

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพลังสุขภาพจิตของ
ผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น
Effect of a Social Support and Health Literacy Program on Resilience of Older
Persons During COVID-19 Pandemic in a Community, Khon Kaen Province

พิมชญา วิเศษสิทธิกุล (Pimchaya Visetsittikul)* ดร.มยุรี ลีทองอิน (Dr.Mayuree Leethong-in)^{1**}

ดร.สุทธินันท์ สุนินดี (Dr.Suttinan Subindee)^{***}

(Received: February 4, 2023; Revised: May 17, 2023; Accepted: May 23, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในตำบลหนองบัว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 27 ราย และผู้ดูแลจำนวน 27 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงสิงหาคม พ.ศ.2565 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและผู้ดูแล และแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระยะก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ABSTRACT

This quasi-experimental research design aimed to study the effect of a social support and health literacy program on resilience of older persons during Covid-19 pandemic in a community, Khon Kaen Province. The samples were 27 persons aged 60 years and over living with family in Nong Bua Subdistrict, Ban Fang District, Khon Kaen Province. Data were obtained between March to August 2022. Research instrument was a social support and health literacy program which developed base on social support and health literacy concepts. Data collection instruments included personal questionnaire for older adult and family and Thai Elderly Resilience Scale (TERS). Data analysis was performed by descriptive statistics and repeated measure ANOVA. The result of this study revealed that there was statistical significance difference in the mean resilience score of pre-activities, post-activities and four-week follow up ($p<0.05$).

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม พลังสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ โควิด-19

Keywords: Social support, Resilience, Older persons, COVID-19

¹Corresponding author: mayuree@kku.ac.th

*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Student, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Associate Professor, Department of Geriatric Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Lecturer, Department of Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ

ช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ [1] นำมาซึ่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และด้านสาธารณสุข [2] โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุหากมีการติดโควิด-19 จะมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยรุนแรง [3] รวมทั้งเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตมากกว่าวัยอื่น ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่ติดเชื้อได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ นอนไม่หลับหรือพักผ่อนไม่เพียงพอ การรู้คิดบกพร่อง ต้องเผชิญกับความโดดเดี่ยว และภาวะซึมเศร้า [4] รวมทั้งความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจในแง่การสูญเสียอาชีพ ถูกปรับลดเงินเดือน ค่าตอบแทน และวิตกกังวล กลัวตนเองและสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อโควิด-19 สุขภาพของผู้สูงอายุแย่ลงจากผลกระทบทางการเงินของตนเองและครอบครัว การเดินทางไปพบแพทย์ตามนัดได้ยากลำบาก การเข้ารับบริการทางการแพทย์อื่นๆ การซื้อของอุปโภคบริโภค และการพูดคุยพบปะกับเพื่อนลดลง [3] เช่นเดียวกับผู้สูงอายุในอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่ที่เฝ้าระวัง เนื่องจากมีผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด [5] โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่อาจเป็นทั้งผู้ที่เสี่ยง และได้รับผลกระทบในเวลาเดียวกัน ด้วยผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวมีอิสระในการเข้าสังคม มีศักยภาพในการดูแลตนเอง ชุมชนและสังคม จึงได้รับผลกระทบโดยตรงจากมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ในแง่การเว้นระยะห่างทางสังคม ทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ลดลง รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นยากขึ้น [4,6]

ถึงแม้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิต มีผลทางลบต่อจิตใจและอารมณ์ตามมา [2] แต่ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่เคยเผชิญกับเหตุการณ์ที่ยากลำบากที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤติในชีวิตหลายๆ ครั้ง และสามารถแก้ไขหรือผ่านพ้นปัญหานั้นได้ด้วยการมีพลังสุขภาพจิตที่ดี [7] ซึ่งพลังสุขภาพจิตเป็นทักษะส่วนบุคคลที่จะเผชิญหน้าและเอาชนะเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งหลังจากเผชิญกับความทุกข์ยากในชีวิตของบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนจากแหล่งทรัพยากรภายนอกที่บุคคลมี (I have) ความเข้มแข็งภายในของบุคคล (I am) และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะทางสังคมที่บุคคลสามารถทำได้ (I can) [8] ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง มีระดับพลังสุขภาพจิตและระดับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง [9] ในทางตรงกันข้ามกรมสุขภาพจิตมีการสำรวจถึงความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่ายังอยู่ในระดับที่ดี ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงร้อยละ 77.26 มีพลังสุขภาพจิตในระดับมาก และร้อยละ 82.26 รู้สึกมีกำลังใจเมื่อได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว แสดงให้เห็นว่าแม้ต้องเผชิญกับการแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิตส่งผลให้เกิดความสามารถในการปรับตัวและมีสุขภาพจิตที่ดี [10]

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ [11] เป็นความสัมพันธ์ที่มีความเชื่อมโยงกันระหว่างบุคคล ให้ความรัก ความเอาใจใส่ การดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ ให้การสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ ด้านทรัพยากร ด้านการประเมินคุณค่า และด้านข้อมูลข่าวสาร ทั้งนี้ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพที่สุด ซึ่งเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ เพิ่มโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์และสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 พระระดับการสนับสนุนทางสังคมทั้งในระดับปานกลาง [9] และระดับมาก [12] หากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ก็จะทำให้มีความเข้มแข็งภายใน เกิดความรู้สึกทางบวก และเพิ่มความเชื่อมั่นในการเผชิญปัญหา [13]

อย่างไรก็ตามในประเทศไทยหลังพบการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นำมาซึ่งการปิดเมือง ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องทำงานหรือทำกิจกรรมอยู่ที่บ้านผ่านการใช้เทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ตมากขึ้น [14] ประกอบกับสังคมไทยเป็นสังคมเทคโนโลยียุค 4G ทำให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุสามารถติดต่อสื่อสารสืบค้นข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต ด้วยการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ การรู้เท่าทันสื่อ จึงถือเป็นเกราะป้องกันที่สำคัญในการ

สร้างเสริมให้ผู้รับสารเลือกเข้าถึงและเปิดรับข้อมูลได้อย่างสมเหตุสมผล ไม่หลงเชื่อข่าวปลอมในสื่อสังคมออนไลน์ หากผู้สูงอายุรับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้อง คลาดเคลื่อนหรือบิดเบือน อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้ [15] ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพ หรือ Health literacy [16] เป็นความสามารถของบุคคลทางการรับรู้และทางสังคม เป็นตัวกำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล มีความเข้าใจ และเลือกใช้ข้อมูล หากผู้สูงอายุเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้เท่าทันสื่อ สามารถวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสาร รับข้อมูลข่าวสารอย่างมีวิจารณญาณ และนำไปใช้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพผ่านครอบครัว ดังการศึกษาของอิชิฮา [17] พบว่าหากผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวมาก ครอบครัวจะเป็นส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีการรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล มีการเข้าถึงและเข้าใจในเนื้อหาของสื่อดิจิทัลมากขึ้นด้วย

กลไกการเพิ่มขึ้นของพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยพบว่าปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีผลทางบวกต่อพลังสุขภาพจิตในระดับปานกลางถึงมาก [7, 9] โดยมีครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีและมีประสิทธิภาพ ดังการศึกษาของ Maneerat และคณะ [13] ที่กล่าวว่า การมีสัมพันธ์ภาพหรือปฏิสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว เป็นแนวทางในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย หนึ่งในองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม คือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะต่อการเผชิญปัญหา โดยเน้นสร้างความสามารถและทักษะของบุคคลในการเปิดรับ เข้าใจ และคัดสรรข้อมูลได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี [16] ทั้งนี้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีความเชื่อมโยงกับความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการรู้เท่าทันสื่อ กล่าวคือ หากผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวมาก ครอบครัวจะเป็นส่วนช่วยสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารในแง่ของการให้ผู้สูงอายุมีการรู้เท่าทันสื่อดิจิทัล มีการเข้าถึงและเข้าใจในเนื้อหาของสื่อดิจิทัลมากขึ้นด้วย [17] จึงอาจกล่าวได้ว่าพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นได้จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้นำครอบครัวหรือผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีและมีประสิทธิภาพเข้ามาเป็นส่วนร่วมในโปรแกรมตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุของประเทศไทยและต่างประเทศ ยังไม่พบงานวิจัยที่ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ มาเป็นกรอบแนวคิดของโปรแกรมในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุ อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลทางบวกกับการมีพลังสุขภาพจิต [7, 9] โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ จึงเป็นช่วงวัยที่มีความต้องการด้านการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น [18] รวมทั้งการรู้เท่าทันสื่อที่เป็นหนึ่งในองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในแง่ของความสามารถในการใช้งานเพื่อประโยชน์ในการใช้ชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ [17] ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมโดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับความรู้ด้านสุขภาพขึ้น ซึ่งแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร ด้านการประเมินคุณค่าและด้านข้อมูลข่าวสาร ผ่านแหล่งสนับสนุนที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด คือ ครอบครัว แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกทางบวก เช่น การมองเห็นคุณค่าในตนเอง การมีความสุข รู้สึกพึงพอใจในชีวิต มั่นใจในศักยภาพของตนเอง เพิ่มโอกาสในการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว [11] นอกจากนี้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีการใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อทำให้ครอบครัวและผู้สูงอายุมีศักยภาพในการเปิดรับ เข้าใจ คัดสรร และเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้องให้แก่บุคคลอื่น [16] ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองของผู้สูงอายุ อันจะส่งผลให้พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าวต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในชุมชนแห่งหนึ่ง ในอำเภอบ้านฝางของจังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลังได้รับโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่อาศัยในตำบลหนองบัว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น และผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยใน อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น และผู้ดูแล ในช่วงเดือนมีนาคมถึงสิงหาคม พ.ศ.2565

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ที่อาศัยกับครอบครัวหรือผู้ดูแลที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลหนองบัว จังหวัดขอนแก่น ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ประเมินโดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) จากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข [19]) การรู้คิดปกติ (ประเมินจากแบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับย่อ (Mini-Cog) พัฒนาโดย บอร์สัน และคณะ [20] และแปลเป็นภาษาไทยโดย สุภาพร และคณะ [21]) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ ใช้สื่อสังคมออนไลน์หรืออินเทอร์เน็ตไม่เกิน 5 ปี และมีความสนใจเข้าร่วมการวิจัย

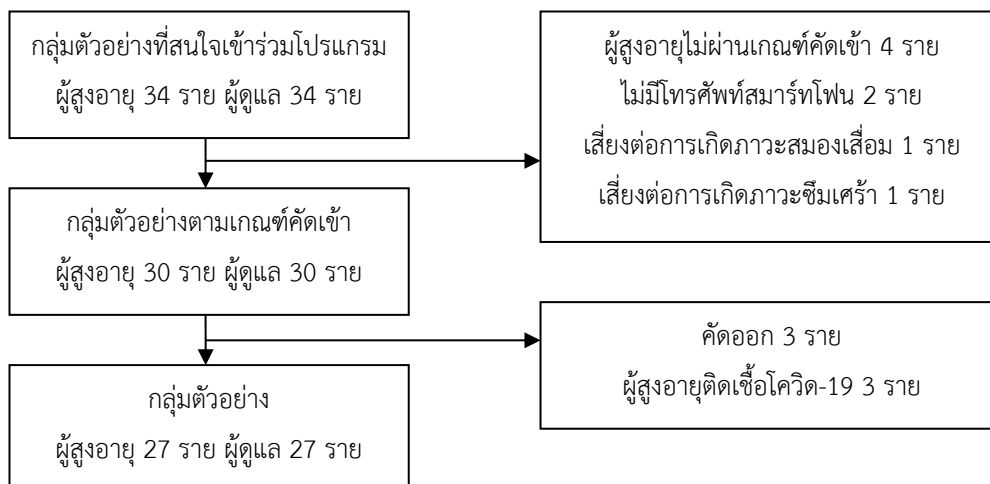
กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ เข้าใจภาษาไทยและสามารถติดต่อสื่อสารได้ สามารถใช้อุปกรณ์สื่อสารที่เชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ตได้ หากผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ต้องไม่มีภาวะซึมเศร้า (ประเมินโดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) [19]) มีการรู้คิดปกติ (ประเมินจากแบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับย่อ (Mini-Cog) ภาษาไทย [20,21]) และมีความสนใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ มีภาวะเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ หรือเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ 4 ครั้ง และเกณฑ์การถอนตัวออก ได้แก่ ย้ายออกจากเขตเทศบาล หรือมีอาการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อโควิด-19

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตารางสำเร็จรูป [22] การประมาณค่าอิทธิพลจากการศึกษานำร่อง (Pilot study) ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.77 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ $\alpha = .05$ และอำนาจการทดสอบ (power of test) .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 25 ราย และเพิ่มจำนวนขึ้นร้อยละ 20 [23] เพื่อให้ข้อมูลเพียงพอหากมีการสูญหาย (Drop out) ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ 30 ราย โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุจำนวน 30 ราย และผู้ดูแล จำนวน 30 ราย

วิธีการสุ่มตัวอย่าง สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) สุ่มเลือกตัวอย่างโดยการจับสลากทุกเลขคู่ตามรายชื่อผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในแต่ละหมู่บ้านของเทศบาลตำบลหนองบัว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนเริ่มโปรแกรมมีอาสาสมัครสนใจเข้าร่วมโปรแกรม 34 ราย โดยไม่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า 4 ราย ในระหว่างดำเนินโปรแกรมการวิจัย คัดออก 3 ราย เนื่องจากมีอาการติดเชื้อโควิด-19 คงจำนวนกลุ่มตัวอย่างสิ้นสุดโปรแกรม จำนวน 27 ราย (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 แผนผังกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเกณฑ์คัดเข้า คือ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) จากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข [19] และแบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับย่อ (Mini-Cog) พัฒนาโดย บอร์สัน และคณะ [20] ฉบับภาษาไทยโดย สุภาพร และคณะ [21]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมนี้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยประยุกต์ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ [11] ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ทรัพยากร การประเมินคุณค่า และข้อมูลข่าวสาร และแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ นัทปัม [16] มีสื่อคู่มือการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตผู้สูงวัยในยุคโควิด-19 และวิถีทัศน์ 3 วิถีทัศน์ ได้แก่ 1) วิถีทัศน์ พลังสุขภาพจิตกับผู้สูงอายุในยุคโควิด-19 2) วิถีทัศน์ข้อมูลที่ดี หายอย่างไร ให้น่าเชื่อถือ และ 3) วิถีทัศน์ชั่วเร็ว แพร่ ทั้งนี้ มีช่องทางการติดต่อสื่อสารและรับชมวิถีทัศน์ย้อนหลังผ่านกลุ่มไลน์บัญชีทางการ “พลังบวกเติมใจ” ซึ่งโปรแกรม ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 “ภูมิใจที่ได้ดูแล” เพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีของครอบครัวต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยการแนะนำ ครอบครัวของตนเองด้วยการวาดภาพ การบอกเล่าประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุและตนเองในยุคโควิด-19 และการบอกเล่า ความรู้สึกที่ดีของผู้ดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุ และเพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีทักษะผ่อนคลายความเครียด โดยการฝึกผ่อนคลายความเครียดและฝึกสมาธิเบื้องต้นด้วยเพลงดังดอกไม้บาน [24]

ครั้งที่ 2 “เช็กพลังสุขภาพจิต พัดความสูงวัย” เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในกระบวนการชราภาพของร่างกาย และจิตใจ เพื่อประเมินและเข้าใจประโยชน์ของพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลรับชมวิถีทัศน์ พลังสุขภาพจิต กับผู้สูงอายุในยุคโควิด-19 เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและกำหนดเป้าหมายเพื่อเพิ่มพลังสุขภาพจิตร่วมกัน

ครั้งที่ 3 “ปรับความคิด สู้โควิด-19 และรู้เท่าทัน ใช้ให้เป็น” เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคโควิด-19 และการป้องกันตนเองได้ถูกต้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำหลัก คำสอนทางศาสนาเป็นแนวทางและการฝึกให้กำลังใจตนเอง และเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรค โควิด-19 ที่มีความน่าเชื่อถือได้ถูกต้อง โดยผ่านกิจกรรมการสาธิตวิธีการคัดสรรแหล่งข้อมูลที่ไว้ใจได้และมอบโอกาสให้ ผู้สูงอายุคัดสรรแหล่งข้อมูลที่ไว้ใจได้ด้วยตนเอง ผ่านวิถีทัศน์ข้อมูลที่ดี หายอย่างไร ให้น่าเชื่อถือ

ครั้งที่ 4 “ซัวร์แล้วแซร์” เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเสนอทางเลือกและสามารถเข้าใจผู้อื่นให้ยอมรับแนวทางการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ โดยให้ผู้สูงอายุรับชมวีดิทัศน์ซัวร์ เชื้อ แซร์ ตอบคำถามเกี่ยวกับการป้องกันโควิด-19 และตอบคำถามพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลผ่านการอ่านข้อความหรือรูปภาพประกอบ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล แบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย (Thai Elderly Resilience Scale: TERS) พัฒนาโดย สอนยา และคณะ [25] ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้เครื่องมือและนำมาปรับแก้ไขให้สอดคล้องกับการแพร่ระบาดของโควิด-19 ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะในการใช้ชีวิตกับผู้อื่น 2) ความเชื่อมั่นในการเลือกทางเดินชีวิต 3) การมีสิ่งสนับสนุนทางสังคม 4) มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตวิญญาณ และ 5) ทักษะในการผ่อนคลายและแก้ปัญหา ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราลัดเกิด 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยบางส่วน ค่อนข้างเห็นด้วย และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีช่วงคะแนนระหว่าง 23-92 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้น ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.94 และค่าประสิทธิภาพ (E1/E2) เท่ากับ 94/91.25 ทั้งนี้ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงให้โปรแกรมมีความเหมาะสม โดยชี้แจงลำดับขั้นตอนของโปรแกรมให้ชัดเจนและปรับระยะเวลาให้กระชับ รวมทั้งคู่มือและวีดิทัศน์ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 รายและผู้ดูแลจำนวน 5 ราย พบว่ามีความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้ ส่วนแบบประเมินพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ.2565 เลขที่ HE652015

การดำเนินการศึกษา

ผู้วิจัยพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว จังหวัดขอนแก่น เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินโครงการวิจัยและขออนุญาตดำเนินการวิจัย หลังได้รับอนุมัติดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลจากนายแพทย์สาธารณสุขประจำจังหวัดขอนแก่น และสาธารณสุขอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เมื่ออาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้อาสาสมัครลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และประเมินคุณลักษณะตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้ช่วยวิจัยประเมินพลังสุขภาพจิตด้วยแบบประเมินพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุไทย [25] ใช้เวลา 30 นาที จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรม 4 ครั้ง ครั้งละ 120 นาที ในวันเสาร์และอาทิตย์ เวลา 8.30-10.30 น. ติดต่อกัน 2 สัปดาห์ หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 4 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการประเมินพลังสุขภาพจิตด้วยแบบประเมินพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุไทย [25] มอบของตอบแทน และกล่าวขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS (Statistic Package for the Social Science for Windows) version 28 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Repeated measure ANOVA โดยทดสอบพบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ (Normal distribution) จากนั้นทดสอบความแปรปรวนของ

พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในการวัดซ้ำแต่ละครั้ง (Compound symmetry) โดยใช้สถิติ Mauchly's test of sphericity พบว่าความแปรปรวนของพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไม่เป็น Compound symmetry ($p = .013$) ผู้วิจัยจึงทำการปรับค่า degree of freedom ด้วยวิธี greenhouse-geisser ทำให้ $p = .774$ จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จึงใช้สถิติเชิงอนุमान ANOVA ชนิด Repeated Measurement วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.3) อายุเฉลี่ย 68.41 ปี (S.D. = 5.75) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.0) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 66.7) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 77.8) รายได้ปัจจุบันต่อเดือน 1,001-5,000 บาท (ร้อยละ 48.1) แหล่งที่มาของรายได้ มาจากเงินช่วยเหลือจากรัฐบาล (ร้อยละ 40.8) มีอุปกรณ์เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต เป็นโทรศัพท์สมาร์ทโฟน (ร้อยละ 100) มีความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพด้านกายของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 55.6) และความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพจิตของตนเองอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 59.3) ความถี่ในการใช้ไลน์ทุกวัน (ร้อยละ 37) และส่วนใหญ่มากกว่า 3 ใน 4 ไม่เคยใช้ทีวีเตอร์ อินสตาแกรม (ร้อยละ 96.3, และ 96.3) เป็นต้น

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.6) อายุเฉลี่ย 52.7 ปี (S.D. = 10.19) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 55.6) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา (ร้อยละ 48.1) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 66.7) รายได้ปัจจุบันต่อเดือน 1,001-5,000 บาท (ร้อยละ 51.9) จำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-5 คน (ร้อยละ 66.7) มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุแบบญาติพี่น้อง (ร้อยละ 66.7) และมีอุปกรณ์เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตเป็นโทรศัพท์สมาร์ทโฟน (ร้อยละ 92.6) การใช้สื่ออินเทอร์เน็ตที่ใช้ทุกวัน ได้แก่ ไลน์ (ร้อยละ 70.4) เพชบุ๊ก (ร้อยละ 40.7) เป็นต้น

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA ($n=27$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ภายในกลุ่ม					
ช่วงเวลา	397.062	1.54	256.51	8.954	.001
ความคลาดเคลื่อน	1152.93	40.24	28.64		

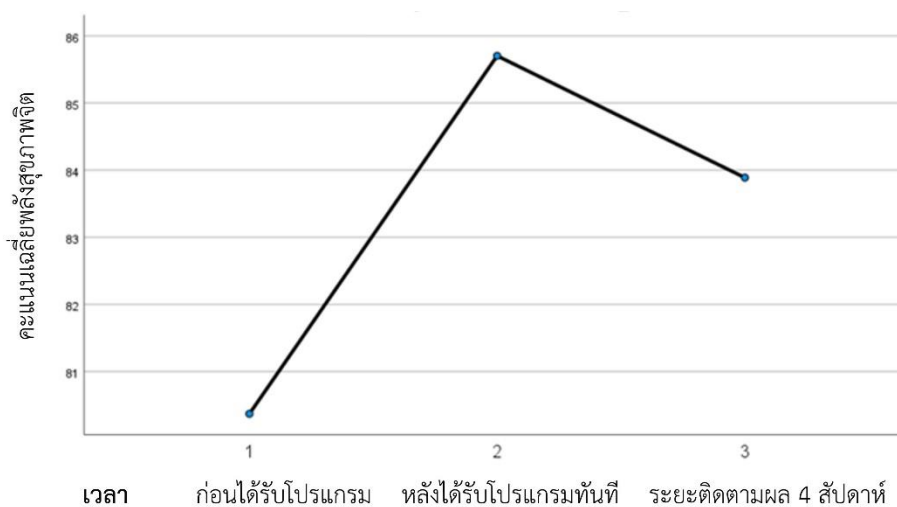
SS = Sum of Square, MS = Mean Square

*Adjusted by greenhouse-geisser method

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ($F = 8.954$, $df = 1.54$, $p = 0.001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ โดยวิธีการ Least significant difference (LSD) (n=27)

ระยะ	$\bar{X}$	S.D.	หลังได้รับโปรแกรม			ระยะติดตามผล		
			Mean	95% CI	p-value	Mean	95% CI	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	80.37	7.38	5.333	3.310-7.356	<.001	3.519	0.282-6.755	.034
หลังได้รับโปรแกรม	85.70	5.10	-	-	-	1.815	-0.685-4.314	.148
ระยะติดตามผล	83.89	7.51	-	-	-	-	-	-



ภาพที่ 2 แสดงการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระยะก่อนได้รับโปรแกรมหลังได้รับโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

จากตารางที่ 2 และ ภาพที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมทันที ($\bar{X} \pm S.D.$ = 85.70 ± 5.10) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X} \pm S.D.$ = 80.37 ± 7.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean difference = 5.333, 95%CI = 3.310, 7.356, $p < .001$) และคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายुरะยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ($\bar{X} \pm S.D.$ = 83.89 ± 7.51) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean difference = 3.519, 95%CI = .282, 6.755, $p = .034$)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบตั้งแต่ก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตาม 4 สัปดาห์ อธิบายได้ว่า ด้วยโปรแกรมพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ [11] ร่วมกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนันทปิม [16] เน้นความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งครอบครัวและผู้สูงอายุจาก

ระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ ระดับวิจารณ์ด้วยวิธีการรู้เท่าทันสื่อ ให้กับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีและมีประสิทธิภาพของผู้สูงอายุ คือ ครอบครัว จึงทำให้ ฉันทเป็น ฉันทมี และฉันทสามารถ อันเป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญของพลังสุขภาพจิต [8] เพิ่มขึ้น

เริ่มจากองค์ประกอบที่ 1 ฉันทมี (I have) เป็นการสนับสนุนจากแหล่งทรัพยากรภายนอกที่บุคคลมี ผ่านกิจกรรมที่เริ่มต้นด้วยการทำความรู้จักกันของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรม กิจกรรมบอกเล่าประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ดูแลและผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิด-19 ทำให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้วิธีการสร้างและการคงไว้ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดี องค์ประกอบนี้อาจเพิ่มขึ้นได้จากกิจกรรมทั้ง 4 ครั้งเนื่องจากผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับผู้ดูแลทุกครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมรู้จักฉัน รู้จักเธอ เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ดูแลวาดภาพสมาชิกในครอบครัวโดยให้ผู้สูงอายุอยู่ตรงกลาง รอบล้อมไปด้วยสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ได้ถึงการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว อีกทั้งกิจกรรมยังรู้จัก ยิ่งประทับใจ เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลบอกเล่าความรู้สึกที่มีต่อผู้สูงอายุ กิจกรรมนี้ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ได้ถึง การได้รับความรักจากคนในครอบครัว การเป็นส่วนสำคัญในครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลเป็นบุคคลภายในครอบครัวของผู้สูงอายุ เป็นคนที่ผู้สูงอายุสามารถให้ความไว้วางใจ เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ [11] ที่กล่าวว่าเมื่อผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกทางบวก รู้สึกได้รับความรัก ความเอาใจใส่ รวมทั้งความเข้าใจและความสนใจ นอกจากนี้การมีกิจกรรมกับบุคคลอื่น ส่งผลต่อความเครียดและความวิตกกังวลที่ลดลงของผู้สูงอายุ นำมาซึ่งการมีพลังสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นตามมา [26]

องค์ประกอบที่ 2 ฉันทเป็น (I am) เป็นความเข้มแข็งภายในของบุคคล ผ่านกิจกรรมเช็กพลังสุขภาพจิต พิตความสูงวัยและศรัทธามั่นคง เพื่อให้ผู้สูงอายุมองโลกในแง่ดี มีความเคารพในตนเองและผู้อื่น มีความหวังและศรัทธา โดยกิจกรรมเช็กพลังสุขภาพจิต พิตความสูงวัย เน้นการทำความเข้าใจเรื่องพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ มีการแลกเปลี่ยนบอกเล่าประสบการณ์สู่กันฟัง ก่อให้เกิดความเข้าใจ การยอมรับ และการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของมุกซ์ดา และอัญชลี [27] ที่พบว่าปัญหาสุขภาพหรือภาวะสุขภาพที่แย่ลงตามวัย เป็นสิ่งที่เลี่ยงไม่ได้ แต่การนำพลังสุขภาพจิตออกมาใช้ นำมาซึ่งการรับรู้ถึงคุณค่าและความหมายของการมีชีวิตอยู่พร้อมกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ อีกทั้งกิจกรรมศรัทธามั่นคงเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุบอกเล่าประสบการณ์ของตนเองที่ผ่านมาในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ถึงการใช้หลักคำสอนทางศาสนา มาประยุกต์ใช้ โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้การมีสติและการสวดมนต์ มาปรับใช้ ทำให้จิตใจสงบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Maneerat และคณะ [13] ที่พบว่าหนึ่งในแนวทางของการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย คือ การมีความมั่นคงทางจิตวิญญาณ (Living with spiritual security) ได้แก่ ได้มีโอกาสอธิษฐานเผื่อมีชีวิตที่ดี ปฏิบัติศาสนกิจเป็นประจำ อาศัยความเชื่อทางจิตวิญญาณ และใช้หลักคำสอนในศาสนาмаแก้ไขปัญหา

องค์ประกอบที่ 3 ฉันทสามารถ (I can) เป็นการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค ผ่านกิจกรรมสมาธิสี่ขี้นเป็นสุข เรียกสติก่อนสตาร์ท และปรับความคิดสู้โควิด-19 เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการต่อสู้เอาชนะอุปสรรคต่างๆ ผู้วิจัยนำเพลงดังดอกไม้นาน [24] พร้อมทำประกอบเพลงมาปรับใช้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลเพื่อฝึกสมาธิเบื้องต้น สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล และคณะ [18] ที่นำเพลงลมหายใจดังดอกไม้นาน [24] มาเป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมเพื่อฝึกสมาธิเบื้องต้นและเป็นการออกกำลังกายแบบกลุ่มร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ ในแง่การผ่อนคลาย จิตใจสงบ ผ่อนคลาย และมีสมาธิ ส่งผลดีโดยตรงต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จากกิจกรรมรู้เท่าทัน ใช้ให้เป็น และชั่วแล้ว แשר เป็นกิจกรรมเรียนรู้ความสำคัญของสื่อสังคมออนไลน์ หลักการตรวจสอบข้อมูลและสืบค้นข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะด้านการรู้เท่าทันสื่อ [16] เพื่อให้สอดคล้องกับการแพร่ระบาดของโควิด-19

ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการใช้เทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ตที่มากขึ้น [14] สอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ และคณะ [28] ที่กล่าวว่าบุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจที่ดี มีทักษะการสื่อสารข้อมูลที่ดี จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ดี

นอกจากนี้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพยังช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยยังคงอยู่ภายใต้มาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ส่งผลให้พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทั้งในระยะหลังเข้าร่วมกิจกรรมทันทีและระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แต่ในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุลดลงเมื่อเทียบกับคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในช่วงหลังได้รับโปรแกรมทันที อาจเนื่องจากในช่วงกลางเดือนกรกฎาคมถึงกลางเดือนสิงหาคม 2565 มีการระบาดของโรคโควิด-19 อีกระลอก ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบากอีกครั้ง รวมทั้งผู้สูงอายุไม่ได้รับการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของอัมเรศ และเศรษฐวิญญ์ [29] ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตในภาพรวมของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มสูงกว่าในระยะอื่น ๆ แต่เมื่อติดตามผลหนึ่งเดือน ผู้สูงอายุไม่ได้รับการกระตุ้นพลังสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุลดลง แต่อย่างไรก็ตามคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ยังสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แสดงให้เห็นว่าถึงแม้โปรแกรมจะสิ้นสุดลง แต่ผู้สูงอายุก็ยังมีความสามารถในการเผชิญปัญหา

การศึกษารุ่นนี้สรุปได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้สูงขึ้น โดยอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีและมีประสิทธิภาพ มาเป็นส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ผ่านโปรแกรมที่มีการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินคุณค่า รวมทั้งการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะการรู้เท่าทันสื่อ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตอันประกอบด้วย ฉันทิ ฉันทะ และฉันทะที่เพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้สูงอายุที่จัดอยู่ในกลุ่มติดสังคมซึ่งเป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงมีโอกาสมิมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับตึงตึงแต่ก่อนได้รับโปรแกรม จึงไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่า การเพิ่มขึ้นของระดับพลังสุขภาพจิตเกิดจากการเข้าร่วมโปรแกรมเพียงอย่างเดียว อีกทั้งการวิจัยนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัวในชุมชน อาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง หรือผู้ที่มีปัญหาทางด้านสายตาและการอ่านได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรออกแบบการวิจัยให้มีทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีผลต่อพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้ชัดเจนยิ่งขึ้น
2. ควรพัฒนารูปแบบของโปรแกรมให้มีความหลากหลาย เช่น รูปแบบออนไลน์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตได้ทุกที่ทุกเวลา

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากทุนสนับสนุนมูลฐาน Fundamental Fund : FF ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น กองทุนส่งเสริม ววน. รวมทั้งเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว อีกทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกท่านในตำบลหนองบัว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Statement on the second meeting of the international health regulations (2005) emergency committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 10]. Available from: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
2. Department of mental health. New normal [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 10]. Available from: <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2288>. Thai.
3. United Nations Population Fund Thailand. COVID-19 and older persons: Evidence from the survey in Thailand [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 2]. Available from: https://thailand.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/covid-19_report-online-revised_2021.pdf.
4. Lekamwasam R, Lekamwasam S. Effects of COVID-19 pandemic on health and wellbeing of older people: A comprehensive review. *Ann Geriatr Med Res*. 2020; 24(3): 166–172.
5. Khon Kaen Provincial Statistical Office. Khon Kaen provincial statistical report: 2021. Khon Kaen: Khon Kaen Provincial Statistical Office; 2021. Thai.
6. De Pue S, Gillebert C, Dierckx E, Vanderhasselt MA, De Raedt R, Van den Bussche E. The impact of the COVID-19 pandemic on wellbeing and cognitive functioning of older adults. *Sci Rep*. 2021; 11(1): 4636.
7. MacLeod S, Musich S, Hawkins K, Alsgaard K, Wicker ER. The impact of resilience among older adults. *Geriatr Nurs*. 2016; 37(4): 266–272.
8. Grotberg EH. The international resilience project: Research and application. Research report. Birmingham: Civitan International Research Center; 1995.
9. Photipim M, Bonyaphagorn S, Bonyaphagorn J, Ketbumroong V, Norkaew J, Sungwalee W, et al. Factors related to the resilience quotient of the older adults living in a community, Nakhon Ratchasima province. *J Vongchavalitkul University*. 2021; 34(1): 22-33. Thai.
10. Thairath online. It reveals that homebound and bedbound elderly have high resilience [Internet]. 2022 [cited 2023 May 15]. Available from: <https://www.thairath.co.th/news/local/2374156>. Thai.
11. House JS. Work stress and social support. California: Addison-Wesley; 1981.
12. Chonchanakul J, Thungwa S, Siriwongse T. Social supporting factors affecting the quality of life of the elderly in Tha Kok Daeng Subdistrict, Seka District, Bueng Kan Province during the COVID-19 situation. *J Roi Kaensarn Academi*. 2022; 7(11): 452-467. Thai.
13. Maneerat S, Isaramalai S, Jantiya S. A guide to promote elderly resilience: A perspective from Thai context. *Asian J Humanit Soc Studies*. 2018; 6(6): 201–204.
14. Department of mental health. New normal [Internet]. 2020 [cited 2021 Jul 10]. Available from: <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2288>. Thai.

15. Phanmool J, Propunprom P. Situation of media access, fake news recognition and the impacts of media use of the elderly in urban communities in a new normal. *Journal of Legal Entity Management and Local Innovation*. 2021; 7(8): 171-184. Thai.
16. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000; 15(3): 259-267.
17. Wuthirangsri A. Digital literacy of elderly. *Interdiscip Studies J*. 2021; 21(1): 90-106. Thai.
18. Petburi P, Somprasert C, Othaganont P. The effect of a social support program on the mental health of the elderly. *J Nurs Health Care*. 2017; 35(2): 188-197. Thai.
19. Department of mental health, Ministry of Public health. Training manual on the depressive patient service system for nurse/public health technical officer/ public health officer [Internet]. 2015. [cited 2021 Jul 10]. Available from: <https://www.thaidepression.com/2020/web/index.php?r=news%2Fview&id=210>. Thai.
20. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc*. 2003; 51(10): 1451-1454.
21. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int*. 2015; 15(5): 594-600.
22. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
23. Gray J, Grove S, Sutherland S. Burns and Grove's *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. 8th ed. Missouri: Elsevier; 2017.
24. Dhammasathan S. Flower bloom [Internet]. 2011 [cited 2021 Nov 2]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=dhFt7eURm78>. Thai.
25. Maneerat S. Development and psychometric evaluation of Thai elderly resilience scale [PhD thesis]. Songkla: Prince of Songkla University; 2011.
26. Resnick B. Resilience in older adults. In: Gueldner SH, Wykle ML, editors. *Aging well: Gerontological education for nurses and other health professionals*. New York: Jones & Bartlett Learning; 2011. p. 563-575.
27. Pradungyam M, Duvall AC. Rehabilitation strategies for resilience quotient in the elderly. *J R Thai Army Nurse*. 2018; 19(1): 66-73. Thai.
28. Yatniyom P, Tuanwisetkul S, Hoyrat P. Relationship between health literacy and coronavirus disease 2019 infection prevention behaviors of older people living in Chaiyaphum province. *J Nurs Health care*. 2023; 41(1): 1-13. Thai.
29. Netasit A, Chanowan S. The development of resilience activity set for elderly people by using family and community as a basis. *J Ment Health Thailand*. 2020; 28(4): 327-336. Thai.