



**ผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้า
เชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ**
**THE EFFECT OF SOCIO-CULTURAL PROGRAM FOR PROMOTING QUALITY OF
LIFE AND DEPRESSIVE PREVENTION IN THE ELDERLY, NA FAI SUB DIATRICH,
MUEANG CHAIYAPHUM DISTRICT, CHAIYAPHUM PROVINCE**

Received: January 22, 2022

Revised: February 22, 2022

Accepted: April 04, 2022

จิราภา วิลาวรรณ¹, จิรัชญา เหล่าคมพุดาจารย์¹,

ธิติรัตน์ เหล่าคมพุดาจารย์¹, ยูวดี บุญเนา¹, พัชรินทร์ บุญเสริม¹

Jirapa Vilawarn¹, Jiratchaya Laokhompruttajan¹

Thitirat Laokhompruttajan², Yuwadee Boonnoo¹, Pattarin Boonserm¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 33 คน โดยสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ (1) โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรม โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองและแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ใช้ระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม 12 สัปดาห์ (2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบคุณภาพชีวิต มีค่าความเที่ยง 0.86 และ 0.85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired sample t-test และ independence sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า (1) ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลางและส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (2) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (3) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สรุปได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรม สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิต, การป้องกันภาวะซึมเศร้า, สังคมและวัฒนธรรม, ผู้สูงอายุ

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

² คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ



Abstract

The objective of this research were to study the effects of socio-cultural program for promoting quality of life and depressive prevention in the elderly. The study was a quasi-experiment research. The sample was 66 elderly at Nafai subdistrict, Muang district, Chaiyaphum province, selected by the simple random sampling technique, and they were divided into the experimental (33) and the comparative (33) groups. The research tools included; (1) the socio-cultural program for promoting quality of life and depressive prevention which developed based on the theory of self-efficacy and social support concept, the duration in the activity 12 weeks. (2) The depression and quality of life assessment forms and the reliabilities were .86 and .85 respectively. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, paired sample t-test and independence sample t-test.

The results showed that; (1) the level of quality of life of the elderly by overview of the experimental group and the control group was at moderate level and didn't have depression. (2) 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, at the level of 0.01. (3) The quality of life of experimental group were significantly higher than before attending the program and higher than the comparative group, at the level of 0.01. It was concluded that the socio-cultural program for promoting quality of life and depressive prevention could reduce depression and enhance the quality of life in the elderly.

Keywords: program for promoting quality of life, depressive prevention, socio-cultural, elderly

¹Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

²Faculty of Political Science, Chaiyaphum Rajabhat University



บทนำ

องค์กรสหประชาชาติ รายงานว่าประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยในปี ค.ศ. 2017 (พ.ศ. 2560) มีจำนวน 694 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 (พ.ศ. 2593) ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก จะเพิ่มสูงขึ้นถึง 2.1 ล้านล้านคน⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ.2563 จำนวนประชากรผู้สูงอายุ มีสูงถึง 10.78 ล้านคน หรือร้อยละ 15.28 และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ.2583 จำนวนประชากรผู้สูงอายุ จะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 20.42⁽²⁾ สำหรับจังหวัดชัยภูมิ ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุ 203,400 คน จากประชากรทั้งหมด 1,139,023 คน คิดเป็น ร้อยละ 17.86⁽³⁾ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม⁽⁴⁾ อีกทั้งยังเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และการพลัดพรากจากคู่ครอง⁽⁵⁾ เป็นวัยที่มีการปรับตัวในการดำเนินชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม โดยมักจะเกิดควบคู่กับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและจิตวิญญาณ อาจทำให้เกิดความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดภาวะคับข้องใจด้านการสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกาย กลัวความตาย และบางครั้ง อาจรู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว่ ซึมเศร้า และสิ้นหวัง ซึ่งมีผลกระทบต่อจิตใจ รู้สึกน้อยใจ ท้อแท้และเบื่อหน่ายในชีวิต สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้⁽⁶⁾ ซึ่งถือเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับอัตราการเจ็บป่วยและการตายก่อนวัยอันควร โดยคาดว่าจะกลายเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ⁽⁷⁾ การประยุกต์กิจกรรมด้านสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม และสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ มาใช้ในการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและห่างไกลจากภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ ไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม⁽⁸⁾ รวมทั้งมีส่วนช่วยส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้สูงอายุและมีสุขภาพจิตที่ดีได้⁽⁹⁾

