

## การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

### The Development of a Health Care Model for the Dependent Elderly with Diabetes Mellitus through Family's Participation in Phon Thong District, Roi Et Province

ชนพงษ์พันธ์ พวงทวี<sup>1</sup>, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว<sup>2</sup>, ทิพย์ฉมพร เกษโกมล<sup>3</sup>

Thanapongpan Puangthawee<sup>1</sup>, Daungkamol Pinchaleaw, Thipkhamporn Keskomon

(Received: February 5,2020; Accepted: March 12,2020)

#### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองใหญ่ อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดร้อยเอ็ด 2) พัฒนาแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิง และ 3) ประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามแบบการดูแลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระยะการศึกษา ได้แก่ ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล จำนวน 24 คน ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง คือ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ผู้ให้การดูแล พยาบาลเวชปฏิบัติ นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข โภชนากร เกษกร จำนวน 36 คน และ ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัว จำนวน 24 คน และบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 12 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง สำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานและครอบครัว 2) แนวทางการสนทนากลุ่มสำหรับทีมพัฒนารูปแบบ และ 3) แบบสอบถามความเหมาะสมของกิจกรรม มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .97 และค่าความเที่ยง 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ การขาดความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการควบคุมโรค การเข้าถึงบริการ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม 2) รูปแบบการดูแลสุขภาพประกอบด้วย (1) การประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการ (2) การพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานและผู้ดูแล (3) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว (4) การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ (5) การสนับสนุนทางสังคม 3) การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมหลังนำรูปแบบไปทดลองใช้ พบว่า มีความเหมาะสมในระดับมาก

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลสุขภาพ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, โรคเบาหวาน, การมีส่วนร่วมของครอบครัว

#### Abstract

The purposes of this research and development were: 1) to study problems and needs in health care of dependent elderly with diabetes and families in Phon Thong District, Roi Et Province, 2) to develop a health care model with family's participation for dependent elderly with diabetes, and 3) to evaluate appropriateness of the health care model. The samples were divided by the model development phases. Phase 1, the samples were 24 dependent elderly with diabetes and families. Phase 2 the total samples were 36 persons including a family physician doctor, caregivers, nurse practitioners, public health academics, health volunteers, a nutritionist, and a pharmacist. Phase 3, the samples were 24 dependent elderly with diabetes and families and 12 public health personnel. Research tools comprised: 1) semi-structured interview form for dependent elderly with diabetes and families, 2) focus group guidelines for model development team, and 3) a appropriateness of the model questionnaire. The content validity index of questionnaire was 0.97 and reliability was 0.82. The quantitative data was analyzed by descriptive statistics, whereas, the qualitative data was analyzed by content analysis.

The results revealed as follows. 1) The problems and needs in health care for dependent elderly with diabetes and families were that they lacked knowledge of diabetes mellitus and disease control, service access, participation of families and social support. 2) The health care model with family's participation for dependent elderly with diabetes composed of health condition and needed assessment, development of

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

<sup>3</sup> รศ.ดร.อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

potential for patients and families, supportive of family's participation, development of service access system and social support. 3) After implementation, activities in accordance with the model were much appropriate.

**Keywords:** Health Care Model, Dependent Elderly, Diabetes Mellitus, Family's Participation

## บทนำ

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศไทย ทั้งจำนวนการเสียชีวิตและภาวะโรคโดยรวม หนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญคือ โรคเบาหวาน ในประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุ 5 คน จะมี 1 คนป่วยเป็นโรคเบาหวาน และมีแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ข้อมูลทะเบียนการเสียชีวิตของสำนักบริหารทะเบียนกระทรวงมหาดไทย พ.ศ. 2555 เทียบกับ พ.ศ. 2558 พบว่าโรคเบาหวานมีอัตราการเสียชีวิตจาก 13.2 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 17.8 ต่อแสนประชากร (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560)<sup>(1)</sup> โดยพบการเสียชีวิตในกลุ่มอายุ 30-69 ปี เพศหญิงมากกว่าเพศชาย และในปี พ.ศ. 2559 พบอัตราการเสียชีวิต 22.01 ต่อแสนประชากร ซึ่งยืนยันว่า แนวโน้มการเสียชีวิตของประชากรไทยด้วยโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560)<sup>(2)</sup>

จากสถิติของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ตำบลหนองใหญ่ อำเภอนาทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ปี พ.ศ. 2560 จำนวน 44 คน พบว่าผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงป่วยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 12 คน พบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน คือน้ำตาลในเลือดต่ำร้อยละ 16.66 ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 33.33 ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ร้อยละ 75.00 ผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่า มีภาวะเสี่ยงสูงมากร้อยละ 58.33 และภาวะไตเสื่อมในระยะ 2-4 ร้อยละ 33.332 จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อน จำนวน 6 คน ถึงปัญหาการควบคุมโรคเบาหวานไม่ได้ พบว่า ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง ไม่ได้

ให้ความสำคัญในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคอย่างเคร่งครัด เช่น ไม่ได้รับประทานอาหารเฉพาะโรค ไม่มาตรวจตามนัด และกินยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 52.27 เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวไม่ว่าง ผู้ป่วยไม่สามารถไปโดยลำพังได้ ลืมกินยา ไม่มีใครเตรียมยาหรือคอยกระตุ้นเตือน ร้อยละ 29.54 และไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 100 เนื่องจากสภาพร่างกายไม่เอื้อต่อการลุกขึ้น หรือเดินนาน ๆ ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความก้าวหน้าของโรคไปในทางที่แย่ลง ส่งผลให้เปลี่ยนจากกลุ่มติดบ้านเป็นกลุ่มติดเตียง โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2558-2560 มีจำนวนผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มติดเตียงเพิ่มขึ้น จำนวน 2, 1 และ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 18.18, 8.33 และ 8.33 ตามลำดับ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตตำบลหนองใหญ่ จังหวัดร้อยเอ็ด มีการดูแลสุขภาพทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน จะได้รับการดูแลสุขภาพ ตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน มีการพูดคุยสื่อสารระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับผู้ป่วยในการให้คำแนะนำทั่วไปเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเฉพาะโรค และการรับประทานยา แต่ไม่ได้มีการเน้นถึงการออกกำลังกายหรือการดูแลเท้าบริหารเท้า หรือการดูแลสุขภาพฟัน ไม่ได้มีการฝึกทักษะที่จำเป็น เช่น การใช้อาหารแลกเปลี่ยน วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม วิธีการบริหารเท้า เป็นต้น ซึ่งบุคลากรสาธารณสุขไม่ได้มีการพูดคุยสื่อสารกับผู้ดูแลในครอบครัวรวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการรับฟังคำแนะนำ ร่วมตัดสินใจกับผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพและควบคุมโรคเบาหวาน นอกจากนี้มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวานเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามภาวะสุขภาพและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมโรค ตามความต้องการของผู้ป่วย จากการสังเกตและการสอบถามผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และวิธีการควบคุมโรคเบาหวานที่เพียงพอ

ไม่เคยได้รับการสอนหรือให้คำแนะนำที่ชัดเจน และจากการบอกเล่าของผู้ป่วย ผู้ดูแลกับผู้ป่วยไม่เคยได้พูดคุยหรือสื่อสารกันเกี่ยวกับปัญหาที่ไม่สามารถควบคุมเบาหวานได้ ผู้ดูแลจะเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้ ผู้ป่วยไม่มีโอกาสตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการเลือกเมนูอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน ผู้ป่วยไม่เคยออกกำลังกายและผู้ดูแลไม่เคยกระตุ้นหรือมีส่วนร่วมในการออกกำลังกาย รวมถึงไม่ทราบวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เป็นโรคเบาหวาน ผู้ป่วยลืมนินยาบ่อยเพราะไม่รู้ว่าจะใช้วิธีใดที่เหมาะสมกับตนเอง ไม่มีใครจัดเตรียมหรือกระตุ้นเตือน สิ่งที่เกี่ยวข้องคือ เวลาที่เกิดอาการฉุกเฉิน เช่น น้ำตาลต่ำ ผู้ดูแลไม่สามารถจะติดต่อเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลเพื่อปรึกษาหรือนัดตนเองส่งโรงพยาบาลได้

