

ผลของโปรแกรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

Effect of Resilience-Enhancing Program on Resilience Quotient among Older Adults, Nakhon Ratchasima Province

มะลิ โพธิพิมพ์, สด. (Mali Photipim, Dr. P.H.)^{1*}

ภัสภิชญ์ พลศรีประดิษฐ์, ประ.ด. (Paspisit Pholsripradit, Ph.D.)²

สุชาติ บุญยภากร, ส.ม. (Suchat Bonyaphagorn, M.P.H.)³

จิรภา บุญยภากร, พย.บ. (Jeerapa Bunyaphagorn, B.N.S.)⁴

วลัญช์ชยา เขตบำรุง, ประ.ด. (Valanchaya Ketbumroong, Ph.D.)⁵

จุน นน่อแก้ว, ส.ม. (Jun Norkaew, M.P.H.)⁶

วรารัตน์ สังวะลี, ประ.ด. (Wararat Sungwalee, Ph.D.)⁷

วาสุกรี เชวงกุล, ส.ม. (Wasugree Chavengkun, M.P.H.)⁸

Received : October 15, 2021

Revised : November 28, 2021

Accepted : December 2, 2021

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิต ต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการวิจัย: เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองระเวียง อำเภอพิมาย เป็นกลุ่มทดลอง และตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมด 60 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิต จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ติดต่อกันสัปดาห์ละครั้ง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถาม ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ค่าความเชื่อมั่น 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัย: พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองหลังเข้ารับโปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 9.43, $p < .01$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 22.93, $p < .001$)

คำสำคัญ: พลังสุขภาพจิต, ผู้สูงอายุ, โปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิต

^{1,5,6,7}อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา

(Lecturer, Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima Province)

²หัวหน้าสำนักวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา

(Head of the Medical and Public Health, Research Office, Nakhon Ratchasima Provincial, Public Health Office)

³นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม ตำบลหนองระเวียง อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา (Public health scholar, Nong kham Health Promotion Hospital, Nong Ra Wiang Sub-district, Phimai District, Nakhon Ratchasima Province)

⁴พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม ตำบลหนองระเวียง อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา (Professional Nurse, Nong kham Health Promotion Hospital, Nong Ra Wiang Sub-district, Phimai District, Nakhon Ratchasima Province)

⁷อาจารย์ประจำ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา (Lecturer, Faculty of Science and Technology, Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Nakhon Ratchasima Province)

*ผู้เขียนหลัก (Corresponding author)

E-mail: mali_pho @vu.ac.th

Abstract

Objective: The purpose of this study was to examine the effects of resilience-enhancing program on resilience quotient among older adults, Nakhon Ratchasima Province.

Method: This study was a quasi-experimental research, two group pretest-posttest design. Samples were 60 older adults, 30 in each group. Thirty participants living in Nong Ra Wiang sub-district, Phimai District, Nakhon Ratchasima Province were assigned into the experimental group; and another 30 older adults living in Nong Phluang sub-district, Chakkarat District, Nakhon Ratchasima Province were assigned into the control group. Older adults in the experimental group received the resilience-enhancing program 8 times, 3 hours each time, once a week. Whereas older adults in the control group received standard care. All research instruments were validated for content validity by professional experts. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results: The results displayed as follows: 1) The mean resilience score of older adults in the experimental group after participating in resilience-enhancing program was significantly higher than the mean score before participating in resilience-enhancing program (Mean difference = 9.43, $p < .01$). 2) The mean resilience score of older adults in the experimental group after participating in resilience-enhancing program was significantly ($p < .05$) higher than in the control group receiving normal care (Mean difference = 22.93, $p < .001$).

Keywords: resilience quotient, older adults, resilience-enhancing program

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ทั่วโลกในปัจจุบัน มีวิวัฒนาการความก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะด้านการแพทย์ ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เศรษฐกิจส่งผลให้จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ลดลง การเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตคู่ การอยู่ร่วมกัน และการหย่าร้าง (United

Nations, 2020) ส่งผลให้โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นกว่าศตวรรษก่อนหน้านี้ องค์การอนามัยโลกคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มถึงสองเท่าจากร้อยละ 12 ในปี ค.ศ. 2015 เพิ่มเป็นร้อยละ 22 ในปี ค.ศ. 2050 และพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตทั่วโลกสูงถึงร้อยละ 15 (WHO, 2021) ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุมากเป็นอันดับ 2 (ร้อยละ 15.8) ของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (South-Eastern Asia)

รองจากประเทศสิงคโปร์ (ร้อยละ 17.9) (United Nations, 2015)

