

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ

พัทธธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์* กัญญาวิณ์ โมกขาว* อภิสรา วงศ์สละ**

บทคัดย่อ

บทนำ : การส่งเสริมสุขภาพจิตช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น นำไปสู่การดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข และมีความผาสุกทางใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย : วิจัยกึ่งทดลอง ตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน ที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ หาค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .97 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย : พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และความผาสุกทางใจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และความผาสุกทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปผล : โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์สามารถพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นโปรแกรมนี้น่าจะนำไปปรับใช้ให้เข้ากับสถานการณ์และสอดคล้องกับกลุ่มผู้สูงอายุในแต่ละบริบท

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพจิต การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
ความผาสุกทางใจ ผู้สูงอายุ

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน จังหวัดชลบุรี

ผู้พิมพ์ประสานงาน: พัทธธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์, E-mail: patteera@bnc.ac.th

Effects of psychological health promotion program using experiential learning on psychological self-care behavior and psychological well-being among older adults

Patteera Wuthiphongpat* Kanyawee Mokkhao* Apisara Wongsala**

Abstract

Background: Psychological health promotion advocates for the psychological self-care behavior of older adults, leading to a healthier everyday life and an improved psychological well-being of older adults.

Objectives: This study aims to study the effects of the psychological health promotion program using experiential learning on psychological self-care behavior and well-being among older adults.

Methods: The sample for this quasi-experimental research was 60 older adults divided into an experimental and control group composed of 30 older adults for each group. The research instruments were the psychological self-care behavior questionnaire and the psychological well-being questionnaire. Cronbach's alpha coefficients for them were .97 and .96, respectively. Data were analyzed using an independent sample t-test.

Results: The finding showed that the average scores of post-test on the psychological healthcare behavior and psychological well-being of the experiment group were significantly higher than the pre-test average scores at .05. Besides, the average scores for psychological self-care behavior and psychological well-being were significantly higher than the average scores of the control group ($p < .05$).

Conclusions: The psychological health promotion program using experiential learning can be used to develop the psychological self-care behavior and the psychological well-being of the elderly. Therefore, this program can be implemented to prevent mental health problems in the elderly within difference contexts involving the elderly.

Keywords: psychological health promotion, experiential learning, psychological self-care behavior, psychological well-being, older adults

* Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

** Bansoun Sub-District Health Promoting Hospital, Chon Buri Province

Corresponding Author: Patteera Wuthiphongpat, E-mail: patteera@bnc.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ตามคำนิยามของสหประชาชาติ ที่กำหนดสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 เป็นปีเริ่มต้นของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ ร้อยละ 20.1 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2567 มีประชากรสูงอายุ ร้อยละ 26.9 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2583 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 31.28 ของประชากรทั้งหมด¹

ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีความเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกายและจิตใจตามกระบวนการชราที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดน้อยลงจากการสูญเสียสภาพลักษณะ รวมทั้งเกิดความคับข้องใจเกี่ยวกับการสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายและกลัวความตาย² ในด้านการทำงานและบทบาททางสังคม ผู้สูงอายุต้องปลดเกษียณหรือออกจากงาน สูญเสียรายได้ สถานภาพและบทบาททางสังคม ขาดการติดต่อสมาคมกับเพื่อนฝูง ทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวว่าเหว่ ซึมเศร้า และสิ้นหวัง อีกทั้งต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ตามสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพังเพิ่มสูงขึ้น ฉะนั้นหากผู้สูงอายุไม่ได้เตรียมความพร้อมในการปรับตัว และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตที่ไม่เหมาะสม ก็เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

รวมถึงภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้³ ในทางตรงข้ามหากผู้สูงอายุยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งกับตนเองและสังคม มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี ก็ทำให้เป็นผู้สูงอายุที่มีความมีความสุขทางใจได้ ฉะนั้นผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นที่จะต้องใส่ใจในการดูแลสุขภาพจิตและการปรับตัวให้เหมาะสม

