จ

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

Author/Year/Title/Object/Design/Level		Subject/Setting/Method		Intervention/Result/Implication	
				Implication	บทบาทของพยาบาลจิตเวชมีดังนี้ 1. เพิ่มพลังอำนาจให้กับกลุ่มโดยการให้ความรู้และนิเทศติดตามให้คำแนะนำ สนับสนุน และให้ความสำคัญ โดยการใช้ความรู้และประสบการณ์ การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ควรคำนึงถึงเงื่อนไขพื้นฐานในชุมชน โดยเงื่อนไขที่ 1.การมี ส่วนร่วมหรือการร่วมมือระหว่างหน่วยงาน เงื่อนไขที่ 2 เครือข่ายทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคม เงื่อนไข ที่ 3 การกำหนดเป้าหมายร่วมกันของกลุ่ม ซึ่งพยาบาลจิตเวชชุมชนมีบทบาทในเรื่อง ซึ่งพยาบาลจิตเวชในชุมชนมีบทบาทในการจัดการตามเงื่อนไขทั้ง 3 ประการ ทั้งในระดับบุคคล กลุ่ม และ สังคม โดยการใช้ความรู้ การหาแหล่งสนับสนุนทางด้าน การจัดการเงิน คน และสิ่งของ การสนับสนุน แก่ไขข้อขัดแย้ง การดำรงรักษาไว้ซึ่งการรวมกลุ่ม ดังนั้นจึงน่าสนใจในการนำเงื่อนไขการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุไปใช้ในการวางแผนช่วยเหลือผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าต่อไป

ภาคผนวก ข

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์วิธีส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
การออกกำลังกาย หรือการออกกำลังกายร่วมกับการประชุมกลุ่ม (6 งานวิจัย)

Study	Level	Sample	Intervention	Course of Intervention	Leader	Outcome
1. Dungan, J.M., Brown ACSW, A.V. & Ramsey M.A. (1996)	B	- ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ คนชรา อายุเฉลี่ย 74 ปี - มีความแข็งแรงพอที่สามารถ ในการออกกำลังกาย มีโรค เรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค - การทดลองแบบกลุ่มเดียว จำนวนกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกกลุ่มผู้สูงอายุตาม ความสะดวกจำนวน 59 คน	- ออกกำลังกายแบบยืดเหยียด + - ให้ความรู้ + ให้ความปรึกษา + กลุ่ม Self help support group (การทดลองเป็นกลุ่มเดียว)	กิจกรรมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 1.5 ชั่วโมง นาน 6 เดือน (18 ครั้ง)	- ออกกำลังกาย เป็น นักกายภาพบำบัด หรือผู้ที่ได้รับการฝึก - Self help support group- พยาบาล - ให้ความรู้และให้ คำปรึกษาเป็นนัก สังคมสงเคราะห์	1. ด้านร่างกาย 1.1 ความดันโลหิต P < .001 2. ด้านจิตใจ 2.1 เพิ่มความพึงพอใจในชีวิต P < .001 2.2 เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง P < .002
2. ชมานันท์ บัวงาม (2539)	B	- ผู้สูงอายุในชุมชน - มีความรู้ในหัวในระดับมาก ปานกลาง น้อย - กลุ่มควบคุม 45 คน - กลุ่มทดลอง 45 คน	- กลุ่มควบคุม ปฏิบัติกิจกรรม ประจำวันอยู่บ้าน VS - กลุ่มทดลอง ได้รับการ กระบวนการกลุ่ม และการออก กำลังกายแบบเหยียดดึง (การ ร่วมนัด) + - ออกกำลังกายแบบเหยียดดึง (การร่วมนัด) + - เล่นเกม +	จัดกิจกรรมทุกวัน จำนวน 8 ครั้ง ต่อเนื่องกัน ครั้งละ 4 ชม. ทำ 8 วัน	- ร่วมนัด และ ประชุมกลุ่มเป็น พยาบาลทีม ความสนใจในการ ร่วมนัด (เหยียด ดึง) สื่อ เปรียบเทียบ ทำ บริหารร่างกายแบบ เหยียดดึง	ลดความวิตกกังวล P < .001

