ผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ตำบลห้วยเตย จังหวัดมหาสารคาม

นางพิกุล ทับวิธร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
พ.ศ. 2561

The Effects of a Happiness Developing Program with Social Support in the Elderly with Depression at Huay-Toei Sub-district, Maha Sarakham Province

Mrs. Pikul Tubwitorn

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science in Community Health Nurse Practitioner
School of Nursing
Sukhothai Thammathirat Open University
2018

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ตำบลห้วยเตย จังหวัดมหาสารคาม

ชื่อและนามสกุล นางพิกุล ทับวิธร

แขนงวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว

2. รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 3 กันยายน 2562

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.เอื้อญาติ ชูชื่น)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล)

..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ตำบลห้วยเตย จังหวัดมหาสารคาม

ผู้วิจัย นางพิกุล ทับวิธร **รหัสนักศึกษา** 2595100468 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว (2) รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล **ปีการศึกษา** 2561

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ อายุ 60-75 ปี มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 20 คน โดยสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือการวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ประยุกต์ใช้แนวคิดความสุขของกรมสุขภาพจิต และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ มีระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย คู่มือการใช้โปรแกรม วีดีทัศน์ คู่มือเสริมสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความสุข มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบวิลคอกซันซายน์แรงค์ และแมนวิทนีย์ยู

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ การพัฒนาความสุข การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ

Thesis title: The Effects of a Happiness Developing Program with Social Support in the Elderly with Depression at Huay-Toei Sub-district, Maha Sarakham Province

Researcher: Mrs.Pikul Tubwitorn; **ID**: 2595100468; **Degree:** Master of Nursing Science (Community Health Nurse Practitioner); **Thesis advisors:** (1) Daungkamol Pinchaleaw, Associate Professor, Police Colonel; (2) Dr. Thipkhamporn Keskomon, Associate Professor, Police Colonel; **Academic year**: 2018

Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to compare depression and happiness of the elderly with depression between the group which received the happiness developing program with social support and the group which received conventional care.

The sample were 40 elderly with depression aged 60-75 years who had mild level depression, selected by the simple random sampling technique, and they were divided into the experimental (20) and the comparative (20) groups. Research tools included: 1) the happiness developing program with social support which developed based on happiness concept of mental health department and social support concept of House. The program took 6 weeks. The program consisted of a handbook for using the program, video, and happiness enhance guide for the elderly. 2) The data collecting tools were depression and happiness assessment forms. The reliabilities of these two assessment forms were .81 and .80 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, Wilcoxon signed rank test, and Mann Whitney u test.

The result revealed as follows. After attending the program, the depression of the experimental group was significantly lower than before attending the program, as well as this result was lower than the comparative group *($p < .05$)*. Also, the happiness of experimental group was significantly higher than before attending the program, and higher than the comparative group *($p < .05$).*

Keywords: Happiness development, Social support, Depression, Elderly

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์พันตำรวจเอกหญิง ดร.ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง และติดตามการทำวิทยานิพนธ์นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์พันตำรวจเอกหญิง ดร.เอื้อญาติ ชูชื่น ที่ให้ความกรุณาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และให้คำแนะนำในการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์ภาคภูมิ อินทร์ม่วง รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง สุรัมภา รอดมณี คุณพิสมัย ศรีทำนา คุณศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร และ คุณพิสมัย ศิริพรรณ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสารทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีค่ายิ่งแก่ศิษย์ ขอขอบคุณเพื่อนๆ นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอกุดรัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวนา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดรัง คณะเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้สูงอายุที่กรุณาให้ความร่วมมือ และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ทำให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

กราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ผู้ให้กำเนิด และครอบครัว ซึ่งวางรากฐานชีวิต เป็นแรงบันดาลใจ และเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยเสมอมา ขอขอบพระคุณพี่ๆ น้องๆ ที่ให้ความช่วยเหลือให้งานวิจัยครั้งนี้ลุล่วงไปด้วยดี

ความดีอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บิดา มารดา ครู อาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

พิกุล ทับวิธร

สิงหาคม 2562

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ
กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ
สารบัญตาราง ..... ฌ
สารบัญภาพ ..... ญ
บทที่ 1 บทนำ 1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1
วัตถุประสงค์การวิจัย 5
กรอบแนวคิดการวิจัย 6
สมมติฐานการวิจัย 7
ขอบเขตการวิจัย 7
นิยามศัพท์เฉพาะ 7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 10
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ 10
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 16
สถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลห้วยเตย จังหวัดมหาสารคาม 29
แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาความสุขในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 31
แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม 41
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 45
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 54
การเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการทดลอง 60
การวิเคราะห์ข้อมูล 69
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง 69

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 71
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 71
ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้า 74
ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้า 76
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 78
สรุปการวิจัย 78
อภิปรายผล 80
ข้อเสนอแนะ 87
บรรณานุกรม 88
ภาคผนวก 103
ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย 104
ข เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 106
ค หนังสือขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย และหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย 108
ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 112
จ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ 129
ประวัติผู้วิจัย 131

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามข้อมูลทั่วไป 71
ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง 74
ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนภาวะซึมเศร้า ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง 75
ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความสุข ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง 76
ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความสุข ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง 77

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย 6
ภาพที่ 3.1 รูปแบบการวิจัย 51
ภาพที่ 3.2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 68

บทที่ 1
บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โครงสร้างประชากรของประเทศไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบัน และมีการคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยจะกลายเป็น สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2556) โดยพบว่า ในปี 2558-2560 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 16 เป็นร้อยละ 16.5 และร้อยละ 16.7 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560)

บุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีพัฒนาการในทางเสื่อมถอยทั้งด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะทุกระบบ ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้ง่ายและรุนแรงกว่ากลุ่มอายุอื่น กอปรกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงแบบก้าวกระโดด ทำให้มีวิถีชีวิตที่มีการแข่งขันสูงและมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่จำกัดมากขึ้น จึงทำให้ครอบครัวไม่ได้ดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง เกิดความเครียด ถ้าไม่ได้รับการจัดการกับปัญหาเหล่านั้นในระยะเวลายาวนาน จะทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ ส่งผลให้สภาพทางจิตใจเสื่อมถอย ทรุดโทรมและเกิดปัญหาสุขภาพจิตในที่สุด ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรก คือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม ปัญหาเรื่องเพศ จากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2554) ด้วยแบบคัดกรองความสุข พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุต่ำกว่าคนทั่วไป โดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจสูง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตายในที่สุด (สุจริต สุวรรณชีพ และคณะ, 2556)

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ประมาณการว่า มีประชากรมากกว่า 300 ล้านคนเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งมากกว่าร้อยละ 4 ของประชากรโลก (WHO, 2017) และทำนายว่า ในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด นั่นหมายถึงว่าโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกเป็นเท่าตัวและเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นอย่างต่อเนื่องก่อให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้น จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2551-2552 พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ทุก 100 คน จะมีภาวะซึมเศร้า

ประมาณ 3 คน (ร้อยละ 2.8) โดยผู้หญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 3.5 และ 2.2 ตามลำดับ) และมีความชุกสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4.2 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 4.8 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 7 และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด ร้อยละ 8.7 (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

จากการสำรวจความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประชาชนกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ในจังหวัดมหาสารคามปี พ.ศ. 2558-2560 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.46 เป็นร้อยละ 2.69 และร้อยละ 2.70 ตามลำดับ และยังพบว่า อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยค่อนข้างต่ำ คือ ร้อยละ 44.14 ร้อยละ 48.5 และร้อยละ 25.2 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างน้อยร้อยละ 55 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2560) อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม พบประชาชนเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 3.2, 3.8 และ 4.3 ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุ พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7.8, 8.6 และ 9.12 ตามลำดับ และมีประชาชนเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตต่อเนื่องทุกปี คิดเป็นร้อยละ 13.4, 2.5 และ 5.9 ตามลำดับ (คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอกุดรัง, 2560) โดยเฉพาะตำบลห้วยเตย พบภาวะซึมเศร้าในประชาชนกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 8.79, 9.41 และ 10.18 และผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.88, 13.65 และ 14.20 ตามลำดับ (Hosxp PCU, 2560) นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้สูงอายุในพื้นที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจากภาวะซึมเศร้าในปี 2558 จำนวน 1 ราย คิดเป็น 19.23 ต่อแสนประชากร ซึ่ง ถือว่าเป็นอัตราที่สูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม , 2558)

โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากปัจจัยหลายด้านทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรม ปัจจัยด้านสุขภาพ ร่วมกับความเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยทั้งด้านทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเจ็บป่วยและเกิดปัญหาในทุกๆด้าน เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ง่ายกว่าวัยอื่น ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของความเจ็บป่วยทางกายมากกว่าผู้มีอายุน้อย (Hegeman & Gillay, 2012) และเป็นปัจจัยสำคัญที่คอยฉุดสุขภาพของผู้สูงอายุให้แย่ลง อีกทั้งภาวะซึมเศร้ายังมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อการฟื้นตัวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยอีกด้วย (นันทา ขวัญดี, อรพรรณ โตสิงห์, สุพร ดนัยดุษฎีกุล และก้องเขต เหรียญสุวรรณ, 2554) ผลกระทบที่ผู้สูงอายุได้รับจากภาวะซึมเศร้านั้นมีความสำคัญไม่น้อยกว่าโรคทางกายที่สำคัญอื่น ๆ โดยจะส่งผลต่อร่างกายและจิตใจทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ทำให้การปฏิบัติภารกิจหรือกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุบกพร่องจากเดิมหรืออาจทำงานไม่ได้เลย ความสามารถในการตัดสินใจลดลง สูญเสียความทรงจำและความภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะซึมเศร้าทำให้ความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตลดลง รู้สึกตนเอง

ไร้คุณค่า หรือมองตนเองในแง่ลบ ซึ่งก่อให้เกิดความเสี่ยงที่ร้ายแรงตามมา คือ การฆ่าตัวตาย (Miller, 1999) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงเมื่อเทียบกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยอื่น (Tam & Chiu, 2011)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จึงมีนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า โดยกำหนดให้ปี 2552-2563 เป็นปีทศวรรษแห่งการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า ซึ่งผลลัพธ์ที่ต้องการคือ เพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพิ่มคุณภาพการดูแลรักษา ลดอัตราป่วยของโรคซึมเศร้า ลดภาระและการสูญเสียจากโรคซึมเศร้า โดยการบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าเข้าไปในระบบสุขภาพในทุกระดับ มีกิจกรรมการดูแลเฝ้าระวัง ตั้งแต่การส่งเสริมป้องกัน ค้นหาผู้ป่วย ประเมินอาการ ดูแลช่วยเหลือบำบัด และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ได้ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและสาธารณสุขจังหวัด โดยส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต ได้แก่ การคัดกรองโรคเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ให้คำปรึกษา และการส่งต่อรักษา ติดตามเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยกลวิธีต่างๆ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และทักษะในการดำเนินชีวิต สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสังคมปัจจุบันได้อย่างเหมาะสม โดยกำหนดตัวชี้วัด ได้แก่ ประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าร้อยละ 65 และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถเข้าถึงบริการอย่างน้อย ร้อยละ 80 ผลการดำเนินการพบว่า ยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย กล่าวคือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าร้อยละ 52.46 และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 67.4 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด จากการศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 10 คน เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า พบว่า เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน จากภาวะทางเศรษฐกิจ ถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านโดยลำพังทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว เหงา ไม่ได้พบแพทย์ต่อเนื่อง เนื่องจากไม่มีใครพาไป อีกทั้งการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมีการถามทุกข์สุขทั่วไปไม่ได้เน้นหรือให้ทำกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการดูแลด้านจิตใจ รวมทั้งขาดความร่วมมือจากครอบครัวในการเฝ้าระวังและให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขในสังคม ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ในทุกมิติ ทั้งการส่งเสริมทางกายให้มีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรง สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพได้ มีความจำ ความคิดอย่างมีเหตุมีผล สามารถในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การส่งเสริมทางจิตใจให้มีจิตใจสดชื่นแจ่มใส รู้จักควบคุมอารมณ์ มีความภาคภูมิใจและพึงพอใจในชีวิตตนเอง รวมทั้งส่งเสริมด้านสังคมและจิตวิญญาณให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม เข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้อื่น โดยยึดหลักปัจจัยที่มีผลต่อความสุขและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี และมีส่วนร่วมใน

กิจกรรมทางสังคม (ชุติไกร ตันติชัยวนิช และคณะ, 2552; สุธรรม นันทมงคลชัย, 2553; นริสา วงศ์พนารักษ์, 2556; Thoits, 2011) การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาวะที่สมบูรณ์ในทุก ๆ มิติ หากผู้สูงอายุมีสุขภาวะทางจิตที่ดีและมีความสุข จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัว และจัดการกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุได้อย่างเหมาะสม ทำให้สามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ (active aging) ไม่เป็นภาระของสังคม (นริสา วงศ์พนารักษ์, 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดความสุขและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีวิธีการหลายรูปแบบ อาทิ การนำแนวคิดหลักธรรมะ 4 ประการของศาสนาพุทธ คือ สุขกาย สุขใจ พลานามัยสมบูรณ์ เพิ่มพูนงานอดิเรก แนวคิดในการสร้างความสุขเชิงจิตวิทยา และแนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมคือ กาย จิต สังคม และปัญญา (สุดารัตน์ นามกระจ่าง, ลักษณี สมรัตน์ และอนัญญา เดชะคำภู, 2560) มาใช้ในการจัดกิจกรรม อาทิ การเต้นรำ การออกกำลังกายด้วยการรำไม้พลอง (ศิวนารถ จารุพันธ์, 2554) การใช้ดนตรี (แพรศิริ อยู่สุข, 2557) การทำกิจกรรมกลุ่มนันทนาการ กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ (ปาริชาติ ค้ำชู, 2551) และการใช้สมาธิ (วีระศักดิ์ พงศ์พิริยะไมตรี, 2553) จะช่วยสร้างเสริมความสุข ลดภาวะเครียด และเพิ่มสมรรถภาพทางกายแก่ผู้สูงอายุได้ และยังสามารถลดภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

นอกจากนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุและคาดว่าสามารถจัดกระทำเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ คือ การสนับสนุนทางสังคม (ณัฐกานต์ สำเนียงเสนาะ, 2556; จิตนภา ฉิมจินดา, 2555; Kondo, et al., 2008) ซึ่งแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมเชื่อว่า การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทั้งด้าน วัตถุ สิ่งของ กำลังใจ จากบุคคลรอบข้าง ครอบครัว หรือกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์ต่อกัน เช่น บุคลากรสาธารณสุข องค์กรต่าง ๆ เป็นต้น จะส่งผลให้บุคคลที่ได้รับการสนับสนุน รู้สึกมีความสำคัญ มีคุณค่า (Thoits, 2011; จุฬาภรณ์ โสตะ, 2554) และยังส่งผลให้บุคคลคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ลดความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า (Langford, Bowsher, Maloney, & Lillis, 1997) มีหลายการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ (เบญญาภา ชูรังสี, 2553) จากการศึกษาของแวน (Wan, 2013) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 161 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเหงาและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้จึงมีการนำแรงสนับสนุนทางสังคมไปใช้ส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยกลุ่มโรคต่าง ๆ ผลการศึกษาพบว่า หลังทดลอง ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีมีสุขภาพจิตดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่งผลให้ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข (พรพิมล เพ็ชรบุรี, 2559; โสภาวรรณ เชื้อดี, ชาตรี ประชาพิพัฒ และ สาโรจน์ เพชรมณี, 2559)

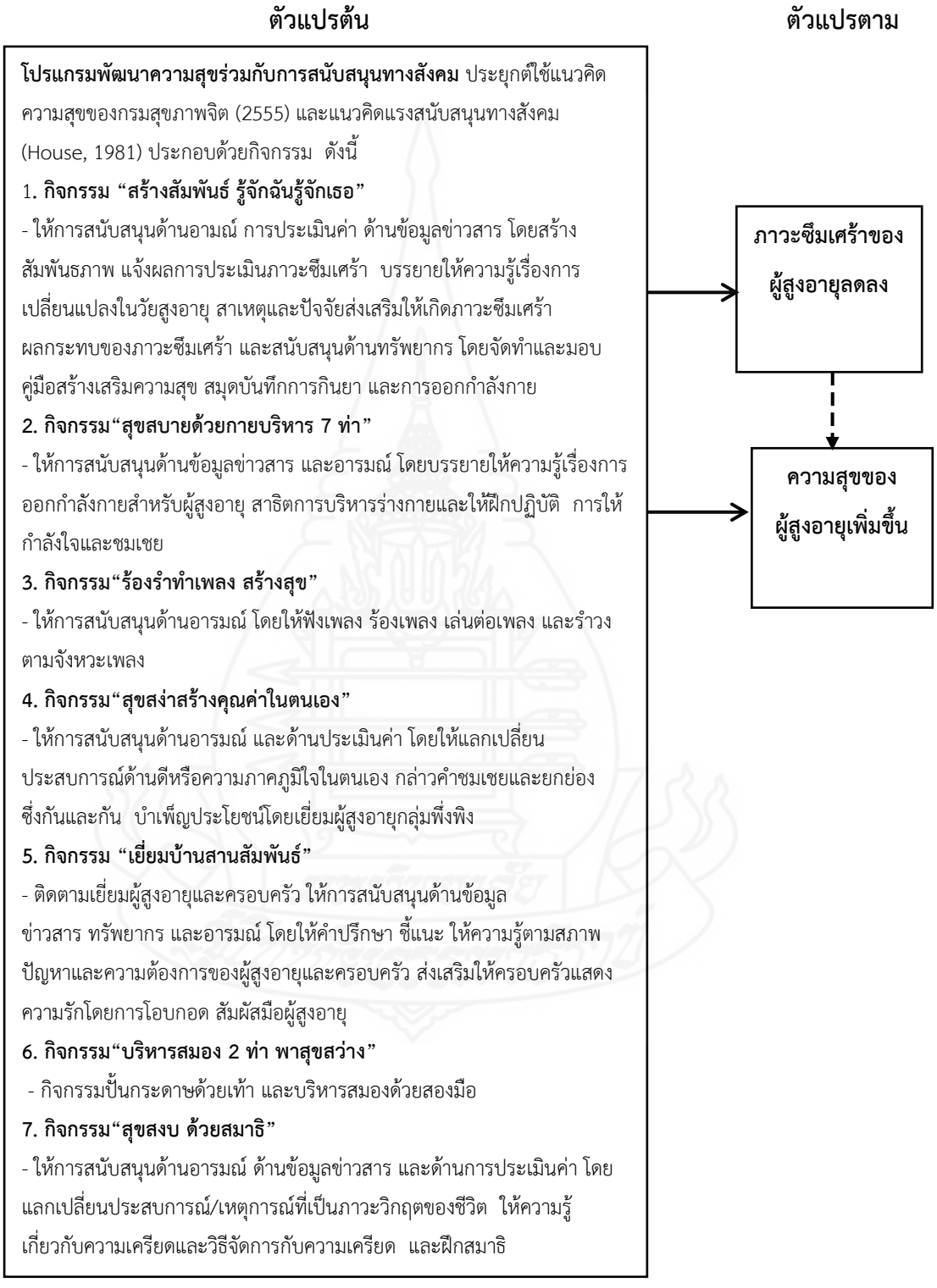
1ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การจัดกิจกรรมในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อนำมาพัฒนาหรือสร้างเสริมความสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จึงควรมุ่งเน้นไปในมิติของการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถมีความสุขในการดำเนินชีวิต ผู้วิจัยเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในชุมชน มีบทบาทหน้าที่ทั้งเป็นผู้นำ ผู้ประสานงาน ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้ความรู้ และผู้ปฏิบัติการพยาบาล ในการส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตแก่ประชากรทุกกลุ่มวัย ได้ให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่นับวันจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี จึงนำแนวคิดการเสริมสร้างความสุขของกรมสุขภาพจิต (2555) ประกอบด้วย สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร มาใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมความสุขให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยคาดหวังว่าโปรแกรมนี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีจิตใจที่แจ่มใส สามารถดูแลตนเองได้ดี ไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม และมีความสุข

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า และความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.2 เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า และความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดนการวิจัย

4. สมมติฐานในการวิจัย

4.1 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

4.2 ความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

5. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีขอบเขต ดังนี้

5.1 ขอบเขตด้านประชากร ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 40 คน อาศัยอยู่ในตำบลห้วยเตย อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ ระหว่าง 60-75 ปี และเป็นกลุ่มติดสังคมที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย คือ มีระดับคะแนนจากการประเมินด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) 13-18 คะแนน ถูกคัดเลือกโดยสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำนวนทั้งสิ้น 40 คน

5.2 ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และความสุข

5.3 ขอบเขตด้านเวลา ระยะเวลาในการทดลองใช้โปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างวันที่ 19 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ถึง วันที่ 2 เดือน เมษายน พ.ศ. 2562 รวม 6 สัปดาห์

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 ความสุข หมายถึง การรับรู้อารมณ์ทางบวกของผู้สูงอายุต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต มีความพึงพอใจในชีวิต และความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต ประเมินจากแบบประเมินความสุขคนไทย ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544)

6.2 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข และแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์กัน ในด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ การให้ความรู้และคำแนะนำ การได้ความรักความใจใส่ ความ

ไว้วางใจ การมีโอกาสเอื้อเฟื้อต่อผู้อื่น ตลอดจนการเห็นคุณค่าจากบุคคลรอบข้าง ทำให้ผู้สูงอายุเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งในสังคม สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม

6.3 โปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ชุดของกิจกรรมที่ทำให้เกิดการกระทำกิจกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความสุขของกรมสุขภาพจิต (2555) เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) ซึ่งเป็นการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความสำคัญ มีคุณค่า มีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และมีความสุข ประกอบด้วยกิจกรรม 1) “สร้างสัมพันธ์รู้จักฉันรู้จักเธอ” โดยการสร้างสัมพันธภาพ ให้การสนับสนุนด้านข่าวสาร และทรัพยากรด้วยการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะซึมเศร้า ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า และแนวทางการดูแลสุขภาพกาย จิตและสังคมของตนเอง และมอบคู่มือสร้างเสริมความสุขสำหรับผู้สูงอายุ 2) “สุขสบายด้วยกายบริหาร 7 ท่า” ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์ โดยการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ สาธิตและสาธิตย้อนกลับเรื่องการบริหารร่างกาย ให้กำลังใจและชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง 3) “ร้องรำทำเพลง สร้างสุข” ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยให้ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นต่อเพลง และรำวงตามจังหวะเพลง 4) “สุขสง่า สร้างคุณค่าในตนเอง” ให้การสนับสนุนด้านการประเมินค่าและด้านอารมณ์ โดยให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านดีหรือความภาคภูมิใจในอดีต หรือเล่าความสุขของตนเองแก่สมาชิกในกลุ่ม กล่าวคำชมเชยและยกย่อง ซึ่งกันและกัน และบำเพ็ญประโยชน์ในสังคม 5) “บริหารสมอง 2 ท่า พาสุขสว่าง” โดยให้ทำกิจกรรมปั้นกระดาษด้วยเท้า สาธิตและสาธิตย้อนกลับการบริหารสมองด้วยสองมือ ด้วยการเคลื่อนไหวมือสลับข้าง กล่าวชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง 6) “สุขสงบ ด้วยสมาธิ” ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและด้านอารมณ์ โดยการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการจัดการกับความเครียด การควบคุมอารมณ์ในทางลบ และการผ่อนคลายความตึงเครียด โดยให้ฝึกสมาธิและกำหนดลมหายใจโดยใช้เพลงดั่งดอกไม้บาน และ 7) “เยี่ยมบ้านสานสัมพันธ์” ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ และข้อมูลข่าวสาร โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษา ชี้แนะ และให้ความรู้ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว รวมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวแสดงความรักกับผู้สูงอายุโดยการกอดและสัมผัสมือ

6.4 ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และกายภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งมีอาการแสดง คือ ความรู้สึกเศร้า หดหู่ ไร้คุณค่า ไม่มีสมาธิ หวาดระแวง เบื่อหน่าย และนอนไม่หลับ ซึ่งวัดได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย อรวรรณ ลี่ทองอินทร์ (2535)

6.5 ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60-75 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในตำบลห้วยเตย อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าลดลงหรือมีสุขภาพจิตปกติ และมีความสุขเพิ่มขึ้น

7.2 สามารถนำโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมความสุขแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้

7.3 เป็นแนวทางในการศึกษา ค้นคว้า และพัฒนาการวิจัยเพื่อค้นหาวิธีการทางพยาบาลในรูปแบบอื่นเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

บทที่ 2
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ตำบลห้วยเตย จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าหนังสือ ตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นสาระสำคัญ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
3. สถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลห้วยเตย จังหวัดมหาสารคาม
4. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาความสุขในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
5. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
    - 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
    - 6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในผู้สูงอายุ
    - 6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้า/ภาวะสุขภาพจิต
    - 6.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมส่งเสริม/พัฒนาความสุขในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ระบุในมาตรา 53 ว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม หรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ ในประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2007) กำหนดความหมายของผู้สูงอายุให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง

โดยสรุป ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย

1.1.1 การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้สูงอายุ (Elderly) หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี 2) คนชรา (Old) หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 75-90 ปี และ 3) คนชรามาก (Very old) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุไทยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

ผู้สูงอายุวัยต้น คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60-69 ปี ช่วยเหลือตนเองได้ดี

ผู้สูงอายุวัยกลาง คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี เริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัว

ผู้สูงอายุวัยปลาย คือ ผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป อวัยวะเสื่อม เจ็บป่วยบ่อย

จะเห็นได้ว่า การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุจะแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยยึดตามการแบ่งช่วงอายุขององค์การอนามัยโลกโดยเลือกกลุ่มผู้สูงอายุ (Elderly) ที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี มาเป็นกลุ่มตัวอย่าง

1.2 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

ความชราไม่ใช่โรคแต่เป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติทั้งทางกายภาพ สรีรวิทยา จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะเสื่อมถอย ดังนี้

1.2.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จะเกิดการเปลี่ยนแปลงกับทุกระบบของร่างกาย ดังต่อไปนี้ (ประนอม โอทกานนท์, 2554; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554; กรมสุขภาพจิต, 2556)

1) ระบบกระดูกโครงร่าง พบว่า ทั้งเพศชายและหญิงมีการสร้างมวลกระดูกลดลง และเกลือแคลเซียมลดลง กระดูกจึงขาดความแข็งแรง รองรับน้ำหนักได้น้อย เปราะบางและแตกหักง่าย และมีการยุบตัวของกระดูกสันหลัง ความยืดหยุ่นของเอ็นและข้อต่อลดน้อยลง ส่งผลให้การเคลื่อนไหวไม่สะดวก ถ้าผู้สูงอายุไม่ขยับหรือไม่เคลื่อนไหวก็จะเกิดภาวะข้อแข็งและข้อติดได้

2) ระบบกล้ามเนื้อ จำนวนกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อลดลง มีผลให้การยืดหดตัวของกล้ามเนื้อเป็นไปได้ช้า ทำให้ปวดเมื่อย ไม่มีกำลัง ไม่มีแรง ทำงานหนักไม่ค่อยไหวเพราะต้องใช้กำลังกล้ามเนื้อมาก นอกจากนี้เกิดอาการท้องผูก และปัสสาวะลำบาก เนื่องจากการหย่อนของกล้ามเนื้อหน้าท้อง

3) ระบบสมองและไขสันหลัง เมื่อเข้าสู่วัยชราขนาดของสมองจะลดลง จำนวนเซลล์สมองและเซลล์ประสาทลดลง ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองน้อยลง นอกจากนี้ปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า ผู้สูงอายุจึงเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย บางรายอาจมีความจำเสื่อม โดยเฉพาะลืมเรื่องราวใหม่ ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวเก่าได้ดี และพบว่าจำนวนเซลล์ที่ควบคุมกล้ามเนื้อของไขสันหลังลดลง ทำให้การทรงตัวไม่ดี และนอนหลับยาก

4) ระบบประสาทและประสาทสัมผัส มีการเสื่อมของเซลล์ขนบริเวณส่วนฐานของโคเคลีย (cochlea) และเซลล์ประสาทบริเวณ spiral ganglia ทำให้การได้ยินลดลง แก้วหูตึงมากขึ้น และยังมีการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเซลล์ประสาทเวสติบูลาร์ (vestibular nerve) ที่ลดลง จึงพบว่าผู้สูงอายุมักมีปัญหาเรื่องการควบคุมการทรงตัว มีอาการมึนงง (dizziness) และอาการบ้านหมุน (vertigo) ได้ง่ายกว่าคนอายุน้อย นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักมีปัญหาสายตายาวหรือสั้น หรือเกิดต้อกระจกมากขึ้น ความไวต่อแสงของจอตาลดลง ทำให้การมองเห็นในความมืดลดลง ส่งผลให้เกิดพลัดตกหกล้มง่ายขึ้น สำหรับระบบการรับรสและการดมกลิ่นจะลดลง จากการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก ต่อมรับรสทำหน้าที่ลดลง โดยทั่วไปการรับรสหวานจะสูญเสียก่อนรสเปรี้ยว รสขมหรือรสเค็ม เป็นผลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่อร่อย เกิดภาวะเบื่ออาหารเพราะรับรสได้ช้าและไม่ได้กลิ่น

5) ระบบผิวหนังและการรับความรู้สึกตามร่างกาย ผิวหนังเปราะบางลง เนื่องจากเซลล์ของผิวหนังลดลง และอัตราการสร้างใหม่มาทดแทนลดลงถึงร้อย 50 (Touhy & Jett, 2010) ทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี ผิวหนังเหี่ยว มีรอยย่น และการหายของแผลช้าลง ไขมันใต้ผิวหนังจะลดลง ทำให้ร่างกายทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง ต่อมเหงื่อเสียหน้าที่ไม่สามารถขับเหงื่อได้จึงเกิดอาการลมแดดได้ง่ายในเวลาที่อากาศร้อนจัด เซลล์สร้างสีและเมลานินลดลง ทำให้ผมและขนทั่วไปสีจางลง กลายเป็นสีขาวหรือสีเทาและจำนวนลดลง นอกจากนี้การรับความรู้สึกต่ออุณหภูมิและความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง ผู้สูงอายุจะมีอาการชาบริเวณส่วนปลาย โดยเฉพาะปลายมือปลายเท้าเมื่อถูกของมีคมบาด หรือมีบาดแผลจึงไม่ค่อยรู้สึก

