

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ Effectiveness of a Mental Health Promotion Program on the Mental Health among Older Adults

Received: Sep 23, 2019
Revised: Dec 1, 2019
Accepted: Dec 13, 2019

จารุวรรณ ก้านศรี ปร.ด. (Jaruwat Kansri, Ph.D.)¹

ชุตินา มาลัย ปร.ด. (Chutima Mdalai, Ph.D.)²

นภัทร เตียอนุกุล พย.ม. (Napat Teianukool, M.N.S.)³

ภัทรวดี ศรีนวล ปร.ม. (Pattarawadee Srinuan, M.E.A.)⁴

นภัสสร ยอดทองดี พย.ม. (Napatsorn Yodthongdee, M.N.S.)⁵

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด การส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นแนวคิดที่สามารถลดความเสี่ยงดังกล่าวได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) ช่วยเหลือตนเองได้ดี 2) ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือความพิการด้านการเคลื่อนไหว 3) ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย 4) สามารถติดต่อสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ จำนวน 60 คน ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตโดยประยุกต์แนวคิดของการสร้างสุขจากหลักธรรมชาติผสมผสานกับแนวคิดการสร้างสุขเชิงจิตวิทยาและแนวคิดในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ประกอบด้วย 8 กิจกรรม จำนวน 8 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที (t-test) ผลการวิจัยพบว่า

1) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตภายหลังการทดลอง (Mean = 167.40, SD. =13.09) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean =154.40, SD = 14.13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 13.54, SD = 13.80$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 2.17, SD = 1.04$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต สามารถส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ แต่ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาว เพื่อประเมินผลการคงอยู่ของภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ส่งเสริมสุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ

^{1,3,4,5} พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท Email: jaruwat_kansri@hotmail.com

² ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท E-mail: chutimali55@gmail.com

Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Chai Nat, Thailand

Abstract

It is recognized that the elderly people are at high risk of mental health problems. Mental Health promotion is a concept that can reduce such risks. This quasi-experimental study was designed to examine the effects of a mental health promotion program on the mental health status among elderly people. To be eligible for the study, the participant had to meet the following criteria: 1) be 60 years of age or older; 2) possess good self-help; 3) no severe communicable diseases or movement disabilities; 4) be fluent in Thai; and 5) have a willing to participate in the study. There were 60 participants in the study. Participants were randomly assigned to an experimental group (n=30) and control group (n=30). The experimental group received the mental health promotion program. This program was developed using 3 concepts: the concept of creating happiness from Dhamma principles, the concept of creating psychological well-being, and the concept of holistic health care. The program consisted of 8 weekly sessions (90 minutes for each) over a period of 8 consecutive weeks, while the control group received regular care activities. Data were analyzed using descriptive statistics, and t-test. Research findings were as follows: 1) After participating in the mental health promotion program, post-test mean score (M = 167.40, SD = 13.09) for the mental health of the experimental group were statistically higher than pre-test score (M = 154.40, SD = 14.13) ($p < .001$); 2) Mean difference score for the mental health of the experimental group between pre-test and post-test ($\bar{D}_1 = 13.54$, SD = 13.80) were significantly higher than those of the control group ($\bar{D}_2 = 2.17$, SD = 1.04) ($p < .001$). Research findings indicated that the mental health promotion program would potentially enhance the mental health status among elderly people. Longitudinal study is needed to investigate the sustainability of mental health status among elderly people.

Keywords: mental health promotion, elderly people

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับสถานการณ์การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุ ทำให้โครงสร้างประชากรประเทศไทยเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ (population ageing)” ซึ่งพบว่าสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 13.20 ในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 32.10 ในปี พ.ศ. 2583 และเป็นที่น่าสังเกตคือ ปี พ.ศ. 2600 จะเป็นปีที่คาดว่าสัดส่วนของประชากรวัยเด็กจะเท่ากับสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุ¹ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสถานะทางสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การดำรงชีวิตและการพัฒนาศักยภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างมาก ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวปรับใจต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ได้ จึงมีโอกาสเกิดภาวะปัญหาสุขภาพจิตได้มากกว่าบุคคลในวัยอื่น ๆ² โดยมีรายงานว่า ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 21.00 มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปหรือเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยผู้หญิงสัดส่วนสูงกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 24.81 และ 17.18 ตามลำดับ)³ การศึกษาของแคมเบลและคณะ⁴ ในผู้สูงอายุเขตชนบทของประเทศอินเดีย พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตร้อยละ 41.30 ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วย การเสื่อมของระบบต่างๆในร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุการทำงาน การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิดหรือเพื่อน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น และการทำกิจวัตรประจำวันถดถอยลง ทำให้เกิดความวิตกกังวล เศร้าและสิ้นหวัง จนอาจกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด⁵

จากปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว วิตกกังวล เครียดและซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น เป็นสิ่งสะท้อนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่มีความสำคัญอย่างมาก ภายใต้กระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกในด้านต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตผู้สูงอายุ⁶ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องหาแนวทางส่งเสริมให้ผู้สูง

อายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่า มีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นจึงจำเป็นต้องแสวงหาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุให้ครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีสามารถพึ่งพาตนเองและอยู่ในสังคมได้โดยไม่เป็นภาระกับบุคคลอื่นและสามารถดำรงชีวิตด้วยตนเองได้อย่างมีคุณค่า ก็ย่อมที่จะคงความมีสุขภาพจิตที่ดีต่อไปได้⁷

การส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุขในการดำเนินชีวิต การจัดการหรือการบริการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนมีความจำเป็นอย่างยิ่ง และควรจัดกิจกรรมหรือการบริการที่เน้นเชิงรุก เพื่อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพที่มีสุขภาพสมบูรณ์อย่างยั่งยืน จากการทบทวนวรรณกรรมผ่านมาพบว่า มีวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุหลายวิธีด้วยกัน เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การใช้กระบวนการกลุ่ม การฝึกสมาธิ การทำจิตบำบัดรายบุคคล และการสร้างเครือข่ายทางสังคม⁷ ซึ่งกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุเป็นแนวทางในการสร้างสุขทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้ด้วยตนเอง สามารถเผชิญกับปัญหาในปัจจุบันอย่างเข้มแข็ง พึ่งพาตนเองได้ สร้างความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขและสุขภาพจิตดีขึ้น⁸ ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ที่ปฏิบัติหน้าที่การสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต แก่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จึงได้ปรับปรุงวิธีการสอนแบบโครงการ โดยร่วมกันส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาล ทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ โดยนำแนวคิดในการสร้างสุขจากหลักธรรมะของพระพุทธมุนีมาผสมผสานกับแนวคิดการสร้างสุขเชิงจิตวิทยาและแนวคิดในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม⁹ มาร่วมกันวางแผนทำการศึกษาค้นคว้าข้อมูลความรู้ที่จำเป็นตลอดจนการออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุตามบริบทของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต

คำถามการวิจัย

ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม หรือไม่

สมมติฐานงานวิจัย

1 ค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท ที่มีเกณฑ์คุณสมบัติคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) ที่กำหนดดังนี้ คือ 1) ช่วยเหลือตนเองได้ดี 2) ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือความพิการด้านการเคลื่อนไหว 3) ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย 4) สามารถติดต่อสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) สองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (pretest-posttest control group design) ระหว่างเดือนมกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2562

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดของการสร้างสุขจากหลักธรรมะของพระพุทธศาสนา⁸ คือ สุขกาย สุขใจ พละทานมัยสมบุรณ์ เพิ่มพูนงานอดิเรก มาผสมผสานกับแนวคิดการสร้างสุขเชิงจิตวิทยาและแนวคิดในการดูแลสุขภาพผู้สูง

อายุแบบองค์รวม⁹ คือ กาย จิต สังคมและปัญญา มาเป็นกรอบในการสร้างความสุข 5 ด้าน ดังนี้ 1) สุขสบาย 2) สุขสนุก 3) สุขสง่า 4) สุขสว่าง 5) สุขสงบ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้มีมุมมองโลกในแง่บวก เข้าใจสภาวะธรรมชาติของมนุษย์ สามารถจัดการกับอารมณ์ลบที่เกิดขึ้นและเรียนรู้ที่จะจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตได้อย่างมีเหตุผล เมื่อสามารถจัดการกับอารมณ์ด้านลบได้ ก็จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพกายและจิตได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ตำบลชัยนาท อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท ที่ใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

เกณฑ์คุณสมบัติคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ที่กำหนดดังนี้ คือ 1) ไม่มีความพิการด้านการเคลื่อนไหว 2) ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือมีประวัติของการรักษาด้วยโรคจิตเวช 3) ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย 4) สามารถติดต่อสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้

การยุติการศึกษา (Discontinuation criteria) ได้แก่ ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้เกิน 2 ครั้ง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมครบทุกครั้ง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1) สุ่มอำเภอ โดยสุ่มอำเภอทั้งหมดของจังหวัดชัยนาท ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) ด้วยการจับสลากเลือกรายชื่ออำเภอของจังหวัดชัยนาท จากจำนวน 8 อำเภอ สุ่มได้อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท 2) สุ่มตำบล โดยสุ่มตำบลทั้งหมดของอำเภอเมือง ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Sample Random sampling) ด้วยการจับสลากเลือกรายชื่อตำบลของอำเภอเมือง จำนวน 2 ตำบล สุ่มได้ตำบลชัยนาทและตำบลบ้านกล้วย 3) สุ่มตำบล

