

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม
ต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
The Effect of Caregiver Coaching Program
for Social Support on Psychological Well-Being
Among Older Persons with Depression

อินทอร ก้านกิ่ง¹ วีณา คันฉ่อง^{2*} อรวรรณ หนูแก้ว³
Intu-on Kanking¹ Weena Chanchong^{2*} Orawan Nukaew³

¹อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

¹Lecturer, School of Nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat, Thailand.

²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

²Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

³รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

³Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: weena.k@psu.ac.th

*Corresponding author: weena.k@psu.ac.th

Received 12 May 2023 • Revised 14 March 2025 • Accepted 14 March 2025

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า **วิธีการ:** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้า อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสร้างขึ้นจากทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House กระบวนการโค้ชของ Thorpe and Clifford และทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมใช้เวลา 45-90 นาที ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 3) แบบสอบถามความผาสุกทางใจ เครื่องมือ 1 และ 2 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เครื่องมือ 3 ได้ตรวจสอบความเที่ยงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาคเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks test และสถิติ Mann-Whitney U test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการศึกษา: พบว่า คะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.028, p < .001$) และคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีค่าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.283, p < .05$) สรุป: โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้เพิ่มระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ: โปรแกรมการโค้ช; การสนับสนุนทางสังคม; สุขภาวะทางจิต; ผู้ดูแล; ภาวะซึมเศร้า

Abstract

Objective: To examine the effect of caregiver coaching program for social support on psychological well-being among the older persons with depression. **Methods:** Participants comprised 44 community-dwelling older persons aged 60 years or over who met inclusion criteria divided into experiment and control groups, 22 each group. The research instruments consisted of 1) the caregiver coaching program for social support developed from the conceptual framework of social support of House, the coaching process of Thorpe and Clifford, the experiential learning of Kolb and literature reviews, five sessions were provided over 4 weeks with each session lasting 45-90 minutes; 2) the demographic data questionnaire; and 3) the Psychological Well-Being questionnaire. Content validity of the instrument parts 1 and 2 was verified by three experts. The reliability of the Psychological Well-Being questionnaire was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .87. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon Signed-Ranks test and Mann-Whitney U test, with significant level at 0.05 **Result:** The score of the psychological well-being of older persons with depression after participating in the caregiver coaching for social support program were statistically significantly higher than that before participating in the program ($Z = -4.028, p < .001$). In addition, the score of psychological well-being of older persons with depression after the program was statistically significantly higher than that of participants who did not receive the program ($Z = -2.283, p < .05$). **Conclusion:** The caregiver coaching program for social support for older persons with depression could improve psychological well-being of older persons with depression.

Keywords: coaching program; social support; psychological well-being; caregiver; depression

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ผู้สูงอายุจึงเป็นทรัพยากรมนุษย์กลุ่มใหญ่ที่สำคัญต่อการขับเคลื่อนประเทศ และมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลและการส่งเสริมสุขภาวะ และองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของสุขภาวะ คือ สุขภาวะทางจิต (psychological wellbeing)¹ ตามแนวคิดของ Ryff^{2,3} สุขภาวะทางจิตเป็นการทำหน้าที่ของจิตในเชิงบวก (positive psychological functioning) ประกอบด้วย 6 มิติ คือ 1) การยอมรับตนเอง (self-acceptance) 2) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (positive relations with others) 3) ความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) 4) ความสามารถในการควบคุมและจัดการกับสิ่งแวดล้อม (environmental mastery) 5) จุดมุ่งหมายในชีวิต (purpose in life) และ 6) ความเจริญงอกงามของบุคคล (personal growth) สุขภาวะทางจิตสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของบุคคลจากพัฒนาการด้านจิตสังคมและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมนุษย์^{2,3}

การมีสุขภาวะทางจิตที่ดีนับเป็นความสำเร็จของการใช้ชีวิตของบุคคลในช่วงสูงวัย⁴ โดยมีความสัมพันธ์กับปัจจัยสำคัญ ๆ ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลดังเช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพ⁵ การรับรู้ความสามารถของตนเอง⁵ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง⁵ ภาวะซึมเศร้า^{6,7} และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลที่สำคัญ คือ การสนับสนุนทางสังคม^{5,8-10} อย่างไรก็ตามระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มลดลง ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีความคิดบิดเบือนทางลบ ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความสามารถของตนเองในทางลบ ความสนใจในตนเองลดลงความบกพร่องในการดูแลตนเอง การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมแม้แต่กับสมาชิกในครอบครัวลดลง^{11,12} จากงานวิจัยระยะยาว 16 ปี ในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนปลาย-ผู้สูงอายุ พบว่า สุขภาวะทางจิตและภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในลักษณะส่งผลต่อกัน (negative reciprocal relationships)⁷ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย จากฐานข้อมูลสุขภาพโลก (global health)¹³

พบภาวะซึมเศร้าในประชากรโลกกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 5.70 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ในประเทศต่าง ๆ พบความชุกอยู่ระหว่างร้อยละ 7.60-60.60 ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสภาพสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม¹⁴ ในประเทศไทยพบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 9.60-32.90^{14,15} ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านับเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการมีสุขภาวะทางจิตต่ำ ฉะนั้นการช่วยเหลือทางการแพทย์ที่ส่งเสริมสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจึงมีความสำคัญยิ่ง

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ^{5,8-10} อีกทั้งยังสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ^{10,14,15} ซึ่ง House¹⁶ ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประการ ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotion support) โดยการให้ความรัก ความห่วงใยใส่ใจ การยอมรับ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) โดยการเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญสำหรับบุคคลใช้ประเมินตนเอง 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) โดยการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต ทำให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาและสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่กำลังเผชิญอยู่ได้ และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) โดยการให้ความช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ เช่น สิ่งของ เงิน เวลา และการบริการต่าง ๆ และ House¹⁶ เชื่อว่าการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อสุขภาพของบุคคลทั้งทางตรง (main effects) และทางอ้อม (buffering effects) ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีผลโดยตรงต่อระดับสุขภาวะทางจิตและจะมีผลทางอ้อมต่อการลดภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ การได้รับข้อมูลข่าวสารและทรัพยากรที่จำเป็นและสำคัญต่อการจัดการกับชีวิต ย่อมช่วยให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมและสามารถควบคุมและจัดการกับสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น ลดการพึ่งพา มีความเป็นตัวของตัวเอง อีกทั้งการสนับสนุนทางอารมณ์และด้านการประเมินค่า ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้การเป็นที่รักและการยอมรับจากผู้อื่น ช่วยลดการคิดบิดเบือนทางลบต่อตนเอง ทำให้เห็นคุณค่าตนเอง มองเห็นศักยภาพของตน ยอมรับตนเอง เกิดความมั่นใจและรู้สึกมั่นคงในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และเรียนรู้และใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย ดังนั้นการช่วยเหลือทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการสนับสนุนทางสังคมอาจจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้นได้

ด้วยภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้สูงอายุเก็บตัว บกพร่องการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม^{11,12} กระทั่งต่อการรับการ

สนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่น ดังนั้นครอบครัวหรือผู้ดูแลนับเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทมากกว่าแรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน¹⁷ อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา^{6,10,18} พบว่า กิจกรรมของโปรแกรมดำเนินการในโรงพยาบาลและสถานสงเคราะห์ โดยบุคลากรขององค์กรนั้น ๆ เป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ โปรแกรมที่มุ่งเน้นให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่บ้านด้วยโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้กระบวนการโค้ชของ Thorpe and Clifford¹⁹ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะช่วยพัฒนาผู้ดูแลให้มีความรู้และความเข้าใจ เกิดทัศนคติทางบวก และมีทักษะจำเป็นในการดูแลได้²⁰ ร่วมกับการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb²¹ ที่ให้ความสำคัญกับผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและเชื่อว่าการเรียนรู้จากประสบการณ์เป็นวิธีการเรียนรู้ที่ให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด ซึ่ง Kolb²¹ ได้จัดลักษณะการเรียนรู้จากประสบการณ์ออกเป็น 4 รูปแบบ ผู้วิจัยจึงออกแบบกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมให้สอดคล้องกับลักษณะการเรียนรู้จากประสบการณ์ทั้ง 4 รูปแบบของ Kolb²¹ ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในความดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและที่สำคัญคือผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House¹⁶ ในการกำหนดเนื้อหาสาระการเรียนรู้จากที่กล่าวมาผู้วิจัยเชื่อว่าโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมนี้สามารถพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น

คำถามการวิจัย

1. สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการ

สนับสนุนทางสังคมหรือไม่

2. สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

2. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐาน

1. สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

2. สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House¹⁶ กระบวนการโค้ชของ Thorpe and Clifford¹⁹ และทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb²¹ ร่วมการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า^{6,10,15,18}

โดยในการกำหนดเนื้อหาการเรียนรู้และการลงมือปฏิบัติของผู้ดูแลในการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยประยุกต์ใช้การสนับสนุนทางสังคมของ House¹⁶ และในการกำหนดกระบวนการและรูปแบบการดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้บูรณาการกระบวนการโค้ชของ Thorpe and Clifford¹⁹ ซึ่งเป็นกระบวนการถ่ายทอดความรู้และทักษะจากผู้โค้ชสู่ผู้รับการโค้ช ที่ทำให้ผู้รับการโค้ชเกิดการเรียนรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ 4 รูปแบบ ตามแนวคิดของ Kolb²¹ ซึ่ง

ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังนี้

1. การชี้แจงเป้าหมายและความต้องการ (clarifying coaching needs and goals) เป็นการสร้างความเข้าใจในเป้าหมายของโปรแกรมการโค้ชและนำสู่การค้นหาเป้าหมายและความต้องการเฉพาะเจาะจงของผู้รับการโค้ชการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้รับการโค้ชจำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สุขภาวะทางจิตและการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน เห็นความสำคัญของการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อาศัยหลักการเรียนรู้แบบประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (concrete experience) และแบบความคิดเชิงนามธรรม (abstract conceptualization) โดยการบรรยายแบบมีส่วนร่วม สนับสนุนด้วยทรัพยากรการเรียนรู้ได้แก่ คู่มือการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสถานการณ์ตัวอย่าง สื่อนำเสนอ (presentation) และวิดีโอ (video)

2. การตกลงเกี่ยวกับความต้องการที่เฉพาะเจาะจงในการพัฒนา (agreeing specific development needs) เป็นการค้นหาความต้องการที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม อาศัยหลักการเรียนรู้แบบการสังเกตสะท้อนกลับ (reflective observation) โดยการร่วมกันอภิปรายและใช้คู่มือการทำกิจกรรม ผู้รับการโค้ชจะได้ทบทวนประสบการณ์ตนเองเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านมาและนำใช้ความรู้ใหม่มาวิเคราะห์และสะท้อนคิดค้นหาช่องว่างและระบุความต้องการเพื่อพัฒนาการดูแลสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในความดูแล

3. การจัดทำแผนโดยละเอียดสำหรับการโค้ช (formulating a detailed plan for coaching) เป็นการจัดทำแผนปฏิบัติการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและแผนพัฒนาตนเองของผู้รับการโค้ช อาศัยหลักการเรียนรู้แบบประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (concrete experience) ประสบการณ์การลงมือทำ (active experimentation) และการสังเกตสะท้อนกลับ (reflective observation) โดยใช้คู่มือการทำกิจกรรม มีการให้การปรึกษาจากผู้โค้ชเมื่อเกิดข้อสงสัย และการเรียนรู้ทักษะการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติม ด้วยวิดีโอ (video) และการแสดงบทบาทสมมุติ (role play)

4. การลงมือปฏิบัติ (doing a task or activity) เป็นการลงมือปฏิบัติการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อาศัยหลักการเรียนรู้แบบประสบการณ์การลงมือทำ (active experimentation) ร่วมกับการสังเกตสะท้อน

กลับ (reflective observation) โดยลงมือปฏิบัติจริงตามแผนกับผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล บันทึกผล ความรู้สึกและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ และผู้รับการโค้ชสามารถทบทวนและเรียนรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองจากคู่มือการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และขอคำชี้แนะจากผู้โค้ชเมื่อต้องการได้

5. การทบทวนและวางแผนปรับปรุง (reviewing activities and planning improved) เป็นการวางแผนปรับปรุงเพื่อให้การปฏิบัติการณ์สนับสนุนทางสังคมสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมาย อาศัยหลักการเรียนรู้แบบการสังเกตสะท้อนกลับ (reflective observation) โดยผู้รับการโค้ชทบทวนและสะท้อนคิดประสบการณ์จากการลงมือปฏิบัติ วิเคราะห์หาสาเหตุ วิธีการแก้ไข และวางแผนปรับปรุงการให้การสนับสนุนทางสังคมภายใต้การเอื้ออำนวยและชี้แนะจากผู้โค้ช

6. สิ้นสุดความสัมพันธ์ของการโค้ช (ending the coaching relationship) เป็นการประเมินความสำเร็จโดยรวมของโปรแกรมการโค้ช โดยให้ผู้รับการโค้ชได้สะท้อนความรู้สึกและร่วมกันแลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ดูแลให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และยุติการโค้ช

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งเพศชายและหญิง อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และอาศัยอยู่ในตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า กำหนดคุณสมบัติดังนี้
 - 1) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ประเมินด้วย Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ที่ระดับคะแนนระหว่าง 13-24 คะแนน
 - 2) สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ฟังฟังผู้อื่นอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ประเมินด้วย Barthel activities of daily living (ADL) ที่ระดับคะแนนตั้งแต่ 5 ขึ้นไป
 - 3) มีผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวและอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน
 - 4) ไม่มีความพิการทางร่างกายและโรคทางสมอง
 - 5) ไม่ได้อยู่ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ

2. ผู้ดูแล กำหนดคุณสมบัติดังนี้
 - 1) เป็นสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน
 - 2) รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
 - 3) มีโทรศัพท์มือถือ ฟัง พูด อ่านเขียนภาษาไทยได้
 - 4) ไม่ได้อยู่ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ
 - 5) เข้าร่วมโปรแกรมได้ครบถ้วนทุกกิจกรรม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 22 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยใช้ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 1.13 ซึ่งคำนวณได้จากงานวิจัยผลโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของ Petburi, Somprasert and Othaganont⁶ และใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.4 กำหนดขนาดความคลาดเคลื่อนที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .95 ใช้สถิติ independent t-test ทดสอบแบบทางเดียว (one tail) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 18 คนต่อกลุ่ม และได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยสุ่มอย่างง่าย โดยจับฉลาก 2 หมู่บ้านที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน แบ่งเป็นหมู่บ้านกลุ่มทดลองและควบคุม คัดเลือกผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จากทั้ง 2 หมู่บ้าน มาจับคู่ (match pair) ด้วยคะแนน TGDS และคะแนน ADL เพื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยกวน (confounding factors) ต่อสุขภาพจิต

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามหนังสือรับรองเลขที่ PSU IRB 2022-St-Nur-029 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างได้รับการแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย และการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ไม่มีผลต่อประโยชน์ที่พึงได้ตามสิทธิแต่อย่างใด ข้อมูลเก็บรวบรวมไว้ในคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคลที่มีรหัสผ่านการเข้าถึง เอกสารข้อมูลเก็บไว้ในตู้ส่วนบุคคลมีกุญแจล็อก ข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังการตีพิมพ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2565 ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน สำหรับการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับและกลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม
2. ผู้วิจัยศึกษาหาข้อมูลเพื่อค้นหาหมู่บ้านที่มีลักษณะโครงสร้างและบริบททางสังคมใกล้เคียงกันและแบ่งหมู่บ้านเป็นกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับและกลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้การสุ่มอย่างง่าย
3. หลังการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลท่าศาลา ผู้วิจัยลงพื้นที่กับอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย ได้คัดกรองผู้สูงอายุตามคุณสมบัติที่กำหนด และจับคู่(match pair) ด้วยระดับคะแนน TGDS และคะแนน ADL จนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับและกลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มละ 22 คน
4. ผู้วิจัยพบและแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลหลัก ชี้แจงรายละเอียดการดำเนินโครงการและการพิทักษ์สิทธิ์ โดยสอบถามความสมัครใจและให้เซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย และมีผู้ช่วยวิจัยประเมินเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนการทดลอง
5. การดำเนินการในกลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแล พร้อมทั้งประเมินสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินความผาสุกทางใจ กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนี้ใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าพร้อมทั้งมอบคู่มือผู้ดูแลเรื่องการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าให้ผู้ดูแล
6. การดำเนินการในกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม หลังจากผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการโดยแบ่งผู้ดูแลหลักออกเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 5-6 คน และนัดหมายสถานที่และวัน-เวลา ในการทำกิจกรรมกลุ่ม โดยกิจกรรมกลุ่มจัดที่ห้อง