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยที่เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยทุกกลุ่มวัย จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิง โดยนำแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ ซีเบิร์น (Sebern, 2005) <sup>(3)</sup> ประกอบด้วย การสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกัน 3 มาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยเน้นการมีบทบาทที่ชัดเจนของครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ มีการเชื่อมโยงข้อมูล ประสานงาน และติดตามผลการรักษาหรือติดตามผู้ที่ขาดนัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้น้อยที่สุด ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิง และครอบครัว ตำบลหนองใหญ่ อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด
2. พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของ

ครอบครัว ตำบลหนองใหญ่ อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด

3. ประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีขั้นตอนการพัฒนาดังนี้

**ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิง** โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและดำเนินการสัมภาษณ์ โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 12 คน และผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว จำนวน 12 คน ใช้เวลาทั้งหมด 28 วัน เมื่อพบว่าข้อมูลมีความอิ่มตัวจึงยุติ ถอดเทปและสรุปประเด็นการสนทนากลุ่ม โดยจัดระบบข้อมูลและลงรหัสเนื้อหา

**ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว** ผู้วิจัยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของซีเบิร์น (Sebern, 2005) ในทีมพัฒนารูปแบบ จำนวน 15 คน โดยทำการสนทนากลุ่มจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ครั้งที่ 1 นำเสนอสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแล หลังจากนั้นผู้วิจัยนำคำตอบมาสรุปประเด็น และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และร่างรูปแบบฯ เพื่อนำเสนอต่อกลุ่มทีมพัฒนารูปแบบฯ ในการสนทนากลุ่มครั้งที่ 2 ก่อนนำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้และสำรวจความคิดเห็นในระยะที่ 3 หลังจากนั้นจึงนำคำตอบที่ได้มาสรุปรูปแบบฯ โดยการสนทนากลุ่มในครั้งที่ 3

**ระยะที่ 3 ระยะทดลองใช้รูปแบบและประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว** โดยผู้วิจัยทดลองใช้รูปแบบกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวจำนวนกลุ่มละ 12 คน และบุคลากรสาธารณสุข

จำนวน 12 คน รวมทั้งหมดจำนวน 36 คน ดำเนินการจนครบตามข้อกำหนดของการวิจัย คือ มีการอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการควบคุมโรคแก่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ จำนวน 2 วัน ทีมผู้ให้บริการสาธารณสุข จำนวน 2 วัน และในสัปดาห์สุดท้ายของการใช้รูปแบบผู้วิจัยได้ทำการประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้น กับบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 12 คน รวมทั้งหมดจำนวน 36 คน โดยใช้แบบสอบถามความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และประชุมสรุปผลการใช้รูปแบบร่วมกับกลุ่มพัฒนารูปแบบฯ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มาใช้บริการรักษาในตำบลหนองใหญ่ คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และผู้ดูแลจำนวนกลุ่มละ 12 คน รวมทั้งหมด 24 คน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโพทอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองใหญ่ จำนวน 36 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 2 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน โภชนากร จำนวน 1 คน ผู้ดูแล (Caregiver) จำนวน 3 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 15 คน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบ และ การประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล จำนวน 24 คน และบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 12 คน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2

คน ผู้ดูแล (Caregiver) จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 36 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าศึกษา คือ แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ (Barthel Activities of Daily Living Index)<sup>(4)</sup> จำนวน 10 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิง พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของซีเบิร์น (Sebern, 2005)<sup>3</sup> ประกอบด้วย 1) การสื่อสารผ่านการพูดคุย บอกกล่าว แลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการควบคุมโรคเบาหวานทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลสุขภาพทั่วไป จำนวน 5 ข้อ 2) การตัดสินใจร่วมกัน ในการค้นหาข้อมูล และเลือกแนวทางในการจัดการปัญหาที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน จำนวน 2 ข้อ และ 3) การร่วมกันทำกิจกรรมร่วมกันติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน จำนวน 3 ข้อ

2.2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สำหรับผู้ดูแล พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของซีเบิร์น (Sebern, 2005)<sup>3</sup> จำนวน 9 ข้อ

2.3 แนวคำถามสนทนากลุ่มสำหรับทีมพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิง พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของซีเบิร์น (Sebern, 2005) จำนวน 8 ข้อ

2.4 แบบประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว พัฒนาขึ้นจากรูปแบบที่ได้จากการพัฒนา จำนวน 26 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มี

ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .97 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

2.5 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะฟังกูและผู้ป่วย/ครอบครัว ใช้ทบทวนและเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมเบาหวาน

2.6 ป้ายแสดงเบอร์โทรศัพท์ของบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย เบอร์โทรฉุกเฉินสำหรับประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยกรณีมีปัญหาสุขภาพเฉียบพลัน และเบอร์โทรติดต่อบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ กรณีต้องการคำปรึกษาและคำแนะนำ

2.7 กระเป๋าฉุกเฉินสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้น กรณีเกิดการฉุกเฉินเฉพาะโรคเบาหวาน ประกอบด้วย อุปกรณ์ตรวจระดับน้ำตาลจากปลายนิ้ว 50% Glucose และชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผลการประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบฯ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### การพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยสุโขทัยธรรมราช ตามเอกสารรับรองเลขที่ 005/2562 โดยก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธ โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการให้บริการตามปกติ ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับและนำเสนอเป็นเพียงภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อผู้ป่วย เมื่อทราบรายละเอียดเรียบร้อยแล้ว จึงให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

### ผลการวิจัย

1. การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะฟังกูและผู้ป่วย/ครอบครัว พบขาดการสื่อสาร ระหว่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะฟังกูและผู้ป่วย/ครอบครัว เกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน และการดูแลสุขภาพทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลสุขภาพทั่วไป ปัญหาด้านการตัดสินใจของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะฟังกูไม่ได้ร่วมตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อควบคุมโรคเบาหวาน และต้องการให้บุคลากรสาธารณสุขมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วที่บ้าน การจ่ายยาที่บ้าน การแจ้งเดือนวันนัดพบแพทย์ การรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และครอบครัวไม่มีการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในการควบคุมโรคร่วมกับผู้ป่วย ทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาเบาหวาน และการดูแลสุขภาพทั่วไป

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะฟังกู โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะฟังกู เดือนละ 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 4 ของเดือน 2) การพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุและผู้ป่วย โดยพยาบาลเวชปฏิบัติและทีมสหวิชาชีพ 3) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการส่งเสริมให้ครอบครัวสื่อสารกับผู้สูงอายุ ด้วยการพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล ให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ ให้กำลังใจ และรับฟังปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยความเข้าใจ การมีส่วนร่วมในการควบคุมโรคเบาหวาน 4) การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยติดตามการมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลชุมชนทุก 1, 3 และ 6 เดือน มีการกระตุ้นเตือนผู้ป่วยและผู้สูงอายุโรคเบาหวานก่อนถึงวันนัดทางกลุ่มไลน์ “LTCหนองใหญ่” หรือทางโทรศัพท์ 5) การสนับสนุนทางสังคม โดยการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะฟังกู เดือนละ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 ของเดือน จัดตั้งกลุ่มไลน์ 2 กลุ่ม คือระดับตำบลชื่อกลุ่ม “LCT หนองใหญ่” ระดับอำเภอ ชื่อกลุ่ม “NCD โพนทอง”

3 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะ

พึงพิงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยบุคลากร  
สาธารณสุข ผลการประเมิน พบว่า ความเหมาะสมของ  
กิจกรรมตามรูปแบบการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับ  
มาก ( $M=4.43, SD=0.80$ ) โดยกิจกรรมการสนับสนุนทาง  
สังคมมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ( $M=4.75, SD=$   
 $0.25$ ) ส่วนกิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว กิจกรรม  
การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพ กิจกรรมการ  
พัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานและผู้ดูแล และ  
กิจกรรมการประเมินภาวะสุขภาพและความต้องการ มี  
ความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมากเท่ากัน ( $M=4.50,$   
 $4.38, 4.30,$  และ  $4.25$  ตามลำดับ)

