



รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎี
ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก

THE RESILIENCE PROMOTION MODEL OF ELDERLY WITH CHRONIC DISEASE WITH
DEPRESSION BY INTEGRATING THE THEORY OF GOAL ATTAINMENT AND POSITIVE
PSYCHOLOGY INTERVENTIONS CONCEPT

กนกวรรณ ทองคุ้ม

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2564

รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎี
ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก



ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

THE RESILIENCE PROMOTION MODEL OF ELDERLY WITH CHRONIC DISEASE WITH
DEPRESSION BY INTEGRATING THE THEORY OF GOAL ATTAINMENT AND POSITIVE
PSYCHOLOGY INTERVENTIONS CONCEPT



A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of DOCTOR OF PHILOSOPHY
(Applied Behavioral Sc.Research)
BEHAVIORAL SCIENCE RESEARCH INSTITUTE, Srinakharinwirot University
2021
Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎี

ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก

ของ

กนกภรณ์ ทองคุ้ม

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริสรา พึ่งโพธิ์สม) (ศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา ต้อยคำภีร์)

..... ที่ปรึกษาร่วม กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ชัตตสันห์ สกุลพงศ์) (รองศาสตราจารย์ ดร.ดุชนันท์ อินทรประเสริฐ)

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการ ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก
ผู้วิจัย	กนกภรณ์ ทองคุ้ม
ปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา	2564
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นริศรา พึ่งโพธิ์สม
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทิชาติ สันต์สกุลพงศ์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิต กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า 2) สร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มีความเที่ยงตรงเชื่อถือได้ 3) พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยกระบวนการปฏิบัติการในสภาพการณ์ที่เป็นจริง แบ่งการวิจัยเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 การวิจัยสมมติวิธีแบบสำรวจตามลำดับ ใช้วิธีการเชิงคุณภาพนำปริมาณ เก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยมีภาวะซึมเศร้า 6 คน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลลัพธ์ได้นิยามปฏิบัติการพลังสุขภาพจิตที่มีองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ 1) ลักษณะนิสัยของฉัน 2) ความสามารถของฉัน และ 3) ที่พึ่งของฉัน นำไปร่างแบบวัดพลังสุขภาพจิตและทดสอบกับตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า 310 คน เก็บข้อมูลจากแบบวัดพลังสุขภาพจิต 21 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่าแบบวัดพลังสุขภาพจิตมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.85 และแบบจำลองพลังสุขภาพจิตมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่า χ^2 น้ำหนักองค์ประกอบอยู่ในช่วง 0.75 - 0.86 ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสังเกต และแบบวัดพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า 12 คน ดำเนินการวิจัย 2 วงรอบ วงรอบที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และทดลองใช้ร่างโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก วงรอบที่ 2 นำโปรแกรมที่ปรับปรุงแล้วไปใช้ และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าใจความหมายและองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต สามารถนำจุดแข็งของตนเองไปใช้เพิ่มความมั่นคงทางอารมณ์เมื่อเผชิญปัญหา มองโลกในแง่ดี ด้วยการมองปัญหาทางบวกทำให้สามารถเผชิญปัญหาทางบวก และสามารถขอความช่วยเหลือจากสิ่งดี ๆ ที่มีอยู่รอบตัว เพื่อเสริมกำลังใจตนเองให้ก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคไปได้ โดยหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผลการพัฒนาแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) สร้างพลังใจด้วยไมตรี 2) ยืนหยัด ผ่านฟัน 3) ก้าวข้ามปัญหา ฟันฝ่าเชิงบวก 4) สิ่งดี ๆ ที่มีค่าสำหรับฉัน และ 5) พลังสุขภาพจิตของฉัน

คำสำคัญ : พลังสุขภาพจิต, ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย, การแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก

Title	THE RESILIENCE PROMOTION MODEL OF ELDERLY WITH CHRONIC DISEASE WITH DEPRESSION BY INTEGRATING THE THEORY OF GOAL ATTAINMENT AND POSITIVE PSYCHOLOGY INTERVENTIONS CONCEPT
Author	KANOKPORN THONGKHUM
Degree	DOCTOR OF PHILOSOPHY
Academic Year	2021
Thesis Advisor	Assistant Professor Dr. Narisara Peungposop
Co Advisor	Assistant Professor Dr. Nanchatsan Sakunpong , Ph.D.

The objectives of this research are (1) to study the characteristics of resilience and the methods for developing resilience among elderly people with chronic diseases with depression; (2) to construct and develop a resilience scale with validity and reliability; and (3) to develop a resilience promotion model by integrating goal attainment theory and positive psychology intervention concepts. The study was divided into two phases: (1) the sequential, exploratory mixed methods research used qualitative and quantitative methods. The data were collected from focus group discussions with six subjects who had been cured of depression. The qualitative data were analyzed by content analysis. The results defined the operational definition of resilience with three components: (1) My Personality; (2) My Abilities; and (3) My Dependency. The resilience scale was tested on a sample of 310 subjects and data were collected from 21 items on the Resilience Scale. The quantitative analysis showed the Resilience Scale had a Cronbach's Alpha coefficient of 0.85, the resilience model was consistent with the empirical data and the factor loading ranged from 0.75-0.86; (2) action research collected data through focus group discussions, observations, and the resilience scale. The qualitative data were analyzed with content analysis. The quantitative data were analyzed with mean and standard deviation. The key informants were 12 elderly people with chronic diseases with depression. The research was conducted in two cycles. Cycle 1 was a quantitative and qualitative study of resilience promotion and a draft resilience promotion program, integrating goal attainment and positive psychology intervention. Cycle 2 implemented an improved program and evaluated its effectiveness. The results of the study found that the subjects understood the meaning and components of resilience. They could use their strengths to increase emotional stability when facing problems, being optimistic and facing adversity positively, seeking help from the people around them, and strengthening their willpower. The results after participating in the program showed that the subjects had higher mean scores on Resilience Scale than before the program. The results of the development were the model of resilience among the subjects by integrating the theory of goal attainment and positive psychology intervention with five activities: (1) strengthening willpower with friendship; (2) persisting through problems; (3) positively overcoming problems, (4) good things are valuable to me; and (5) my resilience.

Keyword : Resilience, Goal attainment theory, Positive psychology interventions

กิตติกรรมประกาศ

ตลอดระยะเวลา 6 ปีที่ผ่านมา ที่ผู้วิจัยศึกษาที่สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ แห่งนี้ ทำให้ผู้วิจัยได้รู้ว่าการศึกษาศาสตร์สาขาใดไม่ใช่เรื่องง่ายเลย คุณลักษณะที่ต้องใช้ในการศึกษาคือความมานะอดทน และพยายามอย่างมากในการต่อสู้ในทุกสถานการณ์ที่เข้ามา โดยเฉพาะในช่วงปีสุดท้ายของการศึกษาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในช่วงระยะหนึ่ง แต่ผู้วิจัยก็ไม่ย่อท้อ ได้ใช้พลังสุขภาพจิตที่มีอยู่ในตัว และกำลังใจจากคนรอบข้าง ในการก้าวผ่านวิกฤตต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกมาได้ จนถึงวันนี้วันที่ใกล้จบการศึกษาและนั่งเขียนขอบคุณผู้มีพระคุณหลายท่านที่ช่วยให้ผู้วิจัยก้าวผ่านมาได้ อย่างภาคภูมิใจ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สก อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ซึ่งมีความอ่อนโยน เมตตาให้การดูแลและนำลูกศิษย์เสมอมา เป็นน้ำเย็นที่เปรียบเสมือนน้ำทิพย์ชโลมใจเมื่อยามผู้วิจัยรู้สึกเศร้า และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวัฒน์ สกลพงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ซึ่งคอยกระตุ้นให้ลูกศิษย์ทำวิทยานิพนธ์อย่างต่อเนื่อง และวางแผนการเรียนให้ลูกศิษย์ตั้งแต่แรกเริ่มเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา จนผู้วิจัยสามารถตีพิมพ์บทความวิจัยระดับนานาชาติ ซึ่งเป็นประสบการณ์ใหม่ของผู้วิจัย ที่สำคัญอาจารย์ที่ปรึกษาทั้งสองท่านมีส่วนช่วยให้ผู้วิจัยได้คะแนนการสอบปากเปล่าวิทยานิพนธ์อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งเกินความคาดหวังของผู้วิจัย ทั้งนี้ด้วยความเมตตาจากท่านประธานกรรมการสอบ ศาสตราจารย์ ดร. อรรถาธิบาย ดุษฎี และ รองศาสตราจารย์ ดร.ดุสิต อินทรประเสริฐ กรรมการสอบ ที่กรุณาใช้เวลามาเป็นกรรมการสอบปากเปล่าวิทยานิพนธ์ของผู้วิจัย และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างมาก ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

นอกจากนี้ยังมีผู้มีพระคุณหลายท่านที่ช่วยให้ผู้วิจัยเดินทางมาเกือบจะถึงปลายทางแห่งความสำเร็จ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ กรรมการสอบเค้าโครงวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ดุสิต อินทรประเสริฐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประทีป จินนี้ และ อาจารย์ ดร.เจนนิเฟอร์ ชวโนวานิช และกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย รองศาสตราจารย์ ดร.อัศรา ประเสริฐสิน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมชื่น สมประเสริฐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประทีป จินนี้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาศุภร์ จันประเสริฐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมราพร สุรการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยดา สมบัติวัฒนา อาจารย์ ดร.นฤมล พระใหญ่ และ นายแพทย์วุฒิพันธุ์ สิทธิการิยะ รวมทั้งขอขอบพระคุณ คณาจารย์และเจ้าหน้าที่สถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ให้ความรู้ และข้อเสนอแนะในระหว่างที่ศึกษา ณ สถานที่แห่งนี้

ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาเอกทุกท่าน ที่ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ และให้ความ

ช่วยเหลือตลอดระยะเวลาการศึกษา และขอขอบคุณ สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายบางระจัน สาธารณสุขอำเภอค่ายบางระจัน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านในอำเภอค่ายบางระจัน ที่ให้การสนับสนุนในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ที่ขาดไม่ได้ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอค่ายบางระจัน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

สุดท้ายที่สำคัญ ผู้วิจัยระลึกถึงพระคุณของบิดามารดาเสมอมา ขอกราบขอบพระคุณ นายสุรินทร์ ทองคุ้ม และ นางเพ็ญจันทร์ ทองคุ้ม ซึ่งเป็นผู้มอบเลือดเนื้อ จิตวิญญาณแห่งความเข้มแข็งมานะ อุตุน และเป็นกำลังใจส่งเสริมสนับสนุนด้านการศึกษาของผู้วิจัยตลอดมา

กนกภรณ์ ทองคุ้ม



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
บัญชีตาราง	ฎ
บัญชีภาพประกอบ	ฏ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง	1
คำถามการวิจัย.....	8
ความมุ่งหมายของการวิจัย	8
ความสำคัญของการวิจัย	8
ขอบเขตของการวิจัย	10
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	19
1. แนวคิดพลังสุขภาพจิต (Resilience) ในผู้สูงอายุ.....	19
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (Depression) ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	33
3. แนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย	41
4. แนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก	52
5. การบูรณาการแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายกับแนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยา เชิงบวก.....	62
6. แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research).....	68

7. นิยามเชิงปฏิบัติการ	76
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย	77
9. สมมติฐานการวิจัย.....	82
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	83
ระยะที่ 1 ระยะการวิจัย	83
ประชากรและตัวอย่าง	84
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพเครื่องมือ	88
การเก็บรวบรวมข้อมูล	95
การวิเคราะห์ข้อมูล	102
ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนา	107
กลุ่มเป้าหมาย.....	107
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	109
การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิธีดำเนินการวิจัย	118
การวิเคราะห์ข้อมูล	132
การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล.....	137
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	139
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 1.....	139
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 2.....	178
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	242
ตอนที่ 1 สรุปผลการวิจัย	244
ตอนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย.....	254
ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะ.....	263
บรรณานุกรม	267

ภาคผนวก.....	283
ประวัติผู้เขียน.....	377



บัญชีตาราง

หน้า

ตาราง 1 การแปลผลค่าคะแนนแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient Test: RQ) .	32
ตาราง 2 การบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายกับแนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวกในการสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต	63
ตาราง 3 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานและ/ โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามตำบล 6 ตำบล ในอำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ	88
ตาราง 4 ประเด็นคำถามตามลำดับการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลหลัก	90
ตาราง 5 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยระยะที่ 1 ระยะการวิจัย	106
ตาราง 6 เนื้อหาที่ได้จากขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าและการวางแผนปฏิบัติการ	113
ตาราง 7 กิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนการวางแผนปฏิบัติการภายใต้แนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายโดยการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก	114
ตาราง 8 การดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนปฏิบัติตามแผน	114
ตาราง 9 ปัญหา อุปสรรค และการปรับปรุงกิจกรรมในขั้นตอนการประเมินผลและปรับปรุงแผน	115
ตาราง 10 แนวทางการสังเกตเพื่อประเมินคุณภาพการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า	115
ตาราง 11 วัตถุประสงค์และกิจกรรมของการประชุมเชิงปฏิบัติการ (ขั้นตอนการวางแผนอย่างมีจุดมุ่งหมาย)	127
ตาราง 12 โปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก	128
ตาราง 13 ขั้นตอนการปรับปรุงกิจกรรม	130
ตาราง 14 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 ระยะพัฒนา	135

ตาราง 15 สรุปข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลหลัก.....	145
ตาราง 16 สัญลักษณ์และอักษรย่อในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	159
ตาราง 17 องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของแบบวัดพลังสุขภาพจิต	161
ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม (Item-Total Statistics)	162
ตาราง 19 ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพลังสุขภาพจิตฉบับจริง	163
ตาราง 20 แสดงการตรวจสอบลักษณะการแจกแจงข้อมูลแบบปกติของตัวแปรสังเกตได้.....	165
ตาราง 21 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ที่ใช้ในการวิเคราะห์ (n=310)	168
ตาราง 22 ค่าดัชนีทดสอบความกลมกลืนของโมเดลการวัดลักษณะนิสัยของฉันทับข้อมูล	167
ตาราง 23 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดลักษณะนิสัยของฉันทับข้อมูล	168
ตาราง 24 ค่าดัชนีทดสอบความกลมกลืนของโมเดลการวัดความสามารถของฉันทับข้อมูลเชิง ประจักษ์.....	169
ตาราง 25 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดความสามารถของฉันทับข้อมูล	170
ตาราง 26 ค่าดัชนีทดสอบความกลมกลืนของโมเดลการวัดที่พึงของฉันทับข้อมูลเชิงประจักษ์..	171
ตาราง 27 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดที่พึงของฉันทับข้อมูล	172
ตาราง 28 ค่าดัชนีทดสอบความกลมกลืนของโมเดลการวัดพลังสุขภาพจิตกับข้อมูลเชิงประจักษ์	173
ตาราง 29 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดพลังสุขภาพจิต	175
ตาราง 30 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ร่วมวิจัย	187
ตาราง 31 ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตรายด้านและโดยรวมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะ ซึมเศร้า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตาม จุดมุ่งหมายและแนวทางการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก (n=12).....	190
ตาราง 32 โครงสร้างกิจกรรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวทางการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก	201

ตาราง 33 สถานการณ์ที่เป็นเงื่อนไขการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตและประเด็นที่ต้องพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า	201
ตาราง 34 การวางแผนดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ในวงรอบที่ 1	211
ตาราง 35 ข้อค้นพบการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้จากวงรอบที่ 1	223
ตาราง 36 การวางแผนดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ในวงรอบที่ 2.....	227
ตาราง 37 ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตรายด้านและโดยรวมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก (n=12).....	237
ตาราง 38 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการทดสอบพลังสุขภาพจิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก (n=12)	239
ตาราง 39 สรุปการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก	240

บัญชีภาพประกอบ

หน้า

ภาพประกอบ 1 ระบบที่มีปฏิสัมพันธ์ตามกรอบแนวคิดของคิง	43
ภาพประกอบ 2 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988)	73
ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย	81
ภาพประกอบ 4 วงจรปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก	125
ภาพประกอบ 5 องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต	154
ภาพประกอบ 6 กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	158
ภาพประกอบ 7 โมเดลการวัดพลังสุขภาพจิต ด้านลักษณะนิสัยของฉันท	168
ภาพประกอบ 8 โมเดลการวัดพลังสุขภาพจิต ด้านความสามารถของฉันท	170
ภาพประกอบ 9 โมเดลการวัดพลังสุขภาพจิต ด้านที่พึงของฉันท	172
ภาพประกอบ 10 โมเดลการวัดพลังสุขภาพจิต	176
ภาพประกอบ 11 หลักการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	200
ภาพประกอบ 12 การพัฒนาร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ...	204
ภาพประกอบ 13 กระบวนการฝึกปฏิบัติการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก	207
ภาพประกอบ 14 รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก (PAD Model)	241

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ประเทศไทยกำลังประสบกับสถานการณ์สังคมสูงอายุ (Ageing society) โดยในปี 2569 ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดเมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 จากการคาดการณ์ประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ปรามิไทย ประชาทุกุล, บรรณการ. 2559) วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมไปในทางเสื่อม ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น นำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและบั่นทอนสุขภาพกายและสุขภาพจิต ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านจิตใจซึมเศร้าได้ง่าย และมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (นริสา วงศ์พนารักษ์; และ สายสมร เฉลยกิตติ. 2557; ปรามิไทย ประชาทุกุล, บรรณการ. 2557; มุทิตา วรณชาติ และคนอื่นๆ. 2558) ซึ่งโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคกลุ่มอาการสมองเสื่อม (ณัฐกา ราชบุตร; จุลจิรา จันทะมุงคุณ; และจรรุภา แซ่ฮ้อ. 2560) จากผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18 และพบว่าเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 1 (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. 2556) โดยในปี 2561 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มอายุ 55-64, 65-74, 75-89 ปี เท่ากับ 28.87, 39.0, 44.1 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มความชุกของโรคสูงขึ้นตามกลุ่มอายุ (อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์; ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า; และสุธิดา แก้วทา. 2563) สอดคล้องกับอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ในอำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2562, 2563, 2564 คิดเป็นร้อยละ 57.88, 58.81, 60.08 ตามลำดับ (HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. 2565) และในปี 2562 พบว่าโรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด โดยมีผู้ป่วยสูงอายุชายร้อยละ 19.90 และผู้ป่วยสูงอายุหญิงร้อยละ 30.97 (สกานต์ บุนนาค; และคนอื่นๆ. 2563) ซึ่งในอำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรีพบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2562, 2563, 2564 ร้อยละ 22.52, 23.26, 24.13 ตามลำดับ (HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. 2565) นอกจากนี้ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พบความชุกภาวะสมองเสื่อมเพิ่มตามอายุ ซึ่งพบความชุกน้อยที่สุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี (ผู้สูงอายุตอนต้น) ร้อยละ 7.1 กลุ่มอายุ 70-79 ปี

(ผู้สูงอายุตอนกลาง) ร้อยละ 14.7 และกลุ่มอายุ 80 ขึ้นไป (ผู้สูงอายุตอนปลาย) ร้อยละ 32.50 (วิชัย เอกพลากร; และคนอื่น ๆ. ม.ป.ป.) มีการศึกษาพบว่าในวัยสูงอายุตอนต้นนั้นถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่ยังมีพลัง และมีความสามารถในการจัดการและปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ (เช่น ฤทัย กาญจนะจิตรรา; และคนอื่น ๆ. 2550) แต่หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวกับกับภาวะเสื่อมลงตามวัยและการเป็นโรคเรื้อรัง จะส่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่สาเหตุของการเจ็บป่วย และความคิดฆ่าตัวตายได้ (Li H.; et al. 2019)

ภาวะซึมเศร้า (Depression) ในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการเจ็บป่วยเป็นโรค การฆ่าตัวตาย การทำงานของอวัยวะภายในร่างกายลดลง การรู้คิดลดลง การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง และละเลยไม่สนใจตนเองมากขึ้น โดยทั้งหมดนี้เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ (Blazer D. G. 2003) จากการสำรวจภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดร้อยละ 77 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ. 2554) มีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน มีระดับภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 66.40 (พัชรภรณ์ ไชยสังข์ และ คนอื่น ๆ. 2556; ปราโมทย์ ประสาทกุล, บรรณารักษ์. 2558) และพบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด ร้อยละ 8.7 (วิไลวรรณ ทองเจริญ. 2554) จากรายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุปี 2556 พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 49 ระดับปานกลาง ร้อยละ 11 และระดับรุนแรง ร้อยละ 2 (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. 2556) ส่วนในอำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี พบผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2562, 2563, 2564 มีจำนวนผู้ป่วยซึมเศร้า 684, 826, 838 ราย เพิ่มขึ้นตามลำดับ และเป็นอำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการมากที่สุดในจังหวัดสิงห์บุรี โดยในปี 2562, 2563, 2564 มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการร้อยละ 123.10, 116.20, 149.21 ตามลำดับ (HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. 2565) ดังนั้น กลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตที่สำคัญปัญหาหนึ่งในพื้นที่อำเภอค่ายบางระจัน ซึ่งการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัยสำคัญ คือ ปัจจัยเสี่ยง (risk factors) ประกอบด้วย เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เหตุการณ์หรือความเครียดที่เข้ามาในชีวิต และปัจจัยปกป้อง (protective factors) ได้แก่ พลังสุขภาพจิต (Resilience) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการทำหน้าที่ และการสนับสนุนทางสังคม (Fiske A.; Wetherell, J. L.; & Gatz, M. 2009; Richardson T. M.; et al. 2012) ทั้งนี้ การลดปัจจัยเสี่ยงคือ

การเพิ่มพลังสุขภาพจิต สามารถช่วยลดอัตราตายในผู้สูงอายุได้ถึงร้อยละ 9.2 (Shen K.; & Zeng, Y. 2010) มีการศึกษาพบว่าผู้มีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้น (Heisel M. J. 2006) โดยพบว่าพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ. 2556; มุจรินทร์ พุทธเมตตา. 2557) ดังนั้น พลังสุขภาพจิตจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้สูงอายุควรที่จะพัฒนาตนเอง เพื่อให้สามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤตในชีวิตไปได้ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (เพ็ญนภา กุลนาคดล; และ จุฑามาศ แหนจอน. 2558)

พลังสุขภาพจิต (Resilience) เป็นตัวแปรด้านจิตวิทยาเชิงบวกที่ช่วยส่งเสริมด้านจิตใจของผู้สูงอายุให้มีการปรับตัวทางบวกหลังเผชิญกับภาวะวิกฤตต่าง ๆ เช่น การเป็นโรคเรื้อรัง หรือการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ทำให้มีพลังใจในการฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ และยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อการดำรงชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข (สมพร อินทร์แก้ว, บรรณาริการ. 2552; Gooding P. A.; et al. 2012) พลังสุขภาพจิตเป็นคุณสมบัติเฉพาะของบุคคลที่ไม่คงที่หรือเป็นพลวัต (Dynamic) เป็นกระบวนการ (Process) ที่สามารถพัฒนาและสร้างขึ้นได้ตามระยะพัฒนาการของบุคคล และเป็นกลไกหนึ่งที่มีส่วนทำให้สามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในภาวะวิกฤตได้ (Hjemdal O.; et al. 2006) โดยคุณลักษณะของผู้ที่มีพลังสุขภาพจิต ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ 2) ด้านกำลังใจ 3) ด้านการจัดการกับปัญหา (สมพร อินทร์แก้ว, บรรณาริการ. 2552) สอดคล้องกับแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Grotberg ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมพลังสุขภาพจิตแบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ฉันเป็น (I am) ฉันสามารถ (I can) ฉันมี (I have) (Grotberg E. H. 1997) โดยปัจจัยที่ทำให้บุคคลสามารถเผชิญและปรับตัวเพื่อก้าวผ่านพ้นความยากลำบากของชีวิตได้นั้น ประกอบด้วยปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ซึ่งมีความแตกต่างกันตามสถานที่ เวลา อายุ เพศ และวัฒนธรรมของบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้น (Connor K. M.; & Davidson, J. R. 2003) นอกจากนี้ ลักษณะสำคัญของของผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิตสูง ยังประกอบด้วย ปัจจัยทางจิตสังคมและกายภาพ (MacLeod S.; et al. 2016) ทั้งนี้ โดยทั่วไปพลังสุขภาพจิตจะถูกมองว่าเป็นผลมาจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อมของบุคคล (Rutten B. P.; et al. 2013) พลังสุขภาพจิตจึงสามารถปรับเปลี่ยนได้และพัฒนาได้โดยการแทรกแซงกิจกรรมเชิงบวก (Connor K. M.; & Zhang, W. 2006; MacLeod S.; et al. 2016) ซึ่งมีกรอบแนวคิดที่มุ่งเน้นจุดแข็งและศักยภาพของบุคคล (Seligman M. E.; et al. 2005) มากกว่าการขาดความสมดุลหรือความทุกข์ทรมานที่เกี่ยวข้องกับวัยสูงอายุ การแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology Interventions: PPIs) เป็นการกระทำหรือ

กิจกรรมโดยเจตนาที่มุ่งปลูกฝังความรู้สึกในเชิงบวก ความคิดในเชิงบวก และพฤติกรรมในเชิงบวก เป็นการส่งเสริมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก (Sin N. L.; & Lyubomirsky, S. 2009) โดยเป็นแนวคิดที่บุคคลสามารถปฏิบัติได้ด้วยความสมัครใจของตนเอง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Lomas T.; Hefferon, K.; & Ivztan, I. 2016) มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า กลุ่มกิจกรรม PPIs สำหรับฝึกปฏิบัติ เช่น การใช้จุดแข็งของตนเอง (Using signature strengths) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) สามสิ่งที่ดี (Three good things) (Seligman M. E.; et al. 2005) การมีอารมณ์เชิงบวก (Mancini A. D.; & Bonanno, G. A. 2009) การฝึกแสดงความเมตตา (acts of kindness) (Otake K.; et al. 2006) การแสดงความกตัญญู (Gratitude Interventions) การฝึกสติและทำสมาธิ (Mindfulness and Meditative Interventions) (Shapiro S. L.; et al. 2006) การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของชุมชน (Gooding P. A.; et al. 2012) ฯลฯ มีความสัมพันธ์กับการมีพลังสุขภาพจิตสูง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเชิงบวก มีความพึงพอใจในชีวิต (Bolier L.; et al. 2013) สมอกล้อมช้าลง ภาวะซึมเศร้าลดลง มีสุขภาวะที่ดี ทำให้เป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ และนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในการพัฒนาคุณภาพชีวิต (MacLeod S.; et al. 2016) ดังนั้น ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการพัฒนาพลังสุขภาพจิตโดยการประยุกต์ใช้ PPIs เพื่อลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มสุขภาวะที่ดี (Bolier L.; et al. 2013) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ PPIs ส่วนใหญ่ทำกับประชากรวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะปกติ (Seligman M. E.; et al. 2005) เช่น การศึกษาการสำรวจบทบาทของโครงสร้างจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อเป็นปัจจัยป้องกันผลกระทบจากตัวแปรสิ่งแวดล้อมด้านลบต่อสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุ ที่พบว่า ผู้เข้าร่วมที่มีระดับโครงสร้างจิตวิทยาเชิงบวกสูง มีประสบการณ์ความพึงพอใจในชีวิตสูง มีผลลัพธ์ในเชิงบวกมากขึ้น และเห็นว่าตัวเองมีปัญหาสุขภาพน้อยลง โดยมีกิจกรรมการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก ได้แก่ การมีความหวัง การมองโลกในแง่ดี ทำให้มีพลังสุขภาพจิต และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำรงสุขภาวะที่ดี (Pezent G. D. 2011) ทั้งนี้ ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยได้เสนอแนะให้มีการศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และสนับสนุนให้มีการวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในด้านการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูให้มากขึ้น (สุทธนันท์ ชุนแจ่ม;โสภิตน แสงอ่อน; และทัศน ทวีคุณ. 2011) และจากการศึกษากระบวนการทัศน์จิตวิทยาเชิงบวกก็ได้เสนอแนวทางใหม่ในการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและการส่งเสริมสุขภาพจิต

โดยการร่วมกันระหว่างจิตวิทยาเชิงบวกกับสุขภาพ อันจะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตในรูปแบบใหม่ ๆ ได้ (Kobau R.; et al. 2011)

ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชได้นำแนวคิดพลังสุขภาพจิต และการแทรกแซงกิจกรรมทางจิตวิทยาเชิงบวก มาบูรณาการกับแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (Goal Attainment Theory) (King I. M. 1981) ซึ่งเป็นทฤษฎีทางการพยาบาล เพื่อสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายมีกรอบแนวคิดการมีปฏิสัมพันธ์กันภายในระบบและระหว่าง 3 ระบบ ได้แก่ ระบบบุคคล (Personal system) ระบบระหว่างบุคคล (Interpersonal system) และระบบสังคม (Social system) ที่สอดคล้องกับกระบวนการทางพยาบาลอันประกอบด้วยมโนทัศน์หลักเกี่ยวกับคน (person) ภาวะสุขภาพ (Health) สิ่งแวดล้อม (Environment) และการพยาบาล (Nursing) โดยผู้วิจัยนำทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งอยู่ในระบบบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลคือผู้วิจัยซึ่งอยู่ในระบบระหว่างบุคคล และอสม.ซึ่งอยู่ในระบบสังคม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่นำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน คือการมีพลังสุขภาพจิตที่สูงขึ้น ทั้งนี้ การศึกษาในประเทศไทยยังไม่พบการบูรณาการแนวคิดพลังสุขภาพจิตกับแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า มีเพียงการศึกษาในต่างประเทศที่พบการศึกษาเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดีซึ่งเป็นบทบาทของการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวกในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ กลยุทธ์การรับมือแบบปรับตัวซึ่งเป็นลักษณะของพลังสุขภาพจิต และการส่งเสริมอารมณ์ในเชิงบวก ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถเผชิญกับความยากลำบากอย่างกระตือรือร้น ส่งผลให้เกิดความอดทนและการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการเพิ่มขึ้น (Avvenuti G.; Baiardini, I.; & Giardini, A. 2016) ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นนักพฤติกรรมศาสตร์จึงเห็นความเป็นไปได้ที่จะพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตซึ่งเป็นตัวแปรทางจิตวิทยา โดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ร่วมกับการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าให้ครอบคลุมทั้ง 3 ระบบ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีพลังใจในการเผชิญปัญหาในสถานการณ์วิกฤตในชีวิต โดยใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่แก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองสูงขึ้น สามารถฟื้นคืนสู่สภาวะปกติได้โดยเร็ว และดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข ทั้งนี้ ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ได้ให้ความสำคัญของการกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เน้นการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรับรู้ความ

คาดหวังระหว่างกัน มีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายร่วมกัน แสวงหาแนวทางในการปฏิบัติที่เห็นพ้องต้องกันทั้งสองฝ่าย และลงมือปฏิบัติตามแนวทางที่ตกลงร่วมกัน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ สอดคล้องกับลักษณะการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ของ Kemmis และ McTaggart (1988) (Kemmis S.; & McTaggart, R. 1988; องค์อาฯ นัยพัฒน์. 2554) ที่เริ่มต้นด้วยการวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ในการกำหนดรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้านำไปปฏิบัติและปรับปรุงแก้ไขตามแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเรียนรู้และปฏิบัติในสถานการณ์จริง เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ

จากแนวคิด ผลการศึกษาและปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อให้เกิดโปรแกรมทางพฤติกรรมศาสตร์ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี โดยการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะแรกเป็นระยะการวิจัย เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed-methods research) แบบสำรวจตามลำดับ (Sequential Exploratory Design) โดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพในลำดับแรกแล้วจึงใช้วิธีการเชิงปริมาณติดตามมาในลำดับหลัง (องค์อาฯ นัยพัฒน์. 2551) ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าการศึกษาลงสุขภาพจิตควรผ่านทางการรับรู้ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยตรง เพื่อให้ทราบถึงคุณลักษณะกระบวนการ และวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตภายใต้บริบทของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า แล้วนำความหมายในเชิงคุณลักษณะที่ได้ไปสร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แนวคิดของกรอทเบิร์ก (Grotberg E. H. 1997) เป็นกรอบในการสร้างและพัฒนาแบบวัดร่วมกับการพัฒนาแบบวัดจากแบบวัดพลังสุขภาพจิต (RQ-20) ของกรมสุขภาพจิต เนื่องจากพบว่าแบบวัดพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ เช่น Resilience Scale (RS) ของ แวกนิลด์ และ ยัง (Wagnaild G. M.; & Young, H. M. 1993) และ Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) ของ คอนเนอร์ และ เดวิดสัน (Connor K. M.; & Davidson, J. R. 2003) ที่มีใช้ในต่างประเทศ มีข้อจำกัดในการนำมาใช้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย ส่วนแบบวัดพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตที่ใช้ในประเทศไทย ปัจจุบันใช้กับบุคคลทั่วไปอายุ 25-60 ปี (สมพร อินทร์แก้ว, บรรณาธิการ. 2552) ซึ่งยังไม่พบแบบวัดพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศราร่วมด้วย ผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่อำเภอค่าย

บางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี จากนั้นในระยะที่ 2 เป็นระยะการพัฒนา ผู้วิจัยจึงนำประเด็นหลักที่ได้จากกระบวนการ และวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตในข้อค้นพบระยะที่ 1 ไปพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งเป็นการผสมผสานวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (องอาจ นัยพัฒน์. 2554) เพื่อจัดการปรับปรุงกิจกรรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการนำผลลัพธ์เชิงคุณภาพ มาพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีเพียงโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ที่ผู้สนใจศึกษาพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม แล้วนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุเท่านั้น (กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ; ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ; และเสาวลักษณ์ คงสนิท. 2562; กันต์ฤทัย ปานทอง; และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. 2561) ทั้งนี้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการในระยะที่ 2 นี้ดำเนินการวิจัยใน 2 วงรอบ โดยผู้วิจัยเน้นส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติสะท้อนความรู้สึกร่วมกัน และคิดวิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงแนวทางปฏิบัติด้วยตนเอง รวมทั้งทำความเข้าใจสถานการณ์และแนวทางปฏิบัติที่กำลังปฏิบัติอยู่ โดยการให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีส่วนร่วมในการปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เป็นจริงของผู้สูงอายุ โดยอาศัยการร่วมประสานงานกันระหว่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาล ซึ่งเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กันในระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคล และระบบสังคม ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ร่วมกับการแทรกแซงกิจกรรมทางจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อฝึกพัฒนาความคิดเชิงบวก อารมณ์เชิงบวก และพฤติกรรมเชิงบวกในขณะร่วมกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 5 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ต่อ 1 วงรอบ ซึ่งคาดว่าจะผลลัพธ์ที่ได้จะทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีสุขภาพที่ดีและมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น โดยหลังจากที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตแล้ว จะทำการประเมินผลโดยการวัดพลังสุขภาพจิตจากแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในระยะที่ 1 ร่วมกับการประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผลการศึกษาในครั้งนี้จะได้รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่เกิดจากโปรแกรมทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ในรูปแบบใหม่ เนื่องจากยังไม่พบโปรแกรมทางด้าน

พฤติกรรมศาสตร์ที่บูรณาการแนวคิดด้านจิตวิทยาและแนวคิดทฤษฎีทางการแพทย์ในการดูแลบุคคลกลุ่มนี้ที่สามารถปฏิบัติได้จริง ซึ่งจะเป็นองค์ความรู้ใหม่ในการวิจัยต่อไป

คำถามการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะการวิจัย

1. คุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิต กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นอย่างไร
2. สามารถนำคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าไปใช้สร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่มีความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงได้หรือไม่

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนา

สามารถนำกระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตไปใช้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ให้ได้ผลดีมีความเหมาะสม และเป็นไปได้ตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงได้หรือไม่ และควรเป็นอย่างไร

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิต กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า
2. เพื่อสร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนา

เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยกระบวนการปฏิบัติการในสภาพการณ์ที่เป็นจริง

ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้บูรณาการองค์ความรู้ที่เป็นสหวิทยาการ (Interdisciplinary) ทั้งด้านจิตวิทยา และด้านการพยาบาลมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ได้ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสังคม ดังนี้

1. ในเชิงปฏิบัติ

1.1 ได้แบบวัดพลังสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยสามารถนำไปใช้ในการประเมินสถานะทางจิตใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในบริบทของอำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรีได้

1.2 ได้รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อเสนอแนะทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ในการนำไปเป็นแนวทางพัฒนาพลังสุขภาพจิตภายใต้บริบทและสภาพปัญหาของตนเอง เพื่อเป็นปัจจัยปกป้องที่จะเสริมความเข้มแข็งทางใจให้สามารถเรียนรู้ที่จะเผชิญเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิตได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.3 บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีพลังสุขภาพจิต เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

1.4 หน่วยงานภาครัฐและเอกชนสามารถนำรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเตรียมความพร้อมให้กับผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุในองค์กรได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ ผลการวิจัยนี้สามารถตอบสนองนโยบายของประเทศในเรื่องการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

2. ในเชิงทฤษฎี

2.1 เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการและวิธีการก้าวผ่านวิกฤตชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในบริบทของคนไทย ซึ่งเป็นการขยายความรู้ในเชิงทฤษฎี เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการมุ่งนำผลไปใช้เพื่อปรับปรุงสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

2.2 เกิดองค์ความรู้ด้านพฤติกรรมศาสตร์ในการบูรณาการศาสตร์ด้านจิตวิทยาและด้านการพยาบาล เพื่อใช้ในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัยใน 2 ระยะ ระยะที่ 1 เป็นระยะการวิจัย ใช้การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed-methods research) แบบสำรวจตามลำดับ (Sequential Exploratory Design) โดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพในลำดับแรกแล้วจึงใช้วิธีการเชิงปริมาณติดตามมาในลำดับหลัง (องอาจ นัยพัฒน์. 2551) เพื่อตอบโจทย์วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาคุณลักษณะการมีพลังสุขภาพจิต กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และข้อที่ 2 เพื่อสร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ ส่วนระยะที่ 2 เป็นระยะการพัฒนา ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) (Kemmis S.; & McTaggart, R. 1988; องอาจ นัยพัฒน์. 2554) เพื่อตอบโจทย์วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 คือ เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ให้เป็นไปได้และเหมาะสมตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการวิจัย

1.1 ขอบเขตด้านวิธีวิทยาการวิจัย

การวิจัยในระยะนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed-methods research) แบบสำรวจตามลำดับ (Sequential Exploratory Design) โดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพในลำดับแรกแล้วจึงใช้วิธีการเชิงปริมาณติดตามมาในลำดับหลัง (องอาจ นัยพัฒน์. 2551) ทั้งนี้ ใช้วิธีการเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาคุณลักษณะการมีพลังสุขภาพจิต กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และใช้วิธีการเชิงปริมาณ เพื่อสร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีความความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ลำดับที่ 1 วิธีการเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาคุณลักษณะการมีพลังสุขภาพจิต กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นเครื่องมือหลักในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะการมีพลังสุขภาพจิต กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อค้นหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่รักษาอาการซึมเศร้าหายแล้วพูดคุย บอกเล่าถึงประสบการณ์การก้าวผ่านความทุกข์ยากจากการเป็นโรคเรื้อรังและมีอาการซึมเศร้า แล้วพินิจกลับมาสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังใช้การสังเกต (Observation) ร่วมด้วยขณะทำการสนทนากลุ่ม เพื่อนำมาเป็นข้อมูลเสริมในการอธิบาย

ปรากฏการณ์ โดยหลังจากได้ข้อมูลแล้วผู้วิจัยจะทำการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตเพื่อทราบถึงแนวคิดทฤษฎี นิยาม องค์ประกอบ และศึกษาแบบวัดพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient Test: RQ - 20) สำหรับผู้ใหญ่อายุ 25-60 ปี ของกรมสุขภาพจิต (สมพร อินทร์แก้ว, บรรณานิการ. 2552) เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบวัดพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

ลำดับที่ 2 วิธีการเชิงปริมาณ เพื่อสร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ โดยนำประเด็นหลัก (Themes) ประเด็นย่อย (Sub-Themes) และการจัดหมวดหมู่แยกประเภท (Categories) จากคุณลักษณะการมีพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ไปสังเคราะห์เพื่อสรุปองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตในการสร้างนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ และสร้างแบบวัดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า หาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของมาตรวัดโดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านพิจารณาความสอดคล้องและความถูกต้องของข้อคำถามกับนิยามศัพท์เฉพาะในแต่ละองค์ประกอบ และหาค่า IOC (Item Objective Congruence) ซึ่งผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกข้อคำถามคือเมื่อค่าดัชนี IOC มากกว่า 0.5 (Turner R.; & Carlson, L. A. 2003) มาตรวัดที่ผ่านการตรวจสอบความตรงแล้วนำมาตรวจสอบความเที่ยง (reliability) แบบความสอดคล้องภายในของมาตรวัด โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จากสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดสิงห์บุรี แล้ววิเคราะห์อำนาจจำแนกของข้อคำถาม (item analysis) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ (Corrected Item-Total Correlation: CITC) โดยเกณฑ์การตัดข้อคำถามคือค่า CITC ต่ำกว่า 0.2 ($r < 0.2$) (Landis J. R.; & Koch, G. G. 1977) คำนวณมาตรวัดองค์ประกอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ควรมีค่า 0.7 ขึ้นไป (Cronbach L. J. 1951) แล้วจึงนำข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์มาตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ของมาตรวัด ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) เพื่อตรวจสอบโครงสร้างองค์ประกอบตามแนวคิดทฤษฎีหรือนิยามปฏิบัติการว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ (Hair J. F.; et al. 2014)

1.2 ขอบเขตผู้ให้ข้อมูล

ลำดับที่ 1 วิธีการเชิงคุณภาพ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้หลักการเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี (Theoretical Sampling) ภายใต้หลักการสำคัญ คือ การอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์คือผู้ให้ข้อมูลหลักต้องมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย (ชาย โพธิ์ลีตา. 2556) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างคือผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) แบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion Criteria) ประกอบด้วยเกณฑ์ดังนี้ เป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 60-69 ปี (ผู้สูงอายุตอนต้น) มีความสามารถในการรับรู้และสื่อสารเข้าใจ เพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่าๆ กัน เนื่องจากพลังสุขภาพจิตมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันตามอายุและเพศ (Gulbrandsen C. L.; & Walsh, C. 2015; Fontes A. P.; & Neri, A. L. 2015) ทั้งนี้ ต้องเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยรักษาภาวะซึมเศร้าซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าหายแล้ว โดยมีคะแนนจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถามของกรมสุขภาพจิต น้อยกว่า 7 คะแนน และเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีพลังสุขภาพจิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (คะแนน > 69) โดยประเมินจากแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ - 20) ของกรมสุขภาพจิต ร่วมกับเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (คะแนน > 17) โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE - Thai 2002) ของกรมการแพทย์ เพื่อประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยรักษาภาวะซึมเศร้าเป็นตัวอย่างที่หายากและมีจำนวนน้อย ประกอบกับการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งจะได้ข้อมูลจำนวนมากและลุ่มลึก จึงต้องการผู้เข้าร่วมน้อยในการศึกษา (Morse J. M. 2000) ดังนั้น ในการสนทนากลุ่มครั้งนี้จึงใช้ตัวอย่างจำนวน 6 คน เป็นเพศชาย 3 คน เพศหญิง 3 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่เพียงพอสำหรับผู้ให้ข้อมูลหลักที่จะทำให้ข้อมูลอิ่มตัว

ลำดับที่ 2 วิธีการเชิงปริมาณ

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้สูงอายุตอนต้นเป็นโรคเบาหวานและ/ โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง (7-18 คะแนน) ที่พักอาศัยอยู่ในอำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 396 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. 2560) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ผู้สูงอายุตอนต้นเป็นโรคเบาหวานและ/ โรคความดันโลหิตสูง มีความสามารถในการรับรู้และสื่อสารเข้าใจ การศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (คะแนน > 17) โดยการประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของกรมการแพทย์ เพื่อประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วม

การวิจัย มีระดับภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยถึงปานกลาง (7-18 คะแนน) โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กฎแห่งความชัดเจน (Rule of Thumb) (Carmen R. Wilson VanVoorhis; & Betsy L. Morgan. 2007) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจำนวน 310 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิอย่างเป็นสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนของประชากรแต่ละตำบล แล้วจึงทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) แบบจับฉลากไม่ใส่กลับ จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ เพื่อตอบแบบวัดพลังสุขภาพจิต

1.3 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ลำดับที่ 1 วิธีการเชิงคุณภาพ

การศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาคุณลักษณะการมีพลังสุขภาพจิต กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยทำความเข้าใจคุณลักษณะการมีพลังสุขภาพจิต กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตตามมุมมองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่รักษาภาวะซึมเศร้าหายแล้ว และมีพลังสุขภาพจิตสูง

ลำดับที่ 2 วิธีการเชิงปริมาณ

การศึกษาเชิงปริมาณ เพื่อสร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีความความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ โดยการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบวัดพลังสุขภาพจิต หาค่าอำนาจจำแนกของแบบวัด ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัด และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) โดยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) เพื่อตรวจสอบทฤษฎีพลังสุขภาพจิตตามแนวคิดของกรอทเบิร์ก (Grotberg E. H. 1997) ระบุองค์ประกอบและสร้างตัวแปรใหม่ รวมทั้งวิเคราะห์สมมติฐานเกี่ยวกับแบบแผนและโครงสร้างความสัมพันธ์ของข้อมูลที่สังเกตได้กับคุณลักษณะแฝงที่อยู่เบื้องหลัง (Hair J. F.; et al. 2014) เพื่อให้ได้แบบวัดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา

เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยกระบวนการปฏิบัติการในสภาพการณ์ที่เป็นจริง

2.1 ขอบเขตด้านวิธีวิทยาการวิจัย

การวิจัยในระยะนี้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis S.; & McTaggart, R. 1988; องค์อาจ นัยพัฒน์. 2554) ที่เกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติ (practical action research) (องค์อาจ นัยพัฒน์. 2554) เป็นการศึกษาเฉพาะประชากรในอำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายเป็นกรอบในการสร้างรูปแบบ และใช้แนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวกร่วมกับข้อค้นพบกระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตในระยะที่ 1 ในการสร้างกิจกรรมฉบับร่าง โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะร่วมกันคิด ร่วมกันวางแผนปฏิบัติการ และปรับปรุงรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ร่วมกับการทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ได้รับการยอมรับของทุกฝ่าย โดยที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถือเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

2.2 ขอบเขตผู้ให้ข้อมูล

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion Criteria) ประกอบด้วยเกณฑ์ดังนี้ เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ที่อาศัยอยู่ในอำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ทั้งเพศหญิงและเพศชายจำนวนทั้งหมด 12 คน เป็นโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง และมีภาวะซึมเศร้าจากการวินิจฉัยของแพทย์ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (International Classification of Diseases: ICD-10) มีการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (คะแนน > 17) โดยการประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของกรมการแพทย์ ซึ่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต้องมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง (7-18 คะแนน) โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ของกรมสุขภาพจิต เนื่องจากผู้ที่มีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ (นริสา วงศ์พนารักษ์; และ สายสมร เฉลยกิตติ. 2557) และ 2) กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 4 คนที่ดูแลผู้สูงอายุ

ในพื้นที่อย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักและกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลต้องเป็นผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.3 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก ร่วมกับนำผลการวิจัยในระยะที่ 1 กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยรักษาภาวะซึมเศร้า มาใช้ในการสร้างรูปแบบฉบับร่าง โดยให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันเสนอความคิดเห็นและปฏิบัติเพื่อปรับปรุงรูปแบบที่ผู้วิจัยเสนอ จนได้รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.4 ขอบเขตในด้านพื้นที่

ผู้วิจัยทำการศึกษารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ในพื้นที่อำเภอด่านช้างบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี เนื่องจากพบว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีจำนวนสูงที่สุดในจังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งเสี่ยงต่อปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประกอบกับผู้วิจัยปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่อำเภอด่านช้างบางระจัน ซึ่งมีปัญหาด้านสุขภาพจิต จึงเห็นความสำคัญในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อป้องกันและลดปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีความคุ้นเคยกับประชาชน บุคลากร และพื้นที่ จึงทำให้สะดวกในการเก็บข้อมูล

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้วิจัยนิยามความหมายของคำศัพท์เฉพาะในแต่ละระยะของการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการวิจัย

ลำดับที่ 1 วิธีการเชิงคุณภาพ

1. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60-69 ปี นับจากวันเข้าร่วมการวิจัย ทั้งเพศชายและเพศหญิง จบชั้นประถมศึกษาขึ้นไป ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (คะแนน > 17) ประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE - Thai

(คะแนน > 17) โดยการประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของกรมการแพทย์ อาศัยอยู่ในอำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์ ICD - 10 ขององค์การอนามัยโลก ว่าเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน และ/ โรคความดันโลหิตสูง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง (คะแนน 7-18) โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ของกรมสุขภาพจิต

2. รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก หมายถึง วิธีดำเนินการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart (1988) ที่เริ่มต้นด้วยการวางแผน การปฏิบัติและการสังเกต การสะท้อนผล (Kemmis S.; & McTaggart, R. 1988; องค์าฯ นัยพัฒน. 2554) โดยผู้วิจัยนำทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินการ ร่วมกับข้อค้นพบกระบวนการและวิธีการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่รักษาหายจากอาการซึมเศร้าแล้ว และประยุกต์แนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวกในการสร้างกิจกรรม รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ดำเนินการพัฒนานี้ใน 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นก่อนเข้าสู่ช่วงปฏิบัติการ เป็นการร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีร่วมกับข้อค้นพบกระบวนการและวิธีการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต และการศึกษาศถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ 2) ขั้นปฏิบัติการ ดำเนินการ 2 วงรอบใน 8 สัปดาห์ แต่ละวงรอบประกอบด้วย 5 กิจกรรม ๆ ละ 90 นาที โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่มและกิจกรรมกลุ่ม โดยผู้วิจัยเสนอรูปแบบที่ร่างขึ้นต่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อวางแผนปฏิบัติตามรูปแบบฯ ร่วมกัน และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามำเนินการปฏิบัติตามแผน โดยมีสม.เป็นพี่เลี้ยงในการทำกิจกรรม และมีผู้วิจัยทำการสังเกตขณะดำเนินกิจกรรม จากนั้นสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกัน เพื่อปรับปรุงแก้ไขกิจกรรมตลอดจนสรุปกิจกรรม จนได้รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในสภาพการณ์ที่เป็นจริง ซึ่งกิจกรรมที่ใช้ในขั้นปฏิบัติการ

ได้แก่ 1) สร้างพลังใจด้วยไมตรี 2) ยืนหยัด ผ่านพ้น 3) ก้าวข้ามปัญหา พันฝ่าเชิงบวก 4) สิ่งดีๆ ที่มี
ค่าสำหรับฉัน และ 5) พลังสุขภาพจิตของฉัน



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำเสนอตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดพลังสุขภาพจิต (Resilience) ในผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (Depression) ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
3. แนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (Theory of Gold Attainment)
4. แนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology Interventions)
5. การบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายร่วมกับแนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก
6. แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
7. นิยามเชิงปฏิบัติการ
8. กรอบแนวคิดการวิจัย
9. สมมติฐาน

1. แนวคิดพลังสุขภาพจิต (Resilience) ในผู้สูงอายุ

การศึกษาพลังสุขภาพจิตให้ความสำคัญกับประชากรหลายกลุ่ม โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของประชากรทำให้มีการวิจัยแนวคิดพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งทรัพยากรทางจิตวิทยาและการควบคุมอารมณ์เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตในวัยสูงอายุ (Fontes A. P.; & Neri, A. L. 2015) ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือมีความบกพร่องด้านต่าง ๆ สามารถมีพลังสุขภาพจิตได้ เนื่องจากพลังสุขภาพจิตเป็นความสามารถในการคงไว้ซึ่งสุขภาพทั้งทางร่างกายและอารมณ์ภายหลังเกิดการเจ็บป่วย โดยการปรับตัวทางบวก ควบคุมอารมณ์ และสามารถแก้ไขปัญหาได้ (Wagnild G. M.; & Collins, J. A. 2009) จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ การศึกษาพลังสุขภาพจิตส่วนใหญ่พบในกลุ่มประชากรวัยรุ่นหรือในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการป่วยทางจิตใจ ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทางกายและมีอาการป่วยทางด้านจิตใจร่วมด้วย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจศึกษารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุช่วงวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้การดูแลแบบองค์รวม เป็นการป้องกันการฆ่าตัวตายซึ่งปัญหา

สุขภาพจิตที่รุนแรงของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นให้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

โดยทั่วไปพลังสุขภาพจิตมักได้รับการพัฒนาหลังจากได้รับความเครียดหรือความกดดันต่าง ๆ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดมากมาย ผู้สูงอายุจึงควรจะเป็นบุคคลที่มีพลังสุขภาพจิตสูง แต่เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อเข้าสู่ช่วงปลายของชีวิตมักมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้พลังสุขภาพจิตลดลง ประกอบกับประสบการณ์ชีวิตบางอย่างทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่ายในชีวิต บางรายมีความคิดทำร้ายตนเอง ทำให้การดูแลตนเองถดถอยลงเรื่อย ๆ จนไม่สามารถดูแลตนเองได้ แต่ผู้สูงอายุบางรายถึงแม้จะมีโรคประจำตัว ก็ยังสามารถดำเนินชีวิตอยู่อย่างปกติได้โดยไม่คำนึงว่าตนมีโรคประจำตัว ไม่นำปัญหาทางร่างกายมาบั่นทอนให้เกิดภาวะผิดปกติทางสุขภาพจิต

ทั้งนี้ การที่ผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุมักจะพบกับความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ท้าทาย เช่น การพัฒนาเข้าสู่ความเจ็บป่วยเรื้อรัง และความเครียดทางอารมณ์ที่เกิดจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิตจะสามารถปรับตัวให้เข้ากับความยากลำบากในชีวิตได้ และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข เนื่องจากพลังสุขภาพจิตเป็นลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคลอันเป็นปัจจัยป้องกันภายใน ซึ่งได้แก่ การพึ่งพาตนเองและการมีสุขภาพที่ดี โดยจะช่วยลดผลกระทบเชิงลบของความเครียด และส่งเสริมการปรับตัวของผู้สูงอายุต่อสถานการณ์ทุกขียากลำบากที่เผชิญ (Wagnaild G. M.; & Young, H. M. 1993) ซึ่งนอกจากการมีลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยภายในแล้ว ยังรวมถึงปัจจัยภายนอก เช่น เครือข่ายทางสังคมในการที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นฟูความสมดุลในชีวิตของตนเองได้ ซึ่งกระบวนการนี้เรียกว่า การบูรณาการพลังสุขภาพจิตอีกครั้ง (Richardson G. E. 2002)

แนวคิดพลังสุขภาพจิตได้ถูกนิยามไว้อย่างหลากหลาย การศึกษาการทบทวนและวิจารณ์คำจำกัดความ แนวคิด และทฤษฎีของพลังสุขภาพจิต พบว่า พลังสุขภาพจิตเป็นคุณลักษณะ (trait) หรือกระบวนการ (process) ในการปรับตัวเชิงบวกต่อความทุกข์ยาก ซึ่งจำเป็นต้องมีการฟื้นตัวเพื่อตอบสนองต่อความทุกข์ยากต่างๆ จากปัญหาในชีวิตประจำวันที่ดำเนินอยู่ไปจนถึงเหตุการณ์ต่างๆ ที่สำคัญในชีวิต (Fletcher D.; & Sarkar, M. 2013) การวัดหรือการประเมินพลังสุขภาพจิตของบุคคล มีความแตกต่างกันไปตามคำถามการวิจัยในแต่ละเรื่อง ตัวแปรอาจเกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตที่เป็นผล (outcome) หรือกระบวนการ (process) ซึ่งความสามารถในการฟื้นตัวยังได้รับการประเมินว่าเป็นคุณลักษณะที่เกิดขึ้นทันทีของบุคคลและชุมชน ที่อาจผ่านการพัฒนาหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และ/หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับ

ระบบการจัดการตนเองและการดูแลตนเอง (Fletcher D.; & Sarkar, M. 2013) นอกจากนี้ ได้มีการระบุถึงปัจจัยปกป้องที่หลากหลายในการวิจัยเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต เช่น ความอดทน (Bonanno G. A. 2004), อารมณ์เชิงบวก (Tugade M. M.; & Fredrickson, B. L. 2004), บุคลิกภาพ (Wagnaild G. M.; & Young, H. M. 1993), ความสามารถในตนเอง (Sculd M.; et al. 2015), จิตวิญญาณ (Manning L. K. 2013), การเห็นคุณค่าในตนเอง (Ferreira C. L.; Santos, L. M. O.; & Maia, E. M. 2012) และผลกระทบเชิงบวก (MacLeod S.; et al. 2016)

จะเห็นได้ว่า พลังสุขภาพจิตในทางจิตวิทยามีทั้งแนวคิดว่าเป็นลักษณะทางบุคลิกภาพหรือแนวคิดว่าเป็นผลลัพธ์ของพลังสุขภาพจิต และแนวคิดว่าเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งสามารถตรวจสอบภายใต้แบบจำลองทางทฤษฎีของพลังสุขภาพจิตที่อธิบายเชิงบูรณาการ อันจะช่วยให้สามารถวัดองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตออกมาเป็นผลลัพธ์ และตรวจสอบกระบวนการที่บ่งชี้ว่าเป็นคุณสมบัติที่เกิดขึ้นทันทีโดยการปฏิบัติ ด้วยเหตุนี้ พลังสุขภาพจิตจึงเป็นทฤษฎีเปิดที่เกิดจากการหลอมรวมกันขององค์ประกอบต่างๆ อย่างมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ซึ่งจะมีประโยชน์ในฐานะเครื่องมือในการวินิจฉัย ทำความเข้าใจ และส่งเสริมการฟื้นตัวของบุคคล อันเป็นรากฐานสำหรับอนาคตที่ยั่งยืน (Fletcher D.; & Sarkar, M. 2013) แนวความคิดกระบวนการของพลังสุขภาพจิตตระหนักดีว่าผลกระทบของปัจจัยปกป้องและปัจจัยส่งเสริมจะแตกต่างกันตามบริบท จากสถานการณ์สู่สถานการณ์ จนตลอดสถานการณ์และตลอดอายุขัยของแต่ละคน (Fletcher D.; & Sarkar, M. 2013) พลังสุขภาพจิตยังเป็นความสามารถขั้นพื้นฐานที่เริ่มเกิดขึ้นในทุกคน เป็นกลไกในการแก้ปัญหา การปรับตัวทางบวกของแต่ละบุคคล เพื่อให้กลับสู่สถานการณ์ในชีวิตที่เป็นปกติเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดันหรือภาวะความยากลำบาก และเป็นกระบวนการของบุคคลในการสะสมประสบการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นทักษะในการแก้ปัญหาและฟื้นฟูสภาพของตัวเองในยามที่เกิดเหตุที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ซึ่งกระบวนการพลังสุขภาพจิตนี้สามารถพัฒนาได้ และจัดเป็นปัจจัยปกป้องหรือกลไกหนึ่งที่มีส่วนทำให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในภาวะวิกฤตได้ (Hjemdal O.; et al. 2006) การให้ความสำคัญกับผลของการปรับตัวต่อความทุกข์ยากถือเป็นวิธีที่สำคัญ และเป็นประโยชน์ในการดำเนินการสร้างพลังสุขภาพจิตของบุคคล (Olsson C. A.; et al. 2003)

พลังสุขภาพจิตมีข้อบ่งชี้เกี่ยวกับผลกระทบที่สำคัญ 5 ประการได้แก่ 1) ความต้านทานต่ออันตราย อาจเกิดจากการควบคุมความเสี่ยงแทนที่จะหลีกเลี่ยงสิ่งเหล่านั้น 2) ความต้านทานอาจเกิดขึ้นจากลักษณะหรือสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง หรือในกรณีที่ไม่มียานตรายทางสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง 3) ความต้านทานอาจเกิดจากกระบวนการเผชิญปัญหาทางสรีรวิทยาหรือทางจิตวิทยา

แทนที่จะเป็นปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยภายนอก 4) ความล่าช้าในการฟื้นตัวอาจมาจาก "จุดเปลี่ยน" ในชีวิต และ 5) พลังสุขภาพจิตอาจถูกจำกัดโดยการเขียนโปรแกรมทางชีววิทยา หรือจากความเสียหายที่เกิดจากความเครียด/ ความทุกข์ยากต่อโครงสร้างเกี่ยวกับประสาท (Rutter M. 2006)

แวกนิลด์ และ ยัง ได้ศึกษาแนวคิดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยพัฒนามาจากการวิจัยเชิงคุณภาพ ในปี ค.ศ. 1987 เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการปรับตัวที่ประสบความสำเร็จของผู้สูงอายุเพศหญิง จำนวน 24 คน ที่ต้องเผชิญสถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในชีวิต จากการศึกษาพบว่า พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ ได้แก่ 1) การมีจิตใจที่สงบมั่นคง (Equanimity) 2) ความเข้าใจว่าชีวิตมีความหมายและมีคุณค่า (Meaningfulness) 3) ความอดทนไม่ย่อท้อ (Perseverance) 4) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-reliance) และ 5) การยอมรับเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคลและยอมรับในชีวิตตน (Existential aloneness) (Wagnaild G. M.; & Young, H. M. 1993)

ต่อมา กรอทเบิร์ก ได้นำข้อมูลจากการศึกษาคุณลักษณะของบุคคลที่มีพลังสุขภาพจิตหรือปัจจัยปกป้องที่มีความหลากหลายในระยะแรกมาจัดแบ่งกลุ่มคุณลักษณะของพลังสุขภาพจิต โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ฉันมี (I HAVE) หมายถึง การมีแหล่งสนับสนุนภายนอก (External support) ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดพลังสุขภาพจิต เช่น มีคนในครอบครัวและนอกครอบครัวที่สามารถไว้วางใจ มีต้นแบบที่ดี มีคนที่พร้อมจะให้อำนาจใจและสนับสนุนให้เป็นตัวของตัวเอง มีบุคคลหรือแหล่งที่ให้การดูแลในเรื่องของสุขภาพ อยู่ในครอบครัวและชุมชนที่มั่นคงปลอดภัย เป็นต้น 2) ฉันเป็น (I AM) หมายถึง การเป็นบุคคลที่มีความเข้มแข็งภายใน (Inner strengths) ซึ่งช่วยสนับสนุนให้จัดการกับสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต เช่น เป็นบุคคลที่สามารถที่จะรักและเป็นที่รักของผู้อื่นได้ เป็นคนสุขภาพอ่อนโยน มีความภูมิใจในตนเอง เป็นคนอารมณ์ดี ยอมรับและยกย่องผู้อื่น พร้อมทั้งจะรับผิดชอบในสิ่งที่กระทำและยอมรับผลของการกระทำนั้น มีความสามารถวางแผนอนาคตได้ เป็นต้น และ 3) ฉันสามารถ (I CAN) หมายถึง ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการมีทักษะในการแก้ไขปัญหา (Interpersonal and problem solving skill) เช่น สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน รู้จักขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ได้ในเวลาที่ต้องการ เป็นต้น (ฉัตรฤดี ภาระญาติ. 2558; Grotberg E. H. 1997) สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องสมรรถนะพลังสุขภาพจิต (Resilience quotient) หรือแนวคิดการฟื้นคืนสภาพของจิตใจที่ถูกนำมาใช้หลากหลายบริบทในด้านจิตวิทยา ตลอดจนเป็นการวัดระดับของลักษณะบุคคลที่สามารถฟื้นตัวได้ ภายหลัง

จากการผ่านวิกฤตการณ์หรือความยากลำบากในชีวิต ซึ่งเป็นคุณสมบัติในการที่ทำให้บุคคลผ่านพ้นปัญหา ปรับจิตใจและพฤติกรรมตามองค์ประกอบที่แตกต่างกัน

ความหมายพลังสุขภาพจิต

คำว่า “Resilience” มาจากคำกริยา resiliere ในภาษาละติน มีความหมายว่า “การเด้งกลับ” ดังนั้น Resilience คือความสามารถในการเด้งกลับ หรือคืนสภาพนั่นเอง คำนี้ถูกเอามาใช้ในเชิงจิตวิทยาหมายถึง ความสามารถที่จะรับมือกับความล้มเหลว ความผิดหวัง ที่จะทำให้อีกกลับมาสู่สภาวะปกติ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิชาการให้ความหมายของพลังสุขภาพจิตไว้หลากหลาย เช่น แวกนิลด์ และ ยัง (Wagnaild G. M.; & Young, H. M. 1990) ได้ให้นิยามพลังสุขภาพจิต (Resilience) ว่าเป็นความสามารถในการปรับตัวฟื้นกลับสภาพจิตใจจากประสบการณ์ในชีวิตที่เกิดความสูญเสียอย่างรุนแรง ให้สามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข และพลังสุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญในช่วงชีวิตที่ปั่นป่วน เป็นส่วนประกอบของการปรับตัวทางจิตสังคมที่ประสบความสำเร็จของบุคคล กรอทเบิร์ก (Grotberg E. H. 1997) ได้ให้ความหมายพลังสุขภาพจิตว่า เป็นความยืดหยุ่นทางอารมณ์ คือความสามารถในการฟื้นตัว ซึ่งเป็นศักยภาพทั่วไปของบุคคล กลุ่ม หรือชุมชน มีความสามารถที่จะป้องกันการสูญเสีย ลดความรุนแรง และผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากภาวะบีบคั้นต่าง ๆ ที่บุคคลต้องเผชิญไปได้ด้วยดี ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ยังเป็นการช่วยเสริมสร้างให้บุคคลมีการพัฒนาทางความคิด มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และรับรู้ในสิ่งที่ตนเองเป็นอย่างเหมาะสม ด้วยความเชื่อที่ว่า 1) ตนเป็นคนมีความสามารถ มีความรู้สึกมั่นคงทางใจ เชื่อในคุณค่าและความสามารถของตนเองในการควบคุมจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ อย่างเหมาะสม 2) ตนมีความสำคัญ มีค่า มีความหมาย เป็นที่ยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว กลุ่ม หรือสังคมที่แวดล้อม และ 3) ตนมีพลังอำนาจ มีความสามารถในการควบคุมหรือแก้ไขสิ่งต่าง ๆ ที่อาจจะเข้ามาส่งผลกระทบต่อชีวิตของตนเองได้ นอกจากนี้ ยังช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการใช้ทักษะชีวิตและทักษะในการเผชิญกับปัญหาในรูปแบบต่างๆ พลังสุขภาพจิตเป็นการปรับตัวในเชิงบวกซึ่งแสดงออกโดยความสามารถที่โดดเด่นในการเผชิญและเอาชนะความยากลำบากในชีวิต การปรับเปลี่ยนฟื้นกลับ หรือแม้กระทั่งความเข้มแข็งจากประสบการณ์แห่งความยากลำบากในชีวิต สมาคมจิตวิทยาอเมริกัน (American Psychological Association - APA) ได้ให้ความหมายพลังสุขภาพจิตว่า เป็นกระบวนการปรับตัวต่อความทุกข์ยาก การบาดเจ็บ โศกนาฏกรรม ภัยคุกคาม หรือปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น ปัญหาครอบครัว ความโดดเดี่ยว โรคภัยไข้เจ็บ และภาวะเศรษฐกิจ จากคำจำกัดความของ APA พลังสุขภาพจิตเป็นกระบวนการต่อลักษณะบุคลิกภาพที่มั่นคง ซึ่งมักเรียกว่า “Resiliency” ที่แสดงให้เห็น

เห็นว่าคนมีความสามารถในการสร้างและแสดงให้เห็นถึงพลังสุขภาพจิต โดยไม่คำนึงถึงภูมิหลังทางเศรษฐกิจและสังคม ประสบการณ์ส่วนตัว หรือสภาพแวดล้อมทางสังคม พลังสุขภาพจิตสามารถอธิบายกระบวนการและผลลัพธ์ของการประสบความสำเร็จในการปรับตัวให้เข้ากับประสบการณ์ชีวิตที่ยากลำบากหรือท้าทายได้ ทำให้เกิดการเติมเต็มในส่วนที่ขาดหายไปจากประสบการณ์ให้สมบูรณ์พร้อมในชีวิต (O'Leary V. E. 1998) เฟลเทน และ ฮอลล์ ได้ให้นิยามของพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุว่า เป็นความสามารถที่จะประสบความสำเร็จ หรือการมีสุขภาพที่แข็งแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ หลังผ่านการสูญเสียหรือการเจ็บป่วย (Felten B. S.; & Hall, J. M. 2001) คอนเนอร์ และเดวิดสัน ให้ความหมายพลังสุขภาพจิตว่า เป็นกระบวนการของความสามารถส่วนบุคคลในการทนต่อความเครียดและการยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ หรืออีกนัยหนึ่งเป็นคุณลักษณะที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เผชิญ (Connor K. M.; & Davidson, J. R. 2003)

การศึกษาพลังสุขภาพจิตในประเทศไทย พบว่ายังไม่มีการบัญญัติคำศัพท์ที่ใช้แทนคำว่า Resilience ที่ชัดเจน ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้บัญญัติคำในภาษาไทยโดยให้ใช้คำว่า “พลังสุขภาพจิต” (Resilience Quotient: RQ) ที่หมายถึง ความสามารถเฉพาะของบุคคลที่สามารถพัฒนาได้ เป็นความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้สำเร็จภายหลังเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤต เป็นคุณสมบัติหนึ่งซึ่งช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน; และเยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ. 2551; สมพร อินทร์แก้ว, บรรณาธิการ. 2552) ทั้งนี้ การศึกษาวิจัยในประเทศไทยได้มีการใช้คำว่า Resilience ที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายความหมาย เช่น พลังสุขภาพจิต (ฉัตรฤดี ภาระญาติ. 2558; นันทิชาติ สกกุลพงศ์. 2559) พลังใจ (อัจฉรา สุขารมณ. 2559) ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (นิธิพัฒน์ เมฆขจร. 2564) ความเข้มแข็งทางใจ (ดลฤดี ทับทิม; อังคินันท์ อินทรกำแหง; และอรพินทร์ ชูชม. 2564) เป็นต้น ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ใช้คำว่า “พลังสุขภาพจิต” แทนคำว่า Resilience เช่นเดียวกับกรมสุขภาพจิต โดยที่พลังสุขภาพจิตเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้บุคคลพ้นจากภาวะวิกฤตในชีวิต อันหมายถึง สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อความสมดุลทางอารมณ์และจิตใจ ทำให้เกิดความว้าวุ่นใจ สับสน และความผิดปกติที่บุคคลไม่สามารถใช้วิธีคิดและการปฏิบัติที่เคยใช้ได้ในการแก้ปัญหาวิกฤตของแต่ละคนอาจมีความรุนแรงหรือผลกระทบที่ไม่เท่ากัน อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าปัญหาภาวะวิกฤตของแต่ละคนจะเป็นอย่างไร แต่หากเกิดกับบุคคลใดแล้วย่อมส่งผลให้เกิดความเครียดที่รุนแรง การคิดทำร้ายตนเอง หรือเกิดบาดแผลทางใจที่เรื้อรัง ทำให้อารมณ์และบุคลิกภาพผิดปกติ จนอาจถึงขั้นป่วยทางจิตเวช

ได้ (สมพร อินทร์แก้ว, บรรณาธิการ. 2552) การส่งเสริมพลังสุขภาพจิตที่ดีจะเป็นแนวทางให้บุคคลได้เตรียมใจรับมือกับภาวะวิกฤตที่รุนแรงในชีวิตที่อาจเกิดขึ้นได้ทุกที่ทุกเวลาและเกิดขึ้นได้กับทุกคน ซึ่งการรู้จักวิธีฟื้นฟูพลังใจในภาวะวิกฤตจะช่วยทำให้เหตุการณ์ดีและไม่ดีกลายเป็นสิ่งที่ทำให้ชีวิตเติบโตและมีความสุขอย่างแท้จริง (อัจฉรา สุขารมณ. 2559)

จากความหมายของนักวิชาการที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า พลังสุขภาพจิต หมายถึง กระบวนการของความสามารถในการฟื้นกลับจากภาวะทุกข์ยากลำบากสู่สภาพที่สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข โดยเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญในการเกิดพลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิต ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้คำว่า “พลังสุขภาพจิต” แทน Resilience เนื่องจากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าต้องมีพลังใจในการต่อสู้กับความทุกข์ทรมานจากโรคเรื้อรังและอาการซึมเศร้า และสามารถปรับตัวเผชิญกับโรคเรื้อรังและภาวะซึมเศร้าที่เป็นอยู่นั้นได้ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ซึ่งพลังสุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญ ในการที่จะส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคคล เนื่องจากพลังสุขภาพจิตเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย สารเคมี และสุขภาพจิต อันได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ซึ่งมีความแตกต่างกันตามสถานที่ เวลา อายุ เพศ และวัฒนธรรมของบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้น ๆ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต

ปัจจัยในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อให้บุคคลมีความสามารถก้าวผ่านความทุกข์ยาก หรือความกดดันของชีวิต ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชนหรือสังคม (มณีวรรณ สุวรรณมณี. 2556) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระดับบุคคล เป็นส่วนที่อยู่ในตัวบุคคลแต่ละคน ประกอบด้วย 4 ปัจจัย คือ 1) การเป็นบุคคลที่มีพื้นฐานอารมณ์ดี เข้มแข็ง ไม่อ่อนไหวง่าย แต่มีความอ่อนน้อมถ่อมตน 2) อายุ ผู้ที่มีอายุน้อยมักจะมีอารมณ์ร้อน มีความอดทนน้อยกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 3) ประสบการณ์ บุคคลที่มีประสบการณ์ความยากลำบาก ความทุกข์ยาก จะมีการเผชิญปัญหาหรือแก้ปัญหาได้ดีกว่า และ 4) การรู้จักตนเองและเข้าใจผู้อื่นได้ดี (ต้นติมา ด้วงโยธา; และคนอื่น ๆ. 2553; มณีวรรณ สุวรรณมณี. 2556)

ระดับครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์ที่คอยสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคคลมีพลังสุขภาพจิต ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอกที่มีความสำคัญและใกล้ชิดบุคคลมากที่สุด ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) การมีความผูกพันเอื้ออาทรในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความเห็นอกเห็นใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 2) การมีบุคคลใกล้ชิดคอยช่วยเหลือ หมายถึง การมีสมาชิกในครอบครัว

พี่น้อง เครือญาติ คอยให้การช่วยเหลือสนับสนุน 3) การที่มีบุคคลรับฟัง ปลอดภัย ให้กำลังใจเมื่อต้องเผชิญกับวิกฤตชีวิต ทำให้ไม่รู้สึกว่ายากโดดเดี่ยวคนเดียว (มณีวรรณ สุวรรณมณี. 2556)

ระดับชุมชนและสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ภายนอกที่ให้การสนับสนุน ซึ่งมีแหล่งประโยชน์ทั้งทางกายและจิตใจ เช่น แหล่งบริการสวัสดิการทางสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย แหล่งพลังสุขภาพจิตทางจิตใจในการประกอบศาสนกิจ รวมถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ ที่มีผลให้บุคคลมีพลังสุขภาพจิต ประกอบด้วย 5 ปัจจัย คือ 1) การมีความผูกพันที่ดี 2) การช่วยเหลือให้กำลังใจกัน หมายถึงการมีผู้ช่วยเหลือที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัว 3) การมีแหล่งที่พึ่งทางใจ เช่น สถาบันทางศาสนา 4) การมีความใกล้ชิดกับชุมชน ผูกพันกับคนในชุมชน โดย อสม. กำนันผู้ใหญ่บ้าน อบต. ต้องมีการเข้าถึงประชาชน และให้ความใกล้ชิดคอยช่วยเหลือผู้ที่ตกทุกข์ได้ยาก และ 5) ชุมชนมีการทำกิจกรรมในชุมชนเพื่อคนทุกเพศทุกวัยเสมอ เพื่อสร้างความสัมพันธ์ในชุมชน (มณีวรรณ สุวรรณมณี. 2556)

องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต

แวกนिल्ด และ ย้ง (Wagnaild G. M.; & Young, H. M. 1993) กล่าวว่า พลังสุขภาพจิตเป็นปรากฏการณ์ที่มีเอกลักษณ์โดดเด่นของวัยสูงอายุ คือใช้ประสบการณ์ในชีวิตในการฟื้นฟูกลับของภาวะสุขภาพจิตหลังเกิดการสูญเสียในชีวิต รวมทั้งความสามารถในการปรับตัวจากการสูญเสียครั้งสำคัญในชีวิต โดยมีองค์ประกอบ 5 ประการ ได้แก่ 1) การมีจิตใจที่สงบมั่นคง 2) ความเข้าใจว่าชีวิตมีความหมายและมีคุณค่า 3) ความอดทนไม่ย่อท้อ 4) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และ 5) การยอมรับเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคลและยอมรับในชีวิตตน

กรอทเบิร์ก (Grotberg E. H. 1997) ได้ทำการศึกษาคุณลักษณะพลังสุขภาพจิตพบว่า พลังสุขภาพจิตมีลักษณะสำคัญ 3 ประการ ซึ่งเป็นองค์ประกอบด้านปัจจัยภายใน 2 ประการ ซึ่งได้แก่ ความเข้มแข็งภายในของบุคคล (I am) และความสามารถภายในของบุคคล (I can) และองค์ประกอบด้านปัจจัยภายนอก 1 ประการ ได้แก่ สิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์แหล่งสนับสนุนจากภายนอก (I have) ซึ่งแต่ละองค์ประกอบมีคุณสมบัติ 5 ประการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

องค์ประกอบแรก คือ ความเข้มแข็งภายในของบุคคล (I am) ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกของจิตใจและจิตวิญญาณ ความคิด ทศนคติ ความเชื่อ ความศรัทธา ค่านิยม และการให้คุณค่าของบุคคลนั้น ๆ ในทางบวก ประกอบด้วยคุณลักษณะ 5 ประการ ได้แก่ 1) ความสามารถของบุคคลต่อการเป็นที่รักและการแสดงความรักต่อบุคคลอื่นซึ่งต้องแสดงออกด้วยความจริงใจ และการเป็นบุคคลที่มีไมตรี 2) เป็นผู้มีความเข้าใจเป็นห่วงบุคคลอื่น หมายถึงการนึก

ถึงผลประโยชน์ของบุคคลอื่น 3) การมีความเคารพนับถือตนเองและบุคคลอื่น เป็นการให้เกียรติผู้อื่น เคารพในความเป็นมนุษย์ของคน 4) ยินดีและรับผิดชอบในการกระทำของตน 5) เป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่อ่อนไหวง่าย และแน่ใจในสิ่งที่ถูกต้อง

องค์ประกอบที่ 2 คือ ความสามารถภายในของบุคคล (I can) ในการจัดการปัญหา เผชิญปัญหา หรือทักษะในการแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียด ประกอบด้วยคุณลักษณะ 5 ประการ ได้แก่ 1) ความสามารถในการติดต่อสื่อสารเชิงบวก โดยสามารถพูดคุยกับคนอื่นเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ตนเองเป็นทุกข์ 2) ค้นพบแนวทางการแก้ปัญหาและเผชิญปัญหา ซึ่งต้องอาศัยความเข้มแข็งทางจิตใจและจิตวิญญาณ 3) การควบคุมตนเอง จัดการกับความรู้สึกหรือสิ่งกระตุ้นที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม หรือปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด เช่น ความรู้สึกโกรธ ไม่พอใจ เสียใจ 4) การมีความสามารถในการพูดหรือการแสดงออก และ 5) ความสามารถในการแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งหรือบุคคลที่ตนไว้วางใจ

องค์ประกอบที่ 3 คือ สิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ แหล่งสนับสนุนจากภายนอก (I have) เพื่อส่งเสริมพลังสุขภาพจิต ประกอบด้วยคุณลักษณะ 5 ประการ ได้แก่ 1) การมีบุคคลที่สามารถให้ความไว้วางใจ ให้ความรัก ไม่ว่าจะอะไรจะเกิดขึ้น 2) การมีบุคคลที่คอยกำหนดว่าเมื่อไรควรหยุดก่อนที่จะเกิดอันตรายหรือความทุกข์ยาก 3) การมีบุคคลที่เป็นต้นแบบที่ดีในการนำรูปแบบการดำเนินชีวิตไปเป็นแรงบันดาลใจตนเองให้ก้าวผ่านความทุกข์ยากนั้น ๆ 4) การมีบุคคลที่สนับสนุนให้มีอิสระในการทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง และ 5) การมีบุคคลที่ช่วยเหลือยามเจ็บป่วย ยามได้รับอันตราย หรือเมื่อจำเป็น

คอนเนอร์ และ เดวิดสัน (Connor K. M.; & Davidson, J. R. 2003) ได้วิเคราะห์องค์ประกอบ 25 รายการของแบบประเมิน CD-RISC ซึ่งมี 5 ประการ คือ 1) ความสามารถส่วนบุคคล และยึดมั่นในเป้าหมายของตนเองเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่เอื้ออำนวย (Personal Competency and Tenacity) 2) ความเชื่อมั่นในสัญชาตญาณตนเอง และอดทนต่อผลกระทบเชิงลบ (Trust in one's instincts and Affect Tolerances) 3) การยอมรับความเปลี่ยนแปลงทางบวกและความสัมพันธ์ที่มั่นคงกับผู้อื่น (Acceptance of change and Relationships) 4) การควบคุมและการกำหนดเป้าหมายแห่งความสำเร็จ (Control and goal achievement) และ 5) ความศรัทธาและความเชื่อด้านจิตวิญญาณ (Faith and Spiritual influence)

สำหรับประเทศไทย กรมสุขภาพจิต ได้พัฒนาแบบประเมินพลังสุขภาพจิตอาร์คิว (Resilience quotient) โดยมีจุดมุ่งหมายให้คนไทยโดยเฉพาะผู้ใหญ่ (อายุ 25-60 ปี) ได้นำไปใช้ในการค้นหาจุดอ่อน จุดแข็ง และพัฒนาตนเองให้พร้อมที่จะรับมือกับเหตุการณ์วิกฤตหรือความ

ลำบากที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต แบบประเมินจัดทำขึ้นเพื่อให้เหมาะกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และลักษณะของคนไทยโดยการวิเคราะห์จากวรรณกรรมทั้งในและนอกประเทศ การศึกษาเชิงคุณภาพ และการพิจารณาจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยแบบประเมิน RQ ใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ 1) ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (พลังฮึด) 2) ด้านการมีความหวังและกำลังใจ (พลังฮึด) และ 3) ด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค (พลังสู้) หากประเมินแล้วพบว่ามียอดประกอบในด้านใดต่ำกว่าเกณฑ์ สามารถพัฒนาตนในด้านนั้นๆ ให้มากขึ้นได้ ซึ่งพลังฮึดหรือด้านความมั่นคงทางอารมณ์ หมายถึง การทนต่อแรงกดดัน คือ มีความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ สามารถจัดการกับอารมณ์ จัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม ควบคุมอารมณ์ในสถานการณ์ที่กดดันได้ พลังฮึดหรือด้านกำลังใจ หมายถึง การมีกำลังใจ การมีศรัทธา มีความหวังและกำลังใจที่ดี เชื่อว่าสิ่งเลวร้ายย่อมผ่านพ้นไปได้ สามารถสร้างกำลังใจให้กับตัวเอง และคนรอบข้างได้ และพลังสู้หรือด้านการจัดการกับปัญหา หมายถึง การต่อสู้เอาชนะอุปสรรค มีความมั่นใจพร้อมที่จะเอาชนะปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากสถานการณ์วิกฤต ความมั่นใจนี้เกิดจากการตระหนักในความสามารถหรือทักษะของตนเองว่าสามารถทำได้ แก้ปัญหาได้ รวมถึงมีวิธีการแสวงหาความรู้และเข้าถึงความช่วยเหลือต่าง ๆ (สมพร อินทร์แก้ว, บรรณาธิการ. 2552)

กล่าวโดยสรุป พลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมีเอกลักษณ์เฉพาะคือ เป็นความสามารถในการนำเอาประสบการณ์ในชีวิตมาช่วยในการฟื้นกลับของสุขภาพจิต หรือเป็นความสามารถในการฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็วจากอาการป่วย ซึมเศร้า หรือความทุกข์ยากนั่นเอง ดังนั้น ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าควรจะมีการพัฒนาพลังสุขภาพจิต เพื่อช่วยให้เกิดการฟื้นกลับของสภาวะจิตใจที่ดีขึ้นจากการเผชิญกับความทุกข์ยากลำบากต่าง ๆ ในชีวิต และสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิตของ กรอทเบิร์ก (Grotberg E. H. 1997) ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ฉันเป็น (I am) ฉันสามารถ (I can) และ ฉันมี (I have) ร่วมกับการใช้แบบประเมินพลังสุขภาพจิตอารีควของกรมสุขภาพจิต ที่ใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านความทนต่อแรงกดดัน ด้านการมีความหวังและกำลังใจ และด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค (สมพร อินทร์แก้ว, บรรณาธิการ. 2552) เป็นแนวทางในการพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

คุณลักษณะการเกิดพลังสุขภาพจิต

ลักษณะการเกิดพลังสุขภาพจิตประกอบด้วย การกลับคืนฟื้นสภาพ (Rebounding) และการดำเนินต่อไป (Carrying On) หลังจากเกิดเหตุการณ์วิกฤติ (Dyer J. G.; & McGuinness,

T. M. 1996) ซึ่งเป็นคุณสมบัติสำคัญที่พบในทุกงานวิจัย และสอดคล้องกับการศึกษาของ นักวิชาการและนักวิจัยหลายท่านที่พบว่า การที่จะพิจารณาการเกิดหรือมีพลังสุขภาพจิตนั้น มี 2 ประเด็น คือ (Earvolino-Ramirez M. 2007; Gillespie B. M.; Chaboyer, W.; & Wallis, M. 2007; Masten A. S.; & Obradovic, J. 2006)

1. มีเหตุการณ์นำ (Antecedents) ในการเกิดพลังสุขภาพจิต ดังนี้

1.1 มีสถานการณ์ที่ยากลำบาก (Adversity) หรือการได้รับความ กระแทกกระเทือน (Trauma) ด้านร่างกายหรือจิตใจ หรือทั้งสองด้านและทำให้เกิดการตอบสนอง ของบุคคล

1.2 สิ่งที่มาคุกคามมักจะเป็นเหตุการณ์สำคัญทางลบ ซึ่งอาจเป็นเหตุการณ์ ร้ายหลายเหตุการณ์ทับถมกันเป็นระยะเวลาหนึ่ง เช่น การหย่าร้าง การสูญเสีย และภัยพิบัติ หรือ อาจเป็นเหตุการณ์ที่มากกระทบกระเทือนแบบเฉียบพลัน

1.3 การแสดงออกถึงความสามารถทางสติปัญญาในการแปลความ หรือให้ ความหมายต่อสถานการณ์ที่ยากลำบาก

1.4 มองโลกตามความเป็นจริงมากกว่าการมองโลกในแง่ดีหรือแง่ร้ายเกินไป

2 ผลที่ตามมา (Consequences) จากการเกิดพลังสุขภาพจิต มีดังนี้

2.1 สามารถกลับคืนฟื้นสภาพได้ (Rebounding) เกิดหลังจากประสบกับ สถานการณ์ที่ยากลำบาก และคงไว้ซึ่งความสมดุล มีรูปแบบการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพมี การปรับตัวทางจิตใจ บุคคลนั้นมีพัฒนาการดีขึ้น

2.2 มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจหลังจากการเผชิญกับ สถานการณ์ที่ยากลำบากที่เกิดขึ้น

2.3 มีพัฒนาการของบุคคลในการควบคุมตนเองภายใต้สถานการณ์ที่ ยากลำบาก

2.4 สามารถควบคุมตนเองและคงไว้ซึ่งสมรรถภาพภายใต้บริบทที่เกิดขึ้น

2.5 มีผลลัพธ์ทางบวก

โดยลักษณะบุคคลที่มีการฟื้นฟูพลังใจในภาวะวิกฤต หรือความหุนหันตัวในภาวะ วิกฤต ต้องเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ในการเผชิญหรือเอาชนะความทุกข์ยากมาบ้างแล้ว มี มุมมองทางบวก มองส่วนที่เป็นประโยชน์ ส่วนที่ดีที่เหลืออยู่ มีความยืดหยุ่น ปรับตัวได้ สามารถ เรียนรู้จากบทเรียนในอดีต เข้าใจตัวเอง รู้จุดอ่อน จุดแข็งของตัวเอง ควบคุมอารมณ์และความคิด ของตัวเองได้ รู้จักสร้างพลังใจให้ตัวเอง ล้มแล้วลุกได้ มีทักษะในการสื่อสาร ต่อบรอง ขอความ

ช่วยเหลือ มีทักษะในการจัดการปัญหา พยายามหาทางออกที่ดีที่สุด มีสัมพันธภาพที่ดีและราบรื่นกับคนใกล้ชิด มีบุคคลเป็นที่ปรึกษา และมีอารมณ์ขัน (มณีวรรณ สุวรรณมณี. 2556)

ทั้งนี้ คนที่มี Resilience Quotient : RQ ไม่จำเป็นต้องมีคุณสมบัติเหล่านี้ครบทุกข้อ บางคนมีบางข้อแต่ก็เป็นข้อที่สำคัญทั้งนั้น กล่าวได้ว่า บุคคลที่มี Resilience Quotient : RQ นั้นอย่างน้อยต้องมีประสบการณ์ในการรับมือกับปัญหาชีวิตหรือวิกฤตของชีวิตมาในระดับหนึ่ง และเมื่อต้องเผชิญหน้ากับภาวะวิกฤตที่ร้ายแรงหรือต่อเนื่อง จึงสามารถนำประสบการณ์ในอดีตมาเป็นแนวทางหนึ่งในการรับมือกับปัญหา และคุณสมบัติที่สำคัญคือ การมีมุมมองชีวิตด้านบวกจะช่วยทำให้ลดระดับความรุนแรงของการเผชิญภาวะวิกฤต ทั้งนี้ต้องอาศัยการมีมุมมองชีวิตด้านบวกที่ดีต่อตนเองเป็นหัวใจสำคัญ เพราะผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองจะเป็นผู้ที่ไม่ทำให้ตนเองเป็นทุกข์นาน (อัจฉรา สุขารมณี. 2559)

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า เงื่อนไขที่สำคัญในการพิจารณาว่าบุคคลมีพลังสุขภาพจิตหรือไม่นั้นประกอบด้วย บุคคลต้องประสบหรือเผชิญกับเหตุการณ์ทุกข์ยาก วิกฤติ มีความเสี่ยงต่อการปรับตัวไม่ได้ แต่บุคคลสามารถมีผลลัพธ์ทางบวกเกิดขึ้นหลังผ่านเหตุการณ์ทุกข์ยากหรือวิกฤตินั้น ๆ โดยผลลัพธ์ทางบวกอาจจะเป็นความสำเร็จในการปรับตัว การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ พลังสุขภาพจิตไม่ใช่คุณลักษณะส่วนบุคคลที่ตายตัว (Fixed Trait) แต่เป็นพลวัต (Dynamic) ที่ขึ้นอยู่กับระยะเวลาและบริบทนั้น ๆ ดังนั้น การพัฒนาพลังสุขภาพจิตต้องใช้เวลาและสามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต พลังสุขภาพจิตจึงเป็นกระบวนการ (Process) มากกว่าการเป็นคุณลักษณะ (Trait) (Jacelon C. S. 1997)

แบบประเมินพลังสุขภาพจิต

แบบประเมินพลังสุขภาพจิตที่นิยมใช้ในต่างประเทศ ได้แก่ แบบประเมิน Resilience Scale (RS) ของ แวกนิลด์ และ ยัง (Wagnaild G. M.; & Young, H. M. 1993) เป็นแบบประเมินพลังสุขภาพจิตที่มีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha coefficient 0.91 และค่าความเที่ยง 0.67-0.84 เป็นแบบประเมินค่า 7 ระดับ (1-7) ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1) ความสามารถส่วนบุคคล (Personal competency) 2) การยอมรับชีวิต และการยอมรับตนเอง (Acceptance of self and life) เป็นการวัดโครงสร้างของพลังสุขภาพจิต เครื่องมือมีความเที่ยงและความตรงภายในที่เหมาะสม โดยถูกออกแบบมาเพื่อประเมินกลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 53-95 ปี มีข้อจำกัดในการนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย และเป็นการประเมินคุณลักษณะเท่านั้น และแบบประเมิน Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) ของ คอนเนอร์ และ เดวิดสัน (Connor K. M.; & Davidson, J. R. 2003) เป็นแบบวัดแบบสั้นที่สามารถวัดได้ด้วยตัวเองซึ่งมี

คุณสมบัติทางด้านจิตวิทยา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ที่จัดเป็น 5 องค์ประกอบ องค์ประกอบแรก มีจำนวน 8 รายการ สะท้อนถึงความสามารถส่วนบุคคลที่มีมาตรฐานสูงและความเชื่อมั่นในเป้าหมายของตนเอง องค์ประกอบที่ 2 มีจำนวน 7 รายการ เกี่ยวข้องกับความไว้วางใจในสัญชาตญาณความอดทนของผลกระทบเชิงลบและผลกระทบจากความเครียด องค์ประกอบที่ 3 มีจำนวน 5 รายการ สะท้อนถึงการยอมรับในเชิงบวกต่อการเปลี่ยนแปลงและความสัมพันธ์ที่ปลอดภัย องค์ประกอบที่ 4 มีจำนวน 3 รายการ สะท้อนถึงการควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้และการกำหนดเป้าหมายแห่งความสำเร็จ องค์ประกอบที่ 5 มีจำนวน 2 รายการ สะท้อนถึงอิทธิพลทางจิตวิญญาณ เครื่องมือนี้มีมาตรประเมินค่า 5 ระดับ (0-4) ค่าคะแนนที่สูงแสดงว่ามีพลังสุขภาพจิตสูง เครื่องมือได้รับการทดสอบทั้งความตรง ความเที่ยงและโครงสร้าง คุณสมบัติของเครื่องมือมีความเหมาะสมสำหรับการประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เป็นมาตราส่วนที่มีความสอดคล้องกันภายในสูง (Lamond A. J.; et al. 2008) สามารถแยกกลุ่มที่มีพลังสุขภาพจิตสูงและต่ำออกจากกันได้ และยังสามารถสะท้อนให้เห็นถึงหลายแง่มุมของพลังสุขภาพจิตที่มีผลต่อความอดทนของเชิงลบที่ได้รับการยอมรับในเชิงบวกของการเปลี่ยนแปลง โดยเครื่องมือนี้นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (Zhong Xue; et al. 2016; You S.; & Park, M. 2017) ทั้งนี้ เครื่องมือนี้มีค่า Cronbach's alpha coefficient 0.89 และค่าความเที่ยง 0.87

ส่วนในประเทศไทยนิยมใช้แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient Test: RQ 20 ข้อ) (สมพร อินทร์แก้ว, บรรณาธิการ. 2552) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ใหญ่ อายุ 25-60 ปี นำไปใช้ในการค้นหาจุดอ่อน จุดแข็ง และพัฒนาตนเองให้พร้อมรับมือกับเหตุการณ์วิกฤตหรือความยากลำบากที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นตัวภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤต หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก และเป็นเครื่องมือที่ใช้สอบถามถึงความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมของบุคคลในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ข้อคำถามมีจำนวน 20 ข้อ เพื่อใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (ฮึด) (ข้อ 1-10) ด้านกำลังใจ (ฮึด) (ข้อ 11-15) และด้านการจัดการกับปัญหา (สู้) (ข้อ 16-20) ใช้เวลาทดสอบคนละประมาณ 5-10 นาที หากประเมินแล้วพบว่ามียอดประกอบในด้านใดต่ำกว่าเกณฑ์ บุคคลสามารถพัฒนาในด้านนั้น ๆ ให้มากขึ้นได้ แบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.749 โดยการให้คะแนนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้แก่ข้อ 2 3 4 6 7 8 9 10 11 12 13 17 18 19 20 กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ 1 5 14 15 16 ซึ่งการให้คะแนน ข้อคำถามกลุ่มที่ 1 ดังนี้ ไม่จริง 1 คะแนน จริง บางครั้ง 2 คะแนน ค่อนข้างจริง 3 คะแนน จริงมาก 4 คะแนน และข้อคำถามกลุ่มที่ 2 ดังนี้ ไม่จริง

4 คะแนน จริงบางครั้ง 3 คะแนน ค่อนข้างจริง 2 คะแนน จริงมาก 1 คะแนน (อัญชลี วัดทอง; และ สละ เตชะมีนา. 2554)

การแปลผล ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ หมายถึง การมีอารมณ์ที่มั่นคง มีจิตใจที่ไม่อ่อนไหวง่าย ไม่ถูกกระตุ้นง่าย ไม่เครียดง่าย อดทนต่อความกดดัน และมีวิธีการจัดการกับอารมณ์ให้สงบและกลับมามั่นคงเหมือนเดิมได้ คะแนน <27 ต่ำกว่าปกติ คะแนน 27-34 ปกติ คะแนน >34 สูงกว่าปกติ ด้านกำลังใจ หมายถึง มีความมุ่งมั่นสู่เป้าหมายที่ต้องการไม่ทอดทิ้ง มีที่พึ่งที่ปรึกษา เมื่อพบความยากลำบากหรือวิกฤตต่าง ๆ คะแนน <14 ต่ำกว่าปกติ คะแนน 14-19 ปกติ คะแนน >19 สูงกว่าปกติ และด้านการจัดการกับปัญหา หมายถึง การมีมุมมองทางบวกต่อปัญหา ไม่หนีปัญหา มีการหาข้อมูลและมีแนวทางในการแก้ไขปัญหา คะแนน <13 ต่ำกว่าปกติ คะแนน 13-18 ปกติ คะแนน >18 สูงกว่าปกติ รวมทุกด้านคะแนนเต็ม 80 คะแนน คะแนน <55 ต่ำกว่าปกติ คะแนน 55-69 ปกติ คะแนน >69 สูงกว่าปกติ ดังตาราง 1 (อัญชลี วัดทอง; และสละ เตชะมีนา. 2554) ดังตาราง 1

ตาราง 1 การแปลผลค่าคะแนนแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient Test: RQ)

องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต	ค่าคะแนน		
	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ	สูงกว่าเกณฑ์ปกติ
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (ข้อ 1-10)	<27	27-34	>34
ด้านกำลังใจ (ข้อ 11-15)	<14	14-19	>19
ด้านการจัดการกับปัญหา (ข้อ 16-20)	<13	13-18	>18
รวมคะแนนทุกด้าน (คะแนนเต็ม 80 คะแนน)	<55	55-69	>69

ที่มา: เปลี่ยนรายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต RQ: resilience quotient (สมพร อินทร์แก้ว, บรรณาธิการ. 2552)

จากการทบทวนแบบวัดพลังสุขภาพจิตต่าง ๆ พบว่า แบบวัดพลังสุขภาพจิตที่พัฒนาให้มีความสอดคล้องกับบริบทกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพนั้นก็ยังเป็นสิ่งที่จำเป็น โดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากปัจจุบันพบว่าการสร้างแบบวัดพลังสุขภาพจิตส่วนใหญ่เป็นการพัฒนาในผู้สูงอายุทั่วไปเท่านั้น (Goins R. T.; Gregg, J. J.; & Fiske, A. 2013; Akatsuka E.; & Tadaka, E. 2021; Tourunen A.; et al. 2021) ยังไม่พบการศึกษาพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นกลุ่มเฉพาะที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมีจุดมุ่งหมายในการพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตแบบผสมวิธีให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อใช้ในการประเมินและพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient Test: RQ-20) ของกรมสุขภาพจิต ที่ใช้แนวคิดของกรอทเบิร์ก (Grotberg E. H. 1997) เป็นแนวทางในการพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากแบบประเมินพลังสุขภาพจิตนี้เป็นเครื่องมือวัดทางจิตวิทยาที่มีคุณภาพดีที่สุดเครื่องมือหนึ่งที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายในประเทศไทย

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (Depression) ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

คำจำกัดความหรือข้อตกลงเกี่ยวกับคำว่า “ผู้สูงอายุ” (elderly) นั้น องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ไม่ได้มีการกำหนดเกณฑ์อายุเริ่มต้นที่เป็นมาตรฐาน เพียงยอมรับโดยทั่วไปว่าหมายถึงบุคคลหรือกลุ่มประชากรที่มีอายุตามปีปฏิทิน (calendar age, chronological age) ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นเกณฑ์อายุเริ่มต้นเดียวกับขององค์การอนามัยโลกที่ใช้ในการกำหนดช่วงอายุของผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว (รศรินทร์ เกรย์; และคนอื่น ๆ. 2556)

สำหรับประเทศไทย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตราที่ 3 ได้ให้ความหมาย “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. 2546) ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ให้นิยาม “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง และแบ่งการลงบันทึกข้อมูลประชากรผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้น หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60-69 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 70 ปี ขึ้นไป (ภารดี นานาศิลป์. 2558) นอกจากนี้ยังมีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุไทยออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 – 69 ปี มีประมาณ

ร้อยละ 56.5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี มีประมาณร้อยละ 29.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย คือ ผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีประมาณร้อยละ 13.6 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2557) ซึ่งในวัยผู้สูงอายุตอนต้นนั้นถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่มียังมีพลัง และมีความสามารถในการจัดการและปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ (ชินุทัต กาญจนะจิตรา; และคนอื่น ๆ. 2550)

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ยึดเอาความหมายของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 และแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุไทยออกเป็น 3 กลุ่ม ทั้งเพศชายและหญิงจำนวนเท่า ๆ กันในการสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะเอื้อครบถ้วน

2.1.2 ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

2.1.2.1. โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยในทุก ๆ ด้านโดยเฉพาะทางด้านร่างกาย ซึ่งความเสื่อมถอยนั้นเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยได้ง่าย อีกทั้งเมื่อเจ็บป่วยแล้วยังมีอาการรุนแรงและยาวนานกว่าวัยอื่น ๆ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งในปัจจุบันนี้ปัญหาโรคเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น เกิดความหงุดหงิดรำคาญใจที่มาจากการเจ็บป่วย หรือผลกระทบทางด้านร่างกายที่ผู้สูงอายุอาจจะสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดภาวะแทรกซ้อนในอวัยวะต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางด้านสังคมเศรษฐกิจ สิ่งที่เกิดขึ้นเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งสิ้น (มูทิตา วรณชาติ และคนอื่น ๆ. 2558; อภิเชษฐ์ จำเริญสุข; และคนอื่น ๆ. 2560) จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พบว่า โรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง (วิชัย เอกพลากร; และคนอื่น ๆ. ม.ป.ป.) และจากผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. 2556) พบว่า ผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือปัญหาสุขภาพ โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.2 นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 13 เป็นโรคร่วมทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และโรคซึมเศร้า ร้อยละ 1 ซึ่งผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอาจนำไปสู่โรคแทรกซ้อนที่รุนแรง เกิดภาวะทุพพลภาพได้ง่าย และเสียชีวิตได้ (มูทิตา วรณชาติ และคนอื่น ๆ. 2558)

ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นความเจ็บป่วยที่มีอาการค่อยเป็นค่อยไป ใช้ระยะเวลาของการเจ็บป่วยและการดูแลรักษายาวนาน และต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด การเจ็บป่วยมักเป็นอย่างถาวร ค่อย ๆ ลุกลามจนมีอาการรุนแรงขึ้น หากได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมต่อเนื่องจะ

ทำให้มีอาการทุเลา และมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เพียงพอและไม่ดูแลตนเองอาการก็จะรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อน จนถึงขั้นเสียชีวิตได้ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร; และคนอื่น ๆ. 2558) ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนให้เพิ่มขีดความสามารถในการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสม และรับผิดชอบในการดูแลตนเอง รวมทั้งสร้างศักยภาพให้มีความสามารถดูแลจัดการตนเอง และดูแลผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น ภาวะซึมเศร้าจากการเจ็บป่วย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่เป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดในอำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี โดยพบสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 20.9 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 57.82

2.1.2.2 ภาวะสมองเสื่อม (Dementia Syndrome) การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุนอกจากสภาพร่างกายที่เริ่มโรยราและโรคภัยไข้เจ็บที่เพิ่มขึ้นตามวัยแล้ว ยังมีภาวะทางกายและใจที่เข้ามามีผลต่อชีวิตและความเป็นอยู่อีกด้วย โดยเฉพาะอาการหลง ๆ ลืม ๆ จาก “ภาวะสมองเสื่อม” ที่นับเป็นการเปลี่ยนแปลงตามวัย ถึงแม้อาการเหล่านี้จะไม่ได้เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทุกราย แต่โอกาสที่จะเกิดในผู้สูงอายุนั้นมีมากกว่าคนในวัยอื่น ๆ เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมนั้นมีความเชื่อมโยงกับอายุที่เพิ่มมากขึ้น เป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกัน เพราะยิ่งมีอายุมากขึ้นเท่าไร โอกาสและความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสมองเสื่อมก็ยิ่งมีมากขึ้นเท่านั้น เนื่องจากความเสื่อมสภาพของเซลล์สมองในผู้สูงอายุมีมากขึ้นตามวัย จากสถิติพบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 11.4 และจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอีก 4 เท่าเมื่อมีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป (ธัญญรัตน์ อินทยสินทวี, บรรณานิการ. ม.ป.ป.)

ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่สมองเริ่มถดถอยการทำงานด้านใดด้านหนึ่งลงไป เช่น ด้านความจำ ด้านการรู้คิด (cognition) ด้านภาษา ด้านการประมวลผล ด้านการทำงานทางสติปัญญา (intellectual function) และด้านสมาธิ โดยจะเริ่มสูญเสียเซลล์สมองจากส่วนหนึ่งแล้วค่อยลุกลามไปยังสมองอีกส่วนหนึ่งอย่างช้า ๆ เมื่อเวลาผ่านไปนานเป็นสิบปีความผิดปกติเหล่านี้จะปรากฏชัดเจนในตัวผู้มีอาการ จนคนรอบข้างเริ่มสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ที่ละน้อย ทั้งนี้ ภาวะสมองเสื่อมมักจะเกิดขึ้นพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดและพฤติกรรมตามวัย โดยลักษณะนี้เรียกว่าเป็นภาวะ “สมองเสื่อมตามวัย” อันเกิดจากอายุที่มากขึ้นโน้มนำให้อวัยวะหลายส่วนภายในสมองเริ่มเสื่อมสภาพ พร้อมกับมีโรคหลายชนิดเข้ามาเป็นสาเหตุร่วม เช่น โรคหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบหรือแตกจากไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงหรือเบาหวาน

ซึ่งโรคเหล่านี้จะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลงเรื่อย ๆ (ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี, บรรณานิการ. ม.ป.ป.; ศิริทิพย์ คำฟู; และคนอื่น ๆ. 2557)

การคัดกรองผู้มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination: MMSE-Thai 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ.2542. 2542) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองการตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับการรับรู้ (Cognitive impairment) ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้เวลา สถานที่ (Orientation to time and place) ความจำ (Registration and memory) ความตั้งใจและการคำนวณ (Attention and calculation) ความเข้าใจทางภาษาและการแสดงออกทางภาษา รวมถึงการจำภาพโครงสร้างด้วยตา (Visual constructional) ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ การแปลผลคะแนนต้องพิจารณาระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ในกรณีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ผู้สูงอายุที่ปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน กรณีที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่ปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และกรณีที่มึระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่ปกติจะมีคะแนนรวมมากกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์. 1996) จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 โดยการทดสอบสมรรถภาพสมองในผู้สูงอายุจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยการสัมภาษณ์ความสามารถทางสมองในเรื่อง การรู้เรื่องเวลา, สถานที่, ความจำ, การนึกคิด, ความจำระยะสั้น, การเรียกชื่อ, การพูดตาม, การทำตามคำบอก และการเขียน พบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ มีร้อยละ 12.4 (ความชุกในผู้หญิง ร้อยละ 15.1 และในผู้ชาย ร้อยละ 9.8) ซึ่งความชุกภาวะสมองเสื่อมเพิ่มตามอายุ พบความชุกน้อยที่สุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 7.1 (ความชุกในผู้หญิง ร้อยละ 5.6 และในผู้ชาย ร้อยละ 8.3) ความชุกในกลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 14.7 (ความชุกในผู้หญิง ร้อยละ 18.1 และในผู้ชาย ร้อยละ 10.6) และความชุกในกลุ่มอายุ 80 ขึ้นไป ร้อยละ 32.50 (ความชุกในผู้หญิง ร้อยละ 40 และในผู้ชาย ร้อยละ 22.1) (วิชัย เอกพลากร; และคนอื่น ๆ. ม.ป.ป.) แสดงให้เห็นว่าอายุที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมด้วย

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ในการประเมินการทำงานของสมองด้านปรีชาปัญญา (cognition) (สถาบันประสาทวิทยา กรมการ

แพทย์. 2557) ในผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-69 ปี ก่อนที่จะทำการสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูล คุณลักษณะ กระบวนการ และวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ

2.1.2.3 ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญและพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ แต่มักจะถูกมองข้ามและเข้าใจผิดคิดว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย ซึ่งมีผลต่อชีวิตด้าน ร่างกายและด้านความคิด อารมณ์ ความรู้สึก การรู้คิด (cognitive aspects) สิ่งสำคัญที่ทำให้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คือการคิดถึงความตาย และ ความรู้สึกสิ้นหวังในอนาคต (นริสา วงศ์พนารักษ์; และ สายสมร เฉลยกิตติ. 2557) จากการศึกษา ร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดและ ธนาคารโลก คาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2563 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับ 1 ของโลก และเป็นสาเหตุการตายและการสูญเสียที่สำคัญเป็นลำดับที่ 2 ของโลกรองจากโรคหัวใจ ขาดเลือด (Cahoon C. G. 2012) สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 77 และเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยพบผู้สูงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 4.2 ผู้สูงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 4.8 และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 7 และมีความ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด ร้อยละ 8.7 (วิไลวรรณ ทองเจริญ. 2554)

ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นมีไม่น้อยไปกว่าโรคทางร่างกายที่ สำคัญอื่น ๆ และยังเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโรคทางกายหรือทำให้โรคทางกายหนักขึ้นได้ มี การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคข้อเข่าเสื่อม (ปราโมทย์ ประสาทกุล, บรรณานิการ. 2558) มีระดับภาวะซึมเศร้าสูงร้อยละ 66.40 (พัชรภณท์ ไชยสังข์ และ คนอื่นๆ. 2556) หากภาวะซึมเศร้าเป็นอยู่นานและมีอาการที่ รุนแรงมากขึ้น จะส่งผลให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของผู้ป่วยบกพร่อง มีบุคลิกภาพและ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ลดลง มีความเสี่ยงต่อการเกิดทุพพลภาพ และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย นำไปสู่การเสียชีวิตที่ เพิ่มขึ้น (สายสมร เฉลยกิตติ. 2559)

ทั้งนี้ นักวิชาการได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไว้ว่า เป็นสภาวะ ทางอารมณ์ที่เพิ่มขึ้น โดยมีลักษณะอาการแสดงที่ไม่ชัดเจนเมื่อเทียบกับวัยอื่น คือมีการแสดง ออกเป็นอาการทางกายมากกว่า เช่น อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ปวดเมื่อยตามตัว นอนไม่หลับ ส่วนอาการทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิดง่าย หรือหดหู่ เบื่อหน่ายต่อกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำประจำ การแสดงออกทางความคิด ได้แก่ คิดช้าลง คิดวนไปมา หมกมุ่น ขาดสมาธิ มีความคิดทางลบ มองโลกในแง่ร้าย การจำกัดความคิดอยู่กับความสิ้นหวังที่ได้รับจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นำไปสู่

ความคิดเกี่ยวกับการตาย และมีความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย (Blazer D. G.; & Hybels, C. F. 2005) ซึ่งภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมลง ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ จิตใจ ทำให้ไม่มีความสุข รู้สึกท้อแท้ ไร้ค่า และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้อย่างเดิม รายได้ลดลง ทำให้ต้องพึ่งพิงมากขึ้น อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดทางด้านจิตใจ หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเหล่านี้ได้ ก็อาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก และเมื่อได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าแล้ว ผู้สูงอายุจะได้รับความทุกข์ทรมานจากกลุ่มอาการซึมเศร้าและยังอาจเจ็บป่วยจากอาการทางกายอื่น ๆ เพิ่มขึ้น (สายสมร เฉลยกิตติ. 2559)

สรุปภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ นำไปสู่ความเปราะบางทางด้านร่างกาย และ/หรือพฤติกรรม ทำให้มีอาการเศร้า หดหู่หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย มีความรู้สึกเบื่อ หดความสนใจสิ่งต่าง ๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง กระวนกระวาย กลัว รู้สึกไร้ค่า หรือตำหนิตัวเองมาก ผิดปกติ รู้สึกท้อแท้ มองโลกมองสภาพทุกอย่างในด้านลบไปหมด สมาธิเสีย ขาดความมั่นใจ วิดกกังวล หดหวังไม่มีทางออก ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต

การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเกิดจากสาเหตุร่วมกันของปัจจัยต่าง ๆ ส่งผลต่ออารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าแบ่งเป็น 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ; และคนอื่น ๆ. 2555) และการเจ็บป่วยทางกายส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 47 ซึ่งโรคร่วมต่าง ๆ หลายโรคมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Ell K. 2009; สายพิน ยอดกุล; และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. 2555) ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ ความผิดปกติของสารสื่อประสาทและการรับรู้ความรู้สึกต่าง ๆ (สายสมร เฉลยกิตติ. 2559) ปัจจัยด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การขาดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวข้องกับความรักใคร่ผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และความรู้สึกเป็นบุคคลมีคุณค่า หากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคมหรือจากเครือข่ายสังคมอย่างเพียงพอ จะทำให้เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจ สามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (สายพิน ยอดกุล; และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. 2555) และการสูญเสียบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หากปรับตัวไม่ได้ต่อการสูญเสีย จะส่งผลต่อสภาพจิตใจและต่อการดำเนินชีวิตประจำวันบกพร่องได้

และผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ โสด/ หม้าย/ หย่าร้าง/ หรือแยกกันอยู่ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (อรสา ไยยอง; และพีรพนธ์ ลือบุญวัชรชัย. 2554)

การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสำคัญยิ่ง ซึ่งการประเมินรวมถึงการคัดกรอง เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญสูงสุด เนื่องจากผลที่ได้จากการประเมินสภาพและการคัดกรองที่ถูกต้องรวดเร็วตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเกิดภาวะซึมเศร้า จะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าก็ได้รับการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า มีแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัย ได้แก่

1. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) ประกอบด้วยข้อคำถาม 47 ข้อ เกี่ยวกับความสำคัญของอาการแสดงของพฤติกรรมและอาการทางกาย ความคิดและความรู้สึก แบบประเมินมีความไวต่อการประเมิน การเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้า สามารถวัดภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงได้ มีคะแนนตั้งแต่ 0-4 ข้อคำถามส่วนใหญ่มีลักษณะพิเศษคือ การสื่อความรู้สึกนึกคิด และ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ในประเทศไทยมีการนำมาใช้และพัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูลและคณะ (มาโนช หล่อตระกูล;ปราโมทย์ สุคนิษฐ์; และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. 2539)

2. แบบประเมินระดับความวิตกกังวลของภาวะซึมเศร้า (Center of Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองมี 20 ข้อคำถาม มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชาชนกลุ่มใหญ่ได้ ในประเทศไทยมีการนำมาใช้ และพัฒนาโดย อุมพร ตรังสมบัติ และคณะ (วิไล คุปต์นิริติชัยกุล; และพนม เกตุมาน. 2540)

3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ เบ็ค (Beck Depression Inventory [BDI] ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางด้านจิตใจ 15 ข้อ และอาการทางด้านร่างกาย 6 ข้อ แบบประเมินนี้มีความเที่ยงตรง ($R = 0.86$) การตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยทดสอบกับผู้ป่วยนอกจิตเวช จำนวน 409 ราย ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93 (Beck A. T.; et al. 1996) โดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ เบ็ค (Beck Depression Inventory: BDI-IA) มีการแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับปกติ (normal range) ระดับน้อย (minimal depression) ระดับปานกลาง (mild – moderate depression) ระดับมาก (moderate – severe depression) ระดับรุนแรง (severe – depression)

4. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุ (Geriatric Depression Scale: GDS) สร้างโดย เยชซาเวจ และคนอื่น ๆ ได้รับความนิยมและนำไปใช้ในหลายๆ ประเทศ (Sheikh

J. I.; & Yesavage, J. A. 1986) สำหรับประเทศไทย อรวรรณ ลีทองอินทร์ ได้ทำการแปลเป็นภาษาไทย และ นิพนธ์ พวงวารินทร์ และคนอื่น ๆ ในกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองไทย (Train The Brain Forum Thailand) ได้พัฒนาเป็นแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ และสังคมวัฒนธรรมไทย เพื่อประเมินและคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนหรือในคลินิกผู้สูงอายุ โดยประเมินความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในทางบวกและทางลบในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที การแปลผล ผู้สูงอายุปกติ คะแนน 0 - 12 คะแนน ผู้สูงอายุมีความเศร้าเล็กน้อย (mild depression) 13 - 18 คะแนน ผู้สูงอายุมีความเศร้าปานกลาง (moderate depression) 19 - 24 คะแนน และ ผู้สูงอายุมีความเศร้ารุนแรง (severe depression) 25 - 30 คะแนน (นิพนธ์ พวงวารินทร์; และคนอื่น ๆ. 2537)

5. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นแบบประเมินที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทยและใช้แพร่หลายในการพัฒนางานบริการในปัจจุบัน เป็นเครื่องมือประเมินผู้ป่วยหรือความรุนแรงและการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้า ที่ช่วยในการติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยและวัดประสิทธิผลในการรักษา โดยเน้นการถามเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ค่าจุดตัด (cut off score) = 7 คะแนน เป็นจุดตัดที่แบ่งระดับการวินิจฉัยหรือจำแนกคนที่ป่วยออกจากคนไม่ป่วย (cut off level) โดยเลือกจากค่าความไว (Sensitivity) 75.68% และความจำเพาะสูง (Specificity) 92.85% เป็นระดับที่สูงและสอดคล้องกับบริบทของโรคซึมเศร้าในคนไทย มีค่า Cronbach's Alpha เฉลี่ยเท่ากับ 0.821 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.719 (P -value < 0.001) มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ โดยคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ มีมาตรวัด 4 มาตร คะแนน 0-3 ตั้งแต่ ไม่มีเลย เป็นบางวัน เป็นบ่อย เป็นทุกวัน คะแนนรวม 27 คะแนน การแปลผล < 7 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า 7 - 12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 13 - 18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง > 19 คะแนน คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (กรมสุขภาพจิต. 2557) ซึ่งการช่วยเหลือหลังจากใช้แบบคัดกรองหรือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ช่วยเหลือโดยการให้การปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางการช่วยเหลือโดยการให้การปรึกษา การทำกลุ่มบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ และอาจส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์ หากพบเป็นรุนแรงมากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงต้องสังเกตอย่างใกล้ชิด ประเมินซ้ำและระมัดระวังการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ส่งพบแพทย์เพื่อทำการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (นริสา วงศ์พนารักษ์; และ สายสมร เฉลยกิตติ. 2557)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ในการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งแบบประเมินนี้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของโรคซึมเศร้าในคนไทย (กรมสุขภาพจิต. 2557) และแบบประเมินยังมีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ ทั้งนี้ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าควรมีพลังใจในการต่อสู้เผชิญกับโรคที่เป็น ซึ่งพลังสุขภาพจิตเป็นกระบวนการของความสามารถของบุคคลในการปรับตัวเผชิญกับโรคเรื้อรังให้สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข (Garmezy N. 1991) โดยการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหรือในสถานการณ์ที่ซึมเศร้า (Wagnaild G. M.; & Young, H. M. 1993) มีการศึกษาพบว่าปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยอายุ 65 ปีขึ้นไป มีอาการซึมเศร้ารุนแรงขึ้น คือ การที่มีระดับพลังสุขภาพจิตต่ำ และเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายประมาณ 12/ 100,000 คน (Heisel M. J. 2006) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุชาวจีน ที่พบว่า พลังสุขภาพจิตสามารถช่วยลดอัตราการตายได้ถึงร้อยละ 9.2 (Shen K.; & Zeng, Y. 2010)

3. แนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

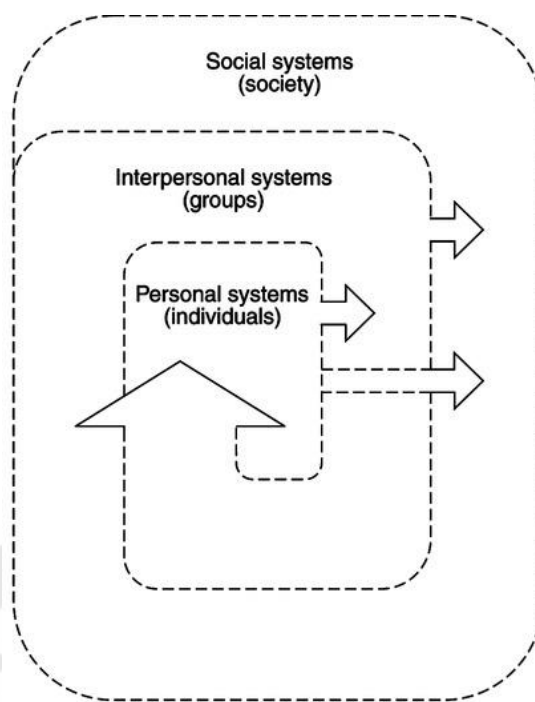
อิโมจีน คิง (Imogene King) ได้พัฒนาทฤษฎีกระบวนการปฏิสัมพันธ์ (Interacting Systems Theory) ขึ้นในปี ค.ศ. 1971 ซึ่งกล่าวถึงระบบของการปฏิสัมพันธ์ 3 ระบบ คือ ระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคล และระบบสังคม ที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและพลังงานกันตลอดเวลา ระยะเวลาต่อมาในปี ค.ศ. 1981 คิงได้พัฒนาทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (Goal Attainment Theory) โดยเชื่อว่า หากพยาบาลและผู้รับบริการมีจุดมุ่งหมายร่วมกันในการดูแลสุขภาพแล้ว จะทำให้มีโอกาสบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายได้อย่างมาก (ฟาริดา อิบราฮิม. 2551; เรณู สอนเครือ. 2552; King I. M. 1981) คิง เสนอแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายนี้ว่า การที่ระบบทั้ง 3 ระบบเป็นระบบเปิด และมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างเป็นพลวัตร ถือได้ว่าเป็นกรอบสำหรับการพยาบาล และเมื่อระบบต่าง ๆ เหล่านี้มีการกำหนดจุดมุ่งหมายเกิดขึ้นจะนำไปสู่แนวคิดของสุขภาพ โดยแนวคิดหลัก ๆ ในทฤษฎีทางการพยาบาลของคิงที่ใช้ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมคือ ความเป็นบุคคล สิ่งแวดล้อม และสังคม ที่เกิดการปฏิสัมพันธ์กันภายใต้การรับรู้ของบุคคล เกิดเป็นกิจกรรมมากมายในชีวิตประจำวันจากบทบาทต่าง ๆ ของบุคคล ในระบบสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายใต้สิ่งแวดล้อมเช่นนี้ จะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวต่อสุขภาพได้ ดังนั้น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่จุดมุ่งหมายที่ต้องการ โดยผ่านการปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายร่วมกัน มีการเห็นพ้องกันในการกำหนดเป้าหมายและเลือกวิธีการที่จะบรรลุเป้าหมาย การกำหนดจุดมุ่งหมายร่วมกันนั้นจะต้อง

อยู่บนพื้นฐานของการประเมินสิ่งที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการให้ความสำคัญของปัญหา การเสียสมดุลของสุขภาพ การรับรู้ต่อปัญหาสุขภาพ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน ที่ต่างฝ่ายต่างมีอยู่เพื่อจะนำไปสู่จุดมุ่งหมายที่ทั้งสองฝ่ายต้องการบรรลุ ซึ่งข้อตกลงเบื้องต้นของแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายมีจุดเน้นที่การมีปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของแต่ละบุคคล รวมทั้งการมีความสามารถในการทำหน้าที่ในสังคมด้วย (King I. M. 1981) โดยมีสมมติฐานที่ใช้ในแบบจำลอง ได้แก่ จุดเน้นของการพยาบาลคือการดูแลความเป็นอยู่ของผู้ป่วย เป้าหมายของการพยาบาลคือการดูแลสุขภาพของทั้งบุคคลและกลุ่มบุคคล มนุษย์เป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา พยาบาลและผู้ป่วยสื่อสารข้อมูล ตั้งเป้าหมายร่วมกัน และทำให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ซึ่งเป็นสมมติฐานพื้นฐานของกระบวนการพยาบาล โดยผู้ป่วยเข้าใจว่าโลกเปรียบเสมือนบุคคลที่สมบูรณ์ ซึ่งมีการทำกิจกรรมร่วมกันกับบุคคลและสิ่งต่าง ๆ ในสภาพแวดล้อม และการมีปฏิสัมพันธ์กันหมายถึงสถานการณ์ในชีวิตโดยผู้รับรู้และสิ่งที่ได้รับรู้เผชิญหน้ากัน นอกจากนี้ยังแสดงถึงสถานการณ์ในชีวิตที่บุคคลเข้าสู่สถานการณ์ในฐานะผู้มีส่วนร่วม ซึ่งแต่ละคนมีการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการของประสบการณ์เหล่านี้

กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของคิง

รากฐานแนวคิดของทฤษฎีการพยาบาลของคิงเห็นความสำคัญของการดูแลภายใต้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ โดยทฤษฎีนี้ต้องการตอบคำถามที่ว่า “พยาบาลทำหน้าที่อะไร” และ “พยาบาลควรทำอะไร” วิธีการที่ได้มาซึ่งคำตอบจึงเน้น “กระบวนการปฏิสัมพันธ์” หมายความว่า การดูแลผู้รับบริการต้องผ่านกระบวนการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ให้บริการ/ ผู้รับบริการเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน ซึ่งการสร้างปฏิสัมพันธ์นี้จะทำให้สะท้อนภาพลักษณ์ของพยาบาลและบทบาทของการให้คำปรึกษา (Counseling) ชี้แนะ (Guiding) สอน (Teaching) แก่ผู้ให้บริการ/ ผู้รับบริการในการหาความหมายของภาวะสุขภาพหรือการเจ็บป่วย

กรอบแนวคิดในทฤษฎีนี้จึงเน้นที่ “คน” ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา และเฉพาะเจาะจงที่กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คือ ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ในกรอบแนวคิดจะประกอบด้วยระบบที่มีปฏิสัมพันธ์กัน 3 ระบบ คือ 1) ระบบบุคคล (Personal System) 2) ระบบระหว่างบุคคล (Interpersonal System) และ 3) ระบบสังคม (Social System) ความสัมพันธ์ระบบต่าง ๆ เหล่านี้จะนำไปสู่ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (Theory of goal attainment)



ภาพประกอบ 1 ระบบที่มีปฏิสัมพันธ์ตามกรอบแนวคิดของคิง

ที่มา: A Theory for nursing: Systems, Concepts: process (King I. M. 1981)

แนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง ตั้งอยู่บนข้อตกลงเบื้องต้นที่ว่า บุคคลเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยคิงได้แบ่งมโนทัศน์ทางการพยาบาลออกเป็น 3 ระบบ ซึ่งแต่ละระบบมีชุดแนวคิดของตัวเอง และมีความสัมพันธ์กัน (King I. M. 1981) ได้แก่

1. ระบบบุคคล (Personal System) หมายถึง บุคคลซึ่งเป็นที่ตั้งพยาบาลหรือผู้ป่วย ซึ่งทุกคนจะมีระบบของตนเองที่เป็นส่วนตัว คนเป็นระบบเปิด ดังนั้นจึงต้องมีกระบวนการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น กับสิ่งแวดล้อม และกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกัน การเข้าใจระบบบุคคลจะช่วยให้เข้าใจการติดต่อสื่อสาร เข้าใจตนเองและผู้อื่น ช่วยให้พยาบาลไวต่อความรู้สึกของคนอื่นและของตนเอง ช่วยให้การติดต่อสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น มโนทัศน์สำคัญที่ช่วยให้เข้าใจระบบบุคคลมี 6 มโนทัศน์ คือ

1.1 การรับรู้ (Perception) เป็นกระบวนการจัดระบบและแปลความหมายของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากประสาทสัมผัสและความจำ ทำให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์ และ

สิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งความเข้าใจตามการรับรู้จะเข้ามามีอิทธิพลต่อบุคคลด้วย อย่างไรก็ตาม ในเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมเดียวกัน บุคคลอาจรับรู้และเข้าใจแตกต่างกันได้

1.2 อัตตาตัวตน (Self) เป็นผลที่เกิดจากบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและจัดระเบียบตัวตนขึ้น ซึ่งทำให้อัตตาของแต่ละคนแตกต่างกัน ถ้าประสบการณ์ทางบวกก็จะทำให้อัตตาขยายออก แต่ถ้าเป็นทางลบอัตตาก็จะลดขนาดลง

1.3 ภาพลักษณ์ (Body image) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับรูปร่างของตนเองทั้งทางด้านสรีระและจิตสังคม ปฏิกริยาของคนอื่นต่อรูปร่างหน้าตาและผลจากการตอบสนองของคนอื่นต่อตนเอง อย่างไรก็ตาม ภาพลักษณ์ของบุคคลจะเป็นพลวัตรและเปลี่ยนแปลงตามประสบการณ์และการเรียนรู้พร้อมกับกระบวนการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลา

1.4 การเจริญเติบโตและพัฒนาการ (Growth and development) เป็นการเปลี่ยนแปลงของมนุษย์ตั้งแต่ระดับโมเลกุล ความรู้สึกนึกคิดจนกระทั่งพฤติกรรม ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ได้แก่ พันธุกรรม ประสบการณ์ในชีวิต รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนเกื้อกูลให้บุคคลเติบโตเข้าสู่ภาวะ

1.5 เวลา (Time) คือ ระยะเวลาเหตุการณ์หนึ่งกับอีกเหตุการณ์หนึ่ง เวลาเป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมการดำเนินชีวิตของบุคคลและมีอิทธิพลระหว่างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลได้

1.6 อาณาบริเวณ (Space) เป็นขอบเขตที่อยู่รอบตัวบุคคล ซึ่งบุคคลรับรู้ว่าเป็นอาณาบริเวณส่วนตัวที่ปกป้อง ไม่ปรารถนาให้คนทั่วไปรุกรานที่ส่วนตัว การรับรู้ขอบเขตมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ระยะห่างและความใกล้ชิดเป็นปัจจัยที่ควรคำนึงถึงในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

2. ระบบระหว่างบุคคล (Interpersonal System) เป็นระบบที่ประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมาามีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เป็นกลุ่มเล็กหรือกลุ่มใหญ่ก็ได้ ยิ่งจำนวนคนมากขึ้นระบบปฏิสัมพันธ์จะซับซ้อนมากขึ้น ประกอบด้วย 5 มโนทัศน์ คือ

2.1 การมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ในกระบวนการปฏิสัมพันธ์นั้น ทั้งสองฝ่ายจะร่วมกันกำหนดเป้าหมายและวิธีการที่จะไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

2.2 การติดต่อสื่อสาร (Communication) หมายถึง กระบวนการส่งข้อมูลจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งทั้งทางตรงโดยการพูดกัน หรือทางอ้อมโดยผ่านโทรศัพท์หรือการเขียน การ

สื่อสารทำให้เกิดการกระทำร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยการแบ่งปันข้อมูลหรือความเห็นทั้งด้วยคำพูดและไม่ใช้คำพูดและต่างแบ่งปันเป้าหมายของแต่ละคน การติดต่อสื่อสารจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด เมื่อเกิดขึ้นในบรรยากาศของการยอมรับซึ่งกันและกัน ความรู้เรื่องการติดต่อสื่อสารจะช่วยให้พยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการได้แม่นยำมากขึ้น ถ้าการสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพหรือขาดความหมาย การดำเนินสู่เป้าหมายก็เป็นไปได้ยากหรืออาจไม่เกิดขึ้นเลย

2.3 การบรรลุเป้าหมายของการปฏิสัมพันธ์ (Transaction) เป็นกระบวนการที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลติดต่อสื่อสารเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ต่างฝ่ายต่างแลกเปลี่ยนการรับรู้ซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดความสำเร็จตามเป้าหมายแล้ว ความต้องการก็จะได้รับการตอบสนอง ความเครียดก็ลดลง แต่ถ้าต่างฝ่ายต่างไม่สมหวังในเป้าหมายที่ตั้งไว้ก็จะเกิดความเครียด

2.4 บทบาท (Role) หมายถึง บทบาทของแต่ละคนถูกกำหนดโดยตำแหน่งในระบบสังคมที่มีการระบุการทำหน้าที่และความคาดหวัง หากบทบาทมีความสอดคล้องกันก็จะเกิดการปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมาย หากบทบาทไม่สอดคล้องกันก็จะเกิดภาวะเครียด

2.5 ความเครียด (Stress) เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เพื่อรักษาไว้ซึ่งความสมดุลของการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการทำหน้าที่ โดยมีการแลกเปลี่ยนพลังงานและข้อมูลข่าวสารระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมให้เกิดความสมดุลและควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด พยาบาลถูกคาดหวังให้เป็นผู้ลดสาเหตุของความเครียดของผู้ป่วยและครอบครัว สาเหตุความเครียดในผู้ป่วยคือ การพรากความรู้สึกหรือการรับรู้มากเกินไป เมื่อบุคคลมีภาวะเครียดมากขึ้นจะมีผลต่อพัฒนาการของบุคคล ขอบเขตการรับรู้ต่อเหตุการณ์จะแคบลง การใช้เหตุผลในการตัดสินใจลดลง ซึ่งอาจทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ลดลง และการตั้งเป้าหมายกับการดูแลทางการพยาบาลลดลง

3. ระบบสังคม (Social System) เป็นทั้งระบบสังคมทั่วไปและระบบบริการสุขภาพที่มีความสำคัญต่อกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ เป็นการกำหนดขอบเขตของระบบที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพและบทบาทของสังคมภายใน ระบบจะมีการถ่ายทอดความเชื่อ ขนบธรรมเนียม และคุณค่าไปสู่สมาชิก ระบบสังคมเป็นระบบใหญ่ เกี่ยวข้องกับคนจำนวนมาก แรงผลักดันต่าง ๆ จะมีผลกระทบต่อนวัตกรรม ต่อบริการการปฏิสัมพันธ์ และต่อการรับรู้ของบุคคลในสังคม ซึ่งประกอบด้วย องค์กร อำนาจ ผู้มีอำนาจ สถานะ และการตัดสินใจ

มโนทัศน์หลักของทฤษฎีการพยาบาลความสำเร็จตามจุดหมาย (King's theory of goal attainment)

1. บุคคล (Person) คือ เน้นถึงลักษณะเฉพาะบุคคล โดยมีการระบุข้อตกลงเบื้องต้นไว้ ดังนี้ (King I. M. 1981)

- 1.1 บุคคลเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
- 1.2 ทุกคนมีความนึกคิด มีความรู้สึกเป็นของตนเอง
- 1.3 ทุกคนมีเหตุผลของตนเอง
- 1.4 บุคคลเป็นผู้มีการรับรู้
- 1.5 บุคคลมีความสามารถที่จะแสดงคำตอบ (React) ตามการรับรู้ของตนเอง

1.6 บุคคลมีความสามารถที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ (Action-oriented being)

1.7 บุคคลมีความสามารถที่จะวางแผนเป้าหมายในการกระทำสิ่งต่าง ๆ

1.8 บุคคลมีความสามารถที่จะตัดสินใจและควบคุมตนเองได้

1.9 ทุกคนมีเวลาในเรื่องต่าง ๆ ที่เหมาะสมเฉพาะของตนเอง

2. สิ่งแวดล้อม (Environment) คือ กล่าวว่าบุคคลมีทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอก และอธิบายความสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบุคคลไว้ว่า บุคคลมีความสามารถในการนำพลังงานมาช่วยในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายนอกได้อย่างต่อเนื่อง

3. สุขภาพ (Health) คือ ให้คำจำกัดความ “ภาวะสุขภาพ” ว่าเป็นความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาททางสังคมและ “ภาวะเจ็บป่วย” ว่าเป็นภาวะที่มีการเบี่ยงเบนของโครงสร้างร่างกายหรือจิตใจหรือภาวะที่มีความขัดแย้งเกี่ยวกับสัมพันธภาพของบุคคลในสังคม

4. การพยาบาล (Nursing) คือ ให้ความหมายของการพยาบาลว่า “เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของการพยาบาลและผู้ให้บริการ โดยทั้งสองฝ่ายมีการสื่อสาร รับรู้สถานการณ์ มีการตั้งเป้าหมาย และกำหนดจุดหมายของความสำเร็จร่วมกัน” เป้าหมายของการพยาบาลตามแนวคิดของคิง คือ การช่วยบุคคลและกลุ่มคนให้ฟื้นคืนสภาพและดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี หรือในวาระสุดท้ายของชีวิต สามารถตายอย่างมีศักดิ์ศรี

คิง (King I. M. 1981) กล่าวว่า มนุษย์หมายถึงบุคคลในสังคมที่มีเหตุมีผลและมีสติ ซึ่งมีความสามารถในการรับรู้ คิด รู้สึก เลือกรับรู้ กำหนดเป้าหมาย เลือกรับรู้ที่จะบรรลุเป้าหมาย และตัดสินใจได้ บุคคลมีความต้องการขั้นพื้นฐานสามประการ คือ 1) ความต้องการข้อมูลสุขภาพเมื่อ

จำเป็นและสามารถใช้งานได้ 2) ความจำเป็นในการดูแลที่พยายามป้องกันความเจ็บป่วย และ 3) ความจำเป็นในการดูแลเมื่อบุคคลไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ทั้งนี้ สุขภาพเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ชีวิตแบบไดนามิกของมนุษย์ ซึ่งหมายถึงการปรับตัวต่อเนื่องกับความเครียดในสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก ด้วยการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับชีวิตประจำวัน สิ่งแวดล้อมเป็นพื้นฐานสำหรับการปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก สภาพแวดล้อมภายในแปลงพลังงานเพื่อให้บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมภายนอกได้อย่างต่อเนื่อง สภาพแวดล้อมภายนอกเกี่ยวข้องกับองค์กรที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ในรูปแบบนี้พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย

ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์เพื่อความเข้าใจตรงกันระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการ สิ่งสำคัญในทฤษฎีคือ การยอมรับนับถือในความสามารถของบุคคลที่จะคิด แสวงหาและใช้ความรู้ตัดสินใจ และเลือกกระทำ ภาวะสำคัญระหว่างปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการที่จะสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย คือ 1) การรับรู้ของพยาบาลและผู้ใช้บริการสอดคล้องกัน 2) ต้องมีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 3) พยาบาลกับผู้ใช้บริการจะต้องตั้งจุดมุ่งหมายร่วมกัน ซึ่งกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการแต่ละฝ่ายต่างมีการประเมินซึ่งกันและกันและโดยการติดต่อสื่อสาร ทั้งสองฝ่ายต่างสำรวจและวางเป้าหมายด้วยกัน ตกลงร่วมกันในวิธีการที่จะบรรลุเป้าหมาย คึงเชื่อว่าการบรรลุเป้าหมายในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้บริการและพยาบาลจะทำให้ทั้งสองฝ่ายพึงพอใจ และการดูแลจะมีประสิทธิภาพทั้งระบบบุคคลและระบบสังคม แม้ว่าจะมีผลต่อระบบคุณภาพชีวิตของบุคคล แต่องค์ประกอบหลักในทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายจะเกิดขึ้นในระบบระหว่างบุคคลที่ต่างฝ่ายต่างเข้ามาในการบริการสุขภาพเพื่อที่จะช่วยและรับความช่วยเหลือในการที่ทำให้เกิดการคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพที่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้ ดังนั้น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ใช้บริการจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ โดยจะต้องเป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีการเห็นพ้องกัน ในการกำหนดเครื่องมือหรือวิธีการที่จะบรรลุเป้าหมายร่วมกันนั้น ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานที่จะประเมินสิ่งที่ผู้ใช้บริการให้ความสำคัญ เป็นปัญหาเกิดการเสียสมดุล มีการรับรู้ปัญหาสุขภาพ และเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันที่ต่างฝ่ายต่างมีอยู่ เพื่อที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่ทั้งสองฝ่ายต้องการบรรลุความสำเร็จ

คิง (King I. M. 1992) ได้ทำการศึกษามโนทัศน์ จนสามารถอธิบายคุณลักษณะที่สามารถวัดได้ สังเกตได้ คีอมนโนทัศน์เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ โดยคิงได้กำหนดข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ มีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้เป้าหมาย ความต้องการ ค่านิยมของพยาบาลและผู้รับบริการมีอิทธิพลต่อกระบวนการปฏิสัมพันธ์
2. ผู้รับบริการมีสิทธิรับรู้เรื่องของตนเอง และมีสิทธิที่จะร่วมในการตัดสินใจในสิ่งที่มีผลต่อชีวิต สุขภาพของตน และบริการชุมชน
3. พยาบาลต้องมีความรับผิดชอบในการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการเพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
4. ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือยอมรับการดูแลทางสุขภาพ
5. เป้าหมายของพยาบาลกับของผู้รับบริการอาจไม่สอดคล้องกันก็ได้

ทั้งนี้ แนวทางการนำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้กับการพยาบาล เป็นการให้การพยาบาลที่เกิดขึ้นเป็นขั้นตอน โดยเริ่มจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (interaction) ซึ่งทั้งสองฝ่ายมีการแลกเปลี่ยนการรับรู้ (perception) ข้อมูลข่าวสาร โดยผ่านการติดต่อสื่อสาร (communication) ทั้งสองฝ่ายมีการกระทำ (action) มีการแสดงปฏิกิริยาของผู้มารับบริการต่อปัญหาหรือสิ่งที่รบกวน (reaction) ร่วมกันกำหนดปัญหาหรือสิ่งที่รบกวนนั้น (disturbance) จากนั้นร่วมกันค้นหาและกำหนดจุดมุ่งหมายที่เป็นไปได้ (mutual goal setting) คิดค้นวิธีการที่จะนำไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน (explore the means to achieve goal) มีความเห็นพ้องต้องกันและยอมรับในวิธีการปฏิบัติ (agree to means) เพื่อจะนำไปสู่การดำเนินการเพื่อให้บรรลุตามจุดมุ่งหมายที่ร่วมกันกำหนด และขั้นตอนสุดท้ายคือ การมีปฏิสัมพันธ์ที่มีจุดมุ่งหมายเกิดขึ้น (transaction) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในขั้นสุดท้ายที่แสดงให้เห็นว่าจุดมุ่งหมายนั้นสำเร็จตามที่ตั้งไว้ ผู้ป่วยจะหลุดพ้นจากปัญหาที่รบกวนมาตั้งแต่ต้น และพยาบาลก็จะเป็นผู้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองต่อไป เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงมากที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (King I. M. 1981)

การประยุกต์ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและการแลกเปลี่ยนข้อมูล ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวให้ผู้สูงอายุรู้จัก ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ และมั่นใจในการปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีจุดมุ่งหมาย โดยการแลกเปลี่ยนข้อมูลการรับรู้ซึ่งกันและกัน ผ่านการ

ติดต่อสื่อสารทางวาจา การแสดงออกด้วยท่าทีที่ตอบสนอง และผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกเล่าการปฏิบัติตัวเพื่อพัฒนาพลังสุขภาพจิตของตนเองที่ทำอยู่เป็นประจำ โดยผู้วิจัยแจ้งให้ผู้สูงอายุทราบว่า ผู้วิจัยรับรู้และเข้าใจในสภาวะของการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ และพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น

2. การกำหนดปัญหาและการวางแผนการแก้ไขปัญหา โดยผู้วิจัยและผู้สูงอายุร่วมกันประเมินปัญหาการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่ผู้สูงอายุเผชิญอยู่ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตและสุขภาพกายในปัจจุบันและอนาคต ประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและพลังสุขภาพจิต การปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่เหมาะสมสำหรับกับผู้สูงอายุ โดยการนำปัญหาที่ประเมินได้มาเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา หลังจากนั้นผู้วิจัยและผู้สูงอายุร่วมกันกำหนดจุดมุ่งหมาย พิจารณาเลือกจุดมุ่งหมายที่เป็นไปได้ และเป็นที่ยอมรับของทั้งสองฝ่าย ร่วมกันเสนอวิธีการแก้ไขปัญหาเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมาย หากผู้สูงอายุไม่สามารถเสนอวิธีการแก้ไขปัญหาหรือระบุความต้องการการช่วยเหลือเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายได้ ผู้วิจัยจะเสนอวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับแต่ละปัญหา รวมทั้งให้ข้อมูลให้ผู้สูงอายุต้องการโดยมีสาระมุ่งเน้นที่พฤติกรรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ตามคู่มือการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พร้อมทั้งร่วมกันตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ทำให้บรรลุจุดมุ่งหมาย และเป็นวิธีการแก้ไขปัญหาที่ทั้งสองฝ่ายยอมรับได้

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำ 3 มโนทัศน์หลักจากแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ร่วมกับข้อค้นพบในระยะที่ 1 และการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก มาออกแบบรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเน้นที่ตัวบุคคลที่จะสามารถจัดการกับสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดความเครียดจากวิกฤตชีวิต และเกิดการเรียนรู้ที่จะสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของตนเอง เพื่อให้มีศักยภาพในการดำเนินชีวิตที่ดี ส่วนครอบครัวและชุมชนจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตที่สูงขึ้น

3. การปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมาย ผู้วิจัยและผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามแผนที่ได้ร่วมกันวางแผนไว้ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายตามบทบาทของตนเองตามที่ได้ตกลงร่วมกัน

4. การประเมินผล ผู้วิจัยและผู้สูงอายุร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ว่าสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดหรือไม่ ตามแบบบันทึกพฤติกรรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตด้วยตนเอง ที่ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลบันทึกไว้ ถ้าบรรลุตามจุดมุ่งหมายที่กำหนด ผู้วิจัยจะให้คำชมเชยเพื่อให้กำลังใจ และสนับสนุนให้คงพฤติกรรมที่ดีไว้ หากไม่บรรลุตามจุดมุ่งหมายที่กำหนด ผู้วิจัย

จะให้กำลังใจ และร่วมกันค้นหาสิ่งที่เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการปฏิบัติ พร้อมกับหาวิธีการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคนั้น ๆ และพัฒนาต่อไป

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ต้องอาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย รวมทั้งสังคมของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ และความสามารถในการติดต่อสื่อสาร เพื่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย และนำไปสู่จุดมุ่งหมายร่วมกัน ก่อให้เกิดการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย สามารถนำไปสู่การศึกษาวิจัยได้มากมาย โดยมีการนำทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายมาใช้ในการให้การพยาบาลในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น การศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวใช้ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ปนัดดา สุวรรณ. 2551) มีการศึกษาพบว่า การพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีการควบคุมน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (สิริพิมพ์ ชูปาน. 2555) และการใช้ระบบปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายของทฤษฎีการพยาบาลของคิง มีผลทำให้ความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งในระดับบุคคล ระหว่างบุคคล และระบบสังคม ให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน (รัตนศิริภรณ์ คำราพิศ. 2555)

นอกจากนี้ยังพบการใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การศึกษาความขัดแย้งในใจกับความมุ่งมั่นในการดำเนินการเพิ่มความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยใช้กลยุทธ์ในการควบคุมจิตใจของตนเองที่ขัดกับความตั้งใจในการดำเนินการ (Mental Contrasting with Implementation Intentions: MCII) ผู้เข้าร่วมประชุมที่มีภาวะซึมเศร้า 46 คน เข้าร่วมกิจกรรม MCII เช่น กิจกรรมทางสังคม และการออกกำลังกาย 3 สัปดาห์ พบว่า กิจกรรม MCII มีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายอย่างมีนัยสำคัญ (78.6%) บรรลุเป้าหมายของพวกเข าภาวะซึมเศร้าหรือการรับรู้สมรรถนะในตนเองไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่ม แต่มีการลดระดับภาวะซึมเศร้าปานกลางในผู้เข้าร่วม

กิจกรรม MCII (Fritzsche A.; et al. 2016) และพบการใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การศึกษาเรื่องการกำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองในศูนย์สุขภาพชุมชน: ผลกระทบของการบรรลุเป้าหมายต่อผลของโรคเบาหวาน พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าประสบความสำเร็จในการตั้งเป้าหมายและบรรลุเป้าหมาย โดยเป้าหมายที่มุ่งเน้นไปที่ยาและการกินเพื่อสุขภาพประสบความสำเร็จมากขึ้น การบรรลุเป้าหมายที่ประสบความสำเร็จมีความเกี่ยวข้องเนื่องกับการบรรลุหรือรักษาค่า A1C ไว้ที่ $<7.0\%$ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะประสบความสำเร็จในการตั้งเป้าหมายและบรรลุเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงโดยให้ความสำคัญกับการรับประทานอาหารเช้าเพื่อสุขภาพและการรับประทานยา การประเมินนี้แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความสำเร็จของเป้าหมายแต่ละรายและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Anderson Daren R.; Christison-Lagay, Joan; & Procter-Gray, Elizabeth. 2010)

จะเห็นได้ว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิงในการให้การรักษาพยาบาลนั้นมีประสิทธิภาพ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรค และการฟื้นฟูสภาพ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งในและต่างประเทศ และพบการใช้ทฤษฎีนี้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในต่างประเทศแต่ไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย โดยเฉพาะการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจำเป็นต้องใช้กระบวนการพยาบาลที่มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันและมีการวางแผนเป้าหมายร่วมกันเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ซึ่งเป็นทฤษฎีทางการพยาบาลของคิง มาใช้เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีพลังสุขภาพจิตที่สูงขึ้น โดยเน้นที่ระบบบุคคลเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขทั้งกายและใจ และลดความเสี่ยงจากโรคแทรกซ้อนทางกายและความคิดฆ่าตัวตายจากการมีภาวะซึมเศร้าและเป็นโรคเรื้อรัง โดยการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก (Positive psychology interventions) เพื่อสร้างเป็นโปรแกรมที่มีความเป็นพฤติกรรมศาสตร์ที่ครอบคลุมระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคล และระบบสังคมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

4. แนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก

แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเป็นพื้นฐานในการทำงานในช่วงแรกของนักจิตวิทยาเช่น Jung, Rogers, Alport และ Maslow ซึ่งมุ่งเน้นในสิ่งที่บุคคลมีความสามารถในการบรรลุเป้าหมายและในการระบุง่อนไขที่จำเป็นสำหรับการเจริญทางด้านจิตใจและความเป็นอยู่ที่ดี ผู้บุกเบิกยุคแรก ๆ เหล่านี้ให้ความสำคัญค่อนข้างน้อยกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางคลินิกและการสนับสนุนหลักฐานเชิงประจักษ์ (Macaskill A. 2016) ทั้งนี้ Seligman และ Csikszentmihalyi ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาคลินิก ได้เสนอผลงานวิจัยที่นักจิตวิทยาสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ โดยมองว่าทำอย่างไรจึงจะส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของแต่ละบุคคล พวกเขาให้ความสำคัญกับช่องว่างในการวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันและการใช้จุดแข็งของบุคคลที่เกิดขึ้นในช่วง 50 ปีที่ผ่านมาซึ่งมุ่งเน้นไปที่พยาธิวิทยาและกระตุ้นให้นักวิจัยและแพทย์เริ่มเปลี่ยนการมุ่งเน้นไปที่การสนับสนุนจุดแข็งของบุคคลแทนที่จะพยายามแก้ไขจุดอ่อน Seligman และ Csikszentmihalyi ให้ความเห็นว่า "จิตวิทยาไม่ใช่แค่การศึกษาพยาธิสภาพ ความอ่อนแอ และการได้รับอันตราย แต่ยังศึกษาความเข้มแข็งและความดีงามด้วย การรักษาไม่ได้เป็นเพียงการซ่อมสิ่งที่เสีย แต่คือการดูแลเอาใจใส่สิ่งที่ดีที่สุดในตัวบุคคล" (Seligman M. E.; & Csikszentmihalyi, M. 2000) ดังนั้น จิตวิทยาเชิงบวกจึงเป็นการศึกษาทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับสิ่งที่ดีที่สุดในตัวบุคคลและเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะและเงื่อนไขของชีวิตที่นำไปสู่ชีวิตที่ดี โดยมุ่งเน้นไปที่กระบวนการต่าง ๆ ที่เหมาะสมที่สุดที่ทำให้ชีวิตมีค่าสำหรับการดำรงชีวิต ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ สถาบันเชิงบวก (ครอบครัว ที่ทำงาน องค์กรต่าง ๆ) ประสบการณ์และอารมณ์เชิงบวก และคุณลักษณะเชิงบวกของบุคคล การวิจัยส่วนใหญ่ในระยะต่อมาระบุว่า คุณลักษณะที่เป็นบวก ความเข้มแข็งทางจิตใจ บุคลิกที่เข้มแข็งหรือผลลัพธ์ทางจิตวิทยา ถูกกำหนดโดยคุณลักษณะส่วนบุคคล (Seligman M. E.; & Csikszentmihalyi, M. 2000) โคบาย และคนอื่น ๆ ได้ให้ความหมายของจิตวิทยาเชิงบวก คือการศึกษาถึงสิ่งที่ "ถูกต้อง" เกี่ยวกับบุคคล คุณลักษณะเชิงบวกของบุคคล ประโยชน์ทางจิตวิทยา และจุดแข็งของบุคคล จุดมุ่งหมายคือการทำความเข้าใจและส่งเสริมปัจจัยที่ช่วยให้แต่ละบุคคล ชุมชน และสังคมเจริญเติบโตได้ (Kobau R.; et al. 2011) โลมาส, เฮฟเฟอร์อน และอิฟซาน ได้นิยามจิตวิทยาเชิงบวกว่าเป็น "วิทยาศาสตร์และการปฏิบัติในการพัฒนาสุขภาพที่ดี" (Lomas T.; Hefferon, K.; & Ivztan, I. 2016) โดยพบว่าตัวแปรทางจิตวิทยาเชิงบวก เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ผลกระทบในเชิงบวก และการรับรู้สุขภาพ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษากการสำรวจบทบาทของโครงสร้างจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อเป็นปัจจัยป้องกันผลกระทบจากตัวแปรสิ่งแวดล้อม ด้านลบต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุพบว่า ผู้เข้าร่วมที่มีระดับโครงสร้างจิตวิทยาเชิงบวกสูง มี

ประสบการณ์ความพึงพอใจในชีวิตสูง มีผลลัพธ์ในเชิงบวกมากขึ้น และเห็นว่าตัวเองมีปัญหาสุขภาพน้อยลง ซึ่งมีหลักฐานเพิ่มขึ้นที่แสดงถึงบทบาทการป้องกันด้วยความหวัง การมองโลกในแง่ดี พลังสุขภาพจิต และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการดำรงความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ (Pezent G. D. 2011) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยระยะยาวเพื่อให้เข้าใจถึงบทบาทที่มีอิทธิพลของความสามารถทางจิตวิทยาในเชิงบวกของความหวัง ความสามารถ การมองโลกในแง่ดี พลังสุขภาพจิต ตลอดจนอารมณ์เชิงบวกต่อความเครียด ความวิตกกังวล และความเป็นอยู่ที่ดี ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความสามารถทางจิตวิทยาในเชิงบวกเป็นพื้นฐานทางอารมณ์ที่ดี นอกจากนี้อารมณ์และความรู้สึกในเชิงบวกยังเป็นตัวกลางความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถทางจิตวิทยาเชิงบวกและความเป็นอยู่ที่ดี (Avey J. B.; Wernsing, T. S.; & Mhatre, K. H. 2011) และการศึกษาแบบตัดขวางในผู้เกษียณอายุจำนวน 278 คน โดยให้แต่ละคนทำรายงานเกี่ยวกับจิตวิทยาเชิงบวกด้วยตนเองแบบออนไลน์หรือแบบฉบับพิมพ์ พบว่า โครงสร้างทางจิตวิทยาเชิงบวก 5 แบบ ซึ่งได้แก่ การรับรู้ความสามารถในตนเอง ความกตัญญู การแก้ปัญหา ความหวัง และการมองโลกในแง่ดี มีผลต่อความซึมเศร้าในระดับต่ำ (Allenden Nicole; et al. 2018)

จิตวิทยาเชิงบวกยังได้รับความสนใจในการพัฒนาการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology Interventions: PPIs) ซึ่ง ซิน และ ไลยูโบเมียร์สกี ได้ให้ความหมายการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวกว่าเป็น “การกระทำหรือกิจกรรมโดยเจตนาที่มุ่งปลูกฝังความรู้สึกในเชิงบวก ความคิดในเชิงบวก และพฤติกรรมในเชิงบวก” (Sin N. L.; & Lyubomirsky, S. 2009) การแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวกเป็นทฤษฎีฐานรากและการศึกษาเชิงประจักษ์อย่างมีเหตุผล เป็นกิจกรรมและคำแนะนำที่ได้รับการออกแบบมาเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยมุ่งเน้นการใช้อารมณ์และความรู้สึกที่เป็นบวกเพื่อให้บรรลุและ/หรือเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่ง PPIs เป็นแนวคิดที่บุคคลสามารถทำงานได้ด้วยตัวเองด้วยความสมัครใจของตนเอง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและทำให้ชีวิตดีขึ้น (Lomas T.; Hefferon, K.; & Ivtzan, I. 2016) ทั้งนี้ PPIs สามารถนำมาใช้โดยนักบำบัดและผู้ปฏิบัติงานที่ทำงานในด้านอื่น ๆ ของจิตวิทยา และโดยผู้เชี่ยวชาญ เช่น ผู้ฝึกสอน ผู้ให้คำปรึกษา และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อเพิ่มคุณภาพและจุดแข็งของบุคคล นอกจากนี้ PPIs ยังใช้ในการแสดงผลทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ ตัวอย่างเช่นสามารถใช้ PPIs เพื่อช่วยในการรักษาโรคทางจิต (Sin N. L.; & Lyubomirsky, S. 2009) ซึ่งกิจกรรมและโปรแกรมที่เสริมสร้างสุขภาพจิตในเชิงบวกจะช่วยป้องกันความเจ็บป่วยทางจิตโดยเน้นถึงประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อสุขภาพโดยรวมของประชากร (Jané-Llopis E; & Barry, M. M. 2005)

การแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวกเป็นกลุ่มกิจกรรมสำหรับฝึกปฏิบัติ เช่น การนับสิ่งดี ๆ ที่มีอยู่ การฝึกแสดงความเมตตา การแสดงความกตัญญู การใช้จุดแข็งของตนเอง ฯลฯ ซึ่งแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงความรู้สึกเชิงบวก ความพึงพอใจในชีวิต หรือสภาวะอื่น ๆ ในแง่บวกที่เพิ่มขึ้น ในความหมายนี้ PPIs ไม่ใช่กิจกรรมที่มุ่งเน้นในการเยียวยาหรือการรักษาโรคทางพยาธิวิทยาหรือแง่ลบด้านลบ แต่เป็นการสนับสนุนความเป็นอยู่ที่ดีและสุขภาพผ่านกิจกรรมเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ในเชิงบวก ความคิดในเชิงบวก และพฤติกรรมในเชิงบวก โดยอาจพิจารณาเป็นยุทธศาสตร์เสริมในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพจิต (Bolier L.; et al. 2013) ซึ่งในการทำกิจกรรมนั้น ๆ อาจมีตั้งแต่การดำเนินการครั้งเดียวไปจนถึงการดำเนินการหลายครั้งในช่วงเวลาหลายเดือน (Seligman M. E.; et al. 2005; Otake K.; et al. 2006; Mazzuchelli T. G.; Kane, R. T.; & Rees, C. S. 2010)

ปัจจุบันการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวกมีหลายกลุ่ม ผู้ฝึกสอนสามารถเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้รับบริการได้ ตัวอย่าง PPIs ที่ใช้บ่อย ได้แก่

1. การแทรกแซงโดยใช้จุดแข็ง (Strengths Interventions) จุดเริ่มต้นของจุดแข็งจะเริ่มต้นด้วยการค้นพบและยอมรับถึงทรัพยากรทางจิตใจ ร่างกาย และสังคมของตนเอง นอกจากนี้ยังใช้ความจริงที่ว่า การสร้างและการใช้จุดแข็งของตนเองจะสร้างความเป็นอยู่ที่ดี ความสำเร็จ และการเติบโตส่วนบุคคล ซึ่งการแทรกแซงเหล่านี้สร้างความเชื่อมั่น การมองโลกในแง่ดี และความหวัง (Park N.; & Peterson, C. 2009)

2. การมองโลกในแง่ดี (Optimism) เป็นตัวแปรทางจิตวิทยาที่มีประโยชน์ในการทำนายพฤติกรรม การตอบสนองทางอารมณ์ การเผชิญปัญหาและการปรับตัวเมื่อบุคคลต้องประสบกับสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต โดยการมองโลกในแง่ดีเป็นตัวแปรหนึ่งที่ใช้ส่งเสริมพลังสุขภาพจิต (Resilience) ให้เกิดขึ้นภายในบุคคล (Kobau R.; et al. 2011) เนื่องจากเป็นคุณลักษณะด้านการจูงใจที่สนับสนุนให้บุคคลสามารถประสบความสำเร็จแม้ต้องเผชิญกับปัญหาอุปสรรค

แนวคิดของ เซลิเกแมน (Seligman M. E. 2011) เชื่อว่าบุคคลที่มองโลกในแง่ดีจะมีรูปแบบของการให้เหตุผลต่อเหตุการณ์ที่เลวร้ายที่เกิดขึ้นในชีวิต ว่าเกิดจากปัจจัยภายนอกไม่ได้เกิดจากตัวบุคคลนั้น อีกทั้งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเพียงอุปสรรคที่เกิดขึ้นชั่วคราว และเกิดขึ้นเฉพาะสถานการณ์นั้น ๆ หรืออาจมองว่าสถานการณ์ร้ายนั้นเป็นเรื่องของโชคร้าย หรือมีคนอื่นนำมาสู่ตน คนกลุ่มนี้จึงไม่หมกมุ่นกับความพ่ายแพ้ แต่จะเผชิญหน้ากับสถานการณ์ร้ายด้วยการยอมรับ และทำทลายความพ่ายแพ้ด้วยการมีความพยายามมากขึ้น คนที่มองโลกในแง่ดีจะอธิบายถึงเหตุการณ์ดีๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากสาเหตุภายในตนเอง มักเกิดขึ้นสม่ำเสมอ

และจะครอบคลุมถึงเหตุการณ์อื่นด้วย เซลิเกแมนเชื่อว่าทุกคนสามารถเรียนรู้การมองโลกในแง่ดีได้ โดยการปรับเปลี่ยนความคิดซึ่งจะทำให้ได้ต้องอาศัยทักษะความชำนาญ เพื่อที่จะสามารถสร้างพลังสุขภาพจิตที่ใช้ในการฟื้นตัว และช่วยปกป้องสุขภาพจากความเครียดในชีวิต ซึ่งเซลิเกแมนได้ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับรูปแบบการปรับเปลี่ยนความคิดโดยอาศัยรูปแบบ ABCDE ของเอลลิส (Ellis) คือ การบันทึกประจำวันและฝึกโต้แย้งกับเหตุการณ์ทางลบ ซึ่งกระบวนการพัฒนาการมองโลกในแง่ดีตามรูปแบบ ABCDE ของเอลลิสที่เซลิเกแมนนำมาปรับใช้มีดังต่อไปนี้

- 1) A (Adversity) หมายถึง เหตุการณ์เชิงลบ หรือเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาอุปสรรค
 - 2) B (Belief) หมายถึง ความเชื่อที่มีต่อเหตุการณ์ หรือการตีความเหตุการณ์
 - 3) C (Consequence) หมายถึง ผลที่ตามมาคือความรู้สึก การกระทำ และผลลัพธ์จากความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค ซึ่งเป็นวิธีที่บุคคลตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้น ๆ
 - 4) D (Disputation) หมายถึง การหาหลักฐานโต้แย้งความเชื่อเชิงลบ เป็นวิธีเปลี่ยนความเชื่อเชิงลบเกี่ยวกับความทุกข์ยาก อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยการเปลี่ยนตัวเองจากการมองโลกในแง่ร้ายให้เป็นคนมองโลกในแง่ดี
 - 5) E (Energization) หมายถึง เมื่อบุคคลสามารถโต้แย้งกับความเชื่อทางลบได้ จะทำให้เกิดพลัง เกิดกำลังใจ เป็นการดึงเอาพลังงานเชิงบวกที่สร้างขึ้นจากการโต้แย้งที่ประสบความสำเร็จ และส่งเสริมความสำเร็จนั้นเพื่อสร้างแนวทางเผชิญปัญหาอุปสรรคในเชิงบวก
3. สามสิ่งที่ทำได้ดี (Three good things) ในการฝึก “สามสิ่งที่ดีในชีวิต” ผู้เข้าร่วมถูกขอให้เขียนสามสิ่งที่ทำได้ดีในแต่ละวันและสาเหตุของสามสิ่งที่ทำได้ดีทุกคืนเป็นเวลาหนึ่งสัปดาห์ พร้อมทั้งคำอธิบายสาเหตุสำหรับแต่ละสิ่งที่ดี ผลลัพธ์ที่ได้จากรายงานการฝึก “สามสิ่งที่ดีในชีวิต” มีแนวโน้มที่ดี เป็นการแทรกแซงความสุขที่เพิ่มขึ้นอย่างถาวรและลดอาการซึมเศร้า (Seligman M. E.; et al. 2005)

4. การแทรกแซงด้วยความกตัญญูรู้คุณ (Gratitude Interventions) หมายถึง ความรู้สึกขอบคุณในสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้น (Seligman M. E.; et al. 2005) เป็นคำแนะนำสำหรับการเพิ่มความกตัญญูรู้คุณ เช่น การนับถือตนเอง (grateful self-reflection) การนับสิ่งดี ๆ ที่มีอยู่ (counting blessings) และการแสดงความรู้สึกขอบคุณต่อบุคคลที่มีบุญคุณ (gratitude visits) ซึ่งการแทรกแซงความกตัญญูรู้คุณที่มีผลทางจิตวิทยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายเดือน (Emmons R. A.; & McCullough, M. E. 2003; Lyubomirsky S.; Sheldon, K. M.; & Schkade, D. 2005)

5. การแทรกแซงด้วยการฝึกสติและการทำสมาธิ (Mindfulness and Meditative Interventions) การวิจัยทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับร่างกายแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการ

แทรกแซงด้วยสมาธิ และผลลัพธ์เชิงบวกในระบบหัวใจและหลอดเลือด บรรเทาอาการปวด ลดความวิตกกังวลและความเครียด และอื่น ๆ และการแทรกแซงด้วยการฝึกสติได้ถูกนำมาใช้ทั้งในทางคลินิกและไม่ใช้ทางคลินิกเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดี (Shapiro S. L.; et al. 2006) ทั้งนี้ มีการศึกษาพบว่า การบำบัดความคิดบนพื้นฐานการฝึกสติ (Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) วันละ 30-40 นาที เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และ/หรือความวิตกกังวล แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกี่ยวกับความวิตกกังวล ปัญหาการนอนไม่หลับ และลดอาการซึมเศร้า ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการแทรกแซงโดยไม่ใช้ยาเป็นที่ยอมรับในผู้สูงอายุและเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก โดยเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดีให้กับผู้สูงอายุ (Foulk M. A.; et al. 2014; Fountain-Zaragoza S.; & Prakash, R. S. 2017)

6. การแทรกแซงด้วยการแสดงความเมตตา กรุณาต่อผู้อื่น (acts of kindness) บุคคลที่มีประสบการณ์เมตตา กรุณาและการนับการแสดงความเมตตาต่อผู้อื่น จะเพิ่มความสุขและความกตัญญูรู้คุณ (Otake K.; et al. 2006) เช่น การบริจาคเพื่อการกุศลและการเป็นอาสาสมัครยังช่วยเพิ่มความสุข (Borgonovi F. 2008) ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานสามารถส่งเสริมการแทรกแซงด้วยการแสดงความเมตตา กรุณาให้บุคคลที่ต้องการการสนับสนุนเพื่อพัฒนาความเป็นอยู่ที่ดี (D'raven L. L.; & Pasha-Zaidi, N. 2014)

7. การลิ้มรสประสบการณ์เชิงบวก (Savoring Interventions) เป็นกลยุทธ์เพื่อเพิ่มความสามารถของบุคคลในการลิ้มรสประสบการณ์เชิงบวก ผ่านการสำรวจความทรงจำเกี่ยวกับประสบการณ์ในเชิงบวกที่ผ่านมา โดยการประเมินประสบการณ์ที่ดีอย่างต่อเนื่อง หรือโดยการคาดการณ์เหตุการณ์ในอนาคตในเชิงบวก เพื่อค้นหาความสุขในชีวิตของบุคคล (Bryant Fred B.; Chadwick, Erica D.; & Kluwe, Katharina. 2011)

ทั้งนี้ การแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวกมุ่งพัฒนาความคิดเชิงบวก อารมณ์เชิงบวก และพฤติกรรมเชิงบวก (Sin N. L.; & Lyubomirsky, S. 2009) วิธีการเหล่านี้ส่วนใหญ่ใช้กับประชากรทั่วไปที่มีสุขภาพดี โดยมีหลักฐานการทบทวนประสิทธิผลกับกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้รายงานว่า ความรู้สึกขอบคุณนำไปสู่การฝึกเขียนไดอารี่และการตระหนักถึงอย่างเหมาะสม และการใช้จุดแข็งในรูปแบบใหม่ เป็นการเพิ่มระดับของความเป็นอยู่ที่ดีอย่างมีนัยสำคัญ (Seligman M. E.; et al. 2005) ประสิทธิภาพของการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก จากการทบทวนวรรณกรรมพบการวิเคราะห์ห่อหุ้มแบบอิสระ (meta-analysis) 2 เรื่อง ได้แก่ การวิเคราะห์การแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก 51 เรื่องในประชากรทั่วไป โดยรวมถึงความกตัญญู ความหวัง ความเมตตา สติ การบรรลุเป้าหมาย ฯลฯ พบว่า การแทรกแซงเชิงบวกมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความเป็นอยู่ (d = .61) ลด

อาการซึมเศร้า ($d = .65$) (Sin N. L.; & Lyubomirsky, S. 2009) และการวิเคราะห์การแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก 39 เรื่อง โดยใช้เกณฑ์คัดเข้าที่ละเอียดมากขึ้น พบว่า การแทรกแซงเชิงบวกมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความสุข ($d = .34$) สุขภาวะที่ดี ($d = .20$) และลดอาการซึมเศร้า ($d = .23$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการศึกษามีคุณภาพสูงกับประชากรในคลินิกเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากการศึกษาจำนวนมากมีคุณภาพไม่ดีและไม่มีการติดตามผลในระยะยาว (Bolier L.; et al. 2013)

มาร์ติน เซลลิแกน และคนอื่น ๆ ได้ทำการศึกษาการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวกแบบออนไลน์เป็นครั้งแรกในปี 2005 โดยใช้วิธีการสุ่มและการควบคุมแบบหลอก โดยผู้เข้าร่วมได้รับการทดสอบ 5 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์ เป็นการทดสอบการแทรกแซงความสุขส่วนบุคคล 5 แบบ เปรียบเทียบการทดสอบการฝึกควบคุมแบบหลอกในกลุ่มควบคุม 1 รายการ โดยให้ผู้เข้าร่วมบันทึกเกี่ยวกับความทรงจำในช่วงต้นเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ประเมินความสุขและอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการแทรกแซง รวมทั้งการติดตามผลในระยะเวลา 1 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังจากการแทรกแซง เพื่อค้นหาอาการของภาวะซึมเศร้าและความสุข พบว่าการแทรกแซง 3 ครั้ง ได้แก่ การเขียน 3 สิ่งที่ดีที่ทำในแต่ละวัน การเขียนขอบคุณในแต่ละวัน และการใช้จุดแข็งของตนเองในรูปแบบใหม่ ช่วยเพิ่มความสุขและลดอาการซึมเศร้านานถึง 6 เดือนเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมแบบหลอก การแทรกแซงเชิงบวกสามารถเสริมการแทรกแซงแบบดั้งเดิมที่ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมาน ทั้งนี้ ตัวอย่างวิธีการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก เช่น การฝึกเขียนสามสิ่งที่ดีทุกคืนเป็นเวลาหนึ่งสัปดาห์ โดยใช้เวลา 10 นาทีก่อนนอนในการเขียนสามสิ่งที่ดีได้จริงๆ ในวันนั้น และเหตุผลว่าทำไมจึงทำสิ่งเหล่านั้นได้ดี สามสิ่งที่จะบอกรู้สึกมีความสำคัญเพียงเล็กน้อย หรือมีความสำคัญค่อนข้างมากก็ได้ นอกจากนี้ยังมีการเขียนขอบคุณในแต่ละวัน การบันทึกการแสดงความคิดเห็นที่เมตตากรุณา ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมกับผู้เข้าร่วมทุกรูปแบบ และยังมีวิธีการเฉพาะซึ่งขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของผู้เข้าร่วม เช่น การใช้จุดแข็งของตนเองในการปฏิบัติตามแนวทางใหม่ โดยมีรายละเอียดของแบบฝึกในแต่ละหัวข้อดังนี้ (Seligman M. E.; et al. 2005)

- การฝึกโดยการควบคุมของ placebo (Placebo control exercise) โดยใช้ความทรงจำในช่วงต้น ผู้เข้าร่วมถูกขอให้เขียนเกี่ยวกับความทรงจำในช่วงต้นของพวกเขาทุกคืนเป็นเวลาหนึ่งสัปดาห์

- การขอบคุณ (Gratitude visit) ในหนึ่งสัปดาห์ ผู้เข้าร่วมต้องเขียนและส่งจดหมายแสดงความขอบคุณไปยังบุคคลที่มีบุญคุณกับพวกเขา ซึ่งยังไม่เคยได้รับการขอบคุณอย่างแท้จริงจากพวกเขาเลย

- สามสิ่งที่ดีในชีวิต (Three good things in life) ผู้เข้าร่วมเขียน 3 สิ่งที่ดีในแต่ละวัน และเหตุผลของสิ่งเหล่านั้นทุกคืนเป็นเวลาหนึ่งสัปดาห์ และอธิบายถึงเหตุผลของสิ่งที่ดีเหล่านั้น

- สิ่งที่ดีที่สุดของคุณอยู่ที่ตัวคุณ (You at your best) ผู้เข้าร่วมเขียนเรื่องราวในช่วงเวลาที่ดีที่สุดของพวกเขา เพื่อสะท้อนจุดแข็งของตัวเองที่ปรากฏในช่วงเวลานั้น ๆ โดยให้พวกเขาทบทวนเรื่องราวดี ๆ ที่เกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลาหนึ่งสัปดาห์

- ใช้จุดแข็งของตัวเองในรูปแบบใหม่ (Using signature strengths in a new way) ผู้เข้าร่วมตรวจสอบจุดแข็งของตัวเองทางออนไลน์ที่ www.authentic happiness.org และจะได้รับคำตอบรับเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับจุดแข็งของตัวเอง 5 อันดับแรก (Park N.; & Peterson, C. 2009) และให้ใช้จุดแข็ง 1 ใน 5 ในรูปแบบใหม่และแตกต่างกันทุกวันเป็นเวลาหนึ่งสัปดาห์

- ระบุจุดแข็งของตนเอง (Identifying signature strengths.) โดยใช้คำแนะนำในการใช้จุดแข็งของตนเองในรูปแบบใหม่ ผู้เข้าร่วมต้องทำแบบสำรวจเพื่อบันทึกจุดแข็ง 5 อันดับแรก และใช้จุดแข็งมากขึ้นในสัปดาห์ถัดไป

ผลของการแทรกแซงโดยแบบฝึก 2 แบบ ได้แก่ การใช้จุดแข็งของตนเองในรูปแบบใหม่และสามสิ่งที่ดี เพิ่มความสุขและลดอาการซึมเศร้าเป็นเวลา 6 เดือน แบบฝึกอื่นได้แก่ การขอบคุณเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกเป็นเวลานานหนึ่งเดือน แบบฝึกอีก 2 แบบได้แก่ การระบุจุดแข็งของตนเองและการควบคุมแบบหลอก ทำให้เกิดผลในเชิงบวกชั่วคราวต่อความสุขและอาการซึมเศร้า และพบว่าผู้เข้าร่วมมีการฝึกอย่างต่อเนื่องเกินกว่าหนึ่งสัปดาห์ที่กำหนดไว้ ซึ่งเป็นผลประโยชน์ในระยะยาวของผู้เข้าร่วม

เงื่อนไขในการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวกที่ดีที่สุด ได้แก่ การบำบัดด้วยตนเอง การดำเนินการแบบกลุ่ม การดำเนินการด้วยตนเอง และระยะเวลา ซึ่งโปรแกรมระยะยาวจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่มั่นคง บุคคลที่เหมาะสมที่จะได้รับการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ได้แก่ ผู้ที่มีอายุมาก ซึ่งพบว่าจะออกจากการแทรกแซงกลางคันน้อยและได้ผลลัพธ์ที่ดี และพบผู้ที่ซึมเศร้าบางรายมีความเป็นอยู่ที่ดีจากการแทรกแซง (Bolier L.; et al. 2013; Sin N. L.; & Lyubomirsky, S. 2009) นอกจากนี้ การแทรกแซงยังทำให้บุคคลที่มีสติปัญญารู้คิดมากขึ้น (Proyer R. T.; et al. 2016) การทดลองการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวกในระยะแรกมีนัยสำคัญเกี่ยวกับการรวมกันของส่วนประกอบต่าง ๆ ได้แก่ อารมณ์เชิงบวก คิดเชิงบวก (Gander F.; Proyer, R. T.; & Ruch, W. 2018) และการมุ่งไปที่ความตั้งใจเชิงบวก (Wellenzohn S.; Proyer, R. T.; & Ruch, W. 2016) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. อารมณ์เชิงบวก (Gander F.; Proyer, R. T.; & Ruch, W. 2018) ประกอบด้วย 2 เงื่อนไข คือ สามสิ่งที่ดี และการควบคุมแบบหลอก (การเขียนเกี่ยวกับแนวทางการทำงาน) โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 124 คน เพิ่มอารมณ์เชิงบวกในแต่ละวันในช่วง 14 วัน โดยการทดสอบความเป็นอยู่ที่ดีก่อนการแทรกแซง และติดตามผล 2 สัปดาห์ ผลลัพธ์ที่ได้ในเงื่อนไขสิ่งที่ดี 3 อย่าง ได้แก่ ใช้คำที่แสดงอารมณ์เชิงบวกมากขึ้น มีประสบการณ์ทางอารมณ์เชิงบวกมากขึ้น และเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งการใช้คำที่แสดงอารมณ์เชิงบวก/ ประสบการณ์ที่แสดงอารมณ์เชิงบวก ทำนายการเพิ่มขึ้นของความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งนี้ อารมณ์เชิงบวกเป็นอารมณ์กระตุ้นให้เกิดความพึงพอใจ ความสุข ความหวัง ความรัก ซึ่งการเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดีหมายถึงการเพิ่มความสุขและความพึงพอใจ

2. อารมณ์เชิงบวก/ คิดเชิงบวก (Gander F.; Proyer, R. T.; & Ruch, W. 2018) ประกอบด้วย 4 เงื่อนไข

- อารมณ์เชิงบวก โดยทำสิ่งที่น่ารื่นรมย์เป็นเวลา 10 นาทีและจดบันทึกไว้
- อารมณ์เชิงบวกและคิดเชิงบวก โดยการเขียน (เป็นกลางที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้) สิ่งที่น่าพึงพอใจในประสบการณ์ของแต่ละวัน และพยายามทบทวนประสบการณ์ในช่วงเวลาเหล่านั้นอย่างชัดเจนที่สุดเท่าที่ทำได้
- ความคิดเชิงบวก โดยการเขียน (ให้ชัดเจนที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้) สิ่งที่น่าพึงพอใจในประสบการณ์ของแต่ละวัน และคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ควรจะเรียนรู้
- การควบคุมแบบหลอก โดยใช้ความทรงจำในวัยเด็กตอนต้น

โดยเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ 509 คน ที่ได้รับการประเมินความความเป็นอยู่ที่ดีก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 2, 4 และ 12 สัปดาห์หลังการเข้าร่วมการทดลอง ผลการทดลองพบว่า ในเงื่อนไขที่มีความคิดเชิงบวกเป็นองค์ประกอบจะมีการเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดี

3. อารมณ์เชิงบวก/ การมุ่งไปที่ความตั้งใจเชิงบวก (Wellenzohn S.; Proyer, R. T.; & Ruch, W. 2016) ประกอบด้วย 4 เงื่อนไข ได้แก่

- อารมณ์เชิงบวกและ/ การมุ่งไปที่ความตั้งใจเชิงบวก โดยการเขียน 3 เรื่องที่ดีที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน
- อารมณ์เชิงบวก โดยการเขียน 3 เรื่องที่ดีที่เกิดขึ้นเมื่อสัปดาห์ที่แล้ว
- การมุ่งไปที่ความตั้งใจเชิงบวก โดยการนับเรื่องที่ดีที่กำลังประสบระหว่างวัน
- การควบคุมแบบหลอก โดยใช้ความทรงจำในวัยเด็กตอนต้น

เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ 695 คน ที่ได้รับการประเมินความเป็นอยู่ที่ดี ก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล 2, 4 และ 12 สัปดาห์หลังการทดลอง ผลการทดลอง พบว่า มีการเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดีในทั้ง 3 เจเนนไซ การศึกษามุ่งไปที่ความตั้งใจเชิงบวกและ ประสบการณ์ของอารมณ์เชิงบวกขยายวงกว้างทั้งในปัจจุบันและอนาคต

นอกจากนี้ ยังพบการศึกษาเกี่ยวกับการรับมือกับบทบาทของบุคลิกภาพ ความสามารถและผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบในการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวกตามทฤษฎี ความสุขที่แท้จริง โดยการสุ่มตัวอย่างผู้ใหญ่ 100 คน ($M = 45.7$, $SD = 12.8$) เข้าร่วมโปรแกรม การแทรกแซง 12 สัปดาห์ (ฝึกอบรมลักษณะบุคลิกภาพ 5 ครั้ง) และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการ แทรกแซง การแทรกแซงประกอบด้วย การให้ข้อมูลพื้นฐาน กิจกรรมกลุ่ม และการบ้าน ผล การศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมในกลุ่มแทรกแซงมีระดับความสุข ความยินดี และมีส่วนร่วม ในระดับที่ สูงขึ้นหลังจากเสร็จสิ้นโครงการ (Proyer R. T.; et al. 2016)

ทั้งนี้ ยังพบว่าเริ่มมีการนำจิตวิทยาเชิงบวกเข้ามาใช้ในบริบทการดูแลสุขภาพ (Macaskill A. 2016) โดยการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวกเป็นการฝึกอย่างเป็นระบบเพื่อเพิ่มการมองโลก ในแง่ดี ความเป็นอยู่ที่ดี และผลกระทบในทางบวกอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยเพิ่มสภาวะที่เป็นบวก ให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างรวดเร็ว ตัวอย่างเช่น การศึกษาหลักการและเหตุผลแบบจำลองทาง ทฤษฎี การพัฒนาการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวกสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการ ออกแบบของ ฮัฟแมน (Huffman) พิสูจน์แนวคิดโดยการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเพิ่ม การมองโลกในแง่ดี การมีความกตัญญู และผลกระทบเชิงบวก วิธีการในช่วงแรกโปรแกรมเมอร์ อธิบายแบบฝึกและฝึกปฏิบัติครั้งแรก 45 นาที โดยจัดขึ้นในโรงพยาบาลหรือทางโทรศัพท์ การฝึก เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ๆ ละ 15 นาที มีการโทรศัพท์เพื่อทบทวนการฝึกก่อน หน้านี้และเริ่มปฏิบัติใหม่ ร่วมกับการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่จำนวน 15 คน มีการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานโดยแพทย์ยืนยันจำนวน 13 ราย วิธีการสุ่มตัวอย่าง นักวิจัยทำ การคัดเลือกที่โรงพยาบาลและคลินิกผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน โดยต้องเป็นไปตามเกณฑ์การ วินิจฉัยและร่วมกับการรักษา เครื่องมือที่ใช้วัด ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี ความกตัญญู ความ วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความทุกข์ทรมานจากโรคเบาหวาน การดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคเบาหวาน การยึดมั่นพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบว่า มีผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมดจำนวน 9 คน และผู้เข้าร่วม โครงการจำนวน 7 คน (78%) ทำแบบฝึกจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology: PP) สมบูรณ์ อย่างน้อย 3 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า การมองโลกในแง่ดีและความกตัญญู มีความสัมพันธ์ต่ำกว่า มาตรฐานเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของประชากรทั่วไป ระดับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลเฉลี่ย

ของผู้เข้าร่วมโครงการอยู่ในระดับต่ำกว่าค่ามาตรฐานสำหรับอาการสำคัญทางคลินิก (Huffman J. C.; et al. 2015) และการศึกษาการออนไลน์การแทรกแซงทักษะที่มีผลในเชิงบวกช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ออกแบบการวิจัยเป็นการทดสอบก่อนและหลังการทดลองกับกลุ่มควบคุมแบบสุ่ม โดยมีผลกระทบเชิงบวก ความภาคภูมิใจ การแสดงความเมตตา สติ รวมอยู่ในแพ็คเกจการพัฒนาสุขภาพที่มีคุณค่าเพื่อปรับปรุงการยึดมั่นในการรักษาโรคเบาหวาน โดยส่งผ่านทางออนไลน์มากกว่า 5 สัปดาห์ การแทรกแซงเป็นการฝึกเกี่ยวกับแนวคิดเป็นประจำทุกสัปดาห์และการฝึกรายวัน ผู้เข้าร่วมเยี่ยมชมเว็บไซต์ทุกวันเพื่อบันทึกอารมณ์และการยึดมั่นในการรักษา ได้รับการแจ้งเตือนทางอีเมลทุกวัน มีการโพสต์การฝึกใหม่ทุกสัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมทำรายงานอารมณ์ทางออนไลน์เท่านั้น ตัวอย่าง (N = 49) ทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 วิธีการสุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดยรับสมัครออนไลน์จากแหล่งข้อมูลอาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัย (n = 25) หรือจากศูนย์การศึกษาโรคเบาหวาน (n = 28) โดยการจ่ายเงินเพื่อเข้าร่วมโครงการ เครื่องมือที่ใช้วัดได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเครียด ผลกระทบในทางบวกและทางลบ การรับรู้ความสามารถในตนเองของโรคเบาหวาน ความทุกข์จากโรคเบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ผลลัพธ์หลังการแทรกแซงช่วยลดภาวะซึมเศร้าและไม่มีการเปลี่ยนแปลงในมาตรวัดอื่น ๆ (Cohn M. A.; et al. 2014) ทั้งนี้ พบว่าการประเมินผลของ PPIs ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากไม่มีการวัดความภาคภูมิใจ ผลกระทบเชิงบวก หรือสติ แม้ว่าการศึกษามีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาจุดแข็งเหล่านี้ แต่การศึกษานี้ก็มีความเป็นไปได้มากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นพบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การเลือกด้วยตนเอง และอายุของผู้เข้าร่วมการศึกษา ตลอดจนรูปแบบและระยะเวลาของการแทรกแซง ดังนั้นนักวิจัยควรได้รับการส่งเสริมให้ใช้เทคนิคทางจิตวิทยาเชิงบวกในงานทางคลินิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอายุมากหรือมีแรงจูงใจในการปรับปรุงตนเอง (Sin N. L.; & Lyubomirsky, S. 2009)

สรุปได้ว่า การแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวกมีการศึกษาอย่างกว้างขวางและมีอยู่มากมาย โดยจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า (Sin N. L.; & Lyubomirsky, S. 2009; Bolier L.; et al. 2013) และใช้ในบริบทการดูแลสุขภาพ (Macaskill A. 2016) โดยสามารถใช้การฝึกแบบเป็นระบบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อเพิ่มการมองโลกในแง่ดี สุขภาวะที่ดี และผลกระทบในทางบวก ช่วยเพิ่มลักษณะส่วนบุคคลที่เป็นบวกอย่างต่อเนื่อง (Huffman J. C.; et al. 2015) แม้ว่าจะยังไม่ชัดเจนว่าทำอย่างไรและเหมาะสมสำหรับใครก็ตาม แต่ผลการวิจัยโดยทั่วไปมีประสิทธิภาพและมี

ความแข็งแรงมาก (Proyer R. T.; et al. 2016) นอกจากนี้ มีการศึกษาพบว่า กระบวนการของจิตวิทยาเชิงบวกได้นำเสนอแนวทางใหม่ในการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและการส่งเสริมสุขภาพจิต ซึ่งการร่วมกันระหว่างจิตวิทยาเชิงบวกกับสุขภาพอาจช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตในรูปแบบใหม่ๆ ได้ (Kobau R.; et al. 2011)

5. การบูรณาการแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายกับแนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกในการสร้างโปรแกรมทางด้านจิตวิทยาที่ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งทางด้านระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคล และระบบสังคม ตามแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (King I. M. 1981) เพื่อเสริมพลังสุขภาพจิตทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกในระดับบุคคล ทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ส่งผลให้สังคมมีส่วนร่วมในการส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น ซึ่งทำให้เกิดโปรแกรมการแทรกแซงทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ในรูปแบบใหม่ เนื่องจากยังไม่พบโปรแกรมทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ที่บูรณาการทฤษฎีทางการพยาบาลและแนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวกในการดูแลบุคคลกลุ่มนี้ โดยการฝึกพัฒนาความคิดเชิงบวก อารมณ์เชิงบวก และพฤติกรรมเชิงบวกในการทำกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 5 ครั้ง ในเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งคาดว่าจะผลลัพธ์ที่ได้จะทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีสุขภาพที่ดีและมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น โดยมีรายละเอียดการบูรณาการแนวคิดดังกล่าวตามตาราง 2

ตาราง 2 การบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายกับแนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวกในการสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต

แนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (King I. M. 1981)	แนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก (Seligman M. E.; et al. 2005)	การบูรณาการแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายกับแนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก
บุคคลเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร พลังงาน บุคคลมีเหตุผล มีความนึกคิด มีความรู้สึกเป็นของตนเอง มีการรับรู้ มีความสามารถที่จะกระทำการวางแผนเป้าหมาย การเลือกวิธีการที่จะใช้ดำเนินการสู่เป้าหมาย มีความสามารถในการตัดสินใจ	การแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก เป็นกิจกรรมและคำแนะนำที่ออกแบบมาเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยมุ่งเน้นการใช้อารมณ์และความรู้สึกที่เป็นบวก (เช่น การบันทึก 3 สิ่งที่ดี การฝึกสติและสมาธิ) ความคิดในเชิงบวก(เช่น การบันทึกความกตัญญู/การขอบคุณ	1. ระบบบุคคล เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งความมั่นคงทางอารมณ์เกิดจากระบบบุคคลที่มีความเป็นส่วนตัวของตัวเอง เป็นความสามารถส่วนตัวในการรับรู้ มีความคิดรับผิดชอบในการกระทำของตน เชื่อมมั่นในตนเอง มีความรู้สึกที่มั่นคง รักและเคารพในตนเอง และผู้อื่น ซึ่งผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ตระหนักถึงภาวะที่ตนเองเป็นอยู่

ตาราง 2 (ต่อ)

แนวคิดทฤษฎีความสำเร็จ ตามจุดมุ่งหมาย (King I. M. 1981)	แนวคิดการแทรกแซง จิตวิทยาเชิงบวก (Seligman M. E.; et al. 2005)	การบูรณาการแนวคิดทฤษฎี ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายกับแนวคิด การแทรกแซงจิตวิทยา เชิงบวก
การใช้สัญลักษณ์ในการสื่อสาร ความคิด การกระทำ การดำเนิน ชีวิต มีการรับรู้เวลา มีการ ตอบสนอง ประกอบด้วยการ ปฏิสัมพันธ์กัน 3 ระบบ คือ 1. ระบบบุคคล (Personal system) บุคคลมีการรับรู้ มี อัตตาเป็นสิ่งแวดล้อมเชิงอัตนัย ของคนที่สร้างความเป็นบุคคลที่ เฉพาะเจาะจงในด้านความคิด เจตคติ ค่านิยม และการ แสดงออกด้วยการกระทำ การ เจริญงอกงาม และพัฒนาการ การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในตัว บุคคล มีภาพลักษณ์เป็นการรับรู้ ตนเองและปฏิริยาของคนอื่น เกี่ยวกับ สังขารร่างกาย เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพ ร่างกายและอารมณ์ มีขอบเขต หรือเนื้อที่ทางกายภาพที่เป็น สัดส่วนเฉพาะบุคคลและมีผลต่อ พฤติกรรมของบุคคล และมี ลำดับของเหตุการณ์ซึ่งเข้ามามี ความสัมพันธ์กับบุคคล 2. ระบบระหว่างบุคคล (Inter personal system) บุคคลเมื่อมี	และทบทวนประสบการณ์ที่ดี การมองโลกในแง่ดี) และ พฤติกรรมในเชิงบวก (เช่น การใช้จุดแข็งปฏิบัติใน แนวทางใหม่ การแสดงความ เมตตา) เพื่อให้บรรลุและ/ หรือเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดี (Sin N. L.; & Lyubomirsky, S. 2009; Lomas T.; Hefferon, K.; & Ivztan, I. 2016)	ว่าเป็นโรคเรื้อรังและภาวะซึมเศร้า และ แสดงออกด้วยการมีกระทำอย่างมี จุดมุ่งหมายคือการสร้างเสริมพลัง สุขภาพจิต อยู่บนพื้นฐานการรับรู้ความ คาดหวัง ความต้องการ การเจริญงอกงาม และพัฒนาการตามวัย มีพฤติกรรมการ สร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในตัวตน และมีภาพลักษณ์เป็นการรับรู้ตนเองและมี ภาพลักษณ์เป็นการรับรู้ตนเองและปฏิริยา ของคนอื่นเกี่ยวกับการสร้างเสริมพลัง สุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะ ซึมเศร้า ดังนั้น การแทรกแซงกิจกรรมที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในระบบ บุคคล ได้แก่ การใช้จุดแข็งปฏิบัติใน แนวทางใหม่ เพื่อเห็นคุณค่าในตนเอง มี ความหวัง มีศรัทธา ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรค เรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดความภาคภูมิใจ และมีความมั่นคงในอารมณ์ ส่งผลให้มีพลัง สุขภาพจิตสูงขึ้น และมีสุขภาพที่ดีขึ้น (Seligman M. E.; et al. 2005) 2. ระบบระหว่างบุคคล เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ใน

ตาราง 2 (ต่อ)

แนวคิดทฤษฎีความสำเร็จ ตามจุดมุ่งหมาย (King I. M. 1981)	แนวคิดการแทรกแซง จิตวิทยาเชิงบวก (Seligman M. E.; et al. 2005)	การบูรณาการแนวคิดทฤษฎี ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายกับแนวคิด การแทรกแซงจิตวิทยา เชิงบวก
ความสัมพันธ์กันในสังคมเกิด ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน สื่อภาษา เพื่อการหาข้อมูลข่าวสาร การ ติดต่อกัน เป็นการสร้าง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนและ สิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จตาม เป้าหมาย การมีบทบาทเป็น พฤติกรรมที่คาดหวังของบุคคล ในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง ความเครียดเป็นการแลกเปลี่ยน พลังงานระหว่างคนและ สิ่งแวดล้อมทั้งทางบวกและทาง ลบ การปรับตัวเป็น ความสามารถทางจิตใจที่จะปรับ ให้เกิดความกลมกลืนกับสิ่งเร้า เพื่อรับการเปลี่ยนแปลงได้และ คลายความเครียด 3. ระบบสังคม (Social system) เมื่อระบบระหว่าง บุคคลเข้ามาอยู่ร่วมกัน เกิด ระบบที่ใหญ่ขึ้นเรียกระบบสังคม ซึ่งรวมถึงครอบครัว และกลุ่มคน ภายนอกต่าง ๆ ที่ประกอบด้วย บทบาททางสังคม พฤติกรรม และการปฏิบัติเพื่อรักษาค่านิยม องค์กร		ด้านการจัดการกับปัญหา ทั้งนี้ การมี ปฏิสัมพันธ์กันภายในกลุ่ม และระหว่าง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ากับ พยาบาล เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการสร้าง เสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากในแต่ละบุคคลมี การเจริญเติบโตและพัฒนาการด้าน ร่างกายและจิตใจตามวัย และการทำหน้าที่ ในฐานะบุคคลที่แตกต่างกัน เพื่อเปิดโอกาส ให้มีอิสระในการคิดและปฏิบัติตาม ความสามารถของตนเอง จากการพูดคุย แสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม พยาบาล ซึ่งเป็นผู้วิจัย เป็นเพียงผู้ให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้ผู้สูงอายุมี กำลังใจ มีความมั่นใจ และมีแนวทางใน การที่จะก้าวผ่านความทุกข์ยากจากการ เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้าไปได้ ดังนั้นกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมพลัง สุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะ ซึมเศร้าในระบบระหว่างบุคคล คือการมี ปฏิสัมพันธ์พูดคุยกันเกี่ยวกับประสบการณ์ ทุกข์ยากในชีวิตที่ก้าวผ่านมาได้โดยการคิด บวก มองบวก เพื่อให้สามารถเผชิญปัญหา ในทางบวก โดยการฝึกทักษะการมองโลก ในแง่ดี ตามรูปแบบ ABCDE (Seligman M. E. 2011) โดยมี

ตาราง 2 (ต่อ)

แนวคิดทฤษฎีความสำเร็จ ตามจุดมุ่งหมาย (King I. M. 1981)	แนวคิดการแทรกแซง จิตวิทยาเชิงบวก (Seligman M. E.; et al. 2005)	การบูรณาการแนวคิดทฤษฎี ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายกับแนวคิด การแทรกแซงจิตวิทยา เชิงบวก
อำนาจ สถานภาพ และการ ตัดสินใจ สิ่งแวดล้อมประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมภายในและ สิ่งแวดล้อมภายนอกของบุคคล บุคคลต้องมีการเปลี่ยนแปลง พลังงานกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ตลอดเวลาเพื่อให้บุคคลสามารถ ดำรงชีวิตอยู่ได้ สิ่งแวดล้อม ภายนอกจะเป็นองค์ประกอบที่เป็น ทางการ พฤติกรรมและการ ปฏิบัติที่เกิดขึ้นเพื่อดำรงค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางสังคม		การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันภายใน กลุ่ม เพื่อให้เกิดพลังการเรียนรู้และค้นพบ แนวทางใหม่ ๆ ในการเผชิญปัญหา เพื่อ สร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของตนเองให้ สูงขึ้น 3. ระบบสังคม เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกร สร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรค เรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ในด้านกำลังใจ เนื่องจากผู้สูงอายุอาจต้องการกำลังใจหรือ ข้อเสนอแนะจากสมาชิกกลุ่ม และความ ช่วยเหลือจากบุคคลากรที่มีความรู้ด้าน สุขภาพ ซึ่งก็คือพยาบาล (ผู้วิจัย) โดย ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่ม ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามี ปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งก็คือพยาบาล คือผู้วิจัย และอสม. มีการทำหน้าที่ตาม บทบาทของแต่ละบุคคล และพยาบาล (ผู้วิจัย) ทำหน้าที่ตามบทบาทของพยาบาล ทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดีในการสร้างเสริม พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มี ภาวะซึมเศร้า มีการติดต่อสื่อสารโดย พยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับ เกี่ยวกับการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และอสม. นำไปสู่การปฏิสัมพันธ์ที่มี เป้าหมายร่วมกัน ช่วยให้ผู้สูงอายุโรค

ตาราง 2 (ต่อ)

แนวคิดทฤษฎีความสำเร็จ ตามจุดมุ่งหมาย (King I. M. 1981)	แนวคิดการแทรกแซง จิตวิทยาเชิงบวก (Seligman M. E.; et al. 2005)	การบูรณาการแนวคิดทฤษฎี ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย กับแนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิง บวก
		เรื่อร้งที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าใจตนเอง มีการรับรู้และตระหนักที่จะสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต มีการวางแผนเป้าหมาย และมีความสามารถในการควบคุมตนเองในการปฏิบัติตนเพื่อที่จะสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายร่วมกัน ดังนั้น กิจกรรมเพื่อสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื่อร้งที่มีภาวะซึมเศร้าในระบบสังคมและสิ่งแวดล้อม คือ กิจกรรมสามสิ่งที่ดี เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื่อร้งที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ที่อยู่รอบ ๆ ตัว ซึ่งได้แก่ ครอบครัว อสม. หน่วยงานของรัฐ ที่ใช้พึ่งพาได้เมื่อเผชิญกับปัญหาอุปสรรค ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพลังใจในการก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคและฟื้นตัวอย่างรวดเร็วหลังเผชิญภาวะวิกฤต

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชเห็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุโรคเรื่อร้งที่มีภาวะซึมเศร้าที่จะส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายได้หากไม่มีหรือมีพลังสุขภาพจิตต่ำ ซึ่งมีการศึกษาหลายเรื่องที่พบว่าพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ. 2556; มุจรินทร์ พุทธเมตตา. 2557; Azeem Fatima; & Naz, Mahwesh A. 2015) ผู้วิจัยจึงสร้างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเรื่อร้งที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายรวมกับการแทรกแซงกิจกรรมทางจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความคิดเชิงบวก สามารถปรับเปลี่ยนความคิด อารมณ์ พฤติกรรมไปในทางบวก ส่งผลให้มีพลังสุขภาพจิตที่สูงขึ้น

6. แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

6.1 ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นการวิจัยเพื่อมุ่งหวังการใช้ประโยชน์ เป็นการวิจัยเชิงประยุกต์ (Apply Research) หรือมีลักษณะเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ที่นิยมใช้ในการพัฒนาชุมชนหรือกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม มีนักวิชาการให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไว้ดังนี้

Kemmis and McTaggart (1988) (Kemmis S.; & McTaggart, R. 1988 ; องค์การ นัยพัฒน์. 2554) กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยที่ไม่แตกต่างไปจากการวิจัยอื่น ๆ ในเชิงเทคนิค แต่แตกต่างในด้านวิธีการ ซึ่งวิธีการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ การทำงานที่เป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of Self Reflection) โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอน 1) วางแผน (Plan) 2) ปฏิบัติและสังเกต (Act & Observe) และ 3) สะท้อน (Reflect) เป็นการวิจัยที่จำเป็นต้องอาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้นต่อไป (วิระยุทธ ชาติตะกานนท์. 2558) โดยที่การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่ดำเนินการโดยคณะนักวิจัย และบุคคลที่ปฏิบัติงานตามภาระหน้าที่รับผิดชอบในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อนำข้อสรุปผลของการวิจัยที่ค้นพบหรือสรรค์สร้างขึ้นไปใช้ปรับปรุงแก้ไขปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติงานใด ๆ ในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชนได้อย่างทันต่อเหตุการณ์ สอดคล้องกับสภาพ ลักษณะ และเงื่อนไขของปัญหาที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และกลมกลืนกับโครงสร้างการบริหารงานและบริบททางกายภาพ สังคม และวัฒนธรรมที่แวดล้อมหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชนเหล่านั้น (องค์การ นัยพัฒน์. 2554) ทั้งนี้ การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ได้เป็นเพียง “วิธีการ” ทางสังคมศาสตร์อีกวิธีหนึ่ง แต่เป็นวิธีการที่แตกต่างกันโดยพื้นฐานในการดำเนินการวิจัย และการทำงานร่วมกันเพื่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การมีส่วนร่วมในการวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ได้เป็นเพียงคุณค่าทางศีลธรรม แต่มีความจำป็นต่อความสำเร็จของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เนื่องจากความซับซ้อนของปัญหาที่แก้ไวนั้นต้องการความรู้และประสบการณ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในวงกว้างและหลากหลาย แนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่มีรูปแบบที่แน่นอน สิ่งที่เป็นประโยชน์นั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ซึ่งเป็นสาเหตุที่การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่สามารถดำเนินการภายในขอบเขตการวิจัยหรือโครงสร้างทางวิชาการ (Greenwood D. J. 2007)

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง กระบวนการวิจัยที่เป็นพลวัต ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม และการร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข มีจุดมุ่งหมายเพื่อการปรับปรุงปัญหาให้ดีขึ้น เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การสร้างความรู้ใหม่ โดยการบูรณาการความรู้กับการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นตามสภาพจริงในบริบทนั้น ๆ โดยที่นักวิจัยกับผู้ร่วมวิจัยมีความเชื่อร่วมกัน และมีอำนาจหน้าที่เท่าเทียมกัน ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ไม่สามารถที่จะเปลี่ยนไปกับสถานการณ์อื่น ๆ ได้

ฐานปรัชญาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

นักวิจัยเชิงปฏิบัติการเชื่อใน Pragmatism กล่าวคือ เป็นแนวทางในการแสวงหาความรู้ที่แท้จริงมาจากประสบการณ์ที่ได้รับ โดยการลงมือปฏิบัติจริงเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด และยังเชื่อว่าแนวคิดทฤษฎีใด ๆ ก็ตามจะถือว่าเป็นความจริงก็ต่อเมื่อได้รับการทดสอบหรือการพิสูจน์จากการนำไปใช้ประโยชน์ ปฏิบัติในสถานการณ์จริงเท่านั้น ลักษณะของการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบการผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative) และวิธีคุณภาพ (Qualitative) ร่วมกัน ซึ่งเรียกวิธีการวิจัยแบบนี้ว่า “พหุวิธี” (Multiple methodology) ซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ได้เน้นการกำหนดแนวทางรูปแบบของวิธีวิทยาที่ชัดเจนมากนัก แต่มีเป้าหมายสูงสุดคือใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเรียนรู้สู่การปฏิบัติ วิธีการที่จะเลือกใช้ขึ้นอยู่กับบริบทที่จะศึกษา โดยวิธีการเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ มีลักษณะการดำเนินการวิจัยเป็นวงจรหรือเกลียว (Spiral) มีความเป็นพลวัต (Greenwood D. J. 2007)

6.2 ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (องอาจ นัยพัฒน์. 2554)

6.2.1 ปัญหาทางด้านการปฏิบัติงาน (Practical problem) ที่ผู้ปฏิบัติงานระดับล่างมักประสบขณะปฏิบัติงานประจำหรือปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ มากกว่าการเกี่ยวข้องกับปัญหาทางด้านทฤษฎี (Theoretical problem)

6.2.2 มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย ในการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการทุกขั้นตอนจะต้องอยู่ภายใต้บรรยากาศการมีส่วนร่วม การร่วมมือร่วมใจ การเชื่อถือและไว้วางใจ การเป็นมิตร รวมทั้งความเป็นอิสระและความเสมอภาคในการแสดงความคิดเห็น

6.2.3 มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อทำความเข้าใจ (Understanding) ต่อสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของนักวิจัย ปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานมากกว่าการมีจุดมุ่งหมายเพื่อสรรค์สร้างองค์ความรู้เชิงวิชาการเป็นการเฉพาะ

6.2.4 มุ่งตีความหมายเหตุการณ์หรือสภาวะการณ์ของปัญหา โดยอ้างอิงจากแรงจูงใจ ความเชื่อ เจตนา หรือจุดมุ่งหมายของผู้แสดงพฤติกรรมกับบริบทแวดล้อมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมหรือการกระทำนั้นขึ้น

6.2.5 นิยมใช้การผสมผสานวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลหลักฐานที่อยู่ในรูปของตัวเลข (เชิงปริมาณ) และไม่ใช่ตัวเลข (เชิงคุณภาพ) เพื่อจัดการปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่ตนเองประสบในสถานที่ปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมที่สุด

6.2.6 เสนอผลการวิจัยในรูปแบบเรียบง่าย ใช้ถ้อยคำในระดับเดียวกับผู้ปฏิบัติงาน โดยพยายามหลีกเลี่ยงคำศัพท์เฉพาะสาขา และภาษาที่เป็นนามธรรม ตรวจสอบความตรง (Validity) จากการสนทนาแบบเป็นกันเองกับผู้ปฏิบัติงานและผู้มีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้อง ในทุกระยะหรือขั้นตอนของกระบวนการวิจัย

6.2.7 ผ่อนคลายความเข้มงวดเกี่ยวกับระเบียบวิธีการศึกษาวิจัย ไม่ยึดติดกรอบการจัดกระทำทางทดลองและการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอย่างเคร่งครัดแบบตายตัวด้วยรูปแบบของการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research design) หรือวิธีการควบคุมทางสถิติใด ๆ ซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการอาจเลือกใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณที่เป็นแบบกึ่งทดลอง หรือการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การศึกษาเฉพาะกรณี

6.2.8 ไม่เน้นสรุปอ้างอิงข้อสรุปผลการวิจัยข้ามไปยังต่างบริบท โดยทั่วไปการสรุปอ้างอิงผลของการวิจัยที่ได้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีแนวโน้มกระทำได้เฉพาะในขอบเขตของสถานที่ บุคคล และเวลาการศึกษาวิจัย แต่สามารถกระทำได้ถ้าปัจจัยเกี่ยวข้องในบริบทเหล่านั้นมีลักษณะคล้ายคลึงกัน

6.2.9 สร้างดุลยภาพและความเสมอภาคระหว่างทัศนะของบุคคลภายในและภายนอก นักวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เป็นบุคคลภายในและภายนอก มีบทบาทสำคัญ 2 ประการ คือ บุคคลภายในเป็นทั้งผู้ปฏิบัติงานตามหน้าที่ปกติ และเป็นนักวิจัยปฏิบัติการในสถานที่ทำงานของตนเอง ในขณะที่บุคคลภายนอกมีบทบาทเป็นผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้คำปรึกษาทางวิชาการให้กับบุคคลภายใน และเป็นนักวิจัยปฏิบัติการเช่นเดียวกับบุคคลภายใน

6.3 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (องอาจ นัยพัฒน์. 2554)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบวงจรทำการวิจัยของ Kemmis and McTaggart (1988) (Kemmis S.; & McTaggart, R. 1988; องอาจ นัยพัฒน์. 2554) เป็นแบบที่แสดงขั้นตอนหลักของกระบวนการแสวงหาความรู้ด้วยการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีรากฐานการพัฒนามาจากแนวคิดของ Lewin โดยเฉพาะการประยุกต์ในการกระทำกิจกรรมหลัก (core activities) ของการ

วิจัยเชิงปฏิบัติการ 3 ขั้นตอน โดยได้จำแนกกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติการ (Action) 3) การสังเกตการณ์ (Observation) และ 4) การสะท้อนกลับ (Reflection) แสดงดังภาพประกอบ 2

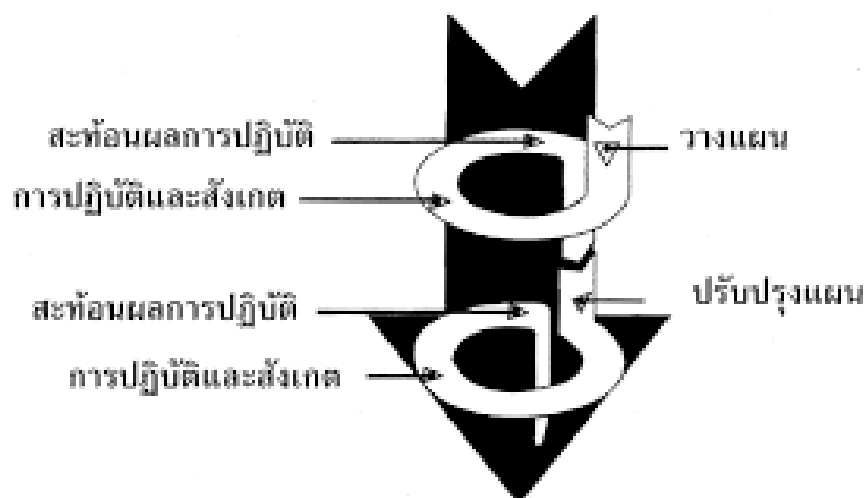
6.3.1 การวางแผน (Planning) เป็นการกำหนดแนวทางการปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่คาดว่าจะอาจเกิดขึ้นจากการลงมือปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้ ประกอบกับการระลึกถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การตระหนักและไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุนหรือขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งสถานการณ์อันเป็นเงื่อนไขอื่น ๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงหลักการในเรื่องความยืดหยุ่น เพื่อจะได้สามารถปรับเปลี่ยนให้กลมกลืนกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งอาจไม่เป็นไปตามเงื่อนไขหรือยากต่อการควบคุมให้เป็นในทางที่พึงปรารถนาได้ กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการจะต้องประกอบด้วยกิจกรรมที่ส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาได้ในระดับหนึ่งเป็นอย่างดี และจะต้องเป็นกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกลมกลืนกับบริบททางด้านสังคม วัฒนธรรม การเมือง และอื่น ๆ ที่เป็นอยู่ในสถานการณ์เวลานั้น

6.3.2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวัง และควบคุมการปฏิบัติการให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน ซึ่งในความเป็นจริงการปฏิบัติการตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสเกิดการพลิกผันหรือแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดในสถานการณ์เวลานั้นได้ ด้วยเหตุนี้แผนปฏิบัติการที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผนทดลองหรือแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องทางให้ผู้ปฏิบัติการสามารถเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขปัจจัยที่เป็นอยู่ในขณะนั้น ทั้งนี้ การปฏิบัติการที่ดีต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตรภายใต้การใช้ดุลยพินิจตัดสินใจว่าสิ่งใดควรกระทำตามแผนที่วางไว้ สิ่งใดควรปรับเปลี่ยนให้เข้ากับปัจจัยเงื่อนไขในขณะนั้น แล้วจึงดำเนินกิจกรรมอื่นต่อไป ผู้ปฏิบัติการอาจใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการกระทำของตนได้บางส่วน แต่ประสบการณ์เหล่านั้นจะเป็นเพียงสมมติฐานชั่วคราว (working hypothesis) ซึ่งอาจจะไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในเวลานั้น

6.3.3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการรวบรวมข้อมูลหลักฐานด้านกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป (ทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ) ตลอดจนการสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ และประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างลงมือปฏิบัติการตามแผนว่ามีสภาพลักษณะเป็นอย่างไร

โดยการสังเกตการณ์ที่ดีจะต้องมีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้าอย่างคร่าว ๆ โดยจะต้องมีขอบเขตไม่แคบ (จำกัด) หรือกว้างมากจนเกินไป เพื่อจะได้ใช้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับ กระบวนการและผลการปฏิบัติที่เกิดขึ้นตามมา นอกจากนี้ จะต้องตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่มองเห็นได้ด้วยตา และสัมผัสได้ด้วยกายหรือใจ และจะต้องมีความยืดหยุ่นต่อการเก็บรายละเอียดของสรรพสิ่งต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในหลายแง่มุมและหลายรูปแบบ ดังนั้น นักวิจัยเชิงปฏิบัติการจะต้องมีความไว (sensitivity) กล่าวคือ มีความพร้อมและตื่นตัวอยู่เสมอต่อการ “รับรู้ และเข้าใจ” การเปลี่ยนแปลงของสิ่งต่าง ๆ ทั้งที่อาจเกิดขึ้นและไม่อาจเกิดขึ้นตามแผนที่ได้วางไว้ โดยผ่านทาง การสังเกตการณ์

6.3.4 การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการทวนระลึกถึงการกระทำตามที่บันทึกข้อมูลไว้จากการสังเกตอย่างครุ่นคิดไตร่ตรองในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนการใคร่ครวญเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ว่าเป็นไปตามที่ประสงค์หรือไม่ กลยุทธ์หนึ่งที่ช่วยให้กระบวนการสะท้อนกลับได้ผล ได้แก่ การอภิปรายซักถามในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ หรือ ประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ภายใต้การยึดมั่นต่อเป้าหมายของกลุ่มเป็นหลัก การสะท้อนกลับโดยอาศัยกระบวนการกลุ่มดังกล่าวจะนำไปสู่การรื้อถอน (deconstruction) แนวคิด ความเชื่อและการปฏิบัติงานแบบเดิมไปสู่การฟื้นฟูหรือปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวดั้งเดิม เปลี่ยนไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่ ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทบทวนและปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบหรือเกเลียวต่อไป



ภาพประกอบ 2 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988)

ที่มา: (Kemmis S.; & McTaggart, R. 1988; องค์การฯ นัยพัฒนา. 2554)

6.5.4 รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis (Kemmis S. 2007; สุวิมล ว่องวาณิช. 2554) มี 3 ประเภท ได้แก่

6.5.4.1 การวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical action research) เป็นการวิจัยที่มุ่งวัดผลสำเร็จของการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ดำเนินการโดยบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีประสบการณ์สูง หรือมีคุณสมบัติเป็นผู้เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติจะอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของนักวิจัยภายนอก วิธีการต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัยมาจากความคิดของนักวิจัยภายนอกเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเน้นเทคนิคการทำวิจัยที่ตอบคำถามวิจัยที่รัดกุม เป็นการนำทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ข้อค้นพบที่ได้อาจใช้ไม่ได้กับการปฏิบัติจริง

6.5.4.2 การวิจัยปฏิบัติการเชิงปฏิบัติจริง (Practical action research) เป็นการวิจัยที่มีนักวิจัยภายนอกเป็นที่ปรึกษาด้านกระบวนการทำงาน (process consultancy role) มีจุดมุ่งหมายเพื่อเข้าใจตนเองและเปลี่ยนแปลงตนเองในฐานะผู้ปฏิบัติงาน เพื่อที่จะทำให้ผลลัพธ์ของงานเปลี่ยนแปลงไปด้วย โดยในกระบวนการวิจัยจะส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติสะท้อนผลและคิดวิเคราะห์พัฒนาปรับปรุงการทำงานของตนเอง การดำเนินการโดยผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงาน กับผู้เกี่ยวข้องช่วยกันกำหนดปัญหา เป็นเหตุให้เกิดการลองใช้วิธีการต่างๆ เข้าไปเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุง การกำหนดปัญหาเกิดขึ้นหลังจากการสนทนาระหว่างนักวิจัยกับผู้ปฏิบัติงาน การปฏิบัติการวิจัยเชิงปฏิบัติประเภทนี้ แสวงหาหนทางเลือกเกิดการปรับปรุงการ

ปฏิบัติงานโดยใช้สติปัญญาของผู้ปฏิบัติงานเป็นสำคัญ โดยมีเป้าหมายสำคัญของวิจัยคือ เข้าใจ การปฏิบัติงานและแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ช่วยพัฒนาทางด้านวิชาชีพ ทำให้เกิดสิ่งดีดีกับ ผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้อง

6.5.4.3 การวิจัยเชิงปฏิบัติการเชิงวิพากษ์ (Critical action research) มี จุดมุ่งหมายเพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ ปรับปรุงความเข้าใจของตนเองของผู้ปฏิบัติงาน และช่วยให้ ผู้ปฏิบัติงานบรรลุถึงการวิพากษ์สังคม วิธีการทำงานของตน การวิจัยประเภทนี้ส่งเสริมให้เกิดการ มีส่วนร่วมระหว่างผู้ปฏิบัติ โดยผู้ปฏิบัติงานทุกคนต่างมีความสามารถ มีจิตสำนึกผลักดันให้ องค์การเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยมีเป้าหมายสำคัญ 2 ประการคือ 1) ทำให้เกิดความใกล้เคียงกัน มากที่สุดระหว่างปัญหาที่เกิดขึ้น กับทฤษฎีที่ใช้อธิบายและใช้แก้ไขปัญหา 2) ทำให้ผู้ปฏิบัติงาน สามารถกำหนด และตั้งฐานข้อมูลเบื้องต้นของปัญหาออกมา โดยใช้ความสามารถที่มีอยู่ในตัว ของผู้ปฏิบัติงานเอง

จากการศึกษาแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการข้างต้น ผู้วิจัยใช้แนวคิดการวิจัยเชิง ปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart (1988) (Kemmis S.; & McTaggart, R. 1988; องค์การ นัยพัฒน์. 2554) ในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มี ภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยา เชิงบวก โดยนำความรู้ความเข้าใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใหม่จากการทบทวนวรรณกรรมและข้อค้นพบ เชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ มาศึกษาวิจัยเพื่อนำความรู้ใหม่ที่ได้ไปใช้พัฒนาพลังสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีระดับพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น

ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอน การดำเนินการวิจัยใน 2 ระยะ ดังนี้

1. กำหนดเป้าหมายของการวิจัยคือ เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลัง สุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตาม จุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก โดยแบ่งระยะการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ ระยะการวิจัย และระยะพัฒนา

2.ระยะที่ 1 ระยะการวิจัย การวิเคราะห์สภาพปัญหาทั้งเชิงปริมาณและเชิง คุณภาพ โดยการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์คุณลักษณะของพลังสุขภาพจิต กระบวนการและ วิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และศึกษาเชิงปริมาณเพื่อ สร้างแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่เที่ยงตรงเชื่อถือได้ เหมาะสมในการประเมินและพัฒนาพลัง สุขภาพจิตในแต่ละองค์ประกอบของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และใช้ผลลัพธ์เป็นกรอบ

แนวคิดในการออกแบบโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก

3. ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) (Kemmis S.; & McTaggart, R. 1988; องค์การ นัยพัฒน์. 2554) โดยการวางแผนพัฒนาก่อนเข้าสู่ช่วงปฏิบัติการ เป็นการร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก จากข้อค้นพบระยะที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดของพลังสุขภาพจิต (Grotberg E. H. 1995) ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (King I. 1990) และแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก (Seligman M. E. 2011)

4. ดำเนินการวิจัยตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ โดยวงรอบที่ 1 เป็นการทดลองใช้ร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก

5. วงรอบที่ 2 เป็นการปฏิบัติตามร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่ปรับปรุงแล้ว และประเมินรูปแบบฯ จนเห็นชอบร่วมกัน จากนั้นทำการวิเคราะห์ แล้วสรุปเป็นรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก

6. เผยแพร่รูปแบบโดยการนำผลการวิจัยที่ได้ ไปเสนอกับสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี เพื่อดำเนินการเผยแพร่ผลผลิตต่อไป (ภาคผนวก ค)

ทั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) (Kemmis S.; & McTaggart, R. 1988; องค์การ นัยพัฒน์. 2554) ในระยะพัฒนา เนื่องจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีลักษณะเป็นการทำงานของผู้ปฏิบัติที่สะท้อนผลการปฏิบัติของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด กล่าวคือ ผู้ปฏิบัติคือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าและ อสม.มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับผลของการปฏิบัติกิจกรรมตามร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการปฏิบัติกิจกรรมให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเป็นการวิจัยปฏิบัติการเชิงปฏิบัติจริง (Practical action research) (Kemmis S. 2007) โดยเป็นการ

ผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณคือ การวัดระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเปรียบเทียบกับก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย และการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับผลการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่วางไว้หรือเป็นไปตามที่ประสงค์หรือไม่ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ ร่วมกับการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ร่วมวิจัย เพื่อจัดการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในสภาพการณ์ที่เป็นจริง และบรรลุเป้าหมายของการมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้นของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

