# ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ*

พรพิมล เพ็ชรบุรี พย.ม. **
ชมชื่น สมประเสริฐ วท.ด. ***
ประนอม โอทกานนท์ กศ.ด. ****

**บทคัดย่อ**

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน คัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-T) จับคู่กันแล้วสุ่มอย่างง่าย แบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ (T-GMHA-56) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าที (t-test)

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตหลังทดลอง ($M$=186.7, $SD$=13.1) สูงกว่าก่อนทดลอง ($M$=167.4, $SD$=14.1) และผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลังทดลอง ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1$ =19.3, $SD$=13.8) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2$=1.8, $SD$=14.9) ที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการออกแบบกิจกรรมหรือโปรแกรมเพื่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ

**คำสำคัญ :** การสนับสนุนทางสังคม สุขภาพจิต ผู้สูงอายุ

---

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

****ศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

# The Effect of a Social Support Program on the Mental Health of The Elderly*

Ponpimon Petburi M.N.S.**
Chomchuen Somprasert PhD ***
Pranom Othaganont Ed.D. ****

## Abstract

This quasi experimental research aimed to examine the effects of a social support program on mental health of the elderly. The study sample included 60 elderly who live in a community setting and were screened for mental health status using the Thai Mini-Mental State Examination (MMSE-T). The participants were matched pair and simple randomly allocated into the experimental and control groups (n=30 per group). The experimental group received the social support program for 8 weeks. The control group received routine care only. The data was collected using the Thai Geriatric Mental Health Assessment (T-GMHA-56). Demographic and general data were analyzed with descriptive statistics. T-test was used to compare mental health mean scores between pre and post-test.

Results showed that after receiving the social support program, the elderly in the experimental group had higher post-test mental health mean scores (*M*=186.7, *SD*=13.1) than the pre-test mean scores (*M*=167.4, *SD*=14.1). Furthermore, the mean difference between pre-test and post-test mental health scores of the elderly in the experimental group ($\bar{D}_1$=19.3, *SD*=13.8) was higher than the mean difference of the control group receiving routine care ($\bar{D}_2$=1.8, *SD*=14.9). Thus, the result of this study could be used as an alternative for designing an intervention program aiming at promoting mental health for the elderly.

**Keywords**: social support, mental health, elderly

---

*Thesis Master of Nursing science, Faculty of Nursing, Thammasat University.

**Master Degree Candidate, Graduate Program in Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University.

***Assistant Professor,Ph.D., Faculty of Nursing, Thammasat University.

****Professor,Ph.D., Faculty of Nursing, Thammasat University

## บทนำ

ในปัจจุบันทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เมื่อปี 2557 และ 2558 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 14.9 และ 15.5 ซึ่งสถิตินี้สะท้อนว่าปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีก[1,2] มีการคาดการณ์ว่าในปี 2559 และ 2560 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.50 และ 17.52[3] การศึกษาวิจัยในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องที่มีความน่าสนใจและมีความสำคัญ เนื่องจากข้อมูลเชิงประจักษ์จากผลการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุจะเป็นประโยชน์ สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาตัดสินใจวางแผนนโยบายด้านการดูแลผู้สูงอายุ[4] เพื่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

ผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายทุกระบบ มีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ เช่น บทบาทหน้าที่ด้านจิตสังคมมีการเสียชีวิตจากไปของคู่สมรสและเพื่อน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ล้วนส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เศร้า หว้าเหว่[5,6] เป็นต้น และมีรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของคนไทย พบว่าคะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุต่ำที่สุด เมื่อเปรียบกับประชากรกลุ่มอื่น[4,7]