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์วิธีส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)
การออกกำลังกาย หรือการออกกำลังกายร่วมกับการประชุมกลุ่ม (6 งานวิจัย)

Study	Level	Sample	Intervention	Course of Intervention	Leader	Outcome
3. สายใจ ชัยสงคราม (2545)	B	- ผู้สูงอายุในชุมชน - ไม่มีความพิการหรือโรค ประจำตัว เป็นกลุ่มควบคุม 50 คน และ กลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มทดลองแบ่งกลุ่มย่อยเป็น กลุ่มละ 10 คน จำนวน 5 กลุ่ม	- ประชุมกลุ่มพูดคุยแสดงความ คิดเห็น และรับประทานอาหาร ร่วมกัน กลุ่มควบคุมไม่ได้รับ โปรแกรม สุขภาพใดๆ VS กลุ่มทดลอง - ออกกำลังกายแบบไทเก๊ก 18 ท่า + + อภิปรายกลุ่มการบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด + ฝึกคลายเครียดด้วยการนั่ง สมาธิ + นวดด้วยตนเอง + กิจกรรมการพัฒนาการรับรู้ ความสามารถตนเองและความ คาดหวัง + สาธิตการประกอบอาหาร	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้ง ละ 2 ชม. ทำานาน 10 สัปดาห์ (10 ครั้ง)	- ออกกำลังกายเป็นผู้สูงอายุ ที่มีความสามารถในการ ออกกำลังกายแบบไทเก๊ก - ประชุมกลุ่มและให้ความรู้ เป็นนักวิชาการสาธารณสุข มีความรู้ทำให้สุขภาพ และพฤติกรรมศาสตร์ สื่อ วิทยุทัศน์	- เพิ่มระดับความรู้เรื่องบริโภค อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ ความเครียด P < .05 - เพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเอง P < .00 - เพิ่มความคาดหวังในผล P < .00 - เพิ่มพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ ความเครียด P < .00

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์วิธีส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)
การออกกำลังกาย หรือการออกกำลังกายร่วมกับการประชุมกลุ่ม (6 งานวิจัย)

Study	Level	Sample	Intervention	Course of Intervention	Leader	Outcome
4. สุชาติ กันหากรักษ์ (2546)	B	- ผู้สูงอายุในสถาน สงเคราะห์คนชรา - มีภาวะซึมเศร้าในระดับ เล็กน้อยและปานกลาง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ - 15 คน มีกลุ่มทดลอง ไม่มี กลุ่มควบคุม	- ออกกำลังกายแบบซิทกง 18 ท่า และฝึกหายใจแบบซิทกง	สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 1 ชม. ระยะเวลา 12 สัปดาห์ (36 ครั้ง)	- ออกกำลังกายเป็น ผู้สูงอายุ และพยาบาลที่มี ความสามารถในการนำ ออกกำลังกายแบบซิทกง - วิดีทัศน์ออกกำลังกาย แบบซิทกง และคู่มือการออก กำลัง	1. ลดภาวะซึมเศร้า P < .05 2. เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ออกกำลังกาย P < .05 3. เพิ่มสมรรถภาพทางร่างกาย P < .05 4. เพิ่มการทรงตัว P < .05
5. Li, F., Fisher, J.K., Harmer, P., Trbe, D., Tearse, R.G., & Weimer, C. (2004)	A	- ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ในสถานสงเคราะห์คนชรา - ไม่มีโรคที่เป็นปัญหาที่ไม่ สามารถออกกำลังกาย - มีปัญหาเรื่องการนอน หลับ - ไม่ใช่ทางจิตเวช - ไม่ได้รับการรักษาอาการ นอนหลับผิดปกติ	กลุ่มควบคุม เข้าร่วมโปรแกรมออก กำลังกาย แบบ Low impact แบ่งเป็นกลุ่ม 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6-15 คน (เฉลี่ย 10 คน ต่อกลุ่ม) VS กลุ่มทดลอง เข้าร่วม โปรแกรมออกกำลังกายเป็นกลุ่ม แบบ Tai-chi แบบอย่างง่าย 8 ท่า (Yangstyle) แบ่งเป็นกลุ่ม 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6-15 คน เฉลี่ย 10 คน ต่อกลุ่ม	3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 1 ชม นาน 6 เดือน (รวม 72 ครั้ง) ทำในตอนเช้า เวลาประมาณ 10.00 น.	- ไม่ได้รับ สื่อ โปรแกรมการออก กำลังกายแบบ Tai chi 8 ท่า (Yang - Style) และ เพลงประกอบ	โปรแกรมการออกกำลังกายแบบ Tai Chi 1. คุณภาพการนอนหลับดีขึ้น P < .001 - การนอนหลับในเวลากลางวันลดลง P < .00 2. ความแข็งแรงของขาทั้งสองข้างเพิ่มขึ้น P < .001 - ระยะเวลาในการลุกนั่ง ลดลง P < .001 - ระยะเวลาในการเดิน 50 ฟุตลดลง P < .001 3. คุณภาพชีวิตด้านร่างกายเพิ่มขึ้น P < .001 4. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจเพิ่มขึ้น P = .04

