

THE EFFECT OF A SOCIAL SUPPORT GROUP PROGRAM ON THE MENTAL HEALTH OF THE ELDERLY IN THE ELDERLY CLUB IN MUENGE DISTRICT, PHETCHABURI PROVINCE

Laoo Sinhachotsukapat, M.S.N.; Thunchanok Leetheera, M.S.N.***

Abstract

Objective: To compare 1) The mental health of the elderly in the elderly club, Muang District, Phetchaburi Province before receiving the social support program 2) The mental health of the elderly in the elderly club, Muang District, Phetchaburi Province between experimental group and control group.

Methods: This study was quasi-experimental research conducted with the aim of studying the effects of a social support program on the mental health of the elderly. The sample was 60 elderly people, who met the criteria in the Elderly Club, Muang District, Phetchaburi Province. The sample were matched pair and simple randomly assigned to an experimental group and a control group with 30 subjects each. The experimental group received the social support program developed by the researcher according to the concept of House (House, 1981) consisting of eight activities. One activity was carried out/week for 90 minutes per session for a total of 8 weeks. The control group received routine care. The results were assessed using the Thai Geriatric Mental Health Assessment (T-GMHA-56) 2 times, once at pretest and one immediately after the experiment. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test statistics.

Results: 1) the mean score for mental health of the experimental group after the social support program was higher than at pretest with statistical significance at .001; 2) the mean difference scores for mental health between before and after the social support program in the experimental group were different from the control group with statistical significance at .001.

Conclusion: Social support group program can promote mental health in the elderly. This can be another option to prevent mental health problems among the elderly in the community.

Keywords: social support group program, mental health, elderly

*Corresponding author: Lecturer, Faculty of Nursing, Phetchaburi Rajabhat University, e-mail: laoo53@hotmail.com

**Lecturer, Faculty of Nursing, Phetchaburi Rajabhat University

Received: 19 July 2022, Revised: 14 November 2022, Accepted: 21 November 2022

ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

ล่อ สิงห์โชติสุขแพทย์, พย.ม.*, ธัญชนก ลิขิตระ, พย.ม.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบ 1) ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม 2) ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการศึกษา : การวิจัยกึ่งทดลองในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีซึ่งมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ จำนวน 60 คน จับคู่สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบไปด้วยทั้งหมด 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ วัดผล 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง และสิ้นสุดการทดลองทันที วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษา : 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนทางสังคม มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ 2) ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิต ระหว่างก่อนและหลังการได้รับสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุป : โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมสามารถส่งเสริมการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีในผู้สูงอายุได้ โดยสามารถเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการป้องกันปัญหาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้

คำสำคัญ : โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม, ภาวะสุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ

*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี, e-mail: laoo53@hotmail.com

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

วันที่รับ: 19 กรกฎาคม 2565, วันที่แก้ไข: 14 พฤศจิกายน 2565, วันที่ตอบรับ: 21 พฤศจิกายน 2565

ความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน โลกมีวิวัฒนาการความก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะด้านการแพทย์ ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น และส่งผลให้โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น องค์การสหประชาชาติ (United Nations) คาดการณ์ว่าอัตราประชากรผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 จะสูงกว่าศตวรรษก่อน (United Nations, 2018) สำหรับประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานสัดส่วนผู้สูงอายุมีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี 2537 มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.40 ร้อยละ 10.70 ร้อยละ 12.2 ในปี 2545 2550 2554 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) โดยในจังหวัดเพชรบุรีมีผู้สูงอายุจำนวน 93,943 คน คิดเป็นร้อยละ 19.48 ของประชากรรวมในจังหวัด เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนร้อยละของประชากรรวมในแต่ละจังหวัดทั่วประเทศ จังหวัดเพชรบุรีมีจำนวนผู้สูงอายุมากอยู่ในลำดับที่ 9 ของภาคกลาง และมีจำนวนอยู่ในลำดับที่ 21 ของประเทศไทย (ส่วนบริหารและพัฒนาเทคโนโลยีการทะเบียน กรมการปกครอง, 2565) ซึ่งจากรายงานการส่งเสริมป้องกันปัญหาภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุรายอำเภอของงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีพบว่า สถิติภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรีมีความเครียดสูง ร้อยละ 10.38 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 54.75 โดยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปานกลางถึงสูง ร้อยละ 5.01 ทั้งนี้เมื่อแยกเป็นรายอำเภอพบว่า ปัญหาภาวะสุขภาพจิตของ