6) ระบบหายใจ ผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลังจะทำให้ทรวงอกสั้นลง กล้ามเนื้อกระบังลมจะอ่อนแรง การหายใจเข้าออกลดลง ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ทำให้ปริมาตรอากาศคงค้างในปอด (Residual volume) เพิ่มขึ้น ส่งผลให้จำนวนอากาศที่มากที่สุดที่คนสามารถหายใจออกได้ (Vital capacity) ลดลง ทำให้เกิดความไม่สมดุลของการระบายอากาศ (Ventilation) และการกำซาบเลือด (Perfusion) ปัญหาที่พบเสมอ คือ อาการหายใจลำบาก ผู้สูงอายุจะเหนื่อยง่ายขึ้น และความทนลดลงระหว่างออกกำลังกาย รวมทั้งติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่ายขึ้น

7) ระบบไหลเวียนโลหิต หัวใจมีการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่บีบออกมาแต่ละครั้งลดลง กล่าวคือ กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลง ขาดความยืดหยุ่น ลิ้นหัวใจหนา และการทำงานของระบบไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ จึงมักพบว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาเรื่องการเต้นของหัวใจ และพบว่ามีแคลเซียมมาจับผนังหลอดเลือดทำให้ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง และมีหลอดเลือดดำโป่งพอง ภาวะความดันโลหิตตัวบนสูง (systolic blood pressure) ซึ่งเป็นผลจากการที่ผนังหลอดเลือดแดง (aorta) แข็งตัว

8) ระบบสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะ หลังจากหมดประจำเดือน อวัยวะเพศหญิงภายนอกจะฝ่อ ช่องคลอดแคบ สั้น และความยืดหยุ่นลดลง ต่อมเมือกหลั่งน้ำเมือกลดลง ปีกมดลูกจะเหี่ยวเล็กลง และรังไข่ฝ่อไป ส่งผลให้มีภาวะกระดูกพรุน กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะไม่แข็งแรง ทำให้กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ขณะที่เพศชายพบต่อมลูกหมากโต ทำให้ปัสสาวะลำบาก มีการฝ่อเหี่ยวของลูกอัณฑะและท่อในการสร้างน้ำอสุจิ ฮอร์โมนเพศชายน้อยลง จึงพบปัญหาการเสื่อมสมรรถนะทางเพศ ซึ่งทั้งสองสาเหตุนี้ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้

9) ระบบทางเดินอาหาร ผู้สูงอายุจะเกิดอาการกลืนลำบากหรือสำลักได้บ่อย เนื่องจากกล้ามเนื้อเรียบของหลอดอาหารเสื่อม ฟันกร่อน เยื่อบุผิวในช่องปากบาง กระเพาะอาหารบางลง อาจพบปัญหาเรื่องท้องผูกหรือปัญหาการกลั้นอุจจาระไม่ได้เพิ่มสูงขึ้น การดูดซึมสารอาหารบางชนิดลดลง เช่น ธาตุเหล็ก โฟเลต และวิตามินบี 13 ส่งผลให้เกิดโรคโลหิตจางได้

10) ระบบต่อมไร้ท่อ การทำงานของต่อมใต้สมองในผู้สูงอายุจะลดลง ส่งผลการให้ผลิตไทรอยด์ฮอร์โมนลดลง ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และการหลั่งอินซูลินของตับอ่อนลดลง ส่งผลให้ความทนต่อน้ำตาลกลูโคสลดลง ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง จึงอาจทำให้เป็นเบาหวานเมื่ออายุมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน aldosterone หรือ epinephrine ส่งผลให้เกิดความเครียด หงุดหงิด โกรธง่าย ตกใจง่ายหรือซึมเศร้าได้

จากการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ของร่างกายในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีปัญหาการเจ็บป่วยมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ณัฐฐิตา เพชรประไพ (2558) ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ปวดข้อและปวดหลัง ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบ คือ ด้านการมองเห็น การกลั้นปัสสาวะ และการหกล้ม และการศึกษาของ เฟยหลี่, วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ (2555) พบว่า ปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือ การมองเห็น การนอนหลับ การสูญเสียความทรงจำ การได้ยิน และอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555 ที่พบว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ คือ ปัญหาด้านการมองเห็น การได้ยิน ปัญหารองลงมา คือ การพลัดตกหกล้ม และการควบคุมการขับถ่าย (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2556)

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ การเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจของผู้สูงอายุเป็นผลที่เกิดมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสังคม การมองรูปลักษณ์ของตนเอง และมโนทัศน์ต่อตนเองเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งมีการอธิบายลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ ของผู้สูงอายุไว้ ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ในผู้สูงอายุ มักเกิดจากการเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกายและสังคม ทำให้จิตใจผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปด้วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความท้อแท้ ใจน้อย หงุดหงิด โกรธง่าย เหงา สาเหตุมาจากภาวะพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น สูญเสียคู่สมรส บุตรแต่งงานแยกครอบครัว หรือต้องไปทำงานต่างจังหวัด ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว้าเหว่ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ไม่รู้จะพึ่งใคร ทำให้เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้า อีกทั้งการสูญเสียทางด้านสังคม เช่น สูญเสียบทบาทหน้าที่ การเกษียณจากการทำงาน ทั้ง ๆ ที่ผู้สูงอายุบางคนยังมีร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงพอทำงานได้ ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียรายได้ เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ถูกทอดทิ้ง โดยรู้สึกว่าสังคมไม่ให้ความสำคัญกับตนเองเหมือนที่เคยเป็นมาก่อน ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนจิตใจเพียงเล็กน้อยก็ทำให้ผู้สูงอายุเสียใจและหงุดหงิดง่าย นอกจากนี้บางรายที่มีความเจ็บป่วยก็จะยิ่งส่งผลต่อจิตใจ เกิดความวิตกกังวล ขาดความมั่นใจและความปลอดภัย ดังนั้นผู้สูงอายุมักชดเชยด้วย การย้ำคิดย้ำทำ การบ่น อารมณ์ไม่คงที่ โกรธง่าย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมและประสบการณ์ที่ผ่านมา (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548 อ้างถึงใน สกุณา บุญนรากร, 2552)

2) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญา ในลักษณะที่เกิดการสั่งสมความรอบรู้ ความชำนาญ ความคิดที่ได้จากประสบการณ์ตรง ความสามารถเชิงภาษาและวัฒนธรรม ดังนั้นผู้สูงอายุที่ผ่านปัญหาและอุปสรรคมามาก ย่อมมีประสบการณ์ สุขุมเยือกเย็น มีความคิดในเชิงเหตุและผล ที่สามารถนำมาเป็นบทเรียนให้คำปรึกษาแนะนำแก่ลูกหลานได้เป็นอย่างดี การถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ในอดีตของผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งที่มีค่าแก่คนรุ่นหลัง ส่วนผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมทางสติปัญญา จะพบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอารมณ์เหงาว้าเหว่ เศร้าโศก โดดเดี่ยว และขาดการกระตุ้น (สกุณา บุญนรากร, 2552)

1.2.3 การเปลี่ยนแปลงด้านครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านครอบครัวและสังคมหลายด้าน ซึ่งส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึกและจิตใจ ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2556; อรวรรณ แผนคง, 2552)

1) การเปลี่ยนแปลงของครอบครัว ปัจจุบันสังคมไทยมีการดำรงชีวิตแบบครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น เมื่อลูกโตขึ้นก็จะแต่งงานแยกครอบครัวออกไป หรือในชนบทลูกหลานก็จะออกไปประกอบอาชีพต่างถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพัง ถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุต้องลดบทบาทจากหัวหน้าครอบครัวเป็นสมาชิกในครอบครัวของลูกหลาน การแยกครอบครัวและอยู่ห่างไกลกันอาจส่งผลให้ขาดความสนใจ เอาใจใส่ เกื้อกูลหรือขาดการแสดงความเคารพนับถือต่อผู้สูงอายุ นอกจากนี้การเสียชีวิตของคู่สมรส/การตายจากไปของเพื่อนวัยเดียวกัน จะทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบกับความเหงาที่ค่อนข้างรุนแรง ทำให้เกิดความรู้สึกหดหู่ เศร้าหมอง ผู้สูงอายุเพศหญิงที่คู่สมรสเสียชีวิตอาจจะขาดรายได้ หรือผู้สูงอายุชายจะรู้สึกขาดคนปรนนิบัติ และขาดการตอบสนองทางเพศ ดังนั้นผู้สูงอายุ

จึงต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น หากไม่สามารถพึ่งตนเองได้ และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นอาจส่งผลให้เกิดความกดดันทางด้านจิตใจ เกิดความรู้สึกเหงา เดียวดาย ว้าเหว่ และไม่มีศักดิ์ศรี

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ การเกษียณอายุหรือการออกจากงาน เพราะเป็นการแสดงถึงศักยภาพของตนเอง และความมั่นคง พึ่งพาตนเองได้ หากมีการเตรียมตัวเตรียมใจเพื่อรอรับการเกษียณจะมีผลทางด้านจิตสังคมต่อผู้สูงอายุไม่มากนัก แต่หากเกิดขึ้นแบบทันทีทันใดหรือบุคคลนั้นยังยึดติดกับงาน จะทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ทัน อาจเกิดความเครียด ไม่มีความสุข และเกิดความรู้สึกสูญเสีย ได้แก่ สูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อตนเอง (poor self-image) สูญเสียรายได้หรือรายได้ลดลง อาจทำส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ การเงิน ในการดำรงชีพ การสูญเสียการปฏิสัมพันธ์หรือสมาคมกับเพื่อนฝูง หลังจากปลดเกษียณ รวมทั้งปัญหาทางด้านร่างการและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุสมาคมกับเพื่อนฝูงลดลง อีกทั้งแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ อาจทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัดใจ และเกิดความเครียดได้ สำหรับการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม การที่สังคมรับเอาวัฒนธรรมทางตะวันตกมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุที่ยึดมั่นกับขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมดั้งเดิม เกิดการต่อต้าน ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยมากขึ้น ผู้สูงอายุกลายเป็นคนล้าสมัย จู้จี้ขี้บ่น น้อยใจง่าย ทำให้ลูกหลานไม่อยากเลี้ยงดู กลายเป็นส่วนเกินของครอบครัว ผู้สูงอายุจึงแยกตัวเองและเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีความสุข (สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์, 2553)

สรุป การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม ส่งผลต่อการเกิดโรคทางกายต่าง ๆ ได้ง่ายและรุนแรงกว่ากลุ่มอายุอื่น โดยเฉพาะปัญหาด้านจิตใจที่มีความรุนแรงไม่น้อยกว่าการเจ็บป่วยทางกาย โดยพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรก คือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศ จากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2554) ด้วยแบบคัดกรองความสุข พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุต่ำกว่าคนทั่วไป โดยเฉพาะปัญหาโรคซึมเศร้าที่มีแนวโน้มและความชุกที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ และเป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายที่เป็นความสูญเสียที่รุนแรงที่สุด

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ณหทัย วงศ์ปะการันย์ และคณะ (2013) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกิริยาตอบสนองของผู้สูงอายุ ต่อเหตุการณ์หรือภาวะแวดล้อมที่แสดงออกมาในรูปแบบของความเบี่ยงเบนทางด้านจิตใจและอารมณ์ ความเบี่ยงเบนด้านความคิดและการรับรู้ รวมทั้งความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งเป็นภาวะอารมณ์และความรู้สึกในแง่ลบ เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2012) ให้ความหมายว่า เป็นกลุ่มของอาการแสดงของการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจที่มีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ ซึมเศร้า สิ้นหวัง หมดความสนใจต่อสิ่งรอบตัว รู้สึกผิดหวังหรือรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ โดยอาการเหล่านี้เป็นต่อเนื่องกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์

วิไลวรรณ ทองเจริญ (2554) ได้สรุปว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจ ทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมอง หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัว ท้อแท้ รู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้คุณค่า และเป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมากจะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตาย หรือฆ่าตัวตาย

จะเห็นได้ว่า ความหมายของภาวะซึมเศร้าเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ในการศึกษาครั้งนี้ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และกายภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งมีอาการแสดง คือ ความรู้สึกเศร้า ไร้คุณค่า โดดเดี่ยว อ้างว้าง มีความคิดในทางลบต่อตนเอง หมดความสนใจต่อสิ่งรอบตัว ไม่มีสมาธิ เบื่อหน่าย วิตกกังวล และนอนไม่หลับ

2.1.1 กลไกลการเกิดภาวะซึมเศร้า

ทฤษฎีทางชีวะเคมี (Biological Theories of Depression) ได้อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าว่า เกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทกลุ่ม biogenic amines ได้แก่ serotonin และสารสื่อประสาทกลุ่ม catecholamines คือ dopamine และ norepinephrine ซึ่งเป็นตัวหลักที่มีความสำคัญในการรับส่งกระแสประสาทในระบบลิมบิคของสมองส่วนใน ที่เป็นสมองส่วนควบคุมเกี่ยวกับการทำงานของอารมณ์ ความรู้สึก และประสาทสัมผัส โดยมีกระบวนการที่เกิดขึ้นคือ เมื่อร่างกายได้รับสิ่งเร้ามากระตุ้นทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 ผ่านทางระบบประสาทส่วนปลายแล้วส่งต่อผ่านไขสันหลังเข้าสู่สมอง เกิดการแปลความหมายต่อสิ่งเร้าตามการรับรู้และประสบการณ์เดิมของบุคคล ซึ่งกระบวนการแปลความหมายจะเกิดจากการทำงานของสมองส่วนที่แสดงอารมณ์ ความต้องการ และสมองส่วนที่ทำหน้าที่ในการคิดวิเคราะห์ ผ่านการเชื่อมต่อด้วยสารสื่อประสาทที่ควบคุม

อารมณ์และความรู้สึก เมื่อสารสื่อประสาทกลุ่มดังกล่าวในสมองมีปริมาณลดลง เนื่องจากความผิดปกติของกระบวนการดูดกลับ (reuptake process) สารเข้าสู่เซลล์ประสาทส่งต่อ (pre-synaptic neuron) มากเกินไป ส่งผลให้ขาดสารสื่อประสาทบริเวณที่มีการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท การรับส่งกระแสประสาทที่เกี่ยวพันธ์กับอารมณ์ ความรู้สึก และประสาทสัมผัสจึงผิดปกติไป (Jylha, Melatin, & Isomersa, 2009; McNeal & Cimboloc, 1986) ไม่สามารถรับส่งกระแสประสาทส่วนนี้ได้เป็นปกติ ทำให้บุคคลมีอารมณ์ในทางลบได้ง่าย กล่าวคือ จะรู้สึกเศร้า หดหู่ ท้อแท้ หงอยเหงา เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข หมดอาลัยตายอยากกับชีวิต นอนไม่หลับ หรือสะดุ้งตื่นแล้วหลับต่อไม่ได้ ฝันร้าย ซึ่งสิ่งเหล่านี้เมื่อคงระยะเวลาของอาการอยู่นานติดต่อกันจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด (Rao, 2006; Zhang, 2009)

2.2 สาเหตุและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2.2.1 ปัจจัยด้านสุขภาพ

1) การเจ็บป่วยทางกาย ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือมีภาวะทุพพลภาพจะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งโรคทางกายที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคข้ออักเสบ กระดูกสะโพกหัก โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคพาร์กินสัน เป็นต้น การมีโรคร่วมทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุแตกต่างจากวัยอื่น (Ell, 2009) จากการ ศึกษาของสายพิณ ยอดกุล และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร (2555) พบว่า การมีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นการเจ็บป่วยทางกายที่มีโรคร่วมหลาย ๆ โรคมีความสัมพันธ์ทางจิตใจกับผู้ป่วยสูงอายุทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล รู้สึกสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน รู้สึกตนเองไร้ค่าต้องเข้ารับการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เป็นภาระแก่ครอบครัวและผู้ดูแล จนทำให้มีความรู้สึกหมดหวังเกิดภาวะซึมเศร้าได้

2) การรับความรู้สึกและการทำหน้าที่บกพร่องของอวัยวะต่าง ๆ ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติรุนแรงของการมองเห็น การได้ยิน และการทำหน้าที่อื่น ๆ ของร่างกายมีผลทำให้เกิดการแยกตัวจากสังคมจนเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่า ภาวะทุพพลภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเนื่องจากไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่สนใจและสนุกสนานเพลิดเพลินได้ตามปกติ (Miller, 1999)

2.2.2 ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

1) การเกษียณอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีบทบาทหน้าที่ลดลงในสังคม หรือการมีกิจกรรมและการติดต่อกับบุคคลต่าง ๆ น้อยลง หากผู้สูงอายุไม่สร้างเครือข่ายทางสังคมขึ้นใหม่ เช่น การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือเข้าร่วมเป็นสมาชิกในกิจกรรมอื่น ๆ จะทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กับตนเองจนเกิดความว้าเหว่และภาวะซึมเศร้าในที่สุด (ทัศนา ชูวรรนปกรณ์, 2555)

2) ประสบกับเหตุการณ์ที่รุนแรงของชีวิต เช่น การแยกจากกันและเสียชีวิตของคู่ชีวิตหรือบุตร การเจ็บป่วยรุนแรงของบุคคลใกล้ชิด สูญเสียเงินหรือสิ่งของหรือต้องแยกจากสิ่งที่คุ้นเคยมานาน สอดคล้องกับรายงานการวิจัยอย่างเป็นระบบใน 56 งานวิจัย พบว่า การสูญเสียมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยพบว่า การสูญเสียบุคคลที่รักเป็น 1 ในทั้งหมด 5 ปัจจัยหลักที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ และผู้สูงอายุที่เป็นหม้ายหรือหย่าร้างจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ 16 เท่าของผู้สูงอายุที่มีสถานะคู่ (Alexopoulos, 2009)

3) การขาดการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวข้องกับความรักใคร่ผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และความรู้สึกเป็นบุคคลมีคุณค่า หากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม หรือจากเครือข่ายสังคมอย่างเพียงพอ จะทำให้เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจ สามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาของสายพิณ ยอดกุล และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร (2555) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การมีสัมพันธภาพกับครอบครัวที่ดีเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4) สุรา เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุดื่มกันมาก ภาวะติดสุราพบได้เป็น 1.6 เท่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้า และเป็นปัจจัยกระตุ้นอย่างหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 18.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพยากุล (2554) พบว่า การดื่มสุราเป็นประจำเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5) ยา เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จากรายงานการวิจัยอย่างมีระบบ (Systematic review) ใน 62 งานวิจัย พบว่า ยาหลายชนิดมีผลข้างเคียงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่ได้รับยาเหล่านี้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าวัยอื่น ๆ โดยเฉพาะเคยมีภาวะซึมเศร้าหรือมีประวัติซึมเศร้าในครอบครัว ยาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง เช่น Reserpine, Methyldopa, Propranolol, Hydrazine, Guanethidine ยารักษาโรคหัวใจ เช่น Digitalis, Lidocaine ยาระงับปวดชนิดเสพติด เช่น Narcotic, Morphine ยาต้านจุลชีพ เช่น Sulfonamides, Isoniazid ยากดระบบประสาทส่วนกลาง ยาคลายความวิตกกังวล และยารักษาอาการทางจิต เช่น Haloperidol, Benzodiazepines (Wiese, 2011)

2.2.3 ปัจจัยส่วนบุคคล

1) เพศ พบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่า และมีอัตราความรุนแรงของการสูญเสียภาวะบกพร่องทางสุขภาพเนื่องจากภาวะซึมเศร้า เป็นอันดับที่ 1 ในเพศหญิง และอันดับ 2 ในเพศชาย (Dendukuri & Cole, 2009) จากการศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2555) พบว่า เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

จากบทบาทหน้าที่ของผู้หญิงที่ถูกกดดันภายใต้การแสดงบทบาททางสังคม ความรับผิดชอบต่อครอบครัว และผู้หญิงต้องอยู่ในบ้านทำให้ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่า และจากการศึกษาของอาคม บุญเลิศ (2559) พบว่า เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย

2) ประวัติโรคซึมเศร้า ร้อยละ 67 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า เคยมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้ามาก่อน (Musetti, 1989)

3) พันธุกรรม ในครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคซึมเศร้า คนอื่น ๆ ในครอบครัวจะมีโอกาสมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนทั่วไป 2.8 เท่า โดยสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม ประมาณร้อยละ 31-42 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553)

4) รายได้ ผู้ที่มีรายได้ต่ำ ยากจน ไม่เพียงพอกับความต้องการจะมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้สูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอาคม บุญเลิศ (2559) พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ (2554) พบว่า ผู้สูงอายุโดยทางกายภาพมักมีข้อจำกัดในการประกอบอาชีพ หากต้องมาประสบกับปัญหาเศรษฐกิจทำให้รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตได้

5) สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่สำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การได้รับความเกื้อหนุนจากคู่สมรส การช่วยเหลือให้กำลังใจปลอบใจ ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีที่พึ่ง มีที่ปรึกษา เกิดความรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ คู่สมรสจึงเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดมากที่สุดและเป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ ช่วยส่งเสริมการปรับตัวที่ดีด้านจิตใจ การขาดคู่สมรสจะทำให้ผู้สูงอายุขาดคนคอยให้ความช่วยเหลือ อ้างว้างโดดเดี่ยว ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์ และคณะ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ และคณะ (2554) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานะหย่าหรือแยกกันอยู่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้มากถึงประมาณ 14 เท่าของผู้สูงอายุที่มีสถานะคู่

6) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยที่สำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความซึมเศร้า คือ ถ้าผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับสูงก็จะมีความซึมเศร้าระดับต่ำ และถ้าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับต่ำก็จะมีความซึมเศร้าในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุษราคัม จิตอารีย์ (2555) พบว่า ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องพึ่งพาบุคคลอื่นน้อยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของพัชราภัณฑ์ ไชยสังข์ และคณะ (2556) ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเมือง พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ($r = 0.306$)

7) ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีภาวะซึมเศร้าบ่อยกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยผู้สูงอายุ มีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านสุขภาพ เช่น การเจ็บป่วยทางกาย เป็นต้น ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การเกษียณอายุ การขาดการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ รายได้ สถานภาพสมรส ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับการศึกษา ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากน้อยแตกต่างกันในแต่ละคน

2.3 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น ด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม ดังนี้ (Cahoon, 2012; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

2.3.1 อาการและอาการแสดงด้านร่างกาย ได้แก่

1) การเจ็บป่วยที่ไม่มีโรคชัดเจน เช่น ไม่สุขสบาย หายใจลำบาก ใจสั่น การมีปัญหาของระบบทางเดินอาหาร เช่น กลืนลำบาก แน่นท้อง ท้องผูก ปวดท้อง เบื่ออาหาร รับประทานได้น้อย อิ่มเร็ว น้ำหนักตัวลดลง หรือรับประทานมาก น้ำหนักตัวเพิ่มมาก

2) การนอนหลับผิดปกติ เช่น นอนมากเกินไป นอนหลับยากโดยเฉพาะในช่วงที่เริ่มนอน ตื่นกลางดึก หรือตื่นนอนเช้ามากประมาณ 2 ชั่วโมง หรือมากกว่าจากเวลาตื่นนอนปกติ

3) ด้านพฤติกรรมและการแสดงออก เช่น เคลื่อนไหวผิดปกติ กระวนกระวาย นั่งนิ่งไม่ได้ กระทำกิจกรรมซ้ำ ๆ เช่น เข้าห้องน้ำ ล้างมือ หรือมีลักษณะเชื่องช้า พูดโต้ตอบช้า อ่อนเพลียมาก ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม

2.3.2 อาการและอาการแสดงด้านจิตสังคม ได้แก่

1) ด้านอารมณ์ ได้แก่ เศร้า ร้องไห้โดยไม่มีสิ่งกระตุ้น ขาดความสนใจ ไม่ทำกิจกรรมในสิ่งที่เคยชอบ ไม่รู้สึกสนุกสนาน แยกตัวจากครอบครัว

2) สมาธิและความตั้งใจสั้น ไม่กล้าตัดสินใจ ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง หลงผิด มองอนาคตในแง่ร้าย มีความกลัวและความวิตกกังวลมากเกินไป มีความคิดทำร้ายตนเองหรือมีความพยายามจะฆ่าตัวตาย

2.3.3 การแบ่งระดับภาวะซึมเศร้า

สมาคมจิตแพทย์อเมริกา (American Psychiatric Association, 2000 อ้างถึงใน ปุณยภพ สิทธิพรอนันต์, 2550) ได้แบ่งความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1) ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส มีอารมณ์เศร้า เหงาหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้เป็นบางครั้ง บางครั้งก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจกับรูปลักษณ์ของ

ตัวเอง ความตั้งใจในการทำงานต่าง ๆ เริ่มลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น นอนหลับยากกว่าปกติ เป็นต้น

2) ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระยะนี้จะรุนแรงขึ้น จนมีผลกระทบกระเทือนต่อชีวิตครอบครัวและหน้าที่การงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้แต่ก็ไม่ปกตินัก พฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ (1) อารมณ์ไม่สดชื่น เศร้า หม่นหมอง ไม่มีความสุขในการทำงาน มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ประสิทธิภาพ ร้องไห้ง่าย คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี จนไม่เหลือความภูมิใจในตนเอง (2) กระบวนการทางความคิดและสมาธิลดลง ตัดสินใจไม่ได้ คิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีความสุข ไม่มีความหมาย จนทำให้นอนไม่หลับ (3) ประสาทสัมผัสทางกายผิดปกติมีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร แต่บางรายจะรับประทานอาหารมากขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น ไม่สนใจตนเอง (4) การเคลื่อนไหว ท่าทาง และคำพูดผิดปกติ (5) การเข้าสังคมบกพร่อง ในระยะแรกจะเข้าสังคมอย่างเสียไม่ได้ มักจะคิดไปเองว่าตนเองไม่มีคุณค่าเพียงพอ ไม่หลงเหลือความภาคภูมิใจในตนเอง จากนั้นผู้ป่วยจะเลิกสนใจตนเอง ไม่ต้องการคบเพื่อน และละทิ้งสังคมในที่สุด

3) ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (severe depression) เป็นภาวะที่บุคคลมีความเศร้าตลอดเวลาและเป็นอยู่นาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด เช่น รู้สึกไม่มีความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัว

2.4 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังต่อไปนี้

2.4.1 ผลกระทบทางตรง ได้แก่ ความสามารถในการตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ ลดลง ทำให้ไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุราทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความทรงจำ มีอาการหลงลืม นอกจากนี้ผลจากการที่สารเคมีในร่างกายและสภาพจิตใจที่เปลี่ยนไปในระยะที่เกิดภาวะซึมเศร้า จะมีผลโดยตรงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง ทำให้เจ็บป่วยง่ายกว่าปกติ มีการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบต่อการฟื้นตัวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย (นันทา ขวัญดี, อรพรรณ โตสิงห์, สุพร ดนัยดุษฎีกุล และก้องเขต เหรียญสุวรรณ, 2554)

2.4.2 ผลกระทบทางอ้อม ได้แก่ การขาดสารอาหารจากการที่ไม่อยากรับประทานอาหาร ความเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นหรือหายช้า เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะขาดความสนใจในการดูแลตนเองด้านสุขภาพและปฏิเสธการรักษา มีความตื่นตัวลดลง ทำให้สนใจตนเองและผู้อื่นลดลง และนอนไม่หลับ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีชั่วโมงการนอนหลับจนถึงเช้าน้อยกว่าผู้สูงอายุปกติ ซึ่งภาวะการนอนที่ถูกรบกวนก็จะส่งผลให้มีภาวะจิตประสาทที่แย่ลง (Naismith, 2011) นอกจากนี้

ผู้ ที่มีภาวะซึมเศร้าจะเกิดการแยกตัวออกจากสังคม มองสิ่งต่างๆด้านลบ ต่อต้านสังคม เป็นผลให้ไม่ยอมรับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ทำให้สูญเสียการสนับสนุนจากสังคม และยังทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ยิ่งทำให้เพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากขึ้น อาจนำไปสู่เกิดการฆ่าตัวตาย พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงเมื่อเทียบกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยอื่น (Tam & Chiu, 2011)

สรุป ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าจะเกิดผลกระทบได้ทางตรงและทางอ้อม โดยผลกระทบทางตรง จะทำให้ความสามารถในการตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ ลดลง ทำให้ไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนผลกระทบทางอ้อมจะทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และการทำกิจวัตรประจำวันลดลง และการทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ส่งผลทำให้รู้สึกไม่มีความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลานำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

2.5 การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การประเมินภาวะซึมเศร้ามีหลายรูปแบบ ดังนี้ (กฤติกา บุญรัตนประภา และรสรินทร์ บัวทอง, 2550, น. 26)

2.5.1 การประเมินด้วยตนเอง (Self-rating Scale) ได้แก่ แบบทดสอบ SCQ (Symptom Distress Checklist-90) และแบบสำรวจภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก CDI (Children's Depression Inventory) แบบทดสอบภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น RADS (Renolds Adolescent Depression Scale) เป็นต้น

2.5.2 การวัดพฤติกรรมแบบปรนัย (Objective Behavioral Measures) เป็นการวัดพฤติกรรมภายนอก โดยสังเกตพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ความถี่ของการเกิดพฤติกรรมนั้น ๆ แล้วบันทึกไว้ เช่น การพูด การยิ้ม กิจกรรมที่เคลื่อนไหว เป็นต้น

2.5.3 การประเมินโดยผู้รักษา (Physicianrated Scale) ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยแยกตาม DSM-IV (Diagnotic and Statistical Manual of Mental Disorders) การใช้เครื่องมือทดสอบทางจิตวิทยา (Psychological Treats) โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีผู้ศึกษาและพัฒนาเครื่องมือไว้หลายรูปแบบ เครื่องมือที่ได้รับความนิยม และสามารถนำไปใช้ในทางคลินิก ได้แก่

1) Geriatric Depression Scale (GDS) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย อารมณ์ (Emotion) ความคาดหวังด้านลบ (Negative will) การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย (Psychomotor) การรู้คิด (Cognition) และการแยกตัว (Isolation) ข้อดีของแบบวัด คือ สะดวกต่อการนำไปใช้และเข้าใจง่าย ข้อจำกัด คือ ไม่สามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการคิดรู้อ่านหนังสือไม่ออก ขาดทักษะการเขียน หรือบกพร่องด้านสติปัญญาหรือการรับรู้ หรือไม่สามารถนำ

ไปใช้ในการประเมินอาการที่เกิดขึ้นทั่วไป เช่น ความผิดปกติด้านการนอนหลับ ความอยากอาหาร และไม่สามารถใช้แยกอาการซึมเศร้าที่เกิดเฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุได้ (Onega & Abraham, 1998 อ้างถึงใน ธรรมรุจา อุดม, 2547)

2) Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) เป็นแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยใช้ต้นแบบจาก Geriatric Depression Scale (GDS) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) แปลเป็นภาษาไทยโดย อรวรรณ ลี่ทองอินทร์ ลักษณะของแบบวัดความเศร้านี้เป็นการประเมินความรู้สึกของตัวเองในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยตอบข้อความว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ใน 30 หัวข้อคำถาม ลักษณะคำถามจะเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ค่าคะแนนรวมของ TGDS อยู่ระหว่าง 0-12 หมายถึง ค่าปกติในผู้สูงอายุไทย คะแนนระหว่าง 13-18 คะแนน ถือว่ามีความเศร้าเล็กน้อย คะแนนระหว่าง 19-24 คะแนน ถือว่ามีความเศร้าปานกลาง และคะแนนระหว่าง 25-30 คะแนน ถือว่าเป็นผู้มีความเศร้ารุนแรง มีค่าความเที่ยงตรงในเพศหญิงเท่ากับ .94 เพศชายเท่ากับ .91 โดยมีค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .93

3) Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยประเมินอาการเกี่ยวกับความรู้สึกและพฤติกรรมในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และประชากรทั่วไป ระยะเวลาในการประเมิน 5-10 นาที แบบประเมินนี้มีการตรวจสอบคุณภาพ โดยมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง .85 - .90 ข้อดีของแบบประเมินนี้ คือ ใช้เวลาในการประเมินน้อย ใช้ในกลุ่มตัวอย่างได้หลากหลาย

4) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) และ 9 คำถาม (9Q)

(1) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) เป็นแบบคัดกรองมาตรฐาน ที่จัดทำโดย กรมสุขภาพจิต ใช้สำหรับคัดกรองโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไป และในกลุ่มเสี่ยง มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยคำถาม 2 คำถามโดยประเมินว่า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่ได้รับการประเมินนั้น มีอาการใน 2 ข้อคำถาม (2Q) หรือไม่ ซึ่งมีการแปลผลดังนี้

ถ้าตอบว่า “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อ ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า

ถ้าตอบว่า “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า จะต้องประเมินแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ต่อ

(2) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) เป็นแบบคัดกรองมาตรฐาน ที่จัดทำโดยกรมสุขภาพจิต ใช้สำหรับคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจากการคัดกรองด้วย 2Q มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและใช้ประเมินจำแนกความ

รุนแรงของกลุ่มเสี่ยงที่มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โดยประเมิน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่ได้รับการประเมิน (อัมพร เบญจพลพิทักษ์, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, ลัดดา ดำริการเลิศ และสถาบันระบบวิจัยสาธารณสุข. 2553)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) มาใช้ในการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากเหมาะสมกับคนไทยและเป็นเครื่องมือที่ใช้ได้ง่าย สะดวก สามารถประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยตรง

2.6 การบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

เป้าหมายสำคัญของการบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุปลอดภัยและมีความสุข โดยใช้การบำบัดหลากหลายวิธี ดังนี้ (Lynne Walsh, 2009; สาวิตรี สิงหาด, 2559)

2.6.1 การบำบัดรักษาทางชีววิทยาการแพทย์

1) การให้ยาต้านเศร้า (Antidepressant Drugs) ยาต้านเศร้า แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม คือ Tricyclic antidepressant (TCAs) Monoamine oxidase inhibitor (MAOIs) Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) Selective serotonin norepinephrine reuptake inhibitors (SNRI) Noradrenergic and specific serotonergic antidepressant (NaSSAs) จากการศึกษาเรื่องความปลอดภัยและประสิทธิผลของการให้ยากลุ่มยาต้านเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ยากลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) เป็นยาลำดับแรก (first choice) ในการเลือกใช้กับผู้สูงอายุ มีผลข้างเคียงน้อย เพิ่มคุณภาพชีวิต เพิ่มความจำและการเรียนรู้ อาการจะดีขึ้นเมื่อรับประทานยาประมาณ 8-12 สัปดาห์ ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน ช่วยลดการเกิดความคิดฆ่าตัวตายหรือความรุนแรงอื่น ๆ จากภาวะซึมเศร้า (Wiese, 2011)

2) การบำบัดโดยการกระตุ้นสมองด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy, ECT) ใช้กับภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง หรือโรคซึมเศร้าที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือไม่สามารถรอให้ยาออกฤทธิ์ได้ อาการเป็นมากจนเสี่ยงต่อชีวิตหรือในกรณีไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ถือเป็นการรักษาที่ให้ผลรวดเร็วและค่อนข้างแน่นอน และได้ผลดีกว่าการใช้ยาเมื่อเทียบกับวัยอื่น (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2553)

2.6.2 การบำบัดทางจิตสังคม เป็นสิ่งที่ทำควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า มีประสิทธิภาพมากในการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการรักษาทางยาและขาดแรงสนับสนุนทางสังคม หรือสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด การรักษาโดยการบำบัดทางจิตจะให้ผลดีในช่วง 6-8 สัปดาห์ และบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปี (Mackin & Area, 2012) ดังนี้

1) การให้คำปรึกษา (Counseling) โดยการสื่อสารให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ว่าจะได้รับการดูแลอย่างไร การให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ระบายสิ่งที่เกิดขึ้นกับชีวิต

บทบาทของพยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพเชิงบวกที่มีความเชื่อใจ มีความเข้าใจและความเอื้ออาทร ผู้สูงอายุ การมีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ การตระหนักว่าผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยอื่น และควรให้เวลาผู้สูงอายุในการคิดไตร่ตรอง ได้มีโอกาสเล่าด้วยภาษาและความเข้าใจของตนเอง ด้วยการฟังอย่างตั้งใจ ด้วยท่าทีเป็นมิตรและจริงใจ ยอมรับและแสดงถึงความเข้าใจในอารมณ์ผู้สูงอายุในขณะนั้น พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ พูดคุยหาแนวทางในการปรับตัวและช่วยให้ผู้สูงอายุหากลวิธีในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

2) การทำกลุ่มจิตบำบัด (Psychotherapy group) เป็นการใช้กลุ่มบำบัดที่ได้รับการยอมรับว่า ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดการเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหา มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่น เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะซึมเศร้าในระยะยาว และสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ ได้แก่

(1) ดนตรีบำบัด (Music therapy) เป็นการบำบัดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุให้อยู่ในสภาวะปกติ มีสมาธิ มีความรู้สึกที่สบายใจ เพลิดเพลิน เบี่ยงเบนความคิดจากเรื่องราวที่เครียดหรือวิตกกังวลไปสู่ความคิดใหม่ ๆ ที่สร้างสรรค์และเอื้อประโยชน์ จากการศึกษาของกาญจนา พิบูลย์, พวงทอง อินใจ และเอียน สมิท (2552) ที่ใช้ดนตรีบำบัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัดมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการทดลองแต่สูงกว่าระยะหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่า ดนตรีบำบัดสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ดังนั้นการนำดนตรีมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการพยาบาลกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ทำให้เกิดความผ่อนคลาย มีสมาธิ ช่วยกระตุ้นการสื่อสาร และเสริมสร้างทักษะสังคม ช่วยในการบำบัดรักษาทางจิตสังคมของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น และช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

(2) การรำลึกถึงความหลัง (Reminiscence therapy) เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจอัตมโนทัศน์คุณค่าที่สำคัญของชีวิต เป็นการรวบรวมประสบการณ์ชีวิตที่มีความหมาย มีคุณค่าและสำคัญต่อบุคคล แล้วนำมาระลึกถึงความหลังที่มีความสุข เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีความพึงพอใจ และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาของวาสนา วรรณเกษม และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2554) พบว่า อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การระลึกถึงความหลังจะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง โดยการเชื่อมโยงสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอดีตถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมา อาจจะใช้รูปถ่าย นิตยสารเก่า ๆ หรือสิ่งที่จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีตที่

พึงพอใจที่ทำให้รู้สึกมีความสุข เป็นการส่งเสริมการมองด้านบวก เช่น การประสบความสำเร็จในชีวิต การช่วยเหลือผู้อื่น กิจกรรมที่ได้ทำในอดีตแล้วเกิดความพึงพอใจ และภูมิใจ

3) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) เป็นการบำบัดโดยการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลหรือกลุ่ม เป็นจิตบำบัดและพฤติกรรมบำบัด จากการศึกษาในประเทศอังกฤษ พบว่า พฤติกรรมบำบัดทางปัญญามีประสิทธิภาพในการลดความคิดฆ่าตัวตาย ความรู้สึกไม่มีคุณค่า การบำบัดช่วยปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริงช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีทักษะในการแก้ปัญหามากขึ้น (Serfaty et al., 2009)

4) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem-solving therapy) เป็นการบำบัดการรู้คิดและปรับพฤติกรรม เป็นรูปแบบหนึ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมองเห็นสาเหตุของปัญหา มีแนวทางในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ จากการศึกษาการสังเคราะห์งานวิจัย 7 เรื่อง เป็น Systematic Review 1 เรื่อง และ Randomized Controlled Trial 6 เรื่อง เกี่ยวกับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า โปรแกรมการบำบัดแบบประสานความร่วมมือ (IMPACT) ซึ่งประกอบด้วยการบำบัดด้วยยาต้านเศร้าและการบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (วรรณา เรืองประยูร, อทิตยา พรชัยเกตุ, โอว ยอง และ อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, 2557) ดังนั้นการนำรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ช่วยทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้และทำความเข้าใจกับปัญหา เกิดความคิดทางบวกและมองปัญหาตามความเป็นจริง โดยมีกระบวนการคิดแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน ช่วยให้เกิดการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม จะช่วยให้สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้

5) สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Interpersonal psychotherapy) เป็นการบำบัดโดยการสร้างสัมพันธภาพและการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การทำกิจกรรมกลุ่มแบบเพิ่มกิจกรรมทางกายและกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และการมีพยาบาลเยี่ยมบ้าน คอยเป็นที่ปรึกษาให้ความช่วยเหลือสนับสนุนดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว และการจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านร่วมกับการเพิ่มกิจกรรมทางกายสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ (Ciechanowski et al., 2010) ดังนั้นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม การใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการสนับสนุนเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ การมีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างให้ดีขึ้น

โดยสรุป การบำบัดรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มี 2 วิธี คือ การบำบัดรักษาทางชีววิทยาการแพทย์ ได้แก่ การรักษาด้วยยา และการกระตุ้นสมองด้วยไฟฟ้า และการบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ การให้คำปรึกษา การทำกลุ่มบำบัด การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดโดย

การแก้ปัญหา และสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามักใช้หลายวิธีร่วมกัน เนื่องจากการรักษาที่มุ่งแก้ไขหรือควบคุมอาการโดยอาศัยการรับประทานยาแต่เพียงอย่างเดียวนั้น ย่อมมีขอบเขตจำกัดเพราะมิได้เกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่มีปัจจัยทางชีวภาพ และมีปัจจัยทางจิตสังคม สิ่งแวดล้อมร่วมด้วย ดังนั้นเพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม ต้องอาศัยการบำบัดทางจิตสังคมร่วมกับการใช้ยาต้านเศร้าจึงจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด

2.7 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

จุดมุ่งหมายที่สำคัญในการดูแล คือ การให้ผู้สูงอายุได้รับความสุขสบายและปลอดภัย ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่านพ้นภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว และช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับปัจจัยพื้นฐานการดำรงชีวิต โดยการประคับประคองและกระตุ้นให้สูงอายุได้ทำสิ่งใหม่ ๆ ส่งเสริมคุณค่าในตนเอง การให้คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งการพยาบาลเพื่อช่วยให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว มีแนวทางปฏิบัติดังนี้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; สาวิตรี สิงหาด, 2559)

2.7.1 การดูแลให้ได้รับความสุขสบายและปลอดภัย ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามักขาดความสนใจในการทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนได้ รวมทั้งเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง และฆ่าตัวตาย ดังนั้นพยาบาลจึงควรสังเกตพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด หากมีปัจจัยเสี่ยงหรือคำพูดที่บ่งชี้เป็นนัย ควรเพิ่มความระมัดระวังและความเอาใจใส่มากขึ้น ควรให้การดูแล ดังนี้

1) จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สุขสบาย ปลอดภัย และมีบรรยากาศแจ่มใส

2) ผู้ดูแลควรเข้าใจธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ มีความเห็นอกเห็นใจ

3) ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรอยู่เป็นเพื่อน คอยพูดคุยให้เพลิดเพลิน ไม่เหงา

4) ขจัดสิ่งของที่อาจทำให้เป็นอันตรายออกให้หมด ได้แก่ อาวุธ ของมีคม สิ่งของที่เป็นอันตราย เช่น แก้ว เชือก เข็มขัด ตลอดจนหน้าต่างประตู ทางเข้าออกควรใส่กุญแจ

5) ลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ดูแลให้ได้รับการตรวจสุขภาพและรักษาตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อให้ผู้ป่วยลดอาการซึมเศร้าโดยเร็ว

6) ทำสัญญากับผู้ป่วยว่าจะไม่ทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ทำให้เกิดความผูกพัน และเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2.7.2 การดูแลด้านจิตใจ

1) ส่งเสริมความมีคุณค่าและความภาคภูมิใจของผู้สูงอายุ โดยให้ตระหนักถึงคุณค่าของตนเองที่มีต่อบุตรหลานและบุคคลอื่น ชื่นชมและภูมิใจในตนเอง อย่ามองว่าตนเองไร้ค่า

หรือรู้สึกท้อแท้ สร้างความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ด้วยการตั้งมั่นอยู่ในความดี การมีความคิดดี พูดดี และทำดี จะทำให้จิตใจแจ่มใสไม่ขุ่นมัว

2) กระตุ้นให้ผู้สูงอายุทบทวนสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าของตนเอง ให้ระบายความรู้สึก ช่วยคลายความอึดอัดและความกระวนกระวาย

3) รับฟังความคิดเห็นและยอมรับการแสดงออกของผู้สูงอายุ โดยไม่คัดค้าน รับฟังด้วยความสงบ ให้ความสนใจในสิ่งที่พูด และพยายามทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

4) ให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ว่าภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้กับทุกเพศ ทุกวัย ทุกเชื้อชาติ ทุกศาสนา และเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ถ้ามีอาการเกิดขึ้น ควรรีบมารับการตรวจรักษากับจิตแพทย์ทันที เพราะสามารถรักษาให้ดีขึ้นและหายได้

5) ดูแลสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม ให้กำลังใจ คิดในทางบวก ใช้เวลาทำกิจกรรมกับครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทำอาหารให้บุตรหลานรับประทาน ไปเที่ยวพักผ่อนในวันหยุด ไปทำบุญที่วัด ดูโทรทัศน์ หรือออกกำลังกายร่วมกัน เป็นต้น สร้างคุณค่าเพิ่มให้กับผู้สูงอายุด้วยการอุทิศตนให้เป็นประโยชน์กับสังคม ด้วยการทำบุญ การบริจาคทรัพย์ให้เป็นประโยชน์กับผู้อื่น การช่วยเหลือบุคคลอื่นด้วยการให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ หรือแสดงความเอื้ออาธรต่อบุคคลอื่น จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสดชื่นมีชีวิตชีวา

2.7.3 การสนับสนุนปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต

1) ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัยให้ครบ 3 มื้อ ในปริมาณที่เหมาะสมอย่างหลากหลาย โดยเฉพาะการบริโภคอาหารสดและสะอาด ผักและผลไม้ โปรตีนจากเนื้อปลา จะทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงสดชื่น จะช่วยลดอาการอ่อนเพลีย

2) ประเมินภาวะสุขภาพ โดยชั่งน้ำหนักตัว เพื่อสังเกตอาการบวม และติดตามภาวะโภชนาการ

3) ดูแล/กระตุ้นให้ออกกำลังกายเป็นประจำ ด้วยวิธีง่าย ๆ เหมาะกับภาวะสุขภาพ เช่น การเดินเล่นในที่มีอากาศบริสุทธิ์ตอนเช้าหรือตอนเย็น ฝึกออกกำลังกายแบบชี่กง ไท้เก็ก รำกระบองหรือว่ายน้ำ จะช่วยให้ระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ทั้งระบบประสาท กล้ามเนื้อ และจิตใจ ทำงานประสานกันได้ดี

4) ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ หรือบางครั้งต้องใช้ยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์

5) ช่วยเหลือ/ดูแลด้านสุขอนามัย บรรเทาความไม่สุขสบายต่าง ๆ รวมทั้งผลข้างเคียงจากยารักษาโรค

6) จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ โดยจัดให้มีแสงสว่างเพียงพอ มีแว่นตา มีเครื่องช่วยฟัง มีต้นไม้และสัตว์เลี้ยง เพื่อให้ความเพลิดเพลิน เกิดความรู้สึกรักและผูกพัน

7) ส่งเสริมการทำกิจกรรมด้านจิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์ หรือกิจกรรมทางศาสนา ศึกษาธรรมะจากหนังสือ หรือสนทนาธรรมกับผู้รู้ จะช่วยให้จิตใจสงบ เข้าใจธรรมชาติหรือความจริงของชีวิต ไม่ฟุ้งซ่าน ปล่อยวางปัญหาต่างๆ ได้

สรุป การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จำเป็นต้องดูแลให้ได้รับความสุขสบายและปลอดภัย การดูแลด้านจิตใจ และการดูแลให้ได้รับปัจจัยพื้นฐานการดำรงชีวิต โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณตามความจำเป็น สามารถผ่านพ้นภาวะซึมเศร้าไปได้ และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อน ที่อาจจะนำไปสู่ผลกระทบที่รุนแรงคือ การทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายในที่สุด

3. สถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลห้วยเตย จังหวัดมหาสารคาม

จากการสำรวจความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประชาชนกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป จังหวัดมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.46 เป็นร้อยละ 2.69 และร้อยละ 2.70 ตามลำดับ และยังพบว่า อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยค่อนข้างต่ำ คือ ร้อยละ 44.14 ร้อยละ 48.5 และร้อยละ 25.2 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างน้อยร้อยละ 55 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2560) อำเภอกุดรัง เป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดมหาสารคามที่มีปัญหาประชาชนมีภาวะซึมเศร้าที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 3.2 เป็นร้อยละ 3.8 และร้อยละ 4.3 โดยเฉพาะผู้สูงอายุ พบภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีจาก ร้อยละ 7.8 เป็น ร้อยละ 8.6 และร้อยละ 9.12 ตามลำดับ และมีประชาชนเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตต่อเนื่องทุกปี คิดเป็นร้อยละ 13.4 ร้อยละ 2.5 และร้อยละ 5.9 (คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอกุดรัง, 2560) โดยเฉพาะตำบลห้วยเตย พบปัญหาประชาชนมีภาวะซึมเศร้าและมีการฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่า ประชาชนกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 8.79 ร้อยละ 9.41 และร้อยละ 10.18 ตามลำดับ โดยเฉพาะผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.88 ร้อยละ 13.65 และร้อยละ 14.20 ตามลำดับ (Hosxp PCU, 2560) นอกจากนี้มีผู้สูงอายุในพื้นที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจากภาวะซึมเศร้าในปี 2558 จำนวน 1 ราย คิดเป็น 19.23 ต่อแสนประชากร ซึ่งถือว่าเป็นอัตราที่สูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ว่า อัตรา

การฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2558) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยผู้วิจัย ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 10 คนเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน จากภาวะทางเศรษฐกิจ การอาศัยอยู่โดยลำพังทำให้ขาดการดูแลจากครอบครัวและสังคม รวมทั้งการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่จะถามทุกข์สุขทั่วไปไม่ได้ส่งเสริมให้ทำกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้กำหนดตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ของสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2560 คือ ให้มีการดำเนินการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งในสถานบริการและในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ในรายที่พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าจะได้รับคำปรึกษา/คำแนะนำและติดตามประเมินซ้ำ ส่วนในรายที่มีอาการของโรคเศร้าระดับน้อยขึ้นไปจะให้คำปรึกษา/ติดตามประเมินซ้ำแล้วส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัยและรักษาต่อไปยังโรงพยาบาลตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าตามระบบ นอกจากนี้ได้มีการจัดทำโครงการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในชุมชน โดยการจัดอบรมให้ความรู้และสร้างเครือข่ายแกนนำในชุมชนเพื่อเฝ้าระวังปัญหา แต่ยังพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่ยังทำให้ ปัญหาโรคซึมเศร้ายังเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ เช่น การคัดกรองภาวะซึมเศร้ายังไม่ครอบคลุม ขาดระบบการติดตามดูแลที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ขาดผู้ดูแล ปัญหาด้านเศรษฐกิจ/สังคมและครอบครัว ขาดการส่งเสริมการการดูแลด้านจิตใจ การเยี่ยมบ้านมีการถามทุกข์สุขไม่ได้เน้นให้ทำกิจกรรมที่ส่งเสริมความสุขแก่ผู้ป่วย และขาดความร่วมมือจากญาติและชุมชนในการเฝ้าระวังและรักษา รวมทั้งความไม่สะดวกในการเข้าถึงบริการ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จึงมีนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า โดยกำหนดให้ปี 2552-2563 เป็นปีทศวรรษแห่งการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า ซึ่งผลลัพธ์ที่ต้องการคือ เพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพิ่มคุณภาพการดูแลรักษา ลดอัตราป่วยของโรคซึมเศร้า ลดภาระและการสูญเสียจากโรคซึมเศร้า โดยการบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าเข้าไปในระบบสุขภาพในทุกระดับ มีกิจกรรมการดูแลเฝ้าระวัง ตั้งแต่การส่งเสริมป้องกัน ค้นหาผู้ป่วย ประเมินอาการ ดูแลช่วยเหลือบำบัด และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ได้ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและสาธารณสุขจังหวัด โดยกำหนดตัวชี้วัด ได้แก่ ประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าร้อยละ 65 และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถเข้าถึงบริการอย่างน้อยร้อยละ 80 โดยดำเนินการอบรมให้ความรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค และดำเนินการคัดกรองในประชาชนทั่วไปอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในชุมชน กรณีพบกลุ่มเสี่ยงจะส่งต่อเพื่อประเมินซ้ำโดย

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในรายที่ประเมินพบว่า มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้า จะได้รับการดูแลด้านจิตใจเบื้องต้นและติดตามเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะอยู่ในภาวะปกติ ส่วนในรายที่มีภาวะซึมเศร้าจะได้รับการดูแลด้านจิตใจและส่งต่อพบแพทย์เพื่อทำการรักษาต่อไป

นอกจากนี้ ยังมีการจัดทำโครงการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในชุมชน โดยการจัดอบรมให้ความรู้และสร้างเครือข่ายแกนนำในชุมชนเพื่อเฝ้าระวังปัญหา รวมทั้งสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังโรคในชุมชน ผลการดำเนินการพบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 52.46 และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 67.4 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ส่งผลให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการดูแลรักษา และทำให้ผู้ป่วยกับครอบครัวมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบรุนแรงจากโรคได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางทางจิตใจ

ดังนั้น การส่งเสริมป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและการดูแลเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันความรุนแรงจากผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าอันจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่ตามมาจากโรค โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีทักษะในการจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม และมีความสุข เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและสามารถปรับตัวกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ในสังคมได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาความสุขในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

4.1 ความหมายของความสุข

ความสุขเป็นคุณลักษณะหนึ่งของบุคลิกภาพมนุษย์ที่แสดงให้เห็นถึงความรู้สึกในด้านบวกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การให้ความหมายของความสุขจะแตกต่างกันออกไป เนื่องจากแต่ละบุคคลมีการให้ความหมายและความเข้าใจที่แตกต่างกัน อาทิ เป็นสภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิตมีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (อภิชัย มงคล และคณะ, 2544) หรือเป็นความพึงพอใจในชีวิต ในเป้าหมายของชีวิต ตลอดจนประสบการณ์ในชีวิตเหล่านั้น เป็นความรู้สึกที่เป็นทุกข์กับสิ่งที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตน้อย (Diener et al., 2007) หรือเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ เป็นความรู้สึกทางบวก มีสภาพชีวิตที่เป็นสุขจากความสามารถจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิตได้ (Wittmann, 2003)

สำหรับความหมายของความสุขในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง การรับรู้อารมณ์ทางบวกของผู้สูงอายุต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต มีความพึงพอใจในชีวิต และความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต

4.2 ความสำคัญของความสุขในผู้สูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในหลายด้านเกิดขึ้นพร้อมกัน มีความเสื่อมถอยการทำงานในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาสุขภาพ เช่น โรคเรื้อรัง เป็นต้น ความผิดปกติของอารมณ์ การแยกตัว หรืออาการจากการสูญเสียต่าง ๆ เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียบทบาททางสังคม เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ และสังคมต่อผู้สูงอายุโดยตรง อันจะนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้า ดังนั้นผู้สูงอายุทุกคนจำเป็นต้องเอาใจใส่ดูแลตนเอง หรือลูกหลานก็ต้องเอาใจใส่ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ทั้งการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต ดังที่ ประเวศ วะสี (อ้างถึงใน วิทธิลักษณ์ จันทร์ธนสมบัติ, 2552) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีความสุขจะต้องประกอบด้วย กาย (Physical) จิต (Mental) สังคม (Social) และปัญญา (Wisdom) โดยให้พิจารณาว่า ผู้สูงอายุควรเตรียมตัวเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพให้พร้อมตั้งแต่วัยหนุ่มสาว จิตต้องร่าเริงแจ่มใส ให้รู้ตนเองยังมีประโยชน์ และถ้าเจริญสติสมาธิ คุณภาพชีวิตก็จะสูง มีปัญญาพิจารณาสิ่งต่างๆ ได้ดีตามความเป็นจริง ดังนั้นการพัฒนาหรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกที่เป็นสุข มีความพึงพอใจในชีวิต ยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามความเป็นจริง รู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง และเห็นความสำคัญของตนเอง ก็จะช่วยป้องกันหรือลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

4.3 แนวทางการพัฒนาความสุขในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

การพัฒนาความสุขในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม กล่าวคือ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการเกิดปัญหาสุขภาพทางกายต่าง ๆ ตามมา ดังนั้นการพัฒนาความสุขจะช่วยบรรเทาหรือลดภาวะซึมเศร้า ป้องกันการสูญเสียที่รุนแรงจากการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีหลากหลายวิธี ดังต่อไปนี้

4.3.1 การพัฒนาความสุขทางพุทธศาสนา พระครูธรรมธร ครรชิต คุณวโร (2556) ใช้หลักในการพัฒนาพฤติกรรรมและความสัมพันธ์ของมนุษย์ที่ควรมีต่อสิ่งแวดล้อมและสังคมมาเป็นตัวควบคุม หลักการดังกล่าวในทางพระพุทธศาสนาเรียกว่า “ศีล”

1) การพัฒนาความสุขที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมและสังคมด้วยศีล การพัฒนาในขั้นต้นนี้ต้องพัฒนาจิตใจและปัญญาควบคู่ไปด้วย มุ่งเน้นที่พฤติกรรมและความสัมพันธ์ต่อสิ่งแวดล้อมและสังคม หลักการเบื้องต้นของศีล คือ ไม่ก่อความเดือดร้อนเสียหายต่อผู้อื่น ยึดในหลักศีล 5 และพัฒนาพฤติกรรมและความสัมพันธ์ที่ดีงาม คือ เมื่อยังต้องการสุขจากการเสพวัตถุอยู่ก็ต้องรู้จักการหาทำกิจหน้าที่เพื่อให้ได้มา รู้จักเก็บและใช้อย่างถูกต้องไม่ทำให้เกิดโทษในภายหลัง มีแรงจูงใจที่ดีงามในการประกอบอาชีพ และการพัฒนาความสุขในการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นทั้งในระดับส่วนบุคคล ครอบครัว จนกระทั่งถึงสังคม โดยรู้จักทำหน้าที่ มีท่าทีที่ดีต่อกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกันให้สมกับฐานะที่ตกลงร่วมกัน

ในทางสังคม รู้จักเลือกคบคน รวมถึงการรักษากฎระเบียบการเมือง การปกครอง วัฒนธรรมและประเพณีที่ดีงาม

*2) การพัฒนาความสุขด้วยการพัฒนาจิตใจ เริ่ม*จาก (1) พัฒนาจิตใจที่เป็นบุญเป็นกุศลหรือพัฒนาคุณภาพจิต โดยใช้สิ่งแวดล้อมและสังคมมาช่วยในการพัฒนา (2) พัฒนาจิตใจให้มีสมถะภาพ คือ มีวิริยะเข้มเข็ง อดทน มีสติ และเป็นจิตที่สงบตั้งมั่นเป็นสมาธิ และ (3) พัฒนาให้จิตใจมีธัมมสมาธิ ทำให้มีความสุขที่เป็นอิสระจากสิ่งภายนอก

3) พัฒนาความสุขขั้นนิพพานสุข โดยการพัฒนาปัญญาความสุขในขั้นสูงสุดที่เป็นจุดหมายในพระพุทธศาสนาด้วยการปฏิบัติวิปัสสนากรรมฐาน กำหนดอริยะสัจ 4 ตามความเป็นจริงได้ ตลอดจนสามารถกำจัด อวิชา ตัญหา อุปทาน ในจิตใจได้

4.3.2 การสร้างความสุข 5 มิติ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2555) ได้นำแนวคิดหลักธรรมะ 4 ประการของศาสนาพุทธคือ สุขกาย สุขใจ พลานามัยสมบูรณ์ เพิ่มพูนงานอดิเรก แนวคิดในการสร้างความสุขเชิงจิตวิทยา และแนวคิดในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม คือ กาย จิต สังคม และปัญญา รวมทั้งการประเมินสุขภาวะของผู้สูงอายุจากราชวิทยาลัยแพทย์และสมาคมเวชศาสตร์ผู้สูงอายุประเทศอังกฤษ มาเป็นกรอบสร้างความสุข 5 มิติ เพื่อให้เกิดความสุขทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยได้นำทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของ Maslow มาเป็นกรอบแนวคิดในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาจิตใจ โดยเรียงลำดับขั้นของความปรารถนาตั้งแต่ขั้นแรกคือ ความต้องการทางด้านร่างกายไปสู่ความปรารถนาขั้นสูงขึ้นไปเป็นลำดับ และนำสู่ความปรารถนาขั้นสุดท้ายของมนุษย์ คือ ความต้องการที่จะเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง ดังนี้

มิติที่ 1 สุขสบาย (Health) หมายถึง การดูแลสุขภาพร่างกาย ให้มีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรงคล่องแคล่ว มีกำลัง สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพได้ตามสภาพที่เป็นอยู่ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติภัยหรืออันตราย มีสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ

มิติที่ 2 สุขสนุก (Recreation) หมายถึง การเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์ สนุกสนานด้วยการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส กระปรี้กระเปร่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี กิจกรรมที่เหล่านี้สามารถลดความซึมเศร้า ความเครียดและความวิตกกังวลได้

มิติที่ 3 สุขสง่า (Integrity) หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง ให้กำลังใจตนเอง เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีลักษณะเอื้อเฟื้อแบ่งปัน และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม

มิติที่ 4 สุขสว่าง (Cognition) หมายถึง ความจำ และความคิดอย่างมีเหตุมีผล การสื่อสาร การวางแผนและการแก้ไขปัญหา ความสามารถในการคิดแบบนามธรรม รวมทั้งความสามารถในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มิติที่ 5 สุขสงบ (Peacefulness) หมายถึง การรับรู้ และเข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์ และสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้ รวมทั้งความสามารถในการปรับตัวยอมรับสภาพสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง (สุจริต สุวรรณชีพ, 2554 และสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2554)

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความสุข 5 มิติ ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ มาใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความสุขให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ตำบลห้วยเตย จังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง มีจิตใจสดชื่นแจ่มใส ผ่อนคลายความตึงเครียด และมีความสุข เนื่องจากแนวคิดนี้เป็นการดูแลผู้สูงอายุครบทุกมิติแบบองค์รวมทั้งกาย จิต สังคมและปัญญา สอดคล้องกับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ที่ต้องการให้ผู้สูงอายุ ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า (กรมอนามัย, 2560) ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

มิติที่ 1 สุขสบาย (Health) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้มีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพได้ตามสภาพที่เป็นอยู่ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติภัยหรืออันตราย มีสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดความสุขสบาย ได้แก่

1. การออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อสุขภาพ ความสนุกสนาน และเพื่อสังคม (วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา, 2548) หรือเป็นการเคลื่อนไหวออกแรงอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละประมาณ 3-5 วัน ด้วยแรงปานกลาง เช่น เดิน วิ่งเหยาะ ๆ ถีบจักรยาน บริหารร่างกาย ว่ายน้ำ กระโดดเชือก รำมวยจีน เป็นต้น หรือเล่นกีฬาอื่น ๆ ทำให้ระบบไหลเวียนของเลือดดีขึ้น มีภูมิต้านทานโรค สามารถป้องกันการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคข้อเสื่อม เป็นต้น นอกจากนี้ยังช่วยในการควบคุมน้ำหนักตัว ทำให้ทรงตัวดี และการเคลื่อนไหวคล่องแคล่วขึ้น ช่วยให้ระบบขับถ่ายทำงานได้ดี ลดความเครียด (กาญจนศรี สิงห์ภู่, 2555) มีหลายการศึกษาที่นำมิตินี้ไปใช้ในการส่งเสริมความสุขของผู้สูงอายุ อาทิ Tsang, Cheung & Lak, 2002 อ้างถึงใน วันวิสาข์ สายสนั่น ณ อยุธยา, อานนท์ วรยิ่งยง และธนันต์ ศุภศิริ, 2559) นำการฝึกชี่กงไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า จิตใจของผู้สูงอายุสงบมีสมาธิ ทำให้ร่างกายมีการเพิ่มของสารสื่อประสาทแคทีโคลามีน ได้แก่ นอร์อิพิเนฟฟริน โดปามีน ซีโรโทนิน ส่งผลให้ร่างกายมีการหลั่งสารเอนโดร์ฟินส์ และลดอดรีโนคอร์ติโคโทรปิค ฮอร์โมนที่พบว่ามีมากในผู้ที่มีความซึมเศร้าอย่างรุนแรงหรือมีความคิดฆ่าตัวตาย และเนื่องจากชี่กงเป็นการฝึกที่เน้นการกำหนดลมหายใจ เมื่อร่างกายและจิตใจเกิดความสงบ การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายและจิตใจจะเริ่มดีขึ้น นอนหลับสนิทมากขึ้น การฝึกชี่กงจึงสามารถช่วยบรรเทาอาการซึมเศร้าและช่วยพัฒนา

คุณภาพในการนอนหลับในผู้สูงอายุได้ และการศึกษาของศิวนารถ จารุพันธ์ (2554) ที่ศึกษาโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการรำไม้พลองของป้าบุญมี ประยุกต์ร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อภาวะซึมเศร้าและสมรรถภาพทางกาย ในผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ใช้แรงกายในชีวิตประจำวันและทำงานอดิเรก การใช้แรงกายในชีวิตประจำวันหรือการทำงานอดิเรกที่ใช้แรงกาย เป็นการฝึกฝนร่างกายของผู้สูงอายุที่ดี งานอดิเรกหลายอย่างนอกจากให้ประโยชน์ทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุแล้ว ยังให้ผลประโยชน์ด้านการครองชีพอีกด้วย เช่น การทำสวน ซ่อมแซมเครื่องใช้ไม้สอย การเลี้ยงเด็ก เป็นต้น แต่ทั้งนี้จะต้องจัดหรือปรับให้เข้ากับหลักของการฝึกฝนร่างกาย ทั้งในแง่ปริมาณและส่วนประกอบอื่น ๆ ได้แก่ ปัจจัยในตัวเอง ปัจจัยนอกตัว และการพักผ่อน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยส่งเสริมความสุขสบายในผู้สูงอายที่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้การออกกำลังกายด้วยวิธีบริหารร่างกาย 7 ท่าตามวัน เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เนื่องจากเป็นวิธีที่สามารถทำได้ง่าย มีความปลอดภัย เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

มิติที่ 2 สุขสนุก (Recreation) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์สนุกสนาน ด้วยการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส กระปรี้กระเปร่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี วิธีส่งเสริมให้เกิดความสนุกเพื่อคลายเครียด กิจกรรมจะเน้นไปที่การนันทนาการที่สร้างความสดชื่น สร้างพลัง ความมีชีวิตชีวาอย่างสร้างสรรค์และดีงาม เป็นกิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง ทำด้วยความสมัครใจ อาจทำกิจกรรมโดยลำพังหรือทำเป็นกลุ่ม ได้แก่

1. ดนตรีบำบัด (Music Therapy) เป็นการนำดนตรีและวิธีการทางดนตรีมาใช้เพื่อช่วยฟื้นฟู รักษา และพัฒนาด้านอารมณ์ ร่างกาย จิตใจ ให้มีสภาพดีขึ้น เช่น การร้องเพลง ฟังเพลง การเคลื่อนไหวตามจังหวะเพลง หรือการเล่นดนตรี ดนตรีบำบัดในผู้สูงอายุเป็นการบำบัดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุให้อยู่ในสภาวะปกติ มีสมาธิ มีความรู้สึกที่สบายใจ เพลิดเพลิน เบี่ยงเบนความคิดจากเรื่องราวที่เครียดหรือวิตกกังวล ไปสู่ความคิดใหม่ ๆ ที่สร้างสรรค์และเอื้อประโยชน์ ต่อการปรับปรุงตนเองให้มีพฤติกรรมที่ดีขึ้น ดังเช่น การศึกษาของกาญจนา พิบูลย์, พวงทอง อินใจ และเอียน สมิท (2552) ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัดมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการทดลอง แต่สูงกว่าหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. ศิลปะบำบัด (Art Therapy) ศิลปะถือเป็นศาสตร์แขนงหนึ่งที่ช่วยให้จิตใจเบิกบานด้วยการปลดปล่อยจินตนาการวาดลวดลายแต่งเติมสีสันลงบนกระดาษสีขาวอันว่าง

เปล่า จนเกิดภาพวาดที่สวยงาม งานศิลปะจึงถือว่ามีส่วนช่วยสร้างสมาธิได้เป็นอย่างดี และสามารถบำบัดรักษาอาการของโรคต่าง ๆ ได้ เช่น การปรับพฤติกรรมก้าวร้าวในเด็ก เป็นต้น ปัจจุบันมีการนำศิลปะมาใช้ในการรักษาคนไข้มากขึ้น โดยการใช้กิจกรรมทางศิลปะในแขนงต่าง ๆ ทั้งวาดภาพระบายสี หรือการปั้นดิน ซึ่งเหมาะกับผู้ป่วยทางจิตเวชที่ไม่สามารถเล่าความรู้สึกนึกคิดออกมาเป็นคำพูดได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการปฏิสัมพันธ์ และยังใช้ได้ในคนทั่วไปที่มีความเครียดสูง วิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า หรือใช้ฟื้นฟูสมองให้กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องความจำเสื่อม เนื่องจากกิจกรรมทางศิลปะสามารถกระตุ้นสมอง (passive brain) บรรเทาและป้องกันอาการสมองเสื่อมได้ (ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา, 2560) นอกจากนี้ศิลปะยังช่วยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดการพัฒนาทางอารมณ์ ตลอดจนการป้องการหรือแก้ไขความบกพร่องทางร่างกายได้

3. งานอดิเรก (Hobby) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรมยามว่างหรือในเวลาพักผ่อน อาจเป็นงานประจำ งานพิเศษ หรืองานชั่วคราวก็ได้ อาทิ กิจกรรมนันทนาการ เป็นกิจกรรมที่เสริมสร้างความสุขทางใจให้แก่ผู้สูงอายุ และช่วยส่งเสริมความพร้อมทางร่างกายในด้านต่าง ๆ ตามวัยของผู้สูงอายุ เช่น การละเล่นดนตรี นาฏศิลป์ การเล่นละครย่อย การร้องรำทำเพลง การเล่นกีฬาทั้งในร่มและกลางแจ้ง และการเล่นเกม (ปัญญาภัทร กัทรกัณฑากุล, 2544) โดยทั่วไปงานอดิเรกเป็นการทำงานที่ตนรัก ชอบ และประสงค์ที่จะทำเพื่อผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ เป็นงานที่ช่วยให้ชีวิตของผู้สูงอายุมีความสุข ความเพลิดเพลินและไม่เหงา บางครั้งรู้สึกอิ่มเอมและพึงพอใจกับผลงานที่ทำ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ดนตรีในการสร้างความสุข ด้วยการให้ผู้สูงอายุฟังและร้องเพลงที่คุ้นเคย เล่นต่อเพลง และรำวงตามจังหวะเพลง เนื่องจากเป็นสิ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสนุกสนานเพลิดเพลินเข้าถึงได้ง่าย สะดวก และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท

มิติที่ 3 สุขสง่า (Integrity) หมายถึง ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ภาคภูมิใจในตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง รวมทั้งการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น เอื้อเฟื้อแบ่งปันและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม

วิธีการส่งเสริมให้เกิดความสุขสง่า

1. พยายามช่วยเหลือตนเองในเรื่องง่าย ๆ เพื่อไม่ให้เป็นภาระกับคนอื่น เช่น กิจวัตรประจำวัน งานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ การดูแลเด็ก เป็นต้น

2. ฝึกการเป็นผู้ฟังที่ดีเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น ด้วยการไม่แทรกแซงหรือขัดจังหวะขณะที่ผู้อื่นพูด ยกเว้นกรณีที่สงสัยสิ่งที่ผู้พูดกำลังพูด ต้องฟังอย่างตั้งใจเพื่อจะได้เก็บเรื่องราว ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้พูด เพื่อเป็นผู้ให้คำแนะนำปรึกษาในเรื่องที่ตนเองถนัดหรือมีประสบการณ์

3. ฝึกวิธีการตั้งคำถาม เพื่อจะได้ใช้เป็นหัวข้อในการพูดคุยสนทนากับผู้อื่น อาจเริ่มต้นด้วยการชวนพูดคุยเรื่องที่ลูกหลานกำลังทำอยู่ เรื่องเทคโนโลยี เรื่องข่าวสารที่กำลังเป็นประเด็นเพื่อจะได้ตามทันเหตุการณ์และโลกในปัจจุบันได้

4. ไม่จู้จี้ขี้บ่นและระวังการใช้คำพูดที่รุนแรง ที่อาจทำให้การสนทนาไม่สร้างสรรค์

5. หากิจกรรมที่ทำให้เพลิดเพลิน ไม่หมกมุ่นอยู่กับความคิดเดิม ๆ อาจเป็นกิจกรรมที่ชื่นชอบหรือกิจกรรมแปลกใหม่เพื่อสร้างประสบการณ์การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ

6. ช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งในครอบครัวและชุมชนตามศักยภาพที่ตนเองมี

กิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดสุขสง่า ได้แก่

1. การรำลึกถึงความหลัง (Reminiscence therapy) เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจอัตมโนทัศน์คุณค่าที่สำคัญของชีวิต โดยการรวบรวมประสบการณ์ชีวิตที่มีความหมาย มีคุณค่าและสำคัญต่อบุคคล ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุได้ทบทวน ระลึกถึงความทรงจำที่ผ่านมาของช่วงเวลาที่ตนเองเคยทำความดีงาม เคยมีความสำเร็จที่เกิดขึ้นและเป็นความภาคภูมิใจของตนเองในอดีต ผ่านการเล่าเรื่อง การดูภาพ หรือการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตโดยใช้กระบวนการกลุ่ม การระลึกความหลังนี้จะส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป (Chin, 2007) และสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา วรรณเกษม และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2554) พบว่า คะแนนซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

2. การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดสุขสง่า เนื่องจากการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากบุคคล ทั้งสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ จะส่งผลให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ มีกำลังใจ และมีพลังในการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรค เพื่อที่จะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างเป็นปกติสุข หรือกระทำสิ่งใดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการสนับสนุนทั้งด้านวัตถุ สิ่งของ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นตัวแปรทางด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต (นริสรา พึ่งโพธิ์สภ และ ฐาศุกร์ จันประเสริฐ, 2557) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ (ลำเนาว์ เรืองยศ, 2535; Tian, 2014) ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนี้จัดเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการมีสุขภาพจิตที่ดี ในขณะที่ความเหงา ความซึมเศร้าเป็นความรู้สึกในทางที่ไม่ดีและความรู้สึกด้านลบ มีการศึกษาพบว่า ความเหงาของผู้สูงอายุลดลงได้ถ้ามีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี (Dury, 2014)

3. การช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน การมีจิตอาสาและให้การช่วยเหลือผู้อื่น การช่วยเหลือคนในครอบครัว เป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความสุขของผู้สูงอายุ เป็นการทำงาน

ที่ต้องใช้จิตใจที่เสียสละและพร้อมที่จะใช้ศักยภาพในตัวตนเพื่อสร้างความสุขให้แก่ผู้อื่นและสังคม (จุฑารัตน์ แสงทอง, 2557) จากการศึกษาของทักษิณาร์ ไกรราช และคณะ (2553) เรื่องกระบวนการสร้างคุณค่าผู้สูงอายุในคลินิกชุมชนอุทัยทิศ จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้ผู้สูงอายุที่มีภูมิปัญญาพื้นบ้าน จำนวน 32 คน จำแนกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ ภูมิปัญญาด้านสมุนไพร ภูมิปัญญาด้านขนมไทย ภูมิปัญญาด้านอาหารอีสาน ภูมิปัญญาด้านการจักสานถักทอ ภูมิปัญญาด้านการเล่านิทานพื้นบ้าน และภูมิปัญญาด้านดนตรีพื้นบ้าน มีการคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีความเชี่ยวชาญและมีความสามารถในการถ่ายทอดองค์ความรู้ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่ทำการสอนนักเรียน พบว่า ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในสิ่งที่ตนได้กระทำ มีความสุข มองเห็นคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อชุมชนและสังคม รวมทั้งมีความเชื่อมั่นในคุณค่าทางสังคมของตนเองมากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกวิธีการส่งเสริมความสุขสง่าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้มีความภาคภูมิใจในอดีต หรือเล่าความสุขของตนเองแก่สมาชิกในกลุ่ม และจิตอาสาโดยเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงที่บ้าน หรือบำเพ็ญประโยชน์ในสังคม ตามความต้องการของผู้สูงอายุ

มิติที่ 4 สุขสว่าง (Cognition) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุด้านความจำ ความคิดอย่างมีเหตุมีผล การสื่อสาร การวางแผนและการแก้ไขปัญหา ความสามารถในการคิดแบบนามธรรม รวมทั้งความสามารถในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมจะเน้นไปที่การชะลอความเสื่อมทางสมอง เพิ่มไหวพริบ ความจำ การคิดอย่างมีเหตุผล และจัดการกับสิ่งต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. *ฝึกการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ที่ไม่คุ้นเคยหรือไม่เคยรู้มาก่อน* เช่น ทำกิจกรรมด้วยมือข้างที่ไม่ถนัด และต้องเป็นกิจกรรมที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย
2. *รวมกลุ่มกับเพื่อน ๆ หรือกลุ่มวัยอื่น ๆ* เพื่อพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น
3. *ฝึกประสานระหว่างมือ ตา และเท้า* ด้วยการฝึกหยิบจับวัตถุชิ้นเล็ก ๆ เช่น ร้อยลูกปัด หรือนั่งปั้นกระดาษหนังสือพิมพ์ด้วยเท้าขณะดูทีวีให้กลมที่สุด เป็นต้น
4. *เล่นเกมที่สามารถฝึกฝนด้านความจำหรือฝึกสมองได้* เช่น หมากรุก อักษรไขว้ ต่อคำ ต่อเพลง การจดจำข้อมูลต่าง ๆ เช่น วัน เวลา สถานที่ บุคคล หมายเลขโทรศัพท์ เป็นต้น
5. *ฝึกคิดแบบมีเหตุมีผล* พยายามใช้เหตุผลตรวจสอบข้อเท็จจริง ไตร่ตรองให้รอบคอบ จะได้ไม่ตกเป็นเหยื่อให้ใครหลอกได้ อาจเริ่มจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วให้บอกเหตุผลเพื่อตรวจสอบหาข้อเท็จจริงมาสนับสนุนหรือคัดค้าน หรือฝึกคาดคะเนความเป็นไปได้ของเหตุการณ์หรือข้อมูล โดยมีการนำข้อมูลที่เชื่อถือได้มาอ้างอิง และสรุปเป็นการคาดคะเนของตนเอง

6. การบริหารสมอง (brain activation) หมายถึง การบริหารร่างกายในส่วนที่สมองควบคุมโดยเฉพาะกล้ามเนื้อ corpus callosum ซึ่งเชื่อมสมอง 2 ซีกเข้าด้วยกันให้ประสานกัน แข็งแรงและทำงานคล่องแคล่ว จะทำให้การถ่ายโยงข้อมูลและการเรียนรู้ของสมอง 2 ซีกเป็นไปอย่างสมดุลเกิดประสิทธิภาพ และยังช่วยให้เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียด ทำให้สภาพจิตใจเกิดความพร้อมที่จะเรียนรู้ เกิดความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยกิจกรรมการบริหารสมองหรือการออกกำลังสมอง (Neurobic Exercise) ด้วยการใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้า ร่วมกับอารมณ์ความรู้สึกในการทำกิจวัตรประจำวันรูปแบบใหม่ เพื่อช่วยกระตุ้นเซลล์สมองให้มีสุขภาพดี เช่น การทำกิจกรรมด้วยมือข้างที่ไม่ถนัด เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกวิธีการส่งเสริมความสุขสว่างในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการฝึกประสานตาและเท้าด้วยการทำกิจกรรมปั้นกระดาษด้วยเท้า กิจกรรมการเคลื่อนไหวสลับข้างบริหารสมองด้วยสองมือ เนื่องจากสามารถปฏิบัติได้ง่ายด้วยตนเอง และให้ความเพลิดเพลิน ช่วยกระตุ้นและชะลอความเสื่อมของสมอง

มิติที่ 5 สุขสงบ (Peacefulness) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้ เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์ในทางลบ และจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถผ่อนคลาย ให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้ รวมทั้งความสามารถในการปรับตัวยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง กิจกรรมเน้นไปที่ความสามารถของบุคคลในด้านต่าง ๆ ได้แก่ 1) การรู้อารมณ์ตน สามารถรับรู้และเข้าใจความรู้สึก ความคิด และอารมณ์ของตนตามความเป็นจริง 2) การควบคุมอารมณ์ โดยสามารถในการจัดการกับอารมณ์ตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ เพื่อไม่ให้เกิดความเครียด ไม่ฉุนเฉียวง่าย ทำให้อารมณ์ขุ่นมัวหายไปโดยเร็ว 3) การยอมรับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สามารถเผชิญกับความจริงในชีวิตได้ มองสิ่งต่าง ๆ ทั้งในด้านที่เป็นความสุขและความทุกข์ในชีวิต ยอมรับและกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ ด้วย จิตใจที่มั่นคง

วิธีการส่งเสริมความสุขสงบเพื่อปรับความคิด บริหารจิตให้เกิดสติ มีแนวทางการปฏิบัติ ดังนี้

1. นั่งในท่าที่สบาย ฝึกหายใจช้า ๆ ลึก ๆ ใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณท้องช่วย โดยหายใจเข้า ท้องป่องนับเลข 1-4 กลั้นหายใจไว้นับ 1-4 และหายใจออกช้า ๆ นับ 1-8 ให้ท้องแฟบ ทำซ้ำ ๆ เมื่อรู้สึกเครียด หงุดหงิด โกรธ หรือไม่สบายใจ

2. ฝึกคิดยืดหยุ่นให้มากขึ้น อย่าเข้มงวด จับผิดหรือตัดสินผิดถูกตนเองและผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา รู้จักผ่อนหนักเป็นเบา ลดทิฐิ มีมานะ รู้จักให้อภัยไม่ถือโทษโกรธเคืองและปล่อยวางชีวิตจะได้มีความสุขมากขึ้น

3. ฝึกคิดแต่เรื่องดี ๆ เช่น คิดถึงประสบการณ์ที่ดี คิดถึงความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา คำชมเชยที่ได้รับ ความมีน้ำใจของเพื่อนบ้าน เป็นต้น

4. ฝึกคิดถึงคนอื่นบ้าง อย่าคิดหมกมุ่นกับตนเองเท่านั้น เปิดใจให้กว้าง รับรู้ความเป็นไปของคนอื่น เริ่มต้นง่าย ๆ จากคนใกล้ชิด ด้วยการใส่ใจช่วยเหลือ สนใจเอาใจใส่คนใกล้ชิด จากนั้นหันกลับไปมองคนรอบข้างที่มีปัญหาหนักหน่วงในชีวิต

5. ทำสมาธิ เจริญสติ ภาวนา

กิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดสุขสงบ ได้แก่

1. กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมนี้จะมุ่งเน้นทางศาสนาที่ตนเองนับถือ เพื่อให้จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน ทำความดีเว้นจากการทำความชั่ว ทำจิตใจให้ผ่องใส รู้จักรักในเพื่อนมนุษย์ และเข้าใจถึงธรรมชาติของความไม่แน่นอน เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ หรือ การฟังธรรมะ ซึ่งถือว่าเป็นแนวทางที่ดีในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ช่วยให้สามารถยอมรับและปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต (พิริยา สุทธิเลิศ, 2551) พระปลัดวีระชนม์ เขมวีโร และคณะ (2560) ศึกษาการเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักพระพุทธศาสนา พบว่า การเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักพระพุทธศาสนา ประกอบด้วยการให้ทาน รักษาศีล การเจริญสติภาวนา การแผ่เมตตา การอธิษฐานจิต สวดมนต์ ทำให้เกิดความเมตตากรุณา เห็นอกเห็นใจ สามารถพิจารณาไตร่ตรองถึงปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างถ่องแท้ เป็นผลทำให้สามารถพัฒนาตนเองให้มีความเข้มแข็ง มีพลังใจในการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย มีความสุขสงบ มีสติ

2. การทำสมาธิ (Meditation) การทำสมาธิจะต้องมีอาการของกายและใจประกอบกัน เช่น การอ่านหนังสือร่างกายพร้อมที่จะอ่าน ใจก็ต้องอ่านไปพร้อมกับตา จึงจะอ่านรู้เรื่อง ความมุ่งหมายและประโยชน์การทำสมาธิ คือช่วยทำให้ผู้ปฏิบัติมีจิตใจและมีบุคลิกลักษณะเข้มแข็งหนักแน่น มั่นคง สงบ เยือกเย็น สดชื่นผ่องใส กระฉับกระเฉง รู้จักตนเองและผู้อื่นตามความเป็นจริง ซึ่งการทำสมาธิมีผลดีต่อร่างกาย คือ ชีพจรเต้นช้าลง ความดันโลหิตลดลง ภูมิคุ้มกันในร่างกายเพิ่มขึ้น และมีผลดีทางจิต คือ คลื่นสมองวิ่งช้าลง รู้สึกสบายหายเครียด หายปวดเมื่อยและปวดหัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วีระศักดิ์ พงศ์พิริยะไมตรี (2553) ศึกษาผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการดูแลตนเองที่บ้านที่มีต่อความเครียดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการดูแลตนเองที่บ้าน มีระดับความเครียดลดลงจากระดับเครียดกว่าปกติเล็กน้อย เป็นระดับไม่เครียด และมีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < .05$)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยส่งเสริมความสุขสงบในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการฝึกสมาธิและกำหนดลมหายใจด้วยเพลงดั่งดอกไม้บานของแม่ชีศันสนีย์ เสถียรธรรมสถาน (2555)

เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแนวปฏิบัติทางศาสนา สามารถปฏิบัติได้ง่าย โดยใช้เสียงเพลงช่วยให้เกิดสมาธิและผ่อนคลาย

4.4 ดัชนีวัดความสุข (Indicators of happiness)

นักวิชาการได้สนใจศึกษาเรื่องตัวชี้วัดความสุขมากขึ้น ในต่างประเทศได้มีการกล่าวถึงดัชนีความสุขมวลรวมประชาชาติ (Gross National Happiness-GHI) ของประเทศภูฏานและดัชนีโลกแห่งความสุข (Happy Planet Index-HPI) ดัชนีของสองแหล่งมีความเหมือนกันในการตระหนักถึงจริยธรรมและการบริโภคทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ส่วนตัวชี้วัดที่ต่างกันคือ ดัชนีโลกแห่งความสุขใช้ความยืนยาวของชีวิต และความพอใจในชีวิตเป็นการวัดความสุข แต่ความสุขมวลรวมประชาชาติ ใช้การพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจ การส่งเสริมวัฒนธรรม และธรรมาภิบาล เป็นตัวชี้วัดด้วย

เดียเนอร์ และคณะ (Diener et al., 2007) ได้สร้างแบบวัดความสุข โดยประเมินการรับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) ในภาพรวม ท่านมีชีวิตตามที่เคยวาดภาพไว้ 2) สภาพชีวิตของท่านในปัจจุบันยอดเยี่ยมมาก 3) ท่านพอใจกับชีวิตของท่านในขณะนี้ 4) ท่านได้รับสิ่งสำคัญในชีวิตที่ท่านต้องการแล้ว และ 5) ถ้าท่านย้อนเวลาได้ ท่านจะไม่เปลี่ยนแปลงเรื่องใด ๆ เลย โดยมีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-7 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง - ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (อภิชัย มงคล และคณะ, 2544) ได้สร้างแบบประเมินดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย โดยให้สำรวจตัวเอง และประเมินเหตุการณ์ อาการ หรือความคิดเห็นและความรู้สึกในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วย คำถามจำนวน 15 ข้อ คำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด การแปลผลเมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ของกรมสุขภาพจิต เนื่องจากเป็นเครื่องมือมีความน่าเชื่อถือ และนิยมใช้ ผ่านการทดสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตแล้ว สามารถนำไปใช้ได้ง่าย

5. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรม เป็นความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลหรือกลุ่มบุคคล นักวิชาการหลายท่านกล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด เพราะการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มี

อารมณ์มั่นคง เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองและสามารถแก้ปัญหาได้เหมาะสม เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมมีหลายแนวคิด ดังนั้นจึงได้มีการศึกษาและให้ความหมายไว้แตกต่างกัน ดังนี้

5.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

เพนเดอร์ (Pender, 1982) ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยกลุ่มบุคคลในระบบของสังคมเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

เฮ้าส์ (House, 1981) ให้ความหมายว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยการให้การดูแลและการเชื่อถือไว้วางใจ การยอมรับนับถือ เห็นถึงคุณค่า และการให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล วัตถุสิ่งของหรือบริการต่าง ๆ

ท้อยส์ (Thoit, 1986) ให้ความหมายว่า การที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับความช่วยเหลือจากการติดต่อสัมพันธ์กันของบุคคลในสังคมทางด้านอารมณ์ สังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมโดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน เพื่อส่งเสริมบุคคลสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งการวิจัยนี้ได้บูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮ้าส์ (House, 1981) โดยให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม คือ สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือบุคลากรสาธารณสุข โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์กัน ทำให้ผู้สูงอายุเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ มีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม และเกิดความพอใจ

5.2 ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

เฮ้าส์ (House, 1981) แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท คือ

5.2.1 แรงสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การให้ความสนับสนุนในแง่อารมณ์ ความรู้สึกซึ่งแสดงออกด้วยการเอาใจใส่ การให้กำลังใจ การแสดงความรัก ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ รับฟังปัญหาและเรื่องไม่สบายใจ เป็นการประคับประคองด้านอารมณ์ ซึ่งทำให้ผู้รับการสนับสนุนนั้นมีความรู้สึกและอารมณ์ที่ดีขึ้น โดยอาจแสดงออกด้วยการสัมผัส พูดคุย การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย ความไว้วางใจ ความรักและความผูกพันต่อกัน

5.2.2 แรงสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเห็นพ้องหรือให้รับรอง ผลการปฏิบัติหรือการบอกให้ทราบผลดีที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคม ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจเพิ่มขึ้น

5.2.3 การให้แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ การตักเตือน การให้คำปรึกษา การให้ข้อเท็จจริง และการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

5.2.4 การให้แรงสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา บริการที่จำเป็น เป็นต้น

5.3 แรงสนับสนุนทางสังคมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่อดีสุขภาพกายและสุขภาพจิต การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นทั้งคนในครอบครัวหรือเป็นบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง ทั้งแบบที่เป็นทางการและแบบที่ไม่เป็นทางการ จะส่งผลให้บุคคลรู้สึกมีความสำคัญ มีกำลังใจ และมีพลังในการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรค เพื่อที่จะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างปกติสุข หรือกระทำสิ่งใดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีรูปแบบการสนับสนุนช่วยเหลือทั้งด้านวัตถุ สิ่งของ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ (นริสรา พึ่งโพธิ์สภ และฐาศุกร์ จันประเสริฐ, 2557)

การใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนทางสังคมทำให้เกิดการเสริมสร้างสุขภาพด้วยการทำหน้าที่เป็น “กันชน” (Buffer) ไม่ให้ผลของความเครียดมีต่อสุขภาพกายและจิตของบุคคล แม้ว่าบุคคลจะเผชิญอยู่กับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดสูง การสนับสนุนทางสังคมก็จะทำให้ระดับความรุนแรงของความเครียดที่อาจเกิดขึ้นกับบุคคลลดลงได้ โดยเชื่อว่ามีผลต่อการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย (DeVries et al., 2003; McDade, 2001 อ้างถึงใน วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และคณะ, 2553) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมช่วยสร้างเสริมสุขภาพได้ 4 แนวทาง คือ

1. สร้างสิ่งแวดล้อมที่ช่วยผลักดันการเจริญเติบโตของบุคคล
2. ลดโอกาสเกิดสถานการณ์ที่อาจคุกคามชีวิตหรือทำให้เกิดความเครียด
3. ช่วยสะท้อนกลับหรือยืนยันการกระทำที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ
4. เป็นตัวกลาง (Mediate) ลดระดับผลลบจากความเครียด เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจะทำหน้าที่แบ่งปันสิ่งที่ทุกคนให้ความสำคัญร่วมกัน ให้ความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ช่วยเหลือกันในยามทุกข์ยาก

