EFFECTS OF USING SOCIAL CAPITAL MODEL ON DEPRESSIVE SYMPTOMS AND QUALITY OF LIFE AMONG THE ELDERLY LIVING ALONE

Kanok-on Chaowiang, Ph.D., Kwanchanok Yotkhamlue, M.N.S.**, Orawan Pankong, Ph.D.***, Uthaitip Chanpen, Ph.D.*, Kanokporn Kaewyota, M.N.S.**

Abstract

Objective: To develop and examine the effects of a social capital model on depression and quality of life among elderly people living alone.

Methods: This study employed a quasi-experimental design with a one-group pretest-posttest approach. The participants were elderly individuals living alone in Sing Buri Province. The research sites were selected through multi-stage random sampling at both district and sub-district levels, resulting in 2 districts and 2 sub-districts per district. A purposive sampling method was used to recruit 31 participants based on predefined criteria. Data collection tools included a personal information questionnaire, a depression assessment scale, and a quality of life assessment scale, with Cronbach's alpha coefficient of 0.70 and 0.92, respectively. The intervention involved a social capital model, conducted over 12 weeks with weekly 3 hours sessions. Descriptive statistics, including frequency and percentage, were used to analyze participants' demographic data, and paired t-tests were employed to compare pre and post intervention mean scores for depression and quality of life.

Results: 1) The mean depression score of participants after the social capital intervention (mean = 6.77, S.D. = 4.44) was significantly lower than before the intervention (mean = 13.94, S.D. = 3.89) ($t = 8.05$, $p < .05$). 2) The mean of quality of life score after the intervention (mean = 104.12, S.D. = 6.81) was significantly higher than before the intervention (mean = 96.27, S.D. = 13.47) ($t = 3.37$, $p < .05$).

Conclusion: The social capital model effectively reduced depression and improved quality of life among elderly people living alone. Therefore, social capital should be promoted for elderly individuals living alone in the community.

Keywords: social capital model, depressive symptoms, quality of life, elderly people living alone

**Lecturer, Borommarajonani College of Nursing Phraputhabat*

***Corresponding author: Lecturer, Borommarajonani College of Nursing Phraputhabat, e-mail: kwanchanok@bcnpb.ac.th*

****Assistant Professor, Borommarajonani College of Nursing Phraputhabat*

Received: 10 October 2024, Revised: 18 March 2025, Accepted: 23 March 2025

ผลของการพัฒนารูปแบบทุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

กนกอร ชาวเวียง, Ph.D., ขวัญชนก ยศคำลือ, พย.ม.**, อรวรรณ แผนคง, Ph.D.***, อุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ, Ph.D.*, กนกพร แก้วโยธา, พย.ม.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบทุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในจังหวัดสิงห์บุรี คัดเลือกพื้นที่ในการทำวิจัยระดับอำเภอ และระดับตำบลโดยการสุ่มหลายขั้นตอน ได้ 2 อำเภอ ๆ ละ 2 ตำบล จากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 31 คน เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบวัดคุณภาพชีวิต ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.70 และ 0.92 ตามลำดับ และเครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคม ระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 3 ชั่วโมง วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าและค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังร่วมโปรแกรมด้วยสถิติทดสอบค่า paired t-test

ผลการศึกษา : 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง หลังร่วมโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคม (mean = 6.77, S.D. = 4.44) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (mean = 13.94, S.D. = 3.89) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.05$, $p < .05$) 2) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง หลังร่วมโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคม (mean = 104.12, S.D. = 6.81) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (mean = 96.27, S.D. = 13.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.37$, $p < .05$)

สรุป : โปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีภาวะซึมเศร้าลดลงและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังนั้น ควรสนับสนุนรูปแบบทุนทางสังคมนี้สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชน

คำสำคัญ : รูปแบบทุนทางสังคม, ภาวะซึมเศร้า, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง

**อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท*

***ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท, e-mail: kwanchanok@bcnpb.ac.th*

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท*

วันที่รับ: 10 ตุลาคม 2567, วันที่แก้ไข: 18 มีนาคม 2568, วันที่ตอบรับ: 23 มีนาคม 2568

ความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จำนวนประชากรโลก 1 ใน 6 หรือประมาณ 1.4 พันล้านคน จะเป็นผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าปัจจุบันสังคมโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged society) อย่างรวดเร็ว ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเรียบร้อยแล้ว คือมีผู้สูงอายุร้อยละ 20.17 ของประชากรรวม โดยภาคกลางมีประชากรสูงอายุ ร้อยละ 39.81 ของประชากรรวม (ไทย พับลิก้า, 2024) จังหวัดสิงห์บุรีเป็นจังหวัดที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในเขตภาคกลางและสูงเป็นอันดับ 2 ของประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 24.24 ของประชากรทั้งหมดของจังหวัดสิงห์บุรี (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2552) ทั้งนี้การที่ประชากรผู้สูงอายุมีอัตราเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีอัตราการเกิดลดลง และการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจสังคมร่วมกับการที่ประชากรที่มีสถานะโสดเพิ่มขึ้น คู่สมรสมีจำนวนบุตรลดลง ส่งผลให้รูปแบบครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น และมีผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ตามลำพังเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีรายงานพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 77.48 ของผู้สูงอายุทั้งหมด จึงมีผลต่อจำนวนผู้ดูแลที่ไม่เพียงพอต่อผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสอาศัยอยู่เพียงลำพังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้จากการสำรวจทั้งในเขตเมืองและชนบท พบว่า ปี พ.ศ. 2545 มีจำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง และอยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 6 และ 16 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังและอยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 9 และ 19 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560)

ผู้สูงอายุมีภาวะเสื่อมถอย ทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสติปัญญาการรับรู้เพิ่มมากขึ้น ผลกระทบจากการเสื่อมถอยดังกล่าว นำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพได้ เช่น การหกล้ม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ภาวะทุพโภชนาการ ข้อเสื่อม การมองเห็น สมองเสื่อม บางรายมีโรคเรื้อรัง จึงเพิ่มปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีปัญหาสภาพจิตใจสูงถึงร้อยละ 51.2 ของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังทั้งหมด สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดผลกระทบรอบด้าน นำมาสู่การแยกตัวออกจากสังคมและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Bai et al., 2021) ภาวะสุขภาพจิตที่พบบ่อยที่สุดสำหรับผู้สูงอายุคือภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล สอดคล้องกับรายงานภาวะสุขภาพทั่วโลก (Global Health Estimate; GHE) ในปี ค.ศ. 2019 (World Health Organization, 2023) ประมาณหนึ่งในสี่ของการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 27.2) อยู่ในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุมักไม่ได้รับการดูแล นอกจากนี้ประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่นการสูญเสีย หรือรายได้ที่ลดลง การเกษียณอายุ การถูกล่วงละเมิดทางวาจา ร่างกาย การไม่ได้รับการยอมรับความคิดเห็นหรือความสามารถ ล้วนแต่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวออกจากสังคมเพิ่มขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลงและมีความโดดเดี่ยวซึ่งจะส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตในชีวิตบั้นปลาย (Iamtrakul & Chayphong, 2022) นอกจากนี้ในผู้สูงอายุที่มีคู่ชีวิตหรือตนเองที่