จากสถิติที่พบแนวโน้มประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้สูงอายุต้องใช้ชีวิตอยู่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลง และสูญเสีย เช่น การสูญเสียการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย การสูญเสียคู่ชีวิต และสูญเสียเครือข่ายทางสังคม (MacLeod et al., 2016) ส่งผลให้ผู้สูงอายุทั่วโลกประสบปัญหาด้านสุขภาพจิตมากกว่าร้อยละ 20 (WHO, 2021) ในประเทศไทยมีการรายงานสถิติการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่ 2 โดยสาเหตุการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก คือ ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด , โรคเรื้อรังทางกาย , และโรคซึมเศร้าตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564) การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ และสังคมมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างจากครอบครัวขยาย มาเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ต้องใช้ชีวิตอยู่อย่างโดดเดี่ยวมากขึ้น (กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ, ไพบูลย์ ขาวสวนศรีเจริญ และ เสาวลักษณ์ คงสนิท, 2562) ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดภาวะเครียดวิตกกังวล ไม่มีความสุขในการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิตลดลง (อรุณทัย ปาทาน และ สิริมามงคลสมฤทธิ์, 2563)

พลังสุขภาพจิต (resilience quotient) คือความสามารถของบุคคลในการปรับตัวให้ดำเนินชีวิตต่อไปอย่างปกติสุขท่ามกลางสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงอันเลวร้าย ภาวะความยากลำบาก เป็นแนวคิดที่มีความสำคัญด้านจิตวิทยาที่มีการศึกษาวิจัยมาหลายศตวรรษ (Gao, Yuan, Pan & Wang, 2019; Laird, et al, 2019; Walker, Pfingst, Carnevali, Sgoifo & Nalivaiko, 2017) พลังสุขภาพจิต ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ สิ่งที่มี (I have) สิ่งที่มีเป็น (I am) และ สิ่งที่มีทำได้ (I can) (Grotberg, 2003) พลังสุขภาพจิตมีความสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่พบการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย สังคม และเศรษฐกิจอย่างมาก หากผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตไม่ดีอาจเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพกาย และ

สุขภาพจิต จากการพบทวนวรรณกรรม และการวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต อาทิเช่น การสนับสนุนทางสังคม (ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วารี กังใจ และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, 2559; มะลิ โพธิพิมพ์ และคณะ, 2563; McClain, Gullatt and Lee, 2018; Well, 2010) ความมีคุณค่าในตนเอง

(มะลิวรรณ วงษ์จันทร์ และคณะ, 2559) บุคลิกภาพ (Personality) บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเปิดเผย และมีความเข้มแข็งภายในตนเองจะมีความอดทนต่อการเผชิญปัญหา ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ (health perception)

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล (positive interpersonal relationships) และปัจจัยทางด้านจิตวิญญาณ (spirituality) (มุกข์ดา ผดุงยาม และ อัญชลี ช. ดุวอล, 2561) ส่วนการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตพบว่า มีการจัดโปรแกรมกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น ใช้โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ประกอบด้วย

1) สุขสง่า 2) สุขสงบ 3) สุขสบาย 4) สุขสนุก และ 5) สุขสว่าง ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีระดับความสุขเพิ่มขึ้น (กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และ นิพพาภัทร สินทรัพย์, 2564;

ัชชญาภา สมศรี, 2560) มีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุด้วยกิจกรรม จำนวน 10 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้งๆ ละ 120 นาที ประกอบด้วย กิจกรรม รู้เขารู้เรา ของเล่นในวัยเด็ก ยาดมสัมผัสฉันก็ทำได้ เหตุการณ์....ที่ฉันภูมิใจ ฉันสามารถทำได้ มาบริหารสมอง...ย้อนความจำ บริหารสมอง...ด้วย 2 มือ แรงสนับสนุน...รอบตัวฉัน นวดผ่อนคลายสื่อสารผ่านการสัมผัส และสร้างเสริมสุขภาพด้วยอาหารตามธาตุเจ้าเรือน (กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ และคณะ, 2562) และมีการใช้โปรแกรมพัฒนาภูมิคุ้มกันทางใจวัยสูงอายุ ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุกับครอบครัว ชุมชน และเครือข่าย 2) พลังสัมพันธภาพ พลังใจ 3) การมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย 4) ผ่อนพักตระหนักในตน

5) มุมมองทางบวกสร้างได้ ด้วยสุนทรียสนทนา
6) เสริม..ซ่อม..สร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง
7) พายุแห่งปัญหา...ฉันผ่านได้ 8) ขอบคุมติทำให้รู้
....คุณค่าแห่งชีวิต 9) แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการ
เปลี่ยนแปลง (เพ็ญภา กุลนภาดล และจุฑามาศ
แหวนจอน, 2558) จากการศึกษา พบว่า ยังไม่มีการ
ใช้โปรแกรม และหลักสูตรในการเสริมสร้างพลัง
สุขภาพจิตที่สามารถนำไปใช้กับทุกพื้นที่ ส่วนใหญ่
เป็นการนำข้อมูลบริบทของแต่ละพื้นที่ สภาพ
ปัญหา อุปสรรค รวมถึงจุดเด่น และโอกาสไปเป็น
ข้อมูลในการสร้างโปรแกรม หรือหลักสูตร ดังนั้น
การจัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตจึงมีความ
หลากหลายทั้งด้านเนื้อหา วิธีการ ระยะเวลา ตาม
บริบทของพื้นที่