ประชุม รพ.สต. ท่าศาลา และกิจกรรมรายบุคคลจัดที่บ้านผู้สูงอายุ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินสุขภาวะทางจิต

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม เป็นกิจกรรมตามกระบวนการโค้ชและการเรียนรู้จากประสบการณ์ผสมผสานระหว่างกิจกรรมกลุ่มและกิจกรรมรายบุคคลที่บ้าน ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมรายกลุ่ม 3 ครั้ง กลุ่มละ 5-6 คน ใช้เวลาประมาณ 45-90 นาที ร่วมกับกิจกรรมรายบุคคลที่บ้าน (ระยะเวลา 3 สัปดาห์) รวมระยะเวลาการดำเนินการโปรแกรมฯ ทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมกลุ่ม ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การทำความรู้จักโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม และการให้ความรู้ โดยการบรรยายแบบมีส่วนร่วม พร้อมคู่มือสำหรับผู้ดูแล เรื่อง การให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า สถานการณ์ตัวอย่าง สื่อนำเสนอ (presentation) และ วิดิทัศน์ (video) เป็นสื่อเพื่อการเรียนรู้ การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน และสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า รวมทั้งให้ผู้ดูแลได้สะท้อนคิดประสบการณ์เดิมในการดูแลสนับสนุนทางสังคมที่ผ่านมาและเปรียบเทียบกับ การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในขั้นตอนแรก เพื่อค้นหาความต้องการที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อผู้ดูแลนำไปวางแผนสำหรับพัฒนาการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ

กิจกรรมกลุ่ม ครั้งที่ 2 การเขียนแผนการพัฒนาตนเองและแผนให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยให้ผู้ดูแลนำความต้องการที่ได้จากการทบทวนและวิเคราะห์ตนเองในกิจกรรมครั้งที่ 1 มากำหนดเป็นเป้าหมายและนำสิ่งที่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม มากำหนดเป็นกิจกรรมในแผน ผู้วิจัยให้การชี้แนะในการเขียนแผน นอกจากนี้มีการพัฒนาทักษะเบื้องต้นเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะลงมือปฏิบัติการจริง

สัปดาห์ที่ 2 และ 3

กิจกรรมรายบุคคลที่บ้าน การดำเนินกิจกรรมตามแผน ฯ โดยผู้ดูแลบันทึกผลการปฏิบัติ ความรู้สึกและปัญหาอุปสรรค สามารถทบทวนและเรียนรู้เพิ่มเติมด้วยตนเองจากคู่มือการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

และขอคำชี้แนะจากผู้วิจัยทางโทรศัพท์ได้ตลอด ในระหว่างนี้ผู้ดูแลจะได้รับการลงเยี่ยมบ้านจากผู้วิจัย 1 ครั้ง เพื่อทบทวนและวางแผนปรับปรุง โดยนำประสบการณ์จริงมาวิเคราะห์หาสาเหตุ วิธีการแก้ไข และวางแผนปรับปรุงการให้การสนับสนุนทางสังคมตามบริบทที่เกิดขึ้นจริง และผู้ดูแลปฏิบัติตามแผนที่ปรับปรุงและบันทึกผลการปฏิบัติเช่นเดิม

สัปดาห์ที่ 4

กิจกรรมรายกลุ่ม ครั้งที่ 3 การสิ้นสุดความสัมพันธ์ของการโค้ชผู้ดูแล โดยจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลได้สะท้อนความรู้สึกและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมกิจกรรม เกิดเป็นการเรียนรู้ใหม่ส่วนบุคคลที่ผู้ดูแลสามารถนำไปประยุกต์วางแผนให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ต่อไป

โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาและกิจกรรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence: IOC) เท่ากับ .80 และได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะในประเด็นการเพิ่มระยะเวลาการให้ผู้ดูแลทำกิจกรรมรายบุคคลที่บ้านจาก 2 เป็น 3 สัปดาห์ และปรับการใช้ภาษาของคู่มือให้เข้าใจง่ายขึ้น ในการทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คนพบว่า คะแนนสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้น เนื้อหาในคู่มือเป็นประโยชน์และเข้าใจง่าย

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ความสามารถในการควบคุมโรค ผู้ดูแลหลัก สัมพันธภาพกับผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป สำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ความสามารถในการควบคุมโรคประจำตัว และสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจ พัฒนาโดย Wichitsiri and Sawangsopakul²² ตามกรอบแนวคิดสุขภาพทางจิตของ Ryff^{2,3} มีข้อคำถามทั้งสิ้น 18 ข้อ เป็นมาตรวัดประเมินค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ ช่วง

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 18 ถึง 72 คะแนน ค่าคะแนนสูง หมายถึง ระดับของความพึงพอใจสูง ได้ทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .87