7. นิยามเชิงปฏิบัติการ

1. พลังสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในการฟื้นคืนกลับสู่สภาพเดิมหลังจากประสบเหตุการณ์ทุกข์ทรมานใจในชีวิต เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความคิด และการกระทำของผู้สูงอายุที่สามารถเรียนรู้และพัฒนาได้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1.1 ลักษณะนิสัยของฉัน หมายถึง คุณลักษณะของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในการฟื้นตัวหลังจากเผชิญเหตุการณ์ทุกข์ทรมานใจ เป็นความเข้มแข็งภายในจิตใจที่แสดงออกมาจนเกิดเป็นความเคยชินในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การมีความรับผิดชอบอันแสดงออกมาผ่านการรู้หน้าที่ของตนเอง และยอมรับผลจากการกระทำของตนเอง มีความอดทนสู่จากการที่มีจิตใจเข้มแข็งและไม่ยอมแพ้ สามารถยอมรับสัจธรรมของชีวิตได้ด้วยการปล่อยวางและไม่คิดมาก สามารถพึ่งตนเองได้ และมีความพอใจในสิ่งที่ตนเองมี

1.2 ความสามารถของฉัน หมายถึง ความสามารถในการคงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะทางสังคมในระหว่างเผชิญเหตุการณ์ทุกข์ทรมานใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ทำให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาโดยใช้วิธีการคิดวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาและการควบคุมอารมณ์ตนเองได้ จึงทำให้สามารถฟื้นตัวจากอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว

1.3 ที่พึ่งของฉัน หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเกี่ยวกับการได้รับความสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่นหรือแหล่งประโยชน์ต่างๆ ทางสังคม ได้แก่ การมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ การมีครอบครัวและคนใกล้ชิดให้กำลังใจ และการมีที่พึ่งด้านการเงิน ทำให้ผู้สูงอายุมีพลังใจในการดำเนินชีวิตหลังจากเผชิญเหตุการณ์วิกฤติ

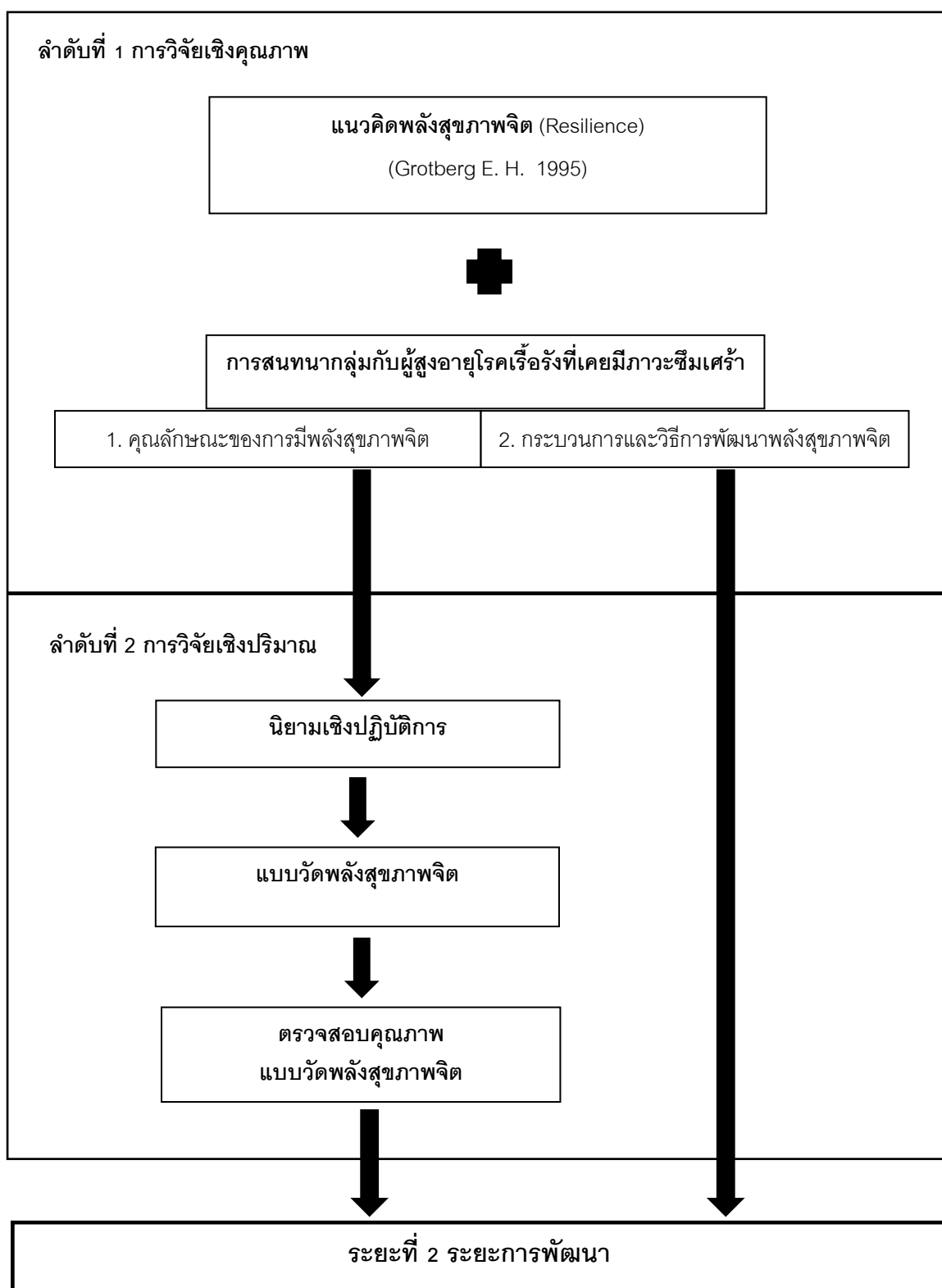
2. รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก หมายถึง วิธีการทางจิตวิทยาเชิงบวกของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่ใช้สร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อให้สามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤตของชีวิตไปได้ โดยประกอบด้วยกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านลักษณะนิสัยของฉันทน์ ความสามารถของฉันทน์ และที่พึงของฉันทน์ ซึ่งเป็นการผสมผสานแนวคิดพลังสุขภาพจิต ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และแนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก โดยมีลำดับขั้นตอนการทำกิจกรรมและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตจากข้อค้นพบระยะที่ 1 และดำเนินการภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์ปฏิบัติ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) สร้างพลังใจด้วยโมตรี้ 2) ยืนหยัด ผ่านพ้น 3) ก้าวข้ามปัญหา ผ่านฝ่าเชิงบวก 4) สิ่งดีๆ ที่มีค่าสำหรับฉันทน์ และ 5) พลังสุขภาพจิตของฉันทน์

8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

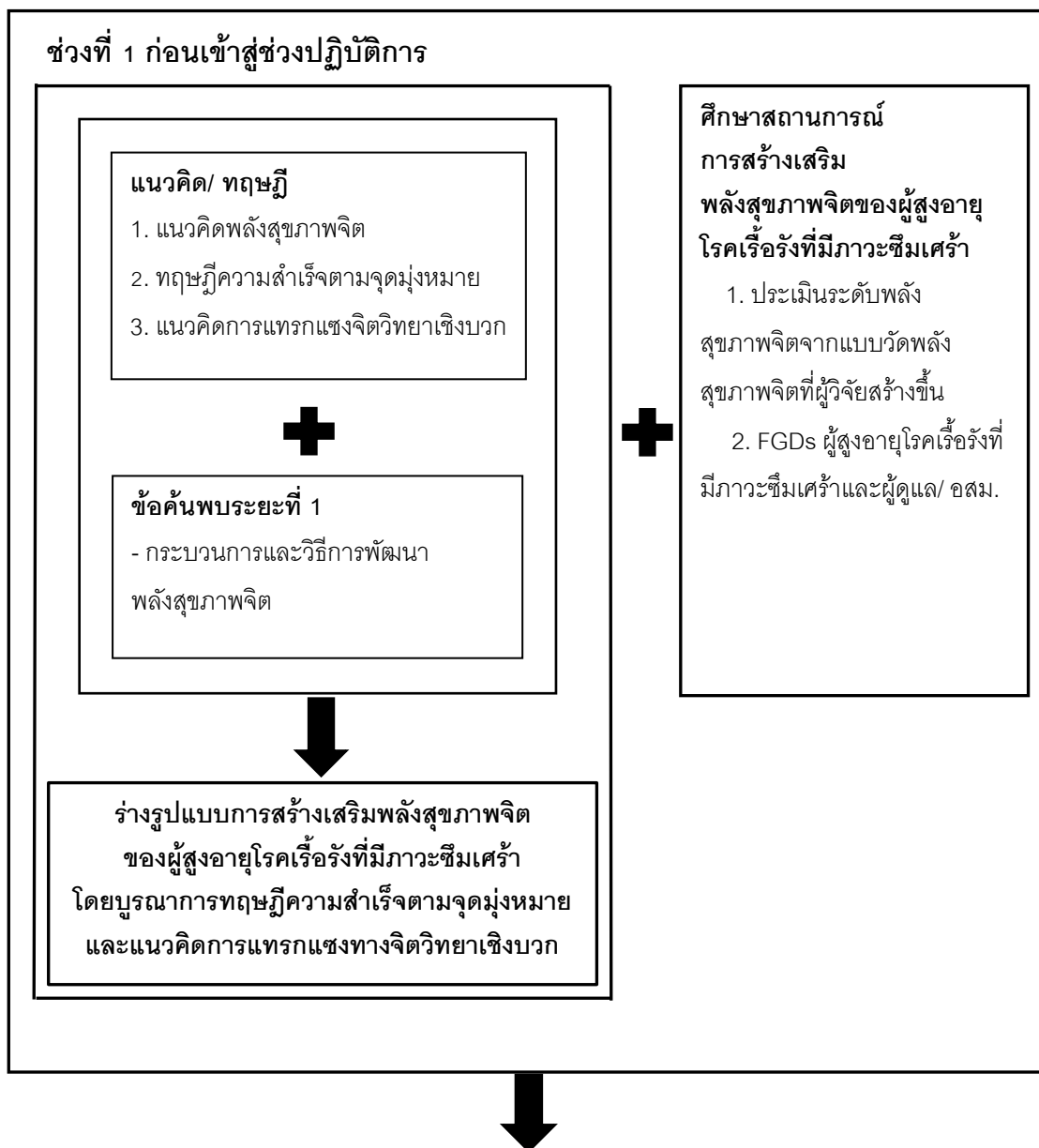
การวิจัยและพัฒนานี้ แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ระยะการวิจัย เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed-methods) แบบสำรวจตามลำดับ (Sequential Exploratory Design) โดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพตามด้วยวิธีการเชิงปริมาณ (องอาจ นัยพัฒน์. 2551) วิธีการเชิงคุณภาพใช้เพื่อศึกษาคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิต กระบวนการ และวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และใช้วิธีการเชิงปริมาณเพื่อสร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ โดยนำข้อค้นพบความหมายในเชิงคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิตที่ได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพมาสร้างนิยามเชิงปฏิบัติการและพัฒนาแบบวัด โดยใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิต (Resilience) (Grotberg E. H. 1997) ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ ฉันทน์เป็น (I am), ฉันทน์มี (I have) และ ฉันทน์สามารถ (I can) มาเป็นกรอบในการพัฒนา และระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) (Kemmis S.; & McTaggart, R. 1988; องอาจ นัยพัฒน์. 2554) ในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยผู้วิจัยร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยนำกระบวนการ และวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นข้อค้นพบที่ได้จากระยะที่ 1 มาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ร่วมกับใช้แนวคิดการ

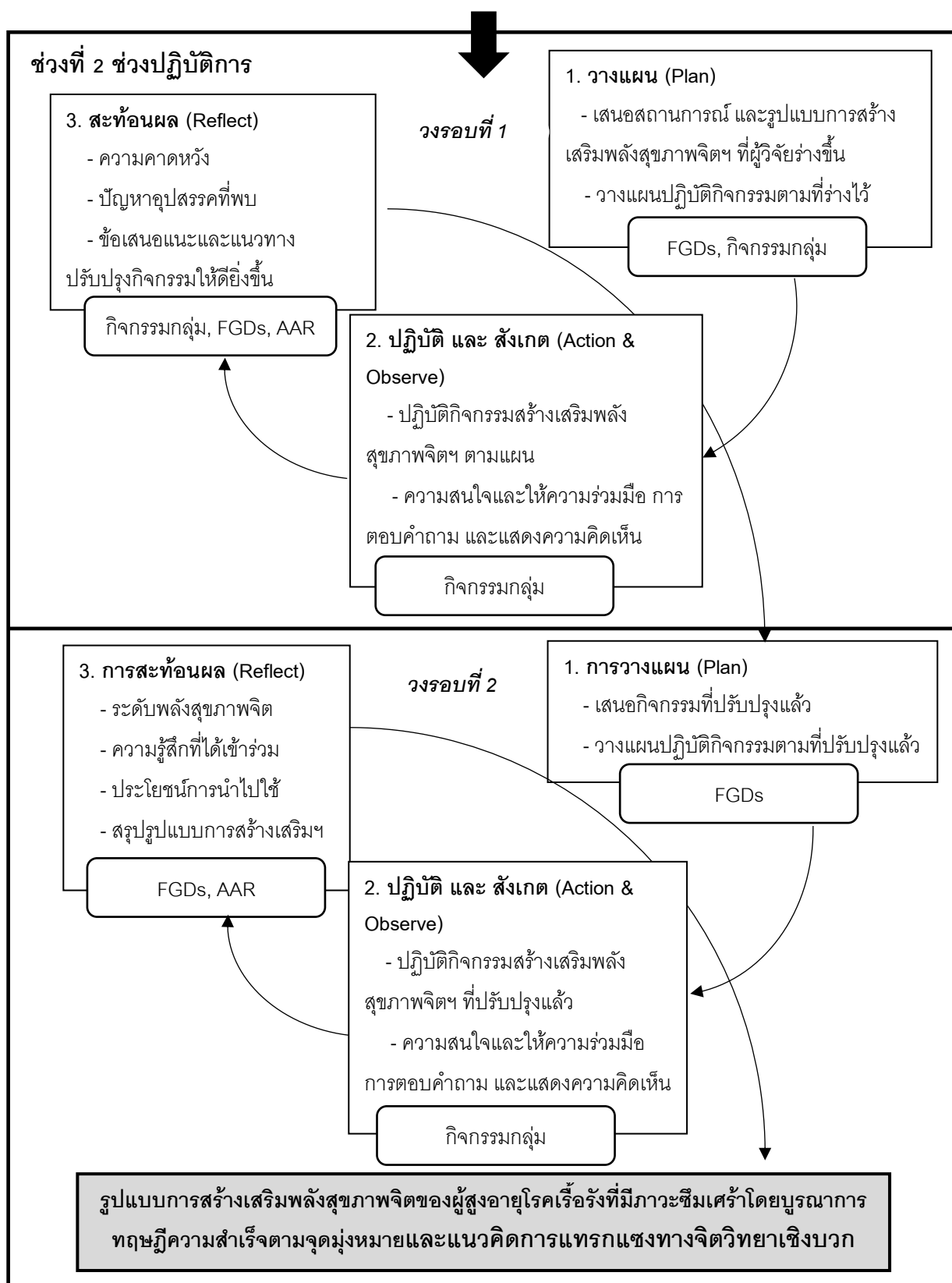
แทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology Interventions) (Seligman M. E.; et al. 2005) ในการสร้างกิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต ซึ่งได้แก่ จุดแข็งของฉัน (Signature strengths) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) และสามสิ่งที่ดี (Three good thing) และใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (Goal Attainment Theory) (King I. 1990) ที่มีแนวคิดการมีปฏิสัมพันธ์กันในระบบบุคคล (Personal System) ระบบระหว่างบุคคล (Interpersonal System) และระบบสังคม (Social System) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตฯ โดยเน้นที่ระบบบุคคลในการฝึกกิจกรรม ส่วนในระบบระหว่างบุคคลเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันภายในกลุ่ม และระบบสังคมที่มีผู้ดูแลหรืออาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม การดำเนินกิจกรรม 2 วงรอบ ตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart (1988) โดยแต่ละวงรอบมี 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วางแผน (Plan) 2) ปฏิบัติ และ สังเกต (Act & Observe) และ 3) สะท้อนผล (Reflect) เพื่อให้ได้รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างแท้จริง กรอบแนวคิดการวิจัยดังกล่าวประกอบ 3

ระยะที่ 1 ระยะการวิจัย



ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ





ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

9. สมมติฐานการวิจัย

1. ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดพลังสุขภาพจิตด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันได้ผลยืนยันกับโมเดลเชิงทฤษฎี
2. ผลของการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ด้วยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้ผลดี มีความเหมาะสม และเป็นไปได้ในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในสภาพการณ์ที่เป็นจริง



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิต กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า 2) สร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และ 3) พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยในระยะที่ 1 ระยะการวิจัยเป็นการวิจัยผสมผสานวิธี (Mixed-methods research) แบบสำรวจตามลำดับ (Sequential exploratory design) (Creswell J. W. 2014) โดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพในลำดับแรกแล้วจึงใช้วิธีการเชิงปริมาณตามมาในลำดับหลัง (องอาจ นัยพัฒน์. 2551) เพื่อตอบใจทฤษฎีวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 และ 2 ส่วนระยะที่ 2 ระยะพัฒนา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) (Kemmis S.; & McTaggart, R. 1988; องอาจ นัยพัฒน์. 2554) เพื่อตอบใจทฤษฎีวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 รายละเอียดการดำเนินการวิจัยในแต่ละระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ระยะการวิจัย

แบบแผนการวิจัย

การวิจัยผสมผสานวิธี (Mixed-methods research) แบบสำรวจตามลำดับ (Sequential exploratory design) (Creswell J. W. 2014) เพื่อศึกษาคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิต กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และเพื่อสร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีความความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลหลักฐานโดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพในลำดับแรก แล้วจึงทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลหลักฐานโดยอาศัยวิธีการเชิงปริมาณในลำดับหลัง (องอาจ นัยพัฒน์. 2551) โดยมีรายละเอียดในแต่ละช่วงของการศึกษา ดังนี้

ลำดับที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลหลักฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิต กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการสนทนากลุ่มเฉพาะ (Focus Group) กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่รักษาหายจากภาวะซึมเศร้า ที่อาศัยอยู่ในอำเภอด่านช้างบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ร่วมกับการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะการมีพลัง

สุขภาพจิต กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการและพัฒนาแบบวัดในการวิจัยลำดับที่ 2

ลำดับที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลหลักฐานต่าง ๆ เป็นตัวเลข เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีการประมวลผลและวิเคราะห์สรุปผลให้มีความสัมพันธ์กับผลการวิเคราะห์ในลำดับแรกของการวิจัย โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบต่าง ๆ ที่แสดงออกมาจากข้อมูลหลักฐานในการวิจัยลำดับแรก ซึ่งภายหลังจากได้ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการวิจัยลำดับที่ 1 แล้ว ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตเพื่อทราบถึงแนวคิดทฤษฎี นิยาม องค์ประกอบ และศึกษาเกี่ยวกับแบบวัดพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต เพื่อนำมาสังเคราะห์และสรุปองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า แล้วจึงสร้างข้อคำถามในแบบวัดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถาม เพื่อนำไปใช้ประเมินระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในการวิจัยระยะที่ 2

ประชากรและตัวอย่าง

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากรในการวิจัยเชิงคุณภาพลำดับที่ 1 นี้ เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่รักษาหายจากภาวะซึมเศร้าที่รักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลค่ายบางระจัน และมีที่พักอาศัยอยู่ในอำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี

ผู้วิจัยใช้หลักการเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี (Theoretical Sampling) ภายใต้อาสาสมัครสำคัญคือการอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์ คือผู้ให้ข้อมูลหลักต้องมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย (ชาย โพธิ์สิตา. 2556) โดยการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion Criteria) ประกอบด้วยเกณฑ์ดังต่อไปนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-69 ปี นับจากวันเข้าร่วมวิจัย เป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงโดยรักษาที่โรงพยาบาลค่ายบางระจัน และเคยรักษาภาวะซึมเศร้าซึ่งแพทย์ลงความเห็นว่ารักษาหายแล้วมา 3 เดือน เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าหายจากอาการซึมเศร้าหลังได้รับการรักษา สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตได้ตามปกติ (ทินกร วงศ์ปการันย์ และคนอื่นๆ. 2555) โดยเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 6 คน เป็นชาย 3 คน หญิง 3 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายในการค้นหาคุณลักษณะการมีพลังสุขภาพจิต กระบวนการและวิธีการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

โรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากพลังสุขภาพจิตมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันตามอายุและเพศ (Gulbrandsen C. L.; & Walsh, C. 2015; Fontes A. P.; & Neri, A. L. 2015) ซึ่งการสนทนากลุ่มจำนวน 6 คน เป็นจำนวนที่เพียงพอสำหรับผู้ให้ข้อมูลหลักที่หายากและมีจำนวนน้อย (Morse J. M. 2000) โดยผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยมีภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลที่หลากหลายตามวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ ทั้งนี้ พบว่าสถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าของอำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 54.55 เป็นเพศชายร้อยละ 33.33 และเพศหญิงร้อยละ 66.67 และเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 37.35 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 62.65 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. 2560)

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุต้องมีคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า 7 คะแนน (ไม่มีภาวะซึมเศร้า) และเคยมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง (คะแนน 7-18 คะแนน) โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) (กรมสุขภาพจิต. 2557) มีพลังสุขภาพจิตสูง (> 69 คะแนน) โดยประเมินจากแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ-20) ของกรมสุขภาพจิต (สมพร อินทร์แก้ว, บรรณานิการ. 2552) ผู้สูงอายุมีความสามารถในการรับรู้และสื่อสารเข้าใจ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (MMSE-Thai 2002 > 17 คะแนน) โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2551)

ขั้นตอนในการคัดเลือกและเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก รายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ขอรายชื่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังคือโรคเบาหวานและ/ โรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 3 เดือน และเคยรักษาภาวะซึมเศร้า โดยแพทย์วินิจฉัยว่าหายจากภาวะซึมเศร้ามากกว่า 3 เดือน จากพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลค่ายบางระจัน จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุตอนต้นที่เป็นโรคเรื้อรังและเคยรักษาภาวะซึมเศร้า และเคยมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง (คะแนน 7-18 คะแนน) จำนวน 15 คน เป็นเพศชายจำนวน 7 คน และเพศหญิงจำนวน 8 คน โดยติดต่อผู้สูงอายุทางโทรศัพท์พร้อมแนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยอย่างคร่าวๆ เพื่อถามถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ถามถึงระดับการศึกษาโดยเลือกผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยรักษาโรคซึมเศร้าจำนวน 13 คน เป็นเพศชายจำนวน 5 คน และเพศหญิงจำนวน 8 คน
2. ผู้วิจัยได้นัดหมายผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยรักษาภาวะซึมเศร้าที่คัดเลือกแล้วทั้ง 13 คนมาพบผู้วิจัยที่ห้องประชุมของศาลาอเนกประสงค์ประจำหมู่บ้านในตำบลบางระจัน อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี เพื่อประเมินภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น

ต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยต้องมีคะแนน 17 คะแนนขึ้นไป ต่อจากนั้นผู้วิจัยได้ให้ผู้สูงอายุทำแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ 20 ข้อ) เพื่อตรวจสอบคุณลักษณะของผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตสูง โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามโดยไม่ต้องอธิบายและให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยรักษาภาวะซึมเศร้าเป็นผู้ตอบแบบประเมินด้วยตนเอง คัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 69 คะแนนขึ้นไป หลังจากนั้นผู้วิจัยอ่านข้อคำถามแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) โดยไม่ต้องอธิบายและให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยรักษาภาวะซึมเศร้าเป็นผู้ตอบแบบประเมินด้วยตนเอง คัดเลือกเฉพาะผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า 7 คะแนน ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า ได้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยรักษาภาวะซึมเศร้าจำนวน 6 คน เป็นเพศชายจำนวน 3 คน และเพศหญิงจำนวน 3 คน ซึ่งมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเลือก และเป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน

โดยวัตถุประสงค์ของการให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยรักษาภาวะซึมเศร้าตอบแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ 20 ข้อ) ด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยรักษาภาวะซึมเศร้าประเมินตนเองว่ามีพลังสุขภาพจิตสูงหรือไม่ ตามความหมายของพลังสุขภาพจิตที่เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล (Trait) ที่สามารถฟื้นตัวได้ภายหลังจากการผ่านวิกฤตการณ์ในชีวิต (Fletcher D.; & Sarkar, M. 2013) ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่ทำให้บุคคลสามารถผ่านพ้นปัญหา ปรับสภาพจิตใจและพฤติกรรมตามองค์ประกอบ 3 ด้านตามแนวคิดพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (ศุภรัตน์ เอกอัศวิน; และเขาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ. 2551; สมพร อินทร์แก้ว, บรรณานิการ. 2552) ซึ่งได้แก่ ความมั่นคงทางอารมณ์ กำลังใจ และการจัดการกับปัญหา ในขณะที่วัตถุประสงค์ของการทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) เพื่อยืนยันว่าขณะนี้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่มีความซึมเศร้าแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของพลังสุขภาพจิตในแง่ผลลัพธ์ (Outcome) ที่จะพิจารณาว่าผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตสูงคือผู้ที่สามารถก้าวผ่านการเผชิญภาวะวิกฤตในชีวิตของตนแล้วปราศจากปัญหาสุขภาพจิต (Fletcher D.; & Sarkar, M. 2013) ส่วนการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองการตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ (cognitive impairment) ในด้านต่าง ๆ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2551) เพื่อประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุว่าสามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้หรือไม่ ซึ่งการใช้เกณฑ์การคัดเลือกดังกล่าวทำให้ได้ผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีพลังสุขภาพจิตสูง ทั้งในความหมายของคุณลักษณะเฉพาะ (Trait) และพลังสุขภาพจิตในความหมายของผลลัพธ์ (Outcome) ทั้งนี้ การเลือกจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 6 คนนั้น ถือว่ามีความเหมาะสมและไม่มากหรือน้อยจนเกินไปในการดำเนินการสนทนากลุ่มให้มีประสิทธิภาพ (ชาย โพธิ์สิตา. 2554) เนื่องจากการได้ข้อมูลที่หลากหลายจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณลักษณะเฉพาะ

3. เมื่อได้ผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยสอบถามความเต็มใจในการเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักของการวิจัยนี้เพื่อเป็นการยืนยันอีกครั้ง พร้อมกับให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการคัดเลือก ผู้วิจัยได้อธิบายเหตุผลว่าไม่เป็นไปตามเกณฑ์การเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งให้ของที่ระลึกและขอบคุณที่อุตส่าห์สละเวลามาเข้าร่วมการประเมินในครั้งนี้

2. การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรในการวิจัยเชิงปริมาณเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานและ/ โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มีประวัติรักษาในโรงพยาบาลค่ายบางระจัน และอาศัยอยู่ใน 6 ตำบลของอำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี จำนวนทั้งสิ้น 396 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ (60-69 ปี) เป็นโรคเบาหวานและ/ โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง (คะแนน 7-18 คะแนน) โดยประเมินจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (กรมสุขภาพจิต. 2557) มีความสามารถในการใช้ภาษาสื่อสาร มีการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (MMSE-Thai 2002 > 17 คะแนน) มีประวัติรักษาในโรงพยาบาลค่ายบางระจัน และอาศัยอยู่ใน 6 ตำบล ของอำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี สำหรับใช้ในการตรวจสอบคุณภาพแบบวัด ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กฎแห่งความชัดเจน (Rule of Thumb) ซึ่งเป็นการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย และได้รับการยอมรับในการวิเคราะห์ที่มีตัวแปรพหุคือจำนวน 10-20 เท่า ของตัวแปรสังเกตได้ หรือไม่น้อยกว่า 200 คน (Hair J. F.; et al. 2014; VanVoorhis C. R. W.; & Morgan, B. L. 2007) เนื่องจากกรอบแนวคิดในการวิจัยมีตัวแปรสังเกตได้ 21 ตัวแปร ประกอบกับมีความจำกัดของจำนวนตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานและ/ โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้า ในอำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ผู้วิจัยเลือกขนาดตัวอย่างจำนวน 12 เท่าของตัวแปร เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีความเหมาะสมตามกฎแห่งความชัดเจน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 252 คน และเพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิเคราะห์หาค่าประกอบเชิงยืนยัน ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 58 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณครั้งนี้ จำนวนทั้งหมด 310 คน ซึ่งเป็นขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมดี (Good) ในการวิเคราะห์หาค่าประกอบ (VanVoorhis C. R. W.; & Morgan, B. L. 2007) จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานและ/ โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้า แบบแบ่งชั้นประชากร (Stratified Random Sampling) โดยการหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล ในอำเภอค่ายบางระจัน

จังหวัดสิงห์บุรี ด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิอย่างเป็นสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) เพื่อบสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากขนาดของประชากรในแต่ละตำบล ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานและ/ โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามตำบล 6 ตำบล ในอำเภอกำแพงบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี

ตำบล	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	
	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
บางระจัน	105	82
โพธิ์สังเฒ	70	55
ท่าข้าม	64	50
คอทราย	49	38
โพทะเล	61	48
หนองกระทุ่ม	47	37
รวม	396	310

เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลแล้ว จึงสุ่มรายชื่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานและ/ โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้าในแต่ละตำบลดังกล่าว โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) แบบจับฉลากไม่ใส่กลับคืน จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ เพื่อทำการทดสอบคุณภาพแบบวัด

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ

1.1 ตัวผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในงานวิจัยเชิงคุณภาพ เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพต้องศึกษาปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง ผู้วิจัยจะต้องมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ให้ข้อมูล และต้องมีความเข้าใจในเรื่องที่ตนเองศึกษาเป็นอย่างดี เพื่อให้การวิจัยสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีการเตรียมความพร้อมโดยการทบทวนเอกสาร ตำรา

งานวิจัยเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการเก็บข้อมูลแบบสนทนากลุ่ม เพื่อเป็นพื้นฐานของการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ และเข้ารับฟังการบรรยาย/อบรมเกี่ยวกับเทคนิคการสนทนากลุ่ม รวมทั้งทำการศึกษาดูงานจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม และทดลองฝึกการทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม ชักซ้อมด้วยแนวคำถามสำหรับการสนทนาที่สร้างขึ้น แล้วนำผลการสนทนากลุ่มมาพิจารณา ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับฟังข้อเสนอแนะก่อนนำไปปฏิบัติจริง เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินการสนทนากลุ่มมากยิ่งขึ้น และสามารถดำเนินการสนทนากลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในการดำเนินการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้มีการเตรียมการจัดอภิปรายกลุ่มแบบเจาะจงกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยรักษาภาวะซึมเศร้า โดยมีการวางแผนการจัดกลุ่ม ติดต่oprะสานงานเกี่ยวกับวันเวลาและสถานที่ แล้วดำเนินกลุ่มโดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการกลุ่ม (Moderator) ในการหยิบยกประเด็นการสนทนาให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็น และประเมินผลกลุ่มรวมทั้งให้ข้อเสนอแนะภายในกลุ่ม โดยผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยรักษาภาวะซึมเศร้าทั้ง 6 คน เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักมีหน้าที่ร่วมแสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลที่สำคัญ

1.2 แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม

1.2.1 ประเด็นการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม โดยประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน คือ 1) ประเด็นการศึกษา (Study concepts) ซึ่งได้แก่คุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิต กระบวนการและวิธีการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า 2) คำถามหรือประเด็นการสนทนา (Questions) และ 3) ประเด็นสำหรับซักถามต่อเนื่อง (Probe) เพื่อหาข้อสรุปร่วมกันเกี่ยวกับแนวทางในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยแนวคำถามที่ใช้เป็นคำถามแบบปลายเปิด ที่ไม่มีการเตรียมคำตอบไว้ล่วงหน้า ร่วมกับคำถามปลายปิดในบางคำถามที่ละเอียดอ่อน เพื่อให้ผู้วิจัยได้คำตอบในแง่มุมต่าง ๆ ของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่มีความหลากหลายทั้งอายุ เพศ ความรู้ โรคเรื้อรัง และประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยสรุปประเด็นคำถามตามลำดับการสนทนา ดังตาราง 4

ตาราง 4 ประเด็นคำถามตามลำดับการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลหลัก

ประเด็นการศึกษา	ประเด็นการสนทนา	ประเด็นซักถามต่อเนื่อง
คุณลักษณะ (Trait) ของ การเกิดพลังสุขภาพจิต เป็นบทบาทเชิงบวกในการ ตอบสนองต่อความเครียด/ ความทุกข์ยากในชีวิต โดย เป็นปัจจัยปกป้องที่ ประกอบด้วย ปัจจัย ภายนอก ได้แก่ การมีแหล่ง สนับสนุนภายนอก เช่น บุคคลที่รักและไว้ใจ องค์กร ช่วยเหลือต่าง ๆ ปัจจัย ภายใน ได้แก่ ความอดทน เข้มแข็ง อารมณ์และ บุคลิกภาพเชิงบวก มี การ เห็นคุณค่าในตนเอง การ มองโลกในแง่ดี มีจิต วิญญาณที่ดี ความสามารถ ในการคิดแก้ปัญหา ความสามารถในการสร้าง สัมพันธภาพ	1.“การเป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะ ซึมเศร้ามีผลต่อชีวิตท่านอย่างไร มี อะไรที่เปลี่ยนไป” 2.“ขอให้เล่าประสบการณ์ที่เคยเผชิญ ปัญหาที่หนักหน่วงทำให้ทุกข์ใจ เกี่ยวกับการเป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะ ซึมเศร้า ว่าเหตุการณ์ตอนนั้นเป็น อย่างไร 3.“หลังจากเป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะ ซึมเศร้า บทบาทหน้าที่ของท่านใน ครอบครัวเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร 4.“การเป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะ ซึมเศร้า มีผลให้ท่านและครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน มีความสัมพันธ์ เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ อย่างไร และ ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น” 5.“เมื่อท่านมีความรู้สึกทุกข์ใจ สิ่ง ยากที่สุดในการดำเนินชีวิตคืออะไร” 6.“ท่านคิดว่ามีปัจจัยอะไรหรือสิ่ง ใดบ้างที่สนับสนุนให้เกิดพลังใจที่ ยั่งยืน”	1.“การเปลี่ยนแปลงนี้มีผลอย่างไรต่อ ชีวิตท่าน” 2.1“เหตุการณ์ตอนนั้นทำให้ เกิดอะไรขึ้นกับท่านบ้าง และท่านทำ อย่างไรต่อไป” 2.2 “สมมติว่าถ้าท่านไม่สามารถผ่าน เหตุการณ์ร้ายนั้นมาได้ ท่านจะทำ อย่างไรต่อไป” 3.“ท่านรู้สึกอย่างไร และทำอะไรเมื่อ บทบาทหน้าที่ของท่านในครอบครัว เปลี่ยนแปลงไป” 4.“ท่านทำอะไรเมื่อสัมพันธภาพกับ ครอบครัว หรือเพื่อนบ้านเปลี่ยนแปลง ไป” 5.“ท่านทำอย่างไรกับความรู้สึกทุกข์ใจ นั้น” 6.“ท่านคิดว่าหากขาดปัจจัยใดปัจจัย หนึ่งจะทำให้ท่านกลับมามีอาการ ซึมเศร้าอีกครั้งหรือไม่ เพราะอะไร”
กระบวนการ (Process) สร้างเสริมพลังสุขภาพจิต เป็นผลกระทบจากปัจจัย	1.“ตั้งแต่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะ ซึมเศร้า ท่านมีความทุกข์ใจอะไรบ้าง เป็นผลกระทบจากปัจจัย	1.“ท่านคิดว่าลักษณะนิสัยของท่าน อะไรบ้าง ที่ทำให้ท่านสามารถผ่าน ปัญหาที่หนักหน่วงเหล่านั้นมาได้ และ

ตาราง 4 (ต่อ)

ประเด็นการศึกษา	ประเด็นการสนทนา	ประเด็นคำถามต่อเนื่อง
ปกป้องและปัจจัย ส่งเสริม ทำให้เกิดการ ปรับตัวในแง่บวกใน บริบทของปฏิสัมพันธ์ ระหว่างคนกับ สิ่งแวดล้อม	และทำอย่างไรจึงจะคลายทุกข์นั้นได้” 2.“ในช่วงเวลาที่ต้องเจอกับปัญหาหนัก หน่วงทุกขใจนั้น ท่านผ่านปัญหาเหล่านั้น มาได้อย่างไร และมีสิ่งใดที่ช่วยให้ท่านผ่าน ปัญหาที่หนักหน่วงเหล่านั้นมาได้” 3.“ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยว่าทุกวันนี้ท่านสร้าง กำลังใจให้ตนเองอย่างไร”	เพราะเหตุใดจึงทำให้ท่านก้าวผ่านมัน ไปได้ 2.“ท่านคิดว่าสาเหตุที่ทำให้ท่านผ่าน ปัญหาที่หนักหน่วงเหล่านั้นไปได้ เพราะครอบครัวและเพื่อนบ้าน หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนช่วยท่าน ใช่หรือไม่ หากใช่ เพราะเหตุใดท่านจึง คิดว่าครอบครัวหรือเพื่อนบ้านหรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้ท่านก้าว ผ่านความทุกข์นั้นไปได้” 3.“มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้างจากการ สร้างพลังใจของท่านในขณะที่เป็น โรคเรื้อรัง
ผลลัพธ์ (Outcome) ของการสร้างเสริมพลัง สุขภาพจิต คือการมี สุขภาพจิตที่ดี มี ความสามารถในการ เผชิญปัญหา มี ความสามารถในการ ทำงาน การมีส่วนร่วมกับ สังคม	1.“ท่านคิดว่าการสร้างพลังใจมีประโยชน์ อย่างไรกับตัวท่าน” 2.“ท่านคิดว่าอะไรคือผลสำเร็จของการ สร้างพลังใจของท่าน” 3.“ท่านวางแผนชีวิตในขณะที่เป็นโรคเรื้อรัง เพื่อสร้างพลังใจของท่านต่อจากนี้อย่างไร”	1.“ท่านคิดว่าการสร้างพลังใจให้ ได้ผลดีกับตัวท่าน ต้องทำอย่างไร บ้าง” 2.“หากไม่มีสิ่งเหล่านั้นท่านจะ สามารถสร้างพลังใจของท่านได้ หรือไม่ และท่านจะทำอย่างไรต่อไป” 3.“ท่านคิดว่าจะสร้างพลังใจของท่าน อย่างต่อเนื่องหรือไม่ เพราะอะไร”

ทั้งนี้ ข้อคำถามดังกล่าวเป็นเพียงแนวคำถามกว้างๆ เท่านั้น ผู้วิจัยได้
ยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนไปตามบริบทของการสนทนา และมีการพิจารณาเลือกใช้คำถามชักต่อเนื่อง
(Probe) โดยสร้างคำถามเพื่อหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องไปตามความเหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยจะใช้คำถามเป็น
แนวทางเพื่อให้เกิดข้อมูลผุดขึ้นเอง (Emergent fact) จากการสนทนาอภิปรายได้ตอบของสมาชิก
กลุ่มเป็นหลัก เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพต่อไป

1.3 ผู้สังเกตการณ์/ ผู้อำนวยการความสะดวก ทำหน้าที่สังเกตการณ์ดำเนินกลุ่ม บันทึกการดำเนินกลุ่ม ประเมินผลและเสนอแนะ รวมทั้งคอยดูแลและอำนวยความสะดวกในการ ดำเนินการสนทนากลุ่ม ทั้งในด้านการเตรียมอาหารว่าง และคอยดูแลไม่ให้เกิดการสนทนากลุ่มถูก รบกวนจากบุคคลภายนอก ในการศึกษาครั้งนี้ผู้สังเกตการณ์เป็นคนเดียวกันกับผู้ช่วยดำเนินการ สนทนากลุ่ม

1.4 เครื่องบันทึกเสียง เป็นเครื่องมือช่วยในการบันทึกรายละเอียดของ สนทนากลุ่มหรือทำการสัมภาษณ์ เพื่อช่วยในการบันทึกข้อมูล ป้องกันการขาดตกบกพร่องของ ข้อมูลจากการจดบันทึก โดยผู้วิจัยจะทำการขออนุญาตบันทึกเสียงจากผู้ให้ข้อมูลหลักทุกครั้งก่อน ทำการบันทึกเสียง

1.5 กล้องถ่ายภาพ เป็นเครื่องมือช่วยในการเก็บข้อมูลรายละเอียดของ สนทนากลุ่ม เพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาวิจัย ทั้งนี้ก่อนทำการบันทึกภาพใด ๆ ผู้วิจัยจะทำการขออนุญาตจากผู้ให้ข้อมูล และเจ้าของสถานที่ก่อนทุกครั้ง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพคือการ สนทนากลุ่ม ด้วยประเด็นการสนทนาและประเด็นการซักถามต่อเนื่องที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ ทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยจะนำประเด็นการสนทนาและประเด็นการซักถาม ต่อเนื่องทั้งหมดไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตแพทย์ผู้ใหญ่ ด้านพฤติกรรมศาสตร์ ด้านการพยาบาล ตรวจสอบตามจุดมุ่งหมายการวิจัย แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และเนื้อหาสาระในแนวคำถาม แล้ว นำข้อเสนอแนะมาปรับแก้ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณและการ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณได้แก่ แบบวัดพลัง สุขภาพจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีวิธีการสร้างและการพัฒนาเครื่องมือวิจัย ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดทฤษฎี ตำรา และผลการวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ต้องการวัด คือ พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อใช้ เป็นแนวทางในการกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิต (Resilience) ของ กรอทเบิร์ก (Grotberg E. H. 1997) มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ การสนับสนุนจากทรัพยากร ภายนอก (I HAVE) จุดแข็งภายในบุคคล (I AM) และทักษะทางสังคมและปฏิสัมพันธ์ระหว่าง บุคคล (I CAN) ซึ่งผู้วิจัยต้องการทราบว่าองค์ประกอบเหล่านี้สามารถใช้ได้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มี ภาวะซึมเศร้าหรือไม่

2. สร้างนิยามปฏิบัติการของพลังสุขภาพจิตจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพลำดับที่ 1 โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนเนื้อหาของประเด็นหลัก (Theme) ซึ่งได้แก่ คุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิตมาพิจารณาร่วมกับแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ กรอทเบิร์ก (Grotberg E. H. 1997)

3. สร้างข้อคำถามของตัวแปรพลังสุขภาพจิตตามนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยนำประเด็นย่อย (Sub-theme) มาพัฒนาเป็นองค์ประกอบหลักของพลังสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน และนำข้อมูลที่เกิดจากการจัดหมวดหมู่ (Categories) มาสร้างเป็นองค์ประกอบย่อยของแบบวัด ร่วมกับการปรับปรุงจากแบบวัดพลังสุขภาพจิต (RQ 20) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งใช้สำหรับผู้ใหญ่อายุ 25-60 ปี โดยมี 3 องค์ประกอบ คือ ความมั่นคงทางอารมณ์ กำลังใจ และการจัดการกับปัญหา โดยพิจารณาเปรียบเทียบข้อดีและข้อจำกัดของแบบวัด เพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ที่ศึกษา โดยแบบวัดพลังสุขภาพจิตเป็นการสอบถามถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา มีมาตราประเมินค่าแบบเรียงลำดับ (ordinal rating scale) 4 มาตรา ตั้งแต่ ไม่จริง จริงบางครั้ง ค่อนข้างจริง จริงมาก การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้คะแนนข้อคำถาม ไม่จริง 1 คะแนน จริงบางครั้ง 2 คะแนน ค่อนข้างจริง 3 คะแนน จริงมาก 4 คะแนน และข้อคำถามกลุ่มที่ 2 ให้คะแนน ไม่จริง 4 คะแนน จริงบางครั้ง 3 คะแนน ค่อนข้างจริง 2 คะแนน จริงมาก 1 คะแนน หากประเมินแล้วพบว่ามียังมีองค์ประกอบในด้านใดต่ำกว่าเกณฑ์ บุคคลสามารถพัฒนาตนในด้านนั้น ๆ ให้มากขึ้นได้ ทั้งนี้ คะแนนรวมยิ่งมากแปลผลว่ายังมีพลังสุขภาพจิตสูง

4. นำแบบวัดที่สร้างไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม ความชัดเจน ความครอบคลุมในเนื้อหาของข้อคำถาม จากนั้นปรับปรุงแก้ไขเพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือวิจัยฉบับร่าง

5. การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบวัด โดยนำแบบวัดฉบับร่างพร้อมกับรายละเอียดเกี่ยวกับหัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย และนิยามปฏิบัติการของตัวแปรการวิจัย ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา ด้านพฤติกรรมศาสตร์ และด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความชัดเจน และความครอบคลุมของข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการหรือไม่ โดยมีเกณฑ์ว่า หากแน่ใจว่าคำถามสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัด ให้คะแนน 1 หากไม่แน่ใจว่าคำถามสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัด ให้คะแนน 0 และหากแน่ใจว่าคำถามไม่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายที่ต้องการวัด ให้คะแนน -1 แล้วนำคะแนน

ของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน มาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) ระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยตัดหรือปรับปรุงข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ซึ่งข้อคำถามทั้งหมดจะต้องมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 (Turner R.; & Carlson, L. A. 2003)

6. การหาคุณภาพรายข้อ โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์รายข้อ (Item analysis) โดยการหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item discrimination) ด้วยค่าที (t-ratio) โดยใช้เกณฑ์ว่า ข้อใดที่ค่า t มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จะผ่านการคัดเลือก และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Person correlation coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความเที่ยงตรงของเครื่องมือวัด โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-total correlation: r) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคำถามแต่ละข้อกับคำถามรวมทั้งหมดที่เป็นบวก มีค่าตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป (Landis J. R.; & Koch, G. G. 1977) โดยจะตัดข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์หรือมีค่าอำนาจจำแนกต่ำออกไป

7. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัด โดยนำแบบวัดที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไปทดลองใช้กับตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยระยะที่ 2 ณ โรงพยาบาลค่ายบางระจัน ภายหลังจากที่ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลแล้ว โดยพิจารณาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ควรมีค่า 0.7 ขึ้นไป (Cronbach L. J. 1951)

8. ผู้วิจัยจะนำข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์มาทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ของเครื่องมือวัดว่าแบบวัดที่ได้พัฒนามาจากแนวคิดพลังสุขภาพจิต (Grotberg E. H. 1997) มีองค์ประกอบตามโครงสร้างนิยามเชิงปฏิบัติการที่ได้กำหนดไว้ และมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ โดยพิจารณาค่าความกลมกลืนของโมเดล (goodness-of-fit measure) ทำการทดสอบความสัมพันธ์เชิงการวัดระหว่างตัวแปรแฝง (Latent variable) กับตัวแปรสังเกต (Observed variable) โดยกำหนดให้ตัวบ่งชี้ในแต่ละด้านของตัวแปรแฝงมีความสัมพันธ์เฉพาะกับตัวแปรแฝงในด้านนั้นๆ ซึ่งการวิเคราะห์ดังกล่าวเหมาะสำหรับการทดสอบแบบวัดที่มีทฤษฎีรองรับ เช่นเดียวกับการศึกษานี้ ทั้งนี้ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะสร้างข้อคำถามขึ้นเองจากนิยามเชิงปฏิบัติการ รวมทั้งปรับปรุงแก้ไขคำถามเพิ่มเติมจากแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ 20) สำหรับ

ผู้ใหญ่ ของกรมสุขภาพจิต ร่วมกับข้อค้นพบคุณลักษณะการมีพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเป็นการสร้างข้อคำถามแบบคู่ขนานให้สะท้อนตรงตามค่านิยมในแต่ละองค์ประกอบตามทฤษฎี ที่ใช้เกณฑ์พิจารณาความสอดคล้องของทั้งแบบจำลอง ควรมีค่า CFI, GFI, TLI > 0.90 และ RMSEA < 0.08 (Hair J. F.; et al. 2014) ทั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ทำการค้นหาองค์ประกอบหรือวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) เนื่องจากทราบองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตแล้ว (Hair J. F.; et al. 2014) ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้จึงต้องการตรวจสอบว่าข้อคำถามเหล่านั้นมีโครงสร้างองค์ประกอบสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ตามแนวคิดทฤษฎีหรือไม่ ซึ่งเป็นการยืนยันว่าแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นนี้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในบริบทของพื้นที่ที่ศึกษา นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นจากตัวแปรแฝง (Construct reliability) เพราะเป็นวิธีการประมาณค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัดตัวแปรที่มีการนำค่าน้ำหนักของข้อคำถามแต่ละข้อที่แตกต่างกันมารวมคำนวณในการวิเคราะห์ด้วย ซึ่งทำให้ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นที่ตรงและมีความลำเอียงน้อยกว่าการใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็นขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ

สนามวิจัย (Field)

สนามที่ใช้สำหรับศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้แก่ โรงพยาบาลค่ายบางระจันและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง ในอำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง เนื่องจากผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลค่ายบางระจันและพื้นที่อำเภอค่ายบางระจัน ทำให้มีความคุ้นเคยกับบริบทของพื้นที่ สามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวกในการทำงาน สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยลงภาคสนามเบื้องต้นเพื่อติดต่อพูดคุยกับผู้อำนวยการ เจ้าหน้าที่เวชสถิติ และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลค่ายบางระจัน ในการขอข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 37.5 และผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 62.65 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยร้อยละ 42 ระดับปานกลางร้อยละ 28 ส่วนใหญ่พบในช่วงอายุ 60-69 ปีร้อยละ 54.55 เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.67 เพศชายร้อยละ 33.33

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. 2560) ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาในประชากรกลุ่มนี้และคาดว่าจะสามารถเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีความเหมาะสมในการอธิบายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างครอบคลุม

การเข้าสู่สนามวิจัย

ผู้วิจัยได้เลือกโรงพยาบาลค่ายบางระจันและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง ในอำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี เป็นสนามวิจัย เนื่องจากอำเภอค่ายบางระจันเป็นอำเภอที่มีผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดในจังหวัดสิงห์บุรี คิดเป็นร้อยละ 52.68 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. 2560) ก่อนที่ผู้วิจัยจะเข้าไปทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มนั้น ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตจากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายบางระจัน และสาธารณสุขอำเภอค่ายบางระจัน โดยแนบเอกสารโครงร่างงานวิจัยพร้อมหนังสือผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อขอเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลค่ายบางระจันและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 5 แห่ง ภายหลังได้รับการอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยได้ประสานงานกับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลค่ายบางระจัน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 5 แห่ง เพื่อขอข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยมีภาวะซึมเศร้า และคัดเลือกตามเกณฑ์ได้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่เคยรักษาภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลาง และแพทย์วินิจฉัยว่าหายแล้ว จำนวน 10 คน จากนั้นผู้วิจัยทำการโทรศัพท์แนะนำตัว พร้อมกับอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยเบื้องต้นกับผู้สูงอายุทีละคน และนัดพูดคุยสร้างสัมพันธภาพเป็นรายบุคคล ในวันที่ผู้สูงอายุมาต่อยาโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลค่ายบางระจัน โดยก่อนการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลนั้น ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำตัวเองก่อนว่าเป็นนิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พร้อมกับอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยละเอียดอีกครั้ง จากนั้นพูดคุยสอบถามข้อมูลของผู้ป่วยเบื้องต้น สอบถามอาการของภาวะซึมเศร้าที่เคยเป็น และถามถึงวิธีการที่ทำให้หายจากอาการซึมเศร้านั้น ๆ รวมทั้งการดูแลของคนในครอบครัวและชุมชน เพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเป็นแนวทางในพัฒนาแนวคำถามปลายเปิด โดยผู้วิจัยได้ทำการจดบันทึกข้อมูลที่ได้ทั้งหมดลงในสมุด และจดบันทึกเหตุการณ์ ความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ หรือสิ่งที่ผู้วิจัยคิดและผูกขึ้นมาตลอดช่วงเวลาของการสัมภาษณ์ไปด้วย จากนั้นผู้วิจัยสอบถามถึงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยรักษาภาวะซึมเศร้านิยยอมเข้าร่วมวิจัยจำนวน 6 คน โดยผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุลงนามยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยเชิงคุณภาพด้วย

วิธีการสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สำหรับการทำสนทนากลุ่ม ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ในวันที่ 22 สิงหาคม 2562 และ ครั้งที่ 1 ในวันที่ 28 พฤศจิกายน 2562 เวลา 09.00- 12.00 น. ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ทอง ซึ่งผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการภาคสนามเพื่อเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพประมาณ 3 เดือน เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยรักษาภาวะซึมเศร้ามีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นระยะเวลานาน (Prolonged engagement) เพียงพอสำหรับการสร้างสัมพันธภาพ (Rapport) ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ได้ความจริงจากผู้ให้ข้อมูล และผู้วิจัยสามารถตรวจสอบความเข้าใจในประเด็นสำคัญ ๆ ให้ถูกต้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ (Credibility) ในระดับสูง (Shenton A.K. 2004; Morrow S. L. 2005)

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. หลังจากได้รับอนุญาตให้เข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลค่ายบางระจันและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 5 แห่งแล้ว ในสัปดาห์ที่ 1-4 ผู้วิจัยเข้าสนามการวิจัยเพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยมีภาวะซึมเศร้าทั้ง 6 คน โดยลงเยี่ยมบ้านเพื่อสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล เกี่ยวกับ อายุ สถานภาพ โรคประจำตัว เหตุการณ์วิกฤตในชีวิต และสภาพความเป็นอยู่ที่บ้าน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพาลงพื้นที่ ใช้เวลา 4 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ชั่วโมง รวม 4 ครั้ง แล้วจึงนัดหมายผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยรักษาภาวะซึมเศร้าทำการสนทนากลุ่มในสัปดาห์ถัดไป

2. สัปดาห์ที่ 5 เมื่อถึงวันนัดหมาย ทีมผู้วิจัยซึ่งประกอบด้วยตัวผู้วิจัย ผู้สังเกตการณ์/ ผู้อำนวยการความสะอาด ทำการสนทนากลุ่มที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ทอง โดยมีเครื่องมือวิจัยที่ใช้ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่มที่ผ่านการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการพิจารณาเค้าโครงปฏิญญานิพนธ์แล้ว สมุดจดบันทึก และเครื่องบันทึกเสียงจำนวน 2 เครื่อง การจัดสถานที่ในห้องสนทนากลุ่มที่เงียบสงบ มีแอร์ปรับอากาศ และมีเก้าอี้ตั้งเป็นวงกลม จำนวน 7 ตัว โดยมีผู้สังเกตการณ์คอยอำนวยความสะดวก

ในช่วงแรก ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยในฐานะของผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มสร้างบรรยากาศให้มีความกันเองด้วยการแนะนำตนเองและทีมผู้วิจัยสร้างความเข้าใจกับผู้เข้าร่วมวิจัยโดยการอธิบายถึงการมาทำกิจกรรมในครั้งนี้ว่าเป็นการมาเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อศึกษาหาความรู้ที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาของผู้วิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยอีกครั้ง พร้อมทั้งอธิบายบทบาทของสมาชิกกลุ่ม และหลักการสนทนากลุ่ม แล้วขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยอธิบายว่ามีได้นำเสียงจากการบันทึกไปเผยแพร่ที่

ได้นำไปใช้เพื่อการศึกษา จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวทีละคน โดยให้บอกชื่อ อายุ และโรคประจำตัว ใช้เวลาทั้งหมด 10 นาที

ช่วงที่ 2 สร้างสัมพันธภาพด้วยการให้สมาชิกกลุ่มจับคู่พูดคุยแลกเปลี่ยนกันเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เป็น และอาการซึมเศร้าที่เคยเป็น จากนั้นผลัดกันเล่าให้กลุ่มฟัง เพื่อให้ผู้สูงอายู้จกกันมากขึ้นและเกิดความเป็นกันเองกันมากขึ้น และเติมใจให้ข้อมูลกับกลุ่มโดยไม่ปิดบัง อีกทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีความกระตือรือร้นในการสนทนากลุ่ม ใช้เวลาทั้งหมด 15 นาที

ช่วงที่ 3 เริ่มการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 เรื่องคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิต โดยผู้วิจัยเกริ่นนำเรื่องความสำคัญของพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิต โดยใช้คำถามตามแนวคำถามการสนทนากลุ่มซึ่งแสดงในหัวข้อเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ข้อ 1.2 เพื่อให้ได้คำตอบที่ตั้งไว้ตามวัตถุประสงค์ โดยการประยุกต์ใช้เทคนิคการสะท้อนตนเอง (Self-Reflection) เพื่อให้สมาชิกกลุ่มย้อนกลับไปนึกถึงเหตุการณ์ในช่วงเวลาที่ผ่านมาแล้ว (Reflection on action) ที่สามารถผ่านพ้นวิกฤตชีวิตจากการเป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้า โดยการสะท้อนคิดบนพื้นฐานของสภาพการณ์จริงภายหลังการได้รับประสบการณ์นั้น ๆ ซึ่งผ่านการใคร่ครวญหรือไตร่ตรองทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมาจากสมาชิกกลุ่ม แล้วสะท้อนออกมาเป็นข้อดีหรือข้อเสียจากการทำหรือไม่ทำอะไร (ณัฐธ แก้วสุธา; เสรีนา สิริรัตน์ สฤลณมรรคา; และกิตติธัช มงคลศิวะ. 2553) เพื่อให้ได้ข้อมูลคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยผู้วิจัยกระตุ้นและเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน รวมทั้งควบคุมกลุ่มไม่ให้เกิดความคิดเห็นนอกประเด็น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและครบถ้วนมากที่สุด เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วผู้วิจัยจะยุติการสนทนากลุ่มและนัดหมายครั้งต่อไปอีก 2 สัปดาห์ ใช้เวลาช่วงนี้ 45 นาที

3. สัปดาห์ที่ 6 หลังจากดำเนินการสนทนากลุ่มเสร็จสิ้น ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทันทีในวันที่ทำการสนทนากลุ่มอย่างคร่าว ๆ เพื่อป้องกันการหลงลืมข้อมูล จากนั้นจึงทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยละเอียดด้วยการหาประเด็นหลัก (Theme) ประเด็นย่อย (Sub-theme) และหัวข้อหลัก (Categories) และนำมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวាយางหาข้อมูลสำคัญในเรื่องใดอีกบ้าง เพื่อที่จะทำการสอบถามเพิ่มเติมในการดำเนินการสนทนากลุ่มครั้งต่อไป

4. สัปดาห์ที่ 7 เป็นการดำเนินการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 เรื่องกระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยมีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มกับสมาชิกกลุ่มเดิมตามวันเวลาสถานที่ที่นัดหมาย

ในช่วงแรกผู้วิจัยให้กลุ่มอภิปรายในประเด็นที่ทีมผู้วิจัยยังต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมในหัวข้อคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิต และนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการหาประเด็นย่อยและหาหัวข้อหลักที่ทีมผู้วิจัยได้สรุปไว้ โดยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันพิจารณาความถูกต้องของข้อมูล (Member checking) แล้วจึงนำมาทำการปรับแก้ข้อมูลในภายหลัง ใช้เวลาในช่วงนี้ประมาณ 30 นาที

ช่วงที่ 2 เป็นการสนทนากลุ่มในเรื่องกระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยมีภาวะซึมเศร้า โดยใช้คำถามซึ่งแสดงในหัวข้อเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ข้อ 1.2 เพื่อให้ได้คำตอบที่ตั้งไว้ตามวัตถุประสงค์ โดยการประยุกต์ใช้เทคนิคการสะท้อนตนเองเช่นเดียวกับการดำเนินการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วผู้วิจัยจึงยุติการสนทนากลุ่มและนัดหมายครั้งต่อไปอีก 2 สัปดาห์ ใช้เวลาช่วงนี้ 45 นาที

5. สัปดาห์ที่ 8 นำข้อมูลคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิตที่สมาชิกกลุ่มร่วมกันพิจารณาความถูกต้องของข้อมูลมาทำการปรับแก้ไขข้อมูล แล้วนำไปเสนออาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเรื่องกระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตหลังทำการสนทนากลุ่มทันที แล้วนำมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาว่ายังขาดข้อมูลสำคัญในเรื่องใดอีกบ้าง เพื่อที่จะทำการสอบถามเพิ่มเติมในการดำเนินการสนทนากลุ่มครั้งต่อไป

6. สัปดาห์ที่ 9 เป็นการดำเนินการสนทนากลุ่มครั้งที่ 3 เรื่องผลลัพธ์ของการพัฒนาพลังสุขภาพจิต ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มกับสมาชิกกลุ่มเดิมตามวัน เวลา สถานที่ ที่นัดหมาย

ในช่วงแรกผู้วิจัยให้กลุ่มอภิปรายในประเด็นที่ทีมผู้วิจัยยังต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมในหัวข้อกระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิต และนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการหาประเด็นย่อยและหาหัวข้อหลักที่ทีมผู้วิจัยได้สรุปไว้ ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันพิจารณาความถูกต้องของข้อมูล แล้วจึงนำมาทำการปรับแก้ข้อมูลในภายหลัง ใช้เวลาในช่วงนี้ประมาณ 30 นาที

ช่วงที่ 2 เป็นการสนทนากลุ่มในเรื่องผลลัพธ์ของการพัฒนาพลังสุขภาพจิต โดยใช้คำถามซึ่งแสดงในหัวข้อเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ข้อ 1.2 แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้คำตอบที่ตั้งไว้ตามวัตถุประสงค์ โดยการประยุกต์ใช้เทคนิคการสะท้อนตนเอง

เช่นเดียวกับการดำเนินการสนทนากลุ่มครั้งที่ 1 เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วผู้วิจัยจะยุติการสนทนากลุ่มและนัดหมายครั้งต่อไปอีก 2 สัปดาห์ ใช้เวลาช่วงนี้ 45 นาที

7. สัปดาห์ที่ 10 นำข้อมูลกระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตที่สมาชิกกลุ่มร่วมกันพิจารณาความถูกต้องของข้อมูลมาทำการปรับแก้ไขข้อมูล แล้วนำไปเสนออาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเรื่องผลลัพธ์ของการพัฒนาพลังสุขภาพจิตหลังทำการสนทนากลุ่มทันที แล้วนำมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาว่ายังขาดข้อมูลสำคัญในเรื่องใดอีกบ้าง เพื่อที่จะทำการสอบถามเพิ่มเติมในการดำเนินการสนทนากลุ่มครั้งต่อไป

8. สัปดาห์ที่ 11 ดำเนินการสนทนากลุ่มครั้งที่ 4 ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มกับสมาชิกกลุ่มเดิมตามวันเวลาสถานที่ที่นัดหมาย โดยผู้วิจัยให้กลุ่มอภิปรายในประเด็นที่ผู้วิจัยยังต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมในหัวข้อผลลัพธ์ของการพัฒนาพลังสุขภาพจิต และนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการหาประเด็นย่อยและหาหัวข้อหลักที่ผู้วิจัยได้สรุปไว้ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันพิจารณาความถูกต้องของข้อมูล เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้วผู้วิจัยทำการยุติการสนทนากลุ่มและนัดหมายครั้งต่อไปอีก 2 สัปดาห์ เพื่อทบทวนสาระสำคัญและสรุปผล พร้อมทั้งแจ้งยุติการสนทนากลุ่ม ใช้เวลาช่วงนี้ประมาณ 30 นาที

9. สัปดาห์ที่ 12 นำข้อมูลผลลัพธ์ของการพัฒนาพลังสุขภาพจิตที่สมาชิกกลุ่มร่วมกันพิจารณาความถูกต้องของข้อมูลมาทำการปรับแก้ไขข้อมูล แล้วนำไปเสนออาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง และทำการสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดจนพบว่ามีความอึดตัว แล้วนำมาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และวางแผนพบกับสมาชิกกลุ่มในครั้งต่อไป เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้ทำการวิเคราะห์แล้วทั้งหมด

10. สัปดาห์ที่ 13 ดำเนินการสนทนากลุ่มครั้งที่ 5 ภายหลังดำเนินการสนทนากลุ่มจนได้ข้อมูลอึดตัวแล้ว ผู้วิจัยนัดหมายสมาชิกกลุ่มมาเพื่อทบทวนสาระสำคัญและสรุปผล และขอให้สมาชิกกลุ่มเซ็นชื่อกำกับในเอกสารหากเห็นชอบตามผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ผู้วิจัยเสนอ โดยใช้ระยะเวลาการดำเนินการประมาณ 1 ชั่วโมง จากนั้นจึงนำประเด็นและหัวข้อที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาเป็นแนวทางในการพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตต่อไป

โดยสรุปจำนวนครั้งที่ทีมผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 5 ครั้ง โดยดำเนินการสนทนากลุ่มทั้งหมด 5 สัปดาห์ ๆ ละครั้ง โดย 4 ครั้งแรกเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และครั้งที่ 5 เป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเพียงอย่างเดียว โดยในแต่ละครั้งผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มจนกระทั่งข้อมูลถึงจุดอึดตัว จึงยุติการสนทนากลุ่ม เพื่อค้นหาคุณลักษณะ กระบวนการ และวิธีการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของ

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยรักษาภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมกลุ่มทุกครั้ง ผู้วิจัยจะจัดเลี้ยงอาหารว่างเพื่อเป็นการตอบแทนที่สมาชิกกลุ่มสละเวลามาให้ข้อมูลกับผู้วิจัย และเมื่อสนทนากลุ่มครบ 5 ครั้งแล้วผู้วิจัยขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยโดยการมอบของที่ระลึกกับสมาชิกกลุ่ม และให้ความมั่นใจว่าจะรักษาข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับ

เมื่อเก็บข้อมูลแล้วเสร็จ ผู้วิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย โดยการแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบล่วงหน้าพร้อมชี้แจงเหตุผล เพื่อให้ทั้งผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องมีเวลาปรับตัว และปรับความรู้สึกอันเนื่องมาจากความสัมพันธ์อันดีที่มีต่อกันในระหว่างดำเนินการวิจัย นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตล่วงหน้ากับผู้เกี่ยวข้อง ในกรณีที่ผู้วิจัยอาจมีความจำเป็นต้องกลับมาเก็บรวบรวมในสนามวิจัยเพิ่มเติมอีกครั้ง และเมื่อเขียนรายงานการวิจัยฉบับร่างเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้นำร่างดังกล่าวกลับไปพูดคุยกับผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้อีกครั้ง เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลและยืนยันผลการวิเคราะห์ที่ได้จากการวิจัย และยังเป็นการคืนข้อมูลสู่ชุมชนอีกด้วย ซึ่งเป็นการถือเอาความรู้สึกนึกคิดของผู้ให้ข้อมูลหรือบุคคลผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ทำการวิจัยหรือที่เรียกว่า “คนใน” เป็นตัวตั้ง

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณ

เมื่อผู้วิจัยได้ทำการปรับแก้แบบวัดตัวแปรพลังสุขภาพจิตสมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือดังกล่าวไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบคุณภาพแบบวัด โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัยไปยังโรงพยาบาลค่ายบางระจันและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอค่ายบางระจัน เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่

2.2 เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ประสานงานกับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลค่ายบางระจัน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพสต.) ทั้ง 5 แห่งในอำเภอค่ายบางระจัน เพื่อนัดหมายผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่มาเพื่อตอบแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 310 คน โดยผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในตำบลบางระจันจำนวน 67 คน นัดหมายทำแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ห้องกิจกรรม โรงพยาบาลค่ายบางระจัน ส่วนตำบลโพธิ์ไทรจำนวน 77 คน ตำบลท่าข้ามจำนวน 52 คน ตำบลคอทรายจำนวน 26 คน ตำบลโพทะเลจำนวน 58 และตำบลหนองกระทุ่มจำนวน 30 คน นัดทำแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ห้องประชุมของ รพสต. ของแต่ละแห่ง

2.3 ผู้วิจัยนำแบบวัดพลังสุขภาพจิตไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในแต่ละตำบลมาทำแบบวัดในแต่ละสัปดาห์วันเสาร์และอาทิตย์ เวลา 09.00-10.00 ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในตำบลบางระจันทำแบบวัดวันละ 33-34 คน สัปดาห์ที่ 2 ตำบลโพธิ์สังไหมทำแบบวัดวันละ 38-39 คน สัปดาห์ที่ 3 ตำบลท่าข้ามทำแบบวัดวันละ 26 คน สัปดาห์ที่ 4 ตำบลคอกทรายทำแบบวัดวันละ 13 คน สัปดาห์ที่ 5 ตำบลโพทะเลทำแบบวัดวันละ 29 คน สัปดาห์ที่ 6 และตำบลหนองกระทุ่มทำแบบวัดวันละ 15 คน โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการตอบแบบวัดพลังสุขภาพจิต พร้อมทั้งอ่านข้อคำถามทีละข้อโดยไม่มีการอธิบาย

2.4 หลังจากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าตอบแบบวัดพลังสุขภาพจิตแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลทันที แล้วให้ผู้สูงอายุลงนามกำกับในแบบวัดเพื่อเป็นการยืนยันข้อมูล ต่อจากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตนำแบบวัดที่ผู้สูงอายุตอบแล้วไปใช้ประโยชน์ในการวิจัย ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่ตอบแบบวัดจะได้รับของที่ระลึกเพื่อเป็นการตอบแทนที่สละเวลามาให้ข้อมูลกับผู้วิจัย

2.5 ผู้วิจัยรวบรวมแบบวัดทั้งหมดมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบอีกครั้ง เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมติฐานต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การจัดกระทำข้อมูล

ในระหว่างการจัดกระทำข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลไปพร้อมกัน โดยทำอย่างต่อเนื่องตลอดการเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มจากการสรุปบันทึกภาคสนามและถอดเทปโดยละเอียดพร้อมภาพถ่ายประกอบ เพื่อให้มองเห็นลักษณะการแสดงสีหน้าความรู้สึกท่าทางของผู้ให้ข้อมูลขณะสนทนากลุ่ม นอกจากนี้ผู้วิจัยยังทำการตรวจสอบร่องรอย (Audit Trail) เพื่อตรวจสอบเชื่อมโยงของข้อมูลต่าง ๆ ที่รวบรวมได้ ว่ามีความสมเหตุสมผลหรือเป็นไปได้หรือไม่ โดยใช้หลักฐานตรวจสอบได้แก่ บันทึกภาคสนาม การวิเคราะห์และตีความข้อมูลหลักฐาน และบันทึกการถอดเทปสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลภาคสนามนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินว่าผู้วิจัยได้ข้อมูลเพียงพอที่จะตอบคำถามการวิจัยหรือไม่ และมีการรวบรวมข้อมูลที่ซ้ำซ้อนกันจนเกินความจำเป็นหรือไม่ โดยมีแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. การจัดระเบียบข้อมูล จากข้อมูลที่เก็บจากภาคสนามด้วยการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการถอดข้อมูลจากเครื่องบันทึกเสียงโดยถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษร รวมถึงระบุรายละเอียดของการแสดงอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูล ณ ขณะนั้น และทำการอ่านทบทวนข้อมูลที่บันทึกไว้ในรูปของเอกสาร ร่วมกับตรวจสอบความถูกต้องด้วยการฟังเทปบันทึกการสนทนากลุ่มซ้ำ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องที่สุด (Conformability) และเขียนข้อสังเกตจากการสนทนากลุ่มเป็นข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่น่าสนใจ เช่น ประเด็นเหตุผลของการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยรักษาภาวะซึมเศร้า และบรรยากาศในการสนทนากลุ่ม โดยเรียงเนื้อหาตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีการขัดเกลาภาษาบ้างเพื่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้นเมื่อมาทบทวนภายหลัง ทั้งนี้ มีการจัดเก็บข้อมูลโดยคำนึงถึงการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล

2. การสร้างรหัสข้อมูล โดยผู้วิจัยได้อ่านทบทวนและทำความเข้าใจข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการจัดระเบียบเรียบร้อยแล้ว โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความหมาย (interpretation) ในรูปของการวิเคราะห์แบบอนุมาน (Deductive method) (ไชย โพธิ์สิตา. 2554) จนพบประเด็นหลัก (Theme) ที่เกี่ยวกับคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิต กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยรักษาภาวะซึมเศร้า โดยประเด็นหลักเหล่านี้ถูกใช้เป็นหัวข้อ และเป็นแนวทางสำหรับค้นหา (identifying) ข้อความที่มีความหมายสอดคล้องกับประเด็นหลัก จึงให้รหัสกับข้อความที่ปรากฏนั้น เช่น จากการสนทนาเรื่องคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิต เมื่อผู้วิจัยพบข้อความที่แสดงถึง ลักษณะนิสัยที่ทำให้ฟื้นตัวจากความยากลำบากในชีวิต ผู้วิจัยจะให้รหัสกับข้อความนี้ว่า “ลักษณะนิสัยของฉัน” จากนั้นจึงตั้งประเด็นย่อย (Sub-theme) จากแนวคิดทฤษฎีพลังสุขภาพจิต ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน (Grotberg E. H. 1997) ได้แก่ ความเข้มแข็งภายในบุคคล (I am) ความสามารถภายในบุคคล (I can) และสิ่งที่บุคคลได้รับการสนับสนุนภายนอก (I have) โดยให้รหัสย่อย เช่น จากระหัส “ลักษณะนิสัยของฉัน” แยกเป็นรหัสย่อย ได้แก่ มีความอดทนสูง มีความรับผิดชอบ ยอมรับสัจธรรมของชีวิต ฟังตนเอง และพอใจในสิ่งที่ตนมี แล้วทำการรวบรวมจัดหมวดหมู่ (Categories) เพื่อให้เกิดเป็นกลุ่มเป็นประเภทตามความหมายที่สัมพันธ์กันของข้อความเหล่านั้น เพื่อใช้ในการอภิปรายผลต่อไป การรวมกันในลักษณะเช่นนี้จะทำให้เกิด “ความหมายใหม่” ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจและตอบคำถามการวิจัยได้

3. การสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (inductive) ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์สรุปข้อมูลจากบันทึกภาคสนามที่เป็นส่วนบันทึกละเอียดหรือบันทึกพรรณนา โดยการเขียนเป็นประโยคหรือ

ข้อความตามกรอบแนวคิดทฤษฎีหรือตอบปัญหาของการวิจัย เป็นการตีความสร้างข้อสรุปข้อมูลจากสิ่งที่เป็นรูปธรรมหรือปรากฏการณ์ที่มองเห็นที่เก็บรวบรวมมาได้ เป็นข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัยที่มีลักษณะเป็นนามธรรมครอบคลุมข้อเท็จจริงส่วนย่อย ซึ่งผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้ใช้อ้างอิงในกรณีเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มเฉพาะ ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มที่ศึกษาวิจัยนี้เท่านั้น โดยข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการวิเคราะห์ตีความหมายจากหัวข้อย่อย (Sub-categories) ที่จัดกลุ่มจัดประเภทแล้ว ออกมาในรูปของการพรรณนาเป็นเรื่องราว โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากข้อมูลสนับสนุน ผู้วิจัยได้นำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ในการวิจัยระยะที่ 2

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Trustworthiness)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Credibility) ของข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อยืนยันว่าผลการวิจัยเป็นไปตามความจริงของปรากฏการณ์ และตามมุมมอง ความคิดความเข้าใจ หรือความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการภาคสนามเพื่อเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพประมาณ 3 เดือน เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยรักษาภาวะซึมเศร้ามีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นระยะเวลานาน (Prolonged engagement) ซึ่งเพียงพอสำหรับการสร้างสัมพันธภาพ (Rapport) ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ได้ความจริงจากผู้ให้ข้อมูล

2. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) โดยการเปรียบเทียบมุมมองหลายด้าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ผลการวิเคราะห์ ตลอดจนการวิจัย (ชาย โพธิ์สิตา. 2556) โดยเมื่อรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และจากเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบแบบสามเส้า โดยการเปรียบเทียบข้อค้นพบ (Finding) ของปรากฏการณ์ที่ทำการศึกษา (Phenomenon) จากแหล่งและมุมมองที่แตกต่างกัน ซึ่งมี 4 องค์ประกอบดังต่อไปนี้

2.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) ผู้วิจัยพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ได้มานั้นถูกต้องหรือไม่ โดยการตรวจสอบแหล่งที่มา 3 แหล่ง ได้แก่ เวลา สถานที่ และบุคคล

2.1.1 ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลในช่วงเวลาที่ต่างกัน เพื่อให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูลในช่วงเวลาต่าง ๆ นั้นเหมือนกันหรือไม่ ได้แก่ ช่วงเวลาดำเนินงาน และช่วงเวลาที่มีการป่วยกำเริบ

2.1.2 ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลในต่างสถานที่ ที่จะเหมือนกันหรือไม่ ได้แก่ อำเภอท่าช้าง อำเภอพรหมบุรี และอำเภอบางระจัน ในจังหวัดสิงห์บุรี

2.1.3 ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลโดยการเปลี่ยนผู้ให้ข้อมูล ว่าข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่

2.2 การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) ผู้วิจัยตรวจสอบว่าผู้วิจัยแต่ละคนจะได้ข้อมูลต่างกันอย่างใด โดยการเปลี่ยนตัวผู้สังเกตแทนที่จะใช้ผู้วิจัยคนเดียวสังเกตโดยตลอด แล้วจึงมาตรวจสอบว่าได้ข้อมูลผลการวิจัยตรงกันหรือไม่ ร่วมกับการเปรียบเทียบจากทัศนะของนักวิจัยหลาย ๆ ท่าน อันได้แก่ ทัศนะจากเอกสารงานวิจัยและทัศนะจากกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ทำให้เห็นภาพของความสอดคล้องกัน หรือความขัดแย้งของทัศนะของนักวิจัยแต่ละท่าน

2.3 การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ กัน เพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน โดยผู้วิจัยใช้การสังเกตควบคู่กับการซักถามผู้ให้ข้อมูล พร้อมกับศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากเอกสารงานวิจัยต่าง ๆ การซักถามผู้ให้ข้อมูลสำคัญคือครอบครัว และ อสม. และซักถามผู้ให้ข้อมูลหลังจากสรุปผลการศึกษา รวมทั้งการสังเกตอย่างไม่มีส่วนร่วมถึงบริบททางสังคมระหว่างที่ผู้วิจัยลงพื้นที่ศึกษา เพื่อความแน่นอนว่าข้อมูลนั้นเที่ยงตรงตามความเป็นจริงหรือไม่

3. การตรวจสอบโดยเพื่อนผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing / Peer review) ผู้วิจัยยืนยันความน่าเชื่อถือหรือตรวจสอบขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่มีความชำนาญในด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญโดยใช้สูตรคำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา และการใช้สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสองด้วยโปรแกรม LISREL version 8.72

ทั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยระยะที่ 1 ระยะการวิจัย ซึ่งเป็นการวิจัยแบบผสานวิธีชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ เพื่อสร้างแบบวัดพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า แสดงดังตาราง 5

ตาราง 5 สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยระยะที่ 1 ระยะการวิจัย

วิธีการวิจัย	ขั้นตอนการวิจัย	การดำเนินการวิจัย
ลำ ก ระดับที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ	1. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ	1. คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก 6 คนตามเกณฑ์การคัดเลือก 2. ทำการสนทนากลุ่ม 3 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที
	2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	1. จัดระเบียบข้อมูลโดยการถอดเทปคำต่อคำ 2. ให้รหัสข้อมูลโดยกำหนดประเด็นหลัก ประเด็นย่อย และจัดหมวดหมู่
	3. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ	ได้ผลลัพธ์ตามจุดประสงค์การวิจัยใน 1. คุณลักษณะของพลังสุขภาพจิต 2. กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิต
	4. สร้างแบบวัดพลังสุขภาพจิต	1. อ้างอิงจากแนวคิดพลังสุขภาพจิตร่วมกับผลลัพธ์เชิงคุณภาพ 2. สร้างนิยามปฏิบัติการ
ลำ ก ระดับที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ	5. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ	1. คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก 310 คนตามเกณฑ์การคัดเลือก 2. ทดสอบแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่สร้างขึ้น
	6. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ	ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการหาค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรง
	7. ผลการวิจัยเชิงปริมาณ: แบบวัดพลังสุขภาพจิต	นำไปใช้ในการวิจัยระยะที่ 2

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ร่วมกับการประยุกต์แนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวกในการสร้างโปรแกรม โดยใช้กระบวนการปฏิบัติการในสภาพการณ์ที่เป็นจริง ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) (Kemmis S.; & McTaggart, R. 1988; องค์าจ นัยพัฒน์. 2554) (องค์าจ นัยพัฒน์. 2554) โดยดำเนินการ 2 วงรอบ ซึ่งแต่ละวงรอบมี 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วางแผน (Plan) 2) ปฏิบัติ และ สังเกต (Act & Observe) และ 3) สะท้อนผล (Reflect) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์ที่เป็นจริง โดยใช้ข้อค้นพบกระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตในระยะที่ 1 ร่วมกับทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (King I. 1990) ซึ่งเป็นทฤษฎีทางการแพทย์ ที่มีโน้ตัมเกี่ยวกับบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคมสิ่งแวดล้อม มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรม และใช้แนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology Intervention) ในการสร้างกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม จุดแข็งของตัวเอง (Signature Strengths) (Seligman M. E. 2011) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) (Seligman M. E. 2011) และ สามสิ่งที่ดี (Three good things) (Seligman M. E. 2010) โดยวิธีการดำเนินการวิจัยมีดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เป็นโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งพักอาศัยอยู่ในอำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี อายุ 60-69 ปี จำนวน 12 คน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย โดยใช้หลักการเลือกตัวอย่างเชิงทฤษฎี (Theoretical Sampling) ภายใต้หลักการสำคัญโดยอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์คือ ผู้ให้ข้อมูลหลักต้องมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย (ชาย โพธิ์สิตา. 2556) มีความสามารถในการรับรู้และสื่อสารเข้าใจ อ่านออกเขียนได้ การศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (> 22 คะแนน) โดยการประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) มีระดับภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระดับน้อยถึงปานกลาง (7-18 คะแนน) โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ของกรมสุขภาพจิต เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง สามารถให้การช่วยเหลือด้วยการทำกลุ่มกิจกรรมในรูปแบบต่าง ๆ

ได้ (นริสา วงศ์พนารักษ์; และ สายสมร เฉลยกิตติ. 2557) มีระดับพลังสุขภาพจิตจากแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.61) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) คือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 12 คน ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และผลที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม และการตอบแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นกลุ่มที่ร่วมกับผู้วิจัยในระยะเวลาของการวิจัย (Research phase) ทุกขั้นตอน ตั้งแต่ขึ้นวางแผน ขึ้นปฏิบัติและสังเกต ขึ้นสะท้อนผล ซึ่งเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามหัวข้อการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวมาข้างต้น

2. กลุ่มผู้มีส่วนร่วมวิจัย (Participants) การศึกษาวิจัยในระบายนีเป็นการดำเนินกิจกรรมร่วมกันระหว่างบุคคล 3 ฝ่าย คือ ผู้วิจัย ผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกลุ่มบุคคลภายในชุมชนที่ได้รับการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน โดยมีบทบาทหน้าที่ในการดูแล ให้คำแนะนำผู้สูงอายุ ในการปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามหลักสุขอนามัยเพื่อสุขภาพของตนเอง ตลอดจนให้การช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน ผู้วิจัยคัดเลือก อสม.ในอำเภอค่ายบางระจัน แบบเฉพาะเจาะจง ได้อสม.จำนวน 4 คน เข้าร่วมการวิจัย มีหลักเกณฑ์การคัดเลือกโดยพิจารณาจากบทบาทการแสดงออกในชุมชนที่เป็นผู้นำทั้งด้านความคิดและการกระทำที่มีอิทธิพลด้านสุขภาพต่อคนในชุมชน และปฏิบัติงานในชุมชนอย่างน้อย 3 เดือน โดยบุคคลเหล่านี้จะต้องเต็มใจที่จะเข้าร่วมในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และมีเวลาร่วมกิจกรรมตามกำหนดจนบรรลุเป้าหมาย โดยที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทเป็นสมาชิกกลุ่มที่เป็นผู้ให้ข้อมูลรอง มีหน้าที่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมทั้งหมด 10 ครั้ง และมีบทบาทในการเป็นผู้ช่วยและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมในแต่ละครั้งสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยผู้วิจัยจะประชุมเตรียมความพร้อมของอสม.ก่อนเริ่มกิจกรรมทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งต้องการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยในช่วงที่ 1 ก่อนเข้าสู่ช่วงปฏิบัติการ เริ่มต้นจากการศึกษาสถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการประเมินระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จากนั้นผู้วิจัยเสนอร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดพลังสุขภาพจิต ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และแนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก ร่วมกับข้อค้นพบกระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิต จากการการวิจัยในระยะที่ 1 จากนั้นจึงเข้าสู่ช่วงที่ 2 ช่วงปฏิบัติการ ซึ่งมี 2 วงรอบ ซึ่งในแต่ละวงรอบมีขั้นตอนดังนี้ 1) ขั้นวางแผน ผู้วิจัยเสนอสถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต และร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ต่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ร่วมกันวางแผนดำเนินกิจกรรมพร้อมกับอสม. 2) ขั้นปฏิบัติและสังเกต ตามแนวทางที่วางไว้ ร่วมกับการสังเกต 3) ขั้นสะท้อนผล โดยการประเมินผลและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จากนั้นขั้นตอนต่อไปนำแนวทางที่ปรับปรุงไปวางแผนการปฏิบัติ และปฏิบัติตามแนวทางที่ปรับปรุงใหม่ อีก 1 วงรอบ โดยในวงรอบที่ 2 จะมีการประเมินผลจากแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และการสนทนากลุ่มเพื่อสรุปรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ที่เห็นพ้องร่วมกัน ซึ่งผลของการพัฒนารูปแบบจะทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงในส่วนของการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต ส่งผลให้พลังสุขภาพจิตสูงขึ้น อีกทั้งยังทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าและอสม. มีความพึงพอใจในกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ดังนั้น ในการประเมินผลดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเก็บรวบรวมข้อมูลโดยละเอียด ทั้งในส่วนของการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต และระดับพลังสุขภาพจิต โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงปริมาณ ส่วนผลการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าและอสม. เกี่ยวกับความพึงพอใจในรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตาม

จุดมุ่งหมายและแนวทางการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 2 ชนิด ได้แก่ 1) แบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และ 2) ร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวทางการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยมีรายละเอียดการสร้างเครื่องมือและเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

1.1 แบบวัดพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

แบบวัดพลังสุขภาพจิต ซึ่งได้จากการสร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในระยะที่ 1 โดยนำประเด็นหลัก (Themes) ประเด็นย่อย (Sub-Themes) และการจัดหมวดหมู่ (Categories) จากคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าไปใช้สร้างแบบวัดพลังสุขภาพจิต ร่วมกับการพัฒนามาจากแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ กรอทเบิร์ก (Grotberg E. H. 1997) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ที่มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ลักษณะนิสัยของฉัน (ข้อ 1-11) 2) ความสามารถของฉัน (ข้อ 12-15) 3) ที่พึ่งของฉัน (ข้อ 16-21) โดยมีมาตราประเมินค่าแบบเรียงลำดับ (ordinal rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่จริง จริงบางครั้ง ค่อนข้างจริง จริงมาก จริงมากที่สุด โดยในข้อคำถามทางบวก 17 ข้อให้คะแนน 1-5 ส่วนข้อคำถามทางลบมี 4 ข้อให้คะแนนในทางกลับกัน คำนวณคะแนนจากแบบวัดเป็นช่วงระดับคะแนนแล้วนำค่าที่ได้มาแบ่งเป็นระดับพลังสุขภาพจิต 5 ระดับ ดังนี้

ระดับสูงมาก	คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง	4.21 – 5.00
ระดับสูง	คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง	3.41 – 4.20
ระดับปานกลาง	คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง	2.61 – 3.40
ระดับต่ำ	คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง	1.81 – 2.60
ระดับต่ำมาก	คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง	1.00 – 1.80

ตัวอย่างข้อคำถามแบบวัดพลังสุขภาพจิต

1. ด้านลักษณะนิสัยของฉัน: “ฉันมีความเข้มแข็งพอที่จะรับมือกับความทุกข์ยากลำบากในชีวิต”
2. ด้านความสามารถของฉัน: “เมื่อฉันมีปัญหา ฉันคิดหาสาเหตุก่อนแก้ปัญหา”
3. ด้านที่พึงของฉัน: “ฉันได้รับกำลังใจเมื่อได้พูดคุยกับคนในครอบครัว”

1.2 ร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) สร้างพลังใจด้วยมิติ 2) ยืนหยัด ผ่านพ้น 3) ก้าวข้ามปัญหา พ้นฝ่าเชิงบวก 4) สิ่งดีๆ ที่มีค่าสำหรับฉัน 5) พลังสุขภาพจิตของฉัน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต (Resilience) (Grotberg E. H. 1995) ข้อค้นพบเชิงคุณภาพจากการวิจัยระยะที่ 1 ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (King I. 1990) และแนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก (Seligman M. E. 2011)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ

1. การหาความเที่ยงตรง (Validity) ทั้งความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในระยะที่ 1 แล้ว ซึ่งผู้วิจัยกล่าวไว้ในหัวข้อเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในระยะที่ 1

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดพลังสุขภาพจิต ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ทั้งฉบับ จากนั้นผู้วิจัยเลือกขนาดตัวอย่างตามกฎแห่งความชัดเจน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจำนวน 310 คน เพื่อตอบแบบวัดพลังสุขภาพจิต และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) โดยวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis) เพื่อตรวจสอบทฤษฎี ซึ่งผู้วิจัยได้กล่าวไว้ในหัวข้อเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในระยะที่ 1

3. ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ ด้านจิตวิทยาพัฒนาการ และด้านจิตวิทยาการศึกษา ทั้งหมด 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องระหว่างกิจกรรมกับวัตถุประสงค์ได้ค่า IOC = 0.87

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพของการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ตัวผู้วิจัย ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าและอสม. ภายหลังระยะดำเนินการ นอกจากนี้ เป็นข้อมูลจากแบบสังเกตในการประเมินคุณภาพการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยแนวคำถาม แนวสังเกต และการบันทึกข้อมูล ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มเพื่อประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม เป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อทำการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่าง 12 คน ภายหลังระยะดำเนินการทันที เพื่อประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการดำเนินการมากน้อยเพียงใด และบรรลุผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายหรือไม่ โดยจะเน้นถึงความรู้สึกถึงความพึงพอใจ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการจัดการ ด้านการดำเนินการ และด้านประโยชน์ที่ได้รับ ซึ่งแนวคำถามมีดังนี้

“ภายหลังการดำเนินการทั้งหมดที่ผ่านมา ท่านมีความพึงพอใจด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้อย่างไรบ้าง และมีปัญหาอุปสรรคอย่างไรบ้าง”

1. ด้านกระบวนการจัดการ

1.1 การวางแผนกำหนดแนวทางการดำเนินกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายมีความชัดเจน เข้าใจได้ง่าย

1.2 ผู้วิจัยมีความสามารถชักจูงหรือหว่านล้อมสมาชิกกลุ่มให้ร่วมปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่วางไว้

1.3 กระบวนการปฏิบัติการเริ่มตั้งแต่การวางแผนร่วมกัน การปฏิบัติ การสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงแก้ไขกิจกรรม สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

2. ด้านการดำเนินกิจกรรม

2.1 การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 มีความชัดเจนในการทำกิจกรรม

2.2 การปฏิบัติตามแผนเป็นไปอย่างราบรื่น

2.3 การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 มีความชัดเจนในโปรแกรม

2.4 การปฏิบัติตามแผนที่ปรับปรุงแล้วด้วยความสำเร็จ

3. ผลที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน

3.1 ระดับพลังสุขภาพจิต

ส่วนที่ 2 แนวทางการสังเกต ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แนวทางการสังเกตการร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และผลการปฏิบัติกิจกรรม เป็นแนวทางการสังเกตการร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอนของการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยเริ่มต้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า การวางแผนปฏิบัติการ การปฏิบัติตามแผนร่วมกับการสังเกต และการสะท้อนผล ซึ่งเป็นการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่ผู้วิจัยเสนอ ผู้วิจัยได้สร้างตารางบันทึกการสังเกต เพื่อให้ง่ายต่อการเก็บข้อมูล ทั้งในส่วนเนื้อหาของเนื้อหาที่ได้จากการร่วมกิจกรรม และการประเมินผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ดังตาราง 6-9

ตาราง 6 เนื้อหาที่ได้จากขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าและการวางแผนปฏิบัติการ

การวิเคราะห์สถานการณ์	การวางแผนปฏิบัติการ
1. ด้านบุคคล ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและศักยภาพของผู้สูงอายุในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต	1. การประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุในการสนทนากลุ่ม
2. ด้านผู้ดูแล ได้แก่ ครอบครัว/ ผู้ดูแล/ อสม.ส่งเสริม สนับสนุน หรือขัดขวางการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	2. การประเมินความสามารถเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการสนทนากลุ่ม
3. ด้านสังคม ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม สนับสนุน หรือขัดขวางการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	3. การประเมินด้านสังคมและสภาพแวดล้อม เช่น ลักษณะชุมชน องค์การต่าง ๆ ความเชื่อ วัฒนธรรมของสังคม และเศรษฐกิจ ที่ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงได้ ในลักษณะที่เป็นโอกาสหรืออุปสรรค เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ตาราง 7 กิจกรรมที่ได้จากขั้นตอนการวางแผนปฏิบัติการภายใต้แนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตาม
จุดมุ่งหมายโดยการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก

วัตถุประสงค์	กิจกรรมที่ควรได้
1. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะ ซึมเศร้ามีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น	1.ด้านบุคคล: 1.1 การแทรกแซงกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวก -1.2การประเมินระดับพลังสุขภาพจิต
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะ ซึมเศร้าได้เรียนรู้แนวทางใหม่ ๆ ใน การปฏิบัติจิตวิทยาเชิงบวก	2.ด้านระหว่างบุคคล: การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับการปฏิบัติจิตวิทยาเชิงบวกภายในกลุ่มของผู้สูงอายุโรค เรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุโรค เรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีพลัง สุขภาพจิตสูงขึ้นอย่างยั่งยืน	3.ด้านสังคม: -การประเมินความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุหลังปฏิบัติการ จิตวิทยาเชิงบวก โดยการสัมภาษณ์ครอบครัว/ ผู้ดูแล และอสม. -การประเมินความพึงพอใจในกิจกรรม โดยการสัมภาษณ์ ครอบครัว/ ผู้ดูแล และอสม.

ตาราง 8 การดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนปฏิบัติตามแผน

กิจกรรม	วัน เวลา ที่ ทำ กลุ่ม	จำนวนผู้เข้าร่วม (คน)	
		สมาชิก	อส
	กิจกรรม	ม.	
1.ด้านบุคคล			
2.ด้านระหว่างบุคคล			
3.ด้านสังคม			

ตาราง 9 ปัญหา อุปสรรค และการปรับปรุงกิจกรรมในขั้นตอนการประเมินผลและปรับปรุงแผน

กิจกรรม	ปัญหา/อุปสรรค	การปรับปรุง กิจกรรม
1.ด้านบุคคล		
2.ด้านระหว่างบุคคล		
3.ด้านสังคม		

2. แนวทางการสังเกตเพื่อประเมินคุณภาพการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นแนวทางสังเกตที่จะประเมินคุณภาพด้านต่าง ๆ ของพลังสุขภาพจิต ตามข้อค้นพบพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ด้านลักษณะนิสัยของฉัน 2) ด้านความสามารถของฉัน และ 3) ด้านที่พึงของฉัน โดยแบบสังเกตดังกล่าว ผู้วิจัยจะเป็นผู้สังเกตและประเมินคุณภาพการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง โดยจะทำการสังเกตก่อนและหลังระยะดำเนินการ ผู้วิจัยจะทำการบันทึกลักษณะที่สังเกตเห็นได้ พร้อมทั้งอธิบายเปรียบเทียบให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอาจส่งผลถึงร่างกายคือความเจ็บป่วยมีอาการดีขึ้น จากการที่มีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น ส่งผลให้มีสุขภาวะที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลถึงครอบครัว ชุมชนในด้านความผาสุก และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังจากได้รับการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตแล้ว ซึ่งแนวทางสังเกตมีรายละเอียด ดังตาราง 10

ตาราง 10 แนวทางการสังเกตเพื่อประเมินคุณภาพการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต	ลักษณะที่สังเกตเห็นได้
1. I am (ฉันเป็น...)	
-การยอมรับความผิดพลาดหรือผลที่ตามมา	
-ความเข้มแข็งหลังเผชิญกับความยากลำบาก	
ฯลฯ	

ตาราง 10 (ต่อ)

องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต	ลักษณะที่สังเกตเห็นได้
2. I have (ฉันมี...)	
-ความมั่นใจที่จะแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิต	
-มีแผนการที่จะทำให้ชีวิตก้าวต่อไป	
ฯลฯ	
3. I can (ฉันสามารถ...)	
-ประสบการณ์จากการแก้ปัญหา	
-มีทางออกสำหรับปัญหาที่ร้ายแรงกว่าที่คิด	
ฯลฯ	

ส่วนที่ 3 การบันทึกข้อมูล

นอกจากเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพแล้ว ในระยะดำเนินการใช้การบันทึกข้อมูลในรูปแบบของการบันทึกภาคสนาม (Field notes) การบันทึกเสียง (Tape records) และการถ่ายภาพ (Photograph) รายละเอียดดังนี้

1. การบันทึกภาคสนาม ทำการจดบันทึกรายวันถึงข้อมูลที่เกิดขึ้นได้ ทั้งแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม เป็นการจดบันทึกในขณะดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในระยะดำเนินการ รวมถึงการจดบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ เพื่อให้เกิดประเด็นในการตั้งคำถาม และการสังเกตเพื่อการตั้งคำถามในครั้งต่อไปอีก ทั้งนี้ในการวิจัยนี้แบ่งการบันทึกออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) เล่าสิ่งที่เห็น ว่าเห็นอะไรบ้าง เช่น เหตุการณ์ บุคคล คำพูด การกระทำ 2) บันทึกการตีความเบื้องต้น ซึ่งผู้วิจัยบันทึกสิ่งที่สะท้อนคิด มุมมองที่มีต่อเรื่องที่พบนั้น ๆ และ 3) เป็นการบันทึกเชิงเทคนิควิธีที่ผู้วิจัยบันทึกถึงความสำเร็จ หรือล้มเหลวของการดำเนินการนั้น ๆ รวมถึงข้อมูลที่คิดว่าตกหล่นไป และจะสังเกตในครั้งต่อไป

2. การบันทึกเสียง เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นมากสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากในการสนทนากลุ่มจะมีการพูดคุยและแสดงความคิดเห็นกันอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การฟังเทปบันทึกเสียงหลังจาเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้ง ร่วมกับการอ่านเนื้อหาที่ได้บันทึกภาคสนาม จึงมีความจำเป็นในการชี้แนะ ให้คำแนะนำและแก้ไข ในการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป อีกทั้งยัง

ช่วยผู้วิจัยในการวิเคราะห์ข้อมูลให้ได้บรรยากาศ อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลด้วย ซึ่งในการบันทึกเสียงแต่ละครั้งผู้วิจัยจะทำการขออนุญาตจากผู้ถูกบันทึกเสียงทุกครั้ง

3. การถ่ายภาพ เป็นการบันทึกภาพขณะเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ครั้งนี้ตลอดดำเนินการวิจัย ซึ่งมีความจำเป็นเพราะการถ่ายภาพที่ปรากฏสามารถบรรยายความเป็นไปของบุคคลและเหตุการณ์ได้ดีกว่าการเขียนคำบรรยายที่ยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาพกิจกรรมในการดำเนินกิจกรรม ดังนั้นตลอดการเก็บข้อมูล กล้องจะอยู่กับผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตลอดเวลา เพื่อจะได้ทำการบันทึกภาพได้อย่างทันทีที่พบเหตุการณ์ ซึ่งในการถ่ายภาพแต่ละครั้งผู้วิจัยจะทำการขออนุญาตจากผู้ถูกถ่ายภาพทุกครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพ

ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพของการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยตระหนักถึงการป้องกันการมีอคติ (Threat) และการส่งเสริมความเป็นจริง (Credibility) โดยการสร้างความสัมพันธ์อันดีภายในกลุ่ม ทำให้เกิดความไว้วางใจและความเชื่อมั่นซึ่งกันและกัน ในด้านความเข้ากันได้ของบริบท (Fittingness) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ใช้บอกความสามารถในการนำไปใช้ (Applicability) ซึ่งในงานวิจัยเชิงปริมาณคือความตรงภายนอก (External validity) ส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพจะบรรลุตามเกณฑ์นี้ได้ เมื่อผลการวิจัยสามารถเข้าได้กับบริบทของสถานการณ์ที่ศึกษา และเมื่อผลการวิจัยนั้นมีความหมาย (Meaningful) และสามารถนำไปใช้ได้ นอกจากนี้ ยังมีเกณฑ์ที่บ่งบอกถึงควมมีระเบียบวิธีการที่เคร่งครัด (Rigor) ของการวิจัยเชิงคุณภาพ คือความมีเหตุผล (Audibility) ของการวิจัย (Sandelowski M. 1986) และการที่วิธีวิจัยเชิงคุณภาพใช้ลักษณะความเป็นจริงแทนความตรงภายใน (Internal validity) ทำให้การวิจัยเชิงคุณภาพจะมีความเป็นจริงเมื่อการวิจัยนั้นเสนอหรือแปลความหมายประสบการณ์ของบุคคลตามที่เขาเป็นอยู่จริง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถามในการสนทนากลุ่มเพื่อประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมและประเมินความพึงพอใจภายหลังการดำเนินกิจกรรม และแนวทางการสังเกตในการดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน โดยผู้วิจัยได้แก้ไขตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุม ทั้งนี้ผลการวิจัยไม่ว่าจะอยู่ในรูปแบบการบรรยาย การอธิบาย หรือทฤษฎี ยังต้องเข้าได้กับข้อมูลของการวิจัยนั้น (Sandelowski M. 1986) ซึ่งในการสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้ทำการเลือกสถานที่ที่เหมาะสมทั้งด้านสภาพแวดล้อมและความสะดวกสบายในทุกๆ ด้าน รวมทั้งดำเนินการ

ในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกัน โดยกระทำในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ ไม่ได้มีการจัดกระทำ เพื่อให้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างละเอียดถี่ถ้วน

การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการศึกษาข้อมูลพื้นฐานจากเอกสารและข้อมูลทุติยภูมิอื่น ๆ ได้แก่ ข้อมูลด้านสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ซึ่งการดำเนินการวิจัยเป็นรูปแบบการผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ร่วมกัน โดยมีเป้าหมายในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เป็นจริง ผู้วิจัยจึงได้แบ่งวิธีดำเนินการวิจัยออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ก่อนเข้าสู่ช่วงปฏิบัติการ และช่วงที่ 2 ช่วงปฏิบัติการ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ช่วงที่ 1 ก่อนเข้าสู่ช่วงปฏิบัติการ มีการดำเนินการดังต่อไปนี้

1.1 การคัดเลือกชุมชนเพื่อเป็นพื้นที่ศึกษา

1.1.1 การคัดเลือกพื้นที่วิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกอำเภอดำรงราษฎร์ จังหวัดสิงห์บุรี เป็นพื้นที่ในการวิจัย เนื่องจากผู้วิจัยเป็นพยาบาลปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในโรงพยาบาลประจำอำเภอดำรงราษฎร์ จังหวัดสิงห์บุรี และเห็นปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ จากนโยบายการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิต โดยการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ทำให้พบจำนวนผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดกว่าทุกอำเภอในจังหวัดสิงห์บุรี และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากวัยที่สูงขึ้นเป็นเหตุให้มีความเสื่อมในทุกระบบของร่างกาย ทำให้เกิดโรคเรื้อรังได้ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางรายต้องประสบกับภาวะวิกฤตในชีวิต เช่น การพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ปัญหาภายในครอบครัว หรือหาเศรษฐกิจไม่มีรายได้จากร่างกายเสื่อมสภาพ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายได้ ซึ่งจากสถิติการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในอำเภอดำรงราษฎร์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังฆ่าตัวตายเฉลี่ยปีละ 1 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. 2560) จึงนับเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะต้องสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต เพื่อให้ก้าวผ่านความทุกข์ยากต่าง ๆ ในชีวิตไปได้ ทั้งนี้ มีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หากได้รับการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตจะส่งผลให้มีพลังสุขภาพจิตสูง สามารถก้าวผ่านความทุกข์ยากต่าง ๆ ในชีวิตไปได้ และส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (เพ็ญนภา กุลนาคดล; และจุฑามาศ แหนจอน. 2558; Wagnaild G. M.; & Young, H. M. 1993)

1.1.2 การเข้าสู่พื้นที่ ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอค่ายบางระจัน และ โรงพยาบาลค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี เพื่อแสดงความจำนงที่จะศึกษาวิจัยในพื้นที่ และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลในการทำวิจัย และหรือเข้าช่วยในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ อำนวยความสะดวกในการใช้สถานที่ โดยนำเสนอวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนต่าง ๆ ของระยะดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับของการวิจัย รวมทั้งการดำเนินการต่อเนื่องของรูปแบบที่ได้จากการวิจัย

1.1.3 หลังจากได้ประสานงานกับเครือข่ายสาธารณสุขดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่เวชสถิติ และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลค่ายบางระจัน เพื่อขอข้อมูลจากแฟ้มประวัติคนไข้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่คัดเลือกแล้วแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน เพื่อถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อ พร้อมกับแนะนำตัว และอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยคร่าว ๆ หากผู้สูงอายุสนใจเข้าร่วมวิจัยจึงนัดสัมภาษณ์รายบุคคลเพื่อเป็นการยืนยันการเข้าร่วมวิจัย ได้ผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด 12 คน จากนั้นผู้วิจัยติดต่อสม.ทางโทรศัพท์จำนวน 6 คนโดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเช่นกัน พร้อมกับแนะนำตัว และอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยคร่าว ๆ ได้สม.จำนวน 4 คน ที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงนัดมาพบปะพูดคุยถึงบทบาทของสม.ในการทำวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความสะดวกในการดำเนินการต่อไป

1.2 การศึกษาข้อมูลเบื้องต้น

จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับพื้นที่ที่ใช้ในการวิจัย พบว่า ลักษณะพื้นที่และปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้

1.2.1 ประวัติชุมชน

อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ปัจจุบันมีประชากรจำนวน 27,999 คน แบ่งเป็นชาย 12,363 คน หญิง 13,962 คน จากข้อมูลประชากร ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2560 ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางด้านเกษตรกรรม ได้แก่ ทำนา ทำไร่ อ้อย ทำสวน ร้อยละ 80 แบ่งเขตการปกครองเป็น 6 ตำบล 59 หมู่บ้าน มีโรงพยาบาลประจำอำเภอ 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง

1.2.2 ปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นจากสถิติการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในจังหวัดสิงห์บุรี เกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า อำเภอค่ายบางระจันมีผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 296 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.68

(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. 2560) ซึ่งสูงที่สุดในทุกอำเภอในจังหวัดสิงห์บุรี และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2560 พบผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังฆ่าตัวตาย เฉลี่ยปีละ 1 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. 2560) ทั้งนี้ สาเหตุการฆ่าตัวตาย 3 อันดับแรก คือ ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด, โรคเรื้อรังทางกาย, และโรคซึมเศร้า

ข้อมูลเบื้องต้นนี้ เป็นการศึกษาในระยะเริ่มต้นที่ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ ซึ่งข้อมูลบางส่วนอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้ในเบื้องต้นนี้เป็นการยืนยันว่าบริบทของชุมชนมีความเหมาะสมที่จะใช้เป็นพื้นที่ในการวิจัยได้

1.3 การเตรียมบุคลากร

1.3.1 การกำหนดสถานะ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีสถานะเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ และอีกสถานะหนึ่งคือการเป็นผู้วิจัยที่สนใจในปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในพื้นที่และการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้ศึกษาองค์ความรู้ในเชิงทฤษฎี รวมทั้งมีประสบการณ์การทำงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกับผู้เกี่ยวข้องในหลายระดับ รวมทั้งผู้ที่เคยมีประสบการณ์โดยตรง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้การดูแลด้านจิตใจ จนมีความเห็นว่าการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่เริ่มจากตัวผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และจากชุมชน จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น และลดปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าได้

1.3.2 การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ในระยะก่อนทำวิจัย ผู้วิจัยจะสร้างความคุ้นเคยกับพื้นที่โดยการติดต่อสื่อสารกับคนในชุมชนและศึกษาข้อมูลเบื้องต้น เพื่อให้ในระยะดำเนินการวิจัยสามารถปฏิบัติงานได้อย่างราบรื่น นอกจากนี้ ผู้วิจัยซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มและสังเกตเพื่อประเมินคุณภาพการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้ทำการศึกษาหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และหลักการสนทนากลุ่ม จากทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลตามหลักวิชาการ

1.3.3 ผู้วิจัยได้ทำการติดต่อผู้สังเกตการณ์และอำนวยความสะดวก จำนวน 1 ท่าน โดยทำการนัดประชุมก่อนทำการวิจัย เพื่อชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนของงานวิจัย และบทบาทหน้าที่ของผู้สังเกตการณ์และอำนวยความสะดวกในการประชุมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งผู้สังเกตการณ์และอำนวยความสะดวกมีหน้าที่ช่วยในการจัดเตรียมสถานที่ เตรียมอุปกรณ์การประชุม การถ่ายภาพ การสังเกต และอำนวยความสะดวกในเรื่องต่างๆ

1.4 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิจารณาเห็นความสำคัญของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าว่ามีความเหมาะสมในงานวิจัยเนื่องจากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (กรมสุขภาพจิต. 2557) และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีพลังสุขภาพจิตต่ำ (อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ. 2556) ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นตัวทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (ฉัตรฤดี ภาระญาติ. 2558) และการมีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไปสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สายพิน ยอดกุล; และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. 2555) ทั้งนี้ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่เปราะบางทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความคิดฆ่าตัวตายได้ (นริสา วงศ์พนารักษ์; และสายสมร เฉลยกิตติ. 2557) ดังนั้น ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังควรได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่กับบ้านจึงสามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมได้สะดวกและต่อเนื่อง จึงพิจารณาคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 60-69 ปี นับจากวันเข้าร่วมวิจัย และมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง พักอาศัยอยู่ใน 6 ตำบลของอำเภอด่านช้างบางระจันจำนวนทั้งหมด 12 คน ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยผ่านเกณฑ์และขั้นตอนการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักดังนี้

1.4.1 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง โดยต้องเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงที่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า อายุ 60-69 ปี ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลค่ายบางระจัน และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอด่านช้างบางระจัน โดยประสานงานกับเจ้าหน้าที่เวชสถิติ และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลค่ายบางระจัน เพื่อขอข้อมูลจากแฟ้มประวัติคนไข้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่คัดเลือกแล้ว จำนวน 20 คน เพื่อถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยโทรศัพท์ติดต่อ พร้อมกับแนะนำตัว และอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยคร่าว ๆ หากผู้สูงอายุสนใจเข้าร่วมวิจัยจึงนัดสัมภาษณ์รายบุคคลพร้อมทั้งประเมินพลังสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด 12 คนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีความเหมาะสม ไม่มากหรือน้อยจนเกินไปในการดำเนินการสนทนากลุ่มให้มีประสิทธิภาพ (ชาย โพธิ์สิตา. 2554) โดยผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าทั้ง 12 คน มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ($9Q=7-18$ คะแนน) อ่านออกเขียนได้ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (MMSE-Thai 2002 > 17 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตจากแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง (1.81-2.61) ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยโดยละเอียดอีกครั้ง รวมทั้งการรักษาความลับของข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จาก

ผู้สูงอายุ และประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยอธิบายบทบาทของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรม คือเป็นสมาชิกกลุ่มที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ที่มีหน้าที่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 10 ครั้ง รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแสดงความคิดเห็น จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย แล้วจึงนัดมาทำกิจกรรมกลุ่มต่อไป

1.4.2 ผู้วิจัยติดต่อขอสม.ทางโทรศัพท์จำนวน 6 คนโดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเช่นกัน พร้อมกับแนะนำตัว และอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยคร่าว ๆ ได้ขอสม.จำนวน 4 คน ที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงนัดมาพบปะพูดคุยถึงบทบาทของสม.ในการทำวิจัยครั้งนี้ โดยเป็นสมาชิกกลุ่มในการทำกิจกรรมกลุ่ม และเป็นผู้กระตุ้นให้กลุ่มผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็น และร่วมทำกิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้งสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยผู้วิจัยจะประชุมเตรียมความพร้อมของ สม.ก่อนเริ่มกิจกรรมทุกครั้ง จากนั้นผู้วิจัยให้สม.ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย แล้วจึงนัดมาทำกิจกรรมกลุ่มต่อไป

1.5 การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยการทบทวนแนวคิดทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ เกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก ร่วมกับการนำข้อค้นพบกระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตจากการศึกษาในระยะที่ 1 มาประกอบการร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

1.6 การศึกษาสถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้ 1) เชิงปริมาณโดยการนำแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่พัฒนาจากระยะที่ 1 มาใช้ในการประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามแบบไม่ต้องอธิบาย แล้วให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าตอบแบบวัดด้วยตนเอง พร้อมทั้งให้ผู้สูงอายุลงนามในเอกสารเพื่อยืนยันข้อมูล 2) เชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเกี่ยวกับเงื่อนไขการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

2. ช่วงที่ 2 ช่วงปฏิบัติการ

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทาง

จิตวิทยาเชิงบวก ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยใน 8 สัปดาห์ โดยได้กำหนดขั้นตอนของการดำเนินการตาม
วงรอบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart (1988) (Kemmis S.; &
McTaggart, R. 1988; องค์การฯ นัยพัฒนา. 2554) ดังนี้

2.1 การวางแผน โดยการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า
และอสม. มีขั้นตอนดังนี้

2.1.1 สร้างสัมพันธภาพ

2.1.2 เสนอสถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่
มีภาวะซึมเศร้าทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของ
ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และ
แนวความคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2.1.3 วางแผนการปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายคือได้
ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงกิจกรรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จ
ตามจุดมุ่งหมายและแนวความคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่
มีภาวะซึมเศร้า

2.2 การปฏิบัติ และการสังเกต โดยผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิบัติกิจกรรมกลุ่มตามแผน
อย่างมีจุดมุ่งหมาย 2 วงรอบ ๆ ละ 5 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที ใช้เวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยสัปดาห์แรก
ปฏิบัติกิจกรรมที่ 1-2 กิจกรรมละ 1 วัน และสัปดาห์ที่ 2-4 ปฏิบัติกิจกรรมที่ 3-5 สัปดาห์ละครั้ง
ทั้งนี้ ขณะที่ผู้ร่วมวิจัยปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยจะทำการสังเกตความสนใจให้ความร่วมมือของ
ผู้เข้าร่วมวิจัยขณะร่วมกิจกรรม และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยการซักถาม

2.3 การสะท้อนผล โดยการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยวิเคราะห์ถึง
ความสำเร็จในกิจกรรมที่ได้ดำเนินการ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกิจกรรม
โดยการประเมินดังนี้

2.3.1 ประเมินปฏิกิริยาสะท้อนกลับจากแบบบันทึกและการสนทนากลุ่ม

2.3.2 ประเมินผลการปฏิบัติสำเร็จตามเป้าหมาย จากข้อเสนอแนะและความ
พึงพอใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าและอสม.

