



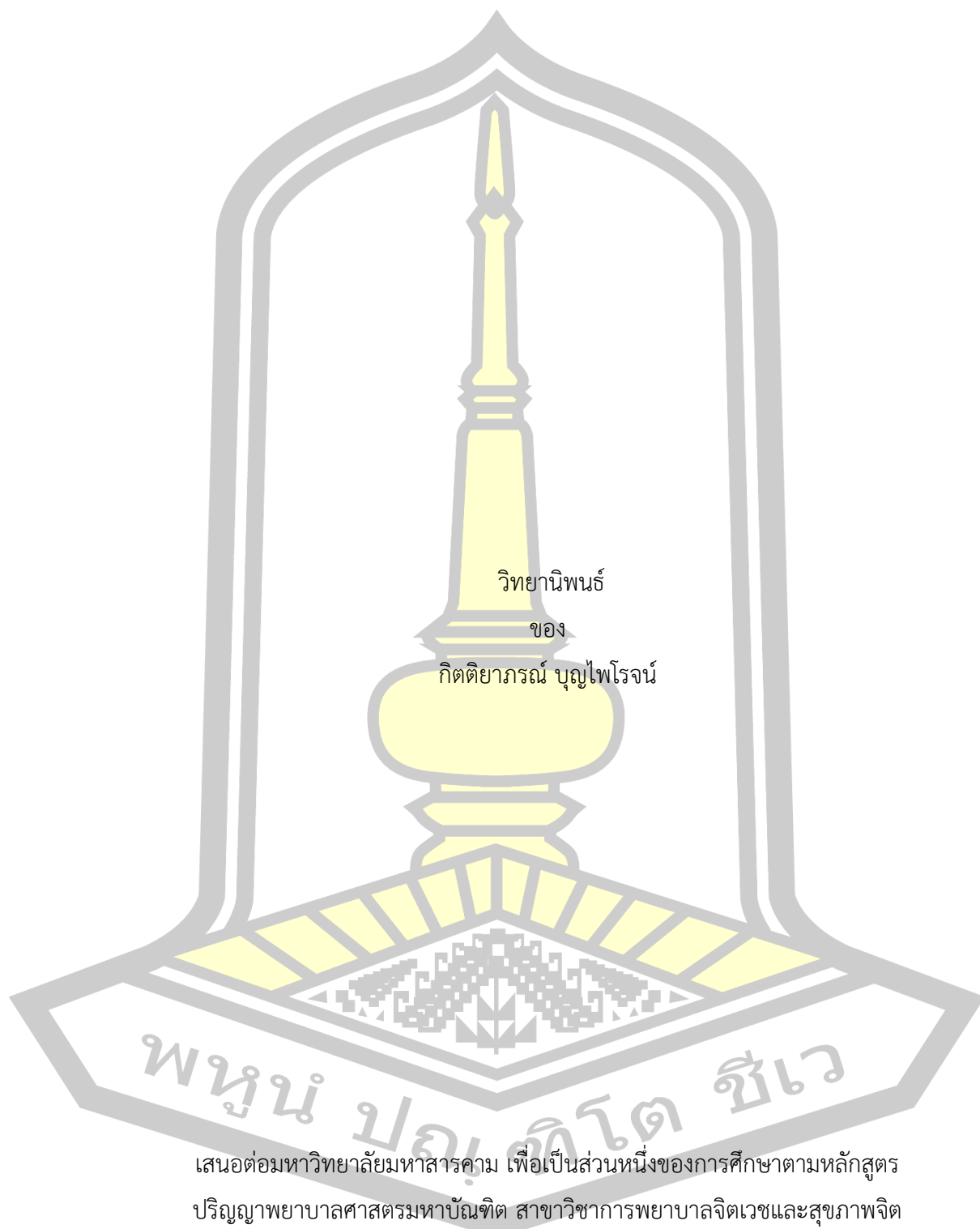
ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

วิทยานิพนธ์
ของ
กิตติยาภรณ์ บุญไพโรจน์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
มิถุนายน 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

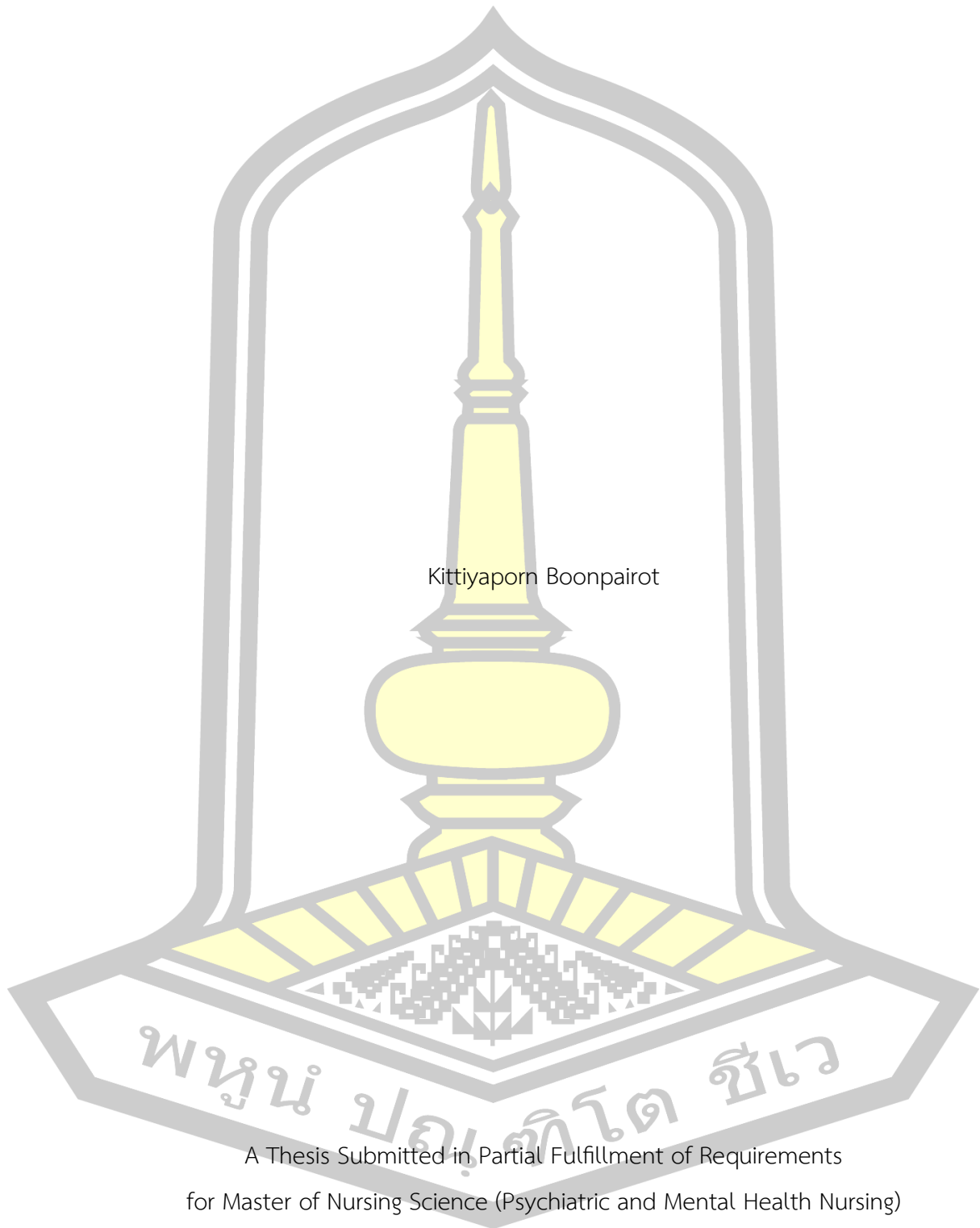


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

มิถุนายน 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Effects of social support program on depression in older adults



Kittiyaporn Boonpairot

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)

June 2025

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางกิตติยาภรณ์ บุญไพโรจน์ แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

- | | |
|--|---------------------------------|
|
(รศ. ดร. นริสา วงศ์พนารักษ์) | ประธานกรรมการ |
|
(ผศ. ดร. ชูชาติ วงศ์อนุชิต) | อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก |
|
(รศ. ดร. ดรุณี รุจกรกานต์) | อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม |
|
(รศ. ดร. กฤตยา แสงเจริญ) | กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก |

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

.....
(ผศ. ดร. พลเดช เขาวรัตน์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ		
ผู้วิจัย	กิตติยาภรณ์ บุญไพโรจน์		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูชาติ วงศ์อนุชิต รองศาสตราจารย์ ดร. ดรุณี รุจกรกานต์		
ปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2568

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดำเนินการในผู้สูงอายุจำนวน 40 คน จากอำเภอหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี ที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในช่วง 5-10 คะแนน กลุ่มทดลอง ($n = 20$) ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจำนวน 5 กิจกรรม ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ร่วมกับการดูแลตามปกติ ขณะที่กลุ่มควบคุม ($n = 20$) ได้รับการดูแลตามปกติเท่านั้น เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale-15) และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบ t-test แบบจับคู่และแบบอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean = 1.90, S.D. = 1.07) เมื่อเทียบกับก่อนรับโปรแกรม (Mean = 7.35, S.D. = 1.92) ($t = 13.39, p < .05$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean = 6.75, S.D. = 2.22) ($t = 8.79, p < .05$) นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลองหลังการทดลองยังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (Mean = 94.20, S.D. = 5.06) เทียบกับ 72.75, S.D. = 9.17) ($t = 9.15, p < .05$) ดังนั้น โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ ช่วยเพิ่มการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ภาวะซึมเศร้า, โปรแกรมสนับสนุนทางสังคม

TITLE	Effects of social support program on depression in older adults		
AUTHOR	Kittiyaporn Boonpairot		
ADVISORS	Assistant Professor Choochart Wong-Anuchit , Ph.D. Associate Professor Darunee Rujkorakarn , Ed.D		
DEGREE	Master of Nursing Science	MAJOR	Psychiatric and Mental Health Nursing
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2025

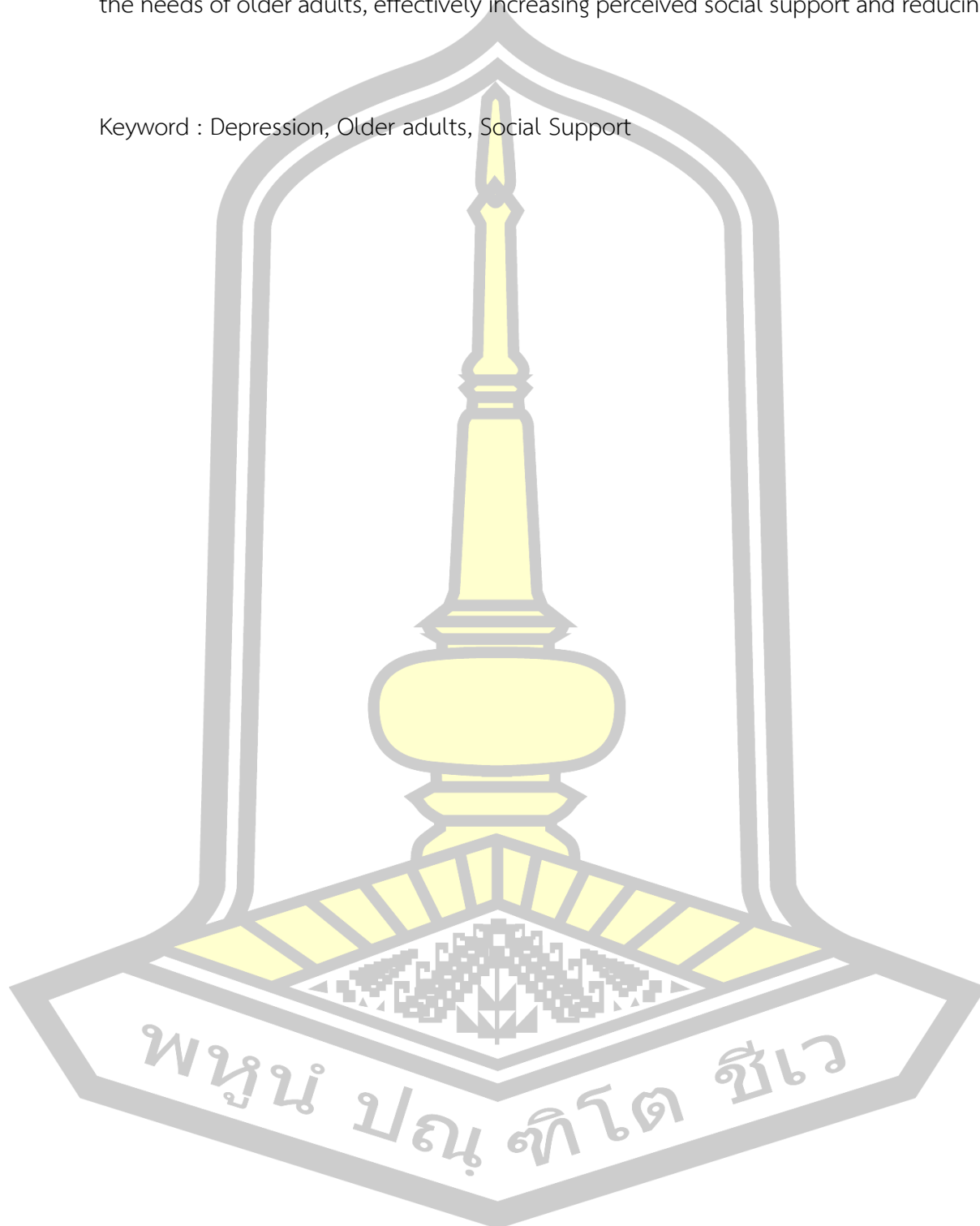
ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a social support enhancement program on depression among older adults. The study was conducted with 40 older adults from a district in Ubon Ratchathani Province who had depression scores ranging from 5 to 10 points. The experimental group (n = 20) received a social support enhancement program consisting of five activities over a two-week period in addition to usual care, while the control group (n = 20) received usual care only. Research instruments included the social support enhancement program, the Thai Geriatric Depression Scale-15, and a social support measurement scale. Data were analyzed using paired and independent t-tests.

Results showed that the mean depression score of the experimental group significantly decreased after receiving the program (mean = 1.90, S.D. = 1.07) compared to before the program (mean = 7.35, S.D. = 1.92) ($t = 13.39, p < .05$) and was significantly lower than the control group (mean = 6.75, S.D. = 2.22) ($t = 8.79, p < .05$). Additionally, the mean score of perceived social support in the experimental group after the intervention was significantly higher than the control group (mean = 94.20, S.D. = 5.06 versus 72.75, S.D. = 9.17) ($t = 9.15, p < .05$). Therefore, the social support enhancement program was effective in reducing depression among older adults and can be applied

in community mental health promotion by organizing group activities that respond to the needs of older adults, effectively increasing perceived social support and reducing

Keyword : Depression, Older adults, Social Support



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของ ข้าพเจ้า นางกิตติยาภรณ์ บุญไพโรจน์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่สามารถดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์จากท่าน รองศาสตราจารย์ ดร.ดรุณี รุจกรกานต์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา องค์กรความรู้ ข้อคิด ข้อเสนอแนะในการทำวิทยานิพนธ์ แนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ จนสามารถดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.นริสา วงศ์พนารักษ์ ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ซึ่งทำหน้าที่เป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ รวมถึงกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกท่าน รองศาสตราจารย์ ดร.กฤตยา แสวงเจริญ เจ้าของแบบสอบถามที่กรุณาอนุญาตให้ใช้เป็นเครื่องมือ อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่เมตตาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสำโรง สาธารณสุขอำเภอสำโรง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลหนองขาม จังหวัดอุบลราชธานี ที่กรุณาอนุญาตให้เข้าดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนร่วมงานกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดทุกท่าน หนังสือ ตำรา บทความ วิชาการ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกๆ ท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์และช่วยเหลือจนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายสุดนี้ ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณครอบครัว ซึ่งเป็นแรงบันดาลใจในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งขอบคุณ พี่ๆ และน้อง ๆ สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต กัลยาณมิตรทุกท่านที่เป็นกำลังใจตลอดมา คุณงามความดีและประโยชน์ที่เกิดจากการศึกษาครั้งนี้ ข้าพเจ้ามีความซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านด้วยจิตคารวะ ผลลัพธ์และประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอให้เป็นประโยชน์สำหรับทุกท่าน

พูนุ ปณ ทิโต ชีเว

กิตติยาภรณ์ บุญไพโรจน์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญรูปภาพ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.3 สมมติฐานการวิจัย.....	3
1.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	3
1.5 ขอบเขตการวิจัย.....	4
1.6 นิยามศัพท์.....	4
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 เอกสารที่เกี่ยวข้อง.....	7
1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	8
1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	8
1.2 สาเหตุและปัจจัยของการเกิดภาวะซึมเศร้า.....	9
1.3 ระดับของภาวะซึมเศร้า.....	11
1.4 อาการและอาการแสดง.....	12
1.5 การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า.....	13
1.6 การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า.....	13

1.7 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า	15
2. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม	16
2.1 วิวัฒนาการของแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม	16
2.2 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม	18
2.3 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม	19
2.4 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม	21
3. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	22
3.1 แนวคิดที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม	22
3.2 ลักษณะของการจัดกิจกรรม	23
3.3 สื่อที่ใช้ในการจัดกิจกรรมในโปรแกรม	24
3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	30
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	48
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	44
บรรณานุกรม	50
ภาคผนวก	56
ภาคผนวก ก ตารางเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม	57
ภาคผนวก ข การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล	59
ภาคผนวก ค ตารางคะแนนเฉลี่ยและระดับการสนับสนุนทางสังคม	61
ภาคผนวก ง เอกสารชี้แจงและใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่าง	63
ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	66
ภาคผนวก ฉ เอกสารรับรองโครงการวิจัย และหนังสือราชการต่างๆ	72
ภาคผนวก ช โปรแกรมสนับสนุนทางสังคม	82
ประวัติผู้เขียน	96

สารบัญตาราง

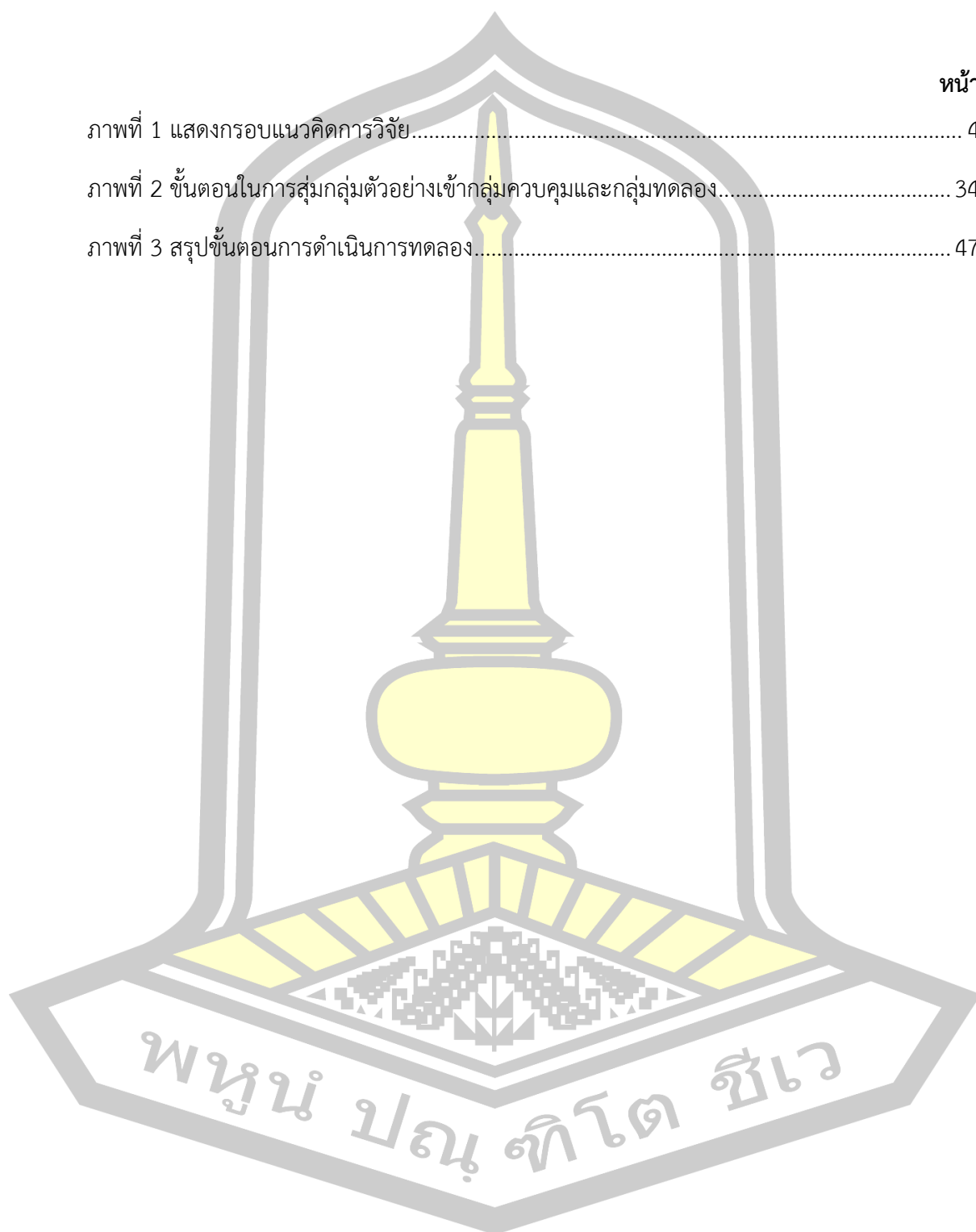
หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ สมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ	37
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมร่วมกับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test.....	41
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมร่วมกับการดูแลตามปกติกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียว โดยใช้สถิติ Independent t-test.....	42
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test.....	43



สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
ภาพที่ 2 ขั้นตอนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	34
ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	47



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 จะมีจำนวน 2,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรโลก (WHO, 2023) ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเผชิญกับความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า (Zhang et al., 2023) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมาก จากการศึกษาข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบสถิติการเกิดภาวะซึมเศร้าประมาณ 322 ล้านคน และพบร้อยละ 5.70 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่มีภาวะซึมเศร้า (WHO, 2023) สำหรับประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มวัยอื่น โดยพบได้มากถึงร้อยละ 10 -13 และพบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.60 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของ ปิติคุณ เสตะประ (2564) พบว่า การเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบมากที่สุดคือภาคเหนือ รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งจังหวัดอุบลราชธานีมีผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าเป็นอันดับสองของประเทศไทย

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นผลมาจากปัจจัยที่ซับซ้อนทั้งปัจจัยทางสังคม จิตวิทยา และชีววิทยา ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการทางร่างกาย สุขภาพจิตเสื่อมถอย มีอารมณ์หดหู่ รู้สึกเศร้า หงุดหงิด ว่างเปล่า สูญเสียความสุขหรือความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ (WHO, 2023) การเกิดภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุจากหลายปัจจัย ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ปัจจัยเศรษฐกิจ ความเพียงพอของรายได้ ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์ ความเครียด และการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพในบริบทของสังคมชนบท ปัญหาสำคัญคือการที่วัยแรงงานต้องไปทำงานต่างจังหวัดหรือต่างประเทศ ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านคนเดียว โดยเฉพาะเมื่อคู่สมรสเสียชีวิต ส่งผลให้เกิดความเหงา ขาดที่พึ่งทางใจ และเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า มีผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมทั้งด้านครอบครัว การใช้จ่าย สูญเสียสัมพันธภาพและการสนับสนุนทางสังคม หากกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีจำนวนมากขึ้นย่อมไม่ส่งผลดีต่อการพัฒนาประเทศ เนื่องจากต้องระดมทรัพยากรจำนวนมากในการแก้ปัญหาให้ประชากรผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่จะมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ และหากไม่ได้รับการดูแลจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตายได้ และฆ่าตัวตายสำเร็จได้ในที่สุด การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้าจึงสำคัญ เพื่อป้องกันไม่ให้มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่สูงขึ้น การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นวิธีป้องกันภาวะซึมเศร้าวิธีหนึ่ง ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพจิตในทุกมิติ ทั้งกาย ใจ สังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดสนับสนุนทางสังคมเชื่อว่า การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากคนรอบข้าง ครอบครัว เจ้าหน้าที่ องค์กรต่าง ๆ จะส่งผลให้บุคคลรู้สึกได้รับการสนับสนุน รู้สึกมีคุณค่า และมีพลังในการดำเนินชีวิต (Thoits et al., 2011) มี

การศึกษาอิทธิพลของการมีส่วนร่วมทางสังคมต่อความพึงพอใจในชีวิต และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในความพึงพอใจของชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมทางสังคมที่มากขึ้น เป็นปัจจัยทำนายโรคซึมเศร้าได้ดีที่สุด (Nuwamanya, S. et al., 2023)

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้น มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง ซึ่งให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตและลดความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Eagle, D. E., et al., 2019) การรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคม ได้รับการยืนยันว่าเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของความพึงพอใจในชีวิตในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางอารมณ์ ข้อมูล หรือการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีสุขภาพจิตที่ดีในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ (DS Sahin., et al., 2019) และพบว่าการขาดการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และคนสำคัญอื่น ๆ เพิ่มความเปราะบางต่อภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้น การให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นแนวทางที่น่าจะนำมาใช้ในการป้องกันและบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Tariq A., et al., 2020) จากการศึกษาประสิทธิผลของการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการทบทวนอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์ห่อภิมาณ พบว่า หากผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทางสังคมมาก เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม จะทำให้คะแนนซึมเศร่าลดลง การสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมและดีช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Lee et al., 2023)

จากข้อมูลของเขตสุขภาพที่ 10 พบว่าในอำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในปี 2564 - 2566 จำนวน 83, 88 และ 97 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยบริบทของพื้นที่พบว่า สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน ต้องไปทำงานต่างจังหวัด ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องอยู่บ้านเพียงลำพัง เกิดความเหงา เศร้า ขาดที่พึ่งทางใจ การร่วมกิจกรรมทางสังคมในชุมชนยังมีข้อจำกัด ทำให้ขาดการมีส่วนร่วมและการเชื่อมโยงทางสังคม นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังส่งผลกระทบต่ออาการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้ครอบครัวและผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาระที่เพิ่มขึ้น การป้องกันและบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง งานวิจัยที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการสนับสนุนทางสังคมต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม การวิจัยส่วนใหญ่ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับผลลัพธ์ของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่มีโครงสร้างชัดเจนและเป็นระบบ นอกจากนี้ งานวิจัยส่วนมากยังคงมุ่งเน้นในบริบทต่างประเทศ ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในประเทศไทย ดังนั้น จึงยังคงมีช่องว่างของความรู้ (Knowledge gap) ในด้านการออกแบบและประเมินผลโปรแกรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุไทย

จากช่องว่างดังกล่าว งานวิจัยนี้จึงมีความสำคัญในการพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่มีโครงสร้างชัดเจน และพัฒนาจากการทำความเข้าใจผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายและความต้องการที่ผู้สูงอายุได้สื่อสารอย่างชัดเจน ดังนั้นโปรแกรมดังกล่าวจึงยึดความต้องการของผู้สูงอายุเป็นหลัก การวิจัยนี้มุ่งทดสอบผลลัพธ์ต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในบริบทของประเทศไทย ซึ่งจะเป็นการเติมเต็มความรู้ที่ขาดหายไป และส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและได้รับการดูแลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียว

1.3 สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม เน้นความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัยเป็นสำคัญ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่วิจัย ตามกระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) บูรณาการร่วมกับแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1979) และ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ได้แก่ (1) การสร้างสัมพันธ์ภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (2) การสำรวจตนเอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และยอมรับซึ่งกันและกัน (3) การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง (4) กิจกรรมที่ทำให้อารมณ์ดีด้วยวิธีง่ายๆ และ (5) การเรียนรู้แหล่งบริการที่สามารถดูแลเรื่องภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นได้ การสนับสนุนทางสังคมใน 5 ด้าน ตามแนวคิดของ Cobb (1979) และ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ได้แก่ (1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ (3) การสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมรวมทั้งการบริการ (4) การสนับสนุนให้การยอมรับและการเห็นคุณค่า (5) การสนับสนุนให้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ออกแบบตามความต้องการของผู้สูงอายุ สามารถสรุปได้เป็นกรอบแนวคิด ดังนี้

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิด Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรม แนะนำโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 2 การสนับสนุนด้านการให้การยอมรับและการเห็นคุณค่า
การสนับสนุนให้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
กิจกรรมที่ 2 การสำรวจตนเอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ผู้สูงอายุ ได้ยอมรับซึ่งกันและกัน เข้าใจ และยอมรับฟังความคิดเห็นระหว่างกัน

ครั้งที่ 3 การสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมรวมทั้งการบริการ
กิจกรรมที่ 3 การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง โดยผลิตพวงกุญแจการวัดวัดความเศร้า ใช้การสนับสนุนทางสังคม ด้านวัตถุสิ่งของและบริการ

ครั้งที่ 4 การสนับสนุนด้านอารมณ์
กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมที่ทำให้อารมณ์ดี ด้วยวิธีง่าย ๆ
และ การสนับสนุนวัตถุสิ่งของและบริการ

กิจกรรมที่ 5 เรียนรู้แหล่งบริการที่สามารถดูแลเรื่องภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นได้

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

1.5 ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีคะแนนประเมินด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15) 5 -10 คะแนน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี เก็บข้อมูลช่วงเดือน มกราคม - มีนาคม 2568

1.6 นิยามศัพท์

1.6.1 ผู้สูงอายุซึมเศร้า หมายถึง ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีคะแนนประเมินด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15) 5 -10 คะแนน ซึ่งมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มีความผิดปกติทางจิตใจ ที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าอย่างต่อเนื่อง สูญเสียการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำมา รวมทั้งการมีอาการทางกาย และจิตใจอื่น ๆ ด้วย

1.6.2 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ด้านจิตสังคม และอารมณ์ พัฒนาขึ้นในการเรียนวิชาการพยาบาลจิตเวชขั้นสูงเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ในการจัดโครงการ ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงวัย ห่างไกลโรค