การที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งเหตุผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ย่อมส่งผลให้ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน และดังคำกล่าวที่ว่า สุขภาพกายที่แข็งแรงย่อมอยู่ภายใต้สุขภาพจิตที่สมบูรณ์ การจะดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น การดูแลด้วยการส่งเสริมสุขภาพจิตจึงเป็นสิ่งสำคัญ สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ที่มีคำกล่าวว่า “สร้างนำซ่อม” เป็นทิศทางการดูแลสุขภาพเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมิใช่เกิดการเจ็บป่วยแล้วจึงมาดูแล[8] อีกทั้งผลจากการสำรวจสุขภาพจิต[7] ชี้ให้เห็นว่าประชากรผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตอย่างครอบคลุมทุกองค์ประกอบของสุขภาพจิต ซึ่งจะส่งผลให้เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี[9] แต่สำหรับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในปัจจุบันมีผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้บริการด้านสุขภาพส่วนใหญ่ ใช้อาการและอาการแสดงในการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และขาดการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน รวมทั้งระบบบริการในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิก็ขาดการทำงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ส่วนใหญ่มุ่งไปที่การบำบัด รักษาโรคและการเจ็บป่วยทางจิต[10,11]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้บุคคลมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี[12,13,14] โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยสูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องการการดูแลและสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากความเสื่อมถอยร่างกายและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ แต่ทว่าความเป็นจริงของสังคมกลับพบว่าจากวิถีชีวิตเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไป ส่งผลให้การสนับสนุนทางสังคมจากคนรอบข้างคนในครอบครัวลดน้อยลง[15,16] การสนับสนุนทางสังคมที่มาจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ บุคลากร จึงมีความจำเป็นและมีบทบาทมากขึ้น[17] ดังนั้นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม[12] ที่ประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร จึงน่าจะสามารถสร้างเสริมภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยอย่างครอบคลุมทุกองค์ประกอบ ได้แก่ สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน[9,18] อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยไม่พบว่ามีการศึกษาแบบกึ่งทดลองโดยตรงถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งการศึกษาที่ออกแบบให้มีการจัดกระทำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุนั้นพบว่ามีการศึกษาถึงผลที่มีต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุเพียงบางองค์ประกอบหรือบางตัวแปรด้านสุขภาพจิตเท่านั้น ไม่พบว่ามีการศึกษาถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิตแบบครอบคลุมทุกมิติ

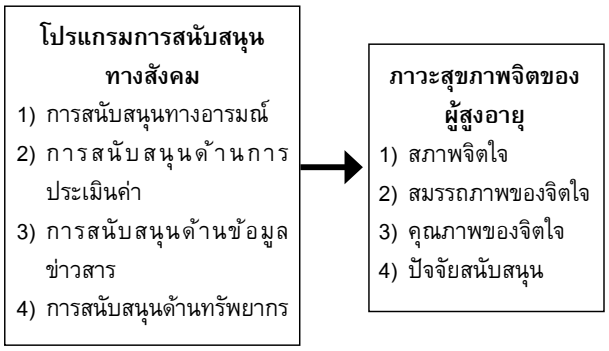
## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อน และ หลัง ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House)[12] ซึ่งเฮาส์อธิบายว่า การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมนี้ จะส่งผลให้บุคคลรู้สึกได้รับการเอาใจใส่

รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับเครียด และปัญหาต่างๆได้อย่างเหมาะสม และส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพทั้งกายและจิต




## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง สิงหาคม 2559 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม และอาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลแสลงพัน อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี จำนวน 60 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุทั้งตำบล แล้วจับคู่ให้มีลักษณะใกล้เคียงกันในด้าน สถานภาพสมรส ความพอเพียงของรายได้ และ อายุ กำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า คือ คัดกรองด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น MMSE Thai – 2002 แล้วไม่พบความผิดปกติ ยินดีและให้ความร่วมมือในการเข้ากิจกรรมการวิจัย ก่อนและหลังการทดลองทันทีทั้งสองกลุ่มจะได้รับการประเมินภาวะสุขภาพจิตด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน

กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ ซึ่งหมายถึง การดูแลและบริการตามปกติ ที่ผู้สูงอายุได้รับจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เช่น บริการตรวจรักษาพยาบาลโดยไม่มีค่าใช้จ่าย บริการรถรับส่งกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน การมอบเบี้ยยังชีพรายเดือน เป็นต้น

กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม มีทั้งหมด 8 ครั้งๆ ละ 90-120 นาที ทำกิจกรรมทุกสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ร่วมกับการดูแลตามปกติ โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นกลุ่มย่อย 2 กลุ่มๆ ละ 15 คน ด้วยวิธีการสุ่มจับฉลากอย่างง่าย และผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองทั้งสองกลุ่ม

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House)[12] ซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบ จากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และหลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน พบว่ามีความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ มีความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาสำหรับผู้สูงอายุไทย และมีการใช้เวลาตามที่กำหนดไว้ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

