



ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษา แบบกลุ่มร่วมกับรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ต่อคุณภาพชีวิต และความสุขของผู้สูงอายุ

ณิชาภัทร มณีพันธ์ ปร.ด.*
ศรินรัตน์ จันทพิมพ์ ปร.ด.**

(วันรับบทความ: 9 ตุลาคม พ.ศ.2564/ วันแก้ไขบทความ: 19 พฤศจิกายน พ.ศ.2564/ วันตอบรับบทความ: 25 พฤศจิกายน พ.ศ.2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ในเขตเทศบาลเมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.92 เก็บข้อมูลโดยแบบวัดความสุข และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.84 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติบรรยายแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและคะแนนเฉลี่ยความสุขโดยรวมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางเพื่อจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความสุข โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม รูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ผู้สูงอายุ

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ประสานการเผยแพร่ Email: sariju@kku.ac.th Tel: 088-3296104



The Effects of Mental Health Encourage Program Group Psychoeducation Model Together with the Five - dimensional Psychological Happiness Model to Develop the Quality of Life and Happiness of the Elderly

Nichaphat Maneepun PhD*

Sarinrut Juntapim PhD**

(Received Date: October 9, 2021, Revised Date: November 19, 2021, Accepted Date: November 25, 2021)

Abstract

This research is a quasi-experimental one group-pretest-posttest design. The objective of this study was to examine the effect of a mental health promotion program using a group psychoeducation with a 5-dimensional psychological happiness model of the older adults. Samples were 30 socially dependent older adults in the municipality of Chum Het, Buriram Province. The research tool consisted of a mental health promotion program using a group psychoeducation combined with 5-dimensional psychological happiness model that developed by the researchers. The content validity index of the program was 0.92. The Cronbach's alpha coefficient reliability of the happiness scale and the quality of life scale for older adults was 0.84 and 0.88, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics of frequency distribution, percentage, mean score, standard deviation and t-test.

The results showed that the mean scores of overall quality of life and happiness after participating in the mental health promotion program using a group psychoeducation with the 5-dimensional psychological happiness model was significantly higher than the mean score of overall quality of life and happiness of those participants before attending the program at the .05 level. The results of this study show that The Effects of Mental Health Encourage Program Group psychoeducation Model Together with the Five - dimensional Psychological Happiness Model to Develop the Quality of Life and Happiness of the Elderly can be used as a guideline for appropriate activities to promote mental health among the elderly.

Keywords: happiness, mental health promotion program, group psychoeducation, the five - dimensional psychological happiness model elderly

*Lecturer, Faculty of Nursing, Burerum Rajabhat University.

**Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

**Corresponding author, Email: sariju@kku.ac.th Tel:088-3296104



บทนำ

ในปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และประเทศไทยกำลังจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ (Aging Society) ร้อยละ 20 หรือมีผู้สูงอายุจำนวน 14.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568¹ จากการเพิ่มขึ้นของกลุ่มผู้สูงอายุนี้ จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อกลุ่มผู้สูงอายุ ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ รวมทั้งระบบบริการสาธารณสุขได้ต่อไปในอนาคต เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย นอกจากนี้ยังเชื่อมโยงทำให้เกิดปัญหาอื่นๆ ตามมาคือ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ย่อมมีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตทั้งทางตรงและทางอ้อม^{2,3} ส่วนปัญหาทางด้านสุขภาพจิตพบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุ^{4,6,7} ซึ่งพบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตประมาณร้อยละ 15 ถึง 25 โดยปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม โดยผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเผชิญปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ^{8,9}

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดหรือปัญหาด้านจิตใจที่สำคัญ ได้แก่ ความเสื่อมสมรรถภาพด้านร่างกาย ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุได้ เกิดความรู้สึกไม่พอใจ กังวลใจ น้อยใจ คิดว่าตนไม่มีประโยชน์ ต้องพึ่งคนอื่น อีกทั้งพบว่าการสูญเสียสิ่งสำคัญของชีวิตก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น การสูญเสียชีวิต เพราะตายจาก การสูญเสียบุตรเพราะแยกไปมีครอบครัว การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน การสูญเสียสถานภาพหรือบทบาททางสังคม ตลอดจนการสูญเสียการเป็นที่พึ่งของครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอ้างว้าง ว่างเปล่าได้^{9,10} นอกจากนี้พบว่าลักษณะโครงสร้างครอบครัวไทยเปลี่ยนไป โดยมีความเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น สมาชิกในครอบครัวลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยต้องใช้ชีวิตตามลำพัง ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในอนาคต เมื่อผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังกล่าว ถ้าไม่สามารถปรับตัวให้เผชิญกับปัญหาเหล่านั้นได้จะมีอารมณ์เศร้าระแวง ท้อแท้ ผิดหวัง นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้¹⁰