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เมื่อมีความตึงเครียดทางอารมณ์ เช่น มีความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคมจะสามารถช่วยลดสิ่งเหล่านี้ได้ (Toylor, 2011) หากได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเร็วและมีประสิทธิภาพก็จะสามารถควบคุมความรุนแรงของอาการและระยะเวลาที่มีอาการของภาวะซึมเศร้าได้ (Raube, 1992; Warehem et al., 2007) เมื่อพิจารณารายละเอียดของการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้านได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินค่า พบว่า เมื่อบุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถเผชิญและจัดการความเครียดหรือปัญหาต่าง ๆ ได้ อีกทั้งส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจและเห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้อาการแสดงของภาวะซึมเศร้า เช่น อารมณ์เศร้า ความรู้สึกผิดหรือไร้ค่า รู้สึกหมดประโยชน์หรือสิ้นหวัง เป็นต้น มีแนวโน้มที่ดีขึ้นจนสามารถหายจากอาการซึมเศร้าในที่สุด ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) มาใช้ในการให้การช่วยเหลือและสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้การสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุขเป็นหลัก เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้มีบทบาทและมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด รวมถึงการสนับสนุนและช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ มากที่สุด พยาบาลเวชปฏิบัติมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วมในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการสนับสนุนที่สำคัญที่สุดในการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีปัญหาสุขภาพจิตได้มากกว่าด้านอื่น ๆ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถบรรเทาและปรับตัวได้ในสถานการณ์ความเครียดนั้น (Callaghan & Morrissey, 1993) ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวแสดงความรักด้วยการโอบกอด หรือสัมผัสมือผู้สูงอายุทุกวัน ก่อนไปทำงานหรือกลับจากทำงาน สอบถามทุกข์สุขทั่วไป ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าได้รับความรักการดูแลเอาใจใส่ ในส่วนของบุคลากรสาธารณสุขที่ไปเยี่ยมบ้านจะสร้างสัมพันธภาพ รับฟังปัญหา/ความคิดเห็นของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือ รวมทั้งการบำเพ็ญประโยชน์ตามความสามารถของผู้สูงอายุ

2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) เป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินความสามารถของตนเอง สมรรถภาพของตนเอง การให้ข้อมูลย้อนกลับถึงผลการประเมินความสุขและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบก่อนและหลังทำกิจกรรมตามโปรแกรม โดยให้สมาชิกในครอบครัวยกย่องชมเชยเมื่อปฏิบัติตัวได้เหมาะสม และให้สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการ การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุนำข้อมูลเหล่านั้นไปใช้ในการประเมินตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการสนับสนุนการให้ความรู้ คำแนะนำ การชี้แนะแนวทางที่เป็นข้อเท็จจริง หรือให้คำปรึกษา จะทำให้บุคคลสามารถนำไปแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ โดยผู้วิจัยให้ความรู้โดยการบรรยายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า แนวทางการปฏิบัติตนเพื่อลดภาวะซึมเศร้า ข้อมูลข่าวสารอันเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง วิธีการบริหารร่างกาย แนะนำแหล่งข้อมูลเพิ่มเติมที่สามารถเข้าถึงและค้นคว้าได้ด้วยตนเองทางอินเตอร์เน็ต และเนื่องจากในวัยสูงอายุทำให้เกิดอาการหลงลืม และความจำต่างๆลดลง ผู้วิจัยให้สมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือในการกระตุ้นและทบทวน ด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และให้คำชี้แนะ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้นและได้รับการกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอ

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรง ด้านเงิน สิ่งของ หรือแรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม ตามความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยจัดทำและมอบคู่มือการปฏิบัติตัว สมุดบันทึกการกินยาและการออกกำลังกาย ให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือ และวิธีการติดต่อที่มีอยู่ในชุมชน และจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุและครอบครัว และสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของหรือบริการต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุต้องการ เช่น พามาพบแพทย์ตามนัด หรือพามาตรวจที่โรงพยาบาลเมื่อมีอาการผิดปกติ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

อาคม บุญเลิศ (2559) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 130 ราย ผลการวิจัยพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าพบร้อยละ 36.9 (95% CI: 28.5-45.3) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเพียงพอของรายได้ และความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

บุษราคัม จิตอารีย์ (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 ราย ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า อายุ เพศ สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 31.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (R2 = .319)

ธรณินทร์ กองสุข, สุปราณี พิมพ์ตรา และจินตนา ลี้จงเพิ่มพูน (2555) ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ ตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM-IV หรือ ICD-10 มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในทุกด้านมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าประชากรไทยทั่วไป เมื่อวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุ พบว่า สมการที่ทำนายคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมที่สุดประกอบด้วยตัวแปรอิสระ 6 ตัว คือ ความรุนแรงของอาการ อายุ การว่างงาน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และเพศ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับสูง (R = 0.706) และสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 49.8

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในผู้สูงอายุ

ณัฐกานต์ สำเนียงเสนาะ (2556) ศึกษาปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 200 คน ผลการวิจัยพบว่า ระดับความสุขของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง (M = 4.86, SD = 0.56) การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 (r = .63, .61 ตามลำดับ) โดยการสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถร่วมทำนายความสุขผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 54 (R2 = . 54) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จิตนภา ฉิมจินดา (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม จำนวน 190 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสุขในชีวิตอยู่ในระดับมาก รายได้ ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนกิจครอบครัวระยะวัยชรา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสุขในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า พัฒนกิจครอบครัวระยะวัยชรา ความสามารถในการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม ได้ร้อยละ 57.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R2 = 0.576, p < 0.01)

แชง วอน จีออน และคณะ (2559) ศึกษามุมมองความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนประเทศเกาหลี พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความสุขเมื่อได้อยู่กับครอบครัว ร้อยละ 23.8 มีความเป็นอยู่ที่ดีอยู่อย่างสงบสุขกับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 13.2 การมีสุขภาพที่ดี ร้อยละ 65.3 และอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 20.5 ส่วนสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุข คือ ภาวะสุขภาพแย่ลง ร้อยละ 28.7 มีปัญหาทางเศรษฐกิจของตนเอง ร้อยละ 16.5 ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการ

กำหนดความสุขของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเกาหลี คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และสุขภาพที่ดี

6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้า/ภาวะสุขภาพจิต

พรพิมล เพ็ชรบุรี (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน คัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบคัดกรองสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE-T) จับคู่กลุ่มตัวอย่างในด้าน อายุ สถานภาพสมรส และความพอเพียงของรายได้ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละจำนวน 30 คน ระยะเวลาการทดลอง 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการให้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลังทดลอง ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

โสภาวรรณ เชื้อดี, ชาตรี ประชาพิพัฒน์ และ สาโรจน์ เพชรมณี (2559) ศึกษาผลของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมและการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตำบลพังกาญจน์ อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุจำนวน 30 คน รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วย กิจกรรมการบำเพ็ญประโยชน์ การผลิตสิ่งประดิษฐ์ หรือการแสดงความสามารถเฉพาะตัวด้านต่าง ๆ ส่วนกิจกรรมแรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย การถ่ายทอดความรักความผูกพันจากบุตรหลานต่อผู้สูงอายุ การโทรศัพท์ปรึกษาทุกข์ เล่าความสุขแก่เพื่อน ๆ ในกลุ่ม การเยี่ยมผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และการแข่งขันกีฬาผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า หลังทดลองผู้สูงอายุมีระดับสุขภาพจิตเปลี่ยนแปลงโดยมีสุขภาพจิตระดับสูงกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 13.30 มีระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 86.70 คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิต หลังการเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ภูริพงษ์ เจริญแพทย์ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดและการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคพาร์กินสันทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน หลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

กมลวรรณ ลีนะธรรม (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มารับบริการในหน่วยหลังคลอดโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 26 คน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และแรงสนับสนุนทาง

สังคมมารดาหลังคลอดมีความเครียดน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ยุวดี แตรประสิทธิ์ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพวัยท้ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 40 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย กิจกรรมเป็นรายครอบครัว จำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะทุพพลภาพวัยท้ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซิมสัน และคณะ (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับอาการแสดงทางจิตอัน ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด ในผู้ป่วยพาร์กินสัน พบว่าความพึงพอใจต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับคะแนนภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดที่เพิ่มขึ้น ทั้งนี้ผลกระทบในทางบวกจะขึ้นอยู่กับคุณภาพของการสนับสนุนทางสังคม เช่น ความสนิทสนมของคนในครอบครัว จำนวนเพื่อนสนิท ระดับความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง วิธีการบำบัดที่แนะนำ คือ การบำบัดเพื่อช่วยเหลือเยียวยาจิตใจและทำให้รู้สึกสุขสงบ

6.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมส่งเสริม/พัฒนาความสุขในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

สุดารัตน์ นามกระจ่าง, ลักษณี สมรัตน์ และอนัญญา เดชะคำภู (2560) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในผู้สูงอายุ ตำบลกระหวัน อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อายุ 60-70 ปี จำนวน 50 คน เข้าร่วมโปรแกรมตามลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสว่าง สุขสง่า และสุขสงบ เป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองระดับของสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถภาพทางสมองเบื้องต้น ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุข สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

แพรศิริ อยู่สุข (2557) ศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดภายหลังได้รับการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัดและลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วาสนา วรรณเกษม และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการระลึกถึงความหลังจะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

ปาริชาติ ค้ำชู (2551) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน กิจกรรมประกอบด้วย การเข้ากลุ่มสร้างสัมพันธภาพ การฝึกทักษะการเข้ากลุ่ม การเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น การให้แรงเสริมโดยการให้กำลังใจและคำชมเชย ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ และพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ปัจจัยของโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการที่คาดว่าส่งผลให้ลักษณะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าดีขึ้น แบ่งได้เป็น 3 ด้าน คือ ผู้นำกลุ่ม เพื่อนผู้สูงอายุ และลักษณะของกิจกรรม

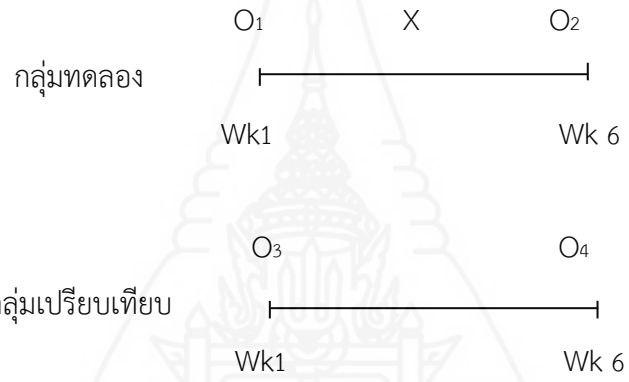
ซาร่า คาซานิ นาสซาฟ และคาลิล อัลลาห์ เวอดิยานี (2013) ศึกษาผลของการฝึกความสุขของฟอร์ไดซ์ต่อการลดภาวะซึมเศร้าในสตรีสูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้หญิงสูงอายุ จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกอบรมความสุขของ Fordyce จำนวน 8 ครั้ง ผลการวิจัยพบว่า อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะมีอาการรุนแรงหรือมีผลกระทบต่อผู้ป่วยมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน เช่น อายุ สถาพภาพสมรส การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย สัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติและมีความสุข มีหลายการศึกษาได้นำแนวทางในการส่งเสริมความสุขให้แก่ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เช่น การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของบุคคล การใช้ดนตรี กิจกรรมนันทนาการ การพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลัง ความสุข 5 มิติ เป็นต้น มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลด/บรรเทาภาวะซึมเศร้า/ความเครียด/ปัยหาสุขภาพจิต ของผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมที่ประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวสามารถทำให้ผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ มีภาวะซึมเศร้า/ปัญหาสุขภาพจิตลดลงหรือเป็นปกติได้

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ใช้แนวคิดความสุข 5 มิติของกรมสุขภาพจิต (2555) ได้แก่ มิติสุขสบาย มิติสุขสนุก มิติสุขสง่า มิติสุขสว่าง มิติสุขสงบ และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม โดยจัดกิจกรรมที่ครอบคลุมแนวคิดดังกล่าว เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมความสุขให้กับผู้สูงอายุ โดยกำหนดให้มีการบรรยายให้ความรู้เป็นรายกลุ่มและรายบุคคล สาธิตและสาธิตย้อนกลับ จัดอภิปรายกลุ่ม ทำกิจกรรมกลุ่มและการเยี่ยมบ้านรายบุคคล ใช้ระยะเวลาในการจัดโปรแกรม 6 สัปดาห์ โดยมุ่งหวังให้โปรแกรมพัฒนาความสุขนี้ จะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าลดลงหรือมีสุขภาพจิตเป็นปกติ สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ตำบลห้วยเตย จังหวัดมหาสารคาม โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 3.1 รูปแบบการวิจัย

กำหนดให้

X หมายถึง โปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

O_1 หมายถึง ประเมินภาวะซึมเศร้าและความสุขของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง

O_2 หมายถึง ประเมินภาวะซึมเศร้าและความสุขของกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 6

O_3 หมายถึง ประเมินภาวะซึมเศร้าและความสุขของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลอง

O_4 หมายถึง ประเมินภาวะซึมเศร้าและความสุขของกลุ่มเปรียบเทียบ หลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 6

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในตำบลห้วยเตย อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 863 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปี อาศัยอยู่ในตำบลห้วยเตย อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม เป็นกลุ่มติดสังคม ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย คือ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 13-18 คะแนน จากการประเมินด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS)

1.2.1 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power analysis (Cohen, 1988) กำหนดขนาดของอิทธิพล อ้างอิงจากงานวิจัยของ นฤมล อินทหมื่น (2555) เรื่อง “ผลของศิลปะบำบัดต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์เชียงใหม่” ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองเท่ากับ 12.36 (SD. = 3.70) และค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 16.40 (SD. = 5.33) มาคำนวณค่าอิทธิพล (effect size) ได้เท่ากับ 0.88 เมื่อกำหนดให้ระดับความเชื่อมั่นที่ alpha เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 17 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทดลองจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 20 คน

1.2.2 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) กำหนดพื้นที่ในการดำเนินการวิจัย โดยเลือกพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนาและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสง สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ครั้งที่ 1 ได้ผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนาเป็นกลุ่มทดลอง และจับฉลากครั้งที่ 2 ได้ผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสง เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

2) คัดกรองผู้สูงอายุ จากประชากรจำนวน 863 คน ด้วยประเมินจากแบบวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป จำนวน 812 คน หลังจากนั้นคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ได้กลุ่มเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 164 คน

3) คัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุจากกลุ่มเสี่ยงสูง ด้วยแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS) ได้ผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (คะแนนอยู่ระหว่าง 13-18 คะแนน) จำนวน 76 คน

4) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

(1) มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (คะแนน 13-18 คะแนน)

(2) ไม่ได้รับยาต้านอาการซึมเศร้า

(3) ไม่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว การได้ยิน การมองเห็น

(4) สามารถอ่านและฟังภาษาไทยได้

(5) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

(1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม

(2) มีภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรม

5) หลังจากนั้นสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยการจับฉลากแบบไม่คืนที่มากลุ่มละ 20 คน จำนวนทั้งสิ้น 20 คู่ และจัดทำข้อมูลกลุ่มตัวอย่างรายคู่ไว้

6) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่องานวิจัยครั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ คือ สถานภาพสมรส (เกสร มุ้ยจีน, 2558; พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์ และคณะ, 2556) อายุ ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน (รศรินทร์ เกรย์ และณัฐจีรา ทองเจริญพงศ์, 2555; เสาวลักษณ์ เรืองเกษมพงศ์ และนวลฉวี ประเสริฐสุข, 2557) และเพศ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ ,2555; อาคม บุญเลิศ, 2559) ดังนั้นผู้วิจัยจึงจับคู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ (matched pair) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้าน อายุ เพศ และสถานภาพสมรส

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการในดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Brathel ADL Index) ใช้สำหรับคัดกรองความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2537) เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองในการกิจวัตรประจำวันในระยะ 24-48 ชั่วโมง ครอบคลุมเรื่อง การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน และความสามารถในการขับถ่าย ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบตามระดับความสามารถที่ปฏิบัติได้ จำนวน 10 ข้อ

การแปลผลคะแนน แบ่งระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ดังนี้

0-4 คะแนน	หมายถึง	ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง)
5-11 คะแนน	หมายถึง	ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน)
12 คะแนนขึ้นไป	หมายถึง	ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม)

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการในดำเนินการทดลอง ได้แก่

2.2.1 โปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดความสุข 5 มิติ ของกรมสุขภาพจิต (2555) ที่ใช้แนวคิดในการสร้างสุขจากหลักธรรมะผสมผสานกับแนวคิดการสร้างสุขเชิงจิตวิทยาและแนวคิดในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ประกอบด้วย สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรม ดังนี้

1) ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้า ความสุข และการสนับสนุนทางสังคม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และความต้องการดูแลช่วยเหลือเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม

3) จัดกิจกรรม โดยประยุกต์ตามกรอบแนวคิด ความสุข 5 มิติ ของกรมสุขภาพจิต (2555) ประกอบด้วย สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ

4) กำหนดเนื้อหากิจกรรมให้ครอบคลุมตามแนวคิดดังกล่าว โดยบูรณาการกับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน จัดกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 2-3 ชั่วโมง รวมระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ ดังนี้

(1) กิจกรรม "สร้างสัมพันธ์รู้จักฉันรู้จักเธอ" มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้และยอมรับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ โดยการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า และแนวทางการดูแลสุขภาพกาย จิตและสังคม และมอบคู่มือสร้างเสริมความสุขสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้นำไปทบทวนและเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

(2) กิจกรรม "สุขสบายด้วยกายบริหาร 7 ท่า" เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านการประเมินค่า เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ และทักษะในการปฏิบัติตัว สามารถออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง เกิดความคล่องแคล่วว่องไว ไม่เกิดอุบัติเหตุง่ายและช่วยผ่อนคลายความเครียด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ สาธิตและสาธิตย้อนกลับเรื่องการบริหารร่างกาย มีการให้กำลังใจและชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง และส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวกระตุ้นเตือน หรือร่วมออกกำลังกายกับผู้สูงอายุที่บ้าน

(3) กิจกรรม "ร้องรำทำเพลง สร้างสุข" เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านการประเมินค่า เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน และคลายเครียด โดยให้ผู้สูงอายุเลือกเพลงที่ชอบ ให้ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นต่อเพลง และรำวงตามจังหวะเพลง

(4) กิจกรรม "สุขสง่า สร้างคุณค่าในตนเอง" เป็นกิจกรรมที่ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านการประเมินค่า เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนเองจากการให้และรับจากผู้อื่น การตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเอง การมีพฤติกรรมช่วยเหลือผู้อื่นในสังคมและเกิดมุมมองต่อการใช้ชีวิตในเชิงบวก โดยให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านดีหรือความภาคภูมิใจในอดีต หรือเล่าความสุขของตนเองแก่สมาชิกในกลุ่ม กล่าวคำชมเชยและยกย่องซึ่งกันและกัน แล้วออกเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงหรือบำเพ็ญประโยชน์ในสังคมตามความต้องการของผู้สูงอายุ

(5) กิจกรรม "บริหารสมอง 2 ท่า พาสุขสว่าง" เป็นกิจกรรมเพื่อกระตุ้นและชะลอความเสื่อมของสมองแก่ผู้สูงอายุ โดยทำกิจกรรมปั้นกระดาษด้วยเท้า และกิจกรรมการบริหารสมองด้วยสองมือ ด้วยการเคลื่อนไหวมือสลับข้าง

(6) กิจกรรม "สุขสงบ ด้วยสมาธิ" เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านการประเมินค่า เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้และควบคุมอารมณ์ของตนเองในด้านลบได้อย่างเหมาะสม เกิดความสงบในจิตใจ และผ่อนคลายความตึงเครียด รวมทั้งบริหารจิตเพื่อให้เกิดสติ สมาธิ ปัญญาโดยให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตของชีวิตภายในกลุ่ม ให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการจัดการกับความเครียด ฝึกสมาธิและกำหนดลมหายใจโดยใช้เพลงดั่งดอกไม้บานของ แม่ชีศันสนีย์ เสถียรธรรมสถาน (2555) ให้กำลังใจและชมเชย เมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง

(7) กิจกรรม"เยี่ยมบ้านสานสัมพันธ์" เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านทรัพยากร มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าและค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับครอบครัว และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและสภาพความเป็นจริง โดยการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุและครอบครัว ให้คำปรึกษาชี้แนะ และให้ความรู้ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว รวมทั้งส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและสร้างเสริมความสุขแก่ผู้สูงอายุโดยการโอบกอด หรือสัมผัสมือ

การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม มีเครื่องมือ สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่

1. คู่มือเสริมสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนหนังสือ บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาเกี่ยวกับ ภาวะซึมเศร้า อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า และวิธีการสร้างเสริมความสุขเพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า

2. วิดีทัศน์ เรื่อง "14 ท่าการบริหารกายสำหรับผู้สูงอายุ" ของกองออกกำลังกาย ของกรมสุขภาพจิต (2556) ประกอบด้วยท่าบริหารร่างกาย 14 ท่า ท่านั่ง 8 ท่า ท่ายืน 6 ท่า ซึ่งได้รับอนุญาตให้นำไปใช้ในการเผยแพร่

ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุสามารถจำท่าบริหารร่างกายได้ง่ายผู้วิจัยเลือกท่าบริหารร่างกาย 7 ท่าตามวัน ได้แก่ ท่าที่ 1 (วันอาทิตย์) ท่ายกแขน ท่าที่ 2 (วันจันทร์) ท่ากรรเชียง ท่าที่ 3 (วันอังคาร) ท่าเหยียดข้อเท้า ท่าที่ 4 (วันพุธ) ท่าเหยียดเข่า ท่าที่ 5 (วันพฤหัสบดี) ท่าเหยียดหลัง ท่าที่ 6 (วันศุกร์) ท่างอและเหยียดสะโพก ท่าที่ 7 (วันเสาร์) ท่าโยกลำตัว มาเป็นท่าบริหารร่างกายประจำวันให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติ

3. ซีดีเพลงและเพลงรำวง 1-2 เพลง ได้แก่ เพลงลอยกระทง และเพลงที่ผู้สูงอายุเลือกซึ่งเป็นเพลงจังหวะสนุกสนาน

4. วิดีทัศน์ เพลงดั่งดอกไม้บานของ แม่ชีศันสนีย์ เสถียรธรรมสถาน (2555) ซึ่งได้รับอนุญาตให้นำไปใช้ในการเผยแพร่มาใช้ในการฝึกสมาธิและการกำหนดลมหายใจ

5. คู่มือการใช้โปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการทดลอง เนื้อหาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) แนวคิดหลักและวัตถุประสงค์ทั่วไปของโปรแกรม และ 2) แผนกิจกรรม ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ สื่อ/อุปกรณ์ การดำเนินกิจกรรม การประเมินผล บันทึกผลการจัดกิจกรรม ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ง)

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา จำนวนสมาชิกที่อาศัยในครอบครัว งานอดิเรก การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและปลายปิด จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS) แปลเป็นภาษาไทยโดย อรวรรณ ลี่ทองอินทร์ (2535) ลักษณะคำถามเป็นการประเมินความรู้สึกของตัวเองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 30 ข้อ มีทั้งข้อความเชิงบวก ได้แก่ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 และข้อความเชิงลบ ได้แก่ข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26,28 โดยมีเกณฑ์เลือกตอบ คือ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”

ข้อความเชิงบวก ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 0 คะแนน

ข้อความเชิงลบ ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 0 คะแนน

การแปลผล

คะแนน 0-12 คะแนน หมายถึง มีสุขภาพจิตปกติ

คะแนน 13-18 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าเล็กน้อย

คะแนน 19-24 คะแนน หมายถึง มีความเศร้าปานกลาง

คะแนน 25-30 คะแนน หมายถึง มีความเศร้ารุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสุขในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสุขคนไทยของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้สำรวจตัวเอง และประเมินเหตุการณ์ อาการหรือความคิดเห็น และความรู้สึกว่า

อยู่ในระดับใด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ มีทั้งข้อความเชิงบวกและเชิงลบ คำถามเชิงบวกได้แก่ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15 และข้อความเชิงลบ ได้แก่ข้อ 3, 8, 12 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดยมีเกณฑ์ให้เลือกตอบ ดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกหรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อยหรือ เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด

การให้คะแนน

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
มากที่สุด	3 คะแนน	0 คะแนน
มาก	2 คะแนน	1 คะแนน
เล็กน้อย	1 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เลย	0 คะแนน	3 คะแนน

การแปลผลคะแนน

นำคะแนนจากข้อคำถาม 15 ข้อ (คะแนนเต็ม 45 คะแนน) โดยแบ่งเกณฑ์ออกเป็น 3 ระดับ อ้างอิงจากเกณฑ์ของ Bloom (1986) ดังนี้

ร้อยละ 73.3 ขึ้นไป (33-45 คะแนน) หมายถึง มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป

ร้อยละ 60-73.2 (27-32 คะแนน) หมายถึง มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป

ต่ำกว่าร้อยละ 60 (26 คะแนนหรือน้อยกว่า) หมายถึง มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป

2.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

2.4.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม คู่มือการใช้โปรแกรม และคู่มือการสร้างเสริมความสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ ระยะเวลา และกิจกรรม และคู่มือการสร้างเสริมความสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ตรวจสอบความเหมาะสม

รูปแบบ ความถูกต้องของภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา รูปภาพ และขนาดตัวอักษร แล้วนำไปให้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมและคู่มือดังกล่าว หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลจากการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ คือ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2012) ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแต่ละเครื่องมือเท่ากับ 1 และนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ ดังนี้

1) โปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ปรับรูปแบบโดยรวมกิจกรรมบางกิจกรรมเข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดความเหมาะสมของการดำเนินกิจกรรมและระยะเวลาการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง รวมทั้งปรับเปลี่ยนสถานที่จัดกิจกรรมให้ความเหมาะสมตามวิถีชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

2) คู่มือการสร้างเสริมความสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ปรับขนาดตัวอักษรให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุอ่านง่าย และปรับเพิ่มเนื้อหาในส่วนของแหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการติดต่อ กรณีต้องการความช่วยเหลือ

2.3.2 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดรัง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

1) คู่มือการใช้โปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม และคู่มือการเสริมสร้างความสุข นำไปใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 5 คน พบว่า ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมเหมาะสมเป็นไปตามที่กำหนด ส่วนคู่มือการเสริมสร้างความสุขฯ ผู้สูงอายุอ่านเข้าใจง่ายและชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินความสุขในผู้สูงอายุ นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 และ 0.80 ตามลำดับ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะก่อนการทดลอง และระยะดำเนินการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ระยะเตรียมการ

3.1.1 เตรียมสถานที่ดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1.2 เตรียมผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย ดังนี้

1) เตรียมผู้วิจัย โดยศึกษาค้นคว้าความรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของภาวะซึมเศร้า การพัฒนาความสุข และการสนับสนุนทางสังคม

2) เตรียมผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอันเกิดจากความลำเอียงของผู้วิจัย โดยใช้ผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 2 คน เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติหรือนักวิชาการสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสง แห่งละ 1 คน สมัครใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยอธิบายบทบาทหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรมด้านต่าง ๆ เช่น ช่วยกลุ่มตัวอย่างอ่านหรือเขียนหนังสือในการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง ให้การดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์ผิดปกติขณะทำกิจกรรม เช่น เป็นลม เกิดการเจ็บป่วยขึ้น โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย และขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม อธิบายการใช้แบบสอบถาม และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน โดยผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตเพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้ช่วยวิจัยและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนเป็นที่เข้าใจตรงกัน

3.2 ระยะก่อนการทดลอง

3.2.1 เสนอโครงการการวิจัยและเครื่องมือวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งได้รับการรับรองตามเอกสารรับรองเลขที่ 004/2562

3.2.2 ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูล จากประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ไปยังนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สาธารณสุขอำเภอกุดรัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสง จังหวัดมหาสารคาม เพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการทำการวิจัย

3.2.3 ภายหลังได้รับอนุญาตแล้ว ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

3.2.4 นัดพบกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อทำความรู้จักผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอม

3.2.5 แจ้งกลุ่มเปรียบเทียบพบกันที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสง ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 6 ส่วนกลุ่มทดลองแจ้งให้ทราบว่าต้องเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนา จำนวน 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง พร้อมทั้งนัดหมายวัน เวลา สถานที่ ในการจัดกิจกรรมครั้งแรก โดยคำนึงถึงความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลอง เป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน กลุ่มที่ 1 ทำกิจกรรมรอบเช้า (เวลา 9.30-11.30 น.) และกลุ่มที่ 2 ทำกิจกรรมรอบบ่าย (เวลา 13.00-15.00 น)

3.3 ระยะดำเนินการทดลอง

3.3.1 การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ใช้เวลา 2 วันๆ ละ 2 ชั่วโมง ดังนี้

กิจกรรม (วันที่ 1) “สร้างสัมพันธ์ รู้จักฉันรู้จักเธอ” มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพและให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้จักและไว้วางใจกัน รับรู้และยอมรับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ โดยการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าและแนวทางการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสังคม ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนา กล่าวทักทาย แนะนำตนเอง ซักถามเรื่องทั่วไป ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความสุขก่อนการทดลอง

1.2 ให้สมาชิกในกลุ่มแนะนำตนเอง เพื่อสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจ อธิบายภาพรวมของโปรแกรมและกิจกรรมในโปรแกรม ระยะเวลาของการทำกิจกรรม รวมทั้งกติกาของการเข้าร่วมกลุ่ม เปิดโอกาสให้ซักถาม พูดถึงสิ่งที่คาดหวัง หรือสิ่งที่อยากให้เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรมนี้

1.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในวัยสูงอายุ ที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

. 1.4 แจ้งผลการประเมินภาวะซึมเศร้าให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ที่ส่งผลต่อตนเอง รวมทั้งวิธีการจัดการ

1.5 ให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อาการ อาการแสดง และการป้องกันภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า วิธีการสร้างเสริมความสุขเพื่อป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้า และสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุหรือแหล่งช่วยเหลือผู้สูงอายุ พร้อมทั้งมอบคู่มือการสร้างเสริมความสุข เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปทบทวนที่บ้าน และใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติตัว หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถาม และสรุปทบทวนกิจกรรม

กิจกรรม (วันที่ 2) “สุขสบายด้วยกายบริหาร 7 ท่า” มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการออกกำลังกาย สามารถออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง เกิดความคล่องแคล่วว่องไว ไม่เกิดอุบัติเหตุง่าย และช่วยผ่อนคลายความเครียด โดยให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการออกกำลังกายในวัยสูงอายุ สาธิตการบริหารร่างกาย และฝึกปฏิบัติ ดังนี้

