

บทความวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม
ของชุมชนระดับตำบล จังหวัดสงขลา¹
The Development of Mental Health Promotion Program
for the Elderly by Participation of Community
at the District Level Songkhla Province¹

ไหมไทย ไชยพันธุ์* บุญโรม สุวรรณพาหุ³
Maithai Chaiyapan^{2*} Bunrome Suwanphahu³

¹งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย จากโครงการวิจัยและนวัตกรรมเพื่อถ่ายทอดเทคโนโลยี
สู่ชุมชนฐานราก สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.)

¹Granting supported by Research and innovation project for technology transfer to the foundation
community, Office of the Higher Education Commission (OHEC)

²อาจารย์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา จังหวัดสงขลา

²Lecturer, Faculty of Education, Songkhla Rajabhat University, Songkhla, Thailand.

³อาจารย์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี จังหวัดปัตตานี

³Lecturer, Faculty of Education, Prince of Songkhla University, Pattani Campus, Pattani, Thailand.

*Corresponding author: maithai.ch@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาชีวิตผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาและทดสอบผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การศึกษา
แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา ความต้องการ และแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรม
การสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ แบบสอบถามความต้องการใน
การสร้างเสริมสุขภาพจิต แนวทางการสนทนากลุ่ม และโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ
ใช้สถิติพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที่ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาความเครียด ซึมเศร้า และวิตกกังวล อุปสรรค
ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต คือ การเสื่อมถอยของร่างกาย จิตใจ ขาดแรงจูงใจและไม่เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพจิต โดย
โปรแกรมที่เหมาะสมควรมีวิธีการที่ยืดหยุ่น สนุกสนาน สอดแทรกเนื้อหาความรู้การดูแลสุขภาพจิต ระยะที่ 2 การพัฒนา
โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ การจัดการความเครียดและการพัฒนาทาง
จิตวิญญาณ การป้องกันภาวะซึมเศร้า การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคม การส่งเสริมและการสร้างคุณค่าในตนเองและ
การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน ระยะที่ 3 พบว่า หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตหลังทดลอง
($\bar{D}_1=27.28, SD=16.13$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_2=3.26, SD=4.93$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
($p < .001, t=6.35$)

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพจิต; ชุมชน; ผู้สูงอายุ

Abstract

This research and development study aims to develop and evaluate the mental health promotion program for elderly. The study consisted of 3 stages; stage 1 studying problems, needs and guidelines for mental health development, stage 2 developing mental health promotion program, and stage 3 evaluating program. The subjects were divided into an experimental group and a control group with 40 elderly each. The tools included mental health evaluation forms, need assessment questionnaires, guidelines for group discussions, and a mental health promotion program. Descriptive statistics and t-test were used for quantitative analysis while content analysis was used for qualitative analysis.

The results showed that in stage 1 mental health problems of the subjects were stress, depression and anxiety. Problems affecting mental health were physical and mental deterioration, the lack of motivation, and ignorance of mental health care. The suitable mental health promotion program should be launched in a flexible and fun way. In stage 2 the mental health promotion program for elderly we have designed consisted of 5 activities; stress management and spiritual development, prevention of depression, interaction with the family and society, self-evaluating promotion, and access to supportive sources in the community. In stage 3 after applying our program the experimental group significantly obtained higher mental health mean scores ($\bar{D}_1=27.28$, $SD=16.13$) than the control group ($\bar{D}_2=3.26$, $SD=4.93$) receiving routine care ($p<.001$, $t=6.35$).

Keywords: community; elderly; mental health promotion

ความเป็นมาของปัญหา

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” อย่างเต็มรูปแบบเนื่องจากโครงสร้างอายุของประชากรเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า ประเทศไทยมีประชากรสูงวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากถึง 10 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด และกำลังกลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564¹ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาอย่างน้อย 3 ประการ ประการแรก คือ ปัญหาสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว ถึงร้อยละ 48 และผู้สูงอายุประเมินตนเองว่ามีอาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายใจ ถึงร้อยละ 51.6¹ ประการที่สอง คือ ปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียการเป็นผู้นำของครอบครัว รู้สึกสูญเสียอำนาจบารมี ตำแหน่ง ความเคารพและรายได้ ตลอดจนการเข้าสังคมลดลง¹⁻² ประการที่สาม เป็นปัญหาที่เกิดจากด้านจิตใจ ผู้สูงอายุจะรู้สึกหดหู่ เศร้า เสียใจ รู้สึกได้รับการยอมรับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจไม่เพียงพอ

รู้สึกอ้างว้าง เดียวดาย เนื่องจากสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก² โดยนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิต สำหรับปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรก คือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศ² นอกจากนี้จากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติด้วยแบบคัดกรองความสุขภาพจิต 15 ข้อ ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุต่ำกว่าคนทั่วไปประมาณ 1 ใน 3 แสดงให้เห็นถึงความสุขที่มีอยู่ในภาวะปัจจุบันลดน้อยลง ซึ่งนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตตามมาในอนาคต³

จังหวัดสงขลา มีประชากรอยู่ประมาณ 1,417,440 คน ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุประมาณ 195,539 คน⁴ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า “ประชากรสูงอายุ (population aging)” คือ การมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้จังหวัดสงขลายังเป็นจังหวัดที่มีดัชนีการสูงวัยสูงสุด 10 อันดับแรกของประเทศ โดยเป็นอันดับที่ 10 ค่าดัชนีเท่ากับ 112.7 ซึ่งดัชนีการสูงวัย (index of aging)

เป็นการแสดงถึงการสูงวัยของประชากรในพื้นที่ ซึ่งคำนวณได้จากประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปต่อประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี 100⁵

ดังนั้นจังหวัดสงขลาจึงเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีความเหมาะสมในการศึกษาแนวทางการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตในรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลเกาะเต่า มีลักษณะเป็นสังคมชนบทกึ่งเมือง ซึ่งมีปัญหาด้านสาธารณสุขที่คล้ายกับสังคมเมือง และมีผู้สูงอายุอยู่จำนวนถึง 1,500 คน ทั้งนี้จากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุจำนวน 62 คน ในเทศบาลตำบลเกาะเต่า พบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป 12 คน คิดเป็นร้อยละ 19.35 และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า 18 คน คิดเป็นร้อยละ 29.03⁶ โดยจำนวนผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปหนึ่งนั้น คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยที่ได้รับผลกระทบจากความเสื่อมและปัญหาสุขภาพของร่างกาย รวมทั้งสมาชิกส่วนใหญ่ในครอบครัวต้องหารายได้เพื่อการเลี้ยงชีพ ไม่มีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังขาดโอกาสที่จะได้รับความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต เนื่องจากทางศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ยังไม่มีทีมสหวิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิต และการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม มาช่วยบริหารจัดการในการรองรับเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคต ด้วยเหตุดังกล่าวอาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบกับในปี พ.ศ. 2561 เทศบาลตำบลเกาะเต่าได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการจัดตั้ง “โรงเรียนผู้สูงอายุ” ขึ้น ดังนั้นการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนจึงเป็นหนึ่งในแผนงานที่ทางเทศบาลต้องการส่งเสริมให้เกิดขึ้น เพื่อเป็นการพัฒนาผู้สูงอายุในชุมชนให้ครบทั้ง 4 องค์ประกอบตามแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิต คือ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนครั้งนี้ ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุในชุมชนระหว่างทีมคณะผู้วิจัยกับหน่วยงานในเทศบาลตำบลเกาะเต่า คือ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามการสร้างเสริมสุขภาพและดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้ได้ผลดียังต้องอาศัยการสนับสนุนเกื้อกูลจากครอบครัวและชุมชน ให้ผู้สูง

อายุดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า พร้อมทั้งส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการใช้ความรู้ ความสามารถ สร้างประโยชน์แก่ตนเองและสังคม⁷ นอกจากนี้ความสำคัญของภาคีเครือข่ายในการร่วมกันดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนที่ประสานความร่วมมือจากหน่วยงานของภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มต่างๆ ในชุมชนให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนนับเป็นต้นทุนที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น

คณะผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการใช้นวัตกรรมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระดับตำบล จังหวัดสงขลา โดยบูรณาการแนวคิดทางด้านจิตวิทยาสำหรับผู้สูงอายุและการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของคุณภาพชีวิต ซึ่งครอบคลุมด้าน จิตใจ ปัญญา ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม กิจกรรมประกอบด้วย การบรรยายการส่งเสริมสุขภาพจิต กระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สาทิตและฝึกปฏิบัติ โดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับนักจิตวิทยา พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งแนวทางการพัฒนาประกอบด้วย 1) การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การใช้คำพูดชักจูงการฝึกปฏิบัติ และ 4) การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยผสมผสานการช่วยเหลือแบบกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมเน้นการปรับให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่พัฒนามาจากแนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนของ Bandura⁸ ร่วมกับเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ อันจะส่งผลต่อผู้สูงอายุในการป้องกันปัญหาภาวะสุขภาพทางจิตและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี เพิ่มการมีส่วนร่วมในชุมชนสังคม มีการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ สิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

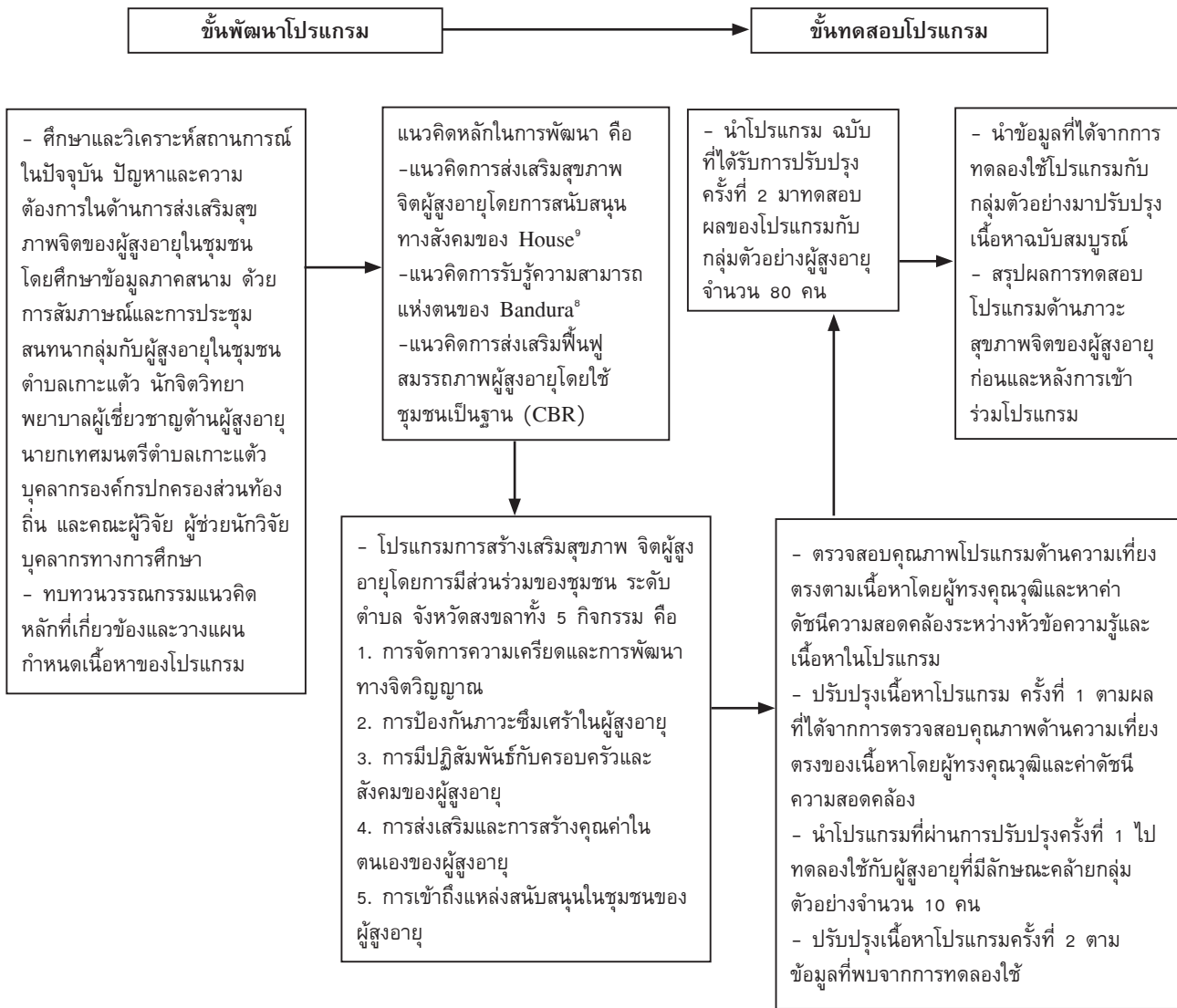
1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระดับตำบล จังหวัดสงขลา ที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบท และวิถีของชุมชนท้องถิ่น
2. เพื่อทดสอบผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระดับตำบล

จังหวัดสงขลา โดยเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการสนับสนุนทางสังคมของ House⁹ เป็นแนวคิดเริ่มต้นในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ซึ่งใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ ที่เน้นการพัฒนาทั้งระบบเล็ก (ครอบครัว ชุมชน) และการเชื่อมโยงระบบกลาง (หน่วยบริการสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น) ตลอดจนชุมชนและกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ระดับตำบล เพื่อส่งเสริมให้มีการสนับสนุนการดูแลจากครอบครัวและชุมชน ซึ่ง House⁹ แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร ทั้งนี้ในการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้ใช้กิจกรรมช่วยเหลือแบบกระบวนกรกลุ่มร่วมด้วย ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแนวคิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนของ Bandura⁸ มาร่วมพัฒนาเพื่อให้ผู้สูงอายุเรียนรู้การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง การเห็นตัวแบบ

ของเพื่อนสมาชิกที่ประสบความสำเร็จ การใช้คำพูดชักจูง การกระตุ้นและสนับสนุนทางอารมณ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้กระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพจิตที่ดีตามที่ใ้ได้วางไว้ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำแนวทางของแผนปฏิบัติการ สำหรับการส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community based rehabilitation: CBR) ของ world health organization (WHO)¹⁰ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุและสมาชิกในชุมชนทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม สร้างความเข้มแข็งของคนในชุมชนด้วยการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อการช่วยเหลือ ดูแล ฟื้นฟู และพัฒนาผู้สูงอายุ ซึ่งความสำเร็จจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยปัจจัยสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน การเป็นพันธมิตรซึ่งกันและกัน ความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน การใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นที่อยู่มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับความเครียดและปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมอันจะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพกายและจิตในอนาคต ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงมีกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระดับตำบล จังหวัดสงขลา

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนระดับตำบล จังหวัดสงขลา แบ่งกระบวนการในการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลเกาะเต่า จังหวัดสงขลา ความต้องการในการพัฒนาสุขภาพจิต และประโยชน์ที่ผู้สูงอายุคาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต ตลอดจนปัญหาอุปสรรคและแนวทาง

ในการพัฒนาเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ในระยะนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจและวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อนำไปสู่การสร้างและออกแบบร่างโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การวิจัยเชิงสำรวจ (survey research)

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่อยู่ในพื้นที่เทศบาลตำบลเกาะเต่า ทั้ง 10 หมู่บ้าน จำนวน 692 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกที่อยู่ภายใต้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ตำบลเกาะเต่า กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgran¹¹ ที่ระดับความเชื่อมั่น

95% ยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ $\pm 5\%$ จากประชากร
จำนวน 692 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 250 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือมี 3 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถาม
สุขภาพจิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามสุขภาพจิต
ผู้สูงอายุซึ่งปรับจาก Thongvisase et al.¹² โดยแบบสอบถาม
แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ ด้านความเครียด ด้านความ
ซึมเศร้า ด้านความวิตกกังวล และด้านความบกพร่องทางสังคม
มีข้อคำถามทั้งหมด 50 ข้อ แต่ละข้อเป็นแบบวัดมาตราส่วน
ประมาณค่า (rating scale) ที่ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 4 ระดับ
(ระดับคะแนน 0-3) คือ ไม่เคยเลย (0 คะแนน) เป็นบางครั้ง
บางครั้ง (1 คะแนน) เป็นบ่อยๆ (2 คะแนน) และเป็น
ประจำ (3 คะแนน), 2) แบบสอบถามความต้องการจำเป็น
ในการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยสร้าง
ขึ้นโดยอาศัยแนวคิดพื้นฐานในเรื่องการสร้างเสริมและการ
ดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน ของสำนักส่งเสริมและ
พัฒนาสุขภาพจิต กองสุขภาพจิต¹³ ตลอดจนแนวคิดสนับสนุน
ทางสังคมกับผู้สูงอายุของ House⁹ แบบสอบถามแบ่งออก
เป็น 5 องค์ประกอบ คือ ด้านความต้องการร่วมกิจกรรมและ
นันทนาการ ด้านความต้องการมีคุณค่าทางสังคม ด้านความ
ต้องการความรู้และบริการเกี่ยวกับสุขภาพจิต ด้านความต้อง
การสนับสนุนทางสังคม และด้านความต้องการความรัก ความ
อบอุ่นปลอดภัย มีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ แต่ละข้อเป็น
แบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า ที่ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 4 ระดับ
(ระดับคะแนน 1-4) คือ น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน)
มาก (3 คะแนน) มากที่สุด (4 คะแนน) และ 3) แบบสอบถาม
ประโยชน์ที่ผู้สูงอายุคาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม
ในโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน
มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ แต่ละข้อเป็นแบบวัดมาตราส่วน
ประมาณค่า ที่ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 5 ระดับ (ระดับคะแนน
1-5) คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง
(3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้งหมดได้ผ่านการวิเคราะห์หา
ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค
(Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงแบบสอบ
ถามชุดที่ 1-3 เท่ากับ .94, .84 และ .86 ตามลำดับ จาก
นั้นจึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research)

ผ่านการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) และการ
สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เพื่อค้นหาอุปสรรค
และแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้มีภาวะ
สุขภาพจิตที่ดี ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ
ซึ่งเป็นสมาชิกที่อยู่ภายใต้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและ
ส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลเกาะเต่า จำนวน 10
คน ผู้วิจัยใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)
จากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม เหนือในการคัดเลือก
ผู้ให้ข้อมูลหลักดังต่อไปนี้ 1) ผู้สูงอายุแกนนำสุขภาพประจำ
เทศบาลตำบลเกาะเต่าที่มีอายุตั้งแต่ 60-75 ปี หรือวัยผู้สูง
อายุตอนต้น¹⁴ 2) ผู้สูงอายุที่ยินดีและมีความสนใจเข้าร่วม
การวิจัย และ 3) ผู้มีความสามารถในการถ่ายทอดประสบ
การณ์ได้ดี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) ผู้วิจัย
ถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัย
เตรียมความพร้อมทางด้านความรู้พื้นฐาน ความเข้าใจแนวคิด
ทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจิต
ของผู้สูงอายุให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี และผ่านการมีประสบ
การณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพมาแล้ว 2) ชุดคำถามสัมภาษณ์
(interview protocol) พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวน
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมี
ความสุขภาวะที่ดี เพื่อค้นหาคำตอบของปัญหาการวิจัยให้
ครบถ้วน โดยใช้แบบสอบถามแบบกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับปัญหา
สุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ อุปสรรคที่ส่งผลต่อ
พฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพจิตที่ดี สิ่งที่ช่วยส่งเสริม
ให้เกิดพฤติกรรมกรรมการมีสุขภาพจิตที่ดี ตลอดจนกิจกรรม
แนวทางหรือโปรแกรมที่เหมาะสมในการพัฒนาหรือสร้าง
เสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น
และ 3) เครื่องบันทึกเสียง ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับบันทึก
เสียงสนทนาในระหว่างการสัมภาษณ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหาโดย
ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ
ของงานวิจัย (trustworthiness) ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบ
สามเส้า ดำเนินวิธีรวบรวมข้อมูล (methodological triangulation)
โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ทั้งจากการสัมภาษณ์
การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการจดบันทึกภาคสนาม ตลอด
ระยะเวลาการสัมภาษณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลดังกล่าว

ให้ผู้เชี่ยวชาญการวิจัยคุณภาพ 3 ท่าน ซึ่งเป็นนักจิตวิทยา และมีประสบการณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับเทศบาลตำบลเกาะแก้ว และผู้นำชุมชนทั้ง 10 หมู่บ้าน เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมนัดหมายวัน เวลา ในการเก็บข้อมูล รวมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ แจกการพิทักษ์สิทธิในการไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลและสิทธิในการไม่ตอบคำถาม สิทธิในการถอนตัวจากการให้ข้อมูล วิธีตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณานำเสนอเป็นค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามขั้นตอนของระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากเทปบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์ มาถอดความแบบคำต่อคำ (verbatim) เพื่อถอดรหัสข้อความ (coding) จัดหมวดหมู่ (categories) และวิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ต่างๆ เพื่อสร้างเป็นประเด็นหลัก (theme) และตรวจสอบข้อมูลและผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุและการทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง (try out) ผู้วิจัยได้นำข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ทำการศึกษาใน ระยะที่ 1 มาสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ที่ผสมผสานการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน โดยจัดกิจกรรมในโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระดับตำบล จังหวัดสงขลา ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมละ 2-3 ชั่วโมง กำหนดจัดกิจกรรมเป็นเวลา 12 ชั่วโมง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การจัดการความเครียดและการพัฒนาทางจิตวิญญาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ความเข้าใจถึงแนวทางการดูแลสุขภาพกายและจิตของตนเอง สามารถรับรู้-เข้าใจความรู้สึกของตนเอง ภาวะความเครียดที่เกิดขึ้น รู้จักควบคุมอารมณ์และสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีทักษะในการจัดการความเครียดและการพัฒนา

ทางจิตวิญญาณที่ดี ด้วยการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส กระปรี้กระเปร่ามีอารมณ์ขันและอารมณ์ที่ดีเป็นมิตรกับทุกคน เกิดความสุข เบา ว่าง สว่าง สงบ ผ่อนคลาย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งกิจกรรมที่เหล่านี้สามารถลดความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ ตัวอย่างกิจกรรม เช่น “กิจกรรมฝึกสมาธิด้วยการเอาจิตจดจ่ออยู่กับการเคลื่อนไหว”

กิจกรรมที่ 2 การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มความรู้สึกด้านบวกของสภาพจิตใจ เช่น รู้สึกเป็นสุข สงบ มีความพึงพอใจ คลายความเศร้า ตลอดจนทราบสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้า อาการและการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน 2Q/9Q/8Q แนวทางการป้องกันดูแลภาวะซึมเศร้า รวมทั้งสามารถฝึกทักษะและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความเหมาะสมในการจัดการภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ ตัวอย่างกิจกรรม เช่น กิจกรรมการฝึกสมาธิเบื้องต้นด้วยการฝึกลมหายใจด้วยเพลง “ดั่งดอกไม้บาน” “กิจกรรมศิลปะพาสาย”

กิจกรรมที่ 3 การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องเรียนรู้ความแตกต่างระหว่างบุคคล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการสร้างทักษะสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและความคิดเห็นนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านการรับรู้ทางสังคมและพฤติกรรมด้านต่างๆ โดยการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นได้นั้นต้องเริ่มที่การพัฒนาตนเองให้เข้ากับบุคคลอื่นได้ง่าย ให้ความรัก ความเป็นกันเองกับบุคคลใกล้ชิด ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น เปิดเผยตนเองเมื่อมีปัญหาหากำลังจะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ตัวอย่างกิจกรรม เช่น “กิจกรรมบิงโกค้นหาเพื่อนใหม่” “กิจกรรมใจเขาใจเรา” และ “กิจกรรมฟังด้วยใจสร้างสายใยผูกพัน”

กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมและการสร้างคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมเกิดความภาคภูมิใจซึ่งมีทั้งการให้และรับจากผู้อื่น การตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต การยอมรับนับถือตนเองให้กำลังใจตนเองได้ รวมทั้งสามารถในการปรับตัวยอมรับสภาพสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือทำประโยชน์ให้กับผู้อื่นในสังคมได้อันก่อให้เกิดมุมมองต่อการใช้ชีวิตใน

เชิงบวกที่เป็นการเปลี่ยนทัศนคติของผู้สูงอายุจาก “ภาวะกลายเป็นพลังให้กับชุมชน” รวมทั้งการเรียนรู้ประสบการณ์จากตัวอย่างผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในชีวิต ภายในชุมชนของตนเองที่อาศัยอยู่ ตัวอย่างกิจกรรม เช่น “กิจกรรมสุขของเธอ คือ สุขของฉัน” “กิจกรรมกลุ่มภาพสะท้อน”