**ครั้งที่ 1** “เรามารู้จักกัน และลมหายใจดั่งดอกไม้บาน” เพื่อพัฒนาสมรรถภาพของจิตใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และเพิ่มความรู้สึกด้านบวกของสภาพจิตใจ เช่น รู้สึกพึงพอใจ รู้สึกสงบ เป็นต้น ลักษณะกิจกรรมเป็นการฝึกสมาธิเบื้องต้น ด้วยการฝึกลมหายใจด้วยเพลง ลมหายใจดั่งดอกไม้บาน[19] และเรียนรู้ทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

**ครั้งที่ 2** “รู้จักวัยเราวัยสูงอายุ และทุกข์หรือสุขอยู่ที่ใจของเรา” เป็นกิจกรรมให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ในวัยสูงอายุ เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ และแนวทางการดูแลสุขภาพกายและจิตของตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจด้านบวกสืบเนื่องจากการเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงตามวัย

**ครั้งที่ 3** “ทักษะการเผชิญปัญหาการจัดการกับความเครียดและฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อคลายเครียด” เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดและมีทักษะในการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง เป็นการพัฒนาสมรรถภาพของจิตใจ ลักษณะกิจกรรม เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเผชิญกับปัญหาหรือภาวะวิกฤตของชีวิต การจัดการกับความเครียดและฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อคลายเครียด

**ครั้งที่ 4** “เปิดเผยตัวตน ค้นพบความแตกต่าง” เพื่อให้

เข้าใจตนเองและผู้อื่นและตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ตลอดจนความแตกต่างทั้งด้านครอบครัว สังคม และชุมชน ซึ่งจะส่งผลต่อสมรรถภาพของจิตใจในการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ลักษณะกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนลักษณะพฤติกรรม การกระทำ ถึงข้อดี ข้อเสีย ของตนเอง พร้อมทั้งเสียงสะท้อนจากคนรอบข้าง เช่น คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน

**ครั้งที่ 5** "ฉันยังเป็นคนสำคัญของครอบครัว และ ความดีของเรา" ให้ผู้สูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนกันถึงกิจกรรมที่ตนเองปฏิบัติเป็นประจำ หรือสามารถปฏิบัติได้แล้วเป็นประโยชน์ต่อครอบครัวหรือต่อตนเอง ค้นหาคุณค่าของตนเอง และกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ เพื่อเพิ่มความรู้สึกด้านบวกของสภาพจิตใจ รวมทั้งตระหนักในคุณค่าของตนเอง

**ครั้งที่ 6** "เป้าหมายที่ดี เพื่อชีวิตที่มีความหมาย" เพื่อเพิ่มความรู้สึกด้านบวกของสภาพจิตใจ รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย ลักษณะกิจกรรมให้สมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุได้ทบทวนประสบการณ์ชีวิตที่ผ่าน ซึ่งเคยประสบความสำเร็จหรือไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย ว่าเหตุปัจจัยอะไรบ้าง และวางแผนชีวิตต่อจากนี้ว่ามีเป้าหมายอะไร พร้อมทั้งแนวทางการปฏิบัติเพื่อความสำเร็จตามเป้าหมาย

**ครั้งที่ 7** "การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชน" เพื่อให้ทราบถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน รวมทั้งวิธีการติดต่อและเข้าถึง เป็นการพัฒนาองค์ประกอบของสุขภาพจิตในด้านปัจจัยสนับสนุน กิจกรรมนายกเทศมนตรี/ผู้นำชุมชนพบผู้สูงอายุ เป็นการให้ข้อมูลกับผู้สูงอายุถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนที่สามารถให้การช่วยเหลือและสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุได้

**ครั้งที่ 8** "อำลา คำสัญญาในเครือข่ายของเรา เพื่อส่งเสริมการมีเพื่อนและเครือข่ายในสังคมของผู้สูงอายุ ช่วยพัฒนาด้านปัจจัยสนับสนุนของสุขภาพจิต ลักษณะกิจกรรมให้ผู้สูงอายุทุกคนเขียน หรือเล่า ถึงความดีความประทับใจของตนเองที่มีต่อ เพื่อนสมาชิกทุกคน กิจกรรมอำลาในกลุ่มเพื่อน และกล่าวคำสัญญาที่จะเป็นเพื่อนกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์ (Thai Geriatric Mental Health Assessment : T-GMHA-56)[9] มีข้อคำถามจำนวน 56 ข้อ ประกอบด้วย 4 มิติ คือ สภาพจิตใจ (ข้อคำถามที่ 1-14) สมรรถภาพของจิตใจ (ข้อคำถามที่ 15-28) คุณภาพของจิตใจ (ข้อคำถามที่ 29-41) และปัจจัยสนับสนุน (ข้อคำถามที่ 42-56) มีคะแนนเต็มทั้งหมด 224 คะแนน รวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาความเที่ยงของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .903

3. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่างได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น Mini-Mental State Examination : Thai Version (MMSE Thai - 2002) เป็นเครื่องมือสำหรับคัดกรองภาวะสมองเสื่อมประกอบด้วย 5 ส่วน 11 ข้อคำถาม ทดสอบ 6 ด้าน คือ orientation, registration, attention, calculation, recall, และ language มีคะแนน 0 – 30 คะแนน จุดตัดคะแนนที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านหนังสือไม่ออก โดยไม่ต้องถามคำถามข้อ 4, 9 และ 10) จุดตัดคะแนน ≤14 สำหรับผู้สูงอายุที่เรียนจบชั้นประถมจุดตัดคะแนน ≤17 และสำหรับผู้สูงอายุที่เรียนจบสูงกว่าชั้นประถมจุดตัดคะแนน ≤22)

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ก่อนทดลองและหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ทำการรวบรวมข้อมูลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ T-GMHA-56 ด้วยวิธีการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย แล้วทำการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนภาวะสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบที (t-test)

**การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรม** การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 รหัสโครงการวิจัยที่ 057/2559 และผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี รหัสโครงการวิจัยที่ 1/2559 นอกจากที่ผู้ร่วมวิจัยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจแล้ว ทุกคนจะได้รับการชี้แจงว่าสามารถยกเลิกหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และการรายงานผลการวิจัยจะไม่มีการเปิดเผยชื่อสกุลของผู้ร่วมวิจัย

## ผลการวิจัย

ระยะเวลาการทดลอง 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มให้ความร่วมมือ และมาเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง

ไม่มีกลุ่มตัวอย่างขอถอนตัว หรือถูกคัดออกจากการวิจัย สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมมีจำนวน 4 คน คือ ครั้งที่ 2 ขาด 1 คน ครั้งที่ 4 ขาด 1 คน และ ครั้งที่ 6 ขาด 2 คน เนื่องจากไปธุระต่างจังหวัดและป่วย แต่ทุกคนได้รับการนัดหมายมาทำกิจกรรมเพื่อทดแทนทุกครั้ง สรุปอัตราการเข้าร่วมกิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 100 และนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ได้ผลดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มทดลองเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 53.33 และ 46.66 กลุ่มควบคุมมีจำนวนเพศหญิงกับเพศชายเท่ากัน อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 69.07 ปี และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 68.83 ปี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่จบการศึกษาที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70 และ 76.67 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีอาชีพด้านการเกษตรกรรม กลุ่มทดลองร้อยละ 56.67 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 46.67 รายได้เฉลี่ยกลุ่มทดลองเท่ากับ 6,330 กลุ่มควบคุมเท่ากับ 5,223.33 กลุ่มทดลองไม่มีและมีโรคประจำตัวเท่ากัน กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.67 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 33.33 และทำการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's Exact Test พบว่าไม่แตกต่างกัน

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตโดยรวมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม พบว่าภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยหลังการทดลองผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองในทุกด้าน ได้แก่ สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน (ตารางที่ 1) ในส่วนของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่าสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านจะพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพของจิตใจ หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนด้านอื่นๆ ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 1** คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

| คะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุ | ก่อนทดลอง (n=30) | | หลังทดลอง (n=30) | | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mean | *SD* | Mean | *SD* | | |
| สภาพของจิตใจ | 46.6 | 5.0 | 50.5 | 3.7 | 3.9 | .000 |
| สมรรถภาพของจิตใจ | 40.6 | 5.1 | 44.6 | 4.3 | 3.7 | .000 |
| คุณภาพของจิตใจ | 39.3 | 4.3 | 45.1 | 4.7 | 8.0 | .000 |
| ปัจจัยสนับสนุน | 40.9 | 3.3 | 46.5 | 4.1 | 7.2 | .000 |
| สุขภาพจิตโดยรวม | 167.4 | 14.1 | 186.7 | 13.1 | 7.6 | .000 |