จากการประเมินสภาพปัญหาด้านคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบปัญหา เป็นลำดับที่ 5 ของจังหวัดชัยภูมิ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย มีคะแนนเท่ากับ 16.35 ด้านจิตใจ มีคะแนนเท่ากับ 12 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีคะแนนเท่ากับ 6.23 ด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนนเท่ากับ 16.88 และมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม เท่ากับ 56.50 ซึ่งหมายถึง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดชัยภูมิ อยู่ในระดับที่ไม่ดี และการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็น ร้อยละ 29.08 ส่งผลให้ไม่มีความสุข นอนไม่หลับ เศร้าหมอง ไม่ต้องการจะทำอะไร ไม่อยากรับประทานอาหาร และปัญหาซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบันที่ควรเร่งป้องกันและลดความรุนแรงลง⁽¹⁰⁾



จากการทบทวนวรรณกรรมโดยผู้วิจัย พบว่า ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิต และป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบต่างๆ เช่น การศึกษาของพิกุล ทับวิธร, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และทิพย์ฉมพร เกษโกมล⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ตำบลห้วยเตย จังหวัดมหาสารคาม โดยประยุกต์มาจากแนวคิดความสุข 5 มิติ และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนระดับความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของกรฐณรัช ปัญญาไส, จุฑามาศ กิตติศรีและพิชชานาถ เงินดี⁽¹²⁾ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต บนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ผลการทบทวนวรรณกรรมนี้แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์โปรแกรมต่างๆ เพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ ร่วมกับการนำทฤษฎีความสามารถตนเองของ Bandura⁽¹³⁾ ซึ่งอธิบายว่าถ้าบุคคลมีความต้องการและมีความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสูง เมื่อทำแล้วจะได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็จะมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติตามได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผสมผสานการช่วยเหลือแบบกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมของ House⁽¹⁴⁾ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร เน้นการปรับตัวที่สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง อันส่งผลต่อผู้สูงอายุ ในการลดภาวะทุพพลภาพ ชะลอความเสื่อมตามวัย ลดภาวะการพึ่งพาผู้อื่น มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี เพิ่มการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและวัฒนธรรม มีการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ สิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและห่างไกลจากภาวะซึมเศร้าได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



การทบทวนวรรณกรรม/กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura⁽¹³⁾ ซึ่งอธิบายว่า ถ้าบุคคลมีความต้องการและมีความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสูง เมื่อทำแล้วจะได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็จะมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติตาม โดยแนวทางการพัฒนา ประกอบด้วย (1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (3) การใช้คำพูดชักจูง และ (4) การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยผสมผสานการช่วยเหลือแบบกระบวนการกลุ่มและแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House⁽¹⁴⁾ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านทรัพยากร ร่วมกับสารสนเทศที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ โดยกิจกรรมในโปรแกรม ประกอบด้วย (1) การสร้างสัมพันธภาพ (2) อาหารเพื่อสุขภาพ (3) การชะลอสมองเสื่อม (4) การป้องกันปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ (5) การแก้ไขการนอนไม่หลับ (6) การใช้ยาอย่างปลอดภัย (7) งานอดิเรกเชิงวัฒนธรรมท้องถิ่น (8) การออกกำลังกายเชิงวัฒนธรรมท้องถิ่น ประยุกต์ (9) การส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคม (10) การส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเอง (11) ความปลอดภัย/การป้องกันตัวเองจากอุบัติเหตุ และ (12) การส่งเสริมสุขภาพจิต

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) โดยออกแบบการวิจัยแบบ 2 กลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (pre-test, post-test control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยในพื้นที่ จังหวัดชัยภูมิ ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 203,400 คน⁽³⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยในพื้นที่ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ (1) อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง (2) ช่วยเหลือตัวเองได้ดี (3) การรับรู้และติดต่อสื่อสารได้ปกติ (4) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ เเกินร้อยละ 80 และ (5) ในระหว่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่มีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ (1) มีโรคประจำตัวที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมได้สม่ำเสมอ (2) มีผลการประเมินภาวะซึมเศร้าแบบ 2 ข้อคำถาม (2Q) เป็นบวกเพียงข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ และเกณฑ์ยุติการเข้าร่วมการศึกษา คือ ไม่เข้าร่วมกิจกรรม มากกว่า 2 ครั้ง หรือขอถอนตัวออกจากการวิจัย การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G * Power Version 3.1.9.2 ใช้ค่าอำนาจในการวิเคราะห์ (Power Analysis) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ระดับ 0.80 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ 0.05 หรือระดับความเชื่อมั่น เท่ากับ ร้อยละ 95⁽¹⁵⁾ โดยพิจารณาเทียบเคียงกับผลการศึกษาของพงษ์ศักดิ์ อุบลวรรณ⁽¹⁶⁾ เรื่อง ผลของโปรแกรมสุขภาพจิต