2.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม

2.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการออกกำลังกายในวัยสูงอายุ หลักการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

2.3 ให้ชมวีดีทัศน์เรื่อง “การบริหารร่างกายสำหรับผู้สูงอายุ” และให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติไปพร้อม ๆ กัน หลังจากนั้นทบทวนและสาธิตวิธีการบริหารร่างกายประจำวัน 7 ท่าซ้ำ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง โดยมีผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แนะกล่าวให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้อง

2.4 เลือกกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติได้ถูกต้องออกมานำการบริหารร่างกาย 7 ท่า เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มจดจำท่าได้ แนะนำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทุกวัน หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถาม สรุปกิจกรรมที่ทำในครั้งนี้ และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการทำกิจกรรมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ใช้เวลา 2 วัน ๆ ละ 2 ชั่วโมง ดังนี้

กิจกรรม (วันที่ 1) “ร้องรำทำเพลง สร้างสุข” เป็นกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน และคลายเครียด โดยให้ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นต่อเพลง และรำวงตามจังหวะเพลง ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในห้องประชุมที่เตรียมไว้ กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไปและสอบถามถึงการสร้างเสริมความสุขให้กับตนเองจากกิจกรรมที่ได้ฝึกปฏิบัติในครั้งที่ 1 กล่าวชมเชย และชื่นชมกลุ่มตัวอย่างที่สามารถสร้างเสริมความสุขให้กับตนเองได้ตามที่ได้ฝึกปฏิบัติมา พร้อมทั้งสอบถามความรู้สึกจากการที่ได้ปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวได้ สอบถามปัญหาอุปสรรค โดยผู้วิจัยชี้แนะและให้คำแนะนำ ตามสภาพปัญหาและตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจง วัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมครั้งนี้ และทบทวนการบริหารร่างกายประจำวัน 7 ท่า โดยขออาสาสมัครออกมานำการบริหารร่างกายและให้สมาชิกในกลุ่มปฏิบัติตาม

1.2 เลือกเพลงทำนองสนุกสนานที่กลุ่มตัวอย่างชื่นชอบมา 2-3 เพลง แล้วให้กลุ่มตัวอย่างช่วยกันเลือกเพลงที่คุ้นเคยและสามารถร้องได้ทุกคน เช่น เพลงลอยกระทง เป็นต้น มาเป็นเพลงในการทำกิจกรรม

1.3 เปิดเพลงให้ฟัง 1 รอบ หลังจากนั้นให้ร้องเพลงร่วมกัน 2-3 รอบ

1.4 ให้กลุ่มตัวอย่างเล่นเกมส์ ร้องต่อเพลงที่เลือกคนละท่อนไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งครบทุกคนในกลุ่ม กล่าวคำชมเชยหรือปรบมือให้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถต่อเพลงได้ถูกต้อง

1.5 ให้กลุ่มตัวอย่างยืนเป็นวงกลม แล้วเปิดเพลงรำวงและให้รำวงตามจังหวะเพลงร่วมกัน

1.6 สรุปกิจกรรม สอบถามความรู้สึกที่ได้ทำกิจกรรมในวันนี้ และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างนำไปปฏิบัติต่อที่บ้าน เช่น ร้องคาราโอเกะเพลงที่ชอบ เป็นต้น

กิจกรรม (วันที่ 2) “บริหารสมอง 2 ท่า พาสุขสว่าง” เป็นกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นและชะลอความเสื่อมของสมองแก่ผู้สูงอายุ โดยการทำกิจกรรมปั้นกระดาษด้วยเท้าและกิจกรรมบริหารสมองด้วยสองมือ ดังนี้

2.1 ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรมและการดำเนินกิจกรรมนี้

2.2 ให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมปั้นกระดาษด้วยเท้า โดยผู้วิจัยสาธิตขั้นตอนการปฏิบัติ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตาม กล่าวชมเชยกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปั้นกระดาษด้วยเท้าเป็นวงกลมที่เล็กที่สุด

2.3 หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมบริหารสมองด้วยสองมือ โดยการเคลื่อนไหวมือสลับข้าง โดยบอกวัตถุประสงค์ของกิจกรรม และสาธิตวิธีปฏิบัติ และให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติไปพร้อมกันหลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ให้การสนับสนุนทางอารมณ์โดยกล่าวชมเชยกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง และเน้นย้ำให้นำไปฝึกปฏิบัติทุกวัน เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของสมอง

2.4 สรุปกิจกรรม และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการทำกิจกรรมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 3

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม“เยี่ยมบ้านสานสัมพันธ์” เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน มีวัตถุประสงค์เพื่อ ติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าและค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันและการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับครอบครัว รวมทั้งร่วมกันหาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและสภาพความเป็นจริง โดยผู้วิจัยให้คำปรึกษา ชี้แนะ และให้ความรู้ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว รวมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล/สนับสนุนผู้สูงอายุทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ และทรัพยากร ใช้เวลาประมาณ 45 นาที/คน ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. กล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว ซักถามเรื่องทั่วไป
2. ประเมินสภาวะทางร่างกายและจิตใจ เช่น ตรวจร่างกาย วัดสัญญาณชีพ ประเมินภาวะซึมเศร้า ซักถามปัญหาและความต้องการของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว พร้อมทั้งให้คำแนะนำ ชี้แนะและหาแนวทางในการแก้ปัญหาตามสถานการณ์นั้น ๆ
3. ผู้วิจัยทบทวนและให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวในการป้องกันและการดูแลภาวะซึมเศร้า รวมทั้งวิธีการสร้างเสริมความสุข
4. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ครอบครัวดูแลให้ความอบอุ่นและแสดงความรักต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยให้สมาชิกในครอบครัวกอดกลุ่มตัวอย่างหรือจับมือกันทุกวัน
5. ผู้วิจัยประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและเข้าถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชนสนับสนุนให้ครอบครัวพากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น การเข้าวัดทำบุญ การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาหรือกิจกรรมตามประเพณี การร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุหรือกลุ่มต่าง ๆ ที่มีในชุมชน รวมทั้งแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวรู้จักและเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่สามารถช่วยเหลือและสนับสนุนผู้สูงอายุและครอบครัวได้
6. กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว และนัดหมายเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 4

สัปดาห์ที่ 4 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ใช้เวลา 2 วัน ๆ ละ 2 ชั่วโมง ดังนี้

กิจกรรม (วันที่ 1) “สุขสงบ ด้วยสมาธิ” เป็นกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้และควบคุมอารมณ์ของตนเองในด้านลบ เกิดความสงบในจิตใจและผ่อนคลายความตึงเครียด รวมทั้งบริหารจิตเพื่อให้เกิดสติ สมาธิ ปัญญา โดยให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด และวิธีการจัดการกับความเครียด เช่น การหายใจอย่างถูกวิธี การฝึกสมาธิ เป็นต้น ใช้เวลาประมาณ 60-120 นาที ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง กล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป และทบทวนกิจกรรมในครั้งที่ผ่านมาโดยให้ทำกิจกรรมบริหารร่างกายและบริหารสมองด้วยสองมือ โดยขออาสาสมัครจำนวน 2 คน เป็นผู้นำในการทำกิจกรรม และชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมครั้งนี้

1.2 ให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเผชิญปัญหาและภาวะวิกฤติของชีวิต ที่ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง และวิธีจัดการกับปัญหาเหล่านั้น แล้วผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มช่วยแสดงแสดงความคิดเห็น ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์โดยกล่าวคำชมเชยและยกย่องซึ่งกันและกัน

1.3 ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียด วิธีการจัดการกับความเครียด ประโยชน์ของการผ่อนคลายความเครียดด้วยการฝึกสมาธิ และการหายใจอย่างถูกวิธี หลังจากนั้นให้สาธิตและให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติตามพร้อมกัน

1.4 ผู้วิจัยสอนหลักการฝึกหายใจที่ถูกวิธีและให้ผู้สูงอายุฝึกหายใจที่ถูกต้องเพื่อลดความเครียดและบริหารปอด

1.5 ผู้วิจัยเปิดเพลงดั่งดอกไม้บาน ให้กลุ่มตัวอย่างฟังและให้ร้องเพลงตามจนจำเนื้อเพลงได้ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทำท่าประกอบเพลง และฝึกการหายใจ พร้อมเพลงจากวีดีทัศน์

1.6 สรุปและทบทวนการทำกิจกรรมที่ทำในครั้งนี้ และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างนำไปปฏิบัติที่บ้านทุกวัน

กิจกรรม (วันที่ 2) “สุขสง่าสร้างคุณค่าในตนเอง” เป็นกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนเองจากการให้และรับจากผู้อื่น การตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเอง การมีพฤติกรรมช่วยเหลือผู้อื่นในสังคมและเกิดมุมมองต่อการใช้ชีวิตในเชิงบวก โดยให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านดีหรือความภาคภูมิใจในอดีต และการบำเพ็ญประโยชน์ ใช้เวลาประมาณ 120 นาที ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมและขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

2.2 ให้กลุ่มตัวอย่างนั่งเป็นวงกลม แลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือกิจกรรมที่ตนเองทำความดี หรือความสามารถที่ปฏิบัติแล้วเกิดประโยชน์ต่อครอบครัว ต่อตนเอง ต่อชุมชนหรือสังคม โดยผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และสมาชิกในกลุ่ม กล่าวคำชมเชยและยกย่องซึ่งกันและกัน

2.3 ให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาคุณค่าในตนเอง โดยให้ช่วยกันเลือกทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเลือกกิจกรรมการเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาประมาณ 60 นาที

2.4 สรุปกิจกรรม และให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความรู้สึกที่ได้บำเพ็ญประโยชน์ โดยผู้วิจัยเน้นย้ำถึงความภาคภูมิใจในตนเองจากการให้และรับจากผู้อื่น และการตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเอง และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในการทำกิจกรรมครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 6

สัปดาห์ที่ 5 กลุ่มตัวอย่างดูแลตัวเองและปฏิบัติกิจกรรมประจำวันตามปกติ

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมประเมินผล มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลอง และปิดการวิจัย ใช้เวลา 60 นาที ดังนี้

1. กล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่าง พูดคุยเรื่องทั่วไป เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็นต่อการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

2. สอบถามการสร้างเสริมความสุขของตนเองที่กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติตามโปรแกรมและคู่มือการปฏิบัติตัวที่มอบให้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างพูดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผลที่เกิดขึ้น

3. ประเมินภาวะซึมเศร้าและประเมินความสุขหลังทดลองโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนทดลอง

4. ผู้วิจัยวิเคราะห์ผลการประเมินซึมเศร้าและความสุขของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ระหว่างนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนกิจกรรมสร้างเสริมความสุขทั้ง 5 มิติด้วยการหายใจประกอบเพลงดั่งดอกไม้บาน และการบริหารร่างกาย 7 ท่า โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม

5. ผู้วิจัยแจ้งผลการประเมินให้กลุ่มตัวอย่างทราบ กล่าวชมเชย และให้กำลังใจในการสร้างเสริมความสุขให้กับตนเองอย่างต่อเนื่อง

6. กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ มอบของที่ระลึก และปิดการวิจัย

3.2.1 การดำเนินการในกลุ่มเปรียบเทียบ

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสง อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพ แจ้งขั้นตอนและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ดังนี้

1. แนะนำตนเอง กล่าวทักทายและให้กลุ่มตัวอย่างแนะนำตนเอง ชี้แจงเกี่ยวกับโปรแกรมและกำหนดการในการดำเนินกิจกรรม

2. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินภาวะซึมเศร้าและความสุข ก่อนทดลอง จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 6 โดยจะแจ้งให้ทราบล่วงหน้า 1 สัปดาห์ก่อนนัด

สัปดาห์ที่ 2-5 กลุ่มตัวอย่างดูแลตัวเองและปฏิบัติกิจกรรมประจำวันตามปกติ

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามเวลาและสถานที่ที่นัดหมาย เพื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลอง ดังนี้

1. กล่าวทักทาย พูดคุย ซักถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และบอกวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมในครั้งนี้

2. ประเมินภาวะซึมเศร้า และความสุขหลังการทดลอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนทดลอง

3. แจ้งผลการประเมินให้กลุ่มตัวอย่างทราบ กล่าวชมเชยกลุ่มตัวอย่างที่สามารถดูแลตนเองได้ดี และให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างที่ยังมีภาวะซึมเศร้า โดยสอบถามปัญหาและความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แนะและให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาและสถานการณ์นั้น ๆ พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ภายหลังสิ้นสุดการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมพัฒนาความสุขเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง

4. หลังจากนั้นแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า เป็นวันสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ พร้อมกับกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ มอบของที่ระลึก และปิดการวิจัย

ภาพที่ 3.2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังต่อไปนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปร ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าและความสุขของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบที โดยทดสอบตัวแปรตามข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าการกระจายของตัวแปรไม่เป็นโค้งปกติ (ภาคผนวก จ) ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้สถิติ nonparametric ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปร โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ระดับ .05 ดังนี้

4.2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าและความสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

4.2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าและความสุข ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed rank test

5. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

5.1 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้รับเอกสารรับรองเลขที่ 004/2562

5.2 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการศึกษา และประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

5.3 ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบว่า คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ การนำเสนอผลจากการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และอ่านเอกสารชี้แจงให้

กลุ่มตัวอย่างฟัง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form)

5.4 ในกรณีกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุเกิดอาการไม่สบายขณะร่วมการวิจัย เช่น หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น ผู้วิจัยจะหยุดการทำกิจกรรมทันที และให้การดูแลรักษาเบื้องต้น

5.5 สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบหลังสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมพัฒนาความสุขและการสนับสนุนทางสังคมเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง โดยคำนึงถึงความสมัครใจของกลุ่มเปรียบเทียบเป็นสำคัญ

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่อาศัยอยู่ในตำบลห้วยเตย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 20 คน ใช้ระยะเวลาดำเนินการทดลอง 6 สัปดาห์ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก ศาสนา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ โรคประจำตัว งานอดิเรกที่ทำยามว่าง และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=20)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	7	35	7	35
หญิง	13	65	13	65

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=20)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ				
60-65 ปี	5	25	5	25
66-70 ปี	6	30	6	30
71-74 ปี	9	45	9	45
	M = 68.85 SD= 4.42		M = 69.60 SD= 4.51	
	Max=74, Min=61		Max=74, Min=62	
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	20	100	20	100
สถานภาพสมรส				
โสด	3	20	3	20
คู่/สมรส	11	50	11	50
หม้าย/หย่า	6	30	6	30
จำนวนสมาชิกในครอบครัว				
1 คน	3	15	3	15
2 คน	4	20	7	35
3 คน	3	15	5	25
4 คนขึ้นไป	10	50	5	25
ผู้ดูแลหลัก				
ไม่มี	7	35	10	50
มี	13	65	10	50
ศาสนา				
พุทธ	20	100	20	100
อื่น ๆ	0	0	0	0
อาชีพ				
เกษตรกร	14	70	17	85
ว่างงาน	5	25	3	15
งานบ้าน	1	5	0	0

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=20)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้				
ต่ำกว่า 1,000 บาท	11	55	11	55
1,000-3,000 บาท	6	30	8	40
3,001-5,000 บาท	2	10	1	5
5,001-10,000 บาท	1	5	0	0
ความเพียงพอของรายได้				
ไม่เพียงพอ	15	75	16	80
เพียงพอ	5	25	3	15
เพียงพอและเหลือเก็บ	0	0	1	5
แหล่งที่มาของรายได้				
เบี้ยยังชีพรายเดือน	12	60	7	35
บุตรหลาน/สมาชิกครอบครัว	5	25	9	45
ยังคงทำงานด้วยตนเอง	2	1	4	20
อื่น ๆ	1	5	0	0
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	10	50	6	30
มีโรคประจำตัว	10	50	14	70
งานอดิเรกที่ทำในเวลาว่าง				
ไม่มี	11	55	15	75
มี	9	45	5	25
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม				
ไม่มี	7	35	16	80
มี	13	65	4	20

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65 มีอายุเฉลี่ย 68.85 ปี และ 69.60 ปี ตามลำดับ อยู่ในช่วงอายุ 71-75 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45 ทุกคนจบการศึกษาระดับประถมศึกษาและนับถือศาสนาพุทธ และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 โดยกลุ่มทดลองมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คนขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และมีผู้ดูแล ร้อยละ 65 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 70 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีสมาชิกในครอบครัว 2 คน ร้อยละ 35 และมีผู้ดูแลหลักร้อยละ 50 ทั้งสองกลุ่มมีรายได้อยู่ที่ช่วงต่ำกว่า 1,000 บาทร้อยละ 55 และรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ร้อยละ 75 และร้อยละ 80 ตามลำดับ โดยพบว่ามีรายได้จากเบี้ยยังชีพรายเดือน และรายได้จากสมาชิกครอบครัว ร้อยละ 60.00 และร้อยละ 45.00 ตามลำดับ ข้อมูลด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวร้อยละ 50 ยามว่างจะไม่ทำกิจกรรมใด ๆ ร้อยละ 55 แต่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมถึงร้อยละ 65 สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบมีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 70 ส่วนใหญ่ไม่ทำกิจกรรมใด ๆ เวลาว่าง และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ร้อยละ 75 และร้อยละ 80 ตามลำดับ)

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบที พบว่า มีการกระจายของตัวแปรก่อนทดลองไม่เป็นโค้งปกติ ดังนั้นจึงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ non-parametric ดังแสดงในตารางที่ 4.2 และตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n=20)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=20)			Z	*p-value*
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล		
ก่อนการทดลอง	13.95	1.27	เล็กน้อย	13.85	0.81	เล็กน้อย	-0.246	.806
หลังการทดลอง	6.20	1.36	ปกติ	14.00	1.25	เล็กน้อย	-5.455	.000*

**p-value < .05*

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม (M = 13.95, SD = 1.27 และ M = 13.85, SD = 0.81) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงจากระดับเล็กน้อยเป็นระดับปกติ (M = 6.20, SD = 1.36) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยเท่าเดิม (M = 14.00, SD = 1.25) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนภาวะซึมเศร้า ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง (n=20)

กลุ่มตัวอย่าง	**ก่อนการทดลอง**			**หลังการทดลอง**			Z	*p-value*
	M	**SD**	**แปลผล**	**M**	**SD**	**แปลผล**		
กลุ่มทดลอง	13.95	1.27	เล็กน้อย	6.20	1.36	ปกติ	-3.939	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.85	0.81	เล็กน้อย	14.00	1.25	เล็กน้อย	-1.15	0.248

**p-value<.05*

จากตารางที่ 4.3 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนทดลองอยู่ในระดับเล็กน้อย (M = 13.95, SD = 1.27) หลังทดลองลดลงจากระดับเล็กน้อยเป็นระดับปกติ (M = 6.20, SD = 1.36) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังทดลองลดลงกว่าก่อนทดลอง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนทดลองอยู่ในระดับเล็กน้อย (M = 13.85, SD = 0.81) หลังทดลองค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อยเท่าเดิม (M = 14.00, SD = 1.25) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า มี

ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังทดลองใกล้เคียงกับก่อนทดลอง และไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบที พบว่า มีการกระจายของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่เป็นโค้งปกติ ดังนั้นจึงเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ non-parametric ดังแสดงในตารางที่ 4.4 และตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความสุขของผู้สูงอายุที่มีซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n=20)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=20)			Z	*p-value*
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล		
ก่อนการทดลอง	24.45	1.35	น้อย	24.00	0.91	น้อย	-1.387	.166
หลังการทดลอง	30.40	1.31	ปกติ	23.65	1.22	น้อย	-5.448	.000*

**p-value < .05*

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขอยู่ในระดับน้อย ใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม (M = 24.45, SD = 1.35 และ M = 24.00, SD = 0.91) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับปกติ (M = 30.4, SD = 1.31) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขอยู่ในระดับน้อยเท่าเดิม (M = 23.65, SD = 1.22) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	**ก่อนทดลอง (n=20)**			**หลังทดลอง (n=20)**			Z	*p-value*
	M	**SD**	**แปลผล**	**M**	**SD**	**แปลผล**		
กลุ่มทดลอง	24.45	1.35	น้อย	30.4	1.31	ปกติ	-3.954	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	24.00	0.91	น้อย	23.65	1.22	น้อย	-1.748	0.080

**p-value < .05*

จากตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขก่อนทดลองอยู่ในระดับน้อย (M = 24.45, SD = 1.35) หลังทดลองค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับปกติ (M = 30.4, SD = 1.31) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข ก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขก่อนทดลองอยู่ในระดับน้อย (M = 24.00, SD = 0.91) หลังทดลองค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยเท่าเดิม (M = 23.65, SD = 1.22)) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขหลังทดลองใกล้เคียงกับก่อนทดลอง และแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5
สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในตำบลห้วยเตย จังหวัดมหาสารคาม สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

1.1.2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

1.2 สมมติฐานการวิจัย

1.2.1 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

1.2.2 ความสุขผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

1.3 วิธีดำเนินการวิจัย

1.3.1 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในตำบลห้วยเตย อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม เป็นกลุ่มติดสังคมที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย คือ มีคะแนนระหว่าง 13-18 คะแนน จากการประเมินด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย จำนวน 40 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 20 คน กำหนดกลุ่มทดลองคือ ผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนา และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแสง ตำบลห้วยเตย และจับคู่ตามตัวแปร เพศ อายุ และสถานภาพสมรส

1.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Brathel ADL Index) 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาขึ้นตามแนวคิดความสุข ของกรมสุขภาพจิต (2555) ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (House, 1981) และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย แปลเป็นภาษาไทยโดย อรวรรณ ลี่ทองอินทร์ (2535) และแบบประเมินความสุขของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.81 และ 0.80 ตามลำดับ

1.3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งขั้นตอนการดำเนินการเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะเตรียมการ ระยะก่อนการทดลอง และระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลก่อนทดลองด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความสุขในผู้สูงอายุ หลังจากนั้นดำเนินการทดลองโดยกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม จัดกิจกรรมจำนวน 4 ครั้ง และติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินความสุขในผู้สูงอายุชุดเดิม

1.3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าและคะแนนความสุข ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test และ Wilcoxon singed-ranks test

1.4 ผลการวิจัย

1.4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65 มีอายุเฉลี่ย 68.85 ปี และ 69.60 ปี ตามลำดับ อยู่ในช่วงอายุ 71-74 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45 ทุกคนจบการศึกษาระดับประถมศึกษาและนับถือศาสนาพุทธ และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 โดยกลุ่มทดลองมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คนขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และมีผู้ดูแล ร้อยละ 65 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 70 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีสมาชิกในครอบครัว 2 คน ร้อยละ 35 และมีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 50 ทั้งสองกลุ่มมีรายได้อยู่ที่ช่วงต่ำกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 55 และรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ร้อยละ 75 และร้อยละ 80 ตามลำดับ โดยพบว่า มีรายได้จากเบี้ยยังชีพรายเดือน และรายได้จากสมาชิกครอบครัว ร้อยละ 60 และร้อยละ 45 ตามลำดับ ข้อมูลด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัว ร้อยละ 50 ยามว่างจะไม่ทำกิจกรรมใด ๆ ร้อยละ 55 แต่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมถึงร้อยละ 65 สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ

มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70 ส่วนใหญ่ยามว่างไม่ทำกิจกรรมใด ๆ และไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ร้อยละ 75 และร้อยละ 80 ตามลำดับ)

1.4.2 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองลดลงจากระดับเล็กน้อยเป็นระดับปกติ

1.4.3 ความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีความสุขหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับปกติ

2. อภิปรายผล

ผลการศึกษาเรื่องโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในตำบลห้วยเตย จังหวัดมหาสารคาม สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

2.1 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยลดลงจากระดับเล็กน้อยเป็นระดับปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า

ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าให้สามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข ควรส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ในทุกมิติ ทั้งการส่งเสริมให้มีสมรรถภาพทางกายที่แข็งแรง มีจิตใจสดชื่นแจ่มใส สนุกสนานเพลิดเพลิน มีความพึงพอใจในตนเอง สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่น รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเป็นส่วนหนึ่งในสังคม มีความพึงพอใจในชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทำให้สามารถผ่านพ้นภาวะซึมเศร้าไปได้ และดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้นการนำแนวคิดความสุข 5 มิติของกรมสุขภาพจิต (2555) ประกอบด้วย มิติสุขสบาย มิติสุขสนุก มิติสุขสง่า มิติสุขสว่าง และมิติสุข มาใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาจิตใจ โดยเรียงลำดับขั้นของความปรารถนาตั้งแต่ขั้นแรก คือ ความต้องการทางด้านร่างกายไปสู่ความปรารถนาขั้นสูงขึ้นไปเป็นลำดับ ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์

และสังคม ร่วมกับนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร บูรณาการร่วมกับแนวคิดความสุขในการการจัดกิจกรรม เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยความสัมพันธ์กับสุขภาพ มีความสำคัญในการป้องกันความเครียดและส่งเสริมการหายจากโรคซึมเศร้า (Peder, 1996; Duangduen, 1996) การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีอารมณ์มั่นคง เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองและสามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ถ้าขาดกำลังใจหรือบุคคลที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนในการดำรงชีวิต จะยิ่งทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองได้ในที่สุด (Wongpanarak & Chaleoykitt, 2014)

ดังนั้นโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม จึงประกอบด้วยกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ในทุกมิติ ทั้งการส่งเสริมทางกายให้มีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรง สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพได้ มีความจำ ความคิดอย่างมีเหตุมีผล สามารถในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การส่งเสริมทางจิตใจให้มีจิตใจสดชื่นแจ่มใส รู้จักควบคุมอารมณ์ มีความภาคภูมิใจและพึงพอใจในชีวิตตนเอง รวมทั้งส่งเสริมด้านสังคมและจิตวิญญาณให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม เข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้อื่น กล่าวคือ

กิจกรรม “สร้างสัมพันธ์รู้จักฉันรู้จักเธอ” เป็นกิจกรรมในการสร้างสัมพันธภาพ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความไว้วางใจระหว่างบุคคลของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้วิจัย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีเพื่อนหรือเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชัย มงคล และคณะ (2552) ที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้งในวัยผู้สูงอายุหรือวัยผู้ใหญ่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของคน ซึ่งในวัยสูงอายุนี้จะให้ความสำคัญกับการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น นอกจากนี้ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร และด้านข้อมูลข่าวสาร โดยบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า และแนวทางการดูแลสุขภาพกาย จิตและสังคมของตนเอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจในวัยสูงอายุ รวมทั้งมอบคู่มือสร้างเสริมความสุข เพื่อนำไปทบทวนและใช้เป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติที่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่ม รู้สึกมีเพื่อน การมีสัมพันธภาพที่ดีทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่เป็นความรู้สึกด้านบวก ได้แก่ รู้สึกมีความสุข มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต เพราะการมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้านเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต และความเหงาของผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช, 2553; Hazer & Boylu, 2010; Malekafzali et al., 2010) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้และเข้าใจการเปลี่ยนแปลงและความแตกต่างในวัยสูงอายุของแต่ละบุคคล รวมทั้งมีวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคได้ เป็นการสนับสนุนด้านการประเมินค่าที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจตนเองและผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองมีเพื่อนและทำให้คลายความเศร้าลง

กิจกรรม“สุขสบายด้วยกายบริหาร 7 ท่า” เป็นกิจกรรมให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ตนเคยปฏิบัติ แล้วให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการออกกำลังกายในวัยสูงอายุ ให้ชมวีดีทัศน์ “การบริหารร่างกายสำหรับผู้สูงอายุ” ผู้วิจัยสาธิตและสาธิตย้อนกลับการบริหารร่างกาย 7 ท่าประจำวัน ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์โดยให้กำลังใจและชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งแนะนำให้นำไปปฏิบัติที่บ้านอย่างต่อเนื่องทุกวัน ซึ่งจะส่งผลให้กล้ามเนื้อแข็งแรง เกิดความคล่องแคล่วว่องไว ไม่เกิดอุบัติเหตุง่ายและช่วยผ่อนคลายความเครียด ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวนารถ จารุพันธ์ (2554) ที่ศึกษาโปรแกรมการออกกำลังกายรำไม้พลองของป้าบุญมีร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อภาวะซึมเศร้าและสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มทดลองที่ออกกำลังกายรำไม้พลองมีคะแนนเฉลี่ยซึมเศร้าหลังทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิจกรรม “ร้องรำทำเพลง สร้างสุข” โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกและฟังที่ชอบคือเพลงลอยกระทง แล้วให้ร้องเพลงตามจังหวะไปพร้อมๆกัน หลังจากนั้นให้เล่นต่อเพลง และรำวงตามจังหวะเพลงเป็นวงกลมร่วมกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน เบี่ยงเบนความคิดจากเรื่องราวที่เครียดหรือวิตกกังวลไปสู่ความคิดใหม่ ๆ ที่สร้างสรรค์และเอื้อประโยชน์ ส่งผลให้ผ่อนคลายความเครียด เกิดความสุขและทำให้ความเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา พิบูลย์, พวงทอง อินใจ และเอียน สมิท (2552) ที่ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัดมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และการศึกษาของภูริพงษ์ เจริญแพทย์ (2556) ศึกษาผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดและการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน หลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การใช้ดนตรีหรือเสียงเพลงมีผลช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความสุขในผู้สูงอายุได้

กิจกรรม “สุขสง่าสร้างคุณค่าในตนเอง” เป็นกิจกรรมที่ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และการปรเมินค่า โดยให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านดีหรือความภาคภูมิใจในอดีตที่ปฏิบัติแล้วเป็นประโยชน์ต่อครอบครัว ต่อตนเอง หรือต่อสังคม เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจอัตมโนทัศน์คุณค่าที่สำคัญของชีวิต เป็นการรวบรวมประสบการณ์ชีวิตที่มีความหมาย มีคุณค่าและสำคัญต่อบุคคล แล้วนำมาระลึกถึงความหลังที่มีความสุข เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ วาสนา วรรณเกษม และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2554) พบว่า อาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลที่

เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นการระลึกถึงความหลังถึงเหตุการณ์ในอดีตที่พึงพอใจที่ทำให้รู้สึกมีความสุข เป็นการส่งเสริมการมองด้านบวก เช่น การประสบความสำเร็จในชีวิต การช่วยเหลือผู้อื่น กิจกรรมที่ได้ทำในอดีตแล้วเกิดความพึงพอใจ และภูมิใจ จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง นอกจากนี้การให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์เยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน และให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร คือ ของเยี่ยม การไต่ถามทุกข์สุข ทำให้ผู้ถูกเยี่ยมมีกำลังใจและมีความสุข ซึ่งสังเกตจากสีหน้า รอยยิ้มและคำพูดที่บอกว่า “มีกำลังใจขึ้น” ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความภาคภูมิใจในตนเองจากการเป็นผู้ให้และดีใจที่เห็นผู้รับมีความสุข ซึ่งกิจกรรมอาสาสมัคร หรือจิตอาสา เป็นการแสดงออกให้เห็นว่าตนเองยังมีศักยภาพ มีคุณค่าและมีความภาคภูมิใจ ผ่านการให้ที่ไม่หวังผลตอบแทน ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุข และความสุขนี้จะส่งผลต่อสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง (จุฑารัตน์ แสงทอง, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของเรืองศักดิ์ จันทร์ดี (2559) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีมาก เป็นผู้สูงอายุที่ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน ช่วยเหลืองานส่วนรวมเมื่อมีโอกาส จึงกล่าวได้ว่า กิจกรรมนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักว่าตนเองมีคุณค่าที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม ทำให้เกิดมุมมองต่อการใช้ชีวิตในเชิงบวก เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้เกิดความสุขและลดอาการซึมเศร้า

กิจกรรม “บริหารสมอง 2 ท่า พาสุขสว่าง” โดยให้กลุ่มตัวอย่างปั้นกระดาษด้วยเท้า เป็นการฝึกการประสานสัมพันธ์กันระหว่างกล้ามเนื้อตากับเท้า ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน ร่วมกับทำกิจกรรมบริหารสมองด้วยสองมือ ด้วยการเคลื่อนไหวมือสลับข้าง เพื่อกระตุ้นการทำงานของสมอง มือและตาให้สัมพันธ์กัน โดยผู้วิจัยเปิดเพลงให้ทำท่าประกอบตามจังหวะเพลง ช่วยให้เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียด ทำให้สภาพจิตใจเกิดความพร้อมที่จะเรียนรู้ เกิดความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาว และยังทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความสนุกสนาน และผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร ได้แก่ แจกอุปกรณ์ในการทำกิจกรรม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมต่อที่บ้านในเวลาว่างหรือตอนดูโทรทัศน์ แนะนำให้ฝึกการเคลื่อนไหวมือสลับข้าง โดยอาจทำร่วมกับครอบครัว จะช่วยกระตุ้นการทำงานของสมอง และชะลอความเสื่อมของสมอง ป้องกันโรคสมองเสื่อมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่ง Boland et al (2000) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีอาการซึมเศร้าเนื่องจากผลของการที่สมองถูกทำลาย และมีการศึกษาพบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับโรคสมองเสื่อม โดยอาจเกิดจากการที่อาการซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้มีปัญหาความจำ และอาการซึมเศร้าอาจเป็นอาการหนึ่งของภาวะสมองเสื่อม โดยอาจเกิดก่อนที่จะมีอาการสมองเสื่อมที่ชัดเจน (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2556)

กิจกรรม“สุขสงบ ด้วยสมาธิ” เป็นกิจกรรมที่ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และด้านการประเมินค่า โดยให้กลุ่มตัวอย่างพูดแลกเปลี่ยนประสบการณ์เหตุการณ์ที่เป็นปัญหาหรือภาวะวิกฤตของชีวิตที่ผ่านมา และวิธีแก้ปัญหาหรือผ่านภาวะวิกฤตนั้น หลังจากนั้นผู้วิจัยให้การสนับสนุน

ด้านข้อมูลข่าวสารด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการจัดการกับความเครียดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด และมีทักษะในการผ่อนคลายความเครียด และสาธิตย้อนกลับการฝึกสมาธิและกำหนดลมหายใจเข้าออกด้วยเพลงดั่งดอกไม้บาน ของ แม่ชีศันสนีย์ เสถียรธรรมสถาน (2555) ให้ชมวีดีทัศน์ และฝึกปฏิบัติตามโดยเปิดวีดีทัศน์เพลงพร้อมท่าประกอบ และให้สลับกันมาเป็นผู้นำการปฏิบัติ ผู้วิจัยแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างนำไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน และให้ปฏิบัติทุกครั้งก่อนทำกิจกรรมแต่ละครั้ง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกในทางที่ดี (general well-being positive affect) รู้สึกสงบ ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างสามารถรับรู้และควบคุมอารมณ์ของตนเองในด้านลบได้ดี และผ่อนคลายความตึงเครียด อีกทั้งยังเป็นการบริหารจิตเพื่อให้เกิดสติ สมาธิ ปัญญา เนื่องจากการฝึกหายใจและการทำสมาธินั้น ช่วยขจัดความเครียด ความวิตกกังวล และยังทำให้ร่างกายแข็งแรงอีกด้วย (มรรยาท รุจิวิชชญ์, 2556) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วีระศักดิ์ พงศ์พิริยะไมตรี (2553) ศึกษาผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการดูแลตนเองที่บ้านที่มีต่อความเครียดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความเครียดลดลงจากระดับเครียดกว่าปกติเล็กน้อย เป็นระดับไม่เครียด ($p<.05$)

กิจกรรม “เยี่ยมบ้านสานสัมพันธ์” เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพและเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม โดยผู้วิจัยติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าและค้นหาปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับครอบครัว ร่วมกันหาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและสภาพความเป็นจริง ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษา ชี้แนะ และให้ความรู้ตามสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ นอกจากนี้ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวแสดงความรักต่อผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยการกอดหรือสัมผัสให้กำลังใจกันทุกวัน และให้พาผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น ทำบุญตักบาตรในวันสำคัญทางศาสนา ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวจะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ (ลำเนาว์ เรืองยศ, 2535; Tian, 2014) ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนี้จัดเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการมีสุขภาพจิตที่ดี เป็นองค์ประกอบของสุขภาพจิตในด้านคุณภาพของจิตใจ (mental quality) ในขณะที่ ความเหงา ความซึมเศร้าเป็นความรู้สึก ในทางที่ไม่ดีและความรู้สึกด้านลบ โดยมีการศึกษาพบว่า ความเหงา ความเศร้าของผู้สูงอายุลดลงได้ถ้ามีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี (Dury, 2014) กิจกรรมนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวได้พูดคุยและเข้าใจกันมากขึ้น มีการกอดผู้สูงอายุหรือจับมือกันก่อนไปทำงาน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความผ่อนคลายและทำให้มีความสุข

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่หรือจากบุคลากรด้านสุขภาพในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการแบบตั้งรับ เนื่องจากภาระงานและอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ ทำให้บุคลากรด้านสุขภาพยังคงดูแลผู้สูงอายุโดยใช้อาการและอาการแสดง ในการประเมินภาวะ

สุขภาพจิตเป็นหลัก และให้การรักษาตามอาการ ขาดการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนและ ติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับ เจนแอลโลพิส และคณะ (Jané-Llopis, et al., 2007) และฟอร์สแมนและคณะ (Forsman et al., 2011) กล่าวว่าในปัจจุบันบริการส่วนใหญ่เป็นแบบตั้งรับและขาดการทำงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต ส่วนใหญ่มุ่งไปที่การบำบัดรักษาโรคและการเจ็บป่วยทางจิต ขาดการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยการ ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา หรือให้ทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิต ดังนั้นผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนที่เริ่มเข้าสู่ภาวะซึมเศร้าจึงไม่ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง และจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำและไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ถึงร้อยละ 80 สอดคล้องกับการศึกษาของอาคม บุญเลิศ (2559) พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร่วมกับมีโรคประจำตัว ร้อยละ70 ซึ่งการมีโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางจิตใจกับผู้ป่วยสูงอายุทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล รู้สึกตนเองไร้ค่าต้องเข้ารับการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เป็นภาระแก่ครอบครัวและผู้ดูแล จนทำให้มีความรู้สึกหมดหวังเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (สายพิณ ยอดกุล และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร, 2555) รวมทั้งการไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 80 ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจะทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง เป็นการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าและเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อความสุขในผู้สูงอายุ (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2553; สาวิตรี สิงหาด, 2559; Layard, 2007)

จากเหตุผลสนับสนุนที่อภิปรายดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลิน จิตใจสดชื่นแจ่มใส รู้สึกว่ามีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุขและลดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม จึงพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยลดลงจากระดับเล็กน้อยเป็นระดับปกติ

2.2 ความสุขผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสุขหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระดับความสุขเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานอธิบายได้ ดังนี้

กิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีส่วนช่วยในการพัฒนาความสุขทั้ง 5 มิติได้ กล่าวคือ กิจกรรมสุขสบาย เป็นกิจกรรมที่สร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุอยากออกกำลังกายทุกวันตามท่าบริหารร่างกายประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้คล่องแคล่ว

กล้ามเนื้อต่าง ๆ แข็งแรง และสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น จากการติดตามการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างบริหารร่างกายประจำวันอย่างสม่ำเสมอทุกวัน รู้สึกมีความมั่นคงและไม่เป็นภาระกับผู้อื่น กิจกรรมสุขสนุก เป็นกิจกรรมนันทนาการที่ช่วยสร้างความสดชื่นสนุกสนานและเพลิดเพลิน ทำให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลาย แสดงออกอย่างเหมาะสม ดังจะเห็นได้จากคะแนนความสุขที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับกิจกรรมสุขสว่าง สุขสงบ เป็นกิจกรรมที่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาสมรรถภาพทางสมอง เมื่อผู้สูงอายุมีความจำที่ดี มีสมรรถภาพสมองที่เพิ่มมากขึ้นก็จะช่วยให้เกิดความมั่นใจ ภาคภูมิใจในตนเอง อีกทั้งการบำเพ็ญประโยชน์ด้วยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงในชุมชน กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสไต่ถามทุกข์สุข ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจและมอบของขวัญให้แก่ผู้อื่น ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความภาคภูมิใจ เชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ซึ่งก่อให้เกิดสุขภาวะทางอารมณ์ที่ดีและรู้สึกมีความสุข (Dhramchareon, 2012) นอกจากนี้การได้รับความรักความเอาใจใส่ผ่านการแสดงออกโดยการโอบกอด การสัมผัสจากสมาชิกในครอบครัวทุกวัน การซักถามทุกข์สุข รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขโดยการให้ความรู้และการฝึกทักษะต่าง ๆ ตามกิจกรรมที่กำหนด การได้รับคู่มือการปฏิบัติตัวเพื่อเสริมสร้างความสุข การได้รับกำลังใจและการชมเชย สิ่งเหล่านี้จะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุข (Layard, 2007) และจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 ไม่มีโรคประจำตัว และส่วนใหญ่ร้อยละ 65 เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้มีส่วนส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีระดับความสุขสูงขึ้นได้ด้วยเหตุผลดังที่ได้อภิปรายในสมมติฐานข้อ 1

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างภายหลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพจิตในทางที่ดีขึ้น เช่น ได้หัวเราะ สนุกสนาน รู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกมั่นใจที่จะเผชิญความเครียดที่อาจเกิดขึ้นในวันข้างหน้า รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในสังคม และรู้สึกว่ามีเพื่อนและเครือข่ายมากขึ้น ทำให้ความรู้สึกด้านลบ เช่น ความเหงา หรือภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของสุดารัตน์ นามกระจ่าง, ลักษณี สมรัตน์ และอนัญญา เดชะคำภู (2560) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองระดับของสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถภาพทางสมองเบื้องต้น ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม และค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุขเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่หรือจากบุคลากรด้านสุขภาพในชุมชน ไม่ได้รับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ส่งเสริมสุขภาพทางกายและสุขภาพจิต และการสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ อย่างทั่วถึง ร่วมกับ การมีรายได้ที่ไม่เพียงพอ การมีโรคประจำตัว การและไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้หลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขต่ำกว่ากลุ่มทดลอง แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการ

สนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สามารถทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยลดลง ลดลงจนมีสุขภาพจิตปกติ และมีความสุขเพิ่มขึ้นเท่ากับคนทั่วไป

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมีผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลง และมีความสุขเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

3.1.1 นำโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมความสุขให้กับผู้สูงอายุ โดยสามารถปรับรูปแบบกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องตามวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

3.1.2 ควรมีการส่งเสริมให้หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขนำโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการอบรมเชิงปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ตามโปรแกรมพัฒนาความสุข เพื่อให้สามารถนำโปรแกรมไปใช้ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1.3 นำโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมความสุขให้กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เป็นต้น

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรนำโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมศึกษากับกลุ่มผู้สูงอายุอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ ซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาความสุข การสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะซึมเศร้ามีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น

3.2.2 ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ระยะยาว เพื่อติดตามการปฏิบัติของผู้สูงอายุและประเมินภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน หรือ 1 ปี

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กมลวรรณ ลีนะธรรม. (2556). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของมารดาหลังคลอด* (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

กาญจนา พิบูลย์, พวงทอง อินใจ และ เอียน สมิท. (2552). ผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, *2*(3), 101-110.

กาญจนศรี สิงห์ภู่. (2555). *คู่มือการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับประชาชน.* สืบค้นจาก http://jaisor.blogspot.com/2012/12/blog-post.html

การกีฬาแห่งประเทศไทย. (2545). *คู่มือผู้นำการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ.* กรุงเทพฯ: ไอเดียสแควร์.

กฤติกา บุญรัตนภา และรสรินทร์ บัวทอง. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ภาคปกติ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, นครปฐม.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แบบคัดกรองสุขภาพจิต: ดัชนีวัดความสุขคนไทย 15 ข้อ.* นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

_____. (2555). *คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ.* นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว.* กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย. (2552). *การทดสอบความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ.* กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

เกสร มุ้ยจีน. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, *23*(2), 306-318.

คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอกุดรัง. (2560). *เอกสารสรุปผลการดำเนินงานการตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำปี 2560 (ตุลาคม-ธันวาคม 2559).* มหาสารคาม: คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอกุดรัง.

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2553). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิสย์.

จุฑารัตน์ แสงทอง. (2557). ผู้สูงอายุ การเรียกคืน "คุณค่าในตนเอง" ผ่านบทบาทอาสาสมัคร. *วารสารรูสมิแล*, *35*(2), 81-92.

จุฬาภรณ์ โสตะ. (2554). *แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.* ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จิตนภา ฉิมจินดา. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม.* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.

ชณิตา ประดิษฐ์สถาพร, พิมสุภาว์ จันทนะโสตถิ์, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ, และรัชนี สรรเสริญ. (2555). สุขภาวะจิตของผู้สูงอายุไทยตามวิถีพุทธ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, *26*(1), 70-79.

ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา. (2550). *สุขภาพคนไท*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

ชุติไกร ตันติชัยวนิช, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, และพิทยา จารุผล. (2552). ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 29(1), 34-37.

ฐานข้อมูล HosXP PCU. (2560). สืบค้นจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนา จังหวัดมหาสารคาม.

ณหทัย วงค์ปการันย์. (2551). เวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *53*(1), 39-46.

ณัฐกานต์ สำเนียงเสนาะ. (2556). *ปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

ณัฐฐิตา เพชรประไพ. (2558). การสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง นครราชสีมา. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, *33*(1), 21-30.

ดุษฎี โยเหลา. (2558). *การพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ.* มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.

ทักษิณาร์ ไกรราช และคณะ. (2553). *รายงานวิจัยกระบวนการสร้างคุณค่าผู้สูงอายุในคลินิกชุมชนอุทัยทิศ จังหวัดมหาสารคาม.* วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม, มหาสารคาม.

ทวีศักดิ์ สิริรัตน์เรขา. (2560). *ศิลปะบำบัด ศาสตร์และศิลป์แห่งการบำบัด.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

ทัศนา ชูวรรนปกรณ์. (2555). *เอกสารการสอนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง 2*. กรุงเทพฯ. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เ

เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และอุมาพร อุดมทรัพยากุล. (2554). ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *56*(2), 103-116.

ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. (2551). *ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย : การสำรวจระบาดวิทยาโรคทางจิตเวชระดับชาติ ปี 2551.* นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ธรณินทร์ กองสุข, สุปราณี พิมพ์ตรา, และจินตนา ลี้จงเพิ่มพูน. (2555). *คุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย.* โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, อุบลราชธานี. สืบค้นจาก http://www.prasri.go.th/upic/ie.php/2345bf60739a566e.pdf.

ธรรมรุจา อุดม. (2547). *ประสิทธิผลของโปรแกรมนันทนาการโดยการเล่นอังคะลุงในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ์. (2559). *ภาวะซึมเศร้า. วารสาร มฉก.วิชาการ, 19*(38), 105-188.

นันทา ขวัญวดี, อรพรรณ โตสิงห์, สุพร ดนัยดุษฎีกุล, และก้องเขต เหรียญสุวรรณ. (2554). ความสัมพันธ์ความปวด ภาวะซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม กับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่า*ตัด. วชิรสารการพยาบาล, 31*(1), 68-81.

นริสา วงศ์พนารักษ์. (2556). การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตในสังคมผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, *6*(2), 160-165.

นริสรา พึ่งโพธิ์สภ และฐาศุกร์ จันประเสริฐ. (2557). ปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ:การสังเคราะห์งานวิจัยด้วยการวิเคราะห์อภิมาน. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, *20*(1), 36-51.

บรรลุ ศิริพานิช. (2553). *คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 24). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

บุษราคัม จิตอารีย์. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.

เบญญาภา ชูรังสี. (2553). *การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ต.บางพูด อ.เมือง จ.ปทุมธานี* (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

ปัญญภัทร ภัทรกัณฑากุล. (2544). *การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ปาริชาติ ค้ำชู. (2551). *ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มนันทนาการ ในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม จังหวัดภูเก็ต* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, นครปฐม.

ประนอม โอทกานนท์. (2554). *ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย หลักการ งานวิจัย และบทเรียนจากประสบการณ์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สานักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน.* กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.

ปุณยภพ สิทธิพรอนันต์. (2550). *ฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้า.* กรุงเทพฯ: ใกล้หมอ.

พจนา เปลี่ยนเกิด. (2557). โรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษา. *วารสารพยาบาลทหารบก, 15*(1), 18-21.

พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์, สิริกร สุธวัชณัฐชา, ปริมวิชญา อินต๊ะกัน, และสายใจ ลิชนะเธียร. (2556). ศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเมือง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, *6*(1), 27-37.

พระครูธรรมธร ครรชิต คุณวโร. (2556). การพัฒนาความสุขในพุทธธรรม. *วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร*, *15*(1), 91-99.

พระปลัดวีระชนม์ เขมวีโร, ธนันต์ชัย พัฒนะสิงห์, ทิพย์ ขันแก้ว, โฆษิต คุ้มทั่ว และสงวน หล้าโพนทัน. (2560). การเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักพระพุทธศาสนา. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, *5*(1), 78-88.

พิริยา สุทธิเลิศ. (2551). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ* (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

พรพิมล เพ็ชรบุรี. (2559). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.

แพรศิริ อยู่สุข. (2557). *ศึกษาผลของการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมดนตรีเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

เฟย หลี่, วรรณภา ศรีธัญรัตน์, และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2555). ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในชุมชนหนานเหมียน เมืองหนานหนิง มลฑลกวางสี สาธารณรัฐประชาชนจีน. *วารสารสมาคมพยาบาลฯสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, *30*(1), 71-78.

ภารณี วัฒนา. (2557). *การวัดความสุขของคนไทย.* เอกสารการประชุมประจำปี 2557 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ณ ห้องประชุมแซฟไฟร์ 108-110 ชั้น 1ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี สืบค้นจาก http://www.nesdb.go.th/download/content/report2014/Yearend2014G6_Palanee.pdf

ภูริพงษ์ เจริญแพทย์. (2556). *ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดและการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

มรรยาท รุจิวิชชญ์. (2556). *การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2556). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2556.* สืบค้นจาก www.thaitgri.org

_____. (2561). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.

ยุวดี แตรประสิทธิ์. (2556*). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพวัยท้ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: นานมีบุคส์พับลิเคชั่นส์.

รศรินทร์ เกรย์, อุมาภรณ์ ภัทรวานิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, และเรวดี สุวรรณนพเก้า. (2556). *มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ: The Psycho-Social and Health Perspective นครปฐม:* สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

เรืองศักดิ์ จันทร์ดี. (2559). การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลทรายขาว อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, *11*(4), 37-47.

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2553). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.

ลำเนาว์ เรืองยศ. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, ภัทรา เล็กวิจิตรธาดา, อัจฉรา จินายน, และกันยา สุวรรณคีรีขันธ์. (2553), *การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิด หลักการและการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล.* สมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

วรรณา เรืองประยูร, อทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2557). การบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์งานวิจัย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *28*(3), 37-48.

วันวิสาข์ สายสนั่น ณ อยุธยา, อานนท์ วรยิ่งยง, และธนันต์ ศุภศิริ. (2559). ชี่กงกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, *1*(1), 30-38.

วาสนา วรรณเกษม และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *25*(3), 82-96.

วิทธิลักษณ์ จันทร์ธนสมบัติ. (2552). ทัศนะต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร กรณีศึกษาสาธารณสุข 40 บางแค. *วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, *9*(2), 47-54.

วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2556). *รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2555*. นนทบุรี: เอสเอส พลัส มีเดีย.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ.* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

วีรศักดิ์ เมื่องไพศาล. (2556). *ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมและการป้องกัน (ตอนที่ 2).* สืบค้นจาก http://www.si.mahidol.ac.th./sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=416.

วีระศักดิ์ พงศ์พิริยะไมตรี. (2553). *ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการดูแลตนเองที่บ้านที่ มีต่อความเครียดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.

ศศิพัชร์ สุขถาวร. (2553). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2558). *การเข้าถึงและความพึงพอใจต่อบริการตามสิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553.* กรุงเทพฯ: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต และคณะ. (2556). *คุณภาพชีวิต การทำงาน และความสุข.* กรุงเทพฯ: ธรรมดาเพรส.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิวนารถ จารุพันธ์. (2554). *โปรแกรมการออกกำลังกายรำไม้พลองของป้าบุญมี ประยุกต์ร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อภาวะซึมเศร้าและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา* (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

สกุณา บุญนรากร. (2552). *การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เทมการพิมพ์.

สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์. (2553). *รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน เรื่อง ผู้สูงอายุและความห่วงใยดูแล.* สืบค้น จาก http://nidapoll.nida.ac.th/main/index.php/th/poll-new/nidapoll-2553/117-7-2553.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แนวทางรักษาภาวะซึมเศร้าและการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย.* กรุงเทพฯ: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง.

_____. (2559). *คู่มือการดูแลผู้สูงวัย: สูตรคลายซึมเศร้า*. นนทบุรี: โอเพ่นเวิลด์ สพับลิชชิ่งเฮาส์.

สายพิณ ยอดกุล และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 30*(3), 50-57.

สายฝน เอกวรางกูร. (2554). *รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ส.เอเชียเพลส.

สาวิตรี สิงหาด. (2559). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 18*(3), 15-24.

สุขพัชรา ซิ้มเจริญ. (2554). *บริหารสมองชะลอความเสื่อม.* กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

สุจริต สุวรรณชีพ. (2554). *ถอดเทปการสัมภาษณ์ประสบการณ์การดูแลรักษาผู้สูงอายุ*. วันที่ 2 ธันวาคม 2554. ณ ห้องประชุมสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.

สุดารัตน์ นามกระจ่าง, ลักษณี สมรัตน์, และอนัญญา เดชะคำภู (2560). *ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติ.* เอกสารการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติและนานาชาติ 2560. วันที่ 10 มีนาคม 2560. มหาวิทยาลัยขอนแก่น: 699-709.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2537). คุณค่าและการวิเคราะห์ปัจจัยของเจริแอทริคซ์ ดีเปรสชั่นสเกลในผู้สูงอายุไทย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, *38*, 383-389.

สุธรรม นันทมงคลชัย. (2553). ผู้สูงอายุไทย: สถานการณ์สุขภาพและการพัฒนาความสุข. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, *40*(1), 101-111.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2558). *รายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558.* มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.

_____. (2560). *รายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560*. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

_____. (2560). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2554). *คู่มือความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บียอนด์พับลิสชิ่ง.

_____. (2554). *การพัฒนาความสุขของผู้สูงอายุ.* เอกสารประกอบการประชุมกระทรวงสาธารณสุข. วันที่ 6 มิถุนายน 2554. ณ อาคาร 7 ชั้น 6 กรมสนับสนุนบริการ.

_____. (2556). *คู่มือแนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บียอนด์พับลิสชิ่ง.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว.* นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

_____. (2556). *คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรสาธารณสุข.* กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ. (2555). เพศหญิงหรือความเป็นหญิงจึงนำมาสู่การเป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *57*(1), 61-74.

สมภพ เรืองตระกูล. (2547). *ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ.* กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

โสภาวรรณ เชื้อดี, ชาตรี ประชาพิพัฒ, และสาโรจน์ เพชรมณี. (2559). *ผลของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมและการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตำบลพังกาญจน์ อำเภอพนม จังหวัดสุราษฎร์ธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, สุราษฎร์ธานี.

เสาวลักษณ์ เรืองเกษมพงศ์ และนวลฉวี ประเสริฐสุข. (2557). ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม. *วารสารศิลปากรศึกษาศาสตร์วิจัย*, *6*(2), 170-181.

อัมพร เบญจพลพิทักษ์, กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, ลัดดา ดำริการเลิศ และสถาบันระบบวิจัยสาธารณสุข. (2553). *การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย.* นนทบุรี: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง.

อัญเชิญ ชัยล้อรัตน์. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.

อภิชัย มงคล, ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์, ทวี ตั้งเสรี, วัชนี หัตถพนม, ไพรวัลย์ ร่มซ้าย, และวรวรรณ จุฑา. (2552). *รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007): กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

อภิชัย มงคล, วัชนี หัตถพนม, ภัสรา เชษฐ์โชติศักดิ์, วรรณประภา ชะลอกุล, และละเอียด ปัญโญใหญ่. (2544). *การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล).* ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

อาคม บุญเลิศ. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, *31*(1), 25-33.

อรพรรณ ทองแตง. (2551). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *วารสารคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการการศึกษาฯสหประชาชาติ*, *15*, 86-89.

อรพรรณ แอบไธสง. (2553). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการฝึกความจำในผู้สูงอายุสมองเสื่อม* (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

อรวรรณ แผนคง. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ.* นนทบุรี. ยุทธรินทร์การพิมพ์.

อรวรรณ ลี่ทองอิน. (2535). *ผลการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าในบ้านพักคนชรานักบุญยอเซฟ จังหวัดขอนแก่น* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น

Alexopoulos, G. S. (2009). Depression in the elderly. *The American Association for Geriatric Psychiatry, 36*(5), 1961–1970.

Boland, R. J. (2000). Depression in alzheimer desease and other dementias. *Neuropsychiatric Disorders. 2*, 427-433.

Cahoon, C. G. (2012). Depression in Older Adults. *The American Journal of Nursing*, *112*(11), 23-30.

Chin, A. M. H. (2007). *Clinical effects of reminiscence therapy in older adults: A meta-analysis of controlled trials*. Hong Kong Journal of Occupational Therapy, 17(1), 10-22. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S1569-1861(07)70003-7

Ciechanowski et al. (2010). Community-integrated home-based depression treatment in older adults: a randomized Controlled trial. *American Medical Association, 291*(13), 1569-1577.

Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Dendukuri, N., & Cole, M. (2009). Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry, 160*(6), 1147-1156.

Dhramchareon W. (2012). *The effects of internal and external factors on happiness in elderly*. (Master Thesis in Applied Statistics) Bangkok: National Institute of Development Administration.

Diener, E. (2007). *Frequently Asked Question (FAQ's) About subjective well–being Happiness and life satisfaction*. Retrieved from: http//www.psych.uiuc.edu/ediener /faq.htm/.

Duangduen B. (2004). *The relationship of learned resourcefulness social support and depressive symptoms*. [dissertation]. Bangkok: Mahidol University.

Dury, R. (2014). Social isolation and loneliness in the elderly: an exploration of some of the issues. *British Journal Of Community Nursing, 19*(3), 125-128. Retrieved from http://ezproxy.library.tu.ac.th/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=24897833&site=eds-live

Ell, K. (2009). Depression Care for the Elderly: Reducing Barriers to Evidence Based Practice. *Home Health Care Serv Q, 25*(2), 115-148.

Forsman, A. K., Nordmyr, J., & Wahlbeck, K. (2011). *Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults.* Health Promotion International, 26(suppl 1), i85-i107. doi: 10.1093/heapro/dar074

Frasure-Smith, N., (2000). Social support, depression and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation, 101*(16), 1919-1912.

Hazer, O., & Boylu, A. A. (2010). The examination of the factors affecting the feeling of loneliness of the elderly. *Procedia -Social and Behavioral Sciences, 9*, 2083-2089.

Hegeman, J. M. Kok, R. M., Van Der Mast, R. C., & Gillay, E. J. (2012). Phenomenology of depression In older compared with younger adults : meta-analysis. *The*

British Journal of Psychiatry, 200(275-281). House, J. S. (2001). Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects*. Journal of Health and Social Behavior, 43*(2), 125-142.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley.

_____. (2001). Understanding social factors and inequalities in health: 20th century progress and 21st century prospects. *Journal of Health and Social Behavior*, *43*(2), 125-142.

Jané-Llopis E., Katschnig H., McDaid D., & Wahlbeck K. (2007). *Commissioning, interpreting and making use of evidence on mental health promotion andmental disorder prevention:and everyday primer*. Lisbon: European Commission

Jylha, P., Melatin, T., & Isomersa, E. (2009). Relationships of neuroticism and extraversion with Axis I and II comorbidity among patiants with DSM-IV major depression disorder. *Journal of Affective Disorders, 114*(1-3),110-121.

Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: a conceptual analysis*. Journal of Advanced Nursing, 25*(1), 95-100. Lawrence C.Katz. & Manning Rubin. (1999). *Keep Your Brain Alive*. New York: Workman Publishing Company.

Layard, R. (2007). *Happiness: Lessons from a New Science*. London: Intercontinental Literary agency.

Lynne Walsh. (2009). *Depression care across the lifespan*. John Wiley & Sons.

Mackin, S., & Area, P. (2012). Evidence-Based Psychotherapeutic Interventions for Geriatric Depression. *Psychiatric Clinics of North America, 28*(5), 80-20.

Malekafzali, H., Eftekhari, M. B., Hejazi, F., Khojasteh, T., & Noot, R. (2010). The effectiveness of educational intervention in the health promotion in elderly people. *Iranian Journal of Public Health*, *39*(2), 18-23.

McNeal, E. T., & Cimboloc, P. (1986). Antidepressants and Biochamical Theories of Depression. *Psychological Bulletin, 99*(3), 316-374.

Miller, C. A. (1999). *Nursing care of older adults : theory and practice*. Philadelphia : Lippincott.

Musetti L., et al. (1989). Depression before and after age 65. A re-examination. *The British Journal of Phychiatry. 155*, 330-336.

Naismith, S. L., et al. (2011). Sleep disturbance relates to neuropsychological functioning in late-life depression. *Journal of Affective Disorder, 132*(1-2), 139-145.