ประชากรผู้สูงอายุอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์ มีจำนวนผู้สูงอายุ 960 คน และจากการ

สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขชุมชนของเทศบาลเมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์ ได้ให้ข้อมูลบริบทของพื้นที่ในประเด็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุในพื้นที่ พบว่าวัยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากความเสื่อมของร่างกายระบบต่างๆ ตามวัยและผลจากโรคเรื้อรังต่างๆ รวมทั้งสมาชิกส่วนใหญ่ในครอบครัวต้องหารายได้เพื่อการเลี้ยงชีพ ไม่มีเวลาให้การดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้งพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังขาดโอกาสที่จะได้รับความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต ด้วยเหตุผลดังกล่าวอาจทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเนื่องจากพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นวิถีชีวิตที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ¹¹ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตมีผลเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้และส่งผลต่อระดับความสุขของผู้สูงอายุได้¹²⁻¹⁶

การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของกระบวนการการบำบัดด้านจิตสังคม (Psychosocial therapy) ทำได้โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพ โดยมีโครงสร้างเนื้อหาสาระที่มีรูปแบบชัดเจน ในเรื่องโรคที่เป็น สาเหตุของโรค และวิธีการบำบัดรักษา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับ ความเจ็บป่วยนั้นๆ ซึ่งอาจจะเป็นเจ้าของ หรือญาติผู้ดูแล ได้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคที่เป็น อาการ การบำบัดรักษา เพื่อผลในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น¹⁸ และความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติของผู้สูงอายุกรมสุขภาพจิต¹⁸ เป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถส่งเสริมสุขภาพจิตได้เป็นอย่างดี โดยความสุขของผู้สูงอายุ มี 5 ด้าน คือ 1) ด้านความสุขสบาย 2) ด้านสุขสนุก 3) ด้านสุขสง่า 4) ด้านสุขสว่าง 5) ด้านสุขสงบ อีกทั้งจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่าผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุยังมีจำนวนจำกัด อีกทั้งรูปแบบโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ที่มีอยู่ก็ไม่สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อให้ได้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ชุมชนโดยเฉพาะต่อไป



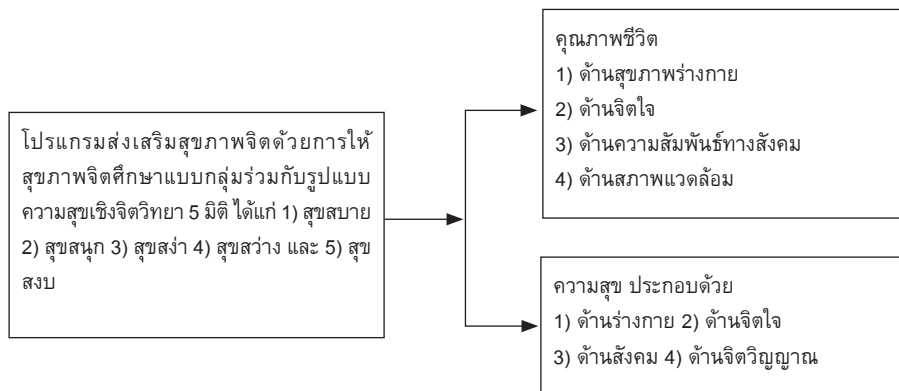
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ต่อคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิด Anderson et al¹⁷ โดย ประกอบด้วย 4 กิจกรรม

ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ (joining) 2) การให้ความรู้ (education) 3) การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและทักษะการแก้ปัญหา (coping skill and problem - solving skill) 4) การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม (social support) ร่วมกับ “คู่มือความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ” ของกรมสุขภาพจิต¹⁸ และแนวคิดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก โดยพัฒนามาจาก ปิยภรณ์ เลาหบุตร มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมดังนี้ คือ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบทดสอบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-post test quasi-experimental research) ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 960 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์ คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power Analysis) โดยกำหนดค่า ที่ 0.80 ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และกำหนดค่าอิทธิพล (Effect Size) ที่ 0.05 จำนวน 30 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม¹ เพศชายและเพศหญิง อายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป
2. สามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข¹¹ โดยประยุกต์จากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) มีความสามารถทางกายในระดับปานกลางและระดับดีโดยได้คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป
3. มีความสามารถสื่อความหมายเข้าใจและตอบแบบสัมภาษณ์ได้
4. เป็นผู้ที่สุขภาพทั่วไปดีไม่มีโรคเรื้อรัง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