ละ 1 ชมรมผู้สูงอายุ คือ ตำบลชัยนาทได้ชมรมผู้สูงอายุหมู่ 6 วัดส่องคบและตำบลบ้านกล้วยได้ชมรมผู้สูงอายุหมู่ 3 วัดท่าชัย 4) จับสลากเลือกกลุ่มทดลองคือชมรมผู้สูงอายุหมู่ 6 วัดส่องคบ และกลุ่มควบคุมคือชมรมผู้สูงอายุหมู่ 3 วัดท่าชัย 5) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนจากจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ตามเกณฑ์การคัดเลือก จากทั้ง 2 ตำบลต่อจากนั้นจับคู่ (match pair) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ตำบลจะสามารถจับคู่ได้ 30 คู่ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นโดยให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ อายุ สถานภาพ และรายได้ 6) ผู้วิจัยขอความร่วมมือและชี้แจงเกี่ยวกับโครงการ การพิทักษ์สิทธิ์และเซ็นใบยินยอมหากสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลก่อนการทดลองและนัดหมายการเข้าร่วมโปรแกรม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) จากผลการคำนวณค่าอำนาจอิทธิพล โดยใช้ ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากผลศึกษา ของพรพิมล เพ็ชรบุรี, ชมชื่น สมประเสริฐและประนอม โอทกานนท์¹⁰ ด้วยโปรแกรม G*Power version 3.0.10 ใช้ค่าอำนาจในการวิเคราะห์ กำหนดค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .08 ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% นำไปคำนวณขนาดของ กลุ่มตัวอย่างได้อย่างน้อยกลุ่มละ 23 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง อีกร้อยละ 30.00¹¹ เป็นกลุ่มละ 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 30 คน เพื่อทดแทนการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่าง ดำเนินการวิจัย (dropout) ซึ่งในการทดลองครั้งนี้ไม่มีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้
 - 1.2 แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ ปีพ.ศ.2550 ของอภิชัย มงคลและคณะ¹² มีคะแนนเต็มทั้งหมด 220 คะแนน โดยนำคะแนนมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้ คะแนน 179-220 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตมากกว่าคนทั่วไป (good) คะแนน

158-178 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (Fair) และคะแนน 157 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor) โดยหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) จากการนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่ม ตัวอย่าง (try out) ที่ชมรมผู้สูงอายุตำบลเขาพระ อำเภอ เดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 คน ได้ค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ .82

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการ ส่งเสริมสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์แนวคิดของการสร้างสุขจากหลักธรรมะของพระ พรหมคุณาภรณ์¹³ คือ หลักธรรมะ 4 ประการ ได้แก่ สุขกาย สุขใจ พละนามัยสมบูรณ์ เพิ่มพูนงานอดิเรก เพื่อพัฒนาสุขภาพ จิตของผู้สูงอายุ ผสมผสานกับแนวคิดการสร้างสุขเชิงจิตวิทยา และแนวคิดในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม¹⁴ คือ กาย จิต สังคมและปัญญา มาเป็นกรอบในการสร้างความสุข 5 ด้าน ได้แก่ 1) สุขสบาย 2) สุขสนุก 3) สุขสง่า 4) สุขสว่าง 5) สุขสงบ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการทำความรู้จักรักกันวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มความรู้สึกลึกซึ้งด้านบวกของสภาพจิตใจ และชี้แจง วัตถุประสงค์ จำนวนครั้งและระยะเวลา สถานที่ การเข้าร่วม โปรแกรม และการให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิต

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมการออกกำลังกายด้วยซึ้ง วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกาย ให้ครบทุกส่วนของข้อต่อของร่างกาย

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมนันทนาการด้วยการร้องรำทำ เพลงด้วยท่ารำต่าง ๆ วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีความสุข สนุกสนานกับเสียงเพลง ท่ารำ

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมเปิดเผยตัวตน ค้นพบความแตกต่าง วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมเข้าใจ ตนเองและผู้อื่น ตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ครอบครัว สังคมและชุมชนรวมทั้งข้อดีข้อเสียของตนเอง พร้อมทั้งเสียงสะท้อนจากคนรอบข้างได้

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมคนสำคัญของครอบครัว กิจกรรมนี้เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตด้านจิตใจ เพื่อ

ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มความรู้สึกรับรู้คุณค่าของสภาพจิตใจ รวมทั้งตระหนักในคุณค่าของตนเอง