กิจกรรมที่ 5 การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชนของผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมทราบถึงข้อมูลแหล่งทรัพยากรในชุมชน วิธีการติดต่อและเข้าถึงในการขอความช่วยเหลือหรือดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อมีปัญหา รวมทั้งการมีเพื่อนและเครือข่ายในการดูแลสุขภาพร่วมกันภายในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่เพื่อสร้างเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดี ตัวอย่างกิจกรรม เช่น “กิจกรรมจากเพื่อนถึงเพื่อน”

การทดสอบคุณภาพของโปรแกรม ผู้วิจัยตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรม ความเหมาะสมและความสอดคล้อง ด้านเนื้อหา ด้านการใช้ภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน พบว่าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย (mean) ระดับความคิดเห็นอยู่ในช่วง 4.00-4.80 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน และมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index (CVI)) เท่ากับ .92 และนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา จำนวน 15 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) คุณลักษณะและบริบทคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในระบะที่ 3 ซึ่งเป็นการทดลองใช้โปรแกรมในสถานการณ์จริง 2) กำหนดพื้นที่ดำเนินการ คือ ตำบลบ่อยาง อำเภอเมืองจังหวัดสงขลา 3) สอบถามความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมด้วยวิธีการจัดอบรมระยะสั้นตามเนื้อหาของโปรแกรมที่ได้ออกแบบไว้ทั้งสิ้น 5 กิจกรรม เพื่อประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมและปรับปรุงก่อนนำทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการทดลองในกลุ่มตัวอย่างจริง ซึ่งดำเนินการวิจัย แบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the pre-posttest control group design) โดยวัดหลังสิ้นสุดการฝึกอบรมทันที เพื่อดูพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุซึ่งเป็นผลจากการฝึกอบรมกลุ่มตัวอย่างการวิจัย คือ ผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลตำบลเกาะแก้วที่สุ่มจากประชากร ทั้ง 10 หมู่บ้าน จำนวน 80 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) คือ 1) มีอายุระหว่าง 60-75 ปี ที่ดูแลช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ 2) เข้าร่วมกิจกรรมในศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ ตำบลเกาะแก้ว 3) สามารถอ่านออกเขียนได้ 4) สามารถพูดคุยได้เข้าใจไม่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยจนไม่สามารถสื่อสารได้ 5) สามารถเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองได้ และ 6) สมัครใจและยินดีร่วมมือในกิจกรรม เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ มีเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าร้อยละ 80

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) จากผลการคำนวณค่าอิทธิพล โดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากผลการศึกษาเรื่อง ผลของการให้กลุ่มสนับสนุนทางสังคมต่อศักยภาพการอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียนและความเครียดของ ย่า ยาย ในอำเภอภูกระดึง จังหวัดเลย ของ Kotchana and Virasir¹⁵ ซึ่งมีการศึกษาประชากรมีความใกล้เคียงกับงานวิจัยในครั้งนี้ จากโปรแกรม G*Power version 3.0.10 ได้ค่าอิทธิพลเท่ากับ .749 นำไปคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้อย่างน้อยกลุ่มละ 23 คน และเพื่อเป็นการทดแทนหากมีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการดำเนินการวิจัย (dropout) และเพื่อให้ได้ครอบคลุมจำนวนประชากรในพื้นที่¹⁶ ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 80 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความพอเพียงของรายได้ จำนวนบุตร จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน และปัญหาสุขภาพ โรคประจำตัว 2) แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ (Thai Geriatric Mental Health Assessment: T-GMHA)¹⁷ จำนวน 47 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ (ระดับคะแนน 1-4) คือ ไม่เลย (1 คะแนน) เล็กน้อย (2 คะแนน) มาก (3 คะแนน) และมากที่สุด (4 คะแนน) การแปลผลคะแนน เปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้ (คะแนนเต็ม 224 คะแนน) 182-224 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป 160-181

คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป 159 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป 3) แบบประเมินโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในด้านบริบท กระบวนการ และผลลัพธ์ มีจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (ระดับคะแนน 1-4) คือ เหมาะสม (1 คะแนน) เหมาะสมบางส่วน (2 คะแนน) เหมาะสมมาก (3 คะแนน) เหมาะสมมากที่สุด (4 คะแนน)

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ซึ่งในการจัดกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างได้รับเอกสารที่ประกอบด้วย ใบความรู้ ใบงาน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และมอบหมายการบ้านให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปฝึกปฏิบัติ และนัดหมายในการทบทวนการบ้าน สิ่งที่ได้เรียนรู้ ก่อนเริ่มต้นกิจกรรมใหม่ในทุกครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้าน การสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตรวจสอบและพิจารณาดังรายละเอียดในการวิจัยระยะที่ 2 ในส่วนของการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94 และ แบบประเมินโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในด้านบริบท กระบวนการ และผลลัพธ์ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัยพร้อมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

2. เมื่อผู้สูงอายุอนุญาตและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินด้วยตนเอง ในคนที่อ่านออกเขียนได้ หรือใช้วิธีการสัมภาษณ์ให้ผู้ถูกประเมินเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเองก็ได้เช่นกัน

3. นัดหมายผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเพื่อดำเนินการทดลองตามกิจกรรม โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต และแบบประเมินโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในด้านบริบท กระบวนการ และผลลัพธ์ในระยะหลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งก่อนและหลังการทดลองมาทำการ ตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

2. เปรียบเทียบคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยไค-สแควร์ (Chi-square test) และสถิติทีแบบอิสระ (independent t-test)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและผลต่างของค่าเฉลี่ยวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ด้วยสถิติทีคู่ (paired t-test) และเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนภาวะสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติโดยใช้สถิติทีชนิดเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ด้านการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา หมายเลข EH2018-004 ภายหลังจากได้รับการรับรองผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างได้มีการผ่านผู้นำชุมชนเพื่อขออนุญาต หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงแนะนำตนเองกับสมาชิกภายในชุมชน พร้อมทั้งประชาสัมพันธ์โครงการให้กับกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนที่มีคุณสมบัติและสนใจเข้าร่วมโครงการ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการวิจัย บทบาทของกลุ่มตัวอย่างขณะร่วมกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินการ ความปลอดภัยของกิจกรรม ตลอดจนชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมระหว่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมแล้ว ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพจิต ความต้องการในการพัฒนาสุขภาพจิต และประโยชน์ที่ผู้สูงอายุคาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต ตลอดจนปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการพัฒนาเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 250 คน กว่าครึ่งเป็นผู้หญิง 148 คน (ร้อยละ 59.20) ช่วงอายุที่มากที่สุด คือ 71-75 ปี จำนวน 89 คน (ร้อยละ 35.60) มีสถานภาพการสมรสมากที่สุด จำนวน 180 คน (ร้อยละ 72.00) และมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 119 คน (ร้อยละ 47.60) แต่มีผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 50 คน (ร้อยละ 20.00) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 3,111.44 บาท ซึ่งเป็นรายได้จากการทำงานของตนเองสูงที่สุด จำนวน 102 คน (ร้อยละ 40.80) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่บอกว่ารายได้ไม่เพียงพอ จำนวน 201 คน (ร้อยละ 80.40) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตในด้านความซึมเศร้าและด้านความบกพร่องทางสังคมเป็นส่วนใหญ่ โดยมีระดับคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยอยู่ที่ 1.54 และ 1.57 ตามลำดับ (คะแนนเต็ม 3 คะแนน) ซึ่งหมายถึงเป็นผู้มีปัญหาภาวะสุขภาพจิตในด้านดังกล่าวอยู่ในระดับมาก และจากผลการศึกษาความต้องการในการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการให้มีการสร้างเสริมสุขภาพจิตในด้านการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด ($M=3.86$, $SD=.54$) รองลงมาใกล้เคียงกัน คือ ความต้องการในด้านกิจกรรมและนันทนาการ ($M=3.37$, $SD=.47$) และด้านความรู้และบริการเกี่ยวกับสุขภาพจิต ($M=3.34$, $SD=.44$) ตลอดจนมีความต้องการด้านความรักความอบอุ่นปลอดภัย ($M=3.32$, $SD=.40$) และด้านการมีคุณค่าทางสังคม ($M=3.12$, $SD=.53$) ซึ่งข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการสำรวจในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมและจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับปัญหาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีปัญหาในด้านความซึมเศร้าและด้านความบกพร่องทางสังคมเป็นส่วนใหญ่