สำหรับความคิดเห็นอื่น ๆ ได้แก่ ความเหมาะสม  
ของรูปแบบการดูแลสุขภาพฯ กับบริบทของชุมชนและ  
การนำไปปฏิบัติได้จริงอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M=4.83,$   
 $SD=0.38$ ) ความสะดวกในการใช้รูปแบบ และมีแนวทาง  
ปฏิบัติที่ชัดเจนอยู่ในระดับมาก ( $M=4.41, SD=0.90$ ) และ  
ความพึงพอใจในภาพรวมที่มีต่อการใช้รูปแบบการดูแล  
สุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมี  
ส่วนร่วมของครอบครัวอยู่ในระดับมากที่สุด ( $M=4.83,$   
 $SD=0.38$ )

### สรุปและอภิปรายผล

1. สภาพปัญหาและความต้องการในการดูแล  
สุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า  
ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล ขาดการ  
พูดคุยสื่อสารระหว่างกัน ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อ  
ควบคุมโรคเบาหวาน กล่าวคือ ผู้ดูแลหรือครอบครัวไม่มี  
การกระตุ้นเตือนในการควบคุมโรคเบาหวาน ทั้งการ  
รับประทานอาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกาย การ  
สอบถามการกินยาเบาหวาน หรืออาการผิดปกติที่อาจ  
เกิดขึ้น ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความต้องการให้บุคลากร  
สาธารณสุขสอนหรือให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวใน  
การควบคุมโรคเบาหวานที่ชัดเจน การฝึกทักษะต่าง ๆ เช่น  
การตรวจเท้า บริหารเท้า การใช้อาหารแลกเปลี่ยน และ  
วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา  
ของพวงแก้ว จินดา, สุภาวรรณ วงศ์คำจันทร์ และสุชาติ  
แสงทอง (2558) <sup>(6)</sup>ที่พบว่าผู้ที่สูงอายุโรคเบาหวานไม่

สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ  
เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ  
ขาดการออกกำลังกาย และการศึกษาของกมลพรรณ จักร  
แก้ว (2561) <sup>(6)</sup>ที่พบว่าผู้สูงอายุต้องการการสนับสนุนการ  
ให้ความรู้ในการดูแลตนเองจากหน่วยบริการสาธารณสุข

นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานไม่ได้ร่วม  
ตัดสินใจในปฏิบัติกิจกรรมในการควบคุมโรคเบาหวานทั้ง  
ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพทั่วไป เช่น  
การเลือกเมนูอาหารในแต่ละมื้อ การไปตรวจตามนัด การ  
ตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น ผู้สูงอายุต้องการให้บุคลากร  
สาธารณสุขมาเยี่ยมบ้าน ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้าน  
การจ่ายยาที่บ้าน การแจ้งเตือนก่อนกำหนดนัด การรับ  
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและทั้งผู้สูงอายุและ  
ครอบครัว ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมในการควบคุม  
โรคเบาหวานร่วมกัน ทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย การ  
ใช้ยาเบาหวาน การตรวจและการดูแลเท้า ขาดแรงจูงใจ  
และไม่รู้วิธีที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย มีความ  
ต้องการให้สมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลสอบถามถึง  
อาหารที่อยากรับประทานในแต่ละวัน การเตือนให้กินยา  
จัดเตรียมยาให้ นำออกกำลังกายหรือร่วมออกกำลังกาย  
ด้วยกัน การพาไปตรวจตามนัด เป็นต้น

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่  
มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่า  
รูปแบบการดูแลสุขภาพต้องใช้การสื่อสาร การตัดสินใจ  
และการกระทำร่วมกัน ระหว่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มี  
ภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุข ในการควบคุม  
โรคเบาหวาน โดยเน้นไปที่บทบาทของผู้ดูแลซึ่งเป็น  
สมาชิกในครอบครัว โดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ให้  
คำแนะนำ และให้คำปรึกษา รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้  
ประกอบด้วย

1) การประเมินภาวะสุขภาพ และความต้องการ  
ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล  
รูปแบบการให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตตำบลหนองใหญ่รูปแบบเดิมจะมี  
การนัดตรวจ เดือนละ 1 ครั้ง และประเมินภาวะสุขภาพโดย  
บุคลากรสาธารณสุข พบปัญหาผู้ป่วยไม่มาตามนัด ไม่  
สามารถควบคุมโรคได้ ขาดแนวทางปฏิบัติสำหรับกร

ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิง จึงมีการปรับเปลี่ยนแบบการดูแลเพิ่มเติมโดยให้ผู้ดูแล/พยาบาลเวชปฏิบัติ/นักวิชาการสาธารณสุข ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และผู้ดูแลที่บ้านเดือนละ 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 4 ของเดือน ได้แก่ ประเมินดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว สัญญาณชีพ พฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานเกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพทั่วไป โดยมีการบันทึกการออกกำลังกาย การกินยาลงในสมุดบันทึก และประเมินความเครียด 2Q 9Q ซึ่งพบว่า การประเมินภาวะสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการควบคุมโรคและความต้องการการดูแลช่วยเหลือ ทำให้ทราบปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือที่ตรงกับปัญหาหรือสถานการณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้น

2) การพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานและผู้ดูแล โดยทั่วไปหน่วยบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาล จะให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเป็นรายกลุ่ม โดยจะให้ความรู้โดยทั่วไปไม่ได้เน้นให้ปฏิบัติอย่างเคร่งครัดไม่ได้สาธิตหรือฝึกปฏิบัติในการใช้อาหารแลกเปลี่ยน วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิง การบริหารเท้า ส่วนใหญ่จะเป็นการรับฟังการบรรยายจากวิทยากรวิชาชีพเดียว เนื้อหาจะเน้นเรื่องโรคและการดูแลทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจง ไม่มีการฝึกปฏิบัติ จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่มีแนวทางในการควบคุมโรคที่ชัดเจน อีกทั้งการสอนหรือให้ลูกศึกษาไม่ได้ให้ความรู้ทั้งผู้สูงอายุและครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล ทำให้การควบคุมโรคจึงไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงมีการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัวโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติ นักโภชนาการ เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข โดยเน้นทั้งการให้ความรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการควบคุมโรค เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้เหมาะสม นอกจากนี้จะมีการทบทวนความรู้และทักษะต่าง ๆ ทุก 1 เดือนหรือทุกครั้งที่เยี่ยมบ้าน และผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถสอบถามปัญหาอุปสรรค ขอรับคำปรึกษาทางกลุ่มไลน์ “LTC หนองใหญ่”

3) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวเดิมจะเป็นเพียงการพาผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงไปตรวจตามนัด การสอบถามเรื่องการรับประทานยาเป็นบางครั้ง ไม่มีการพูดคุยถึงความต้องการการดูแลช่วยเหลือในการควบคุมโรคเบาหวาน ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานขาดแรงจูงใจ ไม่มีกำลังใจ ซึ่งเป็นผลให้การควบคุมโรคเบาหวานได้ไม่ดี ดังนั้นการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับบุคลากรสาธารณสุข โดยสนับสนุนให้ครอบครัวมีการพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูล ให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือนให้กำลังใจ และรับฟังปัญหาของผู้สูงอายุ การที่ครอบครัวมีส่วนร่วมทั้งในการสื่อสาร การตัดสินใจ และการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุมีการรับประทานยาสม่ำเสมอ รับประทานอาหารเฉพาะโรค มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของรัชมนภรณ์ เจริญ, น้อย อัยย ภัคดิวงส์ และอำภาพร นามวงศ์พรหม (2553)<sup>(7)</sup> ที่ว่า บุคคลภายในครอบครัวมีส่วนร่วมในการกระตุ้นและบางวันถูกหลานมาออกกำลังกายร่วมด้วย และการใช้ยา จากการได้รับความรู้เรื่องการใช้ยาที่ถูกต้อง ร่วมกับศึกษาจากคู่มือโรคเบาหวานมีบุคคลในครอบครัวมาร่วมกระตุ้นเตือนหรือเตรียมยาไว้ให้ ทำให้พบว่า การรับประทานยารักษาเบาหวานตรงเวลาและสม่ำเสมอ พบว่า ผู้สูงอายุที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4) การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมักมารับบริการตรวจตามนัดของแพทย์ไม่สม่ำเสมอเนื่องจากปัญหาการเดินทาง ผู้ดูแลหรือครอบครัวไม่ว่าง ส่งผลให้ขาดโอกาสในการตรวจสุขภาพประจำปี หรือการได้รับการตรวจเฉพาะของโรคเบาหวาน เช่น การตรวจตา การตรวจเท้า เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน ผู้ดูแลและผู้สูงอายุ จะไม่สามารถดูแลสุขภาพเบื้องต้นได้ การขาดการประสานงานระหว่างผู้ป่วยกับโรงพยาบาลชุมชนในการส่งต่อไปรับการรักษา ดังนั้นจึงมีการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพขึ้น