เจ็บป่วยเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูงลดลง ไม่มีบุตรหลานดูแล เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Juntapim & Theranut, 2023; Ryu et al., 2021)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สามารถแสดงออกได้ทั้งทางสีหน้าที่เศร้า หดหู่ เป็นทุกข์ เฉยชา เงียบขรึม ไม่มีชีวิตชีวา วิตกกังวล บางครั้งมีอารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิดโมโหง่าย กระวนกระวาย โกรธ ขี้น้อยใจ ความรู้สึกเบื่อหน่าย เหนื่อย หมดความสนใจ ความรู้สึกผิดในตัวเอง รู้สึกไร้ค่า มีความคิดอยากตาย สมาธิเสีย ความคิดเชื่องช้า ความสามารถในการตัดสินใจและการคิดลดลง มีความคิดด้านลบกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต การแสดงออกทางพฤติกรรม โดยมีความบกพร่องในความสัมพันธ์กับผู้อื่น เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ความตื่นตัวในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ร้องไห้ง่าย ทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย และอาการทางกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ แน่นท้อง ปวดเรื้อรัง ท้องอืด คลื่นไส้ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ตื่นเช้ามืดผิดปกติ หรือนอนหลับมากเกินไป (สายฝน เอกวรางกูร, 2564) จากรายงานผู้ป่วยที่มารับบริการด้านจิตเวชในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561 - 2565) พบว่าโรคซึมเศร้าสูงเป็นอันดับ 2 และผู้รับบริการที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ศูนย์ความรู้โรคซึมเศร้าไทย กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสอดคล้องตามนโยบายของประเทศมีความจำเป็นอย่างยิ่งในยุคปัจจุบัน แนวคิดทุนทางสังคม (Social capital) คือ ความไว้วางใจกัน การใช้ประโยชน์ร่วมกัน การเกื้อกูลกัน การตอบแทนกัน เครือข่ายทางสังคม และอาสาสมัคร ซึ่งสามารถใช้เป็นภูมิคุ้มกันทางสังคมของชุมชนได้ เป็นหนึ่งในแนวคิดที่สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมระบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังให้เกิดความยั่งยืนได้ (Coll-Planas, 2016) สำหรับการศึกษาในบริบทสังคมไทย พบว่า ทุนทางสังคมในบริบทของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงจากการปัญหาทางเศรษฐกิจ การเคลื่อนย้ายแรงงาน โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลง จึงควรมีการพัฒนาทุนทางสังคมตามบริบทของชุมชนเพื่อเป็นกลไกในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังไม่พบการสนับสนุนทุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง คณะผู้วิจัยเห็นความสำคัญดังกล่าวจึงได้จัดทำโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ เกิดความไว้ใจ มั่นใจในชุมชนของตนเอง สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมต่อคะแนนภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังก่อน

และหลังเข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคม

สมมุติฐานการวิจัย

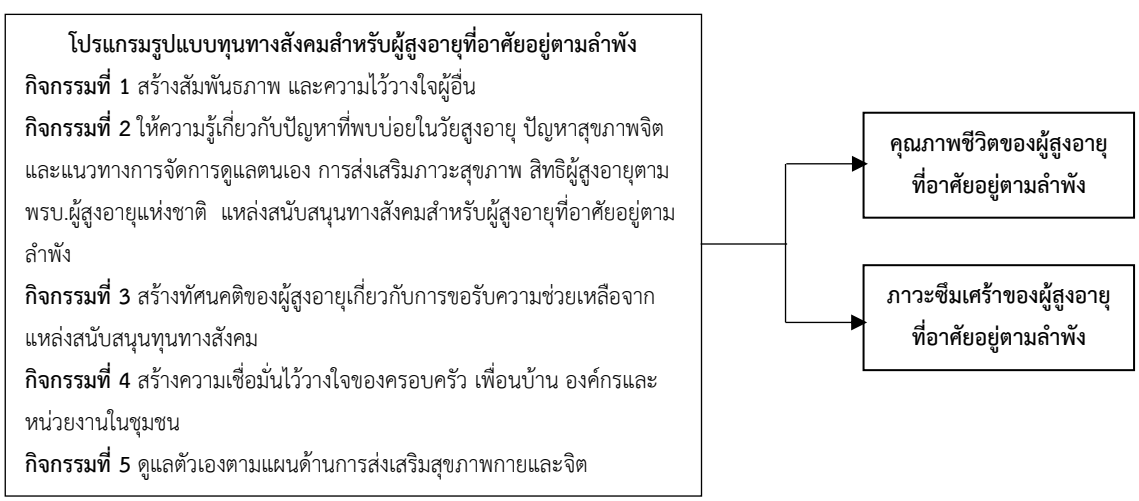
1. โปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมตามกรอบแนวคิดของ Putnam มีผลลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังหลังเข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคม

3. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังหลังเข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดทุนทางสังคมของ Putnam (1993) แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) ทุนทางสังคมในครอบครัวและเครือญาติ (Bounding Social Capital) 2) ทุนทางสังคมความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มบุคคล (Bridging Social Capital) 3) ทุนทางสังคมระหว่างองค์กร (Linking Social Capital) ซึ่งขับเคลื่อนด้วย 3 กระบวนการ คือ social participation, social connection, social support โดยมี 2 ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง คือปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน (cognitive social capital) คือ มุมมองของบุคคลที่สนับสนุนต่อทุนทางสังคม ได้แก่ ความไว้ใจ (trust) การช่วยเหลือเกื้อกูล (reciprocity) และความสามัคคี (cohesion) และปัจจัยภายนอก คือ เครือข่ายทางสังคม (social networks) ประกอบด้วย ครอบครัว เพื่อนบ้าน องค์กรและหน่วยงานในชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one - group pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 180 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ในจังหวัดสิงห์บุรี โดยคัดเลือกพื้นที่ในการทำวิจัยระดับอำเภอ และระดับตำบลด้วยการสุ่มหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) ได้ 2 อำเภอๆ ละ 2 ตำบล ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G*power paired t-test ที่ effect size 0.5 power 0.80 และระดับ Type I error 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 28 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีก 10% เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 31 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (inclusion criteria) ได้แก่ 1) พักอาศัยในบ้านเพียงลำพังหรืออยู่กับคู่สมรสอย่างน้อย 5 วัน/สัปดาห์ 2) ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) มีระดับคะแนน 9 คะแนนขึ้นไป 3) ประเมินสมรรถภาพทางสมอง (TMSE) (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2536) มีระดับคะแนน 23 คะแนนขึ้นไป 4) สามารถสื่อความหมาย อ่าน เขียนภาษาไทยได้ 5) มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ 2) มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ 3) มีปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์อย่างใกล้ชิด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

<u>เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล</u>

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ความพอเพียงของรายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ที่พักอาศัย ความปลอดภัยในชุมชน การเจ็บป่วย ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นลักษณะเลือกตอบและเติมข้อความ

2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale :TGDS) (นิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ, 2537) มีจำนวน 30 ข้อ เป็นแบบประเมินตนเองในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ด้านอาการทางอารมณ์ 13 ข้อ ด้านความรู้สึกไร้ประสิทธิภาพ 5 ข้อ ด้านการมองตนเองในแง่ลบ 5 ข้อ และด้านความรู้สึกเบื่อหน่ายขาดความสนใจในสิ่งรอบด้าน 7 ข้อ สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือและทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.70

3. แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (สุวัฒน์ มหัต

นิรันดรกุล และคณะ, 2541) จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็นองค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (7 ข้อ) ด้านจิตใจ (6 ข้อ) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (3 ข้อ) และด้านสิ่งแวดล้อม (8 ข้อ) เป็นแบบวัดแบบ Likert scale 5 ระดับ (1 - 5) โดยจะวัดความรู้สึกใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ระดับคะแนน 0 - 25 มีคุณภาพชีวิตต่ำ ระดับคะแนน 26 - 50 มีคุณภาพชีวิตปานกลาง ระดับคะแนน 51 - 75 มีคุณภาพชีวิตดี และระดับคะแนน 76 - 100 มีคุณภาพชีวิตดีมาก ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เท่ากับ 0.65 สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือและทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.92

<u>เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง</u>

1.โปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีระยะเวลาในการดำเนินการ 12 สัปดาห์ ๆ ละ 1 วัน ๆ ละ 3 ชั่วโมง โดยใช้คู่มือการคัดกรองภาวะสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยการประเมิน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการมองเห็นการได้ยิน สุขภาพช่องปาก ภาวะโภชนาการ ข้อเข่าเสื่อม ภาวะหกล้ม การกลั้นปัสสาวะ ด้านสังคม และ คู่มือโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

<u>กิจกรรมที่ 1</u> สร้างสัมพันธภาพและไว้วางใจผู้อื่น ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ และพัฒนาการรู้จักตนเอง การเข้าใจผู้อื่น เป็นกิจกรรมที่จัดให้สมาชิกทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้เข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และเข้าใจทุนทางสังคม และทำ pre-test โดยประเมินภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนเริ่มกิจกรรม

<u>กิจกรรมที่ 2</u> ให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ ปัญหาสุขภาพจิต และแนวทางการจัดการดูแลตนเอง การส่งเสริมภาวะสุขภาพ สิทธิผู้สูงอายุตาม พรบ.ผู้สูงอายุแห่งชาติ แหล่งสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง มีการดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 - 3 ประกอบด้วยกิจกรรมเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง ด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ค่านิยม