2.4 การปรับปรุงร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวความคิดการแทรกแซงทาง
จิตวิทยาเชิงบวก โดยผู้วิจัยปรับปรุงกิจกรรมตามข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมวิจัย ให้มีความ

เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของผู้สูงอายุ เพื่อนำไปวางแผนปฏิบัติกิจกรรมใน
วงรอบที่ 2

2.4.1 เสนอกิจกรรมที่ปรับปรุงแล้วกับผู้เข้าร่วมวิจัย และวางแผนการปฏิบัติ
กิจกรรมที่ปรับปรุงแล้วร่วมกัน เพื่อให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายคือได้รูปแบบการสร้างเสริมพลัง
สุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตาม
จุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก

2.5 การปฏิบัติและการสังเกต

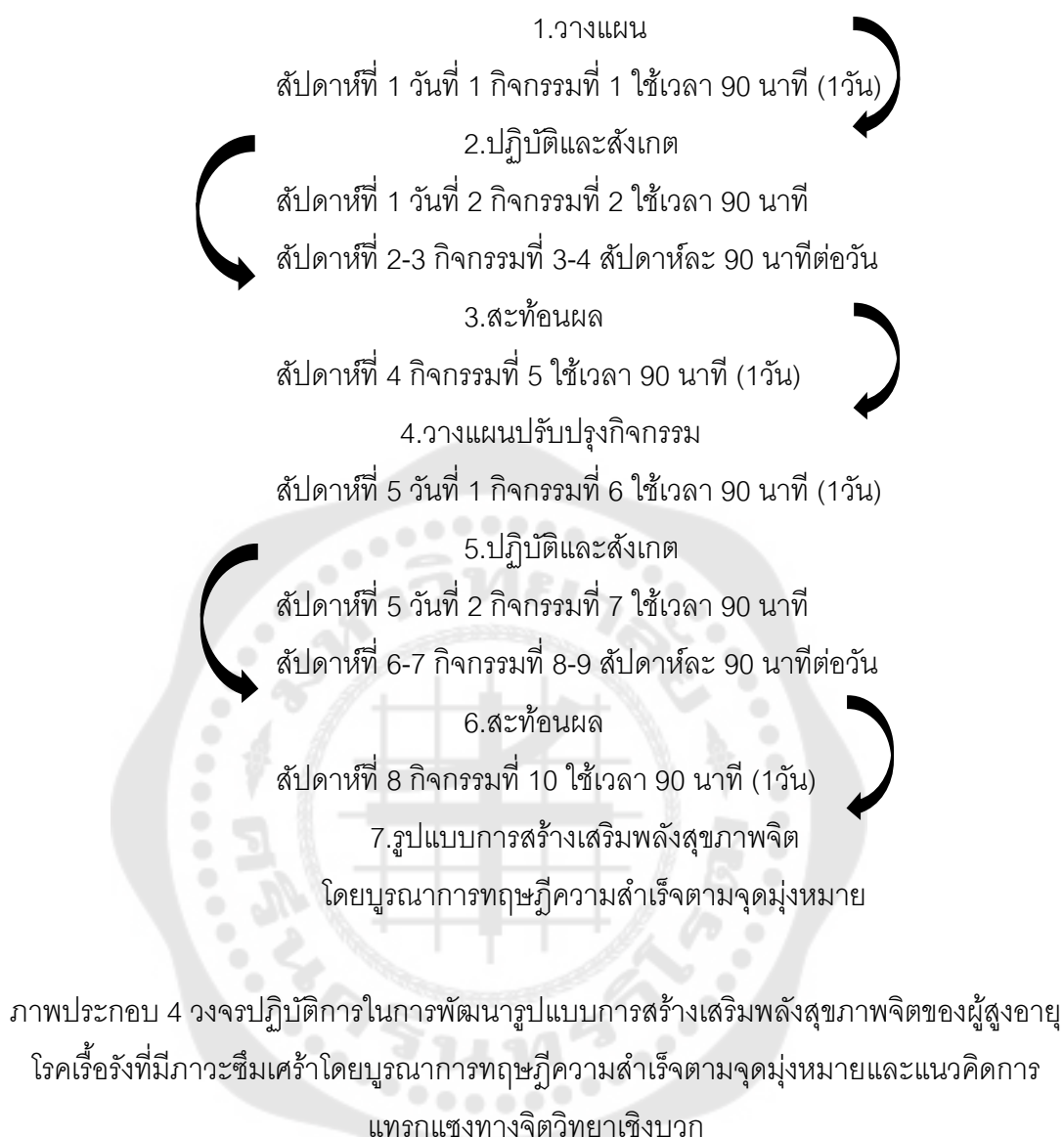
2.5.1 ปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎี
ความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่ได้ปรับปรุงแล้ว

2.5.2 สังเกตความสนใจให้ความร่วมมือและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.6 การสะท้อนผล โดยการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า
และ อสม. เกี่ยวกับความพึงพอใจและความรู้สึกที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ ประโยชน์ที่ได้รับ
และการนำไปใช้ พร้อมกับประเมินระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า
จากแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2.7 สรุปผลทางสถิติของระดับพลังสุขภาพจิต ร่วมกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิง
คุณภาพ เพื่อให้ได้รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า
โดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่
เหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เป็นจริง

สำหรับขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรค
เรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการ
แทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก มีขั้นตอนของวงจรปฏิบัติการ ดังแสดงในภาพประกอบ 4



ที่มา: The Action Research Spiral ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988)
(Kemmis S.; & McTaggart, R. 1988; องค์การอนามัยโลก. 2554)

รายละเอียดในแต่ละขั้นตอนมีดังนี้

1. การวางแผนอย่างมีจุดมุ่งหมาย เป็นการดำเนินการโดยผู้วิจัย ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และอาสาสมัครกลุ่มกัน เพื่อวางแผนการปฏิบัติตามร่างรูปแบบสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตาม

จุดมุ่งหมายและแนวความคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยในสัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 มีกิจกรรมร่วมกัน ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยเสนอสถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และเสนอรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวความคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่ผู้วิจัยร่างขึ้น ต่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และอสม.

1.2 ร่วมกันวางแผนปฏิบัติกิจกรรม โดยกำหนดวันเวลาสถานที่ในการปฏิบัติกิจกรรม แล้วนัดมาทำกิจกรรมในครั้งต่อไป โดยการตัดสินใจในการทำกิจกรรมต่างๆ จะใช้เสียงส่วนใหญ่ในกลุ่ม โดยคำนึงถึงความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ปฏิบัติและแหล่งทรัพยากรที่จะมาสนับสนุน และกิจกรรมนี้สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมเมื่อนำไปสู่การปฏิบัติจริง

ทั้งนี้ แนวทางในการดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ร่วมกับการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก ผู้วิจัยได้กำหนดเป็นแผนการไว้ในเบื้องต้น โดยได้จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย การแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก และข้อค้นพบกระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตในระยะที่ 1 เมื่อนำไปสู่การปฏิบัติในขั้นของการวางแผนที่เกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย สามารถเลือกวิธีที่เหมาะสมหรือเพิ่มเติมวิธีใหม่ ๆ เข้ามาได้ รวมทั้งการเพิ่มเติมในรายละเอียดทั้งวิธีการและการประเมินผล เพื่อให้การพัฒนาสอดคล้องกับสภาพปัญหาและตรงตามความต้องการในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ซึ่งกิจกรรมที่ผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะต้องทำร่วมกันคือ การวางแผนโดยละเอียดเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ และผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งการประเมินผล และการเตรียมพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้น ซึ่งวัตถุประสงค์และกิจกรรมของการประชุมเชิงปฏิบัติการ ในขั้นตอนการวางแผนอย่างมีจุดมุ่งหมาย ในสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 วันที่ 1 แสดงดังตาราง 11

ตาราง 11 วัตถุประสงค์และกิจกรรมของการประชุมเชิงปฏิบัติการ (ขั้นตอนการวางแผนอย่างมี
จุดมุ่งหมาย)

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 วันที่ 1 (90 นาที) 1. การแนะนำตัว สร้างความสัมพันธ์ และชี้แจง วัตถุประสงค์ของการ ประชุมเชิงปฏิบัติการ	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบเนื้อหาเกี่ยวกับการ ประชุมกลุ่ม 3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์กัน 4. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้ระดับพลังสุขภาพจิตของ ตนเอง	1. ผู้วิจัย และสมาชิกกลุ่ม แนะนำตัว 2. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดและ วัตถุประสงค์ของการประชุม 3. วัดระดับพลังสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะ ซึมเศร้า
2. เสนอ สถานการณ์การสร้าง เสริมพลังสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุ และ เสนอร่างรูปแบบการ สร้างเสริมพลัง สุขภาพจิตโดยบูรณา การทฤษฎี ความสำเร็จตาม จุดมุ่งหมาย	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเห็นความสำคัญของการสร้าง เสริมพลังสุขภาพจิต	1. ผู้วิจัยเสนอสถานการณ์การ สร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะ ซึมเศร้า 2. ผู้วิจัยเสนอร่างรูปแบบการ สร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดย บูรณาการทฤษฎีความสำเร็จ ตามจุดมุ่งหมาย ต่อผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และอสม.
3. กำหนด แผนปฏิบัติการ	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการวางแผน ปฏิบัติการและมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทุกครั้งจน เสร็จสิ้นโครงการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตฯ 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุประเมินและรับรู้พลังสุขภาพจิต ของตนเองหลังเสร็จสิ้นโครงการ 3. เพื่อให้ผู้สูงอายุสรุปรูปแบบการสร้างเสริมพลัง สุขภาพจิตฯ ที่เหมาะสมกับตนเอง	1. ร่วมกันวางแผนปฏิบัติ กิจกรรมโดยกำหนดวันเวลา สถานที่ในการทำกิจกรรม โดย สรุปความเห็นชอบจากเสียง ส่วนใหญ่ของผู้ร่วมวิจัย

2. การปฏิบัติและการสังเกต เป็นการดำเนินการตามแผน โดยผู้วิจัย ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และอสม. มาทำกิจกรรมกลุ่มกัน เพื่อปฏิบัติกิจกรรมตามร่างรูปแบบสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งผู้วิจัยทำการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2 และกิจกรรมที่ 3-5 ในสัปดาห์ที่ 2-4 โดยโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 โปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก

โปรแกรม	แนวคิดทฤษฎี	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 2 วันที่ 2 (90 นาที)	1. แนวคิดพลังสุขภาพจิต - องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต “I am: ฉันเป็น” 2. ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย: ระบบบุคคล 3. ข้อค้นพบระยะที่ 1 กระบวนการและ วิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิต	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมี ความมั่นคงทาง อารมณ์	การแทรกแซง จิตวิทยาเชิงบวก
สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 (90 นาที)	1. แนวคิดพลังสุขภาพจิต - องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต “I can: ฉันสามารถ” 2. ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย: ระบบระหว่างบุคคล 3. ข้อค้นพบระยะที่ 1 กระบวนการและ วิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิต	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมี ความสามารถเผชิญ ปัญหา	การแทรกแซง จิตวิทยาเชิงบวก

ตาราง 12 (ต่อ)

โปรแกรม	แนวคิดทฤษฎี	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 4 (90 นาที)	1. แนวคิดพลังสุขภาพจิต - องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต “I have: ฉันมี” 2. ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย: ระบบสังคม 3. ข้อค้นพบระยะที่ 1 กระบวนการและ วิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิต	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมี กำลังใจในการก้าวผ่าน ปัญหาอุปสรรค	การแทรกแซง จิตวิทยาเชิงบวก
สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 5 (90 นาที)	1. แนวคิดการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review : AAR)	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ ทบทวนเทคนิคและ ประโยชน์ที่ได้รับจาก การปฏิบัติกิจกรรม สร้างเสริมพลัง สุขภาพจิต 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุ ประเมินและรับรู้พลัง สุขภาพจิตของตนเอง หลังเสร็จสิ้นโครงการ 3. เพื่อให้ผู้สูงอายุสรุป รูปแบบการสร้างเสริม พลังสุขภาพจิตฯ ที่ เหมาะสมกับตนเอง	กระบวนการ ทบทวนหลัง ปฏิบัติงาน

3. การสะท้อนผลการปฏิบัติ กิจกรรมที่ 5 ซึ่งอยู่ในสัปดาห์ที่ 4 เป็นการดำเนินการของผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมวิจัยในการประเมินผลการปฏิบัติงานตามกิจกรรมว่าเกิดผลเช่นไร โดยใช้แนวคิดกระบวนการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review : AAR) การสะท้อนผลนี้จะเน้นการวิพากษ์และย้อนกลับไปถึงผลการดำเนินการตั้งแต่ขั้นวางแผน และขั้นนำแผนไปปฏิบัติ รวมทั้งการบรรลุเป้าหมาย และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ถือเป็นขั้นตอนของการสรุปผลการปฏิบัติตามวงจรรอบที่ 1 ซึ่งเริ่มตั้งแต่ขั้นของการวางแผน การปฏิบัติ และการสังเกต

จากนั้นสมาชิกกลุ่มประชุมร่วมกันแสดงความคิดเห็นเพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมเพื่อปฏิบัติในวงรอบที่ 2

4. วางแผนปรับปรุงกิจกรรม กิจกรรมที่ 6 ซึ่งอยู่ในสัปดาห์ที่ 5 วันที่ 1 เป็นการดำเนินการในระยะเริ่มแรกของวงรอบที่ 2 โดยผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในกิจกรรมที่ 5 ร่วมกับการการสังเกตและบันทึกผลของการทำกิจกรรมในแต่ละครั้ง แล้วผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขกิจกรรม แล้วจึงนำมาเสนอกับผู้ร่วมวิจัยอีกครั้งในกิจกรรมที่ 6 นี้ โดยผู้มีส่วนร่วมวิจัยร่วมกันคิดวางแผนดำเนินกิจกรรมในวงรอบที่ 2 ซึ่งขั้นตอนการปรับปรุงกิจกรรมแสดงดังตาราง 13

ตาราง 13 ขั้นตอนการปรับปรุงกิจกรรม

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 6 (90 นาที) 1. ชี้แจงการประชุมเพื่อ ปรับปรุงกิจกรรม	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มทราบเกี่ยวกับ เนื้อหาและจุดประสงค์การประชุม	สนทนากลุ่มชี้แจงรายละเอียด จุดประสงค์ของการประชุม และการ ดำเนินกิจกรรม
2. เสนอกิจกรรมที่ ปรับปรุงแล้ว	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการ ปรับปรุงกิจกรรม 2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนความ ความคิดเห็น 3. เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม เตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตาม แผนในขั้นตอนต่อไป	1. สมาชิกกลุ่มพิจารณากิจกรรมที่ ปรับปรุง และร่วมแสดงความคิดเห็น 2. ผู้วิจัยสรุปรายละเอียดกิจกรรมใหม่ โดยแทรกแซงแนวความคิดพลัง สุขภาพจิตของ กรอทเบิร์ก (Grotberg E. H. 1997) ทฤษฎีความสำเร็จตาม จุดมุ่งหมาย และการแทรกแซง จิตวิทยาเชิงบวก และข้อค้นพบจาก การวิจัยระยะที่ 1 เป็นฐานในการคิด กิจกรรม
3. กำหนดแผนปฏิบัติการ	1. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในการ วางแผนปฏิบัติการ	1. ร่วมกันวางแผนปฏิบัติการกิจกรรม และ กำหนดวันเวลาสถานที่ในการทำ กิจกรรม โดยสรุปความเห็นชอบจาก เสียงส่วนใหญ่

5. การปฏิบัติและสังเกต กิจกรรมที่ 7 ซึ่งอยู่ในสัปดาห์ที่ 5 วันที่ 2 เป็นการดำเนินการตามกิจกรรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว โดยผู้วิจัย ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และอสม. รวมทั้งการสังเกตและบันทึกผลโดยผู้วิจัย เป็นการสังเกตถึงผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านการปรับปรุงแล้ว รวมทั้งจดบันทึกสิ่งที่ได้จากการสังเกตนั้น ๆ โดยการปฏิบัติกิจกรรมที่ 7 ในสัปดาห์ที่ 5 วันที่ 2 และกิจกรรมที่ 8-9 ในสัปดาห์ที่ 6-7

6. การสะท้อนผล กิจกรรมที่ 10 ซึ่งอยู่ในสัปดาห์ที่ 8 เป็นการดำเนินการสนทนากลุ่มของผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมวิจัยที่จะประเมินผลการปฏิบัติงานในรอบที่ 2 ตั้งแต่ขึ้นวางแผนปรับปรุง และขึ้นนำแผนไปปฏิบัติ โดยประเมินจากการมีส่วนร่วมในการคิดปรับปรุงแก้ไข ปัญหา การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรม และผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรม ถือเป็นขั้นตอนของการสรุปผลการปฏิบัติตามวงจรที่ 2 ที่เริ่มตั้งแต่ขึ้นของการวางแผน การปฏิบัติ และการสังเกต เพื่อดูผลที่ได้ปฏิบัติไปแล้วในรอบที่ 2 ว่าเป็นเช่นไร และมีการวัดระดับพลังสุขภาพจิต พร้อมทั้งสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และ อสม.ต่อกิจกรรมในรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามอุดมการณ์และแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ในด้านผลประโยชน์ที่ได้รับ โดยการสนทนากลุ่ม

ทั้งนี้ การสรุปผลการวิจัยจากการประเมินระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 12 คน ด้วยแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยคาดว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีระดับพลังสุขภาพจิตสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วม โปรแกรม รวมทั้งประเมินความพึงพอใจในรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามอุดมการณ์และแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยการสนทนากลุ่มในกิจกรรมครั้งที่ 10 โดยผู้วิจัยนำผลการสะท้อนของวงจรที่ 2 ร่วมกับข้อมูลจากการสังเกต ผลจากการสนทนากลุ่ม การวัดระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า มารวบรวมและสังเคราะห์เป็นรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามอุดมการณ์และแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เป็นจริงของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

7. รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามอุดมการณ์และแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก เป็นรูปแบบที่แสดงข้อสนเทศเพื่อป้องกันความสำเร็จในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามอุดมการณ์ ร่วมกับการแทรกแซงกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวก โดยจะแสดงถึง

การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าให้สูงขึ้น และผลที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่พัฒนาขึ้น ด้วยกระบวนการเชิงปฏิบัติการ

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ถอนตัวออกจากพื้นที่การศึกษา หลังจากที่ได้รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบล่วงหน้า พร้อมทั้งแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างนำวิธีการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

การเปรียบเทียบระดับพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ด้วยสถิติ Paired Sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยจะทำการวิเคราะห์หลังจากเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่รวบรวมนั้นมาแยกประเภทและจัดหมวดหมู่เพื่อง่ายต่อการวิเคราะห์ โดยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและจะทำการวิเคราะห์ไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งการจัดระเบียบข้อมูลนั้นจะทำการแยกตามลักษณะของข้อมูล จากนั้นนำมาเขียนเรียบเรียงและแสดงในรูปตาราง เพื่อให้เห็นปรากฏการณ์ต่าง ๆ (ชาย โพธิ์สิตา. 2552) โดยรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิเคราะห์มีดังนี้

2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และผลที่เกิดจากกิจกรรมการพัฒนา ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ (Ponterotto J. G. 2006)

2.1.1 จัดกระทำข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เนื่องจากมีการรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาจัดกระทำโดยการพิจารณาเหตุการณ์ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น แล้วจัดแยกประเภทออกเป็นหมวดหมู่

2.1.2 วิเคราะห์ข้อมูลในเชิงเปรียบเทียบ โดยพิจารณาถึงความสอดคล้องในเรื่องราวจากข้อมูลแต่ละรูปแบบ และพิจารณาจากการสังเกตเพื่อนำมาเปรียบเทียบกับระหว่างก่อนระยะดำเนินการและหลังระยะการดำเนินการ

2.1.3 ตีความข้อมูลจากข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ เพื่อสร้างเป็นข้อสรุปก่อนจะสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปข้อมูลภาพรวมในขั้นตอนสุดท้าย

2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายรูปแบบการพัฒนาในขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติและสังเกต และการสะท้อนผล ตามวงรอบการวิจัยนั้น ผู้วิจัยจะทำการบรรยายเหตุการณ์ในลักษณะพรรณนาความ (Descriptive) แล้วสร้างเป็นข้อสรุป ทั้งนี้ ในส่วนของแนวคำถามในการสนทนากลุ่มเพื่อประเมินความพึงพอใจ ผู้วิจัยได้สร้างกรอบแนวคำถามให้ครอบคลุมการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด ทั้งด้านกระบวนการจัดการ การดำเนินกิจกรรม และผลที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ การสังเกตผลการดำเนินโครงการที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการสังเกตและบันทึกในรูปตารางเพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจ รายละเอียดตามเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ได้นำเสนอข้างต้น

การตรวจสอบข้อมูล

การตรวจสอบข้อมูลเพื่อความเชื่อถือได้ของข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้วิธีตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulations) คือ การใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลแตกต่างกันในข้อมูลเรื่องเดียวกัน ประกอบด้วย การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม ก่อนที่จะนำมาสร้างเป็นข้อสรุปเพื่ออธิบายสถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในภาพรวม

2. ข้อมูลเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้วิธีตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulations) คือการตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 คน จากนั้นนำข้อมูลมาเปรียบเทียบเพื่อหาความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลมาก่อนหน้านี้ ก่อนจะนำข้อมูลทั้งหมดมาสร้างเป็นข้อสรุปและอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมวิจัยที่เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าอีกครั้ง

3. การตรวจสอบเพื่อดูความครบถ้วนและคุณภาพของข้อมูล ผู้วิจัยได้ใช้การเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มว่ามีความครอบคลุมในสิ่งที่ควรทราบ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นทุกครั้งหลังจากได้ข้อมูล เพื่อให้ได้แนวทางสำหรับเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในครั้งต่อไป

4. สำหรับคุณภาพของข้อมูล พิจารณาจากความเต็มใจในการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และเป็นข้อมูลที่ได้รับภายหลังจากมีความคุ้นเคยกันแล้ว หรือมีความไว้วางใจผู้วิจัยแล้ว นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำการบันทึกจากการสังเกตและการสนทนากลุ่มมายืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับ ทั้งนี้ เมื่อสิ้นสุดการสนทนากลุ่มผู้วิจัยได้ทำการสรุปข้อมูลชั่วคราว เพื่อที่จะได้สรุปแนวคิดเชิงทฤษฎีที่ผู้วิจัยมีอยู่ เป็นการเชื่อมแนวคิดและสรุปความสัมพันธ์ในขั้นต้น อันเป็นผลมาจากการตีความจากข้อมูลที่ได้รับ เพื่อนำไปสร้างบทสรุปโดยรวมจากข้อสรุปชั่วคราวที่ได้รับเป็นการตรวจสอบยืนยันแล้ว ตลอดจนทำการตัดทอนข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออกไป

5. ข้อมูลที่เขียนในลักษณะพรรณนาความเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต ในขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ดำเนินการใน 2 วงรอบ คือ วงรอบที่ 1 ขึ้นวางแผนขั้นปฏิบัติและสังเกต ที่มีกิจกรรมพัฒนาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และขั้นตอนผลที่เป็นการวิพากษ์ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และอสม. และในวงรอบที่ 2 ขึ้นวางแผน ขั้นปฏิบัติและสังเกต ที่มีการปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต และขั้นตอนผลที่เป็นการวิพากษ์ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้มีส่วนร่วมวิจัยที่เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และอสม. ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลโดยการอภิปรายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้มีส่วนร่วมวิจัยทั้งหมด ภายหลังจากเขียนรายงานการวิจัยเสร็จสิ้น

ทั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 สรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัยในระยะที่ 2 ระยะพัฒนา

วิธีการวิจัย	ขั้นตอนการวิจัย	การดำเนินการวิจัย
ช่วงที่ 1 ก่อนเข้าสู่ช่วงปฏิบัติการ	1. ร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ร่วมกับการแทรกแซงกิจกรรมจิตวิทยาเชิงบวก	1. ทบทวนแนวคิดพลังสุขภาพจิต, ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย, แนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก 2. ข้อนค้นพบในระยะที่ 1 กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิต
	2. ศึกษาสถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ	คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก 12 คน และ อสม. 4 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือก
	2.1 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ	ประเมินพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 12 คน ด้วยแบบวัดที่สร้างจากการวิจัยระยะที่ 1
	2.2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ	ทดสอบด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	2.3 ผลการวิจัยเชิงปริมาณ: ระดับพลังสุขภาพจิต	ผลลัพธ์นำไปใช้เปรียบเทียบในช่วงปฏิบัติการ
	2.4 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ	สนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลหลัก 12 คน และ อสม. 4 คน
	2.5 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	1. จัดระเบียบข้อมูลโดยการถอดเทปแบบคำต่อคำ 2. วิเคราะห์เชิงเนื้อหา
	2.6 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ: สถานการณ์ เงื่อนไขการสร้างเสริมพลัง สุขภาพจิต	ผลลัพธ์นำไปใช้ประกอบการพัฒนากิจกรรมในช่วงปฏิบัติการ

ตาราง 14 (ต่อ)

วิธีการวิจัย	ขั้นตอนการวิจัย	การดำเนินการวิจัย
ช่วงที่ 2 ช่วงปฏิบัติการ	วงรอบที่ 1 3. การวางแผน	1. เสนอสถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต และร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตฯ 2. วางแผนปฏิบัติตามกิจกรรม
	4. การปฏิบัติและสังเกต	1. ปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตฯ ตามแผน 2. สังเกตความสนใจ ความร่วมมือ การแสดงความคิดเห็น
	5. การสะท้อนผล	1. ความรู้สึก ประโยชน์ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงกิจกรรมของผู้เข้าร่วม 2. สรุปการปรับปรุงกิจกรรมที่เห็นชอบร่วมกัน
	วงรอบที่ 2 6. การวางแผน	1. เสนอร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตฯ ที่ปรับปรุงแล้ว 2. วางแผนปฏิบัติตามกิจกรรมที่ปรับปรุงแล้ว
	7. การปฏิบัติและสังเกต	1. ปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตฯ ที่ปรับปรุงแล้วตามแผน 2. สังเกตความสนใจ ความร่วมมือ การแสดงความคิดเห็น
	8. การสะท้อนผล	1. ความรู้สึก การนำไปใช้ และข้อเสนอแนะอื่น ๆ 2. ประเมินพลังสุขภาพจิต 3. สรุปรูปแบบพลังสุขภาพจิตฯ ที่เห็นชอบร่วมกัน
	9. รูปแบบพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก	นำผลผลิตไปเผยแพร่

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย (Participant information sheet) และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent form) ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยในวันที่มาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อรับทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยก่อนที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะพิจารณาคัดเลือกผู้สมัครด้วยการสัมภาษณ์รายบุคคล ร่วมกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของกรมสุขภาพจิต ประเมินการทำงานของสมองในด้านปริชาณปัญญา (cognition) (สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. 2557) เพื่อตรวจสอบความพร้อมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการวิจัยครั้งนี้ ในขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการเก็บรวบรวมโดยการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่อาศัยอยู่ในอำเภอดำรงวิทยารจัน จังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งเป็นที่รู้จักของบุคคลทั่วไปในชุมชน การนำข้อมูลไปใช้จึงต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของบุคคล รวมถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น โดยผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้เข้าร่วมวิจัยในการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ และเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ มีการขอให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์และเผยแพร่สู่สาธารณะ ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิตอบหรือไม่ตอบคำถาม รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม พร้อมทั้งชี้แจงว่าผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดใช้เพื่อประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น โดยในรายงานการวิจัยจะไม่เปิดเผยชื่อจริง รวมทั้งสถานที่อยู่อาศัยของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไป หรือจะหยุดการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถติดต่อผู้วิจัยเพื่อขอรับการดูแลช่วยเหลือทางจิตใจได้ตลอดเวลา อีกทั้งหากผู้เข้าร่วมวิจัยแจ้งต่อผู้วิจัย หรือผู้วิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน ซึ่งเป็นผลมาจากระดับภาวะซึมเศร้าที่อาจเพิ่มขึ้นขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะให้ความช่วยเหลือโดยการส่งต่อพบผู้เชี่ยวชาญทันที

ทั้งนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเชิงปฏิบัติการในช่วงสถานการณ์โควิด ผู้วิจัยดำเนินการตามมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ร่วมวิจัยเป็นหลัก กล่าวคือ ผู้วิจัยกำหนดจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยไม่เกิน 20 คน ทุกคนต้องสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ทำกิจกรรมกลุ่ม โดยก่อนเข้าร่วมประชุมกลุ่มทุกครั้งจะมีการคัดกรองอุณหภูมิ พร้อมกับมีเจลแอลกอฮอล์สำหรับล้างมือตั้งไว้ให้ใช้ได้ตลอดเวลา ในระหว่างทำกิจกรรมกลุ่มมีการเว้นระยะห่าง

โดยจัดเก้าอี้ให้นั่งห่างกัน 1 ฟุต ในส่วนของวิธีการวิจัย ผู้วิจัยได้ลดระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้งเหลือ 60 นาที และใช้วิธีการโทรศัพท์สอบถามข้อมูลที่เป็นเพิ่มเติม



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะวิจัย ใช้การวิจัยผสมวิธี (Mixed-methods research) แบบสำรวจตามลำดับ (Sequential exploratory design) (Creswell J. W. 2014) เริ่มจากการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาคุณลักษณะการมีพลังสุขภาพจิต กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อนำมานิยามตัวแปรในการสร้างเครื่องมือวัดพลังสุขภาพจิต และออกแบบร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย จากนั้นดำเนินการต่อด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อสร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) (Kemmis S.; & McTaggart, R. 1988; องค์การ นัยพัฒน์. 2554) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ด้วยกระบวนการปฏิบัติการในสภาพการณ์ที่เป็นจริง เพื่อให้ได้ผลดีมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและเป็นไปได้ตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง

ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามระยะของการศึกษาวิจัย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 1

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นระยะวิจัย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี แบบสำรวจตามตามลำดับ ชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย 2 ข้อ ได้แก่ 1) เพื่อศึกษาคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิต กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการตอบวัตถุประสงค์การวิจัย และ 2) เพื่อสร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอข้อมูลเป็น 2 ส่วนตามลำดับคือ ลำดับที่ 1 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ และลำดับที่ 2 ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

ลำดับที่ 1 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิต กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยแบ่งเนื้อหาการนำเสนอเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลหลัก 2) คุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า 3) กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลในขณะนี้เป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ซึ่งเคยมีภาวะซึมเศร้าโดยแพทย์วินิจฉัยว่ารักษาหายแล้ว จำนวน 6 คน เป็นเพศชาย 3 คน และเพศหญิง 3 คน เป็นผู้ที่เคยประสบเหตุการณ์ทุกข์ใจในชีวิตหรือมีประสบการณ์โดยตรงในการก้าวผ่านความทุกข์ยากไปได้ เป็นผู้ที่มีความพร้อมและยินยอมในการให้ข้อมูลในฐานะผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อเข้าร่วมสนทนากลุ่ม โดยทุกคนผ่านเกณฑ์การประเมินทั้ง 3 แบบ กล่าวคือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ได้คะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึงไม่มีภาวะซึมเศร้า แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ-20) ได้คะแนน 71-79 คะแนน หมายถึงพลังสุขภาพจิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ และแบบทดสอบสภาพสมองเสื่อม (MMSE-Thai 2002) ได้คะแนน 18-23 คะแนน หมายถึงไม่มีภาวะสมองเสื่อม จากผลการสนทนากลุ่มพบว่าผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 คน มีข้อมูลพื้นฐานรายบุคคล ดังนี้

1) ป้าย้อย อายุ 67 ปี สถานภาพสมรส ปัจจุบันอาศัยอยู่กับสามี ลูกชายวัยทำงาน 1 คน และลูกสาววัยทำงาน 1 คน มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง เป็นมา 5 ปี เคยรักษาภาวะซึมเศร้าเนื่องจากเครียด นอนไม่หลับ กังวลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เป็น ปัจจุบันรักษาหายแล้ว ยอมรับได้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง รับรู้สาเหตุของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงของตนเอง และคิดว่าเป็นเรื่องปกติที่คนอื่นเขาเป็นกัน สามารถปฏิบัติตัวและกินยาตามแพทย์สั่ง และควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ จากการสังเกตขณะสนทนากลุ่มพบว่าป้าย้อยมีบุคลิกภาพเป็นคนมองโลกในแง่ดี คิดบวก เป็นผู้ฟังที่ดี และมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกกลุ่ม ในอดีตมีภาวะวิกฤตด้านการเงินเนื่องจากยากจนจึงต้องทำงานหนักกับสามีเพื่อหาเลี้ยงครอบครัวและส่งลูกเรียน ปัจจุบันลูกๆ ใช้งานทำกันหมดแล้วจึงไม่ลำบากเหมือนเมื่อก่อน

“ตอนลูกยังเล็กต้องทำงานรับจ้าง ก็ลำบากเอาการ แต่ก็ต้องทำ จะได้มีเงินให้ลูกไปเรียนหนังสือ” (ป้าอ้อย, 22 มกราคม 2563)

2) ป้าแฟง อายุ 60 ปี สถานภาพสมรส ปัจจุบันอาศัยอยู่กับสามี ลูกชาย ลูกสะใภ้ และหลานชายวัยรุ่น 1 คน มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง เป็นมา 5 ปี เคยรักษาภาวะซึมเศร้าเนื่องจากมีอาการนอนไม่หลับ กังวลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เป็น ปัจจุบันรักษาหายแล้ว ยอมรับได้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง รับรู้สาเหตุของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงของตนเอง และคิดว่าเป็นเรื่องปกติที่คนอื่นเขาเป็นกัน สามารถดูแลตนเองได้และกินยาตามแพทย์สั่ง และควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ จากการสังเกตขณะสนทนากลุ่มพบว่าป้าแฟงมีบุคลิกภาพเป็นคนสู้ชีวิต ไม่คิดมาก คิดบวก ช่างพูดช่างคุย มีมนุษยสัมพันธ์ดี มีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกกลุ่ม เป็นผู้ฟังที่ดี และชอบแสดงความคิดเห็น

ในอดีตมีภาวะวิกฤตจากเหตุครอบครัว สุขภาพ และการเงิน วิกฤตจากเหตุครอบครัวเป็นการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และการที่บุคคลในครอบครัวมีความประพฤติไม่ดี ปัจจุบันสามารถทำใจได้แล้ว คิดว่าอะไรจะเกิดก็ต้องเกิดปล่อยมันไป ภาวะวิกฤตจากเหตุสุขภาพจากการต้องตื่นแต่เช้าไปทำมาหากินจึงไม่ได้กินอาหารเช้าแต่กินเครื่องดื่มชูกำลัง ทำให้เป็นโรคกระเพาะต้องนอนโรงพยาบาล ส่งผลให้ขาดรายได้ประจำ ส่วนภาวะวิกฤตทางการเงิน เนื่องจากยากจนจึงต้องทำงานหนักเพื่อหาเลี้ยงครอบครัวและส่งลูกเรียน

“มันก็มีเสียใจตอนแม่เสีย มันก็ต้องทุกข์ธรรมดานะนะแม่เคยอยู่ด้วยกันมานาน” (ป้าแฟง, 22 มกราคม 2563)

“หลานชายลูกของลูกชาย เกเหมือนกัน ไม่เรียน ติดเพื่อน เรียนไม่จบ พ่อแม่เขาก็เป็นทุกข์ ป้าก็ทุกข์ไปด้วย” (ป้าแฟง, 22 มกราคม 2563)

“พูดถึงความลำบากของฉันนะ อย่างตอนไปทำงานรับจ้างยัดที่นอน ก็ไปแต่มีดแต่ดึก ไม่ทันได้ทำอะไรกินรองท้อง ความที่ท้องว่างแล้วกิน M-150 ทำให้ฉันกระเพาะรวไปนอนโรงพยาบาลมาแล้วทีหนึ่ง” (ป้าแฟง, 22 มกราคม 2563)

“เมื่อก่อนฉันก็ลำบากทำมาหากินทุกวัน หาเงินให้ลูกเรียนเหมือนลูกกาศ ตอนนั้นก็พยายามหาเงินส่งลูกเรียน อยากให้ลูกเข้าเรียนให้จบแล้วมีงานการทำ จะได้ไม่ลำบากเหมือนพ่อแม่” (ป้าแพง, 22 มกราคม 2563)

3) ลุงแก่ อายุ 60 ปี สถานภาพแยกกันอยู่ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ ลูกชายวัยทำงาน 1 คน และลูกสาววัยทำงาน 1 คน เป็นโรคเบาหวานมาประมาณ 14 ปี ช่วงแรกเครียดวิตกกังวลกลัวเป็นโรคร้าย แต่เมื่อรู้สาเหตุที่เป็นโรค รักษาแล้วดีขึ้นจึงคลายกังวล และเป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 5 ปี ไม่วิตกกังวลเพราะรู้สาเหตุของการเป็นโรค รู้วิธีการปฏิบัติตัว เช่น การควบคุมอาหาร การดื่มน้ำตามนัดและการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ปัจจุบันควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่วิตกกังวลเรื่องอาการปวดท้องเรื้อรังเป็นๆ หายๆ หาสาเหตุไม่ได้ แม้จะตรวจพิเศษแล้ว ทำให้คิดมากนอนไม่หลับ รู้สึกเบื่อต้องรักษาอาการซึมเศร้า แต่ปัจจุบันรักษาหายแล้ว เนื่องจากทำใจได้ รู้สึกดีขึ้น และมีอาการปวดท้องนานๆ ครั้ง ทั้งนี้ จากการสังเกตขณะสนทนากลุ่มพบว่าลุงแก่มีบุคลิกภาพเป็นคนจริงจังกล้าพูดกล้าทำ มีจิตใจเด็ดเดี่ยว ใจสู้ ไม่คิดมาก มีลักษณะเป็นผู้นำ ชอบซักถามและแสดงความคิดเห็น

“แต่ที่นี้มานักใจตอนนี่สิ หมอเอาอุจจาระไปตรวจแล้วบอกว่าผมเป็นมะเร็งลำไส้ ส่งผมไปส่องกล้องที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี ก็ไม่เป็น แต่มันมานักใจว่าไม่เป็นแล้วทำไมปวดท้องตลอดเลย ผมคิดทุกวันนี้ว่าปวดท้องด้วยเหตุใด” (ลุงแก่, 22 มกราคม 2563)

นอกจากนี้ ลุงแกยังมีภาวะวิตกกังวลจากปัญหาภายในครอบครัว ได้แก่ ทุกข์ใจกับปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว แต่ก็ไม่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าอีก เนื่องจากสามารถทำใจได้ คิดว่าอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด ไม่คิดมาก

“คือแม่บ้านผมชอบเงินหนีไปหมดล้นกว่าบาท ผมก็คิดว่ามันเอาเงินไปได้ก็ช่างมัน มันก็คงเอาไปได้ไม่ตลอดหรอก ตอนแรกก็โกรธโมโหเป็นธรรมดาครับ พูดไม่ออก บอกไม่ถูก ไม่ทันได้คุยอะไรกัน เขาก็หนีไปแล้ว” (ลุงแก่, 22 มกราคม 2563)

4) บ้าจ๊ีบ อายุ 69 ปี สถานภาพโสด ปัจจุบันอาศัยอยู่กับแม่อายุ 87 ปี หลานชาย วัยรุ่น 1 คน และหลานสาววัยรุ่น 1 คน มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง เป็นมา 3 ปี ยอมรับได้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง รับรู้สาเหตุของการเป็นโรคความดันโลหิตสูงของตนเอง และคิดว่าเป็นเรื่องปกติที่คนอื่นเขาเป็นกัน ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวจากคนใกล้ชิด สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ เคยรักษาภาวะซึมเศร้า เนื่องจากเครียด นอนไม่หลับ กังวลเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็น ประกอบกับเครียดเรื่องหลานสาว วัยรุ่นที่รับผิดชอบดูแลอยู่ ไม่ยอมเรียนหนังสือ บางครั้งคิดมากทำให้รู้สึกเบื่อจนไม่อยากทำอะไร แต่ปัจจุบันรักษาอาการซึมเศร้าหายแล้ว จากการสังเกตขณะสนทนากลุ่มพบว่าบ้าจ๊ีบมีบุคลิกภาพเป็นคนคิดมาก จริงจังมุ่งมั่น มีความรับผิดชอบ และเป็นผู้ฟังที่ดี

ในอดีตมีภาวะวิกฤตจากเหตุการณ์ครอบครัว ได้แก่ การที่บุคคลในครอบครัวมีความประพฤติไม่ดี และเกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว

“ฉันโสด ก็ดูแลแม่ที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย แต่ก็ไม่เป็นปัญหา มีแต่กังวลเรื่องหลาน ฉันรับเลี้ยงหลาน 2 คน พ่อแม่เขาแยกทางกัน มีหลานชายคน หญิงคน คนผู้หญิงจะเกมาก ไม่ยอมเรียน บ้าก็เครียดเพราะหลานสาวเข้ากับญาติพี่น้องไม่ได้ ใครๆ ก็รังเกียจ แต่นี่มันเป็นหลาน แล้วก็รับเลี้ยงเขาแล้ว เราก็ต้องดูแลให้ตลอดรอดฝั่ง ทำให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ก็เตือนทุกอย่าง สอนทุกอย่าง ถ้าเกิดเราไม่เข้าไปยุ่ง ไม่เข้าไปช่วยเขา เขาก็จะยิ่งเติบโตไปใหญ่” (บ้าจ๊ีบ, 22 มกราคม 2563)

5) ลุงกาศ อายุ 67 ปี สถานภาพหม้าย ปัจจุบันอาศัยอยู่กับลูกสาว ลูกเขย หลานชาย 1 คน และหลานสาว 1 คน มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง เป็นมา 2 ปี ไม่เครียดกับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ยอมรับได้ คิดว่าเป็นเรื่องปกติที่คนอื่นเขาเป็นกัน ปัจจุบันสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ เคยรักษาภาวะซึมเศร้าเนื่องจากทุกข์ใจเพราะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักคือภรรยาเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไต ประกอบกับลุงกาศต้องทำมาหาเลี้ยงครอบครัวคนเดียว ทำให้เกิดวิกฤตทางการเงินร่วมด้วย ซึ่งในปัจจุบันรักษาอาการซึมเศร้าหายแล้ว ทั้งนี้ จากการสังเกตขณะสนทนากลุ่มพบว่าลุงกาศมีบุคลิกภาพเป็นคนเฉยๆ เงียบๆ พูดน้อย เป็นผู้ฟังที่ดี และร่วมแสดงความคิดเห็นเป็นระยะ

“ก็เสียใจมากตอนภรรยาผมเสีย ผมดูแลเขามานาน แต่ก็คิดเสียว่ามันถึงเวลาของเขา ไม่ได้มัวคิดถึงกังวลว่าต่อไปเราต้องอยู่คนเดียว เราก็ใช้ชีวิตต่อไป” (ลุงภาศ, 22 มกราคม 2563)

“เมื่อก่อนก็ลำบากต้องทำงานหาเงินส่งลูกเรียน ภรรยาก็เป็นโรคเบาหวาน ความดัน หัวใจ ไต หลายโรค ก็ต้องทำมาหากินคนเดียว” (ลุงภาศ, 22 มกราคม 2563)

6) ลุงแป้ว อายุ 67 ปี สถานภาพสมรส ปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยา ไม่มีบุตร มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง เป็นมา 2 ปี ไม่เคยติดกับการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ยอมรับได้ รู้วิธีการปฏิบัติตัว เช่น การควบคุมอาหาร การควบคุมอารมณ์ และการออกกำลังกาย ปัจจุบันสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ เคยรักษาภาวะซึมเศร้าเนื่องจากในอดีตมีภาวะวิกฤตจากการทำงาน เครียดเรื่องงานที่รับผิดชอบเป็นประธานกรรมการตลาด ทำให้คิดมากจนนอนไม่หลับ ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ปัจจุบันรักษาภาวะซึมเศร้าหายแล้ว ทำให้ได้คิดว่าต้องสู้ต่อไป ทั้งนี้ จากการสังเกตขณะสนทนากลุ่มพบว่าลุงแป้วมีบุคลิกภาพเป็นคนจริงจังมุ่งมั่น มีความรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเอง และสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างมีเหตุมีผล

“เรื่องที่มันหนักใจ ทุกข์ใจก็คือถูกแจ้งความหมิ่นประมาท ผมเป็นประธานกรรมการตลาด เขาฟ้องหมิ่นประมาทประธานกับกรรมการ เรื่องที่พวกผมไปติดป้ายไว้นิลที่หน้าร้านค้าของเขาเรื่องทิ้งขยะและปล่อยน้ำเสียในที่สาธารณะ ทำให้เขาเสื่อมเสียชื่อเสียง ผมเป็นประธานก็ต้องรับผิดชอบต่อเรื่องคดีความ” (ลุงแป้ว, 22 มกราคม 2563)

สรุปข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 6 คน แสดงดังตาราง 15

ตาราง 15 สรุปข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ชื่อ สมมติ	อายุ (ปี)	สถานภาพ	โรคประจำตัว	บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ปัจจุบัน	เหตุการณ์วิกฤตในชีวิต
ป้าย้อย	67	สมรส	ความดันโลหิตสูง	สามี, ลูกชาย 1 คน, ลูก สาว 1 คน	วิกฤตจากเหตุการณ์เงิน
ป้าแพง	60	สมรส	ความดันโลหิตสูง	สามี, ลูกชาย, ลูกสะใภ้ , หลานชาย 1 คน	วิกฤตจากเหตุครอบครัว วิกฤตจากเหตุการณ์เงิน วิกฤตจากเหตุสุขภาพ
ลุงแก่	60	แยก	เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง	ลูกชาย 1 คน, ลูกสาว 1 คน	วิกฤตจากเหตุครอบครัว วิกฤตจากเหตุสุขภาพ
ป้าจิบ	69	โสด	ความดันโลหิตสูง	แม่, หลานชาย 1 คน, ลูกสาว 1 คน	วิกฤตจากเหตุครอบครัว
ลูกาศ	67	หม้าย	ความดันโลหิตสูง	ลูกสาว, ลูกเขย, หลานชาย 1 คน, หลานสาว 1 คน	วิกฤตจากเหตุครอบครัว วิกฤตจากเหตุการณ์เงิน
ลุงแป้ว	67	สมรส	ความดันโลหิตสูง	ภรรยา	วิกฤตจากการทำงาน

2. คุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในประเด็นคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเด็น ได้แก่ 1) เหตุการณ์วิกฤตในชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และ 2) คุณลักษณะของพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า มีรายละเอียดดังนี้

2.1 เหตุการณ์วิกฤตที่พบในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใดกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่มักเกิดขึ้นโดยไม่คาดฝันและต้องการการตอบสนองอย่างรวดเร็ว เหตุการณ์วิกฤตจะรบกวนชีวิตที่ดำเนินอยู่ตามปกติ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนและมีความตึงเครียด พบว่าเหตุการณ์วิกฤตที่พบในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 ประเด็นดังนี้

2.1.1 วิกฤตจากเหตุครอบครัว หมายถึง พัฒนาการของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวหรือบุคคลในครอบครัวในระยะเวลาหนึ่งแล้วปล่อยให้เหตุการณ์นั้นดำเนินไปในทิศทางที่ก่อให้เกิดความเสียหายหรือเป็นอันตรายมากขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งวิกฤตจากเหตุครอบครัวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามี 3 หัวข้อย่อย ได้แก่

2.1.1.1 ทุกข์ใจเพราะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หมายถึง ประสบการณ์ความโศกเศร้าอาลัยจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบความคิด ความรู้สึก และการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ

“ก็เสียใจมากตอนภรรยาผมเสีย ผมดูแลเขามานาน ก็คิดเสียว่ามันถึงเวลาของเขา ไม่ได้มัวคิดกังวลว่าต่อไปเราต้องอยู่คนเดียว เราก็ใช้ชีวิตต่อไป” (ลุงกาศ, 22 มกราคม 2563)

“มันก็มีเสียใจมากตอนแม่เสีย มันก็ต้องทุกข์ธรรมดาเนอะแม่เคยอยู่กับเรามา” (ป้าแพง, 22 มกราคม 2563)

2.1.1.2 ทุกข์ใจกับความประพฤติของสมาชิกในครอบครัว หมายถึง ความไม่สบายใจกับความประพฤติของสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เช่น ความไม่สบายใจเพราะหลานที่เลี้ยงดูอยู่ประพฤตินั้นไม่เหมาะสม

“ฉันโสดไม่ต้องกังวลเรื่องสามีหรือลูก มีแต่กังวลเรื่องหลาน ฉันรับเลี้ยงหลาน 2 คน พ่อแม่เขาแยกทางกัน มีหลานชายคน หญิงคน คนผู้หญิงจะเกมาก ไม่ยอมเรียน ก็จะเครียดกังวลทุกครั้งที่นี่ถึง” (ป้าจิบ, 22 มกราคม 2563)

“หลานชายลูกของลูกชาย เกเหมือนกัน ไม่เรียน ติดเพื่อน เรียนไม่จบ พ่อแม่เขาก็เป็นทุกข์ ป้าก็ทุกข์ไปด้วย” (ป้าแพง, 22 มกราคม 2563)

2.1.1.3 ทุกข์ใจกับปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว หมายถึง ประสบการณ์ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

โดยที่สมาชิกภายในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ที่ขัดกัน เช่น มีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ไม่รับรู้หรือไม่เข้าใจความรู้สึกของอีกฝ่ายหนึ่ง การสื่อสารที่ไม่เข้าใจกันหรือมีบทบาทที่ไม่สอดคล้องกัน เป็นต้น ซึ่งความขัดแย้งนี้อาจนำไปสู่ความสัมพันธ์ที่แตกหักได้ หากสมาชิกภายในครอบครัวไม่พยายามเข้าใจซึ่งกันและกัน หรือไม่ร่วมมือกันหาทางเลือกที่ดีในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

“บ๊าก็เครียดเพราะหลานสาวเข้ากับญาติพี่น้องไม่ได้ ใครๆ ก็รังเกียจ แต่นี่มันเป็นหลาน แล้วเราก็รับเลี้ยงเขาแล้ว เราก็ต้องดูแลให้ตลอดรอดฝั่ง ทำให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ก็เดือนทุกอย่าง สอนทุกอย่าง ถ้าเกิดเราไม่เข้าไปยุ่ง ไม่เข้าไปช่วยเขา เขาก็ยิ่งจะเติบโตไปใหญ่” (ป้าจิบ, 22 มกราคม 2563)

“แม่บ้านผมชอบเงินหนี้ไปหมดล้านกว่าบาท ผมก็คิดว่ามันเอาเงินไปได้ก็ช่างมัน มันก็คงเอาไปได้ไม่ตลอดหรอก ตอนแรกก็โกรธโมโหเป็นธรรมดาครับ พูดไม่ออก บอกไม่ถูก ไม่ทันได้คุยอะไรกัน เขาก็หนีไปแล้ว” (ลุงแก่, 22 มกราคม 2563)

2.1.2 วิกฤตจากเหตุสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นมีผลกระทบกับร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า นอกเหนือจากภาวะปกติซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่คาดคิดมาก่อน จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม พบว่าเหตุการณ์วิกฤตจากเหตุสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า คือความทุกข์ใจเพราะอาการเจ็บป่วย

“ทีนี้มาหนักใจตอนนี้สิ หมอเอาอุจจาระไปตรวจแล้วบอกว่าผมเป็นมะเร็งลำไส้ ส่งผมไปส่องกล้องที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี ก็ไม่เป็นอะไร แต่มันมาหนักใจว่าไม่เป็นอะไรแล้วทำไมปวดท้องตลอดเลย ผมก็คิดทุกวันว่าปวดท้องด้วยเหตุใด” (ลุงแก่, 22 มกราคม 2563)

“พูดถึงความลำบากของฉันนะ อย่างตอนไปทำงานรับจ้างยัดที่นอน ก็ไปแต่มีดแต่ดึก ไม่ทันได้หาอะไรกินรองท้อง ความที่ท้องว่างแล้วกิน M-150 ทำให้ฉันกระเพาะรั่วไปนอนโรงพยาบาลมาเที่ยวหนึ่งแล้ว ฉันก็เครียดที่ทำงานไม่ได้หลายวัน ดีที่พวกบ้านฉันยังหาเงินได้” (ป้าแพง, 22 มกราคม 2563)

2.1.3 วิกฤตจากเหตุการณ์เงิน หมายถึง การประสบปัญหาการเงินภายในครอบครัว และการมีหนี้สินเพราะการเงินของครอบครัวอยู่ในสภาพไม่คล่องมือ จากการที่ค่าใช้จ่ายในครอบครัวมีมากขึ้น จากการสนทนากลุ่มมีความเห็นพ้องตรงกันของสมาชิกกลุ่มถึงภาวะวิกฤตจากเหตุการณ์เงินว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีความทุกข์ยากลำบากจากการหาเงินเพื่อมาใช้จ่ายในครอบครัว

“เมื่อก่อนลำบากมากต้องทำงานหาเงินส่งลูกเรียน ภรรยาที่เป็นโรคเบาหวาน ความดัน หัวใจ ไต หลายโรค ก็ต้องทำมาหากินคนเดียว” (ลุงกาศ, 22 มกราคม 2563)

“ส่วนฉันต้องทำมาหากินส่งลูกเรียนเหมือนลุงกาศ ตอนนั้นก็พยายามหาเงินส่งลูกเรียน อยากให้ลูกได้เรียนจบมีงานการทำ จะได้ไม่ลำบากเหมือนพ่อแม่ เวลาไม่มีเงินก็เบิกเงินจากเฮียที่เป็นนายจ้าง แล้วก็ทำให้เขาไป เฮียก็ใจดีให้ทุกครั้ง” (ป้าแพง, 22 มกราคม 2563)

“เมื่อก่อนฉันก็มีอาชีพรับจ้างเหมือนกัน เครียดมาก ลำบาก ต้องทำงานส่งลูกเรียนเหมือนกัน” (ป้า้อย, 22 มกราคม 2563)

2.2 คุณลักษณะของพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ลักษณะของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่สามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤตในชีวิต และสามารถปรับตัวกลับสู่สภาพเดิมได้หลังจากประสบเหตุการณ์วิกฤต แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) ลักษณะนิสัยของฉัน 2) ความสามารถของฉัน และ 3) ที่พึ่งของฉัน โดยมีสาระสำคัญดังนี้

2.2.1 ลักษณะนิสัยของฉัน หมายถึง ลักษณะภายในของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่ทำให้สามารถฟื้นตัวหลังจากเผชิญเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต โดยเป็นความรู้สึก ทศนคติ และความเชื่อภายในตนเอง ที่แสดงออกมาจนเกิดเป็นความเคยชินในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การมีความรับผิดชอบอันแสดงออกมาผ่านการรู้หน้าที่ของตนเอง และยอมรับผลจากการกระทำของตนเอง มีความอดทนสู้จากการที่มีจิตใจเข้มแข็งและไม่ยอมแพ้ สามารถยอมรับสัจธรรมของชีวิตได้ด้วยการปล่อยวางและไม่คิดมาก สามารถพึ่งตนเองได้และพึ่งพอใจในสิ่งที่ตนมี แบ่งเป็น 5 ลักษณะดังนี้

2.2.1.1 การมีความรับผิดชอบ หมายถึง การแสดงออกผ่านการรู้หน้าที่ของตนเอง และยอมรับผลจากการกระทำของตนเอง ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่มที่มีความรับผิดชอบในหน้าที่ทางครอบครัวและสังคม ดังนี้

“ป้าโสดก็รับเลี้ยงหลานไป แต่ก็มาเครียดเพราะหลานสาวเกเข้ากับญาติพี่น้องไม่ได้ ใครๆ ก็รังเกียจไม่ชอบ แต่นี่มันเป็นหลาน แล้วก็รับเลี้ยงเขาแล้ว เราก็ต้องดูแลเขาให้ตลอดรอดฝั่ง ทำให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้” (ป้าจ๊ีบ, 22 มกราคม 2563)

“ผมมาคิดได้ว่าที่ผ่านมาผมคงทำอะไรผิดไปไม่ถูกใจภรรยาหลายๆ เรื่อง แล้วเขาคงทนมานาน พอถึงเวลาเขาก็ไป ก็ต้องยอมรับผลของมัน ไม่โทษตัวเองและเขาด้วย” (ลุงแก่, 22 มกราคม 2563)

“ประธานกรรมการตลาดก็ต้องเป็นตัวแทนทำหน้าที่เอาเรื่องของผู้เช่าแผงร้านค้า ฟ้องร้องกรรมการไปปรึกษาหารือกับเจ้าของตลาดก่อนที่จะดำเนินการอะไรต่อไป” (ลุงแป้ว, 22 มกราคม 2563)

“ผมคิดว่าเราทำถูกแล้วเรื่องการรักษาความสะอาดของตลาด แต่เราพลาดตรงไปติดป้ายหน้าร้านเขาเท่านั้น เขาก็เลยฟ้อง เราก็ต้องยอมรับในการกระทำของเรา” (ลุงแป้ว, 22 มกราคม 2563)

2.2.1.2 ความอดทนสู้ หมายถึง การยอมรับสภาพความทุกข์ยากลำบากหรือภาวะวิกฤตในชีวิต โดยการมีจิตใจที่เข้มแข็งและไม่ยอมแพ้ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่มที่ต้องอดทนสู้ชีวิตเพื่อครอบครัว และบางคนก็พยายามก้าวผ่านภาวะวิกฤตในการทำงานไปได้

“ถึงแม้ภรรยาผมจะเสียชีวิตไปก่อน ผมก็ไม่ได้มัวคิดกังวลว่าต่อไปเราต้องอยู่คนเดียว เราก็สู้ชีวิตต่อไป เราต้องเข้มแข็ง เพราะเราเป็นเสาหลักของบ้านต้องทำมาหากินเลี้ยงลูกต่อไป” (ลุงทศ, 22 มกราคม 2563)

“ฉันคิดว่าอดทนทำงานรับจ้างไปก็เพื่ออนาคตที่ดีของคุณ เหนื่อยแค่ไหนก็ต้องสู้ จะได้มีเงินมาให้ลูกใช้จ่ายไม่เดือดร้อน” (ป้าอ้อย, 22 มกราคม 2563)

“เราสู้ด้วยกฎหมายเพราะว่าเราคณะกรรมการตลาดไม่ได้ตั้งใจ เรา รู้เท่าไม่ถึงการณ์ เราจึงเอาป้ายไปแขวนเตือนหน้าร้านเขาเรื่องการรักษาความสะอาดของตลาด และถ้าเรายอมแพ้เราก็จะเสียเงินเยอะ อันนี้เราก็ต้องสู้” (ลุงแป้ว, 22 มกราคม 2563)

2.2.1.3 การยอมรับสัจธรรมของชีวิต หมายถึง การไม่ยึดติด ไม่ยึดมั่นถือมั่น ปล่อยให้เป็นไปตามเหตุปัจจัยหรือตามกรรมกำหนดของทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยการปล่อยวางและไม่คิดมาก ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่มที่ปล่อยวางกับเหตุการณ์วิกฤตของตนเองหรือครอบครัว ดังนี้

“อาการปวดท้องของผมเป็นๆ หายๆ ไปตรวจ หมอก็ว่าไม่เป็นอะไร ทุกวันนี้ก็เลย คิดว่ามันจะเป็นโรคอะไรก็เป็นไป อะไรมันจะเกิดก็ต้องเกิด คิดซะว่าคนเราเกิดมาก็มีโรคภัยไข้เจ็บ กันทุกคน” (ลุงแก่, 22 มกราคม 2563)

“ผมดูแลภรรยามานานตั้งแต่เขาป่วยจนเสียชีวิต มันก็เสียใจมากอยู่แล้ว แต่ก็คิด เสียว่ามันถึงเวลาของเขาที่เขาต้องไป เราทำให้เขาเต็มที่แล้ว คนที่อยู่ก็สู้ต่อไป เดี่ยวก็ถึงเวลาของเราบ้างไม่ช้าก็เร็ว” (ลุงกาศ, 22 มกราคม 2563)

“มันก็ต้องทำใจที่แม่เสียไป มันก็ต้องทุกข์ธรรมดาเนาะแม่เคยอยู่กับเรา แต่มันก็เป็นธรรมชาติของชีวิต มีเกิดแก่เจ็บตาย แล้วพอนานๆ ไปก็ทำใจได้มากขึ้นความเสียใจมันก็จะจางไปเอง” (ป้าแพง, 22 มกราคม 2563)

“ผมคิดว่าภรรยาผมเอาเงินไปได้ก็ช่างมัน ผมไม่ยึดติด หาใหม่ได้ ถือว่าทำบุญ คิดซะอย่างนั้นก็สบายใจ ครั้งนี้ผมถือเป็นบทเรียนชีวิต ต่อไปไม่ไว้ใจใครง่ายๆ สิ่งที่มาเกิดขึ้นมาแล้ว เราก็ต้องยอมรับ” (ลุงแก่, 22 มกราคม 2563)

2.2.1.4 การพึ่งตนเอง หมายถึง ความสามารถและความพยายามในการดำรงตนอยู่ได้อย่างอิสระ มั่นคง สมบูรณ์ เป็นความสามารถในการพึ่งตนเองได้ ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่มที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง และนำคำสอนของบุคคลสำคัญที่เคารพนับถือมาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ดังนี้

“ที่ผ่านมามผมอยู่ได้ด้วยตัวเอง ทำมาหากินด้วยตัวเอง ไม่มีหนี้สิน ไม่ได้พึ่งพาใคร ไม่ได้เดือดร้อน เพราะผมเคารพตามคำของพ่อหลวงท่านที่เคยบอกไว้ว่า เราอยู่แต่พอเพียงอย่าไปทะเยอทะยานมาก” (ลุงแก่, 22 มกราคม 2563)

“ผมคิดว่าสิ่งสำคัญก็คือตัวเอง เราต้องช่วยตัวเองก่อนที่จะขอความช่วยเหลือจากคนอื่น มันก็อยู่ที่ตัวเราที่ต้องช่วยตัวเอง ปัญหาของแต่ละคนมันก็แตกต่างกันออกไป เราต้องคิดหาทางแก้ปัญหาเองก่อน” (ลุงแป้ว, 22 มกราคม 2563)

2.2.1.5 ความพอใจในสิ่งที่ตนมี หมายถึง การที่ตนมีเท่าไร ได้เท่าไร ก็ยินดีเท่านั้น แม้คนอื่นจะได้มากกว่า มีมากกว่า ก็ไม่เป็นทุกข์ในสภาวะที่ตนกำลังมีกำลังเป็นหรือได้รับอยู่ เป็นความพึงพอใจในสิ่งที่ตนมี ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่ม ดังนี้

“ผมอยู่กับแฟนไม่มีลูก พ่อแม่ก็เสียชีวิตแล้ว เราก็อยู่ตามอัตภาพ อยู่อย่างสบาย ไม่ได้เดือดร้อน ไม่ยากเข็ญ” (ลุงแป้ว, 22 มกราคม 2563)

“ผมไม่ได้ตั้งเป้าหมายอะไรไว้ใหญ่โต คิดว่าให้ครอบครัวอยู่ได้ มีกินมีใช้ ไม่เจ็บไม่ไข้ก็พอใจแล้ว ทุกวันนี้ผมก็ทำให้ลูกได้มีกินมีใช้ต่อไปข้างหน้า ไม่ถึงขนาดต้องร่ำรวย ไม่ได้เดือดร้อน ไม่ต้องเป็นหนี้เป็นสินใครเป็นใช้ได้” (ลุงแก่, 22 มกราคม 2563)

2.2.2. ความสามารถของฉันทน์ หมายถึง ความสามารถในการคงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะทางสังคมในระหว่างเผชิญเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ทำให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหา ซึ่งเป็นพลังที่มาจากการเรียนรู้ที่จะปรับตัวในการแก้ปัญหาและการควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ จึงทำให้สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งมี 1 ประเด็น ได้แก่

2.2.2.1 ความสามารถในการเผชิญปัญหา หมายถึง ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้ผ่านพ้นอุปสรรคและความทุกข์ยากลำบากโดยไม่ย่อท้อ มีสติในการคิดหาสาเหตุของปัญหา และสามารถควบคุมอารมณ์ได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็วเมื่อเผชิญปัญหาอุปสรรค ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่ม ดังนี้

“ตอนแรกที่เจอว่าภรรยาผมหอบเงินเก็บหนีไป ผมก็โกรธโมโหเป็นธรรมดาครับ พุดไม่ออก บอกไม่ถูก ไม่ทันได้คุยอะไรกัน เขาก็หนีไปแล้ว สักพักผมก็พยายามเรียกสติกลับมา วิยวายไปก็ไม่มีประโยชน์ มันเอากลับคืนมาไม่ได้แล้ว ก็ต้องปล่อยมันไป คิดว่ามันคงเป็นกรรมของเรา ต่อไปก็ต้องหันหน้าตั้งตาทำมาหากินเอาใหม่ เพราะยังมีลูกๆ ที่เราต้องทำมาหาเลี้ยงเขาต่อไป” (ลุงแก่, 22 มกราคม 2563)

“ถ้าวันนี้แก้ปัญหาไม่ได้ก็ต้องมาคิดว่าปัญหามันเกิดจากอะไร พรุ่งนี้ก็ต้องหาทางแก้ไขใหม่ไปเรื่อยๆ มันก็น่าจะมีทางออกจนได้แหละครับ” (ลุงทาส, 22 มกราคม 2563)

“คิดว่าเวลาปัญหาเกิดกับเรา เราก็ต้องค่อยๆ หาวิธีแก้ อย่าไปหนีปัญหา ผมทำอย่างนี้ทุกครั้งที่มีปัญหา แล้วมันก็แก้ได้ทุกครั้ง” (ลุงแป้ว, 22 มกราคม 2563)

2.2.3 ที่พึ่งของฉัน หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นหรือแหล่งประโยชน์ต่างๆ ทางสังคม ได้แก่ การมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ การมีครอบครัวและคนใกล้ชิดให้กำลังใจ และการมีที่พึ่งด้านการเงิน ทำให้ผู้สูงอายุมีพลังใจในการดำเนินชีวิตหลังจากเผชิญเหตุการณ์วิกฤตต่างๆ โดยแบ่งเป็น 3 ประเด็น

2.2.3.1 การมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ หมายถึง การมีเครื่องยึดเหนี่ยวทางใจ มีหลักใจในการนำทางไปสู่กระบวนการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของตนเอง เพื่อให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น สามารถทำใจได้กับเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ความว้าวุ่นใจทุกขใจลดลง ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่มที่ใช้หลักธรรมคำสอนของศาสนาในการช่วยให้เกิดพลังใจ และบรรเทาความเจ็บปวดทรมานร่างกาย ดังนี้

“ช่วงที่มีอาการปวดท้อง ผมก็กินยาแก้ปวด ยาที่หมอให้ แล้วก็พยายามตั้งสติ ทำสมาธิ นึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ มันก็พอจะรู้สึกสบายขึ้นบ้าง ก็จะเบี่ยงเบนบรรเทาอาการปวดลงได้บ้าง” (ลุงแก่, 22 มกราคม 2563)

“ศาสนาอยู่ในใจเราอยู่แล้ว ปกติก็จะสวดมนต์ทุกคืนก่อนนอน และไปถือศีลที่วัดทุกวันพระ ทำแล้วจิตใจสงบมีกำลังใจไปใช้ชีวิตทางโลกต่อ พอแม่เสีย เวลาไปทำบุญก็จะอุทิศส่วนกุศลให้แม่ทุกครั้ง ก็รู้สึกอิมเมสบายใจ” (ป้าแพง, 22 มกราคม 2563)

2.2.3.2 การมีครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นกำลังใจ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากครอบครัวและคนใกล้ชิดให้มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่มที่มีครอบครัวคอยให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือเมื่อประสบภาวะวิกฤต

“หลังจากภรรยาเสียชีวิต เราก็ต้องเข้มแข็งเป็นหลักให้ครอบครัวเพราะต้องทำมาหาเลี้ยงลูกๆ ที่ยังเรียนหนังสืออยู่ ก็มีญาติพี่น้องและลูกๆ คอยปลอบใจให้กำลังใจตลอด” (ลุงภาค, 22 มกราคม 2563)

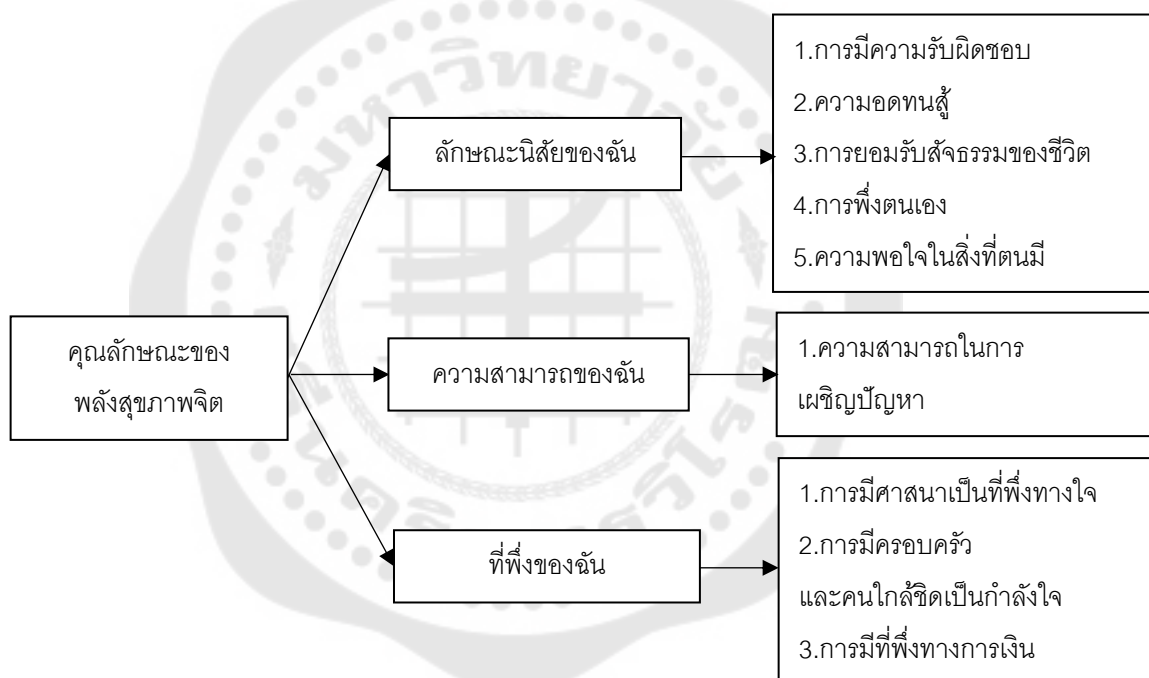
“เมื่อก่อนฉันรับจ้างทำงานหนัก ไปแต่มีดแต่ดึก ไม่ทันได้กินข้าวตอนเช้า กินแต่ M-150 ทำให้ฉันกระเพาะทะลุต้องไปนอนโรงพยาบาล ฉันก็เครียดที่ทำงานไม่ได้หลายวัน แต่พวกบ้านฉันก็พูดให้กำลังใจว่าเขาคนเดียวได้ บอกให้ฉันรักษาตัวให้หายก่อนแล้วค่อยไปทำงาน ฉันก็เบาใจขึ้น” (ป้าแพง, 22 มกราคม 2563)

2.2.3.3 การมีที่พึ่งทางการเงิน หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินในยามจำเป็น ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกกลุ่มที่มีครอบครัวและเจ้านายให้ความช่วยเหลือด้านการเงินเมื่อประสบภาวะวิกฤตด้านการเงิน ดังนี้

“แฟนผมเขาไม่ยุ่งเรื่องงานของผม เขาก็ขายหอยทอดในตลาดไป แต่เขาก็จะคอยถามผมว่ามีเงินใช้ไหมและก็ให้เงินผมใช้ทุกเดือน นี่ก็ให้เงินค่าจ้างทนายด้วย” (ลุงแป้ว, 22 มกราคม 2563)

“เวลาฉันไม่มีเงินให้ลูกใช้ หนูนเงินไม่ทัน ก็เบิกเงินจากเฮียที่เป็นนายจ้าง เฮียก็ดี ให้เงินทุกครั้ง แล้วฉันก็ทำให้เขาไป มันก็เป็นอย่างนี้เกือบทุกเดือนเพราะเงินไม่พอใช้ ก็มีเฮียนี้แหละที่ช่วยฉันทุกครั้ง” (ป้าแพง, 22 มกราคม 2563)

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีคุณลักษณะของพลังสุขภาพจิต 3 ประการที่ทำให้สามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤตในชีวิตไปได้ ซึ่งประกอบไปด้วยลักษณะนิสัยของฉันทัน ความสามารถของฉันทัน และที่พึงของฉันทัน โดยแต่ละองค์ประกอบมีองค์ประกอบย่อยแสดงดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต

3. กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นการดำเนินการที่มีขั้นตอนอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดไว้อย่างเป็นลำดับตั้งแต่เริ่มต้นการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของตนเองจนถึงสิ้นสุดกระบวนการเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตนเองตั้งไว้นั้นคือการมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้นสามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤตในชีวิตไปได้ โดยใช้เวลาและ

ทรัพยากรในการพัฒนาตนเองน้อยที่สุด กล่าวคือสามารถปรับตัวและฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็วเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ยากลำบากหรือเหตุการณ์วิกฤต ซึ่งการกระทำหรือกิจกรรมทางบวกที่ผู้สูงอายุใช้ในการปรับตัวเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิต แสดงออกได้โดยการอดทนสู้แม้อยู่ในภาวะวิกฤต มีความทนทานด้านอารมณ์อย่างต่อเนื่องแม้อยู่ในภาวะกดดัน เพื่อสามารถเผชิญปัญหาในทางบวก โดยมีการเสริมกำลังใจจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อให้สามารถฟื้นคืนสู่ภาวะปกติอย่างรวดเร็วหลังเกิดภาวะวิกฤต และดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุขแม้ว่าจะต้องประสบกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นพฤติกรรมในการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ในเชิงบวก (Positive Outcome) โดยผู้วิจัยทำการศึกษากับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยมีภาวะซึมเศร้าด้วยการสนทนากลุ่มเฉพาะ เพื่อทราบถึงกระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การเพิ่มความมั่นคงทางอารมณ์ โดยการดึงจุดแข็งของตนเองออกมาใช้ปรับเปลี่ยนอารมณ์ มุมมอง และความคิดในเชิงบวกต่อปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤตต่างๆ ไปได้

“เวลานั้นเครียดไม่ว่าเรื่องอะไร ฉันก็จะนั่งเฉยๆ อยู่กับตัวเองสักพัก คิดซะว่าอะไรจะเกิดมันก็ต้องเกิด เราทำเต็มที่แล้ว” (ป้าอ้อย, 22 มกราคม 2563: ยอมรับสัจธรรมของชีวิต)

“สมัยก่อนมีปัญหาเรื่องเงินไม่พอใช้ ฉันก็หางานทำไปเรื่อยกับพ่อเด็ก สู้งานทุกอย่าง ไม่เคยท้อ เราต้องอดทนทำงานจะได้มีเงินไปเลี้ยงครอบครัว” (ป้าแพง, 22 มกราคม 2563: อดทนสู้)

“เวลาเกิดปัญหา สิ่งสำคัญก็คือตัวเอง เราต้องช่วยตัวเองก่อน ก่อนที่จะไปขอความช่วยเหลือคนอื่น” (ลุงแป้ว, 22 มกราคม 2563: พึ่งตนเอง)

“เราก็อยู่ตามอัตภาพ อยู่อย่างสบาย ไม่เดือดร้อน ไม่ยากเข็ญ” (ลุงแป้ว, 22 มกราคม 2563: พอใจในสิ่งที่ตนมี)

“ผมคิดว่าเราทำถูกแล้วเรื่องการรักษาความสะอาดของตลาด แต่เราพลาดตรงไปติดป้ายเตือนหน้าร้านเขาเท่านั้น เขาก็เลยฟ้อง เราก็ต้องยอมรับผิด แต่เราก็ต้องสู้ตามหน้าที่” (ลุงแป้ว, 22 มกราคม 2563: มีความรับผิดชอบ)

จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีวิธีการปรับอารมณ์ของตนเองไม่ให้เครียด และไม่ใช้อารมณ์แก้ปัญหา มีการให้อภัย ไม่โกรธแค้นหรือโกรธเกลียดกัน มีการปรับเปลี่ยนมุมมอง เปลี่ยนความคิดต่อคนและสังคมรอบตัวโดยการค้นหาข้อดีของอีกฝ่าย มองความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องธรรมดาเพราะคิดว่าทุกคนต่างก็มีเหตุผลเป็นของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การเพิ่มความสามารถเผชิญปัญหา เป็นวิธีการหรือทักษะของบุคคลในด้านบวกที่ใช้ในการแก้ปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับวิกฤติในชีวิต หรือเป็นทักษะการปรับความคิดและพฤติกรรมของตนเองในการอดทนต่อปัญหาอุปสรรคต่างๆ และสามารถเผชิญปัญหาอุปสรรคได้ในทางบวก โดยใช้วิธีการมองโลกในแง่ดี

“เมื่อก่อนฉันยากจน ลูกก็ต้องใช้เงินเรียนหนังสือ เงินก็ไม่พอใช้ ต้องไปกู้หนี้ยืมสินเขามา ฉันอาศัยยืมนายจ้างแล้วทำให้เขาไป แล้วก็ประหยัดอดออมเขาก็พออยู่ได้” (ป้าแพง, 22 มกราคม 2563: ความสามารถในการเผชิญปัญหา)

“ผมคิดว่าผมทำไม่ดีกับภรรยา ก่อน เขาจึงหอบเงินเก็บหนีผมไป ผมก็ต้องยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น ก็พยายามตั้งหน้าตั้งตาทำมาหากินหาเอาใหม่ อยู่อย่างพอเพียง ก็ไม่เดือดร้อนอะไร” (ลุงแก่, 22 มกราคม 2563: ความสามารถในการเผชิญปัญหา)

“ผมนำเรื่องที่กรรมการตลาดโดนฟ้องหมิ่นประมาทไปปรึกษาทนาย เขาก็แนะนำให้ฟ้องกลับ เราสู้เพราะว่าเราไม่ได้ตั้งใจ เรารู้เท่าไม่ถึงการณ์ เราก็เลยต้องสู้ไปตามกระบวนการยุติธรรม ก็แก้ปัญหาไปตามเหตุที่มันเกิด” (ลุงแป้ว, 22 มกราคม 2563: ความสามารถในการเผชิญปัญหา)

จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุมีการปรับการกระทำและเป้าหมายของตนเองหลังประสบเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต โดยการมุ่งทำมาหากินเพื่อเลี้ยงครอบครัว และใช้ชีวิตอย่างพอเพียง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีการมองปัญหาตามเหตุผลก่อนตัดสินใจเผชิญปัญหาในทางบวก และปรับ

เป้าหมายโดยมองความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องธรรมดาที่ทุกฝ่ายต่างก็มีความคิดเป็นของตัวเอง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถก้าวข้ามปัญหาต่างๆ ไปได้ด้วยดี

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมกำลังใจ โดยการตระหนักว่าตนเองมีที่พึ่งทางใจ และที่พึ่งทางสังคม ด้วยการรับรู้ถึงสิ่งดีๆ ที่มีอยู่รอบตัว เพื่อนำสิ่งดีๆ เหล่านั้นไปใช้ประโยชน์และช่วยเพิ่มกำลังใจในยามที่เผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ

“ปกติก็จะสวดมนต์ทุกคืนก่อนนอน และไปถือศีลที่วัดทุกวันพระ ทำแล้วจิตใจสงบมีกำลังใจไปใช้ชีวิตทางโลกต่อ พอแม่เสีย ก็ทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้แม่ทุกครั้งที่ได้ไปวัด” (ป้าแพง, 22 มกราคม 2563: มีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ)

“ช่วงที่มีอาการปวดท้อง ผมก็กินยาแก้ปวด ยาที่หมอให้ แล้วก็พยายามตั้งใจ ทำสมาธิ นึกถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ มันก็เบี่ยงเบนบรรเทาอาการปวดลงได้” (ลุงแก่, 22 มกราคม 2563 : มีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ)

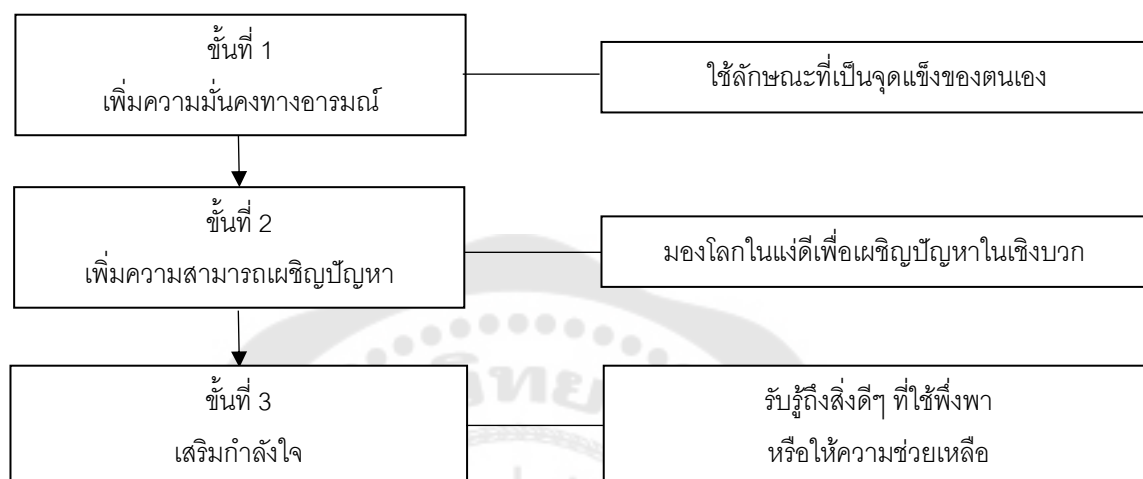
“หลังจากภรรยาเสียชีวิต ก็มีญาติพี่น้องและลูกๆ คอยปลอบใจให้กำลังใจ ทำให้ผมเสียใจได้ไม่นานก็ทำงานหาเงินต่อได้” (ลุงกาศ, 22 มกราคม 2563: มีครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นกำลังใจ)

“ฉันทำงานรับจ้าง ต้องส่งลูกเรียน เงินไม่ค่อยพอใช้ เวลาไม่มีเงินก็จะเบิกเงินจากเฮียที่เป็นนายจ้าง แล้วก็ทำให้เขาไป ทำให้ฉันไม่ค่อยกังวลเรื่องเงินเท่าไร” (ป้าแพง, 22 มกราคม 2563: มีที่พึ่งทางการเงิน)

จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุมีคนที่ไว้ใจได้ในการเสริมสร้างกำลังใจของตนเอง มีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจในการดำเนินชีวิตและใช้บรรเทาอาการเจ็บปวดทางกาย นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีที่พึ่งทางสังคมที่สามารถขอความช่วยเหลือด้านการเงินได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพลังใจในการดำเนินชีวิตเพิ่มขึ้น สามารถก้าวผ่านความทุกข์ยากต่าง ๆ ในชีวิตไปได้ด้วยดี

จากผลการวิเคราะห์กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า การที่ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในอารมณ์ โดยใช้ลักษณะที่เป็นจุดแข็งของตน มีศรัทธาและความเชื่อภายในตนเองในการสามารถเผชิญปัญหาอุปสรรคในทางบวก

จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความหวัง มีกำลังใจในการก้าวผ่านภาวะวิกฤตต่าง ๆ โดยใช้สิ่งดี ๆ ที่มีอยู่รอบตัวในการช่วยเพิ่มกำลังใจ โดยมีขั้นตอนและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ดังภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

เมื่อได้ผลการวิจัยเชิงคุณภาพแล้ว ในลำดับต่อไปผู้วิจัยนำข้อค้นพบเกี่ยวกับองค์ประกอบหลักของพลังสุขภาพจิต 3 ประการ ได้แก่ ลักษณะนิสัยของฉัน ความสามารถของฉัน และที่พึ่งของฉัน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิต เพื่อสร้างเป็นข้อคำถามของแบบวัดพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จากนั้นนำข้อคำถามที่ได้ไปตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดว่ามีคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา (Psychometric properties) ที่ดีหรือไม่ ซึ่งผลการตรวจสอบคุณภาพแบบวัดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า นำเสนอในส่วนถัดไป

ลำดับที่ 2 ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยเชิงปริมาณมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดพลังสุขภาพจิตแบ่งเนื้อหาการนำเสนอเป็นทั้งหมด 3 หัวข้อ ได้แก่ 1) การสังเคราะห์นิยามปฏิบัติการและพัฒนาข้อคำถาม 2) การตรวจสอบคุณภาพแบบวัดเบื้องต้น และ 3) การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ซึ่งก่อนการนำเสนอผลการวิจัยในแต่ละส่วนผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันของการแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังตาราง 16

ตาราง 16 สัญลักษณ์และอักษรย่อในการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์/ อักษรย่อ	แทน
n	จำนวนตัวอย่าง
p	ค่าความน่าจะเป็นในการทดสอบสมมติฐาน
CITC	ค่าสหสัมพันธ์ของคะแนนข้อคำถามนั้นกับคะแนนรวมของข้อคำถามทั้งหมด
χ^2	ค่าสถิติไคแอสควร์
df	ค่าองศาความเป็นอิสระ
χ^2 / df	ค่าสถิติไคแอสควร์สัมพัทธ์
GFI	ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดี
AGFI	ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีที่ปรับแก้แล้ว
SRMR	ดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือในรูปคะแนนมาตรฐาน
RMSEA	ดัชนีความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย
NNFI	ดัชนี Non-Normed Fit Index
CFI	ดัชนีวัดระดับความเหมาะสมพอดีเปรียบเทียบ
λ	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน
SE	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน
t	ค่าสถิติที
R^2	ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณกำลังสอง
A	ลักษณะนิสัยของฉันทัน
B	ความสามารถของฉันทัน
C	ที่พึงของฉันทัน
MH	พลังสุขภาพจิต

1. การสังเคราะห์นิยามปฏิบัติการและพัฒนาข้อคำถาม

ผู้วิจัยสังเคราะห์นิยามปฏิบัติการโดยพิจารณาจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพ และสร้างข้อคำถามจากนิยามปฏิบัติการ โดยผสมกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตของ กรอทเบิร์ก (Grotberg E. H. 1995) ได้นิยามปฏิบัติการดังต่อไปนี้

พลังสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในการฟื้นคืนกลับสู่สภาพเดิมหลังจากประสบเหตุการณ์ทุกข์ทรมานใจในชีวิต โดยเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความคิด และการกระทำของผู้สูงอายุ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1) ลักษณะนิสัยของฉัน หมายถึง คุณลักษณะของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในการฟื้นตัวหลังจากเผชิญเหตุการณ์ทุกข์ทรมานใจ เป็นความเข้มแข็งภายในจิตใจที่แสดงออกมาจนเกิดเป็นความเคยชินในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การมีความรับผิดชอบอันแสดงออกมาผ่านการรู้หน้าที่ของตนเอง และยอมรับผลจากการกระทำของตนเอง มีความอดทนสู่จากการที่มีจิตใจเข้มแข็งและไม่ยอมแพ้ สามารถยอมรับสัจธรรมของชีวิตได้ด้วยการปล่อยวางและไม่คิดมาก สามารถพึ่งตนเองได้ และมีความพอใจในสิ่งที่ตนเองมี

2) ความสามารถของฉัน หมายถึง ความสามารถในการคงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะทางสังคมในระหว่างเผชิญเหตุการณ์ทุกข์ทรมานใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ทำให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาโดยใช้วิธีการคิดวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาและการควบคุมอารมณ์ตนเองได้ จึงทำให้สามารถฟื้นตัวจากอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว

3) ที่พึ่งของฉัน หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเกี่ยวกับการได้รับความสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่นหรือแหล่งประโยชน์ต่างๆ ทางสังคม ได้แก่ การมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ การมีครอบครัวและคนใกล้ชิดให้กำลังใจ และการมีที่พึ่งด้านการเงิน ทำให้ผู้สูงอายุมีพลังใจในการดำเนินชีวิตหลังจากเผชิญเหตุการณ์วิกฤติ

ผู้วิจัยสร้างแบบวัดพลังสุขภาพจิตตามนิยามปฏิบัติการได้ข้อคำถามจำนวน 39 ข้อ จาก 3 องค์ประกอบหลัก และ 9 องค์ประกอบย่อย โดยการวัดองค์ประกอบลักษณะนิสัยของฉันจำนวน 24 ข้อ ความสามารถของฉันจำนวน 6 ข้อ ที่พึ่งของฉันจำนวน 9 ข้อ ข้อคำถามเป็นการสอบถามถึงระดับการรับรู้ด้านความรู้สึก การแสดงออกทางพฤติกรรม และสิ่งที่เป็นที่พึ่งของตนเอง ที่ปรากฏขึ้นตามความเป็นจริงของชีวิต และเป็นแบบมาตรลิเคิร์ตเลือกตอบ 5 มาตรา ได้แก่ จริงมากที่สุด จริงมาก ค่อนข้างจริง จริงบางครั้ง ไม่จริง การให้คะแนนสำหรับคำถามเชิงบวกจำนวน 26 ข้อ ให้ 1 คะแนนสำหรับผู้ตอบไม่จริง จนกระทั่งถึง จริงมากที่สุดให้ 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 13 ข้อ ให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม รายละเอียดดังตาราง 17

ตาราง 17 องค์ประกอบหลักและองค์ประกอบย่อยของแบบวัดพลังสุขภาพจิต

องค์ประกอบหลัก	องค์ประกอบย่อย	จำนวนข้อ	ลักษณะข้อคำถาม	
			เชิงบวก	เชิงลบ
ลักษณะนิสัยของตน	มีความรับผิดชอบ	6	1, 2	3
			4, 5	6
	อดทนสู้	6	7, 8	9
			10, 11	12
	ยอมรับสัจธรรมของชีวิต	6	13, 14	15
			16, 17	18
ความสามารถของตน	พึ่งตนเอง	3	19, 20	21
	พอใจในสิ่งที่มี	3	22, 23	24
	มีความสามารถเผชิญปัญหา	6	25, 26	27
			28, 29	30
ที่พึงของตน	มีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ	3	31, 32	33
	มีครอบครัวและคนใกล้ชิดให้กำลังใจ	3	34, 35	36
	มีที่พึ่งด้านการเงิน	3	37, 38	39

จากนั้นผู้วิจัยนำแบบวัดทั้ง 39 ข้อไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท ตรวจสอบ และภายหลังทำการปรับแก้ตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้วิจัยส่งให้ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา ด้านพฤติกรรมศาสตร์ และด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ท่าน ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามปฏิบัติการ (Item-operational definition congruence: IOC) คัดข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป พบว่ามีจำนวน 15 ข้อ ที่มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.50 -1 ข้อคำถามที่ต้องปรับปรุงซึ่งมีค่า IOC = 0 จำนวน 16 ข้อ และข้อคำถามที่ต้องตัดทิ้งซึ่งมีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 จำนวน 8 ข้อ (รายละเอียดดังภาคผนวก จ) เนื่องจากข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ IOC มีจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงได้นำข้อคำถามที่ต้องปรับปรุงมาปรับประโยคใหม่ตามข้อสังเกตของผู้เชี่ยวชาญ แล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไข ได้ข้อคำถามที่ปรับปรุงแล้วเพิ่มมาอีก 11 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ จากนั้นนำข้อคำถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ และอาจารย์ที่ปรึกษา ไปทดลองใช้กับตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

2. การตรวจสอบคุณภาพแบบวัดเบื้องต้น

ผู้วิจัยนำแบบวัดพลังสุขภาพจิตจำนวน 26 ข้อที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลองใช้กับตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จากสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดสิงห์บุรี ได้ผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดเบื้องต้น ดังนี้

การหาค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่มีข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ โดยการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทุกข้อ (Item Total Correlation) โดยข้อคำถามที่มีค่าสหสัมพันธ์ของคะแนนข้อคำถามนั้นกับคะแนนรวมของข้อคำถามทั้งหมด (Corrected Item-Total Correlation: CITC) น้อยกว่า 0.20 จะถูกตัดออก ผลการวิเคราะห์พบว่า ข้อคำถามที่มีค่า CITC น้อยกว่า 0.20 มีจำนวน 5 ข้อที่ต้องตัดออก ได้แก่ ข้อ a4, a5, a10, c20 และ c26 จึงเหลือข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด 21 ข้อ ดังแสดงในตาราง 18

ตาราง 18 ผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม (Item-Total Statistics)

ข้อที่	CITC	ข้อที่	CITC
a1	0.434	a14	0.585
a2	0.381	b15	0.658
a3	0.381	b16	0.410
a4	0.052	b17	0.624
a5	0.000	b18	0.341
a6	0.259	c19	0.624
a7	0.363	c20	-0.077
a8	0.355	c21	0.640
a9	0.416	c22	0.640
a10	0.000	c23	0.378
a11	0.641	c24	0.640
a12	0.397	c25	0.640
a13	0.527	c26	-0.055

ผู้วิจัยนำข้อคำถามทั้ง 21 ข้อไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบความคงเส้นคงวภายใน (Internal consistency) ของเครื่องมือ ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) (Cronbach L. J. 1951) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้โดยทั่วไปต้องมากกว่า 0.70 และค่าที่มากกว่า 0.90 ถือว่าอยู่ในระดับสูง (Keszei A. P.; Novak, M.; & Streiner, D. L. 2010) โดยพบว่าแบบวัดพลังสุขภาพจิตมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.878 และมีค่าความเชื่อมั่นในแต่ละองค์ประกอบหลัก ดังนี้ 1) ด้านลักษณะนิสัยของฉันทน์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.866 2) ด้านความสามารถของฉันทน์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.725 และ 3) ด้านที่พึงของฉันทน์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.959 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงว่าแบบวัดพลังสุขภาพจิตทั้งฉบับและรายองค์ประกอบมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้สำหรับเครื่องมือวิจัย รายละเอียดค่าความเชื่อมั่นและจำนวนข้อคำถามที่ผ่านการคัดเลือกแล้ว แสดงดังตาราง 19

ตาราง 19 ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพลังสุขภาพจิตฉบับจริง

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค
1. ด้านลักษณะนิสัยของฉันทน์	11	0.866
2. ด้านความสามารถของฉันทน์	4	0.725
3. ด้านที่พึงของฉันทน์	6	0.959
รวมทั้งฉบับ	21	0.878

3. การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดพลังสุขภาพจิตด้วยสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis: CFA) (Morata-Ramírez M. D. L. Á.; & Holgado-Tello, F. P. 2013) โดยทดสอบกับตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 310 คน เพื่อตรวจสอบว่าโมเดลพลังสุขภาพจิตตามสมมติฐานทางทฤษฎีมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ โดยใช้โปรแกรม LISREL 8.72 โดยก่อนทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผู้วิจัยตรวจสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล (Normal Distributions) และตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรแต่ละคู่ (Linear Relationships) ดังนี้

3.1.1 การตรวจสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบลักษณะการแจกแจงข้อมูลแบบปกติของตัวแปรสังเกตได้ 21 ตัว โดยการใช้คำสั่ง Data screening ในโปรแกรม LISREL 8.72 ซึ่งตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 21 ตัวนั้นอยู่ใน 3 องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ด้านลักษณะนิสัยของฉันทัน ความสามารถของฉันทัน และด้านที่พึงของฉันทัน มีรายละเอียดดังนี้

1) ด้านลักษณะนิสัยของฉันทัน (A) ประกอบด้วย 11 ตัวแปรสังเกตได้ ได้แก่ a1) ฉันทันเอาใจใส่รับผิดชอบในภาระหน้าที่ประจำวันของฉันทัน, a2) หากฉันทันทำอะไรผิดพลาด ฉันทันยอมรับปรับปรุงแก้ไข, a3) ฉันทันมีความเข้มแข็งพอที่จะรับมือกับความทุกข์ยากลำบากในชีวิต, a4) ฉันทันมองว่าสิ่งที่เราควบคุมไม่ได้ก็ต้องปล่อยไป, a5) ฉันทันมองว่าเรื่องทุกข์ใจเป็นธรรมชาติของชีวิตที่ทุกคนต้องพบเจอ, a6) ฉันทันทำได้เมื่อมีโรคภัยไข้เจ็บเข้ามาตามวัย, a7) ฉันทันผ่านความลำบากมาได้เพราะฉันทันใช้ชีวิตแบบพออยู่ พอกิน พอใช้, a8) ฉันทันต้องมีคนช่วยทุกครั้งเมื่อจะทำอะไรสักอย่าง, a9) ฉันทันพอใจกับความเป็นอยู่ของฉันทัน, a10) ฉันทันไม่คิดทะเลาะทะเลาะอยากได้อะไรเป็น และ a11) ฉันทันกู้หนี้ยืมสินเพื่อให้มีเงินใช้จ่ายมากขึ้นแม้จะมีเงินพอใช้

2) ด้านความสามารถของฉันทัน (B) ประกอบด้วย 4 ตัวแปรสังเกตได้ ได้แก่ b12) เมื่อฉันทันมีปัญหา ฉันทันคิดหาสาเหตุก่อนแก้ปัญหา, b13) ฉันทันมีวิธีผ่อนคลายความเครียดจากปัญหาที่รุมเร้าเข้ามา, b14) เมื่อฉันทันอยู่ในสถานการณ์ตึงเครียด ฉันทันตั้งสติเพื่อหาทางออก และ b15) เมื่อฉันทันแก้ปัญหาไม่ได้ ฉันทันไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้

3) ด้านที่พึงของฉันทัน (C) ประกอบด้วย 6 ตัวแปรสังเกตได้ ได้แก่ c16) คำสอนของศาสนาทำให้จิตใจฉันทันสงบไม่ฟุ้งซ่าน, c17) เมื่อฉันทันเจ็บป่วย คนในครอบครัวเอาใจใส่ดูแลฉันทัน, c18) ฉันทันได้รับกำลังใจเมื่อได้พูดคุยกับคนในครอบครัว, c19) เมื่อฉันทันมีปัญหา ฉันทันไม่รู้จะเล่าให้ใครฟัง, c20) หากฉันทันไม่สบายทำงานไม่ไหว ฉันทันยังมีนายจ้างช่วยเหลือเรื่องการเงิน และ c21) คนในครอบครัวดูแลภาระค่าใช้จ่ายของฉันทัน หากฉันทันไม่มีรายได้

ผลการตรวจสอบการแจกแจงปกติของข้อมูล พบว่า ตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 21 ตัว จาก 3 องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต มีการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Normal Distribution) โดยมีค่าความเบ้ (Skewness) อยู่ระหว่าง -0.844 ถึง 0.342 และค่าความโด่ง

(Kurtosis) อยู่ระหว่าง -1.057 ถึง -4.267 โดยส่วนใหญ่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั่นคือตัวแปรสังเกตได้ส่วนใหญ่มีความเหมาะสมที่จะนำไปวิเคราะห์หาค่าประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) และเนื่องจากตัวอย่างที่มีขนาดมากกว่า 300 ขึ้นอยู่กับกราฟแสดงค่าของสถิติความถี่และค่าสัมบูรณ์ของความเบ้และความโด่ง โดยข้อมูลที่มีการแจกแจงแบบปกติ จะมีค่าความเบ้อยู่ระหว่าง -2 ถึง +2 และมีค่าความโด่งอยู่ระหว่าง -7 ถึง +7 (Byrne B. M. 2001; นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2555) ซึ่งพบว่าการศึกษานี้มีค่าความเบ้ ไม่เกิน 0.844 (ค่าสัมบูรณ์) และค่าความโด่ง ไม่เกิน 4.267 (ค่าสัมบูรณ์) จึงทำให้ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) ทั้งนี้ ผลการวิเคราะห์จะมีความถูกต้องและแม่นยำเมื่อตัวแปรมีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ แต่หากตัวแปรฝ่าฝืนข้อตกลงนี้จะทำให้ความคลาดเคลื่อนของโมเดลมีค่าต่ำกว่าปกติ (Underestimate) ส่งผลให้โมเดลสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์แบบไม่ถูกต้อง (นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2538; Byrne B. M. 2001) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ตัวแปรสังเกตได้ในการศึกษานี้มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ สามารถนำไปวิเคราะห์หาค่าประกอบเชิงยืนยันได้ แสดงในตาราง 20

ตาราง 20 แสดงการตรวจสอบลักษณะการแจกแจงข้อมูลแบบปกติของตัวแปรสังเกตได้ (n = 310)

ตัวแปร	ค่าความเบ้ (Skewness)	ความโด่ง (Kurtosis)	ค่าไคสแควร์ (Chi-Square)
a1	0.342	-4.267	18.328**
a2	-0.365	-2.300	5.425
a3	-0.743	-3.352	13.027**
a4	-0.688	-2.211	5.364
a5	-0.698	-3.409	12.108**
a6	-0.607	-2.881	8.669*
a7	-0.234	-1.764	3.165
a8	-0.481	-1.297	1.915
a9	-0.679	-1.073	1.613
a10	-0.454	-1.962	4.056
a11	-0.497	-2.404	6.024*
b12	-0.407	-3.345	11.357**
b13	-0.580	-2.953	9.056*

ตาราง 20 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าความเบ้ (Skewness)	ความโด่ง (Kurtosis)	ค่าไคสแควร์ (Chi-Square)
b14	-0.700	-3.233	10.943**
b15	-0.402	-2.992	9.116**
c16	-0.181	-2.331	5.464
c17	-0.254	-2.558	6.610*
c18	-0.823	-1.057	1.795
c19	-0.844	-1.048	1.810
c20	-0.205	-2.685	7.251*
c21	-0.553	-1.984	4.242

**p < 0.01, *p < 0.05

3.1.2 การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ผู้วิจัยทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ โดยนำคะแนนตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 21 ตัวซึ่งอยู่ใน 3 องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Correlation Pearson Product Moment) เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 21 ตัว

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ 21 ตัว พบว่า มีค่าความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.210 - 0.606 ซึ่งจะเห็นได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ ที่ใช้วัดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าทั้ง 3 ด้าน มีค่าไม่เกิน 0.85 แสดงว่าไม่เกิดปัญหาภาวะพหุเส้นตรงร่วม (Multicollinearity) นั่นคือ ไม่มีสหสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรสังเกตได้ มากกว่า 2 ตัว อันเป็นข้อตกลงเบื้องต้นก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2555) ดังนั้นจึงแสดงว่าตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 21 ตัวมีความเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) ได้อย่างแท้จริง จากนั้น ผู้วิจัยจึงทำการตรวจสอบความเหมาะสมของขนาดกลุ่มตัวอย่างและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้วิเคราะห์องค์ประกอบ โดยการคำนวณค่าสถิติ Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Test และ Bartlett's test พบว่า ในแต่ละตัวแปรสังเกตได้มีค่าความพอเพียงของ

การเลือกตัวอย่างโดยรวม (KMO) เท่ากับ 0.955 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าข้อมูลเหมาะสมในการใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบได้ และเมื่อพิจารณาค่าสถิติเมทริกซ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งหมด พบว่า ไม่เป็นเมทริกซ์เอกลักษณะ (Bartlett's test of sphericity: $\chi^2 = 3181.076$, $df = 210$, $p = 0.000$) หมายความว่า ตัวแปรที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์องค์ประกอบครั้งนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Sig < 0.05$) แสดงว่าตัวแปรสังเกตได้มีความสัมพันธ์กันเพียงพอที่จะสามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงในตาราง



ตาราง 21 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้ที่ใช้ในการวิเคราะห์ (n=310)

ตัวแปร	a1	a2	a3	a4	a5	a6	a7	a8	a9	a10	a11	b12	b13	b14	b15	c16	c17	c18	c19	c20	c21
a1	1.00																				
a2	.462**	1.00																			
a3	.444**	.391**	1.00																		
a4	.496**	.431**	.494**	1.00																	
a5	.468**	.396**	.427**	.411**	1.00																
a6	.528**	.527**	.537**	.597**	.439**	1.00															
a7	.455**	.472**	.485**	.529**	.436**	.523**	1.00														
a8	.490**	.453**	.527**	.551**	.463**	.520**	.509**	1.00													
a9	.489**	.510**	.531**	.530**	.471**	.543**	.554**	.584**	1.00												
a10	.505**	.468**	.485**	.540**	.491**	.568**	.520**	.606**	.603**	1.00											
a11	.562**	.511**	.568**	.514**	.505**	.585**	.528**	.586**	.584**	.582**	1.00										
b12	.401**	.338**	.330**	.333**	.361**	.436**	.416**	.404**	.486**	.420**	.380**	1.00									
b13	.394**	.396**	.356**	.387**	.357**	.391**	.414**	.444**	.472**	.444**	.407**	.614**	1.00								
b14	.409**	.406**	.350**	.450**	.382**	.432**	.455**	.454**	.432**	.457**	.392**	.630**	.634**	1.00							
b15	.376**	.403**	.329**	.377**	.321**	.437**	.444**	.392**	.394**	.402**	.366**	.612**	.628**	.640**	1.00						
c16	.279**	.293**	.346**	.343**	.258**	.335**	.261**	.280**	.295**	.342**	.308**	.279**	.302**	.303**	.255**	1.00					
c17	.237**	.249**	.210**	.240**	.224**	.234**	.262**	.249**	.278**	.338**	.265**	.270**	.324**	.314**	.272**	.345**	1.00				
c18	.387**	.349**	.318**	.352**	.313**	.295**	.369**	.376**	.392**	.407**	.401**	.393**	.454**	.424**	.376**	.462**	.433**	1.00			
c19	.325**	.307**	.309**	.373**	.271**	.353**	.301**	.368**	.409**	.406**	.370**	.279**	.403**	.350**	.327**	.523**	.468**	.597**	1.00		
c20	.263**	.224**	.291**	.221**	.254**	.221**	.266**	.254**	.275**	.290**	.277**	.288**	.306**	.294**	.239**	.317**	.348**	.399**	.395**	1.00	
c21	.269**	.246**	.254**	.239**	.227**	.256**	.300**	.316**	.320**	.375**	.286**	.311**	.321**	.338**	.289**	.404**	.377**	.467**	.460**	.400**	1.00

Bartlett's test of sphericity = 3181.076, p = 0.000

Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy = 0.955

**p < 0.01

นอกจากนี้ ในการประมาณค่าพารามิเตอร์ของแบบจำลอง (Parameter estimation from the model) ผู้วิจัยใช้วิธีการประมาณความเป็นไปได้สูงสุด (Maximum Likelihood: ML) ของข้อมูลที่สังเกตได้ ในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยต้องใช้ตัวอย่างขนาดใหญ่ มีการแจกแจงของข้อมูลปกติ และตัวแปรสังเกตมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (Fisher R. A. 1922) ซึ่งการศึกษานี้มีตัวอย่างจำนวน 310 คน มีการแจกแจงข้อมูลปกติ และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ จึงทำการประมาณความเป็นไปได้สูงสุดได้ เพื่อนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

สำหรับการตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดล (Goodness of fit test) กับข้อมูลเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยพิจารณาจากดัชนีความกลมกลืนแบบสมบูรณ์ (Absolute Fit Indexes) ได้แก่ ค่าไค-สแควร์, ค่า CMIN/ DF, ค่า GFI, ค่า AGFI, ค่า SRMR และค่า RMSEA และดัชนีความกลมกลืนเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Fit Indexes) ได้แก่ ค่า NNFI (หรือค่า TLI) และค่า CFI โดยใช้เกณฑ์เปรียบเทียบเพื่อตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดล (นงลักษณ์ วิรัชชัย. 2555)

โดยผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดพลังสุขภาพจิต ด้วยการตรวจสอบความกลมกลืนของผลลัพธ์ในแต่ละองค์ประกอบของโมเดลซึ่งเป็นตัวแปรแฝง ได้แก่ ลักษณะนิสัยของฉันทน์ ความสามารถของฉันทน์ และที่พึ่งของฉันทน์ เพื่อทดสอบโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงกับตัวแปรสังเกตได้ทั้ง 21 ตัว โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่ง (First-order Confirmatory Factor Analysis) และตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลพลังสุขภาพจิตแบบข้อมูลเชิงประจักษ์ในภาพรวม ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง (Second-order Confirmatory Factor Analysis) เพื่อทดสอบว่าองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตทั้ง 3 องค์ประกอบ สามารถวัดพลังสุขภาพจิตในภาพรวมเดียวกันได้หรือไม่ ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

3.2 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่หนึ่ง ของพลังสุขภาพจิตทั้ง 3 องค์ประกอบ