ผลการศึกษาด้านประโยชน์ที่ผู้สูงอายุคาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุคาดว่าจะได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตมากที่สุด ($M=4.88$, $SD=.35$) รองลงมา คือ มีสุขภาพกายและจิตที่ดี สามารถ

พึ่งพาและดูแลตนเองได้ ($M=4.53$, $SD=.71$) ช่วยผ่อนคลายความเครียด ความกังวล ความเหงา ($M=4.42$, $SD=.75$) และมีโอกาสได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนสมาชิกในชมรมที่มีช่วงวัยเดียวกัน ($M=4.25$, $SD=.79$) ซึ่งผลการศึกษาในส่วนนี้มีความสอดคล้องกับเป้าหมายของการวิจัยนี้ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนในการนำตนไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและลดภาระการพึ่งพาต่อสังคม และยังให้เห็นได้ว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีความต้องการที่จะพัฒนาสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเองอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนเห็นคุณค่าและความสำคัญในการดูแลสุขภาพ ไม่หยุดที่จะเรียนรู้จากการฝึกฝนพัฒนาตน คำนึงถึงประโยชน์และสิ่งที่จะได้รับความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่จะเป็นรากฐานสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน

สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหา ความต้องการ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางในการพัฒนาเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุผ่านการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้ข้อมูลเชิงลึกที่แสดงให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนที่มักประสบปัญหา ด้านความเครียด ซึมเศร้า และวิตกกังวล ในขณะที่อุปสรรคที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพจิตที่ดีในผู้สูงอายุ คือ การเสื่อมถอยของสภาพร่างกายและจิตใจ การขาดแรงจูงใจและไม่เห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง รวมทั้งขาดการเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว และแหล่งสนับสนุนทรัพยากรในชุมชนไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมสุขภาพจิต ในขณะที่เดียวกันปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมกรรมการมีสุขภาพจิตที่ดีในผู้สูงอายุ นั้น พบว่าการดูแลสุขภาพจิตที่ดีเริ่มต้นจากตนเอง การมีกิจกรรมที่ผ่อนคลายความเครียด การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง และสมาชิกในชุมชน การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้กิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องการให้จัดเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน คือ กิจกรรมนันทนาการและการออกกำลังกาย กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับความรู้และบริการเกี่ยวกับสุขภาพจิต กิจกรรมการพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับสมาชิกในชุมชน ดังคำพูดของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า "...ถ้ามีกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุ ได้มาพูด มาคุย มาทำกิจกรรมร่วมกัน มันก็ดี มีประโยชน์ เพราะอยู่แต่บ้านก็เหงา การได้ออกนอกบ้าน พบเจอคนอื่น ๆ บ้าง ทำให้ได้รู้ข่าวสาร ใครเจ็บ ใครไข้ตรงไหน ได้ช่วยกัน ยิ่งถ้าเขาตั้งเป็นชมรม หรือกลุ่มผู้สูงอายุยิ่งดีเลย

เหมือนเป็นเครือข่ายคนวัยเดียวกันได้ดูแลกันง่ายเข้าไปอีก...” “...คิดว่าควรเป็นกิจกรรมที่ได้ทำร่วมกัน มีหมอ หรืออาจารย์ที่เก่งๆ ที่มีความรู้มาบรรยายให้คำแนะนำที่ดี ทำให้มีความรู้ขึ้น เพราะคนแก่ๆ ก็ไม่แน่ใจว่าที่เป็นที่ทำอะไรทุกวันนั้นมันดีแล้วยัง หรือคนในชุมชนเราก็มีเก่งๆ หลายคนเอามาพูดให้เพื่อนฟังบ้าง ได้รู้ว่าทำยังไงให้สุขภาพดี แข็งแรง แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันไป...” โดยโปรแกรมที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ควรจะมีรูปแบบ วิธีการที่ยืดหยุ่น เป็นกันเอง มีความสนุกสนาน พร้อมทั้งสอดแทรกเนื้อหาสาระความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิต ระยะเวลาในการจัดโครงการไม่ควรเกิน 2 วัน และสถานที่จัดกิจกรรม ควรมีความสะดวกในการเดินทาง ปลอดภัย มีบริเวณในการทำกิจกรรม การใช้สื่อเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุมีความคิดเห็นเป็นไปในทิศทางเดียวกันว่าต้องการสื่อที่เข้าใจง่าย ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ มองเห็นที่ชัดเจน และควรเป็นสื่อที่ทำให้เกิดความน่าสนใจ ความสนุกสนาน

ระยะที่ 2 การนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ออกแบบเพื่อสร้างรูปแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรม การประยุกต์ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House⁹ ตลอดจนจากผลการสอบถามความต้องการและความจำเป็นในการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพจากการวิจัยในระยะที่ 1 มาประยุกต์ด้วยและผลการทดลองใช้ (try out) โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ กิจกรรม 1-5 มีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วยความตั้งใจ มีความสนใจต่อเนื้อหาที่วิทยากรนำเสนอ โดยสังเกตจากการซักถาม การแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นซึ่งกันและกันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตของตนเองให้มีสุขภาพจิตที่ดีเหมาะสมตามวัย ระหว่างผู้ร่วมกิจกรรมด้วยกัน ตลอดจนการจัดบันทึกเนื้อหา สิ่งที่ได้เรียนรู้ลงในสมุดเป็นระยะๆ ในกิจกรรมต่างๆ
2. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบรรยาย กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจน้อย แต่ถ้าเป็นกิจกรรมที่เน้นการสาธิต การฝึกปฏิบัติ หรือการให้สมาชิกต้นแบบมาพูดคุยแนะนำเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงตนเองทางด้านสุขภาพจิต การสร้างคุณค่าในตนเอง และการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชนของผู้สูงอายุ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในกิจกรรมที่ 2 การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และกิจกรรมที่ 3 การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุ เพราะมีการนำเสนอเนื้อหาที่เข้าใจง่าย สามารถฝึกปฏิบัติตามได้ที่ละขั้นตอนจนเกิดความเข้าใจและสามารถทำได้ด้วยตนเอง ในขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างบางคนมีปัญหาเรื่องสายตา เขียนหนังสือไม่คล่อง และมีปัญหาในเรื่องการจดบันทึกผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรม โดยปรับปรุงแบบฉบับบันทึกกิจกรรมให้ง่าย สั้น กระชับ และสามารถบอกเล่าความรู้สึกของตนเองแทนการบันทึกลงสมุด นอกจากนี้ในการแบ่งกลุ่มการทำกิจกรรม ได้แบ่งกลุ่มให้บุคคลที่เป็นผู้นำกลุ่มมีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้คล่องประจำในแต่ละกลุ่ม และมีพี่เลี้ยงประจำกลุ่มแต่ละกลุ่มเพื่อช่วยกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูล

3. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างบางคนไม่กล้าที่จะเสนอหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยมีแนวทางในการปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมคือ ควรมีพี่เลี้ยงประจำกลุ่มเพื่อกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น แสดงความสามารถอย่างเท่าเทียมกัน และแบ่งสมาชิกเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 5-6 คน เพื่อให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมอย่างทั่วถึง เช่น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึก ระดมความคิดเห็น และฝึกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี

ผลการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการทดลองใช้ (try out) ก่อนนำไปใช้ฝึกอบรมด้วยแบบแผนการทดลองแบบ one group pretest posttest design จากการประเมินผลโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติที่คู่ (paired t-test) พบว่า ภายหลังจากฝึกอบรมตามโปรแกรมผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิต ($M=4.48, SD=.23$) สูงกว่าก่อนเข้ารับการฝึกอบรม ($M=2.87, SD=.34$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t=13.03$) และพบว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย (mean) ระดับความคิดเห็นอยู่ในช่วง 4.00-4.80 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถสร้างภาวะสุขภาพจิตที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมฝึกอบรมตามโปรแกรมได้