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์วิธีส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)
การออกกำลังกาย หรือการออกกำลังกายร่วมกับการประชุมกลุ่ม (6 งานวิจัย)

Study	Level	Sample	Intervention	Course of Intervention	Leader	Outcome
6. สุนุดตรา ตะบุญพงษ์ 2551	B	- ไม่มีภาวะ การรับรู้บกพร่อง กลุ่มควบคุม 56 คน (จบการทดลอง 32 คน) กลุ่มทดลอง 62 คน (จบการทดลองเหลือ 42 คน) - เป็นผู้สูงอายุที่สามารถฝึกไทชิได้ - สามารถฝึกไทชิได้ - เข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์ อย่างน้อย 1 เดือน - สามารถรับรู้เรื่องสถานที่ เวลาและบุคคลได้ดี - ไม่ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องช่วยพยุง ที่เป็นข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว โรคซึมเศร้าและโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้	กลุ่มควบคุมทำกิจกรรมตามปกติของสถานสงเคราะห์ไม่ได้รับการฝึกไทชิ VS กลุ่มทดลอง ได้รับการฝึกไทชิ วันละครั้ง ๆ 20 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 12 สัปดาห์ วิธีฝึกให้ผู้สูงอายุเลือกวันที่จะฝึกวัน ออกกำลังกายไทชิเอง วันจันทร์ – วันศุกร์ เลือกฝึก 3 วัน ใช้เวลาอบอุ่นร่างกาย 5 นาที ทำไทชิ 18 ท่า ใช้เวลา 15 นาที	วันละครั้ง ๆ 20 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกันเป็นเวลา 12 สัปดาห์ (36 ครั้ง)	- ผู้นำพยาบาลที่ได้รับการฝึกฝนการออกกำลังกายแบบไทชิ - เป็นสื่อวีดิทัศน์ประกอบเพลงการออกกำลังกายแบบไทชิ	1. คุณภาพการนอนหลับ (PSQI) ดีขึ้น $P < .01$ 2. ลดระยะเวลาในการลุกนั่ง mins. Step in place (number of times) $P < .01$ 3. เพิ่มความจุปอด $P < .01$

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)
การออกกำลังกาย หรือการออกกำลังกายร่วมกับการประชุมกลุ่ม (6 งานวิจัย)

Study	Level	Sample	Intervention	Course of Intervention	Leader	Outcome
		- ไม่เคยฝึกการออกกำลังกายแบบไทชิมาก่อนหรือการออกกำลังกายอื่นๆ ยกเว้นการฝึกเหยียด - ใน 1 เดือนที่ผ่านมามีปัญหาเรื่องการนอนหลับมากกว่า 2 วัน/สัปดาห์ อย่างน้อย 1 สัปดาห์ ประกอบด้วย นอนหลับยาก นอนน้อยกว่า 5 ชั่วโมง/คืน ดันกลางดึกมากกว่าคืนละ 2 ครั้ง ระยะเวลาในการใช้เวลาหลับมากกว่า 30 นาทีเมื่อตื่นแล้วไม่สามารถหลับต่อได้ตื่นเช้ามาก และไม่รู้สึกลึกลับ กลุ่มผู้สูงอายุตัวอย่าง จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม 25 คน และกลุ่มทดลอง 25 คน				