ผู้สูงอายุในอำเภอเมืองสูงเป็นลำดับที่สองจากทุกอำเภอในจังหวัดเพชรบุรี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2565)

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมในด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า เพศ อายุ เศรษฐฐานะ และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ เพศชายมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมากกว่าเพศหญิง แต่ในผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นจะมีสุขภาพจิตดีขึ้น ด้านเศรษฐฐานะพบว่าความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ส่วนด้านสถานภาพสมรส ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีสุขภาพจิตดี กว่าผู้ที่เป็ น โสด หม้าย หย่าและแยกทาง (สุนิสา คำชื่น, หฤทัย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง, และ ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, 2563) ทั้งนี้ผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายทุกระบบ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติที่ไม่อาจจะยับยั้งไว้หรือหลีกเลี่ยงได้ ทำให้ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ บอบบาททางสังคมที่เปลี่ยนไป อำนาจหน้าที่ในตำแหน่งงาน สถานะทางการเงิน รายได้ที่ลดลง การสูญเสียคู่สมรสหรือเพื่อนในวัยเดียวกัน รวมทั้งการที่สภาพสังคมในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะปัญหาด้านภาวะสุขภาพจิต (พรพิมล เพ็ชรบุรี, ชมชื่น สมประเสริฐ, และ ประนอม โอทกานนท์, 2560) ดังรายงานขององค์การอนามัยโลก พบผู้สูงอายุทั่วโลกประสบปัญหาด้านภาวะสุขภาพจิตมากกว่าร้อยละ 20.00

(WHO, 2021) และในประเทศไทยมีการรายงานปัญหาทางภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดยที่สถิติการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่ 2 สาเหตุการฆ่าตัวตาย 3 อันดับแรก คือ สูญเสียความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด โรคเรื้อรังทางกาย และโรคซึมเศร้าตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564) นอกจากนี้ยังพบสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ และสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ต้องใช้ชีวิตอยู่อย่างโดดเดี่ยวมากขึ้น (กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบุญย์ ชาวสวนศรีเจริญ, และ เสาวลักษณ์ คงสนิท, 2562) ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดภาวะเครียดวิตกกังวล ไม่มีความสุขในการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิตลดลง (อรุโณทัย ปาทาน และ สิริมา มงคลสัมฤทธิ์, 2563) การจะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขในสังคม จึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้บุคคลมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องการการดูแลและสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากความเสื่อมถอยร่างกายและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ (ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วารี กังใจ, และ สิริลักษณ์ โสมานสุรณ, 2559; มะลิ โพธิพิมพ์ และคณะ, 2564; McClain, Gullatt & Lee, 2018; Well, 2010) แต่ทว่าความเป็นจริงของสังคมกลับพบว่าจากวิถีชีวิต เศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไป ส่งผลให้การสนับสนุนทางสังคมจากคน

รอบข้างคนในครอบครัวลดน้อยลง (ฤติมาศ พุทธรมาตย์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และ ลินจง ไปธิบาล, 2563)

อย่างไรก็ตามการสนับสนุนทางสังคมที่มาจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ บุคลากร จึงมีความจำเป็นและมีบทบาทมากขึ้น (กัลยารัตน์ ชีระธนชัยกุล, 2563) อีกทั้งผลจากการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) ซึ่งให้เห็นว่าประชากรผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลเพื่อเสริมสร้างภาวะสุขภาพจิตอย่างครอบคลุมทุกองค์ประกอบของภาวะสุขภาพจิต ทั้งนี้ในการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรียังมีเป็นจำนวนน้อยและมีอย่างจำกัด และมักเป็นการแก้ปัญหากับผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยทางจิตใจขึ้นแล้ว การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตของผู้สูงอายุ จึงเป็นประเด็นที่ท้าทายในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมที่ประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่าด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร มาเสริมสร้างภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรีอย่างครอบคลุมทุกองค์ประกอบ ได้แก่ สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน (พรพิมล เพ็ชรบุรี, ชมชื่น สมประเสริฐ, และ ประนอม โอทกานนท์, 2560; ยุกา ทองสุข, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และ ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, 2562)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุน

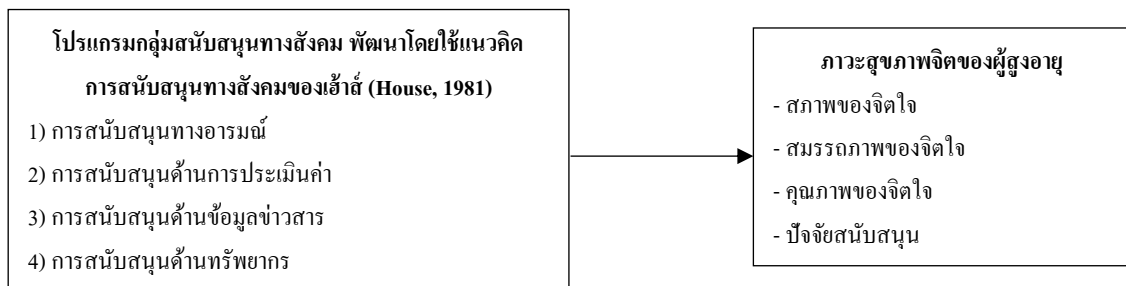
ทางสังคม

2 เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด สนับสนุนทางสังคม (social support group) ของเฮาส์ (House, 1981) เป็นแนวคิดทางด้านจิตสังคม ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม มีการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือกันในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ โดยอาศัยอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน (House, 1981; Norbeck, 1985; Thoits, 2011) ภายใต้โครงสร้างการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotion support) เป็นการแสดงออกถึงการดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ตระหนักในคุณค่าของตนเอง เกิดการพัฒนาสุขภาพจิต มีสัมพันธภาพอันดีกับผู้อื่น 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) เป็นการให้ข้อมูล

ย้อนกลับ โดยการให้การยอมรับเพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจในตนเอง มีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อไป และสามารถเผชิญกับปัญหาหรือภาวะวิกฤตของชีวิตได้ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อนำไปใช้เป็นทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมหรือแก้ไขปัญหา 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการช่วยเหลือทางด้านวัตถุแรงงาน เวลาการจัดสิ่งแวดล้อมหรือบริการต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวก ในการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนด้านทรัพยากร ในชุมชน รวมทั้งเครือข่ายในสังคม ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่จะส่งเสริมสุขภาพจิต เกิดจิตใจที่เป็นสุข มีคุณภาพของจิตใจที่ดี ทำให้บุคคลเผชิญปัญหาและความเครียดได้ สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขเกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม มีความสามารถในการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น เกิดทักษะและมีสมรรถภาพของจิตใจ จัดการกับปัญหาในชีวิตของตนเองได้ดี มองเห็นปัจจัยสนับสนุน จากคนในครอบครัวและชุมชน เกิดความรู้สึกรักมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพจิตที่ดีตามมา ตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่เขต อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ให้อยู่ระดับคะแนนที่แสดงถึงการไม่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสารหรือการได้ยิน และไม่มีโรคทางจิตเวช ซึ่งเกณฑ์การคัดออกคือไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้น้อยกว่าร้อยละ 80.00

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.4 โดย กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) ที่ระดับร้อยละ 80.00 กำหนดขนาดอิทธิพลของการทดสอบจากการศึกษาของจริญญา โคตรชนะ และเสาวคนธ์ วีระศิริ (2553) ซึ่งมีการศึกษาตัวแปรและประชากรที่ใกล้เคียงกัน ได้ค่าอำนาจอิทธิพลเท่ากับ (Effect size) 0.75 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 46 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Attrition rate) ร้อยละ 30.00 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ของคณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี (NPBRU07-2561) ผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย รวมไปถึงการขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยก่อนที่จะสิ้นสุดกิจกรรม โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล ไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการการรักษาพยาบาล หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ นอกจากการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดสนับสนุนทางสังคม

ของเฮาส์ (House, 1981) ด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ ประกอบไปด้วย กิจกรรมที่ 1 “สุขสร้างได้ใจเบิกบาน” เป็นการพบกันครั้งแรกของกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม ดำเนินกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพด้วยกิจกรรม นันทนาการ และกิจกรรมจับคู่บัดดี้ และกิจกรรมที่ 4 “สุขสำราญประสานครอบครัว” เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงกิจกรรมที่ตนเองปฏิบัติเป็นประจำ หรือสามารถปฏิบัติได้แล้วเป็นประโยชน์ ต่อตนเอง ต่อครอบครัว กิจกรรมที่ 2 “สุขสดใสกายเปลี่ยนแปลง” เป็นกิจกรรมการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและการดูแลสุขภาพร่างกายในวัยผู้สูงอายุ ส่วนด้านที่ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ประกอบไปด้วยกิจกรรมที่ 2 “สุขสดใสกายเปลี่ยนแปลง” เป็นกิจกรรมการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและการดูแลสุขภาพร่างกายในวัยผู้สูงอายุ และกิจกรรมที่ 3 “สุขภาพจิตดีชีวิมีความสุข” เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้ประเมินภาวะสุขภาพจิตและสามารถจัดการกับความเครียดและปัญหาภาวะสุขภาพจิตของตนเองได้ ด้านที่ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ประกอบไปด้วย กิจกรรมที่ 5 “สุขสร้างได้ด้วยเกษียณ” เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา พร้อมทั้งวางแผนชีวิตและแนวทางการปฏิบัติเพื่อความสำเร็จตามเป้าหมาย และกิจกรรมที่ 6 “สุขสง่าเห็นคุณค่าของสังคม” เป็นการให้ข้อมูลกับผู้สูงอายุถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่สามารถให้การช่วยเหลือและสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุ และด้านที่ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร ประกอบไปด้วย

กิจกรรมที่ 7 “สุขได้ทุกที่มีแรงสนับสนุน” เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุ เรียนรู้เครือข่ายทางสังคมที่สามารถช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่าง ๆ รวมไปถึงการสนับสนุนทางด้านทางอารมณ์ และจิตใจ และกิจกรรมที่ 8 “สุขสร้างสรรค์วันอาลา” เป็นกิจกรรมสุดท้ายที่ให้ผู้สูงอายุทุกคนเขียนหรือบอกเล่าถึงความดีความประทับใจของตนเองที่มีต่อเพื่อนสมาชิกทุกคนในกลุ่มและกล่าวคำสัญญาที่จะเป็นเพื่อนกันตลอดไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ ความพอเพียงของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ สมาชิกในครอบครัว จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน

2.2 แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต

ของผู้สูงอายุ ใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ (Thai Geriatric Mental Health Assessment: T-GMHA-56) พัฒนาโดย ปรภาส อุครานันท์ และคณะ (2558) ประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 มิติ คือ สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ ปัจจัยสนับสนุน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก และ มากที่สุด เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้ว คะแนน 182 - 224 หมายถึง มีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป คะแนน 160 - 181 หมายถึง มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และคะแนน 159 หรือน้อยกว่า หมายถึง มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป

3. เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai - 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542) เป็นเครื่องมือสำหรับคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยประกอบด้วย 5 ส่วน 11 ข้อคำถาม ทดสอบทั้ง 6 ด้าน คือ การรับรู้วัน/เวลา/สถานที่/บุคคล ความสามารถในการรับข้อมูล สมาธิ/ความสนใจ การคำนวณ ความสามารถในการจำ และการใช้ภาษา มีคะแนน 0 - 30 คะแนน จุดตัดคะแนนที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือจุดตัดคะแนน ≤ 14 สำหรับผู้สูงอายุที่เรียนจบชั้นประถมจุดตัดคะแนน ≥ 17 และสำหรับผู้สูงอายุที่เรียนจบสูงกว่าชั้นประถมจุดตัดคะแนน ≤ 22 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้จุดตัดคะแนนที่ไม่มีการสงสัยภาวะสมองเสื่อม และนำเครื่องมือฉบับเดิมทั้งหมดมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาใด ๆ โดยค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .93 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (อาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ) เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุ

ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน พบว่ามีความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ มีความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาสำหรับผู้สูงอายุไทย และมีการใช้เวลาตามกำหนด

2. การตรวจสอบความเที่ยง มีการนำเครื่องมือแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ และนำมาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ามีความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระเบียบการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมด้านความรู้ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือที่ใช้ ขอบจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

2. ระยะดำเนินการทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี แล้วจับคู่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ รวมทั้งลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และวัดภาวะสุขภาพจิตโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (T-GMHA-56) ก่อนดำเนินการทดลอง

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแล และการบริการตามปกติ จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น บริการตรวจสุขภาพ การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ เป็นต้น

2.2 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม กลุ่มสนับสนุนทางสังคม ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2564 ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 10 ราย ทั้งหมด 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 90 นาที เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรมกลุ่มที่ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช่วงเวลาเข้าของการดำเนินกิจกรรม

3. ระยะสรุปผลการดำเนินกิจกรรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพจิตโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (T-GMHA-56) ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มอีกครั้ง โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมประเมินผล และให้โปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม ตามความสนใจ ในกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมทั้งโครงการไม่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test) และสถิติฟิชเชอร์ (fisher's exact test)

2. ทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย ภาวะสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงและเพศชาย ร้อยละ 50.00 อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 69.07 ปี และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 68.83 ปี ด้านสถานภาพสมรส ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน รองลงมาคือ เป็นหม้าย แยกกัน/หย่า และ โสด คิดเป็นร้อยละ 66.67, 23.33, 6.67 และ 3.33 ตามลำดับ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่จบการศึกษาที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.00 และ 76.67 ตามลำดับ ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีอาชีพด้านการเกษตรกรรม กลุ่มทดลองร้อยละ 56.67 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 46.67 ด้านความพอเพียงของรายได้ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ที่ไม่พอเพียง รองลงมาคือพอเพียง และเพียงพอและเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 50.00 , 43.33 และ 6.67 ตามลำดับ กลุ่มทดลองไม่มีและมีโรคประจำตัวเท่ากัน กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีโรค

ประจำตัว ร้อยละ 66.67 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 33.33 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square test) และสถิติฟิชเชอร์ (fisher's exact test) พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตโดยรวมของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เมื่อพิจารณา

ตามเกณฑ์การประเมินคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระยะก่อนจะมีระดับ ภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และหลังทดลองเพิ่มขึ้นเป็นระดับ ภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจากผลคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตรายด้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตทุกด้าน ได้แก่ ด้านสภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจและปัจจัยสนับสนุน หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองในทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง

คะแนนภาวะสุขภาพจิต	ก่อนทดลอง (n = 30)		หลังทดลอง (n = 30)		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
สภาพของจิตใจ	46.6	5.0	50.5	3.7	3.9	29	.001*
สมรรถภาพของจิตใจ	40.6	5.1	44.6	4.3	3.7	29	.001*
คุณภาพของจิตใจ	39.3	4.3	45.1	4.7	8.0	29	.001*
ปัจจัยสนับสนุน	40.9	3.3	46.5	4.1	7.2	29	.001*
ภาวะสุขภาพจิตโดยรวม	167.4	14.1	186.7	13.1	7.6	29	.001*

* $p < .05$

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนภาวะสุขภาพจิต	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มควบคุม (n = 30)			t	df	p-value
	M	$\bar{D}_1$	SD	M	$\bar{D}_2$	SD			
ก่อนการทดลอง	167.40			166.23					
หลังการทดลอง	186.70	19.3	13.8	168.23	1.8	4.9	6.5	58	.001*