3.2.1 โมเดลการวัดลักษณะนิสัยของฉันทน์

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันตามแบบจำลองสมมติฐาน พบว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าดัชนีทดสอบความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ได้แก่ ค่าไค-สแควร์ (Chi-square: χ^2) มีค่าเท่ากับ 42.97, $p = 0.52$, $df = 44$ นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาจากค่าอื่น ๆ รวมด้วยพบว่า ค่าสถิติไคสแควร์สัมพัทธ์ (Relative Chi-square: χ^2 / df) = 0.976 และมีค่าน้อยกว่า 3 ส่วนค่าดัชนี GFI = 0.98 ค่าดัชนี AGFI =

0.96 ค่าดัชนี NNFI = 1.00 และค่าดัชนี CFI = 1.00 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.90 สำหรับค่าดัชนี SRMR = 0.022 ค่าดัชนี RMSEA = 0.000 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 จากค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลโดยรวมดังกล่าวแสดงว่า โมเดลพหุสมการพหุจิต ด้านลักษณะนิสัยของฉันทน์ มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงดังตาราง 22

ตาราง 22 ค่าดัชนีทดสอบความกลมกลืนของโมเดลการวัดลักษณะนิสัยของฉันทน์กับข้อมูลเชิงประจักษ์

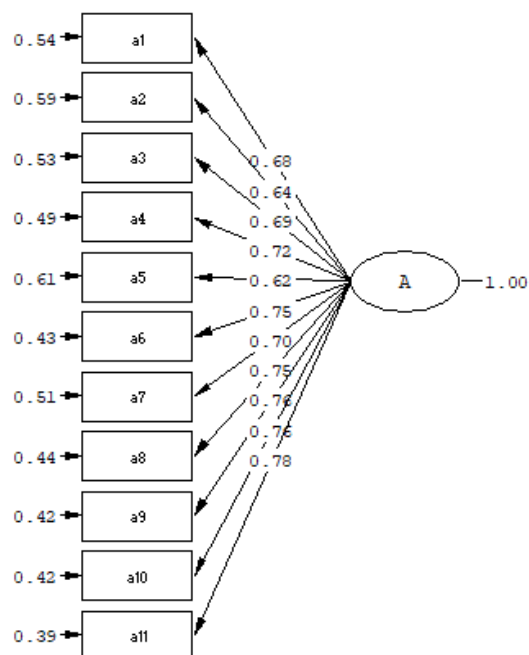
ดัชนีที่ใช้พิจารณา	ค่าที่ได้	เกณฑ์การพิจารณา	การแปลผล
Chi-square (χ^2)	42.97 (p = .52)	>0.05	กลมกลืน
χ^2 / df (CMIN/DF)	0.976	<3	กลมกลืน
GFI	0.98	>0.90	กลมกลืน
AGFI	0.96	>0.90	กลมกลืน
SRMR	0.022	<0.05	กลมกลืน
RMSEA	0.000	<0.05	กลมกลืน
NNFI	1.00	>0.90	กลมกลืน
CFI	1.00	>0.90	กลมกลืน

จากนั้นจึงพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardized Factor Loading: λ) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error: SE) ค่าสถิติที (t) และค่าสหสัมพันธ์พหุคูณ กำลังสอง (Square Multiple Correlation: R^2) โดยพบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวแปรสังเกตได้ ในองค์ประกอบการวัดพหุสมการพหุจิตด้านลักษณะนิสัยของฉันทน์ มีค่าเป็นบวกอยู่ระหว่าง 0.62-0.78 โดยตัวแปรสังเกตได้ที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด คือ a11) ฉันทน์ขี้ขลาดเพื่อไม่ให้เงินใช้จ่ายมากขึ้นแม้จะมีเงินพอใช้ รองลงมาคือ a9) ฉันทน์พอใจกับความเป็นอยู่ของฉันทน์ และ a10) ฉันทน์ไม่คิดทะเลาะเบาะแว้งอยากได้อะไรเป็น โดยมีสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ด้วยองค์ประกอบด้านลักษณะนิสัยของฉันทน์ ร้อยละ 61, 58 และ 58 ตามลำดับ แสดงผลดังตาราง 23 และภาพประกอบ 7

ตาราง 23 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดลักษณะนิสัยของฉันทน์

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกต	λ	SE	t	R ²
ลักษณะนิสัยของ	a1	0.68	-	-	0.46
ฉันทน์	a2	0.64	0.06	12.27**	0.41
	a3	0.69	0.06	13.37**	0.47
	a4	0.72	0.06	14.14**	0.51
	a5	0.62	0.06	11.81**	0.39
	a6	0.75	0.06	15.19**	0.57
	a7	0.70	0.06	13.72**	0.49
	a8	0.75	0.05	15.00**	0.56
	a9	0.76	0.05	15.42**	0.58
	a10	0.76	0.06	15.36**	0.58
	a11	0.78	0.06	15.94**	0.61

**p < 0.01, *p < 0.05



Chi-Square=42.97, df=44, P-value=0.51574, RMSEA=0.000

ภาพประกอบ 7 โมเดลการวัดพลังสุขภาพจิต ด้านลักษณะนิสัยของฉันทน์

3.2.2 โมเดลการวัดความสามารถของฉันทัน

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันตามแบบจำลองสมมติฐาน พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าดัชนีทดสอบความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ได้แก่ ค่าไค-สแควร์ (Chi-square: χ^2) มีค่าเท่ากับ 2.06, $p = 0.36$, $df = 2$ นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาจากค่าอื่นๆ รวมด้วยพบว่า ค่าสถิติไคสแควร์สัมพัทธ์ (Relative Chi-square: χ^2 / df) = 1.03 และมีค่าน้อยกว่า 3 ส่วนค่าดัชนี GFI = 1.00 ค่าดัชนี AGFI = 0.98 ค่าดัชนี NNFI = 1.00 และค่าดัชนี CFI = 1.00 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.90 สำหรับค่าดัชนี SRMR = 0.014 ค่าดัชนี RMSEA = 0.010 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 จากค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลโดยรวมดังกล่าวแสดงว่า โมเดลพลังสุภาพจิต ด้านความสามารถของฉันทัน มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงผลดังตาราง 24

ตาราง 24 ค่าดัชนีทดสอบความกลมกลืนของโมเดลการวัดความสามารถของฉันทันกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ดัชนีที่ใช้พิจารณา	ค่าที่ได้	เกณฑ์การพิจารณา	การแปลผล
Chi-square (χ^2)	2.06 ($p = 0.36$)	>0.05	กลมกลืน
χ^2 / df (CMIN/DF)	1.03	<3	กลมกลืน
GFI	1.00	>0.90	กลมกลืน
AGFI	0.98	>0.90	กลมกลืน
SRMR	0.014	<0.05	กลมกลืน
RMSEA	0.010	<0.05	กลมกลืน
NNFI	1.00	>0.90	กลมกลืน
CFI	1.00	>0.90	กลมกลืน

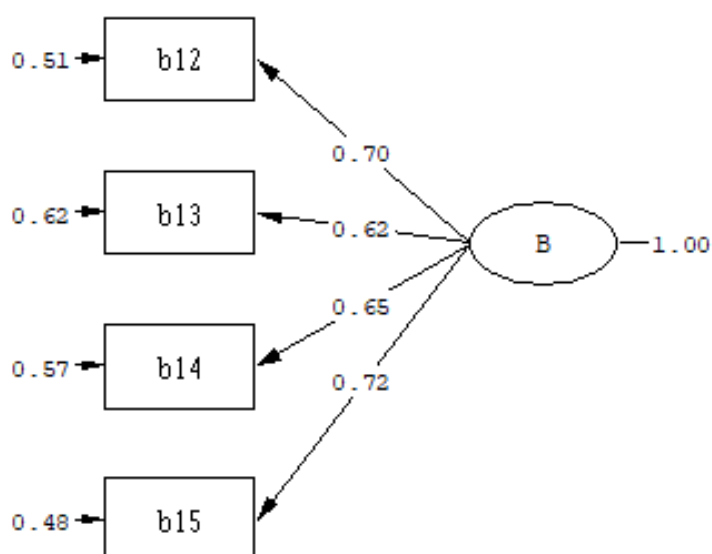
จากนั้นจึงพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardized Factor Loading) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error: SE) ค่าสถิติที (t) และค่าสหสัมพันธ์พหุคูณกำลังสอง (Square Multiple Correlation: R^2) โดยพบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวแปรสังเกตได้ ในองค์ประกอบการวัดพลังสุภาพจิต ด้านความสามารถของฉันทัน มีค่าเป็นบวกอยู่ระหว่าง 0.62-0.72 โดยตัวแปรสังเกตที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด คือ b15) เมื่อฉันทันแก้ปัญหาไม่ได้ ฉันทันไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ รองลงมาคือ b12) เมื่อฉันทันมีปัญหา ฉันทันคิด

หาสาเหตุก่อนแก้ปัญหานั้น และ b14) เมื่อฉันอยู่ในสถานการณ์ตึงเครียด ฉันตั้งใจเพื่อหาทางออก โดยมีสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ด้วยองค์ประกอบด้านความสามารถของฉัน ร้อยละ 52, 49 และ 43 ตามลำดับ แสดงผลดังตาราง 25 และภาพประกอบ 8

ตาราง 25 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดความสามารถของฉัน

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกต	λ	SE	t	R ²
ความสามารถ	b12	0.70	-	-	0.49
ของฉัน	b13	0.62	0.07	10.54**	0.38
	b14	0.65	0.07	11.23**	0.43
	b15	0.72	0.07	12.54**	0.52

**p < 0.01, *p < 0.05



Chi-Square=2.06, df=2, P-value=0.35633, RMSEA=0.010

ภาพประกอบ 8 โมเดลการวัดพลังสุขภาพจิต ด้านความสามารถของฉัน

3.2.3 โมเดลการวัดที่พึงของฉันท

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันตามแบบจำลองสมมติฐาน พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าดัชนีทดสอบความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ได้แก่ ค่าไค-สแควร์ (Chi-square: χ^2) มีค่าเท่ากับ 11.07, $p = 0.27$, $df = 9$ นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาจากค่าอื่นๆ รวมด้วยพบว่า ค่าสถิติไคสแควร์สัมพัทธ์ (Relative Chi-square: χ^2 / df) = 1.23 และมีค่าน้อยกว่า 3 ส่วนค่าดัชนี GFI = 0.99 ค่าดัชนี AGFI = 0.97 ค่าดัชนี NNFI = 1.00 และค่าดัชนี CFI = 1.00 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.90 สำหรับค่าดัชนี SRMR = 0.022 ค่าดัชนี RMSEA = 0.027 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 จากค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลโดยรวมดังกล่าวแสดงว่า โมเดลพลังสุภาพจิต ด้านที่พึงของฉันท มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงผลดังตาราง 26

ตาราง 26 ค่าดัชนีทดสอบความกลมกลืนของโมเดลการวัดที่พึงของฉันทกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ดัชนีที่ใช้พิจารณา	ค่าที่ได้	เกณฑ์การพิจารณา	การแปลผล
Chi-square (χ^2)	11.07 ($p = 0.27$)	>0.05	กลมกลืน
χ^2 / df (CMIN/DF)	1.23	<3	กลมกลืน
GFI	0.99	>0.90	กลมกลืน
AGFI	0.97	>0.90	กลมกลืน
SRMR	0.022	<0.05	กลมกลืน
RMSEA	0.027	<0.05	กลมกลืน
NNFI	1.00	>0.90	กลมกลืน
CFI	1.00	>0.90	กลมกลืน

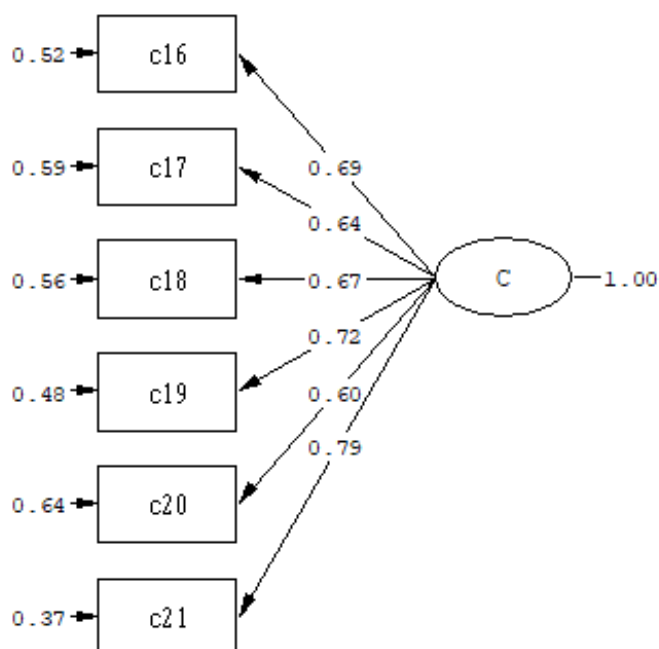
จากนั้นจึงพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardized Factor Loading) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error: SE) ค่าสถิติที (t) และค่าสหสัมพันธ์พหุคูณกำลังสอง (Square Multiple Correlation: R^2) โดยพบว่าค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวแปรสังเกตได้ ในองค์ประกอบการวัดพลังสุภาพจิต ด้านที่พึงของฉันท พบว่า มีค่าเป็นบวกอยู่ระหว่าง 0.60-0.79 โดยตัวแปรสังเกตได้ที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด คือ c21) คนในครอบครัวดูแลภาระค่าใช้จ่ายของฉันท หากฉันทไม่มีรายได้ รองลงมาคือ c19) เมื่อฉันทมีปัญหา ฉันทไม่รู้ว่าอะไรให้ใครฟัง และ c16) คำสอนของศาสนาทำให้จิตใจฉันทสงบไม่ฟุ้งซ่าน โดยมีสัดส่วนความ

แปรปรวนที่อธิบายได้ด้วยองค์ประกอบด้านที่พึงของฉันท ร้อยละ 63, 52 และ 48 ตามลำดับ แสดงผลดังตาราง 27 และภาพประกอบ 9

ตาราง 27 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดที่พึงของฉันท

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกต	λ	SE	t	R ²
ที่พึงของฉันท	c16	0.69	-	-	0.48
	c17	0.64	0.06	11.65**	0.41
	c18	0.67	0.07	12.34**	0.44
	c19	0.72	0.06	13.76**	0.52
	c20	0.60	0.07	10.81**	0.36
	c21	0.79	0.06	15.62**	0.63

**p < 0.01, *p < 0.05



Chi-Square=11.07, df=9, P-value=0.27125, RMSEA=0.027

ภาพประกอบ 9 โมเดลการวัดพลังสุขภาพจิต ด้านที่พึงของฉันท

3.3 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง ของพลังสุขภาพจิต

สำหรับการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดพลังสุขภาพจิตด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง (Secondary-order confirmatory factor analysis) โดยพลังสุขภาพจิต ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ลักษณะนิสัยของฉัน มีตัวแปรสังเกตได้ 11 ตัว 2) ความสามารถของฉัน มีตัวแปรสังเกตได้ 4 ตัว และ 3) ที่พึ่งของฉัน มีตัวแปรสังเกตได้ 6 ตัว รวมตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมด 21 ตัว ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สองตามแบบจำลองสมมติฐาน พบว่า โมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าดัชนีทดสอบความกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ได้แก่ ค่าไค-สแควร์ (Chi-square: χ^2) มีค่าเท่ากับ 161.51, $p = 0.90$, $df = 186$ นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาจากค่าอื่น ๆ ร่วมด้วยพบว่า ค่าสถิติไคสแควร์สัมพัทธ์ (Relative Chi-square: χ^2 / df) = 0.868 และมีค่าน้อยกว่า 3 ส่วนค่าดัชนี GFI = 0.95 ค่าดัชนี AGFI = 0.94 ค่าดัชนี NNFI = 1.00 และค่าดัชนี CFI = 1.00 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.90 สำหรับค่าดัชนี SRMR = 0.028 ค่าดัชนี RMSEA = 0.000 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 จากค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลโดยรวมดังกล่าวแสดงว่า โมเดลพลังสุขภาพจิต มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงผลดังตาราง 28

ตาราง 28 ค่าดัชนีทดสอบความกลมกลืนของโมเดลการวัดพลังสุขภาพจิตกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ดัชนีที่ใช้พิจารณา	ค่าที่ได้	เกณฑ์การพิจารณา	การแปลผล
Chi-square (χ^2)	161.51 ($p = 0.90$)	>0.05	กลมกลืน
χ^2 / df (CMIN/DF)	0.868	<3	กลมกลืน
GFI	0.95	>0.90	กลมกลืน
AGFI	0.94	>0.90	กลมกลืน
SRMR	0.028	<0.05	กลมกลืน
RMSEA	0.000	<0.05	กลมกลืน
NNFI	1.00	>0.90	กลมกลืน
CFI	1.00	>0.90	กลมกลืน

จากนั้นจึงพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (Standardized Factor Loading) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error: SE) ค่าสถิติที (t) และค่าสหสัมพันธ์พหุคูณกำลังสอง (Square Multiple Correlation: R^2) พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน

ของตัวแปรสังเกตได้ ทั้ง 21 ตัว มีค่าเป็นบวกละหว่าง 0.54 - 0.81 โดยมีค่าสถิติของแต่ละองค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ลักษณะนิสัยของฉันทน์ (A) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวแปรสังเกตอยู่ระหว่าง 0.62 - 0.77 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทุกตัว โดยตัวแปรสังเกตได้ที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด คือ a11) ฉันทน์นี้ยืมเงินเพื่อให้มีเงินใช้จ่ายมากขึ้นแม้จะมีเงินพอใช้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน เท่ากับ 0.77 รองลงมาคือ a9) ฉันทน์พอใจกับความเป็นอยู่ของฉันทน์ และ a10) ฉันทน์ไม่คิดทะเลาะเถียงอยากได้อะไรเป็น มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน เท่ากับ 0.76 โดยตัวแปรสังเกตได้ดังกล่าวมีสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ด้วยองค์ประกอบด้านลักษณะนิสัยของฉันทน์ ร้อยละ 60, 58 และ 58 ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 2 ความสามารถของฉันทน์ (B) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวแปรสังเกตได้อยู่ระหว่าง 0.77 - 0.81 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทุกตัว โดยตัวแปรสังเกตได้ที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด คือ b14) เมื่อฉันทน์อยู่ในสถานการณ์ตึงเครียด ฉันทน์ตั้งสติเพื่อหาทางออก มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน เท่ากับ 0.81 รองลงมาคือ b13) ฉันทน์มีวิธีผ่อนคลายความเครียดจากปัญหาที่รุมเร้าเข้ามา มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน เท่ากับ 0.80 และ b15) เมื่อฉันทน์แก้ปัญหาไม่ได้ ฉันทน์ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน เท่ากับ 0.78 โดยตัวแปรสังเกตได้ดังกล่าวมีสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ด้วยองค์ประกอบด้านความสามารถของฉันทน์ ร้อยละ 66, 64 และ 61 ตามลำดับ

องค์ประกอบที่ 3 ที่พึ่งของฉันทน์ (C) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวแปรสังเกตได้อยู่ระหว่าง 0.54 - 0.77 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทุกตัว โดยตัวแปรสังเกตได้ที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด คือ c19) เมื่อฉันทน์มีปัญหา ฉันทน์ไม่รู้จะเล่าให้ใครฟัง มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน เท่ากับ 0.77 รองลงมาคือ c18) ฉันทน์ได้รับกำลังใจเมื่อได้พูดคุยกับคนในครอบครัว ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน เท่ากับ 0.76 และ c16) คำสอนของศาสนาทำให้จิตใจฉันทน์สงบไม่ฟุ้งซ่าน และ c21) คนในครอบครัวดูแลการใช้จ่ายของฉันทน์ หากฉันทน์ไม่มีรายได้ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน เท่ากับ 0.63 โดยตัวแปรสังเกตได้ดังกล่าวมีสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ด้วยองค์ประกอบด้านที่พึ่งของฉันทน์ ร้อยละ 59, 58, 40 และ 39 ตามลำดับ

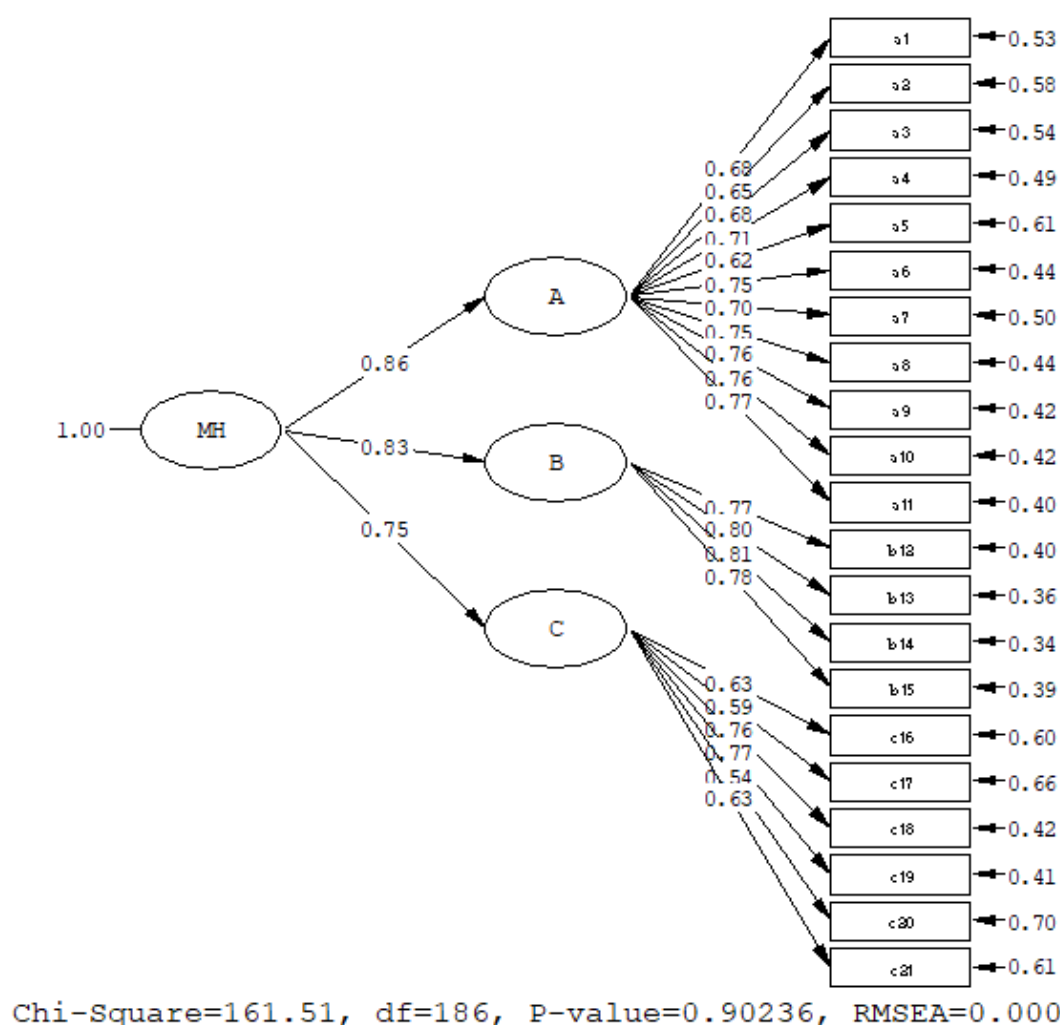
เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวแปรแฝงพลังสุขภาพจิต (MH) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง พบว่า มีค่าเป็นบวกละหว่าง 0.75 - 0.86 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทุกตัว โดยองค์ประกอบที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด

คือ ลักษณะนิสัยของฉันทน์ (A) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน เท่ากับ 0.86 รองลงมาคือ ความสามารถของฉันทน์ (B) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน เท่ากับ 0.83 และที่พึงของฉันทน์ (C) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน เท่ากับ 0.75 โดยแต่ละองค์ประกอบดังกล่าวมีสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ด้วยพลังสหภาพจิต ร้อยละ 73, 68 และ 57 ตามลำดับ แสดงผลดังตาราง 29 และภาพประกอบ 10

ตาราง 29 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดพลังสหภาพจิต

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกต	λ	SE	t	R ²
ลักษณะนิสัยของ ฉันทน์	a1	0.68	-	-	0.47
	a2	0.65	0.08	10.59**	0.42
	a3	0.68	0.09	11.12**	0.46
	a4	0.71	0.08	11.62**	0.51
	a5	0.62	0.09	10.24**	0.39
	a6	0.75	0.09	12.15**	0.56
	a7	0.70	0.08	11.46**	0.50
	a8	0.75	0.08	12.11**	0.56
	a9	0.76	0.07	12.35**	0.58
	a10	0.76	0.08	12.35**	0.58
	a11	0.77	0.08	12.48**	0.60
ความสามารถของ ฉันทน์	b12	0.77	-	-	0.60
	b13	0.80	0.07	14.25**	0.64
	b14	0.81	0.07	14.53**	0.66
	b15	0.78	0.07	13.97**	0.61
ที่พึงของฉันทน์	c16	0.63	-	-	0.40
	c17	0.59	0.11	8.62**	0.34
	c18	0.76	0.11	10.51**	0.58
	c19	0.77	0.11	10.58**	0.59
	c20	0.54	0.11	8.11**	0.30
	c21	0.63	0.11	9.11**	0.39
การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับที่สอง (พลังสหภาพจิต)					
ลักษณะนิสัยของฉันทน์		0.86	-	-	0.73
ความสามารถของฉันทน์		0.83	0.12	8.53**	0.68
ที่พึงของฉันทน์		0.75	0.10	7.53**	0.57

**p < 0.01, *p < 0.05



ภาพประกอบ 10 โมเดลการวัดพลังสุขภาพจิต

จากผลวิเคราะห์ดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือวัดพลังสุขภาพจิต เป็นเครื่องมือที่มีคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา (Psychometric properties) ที่เหมาะสมและดีเยี่ยม โดยมีทั้งค่าอำนาจจำแนกรายข้อที่เหมาะสม มีค่าความเชื่อมั่นในระดับที่สูง และมีการตรวจสอบคุณสมบัติความเที่ยงตรง ทั้งความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง

กล่าวโดยสรุป จากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่รวบรวมได้พบว่า มาตรวัดตัวแปรแฝงทั้ง 3 ตัวแปรที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สอดคล้องเชิงทฤษฎีและข้อกำหนดขั้นต่ำสุดที่ควรจะเป็น สำหรับการใชโมเดล LISREL ในการ

วิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่า เป็นมาตรวัดที่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ทุกมาตรวัด และ น้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตได้ค่อนข้างสูงอยู่ในเกณฑ์ดีมากตามมาตรฐาน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสร้างนิยามปฏิบัติการพลังสุขภาพจิตใหม่ให้สอดคล้องกับแบบวัด พลังสุขภาพจิตที่ได้จากการตรวจสอบคุณสมบัติเชิงจิตมิติโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน อันดับ 2 ดังต่อไปนี้

พลังสุขภาพจิต หมายถึง คุณลักษณะและความสามารถที่มีอยู่ในตัวของ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่สามารถปรับตัวเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤตต่างๆ เช่น ปัญหา สุขภาพ ปัญหาครอบครัว ปัญหาการเงิน และสามารถคงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและ ทักษะทางสังคมในระหว่างที่เผชิญเหตุการณ์วิกฤต โดยมีการรับรู้และขอความช่วยเหลือสนับสนุน จากบุคคลหรือแหล่งประโยชน์ต่างๆ ทางสังคม ทำให้สามารถฟื้นตัวหลังจากเผชิญเหตุการณ์ วิกฤตนั้นได้ ซึ่งพลังสุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความคิด และการกระทำของผู้สูงอายุโรค เรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่สามารถเรียนรู้และพัฒนาได้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ลักษณะนิสัยของฉัน, ความสามารถของฉัน, และที่พึ่งของฉัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ลักษณะนิสัยของฉัน หมายถึง ลักษณะภายในของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ มีภาวะซึมเศร้าที่ทำให้สามารถฟื้นตัวหลังจากเผชิญเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต เป็นความรู้สึก ทศนคติ และความเชื่อภายในตนเอง ที่แสดงออกมาจนเกิดเป็นความเคยชินในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การมีความเอาใจใส่รับผิดชอบในภาระหน้าที่ประจำวันของตนเอง ยอมรับปรับปรุงแก้ไข ข้อผิดพลาดของตนเอง มีความเข้มแข็งพอที่จะรับมือกับความทุกข์ยากลำบากในชีวิต ปล่อยวาง ในสิ่งที่ควบคุมไม่ได้ มองว่าเรื่องทุกข์ใจเป็นธรรมดาของชีวิตที่ทุกคนต้องพบเจอ ทำใจได้เมื่อมี โรคภัยไข้เจ็บเข้ามาตามวัย ใช้ชีวิตแบบพออยู่ พอกิน พอใช้ ไม่กู้หนี้ยืมสินเพื่อให้มีเงินใช้จ่ายมาก ขึ้น พอใจกับความเป็นอยู่ของตนเอง ไม่คิดทะเลาะเบาะแว้งอยากได้อะไรเป็น และสามารถทำอะไร ได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีคนช่วยเหลือทุกครั้ง

2) ความสามารถของฉัน หมายถึง ความสามารถภายในของผู้สูงอายุโรค เรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในการคงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะทางสังคมใน ระหว่างที่เผชิญเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ได้แก่ ความสามารถในการเผชิญปัญหาโดยใช้วิธีการคิด หาสาเหตุก่อนแก้ปัญหา มีวิธีการผ่อนคลายความเครียดจากปัญหาที่รุมเร้าเข้ามา เมื่ออยู่ใน สถานการณ์ตึงเครียด สามารถตั้งสติเพื่อหาทางออก และสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้เมื่อไม่ สามารถแก้ปัญหาได้

3) ที่พึงของฉัน หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เกี่ยวกับการได้รับความสนับสนุนและขอความช่วยเหลือจากบุคคลหรือแหล่งประโยชน์ต่างๆ ทางสังคม ได้แก่ การมีครอบครัวเอาใจใส่ดูแลยามเจ็บป่วย พร้อมทั้งให้กำลังใจและเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหา การมีคนในครอบครัวช่วยเหลือเรื่องการเงิน ดูแลภาระค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุ และการมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจทำให้จิตใจสงบไม่ฟุ้งซ่าน

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย เพื่อพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในแต่ละองค์ประกอบ และนำแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่สร้างขึ้นนี้ ไปใช้ในการประเมินผู้สูงอายุก่อนและหลังทำกิจกรรมในการวิจัยระยะที่ 2 เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ และได้รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เป็นจริงต่อไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยระยะที่ 2

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นระยะพัฒนา ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 คือ เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ด้วยกระบวนการปฏิบัติการในสภาพการณ์ที่เป็นจริง เพื่อให้ได้ผลดีมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและเป็นไปได้ตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง ผู้วิจัยใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิต ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ร่วมกับข้อค้นพบจากการวิจัยระยะที่ 1 ในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ซึ่งมีขั้นตอนของกิจกรรม สื่อการเรียนรู้ และการประเมินผล ที่ทำให้เกิดความสามารถหรือคุณลักษณะภายในเฉพาะบุคคลด้านการคิด อารมณ์ และสังคม ในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยมุ่งเน้นความร่วมมือในการพัฒนาและเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของตนเอง ผ่านการเปลี่ยนแปลงแบบแผนทางความคิดและการปฏิบัติร่วมกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ร่วมวิจัย

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอข้อมูลเป็น 2 ช่วง คือ

ช่วงที่ 1 ก่อนเข้าสู่ช่วงปฏิบัติการ เป็นการศึกษา 1) บริบทของพื้นที่และข้อมูลพื้นฐานผู้ร่วมวิจัย 2) สถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ในเชิงปริมาณและคุณภาพ 3) กระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก

ช่วงที่ 2 ช่วงปฏิบัติการ เป็นผลการดำเนินงานตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ ซึ่งในแต่ละวงรอบประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นวางแผน เป็นการเสนอสถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เสนอรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่ผู้วิจัยร่างขึ้น และผลการวางแผนปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตฯ ส่วนในวงรอบที่ 2 เป็นผลการวางแผนปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2) ขั้นปฏิบัติ และสังเกต เป็นผลการดำเนินงานบรรลุดูวัตถุประสงค์ในแต่ละกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งมีกิจกรรมกลุ่มทั้งหมด 5 ครั้ง

3) ขั้นสะท้อนผล เป็นผลการดำเนินการในกิจกรรมสุดท้ายของขั้นปฏิบัติการ โดยการสรุปและประเมินผลในแต่ละวงรอบ ซึ่งในวงรอบที่ 2 ได้เพิ่มผลการประเมินระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโครงการ

ช่วงที่ 1 ก่อนเข้าสู่ช่วงปฏิบัติการ

1. บริบทพื้นที่ดำเนินการวิจัยและข้อมูลพื้นฐานผู้ร่วมวิจัย

การดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวกครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในพื้นที่อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี มีผู้ร่วมวิจัย จำนวน 16 คน เป็นผู้ที่มีสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมและเต็มใจร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ผู้ร่วมวิจัยแบ่งเป็นผู้ร่วมวิจัยกลุ่ม 1 และผู้ร่วมวิจัยกลุ่ม 2 ซึ่งผู้ร่วมวิจัยกลุ่มแรกทุกคนเป็นตัวแทนจากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 12 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 9 คน เพศชายจำนวน 3 คน และผู้ร่วม

วิจัยกลุ่ม 2 เป็นตัวแทนจากผู้ดูแลคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 4 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 2 คน เพศชายจำนวน 2 คน ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าทุกคนผ่านเกณฑ์การประเมิน 3 แบบ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิต และภาวะสมองเสื่อม โดยผู้สูงอายุมีบทบาทเป็นสมาชิกกลุ่มและเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก มีหน้าที่ในการร่วมทำกิจกรรมกลุ่ม และแสดงความคิดเห็นตลอดโครงการ ส่วน อสม. มีบทบาทเป็นผู้เลี้ยงผู้สูงอายุและเป็นผู้ให้ข้อมูลรอง มีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ กระตุ้น สังเกต และให้กำลังใจผู้สูงอายุตลอดระยะเวลาการทำกิจกรรม รวมทั้งร่วมทำกิจกรรม เพื่อให้กิจกรรมดำเนินไปได้อย่างราบรื่นและสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์ โดยผู้วิจัยจะประชุมเตรียมความพร้อม อสม. ก่อนเริ่มกิจกรรมทุกครั้ง ทั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมกราคม 2565 (วงรอบวิจัยปฏิบัติการที่ 1) และในเดือน กุมภาพันธ์ 2565 (วงรอบวิจัยปฏิบัติการที่ 2) โดยมีรายละเอียดข้อมูลพื้นฐานผู้ร่วมวิจัยกลุ่ม 1 และ 2 ดังนี้

1. ผู้ร่วมวิจัยกลุ่ม 1 เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 12 คน มีอายุระหว่าง 60-69 ปี เป็นผู้หญิง 9 คน ผู้ชาย 3 คน มีสถานภาพสมรส 6 คน โสด 3 คน ม่าย 3 คน เป็นโรคความดันโลหิตสูง 8 คน โรคเบาหวาน 3 คน และเป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน 1 คน แต่ละคนมีเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่เป็นเหตุการณ์วิกฤตจากปัญหาสุขภาพ 6 คน รองลงมาเป็นเหตุการณ์วิกฤตจากปัญหาครอบครัว 5 คน และเหตุการณ์วิกฤตจากปัญหาการงาน 1 คน โดยมีข้อมูลพื้นฐานรายบุคคลดังนี้

1) ลุงเปี้ยก อายุ 60 ปี สถานภาพโสด ปัจจุบันอาศัยอยู่กับพ่อ, แม่, หลานชาย 2 คน, หลานสาว 1 คน ลุงเปี้ยกมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง เป็นมา 5 ปี มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย ($9Q = 7$ คะแนน) มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.67$ คะแนน) รักษาภาวะซึมเศร้าเนื่องจากเครียด นอนไม่หลับ กังวลเกี่ยวกับอาการเดินไม่ได้ ประมาณ 1 ปี ปัจจุบันทำกายภาพบำบัดเองจนดีขึ้นแล้ว แต่ก็ยังกังวลกลัวว่าจะมีอาการเดินไม่ได้ อีก มีอาการเครียด นอนไม่หลับเป็นนาน ๆ ครั้ง แพทย์ปรับลดขนาดยาและยังให้กินยาอยู่ ส่วนการเป็นโรคความดันโลหิตสูงยอมรับได้ คิดว่าเป็นเรื่องปกติของคนทั่วไปเขาเป็นกัน ปฏิบัติตัวและกินยาตามแพทย์สั่ง และควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ จากการสังเกตขณะสนทนากลุ่มพบว่าลุงเปี้ยกมีบุคลิกภาพเป็นคนเงียบขรึม แต่ก็ให้ความร่วมมือแสดงความคิดเห็นและร่วมทำกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี

“ตอนนั้นเดินไม่ได้ ไม่รู้ว่าเพราะอะไร อยู่ๆ ก็เดินไม่ได้ รู้สึกท้อ รู้สึกแย่มากในชีวิต แต่ก็สู้ ได้กำลังใจจากครอบครัว ผมก็ทำราวไม่หัดเดินจนเดินได้ ทุกวันนี้ก็คอยสังเกตอาการตัวเอง กลัวเป็นอีก” (ลุงเปี้ยก, 28 มกราคม 2565)

2) ป้าสาว อายุ 60 ปี สถานภาพม่าย ปัจจุบันอาศัยอยู่กับลูกสาวพิการทางตาและหู 1 คน แต่ช่วยเหลือตัวเองได้ ป้าสาวมีโรคประจำตัวคือเบาหวาน เป็นมา 8 ปี มีภาวะซีมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ($9Q = 16$ คะแนน) มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.52$ คะแนน) รักษาภาวะซีมเศร้าเนื่องจากเครียดลูกประสบอุบัติเหตุแล้วพิการทางตาและหู เป็นห่วงลูก คิดว่าถ้าตัวเองเป็นอะไรไปจะไม่มีใครดูแลลูก ทำให้นอนไม่หลับ และกังวลเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เป็นกลัวเป็นมากแล้วดูแลลูกไม่ได้ แต่ก็ยอมรับได้ว่าเป็นโรคเบาหวาน สามารถดูแลตนเองได้และกินยาตามแพทย์สั่ง และควบคุมเบาหวานได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ จากการสังเกตขณะสนทนากลุ่มพบว่าป้าสาวเป็นคนไม่ค่อยพูด เป็นผู้ฟังที่ดี แต่ก็ให้ความร่วมมือแสดงความคิดเห็นและร่วมทำกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี

“เมื่อ 4 ปีก่อน ลูกมอเตอร์ไซด์ชนกันแล้วพิการตามองไม่ค่อยเห็นหูไม่ค่อยได้ยิน แต่เขาก็พอจะช่วยเหลือตัวเองได้ ตอนนี้เป็นห่วงลูก ถ้าตัวเองเป็นอะไรไปกลัวไม่มีใครดูแล” (ป้าสาว, 28 มกราคม 2565)

3) ป้าเพี้ย อายุ 65 ปี สถานภาพสมรส ปัจจุบันอาศัยอยู่กับสามี, ลูกชาย 2 คน, ลูกสะใภ้ 1 คน, หลานชาย 1 คน ป้าเพี้ยมีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวาน เป็นมา 7 ปี มีภาวะซีมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ($9Q = 13$ คะแนน) มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.38$ คะแนน) รักษาภาวะซีมเศร้าเนื่องจากเครียดเดินไม่ได้ 2 เดือน ทำให้นอนไม่หลับ ปัจจุบันทำกายภาพบำบัดดีขึ้นแล้ว ส่วนโรคเรื้อรังยอมรับได้ว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน สามารถดูแลตนเองได้และกินยาตามแพทย์สั่ง และควบคุมเบาหวานได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ จากการสังเกตขณะสนทนากลุ่มพบว่าป้าสาวเป็นคนอึดยาคดี ข่างพูด ให้ความร่วมมือแสดงความคิดเห็นและร่วมทำกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี

“ฉันปวดเข่า เดินไม่ได้มา 2 เดือน รู้สึกท้อแท้แต่ก็ได้กำลังใจจากครอบครัว และไม่ได้ไปหาหมอหรือก อยู่บ้านฝึกเดินเอง ทำกายภาพด้วยตัวเอง มีลูกๆ ช่วยดูแล” (ป้าเพ็ญ, 28 มกราคม 2565)

4) ป้าเชม อายุ 65 ปี สถานภาพม่าย ปัจจุบันอาศัยอยู่กับลูกสาว 1 คน ป้าเชมมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง เป็นมา 9 ปี มีภาวะซีมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ($9Q = 13$ คะแนน) มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.57$ คะแนน) รักษาภาวะซีมเศร้าเนื่องจากเครียดเป็นมะเร็งปากมดลูก รักษา 2 เดือน หลังผ่าตัดต้องพักฟื้น 1 ปี ทำงานไม่ได้ ทำให้ขาดรายได้ ปัจจุบันรักษามะเร็งปากมดลูกหายแล้ว และแพทย์ยังนัดติดตามอาการ มีความกังวลกลัวว่ามะเร็งจะกลับมาอีก ส่วนโรคเรื้อรังยอมรับได้ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง สามารถดูแลตนเองได้ และกินยาตามแพทย์สั่ง และควบคุมความดันโลหิตได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ จากการสังเกตขณะสนทนากลุ่มพบว่าป้าเชมเป็นอารมณ์ดี ใจเย็น ให้ความร่วมมือแสดงความคิดเห็นและร่วมทำกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี

“ฉันเป็นมะเร็งปากมดลูกตอน พ.ศ.53 ท้อแท้มากคิดว่าจะไม่รอด รักษา 2 เดือน หมอบอกไม่มีเชื้อเพิ่มคะ แล้วก็มารักษาต่อที่บ้านเป็นปีคะ ก็คิดว่าคนอื่นยังไม่ตายเลย เราจะตายทำไมละ ก็สู้คะ คนอื่นเขายังหาย เราก็ต้องหายเหมือนกัน รักษาต่อเนื่องเดี๋ยวก็หาย ก็มีกำลังใจขึ้น” (ป้าเชม, 28 มกราคม 2565)

5) ลุงออด อายุ 63 ปี สถานภาพสมรส ปัจจุบันอาศัยอยู่กับแม่, ภรรยา, ลูกชาย 1 คน, ลูกสะใภ้, หลานชาย 1 คน ลุงออดมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง เป็นมา 12 ปี มีภาวะซีมเศร้าอยู่ในระดับน้อย ($9Q = 9$ คะแนน) มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.90$ คะแนน) รักษาภาวะซีมเศร้าเนื่องจากเครียดปัญหาครอบครัว พ่อป่วยทรมานช่วยเหลืออะไรไม่ได้ เนื่องจากทำงานหาเงินอยู่ต่างจังหวัดและลาไม่ได้ จึงให้ญาติจัดการดูแลทุกอย่างจนบิดาเสียชีวิต แล้วส่งเงินมาใช้หนี้ ปัจจุบันยังนึกเสียใจอยู่ว่าไม่ได้ดูแลพ่อ ไม่ได้มาเฝ้าพ่อ ส่วนโรคเรื้อรังยอมรับได้ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง สามารถดูแลตนเองได้และกินยาตามแพทย์สั่ง และควบคุมความดันโลหิตได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ จากการสังเกตขณะสนทนากลุ่มพบว่าลุงออดเป็นคนเงียบขรึม พูดน้อย ใจเย็น แต่ให้ความร่วมมือแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ มีมุมมองที่กว้างไกลกว่าเพื่อสมาชิก และร่วมทำกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี

“พ่อป่วยมานานเป็นโรคเก๊าท์และก็มีหลายโรค เราช่วยเหลือะไรไม่ได้เพราะทำงานหาเงินอยู่ภูเก็ต ลาก็ไม่ได้ ท้อแท้ ไม่รู้จะทำยังไง สงสารพ่อ ได้โทรขอความช่วยเหลือจากน้ำให้ช่วยพาพ่อไปรักษาให้หน่อย แล้วก็ทำงานใช้หนี้ครับ ตอนนี้พ่อเสียแล้ว ยังนึกเสียใจอยู่ว่าไม่ได้ดูแลพ่อ ไม่ได้มาเฝ้าพ่อ” (ลุงออด, 28 มกราคม 2565)

6) ป้าตุน อายุ 60 ปี สถานภาพม่าย ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ ลูกชาย 1 คน ป้าตุนมีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวาน เป็นมา 15 ปี มีภาวะซีมเศร้าอยู่ในระดับน้อย ($9Q = 8$ คะแนน) มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.00$ คะแนน) รักษาภาวะซีมเศร้าเนื่องจากเครียด ปัญหาสุขภาพ ตาเป็นต้อกระจกทั้ง 2 ข้างมา 3-4 ปี รักษาไปแล้ว 1 ข้าง กังวลเหลืออีก 1 ข้างหมอยังไม่ผ่า ส่วนโรคเรื้อรังยอมรับได้ว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน พยายามควบคุมระดับน้ำตาลไม่ให้สูงเพื่อไม่ให้เบาหวานขึ้นตา กินยาตามแพทย์สั่ง และไปตรวจตามแพทย์นัด จากการสังเกตขณะสนทนากลุ่มพบว่าป้าตุน เป็นคนอหิยาศัยดี ใจเย็น ให้ความร่วมมือแสดงความคิดเห็นและร่วมทำกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี

“ตาเป็นต้อกระจกทั้ง 2 ข้างมา 3-4 ปี เป็นช่วงลูกเรียน รู้สึกท้อแท้แต่ก็ต้องสู้เพื่อลูก เพราะลูกยังเรียนไม่จบ บ้าหาเงินคนเดียวไม่ได้พึ่งใคร เลิกกับพ่อเด็กตั้งแต่อายุ 40 ก็ไม่ค่อยจะให้ลูกลำบาก เพราะเราลำบากพอแล้ว ตอนนี้ก็รักษาตาไปแล้ว 1 ข้าง เหลืออีก 1 ข้างหมอยังไม่ผ่า ก็พยายามคุมน้ำตาลไม่ให้ขึ้นสูง เบาหวานจะได้ไม่ขึ้นตา” (ป้าตุน, 28 มกราคม 2565)

7) ป้าขาว อายุ 60 ปี สถานภาพสมรส ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ สามี, ลูกสาว 1 คน ป้าขาวมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง เป็นมา 10 ปี มีภาวะซีมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ($9Q = 14$ คะแนน) มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.00$ คะแนน) รักษาภาวะซีมเศร้าเนื่องจากเครียดวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของสามีเจอก่อนเนื้อที่ศีรษะกลายเป็นเนื้อร้าย ส่วนโรคเรื้อรังของตนเองยอมรับได้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง พยายามไม่คิดมากเพื่อควบคุมความดันโลหิตไม่ให้สูง กินยาตามแพทย์สั่งและไปตรวจตามแพทย์นัด จากการสังเกตขณะสนทนากลุ่มพบว่าป้าขาวมีสีหน้าวิตกกังวลเมื่อพูดถึงสุขภาพของสามี แต่ก็พูดคุยแสดงความคิดเห็นและร่วมทำกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี

“ห่วงเรื่องสุขภาพของสามีบ้างไม่ค่อยดีค่ะ สามีเป็นเนื้องอกที่ศีรษะ กลัวว่าจะเป็นมะเร็งค่ะ เพิ่งเจอไม่ถึงปี ก็ไปรักษาไปตามที่หมอศูนย์มะเร็งนัดทุกครั้ง แต่ก็ไม่รู้ว่าเป็นอะไรแน่ หมอให้แต่ยามากิน และไปแต่ละครั้งก็มีค่าใช้จ่ายเยอะ” (ป้าขาว, 28 มกราคม 2565)

8) ป้าดาว อายุ 62 ปี สถานภาพสมรส ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ สามี, หลานสาว 2 คน (พิการ 1 คน) ป้าดาวมีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นมา 10 ปี มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ($9Q = 10$ คะแนน) มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.86$ คะแนน) รักษาภาวะซึมเศร้าเนื่องจากเครียดปัญหาสุขภาพเป็นหลายโรค ห่วงลูกหลานถ้าตนเองเป็นอะไรไป แต่ก็ปรับตัวได้กับโรคเรื้อรังที่เป็น สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ กินยาตามแพทย์สั่งและไปตรวจตามแพทย์นัด จากการสังเกตขณะสนทนากลุ่มพบว่าป้าดาวพูดคุยแสดงความคิดเห็นกับเพื่อนสมาชิกอย่างเป็นกันเอง และให้ความร่วมมือทำกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี

“เป็นหลายโรคเลยค่ะ ความดัน เบาหวาน ไขมัน เป็นครบเลยค่ะ ก็นึกเป็นห่วงลูกหลานถ้าตัวเองเป็นอะไรไปจะไม่มีใครดูแล แต่เราก็รักษาต่อเนื่องแล้วก็ดูแลสุขภาพตัวเองด้วยค่ะ” (ป้าดาว, 28 มกราคม 2565)

9) ป้าเฒ่า อายุ 64 ปี สถานภาพสมรส ปัจจุบันอาศัยอยู่กับสามี ไม่มีลูก ป้าเฒ่ามีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง เป็นมา 5 ปี มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ($9Q = 13$ คะแนน) มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.48$ คะแนน) รักษาภาวะซึมเศร้าเนื่องจากเครียดจากปัญหาครอบครัว ดูแลสามีเป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคเก๊าท์ เดินไม่สะดวกมา 1 ปี สามารถปรับตัวกับโรคเรื้อรังที่เป็นได้ และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ โดยกินยาตามแพทย์สั่งและไปตรวจตามแพทย์นัด จากการสังเกตขณะสนทนากลุ่มพบว่าป้าเฒ่าพูดคุยแสดงความคิดเห็นกับเพื่อนสมาชิกอย่างเป็นกันเอง และให้ความร่วมมือทำกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี

“คิดเรื่องแฟนค่ะ ป่วยเป็นกล้ามเนื้ออ่อนแรงค่ะ กับเป็นโรคเก๊าท์ด้วยค่ะ เดินไม่สะดวกมาหลายปี อาการก็ขึ้นๆ ลงๆ เห็นแล้วรู้สึกสงสาร หดหู่ใจ ก็ดูแลเขามาตลอด มีกัน 2 คน ทุกวันนี้ก็ช่วยงานบ้าน หุงข้าวทำกับข้าวให้ค่ะ และก็ช่วยหยาหาอะไรให้กิน ก็ดูแลกันไป” (ป้าเฒ่า, 28 มกราคม 2565)

10) บ้าเทียน อายุ 60 ปี สถานภาพโสด ปัจจุบันอาศัยอยู่กับพ่อ, แม่ บ้าเทียนมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง เป็นมา 6 ปี มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย ($9Q = 9$ คะแนน) มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.90$ คะแนน) รักษาภาวะซึมเศร้าเนื่องจากเครียดจากปัญหาการงาน โดนแย่งงานรับเหมาเย็บผ้า พยายามทำใจไม่คิดมากเพราะต้องควบคุมความดันโลหิตไม่ให้สูง ดูแลตัวเองโดยกินยาตามแพทย์สั่งและไปตรวจตามแพทย์นัด จากการสังเกตขณะสนทนากลุ่มพบว่าบ้าเทียนมีอัธยาศัยดี พูดคุยแสดงความคิดเห็นกับเพื่อนสมาชิกอย่างเป็นกันเอง และให้ความร่วมมือทำกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี

“ช่วงไปทำงานจะโดนบีบเรื่องงานค่ะ โดนแย่งงานรับเหมาเย็บผ้าบ่อยครั้ง เครียดมาก นอนไม่หลับ ก็พยายามทำใจ สวดมนต์ไหว้พระ และคิดถึงพ่อแม่ที่ต้องดูแล” (บ้าเทียน, 28 มกราคม 2565)

11) ลูกบล อายุ 69 ปี สถานภาพสมรส ปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยา, ลูกชาย 1 คน, ลูกสาว 1 คน, ลูกเขย, หลานสาว 2 คน ลูกบลมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง เป็นมา 6 ปี มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย ($9Q = 7$ คะแนน) มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.62$ คะแนน) รักษาภาวะซึมเศร้าเนื่องจากเครียดจากปัญหาสุขภาพ แขนขวาถูกไฟช็อต ทำงานหาเงินไม่สะดวก พยายามทำใจไม่คิดมากเพราะต้องควบคุมความดันโลหิตไม่ให้สูง ดูแลตัวเองโดยกินยาตามแพทย์สั่งและไปตรวจตามแพทย์นัด จากการสังเกตขณะสนทนากลุ่มพบว่าลูกบลเป็นคนอารมณ์ดี พูดน้อยแต่แสดงความคิดเห็นกับเพื่อนสมาชิกได้ และให้ความร่วมมือทำกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี

“เรื่องตัวเองถูกไฟช็อตแขน ข้างที่ถูกไฟช็อตมันใช้งานไม่ได้ ก็ไปโรงพยาบาลรักษา นอนโรงพยาบาลหลายวัน ตอนนี้ก็ยังไม่หาย ยังปวดอยู่ แต่ก็ทำงานรับจ้างก่อสร้างได้อยู่ แต่ยกของหนักไม่ได้ ยังไงก็ต้องทำงานหาเงินเลี้ยงครอบครัว” (ลูกบล, 28 มกราคม 2565)

12) บ้าล่อม อายุ 66 ปี สถานภาพโสด ปัจจุบันอาศัยอยู่คนเดียวในบ้าน มีบ้านญาติพี่น้องอยู่ข้างๆ แต่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกัน บ้าล่อมมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง เป็นมา 10 ปี มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ($9Q = 13$ คะแนน) มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.43$ คะแนน) รักษาภาวะซึมเศร้าเนื่องจากเครียดจากปัญหาเรื่องแบ่งแยก

ที่ดินกับญาติพี่น้อง พยายามทำใจไม่คิดมากเพราะต้องควบคุมความดันโลหิตไม่ให้สูง ดูแลตัวเอง โดยกินยาตามแพทย์สั่งและไปตรวจตามแพทย์นัด จากการสังเกตขณะสนทนากลุ่มพบว่าป้าล่อมเป็นคนพูดน้อย มีบุคลิกเชื่อมั่นในตนเองสูง มีทิวี่มานะ แต่มีอัธยาศัยดี ให้ความร่วมมือแสดงความคิดเห็นและทำกิจกรรมกลุ่มเป็นอย่างดี

“ทะเลาะกับญาติพี่น้องไม่ถูกกันเรื่องที่ดินค่ะ เครียด แต่ก็ต้องตั้งสติ ก็ฟังพระธรรมสวดมนต์ให้พระตลอด ตอนนี้อ่าก็แก้ปัญหาด้วยการเอาสิ่งกะล่ำกั่นที่ ก็ยังกังวลว่าจะมีปัญหาก็ เพราะยังไม่ได้แบ่งที่เป็นทางการ” (ป้าล่อม, 28 มกราคม 2565)

2. ผู้ร่วมวิจัยกลุ่ม 2 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 4 คน ซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุในหมู่บ้าน มีอายุระหว่าง 60-69 ปี สถานภาพสมรส 3 คน ม่าย 1 คน เป็นโรคความดันโลหิตสูง 3 คน และเป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน 1 คน รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานรายบุคคลมีดังนี้

1) ลุงหง่า อายุ 69 ปี สถานภาพคู่ เป็นประธานอสม. ปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยา, ลูกชาย 1 คน, ลูกสะใภ้ 1 คน ลุงหง่ามีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นมา 15 ปี กินยาต่อเนื่อง ควบคุมอาการได้

2) ลุงสูตร อายุ 62 ปี สถานภาพคู่ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับภรรยา ลูกสาวอยู่ต่างประเทศ ลุงสูตรมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง เป็นมา 12 ปี กินยาต่อเนื่อง ควบคุมอาการได้

3) ป้าทิพย์ อายุ 60 ปี สถานภาพคู่ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับสามี, ลูกชาย 1 คน, ลูกสาว 1 คน บิดา มารดา ป้าทิพย์มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง เป็นมา 8 ปี กินยาต่อเนื่อง ควบคุมอาการได้

4) ป้าเล็ก อายุ 60 ปี สถานภาพม่าย แยกกันอยู่กับสามีที่อยู่ต่างจังหวัด 15 ปี รับได้ ไม่เครียด ชอบทำงานช่วยเหลือสังคม นอกจากเป็นอสม.แล้ว ยังเป็นเจ้าหน้าที่ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.) ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบิดา มารดา ลูกชาย 1 คน ลูกสาว 1 คน ลูกเขย และหลานสาว 1 คน ป้าเล็ก มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง เป็นมา 5 ปี กินยาต่อเนื่อง ควบคุมอาการได้

สรุปรายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของผู้ร่วมวิจัยกลุ่ม 1 จำนวน 12 คน และกลุ่ม 2 จำนวน 4 คน รวมทั้งหมด 16 คน แสดงดังตาราง 30

ตาราง 30 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ร่วมวิจัย

ลำดับ	ชื่อ สมมติ	อายุ (ปี)	สถาน ภาพ	โรคประจำตัว	บุคคลที่อาศัย อยู่ด้วยปัจจุบัน	เหตุการณ์วิกฤตที่เผชิญ
ผู้ร่วมวิจัยกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า						
1	ลุงเปี้ยก	60	โสด	ความดันโลหิตสูง	พ่อ, แม่, หลานชาย 2 คน, หลานสาว 1 คน	ปัญหาสุขภาพ (เดินไม่ได้ ประมาณ 1 ปี ทำ กายภาพบำบัดดีขึ้นแล้ว)
2	ป้าสาว	65	ม่าย	เบาหวาน	ลูกสาว 1 คน	ปัญหาครอบครัว (ดูแลลูก พิการตาบอด หูหนวก)
3	ป้าเพ็ญ	65	สมรส	เบาหวาน	สามี, ลูกชาย 2 คน, ลูกสะใภ้ 1 คน, หลานชาย 1 คน	ปัญหาสุขภาพ (เดินไม่ได้ 2 เดือน ทำกายภาพบำบัดดีขึ้น แล้ว)
4	ป้าเชม	60	ม่าย	ความดันโลหิตสูง	ลูกสาว 1 คน	ปัญหาสุขภาพ (มะเร็งปาก มดลูกรักษาหายแล้ว)
5	ลุงออด	63	สมรส	ความดันโลหิตสูง	แม่, ภรรยา, ลูกชาย 1 คน, ลูกสะใภ้, หลานชาย 1 คน	ปัญหาครอบครัว (พ่อป่วย ทรมาณ ลุงออดทำงานอยู่ ต่างจังหวัดกลับมาดูแลไม่ได้)
6	ป้าตุน	60	ม่าย	เบาหวาน	ลูกชาย 1 คน	ปัญหาสุขภาพ (ต่อกระຈก 2 ข้าง รักษาไปแล้ว 1 ข้าง)
7	ป้าขาว	60	สมรส	ความดันโลหิตสูง	สามี, ลูกสาว 1 คน	ปัญหาครอบครัว (กังวลสามี เป็นก้อนที่ศีรษะกลายเป็น เนื้อร้าย)
8	ป้าดาว	62	สมรส	เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง	สามี, หลานสาว 2 คน (พิการ 1 คน)	ปัญหาสุขภาพ (เป็นหลาย โรค ห่วงลูกหลานถ้าเป็นอะไร ไป)
9	ป้าเฝ้า	64	สมรส	ความดันโลหิตสูง	สามี	ปัญหาครอบครัว (ดูแลสามี เป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง, โรคเก๊าท์)
10	ป้าเทียน	60	โสด	ความดันโลหิตสูง	พ่อ, แม่	ปัญหาการงาน (ถูกแย่งงาน รับเหมาเย็บผ้า)

ตาราง 30 (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อ สมมติ	อายุ (ปี)	สถาน ภาพ	โรคประจำตัว	บุคคลที่อาศัย อยู่ด้วยปัจจุบัน	เหตุการณ์วิกฤตที่เผชิญ
11	ลุงบอล	69	สมรส	ความดันโลหิตสูง	ภรรยา, ลูกชาย 1 คน, ลูกสาว 1 คน, ลูกเขย, หลานสาว 2 คน	ปัญหาสุขภาพ (แขนขวาถูก ไฟช็อต ทำงานหาเงินไม่ สะดวก)
12	ป้าล่อม	66	โสด	ความดันโลหิตสูง	อยู่คนเดียว	ปัญหาครอบครัว (ปัญหา แบ่งแยกที่ดินกับญาติพี่น้อง)
ผู้ร่วมวิจัยกลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อสม.)						
1	ลุงหง่า (อสม.)	69	สมรส	เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง	ภรรยา, ลูกชาย 1 คน, ลูกสะใภ้ 1 คน	-
2	ลุงสูตร (อสม.)	62	สมรส	ความดันโลหิตสูง	ภรรยา	-
3	ป้าทิพย์ (อสม.)	60	สมรส	ความดันโลหิตสูง	สามี, ลูกชาย 1 คน, ลูกสาว 1 คน, พ่อ, แม่	-
4	ป้าเล็ก (อสม.)	60	ม่าย	ความดันโลหิตสูง	พ่อ, แม่, ลูกชาย 1 คน, ลูกสาว 1 คน, ลูกเขย, หลานสาว 1 คน	-

2. สถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

สถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นการสะท้อนสถานการณ์หรือเหตุการณ์ของการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ในอดีตจนถึงปัจจุบันว่าเป็นอย่างไร รวมถึงบริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้จะนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

การศึกษาสถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้านี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ในส่วนวิธีการศึกษาเชิงปริมาณใช้

แบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากผลการวิจัยระยะที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 21 ข้อ ที่สะท้อนพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าอันประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ลักษณะนิสัยของฉัน ความสามารถของฉัน และที่พึ่งของฉัน ส่วนวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้การสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ร่วมวิจัย รวมถึงการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ผู้ดูแล/ อสม. ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนแรก ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และส่วนที่ 2 เปรียบเทียบที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคของการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า มีรายละเอียดของแต่ละส่วนดังต่อไปนี้

2.1 ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ตำบลบางระจัน อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก พบว่า ในจำนวนผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าทั้ง 12 คน ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตโดยรวมทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 7 คน ($\bar{X} = 2.62 - 3.00$) และระดับต่ำจำนวน 5 คน ($\bar{X} = 2.38-2.57$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนองค์ประกอบพลังสุขภาพจิตแต่ละด้าน ดังนี้ 1) ด้านลักษณะนิสัยของฉัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 8 คน ($\bar{X} = 2.73-3.18$) และระดับต่ำจำนวน 4 คน ($\bar{X} = 2.18-2.45$) 2) ด้านความสามารถของฉัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 5 คน ($\bar{X} = 3.00-3.25$) และระดับต่ำจำนวน 7 คน ($\bar{X} = 2.00-2.50$) 3) ด้านที่พึ่งของฉัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 6 คน ($\bar{X} = 2.67-3.17$) และระดับต่ำจำนวน 6 คน ($\bar{X} = 2.17-2.33$) ดังแสดงในตาราง 31

ตาราง 31 ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตรายด้านและโดยรวมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวทางการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก (n=12)

คนที่	ด้านลักษณะนิสัย		ด้านความสามารถ		ด้านที่พึง		พลังสุขภาพจิตโดยรวม	
	$\bar{X}$	ระดับ	$\bar{X}$	ระดับ	$\bar{X}$	ระดับ	$\bar{X}$	ระดับ
1	3.18	ปานกลาง	2.00	ต่ำ	2.17	ต่ำ	2.67	ปานกลาง
2	2.45	ต่ำ	2.50	ต่ำ	2.67	ปานกลาง	2.52	ต่ำ
3	2.36	ต่ำ	2.50	ต่ำ	2.33	ต่ำ	2.38	ต่ำ
4	2.18	ต่ำ	3.25	ปานกลาง	2.83	ปานกลาง	2.57	ต่ำ
5	3.00	ปานกลาง	2.50	ต่ำ	3.00	ปานกลาง	2.90	ปานกลาง
6	2.82	ปานกลาง	3.25	ปานกลาง	3.17	ปานกลาง	3.00	ปานกลาง
7	3.00	ปานกลาง	3.00	ปานกลาง	3.00	ปานกลาง	3.00	ปานกลาง
8	3.00	ปานกลาง	3.25	ปานกลาง	2.33	ต่ำ	2.86	ปานกลาง
9	2.73	ปานกลาง	2.25	ต่ำ	2.17	ต่ำ	2.48	ต่ำ
10	3.09	ปานกลาง	3.25	ปานกลาง	2.33	ต่ำ	2.90	ปานกลาง
11	2.82	ปานกลาง	2.00	ต่ำ	2.67	ปานกลาง	2.62	ปานกลาง
12	2.45	ต่ำ	2.50	ต่ำ	2.33	ต่ำ	2.43	ต่ำ

จากผลการวิเคราะห์ข้างต้นสรุปได้ว่า

1. ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวทางการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตด้านลักษณะนิสัยของฉันทอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาเป็นด้านที่พึงของฉันท และด้านความสามารถของฉันท ตามลำดับ โดยไม่พบผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูงและสูงมาก

2. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำอย่างน้อย 1 ด้าน มีเพียง 2 คนที่ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุยังไม่สามารถปรับตัวและฟื้นตัวหลังเผชิญเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการ

สร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวความคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่มีแนวความคิดมีปฏิสัมพันธ์กันใน 3 ระบบ คือ ระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคล และระบบสังคม เพื่อพัฒนาพลังสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้านของผู้สูงอายุ

2.2 สถานการณ์เงื่อนไขที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 12 คน และ อสม. ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 4 คน ใช้เวลา 90 นาที พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าสะท้อนสถานการณ์ที่เป็นเงื่อนไขในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของตนเองมาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ประการ ได้แก่ 1) ด้านบุคคล 2) ด้านผู้ดูแล และ 3) ด้านสังคม โดยปัจจัยด้านบุคคล คือตัวผู้สูงอายุเองที่ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต ทำให้เป็นอุปสรรคในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ส่วนปัจจัยด้านผู้ดูแล และด้านสังคม เป็นสิ่งสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของตนเองได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.1 ด้านบุคคล

จากการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าไม่มีความรู้เกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต ไม่เข้าใจว่าคนที่พลังสุขภาพจิตต้องเป็นอย่างไร จึงทำให้ไม่ได้ใช้พลังสุขภาพจิตในการเผชิญปัญหา หรืออาจใช้พลังสุขภาพจิตที่มีอยู่ได้ไม่ดีเท่าที่ควร

“บำบัดกังวลว่าทำไมยิ่งอายุมากขึ้น ยิ่งเป็นหลายโรค กลัวว่าถ้าเป็นอะไรไป ลูกหลานจะไม่มีใครดูแล ลูกก็บอกว่าไม่ต้องคิดมาก คนอื่นเขาก็เป็นกัน ยายข้างบ้านเป็นหลายโรคกว่าอีก” (ป้าดาว, 28 มกราคม 2565)

“เวลาป้าโดนบีบคั้นเรื่องงาน โดนแย่งงานเย็บผ้าโหล ก็ารู้สึกเครียดมาก รู้สึกทำอะไรอย่างจะทำต่อ” (ป้าเทียน, 28 มกราคม 2565)

“ฉันหดหู่ เศร้าใจทุกครั้งที่เห็นสามีอาการเก๋ากำเริบ สงสารเขาเดินก็ไม่ได้ กล้ามเนื้อมันอ่อนแรงไปหมด” (ป้าแม่, 28 มกราคม 2565)

“ที่เรามาอบรมกันในวันนี้ก็จะช่วยให้เรามีพลังใจสู้ชีวิต มีสุขภาพจิตดี ทำให้มีความสุขในการใช้ชีวิต” (อสม.เหงา, 28 มกราคม 2565)

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ให้ข้อมูลไปในทางเดียวกันว่า ลักษณะนิสัยของตนที่เป็นอยู่ก็ทำให้ใช้ชีวิตผ่านมาได้จนทุกวันนี้ ซึ่งผลการสนทนากลุ่มพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าสะท้อนปัจจัยเงื่อนไขที่เป็นอุปสรรคในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในระบบบุคคล เกี่ยวข้องกับลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของตนเอง 5 ประการ ได้แก่ การมีความรับผิดชอบ ความอดทนรู้ การยอมรับสัจธรรมของชีวิต การพึ่งพาตนเอง และความพอใจในสิ่งที่ตนมี โดยพบว่าหากไม่มีลักษณะนิสัยเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางอารมณ์ลดลง และทำให้ก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตไปอย่างยากลำบาก

1) การมีความรับผิดชอบ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าได้สะท้อนลักษณะนิสัยที่แสดงถึงการทำหน้าที่หลักของตนเองได้ไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้เกิดผลเสียกับตัวเอง และผู้อื่น หรือไม่สามารถก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ไปได้ด้วยดี

“พ่อป่วยมานานเราช่วยเหลืออะไรไม่ได้ เพราะทำงานอยู่ภูเกิดลาไม่ได้ รู้สึกผิดที่ไม่ได้ทำหน้าที่ของลูก” (ลุงอด, 28 มกราคม 2565)

“ทุกวันนี้ทำหน้าที่หลายอย่างทั้งดูแลบ้าน ดูแลสามี ทำงานเป็น อพปร.อีก เลยทำให้ทำหน้าที่แต่ละอย่างไม่ดีเท่าไร บางวันก็ต้องทั้งบ้านทั้งสามีให้อยู่คนเดียว ไปทำงาน ก็ห่วงเหมือนกัน แต่ก็ต้องไป ไม่งั้นไม่มีเงินมาใช้จ่ายในครอบครัว” (ป้าเม้า, 28 มกราคม 2565)

“ฉันก็เหมือนกันยากจนก็ต้องออกไปรับจ้างทำงานหาเงิน ก็ต้องทิ้งลูกพิการไว้คนเดียว ให้เขาดูแลตัวเอง ทำไถ่ได้ไม่งั้นก็ไม่มีกิน” (ป้าสาว, 28 มกราคม 2565)

2) ความอดทนรู้ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าได้สะท้อนลักษณะนิสัยที่แสดงถึงการมีความมุ่งมั่นอดทนสู้ชีวิตน้อย ทำให้เกิดผลเสียต่อตัวเองและผู้อื่น ส่งผลให้ไม่สามารถก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ไปได้ด้วยดี

“เมื่อก่อนผมอยู่กรุงเทพฯ ทำงานหลายอย่าง ทำอะไรก็ได้ไม่ดี บางงานก็ได้เงินน้อย ก็เลยเปลี่ยนงานไปเรื่อย ไม่ค่อยอดทนเท่าไร ก็เลยกลับมาอยู่บ้านนานแล้ว มารับจ้างเย็บผ้าก็พอจะมีรายได้บ้าง” (ลุงเปี้ยก, 28 มกราคม 2565)

“ป้าเล็กกับพ่อเด็กเป็นสิบปีแล้ว อยู่กับลูกสาวพิการตาหู บางครั้งก็เหนื่อย รู้สึกท้อแท้ที่ต้องทำมาหาเลี้ยงตัวเองและลูกพิการ ตัวเองก็อายุมากขึ้น เมื่อก่อนลูกยังพอช่วยหาได้ ก็เพิ่งมาประสบอุบัติเหตุพิการทางตาไม่ถึงปีนี่แหละ” (ป้าสาว, 28 มกราคม 2565)

“ป้าโสดต้องเลี้ยงดูพ่อแม่ ทำงานรับเหมาเย็บผ้าโหล จะรู้สึกท้อแท้ทุกครั้งเวลาโดนบีบเรื่องงาน โดนแย่งงานบ่อยมาก ไม่รู้เพราะอะไร” (ป้าเพียน, 28 มกราคม 2565)

3) การยอมรับสัจธรรมของชีวิต ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าได้สะท้อนลักษณะนิสัยที่แสดงถึงการไม่ยอมรับสัจธรรมของชีวิต ทำให้มีความเครียดวิตกกังวลซึมเศร้า ไม่มีความสุขในการดำเนินชีวิต

“ป้าเครียดวิตกกังวลเรื่องสามีมีก้อนเนื้อที่ศีรษะ กลัวเป็นมะเร็ง ทำใจไม่ได้ ถึงลูกปลอบใจว่าคนเราเป็นโรคอะไรก็ได้หมด ไม่มีใครหนีพ้น ถ้าจะเป็นก็ต้องเป็น” (ป้าขาว, 28 มกราคม 2565)

“ผมทำใจไม่ได้ที่พ่อต้องจากไป โดยที่ผมช่วยเหลืออะไรไม่ได้ พ่อตายก็ไม่ได้มาเผา รู้สึกเสียใจจนทุกวันนี้” (ลุงอด, 28 มกราคม 2565)

“สามีป้าเป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นโรคเก๊าท์ ทำไม่รักษาไม่หายสักที เวลาอาการกำเริบก็เดินไม่ได้ เห็นแล้วหดหู่ใจ รับไม่ได้ สงสารไม่อยากให้เขาเป็นเลย” (ป้าเฒ่า, 28 มกราคม 2565)

4) การพึ่งพาตนเอง ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าได้สะท้อนลักษณะนิสัยที่แสดงถึงการไม่ช่วยเหลือตนเองเป็นหลักหรือพึ่งพาคนอื่นตลอดเวลา เป็นภาระให้ผู้อื่น ซึ่งถ้าหากผู้สูงอายุไม่ได้รับความช่วยเหลือจะรู้สึกเครียดคิดมาก พลังใจในการดำเนินชีวิตไม่มีหรือลดลง

“พ่อป่วยมานานอยู่ที่บ้าน ผมทำงานอยู่ต่างจังหวัด ลาไม่ได้ รู้สึกท้อแท้ ไม่รู้จะทำ
 ยังไง ต้องขอความช่วยเหลือจากน้ำให้พาพ่อไปหาหมอ คิดว่าทำได้แค่ไหนก็แค่นั้น” (ลุงอดด, 28
 มกราคม 2565)

“ผมโสดทำงานหาเงินคนเดียว แล้วก็ต้องส่งหลาน ๆ เรียน เงินไม่ค่อยพอใช้ ก็
 ต้องไปกู้หนี้ยืมสินเขาบ่อย” (ลุงเปี้ยก, 28 มกราคม 2565)

5) ความพอใจในสิ่งที่ตนมี ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าได้สะท้อน
 ลักษณะนิสัยที่แสดงถึงความไม่พอใจในสิ่งที่ตนมี อยากได้อยากมีเหมือนคนอื่น ทำให้รู้สึกเครียด
 ซึมเศร้า

“ฉันก็อยู่กับลูกพิการตาหู 2 คน รับจ้างทั่วไปคนเดียว ถึงจะได้เงินผู้สูงอายุ เงินผู้
 พิการ ก็ยังไม่ค่อยพอใช้ ก็อยากจะได้เงินสวัสดิการอื่นๆ ช่วยเหลือค่ากินค่าอยู่อีก” (ป้าสาว, 28
 มกราคม 2565)

“ป้าไม่มีครอบครัวมีบ้านอยู่คนเดียว ที่ดินติดกับบ้านญาติพี่น้อง ทุกวันนี้ไม่ถูกกัน
 กับญาติพี่น้อง ทะเลาะกันเรื่องแบ่งแยกที่ดิน เขาชอบรุกที่ เครียดเรื่องนี้แหละค่ะ อยากแบ่งที่ดิน
 ให้เป็นสัดส่วน ตอนนี้ก็เอาสังกะสีมากันเขตไว้” (ป้าล่อม, 28 มกราคม 2565)

2.2.2 ด้านผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่สะท้อนเงื่อนไขที่
 สนับสนุนการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตไปในทางเดียวกัน เกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพระหว่าง
 บุคคล เช่น กับญาติ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ โดยผลการสนทนากลุ่มสรุป
 ได้ว่า การมีปฏิสัมพันธ์ในระบบระหว่างบุคคลมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมองโลกในแง่ดี สามารถเผชิญ
 ปัญหาฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ เช่น การเป็นโรคเรื้อรัง หรือปัญหาอุปสรรคในชีวิต เพื่อให้บรรลุตาม
 เป้าหมายที่ตนต้องการได้

“กลางวันป้าอยู่บ้านคนเดียว ลูกหลานไปทำงานกันหมด ถ้าเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ
 เราก็ดูแลตัวเองไปก่อน ถ้าเป็นมากรอลูกไม่ไหวก็ยังมีญาติข้างบ้านให้เขาช่วยพาไปหาหมอได้”
 (ป้าดาว, 28 มกราคม 2565)

“ตอนนั้นพ่อผมไม่สบายมาก ผมทำงานอยู่ต่างจังหวัดลาไม่ได้ รู้สึกท้อแท้ไม่รู้จะทำยังไงดี คิดได้ลองโทร.ขอความช่วยเหลือจากน้ำให้ช่วยพาพ่อไปหาหมอ และออกค่าใช้จ่ายไปก่อน น้ำก็ช่วยพาไปให้ ผมเบาใจที่มีคนช่วยเหลือ แล้วผมก็ทำงานใช้หนี้ไป” (ลุงออด, 28 มกราคม 2565)

“บ้าเครียดบางวันนอนไม่ค่อยหลับ กังวลเรื่องสามีมีก้อนเนื้อที่หัว รักษามานาน กลัวเขาเป็นมะเร็ง ก็มีลูกสาวคอยพูดปลอบใจว่าคนเราเป็นโรคอะไรได้หมด พ่ออาจไม่เป็นอะไรก็ได้ เราก็พยายามคิดในทางที่ดี สวดมนต์ทุกวันขออย่าให้เป็นเนื้อร้าย ก็พอจะนอนหลับได้บ้าง” (ป้าขาว, 28 มกราคม 2565)

2.2.3 ด้านสังคม ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าสะท้อนเงื่อนไขที่สนับสนุนการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตด้านสังคมที่ส่งผลให้มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต โดยพบว่าเมื่อผู้สูงอายุเผชิญกับความทุกข์ยากในชีวิตและต้องการขอความช่วยเหลือ จำเป็นต้องพึ่งพาสิ่งดี ๆ สามสิ่งที่อยู่รอบๆ ตัว ซึ่งอยู่ในระบบสังคม อันได้แก่ ครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นกำลังใจ ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ และที่พึ่งทางการเงิน

1) การมีครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นกำลังใจ ผลการสนทนากลุ่มสรุปได้ว่า หากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีครอบครัวและคนใกล้ชิด เช่น อสม.เป็นกำลังใจ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพลังใจสามารถต่อสู้ปัญหาอุปสรรค และฟื้นคืนกลับสู่สภาวะปกติได้โดยเร็ว

“ตอนนั้นฉันเป็นมะเร็งปากมดลูก หดหู่ ท้อแท้สุดๆ รักษา 2 เดือน พักฟื้น 1 ปี เวลาไปโรงพยาบาลก็ได้กำลังใจจากเพื่อนคนไข้ที่เป็นเหมือนกันว่าคนอื่นยังรอด ทำไมเราจะไม่รอด ฉันก็รักษาจนตอนนี้หายแล้ว ฉันดีใจมากจะได้ทำงานหาเงินเลี้ยงครอบครัวต่อไป” (ป้าเชม, 28 มกราคม 2565)

“ตอนฉันไม่สบายช่วงพักฟื้นอยู่บ้านคนเดียวทุกวัน ลูกสาวไปทำงาน ก็กังวลเหมือนกันกลัวเป็นอะไร แต่ก็ได้อสม.ไปเยี่ยม ไปคุยด้วยบางวันนี้แหละ ทำให้ไม่เหงา ไม่เครียด” (ป้าเชม, 28 มกราคม 2565)

“ผมอยู่ ๆ ก็เดินไม่ได้เป็นปี ท้อแท้มาก ก็ได้ครอบครัวให้กำลังใจนี่แหละ ทำให้ผม คิดสู้หาทางเดินให้ได้ ให้น้องชายไปจ้างคนทำไม้ราวหัดเดิน ฝึกเดินทุกเช้าจนผมเดินได้คล่องขึ้น” (ลุงเปี้ยก, 28 มกราคม 2565)

“สามีเป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคเก๊าท์ อาการขึ้นๆ ลงๆ เวลาอาการกำเริบก็ เดินไม่ได้ เห็นแล้วหดหู่ สงสาร เวลาเขาอาการดีเราก็ตีใจไปด้วย ก็ดูแลกันไป มีกันแค่ 2 คน ลูกเต๋าก็ไปอยู่ต่างจังหวัด อย่างน้อยสามีก็เป็นกำลังใจให้เราสู้ชีวิตทำมาหากินเลี้ยงเขา” (ป้าเม้า, 28 มกราคม 2565)

“ถ้าสามีมีอาการกำเริบปวดขามาก จะไปหาหมอ ก็โทร.หา อสม.ได้นะ เดี่ยวให้ เบอร์ไว้ อสม.ก็อยู่ในหมู่บ้านนี้แหละ ไปเยี่ยมบ้านโน้นบ้านนี้” (ลุงสูตร อสม., 28 มกราคม 2565)

2) การมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ ผลการสนทนากลุ่มสรุปได้ว่า หากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพลังใจสามารถต่อสู้ปัญหาอุปสรรค และฟื้นคืนกลับสู่สภาวะปกติได้โดยเร็ว

“เวลาเครียดทะเลาะกับญาติพี่น้องเรื่องที่ดิน ก็ตั้งสติหาวิธีทำให้จิตใจสงบ ลอง สวดมนต์ไหว้พระก่อนนอน ก็รู้สึกสบายใจขึ้นมาบ้าง” (ป้าล่อม, 28 มกราคม 2565)

“ป้าก็เครียดโดนบีบคั้นแย่งงานรับเหมาเย็บผ้า ก็สวดมนต์ไหว้พระทำจิตใจให้ สบายเหมือนกัน คิดถึงพ่อแม่ที่ต้องดูแล ยังไงก็ต้องทำต่อไป เพราะมีงานก็มีเงินเลี้ยงครอบครัว” (ป้าเพียน, 28 มกราคม 2565)

“ป้าเป็นหลายโรค คิดห่วงลูกหลานถ้าเราเป็นอะไรไป ลูกหลานจะเป็นยังไง คิด วทวนไปมา บางครั้งนอนไม่หลับ ต้องกินยานอนหลับที่หมอให้ บางครั้งก็เอารธรรมะเข้ามา อย่างที่ พระท่านว่า อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด ให้ปล่อยมันไป” (ป้าดาว, 28 มกราคม 2565)

3) การมีที่พึ่งทางการเงิน ผลการสนทนากลุ่มสรุปได้ว่า หากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มี ภาวะซึมเศร้ามีที่พึ่งทางการเงิน เช่น ญาติพี่น้อง เพื่อน นายจ้าง หน่วยงานต่างๆ จะช่วยให้ ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวกับปัญหาอุปสรรค และฟื้นคืนสู่สภาวะสมดุลได้โดยเร็ว

“ฉันอยู่กับลูกสาวพิการตาหู เลิกกับสามีมานานแล้ว เมื่อก่อนลูกหาเงินได้ เพิ่งมาประสบอุบัติเหตุตามองไม่ค่อยเห็น ตอนนี้ได้เงินผู้สูงอายุ เงินผู้พิการ เงินสวัสดิการคนจนทุกเดือน ก็พอช่วยค่าใช้จ่ายในบ้านได้บ้าง แต่บางครั้งก็ไม่พอใช้ พัฒนาสังคมก็เคยได้เงินช่วยเหลือ 2,000 บาทครั้งเดียว ทุกวันนี้ฉันก็ต้องออกไปทำงานรับจ้างหาเงินไว้เผื่อฉุกเฉิน” (ป้าสาว, 28 มกราคม 2565)

“เดี๋ยวฉันหาเวลาพาลูกสาวไปขอใบรับรองพิการที่โรงพยาบาลค่ายบางระจัน แล้วไปเดินเรื่องขอความช่วยเหลือที่พัฒนาสังคมจังหวัดเลย เผื่อป้าจะได้เงินเพิ่มมาใช้จ่ายในครอบครัว” (ป้าเล็ก อสม., 28 มกราคม 2565)

“ฉันทำงานรับจ้างหาเงินคนเดียว สามีเป็นโรคเก๊าท์ทำงานไม่ไหว เวลาไม่มีงานหรือเงินขาดมือก็โทร.ไปเยี่ยมเพื่อนสนิทที่เคยทำงานรปภ.ด้วยกัน ก็เป็นอันรู้กันว่าจะต้องใช้ตอนไหน” (ป้าเฒ่า, 28 มกราคม 2565)

“ตอนพ่อผมป่วยแล้วผมทำงานอยู่ต่างจังหวัดลาไม่ได้ ผมก็ขอความช่วยเหลือจากน้ำให้ช่วยพาพ่อไปหาหมอและออกค่าใช้จ่ายไปก่อน แล้วผมก็ส่งเงินมาใช้หนี้ที่หลัง ก็สบายใจที่มีคนเป็นธุระจัดการให้” (ลุงออด, 28 มกราคม 2565)

จากผลการศึกษาด้านการดำเนินการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ในเชิงปริมาณพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีพลังสุขภาพจิตในด้านลักษณะนิสัยของตน ด้านความสามารถของตน และด้านที่พึงของตน อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าสะท้อนปัจจัยด้านบุคคลที่เป็นอุปสรรคในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต และปัจจัยด้านผู้ดูแลและด้านสังคมที่สนับสนุนในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต โดยเกี่ยวข้องกับระบบ 3 ระบบที่มีปฏิสัมพันธ์กันภายในระบบและระหว่างระบบ อันได้แก่ ระบบบุคคลซึ่งเป็นลักษณะนิสัยของตนเอง ระบบระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิด ได้แก่ ครอบครัว ญาติ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และระบบสังคมที่เกี่ยวข้องกับที่พึ่งพาจากแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้แก่ อสม. นายจ้าง สถาบันการเงิน หรือหน่วยงานต่าง ๆ ในการเพิ่มความมั่นคงทางอารมณ์ เพิ่มความสามารถเผชิญปัญหา และเสริมกำลังใจให้ตนเอง โดยจากการสะท้อนของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า ปัจจัยเงื่อนไขที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเกิดจากการที่

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นเวลานาน ซึ่งได้แก่การเป็นโรคเรื้อรัง ประกอบกับมีเหตุการณ์วิกฤตต่าง ๆ เข้ามาในชีวิตทำให้มีภาวะซึมเศร้าได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าไม่ได้นำพลังสุขภาพจิตที่มีอยู่ในตัวมาใช้ในการเผชิญปัญหา หรืออาจใช้พลังสุขภาพจิตที่มีอยู่ได้ไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้ไม่สามารถปรับตัวและฟื้นตัวหลังจากเผชิญเหตุการณ์วิกฤตได้ ทั้งนี้ เงื่อนไขที่สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคต่อการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตนั้น เกี่ยวข้องกับลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของตนเองที่จะส่งผลให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ โดยการมองโลกในแง่ดี มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในทางบวก เพื่อให้มีแนวทางในการเผชิญปัญหาในทางบวก โดยมีสิ่งดี ๆ ที่อยู่รอบตัวเป็นกำลังใจในการก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ไปได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจึงควรได้รับการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต เพื่อให้มีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น และป้องกันไม่ให้อาการซึมเศร้าสูงขึ้น โดยใช้ทักษะการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตซึ่งมีขั้นตอนและวิธีการที่สามารถฝึกฝนได้ด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่มีกิจกรรมที่สอดคล้องกับข้อค้นพบในการศึกษาเชิงคุณภาพนี้ ผลการพัฒนารูปแบบแสดงในหัวข้อถัดไป

3. กระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก จากข้อค้นพบระยะที่ 1 ในประเด็นกระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ร่วมกับการทบทวนแนวคิดของพลังสุขภาพจิต (Grotberg E. H. 1995) ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (King I. 1990) และแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งได้แก่ จุดแข็งของตนเอง (signature strengths) มองโลกในแง่ดี (Optimism) (Seligman M. E. 2011) และสามสิ่งที่ดี (Three good things) (Seligman M. E. 2010)

รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก หมายถึง วิธีการทางจิตวิทยาเชิงบวกของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่ใช้สร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อให้สามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤตของชีวิตไปได้ โดยประกอบด้วยกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านลักษณะนิสัยของฉัน ความสามารถของฉัน และที่พึงของฉัน ซึ่งเป็นการผสมผสานแนวคิดพลัง

สุขภาพจิต ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และแนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก โดยมีขั้นตอนการทำกิจกรรมตามกระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตจากข้อค้นพบระยะที่ 1 และดำเนินการภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์ปฏิบัติ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) สร้างพลังใจด้วยไมตรี 2) ยืนหยัด ผ่านพ้น 3) ก้าวข้ามปัญหา พ้นฝ่าเชิงบวก 4) สิ่งดีๆ ที่มีค่าสำหรับฉัน และ 5) พลังสุขภาพจิตของฉัน

โดยมีหลักการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่ใช้เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรม ซึ่งมีแนวคิดเกี่ยวกับระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคล และระบบสังคม ที่มีปฏิสัมพันธ์กันภายในระบบและระหว่างระบบตลอดเวลา โดยนำมาผสานกับข้อค้นพบระยะที่ 1 กล่าวคือ ระบบบุคคลเป็นการใช้ลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของตนเองเพื่อเพิ่มความมั่นคงทางอารมณ์ ระบบระหว่างบุคคลเกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดโดยการมองโลกในแง่ดี เพื่อเพิ่มความสามารถเผชิญปัญหา และระบบสังคมเกี่ยวข้องกับที่พึ่งพาจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งดีๆ ที่ใช้ในการเสริมกำลังใจตนเองให้สามารถปรับตัวหรือฟื้นตัวหลังเผชิญปัญหาอุปสรรค โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของตนเองอย่างต่อเนื่อง ด้วยการที่ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ภายใน 3 ระบบที่เปิดกว้างให้มีการปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลา เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของตนเองได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ดังภาพประกอบ 11



ภาพประกอบ 11 หลักการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
โรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวทางการ
แทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก

ทั้งนี้ โครงสร้างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวทางการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีเนื้อหากิจกรรมที่ 1 เป็นกิจกรรมสานสัมพันธ์ไมตรีและนำเข้าสู่กิจกรรม กิจกรรมที่ 2-4 เป็นการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย แนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก และข้อค้นพบระยะที่ 1 ส่วนกิจกรรมที่ 5 เป็นการทบทวน ประเมินผล และกำหนดรูปแบบกิจกรรมที่สมบูรณ์ โดยดำเนินกิจกรรม 5 ครั้งๆ ละ 90 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 32

ตาราง 32 โครงสร้างกิจกรรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก

ครั้งที่	ชื่อกิจกรรม	องค์ประกอบที่เสริมสร้าง	วิธีการที่ใช้	ระยะเวลา
1	สร้างพลังใจด้วยไมตรี		ไม่มองคลงของฉันทัน	90 นาที
2	ยืนหยัด ผ่านพ้น	ลักษณะนิสัยของฉันทัน	จุดแข็งของตนเอง	90 นาที
3	ก้าวข้ามปัญหา พ้นฝ่าเชิงบวก	ความสามารถของฉันทัน	การมองโลกในแง่ดี	90 นาที
4	สิ่งดี ๆ ที่มีค่าสำหรับฉันทัน	ที่พึงของฉันทัน	สามสิ่งดี ๆ ที่พึงพา	90 นาที
5	พลังสุขภาพจิตของฉันทัน		ส่งพลังใจ	90 นาที

ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน (รายละเอียดดังภาคผนวก ค) มาเชื่อมโยงกับผลการศึกษาศถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งพบประเด็นที่ต้องพัฒนาองค์ประกอบพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่คาดหวัง ดังแสดงในตาราง 33

ตาราง 33 สถานการณ์ที่เป็นเงื่อนไขการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตและประเด็นที่ต้องพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

สถานการณ์เงื่อนไข	ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย	ประเด็นที่ต้องพัฒนา	พฤติกรรมที่คาดหวัง
1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต		1. ความรู้เกี่ยวกับความหมายและองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต	1. สามารถตอบได้ว่าพลังสุขภาพจิตหมายถึงอะไร และมีองค์ประกอบอะไรบ้าง

ตาราง 33 (ต่อ)

สถานการณ์เงื่อนไข	ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย	ประเด็นที่ต้องพัฒนา	พฤติกรรมที่คาดหวัง
2. ด้านบุคคล	ระบบบุคคล (Personal system)	2. การเพิ่มความมั่นคงทางอารมณ์	ลักษณะนิสัยของฉันทัน: 2.1 มีความรับผิดชอบ 2.2 มีความอดทนสูง 2.3 ยอมรับสัจธรรมของชีวิต 2.4 พึ่งตนเองได้ 2.5 พอใจในสิ่งที่ตนมี
3. ด้านผู้ดูแล	ระบบระหว่างบุคคล (Interpersonal system)	3. การเพิ่มความสามรถเผชิญปัญหา	ความสามารถของฉันทัน: 3.1 มีความสามารถในการเผชิญปัญหา
4. ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม	ระบบสังคม (Social system)	4. การเสริมกำลังใจ	ที่พึ่งของฉันทัน: 4.1 รับรู้การมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ 4.2 รับรู้การมีครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นกำลังใจ 4.3 รับรู้การมีที่พึ่งทางการเงิน
5. พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า		5. การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต	5.1 พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น

ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การศึกษากระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยมีภาวะซึมเศร้า (ผลการวิจัยระยะที่ 1) 3) การออกแบบและร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก 4) การหาคุณภาพของร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (แสดงในภาคผนวก ก) 5) การศึกษาบริบทข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า 6)

การศึกษาศถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ 7) การเชื่อมโยงร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตฯ กับสถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และ 8) การนำรูปแบบไปทดลองใช้ ซึ่งรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ประกอบด้วย 5 กิจกรรมๆ ละ 90 นาที ดำเนินการ 2 วงรอบๆ ละ 5 ครั้งใน 4 สัปดาห์ รวมระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย สร้างพลังใจด้วยไมตรี, ยืนหยัด ผ่านฟัน, ก้าวข้ามปัญหา ฟันฝ่าเชิงบวก, สิ่งดี ๆ ที่มีค่าสำหรับฉัน และ พลังสุขภาพจิตของฉัน ทั้งนี้ การพัฒนาร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก แสดงดังภาพประกอบ 12





ภาพประกอบ 12 การพัฒนาร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทาง
จิตวิทยาเชิงบวก

ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อพัฒนาให้ได้รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เป็นจริง โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิด Kemmis and McTaggart (1988) (Kemmis S.; & McTaggart, R. 1988; องอาจ นัยพัฒน์. 2554) ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการดำเนินการทั้ง 2 วงรอบในช่วงปฏิบัติการ ดังต่อไปนี้

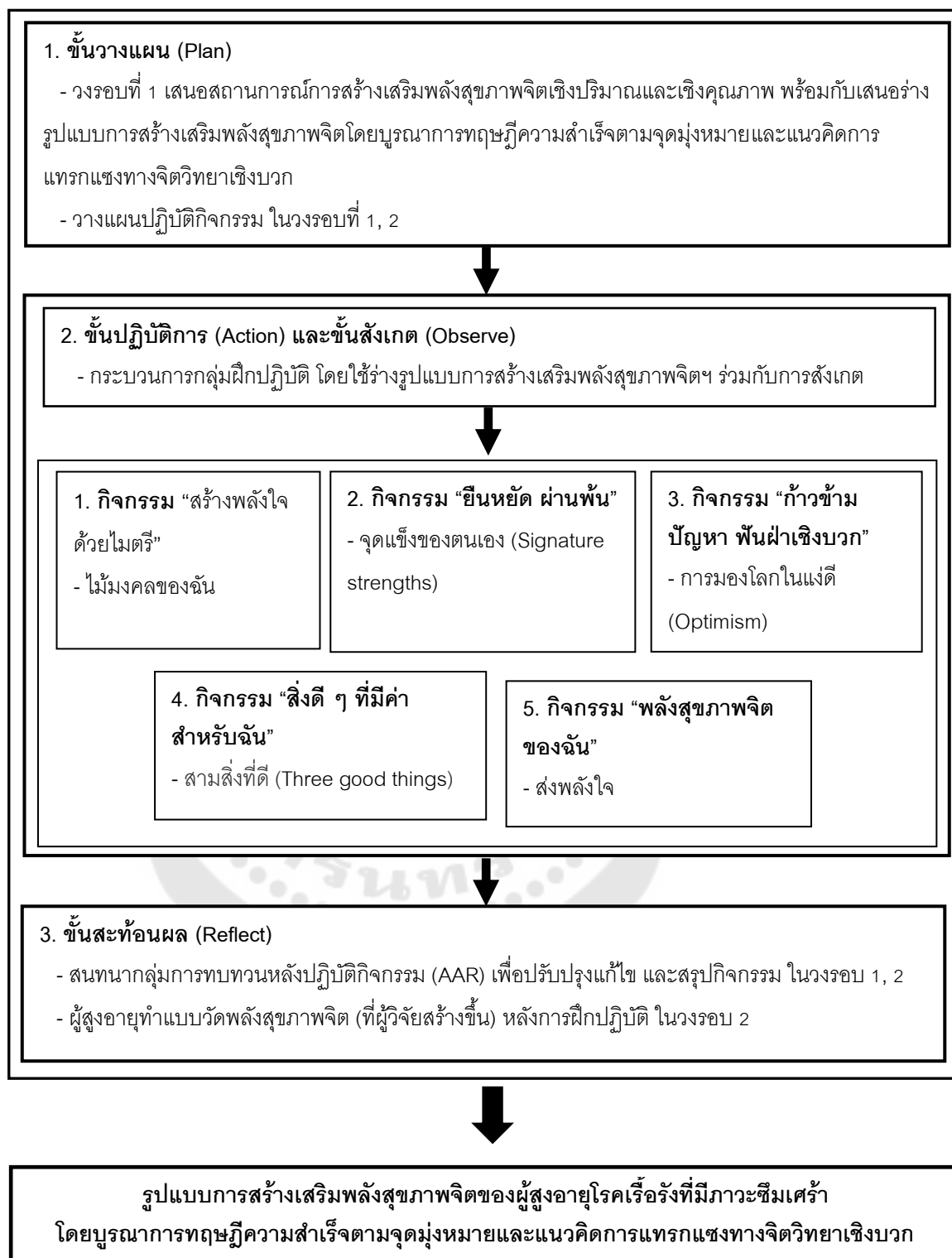
ช่วงที่ 2 ช่วงปฏิบัติการ

การปฏิบัติกิจกรรมตามร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผู้วิจัยดำเนินการ 2 วงรอบ โดยวงรอบแรกเป็นการนำร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 12 คน เพื่อปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาเป็นรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ ในวงรอบที่ 2

ทั้งนี้ ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติตามร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นวางแผน ซึ่งเป็นขั้นเริ่มต้นหรือขั้นนำ โดยการสนทนากลุ่ม สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงรายละเอียดการทำกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม เสนอสถานการณ์ปัญหาการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และร่วมกันวางแผนดำเนินกิจกรรม 2) ขั้นปฏิบัติ และสังเกต โดยปฏิบัติตามร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยใช้เทคนิคในการทำกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ การบรรยาย (Lecture) การอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion) การระดมสมอง (Brainstorming) การใช้สื่อ/ อุปกรณ์ ได้แก่ การบันทึกในสมุดกิจกรรม เพลงประกอบ และคลิปวิดีโอ ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุขณะทำกิจกรรม และ 3) ขั้นสะท้อนผล โดยการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่พบ

ข้อเสนอแนะและแนวทางปรับปรุงกิจกรรมให้ดียิ่งขึ้น โดยในวงรอบที่ 2 เพิ่มกิจกรรมการประเมินผล และสรุปเนื้อหาสาระ การให้ข้อมูลย้อนกลับด้วยเทคนิคการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review : AAR) ซึ่งกระบวนการฝึกปฏิบัติการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก รายละเอียดขั้นตอนการฝึกปฏิบัติการ ดังภาพประกอบ 13





ภาพประกอบ 13 กระบวนการฝึกปฏิบัติการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก

วงรอบที่ 1 การทดลองใช้ร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก

ผู้วิจัยทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 12 คน และ อสม. จำนวน 4 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มที่ให้ข้อมูลในช่วงที่ 1 ก่อนเข้าสู่ช่วงปฏิบัติการ โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม ดำเนินการ 5 ครั้ง ใน 4 สัปดาห์ ใช้เวลาดำเนินการกิจกรรมละ 90 นาที โดยผลการดำเนินการทดลองใช้ร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตฯ ตามขั้นตอนของวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีดังนี้

ขั้นวางแผน (Plan)

กิจกรรมที่ 1 “สร้างพลังใจด้วยไมตรี” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ไว้วางใจกันมากขึ้น และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าใจความหมายและองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้วิธีการสนทนากลุ่มและทำกิจกรรมกลุ่ม “ไม่มองคลของฉัน” โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพร่วมกัน และแนะนำตัว 2) อธิบายกฎกติกาการเข้ากลุ่ม 3) ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของโครงการวิจัย 4) ทำข้อตกลงยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม 5) นำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งในเชิงปริมาณ ซึ่งได้แก่ ผลการประเมินพลังสุขภาพจิตทั้งรายบุคคลและภาพรวม และเชิงคุณภาพ ซึ่งได้แก่ สถานการณ์ปัญหาที่พบและประเด็นที่ต้องพัฒนา รวมทั้งร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก 6) เลือกต้นไม้มงคล 1 ชนิด ที่ชอบและสื่อถึงตัวตนหรือประสบการณ์ของตัวเองมากที่สุด 7) อธิบายความหมายและองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต 8) ตกลงร่วมกันในการเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม โดยใช้เวลารั้งละ 90 นาที ดำเนินกิจกรรม 2 วงรอบๆ ละ 4 สัปดาห์ รวมเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ โดยการดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ 2 ในสัปดาห์แรก ใช้เวลา 2 วันๆ ละ 1 กิจกรรมตามลำดับ และกิจกรรมที่ 3-5 ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2-4 ตามลำดับ 9) สะท้อนบรรยากาศ ความคาดหวัง ความรู้สึก และสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมนี้ 10) ยุติกิจกรรม โดยการขอบคุณและชื่นชมสมาชิกกลุ่มที่ร่วมทำกิจกรรมจนเสร็จสิ้น และให้กำลังใจในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งนัดหมายครั้งต่อไป

จากการสนทนากลุ่มและทำกิจกรรมกลุ่มโดยการสอบถาม การสังเกต และจากการบันทึกในใบกิจกรรม พบว่า

ในชั้นเริ่มต้น ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า อสม. และผู้วิจัย มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และรู้จักกันมากขึ้นจากที่เคยรู้จักกันมาก่อนหน้านี้ เนื่องจากกิจกรรมไม่ยุ่งคลของฉัน ทำให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความเป็นตัวตนของตนเองผ่านไม่ยุ่งคลที่ตนเองเลือก โดยทุกคนได้แบ่งปันประสบการณ์ชีวิตของตนเองผ่านมุมมองความคิด ความรู้สึกที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความเข้าใจกัน ยอมรับซึ่งกันและกัน และไว้วางใจกันมากขึ้น จึงเกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม และในระหว่างดำเนินกิจกรรม สมาชิกกลุ่มตั้งใจฟังและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม โดยการตอบคำถาม ชักถาม และแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ บางรายบันทึกลงในใบกิจกรรม แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมไม่ยุ่งคลของฉันช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมากขึ้น

“บรรยากาศในวันนี้ดีมาก เย็นสบาย รู้สึกเป็นกันเอง และมีความสุข” (ป้าดาว, 29 มกราคม 2565)

“ได้มาคุยกัน ได้รู้จักกันมากขึ้น ได้หัวเราะคลายเครียด” (ป้าขาว, 29 มกราคม 2565)

“ได้มาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน มีประโยชน์ต่อจิตใจ มีความสุขในหมู่คณะ” (ป้าตุน, 29 มกราคม 2565)

ส่วนการให้ความรู้เกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต จากการสอบถามพบว่า ผู้สูงอายุบางรายยังไม่เข้าใจคำว่าพลังสุขภาพจิตเท่าไรนัก แต่รับรู้ระดับพลังสุขภาพจิตของตนเอง สอดคล้องกับการสะท้อนผลการปฏิบัติหลังจากดำเนินกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีความคาดหวังที่จะได้ความรู้เกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต ผู้วิจัยจึงได้วางแผนเพิ่มเติมกิจกรรมในวงรอบที่ 2 โดยใช้บัตรคำอธิบาย เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจความหมายของพลังสุขภาพจิตชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางรายไม่สะดวกในการเขียน ถึงแม้จะมี อสม.ช่วยทำกิจกรรม ทำให้บันทึกในใบกิจกรรมได้ช้ากว่าคนอื่น และอาจไม่ครบถ้วน ส่งผลให้ความสนใจในการทำกิจกรรมลดลง และใช้เวลาในช่วงการบันทึกมากเกินไป ผู้วิจัยจึงปรับในกิจกรรมต่อไปทั้งหมดโดยไม่เน้นเรื่องการ

บันทึกในใบกิจกรรม เพื่อไม่ให้รบกวนเวลาในการทำกิจกรรม และไม่กดดันผู้สูงอายุจนเกินไป แต่หากผู้สูงอายุบางคนต้องการบันทึกเก็บไว้ก็สามารถบันทึกได้ในช่วงพัก หรือที่บ้านก็ได้

“เท่าที่ฟัง คนที่มีพลังสุขภาพจิตต้องมีกำลังใจดี จิตใจก็จะดีไปด้วยค่ะ” (ความหมายพลังสุขภาพจิต: ป้าตุน, 29 มกราคม 2565)

“ผมเคยได้ยินแต่สุขภาพจิต ก็อยากจะรู้ว่าคนที่มีพลังสุขภาพจิตมันเป็นยังไง พอฟังดูก็คิดว่าตัวเองก็สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ และอยู่มาได้จนทุกวันนี้” (ความหมายพลังสุขภาพจิต: ลุงออด, 29 มกราคม 2565)

“ที่ฉันประเมินได้คะแนนต่ำ ฉันไม่รู้หรือว่าที่ฟังของฉันคืออะไร เพราะฉันอยู่ตัวคนเดียว ไม่ได้ฟังใคร ญาติพี่น้องที่อยู่ใกล้ก็ไม่ถูกกัน” (องค์ประกอบพลังสุขภาพจิต: ป้าล่อม, 29 มกราคม 2565)

“จบ ป. 4 พออ่านออกเขียนได้ แต่เขียนอะไรมาไม่ได้ สะกดไม่ถูก ก็คอยเขียนตามเขาไป ผมไม่ค่อยรู้พลังสุขภาพจิตนี้หรอก รู้แต่ว่าผมอดทนสู้ชีวิตทำงานหาเงินเลี้ยงครอบครัวมาจนทุกวันนี้” (องค์ประกอบพลังสุขภาพจิต: ลุงบล, 29 มกราคม 2565)

“ที่เราเข้ามาเข้าโครงการนี้ ก็จะได้รู้วิธีทำให้มีพลังใจสู้ชีวิต จะได้มีสุขภาพจิตดีด้วย” (ความหมายพลังสุขภาพจิต: ลุงหง่า อสม., 29 มกราคม 2565)

หลังจบกิจกรรม สมาชิกกลุ่มสะท้อนว่า ได้รับทราบถึงขั้นตอน วัตถุประสงค์ และวันเวลาทำกิจกรรมในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งเป็นไปตามที่คาดหวังไว้ก่อนมาทำกิจกรรมที่ต้องการทราบว่าต้องทำอะไรบ้างในการมาเข้าโครงการครั้งนี้ และใช้เวลานานแค่ไหน เสร็จสิ้นเมื่อไร ทั้งนี้ แผนการดำเนินกิจกรรมแสดงดังตาราง 34

ตาราง 34 การวางแผนดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ในวงรอบที่ 1

วันเวลาทำกิจกรรม	กิจกรรม	จุดประสงค์	การประเมินผล
29 มกราคม 2565 (09.00-10.30)	ครั้งที่ 1 “สร้างพลังใจด้วยไมตรี” กิจกรรมหลัก: ไม้มงคลของฉัน	1. สมาชิกกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และไว้วางใจกันมากขึ้น 2. ผู้สูงอายุเข้าใจความหมายและองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต 3. ผู้สูงอายุรู้ระดับพลังสุขภาพจิตของตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1. การสังเกตขณะทำกิจกรรม 2. การสอบถาม 3. การบันทึกในใบกิจกรรม
30 มกราคม 2565 (09.00-10.30)	ครั้งที่ 2 “ยืนหยัดผ่านพ้น” กิจกรรมหลัก: จุดแข็งของตัวเอง	1. ผู้สูงอายุรู้ตัวลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของตนเองมีอะไรบ้าง และบอกได้อาจจะนำจุดแข็งของตัวเองไปใช้ในสถานการณ์ใดได้บ้าง	1. การสอบถาม 2. การสังเกต 3. การบันทึกในใบกิจกรรม
6 กุมภาพันธ์ 2565 (09.00-10.30)	ครั้งที่ 3 “ก้าวข้ามปัญหา พันฝ่าเชิงบวก” กิจกรรมหลัก: มองโลกในแง่ดี โดยใช้เทคนิค ABCDE	1. ผู้สูงอายุมีมุมมองทางบวกในการเผชิญปัญหาและบอกวิธีจัดการปัญหาในทางบวกได้	1. การสังเกต 2. การสอบถาม 3. การบันทึกในใบกิจกรรม
13 กุมภาพันธ์ 2565 (09.00-10.30)	ครั้งที่ 4 “สิ่งดี ๆ ที่มีค่าสำหรับฉัน” กิจกรรมหลัก: สามสิ่งที่ดี	1. ผู้สูงอายุรับรู้ที่พึ่งพาของตนเองเพื่อเสริมกำลังใจในการเผชิญปัญหา	1. การสอบถาม 2. การสังเกต 3. การบันทึกในใบกิจกรรม
20 กุมภาพันธ์ 2565 (09.00-10.30)	ครั้งที่ 5 “พลังสุขภาพจิตของฉัน” กิจกรรมหลัก: ส่งพลังใจ	1. ผู้สูงอายุได้ทบทวนเทคนิคการฝึกปฏิบัติการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต 2. เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปปรับปรุงกิจกรรมให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุ	1. การสอบถาม 2. การสังเกต 3. การบันทึกในใบกิจกรรม

ขั้นปฏิบัติ (Action) และสังเกต (Observe) และขั้นสะท้อนผล (Reflect)

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมที่ 2-4 เพื่อสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการสังเกตความสนใจให้ความร่วมมือและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมถึงการสะท้อนผลการปฏิบัติในแต่ละกิจกรรม เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขในรอบที่ 2 ส่วนกิจกรรมที่ 5 เป็นการสรุปปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการดำเนินกิจกรรม รวมทั้งข้อเสนอแนะและแนวทางปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น และสะท้อนผลไปยังผู้ปฏิบัติในภาพรวม เพื่อสรุปร่วมกันในการทำกิจกรรมในรอบที่ 2 ต่อไป ซึ่งผลการดำเนินกิจกรรมมีดังนี้

กิจกรรมที่ 2 “ยืนหยัด ผ่านพ้น” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ารู้ว่าลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของตนเองมีอะไรบ้าง และบอกได้ว่าจะนำจุดแข็งของตนเองไปใช้ในสถานการณ์ใดได้บ้าง ผู้วิจัยใช้กิจกรรม “จุดแข็งของตัวเอง” (signature strengths) (Seligman M. E. 2011) โดยคุณลักษณะที่เป็นจุดแข็งเป็นคุณลักษณะเชิงบวกที่สะท้อนจากความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่มีคุณค่าทางจริยธรรม ซึ่งความแข็งแกร่งนั้นสำคัญต่อตัวตนของผู้สูงอายุ การใช้ความแข็งแกร่งของตัวเองจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความสุข สมดุลกับชีวิต และพร้อมที่จะรับมือกับสิ่งต่างๆ ได้มากขึ้น มีขั้นตอนปฏิบัติการดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพและตกลงกฎกติกาการเข้ากลุ่ม 2) ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1 “สร้างพลังใจด้วยไมตรี” ซึ่งมีกิจกรรม “ไม่มั่งคดของฉัน” และอธิบายความหมายของพลังสุขภาพจิตโดยใช้คำ 3 คำ พร้อมทั้งบอกระดับพลังสุขภาพจิตของตนเอง 3) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง 4) ให้ความรู้เรื่องพลังสุขภาพจิตด้านลักษณะนิสัยของฉัน ที่ค้นพบจากการวิจัยระยะที่ 1 โดยใช้แผ่นภาพองค์ประกอบลักษณะนิสัยของฉัน 5 แบบ ประกอบการอธิบาย เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเห็นภาพและเข้าใจมากขึ้น 5) ทำความเข้าใจคำว่าจุดแข็ง โดยให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันแสดงความคิดเห็นว่า “จุดแข็ง” ในความคิดของตนหมายถึงอะไร และยกตัวอย่างเหตุการณ์ภาคภูมิใจที่เกิดจาก “จุดแข็งของตนเอง” 6) วิเคราะห์และจัดกลุ่มจุดแข็งของผู้สูงอายุ 5 กลุ่ม ตามข้อค้นพบระยะที่ 1 เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจชัดเจนมากขึ้นว่าตนเองมีจุดแข็งอะไรบ้าง 7) อสม. พูดถึงจุดแข็งของผู้สูงอายุ พร้อมกับพูดชื่นชมให้กำลังใจผู้สูงอายุ 8) สะท้อนสิ่งที่ได้จากกิจกรรมนี้เป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่ สิ่งที่ได้เรียนรู้และการนำไปใช้ และสิ่งที่ควรปรับปรุงเพิ่มเติม พร้อมกับเปรียบเทียบกับความคาดหวังก่อนทำกิจกรรม 9) ยุติกิจกรรม โดยการขอบคุณและให้กำลังใจสมาชิกกลุ่มในการพัฒนาพลังสุขภาพจิตด้านลักษณะนิสัยของฉัน โดยการดึงจุดแข็งของตนเองออกมาใช้อยู่เสมอ และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป ซึ่งผลการปฏิบัติการมีดังนี้

