

บทวิจัย

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี

ผุสดี ชูชีพ*

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งกระบวนการรักษาที่ผ่านมา ยังไม่สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ต้องมีการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตควบคู่กันไป และที่ผ่านมาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตยังมีน้อย ดังนั้นการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ลดปัญหาสุขภาพจิตได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 60 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ใช้เวลา 12 สัปดาห์ ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับบูรณาการกับสถานการณ์ปัจจุบันที่เกิดขึ้นจริงในหน่วยงานที่ศึกษา ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ มีค่าเท่ากับ 0.95 และ 0.85 ตามลำดับ และแบบสอบถามพฤติกรรมมีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบทีสำหรับกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกันและกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และ 2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยบุคลากรทางสุขภาพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุควรส่งเสริมการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ และวางแผนการดูแลให้ครอบคลุมทุกด้านของสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ/ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต /พฤติกรรมการดูแลตนเองสุขภาพจิต

* ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี E- mail: choocheep2210@gmail.com

Effectiveness of a Mental Health Promotion Program for Self-care Behavior of the Elderly in Pathumthani Province, Thailand

Pusadee Choocheep*

Abstract

Older adults who develop depression have many health problems. In the past, treatments alone were unsuccessful in reducing depression. Mental health promotion efforts must be taken simultaneously with treatment. In the past, there were few mental health promotion programs. These programs are essential to reduce mental health problems. This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of a mental health promotion program of self-care behavior for the elderly. Study subjects were older adults at the Elderly Social Welfare Development Center, Pathumthani Province. The sample comprised 60 subjects divided into two groups: an experimental and a control group of 30 subjects. The experiment's duration was 12 weeks. The researcher-developed study consisted of 1) the mental health promotion program and 2) a mental health questionnaire of self-care behaviors of the elderly. The content validity of the instruments was 0.95 and 0.85, respectively, and the reliability of the mental health self-care behavior questionnaire was 0.75 using Cronbach's Alpha Coefficient. The data were analyzed using paired and independent t-tests.

The results revealed that 1) the average scores of the mental health self-care behaviors in the elderly of the experimental group after the experiment was higher than before participating in the program at a statistical significance of .05 and 2) The average scores of mental health self-care behaviors of the elderly between the experimental and the control groups after participating in the program were statistically significant at .05

Findings suggest that health care providers responsible for elderly care should use mental health promotion activities, with nursing staff planning such care. In addition, elderly self-care should incorporate multiple means of strengthening mental health in supporting elderly health needs.

Keyword: The Elderly/ Mental Health Promotion Program/ Self-care Behaviours

Article info: Received May16, 2021; Revised June 21, 2021; Accepted August 30, 2021.

* Corresponding, Faculty of Nursing in Pathumthani University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันทั่วโลกกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศต้นแบบที่ดีในประเทศในทวีปเอเชียที่จะนำสู่การเรียนรู้จากประสบการณ์ในการปรับตัวและการรับมือกับความท้าทายในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ¹ รวมทั้งประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกโดยคาดการณ์ว่าในปี 2563 และ 2564 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.50 และ 20 การศึกษาวิจัยในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องที่มีความน่าสนใจและมีความสำคัญ

ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายทุกระบบมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ เช่นบทบาทหน้าที่ด้านจิตสังคม มีการเสียชีวิตจากไปของคู่สมรสและเพื่อน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงารู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เศร้า ว่าเหว มีความวิตกกังวล และมีภาวะซึมเศร้า จากสถิติขององค์การอนามัยโลก² พบจำนวนประชาชนที่มีภาวะซึมเศร้าผู้ทั่วโลกอายุระหว่าง 55 -75 ปี ร้อยละ 14 ต่อประชากรที่มีภาวะซึมเศร้าในโลกประมาณ 50 ล้านคน และเป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ร้อยละ 27 นอกจากนี้จากรายงานของกรมสุขภาพจิต³ พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยเป็นโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาด้านสุขภาพ 5 อันดับแรกของผู้สูงอายุไทย และปัญหาด้านสุขภาพจิตที่พบบ่อยคือ ความวิตกกังวล

ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศ นอกจากนี้ศูนย์วิจัยสุขภาพกรุงเทพ⁴ กล่าวว่า ผู้สูงอายุเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและต้องพึ่งพาผู้อื่น จะรู้สึกว่าคุณค่าลดลง ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวมีปัญหาเครียดซึมเศร้า และการเสื่อมของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ใจน้อยและโกรธง่าย ซึ่งถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไข และปล่อยให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพตามมาได้ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ คนในครอบครัวต้องคอยให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ตลอดจนประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลเพื่อเสริมสุขภาพจิตอย่างครอบคลุมทุกองค์ประกอบของสุขภาพจิต ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญาและการรู้คิด ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ⁵ ซึ่งจะส่งผลให้เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี นอกจากนี้กรมสุขภาพจิตได้ให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพจิต และจัดทำแนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต⁶ แต่ก็ยังพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตยังเพิ่มขึ้น จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ผู้ให้บริการด้านสุขภาพมีรูปแบบการทำงานเดิมของทีมสุขภาพชุมชน ยังเป็นการทำงานแบบแยกส่วน จึงส่งผลให้ยังไม่สามารถลดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้เต็มศักยภาพ⁷ นอกจากนี้สถานสงเคราะห์คนชราในปี พ.ศ. 2562 ที่อยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่นจำนวน 13 แห่ง และศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุอีก 2 แห่ง สร้างขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะยากลำบาก จากการศึกษาผู้สูงอายุที่เข้าพักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราในจังหวัดนครนายกและฉะเชิงเทรา พบว่ามีปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความสุขของผู้สูงอายุ⁸

ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ในผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพงานนโยบายของการส่งเสริมสุขภาพจิตที่มุ่งให้ประชาชนดูแลตนเองให้เป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุขในชีวิต⁹ ที่ผ่านมารักษาด้านสุขภาพจิตส่วนใหญ่รักษาด้วยยาเป็นแบบเดี่ยวๆ ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร จึงต้องมีการปรับการรักษาทั้งทางกายและใจควบคู่กันไป ซึ่งสอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์¹⁰ กล่าวว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต้องมีการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามลักษณะต่างๆ ของบุคคลทั้งจากคุณลักษณะเฉพาะและประสบการณ์เดิมในอดีต รวมถึงด้านการรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถแห่งตน และอิทธิพลของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอันจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่ดีด้วย จากการสัมภาษณ์และศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตเกิดจากประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุ

ในครอบครัวมาก่อนจากการไม่ได้รับความรักจากครอบครัว ความผิดหวังหรือขาดการยอมรับจากบุคคลและจากสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม เป็นต้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ในการศึกษาประสบการณ์ในอดีต โดยนำมาประยุกต์ในการส่งเสริมสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุ ด้วยวิธีการสอนที่เหมาะสมที่สุดคือให้ผู้สูงอายุเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาพร้อมกับสถานการณ์ปัจจุบันมาวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไข ปัญหาเป็นการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิมเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) มีการทำกิจกรรมมากกว่าการบรรยาย ใช้การสื่อสารทุกรูปแบบ เช่น การพูดเชิงบวก การวาดรูป การแสดงออกบทบาทในบทบาทต่างๆ ซึ่งเป็นการทำกิจกรรมที่ใช้ศิลปะเป็นฐาน และการชื่นชมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่รักและที่ต้องการของผู้อื่น รวมถึงเข้าใจชีวิตมากขึ้น เพื่อพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ และช่วยลดปัญหาภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น และช่วยเพิ่มทัศนคติในเชิงบวก ทำให้การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น¹¹ นอกจากนี้การจัดสภาพแวดล้อม สถานที่ บรรยากาศ สิ่งแวดล้อมด้านบุคคล ที่เป็นต้นแบบที่ดีต่อการมีพฤติกรรมจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้อง

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุและสิ่งที่จำเป็นมากสำหรับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นอาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุจึงเห็นความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพจิต จึงสนใจพัฒนา

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในลักษณะเรียนรู้เชิงประสบการณ์ มีกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ได้ง่ายซึ่งมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมใหม่อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพอย่างยิ่งยืนและเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตไปในทางที่เหมาะสมในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