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม การสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระดับตำบล จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีรายละเอียดดังนี้ ด้านเพศ ข้อมูลของกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง จำนวน 22 คน (ร้อยละ 55.00) ในขณะที่กลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน 20 คน (ร้อยละ 50.00) ด้านอายุ ข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเหมือนกัน โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี มากที่สุด จำนวน 17 คน (ร้อยละ 42.50) ด้านสถานภาพสมรส ข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเหมือนกัน คือ มีสถานภาพสมรสมากที่สุด จำนวน 32 คน (ร้อยละ 80.00) ด้านระดับการศึกษา ทั้งสองกลุ่มมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งกลุ่มทดลองมีจำนวน 15 คน (ร้อยละ 37.50) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีจำนวน 14 คน (ร้อยละ 35.00)

ด้านแหล่งที่มาของรายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้จากการทำงานของตนเองสูงที่สุด ซึ่งกลุ่มทดลองมีจำนวน 18 คน (ร้อยละ 45.00) และกลุ่มควบคุมมีจำนวน 15 คน (ร้อยละ 37.50) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้ไม่เพียงพอสูงที่สุด จำนวน 25 คน (ร้อยละ 62.50) ด้านจำนวนบุตร กลุ่มทดลองมีบุตร จำนวน 3 คน มากที่สุด (ร้อยละ 47.50) และกลุ่มควบคุม มีบุตรจำนวน 3 คน เช่นเดียวกัน (ร้อยละ 40.00) นอกจากนี้ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ และโรคประจำตัวถึงจำนวน 36 คน และ 33 คน (ร้อยละ 90.00 และ 82.50) ตามลำดับ เมื่อทดสอบสัดส่วนการกระจายตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=80)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		χ^2	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1. เพศ					0.8 ^a	.88 ^{ns}
- ชาย	18	45.00	20	50.00		
- หญิง	22	55.00	20	50.00		
2. อายุ					0.15 ^b	1.00 ^{ns}
- อายุ 60-65 ปี	17	42.50	17	42.50		
- อายุ 66-70 ปี	11	27.50	11	27.50		
- อายุ 71-75 ปี	8	20.00	8	20.00		
- อายุ 76-80 ปี	3	7.50	3	7.50		
- อายุ 81-85 ปี	1	2.50	1	2.50		
3. สถานภาพสมรส					0.40 ^b	1.00 ^{ns}
- โสด	5	12.50	5	12.50		
- สมรส (คู่)	32	80.00	32	80.00		
- หม้าย	3	7.50	3	7.50		
4. ระดับการศึกษา					3.49 ^b	.31 ^{ns}
- ไม่ได้เรียน	3	7.50	5	12.50		
- ประถมศึกษา	4	10.00	6	15.00		
- มัธยมศึกษาตอนต้น	10	25.00	11	27.50		
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	15	37.50	14	35.00		
- อนุปริญญาตรี	3	7.50	2	5.00		
- ปริญญาตรี	5	12.50	2	5.00		
5. รายได้					3.00 ^b	.64 ^{ns}
- รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,250.55 บาท						
6. แหล่งที่มาของรายได้						
- บุตรหลาน สมาชิกครอบครัว	10	25.00	12	30.00		
- ยังคงทำงานด้วยตนเอง	18	45.00	15	37.50		

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		χ^2	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
6. แหล่งที่มาของรายได้					3.00 ^b	.64 ^{ns}
- เงินบำนาญ	3	7.50	4	10.00		
- เบี้ยยังชีพรายเดือน	6	15.00	7	17.50		
- แหล่งอื่นๆ (ระบุ: กุ๊ยม)	3	7.50	2	5.00		
7. ความเพียงพอของรายได้					0.15 ^b	1.00 ^{ns}
- ไม่เพียงพอ	25	62.50	25	62.50		
- เพียงพอ	9	22.50	9	22.50		
- เพียงพอและเหลือเก็บ	6	15.00	6	15.00		
8. จำนวนบุตร					1.94 ^b	.63 ^{ns}
- 1 คน	4	10.00	8	20.00		
- 2 คน	10	25.00	12	30.00		
- 3 คน	19	47.50	16	40.00		
- 4 คน ขึ้นไป	7	17.50	4	10.00		
9. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน					1.05 ^b	.41 ^{ns}
- อยู่คนเดียวตามลำพัง	4	10.00	3	7.50		
- 2 คน	17	42.50	18	45.00		
- 3 คน	13	32.50	14	35.00		
- 4 คน ขึ้นไป	6	15.00	5	12.50		
10. ปัญหาสุขภาพ โรคประจำตัว					1.72 ^a	.19 ^{ns}
- ไม่มีโรคประจำตัว	4	10.00	7	17.50		
- มีโรคประจำตัว	36	90.00	33	82.50		

^aChi-square, ^bFisher's exact test, ^{ns} = non-significant

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุก่อนการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิต

ผู้สูงอายุก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง (M=157.50, SD=15.23) และกลุ่มควบคุม (M=158.40, SD=13.80) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$, $t = .36$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุก่อนการทดลอง (n=80)

คะแนนภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	กลุ่มทดลอง(n=40)		กลุ่มควบคุม(n=40)		df	t
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง	157.50	15.23	158.40	13.80	78	.36 ^{ns}

^{ns} = non-significant

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตโดยรวมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีคะแนนหลังการ

ทดลอง (M=184.78, SD=14.09) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M=157.50, SD=15.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 7.35$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (n=80)

คะแนนภาวะสุขภาพจิต ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง (n=40)		หลังทดลอง (n=40)		df	t
	M	SD	M	SD		
สภาพของจิตใจ	45.20	4.49	52.31	4.17	39	4.86***
สมรรถภาพของจิตใจ	40.10	4.34	48.60	3.36	39	3.74***
คุณภาพของจิตใจ	33.80	3.18	40.07	3.02	39	7.53***
ปัจจัยสนับสนุน	38.40	3.22	43.80	3.54	39	7.12***
รวม	157.50	15.23	184.78	14.09	39	7.35***

^{ns} = non-significant, *p< .05, **p< .01, ***p< .001

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตโดยรวมของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม

มีคะแนนหลังการทดลอง (M=159.05, SD=12.72) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M=158.40, SD=13.80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=2.07) ดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม (n=80)

คะแนนภาวะสุขภาพจิต ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง (n=40)		หลังทดลอง (n=40)		df	t
	M	SD	M	SD		
สภาพของจิตใจ	40.29	4.15	40.47	3.18	39	1.43 ^{ns}
สมรรถภาพของจิตใจ	41.04	3.19	42.11	3.10	39	.16 ^{ns}
คุณภาพของจิตใจ	37.05	3.03	37.63	3.14	39	2.45**
ปัจจัยสนับสนุน	39.44	3.43	39.87	3.30	39	.45 ^{ns}
รวม	158.40	13.80	159.05	12.72	39	2.07*

^{ns} = non-significant, *p< .05, **p< .01, ***p< .001

จากการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองโดยรวม ($\bar{D}_1=27.28, SD=16.13$) เพิ่มสูงขึ้นกว่าเดิมและมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับ

การดูแลตามปกติ ($\bar{D}_2=3.26, SD=4.93$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t=6.35) และเมื่อพิจารณาผลรายด้าน พบว่า ผลต่างของค่าคะแนนสุขภาพจิตในแต่ละด้านของผู้สูงอายุหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงการเปรียบเทียบผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=80)

คะแนนภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มควบคุม (n=40)		df	T
	\bar{D}_1	SD	\bar{D}_2	SD		
สภาพของจิตใจ	7.11	4.79	0.18	2.16	78	6.10***
สมรรถภาพของจิตใจ	8.50	4.24	1.07	1.83	78	6.71***
คุณภาพของจิตใจ	6.27	3.65	0.58	1.72	78	3.38***
ปัจจัยสนับสนุน	5.40	3.47	0.43	1.51	78	2.45**
รวม	27.28	16.13	3.26	4.93	78	6.35***

^{ns} = non-significant, *p< .05, **p< .01, ***p< .001

จากผลการประเมินโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมในด้านบริบท ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยในระดับมาก ($M=4.17$, $SD=.03$) โดยด้านบริบท ($M=4.22$, $SD=.04$) ด้านกระบวนการ ($M=4.07$,

$SD=.13$) และด้านผลลัพธ์ ($M=4.22$, $SD=.15$) มีค่าเฉลี่ยในระดับมาก ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 6