ซึมเศร้า และพัฒนาต่อยอดกิจกรรมโดยผ่านการทบทวนวรรณกรรม การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางแนวคิดทฤษฎีการพยาบาล ผ่านการให้คำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยนำหลักการ Design Thinking Process 5 ขั้นตอนประกอบด้วย 1) Empathize การทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้น ความต้องการ ความจำเป็น อารมณ์ ความรู้สึก การกระทำที่ออกมาจากคนที่มีปัญหา ขั้นตอนนี้กำหนด User คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ในชุมชนชนบทแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในทุกแง่มุม เพื่อหาวิธีแก้ไขปัญหาคือที่ดีที่สุด โดยการสังเกตพฤติกรรม การสัมภาษณ์ การฟังอย่างลึกซึ้ง เพื่อให้เข้าใจเป้าหมายและประเด็นที่ต้องการแก้ไข การ Empathize ทำให้มองเห็นปัญหา ว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ต้องการข้อมูลความรู้ในการดูแลตัวเอง เมื่อมีภาวะซึมเศร้า ต้องการมีเพื่อนพูดคุยเพื่อระบายความรู้สึก ต้องการมีกิจกรรมที่เพลิดเพลินทำร่วมกัน เช่น ฟ้อนรำ ร้องเพลง ต้องการสิ่งที่จะช่วยประเมินให้รู้ว่าตัวเองมีภาวะซึมเศร้า และการเข้าถึงบริการทำอย่างไร จากนั้นทำความเข้าใจว่าปัญหา 2) Define สรุปข้อมูลจากขั้นตอนที่แล้วเพื่ออธิบายปัญหาของผู้สูงอายุ ออกมาให้ชัดเจนที่สุด สรุปปัญหาของผู้สูงอายุ จากนั้นนำปัญหามาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เพื่ออธิบายให้ได้ปัญหาที่แท้จริง เพื่อตั้งเป้าหมายของการพัฒนาโปรแกรม โดยเน้นผู้รับบริการเป็นจุดศูนย์กลาง เพื่อกำหนดแผนในการดำเนินกิจกรรม 3) Ideate หลังจากที่ได้วิเคราะห์ข้อมูลจากการ Empathize และการ Define เพื่ออธิบายปัญหา ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแล้ว ทำการค้นคว้าหาข้อมูลวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของ User เพิ่มเติม จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ Systematic Review และ Meta-analysis ถึงประสิทธิผลของการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมทางสังคม และการเชื่อมโยงเครือข่าย จะทำให้คะแนนซึมเศร่าลดลง และพบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมและดี ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Lee S. et al., 2022) ระดมความคิด นำเสนอแนวความคิดและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในรูปแบบของกิจกรรม โดยนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1979) ร่วมกับการบูรณาการแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) ซึ่งได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 5 ด้าน 1.การสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ กิจกรรมที่ทำให้อารมณ์ดีด้วยวิธีง่ายๆ มีการร้องเพลง รำวง 2.การให้การยอมรับและการเห็นคุณค่า 3.การได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม คือ กิจกรรมการสำรวจตนเอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ผู้สูงอายุ ได้ยอมรับซึ่งกันและกัน เข้าใจ และยอมรับ ฟังความคิดเห็นระหว่างกัน 4.การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คือ ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การดูแลตัวเอง และรู้เท่าทันภาวะซึมเศร้า และ 5.การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของหรือบริการ คือ กิจกรรมการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง โดยผลิตพวงกุญแจการ์ดวัดความเศร้า และกิจกรรม เรียนรู้แหล่งบริการที่สามารถดูแลเรื่องภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นได้ 4) Prototype นำรูปแบบของการจัดกิจกรรม ไปทดสอบ

และปรับปรุงแก้ไขตามข้อมูลย้อนกลับ ก่อนนำไปใช้จริง 5) Test คือขั้นตอนของการนำโปรแกรมไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางในชุมชน

1.6.3 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง เป็นการที่บุคคลรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ทั้งทางจิตวิทยาและการสนับสนุนด้านสิ่งของที่จับต้องได้ จากคนรอบข้างทั้งครอบครัว คนใกล้ชิดหรือสังคม โดยการมีปฏิสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลเห็นคุณค่า และสามารถดูแลตัวเองได้ดีขึ้น และส่งผลต่อการมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี เพื่อให้เกิดความสุข โดยผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทำให้บุคคลรู้สึกได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยอมรับและการยกย่อง รวมไปถึงรู้สึกกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้เกิดความพอใจ ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ ประเมินโดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ ซึ่งใช้แนวคิดของ (Cobb,1979) ร่วมกับ Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981

1.6.4 การพยาบาลปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับบริการ จากสาธารณสุข ประกอบด้วย การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านจากนักบริบาลและพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ ซึ่งจัดให้มีขึ้น เพื่อให้บริการกับผู้สูงอายุในชุมชน การติดตามเยี่ยมจะเน้นเยี่ยมในผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพกายเท่านั้น เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุติดเตียง และยังขาดการประเมินความเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ที่ได้รับการประเมินส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรัง โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการพยาบาลปกติเหมือนเดิม

1.6.5 ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางจิตใจ ที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าอย่างต่อเนื่อง สูญเสียการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำมา รวมทั้งการมีอาการทางกาย และจิตใจอื่น ๆ ด้วย ประเมินโดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (Thai Geriatric Depression ,Scale-15)

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.7.1 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่สอดคล้องกับบริบท และความต้องการของผู้สูงอายุ สามารถใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

1.7.2 เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการของพยาบาลจิตเวชในชุมชน โดยการใช้เป็นแนวทางการดูแลภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน ภายใต้การใช้อำนาจหน้าที่และข้อมูลเชิงประจักษ์

1.7.3 มีโปรแกรม/กิจกรรม ที่ใช้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยครอบคลุมเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 1.2 สาเหตุและปัจจัยของการเกิดภาวะซึมเศร้า
 - 1.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า
 - 1.4 อาการและอาการแสดง
 - 1.5 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
 - 1.6 การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า
 - 1.7 แนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้า
2. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
 - 2.1 วิวัฒนาการของแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
 - 2.2 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
 - 2.3 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม
 - 2.4 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม
3. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พูน ปณ ทิโต ชีเว

1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย และจิตใจ อารมณ์และความรู้สึกของผู้สูงอายุอาจเประาะบาง จนส่งผลให้เกิดภาวะอารมณ์เจ็บป่วยทางจิตได้ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า โดยหากป่วยด้วยภาวะซึมเศร้า ไม่ได้ได้รับการดูแลรักษา ก็จะกระทบกับความสุขในชีวิต และอาจส่งผลกระทบต่อคนรอบข้างได้เช่นกัน (Zhang Y et al., 2023) ซึ่งแบ่งเป็น

อารมณ์เศร้า เป็นภาวะอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เมื่อเผชิญกับความสูญเสียหรือความผิดหวัง ส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้า ร้องไห้ สูญเสียพลังงานและประสิทธิภาพในการทำงานชั่วคราวนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย

ภาวะซึมเศร้า เป็นความรู้สึกและอารมณ์ทางลบที่แย่งจากความไม่สบายใจ การเจ็บป่วย การสูญเสียผิดหวัง และการแปลงในชีวิตที่ทำให้สับสน ส่งผลต่อร่างกาย และการรักษาต้องใช้เวลา ยาวนาน ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง อาจบำบัดด้วยยา จิตบำบัด หรือทั้งสองอย่างรวมกัน ถึงจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตปกติได้

โรคซึมเศร้า เป็นอาการผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ความผิดปกติด้านอารมณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม เกิดอารมณ์เศร้าหมองอย่างต่อเนื่อง มีความรู้สึกเฉยชา ไม่สนใจสิ่งรอบตัว กิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน การทำงาน มีอาการตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป มีความคิดทำร้ายตัวเอง หรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เมื่อปล่อยไว้อาจก่อให้เกิดอาการทางจิตได้

1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

WHO (2023) ได้ให้ความหมาย ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของปัจจัยทางสังคม จิตวิทยา และชีววิทยา บุคคลจะมีอารมณ์หดหู่ (รู้สึกเศร้า หงุดหงิด ว่างเปล่า) รู้สึกสูญเสียความสุขหรือความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ช่วงภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากอารมณ์ที่ผันผวนตามปกติ โดยจะอยู่เกือบตลอดเวลา เกือบทุกวัน เป็นเวลาอย่างน้อยสองสัปดาห์ยังมีอาการอื่น ๆ อีกด้วย ซึ่งอาจรวมถึง สมาธิไม่ดีความรู้สึกผิดมากเกินไป หรือคุณค่าในตนเองต่ำสิ้นหวังกับอนาคตคิดเกี่ยวกับการตายหรือการฆ่าตัวตาย การนอนหลับหยุดชะงัก ความอยากอาหารหรือน้ำหนักเปลี่ยนแปลง อาจทำให้เกิดปัญหาในทุกด้านของชีวิต รวมถึงในชุมชน ที่บ้าน ช่วงภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งได้เป็นอาการไม่รุนแรง ปานกลาง หรือรุนแรง ขึ้นอยู่กับจำนวนและความรุนแรงของอาการ รวมถึงผลกระทบต่อการทำงานของแต่ละบุคคล อาการซึมเศร้ามีรูปแบบต่าง ๆ กัน ในทางกลับกัน อาการซึมเศร้าสามารถนำไปสู่ความเครียดและความผิดปกติมากขึ้น และทำให้สถานการณ์ในชีวิตของผู้ได้รับผลกระทบและภาวะซึมเศร้าแย่งด้วยอาการซึมเศร้า มีความเกี่ยวข้องและผลกระทบอย่างใกล้ชิดจากสุขภาพร่างกาย ปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ความเพียงพอของรายได้ ปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์

ความเครียด การเปลี่ยนแปลงของสภาวะทุกด้าน ทำให้สภาพจิตใจซึมเศร้า โดดเดี่ยว ทำให้พลังสุขภาพจิตเสื่อมถอยไม่สามารถปรับตัวปรับใจยอมรับสภาพทางร่างกาย สังคมได้

กรมสุขภาพจิต (2565) ได้ให้ความหมายว่า เป็นภาวะของอารมณ์ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมอง หดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตัวเองไร้ค่าและยังเป็นภาระต่อคนอื่น นอนไม่หลับ ไม่อยากรับประทานอาหาร น้ำหนักลด บางคนอาจไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป ทำร้ายตัวเองและฆ่าตัวตายในที่สุด โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่ส่งผลเสียต่อชีวิตของบุคคล และประกอบด้วยชุดอาการบางอย่างที่ทำลายการทำงานของบุคคลนั้น อาการหลักของโรคซึมเศร้าที่สำคัญคือ อารมณ์ซึมเศร้า ความปรารถนาและความสนใจลดลง ขาดความเพลิดเพลินกับชีวิต (Sozeri-Varma G., et al., 2012) การแสดงออกของภาวะซึมเศร้า หลัก ๆ มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ จะแสดงออกโดยสีหน้าเศร้า หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย น้อยใจ ด้านความคิด แสดงออกโดย มีความคิดด้านลบกับตัวเอง มีความคิดอยากทำร้ายตัวเอง หรือไม่อยากมีชีวิตอยู่ ด้านร่างกายแสดงออกโดยเบื่ออาหาร หรือรับประทานมากเกินไป นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป และด้านพฤติกรรม แสดงออกโดยการแยกตัว มีกิจกรรมหรือสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นลดลง ซึ่งการประเมินต้องประเมินให้ครบทั้ง 4 ด้าน เพื่อพิจารณาการวินิจฉัยโรค โรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ เกิดจากการได้รับผลกระทบในทางลบ ในด้านของความรู้สึกผิดหวัง ความเครียด ที่เป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า (วสิษฐ์พล กุลพรม และคณะ 2021) ซึ่งส่งผลกระทบต่อประชากรวัยสูงอายุซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือรู้สึกเศร้าหมอง สูญเสียความเพลิดเพลินและความสนใจ พลังงานลดลง รู้สึกผิดหรือขาดคุณค่าในตนเอง การนอนหลับหรือเบื่ออาหาร และสมาธิบกพร่อง ซึ่งแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรมซึ่งเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน (มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์ 2562)

ทางพยาธิวิทยา ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางจิตใจ ที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าอย่างต่อเนื่อง สูญเสียการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำมา รวมทั้งการมีอาการทางกาย และจิตใจอื่น ๆ ด้วย

สรุป ภาวะซึมเศร้า เป็นความรู้สึกและอารมณ์ทางลบที่แย่งลง จากความไม่สบายใจ การเจ็บป่วย การสูญเสียผิดหวัง และการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ทำให้สับสน ส่งผลต่อทางกาย และการรักษาต้องใช้เวลายาวนาน ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตปกติได้

1.2 สาเหตุและปัจจัยของการเกิดภาวะซึมเศร้า

อาการซึมเศร้าเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของปัจจัยทางสังคม จิตวิทยา และชีววิทยา ผู้ที่เคยผ่านเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในชีวิต การว่างงาน การสูญเสีย เหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ในทางกลับกัน อาการซึมเศร้า

สามารถนำไปสู่ความเครียดและความผิดปกติมากขึ้น และทำให้สถานการณ์ในชีวิตของผู้ได้รับผลกระทบและภาวะซึมเศร้าแย่ลงด้วยอาการซึมเศร้า มีความเกี่ยวข้องและผลกระทบอย่างใกล้ชิดจากสุขภาพร่างกาย ปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า (เช่น การไม่ออกกำลังกาย หรือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย) ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคต่าง ๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ มะเร็ง โรคเบาหวาน และโรกระบบทางเดินหายใจในทางกลับกัน ผู้ที่เป็นโรคเหล่านี้อาจพบว่าตนเองมีอาการซึมเศร้า เนื่องจากความยากลำบากในการจัดการกับอาการของตนเอง (WHO, 2023)

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีหลายปัจจัย อายุที่มากขึ้นสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม หรือเกษียณจากงานประจำ ทำให้ผู้สูงอายู้สึกว่าความสำคัญ หรือมีคุณค่าลดลง ส่งผลให้เกิดความเครียด และเกิดภาวะหรือโรคซึมเศร้าตามมาได้ การสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิต การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือบุคคลอันเป็นที่รัก (วิจิตร แผ่นทอง 2563) เพศหญิงมีโอกาสป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย หย่าร้าง หรือหม้าย อยู่คนเดียว มีปัญหาด้านการเงิน ต้องใช้ชีวิตแบบพึ่งพาคนอื่น ทำให้ความมีคุณค่าในตัวเองลดลง ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประสบอุบัติเหตุ ความพิการ รวมถึงการใช้สารเสพติด ซึ่งแบ่งออกเป็นหลายด้านดังนี้

1. ความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท (neurotransmitter imbalance) เช่น ซีโรโทนิน (serotonin) นอร์เอพิเนพรีน (norepinephrine) และโดปามีน (dopamine) ที่ไม่สมดุลกัน สามารถส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า เพราะความผิดปกติของกระบวนการดูดกลับสารเข้าสู่เซลล์ประสาทส่งต่อ ทำให้สารสื่อประสาทกลุ่มดังกล่าวมีปริมาณลดลง ผลคือทำให้บุคคลรู้สึก ท้อแท้ หดหู่ หงอยเหงา เบื่อหน่าย สิ้นหวัง นอนไม่หลับ ฯลฯ ทำให้ประสิทธิภาพและความสามารถในการทำงานลดลง ในระยะยาวอาจส่งผลให้เป็นโรคซึมเศร้าได้ (Cui, L., et al., 2024) ภาวะซึมเศร้า ไม่ใช่เพียงแค่อารมณ์เบื่อเซ็ง ท้อแท้ หดหู่ เศร้า เหงา โดยทั่วไปแต่เป็นภาวะที่เกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง ซึ่งเกิดขึ้นได้กับทุกคน

2. การตอบสนองต่อความเครียดที่ผิดปกติ มักเกิดขึ้นภายหลังเกิดเหตุการณ์กระทบการเตือนทางจิตใจหรือเกิดภาวะตึงเครียดเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เหตุการณ์ร้ายแรง การตกงาน การหย่าร้าง คนใกล้ชิดคนที่รักเสียชีวิต การเจ็บป่วย หรือหลายเหตุการณ์รวมกันเข้ามาคุกคามชีวิต เมื่อบุคคลต้องเผชิญความเครียดเรื้อรังจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

3. ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ (Genetic Transmission) เชื่อว่า ภาวะซึมเศร้าสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ เมื่อสมาชิกในครอบครัวเคยเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มีผลทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าได้เช่นกัน เนื่องจากโรคมีความหลากหลายทางพันธุกรรม ภาวะซึมเศร้าจึงสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ 30 – 50 % (Cui, L., et al., 2024) แต่ถ้าทั้งพ่อและแม่เป็นโรค

ซึมเศร้า ลุกมีโอกาสนี้เป็นโรคดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 54 นอกจากนี้ถ้าลูกเป็นคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน จะมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 70 (ตฤไลา จำปาวัลย์ 2560)

4. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม สิ่งเร้าที่เข้ามากระตุ้น โดยทฤษฎีที่นิยมนำมาอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าของบุคคล ได้แก่ ทฤษฎีด้านสังคม (Social Theory) โดยสถานการณ์ปัญหาที่ส่งผลต่อบุคคล ได้แก่ ปัญหาความรัก การปรับตัวกับเพื่อน/ ครอบครัว/ เพื่อนร่วมงาน การเงิน ความเจ็บป่วย หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงวัยของชีวิต เมื่อหลายสถานการณ์รวมกันเป็นสิ่งเร้าที่เข้า มาคุกคาม ภาวะสมดุลของบุคคล

5. ปัจจัยทางจิตสังคม เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากจิตใต้สำนึก (Subconscious) หรือสัญชาตญาณดั้งเดิม (basic instinct) การแก้ไข พฤติกรรมสามารถกระทำได้โดยการเจาะลึกถึงจิตใต้สำนึก ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ Id คือ สัญชาตญาณที่คอยผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรม เพื่อตอบสนองความสุข และความต้องการของตนเอง Ego ทำหน้าที่ในการตระหนักถึงความเป็นเหตุ เป็นผลตามสภาพความเป็นจริง และ Superego ทำหน้าที่คอยควบคุมพฤติกรรม โดยปกติการทำงานของ 3 ส่วนจะมีความสมดุลระหว่างกัน ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายปรากฏการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าว่า เกิดจาก 2 สาเหตุคือ

1. เกิดจากการที่บุคคลขาดความสามารถในการควบคุมสัญชาตญาณของมนุษย์ ขาดความรักความอบอุ่นในครอบครัว ขาดการเลี้ยงดูที่เหมาะสมตามพัฒนาการ 2. เกิดจากการที่บุคคลไม่พัฒนา Superego มีการใช้กลไกการเก็บกด การโทษตนเอง เมื่อต้องเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความ สูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด กังวล

การเข้าใจภาวะซึมเศร้าทางพยาธิวิทยา ช่วยให้สามารถประเมินและรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยการรักษาอาจรวมการใช้ยาบำบัดทางจิต และการปรับพฤติกรรม การใช้ชีวิต

สรุป สาเหตุและปัจจัยของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีหลายสาเหตุ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมถอย จากพันธุกรรม สารสื่อประสาทในสมอง ฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลง และด้านของจิตใจ เมื่อบุคคลได้รับผลกระทบในทางลบ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเจ็บป่วย ความเครียด การใช้สารเสพติด การรู้สึกมีคุณค่าลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

1.3 ระดับของภาวะซึมเศร้า

องค์การอนามัยโลกได้จำแนกหลักเกณฑ์ โดยอาศัยความผิดปกติทางจิต และพฤติกรรม ตาม ICD 10 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้ แบ่งระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เป็นระดับต่าง ๆ ดังนี้

Mild Depression ภาวะเศร้าเล็กน้อย บุคคลจะไม่รู้สึกอารมณ์สดชื่น ไม่แจ่มใส (blue moods) ภาวะซึมเศร้าชนิดนี้อธิบายได้ว่า เป็นอาการเห็นตเห็นน้อยมาก ๆ เหงาหงอยชั่วคราว รู้สึกได้เป็นบางครั้ง อาจมีสาเหตุหรือไม่มีสาเหตุใด ๆ มักเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น เริ่มรู้สึกไม่พอใจกับ

รูปลักษณะของตัวเอง ความตั้งใจในการทำงานต่าง ๆ เริ่มลดลง การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไป จากเดิม โดยบางทีก็มีสาเหตุ แต่บางทีก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ เลย

Moderate Depression อาการเศร้าชนิดนี้มีผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน การดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงานและครอบครัว ผู้ที่มีภาวะเศร้าชนิดนี้ยังสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ แม้จะไม่สมบูรณ์มากนัก neurotic depression จัดอยู่ในจำพวกนี้ด้วย ปฏิกริยาจะรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจเป็นเวลา เจ็บปวดร้าวภายในจิตใจ การพูดจาเป็นไปยากลำบาก ความคิดเชิงซ้ำๆ อาเจียดกังวลยิ่งขึ้น ย้ำคิดย้ำทำ (obsessive and compulsive symptoms) ที่จัดเป็น neurotic depression ก็ต่อเมื่อสูญเสียไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดสูญเสียหรือพวกที่อารมณ์เศร้านี้จะเป็นนาน ไม่รู้ว่าจะหายเมื่อไร มีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน ทำให้คนขาดประสิทธิภาพและใช้สมรรถภาพ สามีสูญเสียภรรยา ภรรยาที่สูญเสียสามี ร้องไห้คร่ำครวญ และไว้ทุกข์ไปตลอดชีวิต ภายหลังที่คนรักถึงแก่กรรม บทพร่องในหน้าที่การงาน depression จัดอยู่ในกลุ่มนี้ด้วย

Severe depression เมื่อระดับความเศร้ารุนแรง จะมีการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด คือ รู้สึกไม่มีความหวัง ไร้คุณค่า ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม วิตกกังวล นอนไม่หลับ ความเศร้านี้มักจะแฝงอยู่ในตัวบุคคลนั้น ไม่สามารถปฏิบัติภาระหน้าที่ของตนได้อย่างเพียงพอ และมักจะถอนตัวออกจากโลกของความจริง (Loss contact with reality) จะมีอาการประสาทหลอน หลงผิด (delusion and Hallucination) อาจจะมีแนวความคิด suicide เนื่องจากหลงผิด หรือเนื่องจากประสาทหลอน เป็นต้น

1.4 อาการและอาการแสดง

อาการที่สำคัญของภาวะซึมเศร้า คือ มีอารมณ์เศร้า ท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวังอย่างรุนแรง เกิดขึ้นเกือบตลอดเวลาทั้งวันติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ร่วมกับเบื่อหน่าย หมดความสนใจในการทำงาน หรือกิจกรรมที่เคยชอบทำ รู้สึกเหนื่อยมากหรือมีพลังงานเหลือน้อย อาการซึมเศร้าอาจทำให้เกิดปัญหาในทุกด้านของชีวิต รวมถึงในชุมชน ที่บ้าน ช่วงภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งได้เป็น อาการไม่รุนแรง ปานกลาง หรือรุนแรง ขึ้นอยู่กับจำนวนและความรุนแรงของอาการ รวมถึงผลกระทบต่อการทำงานของแต่ละบุคคล อาการซึมเศร้ามีรูปแบบต่าง ๆ กัน ได้แก่ โรคซึมเศร้าตอนเดียว หมายถึง ครั้งแรกและครั้งเดียวของบุคคลนั้น โรคซึมเศร้าซ้ำ ๆ ซึ่งหมายความว่า บุคคลนั้นมีประวัติซึมเศร้าอย่างน้อยสองครั้ง และโรคอารมณ์สองขั้ว หมายความว่า อาการซึมเศร้าสลับกับช่วงของอาการmania ซึ่งรวมถึงความรู้สึกสบายหรือหงุดหงิด กิจกรรมหรือพลังงานที่เพิ่มขึ้น และอาการอื่น ๆ เช่น พุดแกงขึ้น คิดเร็ว ความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น ความจำเป็นในการนอนหลับลดลง ความว้าวุ่นใจ และหุนหันพลันแล่น พฤติกรรมประมาท (WHO 2023)

1.5 การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า

มีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 5 อาการร่วมกันนาน 2 สัปดาห์และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ต่างไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการอย่างน้อย 1 ข้อของอารมณ์ซึมเศร้า หรือเบื่อหน่าย ไม่มีความสุข แต่ไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่าเป็นจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น ความสนใจหรือความสุขใจในกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก เป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกต ของผู้อื่น น้ำหนักลดลงโดยมิได้เป็นจากการคุมอาหาร หรือเพิ่มขึ้นอย่างมีความสำคัญ ได้แก่ น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน หรือมีการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารแทบทุกวัน มีอาการนอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไปแทบทุกวัน psychomotor agitation หรือ retardation แทบทุกวัน จากการสังเกตของผู้อื่น มิใช่เพียงจากความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง รู้สึกอ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสมหรือมากเกินไป เกินควร แทบทุกวัน สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่านลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ แทบทุกวัน โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น คิดถึงเกี่ยวกับเรื่องการตายอยู่เรื่อย ๆ โดยมีได้วางแผนแน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการฆ่าตัวตายไว้แน่นอน เกิดความทุกข์อย่างมากกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การงาน สังคม หากมีอาการตามเกณฑ์ที่กล่าวมาข้างต้น เป็น major depressive episode ซึ่ง major depressive episode พบบ่อยใน bipolar I disorder แต่ในการวินิจฉัย bipolar I disorder ไม่จำเป็นต้องมีระยะนี้ก็ได้ แต่ต้องพิจารณาแยกจากปฏิกิริยาของความเศร้าเสียใจที่เกิดหลังจากมีการสูญเสีย บุคคลหรือสิ่งอันเป็นที่รัก (bereavement) ซึ่งอาจมีความโศกเศร้าอย่างรุนแรง หมกมุ่นกับการสูญเสียที่เกิดขึ้น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ คล้ายกับอาการที่พบในระยะซึมเศร้าได้

1.6 การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า

ปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีหลายวิธี ทั้งการรับประทานยา การทำจิตบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า บางรายต้องใช้การรักษาหลายอย่างประกอบกันแล้วแต่อาการ และความรุนแรงของโรค

การรักษาทางจิตวิทยาเป็นวิธีการรักษาภาวะซึมเศร้าขั้นแรก สามารถใช้ร่วมกับยาแก้ซึมเศร้าได้ในระดับปานกลางและรุนแรง ยาแก้ซึมเศร้าไม่จำเป็นสำหรับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย การบำบัดทางจิตวิทยาสามารถสอนวิธีคิด รับมือ หรือเชื่อมโยงกับผู้อื่นในรูปแบบใหม่ๆ อาจรวมถึงการบำบัดด้วยการพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญ และนักบำบัดแบบธรรมชาติที่ได้รับการดูแล การบำบัดด้วยการพูดคุยสามารถเกิดขึ้นได้ด้วยตนเองหรือทางออนไลน์ การรักษาทางจิตสามารถเข้าถึงได้ผ่านคู่มือช่วยเหลือตนเอง เว็บไซต์และแอปการรักษาทางจิตที่มีประสิทธิภาพสำหรับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การกระตุ้นพฤติกรรม การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา จิตบำบัดระหว่างบุคคล การบำบัดด้วยการ

แก้ปัญหายาต้านอาการซึมเศร้า ได้แก่ ยาในกลุ่ม SSRI's แบบเลือกสรร (serotonin reuptake inhibitors) เช่น fluoxetine.

การดูแลตนเอง สามารถมีบทบาทสำคัญในการจัดการอาการซึมเศร้า และส่งเสริมความเป็นอยู่โดยรวม พยายามทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเคยชอบต่อไป เชื่อมต่อกับเพื่อนและครอบครัว เช่น ออกกำลังกายสม่ำเสมอ แม้ว่าจะเป็นเพียงการเดินระยะสั้นก็ตาม ให้ความสำคัญกับการกินและนอนเป็นประจำให้มากที่สุด หลีกเลี่ยงหรือลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และอย่าใช้สารเสพติด ซึ่งอาจทำให้ภาวะซึมเศร้าแย่ลงได้ เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนทางสังคม พูดคุยกับคนที่ไว้ใจ เกี่ยวกับความรู้สึกไม่สบายใจ ขอความช่วยเหลือจากผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ หากมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย (WHO 2023)

การทบทวนชีวิตและการระลึกความหลัง (Life Review and Reminiscence) โดยการให้ผู้รับบริการบำบัดเล่าถึงชีวิตของตนเอง เรื่องราวในอดีตที่อยู่ในความทรงจำและประทับใจ เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ผู้รับบริการบำบัดเกิดความรู้สึกพึงพอใจและมีพลังในการดำเนินชีวิต

การใช้ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) เป็นวิธีการบำบัดที่เน้นสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม โดยมีพื้นฐานแนวคิดที่ผู้รับบริการบำบัดเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในสมาชิกของครอบครัว ย่อมส่งผลกระทบต่อระบบทั้งหมดของครอบครัว อีกทั้ง ครอบครัวอาจเป็นสาเหตุของปัญหาภาวะซึมเศร้า ดังนั้นในระหว่างการบำบัดสมาชิกในครอบครัวจะมีโอกาสได้ร่วมกันหาสาเหตุ ได้ร่วมกันแสดงออกเรียนรู้อารมณ์และความคิดของแต่ละคน นำมาซึ่งการร่วมกันแก้ไข ปัญหาหรือช่วยสร้างบรรยากาศที่ดีให้เกิดขึ้นในครอบครัว

การส่งเสริมความสามารถทางด้านสังคม (Social Treatment) เป็นวิธีการบำบัดเพื่อลดการแยกตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายการคงไว้ซึ่งกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น กิจกรรมนันทนาการ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

การทำกลุ่มบำบัด (Group Therapy) เป็นการมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง อาศัยเทคนิคการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและบรรยากาศที่มั่นคงปลอดภัยความองงาม ความเข้าใจ และการประคับประคองจากกระบวนการกลุ่มในการบำบัด ลักษณะการบำบัด ประกอบด้วย การฝึกผ่อนคลายอย่างเป็นระบบ การปรับเปลี่ยนความคิด และการฝึกทักษะการแสดงออกที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้รับบริการบำบัดเข้าใจ อาศัยเทคนิคความเป็นปึกแผ่นหนึ่งเดียวของกลุ่ม จัดการกับความ คิดทางลบ เกี่ยวกับการบำบัดแบบกลุ่มและจัดการกับปฏิกิริยาทางลบที่สะท้อนจากสมาชิกกลุ่ม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด ซึ่งอาจหมายถึงคู่ชีวิต บุตรหลาน ผู้ดูแล เพื่อนญาติสนิท หรือแม้กระทั่งบุคลากรทางการแพทย์ บุคคลดังกล่าวเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมที่

ค่อนข้างมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ การที่จะสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นจะต้องอาศัยการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มคนดังกล่าวร่วมกันดูแลตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง

1.7 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ในปัจจุบันแนวทางการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีหลากหลายกิจกรรม เช่น การออกกำลังกาย การสวดมนต์ไหว้พระ ส่งเสริมคุณภาพชีวิต การส่งเสริมความมีคุณค่าในตัวเอง การได้รับการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม การได้รับการฝึกอบรมความรู้ การพบปะทางสังคม และควรเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วม และสมัครใจในการทำกิจกรรม (ณัฐิกา ราชบุตร และคณะ 2564)

การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมด้านสุขภาพชนิดหนึ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การวิจัยแสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายมีผลดีต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายและการบำบัดด้วยการออกกำลังกายได้รับการระบุว่าเป็นวิธีการที่มีแนวโน้มในการป้องกันและรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Zhang Y et al., 2023) สามารถปรับสารเคมีในสมองให้สมดุล (Du et al., 2014) ช่วยให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างและครอบครัว การออกกำลังกายเป็นกลุ่มทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเชื่อมโยงและรับผิดชอบที่จะออกกำลังกายต่อไป และเป็นการสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งกันและกัน

การสนับสนุนทางสังคม คือความช่วยเหลือที่ได้รับจากสัมพันธ์ทางสังคม อาจได้รับจากบุคคลหลากหลาย ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน หรือบุคลากรจากหน่วยงานต่าง ๆ และสมาชิกในชุมชน เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด ซึ่งอาจหมายถึงคู่ชีวิต บุตรหลาน ผู้ดูแล เพื่อน ญาติสนิท ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการได้รับการยอมรับ และการมีคุณค่าในตัวเอง และพบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ สามารถบรรเทาและป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอจะสามารถเผชิญและจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้ (Cui, L., et al., 2024)

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมผู้สูงอายุ ตำบลดอนมนต์ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ที่พบว่ากิจกรรมของโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้า การรวมกลุ่มออกกำลังกายด้วยการฟ้อนรำ ประกอบเพลงพื้นเมือง การรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน การติดตามเยี่ยมในชุมชน ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 4 เดือน พบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมนิเคแนสุขภาพจิตดีขึ้น (ณัฐิกา ราชบุตร และคณะ 2564)

โปรแกรมป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุอำเภอเมือง จ.ชัยภูมิ ประกอบด้วยกิจกรรม ให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคซึมเศร้า แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และอภิปรายกลุ่ม สวดมนต์ไหว้พระ ทำ