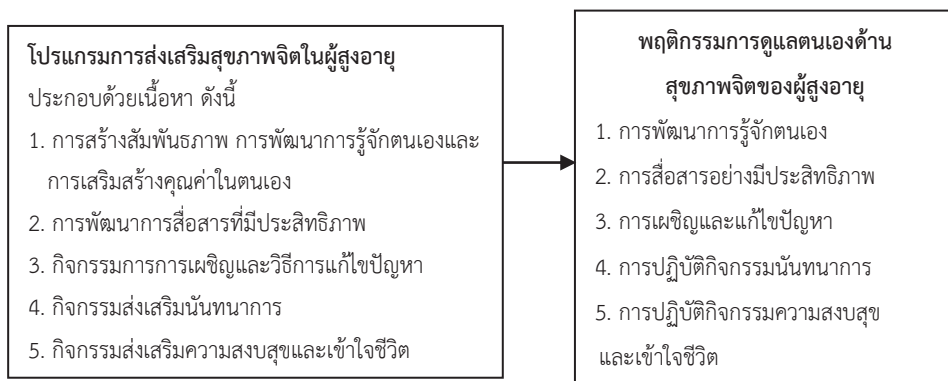
1. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับ

โปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการบูรณาการระหว่างแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์^{10,12} เกี่ยวกับคุณลักษณะเฉพาะและประสบการณ์เดิมในอดีตของผู้สูงอายุ รวมถึงด้านการรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์กิจกรรม การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถแห่งตนและอิทธิพลของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ร่วมกับสถานการณ์ปัจจุบันที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการอยู่กับเพื่อนในสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การสื่อสารเชิงบวกกับตนเองและผู้อื่น การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้ารวมถึงการได้รู้จักตนเอง ผ่านการรับรู้ประโยชน์ ลดการรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถแห่งตนในแต่ละสถานการณ์ สอดแทรกในแต่ละขั้นตอนของโปรแกรม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการมีประสบการณ์ใหม่ และเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ดังแผนภาพ ที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design) โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการจับคู่ (Matching pair) ในข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา ซึ่งมีการแบ่งที่พักอาศัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแยกออกจากกันอย่างชัดเจน โดยให้การพยาบาลแบบปกติ เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเท่าเทียมกันทั้งสองกลุ่ม โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทุกรายที่เข้าพักอาศัยอย่างน้อย 1 เดือน ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 105 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทุกรายที่เข้าพักอาศัยอย่างน้อย 1 เดือน ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.50¹³ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีคะแนนคัดกรองภาวะสุขภาพจิต ผู้สูงอายุมากกว่า 18 คะแนน
2. มีคะแนนความเครียด 24 คะแนนขึ้นไป ใช้แบบประเมินความเครียด SPST-20 (กรมสุขภาพจิต)
3. มีคะแนนทดสอบสภาพจิต มากกว่า 15 คะแนน ใช้แบบทดสอบสภาพจิต (Chula Mental Test: CMT)
4. สามารถสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน
5. ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์การคัดออก (Conclusion criteria) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้สูงอายุมีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคประจำตัว เช่น มีอาการมีนศีรษะ หน้ามืด เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และการออกกำลังกาย
2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและตามแนวคิดของเพนเดอร์^{10,12} ประกอบด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเอง การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญและแก้ไขปัญหา การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ และการปฏิบัติกิจกรรมความสงบสุข และเข้าใจชีวิต

แบบสอบถามประมาณค่า (Rating scale) จำนวนรวม 30 ข้อ

3. โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพ^{9,10} และบูรณาการจากการนำสถานการณ์ปัจจุบันที่เกิดขึ้นจริงในศูนย์ฯ ที่ศึกษาข้อมูล จำนวน 11 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Content validity) ได้แก่

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าเท่ากับ 0.95 และ 0.85 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) คือ แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน เดือนมิถุนายน 2563 ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุสาสนะเวศม์ จังหวัดอยุธยา ซึ่งมีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Coefficient Alpha) มีค่าเท่ากับ 0.75

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างงานวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการวิจัยของสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี เลขที่ PPHO-REC 2563/007 ลงวันที่ 20/10/2563 และเมื่อได้รับการ

พิจารณาตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว จึงดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ และความเสี่ยงใดบ้างที่จะได้รับการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลต่างๆ ที่ได้ในการวิจัย จะมีเฉพาะผู้วิจัยทราบ และข้อมูลที่ได้ในการวิจัยทุกอย่างจะใช้ประโยชน์ทางวิชาการและเสนอในภาพรวมเท่านั้น ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัยในภายหลัง ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผลจากการปฏิเสธจะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ตัดสินใจ แล้วให้เซ็นยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุญาตดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการใช้โปรแกรมด้วยตนเอง ก่อนเริ่มดำเนินการผู้วิจัยได้อธิบายรูปแบบและขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมดให้กับเจ้าหน้าที่ของศูนย์รับทราบ เพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม โดยมีเจ้าหน้าที่ของศูนย์ช่วยอำนวยความสะดวกและช่วยตลอดระยะเวลาของการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยชี้แจงและขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามแบบแผนการดำเนินการทดลองตาม

รายละเอียดกิจกรรม ระหว่างเดือนระหว่างเดือน
กรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน 2563 เวลาที่ใช้ใน

การจัดกิจกรรมอยู่ระหว่าง 45-60 นาทีต่อครั้ง
โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ ที่	กิจกรรมของกลุ่มทดลอง	กิจกรรมของกลุ่ม ควบคุม
1 - 2	วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้จักตนเองและเห็นคุณค่าในตนเอง 1.ประเมินแบบวัดพฤติกรรมและการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (pre-test) 2.ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย 3. กิจกรรมการพัฒนาการรู้จักตนเองและการมีคุณค่าในตนเอง -ประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม โดยบอกข้อดีและข้อดี ของเพื่อนในกลุ่มโดยจับคู่กันคนละ1ข้อ -ให้หียบของคนละ 1 ชิ้น อธิบายประโยชน์ และคุณสมบัติของสิ่งของ -สรุปถึงการรู้จักตนเอง ความมีคุณค่าในตนเอง เปรียบเทียบกับสิ่งของที่ หียบ ตัวชี้วัดความสำเร็จ: ผู้สูงอายุรู้จักตนเองและเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น	-
3-4	วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้สูงอายุเล็งเห็นถึงความสำคัญและวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมการพัฒนาการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ - การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยนำเสนอสถานการณ์ตัวอย่าง ของการสื่อสาร การสนทนาระหว่างคนสองคนและให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นว่า การสนทนาเป็นเชิงบวก เชิงลบ ในสถานการณ์ที่กำหนด และ การสื่อสารให้ผู้ที่อยู่ด้วยมีความสุข ตัวชี้วัดความสำเร็จ: ผู้สูงอายุสามารถอธิบายวิธีการสื่อสารทั้งในเชิงบวกและเชิงลบได้ถูกต้อง	กิจกรรมการส่งเสริม สุขภาพของศูนย์ซึ่งมี กำหนด การทบทวน โดยเจ้าหน้าที่ของ ศูนย์เป็นผู้สอน
5-6	วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง กิจกรรมการเผชิญและแก้ไขปัญหา -การรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการฝึกสมองการใช้ความคิด และ เกมการต่อภาพจิกซอร์, หมากรอส, การต่อคำที่ต้องใช้ความคิด ในการ บวก ลบ ตัวเลข และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ตัวชี้วัดความสำเร็จ: ผู้สูงอายุสามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง	กิจกรรมการส่งเสริม สุขภาพของศูนย์โดย เจ้าหน้าที่ของศูนย์
7-8	วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ กิจกรรมการปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ -อธิบายอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรม การใช้เวลาว่างให้เกิด ประโยชน์ การทำงานฝีมือ ทำดอกไม้จาก ใบเตยไว้ดูกลิ่นในรถ การทำ	กิจกรรมการส่งเสริม สุขภาพของศูนย์โดย เจ้าหน้าที่ของศูนย์