ความสุขทางใจของผู้สูงอายุหรือการมีสุขภาพจิตที่ดีเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่แสดงออกถึงภาวะสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตและเป็นมิติหนึ่งของความสุข⁴ Ryff และ Keyes⁵ กล่าวว่าความสุขทางใจเป็นความรู้สึก หรือการรับรู้ทางด้านจิตใจ ในเชิงบวกของบุคคลมีการยอมรับนับถือตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเองมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น มีความสามารถในการควบคุมจัดการกับสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม มีจุดมุ่งหมายในชีวิตที่ชัดเจน รับรู้ว่าตนเองมีการเจริญเติบโตและประสบความสำเร็จตามศักยภาพของตนได้ การที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพจิตที่ดี หรือมีความสุขทางใจได้นั้น เป็นผลมาจากพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตนั้นเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่บุคคลควรทำมองเห็นคุณค่าของการกระทำ และตัดสินใจลงมือกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งในภาวะปกติและวิกฤติของชีวิต เพื่อดำรงรักษาสุขภาพจิตให้อยู่ในสภาวะที่เป็นสุขได้⁶ พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เป็นพฤติกรรมที่สามารถพัฒนาได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี และกำหนดองค์ประกอบของพฤติกรรม ออกเป็น 7 ด้าน คือ

การพัฒนาการรู้จักตนเอง การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ดี การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการเพื่อความเบิกบานใจ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและเข้าใจชีวิต และการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป⁷

ปัญหาของผู้สูงอายุมักมีทั้งปัญหาด้านสุขภาพทั้งทางทางกายและจิตใจ ขาดผู้ดูแลบางส่วนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ถูกทอดทิ้งให้อยู่ที่บ้านตามลำพัง ขาดความสนใจจากลูกหลาน มีความรู้สึกน้อยใจ เสียใจ เบื่อหน่าย รู้สึกไร้ค่า คิดว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว แยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต และมีความผาสุกทางใจต่ำ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ มีความผาสุกทางใจระดับปานกลาง⁴ และผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองนนทบุรี มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 16.10³ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี ยังมีปัญหาสุขภาพจิตด้านความเครียดและภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 18.92 ซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 8.11 และซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 2.7⁸ ซึ่งจะเห็นได้ว่าในขณะที่สังคมมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมามากขึ้น

การส่งเสริมสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี และมีความผาสุกทางใจ จึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะช่วยป้องกันและลดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต พบว่าส่วนใหญ่เป็น

การศึกษาในรูปแบบของความสัมพันธภาพ และการศึกษารูปแบบการปฏิบัติของผู้สูงอายุที่มีในท้องถิ่นนั้น ๆ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี และมีความผาสุกทางใจ เนื่องจากการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) เป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม⁹⁻¹⁰ อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียนเป็นแหล่งของการเรียนรู้และพัฒนาพฤติกรรม ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีประสบการณ์ชีวิตและสามารถใช้ประสบการณ์ของตนเองเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้อย่างกว้างขวาง สอดคล้องกับ Honey และ Mumford¹¹ ที่กล่าวว่า การเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นกระบวนการที่สำคัญมาก โดยเฉพาะทักษะชีวิตที่มีการไตร่ตรองอย่างมีวิจรณญาณเกี่ยวกับประสบการณ์การเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีการศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ โดยการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตตามการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

และความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อไป ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมดังกล่าวมาศึกษาผลของ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้การเรียนรู้ เชิงประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ

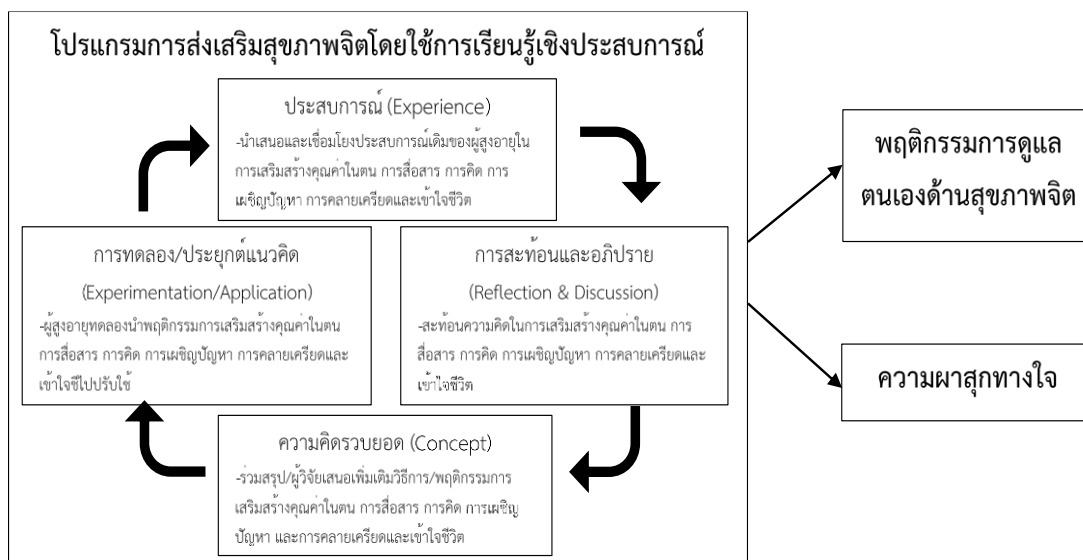
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้ เชิงประสบการณ์
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและความพึงพอใจของ

ผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการเรียนรู้เชิง ประสบการณ์ (Experiential Learning)⁹ เนื่องจาก ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมามาก ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุจะเรียนรู้ได้ดีโดยการ เชื่อมโยง สะท้อน/ทบทวนจากประสบการณ์เดิม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาพฤติกรรมการดูแล ตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี และมีความพึงพอใจ ส่วนในกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุจะเข้าร่วมเฉพาะ กิจกรรมที่เป็นของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดขึ้น ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับ

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ จำนวน 6 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย คือ เมษายน 2565 ถึงมีนาคม 2566

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตตำบลหนึ่งของอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 974 คน

ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตหนึ่งของอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 60 คน คำนวณตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* power โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of The Test) ร้อยละ 95 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และค่า Effect Size 0.7 ได้ขนาดตัวอย่าง 24 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงใช้ตัวอย่างในการทดลองครั้งนี้ จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน โดยผู้วิจัยทำการจับคู่ (Match Pairs) ตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกัน และทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ให้เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน มีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า ดังนี้ 1) อ่านออกและเขียนได้ 2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตลอดระยะเวลาของโปรแกรม 3) ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิต เกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีความพิการหรือมีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม และ 2) มีปัญหาการได้ยินการมองเห็น การพูด และไม่สามารถสื่อสารเข้าใจได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และความพึงพอใจของรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม

ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปรับปรุงและพัฒนาจากแบบสอบถามแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2543⁷ โดยทบทวนและปรับข้อคำถามให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น มีข้อคำถามจำนวน 46 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 5 คะแนน ถึงปฏิบัติน้อยหรือไม่ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน การแปลผลคะแนน 4.51 - 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด คะแนน 3.51 - 4.50 หมายถึง ระดับมาก คะแนน 2.51 - 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 1.51 - 2.50 หมายถึง ระดับน้อย และคะแนน 1.00 - 1.50 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และนำแบบวัดที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน เพื่อหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.97

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจ

ของผู้สูงอายุ สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดความพึงพอใจของ Ryff และ Keyes⁵ มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วยให้ 1 คะแนน การแปลผล คะแนน 4.51 - 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด คะแนน 3.51 - 4.50 หมายถึง ระดับมาก คะแนน 2.51 - 3.50 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 1.51 - 2.50 หมายถึง ระดับน้อย และคะแนน 1.00 - 1.50 หมายถึง ระดับน้อย

ที่สุด ตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และนำแบบวัดที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน เพื่อหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.96

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb⁹ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 6 ครั้ง กลุ่มทดลองจะเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 - 2 ชั่วโมง ในวันจันทร์และวันพฤหัสบดี รวม 3 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยชี้แจงความสำคัญของการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความผาสุกทางใจ และการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต พร้อมทั้งการนัดวันเวลาการเข้าร่วมโปรแกรม

ครั้งที่ 2 กิจกรรมการเสริมสร้างความมีคุณค่าแห่งตน ผู้วิจัยนำเสนอความสำคัญของการรู้จักตนเอง และให้ตัวอย่างแนะนำตนเอง ในประเด็นฉันมี... ฉันเป็น... และฉันสามารถ...รวมทั้งเป้าหมายหรือความหวังในชีวิต และร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงวิธีการรู้จักตนเอง รู้คุณค่าในตนเองเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ และร่วมกันสรุปวิธีการพัฒนาการรู้จักตนเอง เพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 3 กิจกรรมการพัฒนาเทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยนำเสนอความสำคัญของการสื่อสาร และนำเสนอกรณีตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และไม่มีประสิทธิภาพ หลังจากนั้นให้ตัวอย่างเล่า