วัดเช้า ออกกำลังกายใช้เพลงลูกทุ่งอีสาน ทำอาหารกลางวันและร่วมรับประทานอาหารเดือนละครั้ง มีจิตอาสาให้ความรู้เรื่องโภชนาการ เรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้า กิจกรรมทำกลุ่มจิตอาสาโดยไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับดี

สติปัญญาเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังได้รับการฝึกได้รับการฝึกสติปัญญาลดลงกว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สรุปว่าการฝึกสติปัญญา สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ เสริมสร้างการฝึกสติปัญญาของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ทำได้โดยการฝึกปฏิบัติธรรมตามหลักของสติปัญญา สามารถเสริมสร้างโดยให้ผลเป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้าได้จริง ผลการศึกษาวิเคราะห์ผลการใช้การฝึกสติปัญญาในกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านั้น มีความสัมพันธ์กับชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง และภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุเผชิญอยู่นั้น สามารถป้องกันได้ด้วยการฝึกตามหลักสติปัญญาสามารถกระทำได้โดยการฝึกปฏิบัติธรรมตามหลักของสติ (ชัยรัตน์ ทองสุข และคณะ 2019)

2. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่าง ๆ ทำให้เกิดความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งทำให้เกิดการไว้วางใจกัน ทำให้บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เกิดความรู้สึกรับประกัน และสามารถเผชิญปัญหาได้ การสนับสนุนทางสังคม ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพจิตในทุกมิติ ทั้งกาย ใจ สังคม เชื่อว่าการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากครอบครัว ครอบครัวยุติธรรม เพื่อนที่ องค์กรต่าง ๆ จะส่งผลให้บุคคลรู้สึกได้รับการสนับสนุน รู้สึกมีคุณค่า และมีพลังในการดำเนินชีวิต และมีการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าหรือการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า และการได้รับสนับสนุนทางสังคมสามารถทำให้บุคคลเผชิญกับปัญหาหรือความเครียดได้ดีขึ้น (Cui, L., et al., 2024)

2.1 วิวัฒนาการของแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

Cassel (1974 cited in Schaffer, 2004) หนึ่งในนักทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมในยุคแรกๆ ได้แนะนำคำว่า การสนับสนุนทางสังคม มาจากการศึกษาในสัตว์ทดลอง เขาตั้งทฤษฎีว่าการเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคมสามารถปรับปรุงสุขภาพของมนุษย์ได้ การศึกษาในช่วงต้นทศวรรษ 1970 เสนอว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นสื่อกลางในการลดผลกระทบด้านลบ ความเครียด (Roberts, 1984 cited in Schaffer, 2004) ทฤษฎีบัฟเฟอร์และความผูกพันเป็นพื้นฐานสำหรับการวิจัยจำนวนมากเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพ (Callaghan & Morrissey, 1993 cited in Schaffer, 2004) ทฤษฎีบัฟเฟอร์เสนอแนะว่าการสนับสนุนทางสังคมปกป้องบุคคลจากความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต (Cassel, 1976; Cobb. 1976

cited in Schaffer, 2004) ทฤษฎีความผูกพันถือว่าความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลทางสังคมสัมพันธ์กับความผูกพันอันมั่นคงที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก (Bowlby, 1971 cited in Schaffer, 2004) ในช่วงกลางทศวรรษ 1970 ถึงต้นทศวรรษ 1980 วรรณกรรมส่วนใหญ่อธิบายถึงการสนับสนุนทางสังคมในแง่ที่เป็นรูปธรรม เช่น ปฏิสัมพันธ์ บุคคล หรือความสัมพันธ์ (Veiel & Baumann, 1992 cited in Schaffer, 2004) ในช่วงต่อมา คำนี้ถูกนำมาใช้ในเชิงนามธรรมมากขึ้น เพื่อรวบรวมการรับรู้ คุณภาพและปริมาณของการสนับสนุน พฤติกรรม และระบบสังคม การวิเคราะห์และการทดสอบทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมได้รับความสนใจจากหลายสาขาวิชา และมีความโดดเด่นในวรรณกรรมทางการแพทย์และจิตวิทยาสังคม สำหรับพยาบาล การสนับสนุนทางสังคมสามารถเชื่อมโยงการประเมินครอบครัว ความต้องการของผู้ป่วย และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Hupcey, 1998b cited in Schaffer, 2004)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นทฤษฎีระดับกลางเป็นแนวคิดที่มีการศึกษา และนำมาประยุกต์ในวิชาชีพการพยาบาลมานาน เช่น ในยุคต้น ๆ เมื่อเกือบ 50 ปีก่อน ที่มีการกล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคม ว่าการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่ทำให้บุคคลนั้น เข้าใจและเชื่อว่า มีผู้ที่ให้ความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า รวมถึงการมองว่า ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมนั้น ประมาณ 10 - 20 ปี House (1981) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคม นอกเหนือจากสิ่งของที่จับต้องได้ คือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกิดจากความใกล้ชิด การให้การดูแล และให้ความเชื่อถือไว้วางใจ รวมถึงการสนับสนุนความคิดการตัดสินใจ ความเคารพนับถือและเห็นคุณค่า การให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ โดยที่ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ได้ต่อยอดการสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากสามารถช่วยแบ่งปันหรือถ่ายเทความเครียดของบุคคลซึ่งเกิดจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน บุคคลมีความสามารถในการรับรู้ความเครียดแตกต่างกัน ดังนั้น การที่บุคคลแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม หากเกิดความเครียดจะสามารถเผชิญความเครียดหรือปัญหา ได้มากกว่าบุคคลที่แสวงหาการสนับสนุนทางสังคมน้อย

จากที่กล่าวถึงโครงสร้างและการมีปฏิสัมพันธ์ ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการใช้บริการด้านสุขภาพ (Stewart, 1993 cited in Schaffer, 2004) ในฐานะผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ พยาบาลมักจะเข้าถึงเครือข่ายทางสังคมของผู้รับบริการได้ ผ่านการสื่อสารกับผู้รับบริการและสมาชิกในครอบครัว พยาบาลสามารถแทรกแซงเพื่อส่งเสริมหรือเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงเห็นว่า การนำการสนับสนุนทางสังคม มาศึกษาในการลดภาวะซึมเศร้าเหมาะสม พยาบาลมีความรู้และความเชี่ยวชาญในการประเมินสภาพแวดล้อมและทางสังคมของผู้รับบริการ ใช้กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ และอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ ในการริเริ่มแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเอง (Tiden, 1985 cited in Schaffer, 2004) จากมุมมองของการป้องกัน การ

สนับสนุนทางสังคมสามารถมองได้ว่าเป็น "การฉีควัคซีนทางสังคม" (Pilisuk, 1982 cited in Schaffer, 2004) ผ่าน "เครือข่ายบำบัด" พยาบาลสามารถประเมินความเพียงพอในการสนับสนุนทางสังคม ใช้มาตรการสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ กำหนดบทบาทของผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เป็นมืออาชีพ เพื่อขับเคลื่อนผู้รับบริการไปสู่ความเป็นอิสระที่เพิ่มมากขึ้น มีวรรณกรรมระบุถึงผลลัพธ์เชิงบวกหลายประการจากการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถส่วนบุคคล การเผชิญปัญหา ความรู้สึกเป็นอยู่ที่ดี การเห็นคุณค่าในตนเอง ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่ลดลง (Langford et al., 1997 cited in Schaffer, 2004)

2.2 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

Cobb (1979) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ได้รับรู้ว่าตนเองได้รับความรัก ความเอาใจใส่และเห็นคุณค่า การได้รับการยกย่องนับถือ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

House (1981) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน การให้การเชื่อถือ ยอมรับไว้วางใจ การเห็นถึงคุณค่าและการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ การให้สิ่งของหรือบริการต่าง ๆ

Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การให้การช่วยเหลือกันของบุคคล ซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กัน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุประสงค์ของและบริการ

Schaffer, M. A. (2004). กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคมช่วยถ่ายทอดความเครียดของบุคคล ซึ่งอาจเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เชื่อว่าการที่บุคคลแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม หากเกิดความเครียดจะสามารถเผชิญความเครียดหรือปัญหา ได้มากกว่าบุคคลที่แสวงหาการสนับสนุนทางสังคมน้อย

Thoit (1986) ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีเครือข่ายสังคม ได้รับการช่วยเหลือจากการมีติดต่อสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล ในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและจัดการความเครียดได้อย่างรวดเร็ว

ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช et al., (2019) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กัน ช่วยเหลือกัน ทั้งในด้านอารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม ข้อมูลข่าวสารรวมถึงการได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

สรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การเชื่อมโยงทางสังคม มิตรภาพเครือข่ายระหว่างบุคคล องค์กร ครอบครัว เพื่อน คนรู้จัก เพื่อนร่วมงาน อย่างมีจุดหมาย นำมาซึ่งการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งในรูปธรรมและนามธรรม รวมถึงการยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2.3 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือกลุ่มคน การให้การเชื่อถือ ยอมรับไว้วางใจ การเห็นถึงคุณค่าและการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1. ด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ การแสดงออกถึงการยกย่อง การเห็นคุณค่า เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) คือ การให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร การให้คำแนะนำ ให้แนวทาง ข้อเสนอแนะ การตักเตือน การให้คำปรึกษาและการให้ข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ
3. ด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) คือ การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ การช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ เช่น แรงงาน เงิน เวลา ช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชน
4. ด้านการประเมิน (Appraisal Support) คือ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล การเรียนรู้และส่งเสริมศักยภาพของตนเอง เพื่อนำไปใช้ในการประเมินค่าตัวเองและผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบผลถึงผลดี ที่ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

Cobb (1979) กล่าวว่า การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ได้รู้ความรัก ความเอาใจใส่และเห็นคุณค่า การได้รับการยกย่องนับถือ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณเอง ได้รู้ความรัก ความห่วงใย ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนด้านการเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณเอง มีคุณค่า ได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคล รู้สึกว่าตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากสามารถช่วยแบ่งปันหรือถ่ายทอดความเครียดของบุคคลซึ่งเกิดจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน บุคคลมีความสามารถในการรับรู้ความเครียดแตกต่างกัน ดังนั้น การที่บุคคลแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม หากเกิดความเครียดจะสามารถเผชิญความเครียดหรือปัญหาได้มากกว่าบุคคลที่แสวงหาการสนับสนุนทางสังคมน้อย แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการให้การสนับสนุนทางสังคม

ที่เน้นความเชื่อถือ ความอบอุ่น ความใกล้ชิด ความผูกพัน ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน จะทำให้บุคคล รู้สึกได้รับความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่

2. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ (tangible support) เป็นการสนับสนุนโดยการให้สิ่งของ เงินทอง หรือบริการโดยตรง

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการสนับสนุนที่ให้ข้อมูลข่าวสาร ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง โดยมีกรให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลด้วย

Schaffer ได้มีการทบทวนทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม จากการนำงานวิจัย และแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมของ (House, 1981; Barrera, 1986; Fleury, Keller & Perez, 2009) มาสรุปในปี 2013 เนื่องจาก มีการแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ที่ชัดเจน แบ่งการสนับสนุนทางสังคมไว้ 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ การช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับความรัก ความห่วงใย อบอุ่น ความไว้วางใจเชื่อมั่นจากบุคคลรอบข้างที่อยู่ในสังคม

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) คือ การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูล การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงการให้คำปรึกษาในการแก้ปัญหา

3. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental support) คือ การที่ได้รับความช่วยเหลือด้านสินค้า หรือบริการที่จำเป็นต้องได้

4. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) คือ การได้ข้อมูลย้อนกลับ อาจเป็นคำพูด การแสดงออก การให้การรับรองด้านสุขภาพ เพื่อให้ นำข้อมูลไปประเมินเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่อยู่ในสังคมเดียวกัน

ยูวดี แตรประสิทธิ์ ,2556 อ่างใน อินทอร ก้านกิ่ง (2565) แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb, 1976 และ Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981 แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้ผู้รับการสนับสนุนทางสังคมเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก ความห่วงใย ทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง (Esteem support) เป็นข้อมูลที่ทำให้ผู้รับการสนับสนุนทางสังคมเชื่อว่าตนเองมีคุณค่า และบุคคลอื่นให้การยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าของตนเอง

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support) เป็นการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลได้รับรู้ถึงความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีทักษะในการสื่อสารและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

4. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ (tangible support) เป็นการสนับสนุนโดยการช่วยเหลือด้วยการสนับสนุนให้ สิ่งของ เงินทอง หรือบริการต่าง ๆ

5. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการสนับสนุนโดยการให้ข้อมูลข่าวสารหรือให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา และการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม

2.4 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีองค์ประกอบหลายมิติ และมีการศึกษาอย่างกว้างขวาง จึงทำให้มีการสร้างเครื่องมือหลากหลายแตกต่างกันไป บางชนิดใช้วัดเฉพาะแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพียงด้านเดียว บางชนิดประเมินทั้งแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ถึงลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ โดยแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ที่มีผู้นิยมนำมาใช้มีดังนี้

2.3.1. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ของอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ ซึ่งใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ (Cobb,1979) ร่วมกับ Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981 เป็นแบบวัดเพื่อประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 25 ข้อ มีระดับการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน มาก เท่ากับ 4 คะแนน ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน น้อย เท่ากับ 2 คะแนน และน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 25 – 57 มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ คะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 58 – 92 มีระดับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 93 - 125 มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูง CVI เท่ากับ 0.93

2.3.2. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาโดย อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย ใช้ประเมินการสนับสนุนทางสังคมทั้งในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแล ได้รับการทดสอบแล้ว พบว่ามีความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดี แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยหัวข้อใหญ่ 3 หัวข้อ คือ 1.ด้านอารมณ์ 2.ด้านข้อมูลข่าวสาร 3.ด้านทรัพยากรหรือวัตถุ 16 คำถาม การคิดคะแนนนำคะแนนทุกด้านมารวมกัน โดยแต่ละข้อย่อยมีคะแนน 0 - 5 คะแนน โดยคะแนนที่ยิ่งสูงแสดงถึงการสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้น แผลผลโดยอาศัยการกระจายของข้อมูลซึ่งหากข้อมูลมีการกระจายปกติจะใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมเป็น ต่ำ ปานกลาง สูง

2.3.3. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของตามแนวคิดของ Cobb,1979 เป็นเครื่องมือวัดแบบสั้น รวมถึงคำถาม 16 ข้อที่ครอบคลุม ความเกี่ยวข้อง การบูรณาการทางสังคม การยืนยันคุณค่าในตนเอง และโอกาสที่จะมีความหมายบางอย่างต่อผู้อื่น/ผู้ดูแล แต่ละชุดมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับจะนำคะแนนที่ได้มารวมกัน ซึ่งคะแนนที่ได้จะหมายถึงปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่แต่ละคนได้รับ ฉบับย่อ 16 ข้อนี้มักใช้กับผู้สูงอายุ และได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นเครื่องมือที่ถูกต้องและ

เชื่อถือได้เมื่อใช้กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน (Drageset J. et al., 2021). ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจง และวัดได้เฉพาะปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้นไม่สามารถวัดเครือข่ายทางสังคมได้ (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ (2547) ตามแนวคิดของ (Cobb, 1979) ร่วมกับ Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981 ในการประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้า เนื่องจากข้อคำถามมีความครอบคลุมตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของบุคคล สามารถประเมินการสนับสนุนทางสังคมทางด้านจิตใจ และการสนับสนุนด้านสิ่งของบริการที่จับต้องได้ ภาษาเข้าใจง่าย และมีสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้

3. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากกิจกรรมที่ใช้ในการเรียนวิชาการพยาบาลจิตเวชขั้นสูงเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ในการจัดโครงการ ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ห่วงไกลโรคซึมเศร้า และพัฒนาต่อยอดกิจกรรมโดยผ่านการทบทวนวรรณกรรม การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางทฤษฎีการพยาบาล ผ่านการให้คำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ และวิธีวิเคราะห์ห่อภิมาณ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องยืนยันว่าการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมและดี ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีการพัฒนาโปรแกรมโดยการใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับผู้สูงอายุในหลากหลายประเด็น เช่น พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต ความโดดเดี่ยวและความผาสุกของผู้สูงอายุ อาการวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า กฤชณะ หงษาคร ประเสริฐ (2565) ,พัชราภรณ์ ตังชุม (2021), ปริदानันต์ ประสิทธิ์เวช และรัชนิกร อุปเสน (2562) บังอรศรี จินดาวงค์ (2021), นวรัตน์ ไชยมภู และคณะ (2562) (Lee, S. et al., 2023), (Miao et al., 2024) สามารถสรุปสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องได้ ดังนี้

3.1 แนวคิดที่ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

นักวิจัยส่วนใหญ่ใช้แนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม คือ พัฒนาจากแนวคิดของ House (1981) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุซึ่งกล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือกลุ่มคน การให้การเชื่อถือ ยอมรับไว้วางใจ การเห็นถึงคุณค่าและการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย 4 ด้าน ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือ และด้านการประเมิน (ปริदानันต์ ประสิทธิ์เวช 2562) และมีการนำทฤษฎีของ Cobb, 1979 มาประยุกต์ร่วมกับทฤษฎีของ Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981 จะช่วยให้บุคคลได้รับรู้ถึงการได้รับความรัก ความเอาใจใส่และเห็นคุณค่า การได้รับการยกย่องนับถือ และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เพราะหากบุคคลที่ประสบภาวะวิกฤตในชีวิต หากได้รับการ

ดูแลประคับประคองจากเครือข่ายทางสังคม บุคคลนั้นก็จะมีรู้สึกได้รับการดูแลและปลอดภัย รับรู้ถึงการเห็นคุณค่าและยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้น ๆ ทำให้สามารถปรับตัวผ่านสถานการณ์ไปได้ (กฤษณะ หงษาครประเสริฐ 2565) อีกทั้งยังพบว่า ใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของคอบบ์ (Cobb, 1976) ในการพัฒนากิจกรรมเพื่อให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ (รพีพรรณ สารสมักร และคณะ, 2560) ในโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

นักวิจัยส่วนใหญ่ใช้แนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม คือ พัฒนาจากแนวคิดของ House (1981) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุซึ่งกล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือกลุ่มคน การให้การเชื่อถือ ยอมรับไว้วางใจ การเห็นถึงคุณค่าและการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย 4 ด้าน ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือ และด้านการประเมิน (ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช 2562) และมีการนำทฤษฎีของ Cobb, 1979 มาประยุกต์ร่วมกับทฤษฎีของ Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981 จะช่วยให้บุคคลได้รับรู้ถึงการได้รับความรัก ความเอาใจใส่และเห็นคุณค่า การได้รับการยกย่องนับถือ และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เพราะหากบุคคลที่ประสบภาวะวิกฤตในชีวิต หากได้รับการดูแลประคับประคองจากเครือข่ายทางสังคม บุคคลนั้นก็จะมีรู้สึกได้รับการดูแลและปลอดภัย รับรู้ถึงการเห็นคุณค่าและยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้น ๆ ทำให้สามารถปรับตัวผ่านสถานการณ์ไปได้ (กฤษณะ หงษาครประเสริฐ 2565) อีกทั้งยังพบว่า ใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของคอบบ์ (Cobb, 1976) ในการพัฒนากิจกรรมเพื่อให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ (รพีพรรณ สารสมักร และคณะ, 2560) ในโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเชิงออกแบบ Design Thinking Process 5 ขั้นตอน ซึ่งแนวคิดนี้มาจากศาสตราจารย์ David Kelly ผู้ก่อตั้งโรงเรียน Stanford School of Design ถือเป็นหนึ่งโรงเรียนการออกแบบที่ดีที่สุด在美国 และเป็นแหล่งกำเนิดของทฤษฎีการออกแบบที่นิยมมากที่สุด ซึ่งเป็นแนวคิดที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการในทุกมิติ ทั้งกาย ใจ สังคม เป็นกระบวนการแก้ปัญหาที่เริ่มต้นจากการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับบริการ (Empathize) การกำหนดปัญหาที่ชัดเจน (Define) การสร้างสรรค์แนวทางแก้ไข (Ideate) การทดสอบต้นแบบ (Prototype) และการทดลองใช้ (Test)

3.2 ลักษณะของการจัดกิจกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดกิจกรรม พบว่า ความต้องการในการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุ คือ ส่งเสริมความรู้ ทักษะ และอารมณ์ เป็นการจัดกิจกรรมที่ครอบคลุมมิติการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 4 มิติ คือทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านจิตใจและจิตวิญญาณและปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล (นวรรตน์ ไวมภฏ 2563) ซึ่งประกอบด้วย

3.2.1 การจัดกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ เป็นการจัดกิจกรรมให้การสนับสนุนกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้สูงอายุจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นโดยตรง

3.2.2 จัดกิจกรรมกับผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลหรือครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นการจัดกิจกรรมที่นำผู้ดูแลหรือครอบครัวมาเข้าร่วมกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อมีส่วนร่วมในการให้การสนับสนุนทางสังคมกับผู้สูงอายุ

3.2.3 จัดกิจกรรมโดยพัฒนาแกนนำในชุมชน โดยให้ความรู้ เพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุ

ถึงแม้การจัดกิจกรรมที่ผ่านมา จะมีทั้งจัดกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ ครอบครัว หรือ ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วม ก็ยังทำให้ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นทุก ๆ ปี และการจัดกิจกรรมได้จากการทบทวนวรรณกรรม หรือจากความคิดของผู้วิจัยเอง ในการจัดกิจกรรมในวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สอบถามความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ ถึงความต้องการในการจัดกิจกรรม ผู้สูงอายุต้องการจัดกิจกรรม ที่มีการผ่อนคลาย มีกิจกรรมให้ความรู้และทักษะการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง มีกลุ่มให้คำปรึกษา และช่องทางการติดต่อกับแหล่งบริการช่วยเหลือเมื่อประเมินแล้วมีความเสี่ยงที่จะเป็นซึมเศร้า

ในการจัดกิจกรรมของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยนำหลักการ Design Thinking Process 5 ขั้นตอน เป็นแนวคิดที่ยึดความต้องการของผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง และนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรม มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ และตรงกับบริบทของชุมชน โดยการจัดกิจกรรมการพยาบาลแบบองค์รวม ตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เข้าใจง่าย มีความเหมาะสม เพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

3.3. สื่อที่ใช้ในการจัดกิจกรรมในโปรแกรม

จากการทบทวนวรรณกรรม หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า มีการใช้คู่มือ เป็นเอกสารประกอบเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทบทวนกิจกรรมได้ แผ่นซีดี และมีการติดตามโดยใช้แบบบันทึกกิจกรรมต่อเนืองที่บ้าน (บังอรศรี จินดาวงค์ และคณะ 2021) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้สื่อในการทำกิจกรรม มีทั้งการบรรยาย ใช้สื่อที่เป็นเอกสาร วิดีโอ คู่มือ รวมทั้งให้ผู้สูงอายุได้ผลิตสื่อในการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง โดยให้ผลิตพวงกุญแจการ์ดวัดความเศร้า ซึ่งเป็นนวัตกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยในครั้งนี้

ระยะเวลาของโปรแกรม

จากการทบทวนวรรณกรรม หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า ระยะเวลาในการจัดโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม มีตั้งแต่ 2 – 16 สัปดาห์ และระยะเวลาด้านที่นิยมใช้มากที่สุดคือ 4

สัปดาห์ กฤษณะ หงษาครประเสริฐ (2565), บังอรศรี จินดาวงค์ และคณะ (2021), ปรีदानันต์ ประสิทธิ์เวชและคณะ (2562) พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ และคณะ (2560), พกษา มะหัตต์ และคณะ. (2564), อินทุอร ก้านกิ่ง (2565) และระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 45 -120 นาที ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ 2 สัปดาห์ และจัดกิจกรรมครั้งละ 60 นาที ในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุในเวลา 60 นาทีถือว่ามีความเหมาะสม เพราะถ้านานเกินไปจะทำให้ผู้สูงอายุเหนื่อยล้า ใช้ระยะเวลาการจัดกิจกรรม 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จะทำให้ผู้สูงอายุจำได้ และช่วงกลางวันผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ที่บ้าน ไม่ได้มีกิจกรรม การจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้งจึงมีความเหมาะสม กิจกรรมไม่เยอะจนเกินไป สามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม เกี่ยวกับแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า กิจกรรมทางสังคมเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย เพิ่มความนับถือตัวเอง กิจกรรมทางสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะกับผู้อื่นในวัยใกล้เคียงกัน จึงไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ปรับตัวและยอมรับตัวเองได้ง่ายขึ้น สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความนับถือในตัวเอง ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า แนวทางการจัดกิจกรรมสังคมควรจะมีหลากหลาย และสามารถแก้ปัญหาของผู้สูงอายุได้ เช่น ช่วยดูแลสุขภาพ ทำให้จิตใจสดชื่น มีความภูมิใจในชีวิต จัดการกับสภาวะอารมณ์ โดยโปรแกรมจะประกอบด้วยกิจกรรมเพื่อสนับสนุนทั้ง 5 ด้าน จัดกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม ครั้งละ 60 นาที กำหนดการทำกิจกรรมทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์

3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กนกภรณ์ ทองคุ้ม (2565) ได้ศึกษารูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม การสังเกต และแบบวัดพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งในขั้นตอนการปฏิบัติมีการกำหนดกิจกรรม ก้าวข้ามปัญหา ฟันฝ่าเชิงบวก เป็นการสร้างมุมมอง ในการจัดการปัญหาทางบวก โดยใช้กิจกรรมหลัก “มอง โลกในแง่ดี” กิจกรรมสิ่งดี ๆ ที่มีค่าสำหรับฉัน เป็นการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับที่พึ่งพาของตนเองเพื่อเสริมกำลังใจ ในการเผชิญปัญหา โดยใช้กิจกรรมหลัก “สามสิ่งที่ดี” และกิจกรรมพลังสุขภาพจิตของฉัน เป็นการส่งพลังใจให้กันและกัน และผู้สูงอายุสามารถเลือกใช้เทคนิคการสร้าง เสริมพลังสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับตนเอง โดยใช้กิจกรรม หลัก “ส่งพลังใจ”พบว่า ผลลัพธ์จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่า รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยบูรณาการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย มีประสิทธิภาพในการเพิ่มพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

กฤษณะ หงษาครประเสริฐ (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีแรงสนับสนุนทางสังคมหลัง

ทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมกับผู้ป่วยและควรมีการศึกษาโปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง-รุนแรง เพื่อป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ

ชัยรัตน์ ทองสุข และคณะ (2019) ได้ศึกษาสติปัญญาเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังได้รับการฝึกสติปัญญาลดลงต่ำกว่าก่อนการฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สรุปว่าการฝึกสติปัญญา สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ เสริมสร้างการฝึกสติปัญญาของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ทำได้โดยการฝึกปฏิบัติธรรมตามหลักของสติปัญญา สามารถเสริมสร้างโดยให้ผลเป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้าได้จริง ผลการศึกษาวิเคราะห์ผลการใช้การฝึกสติปัญญาในกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านั้น มีความสัมพันธ์กับชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง และภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุเผชิญอยู่นั้น สามารถป้องกันได้ด้วยการฝึกตามหลักสติปัญญาสามารถกระทำได้โดยการฝึกปฏิบัติธรรมตามหลักของสติ

ณัฐิกา ราชบุตร และคณะ (2564) ได้ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมผู้สูงอายุ ตำบลดอนมนต์ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ที่พบว่ากิจกรรมของโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้า การรวมกลุ่มออกกำลังกายด้วยการฟ้อนรำประกอบเพลงพื้นเมือง การรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน การติดตามเยี่ยมในชุมชน ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 4 เดือน พบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนสุขภาพจิตดีขึ้น

นวรรตน์ ไชยมณีและคณะ (2562) ได้ศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. ในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา โดยใช้แนวทางการสนทนาความต้องการในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ความต้องการในการจัดกิจกรรม คือ ส่งเสริมความรู้ ทักษะ และอารมณ์ เป็นการจัดกิจกรรมที่ครอบคลุมมิติการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 4 มิติ คือทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านจิตใจและจิตวิญญาณและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

พัชรารัตน์ ดั่งขุ่ม และคณะ (2021) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อความโดดเดี่ยวและความผาสุกของผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อความโดดเดี่ยวและความผาสุกของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ จำนวน 60 ราย ทำการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก และจับฉลากเพื่อแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม โดยใช้กรอบแนวคิดของเซฟเฟอร์ พบว่าโปรแกรม

สนับสนุนทางสังคมสามารถลดความโดดเดี่ยวและเพิ่มความผาสุกในผู้สูงอายุได้ และควรส่งเสริมให้มีการจัดโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ เพื่อลดความโดดเดี่ยวต่อไป

บังอรศรี จินดาวงค์ และคณะ (2021) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยพัฒนาแกนนำผู้สูงอายุให้ไปสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในระยะเวลา 3 เดือน ผลวิจัยพบว่า หลังผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม คะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถนำโปรแกรมไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุต่อไป

ปรีตานันต์ ประสิทธิ์เวช, รัชนิกร อุปเสน. (2019). เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยศึกษาในกลุ่มประชากรอายุ 29-59 ปีที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกาย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเสนอแนะ ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าในวัยอื่น ๆ เพื่อลดภาวะซึมเศร้า

ไพบรีย พันธ์สันตะพันธุ์ (2563) ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นตัวแปรสำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้า

รชฎ มงคล และคณะ (2561) ได้ศึกษาการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยด้านจิตวิทยา ความเหงา เป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลที่สุด เป็นปัจจัยสำคัญ ที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านสังคม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่น้อย มีความสัมพันธ์กับการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า สะท้อนให้เห็นว่าการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สามารถตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคลได้

อินทอร ก้านกิ่ง (2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาวะทางจิต ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยศึกษาในผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการโค้ชผู้ดูแล ซึ่งสร้างขึ้นจากทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ กระบวนการโค้ชของโทรปและคลิฟ

พอร์ต และทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์บ ประกอบด้วย กิจกรรม 5 กิจกรรม จัดกิจกรรมครั้งละ 1 กิจกรรม ใช้เวลาแต่ละกิจกรรม 45-90 นาที ระยะเวลาเนินกิจกรรมต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า คะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการโค้ชผู้ดูแล มีค่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีค่าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Nuwamanya, S. et al. (2023) นำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม มาศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็ง พบว่า บทบาทของการสนับสนุนทางสังคมและกลยุทธ์ในการรับมือกับภาวะซึมเศร้า เป็นประโยชน์ในกลยุทธ์ด้านสุขภาพจิต ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การดูแลใกล้ชิดสามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าได้

Li,C. et al. (2018) ได้ศึกษาอิทธิพลของการมีส่วนร่วมทางสังคมต่อความพึงพอใจในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุชาวจีน: พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมมีความความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในความพึงพอใจของชีวิตและความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมทางสังคมที่มากขึ้น เป็นปัจจัยทำนายโรคซึมเศร้าได้ดีที่สุด