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์วิธีส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

กิจกรรมนันทนาการและดนตรี (4 งานวิจัย)

Study	Level	Sample	Intervention	Course of Intervention	Leader	Outcome
1. ธรรมชาติ (2547)	A	- ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา - มีภาวะซึมเศร้า - อายุเฉลี่ย 70-79 ปี - จำนวน 20 คน กลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 10 คน	กลุ่มควบคุม ทำกิจกรรมตามปกติของสถานสงเคราะห์ VS กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมกิจกรรมนันทนาการ โดยการเล่นอังกะลุง	สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ทุกวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ ครั้งละ 1 ชม. ทำนาน 6 สัปดาห์ (รวม 18 ครั้ง)	เป็นพยาบาลที่มีความสามารถในการทำกิจกรรมกลุ่ม / การสอนผู้ใหญ่ และมีพื้นฐานการเล่นดนตรีไทย / สามารถเล่นอังกะลุงได้	- ภาวะซึมเศร้าลดลง $P < .01$ - ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น $P < .01$
2. Lai, H. L., Good, M. (2004)	A	- ผู้สูงอายุในชุมชน - มีปัญหาการนอนหลับยาก - ปัญหาการนอนหลับไม่เกิดจากการรับรู้ยา หรือ ปัญหาจากสิ่งแวดล้อม - กลุ่มควบคุม 30 คน - กลุ่มทดลอง 30 คน	กลุ่มควบคุม ได้รับการสอนให้ผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเฉื่อย และได้รับการสอนให้บันทึกการตอบแบบสอบถามตาม PSQI VS กลุ่มทดลอง ได้ฟังดนตรีช่วยบำบัดฟื้นฟูคุณภาพการนอนหลับก่อนนอน และได้รับการสอนให้ทำการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการสอนให้บันทึกการตอบแบบสอบถามตาม PSQI การฟังดนตรีที่นอนก่อนนอนและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	ครั้งละ 45 นาที ทำทุกวัน นาน 3 สัปดาห์ เวลาเช้านอน (at bed time) (รวม 21 ครั้ง)	เป็นอาจารย์พยาบาล และผอ. ศูนย์สุขภาพชุมชน สื่อหรือเครื่องมือที่ใช้ - วิทยูเทป - เทปคาสเซตเสียงเพลงบรรเลงชนิดจังหวะ 60-80 ครั้ง/นาที	- คุณภาพของการนอนหลับดีขึ้น $P < .01$ - องค์ประกอบของการนอนหลับ 4 ด้าน ได้แก่ PSQ, SL, SE, DD ดีขึ้น $P < .001$

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์วิธีส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)
กิจกรรมนันทนาการและดนตรี (4 งานวิจัย)

Study	Level	Sample	Intervention	Course of Intervention	Leader	Outcome
3. Jansen, D.A., Sadowszky, V. V. (2004)	C	-ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา อายุ 65- 92 ปี จำนวน 30 คน - สามารถสื่อสารเข้าใจได้	มีจำนวน 12 หมวดใหญ่ ดังนี้ 1. การประดิษฐ์ หรือทำงานสร้างสรรค์ 2. การบำเพ็ญประโยชน์แก่ผู้ 3. การอยู่กับธรรมชาติ 4. การมีเครือข่ายทางสังคม 5. การทำกิจกรรมที่ท้าทายเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ 6. กิจกรรมทางกายเช่น การออกกำลังกาย 7. การอ่านหนังสือ 8. การมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่าย 9. กิจกรรมทางจิตวิญญาณ 10. กิจกรรมทางวัฒนธรรม 11. การท่องเที่ยว 12. กิจกรรมอื่นๆ	-	-	ผู้สูงอายุหันเหเกิด ความรู้สึกรักชีวิต
4. Okumiya, K., Marita, Y., Nishinaga M., Osaki, Y., Doi, Y., Ishime, M. et al. (2005)	B	ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีภาวะAge-associated cognitive decline (AACD) และ Mild depressive mood จำนวน 36 คน นำมาสุ่มเข้ากลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 19 คน และกลุ่มละ 17 คน	Group Work Program กิจกรรม นันทนาการ ตามโปรแกรม - 30 นาทีพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์ (reality orientation) - 1.30 ชม. ทำโปรแกรมกิจกรรมนันทนาการ - 1 ชม. รับประทานอาหารกลางวัน	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 3 ชั่วโมง นาน 4 เดือน (16 ครั้ง)	พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน ชุมชน สื่อ ตามสถานการณ์ ของกิจกรรมการทดลองเช่น เสียงดนตรี หรืออุปกรณ์การ ทำการฝีมือ เป็นต้น	- ภาวะซึมเศร้าลดลง - คุณภาพชีวิตดีขึ้น - ความพึงพอใจใน ชีวิตดีขึ้น