โดยกำหนดให้ พยาบาลเวชปฏิบัติ ผู้ดูแล และนักวิชาการ สาธารณสุข เป็นผู้ติดตาม กระตุ้นเตือนผ่านการสื่อสารทาง กลุ่มไลน์ มีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามที่ กำหนด และรายงานผลให้แพทย์ผู้ดูแลทราบทางไลน์ แพทย์จะปรับเปลี่ยนยาตามผลการประเมินภาวะสุขภาพ มีการรับ-จ่ายยาโรคเบาหวานให้ที่บ้าน กรณีไม่สามารถมา ตรวจตามนัดได้ ให้ครอบครัวแจ้งแก่นักวิชาการสาธารณสุข ก่อนนัด 3 วัน เพื่อการจัดเตรียมผู้แทนในการพาผู้ป่วยไป ตรวจตามนัด กรณีเกิดการฉุกเฉินจากโรคเบาหวาน ให้ ครอบครัวประสานกับนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบ ทางโทรศัพท์ที่ได้ไว้ เป็นการสร้างช่องทางการดูแล สุขภาพที่เอื้อสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

5) การสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ประสบปัญหาภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป โรงพยาบาล และการดูแลด้านอื่นๆ มีความต้องการให้ หน่วยงาน องค์กรต่างๆช่วยเหลือ ได้แก่ การให้นักวิชาการ สาธารณสุขมาดูแลสุขภาพที่บ้าน การสนับสนุนสิ่งของ วัสดุ อุปกรณ์ เช่น อุปกรณ์ออกกำลังกาย คู่มือการดูแล ผู้สูงอายุโรค เบาหวาน เป็นต้น เดิมการสนับสนุนทาง สังคมที่พบได้จะเป็นการได้รับเบี้ยยังชีพ เมื่อมีการเจ็บป่วย จะมีได้รับส่งฉุกเฉินจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น การ เยี่ยมบ้านจากนักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งพบว่าสามารถให้การ สนับสนุนในการดูแลสุขภาพเพิ่มเติม ดังนั้นการให้การ สนับสนุนทางสังคมโดยจัดให้มีการเยี่ยมบ้านโดยนักวิชาการ สาธารณสุข จัดช่องทางการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ในระดับตำบล และในระดับอำเภอ จัดทำคู่มือการปฏิบัติ ตัวสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล จัดเตรียมกระเป๋าฉุกเฉิน สำหรับเยี่ยมบ้าน การให้กำลังใจและคำชมเชยแก่ผู้สูงอายุ โรคเบาหวานและครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุ โรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถควบคุมโรคได้ ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนจนเปลี่ยนเป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง สอดคล้องกับการศึกษาของรัชมนภรณ์ เจริญ, นัยอัย ภักดี วงศ์ และอำภาพร นามวงศ์พรหม (2553)<sup>(7)</sup> ที่พบว่าการ สนับสนุนทางสังคมโดยการสนับสนุนสิ่งของ วัสดุ อุปกรณ์ คุรุภัณฑ์ เป็นต้น สนับสนุนด้านจิตใจ ให้กำลังใจ รับฟังปัญหาและสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับ โรคและการปฏิบัติตัว มีส่วนทำให้ผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติด

เตียงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้น พื้นฐานเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี กว่าเดิม

3. ความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วม ของครอบครัว พบว่า นักวิชาการสาธารณสุขมีความคิดเห็น ต่อความเหมาะสมของกิจกรรมตามรูปแบบฯ ในระดับมาก รูปแบบการดูแลสุขภาพฯ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงอยู่ ในระดับมากที่สุด ความสะดวกของการใช้รูปแบบการดูแล สุขภาพฯ และมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจาก รูปแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว แต่ละกิจกรรมมีความชัดเจน ครอบคลุมปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัว นักวิชาการสาธารณสุขหรือผู้สนใจสามารถนำไปปฏิบัติได้ ง่าย มีความปลอดภัยกับผู้ป่วยและผู้ดูแลซึ่งแต่ละกิจกรรม จะกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนตามสมรรถนะของแต่ละ วิชาชีพ มีระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่ เหมาะสม มีการจดบันทึกในกิจกรรมที่สำคัญ เช่น การ รับประทานยา การออกกำลังกาย ทำให้ง่ายต่อการวางแผน ดูแลสุขภาพต่อไป

ความพึงพอใจในภาพรวมที่มีต่อการใช้รูปแบบการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการ มีส่วนร่วมของครอบครัวอยู่ในระดับมากที่สุด

### ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิง ไปใช้ในพื้นที่ตำบลอื่น ๆ โดยต้องมีการนำเสนอรูปแบบฯต่อนักวิชาการสาธารณสุข ตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีความเข้าใจในการนำ รูปแบบไปใช้ และต้องมีการอบรมวิธีการใช้รูปแบบการ ดูแลจำนวน 4 วันๆละ 2 ชั่วโมง เพื่อสร้างความเข้าใจและ สามารถฝึกปฏิบัติทักษะในการดูแลได้ถูกต้อง

2. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัว ควรมี การพัฒนาต่อยอดเพิ่มขึ้น เช่น การจัดตั้งเป็นกลุ่มของ ผู้ดูแลหรือครอบครัวของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เป็น

เครือข่ายที่สามารถให้กำลังใจ ปรีกษาและดูแลซึ่งกันและกัน

3. การสนับสนุนทางสังคม ควรมีการพัฒนาต่อยอด เช่น การจัดตั้งธนาคารอุปกรณ์เพื่อรับบริจาควัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ของผู้มีโรคจิตเวช

4. ผู้บริหารสามารถนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายหรือแผนพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงอย่างเป็นรูปธรรม

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิงดวงกมล ปิ่นเฉลียว และรองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร.ทิพย์ฉมพร เกษโกมล อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ให้ความรู้ คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง และตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่องในการวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จ ขอขอบพระคุณ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธารามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ ผู้สูงอายุที่กรุณาให้ความร่วมมือ และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ทำให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

### เอกสารอ้างอิง

- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. (พิมพ์ครั้งที่ 3). บริษัท ร่วมเย็น มีเดีย จำกัด. ปทุมธานี, 2560
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานมาตรฐานกลาง 43 แพ้ม. [https://ret.hdc.moph.go.th/hdc/main/index\\_pk.php](https://ret.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php) สืบค้นเมื่อ(18 ก.ย.2562).
- M Sebern. "Shared Care, elder and family member skills used to manage burden". **Jurnal of Acvanded Nursing**, 52(2): 170-179, 2005.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ, 2559.
- พวงแก้ว จินดา, สุภาวรรณ วงศ์คำจันทร์ และคณะ. " ยุทธศาสตร์การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน". **ราชภัฏเพชรบูรณ์สาร**, 17(1): 1-10, 2558.
- กมลพรรณ จักรแก้ว. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลลงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัด เชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่). เชียงใหม่, 2561.
- รัชมนภรณ์ เจริญ, น้าอ้อย ภักดีวงศ์ และคณะ. "ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อ พฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2". **รามาริบัติพยาบาล สาร**, 16(2): 280-292, 2553.