จากผลการศึกษาดังกล่าวทำให้มองเห็น
ประเด็นปัญหาสภาวะจิตใจผู้สูงอายุ ปัจจัยที่
เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และเป็น
เหตุผลในการนำผลการศึกษามาสร้างโปรแกรม
พัฒนาพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุใน
ชุมชนมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญกับ
ภาวะยากลำบาก และดำเนินชีวิตต่อไปอย่างปกติ
สุขต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของ
โปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิต ต่อพลังสุขภาพจิต
ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพลัง
สุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อน และหลังได้รับ
โปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิต

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพลัง
สุขภาพจิตผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ
โปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิต และกลุ่มควบคุมที่
ได้รับการดูแลตามปกติ

3. สมมุติฐานการวิจัย

3.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิต
ผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองหลังเข้ารับโปรแกรม
พัฒนาพลังสุขภาพจิต สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม
พัฒนาพลังสุขภาพจิต

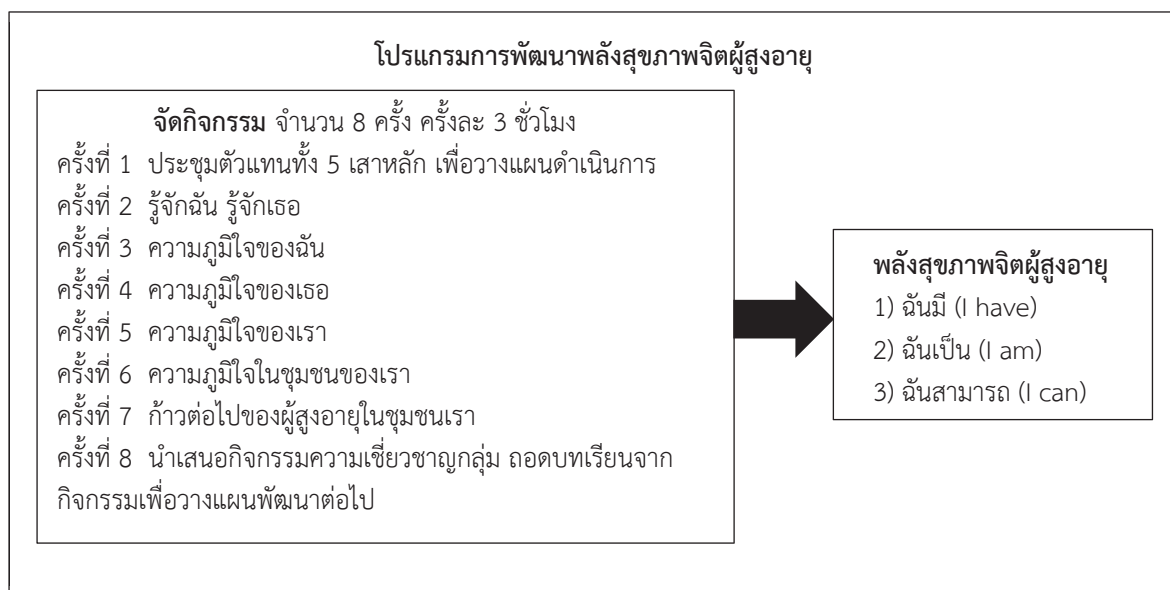
3.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิต
ผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิต
ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแล
ปกติ

4. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัย ได้นำกรอบแนวคิดของ
กร็อทเบิร์ก (Grothberg, 1995) ที่สรุปความหมาย
ของพลังสุขภาพจิตว่า เป็นความสามารถของบุคคล
ในการเผชิญภาวะความยากลำบากในชีวิต โดยใช้
คุณลักษณะ 3 ประการ ได้แก่ “ฉันมี” (I have) คือ
การได้รับสิ่งสนับสนุนจากภายนอก “ฉันเป็น”
(I am) คือคุณลักษณะเด่นที่อยู่ภายในตนเอง เป็น
พลังที่เกิดจากการเรียนรู้สะสมมาในอดีต เช่น การ
เป็นผู้ที่มีความมั่นใจ มองโลกในแง่ดี มีความหวัง
และ ศรัทธา สามารถพัฒนาได้ตลอดเวลา (มุกข์ดา
ผดุงยาม และอัญชลี ช. คูวอล, 2561) และ “ฉัน
สามารถ” (I can) เป็นทักษะจัดการปัญหาและ
สัมพันธภาพ ปัจจุบันนักวิชาการ และนักวิจัยได้นำ
แนวคิดนี้มาใช้ในการศึกษาและพัฒนาสุขภาพ
ผู้สูงอายุพัฒนาผู้สูงอายุอย่างแพร่หลาย
(MacLeod, Musich, Hawkins, Alsgaard &
Wicker, 2016) กระบวนการพัฒนาให้ผู้สูงอายุสามารถ
ปรับตัวเพื่อเผชิญภาวะยากลำบาก เช่น การ
เปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม การเจ็บป่วยด้วยโรค
เรื้อรัง หรือการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก จะทำให้
เกิดภาวะเครียด ซึมเศร้า สูญเสียความมั่นใจใน
ตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่
ช่วย ส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม การสร้าง
เครือข่าย ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล ความ
เข้มแข็งภายในของบุคคล (strong internal
resource) ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการดำเนิน
ชีวิต และจัดการกับปัญหาที่คุกคามด้วยตนเอง