* $p < .05$

3. เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยรวม พบว่า ผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิต ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรีสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 1) แสดงว่าโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม สามารถเพิ่มภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอรพิน พรระโยภณ (2563) พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมพบว่าภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของปรีดานันท์ และ ประสิทธิ์เวช (2562) พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับ

โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้โครงสร้างเนื้อหาโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 8 ครั้ง โดยกิจกรรมเป็นการผสมผสานจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ทั้ง 4 ด้าน อันนำไปสู่การพัฒนาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ด้านที่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 สุขสร้างได้ใจเบิกบาน เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพด้วยกิจกรรมนันทนาการ และการจับคู่บัดดี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีอารมณ์สนุกสนาน มีมิตรไมตรีที่ดีซึ่งกันและกัน ส่งผลต่อการพัฒนาสภาพจิตใจและการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น สอดคล้องกับ แนวคิดของคอเรย์ (2004) ที่กล่าวว่า จิตวิทยานุคคลมีความเชื่อว่าความสุขและความสำเร็จของมนุษย์เกี่ยวข้องกับการเชื่อมสัมพันธ์ทางสังคมในฐานะที่เป็นมนุษย์สังคม รวมทั้งการรู้จักการให้และการรับ รู้จักเคารพสิทธิของผู้อื่น เป็นทักษะทางสังคมที่จะทำให้บุคคลอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขในสังคม (Corey, 2004 อ้างถึงใน ถักขนิมา สกุลทอง, ภมรพรรณ ยุระยาตร์, และ สุทธิพงศ์ หกสุวรรณ, 2561) ร่วมด้วยกับกิจกรรมที่ 4 กิจกรรมสุขสำราญประสานครอบครัว เป็นกิจกรรมที่ทำให้มีการแลกเปลี่ยนกันระหว่างกลุ่มของผู้สูงอายุถึงกิจกรรมที่ตนเองปฏิบัติเป็นประจำ หรือสามารถปฏิบัติได้แล้วเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ต่อครอบครัว ค้นหาคุณค่าของตนเอง และกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์เพื่อเพิ่มความรู้สึกลึกซึ้งด้านบวกของสภาพจิตใจ กัลยารัตน์ ธีระชนชัยกุล (2563) พบว่า การสนับสนุนด้าน

อารมณ์ด้านการรวมกลุ่มทางสังคมเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีในการทำนายความสุขของผู้สูงอายุ

ด้านที่ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 2 สุขสลายกายเปลี่ยนแปลง เป็นกิจกรรมการให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุเรื่องการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย รวมทั้งให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง เกิดความรู้สึกว่าชีวิตของตนเองมีจุดมุ่งหมาย มีคุณค่า มีการยอมรับในตนเอง ส่งผลให้มีสภาพจิตใจและภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของมารูรี อุไรรัตน์ และ มาลี สบายยิ่ง (2560) พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุจะประกอบด้วยการมองตนเองในปัจจุบัน และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และกิจกรรมที่ 3 กิจกรรมสุขภาพจิตดีชีวิมีความสุข เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้ฝึกการจัดการกับปัญหาภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของตนเอง รวมทั้งมีการฝึกการผ่อนคลาย การหายใจและการทำสมาธิ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสติ มีการดำเนินชีวิตแบบความสุข มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาสุพัตรา จันทร์สุวรรณ, สุนทรี ชะชาดัย, ปวีดา โพธิ์ทอง, และ เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์ (2564) พบว่า ผู้สูงอายุให้ความหมายของสุขภาพจิตที่ดีว่าประกอบไปด้วย การมองโลกในแง่ดี การปล่อยวาง การผ่อนคลาย และการมีความภาคภูมิใจในตนเอง

ด้านที่ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 5 สุขสร้างได้ด้วยเกษียณ เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่