ในชั้นเริ่มต้น จากการสังเกต สมาชิกกลุ่มมีความคุ้นเคยกันมากขึ้น โดยมีการพูดคุย ทักทายหยอกล้อกันเมื่อพบหน้ากัน มีปฏิสัมพันธ์กันทุกคน และมีการปฏิบัติตามกฎกติกาอย่างเคร่งครัด ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี ตั้งใจฟัง ผลัดกันซักถาม และแสดงความคิดเห็น ทำให้การดำเนินกลุ่มเป็นไปอย่างราบรื่น เมื่อผู้วิจัยถามถึงสภาวะสุขภาพในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ก็ได้รับคำตอบว่าสบายดีกันทุกคน เมื่อถามทบทวนถึงกิจกรรมครั้งที่ 1 “สร้างพลังใจด้วยไมตรี” โดยให้เลือกไม้มงคลที่สื่อถึงตัวตนหรือประสบการณ์ของตัวเองในเชิงบวก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถตอบได้ว่าตนเองเลือกไม้มงคลชนิดใด เพราะอะไร และเมื่อถามถึงความหมายของพลังสุขภาพจิตโดยให้ระบุคำ 3 คำที่สื่อถึงพลังสุขภาพจิต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังตอบได้ไม่ครบถ้วน แต่รับรู้ว่าพลังสุขภาพจิตของตนเองด้านใดต่ำ

“ป่าเลือกต้นโพธิ์เพราะเปรียบตัวเองเป็นร่มโพธิ์ร่มไทรให้ลูกหลาน เมื่อก่อนทำงานหาเงินส่งลูกเรียน ตอนนี้สบายแล้ว ลูกมีงานทำก็ส่งเงินมาให้เราใช้” (ไม้มงคล: ป่าเขม, 30 มกราคม 2565)

“เลือกขุ่นเพราะผมทำมาหาเลี้ยงครอบครัวคอยอุดหนุนจนเจือช่วยเหลือนักเรียนมาตลอด” (ไม้มงคล: ขุ่น, 30 มกราคม 2565)

“เท่าที่จำได้ พลังสุขภาพจิตเป็นความสามารถแก้ปัญหาได้ อย่างเช่น ตอนพ่อผมเจ็บหนักผมก็สูทำงานหนักเพื่อส่งเงินมารักษาพ่อ” (ความหมายพลังสุขภาพจิต: ขุ่น, 30 มกราคม 2565)

“ถึงแม้จะเครียดเรื่องตาเป็นต้อกระจกทั้ง 2 ข้าง ฉันก็สูทำงานหาเงินเลี้ยงลูกคนเดียว เพราะเลิกกับแฟนตั้งแต่อายุ 40 จนตอนนี้ลูกก็เรียนจบมีงานทำแล้วก็ส่งเงินมาให้ใช้” (ความหมายพลังสุขภาพจิต: ป้าตุน, 30 มกราคม 2565)

“ป่ามีคะแนนต่ำเรื่องที่ฟังอะไรนี้แหละ แต่ป่าอยู่คนเดียวได้นะ ไม่ต้องพึ่งใคร เพราะญาติพี่น้องข้างบ้านไม่ถูกกัน ก็มีนานๆ ครั้งที่โทร. ไปคุยกับญาติที่อยู่ต่างจังหวัด” (คะแนนพลังสุขภาพจิต: ป้าล่อม, 30 มกราคม 2565)

ในขั้นตอนการ เมื่อผู้วิจัยให้ยกตัวอย่างเหตุการณ์ภาคภูมิใจที่เกิดจากจุดแข็งของตนเอง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่บอกเหตุการณ์ที่ภาคภูมิใจของตนเองได้ แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าได้ใช้จุดแข็งของตัวเองอย่างไร เนื่องจากยังไม่เข้าใจลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของตนเอง จึงทำให้ไม่สามารถบอกได้ว่าจะนำจุดแข็งของตัวเองไปใช้ในสถานการณ์ใดได้บ้าง สอดคล้องกับการสะท้อนผลการปฏิบัติหลังจากดำเนินกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าบางคนบอกได้เพียงว่าได้เรียนรู้ว่าลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งมีอะไรบ้างจากที่ผู้วิจัยยกตัวอย่างให้ฟัง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงวางแผนเพิ่มกิจกรรมในรอบที่ 2 โดยการฝึกให้ผู้สูงอายุคิดใช้จุดแข็งของตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของตนเองมากขึ้น และสามารถบอกได้ว่าจะนำจุดแข็งของตัวเองไปใช้ในสถานการณ์ใดได้บ้าง

“ไม่แน่ใจว่าจุดแข็งของฉันคืออะไร อยากรู้เหมือนกัน เพราะทุกวันนี้ก็เข้มแข็งดูแลลูกพิการตาหูคนเดียว บางครั้งก็ท้อเหมือนกัน ต้องทำมาหากินคนเดียว ฉันเลิกกับสามีนานแล้ว” (อดทนสู้, พี่ตนเอง: ป้าสาว, 30 มกราคม 2565)

“ผมนึกไม่ออกว่าผมภูมิใจอะไร แต่ผมก็สร้างครอบครัวมาได้ ผมก็ว่าผมสู้ชีวิตนะ ข้อดีของผมคืออดทน” (อดทนสู้: ลูกบอล, 30 มกราคม 2565)

“ฉันก็ทำงานรับจ้างก่อสร้างราบรื่นไม่มีปัญหา ไม่มีคนอิจฉา เพราะทำงานเสมอต้นเสมอปลาย ก็คงไม่ต้องปรับอะไรอีก ก็ทำงานอยู่ได้ เพราะฉันเป็นคนเรียบง่ายไม่ค่อยมีปัญหากับใคร” (ความรับผิดชอบ, พอใจในสิ่งที่ตนมี: ป้าล่อม, 30 มกราคม 2565)

“ผมดีใจภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือเด็กยากจน 1 คนขององค์กรยูนิเซฟ ครอบครัวผมมีรายได้ก็เลยช่วยเหลือ ผมเป็นคนที่มีความพอดี ไม่อยากได้อะไรเหมือนคนอื่น ถ้าผมมีก็อยากจะแบ่งปันให้ผู้ยากไร้ ผมคิดว่าเป็นข้อดีของผมนะ” (พอใจในสิ่งที่ตนมี: ลูกยอด, 30 มกราคม 2565)

“ฉันเคยรถล้มเดินไม่ได้ เป็นเหตุการณ์ที่เลวร้ายที่สุดในชีวิตเลยคะตอนนั้น ท้อมาก แยกมาก แต่ฉันก็ผ่านช่วงเวลานั้นมาได้เพราะใจสู้ และคิดอยู่เสมอว่าคนเราถึงเวลาก็ต้องตาย ไม่มีใครหนีพ้น” (ยอมรับสัจธรรมของชีวิต: ป้าเล็ก อสม., 30 มกราคม 2565)

กิจกรรมที่ 3 “ก้าวข้ามปัญหา พันฝ่าเชิงบวก” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีมุมมองทางบวกในการเผชิญปัญหาและบอกวิธีการจัดการปัญหาในทางบวกได้ ผู้วิจัยใช้กิจกรรม “มองโลกในแง่ดี” (Optimism) (Seligman M. E. 2011) เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจและความรู้สึกมุ่งมั่นพยายามต่อสู้เอาชนะปัญหาอุปสรรคเพื่อความสำเร็จโดยไม่ย่อท้อ โดยมุ่งเน้นไปที่การระบุความคิดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและทำลายความเชื่อของตนเอง ผู้วิจัยใช้รูปแบบ "ABCDE" โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพและตกลงกฎกติกาการเข้ากลุ่ม 2) ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 2: ยืนหยัด ผ่านพ้น 3) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง 4) ให้ความรู้เรื่อง พลังสุขภาพจิตด้านความสามารถของฉัน เชื่อมโยงกับการมองโลกในแง่ดีเพื่อสร้างเสริมมุมมองทางบวกในการเผชิญปัญหาและจัดการปัญหาในทางบวก 5) อธิบายความหมายและเทคนิคการมองโลกในแง่ดี โดยใช้แผ่นภาพ “9 วิธีมองโลกในแง่ดี” 6) ให้ผู้สูงอายุผลัดกันพูดถึงเหตุการณ์ในอดีตที่ทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคในชีวิต (Adversity: A) คนละ 1 เรื่อง แล้วตีความเหตุการณ์นั้นว่ามีความเชื่อ (ความคิด ความเข้าใจและการยอมรับ) เกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นอย่างไร (Belief: B) และมีวิธีการอย่างไรที่สามารถก้าวผ่านเหตุการณ์นั้นมาได้ (Consequence: C) 7) วิเคราะห์หาข้อดีของแต่ละปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหาทางบวก (Disputation: D) โดยใช้เทคนิคการมองโลกในแง่ดี 8) ผู้สูงอายุสามารถบอกได้ว่ามองปัญหาของตนเองในเชิงบวกและเผชิญปัญหาทางบวกอย่างไร (Energization: E) และบอกวิธีการจัดการปัญหาของตนเองในเชิงบวกในอนาคตได้ 9) สมาชิกกลุ่มผลัดกันพูดชื่นชมให้กำลังใจกันในการกล้าที่จะเผชิญปัญหาในทางบวก 10) สะท้อนสิ่งที่ได้จากกิจกรรมนี้เป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่ สิ่งที่ได้เรียนรู้และการนำไปใช้ และสิ่งที่ควรปรับปรุงเพิ่มเติม พร้อมกับเปรียบเทียบกับความคาดหวังก่อนทำกิจกรรม 11) ยุติกิจกรรม โดยการพูดให้กำลังใจสมาชิกกลุ่มในการต่อสู้เอาชนะปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในทางบวก โดยใช้เทคนิคที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมที่ผ่านมาอยู่เสมอ พร้อมทั้งนัดหมายทำกิจกรรมในครั้งต่อไป ซึ่งผลการปฏิบัติการมีดังนี้

ในขั้นเริ่มต้น จากการสังเกต สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และปฏิบัติตามกฎกติกาอย่างเคร่งครัด เมื่อผู้วิจัยถามถึงสภาวะสุขภาพในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ก็ได้รับคำตอบว่าสบายดีกันทุกคน เมื่อถามทบทวนถึงกิจกรรมที่ 2 “ยืนหยัด ผ่านพ้น” ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถตอบลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของตนเองที่ทำให้ก้าวผ่านปัญหาในชีวิตมาได้ บางคนช่วยตอบและช่วยเสริมกัน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังตั้งใจฟังวัตถุประสงค์ของกิจกรรมในครั้งนี้และบอกความคาดหวังต่อกิจกรรมนี้ว่า จะได้รู้วิธีการแก้ปัญหาทางบวก

“จุดแข็งของฉันคือเป็นคนอดทนใช้ชีวิตถึงแม้จะเครียดเรื่องตาเป็นต้อกระจกทั้ง 2 ข้าง ฉันก็ทำงานหาเงินเลี้ยงลูกคนเดียว เพราะเลิกกับแฟนตั้งแต่อายุ 40 จนตอนนี้ลูกก็เรียนจบมีงานทำแล้ว” (อดทนสู้: ป้าตุน, 6 กุมภาพันธ์ 2565)

“จุดแข็งของฉันคือเป็นคนรับผิดชอบในหน้าที่ ดูแลหลานๆ เลี้ยงลูกของน้องสาว 1 คน และหลานพี่การ 1 คนลูกของน้องชายที่ตายไปแล้ว เราก็ดูแลหลานพี่การได้ น้องสาวก็เชื่อใจในตัวเรา ให้ดูแลลูกให้ เหมือนเป็นหน้าที่ของเราไปแล้ว ที่ต้องรับผิดชอบทำให้เขา แต่ก็มีความสุขที่ได้ทำ” (ความรับผิดชอบ: ป้าดาว, 6 กุมภาพันธ์ 2565)

ในระหว่างที่ทำกิจกรรม จากการสังเกตพบว่า ผู้สูงอายุตั้งใจฟังในขณะที่ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง พลังสุขภาพจิตด้านความสามารถของฉัน และเทคนิคการมองโลกในแง่ดี แต่เมื่อให้ผู้สูงอายุพูดถึงเหตุการณ์ในอดีตที่ทำให้เกิดความทุกข์ยากหรือปัญหาอุปสรรคในชีวิต และวิธีการที่สามารถก้าวผ่านเหตุการณ์นั้นมาได้ ผู้สูงอายุบางคนคิดไม่ออก ผู้วิจัยจึงแก้ปัญหาโดยให้เวลาคิด และให้เพื่อนสมาชิกที่คิดออกตอบก่อน

หลังจากดำเนินกิจกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สะท้อนว่า ได้รู้วิธีการมองปัญหาทางบวก และจัดการปัญหาทางบวกตามที่ผู้วิจัยสอน และได้รู้ว่าคนอื่นก็มีปัญหาที่คล้ายคลึงกับตนเองแต่ก็มีวิธีการจัดการปัญหาทางบวกแตกต่างกันไปตามความคิด ความสามารถของแต่ละคน และตามสถานการณ์ในขณะนั้น ผู้สูงอายุบางคนบอกว่าจะนำเอาวิธีการจัดการปัญหาเชิงบวกของเพื่อนสมาชิกไปใช้กับสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับของตนเอง

“ตอนนั้นอยู่ ๆ ผมก็เดินไม่ได้ รู้สึกท้อ รู้สึกแย่มากในชีวิต แต่ผมก็มีกำลังใจจากครอบครัว และผ่านช่วงนั้นมาได้ก็เพราะผมคิดบวก ใจสู้ จ้างเขาทำราวไม้หัดเดินจนเดินได้ นี่เป็นการแก้ปัญหาทางบวกใช้ไหมครับ” (ความสามารถเผชิญปัญหา: ลุงเปี๊ยก, 6 กุมภาพันธ์ 2565)

“ป้าก็เหมือนกันเดินไม่ได้ 2 เดือน ปวดเข่า ความรู้สึกตอนนั้นท้อแท้มาก ผ่านมาได้ก็เพราะได้กำลังใจจากครอบครัวจากลูก ก็คิดบวกว่าเรายังมีครอบครัวดูแลยามเจ็บป่วย แล้วเราก็ฝึกกายภาพตัวเองไปด้วยจนเดินได้ และถ้าป้ามีอาการปวดเข่าเดินไม่ได้อีก ก็จะลองทำราวไม้หัดเดินเหมือนตาเปี๊ยกบ้าง” (ความสามารถเผชิญปัญหา: ป้าเพ็ญ, 6 กุมภาพันธ์ 2565)

“ฉันก็รถล้มเดินไม่ได้เหมือนกัน เป็นเหตุการณ์ที่เลวร้ายที่สุดในชีวิตเลยคะตอนนั้น ห้อมาก แยมมาก ผ่านมาได้ก็มีครอบครัวเพื่อนฝูงให้กำลังใจ ถ้าเครียดมาก ๆ ก็ไปปรึกษาเพื่อน อสม. ก็คิดอยู่เสมอว่าคนเราถึงเวลาก็ต้องตาย ไม่มีใครหนีพ้น” (ความสามารถเผชิญปัญหา: ป้าเล็ก อสม., 6 กุมภาพันธ์ 2565)

“ฉันคิดแต่เรื่องแฟน มันคาอยู่ในใจตลอดเวลา เขาป่วยเป็นกล้ามเนื้ออ่อนแรงกับเป็นโรคเก๊าท์ด้วยคะ เป็นมาหลายปีแล้ว อาการขึ้น ๆ ลง ๆ เห็นแล้วหดหู่ใจ สงสารแฟน ทุกวันนี้ทำอะไรไม่ค่อยได้ ฉันก็ช่วยงานบ้าน หุงข้าวทำกับข้าวให้ ช่วยหยาให้กิน วันนี้ได้รู้วิธีมองปัญหาเชิงบวก ก็คิดว่าอย่างน้อยเขาก็ยังอยู่กับเราเป็นคู่ทุกข์คู่ยาก ก็แก้ไขปัญหตามสถานการณ์ไป เวลาแยก็พาไปหาหมอช่วยเหลื้อดูแลกันไปคะ” (ความสามารถเผชิญปัญหา: ป้าเฒ่า, 6 กุมภาพันธ์ 2565)

ทั้งนี้ มีผู้สูงอายุบางคนยังมองปัญหาของตนเองในทางบวกไม่ออกและบอกวิธีจัดการปัญหาในทางบวกไม่ได้

“แขนขวาผมถูกไฟช็อตจากทำงานก่อสร้าง ต้องนอนโรงพยาบาลหลายวันทำให้ขาดรายได้มาก ทุกวันนี้แขนก็ยังไม่ค่อยขึ้นทำงานก็ไม่สะดวก ก็กังวลไม่รู้จะทำยังไง แต่ก็ต้องทำงานหาเงินเลี้ยงครอบครัวต่อไป ไม่งั้นไม่มีกิน ถ้าบางวันไม่มีงาน ตอนเย็นผมก็ออกกำลังกาย แขนโยนเปตองเล่นบ้าง” (ความสามารถเผชิญปัญหา: ลุงบล, 6 กุมภาพันธ์ 2565)

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุได้สะท้อนว่า ผู้วิจัยใช้วิธีการบรรยายเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ไม่น่าสนใจและมองไม่เห็นภาพ ผู้วิจัยจึงวางแผนปรับปรุงกิจกรรมในวงรอบที่ 2 โดยเพิ่มกิจกรรมดูคลิปวิดีโอเกี่ยวกับการมองโลกในแง่ดี เพื่อให้กิจกรรมน่าสนใจมากยิ่งขึ้น และผู้สูงอายุเห็นภาพชัดเจนยิ่งขึ้น

กิจกรรมที่ 4 “สิ่งดี ๆ ที่มีค่าสำหรับฉัน” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ารับรู้ที่พึงพาที่อยู่รอบ ๆ ตัว เพื่อเสริมกำลังใจในการเผชิญปัญหา ผู้วิจัยใช้กิจกรรม “สามสิ่งที่ดี” (Three good things) (Seligman M. E. 2010) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุนับคุณค่าของสิ่งดี ๆ แต่ละอย่างที่ค้นพบ มองสิ่งต่างๆ ด้วยความคิดเชิงบวก สามารถจัดการกับอารมณ์เชิงลบ และสร้างอารมณ์เชิงบวกได้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีจิตใจที่เข้มแข็ง พร้อมรับทุกสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ในชีวิต เป็นการเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดีให้ชีวิต โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพและตกลงกฎกติกาการเข้ากลุ่ม 2) ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 3: ก้าวข้ามปัญหา พันฝ่าเชิงบวก 3) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง 4) ให้ความรู้เรื่อง พลังสุขภาพจิตด้านที่พึ่งของฉัน โดยยกตัวอย่างข้อค้นพบที่พึ่งของฉันในระยะที่ 1 และใช้แผ่นภาพ “ที่พึ่งของฉัน 3 อย่าง” ประกอบการอธิบาย 5) ให้ผู้สูงอายุหลับตานึกถึงภาพเรื่องราวความสุขในชีวิตที่ผ่านมาที่สามารถก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคต่างๆ ไปได้ พร้อมกับเปิดเพลงบรรเลง “ต้นไม้ของพ่อ” เพื่อสื่อถึงระยะเวลาที่ผ่านมาหลายสิบปีให้ผู้สูงอายุสามารถก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคต่างๆ มาได้เปรียบเสมือนต้นไม้ใหญ่ที่แข็งแรงและเจริญเติบโตไปจนนับพันนับหมื่นปี 6) ให้ผู้สูงอายุเล่าถึงเรื่องราวเหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตมีความสุขนั้นคนละ 1 เรื่อง และพูดถึงสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้น 3 สิ่ง (Three good things) แล้วทำการสะท้อนถึงสิ่งที่เกิดขึ้นว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร พร้อมทั้งวิเคราะห์เชื่อมโยงกับองค์ประกอบที่พึ่งของฉัน 3 อย่างที่ค้นพบจากการวิจัยระยะที่ 1 ได้แก่ การมีครอบครัวและคนใกล้ชิดให้กำลังใจ การมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ และการมีที่พึ่งทางการเงิน พร้อมทั้งอธิบายถึงคุณค่าของสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้นทั้ง 3 สิ่งนั้น และหากต้องการให้เรื่องดี ๆ เกิดขึ้นอีกในอนาคต ผู้สูงอายุจะต้องทำอย่างไรบ้างเพื่อให้สิ่งที่ดีเหล่านั้นเกิดขึ้นได้อีกครั้ง 7) ให้สมาชิกกลุ่มฟังเพลง “ด้วยแรงแห่งรัก” เนื้อหาเกี่ยวกับการมีพลังใจสู้ด้วยแรงแห่งรักจากครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนพ้อง ทำให้ได้มายืนอยู่ในจุดที่ใจมุ่งหวัง แล้วแลกเปลี่ยนกันว่าหากมีเหตุการณ์ปัญหาอุปสรรคต่างๆ เกิดขึ้นอีก จะสามารถขอความช่วยเหลือจากใครหรือสิ่งใดได้บ้าง 8) ให้สมาชิกกลุ่มจับคู่พูดชื่นชมให้กำลังใจซึ่งกันและกัน 9) สะท้อนสิ่งที่ได้จากกิจกรรมนี้เป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่ สิ่งที่ได้เรียนรู้และการนำไปใช้ และสิ่งที่ควรปรับปรุงเพิ่มเติม พร้อมกับเปรียบเทียบกับความคาดหวังก่อนทำกิจกรรม 10) ยุติกิจกรรม โดยการพูดให้กำลังใจสมาชิกกลุ่มในการสร้างเสริมกำลังใจของตนเองโดยใช้ที่พึ่งพาต่างๆ ให้เกิดประโยชน์ พร้อมทั้งนัดหมายทำกิจกรรมในครั้งต่อไป ซึ่งผลการปฏิบัติการมีดังนี้

ในขั้นเริ่มต้น จากการสังเกต สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันดีทุกคน และมีการปฏิบัติตามกฎกติกาอย่างเคร่งครัด เมื่อผู้วิจัยถามถึงสภาวะสุขภาพในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ก็ได้รับคำตอบว่าสบายดีกันทุกคน เมื่อถามทบทวนถึงกิจกรรมที่ 3 “ก้าวข้ามปัญหา พันฝ่าเชิงบวก” ผู้สูงอายุสามารถตอบวิธีการเปลี่ยนมุมมองปัญหาไปในทางบวกได้ เช่น ถึงจะเจ็บป่วยก็ยังมีครอบครัวดูแลเอาใจใส่ ถึงแม้จะมีความรู้สึกหุดหู่สสารสามที่ป่วยเดินไม่ค่อยได้ รักษาไม่หายอย่างน้อยเขาก็ยังอยู่เป็นคู่ทุกข์คู่ยาก บางคนช่วยตอบและช่วยเสริมเทคนิคการมองโลกในแง่ดีที่ตนเองใช้ เช่น ใจสู้ทำราวไม้ฝึกเดินให้ได้ ยอมรับสัจธรรมของชีวิตทุกคนเกิดมาก็ต้องตาย

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังตั้งใจฟังวัตถุประสงค์ของกิจกรรมในครั้งนี้และบอกความคาดหวังต่อกิจกรรมนี้ว่า อยากรู้สิ่งดีๆ ที่ใช้พึ่งพาเวลามีปัญหา และจะได้รู้ว่าที่พึ่งของฉันคืออะไร

ในระหว่างที่ทำกิจกรรม จากการสังเกตพบว่า ผู้สูงอายุตั้งใจฟังในขณะที่ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง พลังสุขภาพจิตด้านที่พึ่งของฉัน เนื่องจากการยกตัวอย่างจากข้อค้นพบที่พึ่งของฉัน ในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นสถานการณ์จริง และมีการใช้แผนภาพ “ที่พึ่งของฉัน 3 อย่าง” ประกอบการอธิบาย ทำให้น่าสนใจมากขึ้น แต่เมื่อให้ผู้สูงอายุเล่าถึงเรื่องราวเหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตมีความสุข และพูดถึง 3 สิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้น ผู้สูงอายุบางคนคิดเรื่องราวไม่ออก อาจเป็นเพราะสภาวะโดยทั่วไปของผู้สูงอายุที่อาจจะมีความคิดช้าลงได้ ผู้วิจัยจึงแก้ปัญหาโดยให้เวลาคิดและให้เพื่อนสมาชิกที่คิดออกตอบก่อน

หลังจากดำเนินกิจกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สะท้อนว่า ได้รู้ว่าที่พึ่งของฉันคือการรับรู้ว่าจะขอความช่วยเหลือจากใครหรืออะไรได้บ้างเวลามีปัญหา และได้รู้ว่าสิ่งดีๆ ที่อยู่รอบๆ ตัวที่พึ่งพาได้มีอะไรบ้าง ตามที่ผู้วิจัยสอน แต่ผู้สูงอายุบางคนสะท้อนว่า คิดไม่ออกว่า 3 สิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ที่ตนเองมีความสุขนั้นมีอะไรบ้าง อาจเนื่องจากผู้สูงอายุยังไม่ค่อยเข้าใจคำว่า ที่พึ่งของฉัน ผู้วิจัยจึงเพิ่มกิจกรรม “ที่พึ่งของฉัน” ในวงรอบที่ 2 เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจองค์ประกอบที่พึ่งของฉันชัดเจนยิ่งขึ้น

“ขอป้านี้เรื่องก่อนนะ มีอยู่ช่วงไปทำงานแล้วโดนบีบเรื่องงาน ก็รู้สึกเครียดค่ะ แต่ป้าก็ทำใจสวดมนต์ไหว้พระทุกวัน คิดถึงพ่อแม่ที่ต้องดูแล ก็เอาชนะผ่านเหตุการณ์นั้นมาได้ค่ะ” (ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ: ป้าเทียน, 13 กุมภาพันธ์ 2565)

“เรื่องราวดีๆ ของป้าคือได้ทำงานเป็น รปภ. ป้าชอบงานบริการ ทำให้ได้พบปะผู้คน ได้เจอเจ้าใหญ่ นายโต และมีเพื่อนฝูงดีๆ มีเงินเดือน มีเงินใช้ มีสังคม ทุกวันนี้ก็ยังติดต่อเพื่อนอยู่ ขอความช่วยเหลือเรื่องเงินกันได้ ก็คิดว่าได้เพื่อนดีเป็นที่พึ่งได้ค่ะ” (มีที่พึ่งทางการเงิน: ป้าเม้า, 13 กุมภาพันธ์ 2565)

“ผมภูมิใจปลื้มใจที่สุดที่ทำให้ครอบครัวมีความสุขได้ ไม่ต้องเดือดร้อน พึ่งตนเองได้ เรามีที่ เราก็แบ่งให้ลูกหลานไปทำ ไปปลูกบ้าน ช่วยเหลือลูกหลานมีที่อยู่ มีบ้านอยู่อย่างมีความสุข ทุกคน พอลูกหลานได้ดีก็มาเลี้ยงดูเรา ก็เป็นสิ่งดีๆ ไซ้ใหม่ครับ คิดได้แค่นี้เหมือนกันครับ” (ครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นกำลังใจ: ลุงบอล, 13 กุมภาพันธ์ 2565)

กิจกรรมที่ 5 พลังสุขภาพจิตของฉัน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าได้ทบทวนเทคนิคการฝึกปฏิบัติการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต และมีกิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง โดยการร่วมแสดงความคิดเห็นถึงความเหมาะสมของกิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตกับบริบทของตนเอง ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการสรุปปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินกิจกรรม รวมทั้งข้อเสนอแนะและแนวทางปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น และเป็นการสะท้อนผลไปยังผู้ปฏิบัติในภาพรวม เพื่อสรุปร่วมกันในการทำกิจกรรมในรอบที่ 2 ต่อไป ผู้วิจัยใช้กิจกรรม “ส่งพลังใจ” โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพและตกลงกฎกติกาการเข้ากลุ่ม 2) ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 4: “สิ่งดี ๆ ที่มีค่าสำหรับฉัน” 3) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่คาดหวัง 4) ช่วยกันทบทวนชื่อกิจกรรมที่ 1-4 และวิธีการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของแต่ละองค์ประกอบ 5) ให้สมาชิกกลุ่มตอบว่า หลังสิ้นสุดโครงการ มีความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของ “พลังสุขภาพจิต” ว่าอย่างไร ได้เรียนรู้อะไรบ้าง และสิ่งที่ได้จากโครงการเป็นไปตามที่ท่านคาดหวังหรือไม่ อย่างไร 6) สอบถามความเหมาะสมของกิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต เกี่ยวกับระยะเวลา กิจกรรมที่ควรปรับปรุงหรือตัดออก กิจกรรมที่เหมาะสม มีประโยชน์ ควรคงไว้ และควรเพิ่มกิจกรรมอื่นๆ หรือไม่ อย่างไร 7) ให้สมาชิกกลุ่มพูดถึงความประทับใจในการเข้าร่วมโครงการนี้ 9) ให้สมาชิกกลุ่มจับคู่พูดชื่นชมให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และแสดงความห่วงใยกัน โดยการส่งมอบหน้ากากอนามัยและให้ดอกบัวเป็นสื่อแทนใจที่แสดงถึงความยกย่องและความศรัทธาในตัวบุคคล 10) ผู้วิจัยสรุปข้อเสนอแนะของผู้ร่วมวิจัย เกี่ยวกับความเหมาะสมของกิจกรรม และรับไปปรับปรุงก่อนนำมาเสนอเพื่อปฏิบัติกิจกรรมในรอบที่ 2 ต่อไป 11) ยุติกิจกรรม โดยการกล่าวขอบคุณ และให้กำลังใจในการทำกิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของตนเองอยู่เสมอ พร้อมทั้งนัดวันทำกิจกรรมที่ปรับปรุงแล้วในรอบที่ 2 ซึ่งผลการปฏิบัติการณ์ดังนี้

ในขั้นเริ่มต้น จากการสังเกต สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันดีทุกคน และมีการปฏิบัติตามกฎกติกาอย่างเคร่งครัด เมื่อผู้วิจัยถามถึงสภาวะสุขภาพในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ก็ได้รับคำตอบว่าสบายดีกันทุกคน เมื่อถามทบทวนถึงกิจกรรมที่ 4 “สิ่งดี ๆ ที่มีค่าสำหรับฉัน” ผู้สูงอายุสามารถตอบได้ว่าที่พึ่งของตนเองมีอะไรบ้างที่จะขอความช่วยเหลือได้ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นกำลังใจทำให้ผ่านปัญหาอุปสรรคต่างๆ ไปได้ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังตั้งใจฟังวัตถุประสงค์ของกิจกรรมในครั้งนี้และบอกความคาดหวังต่อกิจกรรมนี้ว่า จะได้ทบทวนเทคนิคการฝึกปฏิบัติการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในแต่ละกิจกรรมอีกครั้ง เพื่อจะได้มีกิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่สามารถทำได้ในชีวิตประจำวัน

ในระหว่างที่ทำกิจกรรม จากการสังเกตพบว่า ผู้สูงอายุตั้งใจฟังในขณะที่ผู้วิจัยอธิบายเชื่อมโยงกิจกรรมที่ 1-4 และตั้งใจนึกทบทวนชื่อกิจกรรมและวิธีการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในแต่ละกิจกรรมเป็นอย่างดี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จำชื่อกิจกรรมไม่ได้ ผู้วิจัยจึงเปิดฟลิปชาร์ตทบทวนแต่ละกิจกรรมที่ทำไปแล้วอีกครั้ง ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตอบวิธีการที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมได้โดยมีอสม.ช่วยเสริมเป็นระยะ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของพลังสุขภาพจิตพอสมควร สามารถบอกได้ว่าได้เรียนรู้อะไรบ้างในแต่ละกิจกรรม เช่น ได้รู้ว่าลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของตนเองคืออะไรที่ใช้ในการแก้ปัญหา การเปลี่ยนมุมมองปัญหาไปในทางบวกเพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาในทางบวก และที่ฟังของตนเองมีอะไรบ้างที่อยู่รอบๆ ตัว เพื่อใช้เสริมกำลังใจเมื่อเผชิญปัญหา นอกจากนี้ผู้สูงอายุสะท้อนว่า สิ่งที่ได้จากโครงการนี้เป็นไปตามที่คาดหวังคือ ได้รู้เทคนิคการฝึกปฏิบัติการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในแต่ละกิจกรรม และคิดว่าจะนำวิธีการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน

“พลังสุขภาพจิตเป็นความสามารถแก้ปัญหาให้ผ่านไปได้ แล้วเราจะใช้ชีวิตอย่างมีความสุข” (ความหมายพลังสุขภาพจิต: ลุงเปี้ยก, 20 กุมภาพันธ์ 2565)

“กิจกรรมที่ให้อะไรดีของตนเอง คือป่าใช้ความเข้มแข็งอดทน สู้ทำงานทุกอย่าง ขายของ เป็น รปภ. รับจ้างดำข้าว หาเงินเลี้ยงครอบครัวมาตลอด ครอบครัวมีกินใช้ เราก็มีความสุข” (ลักษณะนิสัยของฉันทัน: ป้าเม้า, 20 กุมภาพันธ์ 2565)

“ต่อไปเราต้องหัดมองปัญหาในทางบวก มองโลกในแง่ดี จะได้มีทางแก้ปัญหา ถึงแม้จะแก้ไม่ได้ทั้งหมดแต่ก็ได้แก้แล้ว อย่างตอนป่าทะเลาะเรื่องที่ดินกับญาติพี่น้อง ป้าเครียดมาก ต้องตั้งสติแล้วปล่อยวาง ค่อยๆ คิดแก้ปัญหาไป มันก็พอจะมีทางออกนะ” (ความสามารถของฉันทัน: ป้าล่อม, 20 กุมภาพันธ์ 2565)

“สิ่งดีๆ ที่ป่าขอความช่วยเหลือคือราชการกับ อบต. ทุกวันนี้ป่าได้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ และเงินผู้พิการของลูก แล้วก็มีเจ้าหน้าที่ อบต. ทำเรื่องขอเงินสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยจากพัฒนาสังคมให้ มันก็พอช่วยแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายในบ้านได้บ้าง แต่ก็ยังต้องทำงานรับจ้างหาเงินมาจุนเจือต่อไป” (ที่ฟังของฉันทัน: ป้าสาว, 20 กุมภาพันธ์ 2565)

“ได้รู้ประสบการณ์แก้ปัญหาที่ดีๆ จากเพื่อน เอาไปใช้กับปัญหาของเราได้เพื่อสร้างพลังใจเรา” (การนำไปใช้: ป้าเขม, 20 กุมภาพันธ์ 2565)

หลังจากดำเนินกิจกรรม ผู้สูงอายุและอสม.สะท้อนถึงความเหมาะสมของกิจกรรม สร้างเสริมพลังสุขภาพจิตว่า ระยะเวลาที่ใช้เหมาะสมดี ควรมีกิจกรรมที่ให้ขยับร่างกายบ้างจะได้ไม่น่าเบื่อ ควรยกตัวอย่างประกอบการอธิบายจะได้เห็นภาพชัดเจนขึ้น ผู้สูงอายุบางคนบอกว่าควรลดกิจกรรมที่ต้องเขียนเนื่องจากไม่ถนัดในการเขียน และทำให้ทำกิจกรรมไม่ทันเพื่อน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุและอสม.สะท้อนถึงความประทับใจในการเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ว่า กิจกรรมที่ให้กำลังใจ ให้นำกากอนามัยและให้ดอกบัวเป็นสื่อที่แสดงถึงความยกย่องนับถือและความศรัทธาในตัวบุคคล ทำให้รู้สึกซาบซึ้งใจ และจะเอาความรู้ที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้วิจัยได้เพิ่มกิจกรรม “พันธสัญญา” ในวงรอบที่ 2 เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

“เวลาชั่วโมงครึ่งทำกิจกรรมกำลังพอดี ไม่มากไม่น้อยเกินไป ได้ทั้งความรู้ และได้รู้ประสบการณ์ของคนอื่นๆ ด้วย” (ความเหมาะสมของระยะเวลา: ป้าเพ็ญ, 20 กุมภาพันธ์ 2565)

“กิจกรรมให้เขียนเยอะ ไม่ถนัดเขียน สะกดไม่ค่อยถูก มัวเขียนช้าเดี๋ยวตามไม่ทันเขา” (ความเหมาะสมของกิจกรรม: ลุงบล, 20 กุมภาพันธ์ 2565)

“ควรมีกิจกรรมที่ให้ขยับร่างกายบ้างจะได้ไม่น่าเบื่อ และควรยกตัวอย่างจะได้เห็นภาพชัดเจนและเข้าใจมากขึ้น” (ความเหมาะสมของกิจกรรม: ลุงอด, 20 กุมภาพันธ์ 2565)

“กิจกรรมที่ให้กำลังใจให้นำกากอนามัยและให้ดอกบัวกัน ทำให้รู้สึกซาบซึ้งใจ รู้สึกว่าได้รับความรักจากเพื่อนๆ” (ความประทับใจ: ป้าเขม, 20 กุมภาพันธ์ 2565)

จากการดำเนินกิจกรรมในวงรอบที่ 1 เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต โดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก สำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถบอกถึงเทคนิคการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตและตอบการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการได้ รวมทั้งการนำไปใช้ประโยชน์กับตัวเอง โดย

มือสม.ช่วยเสริม มีผู้สูงอายุส่วนน้อยที่ยังไม่ค่อยเข้าใจในความหมายของพลังสุขภาพจิต และยังไม่ค่อยเข้าใจจุดแข็งของตนเอง ในกิจกรรม “ยื่นหยัด ผ่านพ้น” ซึ่งผู้ร่วมวิจัยสะท้อนผลการปฏิบัติว่า กิจกรรมมีความเหมาะสมในด้านระยะเวลา ในส่วนเนื้อหา ผู้ร่วมวิจัยช่วยกันเสนอแนะว่าควรจัดกิจกรรมให้มีการเคลื่อนไหวบ้าง ควรมีเพลงหรือวิดีโอเพื่อให้กิจกรรมน่าสนใจมากขึ้น และลดการเขียนลงเนื่องจากไม่สะดวกในการเขียน โดยในวงรอบที่ 2 ผู้วิจัยได้เพิ่มกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจวิธีการสร้างเสริมพลังสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบมากขึ้น โดยมือสม.คอยช่วยเหลือให้คำแนะนำ และปรับกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้เคลื่อนไหว มีการฟังเพลงและดูวิดีโอแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน รวมทั้งลดการบันทึกในใบกิจกรรมให้น้อยลง เพื่อไม่ให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกเครียดกังวลในการเขียนจนเกินไปและการดำเนินกิจกรรมไม่สะดุด ประกอบกับผู้วิจัยได้จดประเด็นสำคัญในขณะทำกิจกรรมลงในกระดาษฟลิปชาร์ต และอัดเทปไว้แล้ว จึงได้ลดใบกิจกรรมลงและให้มีการเขียนน้อยที่สุด ทั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปข้อค้นพบการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านอารมณ์ความรู้สึก และด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่ได้จากวงรอบที่ 1 ดังแสดงในตาราง 35

ตาราง 35 ข้อค้นพบการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้จากวงรอบที่ 1

กิจกรรม	จุดประสงค์	การเปลี่ยนแปลง		
		ด้านความรู้ความเข้าใจ	ด้านอารมณ์ความรู้สึก	ด้านพฤติกรรม
ครั้งที่ 1 “สร้างพลังใจด้วยไมตรี” กิจกรรมหลัก: ไม้มงคลของฉัน	1. สมาชิกกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และไว้วางใจกันมากขึ้น 2. ผู้สูงอายุเข้าใจความหมายและองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต 3. ผู้สูงอายุรู้ระดับพลังสุขภาพจิตของตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	1.ส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจความหมายของ พลังสุขภาพจิต และองค์ประกอบ 2.สมาชิกกลุ่มรู้ระดับพลังสุขภาพจิตจากผู้วิจัยบอก แต่ยังไม่เข้าใจว่าคืออะไร	1.สมาชิกกลุ่มรู้สึกผ่อนคลายจากความเป็นกันเองมากขึ้น	1.สมาชิกกลุ่มให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และร่วมแสดงความคิดเห็น 2.ส่วนใหญ่ตอบไม่ได้ว่า พลังสุขภาพจิตคืออะไร ประกอบด้วยอะไรบ้าง

ตาราง 35 (ต่อ)

กิจกรรม	จุดประสงค์	การเปลี่ยนแปลง		
		ด้านความรู้ ความเข้าใจ	ด้านอารมณ์ ความรู้สึก	ด้านพฤติกรรม
ครั้งที่ 2 “ยื่นหยัดผ่านพ้น” กิจกรรมหลัก: จุดแข็งของตัวเอง	1. ผู้สูงอายุรู้ว่าลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของตนเองมีอะไรบ้าง และบอกได้ว่าจะนำจุดแข็งของตัวเองไปใช้ในสถานการณ์ใดได้บ้าง	1.ส่วนใหญ่ไม่เข้าใจคำว่า “จุดแข็งของตนเอง” จึงบอกไม่ได้ว่าใช้จุดแข็งอย่างไร แต่เข้าใจคำว่าข้อดีของตนเอง	1.สมาชิกกลุ่มเกิดความอยากรู้ว่าจุดแข็งของตนเองคืออะไร	1.ส่วนใหญ่ตอบคำถามข้อดีของตนเองได้ เช่น มีความอดทนสู้ชีวิต รับผิดชอบในหน้าที่ ฟังตนเอง ฟocused ในสิ่งที่มี เมื่อพ่อแม่เสียชีวิตก็ยอมรับสัจธรรมของชีวิต
ครั้งที่ 3 “ก้าวข้ามปัญหา พันฝ่าเชิงบวก” กิจกรรมหลัก: มองโลกในแง่ดี โดยใช้เทคนิค ABCDE	1. ผู้สูงอายุมีมุมมองทางบวกในการเผชิญปัญหา และบอกวิธีจัดการปัญหาในทางบวกได้	1.ส่วนใหญ่ไม่เข้าใจว่า “มุมมองทางบวก” เป็นอย่างไร จึงไม่มีวิธีจัดการปัญหาในทางบวก	1.สมาชิกกลุ่มเกิดความอยากรู้ว่าจะมีวิธีมองปัญหาทางบวกอย่างไร	1.สมาชิกกลุ่มบางคนที่สามารถตอบได้ว่ามองปัญหาทางบวกอย่างไร โดยไม่ได้ใช้เทคนิค ABCDE
ครั้งที่ 4 “สิ่งดี ๆ ที่มีค่าสำหรับฉัน” กิจกรรมหลัก: สามสิ่งที่ดี	1. ผู้สูงอายุรับรู้ที่พึ่งพาของตนเอง เพื่อเสริมกำลังใจในการเผชิญปัญหา	1.สมาชิกกลุ่มบางคนไม่เข้าใจคำว่า “ที่พึ่งพาของตนเอง” จึงไม่รู้ว่าต้องพึ่งพาอย่างไร	1.รู้สึกมีความสุขเมื่อพูดถึงลูก มีบางคนที่กำลังเกี่ยวข้องกับอาการของลูกที่ต้องคอยดูแล	1.ส่วนใหญ่ตอบได้ว่าที่พึ่งของตนเองคือครอบครัว ญาติ และศาสนา

ตาราง 35 (ต่อ)

กิจกรรม	จุดประสงค์	การเปลี่ยนแปลง		
		ด้านความรู้ ความเข้าใจ	ด้านอารมณ์ ความรู้สึก	ด้านพฤติกรรม
ครั้งที่ 5 “พลัง สุขภาพจิตของ ฉัน” กิจกรรมหลัก: ส่ง พลังใจ	1. ผู้สูงอายุได้ ทบทวนเทคนิคการ ฝึกปฏิบัติการสร้าง เสริมพลัง สุขภาพจิต 2. เพื่อให้ได้ ข้อเสนอแนะเพื่อ นำไปปรับปรุง กิจกรรมให้ เหมาะสมกับความ ต้องการของ ผู้สูงอายุ	1.ส่วนใหญ่จำ กิจกรรมสร้างเสริม พลังสุขภาพจิตได้ ไม่ครบ	1.รู้สึกมีความสุขที่ ได้มาเจอเพื่อน ๆ	1.สมาชิกกลุ่ม เสนอแนะให้มีการ เขียนน้อยลง เนื่องจากไม่ถนัด ในการเขียน และ ใช้คำที่เข้าใจง่าย 2.กิจกรรมควรมี การเคลื่อนไหว และมีวิดีโอให้ดู

หลังจากผู้วิจัยได้สะท้อนผลการปฏิบัติจากการสังเกต การสอบถาม และข้อเสนอแนะต่าง ๆ ไปยังผู้ร่วมวิจัย ทำให้เห็นว่ายังต้องปรับปรุงบางส่วนในทุกกิจกรรม ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจึงมีความเห็นพ้องต้องกันว่า ควรเพิ่มเติมกิจกรรมการปฏิบัติการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต เพื่อให้กิจกรรมน่าสนใจมากยิ่งขึ้น และได้กิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการสะท้อนผล และข้อค้นพบการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามดังกล่าว จึงนำไปสู่การวางแผนปรับปรุงกิจกรรมเพื่อดำเนินกิจกรรมในรอบที่ 2 ต่อไป

วงรอบ 2 การปรับปรุงร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ร่วมวิจัย โดยมี

กิจกรรมหลักทั้งหมด 5 กิจกรรม ดำเนินการ 5 ครั้ง ใน 4 สัปดาห์ ใช้เวลาดำเนินการกิจกรรมละ 90 นาที โดยดำเนินการกิจกรรมที่ 1 และ 2 ในสัปดาห์แรก ใช้เวลา 2 วันละ 1 กิจกรรมตามลำดับ และกิจกรรมที่ 3-5 ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2-4 ตามลำดับ โดยผลการดำเนินการปรับปรุงร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตฯ ตามขั้นตอนของวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีดังนี้

ขั้นวางแผน (Plan)

กิจกรรมที่ 1 “สร้างพลังใจด้วยไมตรี” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าใจความหมายและองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้วิธีการสนทนากลุ่มและทำกิจกรรมกลุ่ม “ไม่มั่งคั่งของฉัน” โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพร่วมกัน 2) อธิบายกฎกติกาการเข้ากลุ่ม 3) ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของโครงการวิจัย 4) ทำข้อตกลงยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม 5) นำเสนอแผนปฏิบัติการกิจกรรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ร่วมวิจัย 6) ผู้วิจัยทบทวนไม่มั่งคั่งที่ผู้ร่วมวิจัยเลือกในวงรอบที่ 1 โดยเชื่อมโยงประสบการณ์ชีวิตของแต่ละคนกับองค์ประกอบพลังสุขภาพจิต 7) อธิบายความหมายและองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต โดยใช้บัตรคำ “พลังสุขภาพจิต” พร้อมยกตัวอย่างให้สอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุ 8) ตกลงร่วมกันในการเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม 9) สะท้อนบรรยากาศ ความรู้สึก และสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมนี้เป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่ 10) ยุติกิจกรรม โดยการขอบคุณและชื่นชมสมาชิกกลุ่มที่ร่วมทำกิจกรรมจนเสร็จสิ้น และให้กำลังใจในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งนัดหมายครั้งต่อไป

ซึ่งแผนปฏิบัติการกิจกรรมตามที่คุณผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ร่วมวิจัย ในวงรอบ 1 โดยมีกิจกรรมหลักและการประเมินผลเหมือนเดิม และเปลี่ยนจุดประสงค์เป็นผลลัพธ์การเรียนรู้ พร้อมทั้งปรับปรุงกิจกรรมในวงรอบ 1 โดยการเพิ่มกิจกรรมย่อยในกิจกรรมที่ 1-5 และอนุญาตให้ผู้สูงอายุบันทึกในใบกิจกรรมหรือไม่ก็ได้ โดยการบันทึกในช่วงพักหรือที่บ้าน เพื่อไม่ให้รบกวนเวลาในการทำกิจกรรม และกิจกรรมให้น่าสนใจมากขึ้น โดยมีรายละเอียดกิจกรรมในภาคผนวก...และแผนการดำเนินกิจกรรมดังตาราง 36

ตาราง 36 การวางแผนดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ในวงรอบที่ 2

กิจกรรม	ผลลัพธ์การเรียนรู้	การสะท้อนผลจากวงรอบที่ 1	กิจกรรมเสริม	วันเวลาทำกิจกรรม
ครั้งที่ 1 “สร้างพลังใจด้วยไมตรี” กิจกรรมหลัก: ไม่มั่งคั่งของฉัน	ผู้สูงอายุเข้าใจ ความหมายและ องค์ประกอบของพลัง สุขภาพจิต และสามารถ ประเมินตนเองได้	ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ยังไม่เข้าใจคำว่า “พลังสุขภาพจิต”	ครั้งที่ 1 - บัตรคำ “พลัง สุขภาพจิต” พร้อมกับ ยกตัวอย่างประกอบ	26 กุมภาพันธ์ 2565 (09.00-10.30)
ครั้งที่ 2 “ยืนหยัดผ่านฝัน” กิจกรรมหลัก: จุดแข็งของตัวเอง	ผู้สูงอายุรู้ว่าลักษณะนิสัย ที่เป็นจุดแข็งของตนเองมี อะไรบ้าง และบอกได้ว่า จะนำจุดแข็งของตัวเอง ไปใช้ในสถานการณ์ใดได้ บ้าง	ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ยังไม่เข้าใจ ลักษณะนิสัยที่ เป็นจุดแข็งของ ตนเอง	ครั้งที่ 2 - “ฉายเส้นจุดแข็งของ ฉัน” โดยให้ผู้สูงอายุ อธิบายจุดแข็งของ ตนเองที่อยู่ในรูปวาด ฉายเส้นที่ตนเองเลือก	27 กุมภาพันธ์ 2565 (09.00-10.30)
ครั้งที่ 3 “ก้าวข้ามปัญหา ฟันฝ่าเชิงบวก” กิจกรรมหลัก: มองโลกในแง่ดี โดยใช้เทคนิค ABCDE	ผู้สูงอายุมีมุมมอง ทางบวกในการเผชิญ ปัญหาและบอกวิธีการจัดการ ปัญหาในทางบวกได้	1. ผู้สูงอายุบาง คนยังไม่เข้าใจ วิธีการมองปัญหา ทางบวกและบอก วิธีการจัดการปัญหา ทางบวกไม่ได้ 2. ผู้วิจัยใช้วิธีการ บรรยายเป็นส่วน ใหญ่ ทำให้ไม่ น่าสนใจ และมอง ไม่เห็นภาพ	ครั้งที่ 3 - วิดีทัศน์ “ละครกรรม นำชีวิต มองโลกในแง่ ดี” แล้วอภิปราย วิธีการมองโลกในแง่ดี ร่วมกัน	6 มีนาคม 2565 (09.00-10.30)

ตาราง 36 (ต่อ)

กิจกรรม	ผลลัพธ์การเรียนรู้	การสะท้อนผล จากวงรอบที่ 1	กิจกรรมเสริม	วันเวลาทำ กิจกรรม
ครั้งที่ 4 “สิ่งดี ๆ ที่มีค่าสำหรับฉัน” กิจกรรมหลัก: สามสิ่งที่ดี	ผู้สูงอายุรับรู้ที่พึ่งพาของ ตนเองเพื่อเสริมกำลังใจ ในการเผชิญปัญหา	ผู้สูงอายุบางคน ไม่เข้าใจคำว่า “ที่ พึ่งของฉัน”	ครั้งที่ 4 - “ที่พึ่งของฉัน” โดย ให้ผู้สูงอายุเลือก ผลไม้ที่อยู่นูปวาด ต้นไม้ พร้อมทั้ง อธิบายที่พึ่งของ ตนเองเชื่อมโยงกับ ผลไม้ที่ตนเองเลือก	13 มีนาคม 2565 (09.00-10.30)
ครั้งที่ 5 “พลัง สุขภาพจิตของ ฉัน” กิจกรรมหลัก: ส่งพลังใจ	1. ผู้สูงอายุมีกิจกรรม สร้างเสริมพลังสุขภาพจิต ที่เหมาะสมกับบริบทของ ตนเอง 2. ผู้สูงอายุรับรู้ระดับพลัง สุขภาพจิตของตนเองหลัง เสร็จสิ้นโปรแกรม	ผู้สูงอายุตอบ วิธีการสร้างเสริม พลังสุขภาพจิตได้ ไม่ครบทุก องค์ประกอบ	ครั้งที่ 5 - “พันธสัญญา” โดย ให้ผู้สูงอายุลงชื่อใน ภาพวาดพร้อมกับ อธิบายเชื่อมโยงกับ การสร้างเสริมพลัง สุขภาพจิตของตนเอง	20 มีนาคม 2565 (09.00-10.30)

ทั้งนี้ ในกิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยเพิ่มกิจกรรมย่อย โดยใช้บัตรคำ “พลังสุขภาพจิต” ซึ่งเป็น
กลุ่มคำสั้นๆ เกี่ยวกับความหมายพลังสุขภาพจิต 3 ใบ ได้แก่ 1) ความสามารถส่วนบุคคล 2)
ป้องกันหรือฟันฝ่าปัญหาอุปสรรค 3) ผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์และความรู้สึก เพื่อใช้ในการ
อธิบายความหมายของพลังสุขภาพจิต พร้อมกับยกตัวอย่างที่สอดคล้องกับประสบการณ์ของ
ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นภาพความหมายและองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต ได้ชัดเจน และ
เข้าใจได้ง่ายขึ้น

ผลลัพธ์จากการเพิ่มกิจกรรมย่อย โดยการสอบถาม การสังเกต และจากการบันทึกใน
ใบกิจกรรม ผู้สูงอายุสะท้อนว่า ได้รู้และเข้าใจคำว่าพลังสุขภาพจิตและส่วนประกอบมากขึ้น
สามารถยกตัวอย่างได้ว่าตัวเองมีพลังสุขภาพจิตอย่างไรบ้าง

“พลังสุขภาพจิตของป้าคือ ป้าสามารถผ่านเหตุการณ์ทุกข์ใจและยากลำบากมาได้ เพราะป้ามีความรับผิดชอบและยอมรับสัจธรรมชีวิต ได้ดูแลแม่จนวาระสุดท้าย และทำเพื่อแม่เพื่อลูก ป้ามีความสุขที่ได้ทำตามหน้าที่ และคิดตลอดเวลาว่าอะไรจะเกิดมันก็ต้องเกิด” (ความหมายและองค์ประกอบพลังสุขภาพจิต: ป้าดาว, 26 กุมภาพันธ์ 2565)

“พลังใจของป้าคือครอบครัว ป้าอดทนทำงานจนตั้งตัวได้ไม่ต้องพึ่งคนอื่น ครอบครัวก็มีเงินใช้ ไม่เดือดร้อน และส่งลูกให้เรียนสูงๆ ได้” (ความหมายและองค์ประกอบพลังสุขภาพจิต: ป้าขาว, 26 กุมภาพันธ์ 2565)

“ฉันอยู่กับลูกพิการตาหู 2 คนแม่ลูก เลิกกับแฟนมา 10 กว่าปีแล้ว ทำมาหากินคนเดียว มีพลังใจสู้ชีวิตมาจนทุกวันนี้เพราะได้รับความช่วยเหลือเรื่องเงินจากราชการ และมีคนมาบริจาคบ้าง ก็พออยู่ได้ ยังไงฉันก็ต้องสู้เพื่อลูกต่อไป” (ความหมายและองค์ประกอบพลังสุขภาพจิต: ป้าสาว, 26 กุมภาพันธ์ 2565)

ขั้นปฏิบัติ (Action) ขั้นสังเกต (Observe) และขั้นสะท้อนผล (Reflect)

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมที่ 2-4 เพื่อให้ได้รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยการสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมถึงการสะท้อนผลการปฏิบัติในแต่ละกิจกรรม ส่วนกิจกรรมที่ 5 เป็นการสอบถามความพึงพอใจต่อกิจกรรมและสรุปความเหมาะสมของกิจกรรมต่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการดำเนินกิจกรรมมีดังนี้

กิจกรรมที่ 2 “ยีนหด ผ่านพ้น” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าใจลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของตนเองมากขึ้น และสามารถยกตัวอย่างได้นำจุดแข็งของตนเองไปใช้ในสถานการณ์ใดได้บ้าง ผู้วิจัยใช้กิจกรรม “จุดแข็งของตนเอง” โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพและตกลงกฎกติกาการเข้ากลุ่ม 2) ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1: ความหมายของพลังสุขภาพจิต 3) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม รวมถึงผลลัพธ์ที่คาดหวัง 4) ให้ความรู้เรื่องพลังสุขภาพจิตด้านลักษณะนิสัยของตน ที่ค้นพบจากการวิจัยระยะที่ 1 โดยใช้แผ่นภาพองค์ประกอบลักษณะนิสัยของตน ประกอบการอธิบายอีกครั้ง 5) ทบทวนความหมายของคำว่า “จุดแข็ง” และให้ผู้สูงอายุยกตัวอย่างเหตุการณ์ภาคภูมิใจที่เกิดจาก “จุดแข็งของตนเอง” อีกครั้ง 6) ช่วยกันจัดกลุ่มจุดแข็งของผู้สูงอายุ ตามข้อค้นพบระยะที่ 1 7) ฝึกการใช้จุดแข็งของตนเองโดยทำ

กิจกรรม “ลายเส้นจุดแข็งของฉัน” โดยให้ผู้สูงอายุเลือกลงชื่อในรูปวาดลายเส้นที่ผู้วิจัยวาดไว้ในกระดาษฟลิปชาร์ต (รูปกล่องแทนความรับผิดชอบ รูปเมฆแทนอดทน รูปหัวใจแทนพึ่งตนเอง รูปหยดน้ำแทนยอมรับสัจธรรมของชีวิต รูปคนยิ้มแทนพอใจในสิ่งที่ตนมี รูปวงกลมแทนอื่นๆ) ซึ่งสามารถลงชื่อที่รูปก็ได้ พร้อมทั้งอธิบายให้สมาชิกกลุ่มฟังถึงเหตุผลที่เลือกรูปวาดลายเส้นนั้นๆ 8) อสม. พูดถึงจุดแข็งของผู้สูงอายุเพิ่มเติม พร้อมกับพูดชื่นชมให้กำลังใจผู้สูงอายุ 9) สะท้อนสิ่งที่ได้จากกิจกรรมนี้เป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่ สิ่งที่ได้เรียนรู้และการนำไปใช้ 10) ยุติกิจกรรม โดยการขอบคุณและให้กำลังใจสมาชิกกลุ่มในการพัฒนาพลังสุขภาพจิตด้านลักษณะนิสัยของตน โดยการดึงจุดแข็งของตนเองออกมาใช้อยู่เสมอ และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

โดยในกิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยเพิ่มกิจกรรมย่อย โดยใช้กิจกรรม “ลายเส้นจุดแข็งของฉัน” เพื่อฝึกการใช้จุดแข็งของตนเอง และเข้าใจลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของตนเองมากขึ้น และสามารถยกตัวอย่างได้ว่าตัวเองมีจุดแข็งอะไรบ้าง และนำจุดแข็งนั้นไปใช้อย่างไรบ้าง

ผลลัพธ์จากการเพิ่มกิจกรรมย่อย จากการสังเกตและสอบถาม พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเข้าใจลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของตนเองมากขึ้น และบอกได้ว่าจะนำจุดแข็งของตนเองไปใช้ในสถานการณ์ใดได้บ้าง

“นิสัยผมจะทำอะไรก็จะมานะพยายามทำให้สำเร็จ ตอนนี้อยู่รับจ้างตัดเสื้อตัดกางเกง ผมภูมิใจในอาชีพของผมทำให้มีรายได้ส่งลูกหลาน เพราะผมไม่มีครอบครัวก็มานะทำงานหาเงินต่อไปให้ลูกหลานใช้นี่แหละ” (ลักษณะนิสัยของฉันทน์: ลุงเปี้ยก, 27 กุมภาพันธ์ 2565)

“นิสัยฉันทน์เป็นคนสู้ชีวิต ฉันทน์เลิกกับสามีมา 13 ปี เป็นแม่เลี้ยงเดี่ยวมานาน ฉันทน์ก็สู้ทำมาหากินทุกอย่างเพื่อลูก ถ้าหากก็ต้องทน ถึงแม้จะมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง และตอนนั้นก็เป็นมะเร็งปากมดลูกด้วย แต่รักษาหายแล้ว บอกได้ว่าเพราะใจสู้อย่างเดียวถึงผ่านได้จนทุกวันนี้” (ลักษณะนิสัยของฉันทน์: ป้าเชม, 27 กุมภาพันธ์ 2565)

“ป้าก็อดทนตั้งหน้าตั้งตาทำงานจนตั้งตัวได้ ก็ทำงานส่งลูกเรียนจนจบ ไม่ต้องพึ่งคนอื่น ทุกวันนี้ก็ยังทำงานหาเงินอยู่เพราะลูกยังไม่ถึงงานทำ” (ลักษณะนิสัยของฉันทน์: ป้าขาว, 27 กุมภาพันธ์ 2565)

กิจกรรมที่ 3 “ก้าวข้ามปัญหา พันฝ่าเชิงบวก” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถมองปัญหาในทางบวก และบอกวิธีจัดการปัญหาในทางบวกได้ ผู้วิจัยใช้กิจกรรม “มองโลกในแง่ดี” โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) สร้างสัมพันธ์ภาพและตกลงกฎกติกาการเข้ากลุ่ม 2) ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 2: ยืนหยัด ผ่านพ้น 3) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม รวมถึงผลลัพธ์ที่คาดหวัง 4) ทบทวนความรู้เรื่อง พลังสุขภาพจิตด้านความสามารถของฉัน เชื่อมโยงกับการมองโลกในแง่ดีเพื่อสร้างเสริมมุมมองทางบวกในการเผชิญปัญหาและจัดการปัญหาในทางบวก 5) อธิบายความหมายและเทคนิคการมองโลกในแง่ดี โดยใช้แผ่นภาพ “9 วิธีมองโลกในแง่ดี” อีกครั้ง 6) เปิดคลิปวิดีโอเรื่อง “ละครกรรมนำชีวิต มองโลกในแง่ดี” ความยาว 4 นาที ให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันแสดงความคิดเห็นถึงเทคนิคการมองโลกในแง่ดีที่ตัวละครใช้ มีอะไรบ้าง 7) ให้ผู้สูงอายุพูดถึงเหตุการณ์ในอดีตที่ทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคในชีวิต และวิธีการที่สามารถก้าวผ่านเหตุการณ์นั้นมาได้ อีกคนละ 1 เรื่อง 8) วิเคราะห์หาข้อดีของแต่ละปัญหา และวิธีการเผชิญปัญหา โดยใช้เทคนิคการมองโลกในแง่ดี 9) ผู้สูงอายุสรุปการมองปัญหาของตนเองในเชิงบวกและบอกวิธีการจัดการปัญหาของตนเองในเชิงบวก 10) ให้สมาชิกกลุ่มผลัดกันพูดชื่นชมให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ในการกล้าที่จะเผชิญปัญหาในทางบวก 11) สรุปและสะท้อนสิ่งที่ได้จากกิจกรรมนี้เป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่ สิ่งที่ได้เรียนรู้และการนำไปใช้ 12) ยุติกิจกรรม โดยการให้กำลังใจสมาชิกกลุ่มในการต่อสู้เอาชนะปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในทางบวก โดยใช้เทคนิคที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมที่ผ่านมาอยู่เสมอ พร้อมทั้งนัดหมายทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

โดยในกิจกรรมที่ 3 ผู้วิจัยเพิ่มกิจกรรมย่อย โดยการเปิดคลิปวิดีโอเรื่อง “ละครกรรมนำชีวิต มองโลกในแง่ดี” แล้วให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันแสดงความคิดเห็นว่าตัวละครมองโลกในแง่ดีอย่างไร เพื่อฝึกการมองบวกของผู้สูงอายุ

ผลลัพธ์จากการทำกิจกรรมกลุ่ม จากการสังเกตและสอบถาม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สะท้อนว่า กิจกรรมที่ได้เพิ่มเติมนี้ทำให้เข้าใจวิธีการมองโลกในแง่ดีมากขึ้น และสามารถเปลี่ยนมุมมองปัญหาไปในทางบวก โดยผู้สูงอายุสามารถยกตัวอย่างการจัดการปัญหาในทางบวกได้

“ถ้ามองปัญหาทางบวกได้ก็จะทำให้เราไม่เครียดและผ่านเหตุการณ์วิกฤตมาได้ อย่างเช่น 2 ปีที่แล้วฉันเป็นมะเร็งปากมดลูก หดหู่ เศร้า ท้อแท้สุดๆ รักษา 2 เดือน ก็พยายามคิดปลอบใจตัวเองว่า คนอื่นที่มารักษายังไม่ตายเลย เขายังรอด ทำไมเราจะไม่รอด อย่างน้อยเราก็ได้รักษา ก็รักษาจนครบแล้วก็พักฟื้น 1 ปี เราก็ไปตามหมอนัด จนตอนนี้เราก็รักษาหายแล้วหมอนัดปีละครั้ง สบายใจขึ้น” (ความสามารถของฉัน: ป้าแซม, 6 มีนาคม 2565)

“ตอนพ่อป่วยมานาน สงสารพ่อ แต่เราช่วยเหลืออะไรไม่ได้ เพราะต้องทำงานที่ภูเก็ต ลาไม่ได้ ท้อแท้ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร ค่อยๆ ตั้งสตินึกถึงน้ำได้ก็โทร.มาขอความช่วยเหลือให้ช่วยพา พ่อไปรักษา ออกค่าใช้จ่ายไปก่อน แล้วเราก็กินงานใช้หนี้ ก็ค่อยเบาใจว่าอย่างน้อยเราก็มียุติพิน้องคอยช่วยเหลือ ผมคิดว่าเป็นคือการแก้ปัญหาทางบวกของผม” (ความสามารถของฉันทน์: ลูกออกอด, 6 มีนาคม 2565)

“ป้าเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว ทำงานหาเงินส่งลูกเรียนคนเดียว เป็นต่อกระเจก 2 ข้าง มา 3-4 ปี ช่วงลูกเรียน รู้สึกท้อแท้ แต่ก็ต้องสู้ ไม่อยากให้ลูกลำบาก ป้ามีวิธีแก้ปัญหาทางบวก ก็คือถือโอกาสไปปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเรื่องตาที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เวลาที่พาคณใช้ที่ป้ารับจ้าง เฝ้าไข้ไปหาหมอ หมอเขาก็แนะนำการปฏิบัติตัวมา และตอนนี้ป้าก็ได้ผ่าตาไป 1 ข้างแล้ว ก็รู้สึกสบายใจขึ้นมาบ้าง” (ความสามารถของฉันทน์: ป้าตุ่น, 6 มีนาคม 2565)

กิจกรรมที่ 4 “สิ่งดี ๆ ที่มีค่าสำหรับฉัน” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าใจคำว่า ที่พึ่งของตน และรับรู้ที่พึ่งพาของตนเอง สามารถยกตัวอย่างที่พึ่งพาของตนเองที่ขอความช่วยเหลือเมื่อเผชิญปัญหาอุปสรรคได้ ผู้วิจัยใช้กิจกรรม “สามสิ่งที่ดี” โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพและตกลงกฎกติกาการเข้ากลุ่ม 2) ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 3: ก้าวข้ามปัญหา พันฝ่าเชิงบวก 3) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม รวมถึงผลลัพธ์ที่คาดหวัง 4) ให้ความรู้เรื่อง พลังสุขภาพจิตด้านที่พึ่งของตน โดยยกตัวอย่างข้อค้นพบที่พึ่งของตนในระยะที่ 1 และใช้แผนภาพ “ที่พึ่งของตน 3 อย่าง” ประกอบการอธิบายอีกครั้ง 5) ผู้วิจัยใช้ข้อมูลที่บันทึกในกระดานฟลิปชาร์ตในรอบที่ 1 ทบทวนเรื่องราวในชีวิตของผู้สูงอายุที่สามารถก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ไปได้ และสิ่งดี ๆ ที่เกิดขึ้น 3 สิ่ง (Three good things) ของผู้สูงอายุแต่ละคน โดยเชื่อมโยงกับองค์ประกอบที่พึ่งของตน 3 อย่าง ได้แก่ การมีครอบครัวและคนใกล้ชิดให้กำลังใจ การมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ และการมีที่พึ่งทางการเงิน 6) ทำกิจกรรม “ที่พึ่งของตน” โดยให้ผู้สูงอายุเลือกสิ่งดีในรูปวาดผลไม้ 3 ชนิดที่อยู่บนต้นไม้ที่มีกิ่งก้านสาขา 3 กิ่งใหญ่ที่สื่อถึงที่พึ่งของตนเอง 3 อย่าง ในกระดานฟลิปชาร์ต แล้ววาดลวดลายตกแต่งคุณค่าหรือประโยชน์ของที่พึ่งพานั้นๆ 7) ให้สมาชิกกลุ่มแลกเปลี่ยนกันว่ามีเหตุการณ์ปัญหาอุปสรรคต่างๆ เกิดขึ้นอีก จะสามารถขอความช่วยเหลือจากใครหรือสิ่งใดได้บ้าง 8) ผู้วิจัยสรุปเนื้อหา ที่พึ่งพาดี ๆ มีอยู่รอบๆ ตัว และให้สมาชิกกลุ่มจับคู่กล่าวให้กำลังใจซึ่งกันและกันอีกครั้ง 9) ให้สมาชิกกลุ่มสะท้อนสิ่งที่ได้จากกิจกรรมนี้

เป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่ สิ่งที่ได้เรียนรู้และการนำไปใช้ 10) ยุติกิจกรรม โดยการให้กำลังใจสมาชิกกลุ่มในการสร้างเสริมกำลังใจของตนเองโดยใช้ที่พึ่งพาต่างๆ ให้เกิดประโยชน์ พร้อมทั้งนัดหมายทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

โดยในกิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยเพิ่มกิจกรรมย่อย “ที่พึ่งของฉัน” เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจองค์ประกอบที่พึ่งของฉันชัดเจนยิ่งขึ้น โดยให้สมาชิกกลุ่มเลือกลงชื่อในรูปวาดผลไม้ 3 ชนิดที่อยู่บนต้นไม้ที่มีกิ่งก้านสาขา 3 กิ่งใหญ่ซึ่งสื่อถึงที่พึ่งของตนเอง 3 อย่าง ได้แก่ รูปกล้วยสื่อถึงการมีครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นกำลังใจ รูปมะยมสื่อถึงการมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ และรูปขนุนสื่อถึงการมีที่พึ่งทางการเงิน โดยจะลงชื่อในรูปวาดผลไม้กี่ชนิดก็ได้ แล้วให้ผู้สูงอายุอธิบายที่พึ่งของตนเองและคุณค่าหรือประโยชน์ของที่พื้พานั้นๆ ประกอบภาพที่ตนเองเลือก เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจว่าตนเองมีที่พึ่งพาดีๆ อยู่รอบตัว และสามารถยกตัวอย่างที่พึ่งพาดีๆ ที่ตนเองขอความช่วยเหลือยามประสบปัญหาต่างๆ ได้

ผลลัพธ์จากการทำกิจกรรมกลุ่ม จากการสังเกตและสอบถาม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สะท้อนว่า กิจกรรมที่ได้เพิ่มเติมนี้ทำให้เข้าใจคำว่าที่พึ่งของฉันมากขึ้น และสามารถยกตัวอย่างการขอความช่วยเหลือจากที่พึ่งพารอบๆ ตัวเวลามีปัญหาได้

“ผมรู้แล้วว่าเวลาที่ผมมีปัญหา ผมจะขอความช่วยเหลือจากใครหรืออะไรได้บ้างที่อยู่รอบตัวผม อย่างเช่น ตอนนั้นพ่อผมป่วยหนัก แล้วผมทำงานอยู่ไกลกลับไม่ได้ ตอนแรกผมเครียดไม่รู้จะพึ่งใคร ผมก็โทร. มาหาน้าให้ช่วยพาพ่อไปหาหมอ น้าก็เต็มใจช่วยและออกค่าใช้จ่ายให้ด้วย ผมจึงส่งเงินมาใช้หนี้ให้ภายหลัง” (มีที่พึ่งทางการเงิน: ลุงออด, 13 มีนาคม 2565)

“ป้าพึ่งพระ สวดมนต์ไหว้พระเป็นประจำทุกคืนก่อนนอน ทำแล้วสบายใจ ถ้าเครียดมากๆ ก็ไปวัด อย่างตอนเครียดเรื่องที่ดินทะเลาะกับญาติพี่น้องข้างบ้าน ป้าก็ไปอยู่วัดปฏิบัติธรรม 2 คืน กลับมาก็สงบขึ้น มีสติขึ้น ปล่อยวางได้บ้าง แล้วก็ค่อยๆ แก้ปัญหาไป” (ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ: ป้าล่อม, 13 มีนาคม 2565)

“ที่พึ่งของฉันยามเจ็บป่วยคือครอบครัวและคนใกล้ชิด คือเมื่อ 2 ปีที่แล้วฉันเป็นมะเร็งปากมดลูก ท้อแท้สุด ๆ รักษา 2 เดือน พักฟื้น 1 ปี แต่ก็คิดว่าคนอื่นเขาเป็นยังไม่ตายเลย คนอื่นยังรอด ทำไมเราจะไม่รอด ก็ได้กำลังใจจากลูกแล้วก็เพื่อนผู้ป่วยด้วยกันนี่แหละ” (ครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นกำลังใจ: ป้าเชม, 13 มีนาคม 2565)

กิจกรรมที่ 5 พลังสุขภาพจิตของฉัน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีเทคนิคการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง และรู้ระดับพลังสุขภาพจิตของตนเองหลังเสร็จสิ้นโครงการฯ ผู้วิจัยใช้กิจกรรม “ส่งพลังใจ” โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพและตกลงกฎกติกาการเข้ากลุ่ม 2) ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 4: “สิ่งดี ๆ ที่มีค่าสำหรับฉัน” 3) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม รวมถึงผลลัพธ์ที่คาดหวัง 4) ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มช่วยกันทบทวนชื่อกิจกรรมที่ 1-4 และวิธีการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของแต่ละองค์ประกอบ โดยเปิดฟลิปชาร์ตประกอบอีกครั้ง 5) สอบถามความเข้าใจของสมาชิกกลุ่มอีกครั้ง เกี่ยวกับความหมายของ “พลังสุขภาพจิต” สิ่งที่ได้เรียนรู้ และสิ่งที่ได้จากโครงการเป็นไปตามที่ท่านคาดหวังหรือไม่ อย่างไร 6) สอบถามความเหมาะสมของกิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเกี่ยวกับระยะเวลา กิจกรรมที่ควรปรับปรุงหรือตัดออก กิจกรรมที่เหมาะสม มีประโยชน์ และควรคงไว้ และควรเพิ่มกิจกรรมอื่นๆ หรือไม่ อย่างไร 7) ให้ผู้สูงอายุทำแบบประเมินพลังสุขภาพจิต และผู้วิจัยแปลผลให้ทราบ 8) ให้สมาชิกกลุ่มทำกิจกรรม “พันธสัญญา” โดยให้เลือกลงชื่อในภาพวาดลายเส้น พร้อมทั้งอธิบายภาพวาดที่เลือกเชื่อมโยงกับการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของตนเอง 9) ผู้นำกลุ่มสรุปความคิดของผู้สูงอายุแต่ละคนจากภาพวาดที่ผู้สูงอายุเลือก โดยให้มีความหมายเชื่อมโยงกับกิจกรรมที่ 1-4 10) ให้สมาชิกกลุ่มพูดถึงความพึงพอใจและความประทับใจในการเข้าร่วมโครงการนี้ 11) ให้สมาชิกกลุ่มพูดชื่นชมให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และแสดงความห่วงใยกันโดยการส่งมอบหน้ากากอนามัยและให้ดอกบัวเป็นสื่อแทนใจที่แสดงถึงความยกย่องและความศรัทธาในตัวเอง 12) ผู้วิจัยสรุปความพึงพอใจและความประทับใจของผู้ร่วมวิจัยในการเข้าร่วมโครงการฯ ครึ่งนี้ 13) ยุติกิจกรรม โดยการกล่าวขอบคุณ และให้กำลังใจในการทำกิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของตนเองอยู่เสมอ ซึ่งผลการปฏิบัติการมีดังนี้

โดยในกิจกรรมที่ 5 ผู้วิจัยเพิ่มกิจกรรมย่อย “พันธสัญญา” เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง โดยให้ผู้สูงอายุเลือกลงชื่อในภาพวาดลายเส้น ได้แก่ ดอกไม้ ผลไม้ ดวงอาทิตย์ ดวงจันทร์ แล้วอธิบายภาพที่ตนเองเลือกเชื่อมโยงกับเหตุการณ์ในชีวิตและการสร้างเสริมพลังใจให้ชีวิตมีความสุขอย่างไร เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจคำว่าพลังสุขภาพจิตและวิธีการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตมากขึ้น ผลลัพธ์จากการทำกิจกรรมกลุ่มจากการสังเกตและสอบถาม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สะท้อนว่า กิจกรรมที่ได้เพิ่มเติมนี้ทำให้เข้าใจคำว่าพลังสุขภาพจิตและวิธีการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตมากขึ้น และสามารถยกตัวอย่างการใช้เทคนิคการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในแต่ละองค์ประกอบได้

หลังจากดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้น ในขั้นสรุป สมาชิกกลุ่มสะท้อนว่าสิ่งที่ได้จากโครงการนี้เป็นไปตามที่คาดหวังคือ ได้กิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง และได้รู้วาระดับพลังสุขภาพจิตของตนเองสูงขึ้น และสะท้อนถึงความประทับใจในการเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ว่ามีความพึงพอใจในกิจกรรมที่ปรับปรุงแก้ไขทุกกิจกรรม และคิดว่าทุกกิจกรรมเหมาะสมกับผู้สูงอายุ สามารถเอาไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ และมีข้อเสนอแนะควรมีการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุทั่วไปโดยใช้กระบวนการเชิงปฏิบัติการนี้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และบรรลุเป้าหมายในการมีพลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปในช่วงบั้นปลายชีวิต

“การมาเข้าร่วมโครงการนี้ทำให้รู้จักคำว่าพลังสุขภาพจิตว่าเป็นความสามารถฟื้นฝ่าอุปสรรค และลูกก็ได้รู้จุดแข็งของตัวเองว่าได้ต่อสู้มาเยอะ จนทุกวันนี้ก็ต้องใช้จุดแข็งที่มีอยู่ดำเนินชีวิตเพื่อครอบครัวต่อไป” (พลังสุขภาพจิตและวิธีการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต: ลุงยอด, 20 มีนาคม 2565)

“ป่าสร้างความเข้มแข็งให้จิตใจป่า ป่าเป็นคนอดทนสู้ทำงานทุกอย่าง ขาของ เป็นรบก. รับจ้างดำข้าว หาเงินเลี้ยงครอบครัวมาได้ ครอบครัวไม่เดือดร้อน เราก็มีความสุข” (วิธีการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต: ป้าเม้า, 20 มีนาคม 2565)

“หลังจากทำกิจกรรมก้าวข้ามปัญหา ทำให้ผมรู้ว่าเวลาเกิดปัญหา เราต้องมองโลกในแง่ดี เราจะได้แก้ปัญหาทางบวกได้ ถึงแม้จะแก้ไม่ได้ทั้งหมดแต่ก็ได้แก้แล้วมันจะไปในทางที่ดี อย่างเช่นตอนผมเดินไม่ได้ ผมก็เครียด พ่อแม่ก็เครียดไปด้วย แต่เครียดไปก็ไม่ีอะไรดีขึ้น สู้เราทำกายภาพบำบัดให้เดินได้ดีกว่า ผมก็แก้ปัญหาโดยการจ้างคนมาทำราวเกาะฝึกเดิน มันก็ค่อยๆ ดีขึ้นแต่นานหน่อย จนตอนนี้เดินได้แล้ว” (วิธีการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต: ลุงเปี้ยก, 20 มีนาคม 2565)

“เราต้องใช้สิ่งดีๆ ที่อยู่รอบตัวมาช่วยแก้ปัญหาเพื่อให้มีกำลังใจต่อสู้ปัญหา อย่างฉันเครียดที่เป็นมะเร็งปากมดลูก ก็ได้คำพูดปลอบใจ คำแนะนำดีๆ จากเพื่อนผู้ป่วยมะเร็งเหมือนกัน ทำให้รู้สึกมีกำลังใจสู้กับโรคต่อไป” (วิธีการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต: ป้าเซม, 20 มีนาคม 2565)

“โครงการนี้ทำให้ได้รู้จักตัวเองมากขึ้น ได้รู้ว่าตัวเองมีพลังสุขภาพจิตระดับปานกลาง พอได้ทำกิจกรรมและได้เรียนรู้จากคนรอบข้าง ก็ทำให้พลังสุขภาพจิตของตัวเองสูงขึ้น” (ระดับพลังสุขภาพจิต: ป้าตุน, 20 มีนาคม 2565)

“บรรยากาศการทำกิจกรรมเป็นกันเองดี มีความสุขในหมู่คณะ ได้พูดคุยกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน มีประโยชน์ต่อจิตใจ และยังได้ความรู้เอาไปใช้แก้ปัญหาได้อีก” (ความพึงพอใจ: ป้าเม้า, 20 มีนาคม 2565)

“ประทับใจมากๆ ที่ได้กำลังใจจากเพื่อนๆ ได้สิ่งดีๆ ประสบการณ์ดีๆ ไปใช้สร้างพลังใจเรา” (ความประทับใจ: ป้าเซม, 20 มีนาคม 2565)

“โครงการนี้ทำให้ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ได้สิ่งดีๆ ประสบการณ์ดีๆ เอาไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ และควรเอากิจกรรมไปสอนแนะนำผู้สูงอายุคนอื่นๆ ในหมู่บ้าน ด้วย เขาจะได้มีพลังใจต่อชีวิต” (ข้อเสนอแนะ: ป้าเล็ก อสม., 20 มีนาคม 2565)

สรุปผลการสนทนากลุ่มในวงรอบที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถบอกความหมายของพลังสุขภาพจิตได้ ส่วนใหญ่สามารถประเมินพลังสุขภาพจิตของตนเองได้ มีบางรายที่อสม.ต้องช่วยอธิบายเสริม จากการสอบถาม ผู้สูงอายุสามารถบอกลักษณะที่เป็นจุดแข็งของตนเองได้ และบอกได้ว่าจะนำจุดแข็งไปใช้ในสถานการณ์ใดบ้าง สามารถบอกได้ว่ามีสิ่งดีๆ อะไรบ้างที่อยู่รอบตัว และจะนำสิ่งดีๆ เหล่านั้นไปใช้ในการก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคไปได้อย่างไร ผู้สูงอายุและอสม. มีความพึงพอใจในกิจกรรมที่ปรับปรุงแก้ไขทุกกิจกรรม เพราะเข้าใจในแต่ละกิจกรรมมากขึ้นและทำกิจกรรมได้ทั้งหมดตามแผนที่ตั้งไว้ มีกิจกรรมที่ได้ขยับร่างกายบ้างทำให้ไม่น่าเบื่อ มีการเขียนน้อยลง ผู้สูงอายุและอสม. และมีความเห็นพ้องร่วมกันว่าทุกกิจกรรมมีประโยชน์ในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต สามารถเอาไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุและอสม. ยังมีความประทับใจที่ผู้วิจัยมาอบรมให้ความรู้ ได้เรียนรู้สิ่งดีๆ และได้ความรักจากเพื่อนๆ ได้ประสบการณ์จากเพื่อนมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันซึ่งเกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ และมีข้อเสนอแนะควรมีการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุทั่วไปโดยใช้กระบวนการเชิงปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมมากขึ้น และบรรลุเป้าหมายในการมีพลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปในช่วงบั้นปลายชีวิต

ผลการประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ในวงรอบที่ 2 พบว่า ในจำนวนผู้สูงอายุ 12 คน ส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตโดยรวมทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับสูงมากจำนวน 7 คน ($\bar{X} = 4.24-4.86$) คิดเป็นร้อยละ 58.33 และระดับสูงจำนวน 5 คน ($\bar{X} = 3.71-4.19$) คิดเป็นร้อยละ 41.67 โดยมีพลังสุขภาพจิตด้านลักษณะนิสัยของฉันทอยู่ในระดับสูงมากจำนวน 7 คน ($\bar{X} = 4.27-5.00$) และระดับสูงจำนวน 5 คน ($\bar{X} = 3.64-4.09$), ด้านความสามารถของฉันทอยู่ในระดับสูงมากจำนวน 9 คน ($\bar{X} = 4.25-5.00$) และระดับสูงจำนวน 3 คน ($\bar{X} = 3.75-4.00$), ด้านที่พึงของฉันทอยู่ในระดับสูงมากจำนวน 5 คน ($\bar{X} = 4.33-5.00$) และระดับสูงจำนวน 7 คน ($\bar{X} = 3.50-4.17$) ดังแสดงในตาราง 37

ตาราง 37 ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตรายด้านและโดยรวมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวความคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก (n=12)

คนที่	ด้านลักษณะนิสัย		ด้านความสามารถ		ด้านที่พึง		พลังสุขภาพจิตโดยรวม	
	$\bar{X}$	ระดับ	$\bar{X}$	ระดับ	$\bar{X}$	ระดับ	$\bar{X}$	ระดับ
1	4.73	สูงมาก	5.00	สูงมาก	5.00	สูงมาก	4.86	สูงมาก
2	4.82	สูงมาก	4.75	สูงมาก	4.17	สูง	4.62	สูงมาก
3	5.00	สูงมาก	4.25	สูงมาก	4.00	สูง	4.57	สูงมาก
4	4.55	สูงมาก	4.25	สูงมาก	4.83	สูงมาก	4.51	สูงมาก
5	3.73	สูง	4.50	สูงมาก	3.50	สูง	3.81	สูง
6	4.09	สูง	4.25	สูงมาก	3.83	สูง	4.05	สูง
7	4.09	สูง	4.00	สูง	4.33	สูงมาก	4.14	สูง
8	4.64	สูงมาก	4.25	สูงมาก	4.00	สูง	4.38	สูงมาก
9	3.64	สูง	3.75	สูง	3.83	สูง	3.71	สูง
10	4.27	สูงมาก	4.75	สูงมาก	3.83	สูง	4.24	สูงมาก
11	4.64	สูงมาก	4.00	สูง	4.50	สูงมาก	4.48	สูงมาก
12	3.91	สูง	4.25	สูงมาก	4.67	สูงมาก	4.19	สูง

จากผลการวิเคราะห์ข้างต้นสรุปได้ว่า

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตด้านความสามารถของฉันทอยู่ในระดับสูงมาก รองลงมาเป็นด้านลักษณะนิสัยของฉันท และที่พึงของฉันท ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตด้านที่พึงของฉันทอยู่ในระดับสูง รองลงมาเป็นด้านลักษณะนิสัยของฉันท และความสามารถของฉันท ตามลำดับ โดยไม่พบผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลางหรือต่ำ

2. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตระดับสูงมากอย่างน้อย 1 ด้าน มีเพียง 2 คนที่ทุกด้านอยู่ในระดับสูงมาก

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของผลการทดสอบพลังสุขภาพจิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติ Pair Sample T-Test ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบ T-Test ด้วยการตรวจสอบการแจกแจงปกติ (Normal Distribution) ของข้อมูล โดยใช้สถิติของ Kolmogorov-Smirnov ด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics 26 พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ (แสดงดังภาคผนวก ฏ) ประกอบกับข้อมูลเป็นมาตราอันตรภาค (Interval Scale) ขึ้นไปและไม่ทราบความแปรปรวนของประชากร ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบ T-Test ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Pair Sample T-Test พบว่า ก่อนเข้าโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตโดยรวมต่ำ ($\bar{X} = 56.58$, S.D. = 4.77) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตด้านลักษณะนิสัยของฉันทมากที่สุด ($\bar{X} = 30.33$, S.D. = 3.55) รองลงมาคือด้านที่พึงของฉันท ($\bar{X} = 15.50$, S.D. = 2.11) และด้านความสามารถของฉันท ($\bar{X} = 10.75$, S.D. = 1.95) ตามลำดับ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตฯ เสร็จสิ้นในวงรอบที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตโดยรวมสูงขึ้น ($\bar{X} = 90.33$, S.D. = 7.17) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตด้านลักษณะนิสัยของฉันทมากที่สุด ($\bar{X} = 47.75$, S.D. = 4.93) รองลงมาคือด้านที่พึงของฉันท ($\bar{X} = 25.25$, S.D. = 2.76) และด้านความสามารถของฉันท ($\bar{X} = 17.33$, S.D. = 1.43) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 38

ตาราง 38 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลการทดสอบพลังสุขภาพจิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบุคลากรทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก (n=12)

พลังสุขภาพจิต	คะแนนก่อน (Pre-test)		คะแนนหลัง (Post-test)		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านลักษณะนิสัยของฉันท	30.33	3.55	47.75	4.93	-8.99	.000*
ด้านความสามารถของฉันท	10.75	1.95	17.33	1.43	-9.24	.000*
ด้านที่พึงของฉันท	15.50	2.11	25.25	2.76	-8.84	.000*
โดยรวม	56.58	4.77	90.33	7.17	-11.92	.000*

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จึงสรุปได้ว่า ผลการทดสอบพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบุคลากรทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบุคลากรทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก มีผลทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น

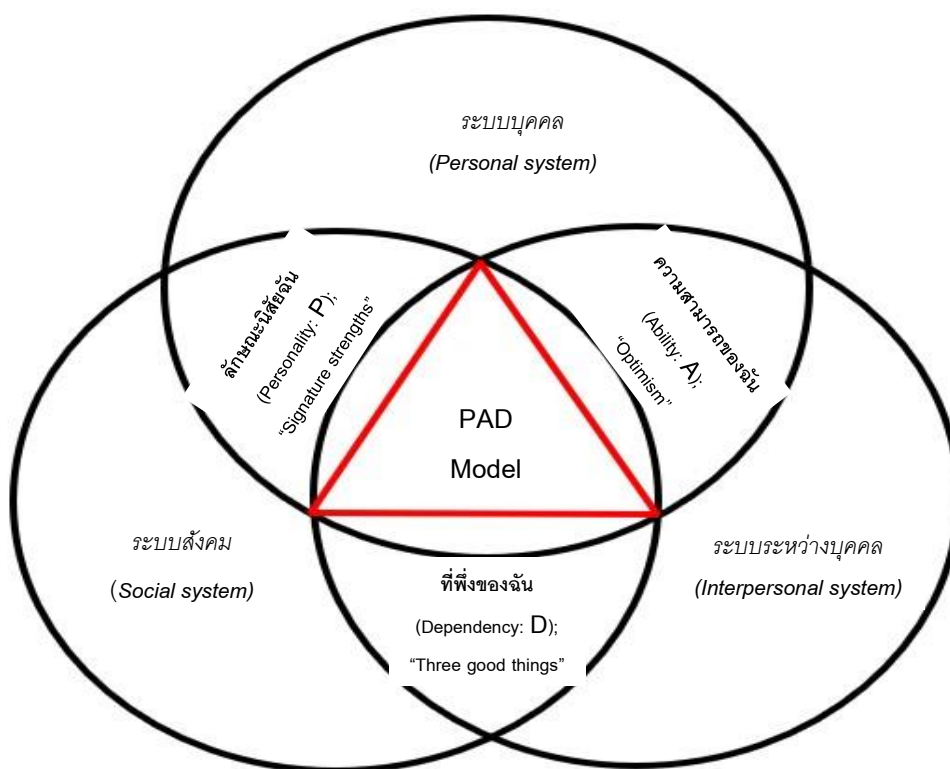
จากผลการวิเคราะห์พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบุคลากรทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก พบว่ามีระดับพลังสุขภาพจิตสูงขึ้นจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยมีระดับคะแนนสูงขึ้นในทุกองค์ประกอบสอดคล้องกับข้อค้นพบเชิงคุณภาพที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ปรับปรุงแล้วได้ทุกกิจกรรม และมีความพึงพอใจในกิจกรรมที่ปรับปรุง แสดงว่าโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบุคลากรทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยใช้กิจกรรมการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวกในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า มีผลทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถปรับตัวและฟื้นตัวได้เป็นอย่างดีหลังได้รับโปรแกรมฯ จึงทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่

มีภาวะซึมเศร้ามีระดับพลังสุขภาพจิตสูงจนถึงสูงมาก ดังนั้น ผู้วิจัยสรุปผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก รายละเอียดดังตาราง 39

ตาราง 39 สรุปการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก

สถานการณ์เงื่อนไข การสร้างเสริม พลังสุขภาพจิต	ทฤษฎี ความสำเร็จ ตามจุดมุ่งหมาย	ประเด็นที่ พัฒนา	การเปลี่ยนแปลง ของผู้สูงอายุ	กิจกรรม แทรกแซง จิตวิทยาเชิงบวก
1. ด้านบุคคล	ระบบบุคคล (Personal system)	1. การเพิ่มความ มั่นคงทางอารมณ์ ในการเผชิญ ปัญหา	ด้านลักษณะนิสัยของ ฉัน (Personality: P) 1. มีความรับผิดชอบ 2. มีความอดทน 3. ยอมรับสัจธรรม ของชีวิต 4. พึ่งตนเองได้ 5. พอใจในสิ่งที่ตนมี	จุดแข็งของตัวเอง (Signature strengths)
2. ด้านผู้ดูแล	ระบบระหว่าง บุคคล (Interpersonal system)	2. การเพิ่ม ความสามารถใน การเผชิญปัญหา ไปสู่เป้าหมายที่ ต้องการ	ด้านความสามารถ ของฉัน (Abilities: A) 1. มีความสามารถในการ เผชิญปัญหา	มองโลกในแง่ดี (Optimism)
3. ด้านสังคม	ระบบสังคม (Social system)	3. การเสริม กำลังใจในการ ก้าวผ่านปัญหา อุปสรรคต่างๆ	ด้านที่พึ่งของฉัน (Dependency: D) 1. การมีศาสนาเป็นที่ พึ่งทางใจ 2. การมีครอบครัว และคนใกล้ชิดเป็น กำลังใจ 3. การมีที่พึ่งทาง การเงิน	สามสิ่งที่ดี (Three good things)

ผลลัพธ์จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่า รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก มีประสิทธิภาพในการเพิ่มพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงสรุปรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลบางระจัน อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ได้เป็น 'PAD Model' อันประกอบด้วย การสร้างเสริมองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตใน 3 ระบบที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ได้แก่ ลักษณะนิสัยของตนเอง (Personality: P) ในระบบบุคคล (Personal system) โดยการพัฒนาจุดแข็งของตนเอง (Signature strengths) เพื่อให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหา (Ability: A) ด้วยการมองโลกในแง่ดี (Optimism) ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal system) อย่างมีเป้าหมายร่วมกันในการก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคด้วยการพึ่งพา (Dependency: D) สามสิ่งที่ดีในชีวิต (Three good things) ที่มีอยู่รอบ ๆ ตัว (Social system) ทำให้เกิดกำลังใจในการใช้ชีวิตในสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นผู้ที่มีคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิตสูง ดังภาพประกอบ 14



ภาพประกอบ 14 รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก (PAD Model)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก มีความมุ่งหมายของการวิจัย 3 ประการ คือ 1) เพื่อศึกษาคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิต กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า 2) เพื่อสร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ 3) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยกระบวนการปฏิบัติการในสภาพการณ์ที่เป็นจริง โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะการวิจัย เป็นการวิจัยผสมวิธี (Mixed-methods research) แบบสำรวจตามลำดับ (Sequential exploratory design) (Creswell J. W. 2014) เพื่อพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยในระยะนี้แบ่งเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิต กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จากนั้นนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพมาพัฒนาและทดสอบคุณภาพของแบบวัดด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) (องอาจ นัยพัฒน์. 2554) เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยกระบวนการปฏิบัติการในสภาพการณ์ที่เป็นจริง โดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้ร่วมวิจัยตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ อันประกอบด้วย 1) ขั้นวางแผนดำเนินการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก 2) ขั้นปฏิบัติการและสังเกตการณ์ และ 3) ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยดำเนินการ 2 วงรอบ เพื่อให้ได้รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยระยะที่ 1 ระยะการวิจัย การวิจัยแบบผสมผสานวิธีชนิดเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ ลำดับแรกการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก คือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยมีภาวะซึมเศร้าจำนวน 6 คน ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก ในการสนทนากลุ่ม ลำดับที่สองการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 310 คน ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยระยะที่ 2 ระยะพัฒนา การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักคือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 12 คน ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลรองคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 4 คน ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงผู้สูงอายุ กระตุ้นผู้สูงอายุให้ทำกิจกรรมในแต่ละครั้งสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และมีบทบาทในการเป็นผู้ช่วยผู้วิจัยในการสังเกตผู้สูงอายุขณะทำกิจกรรม โดยร่วมทำกิจกรรมทุกครั้งพร้อมผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยกระบวนการปฏิบัติการในสภาพการณ์ที่เป็นจริง จำนวน 10 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะที่ 1 ระยะการวิจัย แบ่งออกเป็น ลำดับแรกการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อตอบความมุ่งหมายของการวิจัยข้อที่ 1 เครื่องมือประกอบด้วย 1) ตัวผู้วิจัย 2) แนวคำถามสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีประเด็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะของพลังสุขภาพจิต กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิต ซึ่งข้อคำถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ 3) ผู้จัดบันทึกสนทนากลุ่ม 4) เครื่องบันทึกเสียง และลำดับที่สองการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อตอบความมุ่งหมายของการวิจัยข้อที่ 2 ประกอบด้วยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ แบบวัดพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะที่ 2 ระยะพัฒนา เพื่อตอบความมุ่งหมายของการวิจัยข้อที่ 3 เครื่องมือได้แก่ 1) ตัวผู้วิจัย 2) แนวคำถามสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีประเด็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของตนเอง 3) ผู้จัดบันทึกสนทนากลุ่ม 4) เครื่องบันทึกเสียง 5) โปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ (ภาคผนวก ง) 6) แบบวัดพลังสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผู้วิจัยนำเสนอการสรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ โดยแบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 สรุปผลการวิจัย ตอนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย และตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาเรื่อง การวิจัยและพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการวิจัย ผลการวิจัยแบบผสมผสานวิธีแบบเชิงคุณภาพนำเชิงปริมาณ เพื่อพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพในลำดับแรกเพื่อศึกษาคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิต กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นสำคัญดังนี้

1. เหตุการณ์วิกฤตที่พบในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ วิกฤตจากเหตุครอบครัว วิกฤตจากเหตุสุขภาพ และวิกฤตจากเหตุการณ์เงิน

2. คุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นลักษณะของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่สามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤตในชีวิต และสามารถปรับตัวกลับสู่สภาพเดิมได้หลังจากประสบเหตุการณ์วิกฤต ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่

2.1 ลักษณะนิสัยของฉัน เป็นลักษณะภายในของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่ทำให้สามารถฟื้นตัวหลังจากเผชิญเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต แบ่งเป็น 5 ประเด็นรอง ได้แก่

1) การมีความรับผิดชอบ 2) ความอดทนสูง 3) การยอมรับสัจธรรมของชีวิต 4) การพึ่งตนเอง และ 5) ความพอใจในสิ่งที่มี

2.2 ความสามารถของฉัน เป็นความสามารถในการคงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะทางสังคมในระหว่างเผชิญเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า มี 1 ประเด็นรอง ได้แก่ ความสามารถเผชิญปัญหา

2.3 ที่พึ่งของฉัน เป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นหรือแหล่งประโยชน์ต่างๆ ทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีพลังใจ

ในการดำเนินชีวิตหลังจากเผชิญเหตุการณ์วิกฤตต่างๆ แบ่งเป็น 3 ประเด็นรอง ได้แก่ 1) การมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ 2) การมีครอบครัวและคนใกล้ชิดให้กำลังใจ 3) การมีที่พึ่งด้านการเงิน

จากผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพผู้วิจัยกำหนดนิยามปฏิบัติการของประเด็นหลักและประเด็นรอง โดยพิจารณาจากเงื่อนไขที่ทำให้เกิดพลังสุขภาพจิตร่วมกับการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำนิยามปฏิบัติการไปใช้ในการสร้างแบบวัดพลังสุขภาพจิตในการวิจัยเชิงปริมาณในลำดับที่ 2 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

พลังสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในการฟื้นคืนกลับสู่สภาพเดิมโดยเร็วหลังจากประสบเหตุการณ์ทุกข์ทรมานใจในชีวิต เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความคิด และการกระทำของผู้สูงอายุที่สามารถเรียนรู้และพัฒนาได้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 ลักษณะนิสัยของฉัน หมายถึง คุณลักษณะของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในการฟื้นตัวหลังจากเผชิญเหตุการณ์ทุกข์ทรมานใจ เป็นความเข้มแข็งภายในจิตใจที่แสดงออกมาจนเกิดเป็นความเคยชินในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การมีความรับผิดชอบอันแสดงออกมาผ่านการรู้หน้าที่ของตนเอง และยอมรับผลจากการกระทำของตนเอง มีความอดทนสู่จากการที่มีจิตใจเข้มแข็งและไม่ยอมแพ้ สามารถยอมรับสัจธรรมของชีวิตได้ด้วยการปล่อยวางและไม่คิดมาก สามารถพึ่งตนเองได้ และมีความพอใจในสิ่งที่ตนเองมี

องค์ประกอบที่ 2 ความสามารถของฉัน หมายถึง ความสามารถในการคงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะทางสังคมในระหว่างเผชิญเหตุการณ์ทุกข์ทรมานใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ทำให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาโดยใช้วิธีการคิดวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาและการควบคุมอารมณ์ตนเองได้ ทำให้สามารถฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็วเมื่อเผชิญปัญหาอุปสรรค

องค์ประกอบที่ 3 ที่พึ่งของฉัน หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเกี่ยวกับการได้รับความสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่นหรือแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทางสังคม ได้แก่ การมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ การมีครอบครัวและคนใกล้ชิดให้กำลังใจ และการมีที่พึ่งด้านการเงิน ทำให้ผู้สูงอายุมีพลังใจในการดำเนินชีวิตหลังจากเผชิญเหตุการณ์วิกฤต

3. กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การเพิ่มความมั่นคงทางอารมณ์ โดยการดึงจุดแข็งของตนเอง ออกมาใช้ปรับเปลี่ยนอารมณ์ มุมมอง และความคิดในเชิงบวกต่อปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤตต่าง ๆ ไปได้

ขั้นตอนที่ 2 การเพิ่มความสามารถเผชิญปัญหา เป็นทักษะการปรับความคิด และพฤติกรรมของตนเองในการอดทนต่อปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ และสามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคได้ในทางบวก โดยใช้วิธีการมองโลกในแง่ดี และเผชิญปัญหาในทางบวก

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมกำลังใจ โดยการตระหนักว่าตนเองมีที่พึ่งทางกาย ใจ และสังคม ด้วยการรับรู้ถึงสิ่งดีที่มีอยู่รอบตัว เพื่อนำสิ่งดีเหล่านั้นไปใช้ประโยชน์และช่วยเพิ่มกำลังใจในยามที่เผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ

ผลลัพธ์เชิงคุณภาพกระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าถูกนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมในระยะที่ 2 ระยะพัฒนา

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยเชิงปริมาณในลำดับที่ 2 เพื่อสร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ โดยผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพคุณลักษณะของพลังสุขภาพจิตได้นิยามปฏิบัติการพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า มาพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิต โดยสรุปขั้นตอนได้ดังนี้

1. ผู้วิจัยสร้างแบบวัดพลังสุขภาพจิตฉบับร่างตามนิยามปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ด้านลักษณะนิสัยของชน 2) ด้านความสามารถของชน และ 3) ด้านที่พึ่งของชน และ 9 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) การมีความรับผิดชอบ 2) การมีความอดทนสูง 3) การยอมรับสัจธรรมของชีวิต 4) การพึ่งตนเอง 5) การพอใจในสิ่งที่ตนมี 6) การมีความสามารถในการเผชิญปัญหา 7) การมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ 8) การมีครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นกำลังใจ และ 9) การมีที่พึ่งทางการเงิน ได้ข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 39 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นการสอบถามถึงระดับการรับรู้ด้านความคิด ความรู้สึก และการแสดงออกทางพฤติกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ โดยแบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่จริง จริงบางครั้ง ค่อนข้างจริง จริงมาก จริงมากที่สุด การให้คะแนนข้อคำถามทางบวก ให้ 1 คะแนนสำหรับตอบไม่จริง จนกระทั่งถึง 5 คะแนนสำหรับตอบจริงมากที่สุด และข้อคำถามทางลบจะให้คะแนนในทิศทางตรงกันข้าม

2. ผู้วิจัยนำแบบวัดพลังสุขภาพจิตฉบับร่างทั้ง 39 ข้อ ไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ด้านจิตวิทยา ด้านพฤติกรรมศาสตร์ และด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการคำนวณดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (IOC) ได้ข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 15 ข้อซึ่งมีจำนวนน้อย เนื่องจากถึงแม้ว่ามาตรการตรวจสอบจะไม่ได้ตามหลักฐานความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา แต่การแสดงความเที่ยงตรงของเนื้อหาเป็นข้อกำหนดพื้นฐานของการสร้างเครื่องมือและกระบวนการประเมินผลทั้งหมด (Sireci S. G. . 1998) ผู้วิจัยจึงนำข้อคำถามที่ต้องปรับปรุงตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มาพิจารณาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ได้จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อที่นำไปทดลองใช้กับตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จากนั้นหาค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถาม ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทุกข้อ (Item Total Correlation) โดยพิจารณาคัดข้อคำถามที่มีความสัมพันธ์กันทางบวกตั้งแต่ 0.20 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่าเหลือข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 21 ข้อ

3. ผู้วิจัยนำแบบวัดพลังสุขภาพจิตฉบับจริงทั้ง 21 ข้อไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.878 ความเชื่อมั่นตามองค์ประกอบหลักได้แก่ ลักษณะนิสัยของฉันทน์ เท่ากับ 0.866 ความสามารถของฉันทน์ เท่ากับ 0.725 และที่พึงของฉันทน์ เท่ากับ 0.959

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ของแบบวัดพลังสุขภาพจิตฉบับจริง ในตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 310 คน ด้วยสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า โมเดลพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยพิจารณาจากค่าไค-สแควร์ (Chi-square: χ^2) มีค่าเท่ากับ 161.51, $p = 0.90$, $df = 186$ นอกจากนี้ และเมื่อพิจารณาจากค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลโดยรวมด้วยพบว่า ค่าสถิติไคสแควร์สัมพัทธ์ (Relative Chi - square: χ^2 / df) = 0.868 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 3 ส่วนค่าดัชนี GFI = 0.95 ค่าดัชนี AGFI = 0.94 ค่าดัชนี NNFI = 1.00 และค่าดัชนี CFI = 1.00 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.90 สำหรับค่าดัชนี SRMR = 0.028 ค่าดัชนี RMSEA = 0.000 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.05 แสดงว่าโมเดลพลังสุขภาพจิตมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวแปรสังเกตทั้ง 21 ตัวอยู่ระหว่าง 0.54 - 0.81 และมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ 0.01 ทุกค่าน้ำหนักองค์ประกอบ โดยพิจารณาจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่ง

ในขณะที่การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง พบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของตัวแปรแฝงพลังสุขภาพจิต มีค่าอยู่ระหว่าง 0.75 - 0.86 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทุกค่าน้ำหนักองค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุด คือ ลักษณะนิสัยของฉัน มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน เท่ากับ 0.86 รองลงมาคือ ความสามารถของฉัน มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน เท่ากับ 0.83 และที่พียงของ ฉัน มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน เท่ากับ 0.75 โดยแต่ละองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านนั้นมีส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ด้วยพลังสุขภาพจิต ร้อยละ 73, 68 และ 57 ตามลำดับ

จากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่รวบรวมได้พบว่า มาตรฐานตัวแปรแฝงทั้ง 3 ตัวแปร ที่ได้จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สอดคล้องเชิงทฤษฎีและข้อกำหนดขั้นต่ำสุดที่ควรจะเป็นสำหรับการใช้โมเดล LISREL ในการวิเคราะห์ พบว่า เป็นมาตรฐานที่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ทุกมาตรฐาน และน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรสังเกตค่อนข้างสูงอยู่ในเกณฑ์ดีมากตามมาตรฐาน แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือวัดพลังสุขภาพจิต เป็นเครื่องมือที่มีคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา (Psychometric properties) ที่เหมาะสมและดีเยี่ยม โดยมีทั้งค่าอำนาจจำแนกรายข้อที่เหมาะสม ค่าความเชื่อมั่นในระดับที่สูง และมีการตรวจสอบคุณสมบัติความเที่ยงตรง ทั้งความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ซึ่งแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นจะถูกนำไปใช้ในการวิจัยระยะที่ 2

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา ผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยกระบวนการปฏิบัติการในสภาพการณ์ที่เป็นจริง จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1. ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก โดยทำการสังเคราะห์นิยามปฏิบัติการรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก จากการผสมผสานแนวคิดพลังสุขภาพจิต (Grotberg E. H. 1995) ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (King I. 1990) ข้อค้นพบในระยะที่ 1 กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และแนวคิดการแทรกแซง

จิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งได้แก่ จุดแข็งของตนเอง (signature strengths) มองโลกในแง่ดี (Optimism) (Seligman M. E. 2011) และสามสิ่งที่ดี (Three good things) (Seligman M. E. 2010) ได้นิยามปฏิบัติการรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก หมายถึง วิธีการทางจิตวิทยาเชิงบวกของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่ใช้สร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อให้สามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤตของชีวิตไปได้ โดยประกอบด้วยกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านลักษณะนิสัยของฉันทน์ ความสามารถของฉันทน์ และที่พึงของฉันทน์ โดยเป็นการผสมผสานแนวคิดพลังสุขภาพจิต ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และแนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก มีลำดับขั้นตอนการทำกิจกรรมตามกระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตจากข้อค้นพบระยะที่ 1 โดยดำเนินการภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เกิดจากประสบการณ์ปฏิบัติ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) สร้างพลังใจด้วยไมตรี 2) ยืนหยัด ผ่านพ้น 3) ก้าวข้ามปัญหา พ้นฝ่าเชิงบวก 4) สิ่งดีๆ ที่มีค่าสำหรับฉันทน์ และ 5) พลังสุขภาพจิตของฉันทน์

2. ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การศึกษากระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยมีภาวะซึมเศร้า (ผลการวิจัยระยะที่ 1) 3) การวิเคราะห์และสังเคราะห์นิยามปฏิบัติการ 4) การออกแบบและร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต 5) การหาคุณภาพของรูปแบบฯ 6) การศึกษาบริบทข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า 7) การศึกษาสถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ 8) การเชื่อมโยงร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตฯ กับสถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และ 9) การนำรูปแบบไปทดลองใช้

3. ขั้นตอนการออกแบบรูปแบบการฝึกปฏิบัติการ ประกอบด้วย 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) กระบวนการขั้นตอน 4) การประเมินผล และ 5) การให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ประกอบด้วย 5