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์วิธีส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)

การระลึกความหลัง (3 งานวิจัย)

Study	Level	Sample	Intervention	Course of Intervention	Leader	Outcome
1 Lim, YC., Dai, YT., & Hwang, SL. (2003)	B	- การสืบค้นอย่างมีระบบ - งานวิจัย 10 เรื่องระหว่างปี ค.ศ.1986 – ปี ค.ศ. 1998 - งานวิจัยทำในผู้สูงอายุ 65 ปี และ 65 ปีขึ้นไป หรือเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา - Study intervention คือ การระลึกความหลัง - ผลลัพธ์การศึกษาเช่น ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต การเห็นคุณค่าในตนเอง และความภาคภูมิใจ	กลุ่มการระลึกความหลัง	(สัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง) ครั้งละ 1 ชั่วโมง ทำนาน 12 – 52 สัปดาห์	- เป็นพยาบาลระดับปริญญาเอก	- ในงานวิจัย 10 เรื่อง ตัวแปรผลลัพธ์ที่ศึกษามากที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้า รองลงมาคือความพึงพอใจในชีวิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง - 4 ใน 10 งานวิจัยพบว่าการระลึกความหลังมีผลทางบวกต่อผลลัพธ์งานวิจัย
2. พินิจลักษณ์ นิติภรณ์ (2547)	B	- ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา - มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง กลุ่มทดลอง 6 คน/ กลุ่มควบคุม 6 คน	กลุ่มควบคุม ทำกิจกรรมของสถานสงเคราะห์คนชราตามปกติ VS กลุ่มทดลอง กิจกรรมกลุ่มการพูดคุยเกี่ยวกับการระลึกความหลัง	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที- 1 ชม. ทำนาน 5 สัปดาห์ (5 ครั้ง)	- เป็นพยาบาลที่มีความสามารถให้คำปรึกษา	- ภาวะซึมเศร้าลดลง $P < .5$

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์วิธีส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)
การระลึกความหลัง (3 งานวิจัย)

Study	Level	Sample	Intervention	Course of Intervention	Leader	Outcome
3. เรณู อินทร์ตา (2549)	B	ผลของการระลึกถึงความหลังต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี	กลุ่มควบคุม ทำกิจวัตรประจำวันที่บ้านปกติ VS กลุ่มทดลองได้รับการโปรแกรมการระลึกความหลังเป็นรายบุคคล	ระยะเวลาในการทดลองครั้งละ 40 – 45 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ (6 ครั้ง)	ผู้นำกลุ่มเป็นพยาบาลที่มีความสามารถในการให้คำปรึกษาได้	1. ภาวะซึมเศร้าลดลง $P < .01$ 2. ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองเพิ่มขึ้น $P < .01$

กระบวนการกลุ่ม (3 งานวิจัย)