ลำดับ ที่	กิจกรรมของกลุ่มทดลอง	กิจกรรมของกลุ่ม ควบคุม
	ตุ๊กตาหมีจากผ้าขนหนู ทำแฉกจากวัสดุเหลือใช้	
9-10	ตัวชี้วัดความสำเร็จ: ผู้สูงอายุสามารถใช้เวลาวางให้เกิดประโยชน์เป็น วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตด้วยความสงบสุขและเข้าใจชีวิต กิจกรรมการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและเข้าใจชีวิต - การสวดมนต์ ภาวนา และเปิดคลิปเสียงเกี่ยวกับกิจกรรมคลายเครียด บรรยายประกอบของกรมสุขภาพจิต	กิจกรรมการส่งเสริม สุขภาพของศูนย์โดย เจ้าหน้าที่ของศูนย์
11	ตัวชี้วัดความสำเร็จ: ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตด้วยความสงบสุขและเข้าใจชีวิตมากขึ้น วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมดและสามารถนำมาปรับใช้ในการ ดำเนินชีวิตประจำวันได้ -ทบทวนกิจกรรมตั้งแต่ลำดับที่ 1-10 -อธิบายจากสถานการณ์ให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นและการทำ ที่จะนำไปสู่พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยการทำ Focus group	กิจกรรมการส่งเสริม สุขภาพของศูนย์โดย เจ้าหน้าที่ของศูนย์
12	ตัวชี้วัดความสำเร็จ: ผู้สูงอายุสามารถอธิบายกิจกรรมที่ผ่านมาและเสนอแนวทางการนำมาปรับใช้ ในชีวิตประจำวันได้ -เก็บข้อมูล Posttest และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลหลังได้รับ แบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป และเมื่อทำรายงานสมบูรณ์แล้วจึงจะทำลายทั้ง	

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์
สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำมาแจกแจง
ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน

2. ข้อมูลพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง
ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและ
หลัง

ได้รับโปรแกรม วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบพฤติกรรม的自我ดูแล
ตนเองด้านสุขภาพจิตกลุ่มทดลองก่อนและหลัง
การได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต ด้วย
สถิติ Pair t-test

4. เปรียบเทียบพฤติกรรม的自我ดูแล
ตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับ
โปรแกรมด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า

1 ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 อายุส่วนใหญ่ตั้งแต่ 66-75 ปี ร้อยละ 53.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.6 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.7 และมีการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ร้อยละ 60 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 อายุส่วนใหญ่ตั้งแต่ 66 -75 ปี ร้อยละ 53.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 90 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80 และมีการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ร้อยละ 60

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต จำแนกเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและเข้าใจชีวิตอยู่ในระดับมากที่สุด และมีค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม รองลงมาคือด้านการปฏิบัติกิจกรรมและนันทนาการ ด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และด้านการเผชิญและแก้ปัญหา ตามลำดับ ส่วนด้านการพัฒนาการรู้จักตนเองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยที่สุด และมีค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ดังตารางที่ 1

Table 1 Comparison mean score of classified Mental Health Self-care Behaviors between experimental group and comparison group before and after in the program.

Classified Mental Health Self-care Behaviors	Experimental group (n=30)				Control group (n=30)			
	Before		After		Before		After	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
Self-awareness	3.09	.58	3.35	.51	3.13	.50	3.20	.46
Communication	3.34	.39	3.60	.30	3.23	.28	3.32	.40
Coping	3.04	.48	3.47	.38	3.03	.22	3.27	.40
Recreation Activity	3.23	.66	3.69	.23	3.16	.31	3.37	.42
Religious activities for peace	3.65	.52	3.81	.16	3.06	.43	3.41	.39

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยสถิติ Pair t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนน

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.75$, $df = 58$, $p = .01$) ดังตารางที่ 2

Table 2 Comparison of Mental Health Self-care Behaviors of experimental group before and after participating in the program.

The Mental Health Self-care Behaviors of Experimental group	$\bar{x}$	SD	t	df	P-value
Before Experimental	3.27	.53	4.75	58	.01***
After Experimental	3.58	.32			

หมายเหตุ: *** p value <.05

3. การเปรียบเทียบเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.65$, $df = 58$, $p = .00$) ดังตารางที่ 3

Table 3 Comparison of Mental Health Self-care Behaviors of the Elderly before and after participating the program between experimental group and Control group.

The Mental Health Self-care Behaviors	$\bar{x}$	SD	t	df	<i>P-value</i>
Before Experimental					
Experimental group	3.27	.53	.62	58	.54
Control group	3.12	.35			
After Experimental					
Experimental group	3.58	.32	5.65	58	.00***
Control group	3.31	.41			