<u>กิจกรรมที่ 3</u> สร้างทัศนคติของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทุนทางสังคม ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4 - 7 ประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมการขอความช่วยเหลือ การเข้าถึงแหล่งทุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของตนเอง การขอความช่วยเหลือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อตนเองประสบปัญหา ส่งเสริมบทบาทด้านการดูแลสุขภาพจิต โดยเฉพาะด้านอารมณ์ความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึมเศร้า และสุขภาพกาย โดยการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

<u>กิจกรรมที่ 4</u> สร้างความเชื่อมั่นไว้วางใจในครอบครัว ต่อเพื่อนบ้าน องค์กร และหน่วยงานในชุมชนดำเนินการในสัปดาห์ที่ 8 ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน

ความไว้วางใจ เป็นกิจกรรมที่จัดเพื่ออภิปรายแยกในกลุ่มผู้สูงอายุ ในประเด็นการปรับปรุงกิจกรรมและสร้างความผูกพันในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในเครือข่ายและประสานความร่วมกันกันต่อไป

กิจกรรมที่ 5 ดูแลตัวเองตามแผนด้านการส่งเสริมสุขภาพกายและจิต ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 9 -12 พัฒนาปรับปรุงแผนการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง และนำแผนการดูแลไปใช้กับผู้สูงอายุในสถานการณ์จริง และประเมินผลโปรแกรมรูปแบบและทำ post-test ประเมินภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นนี้ ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุจำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับแก้ไข ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังที่มีคุณลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.8 - 1 ผู้วิจัยทดสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดความซึมเศร้า และแบบวัดคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุไทย โดยวิธีหาความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.70 และ 0.92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ก่อนการทดลอง

1. การเตรียมเข้าพื้นที่ ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท เสนอต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี และพื้นที่เป้าหมายคือ อำเภอบางระจัน และอำเภอท่าช้าง เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัย

2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา สถานที่ ในการเข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง พร้อมกับให้ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เซ็นยินยอม

3. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอันเกิดจากความลำเอียงของผู้ทดลอง โดยผู้วิจัยได้มีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คนต่อพื้นที่เป้าหมาย เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุมาอย่างน้อย 5 ปี ผู้ช่วยวิจัยจะทำหน้าที่ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองใช้โปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคม วิธีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยมีดังนี้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการใช้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบวัดคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ผู้ช่วยวิจัยได้มีการทดลองฝึกการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบวัดคุณภาพชีวิต ในอำเภอเมืองจังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 3 - 5 ราย ภายใต้การแนะนำ

ของผู้วิจัย

4. ผู้ช่วยวิจัย ได้ทำเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบวัดคุณภาพชีวิต ก่อนการทดลอง

5. นัดหมายผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคม มีทั้งหมด 5 กิจกรรม จำนวน 12 สัปดาห์ ๆ ละ 1 วัน ๆ ละ 3 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการทดลอง

ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม 2567 ดำเนินกิจกรรมโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคม จำนวน 12 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 จัดกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจผู้อื่น

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับ ปัญหาที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ ปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต และแนวทางการจัดการดูแลตนเอง การส่งเสริมภาวะสุขภาพ สิทธิผู้สูงอายุตาม พรบ.ผู้สูงอายุ แห่งชาติ แหล่งสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

กิจกรรมที่ 3 สร้างทัศนคติของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทุนทางสังคม

กิจกรรมที่ 4 สร้างความเชื่อมั่นไว้วางใจในครอบครัว ต่อเพื่อนบ้าน ต่อองค์กรและต่อหน่วยงานในชุมชน

กิจกรรมที่ 5 การดูแลตัวเองตามแผนด้านการส่งเสริมสุขภาพกาย

ภายหลังสิ้นสุดการดำเนินการ ทำ post-test โดยการประเมินภาวะซึมเศร้า และวัดคุณภาพชีวิต

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท IRB NO. 022/2566 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างทุกคนโดยแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการให้ข้อมูล โดยไม่มีการบังคับใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลทั้งหมดในภาพรวม ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เลขรหัสแทนข้อมูลแต่ละบุคคล โดยไม่สามารถอ้างอิงถึงตัวบุคคล ทั้งนี้เอกสารที่ได้จากการเก็บข้อมูลถูกเก็บรักษาไว้ในตู้เก็บเอกสารที่มีกุญแจปิดไว้ ข้อมูลที่บันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์มีการสร้างรหัสผ่านโดยผู้วิจัย ข้อมูลที่เป็นเอกสารจะใช้เครื่องทำลายเอกสารหลังการเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว กลุ่มตัวอย่าง สามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มเป้าหมายยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ก่อนและหลังการดำเนินงานตาม

โปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ด้วยสถิติ paired t-test โดยก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test

ผลการวิจัย

ผลของการพัฒนารูปแบบทุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) รูปแบบทุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง และ 2) เปรียบเทียบผลของรูปแบบทุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ในระยะก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 31 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.50) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 72.14 ปี (S.D. = 8.35) อายุน้อยที่สุดเท่ากับ 60 ปี สูงสุด 88 ปี รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 80.65) ส่วนใหญ่มีรายได้ในแต่ละเดือนไม่เพียงพอ (ร้อยละ 71.00) ผู้สูงอายุมีรายได้ส่วนใหญ่จากสวัสดิการของรัฐแหล่งเดียว (ร้อยละ 45.16) รองลงมีรายได้มาจากสวัสดิการของรัฐ การประกอบอาชีพของตนเอง และเครือญาติ (ร้อยละ 32.26) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหม้าย (ร้อยละ 35.48) รองลงมาสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 22.58) ส่วนใหญ่เรียนจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 77.42) ในส่วนของบริบทการพักอาศัยในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่เพียงลำพัง (ร้อยละ 77.42) รองลงมาอาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 16.13) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลหรือในพื้นที่ชนบท (ร้อยละ 61.29) และมีบ้านเป็นของตนเอง (ร้อยละ 77.42) ส่วนใหญ่มีความปลอดภัยในการอยู่อาศัยในชุมชน (ร้อยละ 93.55) ในด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 80.65) โดยมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ 1 - 2 โรค (ร้อยละ 38.71) รองลงมามีการเจ็บป่วย 3 - 4 โรค (ร้อยละ 35.48) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช (ร้อยละ 93.38) ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 74.19) และทุกคนเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพในชุมชนได้ง่าย (ร้อยละ 100.00)

ส่วนที่ 2 รูปแบบทุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

รูปแบบทุนทางสังคมตามกรอบแนวคิดของ Putnam ที่มีผลลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง มุ่งเน้นการเสริมสร้างความไว้วางใจ (trust) ที่มีต่อบุคคลอื่น และสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (social participation) โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้และทักษะการดูแลตนเองทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ผ่านกิจกรรมนันทนาการ สำหรับกลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชนใช้กลวิธีการสร้างความไว้วางใจระหว่างสมาชิกในชุมชน (trust) การสนับสนุนค่านิยมร่วมทางสังคมเกี่ยวกับ การช่วยเหลือเกื้อกูล (reciprocity) และความสามัคคี (cohesion) เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พบปะพูดคุยกับเครือข่ายองค์กรในชุมชน เป็นการ

สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงระบบบริการทางสังคมมากขึ้น และเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้เครือข่ายองค์กรในชุมชนได้สำรวจความต้องการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชนของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 สนับสนุนเครือข่ายองค์กรในชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้กลวิธี AIC (Appreciation, Influence, and Control) ในการกำหนดแผนการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง กำหนดบทบาทหน้าที่สมาชิกเครือข่าย และระบบการประสานงาน (social connection) ระหว่างสมาชิกเครือข่ายชุมชน จากนั้นเครือข่ายชุมชนนำแผนไปปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังในชุมชน ด้วยวิธีการเยี่ยมบ้านร่วมกัน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้นำทีม ระหว่างดำเนินการสมาชิกเครือข่ายมีการปรึกษาหารือร่วมกันระหว่างกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเกี่ยวกับ ความเหมาะสมของแผนการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์จริง อีกทั้งมีการสนับสนุนเครือญาติ เพื่อนบ้าน ให้มีความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง

ขั้นตอนที่ 3 ทบทวนและพัฒนาปรับปรุงมุ่งเน้นการสนับสนุนให้เครือข่ายชุมชนนำผลจากการนำแผนลงไปปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง มาประชุมปรึกษา ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรคจากการดำเนินการ กิจกรรมนี้เป็นการสนับสนุนให้เครือข่ายชุมชนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและแก้ปัญหาร่วมกัน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบผลของโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ในระยะก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคม พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังการทดลอง (mean = 6.77, S.D. = 4.44) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง (mean = 13.94, S.D. = 3.89) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 8.05$, $p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภายหลังการทดลอง (mean = 104.12, S.D. = 6.81) สูงกว่าก่อนการทดลอง (mean = 96.27, S.D. = 13.47) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 3.37$, $p < .05$)

การอภิปรายผล

ผลของโปรแกรมรูปแบบการสนับสนุนทุนทางสังคม สามารถสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีภาวะซึมเศร้าลดลงและมีการรับรู้คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ในการศึกษาได้โปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่อาศัยตามลำพัง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่ 1) การสร้างความไว้วางใจและการสนับสนุนการร่วมกิจกรรมสังคมของผู้สูงอายุ การสร้างความไว้วางใจ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n = 31)

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		*t*	*p*-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
ภาวะซึมเศร้า	13.94	3.89	6.77	4.44	8.05	.015*
คุณภาพชีวิต	96.27	13.47	104.12	6.81	3.37	.002*

*$p < .05$

ในกลุ่มเครือข่ายองค์กรในชุมชน จากนั้นสร้างความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายองค์กรกับกลุ่มผู้สูงอายุ 2) สนับสนุนเครือข่ายองค์กรร่วมกันวางแผน กำหนดบทบาทหน้าที่ การประสานงานในการดูแลผู้สูงอายุ จากนั้นนำแผนไป 3) ทบทวนพัฒนาปรับปรุง ประเมินปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติตามแผน ซึ่งโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมนี้ที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังได้จริง สอดคล้องกับทฤษฎีทุนทางสังคมของ Putnam (2000) ที่ระบุว่า ความสัมพันธ์ทางสังคมสามารถเสริมสร้างสุขภาพจิตและความผาสุกของผู้สูงอายุ และโครงการที่เกี่ยวข้องกับทุนทางสังคมต้องอาศัยแกนนำชุมชนหรืออาสาสมัครเพื่อช่วยขับเคลื่อนกิจกรรม และสอดคล้องกับ Coll-Planas (2016) ที่ระบุว่าการสนับสนุนทุนทางสังคมในผู้สูงอายุเป็นระบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ขึ้นได้

2. ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองลดน้อยลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นตามสมมติฐานข้อที่ 2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุมาพร เคนศิลา และคณะ (2563) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า และสอดคล้องกับการศึกษาของชุติมา มาลัย และคณะ (2562) พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์ในครอบครัว ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว นอกจากนี้ ยังพบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สามารถสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังได้มีโอกาสช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพ และเกิดการสร้างสัมพันธภาพทางสังคมใหม่ (Lager et al., 2015) ทำให้ผู้สูงอายุไม่แยกตัวออกจากสังคม และไม่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Bai et al., 2020)

3. ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.29 มีระดับคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 22.54 มีคุณภาพชีวิตระดับดี ร้อยละ3.22 มีคุณภาพชีวิตไม่ดี หลังการทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 93.38 มีคุณภาพชีวิตระดับสูง ร้อยละ 6.44 มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต

หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้ง 4 ด้านได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม เป็นตามสมมติฐานข้อที่ 3 สอดคล้องกับการศึกษาของเวธกา กลิ่นวิชิต และพิสิษฐ์ พิริยาพรรณ (2561) พบว่า รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงตามแนวเศรษฐกิจพอเพียงที่มีบ้านและสังคมอบอุ่น แบ่งปัน เอื้อเฟื้อต่อกัน เพื่อนบ้านที่ดี ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ในสังคมและชุมชน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของซู และคณะ (Zhu et al., 2022) ที่พบว่าทุนทางสังคมเชิงการรับรู้ (Cognitive social capital) สามารถส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังได้ การศึกษางานวิจัยของประเทศไทยที่ผ่านมา ที่พบว่าทุนทางสังคมที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของบุคคล กลุ่มบุคคล และหน่วยงานภายในชุมชน มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ มีการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อม ด้านข้อมูลข่าวสาร และมีการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Nuntaboot et al., 2019)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพสามารถนำโปรแกรมรูปแบบทุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้ในการดูแลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและพัฒนาคุณภาพชีวิตในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