(มะลิ โพธิพิมพ์ และคณะ, 2564; Maneerat, Isaramalai, & Jantiya, 2018; Wagnild and Young, 1993) การจัดกิจกรรมในโปรแกรมได้บูรณาการแนวความคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยใช้ 5 เสาหลักในชุมชนประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุ (ดูแลตนเอง) 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน) 3) อสม.ที่ดูแล(ภายในคุ้ม) 4) ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้นำ 5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขการสนับสนุนกิจกรรมเพื่อพัฒนาพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรม

8 ครั้ง ครั้งที่ 1 เป็นการประชุมตัวแทนทั้ง 5 เสาหลัก เพื่อวางแผนดำเนินการ ครั้งที่ 2-7 เป็นกิจกรรมกระตุ้น สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการสร้างสัมพันธ์ภาพ การรับรู้ การรวมกลุ่ม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแสดงความสามารถ ครั้งที่ 8 เป็นการนำเสนอกิจกรรมความเชี่ยวชาญกลุ่ม ถอดบทเรียนจากกิจกรรม จากแนวคิดดังกล่าว เชื่อว่าจะทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุขตามสภาพความเป็นจริง (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

5. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

5.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองระเวียงอำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1,432 คน (ศูนย์ข้อมูล

ประเทศไทย, 2564) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณได้จากสูตรขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ Statistics and sample size pro app (Machin, 2009) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 28 คน จากค่าที่ได้บวกเพิ่มร้อยละ 5 เพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างจำนวนที่หายไปหรือเสียชีวิตระหว่างการทดลอง รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ผู้วิจัยได้ผู้สูงอายุบ้านเพชรตำบลหนองระเวียง อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ต่างหมู่บ้านที่มีบริบทคล้ายกัน เป็นกลุ่มควบคุม

คือตำบลหนองพลวง อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา เป็นพื้นที่ๆ ห่างจากกลุ่มทดลอง 25 กิโลเมตร มีโอกาสจะไปมาหาสู่กันได้น้อย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

- 1) ผู้สูงอายุ ตำบลหนองระเวียง อำเภอยะมัย จังหวัดนครราชสีมา
- 2) สมใจและยินดีเข้าร่วมโครงการ
- 3) ไม่มีปัญหาสุขภาพที่ทำให้การร่วมกิจกรรมตามโครงการไม่ต่อเนื่อง เช่น ปวดเข่า หลังเอวจนนั่งนานๆ ไม่ได้ หรือปัญหาการรับรู้ เช่น หูตึงมาก ตามัวมองเห็นไม่ชัด เป็นต้น

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการ

- 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการทดลอง

5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิต ผู้วิจัยได้สร้างเองจากการบูรณาการตามแนวคิดของ (Grothberg, 1995) และการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยใช้ 5 เสาหลักในชุมชนประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุ (ดูแลตนเอง) 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน) 3) อสม.ที่ดูแล (ภายในคุ้ม) 4) ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้นำ 5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขการสนับสนุนกิจกรรมเพื่อพัฒนาพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมกลุ่มต่อเนื่อง ทุกวันพุธ รวม 8 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ใช้สถานที่ คือศาลาวัด ตัวแทน 5 เสาหลักจะเข้าร่วมในการจัดกิจกรรมทุกครั้ง ทำหน้าที่กระตุ้นสนับสนุนการแสดงออก และเสริมกำลังใจให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง รายละเอียดกิจกรรมแต่ละครั้ง ประกอบด้วยกิจกรรมการออกกำลังกายนำโดยอสม. กิจกรรมนันทนาการ และกิจกรรมตามโปรแกรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 ประชุมตัวแทนทั้ง 5 เสาหลัก คือ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม.ที่ดูแล ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้นำ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อสร้างการรับรู้ เรื่องพลังสุขภาพจิต ปัญหาพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ การกำหนดเป้าหมาย ผลลัพธ์ และวางแผนพัฒนาพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

ครั้งที่ 2 “รู้จักฉัน รู้จักเธอ” เป็นการสร้างสัมพันธภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ร่วมกิจกรรม รวมถึงทีมสนับสนุนกิจกรรมทั้ง 5 เสาหลักที่คอยสนับสนุนการพัฒนาพลังสุขภาพจิต การให้ความรู้ เรื่องพลังสุขภาพจิต ความหมาย ความสำคัญ การสร้างและพัฒนาพลังสุขภาพจิต การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจัดการกับภาวะยากลำบาก เพื่อการเรียนรู้วิธีการจัดการปัญหาของบุคคล และการสร้างข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม สรุปกิจกรรม และนัดหมายครั้งต่อไปในวันพุธ เวลา 09.00-12.00 น.

ครั้งที่ 3 “ความภูมิใจของฉัน” แบ่งกลุ่มย่อยให้ทุกคนเล่าถึงความสามารถพิเศษของผู้สูงอายุเอง แลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม คัดเลือกเพื่อนำเสนอในกลุ่มใหญ่อีกครั้งโดยสมาชิกในกลุ่มอาจสอบถาม และเพิ่มเติมในบางประเด็นเพื่อความชัดเจน โดยมีพี่เลี้ยงคืออสม.ในกลุ่มคอยกระตุ้นและเสริมกำลังใจ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการแสดงศักยภาพภายในของผู้สูงอายุแต่ละคนออกมา และสร้างความภาคภูมิใจในทักษะ ความสามารถทั้งที่เป็นการทำงาน อาชีพที่สร้างรายได้ การบริหารจัดการ ศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่น หรือการแสดงต่างๆ สรุปกิจกรรม และนัดหมายครั้งต่อไปในวันพุธ เวลา 09.00-12.00 น.