## 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 ทับวิตร<sup>1</sup>, ดวงกมล ปิ่นเจลิยา<sup>2</sup>, ทิพย์ฉมพร เกษโกมล<sup>3</sup>

Pikul Tubwitorn<sup>1</sup>, Daungkamol Pinchaleaw<sup>2</sup>, Thipkhamporn Keskomon<sup>3</sup>

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

#### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในตำบลห้วยเตย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 20 คน โดยสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม โดยประยุกต์มาจากแนวคิดความสุข 5 มิติของ กรมสุขภาพจิต (2555) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เฮาส์ (1981) ประกอบด้วย คู่มือการใช้โปรแกรม วิดีทัศน์ คู่มือเสริมสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุในการป้องกันภาวะซึมเศร้า 2) แบบประเมิน ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เป็นแบบคัดกรองผู้สูงอายุเข้ากลุ่ม แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินความสุข มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบนอนพารามตริก

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

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

<sup>2</sup> รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

<sup>3</sup> รศ.ดร.อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

## บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อย และเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ และส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลก(World Health Organization) ได้ประมาณการว่ามีประชากรมากกว่า 300 ล้านคนเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งมากกว่าร้อยละ 4 ของประชากรโลก<sup>(8)</sup> และทำนายว่า ในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งปัญหาโรคซึมเศร้าพบได้ทุกเพศ ทุกวัยและเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากความสูงวัยเป็นช่วงของการพัฒนาการในทางเสื่อมถอยทั้งด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะทุกระบบ โดยสาเหตุของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากปัจจัยหลายอย่างทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยทั้งด้านทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความเปลี่ยนแปลงด้านสังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วที่มีผลกระทบต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ง่ายกว่าวัยอื่น จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการในปี พ.ศ.2556 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 33 แต่ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคซึมเศร้าจริงๆ มีประมาณร้อยละ 6<sup>(9)</sup> 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 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างน้อยร้อยละ 55<sup>(2)</sup>

โดยผลกระทบที่ผู้สูงอายุได้รับจากภาวะซึมเศร้านั้นมีความสำคัญไม่น้อยกว่าโรคทางกายที่สำคัญอื่นๆ โดยพบว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุจะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของความเจ็บป่วยทางกายมากกว่าผู้มีอายุน้อย<sup>(20)</sup> และภาวะซึมเศร้าก็เป็นปัจจัยสำคัญที่คอยลดสุขภาพของผู้สูงอายุให้แย่ลงเพราะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการเจ็บป่วยทางกายมากกว่าผู้สูงอายุที่พร้อมในการดูแลตนเอง อีกทั้งภาวะซึมเศร่ายังมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อการฟื้นตัวของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยอีกด้วย<sup>(7)</sup> ส่งผลให้การปฏิบัติภารกิจหรือกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุบกพร่องจากเดิมหรืออาจทำงานไม่ได้เลย ก่อให้เกิดภาระและปัญหาแก่ครอบครัวทั้ง

ทางด้านเศรษฐกิจ จิตใจ และสังคม นอกจากนี้ยังอาจพบว่าภาวะซึมเศร้าทำให้ความรู้สึกพึงพอใจต่อชีวิตลดลง เช่นเดียวกับอาการวิตกกังวล รู้สึกสูญเสียในคุณค่าตนเอง จนเฉื่อยชา หรือการมองตนเองในแง่ลบ สิ่งนี้ส่งผลให้เกิดความเครียดที่ร้ายแรงตามมานั่นคือการฆ่าตัวตายแม้จะมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยก็ตาม (Miller, 1999) ซึ่งปัญหาการฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นผลกระทบที่อันตรายและน่าเป็นห่วงที่สุดและพบได้สูงกว่าโรคอื่นๆ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงเมื่อเทียบกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยอื่น<sup>(35)</sup>

การดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขในสังคม ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยยึดหลักตามปัจจัยที่มีผลต่อความสุขและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเป็นผู้สูงอายุที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม<sup>(4)(21)(8)</sup> ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตมีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะส่งผลต่อสุขภาพที่ดีและมีความสุข จะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัว และจัดการกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุได้อย่างเหมาะสม ทำให้สามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ (active ageing) ไม่เป็นภาระของสังคม<sup>(8)</sup> จึงกล่าวสรุปได้ว่าปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในทุกมิติ ได้แก่ การมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี การมีความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคม ในขณะที่วัยเกษียณภาวะสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุจะก่อให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ช่วยผลักดันให้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพจิตของคนไทยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ<sup>(4)</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมโดยผู้วิจัยพบว่าได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดความสุขและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบต่างๆ เช่น การศึกษาของสุดา รัตน์ นามกระจำจ, ถักขนิ, สมรัตน์ และอนัญญา เศษคำภู (2560)<sup>(20)</sup> ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ โดยทำการเก็บข้อมูลสมรรถภาพร่างกาย สมรรถภาพสมอง คุณภาพชีวิต และดัชนีชี้วัดความสุขเปรียบเทียบกับก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองระดับของสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถภาพทางสมองเบื้องต้น ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและค่าเฉลี่ยของ

คะแนนความสุขเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ คำชู (2551)<sup>(10)</sup> ศึกษาผลการใช้โปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำและพบว่าระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการ และนอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการลดภาวะซึมเศร้าหรือการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุด้วยการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจำนวนมาก โดยมีการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลที่จะช่วยเพิ่มความรู้สึกรักคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ<sup>(7)</sup> และยังพบว่าความเหงาของผู้สูงอายุลดลงได้ถ้ามีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี<sup>(๑๑)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิมล เพ็ชรบุรี (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม สามารถเพิ่มภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ จึงพอสรุปได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยจะส่งผลให้เพิ่มความรู้สึกรักคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ และนอกจากแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลดีกับสุขภาพจิตแล้ว ควรมีการส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจในผู้สูงอายุควบคู่กันไปด้วยจึงจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและการมีความสุข แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างความสุขแบบองค์รวมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านั้นยังมีอยู่ไม่มากนัก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดการเสริมสร้างความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุซึ่งเป็นการเสริมสร้างความสุขแบบองค์รวม ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความสุขของผู้สูงอายุ ร่วมกับการใช้การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของผู้สูงอายุ และเป็นปัจจัยที่ส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ โดยคาดหวังว่าโปรแกรมนี้จะเสริมสร้างความสุขและสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสุข ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสุข ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความสุข ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 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 ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้

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

ครอบคลุมเรื่อง การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน และความสามารถในการขับถ่าย ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบตามระดับความสามารถที่ปฏิบัติได้ จำนวน 10 ข้อ

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

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

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

2.3 กิจกรรม “ร้องรำทำเพลง สร้างสุข” เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านการประเมินค่า เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน และคลาย

เครียด โดยให้ผู้สูงอายุเลือกเพลงที่ชอบ ให้ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นต่อเพลง และร่ายตามจังหวะเพลง

2.4 กิจกรรม “สุขสง่า สร้างคุณค่าในตนเอง” เป็นกิจกรรมที่ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนเองจากการให้และรับจากผู้อื่น การตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง การมีพฤติกรรมช่วยเหลือผู้อื่นในสังคมและเกิดมุมมองต่อการใช้ชีวิตในเชิงบวก โดยให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านดีหรือความภาคภูมิใจในอดีต หรือเล่าความสุขของตนเองแก่สมาชิกในกลุ่ม กล่าวคำชมเชยและยกย่องซึ่งกันและกัน แล้วออกเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มฟังหรือบำเพ็ญประโยชน์ในสังคมตามความต้องการของผู้สูงอายุ

2.5 กิจกรรม “บริหารสมอง 2 ท่า พาสว่าง” เป็นกิจกรรมเพื่อกระตุ้นและชะลอความเสื่อมของสมองแก่ผู้สูงอายุ โดยทำกิจกรรมปั่นกระดาษด้วยเท้า และกิจกรรมการบริหารสมองด้วยสองมือ ด้วยการเคลื่อนไหวมือสลับข้าง

2.6 กิจกรรม “สุขสงบ ด้วยสมาธิ” เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านการประเมินค่า เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้และควบคุมอารมณ์ของตนเองในด้านลบได้อย่างเหมาะสม เกิดความสงบในจิตใจ และผ่อนคลายความตึงเครียด รวมทั้งบริหารจัดการเพื่อให้เกิดสติ สมาธิ ปัญญาโดยให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการจัดการกับความเครียดฝึกสมาธิและกำหนดลมหายใจโดยใช้เพลงดังดอกไม้บานของแม่ชีสันสนีย์ เสถียรธรรมสถาน (2555)

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

การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม มีเครื่องมือ สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ 1) คู่มือสร้างเสริมความสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มี

ภาวะซึมเศร้า 2) วิถีทัศน์ เรื่อง การบริหารกายสำหรับผู้สูงอายุ 3) ซิดีเพลงและเพลงร่ำว 1-2 เพลง ได้แก่ เพลงลอยกระทงและเพลงที่ผู้สูงอายุเลือกซึ่งเป็นเพลงจังหวะสนุกสนาน 4) วิถีทัศน์ เพลงคังคอกไม้บ้านของแม่ชีคันสนีย์เสถียรธรรมสถาน (2555) 5) คู่มือการใช้โปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความพึงพอใจของรายได้ 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 ถีทองอินทร์ ลักษณะคำถามเป็นการประเมินความรู้สึกของตัวเองทางด้านร่างกายจิตใจ และสังคม ในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมีเกณฑ์เลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” วิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสุขในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยให้สำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์ อารมณ์หรือความคิดเห็น และความรู้สึกว่าอยู่ในระดับใด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ วิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