3. เครื่องมือควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

1) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)²³ พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย กรมสุขภาพจิต คำถาม-ให้ตอบแบบใช่/ไม่ใช่ จำนวน 30 ข้อ ประเมินความรู้สึกในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนรวมระหว่าง 0-30 คะแนน แปลผลตามระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ ปกติ (0-12) มีความเศร้าเล็กน้อย (13-18) มีความเศร้าปานกลาง (19-24) และ มีความเศร้ารุนแรง (25-30) ผ่านการทดสอบในกลุ่มผู้สูงอายุ 60-70 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .93

2) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living: ADL) 10 ข้อ พัฒนาโดย Jitapunkul²⁴ ผ่านการประเมินความตรงเนื้อหาและการทดสอบในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนเท่ากับ .89 แปลผลตามระดับคะแนน ดังนี้ ช่วง 0-4 คะแนน หมายถึง กลุ่มติดเตียง คือผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พักการ หรือทุพพลภาพ ช่วง 5-11 คะแนน หมายถึง กลุ่มติดบ้านคือ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง กลุ่มติดสังคม คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแล โดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล ด้วยสถิติไคสแควร์

2. วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการ

สนับสนุนทางสังคม ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test และระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากการกระจายตัวของข้อมูลไม่เป็นแบบปกติด้วยการทดสอบ Shapiro-Wilk test

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศหญิงมากกว่าเพศชาย นับถือศาสนาอิสลาม อายุโดยเฉลี่ย 71 ปี ส่วนใหญ่

มีสถานภาพสมรสหม้าย มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย มีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก ดูแลเอาใจใส่ แม้มีโรคประจำตัวยังสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ ส่วนใหญ่มีปัญหาทางการเงิน

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลหลัก ข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง อายุโดยเฉลี่ย 46 ปี นับถือศาสนาอิสลาม มีคู่สมรส สัมพันธ์กับผู้ป่วยอายุในฐานบุตรหลานและพี่น้อง การศึกษาระดับประถมและมัธยมศึกษา ผู้ดูแลเพียงส่วนน้อยที่มีโรคประจำตัวแต่อาการไม่รุนแรง ตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ด้วยสถิติไคสแควร์ และ t-test จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแล (N=44)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรม(n=22) จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรม(n=22) จำนวน(ร้อยละ)	X ² /t	p
เพศ				
ชาย	7(31.8)	5(22.7)	.458 ^a	.498
หญิง	15(68.2)	17(77.3)		
อายุ (ปี)				
I : M = 71.95, SD = 7.273, Min=61, Max=86				
C : M = 71.18, SD = 7.261, Min=62, Max=86	.353	.726		
60 ปี - 69 ปี	8 (36.4)	11 (50.0)	1.008 ^b	.604
70 ปี - 79 ปี	10 (45.5)	7 (31.8)		
80 ปี - 89 ปี	4 (18.2)	4 (18.2)		
ศาสนา				
อิสลาม	22 (100)	22 (100)	-	-
สถานภาพสมรส				
โสด/หม้าย	16 (72.7)	12 (54.5)	1.571 ^a	0.210
คู่	6 (27.3)	10 (45.5)		
หม้าย/หย่า/แยก				
รายได้				
I : M = 1795.45, SD = 1710.048, Min=600, Max=8000				
C : M = 2031.82, SD = 915.156, Min=800, Max=5000	-.572	.571		
0 - 5,000 บาท	21 (95.5)	22 (100)	1.023 ^c	.500
5,001 - 10,000 บาท	1 (4.5)	0		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับ	กลุ่มที่ไม่ได้รับ	X²/t	p
	โปรแกรม(n=22)	โปรแกรม(n=22)		
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	4 (18.2)	3 (13.6)	.170 ^c	.500
ไม่เพียงพอ	18 (81.8)	19 (86.4)		
โรคประจำตัว				
ไม่มี	4 (18.2)	5 (22.7)	.140 ^c	.500
มี	18 (81.8)	17 (77.3)		
ระดับของภาวะซึมเศร้า				
เล็กน้อย	15 (68.2)	15 (68.2)	.000 ^a	1.000
ปานกลาง	7 (31.8)	7 (31.8)		
I : M = 17.64, SD = 3.317, Min = 13, Max = 24				
C : M = 17.59, SD = 3.127, Min = 13, Max = 23	.047	.963		
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน				
I : M = 18.05, SD = 2.171, Min = 13, Max = 20				
C : M = 17.68, SD = 2.715, Min = 11, Max = 20	.491	.626		
ผู้ดูแลหลัก				
คู่สมรส	3 (13.6)	2 (9.1)	4.923 ^b	.085
บุตร	17 (77.3)	12 (54.5)		
อื่น ๆ (พี่น้อง หลาน)	2 (9.1)	8 (36.4)		
สัมพันธ์ภาพกับผู้ดูแลหลัก				
ทะเลาะเบาะแว้ง	1 (4.5)	1 (4.5)	.925 ^b	.819
รักใคร่	7 (31.8)	10 (45.5)		
เอาใจใส่ดูแล	13 (59.1)	10 (45.5)		
ห่างเหิน	1 (4.5)	1 (4.5)		

^a = Pearson chi-square, ^b = Likelihood ratio ^c = Fisher's exact test

I = intervention group, C = controlled group

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษา พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม (MD=

50.00, IQR = 8) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล (MD= 45.00, IQR = 4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -4.028, p < .001) ตามตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-ranks test (N=22)

คะแนนสุขภาวะทางจิต	MD	IQR	Z	p
ก่อนได้รับโปรแกรม	45.00	4		
หลังได้รับโปรแกรม	50.00	8	-4.028	< .001