Lee, S. H., Lee, H. & Yu, S. (2022). ประสิทธิภาพของการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา ซึ่งมีวัตถุประสงค์ดำเนินการทบทวนอย่างเป็นระบบ และสังเคราะห์หลักฐานที่มีอยู่ การสนับสนุนทางสังคมประเภทใด มีประสิทธิภาพต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยการประเมินคุณภาพของการศึกษารวบรวมโดยการใช้เครื่องมือ Risk of Bias for Non-randomized Studies ฉบับแก้ไข และการวิเคราะห์เมตาของการศึกษาที่เผยแพร่จนถึง 14 พฤษภาคม 2021 จากการศึกษา 3,449 เรื่อง มี 52 เรื่องที่เกี่ยวข้อง แบ่งรายงานออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมทางสังคม และการเชื่อมโยงเครือข่ายทางสังคม กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Simionato J et al. (2023) ได้ศึกษาสถานการณ์ที่ส่งเสริมสังคมความเชื่อมโยงในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการข้ามรุ่นกับวัยรุ่น: การทบทวนตามความเป็นจริง พบว่าผู้สูงอายุที่ขาดการเชื่อมโยงทางสังคมเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกายสุขภาพจิตไม่ดี ผู้สูงอายุที่แยกตัวออกจากสังคม โดดเดี่ยว และขาดการเชื่อมโยงกับสังคม มีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง อาการซึมเศร้า

Tengku Mohd et al. (2019) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนเอเชีย ทบทวนอย่างเป็นระบบ เพื่อสำรวจมาตรการสนับสนุนทางสังคม ในการศึกษาที่ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเอเชีย โดยศึกษาในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ยังอาศัยอยู่ในชุมชนศึกษาจากข้อมูล 16,356 รายการ และคัดกรอง

ข้อความเต็ม 66 รายการ บทความ ประกอบด้วย การศึกษาตามรุ่น 5 เรื่องการศึกษาแบบภาคตัดขวาง 19 เรื่อง การสนับสนุนทางสังคม วัดได้จากองค์ประกอบหลายอย่าง การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมที่ดี การมีคู่สมรสหรือคู่ชีวิต การอาศัยอยู่กับครอบครัว การมีเครือข่ายทางสังคมขนาดใหญ่ การติดต่อทางสังคมและเพื่อนฝูงมากขึ้น การได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และเครื่องมือ การสนับสนุนที่ดีจากครอบครัว ความพึงพอใจต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สัมพันธ์กับความซึมเศร้าที่น้อยลงในกลุ่มผู้สูงอายุในเอเชีย

การศึกษาที่ผ่านมา เกี่ยวกับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม มีกิจกรรมที่เหมาะสม มีประโยชน์ในด้านของการดูแลสุขภาพจิต การส่งเสริมความมีคุณค่าในตัวเอง และการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ถึงแม้จะมีวิจัยที่ใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างแพร่หลาย จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า การนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมาศึกษา เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีน้อย ด้วยปัจจุบันที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และมีแนวโน้มในการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสูงขึ้นเช่นกัน ผู้วิจัยได้นำหลักการ Design Thinking Process 5 ขั้นตอน เป็นแนวคิดใหม่ ที่ให้ผู้สูงอายุได้เลือกกิจกรรมตามความต้องการ มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีความสอดคล้องกับบริบทของชุมชน โดยการจัดกิจกรรมการพยาบาลแบบองค์รวม ตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของบุคคลทางด้านจิตใจ และการสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการที่จำเป็นได้ โดยผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เข้าใจง่าย มีความเหมาะสม เพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนในเขตอำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group pretest posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งมีรูปแบบการทดลอง ดังนี้

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

โดย O₁ หมายถึง คะแนนเฉลี่ยซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม
 O₂ หมายถึง คะแนนเฉลี่ยซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม
 O₃ หมายถึง คะแนนเฉลี่ยซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อนได้รับการดูแลตามปกติ
 O₄ หมายถึง คะแนนเฉลี่ยซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแลตามปกติ
 X หมายถึง โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

บริบทพื้นที่ในการวิจัย

สถานที่ในการดำเนินการวิจัยนี้ เลือกจากพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุป่วยด้วยภาวะซึมเศร้า มากที่สุดของอำเภอสำโรง และมีผู้สูงอายุฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ ตำบลแห่งหนึ่ง ในอำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งอยู่ทางทิศเหนือของอำเภอสำโรง มีอาณาเขตติดต่อกับอำเภวารินชำราบ ห่างจากหน่วยบริการด้านสุขภาพโรงพยาบาลสำโรงระยะทาง 12 กิโลเมตร อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลหนองขาม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกก่อ อยู่ห่างกัน 6 กิโลเมตร ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 1,140 คน ชาย 516 คน หญิง 624 คน มีข้อมูลผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะซึมเศร้า มีจำนวน 292 คน ชาย 105 คน หญิง 187 คน (ข้อมูล ณ เมษายน 2567) ลักษณะของพื้นที่ดำเนินการวิจัยเป็นชุมชนชนบท นับถือศาสนาพุทธ ประกอบอาชีพเกษตร ทำนา ทำงานโรงงาน และทำงานต่างประเทศ รายได้ต่อปีอยู่ในระดับปานกลาง ประชากรส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคน ทำให้ต้องไปทำงานนอกบ้าน ทำงานต่างประเทศ เป็นเหตุผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านคนเดียว ส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีความเหงา ขาดการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

ประชากร

ผู้สูงอายุ ที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ที่ประเมินด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ ได้คะแนน 5-10 คะแนน อาศัยอยู่ในเขตอำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการประเมินด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ ได้คะแนน 5-10 คะแนน โดยอาศัยอยู่ในเขตอำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.7 จากผลวิจัยที่ใกล้เคียงของพรพิมล เพ็ชรบุรีและคณะ ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (พรพิมล เพ็ชรบุรีและคณะ, 2560) โดยกำหนดค่า effect size ได้เท่ากับ 1.13 ค่าอำนาจในการวิเคราะห์ (power analysis) เท่ากับ 0.95 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 ซึ่งจากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 18 คน อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันการเกิดความผิดพลาดและคงไว้ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอและเหมาะสมกับการวิเคราะห์ผลการวิจัย เมื่อเกิดการสูญหาย จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 แบ่งเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมเป็น 40 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีระดับภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15) ได้คะแนนตั้งแต่ 5 -10 คะแนน เพราะเป็นกลุ่มที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้าควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น รวมถึงผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าแล้ว รับประทานยา และสามารถควบคุมอาการได้ และมีคะแนนประเมินอยู่ในระดับ 5-10 คะแนน
3. ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยินและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ทั้งพูดและเขียน
4. ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคจิตตสุรา
5. ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. เมื่อคัดเข้าร่วมวิจัยแล้วมีปัญหาด้านสุขภาพทางกายจนเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม
2. เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบร้อยละ 80
3. เสียชีวิต

การดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง 702-657/2567 วันที่ 20 พฤศจิกายน 2567 ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกผู้สูงอายุเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยตามลำดับขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การขออนุญาตดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตในการทดสอบเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่าง และเสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลที่จะทำการวิจัย เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือและผู้วิจัย หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล และฝึกทักษะการใช้โปรแกรมการจัดกิจกรรมภายใต้การให้คำปรึกษาของอาจารย์ที่ปรึกษาและการสังเกตการณ์ของผู้ช่วยวิจัย หลังจากการฝึกฝนดังกล่าว ผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษานำข้อมูลมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้ในการวิจัยจริง

3. การสุ่มเลือกพื้นที่ศึกษา ผู้วิจัยคัดเลือกหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากเลือกหมู่บ้าน ครั้งที่ 1 เป็นหมู่บ้านสำหรับกลุ่มทดลอง และครั้งที่ 2 เป็นหมู่บ้านสำหรับกลุ่มควบคุม โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้ประชากรที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ในหมู่บ้านที่ 1 จำนวน 86 คน และหมู่บ้านที่ 2 จำนวน 80 คน

4. การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลาก เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทน โดยใช้รายชื่อประชากรทั้งหมดในหมู่บ้านที่ผ่านการคัดเลือกในขั้นตอนก่อนหน้า ซึ่งมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยทำสลากหมายเลขแล้วจับสลากแบบไม่คืน (sampling without replacement)

5. การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากหมู่บ้านที่ 1 โดยการจับสลากรายชื่อจำนวน 20 ราย เป็นกลุ่มทดลอง และจากหมู่บ้านที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย สำหรับกลุ่มประชากรที่ไม่ได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลดูแลต่อไปตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตตามปกติ

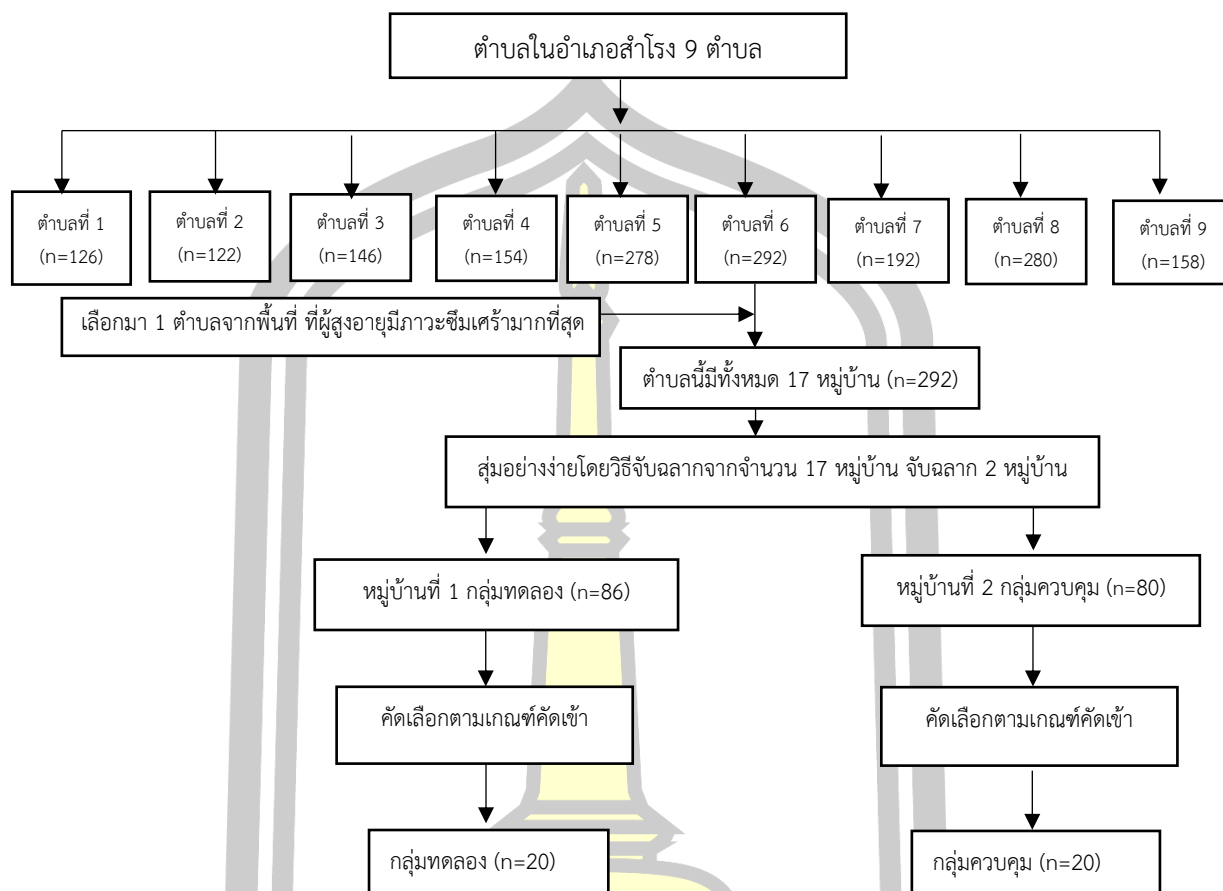
6. การสร้างสัมพันธภาพและขอความยินยอม ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์สร้าง สัมพันธภาพด้วยการพูดคุย แนะนำตัวผู้วิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งการคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคล เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามผู้วิจัยจนเป็นที่พอใจ และให้เวลาผู้สูงอายุในการตัดสินใจหรือปรึกษาญาติก่อนตกลงใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

7. การจัดการในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะเคารพในการตัดสินใจดังกล่าว และดำเนินการสุ่มเลือกผู้สูงอายุรายใหม่ทดแทนตามกระบวนการเดิม โดยไม่มีการบังคับหรือชักจูงในทางใดทางหนึ่ง พร้อมทั้งให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพตามปกติแก่ผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบผู้ปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย

8. การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพร้อมกัน โดยกลุ่มตัวอย่างอยู่ในตำบลเดียวกันแต่แบ่งเขตรับผิดชอบให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 2 แห่ง และเก็บข้อมูลโดยทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรมและเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูลวิจัยไว้แล้ว เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม (contamination) ป้องกันไม่ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือได้รับการดูแลปะปนกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อความถูกต้องของผลการวิจัย

9. การนัดหมายดำเนินการวิจัย ผู้สูงอายุที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยสามารถเลือกวันและเวลาที่ตนเองสะดวกภายในกรอบวันและเวลาที่ผู้วิจัยกำหนด จากนั้นผู้วิจัยจะมอบตารางนัดหมายเรื่องวันและเวลาในการดำเนินการวิจัยให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งข้อมูลการติดต่อเพื่อใช้ในกรณีฉุกเฉิน จากนั้นผู้วิจัยให้ตารางนัดหมายเรื่องวันและเวลาในการดำเนินการวิจัย สรุปรูปการสุ่มดังแสดงรายละเอียดในแผนภาพ





ภาพที่ 2 ขั้นตอนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพัฒนาขึ้นในการเรียนวิชาการพยาบาลจิตเวชขั้นสูงเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ในการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงวัย ทางไกลโรคซิมเศร้า และพัฒนาต่อยอดกิจกรรมโดยการทบทวนวรรณกรรม การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิด ของ (Cobb, 1979) ร่วมกับ Schaefer, Coyne, & Lazarus, (1981) ภายใต้การควบคุมและให้คำปรึกษาผ่านการให้คำปรึกษาของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยนำกระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ยืดความต้องการของผู้สูงอายุมิภาวะซิมเศร้าเป็นศูนย์กลาง สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุมิภาวะซิมเศร้า และเหมาะสมกับบริบทของชุมชน โดยการจัดกิจกรรม

ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เข้าใจง่าย เพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดย

ขั้นตอนที่ 1 มีการทำความเข้าใจกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ได้ข้อมูลตามความต้องการ โดย การสังเกตพฤติกรรม การสัมภาษณ์ การฟังอย่างลึกซึ้ง เพื่อให้เข้าใจเป้าหมายและประเด็นที่ผู้สูงอายุต้องการ

ขั้นตอนที่ 2 การระบุความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีความเหงา รู้สึกเศร้า การร่วมกิจกรรมต่างๆ ลดลง ต้องการข้อมูลความรู้ในการดูแลตัวเองเมื่อเกิดความเศร้า วิธีประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตัวเอง รวมทั้งวิธีป้องกันภาวะซึมเศร้า ต้องการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดูแลตนเอง ต้องการทราบแหล่งข้อมูลในการรับบริการ และกิจกรรมส่งเสริมด้านอารมณ์การร้องรำด้วยดนตรีพื้นบ้าน

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยค้นคว้าหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของผู้สูงอายุเพิ่มเติม และระดมความคิด นำเสนอแนวความคิดและแนวทางการแก้ปัญหาในรูปแบบของกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การคัดกรองซึมเศร้าด้วยตัวเองได้ กิจกรรมกลุ่มเพื่อค้นหาปัญหา และแนวทางแก้ไข ปัญหาด้วยตนเอง กิจกรรมการร้องเพลงและฟ้อนรำพื้นบ้าน ซึ่งการระดมความคิดจะช่วยให้มองปัญหาได้รอบด้าน และยังช่วยทำให้ค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหา ได้อย่างรอบคอบ

ขั้นตอนที่ 4 นำความคิดในการออกแบบกิจกรรมที่สนับสนุนทางสังคมสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งจัดกิจกรรม 4 ครั้ง 5 กิจกรรม ใน 2 สัปดาห์ ดังแสดงในตารางต่อไปนี้



ลำดับที่/ กิจกรรม	การดำเนินกิจกรรม	วัตถุประสงค์	รูปแบบ/อุปกรณ์/ ระยะเวลา	การดำเนินงานกิจกรรม	หมายเหตุ
ลำดับที่ 1 กิจกรรมที่ 1	<p style="text-align: center;">การดำเนินกิจกรรม</p>	<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>ระยะเวลา</p>	<p>การดำเนินกิจกรรม</p>	<p>หมายเหตุ</p>
	<p>1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยร่วมกันทบทวน และนำเสนอให้ผู้สูงอายุแนะนำตัว ด้วยกิจกรรมสันตทานการ เรื่อง การแนะนำชื่อของตนเอง โดยการพูด ชื่อตัวเองต่อด้วยคำว่าเอาอะไรมาฝาก เช่น “ฉันชื่อสวายนนี่เอากลับมาฝาก” เพื่อสร้างความคุ้นเคย และกล่าวถึงกิจกรรมที่จะทำในวันนี้ แจ้งเวลาในการดำเนินกิจกรรม เป็นเวลา 60 นาที</p>	<p>1. การบรรยาย กิจกรรมกลุ่ม ศิลป ทัศนศึกษา รูป เรื่องความซึมเศร้า ระยะเวลาที่ใช้ 60 นาที</p>	<p>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ รู้จักกันและสร้างความคุ้นเคย</p> <p>2. เพื่อให้เข้าใจในเรื่องความซึมเศร้า และผู้สูงอายุกับ ความซึมเศร้า</p>	<p>1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยร่วมกันทบทวน และนำเสนอให้ผู้สูงอายุแนะนำตัว ด้วยกิจกรรมสันตทานการ เรื่อง การแนะนำชื่อของตนเอง โดยการพูด ชื่อตัวเองต่อด้วยคำว่าเอาอะไรมาฝาก เช่น “ฉันชื่อสวายนนี่เอากลับมาฝาก” เพื่อสร้างความคุ้นเคย และกล่าวถึงกิจกรรมที่จะทำในวันนี้ แจ้งเวลาในการดำเนินกิจกรรม เป็นเวลา 60 นาที</p> <p>2. ชี้แจงวัตถุประสงค์และลักษณะของกิจกรรมในโปรแกรม ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมทั้งหมด ให้ผู้สูงอายุบอกความคาดหวังของตนเอง และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสอบถามเพิ่มเติม</p> <p>3. ให้ผู้สูงอายุร่วมกันกำหนดกติกาในครั้งนี้ เช่น การรักษาความลับ การตรงต่อเวลา ฯลฯ</p> <p>4. ผู้สูงอายุ ชมศิลป์สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุใช้เวลา 6 นาที เมื่อจบแล้วให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องของศิลปะที่ตนและสิ่งที่ได้เรียนรู้</p> <p>5. ผู้วิจัยบรรยายสั้น ๆ เพิ่มเติมเกี่ยวกับ ความหมายของภาวะซึมเศร้า อาการและการแสดงของภาวะซึมเศร้า ผลกระทบเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า การรักษาภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองจากภาวะซึมเศร้า</p>	<p>ลำดับที่ 1 ดำเนินการทำ กิจกรรมที่ 1 ในวันอังคาร</p>

ลำดับที่/ กิจกรรม	การดำเนินงานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	รูปแบบ/อุปกรณ์/ ระยะเวลา	การดำเนินงานกิจกรรม	หมายเหตุ
ลำดับที่ 1 กิจกรรมที่ 2	การสำรวจตนเอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ผู้สูงอายุได้ยอมรับ ซึ่งกันและกัน เข้าใจ และยอมรับฟังความ คิดเห็นระหว่างกัน	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ ทำความเข้าใจ ตนเองในอาการ ซึมเศร้า 2. รับฟังผู้อื่นและ ยอมรับในอาการ ซึมเศร้าของผู้อื่น	1. การบรรยาย กิจกรรมกลุ่ม ระยะเวลาที่ใช้ 60 นาที	<p>6. เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ซักถามในสิ่งที่สงสัยเพิ่มเติม และเชื่อมโยง กับคณิศรวิทัศน์</p> <p>7. ให้ผู้สูงอายุทุกคนในกลุ่มสะท้อนคิดในเรื่องภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุ เช่น ภาวะซึมเศร้าคืออะไร ทำให้เกิดกับผู้สูงอายุ คนเรา มีโอกาสรู้สึกว่ามีอาการซึมเศร้าได้เองหรือไม่ เราควรทำอย่างไรเมื่อ รู้สึกว้าซึมเศร้า ใครบ้างที่จะช่วยเราได้ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที</p> <p>1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ และกล่าวถึง กิจกรรมที่จะทำในวันนี้ แจ้งเวลาในการดำเนินกิจกรรม เป็นเวลา 60 นาที</p> <p>2. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมที่ทำในสัปดาห์ก่อน</p> <p>3. ผู้สูงอายุจับคู่กัน และเล่าให้กันฟังถึงวิธีการเผชิญความซึมเศร้า โดย ใช้คำถาม เช่น “เวลานั้นเหงา รู้สึกโดดเดี่ยว นอนไม่หลับ รู้สึกเศร้า ๆ ฉันทำอย่างไรให้หาย” และมีกติกาว่าผู้รับฟังจะต้องชมเชยวิธีการที่ใช้ ดีอย่างไร และคิดว่าจะนำไปปรับใช้กับตัวเองอย่างไร</p>	สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการทำ กิจกรรมที่ 2 ในวัน พฤหัสบดี

สัปดาห์/ กิจกรรม	การดำเนินงานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	รูปแบบ/อุปกรณ์/ ระยะเวลา	การดำเนินงานกิจกรรม	หมายเหตุ
		<p>3. ให้แสดง ออกถึง ความเข้าใจผู้อื่น และแสดงการ Support ผู้อื่น</p>		<p>การดำเนินงานกิจกรรม</p> <p>4. ให้ผู้สูงอายุพูดถึงการได้รับการช่วยเหลือ “เวลามีปัญหา ได้รับการช่วยเหลือจากใครบ้าง” และคิดว่า การได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นรู้สึกอย่างไรบ้าง</p> <p>5. เบื้องต้นให้ผู้สูงอายุได้ แสดงความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และผู้สูงอายุได้ เข้าใจความรู้สึกของตนเอง การเรียนรู้การเผชิญปัญหา การมีคุณค่าในตัวเอง ให้ผู้สูงอายุกล่าวขอบคุณ ผู้สูงอายุคนอื่น อย่างน้อย 1 คน และทุกคนต้องได้รับคำขอบคุณ</p> <p>6. ผู้สูงอายุยื่นล้อมวง จับมือและกล่าวขอบคุณกัน เมื่อจบกิจกรรมให้ ผู้สูงอายุขอบคุณผู้ ของตนเองที่ได้เล่าเรื่องดีๆ และตนเองได้เรียนรู้กับ ความเศร้ามากขึ้น</p>	

ลำดับ/กิจกรรม	การดำเนินงานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	รูปแบบ/อุปกรณ์/ระยะเวลา	การดำเนินงานกิจกรรม	หมายเหตุ
ลำดับที่ 2 กิจกรรมที่ 3	การดำเนินงานกิจกรรม	เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้ประเมินตัวเอง และบุคคลรอบข้าง รวมถึงแนะนำแหล่งข้อมูลที่สามารถเข้าถึงบริการในภาคสุขภาพ	1. การบรรยาย กิจกรรมกลุ่ม พวงกุญแจ กระดาษกรรไกร ระยะเวลาที่ใช้ 60 นาที	กิจกรรมการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง โดยผลิตพวงกุญแจการวัดความเครียด ใช้การสนับสนุนทางสังคมด้านวัสดุสิ่งของและบริการ	ลำดับที่ 2 ดำเนินการทำกิจกรรมที่ 3 ในวันอังคาร
	การดำเนินงานกิจกรรม	เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สร้างสัมพันธ์ภาพ และกล่าวถึงกิจกรรมที่จะทำในวันนี้ ระยะเวลาในการดำเนินงาน เป็นเวลา 60 นาที	1. การบรรยาย กิจกรรมกลุ่ม พวงกุญแจ กระดาษกรรไกร ระยะเวลาที่ใช้ 60 นาที	1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ และกล่าวถึงกิจกรรมที่จะทำในวันนี้ ระยะเวลาในการดำเนินงาน เป็นเวลา 60 นาที 2. ผู้วิจัยเตรียมแบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม และ 9 คำถาม และเบอร์โทรติดต่อเมื่อต้องการปรึกษา เป็นแผ่นเคลือบสำเร็จ เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ประกอบเป็นพวงกุญแจ อธิบายการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง ตามแบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า 3. เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ซักถามข้อสงสัยและสถิติการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยจับคู่ฝึก 4. แจกอุปกรณ์การประดิษฐ์ พวงกุญแจการวัดความเครียดให้ผู้สูงอายุ 5. สาธิต การทำพวงกุญแจการวัดความเครียด พร้อมให้ผู้สูงอายุทำไปพร้อมกัน 6. ให้ตัวแทนผู้สูงอายุได้สรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้และนำไปใช้ในชีวิตประจำวันที่บ้าน	

ลำดับที่/ กิจกรรม	การดำเนินงานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	รูปแบบ/อุปกรณ์/ ระยะเวลา	การดำเนินงานกิจกรรม	หมายเหตุ
ลำดับที่ 2 กิจกรรมที่ 4	กิจกรรมที่ทำให้ อารมณ์ดี ด้วยวิธี ง่าย ๆ	1. เพื่อสร้างความ เข้าใจ เรื่องของ อารมณ์กับความ ซึมเศร้า 2. เพื่อสร้างความ เพลิดเพลินให้ ผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ ความสำคัญกับ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ระหว่างให้ผู้สูงอายุ ได้เรียนรู้เรื่อง อารมณ์กับความ ซึมเศร้า	1. บรรยายร่วมกับ เปิดเพลงพ็อนรำ กลอง แคน ระยะเวลาที่ใช้ 30 นาที	<p>1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ และ กล่าวถึงกิจกรรมที่จะทำในวันนี้ แจ้งเวลาในการดำเนินกิจกรรม</p> <p>2. ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเรื่องอารมณ์กับความซึมเศร้า แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้เรื่องความเศร้ากับผู้สูงอายุ เพื่อให้ ผู้สูงอายุมีความเข้าใจภาวะอารมณ์ของตนเอง</p> <p>3. ให้ผู้สูงอายุคุยกัน ยินยอมเป็นวงกลม โดยมีตัวแทนร้องเพลง ฟ้อน รำตามทำนองที่พ็อนรำ เพื่อสร้างความสามารถให้ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็น ตอบสนองการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุ</p> <p>4. หลังร้องเพลงและเต้นรำ ให้ผู้สูงอายุแบ่งปันความรู้สึกเมื่อได้ทำ กิจกรรมนี้ว่ารู้สึกสนุกสนาน ผ่อนคลาย หรือคิดถึงอดีตอย่างไรบ้าง</p> <p>5. ให้ผู้สูงอายุได้สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมผ่านเสียงเพลง ถึง ประโยชน์และการนำกลับไปปรับใช้ ในชีวิตประจำวัน</p>	ลำดับที่ 2 ดำเนินการทำ กิจกรรมที่ 4 ในวัน พฤหัสบดี

ลำดับ/กิจกรรม	การดำเนินงานกิจกรรม	วัตถุประสงค์	รูปแบบ/อุปกรณ์/ระยะเวลา	การดำเนินงานกิจกรรม	หมายเหตุ
ลำดับที่ 2 กิจกรรมที่ 5	เรียนรู้แหล่งบริการที่สามารถดูแลเรื่องภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นได้	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้จักแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือนักเรียน ช่วยเหลือบรรเทาความซึมเศร้า 2. รู้จักวิธีการเข้าถึงบริการที่ช่วยเหลือในเรื่องความซึมเศร้า	1. บรรยาย แผ่นพับ ระยะเวลาที่ใช้ 30 นาที	1. ผู้วิจัยบรรยาย แหล่งประโยชน์ บริการด้านสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ 2. ทำผลภาคิถาม ให้ผู้สูงอายุจับฉลากเพื่อตอบ โดยคิถาม ให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็น 2.1) เวลาที่มีความเศร้าและเสียต่อซึมเศร้า จะไปขอความช่วยเหลือจากใคร แหล่งประโยชน์อะไร 2.2) เพื่อนที่ร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ เมื่อจบกิจกรรมไปแล้วจะเป็นแรงบันดาลใจสนับสนุนทางสังคมให้กันต่อได้ไหม 2.3) เมื่อฉันเหงา ฉันอยู่คนเดียว ฉันจะทำอย่างไร สามารถขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง 3. กระตุ้นให้มีการสร้างกลุ่มปรึกษาหรือชมรมผู้สูงอายุอย่างงเป็นรูปธรรม มีกิจกรรมและความถี่ในการพบปะที่ชัดเจน โดยมีการประสานงานกับบอสสม. ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมเชิญเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมาร่วมในกิจกรรมนี้ด้วย	ลำดับที่ 2 ดำเนินการทำกิจกรรมที่ 5 ในวัน พฤหัสบดี จากกิจกรรมที่ 4

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม โดยหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยจำแนกตัวแปรให้ครอบคลุมตามแนวคิด วัตถุประสงค์การวิจัย และพัฒนาโปรแกรมให้มีความครอบคลุมทั้งตัวแปรและวัตถุประสงค์ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนประกอบไปด้วยจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช จำนวน 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ประจำคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน พยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช และจบปริญญาโท ประจำคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน และพยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน ผู้วิจัยได้ปรับเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Index of item objective congruence, IOC) มีค่าเท่ากับ 0.80 การทดลองใช้เครื่องมือ หลังจากปรับเนื้อหาตามผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำแล้ว ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวไปปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่หมู่บ้านแห่งหนึ่ง ที่อยู่ในเขตตำบลใกล้เคียงกับพื้นที่ในการศึกษาวิจัย ดำเนินการทำกิจกรรมจนครบทุกขั้นตอน และปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งสองชุดได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .76 และ .86 โดยการนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว

2.2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15) ซึ่งทดสอบคุณสมบัติ ในกลุ่มตัวอย่างชาวไทย โดย ณททัย วงศ์ปการันย์ (2550) มีจำนวน 15 ข้อ การคิดคะแนน ให้ 1 คะแนน หากตอบว่า ใช่ ในข้อต่อไปนี้ 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 และตอบว่า ไม่ใช่ ในข้อต่อไปนี้ 1, 5, 7, 11, 13 โดยมีช่วงคะแนนเท่ากับ 0 - 15 คะแนน การแปลผล ผู้ที่ได้ 0 - 4 คะแนน เป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ที่ได้ 5 -10 คะแนน เป็นกลุ่มที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้าควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น และผู้ที่ได้ 11-15 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า ควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา ซึ่งกลุ่มนี้จะถูกส่งต่อไปรับการรักษา

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ของอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ ซึ่งใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1979) ร่วมกับ Schaefer, Coyne, & Lazarus, (1981) เป็นกรอบในการพัฒนาเครื่องมือ เป็นแบบวัดเพื่อประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 25 ข้อ มีระดับการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) การแปลผลโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 25 – 57 มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ คะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 58 – 92 มีระดับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 93 - 125 มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูง

4. วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1. ขั้นตอนเตรียมการ

1. การเตรียมตัวของผู้วิจัย ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช และได้ศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากตำรา บทความวิชาการงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อนำมาพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
2. จัดทำแผนการดำเนินการศึกษาและเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ ไทย 15 ข้อ (TGDS-15) และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยดำเนินการขออนุมัติการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
3. นำโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนานี้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเพื่อหาความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรม จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบไปด้วยจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช จำนวน 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ประจำคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน พยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช และ จบปริญญาโท ประจำคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
4. ผู้วิจัยมีการเตรียมผู้ช่วยดำเนินการทดลองซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลจำนวน 2 คน ทำหน้าที่ช่วยในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและเป็นผู้เก็บข้อมูล พยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ใหญ่จำนวน 1 คน และพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่จบปริญญาโท จำนวน 1 คน เพื่อทำหน้าที่ในการช่วยแจกอุปกรณ์ขณะทำกลุ่มรวมทั้งสังเกตการณ์ และประเมินพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแต่ละ