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

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าและความสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ระดับ .05

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าและความสุข ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติอยู่ที่ระดับ .05

### สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65 มีอายุเฉลี่ย 68.85 ปี และ 69.60 ปี ตามลำดับ ในช่วงอายุ 71-75 ปีมากที่สุดร้อยละ 45 ทุกคนจบการศึกษาระดับประถมศึกษาและนับถือศาสนาพุทธ และมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 50 โดยกลุ่มทดลองมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คนขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 และมีผู้ดูแลร้อยละ 65 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรมากกว่าคู่ร้อยละ 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 กลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวร้อยละ 50 มียาที่ใช้เป็นประจำร้อยละ 50 ยามว่างจะไม่ทำกิจกรรมใดๆ ร้อยละ 55 แต่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมถึงร้อยละ 65 สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบมีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 70 และมียาที่ใช้เป็นประจำร้อยละ 65 ส่วนใหญ่ไม่ทำกิจกรรมใดๆ เวลาว่างและไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (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) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ 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 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ามักต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .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 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าว่อนทดลองอยู่ในระดับเล็กน้อย (M=13.95, SD=1.27) หลังทดลองค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าว่อนลดลงจากระดับเล็กน้อยเป็นระดับปกติ (M=6.20, SD=1.36) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าว่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า มีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าว่อนหลังทดลองลดลงกว่าก่อนทดลองและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย

ของภาวะซึมเศร้าว่อนทดลองอยู่ในระดับเล็กน้อย (M=13.85, SD.=0.81) หลังทดลองค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าว่อนอยู่ในระดับเล็กน้อยเท่าเดิม (M=14.00, SD=1.25) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าว่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test พบว่า มีค่าเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าว่อนหลังทดลองใกล้เคียงกับก่อนทดลอง และไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความสุขของผู้สูงอายุที่มีซึมเศร้าว่อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ 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 ใกล้เคียงกัน ทั้งสองกลุ่ม (M=24.45, SD=1.35 และ M=24.00, SD=0.91) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสุขเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นระดับปกติ (M=30.4, SD=1.31) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความสุขอยู่ในระดับน้อยเท่าเดิม (M=23.65, SD=1.22) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสุขสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .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) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความสุข 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 ผลการศึกษา

พบว่า กลุ่มทดลองคือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีระดับซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีระดับซึมเศร้าลดลงจากระดับเล็กน้อยเป็นระดับปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ดังนี้

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์มาจากแนวคิดความสุขของกรมสุขภาพจิต(2555)<sup>(2)</sup> ร่วมกับแนวคิดแรง

สนับสนุนทางสังคมของเฮาส์<sup>(30)</sup> มาใช้ในการจัดกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมในแต่ละครั้งจะพบว่าช่วยทำให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้นในทุกองค์ประกอบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 “สร้างสัมพันธ์รู้จักกันรู้จักขอ”** เป็นกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพและให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและด้านอารมณ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน เกิดความไว้วางใจระหว่างบุคคลของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้วิจัยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีเพื่อนหรือเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชัย มงคล และคณะ (2552)<sup>(23)</sup> ที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้งในวัยผู้สูงอายุหรือวัยผู้ใหญ่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของคนที่อยู่ในวัยสูงอายุนี้ จะให้ความสำคัญกับการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร และด้านข้อมูลข่าวสาร ผ่านการให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า และแนวทางการดูแลสุขภาพจิตและสังคมของตนเองและมอบคู่มือสร้างเสริมความสุขสำหรับผู้สูงอายุในป้องกันภาวะซึมเศร้า เพื่อนำไปทบทวนและใช้เป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติที่บ้าน หลังทำกิจกรรมนี้ผู้สูงอายุรู้สึกมีสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มรู้สึกมีเพื่อน เนื่องจากการให้ความสำคัญกับการมีสัมพันธภาพที่ดีกับคนรอบข้าง การมีสัมพันธภาพที่ดีจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพจิตใจที่เป็นความรู้สึกด้านบวก ได้แก่วิธีมีความสุข มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต เหตุเพราะการมีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้านเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต และความหวังของผู้สูงอายุ<sup>(9),(28),(33)</sup> นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และเข้าใจการเปลี่ยนแปลงและความแตกต่างในวัยสูงอายุของแต่ละบุคคล รวมทั้งมีวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคได้ เป็นการสนับสนุนด้านการประเมินค่าที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจตนเองและผู้อื่น รู้สึกว่าตนเองมีเพื่อนและทำให้คลายความเศร้าลง

**กิจกรรมที่ 2 “สุขสบายด้วยกายบริหาร 7 ท่า”** เป็นกิจกรรมส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการออกกำลังกาย สามารถออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงเกิดความคล่องแคล่วว่องไว ไม่เกิดอุบัติเหตุง่าย

และช่วยผ่อนคลายความเครียด โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการออกกำลังกายในวัยสูงอายุ ให้ชมวีดิทัศน์ “การบริหารร่างกายสำหรับผู้สูงอายุ” ผู้วิจัยทบทวนและสาธิตท่าบริหารร่างกายที่ละท่าให้กลุ่มตัวอย่างดูและให้ปฏิบัติตามไปพร้อมกันจนปฏิบัติได้ถูกต้องและให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ด้วยการพูดให้กำลังใจ ช่วยเหลือและชมเชยเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้องและกลุ่มตัวอย่างนำไปปฏิบัติที่บ้านอย่างต่อเนื่องทุกวัน ส่งผลให้กล้ามเนื้อแข็งแรง เกิดความคล่องแคล่วว่องไว ไม่เกิดอุบัติเหตุง่ายและช่วยผ่อนคลายความเครียด ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวารัต จารุพันธ์ (2554)<sup>(18)</sup> ที่ศึกษาโปรแกรมการออกกำลังกายไม่พลองของบ้านบุญมีร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อภาวะซึมเศร้าและสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยซึมเศร้าหลังทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่าการออกกำลังกายในรูปแบบต่างๆ นอกจากจะช่วยให้เพิ่มสมรรถภาพทางกายแล้ว ยังทำให้ผ่อนคลายความเครียด และช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้

**กิจกรรมที่ 3 “ร้องรำทำเพลง สร้างสุข”** เป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน และคลายเครียด โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฟังเพลงลอยกระทง แล้วให้ร้องเพลงตามจังหวะไปพร้อมๆกันในกลุ่ม หลังจากนั้นให้ เล่นต่อเพลง และร้องตามจังหวะเพลงเป็นวงกลมร่วมกัน ซึ่งเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสนุกสนานเพลิดเพลิน และคลายเครียด ส่งผลให้เกิดความสุขและทำให้ความเศร้าลดลงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา พิบูลย์, พวงทอง อินใจ และ เอียน สมิต (2552)<sup>(1)</sup> ที่ศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมดนตรีบำบัดมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และการศึกษาของ ฐิติพงษ์ เจริญแพทย์ (2556)<sup>(15)</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดและการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน หลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้

ดนตรี หรือเสียงเพลงมีผลช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความสุขในผู้สูงอายุได้

