

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง  
ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ



นางสาวจิตสมร วุฒิพงษ์

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2543

ISBN 974-13-0648-2

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF PSYCHOLOGICAL HEALTH PROMOTION PROGRAM  
ON PSYCHOLOGICAL SELF - CARE BEHAVIORS  
OF THE ELDERLY

Miss Jitsamorn Wuthiphong



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Education

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2000

ISBN 974-13-0648-2



จิตสมร วุฒิพงษ์ : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง  
ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. (EFFECTS OF PSYCHOLOGICAL HEALTH PROMOTION  
PROGRAM ON PSYCHOLOGICAL SELF-CARE BEHAVIORS OF THE ELDERLY)

อ. ที่ปรึกษา : รศ. ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์, 132 หน้า. ISBN 974-13-0648-2.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน  
สุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต และเปรียบเทียบพฤติ  
กรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ  
ส่งเสริมสุขภาพจิตและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ณ สถานสงเคราะห์  
คนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี คัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตใน  
ผู้สูงอายุ และแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา จับคู่กลุ่มตัวอย่างโดยใช้เพศและระดับการศึกษาของ  
ผู้สูงอายุ ได้กลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน กลุ่มทดลองได้รับ  
โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง  
ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี และแนวคิด  
ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หาค่าความเที่ยงของ  
แบบวัด เท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริม  
สุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต
2. หลังการทดลอง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มที่ได้รับ  
โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สาขาวิชา .....การพยาบาลศึกษา.....

ปีการศึกษา .....2543.....

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา .....

## 4277559636 MAJOR NURSING EDUCATION

KEYWORD : PSYCHOLOGICAL HEALTH PROMOTION PROGRAM / PSYCHOLOGICAL SELF-CARE BEHAVIORS OF THE ELDERLY

JITSAMORN WUTHIPHONG : EFFECTS OF PSYCHOLOGICAL HEALTH PROMOTION PROGRAM ON PSYCHOLOGICAL SELF - CARE BEHAVIORS OF THE ELDERLY.

THESIS ADVISOR : ASSOC.PROF. JINTANA YUNIBHAND, PhD.132 pp.ISBN 974-13-0648-2

The purposes of this experimental research were to compare the psychological self-care behaviors of the elderly before and after participated in the psychological health promotion program, and to compare the psychological self-care behaviors of the elderly who participated in the psychological health promotion program and participated in regular caring activities. The research design was pretest-posttest control group. Samples consisted of 40 elderly living in Banglamung Home for The Aged. They were equally assigned into one experimental group and one control group by matching. Research instruments which were developed by the researcher, were lesson plan of psychological health promotion program and a psychological self-care behaviors scale. The reliability of the scale was .89. The t-test was used in data analysis

The major findings were the following :

1. The psychological self-care behaviors of the elderly who participated in the psychological health promotion program, after the experiment were significantly higher than before the experiment, at the .05 level.
2. After the experiment, the psychological self-care behaviors of the elderly who participated in the psychological health promotion program were significantly higher than those of the elderly who participated in regular caring activities, at the .05 level.

Field of study.....Nursing Education .....

Academic year .....2000.....

Student's signature.....

Advisor's signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้ ความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ภูมิพันธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ให้ความรู้ คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ตลอดจนเอาใจใส่ ช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประพนธ์ รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล ที่กรุณาให้ใช้ “แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา” และขอขอบพระคุณอาจารย์นุสราน นามเดช ที่กรุณาให้ใช้ “แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ” ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี เจ้าหน้าที่และผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลบุรี ที่อนุญาตและให้ความร่วมมือในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณท่านอธิบดีเจ้าหน้าที่กรมประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่และผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี ที่อนุญาตอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการทดลองและรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณเพื่อนๆ พี่ๆ และน้องๆ คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ให้กำลังใจและขอขอบพระคุณเป็นพิเศษแก่คุณเพชรวิ คันธสายบัว และคุณวัชรินทร์ เขียมศิริ ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

สิ่งสำคัญ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีโอกาสสำเร็จลงได้ หากมิได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้ความห่วงใย และเป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่ง จากคุณพ่อ คุณแม่ และพี่ชาย ซึ่งเปรียบเสมือนผู้ให้ทุกสิ่งทุกอย่างแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาไว้อย่างสูงสุด และสุดท้ายขอขอบพระคุณพี่สาวทั้งสองและน้องชายที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่ดีมาตลอด

จิตสมร วุฒิพงษ์

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ซ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	66
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	66
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	68
การดำเนินการทดลอง.....	83
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	88
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	101
รายการอ้างอิง.....	110
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	117
ภาคผนวก ข สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	122
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	125
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	132



## สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	การจัดกลุ่มตัวอย่างตามเพศ ระดับการศึกษา คะแนนภาวะสุขภาพจิต และภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุก่อนการทดลอง.....	68
2	วัน เวลาการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี .....	85
3	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	89
4	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	90
5	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามรายด้าน.....	91
6	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามรายด้าน..	92
7	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง จำแนกตามรายข้อ เรื่องการพัฒนาการรู้จักตนเอง.....	93
8	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง จำแนกตามรายข้อ เรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ.....	94
9	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง จำแนกตามรายข้อ เรื่องการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล.....	95
10	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง จำแนกตามรายข้อ เรื่องการเผชิญปัญหา...	96
11	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง จำแนกตามรายข้อ เรื่องการปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ.....	97
12	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง จำแนกตามรายข้อ เรื่องการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและการเข้าใจชีวิต.....	98



## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
13	เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง จำแนกตามรายชื่อ เรื่องการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป.....99



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาของปัญหาและความสำคัญของปัญหา

นโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย มุ่งเน้นในด้านของการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองได้ ทั้งนี้เพราะที่ผ่านมามีประเทศไทยเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงมากปีละเกือบ 3 แสนล้านบาท โดยมีอัตราเพิ่มปีละกว่าร้อยละ 10 แต่ค่าผลลัพธ์ด้านสุขภาพต่ำ เพราะเงินส่วนใหญ่ที่จ่ายไปเป็นการจ่ายเพื่อซ่อมสุขภาพที่เสีย มากกว่าเพื่อการสร้างสุขภาพดี พร้อมๆกันนั้น คนไทยต้องบาดเจ็บล้มตายโดยไม่จำเป็น ด้วยวัยอันไม่สมควรเป็นจำนวนมากจากโรค และปัญหาที่ควรจะป้องกันได้ เช่น โรคเอดส์ การติดสารเสพติด โรคทางจิตและประสาท ซึ่งเกี่ยวเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง (สปรส., 2543) ระบบการดูแลตนเองจึงนับว่ามีความสำคัญมากในปัจจุบัน เป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่เพื่อประโยชน์ให้ตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความเจ็บป่วย ดังนั้น การดูแลตนเองจึงมีความจำเป็น และมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลทั้งในภาวะปกติ และเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย หากทำได้อย่างทั่วถึงและถูกต้อง จะทำให้ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาระที่ไม่จำเป็นให้แก่สถานพยาบาล เพื่อให้สามารถทุ่มเทกับผู้ป่วยที่มีปัญหาต่างๆ ได้มากขึ้น (ประเวศ วัชรี, 2543)

ในส่วนของแผนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตก็เช่นกัน มุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และสามารถดูแลสุขภาพจิตตนเองและผู้อื่นได้ (กรมสุขภาพจิต, 2542) การส่งเสริมสุขภาพจิตครอบคลุมกิจกรรมต่างๆ มากมาย โดยกิจกรรมทั้งหมดมีจุดมุ่งหมายเพื่อเสริมสร้างผลกระทบดีต่อสุขภาพจิต เช่น การส่งเสริมคุณภาพ และทักษะของปัจเจกบุคคล และการพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

การที่จะเป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดีนั้นเป็นผลมาจากกระบวนการของชีวิตที่ต่อเนื่อง และเกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้งทางกายภาพ จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม (Neuman, 1982 : Hill & Smith, 1985) และตามแนวคิดของ จาโฮดา (Jahoda cited in Stuart & Sundeen, 1987) การมีสุขภาพจิตดี คือ มีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ เป็นตัวของตัวเอง พึ่งพาตนเองได้ มีความต้านทานต่อความเครียดสูง ได้รับรู้สภาพการณ์ สิ่งแวดล้อมตามความเป็นจริงและมีความประจักษ์ในคุณค่าแห่งตน การมีสุขภาพจิตดีเป็นยอดปรารถนาของมนุษย์ทุกคน การที่บุคคลจะมีสุขภาพจิตที่ดี

บุคคลจำเป็นต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดียิ่ง ซึ่งเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่บุคคลต้องกระทำ มองเห็นคุณค่าของการกระทำ และตัดสินใจลงมือกระทำอย่างต่อเนื่อง จึงจะเกิดผลต่อการดำรงรักษาสุขภาพจิตให้อยู่ในสภาวะที่บุคคลเป็นสุขได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534)

จากการเปลี่ยนแปลงของระบบสังคม ทำให้โครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด ดังจะเห็นได้จากสถิติประชากรผู้สูงอายุที่คาดประมาณในปี 2523-2593 จะมีผู้สูงอายุไทยเป็นจำนวน 46.7, 55.6, 61.4, 66.5, 70.9 และ 74.1 ล้านคน ตามลำดับ หรืออัตราการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับปี 2523 เพิ่มขึ้นร้อยละ 19.0 ในปี 2533 ร้อยละ 31.4 ในปี 2543 ร้อยละ 42.4 ในปี 2553 ร้อยละ 51.9 ในปี 2563 และร้อยละ 58.8 ในปี 2593 (นภาพร ชโยวรรณ, 2542) ฉะนั้นผู้สูงอายุจึงเป็นอีกเป้าหมายหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญ ประกอบกับ ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในรูปของการเสื่อมถอยมากกว่าการเจริญเติบโต ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดน้อยจากการสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง เกิดความคับข้องใจเกี่ยวกับการสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายและกลัวความตาย (Hogstel, 1994) ในด้านการงาน และบทบาทในสังคม ผู้สูงอายุต้องพบกับการปลดเกษียณหรือการออกจากงาน สูญเสียรายได้ สูญเสียสถานภาพและบทบาทในสังคม ขาดการติดต่อสมาคมกับเพื่อนฝูงทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว คุณค่าในตนเองลดลง นอกจากนี้ยังเป็นวัยที่พบการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทั้งคู่ชีวิต ญาติพี่น้อง และเพื่อนสนิทด้วยการตายจากกัน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว ว่าเหงา ซึมเศร้าและสิ้นหวัง (Staab & Hodges, 1996 : Stanley, 1995)

จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่เสี่ยงกับปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าวัยอื่นๆ และมีแนวโน้มว่าจะมีปริมาณมากขึ้นด้วย ดังสถิติการเข้ารับการรักษาในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตในปี 2540-2542 มีผู้ป่วยนอกเข้ารับการรักษาในปี 2540 จำนวน 102,587 ครั้ง, ปี 2541 จำนวน 109,689 ครั้ง และปี 2542 จำนวน 122,211 ครั้งตามลำดับ เป็นผู้ป่วยใน ในปี 2540 จำนวน 1602 ราย ปี 2541, จำนวน 1533 ราย และปี 2542 ราย จำนวน 4,451 รายตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2540 ; 2541 ; 2542) หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี ยอมรับการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ ยอมรับการสูญเสีย มีความยืดหยุ่นในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม และมีปฏิริยาต่อสภาพแวดล้อมในทางที่ดี ก็ถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตที่ดี (พัชรี ต้นศิริ, 2533) ตรงกันข้ามหากผู้สูงอายุไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ก็จะทำให้เกิดความเครียด ความคับข้องใจและเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ (อัมพร โอตระกูล, 2538)

การส่งเสริมสุขภาพจิต ให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสมนั้น นับเป็นสิ่งสำคัญในการลดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้อง

กับแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น และแนวนโยบายของงานสุขภาพจิตที่มุ่งให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองให้เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุขในชีวิต ที่ผ่านมากองทุนเพื่อสุขภาพส่วนใหญ่ถูกใช้จ่ายไปกับการรักษาและการดูแลผู้ป่วยทางจิต ส่วนที่เหลือถูกใช้จ่ายไปกับการบริการเพื่อฟื้นฟู และดูแลรักษาชุมชนต่างๆ ทูทที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตมีอยู่น้อยมาก (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2542) การส่งเสริมสุขภาพจิตที่ผ่านมา ยังไม่มีปรากฏงานวิจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ทั้ทั้งที่ทุกคนมีเวลาที่จะอยู่กับตนเองมากที่สุด และภาวะสุขภาพจิตก็เป็นผลมาจากพฤติกรรมของตนเองเกือบทั้งสิ้น การส่งเสริมสุขภาพของบุคคลนั้น ตามแนวคิดของ Pender (1996) พฤติกรรมที่มีมาก่อนจะเป็นตัวกำหนดและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bandura ที่ว่าพฤติกรรมที่มีมาก่อนนั้นมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้การรับรู้ความสามารถแห่งตน การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคและความรู้สึกที่สัมพันธ์กับกิจกรรมที่กระทำทั้งทางอ้อมแก่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ฉะนั้น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลจึงขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ได้รับ

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เป็นการรับรู้ถึงผลดีต่อภาวะสุขภาพจากการได้รับการรักษาและมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นสิ่งชักนำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพมากขึ้น (Rosentock, 1990) ดังนั้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง การปรับการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตได้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลถึงผลจากการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในทางลบ หรือเป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาจากการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เช่น การเสียค่าใช้จ่าย ความไม่สุขสบายจากการได้รับความเจ็บปวดหรือความเครียด และความไม่สะดวกต่างๆ ในการปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้บุคคลจะนำมาเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ ถ้าพบว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับ อาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพนั้นได้ (Rosentock, 1990) ฉะนั้นการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองที่สำคัญอีกด้านหนึ่ง ดังนั้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปสรรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องจะทำให้การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวลดลงและมีผลทำให้สามารถปฏิบัติเพื่อรักษาภาวะสุขภาพได้

การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Perceived self-efficacy) ตามคำจำกัดความของ Bandura (1986) เป็นการพิจารณาสมรรถนะของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมโดยที่ไม่ได้รับความ

ช่วยเหลือจากผู้อื่น การรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่จะปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพ หากการรับรู้ความสามารถแห่งตนในระดับสูงจะส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคของการกระทำต่ำลง

ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการกระทำ (Activity-related affect) เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำ ในระหว่างการกระทำ และหลังการกระทำ เกี่ยวข้องกับ 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้สึกต่อการกระทำ (activity-related) ต่อตัวเอง (self-related) และสถานที่สิ่งแวดล้อม (context-related) เป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคลที่มีต่อการแสดงพฤติกรรม ถ้าเป็นความรู้สึกที่ดีจะมีผลต่อการมีพฤติกรรมนั้นอีก แต่ถ้าเป็นความรู้สึกทางลบบุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงพฤติกรรมนั้นๆ

นอกจากนี้ อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) ซึ่งเป็นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ และทัศนคติต่างๆ และอิทธิพลของสถานการณ์ (Situational Influences) ก็มีผลต่อแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในการส่งเสริมสุขภาพด้วยเช่นกัน

จากแนวคิดตามแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ถูกต้องเหมาะสมนั้น ผู้สูงอายุจะต้องได้รับประสบการณ์ที่ทำให้เขารับรู้ทั้งทางด้านของความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับประโยชน์ของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับที่สูง มีการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมในระดับที่ต่ำ เกิดความรู้สึกในทางบวกในขณะที่กระทำกิจกรรม นอกจากนี้การจัดสภาพแวดล้อมจะต้องเอื้ออำนวยต่อการกระทำพฤติกรรมทั้งสิ่งแวดล้อมในด้านสถานที่ บรรยากาศ และสิ่งแวดล้อมด้านบุคคลซึ่งจะเป็นต้นแบบที่ดีต่อการมีพฤติกรรม สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

สำหรับวิธีการสอนนั้นขึ้นอยู่กับหลายวิธี แต่เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีข้อจำกัดในตัวเองหลายประการ ฉะนั้นประสิทธิภาพของการเรียนรู้ จึงขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆซึ่งต้องคำนึงถึงในการจัดกิจกรรมให้เกิดการเรียนรู้ ได้แก่ 1. ช่วงเวลาที่มีการนำเสนอข้อมูลเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ 2. การจูงใจ (motivation) การจูงใจมีผลต่อการเรียนรู้และการปฏิบัติงานของผู้สูงอายุ นอกจากกระบวนการของความจำแล้ว การจูงใจหรือความอดทนต่อความกดดันจะส่งผลต่อการเรียนรู้ หากขาดแรงจูงใจที่ดีแล้ว บุคคลผู้นั้นจะมีความอดทนต่อความกดดันต่างๆที่ได้รับในระดับต่ำ การจูงใจมีผลต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ไม่สนใจต่อผลการทดลองจะไม่สนใจและไม่พยายามเรียนรู้หรือต่อสู้เพื่อให้ได้มาซึ่งความสามารถสูงสุด (peak performance) การได้ตอบต่อสิ่งเร้ามีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการจูงใจ 3. ความระมัดระวัง (caution) ความระมัดระวังทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็นและทำให้ผู้สูงอายุมีความล่าช้าในการตอบสนอง 4. การถูกดึงดูความสนใจ (distractibility) ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาในการที่จะพุ่งความสนใจไป



ยังสิ่งหนึ่งสิ่งใดนานๆ และจะถูกดึงดูความสนใจจากสิ่งอื่นๆ ได้ง่าย เนื่องจาก ขาดความสนใจหรือมองไม่เห็นประโยชน์ในสิ่งนั้น ปัญหาทางสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เช่น สายตาที่มองเห็นไม่ค่อยชัด หูที่ฟังเสียงได้ไม่ดีพอ 5. การขัดขวางต่อการเรียนรู้ (interference) การขัดขวางต่อการเรียนรู้มี 2 ลักษณะ คือ preactive interference ซึ่งหมายถึง ข้อมูลเดิมจะขัดขวางต่อการเรียนรู้ใหม่ๆ และ retroactive interference หมายถึง การเรียนรู้สิ่งใหม่จะขัดขวางต่อสิ่งที่ได้เรียนมาแล้วในอดีต ถ้าผู้สูงอายุเคยรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งมาก่อนแล้ว การที่จะเอาข้อมูลใหม่ไปให้ผู้สูงอายุจะทำได้ลำบากมากกว่าวัยอื่นๆ เพราะการยึดติดกับความเคยชินเก่าๆ ที่ตนได้สั่งสมประสบการณ์มา หรือ เมื่อผู้สูงอายุได้รับความรู้ใหม่จนเข้าใจชัดเจนแล้ว การที่จะให้กลับไประลึกหรือจำความรู้เดิมก็จะทำได้ลำบากเช่นกัน ลักษณะของผู้สูงอายุจึงเป็นแบบได้น้ำล้นหลัง ดังนั้น การให้ข้อมูลที่สับสนแก่ผู้สูงอายุจึงเป็นอุปสรรคสำคัญในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ และสิ่งที่จะให้ผู้สูงอายุเรียนรู้นั้น ควรสัมพันธ์กับประสบการณ์ ความรู้เดิมที่ผู้สูงอายุมีอยู่ และควรเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุนำไปใช้ประโยชน์ได้ (สุรกุล เจน อบรม, 2541)

ดังนั้น วิธีการสอนเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ตามข้อจำกัดและลักษณะของผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าวิธีการสอนที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ คือ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ผู้สอนมุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม (Kolb, 1984) อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียนเป็นแหล่งของการเรียนรู้และพัฒนาพฤติกรรม ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง และเป็น การเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) คือ ผู้เรียนต้องทำกิจกรรมตลอดเวลา ไม่ได้นั่งฟังการบรรยายอย่างเดียว อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ เช่น การพูด การเขียน การวาดรูป การแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งเอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยน วิเคราะห์ สังเคราะห์ความรู้ ประกอบกับผู้สูงอายุทุกคนซึ่งมีประสบการณ์ติดตัวมาจะสามารถใช้ประสบการณ์ของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุดหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นตลอดจนทดลองใช้ความรู้ที่เรียนมาไปสู่การปฏิบัติได้ ทั้งนี้ เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาศักยภาพภายในตัวบุคคลให้รับรู้ประโยชน์ของการกระทำลดการรับรู้อุปสรรค ตระหนักถึงความสามารถของตนอง ดังนี้

1. การใช้ประสบการณ์ของบุคคล (people's experience) โดยเริ่มต้นที่ประสบการณ์ของผู้เรียน และถือว่าประสบการณ์ของผู้เรียนนั้นเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง
2. วิทยากรและผู้เรียนมีความสำคัญเท่ากัน ทั้งวิทยากรและผู้เรียนจะสร้างความสัมพันธ์โดยการสื่อสารกันอย่างแท้จริง มีการแลกเปลี่ยนที่เท่าเทียมกัน
3. บุคคลเรียนรู้ได้ดีที่สุดจากกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่เป็นจริงได้

4. ต้องมีการติดตามผลโดยภายหลังที่สมาชิกกลุ่มได้วิเคราะห์ปัญหาแล้ว เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถตัดสินใจได้ว่าจะทำอย่างไรต่อไป

จากการศึกษาแนวคิดต่างๆ แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ถูกต้องเหมาะสมนั้น ผู้สูงอายุจะต้องได้รับประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ได้มีโอกาสได้สัมผัสประสบการณ์จริง ที่ทำให้เขาเรียนรู้ทั้งทางด้านของความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับประโยชน์ของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับที่สูง มีการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมในระดับที่ต่ำ เกิดความรู้สึกในทางบวกต่อการกระทำกิจกรรม นอกจากนี้การจัดสภาพแวดล้อมจะต้องเอื้ออำนวยต่อการกระทำพฤติกรรมทั้งสิ่งแวดล้อมในด้านสถานที่ บรรยากาศ และสิ่งแวดล้อมด้านบุคคลซึ่งจะเป็นต้นแบบที่ดีต่อการมีพฤติกรรม สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสมนั้น เป็นสิ่งจำเป็น ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพด้านการสอนมีบทบาททั้งการบริการและการผลิตพยาบาลวิชาชีพให้เป็นไปตามความต้องการของสังคม ได้เล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในลักษณะของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) โดยนำสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมาวิเคราะห์ พูดคุย หรือ เพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์ของตน แสวงหาแนวทางร่วม และจัดประสบการณ์ใหม่ โดยผ่านการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ลดการรับรู้อุปสรรคอุปสรรคของการกระทำพฤติกรรม เกิดความรู้สึกที่ดีต่อการมีประสบการณ์ใหม่ที่เหมาะสม และมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการกระทำพฤติกรรมทั้งสิ่งแวดล้อมในด้านสถานที่ บรรยากาศ และสิ่งแวดล้อมด้านบุคคลซึ่งจะเป็นต้นแบบที่ดีต่อการมีพฤติกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพด้านการบริการในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางสำหรับอาจารย์พยาบาลในการพัฒนาการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ เพื่อให้ศึกษามีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต



2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของบุคคล ตามแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender, 1996) แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ถูกต้องเหมาะสมนั้น ผู้สูงอายุจะต้องได้รับประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ได้มีโอกาสได้สัมผัสประสบการณ์จริง ที่ทำให้เขารับรู้ทั้งทางด้านของความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับประโยชน์ของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับที่สูง มีการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมในระดับที่ต่ำ เกิดความรู้สึกในทางบวกต่อการกระทำกิจกรรม จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุนั้นหากผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับที่สูง และมีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีพฤติกรรมในระดับที่ต่ำ ผู้สูงอายุก็จะเกิดการเรียนรู้ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ถูกต้องเหมาะสมนั้นต่อไป

เช่นเดียวกับการศึกษาวิจัยของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) พบว่า ผู้ที่รับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมอนามัยในระดับสูง มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูง ส่วนประชาชนที่รับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องในระดับสูง จะมีแนวโน้มของการดูแลตนเองในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ โฮม (Holm, 1991 อ้างถึงใน วนิดา อินทราชา, 2538) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 30 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนมากกว่า และมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจและไคสัน (Kison, 1992) พบความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกันในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือของผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 31 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน มากกว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน จะให้ความร่วมมือมากที่สุดในการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนมากกว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน จะให้ความร่วมมือที่น้อยที่สุด และยังคงสูบบุหรี่อยู่มากที่สุด

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในลักษณะของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) โดยนำสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมาวิเคราะห์ พูดคุย หรือ เพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์ของตน แสวงหาแนวทางร่วม และ

จัดประสบการณ์ใหม่ โดยผ่านการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ลดการรับรู้อุปสรรคอุปสรรคของการกระทำพฤติกรรม เกิดความรู้สึกที่ดีต่อการมีประสบการณ์ใหม่ที่เหมาะสม และมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าจะสามารถพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-85 ปี ไม่จำกัดเพศ อายุ การศึกษาผ่านการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุแล้วพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตหรือมีความเครียดสูง และไม่มีภาวะสมองเสื่อม
3. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยทำการทดลองที่บ้านพักคนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี
4. ตัวแปรที่ศึกษา  
ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต  
ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการสอนของผู้วิจัยในการพัฒนาการเรียนรู้ในผู้สูงอายุเพื่อการดำรงชีวิตด้วยความผาสุก ในลักษณะของการเสริมสร้างควมมีคุณค่าแห่งตน การพัฒนาเทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความคิดอย่างมีความสุขและการเผชิญสถานการณ์ชีวิต และการพัฒนาเทคนิคการคลายเครียด โดยมีการนำเสนอความรู้และจัดประสบการณ์ให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ลดการรับรู้อุปสรรคอุปสรรคต่อการกระทำ เกิดความรู้สึกที่ดีต่อการมีประสบการณ์ใหม่ที่เหมาะสม และมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการ

กระทำพฤติกรรมทั้งสิ่งแวดล้อมในด้านสถานที่ บรรยากาศ และสิ่งแวดล้อมด้านบุคคลซึ่งจะเป็นต้นแบบที่ดีต่อการมีพฤติกรรม (pender, 1996) ตามกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Kolb, 1984) ประกอบด้วยขั้นตอนการสอน ดังนี้

1.1 การนำเสนอและเชื่อมโยงสถานการณ์ คือ การที่พยาบาลนำประสบการณ์ที่สร้างขึ้นตามสาเหตุของปัญหาด้านจิตใจในผู้สูงอายุ มาเสนอในรูปของความเรียง หรือวีดีโอ ต่อกลุ่มผู้สูงอายุ จากนั้นจะใช้คำถามกระตุ้นให้เกิดการเชื่อมโยงสถานการณ์ที่สอดคล้องกับผู้สูงอายุ รวมทั้งให้ผู้สูงอายุนำเสนอสถานการณ์ของตนเองที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่นำเสนอ

1.2 การสะท้อนแนวคิดและค่านิยม คือ การที่พยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็น วิเคราะห์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในสถานการณ์ที่นำเสนอและสถานการณ์ของตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ประโยชน์ ลดการรับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถของตนเองต่อการแสดงพฤติกรรม

1.3 สร้างความเข้าใจและความคิดรวบยอด คือ การที่พยาบาลใช้คำถามหรือคำพูดในการกระตุ้น ชักจูงให้ผู้สูงอายุร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแนวทางและวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และความสามารถของตนเองในการพัฒนาพฤติกรรมในการดำรงชีวิต โดยการให้ผู้สูงอายุเป็นฝ่ายริเริ่ม แล้วพยาบาลเป็นฝ่ายเติมแต่งให้สมบูรณ์หรือทางกลับกัน พยาบาลเป็นผู้นำทาง และผู้สูงอายุเป็นผู้สานต่อ จนความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด

1.4 การทดลองและตรวจสอบพฤติกรรมใหม่ คือ การที่พยาบาลให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแสดงพฤติกรรมตามสถานการณ์ที่พยาบาลสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุ โดยใช้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการสนับสนุน คัดค้านการแสดงพฤติกรรมหรือการให้เวลาแก่ผู้สูงอายุในการนำแนวคิดของการพัฒนาพฤติกรรมไปทดลองปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

2. การได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมและลงมือกระทำกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาพฤติกรรมในการดำรงชีวิตด้วยความสนุกสนาน

3. การได้รับการดูแลตามปกติ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมที่สถานสงเคราะห์จัดให้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ เพื่อให้เกิดความสุขทางจิตใจ ประกอบด้วย การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การเข้ารับคำปรึกษา การทำงานอาสาสมัคร และงานอดิเรกต่างๆ

4. พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อดำรงภาวะการมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ มีความสุข พึ่ง

พอใจในชีวิต อย่างผสมผสานทั้งในภาวะปกติและในภาวะที่มีปัญหา และเป็นพฤติกรรมที่สามารถพัฒนาได้ ประเมินโดยใช้แบบวัดพฤติกรรม ทั้ง 7 ด้าน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

4.1 การพัฒนาการรู้จักตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำเพื่อรับรู้ถึงค่านิยม เป้าหมายในชีวิต วิธีการแก้ปัญหของตน กิจกรรมที่เชื่อมโยงกับการรับรู้ความรู้สึกของตนเองว่าเป็นอย่างไรในสถานการณ์ต่างๆและความพยายามที่จะสร้างความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง

4.2 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพหมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเองได้ และรับรู้รับทราบความต้องการของผู้อื่นอย่างถูกต้อง ตรงกัน

4.3 การเผชิญปัญหา หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติของผู้สูงอายุเมื่อเกิดปัญหาทางด้านจิตใจ หรือการสูญเสียซึ่งบุคคลไม่อาจหลีกเลี่ยงได้เพื่อดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของชีวิต

4.4 การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ดี หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำเพื่อสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลใกล้ชิด เพื่อให้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมีความมั่นคงและความพยายามที่จะให้ได้มาซึ่งตอบสนองความต้องการของตนเองและขอความช่วยเหลือจากบุคคลเหล่านั้น

4.5 การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในยามว่างเพื่อความเพลิดเพลิน ความเบิกบานใจ แต่ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้การยอมรับของสังคม

4.6 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและการเข้าใจชีวิต หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำตามหลักความเชื่อทางศาสนาที่ตนยึดถือ โดยเน้นที่การทำความดี ละเว้นความชั่ว การทำจิตใจให้สงบและการเข้าใจชีวิต

4.7 การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติโดยมุ่งหวังให้มีร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์

5. ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ อายุ การศึกษา ผ่านการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุแล้วพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตหรือมีความเครียดสูง และไม่มีภาวะสมองเสื่อม

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการบริการพยาบาล เป็นแนวทางให้พยาบาลประจำการและผู้บริหารการพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี และอยู่ในสังคมด้วยความผาสุก
2. ด้านการศึกษาพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับอาจารย์พยาบาลในการจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ เพื่อให้ผู้เรียนได้พัฒนาความรู้ และสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุและประชาชนต่อไป

3. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุและวัยอื่นๆ ต่อไป



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในครั้ง นี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องไว้ตามลำดับ ดังนี้

1. การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุไทย
  - 1.1 ลักษณะของผู้สูงอายุในสังคมไทย
  - 1.2 ผู้สูงอายุกับสถานสงเคราะห์คนชรา
  - 1.3 ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตและสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
3. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
4. การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
  - 4.1 ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ
  - 4.2 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ
5. โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุไทย

##### 1.1 ลักษณะของผู้สูงอายุในสังคมไทย

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในโลกที่กำลังประสบปัญหาการเปลี่ยนแปลงประชากร อันสืบเนื่องมาจากการลดอัตราการเกิดและอัตราการตาย มีผลให้แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้นเป็นลำดับ ดังจะเห็นได้จากสถิติประชากรผู้สูงอายุที่คาดประมาณในปี 2523-2593 จะมีผู้สูงอายุไทยเป็นจำนวน 46.7, 55.6, 61.4, 66.5, 70.9 และ 74.1 ล้านคน ตามลำดับ หรืออัตราการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับปี 2523 เพิ่มขึ้นร้อยละ 19.0 ในปี 2533 ร้อยละ 31.4 ในปี 2543 ร้อยละ 42.4 ในปี 2553 ร้อยละ 51.9 ในปี 2563 และร้อยละ 58.8 ในปี 2593 (นภาพร ชโยวรรณ, 2542) ประกอบกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จากสังคมไทยที่มีวัฒนธรรมและประเพณีอันดีงาม ยึดหลักการดำเนินชีวิตแบบเรียบง่าย มีการพึ่งพาอาศัยกัน

กอร์ปด้วยค่านิยมของการเคารพผู้สูงอายุ มีความกตัญญูรู้คุณ ยกย่องและให้เกียรติผู้สูงอายุ ประดุงบิดามารดา ผู้สูงอายุจึงเป็นดั่งร่มโพธิ์ร่มไทรของบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขสบายใจ คอยให้คำปรึกษาที่ดั่งามแก่บุตรหลาน อาศัยกันแบบครอบครัวใหญ่ แต่จากกระแสการ พัฒนาประเทศในช่วง 10 ปี 20 ปี ที่ผ่านมานโยบายของประเทศได้ มุ่งเน้นไปในเรื่องการพัฒนา เมืองอุตสาหกรรม รวมทั้งกระแสโลกาภิวัตน์ ได้เกิดเป็นผลกระทบต่อสังคม โครงสร้างชุมชน วิถีชีวิตและค่านิยมของผู้คน ตัวอย่างที่เห็นได้ชัด คือ โครงสร้างครอบครัวที่แต่เดิมนั้นเป็นครอบครัวใหญ่ (Extended family) สมาชิกอยู่กันแบบอุ้นหนาผาคั่ง กลายมาเป็นครอบครัวเล็ก (Nuclear family) ผู้คนว่าเหว่มากขึ้น ทอดทิ้งกันมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงถูกทอดทิ้ง โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบทที่ลูกหลานละทิ้งไร่่นาไปหางานทำในต่างถิ่น จากสังคมที่ยึดหลัก “ธรรมนิยม” กลักลายเป็น “วัตถุนิยม” ตามทิศทางของการพัฒนาจากโลกตะวันตกมากขึ้น วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป นำมาซึ่งโรคร้ายไข้เจ็บใหม่ๆ ตลอดจน โรคเครียด โรคจิต และการฆ่าตัวตาย (เกษม วัฒนชัย, 2543) จากการเปลี่ยนแปลงต่างๆนี้ ก่อให้เกิดปัญหาในด้านต่างๆ พอสรุปได้ดังนี้

1.1.1 ด้านสุขภาพอนามัย ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ประสบกับปัญหาด้านสุขภาพมาก เพราะเป็นวัยที่กำลังถดถอย ถูกโรคร้ายเบียดเบียนได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจและ ด้อยการศึกษาจะขาดความรู้พื้นฐานในการป้องกันโรค และการรักษาสุขภาพอนามัยเบื้องต้น การ ให้บริการและสวัสดิการต่างๆ ในเรื่องการรักษาพยาบาลยังอยู่ในวงแคบ ประกอบกับความจำกัด ด้านทรัพยากร ทำให้ไม่เพียงพอที่จะเอื้อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและเหมาะสมกับ วัย

1.1.2 ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว สังคม และวัฒนธรรม การมีสัมพันธ ภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัว ที่ทำให้ผู้สูงอายุพึงพอใจและสุขใจอย่างต่อเนื่องใน บั้นปลายของชีวิตนั้น ในปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนไป บุตรหลานและคนรุ่นใหม่ในสังคมมีเจตคติ ต่อผู้สูงอายุในทางลบ โดยมองคุณค่าของผู้สูงอายุต่ำลง เพราะไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ อาชีพ ประสบการณ์จากผู้สูงอายุอีกต่อไป เนื่องจากสามารถเรียนรู้จนประกอบอาชีพได้จากการ ศึกษาจากแหล่งอื่น ไม่ใช่การถ่ายทอดจากผู้สูงอายุในครอบครัวหรือเครือญาติ และเห็นคุณค่า ของผู้สูงอายุเป็นเพียงผู้เฝ้าบ้าน ความเคารพยกย่องให้เกียรติเริ่มลดลง ทำให้ผู้สูงอายุประสบ ปัญหากับบุตรหลาน มีความขัดแย้งระหว่างค่านิยมและพฤติกรรมต่างๆ ของคนรุ่นใหม่ ก่อให้ เกิดปัญหาระหว่างวัย ผู้สูงอายุถูกมองว่าล้าสมัย พุดคุยกันไม่รู้เรื่อง จู้จี้ ขี้บ่น ลูกหลานไม่ยอม ใกล้เคียง ทำให้ผู้สูงอายุเหนื่อยใจ เครียด แยกตัวเอง ขาดสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว (พัชรี ตันศิริ และคณะ, 2539)

1.1.3 ด้านการศึกษา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นประชากรที่ไม่ได้รับการศึกษา ทำ ให้ผู้สูงอายุขาดความรู้ในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพในวัยชรา การบริการด้านการศึกษาต่อเนื่อง



ตลอดชีวิตในรูปแบบต่างๆ ยังขาดแคลนอยู่มากทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ โดยเฉพาะเนื้อหาสาระที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับข่าวสารที่จำเป็นแก่การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างถูกต้องและเหมาะสม

1.1.4 ด้านความมั่นคงของรายได้และการทำงาน สังคมไทยเป็นสังคมเกษตรกรรมมาแต่ดั้งเดิม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เมื่ออายุมาก ร่างกายไม่อำนวยต่อการทำงาน ทำให้ประสบปัญหาการขาดรายได้ ไม่มีหลักประกันในชีวิต ประกอบกับอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพที่มีรายได้ต่ำ ไม่สามารถเก็บรวบรวมเงินไว้ใช้ในยามชราได้

จากที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า จากสภาพสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้การปรับตัวของผู้สูงอายุไม่ทันกับสภาพแวดล้อม ก่อให้เกิดความกดดันทางด้านจิตใจ ความเครียด ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวอย่างมากให้ยอมรับสภาวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างรวดเร็ว ประกอบกับการให้บริการและสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอและไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีปริมาณมากขึ้นตามจำนวนของประชากรผู้สูงอายุ ที่สำคัญหากผู้สูงอายุไม่สามารถยอมรับสภาพความเป็นอยู่ที่เปลี่ยนแปลงได้ ก็จะทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตตามมาได้เช่นกัน

## 1.2 ผู้สูงอายุกับสถานสงเคราะห์คนชรา

สถานสงเคราะห์คนชราเป็นสถานที่พักพิงของผู้สูงอายุที่ไร้ญาติ ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู ประสบความทุกข์ยาก เดือดร้อน ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรืออยู่กับครอบครัวแล้วไม่มีความสุข และเป็นภาระแก่ครอบครัวที่ยากจน มีรายได้น้อย ไม่สามารถให้การอุปการะเลี้ยงดูคนชราในครอบครัวได้ ซึ่งกรมประชาสงเคราะห์ได้เริ่มดำเนินการในการให้การสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2496 เป็นต้นมา มีนโยบายที่จะดำเนินการในทุกรูปแบบ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครอง ได้รับการดูแลให้มีความสุข ไม่ต้องเร่ร่อน ถูกทอดทิ้งให้ว่าเหว รวมทั้งการเสริมสร้างทัศนคติและพัฒนาค่านิยมเพื่อให้เกิดความกตัญญูต่อบุพการี การดำเนินงานของกรมประชาสงเคราะห์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย (กรมประชาสงเคราะห์, มปป.)