**ตารางที่ 2** คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

| คะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุ | ก่อนทดลอง(n=30) | | หลังทดลอง (n=30) | | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Mean** | **SD** | **Mean** | **SD** | | |
| สภาพของจิตใจ | 45.8 | 5.2 | 46.5 | 4.9 | 1.6 | .062 |
| สมรรถภาพของจิตใจ | 41.1 | 4.1 | 41.3 | 4.3 | 0.5 | .314 |
| คุณภาพของจิตใจ | 38.1 | 3.9 | 38.9 | 4.3 | 2.5 | .008 |
| ปัจจัยสนับสนุน | 41.2 | 2.0 | 41.3 | 2.4 | 0.1 | .445 |
| สุขภาพจิตโดยรวม | 166.2 | 12.7 | 168.0 | 13.4 | 2.0 | .026 |

วิเคราะห์เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิต ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองในทุกด้านของกลุ่มทดลอง ได้แก่ ด้านสภาพจิตใจ ด้านสมรรถภาพของจิตใจ ด้านคุณภาพของจิตใจ และด้านปัจจัยสนับสนุนสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** ผลต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| คะแนนสุขภาพจิตผู้สูงอายุ | กลุ่มทดลอง (n=30) | | กลุ่มควบคุม(n=30) | | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mean difference ($\bar{D}_1$) | SD | Mean difference ($\bar{D}_2$) | SD | | |
| สภาพของจิตใจ | 3.9 | 5.3 | 0.7 | 2.4 | 3.0 | .002 |
| สมรรถภาพของจิตใจ | 4.0 | 6.0 | 0.2 | 1.9 | 3.4 | .000 |
| คุณภาพของจิตใจ | 5.8 | 4.0 | 0.9 | 1.9 | 6.1 | .000 |
| ปัจจัยสนับสนุน | 5.5 | 4.2 | 0.0 | 1.3 | 6.7 | .000 |
| สุขภาพจิตโดยรวม | 19.3 | 13.8 | 1.8 | 4.9 | 6.5 | .000 |

## การอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองเท่ากับ 167.4 (*SD*=14.1) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 166.2 (*SD*=12.7) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>.05) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง (ตารางที่ 1) และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตก่อนและหลังให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 3) ซึ่งหมายถึง ภายหลังการทดลองทันทีในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองในช่วงระยะเวลาเดียวกันที่น้อยกว่ากลุ่มทดลอง

ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House)[12] ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยประยุกต์มาออกแบบกิจกรรมทั้ง 8 ครั้ง เพื่อส่งเสริมพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติซึ่งประกอบด้วย สภาพของจิตใจสมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจและปัจจัยสนับสนุน[18] การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกได้รับการเอาใจใส่และได้รับความรัก[20,21] ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมมาออกแบบกิจกรรม และกระบวนการของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีต่อเพื่อน มีการฝึกสมาธิเบื้องต้นพร้อมทั้งได้ออกกำลังกายแบบกลุ่ม ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ในวัยสูงอายุ สามารถรับรู้และประเมินได้ว่ามีสาเหตุอะไรบ้างที่ส่งผลให้จิตใจของตนเองเป็นทุกข์หรือเป็นสุข และมีการสนับสนุนให้กำลังใจจากเพื่อนสมาชิกในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม คงไว้ซึ่งการปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพกายและจิตที่ดี เกิดทักษะในการปัญหาการจัดการกับความเครียด และได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุมีการสะท้อนตนเอง และสะท้อนจากคนรอบข้างสามารถยอมรับตนเองว่ามีทั้งข้อดีและข้อเสีย รวมถึงเข้าใจและยอมรับถึงความแตกต่างของบุคคล ค้นพบคุณค่าความดี ความสามารถของตนเองที่สามารถปฏิบัติต่อครอบครัวและชุมชน มีการตั้ง

เป้าหมายในชีวิตที่เหมาะสม รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่สามารถให้การสนับสนุนเมื่อต้องการความช่วยเหลือ และผู้สูงอายุที่มาเข้ากิจกรรมทุกคนมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความประทับใจที่ได้มาทำกิจกรรมร่วมกัน

ผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากกระบวนการโปรแกรมเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้นในทุกองค์ประกอบได้แก่ สภาพจิตใจ สมรรถภาพของจิตใจ คุณภาพของจิตใจและด้านปัจจัยสนับสนุน ทั้งนี้เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุเพิ่มความรู้สึกด้านบวกของจิตใจ เช่น รู้สึกเป็นสุข สนุก ผ่อนคลาย รู้สึกมีชีวิตชีวาได้หัวเราะ ได้พูดคุยกับกลุ่ม รู้สึกมีความหวังเพราะมีเป้าหมายในชีวิต ลดความรู้สึกด้านลบลง เช่น คลายความรู้สึกเหงา เพราะได้มาทำกิจกรรมกับเพื่อนๆ รวมถึงรู้สึกมีเพื่อน มีเครือข่าย คลายความหงุดหงิดรำคาญใจจากสภาพร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคมที่เปลี่ยนแปลง รู้สึกมั่นใจมากขึ้นที่จะเผชิญปัญหาและความเครียดที่อาจเกิดขึ้นในวันข้างหน้า รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุน เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น จึงกล่าวโดยสรุปได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสามารถพัฒนาทุกองค์ประกอบของสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้สอดคล้องกับการศึกษาถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ที่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดลดลง[22] ช่วยลดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า[23] มีความหวังเพิ่มมากขึ้น[24] รู้สึกมีความสุขและมีความพึงพอใจในชีวิต[24,25,26] ช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง[20,27] มีความรู้สึกมั่นใจในการเผชิญปัญหา[20,28]

ในช่วงเวลาที่ทำการทดลองมีเหตุการณ์พ้องเกิดขึ้น คือ เป็นช่วงสัปดาห์วันแม่แห่งชาติ (12 สิงหาคม 2559) ที่มีวันหยุดติดต่อกัน ผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนหลายท่านได้บอกเล่าว่า มีบุตรหลานเดินทางกลับมาเยี่ยม มาไหว้แสดงความเคารพต่อแม่ รวมทั้งมีการคัดเลือกแม่ดีเด่นให้ไปรับรางวัลเป็นการเชิดชูเกียรติของแม่ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มเพิ่มความรู้สึกภาคภูมิใจ เป็นสุขใจ รู้สึกมีคุณค่าและมีความสำคัญในครอบครัว บรรยากาศในช่วงสัปดาห์วันแม่เป็นการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จากบุคคลในครอบครัวที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีความรู้สึกมีสภาพจิตใจด้านบวก[29,30] ดังจะเห็นได้ว่าคะแนนสุขภาพจิตของกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง (ตารางที่2) แม้ว่าจะไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม แต่อย่างไรก็ตามในระยะเวลาเท่ากันคือ 8 สัปดาห์กลุ่มทดลองที่ให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการสร้างเสริมภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และสามารถปรับรูปแบบกิจกรรม ให้สอดคล้องตามวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอื่นๆ ต่อไป

2. ควรมีการศึกษาติดตามภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะยาว เพื่อประเมินผลการคงอยู่ของภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

3. ควรมีการศึกษาถึงแนวทางการพัฒนา/สร้างเครือข่ายการทำงานในชุมชน เพื่อร่วมกันดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เช่น สนับสนุนให้มีกิจกรรมที่เป็นการสนับสนุนทางสังคมตามธรรมชาติตัวอย่างเช่น กิจกรรมวันแม่ วันผู้สูงอายุ

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือทุกท่าน ขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิตที่ได้สนับสนุนทุนการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จด้วยดี

## References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2014. Bangkok: Amarin printing and publishing; 2015.
2. National Statistical Office; Ministry of Information and Communication Technology. Report on Population Characteristics The 2015-2016 Survey of Population Change [Internet]. Bangkok: 2016; [cited 16 Apr 2017]. Available from: http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/popchange58-59-Full.pdf