กิจกรรมที่ 6 กิจกรรมเรามีเป้าหมายที่ดีมีความหมาย กิจกรรมนี้ผู้วิจัยให้การส่งเสริมสุขภาพจิต ด้านจิตใจ วิญญาณและสังคม ในการตั้งเป้าหมายในชีวิต เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มความรู้สึกรับรู้คุณค่าของสภาพจิตใจ รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย

กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมทักษะการจัดการความเครียด และผ่อนคลายกล้ามเนื้อ วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด และมีทักษะในการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองและสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง

กิจกรรมที่ 8 กิจกรรมอาสาและทบทวน มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผ่านมา พร้อมทั้งประเมินผลด้วยแบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ

ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ คือ การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้งและการได้รับการรักษาเมื่อเกิดความเจ็บป่วยเป็นครั้งคราว

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือ ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตที่สร้างขึ้น พร้อมคู่มือสำหรับผู้สูงอายุ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบค่า CVI เท่ากับ 1 จากนั้นผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต พร้อมคู่มือไปดำเนินการทดลองกับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (try out) ที่ชมรมผู้สูงอายุตำบลเขาพระ อำเภอเดิมบางนางบวช จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 8 คน เพื่อหาข้อบกพร่องของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตพร้อมคู่มือที่พัฒนาขึ้น การออกกำลังกายท่าซึกง ควรปรับให้มีจำนวนท่าทางลดลง เนื่องจากอาจยากเกินสำหรับผู้สูงอายุ

การเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ระยะดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง หลังจากผู้วิจัยได้รับรองจริยธรรมการวิจัยเรียบร้อยแล้ว จึงดำเนินการคัดเลือกและเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ต่อจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการ

วิจัย แนะนำตนเอง ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ตามแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ ในวันแรกของการทดลอง

2. ระยะดำเนินการทดลอง สำหรับกลุ่มทดลองนั้น ผู้วิจัยดำเนินการทดลองเป็นรายกลุ่มด้วยโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้เวลาครั้งละ 90 นาทีจำนวน 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ คือ วันศุกร์ ติดต่อกัน 8 สัปดาห์ ภายหลังจากกิจกรรมแต่ละครั้งผู้วิจัยจะมอบหมายให้กลุ่มทดลองไปฝึกทำกิจกรรมแต่ละอย่างเป็นการบ้าน ซึ่งกลุ่มควบคุมไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตแต่ยังคงได้รับการดูแลตามปกติทั่วไป คือ มีเพียงการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้งและการได้รับการรักษาเมื่อเกิดความเจ็บป่วยเป็นครั้งคราว รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

3. ระยะประเมินผลหลังทดลอง เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลโดยการประเมินภาวะสุขภาพจิตด้วยแบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ หลังการทดลองทันทีคือสัปดาห์ที่ 8

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท หนังสือเลขที่ 2/2562 โดยให้การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ การปกปิดข้อมูลเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยข้อมูลจะเปิดเผยเป็นกลุ่ม โดยไม่มีข้อมูลเฉพาะบุคคลที่ทำให้สามารถสืบหาข้อมูลได้ รวมทั้งการขอถอนตัวโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งในปัจจุบันและอนาคต กรณีที่ผลการประเมินสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป ผู้วิจัยดำเนินการส่งต่อไปเพื่อเข้ารับการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งก่อนและหลังการทดลองมาสร้างคู่มือลงรหัส และลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ตามลำดับขั้นดังนี้

1. สถิติพรรณนา (descriptive statistics) โดยแสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

2. สถิติวิเคราะห์ (analytic statistics)

2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต โดยใช้สถิติ dependent t- test

2.2 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติ Independent t- test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		χ^2	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	14	46.66	14	46.66	.267 ^a	.606
หญิง	16	53.37	16	53.37		
อายุ						
65-69 ปี	9	30.00	9	30.00	.223 ^a	.621
70-74 ปี	15	50.00	15	50.00		
75-79 ปี	6	20.00	6	20.00		
สถานภาพสมรส						
โสด	3	10.00	2	6.67	.234 ^b	.972
คู่/อยู่ด้วยกัน	20	66.67	21	70.00		
หม้าย/หย่าร้าง	7	23.33	7	23.33		
อาชีพ						
ค้าขาย	6	20.00	6	20.00	1.505 ^b	.471
เกษตรกร	22	73.30	19	63.30		
รับจ้าง	2	6.70	5	11.70		
รายได้						
เพียงพอ	30	100.00	30	100.00		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	30	100.00	30	100.00		
โรคประจำตัว						
ไม่มี	14	46.70	14	46.70	.267 ^a	.606
มี	16	53.30	16	53.30		