1.2.1 การสงเคราะห์คนชราภายใน เป็นการรับคนชราที่ประสบความทุกข์ยาก เดือดร้อน

ประเภทสามัญ ผู้สูงอายุไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ การอยู่อาศัยอยู่ร่วมกัน ห้อยละหลายคน แยกชาย-หญิง ไม่ปะปนกัน ประเภทนี้มี 20 แห่งทั่วประเทศ ได้แก่

- (1) สถานสงเคราะห์คนชรabanบางแค กรุงเทพมหานคร
- (2) สถานสงเคราะห์คนชรabanธรรมปกรณวัดม่วง จังหวัดนครราชสีมา

- (3) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่
- (4) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์โพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา
- (5) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี
- (6) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านทักษิณ จังหวัดยะลา
- (7) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาปอแก้ว จังหวัดนครสวรรค์
- (8) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี
- (9) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอุ้มทอง-พื้งดัก จังหวัดชุมพร
- (10) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
- (11) สถานสงเคราะห์คนชราवासนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- (12) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านนครปฐม จังหวัดนครปฐม
- (13) สถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่
- (14) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต
- (15) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 กรุงเทพมหานคร
- (16) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จังหวัดตรัง
- (17) สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อบึงอุปถัมภ์) จังหวัดนครปฐม
- (18) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์
- (19) สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี จังหวัดลพบุรี
- (20) สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อลำไยอุปถัมภ์) จังหวัดกาญจนบุรี

ประเภทเสียค่าบริการ เป็นการให้บริการในลักษณะหอพัก ค่าบริการเตียงเดี่ยว ห้องละ 550 บาท/เดือน และเตียงคู่ ห้องละ 1,060 บาท/เดือน ประเภทนี้มีเฉพาะที่สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค มีจำนวน 40 ห้อง

ประเภทพิเศษ คนชราสามารถปลูกบ้านอยู่เองตามแปลนที่กรมประชาสงเคราะห์กำหนด ในที่ดินของกรมประชาสงเคราะห์ โดยทำสัญญาปลูกสร้างเสร็จแล้วยกกรรมสิทธิ์ให้ทางราชการ และผู้ปลูกสร้างอยู่อาศัยได้จนตลอดชีวิต ขณะนี้มีที่สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี สถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่ และสถานสงเคราะห์คนชราवासนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

คุณสมบัติของผู้สมัครเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์

- (1) ชาย หญิง อายุ 60 ปี ขึ้นไป
- (2) ไม่เป็นผู้พิการ หรือทุพพลภาพ หรือจิตฟั่นเฟือน
- (3) ไม่เป็นโรคเรื้อรัง หรือโรคติดต่ออันตราย
- (4) ต้องเป็นผู้ที่ไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือมีที่อยู่อาศัยแต่ขาดผู้ดูแลช่วยเหลือ หรืออยู่กับครอบครัวไม่มีความสุข

บริการของสถานสงเคราะห์

- (1) บริการเลี้ยงดู ด้านปัจจัยสี่ ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่พัก ยารักษาโรค และการรักษาพยาบาล
- (2) บริการตรวจรักษาโรค ให้การตรวจรักษาโรคทั่วไป ถ้าป่วยหนักก็ส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใกล้เคียง
- (3) บริการกายภาพบำบัด ให้การตรวจรักษาโดยมีเครื่องมือและอุปกรณ์อย่างครบครันและทันสมัย
- (4) บริการอาชีพบำบัด โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำงานตามความถนัด และเหมาะสมกับสภาพร่างกายด้วยความสมัครใจ เช่น การฝีมือ และงานประดิษฐ์ต่างๆ ตลอดจนการทำสวนครัว ปลูกไม้ดอก ไม้ประดับ
- (5) บริการศาสนกิจ จัดให้มีพิธีกรรมทางศาสนาตามประเพณี มีการนิมนต์พระสงฆ์มาเทศนาเป็นประจำทุกวันพระ ตลอดจนการบรรยายธรรมและปฏิบัติกิจในวันสำคัญทางศาสนาและวันสำคัญประจำชาติ
- (6) งานสังคมสงเคราะห์ ให้คำแนะนำปรึกษาหารือ แก้ปัญหา ฟันฟู ปรับสภาพโดยวิธีการสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย สังคมสงเคราะห์กลุ่มชน การจัดกิจกรรมนันทนาการ รวมทั้งการจัดทัศนajara เป็นครั้งคราวด้วย
- (7) การฌาปนกิจ เมื่อผู้สูงอายุถึงแก่กรรมหากไม่มีญาติ สถานสงเคราะห์ จะได้จัดการฌาปนกิจให้

1.2.2 การสงเคราะห์คนชราภายนอก เป็นบริการที่จัดให้กับผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัว เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและอบอุ่นในบ้านปลายของชีวิตอยู่กับครอบครัว โดยจัดตั้งศูนย์บริการคนชรา เป็นส่วนหนึ่งของสถานสงเคราะห์คนชรา และบางแห่งก็จัดเป็นเฉพาะศูนย์บริการเพียงอย่างเดียว ทั่วประเทศมี 18 แห่ง การให้บริการเฉลี่ยเดือนละ

3,000 ราย บริการที่จัดให้ ประกอบด้วยบริการด้านสุขภาพอนามัย การออกกำลังกาย อาชีวบำบัด กิจกรรมตามความสนใจ นันทนาการ สังคมสงเคราะห์ ศาสนา เป็นต้น

1.2.3 บริการหน่วยเคลื่อนที่ เป็นบริการที่จัดขึ้นเพื่อออกเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่อยู่ตามบ้าน นำข้อมูลข่าวสาร การบริการไปเผยแพร่ การให้บริการในด้านคำแนะนำ และการรักษาพยาบาลเล็กๆ น้อยๆ โดยหน่วยเคลื่อนที่ประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่พยาบาล ดำเนินการโดยศูนย์บริการผู้สูงอายุ และสถานสงเคราะห์คนชราต่างๆ

1.2.4 บริการบ้านพักฉุกเฉิน เป็นบริการที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบความเดือดร้อนทางด้านจิตใจกับครอบครัวผู้สูงอายุที่รอเข้าสถานสงเคราะห์ เพื่อให้ปัญหานั้นเบาบางลง โดยให้บริการปัจจัยสี่ และบริการด้านสังคมสงเคราะห์

1.2.5 กองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน ช่วยเหลือผู้สูงอายุทั่วประเทศที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน เป็นผู้ที่ถูกทอดทิ้ง ขาดผู้อุปการะ มีฐานะครอบครัวยากจน ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ โดยจ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้

การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราทุกคนจะได้รับการบริการจากสถานสงเคราะห์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตวิญญาณ และจิตสังคม ดังนี้

1) ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุได้รับการเลี้ยงดู ด้านปัจจัยสี่ ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่พัก ยารักษาโรค และการรักษาพยาบาล โดยให้การตรวจรักษาโรคทั่วไป ถ้าป่วยหนักก็ส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใกล้เคียง มีบริการกายภาพบำบัด ให้การตรวจรักษาโดยมีเครื่องมือและอุปกรณ์อย่างครบครันและทันสมัย

2) ด้านจิตวิญญาณ มีบริการศาสนกิจ จัดให้มีพิธีกรรมทางศาสนาตามประเพณี มีการนิมนต์พระสงฆ์มาเทศนาเป็นประจำทุกวันพระ ตลอดจนการบรรยายธรรมและปฏิบัติกิจในวันสำคัญทางศาสนาและวันสำคัญประจำชาติงานสังคมสงเคราะห์ และบริการให้คำแนะนำปรึกษาหารือ แก้ปัญหา ฟันฟู ปรับสภาพโดยวิธีการสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย ตลอดจนการจัดกิจกรรมนันทนาการ รวมทั้งการจัดทัศนศึกษาเป็นประจำคร้วด้วย

3) ด้านจิตสังคม มีบริการอาชีวบำบัด โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำงานตามความถนัด และเหมาะสมกับสภาพร่างกายด้วยความสมัครใจ เช่น การฝีมือ และงานประดิษฐ์ต่างๆ ตลอดจนการทำสวนครัว ปลูกไม้ดอก ไม้ประดับ และการฌาปนกิจ เมื่อผู้สูงอายุถึงแก่กรรมหากไม่มีญาติ สถานสงเคราะห์จะได้จัดการฌาปนกิจให้

ด้านบรรยากาศในสถานสงเคราะห์นั้น ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์มีการดำเนินชีวิต โดยในช่วงเช้า ผู้สูงอายุบางท่านจะช่วยทำความสะอาดบริเวณสถานสงเคราะห์ ด้วยการ

กวาดถนน เก็บขยะ ซึ่งเขาคิดว่าเป็นการทดแทนสิ่งที่ได้รับจากสถานสงเคราะห์ หลังจากรับประทานอาหารเข้า มีกิจกรรมสวดมนต์ ทำวัตรเช้าที่ศาลาธรรม หลังจากนั้น ผู้สูงอายุที่ทำงานอดิเรกก็จะเริ่มปฏิบัติงานของตนเอง เช่น การถักพรมเช็ดเท้า ทำสวน ปลูกกล้วย ดอกไม้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้สูงอายุแต่ละท่าน ไม่มีการบังคับสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ทำงานอดิเรกของสถานสงเคราะห์ ก็จะมานั่งเล่นใต้ต้นไม้ เล่นหมากรุก บางท่านก็นั่งคุยกัน แต่อีกหลายท่านจะหลีกเลี่ยงการสนทนากันระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันโดยการหลบมานั่งอยู่เพียงลำพังคนเดียวหรือนอนพักผ่อนอยู่ที่ข้างเตียงนอนของตนเอง เวลาที่มีบุคคลภายนอกเข้าไปเยี่ยมและทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่จะแจ้งให้ผู้สูงอายุทราบทางเสียงตามสายเพื่อให้ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมต่างๆ ซึ่งผู้สูงอายุจะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี แต่เมื่อเสร็จกิจกรรมในแต่ละครั้ง ผู้สูงอายุก็จะแยกย้ายกันไปปฏิบัติกิจกรรมของตนเองต่อไป

จากสภาพเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ก่อให้เกิดปัญหากับผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจวิญญาณ และจิตสังคม การให้บริการด้านสถานสงเคราะห์คนชราเป็นบริการหนึ่งของกรมประชาสงเคราะห์ ในการให้บริการและสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอและไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีปริมาณมากขึ้นตามจำนวนของประชากรผู้สูงอายุได้ ฉะนั้นหากมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ โดยเฉพาะทางด้านของจิตใจ ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับสภาพความเป็นอยู่ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และเป็นการป้องกันปัญหาทางสังคมได้ทางหนึ่ง

### 1.3 ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของสังคม ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่นนั้น เริ่มได้รับผลกระทบที่นอกเหนือจากสภาวะของร่างกายที่มีแต่นับวันจะเสื่อมลงเรื่อยๆแล้วยังพบกับยังพบกับภาวะวิกฤตต่างๆ มากกว่าช่วงวัยอื่นๆ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ สามารถสรุปประเด็นใหญ่ๆ ได้ 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านจิตใจ

#### 1.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ภายในร่างกายจะเป็นไปในทางที่เสื่อมลงมากกว่าการเจริญเติบโต ดังจะเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะส่วนต่างๆ ดังนี้

1) ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ จะพบว่า ผู้สูงอายุมีกล้ามเนื้อที่เหี่ยวแห้ง ความแข็งแรงของกระดูกลดลง เปราะ แตกหักง่ายและติดขัด บางรายมีอาการหลังค่อม หลังโก่ง



การทรงตัวไม่ดี การเคลื่อนไหวช้าลง ไม่กระฉับกระเฉง ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรม และการดูแลตนเองลดลง เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง มีความคับข้องใจ และแยกตัวเอง ออกจากสังคม (Rosenkoetter, 1985)

2) ระบบผิวหนัง ผู้สูงอายุมีผิวหนังที่แห้งหยาบ เหี่ยวย่น เนื่องจากไขมันใต้ผิวหนังมีปริมาณลดลง ไม่มีความยืดหยุ่น ผิวแตกกระ หน้าตาเหี่ยวย่น

3) ระบบประสาทสัมผัส ความสามารถในการมองเห็น ได้ยิน การรับรู้รสและกลิ่นลดลง โดยเฉพาะการเสื่อมของการมองเห็นและการได้ยิน ทำให้ผู้สูงอายุบางรายมีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น อาจมีการแปลความหมายของบางสิ่งเปลี่ยนไป ก่อให้เกิดความหวาดระแวงตามมา มีการแยกตัวจากสังคม สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลงและมีอาการซึมเศร้าตามมา (Biixen, 1998)

4) ระบบประสาท มีการเสื่อมและตายของเซลล์สมอง โยประสาทมีจำนวนลดลง ทำให้มีอาการหลงลืมง่าย ความคิด อ่านและการสนองช้าลง ความสัมพันธ์ระหว่างกล้ามเนื้อ ข้อต่อ และระบบการทรงตัวลดลง ความจำเลอะเลือน บางรายกลายเป็นคนจู้จี้ ย้ำคิดย้ำทำ อาจทำให้บุตรหลานรำคาญใจและปล่อยให้อยู่คนเดียว ไม่ได้รับการยกย่องเอาใจใส่จากบุตรหลาน

5) ระบบทางเดินหายใจ ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความจุของปอดและความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จากการเกิดพังผืด (fibrosis) ผู้สูงอายุจึงมักมีอาการเหนื่อยง่าย มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม

6) ระบบหัวใจและหลอดเลือด ผังหลอดเลือดหนาตัวและแข็งขึ้น ทำให้การไหลเวียนโลหิตไม่ดี มีอาการหน้ามืดและเป็นลมได้ง่าย

7) ระบบทางเดินอาหาร ฟันเริ่มผุกร่อน โยก หัก เหงือกถอยร่น ปุ่มรับรสอาหารลดลง การบีบตัวของหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง ทำให้การย่อยและการดูดซึมอาหารไม่ดี เกิดอาการท้องอืด แน่นท้อง เบื่ออาหาร ทำให้แบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนไป บริโภคอาหารไม่ถูกส่วน เกิดภาวะขาดสารอาหารได้ (Staab & Hodge, 1996)

8) ระบบขับถ่าย ความสามารถในการกรองปัสสาวะลดลง ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลงทำให้ปัสสาวะบ่อย และกลั้นปัสสาวะไม่ค่อยได้ การขับถ่ายอุจจาระไม่ดี เกิดอาการท้องผูกและท้องเสียได้ง่าย

9) ระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุชายมักประสบปัญหาหวัวยะเพศแข็งตัวช้า การหลั่งน้ำกามลดลง ส่วนผู้สูงอายุหญิง เมื่อถึงวัยหมดประจำเดือน ต่อมาที่ทำหน้าที่ในการขับสารหล่อลื่นลดลง เมื่อมีเพศสัมพันธ์จะเกิดการระคายเคืองช่องคลอด ทำให้ผู้สูงอายุที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ เกิดความคับข้องใจ และเกิดเป็นปัญหาทางจิตตามมา

### 1.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

#### 1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม

ปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมมาเป็นอุตสาหกรรมมากขึ้น สมาชิกทุกคนในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้าน บุตรหลานมีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุน้อยลง โครงสร้างของครอบครัวที่เดิมเป็นครอบครัวขยาย กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ระบบเครือญาติที่เคยผูกพันและเปิดโอกาสรับฟังปัญหาของผู้สูงอายุค่อยๆเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุจึงถูกทอดทิ้งให้อยู่แต่เพียงลำพัง (รัชนีภรณ์ ภูกร, 2538 : Eliopoulos,1993)

#### 2) การปลดเกษียณและการออกจากงาน

วัยสูงอายุเป็นวัยที่เริ่มมีการเสื่อมสมรรถภาพทางร่างกาย สังคมจึงกำหนดให้เป็นวัยที่ต้องปลดเกษียณหรือออกจากงาน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียสถานภาพหรือบทบาท การยกย่องทางสังคมที่ตนเคยมี มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง ขาดการติดต่อสมาคมกับเพื่อนฝูง และนอกจากนี้ยังขาดรายได้ที่เคยได้รับประจำ ส่งผลให้ควมมีคุณค่าในตนเองลดน้อยลง

3) การสูญเสียบุคคลที่มีความหมายต่อตนเอง ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ได้รับความรู้สึกระท้อท้อใจจากการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดด้วยการตายจากกันอยู่เสมอ เช่น คู่สมรส ญาติสนิท เพื่อนสนิท ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว กลัวความตาย ว่าเหว่ ไม่มีจุดหมายในชีวิต และอยากตาย (Staab & Hodge, 1996 ; Stanley,1995)

### 1.3.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงในทางลบทั้งด้านร่างกาย สังคมและสิ่งแวดล้อม ส่งผลต่อสภาวะทางจิตใจ 2 ประการ คือ สิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก (Burgess, 1990) คือ

#### 1.3.3.1 สิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยภายนอก (Environment or Extrinsic factor)

1) การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น การสูญเสียคู่สมรส การสูญเสียบุตร หรือบุตรแยกไปอยู่ต่างหาก ทำให้รู้สึกว้าเหว่ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความหมาย ไม่รู้ว่าจะหันหน้าไปพึ่งใคร เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า

2) การสูญเสียปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสูญเสียบทบาท การปลดเกษียณออกจากงานต่างๆที่ผู้สูงอายุบางรายยังมีสภาพร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงพอที่จะทำงานได้



ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียรายได้ มีปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับความเหลียวแลจากเพื่อน ญาติมิตรเหมือนแต่ก่อน

1.3.3.2 ปัจจัยภายในร่างกาย (Intrinsic factor) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆภายในร่างกาย ทำให้เกิดโรคทางร่างกายได้ง่าย เช่น การสูญเสียการได้ยิน สายตามองเห็นไม่ชัดเจน ข้อเสื่อม ความจำเสื่อม เป็นต้น

ผลของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา กลัวตาย หดหู่ใจ ไม่มีกำลังใจ หมดหวัง ท้อแท้ในชีวิต โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงไม่ได้ ประกอบกับลักษณะสังคมรอบข้างของผู้สูงอายุบางรายไม่เกื้อหนุนทางด้านกำลังใจ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต คิดว่าตนเองหมดคุณค่า สิ้นหวังในอนาคต จนอาจคิดฆ่าตัวตายได้ (ธนรวิทย์ บุตรแสนคม, 2540)

ปัญหาด้านจิตใจในผู้สูงอายุที่พบมาก คือ มีอารมณ์ซึมเศร้าจากการสูญเสียทางด้านร่างกาย ภาพลักษณ์ของตนเอง หน้าที่การงาน ซึ่งลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจนี้ที่เด่นชัด ได้แก่ การรับรู้ ผู้สูงอายุมักยึดติดอยู่กับความคิดและเหตุผลของตนเอง การแสดงทางอารมณ์ มักมีอารมณ์ว้าวุ่น น้อยใจ หงุดหงิด โกรธง่าย เสียใจ มีความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยสนใจเฉพาะเรื่องที่ตนมุ่งอยู่ในขณะนั้น การดำเนินชีวิต จะมุ่งแสวงหาความสงบ ความตาย (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2542)

จากการศึกษาดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปค่อนข้างมาก เนื่องจากได้รับผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของสังคม ในรูปของอัตราส่วนประชากรและสภาพแวดล้อม ตลอดจนค่านิยมต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่ตามลำพัง ขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ประกอบกับธรรมชาติของวัยสูงอายุเองที่ต้องพบกับความเสื่อมของร่างกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มหนึ่งที่ประสบกับปัญหาด้านสุขภาพจิตที่สูงขึ้น จำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์บาลต้องให้ความสำคัญ และดำเนินการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี ภายใต้การเปลี่ยนแปลงต่างๆ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตและสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต

ฝน แสงสิงแก้ว (2522) บิดาแห่งงานสุขภาพจิตไทย กล่าวว่า สุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข ปราศจากโรคจิต โรคประสาท สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้

เครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต (2537) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้คำนิยามสุขภาพจิต คือ สุขภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลมาจากการมีวิธีการมองตนเอง มองโลก รวมทั้งสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์และการแสดงออกต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคม อย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์

จอห์นสัน (Johnson, 1997) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า เป็นสภาพความผาสุกทางอารมณ์ของบุคคลที่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และประสบความสำเร็จ

สมาคมสุขภาพจิตนานาชาติ (National Association for Mental Health) กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ไว้ดังนี้ (Bedworth & Bedworth, 1982 อ้างถึงใน นุสรานามเดช, 2539)

1. เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับตนเอง หมายถึง ผู้ที่เข้าใจตนเอง เรียนรู้วิธีการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง เช่น อารมณ์รัก กลัว โกรธ ริษยา ละอาย และวิตกกังวล เข้าใจและยอมรับความสำเร็จและความล้มเหลวของตนเอง เข้าใจถึงพรสวรรค์และจุดอ่อนของตนเอง มองตนเองในแง่บวก เห็นคุณค่าของตนเอง มีความนับถือตนเอง มีความสุขและพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และมีการวางแผนและปฏิบัติตามแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
2. เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดี หมายถึง เป็นผู้ที่รู้จักให้และรู้จักรับความรักจากผู้อื่น มีความกลมกลืนในทีมงานและความสัมพันธ์ มีการแสดงออกถึงความนับถือตนเองโดยการรู้จักนับถือผู้อื่น เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคม และเสียสละตนเองเพื่อส่วนรวมได้
3. เป็นผู้ที่สามารถนำประโยชน์จากความสัมพันธ์ที่ดีกับตนเองและผู้อื่นมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวัน มีการตัดสินใจแก้ปัญหาที่เหมาะสมและแสวงหาความช่วยเหลือที่จำเป็น สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ มีความกระตือรือร้นเกี่ยวกับความคาดหวังในอนาคตโดยมีการวางแผนและลงมือปฏิบัติยอมรับสิ่งท้าทายในชีวิตด้วยความรับผิดชอบและให้ความหมายกับสิ่งเหล่านั้น ควบคุมพฤติกรรมของตนเองโดยใช้เหตุผล สติปัญญาและความรอบคอบมากกว่าที่จะใช้อารมณ์ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาตนเองทั้งในเรื่องความสามารถและทักษะต่างๆ

จาโฮดา (Jahoda, 1958 cited in Stuart & Sundeen, 1987) กล่าวว่า ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ดังนี้

1. การมีทัศนคติในทางบวกเกี่ยวกับตนเอง (positive attitudes toward self) เป็นการยอมรับตนเองใกล้เคียงกับความเป็นจริง มีความพยายามที่จะให้เป้าหมายที่เหมาะสมบรรลุผลสำเร็จ มีความรู้สึกมีเอกลักษณ์ของตน มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกมั่นคง และรู้สึกว่าชีวิตนี้มีความหมาย
2. การเจริญเติบโต การพัฒนาการและความตั้งใจที่จะพัฒนาตนเองให้ถึงขีดความสามารถสูงสุดตามความเป็นจริงของตน (growth, development and self-actualization) หมายถึง บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีต้องมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย และมีการพัฒนาตนเองอย่างเต็มศักยภาพ โดยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อการพัฒนาตนเอง มีความคิดริเริ่ม พร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งใหม่ๆ โดยไม่มีความคับข้องใจทางอารมณ์
3. การสร้างบูรณาการแห่งบุคลิกภาพของตนเอง (integration) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะผสมผสานระหว่างกระบวนการคิด ความรู้สึกและการกระทำอย่างสอดคล้องกัน รวมถึงความสามารถในการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าภายนอก และสิ่งเร้าภายในได้อย่างเหมาะสม
4. การเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) เกี่ยวข้องกับความมุ่งมั่นที่เกิดจากแรงผลักดันภายในตนเอง มีความสมดุลระหว่างการพึ่งพาตนเองและการพึ่งพาผู้อื่น รวมทั้งยอมรับผลที่ตามมาจากการกระทำตนเอง มีความรับผิดชอบต่อตนเอง และสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกต่างๆ ที่ตนมีอยู่ได้
5. การรับรู้สภาพความเป็นจริง (reality perception) หมายถึง การมองโลกด้วยความเป็นจริง ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในโลกได้ อีกทั้งมีความสามารถในการร่วมรู้สึก (empathy) หรือไวต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคม (social sensitivity) และยอมรับความรู้สึกและความคิดของผู้อื่น
6. การเอาชนะสิ่งแวดล้อม (environment mastery) เป็นความสามารถของบุคคลในการรับมือกับปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการบริหารจัดการกับสิ่งแวดล้อม

จากแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตที่กล่าวมา สรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาพของจิตใจที่เป็นสุข ปราศจากความคับข้องใจ ซึ่งเป็นผลมาจากการวิธีการจัดการด้านจิตใจของบุคคล ซึ่งได้แก่

1. การมองโลกตามความเป็นจริง ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึกต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และสิ่งแวดล้อมต่างๆ
2. มีการจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมและสามารถยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ต่างๆ ทั้งด้านการคิด อารมณ์ ความรู้สึกต่อสิ่งที่มากระทบจิตใจ มีการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งอาจจะจัดการด้วยตนเองหรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น แต่ทั้งนี้ต้องอยู่ในภาวะที่สมดุลในความเป็นตัวของตัวเองและการพึ่งพาผู้อื่น
3. มีสัมพันธภาพที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความสมดุลระหว่างการให้และการรับ ดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม
4. มีการพัฒนาจิตใจของตนเองให้พร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมภายนอก

## 2.2 สุขภาพจิตผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุแตกต่างจากสุขภาพจิตผู้ใหญ่บางประการ เนื่องจากลักษณะทางสภาพร่างกาย จิตสังคมในผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปจากวัยผู้ใหญ่ โดยที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเครียดและการปรับตัวต่างๆ มากมาย ซึ่งลักษณะนี้จะพบได้น้อยในวัยหนุ่มสาว จึงอาจทำให้เกิดความซึมเศร้าได้ (William, 1984 อ้างถึงใน นุสรา นามเดช, 2539)

ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร (2534) กล่าวถึงลักษณะของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีได้แก่

1. มีความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง (self-esteem)
2. มีความรู้สึกมั่นคงทั้งร่างกายและจิตใจ (feeling of security)
3. มีความรู้เกี่ยวกับตนเองตามสภาพความเป็นจริง (self knowledge)
4. มีความสามารถที่จะยอมรับความรักจากผู้อื่นและขณะเดียวกันก็สามารถจะให้ความรักแก่ผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม (ability to accept and to give affection)
5. มีความสามารถและมีความสุขในการทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น (ability to be productive)
6. มีความสามารถที่จะอยู่ได้อย่างเป็นสุขตามอัตภาพ (ability to be happy)
7. ไม่มีความรู้สึกตึงเครียดและหวั่นไหวมากเกินไป (absence of tension and hyper-sensitivity)

8. มีความยืดหยุ่นในพฤติกรรมของเขาได้อย่างเหมาะสม (flexibilities in his behavior)
9. มีความสามารถที่จะจัดการกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขาได้อย่างเหมาะสม (ability of master environment)
10. มองโลกตามความเป็นจริง (realistic perception of his world)
11. มีความอยากรู้อยากเห็นอย่างเหมาะสม (curiosity)
12. สามารถคาดหวังความสำเร็จและกระทำไปสู่จุดหมายนั้นได้ (self-actualization)
13. มีความพอใจจากการตอบสนองของความต้องการของร่างกาย (satisfaction of bodily desires)

นุสรานา นามเดช (2539) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีนั้น คือ ผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ภาคภูมิใจ และรู้สึกว่าการประสบความสำเร็จคิดว่าชีวิตยังเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับลูกหลานและวัยเดียวกัน ปราศจากความทุกข์ วิตกกังวล ซึมเศร้า

สรุปว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้สูงอายุที่รับรู้เกี่ยวกับตนเองได้ตรงตามความเป็นจริง รู้สึกมั่นคงทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถที่จะจัดการกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขาได้อย่างเหมาะสมและความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ตลอดจนมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในวัยเดียวกันและต่างวัย

### 3. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

#### 3.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้  
 จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข พึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อประคองจิตใจทั้งในภาวะปกติและภาวะที่มีปัญหาสุขภาพจิต



ชลธิชา วังวิเวก (2537) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง พฤติกรรมที่กระทำ หรือคิดว่าจะกระทำอย่างไร เพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต หรือเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง บุคคลในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด

ศรีสุดา แซ่ลิ้ม (2539) ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเอง เพื่อเป้าหมายของการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจ กระทำอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีการพัฒนาบุคลิกภาพอย่างสมบูรณ์ เกิดความสมดุลในการเผชิญชีวิตในสังคมและเป็นกิจกรรมที่ฝึกปฏิบัติได้

Hill & Smith (1985, 1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและทำให้มีการพัฒนาบุคลิกภาพอย่างผสมผสาน

จากความหมายที่กล่าวมา สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อดำรงภาวะการมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ มีความสุข พึงพอใจในชีวิต อย่างผสมผสานทั้งในภาวะปกติและในภาวะที่มีปัญหา และเป็นพฤติกรรมที่สามารถพัฒนาได้

### 3.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต นับได้ว่าเป็นพฤติกรรมอนามัยที่สำคัญในการป้องกันปัญหาและเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคคล ปัจจัยเสริมสร้างสุขภาพจิตของบุคคล ได้แก่ การส่งเสริมให้บุคคลได้สำนึกในคุณค่าของตนเอง (self esteem) มีความรู้เกี่ยวกับตนเอง (self knowledge) มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่พึงพอใจ (satisfying interpersonal relationship) และสามารถจัดการกับความเครียดได้ (stress management) (Hill & Smith, 1985) ในสังคมไทยนั้น จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยการสัมภาษณ์ประชาชนที่มีสุขภาพจิตดี ทั้งชายและหญิง อายุ 20-60 ปี และกำหนดองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ในด้านของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนั้น ชลธิชา วัง

