

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

ต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

Effects of the Mental Health Literacy Enhancing Program on Psychological Well-being and Quality of Life among Elderly

นฤมล จันทระเกษม¹ ธนพล บรรดาศักดิ์^{*1} ขวัญชนก ยศคำลือ¹ อาจารย์พรหมรัตน์¹ ศตวรรษ อุดรศาสตร์²

Narumol Jangasem¹ Thanapol Bundasak^{*1} Kwanchanok Yotkhamlue¹ Arjaree Prommarut¹ Sattawas Udonsat²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สระบุรี ประเทศไทย 18120

¹Boromarajonani College of Nursing, Phra-Phutthabat, Saraburi, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute, Saraburi, Thailand, 18120

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ร้อยเอ็ด ประเทศไทย 45120

²Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University, Roi Et, Thailand, 45120

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 62 คน สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีค่าความ信賴ที่สอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญเท่ากับ 0.99 แบบสอบถามความผาสุกทางใจ และแบบวัดคุณภาพชีวิต มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา การทดสอบค่าที วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟอร์โรนี

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $p = .001$ ตามลำดับ) และภายในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตในแต่ละระยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลการวิจัยเสนอแนะให้บุคลากรทางสุขภาพนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต, ความผาสุกทางใจ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

Abstract

The purposes of this quasi-experimental study were to test the effects of the Mental Health Literacy (MHL) Program on the psychological well-being and Quality of Life (QoL) of the elderly using two groups, pre-test, post-test, and a 1-month follow-up design. Participants consisted of 62 elderly people who met the inclusion criteria and were randomly assigned to either an experimental group ($n = 26$) or a control group ($n = 26$). The experimental group joined the MHL program, while the control group received standard care from

ผู้แต่งหลัก (Corresponding author) *E-mail: thanapol@bcnbp.ac.th

วันที่รับ (received) 11 มี.ค. 2567 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 4 พ.ค. 2567 วันที่ตอบรับ (accepted) 18 พ.ค. 2567

the Sub-district Health Promoting Hospital. The research instruments included the MHL program (inter-rater opinion was 0.99), psychological well-being questionnaires, and QoL measurements that were tested with reliability of .94 and .91, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, independent t-test, two-way repeated measure ANOVA, and multiple comparison by Bonferroni.

The results revealed that the experimental group had statistically and significantly higher mean scores for psychological well-being and QoL than the control group ($p < .05$ and $p = .001$, respectively) at the post-test and 1-month follow-up period. Moreover, the mean scores for psychological well-being and QoL within the experimental group were statistically and significantly different at the pre-test, post-test, and 1-month follow-up period ($p < .01$).

These findings suggest relevant healthcare personnel could apply this program to enhance psychological well-being and quality of life among the elderly.

Keywords: Mental Health Literacy, Psychological Well-being, Quality of Life, Elderly

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรวัยสูงอายุ เป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพกายและจิตใจ รวมทั้งคุณภาพชีวิตของวัยสูงอายุ¹ รัฐบาลในหลายประเทศได้เตรียมนโยบายการดูแลช่วยเหลือเพื่อรองรับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุ² เช่นเดียวกับประเทศไทยได้เป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2565 โดยประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 12.9 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด³ และคาดว่าในปี พ.ศ. 2593 ผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็น 426 ล้านคน⁴ ผลกระทบที่ตามมาคือ ปัญหาสุขภาพกายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต และปัญหาการถูกทอดทิ้ง⁵ ผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุเกิดความผิดปกติทางจิตใจ และยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมักจะมีปัญหาด้านจิตใจที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการดำเนินชีวิต รู้สึกเป็นภาระ กลัวถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยว และซึมเศร้า⁶ ซึ่งหน่วยบริการสุขภาพร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้พัฒนาระบบงานผู้สูงอายุเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ระดับชุมชน และระดับประเทศ เช่น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกาย ใจให้ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เป็นต้น⁷ จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุมักมีการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิต

ความผาสุกทางใจ เป็นการรับรู้ความพึงพอใจ และความสุขในการดำรงชีวิต มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การยอมรับ

ตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ความเป็นตัวของตัวเอง ความสามารถในการควบคุมจัดการกับสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับความต้องการ การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และความเจริญงอกงามของบุคคล⁸ การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางใจระดับปานกลาง^{9,10} ซึ่งหากผู้สูงอายุมีความผาสุกทางใจจะสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ รู้สึกตนเองมีคุณค่า ดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย⁸ แต่หากผู้สูงอายุที่ไม่มีความผาสุกทางใจ จะปรับตัวต่อปัญหาไม่ได้ อาจนำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า¹¹ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว¹² ในด้านคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ในความพึงพอใจและการรับรู้สถานะของบุคคลในการดำเนินชีวิต มี 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม¹³ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง^{14,15} อย่างไรก็ตามคุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดสำคัญของการมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างผาสุกและมีสุขภาวะ¹⁶ มีสุขภาพจิตดีในช่วงบั้นปลายชีวิต ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพขององค์การอนามัยโลก¹⁷ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรได้รับการเสริมสร้างความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตให้เพิ่มขึ้น

ความรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy) เป็นความรู้ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต ซึ่งจะช่วยให้บุคคลป้องกันหรือจัดการความผิดปกติทางจิต เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ⁸ และคุณภาพชีวิต¹⁸ มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้ความผิด

ปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทักษะที่ดีต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตจากแหล่งข้อมูลต่างๆ บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูงจะรับรู้ปัจจัยเสี่ยง ตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต ดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้างได้ มีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิต ค้นหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจิตที่น่าเชื่อถือ ตลอดจนแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพได้ แต่บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำ มักมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางใจ และคุณภาพชีวิตตามมา^{19,20} จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบุคคลส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำ²⁰ เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับต่ำ²¹ ถึงปานกลาง^{10,22} เช่นกัน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี มีความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตสามารถเสริมสร้างให้เกิดขึ้นในผู้สูงอายุได้โดยอาศัยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เพราะผู้สูงอายุมีความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง จึงต้องเสริมสร้างให้เพิ่มสูงขึ้น แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ การศึกษามุ่งเน้นในกลุ่มอื่น เช่น นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น²³ เป็นต้น ดังนั้นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิต จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิต และมีวิธีการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

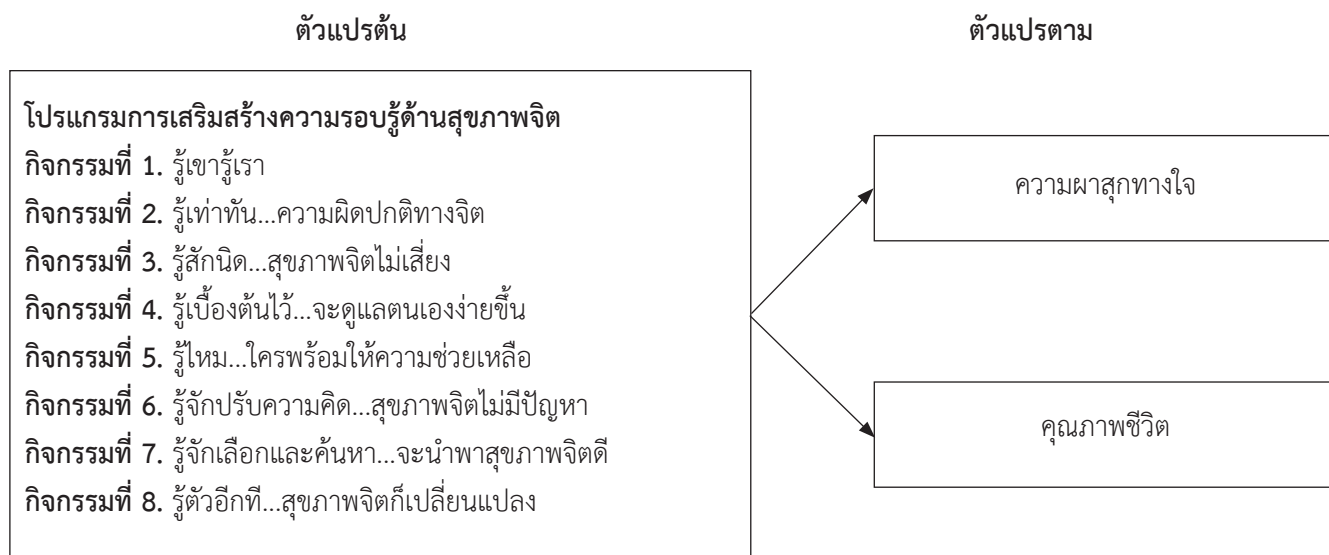
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลองระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของจอม (Jorm)¹⁹ โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตประกอบด้วย 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทักษะที่ดีต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ส่งผลให้เข้าใจสาเหตุการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และตระหนักถึงความผิดปกติ รู้วิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต มีทัศนคติที่ดีต่อการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดความผิดปกติ ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต นำไปสู่การเสริมสร้างความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน (Quasi-experimental research, pre-test, post-test and one month follow-up design) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุอำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช 2) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ประเมินจากแบบทดสอบ MMSE-Thai 2002 ได้มากกว่า 22 คะแนน 3) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ประเมินจากแบบประเมิน ADL ได้ 12 คะแนนขึ้นไป และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้ และ 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบระยะเวลา หรือถอนตัวจากการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการ Power analysis ด้วยโปรแกรม G*Power 3 กำหนดความคลาดเคลื่อนการสุ่ม (alpha) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.80 และอิทธิพล (effect size) ขนาดกลางของสถิติ ANOVA เท่ากับ 0.25²⁴ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มร้อยละ 10 จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 คน สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 31 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยมีการจับคู่ให้คล้ายคลึงในด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และแหล่งบริการสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรม

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัยภายใต้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของ Jorm¹⁹ ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม 8 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง วันอังคารและวันพฤหัสบดี ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 4 สัปดาห์ติดต่อกัน โดยใช้กระบวนการกลุ่มให้เกิดการเรียนรู้ทั้งนี้โปรแกรมฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างและเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน โดยมีค่าความคิดเห็นที่สอดคล้อง (inter-rater opinion) 0.99 นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 8 คน พบว่า มีความเหมาะสมด้านเนื้อหาและระยะเวลา นำไปใช้ได้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และแหล่งบริการสุขภาพที่ใช้ประจำ

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ²⁵ เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ให้คะแนน 1-4 คะแนน ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 18 ข้อ ค่าคะแนนที่สูงแสดงถึงมีความพึงพอใจสูง ผลการทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94

2.3 แบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BRES-THAI)²⁶ เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า

(rating scale) 5 ระดับ ให้คะแนน 1-5 คะแนน ประกอบด้วย ข้อคำถามรวม 26 ข้อ ค่าคะแนนที่สูงแสดงถึงมีคุณภาพชีวิตสูง ผลการทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุมัติคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท ได้รับ เอกสารรับรองโครงการวิจัย COA No.BCNPB12/2566 วันที่ 25 ตุลาคม 2566 หลังจากนั้นผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และ สิทธิในการยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดย ไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดจะเป็นความลับ ไม่ระบุชื่อลงในแบบสอบถาม และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน จากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความผาสุกทางใจ และคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 จากนั้นให้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลพระพุทธบาท และนัดหมายกลุ่มควบคุม ประเมินความ ผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตระยะหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และระยะติดตามผล 1 เดือนในสัปดาห์ที่ 8 ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามแต่ละครั้งประมาณ 20-30 นาที

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความผาสุกทางใจ และคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 9 จากนั้นให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพจิต 8 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้เวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกัน เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในโปรแกรมฯ ทำการประเมินความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตระยะหลัง การทดลองในสัปดาห์ที่ 12 และระยะติดตามผล 1 เดือนใน สัปดาห์ที่ 16 ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามแต่ละครั้ง ประมาณ 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ ทดสอบความแตกต่างของข้อมูล ส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ สถิติไคสแควร์ (chi-square test)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจ และคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล เป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติการทดสอบค่าทีแบบอิสระ (independent t-test)

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจ และคุณภาพชีวิตระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสอง ทางแบบวัดซ้ำ (two-way repeated measure ANOVA) และภายในกลุ่มทดลองวิเคราะห์ด้วยสถิติความแปรปรวน แบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) เมื่อพบว่า คะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ในแต่ละระยะ จะทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี บอนเฟอร์โรนี (bonferroni)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.65 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 96.77 สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.65 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 45.16 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 41.94 และแหล่ง บริการสุขภาพที่ใช้ประจำ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 77.42 เท่าๆ กัน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p>.05$)

2. คะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะก่อนการทดลองไม่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .39, p = .69$ และ $t = .46, p = .65$ ตามลำดับ)

3. ผลการเปรียบเทียบความผาสุกทางใจและ คุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะก่อน การทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความพึงพอใจ				
ระหว่างกลุ่ม				
วิธีการทดลอง	1	1301.42	1301.42	4.12*
ความคลาดเคลื่อน	60	18973.51	316.23	
ภายในกลุ่ม				
ระยะเวลา	2	579.56	289.78	5.68**
วิธีการทดลองกับระยะเวลา	2	1009.45	504.73	9.89****
ความคลาดเคลื่อน	120	6125.66	51.05	
คุณภาพชีวิต				
ระหว่างกลุ่ม				
วิธีการทดลอง	1	5506.15	5506.15	11.36***
ความคลาดเคลื่อน	60	29075.66	484.59	
ภายในกลุ่ม				
ระยะเวลา	2	4895.13	2447.57	11.98****
วิธีการทดลองกับระยะเวลา	2	4715.50	2357.75	11.54****
ความคลาดเคลื่อน	120	24511.38	204.26	