ครั้งที่ 4 “ความภูมิใจของเธอ” ดำเนินการต่อจากครั้งที่ 3 สรุปกิจกรรม และนัดหมายครั้งต่อไปในวันพุธ เวลา 09.00-12.00 น.

ครั้งที่ 5 “ความภูมิใจของเรา” ดำเนินการต่อจากครั้งที่ 4 สรุปกิจกรรม และนัดหมายครั้งต่อไปในวันพุธ เวลา 09.00-12.00 น.

ครั้งที่ 6 “ความภูมิใจในชุมชนของเรา” แบ่งกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนากิจกรรม

ตามความสมัครใจ โดยคัดเลือกกิจกรรมที่สมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่ชื่นชอบ และต้องการพัฒนาให้เป็นกิจกรรมต่อเนื่องในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน เป็นกิจกรรมที่เน้นการรวมกลุ่มทำงานเป็นทีม สร้างความเข้มแข็งภายในตัวผู้สูงอายุ สมาชิกในกลุ่มและการสนับสนุนจาก 5 เสาหลัก สรุปลักษณะและนัดหมายครั้งต่อไปในวันพุธ เวลา 09.00-12.00 น.

ครั้งที่ 7 “ก้าวต่อไปของผู้สูงอายุในชุมชนเรา” แบ่งกลุ่มวางแผนการนำความรู้ และทักษะที่ได้จากการเรียนรู้ในกลุ่มไปใช้ในครอบครัว ในกลุ่มและขยายเครือข่ายในชุมชน และนอกชุมชนต่อไป สรุปลักษณะและนัดหมายครั้งต่อไปในวันพุธ เวลา 09.00-12.00 น.

ครั้งที่ 8 นำเสนอกิจกรรมความเชี่ยวชาญประจำกลุ่มต่อตัวแทนทั้ง 5 เสาหลัก ถอดบทเรียนจากกิจกรรมเพื่อวางแผนพัฒนาพลังสุขภาพจิตในชุมชนต่อไป

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม ประกอบไปด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นคำถามปลายปิด คำถามประกอบด้วยข้อมูลเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต จำนวน 30 ข้อ คำถามประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ฉันมี (I have) 2) ฉันเป็น (I am) และ 3) ฉันสามารถ (I can) (Grothberg, 1995) ข้อคำถามองค์ประกอบละ 10 ข้อ คำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ คำถามเชิงบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย

2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบการให้คะแนนจะเป็นค่าตรงข้ามกับคำถามเชิงบวก เกณฑ์ประเมินผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1977) คือ พลังสุขภาพจิตสูง (คะแนน 111-150) พลังสุขภาพจิตปานกลาง (คะแนน 71-110) พลังสุขภาพจิตต่ำ (คะแนน 30-70)

แบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ผู้วิจัยได้สร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามโดยการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า Index of item objective congruence: IOC รายข้ออยู่ในช่วง 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปทดลองใช้ กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มที่ศึกษา จำนวน 30 คน ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามชุดที่ 2 ตอนที่ 2 แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต เท่ากับ 0.92

5.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัยอีก 8 คน ดังนี้

กลุ่มควบคุม ดำเนินการสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนการทดลอง จากนั้นผู้สูงอายุจะได้รับบริการด้านสุขภาพจากระบบปกติจากสถานบริการด้านสาธารณสุข ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจากนั้น 2 เดือนต่อมา ได้สัมภาษณ์พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลอง ดำเนินการสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนการทดลอง จากนั้นได้ดำเนินการตามโปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิตในจำนวน 8 ครั้ง ใช้เวลาดำเนินการ ครั้งละ 3 ชั่วโมง อาทิตย์ ละ 1 ครั้ง รวมระยะเวลา 2 เดือน และสัมภาษณ์พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังดำเนินการทดลอง

5.4 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัย วงษ์ชวลิตกุล เอกสารรับรองเลขที่ 003/2564 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการตามความสมัครใจ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

5.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

5.5.1 สถิติเชิงพรรณนา

(descriptive statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.5.2 สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ใช้สถิติ paired sample t – test และ independent sample t – test เปรียบเทียบหลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

6. ผลการวิจัย

6.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	n	%	n	%
เพศ				
ชาย	23	76.7	22	73.3
หญิง	7	23.3	8	26.7
อายุ (ปี)				
60-69	16	53.3	15	50.0
70-79	13	43.3	11	36.7
มากกว่า 80	1	3.4	4	13.3
สถานภาพสมรส				
โสด	1	3.3	1	3.3
สมรส/คู่	24	80.0	22	73.4
หม้าย/หย่า/แยก	5	16.7	7	23.3
รายได้				
ไม่เพียงพอ	14	46.7	20	66.7
เพียงพอ	16	53.3	10	33.3
มีโรคประจำตัว				
ไม่มี	11	36.7	12	40.0
มี	19	63.3	18	60.0
การดื่มสุรา				
ไม่ดื่ม	29	96.7	26	86.7
ดื่ม	1	3.3	4	13.3