หมายเหตุ: *** p value <.05

อภิปรายผล

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการเผชิญและแก้ปัญหา ด้านการปฏิบัติกิจกรรมและนันทนาการ และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและเข้าใจชีวิตอยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับในระหว่างการจัดกิจกรรมการสะท้อนคิดด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองในอดีต และสถานการณ์ปัจจุบันทำให้ได้เรียนรู้และเข้าใจตนเอง เห็นคุณค่าของตนเอง มีความเข้าใจผู้อื่น การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการสื่อสารเชิงบวกในการให้กำลังใจตนเองและผู้อื่น รวมถึงการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า จากการได้ผ่านกระบวนการคิดและการทดลองปฏิบัติจริง ทำให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมากขึ้น และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์¹⁰ ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต้องเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามลักษณะต่างๆ ของบุคคลทั้งจากคุณลักษณะเฉพาะและประสบการณ์เดิมในอดีต รวมถึงด้านการรับรู้ความคิดและอารมณ์การ

ส่งเสริมให้มีทัศนคติทางสุขภาพเชิงบวกในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.75$, $df = 58$, $p = .01$) สอดคล้องกับสมมุติฐาน และพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}_{\text{ก่อน}} = 3.27$, $SD = .53$, $\bar{X}_{\text{หลัง}} = 3.58$, $SD = .32$) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์¹⁰ ที่กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองอย่างมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนมีความต่อเนื่องกันจะทำให้ประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งที่ผ่านมาแม้ว่ากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม แม้จะมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพจิตแต่กระบวนการดำเนินการและการจัดกิจกรรมยังไม่ชัดเจน นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสอดคล้องการศึกษาที่ผ่านมาของโสภารวรรณ¹⁴ พบว่าผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสนับสนุนทางสังคมและการเสริมสร้างคุณค่า ในตนเองต่อสุขภาพจิตมีระดับคะแนนสุขภาพจิตหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม และผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และการวิจัยของปัทมา¹⁵ พบว่าผู้สูงอายุมีค่าคะแนนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร และด้านการจัดการความเครียดหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) นอกจากนี้การที่กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นหลังการได้รับโปรแกรมอาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ทำให้มีความมีความต้องการที่จะดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้นในแต่ละด้าน² และจากการศึกษาของสุตา¹⁶ พบว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพจิตที่ดีเกิดจากการได้พูดคุย การเยี่ยมเยียน รวมถึงการได้รับความสนใจและเอาใจใส่

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($t = 5.65$, $df = 58$, $p = .00$) แสดงให้เห็นว่าการทำกิจกรรมอย่างมีขั้นตอนและต่อเนื่องในการพัฒนาการรู้จักตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการสื่อสารการเผชิญกับปัญหา การทำกิจกรรมนันทนาการและการได้ใช้ชีวิตทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น โดยด้านที่มีค่าคะแนนสูงสุด คือ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและเข้าใจชีวิต ($\bar{X}_{\text{หลัง}} = 3.81$, $SD = .16$) และข้อคำถามที่ค่าคะแนนสูงสุด คือ ผู้สูงอายุจะมีสวदनตําวานาหรือแผ่เมตตาให้ผู้อื่น และสามารถชนะใจตนเองละเว้นจากการกระทำที่ไม่ถูกต้องผิดศีลธรรม ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ด้านการพัฒนารู้จักตนเอง ($\bar{X}_{\text{หลัง}} = 3.25$, $SD = .55$) และข้อคำถามที่มีค่าคะแนนต่ำสุด คือ เมื่อท่านทุกข์ใจท่านจะเล่าให้บุคคลที่ท่านไว้วางใจฟัง ซึ่งหลังการทดลองพบว่า คะแนนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมใน

ผู้สูงอายุ พบว่าเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁷ และการวิจัยของจันทนา¹⁸ พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการวิจัยของกรธวัช และคณะ¹⁹ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต บนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่าและภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าการให้กิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่ดี อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้ ไม่ได้ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อกิจกรรม เช่น โรคประจำตัว และยาที่ได้รับในการรักษาซึ่งมีผลต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุ

จุดแข็งของงานวิจัยนี้ มีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องอย่างมีแบบแผนทำให้กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตดีขึ้น

สรุป โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเป็นโปรแกรมที่ได้จัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุโดยใช้การบรรยาย การอภิปรายและการลงมือทำกิจกรรมจำนวน 12 สัปดาห์ ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม

การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น รวมถึงเป็นแนวทางให้บุคลากรในศูนย์ได้นำไปใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมอันจะนำไปสู่ความสุขในชีวิตต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล

1. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุเป็นกระบวนการที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน มุ่งเน้นการมีกิจกรรมร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ดีพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทดูแลผู้สูงอายุหรือเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพในหน่วยบริการสามารถนำโปรแกรมห้กล่าวสู่การปฏิบัติจริงและติดตามอย่างต่อเนื่องผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง

2. ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถเป็นแนวทางให้หน่วยงานทางสุขภาพ วางแผนการดูแลโดยส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตในทุกด้านให้มีความคงอยู่และเพื่อให้มั่นใจว่าโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุนี้อย่างคงอยู่และมีประสิทธิภาพ ควรที่จะมีการติดตามผลในระยะยาวภายหลังการเสร็จสิ้นโปรแกรมไปแล้วอย่างน้อย 3-6 เดือน เพื่อเป็นการยืนยันประสิทธิผลที่เกิดขึ้นจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

ควรมีการศึกษาติดตามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในระยะยาวเพื่อประเมินการคงอยู่

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยปทุมธานี

Reference

1. Poonsit W. Looking back on the Japanese elderly society and the face of Thai business opportunities [internet]. 2017 [cited 2021 Dec 1]. Available from: <http://www.bangkokbiznews.com/blog/detail/642590>
2. World Health Organization. Depression and other common mental disorders global health estimates. Switzerland: WHO document production services, Geneva; 2017.
3. Department of Mental Health. Annual report 2020 [internet]. 2020 [cited 2021 July 25]. Available from: https://www.dmh.go.th/report/dmh/rpt_year/dl.asp?id=461
4. Bangkok Health Research Center. Aging health care [internet]. 2020 [cited 2021 Jul 25]. Available from: <https://www.bangkokhealth.com/17310>
5. Rawlins RP, Williams SR, Beck CK. Mental health psychiatric nursing: A holistic life cycle approach. 3rd ed. St. Louis: Mosby- Year Book, Inc; 1988.
6. Systematic Innovation Development Work Plan for Mental Health Promotion. Promotion mental health: Concepts–emerging evidence – practice summary report. Chiang Mai: Vanida Printing LP; 2017.
7. Suda W, Dusadee Y, Narisara P. Development of mental health promotion model for aging population at risk by community health care team. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2019; 6(2): 229-43. (in Thai)
8. Nursaheeda C. Happiness experience of the elderly living in residential care facilities in Souther Area. Master of Nursing Science (Adult Nursing), Songkla: Graduate studies, Songkla University; 2016.
9. Department of Mental Health. Department of mental health annual report 2015. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2015.
10. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 5th ed. Jurong, Singapore: Pearson; 2006.
11. Orathaya S, Poonarat P, Soamshine B. Art-based using to develop well-being of older adults: the systematic review. Journal of Graduate Studies

- in Northern Rajabhat Universities
2019; 9(2): 17-32. (in Thai)
12. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002.
13. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2005.
14. Sopawan C, Chatrri P, Sarodh P. The Effect of Social Support and Promoting Self-Esteem on the mental health of the elderly in Pangkarn Sub-district, Phanom District, Surat Thani Province. Journal of Community Health Development Khon Kaen University 2016; 4(1): 67 - 82. (in Thai)
15. Pattama P, Pudsadee K, Payao P, Siritorn Y, Chutima B, Prapas J. The effectiveness of a health promotion program on health behaviors of elderly in community. Journal of Health Science Research 2018; 12(Suppl): 52 – 60. (in Thai)
16. Suda W, Dusadee Y, Narisara P. Development of Mental Health Promotion Model for Aging Population at Risk by Community Health Care Team. The southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2019; 6(2): 229-43. (in Thai)
17. Natthika R, Chulajira C, Jarupha S. The Study of Socio-Cultural Program for Mental Health Promotion and Depressive Prevention in the Elderly Donmon Sub-district, Satuek District, Buriram Province. Academic HCU Journal 2017; 20(40): 115 -25. (in Thai)
18. Chantana S. Quality of Life and Health-promoting Behavior of the Elderly in Thungkhawpuang Sub-district, Chiang Dao District, Chiang mai Province. Thesis of Master in public health, Chiang Mai: Graduate studies, Chiang Mai Rajabhat University; 2019.
19. Korntanatouch P, Chuthamat K, Pitchanat N. Effectiveness of health promotion programs for Quality of Life Basic Need among the Elderly. The Public Health Journal of Burapha University 2017; 12(2): 65-74. (in Thai)