ศึกษาต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงวัย ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน และได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อเป็นการทดแทนเมื่อมีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย⁽¹⁷⁾ จึงได้กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มทดลอง 33 ราย และกลุ่มควบคุม 33 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมให้ความร่วมมือเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวและสวัสดิการสังคม เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่องานวิจัยครั้งนี้ โดยแบ่งกลุ่มทดลองที่จะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรม จำนวน 33 คน และกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 33 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และสวัสดิการสังคม (1.2) แบบประเมินคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ ภาษาไทย (The World Health Organization Quality of Life Brief Thai: WHOQOL-BREF-THAI) ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ค้นพบ มหัตนรินทร์กุลและคณะ⁽¹⁸⁾ มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามแบบภาวะวิสัย (perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) โดยจะครอบคลุมคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นข้อคำถามทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ เกณฑ์การเลือกตอบมี 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มากและมากที่สุด โดยข้อคำถามทางบวกจะให้คะแนน 5 ไปจนถึง 1 คะแนน ตามลำดับ ขณะที่ข้อคำถามทางลบจะให้คะแนน 1 ไปจนถึง 5 คะแนน ตามลำดับ คะแนนรวมจะอยู่ระหว่าง 26-130 คะแนน แบ่งระดับคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26-60 คะแนน) มีคุณภาพชีวิตกลางๆ (61-95 คะแนน) และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (96-130 คะแนน) นำแบบประเมิน WHOQOL-BREF-THAI ไปหาค่าความเที่ยง ในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.85 (1.3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ 9: Patient Health Questionnaire, PHQ-9) ฉบับภาษาไทย ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย⁽¹⁹⁾ (Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR) มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ โดยจะสอบถามอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาว่ามีความถี่ของอาการในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด โดยเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งออกเป็น ไม่มีเลย (0 คะแนน) มีบางวันแต่ไม่บ่อย (1 คะแนน) มีค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) และมีเกือบทุกวัน (3 คะแนน) โดยคะแนน จะอยู่ระหว่าง 0-27 คะแนน การแบ่งระดับภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-8 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (9-14 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (15-19 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง



(มากกว่า 20 คะแนนขึ้นไป) นำแบบประเมิน PHQ-9 ไปหา ค่าความเที่ยง ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ สร้างและดำเนินกิจกรรมโดยผู้วิจัย กรอบของการพัฒนาโปรแกรมมาจากทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura⁽¹³⁾ และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House⁽¹⁴⁾ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ร่วมกับสารสนเทศที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ โดยโปรแกรมฯ ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จำนวน 5 ท่าน และนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และนำผลการประเมินไปคำนวณหาค่าความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence Index: IOC) ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.60-1 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เพื่อดูความชัดเจนของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นจะนำมาปรับแก้ให้เกิดความสมบูรณ์ก่อนการนำไปใช้จริง รูปแบบกิจกรรมโดยการบรรยายแบบมีส่วนร่วม กิจกรรมกลุ่มและฝึกปฏิบัติ ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ รายละเอียดกิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย (1) การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อชี้แจงรายละเอียดการเข้าร่วมโครงการ กิจกรรมสันทนการและทำแบบทดสอบก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม (2) อาหารเพื่อสุขภาพ โดยการวิเคราะห์พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน (3) การชะลอสมองเสื่อม โดยการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วย Clock Drawing Test (CDT)⁽²⁰⁾ และกิจกรรมบริหารสมอง (4) การป้องกันปัญหาการกลืนปัสสาวะ โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาและฝึกบริหารกลืนเนื้อหูด (5) การแก้ไขการนอนไม่หลับ ร่วมหาแนวทางแก้ไขและฝึกการหายใจประกอบเพลงดังดอกไม้บาน (6) การใช้ยาอย่างปลอดภัย ด้านการซื้อยาใช้เอง การใช้ยาสมุนไพร ยาบำรุงและหาแนวทางการป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (7) การทำงานอดิเรกเชิงวัฒนธรรมท้องถิ่น ได้แก่ การปลูกผักสวนครัวปลอดสารพิษ การทำน้ำปลาร้าสูตรสมุนไพร และการทำปลาแดดเดียว (8) การออกกำลังกายเชิงวัฒนธรรมท้องถิ่นประยุกต์ โดยการให้ร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการและได้กำหนดชื่อกิจกรรม คือ “ผู้สูงอายุนาฝาย ใส่ใจสุขภาพ” โดยการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน ทุกวันอังคาร วันพฤหัสบดี และวันเสาร์ เวลา 11.00-12.00 น. โดยมีการอบอุ่นร่างกาย 10 นาที การออกกำลังกายด้วย ท่ารำประกอบเพลงหมอราบ้านเมืองชัยภูมิ จำนวน 10 ท่า (ออกแบบร่วมกันโดยกลุ่มผู้สูงอายุ) 20 นาที และการผ่อนคลาย 10 นาที รวมระยะเวลา 40 นาที (9) การส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวการมีส่วนร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม (10) การส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเอง โดยการให้ผู้สูงอายุได้เล่าถึงความภาคภูมิใจในตนเองและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (11) ความปลอดภัยและการป้องกันตัวเองจากอุบัติเหตุ โดยการประเมินความเสี่ยงต่อ