หมายเหตุ ^a = Chi-square test, ^b = Fisher's Exact test

จากตารางที่ 1 พบว่า ด้านเพศ กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและควบคุม เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ด้านอายุ กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมเท่ากัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 70-74 ปี รองลงมาอยู่ในช่วง 65-69 ปี และอายุในช่วง 75-79 ปี และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านอายุ ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ด้านสถานภาพสมรสในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่/อยู่ด้วยกัน รองลงมาคือหม้าย/หย่าร้างและโสด กลุ่มทดลองมีสถานภาพ คู่/อยู่ด้วยกัน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านสถานภาพสมรสด้วยสถิติฟิชเชอร์ แอ็กแซ็ค (Fisher's Exact test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ด้านอาชีพ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ค่าขายและรับจ้างตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านอาชีพด้วยสถิติฟิชเชอร์ แอ็กแซ็ค (Fisher's Exact test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) สำหรับด้านรายได้และด้านการศึกษา พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทุกคนรายงานว่าไม่มีรายได้เพียงพอและจบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 100 ด้านโรคประจำตัว พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 53.30 และ 46.70 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านโรคประจำตัวสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง (n=30)		หลังการทดลอง (n=30)		df	t
	Mean	SD.	Mean	SD.		
สภาพของจิตใจ	38.60	5.03	44.60	3.66	29	3.97***
สมรรถภาพของจิตใจ	39.57	5.12	42.57	4.37	29	3.67***
คุณภาพของจิตใจ	37.30	4.36	39.30	4.75	29	8.02***
ปัจจัยสนับสนุน	38.93	3.31	40.93	4.12	29	7.24***
สุขภาพจิตโดยรวม	154.40	14.13	167.40	13.09	29	7.65***

*** $p < .001$

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต

จากตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตโดยรวมของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (Mean =186.67, SD. =13.09) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean=154.40, SD. = 14.13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 7.65$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตด้านสภาพจิตใจ หลังการทดลอง (Mean=46.60, SD. = 3.66) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean=38.60, SD. = 5.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 3.97$)

คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตด้านสมรรถภาพจิตใจหลังการทดลอง (Mean =42.57, SD. = 4.37) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean =39.57, SD = 5.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 3.67$)

คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตด้านคุณภาพจิตใจหลังการทดลอง (Mean=39.30, SD. = 4.75) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean=37.30, SD = 4.36) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 8.02$)

คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตด้านปัจจัยสนับสนุนหลังการทดลอง (Mean=40.93, SD = 4.12) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean=38.93, SD. = 3.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 7.24$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม

คะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ก่อนการทดลอง (n=30)		หลังการทดลอง (n=30)		df	t
	Mean	SD.	Mean	SD.		
สภาพของจิตใจ	40.60	5.25	39.60	4.95	29	1.58
สมรรถภาพของจิตใจ	39.50	4.11	39.57	4.26	29	.49
คุณภาพของจิตใจ	38.30	3.90	38.30	4.28	29	2.55
ปัจจัยสนับสนุน	38.03	2.03	36.93	2.41	29	.14
สุขภาพจิตโดยรวม	156.43	12.70	154.40	13.38	29	2.03

**p < .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต

คะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		df	t
	\bar{D}_1	SD.	\bar{D}_2	SD.		
สภาพของจิตใจ	6.00	5.33	1.00	2.42	58	2.96***
สมรรถภาพของจิตใจ	3.00	6.03	0.07	1.86	58	3.36***
คุณภาพของจิตใจ	2.00	3.98	0.00	1.94	58	6.10***
ปัจจัยสนับสนุน	2.54	4.18	1.10	1.32	58	6.86***
รวม	13.54	13.80	2.17	4.87	58	6.54***

***p < .001

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตโดยรวมของผู้สูงอายุของกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (Mean = 154.40, SD. = 13.38) น้อยกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 156.43, SD. = 12.70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 2.03) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตด้านสภาพจิตใจ หลังการทดลอง (Mean = 39.60, SD. = 4.95) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 40.60, SD. = 5.25) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05, t = 1.58)

คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตด้านสมรรถภาพจิตใจหลังการทดลอง (Mean = 39.57, SD. = 4.26) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean = 39.50, SD. = 4.11) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05, t = .49)

คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตด้านคุณภาพจิตใจหลังการ

ทดลอง (Mean = 38.30, SD. = 4.28) สูงกว่าก่อนการทดลอง (Mean=38.07, SD. = 3.90) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05, t = 2.55)

คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตด้านปัจจัยสนับสนุนหลังการทดลอง (Mean = 36.93, SD. = 2.41) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (Mean=38.03, SD. = 2.03) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05, t = .14)

จากตารางที่ 4 พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตมีผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองโดยรวม (\bar{D}_1 = 13.54, SD. = 13.80) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ (\bar{D}_2 = 2.17, SD. = 4.87) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 6.54) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลัง

การทดลองในด้านสภาพของจิตใจกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 6.00$, $SD. = 5.33$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 1.00$, $SD. = 2.42$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 2.96$)

ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองในด้านสมรรถภาพของจิตใจกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 3.00$, $SD. = 6.03$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 0.07$, $SD. = 1.86$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 3.36$)

ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองในด้านคุณภาพของจิตใจ กลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 2.00$, $SD = 5.33$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 0.00$, $SD. = 1.94$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 6.10$)

ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองในด้านปัจจัยสนับสนุน กลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 2.54$, $SD. = 4.18$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 1.10$, $SD. = 1.32$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 6.86$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่ามีผลการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานทั้ง 2 ข้อ ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตภายหลังการทดลอง ($Mean = 186.67$, $SD = 13.09$) สูงกว่าก่อนทดลอง ($Mean = 167.40$, $SD = 14.13$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 7.65$) ตามตารางที่ 2-3 สามารถสรุปได้ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตทุกด้านล้วนส่งผลต่อสุขภาพจิต เนื่องจากการได้รับการสนับสนุน ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า ลดความวิตกกังวล กระบวนการกลุ่มยังก่อให้เกิดการชี้แนะ การควบคุมให้สมาชิกกลุ่มมีแนวทางปฏิบัติที่ดีและเหมาะสม สัมพันธภาพที่เกิดภายในกลุ่มยังช่วยกลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีเพื่อน รู้สึกว่าทุกคนเป็นเจ้าของชุมชนด้วยกัน จะมีการดูแลช่วยเหลือกัน อันเป็นผลมาจากการมีมิตรภาพที่ดีต่อกัน¹³ เมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมในแต่ละครั้งพบว่าช่วยทำให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “การทำความรู้จักกัน” ด้วยการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีเพื่อน มีความสุขและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตเป็นความรู้สึกด้านบวก

ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ¹⁴

กิจกรรมที่ 2 “การออกกำลังกายด้วยซึ้งง” ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้ขยับแขนขา มีสมาธิกับการออกกำลังกาย การฝึกกลมหายใจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกในทางที่ดี สงบ ผ่อนคลาย เป็นการพัฒนาสมรรถนะทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังคำพูดของผู้สูงอายุที่กล่าวว่า “เคยเดินออกกำลังกายกับคนที่บ้าน วันหยุดก็เดินไปเรื่อย ๆ ก็เหนื่อยนะ แต่ได้มาทำท่าซึ้งงกับเพื่อน ๆ แล้วก็รู้สึกกระปรี้กระเปร่ามากยิ่งขึ้น รู้สึกสนุกไปกับกิจกรรมอีกด้วย เพราะไม่เคยทำมาก่อน รู้สึกเป็นหนุ่มกระปรี้กระเปร่าขึ้น เยอะเลย”

กิจกรรมที่ 3 “การร้องรำทำเพลงด้วยท่าร่าต่าง ๆ” ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุข สนุกสนานกับเสียงเพลง ท่าร่า เพราะผู้สูงอายุมีความต้องการในการเคลื่อนไหวและความสนุกสนานผ่อนคลายความเครียด ดังคำพูดของผู้สูงอายุว่า “การได้ร้องเพลงร่าวงมันทำให้คลายความเครียด และสนุกสนาน ลืมความทุกข์ได้ ไม่ต้องคิดกังวลอะไรมาก” แสดงถึงการขจัดความเครียด ความวิตกกังวลและส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

กิจกรรมที่ 4 “เปิดเผยตัวตน ค้นพบความแตกต่าง” ทำให้ผู้สูงอายุได้พบทวนถึงข้อดี ข้อเสียของตนเอง พร้อมทั้งเสียงสะท้อนของคนรอบข้าง เช่น คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน โดยผ่านคำบอกเล่าจากคนรอบข้าง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมเข้าใจตนเองและผู้อื่น ตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ครอบครัว ชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับตัวเองทั้งด้านบวกและด้านลบ กล้าเปิดเผยตัวเองมากยิ่งขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของชลกร ศิริวรรณและทิพย์วัลย์ สุรินยา¹⁵ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการยอมรับตนเองจะสามารถยอมรับข้อจำกัด ข้อบกพร่องของตนเอง ส่งผลให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้างได้

กิจกรรมที่ 5 “คนสำคัญของครอบครัว” เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนถึงกิจกรรมที่ตนเองปฏิบัติเป็นประจำและมีประโยชน์ต่อครอบครัวและตนเอง ค้นหาคุณค่าของตนเอง ค้นหาความดีงามของตนเอง ดังสมาชิกพูดว่า “ตนเองเคยเป็นจิตอาสาเก็บกวาดขยะในงานพระราชพิธีของจังหวัด ทำให้เกิดความรู้สึกว่า ถึงจะแก่แต่ก็ยังมีคุณค่า มี