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ตามลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	n	%	n	%
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	28	93.3	29	96.7
สูบ	2	6.7	1	3.3
การเป็นสมาชิกชมรม				
ไม่เป็นสมาชิก	6	20.0	8	26.7
เป็นสมาชิก	24	80.0	22	73.3

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 76.7 และ 73.3 ตามลำดับ) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 53.3 และ 50.0 ตามลำดับ) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 80.0 และ 73.34 ตามลำดับ) ความเพียงพอของรายได้กลุ่ม

ทดลองเพียงพอ (ร้อยละ 53.3) รายได้กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 66.7) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 63.3 และ 60.0 ตามลำดับ) ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 96.7 และ 86.7ตามลำดับ) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 93.3และ 96.7 ตามลำดับ) เป็นสมาชิกชมรม (ร้อยละ 80.0และ 73.3 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ระดับคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามระยะเวลา ก่อน และหลังการทดลอง

ระดับคะแนนพลังสุขภาพจิต	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	ก่อนทดลอง n(/%)	หลังทดลอง n(/%)	ก่อนทดลอง n(/%)	หลังทดลอง n(/%)
สูง (คะแนน 111-150)	19(63.3)	30(100)	20(66.7)	17(56.7)
ต่ำ (คะแนน 71-110)	11(36.7)	0	10(33.3)	13(43.3)
รวม	30 (100)	30(100)	30 (100)	30(100)

จากตารางที่ 2 พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 63.3และ 66.7 ตามลำดับ)

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100 และ 56.7ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อน และหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิต

พลังสุขภาพจิต	n	M	S.D.	Mean diff.	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง	30	123.60	12.18	9.43	13.54	3.816	0.001
หลังการทดลอง	30	133.03	4.88				

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพลัง
สุขภาพจิตผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองหลังเข้ารับ
โปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิต สูงกว่าก่อนเข้า

โปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean diff.= 9.43; $p < .01$)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

พลังสุขภาพจิต	n	M	S.D.	Mean diff.	S.D.	t	p- value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	123.60	12.18	7.27	2.93	2.477	0.017
กลุ่มควบคุม	30	116.33	10.49				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	30	133.03	4.88	22.93	2.48	9.252	0.000
กลุ่มควบคุม	30	110.10	12.67				

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลอง
ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ (Mean diff.= 7.27, $p < .05$) หลังการทดลอง
ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ (Mean diff = 22.93, $p < .001$)

7. อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพลัง
สุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ผู้วิจัย
อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

7.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพลัง
สุขภาพจิตผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อน และหลังได้รับ
โปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิต ผลการวิจัย พบว่า
ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุของกลุ่ม
ทดลองหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิต
สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิต
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7.2 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพลัง
สุขภาพจิตผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ
โปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิต และกลุ่มควบคุมที่
ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ย
คะแนนพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรม

พัฒนาพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่ม
ควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัยได้ว่า โปรแกรมพัฒนา
พลังสุขภาพจิตที่จัดให้กับกลุ่มทดลอง สามารถ
ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับพลัง
สุขภาพจิตสูงขึ้น กิจกรรมตามโปรแกรมจัดขึ้น
จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ติดต่อกัน 8
อาทิตย์ ทุกวันศุกร์ ใช้สถานที่ คือศาลาวัด เป็นไป
ได้ว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทาง
สังคมทั้งเครือข่ายหน่วยงาน องค์กรด้านสุขภาพ
ผู้นำชุมชน อสม. และผู้ดูแลในครอบครัว เป็นแรง
เสริมให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตที่สูงขึ้น สามารถ
จัดการกับภาวะคุกคามได้อย่างเหมาะสม
สอดคล้องกับแนวคิดของ กร็อทเบิร์ก (Grothberg,
1995) ที่ระบุคุณลักษณะ 3 ประการของผู้ที่มีพลัง
สุขภาพจิต ได้แก่ “ฉันมี” (I have) “ฉันเป็น”
(I am) และ “ฉันสามารถ” (I Can) โดยใน
คุณลักษณะ “ฉันมี” (I have) คือ ผู้สูงอายุได้รับ
การส่งเสริมการร่วมกิจกรรมจาก 5 เสาหลัก ที่เป็น
ภาคีเครือข่ายในชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน
ดังกล่าวตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่การ
เข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนตั้งแต่การรับรู้ปัญหา
ร่วมวางแผนการจัดกิจกรรม การดำเนินกิจกรรม