มีโรคประจำตัวที่แพทย์วินิจฉัยห้ามหรือจำกัดการออกกำลังกาย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ กรอบของการพัฒนาโปรแกรมฯ มาจากผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา ตามแนวคิด Anderson et al.¹⁷ โดยเน้นสาระให้ครอบคลุมเกี่ยวกับความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ ของกรมสุขภาพจิต¹⁸ โดย

ประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลักดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ (joining) 2) การให้ความรู้ (education) 3) การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาและทักษะการแก้ปัญหา (coping skill and problem - solving skill) 4) การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม (social support) ประกอบด้วย 10 กิจกรรมย่อย ใช้ระยะเวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 10 สัปดาห์ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม	วัน/เดือน/ปี	เวลา
1	ปฐมนิเทศ/สร้างสัมพันธภาพ/ทำแบบวัดคุณภาพชีวิตและแบบวัดความสุข (ก่อนทดลองโปรแกรม)	สร้างสัมพันธภาพ	8 ส.ค.2564	10.00-12.00 น.
2	กิจกรรมการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	การให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ	15 ส.ค.2564	10.00-12.00 น.
3	กิจกรรม “กินอยู่อย่างไรให้มีความสุขตามหลัก 3 อ 2 ส”	การให้ความรู้ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะในผู้สูงอายุ	22 ส.ค.2564	10.00-12.00 น.
4	กิจกรรม “รวมพลังคิดบวก”	การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา และทักษะการแก้ปัญหา	29 ส.ค.2564	10.00-12.00 น.
5-6	กิจกรรม “บริหารสมองและต่อภาพจิ๊กซอร์”	การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา และทักษะการแก้ปัญหา	5,12 ก.ย.2564	10.00-12.00 น.
7-8	กิจกรรม “จับมือไปด้วยกัน ผูกพันเชื่อมโยง”	การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม	19,26 ก.ย.2564	10.00-12.00 น.
9 -10	กิจกรรม “พึงพระระมะ/นั่งสมาธิ ฝึกกลมหายใจ” ทำแบบวัดคุณภาพชีวิตและแบบวัดความสุข (หลังทดลองโปรแกรมฯ)	การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม	3,10 ต.ค.2564	10.00-12.00 น.

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of Life Brief - Thai, WHOQOL-BREF-THAI) โดยพัฒนามาจากปิยภรณ์ เลหาบุตร¹⁹ ประเมินคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสภาพแวดล้อม มีคำถาม 26 ข้อ โดยแบ่งมิติคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในแต่ละด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสภาพแวดล้อม ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1 ถึง 5 ซึ่งหมายถึงตั้งแต่ไม่เลย จนถึงมากที่สุด โดยมีการแปลผลคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับคือ 26 - 60

คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61 - 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ และ 96 - 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนที่ 3 แบบวัดความสุขของกรมสุขภาพจิต โดยพัฒนามาจาก อภิชัย มงคล และคณะ¹⁰ เป็นดัชนีวัดความสุขของคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (THI - 15) ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1 ถึง 4 ซึ่งหมายถึงตั้งแต่ไม่เลย จนถึงมากที่สุด มีคะแนนเต็ม 60 คะแนน โดยมีการแปลผลดังนี้ 51 - 60 คะแนน หมายถึงมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good) 44 - 50 คะแนน หมายถึง มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair) 43 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง มีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor)



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยหาดัชนีความเหมาะสมระหว่างข้อคำถามและลักษณะของเนื้อหาได้เท่ากับ 0.92 จากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันก่อนนำไปใช้ทดลองจริง

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและแบบวัดความสุขไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ 0.84 และ 0.88 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดหลักจริยธรรมในการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยทำการเก็บข้อมูลหลังการได้รับอนุมัติ จากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ เลขที่ 010/2564 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถมีอิสระในการเข้าร่วมกิจกรรม หากแต่ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกเครียดหรือไม่สบายรุนแรง สามารถขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ ส่วนข้อมูลการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย โดยข้อมูลที่ได้ทั้งหมด ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเชิญชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นอธิบายโครงการวิจัยพร้อมเอกสารชี้แจงแก่ตัวอย่าง พร้อมกับสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน ก่อนดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรม ตามตารางโปรแกรมที่กำหนด เก็บ