ครั้ง ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประชากรกลุ่มตัวอย่างและการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ให้กับผู้ช่วยดำเนินการทดลอง ทราบก่อนเริ่มดำเนินการทดลอง

5. หลังจากได้รับการอนุมัติการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัย จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยตามลำดับขั้นตอนที่กำหนดไว้

6. หลังจากได้รับอนุญาต ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เพื่อใช้ในการทดลอง และฝึกทักษะการใช้โปรแกรมการจัดกิจกรรมภายใต้การให้คำปรึกษาของอาจารย์ที่ปรึกษาและการสังเกตการณ์ของผู้ช่วยวิจัย หลังจากการฝึกฝนดังกล่าว ผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษานำข้อมูลมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้ในการวิจัยจริง

7. ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ สร้างสัมพันธภาพพูดคุย แนะนำตัว ผู้วิจัยวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคล เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามข้อสงสัย และให้เวลาผู้สูงอายุในการตัดสินใจหรือปรึกษาญาติ ก่อนตกลงใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

8. การจัดการในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะเคารพในการตัดสินใจดังกล่าว และดำเนินการสุ่มเลือกผู้สูงอายุนายใหม่ทดแทนตามกระบวนการเดิม โดยไม่มีการบังคับหรือชักจูงในทางใดทางหนึ่ง พร้อมทั้งให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพตามปกติแก่ผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบผู้ปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย

9. การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พร้อมกัน โดยกลุ่มตัวอย่างอยู่ในตำบลเดียวกันแต่แบ่งเขตรับผิดชอบให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 2 แห่ง และเก็บข้อมูลโดยทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรมและเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูลวิจัยไว้แล้ว เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม (contamination) ป้องกันไม่ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือได้รับการดูแลปะปนกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อความถูกต้องของผลการวิจัย

4.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการดูแลตามปกติของการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน มีขั้นตอนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

4.2.1 กลุ่มควบคุม

- 1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย
- 2) เมื่อผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยกลุ่มตัวอย่างอยู่ในตำบลเดียวกันแต่แบ่งเขตรับผิดชอบให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลจำนวน 2 แห่ง และเก็บข้อมูลโดยทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรม และเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูลวิจัยไว้แล้ว เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม (contamination) ป้องกันไม่ให้เกิดการทดลองและกลุ่มควบคุมมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือได้รับการดูแลปะปนกัน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความถูกต้องของผลการวิจัย ประกอบไปด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15) และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จากกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทดลอง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยใช้วิธีทางสถิติ สำหรับกลุ่มควบคุมภายหลังการเก็บข้อมูล ได้สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มควบคุมไม่มีผู้สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม

4.2.2 กลุ่มทดลอง

- 1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัยรวมทั้งความเสี่ยงจากการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อแต่อย่างใดและกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ หากไม่สมัครใจและสามารถบอกยกเลิกการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลา โดยผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสตัดสินใจอย่างอิสระ
- 2) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15) และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จากกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทดลองและนัดวันเวลา สถานที่ในการทำกิจกรรม
- 3) กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตามวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างได้เลือกไว้ หลังการดำเนินการแต่ละกิจกรรม จะมีการประเมินการรับรู้ทางสังคม โดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเตรียมไว้ให้
- 4) หลังเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม ทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลเก็บข้อมูลหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ แบบประเมินวัดความเครียดใน

ผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15) 4) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยใช้วิธีทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง 702-657/2567 ในวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 และผ่านการอนุมัติให้เก็บข้อมูลและทำการวิจัยในชุมชน จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอสำโรง โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามหลักการเคารพในบุคคล การเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ รวมทั้งเคารพในหลักการไม่ก่ออันตรายต่อผู้เข้าร่วมวิจัย หลักความยุติธรรมในการคัดเลือกและปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเสมอภาค และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

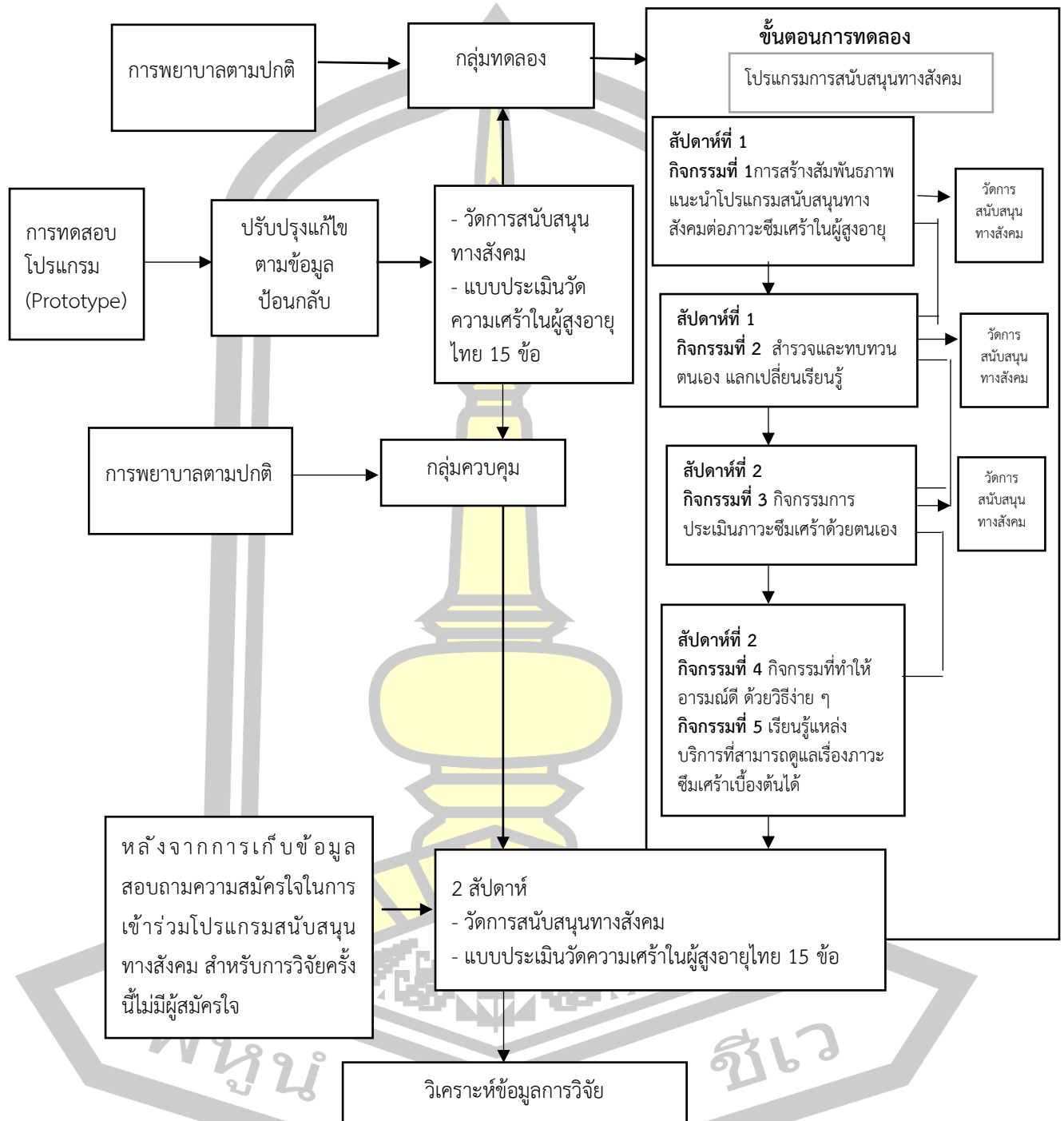
การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นเกณฑ์ในการสรุปผลทางสถิติ โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์แจกแจงในเชิงบรรยาย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics, Chi-Square และ Fisher's Exact Test)
2. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติ Paired t- test
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติ Independent t-test

พูน ปณ ทิโต ชีเว

สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



ภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental Research) แบบแผนการวิจัยสองกลุ่มแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest -Posttest Design) ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ สมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า

2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการดูแลตามปกติกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียว

ตอนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการดูแลตามปกติ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียว



ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แยกตามข้อมูลส่วนบุคคลได้ดังนี้ ผู้สูงอายุที่เกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.00 สำหรับกลุ่มทดลองและร้อยละ 75.00 สำหรับกลุ่มควบคุม ในด้านของช่วงอายุนั้นพบว่าในกลุ่มทดลองมีช่วงอายุ 71-75 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการกระจายตัวของอายุที่แตกต่างกัน โดยมีช่วงอายุ 66-70 ปีและ 71-75 ปี ในสัดส่วนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 35.00 ในแต่ละช่วงอายุ เมื่อพิจารณาถึงสถานภาพสมรส พบว่าในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและอาศัยอยู่ด้วยกันเป็นคู่สามีภรรยา ร้อยละ 60.00 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่ามีสถานภาพสมรสและสถานภาพโสดในสัดส่วนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 40.00 ในแต่ละกลุ่ม ในแง่ของรายได้และสภาพเศรษฐกิจ พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีรายได้ต่อเดือนในระดับต่ำมากที่สุด โดยกลุ่มทดลองมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 80.00 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 65.00 สำหรับจำนวนสมาชิกในครอบครัว พบว่ากลุ่มทดลองมีครอบครัวที่มีสมาชิกมากกว่า 4 คนขึ้นไปร้อยละ 55.00 ส่วนกลุ่มควบคุมร้อยละ 40.00 ในส่วนของระดับการศึกษานั้นพบว่า ทั้ง 2 กลุ่มมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 85.00 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 70.00 และในด้านภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 60.00 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวในสัดส่วนที่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50.00 ในแต่ละกลุ่ม

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-Square และ Fisher's Exact Test พบว่า ลักษณะด้านประชากรต่าง ๆ ของผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและควบคุม มีคุณสมบัติทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งเป็นผลดีในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นผลมาจากโปรแกรมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ อายุสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ สมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ ^a					.143	.705
ชาย	4	20.00	5	25.00		
หญิง	16	80.00	15	75.00		
อายุ (ปี) ^a					.1348	.718
60-65 ปี	5	25.00	5	25.00		
66-70 ปี	4	20.00	7	35.00		
71-75 ปี	10	50.00	7	35.00		

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	76 -80 ปี	1	5.00	1		
Mean= 69.13, S.D.= 4.89, Max= 79, Min= 60						
สถานภาพ^b					2.131	.385
คู่	12	60.00	8	40.00		
โสด	4	20.00	8	40.00		
หม้าย	4	20.00	4	20.00		
รายได้/เดือน^b					1.513	.716
ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	16	80.00	13	65.00		
5,001-10,000 บาท/เดือน	3	15.00	6	30.00		
10,001 บาท/เดือนขึ้นไป	1	5.00	1	5.00		
Mean= 5,850 S.D. = 1,577.89, Max= 10,000 Min= 5,000						
จำนวนสมาชิกในครอบครัว^b					1.146	.698
2 คน	3	15.00	3	15.00		
3 คน	6	30.00	9	45.00		
มากกว่า 4 คนขึ้นไป	11	55.00	8	40.00		
ระดับการศึกษา^b					1.744	.695
ประถมศึกษา	17	85.00	14	70.00		
อาชีวะ อนุปริญญา	1	5.00	1	5.00		
ปริญญาตรี	2	10.00	5	25.00		
โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ^a					.404	.525
มี	12	60.0	10	50.00		
ไม่มี	8	40.0	10	50.00		

a=Chi-Square, b=Fisher's Exact Test

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า

จากการตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้ Shapiro-Wilk Test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดน้อยกว่า 50 หน่วย ผลการทดสอบในกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองตัวแปรด้านการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ มีการแจกแจงแบบปกติ ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ตัวแปรด้านการสนับสนุนทางสังคมมีการแจกแจงแบบปกติ ในขณะที่ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุนั้นมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ส่วนผลการทดสอบในกลุ่มควบคุมนั้น พบว่า ก่อนการทดลองตัวแปรด้านการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ มีการแจกแจงแบบปกติเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ตัวแปรด้านการสนับสนุนทางสังคมมีการแจกแจงแบบปกติ ส่วนภาวะซึมเศร้ามีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ผู้วิจัยได้ใช้หลักเกณฑ์การพิจารณาโดยใช้ค่า Z ของ Skewness และ Kurtosis เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ($n < 50$) ค่าความเบ้และความโด่งของข้อมูลมีค่าอยู่ระหว่าง ± 1.96 (Mishra et al., 2019) ถือได้ว่าตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงแบบปกติ จึงเป็นเหตุผลในการที่ผู้วิจัยเลือกใช้สถิติ Parametric ในการวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยในครั้งนี้ ดังแสดงรายละเอียดในภาคผนวก ข

2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 7.35 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.90 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 7.50 และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.75 ซึ่งไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
กลุ่มทดลอง							
ภาวะซึมเศร้า	7.35	1.927	1.90	1.071	19	13.390	.000
กลุ่มควบคุม							
ภาวะซึมเศร้า	7.50	2.090	6.75	2.221	19	.991	.334

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการดูแลตามปกติกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียว

การเปรียบเทียบคะแนนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 94.20 และคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 1.90

สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 72.75 และคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 6.75 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการดูแลตามปกติกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียวโดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
หลังการทดลอง							
การสนับสนุนทางสังคม	94.20	5.064	72.75	9.170	38	9.157	.000
ภาวะซึมเศร้า	1.90	1.071	6.75	2.221	38	-8.795	.000

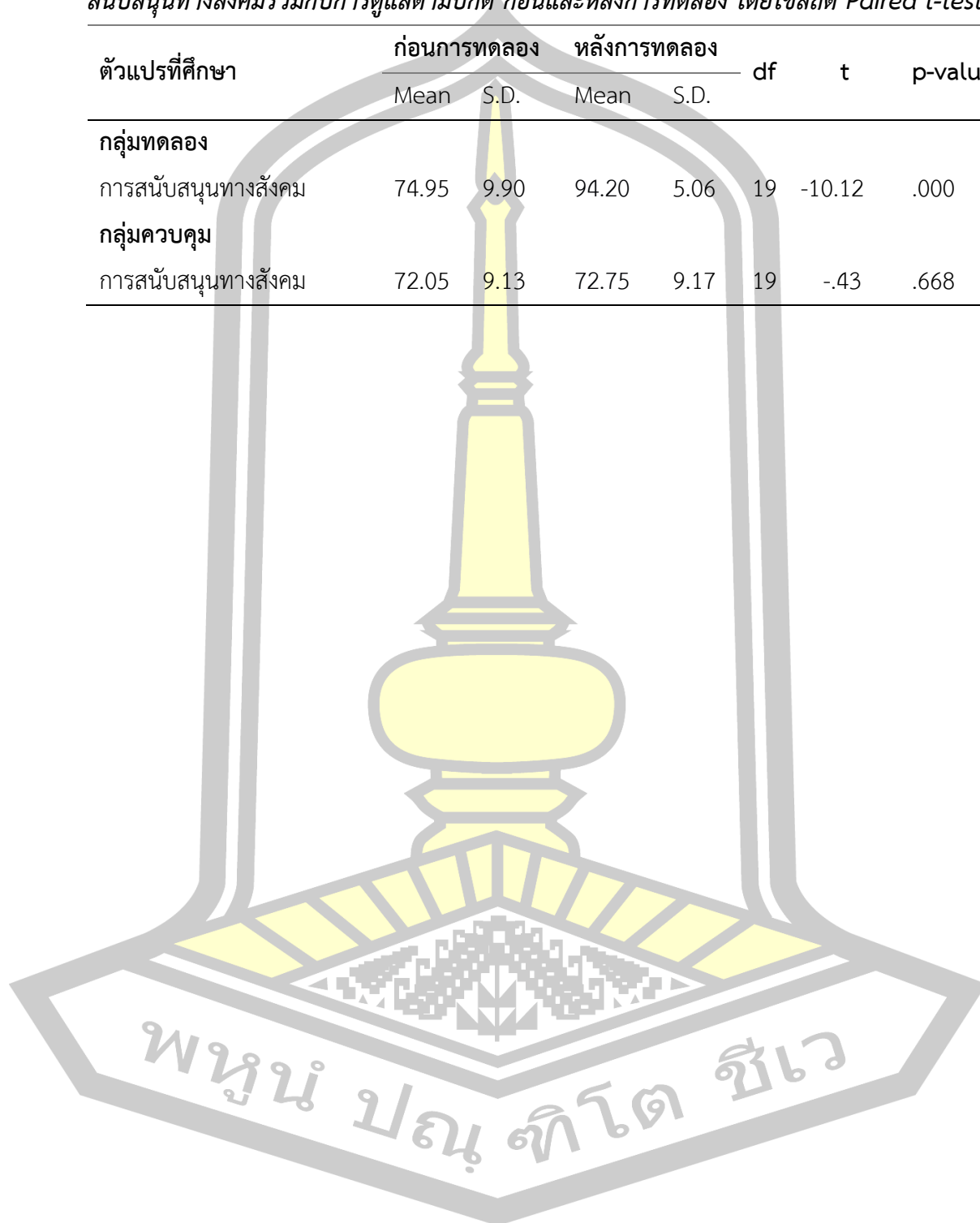
ตอนที่ 3 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการดูแลตามปกติ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียว

การเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 74.95 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 94.20 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 72.05 ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 72.75 ซึ่งไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
กลุ่มทดลอง							
การสนับสนุนทางสังคม	74.95	9.90	94.20	5.06	19	-10.12	.000
กลุ่มควบคุม							
การสนับสนุนทางสังคม	72.05	9.13	72.75	9.17	19	-.43	.668



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดแบบก่อนและหลัง การทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Design) ในครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 40 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการประเมินด้วยแบบวัดความเศร้าใน ผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ ได้ 5 - 10 คะแนน ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตอำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี และ ยินยอมเข้าร่วมวิจัย จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ ใช้ในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบประเมินวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15) และแบบวัด การสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ใช้สถิติเชิงบรรยายในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คือค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติอ้างอิงในการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คือ สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ สนับสนุนทางสังคมและได้รับการดูแลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ หลังเข้าร่วม โปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติอ้างอิงในการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้า คือ สถิติ Independent Samples t-test

ส่งผลวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อน เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความสอดคล้อง กับผลวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชายและเพศหญิงมี อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชาย (Gao, P et al., 2024) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ลักษณะประชากรทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความ แตกต่างกัน ซึ่งเป็นผลดีในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการวิจัยกึ่งทดลอง ในครั้งนี้ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่าง เป็นผลมาจาก โปรแกรมสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนทาง

สังคมส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุลดลง และยังส่งผลให้ผู้สูงอายุรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น ซึ่งอธิบายได้ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองต่ำกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โปรแกรมสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง โดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ในขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงมีระดับคะแนนเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเท่าเดิม เป็นที่น่าสังเกตว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าที่ลดลงน่าจะเป็นผลมาจากการได้เข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Zhang et al. (2023) ที่ระบุว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ กิจกรรมในโปรแกรมของการวิจัยในครั้งนี้ ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการได้รับการยอมรับจากสังคม เพื่อช่วยเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าจะลดลง นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Eagle et al. (2019) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า โดยพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร เคนศิลา (2563) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มมากขึ้นสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมในโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมของการวิจัยนี้ มีแนวคิดมาจากการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันในด้านต่างๆ ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพจิตทุกมิติทั้งกาย จิตใจ และสังคม ประกอบด้วย 5 ด้าน คือการสนับสนุนด้านอารมณ์ การให้การยอมรับและการเห็นคุณค่า การได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของหรือบริการ โดยนำหลักการ Design Thinking Process 5 ขั้นตอนมาพัฒนากิจกรรมของโปรแกรม ซึ่งการนำหลักการ Design Thinking มาพัฒนาโปรแกรมถือเป็นหัวใจสำคัญ เพราะเป็นแนวคิดเชิงออกแบบที่ยึดความต้องการของผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ทำให้กิจกรรมมีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและตรงกับบริบทของชุมชนลักษณะการจัดกิจกรรมประกอบไปด้วย การบรรยายเนื้อหาความรู้ ฝึกปฏิบัติผสมผสานกับการใช้กระบวนการกลุ่ม การแลกเปลี่ยนความรู้สึกในเรื่องของความเศร้า วิธีการคลายเศร้าเพื่อนำไปปรับใช้กับตัวเอง ในการประเมินความเศร้า และมีนวัตกรรมพวงกุญแจการ์ดวัดความเศร้า (ลักษณะเป็นกระดาษเคลือบแข็งมีรายละเอียดประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม และ 9 คำถาม ห้อยกับพวงกุญแจ) ที่ผลิตโดยผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในกิจกรรมที่ 3 การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง ที่ใช้ง่าย สะดวก และสามารถนำกลับไปใช้ที่บ้านได้ ตลอดจนรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ซึ่งสามารถตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง

บุคคล เข้าใจง่าย มีความเหมาะสม เพื่อใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน กิจกรรมแต่ละกิจกรรมจะส่งผลให้การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมเพิ่มสูงขึ้น

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรม แนะนำโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในกิจกรรมนี้ ผู้สูงอายุได้เรียนรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า ได้ชมคลิปวิดีโอที่ค้นเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และผู้สูงอายุอภิปรายในสิ่งที่ตัวเองรับรู้และรู้สึกเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ทำให้ได้เข้าใจภาวะซึมเศร้าเกี่ยวกับอาการ การรักษา และการดูแลตัวเองจากภาวะซึมเศร้า

กิจกรรมที่ 2 การสำรวจตนเอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ผู้สูงอายุได้ยอมรับซึ่งกันและกัน เข้าใจและยอมรับฟังความคิดเห็นระหว่างกัน กิจกรรมนี้ผู้สูงอายุได้พูดคุยแลกเปลี่ยนภาวะซึมเศร้าที่ตัวเองเคยเจอและวิธีแก้ไข เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้แสดงความเห็นอกเห็นใจ ทำให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Eagle et al. (2019) ที่ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีระดับความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้น และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากขึ้น ส่งผลให้ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้

กิจกรรมที่ 3 การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง ซึ่งกิจกรรมนี้มีการผลิตพวงกุญแจการ์ดวัดความเศร้า กิจกรรมนี้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง โดยการฝึกประเมินแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและฝึกปฏิบัติการประเมิน พร้อมทั้งได้ผลิตพวงกุญแจการ์ดวัดความเศร้า เพื่อให้สามารถนำกลับไปใช้ในชีวิตประจำวัน มีประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

กิจกรรมที่ 4 การทำให้อารมณ์ดีด้วยวิธีง่ายๆ กิจกรรมนี้ผู้สูงอายุได้เข้าใจเรื่องอารมณ์กับความเศร้า และเข้าใจอารมณ์ที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ พร้อมวิธีง่ายๆ ที่ทำให้คลายเศร้า กิจกรรมนี้ผู้สูงอายุมีรอยยิ้มและความสุข สืบเนื่องจากรอยยิ้มเสียงหัวเราะ ได้ร้องเพลงและพ็อนรำ ได้ระลึกถึงความหลังในอดีตถึงความสนุกสนาน (ณัฐิกา ราชบุตร 2564) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ เจษฎา อังกาบสี (2565) ที่พบว่า โปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางปัญญาและการบำบัดทางเลือก เช่น ศิลปะบำบัดและดนตรีบำบัด มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย

กิจกรรมที่ 5 การเรียนรู้แหล่งบริการที่สามารถดูแลเรื่องภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นได้ ในกิจกรรมนี้ผู้สูงอายุได้พบปะกับบุคคลที่จะช่วยสนับสนุนทางสังคมผู้สูงอายุแต่ละด้าน และแสดงความคิดเห็นในการที่จะมีกิจกรรมต่อเนื่องในชุมชน โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่จะสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมต่อเนื่อง ซึ่งแสดงถึงความยั่งยืนในชุมชน หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมมีการวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่า เมื่อผู้สูงอายุรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น ซึ่งอาจจะมีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุลดลง ดังจะเห็นได้จาก ค่าคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า แต่เมื่อได้รับโปรแกรมของการวิจัยในครั้งนี้แล้ว พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง และคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยนี้

สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Lee, S. et al. (2023) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมทางสังคม และการเชื่อมโยงเครือข่าย การที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทางสังคมมาก เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม จะทำให้คะแนนซึมเศร้ามลดลง และการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมและดีจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยพิจารณาถึงค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ามลดลงตามเกณฑ์การแปลผล พบว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 7.35 ลดลงเหลือ 1.90) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ซึ่งยังอยู่ในระดับเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า การลดลงของระดับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายได้จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความเหงา และเพิ่มปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งมีผลทางบวกต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ที่ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตใจในผู้สูงอายุ (Lee et al., 2023) นอกจากนี้ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นผ่านกิจกรรมทางสังคมยังช่วยเพิ่มความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ลดภาวะโดดเดี่ยวซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะซึมเศร้า (Nuwamanya et al., 2023) จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิภาพในการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

ในการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง แสดงให้เห็นว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Eagle et al. (2019) ที่พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้ามากกว่าการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2023) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมทางสังคม และการเชื่อมโยงเครือข่าย ช่วยลดคะแนนซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Nuwamanya et al. (2023) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อความพึงพอใจในชีวิตและการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง โดยสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1979) และ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ที่ว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม อันนำไปสู่สุขภาพจิตที่ดีขึ้น

จุดเด่นของโปรแกรมที่ได้พัฒนาขึ้นสำหรับการวิจัยในครั้งนี้คือ การนำกระบวนการคิดเชิงออกแบบมาพัฒนาโปรแกรม ซึ่งเป็นแนวคิดที่ยึดความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นศูนย์กลาง สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และเหมาะสมกับบริบทของชุมชน โดยกิจกรรมเน้นการมีส่วนร่วม ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยเฉพาะกิจกรรมด้านศิลปะและดนตรีพื้นบ้านที่ช่วยกระตุ้นอารมณ์ด้านบวก ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ เจษฎา อังกาบสี (2565) ที่พบว่ามีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ ระยะเวลาในการติดตามผลมีระยะเวลาเพียง 2 สัปดาห์ การศึกษาในอนาคตควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะยาว นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับวิธีการอื่นๆ และขยายผลไปใช้ในบริบทพื้นที่อื่นๆ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความสามารถในการนำไปประยุกต์ใช้ในวงกว้าง

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายใต้บริบทของกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและเป็นกลุ่มเฉพาะที่อยู่ในพื้นที่ชนบท ครอบคลุมมีเศรษฐกิจทางสังคมต่ำ จึงไม่สามารถนำผลการศึกษาไปอธิบายในประชากรส่วนใหญ่ของประเทศได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการพยาบาล

- 1) พยาบาลจิตเวชและทีมสุขภาพในชุมชนอาจนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้า
- 2) ควรส่งเสริมการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเชิงรุกในชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงทีโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรือขาดการสนับสนุนทางสังคม
- 3) ควรจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนทางสังคมในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ โดยนำกิจกรรมจากโปรแกรมนี้ไป

ประยุกต์ใช้ เช่น การพบปะพูดคุย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กิจกรรมศิลปะและดนตรี เพื่อส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและลดภาวะซึมเศร้า

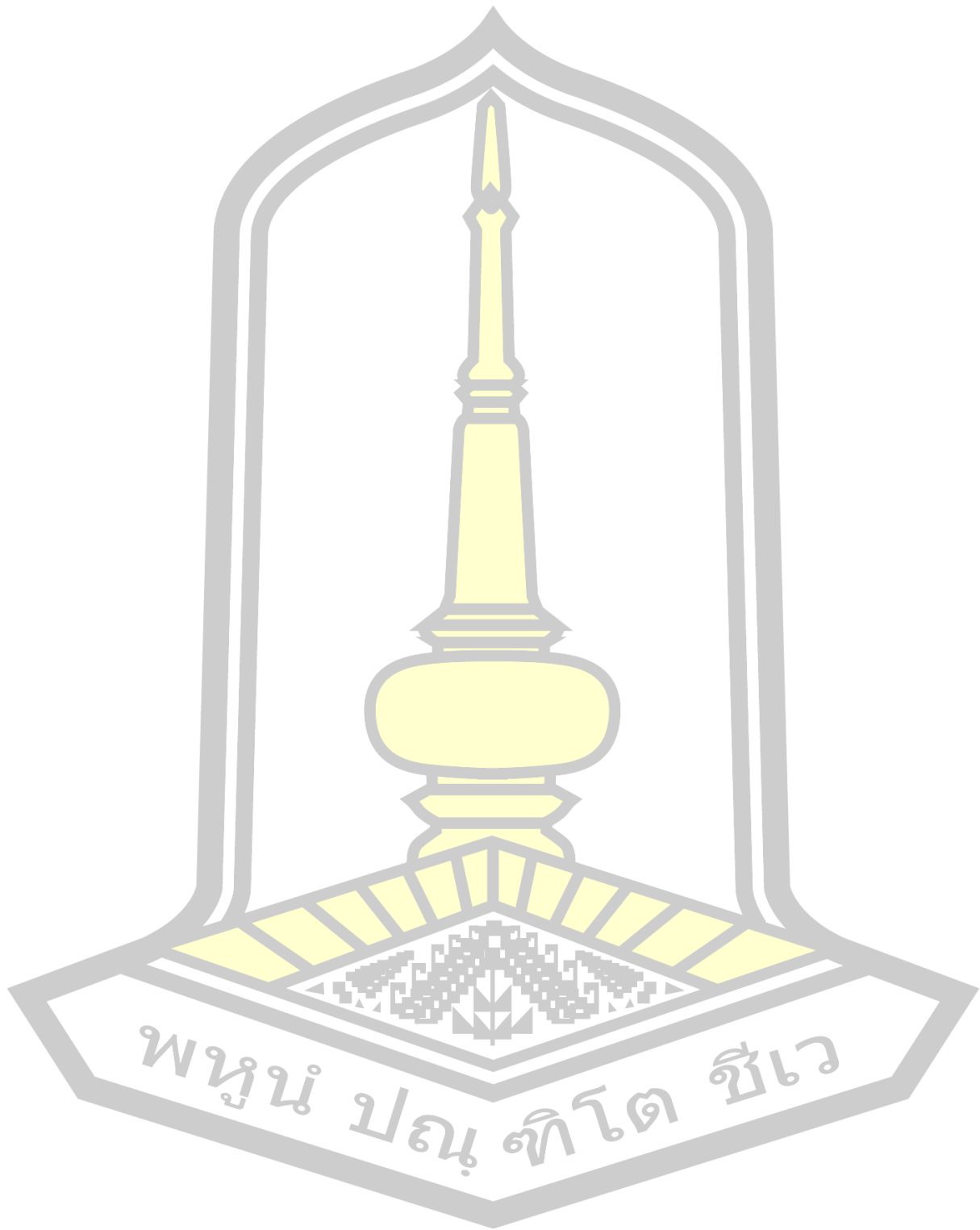
ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาในหัวข้อดังต่อไปนี้

- 1) มีการประเมินติดตามผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน เพื่อศึกษาความยั่งยืนของผลลัพธ์
- 2) พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ต่อเนืองที่บ้าน เช่น การเยี่ยมบ้าน การรับประทานอาหารร่วมกัน เพื่อเสริมสร้างความยั่งยืนของโปรแกรม
- 3) ขยายการศึกษาไปยังกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับต่างๆ หรือในบริบทที่แตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุในเขตเมือง หรือผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์
- 4) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม เช่น ลักษณะทางประชากร ระดับการศึกษา หรือการมีโรคประจำตัว เพื่อพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กนกภรณ์ ทองคุ้ม และคณะ. (2565) รูปแบบการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยบูรณาการ ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 31 ฉบับที่ 5
- กฤษณะ หงษาครประเสริฐ (2565). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า.วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ.ครั้งที่ 4 ฉบับที่ 2
- กลุ่มสถิติสุขภาพและภาวะทางสังคม (2566) สสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย สืบค้นจาก https://data.go.th/dataset/0704_01_0010
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2565). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ วันที่สืบค้น วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567. สืบค้นจาก. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31458>
- เจษฎา อังกาบสี. และคณะ. (2565). ประเภทของโปรแกรมบำบัดที่มีผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 36(3), 1-15.
- ชัยรัตน์ ทองสุข และคณะ (2019).สติปัญญาฐานกับการป้องกันภาวะซึมเศร้า.วารสาร มจร บาลีศึกษา พุทธโฆสปริทรรศน์ :ปีที่5 ฉบับที่ 2,71-78
- ตฤฎิลา จำปาวัลย์ (2560).แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา. หลักสูตรพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพุทธจิตวิทยา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.วารสารพุทธจิตวิทยา ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2560)
- นวรรตน์ ไวมณู. (2563). รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ.ในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. ปีที่ 7 ฉบับที่ 2
- บังอรศรี จินดาวงค์ และดร.ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2021).ผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน.วารสารวิจัย มช. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) ปีที่ 21 ฉบับที่1:229-239
- ปิตีคุณ เสดะปุระ และณัฐธกุล ไชยสงคราม, 2564. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม.
- ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช, & รัชนิกร อุปเสน. (2019). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมการออกกำลังกายต่อคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. Nursing Journal, 46, 70-82.
- โปรยทิพย์ สันตะพันธ์ และคณะ,2563 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: บทบาทพยาบาล,วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์นปีที่ 17 ฉบับที่ 1,506

- พัชรารภรณ์ ดิ่งชุ่ม, ศากุล ช่างไม้, ทิพา ต่อสกุลแก้ว (2021). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความโดดเดี่ยวและความผาสุกของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. ฉบับที่ 32:182-193
- ณัฐิกา ราชบุตร และคณะ. (2564). การพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคซึมเศร้า ผู้สูงอายุอำเภอเมืองจังหวัดชัยภูมิ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. ปีที่ 18 ฉบับที่ 1, 48-60
- มณีนรัตน์ เอี่ยมอนันต์. (2562). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน วารสารพยาบาล, 68(1), 58-65, 256
- พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ และคณะ. (2060). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 31 ฉบับที่ 1, 119 - 132
- พฤกษา มะหฺลัด และคณะ. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร. วารสารสาธารณสุขชุมชน. ปีที่ 9 ฉบับที่ 3.
- รพีพรรณ สารสมัคร และศิริพันธ์ุ สาสัตย์ (2560). ผลของโปรแกรมการใช้จิตอาสาในการสนับสนุนทางสังคมต่อความหวาดหวั่นของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราของภาครัฐ. วารสารทหารบก ฉบับที่ 18 ฉบับพิเศษ
- รชฎ มงคล และคณะ. (2561) การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วารสารดุขฎิบัณฑิตทางสังคมศาสตร์ ฉบับพิเศษ ปีที่ 11 (ตุลาคม 2561)., 63 - 79
- วสิษฐ์พล กุลพรม และคณะ, 2565. พุทธนวัตกรรมการเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตเพื่อแก้ปัญหาโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดลำพูน. วารสาร มจรบาฬีศึกษาพุทธโฆสปริทรรศน์ปีที่ 8 ฉบับที่ 3
- วิจิตร แผ่นทอง. (2563). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. ปีที่ 7 ฉบับที่ 2
- สมชาย ใจดี. (2566). การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรไทย. วารสารสุขภาพจิตไทย, 30(1), 15-25.
- อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์. (2547). คุณภาพชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อินทุอร ก้านกิ่ง (2565).ผลของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมต่อสภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า.สืบค้นจาก.