ประสบการณ์ของตนเองที่คล้ายคลึงกัน และสมาชิกร่วมสะท้อนความคิด/อภิปรายถึงพฤติกรรมการสื่อสาร และผลที่เกิดขึ้น สรุปแนวทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพร่วมกันในการนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 4 กิจกรรมการพัฒนาความคิดอย่างมีความสุขและการเผชิญสถานการณ์ชีวิต ผู้วิจัยนำเสนอความสำคัญของการคิด และการเผชิญปัญหา พร้อมทั้งนำเสนอกรณีศึกษาการคิดแบบแก้ปัญหา และการคิดแบบมุ่งอารมณ์ในการเผชิญปัญหา แล้วเปิดโอกาสให้ตัวอย่างเล่าประสบการณ์ของตนเอง ให้สมาชิกร่วมสะท้อน/แลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงพฤติกรรมและผลของพฤติกรรม และร่วมสรุปวิธีการคิดและการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสมเพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 5 กิจกรรมการพัฒนาทักษะการคลายเครียดและเข้าใจชีวิต ผู้วิจัยนำเสนอความสำคัญของการจัดการความเครียด และให้ตัวอย่างเล่าประสบการณ์/วิธีการคลายเครียดของตนเอง อภิปราย/แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ตัวอย่างทำสมาธิเบื้องต้นร่วมกัน หลังจากนั้นให้สะท้อนความรู้สึกที่ได้รับ และร่วมกันสรุปวิธีการคลายเครียดและเข้าใจชีวิตเพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 6 การประเมินผล ผู้วิจัยให้ตัวอย่างร่วมอภิปรายและสะท้อนคิดว่า รู้สึกอย่างไรกับการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต ผลที่ได้รับ และการนำไปใช้ในการดูแลตนเอง และร่วมสรุป ประเด็นสำคัญของการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอีกครั้ง

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 และนำทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 10 คน มีค่าประสิทธิภาพตามเกณฑ์ประสิทธิภาพ E1/E2 เท่ากับ 80/80

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เลขที่ใบรับรอง BNC REC 03/2565 เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2565

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้สูงอายุโดยผ่านทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของขั้นตอนการวิจัย สอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และแบบสอบถามความพึงพอใจจากผู้สูงอายุก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามแยกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. ผู้วิจัยปฐมนิเทศและดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่สร้างขึ้นจำนวน 6 ครั้ง ในกลุ่มทดลอง

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และแบบสอบถามความพึงพอใจจากผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov Smirnov Test พบว่าข้อมูลของตัวอย่างมีการกระจายปกติ ($p > .05$) จึงเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและความพึงพอใจของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ dependent t-test และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและความพึงพอใจของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent-t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.33 เท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.67 และ 50.00 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 73.33 และ 83.33 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรส/คู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.33 และ 50.00 ตามลำดับ และมีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 86.67 และ 83.33 ตามลำดับ

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตและความพึงพอใจของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้

เชิงประสบการณ์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และความพึงพอใจ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และความพึงพอใจของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	3.083	0.389	3.986	0.051	-12.990*	<.001
ความพึงพอใจ	3.268	0.424	4.000	0.076	-9.250*	<.001

*p<.05

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและความพึงพอใจของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน

สุขภาพจิตและความพึงพอใจของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและความพึงพอใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	3.087	0.381	3.986	0.051	-12.816*	<.001
ความพึงพอใจ	3.286	0.401	4.000	0.401	-9.550*	<.001

*p<.05

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและความพึงพอใจ

สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและความพึงพอใจสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

และสูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นผลมาจากการที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมได้รับการพัฒนามาจากองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธภาพ การเสริมสร้างควมมีคุณค่าแห่งตน การพัฒนาเทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความคิดอย่างมีความสุขและการเผชิญสถานการณ์ชีวิต การพัฒนาทักษะการคลายเครียดและเข้าใจชีวิต และการประเมินผล แต่ละกิจกรรมใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ตามขั้นตอนการเรียนรู้ของ Kolb⁹ คือ

1) ขั้นประสบการณ์ (Experience) มีการนำเสนอเรื่องราวชีวิตจริงของผู้สูงอายุทั้งเหตุการณ์ที่เป็นเชิงบวกและเหตุการณ์เชิงลบ ทำให้ตัวอย่างสามารถเชื่อมโยง และดึงประสบการณ์ของตนเองมาแบ่งปันกับสมาชิกในกลุ่มที่อาจมีประสบการณ์ที่เหมือนหรือต่างไปจากตนเอง ซึ่งเป็นการมุ่งเน้นให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม^{9,13}

2) ขั้นสะท้อนคิด และอภิปราย (Reflection and Discussion) ตัวอย่างได้ร่วมกันสะท้อนความคิด และอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อเหตุการณ์ตามสถานการณ์ตัวอย่าง ประสบการณ์ของตนเองและของสมาชิกในกลุ่มที่นำมาแลกเปลี่ยนว่าเป็นอย่างไรตามเหตุและผลได้อย่างชัดเจน ตัวอย่างได้เรียนรู้ความคิด ความรู้สึกของผู้อื่นที่ต่างไปจากตนเอง ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขวางขึ้น^{9-10,12} เช่น ผลของการคิดบวก และการคิดลบต่อสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง ทำให้มีผลต่อความสุขและความทุกข์ทั้งของตนเองและบุคคลในครอบครัว

3) ขั้นความคิดรวบยอด (Conceptualize) ตัวอย่างได้ร่วมสรุปวิธีการ/พฤติกรรมที่เหมาะสม

และมีความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถในการพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของตนเองได้ โดยตัวอย่างได้แลกเปลี่ยนวิธีการคิดและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน เช่น เมื่อมีเหตุการณ์มากระทบให้ไม่พอใจ จะใช้การรู้เท่าทันอารมณ์ สุดท้ายใจเข้าออกลึกๆ ให้ใจเย็นลง ก่อนพิจารณาแก้ปัญหา

4) ขั้นการทดลอง/การประยุกต์แนวคิด (Apply) ตัวอย่างได้มีโอกาสทดลองนำพฤติกรรมที่ร่วมกันสรุป ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ มีการเว้นระยะในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทำให้มีโอกาสนำวิธีการปฏิบัติไปทดลองใช้ในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹² และการศึกษาผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้และการปฏิบัติ การคัดกรองและให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน พบว่า การปฏิบัติการคัดกรอง และให้คำแนะนำโรคสูงกว่าก่อนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์สามารถพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุได้ จึงควรนำโปรแกรมนี้

ไปปรับใช้ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยสามารถปรับสถานการณ์ในโปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มผู้สูงอายุที่นำไปใช้

ข้อเสนอแนะ

นำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ไปปรับและทดลองใช้ในการพัฒนาพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในด้านสุขภาพจิตในวัยอื่น ๆ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับผู้สูงอายุ

References

1. Office of The National and Social Development Council. The national economic and social development plan (2023-2027). [internet]. 2022 [cited 2022 Jun 8]; Available from: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2565/E/258/T_0001.PDF. (in Thai).
2. Hogstel MO. Nursing care of the older adult. 3rd ed. Clifton Park, NY: Delmar; 1994.
3. Khamwong W, Hnoosawutt J, Yamboonruang T, Teunjarern Y. Correlation between personal factors, self-care behaviors regarding mental health status among the elders in Mueang Nonthaburi District, Nonthaburi Province, Thailand. Journal of Health Science Research. 2020;14(3):131-44. (in Thai).
4. Tongsuk Y, Vatanasin D, Hengudomsub P. Factors influencing psychological well-being among older adults. The Journal of Nursing and Mental Health. 2019;33(1):95-110. (in Thai).
5. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. J Pers Soc Psychol. 1995;69(4):719-27. doi: 10.1037//0022-3514.69.4.719.
6. Hill L, Smith N. Self-care nursing: promotion of health. 2nd ed. Norwalk, CA: Appleton & Lange; 1990.
7. Wuthiphong J. Effects of psychological health promotion program on psychological self-care behaviors [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2000. (in Thai).
8. Klinwicit S, Klinwicit W, Incha P, Klinwicit P. Mental health evaluation of elderly with chronic illness in community: Saensuk Municipality, Chon Buri, Thailand. Burapha Journal of Medicine. 2015;2(1):21-33. (in Thai).
9. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1984.
10. Kolb AY, Kolb DA. Learning styles and learning spaces: enhancing experiential learning in higher education. Acad Manag Learn Edu. 2005;4(2):193-212. doi: 10.5465/AMLE.2005.17268566.
11. Honey P, Mumford A. The manual of learning styles. 3rd ed. Berkshire: Peter Honey; 1992.
12. Pongpumma L, Kaewprom C, Yodprasert T, Khunkaew S. The effect of Participatory learning program on health promotion behavior among older person in a Bansuan district, Chon Buri.

- Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal. 2021;13(2):45-58. (in Thai).
13. Meethip N, Tumdee D, Bhuddhirakkul P. Effects of experiential learning on knowledge and screening practice and advice for hypertension among village health volunteers. Nursing Journal. 2016;43Suppl:104-15. (in Thai).