Study	Level	Sample	Intervention	Course of Intervention	Leader	Outcome
1. อภิญญา จารุณี (2542)	A	- ผู้สูงอายุในสถาน สงเคราะห์คนชรา - มีการยอมรับตนเองต่ำ	การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบโอดชน กลุ่มควบคุม 10 คน กลุ่มทดลอง 10 คน	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที ระยะเวลา 8 สัปดาห์ (จำนวน 8 ครั้ง)	ผู้ที่มีความสามารถในด้านคำปรึกษา	การยอมรับตนเองดีขึ้น $P < .05$
2. จิตสมร วุฒิพงษ์ (2543)	B	- ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา - มีความเครียดสูง - ไม่พบตนเอง กลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 7 คน	โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยการประชุมกลุ่มแสดงความคิดเห็น และการเรียนรู้เชิงประสบการณ์	3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง ระยะเวลา 3 สัปดาห์ (รวม 9 ครั้ง)	เป็นพยาบาลจิตเวช และมีประสบการณ์ในการสอนแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ สื่อ วัสดุ และเทปบันทึกเสียง	- พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงขึ้น $P < .05$

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์วิธีส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)
กระบวนการกลุ่ม (3 งานวิจัย)

Study	Level	Sample	Intervention	Course of Intervention	Leader	Outcome
3. Gerson, L. D., Berg, J., & Rose, L.E. (2004)	C	- คนชราที่มีรายได้น้อย อายุ อย่างน้อย 65 ปี มีปัญหาโรค เรื้อรัง	“Aging Gracefully program ” - บริการติดตามดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และช่วยเหลือจัดการกับปัญหาโรค เรื้อรัง (การกินยา ความดันโลหิต น้ำตาล ให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน การลดน้ำหนัก และ ส่งเสริมการออกกำลังกายเป็นกลุ่ม) - การทำกลุ่ม พุดคุยแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ตามหัวข้อที่กำหนด	- 1 ครั้ง / สัปดาห์ ทำาน 7 สัปดาห์	พยาบาลชุมชนประจำศูนย์ อาจารย์พยาบาลจากคณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย Jonh Hopkins	- Social interaction ดีขึ้น - มีการมีส่วนร่วมและ ตอบสนองต่อการทำ กิจกรรมในระดับสูง

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์วิธีส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)
การทำสมาธิ (1 งานวิจัย)

Study	Level	Sample	Intervention	Course of Intervention	Leader	Outcome
1. Lindberg, D.A. (2005)	B	- Integrative Review - 36 งานวิจัย - ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1978 - งานวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การศึกษาและการฝึก Meditative , ผลลัพธ์ของการทำ Meditative - เป็นงานวิจัยที่ทำในผู้สูงอายุ	รูปแบบการทำสมาธิ Transcendental Meditation(TM), Qi-Qong, Guided imagery - สามารถสอนในผู้สูงอายุได้ ด้านคำแนะนำทั่วไปในการทำสมาธิ สมาธิเสื่อผ้าที่สบาย หาที่เงียบสงบ นั่งตัวตรงบนเก้าอี้ มีอวามบนตักหรือพาดำพิศลงมาย ใจช้าๆ เช้าออกทางจมูก (ถ้าเป็นไปได้อย่างน้อย 9 ครั้ง) ควรรีทำสมาธิเวลาเดียวกันทุกวัน ทำนานอย่างน้อย 30 นาทีโดยเพิ่มจากเดิมครั้งละ 5 นาที เป็น 10 นาที... จนถึง 30 นาที ใช้เก้าอี้หลังตรงดีกว่าใช้แบบนอนหรือนั่ง และใช้เทปเสียงแนะนำเรื่องการทำสมาธิร่วมด้วย จะทำให้การทำสมาธิดีขึ้น	ครั้งละ 30 นาทินาน 8-10 สัปดาห์- มีการพบปะพูดคุยทั้งกลุ่มทุกสัปดาห์	-	ผลการฝึกสมาธิ: ด้านอารมณ์ ผลการทำสมาธิภายใน 2 ชม พบว่าลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคหัวใจ เพิ่มความมั่นใจในผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กระสับกระส่ายช่วยให้สงบลดพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ความคุมตนเองได้ดีขึ้น สามารถช่วยให้ให้อยู่ในกลุ่มดีขึ้น ผลการฝึกสมาธิ: จิตวิญญาณ - ประสบการณ์การฝึกสมาธิมีความสัมพันธ์ระหว่างความคิดภายในจิตใจ และทัศนคติและสุขภาพจิตในเชิงบวก