<https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/19309/1/6210420052.pdf>

อุมพร เคนศิลา, เกษฎาภรณ์ นาขะมิน, นิตยากร ลุนพรหม, เสาวลักษณ์ ทาแจ้, ณีฐฎากุล บึงมม, & นภาพันท์ ชาปลิก.(2563). การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 8(3), 377-389

Cobb S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*.; 38(5), 300 – 314

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.

Cui, L., Li, S., Wang, S., Wu, X., Liu, Y., Yu, W., Wang, Y., Tang, Y., Xia, M., & Li, B. (2024). Major depressive disorder: hypothesis, mechanism, prevention and treatment. *Signal transduction and targeted therapy*, 9(1), 30.

<https://doi.org/10.1038/s41392-024-01738-y>

Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1990).¹ Social support and adaptation to stressful life events. In E. D. Eitington & S. R. Doktor (Eds.), *Alternative paradigms for assessment* (pp. 203–236). Erlbaum.

Drageset, J. (2021). Social Support. In G. Haugan (Eds.) et. al., *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*. (pp. 137–144). Springer.

Du, X. (2014). BDNF–TrkB signaling as a therapeutic target in neuropsychiatric disorders. *Journal of Receptor, Ligand and Channel Research* 7, 61-79.

Eagle, D. E., Hybels, C. F., & Proeschold-Bell, R. J. (2019). Perceived social support, received social support, and depression among clergy. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(7), 2055 – 2073.

<https://doi.org/10.1177/0265407518776134>

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

Lee, S. H., Lee, H., & Yu, S. (2022). Effectiveness of Social Support for Community-Dwelling Elderly with Depression: A Systematic Review and Meta - Analysis. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(9), 1598.

<https://doi.org/10.3390/healthcare10091598>

- Li,C.,Jiang,S.;Li.;NZhang,Q.(2018).Influence of social participatation on life satisfaction and depression among Chinese elderly:Social support as a mediator. *Journal of Community Psycology*,46(3),345-355
- Miao, H., Lu, H., Sun, Y., Ji, J., Lu, Y., Meng, Y., ... & Chen, X. (2024). The protective influence of family support on anxiety, depressive symptoms, and suicidal ideation among elderly Chinese nursing home residents: A study of serial mediation. *Medicine*, 103(4), e36930.
- Nuwamanya, S., Nkola, R., Najjuka, S. M., Nabulo, H., Al-Mamun, F., Mamun, M. A., & Kaggwa, M. M. (2023). Depression in Ugandan caregivers of cancer patients: The role of coping strategies and social support. *Psycho-Oncology*, 32(1), 113-124.
- Sahin, D. S., et al. (2019). The role of perceived social support in elderly depression: A meta-analytic review. *Aging & Mental Health*, 23(1), 33-43.
- Sahin, D. S., Ozer, O., & Yanardag, M. Z. (2019). Perceived social support, quality of life and satisfaction with life in elderly people. *Educational Gerontology*, 45(1), 69 – 77. <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1585065>
- Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. (1981). The health-related functions of social support. In Unsar S, Dindar I, Kurt S. *Activities of daily living, quality of life, social support and depression levels of elderly individuals in Turkish society*. Master thesis, Medical Nursing, Faculty of Sciences, Trakya University, Turkey.
- Schaffer, M. A. (2004). Social Support. In Peterson, S. J. & Bredow, T. S. (Eds.), *Middle Range Theories: Application to Nursing Research* (2nded.). (pp. 179-202). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins., (2020).
- Social Support. In Peterson, S. J. & Bredow, T.S. (Eds.), *Middle Range Theories: Application to Nursing Research* (3rded.). (pp. 373-376). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Simionato, J., Vally, H., & Archibald, D. (2023). Circumstances that promote social connectedness in older adults participating in intergenerational programmes with adolescents: a realist review. *BMJ open*, 13(10), e069765.
- Tengku Mohd,TAM,Yunus,RM,Hairi,F.,Hairi,NN,&Choo,WY (2019)Social support and depression among community dwelling older adults in Asis: a systematic review.

Thittayawadee Intarangkul.(2023).Prevalence and Factors Affecting Depression of the Elderly:A cross-Sectional Study in Thailand.Journal for ReAttach Therapy and Developmental Diversities eISSN:2589-799 March;6(3s):691-697

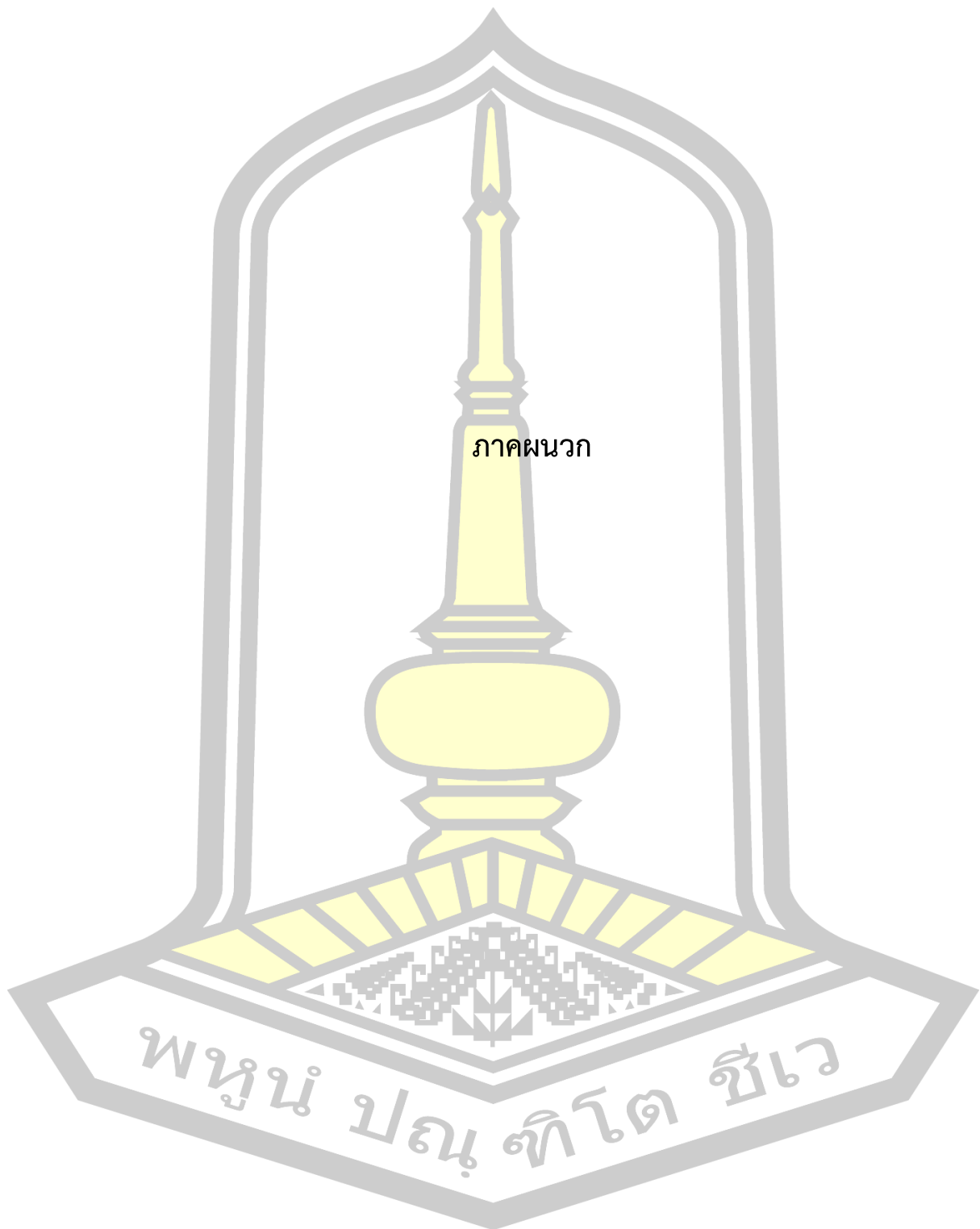
Tariq, A., Beihai, T., Abbas, N., Ali, S., Yao, W., & Imran, M. (2020). Role of Perceived Social Support on the Association between Physical Disability and Symptoms of Depression in Senior Citizens of Pakistan. International journal of environmental research and public health, 17(5), 1485. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051485>

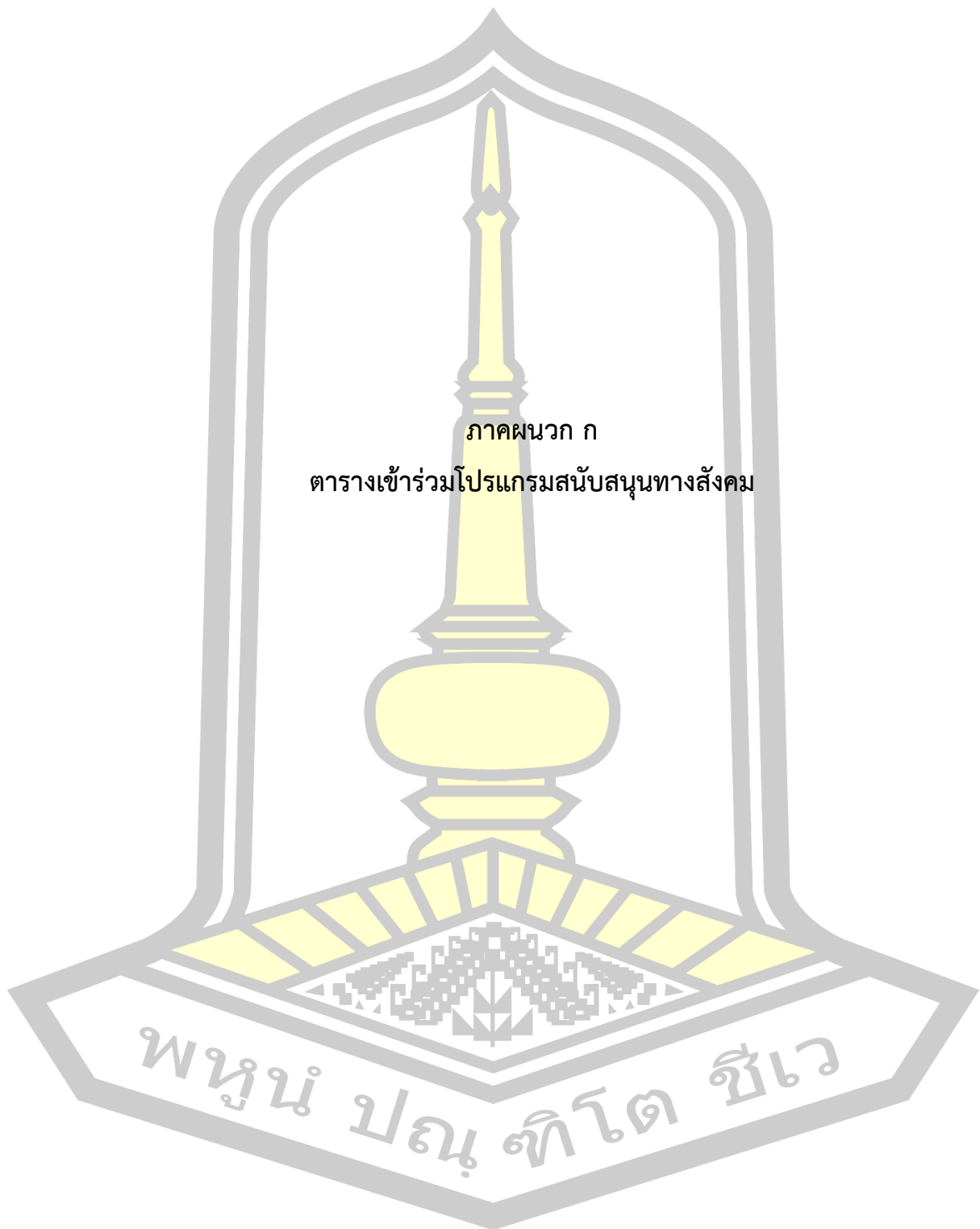
World Health Organization.(2023).Depressive disorder (depression)
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
(Accessed 31 March 2023).

World Health Organization.(2023).Mental health of older adults
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>. (Accessed 20 October 2023).

Zhang Y, Jiang X. The effects of physical activity and exercise therapy on frail elderly depression: A narrative review. Medicine (Baltimore). 2023 Aug 25;102(34)



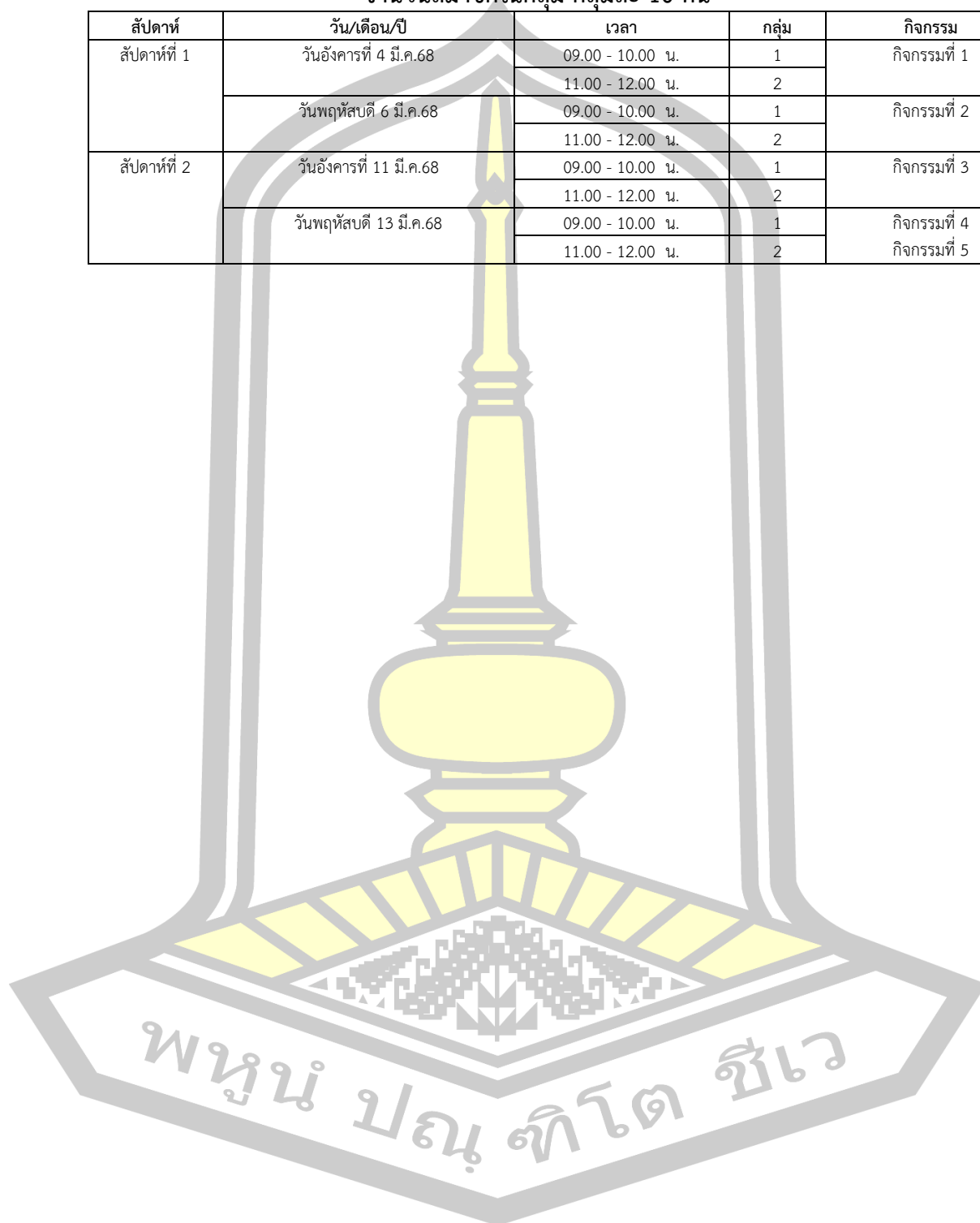


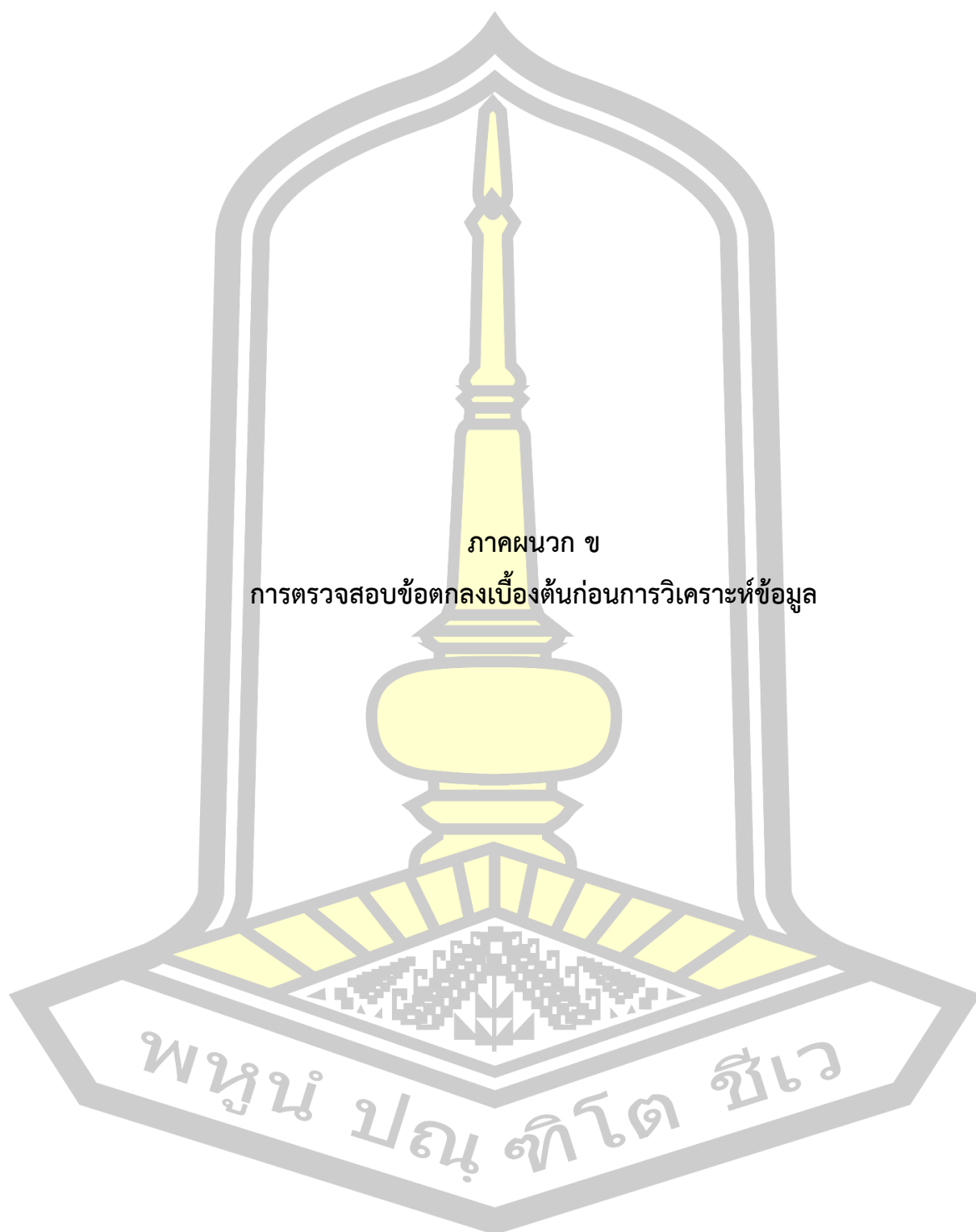


ตารางเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

จำนวนสมาชิกในกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน

สัปดาห์	วัน/เดือน/ปี	เวลา	กลุ่ม	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1	วันอังคารที่ 4 มี.ค.68	09.00 - 10.00 น.	1	กิจกรรมที่ 1
		11.00 - 12.00 น.	2	
	วันพฤหัสบดี 6 มี.ค.68	09.00 - 10.00 น.	1	กิจกรรมที่ 2
		11.00 - 12.00 น.	2	
สัปดาห์ที่ 2	วันอังคารที่ 11 มี.ค.68	09.00 - 10.00 น.	1	กิจกรรมที่ 3
		11.00 - 12.00 น.	2	
	วันพฤหัสบดี 13 มี.ค.68	09.00 - 10.00 น.	1	กิจกรรมที่ 4
		11.00 - 12.00 น.	2	กิจกรรมที่ 5





ภาคผนวก ข

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

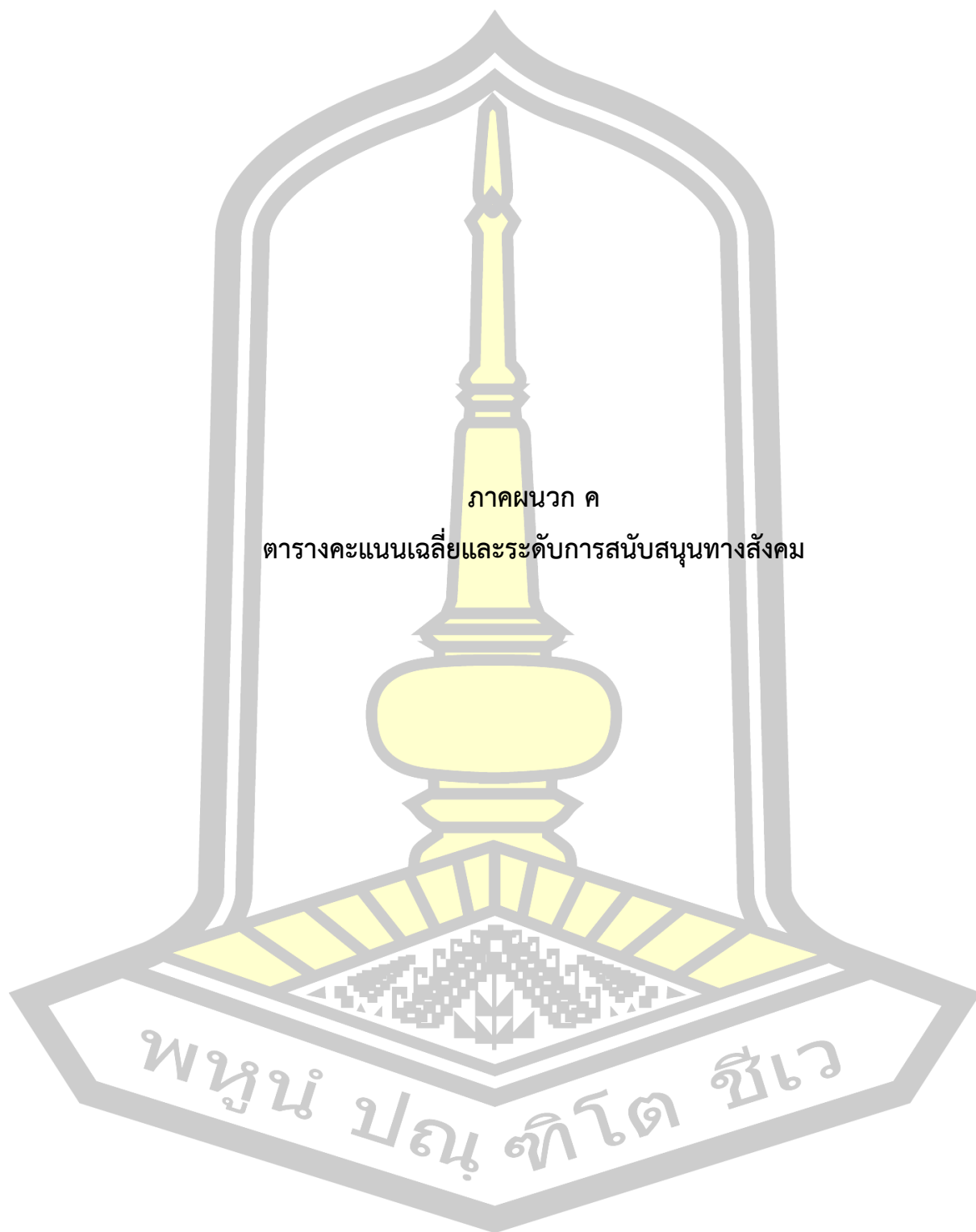
พหุ ประยูร จิตโต ชีวะ

การตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ Shapiro-Wilk Test

แบบประเมิน	กลุ่มทดลอง					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	Statistic	df	sig	Statistic	df	sig
การสนับสนุนทางสังคม	.928	20	.140	.967	20	.683
ภาวะซึมเศร้า	.952	20	.512	.900	20	.042
แบบประเมิน	กลุ่มควบคุม					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	Statistic	df	sig	Statistic	df	sig
การสนับสนุนทางสังคม	.951	20	.385	.951	20	.379
ภาวะซึมเศร้า	.958	20	.511	.899	20	.039

การตรวจสอบคุณสมบัติเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ Skewness & Kurtosis

แบบประเมิน	กลุ่มทดลอง					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	Skewness		Z	Kurtosis		Z
	Statistic	Std.Error		Statistic	Std.Error	
การสนับสนุนทางสังคม	-.754	.512	-1.472	1.181	.992	1.190
ภาวะซึมเศร้า	.426	.512	0.832	-.291	.992	-0.293
แบบประเมิน	กลุ่มควบคุม					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	Skewness		Z	Kurtosis		Z
	Statistic	Std.Error		Statistic	Std.Error	
การสนับสนุนทางสังคม	.104	.512	0.203	-.513	.992	0.517
ภาวะซึมเศร้า	.365	.512	0.712	-.162	.992	-0.203
แบบประเมิน	กลุ่มควบคุม					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	Skewness		Z	Kurtosis		Z
	Statistic	Std.Error		Statistic	Std.Error	
การสนับสนุนทางสังคม	.043	.512	0.083	-1.200	.992	-0.16
ภาวะซึมเศร้า	.670	.512	1.308	-.354	.992	-0.356



ภาคผนวก ค

ตารางคะแนนเฉลี่ยและระดับการสนับสนุนทางสังคม

พหุ ประจันต์ ชัยเว

ตารางคะแนนเฉลี่ยและระดับการสนับสนุนทางสังคม ก่อน หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีทุกกิจกรรม หลังทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการพยาบาลปกติ

คนที่	คะแนนก่อนการทดลอง / แปลผล	ระหว่างการทดลอง/แปลผล			กิจกรรมที่ 4 และ 5 หลังการทดลอง / แปลผล
		กิจกรรมที่ 1	กิจกรรมที่ 2	กิจกรรมที่ 3	
1	73.00 ปานกลาง	92.00 ปานกลาง	97.00 สูง	102.00 สูง	98.00 สูง
2	78.00 ปานกลาง	91.00 ปานกลาง	100.00 สูง	93.00 สูง	97.00 สูง
3	80.00 ปานกลาง	106.00 สูง	104.00 สูง	86.00 ปานกลาง	100.00 สูง
4	73.00 ปานกลาง	78.00 ปานกลาง	98.00 สูง	90.00 ปานกลาง	100.00 สูง
5	78.00 ปานกลาง	81.00 ปานกลาง	103.00 สูง	109.00 สูง	92.00 ปานกลาง
6	55.00 ต่ำ	68.00 ปานกลาง	105.00 สูง	96.00 สูง	86.00 ปานกลาง
7	86.00 ปานกลาง	84.00 ปานกลาง	97.00 สูง	100.00 สูง	100.00 สูง
8	89.00 ปานกลาง	96.00 สูง	106.00 สูง	87.00 ปานกลาง	103.00 สูง
9	86.00 ปานกลาง	77.00 ปานกลาง	97.00 สูง	96.00 สูง	97.00 สูง
10	67.00 ปานกลาง	82.00 ปานกลาง	102.00 สูง	91.00 ปานกลาง	89.00 ปานกลาง
11	72.00 ปานกลาง	81.00 ปานกลาง	103.00 สูง	103.00 สูง	93.00 สูง
12	72.00 ปานกลาง	88.00 ปานกลาง	107.00 สูง	100.00 สูง	94.00 สูง
13	69.00 ปานกลาง	102.00 สูง	105.00 สูง	97.00 สูง	97.00 สูง
14	74.00 ปานกลาง	94.00 สูง	99.00 สูง	98.00 สูง	88.00 ปานกลาง
15	75.00 ปานกลาง	89.00 ปานกลาง	104.00 สูง	93.00 สูง	90.00 ปานกลาง
16	75.00 ปานกลาง	93.00 สูง	108.00 สูง	98.00 สูง	94.00 สูง
17	80.00 ปานกลาง	83.00 ปานกลาง	99.00 สูง	95.00 สูง	98.00 สูง
18	51.00 ต่ำ	96.00 สูง	106.00 สูง	95.00 สูง	91.00 ปานกลาง
19	75.00 ปานกลาง	88.00 ปานกลาง	105.00 สูง	99.00 สูง	85.00 ปานกลาง
20	91.00 ปานกลาง	102.00 สูง	106.00 สูง	102.00 สูง	98.00 สูง