ตามแผน การสรุป และประเมินผลเพื่อขยายเครือข่ายการพัฒนาพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุต่อไป ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมั่นใจว่าผู้นำชุมชนตัวแทนหน่วยงานด้านสุขภาพให้การสนับสนุนทั้งในด้านข้อมูล ข่าวสาร ทรัพยากร งบประมาณ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลดีทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ทำให้เพิ่มความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์ที่คุกคามชีวิตได้อย่างดียิ่งขึ้น (House, 1985, เพ็ญภา กุลนภาตล และจุฑามาศ แหนจอ, 2558) ทำให้พลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุสูงขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ที่พบว่า ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (ฉัตรฤดี ภาระญาติ และคณะ, 2559; มะลิ โพธิพิมพ์ และคณะ, 2563; McClain, et.al, 2018; Wells, 2010)

ส่วนการเสริมสร้างคุณลักษณะ “ฉันเป็น” (I am) และ “ฉันสามารถ” (I Can) เป็นกิจกรรมที่ออกแบบให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความเข้มแข็งภายในตนเอง และทักษะการจัดการปัญหาและสัมพันธภาพตามแนวคิดของกริธเพิร์ก ผ่านกิจกรรม “รู้จักฉัน รู้จักเธอ” “ความภูมิใจของฉัน” “ความภูมิใจของเธอ” “ความภูมิใจของเรา” โดยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์ตัวแทนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในโปรแกรม พบว่า ก่อนหน้านี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่บ้าน หลายคนมีโรคเรื้อรังที่บั่นทอนสุขภาพกายและสุขภาพจิต ทำให้มีภาวะเครียดซึมเศร้า พอเข้าร่วมโครงการทำให้ได้รู้จัก สนับสนุนกับเพื่อนร่วมวัย ทำให้เกิดความไว้วางใจในการเล่าเรื่องราวประสบการณ์ในชีวิต ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และมองย้อนถึงประสบการณ์ของตนที่อาจมีความคล้าย หรือแตกต่างจากเพื่อน เกิดการนำการแก้ปัญหาของเพื่อนๆ มาปรับใช้มากขึ้น (สุจิตรา สุขทวี, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และอังคณา จิโรจน์, 2564) การที่ผู้สูงอายุได้เล่าถึงความสามารถของตนเอง สมาชิก

ในกลุ่มแสดงบทบาทเป็นผู้ฟังที่ดี รับฟังอย่างตั้งใจ ยอมรับในสิ่งที่เพื่อนในกลุ่มเล่า ชื่นชม ให้กำลังใจผู้เล่า กิจกรรมนี้จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจ (มุขัธดา ผดุงยาม และ อัญชลี ช. คูวอล, 2561) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ และคณะ (2018) ที่ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราร้านศรีตรัง พบว่า หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุมีความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญภา กุลนภาตล และจุฑามาศ แหนจอ (2558) ที่ศึกษาและพัฒนาภูมิคุ้มกันทางใจวัยสูงอายุ โดยการบูรณาการกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว และเครือข่ายประชาสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในหลักสูตรฯ มีภูมิคุ้มกันทางใจรายองค์ประกอบหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงขึ้นในทุกองค์ประกอบ โดยภาพรวมคะแนนภูมิคุ้มกันทางใจสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ เช่น การเลือกกลุ่มควบคุมที่มีบริบทคล้ายกันกับกลุ่มทดลอง โดยมีระยะห่างของพื้นที่ ประมาณ 25 กิโลเมตร มีโอกาสจะไปมาหาสู่กันได้ ซึ่งอาจมีการสื่อสารด้านกิจกรรมต่างๆ และอาจส่งผลต่อผลการศึกษา รวมถึงประเด็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เนื่องจากเป็นความต้องการในการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ อาจไม่เป็นตัวแทนของภาพรวมผู้สูงอายุในตำบลหนองระเวียงอย่างแท้จริง และข้อจำกัดอีกประการ คือ จากการเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างกันเล็กน้อยซึ่งอาจมีผลให้คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงขึ้น แต่เมื่อพิจารณาจากค่าคะแนนความแตกต่าง พบว่า หลังการทดลองมีความแตกต่างมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างชัดเจน

8. ข้อเสนอแนะ

8.1 ด้านการปฏิบัติ

8.1.1 หน่วยงานด้านสุขภาพ ทั้งที่ท้องถิ่นที่รับผิดชอบกลุ่มผู้สูงอายุ สามารถนำโปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิตไปปรับใช้ในพื้นที่เพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานบริการ และในชุมชนต่อไป

8.1.2 หน่วยงานด้านการศึกษามีสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ต่อไป

8.2 ด้านการศึกษา

8.2.1 จากผลการวิจัย พบว่า การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จะสำเร็จได้ต้องได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายในการร่วมสื่อสาร ให้ความรู้ กระตุ้นให้เกิดการรวมกลุ่มทำกิจกรรมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง จึงควรนำหลักการดังกล่าวไปใช้ในการเรียนการสอน และการลงพื้นที่ดำเนินการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน

8.2.2 จากผลการวิจัย พบว่า การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ควรมีการจัดกิจกรรมสร้างสถานการณ์ให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนสิ่งที่เป็นความภาคภูมิใจในความเป็นตัวเอง ความสามารถของตนเอง และการได้รับสิ่งสนับสนุนในสังคม จึงควรถอดบทเรียน และสรุปผลสู่การเรียนการสอนต่อไป