กิจกรรมๆ ละ 90 นาที ดำเนินการ 2 วงรอบๆ ละ 5 ครั้งใน 4 สัปดาห์ รวมระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย 1) สร้างพลังใจด้วยไมตรี 2) ยืนหยัด ผ่านพ้น 3) ก้าวข้ามปัญหา พินฝ่าเชิงบวก 4) สิ่งดี ๆ ที่มีค่าสำหรับฉัน และ 5) พลังสุขภาพจิตของฉัน

โดยเนื้อหาาร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก กิจกรรมที่ 1 เป็นกิจกรรมสานสัมพันธ์ไมตรีและนำเข้าสู่กิจกรรม กิจกรรมที่ 2-4 เป็นการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย แนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก และข้อค้นพบระยะที่ 1 ส่วนกิจกรรมที่ 5 เป็นการทบทวน ประเมินผล และกำหนดรูปแบบกิจกรรมที่สมบูรณ์

3. ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติตามร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ดังนี้ 1) ขั้นตอนวางแผน ซึ่งเป็นขั้นเริ่มต้นหรือขั้นนำ โดยการสนทนากลุ่ม สร้างสัมพันธภาพ ทำความรู้จักคุ้นเคยให้มากขึ้น ชี้แจงรายละเอียดการทำกิจกรรม ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม เสนอสถานการณ์ปัญหาการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตฯ ที่ผู้วิจัยร่างขึ้น ตลอดจนการวางแผนปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน 2) ขั้นปฏิบัติตามร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก และ 3) ขั้นสังเกต เป็นขั้นดำเนินการฝึกปฏิบัติพร้อมกับการสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุขณะทำกิจกรรม โดยใช้เทคนิคการทำกิจกรรมกลุ่มที่หลากหลาย ได้แก่ การบรรยาย (Lecture) การอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion) การระดมสมอง (Brainstorming) การใช้สื่อ/อุปกรณ์ ได้แก่ การบันทึกในสมุดกิจกรรม เพลงประกอบ และคลิปวิดีโอ 4) ขั้นสะท้อนผล โดยการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่พบ ข้อเสนอแนะและแนวทางปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น โดยในวงรอบที่ 2 จะเป็นการประเมินผล และสรุปเนื้อหาสาระ การให้ข้อมูลย้อนกลับด้วยเทคนิคการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review : AAR)

4. ผลการศึกษาศาสนาการณการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มก่อนฝึกปฏิบัติการ พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าสะท้อนสถานการณ์ที่เป็นปัญหาในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตมาจากปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้อง 3 ประการ ได้แก่

4.1 ด้านบุคคล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าสะท้อนสถานการณ์ปัญหาที่มาจากปัจจัยเงื่อนไขในระบบบุคคลเกี่ยวข้องกับลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของตนเอง 5 ประการ

ได้แก่ การมีความรับผิดชอบ ความอดทนรู้ การยอมรับสัจธรรมของชีวิต การพึ่งพาตนเอง และ ความพอใจในสิ่งที่มี โดยพบว่าหากไม่มีลักษณะนิสัยเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทาง อารมณ์ลดลง และทำให้ก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตไปอย่างยากลำบาก

4.2 ด้านผู้ดูแล พบว่าการมีปฏิสัมพันธ์ในระบบระหว่างบุคคลมีส่วนช่วยให้ ผู้สูงอายุมองโลกในแง่ดี สามารถเผชิญปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตน ต้องการได้

4.3 ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม โดยพบว่าเมื่อผู้สูงอายุเผชิญกับความทุกข์ ยากในชีวิตและต้องการขอความช่วยเหลือ จำเป็นต้องพึ่งพาสิ่งดี ๆ สามสิ่งที่อยู่รอบ ๆ ตัว ซึ่งอยู่ใน ระบบสังคม อันได้แก่ การมีครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นกำลังใจ การมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ และ การมีที่พึ่งทางการเงิน

5. ผลการศึกษาศาสนาการณการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเชิงปริมาณ โดยผู้วิจัย ใช้แบบวัดพลังสุขภาพจิตที่พัฒนาจากผลการวิจัยระยะที่ 1 ซึ่งประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบที่ ผู้วิจัยนำมาใช้สร้างกิจกรรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในวงรอบที่ 2 แล้วนำแบบวัดมาใช้ ทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม ซึ่งพบว่า ก่อนดำเนินโครงการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตฯ ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตโดยรวมต่ำ ($\bar{X} = 56.58$, S.D. = 4.77) ซึ่งมีค่าเฉลี่ย คะแนนพลังสุขภาพจิตด้านลักษณะนิสัยของฉันมากที่สุด ($\bar{X} = 30.33$, S.D. = 3.55) รองลงมาคือ ด้านที่พึ่งของฉัน ($\bar{X} = 15.50$, S.D. = 2.11) และด้านความสามารถของฉัน ($\bar{X} = 10.75$, S.D. = 1.95) ตามลำดับ และหลังจากดำเนินโครงการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตฯ เสร็จสิ้นในวงรอบที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตโดยรวมสูงขึ้น ($\bar{X} = 90.33$, S.D. = 7.17) ซึ่งมี ค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตด้านลักษณะนิสัยของฉันมากที่สุด ($\bar{X} = 47.75$, S.D. = 4.93) รองลงมาคือด้านที่พึ่งของฉัน ($\bar{X} = 25.25$, S.D. = 2.76) และด้านความสามารถของฉัน ($\bar{X} = 17.33$, S.D. = 1.43) ตามลำดับ

จึงสรุปได้ว่า ผลการทดสอบพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะ ซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มี ภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทาง จิตวิทยาเชิงบวก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและ แนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก มีผลทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีพลัง สุขภาพจิตสูงขึ้น

6. ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก

ผลการสนทนากลุ่มหลังจากเสร็จสิ้นโครงการในรอบที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าใจคำว่าพลังสุขภาพจิตมากขึ้น ส่วนใหญ่สามารถประเมินพลังสุขภาพจิตของตนเองได้ มีบางรายที่ อสม.ต้องช่วยอธิบายเสริม จากการสอบถาม ผู้สูงอายุสามารถบอกลักษณะที่เป็นจุดแข็งของตนเองได้ และบอกได้ว่าจะนำจุดแข็งไปใช้ในสถานการณ์ใดได้บ้าง สามารถบอกได้ว่ามีสิ่งดีๆ อะไรบ้างที่อยู่รอบตัว จะนำสิ่งดีๆ เหล่านั้นไปใช้ในการก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคไปได้ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุและ อสม. มีความพึงพอใจในกิจกรรมที่ปรับปรุงแก้ไขทุกกิจกรรม เพราะมีความเข้าใจในแต่ละกิจกรรมมากขึ้นและสามารถทำกิจกรรมได้ทั้งหมด นอกจากนี้ มีการปรับกิจกรรมให้ได้ขยับร่างกายบ้างทำให้ไม่น่าเบื่อ มีการเขียนน้อยลง ซึ่งผู้สูงอายุและ อสม. มีความเห็นพ้องร่วมกันว่าทุกกิจกรรมมีประโยชน์ในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต และสามารถเอาไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุและ อสม. ยังมีความประทับใจที่ผู้วิจัยมาอบรมให้ความรู้ได้เรียนรู้สิ่งดี ๆ และได้ความรักจากเพื่อน ๆ ได้ประสบการณ์จากเพื่อนมาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน อีกทั้ง มีข้อเสนอแนะควรมีการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุทั่วไป โดยใช้กระบวนการเชิงปฏิบัติการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และบรรลุเป้าหมายในการมีพลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุขในช่วงบั้นปลายชีวิต

จากผลการสนทนากลุ่มเมื่อเสร็จสิ้นโครงการในรอบที่ 2 และผลการประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า หลังเสร็จสิ้นโครงการ ผู้วิจัยจึงสรุปรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เป็นจริง ทั้งหมด 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “สร้างพลังใจด้วยไมตรี” ใช้กิจกรรม “ไม่มองคลของฉัน” เพื่อแสดงถึงตัวตนหรือประสบการณ์ชีวิตของตัวเอง และกิจกรรม บัตรคำ “พลังสุขภาพจิต” เพื่อให้รู้ความหมายของพลังสุขภาพจิต

กิจกรรมที่ 2 “ยืนหยัด ผ่านพ้น” ใช้กิจกรรม “จุดแข็งของตัวเอง” จากเหตุการณ์ภาคภูมิใจในชีวิต และฝึกการใช้จุดแข็งของตนเองจากกิจกรรม “ลายเส้นจุดแข็งของฉัน” โดยใช้รูปวาดลายเส้นอธิบายลักษณะที่เป็นจุดแข็งของตนเองที่ใช้ฟันฝ่าอุปสรรคไปสู่เป้าหมาย ซึ่งเป็นพลังสุขภาพจิตด้านลักษณะนิสัยของฉัน

กิจกรรมที่ 3 “ก้าวข้ามปัญหา พันฝ่าเชิงบวก” ใช้กิจกรรม “มองโลกในแง่ดี” โดยรู้ความหมายและเทคนิคจากแผ่นภาพ “9 วิธีมองโลกในแง่ดี” และดูคลิปวิดีโอเรื่อง “ละครกรรมนำชีวิต มองโลกในแง่ดี” เพื่อให้มีแนวทางในการเผชิญปัญหาในทางบวกนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการซึ่งเป็นพลังสุขภาพจิตด้านความสามารถของตน

กิจกรรมที่ 4 “สิ่งดี ๆ ที่มีค่าสำหรับฉัน” ใช้กิจกรรม “สามสิ่งที่ดี” จากเหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตมีความสุข และกิจกรรม “ที่พึ่งของฉัน” โดยการอธิบายจากอุปมาอุปไมย 3 ชนิด ที่สื่อถึงที่พึ่งของตนเอง เพื่อให้รับรู้ว่ามีสิ่งดี ๆ ที่อยู่รอบ ๆ ตัว ที่สามารถพึ่งพาและเป็นกำลังใจให้ก้าวผ่านวิกฤตชีวิตไปได้ อันเป็นพลังสุขภาพจิตด้านที่พึ่งของฉัน

กิจกรรมที่ 5 “พลังสุขภาพจิตของฉัน” เพื่อทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต ประเมินความเหมาะสมของกิจกรรม และประเมินพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า รวมทั้งสร้างพันธสัญญาเพื่อให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องยั่งยืนโดยใช้กิจกรรม “พันธสัญญา”

ผลลัพธ์จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่า รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก มีประสิทธิภาพในการเพิ่มพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จึงสรุปรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลบางระจัน อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ได้เป็น ‘PAD Model’ อันประกอบด้วย การสร้างเสริมองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตใน 3 ระบบที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ได้แก่ ลักษณะนิสัยของตนเอง (Personality: P) ในระบบบุคคล (Personal system) โดยการพัฒนาจุดแข็งของตนเอง (Signature strengths) เพื่อให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหา (Ability: A) ด้วยการมองโลกในแง่ดี (Optimism) ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal system) อย่างมีเป้าหมายร่วมกันในการก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคด้วยการพึ่งพา (Dependency: D) สามสิ่งที่ดีในชีวิต (Three good things) ที่มีอยู่รอบ ๆ ตัว (Social system) ทำให้เกิดกำลังใจในการดำเนินชีวิตในสังคมต่อไปได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นผู้ที่มีคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิตสูง ดังนั้น รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิง

บวก จึงเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง และมีประสิทธิภาพในการสร้างเสริมระดับพลังสุขภาพจิตให้สูงขึ้น

ตอนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งการอภิปรายผลการวิจัยที่สำคัญเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ 1) การสร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ และ 2) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามอุดมการณ์และแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การสร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

การศึกษานี้ใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิต (Resilience) ของ Grotberg ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ฉันเป็น (I am) ฉันสามารถ (I can) และฉันมี (I have) (Grotberg E. H. 1995) ร่วมกับข้อค้นพบเกี่ยวกับคุณลักษณะของพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้า จากนั้นนำผลการวิจัยเชิงคุณภาพมาสร้างข้อคำถามแล้วนำไปทดสอบในการวิจัยภาคสนาม ผลลัพธ์ที่ได้เกิดนิยามพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้า โดยเป็นลักษณะภายในของผู้สูงอายุที่สามารถปรับตัวและคงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะทางสังคมในระหว่างที่เผชิญเหตุการณ์วิกฤต มีการรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลหรือแหล่งประโยชน์ต่างๆ ทางสังคม ทำให้สามารถฟื้นตัวหลังจากเผชิญเหตุการณ์วิกฤตนั้นได้อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Grotberg ที่ว่า พลังสุขภาพจิตเป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการเผชิญและยืนหยัดต่อสู้กับสถานการณ์ที่วิกฤตของชีวิต โดยอาศัยคุณลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) I am (สิ่งที่ตนเป็น) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล 2) I can (สิ่งที่ตนสามารถทำได้) เป็นการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสื่อสาร และการแก้ปัญหา และ 3) I have (สิ่งที่ตนมี) เป็นการสนับสนุนจากภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดพลังสุขภาพจิต สอดคล้องกับข้อค้นพบจากการศึกษาที่พบว่า พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้า มีองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ 1) ด้านลักษณะนิสัยของฉัน เป็นความเข้มแข็งภายในจิตใจที่แสดงออกมาจนเกิดเป็นความเคยชินในการดำเนินชีวิต 2) ด้านความสามารถของฉัน เป็นความสามารถเผชิญปัญหา และแก้ปัญหา โดยการคงไว้ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและทักษะทางสังคมในระหว่างเผชิญปัญหา และ

3) ที่พึ่งของฉัน เป็นการรับรู้ว่ามีเหตุกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลหรือแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทางสังคมได้

ทั้งนี้ ความรู้ใหม่ที่แตกต่างจากแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Grotberg ที่ศึกษาในเด็กนักเรียน คือเนื้อหาในองค์ประกอบย่อยของแต่ละองค์ประกอบหลักของพลังสุขภาพจิตซึ่งเป็นบริบทของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้แก่

1. ด้านลักษณะนิสัยของฉัน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบองค์ประกอบย่อยด้านลักษณะนิสัยของฉัน คือ การมีความรับผิดชอบที่แสดงออกมาผ่านการรู้หน้าที่ของตนเอง และยอมรับผลจากการกระทำของตนเอง มีความอดทนรู้จากการมีจิตใจเข้มแข็งและไม่ยอมแพ้ สามารถยอมรับสัจธรรมของชีวิตด้วยการปล่อยวางและไม่คิดมาก สามารถพึ่งตนเองได้ และมีความพอใจในสิ่งที่ตนเองมี สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยหลายชิ้นที่เกี่ยวข้องกับการอธิบายคุณลักษณะของพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การมีความรับผิดชอบ (เกิดสิริ หงษ์ไทย. 2564) การอดทนรู้ (มุขดา ผดุงยาม; และอัญชลี ช.คูวอล. 2561; Stewart D. E.; & Yuen, T. 2011) การยอมรับสัจธรรมของชีวิต (ศิริวรรณ พิริยคุณธร;ขวัญตา บาลทิพย์; และชนิษฐา นาคะ. 2557) การพึ่งตนเอง (พระสุทธิสารเมธี;สุณี เวชประสิทธิ์; และกฤตสุชิน พลเสน. 2563) และ ความพอใจในสิ่งที่ตนมี (เกิดสิริ หงษ์ไทย. 2564) ซึ่งแตกต่างจากองค์ประกอบย่อย ในองค์ประกอบหลัก “I am” ตามแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Grotberg ที่ประกอบด้วย ความรู้สึกเป็นที่รัก ความเป็นอิสระของตนเอง การมีนิสัยที่น่านมอง การมุ่งเน้นความสำเร็จ ความนับถือตนเอง ความหวัง ความศรัทธา ความเชื่อในศาสนา การมีศีลธรรม ความไว้วางใจ ความเห็นอกเห็นใจและความบริสุทธิ์ใจ และการควบคุมจิตใจ

2. ด้านความสามารถของฉัน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบองค์ประกอบย่อยด้านความสามารถของฉัน คือ ความสามารถเผชิญปัญหา สอดคล้องกับแนวคิดพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิตในด้านการจัดการปัญหา อันเป็นปัจจัยภายในตนที่เกี่ยวข้องทักษะในการแก้ปัญหา โดยการหามุมมองที่ดีต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่หนีปัญหา แสวงหาวิธีแก้ปัญหาที่หลากหลาย และสามารถหาทางออกได้โดยไม่ยอมแพ้ (โสฬวรรณ อินทสิทธิ์; และสิริกุล จุลศิริ (บ.ก.). 2563) ซึ่งแตกต่างจากองค์ประกอบย่อย ในองค์ประกอบหลัก “I can” ตามแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Grotberg ที่ประกอบด้วย ความคิดสร้างสรรค์ ความเพียรพยายาม อารมณ์ขัน การสื่อสาร การแก้ปัญหา การควบคุมสิ่งเร้า แสวงหาความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจ ทักษะทางสังคม และทักษะทางปัญญา

3. ด้านที่พึงของฉัน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบองค์ประกอบย่อยด้านที่พึงของฉัน คือ การได้กำลังใจจากครอบครัวหรือคนใกล้ชิด การใช้ศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ และการมีที่พึ่งทางการเงิน สอดคล้องกับแนวคิดพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิตที่กล่าวว่า การมีที่พึ่งหรือที่ปรึกษาเมื่อเผชิญกับความทุกข์ยากลำบากหรือวิกฤตในชีวิต หรือการสร้างกำลังใจให้ตัวเอง คิดถึงสิ่งดีๆ ที่มีอยู่ เช่น มีคนที่รักและห่วงใย หรือการหมั่นพูดให้กำลังใจตนเอง จะช่วยให้บุคคลมีพลังสุขภาพจิตคงอยู่ในตัวเองเสมอ ทำให้สามารถก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ไปได้ด้วยดี (โสฬวรรณ อินทสิทธิ์; และสิริกุล จุลศิริ (บ.ก.). 2563) และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่พบว่า การมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ การมีครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นกำลังใจ เป็นปัจจัยนำมาก่อนความผาสุกในผู้สูงอายุ (เกิดศิริ หงษ์ไทย. 2564) และพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ ภาวะสุขภาพกาย และความสุขในชีวิต ส่วนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพกาย และความสุขในชีวิต (รัตนา บุญพา; ผจงจิต ไกรถาวร; และนพวรรณ เปียชื่อ. 2562) ซึ่งแตกต่างจากองค์ประกอบย่อย ในองค์ประกอบหลัก “I have” ตามแนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Grotberg ที่ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การศึกษา สวัสดิการและความปลอดภัย การสนับสนุนทางอารมณ์จากภายนอกครอบครัว โครงสร้างและกฎเกณฑ์ที่บ้าน การส่งเสริมการปกครองตนเอง สภาพแวดล้อมภายในบ้านและนอกบ้านที่มั่นคง มีต้นแบบ และองค์กรทางศาสนา

ดังนั้น แบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจึงเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากพัฒนามาจากข้อค้นพบเชิงคุณภาพภายใต้บริบทของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิตของ Grotberg เป็นกรอบในการพัฒนา แม้ว่าตัวแปรสังเกตได้จะถูกสร้างขึ้นโดยผลลัพธ์เชิงคุณภาพซึ่งเป็นข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจากผู้เข้าร่วมกลุ่มเล็ก ๆ ก็ตาม แต่มีขั้นตอนของการสร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตให้มีความเชื่อมั่นและเที่ยงตรง โดยการสร้างนิยามเชิงปฏิบัติการพลังสุขภาพจิตเพื่อสร้างข้อคำถามแล้วนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำไปทดลองใช้ หาค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถาม หาค่าความเชื่อมั่นและตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัด ซึ่งเมื่อตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดแล้ว พบว่าแบบวัดมีคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาสูง ซึ่งมีการศึกษาพบว่า การสร้างแบบวัดทางจิตวิทยาที่มีคุณภาพ จะต้องมีการสร้างแบบวัดให้มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น ซึ่งการสร้างแบบวัดให้มีความเที่ยงตรงดำเนินโดยการเขียนนิยามเชิงปฏิบัติการก่อน แล้วจึงจะกำหนดตัวบ่งชี้ได้ เพื่อนำไปเขียนเป็นข้อคำถาม และตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ ส่วนการหาความเชื่อมั่นโดยการนำแบบวัดไปทดลองใช้กับกลุ่ม

ตัวอย่าง แล้วจึงนำไปคำนวณค่าสถิติ เพื่อให้ได้คุณภาพของแบบวัดทางจิตวิทยา (กิดานันท์ ชำนาญเวช; และคนอื่น ๆ. 2563) ดังนั้น จึงสามารถตอบคำถามการวิจัยได้ว่า สามารถนำคุณลักษณะของการมีพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าไปใช้สร้างและพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่มีความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงได้

สรุปได้ว่า แบบวัดพลังสุขภาพจิตนี้สร้างขึ้นเพื่อตอบสนองต่อการขาดเครื่องมือวัดพลังสุขภาพจิตในบริบทของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้า และเพื่อเพิ่มความเข้าใจของบุคลากรด้านสุขภาพเกี่ยวกับคุณลักษณะของพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นเครื่องมือที่เชื่อถือได้และใช้ได้จริง บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำไปใช้ในการประเมินและพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่ออกแบบมาโดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากข้อคำถามในแต่ละข้อได้มาจากข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นในบริบทของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้าทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น

2. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก

การดำเนินการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ภายใต้ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart (1988) (Kemmis S.; & McTaggart, R. 1988; องค์อา. นัยพัฒน์. 2554) ดำเนินการ 2 วงรอบ โดยวงรอบที่ 1 ผู้สูงอายุรับรู้สถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของตนเองและทดลองใช้ร่างรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดพลังสุขภาพจิต (Grotberg E. H. 1995) ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (King I. 1990) และแนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก (Seligman M. E. 2010) ร่วมกับข้อค้นพบเชิงคุณภาพกระบวนการและวิธีการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 1 และวงรอบที่ 2 ดำเนินการปรับปรุงกิจกรรมตามข้อเสนอแนะของผู้สูงอายุและอสม. เพื่อให้ได้รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในสภาพการณ์ที่เป็นจริง และมีจุดมุ่งหมายให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น หลังเข้าร่วม

โปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก มีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นไปที่การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในแต่ละองค์ประกอบ ซึ่งได้แก่ ด้านลักษณะนิสัยของฉัน (My Personality) ด้านความสามารถของฉัน (My Ability) และด้านที่พึ่งของฉัน (My Dependency) ซึ่งเป็นข้อค้นพบจากการวิจัยระยะที่ 1 โดยมีปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกัน 3 ประการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า อันได้แก่ ด้านบุคคล ด้านผู้ดูแล และด้านสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (King I. 1990) ซึ่งเป็นทฤษฎีทางการแพทย์ที่มีแนวความคิดมีปฏิสัมพันธ์กันในระบบและระหว่าง 3 ระบบ ได้แก่ ระบบบุคคล (Personal system) ระบบระหว่างบุคคล (Interpersonal system) และระบบสังคม (Social system) ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีนี้มาใช้เป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต เพื่อร่วมกันกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าและอสม. ในการกำหนดเป้าหมายและแนวทางไปสู่เป้าหมายคือการที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีพฤติกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของตนเองให้สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบเพื่อประเมินผลของโปรแกรมการแทรกแซงที่นำโดยพยาบาล ตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ที่พบว่าโปรแกรมการแทรกแซงตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ (Park B. M. 2021) และสามารถใช้ในการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก เช่น การใช้จุดแข็งของตนเอง การมองโลกในแง่ดี มีอารมณ์เชิงบวก การใช้สามสิ่งที่ดี ในการเพิ่มพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้า นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และมีสุขภาวะที่ดีขึ้น (Proyer R. T.; Gander, F.; Wellenzohn, S., & Ruch, W. 2014; Huffman J. C.; et al. 2015) ซึ่งการศึกษายังพบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มอายุที่เหมาะสมอย่างยิ่งที่จะได้รับประโยชน์จากการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก (Rybarczyk B.; et al. 2012) ผู้วิจัยใช้แนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology Interventions: PPIs) (Seligman M. E. 2010) เป็นกรอบในการสร้างกิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในแต่ละองค์ประกอบ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใต้ระบบที่มีปฏิสัมพันธ์กันทั้ง 3 ระบบนั้น โดยเน้นที่ระบบบุคคลคือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต และ

ระบบระหว่างบุคคลคือผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อทำการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต โดยมี อสม. ซึ่งอยู่ในระบบสังคมเป็นพี่เลี้ยงช่วยเหลือให้คำแนะนำ ให้กำลังใจในระหว่างการทำกิจกรรม โดยผลการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการได้กิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในแต่ละองค์ประกอบ ที่ประกอบด้วย 5 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 “สร้างพลังใจด้วยไมตรี” เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าและอสม. มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ซึ่งการมีความไว้วางใจซึ่งกันและกันจะทำให้เกิดความร่วมมือกันในการทำกิจกรรมมากขึ้น มีการศึกษาพบว่า การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล (Positive interpersonal relationships) ทำให้เกิดเครือข่ายการสนับสนุนช่วยเหลือด้านร่างกายและจิตใจ ช่วยลดภาวะสมองเสื่อม ช่วยเพิ่มพลังสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่เคยผ่านวิกฤตการณ์ในชีวิต ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดภาวะซึมเศร้า สิ้นหวังในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (มุกข์ดา ผดุงยาม; และอัญชลี ข. ดุวอล. 2561)

กิจกรรมที่ 2 “ยืนหยัด ผ่านพ้น” พัฒนาองค์ประกอบลักษณะนิสัยของฉัน (My Personality) เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งอยู่ในระบบบุคคล (Personal system) รับรู้ลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของตนเอง (Signature strengths) ในการเพิ่มความมั่นคงทางอารมณ์ให้พร้อมที่จะรับมือกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ได้มากขึ้น ซึ่งมีการศึกษาพบว่ากิจกรรมที่ใช้จุดแข็งของตนเอง จะช่วยเพิ่มความสุขและลดภาวะซึมเศร้า (Proyer R. T.; Gander, F.; Wellenzohn, S., & Ruch, W. 2014)

กิจกรรมที่ 3 “ก้าวข้ามปัญหา พันฝ่าเชิงบวก” พัฒนาองค์ประกอบความสามารถของฉัน (My Ability) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีมุมมองทางบวกและมองโลกในแง่ดี (Optimism) โดยผู้วิจัยซึ่งอยู่ในระบบระหว่างบุคคล (Interpersonal system) ใช้รูปแบบ "ABCDE" (Adversity, Belief, Consequence, Disputation, Energization) (Seligman M. E. 2011) ในการฝึกให้ผู้สูงอายุคิดบวก มองบวกกับปัญหาที่เผชิญ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจและความรู้สึกมุ่งมั่นพยายามต่อสู้เอาชนะปัญหาอุปสรรคต่างๆ สามารถเผชิญปัญหาในทางบวก มีการศึกษาพบว่า การมองโลกในแง่ดีเป็นลักษณะสำคัญของพลังสุขภาพจิตสูงในผู้สูงอายุ (MacLeod S.; et al. 2016)

กิจกรรมที่ 4 “สิ่งดีๆ ที่มีค่าสำหรับฉัน” พัฒนาองค์ประกอบที่พึ่งของฉัน (My Dependency) เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ที่พึ่งพาของตนเองในการเสริมกำลังใจให้สามารถก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคต่างๆ ไปได้โดยใช้เทคนิคสามสิ่งที่ดี (Three good things) (Seligman, 2010) ในการทำกิจกรรม โดยมีอสม. ซึ่งอยู่ในระบบสังคม (Social system) คอยช่วยเหลือให้คำแนะนำในระหว่างการทำกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบระยะยาวของการแทรกแซงทาง

จิตวิทยาเชิงบวกในผู้ที่มีอายุ 50–79 ปี ต่อความเป็นอยู่ที่ดีและภาวะซึมเศร้า ที่พบว่าการแทรกแซงสามสิ่งที่ดี จะช่วยเพิ่มความสุขและลดอาการซึมเศร้า (Proyer R. T.; Gander, F.; Wellenzohn, S., & Ruch, W. 2014)

กิจกรรมที่ 5 “พลังสุขภาพจิตของฉัน” เพื่อสรุปบทวนวิธีการปฏิบัติกิจกรรมในด้านความสำเร็จของกิจกรรม และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นหลังปฏิบัติกิจกรรม (After Action Review) โดยการให้ผู้สูงอายุและอสม. ช่วยกันแสดงความคิดเห็นและสะท้อนผลการเรียนรู้หลังทำกิจกรรมแต่ละกิจกรรม เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้นในครั้งต่อไป ทำให้เกิดรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

จากการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 2 วงรอบ พบว่า กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่นำมาใช้นี้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผลการดำเนินงานเกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติในพื้นที่อย่างแท้จริง และมีความสอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในตำบลบางระจัน อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี โดยผู้สูงอายุให้การตอบรับและร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมจนเสร็จสิ้นโครงการเป็นอย่างดี เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงสถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของตนเอง ประกอบกับผู้วิจัยปฏิบัติงานประจำในพื้นที่วิจัย ทำให้มีความคุ้นเคยกัน จึงได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุและอสม. เป็นอย่างดี เห็นได้จากการสนทนากลุ่มหลังทำกิจกรรมในวงรอบที่ 2 ผู้สูงอายุและอสม. มีความพึงพอใจในกิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในทุกกิจกรรม โดยผู้สูงอายุกล่าวว่า การมาร่วมกิจกรรมนี้ทำให้พวกเขาได้พบเพื่อนใหม่ ได้เปิดหูเปิดตาทำให้ไม่เหงาเพราะอยู่บ้านคนเดียว ทำให้รู้ว่าตัวเองมีจุดแข็งอะไรบ้างเพื่อเอาไปใช้จัดการปัญหา ได้รู้ว่าคนอื่นมีปัญหาหนักหนาสาหัสมากกว่า บางปัญหาที่คล้ายคลึงกันก็จะเอาวิธีการแก้ไขปัญหามาใช้กับปัญหาของตนเอง และยังทำให้เกิดประสบการณ์ใหม่ ๆ จากการทำกิจกรรมกลุ่ม นอกจากนี้ยังพบว่าผลลัพธ์เชิงปริมาณหลังจากผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าร่วมโครงการเชิงปฏิบัติการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก พบว่าพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ ตำบลดอนมนต์ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการพบว่า โปรแกรมมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี (ณัฐิกา ราชบุตร; จุลจิรา จันทะมุงคุณ; และจรรุภา แซ่ฮ่อ. 2560) ทั้งนี้ รูปแบบการสร้าง

เสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก (PAD Model) เป็นการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ด้านจิตวิทยา และด้านการพยาบาล อันเป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ด้านพฤติกรรมศาสตร์ที่รวบรวมองค์ความรู้ด้านจิตวิทยาร่วมกับสาขาวิชาอื่น ๆ ด้านสังคมศาสตร์ (จรรยา สุวรรณทัต. 2537; นริศรา พึ่งโพธิ์สก. 2556) เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีพฤติกรรมในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตให้สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากการวิจัยที่ผ่านมาว่า ควรเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยทำการแทรกแซงที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้สูงอายุ โดยให้สมาชิกในครอบครัว ทีมสุขภาพองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วม (Hassani P.; Izadi-Avanji, F. S.; Rakhshan, M.; & Majd, H. A. 2017) และควรให้ความสำคัญกับการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวกในการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เช่น การมองโลกในแง่ดี ตลอดจนการเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้นและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลง (สมฤทัย เจิมไธสง; จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส; และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. 2562; เกษร สายธนู; อมรรัตน์ นธะสนธิ; และเกษราภรณ์ เคนบุปผา. 2562; Laird K. T.; Krause, B.; Funes, C.; & Lavretsky, H. 2019)

ดังนั้น 'PAD Model' จึงเหมาะสมที่จะใช้สร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ในพื้นที่อำเภอกำแพงแสน จ. นครปฐม ได้เป็นอย่างดี เนื่องจาก 'PAD Model' ได้ผ่านการตรวจสอบประสิทธิภาพทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณแล้วพบว่า มีประสิทธิภาพในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และผลการดำเนินงานเกิดจากประสบการณ์การปฏิบัติในพื้นที่อย่างแท้จริง ทำให้มีความสอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ ซึ่ง 'PAD Model' เป็นต้นแบบในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในบริบทที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ได้ เช่น ในอำเภอกำแพงแสน จ. นครปฐม โดยผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอเผยแพร่ผลิตภัณฑ์ที่พัฒนาขึ้น คือรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก เสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นครปฐม เพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพในพื้นที่นำ 'PAD Model' ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ เช่น ปัญหาโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. เนื่องจากการศึกษานี้เลือกศึกษาเฉพาะเจาะจงในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลางซึ่งสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ จึงอาจจะไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง หากจะนำไปใช้ ควรอยู่ภายใต้การควบคุมของจิตแพทย์

2. รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวกนี้เป็นการดำเนินการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นระบบบุคคล ที่มีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลคือผู้วิจัยที่อยู่ในระบบระหว่างบุคคล ในการทำกิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต และมี อสม. ซึ่งอยู่ในระบบสังคมที่มีหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในระหว่างทำกิจกรรม โดยผลการวิจัยแสดงถึงบทบาทของ อสม. ในระบบสังคมไม่ชัดเจน ซึ่งหากมีการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลที่ครอบคลุมถึงบทบาทของ อสม. เกี่ยวกับการดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุ จะทำให้เห็นผลการวิจัยด้านระบบสังคมชัดเจนขึ้น

3. การปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก มีความจำกัดของระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง และไม่มีระยะเวลาในการติดตามผล สาเหตุจากสภาวะสุขภาพและความสามารถตามวัยของผู้สูงอายุ ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ในระยะเวลานานกว่านี้ และการติดตามผลอาจไม่สามารถกระทำได้อย่างเต็มที่

4. การนำ 'PAD Model' ไปใช้ในบริบทที่ต่างจากงานวิจัยนี้ อาจมีข้อจำกัดในขอบเขตของสถานที่ บุคคล และเวลาการศึกษาวิจัย แต่ก็อาจสามารถสรุปอ้างอิงข้อสรุปผลการวิจัยได้หากปัจจัยเกี่ยวข้องในบริบทเหล่านั้นมีลักษณะคล้ายคลึงกันกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้

5. การทำกิจกรรมในสถานการณ์โควิด ซึ่งทุกคนต้องใส่หน้ากากอนามัย และเว้นระยะห่าง ในการสังเกตอารมณ์สีหน้าของผู้เข้าร่วมกลุ่ม อาจจะไม่ชัดเจนนัก และไม่เห็นริมฝีปากในขณะพูด อาจเป็นอุปสรรคในการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ ส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมและการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมในบางส่วน ซึ่งกิจกรรมจะมีประสิทธิผลมากกว่านี้หากดำเนินการในช่วงที่ไม่อยู่ในสถานการณ์โควิด

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การสร้างแบบวัดพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณทำให้มีความเที่ยงตรงเชื่อถือได้ และมีคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาสูง สามารถนำไปใช้วัดระดับพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการที่จะขยายการอธิบายโมเดลพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นนี้ไปยังกลุ่มประชากรอื่น เพื่อพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิต อาจทำการทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดล โดยทดสอบเปรียบเทียบกับกลุ่มวัยสูงอายุทั่วไป กลุ่มวัยสูงอายุด้วยโอกาส หรือกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เกิดแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพในการวัดระดับพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเฉพาะเจาะจง

2. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในสถานการณ์ที่เป็นจริง หากมีการนำ 'PAD Model' นี้ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น กลุ่มวัยสูงอายุทั่วไป กลุ่มวัยสูงอายุด้วยโอกาสที่อยู่ในสถานพักพิงหรือบ้านพักคนชรา หรือกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบฯ นี้ เพื่อขยายผลการทดสอบประสิทธิผลของ 'PAD Model' ต่อไป

3. เนื่องจากการปฏิบัติการตามรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก อยู่ในช่วงสถานการณ์โควิด ทำให้มีความจำกัดของระยะเวลาในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง และไม่มีระยะเวลาในการติดตามผล ดังนั้น หากนำไปใช้ในสถานการณ์ปกติ ควรมีการติดตามผลจากการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ของพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าที่ชัดเจนขึ้น และเห็นการคงอยู่ของคุณลักษณะที่ช่วยสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ครอบคลุมในทุกมิติของพลังสุขภาพจิต

4. การศึกษาครั้งนี้เป็นการบูรณาการศาสตร์ด้านจิตวิทยา คือ ตัวแปรพลังสุขภาพจิต และศาสตร์ด้านการพยาบาล คือ ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ร่วมกันในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ คือการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนาแบบวัดพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

ที่มีคุณภาพ และนำผลลัพธ์เชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ร่วมกับการทบทวนแนวคิดพลังสุขภาพจิต ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ไปใช้เป็นกรอบในการสร้างโปรแกรม และแนวทางการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อใช้สร้างกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวทางการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อนำไปใช้สร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้สูงขึ้น ซึ่งหากมีการนำตัวแปรด้านสุขภาพมารวมเป็นตัวแปรหนึ่งในการอธิบายพฤติกรรมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า หรือศึกษาผลของรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวทางการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ต่อการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้ามาร่วมด้วย น่าจะช่วยขยายผลการศึกษากิจกรรมมนุษย์โดยนำตัวแปรทางสุขภาพมาร่วมอธิบายพฤติกรรมให้มีความครอบคลุมมากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1.เชิงปฏิบัติ

1.1 ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีการพัฒนาแบบวัดสุขภาพจิตโดยสังเคราะห์จากประสบการณ์ตรงของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เคยมีภาวะซึมเศร้า และผ่านการทดสอบคุณภาพของแบบวัด พบว่ามีความเชื่อถือได้ ดังนั้นหากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนใจสามารถนำแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการประเมิน เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่ครอบคลุมมากขึ้น หรือนำผลการประเมินไปใช้ในการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้สูงอายุที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้ จะทำให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ตรงตามความต้องการและตามบริบทของผู้สูงอายุ หรือสามารถนำรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย และแนวทางการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวกซึ่งผ่านการตรวจสอบประสิทธิผลจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ไปใช้เสริมการบำบัดรักษาด้านสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในบริบทที่ใกล้เคียงกันได้เช่นกัน ทั้งนี้ หากนำรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวทางการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวซึ่งอาจมีความอ่อนแอในสภาวะทางอารมณ์ ดังนั้นจึงควรมีวิธีการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวอย่างระมัดระวัง โดยคำนึงถึงความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญาของผู้สูงอายุด้วย

1.2. รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวกนี้ เป็นการดำเนินการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีอสม.ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในระหว่างทำกิจกรรม ซึ่งในสภาพการณ์ที่เป็นจริง อสม.มีหน้าที่ช่วยดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและให้ข้อมูลด้านสุขภาพในชุมชน ดังนั้น ในการดำเนินการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในชุมชน จึงควรให้ อสม.เข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.3 รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวกที่พัฒนาขึ้นนี้ ผลการวิจัยได้จากการวิจัยเชิงทดลองและเชิงคุณภาพ โดยมีการพัฒนาต้นแบบแล้วมีการทดลองใช้ เพื่อตรวจสอบคุณภาพในเชิงประจักษ์ ทั้งนี้ ต้นแบบที่นำมาทดลอง คือ ปฏิบัติการ (Treatment) หรือตัวแปรต้นโดยมีดัชนีคุณภาพคือพลังสุขภาพจิตเป็นตัวแปรตาม ทำให้งานวิจัยนี้มีคุณค่าในการนำไปใช้สร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขที่สนใจสามารถนำต้นแบบที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ได้ นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นประโยชน์ในด้านการปรับปรุงและพัฒนางานด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ได้

2. เชิงทฤษฎี

2.1 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพเกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการและวิธีการก้าวผ่านวิกฤตชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในบริบทของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

2.2 ผลการศึกษาวิจัยเกิดองค์ความรู้ด้านพฤติกรรมศาสตร์ในการบูรณาการศาสตร์ด้านจิตวิทยา และด้านการพยาบาล เพื่อใช้ในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า นักวิชาการสามารถนำผลงานวิจัยไปวิจัยต่อยอด หรือนำไปสู่กระบวนการสร้างสรรค์นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุในระบบบุคคล ระบบระหว่างบุคคล และระบบสังคม ในวงกว้างมากขึ้น

3. เชนโยบาย

3.1 การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวกนี้ ดำเนินการในพื้นที่อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ผู้วิจัยได้นำผลผลิตที่ได้ไปเสนอสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี (ภาคผนวก ค) เพื่อเผยแพร่สำหรับใช้ประโยชน์กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรีซึ่งมีบริบทที่คล้ายคลึงกันกับงานวิจัยนี้ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถนำ 'PAD Model' นี้ ไปบรรจุในแผนปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อลดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยสามารถจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายด้านสุขภาพจิตและผลักดันให้เป็นนโยบายสาธารณะในระดับองค์กร



บรรณานุกรม

- Akatsuka E.; & Tadaka, E. (2021). Development of a Resilience Scale for Oldest-Old Age (Rso). *BMC geriatrics*. 21(1): 1-9.
- Allenden Nicole; et al. (2018). Positive Psychology Constructs as Predictors of Depression in Retirees. *Ageing & Society*. 38(5): 995-1017.
- Anderson Daren R.; Christison-Lagay, Joan; & Procter-Gray, Elizabeth. (2010). Self-Management Goal Setting in a Community Health Center: The Impact of Goal Attainment on Diabetes Outcomes. *Diabetes Spectrum*. 23(2): 97-105.
- Avey J. B.; Wernsing, T. S.; & Mhatre, K. H. (2011). A Longitudinal Analysis of Positive Psychological Constructs and Emotions on Stress, Anxiety, and Well-Being. *Journal of Leadership & Organizational Studies*. 18(2): 216-228.
- Avvenuti G.; Baiardini, I.; & Giardini, A. (2016). Optimism's Explicative Role for Chronic Diseases. *Frontiers in psychology*. 7: 295.
- Azeem Fatima; & Naz, Mahwesh A. (2015). Resilience, Death Anxiety, and Depression among Institutionalized and Noninstitutionalized Elderly. *Pakistan Journal of Psychological Research*. 30(1): 111-130.
- Beck A. T.; et al. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -Ia and -li in Psychiatric Outpatients. *J Pers Assess*. 67(3): 588-597.
- Blazer D. G. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci*. 58(3): 249-265.
- Blazer D. G.; & Hybels, C. F. (2005). Origins of Depression in Later Life. *Psychological Medicine*. 35(9): 1241-1252.
- Bolier L.; et al. (2013). Positive Psychology Interventions: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. *BMC Public Health*. 13(1): 119.
- Bonanno G. A. (2004). Loss, Trauma and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive after Extremely Aversive Events? *American Psychologist*. 59(1): 20-28.
- Borgonovi F. (2008). Doing Well by Doing Good. Te Relationship between Formal

- Volunteering and Self-Reported Health and Happiness. *Social Science and Medicine*. 66(11): 2321-2334.
- Bryant Fred B.; Chadwick, Erica D.; & Kluwe, Katharina. (2011). Understanding the Processes That Regulate Positive Emotional Experience: Unsolved Problems and Future Directions for Theory and Research on Savoring. *International Journal of Wellbeing*. 1(1): 107-126.
- Byrne B. M. (2001). Structural Equation Modeling with Amos, Eqs, and Lisrel: Comparative Approaches to Testing for the Factorial Validity of a Measuring Instrument. *International journal of testing*. 1(1): 55-86.
- Cahoon C. G. (2012). Depression in Older Adults. *American Journal of Nursing*. 112(11): 23-30.
- Carmen R. Wilson VanVoorhis; & Betsy L. Morgan. (2007). Understanding Power and Rules of Thumb for Determining Sample Sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*. 3(2): 43-50.
- Cohn M. A.; et al. (2014). An Online Positive Affect Skills Intervention Reduces Depression in Adults with Type 2 Diabetes. *J Posit Psychol*. 9(6): 523-534.
- Connor K. M.; & Davidson, J. R. (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (Cd-Risc). *Depress Anxiety*. 18(2): 76-82.
- Connor K. M.; & Zhang, W. (2006). Recent Advances in the Understanding and Treatment of Anxiety Disorders. Resilience: Determinants, Measurement, and Treatment Responsiveness. *CNS Spectr*. 11(10 Suppl 12): 5-12.
- Creswell J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE Publications, Inc.
- Cronbach L. J. (1951). Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika*. 16: 297-334.
- D'raven L. L.; & Pasha-Zaidi, N. (2014). Positive Psychology Interventions: A Review for Counselling Practitioners. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*. 48(4): 343-408.
- Dyer J. G.; & McGuinness, T. M. (1996). Resilience: Analysis of the Concept. *Arch Psychiatr Nurs*. 10(5): 276-282.

- Earvolino-Ramirez M. (2007). Resilience: A Concept Analysis. *Nursing Forum*. 42(2): 73-82.
- Ell K. (2009). Depression Care for the Elderly: Reducing Barriers to Evidence Based Practice. *Home Health Care Serv Q*. 25(2): 115-148.
- Emmons R. A.; & McCullough, M. E. (2003). Counting Blessings Versus Burdens: An Experimental Investigation of Gratitude and Subjective Well-Being in Daily Life. *Journal of Personality and Social Psychology*. 84(2): 377– 389.
- Felten B. S.; & Hall, J. M. (2001). Conceptualizing Resilience in Women Older Than 85: Overcoming Adversity from Illness or Loss. *J Gerontol Nurs*. 27(11): 46-53.
- Ferreira C. L.; Santos, L. M. O.; & Maia, E. M. (2012). Resilience among the Elderly Cared for by the Primary Healthcare Network in a City of Northeast Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 46(2): 328-334.
- Fisher R. A. (1922). On the Mathematical Foundations of Theoretical Statistics. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series A, containing papers of a mathematical or physical character*. 222(594-604): 309-368.
- Fiske A.; Wetherell, J. L.; & Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*. 5: 363–389.
- Fletcher D.; & Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience: A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory. *European Psychologist*. 18(1): 12–23.
- Fontes A. P.; & Neri, A. L. (2015). Resilience in Aging: Literature Review. *Ciência & Saúde Coletiva*. 20(5): 1475-1495.
- Foulk M. A.; et al. (2014). Mindfulness-Based Cognitive Therapy with Older Adults: An Exploratory Study. *J Gerontol Soc Work*. 57(5): 498-520.
- Fountain-Zaragoza S.; & Prakash, R. S. (2017). Mindfulness Training for Healthy Aging: Impact on Attention, Well-Being, and Inflammation. *Front Aging Neurosci*. 9(11): 1-15.
- Fritzsche A.; et al. (2016). Mental Contrasting with Implementation Intentions Increases Goal-Attainment in Individuals with Mild to Moderate Depression. *Cognitive Therapy and Research*. 40(4): 557–564.
- Gander F.; Proyer, R. T.; & Ruch, W. (2018). A Placebo-Controlled Online Study on

- Potential Mediators of a Pleasure-Based Positive Psychology Intervention: The Role of Emotional and Cognitive Components. *Journal of Happiness Studies*. 19(7): 2035-2048.
- Garmezy N. (1991). Resiliency and Vulnerability to Adverse Developmental Outcome Associated with Poverty. *American Behavioral Scientist*. 34(4): 416-430.
- Gillespie B. M.; Chaboyer, W.; & Wallis, M. (2007). Development of a Theoretically Derived Model of Resilience through Concept Analysis. *Contemporary Nurse*. 25(1-2): 124-135.
- Goins R. T.; Gregg, J. J.; & Fiske, A. (2013). Psychometric Properties of the Connor-Davidson Resilience Scale with Older American Indians: The Native Elder Care Study. *Research on Aging*. 35(2): 123-143.
- Gooding P. A.; et al. (2012). Psychological Resilience in Young and Older Adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 27(3): 262-270.
- Greenwood D. J. (2007). Pragmatic Action Research. *International journal of action research*. 3(1+ 2): 131-148.
- Grotberg E. H. (1995). *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*. The Hague, Netherlands: Bernard van leer foundation.
- Grotberg E. H. (1997). The International Resilience Research Project. *Paper presented at the 55th Annual Convention, International Council of Psychologists, Graz, Austria, July 14-18, 1997; to be published in Dr. Roswith Roth (Ed), Proceedings of the 55th Annual Convention of the International Council of Psychologists, in press.*
- Gulbrandsen C. L.; & Walsh, C. (2015). Aging and Resilience: Older Women's Responses to Change and Adversity. *Societies*. 5(4): 760-777.
- Hair J. F.; et al. (2014). *Multivariate Data Analysis*. 7th. English: Harlow : Pearson Education Limited.
- Hassani P.; Izadi-Avanji, F. S.; Rakhshan, M.; & Majd, H. A. (2017). A Phenomenological Study on Resilience of the Elderly Suffering from Chronic Disease: A Qualitative Study. *Psychology research and behavior management*. 10: 59-67.
- HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. (2565). กลุ่มรายงานมาตรฐาน การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิต ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (*Workload*) (2562-2564). จาก HDC - Report (moph.go.th)

- Heisel M. J. (2006). Suicide and Its Prevention among Older Adults. *Canada Journal of Psychiatry Res.* 51(3): 143-151.
- Hjemdal O.; et al. (2006). Resilience Predicting Psychiatric Symptoms: A Prospective Study of Protective Factors and Their Role in Adjustment to Stressful Life Events. *Clinical Psychology & Psychotherapy.* 13(3): 194-201.
- Huffman J. C.; et al. (2015). Positive Psychological Interventions for Patients with Type 2 Diabetes: Rationale, Theoretical Model, and Intervention Development. *Journal of Diabetes Research.* 2015(428349): 1-18.
- (2015). Positive Psychological Interventions for Patients with Type 2 Diabetes: Rationale, Theoretical Model, and Intervention Development. *Journal of diabetes research.* 2015: 1-18.
- Jacelon C. S. (1997). The Trait and Process of Resiliencejacelon Cs. *J Adv Nurs.* 25(1): 123-129.
- Jané-Llopis E; & Barry, M. M. (2005). What Makes Mental Health Promotion Effective? *Promotion & Education.* 12(S2): 47-55.
- Kemmis S. (2007). Action Research as a Practice-Changing Practice. *In Spanish Collaborative Action Research Network (CARN) Conference 2007 Oct 18.* 18-20.
- Kemmis S.; & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner (3rd Ed.)*. Geelong: Deakin University
- Keszei A. P.; Novak, M.; & Streiner, D. L. (2010). Introduction to Health Measurement Scales. *Journal of Psychosomatic Research.* *Journal of psychosomatic research.* 68(4): 319-323.
- King I. (1990). Theory of Goal Attainment. *Nursing Theories in Practice.* (15): 73.
- King I. M. (1981). *A Theory for Nursing: Systems, Concepts: Process*. New York: : John Wiley & Sons.
- (1992). King's Theory of Goal Attainment. *Nursing Science Quaterly.* 5(1): 19-26.
- Kobau R.; et al. (2011). Mental Health Promotion in Public Health: Perspectives and Strategies from Positive Psychology. *Am J Public Health.* 101(8): e1-e9.
- Laird K. T.; Krause, B.; Funes, C.; & Lavretsky, H. (2019). Psychobiological Factors of Resilience and Depression in Late Life. *Translational Psychiatry.* 19(1): 1-18.

- Lamond A. J.; et al. (2008). Measurement and Predictors of Resilience among Community-Dwelling Older Women. *J Psychiatr Res.* 43(2): 148-154.
- Landis J. R.; & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrika.* 33(1): 159-174.
- Li H.; et al. (2019). Depression in the Context of Chronic Diseases in the United States and China. *International journal of nursing sciences.* 6(1): 117-122.
- Lomas T.; Hefferon, K.; & Itzan, I. (2016). Positive Developmental Psychology: A Review of Literature Concerning Well-Being Throughout the Lifespan. *The Journal of Happiness & Well-Being.* 4(2): 143-164.
- Lyubomirsky S.; Sheldon, K. M.; & Schkade, D. (2005). Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change. *Review of General Psychology.* 9(2): 111–131.
- Macaskill A. (2016). Review of Positive Psychology Applications in Clinical Medical Populations. *Healthcare.* 4(3): 66.
- MacLeod S.; et al. (2016). The Impact of Resilience among Older Adults. *Geriatric Nursing.* 37(4): 266-272.
- Mancini A. D.; & Bonanno, G. A. (2009). Predictors and Parameters of Resilience to Loss: Toward an Individual Differences Model. *J Pers.* 77(6): 1805-1832.
- Manning L. K. (2013). Navigating Hardships in Old Age: Exploring the Relationship between Spirituality and Resilience in Later Life. *Qual Health Res.* 23(4): 568–575.
- Masten A. S.; & Obradovic, J. (2006). Competence and Resilience in Development. *Ann N Y Acad Sci.* 1094: 13-27.
- Mazzuchelli T. G.; Kane, R. T.; & Rees, C. S. (2010). Behavioral Activation Interventions for Well-Being: A Meta-Analysis. *he Journal of Positive Psychology.* 5(2): 105–121.
- Morata-Ramírez M. D. L. Á.; & Holgado-Tello, F. P. (2013). Construct Validity of Likert Scales through Confirmatory Factor Analysis: A Simulation Study Comparing Different Methods of Estimation Based on Pearson and Polychoric Correlations. *Int'l J. Soc. Sci. Stud.* 1: 54-61.
- Morrow S. L. (2005). Quality and Trustworthiness in Qualitative Research in Counseling

- Psychology. *Journal of Counseling Psychology*. 52(2): 250–260.
- Morse J. M. (2000). Determining Sample Size. *Qualitative Health Research*. 10(1): 3-5.
- O'Leary V. E. (1998). Strength in the Face of Adversity: Individual and Social Thriving. *Journal of Social Issues*. 54(2): 425-446.
- Olsson C. A.; et al. (2003). Adolescent Resilience: A Concept Analysis. *Journal of Adolescence*. 26(1): 1-11.
- Otake K.; et al. (2006). Happy People Become Happier through Kindness: A Counting Kindness Intervention. *Journal of Happiness Studies*. 7(3): 361–375.
- Park B. M. (2021). Effects of Nurse-Led Intervention Programs Based on Goal Attainment Theory: A Systematic Review and Meta-Analysis. *In Healthcare* 9(6): 699. Multidisciplinary Digital Publishing Institute.
- Park N.; & Peterson, C. (2009). Character Strengths: Research and Practice. *Journal of College and Character*. 10(4): 1– 10.
- Pezent G. D. (2011). *Exploring the Role of Positive Psychology Constructs Protective Factors against the Impact of Negative Environmental Variables on the Subjective Well-Being of Older Adults*. Dissertation Ph.D. Philosophy. U.S.A.: Graduate Studies of Texas A&M University.
- Ponterotto J. G. (2006). Brief Note on the Origins, Evolution, and Meaning of the Qualitative Research Concept Thick Description. *The Qualitative Report*. 11(3): 538–549.
- Proyer R. T.; et al. (2016). Addressing the Role of Personality, Ability, and Positive and Negative Affect in Positive Psychology Interventions: Findings from a Randomized Intervention Based on the Authentic Happiness Theory and Extensions. *The Journal of Positive Psychology*. 11(6): 609–621.
- Proyer R. T.; Gander, F.; Wellenzohn, S., & Ruch, W. (2014). Positive Psychology Interventions in People Aged 50–79 Years: Long-Term Effects of Placebo-Controlled Online Interventions on Well-Being and Depression. *Aging & mental health*. 18(8): 997-1005.
- Richardson G. E. (2002). The Metatheory of Resilience and Resiliency. *Journal of Clinical Psychology*. 58(3): 307-321.

- Richardson T. M.; et al. (2012). Depression and Its Correlates among Older Adults Accessing Aging Services. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 20(4): 346–354.
- Rutten B. P.; et al. (2013). Resilience in Mental Health: Linking Psychological and Neurobiological Perspectives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 128(1): 3–20.
- Rutter M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1094: 1-12.
- Rybarczyk B.; et al. (2012). The Role of Resilience in Chronic Illness and Disability in Older Adults. *Annual review of gerontology and geriatrics*. 32(1): 173-187.
- Sandelowski M. (1986). The Problem of Rigor in Qualitative Research. *Advances in Nursing Science*. 8(3): 27-37.
- Sculd M.; et al. (2015). A Healthy Aging Program for Older Adults: Effects on Self-Efficacy and Morale. *Adv Mind Body Med*. 29(1): 26–33.
- Seligman M. E. (2010). Flourish: Positive Psychology and Positive Interventions. *The Tanner lectures on human values*. 31(4): 1-56.
- (2011). Building Resilience. *Harvard business review*. 89(4): 100-106.
- Seligman M. E.; & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*. 55(1): 5-14.
- Seligman M. E.; et al. (2005). Positive Psychology Progress Empirical Validation of Interventions. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 42: 874-884.
- Shapiro S. L.; et al. (2006). Mechanisms of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*. 62(3): 373–386.
- Sheikh J. I.; & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (Gds): Recent Evidence and Development of a Shorter Version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*. 5(1-2): 165-173.
- Shen K.; & Zeng, Y. (2010). The Association between Resilience and Survival among Chinese Elderly. *Demographic Research*. 23(5): 105-116.
- Shenton A.K. (2004). Strategies for Ensuring Trustworthiness in Qualitative Research Projects. *Education for Information*. 22(2): 63–75.
- Sin N. L.; & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing Well-Being and Alleviating Depressive

- Symptoms with Positive Psychology Interventions: A Practice-Friendly Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychology*. 65(5): 467–487.
- Sireci S. G. . (1998). The Construct of Content Validity. *Social indicators research*. 45(1): 83-117.
- Stewart D. E.; & Yuen, T. (2011). A Systematic Review of Resilience in the Physically Ill. *Psychosomatics*. 52(3): 199-209.
- Tourunen A.; et al. (2021). Psychometric Properties of the 10-Item Connor–Davidson Resilience Scale among Finnish Older Adults. *Aging & mental health*. 25(1): 99-106.
- Tugade M. M.; & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back from Negative Emotional Experiences. *J Pers Soc Psychol*. 86(2): 320-333.
- Turner R.; & Carlson, L. A. (2003). Indexes of Item-Objective Congruence for Multidimensional Items. *International Journal of Testing*. 3(2): 163-171.
- VanVoorhis C. R. W.; & Morgan, B. L. (2007). Understanding Power and Rules of Thumb for Determining Sample Sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*. 3(2): 43-50.
- Wagnaild G. M.; & Young, H. M. (1990). Resilience among Older Women. *Image J Nurs Sch*. 22(4): 252-255.
- (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*. 1(2): 165-178.
- Wagnild G. M.; & Collins, J. A. (2009). Assessing Resilience. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 47(12): 28-33.
- Wellenzohn S.; Proyer, R. T.; & Ruch, W. (2016). How Do Positive Psychology Interventions Work? A Short-Term Placebo-Controlled Humor-Based Study on the Role of the Time Focus. *Personality and Individual Differences*. 96: 1–6.
- You S.; & Park, M. (2017). Resilience Protected against Suicidal Behavior for Men but Not Women in a Community Sample of Older Adults in Korea. *Front Psychol*. 8: 401.
- Zhong Xue; et al. (2016). Parenting Style, Resilience, and Mental Health of Community-Dwelling Elderly Adults in China. *BMC Geriatrics*. 16(135): 1-8.

กรมสุขภาพจิต. (2557). แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3/2557.

นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ; ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ; และ เสาวลักษณ์ คงสนิท. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.

29(1): 32-47.

กัณฑ์ทัต ปานทอง; และ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า.

วารสารเกื้อการุณย์. 25(2): 105-118.

กิดานันท์ ชำนาญเวช; และคนอื่น ๆ. (2563). คุณภาพของแบบวัดทางจิตวิทยาสำหรับงานวิจัยทางการศึกษา.

วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ. 9(1): 1-6.

เกษร สายธนู; อมรรัตน์ นระสนธิ์; และ เกษราภรณ์ เคนบุปผา. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 33(3): 42-55.

เกตุสิริ หงษ์ไทย. (2564). การวิเคราะห์หมั่นทศน์ความผาสุกตามมุมมองในผู้สูงอายุ.

วารสารสภาการพยาบาล. 36(4): 44-59.

คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ.2542. (2542). แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย = *MMSE-Thai* 2002. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

จรรยา สุวรรณทัต. (2537). แนวคิดหลักทางพฤติกรรมศาสตร์: ทฤษฎี การวิจัย และการประยุกต์ใช้. วารสารพฤติกรรมศาสตร์. 1(1): 17-21.

ฉัตรฤดี ภาระญาติ. (2558). ปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญา พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ). ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

ถ่ายเอกสาร.

ชาย โพธิ์สิตา. (2552). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

ชาย โพธิ์สิตา. (2554). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

ชาย โพธิ์สิตา. (2556). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

ชีนฤทัย กาญจนะจิตรา; และคนอื่น ๆ. (2550). สุขภาพคนไทย 2550. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ณัฐรุจ แก้วสุธา; เสรีนา สิริรัตน์ สกุลณะมรรคา; และ กิตติธัช มงคลศิวะ. (2553). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่องผลของการประเมินตนเองของนิสิตทันตแพทย์ต่อประสิทธิภาพการทำงานชุมชนในคลินิกทันตกรรม ชุมชนโดยใช้แบบสะท้อนความคิด. กรุงเทพฯ:
ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็กและทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิ
โรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ณัฐิกา ราชบุตร; จุลจิรา จันทะมุงคุณ; และ จารุภา แซ่ฮ่อ. (2560). การศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและ
ป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ ตำบลดอนมนต์ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์.
วารสาร มจร.วิชาการ. 20(40): 115-125.
- ณัฐิกา ราชบุตร; จุลจิรา จันทะมุงคุณ; และ จารุภา แซ่ฮ่อ. (2560). การศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและ
ป้องกัน โรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ ตำบลดอนมนต์ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์.
วารสาร มจร.วิชาการ. 20(40): 115-125.
- ดลฤดี ทับทิม; อังคินันท์ อินทรกำแหง; และ อรพินทร ชูชม. (2564). ความเข้มแข็งทางใจของญาติผู้ดูแล: สิ่ง
สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 6(1): 1-16.
- ต้นติมา ดั่งโยธา; และคนอื่น ๆ. (2553). การศึกษาและพัฒนาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้
คำปรึกษาเป็นรายบุคคล. วารสารพฤติกรรมศาสตร์. 16(2): 50-65.
- ทินกร วงศ์ปการันย์ และคนอื่น ๆ. (2555). โครงการวิจัยผลการรักษาโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล:
การศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า. พจนานุกรมการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. สืบค้นเมื่อ 22
มกราคม 2560, จาก
[http://medresnet.damus.in.th/damus/files/83_20120904104847_Thaisad_Report_May
8%202011_SK-Edit.pdf](http://medresnet.damus.in.th/damus/files/83_20120904104847_Thaisad_Report_May8%202011_SK-Edit.pdf)
- ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี, บรรณาธิการ. (ม.ป.ป.). คู่มือป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิ
สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2538). วิธีวิทยาขั้นสูงด้านการวิจัยและสถิติ. วารสารวิธีวิทยาการวิจัย. 7(2): 1-36.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย(2555). การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis - Cfa).
วารสารวิจัยและพัฒนาหลักสูตร. 2(1): 68-74.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย (2555). สถิติขั้นสูง (*Advanced Statistics*). จาก [https://res-
eva.ubru.ac.th/web/images/phocagallery/varasan/s1/1-10.pdf](https://res-eva.ubru.ac.th/web/images/phocagallery/varasan/s1/1-10.pdf)
- นริสรา พึ่งโพธิ์สก. (2556). สิ่งที่ทำควรทำและสิ่งที่ไม่ควรทำในการพัฒนาเค้าโครงวิจัยสำหรับนักวิจัยพฤติกรรม
ศาสตร์. วารสารพฤติกรรมศาสตร์. 19(1): 1-22.
- นริสรา วงศ์พนารักษ์; และ สายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ.
วารสารพยาบาลทหารบก. 15(3): 24-31.

- นันท์ชิตส์สันท์ สกุลพงศ์. (2559). พลังสุขภาพจิตในผู้ติดยาเสพติดหญิง : การวิจัยแบบผสมผสานวิธีพระยะ เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดและประสิทธิผลการปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มบูรณาการ. ปรินญาณิพนธ์ ปร.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นิธิพัฒน์ เมฆขจร. (2564). ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience): วิถีใหม่ของการเสริมสร้างพลังใจเพื่อการเผชิญวิกฤตชีวิตในยุคปัจจุบัน. วารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต. 11: 1-9.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์; และคนอื่นๆ. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย. สารศิริราช. 46(1): 1-9.
- ปนัดดา สุวรรณ. (2551). ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล, บรรณาธิการ. (2557). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล, บรรณาธิการ. (2558). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย ร่วมกับ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล, บรรณาธิการ. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. (2546). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 120 ตอนที่ 130 ก: 1 - 8.
- พระสุทธิสารเมธี; สุณี เวชประสิทธิ์; และ กฤตสุชิน พลเสน. (2563). การพึ่งตนเองของผู้สูงอายุตามหลักพุทธปรัชญาเถรวาท ในชุมชนอำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม. วารสารสถาบันวิจัยญาณสังวร. 11(2): 1-11.
- พัชรภรณ์ ไชยสังข์ และ คนอื่นๆ. (2556). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเมือง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 6(1): 28-30.
- เพ็ญภา กุลนาคด; และ จุฑามาศ แหนจอน. (2558). การศึกษาและพัฒนาภูมิคุ้มกันทางใจวัยสูงอายุโดยการบูรณาการกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายประชาสังคม. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2551). ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สามเจริญพานิชย์.
- ภารดี นานาศิลป์. (2558). แก่นความรู้การพยาบาลผู้สูงอายุ: ผู้สูงอายุคือใคร อายุหรือปัจจัยใดช่วยกำหนด. พยาบาลสาร. 42(ฉบับพิเศษ): 156-162.
- มณีวรรณ สุวรรณมณี. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้บาดเจ็บจากเหตุกาณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ของไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญา พย.ม. (การ

- พยาบาลผู้ใหญ่) สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ถ่ายเอกสาร.
- มาโนช หล่อตระกูล; ปราโมทย์ สุคนิษฐ์; และ จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 41(4): 235-246.
- มุกข์ดา ผดุงยาม; และ อัญชลี ช.คูวอล. (2561). กลยุทธ์การฟื้นฟูพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก. 19(1): 66-73.
- มูจรินทร์ พุทธิเมตตา. (2557). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- มูทิตา วรรณชาติ และคนอื่น ๆ. (2558). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. ฉบับพิเศษ: 18-29.
- ศรีจันทร์ เกรย์; และคนอื่น ๆ. (2556). มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ. นครปฐม: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- รัตนศรีญาณภรณ์ คำราพิศ. (2555). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยใช้ระบบปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายของทฤษฎีการพยาบาลของคิง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. ถ่ายเอกสาร.
- รัตนา บุญพา; ผจงจิต ไกรถาวร; และ นพวรรณ เปียชื่อ. (2562). การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชน. วารสารสภาการพยาบาล. 34(2): 112-126.
- เรณู สอนเครือ. (2552). แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล เล่ม1. พิมพ์ครั้งที่ 9. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- วิชัย เอกพลากร; และคนอื่น ๆ. (ม.ป.ป.). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็ม.
- วิล คุปต์นิรติชัยกุล; และ พนม เกตุมาน. (2540). การศึกษาแบบวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ในคนไทย สารศิริราช. 49(5): 422-449.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีระยุทธ์ ชาติตะกัญจน์. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2(1): 29-49.
- ศิริทิพย์ คำฟู; และคนอื่น ๆ. (2557). การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมและการะในการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ อ.แม่จัน จ.เชียงราย. ศรีนครินทร์เวชสาร. 29(4): 389-393.
- ศิริวรรณ พิริยคุณธร; ขวัญตา บาลทิพย์; และ ชนิษฐา นาคะ. (2557). ประสิทธิภาพการนำหลักคำสอนทางพุทธศาสนาใช้ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนชนบท. วารสารพยาบาลสงขลา

นครินทร์. 34(2): 39-52.

ศุภรัตน์ เอกอัศวิน; และ เยาวนาฏ ผลิตนนท์เกียรติ. (2551). ความสามารถยืนหยัดเผชิญวิกฤติ. วารสารกรมสุขภาพจิต. 16(3): 190-198.

สแกนต์ บุณนาถ; และคนอื่น ๆ. (2563). การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ ภาวะโรคและความต้องการบริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทย [รายงานการวิจัย]. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.).

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. (2557). แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ธนาพรส.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). โครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ การเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; Tmse) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม นนทบุรี: บริษัท ซีจีทูล จำกัด.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ; และคนอื่น ๆ. (2555). เพศหญิงหรือความเป็นหญิง...จึงนำมาสู่การเป็นโรคซึมเศร้า.

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 57(1): 61-74.

สมพร อินทร์แก้ว, บรรณานิกร. (2552). เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต: RQ: Resilience Quotient.

นนทบุรี: สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

สมฤทัย เจริญใส; จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส; และ ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์. (2562). ปัจจัยทำนายความยืดหยุ่นในชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารการพยาบาล. 21(2): 51-66.

สายพิน ยอดกุล; และ จิตกนิษฐ์ ศรีจักรโคตร. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 30(3): 50-57.

สายสมร เฉลยกิตติ. (2559). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. คลินิก. 32(10): 1071-1077.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. (2560). การประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. สืบค้นเมื่อ 28 ธันวาคม 2560, จาก

https://sbr.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=574437c29aff8d1709da55677abc4b03&id=49e6c2e9fb9ee2deb0639680325cfbcd

----- (2560). การประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) ในผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 23 ธันวาคม 2560, จาก

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

[&cat_id=574437c29aff8d1709da55677abc4b03&id=1cabe82729905e268bb97fed7cb11](#)

[7dd](#)

- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2556). รายงานการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. นนทบุรี: โรงพิมพ์วชิรรินทร์ พี.พี.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์. (1996). การดูแลแบบสหวิชาการสำหรับผู้สูงอายุ: บทบาทของแพทย์. *Rama Nurs J.* 2(3): 76-89.
- สิริพิมพ์ ชูปาน. (2555). ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- สุทธนันท์ ชุนแจ่ม; ไสภิน แสงอ่อน; และ ทศนา ทวีคุณ. (2011). การสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย. *Rama Nurs J.* 17(3): 412-429.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร; และคนอื่น ๆ. (2558). การจัดการระบบสุขภาพอำเภอเพื่อดูแลกลุ่มประชากร: กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มคนพิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิง.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2554). การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โสฬสวรรณ อินทสิทธิ์; และ สิริกุล จุลศิริ (บ.ก.). (2563). เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี RQ พลัังสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2551). การออกแบบการวิจัย: วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และผสมผสานวิธีการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- (2554). การออกแบบการวิจัย วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และผสมผสานวิธีการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข; และคนอื่น ๆ. (2560). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสี่หมื่น จัหวัดขอนแก่น. *วารสารราชพฤกษ์.* 15(2): 16-26.
- อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์; ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า; และ สุธิตา แก้วทา. (2563). รายงานสถานการณ์โรค *Ncds* (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง) พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์.
- อรสา ไยยอง; และ ไพรพันธ์ ลือบุญวัชชัย. (2554). ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าใดจากการสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 56(2): 117-128.
- อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

- อัจฉรา สุขารมณ. (2559). การฟื้นฟูพลังใจในภาวะวิกฤต. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 4(1): 209-220.
- อัญชลี วัดทอง; และ สละ เตชะมีนา. (2554). รายงานการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรม *E&R* ที่มีต่อพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญา ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการ (ม่วงแค) สถาบันราชานุกุล. กรุงเทพฯ: สถาบันราชานุกุล กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.





ภาคผนวก ก
เอกสารรับรองโครงการวิจัย





MF-04-version-2.0

วันที่ 18 ต.ค. 61

ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและยินยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC 033/2562E (ต่อใบรับรองครั้งที่ 1)

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและ ข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง : การวิจัยและพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

ชื่อผู้วิจัยหลัก : นางสาวกนกกรณ์ ทองคุ้ม

สังกัด : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เอกสารที่เสนอพิจารณาทบทวน :

แบบรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย เพื่อขอต่ออายุการรับรอง ฉบับลงวันที่ 30 เมษายน 2563

วันที่ประชุม : 17 มิถุนายน 2563 **การประชุมครั้งที่ :** 6/2563

ผลการพิจารณา : รับรอง

ข้อเสนอแนะ : โปรดปฏิบัติตามแนวปฏิบัติกรดำเนินงานโครงการวิจัยในมนุษย์ช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19)

(ลงชื่อ).....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทันตแพทย์หญิงณปภา เอี่ยมจิตรกุล)

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

(ลงชื่อ).....

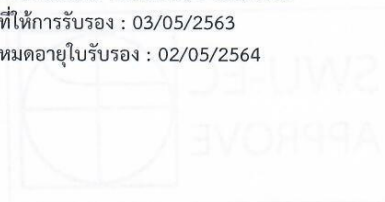
(แพทย์หญิงสุริพร ภักธสุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/E-033/2562

วันที่ให้การรับรอง : 03/05/2563

วันหมดอายุใบรับรอง : 02/05/2564



ศาสตราจารย์ ดร. ทันตแพทย์หญิงณปภา เอี่ยมจิตรกุล
 กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

ภาคผนวก ข
เอกสารขออนุญาตเก็บข้อมูล



ที่ อว 8718/90



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

13 มกราคม 2563

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายบางระจัน

เนื่องด้วย นางสาวกนกภรณ์ ทองคุ้ม นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยพัฒนาศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การวิจัยและพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พิงไพสิฐ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และอาจารย์ ดร.นันทชัยดลสันท์ สกฤตพงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ นิสิตขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล โดยใช้ 1) แบบสอบถาม เรื่อง พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า 2) แบบสัมภาษณ์ เรื่อง การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และ 3) แผนการจัดการเรียนรู้รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 200 คน เพื่อเป็นข้อมูลในการวิจัย และขอใช้พื้นที่ห้องประชุมโรงพยาบาลค่ายบางระจัน ระยะที่ 1 ในช่วงที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพระหว่างเดือน มกราคม 2563 ถึงเดือนเมษายน 2563 ช่วงที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ระหว่างเดือนมิถุนายน 2563 ถึงเดือนกันยายน 2563 และระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระหว่างเดือนธันวาคม 2563 ถึงเดือนมีนาคม 2564 ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความอนุเคราะห์ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล)

รองคณบดีฝ่ายบริหารและวางแผน รักษาการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 090 958 7887 และ 082 197 2076

ที่ อว 8718/๑๐



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

13 มกราคม 2563

เรื่อง ขออนุมัติขอความเห็นชอบเพื่อการจัดทำ

เรียน สาธารณสุขอำเภอค่ายบางระจัน

เนื่องด้วย นางสาวกนกภรณ์ ทองคุ้ม นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การวิจัยและพัฒนาแบบการเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พิงพิทักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และอาจารย์ ดร.นันทวัฒน์ สกฤตพงศ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ในการนี้ นิสิตขอความเห็นชอบเพื่อการจัดทำ โดยใช้ 1) แบบสอบถาม เรื่อง พลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า 2) แบบสัมภาษณ์ เรื่อง การเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และ 3) แผนการจัดการเรียนรู้รูปแบบการเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 200 คน เพื่อเป็นข้อมูลในการวิจัย และขอใช้สถานที่ 1) ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ไทร 2) ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอทราย 3) ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม 4) ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกระทุ่ม และ 5) ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพทะเล ระยะที่ 1 ในช่วงที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ระหว่างเดือนมกราคม 2563 ถึงเดือนเมษายน 2563 ช่วงที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ระหว่างเดือนมิถุนายน 2563 ถึงเดือนกันยายน 2563 และ ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระหว่างเดือนธันวาคม 2563 ถึงเดือนมีนาคม 2564 ทั้งนี้ นิสิตจะเป็นผู้ประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความเห็นชอบ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สิทธิพงศ์ วัฒนานนท์สกุล)

รองคณบดีฝ่ายบริหารและวางแผน รักษาการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 090 958 7887 และ 082 197 2076

ภาคผนวก ค

เอกสารขอเผยแพร่โปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการ
ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายและแนวคิดการแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก

ฝ่ายงาฬจังหวัดสิงห์บุรี
รับที่ 32/65
วันที่ 29 มิ.ย. 65
เวลา 16.30 น.



โรงพยาบาลค่ายบางระจัน
รับที่ ๑๕๕๕
วันที่ ๒๙ มิ.ย. ๒๕๖๕
เวลา ๑๕.๐๐ น.

ที่ สท ๐๐๓๓.๐๐๑/๗๑๕๔

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
ถนนสิงห์บุรี-สุพรรณบุรี สท ๑๖๐๐๐

๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง การเผยแพร่โปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า
โดยบูรณาการทางสุขภาพจิตสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายบางระจัน

อ้างถึง หนังสือโรงพยาบาลค่ายบางระจัน ที่ สท ๐๐๓๓.๓๐๕/๕๓๗ ลงวันที่ ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๕

ตามหนังสือที่อ้างถึง โรงพยาบาลค่ายบางระจัน แจ้งว่า นางสาวกนกภรณ์ ทองคุ้ม นักศึกษา
หลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
(ภาคพิเศษ) ได้จัดทำปัญญานิพนธ์ เรื่องการวิจัยและพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
โรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทางสุขภาพจิตสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย พร้อมทั้งขออนุญาตเผยแพร่โปรแกรม
การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทางสุขภาพจิตสำเร็จ
ตามจุดมุ่งหมาย เพื่อใช้ประโยชน์กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ในพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี รายละเอียด
ตามที่แจ้งแล้วนั้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ขอแจ้งว่าได้ดำเนินการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โปรแกรมมา
ดังกล่าว ทางเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลค่ายบางระจัน

- เพื่อโปรดทราบ

- คำนำของนางสาวกนกภรณ์ ทองคุ้ม

(นายโชคชัย สาครพานิช)

สิงห์บุรี แจ้งว่า ได้ดำเนินการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

เผยแพร่ทางเว็บไซต์โดยไม่เก็บค่า

การสำรวจหรือพิมพ์ส่งสุขภาพจิต

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

โดยบูรณาการทางสุขภาพจิตสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

ตามจุดมุ่งหมาย ทราบแล้ว

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๓๖๘๑ ๓๔๕๓ ต่อ ๑๒๗

โทรสาร. ๐ ๓๖๘๑ ๓๕๐๒

วันที่ ๒๙ มิ.ย. ๒๕๖๕

นางสาวกนกภรณ์ ทองคุ้ม

29 มิ.ย. 65

ทอน

น.น.

4 มิ.ย. 65



ภาคผนวก ง
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รายงานผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาตรวจสอบแนวคำถามเพื่อการวิจัยเชิงคุณภาพ

1.1 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมราพร สุรการ (อาจารย์ประจำบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เชี่ยวชาญสาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)

1.2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชมชื่น สมประเสริฐ (อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

1.3 นายแพทย์วุฒิพันธุ์ สิทธิการิยะ (จิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลสิงห์บุรี จ.สิงห์บุรี)

2. รายงานผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาองค์ประกอบ นิยามปฏิบัติการ และตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดพลังสุขภาพจิต

2.1 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประทีป จินนี้ (อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เชี่ยวชาญสาขาจิตวิทยา (ปรับพฤติกรรม) พฤติกรรมศาสตร์ และพุทธศาสนา)

2.2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐาตุกร จันประเสริฐ (อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เชี่ยวชาญสาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)

2.3 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมราพร สุรการ (อาจารย์ประจำบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เชี่ยวชาญสาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)

3. รายงานผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

3.1 รองศาสตราจารย์ ดร.อัศรา ประเสริฐสิน (อาจารย์ประจำสำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เชี่ยวชาญสาขาจิตวิทยาพัฒนาการ)

3.2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยดา สมบัติวัฒนา (อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เชี่ยวชาญสาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)

3.3 อาจารย์ ดร.นฤมล พระใหญ่ (อาจารย์ประจำคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เชี่ยวชาญสาขาจิตวิทยา)

ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1



1. แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ-20) ของกรมสุขภาพจิต

ข้อคำถาม	ไม่จริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้าง จริง	จริงมาก
ด้านความทนทานทางอารมณ์				
1. เรื่องไม่สบายใจเล็กน้อยทำให้ฉันว่าวุ่นใจนั่งไม่ติด				
2. ฉันไม่ใส่ใจคนที่หัวเราะเยาะฉัน				
3. เมื่อฉันทำผิดพลาดหรือเสียหาย ฉันยอมรับผิดชอบหรือผลที่ตามมา				
4. ฉันเคยยอมทนลำบากเพื่ออนาคตที่ดีขึ้น				
5. เวลาทุกข์ใจมากๆ ฉันเจ็บป่วยไม่สบาย				
6. ฉันสอนและเตือนตัวเอง				
7. ความยากลำบากทำให้ฉันแกร่งขึ้น				
8. ฉันไม่จดจำเรื่องเลวร้ายในอดีต				
9. ถึงแม้ปัญหาจะหนักหนาเพียงใด ชีวิตฉันก็ไม่เลวร้ายไปหมด				
10. เมื่อมีเรื่องหนักใจ ฉันมีคนปรับทุกข์ด้วย				
ด้านกำลังใจ				
11. จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ทำให้ฉันมั่นใจว่าจะแก้ปัญหาต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้				
12. ฉันมีครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นกำลังใจ				
13. ฉันมีแผนที่จะทำให้ชีวิตก้าวไปข้างหน้า				
14. เมื่อมีปัญหาวิกฤตเกิดขึ้น ฉันรู้สึกว่าคุณมีความสามารถ				
15. เป็นเรื่องยากสำหรับฉันที่จะทำให้ชีวิตดีขึ้น				
ด้านการจัดการกับปัญหา				
16. ฉันอยากหนีไปให้พ้นหากมีปัญหาหนักหนาต้องรับผิดชอบ				
17. การแก้ปัญหาทำให้ฉันมีประสบการณ์มากขึ้น				
18. ในการพูดคุย ฉันหาเหตุผลที่ทุกคนยอมรับหรือเห็นด้วยกับฉันได้				
19. ฉันเตรียมหาทางออกไว้หากปัญหาร้ายแรงกว่าที่คิด				
20. ฉันชอบฟังความคิดเห็นที่แตกต่างจากฉัน				

ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q)

ข้อ	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเอง หรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลง จนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
รวม					

ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

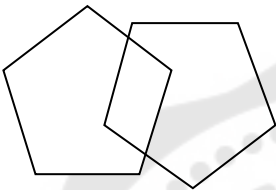
เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2557). แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3/2557). กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

3. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE –Thai 2002)

คำถาม	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)	คะแนน
1.Orientation for Time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร		
1.2 วันนี้ วันอะไร		
1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร		
1.4 ปีนี้ ปีอะไร		
1.5 ฤดูนี้ ฤดูอะไร		
2.Orientation for Place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร หรือชื่ออะไร		
2.2 ขณะนี้ท่านอยู่ที่ชั้นเท่าไรของตัวอาคาร		
2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร		
2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร		
2.5 ที่นี้ภาคอะไร		
3. Registration (3 คะแนน)		
ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา, ยาย,...) ตั้งใจฟังให้ดิฉัน เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้คุณ (ตา, ยาย,...) พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี่ยวผม (ดิฉัน) จะถามซ้ำ * การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณ 1 วินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)		
() ดอกไม้ () แม่น้ำ () รถไฟ		
4. Attention/ Calculation (5 คะแนน) ให้เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง		
ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจ เพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา, ยาย,...) คิดเลขในใจเป็นไหม? * ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 * ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบ ให้ทำข้อ 4.2		
4.1 “ข้อนี้คิดในใจ เอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์		

คำถาม	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)	คะแนน
เท่าไรให้ตอบมา” บันทึกตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ให้คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ โดยไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2		
4.2 “ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา,ยาย,...) ฟัง แล้ว ให้คุณ (ตา,ยาย,...) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก” คำว่า มะนาว สะกดว่า มอม่้า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหน คุณ (ตา,ยาย,...) สะกดถอยหลังให้ฟังซิ		
5. Recall (3 คะแนน) “เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหม มีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)		
() ดอกไม้ () แม่น้ำ () รถไฟ		
6. Naming (2 คะแนน)		
6.1 ยื่นดินสอให้ผู้สูงอายุแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”		
6.2 ชี้นำฟingersชี้ให้ผู้สูงอายุแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”		
7. Repetition (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)		
“ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้แล้ว ให้คุณ (ตา, ยาย,...) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงครั้งเดียว” “ใคร ใคร ชาย ไก่ ไช้”		
8. Verbal command (3 คะแนน)		
“ฟังดีดีนะ เดี่ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วคุณ (ตา,ยาย,...) รับ ด้วยมือขวา พับครึ่งแล้ววางที่... (พื้น/ โต๊ะ) ผู้ทดสอบส่งกระดาษเปล่าขนาดประมาณ A4 ไม่มีรอยพับให้ผู้สูงอายุ () รับด้วยมือขวา () พับครึ่ง () แล้ววางที่... (พื้น/ โต๊ะ)		
9. Written command (1 คะแนน)		
ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย, ...) <u>อ่านแล้วทำตาม</u> คุณ(ตา,ยาย,...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้ ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “ <u>หลับตา</u> ” ให้ผู้สูงอายุดู () หลับตาได้		
10. Writing (1 คะแนน)		

คำถาม	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)	คะแนน
ข้อความนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ (ตา,ยาย,...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่ อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค”		
11. Visuo-construction (1 คะแนน)		
ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” (ในช่องว่าง ด้านข้างของภาพตัวอย่าง)  รูปห้าเหลี่ยมต้องมีมุม 5 มุม ตามภาพตัวอย่าง การตัดกันต้องเกิดรูป สี่เหลี่ยมด้านใน วาดตามได้ทั้งหมดจึงจะได้คะแนน 1 คะแนน		
คะแนนรวม		

ที่มา: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข



ภาคผนวก จ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพการวิจัยระยะที่ 1

Theme	Sub-theme	Code	Quotation	เทียบเคียงกับองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตตามทฤษฎี
ลักษณะนิสัยของฉัน	1.มุ่งมั่นตั้งใจปฏิบัติหน้าที่	1.-ตั้งใจปฏิบัติหน้าที่ -ยอมรับผลของการกระทำ -กระตือรือร้น	“ผมเป็นประธานผมก็ต้องแก้ปัญหา” “เราก็คยอมรับว่าเราเอาป้ายไปติดจริงโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ประธานก็ต้องเป็นตัวแทนรับผิดชอบเอาเรื่องไปปรึกษาหารือกับเจ้าของตลาดก่อน” “รับเลี้ยงเขาแล้ว ก็ต้องดูแลให้ตลอดรอดฝั่ง ทำให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้” “มีงานที่ไหนก็ไป ฉันชอบทำงาน ทำแล้วสนุก”	I am: มีความรับผิดชอบ
	2.เห็นคุณค่าตนเอง	2.-ภูมิใจในตนเอง -พึ่งตนเอง	“ปกติก็ดูแลตัวเองมาตลอด” “ทุกวันนี้ที่ผมอยู่ได้คือหนี้เงินแสนเงินล้านผมไม่มีสักบาทเดียว” “สิ่งสำคัญก็คือตัวเอง เราต้องช่วยตัวเราเองก่อน” “ผมก็เป็นคนคืออยู่ในศีลธรรม” “แต่ถ้าเราอยู่ถึง 80 ก็โชคดีของเราละ” “มันก็อยู่ที่ตัวเราที่ต้องช่วยตัวเอง” “ที่ผ่านมามีอยู่ได้ด้วยตัวเอง” “ก็เพราะฉันแกร่งไม่ค่อยเป็นอะไรกับเขาแน่แหละ ถึงรับจ้างทำได้ทุกอย่างทุกวันกับแฟนฉัน” “ผมเป็นพิธีกรในชุมชน เวลาไปสอนเขา บอกเขา เขาก็ฟังกัน ทุกวันนี้ผมก็ต้องทำตัวให้น่าเชื่อถือ”	I am: พึ่งตนเอง
3.เข้มแข็งอดทน	3.-สู้อดทน		“เราสู้” “ใจสู้ไม่ยอมแพ้” “เราก็สู้ชีวิตต่อไป” “ต้องเข้มแข็งเพราะต้องทำมาหาเลี้ยงลูกๆ” “เราต้องเข้มแข็ง ให้กำลังใจตัวเองตลอด” “สู้อดทนทำมาหากินเพื่อลูก” “ลองผดลองถูกที่นั่นผมหลายครั้งจนได้ผลดี” “ฉันก็ใจสู้ สู้งานทุกอย่าง ไม่เคยท้อ” “ต้องอดทนสู้เพื่อจะได้มีเงินมาให้ลูก” “เวลาเครียดปัญหาผมก็จะสูหาทางแก้มันไป”	I am:

Theme	Sub-theme	Code	Quotation	เทียบเคียงกับองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตตามทฤษฎี
4.ยอมรับ สัจธรรม	4.-ไม่คิดมาก -ปล่อยวาง -ยอมรับ ความจริง	4.-ไม่คิดมาก -ปล่อยวาง -ยอมรับ ความจริง	“จะเครียดทำไม ก็นี่หลานเราอะ” “ผมก็คิดว่ามันเอาเงินไปได้ก็ช่างมัน ผมไม่ยึดติด ถือว่าทำบุญ คิดซะอย่างนั้นก็สบายใจ” “ผมไม่วิตกกังวลนะ ผมคิดว่าคนเราเกิดมามีก็ต้องตาย” “คิดว่ามันจะเป็นอะไรก็เป็นไป ถือว่าเราเกิดมาทุกคนก็มีโรคภัยไข้เจ็บ” “จะไปคิดอะไรมาก คนเราเกิดมาก็ต้องตาย” “มันก็ต้องทำใจ มันเป็นธรรมชาติของชีวิต มีเกิดแก่เจ็บตาย” “เป็นคนไม่คิดมาก” “ไม่เคยคิดถึงความยากลำบากที่ผ่านมา ไม่เก็บมาคิด” “คิดว่ามันถึงคราวที่มันจะต้องเป็นอะไรก็เป็นไป อะไรมันจะเกิดก็ต้องเกิด” “ผมทำใจได้ไม่คิดมากถ้าลูกเก คิดว่าแล้วแต่บุญกรรม” “คิดว่าอะไรจะเกิดมันก็ต้องเกิด เราก็คิดเข้าข้างตัวเองว่าเขาคงกำหนดเรามา ถึงเวลานี้เราก็จะต้องเป็นอย่างนี้”	I am:
5.พึงพอใจ ในชีวิต	5.-พอใจในสิ่งที่ตนมี -อยู่อย่างพอเพียง	5.-พอใจในสิ่งที่ตนมี -อยู่อย่างพอเพียง	“เราก็อยู่ตามอัตภาพ อยู่อย่างสบาย ไม่เดือดร้อน ไม่ยากเข็ญ” “คิดว่าให้ครอบครัวอยู่ได้ มีกินมีใช้ ไม่เจ็บไม่ไข้ก็พอใจแล้ว” “มีก็ใช้ ไม่มีผมก็อยู่แต่พอเพียง” “จะมีบางปีที่น่าไม่ค่อยมีมันก็ได้ผลเท่าไร แต่ไม่เป็นไรครับ ได้แค่นี้แค่นั้น” “ถ้าเราสร้างรังใหญ่กว่าตัวแล้วมันก็ลำบากใจ เราเอาแต่พอตัว พอใช้ได้”	I am:
ความสามารถ	1.มีทักษะ	1.-กล้าเผชิญ	“ผมก็ปรึกษาทนายหาข้อต่อรอง ไม่เผชิญหน้ารุนแรง สู้	I can: สามารถ

Theme	Sub-theme	Code	Quotation	เทียบเคียงกับองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตตามทฤษฎี
ของฉัน	ในการเผชิญปัญหา	ปัญหาอย่างชาญฉลาด-จัดการปัญหาได้สำเร็จ	ด้วยกฎหมาย" “ตลอดเวลานี้ป่าเหมือนจะเลี้ยงคนพวกนี้แบบนี้มาตลอด ป่ารับเลี้ยงลูกหลาน หางานให้ทำ พอเขาโตขึ้น เขาก็ไปมีครอบครัวของเขาได้” “คิดว่าเวลาปัญหาเกิดกับเรา เราก็ต้องค่อยๆ หาวิธีแก้ อย่าไปหนีปัญหา ผมทำอย่างนี้ทุกครั้งที่มีปัญหา” “ถ้าปัญหามันเกิดเองเราก็ต้องคิดแก้ปัญหาเองให้ได้”	เผชิญปัญหาได้
	2.มีทักษะในการจัดการอารมณ์	2.-มีวิธีจัดการความเครียด-วิธีจัดการอารมณ์ตนเอง-มีวิธีรักษาจิตใจให้แข็งแรง	“บางทีก็ไปตกปลาเพลินๆ คลายเครียดไปได้” “เวลาเหนื่อยเครียดก็จะนั่งเฉยๆ ไม่พูดไม่จากับใคร อยู่กับตัวเองสักพักให้หายเครียด” “ฉันเวลามีปัญหาที่มานั่งทำให้ใจให้ใจมันว่างเดี๋ยวมันก็หาย” “ทุกวันนี้ถ้าเครียดๆ ก็จะเดินไปหาเพื่อน คุยกับเพื่อนฝูง บางครั้งก็ทำงานท่ามาเวลาให้มันลืม” “ปกติก็จะสวดมนต์ ไปถือศีลที่วัดทุกวันพระอยู่แล้ว ก็จะทำบุญให้แม่ทุกครั้ง ทำให้สบายใจขึ้น”	I can: สามารถควบคุมตนเองได้
ที่ฟังของฉัน	1.มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	1.-มีที่พึ่งทางใจ-มีแบบอย่างในการดำเนินชีวิต	“ปกติก็จะสวดมนต์ไปถือศีลที่วัดทุกวันพระอยู่แล้ว” “เคารพคำของพ่อหลวงท่านที่เคยบอกไว้ว่าเราอยู่แต่พอเพียงอย่าไปทะเยอทะยานมาก” “เราก็ทำตามหน้าที่ของชาวพุทธ ทำบุญตามโอกาส เชื่อเรื่องกรรมดีกรรมชั่ว” “มันอยู่ในจิตใจเราแล้ว ทำได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว”	I have: มีบุคคลเป็นต้นแบบหรือมีที่พึ่งทางใจ
	2.กำลังใจจากคนใกล้ชิด	2.-มีครอบครัวและเพื่อนเป็นกำลังใจ	“แผนผมเขาไม่ยุ่งเรื่องงานของผม แต่จะคอยถามว่ามีเงินใช้ไหมและก็ให้เงินผมใช้ทุกเดือน นี่ก็ให้เงินค่าทนายด้วย ผมก็เลยไม่เครียด” “มีญาติพี่น้อง ลูกๆ ให้กำลังใจ” “ทำเพื่อลูก เห็นลูกมีเงินใช้ ไม่เก ก็สุขใจ” “พวกบ้านฉันยังหาเงินได้ เขาก็พูดดีบอกว่ารักษาตัวให้ดีก่อนแล้วค่อยไปทำงาน พวกบ้านฉันไม่เคยด่าว่าฉันเลย” “เครียดๆ ก็จะเดินไปหาเพื่อน คุยกับเพื่อนฝูง”	I have: มีบุคคลคอยให้กำลังใจ

Theme	Sub-theme	Code	Quotation	เทียบเคียงกับองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตตามทฤษฎี
3.มีที่ปรึกษาให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ	3.-มีคนให้คำปรึกษาและคอยช่วยเหลือด้านต่างๆ		“ผมปรึกษากิจกรรมคนอื่น เขาก็บอกให้ฟัง เขาจะช่วยเหลือเป็นพยานให้ ผมก็เลยไปปรึกษาเจ้าของตลาด แนะนำว่าให้ปรึกษาทนายของตลาดว่าต้องทำอะไร พอดีมีทนายของตลาดอยู่แล้วด้วย” “แฟนผมเขาไม่ยุ่งเรื่องงานของผม แต่จะคอยถามว่ามีเงินใช้ไหมและก็ให้เงินผมใช้ทุกเดือน นี่ก็ให้เงินค่าทนายด้วย ผมก็เลยไม่เครียด” “เวลาไม่มีเงินก็เบิกเงินจากเฮียที่เป็นนายจ้างได้ แล้วก็ทำเขาไป เฮียก็ให้ทุกครั้ง” “ผมก็จะปรึกษากันภายในบ้าน คุยกันว่าเราคิดจะแก้ปัญหาอย่างไร”	I have: มีบุคคลคอยให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ



ภาคผนวก ช
คุณภาพของแบบวัดรายข้อ

ผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรงของแบบวัดพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
ที่มีภาวะซึมเศร้า

รายการขอความคิดเห็น	ประมาณค่าความคิดเห็น ของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่			ค่า IOC	แปลผล
	1	2	3		
1. ฉันรู้ว่าตนเองมีหน้าที่ต้องทำอะไร	+1	-1	+1	0.3	ปรับปรุง
2. เมื่อได้รับมอบหมายให้ทำอะไร ฉันเชื่อว่าฉันทำได้สำเร็จ	0	-1	-1	-0.7	ตัดทิ้ง
3. ฉันรู้สึกว่าคุณอื่นไม่เชื่อมั่นในการทำงานของฉัน	0	-1	-1	-0.7	ตัดทิ้ง
4. ฉันเต็มใจแก้ไขสิ่งที่ฉันทำไม่ถูกต้อง	+1	-1	-1	-0.3	ตัดทิ้ง
5. ฉันพร้อมยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำของฉัน	+1	-1	+1	0.3	ปรับปรุง
6. ฉันเชื่อว่าฉันไม่เคยทำอะไรผิดพลาด	0	-1	-1	-0.7	ตัดทิ้ง
7. ฉันเป็นคนไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ	+1	+1	+1	1.0	ใช้ได้
8. ฉันเชื่อว่าความพยายามของฉันจะทำให้ฉันประสบความสำเร็จ	+1	-1	0	0	ปรับปรุง
9. ฉันจะรู้สึกท้อแท้เวลาที่ฉันทำอะไรไม่สำเร็จ	0	-1	0	-0.3	ตัดทิ้ง
10. ฉันเข้มแข็งพอที่จะจัดการสิ่งต่างๆ ในชีวิตได้	0	+1	+1	0.7	ใช้ได้
11. ความทุกข์ยากลำบากในอดีตทำให้ฉันแข็งแกร่งขึ้นจนทุกวันนี้	0	0	0	0	ปรับปรุง
12. ฉันรู้สึกอ่อนแอเมื่อต้องพบกับความทุกข์ทรมานใจ	0	+1	+1	0.7	ใช้ได้
13. ฉันมองว่าสิ่งใดที่เราควบคุมมันไม่ได้ก็ต้องปล่อยให้เป็นไป	+1	+1	+1	1.0	ใช้ได้
14. เมื่อมีเรื่องทุกข์ใจ ฉันจะมองว่ามันเป็นธรรมดาของชีวิตที่ทุกคนต้องพบเจอ	+1	+1	+1	1.0	ใช้ได้
15. ฉันรู้สึกผิดหวังกับสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่ฉันคิดไว้	0	-1	-1	-0.7	ตัดทิ้ง
16. ฉันเชื่อมั่นว่า เมื่อเวลาผ่านไป สิ่งต่างๆ จะค่อยๆ ดีขึ้น	+1	0	-1	0	ปรับปรุง
17. ฉันทำใจได้เมื่อมีปัญหาต่างๆ เข้ามาโดยไม่คาดคิด	+1	+1	-1	0.3	ปรับปรุง
18. ฉันรู้สึกเศร้าเมื่อนึกถึงเหตุการณ์เลวร้ายในอดีต	0	-1	0	-0.3	ตัดทิ้ง
19. ฉันเชื่อว่าการที่ผ่านความทุกข์มาได้เพราะฉันพึ่งตนเอง	+1	0	0	0.3	ปรับปรุง
20. ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี	+1	0	+1	0.7	ใช้ได้
21. ฉันคิดว่าฉันต้องมีคนช่วยทุกครั้งเมื่อจะทำอะไรสักอย่าง	+1	+1	+1	1.0	ใช้ได้
22. ฉันรู้สึกพอใจกับความเป็นอยู่ของฉัน	+1	0	+1	0.7	ใช้ได้
23. ฉันไม่ทะเลาะทะเลาะกันบ่อยๆ ได้อย่างมี	+1	0	0	0.3	ปรับปรุง
24. ฉันไม่เข้าใจว่าทำไมชีวิตฉันจึงไม่สุขสบายเหมือนคนอื่น	+1	-1	+1	0.3	ปรับปรุง

รายการขอความคิดเห็น	ประมาณค่าความคิดเห็น ของผู้ทรงคุณวุฒิคนที่			ค่า IOC	แปลผล
	1	2	3		
25. เวลาที่ฉันเจอปัญหา ฉันจะคิดหาสาเหตุก่อนแก้ปัญหานั้น	+1	+1	-1	0.3	ปรับปรุง
26. เมื่อต้องแก้ปัญหาหลายเรื่องในเวลาเดียวกัน ฉันตัดสินใจได้ว่าจะแก้ปัญหาอะไรก่อนหลัง	+1	-1	-1	-0.3	ตัดทิ้ง
27. ฉันไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรกับปัญหาที่ฉันเผชิญ	+1	0	-1	0	ปรับปรุง
28. เมื่อมีปัญหา ฉันสามารถหาวิธีผ่อนคลายความเครียดของตนเองได้	+1	+1	-1	0.3	ปรับปรุง
29. เมื่ออยู่ในสถานการณ์กดดัน ฉันพยายามทำให้สบายเพื่อหาทางออก	+1	+1	-1	0.3	ปรับปรุง
30. เมื่อฉันไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ฉันจะควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้	+1	+1	-1	0.3	ปรับปรุง
31. คำสอนของศาสนาทำให้จิตใจฉันสงบไม่ฟุ้งซ่าน	+1	+1	0	0.7	ใช้ได้
32. ฉันรู้สึกสบายเมื่อได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาที่นับถือ	+1	-1	0	0	ปรับปรุง
33. สำหรับฉันแล้ว ศาสนาไม่ได้ช่วยให้ฉันมีพลังใจ	+1	0	0	0.3	ปรับปรุง
34. เมื่อฉันเจ็บป่วย ฉันรับรู้ว่าคนในครอบครัวจะให้กำลังใจและดูแลฉัน	0	+1	+1	0.7	ใช้ได้
35. ฉันได้รับพลังใจเมื่อได้พูดคุยกับคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท	+1	0	+1	0.7	ใช้ได้
36. ฉันไม่มีคนช่วยเหลือเมื่อฉันพบกับความทุกข์ยากลำบาก	+1	+1	+1	1.0	ใช้ได้
37. ยามที่ฉันทำงานไม่ไหว ฉันยังมีคนในครอบครัวช่วยเหลือการเงิน	+1	+1	+1	1.0	ใช้ได้
38. คนในครอบครัวดูแลภาระค่าใช้จ่ายของฉัน โดยที่ฉันไม่รู้เรื่องขอ	+1	0	+1	0.7	ใช้ได้
39. เมื่อขัดสนเรื่องเงินฉันไม่รู้จะพึ่งใคร	+1	+1	+1	1.0	ใช้ได้

รายการแก้ไขข้อคำถาม	ประมาณค่า ความคิดเห็นของ ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่			ค่า IOC	แปลผล	หมายเหตุ
	1	2	3			
ด้านลักษณะนิสัยของฉัน มี 5 องค์ประกอบย่อย 14 ข้อคำถาม องค์ประกอบย่อย "มีความรับผิดชอบ" หมายถึง การแสดงออกผ่านการรู้หน้าที่ของตนเอง และยอมรับผลจากการกระทำของตนเอง						
1. ฉันเอาใจใส่ รับผิดชอบหน้าที่การทำงานที่ได้รับมอบหมาย (+)	+1	-1	+1	0.3	ปรับปรุง	ปรับปรุงข้อคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วนำไปใช้
2. ฉันยอมรับการปรับปรุงแก้ไขหากฉันทำอะไรผิดพลาด (+)	+1	-1	+1	0.3	ปรับปรุง	ปรับปรุงข้อคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วนำไปใช้
องค์ประกอบย่อย "อดทนสู้" หมายถึง การยอมรับสภาพความยากลำบากโดยการที่มีจิตใจเข้มแข็งและไม่ยอมแพ้						
3. ฉันเข้มแข็งพอที่จะรับมือกับความทุกข์ยากลำบากในชีวิตได้ (+)	0	+1	+1	0.7	ใช้ได้	
4. ฉันอ่อนแอเมื่อต้องพบกับความทุกข์ทรมานใจจากการสูญเสียคนที่ฉันรัก (-)	0	+1	+1	0.7	ใช้ได้	
5. ฉันไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ (+)	+1	+1	+1	1.0	ใช้ได้	
องค์ประกอบย่อย "ยอมรับสัจธรรมของชีวิต" หมายถึง การไม่ยึดติด, ไม่ยึดมั่นถือมั่น คือปล่อยให้เป็นไปตามเหตุปัจจัยหรือตามกรรมกำหนดของทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยการปล่อยวางและไม่คิดมาก						
6. ฉันมองว่าสิ่งใดที่เราควบคุมมันไม่ได้ก็ต้องปล่อยให้มันเป็นไป (+)	+1	+1	+1	1.0	ใช้ได้	
7. เมื่อมีเรื่องทุกข์ใจ ฉันจะมองว่ามันเป็นธรรมดาของชีวิตที่ทุกคนต้องพบเจอ (+)	+1	+1	+1	1.0	ใช้ได้	
8. ฉันทำได้เมื่อมีโรคภัยไข้เจ็บเข้ามาตามวัย (+)	+1	+1	-1	0.3	ปรับปรุง	ปรับปรุงข้อคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วนำไปใช้
องค์ประกอบย่อย "พึ่งตนเอง" หมายถึง ความสามารถและความพยายามในการดำรงตนอยู่ได้อย่างอิสระ มันคง						

รายการแก้ไขข้อคำถาม	ประมาณค่า ความคิดเห็นของ ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่			ค่า IOC	แปลผล	หมายเหตุ
	1	2	3			
สมบูรณ์ เป็นความสามารถในการพึ่งตนเองได้						
9. ฉันผ่านความลำบากได้เพราะฉันใช้ชีวิตแบบพออยู่ พอกิน พอใช้ (+)	+1	0	0	0.3	ปรับปรุง	ปรับปรุงข้อคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วนำไปใช้
10. เมื่อต้องเผชิญปัญหา ฉันสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี (+)	+1	0	+1	0.7	ใช้ได้	
11. ฉันคิดว่าฉันต้องมีคนช่วยทุกครั้งเมื่อจะทำอะไรสักอย่าง (-)	+1	+1	+1	1.0	ใช้ได้	
องค์ประกอบย่อย “พอใจในสิ่งที่มี” หมายถึง การที่ตนมีเท่าไร ได้เท่าไร ก็ยินดีเท่านั้น แม้คนอื่นจะได้มากกว่า มีมากกว่า ก็ไม่เป็นทุกข์ ในสภาวะที่ตนกำลังมีกำลังเป็นหรือได้รับอยู่ เป็นความพึงพอใจในสิ่งที่ตนมี						
12. ฉันพอใจกับความเป็นอยู่ของฉัน (+)	+1	0	+1	0.7	ใช้ได้	
13. ฉันไม่คิดทะเลาะทะเลาะอยากได้อยากเป็น (+)	+1	0	0	0.3	ปรับปรุง	ปรับปรุงข้อคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วนำไปใช้
14. ฉันต้องไปกู้หนี้ยืมสินเพื่อให้มีเงินใช้จ่าย (-)	+1	-1	+1	0.3	ปรับปรุง	ปรับปรุงข้อคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วนำไปใช้
ด้านความสามารถของฉัน มี 1 องค์ประกอบย่อย 4 ข้อคำถาม						
องค์ประกอบย่อย “มีความสามารถเผชิญปัญหา” หมายถึง ความสามารถในการแก้ไขปัญหาเพื่อให้ผ่านพ้นอุปสรรคและความยากลำบากโดยไม่ย่อท้อ มีสติในการคิดวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา และสามารถควบคุมอารมณ์ได้เป็นอย่างดี ทำให้สามารถฟื้นตัวจากอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว						
15. เวลาที่ฉันเจอปัญหา ฉันคิดหาสาเหตุก่อนจะแก้ปัญหานั้น (+)	+1	+1	-1	0.3	ปรับปรุง	ปรับปรุงข้อคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วนำไปใช้
16. ฉันมีวิธีผ่อนคลายความเครียดจากการทำงาน (+)	+1	+1	-1	0.3	ปรับปรุง	ปรับปรุงข้อคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วนำไปใช้
17. ทุกครั้งที่อยู่ในสถานการณ์กดดัน ฉันตั้งสติเพื่อหาทางออก (+)	+1	+1	-1	0.3	ปรับปรุง	ปรับปรุงข้อคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

รายการแก้ไขข้อคำถาม	ประมาณค่า ความคิดเห็นของ ผู้ทรงคุณวุฒิคนที่			ค่า IOC	แปลผล	หมายเหตุ
	1	2	3			
						ปรึกษาแล้วนำไปใช้
18. ฉันไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองให้สงบเมื่อฉันแก้ปัญหาไม่ได้ (-)	+1	+1	-1	0.3	ปรับปรุง	ปรับปรุงข้อคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วนำไปใช้
ด้านที่พึงของฉัน มี 3 องค์ประกอบย่อย 8 ข้อคำถาม						
องค์ประกอบย่อย “มีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ” หมายถึง การมีเครื่องยึดเหนี่ยวทางใจ มีหลักใจในการนำทาง						
19. คำสอนของศาสนาทำให้จิตใจฉันสงบไม่ฟุ้งซ่าน (+)	+1	+1	0	0.7	ใช้ได้	
20. ศาสนาไม่ได้ช่วยให้ฉันมีกำลังใจ (-)	+1	0	0	0.3	ปรับปรุง	ปรับปรุงข้อคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วนำไปใช้
องค์ประกอบย่อย “มีครอบครัวและคนใกล้ชิดให้กำลังใจ” หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือระดับประคองจากคนใกล้ชิดให้กำลังใจ						
21. เมื่อฉันเจ็บป่วย คนในครอบครัวเอาใจใส่ดูแลฉัน (+)	0	+1	+1	0.7	ใช้ได้	
22. ฉันได้รับกำลังใจเมื่อได้พูดคุยกับคนในครอบครัว (+)	+1	0	+1	0.7	ใช้ได้	
23. เมื่อฉันมีปัญหา ฉันไม่รู้จะเล่าให้ใครฟัง (-)	+1	+1	+1	1.0	ใช้ได้	
องค์ประกอบย่อย “มีที่พึ่งด้านการเงิน” หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนด้านการเงิน						
24. หากฉันทำงานไม่ไหว ฉันยังมีคนในครอบครัวช่วยเหลือเรื่องการเงิน (+)	+1	+1	+1	1.0	ใช้ได้	
25. คนในครอบครัวดูแลภาระค่าใช้จ่ายของฉัน (+)	+1	0	+1	0.7	ใช้ได้	
26. เมื่อขาดเงินเรื่องเงินฉันไม่รู้จะพึ่งใคร (-)	+1	+1	+1	1.0	ใช้ได้	



ภาคผนวก ซ
แบบวัดพลังสุขภาพจิต
สำหรับทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

คำชี้แจง โปรดพิจารณาในแต่ละข้อคำถาม แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง “ไม่จริง” “จริง บางครั้ง” “ค่อนข้างจริง” “จริงมาก” “จริงมากที่สุด” เพียงช่องเดียว ที่ตรงกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของท่านมากที่สุด แบบวัดนี้ใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น ผลการตอบจะไม่เกี่ยวข้องกับผลการรักษาโรคประจำตัวของท่านแต่อย่างใด