พูน ปณ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ง

เอกสารชี้แจงและไต่ถามของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

พหุ ประทีป ชีวะ

**เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)**

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางกิตติยาภรณ์ บุญไพโรจน์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Effects of social support program on depression in older adults.)” โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ 1) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและได้รับการดูแลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ คือ

1. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่สอดคล้องกับบริบท และความต้องการของผู้สูงอายุ สามารถใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้บริการของพยาบาลจิตเวชในชุมชน โดยการใช้เป็นแนวทางการดูแลภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน ภายใต้การใช้องค์ความรู้และข้อมูลเชิงประจักษ์
3. มีโปรแกรม/กิจกรรม ที่ใช้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามในประเด็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วน จำนวน 47 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 - 45 นาที และจะขอรับแบบสอบถามคืนโดยผู้ช่วยวิจัย

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต

ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางกิตติยาภรณ์ บุญไพโรจน์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เบอร์โทรศัพท์ 085-3242235

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

.....
(นางกิตติยาภรณ์ บุญไพโรจน์)

ผู้วิจัย

**แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร
(สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)**

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย)นามสกุล อายุ ปี
บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจาก นางกิตติยาภรณ์ บุญไพโรจน์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เกี่ยวกับการ เป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย, รายละเอียดของขั้นตอนต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ, ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟังคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถามโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือ ข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุป ผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

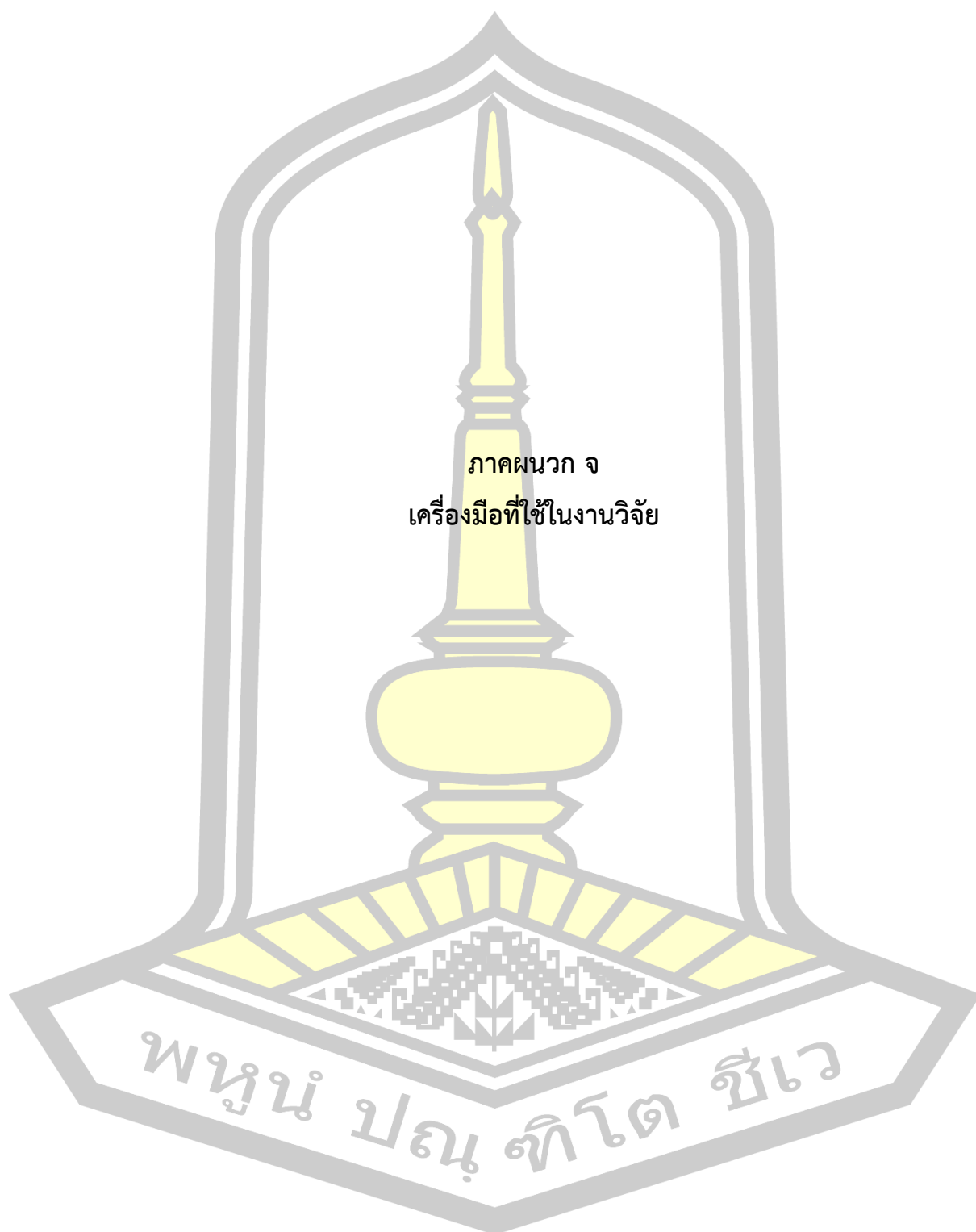
“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และ ข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสีย สิทธิใดๆในการต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต
ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือ ชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน (กรณีได้อ่านคำชี้แจงให้อาสาสมัครฟัง)
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม
(.....)
วันที่.....

พจนันต์ ปิ่นสุภา



ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต สีเว

แบบสอบถาม

คำชี้แจง แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม และได้รับการดูแลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ คำตอบของท่านมีคุณค่าอย่างยิ่งต่องานวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลจากท่านไว้เป็นความลับ โดยจะนำไปใช้ในการสรุปผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงและสมบูรณ์ จะช่วยให้งานวิจัยดำเนินไปด้วยความถูกต้อง ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดตอบแบบสอบถามตามความคิดเห็นของท่านอย่างรอบคอบและครบทุกข้อ

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS 15 ข้อ) จำนวน 15 ข้อ

ผู้วิจัยขอขอบคุณในความกรุณาของท่านมา ณ. โอกาสนี้
กิตติยาภรณ์ บุญไพโรจน์
ผู้วิจัย

พูน ปณ ทิโต ชีเว

เลขที่บันทึก.....

วันที่บันทึก.....

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง แบบบันทึกนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับตัวท่าน กรุณาตอบแบบสอบถาม โดยทำเครื่องหมาย (✓) หรือเติมคำลงในช่องว่างตามข้อคำถามที่กำหนดให้

1. เพศ (.....) ชาย (.....) หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี(นับจำนวนเต็มปี)
3. สถานภาพสมรส
(.....) คู่ (.....) โสด (.....) หม้าย (.....) หย่าร้าง (.....) แยกกันอยู่
4. ปัจจุบันท่านมีรายได้
(.....) ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน (.....) 5,001 – 10,000 บาท/เดือน (.....) 10,001 บาท/เดือนขึ้นไป
5. จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัว (รวมทั้งตัวผู้ปวยด้วย)
(.....) 1 คน (.....) 2 คน (.....) 3 คน (.....) มากกว่า 4 คนขึ้นไป
6. ระดับการศึกษา
(.....) ไม่ได้เรียนหนังสือ (.....) ประถมศึกษา (.....) อาชีวะ อนุปริญญา (.....) ปริญญาตรี (.....) สูงกว่าปริญญาตรี (.....) อื่น ๆ โปรดระบุ
7. ประวัติการเจ็บป่วย โรคประจำตัวอื่น ๆ
(.....) มี (.....) ไม่มี

พูน ปรุ ทิโต ชีเว

ส่วนที่ 2 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยการประเมินตามเหตุการณ์และความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ในช่องคำตอบที่เหมาะสม และเป็นจริงตรงกับตัวท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงข้อเดียว

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น น้อยที่สุด

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น น้อย

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ปานกลาง

มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น มาก

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น มากที่สุด

ข้อที่	ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ท่านมีคนที่ท่านไว้วางใจ และสามารถพูดคุยปัญหาต่าง ๆ ได้					
2	บุคคลรอบข้าง ญาติมิตร หรือเพื่อนบ้าน ไม่เคยแสดงกิริยาที่ทำให้ท่านหมดกำลังใจ					
3	คนใกล้ชิดทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นมั่นใจ และปลอดภัย					
4	คนใกล้ชิดไม่ทำให้ท่านรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง					
5	คนใกล้ชิดรับทราบปัญหาและความต้องการของท่านดี					
6	คนใกล้ชิดให้ความเคารพนับถือ และไม่แสดงท่าทีรังเกียจท่าน					
7	เมื่อคนใกล้ชิดมีปัญหา จะมาขอคำปรึกษา คำแนะนำ หรือความช่วยเหลือจากท่าน					
8	คนใกล้ชิด สนับสนุนช่วยเหลือให้ท่านดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง					
9	คนใกล้ชิดเห็นว่าท่านเป็นคนมีประโยชน์					
10	ท่านได้รับความไว้วางใจ ให้รับผิดชอบงานต่าง ๆ					
11	ตั้งแต่เจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน ท่านยังคงไปมาหาสู่กับคนอื่นสม่ำเสมอ					

12	ท่านมีโอกาสให้ความคิดเห็นหรือตัดสินใจร่วมกับคนอื่น					
13	ท่านและคนอื่น ๆ ร่วมมือกันทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในหมู่บ้าน เช่น ตามประเพณี งานสังสรรค์ หรือกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น					
14	ท่านรู้เรื่องราวความเป็นไปของคนรอบตัวท่าน เช่นเดียวกับคนอื่น					
15	คนรอบตัวแสดงให้ท่านรู้ว่า ท่านมีส่วนช่วยในงานของส่วนรวม					
16	เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงินมีคนช่วยเหลือท่านได้					
17	เมื่อท่านขาดแคลนของใช้ เสื้อผ้า อาหาร และสิ่งต่าง ๆ มีคนคอยช่วยเหลือท่าน					
18	เมื่อท่านมีอาการไม่สบาย หรืออาการของโรคกำเริบท่านมีคนคอยช่วยเหลือดูแลพาไปพบแพทย์					
19	เมื่อท่านไม่สามารถทำงานที่ท่านรับผิดชอบได้ มีคนช่วยทำงานแทนท่านได้					
20	ท่านได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการตรวจรักษาโรค และช่วยเหลือเท่าที่จำเป็น					
21	ท่านได้รับความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคที่ท่านเป็นอยู่					
22	ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการรักษา					
23	มีคนคอยบอกกล่าว หรือตักเตือนให้ท่านปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตามที่ได้รับคำแนะนำ					
24	เมื่อท่านมีปัญหา หรือมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ท่านมีคนที่สามารถช่วยเหลือ แก้ปัญหา หรือข้อสงสัยของท่าน					
25	มีคนให้คำแนะนำ และเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ต่อการดำเนินชีวิตของท่าน					

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-15)

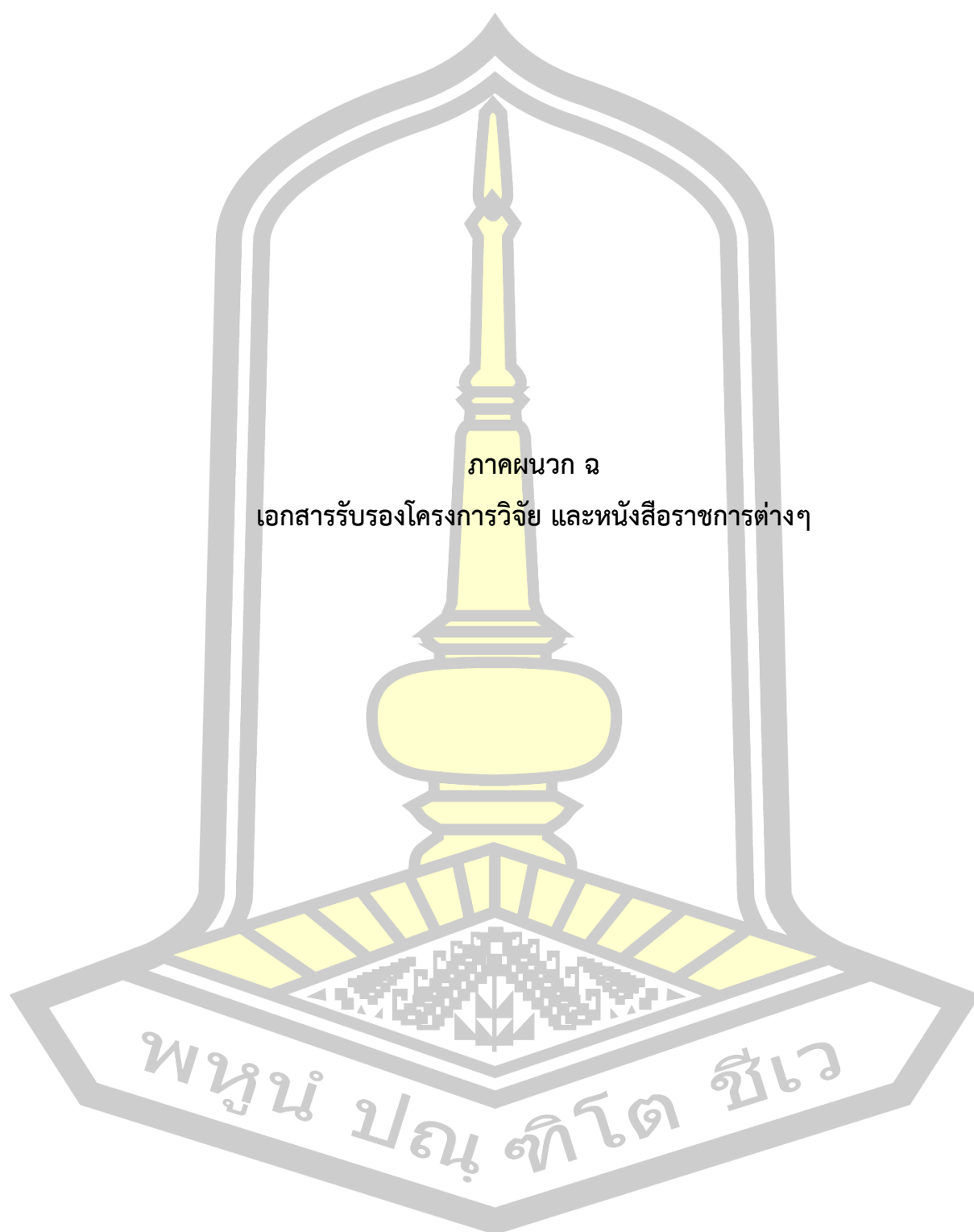
คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ ผ่านมา

ให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน

ให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

หัวข้อ	คำตอบ	
	ใช่	ไม่ใช่
1. โดยทั่วไปแล้วคุณ พึงพอใจกับชีวิต ตัวเองหรือไม่		
2. คุณลดกิจกรรมหรือ ความสนใจในสิ่ง ต่าง ๆ ลง หรือไม่		
3. คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณว่างเปล่าหรือไม่		
4. คุณรู้สึกเบื่อ ๆ อยู่บ่อยครั้งหรือไม่		
5. คุณอารมณ์ดีเป็นส่วนใหญ่		
6. คุณกลัวว่าจะไร้ร้าย ๆ จะเกิดขึ้นกับคุณหรือไม่		
7. คุณรู้สึกมีความสุขเป็นส่วนใหญ่หรือไม่		
8. คุณรู้สึกหมดหนทางอยู่บ่อยครั้งหรือไม่		
9. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าออกไปหาอะไรทำนอกบ้านหรือไม่		
10. คุณรู้สึกว่าคุณมีปัญหาความจำมากกว่าใคร ๆ		
11. คุณคิดว่าการที่มีชีวิตอยู่มาได้จนถึงทุกวันนี้ มันช่างแสนวิเศษใช่หรือไม่		
12. คุณรู้สึกหรือไม่ว่าชีวิตที่กำลังเป็นอยู่ตอนนี้ช่างไร้ค่าเหลือเกิน		
13. คุณรู้สึกมีกำลังเต็มที่หรือไม่		
14. คุณรู้สึกหมดหวังกับสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่หรือไม่		
15. คุณคิดว่าคนอื่น ๆ ดีกว่าคุณหรือไม่		

พูน ปณ ทิโต ชีเว





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 702-657/2567

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Effects of social support program on depression in older adults.

ผู้วิจัย : นางกิตติยาภรณ์ บุญโพธิ์โรจน์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : ชุมชนชนบท ณ จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 20 พฤศจิกายน 2567

วันหมดอายุ : 19 พฤศจิกายน 2568

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

ภคร์ สว่างจิตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษียรหญิงรัตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขซึ่งระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

พญ. ปณ. ที.โต ชิง



ที่ อว ๘๓๗๘(๑).๕.๕/๑๔

สำนักทะเบียนและประมวลผล
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๒๓๓๔ ถ.ห้วยแก้ว ต.สุเทพ
เชียงใหม่ เชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้งผลการอนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย
เรียน คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
อ้างถึง หนังสือที่ อว ๐๖๐๕.๓๓/๒๐๕๔ ลงวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๗

ตามที่ นางกิตติยาภรณ์ บุญโพธิ์โรจน์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ซึ่งเป็นผู้วิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ” มีความประสงค์ขออนุญาตนำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของอาจารย์อัญญาภรณ์ สุทธิชัย ไปใช้ในสนามวิจัยนั้น

ในการนี้ มหาวิทยาลัยได้พิจารณาอนุญาตให้นางกิตติยาภรณ์ บุญโพธิ์โรจน์ ใช้เครื่องมือวิจัยของอาจารย์อัญญาภรณ์ สุทธิชัย เพื่อนำไปประกอบกรทำวิจัยดังกล่าว



จึงเวียนมาเพื่อโปรดทราบ

(อาจารย์ ดร.ณชัย ปราบธนาผล)
รองผู้อำนวยการสำนักฯ ปฏิบัติการแทน
ผู้อำนวยการสำนักทะเบียนและประมวลผล

ฝ่ายตรวจสอบและรับรองการศึกษา
โทรศัพท์ ๐-๕๓๓๐๔-๔๒๓๓๓

เอกสารฉบับนี้ใช้ลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ ตามพระราชบัญญัติ ว่าด้วยธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. ๒๕๓๔
และชื่อบังคับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ว่าด้วยการใช้ลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. ๒๕๖๔

มณู ทัช ๖๗

ที่ อว 0605.11/ ๒๒๑๓

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

๑๒ ธันวาคม 2567

เรื่อง ขออนุญาตให้มีสิทธิพยาบาลระดับปริญญาโทเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสำโรง

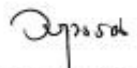
สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. โฉนร่างการวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ
	2. เครื่องมือวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางกิตติยาภรณ์ บุญโพธิ์โรจน์ รหัสนิสิต 65010481003 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศุภณี รุจกรกานต์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในตำบลที่อยู่ในตำบลสำโรง เขตรับผิดชอบกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม จำนวน 30 คน โดยให้ผู้สูงอายุ ทำแบบสอบถาม 1 ชุด จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 2) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม 3) ส่วนที่ 3 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-15) และทดสอบโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 702-657/2567 ลงวันที่ 20 พฤศจิกายน 2567 เรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ นางกิตติยาภรณ์ บุญโพธิ์โรจน์ เข้าเก็บข้อมูลในหน่วยงานของท่าน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยให้มีความเหมาะสม ในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุรพร ก้าวหน้าไกล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.ศุภณี รุจกรกานต์ เบอร์โทรศัพท์มือถือ: 081-8731335
ชื่อนิสิต นางกิตติยาภรณ์ บุญโพธิ์โรจน์ เบอร์โทรศัพท์มือถือ: 089-3242235Email: 65010481003@msu.ac.th

พูน ปลูก ปลูก ปลูก ปลูก

ที่ อว 0605.11/๒392



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 64150

12 ธันวาคม 2567

เรื่อง ขออนุญาตให้นักศึกษาระดับปริญญาโทเข้าเก็บข้อมูลวิจัยเพื่อทำวิทยานิพนธ์

เรียน สาธารณสุขอำเภอสำโรง

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. โครงการการวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ
	2. เครื่องมือวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางกิตติยาภรณ์ บุญโพธิ์โรจน์ รหัสนิสิต 65010481003 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ศรณี รุจกรกานต์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในตำบลโคกก่อ เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม รวม จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน ซึ่งกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองจะดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตามปกติ โดยการทำกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที ดำเนินการติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ทั้งนี้ได้มีความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 702-657/2567 ลงวันที่ 20 พฤศจิกายน 2567 เรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดังกล่าวไปเก็บข้อมูลในหน่วยงานของท่าน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิจัยให้มีความเหมาะสมในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ทั้งนี้เป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณ ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.ศรณี รุจกรกานต์ เบอร์โทรศัพท์มือถือ: 081-8731335

ชื่อนิสิต นางกิตติยาภรณ์ บุญโพธิ์โรจน์ เบอร์โทรศัพท์มือถือ: 089-3242235 Email: 65010481003@msu.ac.th

ที่ ๒๖ ๐๖๐๕.๑๑/๒๖๒๙



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลสามแเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพสรวงศ์

ด้วยนางกิตติยาภรณ์ บุญโพธิ์โรจน์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.ศรณี รุจกรกานต์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า ดร.พิชราพร ศวรรณสุ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว ในกรณี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากรของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร ๐๔๓-๖๕๔๖๕๖

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.ศรณี รุจกรกานต์ เบอร์โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๑-๘๕๖๖๓๕

ชื่อนิสิต นางกิตติยาภรณ์ บุญโพธิ์โรจน์ เบอร์โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๕-๖๕๔๖๕๖๕ email: ๒๕๐๖๐๕๕๐๐๓@msu.ac.th

มณู ทีไท

ที่ ฮว ๐๖๐๕.๑๖/๒๕๖๖



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเือง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวารินชำราบ

ด้วยนางกิตติยาภรณ์ บุญโพธิ์โรจน์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ" โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.ศุภณี รุจกรกานต์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า นายแพทย์ประภัทร เลิศฤาชาชัย ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ บุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว ในกรณีนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากรของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุรรม ก้าวหน้าไกล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์โทรสาร ๐๔๓-๗๕๕๓๗๖

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.ศุภณี รุจกรกานต์ เบอร์โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๐-๘๖๖๑๕๓

จึงนิติน นางกิตติยาภรณ์ บุญโพธิ์โรจน์ เบอร์โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๕-๙๐๖๖๓๕๓ email: ๒๕๖๑๐๕๒๑๐๐๖๓@msu.ac.th

ที่ อว ๐๖๐๕.๓๔/๒๒๙๖



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๓๕๐

๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ด้วยนางกิตติยาภรณ์ บุญโพธิ์โรจน์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ" โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.ศุภณี รุจกรกานต์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า ดร.รุ่งรัตน์ พลตะไกร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว ในกรณีนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากรของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุรธร ก้าวหน้าไกล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขาธิการ โทรศัพท์/โทรสาร ๐๔๓-๗๕๔๐๕๗
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.ศุภณี รุจกรกานต์ เบอร์โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๕-๘๒๖๓๓๕
ชื่อนิสิต นางกิตติยาภรณ์ บุญโพธิ์โรจน์ เบอร์โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๕-๖๒๕๒๖๕ email: ๒๕๐๖๐๔๘๒๐๑@msu.ac.th

มณู ที ๒๕

ที่ อว ๐๖๐๕.๓๖/๒๒๙๒



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๓๕๐

๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน คณะสัตวศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ด้วยนางกิตติยาภรณ์ บุญโพธิ์โรจน์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ" โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.ศุภณี รุ่งกรกานต์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงแพรววรินทร์ ว่องสุภักค์พันธุ์ อาจารย์สาขาจิตเวชศาสตร์ สังกัดวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว ในกรณีนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากรของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการหาคำดัชนีความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิวรรณ ก้าวหน้าไกล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร ๐๔๓-๖๕๖๓๒๕
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.ศุภณี รุ่งกรกานต์ เบอร์โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๖-๕๓๓๖๖๖๕
ชื่อนิสิต นางกิตติยาภรณ์ บุญโพธิ์โรจน์ เบอร์โทรศัพท์มือถือ: ๐๘๕-๖๒๕๖๓๕๓ email: น๕๐๖๐๕๓๕๐๐๓@msu.ac.th

ม.นุ. ๒๖

ที่ ฮว ๐๖๐๕.๑๑/๒๒๕๕



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลสามแเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๕๐

๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชโกล

ด้วยนางกิตติยาภรณ์ บุญโพธิ์โรจน์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ" โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร.ศุภณี รุจกรกานต์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า นายอนุสร การะเกษ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว ในกรณี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากรของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการหาคำตัดสินความตรงตามเนื้อหาของ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

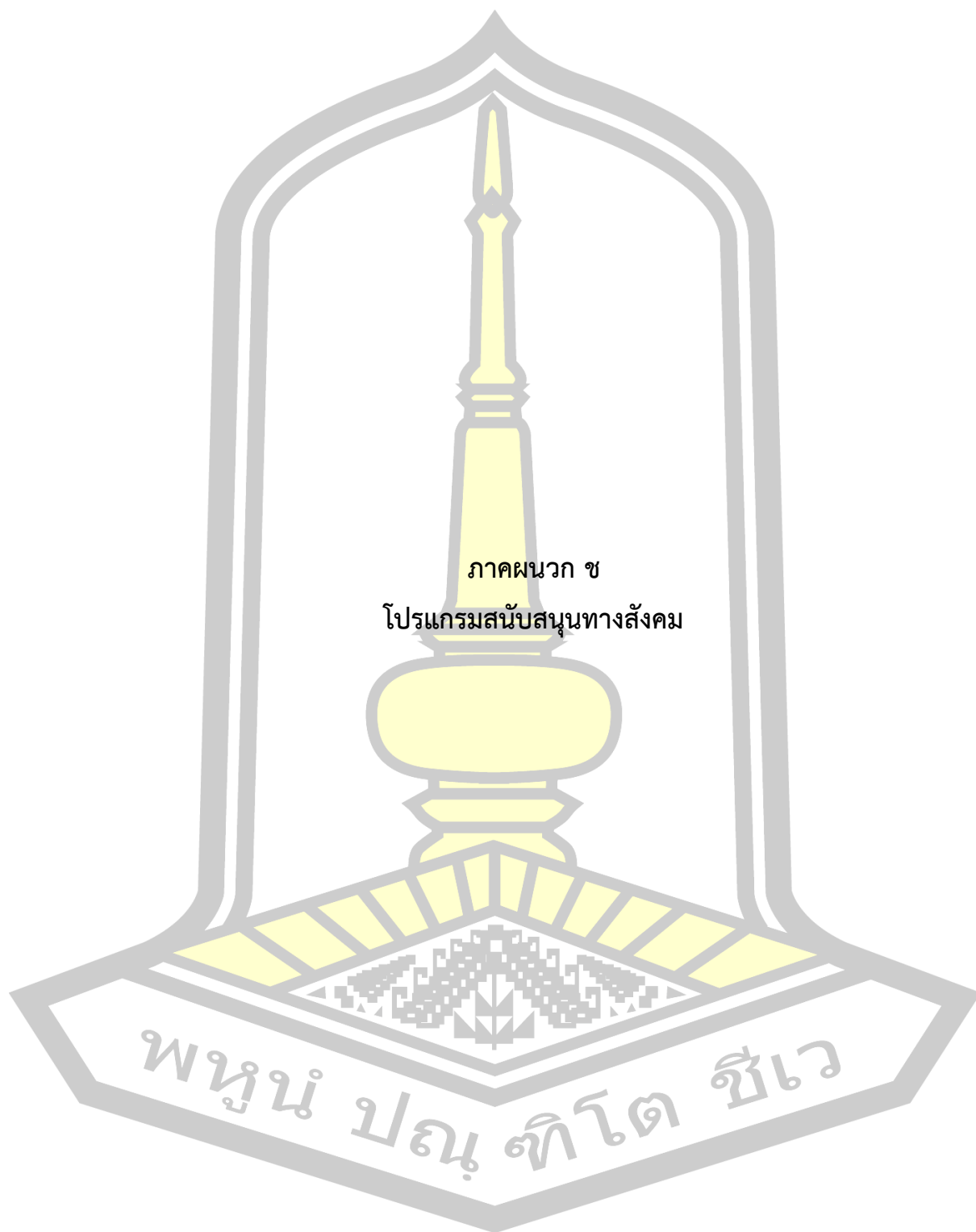
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จรรยาณ กวัญหน้าโกล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานและบุคลากร โทรศัพท/โทรสาร ๐๔๓-๗๕๖๔๖๗
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.ศุภณี รุจกรกานต์ เบอร์โทรศัพทมือถือ: ๐๘๑-๘๗๖๓๖๓๓
ชื่อ นิสิต นาสิตติยาภรณ์ บุญโพธิ์โรจน์ เบอร์โทรศัพทมือถือ: ๐๘๓-๖๕๖๒๖๓๓ email: ๒๒๖๐๕๑๑๑๑๑๑@msu.ac.th

มณู ที ใจ



คู่มือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า



นิสิตหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คำนำ

ภาวะซึมเศร้า เป็นการเจ็บป่วยที่สำคัญในวัยผู้สูงอายุ จำเป็นต้องได้รับการดูแล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้า หรือเมื่อเกิดขึ้นแล้ว สามารถลดภาวะซึมเศร้า ทูเลา หรือหายจากอาการซึมเศร้าได้ ภาวะซึมเศร้าเมื่อเกิดขึ้นแล้ว ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเอง เช่น การทำร้ายตัวเองและการฆ่าตัวตาย กระทบบุคคลรอบข้าง สังคม และประเทศชาติ ในเรื่องของงบประมาณในการติดตามรักษา การดูแลผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องมีกิจกรรมทักษะ และความรู้ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วม รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และรู้สึกถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และพบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นวิธีที่สามารถป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าได้ ผู้จัดทำได้นำแนวทางการสนับสนุนทางสังคมของ (Cobb, 1976) ร่วมกับแนวทางการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้านคือ 1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2. การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง 3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและ 5. ด้านวัตถุประสงค์ของและบริการ และได้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking Process) 5 ขั้นตอน มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ โดยโปรแกรมประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดำเนินการใน 2 สัปดาห์

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเล่มนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อเข้าร่วมในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและสามารถ จัดการกับภาวะซึมเศร้าของตนเองได้

กิตติยาภรณ์ บุญไพโรจน์
ผู้จัดทำ

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

วัตถุประสงค์

คู่มือโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนี้ จัดทำขึ้นสำหรับพยาบาลจิตเวช ในการดูแลผู้สูงอายุ

1. ใช้ฝึกอบรมดูแลผู้สูงอายุ ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ให้สามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้าของตนเอง
2. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวช ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