วิเวก (2537) ได้แบ่งพฤติกรรมออกเป็น 2 ประการ คือ 1) พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ได้แก่ พฤติกรรมที่กระทำในการดูแลสุขภาพกายของตนเอง 2) พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ ประกอบด้วย พฤติกรรมที่กระทำเมื่อมีอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง พฤติกรรมที่กระทำเมื่อมีเรื่องก่อกวนใจ วิตกกังวล พฤติกรรมที่กระทำเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับคนในครอบครัว พฤติกรรมการใช้เวลาว่าง การแนะนำเมื่อมีผู้มาปรึกษาเรื่องก่อกวนใจ นอนไม่หลับ การแนะนำเมื่อพบผู้ที่มีอาการคลุ้มคลั่งคิดจะฆ่าตัวตาย คำแนะนำเพื่อชะลอความและมีอายุยืน การแนะนำผู้สูงอายุด้วยกันในเรื่องที่เกี่ยวกับ “ความตาย” ในวัยผู้สูงอายุ และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความสบายใจ

จากการศึกษาของคัมภีร์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตจากหลายท่านที่กล่าวมา พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุนั้น เมื่อพิจารณาถึงลักษณะของผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ และกิจกรรมในสังคม ฉะนั้นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จะเสริมสร้างสุขภาพจิต จึงประกอบด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเอง การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ดี การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการเพื่อความเบิกบานใจ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและการเข้าใจชีวิต และการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป

### 3.2.1 การพัฒนาการรู้จักตนเอง (self awareness)

การพัฒนาการรู้จักตนเอง (self awareness) คือ ความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก ค่านิยม พฤติกรรมของตนเองที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ (Norris, 1987) และความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตนเอง บุคคลที่มองเห็นตนเองได้ตรงกับความเป็นจริงนั้น จะสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เป็นคนเปิดเผย จริงใจ ผู้อื่นก็สามารถรู้จักบุคคลนั้นได้ตรงความเป็นจริงด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเองนั้นเป็นกระบวนการตลอดชีวิต สามารถพัฒนาได้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) สอดคล้องกับ ศรีรัตน ศุภพิทยากุล (2534) ที่กล่าวว่า โดยปกติแล้ว การรู้จักตนเองจะพัฒนาเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องไม่มีวันจบสิ้น จึงไม่มีบุคคลใดที่มีความตระหนักในตนเองหรือรู้จักตนเองอย่างครบถ้วน สมบูรณ์ถึงระดับสูงสุด หากแต่การรู้จักตนเองสามารถพัฒนาเพิ่มขึ้นได้เรื่อยๆ

ทักษะการรู้จักตนเอง เป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลตนเอง ทั้งนี้เพราะ การที่บุคคลรู้จักตนเอง มีความสำนึกในคุณค่าของตนเอง สามารถประเมินตนเองได้ เป็นความ



สามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundation Capabilities and Dispositions) ที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

กิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาการรู้จักตนเอง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534 ; Hill & Smith, 2985) สรุปได้ดังนี้

(1) การจดบันทึก (journal keeping) เป็นการเขียนลำดับเหตุการณ์จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งช่วยพัฒนาตนและช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต เพราะทำให้บุคคลได้ระบาย ทำความเข้าใจกับความคิด ความรู้สึกของตนเอง ทำให้เพิ่มการยอมรับและเพิ่มความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเองเลือก ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงตลอดจนทำให้พบกับความหมายของชีวิตอย่างแท้จริง

(2) การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัด (value clarification) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความเชื่อ ค่านิยม มโนคติที่บุคคลนับถือ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัดจึงเป็นการรู้จักตนเองที่ช่วยให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อผู้อื่นตัดสินใจอะไรที่ขัดกับความรู้สึกหรือค่านิยมของตน และช่วยในการหลีกเลี่ยงการตัดสินพฤติกรรมของผู้อื่น โดยยึดเอาค่านิยมความเชื่อของตนเองเป็นปทัสถาน การพัฒนาการทำให้ค่านิยมกระจ่าง อาจกระทำโดยการจัดอันดับสิ่งสำคัญในชีวิต 10 อย่าง หรือการถามตนเองเกี่ยวกับสิ่งสำคัญในชีวิต (Stuart & Sundeen, 1987)

(3) การประเมินทักษะการเผชิญปัญหา (assessment of coping) เป็นการทำความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาของตนเองว่า เมื่อตนเผชิญปัญหาจะเลือกการเผชิญปัญหาอย่างไร และทำไมจึงเลือกวิธีการเผชิญปัญหาในลักษณะนั้น การเรียนรู้แบบแผนการเผชิญปัญหา รวมทั้งความมุ่งมั่นของบุคคลที่พยายามจะหาวิธีการเผชิญปัญหา จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

(4) การรับรู้ความรู้สึก (awareness of feeling) เป็นการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่อัดอั้นอยู่ในใจ การพัฒนาการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง อาจกระทำโดยการฝึกใช้คำพูดแสดงความรู้สึกของตนเองในระหว่างการสนทนาในชีวิตประจำวัน เช่น “ฉันรู้สึกที่...” แทนคำพูด “ฉันคิดว่า...” และฝึกบอกความรู้สึกของตนที่มีต่อพฤติกรรมของผู้อื่น

(5) การรับรู้แบบแผนการคิดและการกระทำ (awareness of thought and action pattern) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความคิดและการกระทำของตนเอง ขึ้นอยู่กับความเชื่อในความสามารถของตน ความเชื่อในความหมาย และควมมีคุณค่าของกิจกรรมนั้นที่มีต่อชีวิตของตน รวมทั้งการทำกิจกรรมในวงจรของความสำเร้จ คือ มีการตั้งเป้าหมาย วางแผน มุ่งมั่นกระทำ และประเมินความสำเร้จ บุคคลที่ประสบความสำเร้จ จะรู้สึกรู้ว่าตนเองควบคุมตนเองได้ มีความสามารถและมีอำนาจในตน

นอกจากนี้ การที่บุคคลจะพัฒนาการรู้จักตนเองในด้านการรับรู้ความรู้สึกของตนเองนั้นอาจฝึกฝนโดยการฟังตนเอง คือ การสำรวจความรู้สึกของตนในขณะนั้นว่า เรามีความรู้สึกนึกคิดอะไรขึ้นมา และค้นหาสาเหตุของความรู้สึกที่เรามีอยู่ว่าเกิดจากอะไร การสำรวจจะต้องทำอย่างซื่อตรงต่อตนเอง เป็นการเปิดเผยความรู้สึกของตนเอง และการฟังผู้อื่นพูด คือ การให้ผู้อื่นบอกลกลับให้เราทราบ ว่า คนอื่นมองตัวเราอย่างไร การบอกลกลับจากเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด จึงทำหน้าที่เหมือนกระจกส่องให้เราเห็นตนเองได้ (ศรีวิตนา ศุภพิทยากุล, 2534)

### 3.2.2 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

การสื่อสารเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่องของการถ่ายทอดข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูลและกระบวนการข้อมูล การตีความหมายของข้อมูล (Burgess, 1990) เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวและการตัดสินใจระหว่างบุคคล 2 คน หรือมากกว่า ในการทำงานที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านความรู้สึก และความหมายในการดำเนินชีวิต ปัญหาสุขภาพจิตส่วนหนึ่งมาจากการติดต่อสื่อสาร การติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสมจะนำไปสู่ความไม่เข้าใจกัน ทำให้บุคคลรับรู้ไม่ตรงกัน มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อกัน เป็นผลให้เกิดความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพ

การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นการติดต่อสื่อสารที่ทำให้ผู้ส่งและผู้รับข่าวสารรับรู้ความต้องการของกันและกัน ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ประกอบด้วย การเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร การมีความรู้สึกร่วมของผู้รับข่าวสาร การสนับสนุนแนวคิดและความรู้สึกที่ดีต่อผู้ที่เราสื่อสารด้วย และผู้สื่อสารทั้ง 2 ฝ่าย มีความเท่าเทียมกันในความเป็นมนุษย์ (เวรดี ลือพงศ์ลักษณ์, 2536)

วิธีการที่จะเสริมสร้างให้บุคคลมีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มี 2 วิธี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ; Hill & Smith, 1985) ได้แก่

(1) การวิเคราะห์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร (Transactional Analysis) เป็นการอธิบายถึงบทบาทของภาวะอีโก้ (ego) จากเนื้อหาการสื่อสาร และพฤติกรรมที่แสดงออกในการพูดคุยในแต่ละวันว่า ใช้บทบาทใด เป็นเด็ก ผู้ใหญ่ พ่อแม่ และใช้บทบาทสอดคล้องกันหรือไม่ ถ้าบุคคลรับรู้บทบาทของตนในการติดต่อสื่อสาร ก็สามารถเรียนรู้และปรับรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมได้

(2) การฝึกพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness Training) เพราะการฝึกพฤติกรรมแสดงออกถึงความรู้สึกต่างๆ ของตนเองด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจ ถือได้ว่าเป็นการรักษาสุขภาพจิตของตนเองอีกทางหนึ่ง นอก

จากนี้ยังช่วยส่งเสริมการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล โดยมุ่งไปที่ทักษะ และความเชื่อมั่นอย่างจริงจัง ตรงไปตรงมา

การสื่อสารในผู้สูงอายุ มักมีปัญหาและอุปสรรคอันเนื่องมาจากความเสื่อม โดยเฉพาะการได้ยิน การมองเห็น ความบกพร่องในการสื่อสารนี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องทำความเข้าใจกับผู้อื่นและเป็นเหตุให้แยกตัวออกจากสังคมได้ แต่ถ้าผู้สูงอายุมีความเข้าใจ หาแนวทางแก้ไข โดยหาแว่นตา การเลือกฟังด้วยหูข้างที่ได้ยินชัดเจน การตั้งใจฟัง ลดเสียงรบกวนขณะฟัง (นภาพร วงศ์ใหญ่, 2542) ก็จะเป็นการช่วยลดปัญหาด้านการสื่อสารกับบุตรหลานและส่งเสริมการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์ (2540) ได้เสนอแนวทางการปรับปรุงการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลไว้ดังนี้

(1) มีการส่งข่าวสารและรับข่าวสารอย่างต่อเนื่องและตั้งใจ “คุณคงไม่พอใจแน่ถ้าหากผู้ที่พูดกับคุณไม่มองหน้าคุณเลย”

(2) มีการแบ่งปันกันในการส่งและรับข่าวสารซึ่งกันและกัน “คุณคงไม่พอใจแน่หากคุณเป็นผู้ฟังเพียงฝ่ายเดียว”

(3) มีการแสดงหรือวางท่าทางให้สอดคล้องกับข่าวสาร “คุณคงไม่พอใจแน่หาก ผู้บังคับบัญชาบอกให้คุณวางตัวอย่างสงบ และสำรวจในขณะที่เขาพูดไปเปิดลิ้นชัก เล่นปากกาหรือเคาะโต๊ะ”

(5) มีการป้อนข้อมูลย้อนกลับอย่างต่อเนื่องว่าข้อมูลที่ได้รับมาเป็นอย่างไร โดยการตอบสนอง มิใช่การติดต่อสื่อสารกระทำเพียงฝ่ายเดียว

กิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการติดต่อสื่อสาร มีหลายอย่าง เช่น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534)

- (1) การประเมินแบบแผนการติดต่อสื่อสารของตนเองอย่างต่อเนื่อง
- (2) การพัฒนาและดำรงรักษาความสามารถในการให้และรับข่าวสารที่แม่นยำตรง
- (3) การรับรู้และจำกัดการแสดงออกซึ่งความวิตกกังวลระหว่างการติดต่อสื่อสาร ให้ความสนใจการสื่อสารด้วยคำพูด และไม่ใช้คำพูดอย่างต่อเนื่อง
- (4) ศึกษาบทบาทของวัฒนธรรมและค่านิยมต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อกระบวนการติดต่อสื่อสาร
- (5) ศึกษาทักษะในการติดต่อสื่อสารของบุคคลแต่ละวัย
- (6) พัฒนาและดำรงไว้ซึ่งทักษะการแสดงออก ในขณะเดียวกันต้องจำกัดการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมเฉื่อยชา

### 3.2.3 การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

การเผชิญปัญหา หมายถึง การกระทำใดๆ ที่บุคคลกระทำลงไปเมื่อเกิดปัญหา หรือเป็นกระบวนการของบุคคลที่พยายามจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้อยู่ในภาวะสมดุล ทั้งปัญหาส่วนตัว ครอบครัว การงาน และสังคม ที่บุคคลต้องประสบอยู่เป็นประจำ หากบุคคลไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม จะเกิดความเครียดและเข้าสู่ภาวะวิกฤติของชีวิตได้ ซึ่งอาจแสดงออกมาในรูปของการเจ็บป่วยทางจิตใจโดยตรง หรืออาจแสดงออกมาในรูปของการเจ็บป่วยทางร่างกายที่มีปัญหามาจากจิตใจได้ แต่ถ้าบุคคลสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เขาก็จะผ่านพ้นภาวะวิกฤติไปได้ ลักษณะหรือประเภทของแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

- (1) ปัญหาที่อยู่ในวิสัยที่มนุษย์สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ ปัญหาที่มนุษย์มักก่อขึ้นเองโดยไม่รู้ตัว เช่น ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่น
- (2) ปัญหาที่เหนือวิสัยที่มนุษย์สามารถจะแก้ไขได้ เช่น ภัยธรรมชาติ ความตาย อุบัติเหตุ

การมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมนั้นจัดได้ว่า เป็นองค์ประกอบของการรักษาสุขภาพจิตที่ดีประการหนึ่ง การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมนั้น เริ่มจากเมื่อบุคคลพบกับปัญหา ต้องวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหา แล้ววางแผนหาวิธีการแก้ปัญหาตามสาเหตุที่เกิดขึ้น และประเมินผลการแก้ปัญหาหลังจากที่ได้ดำเนินการแก้ปัญหาแล้ว หากไม่สามารถดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ บุคคลจะหาแหล่งสนับสนุนในด้านของการเป็นที่ปรึกษาและช่วยเหลือต่อไป

ในขณะที่บุคคลเผชิญกับปัญหานั้น ทักษะที่มีเรื่องร้อนใจมากกระทบ หรืออยู่ในสถานการณ์ที่เครียดมาก อาจใช้วิธีการเปลี่ยนบรรยากาศชั่วคราว แทนที่จะได้ตอบด้วยอารมณ์ ซึ่งอาจทำให้เรื่องลุกลามไปใหญ่โต ควรใช้การหลีกเลี่ยงไปชั่วคราวก่อน รอให้อารมณ์ดีแล้วค่อยมาเผชิญหน้ากันใหม่ หรือรู้จักมองในหลายๆ แง่มุม ไม่ควรเพิ่มความกดดันให้กับตนเองด้วยการมองในแง่ร้ายเพียงอย่างเดียว ให้พยายามมองในมุมอื่นๆ บ้าง เช่น มองอดีตว่า ทำให้มีเวลาฟังข่าว ฟังเพลงบ้าง มองการที่ผู้อื่นตำหนิเราว่า เป็นการช่วยให้เรามองเห็นตัวเองในแง่ที่ต้องปรับปรุง ถ้าเราไม่ด่วนโกรธและลองคิดทบทวนด้วยเหตุผล จะทำให้เราสามารถแก้ไขข้อบกพร่องของตัวเองให้หมดไปและพัฒนาตัวเองให้ดีขึ้น

หากปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่อยู่ในวิสัยที่จะแก้ไขได้ การเผชิญปัญหาและหาวิธีการแก้ไขอย่างมีระบบระเบียบหลายแง่มุม แล้วเลือกวิธีที่ดีที่สุดไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม

สมแล้ว ก็ถือว่าเป็นการแก้ปัญหาที่ได้ผลและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณมีความสามารถ ภาคภูมิใจในความสำเร็จของตนเอง

แนวทางการแก้ไขปัญหายังเป็นระบบและมีประสิทธิภาพของชาวพุทธอย่างหนึ่ง คือ วิธีการแก้ไขปัญหาโดยการคิดแบบอริยสัจ 4 (พระธรรมปิฎก, 2542) ซึ่งมีลักษณะทั่วไป 2 ประการ คือ

(1) เป็นวิธีคิดตามเหตุและผล สืบสาวจากผลไปหาเหตุ แล้วแก้ไขที่สาเหตุ จัดเป็น 2 คู่ คือ

คู่ที่ 1 ทุกข์เป็นผล เป็นตัวปัญหา เป็นสถานการณ์ที่ประสบซึ่งไม่ต้องการ สมุทัย เป็นเหตุ เป็นที่มาของปัญหา เป็นจุดที่ต้องกำจัดหรือแก้ไข จึงจะพ้นจากปัญหาได้

คู่ที่ 2 นิโรธ เป็นผล เป็นภาวะสิ้นปัญหา เป็นจุดหมายที่ต้องการจะเข้าถึง มรรค เป็นเหตุ เป็นวิธีการ ข้อปฏิบัติที่ต้องกระทำในการแก้ไขสาเหตุ เพื่อบรรลุจุดหมาย คือ ภาวะสิ้นปัญหา

(2) เป็นวิธีคิดที่ตรงจุด ตรงเรื่อง ตรงไปตรงมา ตรงกับสิ่งที่ต้องทำต้องปฏิบัติ ต้องเกี่ยวข้องของชีวิต ใช้แก้ปัญหา

หลักการหรือสาระสำคัญของวิธีการคิดแบบอริยสัจ คือ การเริ่มต้นจากปัญหา โดยกำหนดรู้ ทำความเข้าใจกับปัญหาให้ชัดเจน ค้นหาสาเหตุเพื่อเตรียมแก้ไข ในเวลาเดียวกัน กำหนดเป้าหมายของตนให้ชัดเจนว่าคืออะไร จะเป็นไปได้หรือไม่ และเป็นไปได้อย่างไร แล้วคิดวางวิธีปฏิบัติที่จะกำจัดสาเหตุของปัญหา โดยสอดคล้องกับการที่จะบรรลุจุดหมายที่กำหนดไว้

นอกจากนี้ ระหว่างที่ดำเนินการแก้ปัญหานี้บุคคลมักจะเกิดความเครียด จึงต้องหาวิธีการผ่อนคลายความเครียดควบคู่ไปกับการหาวิธีการแก้ปัญหาด้วย

#### การผ่อนคลายความเครียด (กรมสุขภาพจิต, 2540)

เมื่อเครียด กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายจะหดเกร็งและจิตใจจะวุ่นวายสับสน ดังนั้น เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดส่วนใหญ่จะเน้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการทำจิตใจให้สงบเป็นหลัก

#### (1) การฝึกเกร็งแลคลายกล้ามเนื้อ

กล้ามเนื้อที่ควรฝึก มี 10 กลุ่มด้วยกัน คือ แขนขวา แขนซ้าย หน้าผาก ตา แก้มและจมูก ขากรรไกร ริมฝีปาก และลิ้น คอ ออก หลัง และไหล่ หน้าท้องและก้น ขาขวา ขาซ้าย



## วิธีการฝึก มีดังนี้

- 1.1 นั่งในท่าที่สบาย
- 1.2 เกร็งกล้ามเนื้อไปที่ละกลุ่ม ค้างไว้สัก 10 วินาที แล้วคลายออก จากนั้นก็ เกร็งใหม่สลับกันไปประมาณ 10 ครั้ง ค่อยๆ ทำไปจนครบทั้ง 10 กลุ่ม
- 1.3 เริ่มจากการกำมือ และเกร็งแขนทั้งแขนขวาแล้วปล่อย
- 1.4 บริเวณหน้าผาก ใช้วิธีเลิกคิ้วให้สูง หรือขมวดคิ้วจนขีดแล้วคลาย
- 1.5 ตา แก้ม และจมูก ใช้วิธีหลับตาป้อนจมูกแล้วคลาย
- 1.6 ขากรรไกร ริมฝีปากและลิ้น ใช้วิธีกัดฟัน เข้มปากแน่น และใช้ลิ้นดันเพดานโดยหุบปากไว้ แล้วคลาย
- 1.7 หน้าท้องและก้น ใช้วิธีแขม่วท้อง ขมิบก้นแล้วคลาย
- 1.8 งอนิ้วเท้าเข้าหากัน กระดกปลายเท้าขึ้นสูงถึงขาซ้ายและขวา แล้วปล่อย

การฝึกเช่นนี้จะทำให้รับรู้ถึงภาวะเครียดจากการเกร็งกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ และรู้สึกสบายเมื่อคลายออกแล้ว ดังนั้น ครั้งต่อไปที่เครียด และกล้ามเนื้อเกร็งจะรับรู้ตัวและรีบผ่อนคลายโดยเร็ว ก็จะช่วยได้มาก

## (2) การฝึกการหายใจ

การฝึกการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณหน้าท้องแทนการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอก

เมื่อหายใจเข้า หน้าท้องจะพองออก และเมื่อหายใจออกหน้าท้องจะยุบลง ซึ่งจะรู้ได้โดยเอามือวางไว้ที่หน้าท้องแล้วคอยสังเกตเวลาหายใจเข้าและหายใจออก

การหายใจแบบนี้จะช่วยให้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น ทำให้สมองแจ่มใส ร่างกายกระปรี้กระเปร่า ไม่่วงเหงาหาวนอน

## (3) การทำสมาธิเบื้องต้น

- 3.1 เลือกสถานที่ที่เงียบสงบ ไม่มีใครรบกวน เช่น ห้องพระ ห้องนอน หรือมุมสงบในบ้าน
- 3.2 นั่งขัดสมาธิ เท้าขวาทับเท้าซ้าย มือชนกันหรือมือขวาทับมือซ้าย ตั้งตัวตรง หรือจะนั่งพับเพียบก็ได้ตามแต่จะถนัด

- 3.3 กำหนดลมหายใจเข้าออก โดยสังเกตลมที่มากกระทบปลายจมูกหรือริมฝีปากบน ให้รู้ว่าขณะนั้นหายใจเข้าหรือออก
- 3.4 หายใจเข้าท้องพอง หายใจออก ท้องยุบ
- 3.5 หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 1 นับไปเรื่อยๆ จนถึง 5
- 3.6 เริ่มนับใหม่จาก 1-6 แล้วพอ
- 3.7 กลับมานับใหม่จาก 1-7 แล้วพอ
- 3.8 กลับมานับใหม่จาก 1-8 แล้วพอ
- 3.9 กลับมานับใหม่จาก 1-9 แล้วพอ
- 3.10 กลับมานับใหม่จาก 1-10 แล้วพอ
- 3.11 ย้อนกลับมาเริ่ม 1-5 ใหม่ วนไปเรื่อยๆ

ขอเพียงจิตใจจดจ่ออยู่กับลมหายใจเข้าออกเท่านั้น อย่าคิดฟุ้งซ่านเรื่องอื่น เมื่อจิตใจแน่วแน่จะช่วยขจัดความเครียด ความวิตกกังวล ความเศร้าหมอง เกิดปัญญาที่จะคิดแก้ไขปัญหาและเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ในชีวิตได้อย่างมีสติ มีเหตุมีผล และยังช่วยให้สุขภาพร่างกายดีขึ้นด้วย

#### (4) การใช้เทคนิคความเงียบ

- 4.1 เลือกสถานที่ที่สงบเงียบ มีความเป็นส่วนตัว และควรบอกผู้ใกล้ชิดว่า อย่าเพิ่งรบกวนสัก 15 นาที
- 4.2 เลือกเวลาที่เหมาะสม เช่น หลังตื่นนอน เวลากลางวัน ก่อนเข้านอน
- 4.3 นั่งหรือนอนในท่าที่สบาย ถ้านั่งควรนั่งที่เก้าอี้ที่มีพนักพิงศีรษะ อย่าไขว่ห้างหรือกอดอก
- 4.4 หลับตา เพื่อตัดสิ่งที่รบกวนจากภายนอก
- 4.5 หายใจเข้าออกช้าๆ ลึกๆ
- 4.6 ทำใจให้เป็นสมาธิ โดยท่องคาถาทสัณฑ์ๆ ซ้ำไปซ้ำมา เช่น พุทโธ พุทโธ หรือจะสวดมนต์บทยาวๆต่อเนื่องกันไปเรื่อยๆ เช่น สวดพระคาถาชินบัญชร 3-5 จบ เป็นต้น
- 4.7 ฝึกครั้งละ 10-15 นาที ทุกๆวัน วันละ 2 ครั้ง แรกๆ ให้เอานาฬิกามาวางตรงหน้า และลืมตาดูเวลาเป็นระยะๆ เมื่อฝึกบ่อยเข้าจะกะเวลาได้อย่างแม่นยำ แต่ไม่ควรใช้นาฬิกาปลุก เพราะเสียงจากนาฬิกาจะทำให้ตกใจ เสียสมาธิ และรู้สึกหงุดหงิดแทนที่จะสงบ

การฝึกเช่นนี้จะทำให้ใจสงบ หน้าตาผ่องใส โรคภัยทุเลาลงได้ และช่วยคลายเครียดได้โดยอัตโนมัติด้วย

#### (5) การใช้จินตนาการ

การใช้จินตนาการเป็นกลวิธีอย่างหนึ่งที่จะดึงความสนใจออกจากสถานการณ์อันเคร่งเครียดในปัจจุบัน ไปสู่ประสบการณ์อันงดงามที่เคยผ่านมาแล้วในอดีต หรือเป็นเรื่องที่จินตนาการขึ้นใหม่ ซึ่งจะทำให้จิตใจสงบและเป็นสุขขึ้นได้ชั่วขณะ แต่ทั้งนี้ต้องเข้าใจว่าวิธีการนี้เป็นการคลายเครียดชั่วคราวเท่านั้น ไม่ใช่วิธีการแก้ปัญหาที่ควรนำมาใช้บ่อยๆ เช่น การย้อนระลึกถึงสถานที่ที่สวยงามซึ่งเคยได้ไปเที่ยวมาแล้ว จำพวกชายทะเล น้ำตก ภูเขา สวนดอกไม้ พุ่มหญ้า ป่าไม้ หรือจินตนาการเอาเองถึงสถานที่ที่สวยงาม ซึ่งเมื่อนึกถึงแล้ว จะทำจิตใจรู้สึกสงบ มีความสุขสดชื่น

ในขณะที่จินตนาการนั้น จะต้องทำให้ตัวเองรู้สึกเหมือนจริงที่สุด จนแทบจะได้กลิ่นหอมของดอกไม้ ได้ยินเสียงคลื่น ได้สัมผัสผืนหยาดน้ำค้างตามใบหญ้า รู้สึกถึงความอบอุ่นของแสงแดดยามเช้า ฯลฯ เพื่อจะได้เกิดอารมณ์คล้อยตาม จนรู้สึกเป็นสุขได้เหมือนอยู่ในเหตุการณ์นั้นจริงๆ

เมื่อจิตใจกำลังสงบและเพลิดเพลินกับจินตนาการ ขอให้ใช้เวลาช่วงนี้บอกย้ำกับตัวเองว่า คุณกำลังผ่อนคลาย กำลังสบายอย่างที่สุด พร้อมทั้งให้กำลังใจตนเองด้วยว่าคุณเป็นคนเก่ง คุณสามารถเอาชนะปัญหาและอุปสรรคในชีวิตได้อย่างแน่นอน

ขั้นตอนของการใช้จินตนาการ มีดังนี้

- 5.1 เลือกสถานที่ที่สงบ และเป็นส่วนตัว ปลอดภัยจากการรบกวนจากผู้อื่น สัก 10-15 นาที
- 5.2 นั่งในท่าที่สบายบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงศีรษะ หรือจะนอนเอนหลังก็ได้ แต่ต้องระวังอย่าหลับ
- 5.3 คลายเสื้อผ้าให้หลวม ถอดรองเท้าออก
- 5.4 หลับตาลง แล้วเริ่มจินตนาการถึงสถานที่ที่สวยงาม สงบและเป็นสุข
- 5.5 เมื่อจิตใจเริ่มสงบและเป็นสุข ให้ย้ำกับตัวเองว่าคุณรู้สึกสบาย และคุณเป็นคนที่มีความสามารถมากพอที่จะเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้เสมอ
- 5.6 ค่อยๆ ลืมตาขึ้น คงความรู้สึกสดชื่นเอาไว้พร้อมที่จะทำกิจกรรมอื่นต่อไป

#### (6) การใช้เสียงเพลง

เสียงเพลงมีอิทธิพลต่ออารมณ์ของคนเรามาก สามารถทำให้มีความสุขได้ ทำให้รื่นเริง สนุกสนาน และเศร้าได้

หากเพลงใดที่ทำให้คุณรู้สึกสบายใจว่าเร้าใจแจ่มใสได้ ก็ให้เลือกฟังเพลงนั้น ในเวลาที่รู้สึกเครียด

นอกจากนี้ ยังมีวิธีการคลายความเครียดโดยการใช้เทปเสียงคลายเครียดด้วยตนเอง ซึ่งกรมสุขภาพจิตจัดทำขึ้นโดยการผสมผสานระหว่างเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การใช้เสียงเพลงและการใช้จินตนาการ

### 3.2.4 การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

มนุษย์มีการดำเนินชีวิตเป็นหมู่คณะ จำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์ ติดต่อกันตลอดเวลา เพื่อให้ได้มาซึ่งความรัก ความมั่นคง และการสนองความต้องการของตน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ นั้น เป็นวัยที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ การติดต่อกับบุคคลอื่นจะทำให้บุคคลได้รู้จักและเข้าใจตนเอง ได้รับความรัก ความช่วยเหลือต่างๆ ตลอดจนได้รับความสำคัญจากผู้อื่น

ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการตอบสนองความต้องการของตนเอง และช่วยในการปรับตัวและตอบสนองต่อความเครียดอันเนื่องมาจากความเสื่อมทางร่างกายและจิตใจ (นภาพร วงศ์ใหญ่, 2542) เพราะการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดโอกาสของการเกิดภาวะวิกฤตได้ แอกเกิลลิลา และแมสสิก (Aquilera & Messick, 1986) กล่าวว่าบุคคลจะเข้าสู่ภาวะวิกฤตหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 ประการ คือ

(1) การรับรู้เหตุการณ์ของบุคคล (Perception of the event) หากบุคคลเข้าใจในปัญหารับรู้ปัญหาถูกต้องตามความเป็นจริง ตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ หรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับความรู้สึกตึงเครียดของตนเอง การแก้ไขปัญหาก็จะเกิดขึ้น

(2) การได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุน (Adequate situational support) เมื่อบุคคลประสบปัญหาย่อมต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งความช่วยเหลือหรือสนับสนุนนี้อาจเป็นได้ทั้งการประคับประคองทางอารมณ์, การให้ข้อมูล, การให้สิ่งของหรือเงินทอง และอื่น ๆ

(3) แบบแผนการเผชิญปัญหา (Coping mechanisms) เมื่อบุคคลเกิดความไม่สมดุลจะมีการใช้กลไกทางจิตโดยไม่รู้ตัว หากมีการใช้กลไกที่เหมาะสมก็จะเกิดประสิทธิ

ภาพในการแก้ไขปัญหา นอกเหนือจากการใช้กลไกทางจิตแล้ว บุคคลยังมีการเรียนรู้ ที่จะใช้แบบแผนอื่น ๆ ในการเผชิญปัญหาด้วยเช่นกัน

วิธีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้แก่ สังคหัตถุธรรม ซึ่งเป็นเรื่องของการสงเคราะห์ซึ่งกันและกัน ได้แก่

- (1) ทาน คือ การให้แบ่งปัน
- (2) ปิยวาจา คือ การเจรจาติดต่อด้วยวาจาอันไพเราะ สุภาพ อ่อนหวาน
- (3) อัถถจริยา คือ การประพฤติตนอันเป็นประโยชน์เกื้อกูล ไม่เอาเปรียบกัน
- (4) สมนัตตา คือ การวางตัวเป็นผู้สม่ำเสมอ และเข้ากับผู้อื่นได้

และพรหมวิหาร 4 ได้แก่

- (1) เมตตา คือ การมีไมตรีจิต ปรารถนาให้ผู้อื่นมีความสุข
- (2) กรุณา คือ การเอ็นดูสงสาร ปรารถนาให้ผู้อื่นพ้นทุกข์
- (3) มุทิตา คือ การยินดีที่ผู้ใดดีมีความสุข
- (4) อุเบกขา คือ การวางใจเป็นกลาง ไม่ดีใจ ไม่เสียใจ ไม่ลำเอียง

สำหรับหลักทางโลก ผู้ที่ปรารถนาจะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ควรยึดถือและปฏิบัติ คือ (สร้อยตระกูล อรรถมานะ, 2541)

(1) มีความจริงใจ หลักข้อนี้ นับได้ว่าเป็นพื้นฐานข้อแรกและนับเป็นหัวใจที่สำคัญยิ่งของการสร้างสัมพันธภาพ การจริงใจต่อผู้อื่นนั้น แม้บางทีเราจะช่วยเหลือเขาไม่ได้เป็นรูปธรรม แต่ก็ช่วยให้เขามีที่ปรับทุกข์ ระบายความรู้สึก และเป็นที่ยังทางใจ

(2) มีความรักและความปรารถนาที่ดีต่อผู้อื่น เมื่อเรามีความรักต่อผู้อื่นมาเท่าใด เราก็ยังจะมีความอดทนต่อข้อบกพร่องของผู้อื่นได้มากเท่านั้น ผู้ใดก็ตามที่มีความรักต่อผู้อื่นมาก ก็มีแนวโน้มที่จะสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่นได้มาก ในศาสนาคริสต์เองก็มีบทบัญญัติสูงสุดว่า **“จงรักและปรนนิบัติพระเจ้าเป็นเจ้าอย่างสิ้นสุดจิตใจและจงรักและปฏิบัติต่อเพื่อนมนุษย์เหมือนที่ท่านรักและปฏิบัติต่อตนเอง”** และ เดล คาร์เนกี กล่าวไว้ว่า **“จงให้สิ่งที่เขาต้องการก่อน แล้วท่านจะได้สิ่งที่ท่านต้องการ”** (Give people what they want and then you can get what you want)

(3) รู้จักจิตใจของผู้อื่น รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา (empathy) เริ่มต้นโดยการศึกษาคำความต้องการของผู้อื่นก่อน โดย

3.1 การยกย่องให้เกียรติผู้อื่นด้วยความบริสุทธิ์ใจทั้งต่อหน้าและลับหลัง ซึ่งเป็นการทำให้เขารู้ว่าตนเองนั้นมีความสำคัญ

3.2 การถ่อมตน ดังที่ พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้พระราชทานไว้ในหนังสือราชการว่า **“การที่จะอวดดีกระด้างกระเดื่องเพื่อแสดงความฉลาดหรือ**



ความสามารถของตนเอง ก็ไม่จำเป็นเหมือนกัน และหาใช้หนทางที่ปราชญ์จะสรรเสริญ ไม่ ตรงกันข้าม ปราชญ์ย่อมสรรเสริญผู้ที่รู้จักอ่อนน้อมถ่อมตนเป็นที่รักใคร่และเมตตา แห่งผู้ใหญ่” แต่ก็ไม่ใช่ต่ำต้อยจนเกินงาม

