# ผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ตำบลห้วยเตย จังหวัดมหาสารคาม

# The Effectiveness of a Program for Happiness Development with Social Support in the Elderly with Depression at Huay-Toei Subdistrict, Maha Sarakham Province.

พิกุล ทับวิธร[1], ดวงกมล ปิ่นเฉลียว[2], ทิพยฆัมพร เกษโกมล[3]

Pikul Tubwitorn[1], Daungkamol Pinchaleaw[2], Thipkhamporn Keskomon[3]

(Received: February 18,2020; Accepted: April 21,2020)

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้สูงอายุในตำบลห้วยเตย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 20 คน โดยสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม โดยประยุกต์มาจากแนวคิดความสุข 5 มิติ ของ กรมสุขภาพจิต (2555) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (1981) ประกอบด้วย คู่มือการใช้โปรแกรม วีดีทัศน์ คู่มือเสริมสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุในการป้องกันภาวะซึมเศร้า 2) แบบประเมิน ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เป็นแบบคัดกรองผู้สูงอายุเข้ากลุ่ม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความสุข มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบนอนพาราเมทริค

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรม ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระดับความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ** การพัฒนาความสุข, การสนับสนุนทางสังคม, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

## Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to compare level of depression and happiness of elderly for developing happiness with social support on depression and happiness of elderly with depression at Huay-Toei subdistrict, Maha Sarakham province.

The sample was 40 elderly with depression at Huay-Toei subdistrict, Maha Sarakham province, selected by the simple random sampling technique, and they were divided into the experimental (20) and the comparative (20)groups. Research tools included: 1) the program for happiness development with social support which developed based on the 5 dimensional happiness concept of the Department of Mental Health (2012) and the social support concept of house (1981), consisting of handbook for researcher, VDO, and happiness guides for the elderly to preventing depression and 2) questionnaires comprised of general information, depression and happiness assessment forms. The reliabilities of these two questionnaires were .81 and .80 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and nonparametric tests

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

**Keywords:** Happiness Development, Social Support, Depression, Elderly

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลสาสตร์มหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
[2] รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ผู้ประพันธ์บรรณกิจ
[3] รศ.ดร.อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

## บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ และส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลก(World Health Organization) ได้ประมาณการว่ามีประชากรมากกว่า 300 ล้านคนเป็นโรคซึมเศร้าซึ่งมากกว่าร้อยละ 4 ของประชากรโลก[38] และทำนายว่า ในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งปัญหาโรคซึมเศร้าพบได้ทุกเพศ ทุกวัยและเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากความสูงวัยเป็นช่วงของการพัฒนาการในทางเสื่อมถอยทั้งด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะทุกระบบ โดยสาเหตุของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากปัจจัยหลายอย่างทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพ ร่วมกับความเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงทั้งด้านทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความเปลี่ยนแปลงด้านสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจที่ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วที่มีผลกระทบต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ง่ายกว่าวัยอื่น จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการในปี พ.ศ.2556 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 33 แต่ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคซึมเศร้าจริงๆ มีประมาณร้อยละ 6 [6] จังหวัดมหาสารคาม ในปี พ.ศ. 2558-2560 โดยพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากร้อยละ 7.8 เป็น ร้อยละ 8.6 และร้อยละ 9.12 ตามลำดับ แต่ยังพบว่าอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยค่อนข้างต่ำ คือ ร้อยละ 44.14 ร้อยละ 48.5 และร้อยละ 25.2 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างน้อยร้อยละ 55 [22]

โดยผลกระทบที่ผู้สูงอายุได้รับจากภาวะซึมเศร้านั้นมีความสำคัญไม่น้อยกว่าโรคทางกายที่สำคัญอื่นๆ โดยพบว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุจะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของความเจ็บป่วยทางกายมากกว่าผู้มีอายุน้อย[29] และภาวะซึมเศร้าก็เป็นปัจจัยสำคัญที่คอยจุดสุขภาพของผู้สูงอายุให้แย่ลงเพราะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการเจ็บป่วยทางกายมากกว่าผู้สูงอายุที่พร่องในการดูแลตนเอง อีกทั้งภาวะซึมเศร้ายังมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อการฟื้นตัวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยอีกด้วย[7] ส่งผลให้การปฏิบัติภารกิจหรือกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุบกพร่องจากเดิมหรืออาจทำงานไม่ได้เลย ก่อให้เกิดภาระและปัญหาแก่ครอบครัวทั้งทางด้านเศรษฐกิจ จิตใจ และสังคม นอกจากนี้ยังอาจพบว่าภาวะซึมเศร้าทำให้ความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตลดลง เช่นเดียวกับอาการวิตกจริต รู้สึกสูญเสียในคุณค่าตนเอง ฉุนเฉียวง่าย หรือการมองตนเองในแง่ลบ สิ่งนี้ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงที่ร้ายแรงตามมานั่นคือการฆ่าตัวตายแม้จะมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยก็ตาม (Miller, 1999) ซึ่งปัญหาการฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นผลกระทบที่อันตรายและน่าเป็นห่วงที่สุดและพบได้สูงกว่าโรคอื่นๆ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงเมื่อเทียบกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยอื่น[35]

การดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขในสังคม ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยยึดหลักตามปัจจัยที่มีผลต่อความสุขและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเป็นผู้สูงอายุที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม [4),(21),(8)] ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตมีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะส่งผลต่อสุขภาวะที่สมบูรณ์ในทุกๆ มิติ หากผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะทางจิตที่ดีและมีความสุข จะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและจัดการกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุได้อย่างเหมาะสม ทำให้สามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ (active aging) ไม่เป็นภาระของสังคม[8] จึงกล่าวสรุปได้ว่าปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในทุกมิติ ได้แก่ การมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี การมีความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม ในขณะเดียวกันภาวะสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุจะก่อให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ช่วยผลักดันให้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพจิตของคนไทยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ[4]

จากการทบทวนวรรณกรรมโดยผู้วิจัย พบว่าได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดความสุขและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบต่างๆ เช่น การศึกษาของสุดารัตน์ นามกระจ่าง, ลักษณี สมรัตน์ และอนัญญา เดชะคำภู (2560)[20] ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ โดยทำการเก็บข้อมูลสมรรถภาพร่างกาย สมรรถภาพสมอง คุณภาพชีวิต และดัชนีชี้วัดความสุขเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองระดับของสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถภาพทางสมองเบื้องต้น ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและค่าเฉลี่ยของ

คะแนนความสุขเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ ค้ำชู (2551)[10] ศึกษาผลการใช้โปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำและพบว่าระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการ และนอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการลดภาวะซึมเศร้าหรือการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุด้วยการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจำนวนมาก โดยมีการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลที่จะช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ[37] และยังพบว่าความเหงาของผู้สูงอายุลดลงได้ถ้ามีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี[26] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิมล เพ็ชรบุรี (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม สามารถเพิ่มภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ จึงพอสรุปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยจะส่งผลให้เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ และนอกจากแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลดีกับสุขภาพจิตแล้ว ควรมีการส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจในผู้สูงอายุควบคู่ร่วมกันไปด้วยจึงจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและการมีความสุข แต่ยังพบว่าการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างความสุขแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านั้นยังมีอยู่ไม่มากนัก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดการเสริมสร้างความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุซึ่งเป็นการเสริมสร้างความสุขแบบองค์รวม ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความสุขของผู้สูงอายุร่วมกับการใช้การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของผู้สูงอายุ และเป็นปัจจัยที่ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดยคาดหวังว่าโปรแกรมนี้จะเสริมสร้างความสุขและสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

## วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ตำบลห้วยเตย อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 6 สัปดาห์

## ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60-75 ปี อาศัยอยู่ในตำบลห้วยเตย อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม เป็นกลุ่มติดสังคม ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย คือ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 13-18 คะแนน จากการประเมินด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตามเกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนกลุ่มละ 20 คน และจับคู่ (match pair) ตัวแปรในด้าน เพศ สถานภาพสมรส อายุ

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการในดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Brathel ADL Index) เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองในการกิจวัตรประจำวันในระยะ 24 - 48 ชั่วโมง

ครอบคลุมเรื่อง การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน และความสามารถในการขับถ่าย ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบตามระดับความสามารถที่ปฏิบัติได้ จำนวน 10 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการในดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดความสุข 5 มิติ ของกรมสุขภาพจิต (2555) ที่ใช้แนวคิดในการสร้างสุขจากหลักธรรมะผสมผสานกับแนวคิดการสร้างสุขเชิงจิตวิทยาและแนวคิดในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ประกอบด้วย สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร มาใช้ในการจัดกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมทั้งหมด 6 สัปดาห์ ตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1 ประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้

2.1 กิจกรรม “สร้างสัมพันธ์รู้จักฉันรู้จักเธอ” มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้และยอมรับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ โดยการให้ความรู้ความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า และแนวทางการดูแลสุขภาพกาย จิตและสังคมของตนเอง และมอบคู่มือสร้างเสริมความสุขสำหรับผู้สูงอายุ

2.2 กิจกรรม “สุขสบายด้วยกายบริหาร 7 ท่า” เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านการประเมินค่า เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ และทักษะ สามารถออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง เกิดความคล่องแคล่วว่องไว ไม่เกิดอุบัติเหตุง่ายและช่วยผ่อนคลายความเครียด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ แนะนำและสาธิตการบริหารร่างกายและให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติ มีการให้กำลังใจและชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง

2.3 กิจกรรม “ร้องรำทำเพลง สร้างสุข” เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านการประเมินค่า เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน และคลายเครียด โดยให้ผู้สูงอายุเลือกเพลงที่ชอบ ให้ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นต่อเพลง และรำวงตามจังหวะเพลง

2.4 กิจกรรม “สุขสง่า สร้างคุณค่าในตนเอง” เป็นกิจกรรมที่ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนเองจากการให้และรับจากผู้อื่น การตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเอง การมีพฤติกรรมช่วยเหลือผู้อื่นในสังคมและเกิดมุมมองต่อการใช้ชีวิตในเชิงบวก โดยให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านดีหรือความภาคภูมิใจในอดีต หรือเล่าความสุขของตนเองแก่สมาชิกในกลุ่ม กล่าวคำชมเชยและยกย่องซึ่งกันและกัน แล้วออกเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงหรือบำเพ็ญประโยชน์ในสังคมตามความต้องการของผู้สูงอายุ

2.5 กิจกรรม “บริหารสมอง 2 ท่า พาสุขสว่าง” เป็นกิจกรรมเพื่อกระตุ้นและชะลอความเสื่อมของสมองแก่ผู้สูงอายุ โดยทำกิจกรรมปั้นกระดาษด้วยเท้า และกิจกรรมการบริหารสมองด้วยสองมือ ด้วยการเคลื่อนไหวมือสลับข้าง

2.6 กิจกรรม “สุขสงบ ด้วยสมาธิ” เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านการประเมินค่า เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้และควบคุมอารมณ์ของตนเองในด้านลบได้อย่างเหมาะสม เกิดความสงบในจิตใจ และผ่อนคลายความตึงเครียด รวมทั้งบริหารจิตเพื่อให้เกิดสติ สมาธิ ปัญญา โดยให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการจัดการกับความเครียด ฝึกสมาธิและกำหนดลมหายใจโดยใช้เพลงดั่งดอกไม้บานของแม่ชีศันสนีย์ เสถียรธรรมสถาน (2555)

2.7 กิจกรรม “เยี่ยมบ้านสานสัมพันธ์” เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านทรัพยากร มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าและค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับครอบครัว และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและสภาพความเป็นจริง โดยการติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุและครอบครัว ให้คำปรึกษาชี้แนะ และให้ความรู้ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว รวมทั้งส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและสร้างเสริมความสุขแก่ผู้สูงอายุ

การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม มีเครื่องมือ สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ 1) คู่มือสร้างเสริมความสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มี

ภาวะซึมเศร้า 2) วิดีทัศน์ เรื่อง การบริหารกายสำหรับผู้สูงอายุ 3) ซีดีเพลงและเพลงรำวง 1-2 เพลง ได้แก่ เพลงลอยกระทง และเพลงที่ผู้สูงอายุเลือกซึ่งเป็นเพลงจังหวะสนุกสนาน 4) วิดีทัศน์ เพลงดั่งดอกไม้บานของ แม่ชีศันสนีย์ เสถียรธรรมสถาน (2555) 5) คู่มือการใช้โปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

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

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS) โดยใช้ต้นแบบจาก Geriatric Depression Scale (GDS) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) และแปลเป็นภาษาไทยโดย อรวรรณ ลี่ทองอินทร์ ลักษณะคำถามเป็นการประเมินความรู้สึกของตัวเองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมีเกณฑ์เลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” วิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสุขในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้สำรวจตัวเอง และประเมินเหตุการณ์ อาการหรือความคิดเห็น และความรู้สึกว่าอยู่ในระดับใด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ วิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปร ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าและความสุข ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบที โดยมีการทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติของตัวแปรก่อนทดลองตามข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ไม่เป็นโค้งปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้สถิติ nonparametric ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปร ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าและความสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ระดับ .05

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าและความสุข ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ระดับ .05

## สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65 มีอายุเฉลี่ย 68.85 ปี และ 69.60 ปี ตามลำดับ อยู่ในช่วงอายุ 71-75 ปีมากที่สุดร้อยละ 45 ทุกคนจบการศึกษาระดับประถมศึกษาและนับถือศาสนาพุทธ และมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 50 โดยกลุ่มทดลองมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คนขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และมีผู้ดูแลร้อยละ 65 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุดร้อยละ 70 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีสมาชิกในครอบครัว 2 คน ร้อยละ 35 และมีผู้ดูแลหลักร้อยละ 50 ทั้งสองกลุ่มมีรายได้อยู่ที่ช่วงต่ำกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 55 และรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ร้อยละ 75 และร้อยละ 80 ตามลำดับ โดยพบว่า มีรายได้จากเบี้ยยังชีพรายเดือน และรายได้จากสมาชิกครอบครัว ร้อยละ 60.00 และ ร้อยละ 45.00 ตามลำดับ ข้อมูลด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัว ร้อยละ 50 มียาที่ใช้เป็นประจำร้อยละ 50 ยามว่างจะไม่ทำกิจกรรมใดๆ ร้อยละ 55 แต่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมถึงร้อยละ 65 สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบมีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 70 และมียาที่ใช้เป็นประจำร้อยละ 65 ส่วนใหญ่ไม่ทำกิจกรรมใดๆ เวลาว่าง และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (ร้อยละ 75 และ ร้อยละ 80 ตามลำดับ)