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ผู้ดูแล

ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล ไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล และหลังได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล ค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล มีค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญ ($Z = -2.283$, $p < .05$) ตามตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมและกลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test (N=44)

คะแนนสุขภาวะทางจิต	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม(n=22)		กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม(n=22)		Z	P
	Mean Rank	Sum of Ranks	Mean Rank	Sum of Ranks		
ก่อนได้รับโปรแกรม	22.84	502.50	22.16	487.50	-.177	.859
หลังได้รับโปรแกรม	26.91	592.00	18.09	398.00	-2.283	.022

การอภิปรายผลการวิจัย

หลังได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมมีค่ามัธยฐานคะแนนสุขภาวะทางจิตสูงกว่าก่อนที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และหลังการทดลอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยอันดับคะแนนสุขภาวะทางจิตสูงกว่ากลุ่มที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมนี้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น โดยสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้

ดังนี้

โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาจากกระบวนการโค้ช 6 ขั้นตอนของ Thorpe and Clifford¹⁹ ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb²¹ และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House¹⁶ เมื่อผู้ดูแลเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล จะได้รับการพัฒนาศักยภาพในการสนับสนุนทางสังคมและได้ลงมือปฏิบัติให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญต่อการมีสุขภาวะทางจิตที่ดี^{5,8-10} พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์⁸ และสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง²⁵ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

ต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰

เนื้อหาสาระสำคัญในโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ได้ถูกออกแบบโดยให้ความสำคัญกับการให้การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House¹⁶ อย่างเช่น การสนับสนุนด้านทรัพยากร สิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ การพูดคุยเอาใจใส่ การถามไถ่ความต้องการ การรับฟังด้วยความห่วงใยอย่างสม่ำเสมอ การให้การยอมรับ การพูดชมเชยต่อความสามารถตามศักยภาพของผู้สูงอายุ การช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักศักยภาพของตนเอง และการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในชีวิตประจำวัน ซึ่งการสนับสนุนเหล่านี้ครอบคลุมตอบสนองความต้องการของมนุษย์ของ Maslow²⁶ นั่นเอง ตั้งแต่ความต้องการขั้นพื้นฐานด้านกายภาพ การตอบสนองความต้องการในมิติจิตสังคม ได้แก่ ความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัย ความต้องการเป็นที่รักและเป็นส่วนหนึ่ง ความต้องการมีคุณค่าและความต้องการขั้นสูงสุด คือ ต้องการในการเข้าใจและรู้จักตนเอง ซึ่ง Ryff^{2,3} กล่าวถึงการได้รับการตอบสนองความต้องการของมนุษย์ว่ามีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพทางจิตของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อสุขภาพทางจิตโดยส่งผลผ่านทางความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานด้านจิตใจ²⁷

กระบวนการโค้ช 6 ขั้นตอนช่วยให้การออกแบบโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมนี้ครอบคลุมทั้งการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลและการลงมือปฏิบัติ การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งกิจกรรมในครั้งแรกของโปรแกรมนี้นั้นการเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ให้เกิดความเข้าใจ เกิดทัศนคติที่ดีรวมทั้งเกิดทักษะและความพร้อมต่อการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยอาศัย 3 ขั้นตอนแรกของกระบวนการโค้ช ได้แก่ 1) การชี้แจงเป้าหมายและความต้องการ (clarifying coaching needs and goals) 2) การกำหนดข้อตกลงที่เฉพาะเจาะจง (agreeing specific development needs และ 3) การจัดทำแผนโดยละเอียด (formulating a detailed plan for coaching) และเป็นกิจกรรมที่มีรูปแบบหลากหลายซึ่งพัฒนาโดยใช้หลักการการเรียนรู้แบบความคิดเชิงนามธรรม (abstract conceptualization) กับการเรียนรู้ประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (concrete experience) ตามแนวทางการเรียนรู้

ของ Kolb²¹ ได้แก่ การบรรยายแบบมีส่วนร่วม การสะท้อนคิด และทบทวนประสบการณ์เดิมในการดูแลสนับสนุนทางสังคมที่ผ่านมา การประเมินสถานการณ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล วิเคราะห์ช่องว่างสำหรับการพัฒนาตนเองของผู้ดูแลเพื่อให้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของ House¹⁶ การจัดทำแผนการดูแลให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ และได้รับการฝึกทักษะการสนับสนุนทางสังคมโดยการสอนสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ (demonstration) แสดงบทบาทสมมุติ (role play) มีสื่อและทรัพยากรเพื่อการเรียนรู้หลากหลายได้แก่ คู่มือการทำกิจกรรม สถานการณ์ตัวอย่าง สื่อนำเสนอ (presentation) และ วิดีทัศน์ (video) นอกจากนี้ผู้ดูแลได้รับคู่มือซึ่งรวบรวมความรู้และทักษะเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในรูปแบบที่มีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย ภาพประกอบน่าสนใจ สำหรับให้ผู้ดูแลได้ทบทวนความรู้และทักษะการปฏิบัติ ซึ่งรูปแบบกิจกรรมการโค้ชข้างต้น สอดคล้องกับกิจกรรมในโปรแกรมของ Purba, Suttharangsee and Chaowalit²⁰ ที่ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และพบว่าโปรแกรมการโค้ชส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้ และผลลัพธ์ยังคงอยู่หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน อีกทั้งการศึกษาของ Wungrath, et al.²⁸ พบว่าการให้ผู้ดูแลใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้คู่มือ ในการวิจัยครั้งนี้หลังการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อม ก่อนลงมือปฏิบัติ ผู้ดูแลได้สะท้อนว่า “เราต้องเอาความรู้ที่ได้จากโครงการไปปฏิบัติให้ตรงกับชีวิตจริง แล้วรู้เลยว่าไม่ยาก” “ถ้าไม่มาร่วมโครงการก็ยังไม่รู้ว่าการชวนกินข้าวพร้อมกัน เป็นการถามไถ่แสดงถึงความห่วงใยใส่ใจ ปกติทำกับข้าวไว้ให้แล้วก็เสร็จ” อีกทั้งในการประเมินความพร้อมและความมั่นใจของผู้ดูแล ผู้ดูแลให้คะแนนความมั่นใจของตนเองมากกว่า 7 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