3.3 การพูดคุย ต้องเคารพในความคิดของผู้อื่นเสมอ ใช้เหตุผลเป็นที่ตั้ง และพยายามระงับการโต้แย้ง

3.4 ไม่ตำหนิผู้อื่นต่อหน้าสาธารณชน

3.5 การรู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา นี้ นับเป็นกลไกทางจิตวิทยาประการหนึ่ง ที่ช่วยให้บุคคลในสังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

(4) มีมารยาทสังคม คือ การประพฤติปฏิบัติในการวางตัวทั้งทางร่างกาย วาจา และใจ ในการสมาคมกับผู้อื่น ให้เหมาะสมกับบุคคล เวลา และสถานที่ สิ่งที่สำคัญคือ ต้องเรียนรู้ถึงขนบธรรมเนียมของบุคคลที่เราติดต่อด้วย

(5) มีความเป็นกันเองกับคนที่สมาคมด้วย จงเข้าหาบุคคลอื่นก่อนด้วยอัธยาศัยไมตรี

5.1 วิธีการสร้างความเป็นกันเองที่ง่ายที่สุด คือ การยิ้ม

5.2 จำชื่อของบุคคลหรือคู่สนทนา เพราะจะทำให้เขารู้สึกเป็นกันเองและได้รับการยกย่อง

5.3 มีศิลปะในการสนทนา คือ ไม่ผูกขาดการพูดคนเดียว รู้จักสนทนาในเรื่องที่อีกฝ่ายหนึ่งสนใจด้วย และนอกจากจะเป็นผู้พูดที่ดีแล้วต้องเป็นผู้ฟังที่ดีด้วย โดยการซักถามเป็นระยะ

5.4 เข้าใจและโต้ตอบความรู้สึที่แฝงอยู่ในคำพูดและพฤติกรรมของผู้อื่น

(6) อื่น ๆ ได้แก่

6.1 ต้องมีความเสมอต้นเสมอปลาย

6.2 มีน้ำใจ

6.3 ไม่ให้สัญญาเกินไป โดยเฉพาะกับเรื่องที่ทำไม่ได้

6.4 รู้จักใช้คำว่า ขอขอบคุณ ขอโทษ และรู้จักการรักษาหน้าของผู้อื่น โดยเฉพาะในที่สาธารณชน

6.5 ตรงต่อเวลา

6.6 สามารถสนทนากับคนแปลกหน้าได้

### 3.2.5 การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการเพื่อความเบิกบานใจ

นันทนาการ เป็นกระบวนการที่เสริมสร้างและพัฒนาอารมณ์ของบุคคล (สมบัติ กาญจนกิจ, 2542) การปฏิบัติกิจกรรมนี้เพื่อความเบิกบานทางจิตใจ เป็นสิ่งที่กระทำเพื่อมุ่งหวังให้ตนเองมีความสุขทางอารมณ์ ซึ่งเป็นอาหารทางจิตใจอย่างหนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้ส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีสุข ภาพจิตที่ดี กิจกรรมดังกล่าวต้องเป็นกิจกรรมที่สังคมยอมรับ สามารถก่อให้เกิดความสุข สนุกสนาน เพลิดเพลิน

บัทเลอร์ (Butler, 1959 อ้างถึงใน สมบัติ กาญจนกิจ, 2542) กล่าวว่า นันทนาการเป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคล เป็นทางออกที่ดีของการแสดงออกและพัฒนาตนเอง เป็นการหาความสุขและช่วยให้เกิดความสมดุลระหว่างการทำงาน ความรัก การพักผ่อน และความเครียดซึ่งกันและกัน สำหรับผลทางด้านจิตวิทยา เป็นที่ยอมรับว่า กิจกรรมนันทนาการ เป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันบุคคลจากปัญหาทางจิต และใช้ฟื้นฟูจิตใจให้กลับคืนสภาพโดยเร็ว (Weiskopf, อ้างถึงใน สมบัติ กาญจนกิจ, 2542)

นอกจากนี้การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการยังเป็นการส่งเสริมการแสดงออกในด้านความคิด สร้างสรรค์ การระบายออกทางอารมณ์ การเลียนแบบสถานการณ์และพฤติกรรมต่างๆ ทำให้สามารถเรียนรู้และรู้จักตนเองมากขึ้น สร้างความมั่นใจ ความเข้าใจ และการควบคุมตนเอง รู้จักเลือกกิจกรรมหรือพฤติกรรมในการแสดงออก เป็นการส่งเสริมสุขภาพและบุคลิกภาพให้กับตนเอง

ผู้สูงอายุ ได้ผ่านช่วงการทำงานมานานและต้องการการพักผ่อนมากกว่าการทำงาน วัยนี้มักจะถูกกลืนจากสังคม ทั้งๆ ที่ผู้สูงอายุยังมีประโยชน์ต่อสังคม ดังนั้นกิจกรรมนันทนาการในวัยนี้ ควรเป็นกิจกรรมทางสังคม เพื่อส่งเสริมการมีโอกาสได้พบปะกับคนอื่น ๆ ทั้งในรุ่นเดียวกัน และต่างวัย และควรเป็นกิจกรรมเบาๆ (สมบัติ กาญจนกิจ, 2542) จากบทสัมภาษณ์ผู้สูงอายุท่านหนึ่ง ได้กล่าวว่า **“ชีวิตจะมีความสุขหรือมีคุณค่าได้จะต้องมีกิจกรรมที่พึงพอใจทำ ทั้งที่เป็นกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมเพื่อสังคม สิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน และรู้สึกว่าตนเองยังสามารถทำประโยชน์ต่อผู้อื่นได้ อีกประการหนึ่ง คือต้องมีเพื่อนเพื่อการพบปะสังสรรค์ แต่อย่าทำตัวเป็นภาระของผู้อื่นโดยไม่จำเป็น และต้องยอมรับบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป”** (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และอัจฉรา พุ่มดวง, 2539) กิจกรรมนันทนาการที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ ได้แก่

(1) นันทนาการในบ้าน (Family Recreation) ซึ่งเป็นนันทนาการแห่งแรกที่สมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมทั้งในเวลาปกติและในโอกาสพิเศษ การพูดคุยหรือการร่วมกิจกรรมบันเทิงร่วมกับครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลที่พึงพอใจ การฟังเพลง ฯลฯ

(2) นันทนาการในชุมชน (Community Recreation) เช่น ตามสวนสาธารณะ สวนธรรมชาติ การพักผ่อนในสถานที่ท่องเที่ยวต่างๆ

(3) นันทนาการอาสาสมัคร (Voluntary Recreation) ตามความสมัครใจ โดยไม่หวังผลตอบแทน

หากเป็นกีฬา ต้องเป็นกีฬาที่ไม่หนักมาก ไม่เร็วมาก ไม่มีการเบ่งกำลัง กัดันหายใจ และถ้าเล่นนานควรมีการพักระยะ การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการจัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้านหนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้ช่วยเสริมสร้างและเพิ่มพูนประสบการณ์ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคคลช่วยพัฒนาอารมณ์ ความสุข ความสามารถของบุคคล ส่งเสริมสุขภาพจิต ความสมดุลของกายและใจ เป็นการลดความเครียด ความวิตกกังวล ส่งเสริมความเข้าใจอันดีต่อเพื่อนมนุษย์

### 3.2.6 การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและการเข้าใจชีวิต

สังคมไทย มีความเป็นอยู่โดยยึดความสงบสุข นับถือศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ บุคคลส่วนใหญ่จะปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาหรือความเชื่อที่ตนเองนับถือ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้จิตใจไม่เกิดความฟุ้งซ่าน ประกอบไปด้วยการละเว้นความชั่ว กระทำความดี ทำจิตใจให้ผ่องใสและการเข้าใจในความไม่เที่ยงตามธรรมชาติของชีวิต นับว่าเป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และช่วยให้สามารถปรับตัวได้ตามสภาวะการณ์ของสังคม (อัมพร โอตระกูล, 2538)

การละเว้นความชั่ว บุคคลที่ไม่กระทำความชั่วใดๆ เป็นบุคคลที่มีจิตใจสงบ รู้จักบังคับตนเอง และดำเนินชีวิตอยู่ในกรอบแห่งบัญญัติของศาสนา รู้จักรักเพื่อนมนุษย์ ไม่เอาเปรียบผู้อื่น เขาจะรู้สึกเป็นสุขใจและมีสุขภาพจิตดี (ระวี ภาวิไล, 2531)

การกระทำความดี จากการศึกษาพบว่า การช่วยเหลือผู้อื่นอย่างไม่เห็นแก่ตัว ส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้กระทำ ทั้งนี้เป็นเพราะคนที่ทำดีต่อผู้อื่น จะได้รับความรักความนับถือจากผู้อื่นและเกิดปิติสุข เป็นผลมาจากการที่สมองหลังสารเอ็นโดฟินออกมา ด้วยเหตุนี้คนที่ทำดีต่อผู้อื่นจึงมีจิตใจที่เป็นสุข ปราศจากความเครียด และส่งผลต่อภูมิคุ้มกันต้านทานโรค มีนักจิตวิทยาแห่งมหาวิทยาลัยฮาวาร์ด ได้ทำการศึกษาวิจัย โดยให้นักศึกษากลุ่มหนึ่งดูภาพยนตร์เรื่องราวของแม่ชีเทเรซา แม่พระที่ทำงานช่วยเหลือคนยากจนและผู้ป่วยในชุมชนเมืองกัลกัตตา ประเทศอินเดีย ผู้ซึ่งเคยได้รับรางวัลแมกไซไซเมื่อหลายสิบปีก่อน หลังจากดูภาพยนตร์จบ ก็ได้ทำการเจาะเลือดนักศึกษาไปตรวจหาระดับภูมิคุ้มกันต้านทานโรค ปรากฏว่ามีระดับสูงขึ้นกว่าปกติ จึงอาจกล่าวได้ว่า แม้

จะไม่ได้ลงมือกระทำความดี เพียงแต่ชื่นชมหรือคิดที่จะทำดีก็มีส่วนเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคแล้ว (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ; สุวรรณภา อนุสันติ, 2541)

การทำจิตใจให้ผ่อนคลายและการเข้าใจในความไม่เที่ยงตามธรรมชาติของชีวิต โดยทั่วไป แนวทางการปฏิบัติของศาสนาใดก็ตาม มักจะมุ่งเน้นให้บุคคลทำจิตใจให้สงบ โดยใช้สมาธิภาวนา สำหรับพุทธศาสนาจะใช้การนั่งสมาธิและวิปัสสนา ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่ามีประโยชน์มาก ช่วยให้ผู้ปฏิบัติมีจิตที่สงบ คลื่นสมองเป็นระเบียบ ออร่าในด้านสุขจะหลั่งออกมา เมื่อมีสมาธิจิตใจจะสงบ ไม่ฟุ้งซ่าน สติสัมปชัญญะจะกลับคืนมา ทำให้เกิดการใคร่ครวญ ไตร่ตรอง เกิดปัญญา หาเหตุผล เป็นทางออกในการแก้ปัญหาอย่างมีสติ การนำแนวคิดต่างๆ ของศาสนามาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ เป็นเส้นทางหนึ่งในการช่วยให้สังคมเกิดความสงบสุข (เพ็ญภา ทรัพย์เจริญ, มปป.) ตลอดจนมีความเข้าใจในสังขารของชีวิตว่า ความตายเป็นสังขารของชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ต่างกันที่ตายอย่างไร เมื่อใดเท่านั้น ความเชื่อตามพุทธศาสนา สอนความจริงให้รู้ว่าการพลีชีพที่เกิดมาย่อมมีการเปลี่ยนแปลง ชีวิตของเราไม่เที่ยง มีความตายเป็นธรรมดา (วันดี โภคะกุล, 2543)

นอกจากนี้ การฝึกจิตและกำลังใจ จะช่วยลดความตื่นเตนลงได้ ศาสนาทุกศาสนาสอนให้สวดภาวนา คือ การฝึกจิตให้เป็นหนึ่ง เป็นสมาธิสงบ ราบเรียบ ผ่องใส ไม่ตื่นเตนง่าย ไม่ว่าจะไปในทางที่ดีหรือร้าย เมื่อได้ลาก ยศ สรรเสริญ ก็ไม่ดีใจจนฟุ้งด้วยความปลาบปลื้ม เมื่อเสื่อมลาภ ยศ หรือถูกนินทาว่าร้ายก็ไม่เสียใจ ตกใจ ไม่คับแค้นจนจิตใจห่อเหี่ยว (สนิต อาชวณิชกุล, 2543)

การละเว้นจากการกระทำชั่ว ด้วยการรักษาศีล กระทำความดีด้วยการทำบุญให้ทาน และการกระทำจิตใจให้บริสุทธิ์ ผ่องแผ้วด้วยการเจริญภาวนา ทำสมาธิ ล้วนแล้วแต่เป็นการพัฒนาจิตใจ ส่งเสริมให้จิตมีความสุข สงบ สามารถแก้ไขปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา ช่วยให้ผู้รู้จักปล่อยวาง และยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการมีสุขภาพจิตที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534 ; สุวรรณภา อนุสันติ, 2541) นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้สูงอายุมองเห็นทางสงบเพื่อเตรียมตนเองให้พร้อมก่อนที่จะถึงเวลาที่ต้องจากบุตรหลานไป

### 3.2.7 การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป

กายและจิตเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุและเป็นอุปสรรคในการติดต่อกับบุคคลอื่น รวม

ถึงการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่างๆ การดูแลร่างกายให้คงสภาพที่ดีที่สุดไว้ และการบำรุงร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล เป็นการช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้อย่างหนึ่ง (อัมพร โอตระกูล, 2538) ดังคำกล่าวที่ว่า **“สุขภาพจิตที่แจ่มใส ย่อมอยู่ในสุขภาพกายที่สมบูรณ์”**

การดูแลสุขภาพกายให้แข็งแรงสมบูรณ์ในผู้สูงอายุนั้น กระทำได้โดย

1) การรับประทานอาหารและน้ำ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่า เพื่อส่งเสริมการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ทั้งนี้ต้องเป็นอาหารที่ให้พลังงานในปริมาณที่ลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ใช้พลังงานน้อยกว่าวัยอื่นๆ ฉะนั้น ผู้สูงอายุจึงควรคำนึงถึงคุณประโยชน์และปริมาณของอาหารที่จะรับประทานในแต่ละวันด้วย เพื่อป้องกันการเกิดโทษแก่ร่างกาย และให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง

2) การพักผ่อน นอนหลับ ผู้สูงอายุควรพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ ประมาณวันละ 6-8 ชั่วโมง ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ซึ่งส่วนมากจะพบว่าวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่พบกับปัญหาการนอนไม่หลับ อาจเสริมด้วยการดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆก่อนเข้านอน การงดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน และหาช่วงเวลาอนพักเพิ่มเติมในช่วงกลางวัน เพื่อให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอแก่ความต้องการ

3) การปฏิบัติตนเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่พบกับความเจ็บป่วยได้ง่าย การปฏิบัติตนอย่างถูกต้องในการไปรับการรักษาและการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะส่งผลให้ร่างกายกลับสู่สภาพเดิมได้อย่างรวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะตามมา

การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไปให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอจึงนับเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในทางเสื่อมถอย เซลล์ของร่างกายแห้งเหี่ยวและตายไป การดูดซึมอาหารเข้าสู่ร่างกายได้ไม่เต็มที่ ทำให้ร่างกายขาดสารอาหาร ร่างกายจะอ่อนแอ ไม่สามารถต้านทานโรคได้ ถ้าผู้สูงอายุเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัย ควบคุมอาหารบางอย่างเพื่อป้องกันหรือรักษาโรคทางกายที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง และการใช้บริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจสุขภาพ ความสมบูรณ์ของร่างกาย เมื่อเจ็บป่วยก็รับการรักษาอย่างถูกต้องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปฏิบัติตนตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ตลอดจนพักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ และทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยความระมัดระวัง โดยคำนึงถึงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ร่างกาย ก็จะทำให้เป็นผู้สูงอายุที่มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ และมีสุขภาพจิตที่ดี ดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข



ถึงแม้ว่าสังคมและสภาพแวดล้อมจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรก็ตาม หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพจิต อันได้แก่ มีการพัฒนาการรู้จักตนเอง ใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ดี มีการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการเพื่อความเบิกบานใจ ตลอดจนการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและเข้าใจชีวิต และการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป อย่างเหมาะสม เขาก็จะสามารถยอมรับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นแก่ตนเองและสังคมรอบข้าง และดำรงชีวิตอยู่ด้วยความปกติสุขในบั้นปลายของชีวิตได้เป็นอย่างดี

### 3.3 การประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

การประเมินพฤติกรรมทำให้สามารถเลือกเทคนิคการปรับพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับพฤติกรรมเป้าหมาย และเป็นการประเมินประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการประเมินพฤติกรรม สามารถประเมินได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) ดังนี้

#### 3.3.1 วิธีการประเมินโดยตรง ประกอบด้วย

- การสังเกตพฤติกรรม
- การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง
- การวัดผลที่เกิดขึ้น
- การวัดทางสรีระ

#### 3.3.2 วิธีการประเมินทางอ้อม ประกอบด้วย

- การสัมภาษณ์
- การรวบรวมข้อมูลจากบุคคลอื่น
- การรายงานตนเอง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เทคนิคการประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้วยการสัมภาษณ์ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความบกพร่องในเรื่องของการมองเห็น จึงไม่เหมาะที่จะใช้วิธีการเขียนและบันทึก วิธีการสัมภาษณ์จึงเป็นวิธีที่เหมาะสมกับการประเมินพฤติกรรม แต่ทั้งนี้ ก็อาจต้องพบกับความบกพร่องเรื่องการได้ยินบ้าง ฉะนั้นก่อนการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จะต้องประเมินระดับการได้ยินของผู้สูงอายุก่อน เพื่อปรับระดับเสียงในการสัมภาษณ์ให้เหมาะสม และในระหว่างการสัมภาษณ์ หากไม่มั่นใจว่าผู้สูงอายุได้ยินชัดเจนและเข้าใจความหมายตรงกับผู้สัมภาษณ์หรือไม่ ก็อาจใช้วิธีการถามย้อนกลับหรือทวนคำถามซ้ำเพื่อให้ได้ผลการประเมินที่ถูกต้องที่สุด

## 4. การส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

### 4.1 ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ

คนไทยเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงมากปีละเกือบ 3 แสนล้านบาท โดยมีอัตราเพิ่มปีละกว่าร้อยละ 10 แต่ค่าผลลัพธ์ด้านสุขภาพต่ำ เพราะเงินส่วนใหญ่ที่จ่ายไปเป็นการจ่ายเพื่อซ่อมสุขภาพที่เสีย มากกว่าเพื่อการสร้างสุขภาพดี พร้อมๆกันนั้น คนไทยต้องบาดเจ็บ ล้มตายโดยไม่จำเป็น ด้วยวัยอันไม่สมควรเป็นจำนวนมากจากโรค และปัญหาที่ควรระวังป้องกันได้ เช่น โรคเอดส์ การติดสารเสพติด โรคทางจิตและประสาท ซึ่งเกี่ยวเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง (สปรส. , 2543)

การส่งเสริมสุขภาพในสังคมไทยนั้น ได้เฟื่องฟูอยู่ระยะหนึ่งก่อนหน้าที่จะประกาศนโยบาย “ภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543” มีการกำหนดแผนงานส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจนขึ้นตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) (วสันต์ ศิลปสุวรรณ, 2542) ในส่วนของแผนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต มุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และสามารถดูแลสุขภาพจิตตนเองและผู้ใกล้ชิดได้ (กรมสุขภาพจิต, 2542) การส่งเสริมสุขภาพจิตครอบคลุมกิจกรรมต่างๆ มากมาย โดยกิจกรรมทั้งหมดมีจุดมุ่งหมายเพื่อเสริมสร้างผลกระทบที่ดีต่อสุขภาพจิต เช่น การส่งเสริมคุณภาพ และทักษะของปัจเจกบุคคล และการพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2542) ที่ผ่านมากองทุนเพื่อสุขภาพส่วนใหญ่ถูกใช้จ่ายไปกับการรักษาและการดูแลผู้ป่วยทางจิต ส่วนที่เหลือถูกใช้จ่ายไปกับการบริการเพื่อฟื้นฟู และดูแลรักษาชุมชนต่างๆ ทุนที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตมีอยู่น้อยมาก (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

ระบบการดูแลตนเองนับว่ามีความสำคัญมากในปัจจุบัน เป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่เพื่อปกป้องประโยชน์ให้ตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความเจ็บป่วย ดังนั้นการดูแลตนเองจึงมีความจำเป็น และมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลทั้งในภาวะปกติ และเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย หากทำได้อย่างทั่วถึงและถูกต้อง จะทำให้ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาระที่ไม่จำเป็นให้แก่สถานพยาบาล เพื่อให้สามารถทุ่มเทกับผู้ป่วยที่มีปัญหาต่างๆ ได้มากขึ้น (ประเวศ วะสี, 2543)

จากการศึกษาแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพจิตนั้น จะเห็นว่า เป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งของพยาบาลจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันเนื่องจากงบประมาณของภาครัฐนั้นมีค่อนข้างจำกัด ฉะนั้น แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีที่สุด คือ การส่งเสริมให้บุคคลแต่ละคน

รู้จักวิธีการและมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม ซึ่งตรงกับเป้าหมายของงานส่งเสริมสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และเป็นไปตามแนวคิดของการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบัน โดยเฉพาะในกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มของการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่สูงขึ้น และนับวันจะต้องอยู่คนเดียวมากขึ้นด้วย

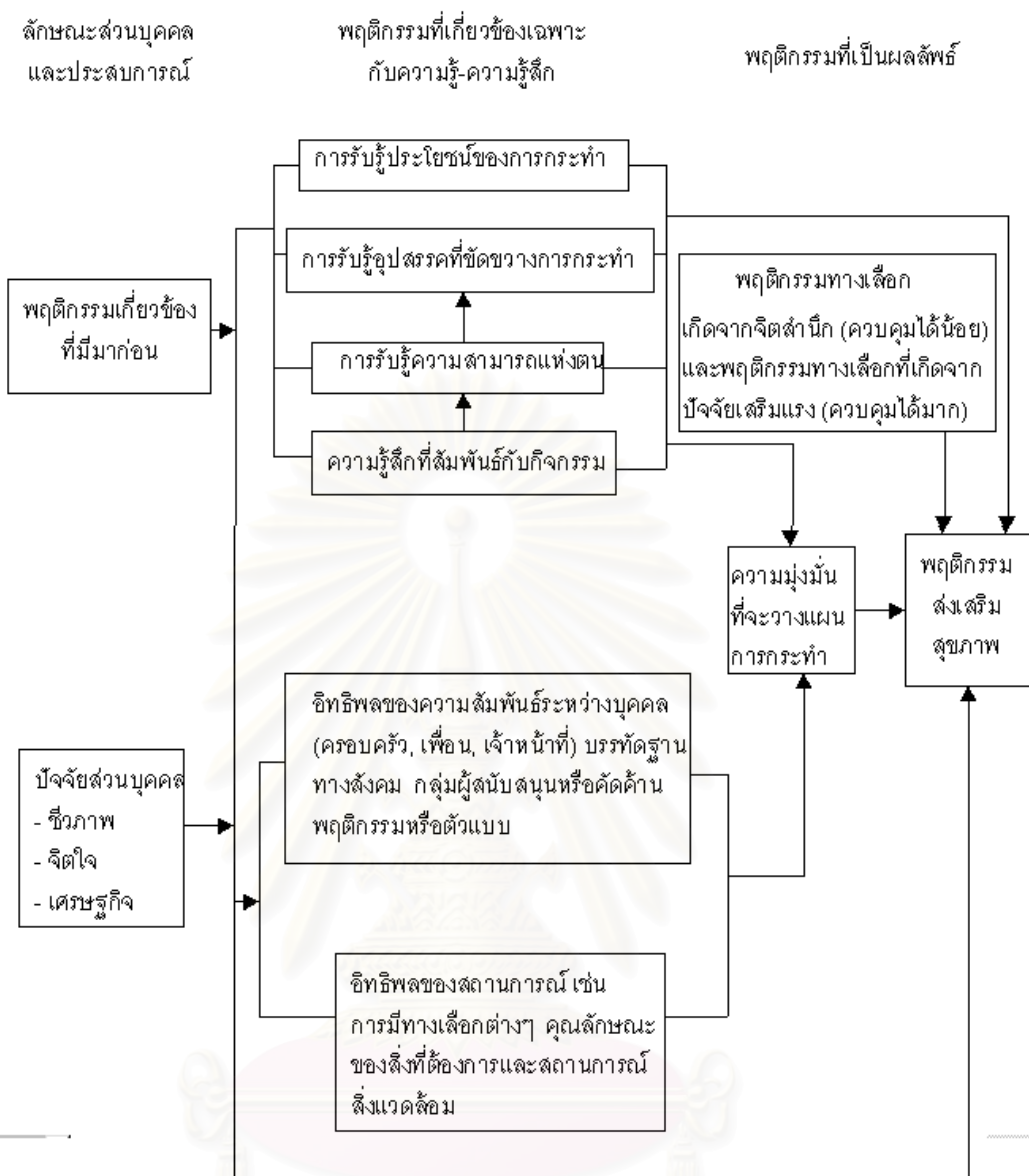
## 4.2 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ถึงแม้ว่าสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรก็ตาม หากผู้สูงอายุมีความยืดหยุ่น มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสมแล้ว เขาก็จะสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขในบั้นปลายของชีวิต การส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุกระทำได้โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม การดูแลตนเองมีลักษณะสำคัญ คือ เป็นการกระทำที่เกิดจากความสมัครใจ ซึ่งบุคคลนั้น มีความสามารถในการกระทำ เป็นสิ่งที่เกิดจากความคิดหรือการกระทำโดยเจตนาและมีการตัดสินใจกระทำโดยที่แต่ละคนมีหลักในการแนะนำ ชี้แจง หรือปรับพฤติกรรมของตนให้ดียิ่งขึ้น เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานระหว่างประสบการณ์ ความรู้ การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การติดต่อสื่อสาร และวัฒนธรรมในสังคม และเป็นการช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาพลักษณ์แห่งตน ซึ่งมีผลโดยตรงต่ออัตมโนทัศน์(Orem, 1991)

แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุนั้น แบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลตามแนวคิดของ Pender (1996) ได้อธิบาย (ตามแผนภูมิที่ 1)ไว้ว่า พฤติกรรมที่มีมาก่อนจะเป็นตัวกำหนดและมีอิทธิพลทางอ้อมแก่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยผ่านกระบวนการรับรู้ความสามารถแห่งตน (self-efficacy) การรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการกระทำ การรับรู้อุปสรรค อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับข้อมูลย้อนกลับ ช่วยให้บุคคลมีความสามารถเพิ่มขึ้น กลายเป็นทักษะในการปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้ต้องควบคู่ไปกับสิ่งที่ได้รับ (Pender, 1996) ฉะนั้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลจึงขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ได้รับ ดังแผนภูมิที่ 1 ดังนี้

### 4.2.1 ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual Characteristic and Experience)

4.2.1.1 พฤติกรรมที่มีมาก่อน (Prior related behavior) มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสอดคล้องกับการศึกษาของ Bandura ที่ว่า



แผนภาพที่ 1 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996)

พฤติกรรมที่มีมาก่อนนั้นมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้การรับรู้ความสามารถแห่งตน ประโยชน์ อุปสรรคและความรู้สึกที่สัมพันธ์กับกิจกรรมที่กระทำ

#### 4.2.1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors)

ด้าน biological factors ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนักตัว วัยหนุ่มสาว วัยหมดประจำเดือน ความสามารถในการออกกำลังกาย ความคล่องแคล่วว่องไว และความสมดุลของร่างกาย

ด้าน personal psychologic ได้แก่ การเห็นคุณค่าและนับถือตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการนิยามภาวะสุขภาพ

ด้าน personal socioculture ได้แก่ เชื้อชาติ สัญชาติ วัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจ

ปัจจัยเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ แต่เป็นส่วนที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก

4.2.2 ความคิดและความรู้สึกที่เกี่ยวข้องเฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) ถือว่าเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย

4.2.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived benefits of action) การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ เป็นการแสดงออกทางจิตใจในทางบวกหรือเป็นแรงเสริมจากประสบการณ์ตรงของบุคคลและจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น ประโยชน์ของการกระทำนี้อาจมาจากทั้งภายในและภายนอกก็ได้ ภายใน ได้แก่ ความกระตือรือร้น ความเหนื่อยล้าลดลง ภายนอก ได้แก่ รางวัลที่ได้รับในรูปของเงินตรา การได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เป็น การรับรู้ถึงผลดีต่อภาวะสุขภาพจากการได้รับการรักษาและมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นสิ่งชักนำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพมากขึ้น (Rosentock, 1990) ดังนั้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ที่พบว่า การปรับการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตได้

#### 4.2.2.2 การรับรู้อุปสรรคที่ขัดขวาง (Perceived barriers to action)



การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลถึงผลจากการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในทางลบ หรือเป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาจากการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เช่น การเสียค่าใช้จ่าย ความไม่สุขสบายจากการได้รับความเจ็บปวดหรือความเครียด และความไม่สะดวกต่างๆ ในการปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้บุคคลจะนำมาเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ ถ้าพบว่าอุปสรรคในการปฏิบัติตนมีมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับ อาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพนั้นได้ (Rosentock, 1990) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของพวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (Boonyanurak, 1985 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) พบว่า หญิงมีครรภ์ที่ไม่ไปใช้บริการฝากครรภ์มีการรับรู้อุปสรรคมากกว่าผู้ไปใช้บริการ

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญอีกด้านหนึ่ง ดังนั้น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปสรรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องจะทำให้การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวลดลง และมีผลทำให้สามารถปฏิบัติเพื่อรักษาภาวะสุขภาพได้

ในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุนั้นมีการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับที่สูง และมีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการมีพฤติกรรมในระดับที่ต่ำ ผู้สูงอายุก็จะเกิดการเรียนรู้ที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ถูกต้องเหมาะสมนั้นต่อไป เช่นเดียวกับการศึกษาวิจัยของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) พบว่า ผู้ที่รับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมอนามัยในระดับสูง มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูง ส่วนประชาชนที่รับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องในระดับสูง จะมีแนวโน้มของการดูแลตนเองในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ โฮม (Holm, 1991 อ้างถึงใน วนิตา อินทราชา, 2538) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 30 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนมากกว่า และมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจและโคสตัน (Kison, 1992) พบความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกันในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือของผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 31 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน มากกว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน จะให้ความร่วมมือมากที่สุดในการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนมากกว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน จะให้ความร่วมมือน้อยที่สุด และยังคงสูบบุหรี่อยู่มากที่สุด

#### 4.2.2.3 การรับรู้ความสามารถแห่งตน (Perceived self-efficacy)

ความสามารถแห่งตน ตามคำจำกัดความของ Bandura (1986) เป็นการพิจารณาสมรรถนะของ

บุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมโดยที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น การรับรู้ความสามารถแห่งตน เป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่จะปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถแห่งตนนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ประการ คือ

- (1) การกระทำที่ได้บรรลุผลสำเร็จ
- (2) ประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น การที่ได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ก็จะทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเพิ่มขึ้น
- (3) การชักจูงด้วยคำพูด
- (4) สภาวะทางอารมณ์ เช่น วิตกกังวล กลัว สงบ ปลอดภัย

แบบแผนการส่งเสริมสุขภาพนั้น การรับรู้ความสามารถแห่งตนในระดับสูงจะส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคของการกระทำต่ำลง

#### 4.2.2.4 ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการกระทำ (Activity-related affect)

เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำ ในระหว่างการกระทำ และหลังการกระทำ เกี่ยวข้องกับ 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้สึกต่อการกระทำ (activity-related) ต่อตัวเอง (self-related) และสถานที่สิ่งแวดล้อม (context-related) เป็นความรู้สึกเฉพาะบุคคลที่มีต่อการแสดงพฤติกรรม ถ้าเป็นความรู้สึกที่ดีจะมีผลต่อการมีพฤติกรรมนั้นอีก แต่ถ้าเป็นความรู้สึกทางลบบุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงพฤติกรรมนั้นๆ

#### 4.2.2.5 อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences)

เป็นความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ และทัศนคติต่างๆ ซึ่งอาจจะเป็นความจริงหรือไม่ก็ได้ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลขั้นต้นคือ ครอบครัว (พ่อแม่, พี่น้อง) ผู้นำและผู้ดูแลสุขภาพ อิทธิพลของความสัมพัทธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย บรรทัดฐาน (norm) แหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) และตัวแบบ (เรียนรู้โดยการสังเกตการกระทำพฤติกรรม) องค์ประกอบทั้ง 3 ตัวนี้ มีผลต่อแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในการส่งเสริมสุขภาพ

#### 4.2.2.6 อิทธิพลของสถานการณ์ (Situational Influences)

การรับรู้และความเข้าใจของบุคคลต่อสถานการณ์มีผลต่อการเลือกอำนาจหรือเห็นยั้งการมีพฤติกรรม ประกอบด้วย ทางเลือก คุณลักษณะที่ต้องการและสถานการณ์สิ่งแวดล้อม

จากแนวคิดตามแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุทำได้โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ถูกต้องเหมาะสมนั้น ผู้สูงอายุจะต้องได้รับประสบการณ์ที่ทำให้เขาเรียนรู้ทั้งทางด้านของความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับประโยชน์ของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับที่สูง มีการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมในระดับที่ต่ำ เกิดความรู้สึกในทางบวกในขณะที่กระทำกิจกรรม นอกจากนี้การจัดสภาพแวดล้อมจะต้องเอื้ออำนวยต่อการกระทำพฤติกรรมทั้งสิ่งแวดล้อมในด้านสถานที่ บรรยากาศ และสิ่งแวดล้อมด้านบุคคลซึ่งจะเป็นต้นแบบที่ดีต่อการมีพฤติกรรม สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

## 5. โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต

### 5.1 ลักษณะการเรียนรู้และวิธีการสอนผู้สูงอายุ

การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมไปเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร ซึ่งเป็นผลจากการได้รับประสบการณ์หรือได้รับการฝึกฝน (Duffy, 1997) หรืออาจกล่าวได้ว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลได้รับความรู้ ข้อมูลหรือประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งกระตุ้นให้บุคคลไตร่ตรองสิ่งเหล่านั้น เมื่อเห็นว่าเกิดผลดีกับตัวเองและครอบครัวจะเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตามความรู้ใหม่