**** $p < .001$, *** $p = .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$ (*, **, ***, **** Sphericity Assumed)

ตารางที่ 1 พบว่า วิธีการทดลองมีปฏิสัมพันธ์กับระยะเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2,120) = 9.89$, $p < .001$, $F(2,120) = 11.54$, $p < .001$) แสดงว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาส่งผลร่วมกันต่อคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต และพบว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาที่แตกต่างกันมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [$F(1,60) = 4.12$, $p < .05$, $F(2,120) = 5.68$, $p < .01$ และ $F(1,60) = 11.36$, $p = .001$, $F(2,120) = 11.98$, $p < .001$] ตามลำดับ] โดยระยะหลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($F(1,60) = 4.12$, $p < .05$ และ $F(1,60) = 11.36$, $p = .001$ ตามลำดับ) และในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(2,120) = 5.68$, $p < .01$ และ $F(2,120) = 11.98$, $p < .001$ ตามลำดับ)

4. คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองในแต่ละระยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี bonferroni ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่คะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน (n = 31)

ระยะเวลา	Mean (S.D.)	Mean difference		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ติดตามผล 1 เดือน
ความผาสุกทางใจ				
ก่อนการทดลอง	45.29 (14.31)	-	-	-
หลังการทดลอง	53.90 (10.60)	8.61*	-	-
ระยะติดตามผล 1 เดือน	54.03 (11.90)	8.74*	0.13*	-
คุณภาพชีวิต				
ก่อนการทดลอง	72.39 (19.18)	-	-	-
หลังการทดลอง	86.87 (11.97)	14.48**	-	-
ระยะติดตามผล 1 เดือน	97.16 (13.41)	24.77***	10.29*	-

***p < .001, **p = .001, *p < .05

ตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกับติดตามผล 1 เดือน และหลังการทดลองกับติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และยังพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนการทดลองกับหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ก่อนการทดลองกับติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และหลังการทดลองกับติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุก่อนการทดลองนั้นได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Jorm¹⁹ เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 6 ด้าน ซึ่งผู้สูงอายุได้เรียนรู้และเข้าใจองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตครบ 6 ด้าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิต และสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้ รวมทั้งสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ และค้นหาแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพจิตที่น่าเชื่อถือได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดของผู้สูงอายุจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกิจกรรมกลุ่มที่ว่า “ข้าคิดว่า

สุขภาพจิตมันสำคัญกับเรานะ ป้า ๆ ลุง ๆ ก็แก่แล้ว รู้วิธีการดูแลไว้มันดีมาก จะได้ไม่ต้องเกิดปัญหาสุขภาพจิต” หรือ “ลุงเห็นข้างบ้านเค้าก็มีอาการแบบที่พวกหนูว่ากันนะ ไว้วาย ไม่นอน แม่มั่นว่าโดนของ เลยพาไปอาบน้ำมนต์ ก็ไม่หาย ลุงบอกให้แม่มั่นพาไปรักษา กินยา จะได้หาย” ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้น¹⁹ และเมื่อมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตก็จะเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน^{10,18} จึงทำให้ผู้สูงอายุก่อนการทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความผาสุกทางใจ และคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ญาติที่มีความรอบรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายจะมีความรู้เรื่องสาเหตุของภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายที่ถูกต้อง ตระหนักถึงอาการที่ผิดปกติ รวมถึงค้นหาข้อมูลและวิธีการดูแลที่จะช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ²⁷

เมื่อติดตามผล 1 เดือน พบว่า เกิดความยั่งยืนของโปรแกรมฯ ที่ทำให้ความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุก่อนการทดลองยังสามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมในโปรแกรมฯ ไปใช้ดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้ จึงเป็นการช่วยเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตทั้ง 6 ด้านให้ยังคงอยู่อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุก่อนการทดลองมีความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าหลังการทดลอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปประกอบการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป็นนโยบายในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

2. บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไปใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น เพื่อเสริมสร้างความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิต

3. อาจารย์พยาบาลสามารถนำกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไปสอดแทรกในกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อให้นักศึกษารู้เท่าทันสุขภาพจิต สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและผู้อื่นได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตกับตัวแปรอื่น ๆ เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เป็นต้น เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่เพิ่มขึ้น