สำหรับกิจกรรมในครั้งหลังของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมนี้เน้นการให้ผู้ดูแลได้ลงมือปฏิบัติการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในบริบทตามที่อยู่อาศัยจริง ประกอบด้วย กิจกรรมการโค้ชในขั้นตอนลงมือปฏิบัติ (doing a task or activity) และการทบทวนวางแผนปรับปรุง (reviewing activities and planning improved) ถูกออกแบบตามแนวทางการเรียนรู้ของ

Kolb²¹ โดยใช้หลักการลองทำ (active experimentation) และการสังเกตแบบสะท้อนกลับ (reflective observation) ในตลอดช่วง 2 สัปดาห์ผู้ดูแลได้ลงมือปฏิบัติตามแผนและทบทวนปรับปรุงการปฏิบัติการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ปรึกษาทางโทรศัพท์ นอกจากนี้มีการติดตามผู้ดูแลเป็นรายบุคคลที่บ้าน 1 ครั้ง เพื่อร่วมกันสะท้อนคิดและวิเคราะห์การปฏิบัติการให้การสนับสนุนทางสังคม วางแผนจัดการปัญหาอุปสรรคที่สอดคล้องกับบริบทจริงในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลเองและผู้สูงอายุ ทำให้เห็นว่าผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจากการปฏิบัติของตนเอง มีทัศนคติเชิงบวกและทักษะการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ดังคำกล่าวของผู้ดูแลเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแล “ดีใจมากที่ได้มีโอกาสเข้าร่วมโครงการนี้ การได้เอาข้อมูลที่ได้จากที่สอนมาลงมือดูแลมี (แม่) จริง ๆ ทำให้เกิดความรู้สึกดีต่อตัวเองมาก ๆ” และ “ไม่เคยคิดเลยว่า การปรับปรุงเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันธรรมดา ๆ ช่วยให้ผู้สูงอายุที่เรารักมีความสุขทางจิตที่ดีขึ้นได้”

ดังผลการศึกษาที่พบว่า สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมเปลี่ยนแปลงลดลง (ตาราง 3) อธิบายได้ว่า เนื่องจากลักษณะเชิงอัตวิสัยและความเป็นพลวัตของสุขภาวะทางจิต^{2,3} กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 75 เป็นเพศหญิง และมีโรคประจำตัวอื่น ๆ นอกเหนือจากมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งในเพศหญิงพบว่ามีสุขภาวะทางจิตต่ำกว่าในเพศชาย²⁹ และในคนที่มีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพใจ^{5,25}

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในประเด็นการอ้างอิงผลการวิจัยของโปรแกรม (generalization) ไปยังประชากรกลุ่มอื่น ๆ เนื่องจากการได้มาของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ ใช้การสุ่มตัวอย่าง (random sampling) จึงอาจมีอคติการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (bias selection) กลุ่มตัวอย่างมาจากพื้นที่เดียวซึ่งประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม มีรายได้ค่อนข้างต่ำ

นอกจากนี้ ด้วยข้อจำกัดของกระบวนการวิจัยที่ไม่สามารถปิดบังข้อมูลการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรม จึงอาจเกิดการปฏิบัติที่ผิดธรรมชาติ (Hawthorne effect) ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจากการตระหนักรู้ถึงการได้รับความใส่ใจ และเนื่องจากไม่มีการติดตามผลระยะยาว จึงมีข้อจำกัดในประเด็นความยั่งยืนผลของโปรแกรม (sustainability)

สรุป

โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมนี้ พบว่าสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในครอบครัวมุสลิมที่มีรายได้ต่ำ โดยโปรแกรมการโค้ชนี้ช่วยให้ผู้ดูแลได้ตระหนักความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม ได้เรียนรู้พัฒนาศักยภาพของตนเองและให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในความดูแล จนช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้ ควรนำโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้ร่วมกับการให้การพยาบาลแบบปกติในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน ทั้งนี้พยาบาลที่จะใช้โปรแกรมควรได้ฝึกการโค้ชทำความเข้าใจกระบวนการโค้ช สามารถนำกลุ่มกิจกรรมได้ และควรทำการศึกษาแบบติดตามผลของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมในระยะยาว เช่น หลังการทดลอง 3 เดือน 6 เดือน เพื่อดูความยั่งยืนผลของการให้โปรแกรม

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้วิจัยและทีมวิจัยมีส่วนร่วมตั้งแต่การเขียนโครงร่างวิจัย การพัฒนาโปรแกรม การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ผลและอภิปรายผล รวมทั้งการดำเนินการเขียนบทความ รวมทั้งปรับปรุงและแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการ

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

การวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่เสียสละเวลาให้การดูแลอำนวยความสะดวกต่อการลงพื้นที่ของผู้วิจัยและทีมวิจัย และผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยอันจะเป็นประโยชน์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Paitoonpong S. Promotion of active aging and quality of life in old age and preparation for a complete aged society in Thailand. TDRI Quarterly Review. 2023; 38(3): 3-13. Thai.
2. Ryff CD. Happiness is everything, or it is? explorations on the meaning of psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 1989; 57(6): 1069-81. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069.