แต่เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีข้อจำกัดในตัวเองหลายประการ ฉะนั้นประสิทธิภาพของการเรียนรู้ จึงขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆซึ่งต้องคำนึงถึงในการจัดกิจกรรมให้เกิดการเรียนรู้ ดังต่อไปนี้ (สุรกุล เจน อบรม, 2541)

1. ความเร็ว การกำหนดเวลา (pacing) คือ ช่วงเวลาของการรวบรวมข้อมูล (inpection interval) หมายถึงช่วงเวลาที่มีการนำเสนอข้อมูลเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และช่วงเวลาของการคาดคะเน (anticipation interval) ซึ่งหากช่วงเวลาของการคาดคะเนสั้น การเรียนรู้จะเกิดการผิดพลาดสูง ช่วงเวลาของการรวบรวมข้อมูลสั้น ไม่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการเรียนรู้มากเท่ากับการมีช่วงเวลาของการคาดคะเนสั้น ดังนั้น ช่วงเวลาของการคาดคะเนเป็นช่วงเวลาที่ผู้รับการทดสอบจะค้นหาข้อมูลที่เรียนไปแล้วและนำกลับมาใช้

2. การจูงใจ (motivation) การจูงใจมีผลต่อการเรียนรู้และการปฏิบัติงานของผู้สูงอายุ นอกจากกระบวนการของความจำแล้ว การจูงใจหรือความอดทนต่อความกดดันจะส่งผล

ต่อการเรียนรู้ หากขาดแรงจูงใจที่ดีแล้ว บุคคลผู้นั้นจะมีความอดทนต่อความกดดันต่างๆที่ได้รับในระดับต่ำ การจูงใจมีผลต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ไม่สนใจต่อผลการทดลองจะไม่สนใจและไม่พยายามเรียนรู้หรือต่อสู้เพื่อให้ได้มาซึ่งความสามารถสูงสุด (peak performance) การได้ตอบสนองสิ่งเร้ามีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการจูงใจ

3. ความระมัดระวัง (caution) ความระมัดระวังทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็นและทำให้ผู้สูงอายุมีความล่าช้าในการตอบสนอง

4. การถูกดึงดูความสนใจ (distractibility) ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาในการที่จะพุ่งความสนใจไปยังสิ่งหนึ่งสิ่งใดนานๆ และจะถูกดึงดูความสนใจจากสิ่งอื่นๆ ได้ง่าย เนื่องจากขาดความสนใจหรือมองไม่เห็นประโยชน์ในสิ่งนั้น ปัญหาทางสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เช่น สายตาที่มองเห็นไม่ค่อยชัด หูที่ฟังเสียงได้ไม่ดีพอ

5. การขัดขวางต่อการเรียนรู้ (interference) การขัดขวางต่อการเรียนรู้มี 2 ลักษณะ คือ proactive interference ซึ่งหมายถึง ข้อมูลเดิมจะขัดขวางต่อการเรียนรู้ใหม่ๆ และ retroactive interference หมายถึง การเรียนรู้สิ่งใหม่จะขัดขวางต่อสิ่งที่ได้เรียนมาแล้วในอดีต ถ้าผู้สูงอายุเคยรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งมาก่อนแล้ว การที่จะเอาข้อมูลใหม่ไปให้ผู้สูงอายุจะทำได้ลำบากมากกว่าวัยอื่นๆ เพราะการยึดติดกับความเคยชินเก่าๆ ที่ตนได้สั่งสมประสบการณ์มา หรือ เมื่อผู้สูงอายุได้รับความรู้ใหม่จนเข้าใจชัดเจนแล้ว การที่จะให้กลับไประลึกหรือจำความรู้เดิมก็จะทำได้ลำบากเช่นกัน ลักษณะของผู้สูงอายุจึงเป็นแบบได้หน้าลืมหลัง ดังนั้น การให้ข้อมูลที่สืบสนแก่ผู้สูงอายุจึงเป็นอุปสรรคสำคัญในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ

วิธีการที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ได้นั้น ควรปฏิบัติ ดังนี้

- (1) ให้เวลาในการเรียนรู้มากขึ้น
- (2) สิ่งที่จะให้ผู้สูงอายุเรียนรู้นั้น ควรสัมพันธ์กับประสบการณ์ ความรู้เดิมที่ผู้สูงอายุมีอยู่ และควรเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุนำไปใช้ประโยชน์ได้
- (3) ปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น เพิ่มแสงสว่างให้มากขึ้น แต่อย่าให้เป็นแสงสะท้อนสายตา ทำตัวหนังสือให้ใหญ่ขึ้นสามารถอ่านได้สะดวกกับสายตา
- (4) เตรียมอุปกรณ์อื่นๆที่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจน เช่น แว่นตา แว่นขยาย ตลอดจนใช้เทคนิคต่างๆ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น

สำหรับวิธีการสอนนั้นมีอยู่ด้วยกันหลายวิธี แต่เมื่อพิจารณาตามข้อจำกัดและลักษณะของผู้สูงอายุแล้วจะเห็นได้ว่าวิธีการสอนที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้นั้น คือ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experimental learning) เป็นการเรียนรู้ที่ผู้สอนมุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้าง

ความรู้จากประสบการณ์เดิม ซึ่ง David A Kolb (1984) ได้เสนอว่า ประสบการณ์เป็นแหล่งของการเรียนรู้และพัฒนา มีลักษณะที่สำคัญ 5 ประการ ดังนี้

1. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน
2. ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) คือ ผู้เรียนต้องทำกิจกรรมตลอดเวลา ไม่ได้นั่งฟังการบรรยายอย่างเดียว
3. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน
4. ปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง
5. อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ เช่น การพูด การเขียน การวาดรูป การแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งเอื้ออำนวยให้เกิดการแลกเปลี่ยน วิเคราะห์ สังเคราะห์ความรู้

**องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์** (Kolp , 1984, 1991, 1995 ; กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2543)

1. ประสบการณ์เชิงรูปธรรม (concrete experience) หรือประสบการณ์ (experience) ซึ่งผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้
2. การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (reflective observation) หรือการสะท้อนความคิดและการถกเถียง (reflect and discussion) ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนไม่มีโอกาสแสดงออกเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง
3. มโนทัศน์เชิงนามธรรม (abstract conceptualization) หรือการเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด (understanding and conceptualization) ผู้เรียนเกิดความเข้าใจและนำไปสู่ความคิดรวบยอด อาจเกิดจากผู้เรียนเป็นฝ่ายริเริ่ม แล้วผู้สอนเป็นฝ่ายเติมแต่งให้สมบูรณ์ หรือทางกลับกัน ผู้สอนเป็นผู้นำทาง และผู้เรียนเป็นผู้สานต่อ จนความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด
4. การทดลองปฏิบัติ (active experimentation) เป็นการทดลอง หรือประยุกต์แนวคิด (experiment or application) โดยผู้เรียนนำเอาการเรียน



รู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ จนเกิดเป็นแนวทางการปฏิบัติของผู้เรียนเอง

ในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ นั้น ผู้สูงอายุทุกคนซึ่งมีประสบการณ์ติดตัวมาจะสามารถใช้ประสบการณ์ของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุดหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นตลอดจนทดลองใช้ความรู้ที่เรียนมาไปสู่ที่ปฏิบัติได้ ทั้งนี้ เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมุ่งมีการพัฒนาศักยภาพภายในตัวบุคคลให้รับรู้ประโยชน์ของการกระทำลดการรับรู้อุปสรรค ตระหนักถึงความสามารถของตนเอง ดังนี้

1. การใช้ประสบการณ์ของบุคคล (people's experience) โดยเริ่มต้นที่ประสบการณ์ของผู้เรียน และถือว่าประสบการณ์ของผู้เรียนนั้นเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง
2. วิทยากรและผู้เรียนมีความสำคัญเท่ากัน ทั้งวิทยากรและผู้เรียนจะสร้างความสัมพันธ์โดยการสื่อสารกันอย่างแท้จริง มีการแลกเปลี่ยนที่เท่าเทียมกัน
3. บุคคลเรียนรู้ได้ดีที่สุดจากกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่เป็นจริงได้
4. ต้องมีการติดตามผลโดยภายหลังที่สมาชิกกลุ่มได้วิเคราะห์ปัญหาแล้ว เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถตัดสินใจได้ว่า จะทำอย่างไรต่อไป

## 6.2 ขนาดของกลุ่มและระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม

ขนาดของกลุ่มและระยะเวลาของการฝึกพฤติกรรมก็มีส่วนสำคัญอยู่ไม่น้อย ได้มีผู้กล่าวถึงเรื่องนี้ไว้หลายท่าน คือ

Alberti & Emmons (1982) กล่าวว่า การฝึกพฤติกรรมนั้น ถ้ากลุ่มมีขนาด 5-12 คนโดยใช้เวลาในการฝึกทั้งหมด 5-6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ก็จะทำให้การฝึกมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการฝึกที่มีระยะเวลานาน

Kanfer & Goldstein (1975) กล่าวว่าขนาดของกลุ่มที่ใช้ในการฝึก ควรมีสมาชิกตั้งแต่ 8-10 คน ส่วนจำนวนครั้งที่ใช้ในการฝึกควรเป็น 6-8 ครั้ง จะทำให้การฝึกได้ผลดีที่สุด

หลุยส์ จำปาเทศ (2532) กล่าวว่า การฝึกพฤติกรรมสามารถกระทำได้ทั้งเป็นรายบุคคลและเป็นรายกลุ่ม แต่มีความเชื่อว่าการทำเป็นรายกลุ่มโดยทั่วไปแล้ว จะได้รับผลดีว่าการฝึกเป็นรายบุคคล เช่น การฝึกเป็นกลุ่มสมาชิกจะได้รับการกระตุ้นหรือการเสริมแรงจากเพื่อน

สมาชิกในกลุ่ม และสมาชิกในกลุ่มสามารถจะเรียนรู้ความแตกต่างของสมาชิกในกลุ่ม สามารถยอมรับสิทธิของเพื่อนสมาชิกที่เสนอเหตุผลตามความคิดของเขา

จากทัศนของนักจิตวิทยาด้านพฤติกรรมศาสตร์ สรุปได้ว่า การจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตนั้นควรเป็นรูปแบบของการฝึกเป็นกลุ่ม ขนาดของกลุ่มประมาณ 5-12 คน ระยะเวลาในการฝึก ควรเป็น 6-12 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มเป็น กลุ่มละ 7 คน เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตครั้งละ 1 ชั่วโมง จำนวน 9 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์

## 5.2 ลักษณะของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต

จากแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพและลักษณะการเรียนรู้ของผู้สูงอายุนั้น วิธีการที่จะส่งเสริมสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีขึ้นนั้น ควรใช้การดำเนินกิจกรรมการสอนแบบผสมผสาน เพื่อการพัฒนาการเรียนรู้ในผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตด้วยความผาสุก ตามแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) โดยอาศัยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ กล่าวคือ มีการนำเสนอความรู้และจัดประสบการณ์ให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ลดการรับรู้อุปสรรคอุปสรรคต่อการกระทำ เกิดความรู้สึกที่ดีต่อการมีประสบการณ์ใหม่ที่เหมาะสม และมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการกระทำพฤติกรรมทั้งสิ่งแวดล้อมในด้านสถานที่ บรรยากาศ และสิ่งแวดล้อมด้านบุคคลซึ่งจะเป็นต้นแบบที่ดีต่อการมีพฤติกรรม (pender, 1996) ตามกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Kolb, 1984) ประกอบด้วยขั้นตอนการสอน ดังนี้

1.1 การนำเสนอและเชื่อมโยงสถานการณ์ คือ การที่พยาบาลนำเสนอประสบการณ์ที่สร้างขึ้นตามสาเหตุของปัญหาด้านจิตใจในผู้สูงอายุ มาเสนอในรูปของความเรียง หรือวีดีโอ ต่อกลุ่มผู้สูงอายุ จากนั้นจะใช้คำถามกระตุ้นให้เกิดการเชื่อมโยงสถานการณ์ที่สอดคล้องกับผู้สูงอายุ รวมทั้งให้ผู้สูงอายุนำเสนอสถานการณ์ของตนเองที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่นำเสนอ

1.2 การสะท้อนแนวคิดและค่านิยม คือ การที่พยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้สูงอายุแสดงความคิด วิเคราะห์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในสถานการณ์ที่นำเสนอและสถานการณ์ของตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ประโยชน์ ลดการรับรู้อุปสรรค รับรู้ความสามารถของตนเองต่อการแสดงพฤติกรรม

1.3 สร้างความเข้าใจและความคิดรวบยอด คือ การที่พยาบาลใช้คำถามหรือคำพูดในการกระตุ้น ชักจูงให้ผู้สูงอายุร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแนวทางและวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ และความสามารถของตนเองในการพัฒนาพฤติกรรม

กรรมในการดำรงชีวิต โดยการให้ผู้สูงอายุเป็นฝ่ายริเริ่ม แล้วพยาบาลเป็นฝ่ายเติมแต่งให้สมบูรณ์ หรือทางกลับกัน พยาบาลเป็นผู้นำทาง และผู้สูงอายุเป็นผู้สานต่อ จนความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด

1.4 การทดลองและตรวจสอบพฤติกรรมใหม่ คือ การที่พยาบาลให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแสดงพฤติกรรมตามสถานการณ์ที่พยาบาลสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุ โดยใช้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการสนับสนุน คัดค้านการแสดงพฤติกรรม หรือการให้เวลาแก่ผู้สูงอายุในการนำแนวคิดของการพัฒนาพฤติกรรมไปทดลองปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ ยังไม่ปรากฏงานวิจัยที่เป็นการส่งเสริมเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงนำเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นดังต่อไปนี้

### 6.1 งานวิจัยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย

เกษม เล่งเวหาสถิตย์ และคณะ (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในเขต อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร ปี พ.ศ. 2539 จำนวน 398 คน พบว่า ความชุกของความซึมเศร้าในผู้สูงอายुर้อยละ 29.4 ส่วนใหญ่มีระดับการซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 18.8 รองลงมา มีระดับการซึมเศร้าปานกลางร้อยละ 9.6 และมีระดับความซึมเศร้ามากร้อยละ 1.0 ตามลำดับ ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เรียงตามลำดับความสำคัญ ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว เพศ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีส่วนร่วมในสังคม ความเพียงพอของรายได้ และงานอดิเรก โดยตัวแปรทั้ง 6 ตัว สามารถร่วมกันทำนายความซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 35.58

จันทิมา จารณศรี (2539) ศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการบริการในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค จำนวน 215 คน เป็นชาย 28 คน และหญิง 187 คน โดยใช้แบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น จี เอช คิว พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์บ้านบางแคมีสภาวะสุขภาพจิต

อยู่ในระดับมีปัญหาทางสุขภาพจิต ร้อยละ 58.10 และมีสุขภาพจิตดี ร้อยละ 41.90 โดยที่สภาวะสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ภูมิลำเนาเดิม ประเภทของการเข้ารับบริการการสงเคราะห์ และระยะเวลาในการเข้ารับบริการการสงเคราะห์

จากรูรณ เหมะธร และคณะ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป ที่อยู่ในชุมชนหลังวัดปทุมวนาราม ชุมชนวัดปรีณายก และชุมชนหลังวัดม่วงแค จำนวน 237 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีความซึมเศร้า ร้อยละ 59.9 มีความซึมเศร้าระดับปานกลาง ระดับสูง และระดับต่ำ ร้อยละ 24.5, 23.6 และ 11.8 ตามลำดับ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความซึมเศร้า พบว่า เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเป็นเจ้าของที่พักอาศัย ลักษณะครอบครัว และความสัมพันธ์กับสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความซึมเศร้า ส่วนการมีโรคประจำตัว และความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับระดับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ

เนตรนภา จัตวงศ์แสง (2540) ศึกษาเปรียบเทียบอัตมโนทัศน์และความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในและภายนอกสถานสงเคราะห์คนชรา โดยทำการศึกษาจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค จำนวน 142 ราย และผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุบ้านทิพย์สุนันท์ จำนวน 100 ราย รวมทั้งสิ้น 242 ราย พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ภายในสถานสงเคราะห์คนชรา มีอัตมโนทัศน์โดยรวมต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อยู่นอกสถานสงเคราะห์ ส่วนในด้านความซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ภายในสถานสงเคราะห์มีความซึมเศร้าโดยรวมสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ภายนอกสถานสงเคราะห์โดยเฉพาะในด้านความคิด การรับรู้ และด้านพฤติกรรม เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับความซึมเศร้า พบว่ามีความสัมพันธ์กันในทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ไม่ว่าจะอยู่ในสถานสงเคราะห์หรือภายนอกสถานสงเคราะห์คนชรา

จากงานวิจัยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต พบว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่พบกับปัญหาสุขภาพจิตในระดับที่นำให้ความสำคัญ ประกอบกับ จากสถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชในปัจจุบันก็มีแนวโน้มของปัญหาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ฉะนั้น สุขภาพจิตของผู้สูงอายุจึงควรได้รับการแก้ไขและป้องกันเป็นอย่างยิ่ง

## 6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนภาคกลางในเขตเมือง และชนบท จำนวน 970 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ แบบวัดการรับรู้การบริการสุขภาพจิตของรัฐ แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตนั้น ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการสัมภาษณ์ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี อายุ 20-60 ปี ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาและดำรงรักษาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเอง โดยทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนภาคกลาง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โสด การรับรู้ประโยชน์ของการมีสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และการรับรู้การบริการสุขภาพจิตของรัฐ และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับอาชีพงานบ้าน/เกษตรกรรม และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนภาคกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นอันดับแรก คือ ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และรองลงมา ได้แก่ ระดับการศึกษา และการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง โดยผู้ที่รับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมอนามัยในระดับสูง มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูง ส่วนประชาชนที่รับรู้ข้อสรุปของการมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องในระดับสูง จะมีแนวโน้มของการดูแลตนเองในระดับต่ำ

ชลธิชา วัจวิเวก (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ของสถานภาพสุขภาพกาย แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 202 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ได้แก่ พฤติกรรมที่กระทำในการดูแลสุขภาพกายของตนเอง 2) พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ ได้แก่ พฤติกรรมที่กระทำเมื่อมีอาการผิดปกติอย่างรุนแรง พฤติกรรมที่กระทำเมื่อมีเรื่องก่อกวนใจ วิตกกังวล พฤติกรรมที่กระทำเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับคนในครอบครัว พฤติกรรม การใช้เวลาว่าง การแนะนำเมื่อมีผู้มาปรึกษาเรื่องก่อกวนใจ นอนไม่หลับ การแนะนำเมื่อพบผู้ที่มีอาการคลุ้มคลั่งคิดจะฆ่าตัวตาย คำแนะนำเพื่อชะลอความและมีอายุยืน การแนะนำผู้สูงอายุด้วยกันในเรื่องที่เกี่ยวกับ “ความตาย” ใน



วัยผู้สูงอายุ และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความสบายใจ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม และตัวแปรที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ ได้ร้อยละ 33.1 ( $R^2 = 0.331$ )

นภาพร วงศ์ใหญ่ (2541) ศึกษาความหวังและพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดพะเยา จำนวน 200 คน พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ( $r = .46$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เพ็ญพรรณ ขจรศิลป์ และคณะ (2543) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี จำนวน 20 คน ใช้เวลาในการทดลอง 4 สัปดาห์ เก็บข้อมูล 3 ครั้ง คือ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 และหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทันที และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 2 สัปดาห์ มากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภัณฑิลา อธิรัตน์ (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคประสาท ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคประสาท มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการสนับสนุนของชุมชน การสนับสนุนของครอบครัว และความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และตัวแปรที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคประสาท ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ตามลำดับความสำคัญมากที่สุด คือ การสนับสนุนของชุมชน ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา การสนับสนุนของครอบครัว และระดับการศึกษา โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์ ได้ร้อยละ 33.2 ( $R^2 = 0.332$ )

ราณี พรมานะจรัสกุล (2537) ศึกษาผลของการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษา ชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เฉพาะเพศหญิง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์มากกว่าในระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศรีรัตนา ศุภพิทยากุล (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความทนทาน พฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิต กับระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่า การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และความทนทานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 พฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศรีสุดา แซ่ลิ้ม (2538) ศึกษาผลของการฝึกการแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประจำปีการศึกษา 2538 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน โดยกลุ่มทดลองเข้ารับการฝึกการแก้ปัญหาตามโปรแกรมจำนวน 12 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมให้อยู่ในสภาพการเรียนการสอนตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาในกลุ่มทดลองในระยะหลังการฝึกการแก้ปัญหาสูงกว่าก่อนการฝึกการแก้ปัญหามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภายหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาในกลุ่มทดลองมากกว่านักศึกษาในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตนั้น พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ นั้น พบว่า ยังมีในปริมาณที่น้อยมาก และที่พบเป็นการศึกษาในเชิงความสัมพันธ์เท่านั้น และเป็นที่น่าสังเกตว่า

เกือบทุกรายงานการวิจัยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตนั้น ใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ซึ่งเป็นแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นจากการสัมภาษณ์ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ประกอบด้วยพฤติกรรม 7 ด้าน คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาและดำรงรักษาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การเผชิญปัญหา การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีเพียงงานวิจัยของชลธิชา วังวิเวก (2537) เพียงงานวิจัยเดียวที่ใช้แบบวัดที่สร้างขึ้นเอง ซึ่งสร้างตามกรอบแนวคิดของการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ได้แก่ พฤติกรรมที่กระทำในการดูแลสุขภาพกายของตนเอง 2) พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพด้านจิตใจ ได้แก่ พฤติกรรมที่กระทำเมื่อมีอาการมึนงงอย่างรุนแรง พฤติกรรมที่กระทำเมื่อมีเรื่องกลุ่มใจ วิตกกังวล พฤติกรรมที่กระทำเมื่อมีปัญหากับคนในครอบครัว พฤติกรรมการใช้เวลาว่าง การแนะนำเมื่อมีผู้มาปรึกษาเรื่องกลุ่มใจ นอนไม่หลับ การแนะนำเมื่อพบผู้ที่มีอาการคลุ้มคลั่งคิดจะฆ่าตัวตาย คำแนะนำเพื่อชะลอความและมีอายุยืน การแนะนำผู้สูงอายุด้วยกันในเรื่องที่เกี่ยวกับ “ความตาย” ในวัยผู้สูงอายุ และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความสบายใจ ฉะนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้กรอบแนวคิดของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534)

### 6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ

ในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่ปรากฏงานที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ฉะนั้นผู้วิจัยจึงขอเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรมโดยใช้ แนวคิดของหลักที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรม การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมและแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมอื่นๆ ดังนี้

จันทนา วังคะออม (2540) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่ขาดพฤติกรรมออกกำลังกายที่ถูกต้อง จำนวน 31 คน โดยจัดโปรแกรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยฝึกการออกกำลังกายสัปดาห์ละครั้งร่วมกับการฝึกออกกำลังกายที่บ้านตามโปรแกรม พบว่าสามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีความหวัง ความสามารถของตนเองในพฤติกรรมออกกำลังกายและความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกาย เพิ่มมากกว่าก่อนการศึกษาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับต่ำกว่า 0.001 และ 0.0115 ตามลำดับ และมีการเพิ่มพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ในระดับปานกลาง ส่งผลให้ภาวะสุขภาพและความสมบูรณ์ทางกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.003 และที่ระดับต่ำกว่า 0.0001

บุญศรี นุเกตุ (2541) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 60 คน พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับดี และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในระดับปานกลาง ( $r = .42, p < .001$ )

นุชรี ไล่พันธ์ (2542) ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดของลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องชนิดถาวร ที่แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 14 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 7 คน และกลุ่มควบคุม 7 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการสอนตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของแบนดูรา พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้องที่ได้รับการสอนตามโปรแกรม มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลช่องเปิดลำไส้ และคะแนนพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดลำไส้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ

วนิดา อินทราชา (2538) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ที่มารับการตรวจที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ จังหวัดลำปาง จำนวน 20 ราย หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งกลุ่มที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับข้อมูลสูงกว่าก่อนได้รับข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

แหวดาว ทวีชัย (2543) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มารับการตรวจรักษาที่โรง

พยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = -.787$ )

วันวิสาข์ ชูจิตร (2543) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก ที่ได้รับการรักษา โดยการใส่ท่อระบายทรวงอกในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ และหอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 ราย และกลุ่มควบคุม 10 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นรายบุคคลตามโปรแกรม และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการฟื้นฟูสภาพของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานหลังใส่ท่อระบายทรวงอกวันที่ 2 และ 3 ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ,  $p < .01$ ) และเปอร์เซ็นต์ที่เพิ่มขึ้นของปริมาตรอากาศที่หายใจออกได้มากที่สุดหลังหายใจเข้าเต็มที่ หลังใส่ท่อระบายทรวงอก วันที่ 2 และ 3 ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ธีรนนท์ สิงเฉลิม (2542) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ ที่มารับการตรวจที่ห้องตรวจแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 10 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการให้ข้อมูลสูงกว่าก่อนการให้ข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุดาวลัย สายสืบ (2535) ได้วิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ภาคเหนือของประเทศไทย พบว่าตัวแปรที่มีอำนาจสูงในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต 11 อันดับแรก คือ ความเพียงพอของรายได้ ขนาดของเครือข่าย จำนวนรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรค การทำกิจกรรมในสังคม ความรู้สึกสูญเสีย การสนับสนุนทางสังคม อาชีพรับจ้าง สถานภาพสมรส และอาชีพค้าขาย

โฟลเดน (Folden, 1993) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับเส้นเลือดของสมอง



(stroke) จำนวน 68 ราย ที่เข้ารับการฟื้นฟูสภาพเป็นครั้งแรก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 34 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลอง ให้การพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้โดยใช้วิธีสอน ให้ข้อมูล สาธิตเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ให้ผู้ป่วยฝึกทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่อาจจะต้องเผชิญในภาวะวิกฤต การเรียนรู้ และการปรับตัวที่จะเผชิญกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ให้การพยาบาลโดยพบผู้ป่วยจำนวน 4 ครั้ง ภายใน 2 สัปดาห์ แต่ละครึ่งห่างกันไม่ต่ำกว่า 2 วัน วัดผลก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

โฮม (Holm, 1991 อ้างถึงใน วนิดา อินทราชา, 2538) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ ในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 30 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนมากกว่า และมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ

ไอลี่ (Aili, 2000) ศึกษาการรับรู้การสนับสนุนด้านข้อมูลและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลเฟิร์สท์ ทิชซิง ฮอสปิเตอ์ ออฟ ซีอาน เม็ดดิเคอ์ ยูนิเวอร์ซิตี (First Teaching Hospital of Xian Medical University) และโรงพยาบาลซีอาน ทูเบอร์คิวโลสิส (Xian Tuberculosis Hospital) จำนวน 94 ราย พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ( $r=.825$ )

ไคสัน (1992) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือของผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 31 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน มากกว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน จะให้ความร่วมมือมากที่สุดในการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนมากกว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน จะให้ความร่วมมือน้อยที่สุด และยังคงสูบบุหรี่อยู่มากที่สุด

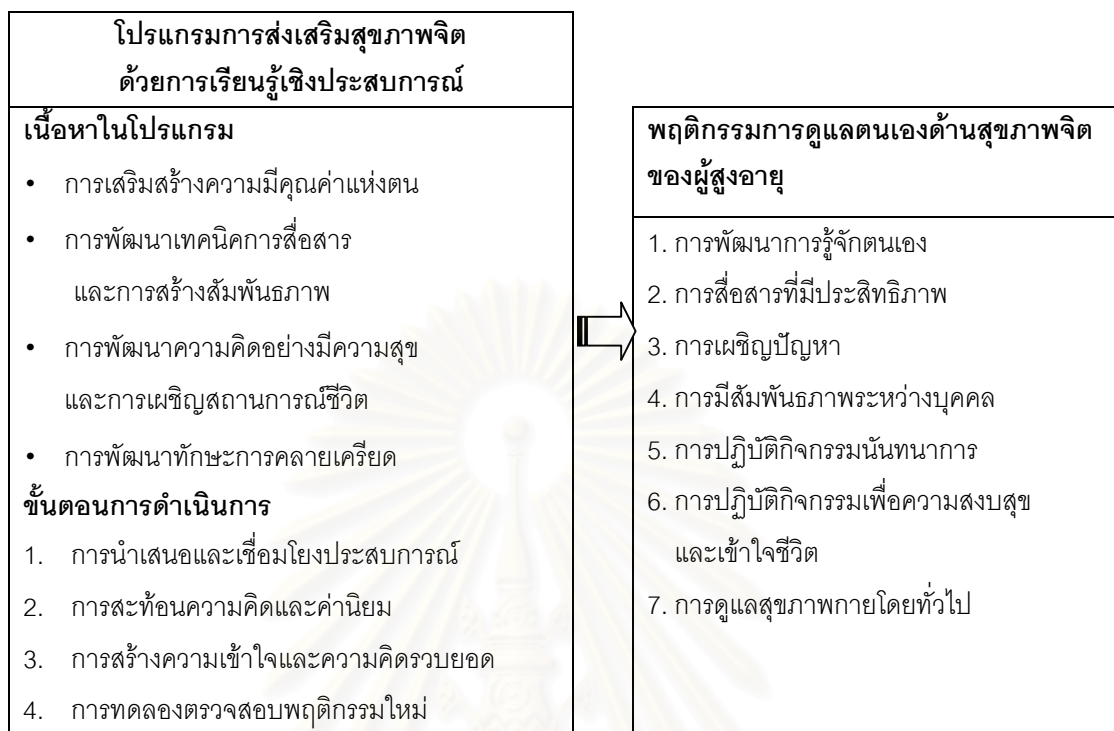
จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพโดยการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองนั้น ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยที่เป็นการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านของสุขภาพกายโดยทั่วไป

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่พบกับปัญหาด้านสุขภาพจิตในระดับที่นำไปให้ความสำคัญและเร่งแก้ไข และป้องกันปัญหาดังกล่าว โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตตามแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่งที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาวิจัยที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยการส่งเสริมในด้านการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเลย แต่เป็นงานวิจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพกายโดยทั่วไป ฉะนั้น ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจ และศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในครั้งนี้นั้น โดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Kolb, 1989, 1991, 1995) ประกอบกับแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996)

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในครั้งนี้นั้น ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ผ่านประสบการณ์ในชีวิตมามากกว่าวัยอื่นๆ และสิ่งที่ผู้สูงอายุจะเรียนรู้ได้นั้น จะต้องเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์เดิมของเขา ฉะนั้นสิ่งที่ป็นเนื้อหาในการเรียนรู้นั้น ผู้วิจัยจัดขึ้นตามสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ได้กิจกรรมทั้งสิ้น 4 กิจกรรม คือ การเสริมสร้างความมีคุณค่าแห่งตน การพัฒนาเทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความคิดอย่างมีความสุข และการเผชิญสถานการณ์ชีวิต และกิจกรรมการพัฒนาทักษะการคลายเครียด ในขั้นตอนการเรียนรู้นั้นประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การนำเสนอและเชื่อมโยงประสบการณ์ 2) การสะท้อนความคิดและค่านิยม 3) การสร้างความเข้าใจและความคิดรวบยอด และ 4) การทดลองตรวจสอบพฤติกรรมใหม่ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับประสบการณ์ที่ทำให้เขาเรียนรู้ทั้งทางด้านของความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับที่สูง มีการรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมในระดับที่ต่ำ รับรู้ความสามารถของตนเอง และเกิดความรู้สึกลงในทางบวกในขณะที่กระทำกิจกรรม ส่วนในกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุจะได้รับเพียงกิจกรรมที่สถานสงเคราะห์จัดไว้ให้กับผู้สูงอายุได้เข้ารับบริการหรือเข้าร่วมกิจกรรมตามความสมัครใจ อันได้แก่ กิจกรรมอาชีพบำบัดตามความสามารถและความสนใจ ฟังเทศน์ตามวันสำคัญต่างๆ การรับคำปรึกษา และกิจกรรมนันทนาการเป็นครั้งคราว มีการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มทดลอง

## กรอบแนวคิดในการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษา 2 กลุ่ม วัด 2 ครั้ง (The Pretest-Posttest Control Group Design) โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>	กลุ่มทดลอง
O <sub>3</sub>		O <sub>4</sub>	กลุ่มควบคุม

O<sub>1</sub> และ O<sub>3</sub> หมายถึง การวัดพฤติกรรมกรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนรับการส่งเสริมสุขภาพจิต

O<sub>2</sub> หมายถึง การวัดพฤติกรรมกรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ หลังรับการส่งเสริมสุขภาพจิต

O<sub>4</sub> หมายถึง การวัดพฤติกรรมกรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ หลังรับการส่งเสริมสุขภาพจิต

X หมายถึง โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุที่พักในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 40 คน โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชาย และหญิง
2. สามารถอ่านออกและเขียนได้
3. ไม่มีสุขภาพกายที่เป็นอุปสรรคต่อการร่วมกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ การได้ยิน และการมองเห็น
4. ผ่านการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ แล้วได้คะแนนมากกว่า 18 คะแนน (มีความเครียดสูงหรือมีปัญหาสุขภาพจิต)

5. ผ่านการทดสอบภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบทดสอบ CMT แล้วไม่พบอาการสมองเสื่อม คือ ได้คะแนนมากกว่า 15 คะแนน จากคะแนนเต็ม 19 คะแนน
6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยประสานงานกับกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูลในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง แล้วประสานงานกับเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ของสถานสงเคราะห์ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย และลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา เพื่อขอรายชื่อผู้สูงอายุตามคุณสมบัติที่ต้องการ ได้ผู้สูงอายุทั้งสิ้น 60 คน และนัดวัน เวลา ที่พบผู้สูงอายุเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือจากผู้สูงอายุตามที่ เจ้าหน้าที่นัดหมายไว้
3. ทำการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทดสอบภาวะจิตเสื่อมของผู้สูงอายุ ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ได้ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ 50 คน
4. จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามคุณสมบัติ ดังนี้
  - 4.1 การศึกษา
  - 4.2 เพศของผู้สูงอายุ
 ได้กลุ่มตัวอย่าง 21 คู่ แต่ในระหว่างที่ทำการทดลองนั้น มีกลุ่มตัวอย่าง 1 ท่าน

กลับบ้าน จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 20 คู่ ดังตารางที่ 1

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 1 จัดกลุ่มตัวอย่างตามเพศ ระดับการศึกษา และคะแนนภาวะสุขภาพจิตและคะแนนภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ

คนที่	เพศ	ระดับการศึกษา	คะแนน		คะแนนทดสอบ	
			ภาวะสุขภาพจิต		ภาวะสมองเสื่อม	
			กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	หญิง	ประถมศึกษา	25	27	15	15
2	หญิง	ประถมศึกษา	29	23	15	15
3	หญิง	ประถมศึกษา	26	23	15	15
4	หญิง	ประถมศึกษา	27	20	15	14
5	หญิง	ประถมศึกษา	28	30	15	15
6	หญิง	ประถมศึกษา	30	26	15	15
7	หญิง	ประถมศึกษา	26	19	15	15
8	หญิง	ประถมศึกษา	22	23	15	13
9	หญิง	มัธยมศึกษา	24	22	15	15
10	หญิง	มัธยมศึกษา	19	25	15	15
11	หญิง	มัธยมศึกษา	24	23	15	15
12	หญิง	มัธยมศึกษา	26	23	15	15
13	หญิง	ปริญญาตรี	29	24	15	15
14	ชาย	ประถมศึกษา	30	32	14	15
15	ชาย	ประถมศึกษา	33	30	15	15
16	ชาย	ประถมศึกษา	22	21	15	15
17	ชาย	มัธยมศึกษา	20	25	15	15
18	ชาย	มัธยมศึกษา	22	20	15	15
19	ชาย	มัธยมศึกษา	31	26	15	15
20	ชาย	ปริญญาตรี	32	30	15	14

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในคัดกรองกลุ่มตัวอย่างประชากร** เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาควรเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตต่ำ คือ ผู้ที่มีความเครียดสูง หรือเริ่มมีปัญหาสุขภาพจิต และต้องไม่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งจะมีผลต่อการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ฉะนั้นผู้วิจัยจึงใช้เครื่องมือในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1.1 **แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ** เป็นแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ของ นุสราน นามเดช ซึ่งเป็นแบบทดสอบที่ให้ผู้ตอบตอบด้วยตนเอง โดย

กำหนดโครงสร้างสุขภาพจิตประกอบด้วยภาวะความตึงเครียดและความสมบูรณ์ของจิตใจ หากคุณภาพของแบบทดสอบในเรื่องความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีความชำนาญทางจิตเวชผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 42 ข้อ นำไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์จำนวน 62 คน และกลุ่มปกติ 186 คน มีค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าความคงที่ภายในด้วยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ในองค์ประกอบภาวะความตึงเครียดของจิตใจ เท่ากับ .93 องค์ประกอบภาวะความสมบูรณ์ของจิตใจ เท่ากับ .85 และรวมทั้งฉบับ เท่ากับ .94 มีจุดตัดคะแนนที่ 18 ของการทดสอบทั้งฉบับ โดยให้ค่าความไวร้อยละ 85.5 ค่าความจำเพาะร้อยละ 83.3 และมีคุณสมบัติเหมาะสมสามารถใช้คัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้ (นุสรา นามเดช, 2539) เครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 42 ข้อ จำแนกเป็นข้อคำถามที่แสดงถึงภาวะความตึงเครียดทางจิตใจ (psychological distress) 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-20 และภาวะความสมบูรณ์ทางจิตใจ (psychological well-being) 22 ข้อ ได้แก่ ข้อ 21-42

ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบทดสอบที่ให้ผู้สูงอายุเลือกตอบเอง (self rating questionnaire) เป็นแบบวัดชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งคำตอบเป็น 3 ช่วง คือ คำถามข้อ 1-20, 24, 25, และ 42 ให้ใช้คำตอบบ่อยครั้ง หรือตลอดเวลา บางครั้ง ไม่มีเลย คำถามข้อ 21-23 และ 26-41 ให้ใช้คำตอบว่า ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่

“บ่อยครั้งหรือตลอดเวลา” หมายถึง ผู้ตอบมีอาการ ความคิด ความรู้สึกตามข้อ

ความนั้นเกิดขึ้นทุกวัน หรือเกือบทุกวันในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

“บางครั้ง” หมายถึง ผู้ตอบมีอาการ ความคิด ความรู้สึกตามข้อความนั้นเกิดขึ้นบ้างเป็นบางครั้งในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

“ไม่มีเลย” หมายถึง ผู้ตอบไม่มีอาการ ความคิด ความรู้สึกตามข้อความนั้นเลย ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

“ใช่” หมายถึง ผู้ตอบเห็นด้วยกับข้อความนั้นหรือข้อความนั้นเป็นจริงตรงกับสภาวะของผู้ตอบ

“ไม่แน่ใจ” หมายถึง ผู้ตอบไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นเป็นจริงตรงกับสภาวะของผู้ตอบหรือไม่สามารถตัดสินใจได้

“ไม่ใช่” หมายถึง ผู้ตอบไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นหรือข้อความนั้นไม่เป็นจริงตรงกับสภาวะของผู้ตอบ

### การให้คะแนนแบบสอบถาม

เนื่องจากแบบสอบถามเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตนี้เป็นแบบวัดที่แสดงถึงสภาวะอารมณ์ ความรู้สึกทางด้านบวก ( psychological well-being) และทางด้านลบ (psychological distress) จึงมีการคิดค่าคะแนนดังนี้

ข้อความที่แสดงถึงความตึงเครียดทางจิตใจ (psychological distress)

คำตอบ “บ่อยครั้ง/ตลอดเวลา”	ได้	2	คะแนน
“บางครั้ง”	ได้	1	คะแนน
“ไม่มีเลย”	ได้	0	คะแนน

ข้อความที่แสดงถึงความสมบูรณ์ของจิตใจ ( psychological well-being)

ข้อความที่เป็นบวก

คำตอบ “ใช่”	ได้	0	คะแนน
“ไม่แน่ใจ”	ได้	1	คะแนน
“ไม่ใช่”	ได้	2	คะแนน

ข้อความที่เป็นลบ

คำตอบ “ใช่”	ได้	2	คะแนน
“ไม่แน่ใจ”	ได้	1	คะแนน
“ไม่ใช่”	ได้	0	คะแนน

การคิดคะแนนจากแบบทดสอบภาวะสุขภาพจิต คือ คิดคะแนนรวมของแบบทดสอบทั้งฉบับซึ่งมีค่าคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และมีค่าสูงสุด 84 คะแนน คะแนนต่ำ แสดงว่า ผู้ตอบมีสภาวะสุขภาพจิตในระดับดี หรือเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คะแนนสูงแสดงว่า ผู้ตอบมีสภาวะสุขภาพจิตในระดับไม่ดี หรือมีปัญหาสุขภาพจิต มีจุดตัดของคะแนนที่ 18

### การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เพื่อเป็นการป้องกันการสับสนในการใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยจึงได้ปรึกษากับผู้สร้างเครื่องมือและอาจารย์ที่ปรึกษาในการปรับเครื่องมือวิจัยฉบับนี้ใน 2 ประเด็น คือ

1. เรียงลำดับข้อความที่ใช้ตัวเลือกตอบแบบเดียวกันไว้ด้วยกัน คือคำถามข้อ 1-20, 24, 25, และ 42 ที่ใช้คำตอบ บ่อยครั้ง หรือตลอดเวลา บางครั้ง ไม่มีเลย ไว้ด้วยกัน และคำถามข้อ 21-23 และ 26-41 ใช้คำตอบว่า ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ ไว้ด้วยกัน เพื่อความสะดวกในการสัมภาษณ์

2. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งผู้สูงอายุบางท่านไม่มีครอบครัว จึงมีการเพิ่มเติมข้อความบางส่วนเข้าไปเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 4 ข้อ ดังนี้

2.1 สมาชิกในครอบครัว/บุคคลรอบข้างไว้วางใจปรึกษาปัญหาของท่าน

2.2 ท่านรักและผูกพันกับลูกหลาน/บุคคลรอบข้างมาก

2.3 ท่านสนิทสนมเป็นกันเองกับลูกหลาน/บุคคลรอบข้าง

2.4 คนในครอบครัว/บุคคลรอบข้างยกย่องและให้ความเคารพท่าน

หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปหาค่าความเที่ยง โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราร้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 40 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบทดสอบโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .89

1.2 **แบบประเมินภาวะจิตเสื่อม** เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุว่ายังมีสุขภาพจิตที่ปกติ ไม่ได้เสื่อมไปตามวัย หรือเสื่อมไปตามพยาธิสภาพของโรค สามารถที่จะจดจำเหตุการณ์ บุคคล สถานที่ได้ แบบประเมินภาวะจิตเสื่อมนี้ เป็นแบบทดสอบที่สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินสภาพจิต (cognitive function) สำหรับผู้สูงอายุไทย ได้รับการทดสอบว่ามีคุณค่าและมีความน่าเชื่อถือที่ดี เรียกว่า แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test) ถ้าได้คะแนนจากการทดสอบสภาพจิตต่ำกว่า 15 คะแนน จากคะแนนเต็ม 19 คะแนนจะให้ความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมถึงร้อยละ 83-100 และร้อยละ 90-94 ตามลำดับ ดังนั้นจึงเหมาะที่จะนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทยเป็นอย่างดี (สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล, 2542) ก่อนที่จะนำแบบทดสอบนี้มาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทดลองนำแบบทดสอบไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของข้อคำถาม พบว่า ผู้สูงอายุเข้าใจแบบทดสอบได้ดี

2. **แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต** เป็นแบบวัดพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาเพิ่มเติมจากกรอบแนวคิดของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ร่วมกับเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้ คือ

2.1 ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตทั้งในและต่างประเทศ และโดยเฉพาะกรอบแนวคิดของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ซึ่งมีองค์ประกอบ 7 ด้าน คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การสื่อสารที่มี

ประสิทธิภาพ การบริหารเวลา การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป

2.2 ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้คำถามปลายเปิดในผู้สูงอายุ 10 ราย เพศชาย 5 ท่าน และเพศหญิง 5 ท่าน เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี โดยผู้วิจัยขออนุญาตผู้สูงอายุบันทึกเทปในระหว่างการสัมภาษณ์ ซึ่งแต่ละท่านใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 20-30 นาที

### คุณสมบัติผู้ให้ข้อมูล

2.2.1 อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

2.2.2 เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี โดยผ่านการทดสอบแบบวัดสภาวะสุขภาพจิตแล้วปรากฏว่า ได้คะแนน ต่ำกว่า 18 คะแนน ซึ่งทั้ง 10 รายมีคะแนนอยู่ในช่วง 4-9 คะแนน

2.2.3 ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผ่านการทดสอบภาวะสมองเสื่อม (แบบทดสอบ CMT) ซึ่งผู้ให้สัมภาษณ์ทั้ง 10 ราย ได้คะแนนเต็ม คือ 15 คะแนน

2.2.4 เป็นผู้ที่มีความใจให้ความร่วมมือ โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ก่อนการสัมภาษณ์

### คำถามในการสัมภาษณ์

1. ในแต่ละวันท่านทำกิจกรรมอะไรบ้าง ให้ช่วยเล่าตั้งแต่เช้าจนกระทั่งนอน ทำเช่นนี้ทุกวันหรือไม่อย่างไร
2. มีวิธีการหรือทำกิจกรรมอะไรบ้างให้ตนเองมีความสุข เบิกบานใจ ในแต่ละกิจกรรมมีวิธีหรือหลักในการปฏิบัติอย่างไร
3. เมื่อมีปัญหาท่านจัดการอย่างไร ให้ช่วยเล่าให้ฟังว่ามีปัญหาอะไรบ้างในชีวิตความเป็นอยู่ขณะนี้ (ยกตัวอย่างปัญหา) แต่ละปัญหานั้น คิดอย่างไรต่อสิ่งที่เกิดขึ้น มีวิธีการจัดการอย่างไร จนกระทั่งปัญหานั้นหายไป (ในปัญหาที่สามารถแก้ไขได้) หรือจนกระทั่งเกิดความสบายใจ ผลเป็นอย่างไร
4. มีวิธีการป้องกันและจัดการกับความเครียดอย่างไร

2.3 ทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ แล้วนำผลการสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปมาวิเคราะห์และกำหนดโครงสร้างของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยเปรียบเทียบกับเอกสารที่ศึกษาและองค์ประกอบของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ได้กำหนดโครงสร้างของพฤติกรรมเป็น 7 ด้าน คือ



- (1) การพัฒนาการรู้จักตนเอง
- (2) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
- (3) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
- (4) การเผชิญปัญหา
- (5) การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ
- (6) การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและการเข้าใจชีวิต
- (7) การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป

ทั้งนี้ มีส่วนต่างจากของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ซึ่งเป็นแบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่สร้างมาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยผู้ใหญ่ ดังนี้

- (1) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไม่พบพฤติกรรมด้านการบริหารเวลา เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีหน้าที่การงานที่ต้องรับผิดชอบต่อส่วนรวมเหมือนวัยผู้ใหญ่
- (2) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีองค์ประกอบด้านการปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ ซึ่งแบบวัดของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ได้กำหนดรวมไว้กับองค์ประกอบของการดูแลตนเองโดยทั่วไป
- (3) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในองค์ประกอบของการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและการเข้าใจชีวิต มีการเน้นในเรื่องของการเข้าใจชีวิตมากกว่าวัยผู้ใหญ่

2.5 นำโครงสร้างที่ได้จากการวิเคราะห์ผลการสัมภาษณ์ประกอบกับผลการศึกษาเอกสารต่างๆ มาสร้างข้อคำถามวัดพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยใช้ข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์เป็นหลัก ในลักษณะเป็นแบบวัดที่ใช้การรายงานตนเองของผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม รวม 46 ข้อ ดังนี้

- |   |              |
|---|--------------|
| (1) การพัฒนาการรู้จักตนเอง                            | จำนวน 9 ข้อ  |
| (2) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ                        | จำนวน 4 ข้อ  |
| (3) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล                       | จำนวน 6 ข้อ  |
| (4) การเผชิญปัญหา                                     | จำนวน 10 ข้อ |
| (5) การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ                        | จำนวน 4 ข้อ  |
| (6) การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและการเข้าใจชีวิต | จำนวน 6 ข้อ  |
| (7) การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป                         | จำนวน 7 ข้อ  |

การตอบคำถามและเกณฑ์การในการให้คะแนน ดังนี้

“ประจำ”	หมายถึง	กิจกรรมนั้นท่านทำเป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวัน ได้ค่าคะแนน 4 คะแนน
“บ่อยครั้ง”	หมายถึง	กิจกรรมนั้นท่านกระทำบ่อยๆ เว้นบ้างเป็นบางวัน หรือเป็นครั้งคราวเท่านั้น ได้ค่าคะแนน 3 คะแนน
“บางครั้ง”	หมายถึง	กิจกรรมนั้นท่านทำเป็นบางครั้ง เว้นระยะไปนานจึงจะทำสัก ครั้ง ได้ค่าคะแนน 2 คะแนน
“ไม่ทำ/เกือบไม่ทำเลย”	หมายถึง	กิจกรรมนั้นท่านแทบจะไม่ทำเลย หรือไม่เคยทำ เลย ได้ค่าคะแนน 1 คะแนน

### การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดที่สร้างขึ้นพร้อมด้วยโครงการวิทยานิพนธ์ไปหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชด้านการสอน จำนวน 7 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา แล้วนำกลับมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง ได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในประเด็น 2 ประเด็น ดังนี้

- (1) การจัดลำดับของข้อความ ควรจัดตามลำดับเหตุการณ์เพื่อความต่อเนื่องในการสัมภาษณ์
- (2) ปรับข้อความในบางรายการให้กระชับและเข้าใจง่าย

### การหาค่าความเที่ยง (Reliability)

นำแบบวัดที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้วตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 30 ราย เพื่อหาความเที่ยงของแบบวัดแล้วนำผลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยง (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง ในขั้นการทดลองใช้เครื่องมือและการรวบรวมข้อมูลจริงโดยรวมและแยกตามรายด้าน ดังตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 ค่าความเที่ยงของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยรวมและแยกตามรายด้าน

องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	ข้อที่	จำนวนข้อ	ค่าความเที่ยง try out (30 คน)	ค่าความเที่ยง ใช้งานจริง (42 คน)
ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง	1-9	9	.77	.69
การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	10-13	4	.63	.54
การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล	14-19	6	.65	.75
การเผชิญปัญหา	20-29	10	.80	.74
การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ	30-33	4	.66	.66
การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและการเข้าใจชีวิต	34-39	6	.56	.69
การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป	40-46	7	.61	.68
รวม 7 ด้าน	1-46	46	.89	.91

3. โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้ คือ

3.1 ศึกษาสถานการณ์ชีวิตและต้นเหตุของความเครียดซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3.1.1 ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้คำถามปลายเปิดในผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จำนวน 5 ราย เป็นเพศหญิง 2 ราย และเพศชาย 3 ราย เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อให้มีตนเองมีความสุข และการจัดการกับปัญหา

#### คุณสมบัติผู้ให้สัมภาษณ์

- (1) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
- (2) เป็นผู้ที่มีความเครียดสูง โดยผ่านการทดสอบแบบวัดสภาวะสุขภาพจิตแล้วปรากฏว่า ได้คะแนน สูงกว่า 18 คะแนน ซึ่งทั้ง 5 ราย มีคะแนนเป็น 21, 27, 29, 33 และ 39 คะแนน
- (3) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผ่านการทดสอบภาวะสมองเสื่อม (แบบทดสอบ CMT) ซึ่งทั้ง 5 ราย ได้คะแนนเต็ม 15 คะแนน
- (4) เป็นผู้ที่เต็มใจให้ความร่วมมือ โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ก่อนการสัมภาษณ์

### คำถามในการสัมภาษณ์

- (1) ในแต่ละวันท่านทำกิจกรรมอะไรบ้าง ให้ช่วยเล่าตั้งแต่เช้าจนกระทั่งนอน ทำเช่นนี้ทุกวันหรือไม่อย่างไร
- (2) มีวิธีการหรือทำกิจกรรมอะไรบ้างให้ตนเองมีความสุข เบิกบานใจ ในแต่ละกิจกรรมมีวิธีหรือหลักในการปฏิบัติอย่างไร
- (3) เมื่อมีปัญหาท่านจัดการอย่างไร ให้ช่วยเล่าให้ฟังว่ามีปัญหาอะไรบ้างในชีวิตความเป็นอยู่ขณะนี้ (ยกตัวอย่างปัญหา) แต่ละปัญหานั้น คิดอย่างไรต่อสิ่งที่เกิดขึ้น มีวิธีการจัดการอย่างไรจนกระทั่งปัญหานั้นหายไป (ในปัญหาที่สามารถแก้ไขได้) หรือจนกระทั่งเกิดความสบายใจ ผลเป็นอย่างไร
- (4) มีวิธีการป้องกันและจัดการกับความเครียดอย่างไร

3.1.2 ทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ นำผลที่ได้มาวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดซึ่งเป็นที่มาของปัญหาสุขภาพจิต

ปัญหาที่พบ คือ

- (1) ผู้สูงอายุทุกรายที่ให้สัมภาษณ์จะอยู่แบบตัวคนเดียว ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร (5 ราย)
- (2) เมื่อผู้สูงอายุพบกับปัญหา คิดว่าตนเองไม่ได้รับความยุติธรรมจากเจ้าหน้าที่ มองว่าตนเองไร้คุณค่า ไม่มีความหวัง (4 ราย)
- (3) เมื่อสื่อสารกับผู้อื่นแล้วไม่เข้าใจ ก็มักจะเก็บไว้คนเดียว ด้านการรู้จักตนเอง ด้านการสื่อสารและการสร้างสัมพันธ์ภาพ และด้านการเผชิญปัญหา (4 ราย)
- (4) ผู้สูงอายุคิดว่าตนเองไม่มีความหวังในชีวิต ถูกกดขี่ให้อยู่ในกรอบ ต้องปฏิบัติตามคำสั่งของผู้ปกครอง เนื่องจากเคยทำงานในหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการปกครองผู้อื่น (1 ราย)
- (5) ผู้สูงอายุจะใช้วิธีการแก้ไขปัญหาด้วยการใช้อารมณ์ในการแก้ปัญหา และหาสิ่งทดแทน เช่น โกรธผู้อื่น แล้วใช้การชกกล่องใส่ของจนแตก ชกผนังห้อง (1 ราย)
- (6) จากการสังเกตพบว่าผู้สูงอายุบางส่วนในสถานสงเคราะห์เป็นลักษณะของต่างคนต่างอยู่ เดินผ่านก็ไม่พูดคุยกัน บางท่านพยายามเดินหนีออกจากการสนทนากับผู้อื่น

### 3.2 สร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต

3.2.1 ศึกษาแนวคิดและแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และการเรียนรู้เชิงประสบการณ์

3.2.2 ศึกษาการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุโดยทั่วไป และโดยเฉพาะการดำรงชีวิตและการทำกิจกรรมต่างๆของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ตลอดจนลักษณะของผู้สูงอายุในด้านของข้อจำกัดของการทำกิจกรรม

3.2.3 ศึกษาสถานการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อจัดทำสถานการณ์จำลอง ในโปรแกรมเลือกได้สถานการณ์ที่เป็นบทละครโทรทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่พบในผู้สูงอายุเพื่อใช้เป็นสื่อประกอบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต จำนวน 5 สถานการณ์ ทั้งนี้ เนื่องจากบทละครโทรทัศน์ที่ผู้วิจัยบันทึกในรูปแบบของวีดีโอ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมองสถานการณ์ได้อย่างชัดเจน และลักษณะของวีดีโอละครโทรทัศน์ มีทั้งภาพที่เคลื่อนไหว สี และเสียง ซึ่งจะช่วยดึงดูดความสนใจต่อการเรียนรู้ในผู้สูงอายุได้ทางหนึ่ง

3.2.3 นำแนวคิดต่างๆที่ได้ศึกษาค้นคว้า ร่วมกับสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตที่ได้จากการสัมภาษณ์ในขั้นที่ 3.1 มากำหนดโครงสร้างของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุในลักษณะของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ร่วมกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (1996) โดยนำสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมาวិเคราะห์พูดคุย หรือ เพื่อทำความเข้าใจในสถานการณ์ของตน แสวงหาแนวทางร่วม และจัดประสบการณ์ใหม่ โดยผ่านการรับรู้ประโยชน์ ลดการรับรู้อุปสรรคอุปสรรค เกิดความรู้สึกที่ดีต่อการมีประสบการณ์ใหม่ และมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อให้เกิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

ลักษณะของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต

- (1) เป็นโปรแกรมสำหรับให้พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และมีประสบการณ์การสอนโดยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์
- (2) ใช้ผู้สอน 1 คน ต่อ ผู้สูงอายุ 7 คน มีสื่อวีดีโอและเทปบันทึกเสียง

ประกอบด้วยการจัดกิจกรรม ดังนี้

#### การปฐมนิเทศ

##### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุ



2. เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุรับทราบถึงโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ต้องเข้าร่วมกิจกรรม

#### กิจกรรม

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามข้อสงสัยในการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต
4. ผู้วิจัยแจ้งวัน เวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมโปรแกรมในแต่ละครั้ง

#### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

### การเสริมสร้างควมมีคุณค่าแห่งตน

#### ครั้งที่ 1 ; ความมีคุณค่าแห่งตน

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้สูงอายุบอกความสำคัญของการรู้จักตนเองและควมมีคุณค่าแห่งตนได้
2. ผู้สูงอายุระบุถึงควมมีคุณค่าของตนเอง
3. ผู้สูงอายุแสดงออกถึงควมรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน
4. ผู้สูงอายุบอกวิธีการพัฒนาการรู้จักตนเองและควมมีคุณค่าแห่งตนได้

#### กิจกรรม

1. ผู้สูงอายุแนะนำตนเองและให้เพื่อนช่วยเสริมในข้อดีของแต่ละบุคคล
2. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนควมคิดเกี่ยวกับที่มาของการมีคุณค่าแห่งตน และช่วยกันสรุปถึงการพัฒนาการรู้จักตนเองซึ่งเป็นที่มาของควมรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน

#### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

## การเสริมสร้างควมมีคุณค่าแห่งตน ครั้งที่ 2 ; ความหวังกับความจริง

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้สูงอายุบอกถึงความสำคัญของความหวังได้
2. ผู้สูงอายุสามารถระบุความหวังของตนเองและแนวทางการพัฒนาตนเองได้
3. ผู้สูงอายุบอกความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับการรู้จักตนเอง และควมมีคุณค่าแห่งตนได้
4. ผู้สูงอายุสามารถบอกถึงประโยชน์ของการพัฒนาการรู้จักตนเองได้

### กิจกรรม

1. ผู้สูงอายุแต่ละคนเล่าประสบการณ์ของตนเองในความหวังที่เป็นจริงและความหวังที่ไม่เป็นจริง
2. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนความคิดเห็นถึงข้อแตกต่างในประเด็นความหวังที่เป็นจริงและความหวังที่ไม่เป็นจริง และช่วยกันสรุปถึงวิธีการพัฒนาการรู้จักตนเองซึ่งสัมพันธ์กับ ความหวังที่ใกล้ความจริง และควมมีคุณค่าแห่งตน
3. ผู้สูงอายุแต่ละท่านบอกถึงความหวังในชีวิตของตนเองและแนวทางการปฏิบัติเพื่อพัฒนาตนเองไปสู่ความหวังนั้น

### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

## การพัฒนาเทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ครั้งที่ 1 ; สื่ออย่างไรให้เข้าใจกัน

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้สูงอายุบอกถึงความสำคัญของการสื่อสารที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตได้
2. ผู้สูงอายุอธิบายถึงวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้
3. ผู้สูงอายุระบุถึงแนวทางการพัฒนาการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพได้

### กิจกรรม

1. ผู้วิจัยนำเสนอสถานการณ์ตัวอย่างของการสื่อสารและให้ผู้สูงอายุนำเสนอสถานการณ์ของตนเอง
2. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุร่วมแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่นำเสนอ และช่วยกันสรุปถึงวิธีและแนวทางการพัฒนาการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

### การพัฒนาเทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ

#### ครั้งที่ 2 ; กิจกรรมสื่อสัมพันธ์

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้สูงอายุระบุอุปสรรคของการสื่อสารและแนวทางการพัฒนาการสื่อสารในผู้สูงอายุได้
2. ผู้สูงอายุสามารถนำวิธีการพัฒนาการรู้จักตนเองและการสื่อสารที่มีมาใช้กับการสร้างสัมพันธภาพได้

#### กิจกรรม

1. ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรม “บอกต่อ” โดยการสื่อสารในประโยคสั้นๆ ต่อกันไปเรื่อยๆ
2. ผู้สูงอายุนำเสนอประสบการณ์ของตนเองจากการร่วมกิจกรรม
3. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุวิเคราะห์และสรุปปัญหาและอุปสรรคของการสื่อสาร ตลอดจนแนวทางการพัฒนาการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ
4. ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรม “มารู้จักกันเถอะ”
5. ผู้สูงอายุนำเสนอประสบการณ์ของตนเองจากการร่วมกิจกรรม
6. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุร่วมแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่กระทำ และสรุปวิธีการนำวิธีการพัฒนาการรู้จักตนเองและการสื่อสารที่มีมาใช้กับการสร้างสัมพันธภาพได้

### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

### การพัฒนาเทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ

#### ครั้งที่ 3 ; เพื่อนที่รู้ใจ

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้สูงอายุแสดงการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นและสามารถขยายเครือข่ายของสัมพันธภาพในชีวิตประจำวันได้
2. ผู้สูงอายุบอกสิ่งที่ได้รับจากการมีสัมพันธภาพที่ดีได้
3. ผู้สูงอายุสามารถอธิบายถึงลักษณะของการมีสัมพันธภาพที่ดีได้

### กิจกรรม

1. ผู้สูงอายุกำหนดให้ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรม “เพื่อนที่รู้ใจ” ล่วงหน้า เป็นเวลา 1 สัปดาห์
2. ผู้สูงอายุนำเสนอประสบการณ์ของตนเองและสิ่งที่ได้รับจากการมีสัมพันธภาพที่ดี
3. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุร่วมแสดงความคิดเห็นในประสบการณ์ และสรุปลักษณะของการมีสัมพันธภาพที่ดีได้

### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

### การพัฒนาการคิดอย่างมีความสุขและการเผชิญสถานการณ์ชีวิต ครั้งที่ 1 ; คิดอย่างไรให้มีความสุข

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้สูงอายุสามารถบอกความสำคัญและประโยชน์ของการคิดที่เหมาะสมได้
2. ผู้สูงอายุสามารถอธิบายวิธีการคิดแบบต่างๆได้

### กิจกรรม

1. ผู้สูงอายุคู่วิธีอิสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและให้ผู้สูงอายุนำเสนอเหตุการณ์ของตนที่เกี่ยวข้อง
2. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุร่วมแสดงความคิดเห็น และสรุปวิธีการคิดแบบต่างๆอย่างเหมาะสม

### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

### การพัฒนาการคิดอย่างมีความสุขและการเผชิญสถานการณ์ชีวิต ครั้งที่ 2 ; การเผชิญสถานการณ์ชีวิต

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้สูงอายุสามารถระบุประเภทของปัญหาได้
2. ผู้สูงอายุบอกความสำคัญของการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสมได้
3. ผู้สูงอายุสามารถอธิบายแนวทางการแก้ปัญหาโดยใช้เทคนิคต่างๆทั้งการคิด การสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพมาใช้ในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

### กิจกรรม

1. ผู้สูงอายุคู่วิดีไอสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างวิกฤติในชีวิตประจำวัน (ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจผิดกับหลาน แล้วเกิดการน้อยใจ หนีออกจากบ้านแล้วถูกรถชน ขาหัก) แล้วให้ผู้สูงอายุนำเสนอสถานการณ์ของตนเอง
2. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่นำเสนอ และร่วมกันสรุปแนวทางการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมโดยใช้เทคนิคต่างๆทั้งการคิด การสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพมาใช้ในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

### **การพัฒนาเทคนิคการคลายเครียด**

#### **ครั้งที่ 1 ; เทคนิคการคลายเครียด**

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้สูงอายุสามารถบอกถึงความจำเป็นของการคลายเครียดได้
2. ผู้สูงอายุสามารถอธิบายวิธีการคลายเครียดด้วยตนเองแบบต่างๆได้
3. ผู้สูงอายุสามารถกระทำการคลายเครียดด้วยตนเองได้

### กิจกรรม

1. ผู้สูงอายุนำเสนอประสบการณ์วิธีการคลายเครียดของตนเอง
2. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายুর่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการและผลของการคลายเครียดที่ผู้สูงอายุนำเสนอ สรุปถึงความสำคัญของการคลายเครียดด้วยตนเองและวิธีการคลายเครียดด้วยตนเองแบบต่างๆ
3. ผู้สูงอายุทดลองคลายเครียดด้วยตนเองแบบผสมผสานโดยผู้วิจัยเปิดเทปบรรยายประกอบ

### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

### **ประเมินผล**

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความรู้ที่ผู้สูงอายุได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต



2. เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต

### กิจกรรม

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึกและสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมพร้อมทั้งข้อเสนอแนะต่างๆ
2. ผู้วิจัยและผู้สูงอายุร่วมกันสรุปประเด็นสำคัญของวิธีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
3. ผู้วิจัยชื่นชมและขอบคุณผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม

### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

### การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 7 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความครอบคลุมของเนื้อหา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้

ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ คือ บางท่านมีการปรับภาษาที่ใช้ในโปรแกรมในบางส่วนในประเด็นอื่นๆ ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยกับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นทุกประการ

หลังจากนั้นนำโปรแกรมที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุและระยะเวลาของแต่ละกิจกรรมอีกครั้ง

### การดำเนินการทดลอง

#### ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. เตรียมเครื่องมือที่ต้องใช้ในการวิจัย
2. จัดทำแผนการดำเนินการทดลอง โดยประสานงานกับสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือวิจัย ถึงอธิบดีกรมประชา

สงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เพื่อขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูลในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว จึงติดต่อขอความร่วมมือในการวิจัยและการจัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัยกับฝ่ายสังคมสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางละมุง โดยตรง ในด้านต่างๆดังนี้

- 2.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล
- 2.2 ขอใช้อุปกรณ์และสถานที่ในการทดลอง
- 2.3 วัน และเวลาในการจัดกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จนกระทั่งเสร็จสิ้นการทดลอง

3. เตรียมผู้ช่วยวิจัย เนื่องจากลักษณะของการสอนผู้สูงอายุด้วยการเรียนรู้เชิงประสบการณ์นั้น ขนาดกลุ่มที่ผู้วิจัยกำหนด คือ กลุ่มละ 7 คน จึงต้องใช้ผู้วิจัยทั้งสิ้น 3 คน ซึ่งมีคุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัย ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช และมีประสบการณ์ในการสอนแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กิจกรรมต่างๆในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต แล้วเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ และขณะที่ทำการทดลอง จะมีการประเมินผลก่อนและหลังการให้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตร่วมกันทุกครั้ง

4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด วัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 7 คน

## ขั้นที่ 2 ขั้นการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตตามโปรแกรมที่สร้างขึ้นร่วมกับการได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมตามปกติของสถานสงเคราะห์ ในกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม ซึ่งแต่ละกลุ่มจะได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต ตามตารางการเข้าร่วมกิจกรรมดัง ตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** วัน เวลา และกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มทดลอง ณ สถานสงเคราะห์  
คนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี

วัน/เวลา	กิจกรรม
จันทร์ ที่ 12 มีนาคม 2544 เวลา 9.30-10.30 น.	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ การปฐมนิเทศ</li> <li>□ การเสริมสร้างควมมีคุณค่าแห่งตน เรื่อง “ควมมีคุณค่าแห่งตน”</li> </ul>
พุธ ที่ 14 มีนาคม 2544 เวลา 9.30-10.30 น.	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ การเสริมสร้างควมมีคุณค่าแห่งตน เรื่อง “ควมหวังกับควมจริง”</li> </ul>
ศุกร์ ที่ 16 มีนาคม 2544 เวลา 9.30-10.30 น.	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ การพัฒนาเทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ เรื่อง “สื่ออย่างไรให้เข้าใจกัน”</li> </ul>
จันทร์ ที่ 19 มีนาคม 2544 เวลา 9.30-10.30 น.	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ การพัฒนาเทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ เรื่อง “กิจกรรมสื่อสัมพันธ์”</li> </ul>
พุธ ที่ 21 มีนาคม 2544 เวลา 9.30-10.30 น.	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ การพัฒนาเทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ เรื่อง “เพื่อนที่รู้ใจ”</li> </ul>
ศุกร์ ที่ 23 มีนาคม 2544 เวลา 9.30-10.30 น.	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ การพัฒนาความคิดอย่างมีความสุขและการเผชิญสถานการณ์ชีวิต เรื่อง “คิดอย่างไรให้มีความสุข”</li> </ul>
จันทร์ ที่ 26 มีนาคม 2544 เวลา 9.30-10.30 น.	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ การพัฒนาความคิดอย่างมีความสุขและการเผชิญสถานการณ์ชีวิต เรื่อง “การเผชิญสถานการณ์ชีวิต”</li> </ul>
พุธ ที่ 28 มีนาคม 2544 เวลา 9.30-10.30 น.	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ การพัฒนาทักษะการคลายเครียด เรื่อง “เทคนิคการคลายเครียด”</li> </ul>
ศุกร์ ที่ 30 มีนาคม 2544 เวลา 9.30-10.30 น.	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ ประเมินผล</li> </ul>