8.3 ด้านการวิจัย

8.3.1 ควรนำโปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิตไปปรับใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพกาย และสุขภาพจิต เพื่อเปรียบเทียบ และยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพลังสุขภาพจิตในแต่ละกลุ่ม

8.3.2 ควรเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น เพื่อให้ผลการศึกษาสอดคล้องภาพรวมของประชากร และบริบทของพื้นที่นั้นๆ

9. กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม ตำบลหนองระเวียง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม ตำบลหนองระเวียงทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือและสนับสนุนการดำเนินโครงการจนสำเร็จด้วยดี ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูล

10. เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถิติผู้สูงอายุฆ่าตัวตาย. [ออนไลน์] จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27623>
2. กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ, ไพบุลย์ ขาวสวนศรีเจริญ และเสาวลักษณ์ คงสนิท. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(1), 32-47.
3. กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และ นิพพาภัทร สิ้นทรัพย์. (2564). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสังคมไทยอีสาน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 18(1); 26-40.
4. ฉัตรฤดี ภาระญาติ, วารี กังใจ และสิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2559). ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24 (2), 97-106.

5. ชัชญาภา สมศรี และพิกุลทอง โมคมูล. (2560). ผลของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ต่อความสุขของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครพนม. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 3(2), 1-12.
6. เพ็ญนภา กลุณภาดล และจุฑามาศ แหนจอน. (2558). การศึกษาและพัฒนาภูมิคุ้มกันทางใจวัยสูงอายุโดยการบูรณาการกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายประชาสังคม. *รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์*. มหาวิทยาลัยบูรพา.
7. มะลิ โพธิ์พิมพ์, สุชาติ บุญยภากร, จีรภา บุญยภากร, วลัยชัชยา เขตบารุง, จุน หน่อแก้ว, วรรัตน์ สังวะลี, และ วาสกรี เชวงกุล. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล*, 34(1); 22-33.
8. มะลิวรรณ วงษ์จันทร์, พชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแรงในชีวิตในวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1), 57-75.
9. มุกข์ดา ผดุงยาม, อัญชลี ช. คูวอล. (2561). กลยุทธ์การฟื้นฟูพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 66-73.
10. ศูนย์ข้อมูลประเทศไทย. (2564). *ตำบลหนองระเวียง*. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก <http://nakhonratchasima.kapook.com>
11. สุจิตรา สุขทวี, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, และ อังคณา จิโรจน์. (2564). ผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(1), 235-243.
12. อรุณทัย ปาทาน และ สิริมา มงคลสัมฤทธิ์. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองปทุมธานี. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 12(2), 215-232.
13. Best, J. W. (1977). *Research in Education* (3rd ed.). New Jersey: Prentice hall Inc.
14. Gao, Y., Yuan, L., Pan, B., & Wang, L., (2019). Resilience and associated factors among Chinese patients diagnosed with oral cancer. *BioMed Central Cancer*, 19(1), 447. doi: 10.1186/s12885-019-5679-0. PMID: 31088400; PMCID: PMC6518694.,
15. Grotberg, E. (1995). *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*. Bernard Van Leer Foundation. [Online]. Retrieved on May 10, 2017, From: <http://www.bibalex.org/Search4Dev/files/283337/115519.pdf>.
16. Grotberg, E. H. (2003). *Resilience for Today: Gaining Strength from Adversity*. Greenwood: Praeger Publishers.
17. House, J. S. (1981). Measure and concepts of social support. In S. E. Cohen, & S. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83-108). Florida: Academic Press.

18. Laird, K. T., Lavretsky, H., Paholpak, P., Vlasova, R. M., Roman, M., St Cyr, N., & Siddarth, P. (2019). Clinical correlates of resilience factors in geriatric depression. *International Psychogeriatrics*, 31(2), 193–202. <https://doi.org/10.1017/S1041610217002873>
19. Machin, D. (2009). *Sample size tables for clinical studies* (2nd ed.). Oxford: Blackwell Science. United Nations, Department of Economic and Social Affairs.
20. MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37(4), 266–272.
21. Maneerat, S., Isaramalai, S., & Jantiya, S. (2018). A Guide to Promote Elderly Resilience: A Perspective from Thai Context. *Asian Journal of Humanities and Social Studies*, 6(6). <https://doi.org/10.24203/ajhss.v6i6.5655>
22. McClain, Jessica, Katelyn, Gullatt and Caroline, Lee. (2018). *Resilience and Protective Factors in Older Adult*. Graduate Master's Theses, Capstones, and Culminating Projects. 296. <https://doi.org/10.33015/dominican.edu/2018.OT.11>
23. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2020). *World Population Ageing 2020 Highlights*. United Nations. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesd_pd-2020_world_population_ageing_highlights.pdf
24. Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178.
25. Walker, F. R., Pfingst, K. Carnevali, L., Sgoifo, A., & Nalivaiko, E., (2017). In the search for integrative biomarker of resilience to psychological stress. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 74(Pt B), 310–320. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.05.003
26. Wells, M. (2010). Resilience in older adults living in rural, Suburban and urban areas. [Online]. *Journal of Rural Nursing and Health Care*, 10(2), 45–54.
27. WHO. (2021). *Mental health of older adults*. [Online]. From: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.