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

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

**p-value<.05*

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม (M=13.95, SD=1.27 และ M=13.85, SD=0.81) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าลดลงจากระดับเล็กน้อยเป็นระดับปกติ (M=6.20, SD=1.36) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยเท่าเดิม (M= 14.00, SD.= 1.25) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะซึมเศร้า ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง (n=20)

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

**p-value<.05*

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนทดลองอยู่ในระดับเล็กน้อย (M=13.95, SD.=1.27) หลังทดลองค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าลดลงจากระดับเล็กน้อยเป็นระดับปกติ (M=6.20 ,SD=1.36) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า มีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังทดลองลดลงกว่าก่อนทดลอง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนทดลองอยู่ในระดับเล็กน้อย (M=13.85, SD. =0.81) หลังทดลองค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยเท่าเดิม (M=14.00,SD=1.25) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า มีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังทดลองใกล้เคียงกับก่อนทดลอง และไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสุขของผู้สูงอายุที่มีซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

| ระยะเวลา | กลุ่มทดลอง (n=20) | | | กลุ่มเปรียบเทียบ (n=20) | | | Z | *p-value* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | SD. | แปลผล | M | SD. | แปลผล | | |
| ก่อนการทดลอง | 24.45 | 1.35 | น้อย | 24.00 | 0.91 | น้อย | -1.387 | .166 |
| หลังการทดลอง | 30.4 | 1.31 | ปกติ | 23.65 | 1.22 | น้อย | -5.448 | .000* |

**p-value<.05*

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความสุขอยู่ในระดับน้อย ใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม (M=24.45, SD=1.35 และ M=24.00, SD=0.91) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสุขเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับปกติ (M=30.4, SD=1.31) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความสุขอยู่ในระดับน้อยเท่าเดิม (M= 23.65, SD.= 1.22) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสุขสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

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

**p-value<.05*

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสุขก่อนทดลองอยู่ในระดับน้อย (M=24.45, SD.= 1.35) หลังทดลองค่าเฉลี่ยความสุขเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับปกติ (M=30.4 ,SD=1.31) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความสุข ก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า มีค่าเฉลี่ยความสุขหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความสุขก่อนทดลองอยู่ในระดับน้อย (M=24.00, SD. =0.91) หลังทดลองค่าเฉลี่ยความสุขอยู่ในระดับน้อยเท่าเดิม (M=23.65,SD=1.22) ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุขก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า มีค่าเฉลี่ยความสุขหลังทดลองใกล้เคียงกับก่อนทดลอง และแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## อภิปรายผล

ผลการศึกษาเรื่องโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในตำบลห้วยเตย อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีระดับซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีระดับซึมเศร้าลดลงจากระดับเล็กน้อยเป็นระดับปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ดังนี้

ในการศึกษานี้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์มาจากแนวคิดความสุขของกรมสุขภาพจิต(2555)[2] ร่วมกับแนวคิดแรง

สนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์[30] มาใช้ในการจัดกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมในแต่ละครั้งจะพบว่าช่วยทำให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้นในทุกองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 "สร้างสัมพันธ์รู้จักฉันรู้จักเธอ"** เป็นกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและด้านอารมณ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความไว้วางใจระหว่างบุคคลของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้วิจัย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีเพื่อนหรือเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชัย มงคล และคณะ (2552)[23] ที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้งในวัยผู้สูงอายุหรือวัยผู้ใหญ่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของคน ซึ่งในวัยสูงอายุนี้จะให้ความสำคัญกับการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร และด้านข้อมูลข่าวสาร ผ่านการให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า และแนวทางการดูแลสุขภาพกาย จิตและสังคมของตนเอง และมอบคู่มือสร้างเสริมความสุขสำหรับผู้สูงอายุในป้องกันภาวะซึมเศร้า เพื่อนำไปทบทวนและใช้เป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติที่บ้าน หลังทำกิจกรรมนี้ผู้สูงอายุรู้สึกมีสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่ม รู้สึกมีเพื่อน เนื่องจากการให้ความสำคัญกับการมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้าง การมีสัมพันธภาพที่ดีจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่เป็นความรู้สึกด้านบวก ได้แก่ รู้สึกมีความสุข มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต เหตุเพราะการมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้านเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต และความหมายของผู้สูงอายุ [9],[28],[33] นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และเข้าใจการเปลี่ยนแปลงและความแตกต่างในวัยสูงอายุของแต่ละบุคคล รวมทั้งมีวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคได้ เป็นการสนับสนุนด้านการประเมินค่าที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจตนเองและผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองมีเพื่อนและทำให้คลายความเศร้าลง