ประโยชน์ต่อสังคม ภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือสังคม” ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกด้านบวกของสภาพจิตใจ รวมทั้งตระหนักในคุณค่าของตนเองมากยิ่งขึ้น

กิจกรรมที่ 6 “เรามีเป้าหมายที่ดีมีความหมาย” กิจกรรมนี้ผู้สูงอายุได้ทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จว่าเกิดจากปัจจัยอะไรและวางแผนชีวิตอย่างไร พร้อมทั้งแนวทางการปฏิบัติเพื่อความสำเร็จตามเป้าหมายที่เหมาะสม จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เกิดแรงจูงใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกด้านบวกของสภาพจิตใจและมีสุขภาพจิตที่ดี

กิจกรรมที่ 7 “ทักษะการจัดการความเครียดและผ่อนคลาย” ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนวิธีการเผชิญความเครียดและการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม ผ่านการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงของเพื่อนสมาชิกด้วยกันเอง ส่งผลให้เกิดทักษะหรือวิธีการจัดการกับปัญหาและความเครียดนั้น ๆ ทั้งยังทำให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนระลึกถึงความหลัง ความพยายาม ความสำเร็จของตนเองในการก้าวผ่านปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ มาได้ ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต

กิจกรรมที่ 8 “อำลาและทบทวน” เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผ่านมามีทั้งประเมินผลด้วยแบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ ซึ่งผู้สูงอายุคนหนึ่งได้กล่าวว่า “รู้สึกดี สนุกที่ได้มาร่วมกิจกรรมทุกสัปดาห์ ทำให้ได้พบปะพูดคุยกัน ไม่เหงา เพราะตามปกติก็ไม่ค่อยได้เจอกัน ไม่ค่อยได้คุยกัน ประทับใจสิ่งที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน ภูมิใจว่ายังมีคุณค่า ไม่ได้ไร้คุณค่าอย่างที่ตัวเองคิดเลย และจะนำไปทำต่ที่บ้านแน่นอน”

ผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากกระบวนการโปรแกรมเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น เกิดความรู้สึกด้านบวกของจิตใจ เช่น รู้สึกเป็นสุข สนุก ผ่อนคลาย รู้สึกมีชีวิตชีวา ได้หัวเราะ ได้พูดคุยกับกลุ่ม รู้สึกมีความหวังเพราะมีเป้าหมายในชีวิต ลดความรู้สึกด้านลบลง คลายความรู้สึกเหงาเพราะได้มาทำกิจกรรมกับเพื่อน ๆ รวมถึงรู้สึกมีเพื่อน มีเครือข่าย คลายความหงุดหงิด รำคาญใจจากสภาพร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคมที่เปลี่ยนแปลง รู้สึกมีเงินมาก

ขึ้นที่จะเผชิญปัญหาและความเครียดที่อาจเกิดขึ้นในวันข้างหน้า รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุน เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงกล่าวโดยสรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตสามารถพัฒนาทุกองค์ประกอบของสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้

2. ผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตพบว่า กลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 13.54$, $SD. = 13.80$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 2.17$, $SD. = 4.87$) ที่ไม่ได้ เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 6.54$) ตามตารางที่ 4 ซึ่งหมายถึง ภายหลังการทดลองทันที ในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกได้รับการเอาใจใส่และได้รับความรัก¹⁶ และกระบวนการของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต ทำให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการฝึกสมาธิเบื้องต้นพร้อมทั้งได้ออกกำลังกายแบบกลุ่ม ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ในวัยสูงอายุได้ สามารถรับรู้และประเมินได้ว่ามีสาเหตุอะไรบางอย่างที่ส่งผลให้จิตใจของตนเองเป็นทุกข์หรือเป็นสุข และมีการสนับสนุนให้กำลังใจจากเพื่อนสมาชิกในการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม คงไว้ซึ่งการปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพกายและจิตที่ดี เกิดทักษะในการจัดการกับความเครียด และได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุมีการสะท้อนความรู้สึกของตนเอง และรับฟังเสียงสะท้อนจากครอบครัว สามารถยอมรับตนเองว่ามีทั้งข้อดีและข้อเสียรวมถึงเข้าใจและยอมรับถึงความแตกต่างของบุคคล ค้นพบคุณค่า ความดี ความสามารถของตนเองที่สามารถปฏิบัติต่อครอบครัวและชุมชน มีการตั้งเป้าหมายในชีวิตที่เหมาะสม รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่สามารถให้การสนับสนุนเมื่อความต้องการความช่วยเหลือได้ ซึ่งก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม และเกิดความประทับใจที่ได้มาทำกิจกรรมร่วมกันสอดคล้องกับการศึกษาของต่อศักดิ์ กาญจนทรัพย์สิน¹⁷ ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุคลายความเครียดและความวิตกกังวล มองเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น ส่งผลให้ระดับสุขภาพจิตดีขึ้นตามมา