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์วิธีส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)
การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุตามแนวคิดทฤษฎี Health Promotion Model (1 งานวิจัย)

Study	Level	Sample	Intervention	Course of Intervention	Leader	Outcome
I. Thom, K. A., & Tuck I. (2000)	C	- ผู้สูงอายุหญิงชาวอเมริกา ในชุมชน - อายุ 80 ปี 1 คน	- เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต รายบุคคลให้เหมาะสมกับ สถานการณ์และความต้องการ ของผู้สูงอายุโดยการนำโมเดล HPM ของ Pender (1996) มา เป็นพื้นฐานในการส่งเสริม สุขภาพจิต	-	พยาบาลจิตเวชชุมชน	สามารถนำ HPM ของ Pender (1996) มาใช้ในการ ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลได้ สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ตาม บริบทที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงและทำได้ และ รู้สึกเป็นประโยชน์แก่ตนเอง อยู่ในชุมชนใกล้ บ้าน ผู้สูงอายุแต่ละคน สามารถวางแผนร่วมกัน กับพยาบาลจิตเวชและพยาบาลสามารถกระตุ้น และติดตามให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ส่งเสริมความมั่นใจการดำเนินการส่งเสริม สุขภาพจิตและเอาชนะอุปสรรคที่ขัดขวางการทำ กิจกรรมตามแผนการให้การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ สูงอายุที่ได้วางแผนไว้ได้

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์วิธีส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)
กลยุทธ์การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้า (1 งานวิจัย)

Study	Level	Sample	Intervention	Course of Intervention	Leader	Outcome
1. Hedelin B. & Gsvensson P. (1999)	C		-	-	พยาบาลจิตเวชชุมชน	พบว่าเงื่อนไขพื้นฐานและบทบาทของพยาบาลจิตเวชในชุมชน เงื่อนไขที่ 1. การร่วมมือระหว่างหน่วยงาน 4 ประเด็นใหญ่ๆดังนี้ 1. การมองเห็นปัญหาร่วมกัน 2. มีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมเห็นประโยชน์ในการร่วมกัน 3. เปิดเผยและเคารพในความแตกต่าง 4. สิทธิในการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในการดำเนินงานคือเงิน ของ และคน บทบาทของพยาบาลจิตเวชมีดังนี้ 1. การจัดการให้ผู้บริหารองค์กรภาครัฐ และอาสาสมัครในระดับภูมิภาคยอมรับโครงการ 2. กำหนดความร่วมมือในระดับภูมิภาค 3. การให้การศึกษากับสุขภาพจิต การเจ็บป่วย และความเครียดของผู้สูงอายุ โดยการประชุมกลุ่มต่างๆที่เกี่ยวข้องอย่างเปิดเผย และชัดเจน 4. ให้การสนับสนุน และแก้ไขปัญหามาจัดแย้ง 5. กระตุ้นให้ดำเนินโครงการ เงื่อนไขที่ 2 เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม 1. การจัดการชมรม หรือกลุ่มที่ทำกิจกรรมพิเศษที่เป็นประโยชน์ให้มีความยั่งยืน 2. กิจกรรมไม่ยาก คนที่มีภาวะเจ็บป่วย ผู้ที่พิการ สามารถปฏิบัติได้และทำต่อเนื่อง 3. ผู้นำ บุคคลที่มีความรู้ และกลุ่มเป้าหมายร่วมวางแผนในการทำกิจกรรม บทบาทของพยาบาล จิตเวชมีดังนี้ 1. ระดมหาแหล่งทุน 2. การรวบรวมกลุ่มต่างในชุมชน

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์วิธีส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ต่อ)
กลยุทธ์การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้า (1 งานวิจัย)