**กิจกรรมที่ 2 "สุขสบายด้วยกายบริหาร 7 ท่า"** เป็นกิจกรรมส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการออกกำลังกาย สามารถออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง เกิดความคล่องแคล่วว่องไว ไม่เกิดอุบัติเหตุง่ายและช่วยผ่อนคลายความเครียด โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการออกกำลังกายในวัยสูงอายุ ให้ชมวีดีทัศน์ "การบริหารร่างกายสำหรับผู้สูงอายุ" ผู้วิจัยทบทวนและสาธิตท่าบริหารร่างกายทีละท่าให้กลุ่มตัวอย่างดูและให้ปฏิบัติตามไปพร้อมกัน จนปฏิบัติได้ถูกต้อง และให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ด้วยการพูดให้กำลังใจ ช่วยเหลือและชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้อง และกลุ่มตัวอย่างนำไปปฏิบัติที่บ้านอย่างต่อเนื่องทุกวัน ส่งผลให้กล้ามเนื้อแข็งแรง เกิดความคล่องแคล่วว่องไว ไม่เกิดอุบัติเหตุง่ายและช่วยผ่อนคลายความเครียด ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวนารถ จารุพันธ์ (2554)[18] ที่ศึกษาโปรแกรมการออกกำลังกายรำไม้พลองของป้าบุญมีร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อภาวะซึมเศร้าและสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยซึมเศร้าหลังทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่าการออกกำลังกายในรูปแบบต่างๆ นอกจากจะช่วยให้เพิ่มสมรรถภาพทางกายแล้ว ยังทำให้ผ่อนคลายความเครียดและช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้

**กิจกรรมที่ 3 "ร้องรำทำเพลง สร้างสุข"** เป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน และคลายเครียด โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฟังเพลงลอยกระทง แล้วให้ร้องเพลงตามจังหวะไปพร้อมๆกันในกลุ่ม หลังจากนั้นให้ เล่นต่อเพลง และรำวงตามจังหวะเพลงเป็นวงกลมร่วมกัน ซึ่งเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนุกสนานเพลิดเพลิน และคลายเครียด ส่งผลให้เกิดความสุขและทำให้ความเศร้าลดลงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา พิบูลย์, พวงทอง อินใจ และ เอียน สมิท (2552)[1] ที่ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัดมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และการศึกษาของภูริพงษ์ เจริญแพทย์ (2556)[15] ศึกษาผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดและการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน หลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้

ดนตรี หรือเสียงเพลงมีผลช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความสุขในผู้สูงอายุได้

**กิจกรรมที่ 4 "สุขสง่าสร้างคุณค่าในตนเอง"** มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนเองจากการให้และรับจากผู้อื่น ตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเอง และเกิดมุมมองต่อการใช้ชีวิตในเชิงบวก โดยให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านดีหรือความภาคภูมิใจในอดีตที่ปฏิบัติแล้วเป็นประโยชน์ต่อครอบครัว ต่อตนเอง หรือต่อสังคม และกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ โดยให้เลือกกิจกรรมที่สมาชิกสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเลือกกิจกรรมเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน โดยผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร คือของเยี่ยมให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างไปเยี่ยมถามอาการ พูดคุยให้กำลังใจ และนำสิ่งของเยี่ยมไปฝาก ทำให้ผู้ถูกเยี่ยมมีกำลังใจและมีความสุข ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความภาคภูมิใจในตนเองจากการเป็นผู้ให้ ซึ่งการไปทำกิจกรรมอาสาสมัคร หรือ จิตอาสาของผู้สูงอายุ เป็นการแสดงออกให้เห็นว่าตนเองยังมีศักยภาพ มีคุณค่าและมีความภาคภูมิใจ ผ่านการให้ที่ไม่หวังผลตอบแทนซึ่งจะทำให้เกิดความสุข และความสุขนี้จะส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเป็นสุขในจิตใจตามมาด้วย[3] สอดคล้องกับการศึกษาของเรืองศักดิ์ จันทร์ดี (2559)[17] ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีมากเป็นผู้สูงอายุที่ให้ความช่วยเหลือผู้อื่น โดยไม่หวังสิ่งตอบแทน ช่วยเหลืองานส่วนรวมเมื่อมีโอกาส และมีความยินดีเมื่อเห็นเพื่อนบ้านมีความพร้อมในชีวิตครอบครัว จึงกล่าวได้ว่ากิจกรรมนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกตระหนักว่าตนเองมีคุณค่ากับพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้อื่นในสังคมและทำให้เกิดมุมมองต่อการใช้ชีวิตในเชิงบวก ซึ่งความภาคภูมิใจจากการทำกิจกรรมโดยการให้ที่ไม่หวังผลตอบแทนส่งผลให้เกิดความสุขและลดอาการซึมเศร้า