การพลัดตกหกล้มด้วย Time Up and Go Test (TUG) with Dual Task⁽²¹⁾ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และฝึกทักษะการบริหารร่างกายเพื่อป้องกันการหกล้มด้วยยางยืด (12) การป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ส่งเสริมสุขภาพจิตและฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดด้วยผลหมาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย โดยการใช้ข้อมูลขึ้นอยู่กับความสมัครใจและสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ภายหลังชี้แจงแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent) และการวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ HE 64-1-007

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ (1) ผู้วิจัยเชิญชวนผู้สูงอายุ เข้าร่วมการวิจัย อธิบายโครงการวิจัย พร้อมเอกสารชี้แจง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะขอให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมฯ (2) เก็บข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินคุณภาพชีวิต และภาวะซึมเศร้าก่อนดำเนินโปรแกรมในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยผู้ช่วยนักวิจัย (3) ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม โดยจัดกิจกรรม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ละ 1 ชั่วโมง นาน 12 สัปดาห์ (4) เก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ได้แก่ คุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้าและความพึงพอใจต่อโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรม โดยผู้ช่วยนักวิจัยชุดเดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ (1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยนำมาแจกแจงความถี่ วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test และ independent t-test และ (2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired sample t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ โดยใช้สถิติ Independent sample t-test โดยก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้มีการทดสอบข้อตั้งกลองเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (Test of Normality) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยใช้สถิติ Kolomogorov-Smirnov พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มทดลอง ร้อยละ 54.55 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 60.61 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 72.73 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 84.85 กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม นับศาสนาพุทธทั้งหมด มีสถานภาพสมรสคู่ กลุ่มทดลอง ร้อยละ 51.52 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 54.55 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา กลุ่มทดลอง ร้อยละ 81.82 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 66.67 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1,001-5,000 บาทต่อเดือน กลุ่มทดลอง ร้อยละ 69.70 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 66.67 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน กลุ่มทดลอง ร้อยละ 36.36 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 39.39 ในส่วนโรคประจำตัวอื่นๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน กลุ่มทดลอง ร้อยละ 36.36 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 39.39 ด้านสวัสดิการทางสังคม กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่มได้รับสวัสดิการทางสังคมทั้งหมด การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่นในชุมชน พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ร้อยละ 81.80 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ Chi-square test และ Fisher's Exact test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตภาพรวม ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม คืออยู่ในระดับปานกลาง ($M=92.98$, $S.D. = 7.93$; $M = 93.68$, $S.D. = 7.24$ ตามลำดับ) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า (1) ด้านร่างกาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 57.58, 60.61) (2) ด้านจิตใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 54.55, 57.58) (3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 60.61) และ (4) ด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 54.55, 57.58)

3. ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 81.82 และ 78.79 รองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 15.15 และ 8.18 และมีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 3.03 ตามลำดับ



4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อน และหลังการทดลอง (n=66)

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง (n=66)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
คุณภาพชีวิตฯ	กลุ่มทดลอง	58.44	3.38	92.98	7.93	122.20*	0.01
	กลุ่มควบคุม	57.98	3.24	58.16	3.19	128.65	0.06
ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง	19.00	7.44	6.21	3.91	9.22*	0.000
	กลุ่มควบคุม	16.09	8.48	16.76	3.34	0.43	0.675