Peder A. R., (1996). Recovering in depression : a one year follow - up research. J *Psychiatr Ment Health Nurs*, *149*(8), 289-95.

Pender, N. J., (1982). *Nursing in Elderly People*. New York: Appleton Century-Craft.

Penninx, B. W. J. H., (1998). Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms: Different for various chronic disease?. *Health Psychology, 17*(6), 551-558.

Polit, D. F., and Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* (9 th Edition). China: Lippincott Williams and Wikins.

Rao, U. (2006). Link between depression and substance in adolescents : Neurobiological mechanisms. *American Journal of Prevention Medicine, 31*(651), S161S174.

Raube, K. (1992). *Health and Social Support of the Elderly*. California: Rand.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry (7thed).* Philadelphia: Lippincott.

Sang Won Jeon, Changsu Han, Jongha Lee, JaeHyoung Lim, Hyun-Ghang Jeong, Moon Ho Park, Young-Hoon Ko, Chi-Un Pae, Seung Hyun Kim, Sook-Haeng Joe, and David C. Steffens. (2016). Perspectives on the Happiness of Community-Dwelling Elderly in Korea. *Psychiatry Investig*, *13*(1), 50–57.

Serfaty, et al. (2009). Clinical Effectiveness of Individual Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Older People in Primary Care. *American Medical Association 66*(12), 1332-1340.

Seligman, Martin E. P. (2004). *Can Happiness be Taught?.* Daedalus, Spring 2004.

Simpsom, J., Haines, K., Lekwuwa, G., Wardle, J., & Crawford, T. (2006). Social support and psychological outcome in people with Parkinson 's disease: Evidence for a specific pattern of associations. *British Journal of Clinical Psychology*, *45*(4), 585-590.

Svedberg, P. (2011). In what direction should we go to promote health in mental health care?. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *6*(2), 10.3402/qhw.v3406i3402.7118.

Tam, C. W. C., & Chiu, H. F. K. (2011). Depression and Suicide in Elderly. *Medical Bulletin, 16*(9), 13-16.

Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior, 52*(1), 145-161

Touhy, T. A., & Jett, K. F. (2010). *Ebersole and Hess geriatric and health aging* (3rd ed.). St.Louis: Mosby.

Toylor, S. E. (2011). *Social support : A review. In H. S. Friedman (Ed.)*,The Oxford Handbook of Health Psychology (pp. 189-214). New York: Oxford University Press.

Turner-Cobb, J. M., et al. (2002). Coping social support, and attachment style as psychosocial correlates of adjustment in man and women with HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Medicine, 25*(4), 337-353.

United Nations. (2007). *World population aging 2007*. New York: United Nations Publication.

Wan Mohd Azam, W. M. Y., Din, N. C., Ahmad, M., Ghazali, S. E., Ibrahim, N., Said, Z., . . Maniam, T. (2013). Loneliness and depression among the elderly in an agricultural settlement: Mediating effects of social support. *Asia-Pacific Psychiatry, 5*, 134-139.

Warehem, S., Fowler. K., & Pike, A. (2007). Determinants of Depression Servirity and Duration in Canadian adults : The Moderating Effects of Gender and Social support. *Journal of Applied Social Psychology, 37*(12), 2951-2979.

Wiese, B.S. (2011). Geriatric depression: The use of antidepressants in the elderly. *BC Medical Journal 53*(7): 341-347.

Wittmann, P. (2003). *A Guide to Happiness for the Third Millennium*. Chiang Mai: Sangsilp Printing.

Wongpakarun, N., Wongpakarun, T., & Reekum, R. V. (2013). The use of GDS-15 in detecting MDD: A comparison between residents in a Thai long-term care home and geriatric outpatients. *Journal of Clinical Medicine Research*, *5*(2), 101-111.

Wongpanarak, N., Chaleoykitt, S. (2014). Depression: A Significant Mental Health Problem of Elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *15*(3), 24-31.

World Health Organization. (2002). *Mental Health; Responding to the call for action. Fifty-fifty world health assembly*. Retrieved, from http;//www.WHO.org.

_____. (2010). *Definition of an older or elderly person*. Retrieved, from http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html

_____. (2012). *Depression. Mental health.* Retrieved from http;// www.who.int/ mental_health/management/ depression/definition/en/

_____. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.* Geneva. Retrieved from http;// www.int/ depression/en

Zahra, K. N., & Khalil, A. (2013). The Effects of Fordyce s happiness training and decreasing depression among elderly women. *Procedia - Social and Behavioral Sciences. 84*, 501-503.

Zhang, K., et. al. (2009). The combined effects of the 5-HTTLPR and 5-HTR1A genes modulates the relationship between negative life events and major depressive disorder in Chinese population. *Journal of Affective Disorder, 114*(1-3), 224-231.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. รศ.พ.ต.อ.หญิง ดร.สุรัมภา รอดมณี	หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
2. นายแพทย์ภาคภูมิ อินทร์ม่วง	นายแพทย์ชำนาญการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม
3. นางพิสมัย ศรีทำนา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
4. นางศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานศูนย์เครือข่ายบริการสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น
5. นางพิสมัย ศิริพรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเลิงแฝก อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120
โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5032620

NS No. .....004/2562.....

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ชื่อโครงการวิจัย	:	ผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
รหัสโครงการ	:	2595100468
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย	:	นางพิกุล ทับวิธร
สถานที่ทำการวิจัย	:	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนา ตำบลห้วยเตย อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้พิจารณาโครงการวิจัยเรื่องดังกล่าว มีความเห็นว่ามีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรังศรี)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว
กรรมการและเลขานุการ

วันที่ให้การรับรอง : .....31/1/2562..... วันที่หมดอายุการรับรอง : .....31/1/2563.....

พลิกด้านหลัง

ภาคผนวก ค

หนังสือขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

และหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/ ๑๙๙๗

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขออนุญาตให้บุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดรัง

ด้วย นางพิกุล ทับวิธร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า” โดยมี รองศาสตราจารย์พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าบุคลากรของท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดียิ่ง จึงขออนุญาตให้ ***นายแพทย์ภาคภูมิ อินทร์ม่วง*** เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

สุทธีพร มูลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธีพร มูลศาสตร์)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗
โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐
โทรศัพท์ ๐๘-๑๐๔๙-๐๒๒๓ (นางพิกุล ทับวิธร)

ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/๒๒

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๗ มกราคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดรัง

ด้วย นางพิกุล ทับวิธร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า" โดยมี รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง ๖๐-๗๕ ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของท่าน จำนวน ๓๐ ราย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

สุทธีพร มูลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธีพร มูลศาสตร์)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗
โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐
โทรศัพท์ ๐๘-๑๐๔๙-๐๒๒๓ (นางพิกุล ทับวิธร)

ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/๒๒๗

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนา

ด้วย นางพิกุล ทับวิธร นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า" ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ อายุ ๖๐-๗๕ ปี ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย โดยมี รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว สำหรับเป็นกลุ่มทดลองในเขตพื้นที่รับผิดชอบของท่าน จำนวน ๒๐ ราย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

สุทธีพร มูลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธีพร มูลศาสตร์)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗
โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐
โทรศัพท์ ๐๘-๑๐๔๙-๐๒๒๓ (นางพิกุล ทับวิธร)

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ใช้สำหรับคัดกรองความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Barthel ADL index) ที่พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2541) เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองในการกิจวัตรประจำวันในระยะ 24-48 ชั่วโมง

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)
   - ☐ 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
   - ☐ 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
   - ☐ 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
   - ☐ 0. ต้องการความช่วยเหลือ
   - ☐ 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)
   - ☐ 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
   - ☐ 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือ ใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
   - ☐ 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
   - ☐ 3. ทำได้เอง
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)
   - ☐ 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
   - ☐ 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
   - ☐ 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

- ☐ 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- ☐ 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- ☐ 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- ☐ 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

- ☐ 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย
- ☐ 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- ☐ 2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิบ หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

- ☐ 0. ไม่สามารถทำได้
- ☐ 1. ต้องการคนช่วย
- ☐ 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

- ☐ 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- ☐ 1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- ☐ 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- ☐ 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- ☐ 2. กลั้นได้เป็นปกติ

10.Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- ☐ 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- ☐ 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- ☐ 2. กลั้นได้เป็นปกติ

การแปลผลคะแนน แบ่งระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) ดังนี้

0-4 คะแนน	หมายถึง	ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง)
5-11 คะแนน	หมายถึง	ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน)
12 คะแนน ขึ้นไป	หมายถึง	ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการในดำเนินการทดลอง

2.1 คู่มือโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

คู่มือโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

บทนำ

บุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นมากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เนื่องด้วยความสูงวัยเป็นช่วงของการพัฒนาการในทางเสื่อมถอยทั้งด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะทุกระบบ ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันตามปกติลดลงพร้อมกับสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเองมากขึ้น ทำให้ร่างกายอ่อนแอเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสจะเกิดปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้ง่ายและรุนแรงกว่ากลุ่มอายุอื่น โดยเฉพาะปัญหาทางสุขภาพจิต สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่พบบ่อย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น การสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม การสูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูงจากการเกษียณอายุราชการและรายได้ที่ลดลง เป็นต้น และการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่น ความจำ การเรียนรู้ การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เป็นต้น ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึก โดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง และเกิดความเครียด ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบเหล่านั้นและไม่สามารถปรับตัวปรับใจต่อการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้ จึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าบุคคลวัยอื่น ซึ่งภาวะซึมเศร้าทำให้ความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตลดลง รู้สึกสูญเสียในคุณค่าตนเอง ฉุนเฉียวง่าย หรือมองตนเองในแง่ลบ

ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเองได้ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือป้องกันไม่ให้เกิดได้ ถ้าหากผู้สูงอายุมีการเตรียมพร้อม ทราบแนวทางในการป้องกันและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตมีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะส่งผลต่อสุขภาวะที่สมบูรณ์ในทุก ๆ มิติ หากผู้สูงอายุมีสุขภาวะทางจิตที่ดีและมีความสุข จะทำให้สามารถปรับตัวและจัดการกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพและอยู่ในสังคมโดยไม่เป็นภาระของบุคคลอื่น โปรแกรมพัฒนาความสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าพัฒนาขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดความสุข 5 มิติ ของกรมสุขภาพจิต (2555) มาจัดกิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรม สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านแรงสนับสนุนทางอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านการประเมินผล แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และแรงสนับสนุนด้านทรัพยากร ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้คาดว่าจะทำให้ผู้สูงอายุมีกล้ามเนื้อที่แข็งแรง เกิดความคล่องแคล่วว่องไว ช่วยชะลอความเสื่อมของสมอง มีความสนุกสนานเพลิดเพลิน นอกจากนี้ยังทำให้รู้สึกภาคภูมิใจในตนเองจากการให้และรับจากผู้อื่น ตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเอง มีมุมมองต่อการใช้ชีวิตในเชิงบวก รวมทั้งสามารถรับรู้และควบคุมอารมณ์ของตนเองในด้านลบได้ดี เกิดความสงบในจิตใจ

แนวคิดและวัตถุประสงค์ทั่วไปของโปรแกรม

การจัดกิจกรรมโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมความสุข 5 มิติ ของกรมสุขภาพจิต (2555) และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) มีวัตถุประสงค์ทั่วไปดังนี้

แนวคิดหลัก	วัตถุประสงค์ทั่วไป
แนวคิดการส่งเสริมความสุข 5 มิติ	
มิติที่ 1 สุขสบาย (Happy Health) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพร่างกายให้มีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพได้ตามสภาพที่เป็นอยู่	เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ ทักษะและสามารถออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง เกิดความคล่องแคล่วว่องไว ไม่เกิดอุบัติเหตุง่าย และ ช่วยผ่อนคลายความเครียด
มิติที่ 2 สุขสนุก (Recreation) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์ สนุกสนาน ด้วยการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส กระปรี้กระเปร่า	เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่าง เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน และคลายเครียด

แนวคิดหลัก	วัตถุประสงค์ทั่วไป
มิติที่ 3 สุขสง่า (Integrity) หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง ยอมรับนับถือตนเอง ให้กำลังใจตนเอง เห็นอกเห็นใจผู้อื่น เอื้อเฟื้อแบ่งปันและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม	เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่าง เกิดความภาคภูมิใจในตนเองจากการให้และรับจากผู้อื่น ตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเอง มีพฤติกรรมช่วยเหลือผู้อื่นในสังคมและเกิดมุมมองต่อการใช้ชีวิตในเชิงบวก
มิติที่ 4 สุขสว่าง (Cognition) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุด้านความจำ ความคิดอย่างมีเหตุผล การสื่อสาร การวางแผน และการแก้ไขปัญหา รวมทั้งสามารถจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	เพื่อกระตุ้นและชะลอความเสื่อมของสมอง
มิติที่ 5 สุขสงบ (Peacefulness) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการรับรู้ เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์ และสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถปรับตัวและยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง	เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่าง สามารถรับรู้และควบคุมอารมณ์ของตนเองในด้านลบได้ดี เกิดความสงบในจิตใจ และผ่อนคลายความตึงเครียด รวมทั้งการบริหารจิตเพื่อให้เกิดสติ สมาธิ ปัญญา
แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม	
1. การสนับสนุนด้านอารมณ์	เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้สึกด้านบวก เช่น รู้สึกเป็นสุข สงบ มีความพึงพอใจ รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย และสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้
2. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า	เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่าง สามารถประเมินสุขภาพจิตตนเอง และรับรู้ภาวะซึมเศร้าของตนเอง รวมทั้งตระหนักในคุณค่าของตนเอง เข้าใจตนเองและผู้อื่น
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตสังคมในวัยสูงอายุ และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า แนวทางการดูแล

แนวคิดหลัก	วัตถุประสงค์ทั่วไป
	ตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม และวิธีการสร้างความสุขให้กับตนเอง
4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร	เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบถึงแหล่งทรัพยากรในชุมชน วิธีการติดต่อและการเข้าถึงแหล่งทรัพยากร รวมทั้งการส่งเสริมให้มีเพื่อนและเครือข่ายในสังคม

ส่วนที่ 2 แผนกิจกรรม

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย กิจกรรมที่ให้เป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 10 คน และเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยจะพบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 150-180 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรม “สร้างสัมพันธ์ รู้จักฉันรู้จักเธอ” และ กิจกรรม “สุขสบายด้วยกายบริหาร 7 ท่า”

กิจกรรมที่ 1 “สร้างสัมพันธ์ รู้จักฉันรู้จักเธอ”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกับผู้วิจัย
2. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและสังคมในวัยสูงอายุ
3. เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง รับทราบถึงภาวะซึมเศร้าของตนเอง และวิธีการป้องกันและดูแลภาวะซึมเศร้า รวมทั้งการสร้างเสริมความสุขตามคู่มือปฏิบัติตัวที่สร้างขึ้น

สื่อ/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อทำด้วยกระดาษแข็งเจาะรูพร้อมเชือกร้อยสำหรับคล้องคอ
2. ปากกาสีเมจิก

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนาให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ประเมินภาวะซึมเศร้าและความสุขก่อนการทดลอง
2. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง กล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่าง และซักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจ

3. ผู้วิจัยแจกกระดาษแข็งเจาะรูพร้อมเชือกร้อยให้กลุ่มตัวอย่างเขียนชื่อของตนเองที่ต้องการให้เพื่อนเรียก ลงบนป้ายชื่อด้วยปากกาสีเมจิก แล้วนำป้ายชื่อคล้องไว้ที่คอ และให้แนะนำตนเอง

4. ผู้วิจัยอธิบายภาพรวมของโปรแกรมและ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโปรแกรม วิธีการรูปแบบกิจกรรม ระยะเวลาของการทำกิจกรรม รวมทั้งกติกาของการเข้าร่วมกลุ่ม และเปิดโอกาสกลุ่มตัวอย่างให้ซักถาม

5. ให้ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและสังคมในวัยสูงอายุ ที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

6. แจ้งผลการประเมินภาวะซึมเศร้าให้ผู้สูงอายุทราบ และให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ที่ส่งผลต่อตนเองรวมทั้งวิธีการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

7. ให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า การป้องกันภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า วิธีการสร้างเสริมความสุขเพื่อป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้า และสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุหรือแหล่งช่วยเหลือผู้สูงอายุ พร้อมทั้งมอบคู่มือการสร้างเสริมความสุขที่สร้างขึ้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปทบทวนที่บ้าน และใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ

การประเมินผล

1. กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันสังเกตจากพฤติกรรม การมีปฏิสัมพันธ์และการพูดคุยระหว่างกัน

2. กลุ่มตัวอย่างรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ของตนเองและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า วิธีการป้องกันและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้า

บันทึกผลการจัดกิจกรรม ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

.....

.....

กิจกรรมที่ 2 “สุขสบายด้วยกายบริหาร 7 ท่า”

.....

.....

.....

สัปดาห์ที่ 5 .....

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมประเมินผล

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าและประเมินความสุขหลังการทดลองครบ 6 สัปดาห์ และปิดการวิจัย

การดำเนินกิจกรรม

1. กล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่าง พูดคุยเรื่องทั่วไป เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็นต่อการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมและชี้แจงวัตถุประสงค์การทำกิจกรรมในครั้งนี้

2. สอบถามการสร้างเสริมความสุขของตนเองที่กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติตามโปรแกรมและคู่มือการปฏิบัติตัวที่มอบให้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างพูดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผลที่เกิดขึ้นจากการสร้างเสริมความสุข

3. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และประเมินภาวะซึมเศร้า ประเมินความสุขชุดเดิม

4. ผู้วิจัยวิเคราะห์ผลการประเมินซึมเศร้าและความสุขของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ระหว่างนั้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมความสุขทั้ง 5 มิติ โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม

5. ผู้วิจัยแจ้งผลการประเมินให้กลุ่มตัวอย่างทราบ กล่าวชมเชย และให้กำลังใจในการสร้างเสริมความสุขให้กับตนเองอย่างต่อเนื่อง

6. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ มอบของที่ระลึกและปิดการวิจัย

บันทึกผล การจัดกิจกรรม ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

.....

.....

2.2 คู่มือสร้างเสริมความสุขสำหรับผู้สูงอายุในการป้องกันภาวะซึมเศร้า

คู่มือ

สร้างเสริมความสุข

สำหรับผู้สูงอายุในการป้องกันภาวะซึมเศร้า

จัดทำโดย

นางพิกุล ทับวิธร

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

คำนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ สาเหตุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในวัยสูงอายุ ซึ่งหากผู้สูงอายุไม่ดูแลตนเองหรือปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมตามวัย จะส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงทั้งทางร่างกายและจิตสังคม และหากอาการรุนแรงขึ้นจะมีอันตรายจากการทำร้ายตนเองได้

คู่มือการสร้างเสริมความสุขนี้จัดทำขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้เป็นแนวทางในการดูแลตนเอง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาที่เกิดจากความเสื่อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และยังช่วยให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขต่อไป

พิกุล ทับวิธร
ผู้จัดทำ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	1
เราจะมีวิธีป้องกันภาวะซึมเศร้าได้อย่างไร	2
เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าจะปฏิบัติอย่างไร	3
วิธีการสร้างเสริมความสุขในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันหรือลดภาวะซึมเศร้า	3
สิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุหรือแหล่งช่วยเหลือผู้สูงอายุ	11

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้า เป็นอารมณ์ที่ตอบสนองต่อความผิดหวัง ความสูญเสีย หรือการถวิลหาสิ่งที่ขาดหายไป เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้รู้สึกไม่มีความสุข จิตใจหม่นหมอง หดหู่ หมดความกระตือรือร้น นอนไม่หลับ เบื่อหน่ายสิ่งต่างๆ รอบตัว แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า หรือเป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการรุนแรงจะมีอันตรายจากการทำร้ายตนเองได้ อาการเหล่านี้เป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป

รู้ได้อย่างไรว่ามีภาวะซึมเศร้า

จากอาการและอาการแสดง ดังนี้

1.อาการแสดงทางร่างกาย ได้แก่

1.1 เกิดการเจ็บป่วยทั้งที่ไม่มีโรคที่ชัดเจน เช่น ไม่สุขสบาย หายใจลำบาก ใจสั่น ปวดท้อง เป็นต้น

1.2 นอนหลับผิดปกติ เช่น นอนมากเกินไป นอนหลับยาก ตื่นกลางดึก หรือ ตื่นนอนเช้ามากประมาณ 2 ชั่วโมงหรือมากกว่า จากเวลาตื่นนอนปกติ

1.3 พฤติกรรมและการแสดงออกเปลี่ยนแปลงไป เช่น กระวนกระวาย นั่งนิ่งไม่ได้ กระทำกิจกรรมซ้ำๆ เช่น เข้าห้องน้ำ ล้างมือ หรือมีลักษณะเชื่องช้า พูดโต้ตอบช้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

2. อาการแสดงด้านจิตสังคม ได้แก่

2.1 อารมณ์เปลี่ยนแปลง ได้แก่ อารมณ์ไม่สดชื่น เศร้าสร้อย หม่นหมอง ไม่มีความสุขในการทำงาน มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ประสิทธิภาพ หงุดหงิดง่าย ร้องไห้ง่าย บางครั้งมีความวิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดีจนไม่เหลือความภูมิใจในตนเอง

2.2 สมาธิและความตั้งใจสั้น ไม่กล้าตัดสินใจ มองอนาคตในแง่ร้าย มีความกลัวและความวิตกกังวลมากเกินไป คิดว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีความสุข ไม่มีความหมายจนทำให้นอนไม่หลับ บางคนอาจเริ่มมีความคิดฆ่าตัวตาย

2.3 การเข้าสังคมบกพร่อง ในระยะแรกจะเข้าสังคมอย่างเสียไม่ได้ จนละทิ้งสังคมทีละน้อย ต่อมาจะเลิกสนใจตนเอง ไม่ต้องการคบเพื่อน และละทิ้งสังคมในที่สุด

เราจะมีวิธีป้องกันภาวะซึมเศร้าได้อย่างไร

1. ดูแลตนเองด้านร่างกาย ปฏิบัติดังนี้

1.1 รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัยให้ครบ 3 มื้อ ในปริมาณที่เหมาะสม อย่างหลากหลาย โดยเฉพาะการรับประทานอาหารสด ผัก และผลไม้สดจำนวนมากๆ รวมทั้งการรับประทานโปรตีนจากเนื้อปลา

1.2 ออกกำลังกายทุกวันด้วยวิธีที่ง่ายๆ และเหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง เช่น เดินเล่น บริหารร่างกาย เล่นโยคะ รำกระบอง หรือว่ายน้ำ จะช่วยให้ระบบต่างๆ ในร่างกายได้รับการเติมพลังอยู่ตลอดเวลา และทำงานประสานกันได้ดีทั้งระบบประสาท กล้ามเนื้อ และจิตใจ

1.3 เข้ารับการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี หากมีความผิดปกติเกิดขึ้น เช่น ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง หรือความผิดปกติอื่นๆ จะได้รีบทำการรักษาแต่เนิ่นๆ ไม่ปล่อยทิ้งไว้จนเกิดความรุนแรง

2. ดูแลตนเองด้านจิตใจและสังคม ปฏิบัติดังนี้

2.1 สร้างความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ด้วยการตั้งมั่นอยู่ในความดี มีความคิดดี พูดดี และทำดี จะช่วยให้เรามีความสุข จิตใจแจ่มใส ไม่ขุ่นมัวและอารมณ์ดี

2.2 ตระหนักในคุณค่าของตนเองที่มีต่อบุตรหลาน และบุคคลอื่น ชื่นชมและภาคภูมิใจในตนเอง อย่ามองตนเองว่าไร้ค่า หรือรู้สึกท้อแท้

2.3 ดำเนินชีวิตอย่างเรียบง่าย จะทำให้ระบบประสาททำงานอย่างราบรื่น ไม่ตึงเครียด และวิตกกังวล

2.4 ไม่ปล่อยให้ตนเองอยู่ว่าง หางานอดิเรกหรือสิ่งที่สนใจอยากทำ อาจเป็นงานที่ทำให้มีรายได้เพิ่มขึ้น

2.5 ใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทำอาหารให้บุตรหลานรับประทาน ไปเที่ยวพักผ่อนในวันหยุด ไปทำบุญที่วัด ดูโทรทัศน์ หรือออกกำลังกายร่วมกัน เป็นต้น

2.6 สร้างคุณค่าให้กับตนเองด้วยการทำตัวให้เป็นประโยชน์กับสังคม เช่น การทำบุญ การบริจาคทรัพย์ การช่วยเหลือบุคคลอื่น หรือแสดงความเอื้ออาทรต่อบุคคลอื่น จะนำมาซึ่งความสุขใจทั้งผู้ให้ และผู้รับ

2.7 แสวงหาความสงบสุขทางใจด้วยการฝึกทำสมาธิ สวดมนต์ ศึกษาธรรมะจากหนังสือหรือสนทนาธรรมกับผู้รู้ จะช่วยให้จิตใจให้สงบ เข้าใจธรรมชาติหรือความเป็นจริงของชีวิต ไม่ฟุ้งซ่าน ปล่อยวางปัญหาต่างๆได้

2.8 อยู่ใกล้ชิดธรรมชาติให้มากที่สุด เช่น ทำงานในสวนดอกไม้หรือสวนผัก เพื่อผ่อนคลายจิตใจ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามโครงการวิจัยเรื่อง

“โปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า”

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามสำหรับประเมินความรู้สึกและอารมณ์ของท่านในช่วงที่ผ่านมา ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรด้านสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุ แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสุข

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป โปรดกรอกข้อมูลและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงตามความจริงมากที่สุด

	ส่วนของผู้วิจัย
1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง	Sex.....
2. อายุ.....ปี	Age.....
3. ระดับการศึกษา ☐ 1. ไม่ได้เรียน ☐ 2. ประถมศึกษา ☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ 5. ต่ำกว่าปริญญาตรี ☐ 6. ปริญญาตรี ☐ 7. อื่น (ระบุ).....	Edu.....
4. สถานภาพสมรส ☐ 1. โสด ☐ 2. คู่ อยู่ด้วยกัน ☐ 3. คู่ แยกกันอยู่ ☐ 4. หย่า / ร้าง ☐ 5. หม้าย	Mar.....
5. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน.....คน	NumF.....
6. ผู้ดูแลหลักที่ดูแลท่าน ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....	Carg.....

7. ศาสนา ☐ 1. พุทธ ☐ 2. อิสลาม ☐ 2. คริสต์ ☐ 4. อื่นๆ (ระบุ).....	Rel.....
8. อาชีพ ☐ 1. เกษตรกร (ทำสวน ทำนา ทำไร่) ☐ 2. รับจ้าง ☐ 3. ทำธุรกิจส่วนตัว (ค้าขาย) ☐ 4. งานบ้าน ☐ 5. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ 6. ว่างงาน ☐ 7. อื่นๆ (ระบุ).....	Occ .....
9. ปัจจุบันท่านมีรายได้.....บาท/เดือน (โดยประมาณ)	Inc .....
10. ความเพียงพอของรายได้ ☐ 1. ไม่เพียงพอ ☐ 2. เพียงพอ ☐ 3. เพียงพอและเหลือเก็บ	Eno .....
11. แหล่งที่มาของรายได้ ☐ 1. บุตรหลาน สมาชิกครอบครัว ☐ 2. ยังคงทำงานด้วยตนเอง ☐ 3. เงินบำนาญ ☐ 4. เบี้ยยังชีพรายเดือน ☐ 5. อื่นๆระบุ.....	Incom.....
12. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ (ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วว่าเป็นโรค) ☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี ระบุ.....	Di.....
13. งานอดิเรกที่ท่านทำในเวลาว่าง ☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี ระบุ.....	Hop.....
14. การเข้าร่วมกลุ่มหรือกิจกรรมทางสังคม ☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี ระบุ.....	Soc.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา กรุณาทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ความรู้สึกในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่	ส่วนของผู้วิจัย
1. ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้			TGDS1.....
2. ท่านไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			TGDS2.....
3. ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร			TGDS3.....
4. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ			TGDS4.....
5. ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า			TGDS5.....
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
26. ท่านมีความตั้งใจทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ไม่นาน			TGDS26.....
27. ท่านรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า			TGDS27.....
28. ท่านไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น			TGDS28.....
29. ท่านตัดสินใจอะไรได้เร็ว			TGDS29.....
30. ท่านมีจิตใจสบายแจ่มใสเหมือนก่อน			TGDS30.....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสุข

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด ซึ่งคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่าน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ขอให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์ อาการ หรือความคิดเห็นและความรู้สึกของท่านว่าอยู่ในระดับใด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เพียง เล็กน้อย เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆเพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มาก หรือ เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด

ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	เล็กน้อย	ไม่เลย	ส่วนของผู้วิจัย
1. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุข					Hapl1....
2. ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง					Hapl2....
3. ท่านต้องไปรับการรักษาพยาบาลเสมอ ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้					Hapl3....
.....					
.....					
.....					
.....					
13. ท่านมีเพื่อนหรือญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือท่านในยามที่ท่านต้องการ					Hapl13.....
14. ท่านมั่นใจว่า ชุมชนที่ท่านอยู่อาศัย มีความปลอดภัยต่อท่าน					Hapl14.....
15.ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด					Hapl15.....

ภาคผนวก จ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ

ตารางที่ 1 แสดงผลการกระจายตัวของข้อมูล คะแนนค่าเฉลี่ยระดับภาวะซึมเศร้าและดัชนีชี้วัดความสุขของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

แบ่งกลุ่ม		ภาวะซึมเศร้าก่อนทดลอง	ความสุขก่อนทดลอง	ภาวะซึมเศร้าหลังทดลอง	ความสุขหลังทดลอง
กลุ่มทดลอง					
	N	20	20	20	20
Normal Parameters[a,b]	Mean	13.95	24.45	6.20	30.40
	Std. Deviation	1.276	1.356	1.361	1.314
Most Extreme Differences	Absolute	.284	.257	.208	.176
	Positive	.284	.157	.208	.120
	Negative	-.228	-.257	-.142	-.176
Test Statistic		.284	.257	.208	.176
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000[c]	.001[c]	.023[c]	.105[c]
กลุ่มเปรียบเทียบ					
	N	20	20	20	20
Normal Parameters[a,b]	Mean	13.85	24.00	14.00	23.65
	Std. Deviation	.8127	.9176	1.257	1.226
Most Extreme Differences	Absolute	.252	.212	.187	.212
	Positive	.252	.162	.187	.135
	Negative	-.173	-.212	-.187	-.212
Test Statistic		.252	.212	.187	.212
Asymp. Sig. (2-tailed)		.002[c]	.019[c]	.065[c]	.019[c]

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางพิกุล ทับวิธร
วัน เดือน ปีเกิด	3 พฤศจิกายน 2517
สถานที่เกิด	อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม
ประวัติการศึกษา	สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2541
	พยาบาลศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2545
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนา
	อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