ข้อ	คำถาม	ไม่จริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้าง จริง	จริงมาก	จริงมาก ที่สุด
ด้านลักษณะนิสัยของฉันทัน (A)						
a1	ฉันพอใจใ้รับผิดชอบในภาระหน้าที่ประจำวันของฉัน					
a2	หากฉันทำอะไรผิดพลาด ฉันยอมรับปรับปรุงแก้ไข					
a3	ฉันมีความเข้มแข็งพอที่จะรับมือกับความทุกข์ยากลำบากในชีวิต					
a4	ฉันอ่อนแอมากเมื่อสูญเสียคนที่ฉันรัก (ตัดออก)					
a5	ฉันไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ (ตัดออก)					
a6	ฉันมองว่าสิ่งใดที่เราควบคุมไม่ได้ก็ต้องปล่อยไป					
a7	ฉันมองว่าเรื่องทุกอย่างเป็นธรรมดาของชีวิตที่ทุกคนต้องพบเจอ					
a8	ฉันทำได้เมื่อมีโรคภัยไข้เจ็บเข้ามาตามวัย					
a9	ฉันผ่านความลำบากมาได้เพราะฉันใช้ชีวิตแบบพออยู่ พอกิน พอใช้					
a10	เมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย ฉันสามารถดูแลตนเองได้ (ตัดออก)					
a11	ฉันต้องมีคนช่วยทุกครั้งเมื่อจะทำอะไรสักอย่าง					
a12	ฉันพอใจกับความเป็นอยู่ของฉัน					
a13	ฉันไม่คิดทะเลาะทะเลาะยานอยากได้ อยากเป็น					
a14	ฉันกู้หนี้ยืมสินเพื่อให้มีเงินใช้จ่ายมากขึ้นแม้จะมีเงินพอใช้					

ข้อ	คำถาม	ไม่จริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้าง จริง	จริงมาก	จริงมาก ที่สุด
ด้านความสามารถของฉัน (B)						
b15	เมื่อฉันมีปัญหา ฉันคิดหาสาเหตุก่อน แก้ปัญหานั้น					
b16	ฉันมีวิธีผ่อนคลายความเครียดจากปัญหาที่ รุมเร้าเข้ามา					
b17	เมื่อฉันอยู่ในสถานการณ์ตึงเครียด ฉันตั้งสติ เพื่อหาทางออก					
b18	เมื่อฉันแก้ปัญหาไม่ได้ ฉันไม่สามารถควบคุม อารมณ์ตนเองได้					
ด้านทีพียงของฉัน (C)						
c19	คำสอนของศาสนาทำให้จิตใจฉันสงบไม่ ฟุ้งซ่าน					
c20	ศาสนาไม่ได้ช่วยให้ฉันมีกำลังใจ (ตัดออก)					
c21	เมื่อฉันเจ็บป่วย คนในครอบครัวเอาใจใส่ดูแล ฉัน					
c22	ฉันได้รับกำลังใจเมื่อได้พูดคุยกับคนใน ครอบครัว					
c23	เมื่อฉันมีปัญหา ฉันไม่รู้จะเล่าให้ใครฟัง					
c24	หากฉันไม่สบายทำงานไม่ไหว ฉันยังมี นายจ้างช่วยเหลือเรื่องการเงิน					
c25	คนในครอบครัวดูแลภาระค่าใช้จ่ายของฉัน หากฉันไม่มีรายได้					
c26	เมื่อขาดเงินฉันไม่รู้จะพึ่งใคร (ตัดออก)					



ภาคผนวก ฅ
ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	.955
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square
	3181.076
	df
	210
	Sig.
	.000

ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
a1	119.9667	30.033	.434	.851
a2	120.1000	28.507	.381	.854
a3	120.1000	28.507	.381	.854
a4	120.1000	31.334	.052	.862
a5	119.8333	31.799	.000	.858
a6	120.2000	29.683	.259	.858
a7	119.9000	30.714	.363	.853
a8	120.1667	29.109	.355	.854
a9	120.1000	28.852	.416	.851
a10	119.8333	31.799	.000	.858
a11	119.9000	29.955	.641	.848
a12	119.9667	30.171	.397	.852
a13	120.2333	28.737	.527	.847
a14	120.0333	29.068	.585	.846
b15	120.1000	28.438	.658	.843
b16	120.1667	28.764	.410	.851
b17	119.9667	29.344	.624	.846
b18	119.9667	30.378	.341	.853
c19	119.9667	29.344	.624	.846
c20	119.9000	31.955	-.077	.861
c21	120.1000	27.541	.640	.842
c22	120.1000	27.541	.640	.842
c23	119.9667	30.240	.378	.852
c24	120.1000	27.541	.640	.842
c25	120.1000	27.541	.640	.842
c26	119.9667	31.895	-.055	.862

ค่าความเชื่อมั่น

ค่าความเชื่อมั่น 26 ข้อ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.856	26

ค่าความเชื่อมั่น 21 ข้อ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.878	21

ค่าความเชื่อมั่น องค์ประกอบที่ 1

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.866	11

ค่าความเชื่อมั่น องค์ประกอบที่ 2

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.725	4

ค่าความเชื่อมั่น องค์ประกอบที่ 3

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.959	6

ภาคผนวก ญ
แบบวัดพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า
(สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง)

คำชี้แจง แบบวัดนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมของท่าน ขอให้ท่านอ่านข้อคำถามทีละข้อ แล้วเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ไม่จริง” “จริงบางครั้ง” “ค่อนข้างจริง” “จริงมาก” “จริงมากที่สุด” เพียง 1 ช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ไม่จริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้าง จริง	จริง มาก	จริง มากที่สุด
ด้านลักษณะนิสัยของฉัน (A)						
a1	ฉันพอใจใ้รับผิชอบในภาระหน้าที่ประจำวันของฉัน					
a2	หากฉันทำอะไรผิดพลาด ฉันยอมรับปรับปรุงแก้ไข					
a3	ฉันมีความเข้มแข็งพอที่จะรับมือกับความทุกข์ยากลำบากในชีวิต					
a4	ฉันมองว่าสิ่งใดที่เราควบคุมไม่ได้ก็ต้องปล่อยไป					
a5	ฉันมองว่าเรื่องทุกขใจเป็นธรรมดาของชีวิตที่ทุกคนต้องพบเจอ					
a6	ฉันทำได้เมื่อมีโรคภัยไข้เจ็บเข้ามาตามวัย					
a7	ฉันผ่านความลำบากมาได้เพราะฉันใช้ชีวิตแบบพออยู่ พอกิน พอใช้					
a8	ฉันต้องมีคนช่วยทุกครั้งเมื่อจะทำอะไรสักอย่าง					
a9	ฉันพอใจกับความเป็นอยู่ของฉัน					
a10	ฉันไม่คิดทะเลาะทะเลาะอยากได้อะไรเป็น					
a11	ฉันกู้หนี้ยืมสินเพื่อให้มีเงินใช้จ่ายมากขึ้นแม้จะมีเงินพอใช้					
ด้านความสามารถของฉัน (B)						
b12	เมื่อฉันมีปัญหา ฉันคิดหาสาเหตุก่อนแก้ปัญหา					
b13	ฉันมีวิธีผ่อนคลายความเครียดจากปัญหาที่รุมเร้าเข้ามา					
b14	เมื่อฉันอยู่ในสถานการณ์ตึงเครียด ฉันตั้งสติ					

ข้อ	คำถาม	ไม่จริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้าง จริง	จริง มาก	จริง มากที่สุด
	เพื่อหาทางออก					
b15	เมื่อฉันแก้ปัญหาไม่ได้ ฉันไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้					
ด้านที่พึงของฉัน (C)						
c16	คำสอนของศาสนาทำให้จิตใจฉันสงบไม่ฟุ้งซ่าน					
c17	เมื่อฉันเจ็บป่วย คนในครอบครัวเอาใจใส่ดูแลฉัน					
c18	ฉันได้รับกำลังใจเมื่อได้พูดคุยกับคนในครอบครัว					
c19	เมื่อฉันมีปัญหา ฉันไม่รู้จะเล่าให้ใครฟัง					
c20	หากฉันไม่สบายทำงานไม่ไหว ฉันยังมีนายจ้างช่วยเหลือเรื่องการเงิน					
c21	คนในครอบครัวดูแลภาระค่าใช้จ่ายของฉัน หากฉันไม่มีรายได้					

แบบวัดพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ที่ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะนิสัยของฉัน ด้านความสามารถของฉัน และด้านที่พึงของฉัน ซึ่งแบ่งข้อคำถามแต่ละด้าน ดังนี้

- | | |
|--------------------------|-------------------|
| 1. ด้านลักษณะนิสัยของฉัน | ข้อคำถามที่ 1-11 |
| 2. ด้านความสามารถของฉัน | ข้อคำถามที่ 12-15 |
| 3. ด้านที่พึงของฉัน | ข้อคำถามที่ 16-21 |

ลักษณะแบบวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ 1) “ไม่จริง” 2) “จริงบางครั้ง” 3) “ค่อนข้างจริง” 4) “จริงมาก” 5) “จริงมากที่สุด”

ข้อคำถามในเชิงบวกมีทั้งหมด 17 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21 ให้ค่าคะแนน ดังนี้

- | | |
|---------------------|-------------------|
| 1 = “ไม่จริง” | ค่าคะแนนเท่ากับ 1 |
| 2 = “จริงบางครั้ง” | ค่าคะแนนเท่ากับ 2 |
| 3 = “ค่อนข้างจริง” | ค่าคะแนนเท่ากับ 3 |
| 4 = “จริงมาก” | ค่าคะแนนเท่ากับ 4 |
| 5 = “จริงมากที่สุด” | ค่าคะแนนเท่ากับ 5 |



ภาคผนวก ก

ผลการวิจัยระยะที่ 2

คุณภาพของรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต
โดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

ค่าดัชนีความสอดคล้องเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของรูปแบบการสร้างเสริมพลัง
สุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

รายการขอความคิดเห็น	ประมาณค่าความ คิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)			ค่า IOC	แปลผล	ข้อเสนอแนะ ของผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)
	1	2	3			
กิจกรรมครั้งที่ 1 “ส่งพลังใจด้วยไมตรี”						1 การประเมินผลตาม obj 2 ไม่เห็น
1.วัตถุประสงค์ของกิจกรรมมีความ ชัดเจน	+1	+1	+1	1	สอดคล้อง	
2.กิจกรรมมีความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์	+1	+1	+1	1	สอดคล้อง	
3.กิจกรรมมีความเหมาะสมกับ ผู้สูงอายุ	+1	+1	+1	1	สอดคล้อง	
4.ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรม มีความเหมาะสม	+1	+1	0	0.67	สอดคล้อง	3-ควรแยกเขียนแต่ละ ขั้นว่าใช้เวลาเท่าไรเพื่อ จะได้บริหารเวลาให้ได้ 90 นาทีในแต่ละ กิจกรรม
5.สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัด กิจกรรมมีความเหมาะสม	+1	+1	+1	1	สอดคล้อง	
กิจกรรมครั้งที่ 2 “เลือกมอง เลือกคิด ยืนหยัด ผ่านพ้น”						
1.วัตถุประสงค์ของกิจกรรมมีความ ชัดเจน	+1	+1	+1	1	สอดคล้อง	
2.กิจกรรมมีความสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์	+1	+1	+1	1	สอดคล้อง	
3.กิจกรรมมีความเหมาะสมกับ ผู้สูงอายุ	+1	+1	0	0.67	สอดคล้อง	3- การพูดถึง “จุดอ่อน” ไม่เหมาะสมในการทำ กิจกรรมจิตวิทยาเชิง บวก ผู้วิจัยควรใช้ คำพูดในเชิงบวกในการ ทำกิจกรรม และไม่ควร

รายการขอความคิดเห็น	ประมาณค่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)			ค่า IOC	แปลผล	ข้อเสนอแนะ ของผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)
	1	2	3			
						พูดถึงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ - กิจกรรมแต่ละข้อควรเชื่อมโยงกัน เช่น กิจกรรมที่ 2 ข้อ 5 ให้ผู้สูงอายุแต่ละคนพูดถึงวิธีการใช้จุดแข็งของตนเอง...เชื่อมโยงกับข้อ 6 ผู้วิจัยสรุปลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของผู้สูงอายุฯ ในกลุ่ม อันได้แก่.... (ซึ่งได้รับการจัดกลุ่มให้เข้ากับข้อค้นพบในระยที่ 1 แล้ว) - เชื่อมโยงข้อ 8 ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุผลัดกันพูดถึงสิ่งที่ได้จากกิจกรรม...เชื่อมโยงไปข้อ 9 ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุสรุปว่าตนเองมีจุดดีอย่างไรบ้าง และจะเอาแบบอย่างจากใครแบบไหน
4.ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	+1	+1	0	0.67	สอดคล้อง	3- ควรแยกเขียนแต่ละขั้นว่าใช้เวลาเท่าไรเพื่อจะได้บริหารเวลาให้ได้ 90 นาทีในแต่ละกิจกรรม
5.สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัด	+1	+1	+1	1	สอดคล้อง	

รายการขอความคิดเห็น	ประมาณค่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)			ค่า IOC	แปลผล	ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)
	1	2	3			
กิจกรรมมีความเหมาะสม						
กิจกรรมครั้งที่ 3 “สิ่งดี ๆ ที่มีค่า ณ ถิ่นวีรชนบ้านระจัน” ผชช.คนที่ 3: ควรตัด “ณ ถิ่นวีรชนบ้านระจัน” เพราะกิจกรรมไม่สื่อถึงชื่อเรื่อง และจะนำสรุปยาก เนื่องจาก “สิ่งดี ๆ” กว้างไป เพราะมีทั้ง คน สัตว์ สิ่งของ สถานที่ และเป็นทั้งรูปธรรมและนามธรรม เช่น ศาสนา						
1.วัตถุประสงค์ของกิจกรรมมีความชัดเจน	+1	+1	+1	1	สอดคล้อง	
2.กิจกรรมมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์	+1	+1	+1	1	สอดคล้อง	
3.กิจกรรมมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ	+1	+1	0	0.67	สอดคล้อง	3- คำว่า “แหล่งประโยชน์” เป็นคำที่เปิดกว้าง เข้าใจยาก ทำให้ขั้นตอนของกิจกรรมไม่ชัดเจนไปด้วย ควรพิจารณาใช้คำใหม่ เช่น สิ่งที่ใช้ฟังฟัง หรืออื่นๆ - ประเด็นที่ให้ผู้สูงอายุนึกถึงสิ่งฟังฟังกว้างไป ผู้สูงอายุจะพูดแตกต่างกันไป ทำให้ผู้วิจัยนำสรุปได้ยาก แต่ถ้ามุ่งไปที่เรื่องเดียว เช่น ที่ฟังฟังคือวัด จะทำให้นำสรุปได้ง่ายขึ้น ดังนั้นข้อ 10 จึงสรุปประเด็นให้เข้าใจตรงกันยาก
4.ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	+1	+1	0	0.67	สอดคล้อง	3- ควรแยกเขียนแต่ละขั้นว่าใช้เวลาเท่าไรเพื่อจะได้บริหารเวลาให้ได้

รายการขอความคิดเห็น	ประมาณค่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)			ค่า IOC	แปลผล	ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)
	1	2	3			
						90 นาทีในแต่ละกิจกรรม
5.สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	+1	+1	+1	1	สอดคล้อง	
กิจกรรมครั้งที่ 4 “ฝ่าฟันปัญหา พายุอุปสรรคผ่นผ่าน”						
1.วัตถุประสงค์ของกิจกรรมมีความชัดเจน	+1	+1	+1	1	สอดคล้อง	
2.กิจกรรมมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์	+1	+1	+1	1	สอดคล้อง	
3.กิจกรรมมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ	+1	+1	0	0.67	สอดคล้อง	1 เห็นแต่ให้ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกัน ลองนำเด็กหรือผู้ดูแลมาร่วมอย่างไรไหม 3- Subject แต่ละคนมีความแตกต่างกันในลักษณะบุคคลและเหตุการณ์ที่ประสบ มีผลต่อการตอบคำถามในกิจกรรม เช่น เมื่อถามถึงลงไปถึงความทุกข์ยาก บางคนไม่อยากจะให้ใครรู้ก็จะตอบไม่ตรงกับความเป็นจริง บางคนอยากแชร์ประสบการณ์ก็จะเล่าเรื่องตามความเป็นจริง ดังนั้น ผู้วิจัยต้องมีข้อมูลพื้นฐานของ key informant ก่อนเข้ากลุ่ม เพื่อให้การดำเนิน

รายการขอความคิดเห็น	ประมาณค่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)			ค่า IOC	แปลผล	ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)
	1	2	3			
						กลุ่มเป็นไปอย่างราบรื่นและบรรลุวัตถุประสงค์
4.ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	+1	+1	0	0.67	สอดคล้อง	3- ควรแยกเขียนแต่ละขั้นว่าใช้เวลาเท่าไรเพื่อจะได้บริหารเวลาให้ได้ 90 นาทีในแต่ละกิจกรรม
5.สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	+1	+1	+1	1	สอดคล้อง	
กิจกรรมครั้งที่ 5 “ความสำเร็จตามที่ฉันมุ่งหมาย”						1 วัตถุประสงค์อาจจะไม่เหมาะสมแล้ว obj ก็ไม่ได้ตั้งไว้
1.วัตถุประสงค์ของกิจกรรมมีความชัดเจน	+1	+1	0	0.67	สอดคล้อง	3 กิจกรรม “ความสำเร็จตามที่ฉันมุ่งหมาย” ดูไม่像是กิจกรรม แต่เป็นการประเมินผลจากการทำ 4 กิจกรรม ไม่มี content ว่าให้บรรลุอะไร
2.กิจกรรมมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์	+1	+1	0	0.67	สอดคล้อง	3- ไม่พบสาระสำคัญหรือแก่นแนวคิดทฤษฎีที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย แต่เขียนแนวคิดที่ใช้คือการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำให้ไม่เข้าใจว่าเอามาใช้อย่างไร - เสนอแนะให้นำ

รายการขอความคิดเห็น	ประมาณค่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)			ค่า IOC	แปลผล	ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)
	1	2	3			
						แนวคิด AAR มาใช้ใน ทุกกิจกรรม
3.กิจกรรมมีความเหมาะสมกับ ผู้สูงอายุ	+1	+1	+1	1	สอดคล้อง	
4.ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรม มีความเหมาะสม	+1	+1	0	0.67	สอดคล้อง	
5.สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัด กิจกรรมมีความเหมาะสม	+1	+1	+1	1	สอดคล้อง	3- ควรแยกเขียนแต่ละ ขั้นว่าใช้เวลาเท่าไรเพื่อ จะได้บริหารเวลาให้ได้ 90 นาทีในแต่ละ กิจกรรม

ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของ “รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรค
เรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย” มีค่าเฉลี่ยของดัชนีความสอดคล้อง
(IOC) เท่ากับ $21.7/25 = 0.87$ สรุปว่า รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุฯ ฉบับนี้ ต้องพิจารณา
ปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ก่อนนำไปใช้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มี
ภาวะซึมเศร้า



ภาคผนวก ฎ
ผลการทดสอบการแจกแจงประชากรเป็นโค้งปกติ (Normal Distribution)
ข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบ t-test

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
pre	.184	12	.200 [*]	.907	12	.195
post	.116	12	.200 [*]	.971	12	.920

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

ผลการทดสอบสถิติ Kolmogorov-Smirnov ได้ค่า Sig. ก่อนเข้ารับโปรแกรมมีค่าเท่ากับ 0.200 มีค่ามากกว่า 0.05 แสดงว่า ข้อมูลก่อนเข้ารับโปรแกรมเป็นการแจกแจงปกติ และหลังเข้ารับโปรแกรม มีค่า Sig. เท่ากับ 0.200 มีค่ามากกว่า 0.05 ดังนั้น ข้อมูลหลังเข้ารับโปรแกรมเป็นการแจกแจงปกติ



ภาคผนวก ง
รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า
โดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

หลักการและเหตุผล

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้านอกจากจะเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากการเป็นโรคเรื้อรังแล้วยังเผชิญกับความทุกข์ยากจากภาวะวิกฤตต่างๆ ในชีวิต เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาทางการเงิน ปัญหาด้านการงาน เป็นต้น การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤตในบั้นปลายชีวิตไปได้ด้วยดี ซึ่งกระบวนการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นการปฏิบัติภายในตน ต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคมในอันที่จะป้องกันจิตใจของตนเองต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากผลกระทบของความทุกข์ยากลำบากหรือเหตุการณ์วิกฤตต่าง ๆ ในชีวิต โดยความสำคัญของพลังสุขภาพจิตจะทำให้บุคคลมีความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตได้ดี และสามารถฟื้นคืนกลับสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว (Grotberg, 1995) ซึ่งคุณลักษณะสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าผ่านพ้นภาวะวิกฤตต่างๆ ที่เผชิญไปได้ ได้แก่ การมีศักยภาพในตนเอง เช่น มีความสามารถในการอดทนต่อความโดดเดี่ยว ไม่รู้สึกซึมเศร้า สามารถจัดการกับความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเองได้ มีมุมมองทางบวกและสามารถเผชิญปัญหาในทางบวก มีทรัพยากรภายในและภายนอกตนเอง เช่น การมีพลังแห่งความตั้งใจ สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ และรู้จักขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ ทำให้เกิดการปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถพัฒนาพลังสุขภาพจิตของตนให้สูงขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของตนเองดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

1. มีแนวทางการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของตนเอง
2. มีแนวทางการช่วยเหลือตนเองในภาวะวิกฤต
3. นำเทคนิคการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายไปใช้ในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมครั้งที่ 1 “สร้างพลังใจด้วยไมตรี”

สาระสำคัญ

สัมพันธภาพเป็นสิ่งสำคัญสำหรับมนุษย์ทุกคน เป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมาทำความเข้าใจกัน ติดต่อกัน สร้างความคุ้นเคยสนิทสนมกัน บุคคลที่สัมพันธ์กันจะได้รับผลกระทบจากกันและกัน เมื่อมีสัมพันธภาพที่ดีก็จะสามารถเข้าใจสิ่งสามารถเข้าใจซึ่งกันและกัน อันเป็นจุดเริ่มต้นของการช่วยเหลืออื่นๆ เช่น การสอนทางสุขภาพ การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ การทำกิจกรรมกลุ่ม ดังนั้น การสร้างสัมพันธภาพจึงเป็นทักษะที่สำคัญมากสำหรับการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติงานของบุคคล นอกจากนี้ การสร้างสัมพันธภาพยังเป็นขั้นตอนแรกในกระบวนการทำกิจกรรมกลุ่ม เพราะสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ในกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกกลุ่มไว้วางใจ เชื่อมมั่นในตัวผู้นำกลุ่ม และให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่ม ทำให้กระบวนการกลุ่มดำเนินไปได้ด้วยดี ดังนั้น การเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์ในการทำกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้สูงอายุ และผู้วิจัย จึงเป็นระยะสำคัญของสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Theory) ของ Harry Stack Sullivan ที่มีหลักการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้แก่ การเปิดใจกว้าง การมีความไว้วางใจผู้อื่น และการให้ความเชื่อมั่นผู้อื่น เพื่อช่วยเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน ไว้วางใจกัน เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม นำไปสู่ความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมาย และรวมไปถึงเป็นขั้นตอนที่ใช้ตกลงนัดหมายกันในเรื่องวัน เวลา และสถานที่ในการทำกิจกรรมด้วย

ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “สร้างพลังใจด้วยไมตรี” โดยให้ผู้สูงอายุเปรียบตนเองเป็นต้นไม้มงคล 1 ชนิดที่สื่อถึงประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่สร้างความภาคภูมิใจในชีวิตหรือเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตที่สามารถก้าวผ่านมาได้ ทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง เข้าใจตนเองและผู้อื่น เกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจกันภายในกลุ่ม ยอมรับซึ่งกันและกัน เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จากนั้นผู้วิจัยเชื่อมโยงผลของกิจกรรมเข้าสู่ความหมายและองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต ประโยชน์และวิธีการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต และตกลงนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด 90 นาที

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/ อุปกรณ์	การประเมินผล
1. สมาชิกกลุ่มมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและไว้วางใจกันมากขึ้น 2. ผู้สูงอายุเข้าใจความหมายและองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต 3. ผู้สูงอายุระดับพลังสุขภาพจิตของตนเองก่อนเข้าร่วมโครงการ	1. แนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Theory) (Sullivan, 2013) 2. แนวคิดพลังสุขภาพจิต (Grotberg, 1995) 3. ทฤษฎีความสำเร็ตามจุดมุ่งหมาย (King, 1981) 4. แนวคิดการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR)	ขั้นเริ่มต้น (30 นาที) 1. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปสิ่งที่ทนายสมภาริกกลุ่มซึ่งประกอบด้วยผู้สูงอายุ และ อสม. ด้วยทั่วที่เป็นมิตร และแนะนำตัวเองอีกครั้ง หลังจากทบทวนกันในการสนทนากลุ่มเรื่องสถานการณ์การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ 1 วัน 2. ผู้นำกลุ่มพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไป เพื่อให้สมาชิกรู้สึกผ่อนคลายและเตรียมพร้อมเข้าสู่กิจกรรม เช่น สมาชิกเดินทางมาอย่างไร มาจากไหนกันบ้าง มีใครบ้างว่าวันนี้มาประชุมกลุ่มเรื่องอะไร ใครอยากมากที่สุดในที่สุด หรือใครคิดว่ามากก็ได้ไม่มาก็ได้ ให้ยกมือขึ้นไม่มีผิดถูก วันนี้อากาศดี แจ่มใส ไม่ร้อนมากเกินไปเหมาะแก่การทำกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมวันนี้ใช้เวลาประมาณ 90 นาที เป็นการพูดคุยกันแบบสบายๆ ขอให้สมาชิกพูดแสดงความคิดเห็นในมากที่สุด ไม่ต้องกลัวว่าผิดหรือถูก หากใครต้องการพูด ให้ส่งสัญญาณโดยหยิบตุ๊กตาขึ้นมาจับให้มีเสียง และขอให้พูดกันทุกคน นอกจากนี้อาจจะมีเขียนตอบสั้นๆ ในใบกิจกรรม โดยมี อสม. ช่วยเขียน ไม่ต้องกังวล ให้ตอบเท่าที่ตอบได้ และอาจให้มีสื่ออื่นให้ช่วยร่างกายบ้างสมาชิกจะได้ไม่รู้สึกล	1. อภิปรายกลุ่ม 2. บรรยาย 3. กิจกรรมกลุ่ม	1. ใบยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม 16 ชุด 2. แบบประเมินพลังสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 16 ชุด 3. รูปภาพต้นไม้มงคล 7 ชนิด ได้แก่ ต้นโพธิ์ ต้นข้าว ต้นขนุน ต้นมะยม ต้นกล้วย ต้นมะขาม ต้นมะม่วง 4. ใบกิจกรรมที่ 1.1 ต้นไม้มงคลของฉัน 5. บัตรคำ “พลังสุขภาพจิต” 3 ใบ (ใบที่ 1)	1. การสังเกตขณะทำกิจกรรม 2. การสอบถาม 3. การบันทึกในใบกิจกรรม

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินงานกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
		เมื่อ หากใครต้องการดื่ม น้ำ หรือเข้าห้องน้ำ สามารถขอ อนุญาตออกไปพักได้ 3. จากนั้นให้ผู้สูงอายุทั้ง 12 คน แนะนำชื่อ อายุ โรคประจำตัว ที่ละคน แล้วจึงให้ผู้ดูแล/ อสม. จำนวน 4 คน แนะนำชื่อตัวเอง ในฐานะสมาชิกกลุ่มและผู้ช่วยทำกิจกรรมกลุ่ม 4. ผู้นำกลุ่มเขียนผังที่นั่งของสมาชิกกลุ่มทั้ง 17 คน (รวม ผู้วิจัย) ลงในกระดาษฟลิปชาร์ตเพื่อให้นักกลุ่มเห็นภาพชัดเจน 5. ต่อจากนั้น ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย เพื่อสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และขั้นตอนการทำ กิจกรรม 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบมีระยะเวลา 4 สัปดาห์ เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง โดยสัปดาห์แรกมา 2 ครั้ง สัปดาห์ ที่ 2-4 มาสัปดาห์ละครั้ง รวมทั้งกำหนดวัน เวลา ในการทำ กิจกรรม และให้สมาชิกกลุ่มเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม 6. ผู้นำกลุ่มขออนุญาตสมาชิกกลุ่มในการจดบันทึกข้อมูลและ บันทึกเทปขณะทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อนำข้อมูลไปภาพรวมไปใช้ ทำแผนการทำกิจกรรมในวงรอบที่ 2 รวมทั้งนำไปวิเคราะห์ และประเมินผลกิจกรรมต่อไป โดยที่รายละเอียดของข้อมูล ทั้งหมด ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ 7. ต่อจากนั้น ผู้นำกลุ่มแจ้งผลการประเมินพลังสุขภาพจิตที่ สมาชิกกลุ่มได้ทำมาแล้วก่อนเข้าร่วมโครงการฯ รวมทั้ง		บุคคล 2) บ๊องกัน หรือพี่น้องมีปัญหา อุปสรรค 3) ผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์และ ความรู้สึก 6. ใบกิจกรรมที่ 1.2 ความรู้สึกของฉัน 7. บ้ายี่ฮอดล่องดอง 17 อัน 8. เครื่องบันทึกเสียง 2 เครื่อง 9. กระดาษฟลิปชาร์ต 1 อัน 10. กระดาษฟลิปชาร์ต 20 แผ่น 11. ปากกาเคมีคละสี 1 โหล 12. ปากกาลูกกลิ้งสี	

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
		สถานการณ์ปัญหาการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตและประเด็นที่ต้องพัฒนา เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย 8. จากนั้น ผู้นำกลุ่มชี้แจงจุดประสงค์ของกิจกรรมที่ 1 ในวันนี้ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในกลุ่ม รู้และเข้าใจคำว่าพลังสุขภาพจิต และรู้ระดับพลังสุขภาพจิตของตนเอง 9. ผู้นำกลุ่มถามถึงความคาดหวังของสมาชิกกลุ่มในการมาร่วมกิจกรรมในวันนี้ โดยให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็น และผู้นำกลุ่มจดลงเมกะดาชพิลาทาร์เพื่อไว้บทวนหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมว่าเป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่ ขั้นตอนกิจกรรม (40 นาที) 1. ผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่กิจกรรม “สร้างพลังใจด้วยไมตรี” โดยใช้ภาพต้นไม้มงคลเพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้จักกันมากขึ้นก่อนที่จะเรียนรู้เรื่องพลังสุขภาพจิต โดยใช้รูปภาพต้นไม้มงคล 7 ชนิด แล้วให้สมาชิกกลุ่มเลือกต้นไม้มงคลที่ตนเองชอบและแสดงถึงตัวตนหรือประสบการณ์ของตัวเองในเชิงบวกมากที่สุด 1 ชนิด จากนั้นจึงแสดงกับอธิบายสั้นๆ ถึงเหตุผลที่เลือกต้นไม้ชนิดนี้ (สมาชิกกลุ่มอาจบันทึกเหตุผลที่เลือกต้นไม้ที่ตนเองชอบลงใน “ใบกิจกรรมที่ 1.1 ต้นไม้มงคลของฉัน” โดยมี อสม. ช่วยเหลือ) 2. ผู้นำกลุ่มเขียนเหตุผลที่เลือกต้นไม้มงคลของสมาชิกกลุ่มแต่ละคนลงในเมกะดาชพิลาทาร์ เพื่อสรุปให้กลุ่มเห็นความ		น้ำเงิน 1 โหล 13. ดิวกะปิ๊บบี้มี เสียง 17 ตัว	

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
		แตกต่างของความคิด ความรู้สึกของแต่ละคน 3. ผู้ในกลุ่มสรุปสิ่งที่ได้จากกิจกรรมว่า.... จากที่แต่ละคนเลือกรูปภาพต้นไม้มงคลและสื่อความหมายออกมาแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าทุกคนต่างมีมุมมองความคิด ความรู้สึก และมีประสบการณ์ในชีวิตที่แตกต่างกัน บางคนก็พบเจอปัญหา สถานการณ์ที่ยากที่จะผ่านไปได้ และแต่ละคนก็ผ่านมาได้ด้วยวิธีการที่แตกต่างกันทั้งในแง่บวกและแง่ลบ อย่างที่เราได้สนทนากลุ่มถึงสถานการณ์ปัญหามาก่อนที่จะทำกิจกรรมกัน ซึ่งการที่นั้นค้นกลับไปสู่สภาวะปกติหลังจากเผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ เราสามารถพัฒนาได้โดยการสร้างพลังใจในการต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ซึ่งจะเป็นการป้องกันผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจของเรา เพื่อที่จะปรับตัวให้ฟื้นคืนสู่สภาวะปกติได้โดยเร็ว และให้ชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข หรือที่เรียกว่าการมีพลังสุขภาพจิต ที่หมายถึงความสามารถของคนในการป้องกันหรือฟื้นฟูปัญหาอุปสรรคที่มีผลกระทบต่อดีใจ อารมณ์และความรู้สึกของเราอย่างรุนแรง... โดยผู้วิจัยใช้บัตรคำ “พลังสุขภาพจิต” 3 ใบ ประกอบการอธิบายความหมายของพลังสุขภาพจิต ซึ่งได้แก่ 1) ความสามารถส่วนบุคคล 2) ป้องกันหรือฟื้นฟูปัญหาอุปสรรค 3) ผลกระทบต่อดีใจ อารมณ์และความรู้สึกอย่าง			

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
		รุนแรง พร้อมกับช่วยอย่างอื่นให้สอดคล้องกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุ จากนั้นพูดถึง... 3 สิ่งที่จะช่วยให้เกิดพลังสุขภาพจิตได้แก่ ลักษณะนิสัยของตนเอง ความสามารถของตนเอง ที่พึ่งของตนเอง ดังที่เราเห็นรายละเอียดข้อในแบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ทุกคนได้ทำไปวันก่อน ซึ่งจากการประเมินทุกคนก็ได้ทราบแล้วว่าตนเองมีคะแนนพลังสุขภาพจิตด้านใดสูงด้านใดต่ำ เราจะได้พัฒนาพลังสุขภาพจิตในแต่ละด้านหรือในทุกวัน เพื่อให้เราสามารถก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคต่างๆ ไปได้อย่างมีความสุข ต่อจากนี้ ในกิจกรรมครั้งที่ 2-4 ทุกคนจะได้เรียนรู้กิจกรรมสร้างเสริมลักษณะนิสัยของตนเอง ความสามารถของตนเอง และที่พึ่งของตนเอง ซึ่งเป็น 3 สิ่งที่ทำให้เกิดพลังสุขภาพจิต เพื่อให้มีพลังสุขภาพจิตที่สูงขึ้น และในครั้งที่ 5 จะเป็นการสรุปผลการทำกิจกรรมในวงรอบแรก เพื่อให้จะนำไปปรับปรุงกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในวงรอบที่ 2 ต่อไป ขั้นสรุป (20 นาที) 1. ให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันสรุปแผนการดำเนินกิจกรรม และผลิตภัณฑ์เบื้องต้นบรรยายภาค ความคาดหวัง และความรู้สึกที่ได้จากกิจกรรมนี้ และตอบคำถามว่า ได้เรียนรู้อะไรจาก			

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
		กิจกรรมนี้ โดยผู้ในกลุ่มเขียนลงในตารางที่เขียนไว้เมื่อก่อนหน้านี้ เพื่อให้ทุกคนเห็นชัดเจน พร้อมกับสรุปให้กระชับสำหรับเพื่อนที่เห็นด้วยในประเด็นที่ 1.2 ความรู้สึกของ "ฉัน" โดยมีข้อสม. ขวดยเหลือ) 2. หลังจากนั้น ให้สมาชิกในกลุ่มจับคู่กันแล้วกล่าวให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และให้คำมั่นสัญญาว่าจะมาร่วมทำกิจกรรมนี้ครั้งต่อไป 3. ผู้ในกลุ่มยุติกิจกรรม โดยการขอบคุณและชื่นชมสมาชิกในกลุ่มที่ร่วมทำกิจกรรมนี้จนเสร็จสิ้น และให้กำลังใจในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป พร้อมทั้งนัดหมายครั้งต่อไป			



กิจกรรมครั้งที่ 2 “อินฮัยด์ ผ่านพ้น”

สาระสำคัญ

สภาพจิตใจที่เข้มแข็ง สงบ มั่นคง ทนต่อแรงกดดัน ความคุมตัวเองได้ มั่นใจว่าตนเองต้องเอาชนะปัญหาอุปสรรคที่มีอุปสรรคที่มีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ การมีความรับผิดชอบ มีความอดทน อดทนรับสัจธรรมของชีวิต พึ่งตนเองได้ และพอใจในสิ่งที่ตนมี สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถก้าวข้ามวิกฤตชีวิตและดำเนินชีวิตภายใต้สถานการณ์การกดดันต่อไป โดยใช้พลังความแข็งแกร่งที่มีอยู่ในจิตใจซึ่งเป็นต้นทุนที่มีอยู่ในตัวบุคคลที่เกิดจากการซึมซับเรียนรู้จากประสบการณ์การใช้ชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งการเรียนรู้คุณลักษณะนิสัยของตนเอง จะทำให้ตนเองรู้สึกภาคภูมิใจ มีพลังใจในการยืนหยัดดำเนินชีวิตต่อไปได้ โดยลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของตนเองนั้นสามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้เอง หรือทำให้มากกว่าเดิมได้จากการตระหนักรู้ด้วยตนเอง และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยใช้เทคนิคลักษณะที่เป็นจุดแข็งของตนเอง (Signature Strengths) ซึ่งเป็นการแทรกเชิงจิตวิทยาเชิงบวก โดยมีกิจกรรมย่อยคือ กิจกรรม “ลายเส้นจุดแข็งของฉัน” เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้และเข้าใจลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของตนเอง และตระหนักว่าลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของตนเองจะช่วยให้ตนยืนหยัดฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข

ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด 90 นาที

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินงานกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/ อุปกรณ์	การประเมินผล
1. ผู้สูงอายุว่า ลักษณะนิสัยที่เป็นจุด แข็งของตนเองมี อะไรบ้าง และบอกได้ ว่าจะไม่จุดแข็งของ ตัวเองไปใช้ใน	1. ข้อค้นพบระยะที่ 1 - องค์ประกอบของ พลังสุขภาพจิตด้าน ลักษณะนิสัยของจัน - กระบวนการและ วิธีการพัฒนาพลัง	ขั้นเริ่มต้น (15 นาที) 1. ผู้นำกลุ่มกล่าวสวัสดิ์ดีทักทายด้วยเสียงทักไป และตกลง บริการกับสมาชิกกลุ่มซึ่งประกอบด้วยผู้สูงอายุ และ อสม. เพื่อให้รู้สึกละอองคลายและเตรียมพร้อมเข้าสู่กิจกรรม เช่น สมาชิกสบายดีกันทุกคนหรือไม่ วันนี้อากาศสดชื่นแจ่มใส เหมาะแก่การทำกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมวันนี้ใช้เวลาประมาณ	1. บรรยาย 2. อภิปรายกลุ่ม 3. กิจกรรมกลุ่ม	1. แผ่นภาพ องค์ประกอบลักษณะ นิสัยของจัน 2. ใบกิจกรรมที่ 2.1 ความคาดหวังของจัน 3. ใบกิจกรรมที่ 2.2	1. การตอบถาม 2. การสังเกต 3. การบันทึกใน ใบกิจกรรม

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินงานกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
สถานการณ์ได้บ้าง	คุณภาพจิต ขั้นตอนที่ 1 เพิ่มความมั่นคงทาง อารมณ์ 2. ทฤษฎีความสำเร็จ ตามจุดมุ่งหมาย: ระบบ บุคคล 3. กิจกรรม จุดแข็งของ ตนเอง (Signature Strengths) 4. แนวคิดการทบทวน หลังปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR)	90 นาทีเมื่อครั้งที่แล้ว เป็นการพูดคุยกันแบบสบายๆ ขอให้ สมาชิกพูดแสดงความคิดเห็นให้มากที่สุด ไม่ต้องกลัวว่าผิด หรือถูก หากใครต้องการพูด ให้ส่งสัญญาณโดยหยิบตุ๊กตาไก่ ขึ้นมาบีบให้มีเสียง และขอให้พูดกันทุกคน ส่วนในกิจกรรมใคร จะเขียนตอบหรือไมก็ได้ และอาจเขียนสั้นๆ ในช่วงพักหรือเมื่อ กลับไปยังบ้าน เพื่อทบทวนความจำ ในกิจกรรมอาจมีการ เคลื่อนไหวย่างกายบ้างจะได้ไม่รู้สึกเบื่อ และมี อสม. คอยให้ ความช่วยเหลือเหมือนเดิม หากใครต้องการดื่มน้ำ หรือเข้า ห้องน้ำ สามารถขออนุญาตออกไปพักได้เหมือนเดิม 2. ผู้นำกลุ่มทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1 “สร้างพลังใจด้วยโน้ตรี” โดยให้สมาชิกกลุ่มย้อนระลึกถึงกิจกรรม “ไม่มงคลของเงิน” ที่ แต่ละคนเลือกแสดงถึงตัวตนหรือประสบการณ์ของตัวเอง แล้วผลัดกันเล่าทบทวนให้กลุ่มฟัง โดยผู้นำกลุ่มอธิบายเสริม ในส่วนที่ขาด 3. จากนั้น ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกกลุ่มถึงความหมายของคำว่า “พลังสุขภาพจิต” หมายถึงอะไร โดยให้สมาชิกกลุ่มตอบสั้นๆ ที่ละคนและให้สมาชิกช่วยกันเสริม แล้วผู้นำกลุ่มสรุป ความหมายสั้นๆ ง่ายๆ โดยให้มีคำ 3 คำที่เป็นส่วนประกอบ ของความหมายพลังสุขภาพจิตรวมอยู่ด้วย 4. ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงกิจกรรมครั้งที่ 1 กับกิจกรรมครั้งที่ 2...		จุดแข็งของเงิน 4. ใบกิจกรรมที่ 2.3 สิ่งที่ฉันได้ 5. ป้ายชื่อคล้องคอ 17 อัน 6. เครื่องบันทึกเสียง 2 เครื่อง 7. กระดาษฟลิปชาร์ต 1 อัน 8. กระดาษฟลิปชาร์ต 20 แผ่น 9. ปากกาเคมีคละสี 1 โหล 10. ปากกาลูกกลิ้งสี น้ำเงิน 1 โหล 11. ตุ๊กตาไก่บีบมี เสียง 17 ตัว	

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ อุปกรณ์	การประเมินผล
		หลังจากที่เราได้รู้แล้วว่าพลังสุขภาพจิตคืออะไร และรู้ว่ามีระดับพลังสุขภาพจิตด้านใดสูงด้านใดต่ำ วันนี้เราจะมาทำความเข้าใจกับพลังสุขภาพจิตให้มากขึ้น ซึ่งส่วนประกอบแรกของพลังสุขภาพจิต คือ ลักษณะนิสัยของตนเอง โดยกิจกรรมนี้มุ่งหมายให้สมาชิกกลุ่มได้รู้จักตัวเองและผู้อื่น เพื่อให้เราได้รู้จักและเข้าใจกันไปประยุติใช้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน ส่งผลให้สามารถฟื้นคืนสู่สภาวะปกติได้โดยเร็ว 5. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกกลุ่ม หลังจากสมาชิกกลุ่มได้รับรู้ถึงความมุ่งหมายของกิจกรรมในวันนี้แล้ว สมาชิกกลุ่มมีความคาดหวังต่อกิจกรรมที่จะทำอย่างไรบ้าง โดยให้สมาชิกกลุ่มแสดงกันพูดที่โต๊ะคน และผู้นำกลุ่มเขียนลงบนกระดานฟลิปชาร์ตไว้ตรวจสอบพร้อมกันหลังจบกิจกรรม (สมาชิกกลุ่มอาจเขียนความคาดหวังลงใน “ใบกิจกรรมที่ 2.1 ความคาดหวังของฉัน” โดยมี ข้อสม. ช่วยทำกิจกรรม) ขั้นตอนการ (60 นาที) 1. ผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่กิจกรรมครั้งที่ 2 โดยให้ความรู้เรื่อง พลังสุขภาพจิตด้านลักษณะนิสัยของขึ้น ที่ผู้นำกลุ่มค้นพบจากสารสนเทศมากับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่มีพลังสุขภาพจิตสูงในอีกชุมชนหนึ่ง (ชื่อค้นพบในการวิจัยระยะที่ 1) อัน			

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินงานกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/ อุปกรณ์	การประเมินผล
		ประกอบด้วยลักษณะที่เป็นจุดแข็งของผู้สูงอายุ 5 ประการ ได้แก่ การมีความรับผิดชอบ การมีความอดทนรู้ การยอมรับ สัจธรรมของชีวิต พึ่งตนเอง และการพอใจในสิ่งที่ตนมี ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยใช้ “แผ่นภาพองค์ประกอบลักษณะนิสัยของฉัน” ประกอบการอธิบาย 2. หลังจากได้ฟังจุดแข็งของผู้สูงอายุในอีกรุ่นหนึ่งแล้ว ให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันแสดงความคิดเห็นว่า “จุดแข็ง” ในความคิดของตนหมายถึงอะไร เพื่อให้เข้าใจคำว่า จุดแข็ง กระจำขึ้น และสามารถบอกจุดแข็งของตนเองได้ 3. ผู้ในกลุ่มเขียนตามคำพูดลงในกระดาษฟลิปชาร์ตเพื่อให้สมาชิกเห็นทั่วกัน แล้วจึงสรุปสั้นๆ ว่า “จุดแข็ง” คือ ลักษณะที่เป็นข้อดี หรือลักษณะเด่นที่เข้มแข็งของคน 4. จากนั้น ให้สมาชิกกลุ่มนี้ถึงเหตุการณ์ภาคภูมิใจในชีวิตที่คิดว่าเกิดจากจุดแข็งของตนเอง คนละ 1 เรื่อง และเล่าถึงเล่าเหตุการณ์ที่ภาคภูมิใจนี้พร้อมเหตุผลที่ภาคภูมิใจสั้นๆ (อาฉบับที่กลิ้งใน “ใบกิจกรรมที่ 2.2 จุดแข็งของฉัน” โดยมี อสม. ช่วยทำกิจกรรม) 5. ผู้ในกลุ่มเขียนเหตุการณ์ภาคภูมิใจ และเหตุผลที่ภาคภูมิใจของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน ลงในตารางในกระดาษฟลิปชาร์ต			

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินงานกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
		เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้ให้ชัดเจน 6. ผู้นำกลุ่มแสดงให้สมาชิกกลุ่มเห็นถึงลักษณะที่เป็นจุดแข็งของตนเอง (Signature Strengths) โดยใช้ปากกาแดงในช่องที่เป็นเหตุผล เพื่อเน้นให้สมาชิกกลุ่มเห็นชัดเจนขึ้น 7. ผู้นำกลุ่มจัดจุดแข็งของสมาชิกกลุ่ม ตามองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตด้านลักษณะนิสัยของอัน ซึ่งมี 5 กลุ่ม โดยนำมาเขียนใหม่ใน “ตารางลักษณะนิสัยของอัน 5 กลุ่ม” ในกระดาษฟลิปชาร์ต เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจชัดเจนมากขึ้นว่าตนเองมีจุดแข็งอะไรบ้าง 8. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มฝึกการให้จุดแข็งของตนเอง โดยทำกิจกรรม “ลายเส้นจุดแข็งของอัน” โดยให้สมาชิกกลุ่มนึกถึงประสบการณ์ต่างๆ ในอดีตที่สามารถก้าวผ่านไปได้โดยใช้ “จุดแข็ง” ต่างๆ ของตนเอง แล้วให้สมาชิกกลุ่มเดินไปเลือกจุดชื่อในรูปวาดลายเส้น 5 รูปที่มีข้อความลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของอันอยู่ในแต่ละรูป ซึ่งได้แก่ รูปกล่องแทน รูปหัวใจ รูปคนยิ้ม รูปหยดน้ำ รูปเมฆ ในกระดาษฟลิปชาร์ต และมีรูปวงกลมว่างไว้สำหรับสมาชิกกลุ่มเขียนจุดแข็งเพิ่มเติมที่นอกเหนือจากนี้ ทั้งนี้ สมาชิกกลุ่มสามารถลงชื่อในรูปวาดได้หลายรูปที่คิดว่าตรงกับลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของตนเอง 9. ให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นเรื่องราวที่สะท้อนถึงการใช้			

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/ อุปกรณ์	การประเมินผล
		ลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งในการก้าวผ่านภาวะวิกฤตในชีวิต โดยเชื่อมโยงรูปวาดกับจุดแข็งต่างๆ ที่สมาชิกเลือกลงชื่อในรูปแบบวาดนั้นๆ 10. ต่อจากนั้น ให้ อสม. ช่วยกันพูดถึงจุดแข็งของผู้สูงอายุแต่ละคน พร้อมกับพูดคุยชื่นชมให้กำลังใจผู้สูงอายุทุกคน ขั้นสรุป (15 นาที) 1. ผู้นำกลุ่มสรุปลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของผู้สูงอายุที่เป็นคุณลักษณะที่ดีของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ อันได้แก่ การมีความรับผิดชอบ การอดทนรู้ การยอมรับสัจธรรมของชีวิต การพึ่งตนเอง และความพอใจในสิ่งที่ตนมี ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ที่มั่นคง ช่วยให้เราสามารถยืนหยัดผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในชีวิตไปได้ด้วยดี ในกิจกรรมนี้ทุกคนได้รู้จักตัวเองมากขึ้น ภาคภูมิใจในตนเองว่าสามารถใช้ชีวิตแข็งแรงอะไรบ้างที่ทำให้ก้าวผ่านเหตุการณ์วิกฤตต่างๆ ในชีวิตมาได้ และได้รู้จุดแข็งของคนอื่นที่แตกต่างจากเรา ซึ่งสามารถนำมาใช้ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันได้ สรุปว่า การที่ผู้สูงอายุจะก้าวผ่านปัญหาต่างๆ ไปได้ จะต้องนำจุดแข็งของตนเองออกมาใช้ และหาจุดเด่นที่ดีของคนอื่นมาปรับใช้กับตนเอง เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ในการเตรียมพร้อมเผชิญกับปัญหาต่างๆ ในชีวิต			



ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/ อุปกรณ์	การประเมินผล
		2. ให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันพูดถึง สิ่งที่ได้จากกิจกรรมนี้บรรลุตามความคาดหวังที่ตั้งไว้หรือไม่อย่างไร สิ่งที่ได้เรียนรู้และการนำไปใช้ และควรเพิ่มเติมปรับปรุงกิจกรรมอย่างไรบ้าง (อาจเขียนลงใน “ใบกิจกรรมที่ 2 สิ่งที่ได้” โดยมี อสม. คอยช่วยเหลือ) 3. ผู้นำกลุ่มเขียน ผลลัพธ์ที่ได้ตามความคาดหวัง สิ่งที่ได้เรียนรู้และการนำไปใช้ และการปรับปรุงเพิ่มเติมกิจกรรม ลงตารางที่เขียนไว้ในกระดาษตาข่ายเพื่อให้ง่ายต่อการแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น 4. ต่อจากนี้ ผู้นำกลุ่มยุติกิจกรรม โดยการขอบคุณและให้กำลังใจสมาชิกกลุ่มในการพัฒนาพลังสุขภาพจิตด้านลักษณะนิสัยของตัว โดยการจัดจุดแข็งของตนเองออกมาให้อยู่เด่น และนำผลมาทำกิจกรรมครั้งต่อไป			

กิจกรรมครั้งที่ 3 “ก้าวข้ามปัญหา พินฝ่าเชิงบวก”

สาระสำคัญ

ความสามารถในการต่อสู้เอาชนะปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ เป็นความสามารถภายในของบุคคลในการจัดการกับปัญหาและจัดการกับอารมณ์ การแก้ไขปัญหา นอกจากจะมีความเชื่อว่าปัญหามีหนทางแก้ไข และมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถเอาชนะปัญหาอุปสรรคต่างๆ ไปได้ ยังต้องมีวิธีคิดในเชิงบวกและยืดหยุ่น พิจารณาปัญหา อย่างรอบด้านก่อนตัดสินใจเลือกทางเดินในการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม ซึ่งมุมมองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะบ่งชี้ว่าบุคคลจะสู้หรือยอมแพ้ต่อปัญหา การใช้เทคนิค การมองโลกในแง่ดี (Optimism) จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากอารมณ์โลกในแง่ดี เป็นความเชื่อและความคาดหวังของบุคคลว่าจะเกิด สิ่งที่ดีแม้ว่าจะตกอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก ดับชนหรือท้าทายก็ตาม ดังนั้น คนที่มีมองโลกในแง่ดีจะมีพลังสุขภาพจิต (Resilience) ที่ทำให้สามารถฟื้นตัวจากเหตุการณ์ที่ยากลำบาก มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข และประสบความสำเร็จในชีวิต

ผู้วิจัยใช้เทคนิคการมองโลกในแง่ดี (Optimism intervention) ซึ่งเป็นการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวกโดยรูปแบบ “ABCDE” (Albert Ellis’s ABCDE model) โดยการ นี้ถึงสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่รบกวนจิตใจ (Adversity) และตีความเหตุการณ์นั้นอย่างไร (Belief) เกิดวิธีประพฤติ ตอบสนอง หรือความรู้สึกร (Consequence) เกิดความ พยายามที่จะในการได้แก้ไขหรือได้แก้ไขความเชื่อนี้ (Disputation) ได้ผลลัพธ์ที่เกิดจากการพยายามท้าทายความเชื่อนี้ในทางบวก (Energization) เพื่อให้ผู้สูงอายุนั้นมอง ทางบวกในการเผชิญปัญหาอย่างมีสติและมีวิธีจัดการปัญหาในทางบวก สามารถที่นำตัวกลับสู่สุขภาพเดิมได้โดยเร็วและดำเนินชีวิตต่อไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ ซึ่งเทคนิคที่จะช่วย เปลี่ยนตัวเองให้เป็นคนมองโลกในแง่ดีมี 9 วิธี ได้แก่ 1) ใช้วิกฤตให้เป็นโอกาสโดยการมองบวก 2) อยู่กับความจริงที่เปลี่ยนแปลงและเตรียมพร้อมรับมือ 3) ยอมรับความสูญเสีย สิ่ง ดีๆ ย้ำเตือนให้คิดบวก 4) ทำในสิ่งที่ควบคุมได้และยอมรับในสิ่งที่ควบคุมไม่ได้ 5) อยู่ท่ามกลางคนคิดบวก 6) ปลุกฝังความรักในใจตนเองและผู้อื่น 7) ยอมรับความไม่เที่ยงและไม่มี ยึดมั่นถือมั่น 8) เห็นคุณค่าสิ่งดีๆ ในชีวิต และ 9) อยู่กับปัจจุบันอย่างมีสติ ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นกรมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลอย่างมีเป้าหมาย คือการก้าวข้ามปัญหาโดย พินฝ่าเชิงบวก

ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด 90 นาที

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
1. ผู้สูงอายุมีมุมมองทางบวกในการเผชิญปัญหาและบอกวิธีจัดการปัญหาในทางบวกได้	1. ข้อค้นพบระยะที่ 1 -องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตด้านความสามารถของเงิน-กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิต ขั้นตอนที่ 2 เพิ่มความสามารถเผชิญปัญหา 2. ทฤษฎีความสำนึกตามจุดมุ่งหมาย: ระบบระหว่างบุคคล 3. การแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก: กิจกรรมมองโลกในแง่ดี (Optimism intervention) โดยใช้รูปแบบ "ABCDE"	ขั้นเริ่มต้น (15 นาที) 1. ผู้นำกลุ่มกล่าวสวัสดิทักทายสมาชิกกลุ่มซึ่งประกอบด้วยผู้สูงอายุ และอสม. ด้วยเรื่องทั่วไป เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลายและเตรียมพร้อมเข้าสู่การทำกิจกรรม เช่น วันเริ่มในการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 ของโครงการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในสัปดาห์ที่ผ่านมาสมาชิกเป็นอย่างไรบ้าง สบายดีกันทุกคนหรือไม่ เดินทางกันอย่างไร ตอนนี้อากาศสดชื่นแค่ไหน เหมาะแก่การทำกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมวันนี้ใช้เวลาประมาณ 90 นาทีเหมือนครั้งก่อน เป็นการพูดคุยกันแบบสบายๆ ขอให้สมาชิกพูดแสดงความคิดเห็นในมากที่สุด ไม่ต้องกลัวผิดหรือถูก หากใครต้องการพูด ให้ส่งสัญญาณโดยหยิบตุ๊กตาไก่ขึ้นมาป้อนให้เสียงและขอให้พูดกันทุกคน ส่วนกิจกรรมใครจะเขียนตอบหรือไม่ก็ได้ และอาจเขียนสั้นๆ ในช่วงพักหรือเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อทบทวนความจำ ในกิจกรรมอาจมีการเคลื่อนไหวร่างกายบ้างจะได้ไม่รู้สึกเบื่อ และมี อสม.คอยให้ความช่วยเหลือเหมือนเดิม หากใครต้องการดื่มน้ำ หรือเข้าห้องน้ำ สามารถขออนุญาตออกไปพักได้เหมือนเดิม 2. ผู้นำกลุ่มทบทวนกิจกรรมครั้งที่แล้ว กิจกรรมครั้งที่ 2 “ยื่นหยัด	1. บรรยาย 2. อภิปรายกลุ่ม 3. กิจกรรมกลุ่ม	1. ใบกิจกรรมที่ 3.1 ความคาดหวังของฉัน 2. ใบกิจกรรมที่ 3.2 มุมมองทางบวกของฉัน 3. ใบกิจกรรมที่ 3.3 สิ่งที่ได้ 4. ป้ายชื่อคล้องคอ 17 อัน 5. เครื่องบันทึกเสียง 2 เครื่อง 6. กระดาษฟลิปชาร์ต 1 อัน 7. กระดาษฟลิปชาร์ต 20 แผ่น 8. ปากกาเคมีคละ	1. การสังเกต 2. การสอบถาม 3. การบันทึกใบกิจกรรม

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
4. แนวคิดการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR)	ผ่านพ้น" เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้สมาชิกได้รับรู้ลักษณะนิสัยของตนเองซึ่งเป็นส่วนประกอบแรกของพลังสุขภาพจิต ให้สมาชิกแต่ละคนพูดทบทวนถึงลักษณะที่เป็นจุดแข็งของตนเองที่ทำให้สามารถก้าวผ่านภาวะวิกฤตในชีวิตมาได้จนถึงปัจจุบัน ที่สมาชิกได้คุยให้ฟังในครั้งที่แล้ว 3. ผู้นำกลุ่มเขียนลงในกระดาษฟลิปชาร์ตเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เห็นลักษณะที่เป็นจุดแข็งของแต่ละคน และเป็นภาพรวมความจำไปพร้อมกัน 4. จากนั้น ผู้นำกลุ่มอธิบายวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 3 "ก้าวข้ามปัญหา พ้นฝ่าเชิงบวก" โดยเชื่อมโยงจากกิจกรรมครั้งที่ 2 ดังนี้ หลังจากที่เราได้รู้ลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของตนเองที่ช่วยให้เราสามารถยืนหยัดและผ่านพ้นเหตุการณ์ทุกข์ยากลำบากในชีวิตไปได้ ขึ้นต่อไปเราต้องมีการเตรียมพร้อมในการจัดการกับปัญหา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เราสามารถเอาชนะปัญหาอุปสรรคต่างๆ ไปสู่เป้าหมายหรือความสำเร็จที่ต้องการได้ วันนี้ เป็นกิจกรรมครั้งที่ 3 เราจะได้รู้จักส่งมอบประกอบที่ 2 ของพลังสุขภาพจิต คือ ความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาและจัดการปัญหาเชิงบวก โดยใช้กิจกรรม "ก้าวข้ามปัญหา พ้นฝ่าเชิงบวก" ซึ่งกิจกรรมนี้มุ่งหมายให้สมาชิกกลุ่มมีมุมมองทางบวกใน	สื่ 1 โฟล 9. ปากกาถูกลิ้นสีน้ำเงิน 1 โหล 10. ดิ๊คดาโต้บีบีมีเสียง 17 ตัว 11. โน้ตบุ๊ค 1 เครื่อง 12. แผ่นภาพ "9 วิธีมองโลกในแง่ดี" 13. คลิปวิดีโอเรื่อง "ละครกรรมนำชีวิตมองโลกในแง่ดี"			

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/ อุปกรณ์	การประเมินผล
		การเผชิญปัญหาและมีวิธีจัดการปัญหาในทางบวก เพื่อให้มีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น 5. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกกลุ่ม...หลังจากสมาชิกกลุ่มได้รับรู้ถึงความมุ่งหมายของกิจกรรมในวันนี้แล้ว ก่อนที่จะทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิต สมาชิกกลุ่มมีความคาดหวังต่อกิจกรรมที่จะทำนี้อย่างไรบ้าง โดยให้สมาชิกกลุ่มผลัดกันพูดทีละคน (อาจเขียนความคาดหวังลงใน “ใบกิจกรรมที่ 3.1 ความคาดหวังของฉัน” โดยมี อสม. ช่วยเหลือ) 6. ผู้นำกลุ่มเขียนประเด็นสำคัญลงบนกระดานฟลิปชาร์ตไว้ตรวจสอบพร้อมกันหลังกิจกรรมเสร็จสิ้น ขั้นดำเนินการ (65 นาที) 1. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่อง “พลังสุขภาพจิตด้านความสามารถของฉัน” หมายถึง ความสามารถภายในของบุคคลในการเผชิญปัญหาอุปสรรคต่างๆ โดยมีการจัดการกับปัญหาอุปสรรคในทางบวก และหาสาเหตุของปัญหาในทางบวก ซึ่งการมองโลกในแง่ดีจะช่วยให้บรรเทาสถานการณ์หรืออารมณ์ความรู้สึกในทางลบที่กำลังเผชิญอยู่ โดยบุคคลจะมองเหตุการณ์ในเชิงลบว่าเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจากปัจจัยภายนอกและจะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวเฉพาะสถานการณ์นั้นเท่านั้น ส่วนการหาสาเหตุในเชิงบวกของเหตุการณ์นั้นจะเกิดจากปัจจัยภายในตนเองซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ยาก อย่างสม่ำเสมอจาก			

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการ	วิธีการ	สื่อ/ อุปกรณ์	การประเมินผล
		การมีเพื่อน และอาจขยายผลต่อไปยังสถานการณ์อื่นได้อีก ดังนั้นคนในโลกใบนี้จะไม่หลีกเลี่ยงปัญหา เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียดหรืออาการเจ็บป่วยต่างๆ ซึ่งจะส่งผลให้ความเครียดหรือซึมเศร้าที่เป็นอยู่ลดลง การมองโลกในแง่ดี พร้อมรับมือและปรับตัวกับทุกสถานการณ์ ซึ่งเป็นหนทางที่เหมาะสมและสามารถนำไปปรับใช้กับชีวิตในปัจจุบันของเราได้ในการสร้างความคิดในเชิงบวก ลดการจดจ่ออยู่กับความคิดในด้านลบของตนเองในการตีความหมายของเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว และสามารถแก้ปัญหาในทางบวก ซึ่งหนึ่งในวิธีการรับมือและปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ยากลำบากคือ การเปลี่ยนมุมมองไปในทางบวก 2. ผู้นำกลุ่มอธิบายถึงความหมายและทัศนคติการมองโลกในแง่ดี เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาและจัดการปัญหาในทางบวก โดยใช้แผนภาพ “9 วิธีมองโลกในแง่ดี” การมองโลกในแง่ดีนั้นเป็นสิ่งที่เราสามารถฝึกฝนขึ้นมาได้ คนที่มองโลกในแง่ดีคือคนที่ให้ความสำคัญกับเรื่องราวด้านบวกมากกว่าด้านลบ และในระยะยาวจะสามารถรับมือกับปัญหาความเครียดได้ดีกว่าคนมองโลกในแง่ร้าย รวมทั้งเจ็บป่วยน้อยกว่า อายุยืนยาว มีความสุขและความสำเร็วมากกว่า เทคนิคที่จะช่วยเปลี่ยนตัวเองให้เป็นคนมองโลกในแง่ดีมี 9 วิธี ได้แก่ 1) ใช้			

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/ อุปกรณ์	การประเมินผล
		วิกฤตให้เป็นโอกาสโดยการมอบวง 2) อยู่กับความจริงที่เปลี่ยนแปลงและเตรียมพร้อมรับมือ 3) ยอมรับความสุขและมีสิ่งดีๆ ย้ำเตือนให้คิดบวก 4) ทำในสิ่งที่ควบคุมได้และยอมรับในสิ่งที่ควบคุมไม่ได้ 5) อยู่กับคนคิดบวก 6) ปลุกฝังความเมตตาต่อตนเองในใจตน 7) ยอมรับความไม่เที่ยงและไม่ยึดมั่นถือมั่น 8) เห็นคุณค่าสิ่งดีๆ ในชีวิต และ 9) อยู่กับปัจจุบันอย่างมีสติ 3. ผู้นำกลุ่มเปิดคดีปริศนาเรื่อง "ละครกรรมนำชีวิต ของโลกในแง่ดี" ความยาว 4 นาที 4. ให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันแสดงความคิดเห็นถึงเหตุการณ์ของโลกในแง่ดีที่ตัวละครใช้ มีอะไรบ้าง 5. จากนั้น ให้สมาชิกกลุ่มหลับตา 30 วินาที นึกถึง 1 เหตุการณ์ที่เป็นปัญหารบกวนจิตใจ (Adversity: A) แล้วคิดอย่างไรกับเหตุการณ์นั้น (Belief: B) และเราทำอย่างไรจึงผ่านมันมาได้ (Consequence: C) จากนั้นผลัดกันเล่าที่ละคน 6. ผู้นำกลุ่มเขียน 1 เหตุการณ์ปัญหา (A) 2) ความคิด ความเข้าใจในปัญหานั้น (B) และ 3) วิธีการจัดการกับปัญหามาได้ (C) ของสมาชิกกลุ่มแต่ละคน ลงตารางในกระดาษฟลิปชาร์ต เพื่อให้สมาชิกเห็นชัดเจน 7. จากนั้น ให้สมาชิกกลุ่มพิจารณา "ตารางเหตุการณ์ปัญหาและวิธีการจัดการกับปัญหา" ช่วยกันคิดและแสดงความคิดเห็นว่า			

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/ อุปกรณ์	การประเมินผล
		ข้อดีของแต่ละปัญหามีอะไรบ้าง และช่วยกันเสนอวิธีการแก้ปัญหา (Disputation: D) โดยใช้เทคนิคการมองโลกในแง่ดี 8. ผู้นำกลุ่มเขียนข้อดีของแต่ละปัญหาและวิธีแก้ปัญหาเชิงบวกของแต่ละเหตุการณ์ ตามที่สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนลงในกระดาษฟลิปชาร์ตแผ่นใหม่ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เห็นชัดเจน 9. ต่อจากนั้น ให้สมาชิกกลุ่มสรุปที่ละคนว่า มองปัญหาของตัวเองว่ามีข้อดีอย่างไรบ้าง และมีวิธีการแก้ปัญหาโดยใช้เทคนิคการมองโลกในแง่ดีอย่างไรบ้าง (Energization: E) และให้บอกวิธีการจัดการปัญหาของตนเองในเชิงบวกในอนาคต (อาจบันทึกลงในใบกิจกรรมที่ 3.2 มุมมองทางบวกของฉัน" โดยมี อสม. ช่วยเหลือ) 10. ผู้นำกลุ่มสรุปเพื่อให้เห็นภาพชัดเจนว่าจะเห็นว่า เราสามารถเปลี่ยนการมองปัญหาทุกปัญหาในทางบวกได้ แล้วเราก็จะค้นพบวิธีแก้ปัญหามองในทางบวกได้อีกด้วย ซึ่งการมองปัญหาและจัดการปัญหาเชิงบวก จะช่วยให้เราสามารถฟันฝ่าปัญหาอุปสรรคนั้นๆ ไปได้ และใช้ชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข ดังนั้น เราจึงควรพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาโดยการมองปัญหาเชิงบวกอยู่เสมอ นอกจากมีส่วนช่วยยับยั้งระสับความสับสนในด้านการใช้ชีวิตประจำวันแล้ว ยังมีประโยชน์ในเรื่องการพัฒนาจิตใจให้เป็นคนที่มีมุมมองชีวิตในแง่ดี เพราะไม่ว่าจะเกิดปัญหาอะไรขึ้น เราจะยิ้มสู้ และมองว่าปัญหา			

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/ อุปกรณ์	การประเมินผล
		เป็นเครื่องมือที่สามารถจัดการได้ตั้งแต่ต้องใช้ใช้เวลา และจะมีความเชื่อว่า “ไม่มีปัญหาใหญ่กว่าความพยายาม” 11. ผู้ในกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มจับคู่ผู้สังเกตผู้ชมให้กำลังใจกันในการกล้าที่จะเผชิญปัญหาในทางบวก ขั้นสรุป (10 นาที) 1. ผู้ในกลุ่มสรุป...การมองปัญหาในทางบวก เป็นการคิดและค้นหาสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วตามความเป็นจริง มองอย่างเป็นเหตุเป็นผล มองรอบด้าน ค้นหาสิ่งที่เกิดขึ้นจากปัญหาทำให้ได้เรียนรู้ อะไรบ้าง ให้ข้อคิดที่จะทำให้เราปรับปรุงให้ดีขึ้นต่อไปอย่างไร หรือให้บทเรียนอะไรที่จะทำให้เราไม่ทำผิดพลาดอีก ยกตัวอย่างข้อคิดที่ได้ เช่น “ความผิดพลาดในวันนี้จะเป็นบทเรียนให้เราปรับปรุงตัวเองให้ดีขึ้น” เราต้องรู้มุมมองต่อปัญหาในแง่ดีว่า 1) คิดว่าไม่ใช่เราคนเดียวที่มีปัญหา 2) ปัญหาทุกอย่างมีทางแก้ไข ถึงแม้ว่าปัญหาเราไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ให้เป็นไปตามหวังได้ แต่สามารถลดเป้าหมายและปรับตัว ปรับใจของเราให้ยอมรับได้ 3) การแก้ปัญหาต้องอาศัยเวลาอย่างมากบ้างน้อยบ้าง ซึ่งต้องใช้ความอดทน แล้วเราจะพบว่าปัญหาไม่คงอยู่กับเราตลอดไป 2. ให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันพูดถึงสิ่งที่ได้จากกิจกรรมนี้ว่า บรรลุตามความคาดหวังที่ตั้งไว้หรือไม่อย่างไร, สิ่งที่ได้เรียนรู้และการ			

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
		นำไปใช้, และควรเพิ่มเติมปรับปรุงกิจกรรมอย่างไรบ้าง (หากบันทึกลงใน “ใบกิจกรรมที่ 3.3 สิ่งที่ได้” โดยมี อสม.ช่วยเหลือ) 3. ผู้นำกลุ่มเขียนผลลัพธ์ที่ได้ตามความคาดหวัง, สิ่งที่ได้เรียนรู้ และการนำไปใช้, และการปรับปรุงเพิ่มเติมกิจกรรม จากที่สมาชิกกลุ่มพูด ลงตารางไม่กระดากพิลิปชาร์ท โดยเรียบเรียงเกี่ยวกับความคาดหวังก่อนทำกิจกรรม แล้วสรุปให้สมาชิกฟัง 4. จากนั้น ผู้นำกลุ่มยุติการทำกิจกรรม โดยกล่าวแต่ให้กำลังใจสมาชิกกลุ่มในการต่อสู้เอาชนะปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในทางบวก โดยใช้เทคนิคที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมที่ผ่านมาอยู่เสมอ พร้อมทั้งนัดหมายทำกิจกรรมในครั้งต่อไป			



กิจกรรมครั้งที่ 4 “สิ่งดี ๆ ที่มีค่าสำหรับฉัน”

สาระสำคัญ

การมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคต่างๆในชีวิต ทำให้มีแรงใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปภายใต้สถานการณ์ที่กดดันซึ่งกำลังใจนี้สามารถหาได้จากครอบครัวและสังคม ดังองค์ประกอบ ที่พี่ของฉัน ที่ผู้วิจัยค้นพบจากการวิจัยระยะที่ 1 อันประกอบด้วยการมีครอบครัวและคนใกล้ชิดเห็นใจ มีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ และมีที่พึ่งทางการเงิน ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุเผชิญกับสถานการณ์ยากลำบากแล้วสามารถมีกำลังใจ แรงใจที่จะลุกขึ้นสู้ใหม่โดยมองว่าชีวิตยังมีความหวัง และถ้าสู้ไม่ไหวก็จะขอความช่วยเหลือจากคนรอบข้างที่ไว้ใจ หรือที่พึ่งพาต่างๆ ที่พร้อมให้ความช่วยเหลือ ไม่แสดงว่า ผู้สูงอายุได้ประโยชน์จากสิ่งที่มีคุณค่ารอบๆตัวในการสร้างเสริมกำลังใจของตนเองเพื่อให้มีพลังสุขภาพจิตที่สูงขึ้น

ผู้วิจัยใช้ทศมิต สามสิ่งที่ดี (Three good things) ในการแทรกแซงทางจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ที่พึ่งพาของตนเองในการใช้ชีวิตที่พึ่งพาต่างๆ พื้นฝ่าเอาชนะปัญหาอุปสรรคไปสูเป้าหมายที่ต้องการได้ โดยการให้ผู้สูงอายุระบุเหตุการณ์ที่เป็นปัญหาอุปสรรคที่ผ่านมาได้โดยอาศัยที่พึ่งพา 3 แหล่งทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ที่ทำไว้ตนเอง รู้สึกมีความสุข หลังจากนั้นสิ่งสะท้อนถึงสิ่งที่เกิดขึ้นว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร และหากต้องการให้เรื่องดี ๆ เกิดขึ้นอีกในอนาคต ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ว่าจะต้องทำอะไรเพื่อให้สิ่งที่ดีเหล่านั้นเกิดขึ้นอีกครั้ง ซึ่งวิธีการดังกล่าว นอกจากจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้และเข้าใจเรื่องการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขแล้วนั้น ยังช่วยฝึกทักษะการวิเคราะห์และสังเคราะห์เหตุการณ์ในชีวิตประจำวันได้อีกด้วย

ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด 90 นาที

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ อุปกรณ์	การประเมินผล
1. ผู้สูงอายุรับรู้ที่พึงพอใจรอบๆ ตัวเพื่อเสริมกำลังใจในการเผชิญปัญหา	1. ข้อค้นพบระยะที่ 1 - องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตด้านที่พึ่งของจิต - กระบวนการและวิธีการพัฒนาพลังสุขภาพจิต ขั้นตอนที่ 3 การเสริมกำลังใจ 2. ทฤษฎีความสุขตามจุดมุ่งหมาย: ระบบสังคม (King, 1981) 3. การแทรกแซงจิตวิทยาเชิงบวก: กิจกรรม สามสิ่งที่ดี (Three good things) ที่เกิดขึ้น 4. แนวคิดการ	ขั้นเริ่มต้น (15 นาที) 1. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปสิ่งที่ท้าทายสมาชิกกลุ่มซึ่งประกอบด้วยผู้สูงอายุ และอาสา. ด้วยเรื่องที่ว่า ไป เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลายและเตรียมพร้อมเข้าสู่การทำกิจกรรม เช่น วันนี้เป็นการทำงานกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 ของโครงการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ สัปดาห์ที่ผ่านมาสมาชิกเป็นอย่างไรบ้างสบายดีกันทุกคนหรือไม่ เดินทางกันมาอย่างไร วันนี้อากาศสดชื่นแจ่มใสเหมาะแก่การทำกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมวันนี้ใช้เวลาประมาณ 90 นาทีเหมือนครั้งก่อน เป็นการพูดคุยกันแบบสบายๆ ขอให้สมาชิกพูดคุยแสดงความคิดเห็นให้มากที่สุด ไม่ต้องกลัวว่าผิดหรือถูก หากใครต้องการพูด ให้ส่งสัญญาณโดยหยิบตุ๊กตาไก้ขึ้นมาป้อนให้มีเสียง และขอให้พูดกันทุกคน ส่วนในกิจกรรมใครจะเขียนตอบหรือไม่ก็ได้ และอาจเขียนสั้นๆ ในช่วงพักหรือเมื่อกลับไปยังบ้านเพื่อทบทวนความจำ ในกิจกรรมอาจมีการเคลื่อนไหวร่างกายบ้างจะได้รู้สึกเบื่อบ้าง และมีอาสาสมัครให้ความช่วยเหลือเหมือนเดิม หากใครต้องการดื่ม น้ำ หรือเข้าห้องน้ำ สามารถขออนุญาตออกไปพักได้เหมือนเดิม 2. ผู้นำกลุ่มทบทวนกิจกรรมครั้งที่แล้ว กิจกรรมครั้งที่ 3 “ก้าว	1. บรรยาย 2. อภิปรายกลุ่ม 3. กิจกรรมกลุ่ม	1. ใบกิจกรรมที่ 4.1 ความคาดหวังของจิต 2. ใบกิจกรรมที่ 4.2 ที่พึ่งของจิต 3. ใบกิจกรรมที่ 4.3 สิ่งที่ฉันคาดหวัง 4. เพลงด้วยแรง แห่งรัก และเพลง บรรเลงต้นไม้ของ พ่อ จากนิทาน 5. ป้ายชื่อคล้องคอ 17 อัน 6. เครื่อง บันทึกเสียง 2 เครื่อง 7. กระดาษฟลิป ชาร์ต 1 อัน	1. การสอบถาม 2. การสังเกต 3. การบันทึกใบ กิจกรรม

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/ อุปกรณ์	การประเมินผล
ทบทวนหลัง ปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR)		ข้ามน้ำข้ามทะเล “เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้สมาชิกได้รับรู้ ความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา ซึ่งเป็น ส่วนประกอบที่ 2 ของพลังสุขภาพจิต ให้สมาชิกแต่ละคนพูดทบทวนถึงความสามารถในการเผชิญ ปัญหาของตนเองที่สมาชิกได้พูดคุยกันในเรื่องที่แล้ว โดยใช้ วิธีการเปลี่ยนมุมมองปัญหาที่เผชิญไปเป็นเชิงบวกพร้อมกับ เปลี่ยนวิธีการเผชิญปัญหานั้นไปในทางบวก โดยใช้เทคนิคการ มองโลกในแง่ดี เพื่อเป็นภาพรวมความค้ำของสมาชิก 3. ผู้นำกลุ่มเขียนมุมมองปัญหาเชิงบวกและวิธีการเผชิญปัญหา เชิงบวกของสมาชิกแต่ละคน ลงในกระดาษฟลิปชาร์ตเพื่อให้ สมาชิกกลุ่มได้เห็นและทบทวนไปพร้อมกัน 4. จากนั้น ผู้นำกลุ่มอธิบายวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 4 “สิ่งดี ๆ ที่มีค่าสำหรับฉัน” โดยเชื่อมโยงจากกิจกรรมครั้งที่ 2-3 ดังนี้ หลังจากที่เราจับคู่ส่วประกอบของพลังสุขภาพจิต ส่วนประกอบที่ 1 ลักษณะนิสัยของฉัน และส่วนประกอบที่ 2 ความสามารถของฉัน จากกิจกรรมที่ผ่านมา ทำให้เราได้รู้ว่าเรา มีจุดแข็งอะไรบางอย่างที่ช่วยให้เราสามารถยืนหยัดผ่านพ้นอุปสรรค ต่างๆ ไปได้ นั่นเป็นเพราะเรามีอารมณ์ที่มั่นคง มองโลกในแง่ดี ทำให้เราสามารถเผชิญปัญหาในทางบวก และก้าวผ่านความ		8. กระดาษฟลิป ชาร์ต 20 แผ่น 9. ปากกาเคมีคละ สี 1 โหล 10. ปากกาลูกกลิ้งสี น้ำเงิน 1 โหล 11. ดิจิตาไทม์มี เสียง 17 ตัว	

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินงานกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/ อุปกรณ์	การประเมินผล
		ทุกซีกออกไปในทางบวก ขึ้นต่อไปถ้าเรารู้ว่ามีแหล่งพึ่งพาที่จะช่วยเหลือเราได้ยามมีปัญหา ก็จะช่วยให้เรามีกำลังใจในการดำเนินชีวิตมากขึ้น วันนี้เราจะได้รู้จักส่วนประกอบที่ 3 ของพลังสุขภาพจิต คือ ที่พึ่งของฉัน ในกิจกรรมครั้งที่ 4 ที่มีชื่อว่า “สิ่งดีๆ ที่มีค่าสำหรับฉัน” ซึ่งมุ่งหมายให้สมาชิกได้รู้ถึงสิ่งที่พึ่งพาที่ให้ความช่วยเหลือในยามมีปัญหา เพื่อให้ที่พึ่งพานั้นให้เป็นประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพจิตของตนเอง 5. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกกลุ่ม... หลังจากสมาชิกกลุ่มได้รู้ถึงความหมายของกิจกรรมในวันนี้แล้ว สมาชิกกลุ่มมีความคาดหวังต่อกิจกรรมที่จะทำนี้อย่างไรบ้าง ให้สมาชิกกลุ่มแสดงกันตอบทีละคน (อาจเขียนความคาดหวังลงใน “ใบกิจกรรมที่ 4.1 ความคาดหวังของฉัน” โดยมี ข้อสม. ช่วยเหลือ) 6. ผู้นำกลุ่มเขียนประเด็นความคาดหวังลงบนกระดาษฟลิปชาร์ตไว้ตรวจสอบพร้อมกันภายหลังจบกิจกรรม ขั้นตอนการ (60 นาที) 1. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่อง “พลังสุขภาพจิตด้านที่พึ่งของฉัน” หมายถึง การรับรู้ของบุคคลในการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นหรือแหล่งประโยชน์ต่างๆ ทางสังคม อันเป็นสิ่งดีๆ ที่มีค่าที่อยู่รอบตัว ที่ใช้พึ่งพาในยามทุกข์ยาก ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังและมีพลังสุขภาพจิตสูงในเอ็กชเมหนึ่ง ที่ผู้นำกลุ่มได้ไปทำการ			

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินงานกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
		สนทนากลุ่มด้วย มีสิ่งดีๆ เป็นที่พึ่งพายามทุกข์ยาก ได้แก่ มีครอบครัวและคนใกล้ชิดให้กำลังใจ มีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ และมีที่พึ่งทางการเงิน โดยผู้วิจัยใช้แผ่นภาพ “ที่พึ่งของฉัน” ประกอบการอธิบาย 2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มนั่งในท่าที่รู้สึกสบายผ่อนคลาย และหลับตานึกถึงภาพเรื่องราวความสุขในชีวิตที่ผ่านมาที่สามารถก้าวผ่านความทุกข์ยากลำบากมาได้ พร้อมกับเปิดเพลงบรรเลง “ต้นไม้ของพ่อ” จากโน้ตบุ๊ก ใช้เวลา 2 นาที 3. ผู้วิจัยพูดเชื่อมโยงเพลงต้นไม้ของพ่อ สู่ถึงระยะเวลาที่ผ่านมาหลายสิบปีให้ผู้สูงอายุสามารถก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคต่างๆ มาได้ด้วยความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถเผชิญปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในเชิงบวก ด้วยกำลังใจที่มีอยู่รอบๆ ตัว ทำให้มีพลังใจในการดำเนินชีวิต เปรียบเสมือนต้นไม้ใหญ่ที่แข็งแรงและเจริญเติบโตไปจนนับพันนับหมื่นปี 4. จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มเล่าถึงเรื่องราวเหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตมีความสุขนั้นคนละ 1 เรื่อง และพูดถึงสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้น 3 สิ่ง (Three good things) ผู้นำกลุ่มจดลงตารางช่อง 1 เหตุการณ์ความสุข และช่อง 2 สิ่งดีๆ 3 สิ่ง ในกระดานฟลิปชาร์ต เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเห็นร่วมกัน 4. ผู้นำกลุ่มใช้ปากกาแดงวงคำที่สื่อถึงสิ่งต้องดีประกอบ 3 อย่าง			

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/ อุปกรณ์	การประเมินผล
		ของสิ่งที่พี่ของชั้น ในของสิ่งดีๆ 3 สิ่งของแต่ละคน และชี้ให้เห็นว่า คำที่รับปากาแดงวงนั้นสื่อถึงอะไรประกอบที่พี่ของชั้นอะไรบ้าง 5. ต่อจากนั้นให้สมาชิกกลุ่มทำกิจกรรม “ที่พี่ของชั้น” โดยให้ สมาชิกเดินไปลงชื่อในกระดานฟลิปชาร์ตซึ่งมีรูปวาดผลไม้ 3 ชนิดที่อยู่บนต้นไม้ที่มีกิ่งก้านสาขา 3 กิ่งใหญ่ซึ่งสื่อถึงพี่ของ ตนเอง 3 อย่าง ได้แก่ รูปกล้วยสื่อถึงการมีครอบครัวและคน ใกล้ชิดให้กำลังใจ รูปมะยมสื่อถึงการมีศาสนาเป็นที่พึ่งทางใจ และรูปขนุนสื่อถึงการมีพี่ทางการเงิน โดยจะลงชื่อในรูปวาด ผลไม้กี่ชนิดก็ได้ และให้ผู้สูงอายุอธิบายที่พี่ของตนเองและ คุณค่าหรือประโยชน์ของพี่ที่พานั้นๆ ประกอบภาพที่ตนเอง เลือก 6. ผู้นำกลุ่มเขียน คุณค่าหรือประโยชน์ ดังตารางช่องที่ 3 ใน กระดานฟลิปชาร์ตเพื่อให้ทุกคนเห็นและแลกเปลี่ยนกัน 7. ให้สมาชิกกลุ่มฟังเพลง “ด้วยแรงแห่งรัก” โดย คิตบิน ไมค์ วิรมย์พร ความยาว 4 นาที เนื้อหาเกี่ยวกับการมีพลังใจผู้ด้วย แรงแห่งรักจากครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนพ้อง ทำให้ได้ยืน อยู่ในโลกที่ใจมุ่งหวัง 8. ต่อจากนั้น ให้สมาชิกกลุ่มแสดงกันพูดว่า ถ้ามีเหตุการณ์ ปัญหาอุปสรรคต่างๆ เกิดขึ้นอีก สมาชิกจะขอความช่วยเหลือ จากใครหรือสิ่งใดได้บ้าง และผู้นำกลุ่มเขียนลงบนกระดานฟลิป			

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินงานกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/ อุปกรณ์	การประเมินผล
		ซาร์ท (ผู้สูงอายุจากบ้านที่กลังไม่ “ไปกิจกรรมที่ 4.2 ที่พี่ของอิม” โดยมี อสม.ช่วยเหลือ) 9. ผู้ในกลุ่มสรุป ที่พี่พาดิๆ มีอยู่รอบๆ ตัวเรา ซึ่งสิ่งดีๆ เหล่านี้ จะทำให้เรามีพลังใจในการต่อสู้ปัญหาอุปสรรคในชีวิต เช่น ที่ พี่พาดิของสมกริกกับบางคนคือการมีลูกคอยดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือ พาไปโรงพยาบาล บางคนมีลูกหลานญาติพี่น้องคอยปลอบใจ ให้กำลังใจเมื่อคู่ชีวิตจากไป ทำให้อยู่สู้ชีวิตต่อไปได้ บางคนมี ธนาคารหรือนายจ้างเป็นที่พึ่งยามที่หมดเงินทอง ทำให้มีเงินส่ง ลูกเรียนหนังสือจนจบมั่งงานทำ ซึ่งจากการที่ผู้สูงอายุสามารถ ก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในชีวิตมาได้จนถึงทุกวันนี้ แสดง ว่าผู้สูงอายุมีที่พึ่งพาดิๆ เป็นกำลังใจให้สามารถสู้กับ ปัญหาต่างๆ ต่อไปได้ 10. ให้สมาชิกกลุ่มจับคู่กล่าวชื่นชมให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อให้สมาชิกรู้สึกภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตัวเอง มีพลังใจ ในการดำเนินชีวิตต่อไป ขั้นสรุป (15 นาที) 1. ผู้ในกลุ่มสรุปกิจกรรม “สิ่งดี ๆ ที่มีค่าสำหรับฉัน” การที่เราจะสามารถก้าวผ่านปัญหาอุปสรรคต่างๆ ไปได้ เรา จะต้องมีความกล้าหาญใจจากที่พี่พาดิๆ เช่น การพูดคุยปรึกษากับคนใกล้ตัวหรือคนในครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งที่เรา			

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/ อุปกรณ์	การประเมินผล
		สามารถพึ่งพาได้โดยไม่ต้องรู้สึกลัวว่าเป็นการบกรบวณพวกเขา นอกจากนี้ เรายังสามารถไปขอความช่วยเหลือตามความจำเป็น จากสถานที่ที่เราคิดว่าพึ่งพาได้ทั้งทางด้านวัตถุและจิตใจ เช่น ธนาคารซึ่งเป็นทั้งทางการเงิน หรือวัดเป็นทั้งด้านจิตใจ สิ่ง เหล่านี้จะเป็นพลังใจให้เราสามารถก้าวผ่านความทุกข์ ยากลำบากในชีวิตไปได้ด้วยดี 2. ให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันพูดถึง สิ่งที่ได้จากกิจกรรมนี้บรรลุตาม ความคาดหวังที่ตั้งไว้หรือไม่อย่างไร สิ่งที่ได้เรียนรู้และการ นำไปใช้ และควรเพิ่มเติมปรับปรุงกิจกรรมอย่างไรบ้าง (อาจ เขียนลงใน “ใบกิจกรรมที่ 4.3 สิ่งที่คุณได้” โดยมี อสม. ช่วยเหลือ) 3. ผู้นำกลุ่มเขียน ผลลัพธ์ที่ได้ตามความคาดหวัง สิ่งที่ได้เรียนรู้ และการนำไปใช้ และการปรับปรุงเพิ่มเติมกิจกรรม จากที่ สมาชิกกลุ่มพูด ลงตารางในกระดานฟลิปชาร์ต โดย เปรียบเทียบกับความคาดหวังก่อนเข้ากิจกรรมกลุ่ม แล้วสรุปให้ สมาชิกฟัง 4. ผู้นำกลุ่มยุติการทำกิจกรรม โดยกรุณาให้กำลังใจสมาชิก กลุ่มในการสร้างเสริมกำลังใจของตนเองโดยใช้ที่พึ่งพาต่างๆ ให้ เกิดประโยชน์ พร้อมทั้งนัดหมายทำกิจกรรมในครั้งต่อไป ซึ่งเป็น ครั้งสุดท้ายที่จะเป็นการประเมินผลการทำกิจกรรม			

กิจกรรมครั้งที่ 5 “พลังสุขภาพจิตของฉัน”

สาระสำคัญ

การสรุปบทวนประสบการณ์ที่เข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความเข้าใจตามจุดมุ่งหมาย เป็นการพบพหุภพในแง่จิตเวชขั้นตอน และเนื้อหาสาระที่ได้ เพื่อตรวจสอบสิ่งที่ได้เรียนรู้กับภาคเสริมแรงทางบวก ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ และสะท้อนให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ และเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองมีพลังสุขภาพจิตสูง รวมทั้งมีแนวทางในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดพลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

ผู้วิจัยใช้เทคนิคกระบวนการพบพหุภพหลังปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) เพื่อพบพหุภพทั้งด้านความสำเร็จของกิจกรรมและปัญหาที่เกิดขึ้น โดยให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสะท้อนและพบพหุภพกระบวนการต่าง ๆ ของกิจกรรม นำบทเรียนที่ได้จากความสำเร็จและปัญหาที่เกิดขึ้นมาจัดทำแผนกระบวนการของกิจกรรมให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น เกิดรูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความเข้าใจตามจุดมุ่งหมายที่สมบูรณ์

แบบ

ระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด 90 นาที

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/ อุปกรณ์	การประเมินผล
1. ผู้สูงอายุได้พบพจนานุกรมการฝึกปฏิบัติการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต	1. แนวคิดการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR)	ขั้นเริ่มต้น (15 นาที) 1. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปสิ่งที่หายสมาชิกกลุ่มซึ่งประกอบด้วยผู้สูงอายุ และอาสาสมัคร ด้วยเรื่องต่างๆ ไป เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลายและเตรียมพร้อมเข้าสู่การทำกิจกรรม เช่น สืบหาที่ผ่านๆ มา สมาชิกเป็นอย่างไรบ้างบ้างสบายดีกับทุกคนหรือไม่ เดินทางกันมาอย่างไร วันนี้อากาศสดชื่นแจ่มใส เหมาะแก่การทำกิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมวันนี้ใช้เวลาประมาณ 90 นาทีเหมือนครั้งก่อน เป็นการพูดคุยกันแบบสบายๆ ขอให้สมาชิกพูดแสดงความคิดเห็นให้มากที่สุด ไม่ต้องกลัวผิดหรือถูก หากใครต้องการพูด ให้ส่งสัญญาณโดยหยิบตุ๊กตาไก่ขึ้นมาบีบให้มันเสียว และขอให้ทุกคนทุกคน ส่วนในกิจกรรมใครจะเขียนตอบหรือไม่ก็ได้ และอาจเขียนสั้นๆ ในช่วงพักหรือเมื่อกลับไปยังบ้านเพื่อทบทวนความจำ ในกิจกรรมอาจมีการเคลื่อนไหวร่างกายบ้างจะได้ไม่รู้สึกเบื่อ และมีอาสาสมัครช่วยเหลือเหมือนเดิม หากใครต้องการดื่ม น้ำ หรือเข้าห้องน้ำ สามารถขออนุญาตออกไปพักได้เหมือนเดิม	1. บรรยาย 2. อภิปรายกลุ่ม 3. กิจกรรมกลุ่ม 4. ระดมสมอง	1. ใบกิจกรรมที่ 5.1 ความคาดหวังของฉัน 2. ใบกิจกรรมที่ 5.2 พลังสุขภาพจิตของฉัน 3. ใบกิจกรรมที่ 5.3 ข้อเสนอแนะของฉัน 4. แบบวัดพลังสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 5. Surgical mask 17 อัน 6. ป้ายชื่อคล้องคอ 17 อัน 7. เครื่องบันทึกเสียง 2 เครื่อง 8. กระดาษฟลิปชาร์ต 1 อัน 9. กระดาษฟลิปชาร์ต	1. การสอบถาม 2. การสังเกต 3. การบันทึกในใบกิจกรรม 4. การประเมินผลของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
2. ผู้สูงอายุมีกิจวัตรสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเอง					
3. ผู้สูงอายุรับรู้ระดับพลังสุขภาพจิตของตนเองหลังเสร็จสิ้นโครงการ					

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
		อยู่รอบๆ ตัวเรา ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่ 3 ของพลังสุขภาพจิตที่เรียกว่า "ที่พึ่งของฉัน" 3. ให้สมาชิกแต่ละคนพูดทบทวนถึงที่พึ่งพาของตนเองที่ส่งเสริมให้มีความแข็งแรงในการดำเนินชีวิต 4. ผู้ในกลุ่มเขียนลงในกระดาษพลีชีพเพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เห็นและทบทวนไปพร้อมกัน 5. ต่อจากนั้น ผู้นำกลุ่มอธิบายวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 5 "พลังสุขภาพจิตของฉัน" โดยเชื่อมโยงจากกิจกรรมครั้งที่ 1-4 ดังนี้ หลังจากที่เราทำความหมายของพลังสุขภาพจิตซึ่งมีคำ 3 คำ คือ ความสามารถของเรา ที่จะต่อสู้ฟันฝ่าปัญหาอุปสรรคที่มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ โดยมี 3 ส่วนประกอบที่จะทำให้อุปสรรคสุขภาพจิตสูงขึ้น ได้แก่ ส่วนประกอบที่ 1 ลักษณะนิสัยของฉัน ส่วนประกอบที่ 2 ความสามารถของฉัน และส่วนประกอบที่ 3 ที่พึ่งของฉัน เราได้รู้ว่ามีลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งอะไรบ้างที่ช่วยให้เราสามารถยืนหยัดผ่านพ้นปัญหาไปในทางบวก และเรายังต้องมีการสังเกตที่พึ่งพาที่อยู่รอบๆ ตัวเพื่อต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ทำให้เราสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างรวดเร็ว และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข ซึ่งลักษณะนิสัยที่เป็นจุดแข็งของเรา ความกล้า		20 แผ่น 10. ปากกาเคมีแต่ละสี 1 โหล 11. ปากกาลูกกลิ้งสีน้ำเงิน 1 โหล 12. ดึงตาไก่ปียี่มีเสียง 17 ตัว	

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/ อุปกรณ์	การประเมินผล
		เผชิญปัญหาในทางบวก และกำลังใจจากที่พึ่งพาต่างๆ เป็นส่วนประกอบสำคัญของการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต โดยเราสามารถนำวิธีการปฏิบัติที่ได้เรียนรู้มาทั้งหมดนี้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ตลอดเวลา เพื่อเป็นการพัฒนาพลังสุขภาพจิตของเราให้สูงขึ้น ในวันนี้เป็นกิจกรรมครั้งที่ 5 ที่มีชื่อว่า "พลังสุขภาพจิตของฉัน" มีความมุ่งหมายให้สมาชิกได้ทบทวนเทคนิคต่างๆ ที่ใช้สร้างเสริมพลังสุขภาพจิต ที่ได้ฝึกปฏิบัติกันมา 4 ครั้ง และประเมินว่าพลังสุขภาพจิตของตนเองสูงขึ้นหรือไม่ จากนั้นเรามาสรุปร่วมกันว่า กิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่ได้ฝึกปฏิบัติมานั้นเหมาะสมและจะเป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร 6. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกกลุ่ม... หลังจากสมาชิกกลุ่มได้รับรู้ถึงความความมุ่งหมายของกิจกรรมในวันนี้แล้ว สมาชิกกลุ่มมีความคาดหวังต่อกิจกรรมที่จะทำต่อไปนี้บ้าง โดยให้สมาชิกกลุ่มผลัดกันตอบทีละคน (อาจเขียนความคาดหวังลงใน "ใบกิจกรรมที่ 5.1 ความคาดหวังของฉัน" ในช่วงพักโดยมี อสม. ช่วยเหลือ) 7. ผู้นำกลุ่มเขียนประเด็นสำคัญลงบนกระดานประชาสัมพันธ์ไว้ตรวจสอบพร้อมกันภายหลังจบกิจกรรม ขั้นตอนการ (60 นาที) 1. ให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันทบทวนชื่อกิจกรรมที่ 1-4 ว่ามี			

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/ อุปกรณ์	การประเมินผล
		อะไรบ้าง และแต่ละกิจกรรมมีวิธีการสร้างพลังสุขภาพจิตอย่างไร โดยผู้ในกลุ่มเปิดกระดานพลิบชาร์ทที่เขียนไว้ตั้งแต่กิจกรรมที่ 1-4 เพื่อช่วยสมาชิกกลุ่มทบทวนความจำ กิจกรรมที่ 1 “สร้างพลังใจด้วยไม้ตีสี่” ใช้กิจกรรม “ไม่มงคลของฉัน” เพื่อแสดงถึงตัวตนหรือประสบการณ์ชีวิตของตัวเอง และกิจกรรม บัตรคำ “พลังสุขภาพจิต” เพื่อให้รู้ความหมายของพลังสุขภาพจิต กิจกรรมที่ 2 “ยื่นหยัด ผ่านพ้น” ใช้กิจกรรม “จุดแข็งของตัวเอง” จากเหตุการณ์ภาคภูมิใจในชีวิต และฝึกการใช้จุดแข็งของตนเองจากกิจกรรม “ลายเส้นจุดแข็งของฉัน” โดยใช้รูปวาดลายเส้นอธิบายลักษณะที่เป็นจุดแข็งของตนเองที่ใช้พื้นผ้าอุปสรรคไปสู่เป้าหมาย ซึ่งเป็นพลังสุขภาพจิตด้านลักษณะนิสัยของฉัน กิจกรรมที่ 3 “ก้าวข้ามปัญหา พ้นฝ่าเชิงบวก” ใช้กิจกรรม “มองโลกในแง่ดี” โดยรู้ความหมายและทัศนคติจากแผ่นภาพ “9 วิธีมองโลกในแง่ดี” และดูคลิบวิดีโอเรื่อง “ละครกรรมนำชีวิตมองโลกในแง่ดี” เพื่อให้มีแนวทางในการเผชิญปัญหาในทางบวกนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งเป็นพลังสุขภาพจิตด้านความสามารถของฉัน กิจกรรมที่ 4 “สิ่งดีๆ ที่มีค่าสำหรับฉัน” ใช้กิจกรรม “สามสิ่งที่ดี			

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
		ดี" จากเหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตมีความสุข และกิจกรรม "ที่พึ่งของฉัน" โดยอธิบายจากรูปวาดแผ่นไม้ที่สื่อถึงที่พึ่งของตนเอง เพื่อจะรู้ว่าสิ่งดีๆ ที่อยู่รอบๆ ตัว ที่สามารถพึ่งพาและเป็นกำลังใจให้ก้าวผ่านวิกฤตชีวิตไปได้ อันเป็นพลังสุขภาพจิตด้านที่พึ่งของฉัน 2. ต่อจากนั้น ให้สมาชิกกลุ่มแสดงคำตอบคำถาม ดังนี้ 1) หลังสิ้นสุดโครงการ ท่านเข้าใจคำว่า "พลังสุขภาพจิต" อย่างไร 2) ในแต่ละกิจกรรมท่านได้เรียนรู้อะไรบ้าง 3) ท่านคิดว่าสิ่งที่ได้จากโครงการนี้เป็นไปตามที่ท่านคาดหวังหรือไม่ อย่างไร (อาจบันทึกลงใน "ใบกิจกรรมที่ 5.2 พลังสุขภาพจิตของฉัน" โดยมี <i>อศม.ช่วยเหลือ</i>) 3. ผู้นำกลุ่มเขียนคำตอบ 3 ข้อในกระดาษ พลิปชาร์ต เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเห็นชัดเจนขึ้นและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน 4. จากนั้น ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของกิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต โดยให้คำถามสะท้อน ดังนี้ 4.1 ในแต่ละกิจกรรมหลัก 4 กิจกรรมนั้นในระยะเวลาที่เหมาะสมหรือไม่ อย่างไร 4.2 มีกิจกรรมย่อยเป็นกิจกรรมหลักที่ควรปรับปรุงหรือตัดออก			

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินงานกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
		หรือไม่ อย่างไร 4.3 กิจกรรมย่อยใดที่คิดว่าเหมาะสม มีประโยชน์ และควรคงไว้ 4.4 ควรเพิ่มกิจกรรมอื่นๆ หรือไม่ อย่างไร (อาจบันทึกลงใน “ใบกิจกรรมที่ 5.3 ข้อเสนอแนะของผู้นำ โดยมีสมช่วยเหลือ) 5. ผู้นำกลุ่มเขียนความคิดเห็นลงตาราง 4 ช่องในกระดาษพับครึ่ง เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเห็นร่วมกัน และแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม 6. ต่อจากนั้น ผู้นำกลุ่มประเมินสมาชิกกลุ่มด้วยแบบวัดหลังสุภาพพจน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พร้อมทั้งแปลผลให้สมาชิกกลุ่มทราบและเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อสงสัยต่างๆ เกี่ยวกับผลการประเมิน พร้อมทั้งชี้ให้เห็นความเปลี่ยนแปลงหลังทำกิจกรรม และโน้มน้าวให้ใช้เทคนิคการสร้างเสริมพลังสุภาพพจน์ในชีวิตประจำวันเป็นนิสัย 7. จากนั้น ผู้นำกลุ่มทำการสร้างพันธสัญญาของสมาชิกกลุ่ม โดยให้สมาชิกกลุ่มทำกิจกรรม “พันธสัญญา” ผู้วิจัยเขียนข้อความลงในกระดาษพับครึ่งว่า “ฉันจะสร้างพลังใจเสมอ” แล้วให้สมาชิกกลุ่มเดินมาลงชื่อในภาพวาดลายเส้นในกระดาษพับครึ่งได้แก่ ดอกไม้ ผลไม้ ดวงอาทิตย์ ดวงจันทร์			

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/อุปกรณ์	การประเมินผล
		และให้อธิบายภาพวาดที่เลือกเชื่อมโยงกับการสร้างเสริมพลังใจให้มีความสุขในชีวิตของตนเองอย่างไร 8. ผู้นำกลุ่มสรุปความคิดเห็นของผู้สูงอายุแต่ละคนจากภาพวาดที่ผู้สูงอายุเลือกให้กลุ่มฟัง โดยมีการเชื่อมโยงกับกิจกรรมที่ 1-4 พลังสุขภาพจิตและองค์ประกอบ ขั้นสรุป (15 นาที) 1. ผู้นำกลุ่มสรุปสาระสำคัญของพลังสุขภาพจิต เป็นกระบวนการปรับตัวได้ดีเมื่อเผชิญกับปัญหาอุปสรรค และสามารถฟื้นคืนกลับสู่สภาวะปกติได้ ซึ่งพลังสุขภาพจิตต้องประกอบด้วย ลักษณะที่เป็นจุดแข็งของบุคคล ความสามารถเผชิญปัญหาในทางบวก และสิ่งที่ใช้พึ่งพาเพื่อให้อีกกำลังใจ ทั้ง 3 อย่างนี้สามารถเรียนรู้และพัฒนาได้ โดยผู้สูงอายุสามารถนำกิจกรรมที่ได้ฝึกปฏิบัติไปใช้พัฒนาตนเองให้มีพลังสุขภาพจิตได้ตลอดเวลา เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ มีมุมมองปัญหาในเชิงบวก เป็นการเตรียมพร้อมที่จะฝ่าฟันปัญหาอุปสรรคต่างๆ และสร้างเสริมกำลังใจให้แข็งแกร่ง เพื่อสามารถฟื้นคืนกลับสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว เช่น ตอนนี้เราเป็นโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูงอยู่ ถ้าเราเองไม่แบ่งกจะพบว่า สิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงที่เราเผชิญกับความทุกข์จากโรคภัยไข้เจ็บ คือการมีลูกหลานดูแลเอาใจใส่พาไปโรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้เรามี			

ผลลัพธ์การเรียนรู้	แนวคิดที่ใช้	ขั้นตอนดำเนินการกิจกรรม	วิธีการ	สื่อ/ อุปกรณ์	การประเมินผล
		ความเข้มแข็งทางจิตใจสามารถปรับตัวอยู่กับโรคภัยไข้เจ็บต่อไปได้อย่างมีความสุข 2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็นถึงความพึงพอใจและความประทับใจในการเข้าร่วมโครงการนี้ 3. จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มพูดให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และแสดงความห่วงใยกันโดยการส่งมอบหน้ากากอนามัยและให้ดอกไม้เป็นสื่อแทนใจที่แสดงถึงความยกย่องนับถือและความศรัทธาในตัวบุคคล 4. ผู้นำกลุ่มสรุปข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุง และความประทับใจของสมาชิกกลุ่ม 5. ผู้นำกลุ่มยุติกิจกรรม โดยการกล่าวขอบคุณผู้สูงอายุและขอสม. ที่เห็นคุณค่าในการพัฒนาตนเอง เชื้อมีในตัวผู้วิจัย และเข้าร่วมกิจกรรมจนครบตามระยะเวลาในวงรอบที่ 1 และวงรอบที่ 2			



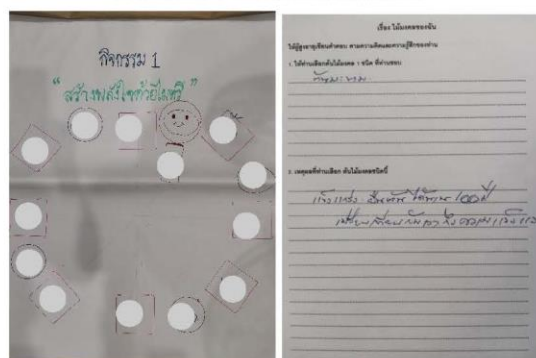
ภาคผนวก ข
ภาพการดำเนินงาน
การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า
โดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

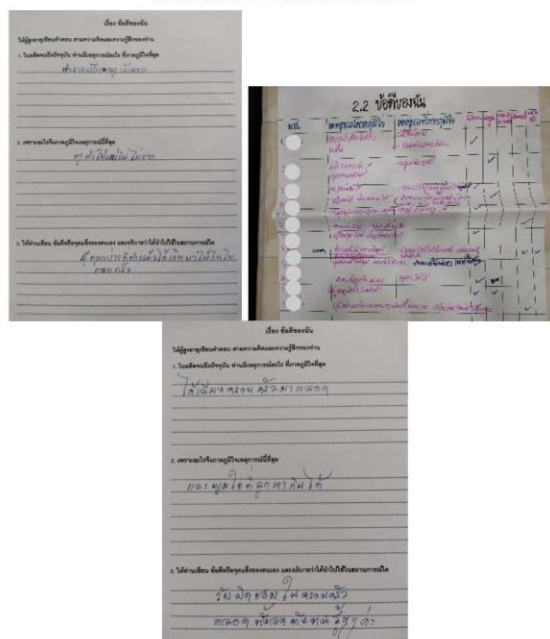


วงรอบที่ 1

กิจกรรมที่ 1 "สร้างพลังใจด้วยโมดรี"



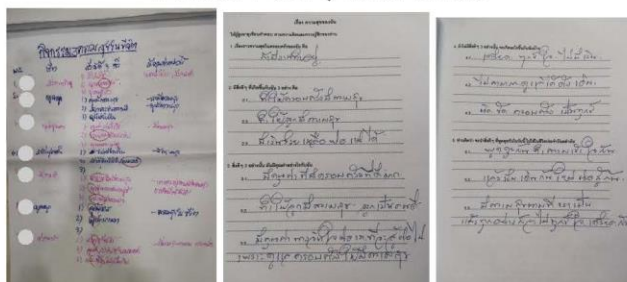
กิจกรรมที่ 2 "ยืนหยัด ผ่านพ้น"



กิจกรรมที่ 3 "ก้าวข้ามปัญหา พันฝ่าเชิงบวก"



กิจกรรมที่ 4 "สิ่งดี ๆ ที่มีค่าสำหรับฉัน"

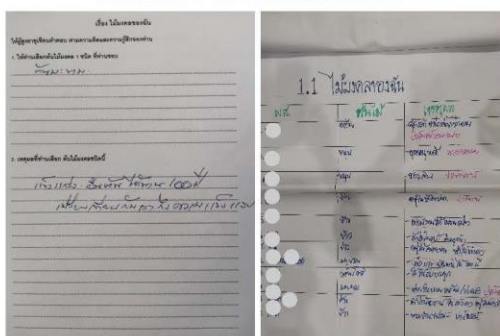


กิจกรรมที่ 5 "พลังสุขภาพจิตของฉัน"

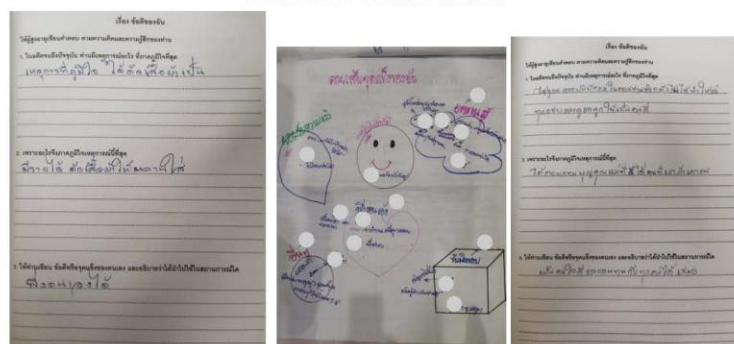


วงรอบที่ 2

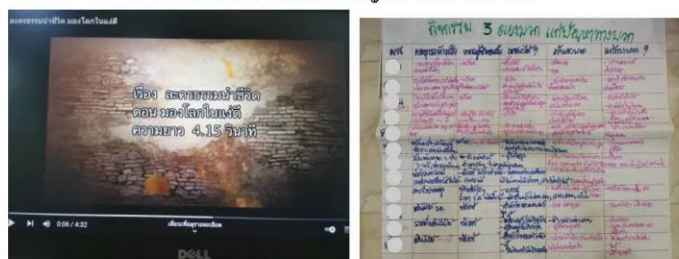
กิจกรรมที่ 1 "สร้างพลังใจด้วยไมตรี"



กิจกรรมที่ 2 "ยืนหยัด ผ่านพ้น"



กิจกรรมที่ 3 "ก้าวข้ามปัญหา พันฝ่าเชิงบวก"



กิจกรรมที่ 4 "สิ่งดี ๆ ที่มีค่าสำหรับฉัน"



กิจกรรมที่ 5 "พลังสุขภาพจิตของฉัน"



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	กนกภรณ์ ทองคุ้ม
วัน เดือน ปี เกิด	20 กรกฎาคม 2513
สถานที่เกิด	จ.สิงห์บุรี
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2535 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี พ.ศ. 2556 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. 2565 ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ที่อยู่ปัจจุบัน	40/1 ถ.จิตเกษม ต.บางพุทรา อ.เมือง จ.สิงห์บุรี