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

5. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=66)

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=33)		กลุ่มควบคุม (n=33)		t	p-value
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
คุณภาพชีวิตฯ	ก่อนการทดลอง	58.44	3.38	57.68	3.24	4.39	0.065
	หลังการทดลอง	92.98	7.93	58.16	3.19	26.73*	0.000
ภาวะซึมเศร้า	ก่อนการทดลอง	19.00	7.44	19.09	7.48	2.45	0.254
	หลังการทดลอง	6.21	3.91	16.76	3.34	11.77*	0.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี



นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรม โดยมีกิจกรรมหลัก 12 กิจกรรม ร่วมกับการประยุกต์วัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการส่งเสริมการทำงานอดิเรกสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ การปลูกผักสวนครัวปลอดสารพิษ การทำน้ำปลาร้าสูตรสมุนไพรและการทำปลาแดดเดียว รวมทั้งการออกกำลังกายเชิงวัฒนธรรมท้องถิ่นประยุกต์แบบมีส่วนร่วมในชื่อกิจกรรม “ผู้สูงอายุนาฝาย ใส่ใจสุขภาพ” ดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 3 วัน ทุกวันอังคาร วันพฤหัสบดี และวันเสาร์ เวลา 11.00-12.00 น. โดยมีการอบอุ่นร่างกาย (10 นาที) การออกกำลังกายด้วยท่ารำประกอบเพลงหมอราบพื้นเมืองชัยภูมิ จำนวน 10 ท่า (20 นาที) และการผ่อนคลาย (10 นาที) รวม 40 นาที ซึ่งโปรแกรมห่วงล้อมสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุได้ ดังนั้น บุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ควรนำโปรแกรมไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและป้องกันภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

ในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองและค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมตามแนวคิดทฤษฎีความสามารถของตนเอง⁽¹³⁾ และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม⁽¹⁴⁾ ร่วมกับเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีความมั่นใจในตนเอง มีการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี มีส่วนร่วมในสังคม เล็งเห็นคุณค่าในตนเองและสามารถเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุข ปราศจากภาวะซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของแวนใจ นาคะสุวรรณ⁽²²⁾ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 40 คน ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวม ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -2.339, p = 0.019$) และการศึกษาของฉัตรลดา ดีพร้อมและพัชรารัตน จันทรเพชร⁽²³⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยนวัตกรรมพื้นบ้าน V-exercise ต่อสมรรถภาพทางกาย ระดับน้ำตาลในเลือด และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จำนวน



41 คน ที่เข้าร่วมโปรแกรม พบว่า สมรรถภาพทางกาย ระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรม มีเนื้อหาที่เน้นการส่งเสริม สนับสนุนและเสริมสร้างการมีคุณค่าในตนเอง มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว มีส่วนร่วมในสังคม ดำเนินการโดยให้ความรู้ใช้กระบวนการกลุ่ม สอดแทรกกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมเชิงสังคมและวัฒนธรรมมีการกระตุ้นเตือน และติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งได้ประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองซึ่งกล่าวถึงการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมาย ถ้าบุคคลมีความเชื่อในความสามารถตนเองว่าสูงเมื่อทำแล้วจะได้รับผลตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตนจนประสบความสำเร็จ⁽¹³⁾ ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม⁽¹⁴⁾ มาใช้ในการจัดกิจกรรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมในแต่ละครั้งจะพบว่าช่วยทำให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้นในทุกองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ โดยโปรแกรมฯ มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีภาวะซึมเศร้าลดลงได้ ดังการศึกษาของกรฐณรัช ปัญญาไส, จุฑามาศ กิตติศรีและพิชชานาถ เงินดี⁽²⁴⁾ ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ และพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ali, Suhail, and Al⁽²⁵⁾ ที่ศึกษาความนับถือตนเองนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสถานรับเลี้ยงเด็ก พบว่า ปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้การรับรู้คุณค่าตัวเองต่ำ เช่น การอยู่คนเดียว การแยกตัวเอง การเจ็บป่วย ความพิการ เหตุผลด้านสังคม ฐานะเศรษฐกิจไม่ดี มีตราบาป การไม่ได้สมรส และความอาย ผู้สูงอายุเหล่านี้จะแยกตัว ไม่มีความสัมพันธ์ในสังคม ทำให้ความมีคุณค่าในตนเองต่ำ จึงมีการเสนอให้ชุมชนช่วยแก้ปัญหาโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อสร้างโปรแกรม หรือกิจกรรมเพื่อป้องกันผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุ มีความคิดทางบวกเกี่ยวกับตนเอง และญาติที่ใกล้ชิด การออกกฎหมายเพื่อสิทธิของผู้สูงอายุให้มีผู้ดูแลที่มีความเข้าใจด้านจิตใจของผู้สูงอายุอย่างเร่งด่วน ก่อนที่ปัญหาจะมีขนาดใหญ่มากกว่านี้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