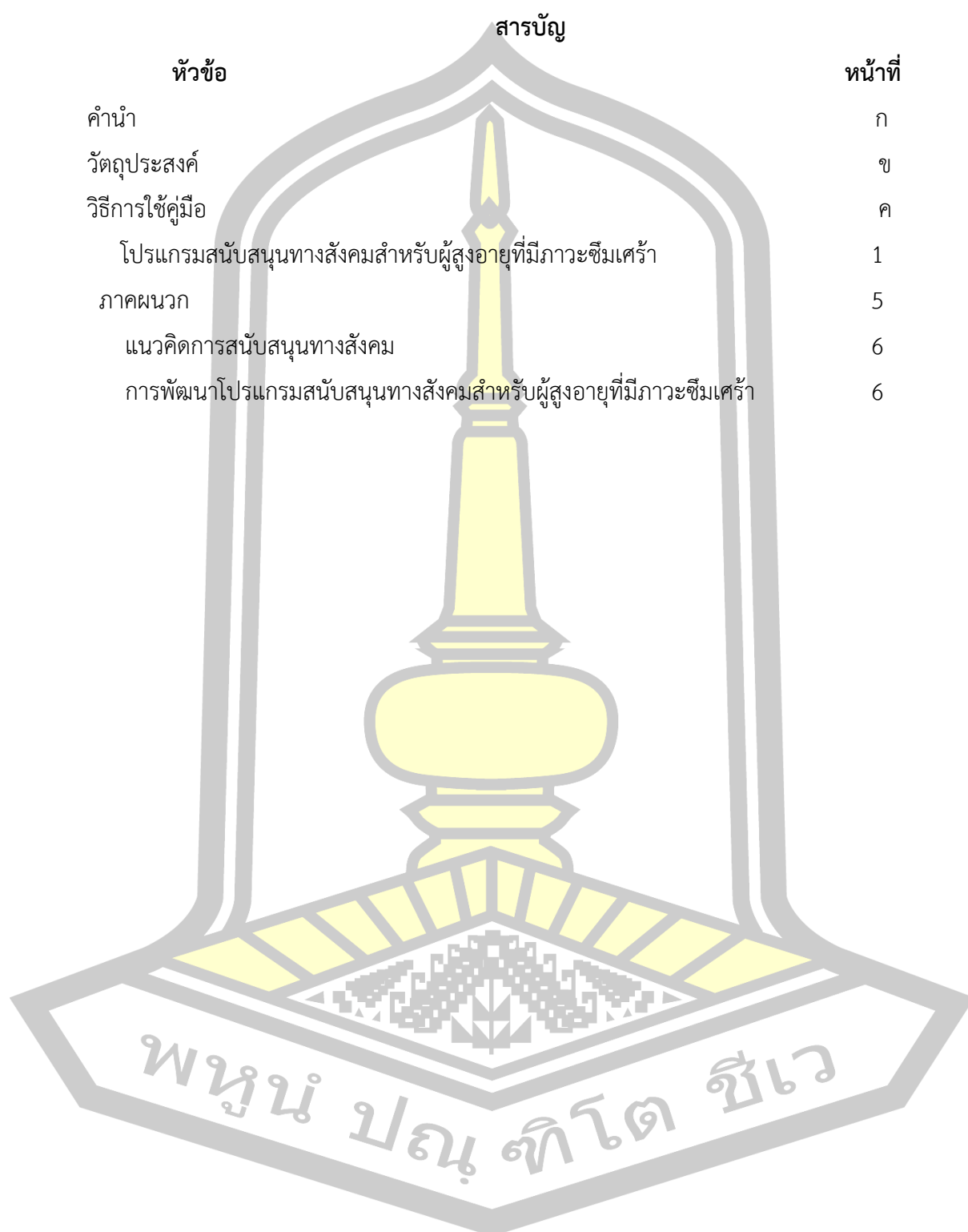


วิธีการใช้คู่มือ

1. ผู้ที่จะนำคู่มือไปใช้ จะต้องทำความเข้าใจกับมโนทัศน์ และสาระในทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม และเรื่องของความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
2. ศึกษาคู่มืออย่างละเอียดก่อนนำไปใช้
3. ทดลองคู่มือก่อนนำไปใช้จริง โดยทดลองกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
4. คัดเลือกผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง
5. จำนวนผู้สูงอายุที่จะเข้าร่วมโปรแกรมไม่ควรเกิน 12 คน และจำนวนที่เหมาะสมในการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งละ 8 - 10 คน



สารบัญ		หน้าที่
หัวข้อ		
คำนำ		ก
วัตถุประสงค์		ข
วิธีการใช้คู่มือ		ค
โปรแกรมสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า		1
ภาคผนวก		5
แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม		6
การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า		6



พูน พนุ ทิโต ชีเว

โปรแกรมสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ประกอบด้วย 5 กิจกรรม โดยจัดกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 วัน ดำเนินการใน 2 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรม แนะนำโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้จักกันและสร้างความคุ้นเคย
2. เพื่อให้เข้าใจในเรื่องภาวะซึมเศร้า และผู้สูงอายุกับภาวะซึมเศร้า

ระยะเวลาที่ใช้ 60 นาที

รูปแบบ/อุปกรณ์ที่ใช้ การบรรยาย กิจกรรมกลุ่ม คลิปวิดีโอที่ค้นจากยูทูปเรื่องภาวะซึมเศร้า

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยกล่าวทักทาย แนะนำทีม และให้ผู้สูงอายุแนะนำตัว ด้วยกิจกรรมสนทนา การ เรื่อง การแนะนำชื่อของตนเอง โดยการพูดชื่อตัวเองต่อด้วยคำว่าเอาอะไรมาฝาก เช่น “ฉันชื่อสวยวันนี้เอากล้วยมาฝาก” เพื่อสร้างความคุ้นเคย และกล่าวถึงกิจกรรมที่จะทำในวันนี้ แจ้งเวลาในการดำเนินกิจกรรม เป็นเวลา 60 นาที

2. ชี้แจงวัตถุประสงค์และลักษณะของกิจกรรมในโปรแกรม ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมทั้งหมด ให้ผู้สูงอายุบอกความคาดหวังของตนเอง และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสอบถามเพิ่มเติม

3. ให้ผู้สูงอายุร่วมกันกำหนดกติกาในครั้งนี้ เช่น การรักษาความลับ การตรงต่อเวลา ฯลฯ

4. ผู้สูงอายุ คลิปวิดีโอที่ค้นจากยูทูปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุใช้เวลา 6 นาที เมื่อจบแล้วให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องของคลิปวิดีโอ และสิ่งที่ได้เรียนรู้

5. ผู้วิจัยบรรยายสั้น ๆ เพิ่มเติมเกี่ยวกับ ความหมายของภาวะซึมเศร้า อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ผลกระทบเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้า การรักษาภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองจากภาวะซึมเศร้า

6. เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ซักถามในสิ่งที่สงสัยเพิ่มเติม และเชื่อมโยงกับคลิปวิดีโอ

7. ให้ผู้สูงอายุทุกคนในกลุ่มสะท้อนคิดในเรื่องภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะซึมเศร้าคืออะไร ทำไมถึงเกิดได้กับผู้สูงอายุ คนเรามีโอกาสรู้สึกว่ามีอาการซึมเศร้าได้เองหรือไม่ เราควรทำอย่างไรเมื่อรู้สึกว่ามีภาวะซึมเศร้า ใครบ้างที่จะช่วยเราได้ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 การสำรวจตนเอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ผู้สูงอายุ ได้ยอมรับซึ่งกันและกัน เข้าใจ และยอมรับฟังความคิดเห็นระหว่างกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุทำความเข้าใจตนเองในอาการซึมเศร้า
2. รับฟังผู้อื่นและยอมรับในอาการซึมเศร้าของผู้อื่น
3. ให้แสดงออกถึงความเข้าใจผู้อื่น และแสดงการ Support ผู้อื่น

ระยะเวลาที่ใช้ 60 นาที

รูปแบบ/อุปกรณ์ที่ใช้ การบรรยาย กิจกรรมกลุ่ม

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และกล่าวถึงกิจกรรมที่จะทำในวันนี้ แจ้งเวลาในการดำเนินกิจกรรม เป็นเวลา 60 นาที
2. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมที่ทำในสัปดาห์ก่อน
3. ผู้สูงอายุจับคู่กัน และเล่าให้กันฟังถึงวิธีการเผชิญความซึมเศร้า โดยใช้คำถาม เช่น “เวลาฉันเหงา รู้สึกโดดเดี่ยว นอนไม่หลับ รู้สึกเศร้าๆ ฉันทำอะไรให้หาย” และมีกติกาว่าผู้รับฟังจะต้องชมเชยวิธีการที่ใช้ดีอย่างไร และคิดว่าจะนำไปปรับใช้กับตัวเองอย่างไร
4. ให้ผู้สูงอายุพูดถึงการได้รับการได้รับการช่วยเหลือ “เวลามีปัญหา ได้รับการช่วยเหลือจากใครบ้าง” และคิดว่าการได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นรู้สึกอย่างไรบ้าง
5. เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ แสดงความคิดเห็น ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตน เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และผู้สูงอายุได้เข้าใจความรู้สึกของตนเอง การเรียนรู้การเผชิญปัญหา การมีคุณค่าในตัวเอง ให้ผู้สูงอายุกล่าวขอบคุณ ผู้สูงอายุคนอื่น อย่างน้อย 1 คน และทุกคนต้องได้รับคำขอบคุณ
6. ผู้สูงอายุยืนล้อมวง จับมือและกล่าวขอบคุณกัน เมื่อจบกิจกรรมให้ผู้สูงอายุขอบคุณคู่ของตนเองที่ได้เล่าเรื่องดีๆ และตนเองได้เรียนรู้กับความเศร้ามากขึ้น

พูน ปณ ทิโต ชีเว

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 กิจกรรมการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง โดยผลิตพวงกุญแจการ์ดวัดความเศร้า ใช้การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของและบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้ใช้ประเมินตัวเอง และบุคคลรอบข้างรวมถึงแนะนำแหล่งข้อมูลที่ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงบริการในการดูแลเมื่อมีภาวะซึมเศร้า

ระยะเวลาที่ใช้ 60 นาที

รูปแบบ/อุปกรณ์ที่ใช้ การบรรยาย กิจกรรมกลุ่ม พวงกุญแจสำเร็จ กระดาษ กรรไกร

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ และกล่าวถึงกิจกรรมที่จะทำในวันนี้ แจ้งเวลาในการดำเนินกิจกรรม เป็นเวลา 60 นาที

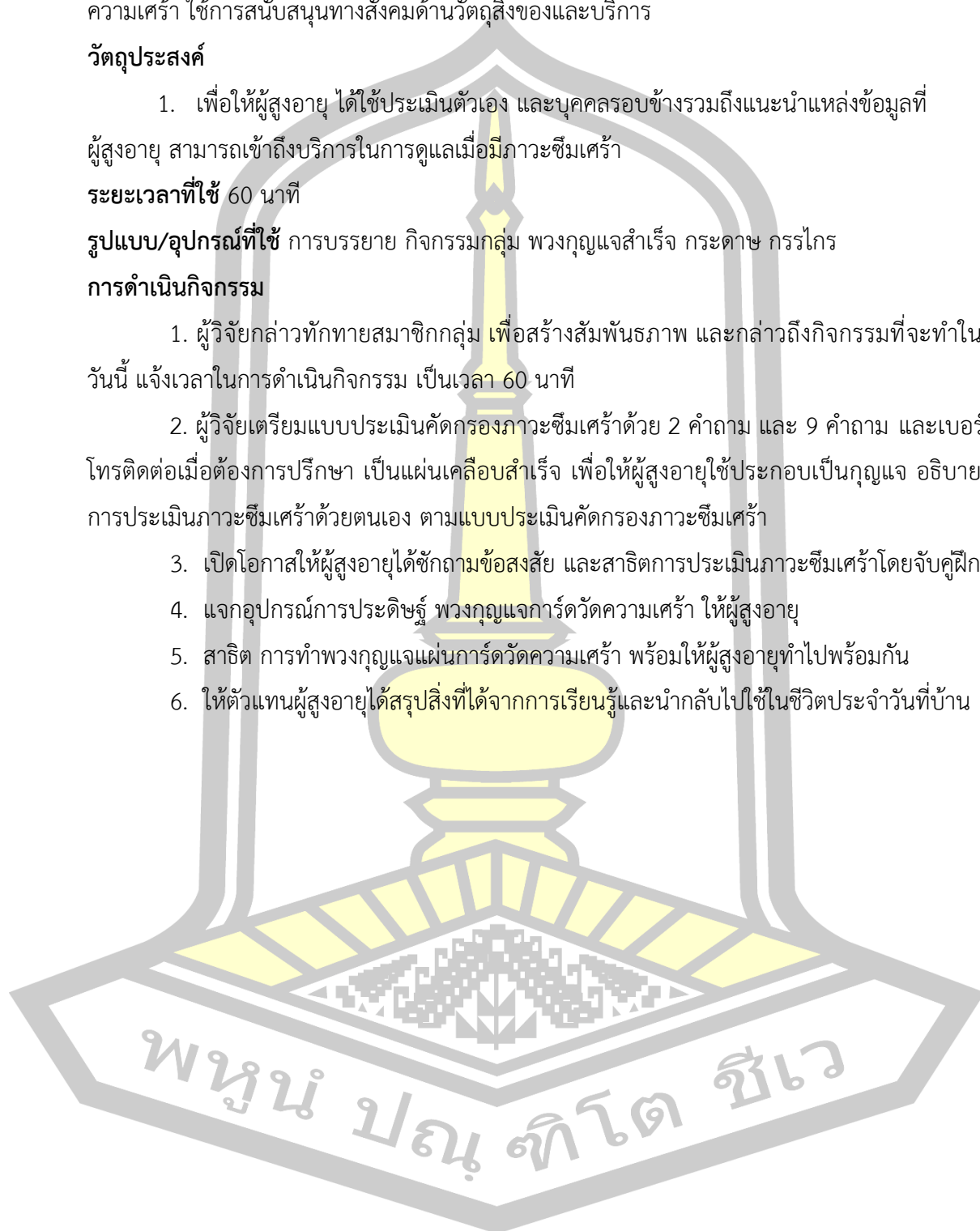
2. ผู้วิจัยเตรียมแบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม และ 9 คำถาม และเบอร์โทรติดต่อเมื่อต้องการปรึกษา เป็นแผ่นเคลือบสำเร็จ เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ประกอบเป็นกุญแจ อธิบายการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง ตามแบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า

3. เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ซักถามข้อสงสัย และสาธิตการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยจับคูฝึก

4. แจกอุปกรณ์การประดิษฐ์ พวงกุญแจการ์ดวัดความเศร้า ให้ผู้สูงอายุ

5. สาธิต การทำพวงกุญแจแผ่นการ์ดวัดความเศร้า พร้อมให้ผู้สูงอายุทำไปพร้อมกัน

6. ให้ตัวแทนผู้สูงอายุได้สรุปสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้และนำกลับไปใช้ในชีวิตประจำวันที่บ้าน



สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ทำให้อารมณ์ดี ด้วยวิธีง่าย ๆ

วัตถุประสงค์

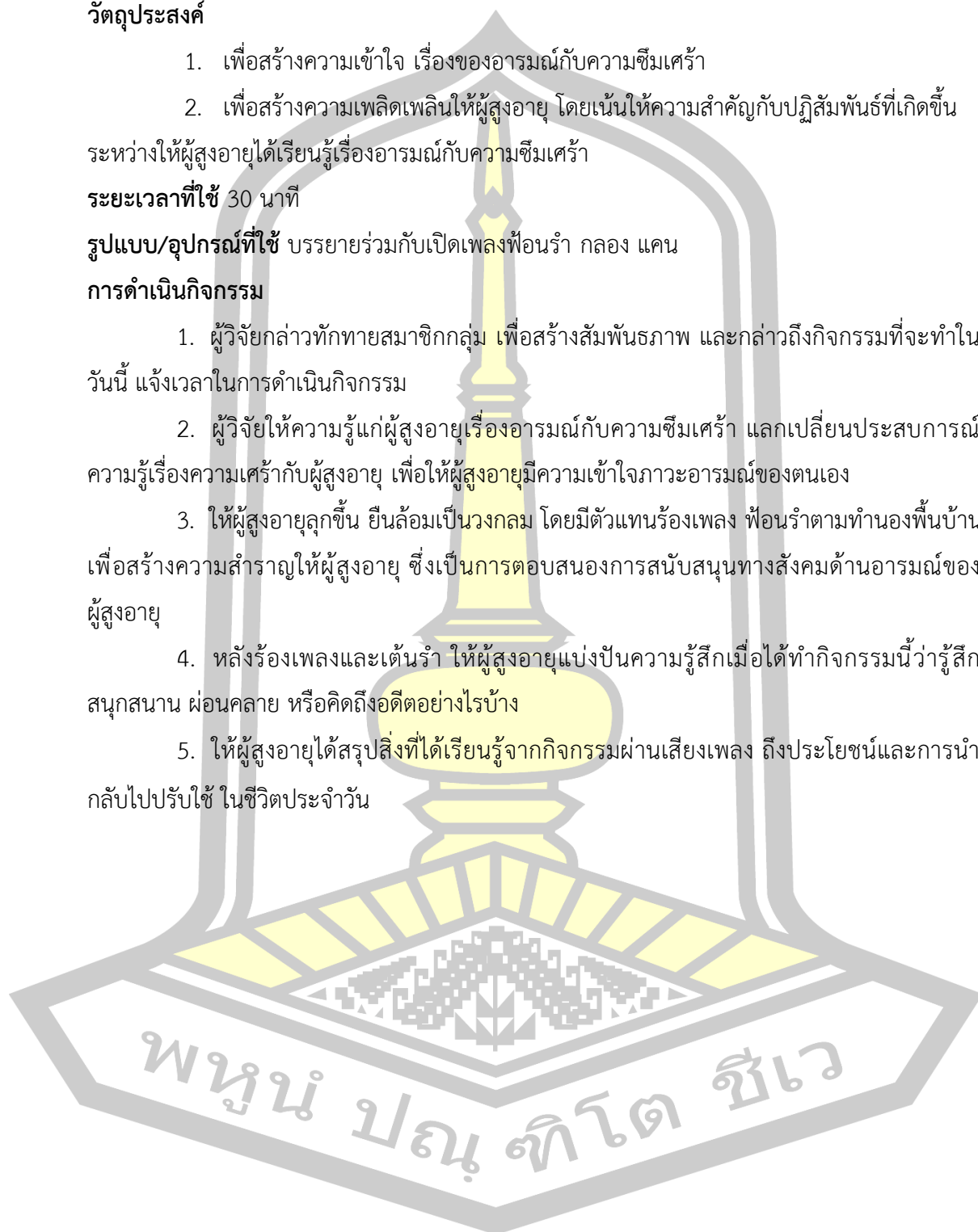
1. เพื่อสร้างความเข้าใจ เรื่องของอารมณ์กับความซึมเศร้า
2. เพื่อสร้างความเพลิดเพลินให้ผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้เรื่องอารมณ์กับความซึมเศร้า

ระยะเวลาที่ใช้ 30 นาที

รูปแบบ/อุปกรณ์ที่ใช้ บรรยายร่วมกับเปิดเพลงพ็อนรำ กลอง แคน

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ และกล่าวถึงกิจกรรมที่จะทำในวันนี้ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม
2. ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเรื่องอารมณ์กับความซึมเศร้า แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้เรื่องความเศร้ากับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจภาวะอารมณ์ของตนเอง
3. ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้น ยืนล้อมเป็นวงกลม โดยมีตัวแทนร้องเพลง พ็อนรำตามทำนองพื้นบ้าน เพื่อสร้างความสำราญให้ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการตอบสนองการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุ
4. หลังร้องเพลงและเต้นรำ ให้ผู้สูงอายุแบ่งปันความรู้สึกเมื่อได้ทำกิจกรรมนี้ว่ารู้สึกสนุกสนาน ผ่อนคลาย หรือคิดถึงอดีตอย่างไรบ้าง
5. ให้ผู้สูงอายุได้สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมผ่านเสียงเพลง ถึงประโยชน์และการนำกลับไปปรับใช้ ในชีวิตประจำวัน



กิจกรรมที่ 5 เรียนรู้แหล่งบริการที่สามารถดูแลเรื่องภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้จักแหล่งประโยชน์ ในการช่วยเหลือบรรเทาความซึมเศร้า
2. รู้จักวิธีการเข้าถึงบริการที่ช่วยเหลือในเรื่องความซึมเศร้า

ระยะเวลาที่ใช้ 30 นาที

รูปแบบ/อุปกรณ์ที่ใช้ บรรยาย แผ่นพับ

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยบรรยาย แหล่งประโยชน์ บริการด้านสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ
2. ทำฉลากคำถาม ให้ผู้สูงอายุจับฉลากเพื่อตอบ โดยคำถาม ให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็น
 1. เวลาที่มีความเศร้าและเสี่ยงต่อซึมเศร้า จะไปขอความช่วยเหลือจากใคร แหล่งประโยชน์อะไร
 2. เพื่อนที่ร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ เมื่อจบกิจกรรมไปแล้วจะเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมให้กันต่อได้ไหม
 3. เมื่อฉันเหงา ฉันอยู่คนเดียว ฉันจะอย่างไร สามารถขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง
3. กระตุ้นให้มีการสร้างกลุ่มปรึกษาหรือชมรมผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม มีกิจกรรมและความถี่ในการพบปะที่ชัดเจน โดยมีการประสานงานกับบอสม. ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมเชิญเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมาร่วมในกิจกรรมนี้ด้วย

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นทฤษฎีระดับกลางเป็นแนวคิดที่มีการศึกษา และนำมาประยุกต์ในวิชาชีพการพยาบาลมานาน เช่น ในยุคต้น ๆ เมื่อเกือบ 50 ปีก่อน ที่มีการกล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคม ว่าการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่ทำให้บุคคลนั้น เข้าใจและเชื่อว่า มีผู้ที่ให้ความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า รวมถึงการมองว่า ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมนั้น ประมาณ 10 - 20 ปี House (1981) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคม นอกเหนือจากสิ่งของที่จับต้องได้ คือ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกิดจากความใกล้ชิด การให้การดูแล และให้ความเชื่อถือไว้วางใจ รวมถึงการสนับสนุนความคิดการตัดสินใจ ความเคารพนับถือและเห็นคุณค่า การให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ โดยที่ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ได้ต่อยอดการสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากสามารถช่วยแบ่งปันหรือถ่ายทอดความเครียดของบุคคลซึ่งเกิดจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน บุคคลมีความสามารถในการรับรู้ความเครียดแตกต่างกัน ดังนั้น การที่บุคคลแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม หากเกิดความเครียดจะสามารถเผชิญความเครียดหรือปัญหา ได้มากกว่าบุคคลที่แสวงหาการสนับสนุนทางสังคมน้อย

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีการช่วยเหลือกันด้านต่าง ๆ ทำให้เกิดความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งทำให้เกิดการไว้วางใจกัน ทำให้บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เกิดความรู้สึกมั่นใจ และสามารถเผชิญปัญหาได้ การสนับสนุนทางสังคม ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพจิตในทุกมิติ ทั้งกาย ใจ สังคม เชื่อว่าการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากคนรอบข้าง ครอบครัว เจ้าหน้าที่ องค์กรต่าง ๆ จะส่งผลให้บุคคลรู้สึกได้รับการสนับสนุน รู้สึกมีคุณค่า และมีพลังในการดำเนินชีวิต และมีการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าหรือการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า และการได้รับสนับสนุนทางสังคมสามารถทำให้บุคคลเผชิญกับปัญหาหรือความเครียดได้ดีขึ้น (Cui, L., et al., 2024)

การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าครั้งนี้ มีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีภาวะซึมเศร่าลดลง และมีความรู้สามารถประเมินภาวะซึมเศร่าได้ด้วยตัวเอง ตลอดจนสามารถวิธีป้องกันภาวะซึมเศร่าได้ และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ได้รับการยกย่องนับถือ เป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีคุณค่าในตัวเอง การสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมทางสังคม เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่สำคัญ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนทางสังคมและขาดการมีส่วนร่วมทางสังคม จะส่งผลทางลบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นวิธีป้องกันและลดภาวะซึมเศร่าวิธีหนึ่ง ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพจิตในทุกมิติ ทั้งกาย ใจ สังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดสนับสนุนทางสังคมเชื่อว่า การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากคนรอบข้าง ครอบครัว เจ้าหน้าที่ องค์กรต่าง ๆ จะส่งผลให้บุคคลรู้สึกได้รับการสนับสนุน รู้สึกมีคุณค่า และมีพลังในการดำเนินชีวิต โดยผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร่าในผู้สูงอายุ ตามแนวคิด Cobb (1976) ร่วมกับ Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร 3) การให้การยอมรับและเคารพเห็นคุณค่า 4) การได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 5) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ ร่วมกับการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic Review และ Meta-analysis) ถึงประสิทธิผลของการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร่า โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมทางสังคม และการเชื่อมโยงเครือข่าย ผลวิจัยพบว่า หากผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทางสังคมมากจะทำให้คะแนนซึมเศร่าลดลง และยืนยันว่าการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมและดี ช่วยลดภาวะซึมเศร่าในผู้สูงอายุ (Lee, S. et al., 2022) โดยนำหลักการ Design Thinking Process 5 ขั้นตอนมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม 1) Empathize การทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้น ความต้องการ ความจำเป็น อารมณ์ ความรู้สึก การกระทำที่ออกมาจากคนที่ปัญหา ขั้นตอนนี้เริ่มกำหนด User คือ

ผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปในชุมชนชนบทแห่งหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในทุกแง่มุม เพื่อหาวิธีแก้ไขปัญหาคือดีที่สุด โดยการสังเกตพฤติกรรม (Observe) การสัมภาษณ์ (Ask) การฟังอย่างลึกซึ้ง (Listen) เพื่อให้เข้าใจเป้าหมายและประเด็นที่ต้องการแก้ไข การ Empathize จะทำให้เรามองเห็นปัญหาและทำความเข้าใจว่าปัญหาที่แท้จริงอยู่ตรงที่ใด 2) Define สรุปรูปข้อมูลจากขั้นตอนที่แล้วเพื่ออธิบายปัญหาของผู้สูงอายุ ออกมาให้ชัดเจนที่สุด การสรุปปัญหาของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน มีความรู้สึกอย่างไร ต้องการอะไร จากนั้นนำปัญหามาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เพื่ออธิบายปัญหา ให้ได้ปัญหาที่แท้จริง เพื่อตั้งเป้าหมายของการพัฒนาโปรแกรม โดยเน้นผู้รับบริการเป็นจุดศูนย์กลาง เพื่อกำหนดแผนในการดำเนินกิจกรรม 3) Ideate หลังจากที่เราได้วิเคราะห์ข้อมูลจากการ Empathize และการ Define เพื่ออธิบายปัญหา (Problem statement) ของผู้สูงอายุแล้ว ทำการค้นคว้าหาข้อมูลวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของ User เพิ่มเติม และระดมความคิด (Ideate) นำเสนอแนวความคิดและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุซึมเศร้าในรูปแบบของกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การมีกิจกรรมร้องเพลง รำวงหมอลำอีสาน การคัดกรองซึมเศร้าด้วยตัวเองได้ แต่ผู้สูงอายุไม่เข้าใจภาษาในแบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า และไม่ถนัดที่จะใช้สมาร์ตโฟน จึงมีการพัฒนานวัตกรรม พวงกุญแจการ์ดวัดความเศร้า เป็นภาษาท้องถิ่น เพื่อให้เข้าใจและง่ายต่อการใช้ กิจกรรมกลุ่มเพื่อค้นหาปัญหา และแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งการระดมความคิดจะช่วยให้มองปัญหาได้รอบด้าน และยังช่วยทำให้ค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างรอบคอบ วางแผนสำรองในการแก้ปัญหา และออกแบบกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุให้เหมาะกับปัญหาที่พบ เพื่อวางแผนการแก้ไขปัญหาคือเหมาะสม 4) Prototype รูปแบบของการจัดกิจกรรม ตามโปรแกรมในคู่มือ 5) Test โดยนำข้อสรุปที่จะนำไปใช้จริงมาปฏิบัติก่อน เพื่อทดสอบประสิทธิภาพ ตลอดจนประเมินผลของโปรแกรม การปฏิบัติตามขั้นตอนและแนวทางที่ได้ระดมความคิดและวางแผนเอาไว้ จะทำให้เราค้นพบวิธีใหม่ๆ หรือเกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ขึ้นมาได้ หากพบว่าสามารถแก้ปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ ก็จะสามารถนำไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้ ประเมินจากตัวชี้วัดความสำเร็จของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ที่ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการที่ผู้รับบริการพึงประสงค์ไว้ มีการขยายผลของโปรแกรมและนำนวัตกรรมที่ได้ไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ ซึ่งการจัดกิจกรรมจะมีทั้งหมด 5 กิจกรรม ใน 2 สัปดาห์ จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ วันที่สืบค้น วันที่ 6
กุมภาพันธ์ 2567.สืบค้นจาก. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31458>
- ชัยรัตน์ ทองสุข และคณะ (2019).สติปัญญาฐานกับการป้องกันภาวะซึมเศร้า.วารสาร มจร บาลีศึกษา
พุทธโฆสปริทรรศน์ :ปีที่5 ฉบับที่ 2,71-78
- มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์. (2562). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน วารสารพยาบาล, 68(1),
58-65,256
- วสิษฐ์พล กุลพรม และคณะ. (2565). พุทธนวัตกรรมการเสริมสร้างสุขภาพทางจิตเพื่อแก้ปัญหาโรค
ซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดลำพูน.วารสาร มจรบาลีศึกษาพุทธโฆสปริทรรศน์ปีที่ 8 ฉบับที่ 3
- วิจิตร แผ่นทอง. (2563). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้
บริการในโรงพยาบาลชุมชน.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. ปี
ที่ 7 ฉบับที่ 2
- Cui, L., Li, S., Wang, S., Wu, X., Liu, Y., Yu, W., Wang, Y., Tang, Y., Xia, M., & Li, B. (2024).
Major depressive disorder: hypothesis, mechanism, prevention and
treatment. *Signal transduction and targeted therapy*, 9(1), 30.
<https://doi.org/10.1038/s41392-024-01738-y>
- Du, X. (2014). BDNF–TrkB signaling as a therapeutic target in neuropsychiatric
disorders. *Journal of Receptor, Ligand and Channel Research* 7, 61-79.
- Lee, S. H., Lee, H., & Yu, S. (2022). Effectiveness of Social Support for Community-
Dwelling Elderly with Depression: A Systematic Review and Meta–Analysis.
Healthcare (Basel, Switzerland), 10(9),1598.
<https://doi.org/10.3390/healthcare10091598>
- Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS. (1981). The health-related functions of social
support. In Unsar S, Dindar I, Kurt S. Activities of daily living, quality of life,
social support and depression levels of elderly individuals in Turkish society.
Master thesis, Medical Nursing, Faculty of Sciences, Trakya University, Turkey.
- World Health Organization. (2023). Mental health of older adults
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>. (Accessed 20 October 2023).
- Zhang Y, Jiang X. (2023).The effects of physical activity and exercise therapy on frail
Elderly depression: A narrative review. *Medicine (Baltimore)*. Aug 25;102(34)

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางกิตติยาภรณ์ บุญไพโรจน์
วันเกิด	15 มีนาคม 2529
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	188 หมู่ที่ 7 ตำบลค่าน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลสำโรง ตำบลสำโรง อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี
ประวัติการศึกษา	.ปี 2552 ปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ สมทบมหาวิทยาลัยขอนแก่น .ปี 2558 พยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหาสารคาม .ปี 2568 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนัน ปณุกิตโต ชีวะ