**กิจกรรมที่ 4 “สุขสง่าสร้างคุณค่าในตนเอง”** มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนเองจากการให้และรับจากผู้อื่น ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง และเกิดมุมมองต่อการใช้ชีวิตในเชิงบวก โดยให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านดีหรือความภาคภูมิใจในอดีตที่ปฏิบัติแล้วเป็นประโยชน์ต่อครอบครัว ต่อตนเอง หรือต่อสังคม และกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ โดยให้เลือกกิจกรรมที่สมาชิกสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเลือกกิจกรรมเยี่ยมผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในชุมชน โดยผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร คือของเยี่ยมให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างไปเยี่ยมถามอาการ พูดคุยให้กำลังใจและนำสิ่งของเยี่ยมไปฝาก ทำให้ผู้ถูกเยี่ยมมีกำลังใจและมีความสุข ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความภาคภูมิใจในตนเองจากการเป็นผู้ให้ ซึ่งการไปทำกิจกรรมอาสาสมัคร หรือ จิตอาสาของผู้สูงอายุ เป็นการแสดงออกให้เห็นว่าตนเองยังมีศักยภาพ มีคุณค่า และมีความภาคภูมิใจ ผ่านการให้ที่ไม่หวังผลตอบแทนซึ่งจะทำให้เกิดความสุข และความสุขนี้จะส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเป็นสุขในจิตใจตามมาด้วย<sup>(๙)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของเรืองศักดิ์ จันทรดี (2559)<sup>(17)</sup> ที่ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีมักเป็นผู้สูงอายุที่ให้ความช่วยเหลือผู้อื่น โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนช่วยเหลืองานส่วนรวมเมื่อมีโอกาส และมีความยินดีเมื่อเห็นเพื่อนบ้านมีความพร้อมในชีวิตครอบครัว จึงกล่าวได้ว่ากิจกรรมนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกตระหนักว่าตนเองมีคุณค่ากับพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้อื่นในสังคมและทำให้เกิดมุมมองต่อการใช้ชีวิตในเชิงบวก ซึ่งความภาคภูมิใจจากการทำกิจกรรมโดยการให้ที่ไม่หวังผลตอบแทนส่งผลให้เกิดความสุขและลดอาการซึมเศร้า

**กิจกรรมที่ 5 “บริหารสมอง 2 ท่าพาสว่าง”** เป็นกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นและชะลอความเสื่อมของสมองแก่ผู้สูงอายุ โดยให้กลุ่มตัวอย่างปั่นกระดาดด้วยเท้า เป็นการฝึกการประสานสัมพันธ์กันระหว่างกล้ามเนื้อตากับเท้า ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน ร่วมกับการทำกิจกรรมการบริหารสมองด้วยสองมือ ด้วยการเคลื่อนไหวมือสลับข้างซึ่งเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมอง มือและตาให้สัมพันธ์กัน ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร ได้แก่ อุปกรณ์ในการทำกิจกรรม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรม

ปั่นกระดาดด้วยเท้าต่อเป็นประจำที่บ้านในเวลากลาง และแนะนำให้ฝึกการเคลื่อนไหวมือสลับข้าง อาจทำร่วมกับครอบครัวหรือผู้สูงอายุในชุมชนเป็นประจำ จะช่วยกระตุ้นสมองและชะลอความเสื่อมของสมอง ป้องกันโรคสมองเสื่อมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่ง Boland et al (2000)<sup>(24)</sup> กล่าวว่าผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีอาการซึมเศร้าเนื่องจากผลของการที่สมองถูกทำลายและมีการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับโรคสมองเสื่อม โดยอาจเกิดจากการที่อาการซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้มีปัญหาความจำ และอาการซึมเศร้าอาจเป็นอาการหนึ่งของภาวะสมองเสื่อม โดยอาจเกิดก่อนที่จะมีอาการสมองเสื่อมที่ชัดเจน<sup>(13)</sup>

**กิจกรรมที่ 6 “สุขสงบ ด้วยสมาธิ”** เป็นกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้และควบคุมอารมณ์ของตนเองในด้านลบได้ดี เกิดความสงบในจิตใจ และผ่อนคลายความตึงเครียด รวมทั้งบริหารจิตเพื่อให้เกิดสติ สมาธิ ปัญญา โดยให้กลุ่มตัวอย่างพูดแลกเปลี่ยนประสบการณ์เหตุการณ์ที่เป็นปัญหาหรือภาวะวิกฤตของชีวิตที่ผ่านมาและ วิธีการแก้ปัญหาหรือผ่านภาวะวิกฤตนั้น หลังจากนั้นผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการจัดการกับความเครียด สาธิตการฝึกสมาธิและกำหนดลมหายใจเข้าออกด้วยเพลงดังดอกไม้บาน ของ แม่ชีศันสนีย์ เสถียรธรรมสถาน (2555) ให้ชมวีดิทัศน์ และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติตามโดยเปิดวีดิทัศน์เพลงพร้อมทำประกอบ และให้สลับกันมาเป็นผู้นำการปฏิบัติ แนะนำให้ไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน และติดตามการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งกิจกรรมนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกในทางที่ดี (general well-being positive affect) รู้สึกสงบ ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างสามารถรับรู้และควบคุมอารมณ์ของตนเองในด้านลบได้ดี และผ่อนคลายความตึงเครียด รวมทั้งเป็นการบริหารจิตเพื่อให้เกิดสติ สมาธิ ปัญญา เนื่องจากการฝึกหายใจและการทำสมาธินั้น ช่วยขจัดความเครียด ความวิตกกังวล และยังทำให้ร่างกายแข็งแรงอีกด้วย<sup>(11)</sup> สอดคล้องกับผลการศึกษาของวีระศักดิ์ พงษ์พิริยะไมตรี (2553)<sup>(13)</sup> ศึกษาผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการดูแลตนเองที่บ้านที่มีต่อความเครียดในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่าภายหลังการทดลองผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการดูแลตนเองที่บ้าน มีระดับความเครียดลดลง

จากระดับเครียดต่ำกว่าปกติเล็กน้อยเป็นระดับไม่เครียด ( $p < .05$ ) และมีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

**กิจกรรมที่ 7 “เยี่ยมบ้านสามัคคี”** เป็นกิจกรรมเพื่อติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าและค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันและดูแลผู้สูงอายุร่วมกับครอบครัว ร่วมหาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและสภาพความเป็นจริง โดยผู้วิจัยให้คำปรึกษาชี้แนะ และให้ความรู้ตามสภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ และผู้วิจัยสามารถสังเกตการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างได้ ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้สูงอายุ โดยให้สมาชิกในครอบครัวแสดงความรักผู้สูงอายุกันด้วยการกอดหรือสัมผัสให้กำลังใจกันทุกวัน แนะนำให้ครอบครัวพาผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น ทำบุญตักบาตรในวัดสำคัญทางศาสนา ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวจะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ<sup>(37)</sup> ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนี้จัดเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการมีสุขภาพจิตที่ดี เป็นองค์ประกอบของสุขภาพจิตในด้านคุณภาพของจิตใจ (mental quality) ในขณะที่ความเหงา ความซึมเศร้าเป็นความรู้สึก ในทางที่ไม่ดีและความรู้สึกด้านลบ โดยมีการศึกษาพบว่า ความเหงาของผู้สูงอายุลดลงได้ถ้ามีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี<sup>(38)</sup> กิจกรรมนี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวมีความคุ้นเคยกับผู้วิจัยมากขึ้น กล้าซักถามและปรึกษาปัญหาและทำให้สมาชิกในครอบครัวได้พูดคุยและเข้าใจกันมากขึ้น มีการกอดผู้สูงอายุหรือจับมือกันก่อนไปทำงาน ส่งผลให้เกิดความผ่อนคลายและทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสุข

2.2 ความสุขผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จากการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่อาศัยอยู่ในตำบลห้วยเตย อำเภอกุดรัง จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีระดับความสุขหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองระดับความสุขเพิ่มขึ้นจาก

ระดับน้อยเป็นมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ดังนี้

กิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีส่วนช่วยในการพัฒนาความสุขทั้ง 5 มิติได้ กล่าวคือ กิจกรรมสุขสบายเป็นกิจกรรมที่สร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุอยากออกกำลังกายทุกวันตามท่าบริหารร่างกายประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถเคลื่อนไหวได้คล่องแคล่ว กล้ามเนื้อต่างๆแข็งแรง และสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น จากการติดตามการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างบริหารร่างกายประจำวันอย่างสม่ำเสมอทุกวัน ดังนั้นจึงทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาความสุขมิติสุขสบายได้ดีมากขึ้น รู้สึกมีความมั่นคงและไม่เป็นภาระกับผู้อื่น กิจกรรมสุขสนุก เป็นกิจกรรมนันทนาการที่ช่วยสร้างความสดชื่น สนุกสนานและเพลิดเพลิน ทำให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลาย แสดงออกอย่างเหมาะสม ดังจะเห็นได้จากคะแนนความสุขที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับกิจกรรมสุขสว่าง สุขสง่า และสุขสงบ เป็นกิจกรรมที่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาสมรรถภาพทางสมองได้ เมื่อผู้สูงอายุมีความจำที่ดี มีสมรรถภาพสมองที่เพิ่มมากขึ้นก็จะช่วยให้เกิดความมั่นใจ ภาคภูมิใจในตนเอง และการบำเพ็ญประโยชน์ ด้วยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ก่อให้เกิดสุขภาวะทางอารมณ์ที่ดีและความรู้สึกมีความสุขในที่สุด (Dharmachareon, 2012) นอกจากนี้ยังพบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี การมีสุขภาพดี และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลให้มีความสุข (Layard, 2007) ซึ่งจากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองพบว่าการอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป ร่วมกับมีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 50 และ 65 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50 และมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมสูงถึงร้อยละ 65 ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้มีส่วนส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีระดับความสุขสูงขึ้นได้เช่นกัน