ตาราง 6 แสดงผลการประเมินโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม

ด้าน	M	SD	แปลความหมาย
การประเมินด้านบริบท	4.22	.04	มาก
การประเมินด้านกระบวนการ	4.07	.13	มาก
การประเมินด้านผลลัพธ์	4.22	.15	มาก
รวม	4.17	.03	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การจัดการความเครียดและการพัฒนาทางจิตวิญญาณ การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุ การส่งเสริมและการสร้างคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชนของผู้สูงอายุ ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการสร้างเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบท วิถีชุมชนท้องถิ่นในสภาพจริง

จากการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองโดยรวมเพิ่มสูงขึ้นกว่าเดิม และมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเป็นเพราะโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ตลอดจนการออกแบบกิจกรรมที่อาศัยการมีส่วนร่วมของสมาชิกภายในชุมชน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างแท้จริง โดยมุ่งพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ฝานการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wongwisukul¹⁸ ที่พบว่ารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพจิตที่ดีอยู่ในระดับมาก ผู้สูงอายุมีทักษะในการดูแล

ตนเองดีขึ้น และพัฒนาไปสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพ (active ageing) สามารถดูแลตัวเองได้ (self-care) พึ่งพาตนเองได้ (self-reliance) ทำในสิ่งที่ปรารถนาได้ตามศักยภาพของตน ทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม มีความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบัน และเตรียมพร้อมสำหรับความเปลี่ยนแปลงที่จะมาถึง ดังนั้นการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมจึงเป็นการเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้ร่วมกันค้นหาปัญหา การป้องกันปัญหา และการแก้ไขปัญหา ในการคิดริเริ่มกำหนดเป้าหมาย วางแผน ตัดสินใจ ภายใต้การจัดสนทนากลุ่ม จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ จัดประชุมระดมสมองเพื่อให้รูปแบบกิจกรรมและแนวทางปฏิบัติที่กำหนดขึ้นสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของชุมชนนั้นๆ¹⁹

นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกได้รับการเอาใจใส่และได้รับความรัก²⁰ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House⁹ และแนวทางแผนปฏิบัติการสำหรับการส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Rehabilitation: CBR)¹⁰ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ภายใต้กิจกรรมการให้ความรู้เป็นลักษณะกลุ่มสัมพันธ์ ผ่านสื่อ ภูมิปัญญา การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ในวัยสูงอายุ สามารถรับรู้และประเมินได้ว่ามีสาเหตุอะไรบ้างที่ส่งผลให้จิตใจของตนเองเป็นทุกข์หรือเป็นสุข และมีการสนับสนุนให้กำลังใจจากเพื่อนสมาชิกในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม คงไว้ซึ่งการปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมที่เป็นไปในทางบวก เพื่อการมีสุขภาพกายและจิต

ที่ดี มีการชื่นชม ร่วมกับการถ่ายทอดประสบการณ์จากตัวแบบ (vicarious experience) ซึ่งเป็นผู้สูงอายุในชุมชนที่ประสบความสำเร็จจากการดูแลสุขภาพกายให้แข็งแรงและสุขภาพจิตให้สดชื่นแจ่มใสได้มาร่วมเล่าประสบการณ์และแนวทางการความสำเร็จที่เกิดขึ้น จากกิจกรรมที่ 4 เพื่อให้เพื่อนสมาชิกเกิดการเรียนรู้ร่วมกันและส่งเสริมให้เกิดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจากการกระทำของตนเอง (enactive mastery experiences) นอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถรับรู้การประเมินภาวะสุขภาพจิตของตนเอง เพื่อให้เข้าใจตนเองและผู้อื่น ร่วมค้นหาเหตุการณ์ ประสบการณ์ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิต รวมทั้งวิธีการจัดการกับปัญหา การเผชิญความเครียด ภาวะซึมเศร้า (coping skill) รวมทั้งการฝึกปฏิบัติออกกำลังกาย ฝึกสมาธิ หรือการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุแต่ละคนด้วย โดยผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น การประเมินสภาพอารมณ์ภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q/9Q/8Q กิจกรรมการฝึกสมาธิเบื้องต้นด้วยการฝึกลมหายใจด้วยเพลง “ตั้งดอกไม้บาน” “กิจกรรมศิลปะพาสุข” เพื่อสร้างอารมณ์ทางสุนทรีย์ของผลงานศิลปะที่ตนสร้างสรรค์ขึ้น รวมทั้ง “กิจกรรมบริหารกายสบายจิต” และกิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว และสังคมของผู้สูงอายุ ตลอดจนกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุได้ทราบถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน วิธีการติดต่อการเข้าถึงแหล่งข้อมูลผ่านอสม. ในชุมชน และสร้างกลุ่มสมาชิกผู้สูงอายุในชุมชนเดียวกันโดยใช้ชมรม หรือ social network ในการสื่อสารพูดคุย การรวมกลุ่มเพื่อนหรือชักชวนกันทำกิจกรรมดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของสมาชิกในชุมชน พร้อมทั้งทำให้ผู้สูงอายุได้แสดงความรู้สึกบอกเล่าเรื่องดี ๆ ของการมีเพื่อนและเครือข่ายผ่าน “กิจกรรมจากเพื่อนถึงเพื่อน” เพื่อให้เกิดความมั่นใจสัญญา การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพและความเป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพจิตร่วมกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยวหรือแก้ปัญหาเพียงผู้เดียว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thongvisase et al.¹² ที่ศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมภายใต้ตัวแบบกระบวนการเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต โดยกิจกรรมดังกล่าวมีวิธีดำเนิน เช่น กิจกรรมการสร้างคุณค่ามั่งคั่ง การเสนอตัวแบบ การให้ความรู้ การทดลองปฏิบัติ การให้ผลสะท้อนกลับและการนำไปใช้ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมปรับตัวปรับใจ กิจกรรมทางด้านศิลปะ พบว่า การจัดกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ผ่าน

กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์และการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีด้านสภาพจิตใจมากที่สุด

จากผลการประเมินคุณภาพของโปรแกรมในด้านบริบท ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ในระดับมาก ทั้ง 3 ด้าน ซึ่งถือว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีความเหมาะสม สามารถพัฒนาผู้สูงอายุให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้นตลอดจนสามารถนำไปใช้และขยายผลเพื่อพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี โดยผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลการประเมินคุณภาพของโปรแกรมได้ดังนี้ ด้านที่ 1 คุณภาพของโปรแกรมด้านบริบท มีระดับผลการประเมินอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการจัดทำโปรแกรมได้มีการเตรียมการและการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของสิ่งที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนมีการสำรวจ การวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหาซึ่งเป็นที่ต้องการดำเนินการ โดยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kothtong²¹ ที่ทำการศึกษาการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามหลักธรรมชาตินิยม พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยนำเข้า ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยเอื้ออำนวย โดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้นจึงควรมีการศึกษา สำรวจข้อมูลพื้นฐาน สภาพของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และความต้องการของชุมชนมาก่อนเป็นอันดับแรก ในขณะที่ด้านที่ 2 คุณภาพของโปรแกรมด้านกระบวนการ มีระดับผลการประเมินอยู่ในระดับมากเช่นกัน ทั้งนี้เพราะขั้นตอนการจัดกิจกรรมในการดำเนินการมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม ตลอดจนเทคนิควิธีการสอน การบรรยาย การสร้างสัมพันธภาพผ่านเกม การนันทนาการที่มีความเหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุและผู้วิจัยได้มีการนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุนี้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ตรวจสอบซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Wiboonsri²² ที่พบว่า การตรวจคุณภาพของโปรแกรมหรือหลักสูตรต้องมีการตรวจสอบรายการ การพิจารณาความสอดคล้องระหว่างองค์ประกอบของหลักสูตร ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ มีการจัดลำดับที่เหมาะสมต่อเนื่องโดยใช้เทคนิควิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งมีการตรวจโดยผู้เชี่ยวชาญ และการนำไปทดลองใช้ ด้านที่ 3 คือ คุณภาพของโปรแกรมด้านผลลัพธ์ มีระดับผลการประเมินอยู่ในระดับมาก เพราะโปรแกรมได้การสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาภาวะสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นจริงของผู้สูงอายุในชุมชน และตอบสนองกับความต้องการในการจัดกิจกรรม