2. ด้านการวิจัย นักวิจัยสามารถนำแนวคิดการสนับสนุนทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังโดยทำการศึกษาในชุมชนที่มีลักษะคล้ายคลึงกัน และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสนับสนุนทุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง เพื่อติดตามการคงอยู่ในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนวิจัยด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) จากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ผู้วิจัยขอขอบคุณแหล่งทุน ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำในการทำวิจัย ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ในการประสานงานและสนับสนุนในการลงพื้นที่ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2552). *แผนและนโยบายผู้สูงอายุ*. http://www.dop.go.th/th/laws/1/28/766

ชุติมา มาลัย, รุ่งทิพย์ ไชยโยยิ่งยงค์, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, และศรีสกุล เฉียบแหลม.(2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 39*(3), 67-76.

ไทย พับลิก้า. (2024). *เมื่อไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ Aged Society ผู้สูงอายุไทยได้รับสวัสดิการอะไรบ้าง*. https://thaipublica.org/2024/02/ thailand-becomes-aged-society/

นิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. *สารศิริราช*, *45*(6), 359-374.

นิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย [Thai geriatric depression scale: TGDS]. *สารศิริราช*, *46*(1), 1-9.

เวธกา กลิ่นวิชิต, และ พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ. (2561). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต แบบพอเพียงของผู้สูงวัยไทยในภาคตะวันออก. *วารสารวิชาการ ปขมท, 9*(1), 80-93.

ศูนย์ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าไทย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยซึมเศร้า ปีงบประมาณ 2566. https://www.thaidepression.com/www/report/main_report/.

สายฝน เอกวรางกูร. (2564). *ศาสตร์และศิลป์การบำบัดดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และ ราณี พรมานะจิรังกุล. (2541). เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 5*(3), 4-15.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิตอลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2560). *รายงานการสำรวจประชากรสงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2559*. 20230501001130_41503.pdf

อุมาพร เคนศิลา, เกษฎาภรณ์ นาขะมิน, นิตยากร อุนพรหม, เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, ณัฐฐากุล บึงมุม, และ นภาจันทร์ ชาปลิก. (2563). การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนเมือง จังหวัดอุดรธานี, *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, *8*(3), 377-388.

Bai, Z., Wang, Z., Shao, T., Qin, X., & Hu, Z. (2021). Association between social capital and loneliness among older adults: A cross-sectional study in Anhui Province, China. *BMC Geriatrics*, *21*(26), 1-10.

Coll-Planas, L. (2016). Promoting social capital in an ageing society: a win-win proposition?. *Gaceta Sanitaria, 30*(5), 323-325.

Iamtrakul, P., & Chayphong, S. (2022). Exploring the Influencing Factors on Living Alone and Social Isolation among Older Adults in Rural Areas of Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(*21*),* 14572.

Juntapim, S., & Theranut, A. (2023). Mental health status and factors related on mental health status of the older adults living alone; Working with Older People. *Journal of Nursing Science & Health, 46*(1)*,* 114-127.

Lager, D., van Hoven, B., & Huigen, P. (2015). Understanding older adults' social capital in place: Obstacles to and opportunities for social contacts in the neighbourhood. *Geoforum, 59*, 87-97.

Nuntaboot, K., Boonsawasdgulchai, P., & Bubpa, N. (2019). Roles of mutual help of local community networks in community health activities: Improvement for the quality of life of older people in Thailand. *International Journal of Nursing Sciences, 6*, 266 - 271.

Putnam, Robert D. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.

Putnam, Robert D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. *Simon & Schuster.*

Ryu, S. I., Cho, B., Chang, S. J., Ko, H., Yi, Y. M., Noh, E. Y., Cho, H. R., & Park, Y. H. (2021). Factors Related to Self-Confidence to Live Alone in Community-Dwelling Older Adults: A Cross-Sectional Study. *BMC geriatrics, 21*(1), 291.

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

Zhu, H., He, L., Peng, J., Li, X., Gao, B., Zhou, H., & Wan, Y. (2022). Community social capital and the health-related quality of life among empty-nest elderly in western China: moderating effect of living arrangements. *BMC Psychiatry, 22*(685), 1-12.