3. Ryff, CD. Psychological well-being in adult life. *Curr Dir Psychol Sci.*1995; 4(4), 99-104.
4. Blanco-Molina M, Pinazo-Hernandis S, Tomás JM. Subjective well-being key elements of successful aging: A study with lifelong learners older adults from Costa Rica and Spain. *Arch Gerontol Geriatr.* 2019; 85: 1-8. doi: 10.1016/j.archger.2019.06.002.
5. Thongsuk Y, Vatanasin D, Hengudomsub P. Factors influencing psychological well-being among older adults. *JPNMH.* 2019; 33(1): 95-110. Thai.
6. Petburi P, Somprasert C, Othaganont C. The effect of a social support program on the mental health of the elderly. *JNH.* 2017; 35(2): 188-97. Thai.
7. Joshanloo M, Blasco-Belled A. Reciprocal associations between depressive symptoms, life satisfaction, and eudaimonic well-being in older adults over a 16-year period. *Int J Environ Res Public Health.* 2023; 20(3): 1-15. doi: 10.3390/ijerph20032374.
8. Puttamat R, Chintanawat R, Pothiban L. Social support for and psychological wellbeing of older people in nursing homes. *JTNMC.* 2020; 35(1): 61-74. Thai.
9. Moatamedy A, Borjali A, Sadeqpur M. Prediction of psychological well-being of the elderly based on the power of stress management and social support. *Iran. J. Ageing.* 2018; 13(1): 98-109. doi:10.21859/sija.13.1.98.
10. Tingchum P, Changmai S, Toskulkao T. The effects of a social support program on the loneliness and well-being of older persons. *NJPH.* 2022; 32(1): 182-94. Thai.
11. Wongpakaran N, Wongpakaran T, Ngamthipwattana T, et al. Elderly care guide: Depression relief formula. 1 st ed. Nonthaburi: Openworlds. 2016. Thai.
12. Murayama N, Endo T, Inaki K, et al. Characteristics of depression in community-dwelling elderly people as indicated by the tree-drawing test. *Psychogeriatrics.* 2016; 16: 225-32. doi:10.1111/psyg.12142.
13. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2023 Mar 31]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
14. Zenebe Y, Akele B, Selassie W, et al. Prevalence and determinants of depression among old age: A systematic review and meta analysis. *Ann Gen Psychiatry.* 2021; 20(1): 55. doi: 10.1186/s12991-021-00375-x.
15. Thipprakmas R. Prevalence and factors associated with depression in the elderly: A systematic review. *RHPC9Journal.* 2021; 15 (37): 325-38. doi:10.14456/rhpc9j.2021.23. Thai.
16. House JS. Work stress and social support. California: Addison-Wesley; 1981.
17. Malathum P, Kongiem J, Intarasombat P. The relationship between family support and friends with life satisfaction of rural elderly. *Rama Nurs J.* 2009; 15(3): 431-48. Thai.
18. Hongsakornprasert K. The effect of social support program on depression in major depressive disorder elderly. *MDJH.* 2022; 4(2): 15-26. Thai.
19. Thorpe S, Clifford J. The coaching handbook: An action kit for trainers & manager. London: Kogan Page; 2003.
20. Purba JM, Suttharangsee W, Chaowalit A. Effect of a caregiver coaching program on family caregivers' competencies for persons with schizophrenia: A pilot study. *J Health Res.* 2016; 30(4): 267-74.
21. Kolb DA. Experiential learning: Experience as the source of learning and development. 2 nd ed. New Jersey: Pearson Education; 2015.
22. Wichitsiri P, Sawangsoyakul B. Wisdom, social support and psychological well-being of elderly in the elderly club at WatSarod Rat Burana District, Bangkok. *JSSH.* 2012; 38(2): 139-51. Thai.
23. Cognitive Rehabilitation Unit. Thai Geriatric Depression Scale. *Siriraj Hospital Gazette.*1991; 46: 1-9. Thai.
24. Jitapunkul S. Principles of geriatric medicine. Bangkok: Chulalongkorn University; 1998.
25. Sodvilai P, Kerdmongkol P, Amnajsatsue K, et al. Predictive factors of psychological well-being among older adults with chronic disease receiving care at Bamrasnaradura Infectious Disease Institute. *Journal of Public Health Nursing.* 2019; 33(2): 96-110. Thai.
26. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psycho Rev.* 1943; 50(4): 370-96.
27. Shin H, Park C. Social support and psychological well-being in younger and older adults: The mediating effects of basic psychological need satisfaction. *Front Psychol.* 2022; 13(1): 1-14. doi:10.3389/fpsyg.2022.1051968.
28. Wungrath J, Mongkol P, Thongprachum A, et al. Effect of using basic elderly care handbook on knowledge and behavior regarding elderly care among caregivers of the elderly in Choeng Doi Subdistrict, Doi Saket District, Chiang Mai Province. *JCDLQ.* 2019; 8(1):16-30. Thai.
29. Matud MP, Bethencourt JM, Ibanez I, et al. Gender and psychological well-being in older adults. *Int. Psychogeriatr.* 2020; 32(11): 1293-302.