

รายงานวิจัย

Research Article

ผลของโปรแกรมกลุ่มสัมพันธ์ทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ The Effects of a Social Relationship Program on the Depression of Elderly

จารุวรรณ ก้านศรี* อุทัยวรรณ แก้วพิจิตร** นภัทร เตียนกุล* ปรีทรรณ วันจันทร์***
Jaruwan Kansri* Uthaiwan Kaewpijit** Napat teianukool* Paritas Wanjan***

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท จ.ชัยนาท, 17000

*Boromrajonani College of Nursing, Chainat, Chainat Province, 17000

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพัง 2 อ.บ้านหมี่ จ.ลพบุรี, 15110

**Health Promotion Hospital Tambol Bangpeung 2, Banmi, Lopburi Province, 15110

***วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ จ.นครสวรรค์, 60000

***Boromrajonani College of Nursing, Sawanpracharak, Nakhon Sawan Province, 60000

Received: 2 October 2018

Revised: 4 April 2019

Accepted: 30 April 2019

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสัมพันธ์ทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 60 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มสัมพันธ์ทางสังคมจำนวน 8 ครั้งๆ ละ 120 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบ dependent t-test และเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบ independent t-test ผลการวิจัยสรุปว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสัมพันธ์ทางสังคมภายหลังการทดลอง ($\bar{x} = 12.10$, $SD = 2.96$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{x} = 20.23$, $SD = 7.19$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.39$, $p < .001$) และ 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสัมพันธ์ทางสังคมของกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 8.13$, $SD = 2.07$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ ($\bar{D}_2 = 0.20$, $SD = 1.04$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.045$, $p < .001$) สรุปได้ว่าโปรแกรมกลุ่มสัมพันธ์ทางสังคมมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: กลุ่มสัมพันธ์ทางสังคม, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

พุทธชินราชเวชสาร 2562;36(1):-2-10.

Abstract

At present, Thailand has entered the aging society. This quasi-experimental research using a two-group pretest-posttest design aimed to examine the effects of a social relationship program on the depression of the elderly. The subjects of this research were 60 elderly aged 60 and over. The subjects were randomly assigned to an experimental group ($n = 30$) and control group ($n = 30$). The experimental group participated in a social relationship program with eight sessions, 120 minutes per session for eight weeks, while the control group received regular care activities. The results were collected by the Thai Geriatric Depression Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent t-test, and independent t-test. The results of this study were 1) After participating in the social relationship program, the mean scores for the depression of the experimental group ($\bar{x} = 12.10$, $SD = 2.96$) were significantly lower than the pretest scores ($\bar{x} = 20.23$, $SD = 7.19$, $t = 16.39$, $p < .001$) 2) The mean difference scores for the depression of the experimental group between pre-test and post-test participating in a social relationship program ($\bar{D}_1 = 8.13$, $SD = 2.07$) were significantly higher than those of the control group ($\bar{D}_2 = 0.20$, $SD = 1.04$, $t = 15.045$, $p < .001$). Therefore, a social group program is effective in reducing depression of elderly.

Keywords: social relationship program, depression, elderly

Buddhachinaraj Med J 2019;36(1):2-10.

บทนำ

ปัจจุบันสังคมโลกก้าวเข้าสู่ยุคแห่ง สังคมสูงวัย ในปี 2559 โลกมีจำนวนประชากร 7,349 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมด¹ จำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว กล่าวคือ สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีอัตราเพิ่มสูงขึ้น จนกลายเป็นประเทศของสังคมสูงวัย จากแนวโน้มของกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้จะทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ต้องได้รับการดูแลที่มากขึ้น ทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่เสื่อมลง เสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรงต่างๆ เพิ่มขึ้น² ซึ่งจะพบว่าผู้สูงอายุเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นจะทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน³ จากสถานการณ์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุน่าจะมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 72.3 และมีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ถึงร้อยละ 15.6⁴ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอารมณ์เศร้า (sad) ภาวะซึมเศร้า (depression) แล้วในที่สุดเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorder) ได้⁵ ก่อให้เกิดผลกระทบหลายๆ ด้าน เช่น ส่งผลกระทบต่อ

ตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สังคมและประเทศชาติ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุจึงควรตระหนักถึงการป้องกันปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้มีกิจกรรมทางกายลดลง ถดถอยด้านการรู้คิดเกิดภาวะซึมเศร้า⁶ การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง⁷ มีความคิดและพฤติกรรมที่จะฆ่าตัวตาย⁸ และแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด⁹