(1) นำโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุนี้ ไปปรับใช้ในการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ ที่มีบริบทแตกต่างออกไป เช่น กลุ่มสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุติดบ้าน



และคิดสังคม เป็นต้น ซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรม มีความหลากหลายและเกิดประโยชน์เป็นวงกว้างมากยิ่งขึ้น (2) ควรมีการพัฒนากิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบท ความต้องการ และวัฒนธรรมของชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดกิจกรรมที่ยั่งยืน ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ให้แก่ผู้สูงอายุ และ (3) ควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อติดตามและประเมินผล อย่างต่อเนื่องในช่วง 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมฯ ให้เกิดประสิทธิภาพและประโยชน์ ต่อผู้สูงอายุสูงสุด

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ องค์การบริหารส่วนตำบลนาฝาย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุทุกท่านที่เข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย และมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. The United Nations. (2017). World population ageing. Available from: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf [accessed 2020 10 Mar]
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติผู้สูงอายุไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://service.nso.go.th>.
3. กองแผนและงบประมาณ องค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ. ยุทธศาสตร์ของการพัฒนาขององค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://plan.chpao.org/qrcode/myfileupload/20200214090736.pdf>.
4. อรพรรณ ลีอนุวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
5. Lok, J. S., & Le Clair, J. K. Psychiatry in the Elderly. *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 2003; 28(5): 376-377.
6. นริสา วงศ์พนารักษ์และสายสมร เกลยกิตติ. ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2557; 15(3):24-31.
7. Lai, D.W., & Surood S. Predictors of depression in aging South Asian, Canadians. *Journal of Cross Cultural Gerontology* 2016; 23:57-75.



8. นริสา วงศ์พนารักษ์. การสร้างเสริมสุขภาพทางจิตในสังคมผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556; 6(2):160-165.
9. บรรลุ ศิริพานิช. คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2553.
10. จุลจิรา จันทะมุงคุณ, ญัฐิกา ราชบุตรและชิตีรัตน์ เหล่าคมพฤตมาจารย์. การประเมินความต้องการจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลนาเลี้ยว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2562; 22(1):14-21.
11. พิกุล ทับวิธร, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, ทิพย์จัมพร เกษโกมล. ผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ตำบลห้วยเตย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 13(2):590-602.
12. กรฐณัฐ ปัญญาใส, จุฑามาศ กิตติศรีและพิชานาถ เงินดี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2560; 12(2):65-74.
13. Bandura, Albert. Social cognitive theory: An agentic perspective. Annu. Rev. Psychol; 2001.
14. House, Robert J. & Mitchell, Terence R. Path- Goal theory of leadership. Journal of Contemporary Business; 1974: 81-97.
15. บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด; 2553.
16. พงษ์ศักดิ์ อุบลวรรณ. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงวัย. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
17. Grove, S., Burns, N., & Gray, J. The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence (7th ed.). St. Louis, MO: Saunders; 2013.
18. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
19. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanich R. Reliability and validity of the thai version of the PHQ9. BMC Psychiatry; 2008.
20. McCarten J, Anderson P et al. Finding dementia in primary care: The results of a clinical demonstration project. J Am Geriatr Soc 2012; 60: 210-217.
21. Podsiadlo, D., & Richardson, S. The timed up and go: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. Journal of the American Geriatrics Society 1991; 39(2): 142-148.



22. แวนใจ นาคะสุวรรณ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลตำรวจ 2563; 12(1):171-180.
23. นัทรดา ดิพร้อมและพัชรารวรรณ จันทรเพชร. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยนวัตกรรมพื้นบ้าน V-exercise ต่อสมรรถภาพทางกายระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2563; 43(1): 42-53.
24. กรฐณรัช ปัญญาใส, จุฑามาศ กิตติศรีและพิชชานาถ เงินดี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2560; 12(2):65-74.
25. Ali, S. A., Suhail, N., & Ali, S A. Low self-esteem leads to depression among elderly: Case study of nursing home. Journal of Universal Surgery 2018; 4(2):145-155.