สำหรับในกลุ่มควบคุมจะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมตามปกติของสถานสงเคราะห์ คือ

- (1) บริการอาชีวบำบัด โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำงานตามความถนัด และเหมาะสมกับสภาพร่างกายด้วยความสมัครใจ เช่น การฝีมือ และงานประดิษฐ์ต่างๆ ตลอดจนทำสวนครัว ปลูกไม้ดอก ไม้ประดับ
- (2) บริการศาสนกิจ จัดให้มีพิธีกรรมทางศาสนาตามประเพณี มีการนิมนต์พระสงฆ์ มาเทศนาเป็นประจำทุกวันพระ ตลอดจนการบรรยายธรรมะและปฏิบัติกิจในวันสำคัญทางศาสนาและวันสำคัญประจำชาติ

- (3) งานสังคมสงเคราะห์ ให้คำแนะนำปรึกษาหารือ แก้ปัญหาฟื้นฟูปรับสภาพโดยวิธีการสังคมสงเคราะห์เฉพาะราย สังคมสงเคราะห์กลุ่มชน การจัดกิจกรรมนันทนาการ รวมทั้งการจัดทัศนศึกษาเป็นครั้งคราว

### ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง

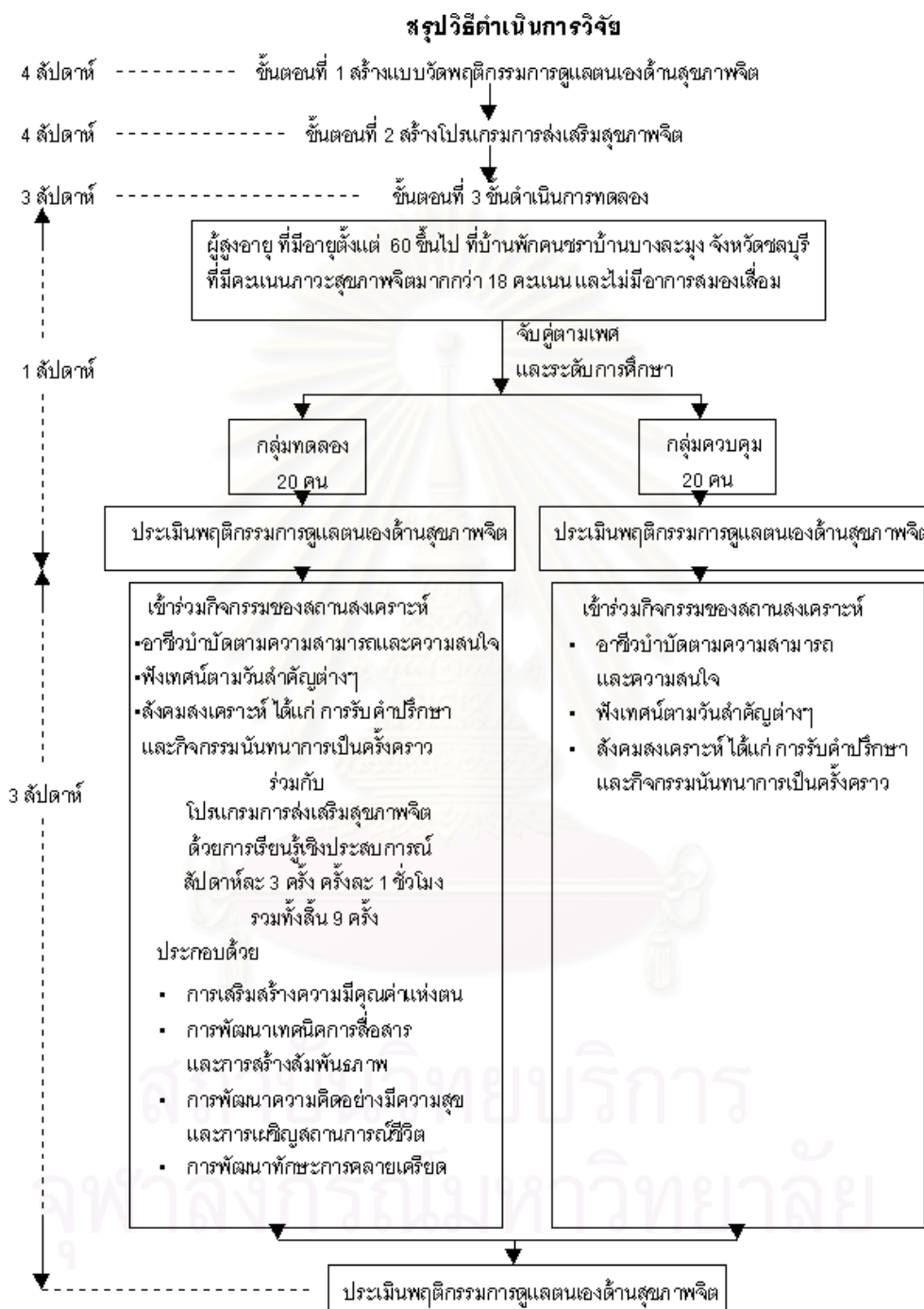
หลังสิ้นสุดโปรแกรม ผู้วิจัยทำการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) ตามลำดับ ดังนี้

1. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองแล้วนำมาเปรียบเทียบกันด้วยสถิติทดสอบที (Dependent t-test)
2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองแล้วนำมาเปรียบเทียบกันด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – Posttest Control Group) ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ณ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – Posttest Control Group)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอ ดังนี้

- ตอนที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
- ตอนที่ 2 สรุปความคิดเห็นของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่มีต่อโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต

ตอนที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่าง  
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและ  
หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	S.D.	t
กลุ่มทดลอง			
หลังการทดลอง	156.300	19.628	5.656*
ก่อนการทดลอง	131.300	17.610	
กลุ่มควบคุม			
หลังการทดลอง	138.850	18.790	-.221
ก่อนการทดลอง	139.350	16.216	

\*P-value < .05

จากตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูง  
อายุในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05  
โดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วน  
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองไม่  
แตกต่างกัน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อน  
และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	S.D.	t
ก่อนการทดลอง			
กลุ่มทดลอง	131.300	17.610	-1.504
กลุ่มควบคุม	139.350	16.216	
หลังการทดลอง			
กลุ่มทดลอง	156.300	24.576	2.872*
กลุ่มควบคุม	138.850	18.790	

\*P-value < .05

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต  
ของผู้สูงอายุหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในกลุ่ม  
ทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนการ  
ทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามรายด้าน

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตจำแนกตามราย ด้าน	กลุ่มการทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	$\bar{X}$	S.D.	t	$\bar{X}$	S.D.	t
การพัฒนาการรู้จักตนเอง						
หลังการทดลอง	28.000	6.249	3.318*	24.450	5.567	.228
ก่อนการทดลอง	23.850	5.008		24.250	5.108	
การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ						
หลังการทดลอง	13.550	2.114	4.453*	12.450	2.684	1.331
ก่อนการทดลอง	10.900	2.291		11.550	2.211	
การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล						
หลังการทดลอง	20.950	3.410	3.669*	19.150	3.602	-.291
ก่อนการทดลอง	18.350	3.498		19.350	3.031	
การเผชิญปัญหา						
หลังการทดลอง	31.850	6.002	3.670*	27.950	5.780	-1.082
ก่อนการทดลอง	26.300	4.974		28.900	5.618	
การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ						
หลังการทดลอง	14.800	1.542	3.650*	12.750	2.863	.840
ก่อนการทดลอง	12.200	2.440		12.300	2.494	
การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุข และการเข้าใจชีวิต						
หลังการทดลอง	21.450	2.855	3.560*	22.900	3.768	1.116
ก่อนการทดลอง	18.800	3.237		22.500	3.348	
การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป						
หลังการทดลอง	25.700	2.811	6.630*	19.200	3.693	-1.564
ก่อนการทดลอง	20.900	3.385		20.100	3.059	

\*P-value < .05

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลอง จำแนกตามรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน โดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองในทุกด้าน ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในกลุ่มควบคุม จำแนกตามรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามรายด้าน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตจำแนกตามราย ด้าน	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	$\bar{X}$	<i>S.D.</i>	<i>t</i>	$\bar{X}$	<i>S.D.</i>	<i>t</i>
การพัฒนาการรู้จักตนเอง						
กลุ่มทดลอง	23.850	5.008	-.250	28.000	6.249	1.897
กลุ่มควบคุม	24.250	5.108		24.450	5.567	
การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ						
กลุ่มทดลอง	10.900	2.291	-.913	13.550	2.114	-1.439
กลุ่มควบคุม	11.550	2.211		12.450	2.684	
การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล						
กลุ่มทดลอง	18.350	3.498	-.966	20.950	3.410	1.623
กลุ่มควบคุม	19.350	3.031		19.150	3.602	
การเผชิญปัญหา						
กลุ่มทดลอง	26.300	4.974	-1.549	31.850	6.002	2.093*
กลุ่มควบคุม	28.900	5.618		27.950	5.780	
การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ						
กลุ่มทดลอง	12.200	2.440	-.128	14.800	1.542	2.189*
กลุ่มควบคุม	12.300	2.494		12.750	2.863	
การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุข และการเข้าใจชีวิต						
กลุ่มทดลอง	18.800	3.237	-1.305	21.450	2.855	2.155*
กลุ่มควบคุม	20.100	3.059		19.200	3.693	
การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป						
กลุ่มทดลอง	20.900	3.385	-1.503	25.700	2.811	2.663*
กลุ่มควบคุม	22.500	3.348		22.900	3.768	

\**P-value* < .05

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามรายด้าน ในด้านการเผชิญปัญหา การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและการเข้าใจชีวิต การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ตารางที่ 7 คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเรื่องการพัฒนาการรู้จักตนเอง ก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามรายข้อ ในกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		t
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ท่านรับฟังคำติชมจากผู้อื่นด้วยความยินดีเพื่อให้รับรู้ตนเองมากขึ้น	3.400	.753	2.750	.910	2.371*
ท่านพิจารณาตนเพื่อให้รู้จักลักษณะนิสัยของตนเอง	3.300	.732	2.500	1.000	2.792*
ท่านจะคิดถึงเหตุผลในการกระทำของท่านในขณะที่ท่านพูดคุยหรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น	3.200	.894	2.650	.933	1.993
ท่านสำรวจความรู้สึกของท่านต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน	3.100	1.020	2.350	1.136	2.881*
ท่านค้นหาข้อดีและข้อบกพร่องของตนเองจากประสบการณ์ในชีวิต	3.100	.967	2.750	.716	1.277
เมื่อท่านทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดสำเร็จไม่สำเร็จท่านจะค้นหาสาเหตุก่อนที่จะคิดว่าตนเองไร้ความสามารถ	3.100	1.071	2.450	.944	2.668*
ท่านสำรวจความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมาของท่าน	3.050	.759	2.700	.864	1.926
ท่านสำรวจความรู้สึกของตนเองในขณะที่พูดคุยกับผู้อื่น	2.900	1.020	3.250	.786	-1.505
ท่านระลึกถึงเป้าหมายและสิ่งที่ท่านต้องการในชีวิต	2.850	1.040	2.450	1.145	1.285

\*P-value < .05

จากตารางที่ 7 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เรื่องการพัฒนาการรู้จักตนเอง จำแนกตามรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 4 ข้อ โดยที่คะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน 5 ข้อ เมื่อพิจารณาค่าคะแนนสูงสุดและต่ำสุด พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ ท่านรับฟังคำติชมจากผู้อื่นด้วยความยินดีเพื่อให้รับรู้ตนเองมากขึ้น (คะแนน 3.400) และข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ท่านระลึกถึงเป้าหมายและสิ่งที่ท่านต้องการในชีวิต (คะแนน 2.850)

ตารางที่ 8 คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามรายข้อ ในกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		t
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ขณะพูดคุยกับผู้อื่นท่านจะสำรวจว่าทั้งสองฝ่ายมีความเข้าใจในเรื่องที่พูดตรงกัน	3.450	.604	2.750	.656	4.686*
ท่านคิดถึงความแตกต่างในด้านขนบธรรมเนียมและวัยของผู้ที่ท่านคุยด้วย	3.450	.825	2.650	1.040	2.629*
ท่านคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ที่ท่านคุยด้วย	3.400	.753	2.800	.767	2.565*
ก่อนการพูดคุยท่านคิดถึงความสนใจของผู้ที่ท่านจะคุยด้วย	3.250	.786	2.750	.786	2.127*

\*P-value < .05

จากตารางที่ 8 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จำแนกตามรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 4 ข้อ โดยที่คะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณาค่าคะแนนสูงสุดและต่ำสุด พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ ขณะพูดคุยกับผู้อื่นท่านจะสำรวจว่าทั้งสองฝ่ายมีความเข้าใจในเรื่องที่พูดตรงกัน (คะแนน 3.450) และข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ก่อนการพูดคุยท่านคิดถึงความสนใจของผู้ที่ท่านจะคุยด้วย (คะแนน 3.250)

ตารางที่ 9 คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เรื่องการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามรายข้อ ในกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		t
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ท่านแสดงความรักกับผู้ที่เดือดร้อน	3.650	.587	3.400	.753	1.561
ท่านแสดงความชื่นชมกับผู้ที่ประสบความสำเร็จ	3.650	.670	3.150	.875	3.249*
ท่านช่วยเหลือผู้อื่น เมื่อท่านทราบว่าบุคคลนั้นต้องการความช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ.	3.550	.944	3.100	.718	2.932*
ท่านจะทำความรู้จักกับเพื่อนใหม่ทั้งหญิงและชายทุกครั้งเมื่อมีโอกาส	3.500	.827	3.000	.858	3.249*
ท่านหาวิธีติดต่อพูดคุยกับเพื่อนสนิทของท่าน	3.400	.940	2.800	.833	3.040*
เมื่อผู้อื่นทำให้ท่านเสียใจหรือผิดหวัง ท่านจะไม่ได้ตอบและให้อภัยเขา	3.050	.944	2.900	.911	.497

\*P-value < .05

จากตารางที่ 9 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เรื่องการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำแนกตามรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 4 ข้อ โดยที่คะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน 2 ข้อ เมื่อพิจารณาค่าคะแนนสูงสุดและต่ำสุด พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ ท่านแสดงความรักกับผู้ที่เดือดร้อน (คะแนน 3.650) และข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ เมื่อผู้อื่นทำให้ท่านเสียใจหรือผิดหวัง ท่านจะไม่ได้ตอบและให้อภัยเขา (คะแนน 3.050)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เรื่อง การเผชิญปัญหา ก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามรายชื่อ ในกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		t
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นท่านจะคิดในทางที่ดี	3.750	.550	3.050	.759	4.273*
ในขณะที่แก้ปัญหา ท่านจะหาวิธีการคลายความเครียดของตนเองไปด้วยพร้อมกัน	3.550	.604	3.100	.718	2.651*
เมื่อประสบกับปัญหาท่านจะคิดแก้ไขปัญหาด้วยตัวของท่านเองก่อน	3.500	.888	2.900	.911	2.108*
เมื่อท่านวิตกกังวลท่านจะคลายความวิตกกังวลด้วยตัวของท่านเอง	3.400	.680	2.900	.718	2.517*
เมื่อท่านเกิดความทุกข์ใจ ท่านจะสำรวจถึงสาเหตุของความทุกข์นั้น	3.150	.988	2.650	.933	2.236*
เมื่อท่านพบกับปัญหาท่านจะพิจารณาก่อนว่าปัญหาที่ท่านเผชิญอยู่นั้นคืออะไรก่อนเป็นอันดับแรก	3.100	1.020	2.500	.827	2.259*
เมื่อเหตุการณ์ร้ายผ่านไป ท่านจะคิดทบทวนว่าท่านได้เรียนรู้อะไรจากเหตุการณ์นั้น	3.000	1.076	2.450	1.050	1.814
หากท่านไม่สามารถแก้ปัญหาเองได้ ท่านจะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น	2.800	1.196	1.650	.745	4.056*
ท่านวางแผนแก้ไขปัญหาโดยคำนึงถึงความเป็นไปได้	2.800	1.105	2.850	.812	.188
เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจท่านจะเล่าให้ผู้ที่ท่านไว้วางใจฟัง	2.650	.988	2.200	1.056	1.280

\*P-value < .05

จากตารางที่ 10 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เรื่อง การเผชิญปัญหา จำแนกตามรายชื่อ ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 7 ข้อ โดยที่คะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน 3 ข้อ เมื่อพิจารณาค่าคะแนนสูงสุดและต่ำสุด พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นท่านจะคิดในทางที่ดี (คะแนน 3.750) และข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจท่านจะเล่าให้ผู้ที่ท่านไว้วางใจฟัง (คะแนน 2.650)

ตารางที่ 11 คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เรื่อง การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ ก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามรายชื่อ ในกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		t
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ท่านใช้เวลากับการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลินใจ	3.850	.366	3.250	.910	2.565*
ท่านหากิจกรรมที่ทำให้ท่านมีความสุขและพอใจด้วยตัวของท่านเอง	3.850	.366	3.150	.812	3.621*
ท่านทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนและสนุกสนานร่วมกับบุคคลอื่น	3.800	.410	3.250	.850	2.463*
ท่านแสวงหาความพึงพอใจจากสิ่งที่อยู่รอบตัวท่านแทนการหมกมุ่นอยู่กับสิ่งที่สูญหายไป	3.300	.864	2.700	.732	2.259*

\*P-value < .05

จากตารางที่ 11 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เรื่อง การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ จำแนกตามรายชื่อ ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 4 ข้อ โดยที่คะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณาค่าคะแนนสูงสุดและต่ำสุด พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ ท่านใช้เวลากับการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลินใจ (คะแนน 3.850) และข้อที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ท่านแสวงหาความพึงพอใจจากสิ่งที่อยู่รอบตัวท่านแทนการหมกมุ่นอยู่กับสิ่งที่สูญหายไป (คะแนน 3.300)



ตารางที่ 12 คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เรื่อง การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและการเข้าใจชีวิต ก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามรายข้อ ในกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
ท่านละเว้นการกระทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้องและขัดต่อหลักศีลธรรม	3.950	.223	3.350	.745	4.472*
ท่านจะช่วยเหลือผู้อื่นเสมอเมื่อมีโอกาส	3.650	.670	3.150	.670	1.917*
ท่านทำสมาธิหรือกิจกรรมอื่นที่มุ่งให้จิตใจของท่านสงบสุข.	3.650	.745	2.900	1.071	3.269*
ท่านสวดภาวนาและแผ่เมตตาให้ผู้อื่น					
ท่านฟังเทศน์และบรรยายธรรมหรือคำสอนของศาสนาในโอกาสต่างๆ	3.600	.680	3.550	.825	1.453
ท่านสนใจกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับชีวิต	3.550	.604	3.150	.933	3.470
	3.100	1.119	2.650	.933	.237

\*P-value < .05

จากตารางที่ 12 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เรื่อง การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป จำแนกตามรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกข้อ ยกเว้นข้อที่ว่า เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะพยายามรักษาให้หายโดยเร็ว โดยที่คะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณาค่าคะแนนสูงสุดและต่ำสุด พบว่า พฤติกรรมที่ว่า เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะปฏิบัติตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำอย่างเคร่งครัดมีคะแนนสูงสุด คือ 3.900 และก่อนที่ท่านจะตัดสินใจทำกิจกรรมต่างๆท่านจะคิดถึงอันตรายที่จะเกิดต่อร่างกายมีคะแนนต่ำสุด คือ 3.300

ตารางที่ 13 คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เรื่อง การดูแล  
สุขภาพกายโดยทั่วไป ก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามรายข้อ ในกลุ่ม  
ทดลอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		t
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะปฏิบัติตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สุขแนะนำอย่างเคร่งครัด	3.900	.307	3.400	.820	2.939*
ท่านหาเวลาสำหรับการพักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ	3.750	.550	2.800	.894	3.269*
ท่านสำรวจสุขภาพร่างกายของท่าน					
เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะพยายามรักษาให้หายโดยเร็ว	3.750	.444	3.050	.598	1.156*
ในการรับประทานอาหารท่านจะคำนึงถึงประโยชน์และ	3.700	.571	3.400	.598	2.042
ความต้องการของร่างกาย	3.650	.587	2.600	.882	4.254*
ท่านทำกิจกรรมต่างๆเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์					
ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจทำกิจกรรมต่างๆท่านจะคิดถึง	3.650	.745	2.950	.825	3.621*
อันตรายที่จะเกิดต่อร่างกาย	3.300	.923	2.700	.864	2.570*

\*P-value < .05

จากตารางที่ 13 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เรื่อง  
การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป จำแนกตามรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัย  
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกข้อ ยกเว้นข้อที่ว่า เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะพยายามรักษาให้หาย  
โดยเร็ว โดยที่คะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณาค่าคะแนนสูงสุดและ  
ต่ำสุด พบว่า พฤติกรรมที่ว่า เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะปฏิบัติตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ  
อย่างเคร่งครัดมีคะแนนสูงสุด คือ 3.900 และก่อนที่ท่านจะตัดสินใจทำกิจกรรมต่างๆท่านจะคิดถึง  
อันตรายที่จะเกิดต่อร่างกายมีคะแนนต่ำสุด คือ 3.300

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตอนที่ 2 สรุปความคิดเห็นของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองต่อการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต

จากการประเมินผลหลังจากการเสร็จสิ้นโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยการสังเกตของผู้วิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลดีขึ้น ยิ้มแย้มแจ่มใส และมีความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมมากขึ้น และจากความคิดเห็นของผู้สูงอายุโดยการบอกเล่า และการบันทึก พบว่า เมื่อได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตแล้ว

1. ได้รู้จักตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ได้เพื่อนที่รู้จักอีกหลายคน
2. เกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยมีสติเป็นที่ตั้ง ดำรงรักษาสุขภาพจิตให้ไม่เครียด ฟังเพลง ทำอาหารมณีให้ว่าง ไม่ปิดบัง ทำให้ผู้อื่นรับรู้ตรงไปตรงมา และรับฟังปัญหาของผู้อื่นได้เสมอ
3. ไม่ตั้งความหวังแบบเลื่อนลอยเหมือนฟองสบู่ ทุกวันจะปรับตัวเองให้เข้ากับผู้อื่น
4. ไม่ได้แย้งในคำพูดของผู้อื่นที่พูดผิด ต้องพูดให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน
5. ยึดคำพูดของ เดล คาร์เนกี “จงให้สิ่งที่เขาต้องการก่อนแล้วท่านจะได้สิ่งที่ท่านต้องการ”
6. ยกย่องให้เกียรติผู้อื่นด้วยความบริสุทธิ์ใจทั้งต่อหน้าและลับหลัง
7. ได้ความรู้ที่เป็นประโยชน์แก่ชีวิตทั้งแก่ตนเองและผู้อื่น

นอกจากนี้ผู้สูงอายุท่านหนึ่ง วันแรกที่เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตนั้น ได้บอกกับสมาชิกกลุ่มและผู้วิจัยว่า “ผมจะมีค่าอะไรอีก นอกจากเป็นคนแก่คนหนึ่งเท่านั้น จะหาค่าอะไรได้ จะมีความหวังอะไรได้อีกหรือ...” เมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุท่านนี้ได้บันทึกให้กับผู้วิจัยและบอกกับเพื่อนสมาชิกว่า “.....เหมือนอยู่ในจุดบอดของชีวิต สิ้นหวัง ไม่เคยหวังว่าจะมีอนาคต และไม่สามารถหลุดพ้นจากจุดบอดในชีวิตนี้ไปได้ นับตั้งแต่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิต ตั้งแต่วันจันทร์ที่ 12 มีนาคม 2544 ทำให้เกิดความรู้สึกใหม่ๆขึ้นในสติสัมปชัญญะ ค่อยๆเห็นอนาคต เริ่มรู้จักตนเอง ได้พัฒนาการคิดอย่างมีความสุขกับการเผชิญสถานการณ์ชีวิต ทำให้ไม่ดูวามเหมือนแต่ก่อน มีความรับผิดชอบในสิ่งที่ได้ทำลงไปแล้วทั้งทางบวกและทางลบ”

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ออกแบบเป็น Pretest-Posttest Control Group Design โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต และเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### สมมุติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### ประชากร

ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตแล้วพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิต หรือมีความเครียดสูง และผ่านการทดสอบสภาพจิตแล้ว พบว่า ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

#### กลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตแล้วพบว่ามีปัญหาสุขภาพจิต หรือมีความเครียดสูง และผ่านการทดสอบสภาพจิตแล้ว พบว่า ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ณ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 40 คน โดยจับคู่ตามเพศ และระดับการศึกษาของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

##### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เป็นแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ของ นุสรา นามเดช (2539) ประกอบด้วยข้อคำถาม 42 ข้อ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สลับข้อคำถามและเมเต็มข้อความบางประการ เพื่อให้สะดวกในการใช้และเพื่อความ

เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปหาค่าความเที่ยง โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 42 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

1.2 **แบบประเมินภาวะจิตเสื่อม** คือ แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test) ที่ สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินสภาพจิต (cognitive function) สำหรับผู้สูงอายุไทย

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และรวบรวมข้อมูล

2.1 **โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต** ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้รูปแบบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลป์ (Kolb, 1984) และการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) มีเนื้อหาสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ 7 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเผชิญปัญหา การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและการเข้าใจชีวิต และการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านการสอนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 7 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน ในการตรวจสอบความตรงของโครงสร้าง เนื้อหา กิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้

ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

- 2.2.1 การเสริมสร้างความมีคุณค่าแห่งตน
- 2.2.2 การพัฒนาเทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ
- 2.2.3 การพัฒนาการคิดอย่างมีความสุขและการเผชิญสถานการณ์ชีวิต
- 2.3.4 การพัฒนาเทคนิคการคลายเครียด

2.2 **แบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต** เป็นแบบวัดพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการสัมภาษณ์จากผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 ด้าน คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเผชิญปัญหา การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและการเข้าใจชีวิต และการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 46 ข้อ มีการประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างของแบบวัด โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนวิชาการ



พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 7 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน จากนั้นนำแบบวัดไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง .89

### ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

**ขั้นที่ 1** สร้างเครื่องมือวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

**ขั้นที่ 2** สร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต

**ขั้นที่ 3** ขึ้นเตรียมการโดยประสานงานกับกรมประชาสัมพันธ์ และสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

**ขั้นที่ 4** ดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิตตามโปรแกรมที่สร้างขึ้นร่วมกับการได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมตามปกติของสถานสงเคราะห์ ในกลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม ซึ่งแต่ละกลุ่มจะได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต ตามกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นเวลาทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ รวมกิจกรรมทั้งสิ้น 9 ครั้ง

สำหรับในกลุ่มควบคุมจะได้รับการเข้าร่วมกิจกรรมตามปกติของสถานสงเคราะห์ คือ บริการอาชีพบำบัด บริการศาสนกิจ และบริการสังคม

**ขั้นที่ 5** ขึ้นประเมินผลการทดลอง

หลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 วัน ผู้วิจัยทำการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science) ตามลำดับ ดังนี้

1. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองแล้วนำมาเปรียบเทียบกันด้วยสถิติทดสอบที (Dependent t-test)

2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองแล้วนำมาเปรียบเทียบกันด้วยสถิติทดสอบที (Independent t-test)

## สรุปผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตหลังการทดลองและก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต ภายหลังจากทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกตินั้น กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายหลังจากทดลอง ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตมีผลทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มีผลการวิจัยดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ นั่นคือ การได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตมีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ทั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่อธิบายว่า พฤติกรรมที่มีมาก่อนจะเป็นตัวกำหนดและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ทั้งทางตรงและทางอ้อมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bandura ที่ว่าพฤติกรรมที่มีมาก่อนนั้นมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้การรับรู้ความสามารถแห่งตน การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคของการมีพฤติกรรมและความรู้สึกที่สัมพันธ์กับกิจกรรมที่กระทำทั้งทางอ้อมแก่พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล

เช่นเดียวกับการศึกษาวิจัยของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) พบว่า ผู้ที่รับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมอนามัยในระดับสูง มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูง ส่วนประชาชนที่รับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องในระดับสูง จะมีแนวโน้มของการดูแลตนเองในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ โฮม (Holm, 1991 อ้างถึงใน วนิดา อินทราชา, 2538) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 30 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนมากกว่า และมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพของหัวใจ และไคสัน (Kison, 1992) พบความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกันในการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือของผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 31 ราย โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน มากกว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน จะให้ความร่วมมือมากที่สุดในการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนมากกว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน จะให้ความร่วมมือน้อยที่สุด และยังคงสูบบุหรี่อยู่มากที่สุด

จากผลการวิจัยซึ่งพบว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ร่วมกับแนวทางการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ สามารถพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ จึงสามารถอธิบายการพัฒนาพฤติกรรมได้ดังนี้

ประการที่ 1 โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาสาเหตุของปัญหาด้านจิตใจที่เกิดขึ้นจริงในผู้สูงอายุที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และคัดเลือกสถานการณ์ปัญหาที่สอดคล้องกับสถานการณ์จริงของผู้สูงอายุจากละครโทรทัศน์ มานำเสนอในรูปแบบของวิดีโอซึ่งเป็นสื่อที่ช่วยในการดึงดูดความสนใจของผู้สูงอายุได้ดี และทำให้ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นสถานการณ์ได้อย่างชัดเจน สามารถเชื่อมโยงสถานการณ์ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ของตนเองได้ รวมทั้งให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสนำเสนอสถานการณ์ของตนเอง เป็นการจูงใจผู้สูงอายุให้เกิดความสนใจกับสื่อและเป็นเรื่องที่สัมพันธ์กับประสบการณ์ของผู้สูงอายุ (สุรกุล เจนอบรม, 2541)

ประการที่ 2 ขั้นการสะท้อนแนวคิดและค่านิยม ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นวิเคราะห์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในสถานการณ์ที่นำเสนอโดยวิดีโอและสถาน

การณ์ของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต รับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรม รับรู้ความสามารถของตนเองต่อการแสดงพฤติกรรม

ประการที่ 3 สร้างความเข้าใจและความคิดรวบยอด ผู้สูงอายุได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแนวทางและวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และวิธีการลดอุปสรรคที่ก่อให้เกิดปัญหา เช่น การลดอุปสรรคของการสื่อสารในผู้สูงอายุ เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี และส่งเสริมความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถในการพัฒนาพฤติกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันได้

ประการที่ 4 การทดลองและตรวจสอบพฤติกรรมใหม่ ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแสดงพฤติกรรมตามสถานการณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการมีพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี และส่งเสริมความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถในการพัฒนาพฤติกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันได้

นอกจากนี้ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นการเรียนรู้โดยกระบวนการกลุ่ม ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันมีส่วนในการสนับสนุนการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง และคัดค้านการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งช่วยให้สมาชิกในกลุ่มเรียนรู้ที่จะยอมรับการติชม การรับฟังผู้อื่น ทำให้รู้จักตนเองและมีการพัฒนาพฤติกรรมของตนเองให้ดีขึ้นตามลำดับ ส่งผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

2. พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นสรุปได้ว่า การได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตมีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายด้าน ในกลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังจากทดลอง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 7 ด้าน คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเผชิญปัญหา การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและการเข้าใจชีวิต

และการดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป ส่วนในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากการทดลองนั้น พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เฉพาะในเรื่องการเผชิญปัญหา การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและการเข้าใจชีวิต การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังจากการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ในเรื่อง การพัฒนาการรู้จักตนเอง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังจากการทดลองไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ เนื่องจากลักษณะของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีการกระจายกันอยู่ตามบ้านแต่ละหลัง แยกตามชายหญิง ทำให้ผู้สูงอายุไม่ค่อยมีโอกาสในการฝึกพฤติกรรมใหม่ในด้านเหล่านี้ ในขั้นของการทดลองและตรวจสอบพฤติกรรมใหม่ ดังเช่นในกิจกรรม “เพื่อนที่รู้ใจ” ที่กำหนดให้ผู้สูงอายุได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนที่ตนเองจับฉลากได้ ผู้สูงอายุบางรายได้เพื่อนที่รู้ใจที่อยู่ในบ้านคนละหลังและเป็นผู้สูงอายุต่างเพศกัน ทำให้มีโอกาสในการปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น ประกอบกับในกลุ่มควบคุมได้รับบริการในด้านของการดูแล ช่วยเหลือด้านจิตใจจากสถานสงเคราะห์ด้วยส่วนหนึ่ง ได้แก่ การให้คำปรึกษา การทำกิจกรรมนันทนาการจากบุคคลภายนอก การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการทำงานอาสาสมัคร และอีกประเด็นหนึ่ง คือ อาจเกี่ยวข้องกับลักษณะของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในด้านเหล่านี้ เป็นพฤติกรรมที่ต้องใช้เวลาในการพัฒนาพฤติกรรมมากกว่าเรื่องอื่นๆ จึงส่งผลให้คะแนนของพฤติกรรมภายหลังจากการทดลองในรายด้าน ใน 3 เรื่องนี้ ระหว่าง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังจะเห็นได้จากการวิเคราะห์พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เรื่อง การพัฒนาการรู้จักตนเอง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำแนกตามรายข้อ ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ที่พบว่า ภายหลังจากการทดลองนั้น ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงขึ้น แต่เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองแล้ว ยังไม่ชัดเจนนัก ฉะนั้นหากจะมีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ทั้ง 3 เรื่องนี้ให้มากขึ้น อาจต้องใช้เวลาให้มากกว่านี้ หรือปรับกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะกันมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยสรุปได้ว่า การได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตมีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จึงถือเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาล ทั้งที่มีหน้าที่ในด้านการเรียนการสอน การบริการพยาบาล และการวิจัยทางการพยาบาลควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มว่าจะเพิ่มมากขึ้น



เรื่อยๆ ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการให้บริการเชิงรุก มากกว่าการแก้ไขปัญหาด้วยการตั้งรับรักษาผู้ป่วย และแนวนโยบายของงานสุขภาพจิตที่มุ่งให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองให้เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุขในชีวิต กล่าวคือ

(1) ในด้านการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์นั้น อาจารย์พยาบาลในภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชสามารถนำไปประกอบการส่งเสริมสุขภาพจิตนี้ไปเป็นแนวทางในการผลิตพยาบาลให้มีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดย นำไปใช้ในการสอนให้นักศึกษามีความรู้ในเรื่องของพฤติกรรมและการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและพัฒนาให้นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสม

(2) ในด้านการบริหารและบริการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพสามารถนำไปประกอบการส่งเสริมสุขภาพจิตนี้ไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชน หรือสถานสงเคราะห์อื่นๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี และเพื่อให้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพในการพัฒนาพฤติกรรมมากยิ่งขึ้นอาจทำได้โดยการศึกษสาเหตุของปัญหาของกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นเป้าหมายก่อนแล้วนำมาปรับโปรแกรมให้เข้ากับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างนั้นๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุนั้นมีการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

(3) ในด้านการวิจัยทางการพยาบาล สามารถนำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตนี้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพจิตในประชาชนในวัยอื่นๆ ต่อไป

ทั้งนี้ หากพยาบาลวิชาชีพทั้งด้านการสอน การบริการ และการวิจัยได้นำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี ก็จะเป็นการลดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี เนื่องจาก การดูแลตนเองมีความจำเป็น และมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลทั้งในภาวะปกติ และเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย หากทำได้อย่างทั่วถึงและถูกต้อง จะทำให้ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาระที่ไม่จำเป็นให้แก่สถานพยาบาล เพื่อให้สามารถทุ่มเทกับผู้ป่วยที่มีปัญหาต่างๆ ได้มากขึ้น (ประเวศ วะสี, 2543) นอกจากนี้ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีก็ยังถือเป็นการช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อีกทางหนึ่งด้วย

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะโดยทั่วไป

1. ในด้านการศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาลควรนำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตนี้ไปประกอบการสอนให้นักศึกษาพยาบาลซึ่งจะก้าวไปเป็นผู้นำทางสุขภาพได้มีความรู้และเพิ่มศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี
2. ในด้านการบริการพยาบาล พยาบาลสามารถนำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิตนี้ไปใช้กับผู้สูงอายุและวัยอื่นๆ เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้รับบริการต่อไป
3. ด้านการวิจัย อาจจะนำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาพฤติกรรมของประชาชนในด้านอื่นๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกๆด้านของประชาชน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระยะยาวเพื่อประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรม
2. นำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตนี้ไปปรับเพื่อทดลองใช้กับวัยอื่นๆ หรือส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นๆ ต่อไป

## รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2537). **รายงานการวิเคราะห์นิยามความหมายสุขภาพจิตและองค์ประกอบของสุขภาพจิต**. กรุงเทพมหานคร : เครือข่ายวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2543). **คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม**. กรุงเทพฯ: วงศ์กมลโปรดักชั่น.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2540). **คู่มือคลายเครียดด้วยตนเอง**. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2542). “ข่าวน่ารู้ การส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี” **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**. 7(3), 188-190.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). **สาระสำคัญของแผนงาน/งานในแผนพัฒนาสุขภาพจิต พ.ศ. 2540-2544**. กระทรวงสาธารณสุข.
- เกษม เล่งเวหาสถิตย์ และคณะ.(2539). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร**. รายงานการวิจัย. ทูลสนับสนุนจากงบประมาณสาธารณสุขเขต 8.
- เกษม วัฒนชัย. (2543). **ทำไมต้องปฏิรูประบบสุขภาพ จากจุดเริ่มต้น จนถึงวันนี้. ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.
- คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ. (2543). **ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.
- จันทนา วัจคะออม. (2540). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ชุมรมผู้สูงอายุตำบลบางทราย อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทิมา จารณศรี. (2539). **สุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- จารุวรรณ เหมะธร และคณะ. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร**. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**. 11(1), 49-56.

- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2534). รายงานการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินห์จุฑา ชัยเสนา. (2541). ความเครียดและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชนในเขตชายแดนไทย-ราชอาณาจักรกัมพูชา จังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชลธิชา วัจวิเวก. (2537). ความสัมพันธ์ของสถานภาพ สุขภาพกาย แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธงชัย สันติวงษ์ และชัยยศ สันติวงษ์. (2540). พฤติกรรมบุคคลในองค์กร. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัทโรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- ธีรนนท์ สิงเฉลิม. (2542). ผลของการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภาพร วงศ์ใหญ่. (2542). ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นุชรี ไล่พันธ์. (2542). ผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลช่องเปิดของลำไส้ของผู้ป่วยผ่าตัดเปิดลำไส้ใหญ่ออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นุศรา นามเดช. (2539). การสร้างแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เนตรนภา จัตูรงค์แสง. (2540) การเปรียบเทียบอัตมโนทัศน์และความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในและภายนอกสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2538). คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว.

- บุญศรี นุเกตุ. (2541). **พฤติกรรมการดูแลตนเองและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประเวศ วะสี. (2543). **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์**. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ.
- ฝน แสงสิงแก้ว. (2522). **เรื่องของสุขภาพจิต**. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์.
- พระธรรมปิฎก. (2542). **วิถีคิดตามหลักพุทธธรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศยาม.
- พัชรี ต้นศิริ และคณะ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับสัมพันธภาพในสังคมของผู้สูงอายุ. **สารสภากาพยาบาล**. 11(3), 65-71.
- เพ็ญญา ททรัพย์เจริญ. (มปป.). ศาสนากับสุขภาพ. **พุทธธรรมนำสุขภาพดี**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- เพ็ญพรรณ ขจรศิลป์ และคณะ. (2543). **การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่เข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม**. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี.
- ไพรัตน์ พุทธชาติคุณากร. (2534). **จิตเวชศาสตร์ เล่ม 4**. เชียงใหม่ : โครงการตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รณรุทธิ์ บุตรแสนคำ. (2540). **รายงานการวิจัย เรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตชนบทจังหวัดมหาสารคาม ร้อยเอ็ดและกาฬสินธุ์**. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ระวี ภาวิไล. (2531). **ศาสนากับปรัชญา**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กะรัต.
- รัชนิภรณ์ ภูกร. (2538). **สุขภาพผู้สูงอายุ**. พิษณุโลก : ภาควิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี วิทยาลัยครูพิบูลย์สงคราม พิษณุโลก.
- ราณี พรมานะจรัสกุล. (2537). **ผลของการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เวดี ลือพงศ์ลักษณ์. (2536). **การวิเคราะห์พฤติกรรมของพยาบาลขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนิดา อินทราชา. (2538). **ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และอัจฉรา พุ่มดวง. (2539). บทสัมภาษณ์ท่านผู้หญิงถวิลหวัง ทุดิยะโพธิ์. **สารสภากาพยาบาล**. 11(3), 72-74.
- วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2542). **การวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ : ทฤษฎีและการปฏิบัติ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจริญดีการพิมพ์.
- วันดี โภคะกุล. (2543). **คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้าย**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วันวิสาข์ ชูจิตร์. (2543). **ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- แววดาว ทวีชัย. (2543). **พฤติกรรมการดูแลตนเองและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรีรัตนา ศุภพิทยากุล. (2534). **ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความทนทาน พฤติกรรมการเผชิญสถานการณ์ชีวิตกับระดับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีสุดา แซ่ลิ้ม. (2539). **ผลของการฝึกการแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภย์สารสนเทศ กองแผนงาน. **การให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจิตเวชของหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2540-2542. แบบรายงาน สจ.รง. 2011. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข**.
- สมบัติ กาญจนกิจ. (2542). **นันทนาการชุมชนและโรงเรียน**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2541). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมิต อาชนวจกุล. (2543). **การพัฒนาตนเอง**. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ : บริษัทสยามบรรณ.
- สร้อยตระกูล อรรถมานะ. (2541). **พฤติกรรมองค์กร : ทฤษฎีและการประยุกต์**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล. (2542). การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ. การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ “ผู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ”. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรกุล เจนอบรม. (2541). วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : นิธิินแอคเวอริไทซิงกรุ๊ป.
- สุวรรณมา อนุสันติ. (2542). รูปแบบการพัฒนานิสิตนักศึกษาพยาบาลเพื่อลดความเครียด. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาอุดมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หลุยส์ จำปาเทศ. (2533). จิตวิทยาสัมพันธ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรถพรณ ลีอนุญธวัชชัย. (2542). เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมพร โอตระกุล. (2538). สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : นำอักษรการพิมพ์.

#### ภาษาอังกฤษ

- Aguilera, D.C. & Messick, J.M. (1986). *Crisis intervention : Theory and Methodology* . 5<sup>th</sup> ed, St. Louis :The CV Mosby.
- Aili, I. (2000). *Perceived information support and self-care behavior among pulmonary tuberculosis patients*. Master of Nursing Science in Medical and Surgical Nursing. Chaing Mai University.
- Alberti, R.E. & Emmons, L.E. (1970). *Your perfect right : a guide to assertive living*. California : Impect.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of action : A social cognitive theory*. New Jersey : Prentice-Hall.
- Biixen, C.E. (1998). Aging and mental health care. *Journal of Gerontological Nursing*. 14 (11), 11-14.
- Burgess, A.W.(1990). *Mental Health Function and Dysfunction*. *Psychiaytic Nursing in the Hospital and the Community*. 5<sup>th</sup> ed. California : Appleton & Large.
- Duffy, B. (1997).Using a creative teaching process. *Home Healthcare Nurse*. 15(2), 102-108.
- Elipoulos, C. (1993). *Gerontological nursing*. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia : J.B. Lippincott.

- Folden, S.L. (1993). Effect of a supportive-education nursing intervention on older adult's perception of self-care after stroke. *Rehabilitation nursing*. 18(3), 162-166.
- Hill, L., & Smith, N. (1985). *Self-care nursing : Pronotion of health*. 2<sup>nd</sup> ed. Norwalk : Appleton & Lange.
- Hogstel, M.O. (1994). *Nursingcare of the older adult*. 3<sup>rd</sup> ed. New York : Delmar.
- Johnson, B. S. (1997). *Psychiatric-Mental health nursing : Adaptation and growth*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Kanfer, F.H. & Goldstein, A.P.(1975). *Helping People Change : A Textbook of Method*. New York : Pergamon Press.
- Kison, C. (1992). Health beliefs and complience of cardiac patient. *Applied Nursing Research*. 5, 181-185.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning : Experience as the Sourse and Development*. New Jersey : Prentice-Hall.
- Kolb, D. A. (1991). *The organization behavior reader*. New Jersey : Prentice-Hall.
- Kolb, D. A. (1995). *Organization behavior*. New Jersey : Prentice-Hall.
- Mcnett, S.C. (1987). Social support, threat, coping response and effectiveness in the functionally disable. *Nursing Research*,36. 98-102.
- Neuman, Betty. (1982). *The Neuman Systems Model*. Norwalk, Connecticut : Appleton & Lange.
- Orem,D.F. (1991). *Nursing Concepts of practice*. 4<sup>th</sup> ed. St. Louis : The CV Mosby.
- Pender N.J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. Norwalk : Appleton & Lange.
- Rosenkoetter M.M. (1985). Is your client ready for a role change after retirement?.*Journal of Gerontological Nursing*. 11(9), 21-24.
- Rosenstock, I.M. (1990). Health behavior and health education : San Francisco review. *AAOHN Journal*. 39, 21-24.
- Staab, A.S.,& Hodges, L.C. (1996). *Essentials of gerontology nursing : Adaptation to the aging process*. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Stanley, M.,& Beare, P.G. (1995). *Gerontological nursing*. Philadelphia : F.A. Davis.
- Stuart, G.W. & Sundeen, S.J. (1987). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 3<sup>rd</sup> ed. St. Louis : The C.V. Mosby.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

1. ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. อาจารย์สราวลี สุนทรวิจิตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. อาจารย์เพ็ญพรรณ ขจรศิลป์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
4. อาจารย์ลักษณา นาควัชรวงูร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
5. อาจารย์นุสรา นามเดช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
6. อาจารย์กนกอร ชาวเวียง วิทยาลัยพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี
7. นาวาอากาศตรีหญิงสุวิมล สมัตตะ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
8. นายแพทย์ทรงสิทธิ์ อุดมสิน จิตแพทย์ โรงพยาบาลชลบุรี



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ทม 0342/062

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
กรุงเทพฯ 10330

// มกราคม 2544

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์อนุสร นามเดช

เนื่องด้วย นางสาวจิตสมร วุฒิพงษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ชูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยเรื่อง “แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ” เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ประนอม รอดคำดี

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 2189816 โทรสาร 2189806

ที่ ทม 0342/ ๑๗๘



120

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
กรุงเทพฯ 10330

↑ มีนาคม 2544

เรื่อง ขอให้เครื่องมือวิจัย

เรียน ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิชัย จิตตะพันธ์กุล

เนื่องด้วย นางสาวจิตสมร วุฒิพงษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยคือ “แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (CMT)” ในการศึกษากลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 2189816 โทรสาร 2189806

ที่ ทม 0342/ 238

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 121  
อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ถนนพญาไท  
กรุงเทพฯ 10330

๕ กุมภาพันธ์ 2544

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการวิจัย

เรียน อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์

เนื่องด้วย นางสาวจิตสมร วุฒิพงษ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา บุญพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิติศาสตร์ดำเนินการทดลอง และเก็บข้อมูลการวิจัยจากผู้สูงอายุ จำนวน 42 ราย ณ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ประนอม รอดคำดี

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 2189800-1 โทรสาร 2189806



ภาคผนวก ข  
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การคำนวณหาค่าความเที่ยง ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach coefficient) ดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

$\alpha$  = ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

$n$  = จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัด

$S_i^2$  = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

$S_t^2$  = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทุกข้อ

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่ม ใช้สูตร Dependent t-test (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ, 2535)

$$t = \frac{d}{S_d / \sqrt{n}}, \quad df = n - 1$$

เมื่อ  $d = \sum d_i / n$

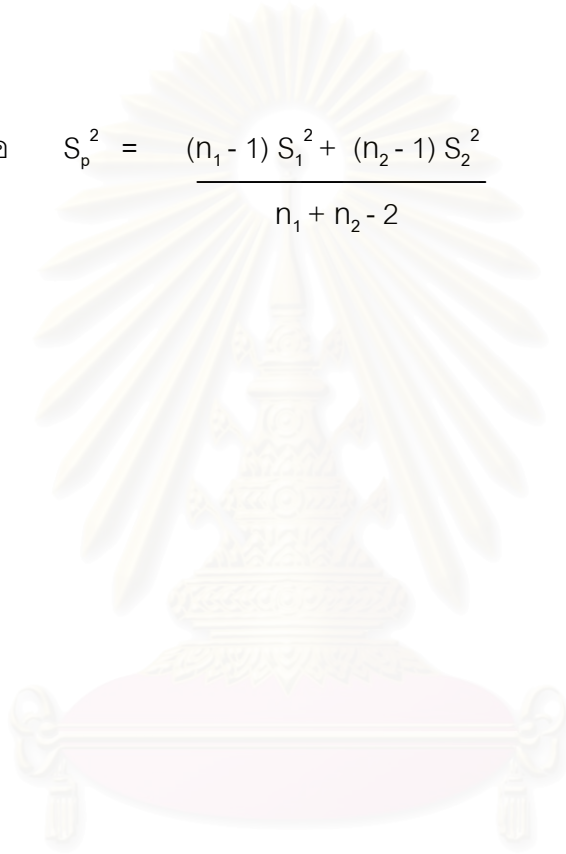
$$S_d = \sqrt{\sum (d - d)^2 / n - 1}$$

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สูตร Independent t-test (เพชรน้อย สิ่งหิ่ซ่างชัย และคณะ, 2535)

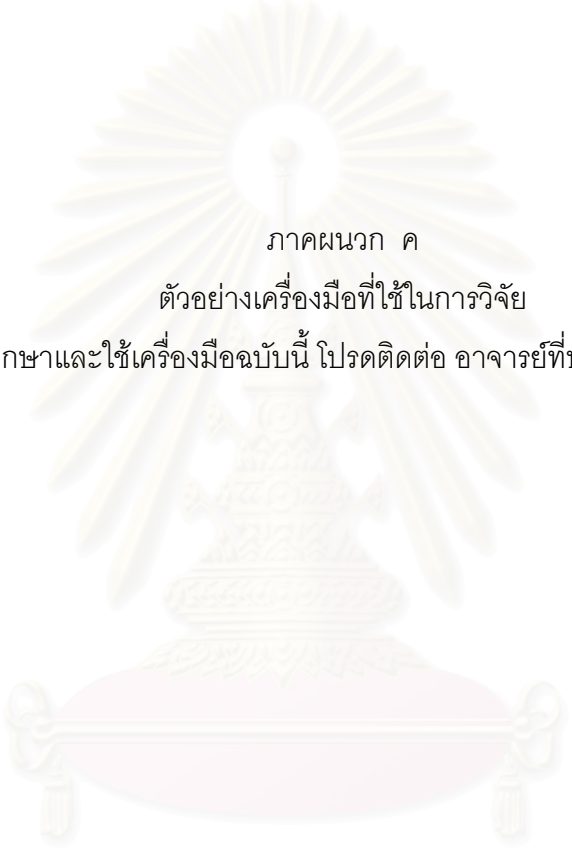
$$t = \frac{(X_1 - X_2) - (\mu_1 - \mu_2)}{S_p \sqrt{(1/n_1 + 1/n_2)}}, df = n_1 + n_2 - 2$$

เมื่อ

$$S_p^2 = \frac{(n_1 - 1) S_1^2 + (n_2 - 1) S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย




ภาคผนวก ค  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย  
(ผู้สนใจศึกษาและใช้เครื่องมือฉบับนี้ โปรดติดต่อ อาจารย์ที่ปรึกษาหรือที่ผู้วิจัย)


สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



...ตัวอย่าง...

แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง...  แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสัมภาษณ์การกระทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุลงมือกระทำด้วยตนเองเพื่อให้มีความสุข ความพึงพอใจ และดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของชีวิต

 คำตอบของผู้สูงอายุไม่มีผิดหรือถูก ให้ผู้สูงอายุตอบโดยคำนึงถึงความเป็นจริงให้มากที่สุด โดยพิจารณาข้อความที่ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ฟังว่าในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านกระทำกิจกรรมนั้นๆ หรือไม่

“ประจำ” หมายถึง กิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวัน

“บ่อยครั้ง” หมายถึง กิจกรรมที่ท่านกระทำบ่อยๆ เว้นบ้างเป็นบางวัน หรือเป็นครั้งคราวเท่านั้น

“บางครั้ง” หมายถึง กิจกรรมที่ท่านทำเป็นบางครั้ง เว้นระยะไปนานจึงจะทำสักครั้ง

“ไม่ทำ/เกือบไม่ทำเลย” หมายถึง กิจกรรมที่ท่านแทบจะไม่ทำเลย หรือไม่เคยทำเลย

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่ทำ/เกือบไม่ทำเลย
1. ท่านระลึกถึงเป้าหมายและสิ่งที่ท่านต้องการในชีวิต.....	.....	.....	.....	.....
2. ท่านพิจารณาตนเพื่อให้รู้จักลักษณะนิสัยของตนเอง.....	.....	.....	.....	.....
3. ท่านจะคิดถึงเหตุผลในการกระทำของท่านในขณะที่ท่านพูดคุยหรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น..	.....	.....	.....	.....
4. ท่านสำรวจความรู้สึกของท่านต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน.....	.....	.....	.....	.....
5. ท่านค้นหาข้อดีและข้อบกพร่องของตนเองจากประสบการณ์ในชีวิต.....	.....	.....	.....	.....
.	.....	.....	.....	.....
.	.....	.....	.....	.....
.	.....	.....	.....	.....
.	.....	.....	.....	.....
.	.....	.....	.....	.....
.	.....	.....	.....	.....
.	.....	.....	.....	.....
.	.....	.....	.....	.....
.	.....	.....	.....	.....
46. เมื่อท่านเจ็บป่วยท่านจะปฏิบัติตามที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำอย่างเคร่งครัด.....	.....	.....	.....	.....



## ตัวอย่าง...แผนการสอนในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต

### การพัฒนาการคิดอย่างมีความสุขและการเผชิญสถานการณ์ชีวิต ครั้งที่ 2 ; การเผชิญสถานการณ์ชีวิต

ผู้สอน	นางสาวจิตสมร วุฒิพงษ์ นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ จำนวน 21 คน ณ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี
ระยะเวลา	1 ชั่วโมง

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. ผู้สูงอายุสามารถระบุประเภทของปัญหาได้
2. ผู้สูงอายุบอกความสำคัญของการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสมได้
3. ผู้สูงอายุสามารถอธิบายแนวทางการแก้ปัญหาโดยใช้เทคนิคต่างๆทั้งการคิด การสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพมาใช้ในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

#### เนื้อหา

ในปัจจุบัน มีปัญหาเกิดขึ้นมากมายทั้งปัญหาส่วนตัว ครอบครัว การงาน และสังคม ที่บุคคลต้องประสบอยู่เป็นประจำ หากบุคคลไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม จะเกิดความเครียดและเข้าสู่ภาวะวิกฤติของชีวิตได้ ซึ่งอาจแสดงออกมาในรูปของการเจ็บป่วยทางจิตใจโดยตรง หรืออาจแสดงออกมาในรูปของการเจ็บป่วยทางร่างกายที่มีปัญหามาจากจิตใจได้ แต่ถ้าบุคคลสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เขาก็จะผ่านพ้นภาวะวิกฤติไปได้

ลักษณะหรือประเภทของแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. ปัญหาที่อยู่ในวิสัยที่มนุษย์สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ ปัญหาที่มนุษย์มักก่อขึ้นเองโดยไม่ รู้ตัว เช่น ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่น
2. ปัญหาที่เหนือวิสัยที่มนุษย์สามารถจะแก้ไขได้ เช่น ภัยธรรมชาติ ความตาย อุบัติเหตุ

หากปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่อยู่ในวิสัยที่จะแก้ไขได้ การเผชิญปัญหาและหาวิธีการแก้ไขอย่างมีระบบระเบียบหลายแง่มุม แล้วเลือกวิธีที่ดีที่สุดไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมแล้ว

ก็คือว่าเป็นการแก้ปัญหาที่ได้ผลและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณมีความสามารถ ภาคภูมิใจในความสำเร็จของตนเอง

แนวทางการแก้ไขปัญหาคือ

1. ประการแรก คือ มองสิ่งที่เป็นปัจจุบันโดยพิจารณาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างถ่องแท้ ว่า คือ อะไร มีผลกระทบอย่างไรบ้าง มีผลดีหรือผลเสียอย่างไร
2. พิจารณาว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีสาเหตุมาจากอะไร โดยคิดจากผลไปหาสาเหตุว่ามีที่มาอย่างไร
3. กำหนดจุดมุ่งหมายว่าต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร และพิจารณาว่ามีความเป็นไปได้หรือไม่ในแต่ละเป้าหมายที่ต้องการ
4. หากเป็นเป้าหมายที่สามารถกระทำการแก้ไขได้ ให้คิดว่าวิธีการปฏิบัติที่จะไปถึงเป้าหมายที่ต้องการนั้นทำอย่างไรบ้าง แล้วดำเนินการแก้ไขปัญหตามขั้นตอน
5. เมื่อผ่านพ้นปัญหานั้นแล้ว กลับมาคิดทบทวนดูว่าเราเรียนรู้อะไรกับปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ เพื่อจะได้เป็นบทเรียนในการแก้ปัญหาและดำเนินชีวิตต่อไป

ในขณะที่บุคคลเผชิญกับปัญหานั้น ทันทีที่มีเรื่องร้อนใจมากกระทบ หรืออยู่ในสถานการณ์ที่เครียดมาก อาจใช้วิธีการเปลี่ยนบรรยากาศชั่วคราว แทนที่จะได้ตอบด้วยอารมณ์ ซึ่งอาจทำให้เรื่องลุกลามไปใหญ่โต ควรใช้การหลีกเลี่ยงไปชั่วคราวก่อน รอให้อารมณ์ดีแล้วค่อยมาเผชิญหน้ากันใหม่ หรือรู้จักมองในหลายๆ แง่มุม ไม่ควรเพิ่มความกดดันให้กับตนเองด้วยการมองในแง่ร้ายเพียงอย่างเดียว ให้พยายามมองในมุมอื่นๆ บ้าง เช่น มองรตติคิดว่า ทำให้มีเวลาฟังข่าว ฟังเพลงบ้าง มองการที่ผู้อื่นตำหนิเราว่า เป็นการช่วยให้เรามองเห็นตัวเองในแง่ที่ต้องปรับปรุง ถ้าเราไม่ด่วนโกรธและลองคิดทบทวนด้วยเหตุผล จะทำให้เราสามารถแก้ไขข้อบกพร่องของตัวเองให้หมดไปและพัฒนาตัวเองให้ดีขึ้น

การมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมนั้นจัดได้ว่า เป็นองค์ประกอบของการรักษาสุขภาพจิตที่ดีประการหนึ่ง พึงระลึกว่า “ทุกปัญหามีทางแก้ไข แต่ไม่ได้หมายความว่าทุกทางแก้ไขจะมีปัญหา”

### กิจกรรมการเรียนรู้การสอน

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้สูงอายุแล้วกล่าวว่า “ในปัจจุบัน มีปัญหาเกิดขึ้นมากมาย ทั้งปัญหาส่วนตัว ครอบครัว การงาน และสังคม ที่บุคคลต้องประสบอยู่เป็นประจำ หากบุคคลไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม จะเกิดความเครียดและเข้าสู่ภาวะวิกฤติของชีวิตได้ ซึ่งอาจแสดงออกมาในรูปของการเจ็บป่วยทางจิตใจโดยตรง หรืออาจแสดงออกมาใน

รูปของการเจ็บป่วยทางร่างกายที่มีปัญหาจากจิตใจได้ แต่ถ้าบุคคลสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เขาก็จะผ่านพ้นภาวะวิกฤติไปได้”

2. ผู้วิจัยนำเสนอวีดีโอสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน แล้วถามผู้สูงอายุว่า “ท่านเคยพบเจอปัญหาแบบนี้หรือไม่” แล้วเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุนำเสนอสถานการณ์ของตนเองในปัญหาที่สามารถแก้ไขได้

3. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่นำเสนอ โดยผู้วิจัยใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดการเชื่อมโยงความคิดของตนเองร่วมกับกลุ่มต่อเหตุการณ์ที่นำเสนอและเหตุการณ์ของตนเอง โดยถามผู้สูงอายุว่า

- “หากท่านเป็นผู้สูงอายุท่านนี้ ท่านจะคิดอย่างไร”
- “ท่านจะมีวิธีการพิจารณาและจัดการกับปัญหาดังกล่าวอย่างไร”
- “ท่านจะนำเทคนิคการรู้จักตนเอง การสื่อสาร และการมีสัมพันธภาพที่ดีมาใช้ในการแก้ปัญหาวางไรได้บ้าง”

4. ผู้สูงอายุกล่าวสรุปว่า “การมีพฤติกรรมเหมาะสมกับปัญหาอย่างเหมาะสมนั้นจัดได้ว่า เป็นองค์ประกอบของการรักษาสุขภาพจิตที่ดีประการหนึ่ง ฟังระลึกว่า “ทุกปัญหามีทางแก้ไข แต่ไม่ได้หมายความว่าทุกทางแก้ไขจะมีปัญหา ฉะนั้นให้ทุกท่านลองนำแนวทางการแก้ไขปัญหานี้ไปใช้ในชีวิตประจำวันของท่านให้เกิดประโยชน์ต่อไป”

## สื่อการเรียนการสอน

วีดีโอแสดงสถานการณ์ตัวอย่างปัญหาของผู้สูงอายุ

ฉากที่ 1 คุณย่า...เป็นผู้สูงอายุที่ติดเหล้า กำลังถูกนางเหลา เพื่อนบ้านคะยั้นคะยอให้ดื่มเหล้าอยู่ที่ร้านค้า

คุณย่า : “อ้วไม่กิน รื้อกินไปคนเดียวเถอะ”

นางเหลา : “ทำไม ทำไมวะ ทำไม่ถึงจะเล่นตัวถึงขนาดนี้ อ่า..หนูศิริอียังไม่กลับมาเลย ก็บ๊นึ่งๆ”

คุณย่า : “เวลานี้นะหลานขามีเรื่องมากมายเหลือเกิน ข้างตั้งใจเด็ดขาดแล้วว่าจะเลิกกินเหล้าตั้งแต่บัดนี้ เพื่อจะไม่เพิ่มความหนักใจให้กับหลานข่าอีก”

บังเอิญมีกลุ่มวัยรุ่นซึ่งสนใจหลานคุณย่าเข้ามา

กลุ่มวัยรุ่น : “อาคุณย่า..มาอยู่ตรงนี่เอง เจอตัวก็ดีแล้วนะ จะได้คุยให้รู้เรื่องกันไปเลยนะ ตกลงหลานรื้อคิดครั้งละเท่าไรละ”

คุณย่า : “เอ็งพูดว่าอะไรนะ ถามว่าพูดว่าอะไร”

กลุ่มวัยรุ่น : “แหม ..ทำเป็นไม่รู้ไม่ชี้ พูดกันตรงๆ ถ้าหนูศิริชื้ออยากสนุกเป็นครั้ง เป็นคราวไป หรืออยากจะเป็นเมียน้อยเสียเส ก็บอกก็ได้ มีตั้งค์จ่ายให้ ไม่อั้นเหมือนกันนะ”

คุณย่า : “ใคร..ใครเป็นคนบอกว่าหลานข้าจะไปเป็นเมียน้อยคน”

กลุ่มวัยรุ่น : หัวเราะ

คุณย่า : “ไอ้พวกปากหมา มึงถอนคำพูดเลย ปากมึงนะสวะเลย ไม่งั้น เอาเรื่องมาใส่ร้ายป้ายสีหลานข้า”

ศิริ หลานสาวซึ่งเลิกงานแล้วเดินเข้ามาพบจึงไม่พอใจ

ศิริ : “คุณย่ากินเหล้าอีกแล้วใช้มัยถึงได้ทำแบบนี้”

คุณย่า : “หนูหริ ย่าไม่ได้กิน ย่าไม่ได้กินเหล้าเลย หนูหริ”

หลังจากนั้นหลานสาวซึ่งไม่พอใจจึงเดินหนีกลับบ้าน มีคุณย่าตามไปติดๆ

ฉากที่ 2 ....คุณย่าเดินเข้ามาข้างหลังศิริซึ่งยืนอยู่

คุณย่า : “ที่หนูเห็นย่าเดินเร่งเดินกานันนะ เพราะว่าย่าโกรธ ย่าไม่ได้กินจริงๆ เอ้า..สาบานให้ก็ได้เอ้า ก็ไอ้ซึ่งมันปากหมาออกอย่างนั้น ย่าก็อยากจะสั่งสอนมันบ้าง มันก็เท่ามันเอง”

ศิริ : “ถึงขั้นจะฆ่าจะแกงเขาแล้ว ย่ายังจะมาบอกอีกหรือว่า..ย่าไม่ได้ทำไปเพราะเมา ย่าอย่าปฏิเสธเลยนะคะ ถ้าย่าไม่เมาย่าจะอาละวาดอย่างนั้นหรือคะ ทำไมละ ทำไมย่าถึงไม่อายคนอื่นเขาบ้าง ย่าไม่อายแต่หนูอาย ได้ยินมัยคะว่าหนูอาย”

คุณย่า : “ถ้าอย่างนั้นย่าก็พอจะเข้าใจแล้ว ว่าที่ย่าเคยเตือนหนูเรื่องคุณนะ หนูไม่เคยสนใจจะฟังเลย เพราะหนูขายหน้าที่มีย่าแบบนี้ใช้มัย คำพูดของย่ามันถึงไม่มีความหมายเลย ตั้งแต่นี้ต่อไป ย่าขี้เมาคนนี้ คงจะไม่มีค่าอะไรที่จะให้หนูใส่ใจต่อไปอีกแล้ว” แล้วหันหลังค่อยๆเดินจากไป

ศิริ : “ย่าคะ มันไม่ใช่อย่างนั้นนะคะย่า คือ...หนู...”

ฉากที่ 3 นางเหลาเพื่อนบ้านเข้ามาบอกกับศิริว่า วันที่เกิดเหตุ นั้น คุณย่าไม่ได้ดื่มเหล้าจริงๆ

ฉากที่ 4 คุณย่ากำลังนอนอยู่ด้วยใบหน้าที่เศร้าหมอง ศิริยกข้าวต้มเข้ามาให้

ศิริ : “ย่าคะ หนูทำข้าวต้มมาให้ย่าทานนะคะ แต่ถ้าย่าไม่ชอบก็ทาน ซุปไก่แทนก็ได้นะคะ ย่ายังไม่ได้ทานอะไรมาตั้งแต่กลางวัน ยังไม่มี

อะไรตกถึงท้อง มันไม่ดีหรือคะ หนูขอโทษค่ะ หนูขอโทษที่เข้าใจ  
ยาผิด อย่าโกรธหนูเลยนะคะ ยา เดี่ยวหนูไปก่อนนะคะ ยา”

คุณย่า : นอนหันหลังให้หลานสาวด้วยความน้อยใจ

เมื่อหลานสาวไปทำงาน ตนเองจึงเก็บของใส่กระเป๋าออกจากบ้านไป หลานสาว  
กลับมาไม่พบคุณย่า จึงตามหาโดยถามเพื่อนบ้าน ....คุณย่าได้ยินเสียงหลานสาวเรียกจึงรีบวิ่ง  
หนีไปกลางถนน บังเอิญมีรถวิ่งมาคุณย่าจึงถูกรถชน ต้องเข้าโรงพยาบาล

**ฉากที่ 5** คุณย่านอนอยู่โรงพยาบาล ศิริเข้ามาเยี่ยม

ศิริ : “ยาโตแล้วนะคะ อย่าทำอแงเป็นเด็กซิคะ พุดกันให้รู้เรื่องนะค  
ย่า”

คุณย่า : “ฉันก็เป็นของฉันอย่างนี้มาตั้งแต่ไหนแต่ไรแล้ว ....ไม่ต้องมายุ่ง  
...จะบอกให้ก็ได้ ออกไปจากที่นี่เมื่อไหร่จะก่อ...ฉันจะไปอยู่บ้านบาง  
แค...ไม่อยู่ให้ขวางหูขวางตาใครที่นั่นหรือ”

ศิริ : “....ตามใจก็แล้วกันนะคะ ถ้ายาต้องการอย่างนั้นก็ตามใจ”

.....

### การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็นและการซักถามของผู้  
สูงอายุ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจิตสมร วุฒิพงษ์ เกิดเมื่อวันที่ 5 ธันวาคม พ.ศ. 2516 จบการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ปีการศึกษา 2538 เข้ารับการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2542 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 4 โรงพยาบาลบ้านบึง ปฏิบัติงานช่วยราชการ ประจำภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย