

สุขภาวะทางจิต และแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต
สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

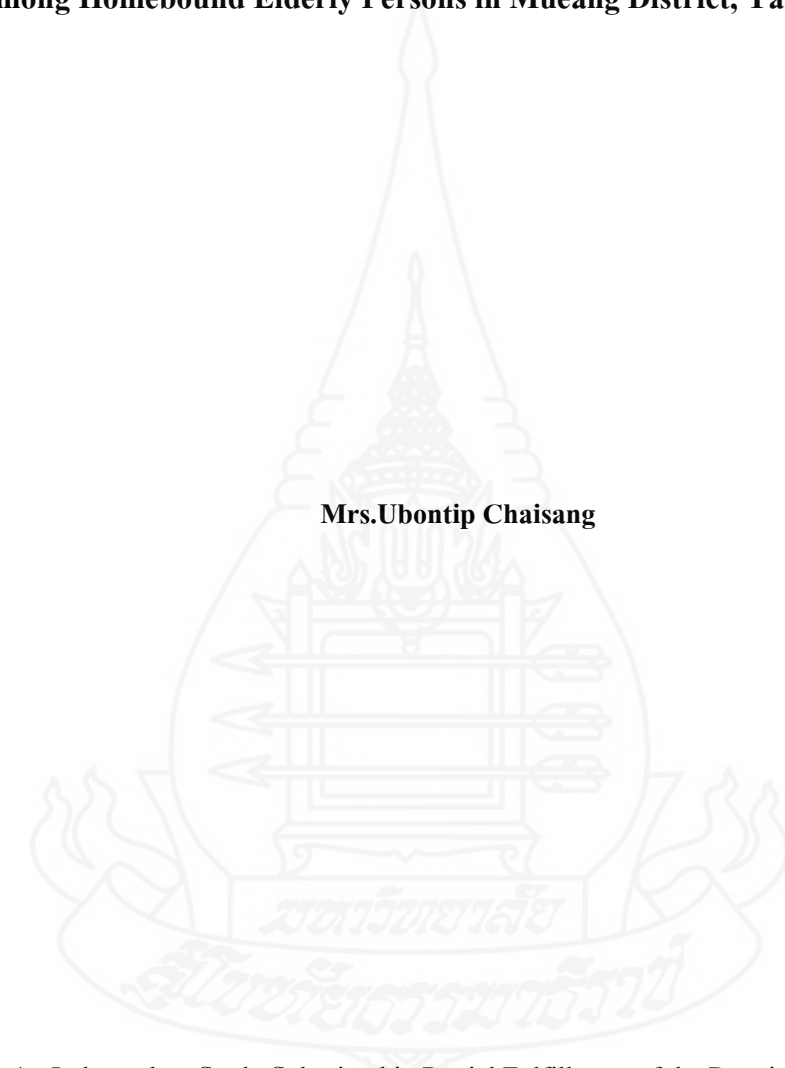
นางอุบลทิพย์ ไชยแสง

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2563

**Psychological Well-Being and Guidelines for Promoting Psychological Well-Being
among Homebound Elderly Persons in Mueang District, Yala Province**

Mrs.Ubontip Chaisang



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health in Public Health Administration

School of Health Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2020

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ สุขภาวะทางจิต และแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต
สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา
ชื่อและนามสกุล นางอุบลทิพย์ ไชยแสง
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 29 กันยายน 2564

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ

อารยา ห

ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)

ธีระวุธ

กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล)

อารยา ห

(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)

ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ชื่อการศึกษา **ค้นคว้าอิสระ** สุขภาวะทางจิต และแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต

สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

ผู้ศึกษา นางอุบลทิพย์ ไชยแสง รหัสนักศึกษ 2625000373 ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย ปีการศึกษา 2563

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ระดับสุขภาวะทางจิต การเห็นคุณค่าในตนเอง และ แรงสนับสนุนทางสังคม (2) ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะทางจิต และ (3) แนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงปริมาณใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 176 คน จากการสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.924 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจำนวน 10 คน และตัวแทนบุคลากรส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า (1) ระดับสุขภาวะทางจิต โดยรวมอยู่ในระดับสูง การเห็นคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับ ปานกลาง และแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (2) การเห็นคุณค่าในตนเอง กับสุขภาวะทางจิต มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง และแรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะทางจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.648$) และ ($r=.583$) ตามลำดับ และ (3) แนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบว่าสามารถดำเนินการได้ด้วยตัวผู้สูงอายุเองที่บ้าน เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมนันทนาการ และสามารถทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้ รวมถึงได้รับการดูแลจากองค์กร ที่เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือ ประเมิน และติดตามอย่างต่อเนื่องให้เหมาะสมกับลักษณะ และบริบทของสังคมวัฒนธรรม ในพื้นที่ โดยเฉพาะการสร้างคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ผ่านรูปแบบการจัดกิจกรรมโดยใช้ความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมเป็นพื้นฐาน

คำสำคัญ : สุขภาวะทางจิต การเห็นคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม แนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

Independent Study title: Psychological Well-Being and Guidelines for Promoting Psychological Well-Being among Homebound Elderly Persons in Mueang District, Yala Province

Author: Mrs. Ubontip Chaisang; **ID :** 2625000373; **Degree:** Master of Public Health;

Independent Study advisor: Dr. Araya Prasertchai, Associate Professor;

Academic Year: 2020

Abstract

This mixed method study aimed to (1) determine the levels of psychological well-being, self esteem and social support, (2) identify the relationships between self-esteem as well as social support and psychological well-being, and (3) create guidelines for promoting psychological well-being, using quantitative and qualitative research methods among homebound elderly persons in Mueang district, Yala province.

The quantitative research involved 176 homebound elderly persons selected using stratified random sampling in Yala's Mueang district. Data were collected using a questionnaire with a mean Cronbach's alpha coefficient of 0.924, and then analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's correlation coefficient statistics. As for the qualitative research section, informants were 10 homebound elderly persons and 10 representatives of elderly health promotion personnel with specified characteristics, selected using purposive sampling; and such data were collected using focus groups and in-depth interviews for content analysis.

The results showed that, among all respondents: (1) their overall level of psychological well-being was high, but the levels of self-esteem and social support were moderate and high, respectively. (2) significant and positive correlations were found for their self-esteem with psychological well-being at a high level and for social support with psychological well-being at a moderate level ($P = 0.01$; $r = .648$ and $.583$, respectively), and (3) concerning guidelines for promoting psychological well-being among the homebound elderly in the district, the participants could carry out such activities by themselves at home, especially for promoting recreation, and together with family members with support from relevant organizations regarding assistance, assessment, and continual monitoring. Such activities had to be undertaken to suit the nature and socio-cultural context of the locality, especially to create self-esteem and continual social support, based on good relationships within the family and social networks.

Keywords: Psychological well-being, Self-esteem, Social support, Guidelines for promoting psychological well-being, Homebound elderly

กิตติกรรมประกาศ

การค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ที่ได้ให้ความกรุณาให้คำแนะนำ และติดตามการค้นคว้าอิสระครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ เครานวล อาจารย์ ดร.นิรัชรา ลิลละฮักกุล และอาจารย์วานีตา สาเมาะ ที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธีระวุธ ธรรมกุลที่ได้กรุณาเป็นกรรมการสอบเพิ่มเติม ซึ่งช่วยตรวจสอบรายงานวิจัยการค้นคว้าอิสระครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ คณาจารย์ และบุคลากรทุกท่าน ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ที่ให้โอกาสและสนับสนุนการศึกษาต่อในระดับปริญญาโทในครั้งนี้ ขอขอบคุณ บุคลากร และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ที่ให้ความกรุณาเอื้อเฟื้อสถานที่ประสานงาน และอำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาในการศึกษา และที่สำคัญที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ทุกท่านที่ให้ข้อมูล และร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงเพื่อนนิสิตระดับปริญญาโททุกท่านที่คอยห่วงใย และเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมาจนสำเร็จการศึกษา

ท้ายสุดนี้ คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากการค้นคว้าอิสระฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชที่ให้โอกาสทางการศึกษา และสำคัญที่สุด คือ รองศาสตราจารย์ ดร. อารยา ประเสริฐชัย ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และอาจารย์ทุกท่าน ที่ให้ความเมตตาต่อผู้วิจัย ส่งเสริมให้กำลังใจที่ดีเสมอมา ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา และสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาของการศึกษา ขอรำลึกพระคุณของทุกท่านตลอดไป

อุบลทิพย์ ไชยแสง

กันยายน 2564

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
กรอบแนวคิดการวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	4
นิยามศัพท์	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องนำ	9
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิต	10
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุติดบ้าน	23
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง	39
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม	47
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	52
รูปแบบการวิจัย	52
วิธีการดำเนินการวิจัย	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	55
จริยธรรมการวิจัย	61

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
ส่วนที่ 1 ศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	62
ส่วนที่ 2 ศึกษาระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และสุขภาวะทางจิต ของสูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ.....	71
ส่วนที่ 3 ศึกษาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ.....	81
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	83
สรุปผลการวิจัย.....	84
อภิปรายผล.....	86
ข้อเสนอแนะ.....	93
บรรณานุกรม.....	95
ภาคผนวก.....	103
ก ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย.....	104
ข ผลการลงความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณา ความสอดคล้องของเครื่องมือวิจัย.....	106
ค เครื่องมือวิจัย.....	112
ประวัติผู้ศึกษา.....	118

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	62
ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของสูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา.....	66
ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของสูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา.....	68
ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสุขภาวะทางจิตของสูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา.....	69
ตารางที่ 4.5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา.....	70



ญ

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย..... 4



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งในปี 2562 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุ 11.6 ล้านคน และมีประชากรรุ่นที่มีอัตราการเกิดหนึ่งล้านคนต่อปี ซึ่งมีอายุ 36-56 ปี ดังนั้นอีกเพียง 4 ปีข้างหน้า เริ่มตั้งแต่ปี 2566 จะมีคนไทยอายุ 60 ปี ปีละล้านคน หมายความว่าประชากรไทยในอีก 20 ปีข้างหน้า จะมีผู้สูงอายุมากถึง 20 ล้านคน ซึ่งหมายถึงคนไทย 1 ใน 5 คน จะเป็นผู้สูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2563) สัดส่วนผู้สูงอายุในประเทศไทยมีเกินกว่าร้อยละ 17 กล่าวคือ มีผู้สูงอายุมากกว่า 10 ล้านคน จากประชากรของประเทศ ราว 65 ล้านคน และมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง จากความเสื่อมสภาพของร่างกายและจากโรคภัยไข้เจ็บที่ทำให้เกิดความพิการ เช่น จากโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดภาวะอัมพฤกษ์หรืออัมพาต หรือจากอุบัติเหตุต่างๆ จากการสำรวจเป็นระยะๆ พบผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงราวร้อยละ 10 หรือราว 1 ล้านคน โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงบางส่วน หรือเป็นประเภทติดบ้านออกไปไหนไม่ได้ราวร้อยละ 85 หรือราว 8.5 แสนคน (สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ, 2560)

ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้หากไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจะทำให้คุณภาพชีวิตลดลง และเป็นผู้สูงอายุติดเตียง (วาสนา สิทธิกัน, สายหยุด มูลเพ็ชร และสามารถ ใจดี, 2560) จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านของชิริรัตน์ ราศิริ และ อาจันต์ สงทับ (2564) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าของตนเอง สามารถร่วมกันทำนายการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ซึ่งบริบทและปัจจัยต่าง ๆ เกี่ยวข้องล้วนส่งผลต่อการต้องประสบปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจกับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพสูง นอกจากการเสื่อมของสภาพร่างกายแล้วการสูญเสียบทบาททางสังคม ส่งผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเกิดปัญหาการไม่ให้เกิดติดกัน ขาดความเคารพนับถือ ขาดความสนใจ และเกื้อกูลต่อกัน ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น ในรายที่ไม่สามารถทำได้และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นอาจทำให้เกิดความกดดันทางด้านจิตใจ เกิดความรู้สึกเหงา ว่าเหว่ เดียวดาย และไม่มีศักดิ์ศรี (สุดา วงศ์สวัสดิ์ และรัตนดีกาส วาเพชร, 2558)

ปัญหาเหล่านี้ทำให้สังคมต้องหันมาให้ความสำคัญกับมาตรการที่จะมีให้กับประชากรผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นในด้านสุขภาพอนามัยความเป็นอยู่ หรือเรื่องของสุขภาพของผู้สูงอายุ (อัศรา ประเสริฐสิน, ทัชชา สุริโย และปพน ฌัฐเมธาวิณ, 2561) ซึ่งนอกเหนือจากสุขภาพทางกายแล้ว ความไม่สมดุลของสุขภาพทางจิตยังเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญที่ควรได้รับการพัฒนาสุขภาพทางจิตอย่างยั่งยืน

สุขภาพทางจิต เป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และแสดงถึงพัฒนาการของบุคคล ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การยอมรับตนเอง ความเป็นตัวของตัวเอง การเจริญเติบโตของบุคคล ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Ryff & Keyes, 1995) ดังนั้นสุขภาพทางจิตของบุคคลจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ควรศึกษาโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งการมีสุขภาพทางจิตที่ดีขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ การทำงานของร่างกาย ความสามารถทางกาย ความสามารถทางจิต การมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี การเห็นคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความหมายในชีวิต ความเป็นอิสระ คุณภาพชีวิต ความเหงา ความโดดเดี่ยว ความหดหู่ตึงเครียด (อัศรา ประเสริฐสิน, ทัชชา สุริโย และปพน ฌัฐเมธาวิณ, 2561) จากการวัดสุขภาพจิตที่ใช้ข้อคำถามของกรมสุขภาพจิตยังพบว่า มีปัจจัยหลายประการเกี่ยวข้องกับความสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น จันห์นิภา บุญญานวัตร (2556) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุจังหวัดชัยนาท พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Akashi, R. (2012) ศึกษาสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุชาวอเมริกันสามกลุ่ม พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องที่ไม่เหมือนกันในแต่ละกลุ่ม ผู้สูงอายุที่สามารถรักษาและส่งเสริมสุขภาพทางจิตเชิงบวก ต้องอาศัยนโยบาย รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางจิต รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมสุขภาพทางจิตที่ดี นอกเหนือจากนี้ผลการวิจัยของ กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์ (2555) ซึ่งทำการศึกษาสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุไทยยังพบว่า ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาพทางจิตในระดับปานกลาง และผู้สูงอายุที่มีถิ่นที่อยู่ต่างถิ่นมีสุขภาพทางจิตที่แตกต่างกัน

จังหวัดยะลา อยู่ในเขตพื้นที่ชายแดนใต้ของประเทศไทย มีสังคมวัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณีที่แตกต่างจากผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม มีการย้ายถิ่นของแรงงานวัยหนุ่มสาวเพื่อประกอบอาชีพในพื้นที่เขตเมืองที่มีความเจริญเพิ่มขึ้น ทำให้สมาชิกของครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่ได้แก่ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่ตามลำพัง (สำนักงานเทศบาลนครยะลา, 2558) ยิ่งไปกว่านั้นผู้สูงอายุในเขตจังหวัดยะลา ยังต้องประสบกับ

เหตุการณ์ความไม่สงบต่าง ๆ และอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งทำให้ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกับผู้สูงอายุพื้นที่อื่น (จิราพร ทองดี, ดารารวรรณ รองเมือง, และฉันทนา นาคฉัตรีย์, 2555) นอกจากนี้จังหวัดยะลายังเป็นอีกจังหวัดที่ได้ก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 54,703 คน และพบรายงานการคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจำนวน 851 คน คิดเป็นร้อยละ 1.55 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด อีกทั้งยังพบว่า อำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีจำนวนผู้สูงอายุติดบ้านมากที่สุด จำนวน 324 คน คิดเป็นร้อยละ 38.07 และยังพบผู้สูงอายุที่มีภาวะปัญหาสุขภาพจิตอีกด้วย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2563)

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสุขภาวะทางจิต และแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ซึ่งพบว่ายังไม่มีผู้ศึกษาด้านสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้อย่างชัดเจน จากความแตกต่างทั้งลักษณะเฉพาะของกลุ่มบุคคล และบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุในการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาในช่วยเหลือตัวเอง และการทำกิจกรรมต่างๆ ทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนควรให้ความสำคัญ ส่งผลต่อการเกิดแนวทางหรือรูปแบบนวัตกรรม ที่เป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีคุณค่าให้มีสุขภาวะทางจิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุขและยั่งยืน

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

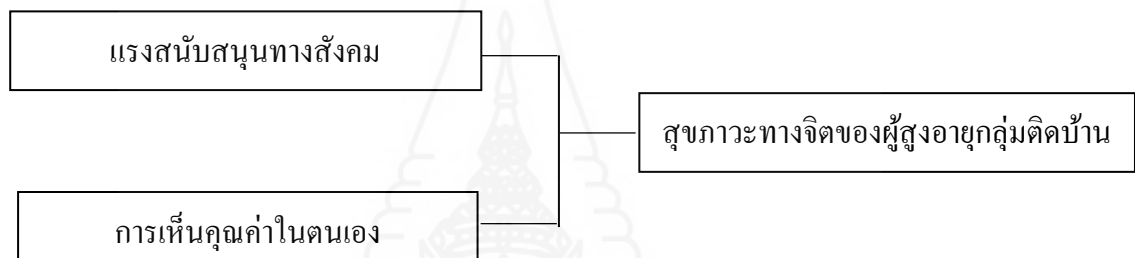
2.1 เพื่อศึกษาระดับสุขภาวะทางจิต การเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

2.3 เพื่อศึกษาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

สุขภาวะทางจิตเป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจของบุคคล มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และแสดงถึงพัฒนาการของบุคคล ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การยอมรับตนเอง 2) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น 3) ความเป็นตัวของตัวเอง 4) ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม 5) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และ 6) การเจริญเติบโตของความเป็นบุคคล (Ryff & Keyes, 1995) มีการกำหนดตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย 1) แรงสนับสนุนทางสังคม และ 2) การเห็นคุณค่าในตนเอง ดังแสดงภาพที่ 1



ภาพที่ 1.1 แสดง กรอบแนวคิดของการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

การเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

5. ขอบเขตการวิจัย

5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ในลักษณะพร้อมกันหรือแบบแผนคู่ขนาน (Concurrent or Simultaneous Design) ซึ่งดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) พร้อมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยให้ความสำคัญการวิจัยทั้งสองแบบเท่าเทียมกัน แล้วนำผลการศึกษาที่ได้มาแปลผลร่วมกันชนิดดำเนินการไปพร้อมกัน

5.2 ขอบเขตด้านประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

5.2.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวนทั้งสิ้น 324 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดยะลา, 2564)

5.2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

1) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ที่ใช้ศึกษาระดับและความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 176 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) และทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling)

2) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านจำนวน 10 คน และตัวแทนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 10 คน เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด

5.3 ตัวแปรที่ศึกษา

5.3.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม

5.3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

5.4 ระยะเวลา

เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2564

6. นิยามศัพท์

6.1 สุขภาวะทางจิต หมายถึง คุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และแสดงถึง พัฒนาการของบุคคล ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

6.1.1 การยอมรับตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีทัศนคติทางบวกต่อตนเอง การเข้าใจ ยอมรับแง่มุมที่มีความหลากหลายของตนเองและการรู้สึกทางบวกกับชีวิตในอดีต ของตนเอง

6.1.2 การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่จะมีความรู้สึกร่วมในการเข้าใจ เป็นห่วงเป็นใยความรู้สึกผู้อื่น มีความไว้วางใจต่อคนรอบข้าง มีความรักต่อเพื่อนมนุษย์ เข้าใจการเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ

6.1.3 ความเป็นตัวของตัวเอง หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในการตัดสินใจสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง มีอิสระ และมีระเบียบแบบแผนในชีวิตจากภายในแสดงให้เห็นถึงความอิสระ สามารถทนต่อการขัดเคืองทางสังคม อดทนต่อความกดดัน และสามารถประเมินตัวเองจากภายในด้วยมาตรฐานของตนเอง สามารถพัฒนาตนเอง หลุดพ้นจากความกลัว ความเชื่อ และ กฎของคนหมู่มาก

6.1.4 ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่จะเลือกหรือสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมแก่สภาพทางจิตใจของตนเองได้ สามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่มีความซับซ้อน ซึ่งเป็นความสามารถในการที่จะอยู่ให้เท่าทันโลก สามารถเปลี่ยนแปลงอย่างสร้างสรรค์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มองเห็น โอกาสจากสิ่งแวดล้อม

6.1.5 การมีอุดมการณ์ในชีวิต หมายถึง ความรู้สึกของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านว่าตนเองมีอุดมการณ์และมีคุณค่า มีความเข้าใจอย่างชัดเจนในเป้าหมายของตน มีทิศทาง มีความตั้งใจ เข้าใจอย่างเด่นชัดถึงสิ่งมีความมุ่งหมายในชีวิตมีความสามารถจัดการทางอารมณ์ของตน ในช่วงท้ายชีวิต มีความตั้งใจ มีทิศทางที่ชัดเจนที่จะนำไปสู่ชีวิตที่มีความหมาย

6.1.6 การเจริญเติบโตของความเป็นบุคคล หมายถึง การที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านยังมีการพัฒนาตนเองเพิ่มเติมที่ เพื่อการเติบโตออกงามในความเป็นมนุษย์ มีความต้องการพัฒนาตนให้ สักยภาพ เช่น การเปิดกว้างต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม เปิดกว้างต่อการรับเอา ประสบการณ์ใหม่ ๆ ในชีวิต ผู้สูงอายุที่มีลักษณะด้านนี้จะพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และทำทลายกับสิ่ง ใหม่ ๆ

6.2 การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การพิจารณาตัดสินค่าของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ตามความรู้สึก และทัศนคติที่มีต่อตนเองทั้งในด้านดีและไม่ดีในเรื่องต่างๆ เป็นการที่บุคคลรับรู้และประเมินตนเองแล้วแสดงออกไปในแง่ของการยอมรับตนเอง หรือไม่ยอมรับตนเอง โดยแสดงให้เห็นถึงขอบเขตความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีคุณค่าของตนเอง รวมไปถึงการรับรู้จากการประเมินของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเองเช่น การประสบความสำเร็จในชีวิต การประสบความสำเร็จ การปฏิเสธตนเอง การพึ่งตนเอง คิดว่าตนเองมีค่า และได้รับการยอมรับในสังคม ความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง เชื่อว่าตนเองมีความรู้ ความสามารถ มีความพอใจในตนเอง ในการสามารถดำเนินชีวิต หรือกระทำการต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6.3 แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ต่อการได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนด้านต่างๆ การตอบสนองความต้องการ การได้รับการส่งเสริมกำลังใจ การส่งเสริมดูแลให้สามารถมีความสุขในชีวิต ประกอบด้วย

6.3.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้รับความรัก การยอมรับนับถือ ให้ความอบอุ่น การดูแลเอาใจใส่ ให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ และความผูกพันซึ่งกันและกัน

6.3.2 การสนับสนุนด้านการยอมรับ และเห็นคุณค่า หมายถึง การได้รับการสนับสนุนที่ย้ำให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเป็นบุคคลที่มีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

6.3.3 การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การได้รับการสนับสนุนที่บอกให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทราบว่าตนได้เป็นสมาชิก หรือส่วนหนึ่งของสังคม และมีความรู้สึก เป็นเจ้าของในสังคมของตน

6.3.4 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้ ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา และให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม และการปฏิบัติของตน

6.4 ผู้สูงอายุติดบ้าน หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดยะลา เป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป กำหนดคุณสมบัติคือ 1) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบประเมิน TMSE ≤ 8 คะแนน 2) ได้รับการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ซึ่งอยู่ในกลุ่มติดบ้าน (5 – 11 คะแนน) 3) มีสติสัมปชัญญะ สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ และ 4) เต็มใจที่จะเข้าร่วมวิจัย กำหนดคุณสมบัติโดยต้องเป็นผู้มีสุขภาพเอื้อต่อการวิจัย และให้ความร่วมมือในการร่วมกิจกรรม

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 เป็นข้อมูลและแนวทางในการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ

7.2 เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการดำเนินงานเรื่องการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มอื่น ๆ แก่เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิต และแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสาร ตำราวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้งานวิจัยดำเนินไปตามจุดมุ่งหมาย ผู้วิจัยได้กำหนดสาระประกอบการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิต
 - 1.1 ความหมายของสุขภาวะทางจิต
 - 1.2 องค์ประกอบเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิต
 - 1.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิต
 - 1.4 สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ
 - 1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุติดบ้าน
 - 2.1 ความหมาย และทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุติดบ้าน
 - 2.3 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
 - 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุจังหวัดยะลา
 - 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง
 - 3.1 ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง
 - 3.2 องค์ประกอบของการเห็นคุณค่าในตนเอง
 - 3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม
 - 4.1 ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม
 - 4.2 ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม
 - 4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิต

สุขภาวะทางจิต เป็นภาวะที่บ่งบอก และแสดงออกถึงคุณลักษณะเชิงบวกของจิตใจ และเป็นอีกหนึ่งตัวแปรที่ก่อให้เกิดความสุข ความพึงพอใจในชีวิต เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความพร้อมทางด้านจิตใจ สุขภาวะทางจิตมีส่วนสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตของบุคคลเป็นอย่างมาก การที่มีบุคคลมีสุขภาวะทางจิตที่ดี บุคคลก็สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมในหัวข้อต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิต ดังนี้

1.1 ความหมายของสุขภาวะทางจิต

สุขภาวะทางจิต ซึ่งเป็นตัวแปรหนึ่งที่เกิดความสุขในชีวิต ซึ่งได้มีนักวิชาการนักจิตวิทยา โดยเฉพาะในต่างประเทศหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

ริฟฟ์ (Ryff, 1989, pp. 1069) ได้ให้ความหมายของสุขภาวะทางจิตไว้ว่าเป็นความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ต่อตัวเองในด้านบวก เป็นความพึงพอใจที่สามารถบรรลุถึงความก้าวสำเร็จของช่วงชีวิตในแต่ละช่วง ประกอบด้วยการยอมรับตนเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ความเป็นตัวของตัวเอง การมีความองงามในตนการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และการมีความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม

ริฟฟ์ และเคเยส (Ryff & Keyes, 1995) กล่าวว่าสุขภาวะทางจิตเป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจที่มีความหลากหลายลักษณะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของบุคคล และเพิ่มเติมลักษณะของผู้ที่มีสุขภาวะทางจิตจะมีพัฒนาการทางจิตค่อนข้างสมบูรณ์มั่นใจในตนเอง พอใจกับประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต โดยจะประเมินสุขภาวะทางจิตจากเหตุการณ์ทั้งหมดในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ไม่ใช่จากสถานการณ์ที่บุคคลเผชิญอยู่ในปัจจุบันเท่านั้น

ลอร์ดตัน (Lawton, 1983) กล่าวถึงสุขภาวะทางจิตว่าเป็นสิ่งที่แสดงออกถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและการมองสภาพแวดล้อมในแง่ดีและเป็นพฤติกรรมพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการมีคุณภาพชีวิตที่มีความผาสุก มองสภาพแวดล้อมในแง่ดี เน้นปัจจัยในด้านอารมณ์ของบุคคล

แบรดเบิร์น (Bradburn, 1965) ซึ่งได้ให้ความหมายสุขภาวะทางจิต ว่าเป็นสภาวะทางจิตใจหรือความรู้สึกต่อเหตุการณ์ สถานการณ์หรือประสบการณ์ของชีวิตในช่วงเวลาหนึ่ง ประกอบด้วยความรู้สึกด้านบวก เช่น พึงพอใจ การมีความสุข และความรู้สึกด้านลบ เช่น กังวล ซึมเศร้า โดยแต่ละคนจะมีการรับรู้สภาวะจิตแตกต่างกัน บุคคลที่มีคะแนนสุขภาวะทางจิตสูง จะมีความรู้สึกด้านบวกมากกว่าด้านลบ ขณะที่บุคคลที่มีคะแนนสุขภาวะทางจิตต่ำ จะมีความรู้สึกด้านลบมากกว่าด้านบวก

แคมเบล (Campbell, 1976) ซึ่งกล่าวว่า สุขภาวะทางจิต เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึก เมื่อต้องการเผชิญกับสถานการณ์ในชีวิต แบ่งออกเป็นอารมณ์ด้านบวกและด้านลบ เป็นประสบการณ์การเรียนรู้ของคนบุคคลต่อสถานการณ์นั้น ๆ โดยการประเมินสุขภาวะทางจิต จะประเมินหลังเผชิญสถานการณ์ และสะท้อนออกมา แสดงออกถึงอารมณ์ทางบวกและความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มเติมแนวคิดนี้ในเรื่องของการแบ่งสุขภาวะทางจิตด้านอารมณ์เป็นทั้งด้านบวกและด้านลบ หากผู้ใดที่มีความลึกทางด้านบวกมากก็จะมีสุขภาวะทางจิตที่มากด้วย

Dupuy, 1977 อ้างถึงใน คาร์วันต์ รักสัตย์ (2557) กล่าวว่า สุขภาวะทางจิตเป็นผลมาจากปัจจัย 6 ด้าน ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า สุขภาพทั่วไป ความมีชีวิตชีวา ความสุขในการดำรงชีวิต และการควบคุมตนเอง

นักวิชาการภายในประเทศได้ให้ความหมายของสุขภาวะทางจิตไว้ในแนวทางเดียวกัน และคล้ายคลึงกับการให้ความหมายของนักวิชาการในต่างประเทศในลักษณะของสภาวะอารมณ์เชิงบวกและลบ และสภาพที่บ่งบอกถึงภาวะของจิตใจ ดังนี้

คาร์วันต์ รักสัตย์ (2557) ซึ่งได้ประมวลคำนิยามต่าง ๆ แล้วจัดนิยามของสุขภาวะทางจิตได้เป็น 2 กลุ่ม สุขภาวะทางจิต หมายถึง คุณภาพทางจิตใจ โดยให้ดัชนีวัดทางใจ เป็นการวัดถึงการบุคคลรายงานตนเองว่ามีความสุขทางจิตใจ และพึงพอใจในชีวิต รวมถึงความรู้สึกทางบวกและทางลบของบุคคล และมีการให้ความหมายของสุขภาวะทางจิตว่า หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่ประกอบด้วยลักษณะทางจิตด้านบวกในการดำเนินชีวิต (Positive psychological functioning) ของบุคคล

ปรีชมน แสงมาน (2555) ซึ่งได้ให้ความหมายสุขภาวะทางจิตเป็นภาวะที่แต่ละบุคคลรับรู้ต่อสภาวะการณที่เป็นอยู่ บุคคลจะประเมินตนเองตามบริบทของการดำรงชีวิตทั่ว ๆ ไปถึงความพึงพอใจในประสบการณ์ของตนที่ผ่านมานี้ในแต่ละช่วง ไม่ว่าจะเป็นอารมณ์ทางลบทางบวก

สมทรัพย์ สุขอนันต์. (2559) กล่าวว่า สุขภาวะทางจิต หมายถึงสภาพจิตใจที่เป็นสุข ปรับตัวเองได้เหมาะสม ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มองโลกในแง่ดี มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง ปราศจากความเครียด และความวิตกกังวล สามารถจัดการกับสิ่งต่าง ๆ รอบตัวได้อย่างสมเหตุสมผล

ชนิดา ประดิษฐ์สถาพร และคณะ (2555) ได้ทำการศึกษา สุขภาวะจิตของผู้สูงอายุไทยตามแนววิถีพุทธ และพบว่าผู้สูงอายุไทยเห็นว่าสุขภาวะทางจิตนั้นประกอบด้วยความสุข (Happiness) และความสามารถของจิตในการสร้างสมดุลของใจ (Mental capacity)

จากความหมายสุขภาวะทางจิตข้างต้น สามารถสรุปความหมายของสุขภาวะทางจิตได้ว่า สุขภาวะทางจิตเป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อตนเอง

สิ่งแวดล้อม และแสดงถึงพัฒนาการของบุคคล ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การยอมรับตนเอง ความ เป็นอิสระ การเจริญเติบโตของบุคคล ความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดการกับ สิ่งแวดล้อม และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

1.2 องค์ประกอบเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิต

สุขภาวะทางจิตเป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และแสดงถึงพัฒนาการของบุคคล ซึ่งมีนักวิชาการ นักจิตวิทยาหลายท่านที่ศึกษา เกี่ยวกับสุขภาวะทางจิต ได้แบ่งองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตไว้แตกต่างกัน โดยริฟฟ์ และเคเยส (Ryff & Keyes, 1995) กล่าวว่าสุขภาวะทางจิตเป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจที่มีความ หลากหลายลักษณะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคล โดยมี องค์ประกอบ 6 มิติ ได้แก่

1. การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) เป็นสิ่งที่เป็นองค์ประกอบหลักของ การมีสุขภาพจิต เช่นเดียวกับ การรู้แจ้งเห็นจริงในตนเอง (Self-actualization) ในทฤษฎีของ มาสโลว์ที่แสดงให้เห็นการมีวุฒิภาวะ (Maturity) ทฤษฎีพัฒนาการตลอดชีวิต (Life Span Theory) นั้นให้ความสำคัญกับการยอมรับตนเองมาก โดยเป็นลักษณะของการมีทัศนคติทางบวกต่อตนเอง การเข้าใจ ยอมรับแง่มุมที่มีความหลากหลายของตนเองและการรู้สึกทางบวกกับชีวิตในอดีตของ ตนเองดังนั้นการมีทัศนคติทางบวกต่อตนเอง จึงเป็นลักษณะที่สำคัญในการทำงานของจิตใน ทางบวก

2. การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (Positive relationship with others) มีทฤษฎี อีกจำนวนมากที่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีความอบอุ่นและสามารถไว้วางใจได้ ความสามารถในการรัก เข้าใจ ผู้อื่นถือเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการมีสุขภาวะจิตที่ดี ผู้ที่รู้แจ้ง เห็นจริงในตนเอง จะเป็นผู้ที่ความรู้สึกร่วมในการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นเป็นห่วงเป็นใย ความรู้สึกผู้อื่น มีความไว้วางใจต่อคนรอบข้าง มีความรักต่อเพื่อนมนุษย์ เข้าใจการเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ

3. ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) เป็นลักษณะของการที่มีความสามารถ ในการตัดสินใจสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง มีอิสระ และมีระเบียบแบบแผนในชีวิตจากภายใน เช่น ผู้ที่ รู้แจ้งเห็นจริงในตนเอง จะแสดงให้เห็นถึงความอิสระ สามารถทนต่อการขัดเกลาทางสังคม อดทน ต่อความกดดัน และสามารถประเมินตัวเองจากภายในด้วยมาตรฐานของตนเอง ต่างจากคนที่อยาก ให้ผู้อื่นปรับปรุงตัวแต่ไม่ได้ประเมินตนเอง ผู้ที่สามารถพัฒนาตนเองได้ก็จะสามารถหลุดพ้นจาก ความกลัว ความเชื่อและกฎของคนที่มากเกินไปได้

4. ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม (Environmental mastery) เป็นลักษณะที่บุคคลมีความสามารถที่จะเลือกหรือสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมแก่สภาพทางจิตใจของตนเองได้ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการนิยามเรื่องสุขภาวะทางจิต การมีวุฒิภาวะจึงเป็นสิ่งต้องอาศัยการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ทฤษฎีการพัฒนาการตลอดช่วงชีวิตกล่าวถึงว่าความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่มีความซับซ้อน ซึ่งเป็นความสามารถในการที่จะอยู่ให้เท่าทันโลกสามารถเปลี่ยนแปลงอย่างสร้างสรรค์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การประสบความสำเร็จในช่วงชีวิตของคนคือการที่บุคคลสามารถมองเห็นโอกาสจากสิ่งแวดล้อม เห็นได้ว่าการที่สามารถมีส่วนร่วมและสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อมได้เป็นสิ่งที่สำคัญในการทำงานทางจิตในทางบวกได้

5. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in Life) ในทางสุขภาวะทางจิตนั้นได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นมีความรู้สึกว่าจะตนเองมีจุดมุ่งหมายและมีคุณค่า คำจำกัดความในทางจิตวิทยานั้นเห็นว่าบุคคลต้องมีความเข้าใจอย่างชัดเจนในเป้าหมายของตน มีทิศทาง มีความตั้งใจ เข้าใจอย่างเด่นชัดถึงสิ่งมีความมุ่งหมายในชีวิต ทฤษฎีพัฒนาการตลอดช่วงชีวิตได้กล่าวถึงความหลากหลายของการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายต่าง ๆ ของการดำเนินชีวิต เช่น การเป็นคนที่ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและมีความคิดสร้างสรรค์ หรือการมีความสามารถจัดการทางอารมณ์ของตนในช่วงท้ายชีวิต ดังนั้นใครก็ตามที่มีเป้าหมายที่ชัดเจน มีความตั้งใจ มีทิศทาง จะนำไปสู่ชีวิตที่มีความหมาย

6. การเจริญเติบโตของความเป็นบุคคล (Personal Growth) การทำงานทางจิตที่ดีไม่ได้หมายถึงเพียงแค่การบรรลุลักษณะข้างต้นที่กล่าวมา แต่ยังหมายถึงการที่บุคคลยังมีการพัฒนาตนเองเต็มที่ เพื่อการเติบโตของความเป็นมนุษย์ ความต้องการให้การเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้ศักยภาพนั้นเป็นสิ่งสำคัญต่อการเติบโตของบุคคล เช่น การเปิดกว้างต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมถือเป็นกุญแจสำคัญในการที่จะทำงานได้เต็มศักยภาพ เปิดกว้างต่อการรับเอาประสบการณ์ใหม่ ๆ ในชีวิต บุคคลที่มีลักษณะด้านนี้จะพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และทำทาบกับสิ่งใหม่ ๆ หรืองานที่ตนทำในแต่ละช่วงเวลาถึงชีวิตที่ต่าง ๆ ไป ดังนั้นการมีความเติบโตในตนเองและการเข้าใจในตนเองอย่างแท้จริง

นักวิชาการบางกลุ่มได้จัดแบ่งองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตโดยใช้ความรู้สึกของบุคคลเป็นตัวแบ่งองค์ประกอบ เช่น ลอว์ตัน (Lawton ,1983) กล่าวว่าองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตตามแนวคิดของลอว์ตันนั้นประกอบด้วยความรู้สึก 4 ประการ คือ

1. ความรู้สึกด้านลบ (Negative Affect) ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การรวนกระวายมองโลกในแง่ดี

2. ความรู้สึกด้านบวก (Positive Affect) เป็นการแสดงอารมณ์พึงพอใจในขณะนั้น โดยมิได้มาจากการประมวลความคิด ไม่จำเป็นต้องมีเหตุผล เป็นเพียงแค่ความรู้สึกที่มีในขณะนั้นซึ่งมักเกิดในเวลาสั้น ๆ

3. ความสุข (Happiness) จากการประมวลความรู้สึกดี ๆ ที่ผ่านมาในชีวิต

4. ความสมดุลระหว่างความปรารถนากับการได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ซึ่งเป็นขั้นเบื้องต้นของความพึงพอใจในชีวิต

การนิยามองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตซึ่งแบ่งตามความรู้สึกของบุคคล เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการให้นิยามองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตจากผู้สูงอายุของ ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร และคณะ (2555) ซึ่งได้ทำการศึกษาสุขภาวะจิตของผู้สูงอายุไทยตามแนววิถีพุทธ และพบว่าผู้สูงอายุไทยเห็นว่าสุขภาวะทางจิตนั้นประกอบด้วย

1. ความสุข (Happiness)

2. ความสามารถของจิตในการสร้างสมดุลของใจ (Mental capacity)

แนวคิดของ เกลนน์ และ วีเวอร์ (Glenn & Weaver ,1981) ได้ให้ข้อคิดเห็นที่แตกต่างเกี่ยวกับองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตข้างต้น และเสนอองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตตามสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิต ซึ่งกล่าวว่างค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ความสุขโดยรวม (Global Happiness)

2. ความตื่นเต้นในชีวิต (Excitement in Life)

3. สุขภาวะของจิตวิสัย (Subjective Health)

4. ความพึงพอใจในสังคม (Satisfaction with Community)

5. กิจกรรมอื่น ๆที่ไม่เกี่ยวกับงาน (Nonwork Activities)

6. ชีวิตครอบครัว (Family Life)

7. สัมพันธภาพ (Friendship)

8. สุขภาพ (Health)

จากการศึกษาของ อรพินทร์ ชูชม, พรรณี บุญประกอบ, มนัส บุญประกอบ, อุษา ศรีจินดารัตน์ และ สุชาดา สุธรรมรักษ์ (2563) ทำการศึกษาดูกรอบโครงสร้างของสุขภาวะทางจิต ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผลจากการวิเคราะห์ พบว่า สุขภาวะทางจิตประกอบด้วย 5 องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่

1. สภาวะทางอารมณ์จิตใจทางบวก
2. การพึงพาตนเอง
3. สัมพันธภาพทางสังคม
4. มีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ
5. ความยืดหยุ่น

จากการศึกษาองค์ประกอบของสภาวะทางจิตจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยได้สังเคราะห์แนวคิด และองค์ประกอบของสภาวะทางจิตต่างๆ พบว่า มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของสภาวะทางจิตต่าง ๆ จากการศึกษาแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางจิต ผู้วิจัยมุ่งเน้นการศึกษาสภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความสุขและความสามารถของจิตใจตามพัฒนาการตามวัยของบุคคล สภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุ จึงมีแนวคิดเป็นคุณลักษณะเชิงบวก ทางจิตใจที่มีความหลากหลายลักษณะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคล โดยมีองค์ประกอบ 6 มิติ และใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่

1. การยอมรับตนเอง เป็นสิ่งที่เป็นองค์ประกอบหลักของการมีสภาวะทางจิต ให้มีความสำคัญกับการยอมรับตนเองมาก โดยเป็นลักษณะของการมีทัศนคติทางบวกต่อตนเอง การเข้าใจ ยอมรับแง่มุมที่มีความหลากหลายของตนเองและการรู้สึกทางบวกกับชีวิตในอดีตของตนเอง ดังนั้นการมีทัศนคติทางบวกต่อตนเอง

2. การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ให้มีความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีความอบอุ่นและสามารถไว้วางใจได้ความสามารถในการรัก เข้าใจ ผู้อื่นถือเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการมีสภาวะจิตที่ดี ผู้ที่รู้แจ้งเห็นจริงในตนเอง มีความไว้วางใจต่อคนรอบข้าง มีความรักต่อเพื่อนมนุษย์ เข้าใจการเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ

3. ความเป็นตัวของตัวเอง เป็นลักษณะของการที่มีความสามารถในการตัดสินใจสิ่งต่างได้ด้วยตนเอง มีอิสระ และมีระเบียบแบบแผนในชีวิตจากภายใน เช่น ผู้ที่รู้แจ้งเห็นจริงในตนเอง จะแสดงให้เห็นถึงความอิสระ สามารถทนต่อการขัดเกลาทางสังคม อดทนต่อความกดดัน และสามารถประเมินตัวเองจากภายในด้วยมาตรฐานของตนเอง ต่างจากคนที่อยากให้ผู้อื่นปรับปรุงตัวแต่ไม่ได้ประเมินตนเอง ผู้ที่สามารถพัฒนาตนเองได้ก็จะสามารถหลุดพ้นจากความกลัว ความเชื่อและกฎของคนหมู่มากได้

4. ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม เป็นลักษณะที่บุคคลมีความสามารถที่จะเลือกหรือสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมแก่สภาวะทางจิตใจของตนเองได้มีวุฒิภาวะ จึงเป็นสิ่งที่ต้องอาศัยการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ทฤษฎีการพัฒนาการ

ตลอดช่วงชีวิตกล่าวถึงว่าการมีความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่มีความซับซ้อน ซึ่งเป็นความสามารถในการที่จะอยู่ให้เท่าทัน โลกสามารถเปลี่ยนแปลงอย่างสร้างสรรค์ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ

5. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ในทางสุขภาวะทางจิตนั้น ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นมีความรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองมีจุดมุ่งหมายและมีคุณค่า คำจำกัดความในทางจิตวิทยานั้น เห็นว่าบุคคลต้องมีความเข้าใจอย่างชัดเจนในเป้าหมายของตน มีทิศทาง มีความตั้งใจ เข้าใจอย่างเด่นชัดถึงสิ่งมีความมุ่งหมายในชีวิต ทฤษฎีพัฒนาการตลอดช่วงชีวิตได้กล่าวถึงความหลากหลายของการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายต่าง ๆ ของการดำเนินชีวิต

6. การเจริญเติบโตของความเป็นบุคคล การทำงานทางจิตที่ดีไม่ได้หมายถึงเพียงแต่การบรรลุลักษณะข้างต้นที่กล่าวมา แต่ยังหมายถึงการที่บุคคลยังมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อการเติบโตของงานในความเป็นมนุษย์ ความต้องการให้การเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้ศักยภาพนั้น เป็นสิ่งสำคัญต่อการเติบโตของบุคคล เช่น การเปิดกว้างต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมถือเป็นกุญแจสำคัญในการที่จะทำงานได้เต็มศักยภาพ

1.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิต

สุขภาวะทางจิต เป็นสิ่งสำคัญที่มีส่วนสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตของบุคคลเป็นอย่างมากจากการทบทวนวรรณกรรม และรายงานการวิจัยพบว่า มีปัจจัยหลายประการเกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผู้ให้นิยามของปัจจัยจากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิต เช่น จันท์นิภา บุญญานุวัตร (2556) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุจังหวัดชัยนาท พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม และจากการศึกษาของ กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์ (2555) ทำการศึกษาสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุไทยพบว่า เพศชายมี สุขภาวะทางจิตสูงกว่าเพศหญิง ผู้สูงอายุที่สมรสมีสุขภาวะทางจิตสูงกว่ากลุ่มที่เป็นหม้าย ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงและปานกลางมีสุขภาวะทางจิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีสุขภาวะทางจิตสูงกว่ากลุ่มรายได้ต่ำ และผู้สูงอายุที่มีถิ่นที่อยู่แตกต่างกันมีสุขภาวะทางจิตด้านการยอมรับตนเองแตกต่างกัน ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาวะทางจิตในระดับปานกลาง และผู้สูงอายุที่มีถิ่นที่อยู่แตกต่างกันมีสุขภาวะทางจิตที่แตกต่างกัน คล้ายคลึงกับการศึกษาที่ผลการศึกษเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตที่พบว่าพื้นที่ และถิ่นที่อยู่ถือเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิต ได้แก่ อากาชิ (Akashi, R., 2012) ศึกษาสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุชาวอเมริกันสามกลุ่มที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องที่ไม่เหมือนกันใน

แต่ละกลุ่ม และผู้สูงอายุที่สามารถรักษาและส่งเสริมสุขภาพทางจิตเชิงบวก ต้องอาศัยนโยบาย รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางจิต รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมสุขภาพทางจิตที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมและรายงานที่วิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพทางจิต ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยเพศ อายุ ภาวะสุขภาพ สถานภาพสมรส เป็นต้น และ ปัจจัยภายนอกบุคคล คือปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นที่ ถิ่นที่อยู่อาศัย เศรษฐกิจ และการสนับสนุนทางสังคม

1.4 สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ

เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งเป็นการศึกษาที่มีตัวแปรตามเกี่ยวกับสุขภาพทางจิต ของผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ ดังนี้

1.4.1 แนวคิดและความหมายของสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ

สุขภาพสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุต้องดำรงอยู่ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงซึ่งต้องการการปรับตัวตลอดเวลาสุขภาพทางจิตนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตดีเป็นพื้นฐานก็จะปรับตัวได้เร็วขึ้นและดำเนินชีวิต ได้อย่างปกติสุข จากการวัดสุขภาพจิตที่ใช้ข้อคำถามของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขฉบับสั้น 15 ข้อพบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์เท่ากับคนทั่วไป (27.01 - 34.00 คะแนน) ต่ำกว่ากลุ่มอายุอื่นซึ่งในปี พ.ศ.2553 คะแนนเฉลี่ยจะอยู่ที่ 32.87 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุเกือบหนึ่งในสาม (ร้อยละ 32.0)มีคะแนนเฉลี่ยของแบบวัดสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไป (0.00 - 27.00 คะแนน) ซึ่งถือเป็นผู้ที่มีความเปราะบางด้านจิตใจ และจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยพ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะอารมณ์และจิตใจทางลบเป็นประจำร้อยละ 1.6 - 3.4 ส่วนใหญ่เป็นเรื่องคิดมากวิตกกังวลใจร้อยละ 3.4 รองลงมาเป็นหงุดหงิดรำคาญใจร้อยละ 2.9 เหนงร้อยละ 2.6 ส่วนความรู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่าต่ำสุด ร้อยละ 1.6 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555)

ปัจจัยที่สะท้อนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ทางหนึ่งคือสุขภาพทางจิต (Psychological well-being) ซึ่งมีผู้ให้แนวคิดและความหมายของสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุไว้อย่างสอดคล้องกัน เช่น ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร และคณะ (2557) ได้ทำการศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยตามแนววิถีพุทธ และพบว่าผู้สูงอายุไทยเห็นว่าสุขภาพทางจิตนั้นประกอบด้วยความสุข (Happiness) และความสามารถของจิตในการสร้างสมดุลของใจ (Mental capacity) เช่นเดียวกับ กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์ (2554) ได้ประมวลและทำการศึกษเกี่ยวกับ สุขภาวะทางจิต (Psychological well-being) ซึ่งสรุปได้ว่าสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ หมายถึง ความสมบูรณ์อย่าง

สมมุติของสุขภาพบุคคลทั้ง 4 มิติคือ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ หรือปัญญาโดยมิติทั้งสี่จะเชื่อมโยงสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

ในขณะที่ความหมายของสุขภาวะทางจิตตามแนวคิดทางตะวันตกของ ริฟฟ์ และเคเยส (Ryff & Keyes, 1995) กล่าวว่าสุขภาวะทางจิตเป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจที่มีความหลากหลายด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคล โดยมีองค์ประกอบที่ทำหน้าที่ของจิต 6 มิติ ได้แก่ 1) ความเป็นตัวของตัวเอง 2) การยอมรับตนเอง 3) การมีความงอกงามในตน 4) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น 5) ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ และ 6) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

ผลการวิจัยยังพบว่ามีปัจจัยหลายประการเกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ ดังเช่น จันทน์ภา บุญญาวัตร (2556) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุจังหวัดชัยนาท พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และกึ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์ (2555) ศึกษาสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุไทยพบว่าผู้สูงอายุไทยมีสุขภาวะทางจิตในระดับปานกลางเพศชายมีสุขภาวะทางจิตสูงกว่าเพศหญิงผู้สูงอายุที่สมรสมีสุขภาวะทางจิตสูงกว่ากลุ่มที่เป็นหม้ายผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงและปานกลางมีสุขภาวะทางจิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษาผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีสุขภาวะทางจิตสูงกว่ากลุ่มรายได้น้อยและผู้สูงอายุที่มีถิ่นที่อยู่แตกต่างกันมีสุขภาวะทางจิตด้านการยอมรับตนเอง ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ การทำงานของร่างกาย ความสามารถทางกาย ความสามารถทางจิต การมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี การเห็นคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี ความหมายในชีวิต ความเป็อิสระ คุณภาพชีวิต ความเหงา ความโดดเดี่ยว ความหุดหู่ ดึงเครียด (อัจฉรา ประเสริฐสิน, ทักษาสุริโย และปพน ณ์ฐเมธาวิณ, 2561)

นอกจากนี้การศึกษาในส่วนของสุขภาวะทางจิตของนักวิจัยอื่น ๆ เช่น สุทธิภา เมธิกุล (2554) ได้ทำการศึกษา ประสบการณ์การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จในผู้สูงอายุ โดยวิธีการสัมภาษณ์รายบุคคล ซึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีคะแนนจากแบบวัดสุขภาวะทางจิตในระดับสูง พบว่าประเด็นหลักของความสำเร็จในผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะทางจิตระดับสูง ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลักคือ 1) การมีจิตใจที่สุขสงบ 2) การทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิต 3) การเห็นคุณค่าในตนเอง 4) การมีความพึงพอใจในชีวิต 5) การมีครอบครัวที่ดี และ 6) การมีสุขภาพร่างกายที่ดีซึ่งการส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตอย่างต่อเนื่อง ทั้งกิจกรรมที่ทำด้วยตนเอง กิจกรรมที่ทำร่วมกับครอบครัว และกิจกรรมที่ทำร่วมกับสังคม และที่สำคัญคือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตามหลักศาสนา เช่น การเจริญสมาธิ หรือฝึกจิตใจให้สงบในรูปแบบต่าง ๆ และรุมิโกะ (Rumiko K.A.

,2012) ศึกษาสุขภาพ ทางจิตของผู้สูงอายุชาวอเมริกันสามกลุ่มที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาวะทางจิต ของผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องที่ไม่เหมือนกันในแต่ละกลุ่ม และผู้สูงอายุที่สามารถรักษาและส่งเสริมสุขภาพทางจิตเชิงบวก ต้องอาศัยนโยบาย รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางจิต รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมสุขภาพทางจิตที่ดีในกลุ่มผู้สูงอายุ

1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับสุขภาพทางจิต เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์ (2555) ทำการศึกษา สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุไทย การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาระดับสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุไทยและเปรียบเทียบ สุขภาวะทางจิตกับปัจจัยทางสังคมด้านเพศสถานภาพสมรสระดับการศึกษารายได้และถิ่นที่อยู่กลุ่ม ตัวอย่างคือผู้สูงอายุชายและหญิงจำนวน 403 คนผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุไทยมีสุขภาพทางจิต ในระดับปานกลางเพศชายมีสุขภาพทางจิตสูงกว่าเพศหญิงผู้สูงอายุที่สมรสมีสุขภาพทางจิตสูงกว่ากลุ่มที่เป็นหม้ายผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงและปานกลางมีสุขภาพทางจิตสูงกว่ากลุ่มไม่ได้รับการศึกษาผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีสุขภาพทางจิตสูงกว่ากลุ่มรายได้น้อยและผู้สูงอายุที่มีถิ่นที่อยู่แตกต่างกันมีสุขภาพทางจิตด้านการยอมรับตนเองแตกต่างกัน

ฉันทน์นิภา บุญญา นุวัตร (2556) การพัฒนา โปรแกรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้าง สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาทดำเนินการวิจัยวิจัยและพัฒนาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาทจำนวน 200 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาทมีสุขภาพทางจิตอยู่ในระดับปานกลางและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เพศ รายได้ และสถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่ตามลำดับ โดยตัวแปรดังกล่าวสามารถร่วมกันทำนาย สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 64 2) โปรแกรมการเรียนรู้เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพทางจิต ของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาทมีองค์ประกอบสำคัญคือแนวคิด/หลักการวัตถุประสงค์โครงสร้าง กระบวนการเทคนิค/ สื่อ/ วัสดุอุปกรณ์และการวัดและประเมินผลสำหรับผลการประเมินคุณภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญพบว่าในภาพรวมมีคุณภาพในด้านความเหมาะสมด้านความครอบคลุมด้านความ เป็นไปได้และด้านความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมากทุกด้าน และ 3) หลังการทดลองใช้โปรแกรม การเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยสุขภาพทางจิตเท่ากับ 3.66 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีความพึง

พอใจต่อการนำโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาทไปใช้ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ปรีชมน แสงมาน (2555) ทำการศึกษาสุขภาวะทางจิตของแกนนำผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี เขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างได้แก่ แกนนำผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 48 คน ผลการวิจัยพบว่า 1) แกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี เขตกรุงเทพมหานครมีสุขภาวะทางจิตโดยรวม และจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ สาเหตุการติดเชื้อ ระยะเวลาการติดเชื้อ ระยะเวลาในการเข้ากลุ่ม มีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับค่อนข้างดี 2) แกนนำผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี เขตกรุงเทพมหานคร มีมุมมองต่อการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาวะทางจิตดังนี้

1. สุขภาวะทางจิตด้านความพึงพอใจในชีวิต ได้แก่ การมีสุขภาพที่แข็งแรง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การมีครอบครัวที่เข้าใจ อยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างปกติ และการได้ทำงานที่ดี งานที่ชอบ

2. สุขภาวะทางจิตด้านการยอมรับตนเอง ได้แก่ การยอมรับในภาวะติดเชื้อเอช ไอ วี และการยอมรับในสังขะธรรมในชีวิต

3. สุขภาวะทางจิตด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ได้แก่ การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ด้านการดูแลตนเอง จุดมุ่งหมายในชีวิตด้านความเข้าใจครอบครัว และจุดมุ่งหมายในชีวิตด้านหน้าที่การงาน

4. สุขภาวะทางจิตด้านการควบคุมตนเอง ได้แก่ การคิดในแง่บวก และการเห็นคุณค่าในตนเอง

5. สุขภาวะทางจิตด้านสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ได้แก่ การมีแนวทางในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

คารวันต์ รักศักดิ์ (2557) ศึกษาอิทธิพลของลักษณะทางพุทธที่มีต่อสุขภาวะทางจิตของวัยรุ่นที่เข้าร่วม โครงการพัฒนาจิตเยาวชนแบบบูรณาการ ณ ยุวพุทธกสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยมีความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นตัวแปรส่งผ่านกลุ่มตัวอย่าง เป็นเยาวชนที่เข้าร่วม โครงการพัฒนาจิตเยาวชนแบบบูรณาการ ณ ยุวพุทธกสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ จำนวน 424 คน ผลการวิจัยพบว่า

1. ความเชื่อทางพุทธศาสนามีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะทางจิต และ ความเชื่อทางพุทธศาสนามีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะทางจิต ผ่านความเข้มแข็งในการมองโลก โดยที่ความเข้มแข็งในการมองโลกทำหน้าที่ส่งผ่านอิทธิพลแบบบางส่วนในความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อทางพุทธศาสนากับสุขภาวะทางจิต แสดงให้เห็นว่า สุขภาวะทางจิตได้รับอิทธิพลทั้งทางตรง และทางอ้อมผ่านความเข้มแข็งในการมองโลก จากความเชื่อทางพุทธศาสนา

2. การปฏิบัติทางพุทธศาสนามีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะทางจิต และการปฏิบัติทางพุทธศาสนามีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะทางจิตผ่านความเข้มแข็งในการมองโลก โดยที่ความเข้มแข็งในการมองโลกทำหน้าที่ส่งผ่านอิทธิพลแบบบางส่วนในความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติทางพุทธศาสนากับสุขภาวะทางจิต แสดงให้เห็นว่า สุขภาวะทางจิตได้รับอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมผ่านความเข้มแข็งในการมองโลก จากการศึกษาปฏิบัติทางพุทธศาสนา

3. วิถีชีวิตแบบพุทธมีอิทธิพลทางตรงต่อสุขภาวะทางจิต และวิถีชีวิตแบบพุทธมีอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาวะทางจิตผ่านความเข้มแข็งในการมองโลกทำหน้าที่ส่งผ่านอิทธิพลแบบบางส่วนในความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิตแบบพุทธกับสุขภาวะทางจิต แสดงให้เห็นว่า สุขภาวะทางจิตได้รับอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมผ่านความเข้มแข็งในการมองโลก จากวิถีแบบพุทธ

อรพินทร์ ชูชม, พรรณี บุญประกอบ, มนัส บุญประกอบ, อุษา ศรีจินดา รัตน์ และ สุชาดา สุธรรมรักษ์ (2563) ศึกษาการพัฒนานาแบบวัดสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย ทำการตรวจสอบโครงสร้างของสุขภาวะทางจิต ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผลจากการวิเคราะห์ พบว่า สุขภาวะทางจิตประกอบด้วย 5 องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่

1. สภาวะทางอารมณ์จิตใจทางบวก
2. การพึ่งพาตนเอง
3. สัมพันธภาพทางสังคม
4. มีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ
5. ความยืดหยุ่น

สมทรัพย์ สุขอนันต์ (2559) ศึกษาเรื่อง ความหมายในชีวิต สุขภาวะทางจิต ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐมที่มี เพศ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพที่เกี่ยวกับอาชีพในปัจจุบัน ความพอเพียงของรายได้ การใช้เวลาและให้ความสนใจของคนในครอบครัว และความเหมาะสมของที่พักอาศัยต่างกัน มีสุขภาวะทางจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐมที่มีสถานภาพการสมรสและลักษณะการพักอาศัย ต่างกัน มีสุขภาวะทางจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐมที่มีภาวะโรคประจำตัวต่างกัน มีสุขภาวะทางจิตไม่แตกต่างกัน

ชณิตา ประดิษฐ์สถาพร และคณะ (2555) ได้ทำการศึกษา สุขภาวะจิตของผู้สูงอายุไทยตามแนววิถีพุทธ และพบว่าผู้สูงอายุไทยเห็นว่าสุขภาวะทางจิตนั้นประกอบด้วยความสุข (Happiness) และความสามารถของจิตในการสร้างสมดุลของใจ (Mental capacity)

ภัทรธิดา ผลงาม, ฐานชน จันทรเรือง และชัยรัตน์ สุทนต์ (2563) ศึกษาการพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดเลย ผลการศึกษาพบว่า ผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุในชุมชนที่ผ่านมาไม่เคยมีการส่งเสริมในด้านจิต มีแต่การส่งเสริมในด้านสุขภาพกายเท่านั้น โดยมีการส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชนให้ทุกกลุ่มอายุได้ร่วมกิจกรรม โดยมีการส่งเสริมการเดินแอโรบิกเดินทุกวันในอดีตแต่ปัจจุบันไม่มีการเดิน เพราะไม่มีสมาชิกเข้าร่วม ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมน้อยมาก ไม่ได้รับความสนใจจากผู้สูงอายุ ผลการดำเนินงานมีปัญหาอุปสรรคในเรื่องผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่สนใจไม่ให้ความร่วมมือไม่สามารถแก้ปัญหาได้จึงต้องเลิกกิจกรรมนี้ไปในปัจจุบัน และผลการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการพัฒนาได้ 6 กิจกรรมคือ กิจกรรมพบกันวันพระ กิจกรรมไหว้พระเก้าวัด กิจกรรมบุญชาชะ กิจกรรมงานสังสรรค์วันปีใหม่ กิจกรรมการศึกษาดูงาน และกิจกรรมงานวันผู้สูงอายุ

พิศุทธิภา เมธิกุล (2554) ได้ทำการศึกษา ประสพการณ์การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จในผู้สูงอายุ โดยวิธีการสัมภาษณ์รายบุคคล ซึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีคะแนนจากแบบวัดสุขภาวะทางจิตในระดับสูง พบว่า ประเด็นหลักของความสำเร็จในผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะทางจิตระดับสูง ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก คือ 1) การมีจิตใจที่สุขสงบ 2) การทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิต 3) การเห็นคุณค่าในตนเอง 4) การมีความพึงพอใจในชีวิต 5) การมีครอบครัวที่ดี และ 6) การมีสุขภาพร่างกายที่ดีซึ่งควรมีการส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตอย่างต่อเนื่อง ทั้งกิจกรรมที่ทำด้วยตนเอง กิจกรรมที่ทำร่วมกับครอบครัว และกิจกรรมที่ทำร่วมกับสังคม และที่สำคัญคือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตามหลักศาสนา เช่น การเจริญสมาธิ หรือฝึกจิตใจให้สงบในรูปแบบต่าง ๆ

อากาชิ Akashi, R. (2012) ศึกษาสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุชาวอเมริกันสามกลุ่มที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิต ของผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องที่ไม่เหมือนกันในแต่ละกลุ่ม และผู้สูงอายุที่สามารถรักษาและส่งเสริมสุขภาวะทางจิตเชิงบวก ต้องอาศัยนโยบาย รูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะทางจิต รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางจิตที่ดีในกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิต จะพบว่าผู้วิจัยส่วนใหญ่จะศึกษาถึงการให้ความหมาย นิยาม การรับรู้ ปัจจัย และอิทธิพลที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการวัดระดับสุขภาวะทางจิต และมีการนำข้อมูลที่ได้ มาเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อการพัฒนาสุขภาวะทางจิตด้วยรูปแบบต่าง ๆ เช่นกัน

2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุติดบ้าน

2.1 ความหมาย และทฤษฎีเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการนำมาเป็นข้อมูลประกอบการศึกษาค้นคว้าในหัวข้อต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1.1 ความหมาย

วัยผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของมนุษย์ ดังมีผู้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์การให้ความหมายและประเมินบุคคลว่าเป็นผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์ที่ 60 ปีขึ้นไป เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดให้ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าในประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี (World Health Organization, 2021) คล้ายคลึงกับ นริสา วงศ์พนารักษ์ (2556) ได้ให้ความหมายผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีชีวิตอยู่ช่วงวัยสุดท้ายของชีวิตและสกุณา บุญนรากร (2555) ได้เพิ่มเติมความหมายของผู้สูงอายุนอกจากเกณฑ์ตามอายุไว้ว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอย เนื่องจากความเสื่อมของการทำงานระบบต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับ ประพนอม โอทกานนท์ (2555) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่ได้มีการเสื่อมถอยพลังทางด้านการดำเนินชีวิตมายาวนานได้เรียนรู้ มีประสบการณ์ชีวิต และผ่านการปรับตัวอย่างมากมาย

สุดา วงศ์สวัสดิ์ และรัตนดิศกาล วาเพชร (2558) ให้ความหมายผู้สูงอายุว่า ผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมีการแบ่งเกณฑ์ผู้สูงอายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้นในลักษณะของการแบ่งช่วงอายุของประเทศไทยกล่าวคือผู้สูงอายุ (Elderly) คืออายุระหว่าง 60 - 69 ปีคนชรา (Old) คืออายุระหว่าง 70 - 79 ปีและคนชรามาก (Very old) คืออายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับการให้ความหมายของวิไลวรรณ ทองเจริญ (2554) กล่าวว่า ความสูงอายุ เป็นกระบวนการสากลที่เริ่มตั้งแต่เกิด ความสูงอายุกำหนดโดยจำนวนปี นิยมใช้ในการกำหนดการเกษียณอายุ หรือหยุดจากงาน โดยประเทศไทยใช้อายุ 60 ปี การแบ่งช่วงของความสูงอายุแบ่งได้ 3 ช่วง 1) วัยสูงอายุตอนต้น อายุ 60 – 69 ปี 2) วัยสูงอายุตอนกลาง อายุ 70 – 79 ปีและ 3) วัยสูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปี หรือมากกว่า

นักวิชาการบางท่าน ให้เกณฑ์ของการแบ่งช่วงอายุที่แตกต่างกันเล็กน้อย เช่น การให้ความหมายของอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ

โดยทั่วไป หมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาจแตกต่างกันเล็กน้อยในเรื่องอายุของแต่ละกลุ่มชน ลักษณะของวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์

จากการศึกษาความหมายของผู้สูงอายุ จากการนิยามและการให้ความหมายของบุคคลท่าน ต่างๆ ผู้วิจัยพอที่จะสรุปได้ว่าผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอย เนื่องจากความเสื่อมของการทำงานระบบต่าง ๆ ทั้งร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

2.1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความสูงอายุเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่แรกเกิด มิได้เพิ่งเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงมีลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคล แต่เป็นสากลกล่าวคือ เกิดขึ้นกับคนทุกชาติทุกภาษาเหมือนกัน ไม่มีข้อยกเว้น มีความเสื่อมถอยลง แต่อาจปรากฏให้สังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในเวลาต่างกัน (วิไลวรรณ ทองเจริญ , 2554)

มีผู้นำเสนอทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ ทฤษฎีที่นิยมนำมาอธิบายการเปลี่ยนแปลงตามความสูงอายุ ประมวลจากแนวคิดของนักวิชาการหลายท่าน (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554 ; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) สรุปได้ดังนี้

1) **ทฤษฎีความมียายุทางชีวภาพ (Biological theories)** โดยทฤษฎีนี้ แบ่งออกเป็น 3 ทฤษฎี คือ

1) **ทฤษฎีพฤติกความมียายุเกี่ยวกับทางพันธุกรรม (Genetic theories)** เป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยกลไกการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมภายในร่างกายเป็นส่วนใหญ่ซึ่งสามารถเกิดได้ทุกเพศทุกวัย ได้แก่

1.1) **ทฤษฎีพฤติกกรรมทั่วไป (General genetic theory)** เนื่องจาก

ลักษณะจากเพศถูกกำหนดขึ้นโดยเพศชายจะมีโครโมโซม XY สำหรับเพศหญิง มีโครโมโซม XX และเนื่องจากเพศหญิง มีโครมาติน X มากกว่าเพศชาย จึงทำให้อายุยืนยาวกว่า ทั้งนี้พบว่าครอบครัว ที่มีบรรพบุรุษอายุยืนยาว ครอบครัวนั้นก็จะมีอายุยืนยาวด้วยเช่นกันแต่ก็ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

1.2) **ทฤษฎีเกี่ยวกับพันธุกรรมในเซลล์ (Cell genetic theory)**

เนื่องด้วยยีนควบคุมลักษณะทางพันธุกรรมโดยควบคุมการสร้างเอนไซม์ ซึ่งเอนไซม์ทุกตัวมีโปรตีนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในรหัสพันธุกรรม ส่งผลให้ DNA ถูกทำลายไปทำให้อินซิดปกติ มีผลให้ปฏิกิริยาภายในร่างกายซึ่งต้องอาศัยเอนไซม์นี้ มีการทำหน้าที่ของเซลล์เสียตามไปด้วยและส่งผลให้เซลล์ผิดปกติได้ในที่สุด

1.3) ทฤษฎีผ่าเหล่า (Somatic Mutation theory) เกิดขึ้นเนื่องจากรังสีทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของ DNA และเป็นตัวเร่งให้แก่เร็วขึ้น ซึ่งรังสีทำให้แบ่งตัวได้เกิดการผ่าเหล่าเกิดขึ้น เมื่อเกิดการผ่าเหล่าสะสมเป็นระยะเวลา จนกระทั่งทำหน้าที่ของยีนนั้นเสียไปจะทำให้ร่างกายไม่สามารถผลิตโปรตีนได้ และตายในที่สุด เช่น เซลล์เม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดแดง

1.4) ทฤษฎีความผิดพลาด (Error theory of aging) เกิดจากการถ่ายทอดจากพันธุกรรม ที่ผิดพลาดซึ่งในวัยสูงอายุเป็นความสะสมความผิดพลาด หรือความบกพร่องเกี่ยวกับส่วนประกอบระดับโมเลกุลของเซลล์ ซึ่งก่อให้เกิดเนื้อเยื่อจะค่อยๆเสื่อมสภาพและตาย หรืออาจไม่ตายแต่การทำหน้าที่หยุดชะงัก ก่อให้เกิดการเสียสมดุลเกิดขึ้น เช่น เซลล์สมอง

1.5) ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution theory) ความสูงอายุมีการปรับตัวตามวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิต โดยจะมีการสร้างสรรค์สิ่งที่ดีกว่าเพื่อความอยู่รอดในสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ความสูงอายุเป็นสิ่งที่ผนวกเข้าเป็นช่วงชีวิตหนึ่งการเจริญและแพร่พันธุ์ของระยะเลามีชีวิตจะสั้นลงเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมความเป็นอยู่ และสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง

1.6) ทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพ (Biological clock theory) ความสูงอายุถูกกำหนดไว้โดยรหัสที่มีอยู่ในยีนกำหนดเซลล์ต่างๆ หรือระบบแก่งเมื่อถึงเวลากำหนดให้สำหรับมนุษย์ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีจะมีอายุเฉลี่ยประมาณ 85-90 ปี กระบวนการของความสูงอายุประกอบด้วย การเจริญเติบโต การพัฒนาและการเสื่อมลง จนกระทั่งตายไปในที่สุดเป็นวงจรที่เกิดขึ้นภายในช่วงระยะเวลาหนึ่งที่มีการกำหนดไว้แล้ว

2) ทฤษฎีที่ไม่เกี่ยวข้องกับทางพันธุกรรม (Non – genetic cellular theories)

2.1) ทฤษฎีความเสื่อม โทรม (Wear and tear theory) ทฤษฎีนี้ได้เปรียบเทียบสิ่งมีชีวิตคล้ายกับเครื่องจักรซึ่งเมื่อมีการใช้งานไปนานๆ จะเกิดความผิดปกติขึ้นแต่มนุษย์และเครื่องจักรแตกต่างกันเพราะมนุษย์สามารถที่จะซ่อมแซมตัวเองและใช้งานต่อไปได้ เช่น เนื้อเยื่อบางชนิดได้แก่ ผิวหนัง เยื่อบุอาหาร เซลล์เม็ดเลือดแดงที่เกิดขึ้นใหม่จะทดแทนเซลล์เก่าที่เสื่อมโทรมแล้ว เพื่อสิ่งมีชีวิตมีความชรา น้อยที่สุด ส่วนเซลล์บางชนิดที่แบ่งตัวไม่ได้เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ เช่น เซลล์ประสาทและเซลล์กล้ามเนื้อ เนื้อร้ายจะเสื่อมโทรมและตายไป

2.2) ทฤษฎีการสะสม (Accumulative theory) ทฤษฎีที่เชื่อว่าความมีอายุเป็นผลมาจากการสะสมที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ สารนี้มีสีน้ำตาลเรียกว่า Lipofuscin หรือ Age pigments Lipofuscin เป็น Lipoprotein และเป็นของเสียในกระบวนการ เมตาบอลิซึมมีคุณสมบัติไม่ละลายน้ำ Lipofuscin จะถูกสะสมมากขึ้น พบได้มากในเนื้อเยื่อของตับ รั้งไข เซลล์ประสาท กล้ามเนื้อหัวใจ และสุดท้ายจะพบได้ที่ผิวหนัง อัตราการสะสมจะไม่เท่ากัน ขึ้นกับเนื้อเยื่อของแต่ละ

ละชนิด นอกจากนี้จำนวนของ RNA ในเซลล์ประสาทจะลดลงเป็นสัดส่วนโดยตรงกับการเพิ่มของ Lipofuscin

2.3) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้เซลล์ตาย เนื่องจากการสร้างอนุมูลอิสระซึ่งมีส่วนประกอบทางเคมี ซึ่งในระยะที่มีการกระตุ้น (Activate state) จะใช้ออกซิเจนเป็นส่วนประกอบทำปฏิกิริยาเร็วมากกับ โมเลกุลอื่นๆ ที่อยู่ข้างเคียง ผลจากปฏิกิริยานี้จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ต่างๆ ของเอนไซม์และ โปรตีนได้ ส่งผลให้เซลล์ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติและในที่สุดเซลล์ก็จะตาย สารอนุมูลอิสระจะเกิดขึ้นจากสารโดยทั่วไป เช่น อาหารชนิดต่างๆ ที่เกิดปฏิกิริยาขึ้นระหว่างความร้อนสูงและระยะเวลา ยาวนานๆ กับออกซิเจนปฏิกิริยาในการสร้างสารอนุมูลอิสระเกิดขึ้นเร็วโดยเฉพาะการได้รับรังสี นอกจากนี้พบว่าวิตามินเอ นั้นสามารถยับยั้งการเกิดปฏิกิริยาการรวมตัวกับออกซิเจน (Antioxidant)

2.4) ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross linking theory) กล่าวถึงความมีอายุเกิดขึ้น เนื่องจากการเชื่อมตามขวางของโมเลกุลโปรตีน การเชื่อมตามขวางอาจเกิดขึ้นระหว่าง สารภายใน โมเลกุลเดียวกันหรือสารระหว่างโมเลกุลก็ได้ เมื่อเกิดขึ้นจะมีผลให้คุณสมบัติทางเคมี และกายภาพของโมเลกุลเปลี่ยนไป การเชื่อมตามขวางพบได้มากที่สุด คือ โปรตีนที่อยู่ภายนอก เซลล์ คือ Elastin และ Collagen ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน เช่น Ligament, Tendon กล้ามเนื้อผนังหลอดเลือดแดงและสารประกอบที่อยู่ใน Ground substance การเชื่อมตามขวางจะค่อยๆ เป็นไปตามอายุ ทำให้เนื้อเยื่อขาดความยืดหยุ่นได้ในที่สุด

3) ทฤษฎีความมีอายุเกี่ยวข้องกับทางสรีรวิทยา (Physiological theory) ตามปกติร่างกายสามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้เพียงพอ แต่เมื่ออายุมากขึ้นการสร้างภูมิคุ้มกันจะลดระดับลงเรื่อยๆ และคุณภาพของระบบภูมิคุ้มกันจะลดลงด้วย โดยจะมีการเสื่อมสมรรถภาพในการจำโครงสร้างของโมเลกุลหรือเซลล์ที่อยู่ภายในร่างกายด้วย Antibody มีปฏิกิริยากับเซลล์ที่ปกติของร่างกายจะนั้นจึงพบว่าผู้สูงอายุมีระดับของ Autoimmune antibody ในเลือดสูง ทำให้เกิดภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง เช่น โรครูมาตติซิม โรคมะเร็ง

4) ทฤษฎีความมีอายุเชิงจิตสังคม จะมุ่งเน้นในประเด็นของบทบาท (Role) และความสัมพันธ์ (Relationships) ที่เกี่ยวข้องในแต่ละบุคคลซึ่งอยู่ในวัยสูงอายุ เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านจิตใจและสังคมไปพร้อมๆ กัน และ ก่อให้เกิดผลกระทบซึ่งกันและกัน ซึ่งทฤษฎีความมีอายุเชิงจิตสังคม ได้แบ่งออกเป็น 4 ทฤษฎีดังนี้

4.1) ทฤษฎีถดถอยทางสังคม (Disengagement theory) ทฤษฎีนี้

กล่าวว่าความมีอายุ มีลักษณะเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เป็นการแยกจากซึ่งกันและกัน นั่นคือบุคคลถดถอยจากสังคม หรือสังคมถดถอยออกจากบุคคล เช่น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อยๆ หนีหรือถดถอยออกจากสังคม หรือบุคคลอื่น ไปที่ละเล็กละน้อย ซึ่งแต่ละคนจะได้รับประโยชน์และความพึงพอใจร่วมกัน เพราะจะได้รับอิสระจากกฎต่างๆ ของสังคม และบุคคลจะพึงพอใจมากเมื่อได้กลับไปอยู่สภาพแวดล้อมเดิม นอกจากนี้ถ้าพบว่า สิ่งแวดล้อมดี ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับ ได้มีโอกาสแสดงบทบาทก่อให้เกิดความพึงพอใจ ผู้สูงอายุจะเข้าสู่สังคมมากกว่าที่จะถดถอยจากสังคม แต่ถ้าผู้สูงอายุนั้นถูกละทิ้งจากบทบาทเดิมก็จะส่งผลให้ถดถอยจากสังคม เช่น เกษียณอายุราชการ จะทำให้ความสัมพันธ์ร่วมกับเพื่อนร่วมงานลดลง หรือในผู้สูงอายุหญิงเป็นหม้ายหรืออยู่ร่ำไร ซึ่งมักพบว่าแยกตัวออกจากสังคมและอยู่ตามลำพัง ซึ่งกลุ่มบุคคลที่ถูกละทิ้งจากสังคม

4.2) ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (Activity theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า

ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุนั้น ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของสังคมนั้นคือ บุคคลใดที่ดำเนินชีวิตอย่างกระตือรือร้นและมีกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตวัยกลางคนเมื่อเข้าวัยสูงอายุบุคคลนั้นก็ดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งโดยปกติ ผู้สูงอายุจะปฏิเสธที่จะมีชีวิตในสูงอายุ โดยพยายามคงศักยภาพวัยกลางคนไว้ให้นานที่สุด ดังนั้นสังคมจึงควรจัดกิจกรรมที่สามารถให้ผู้สูงอายุนั้นได้มีส่วนร่วมกิจกรรมนั้นอย่างเหมาะสมตามวัย เช่น การใช้กิจกรรมที่เน้นการใช้สติปัญญาและประสบการณ์มากกว่าการใช้กำลังหรือการแข่งขันความเร็ว

4.3) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) ทฤษฎีนี้เป็นการสรุป

ข้อขัดแย้งทฤษฎีถดถอยจากสังคมจากทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วม โดยทฤษฎีนี้กล่าวว่า การมีชีวิตอยู่อย่างกระตือรือร้น การพยายามคงไว้ซึ่งความรู้สึกในวัยกลางคน หรือความปรารถนาที่จะแยกออกจากสังคมไม่ได้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการมีชีวิตอย่างไร จึงจะมีความสุข การที่ผู้สูงอายุจะมีชีวิตอย่างไรจึงจะมีความสุขและมีกิจกรรมร่วมกันนั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคน เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบทำกิจกรรมร่วมกันในสังคมก็จะมีกิจกรรมเหมือนเดิมเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่ดำเนินชีวิตแบบสันโดษไม่เคยมีบทบาททางสังคมมาก่อนก็ย่อมจะแยกตัวออกจากสังคมเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น

2.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุติดบ้าน

2.2.1 ความหมายของผู้สูงอายุติดบ้าน

จากความหมาย และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าการแบ่งผู้สูงอายุตามระยะช่วงวัยของอายุต่าง ๆ นอกจากนั้น ยังมีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ตามการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ดังนี้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2560 ; ยิวดี รอดจากภัย, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์, 2557)

กลุ่มที่ 1 ติดสังคม (Well elder) เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และสามารถอยู่ตามลำพังได้ ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม ชุมชนได้ สามารถเดินขึ้นลงบันไดเองโดยไม่ต้องช่วยเหลือ เดินออกนอกบ้านได้ เดินตามลำพังบนทางเรียบได้ รับประทานอาหารด้วยตนเองได้ดี ใช้สื่งช่วยตนเองได้อย่างเรียบร้อย

กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน (Home bound elder) เป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ต้องการผู้ช่วยเหลือดูแลในชีวิตประจำวัน ไม่สามารถเดินตามลำพัง บนทางเรียบได้ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ต้องการความช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร ต้องการความช่วยเหลือพาไปห้องน้ำ

กลุ่มที่ 3 ติดเตียง (Bed bound elder) เป็นผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวด้านการแพทย์ รักษาพยาบาล และสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด/ทุพพลภาพ ไม่สามารถย้ายตนเองขณะนั่งได้ ไม่สามารถขยับได้ในท่านอน การรับประทานอาหารกลืนลำบาก แม้ผู้ดูแลจะป้อนอาหารให้ ต้องขยับถ่ายในท่านอนหรืออยู่บนเตียง สวมใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลา ต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมเป็นประจำ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการแบ่งประเภทของผู้สูงอายุ จึงกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (Home bound elder) เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม ต้องการดูแลระยะยาวด้านการแพทย์ รักษาพยาบาล และสวัสดิการสังคม และมีกลุ่มอาการสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จะมีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคมชัดเจน และอาจมีความจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน หรือต่อเนื่งองบางประการ ทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างบางส่วน เช่น ในการเคลื่อนไหว ต้องการความช่วยเหลือพาไปห้องน้ำ เป็นต้น

2.2.2 เกณฑ์การประเมินผู้สูงอายุติดบ้าน

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ซึ่งมีเกณฑ์การประเมิน จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

ดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน (ศูนย์อนามัยที่ 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 -4 คะแนน

2.3 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ มีทั้งการเปลี่ยนแปลงภายนอกที่สังเกตเห็นได้ การเปลี่ยนแปลงด้านประสาทสัมผัส และการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ประมวลจากนักวิชาการหลายท่าน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554; ประนอม โอทกานนท์; สกฤณา บุญนรากร, 2555; กระทรวงสาธารณสุข, 2555; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ได้กล่าวไว้สรุปได้ ดังนี้

2.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

1) ผิวหนัง ผม และขน มีจำนวนลดลง และมีสีจางลง บาง แห่ง หย่อน มักมีอาการคัน มีเจ้าเลือด เซลล์สร้างสีผิวทำงานลดลง สีผิวจางลงแต่อาจมีจุดด่างขาว สีดำหรือสีน้ำตาลมากขึ้น เกิดการตกกระผิวหนังของผู้สูงอายุจะมีลักษณะเฉพาะคือบางและใส เนื่องจากผิวหนังสูญเสียความยืดหยุ่น ความไวของผิวหนังลดลงเนื่องจากการลดจำนวนเซลล์สีของผิวหนัง ดังนั้นผิวหนังอาจด่างเป็นแห่ง เนื่องจากการกระจายของเม็ดสีผิวไม่สม่ำเสมอหรือบางแห่งอาจจะมีผิวเข้มเป็นแห่ง ๆ เรียกว่า “Agespots” จะเป็นก้อนหรือไฟ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่เห็นได้ชัดคือ การเปลี่ยนแปลงของความหนาของผิวหนัง

2) ต่อมไขมันและต่อมเหงื่อ ต่อมไขมันมีหน้าที่เคลือบผิวหนัง รากผม ให้ความชุ่มชื้น จะมีการลดลงเมื่อมีอายุสูงขึ้น อาจทำให้เกิดต่อมไขมันอักเสบ ต่อมเหงื่อทำงานลดน้อยลง การขับเหงื่อน้อยลง ทำให้ทนต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิของร่างกายไม่ดี เกิดความรู้สึกหนาวร้อนไม่คงที่

3) ผมและขน ร่วง เปลี่ยนเป็นสีขาว หรือหงอก ผมของผู้สูงอายุจะลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ ทำให้ผมบาง หัวล้าน ขนตามร่างกายหลุดออกง่าย ที่เห็นชัด คือ ขนรักแร้ ทั้งนี้เนื่องจากต่อมรูขุมขนทำงานน้อยลง

4) สายตา การมองเห็นจะลดลงตามอายุ เลนส์ตาจะมีความยืดหยุ่นลดลง และกล้ามเนื้อตาที่หย่อนสมรรถภาพลง ทำให้ลำบากในการเพ่งมองสิ่งที่อยู่ใกล้ ๆ สายตาจะ

เปลี่ยนเป็นสายตาวัว เลนส์ หรือกระจกตาขุ่น เกิดต่อกระจกกล้ำมเนื้อลูกตาเสื่อม การปรับสายตา
ช้า ความเร็วในการมองเห็นลดลง ทำให้ปวดศีรษะมีน้ำตาตกลง ทำให้ตาแห้ง ระคายเคืองต่อเยื่อ
ตาได้ง่าย

5) การได้ยิน ความสามารถในการได้ยินจะลดลงเมื่อมีอายุสูงขึ้นประสาท
รับเสียงเสื่อมไปเกิดหูตึงแต่จะได้ยินเสียงต่ำๆ ได้ชัดกว่าเสียงพูดธรรมดา หรือเสียงในระดับสูง

6) การรับกลิ่น ความสามารถในการรับกลิ่นลดลง อาจเนื่องมาจากการ
สูญเสียประสาทที่ควบคุมการรับกลิ่น จมูก ประสาทรับกลิ่นบกพร่องไป ทำให้การรับรู้กลิ่นลด
น้อยลงความสามารถในการแยกกลิ่นต่าง ๆ ที่คุ้นเคยลดลง หรือไม่สามารถได้กลิ่นอาหารที่บูดเน่า
ได้ กลิ่น รุ้รสน้อยลง รับรสหวานสูญเสียก่อนรับรสอื่นๆซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพของ
ผู้สูงอายุโดยตรง

7) ฟันผุ หักแตกง่าย เคลือบฟันบางลง เหงือกหุ้มฟันร่นไปทำให้เห็นฟัน
ขาวขึ้น เซลล์สร้างฟันลดลง มีเนื้อเยื่อพังศึคเข้ามาแทนที่มากขึ้น ทำให้การสร้างฟันลดลงทั้งปริมาณ
และคุณภาพ ฟันผุหรือร่วงง่ายขึ้น

8) ระบบการย่อยอาหาร การเปลี่ยนแปลงที่เด่นชัด คือ ตุ่มรับรสเสื่อม ทำ
ให้ไม่ร้รสอาหาร เบื่ออาหารรับประทานได้น้อยลง การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง
น้ำย่อย กรดเกลือ ในกระเพาะอาหารลดน้อยลง อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น ทำให้ท้องอืด
ง่าย เบื่ออาหาร เกิดภาวะขาดอาหารและโลหิตจางได้ด้บ และด้บอ่อน ทำหน้าที่การงานเสื่อมไป
อาจเกิดโรคเบาหวานการเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง ทำให้การขับถ่ายอุจจาระ
ไม่ปกติ ท้องผูกเสมอ ประกอบกับไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย

9) กระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ ปริมาณแคลเซียมลดน้อยลง ทำให้กระดูก
บางเปราะพรุนหักง่าย มีอาการปวดเจ็บกระดูกบ่อยข้อเสื่อม น้ำไขมันลดลง เกิดเจ็บปวด ข้อยึด
ติด เคลื่อนไหวลำบากพบมาก คือ ข้อเข่า ข้อสะโพก กล้ามเนื้อ เที่ยวเล็กลง อ่อนกำลังลง ทำให้
ทำงานออกแรงมากไม่ได้เพ็ลย ล้าเร็ว และทรงตัวไม่ดี

10) ระบบทางเดินหายใจ สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง ความ
ยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง จำนวนถุงลมลดลง ความจุปอดน้อยลง ปริมาตรอากาศค้างในปอด
เพิ่มขึ้น เนื่องจากความยืดหยุ่นของทรวงอกลดลงทำให้การหายใจลำบาก เป็นเหตุให้การขยายและ
ยุบตัวไม่ดี ทำให้เหนื่อยง่าย

11) ระบบหัวใจและหลอดเลือด หัวใจมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังหัวใจหนาขึ้น
เนื่องจากมีไขมันเพิ่มขึ้นในช่องว่างของทรวงอก กล้ามเนื้อของหัวใจมีแคลเซียมมาเกาะ ทำให้ลิ้น
หัวใจแข็ง หัวใจเต้นผิดจังหวะ แรงบีบตัวน้อยลง ทำให้การหดตัวลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจาก

หัวใจลดลงด้วย อันตรายการเด่นของหัวใจลดลง และกล้ามเนื้อหัวใจไวต่อสิ่งรบกวนลดลงมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง ทำให้เกิดภาวะการไหลเวียนของเลือด และมีความดันโลหิตสูงกว่าปกติ อาจมีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าได้ เนื่องจากการตอบสนองของตัวกระตุ้นต่อการเปลี่ยนแปลงต่อความดันโลหิตลดลง

12) ระบบขับถ่าย ขับของเสียได้น้อยลง ขับน้ำออกมาก จะถ่ายปัสสาวะบ่อยมาก กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณช่องเปิดกระเพาะปัสสาวะเปิดของกระเพาะปัสสาวะเสื่อม ความสามารถในการหดเกร็งลดลง ทำให้กล้ามเนื้อปัสสาวะได้ยากขึ้น ทำให้การขับถ่ายปัสสาวะ กล้ามเนื้อหูรูด ที่ควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะหย่อนลงทำให้กล้ามเนื้อปัสสาวะไม่ดี ในผู้สูงอายุชายต่อมลูกหมากจะโตขึ้น ทำให้ปัสสาวะลำบากต้องถ่ายบ่อยครั้ง

13) ระบบประสาท มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองและเซลล์ประสาท ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทลดลง ตามความเสื่อมไปตามธรรมชาติ ทำให้ความรู้สึกช้าความจำถดถอย ความจำเรื่องราวในอดีตความจำในปัจจุบันไม่ดี การทรงตัวไม่ดี การเคลื่อนไหวช้าความจำเสื่อม โดยเฉพาะจำเรื่องราวในอดีตได้ดีกว่าเรื่องราวใหม่ ๆ

2.3.2 การเปลี่ยนแปลง และพัฒนาการทางด้านจิตใจ

พัฒนาการทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุตามขั้นตอนทฤษฎีพัฒนาการของอีริกสัน (Erikson, 1968) ผู้สูงอายุอยู่ในขั้นตอนที่ 8 ซึ่งวัยสูงอายุเป็นวัยที่บุคคลจะทบทวนประสบการณ์ในอดีตถ้าพบว่าตนเองทำหน้าที่ได้อย่างดีที่สุดแล้วก็จะเกิดความพึงพอใจมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีอารมณ์ที่มั่นคงถ้าได้มีการเตรียมตัวไว้ตั้งแต่วัยกลางคนก็จะสามารถปรับตัวรับบทบาทของวัยสูงอายุได้วัยสูงอายุจึงควรเป็นวัยของการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขและปรับตัวในช่วงบั้นปลายชีวิตได้อย่างภาคภูมิใจดังนั้นถ้าชีวิตตั้งแต่ต้นดำเนินมาได้อย่างดีไม่ว่าจะเป็นด้านครอบครัวการงานฐานะพบกับความสำเร็จผู้สูงอายุก็จะพึงพอใจในชีวิตที่ผ่านมาทำให้เกิดความภาคภูมิใจ (Integrity) แต่ในทางตรงกันข้ามในชีวิตที่ผ่านมาพบแต่ความล้มเหลวไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตมีปัญหาเกิดขึ้นอย่างมากอาจจะทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าท้อแท้สิ้นหวัง (Despair) นั่นคือมีปัญหาของสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ และอารมณ์ในผู้สูงอายุ มักเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม ทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปด้วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความท้อแท้ ใจน้อย หงุดหงิด โกรธง่าย เหงา สาเหตุส่วนใหญ่มาจากภาวะพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น การสูญเสียคู่สมรส บุตรแต่งงานแยกครอบครัว หรือต้องไปทำงานต่างจังหวัด ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าเหว รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ไม่รู้จะพึ่งใคร ทำให้เกิดความวิตกกังวล และซึมเศร้า และสาเหตุจากการสูญเสียทางสังคม เช่น การสูญเสียบทบาทหน้าที่ การปลด

เกษียณจากการทำงาน ทั้ง ๆ ที่ผู้สูงอายุบางคนยังมีร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงพอจะทำงานได้ ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียรายได้ เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ถูกทอดทิ้ง โดยรู้สึกว่าสังคมไม่ให้ความสำคัญกับตนเองเหมือนที่เคยเป็นมาก่อน อีกทั้งในผู้สูงอายุระบบประสาทและสมองจะค่อยๆ เสื่อมลง ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์หลายประการ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์จิตใจของผู้สูงอายุ ที่พบคือ

- 2.1) การรับรู้ มีรับรู้ต่อสิ่งใหม่ ๆ ได้ยาก เพราะความสามารถ และประสิทธิภาพของอวัยวะรับความรู้สึก การสื่อสารและการรับรู้เสื่อมสมรรถภาพลง
- 2.2) การแสดงออกทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุ เป็นกลไกต่อเนื่องกับการสนองความต้องการของจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงสถานะสภาพทางสังคม
- 2.3) การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง การมีอายุมากขึ้น ก็คือการเดินเข้าสู่ความตาย การยอมรับต่อสภาพดังกล่าวของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุพัฒนาวิถีดำเนินชีวิตให้กับตนเองเป็นโลกใหม่ของผู้สูงอายุ ซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันตามเหตุผลและความพึงพอใจของแต่ละบุคคล

2.4) ความสนใจสิ่งแวดลอม ผู้สูงอายุจะสนใจสิ่งแวดลอมเฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและตรงกับความสนใจของตนเท่านั้น โดยมีอารมณ์เป็นพื้นฐาน ความสนใจ อันดับแรก คือ สนใจตนเองมากขึ้น เอาตนเองเป็นศูนย์กลางแห่งความคิดและกังวล

การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังกล่าว ผู้สูงอายุจะต้องปรับตัวแบบค่อยเป็นค่อยไป หากว่าปรับตัวไม่ได้ ย่อมจะก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา ปัญหาเหล่านี้จะเป็นเครื่องบั่นทอนต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุบางรายมีความทุกข์ เกิดอาการผิดปกติทางจิตใจก่อเป็นปัญหาทางจิตเวชที่ต้องได้รับการแก้ไข

2.3.3 การเปลี่ยนแปลงทางพัฒนาการด้านสังคม

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมที่พบในวัยสูงอายุ คือภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคมลดลง โดยเฉพาะการเกษียณอายุอาจทำให้ผู้สูงอายุเสียดายอำนาจและตำแหน่งที่สูญเสียไป เขาชนและหนุ่มสาวอาจมีทัศนคติทางลบต่อผู้สูงอายุ คิดว่าผู้สูงอายุมีความสามารถลดลงจึงไม่ให้ความสำคัญ เป็นคนรุ่นเก่า ล้าสมัย นอกจากนี้สภาพปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมที่ผู้สูงอายุมักจะประสบและต้องยอมรับ อย่างการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งในครอบครัวที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัวกลายเป็นสมาชิกคนหนึ่ง หรือเป็นที่ปรึกษาที่เคารพหรือเป็นผู้คอยดูแลบ้าน ในรายที่ไม่มีอาชีพจะกลายเป็นผู้อาศัย เกิดการเสื่อมความเคารพหรือถูกทอดทิ้งมากขึ้นสภาพปัญหาที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุอีกประการหนึ่ง ก็คือ ช่องว่าง

ระหว่างวัยในในสมัยก่อนผู้สูงอายุได้รับความเคารพนับถือจากผู้อ่อนอาวุโสในฐานะที่เป็นผู้ที่มีประสบการณ์มากแต่ปัจจุบันค่านิยมเหล่านี้กำลังเปลี่ยนไปตามยังสังคมตะวันตกที่ยึดถืออิสรภาพส่วนบุคคลและคิดว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ไม่ทันเหตุการณ์ ผู้สูงอายุควรอยู่ส่วนผู้สูงอายุส่วนคนหนุ่มสาวก็อยู่ตามทางของคนหนุ่มสาว ซึ่งความคิดนี้ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัย

2.3.4 การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการด้านจิตวิญญาณ

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุจะมีศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวมากขึ้น ให้ความสำคัญกับศาสนามากขึ้นในการศึกษาปฏิบัติธรรมตามคำสอนในศาสนา เข้าใจความหมายแห่งความทุกข์ การให้อภัย การให้ความรัก และยอมรับความรักจากผู้อื่น ผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญาที่เกิดจากการสั่งสมความรู้ ความชำนาญในความรู้ ความคิดที่ได้จากประสบการณ์ตรงความสามารถเชิงภาษาและวัฒนธรรม ดังนั้นผู้สูงอายุที่ผ่านปัญหาและอุปสรรคมามาก ย่อมมีประสบการณ์ ความสุขุมเยือกเย็น ความคิดในเชิงเหตุผล ที่สามารถนำมาเป็นบทเรียนให้คำปรึกษา แนะนำแก่ลูกหลานได้เป็นอย่างดี การถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ในอดีตของผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งมีค่าแก่คนรุ่นหลัง ส่วนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงทางสติปัญญา จะพบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอารมณ์เหงา ว้าเหว เศร้าโศก โดดเดี่ยว และขาดการกระตุ้น

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุจังหวัดยะลา

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม การวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุเลือกศึกษาในผู้สูงอายุจังหวัดยะลา ซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งในชายแดนใต้ ผู้สูงอายุเหล่านี้มีสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิต ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณี ที่แตกต่างจากผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น และยังคงประสบกับเหตุการณ์ความไม่สงบต่าง ๆ อยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ปลอดภัย (จิราพร ทองดี, คาราวรรณ รองเมือง, และฉันทนา นาคฉัตรีย์, 2555)

2.4.1 ปัญหา สาเหตุ และความต้องการของผู้สูงอายุจังหวัดชายแดนใต้

ผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนใต้ นอกจากประสบปัญหาหลายประการ เหมือนกับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ๆ แล้ว ยังได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบซึ่งทำให้ปัญหา ยิ่งทวีความซับซ้อนและความรุนแรงยิ่งขึ้น จากรายงานบทความวิจัยของ พิชาย รัตนดิถณ ภูเก็ต (2556) ทำการศึกษาจากปัญหา นโยบาย : ศึกษากรณีผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนใต้พบว่า ปัญหาของผู้สูงอายุจังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย ประกอบด้วย

1) ปัญหาการลดบทบาทผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งมีสาเหตุจากค่านิยม การให้ความสำคัญและการเคารพนับถือสมาชิกอาวุโสในครอบครัวลดลงส่งผลให้เกิดพฤติกรรม การเลียดบุตรโดยไม่ให้ความสำคัญกับการเคารพผู้อาวุโสในประเด็นนี้ผู้สูงอายุมีความต้องการให้

หน่วยงานภาครัฐจัดโครงการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ณรงค์ศ์ฟื้นฟูรักษาและพัฒนา
ค่านิยมในการให้ความสำคัญและเคารพนับถือผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

2) ปัญหาการถูกทอดทิ้งและความโดดเดี่ยว ซึ่งมีสาเหตุสำคัญ 3 ประการ
ประการแรก สภาวะความจำเป็นทางเศรษฐกิจและการจ้างงานทำให้คนหนุ่มสาวจำนวนมากต้อง
ออกไปหางานทำต่างถิ่นประการที่สองการสูญเสียบุตรหลานในเหตุการณ์ความไม่สงบ ในจังหวัด
ชายแดนภาคใต้และประการที่สามการขยายตัวของค่านิยมแบบปัจเจกชนนิยมซึ่งทำให้ความผูกพัน
ในครอบครัวลดลงส่งผลให้ความสำนึกรับผิดชอบของบุตรในการดูแลบิดามารดาผู้สูงอายุของ
ตนเองลดลงด้วยในประเด็นปัญหานี้ผู้สูงอายุต้องการให้รัฐสร้างสถานสงเคราะห์ผู้ชราให้มากขึ้นให้
มีการจัดตั้งกลุ่มในชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุการสร้างปอเนาะสำหรับผู้สูงอายุและพัฒนาครอบครัว
โดยสร้างและพัฒนาสำนักแห่งความกตัญญูให้เข้มแข็ง

3) ปัญหาการเข้าถึงบริการและสิทธิ ซึ่งมีสาเหตุจากหน่วยงานของรัฐที่
รับผิดชอบในการดำเนินงานไม่จัดบริการให้เพียงพอกับขนาดความต้องการการไม่ตระหนักถึงสิทธิ
ของผู้สูงอายุไม่จัดบริการแก่ผู้สูงอายุตามสิทธิที่ควรได้ขาดการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสิทธิของ
ผู้สูงอายุอย่างทั่วถึงและขาดการปฏิบัติงานในเชิงรุกเพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกในการใช้สิทธิใน
ประเด็นนี้ผู้สูงอายุต้องการให้หน่วยงานของรัฐปฏิบัติตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุอย่างจริงจัง
ประชาสัมพันธ์สิทธิของผู้สูงอายุให้ทั่วถึงและเน้นการจัดโครงการในเชิงรุกเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถ
เข้าถึงสิทธิได้มากขึ้น

4) ปัญหาองค์กรหรือชมรมผู้สูงอายุ ยังมีจำนวนน้อยเกินไปยังมีไม่ทั่วถึง
และขาดความเข้มแข็งทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการพัฒนา
คุณภาพชีวิตของตนเองประเด็นนี้ผู้สูงอายุต้องการให้หน่วยงานรัฐสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มชมรม
ผู้สูงอายุให้ทั่วถึงและสนับสนุนทรัพยากรและความรู้ในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ

ความต้องการของผู้สูงอายุจังหวัดชายแดนใต้ เสนอความต้องการที่
จำเป็นต่อการดำรงอยู่และการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่สำคัญ ได้แก่

1. การส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ดำเนินการณรงค์
ส่งเสริมคุณค่าของผู้สูงอายุหรือฟื้นฟูรักษาและพัฒนาค่านิยมที่เคารพนับถือผู้สูงอายุภายในครอบครัว
อย่างทั่วถึงและต่อเนื่องทั้งในระดับประเทศและระดับท้องถิ่นสำหรับในชุมชนควรสนับสนุนศูนย์
พัฒนาครอบครัวในชุมชนให้ดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

2. การเพิ่มสถานที่สงเคราะห์ผู้สูงอายุให้ครบทุกจังหวัดในจังหวัดชายแดนภาคใต้สภาพในปัจจุบันคือรัฐมีสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุตั้งอยู่ในจังหวัดยะลาเพียงจังหวัดเดียวเท่านั้นทำให้ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้เพียงพอต่อความต้องการกับจำนวนของผู้สูงอายุที่อยู่อย่างโดดเดี่ยวที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้น

3. การส่งเสริมให้ชุมชนดูแลผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มชาวบ้าน ในชุมชนทั้งกลุ่มเยาวชนกลุ่มสตรีหรือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีเพื่อทำหน้าที่ในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้หรือขาดที่พึ่ง

4. การสร้างปอเนาะผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามเป็นจำนวนมากผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งมีความประสงค์ที่จะไปอยู่ในโรงเรียนปอเนาะซึ่งทำให้เขาได้ใช้เวลาศึกษาหลักคำสอนทางศาสนาซึ่งเป็นการเพิ่มพูนความรู้และสร้างความสงบสันติในจิตใจ

5. การประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุทราบถึงสิทธิอย่างทั่วถึง และหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบการกระจายสิทธิตามกฎหมายควรปรับปรุงระเบียบเพื่อลดขั้นตอนในการเข้าถึงสิทธิและดำเนินงานในเชิงรุกเพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุเข้าถึงสิทธิตามกฎหมายได้มากขึ้น

6. การส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนและในหน่วยงานของรัฐ ที่ทำหน้าที่ด้านบริการเช่น โรงพยาบาลเป็นต้นและสนับสนุนให้ชมรมจัดกิจกรรมนันทนาการเพื่อฟื้นฟูสภาพจิตใจและร่างกายของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

7. หน่วยงานของรัฐควรมีโครงการส่งเสริมความรักความอบอุ่นในชุมชน ทั้งศาสนาพุทธและอิสลามเช่น โครงการเสริมสร้างสันติสุขผู้สูงอายุโครงการฟื้นฟูช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจแก่ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ

2.4.2 สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุจังหวัดชายแดนใต้

จังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การย้ายถิ่นของแรงงานวัยหนุ่มสาวเพื่อประกอบอาชีพในพื้นที่เขตเมือง ซึ่งผู้สูงอายุจังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทย นอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามวัย การประสบปัญหาภัยกับโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ภาวะเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงการเกิดความห่างเหินกับคนในครอบครัว รู้สึกตนเองไร้ค่า และเป็นภาระกับครอบครัว ความรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินจากสถานการณ์ความไม่สงบ จากการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง นอกเหนือจากการค้นพบปัญหาสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุแล้ว ยังพบปัญหาทางด้านจิตใจ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น (ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เทศบาลนครยะลา, 2555)

สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ น่าจะเป็นสาเหตุหลักให้เกิดความรู้สึกว่าชีวิตไม่มั่นคงปลอดภัย แต่จากการศึกษาภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของ จีราพร ทองดี, ดาราวรรณ ร่องเมือง, และฉันทนา นาคฉัตรีย์ (2555) กลับพบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นมุสลิม ซึ่งเป็นวัยที่มีความผูกพันกับศาสนา เมื่ออายุมากขึ้นบุคคลจะมีความศรัทธาเชื่อมั่นในศาสนา และมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมุสลิมปฏิบัติตนตามหลักคำสอนอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้เนื่องจากได้รับการอบรมสั่งสอนให้ปฏิบัติตนตามหลักคำสอนทางศาสนาอย่างเคร่งครัด ทำให้ศาสนาฝังรากลึกอยู่กับมุสลิมจนยากที่จะแยกออกจากกันได้ ผู้สูงอายุมุสลิมมีความเชื่อ และศรัทธาที่แข็งแกร่งในอัลลอฮ์ ว่าเป็นผู้ทรงเดชานุภาพ เป็นผู้สร้างทุกสิ่งบนโลกใบนี้ และทุกอย่างที่เกิดขึ้นเป็นไปตามประสงค์ของอัลลอฮ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่มนุษย์มีอาจหลีกเลี่ยงได้ ความเชื่อดังกล่าวส่งผลให้มุสลิมมีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ช่วยให้อารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ถึงแม้จะมีเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ที่เพิ่มความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่องก็ตาม

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่เสื่อม ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรัง เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงกันทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ความสามารถในการทำกิจกรรมและบทบาททางสังคมลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตสังคมลดลง และหากผู้สูงอายุไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากนัก ทำให้เกิดความพึงพอใจที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลตนเองได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย ก็จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยเน้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพกาย และจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศดังนี้

พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต (2556) ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง จากปัญหาสู่นโยบาย : ศึกษากรณีผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาหลัก 4 ประการคือ 1) การลดคุณค่าและบทบาทผู้สูงอายุในครอบครัวซึ่งมีสาเหตุจากการลดลงของการเคารพนับถือสมาชิกอาวุโสในครอบครัว 2) การถูกทอดทิ้งและความโดดเดี่ยวซึ่งมีสาเหตุ คือ การไปทำงานต่างถิ่นของบุตรในประเทศมาเลเซียหรือต่างจังหวัดการสูญเสียบุตรหลานในเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้และการขยายตัวของค่านิยมแบบปัจเจกชนนิยม 3) ความยากลำบากใน

การเข้าถึงบริการและสิทธิมีสาเหตุจากหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบในการดำเนินงานไม่จัดบริการให้เพียงพอขาดการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึงและขาดการปฏิบัติงานในเชิงรุกเพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกในการใช้สิทธิ และ 4) ปัญหาองค์กรหรือชมรมผู้สูงอายุยังมีจำนวนน้อยและขาดความเข้มแข็งสำหรับนโยบายที่ใช้ควรแก้ปัญหาค่าได้แก่นโยบายส่งเสริมคุณค่าและบทบาทผู้สูงอายุการคุ้มครองและดูแลผู้สูงอายุและการขยายและสร้างความเข้มแข็งแก่องค์กรผู้สูงอายุ

จิราพร ทองดี คาราวรรณ รองเมือง และฉันทนา นาคฉัตรีย์ (2555) ทำการศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขต 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (สงขลาสตูลยะลาปัตตานีและนราธิวาส) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 727 คนร้อยละ 61 เป็นเพศหญิง 443 คนอายุเฉลี่ย 71 ปีส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามคิดเป็นร้อยละ 78.6 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบสอบถามภาวะสุขภาพและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุวิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช่วิธีสถิติเชิงพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 70 ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคต่อคน โรคที่พบบ่อยได้แก่ความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 34.5 เบาหวานคิดเป็นร้อยละ 6.9 โรคหัวใจคิดเป็นร้อยละ 1.5 และไตวายเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 1.5 ปัญหาสุขภาพที่พบส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นคิดเป็นร้อยละ 58 ผิวหนังแห้งและมีผื่นคันคิดเป็นร้อยละ 39.90 การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะคิดเป็นร้อยละ 30 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 59.1 โดยคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับภาวะสุขภาพ ($r = .77, p < .01$) ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยคือบุคลากรในทีมสุขภาพตลอดจนผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุควรมีส่วนร่วมในการวางแผนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทของวัฒนธรรมท้องถิ่น โดยเฉพาะหลักศาสนาซึ่งเป็นปัจจัยป้องกันที่สำคัญเฉพาะในผู้สูงอายุกลุ่มนี้

วิชาญ ชูรัตน์ โยธินแสวงดี และสุภาพร อรุณรักษ์สมบัติ (2555) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามลักษณะทางประชากรและสังคมสุขภาพและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุและเพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยด้านประชากรและสังคมสุขภาพและเศรษฐกิจที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยโดยใช้ข้อมูลโครงการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2553 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติคัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมาใช้ในการศึกษาผลการศึกษาค้นพบว่าลักษณะของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลางและอยู่นอก

เขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาลเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นจะทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นและที่สำคัญส่วนใหญ่เป็นหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงขึ้นจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตลดลงอย่างเห็นได้ชัดเมื่อพิจารณาปัจจัยด้านสุขภาพพบว่า ผู้ที่มีความพิการแต่กำเนิดและหลังกำเนิดเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่ไม่พิการสำหรับปัจจัยด้านเศรษฐกิจพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ทำงานเล็กน้อยและเมื่อค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นของครัวเรือนเพิ่มขึ้นผู้สูงอายุจะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตลดลงผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนที่มีฐานะยากจนมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่ไม่จนเกือบ 2 เท่าจากการวิเคราะห์หัตถ์อิทธิพลของปัจจัยทางประชากรและสังคมสุขภาพและเศรษฐกิจต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยพบว่าภาคเกษตรศาสตร์สถานภาพสมรสการศึกษาความเป็นผู้นำในครัวเรือนความสามารถในการดูแลตนเองความสามารถในการเดินทางไปนอกพื้นที่ค่าใช้จ่ายทั้งสิ้นของครัวเรือนและฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนมีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พิศุทธิภา เมธิกุล (2554) ได้ทำการศึกษา ประสพการณ์การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จในผู้สูงอายุ โดยวิธีการสัมภาษณ์รายบุคคล ซึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีคะแนนจากแบบวัดสุขภาพทางจิตในระดับสูง พบว่า ประเด็นหลักของความสำเร็จในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพทางจิตระดับสูง ประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก คือ 1) การมีจิตใจที่สุขสงบ 2) การทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิต 3) การเห็นคุณค่าในตนเอง 4) การมีความพึงพอใจในชีวิต 5) การมีครอบครัวที่ดี และ 6) การมีสุขภาพร่างกายที่ดีซึ่งควรมีการส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตอย่างต่อเนื่อง ทั้งกิจกรรมที่ทำด้วยตนเอง กิจกรรมที่ทำร่วมกับครอบครัว และกิจกรรมที่ทำร่วมกับสังคม และ ที่สำคัญคือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตามหลักศาสนา เช่น การเจริญสมาธิ หรือฝึกจิตใจให้สงบในรูปแบบต่าง ๆ

วาสนา สิทธิกัน, สายหยุด มูลเพชร และสามารดี ใจเดี่ยว (2560) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูง การมีเครือข่ายทางสังคมในระดับปานกลาง และระดับสูง แต่อาชีพค้าขายเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ดี

ธิดิรัตน์ ราศิริ และ อาจันต์ สงทับ (2564) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม วิธีการเดินทางเข้ารับ

บริการสถานพยาบาล การเห็นคุณค่าของตนเอง การดำรงตำแหน่งในสังคม โรคประจำตัวไข่มัน
ในเลือด ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ การได้รับข้อมูลข่าวสาร โรคประจำตัวโรคหัวใจ สถานภาพ
สมรส และการมีส่วนร่วมของชุมชน

ดารา และ จอกซาน (Dhara & Jogsan , 2013) ศึกษาภาวะซึมเศร้า และสุขภาพ
ทางจิตในผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้า และสุขภาพทางจิต
ระหว่างผู้ใหญ่และผู้สูงอายุใน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน เป็นผู้ใหญ่ 20-59 ปี 30 คน และ 60 ปีขึ้นไป
ไปจำนวน 30 คน ผลการวิจัยพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ภาวะ
ซึมเศร้า และสุขภาพทางจิตมีความสัมพันธ์กันในทางลบ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีความ
ต้องการการดูแลสุขภาพมากกว่าวัยผู้ใหญ่

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญ
กับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กล่าวคือมีการศึกษาวิเคราะห์ ปัจจัย องค์ประกอบ การรับรู้ ภาวะเสี่ยงต่าง ๆ
ที่จะเกิดกับผู้สูงอายุ และพบว่าผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่ก็จะมี การดูแลสุขภาพตนเอง และได้รับการสนับสนุน
ต่างๆ ที่แตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ การศึกษาข้อมูลเหล่านี้ เพื่อนำเข้าสู่การวิเคราะห์การ
ดำเนินงานและกิจกรรมที่จะช่วยส่งเสริมทั้งภาวะสุขภาพกาย และจิตใจของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

3. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง ที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลดำรงชีวิต
ได้อย่างมีค่ามีศักดิ์ศรี สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นตัวแปรสำคัญ
อย่างหนึ่งในการศึกษาสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งนำเสนอการทบทวนวรรณกรรมตามหัวข้อ
ต่าง ๆ ดังนี้

3.1 ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง

นักวิชาการ และนักวิจัยหลายท่านทั้งใน และต่างประเทศได้ให้ความหมายของการ
เห็นคุณค่าในตนเองไว้อย่างน่าสนใจ ดังนี้

Coopersmith (1984) ให้ความหมายการเห็นคุณค่าในตนเองว่า เป็นความรู้สึกเห็น
คุณค่าในตนเองเป็นการตัดสินใจที่มีคุณค่าของตนเอง ซึ่งแสดงถึงเจตคติที่บุคคลมีต่อ ตนเองเป็น
การยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเองและแสดงถึงขอบเขตของความเชื่อที่บุคคลมีต่อ ความสามารถ
ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีค่าของตนเอง

สมิทธี เจือจินดา และวรรณภา โพธิ์ผล (2562) กล่าวว่า การพิจารณาตัดสินค่าของตนเองตาม ความรู้สึก และทัศนคติที่มีต่อตนเองทั้งในด้านดีและไม่ดีในเรื่องต่างๆ เช่น การประสบความสำเร็จ การประสบความสำเร็จ การประสบความสำเร็จ การประสบความสำเร็จ การประสบความสำเร็จ คิดว่าตนเองมีค่าในสังคม ตลอดจนได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นและสังคม ความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง เชื่อว่าตนเองมี คุณค่า มีความรู้ ความสามารถ ความชำนาญในการกระทำ ภารกิจต่างๆ มีความพอใจในตนเอง เกิด จากการยอมรับของบุคคลอื่น โดยดูจากการตอบสนองของครอบครัว หรือจากการประเมิน ความสามารถและการประสบความสำเร็จในการทำงาน สามารถกระทำสิ่งต่างๆ

วารุณี แก้วบุญเรือง (2557) ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นการประเมินตนเองด้วยความรู้สึกและเจตคติต่อตนเอง เกี่ยวกับบุคลิกภาพ และการประสบความสำเร็จในการกระทำของตนเอง โดยมีความพึงพอใจและยอมรับตนเอง มองตนเองมีค่า รวมทั้งมองเห็นว่าตนเองมีคุณค่าในสังคม เป็นที่ยอมรับของสังคมและ บุคคลอื่นๆ ในสังคม ไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ ครูอาจารย์กลุ่มเพื่อน หรือบุคคลอื่นๆ ที่ตนมีส่วนต้องเข้าไป เกี่ยวข้อง

เพชรภรณ์ กลัญญู (2556) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง การพิจารณาตัดสินค่าของบุคคลตามความรู้สึก และทัศนคติที่มีต่อตนเองทั้งในด้านดีและไม่ดีในเรื่องต่างๆ เป็นการที่บุคคลรับรู้และประเมินตนเองแล้วแสดงออกไปในแง่ของการยอมรับตนเองหรือไม่ยอมรับตนเอง โดยแสดงให้เห็นถึงขอบเขตความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเอง ในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จเป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดจากการประเมินตนเองว่าเป็นคนมีค่า มีความสำคัญ มีความสามารถและเป็นที่ยอมรับของผู้อื่นตลอดจนสามารถควบคุมและพัฒนาตนเอง สามารถสร้างสรรค์สิ่งที่ดีงามทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมได้

สรุปได้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การพิจารณาตัดสินค่าของบุคคลตามความรู้สึก และทัศนคติที่มีต่อตนเองทั้งในด้านดีและไม่ดีในเรื่องต่างๆ เป็นการที่บุคคลรับรู้และประเมินตนเองแล้วแสดงออกไปในแง่ของการยอมรับตนเองหรือไม่ยอมรับตนเอง โดยแสดงให้เห็นถึงขอบเขตความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเอง ในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในทางที่ดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง ยอมรับตน มีความรู้สึกว่าคุณค่ามีความหมาย ความสำคัญ มีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของผู้อื่น และสังคม สามารถทำอะไรให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของตนได้เป็นอย่างดี

3.2 องค์ประกอบของการเห็นคุณค่าในตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเองมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องดังที่นักวิชาการ นักวิจัย ได้ให้แนวคิดไว้ ดังนี้

Coopersmith (1981) กล่าวว่า องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง มี 2 ประเภท คือ องค์ประกอบภายในตนและองค์ประกอบภายนอกตน ซึ่งสามารถสรุปรายละเอียดได้ดังต่อไปนี้

1. องค์ประกอบภายในตน หมายถึง ลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลที่มีผลทำให้การเห็นคุณค่าในตนเองของแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไป ประกอบด้วย

1) ลักษณะทางกายภาพ มีความสัมพันธ์ต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง อัน ได้แก่ ความงามด้วยรูปร่าง ความแข็งแรงของร่างกาย ความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหวของบุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่ดีจะมีความพึงพอใจและเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าบุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่ด้อย

2) ความสามารถทั่วไป สมรรถภาพ และผลงาน ซึ่งลักษณะทั้ง 3 ด้าน มีความสัมพันธ์ระหว่างกัน และช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง โดยเป็นตัวชี้บอกถึงความดีของการประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวในสิ่งที่กระทำ ซึ่งจะมีเรื่องสติปัญญา เข้ามาเป็นตัวสนับสนุนด้วย

3) ภาวะทางอารมณ์ เป็นภาพสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกพอใจ ความรู้สึกเป็นสุข ความรู้สึกวิตกกังวลที่อยู่ในตัวบุคคล ทั้งที่แสดงออกและไม่แสดงออก ซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและส่งผลต่อการประเมินตนเองของบุคคล

4) ค่านิยมส่วนตัว บุคคลจะประเมินตนเองกับสิ่งที่ตนให้คุณค่าที่สอดคล้องกับอุดมคติของตน และยังมีแนวโน้มที่จะใช้เกณฑ์ค่านิยมของสังคมเป็นตัวตัดสินคุณค่าของตน ถ้ามีความสอดคล้องกันการเห็นคุณค่าในตนเองก็จะสูงขึ้น

5) ระดับความมั่งหวัง การตัดสินคุณค่าของตนเอง ส่วนหนึ่งเกิดจากการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติและความสามารถของตนเองกับระดับเกณฑ์ความสำเร็จที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ เพราะ ประสบการณ์การได้รับความสำเร็จจะนำไปสู่ความมั่งหวังต่อความสำเร็จในครั้งต่อไป การสามารถ ปฏิบัติได้ตามเกณฑ์หรือดีกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้จะนำไปสู่การมองตนเองว่ามีคุณค่า

6) เพศ สังคมและวัฒนธรรม โดย ส่วนใหญ่มักจะให้ค่านิยมที่ดีต่อเพศชาย โดย เพศชายมักจะ ได้รับมอบหมายตำแหน่งที่มีอำนาจในสังคม ในขณะที่เพศหญิงได้รับตำแหน่ง และ บทบาททางสังคมที่ด้อยกว่า และเพศหญิงที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะประสบความสำเร็จในการเรียนมากกว่าเพศชายที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง

2. องค์ประกอบภายนอกคน หมายถึง สภาพแวดล้อมที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกันออกไป ประกอบด้วย

1) ความสัมพันธ์กับครอบครัว และบิดามารดา ภูมิหลังหรือประสบการณ์ทางครอบครัวของบุคคลมีส่วนในการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคล ซึ่งสัมพันธ์ภาพระหว่างพ่อแม่และลูกเป็นสิ่งที่มีความหมายมากที่สุด ซึ่งความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นรากฐานที่สำคัญในชีวิต พ่อแม่ยอมรับในตัวเด็ก ให้ความรักความอบอุ่น ให้กำลังใจ ให้สิทธิเสรีภาพในการกระทำแก่เด็ก โดยมีการกำหนดขอบเขตให้ชัดเจน เน้นรางวัลมากกว่าการลงโทษ

2) โรงเรียนและการได้รับการศึกษา ประสบการณ์ที่โรงเรียนมีส่วนสนับสนุนต่อจากบ้าน โรงเรียนมีหน้าที่ช่วยให้นักเรียนเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในทักษะ ความสามารถ และการเห็นคุณค่าในตนเอง ตลอดจนช่วยนักเรียนในการแก้ไขปัญหาต่างๆทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนได้รับการยอมรับจากครูและเพื่อน

3) สถานภาพทางสังคม ได้แก่ ตำแหน่งการงาน บทบาททางสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจ สถานที่อยู่อาศัย ทำให้บุคคลได้รับการปฏิบัติต่อกันแตกต่างกันออกไป เกิดการเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่น ส่งผลให้เกิดผลต่อการมองเห็นคุณค่าในตนเอง

4) สังคมและเพื่อน ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเพื่อนทำให้บุคคลเกิดการประเมินและเปรียบเทียบตนกับผู้อื่นในเรื่องทักษะ ความสามารถ ความถนัด ทำให้เกิดการยอมรับหรือไม่ยอมรับ ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

เพชรภรณ์ กลัญญู (2556) กล่าวว่าองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองนั้น มีทั้งองค์ประกอบภายในตนและองค์ประกอบภายนอกตน การส่งเสริมให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเองจะต้องได้รับการร่วมมือ ทั้งในส่วนของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูอาจารย์ เพื่อน สถานศึกษา และตัวเด็กเอง โดยเฉพาะในครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่และการให้การยอมรับบุตร มีความสำคัญและส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของเด็กเป็นอย่างยิ่ง

สมิทธิ์ เจือจินดา และวรรณภา โพธิ์ผล (2562) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของการเห็นคุณค่าในตนเอง สำหรับผู้สูงอายุประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ และ 7 ตัวชี้วัด ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 องค์ประกอบด้านตนเอง ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

- 1.1 ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self – confidence)
- 1.2 ความพึงพอใจในตนเอง (Self-satisfaction)
- 1.3 การเคารพตนเอง (Self-respect)
- 1.4 ความรับผิดชอบต่อตนเอง (Self-responsibility)
- 1.5 การกล้าแสดงออก (Self- assertiveness)

องค์ประกอบที่ 2 องค์ประกอบด้านสังคม ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

- 2.1 ความรับผิดชอบต่อสังคม (Social-responsibility)
- 2.2 การมีสัมพันธภาพอันดี (Good relationships)

สรุปได้ว่า องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่า ในตนเองนั้น มีทั้งองค์ประกอบ ภายในตนและองค์ประกอบภายนอกตน ซึ่งสิ่งที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในทุกช่วงวัยที่สำคัญมาจากทั้ง ครอบครัว บุคคลรอบข้าง และสังคมวัฒนธรรมที่บ่มเพาะบุคคลขึ้นมา หากต้องการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองจะต้องมีการได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่ผ่านมา การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ แนวคิดของ คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1981) และสมิทธิ์ เจือจินดา และวรรณภา โพธิ์ผล (2562) เพื่อกำหนดองค์ประกอบของการเห็นคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 องค์ประกอบภายในตนเอง ประกอบด้วย

- 1.1 ความเชื่อมั่นในตนเอง
- 1.2 ความพึงพอใจในตนเอง
- 1.3 ความสามารถทั่วไป สมรรถภาพ และผลงาน
- 1.4 ภาวะทางอารมณ์

องค์ประกอบที่ 2 องค์ประกอบภายนอก ประกอบด้วย

- 2.1 ความรับผิดชอบต่อสังคม
- 2.2 การมีสัมพันธภาพอันดี

3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเองจากนักวิจัยทั้งในและต่างประเทศเพื่อประกอบการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

ชนภัช ลิมสืบเชื้อ (2556) ทำการศึกษาและพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า 1) การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุจำนวน 206 คน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตนเองของรายด้าน ได้แก่ ด้านการกล้าเปิดเผย ด้านมีความเชื่อมั่นในตนเอง ด้านการยอมรับในด้านต่างๆของตนเอง ด้านความสามารถ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้และด้านมีความต้องการการกระทำของตนให้เป็นประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง 2) การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีการคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมิทธิ์ เจือจินดา และวรรณภา โพธิ์ผล (2562) ทำการศึกษากการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการเห็นคุณค่าของตนเองสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเขตธนบุรี พบว่า โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันขององค์ประกอบของการเห็นคุณค่าของตนเองสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ และ 7 ตัวชี้วัด ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 องค์ประกอบด้านตนเอง ตัวชี้วัด ประกอบด้วย 1) ความเชื่อมั่นในตนเอง และ 2) ความพึงพอใจในตนเอง 3) การเคารพตนเอง 4) ความรับผิดชอบต่อตนเอง และ 5) การกล้าแสดงออก และองค์ประกอบที่ 2 องค์ประกอบด้านสังคม ตัวชี้วัด ประกอบด้วย 1) ความรับผิดชอบต่อสังคม 2) การมีสัมพันธภาพอันดี และโปรแกรมเสริมสร้างการเห็นคุณค่าของตนเองสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเขตธนบุรี ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเริ่มต้น ขั้นดำเนินการ และขั้นสรุป โดยการประยุกต์หลักการและเทคนิคทางด้านจิตวิทยาเป็นพื้นฐาน และใช้ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษากลุ่ม ตลอดจนหลักการและเทคนิคการฝึกอบรมมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการเห็นคุณค่าของตนเองสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเขตธนบุรีกรุงเทพมหานคร

วารุณี แก้วบุญเรือง (2557) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของรูปแบบความผูกพันการเห็นคุณค่าในตัวเองและการปรับตัวทางสังคมของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบความผูกพันของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัย แม่ฟ้าหลวง ร้อยละ 60.1 มีรูปแบบความผูกพันแบบมั่นคง รองลงมา คือ รูปแบบความผูกพันแบบทะนงตน คิดเป็นร้อยละ 26.6 รูปแบบความผูกพันแบบกังวลคิดเป็นร้อยละ 9.4 และรูปแบบความผูกพันแบบหวาดกลัว ร้อยละ 3.9 ตามลำดับ 2)รูปแบบการเห็นคุณค่าในตนเองของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง มีระดับการเห็นคุณค่าของตนเองในระดับปานกลางมากที่สุดจำนวน 257 คน คิดเป็นร้อยละ

77.64 รองลงมาคือ นักศึกษาที่มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจำนวน 68 คนคิดเป็นร้อยละ 20.58 และนักศึกษาที่มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 1.81

ดวงพร ภาคหาญ (2560) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับระดับคุณค่าในตนเองกับระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุใน โรงเรียนผู้สูงอายุเขตรับผิดชอบ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง รพ. แพร์ (ร่องซ้อ) ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาพรวม อยู่ในระดับ โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเห็นคุณค่าในตนเองจาก องค์ประกอบภายในภาพรวม อยู่ในระดับมาก และการเห็นคุณค่าในตนเองจากองค์ประกอบ ภายนอกภาพรวมอยู่ระดับมาก และผลการวัดระดับสุขภาพจิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (Fair) มีค่าเฉลี่ย 46.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.82 รองลงมา ระดับ สุขภาพจิตมากกว่าคนทั่วไปมีค่าเฉลี่ย 56.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.93 และระดับสุขภาพจิตต่ำ กว่าคนทั่วไปมีค่าเฉลี่ย 41.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.19 และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุใน โรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า การ เห็นคุณค่าในตนเองจากทั้งองค์ประกอบภายในองค์ประกอบภายนอก และการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาพรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับสุขภาพจิต ($r = .447$, $r = .257$ และ $r = .420$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มาธรี อุไรรัตน์ และมาลี สบายยิ่ง (2560) ทำการศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษามูลนิธิสงเคราะห์คนชราอนาถาแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ผลการศึกษา พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัจจัยภายในตนเอง คือ ผู้สูงอายุมองตนเองใน ปัจจุบัน ว่ามีความแข็งแรงของร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดน้อยลงและ ปัจจัยภายนอก คือ สัมพันธภาพกับเพื่อนผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนน้อยและมักมีปฏิสัมพันธ์ เฉพาะกลุ่มเพื่อนที่ตนเองมีความสนิทสนมและไว้ใจเท่านั้น สัมพันธภาพกับญาติ สำหรับผู้สูงอายุที่ มีบุตรหลานมาเยี่ยมเยียนทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกดีและเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตร หลานมาเยี่ยมเยียน สัมพันธภาพกับชุมชน เมื่อผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชนบริเวณใกล้ กับมูลนิธิ โดยคนในชุมชนมีทัศนคติและมีการปฏิบัติที่ดีต่อผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุรับรู้และประเมิน ตนเองในด้านบวก สัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่นั้นผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่น้อย

เปรมวดี คฤหเดช, พรพรรณ วรสีหะ, สำหรีแดงทองดี, สุรางค์ เชื้อวนิชชากร และ พูนสุข ช่วยทอง (2561) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขของผู้สูงอายุเกษียณอายุ ราชการกับปัจจัยส่วนบุคคลความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและวิถีชีวิต ผลการศึกษาพบว่า กลุ่ม ตัวอย่างไม่ระบุเจาะจงว่ามีความสุข หรือไม่มีความสุข ร้อยละ 63.4 รองลงมาค่อนข้างไม่มีความสุข และค่อนข้างมีความสุขร้อยละ 35.5 และร้อยละ 1.1 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุข

อย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.581$) วิธีชีวิตด้านการประกอบอาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.291$) วิธีชีวิตด้านการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.277$) และอายุมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -0.218$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มี ความสัมพันธ์ทางสถิติกับความสุข ($P > 0.05$) ได้แก่ วิธีชีวิตโดยรวม วิธีชีวิตด้านการรับประทานอาหาร ด้านการดูแลสุขภาพด้านร่างกายและด้านจิตใจ ด้านการช่วยเหลือ สังคมในชีวิตประจำวัน เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สายงาน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ และ สวัสดิการสุขภาพ

เพชรภรณ์ กลัญญ (2556) ทำการศึกษาการใช้กิจกรรมการประมวลพฤติกรรม ของตนเองในด้านบวกควบคู่กับกิจกรรมกลุ่ม เพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ในรายวิชาการพัฒนาตน ผลการศึกษา พบว่า 1) การเห็นคุณค่าใน ตนเองระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่ใช้วิธีการสอนแบบการใช้กิจกรรมการประมวล พฤติกรรมของตนเองในด้านบวกควบคู่กับกิจกรรมกลุ่มและกลุ่มที่ไม่ใช้วิธีการสอนแบบการใช้ กิจกรรมการประมวลพฤติกรรมของตนเองในด้านบวกควบคู่กับกิจกรรมกลุ่ม แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 2) การเห็นคุณค่าในตนเองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ใช้วิธีการ สอนแบบการใช้กิจกรรมการประมวลพฤติกรรมของตนเองในด้านบวกควบคู่กับกิจกรรมกลุ่ม และ กลุ่มที่ไม่ใช้วิธีการสอนแบบการใช้กิจกรรมการประมวลพฤติกรรมของตนเองในด้านบวกควบคู่ กับกิจกรรมกลุ่มแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 กล่าวคือกลุ่มที่ใช้วิธีการสอน แบบการใช้กิจกรรมการประมวลพฤติกรรมของตนเองในด้านบวกควบคู่กับกิจกรรมกลุ่มมีคะแนน การเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้วิธีการสอนแบบการใช้กิจกรรมการประมวลพฤติกรรม ของตนเองในด้านบวกควบคู่กับกิจกรรมกลุ่ม

สุพรรณษา แสงพระจันทร์, จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ และ เวทิส ประทุมศรี (2559) ทำการศึกษาการรับรู้ความหมายความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มี ภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ให้ความหมายของการมีคุณค่าในตนเอง สามารถสรุปประเด็นหลักได้ 3 ประเด็น และประเด็นย่อย 8 ประเด็น ดังนี้ ประเด็นที่ 1) ได้รับการ ยอมรับจากภายนอก ประเด็นย่อย คือ ชีวิตคนดี ชีวิตที่มีศักดิ์ศรีและชีวิตที่คิดบวก ประเด็นที่ 2) การ ได้รับการปฏิบัติเสมือนหนึ่งผู้มีความ ประเด็นย่อยคือ การได้รับยกย่องให้เป็นผู้นำ และการเป็นที่รัก และประเด็นที่ 3) ภูมิใจในสิ่งที่ฉันทำ ประเด็นย่อย คือ การพึ่งพาตนเอง การอุทิศตนเพื่อประโยชน์ ส่วนรวม และการสร้างคน

Szczesniak, M., Bielecka, G., Madej, D., Pienkowska, E. & Rodzen, W. (2020) ทำการศึกษา บทบาทของความนับถือตนเองในความสัมพันธ์ระหว่างความโดดเดี่ยว และความพึง

พอใจในชีวิตในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย: ประเทศโปแลนด์ ผลการศึกษาพบว่า ความโดดเดี่ยวมี ความสัมพันธ์ในทางลบกับความภาคภูมิใจในตนเองและชีวิต ความพึงพอใจ ความนับถือตนเองมี ความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจในชีวิต ตัวแปรแทรกซ้อนระหว่างความเหงาและความพึง พอใจในชีวิต คือการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และยังเป็นผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างความเหงาและ ความ พึงพอใจในชีวิต (ผลโดยตรง) และระหว่างความเหงากับความพอใจในชีวิตที่อาศัยความ ภาคภูมิใจในตนเอง (ผลทางอ้อม)

4. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม

การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น ทั้งที่เป็นคนในครอบครัว หรือเป็น บุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งแบบที่เป็นทางการ และแบบที่ไม่เป็นทางการ จะส่งผลให้บุคคลรู้สึกมี ความสำคัญ มีมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี สร้างความสุขทางใจให้แก่ผู้สูงอายุได้ 5 ด้าน ได้แก่ ความสามัคคีปรองดอง ความสงบสุขและการยอมรับ การพึ่งอาศัยกัน การเคารพนับถือ และความ สดชื่น เบิกบานใจ ทั้งนี้การมีปฏิสัมพันธ์ผ่านรูปแบบการช่วยเหลือเกื้อกูล เพื่อที่จะดำเนินชีวิต ต่อไปอย่างเป็นปึกคึกสุข หรือกระทำสิ่งใดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการสนับสนุนช่วยเหลือทั้ง ด้านวัตถุ สิ่งของ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ เรียกว่า การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นตัวแปรทางด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่อความสุขทางใจแก่ผู้สูงอายุ (นริศรา พึ่งโพธิ์สถ และฐาศุภร์ จันประเสริฐ, 2557)

4.1 ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม

มีนักวิชาการและนักวิจัยหลายท่าน ทั้งในและต่างประเทศได้ให้ความหมายของ แรงสนับสนุนทางสังคมสำหรับบุคคลทั่วไป และเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ไว้ที่น่าสนใจ ดังนี้

แคปแพลน Caplan (1974) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นธรรมชาติของ การปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลต้องมีการให้การช่วยเหลือ สนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ให้กำลังใจ แบ่งปันสิ่งของ ชี้นำ ให้คำแนะนำ หรือข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนให้ข้อมูล ป้อนกลับเพื่อให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีความมั่นคง และปลอดภัย

เฮาส์ House (1985) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับการ สนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสารวัตถุสิ่งของ หรือการ สนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับ ได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการจนเกิดภาวะการมีสุขภาพดี

แคปแลน และคิลลีเลีย (Caplan and Killilea, 1976) ให้คำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสารเงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ถือเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

กัลยารัตน์ ธีระธนชัยกุล (2563) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนด้านต่าง ๆ การตอบสนองความต้องการ การได้รับกำลังใจ และการส่งเสริมดูแลให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

พรพิมล เพ็ชรบุรี (2559) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เกิดเป็นเครือข่ายทางสังคม และมีการช่วยเหลือสนับสนุนกัน ทั้งด้านอารมณ์การยอมรับ การให้กำลังใจ ให้ความหวังใจ ช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การประเมินผล ประเมินค่าของพฤติกรรม เพื่อให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของบุคคล ต่อการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน จากเครือข่ายทางสังคม หรือการสนับสนุน ได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนด้านต่างๆ การตอบสนองความต้องการ การได้รับการส่งเสริมกำลังใจ การส่งเสริมดูแลให้สามารถมีความสุขในชีวิต

4.2 ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นความรู้สึกนึกคิด และการได้รับการสนับสนุนทั้งจากบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิต และสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมการแบ่งประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อใช้ประกอบการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

เฮ้าส์ House (1981) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้ความพอใจ การยอมรับนับถือความไว้วางใจความรัก และความผูกพันต่อกัน
2. การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การรับรอง และการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคม ซึ่งส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจ
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้คำแนะนำและคำปรึกษา การให้ข้อเท็จจริง เพื่อนำไปใช้ประกอบการแก้ปัญหา
4. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือด้านแรงงานเงิน และบริการที่จำเป็น

คอบบ์ Cobb (1979) แยกประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 ประเภท ได้แก่

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการสนับสนุนด้านการยอมรับ นับถือ การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ และความผูกพันซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นการสนับสนุนที่ย้ำ ให้รู้ว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น
3. การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) เป็นการสนับสนุนที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิก หรือส่วนหนึ่งของสังคมและมีความรู้สึก เป็นเจ้าของในสังคมของตน

แชฟเฟอร์ Schaffer, M. A. (2004) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้การช่วยเหลือผู้อื่นทางด้าน อารมณ์ ได้แก่การให้ความสำคัญ ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถพึ่งพา และไว้วางใจทำ ให้บุคคลรู้สึกว่าได้ได้รับความรักหรือความเอาใจใส่
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม และภาคปฏิบัติของบุคคล
3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในด้านต่าง ๆ เช่น การเงิน สิ่งของแรงงาน หรือการให้บริการ

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่ผ่านมา สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแนวคิดการแบ่งประเภทของคอบบ์ Cobb (1979) และแชฟเฟอร์ Schaffer, M. A. (2004) มาใช้เป็นแนวคิดในการศึกษาวิจัย และการรวบรวมข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาด้านความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการสนับสนุนด้านการยอมรับ นับถือ การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ และความผูกพันซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นการสนับสนุนที่ย้ำ ให้รู้ว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น
3. การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) เป็นการสนับสนุนที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิก หรือส่วนหนึ่งของสังคมและมีความรู้สึก เป็นเจ้าของในสังคมของตน

4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม และภาคปฏิบัติของบุคคล

4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่น่าสนใจจากนักวิจัยทั้งใน และต่างประเทศเพื่อประกอบการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

กัลยรัตน์ ชีระชนชัยกุล (2563) ทำการศึกษาอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานีนนทบุรี และสมุทรปราการ ผลการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานีนนทบุรีและสมุทรปราการอยู่ในระดับมาก ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี นนทบุรี และสมุทรปราการอยู่ในระดับปานกลางและด้านความสุขของผู้สูงอายุ พบว่าในภาพรวมความสุขของผู้สูงอายุ ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ เขต กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี นนทบุรี และสมุทรปราการมีความสุขอยู่ในระดับน้อยกว่าคนทั่วไป

พรพิมล เพ็ชรบุรี (2559) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตหลังทดลอง ($M=186.67, SD=13.10$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M=167.40, SD=14.13$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001, t=7.65$) และผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลังทดลอง ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม สามารถเพิ่มภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการออกแบบกิจกรรมหรือ โปรแกรมเพื่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ

พยาม การดี, พรรณพิมล สุขวงษ์ และดาว เวียงคำ (2559) ศึกษาการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อแรงสนับสนุนทางสังคมมุ่งเน้นไปที่จิตใจและต้องใส่ใจในการดูแล ทั้งด้านความต้องการและการตอบสนอง พบแรงสนับสนุนทางสังคมมาจาก 3 แหล่ง คือ ครอบครัวคือศูนย์รวมความรัก วัดคือศูนย์กลางพักใจ และโรงพยาบาลคือศูนย์รวมความช่วยเหลือ สรุปได้ว่า มุมมองตามการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะนำไปใช้เป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในชุมชนและ โรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมศักยภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ชิตริตัน ราศิริ และ อาจินต์ สงทับ (2564) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม วิธีการ เดินทางเข้ารับบริการสถานพยาบาล การเห็นคุณค่าของตนเอง การดำรงตำแหน่งในสังคม โรค ประจำตัวไข่มันในเลือด ความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุ การได้รับข้อมูลข่าวสาร โรคประจำตัวโรคหัวใจ สถานภาพสมรส และการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งสามารถร่วมกันทำนายการส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ได้ร้อยละ 62.2 ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมี การออกแบบรูปแบบกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เพื่อคุณภาพชีวิต ที่ดีขึ้นป้องกันไม่ให้ก้าวสู่ภาวะติดเตียงในอนาคต

เบเลงเกอ และคณะ Belanger, E., et al. (2016) ทำการศึกษาแหล่งที่มาของการ สนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องด้วยสุขภาพและคุณภาพชีวิต: การศึกษาภาคตัดขวางในหมู่ชาว แคนาดา และผู้สูงอายุในลาตินอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทาง สังคมและผลการศึกษาที่แตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุชาวแคนาดาและละตินอเมริกา ในบรรดาชาว แคนาดา ผู้ที่ไม่มีคู่อุปการะมีความทุกข์ของสุขภาพที่ดีต่ำกว่า และผู้ที่มีกำลังใจสูงจากเพื่อนมีสุขภาพที่ดี อย่างแพร่หลายในกลุ่มละตินอเมริกา มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัวในระดับสูง และคุณภาพชีวิตที่ดีสัมพันธ์กับการสนับสนุนระดับสูงจากลูกหลาน และ คู่ครอง สรุปได้ว่าในบรรดาผู้สูงอายุ แหล่งสนับสนุนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในสังคมต่างๆ การสนับสนุนจากเพื่อนฝูงและการมีคู่อุปการะนั้นสัมพันธ์กับการมีสุขภาพที่ดีในแคนาดา ในขณะที่ ในละตินอเมริกา การสนับสนุนจากครอบครัว ลูกหลาน และคู่อุปการะนั้นสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ น้อยลง และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

มาคาเบะ โอตาเกะ และ โนมิมิสุ (Makabe, Ohtake & Nomizu, 2011) ทำการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม สภาพของร่างกาย และจิตใจ ของสตรีสูงอายุญี่ปุ่น ที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม วัตถุประสงค์เพื่ออธิบายและทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุน ทางสังคม สภาพร่างกายและจิตใจของสตรีสูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรี สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 65 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมี นัยสำคัญกับสภาพร่างกายและจิตใจของสตรีสูงอายุญี่ปุ่นที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งควรมีการให้ การสนับสนุนทางสังคมต่อสตรีสูงอายุ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ในลักษณะพร้อมกันหรือแบบแผนคู่ขนาน (Concurrent or Simultaneous Design) ซึ่งดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) พร้อมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยให้ความสำคัญการวิจัยทั้งสองแบบเท่าเทียมกัน แล้วนำผลการศึกษา ที่ได้มาแปลผลร่วมกันชนิดดำเนินการไปพร้อมกัน

การศึกษาสุขภาวะทางจิตและแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ดำเนินการวิจัย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ศึกษาระดับ และความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และสุขภาวะทางจิต ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 2 ศึกษาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

2. วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ในลักษณะพร้อมกันหรือแบบแผนคู่ขนาน (Concurrent or Simultaneous Design) ซึ่งดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) พร้อมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยให้ความสำคัญการวิจัยทั้งสองแบบเท่าเทียมกัน แล้วนำผลการศึกษา ที่ได้มาแปลผลร่วมกันชนิดดำเนินการไปพร้อมกัน

ส่วนที่ 1 ศึกษาระดับ และความสัมพันธ์การเห็นคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และสภาวะทางจิต ของสูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวนทั้งสิ้น 324 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 176 คน จากสูตรคำนวณประมาณค่าเฉลี่ยกรณีทราบประชากร (Weiers, 2005) ดังนี้

$$\text{ดังนี้ } n = \frac{\sigma^2}{Z^2 \left(\frac{e^2}{N} + \sigma^2 \right)}$$

โดยให้ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดของประชากร

Z = ค่า Z ซึ่ง $\pm Z$ จะสอดคล้องกับระดับความเชื่อมั่นที่ต้องการ

σ = ค่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากรที่ทราบ

(หรือประมาณการได้ถ้าจำเป็น)

e = ความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้

ดำเนินการคำนวณทางคณิตศาสตร์จะได้
$$n = \frac{Nz^2(100)}{N + 100z^2}$$

และแทนค่าด้วย $Z_{0.025} = 1.96$ (คือค่าความเชื่อมั่น 95 %) จะได้สูตร ดังนี้

$$n = \frac{N(1.96)^2(100)}{N + 100(1.96)^2}$$

ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีทั้งหมด 324 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดยะลา, 2564) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ดังนี้

$$n = \frac{324 (1.96)^2 (100)}{324 + 100(1.96)^2}$$

$$n = \frac{124467}{708.16}$$

$$n = 175.76$$

n = 176 คน

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทั้งหมดมีจำนวน 176 คน

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Systematic Random Sampling) แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรให้กระจายทุกตำบล จำนวน 14 ตำบล แบบเป็นสัดส่วน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยนำรายชื่อผู้สูงอายุติดบ้านมาจับสลากโดยไม่ใส่คืน จนได้จำนวนครบตามสัดส่วนแต่ละตำบล ดังนี้

ลำดับ	ตำบล	จำนวนผู้สูงอายุติดบ้าน (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	สะเตง	110	60
2	บุคี	12	7
3	ยูโป	16	9
4	ลิดล	3	2
5	ยะลา	9	5
6	ท่าสาป	54	29
7	ลำใหม่	27	15
8	หน้าถ้ำ	5	3
9	ลำพะยา	44	24
10	เปาะเส็ง	8	4
11	พร่อน	1	1
12	บันนังสาด	8	4
13	สะเตงนอก	17	9
14	ตาเซะ	10	5
รวม		324	176

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) กำหนดคุณสมบัติ คือ

- 1) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบประเมิน TMSE ≤ 8 คะแนน
- 2) ได้รับการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ซึ่งอยู่ในกลุ่มติดบ้าน (5 – 11 คะแนน)
- 3) มีสติสัมปชัญญะ สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ

4) อยู่ในพื้นที่วิจัยอย่างน้อย 1 ปี

5) เต็มใจที่จะเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) กำหนดคุณสมบัติ คือ

1) เสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย

2) มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น ทำให้กลายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

3) ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

4) ถอนตัวออกจากการศึกษากระทันหัน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบกับการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว กลุ่มเพื่อน / บุคคลที่คบหาไปมาหาสู่เป็นประจำ โรคประจำตัว และการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

2. แบบสอบถามระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1981 และสมิทธิ์ เจือจินดา และวรรณภา โปธิผล (2562) เพื่อกำหนดองค์ประกอบของการเห็นคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 องค์ประกอบภายในตนเอง ประกอบด้วย

1.1 ความเชื่อมั่นในตนเอง

1.2 ความพึงพอใจในตนเอง

1.3 ความสามารถทั่วไป สมรรถภาพ และผลงาน

1.4 ภาวะทางอารมณ์

องค์ประกอบที่ 2 องค์ประกอบภายนอก ประกอบด้วย

2.1 ความรับผิดชอบต่อสังคม

2.2 การมีสัมพันธภาพอันดี

3. แบบสอบถามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 12 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการแบ่งประเภทแรงสนับสนุนทางสังคมของคอบบ์ Cobb (1979) และแชฟเฟอร์ Schaffer, M. A. (2004) มาใช้เป็นแนวคิดในการศึกษาวิจัย และการรวบรวมข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาด้านความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ ดังนี้

1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการสนับสนุนด้านการยอมรับ นับถือ การให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ และความผูกพันซึ่งกันและกัน

2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นการสนับสนุนที่ย้ำ ให้อำนาจเป็นบุคคลที่มีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3) การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) เป็นการสนับสนุนที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิก หรือส่วนหนึ่งของสังคมและมีความรู้สึก เป็นเจ้าของในสังคมของตน

4) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม และภาคปฏิบัติของบุคคล

4. แบบสอบถามระดับสุขภาวะทางจิต จำนวน 18 ข้อซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดระดับสุขภาวะทางจิตเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดยะลา โดยอาศัยแนวคิดสุขภาวะทางจิตของไรฟ์ และ เคเยส (Ryff, 1989; Ryff & Keyes 1995) ประกอบด้วย

1) การยอมรับตนเอง (Self - acceptance)

2) การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น (Positive relationship with others)

3) ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy)

4) ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม (Environmental mastery)

5) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in Life)

6) การเจริญเติบโตของความเป็นบุคคล (Personal Growth)

ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จาก “เห็นด้วยอย่างยิ่ง”

จนถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ซึ่งให้ผู้ตอบประเมินตนเองว่ามีความรู้สึก/ความคิดเห็นตามที่ระบุไว้ในแต่ละข้อในระดับใด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน และการแปลผลคะแนน ใช้มาตราส่วนประมาณค่าตามเกณฑ์การให้คะแนนระดับสุขภาวะทางจิต แปลผลเป็นค่าคะแนนเฉลี่ยตามหลักการแปลผลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายเฉลี่ยของแบบวัดระดับสุขภาวะทางจิต โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับ
4.21 – 5.00	สูงมาก
3.41 – 4.20	สูง
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	ต่ำ
1.00 – 1.80	ต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการออกแบบเครื่องมือและนำเครื่องมือไปหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ 2 ท่าน ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต 1 ท่าน กำหนดค่า IOC ระหว่าง .60 - 1.00 จากนั้นจึงนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้มีความถูกต้อง ชัดเจนและความเหมาะสมจากนั้นนำไปทดลองสอบถามกับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ทดสอบความเชื่อมั่นใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach, 1970) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามระดับสุขภาวะทางจิต เท่ากับ 0.924, 0.922 และ 0.927 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดยะลา โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และขออนุญาตให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยมีการคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ 2) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือจิตอาสาที่อยู่ในเขตพื้นที่ 3) สามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย พร้อมทั้งสาธิตการเก็บข้อมูลและให้ผู้ช่วยวิจัยสาธิตย้อนกลับ จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และให้การพิทักษ์สิทธิก่อนการเก็บข้อมูล ซึ่งสามารถปฏิเสธและยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตามความต้องการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป สถิติเชิงพรรณนาที่ใช้ ได้แก่ จำนวนร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และสุขภาวะทางจิต ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลาการรับรู้ สถิติเชิงพรรณนาที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และสุขภาวะทางจิต ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product-moment Correlation) โดยกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ Wiersma & Jurs (2008) ดังนี้

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.01-0.20 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.21-0.40 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.41 -0.60 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.61 -0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ค่าสหสัมพันธ์ (r) มากกว่า 0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของข้อมูล โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (Test of Normality) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่รอบ ๆ เส้นตรง และใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov – Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p = 0.070$) ดังนั้น สรุปได้ว่าลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

ส่วนที่ 2 ศึกษาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 10 คน และตัวแทนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน จากการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน กำหนดคุณสมบัติ คือ

1) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบประเมิน TMSE ≤ 8 คะแนน

2) ได้รับการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL) ซึ่งอยู่ในกลุ่มติดบ้าน (5 – 11 คะแนน)

- 3) มีสติสัมปชัญญะ สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ
- 4) อยู่ในพื้นที่วิจัยอย่างน้อย 1 ปี
- 5) เต็มใจที่จะเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มที่ 2 ตัวแทนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กำหนดคุณสมบัติ คือ

- 1) รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2) มีประสบการณ์การดูแลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่จังหวัดยะลา อย่างน้อย 6 เดือน
- 3) ไม่มีปัญหาการสื่อสาร
- 4) เต็มใจที่จะเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์แนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพะทางจิตของผู้สูงอายุกุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ประกอบด้วยประเด็นคำถาม จำนวน 6 ประเด็น โดยครอบคลุมองค์ประกอบของสุขภาพะทางจิตจำนวน 6 ด้าน ได้แก่ 1) การยอมรับตนเอง 2) การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น 3) ความเป็นตัวของตัวเอง 4) ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม 5) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และ 6) การเจริญเติบโตของความเป็นบุคคล โดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และนิยามศัพท์ในการกำหนดประเด็นสัมภาษณ์ และให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนไปใช้จริง

2. อุปกรณ์บันทึกเสียง เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยทำการขออนุญาต และบันทึกอย่างเปิดเผย พร้อมรับรองว่าจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล โดยจะเริ่มทำการบันทึกเสียงเมื่อได้รับอนุญาต และสิ้นสุดการบันทึกเสียงเมื่อการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น หรือผู้ให้ข้อมูลขอให้หยุดการบันทึกเสียงไว้ชั่วคราว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดยะลา พร้อมทำการชี้แจงผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวม การนำเสนอข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ พร้อมขออนุญาตบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยจดบันทึก ใช้เวลาในการสัมภาษณ์รายกลุ่ม ครั้งละ 30 – 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่งมีขั้นตอน (Crabtree & Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้มข้อมูล การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง นำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำเพื่อให้เกิดความถูกต้อง และการสรุปและรายงาน การวิจัย

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผลการวิเคราะห์เนื้อหา ด้วยวิธีวิเคราะห์แบบสามเส้า (Tri-angulation) โดยทีมผู้วิจัย 3 คน บุคลากรผู้ดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดยะลา 3 คน ตัวแทนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 3 คน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ 1 คน และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ได้จากการบันทึกเสียง โดยผู้วิจัยทำการถอดคำพูดอย่างละเอียด และแยกข้อมูลตามหัวข้อแนวคำถาม โดยแยกเป็นรายบุคคล ใส่ชื่อ และลำดับการสัมภาษณ์กำกับ ส่วนข้อมูลที่ได้จากการบันทึก จะสรุปเป็นประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์เท่านั้น เพื่อนำไปสนับสนุนการวิเคราะห์นั้นต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลรวม ผู้วิจัยนำผลการสัมภาษณ์ทั้ง 10 คน มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อหาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา โดยผู้วิจัยทำการจัดหมวดหมู่ ที่พิจารณาจากรูปแบบความสัมพันธ์ของข้อมูลระหว่างสิ่งที่ได้จากการสัมภาษณ์ และจากประสบการณ์การศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 3 การตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสม ของแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

ผู้วิจัยตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสมของแนวทางที่สร้างขึ้น โดยการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ และรับผิดชอบ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 5 ท่าน ด้วยแบบประเมินเป็นลักษณะเลือกตอบ 2 คำตอบ คือเหมาะสมและไม่เหมาะสม นำมาวิเคราะห์เป็นร้อยละของความเหมาะสม และไม่เหมาะสม และมีรายละเอียดของข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อความสมบูรณ์และการนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง ซึ่งพบว่าแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดยะลาการเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 88

4. จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาก่อนเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงเพื่อแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะเก็บเป็นความลับใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น และขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลาเลขที่ SCPHYIRB-082/2564 ลงวันที่ 23 สิงหาคม 2564



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ในลักษณะพร้อมกันหรือแบบแผนคู่ขนาน (Concurrent or Simultaneous Design) ซึ่งดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) พร้อมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยให้ความสำคัญการวิจัยทั้งสองแบบเท่าเทียมกัน แล้วนำผลการศึกษา ที่ได้มาแปลผลร่วมกันชนิดดำเนินการไปพร้อมกัน

ผลการวิเคราะห์สภาวะทางจิตและแนวทางในการสร้างเสริมสภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ดำเนินการเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ศึกษาระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และสภาวะทางจิต ของสูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 3 ศึกษาแนวทางในการสร้างเสริมสภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็นตารางประกอบการบรรยาย ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 176)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	60	34.09
หญิง	116	65.91
อายุ ($\bar{X} = 74.41$, $SD = 11.88$, $Min = 60$, $Max = 101$)		
60 – 70 ปี	84	47.73
71- 80 ปี	34	19.32
81 – 90 ปี	25	14.20
90 ปีขึ้นไป	33	18.75

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	54	30.68
อิสลาม	118	67.05
คริสต์	4	2.27
ระยะเวลาอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ($\bar{X} = 53.92$, $SD = 25.56$, $Min = 1$, $Max = 100$)		
สถานภาพสมรส		
โสด	4	2.27
คู่	89	50.57
หม้าย	79	44.89
หย่า / แยก	4	2.27
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ อ่านและเขียนไม่ได้	61	34.66
ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ อ่านและเขียนได้	12	6.82
ประถมศึกษา	56	31.82
มัธยมศึกษา	21	11.93
ปริญญาตรี	16	9.09
อื่น ๆ	10	5.68
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	134	76.13
ข้าราชการบ้านาญ	4	2.27
ค้าขาย	12	6.82
เกษตรกรรม	6	3.41
รับจ้าง	12	6.82
อื่น ๆ	8	4.55

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งของรายได้ที่สำคัญ		
การทำงานของตนเอง	18	10.23
เงินบำเหน็จ / บำนาญ	6	3.41
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากทางราชการ	88	50.00
ดอกเบี้ยเงินออม / ทรัพย์สินเดิม	2	1.14
แหล่งของรายได้ที่สำคัญ (ต่อ)		
คู่สมรส	8	4.55
บุตร	45	25.57
หลาน	2	1.14
อื่นๆ	7	3.98
ความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุที่ใช้จ่ายต่อเดือน		
เหลือเก็บ	4	2.27
พอใช้	89	50.57
ไม่พอใช้	72	40.91
ไม่พอใช้และเป็นหนี้	11	6.25
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
$(\bar{X} = 4.35, SD = 2.45, Min = 1, Max = 12)$		
ลักษณะโครงสร้างทางครอบครัว		
อาศัยอยู่คนเดียว	13	7.39
อาศัยอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น	25	14.20
อาศัยอยู่กับบุตรเท่านั้น	12	6.82
อาศัยอยู่กับหลานเท่านั้น	7	3.98
อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร	30	17.05
อาศัยอยู่กับคู่สมรสและหลาน	10	5.68
อาศัยอยู่กับบุตรและหลาน	44	25.00
อาศัยอยู่กับญาติ	6	3.41

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาศัยอยู่กับคู่สมรสบุตร และหลาน	22	12.50
อาศัยอยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่เครือญาติ	2	1.14
อื่นๆ	5	2.84
กลุ่มเพื่อน / บุคคล ที่ผู้สูงอายุไปมาหาสู่เป็นประจำ		
ไม่มี	76	43.18
มี	100	56.82
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน		
ไม่มี	61	34.66
มี	115	65.34
โรคประจำตัว(เฉพาะการวินิจฉัยจากแพทย์)		
ไม่มี	38	21.59
มี	138	78.41
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เบาหวาน	45	25.57
ความดันโลหิตสูง	122	69.32
หลอดเลือดสมอง	33	18.75
หลอดเลือดหัวใจ	30	17.05
ข้อเข่าเสื่อม	83	47.16
ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีโรคประจำตัวเพียง 1 โรค	29	21.01
ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค	109	78.99
การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน		
แข็งแรงดี	16	9.09
แข็งแรงปานกลาง	104	59.09
อ่อนแอ	42	23.86
อ่อนแอมาก	14	7.95

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.91) มีอายุระหว่าง 60 – 101 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 74.41 ($SD=11.88$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 67.05) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดยะลาเฉลี่ย 53.92 ปี และกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 50.57) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ อ่านและเขียนไม่ได้ร้อยละ 34.66 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 76.14) แหล่งรายได้ที่สำคัญที่สุดในการดำรงชีวิตได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากทางราชการ (ร้อยละ 50.00) ซึ่งพบว่ามีรายได้เพียงพอที่ใช้จ่ายต่อเดือนในระดับพอใช้ ร้อยละ 50.57 และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ย 4.35 คน/ครอบครัว ลักษณะโครงสร้างของครอบครัวส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับ บุตร และหลานมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 25.00 และมีกลุ่มเพื่อน/บุคคล ที่ผู้สูงอายุคบหาไปมาหาสู่อยู่เป็นประจำร้อยละ 56.82 ผู้สูงอายุร้อยละ 65.34 มีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนอยู่บ้าง ผู้สูงอายุร้อยละ 78.41 มีโรคประจำตัว และมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคถึงร้อยละ 78.99 (เฉพาะจากการวินิจฉัยของแพทย์) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 69.32) รองลงมาได้แก่โรคข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 47.16) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 25.57) ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในปัจจุบันส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพแข็งแรงปานกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 59.09

2. ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง

จังหวัดยะลา

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา รายข้อ และโดยรวม ($n=176$)

ข้อความ	\bar{X}	SD	ระดับ
ฉันชอบแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ	3.17	1.07	ปานกลาง
ฉันไม่หวาดกลัวที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ	3.27	1.05	ปานกลาง
ฉันจะพูดและทำในสิ่งที่ถูกต้อง แม้ว่าคนอื่นจะไม่เห็นด้วยก็ตาม	3.43	1.08	สูง
ฉันรู้สึกพอใจกับสภาพร่างกายของตนเองในขณะนี้	3.17	1.26	ปานกลาง
ฉันเป็นคนมีคุณค่าเท่าเทียมกับผู้อื่น	3.59	1.08	สูง
ฉันพอใจในสภาพชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	3.51	1.12	สูง
ฉันรู้สึกว่าตนเองทำอะไรก็ไม่สำเร็จ	3.36	1.15	ปานกลาง

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อความ	\bar{X}	SD	ระดับ
ฉันสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ดีเท่ากับคนอื่นๆ	3.05	1.22	ปานกลาง
ฉันเชื่อว่าตัวฉันยังสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง	3.23	1.19	ปานกลาง
คงไม่มีใครอยากมีชีวิตเหมือนฉัน	2.85	1.21	ปานกลาง
ฉันไม่เคยได้รับการชื่นชมเหมือนกับคนอื่น	3.54	1.04	สูง
ฉันต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสังคม	3.59	1.08	สูง
ฉันชอบทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม	3.47	1.13	สูง
ฉันเป็นที่รู้จัก และได้รับการยอมรับจากผู้คนเป็นอย่างดี	3.29	1.10	ปานกลาง
ฉันถูกมองข้ามบ่อยครั้ง	3.53	1.09	สูง
โดยรวมเฉลี่ย	3.34	0.66	ปานกลาง

จากตาราง 4.2 สามารถอธิบายได้ว่าแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเองของสูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลาจำนวน 15 ข้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมทุกด้านโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.34$, $SD=0.66$) และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ฉันเป็นคนมีคุณค่าเท่าเทียมกับผู้อื่น และฉันต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสังคม ($\bar{X}=3.59$, $SD=1.08$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ข้อคำถามคงไม่มีใครอยากมีชีวิตเหมือนฉัน ($\bar{X}=2.85$, $SD=1.21$)

3. ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของสูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของสูงอายุกุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา รายข้อ และโดยรวม (n= 176)

ข้อความ	\bar{X}	SD	ระดับ
ท่านได้รับการยกย่อง และยอมรับจากคนในครอบครัว	3.84	0.99	สูง
ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลเรื่องอาหาร การทำความสะอาดเสื้อผ้าอย่างเหมาะสม	3.97	0.99	สูง
คนในครอบครัวให้การช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตของท่านอย่างสม่ำเสมอ	3.80	1.07	สูง
ท่านเป็นที่ปรึกษาให้กับคนในครอบครัวเมื่อประสบปัญหาต่าง ๆ เสมอ	3.54	1.17	สูง
ท่านมั่นใจได้ว่าหากเกิดอันตรายขึ้นกับตัวท่านจะมีคนใกล้ชิดช่วยเหลือน้อย่างทันท่วงที	4.05	0.89	สูง
คนในครอบครัวหวังดีต่อท่าน และดูแลให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข	4.20	0.81	สูง
ท่านได้รับการยอมรับจากชุมชนให้เข้าร่วมงานประเพณี หรือกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน	3.40	1.11	ปานกลาง
เมื่อท่านร้องขอ ท่านจะได้รับการช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	3.52	1.07	สูง
ท่านเป็นตัวอย่างที่ดี และได้รับการยอมรับนับถือจากคนในชุมชน	3.31	0.97	ปานกลาง
เมื่อท่านมีข้อสงสัย และกังวลในเรื่องสุขภาพ ท่านสามารถขอคำปรึกษาจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ เช่น โรงพยาบาลใกล้บ้าน	4.01	0.97	สูง
ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นต้น			
ท่านได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ และสวัสดิการที่ท่านควรได้รับจากหน่วยงานต่าง ๆ อย่างเหมาะสม	3.77	1.01	สูง
ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น เทศบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	3.65	1.01	สูง
โดยรวมเฉลี่ย	3.75	0.73	สูง

จากตาราง 4.3 สามารถอธิบายได้ว่าแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของสูงอายุ กลุ่ม ตึคบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 12 ข้อ ค่าเฉลี่ยโดยรวมทุกด้านโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.75$, $SD=0.73$) และ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ คนในครอบครัวหวังดีต่อท่าน และดูแลให้ท่านปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข ($\bar{X}=4.20$, $SD=0.81$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ข้อคำถามท่านเป็นตัวอย่างที่ดี และได้รับการยอมรับนับถือจากคนในชุมชน($\bar{X}=3.31$, $SD=0.97$)

4. ระดับสุขภาวะทางจิตของสูงอายุกลุ่มตึคบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา
 ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสุขภาวะทางจิตของสูงอายุกลุ่มตึคบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา รายข้อ และโดยรวม (n= 176)

ข้อความ	\bar{X}	SD	ระดับ
ฉันภูมิใจกับชีวิตที่ผ่านมาในอดีตของฉัน	3.98	0.88	สูง
ฉันรู้สึกมั่นใจและคิดบวกกับตัวเองเสมอ	3.82	0.90	สูง
ฉันพอใจในสิ่งที่ฉันเป็นอยู่	3.77	0.99	สูง
ฉันรู้สึกว่าตัวฉันเป็นที่รักของคนทั่วไป	3.60	0.92	สูง
ฉันรู้สึกเหงา เพราะมีเพื่อนสนิทที่จะคอยรับฟังและแบ่งปันทุกข์สุขน้อยเหลือเกิน	2.84	1.15	ปานกลาง
ฉันรู้สึกมีความสุขเมื่อได้พูดคุยกับเพื่อนหรือคนในครอบครัว	4.09	0.86	สูง
การตัดสินใจของฉันไม่ได้ขึ้นอยู่กับภาระของคนอื่นทั้งหมด	3.66	0.98	สูง
ฉันมักจะคล้อยตามความคิดของคนอื่นเสมอ	3.11	0.92	ปานกลาง
ฉันวิตกกังวลว่าคนอื่นจะคิดอย่างไรกับฉัน	3.15	1.06	ปานกลาง
ฉันสามารถจัดการกับเรื่องต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ตามความสามารถที่ฉันมี	3.64	1.00	สูง
เป็นเรื่องยากสำหรับฉันที่จะจัดการชีวิตให้ลงตัว	3.02	1.09	ปานกลาง
ฉันรู้สึกแย่กับเรื่องที่ต้องรับผิดชอบมากมาย	3.32	1.17	ปานกลาง
ฉันดำเนินชีวิตในแต่ละวันโดยไม่คำนึงถึงอนาคต	3.33	1.13	ปานกลาง
ฉันรู้สึกมีความสุขในการวางแผนเพื่ออนาคตและดำเนินการให้เป็นจริง	3.43	1.02	สูง

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ข้อความ	\bar{X}	SD	ระดับ
ฉันไม่รู้ว่าจะต้องพยายามให้ตนเองประสบความสำเร็จในชีวิตไปเพื่ออะไร	3.24	1.12	ปานกลาง
ฉันคิดว่าการเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ เป็นเรื่องที่ทำท่าย	3.30	1.00	ปานกลาง
ฉันไม่ชอบทำในสิ่งที่ฉันไม่คุ้นเคย	2.75	1.00	ปานกลาง
ฉันพยายามปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีขึ้นมาโดยตลอด	3.73	0.92	สูง
โดยรวมเฉลี่ย	3.43	0.45	สูง

จากตาราง 4.4 สามารถอธิบายได้ว่าแบบสอบถามสุขภาวะทางจิตของสูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 18 ข้อ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมทุกด้านโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.43$, $SD=0.45$) และพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ฉันรู้สึกมีความสุขเมื่อได้พูดคุยกับเพื่อนหรือคนในครอบครัว ($\bar{X}=4.09$, $SD=0.86$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ข้อคำถามฉันไม่ชอบทำในสิ่งที่ฉันไม่คุ้นเคย ($\bar{X}=2.75$, $SD=1.00$)

ตารางที่ 4.5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา (n= 176)

	สุขภาวะทางจิต
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.648**
แรงสนับสนุนทางสังคม	.583**

** $p>.01$

ตาราง 4.5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์ทางบวกกัน ดังนี้

1) การเห็นคุณค่าในตนเอง กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.648$)

2) แรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.583$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีการเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม จะมีระดับสุขภาวะทางจิตในทิศทางบวกด้วยเช่นกัน

ส่วนที่ 2 ศึกษาาระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และสุขภาวะทางจิต ของสูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ

ผลการสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ซึ่งได้แก่กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 10 คน และตัวแทนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ซึ่งประกอบด้วย 5 ประเด็นหลักที่ครอบคลุมแนวทางการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต ตามข้อมูลของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวน 10 คน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) มีอายุระหว่าง 60 – 72 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 80) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดยะลาเฉลี่ย 52 ปี และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60) การศึกษาส่วนใหญ่ในระดับประถมศึกษา และไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 80) แหล่งรายได้ที่สำคัญที่สุดในการดำรงชีวิตได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากราชการ (ร้อยละ 60.00) ซึ่งพบว่ามีรายได้เพียงพอที่ใช้จ่ายต่อเดือนในระดับพอใช้ ร้อยละ 60 และมีจำนวนสมาชิกประมาณ 2 - 5 คน/ครอบครัว ลักษณะโครงสร้างของครอบครัวส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตรมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 40 และมีกลุ่มเพื่อน/บุคคล ที่ผู้สูงอายุคบหาไปมาหาสู่อยู่เป็นประจำร้อยละ 60 ผู้สูงอายุร้อยละ 60 มีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนอยู่บ้าง ผู้สูงอายุร้อยละ 60 ไม่มีโรคประจำตัว (เฉพาะจากการวินิจฉัยของแพทย์) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดัน

โลหิตสูง รองลงมาได้แก่โรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบันส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพแข็งแรงปานกลางมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 70

1.2 ประเด็นจากการสนทนากลุ่ม

ประเด็นที่ 1 นิยามของสุขภาพทางจิตในผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดยะลา ในประเด็นต่อไปนี้

1) การยอมรับตนเอง

จากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้สูงอายุมักมีการรับรู้เกี่ยวกับการยอมรับตนเองในมุมมองที่ส่งเสริมให้ตนเองเกิดสุขภาพทางจิตที่ดี โดยมีประเด็นหลักได้แก่ 1) การไม่ตำหนิตนเองถึงความสามารถในการดำรงชีวิตในปัจจุบัน 2) แม้ว่าจะเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในชีวิต ก็ล้วนแต่เกิดจากสิ่งที่ตนเองได้กระทำมา หรืออาจเกิดจากเวรกรรมที่ทำมา และในมุมมองของผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามก็จะมีมุมมองเกี่ยวกับทุกสิ่งอย่างที่เกิดขึ้นพระเจ้าได้กำหนดมาแล้ว จึงควรน้อมรับผลต่างๆ ที่พระเจ้ากำหนดมา และใช้ทดสอบตัวของผู้สูงอายุเองดังตัวอย่างข้อมูล

“ เเท่านี้ก็ดีมากแล้วแหละอาจารย์ ยังพอทำอะไร ได้บ้าง เป็นอย่างทุกวันนี้ก็ไม่ได้เสียหายอะไร ” (ผู้สูงอายุคนที่ 2)

“ พระเจ้ากำหนดมาแล้ว ดีร้ายอย่างไร เราก็ต้องทำใจยอมรับ และถือว่าพระเจ้าท่านกำลังทดสอบเราอยู่ ” (ผู้สูงอายุคนที่ 10)

2) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น

จากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้สูงอายุมักมีการรับรู้เกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น โดยมีประเด็นหลักของการให้ความหมายของมุมมองการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นที่สร้างเสริมสุขภาพทางจิต ในมุมมองของ 1) การสามารถเข้าใจห่วงใยความรู้สึกของผู้อื่น เข้าใจผู้อื่น ซึ่งการสร้างคามตระหนักถึงประโยชน์ของการไว้ใจผู้อื่น 2) การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เข้าใจทั้งการเป็นผู้ให้เป็นผู้รับเป็นสิ่งที่ดี เพราะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจำเป็นจะต้องมีการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ดังตัวอย่างข้อมูล

“ คิดคิดว่าบางทีอยู่บ้านคนเดียว โดยเฉพาะช่วงที่เด็กๆเขาออกไปทำงานกัน มันก็เหงานะ ดีที่มีคนรู้จักอยู่บ้างพอได้คุยกัน ได้ฟังเรื่องราวคนอื่น ก็เข้าใจเห็นใจเขามากขึ้น อย่างว่าคนเราแก่แล้วมันต้องพึ่งพาผู้อื่น ก็ควรรู้จักคนไว้บ้าง ” (ผู้สูงอายุคนที่ 2)

“ การรู้จักคนอื่นมันก็ทำให้ได้เข้าใจคนมากขึ้นนะ แล้วถ้าสนิทกันมากขึ้นมันก็ทำให้รู้สึกว่าเป็นสิ่งที่ดี ได้ช่วยเหลือดูแลกัน ” (ผู้สูงอายุคนที่ 4)

3) ความเป็นตัวของตัวเอง

จากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีประเด็นของการตีความและให้นิยามเกี่ยวกับความเป็นตัวของตัวเอง ได้แก่ 1) ความกังวลต่อการกล้าคิด กล้าทำ กล้าตัดสินใจ 2) การคล้อยตามความคิดคนอื่นเนื่องจากยังต้องพึ่งพาผู้อื่นในหลายเรื่อง 3) ความสามารถที่จะเปิดเผยตนเองต่อผู้อื่น หรือความสามารถแสดงออกซึ่งการเป็นตัวของตัวเองตลอดจนเรียนรู้วิธีการแสดงออก รู้จัก และทำความเข้าใจกับตนเองซึ่งกระบวนการเหล่านี้ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพร่างกาย เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งอาจส่งผลให้เป็นผู้สูงวัยที่ขาดความเป็นตัวของตัวเอง ดังตัวอย่างข้อมูล

“ป้ารู้สึกว้าป้าเป็นคนแก่คนหนึ่งที่ไม่ค่อยมั่นใจในตัวเองนะอาจารย์ ไม่ค่อยกล้าแสดงความคิดเห็นอะไรหรอก ก็ต้องตามๆเขาไป เรายังต้องพึ่งพาเขามาก ” (ผู้สูงอายุคนที่ 5)

“ผมว่าการเป็นตัวของตัวเอง หรือความมั่นใจ สำหรับผมเป็นเรื่องที่คินะ แต่ตอนนี้คือแก่แล้วเร็วแรงก็ไม่ค่อยมีเหมือนเมื่อก่อนพูดไปก็คงไม่มีใครฟังสักเท่าไร ” (ผู้สูงอายุคนที่ 7)

4) ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม

จากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีการรับรู้ด้านความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพทางจิตพบว่าประเด็นหลักได้แก่ การต้องมีการจัดการที่ดีเกี่ยวกับสิ่งรอบตัว โดยเฉพาะการดำเนินชีวิตประจำวันต่าง ๆ และถึงแม้จะมีอายุมากและส่วนใหญ่จะอยู่ติดบ้าน หากต้องการเป็นผู้มีสุขภาพทางจิตที่ดี ต้องรู้จักการจัดการที่ดี โดยเฉพาะกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว เช่น ชีวิตประจำวัน หรือการทำงานที่เกี่ยวข้อง ดังตัวอย่างข้อมูล

“ป้ามองว่าถึงส่วนใหญ่เราจะอยู่แต่เร็น (บ้าน) ที่สำคัญต้องจัดการเรื่องรอบตัวได้ดี เช่น การใช้ชีวิตประจำวัน ถ้าจัดการอะไรไม่ได้ก็จะเป็นภาระลูกหลาน ” (ผู้สูงอายุคนที่ 2)

“ การดูแลตนเองได้ จัดการอะไรต่าง ๆ ถ้าทำได้ก็ถือเป็นคนแก่ที่มีความสุขเลยนะ ถึงมันจะยากบ้างแต่เราไม่ค่อยไปไหนส่วนใหญ่อะไรก็ไม่เดือดร้อนใคร ” (ผู้สูงอายุคนที่ 9)

5) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

จากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน รับรู้และมีมุมมองด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต โดยให้ค่าและมองประเด็นหลักของการให้ความหมายว่าที่ค่อนข้างไปในทิศทางของการไม่ได้มีสิ่งที่คาดหวังในอนาคต เพราะอายุก็มากขึ้น คิดถึงวันที่ต้องเสียชีวิตเพียงอย่างเดียว แค่นี้ที่สุดจุดมุ่งหมายคือการไม่เป็นภาระลูกหลาน ในส่วนของผู้สูงอายุมุสลิมกลุ่มติดบ้าน จะเชื่อว่าอนาคตกำหนดโดยพระเจ้าอยู่แล้ว ซึ่งต้องดำรงชีวิตตามแนวทางของศาสนา ดังตัวอย่างข้อมูล

“แก่แล้ว ไม้รู้จะวางแผนหรือมีความหวังอะไรอีกนะ ขอแค่ร่างกายดี ไม่เป็นภาระลูกหลานก็ดีใจแล้ว” (ผู้สูงอายุคนที่ 4)

“ตอนนี้ป่าพูดตรง ๆ นะอาจารย์ คือไม่คิดไม่หวังอะไรแล้วแหละ อย่าเจ็บอย่าป่วยนี่ถือว่าสุขยอดแล้ว” (ผู้สูงอายุคนที่ 3)

“พระเจ้าท่านกำหนดไว้แล้ว ขอเพียงเราเป็นบ่าวที่ดี ดำเนินชีวิตให้ถูกต้องก็พอแล้ว ทำดียอมได้ไม่ต้องตั้งเป้าหมายมากนักให้เข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นก็พอ” (ผู้สูงอายุคนที่ 9)

6) การเจริญเติบโตของความเป็นบุคคล

จากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีมุมมองในการดำเนินชีวิตที่ด้านการเจริญเติบโตของความเป็นบุคคล ที่ไม่ได้ต้องการเรียนรู้อะไรเพิ่มเติม คิดว่าอายุ และสภาพร่างกายเป็นอุปสรรคที่สำคัญ ไม่ค่อยกล้าทำในสิ่งที่ท้าทาย เพื่อการเติบโตของงานในความเป็นมนุษย์ เช่น การเปิดกว้างต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก หรือความท้าทายกับสิ่งใหม่ ๆ ดังตัวอย่างข้อมูล

“แก่แล้ว จริงๆ ก็อยากพัฒนาตัวเอง เรียนรู้โลกกว้างกับเขาบ้างนะ แต่หูตาก็ไม่ค่อยดี จะทำอะไรก็ต้องกวนเด็กมันอีก” (ผู้สูงอายุคนที่ 5)

“ตามที่ป่าคิดคือ คนแก่ไม่ต้องเรียนรู้อะไร มากก็ได้นะ ยิ่งถ้าเฒ่า (แก่) มากก็ใกล้จะไม่ได้อยู่แล้ว เอาให้ทุกๆ วัน ไปให้รอดก็ดีแล้วแหละ” (ผู้สูงอายุคนที่ 6)

ประเด็นที่ 2 สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ในปัจจุบัน

จากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านไปในทิศทางที่ดี เนื่องจากการรับรู้จากข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะจากผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เข้าถึงในชุมชน รวมถึงการสังเกตจากคนรอบข้างที่ยังไม่มีเหตุการณ์การเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง ดังตัวอย่างข้อมูล

“น่าจะดีนะ ไม่มีใครเครียดมาก หรือเศร้ารุนแรง ก็จะมีแต่หงา ๆ บ้างเพราะส่วนใหญ่เราอยู่แต่บ้าน ก็ไม่ค่อยได้รับรู้อะไรภายนอกมากเห็นแต่ลูก กับเจ้าที่ที่มาบอຍเขาหลง (พูด) กัน ก็น่าจะอยู่ดีกันนะ” (ผู้สูงอายุคนที่ 1)

“ข่าวคราวที่เห็นกับที่สังเกตแล (ดู) ก็ถือว่าปกติดีนะ อีกอย่างเวลามีงานมีอะไรก็สนุกสนานกันดี” (ผู้สูงอายุคนที่ 6)

ประเด็นที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ในปัจจุบัน

จากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีการรับรู้ เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ในปัจจุบัน ซึ่งได้ให้ข้อมูลของปัจจัยหลักได้แก่ ปัจจัยทางด้านสภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม รวมถึงภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ ดังตัวอย่างข้อมูล

“คือถ้ามันไม่แข็งแรง ไม่มีแรงนี่มันก็เครียดนะ สุขภาพจิตมันก็ไม่ดีตามไปด้วยนะ แล้วก็เห็นอย่างนี้แก่แล้วยังต้องมีหน้าที่นะ เลี้ยงหลานตั้ง 2 คน ไม่ใช่่ง่าย ๆ กำลังชนด้วยเหนื่อยนะ เครียดด้วย” (ผู้สูงอายุคนที่ 2)

“จิตใจมันไม่ค่อยดี บางทีเราอยู่แต่บ้านไม่มีรายได้เป็นของตัวเองรอลูกเขาให้ จะทวงก็ไม่กล้าเกรงใจบางทีก็เครียด แล้วก็ต้องไปหาหมอทุกเดือนรู้สึกตัวตัวเองเป็นภาระ ขับรถไปไหนมาไหนก็ไม่สะดวก มันก็ทำให้ใจเราเสียเหมือนกัน” (ผู้สูงอายุคนที่ 4)

ประเด็นที่ 4 เครื่องมือทำงานที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

จากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีการรับรู้ เกี่ยวกับเครื่องมือทำงานที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ตามที่ตนเห็นและรับรู้จากประสบการณ์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานภาครัฐ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน ได้แก่ วัด มัสยิด สมาคม หรือการรวมกลุ่มของคนในชุมชน ดังตัวอย่างข้อมูล

“ที่เห็นชัดๆ เลยก็คงเป็นอนามัยนะ แต่ถ้าอยู่ในเมืองเขาก็มีเทศบาลใช้ไหม แล้วก็ อ.ส.ม. เขาก็มาดูแลอยู่นะ” (ผู้สูงอายุคนที่ 3)

“ถ้าไม่ใช่ของรัฐก็จะมี วัดนี่แหละ ได้ไปทำบุญมันก็มีความสุขใจนะ ถ้าอิสลามก็คงเป็นมัสยิดเขานั่นแหละ หรือการรวมกลุ่มในชุมชนก็น่าจะดีนะ” (ผู้สูงอายุคนที่ 4)

ประเด็นที่ 5 แนวทางการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

จากการสนทนากลุ่มพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีการรับรู้ เกี่ยวกับแนวทางที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ตามที่ตนรับรู้ได้แก่ การดำเนินการจะต้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ไม่สะดวกกับการเข้าร่วมกลุ่มเพราะส่วนใหญ่จะไม่ค่อยเดินทางออกจากบ้าน และจะต้องทำได้ง่ายไม่เป็นการเพิ่มความเครียดให้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และต้องเป็นกิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนการ สนุกสนาน และเข้าถึงได้ง่าย ดังตัวอย่างข้อมูล

“ ถ้าจะส่งเสริมทางจิตใจกับคนสูงอายุที่อยู่กับบ้านก็ต้องง่ายขึ้น เพราะเดินทางก็ไม่สะดวก แล้วก็ไม่ต้องเลี้ยงหลานด้วย ” (ผู้สูงอายุคนที่ 2)

“ เอาแบบง่าย ๆ เพราะแก่แล้วทำอะไรไม่ค่อยได้ แล้วก็เอาแบบสนุก ๆ ไม่เครียดนะ ถ้าแบบมานั่งเรียนนี่คือไม่ชอบ ” (ผู้สูงอายุคนที่ 4)

“ เอาแบบไม่ต้องออกจากบ้านไปไกลจะดีมาก ๆ เลยค่ะ จริง ๆ แล้วอยู่บ้านอย่างเดียวก็เหงานะ ถ้ามีอะไรทำให้จิตใจสนุกสนานก็น่าจะดี ” (ผู้สูงอายุคนที่ 7)

2. กลุ่มตัวแทนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกคนทำงานอยู่ในสังกัดหน่วยงานภาครัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดยะลา สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลนครยะลา ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 12 จังหวัดยะลา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) มีอายุระหว่าง 32 – 56 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 70) ทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระหว่าง 4 – 12 ปี

2.2 ประเด็นจากการสนทนากลุ่ม

ประเด็นที่ 1 นิยามของสุขภาพทางจิตในผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ในประเด็นต่อไปนี้

1) การยอมรับตนเอง

จากการสนทนากลุ่มพบว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการรับรู้เกี่ยวกับการยอมรับตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยอมรับตนเอง และมีทัศนคติในแง่บวก โดยมีประเด็นหลักได้แก่ 1) การยอมรับสภาพของตนเองในปัจจุบัน 2) ผู้สูงอายุจะยอมรับตนเองในมุมมองที่ต่างกันในเรื่องของศาสนาที่ผู้สูงอายุนับถือ หากเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่นับถือศาสนาพุทธ ก็จะเชื่อในเรื่องของเวรกรรมสิ่งที่ตนเองทำมา หากเป็นผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามก็จะมีเชื่อที่ว่าทุกอย่างที่เกิดขึ้นต้องยอมรับเพราะพระเจ้ากำหนดมาแล้ว และถือว่าเป็นบททดสอบจากพระเจ้าดังตัวอย่างข้อมูล

“ พี่มองว่าศาสนาที่มีส่วนกับความเชื่อของผู้สูงอายุมากนะค่ะ ถ้าเป็นมุสลิมก็จะเชื่อว่าทุกอย่างพระเจ้ากำหนดมาแล้ว ต้องยอมรับทุกประการ และพระเจ้ากำลังทดสอบ ถ้าเป็นคนไทยพุทธบางทีก็คิดว่าเป็นเวรเป็นกรรมหรือเป็นสิ่งที่เกิดจากสิ่งที่เคยทำมา ” (บุคลากรคนที่ 3)

“ ส่วนใหญ่มองว่าผู้สูงอายุเขาก็ยอมรับตัวเองในมุมมองกันนะค่ะ เหมือนที่เคยไปดูแล หรือไปคัดกรองนี่ก็ทำให้ข้อมูลในเชิงบวกกับตัวเองนะค่ะ ” (บุคลากรคนที่ 4)

2) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น

จากการสนทนากลุ่มพบว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการรับรู้เกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในอำเภอเมือง จังหวัดยะ ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น โดยมีประเด็นหลักได้แก่ 1) การสามารถเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น การไว้วางใจผู้อื่น 2) การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เข้าใจทั้งการเป็นผู้ให้เป็นสิ่งที่ดี เพราะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจำเป็นจะต้องมีการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ดังตัวอย่างข้อมูล

“ผู้สูงอายุที่ผมดูแลอยู่คือเคยพูดเปรย ๆ ว่าบางที่อยู่บ้านคนเดียวโดยเฉพาะช่วงที่คนในบ้าน ไปเรียน หรือไปทำงานออกไปทำงานกันหมดก็ทำให้รู้สึกเหงา แต่ก็มีเพื่อนบ้านไว้คุยแก้เหงา ได้ฟังเรื่องราวคนอื่น ก็เข้าใจเห็นใจเขามากขึ้น” (บุคลากรคนที่ 6)

“เท่าที่ทราบคือผู้สูงอายุติดบ้านนี้ไม่ค่อยจะไปไหน คนรอบข้างก็จะมีสมาชิกในครอบครัว กับเพื่อนบ้านนี้แหละที่สำคัญ ก็ต้องเข้าใจ ไว้วางใจกัน เพราะต้องพึ่งพาอาศัยกันอยู่” (บุคลากรคนที่ 7)

3) ความเป็นตัวของตัวเอง

จากการสนทนากลุ่มพบว่าจากการสนทนากลุ่ม พบว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการรับรู้เกี่ยวกับความเป็นตัวของตัวเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในอำเภอเมือง จังหวัดยะ โดยผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีประเด็นของการตีความและให้นิยามเกี่ยวกับความเป็นตัวของตัวเอง ได้แก่ 1) การคล้อยตามความคิดคนอื่นเนื่องจากยังต้องพึ่งพาผู้อื่น 2) ความกังวลต่อการ กล้าคิด กล้าทำ กล้าตัดสินใจ กล้าแสดงความคิดเห็นเนื่องจากเกรงจะไม่ได้รับการยอมรับจากภาวะสุขภาพร่างกาย สังคม อารมณ์ ซึ่งอาจส่งผลให้เป็นผู้สูงวัยที่ขาดความเป็นตัวของตัวเอง ดังตัวอย่างข้อมูล

“ผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่ติดบ้านคือเขาไม่ค่อยจะได้ออกไปไหน ก็จะไม่มั่นใจที่จะแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ โดยเฉพาะในที่ประชุมใหญ่ อาจจากข้อจำกัดและความน่าเชื่อถือของตัวเอง”(บุคลากรคนที่ 2)

“มองว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังต้องพึ่งพาคนอื่นในหลายๆ เรื่อง จึงมีอำนาจต่อรองค่อนข้างน้อย การแสดงความคิดเห็นหรือการแสดงความเป็นตัวตนของตนเองก็จำกัด โดยเฉพาะกับคนในครอบครัวที่ยังต้องขอความช่วยเหลืออยู่” (บุคลากรคนที่ 7)

4) ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม

จากการสนทนากลุ่มพบว่าบุคลาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ผู้สูงอายุมักมีการรับรู้ด้านความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม พบว่าส่วนใหญ่ยังมีความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะในชีวิตประจำวันได้ เนื่องจากจากการคัดกรองค่า ADL ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้อยู่ในช่วงของ 5 – 11 คะแนน ซึ่งก็ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองอยู่ได้บ้าง แต่จะต้องมีการจัดการที่ดีเกี่ยวกับสิ่งรอบตัว โดยเฉพาะการดำเนินชีวิตประจำวันต่าง ๆ ดังตัวอย่างข้อมูล

“ผู้สูงอายุกลุ่มนี้คือค่า ADL ก็ยังอยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน คือก็พอช่วยเหลือตัวเองได้อยู่นะ แต่ผู้สูงอายุก็ต้องดูแลตัวเองจัดการตัวเองให้ดีกว่า” (บุคลาการคนที่ 2)

“ การดูแลจัดการตัวเองของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ก็ต้องจัดการกับสิ่งรอบตัวให้ดี ถึงจะมีความสุข เพราะหลายคนก็ยังมีภาระอยู่ บางคนก็ยังทำงานอยู่บ้าง หรือมีโรคประจำตัวก็ต้องจัดการให้ดี แต่ส่วนใหญ่ก็พอทำกันได้นะ ” (บุคลาการคนที่ 9)

5) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

จากการสนทนากลุ่มพบว่าบุคลาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการรับรู้เกี่ยวกับการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ซึ่งพบประเด็นหลักไปในทิศทางของการไม่มีจุดมุ่งหมายในอนาคต ต้องการเพียงแค่ให้สุขภาพร่างกายยังดีพอที่จะช่วยเหลือตัวเองได้และการไม่เป็นภาระลูกหลาน ดังตัวอย่างข้อมูล

“ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเท่าที่เคยไปสัมผัสพูดคุยมา คือเขาไม่ค่อยจะเอาอะไรแล้ว ต้องการแค่ให้สุขภาพดีไม่เป็นภาระลูกหลานก็พอใจแล้ว ไม่ได้ตั้งเป้าหมายอนาคตอะไร ” (บุคลาการคนที่ 2)

“ส่วนใหญ่จะอยู่กับภาวะยอมรับกับปัจจุบัน ส่วนเป้าหมายในชีวิตดูเหมือนจะเป็นเรื่องไกลตัว สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้แค่ไม่เจ็บ ไม่ไข้ไม่เป็นภาระใครก็มีความสุข ” (บุคลาการคนที่ 3)

6) การเจริญเติบโตของความเป็นบุคคล

จากการสนทนากลุ่มพบว่าบุคลาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการรับรู้เกี่ยวกับการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ซึ่งพบประเด็นหลักด้านการเจริญเติบโตของความเป็นบุคคล ที่ไม่ต้องการเรียนรู้อะไรเพิ่มเติม เนื่องจากสภาพร่างกาย ความสามารถในการเรียนรู้ที่เป็นอุปสรรคที่สำคัญ จึงไม่ค่อยกล้าทำในสิ่งที่ท้าทายแปลกใหม่ ดังตัวอย่างข้อมูล

“ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่ค่อยที่จะสะดวกในการเรียนรู้ ซึ่งพบว่าจากการไปคัดกรองหรือพูดคุย เคยชวนเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์มักปฏิเสธ และให้ข้อมูลว่าไม่แข็งแรง เรียนไปก็ไม่จำ สมองช้า เป็นต้น” (บุคลากรคนที่ 5)

“คือเคยพูดคุยเหมือนกันค่ะ กลุ่มนี้เขาก็จะบอกเพียงว่าไม่เอาดีกว่าแก่แล้ว เรียนรู้ก็ช้า ไม่กล้าด้วยอยู่กับสิ่งเดิม ๆ จะคุ้นชินกว่า” (บุคลากรคนที่ 6)

ประเด็นที่ 2 สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ในปัจจุบัน

จากการสนทนากลุ่มพบว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการรับรู้เกี่ยวกับการมีสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ซึ่งพบประเด็นหลักเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีสุขภาวะทางจิตในระดับดี เนื่องจากการรับรู้จากการเข้าเยี่ยมผู้สูงอายุการเข้าถึงในชุมชน การที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีจากคนในครอบครัวซึ่งเป็นวัฒนธรรมของการดูแลผู้สูงอายุในบริบทชายแดนใต้ รวมถึงรายงานสถิติที่เกี่ยวข้องที่ไม่พบเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง ดังตัวอย่างข้อมูล

“จากการเก็บข้อมูลก็ยังไม่พบสถิติที่น่ากลัวนะคะ มีบ้างก็ไม่ถึงร้อยละ 1 ในพื้นที่ที่รับผิดชอบนะคะ และจากการเยี่ยมบ้านจะเห็นได้ว่าครอบครัวก็ดูแลผู้สูงอายุกันดี บ้านเราไม่ค่อยมีวัฒนธรรมการทอดทิ้งพ่อแม่ซึ่งส่งผลดีกับการได้รับการดูแลที่ดี ก็จะมีแต่เหงา ๆ เวลาไม่มีใครอยู่บ้านมากกว่าเพราะผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะไม่ค่อยไปไหน” (บุคลากรคนที่ 1)

“เท่าที่เห็นเวลาลงชุมชน เขาก็ดูแลกันดีในชุมชนนะคะ ผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้านก็ไม่ได้มีทำที่เครียดสักเท่าไร้อาจมีบ้างเรื่องเศรษฐกิจมากกว่า” (บุคลากรคนที่ 6)

ประเด็นที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ในปัจจุบัน

จากการสนทนากลุ่มพบว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ในปัจจุบัน ซึ่งได้ให้ข้อมูลของปัจจัยหลักได้แก่ ปัจจัยทางด้านสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ รวมถึงภาระหน้าที่ และการจัดการเวลาดังตัวอย่างข้อมูล

“ส่วนใหญ่กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านเขาก็จะมีโรคประจำตัว หรือถ้าไม่มีก็จะมีอย่างน้อยที่ไม่สุขสบายในชีวิตประจำวัน หรือไม่มีก็อีกอย่างที่เกี่ยวข้องเรื่องของภาระหน้าที่ของเขา” (บุคลากรคนที่ 2)

“คุณตาคุณยายเขาก็จะมีว่าไม่อยากไปไหน บางคนก็ไม่อยากเจอใคร อยากอยู่บ้านเงียบ ๆ อย่างสงบและจริง ๆ แล้วด้านการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยเฉพาะด้านศาสนาที่นับถือก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีความสุขใจ” (บุคลากรคนที่ 4)

ประเด็นที่ 4 เครื่องมือทำงานที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

จากการสนทนากลุ่มพบว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการรับรู้เกี่ยวกับเครื่องมือทำงานที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ตามประสบการณ์ที่มี และรับรู้จากสถานการณ์ปัจจุบัน จะระบุค่อนข้างตรงกันว่าส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานภาครัฐ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และภาคเอกชน จะเกิดจากการรวมกลุ่มของคนในชุมชน และผู้ที่เคารพนับถือทางศาสนา ได้แก่ โต๊ะอิหม่าม พระสงฆ์ หรือผู้นำชุมชนที่นับถือก็มีส่วนช่วยในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตซึ่งต้องมีการช่วยเหลือ ติดตาม ประเมินอย่างต่อเนื่อง และต้องเป็นเชิงบูรณาการด้วยกันสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านดังตัวอย่างข้อมูล

“ ก็เป็นหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำโดยสาธารณสุขนี้แหละ แล้วก็องค์กรปกครองท้องถิ่น ถ้าในเขตเมืองก็เทศบาล ในชุมชนก็ อ.บ.ต. หรือผู้นำชุมชนก็ช่วยได้นะ ” (บุคลากรคนที่ 3)

“ หน่วยงาน องค์กรอื่น ๆ นอกจากสาธารณสุขก็จะมี พมจ. แล้วก็ส่วนของท้องถิ่นเข้ามาช่วยอยู่นะ จริง ๆ ก็ต้องดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง และจะต้องคุยกันให้ดีด้วย ” (บุคลากรคนที่ 4)

ประเด็นที่ 5 แนวทางการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

จากการสนทนากลุ่มพบว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการรับรู้ เกี่ยวกับแนวทางที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ตามที่ตนรับรู้ซึ่งเห็นสอดคล้องกันในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ การดำเนินการกิจกรรมโครงการ ต่าง ๆ จะต้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ไม่สะดวกกับการเข้าร่วมกลุ่ม เพราะส่วนใหญ่จะไม่ค่อยเดินทางออกจากบ้าน และเรียนรู้ได้ไม่ยากเพราะจะเป็นการเพิ่มความเครียดหากต้องมีการเพิ่มการเรียนรู้โดยเฉพาะในห้องเรียน นอกจากนี้กิจกรรมที่จัดจะต้องต้องเป็นกิจกรรมส่งเสริมันทนาการ ไม่ก่อให้เกิดเครียด และสามารถมีส่วนร่วมกับคนในครอบครัวก็จะสามารถสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมได้ดี ดังตัวอย่างข้อมูล

“กิจกรรมจะต้องเหมาะกับผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่อยู่กับบ้าน ไม่ได้เดินทางไปไหนอีก
อย่างเขาก็จะมีภาระ หรือไม่ก็ร่างกายไม่แข็งแรงพอ หรือไม่มีใครพามาช่วยกิจกรรม” (บุคลากรคน
ที่ 2)

“ต้องเน้นแบบง่าย ๆ ไม่ซับซ้อนเพราะผู้สูงอายุจะกังวลว่าทำอะไรไม่ค่อยได้
กิจกรรมก็ต้องเน้นแบบสนุกสนาน นันทนาการ ไม่เครียดไม่ต้องมีการนั่งเรียนในห้อง” (บุคลากร
คนที่ 4)

“จัดกิจกรรมที่สามารถทำร่วมกันได้ในครอบครัวก็จะดีมาก ๆ เช่น การทำคลิปดี
ๆ ที่ส่งเสริมทางด้านจิตใจให้ลูกหลานสามารถเปิดจากมือถือให้ผู้สูงอายุดูได้ เช่น การออกกำลังด้วย
ตัวเองเพื่อคลายเครียดการทำสมาธิ ก็จะดีมาก ๆ เลยค่ะ” (บุคลากรคนที่ 7)

ส่วนที่ 3 แนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขต อำเภอเมือง จังหวัดยะลา

จากการสนทนากลุ่มของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มได้แก่กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน และกลุ่ม
ตัวแทนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถสรุปแนวทางในการสร้าง
เสริมสุขภาพทางจิตสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ได้ดังนี้

1. การดำเนินการกิจกรรมโครงการต่าง ๆ จะต้องเหมาะกับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ไม่
สะดวกกับการเข้าร่วมกลุ่มเพราะส่วนใหญ่จะอยู่ติดบ้านจึงควรเป็นกิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้
ด้วยตัวผู้สูงอายุเองที่บ้าน
2. กิจกรรมที่จัดจะต้องเป็นกิจกรรมส่งเสริมนันทนาการ ไม่เพิ่มความเครียด หรือ
เป็นการเรียนภายในห้องเรียนเพียงอย่างเดียว
3. ควรเป็นกิจกรรมที่สามารถทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้เพื่อการสร้าง
ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว
4. สื่อที่ใช้ควรเป็นสื่อที่สามารถศึกษาได้ด้วยตนเองเช่นแผ่นพับ หรือภาพต่าง ๆ ที่
ใช้ได้ง่าย มองเห็นชัดเจนไม่มีความซับซ้อน ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีความพร้อมควรใช้เป็นคลิปวิดีโอ
สั้นๆ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพทางจิต เช่น การออกกำลังด้วยตัวเองเพื่อคลายเครียด การทำสมาธิ เป็น
ต้น
5. กิจกรรม และสื่อที่ใช้จะต้องเหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรม ความเชื่อ และ
ศาสนาของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนับถือตามลักษณะของสังคมพหุวัฒนธรรม

6. ควรมีการประสานงานกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ หน่วยงานต่าง ๆ หรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการติดตามประเมินผลกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการทำงานอย่างบูรณาการร่วมกันให้เหมาะสม กับบริบทของพื้นที่ และเครือข่ายพื้นฐานทางสังคม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่ม คิดบ้าน

การตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสม ของแนวทางในการสร้างเสริมสุข ภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มคิดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

ผู้วิจัยตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสมของแนวทางที่สร้างขึ้น โดยการ ประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน ด้วยแบบประเมินเป็นลักษณะเลือกตอบ 2 คำตอบ คือเหมาะสม และไม่เหมาะสม นำมาวิเคราะห์เป็นร้อยละของความเหมาะสม และไม่เหมาะสม และมีรายละเอียดของข้อเสนอแนะ เพิ่มเติม โดยผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อความสมบูรณ์และการนำไปใช้ ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง ซึ่งพบว่าแนวทางของการพัฒนาการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะ ทางจิตของผู้สูงอายุเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 88



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ในลักษณะพร้อมกันหรือแบบแผนคู่ขนาน (Concurrent or Simultaneous Design) ซึ่งดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) พร้อมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยให้ความสำคัญการวิจัยทั้งสองแบบเท่าเทียมกัน แล้วนำผลการศึกษา ที่ได้มาแปลผลร่วมกันชนิดดำเนินการไปพร้อมกัน

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยส่วนที่ 1 ในการศึกษาเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่อยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณ จำนวน 176 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพส่วนที่ 2 เพื่อศึกษาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านจำนวน 10 คน และตัวแทนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 10 คน เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามเพื่อศึกษา 1) ระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง 2) ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม และ 3) ระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และ 3) แบบสัมภาษณ์แนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

การศึกษาสุขภาวะทางจิตและแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ดำเนินการวิจัยทั้งในส่วนเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพซึ่งสามารถสรุปผลการวิจัยตามลำดับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาวะทางจิต การเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

1.1 ระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 18 ข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ฉันรู้สึกมีความสุขเมื่อได้พูดคุยกับเพื่อนหรือคนในครอบครัว ($\bar{X} = 4.09, SD=0.86$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ข้อคำถามฉันไม่ชอบทำในสิ่งที่ฉันไม่คุ้นเคย ($\bar{X} = 2.75, SD=1.00$) และค่าเฉลี่ยโดยรวมทุกด้านโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.43, SD = 0.45$)

1.2 ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลาจำนวน 15 ข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ฉันเป็นคนมีคุณค่าเท่าเทียมกับผู้อื่น และฉันต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสังคม ($\bar{X} = 3.59, SD=1.08$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ข้อคำถามคงไม่มีใครอยากมีชีวิตเหมือนฉัน ($\bar{X} = 2.85, SD=1.21$) และค่าเฉลี่ยโดยรวมทุกด้านโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.34, SD = 0.66$)

1.3 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 12 ข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ คนในครอบครัวหวังดีต่อท่าน และดูแลให้ท่านปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข ($\bar{X} = 4.20, SD=0.81$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ข้อคำถามท่านเป็นตัวอย่างที่ดี และได้รับการยอมรับนับถือจากคนในชุมชน ($\bar{X} = 3.31, SD=0.97$) และค่าเฉลี่ยโดยรวมทุกด้านโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.75, SD = 0.73$)

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์ทางบวกกัน ดังนี้

2.1 การเห็นคุณค่าในตนเอง กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.648$)

2.2 แรงสนับสนุนทางสังคม กับสภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.583$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีการเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม จะมีระดับสภาวะทางจิตในทิศทางบวกด้วยเช่นกัน

3. เพื่อศึกษาแนวทางในการสร้างเสริมสภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

สรุปแนวทางในการสร้างเสริมสภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ได้ดังนี้

3.1 การดำเนินการกิจกรรม โครงการต่าง ๆ จะต้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ไม่สะดวกกับการเข้าร่วมกลุ่มเพราะส่วนใหญ่จะอยู่ติดบ้านจึงควรเป็นกิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้ด้วยตัวผู้สูงอายุเองที่บ้าน

3.2 กิจกรรมที่จัดจะต้องเป็นกิจกรรมส่งเสริมนันทนาการ ไม่เพิ่มความเครียดหรือเป็นการเรียนภายในห้องเรียนเพียงอย่างเดียว

3.3 ควรเป็นกิจกรรมที่สามารถทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

3.4 สื่อที่ใช้ควรเป็นสื่อที่สามารถศึกษาได้ด้วยตนเองเช่นแผ่นพับ หรือภาพต่าง ๆ ที่ใช้ได้ง่าย มองเห็นชัดเจนไม่มีความซับซ้อน ในกรณีกับผู้สูงอายุมีความพร้อมควรใช้เป็นคลิปวิดีโอสั้นๆ เพื่อสร้างเสริมสภาวะทางจิต เช่น การออกกำลังกายด้วยตัวเองเพื่อคลายเครียด การทำสมาธิ เป็นต้น

3.5 กิจกรรม และสื่อที่ใช้จะต้องเหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรม ความเชื่อ และศาสนาของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนับถือตามลักษณะของสังคมพหุวัฒนธรรม

3.6 ควรมีการประสานงานกับ หน่วยงานต่าง ๆ หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องแบบบูรณาการร่วมกันตามบริบทของพื้นที่ และเครือข่ายพื้นฐาน เพื่อช่วยเหลือในกระบวนการสร้างเสริมสภาวะทางจิต รวมถึงการติดตามประเมินผลกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

2. อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ตามลำดับวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

2.1 เพื่อศึกษาระดับสุขภาวะทางจิต การเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

2.1.1 ระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

จากการศึกษาระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.43$, $SD=0.45$) อาจหมายถึงการที่ผู้สูงอายุมีทัศนคติทางบวกต่อตนเอง การเข้าใจ ยอมรับแง่มุมที่มีความหลากหลายของตนเองและการรู้สึกทางบวกกับชีวิตของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของกิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์ (2555) ศึกษาสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุของแต่ละภูมิภาคแตกต่างกันจะเกิดการยอมรับตนเองแตกต่างกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุภาคใต้ ซึ่งอาจเกิดจากลักษณะจำเพาะทางด้านบริบทวัฒนธรรม และศาสนาที่นับถือ การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 67.05) ที่มีความเชื่อว่าพระเจ้า (อัลลอฮ์) เป็นผู้กำหนดทุกสิ่งทุกอย่าง เชื่อว่าอัลลอฮ์มีความเมตตาและเลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้เสมอ (วิทยา วิเศษรัตน์, 2550) ซึ่งส่งผลต่อการยอมรับตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี

จากการศึกษาข้อมูลในครั้งนี้นี้พบว่าข้อคำถามทางสุขภาวะทางจิตที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ฉันรู้สึกมีความสุขเมื่อได้พูดคุยกับเพื่อนหรือคนในครอบครัว ($\bar{X}=4.09$, $SD=0.86$) ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านส่วนใหญ่จะมีกิจกรรมต่าง ๆ เฉพาะกับคนในครอบครัวหรือเพื่อนที่ไปมาหาสู่ประจำเท่านั้น รวมถึงลักษณะโครงสร้างของครอบครัวจากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับบุตรและหลาน (ร้อยละ 25) ส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุ ดังที่ Ryff, C.D. (2014) ได้ศึกษาไว้ว่าตัวแปรที่ทำนายถึงสุขภาวะทางจิตที่ดีอย่างหนึ่งคือการมีสัมพันธภาพที่ดี กับบุตรหลาน ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลเอาใจใส่กันและกัน จากความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยเฉพาะในลักษณะโครงสร้างของครอบครัวแบบมีจำนวนสมาชิกที่หลากหลาย ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคนที่ปรึกษาดูแลทุกข์สุข ซึ่งกันและกัน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังอาจจะเหงา ทำให้ต้องแก้ปัญหาตามลำพัง และต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อสุขภาวะทางจิต นอกจากนี้การเป็นผู้สูงอายุอย่างประสบความสำเร็จ และมีสุขภาวะทางจิตในระดับสูง ประเด็นหลักของความสำเร็จในผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะทางจิตระดับสูง คือ การมีครอบครัวที่ดีเช่นเดียวกับ พิศุทธิ

ภา เมธิกุล (2554) ซึ่งทำการศึกษาประสบการณ์การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จในผู้สูงอายุ พบว่าประเด็นหลักของความสำเร็จในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพทางจิตระดับสูง คือการมีครอบครัวที่ดี

2.1.2 ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

จากการศึกษาระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลาพบค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.34$, $SD=0.66$) ผลการศึกษาสอดคล้องกับชนกษ ลิมสืบเชื้อ (2556) ซึ่งศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งการเห็นคุณค่าในตนเองด้านการกลั้วปากเปียกคเหนย ความเชื่อมั่นในตนเอง ความต้องการการกระทำของตนให้เป็นที่ประโชยชนอยู่ในระดับปานกลาง อาจหมายถึงการที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในภาวะที่ต้องการการดูแลพึ่งพิงช่วยเหลือจากผู้ดูแล ตามการประเมินสุขภาพของ ผู้สูงอายุความสามารถต่าง ๆ ซึ่งประกอบขึ้นเป็นปัจจัยภายในและภายนอกของการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุก็เปลี่ยนแปลงตามเช่นเดียวกับการศึกษาของเพชรภรณ์ กลัญญู (2556) ที่กล่าวถึงองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่า ในตนเองนั้น มีทั้งองค์ประกอบภายในตนและองค์ประกอบภายนอก

จากการศึกษาครั้งนี้พบข้อคำถามเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ความต้องการการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสังคมและความต้องการมีคุณค่าเท่าเทียมกับผู้อื่น ($\bar{X}=3.59$, $SD=1.08$) ซึ่งความรู้สึกของการอยากมีส่วนร่วมกับสังคม และการมีคุณค่าเท่าเทียมกับผู้อื่นเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ตามการศึกษาของมาธูรี อูไรรัตน์ และมาลี สบายยิ่ง (2560) ศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัจจัยภายในตนเอง คือ ผู้สูงอายุมองตนเองในปัจจุบันว่ามีความแข็งแรงของร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดน้อยลง โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านซึ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ต้องการผู้ช่วยเหลือดูแลในชีวิตประจำวันไม่สามารถเดินตามลำพัง บนทางเรียบได้ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ต้องการความช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร ต้องการความช่วยเหลือพาไปห้องน้ำ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2560 ; ชูวดี รอดจากภัย, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์, 2557) ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อความรู้สึกการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

2.1.3 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

จากการศึกษาระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.75$, $SD=0.73$) เช่นเดียวกับการศึกษาของกัลยารัตน์ วีระชนชัยกุล (2563) ทำการศึกษาอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะของครอบครัว และวัฒนธรรมของคนไทยส่วนใหญ่ เป็นการดูแลช่วยเหลือกันในเครือญาติ โดยเฉพาะสังคมครอบครัวของชาวไทยมุสลิมซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาคั้งนี้ถึงร้อยละ 67.05 ที่มีความเชื่อตามหลักการในศาสนาอิสลามคือ การส่งเสริมให้มุสลิมแต่งงาน มีครอบครัว การอยู่อาศัยและการตั้งบ้านเรือนยังเน้นความสัมพันธ์ในเครือญาติและการอยู่ใกล้เคียงเครือญาติ (อัลญานี สมุห์เสนีโต, 2559) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของคอปป์ Cobb (1979: 300-314) และแซฟเฟอร์ Schaffer, M. A. (2004: 381- 401) มาใช้เป็นแนวคิดในการศึกษาวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาด้านความสัมพันธ์กับสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สนับสนุนผลการศึกษาคั้งนี้ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีครอบครัวหวัดดี และดูแลให้ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข ($\bar{X}=4.20$, $SD=0.81$) เช่นเดียวกับการศึกษาของพยาม การดี, พรรณพิมล สุขวงษ์ และดาว เวียงคำ (2559) ศึกษาการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน ผลการศึกษพบว่า การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อแรงสนับสนุนทางสังคมมุ่งเน้นไปที่จิตใจและต้องใส่ใจในการดูแล ทั้งด้านความต้องการและการตอบสนอง พบแรงสนับสนุนทางสังคมมาจาก 3 แหล่ง คือครอบครัวคือศูนย์รวมความรัก วัดคือศูนย์กลางพักใจ และโรงพยาบาลคือศูนย์รวมความช่วยเหลือและการศึกษาของธิดิรัตน์ ราศิริ และ อาจันต์ สงทับ. (2564) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมนั่นเอง

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์ทางบวก

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีการเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม จะมีระดับสุขภาวะทางจิตในทิศทางบวกด้วยเช่นกัน ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายตามระดับความสัมพันธ์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

2.2.1 การเห็นคุณค่าในตนเอง กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.648$)

จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา ทั้งนี้เนื่องจาก สุขภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีข้อจำกัดบางประการในการดำเนินชีวิต ต้องดำรงอยู่ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงซึ่งต้องการการปรับตัวตลอดเวลาสุขภาวะทางจิตนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตดีเป็นพื้นฐานก็จะปรับตัวได้เร็วขึ้นและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข สอดคล้องกับผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง และสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ จากนักวิจัยหลายท่าน ได้แก่ ดวงพร ภาคาหาญ (2560) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง กับระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองจากทั้งองค์ประกอบภายในองค์ประกอบภายนอก และการเห็นคุณค่าในตนเองภาพรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับสุขภาพจิต และจากการศึกษาของ เปรมวดี คฤหเดช, พรพรรณ วรสีหะ, สำหรีแดงทองดี, สุรางค์ เชื้อวนิชชากร และพูนสุข ช่วยทอง (2561) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขของผู้สูงอายุเกษียณอายุราชการกับปัจจัยส่วนบุคคลความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อกัน

นอกจากนี้การศึกษาของนักวิจัยอื่น ๆ เช่น สุทธิภา เมธิกุล(2554) ได้ทำการศึกษา ประสพการณ์การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จในผู้สูงอายุ โดยวิธีการสัมภาษณ์รายบุคคล ซึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีคะแนนจากแบบวัดสุขภาวะทางจิตในระดับสูง พบว่า ประเด็นหลักที่สำคัญของการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง และจากการศึกษาในกลุ่มของผู้สูงอายุติดบ้านของ ธิดิรัตน์ ราศิริ และ อาจินต์ สงทับ (2564) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า การเห็นคุณค่าของตนเองเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเช่นกัน

2.2.2 แรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.583$)

จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นความรู้สึกรักใคร่ และการได้รับการสนับสนุนทั้งจากบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิต และสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ ดังที่ จีราพร ทองดี, คาราวรรณ ร่องเมือง, และฉันทนา นาคฉัตรีย์ (2555) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่เสื่อม ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรัง เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงกันทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่สามารถแยกออกจากกัน ได้ ความสามารถในการทำกิจกรรมและบทบาททางสังคมลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตสังคมลดลง และหากผู้สูงอายุไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากนัก ทำให้เกิดความพึงพอใจที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลตนเองได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย ก็ จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง

แรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง สนับสนุนการศึกษาทั้งในและต่างประเทศกล่าวคือการศึกษาของอากาชิ (Akashi, R., 2012) ศึกษาสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุชาวอเมริกันสามกลุ่มที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องที่ไม่เหมือนกันในแต่ละกลุ่ม และผู้สูงอายุที่สามารถรักษาและส่งเสริมสุขภาวะทางจิตเชิงบวก ต้องอาศัยการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางจิตที่ดี และ มาคาเบะ โอตาเกะ และ โนมิมิสุ (Makabe, R., Ohtake, T.& Nomizu, T., 2011) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม สภาพของร่างกาย และจิตใจ ของสตรีสูงอายุญี่ปุ่นที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม วัตถุประสงค์เพื่ออธิบายและทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม สภาพร่างกายและจิตใจของสตรีสูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสภาพร่างกายและจิตใจ และการศึกษาในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านซึ่งจากการศึกษาของ ธิติรัตน์ ราศิริ และ อาจินต์ สงทับ (2564) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม เช่นกัน

2.3 เพื่อศึกษาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

แนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา การดำเนินการกิจกรรมโครงการต่าง ๆ จะต้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ไม่สะดวกกับการเข้าร่วมกลุ่มเพราะส่วนใหญ่จะอยู่ติดบ้านจึงควรเป็นกิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้ด้วยตัวผู้สูงอายุเองที่บ้าน และกิจกรรมที่จัดจะต้องเป็นกิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนการ ควรเป็นกิจกรรมที่สามารถทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้เพื่อการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว และเหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรม ความเชื่อ และศาสนาที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนับถือตามลักษณะของสังคมพหุวัฒนธรรม รวมถึงควรมีการประสานงานกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ หน่วยงานต่าง ๆ หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต รวมถึงการติดตามประเมินผลกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

จากการศึกษาข้อมูลการสนทนากลุ่ม และข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับดี ดังการให้ข้อมูลที่ว่า “ *ข่าวคราวที่เห็นกับที่สังเกตแล (ดู) ก็ถือว่าปกติดีนะ อีกอย่างเวลามีงานมีอะไรก็สนุกสนานกันดี* ” และผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.43$, $SD=0.45$) หมายถึงการที่ผู้สูงอายุมีทัศนคติทางบวกต่อตนเอง การเข้าใจ ยอมรับแ่แงมุมที่มีความหลากหลายของตนเองและการรู้สึกทางบวกกับชีวิตของตนเอง พบว่าผู้สูงอายุมีความเข้าใจ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มีเป้าหมายในชีวิต ภูมิใจในสิ่งที่ทำอยู่ ไว้วางใจผู้อื่น สามารถถ่ายทอดเรื่องราวต่าง ๆ ให้กับผู้อื่น และนำไปประยุกต์ใช้กับการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต ซึ่งจากนิยามของสุขภาวะทางจิตผู้สูงอายุติดบ้าน กลุ่มผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงแนวทางที่จะส่งเสริมชีวิตให้มีความสามารถพัฒนาไปถึงการมีสุขภาวะ ทางจิตที่เหมาะสมพบว่า มีหลายกิจกรรมที่มีการดำเนินการไปบ้างแล้ว และสามารถพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมได้ อาจเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดสุขภาวะทางจิตของ (Ryff, 1989; Ryff, & Keyes, 1995) ซึ่งกำหนดสุขภาวะทางจิตไว้ 6 ประเด็น เช่นเดียวกับ อัจศรา ประเสริฐสิน, ทัชชา สุริโย และปพน ณ์ฐเมธาวิ (2561) ได้กล่าวว่ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วยปัจจัยภายใน ได้แก่ การทำงานของร่างกาย ความสามารถทางกาย ความสามารถ ทางจิต การมีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดี รวมถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี และมีความหมายในชีวิต และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การ เกษียณอายุโดยสมัครใจ การทำกิจกรรมทางกาย ความ ปลอดภัย

ลักษณะการดำเนินชีวิต การนับถือศาสนา การสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายในสังคม และกิจกรรมทางสังคม

แนวทางการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต สำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา เน้นการดำเนินการกิจกรรม โครงการต่าง ๆ จะต้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ไม่สะดวกกับการเข้าร่วมกลุ่มเพราะส่วนใหญ่จะอยู่ติดบ้านจึงควรเป็นกิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้ด้วยตัวผู้สูงอายุเองที่บ้าน สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างสุขให้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของกรมสุขภาพจิต (2558) ซึ่งกล่าวว่าจากนิยามผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้าน ซึ่งมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม ระดับสมรรถภาพต่ำต้องพึ่งพาผู้อื่น ทั้งนี้อาจมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายหรือทางด้านจิตใจจนส่งผลต่อการรู้คิด การตัดสินใจ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เพื่อที่จะพัฒนาสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุติดบ้าน โดยจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต และการคงไว้ซึ่งความสามารถในการพึ่งพาตนเองเท่าที่จะทำได้สามารถสร้างพลังความมีชีวิตชีวาอย่างสร้างสรรค์ และดึงมาในรูปแบบของการทำกิจกรรมหรือการแสดงออกในด้านกีฬาเบาๆดนตรีศิลปะงานอดิเรก เป็นต้น และเป็นกิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง ทำด้วยความสมัครใจ อาจทำกิจกรรมได้ทั้งเดี่ยวหรือการรวมกลุ่ม

จากข้อมูลที่ได้จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และบุคลากรสาธารณสุขมีความคิดเห็นที่ตรงกันว่า กิจกรรมที่จัดจะต้องต้องเป็นกิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนการ และจะต้องเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความเข้าใจห่วงใยความรู้สึกของผู้อื่นการรับรู้ผู้สูงอายุต้องการการจัดการจัดกิจกรรมสนับสนุนการ เพราะมีเวลาว่างมากขึ้นและการที่ผู้สูงอายุได้สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรินทร์ เสมามอญ (2556) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และจังหวัดอ่างทองที่พบว่า ความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับ โปรแกรมการจัดกิจกรรมนันทนาการมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด เนื่องจากการทำกิจกรรมนันทนาการจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทใหม่การปรับตัวในสังคม และการพัฒนากิจกรรมจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุได้รับความพึงพอใจในการช่วยเหลือตัวเองเป็นการใช้ศักยภาพในตัวเองทำให้ผู้สูงอายุยอมรับพร้อมที่จะเผชิญกับความเป็นจริงของชีวิตได้จึงเป็นการทำตามทฤษฎีการสูงอายุวิทยา ซึ่งเชื่อว่าการให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่อไปอย่างปกติ จะช่วยชะลอความเสื่อมทางด้านร่างกายจิตใจและสังคมลงได้การทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้พบเพื่อนวัยเดียวกันได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันมีความสุขได้แสดงออกลดความเหงาได้ผ่อนคลายความเครียดที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจจะรู้สึกตัวเองมีค่ามีประโยชน์ตรงข้ามกับผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมจะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายหดหู่จิตใจจะเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว

แนวทางการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตที่สำคัญอีกประการจากการศึกษาครั้งนี้ คือการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต ซึ่งควรเป็นกิจกรรมที่สามารถทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้เพื่อการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว รวมถึงเครือข่ายทางสังคมต่าง ๆ ซึ่งจะเห็นได้จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์ทางบวก แสดงให้เห็นว่าแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นความรู้สึกรักใคร่ และการได้รับการสนับสนุนทั้งจากบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิต และสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ ดังที่ จีราพร ทองดี, คาราวรรณ ร่องเมือง, และฉันทนา นาคันตริย์ (2555) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่เลื่อม ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและ โรคเรื้อรัง เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงกันทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ความสามารถในการทำกิจกรรมและบทบาททางสังคมลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านจิตสังคมลดลง และหากผู้สูงอายุไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากนัก ทำให้เกิดความพึงพอใจที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลตนเองได้ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย ก็จะส่งผลให้เกิดสุขภาวะทางจิตที่ดีต่อไป

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 *ควรนำผลการวิเคราะห์* จากงานวิจัยซึ่งพบว่าระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านยังอยู่ในระดับปานกลางรวมถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จึงควรส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง ผ่านการสร้างเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต ไปเป็นแนวทางเพื่อกำหนดนโยบาย และแผนปฏิบัติการ สำหรับสถานบริการสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดยะลา สำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครยะลา ศูนย์อนามัย ที่ 12 จังหวัดยะลา และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ต้องได้รับการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตตามบริบทของพื้นที่

3.1.2 **หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำคัญ** ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดยะลา สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครยะลา ศูนย์อนามัยที่ 12 จังหวัดยะลา ควรนำข้อมูลจากการวิจัยไปศึกษาวิเคราะห์เพิ่มเติม เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสนับสนุน และติดตามกิจกรรม / โครงการที่สามารถดำเนินการให้กับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยเฉพาะการสร้างคุณค่าในตนเอง และการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง ผ่านรูปแบบการจัดกิจกรรม โดยใช้ความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมเป็นพื้นฐาน

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการขยายผลการศึกษาไปยังผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพทางจิตต่ำกว่าเกณฑ์ หรือ กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มเปราะบาง ในพื้นที่ที่แตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุในบริบทชุมชนเมือง ชนบท หรือภูมิภาคอื่น ๆ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพทางจิตที่เหมาะสมตามบริบท

3.2.2 ควรนำข้อมูลที่ได้จากการการวิจัยไปศึกษา และพัฒนาเป็นรูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง หรือใช้กลุ่มเปรียบเทียบ การสร้างนวัตกรรม เพื่อใช้เป็นรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านตามบริบทของพื้นที่

3.2.3 ควรศึกษารูปแบบความร่วมมือทั้งองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน กับเครือข่ายทางสังคมในพื้นที่ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาการให้ความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์. (2555). สุขภาวะทางจิตผู้สูงอายุไทย. *วารสาร BU Academic Review*, 11(2), 99 – 110.
- กัลยารัตน์ ชีระชนชัยกุล. (2563). อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุเขต กรุงเทพมหานคร ปทุมธานีนนทบุรี และสมุทรปราการ. มหาวิทยาลัยศรีปทุม, กรุงเทพฯ.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) กลุ่มดูแลผู้สูงอายุ (LTC)*. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2558). *คู่มือความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ ฯ: ปิยะนิตย์พับลิชชิง.
- จิราพรทองดี, คาราวรรณ ร่องเมือง, และฉันทนานาคฉัตรีย์. (2555). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(3), 88 – 99.
- จันทน์ภา บุญญานวัตร. (2556). การพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยนาท. *วารสารวิชาการและสังคมศาสตร์*, 8 (24), 89 – 106.
- ชนกัช ลีมีสืบเชื้อ. (2556). ทำการศึกษาและพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*. 7(22), 80 -93.
- ชนิตา ประดิษฐ์สถาพร และคณะ. (2555). สุขภาวะจิตของผู้สูงอายุไทยตามแนววิถีพุทธ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 26 (1), 9 – 79.
- คารวันต์ รักสัตย์. (2557). อิทธิพลของลักษณะทางพุทธที่มีต่อสุขภาวะทางจิตของวัยรุ่นที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาจิตเยาวชนแบบบูรณาการ ณ ยุวพุทธกสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยมีความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นตัวแปรส่งผ่าน. (ปริญญาานิพนธ์การศึกษาศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- ดวงพร ภาคหาญ. (2560). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับระดับคุณค่าในตนเอง กับระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุใน โรงเรียนผู้สูงอายุเขตรับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง รพ.แพร่ (รองชื่อ). *วารสาร โรงพยาบาลแพร่*, 25(2), 13 – 23.

- เทศบาลนครยะลา. (2558). จากอดีต ถึงปัจจุบัน สู่อนาคต เทศบาลนครยะลา. *วารสารนครยะลา*, 10(86), 8 – 9.
- ชิตีรัตน์ ราศิริ และ อาจันต์ สงทับ. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้*, 8(1), 127-139.
- นริศรา พึ่งโพธิ์สถ, และ ฐาศุภร์ จันประเสริฐ. (2557). ปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์อภิมาน. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 20(1), 36-51.
- นริสา วงศ์พนารักษ์. (2556). การสร้างเสริมสุขภาพทางจิตในสังคมผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6 (2), 160 – 164.
- ประนอม โอทกานนท์. (2554). *ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย : หลักการ งานวิจัย และบทเรียนจากประสบการณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : แอคทีฟ พรินท์.
- ปรีชมน แสงมาน. (2555). *การศึกษาสุขภาวะทางจิตของแกนนำผู้คิดเชื้อเอช ไอ วี เขตกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาจิตวิทยาชุมชน). มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ .
- เปรมวดีกฤตเดช, พรพรรณ วรสีหะ, สำหรัแดงทองดี, สุรางค์ เชื้อวนิชชากร และพูนสุข ช่วยทอง. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความสุขของผู้สูงอายุเกษียณอายุราชการกับปัจจัยส่วนบุคคลความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและวิถีชีวิต. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 62(5), 815 – 830.
- พยาม การดี, พรรณพิมล สุขวงษ์ และดาว เวียงคำ. (2559). การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 24(1): 40-51.
- พิชาย รัตนดิถก ณ ภูเก็ต. (2556). จากปัญหาสู่นโยบาย : ศึกษากรณีผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารร่วมพฤษภูมิ มหาวิทยาลัยเกริก*, 31(3), 2 – 26.
- พิศุทธิภา เมธิกุล. (2554). *ประสบการณ์การสูงวัยอย่างประสบความสำเร็จของผู้สูงอายุไทยที่มีสุขภาพทางจิตสูง การวิจัยเชิงคุณภาพแบบที่มีผู้วิจัยเห็นชอบร่วมกัน* (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

เพชรภรณ์ กลัณญ์. (2556). การใช้กิจกรรมการประมวลพฤติกรรมของตนเองในด้านบวกควบคู่กับกิจกรรมกลุ่ม เพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวน สุรนันทา ในรายวิชาการพัฒนาตน. กรุงเทพฯ ฯ : สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุรนันทา.

พรพิมล เพ็ชรบุรี. (2559). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.

ภัทรธิรา ผลงาม, จุฑาชน จันทร์เรือง และชัยรัตน์ สุทนต์. (2563). การพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางจิตผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดเลย. วารสารประชากรศาสตร์, 36 (1), 48 – 59.

มาศูรี อุไรรัตน์ และมาลีสบายยิ่ง. (2560). การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษามูลนิธิสงเคราะห์คนชราอนาถาแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา. วารสารรัฐสมิแล, 38 (1), 29 -44.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2555). รายงานประจำปี รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553. กรุงเทพฯ ฯ : ที คิว พี.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2563). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุวดี รอดจากภัย, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และไพพลุย์ พงษ์แสงพันธ์. (2557). รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา.

วาสนา สิทธิกัน, สายหยุด มูลเพชร และสามารถ ใจเดี่ยว. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบ้านโอง อำเภอบ้านโอง จังหวัดลำพูน. วารสารลำปางสาร, 38(2), 49-58.

วิชาญ ชูรัตน์, โยธินแสวงดี และสุพาพรอรุณรักษ์สมบัติ. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยงการมีปัญหสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย. วารสารประชากร, 3(2), 87 – 109.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ ฯ : โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วารุณี แก้วบุญเรือง. (2557). ความสัมพันธ์ของรูปแบบความผูกพันการเห็นคุณค่าในตัวเองและการปรับตัวทางสังคมของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

วิทยา วิเศษรัตน์. (2550). จุดเด่นอิสลาม (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ ฯ : ศูนย์หนังสืออิสลาม

กรุงเทพฯ.

วัชรินทร์ เสมามอญ. (2556). การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมนันทนาการ
สำหรับ

ผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและจังหวัดอ่างทอง. มหาวิทยาลัยราชภัฏ
พระนครศรีอยุธยา. สืบค้น 1 พฤษภาคม 2564 จาก

http://rdi.aru.ac.th/e_journal/pdf/158.pdf.

ศิริพันธ์ สาสัตย์. (2554). การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อย และแนวทางในการดูแล
(พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : กราฟฟิคแมส.

ศูนย์อนามัยที่ 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). องค์ประกอบการดำเนินงานตำบลดูแล
สุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาว. ขอนแก่น : ม.ป.ท.

ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง. (2556). รายงานการดำเนินงานประจำปี 2555. ยะลา: ม.ป.ท.

สุดา วงศ์สวัสดิ์ และรัตนดิภาดา วาเพชร. (2558). คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ (ฉบับ
ปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี : โรงพิมพ์
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สุพรรณยา แสงพระจันทร์, จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ และเวทิส ประทุมศรี.
(2559). การรับรู้ความหมายควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า.
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 26(2), 76 – 88.

สกุณา บุญนรากร. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย (พิมพ์ครั้งที่ 4). สงขลา :
เทมการพิมพ์.

โสภารวรรณ เชื้อดี , ชาตรี ประชาพิพัฒ และสาโรจน์ เพชรมณี. (2559). ผลของการใช้แรงสนับสนุน
ทางสังคม และการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบล
พังกัญจน์ อำเภอนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 4(1), 67-82.

สมทรัพย์ สุขอนันต์. (2559). ความหมายในชีวิต สุขภาวะทางจิต ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครปฐม. มหาวิทยาลัยศิลปากร:นครปฐม.

สมิทธิ์ เจือจินดา และวรรณณา โพธิ์ผล. (2562). การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการเห็นคุณค่า
ของ

ตนเองสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเขตธนบุรี. มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี :

กรุงเทพมหานคร

สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง. สืบค้น 5 มีนาคม 2564

จากเว็บไซต์ <http://www.thaihealth.or.th>.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา. (2563). การคัดกรองผู้สูงอายุ 10 เรื่อง เขตสุขภาพที่ 12 จังหวัดยะลา ปีงบประมาณ 2564. สืบค้น 5 มีนาคม 2564 จากเว็บไซต์.

<https://www.ylo.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1>.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดยะลา. (2564). รายงานประจำเดือนสิงหาคม ปีงบประมาณ

2564. มปท: ยะลา.

อรพินทร์ ชูชม, พรรณี บุญประกอบ, มนัส บุญประกอบ, อุษา ศรีจินดารัตน์ และ สุชาดา สุธรรมรัศมี. (2563). การพัฒนานาแบบวัดสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย.

วารสารศรีนครินทร์วิโรฒ วิจัย และพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์), 12 (23), 112 – 124.

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ ๗ : บริษัท วี พรินท์ .

อัลญานี่ สมุห์เสณีโต. (2559). ครอบครัวยุคใหม่ไทยมุสลิมในช่วงเปลี่ยนผ่านประชากร. *Journal of Humanities and Social Sciences*, 12(1), 77-121.

อัจฉรา ประเสริฐสิน, พัชชา สุริโย และปพน ฌฐเมธาวิณ. (2561). สุขภาวะของผู้สูงอายุ : แนวคิด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารสุโขศึกษา*. 41(1). 1-15.

Akashi, R. (2012). *Psychological Well-being among Three Age Groups of Older Americans Living in the Community*. Unpublished Doctor of Philosophy, Graduate School of Arts and Sciences. Columbia University.

Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publication.

Caplan, G., and Killilea, M., eds. (1976). *Social support and mutual help*. New York: Grone and Stratton.

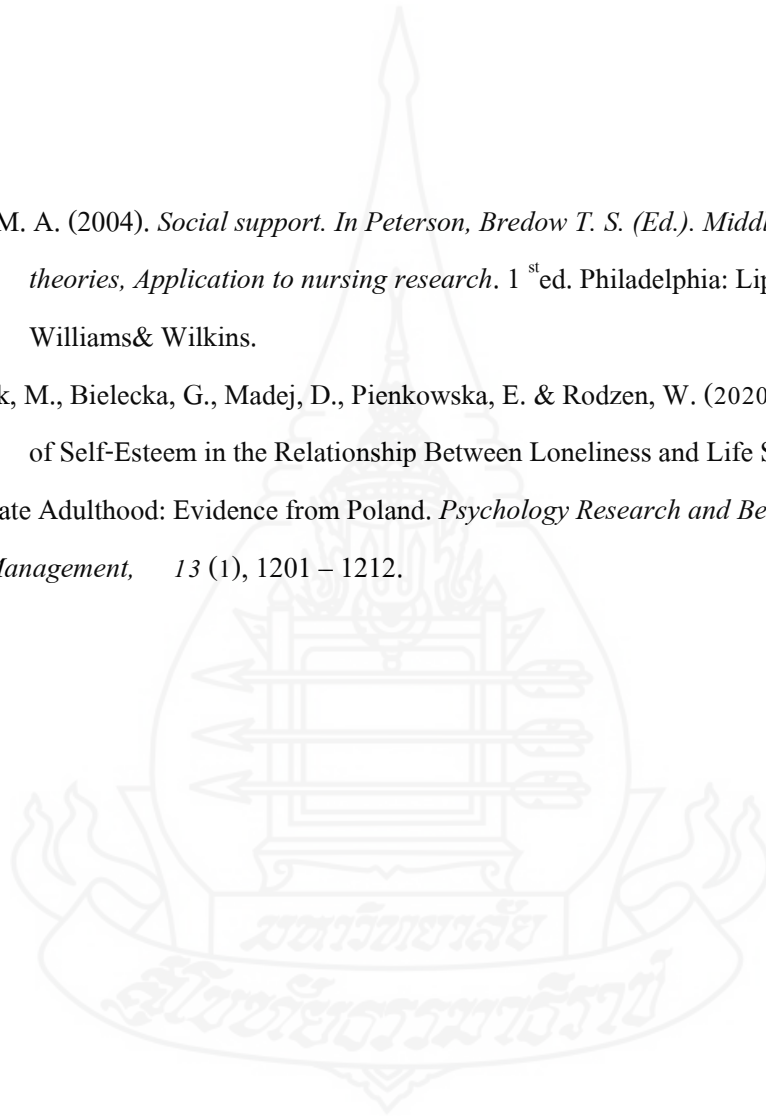
Coopersmith, S. (1981). *The Antecedents of Self-Esteem*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

- Coopersmith, S. (1984). *SEI : Self-Esteem Inventories*. California : Consulting Psychologist Press, Inc.
- Doshi, D.R. & Yogesh, A . (2013) . Depression and Psychological Well-being in Old Age. *Psychology Psychotherapy* . 3 (3), 1 – 4.
- Belanger, E., et al. (2016). Sources of social support associated with health and quality of life: a cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults. *BMJ Open*, 6(6), 1 – 10.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.
- Glenn N.D. & Weaver C.N. (1981). Education' s effect on Psychological Well – Being. *Public Opinion Quarterly* , 45 (1) , 22 – 39.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Lawton M.P. (1983). Environment and other Determinants of Well – Being in Older People. *The Gerontologist*. (23) 4 , 349 – 357.
- Makabe, R., Ohtake, T.& Nomizu, T. (2011). Relationships among social support, psychological and physical states among elderly Japanese women with breast cancer. *Journal of Nursing Education and Practice*. (1) 1, 4 -16.
- Wiersma W & Jurs SG. (2008). *Research Methods in Education: An Introduction*. 9th edition. Boston: Pearson.
- Rumiko Kakishima Akashi. (2012) . Psychological Well-being among Three Age Groups of Older Americans Living in the Community. Unpublished Doctor of Philosophy, Graduate School of Arts and Sciences. Columbia University.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995) .The structure of psychological well-being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69 (4), 719-727.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995) .The structure of psychological well-being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69 (4), 719-727.
- Ryff, C. D. (2014). *Psychological Well-Being Revisited: Advances in Science and Practice*. *Psychother Psychosom*. 83(1), 10–28
- World Health Organization. (2021). *Definition of an Older or Elderly Person*. Retrieved

July, 2021. From <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

Schaffer, M. A. (2004). *Social support*. In Peterson, Bredow T. S. (Ed.). *Middle range theories, Application to nursing research*. 1sted. Philadelphia: Lippincott: Williams& Wilkins.

Szczesniak, M., Bielecka, G., Madej, D., Pienkowska, E. & Rodzen, W. (2020). The Role of Self-Esteem in the Relationship Between Loneliness and Life Satisfaction in Late Adulthood: Evidence from Poland. *Psychology Research and Behavior Management*, 13 (1), 1201 – 1212.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

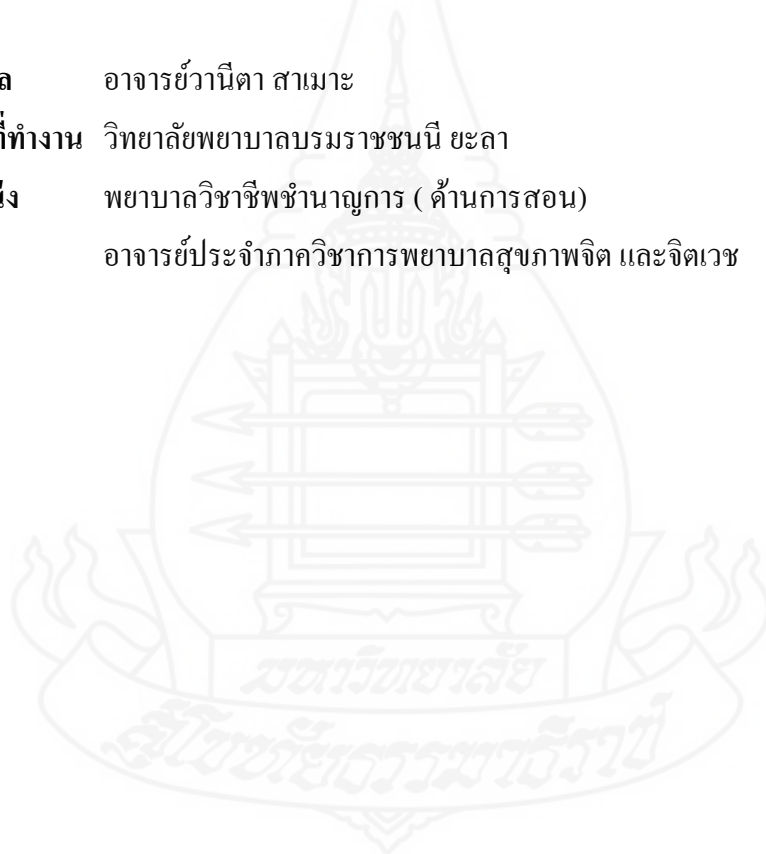


ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย

1. ชื่อ สกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ เกรานวล
สถานที่ทำงาน มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์
คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการเกษตร

2. ชื่อ สกุล อาจารย์ดร.นิรัชรา ลิลละฮ์กุล
สถานที่ทำงาน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน)
อาจารย์ประจำกลุ่มงานหลักสูตรสาธารณสุข

3. ชื่อ สกุล อาจารย์วณิศา สาเมาะ
สถานที่ทำงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน)
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช





ภาคผนวก ข

ผลการลงความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาความสอดคล้องของเครื่องมือ

ผลการลงความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาความสอดคล้องของเครื่องมือ
สุขภาวะทางจิตและแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน
ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เชี่ยวชาญ

ท่านที่ 1

1. ชื่อผู้เชี่ยวชาญ ผศ.ดร.สุนีย์ เกรานวล
2. สถานที่ทำงาน...มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
3. ตำแหน่งงานปัจจุบัน อาจารย์
4. วุฒิทางการศึกษาสูงสุด ปริญญาเอก
5. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อวิจัย การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ

เสียชีวิตของผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ลักษณะการถูกทำร้ายของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับการ
เสียชีวิตในโรงพยาบาลพื้นที่ภาคใต้ตอนบน วิทยากรด้านการดูแลผู้สูงอายุ/ โรงเรียนผู้สูงอายุ

ท่านที่ 2

1. ชื่อผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์ดร. นิรัชรา ลิลละฮ์กุล
2. สถานที่ทำงาน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดยะลา อ.เมือง จ.ยะลา
3. ตำแหน่งงานปัจจุบัน.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน)
4. วุฒิทางการศึกษาสูงสุด สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อวิจัย.....

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ
พฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะติดบ้าน

ท่านที่ 3

1. ชื่อผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์ยวนिता สามะ
 2. สถานที่ทำงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา
 3. ตำแหน่งงานปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการสอน) ชำนาญการ
 4. วุฒิทางการศึกษาสูงสุด พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
- ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อวิจัยการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช

ตอนที่ 2 แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดยะลา จำนวน 15 ข้อ
2. แบบวัดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา
จำนวน 12 ข้อ
3. แบบวัดสุขภาพทางจิต สำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 18 ข้อ
4. แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขต
อำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 4 ประเด็นคำถาม

ตารางแสดงค่าความตรงเชิงประจักษ์ (IOC) สุขภาวะทางจิตและแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพ
ทางจิตสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

1. ตารางค่าความตรงเชิงประจักษ์ (IOC) แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน
ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 15 ข้อ

ข้อ	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3	ค่า IOC	สรุปผล	หมายเหตุ
1	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
2	+1	+1	0	0.67	ใช้ได้	
3	0	+1	+1	0.67	ใช้ได้	
4	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
5	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
6	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
7	0	+1	+1	0.67	ใช้ได้	
8	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
9	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
10	0	-1	+1	0	ใช้ไม่ได้	ปรับปรุง แก้ไข
11	+1	-1	+1	0.33	ใช้ไม่ได้	ปรับปรุง แก้ไข
12	+1	0	+1	0.67	ใช้ได้	
13	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
14	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
15	0	+1	+1	0.67	ใช้ได้	

2. ตารางค่าความตรงเชิงประจักษ์ (IOC) แบบวัดวัดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 12 ข้อ

ข้อ	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3	ค่า IOC	สรุปผล	หมายเหตุ
1	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
2	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
3	0	+1	+1	0.67	ใช้ได้	
4	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
5	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
6	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
7	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
8	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
9	0	+1	+1	0.67	ใช้ได้	
10	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
11	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
12	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	

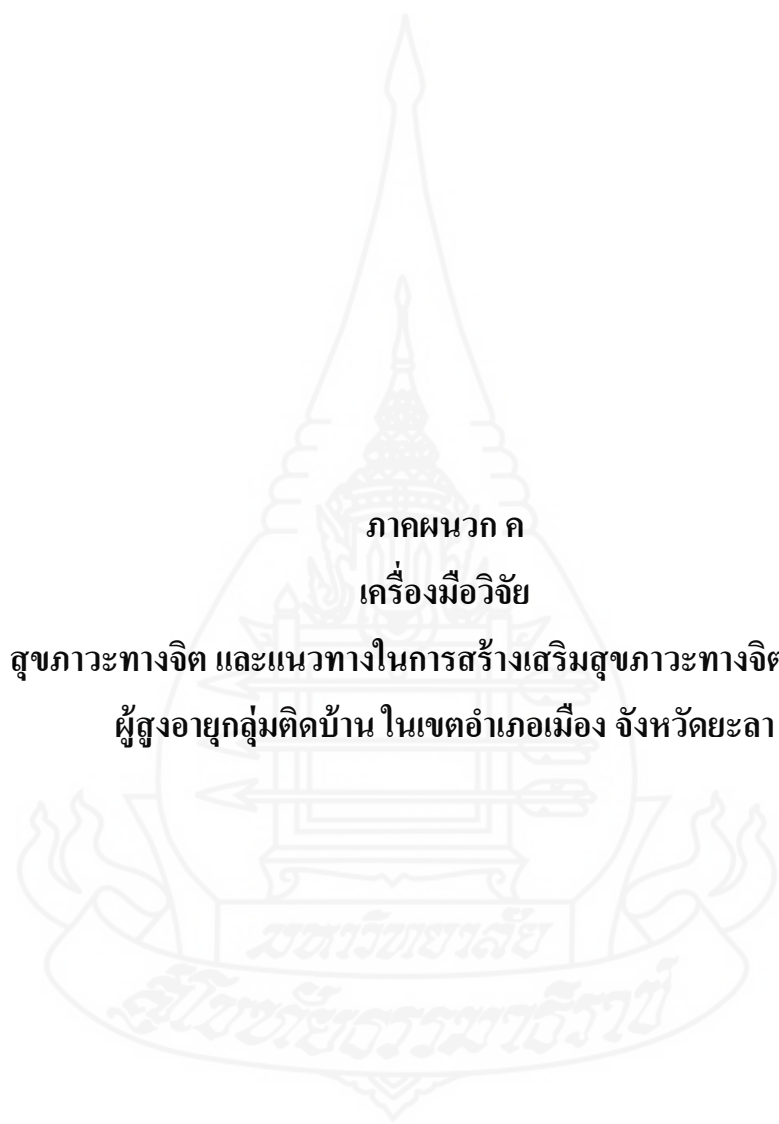


3. ตารางค่าความตรงเชิงประจักษ์ (IOC) แบบวัดวัดสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน ในเขต
อำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 18 ข้อ

ข้อ	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3	ค่า IOC	สรุปผล	หมายเหตุ
1	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
2	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
3	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
4	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
5	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
6	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
7	+1	0	+1	0.67	ใช้ได้	
8	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
9	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
10	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
11	0	0	+1	0.33	ใช้ไม่ได้	ปรับปรุง แก้ไข
12	+1	0	+1	0.67	ใช้ได้	
13	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
14	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
15	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
16	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
17	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	
18	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้	

4. ตารางค่าความตรงเชิงประจักษ์ (IOC) แบบสัมภาษณ์เพื่อการสนทนากลุ่ม แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

ข้อ	ประเด็น	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3	ค่า IOC	สรุปผล
1	นิยามของสุขภาพทางจิตในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดยะลา	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้
2	ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพทางจิต	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้
3	เครือข่ายการทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพทางจิตสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้
4	แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพทางจิต	+1	+1	+1	+1	ใช้ได้



ภาคผนวก ค
เครื่องมือวิจัย

สุขภาวะทางจิต และแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับ
ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุติดบ้าน

1. เพศ
 1 ชาย 2 หญิง
2. อายุ ปี (เกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี)
3. นับถือศาสนา [] 1 พุทธ 2. [] อิสลาม [] 3 คริสต์ [] 4 อื่น ๆ ระบุ.....
4. ท่านอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตอำเภอเมืองนานเท่าไร (มากกว่า 6 เดือนคิดเป็น 1 ปี)ปี
5. สถานภาพสมรส
 1 โสด 2 คู่
 3 หม้าย 4 หย่า, แยก
6. ระดับการศึกษาสูงสุด
 1 ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ อ่านและเขียนไม่ได้ 2 ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ อ่านและเขียนได้
 3 ประถมศึกษา 4 มัธยมศึกษา
 5 ปริญญาตรี 6 อื่น ๆ ระบุ.....
7. อาชีพ
 1 ไม่ได้ทำงานเนื่องจาก..... 2 ข้าราชการบำนาญ
 3 ค้าขาย ระบุ..... 4 เกษตรกรรม ระบุ.....
 5 รับจ้าง ระบุ..... 6 อื่น ๆ ระบุ.....
8. แหล่งของรายได้ได้ที่ **สำคัญที่สุด** ในการดำรงชีวิตของท่าน(**เลือกตอบเพียง 1 ข้อ**)
 1 เกรงทำงานของตนเอง 2 เงินบำเหน็จ / บำนาญ
 3 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากราชการ 4 ดอกเบี้ยเงินออม / ทรัพย์สินเดิม
 5 คู่สมรส 6 บุตร
 7 หลาน 8 อื่น ๆ ระบุ.....
9. ความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุที่ใช้จ่ายต่อเดือน
 1 เหลือเก็บ 2 พอใช้
 3 ไม่พอใช้ 4 ไม่พอใช้และเป็นหนี้
10. จำนวนสมาชิกครอบครัว(รวมผู้สูงอายุ) ที่อาศัยอยู่ร่วมกันในปัจจุบัน..... คน
11. ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว
 1 อาศัยอยู่คนเดียว 2 อาศัยอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น
 3 อาศัยอยู่กับบุตรเท่านั้น 4 อาศัยอยู่กับหลานเท่านั้น
 5 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร 6 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและหลาน
 7 อาศัยอยู่กับบุตรและหลาน 8 อาศัยอยู่กับญาติ (ระบุ).....
 9 อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรและหลาน 10 อาศัยอยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่เครือญาติ (ระบุ).....
12. กลุ่มเพื่อน / บุคคล ที่ผู้สูงอายุคบหาไปมาหาสู่เป็นประจำ
 1 ไม่มี 2 มี ระบุ (จำนวน).....คน
13. ท่านมีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนหรือไม่ 1. ไม่มี 2 มี เล็กน้อย.....ครั้ง / เดือน
14. โรคประจำตัว(เฉพาะจากการวินิจฉัยของแพทย์)
 1 ไม่มี 2 มี ระบุ.....

15. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน

1 แข็งแรงดี

2 แข็งแรงปานกลาง

3 อ่อนแอ

4 อ่อนแอมาก

ส่วนที่ 2 แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย \checkmark ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวในแต่ละข้อและกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ โดยพิจารณาดังนี้

ข้อ	ประเด็น	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็น ด้วย มาก (4)	เห็นด้วย ปานกลาง (3)	เห็นด้วย น้อย (2)	เห็นด้วย น้อย ที่สุด (1)
1	ฉันชอบแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ					
2	ฉันไม่หวาดกลัวที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ					
3	ฉันจะพูดและทำในสิ่งที่ถูกต้อง แม้ว่าคนอื่นจะไม่เห็นด้วยก็ตาม					
4	ฉันรู้สึกพอใจกับสภาพร่างกายของตนเองในขณะนี้					
5	ฉันเป็นคนมีคุณค่าเท่าเทียมกับผู้อื่น					
6	ฉันพอใจในสภาพชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน					
7	ฉันรู้สึกว่าตนเองทำอะไรก็ไม่สำเร็จ					
8	ฉันสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ดีเท่ากับคนอื่นๆ					
9	ฉันเชื่อว่าตัวฉันยังสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง					
10	คงไม่มีใครอยากมีชีวิตเหมือนฉัน					
11	ฉันไม่เคยได้รับการชื่นชมเหมือนกับคนอื่น					
12	ฉันต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสังคม					
13	ฉันชอบทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม					

14	ฉันเป็นที่รู้จัก และได้รับการยอมรับจากผู้คนเป็นอย่างดี					
15	ฉันถูกมองข้ามบ่อยครั้ง					

ส่วนที่ 2 แบบวัดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย \checkmark ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวในแต่ละข้อและกรณาคอบให้ครบทุกข้อ โดยพิจารณาดังนี้

ข้อ	ประเด็น	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วยมาก (4)	เห็นด้วยปานกลาง (3)	เห็นด้วยน้อย (2)	เห็นด้วยน้อยที่สุด (1)
1	ท่านได้รับการยกย่อง และยอมรับจากคนในครอบครัว					
2	ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลเรื่องอาหาร การทำความสะอาดเสื้อผ้าอย่างเหมาะสม					
3	คนในครอบครัวให้การช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตของท่านอย่างสม่ำเสมอ					
4	ท่านเป็นที่ปรึกษาให้กับคนในครอบครัวเมื่อประสบปัญหาต่าง ๆ เสมอ					
5	ท่านมั่นใจได้ว่าหากเกิดอันตรายขึ้นกับตัวท่านจะมีคนใกล้ชิดช่วยเหลืออย่างทันท่วงที					
6	คนในครอบครัวหวังดีต่อท่าน และดูแลให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข					
7	ท่านได้รับการยอมรับจากชุมชนให้เข้าร่วมงานประเพณี หรือกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน					

8	เมื่อท่านร้องขอ ท่านจะได้รับการช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง					
9	ท่านเป็นตัวอย่างที่ดี และได้รับการยอมรับนับถือจากคนในชุมชน					
10	เมื่อท่านมีข้อสงสัย และกังวลในเรื่องสุขภาพ ท่านสามารถขอคำปรึกษาจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ เช่น โรงพยาบาลใกล้บ้าน ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นต้น					
11	ท่านได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ และสวัสดิการที่ท่านควรได้รับจากหน่วยงานต่าง ๆ อย่างเหมาะสม					
12	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น เทศบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น					

ส่วนที่ 2 แบบวัดสุขภาพทางจิตสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวในแต่ละข้อและกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ โดยพิจารณาดังนี้

ข้อ	ประเด็น	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วยมาก (4)	เห็นด้วยปานกลาง (3)	เห็นด้วยน้อย (2)	เห็นด้วยน้อยที่สุด (1)
1	ฉันภูมิใจกับชีวิตที่ผ่านมาในอดีตของฉัน					
2	ฉันรู้สึกมั่นใจและคิดบวกกับตัวเองเสมอ					
3	ฉันพอใจในสิ่งที่ฉันเป็นอยู่					
4	ฉันรู้สึกว่าตัวฉันเป็นที่รักของคนทั่วไป					

5	ฉันรู้สึกเหงา เพราะมีเพื่อนสนิทที่จะคอยรับฟัง และแบ่งปันทุกข์สุขน้อยเหลือเกิน					
6	ฉันรู้สึกมีความสุขเมื่อได้พูดคุยกับเพื่อนหรือคนในครอบครัว					
7	การตัดสินใจของฉันไม่ได้ขึ้นอยู่กับการกระทำของคนอื่นทั้งหมด					
8	ฉันมักจะคล้อยตามความคิดของคนอื่นเสมอ					
9	ฉันวิตกกังวลว่าคนอื่นจะคิดอย่างไรกับฉัน					
10	ฉันสามารถจัดการกับเรื่องต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ตามความสามารถที่ฉันมี					
11	เป็นเรื่องยากสำหรับฉันที่จะจัดการชีวิตให้ลงตัว					
12	ฉันรู้สึกแย่กับเรื่องที่ต้องรับผิดชอบมากมาย					
13	ฉันดำเนินชีวิตในแต่ละวันโดยไม่คำนึงถึงอนาคต					
14	ฉันรู้สึกมีความสุขในการวางแผนเพื่ออนาคต และดำเนินการให้เป็นจริง					

ส่วนที่ 2 แบบวัดสุขภาพทางจิตสำหรับผู้สูงอายุติดบ้าน (ต่อ)

ข้อ	ประเด็น	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็น ด้วย มาก (4)	เห็นด้วย ปาน กลาง (3)	เห็นด้วย น้อย (2)	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด

						(1)
15	ฉันไม่รู้ว่าจะต้องพยายามให้ตนเองประสบความสำเร็จในชีวิตไปเพื่ออะไร					
16	ฉันคิดว่าการเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ เป็นเรื่องที่ทำหาย					
17	ฉันไม่ชอบทำในสิ่งที่ฉันไม่คุ้นเคย					
18	ฉันพยายามปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีขึ้นมาโดยตลอด					



ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นางอุบลทิพย์ ไชยแสง
วัน เดือน ปีเกิด	3 พฤษภาคม 2520
สถานที่เกิด	อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี
ประวัติการศึกษา	<p>พยาบาลศาสตรบัณฑิต พ.ศ. 2542 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่</p> <p>พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) พ.ศ. 2552 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่</p> <p>ประกาศนียบัตรบัณฑิต (หลักสูตรและการสอน) พ.ศ. 2554 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช</p> <p>ปรัชญาดุษฎีบัณฑิตศึกษาศาสตร์ (การแนะแนวและการปรึกษาเชิงจิตวิทยา) พ.ศ. 2561 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช</p>
สถานที่ทำงาน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน)