3. Institute for Population and Social Research Mahidol University. Population of Thailand,2016. Mahidol Population Gazette [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 15];25(1):[1]. Available from: http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/ Contents/Documents/Gazette/Population_Gazette2016-EN.pdf
4. Statistical Forecasting Bureau National Statistical Office. Major finding of the 2008-2010 mental health survey [Internet]. 2011. [Cited 2015 Nov 15]. Available form: www. service.nso.go.th/nso.nsopublish
5. Nunsupawat W, Siriwattananont J, Horboonherm P. Mental health of the elderly. J of nurses association of Thailand North-Eastern division 2009; 27(1): 27-32.
6. Li F, Lertrat P, Sritanyarat W. Health profile of older Chinese peoole in Nanmian Community Nanning, Guangxi, people's republic of China. J of nurses association of Thailand North-Eastern division 2012; 30(1): 71-8.
7. Peugposop N, Junprasert T. Factors correlating with quality of life among Thai elderly: Research synthesis by Meta-Analysis. J of Behavioral Science 2014; 20(1): 36-51.
8. Wongpanarak N, Chaleoykitti S. Depression: A significant mental health problem of elderly. J of The Royal Thai Army Nurses 2014; 15(3): 24-31.
9. Ukranan P, Mongkol A, Huttapanom W, Kittwattanachod S, Sriwised S, Romsai P, et al. The development and testing of Thai geriatric mental health assessment. Khonkean: Khomkean Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2014.
10. Praditsathapron C, Jantanasot P, Umnatsatsue K, Sansern R. Way of buddhist life insight from Thai older adults: mental well-being .J of Public Health Nursing 2012; 26(1): 70-7.
11. Forsman AK, Nordmyr J, Wahlbeck K. Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. Health Promot Int 2011; 26(suppl 1): 85-107.
12. House JS. Work stress and social support. California: Addison-Wesley; 1981.
13. Tantichaiwanit C, Nanthamongkolchai S, Mansaweangsub C, Jarupol P. Life lappiness of the elderly in Rayong Province. J Public Health 2009; 29(1): 34-7.
14. Nanthamongkolchai S. Thai elderly people: Health status and development of happiness. J Public Health 2010;40(1): 101-111.
15. Choi NG, Wodarski JS. The relationship between social support and health status of elderly people: Does social support slow down physical and functional deterioration. Soc Work Res 1996; 20(1):52-63.
16. John Lane. The art of ageing inspiration for a positive and abundant later life. Kulkanokwan Humdanee S, translator. Bankok: Plan Printing; 2012.
17. Damrikanlert L. Situation and the needs of elderly care in the community, in: Sriwanitchakarn S, Editors. Elderly care integrated in the communit. Nakornpratom:T Q P; 2012. 11-9
18. Mongkol A, Vongpiromsan Y, Tangseree T, Huttapanom W, Romsai P, Chutha W. The development and testing of Thai mental health Indicator version 2007. J Psychiatric Assoc Thailand 2009; 54(3): 299-316.
19. Sateinsut S. Flower bloom. (Vedio). [Cited 2016 Jan 15]. Available form: https://www. youtube. com/watch?v=QaD1e1h-2Ro; 2012.
20. Sota J. Concepts theories and application for health behavioral development. Khonkean: Khonkean University Printing House; 2011.
21. Thoits A Peggy. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. J Health Soc Behav 2011; 52(1): 145-161.
22. Kodchana C, Virasiri S. The effecct of social support group on grandmothers' childrearing

abilities and stress during raising preschool grandchildren in Phu Kradueng District Loei Province .Thailand J of Health Promotion and Environmental Health 2010; 33(2): 42-52.

23. Traprasit Y, Suntonchaiya R. The effect of social support program on late-life disability among older persons with depressive disorder. J of The Police Nurse 2015; 7(1) 95-103.
24. Sungkamuneejinda K, Nilmanat K, Kitrungrote L. Impact of a hope-building supportive program on chemotherapy-treated advanced breast cancer patients. Thai J of Nursing Council 2013; 28(3): 32-42.
25. Malathum P, Kongiem J, Intarasombat P. Relationships of family support and friend support to life satisfaction of older adults in rural areas.. Rama Nurse J 2009; 15(3): 431-48.
26. Malekafzali H, Eftekhari MB, Hejazi F, Khojasteh T, Noot R. The effectiveness of educational intervention in the health promotion in elderly people. Iran J Public Health 2010; 39(2): 18-23.
27. Chaihan R, Nanthamongkolchai S, Thechaboon-sermsak P, Munsawaengsub C. Effect of social participatory training program on self-esteem of the elderly in La-un district Ranong province. J of Public Health 2010; 40(1): 76-85.
28. Yansup C, Lertpaiboon J, Petchruschatachart U. Mental health and mental health promotion of staying–alone elderly. Songklanagarind J of Nursing 2009; 29(1): 15-31.
29. Chansrn S. Well-being of senior in aging families in Thailand. Panyapiwat J 2015; 4(2): 92-103.
30. Tian Q. Intergeneration social support affects the subjective well-being of the elderly: Mediator roles of self esteem and loneliness. J Health Psychol 2014; 9(9): 1-8.