References

1. Noto S. Perspectives on aging and quality of life. Healthcare (Basel) 2023; 11(15): 1-11.
2. Ismail Z, Ahmad WIW, Hamjah SH, Astina IK. The impact of population ageing: a review. Iranian Journal of Public Health 2021; 50(12): 2451-60.
3. Chuanwan S, Thianlai K, Choorat W, Thuenklin P, Somta S. Research brief "social access to the BGI system". Nakhonpathom: Institute for population and social research, Mahidol University; 2022. (in Thai)
4. United Nations. World population prospects 2019: highlights (ST/ESA/SER.A/423). New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2019.
5. Tamdee P. Agency, society and culture: conditions promoting active ageing in older persons in Chiang Mai. Journal of Social Sciences 2017; 47(2): 109-31. (in Thai)
6. Jongrat K, Ridchuayrod S, Wongmek N, Rattanakhot N. Health status and quality of life of dependent elderly in Thungsong Municipality, Nakhon Si Thammarat Province. Journal of Health Science 2019; 28(6): 13-20. (in Thai)
7. Piriyaikulkit C & Wanchai A. Decision making to participate in the elderly club's activities and needs for the elderly club's activities among elders in Phitsanulok Municipality. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2019; 11(1): 238-51. (in Thai)
8. Ryff CD & Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology 1995; 69(4): 719-27. doi: 10.1037//0022-3514.69.4.719.
9. Thongsuk Y, Vatanasin D, Hengudomsub P. Factor Influencing psychological well-being among older adults. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2019; 33(1): 95-110. (in Thai)
10. Boonpichachan P, Panuthai S, Tamdee D. Mental health literacy and psychological well-being among dependent elders. Nursing Journal CMU 2022; 49(1): 186-99. (in Thai)
11. Wongpanarak N. & Chaleoykitti S. Depression: a significant mental health problem of elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014; 15(3): 24-31. (in Thai)
12. Jena N, Das S, Deo HK. Quality of life, psychological well-being and depression among elderly: a co relational study. Global Journal of Intellectual & Developmental Disabilities 2018; 4(2): 555635. doi: 10.19080/GJIDD.2018.04.555635.
13. The WHOQOL Group. The development of the world health organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of Life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer; 1994.

14. Kabmanee N, Ouicharoen S, Sakulkoo P. The quality of life of the elderly in Thamboon Nongphai Muang, Udonrthani. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin* 2021; 11(1): 27-39. (in Thai).
15. Lasing S, Glangkarn S, Tongsiri S. Improving quality of life for the elderly by community participation. *Academic Journal of Community Public Health* 2020; 6(2): 29-40. (in Thai).
16. Wongpanarak N, Chaleoykitti S. Quality of life: a study of elderly in Thailand. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2014; 15(3): 64-70. (in Thai).
17. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Geneva: WHO; 2002.
18. Jafari A, Nejatian M, Momeniyan V, Barsalani FR, Tehrani H. Mental health literacy and quality of life in Iran: a cross-sectional study. *BioMed Central Psychiatry* 2021; 21(1): 1-11.
19. Jorm AF. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry* 2000; 177(5): 396-401. doi: 10.1192/bjp.177.5.396.
20. Tambling RR, D'Aniello C, Russell BS, Mental health literacy: a critical target for narrowing racial disparities in behavioral Health. *International Journal of Mental Health and Addictions* 2023; 21(3): 1867-81. doi: 10.1007/s11469-021-00694-w.
21. Kim YS, Lee HY, Lee MH, Simms T, Park BH. Mental health literacy in Korean older adults: a cross-sectional survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2017; 24(7): 523-33. doi: 10.1111/jpm.12395.
22. Udonsat S, Sobut P, Hemnoot N, Bundasak T. Factors related to mental health literacy among older adults in community. *Huachiew Chalermprakiet University Journal* 2023; 27(2): 258-73. (in Thai)
23. Poonwong P. The effects of a mental health literacy enhancement program on nursing student mental health status. (thesis). Bangkok: Thammasat University; 2022. (in Thai)
24. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral science. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
25. Wichitsiri P & Sawangsopakul B. Wisdom, social support and psychological well-being of elderly in the elderly club at Wat Sarod Rat Burana District. *Bangkok Journal of Social Sciences and Humanities* 2012; 38(2): 139-51. (in Thai)
26. Mahatnirunkul S, Tuntipivatanakul W, Pumpisanchai W, Wongsuwan K, Pornmanajiragul R. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). Chaing Mai: Suanprung hospital; 1997. (in Thai)
27. Kraithaworn P & Noinam S. Depression and suicide literacy and mental health seeking behavior among family caregivers of older people in community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2021; 22(2): 260-9. (in Thai)