**กิจกรรมที่ 5 "บริหารสมอง 2 ท่าพาสุขสว่าง"** เป็นกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นและชะลอความเสื่อมของสมองแก่ผู้สูงอายุ โดยให้กลุ่มตัวอย่างปั้นกระดาษด้วยเท้า เป็นการฝึกการประสานสัมพันธ์กันระหว่างกล้ามเนื้อตากับเท้า ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน ร่วมกับทำกิจกรรมการบริหารสมองด้วยสองมือ ด้วยการเคลื่อนไหวมือสลับข้างซึ่งเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมอง มือและตาให้สัมพันธ์กัน ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร ได้แก่ อุปกรณ์ในการทำกิจกรรม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมปั้นกระดาษด้วยเท้าต่อเป็นประจำที่บ้านในเวลาว่าง และแนะนำให้ฝึกการเคลื่อนไหวมือสลับข้าง อาจทำร่วมกับครอบครัวหรือผู้สูงอายุในชุมชนเป็นประจำ จะช่วยกระตุ้นสมอง และชะลอความเสื่อมของสมอง ป้องกันโรคสมองเสื่อมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่ง Boland et al (2000)[24] กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีอาการซึมเศร้าเนื่องจากผลของการที่สมองถูกทำลาย และมีการศึกษาพบว่า อาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับโรคสมองเสื่อม โดยอาจเกิดจากการที่อาการซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้มีปัญหาความจำ และอาการซึมเศร้าอาจเป็นอาการหนึ่งของภาวะสมองเสื่อม โดยอาจเกิดก่อนที่จะมีอาการสมองเสื่อมที่ชัดเจน [13]

**กิจกรรมที่ 6 "สุขสงบ ด้วยสมาธิ"** เป็นกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้และควบคุมอารมณ์ของตนเองในด้านลบได้ดี เกิดความสงบในจิตใจ และผ่อนคลายความตึงเครียด รวมทั้งบริหารจิตเพื่อให้เกิดสติ สมาธิ ปัญญา โดยให้กลุ่มตัวอย่างพูดแลกเปลี่ยนประสบการณ์เหตุการณ์ที่เป็นปัญหาหรือภาวะวิกฤตของชีวิตที่ผ่านมาและ วิธีการแก้ปัญหาหรือผ่านภาวะวิกฤตนั้น หลังจากนั้นผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการจัดการกับความเครียด สาธิตการฝึกสมาธิและกำหนดลมหายใจเข้าออกด้วยเพลงดั่งดอกไม้บาน ของแม่ชีศันสนีย์ เสถียรธรรมสถาน (2555) ให้ชมวีดีทัศน์ และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติตามโดยเปิดวีดีทัศน์เพลงพร้อมท่าประกอบ และให้สลับกันมาเป็นผู้นำการปฏิบัติ แนะนำให้ไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน และติดตามการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งกิจกรรมนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกในทางที่ดี (general well-being positive affect) รู้สึกสงบ ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างสามารถรับรู้และควบคุมอารมณ์ของตนเองในด้านลบได้ดี และผ่อนคลายความตึงเครียด รวมทั้งเป็นการบริหารจิตเพื่อให้เกิดสติ สมาธิ ปัญญา เนื่องจากการฝึกหายใจและการทำสมาธินั้น ช่วยขจัดความเครียด ความวิตกกังวล และยังทำให้ร่างกายแข็งแรงอีกด้วย[11] สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วีระศักดิ์ พงศ์พิริยะไมตรี (2553)[13] ศึกษาผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการดูแลตนเองที่บ้านที่มีต่อความเครียดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าภายหลังการทดลองผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการดูแลตนเองที่บ้าน มีระดับความเครียดลดลง

จากระดับเครียดกว่าปกติเล็กน้อยเป็นระดับไม่เครียด ($p<.05$) และมีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

**กิจกรรมที่ 7 "เยี่ยมบ้านสานสัมพันธ์"** เป็นกิจกรรมเพื่อติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าและค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันและดูแลผู้สูงอายุร่วมกับครอบครัว ร่วมหาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและสภาพความเป็นจริง โดยผู้วิจัยให้คำปรึกษา ชี้แนะ และให้ความรู้ตามสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ และผู้วิจัยสามารถสังเกตการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างได้ ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้สูงอายุ โดยให้สมาชิกในครอบครัวแสดงความรักผู้สูงอายุกันด้วยการกอดหรือสัมผัสให้กำลังใจกันทุกวัน แนะนำให้ครอบครัวพาผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น ทำบุญตักบาตรในวันสำคัญทางศาสนา ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวจะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ[37] ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนี้จัดเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการมีสุขภาพจิตที่ดี เป็นองค์ประกอบของสุขภาพจิตในด้านคุณภาพของจิตใจ (mental quality) ในขณะที่ความเหงา ความซึมเศร้าเป็นความรู้สึก ในทางที่ไม่ดีและความรู้สึกด้านลบ โดยมีการศึกษาพบว่า ความเหงาของผู้สูงอายุลดลงได้ถ้ามีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี[26] กิจกรรมนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวมีความคุ้นเคยกับผู้วิจัยมากขึ้น กล้าซักถามและปรึกษาปัญหาและทำให้สมาชิกในครอบครัวได้พูดคุยและเข้าใจกันมากขึ้น มีการกอดผู้สูงอายุหรือจับมือกันก่อนไปทำงาน ส่งผลให้เกิดความผ่อนคลายและทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุข

2.2 ความสุขผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จากการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่อาศัยอยู่ในตำบลห้วยตะเคียน อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีระดับความสุขหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองระดับความสุขเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ดังนี้

กิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีส่วนช่วยในการพัฒนาความสุขทั้ง 5 มิติได้ กล่าวคือ กิจกรรมสุขสบายเป็นกิจกรรมที่สร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุอยากออกกำลังกายทุกวันตามท่าบริหารร่างกายประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถเคลื่อนไหวได้คล่องแคล่ว กล้ามเนื้อต่างๆแข็งแรง และสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น จากการติดตามการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างบริหารร่างกายประจำวันอย่างสม่ำเสมอทุกวัน ดังนั้นจึงทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาความสุขมิติสุขสบายได้ดีมากขึ้น รู้สึกมีความมั่นคงและไม่เป็นภาระกับผู้อื่น กิจกรรมสุขสนุกเป็นกิจกรรมนันทนาการที่ช่วยสร้างความสดชื่น สนุกสนานและเพลิดเพลิน ทำให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลาย แสดงออกอย่างเหมาะสม ดังจะเห็นได้จากคะแนนความสุขที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับกิจกรรมสุขสว่าง สุขสงบ และสุขสงบ เป็นกิจกรรมที่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาสมรรถภาพทางสมองได้ เมื่อผู้สูงอายุมีความจำที่ดี มีสมรรถภาพสมองที่เพิ่มมากขึ้นก็จะช่วยให้เกิดความมั่นใจ ภาคภูมิใจในตนเอง และการบำเพ็ญประโยชน์ด้วยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ก่อให้เกิดสุขภาวะทางอารมณ์ที่ดีและความรู้สึกมีความสุขในที่สุด (Dhramchareon, 2012) นอกจากนี้ยังพบว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี การมีสุขภาพดี และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลให้มีความสุข (Layard, 2007) ซึ่งจากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองพบว่า มีการอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกตั้งแต่ 4 คนขึ้นไปร่วมกับมีผู้ดูแลหลักร้อยละ 50 และ65 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50 และมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงถึงร้อยละ 65 ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้มีส่วนส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีระดับความสุขสูงขึ้นได้เช่นกัน

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินค่า สามารถเพิ่มค่าคะแนนความสุขในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างหลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพจิตในทางที่ดีขึ้น เช่น ได้หัวเราะ

สนุกสนาน รู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกมั่นใจที่จะเผชิญความเครียดที่อาจเกิดขึ้นในวันข้างหน้า รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในสังคม และรู้สึกว่ามีเพื่อนและเครือข่ายมากขึ้น ทำให้ความรู้สึกด้านลบ เช่น ความเหงา หรือภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของสุดารัตน์ นามกระจ่าง, ลักษณี สมรัตน์ และอนัญญา เดชะคำภู (2560)[20] ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองระดับของสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถภาพทางสมองเบื้องต้น ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม และค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุขเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่หรือจากบุคลากรด้านสุขภาพในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการให้บริการแบบตั้งรับ เนื่องจากภาระงานและอัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ ทำให้บุคลากรด้านสุขภาพยังคงดูแลผู้สูงอายุโดยใช้อาการ และอาการแสดง ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตเป็นหลัก ขาดการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน[4] ซึ่งสอดคล้องกับ เจนแอลโลพิส และคณะ[31] และ ฟอร์สแมนและคณะ[27] กล่าวว่าในปัจจุบันบริการส่วนใหญ่เป็นแบบตั้งรับและขาดการทำงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต รวมทั้งระบบบริการในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิก็ขาดการทำงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ส่วนใหญ่มุ่งไปที่การบำบัดรักษาโรคและการเจ็บป่วยทางจิต อีกทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยการ ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ รวมทั้งให้การปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพจิต ส่วนใหญ่เป็นบริการที่จัดให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการเท่านั้น (Kelley & Abraham, 2007 as cited in Svedberg, 2011) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนที่เริ่มเข้าสู่ภาวะซึมเศร้าจึงไม่ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบขาดการได้รับการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ และจากข้อมูลทั่วไปพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีรายได้ที่ต่ำและไม่เพียงพอร้อยละ 80 ร่วมกับมีโรคประจำตัวร้อยละ70 รวมทั้งไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและไม่ได้ทำงานอดิเรก ร้อยละ 80 และร้อยละ 75 ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยร่วมส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าและเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อความสุขในผู้สูงอายุ[12][19] จึงส่งผลทำให้หลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มทดลองและมีแนวโน้มที่จะสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งจากระดับภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นจึงทำให้ระดับความสุขของกลุ่มเปรียบเทียบต่ำลงและต่ำกว่ากลุ่มทดลองตามไปด้วย แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่งผลให้ระดับซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าลดลงจนมีสุขภาพจิตปกติ และมีความสุขเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมีผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลง และมีระดับดัชนีความสุขเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ ดังนี้

1. นำโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการป้องกันภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมความสุขให้กับผู้สูงอายุ โดยสามารถปรับรูปแบบกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องตามวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนอื่นๆ ต่อไป

2. ควรมีการส่งเสริมให้หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขนำโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หรืออาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้สามารถนำโปรแกรมไปใช้ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

3. นำโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมความสุขให้กับกลุ่มผู้สูงอายุโรคอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมศึกษากับกลุ่มผู้สูงอายุอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาความสุข การสนับสนุนทางสังคม ต่อภาวะซึมเศร้าหรือความสุขมีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น

2. ควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อติดตามการปฏิบัติของผู้สูงอายุและประเมินภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน หรือ 1 ปี

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ประธานกรรมการสอบที่ให้คำปรึกษาและคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ให้ความรู้ คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องในการวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกุดรังทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้สูงอายุที่กรุณาให้ความร่วมมือ และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ทำให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

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

2.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ.** โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด. นนทบุรี. 2555.

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

4.ชณิตา ประดิษฐ์สถาพร และคณะ. สุขภาวะจิตของผู้สูงอายุไทยตามวิถีพุทธ. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**. 26(1) : 70-79, 2555.

5.ชุติไกร ตันติชัยวนิช และคณะ. ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**. 29(1) : 34-37, 2552.

6.ณหทัย วงศ์ปการันย์ และคณะ. **คู่มือการดูแลผู้สูงวัย: สูตรคลายซึมเศร้า.** สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). นนทบุรี, 2559.

7.นันทา ขวัญวดี และคณะ. ความสัมพันธ์ความปวดภาวะซึมเศร้าการสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังทำผ่าตัด. **วชิรสารการพยาบาล**. 31(1) : 68-81, 2554.

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

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

10.ปาริชาติ ค้ำชู. **ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มนันทนาการในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม จังหวัดภูเก็ต.** (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, นครปฐม. 2551.

11.มรรยาท รุจิวิชชญ์. **การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต**. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ, 2556.

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

13.วีรศักดิ์ เมื่องไพศาล. (2556). **ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมและการป้องกัน (ตอนที่ 2)**. URL http://www.si.mahidol.ac.th./sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=416. สืบค้นจากเมื่อ(12/5/2562)

14.วีระศักดิ์ พงศ์พิริยะไมตรี. **ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการดูแลตนเองที่บ้านที่มีต่อความเครียดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.** (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาสารคาม, 2553.

15ภูริพงษ์ เจริญแพทย์. **ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดและการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน**. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ, 2556.

16.มรรยาท รุจิวิชชญ์. **การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต**. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ, 2556.

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

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

19สาวิตรี สิงหาด. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. **วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี**. 18(3) : 15-24, 2559.

20.สุดารัตน์ นามกระจ่าง และคณะ. **ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติ.** เอกสารการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติและนานาชาติ 2560. วันที่ 10 มีนาคม 2560. มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 699-709, 2560.

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

22.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. **รายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560**. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2560.

23.อภิชัย มงคล และคณะ. **รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007):กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.** โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ, 2552.

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

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

26.Dury, R. Social isolation and loneliness in the elderly: an exploration of some of the issues. **British Journal Of Community Nursing**. 19(3) : 125-128, 2014.

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

28.Hazer, O., & Boylu, A. A. The examination of the factors affecting the feeling of loneliness of the elderly**. Procedia -Social and Behavioral Sciences.** 9(0): 2083-2089, (2010). doi:http://dx.doi.org/10.1016/ j.sbspro .

29.Hegeman, J. M. Kok, R. M., van der Mast, R. C., & Gillay, E.J. Phenomenology of depression In older compared with younger adults : meta-analysis. **The British Journal of Psychiatry**. 200(275-281). (2012). doi: 10.1192/bjp.bp.111.095950

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

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

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

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

34.Svedberg. P. (2011). In what direction should we go to promote health in mental health care?. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**. 6(2) : 10.3402/qhw.v3406i3402.7118. doi: 10.3402/qhw.v6i2.7118

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

36.Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. **Journal of Health and Social Behavior**. 52(1) : 145-161, (2011). doi:110.1177/ 0022146510395592.

37.Tian, Q. Intergeneration social support affects the subjective well-being of the elderly : Mediator roles of selfesteem and loneliness. **Journal of Health Psychology**. 1-8, 2014. doi:10.1177/1359105314547245

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