ตามที่คุณสูงอายุต้องการที่ได้มีการดำเนินการค้นหาข้อมูลมา ในระยะที่ 1 และพัฒนาโปรแกรมมาในระยะที่ 2 จนเกิดกิจกรรม ขึ้นทั้ง 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การจัดการความเครียด และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ กิจกรรมที่ 2 การป้องกันภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ 3 การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว และสังคมของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมและการ สร้างคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และกิจกรรมที่ 5 การเข้าถึง แหล่งสนับสนุนในชุมชนของผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้น การสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนผ่านการสร้างสัมพันธ์ภาพ การจัดการกิจกรรมที่มี การบูรณาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เข้าด้วยกันภายใต้การเสริมสร้างคุณค่าให้กับตนเองและสร้าง เครือข่ายการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ มีจิตอาสาทำประโยชน์ ให้กับบุคคลอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chaidachatom et al.²³ ที่พบว่า การให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีผลช่วยให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่เหมาะสมและทำให้ ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีและเป็นการเปลี่ยนแปลงการดูแล สุขภาพของผู้สูงอายุจากเชิงรับเป็นเชิงรุกเน้นการสร้าง เสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาการเจ็บป่วย โดยไม่รอให้เกิด ปัญหาสุขภาพจิตก่อนจึงจะเข้าไปช่วยเหลือหรือแก้ไข

ข้อสรุปที่น่าสนใจจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการสนับสนุนทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการเผชิญปัญหาที่มุ่งแก้ปัญหาสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุ มีสัมพันธภาพที่เหมาะสม และทำให้มีสุขภาพกายและจิตที่ดี การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากกระบวนการของโปรแกรม การสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะ สุขภาพจิตที่ดีขึ้น เกิดความรู้สึกด้านบวกของจิตใจ เช่น รู้สึก เป็นสุข สนุก ผ่อนคลาย รู้สึกมีชีวิตชีวา ได้พูดคุยกับเพื่อน สมาชิก ลดความรู้สึกด้านลบลง ซึ่งการมาทำกิจกรรมทำให้ คลายความรู้สึกเหงา การรู้สึกมีเพื่อน มีเครือข่าย และรับรู้ ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ดังนั้นการมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ จึงเป็น สิ่งที่มีคุณค่าและจำเป็น บุคลากรทางการศึกษา ทีมสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรหารูปแบบต่างๆ ในการส่งเสริม กิจกรรมทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ ในชีวิตเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมยังเป็น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ การฝึกอบรม หรือ เพิ่มทักษะในการรับรู้ข่าวสารต่างๆ อันนำไปสู่โอกาสของการ เข้าถึงสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ต่างๆ ทั้งนี้รูปแบบกิจกรรม ดังกล่าว ต้องสอดคล้องกับความต้องการหรือความพึงพอใจ

ของผู้สูงอายุ เพื่อส่งผลให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี อย่างมีประสิทธิภาพของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

กิจกรรมภายใต้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต ผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิผลและจุดเด่นในการพัฒนา และสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในแต่ละองค์ประกอบ ที่แตกต่างกัน กิจกรรมหนึ่งอาจส่งเสริมภาวะสุขภาพจิต ด้านหนึ่ง ดังเช่นสภาพปัญหาของพื้นที่ในการทำวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพจิตด้านความซึมเศร้าและด้าน บกพร่องทางสังคมเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นเพื่อให้เกิดการ ส่งเสริมสุขภาพจิตแบบองค์รวม ในการนำโปรแกรมไปใช้จึง ควรใช้กิจกรรมเหล่านี้หลายๆกิจกรรมร่วมกัน เพื่อจะได้ช่วย ลดปัญหาสุขภาพจิตและสนองตอบต่อความต้องการของ ผู้สูงอายุได้ครบถ้วนสมบูรณ์ทุกองค์ประกอบและทุกสภาพ ปัญหา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างในระยะยาว เช่น ระยะ 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อศึกษาความคงอยู่ของพฤติกรรมทางด้าน ร่างกาย และจิตใจ ที่ส่งผลต่อการใช้สุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ ในชุมชน และมีการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุซ้ำ นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเปรียบเทียบ ระหว่าง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าไปสู่การออกแบบกิจกรรม การกำหนด นโยบายแนวทาง และสร้างแกนนำผู้สูงอายุเพื่อพัฒนา ป้องกัน สร้างเสริมสุขภาพจิตให้ครอบคลุมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2016. [Internet]. [cited 2018 Jul 8]. Available form: <http://www.thaihealth.or.th/Content/>
2. Bunnarakorn S. Promoting holistic health at all ages. Naradhiwas: Princess of Naradhiwas University; 2013.

3. National Statistical Office. The elderly population survey in Thailand, 2018. Bangkok: Text and Journal Publication Co., Ltd; 2018.
4. Songkhla Statistical Office. Elderly statistics of Songkhla Province 2017. [Internet]. [cited 2018 Jul 6]. Available form: <http://songkhla.nso.go.th/index.php.pdf/>
5. Office of the National Economic and Social Development Board (NESDB). Elderly index and the burden of rates 1994 – 2017. [Internet]. [cited 2018 Apr 15]. Available form: <http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport/>
6. Center for Quality of Life and Elderly Occupation Promotion Ko Tao Subdistrict Municipality. Elderly mental health status survey in Ko Tao Subdistrict Municipality. [Internet]. [cited 2017 Aug 14]. Available for <http://www.kt.go.th/>
7. Office of Community Based Health Care Research and Development. Community health system development. [Internet]. [cited 2018 Jun 5]. Available form: <http://www.shi.or.th/content/260/1/>
8. Bandura A. Social learning theory. New Jersey: Prentice Hall; 1997.
9. House, J. S. Understanding social factors and inequalities in health: 20 th century progress and 21 st century prospects. *JHSB*. 2002; 43(2): 125-142.
10. World Health Organization (WHO). Community based rehabilitation: CBR. [Internet]. [cited 2018 Jun 30]. Available form: <https://www.who.int/disabilities/cbr/en/>
11. Krejcie, Robert V, Morgan Derryle W. Determining sample size for research activities, *JEPM*. 1970; 30(10): 607-609.
12. Thongvisase T, Kingminghae P, Suparatanagool S, et al. Developing activity model embedded in mental health process prototype for elderly promotion. *JEDUMSU*. 2015; 9(Special Edition): 219-234.Thai.
13. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guide happy 5 th dimension for the elderly. Nonthaburi. The agricultural cooperative federation of Thailand limited; 2013. Thai.
14. World Health Organization (WHO). Definition of an older or elderly person: Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS project. [Internet]. [cited 2018 Jun 5]. Available form: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/>
15. Kotchana C, Virasir S. The effect of social support group on grandmother's childrearing abilities and stress during raising preschool grandchildren in Loei province. *TJHPE*. 2010; 33(2): 42-52. Thai.
16. Gray R.J, Grove K S, Burns N. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. [Internet]. [cited 2018 Jul 8]. Available form: <http://www.books.google.co.th/booksPA356&dq=attrition+rate+formula+for+sample+size&source>.
17. Ukranan P, Mongkol A, Huttapanom W, et al. Development and psychometric property testing of Thai geriatric mental health assessment. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2015; 60(1): 35-48. Thai.
18. Wongwisukul S, Sukcharoen P, Payomyong S. Community participation model of health promotion for the elderly in Bangphlat district, Bangkok Metropolis. *SDU Res. J*. 2017; 10 (2):153-173. Thai.
19. Chalardlon H, Moolsart S, Lawang W. The development of a health promotion activity model for elderly in the Ban Pong Elderly Klungpunya Club, Ratchaburi province. *NJMPH*. 2017; 27 (2): 154-167. Thai.
20. Petburi P. The effect of social support program on the mental health of the elderly. [Thesis]. [Bangkok]: Thammasat University; 2009. 95 p. Thai.

21. Kothtong P. The research and development of the program for health behavior promoting in the elderly base on Naturalis. [Mahasarakham]: Rajabhat Mahasarakham University; 2017. 435 p. Thai.
22. Wiboonsri Y R. Project evaluation: Concepts and practices. Bangkok: Cupress; 2013.
23. Chaidachatorn S, Thipsungnoen T, Kaewprom K. Mental health status among the elder persons in Nakhon Ratchasima Province. JBCNB, Nakhonratchasima. 2015; 21(1): 31-40. Thai.