ข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 ถึงตุลาคม พ.ศ. 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ในการอธิบายลักษณะของคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.33 เพศชายร้อยละ 16.67 มีอายุเฉลี่ย 60-65 ร้อยละ 66.67 รองลงมาอายุอยู่ระหว่าง 66-70 ปี ร้อยละ 26.67 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีคู่ รองลงมาเป็นหม้ายร้อยละ 13.33

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทุกด้าน ส่วนระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 68.52$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับดี จากค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ($\bar{X} = 101.23$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ มีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติของกลุ่มตัวอย่าง (N=30)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ						t	Sig. (1-tailed)
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม				
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
ด้านสุขภาพร่างกาย	16.54	2.14	ปานกลาง	24.25	2.24	กลาง	-1.964	0.05*
ด้านจิตใจ	17.68	2.38	ปานกลาง	26.25	1.86	ดี	-9.876	0.008*
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	9.80	3.29	ปานกลาง	14.28	2.45	ดี	-12.313	0.000*
ด้านสภาพแวดล้อม	24.50	2.22	ปานกลาง	36.45	2.08	ดี	-4.876	0.012*
โดยรวม	68.52	4.56	ปานกลาง	101.23	4.24	ดี	-3.152	0.000*

*p<0.05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสุข ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ พบว่าค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เท่ากับ 48.76 และค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เท่ากับ 54.18 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสุขหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ มีค่าเฉลี่ยความสุขสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสุข ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ของกลุ่มตัวอย่าง (N=30)

	ค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุ						t	Sig. (1-tailed)
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม				
	$\bar{X}$	SD	แปลผล	$\bar{X}$	SD	แปลผล		
คะแนนความสุข	48.76	4.25	ความสุขเท่ากับ คนทั่วไป	54.18	4.96	ความสุขมากกว่า คนทั่วไป	-10.964	0.002*

*p<0.05

การอภิปรายผล

1. จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐาน อาจเนื่องมาจากโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ นำความรู้และทักษะไปปฏิบัติที่ครอบคลุมทั้งในมิติด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสภาพแวดล้อมและด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ และ

การออกแบบกิจกรรมมีความสอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรมของกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา เช่น รู้สึกเป็นสุข สนุก ผ่อนคลาย รู้สึกมีชีวิตชีวาได้หัวเราะ ได้พูดคุยกับกลุ่ม รู้สึกมีความหวังเพราะมีเป้าหมายในชีวิต ลดความรู้สึกด้านลบลง คลายความรู้สึกเหงาเพราะได้มาทำกิจกรรมกับเพื่อนๆ รวมถึงรู้สึกมีเพื่อน มีเครือข่าย คลายความหงุดหงิดรำคาญใจจากสภาพร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคมที่เปลี่ยนแปลง รู้สึกมั่นใจมากขึ้นที่จะเผชิญปัญหาและความเครียดที่อาจเกิดขึ้นในวันข้างหน้า รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุน เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง²⁰⁻²² ซึ่งสอดคล้องกับ



ผลการวิจัยที่พบว่าเมื่อนำโปรแกรมด้านการส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้น¹²⁻¹⁶

2. ค่าเฉลี่ยความสุขของกลุ่มตัวอย่างพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ผู้สูงอายุสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทและธรรมชาติของผู้สูงอายุที่เป็นวัยที่ต้องมีกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณผ่านกิจกรรมการพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่หลากหลายที่สะท้อนประสบการณ์ของชีวิต คุณค่าด้านจิตใจ และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุผ่านวิถีชีวิตที่ผู้สูงอายุสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน²⁴⁻²⁶ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าความสุขในการดำเนินชีวิตเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้เพราะความพอใจในชีวิตของตนเอง การมองโลกในแง่บวก การมีความภูมิใจในตนเอง และการเอื้ออาทรต่อผู้อื่น ส่งผลต่อความสุขในการดำเนินชีวิต และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย¹²⁻¹⁶

สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น สามารถที่จะเผชิญปัญหาและความเครียดที่อาจเกิดขึ้นในวันข้างหน้า รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุน เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุสามารถพัฒนาทุกองค์ประกอบของสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องตามบริบทการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

2. ควรมีการศึกษาติดตามภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบ

การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มร่วมกับความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ในระยะยาว เพื่อประเมินผลการคงอยู่ของภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