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีสาเหตุอันเนื่องมาจากปัจจัยด้านจิตใจและสังคม เช่น การเผชิญกับการสูญเสียบุคคลคนสำคัญในชีวิตรวมถึงบุคคลภายในครอบครัวและเพื่อนสนิท รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เป็นความเสื่อมตามอายุและการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ซึ่งเป็นเหตุปัจจัยนำไปสู่การเกิดความเครียด เพราะพยายามที่จะทำอะไรให้ได้อย่างเต็มที่ที่เคยทำแต่ทำไม่ได้ กลัวการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดกับตนเอง ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทำให้มองไม่เห็นศักยภาพตนเอง ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงปัญหา เมื่อผู้สูงอายุขาดทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหาทำให้รู้สึกหมดหวัง รวมถึงรู้สึกว่ามีใครสามารถช่วยเหลือได้เลย ทำให้มี

ภาวะซึมเศร้า ขาดความสนใจในตนเอง ตัดสินใจลำบาก สูญเสียแรงจูงใจ แยกตัว เกิดความรู้สึกผิด เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หดหู่ใจ อ่อนเพลีย สิ้นหวัง ไร้คุณค่า อยากตาย¹⁰ การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้ามีหลากหลายรูปแบบ ทั้งแบบใช้ยาต้านเศร้า (Antidepressant drug) และการบำบัดทางจิตสังคม และจากการศึกษาของนิรัทธา ศศิธร และพีรพันธ์ ลือบุญรัชชัย¹¹ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า แสดงว่า ถ้ามีการสนับสนุนทางสังคมและมีส่วนร่วมในชุมชนที่ดีจะสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ดังนั้นการออกแบบโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นกลยุทธ์ช่วยทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลงได้ ซึ่งแนวคิดเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมของ ฮีเนย์และอิสราเอล¹² จัดเป็นโปรแกรมกลุ่มสัมพันธ์ทางสังคมที่ออกแบบโดยกระบวนการที่มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และกิจกรรมที่ทำร่วมกับสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุมีความไว้วางใจ ลดการแยกตัวจากสังคมและลดภาวะซึมเศร้าลงได้¹³

ดังนั้นกิจกรรมตามโปรแกรมกลุ่มสัมพันธ์ทางสังคมที่ประกอบไปด้วย การสร้างเครือข่ายทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร จะพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุให้สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่มเครือข่ายทางสังคมและส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุลดลงได้ ในที่สุด ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสัมพันธ์ทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เพื่อประโยชน์ในการใช้ประกอบการพิจารณากำหนดแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) สองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2561 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ติดต่อดูสารด้วยภาษาไทย ไม่มีโรคติดต่อ

ร้ายแรง และอาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.0.10 ซึ่งคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 60 คน หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีจับสลาก แบ่ง ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 3 ชุด ได้แก่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่ 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว 1.2 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ประกอบด้วยข้อความจำนวน 30 ข้อ การแปลผล คือ ผู้สูงอายุปกติคะแนน 0-12 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) 13-18 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) 19-24 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) 25-30 คะแนน ได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คำนวณหาความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .79 และ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Mini-Mental State Examination: Thai Version MMSE Thai-2002) ประกอบด้วย 5 ส่วน 11 ข้อคำถาม มีคะแนน 0-30 คะแนน จุดตัดคะแนนที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านหนังสือไม่ออก โดยไม่ต้องถามคำถามข้อ 4, 9 และ 10 จุดตัดคะแนน ≤ 14 สำหรับผู้สูงอายุที่เรียนจบชั้นประถมจุดตัดคะแนน ≤ 17 และสำหรับผู้สูงอายุที่เรียนจบสูงกว่าชั้นประถมจุดตัดคะแนน ≤ 22) 3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมกลุ่มสัมพันธ์ทางสังคม ได้ออกแบบจากแนวคิดฮีเนย์และอิสราเอล¹² ซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน ก่อนนำโปรแกรมกลุ่มสัมพันธ์ทางสังคมไปใช้สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลอง แบ่งเป็น 8 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 120 นาที ประกอบไปด้วย กิจกรรมที่ 1 “ทำความรู้จัก”