สรุป

การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต ส่งผลต่อการยกระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น เนื่องจากเป็นการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาองค์ประกอบทุกด้านของสุขภาพจิตผู้สูงอายุ คือทำให้มีสภาพจิตใจ มีสมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจและปัจจัยสนับสนุนที่ดีขึ้น ดังจะเห็นได้จากผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งรายด้านและโดยรวม

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. **ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** ควรนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตไปใช้ในการสร้างเสริมภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุในการสร้างเสริมภาวะสุขภาพจิตอย่างครอบคลุมแบบองค์รวม

2.2 ควรนำไปประยุกต์ใช้ในการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตไปใช้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาติดตามภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในระยะยาว 3 เดือน 6 เดือนและ 1 ปี เพื่อประเมินผลการคงอยู่ของภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

References

1. Photisiri W, Mitranon P, Matthum J, Arunthippaitoon S, Asawanniranorn C. Annual report situation of the Thai elderly 2012. Nonthaburi: SS Plus Media; 2013. (in Thai).
2. Suphawat W, Siriwattanmethanon J, Hanbunhim P. Mental health of the elderly. J of Nurses Association of Thailand Northeastern Division 2009;27(1):27-35. (in Thai).
3. National Statistical Office. Summary of important findings, Thai mental health survey 2008-2010. [Internet]. 2011[Cited 2019 Mar 16]; Available from: <http://www.service.nso.go.th/nso.nsopublish>
4. Kamble SV, Ghodke YD, Dhumale GB, Goyal RC, Avchat SS. Mental health status of elderly persons in rural area of India. Indian J of Basic & Applied Medical Research 2012;1(4):309-12.
5. Nakwijit B. Psycho-social factors related to self-care behavior and happiness of the senior citizen club members in the hospitals under medical service department, Bangkok metropolis. [Master Thesis]. [Bangkok]: Srinakarinwirot University; 2008. (in Thai).
6. Choorat, W., Sawangdee, Y., & Arunraksombat, S. Factors influencing the risk of having mental health problems of Thai elderly. Thai Population J 2012;6(2):87-92. (in Thai)
7. Thammacharoen W. Influence of external factors and internal factors on the happiness of the elderly. [Master Thesis]. [Bangkok]: National Institute of Development Administration; 2012. (in Thai).
8. Somsri C, Mokmoon P. The effect of 5-dimensional happiness on the elderly in Nakhonphanom hospital. Nakhonphanom Hospital J 2017;3(2):3-14. (in Thai).

9. Sutthilet P. A synthesis of research on mental health promotion in older adults [Master Thesis]. [Bangkok]: Mahidol University; 2008. (in Thai).
8. Khunaporn PP. (Por. Payutto). The current trend for life and society. Bangkok: Dharma Council; 2008. (in Thai).
9. Benjaphonpitak A, Wanitcharom K, Phanuwatsuk P. The 5-dimensional happiness guide In the elderly. 1st ed. Nonthaburi: Bureau of mental health development of mental health; 2012. (in Thai).
10. Petburi P, Somprasert C, Othaganont P. The effect of a social support program on the mental health of the elderly. J of Nursing and Health Care 2017;35(22):188-97.
11. Gray R.J, Grove KS., Burns N. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence. 7th Ed. st. Louis; Elsevier Saunders; 2013.
12. Mongkol A, Vongpiromsan Y, Tangseree T, Huttapanom W, Romsai P, Chutha W. The development and testing of Thai mental health Indicator version 2007. J Psychiatric Assoc Thailand. 2009;54(3): 299-316
13. Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. J of Health and Social Behavior 2011;52(1):145-61.
14. Hazer O, Boylu AA. The examination of the factors affecting the feeling of loneliness of the elderly. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2010;9(0):2083-89.
15. Chonlakorn S, Thippawan S. Self-acceptance, family relationship, community participation and quality of life of the elderly at Dindaeng housing community in Bangkok metropolitan. J of Soc Sci & Hum 2013;39(2):80-94.
16. Sota J. Concepts theories and application for health behavioral development. Khonkean: Khonkean University Printing House; 2011. (in Thai).
17. Karnchanasubsin T. The 5 Dimensions of Happiness program of Department of Mental Health that affects elders' mental health At Phochai Sub District, Wapi Pathum District, Mahasarakham Province. Buriram Rajabhat University; 2019. (in Thai).