Study	Level	Sample	Intervention	Course of Intervention	Leader	Outcome
						3. การพัฒนาโปรแกรมต่างให้สอดคล้องตามความต้องการในการดำเนินงาน เงื่อนไขที่ 3 การกำหนดเป้าหมายร่วมกันของกลุ่ม 1. การเปิดโอกาสให้กลุ่มได้ซักถามรายละเอียด วิธีการในการลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 2. การมีรวมกลุ่มเพื่อการวางแผนทำงานที่ประสพผลความสำเร็จใช้กลุ่ม บทบาทพยาบาลจิตเวชมีดังนี้คือ 1.การเพิ่มพลังอำนาจ 2.การนิเทศติดตาม

ภาคผนวก ก

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

สำหรับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีแนวทาง ดังนี้

1. การเตรียมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เนื่องจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จิตแพทย์ แต่ก็มีพยาบาลที่สามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้ และมีหลายรูปแบบ ซึ่งพยาบาลสามารถที่จะดำเนินการได้ รวมทั้งมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้สามารถดำเนินการได้ ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยมานั้น พบว่าพยาบาลจิตเวชสามารถทำงานร่วมกับกลุ่มสหสาขาวิชาชีพได้ สำหรับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตที่นำมาใช้ ได้แก่ การออกกำลังกายหรือการออกกำลังกายร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม กิจกรรมนันทนาการ การระลึกถึงความหลัง การใช้กระบวนการกลุ่ม การใช้สมาธิ การส่งเสริมสุขภาพจิตรายบุคคล และดำเนินการตามเงื่อนไขพื้นฐานและบทบาท ของพยาบาลจิตเวชในชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน

2. การเตรียมกลุ่มตัวผู้สูงอายุสำหรับส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยใน และในชุมชน มีคุณสมบัติดังนี้

- 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีความแข็งแรง
- 2) ไม่มีความพิการ
- 3) สามารถสื่อสารได้รู้เรื่อง

นอกจากนี้ยังสามารถทำในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่มีคุณสมบัติดังนี้

- 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีความเครียด
- 2) ความว้าเหว่
- 3) มีการยอมรับในตนเองต่ำ
- 4) มีปัญหาอื่นไม่หลับ
- 5) มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วงเล็กน้อยถึงปานกลาง
- 6) มีความสามารถในการสื่อสารรู้เรื่อง

3. การจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการ

- 1) แผนกผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยใน และในชุมชน

4. การจัดเตรียมผู้นำ

- 1) พยาบาลจิตเวช และพยาบาลวิชาชีพที่มีความสามารถในการให้คำปรึกษา
 - 2) ทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด
 - 3) ผู้นำกลุ่มที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันเอง
5. การเตรียมสื่อและอุปกรณ์ที่ใช้
- 1) วัสดุทัศน
 - 2) ตัวแบบที่เป็นผู้สูงอายุ
 - 3) อุปกรณ์ที่สามารถใช้ในการทำกิจกรรม
6. การเตรียมเครื่องมือที่ใช้วัดผลลัพธ์ที่ได้จากการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ได้แก่ ผลลัพธ์ ด้านจิตใจ เช่น ความไว้วางใจ ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุกทางใจ การยอมรับตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต Self-esteem ภาวะซึมเศร้า และผลลัพธ์ทางด้านร่างกาย เช่น สมรรถนะทางด้านร่างกาย เป็นต้น

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – นามสกุล	นางพริยา สุทธิเลิศ
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2507
สถานที่เกิด	จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยการพยาบาลบรมราชชนนี ประกาศนียบัตร พยาบาลและผดุงครรภ์ ระดับต้น ราชบุรี, 2526 – 2528 วิทยาลัยการพยาบาลบรมราชชนนี ประกาศนียบัตร พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ ชั้นสูง กรุงเทพฯ, 2532 – 2535
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2528 – ปัจจุบัน โรงพยาบาลมหาราช กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โทรศัพท์ 035 – 389028 ต่อ 200 ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข 7
ที่อยู่	บ้านเลขที่ 32 หมู่ 3 ต.เสาธง อ.บางปะหัน จ.พระนครศรีอยุธยา รหัสไปรษณีย์ 13220