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินค่า สามารถเพิ่มคะแนนความสุขในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างหลังสิ้นสุดการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าการมีสุขภาพจิตในทางที่ดีขึ้น เช่น ได้หัวเราะ

สนุกสนาน รู้สึกผ่อนคลาย รู้สึกมั่นใจที่จะเผชิญความเครียดที่อาจเกิดขึ้นในวันข้างหน้า รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในสังคม และรู้สึกว่ามีเพื่อนและเครือข่ายมากขึ้น ทำให้ความรู้สึกลดลง เช่น ความเหงา หรือภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของสุดาร์ตน์ นามกระจำง, ถักยณี สมรัตน์ และอนัญญา เดชะคำภู (2560)<sup>(20)</sup> ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองระดับของสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถภาพทางสมองเบื้องต้น ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม และค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุขเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติจากเจ้าหน้าที่หรือจากบุคลากรด้านสุขภาพในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการให้บริการแบบตั้งรับ เนื่องจากภาระงานและอัตราการจ้างที่ไม่เพียงพอ ทำให้บุคลากรด้านสุขภาพยังคงดูแลผู้สูงอายุโดยใช้อาการ และอาการแสดง ในการประเมินภาวะสุขภาพจิตเป็นหลัก ขาดการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน<sup>(4)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับ เจนแอลโทพิส และคณะ<sup>(31)</sup> และ ฟอร์ตแมนและคณะ<sup>(27)</sup> กล่าวว่าในปัจจุบันบริการส่วนใหญ่เป็นแบบตั้งรับและขาดการทำงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต รวมทั้งระบบบริการในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิก็ขาดการทำงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ส่วนใหญ่มุ่งไปที่การบำบัดรักษาโรคและการเจ็บป่วยทางจิต อีกทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยการ ให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ รวมทั้งให้การปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพจิต ส่วนใหญ่เป็นบริการที่จัดให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการเท่านั้น (Kelley & Abraham, 2007 as cited in Svedberg, 2011) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนที่เริ่มเข้าสู่ภาวะซึมเศร้าจึงไม่ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบขาดการได้รับการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ และจากข้อมูลทั่วไปพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้ที่ต่ำและไม่เพียงพอร้อยละ 80 ร่วมกับมีโรคประจำตัวร้อยละ 70 รวมทั้งไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและ ไม่ได้ทำงานอดิเรก ร้อยละ 80 และร้อยละ 75 ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยร่วมส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้าและเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อความสุขในผู้สูงอายุ<sup>(12)(19)</sup> จึงส่งผลทำให้หลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มทดลองและมีแนวโน้มที่จะสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งจากระดับภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นจึงทำให้ระดับความสุขของกลุ่มเปรียบเทียบต่ำลงและต่ำกว่ากลุ่มทดลอง

ตามไปด้วย แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่งผลให้ระดับซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าลดลงจนมีสุขภาพจิตปกติ และมีความสุขเพิ่มขึ้นจากระดับน้อยเป็นมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมมีผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลงและมีระดับดัชนีความสุขเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ ดังนี้

1. นำโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการป้องกันภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมความสุขให้กับผู้สูงอายุ โดยสามารถปรับรูปแบบกิจกรรม ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องตามวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนอื่นๆ ต่อไป

2. ควรมีการส่งเสริมให้หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขนำโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หรืออาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้สามารถนำโปรแกรมไปใช้ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

3. นำโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมความสุขให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ โรคอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมศึกษากับกลุ่มผู้สูงอายุอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาความสุข การสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าหรือความสุขมีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น

2. ควรทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อติดตามการปฏิบัติของผู้สูงอายุและประเมินภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน หรือ 1 ปี

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ปรชานกรกรมการสอบที่ให้คำปรึกษาและคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาล

ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชที่ให้ความรู้ คำแนะนำชี้แนะแนวทาง และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องในการวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จ ขอขอบพระคุณ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุดรค์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้สูงอายุที่กรุณาให้ความร่วมมือ และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ทำให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

- 1.กาญจนา พิณลย์, พวงทอง อินใจ และ เอียน สมิต. ผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2(3): 101-110, 2552.
- 2.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด. นนทบุรี. 2555.
- 3.จุฑารัตน์ แสงทอง. ผู้สูงอายุ การเรียกคืน "คุณค่าในตนเอง" ผ่านบทบาทอาสาสมัคร. วารสารภูมิ. 35(2): 81-92, 2557.
- 4.ชนิดา ประดิษฐ์สถาพร และคณะ. สุขภาวะจิตของผู้สูงอายุไทยตามวิถีพุทธ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 26(1): 70-79, 2555.
- 5.ชุดิ ไกร ดันดิษฐ์นิษและคณะ. ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 29(1): 34-37, 2552.
- 6.ณัทย์ วงศ์ปาริณย์และคณะ. คู่มือการดูแลผู้สูงวัย: สูตรคลายซึมเศร้า. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). นนทบุรี, 2559.
- 7.นันทา ขวัญดี และคณะ. ความสัมพันธ์ความปวดภาวะซึมเศร้าการสนับสนุนทางสังคมกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักภายหลังผ่าตัด. วารสารการพยาบาล. 31(1): 68-81, 2554.
- 8.นริสา วงศ์พนารักษ์.การสร้างเสริมสุขภาพทางจิตในสังคมผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 6(2):160-165, 2556.
- 9.บรรลพ ศิริพานิช. คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ (พิมพ์ครั้งที่ 24). พิมพ์ดี. กรุงเทพฯ, 2553.
- 10.ปรีชา ค้ำชู. ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มนันทนาการในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม จังหวัดภูเก็ต. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับจิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, นครปฐม. 2551.
- 11.มรรยาท รุจิวิชัย. การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ, 2556.
- 12.ลิวรรณ อุณนภิรักษ์. การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาและอุปสรรคและอื่นๆ (พิมพ์ครั้งที่ 3). บุญศิริการพิมพ์. กรุงเทพฯ, 2553.
- 13.วิรัชศักดิ์ เมื่อ ังพาส. (2556). ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมและการป้องกัน (ตอนที่ 2). URL: <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articleDetail.asp?id=416>. สืบค้นจากเมื่อ(12/5/2562)
- 14.วิรัชศักดิ์ พงศ์พิริยะไมตรี. ผลของการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการดูแลตนเองที่บ้านที่มีต่อความเครียดในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับจิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มหาสารคาม, 2553.
- 15.อุไรพงษ์ เจริญแพทย์. ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดและการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับจิต ไม่ได้ตีพิมพ์) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ, 2556.
- 16.มรรยาท รุจิวิชัย. การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ, 2556.
- 17.เรืองศักดิ์ จันทรีดี. การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลทรายขาวอำเภอสอยดาวจังหวัดจันทบุรี. วารสารสุขภาพภาคประชาชน. 11(4): 37-47, 2559.
- 18.สิวนรณ จารุพันธ์. โปรแกรมการออกกำลังกายไร้พลงของปัญญา มี ประยุกต์ร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อภาวะซึมเศร้าและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโทฉบับจิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี, 2554.
- 19.สวติร์ สิงหา. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 18(3): 15-24, 2559.
- 20.สุรัตน์ นามกระจำ และคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความสุข 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 disease and other dementias. **Neuropsychiatric Disorders**. 2: 427-433, 2000.
25. Dharmchareon 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 and mental 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:10.1177/0022146510395592.
37. Tian, Q. Intergeneration social support affects the subjective well-being of the elderly : Mediator roles of self-esteem 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>.