3. โปรแกรมนี้อาจนำไปปรับใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง เป็นต้น เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้ที่มีเกี่ยวข้องทำให้งานวิจัยครั้งนี้ลุล่วงไปด้วยดี

References

1. World Health Organization. Aging and life-course [Internet]. 2018 [cited 2018 December 20]. [cited 2017 December 20]. Available from: <http://www.who.int/ageing/en.com>.
2. World Health Organization. The mental health of older adults [Internet]. 2018 [cited 2018 December 20]. Available from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
3. Statistical Office of Thailand. Report on the survey of the older persons in Thailand [Internet]. 2017 [cited 2018 December 20]. Available from http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/domographic/OlderPersons/2017/Full%20Report_080618.pdf.
4. National Statistical Office of the Prime Minister. Thailand's key statistical data collection [Internet]. 2020 [cited 2017 December 20]. Available from Source: <http://www.nso.go.th>.
5. Williams L, Zhang R, Packard K.C. Factors affecting the physical and mental health of older adults in China: the importance of marital status, child proximity, and gender. *SSM Population Health* 2017; 3(1): 20-36.
6. Collin AL, Goldman N, Rodriguez G. Is positive well-being protective of mobility limitation among older adults?, *J. Gerontol. Psychol Sci* 2008; 63(6): 321-327.



7. Chuanwan S. The situation in Aging living alone. The situation in Aging Report. Bangkok; 2018.
8. Lazarus RS, Folkman S. The Concept of coping, In Monat A. Lazarus R.S. (Eds.). Stress and Coping an Anthology, (3rd ed). New York: Columbia University Press; 1991.
9. Elliott S, Painter J, Hudson S. Living alone and fall risk factors in community-dwelling middle age and older adults. *Journal of Community Health* 2019; 34(4): 301-310.
10. Mongkol A, Yongyut Y, Tangseree T, Hatpana W, RomSai P, Jutha W. Development and testing of Thai mental health indicators. Bangkok: The community printing press; 2009.
11. Department of Health. Testing readiness to perform daily activities of Elderly people. Bangkok: Veterans Welfare Organization ; 2009.
12. Tae WL, Sun K, Kyung JL. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2006; 43(3): 293-300
13. Panyasa K. The effectiveness of health promotion programs for improving quality of life based on the needs of the elderly. *Journal of Public Health* 2017; 12(2): 65-74.
14. Department of Health, Ministry of Public Health. Components of Long Term Care Subdistrict Operations for Elderly Health (Long Term Care). Khon Kaen: Health Center 6 Khon Kaen; 2014.
15. Cheandon C. Quality of life of the elderly in rural areas. Wang Nam Khiao District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Public Health* 2011; 41(3): 229-239.
16. Tangpian P. Social Support Self-esteem and quality of life of Elderly people in the elderly club Phranangklaio Hospital Nonthaburi Province. Thesis, Master of Science. Bangkok: Kasetsart University; 2008.
17. Laohabut P. Quality of life of the elderly in the community in Moo 7, Plutaluang Sub-district, Sattahip District, Chonburi Province. Thesis of the Master's Degree Program . Chonburi: Burapha University; 2014.
18. Anderson C. et al. A comparative study of the impact of education vs process groups for families of patients with affective disorders. *Family Process* 1990; 25(2): 185-205.
19. Department of Mental Health. Handbook of 5 dimensions of happiness for the elderly. Bangkok : Beyond Publishing; 2012.
20. Sapthanawin P. Quality of life of the elderly living in Ramintra Housing Community, Bang Khen District, Bangkok. Master of Arts thesis Graduate School. Bangkok: Kasetsart University; 2012.
21. Gray R, et al. A new perspective on the definition of the elderly: a social psychology and health perspective. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research. Mahidol University; 2013.
22. Mongkol A et al. Research Report on Development and Testing of Thai Mental Health Index (Version 2007): Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Bangkok: Agricultural Cooperatives Association of Thailand; 2009.
23. Betty RK. Essentials of Medical Statistics. London: Blackwell Science Ltd; 1988.
24. Gabriel Z, Bowling A. Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society* 2004; 24(5): 675-691.
25. George LK. Still happy after all these years: Research frontiers on subjective well-being in later life, *J. Gerontol. Soc. Sci*, 2010; 65(3): 229-331.
26. Rana AK. MM. Wahlin A, Lundborg CS, Kabir ZN. Impact of health education on health-related quality of life among elderly persons: results from a community-based intervention study in rural Bangladesh. *Health Promotion International* 2009; 24(1): 36-45.