ผ่านมาที่ประสบความสำเร็จตามที่วางแผนชีวิตไว้ รวมทั้งประสบการณ์ที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย พร้อมทั้งแนวทางการปฏิบัติเพื่อความสำเร็จตามเป้าหมาย ทั้งนี้เพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความรู้สึกล้นด้านลบ มีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น (พิกุล ทับวิธร, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, และ ทิพย์ชมพร เกษโกมล, 2563) และกิจกรรมที่ 6 สุขสง่าเห็นคุณค่าของสังคม เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงแหล่งข้อมูลและทรัพยากรในชุมชนที่เป็นเครือข่าย สามารถให้การช่วยเหลือและสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุได้ ทำให้สามารถปฏิบัติและพัฒนาสุขภาพให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดี อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา แก่นงูเหลือม (2563) พบว่า การได้รับการความช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และวัสดุสิ่งของ ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่า มีแหล่งสนับสนุนหรือบุคคลคอยช่วยเหลือ และมีความรู้สึกมั่นคงในการดำเนินชีวิต

ด้านที่ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 7 สุขได้ทุกที่มีแรงสนับสนุน เป็นกิจกรรมการพบปะเครือข่ายทางสังคมโดยเชิญผู้นำและเครือข่ายทางสังคมที่สามารถช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่าง ๆ มาเพื่อพบปะพูดคุย ให้ข้อมูลในการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ทั้งข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านทางอารมณ์และจิตใจ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ

และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, และ เสาวลักษณ์ คงสนิท (2562) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราพื้นที่ภาคใต้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราพื้นที่ภาคใต้ และกิจกรรมที่ 8 สุขสร้างสรรค์วันอาลา เป็นกิจกรรมสุดท้ายที่ให้ผู้สูงอายุทุกคนได้แสดงความรู้สึก ความประทับใจของตนเองที่มีต่อเพื่อนสมาชิกทุกคน รวมถึงการกล่าวคำมั่นสัญญาที่จะเป็นเพื่อนกัน ซึ่งเป็นการพัฒนาปัจจัยสนับสนุนของภาวะสุขภาพจิตทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตดีขึ้น (กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และ นิพพาภัทร สันททรัพย์, 2564)

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม พบว่า สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เป็นผลสรุปได้ว่า จากผลการวิจัยดังกล่าว สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ในการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ด้าน จากการได้รับแรงสนับสนุนจากด้านทั้ง 4 ด้าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น ประเมินและส่งเสริมสมรรถนะจิตใจได้ด้วยตนเอง รับรู้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ยอมรับการเปลี่ยนแปลง และคงไว้ในพฤติกรรมสุขภาพอย่าง

ยั่งยืน เกิดผลกระทบในเชิงบวกต่อความภาวะสุขภาพจิต และมีความพึงพอใจในชีวิตตามมา (จามจุรี แซ่หลู่, ชมลวรรณ แก้วกระจก, และ ดาไลมา ลำแดงสาร, 2564)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาติดตามภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะยาว เพื่อประเมินผลการคงอยู่ของภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

2. โปรแกรมกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมสามารถนำไปใช้เป็นแนวทาง สำหรับการสร้างเสริมภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในแหล่งชุมชนอื่น ๆ ในการศึกษาครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถิติผู้สูงอายุฆ่าตัวตาย. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม พ.ศ.2565, จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=276232>.
- กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, และ เสาวลักษณ์ คงสนิท. (2562). ปัจจัยทำนายความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราพื้นที่ภาคใต้. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 27(2), 65-79.
- กัลยารัตน์ ชีระชนชัยกุล. (2563). อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และสมุทรปราการ. *ชลบุรี: คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา*.
- กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, และ นิพพาภัทร สันททรัพย์. (2564). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสังคมไทยอีสาน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 18 (1), 26-40.

จามจุรี แห่หลู่, ทมลวรรณ แก้วกระจก, และ คาลิมา สำแดงสาร. (2564). อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ทางสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมืองสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท และสังคมชนบท อำเภอเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 8(2), 39-52.

จริญญา โคตรชนะ, และ เสาวลนต์ วีระศิริ. (2553). ผลของการให้กลุ่มสนับสนุนทางสังคมต่อศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กวัยก่อนเรียนและความเครียดของย่า ยาย ในอำเภอกูกระดัง จังหวัดเลย. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 33(2), 42-52.

ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วาริ กังใจ, และ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2559). ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(2), 97-106.

ประภาส อุครานันท์, อภิษฐ์ มงคล, วัชนิ หัตถพนม, ศิระ กิตติวัฒนโชติ, สุวดี ศรีวิเศษ, ไพรวลัย รมชัย, และคณะ. (2558). การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 60(1), 35-48.

ปริदानันต์ ประสิทธิ์เวช และรัชนิกร อุปเสน. (2562). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลสาร*, 46(1), 60-82.

พรพิมล เพ็ชรบุรี, ชมชื่น สมประเสริฐ, และ ประนอม โอทกานนท์. (2560). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(2), 188-196.

พิกุล ทับวิธร, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, และ ทิพย์ฉมพร เกษโกมล. (2563). ผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ*, 13(2), 590-602.

มะลิ โพธิพิมพ์, สุชาติ บุญยภากร, จิรภา บุญยภากร, วลัยรัชชา เขตบำรุง, จุน หน่อแก้ว, วารรัตน์ สังวะลี, และคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล*, 34 (2), 30-43.

มาสุรี อุไรรัตน์, และ มาลี สบายยิ่ง. (2560). การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษามูลนิธิสงเคราะห์คนชราอนาถา แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา. *วารสารกึ่งวิชาการ*, 38(1), 29-44.

ยุพา ทองสุข, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และ ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(1), 95-110.

ลักษณะ สกุลทอง, ภูมิพรพรณ์ ชุระยาศร์, และ สุทธิพงศ์ หกสุวรรณ. (2561). การพัฒนาโมเดลการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความผาสุกทางจิตใจของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย. *วารสารราชพฤกษ์*, 16(1), 75-87.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2542). *แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์.

สุกัญญา แก่นงูเหลือม. (2563). อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุนิสา คำขึ้น, หฤทัย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง, และ ประทีปพิทยาเสนาะ เอลเทอร์. (2563). ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(3), 150-163.

สุพัตรา จันทรสุวรรณ, สุนทรี ชะชาดย์, ปวีดา โพธิ์ทอง, และ เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์. (2564). สุขภาพจิต: มุมมองผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลโพธิ์พระยา จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(2), 149-162.

ส่วนบริหารและพัฒนาเทคโนโลยีการทะเบียน กรมการปกครอง. (2565). *สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม พ.ศ. 2565, จาก <https://www.dop.go.th/th/known/side/1/1/335>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *สถิติประชากรศาสตร์ประชากรและเคหะ*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม พ.ศ. 2565, จาก <http://nkrat.nso.go.th/index>.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. (2565). *รายงานการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ. การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประจำปี 2565 จังหวัดเพชรบุรี, เพชรบุรี*.

- ฤดีมาศ พุทธิมาตย์, ไรจัน จินตนาวัฒน์, และ ลินจง โพธิบาล. (2563). การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(1), 61-74.
- อรพิน พรระโยภณ. (2561). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2565, จาก <http://www.oic.go.th>
- อรุโณทัย ปาทาน, และ สิริมา มงคลสัมฤทธิ์. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองปทุมธานี. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 12(2), 215-232.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley.
- McClain, J., Gullatt, K., & Lee, C. (2018). *Resilience and Protective Factors in Older Adult*. (Graduate Master's Theses, Capstones, and Culminating Projects). Dominican university.
- Norbeck, J. S. (1985). Types and sources of social support for managing job stress in critical care nursing. *Nursing Research*, 34(4), 225-230.
- Thoits, A. P. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(1), 145-161.
- United Nations. (2018). *Population Division*. Retrieved January 25, 2022, from <https://www.un.org/development/desa/pd/>
- Wells, M. (2010). Resilience in older adults living in rural, Suburban and urban areas. *Journal of Rural Nursing and Health Care*, 10(2), 45-54.
- WHO. (2021). *Mental health of older adults*. Retrieved January 25, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>