เป็นการให้สมาชิกกลุ่มทำความรู้จักกันภายในกลุ่ม โดยผ่านกิจกรรมนั้นหนทางการด้วยเกมจับคู่ เพื่อเป็นการ สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันทำให้เกิดความร่วมมือ ในการทำกิจกรรม กิจกรรมที่ 2 “เข้าใจ ใส่ใจตนเอง” เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์ของผู้สูงอายุ และการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันและเตรียมพร้อม ในการเปลี่ยนแปลงตามวัย กิจกรรมที่ 3 “สายใยแห่ง ความสุข” โดยให้สมาชิกลงชื่อในทะเบียนเครือข่ายและ วิธีการติดต่อสื่อสาร ให้สมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุแบ่งหน้าที่ รับผิดชอบในเครือข่าย เช่น ประธาน รองประธาน เลขา เหนรัญญิก ของเครือข่าย เพื่อรู้จักโครงสร้างของเครือข่าย และหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละหน้าที่และร่วมกิจกรรม ของเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมที่ 4 “การจัดการ กับอารมณ์ที่เหมาะสม” โดยการให้กลุ่มผู้สูงอายุ พุดคุยประสบการณ์ การรับมืออารมณ์ การจัดการ ความเครียด ของแต่ละคนที่เคยเจอและการจัดการ กับเหตุการณ์นั้นว่าทำอย่างไร การพุดคุยเป็นกำลังใจ ให้แก่กันเพื่อทบทวนอดีต ความพยายามของตนเองที่ ก้าวผ่านปัญหา จนสำเร็จได้ และฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยการเกร็งและค่อยปล่อยให้กล้ามเนื้อคลายตัว กิจกรรมที่ 5 “มุมมองที่แตกต่าง” โดยการให้ผู้สูงอายุได้ ทบทวนข้อดี ข้อเสีย ของตนเอง และให้คนรอบข้าง เช่น สามี ภรรยา บุตร หลาน เพื่อนบ้านสะท้อนมุมมองที่มอง ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจตนเอง ยอมรับตนเอง ได้ กิจกรรมที่ 6 “ข้อดีของฉัน” เป็นการให้กลุ่มผู้สูงอายุ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองที่ภาคภูมิใจ กิจกรรมที่ทำแล้วรู้สึกว่าคุณค่า เป็นประโยชน์ ต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง มองตนเองในด้านดี และรู้สึกว่า ตนเองมีคุณค่า กิจกรรมที่ 7 “ประสานใจ ใส่ใจสุขภาพ” กิจกรรมนี้เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งทรัพยากร ในชุมชนที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ รวมถึง วิธีการติดต่อที่สามารถเข้าถึงหน่วยงานต่างๆได้ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเข้าถึงแหล่ง สนับสนุนที่เคยขอความช่วยเหลือ โดยให้กล่าวถึงวิธีการ ติดต่อและขั้นตอนตามประสบการณ์ของตนเอง เพื่อให้ สามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนได้อย่างถูกต้อง รู้สึกว่า ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม กิจกรรมที่ 8 “สัญญา ที่ผูกพัน” โดยจัดกิจกรรมให้สมาชิกผู้สูงอายุทุกคน

ได้แสดงกำลังใจต่อเพื่อนสมาชิกด้วยกัน และการ ทบทวนกิจกรรมและความรู้ที่ผ่านมาแล้ว เพื่อให้มี เครือข่ายทางสังคม รู้สึกมีคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่แยกตัวออกจากสังคม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแล แบบปกติ คือ การรับบริการจาก รพ.สต.ใกล้บ้าน เมื่อได้รับการนัดหมายและการเข้าร่วมกลุ่มผู้สูงอายุ เดือนละ 1 ครั้ง

ผลการศึกษาพบว่า

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตาราง ประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียด ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		χ^2	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	10	32.26	8	25.80	.313*	.057
หญิง	21	67.74	23	74.20		
สถานภาพสมรส						
โสด/หม้าย	16	51.60	12	38.70	1.04*	.030
คู่	15	48.40	19	61.30		
ศาสนา						
พุทธ	31	100	31	100		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	31	100	31	100		
สมาชิกในครอบครัว						
1-3 คน	17	54.83	8	25.80	5.43*	.020
มากกว่า 3 คนขึ้นไป	14	45.17	23	74.20		
โรคประจำตัว						
ไม่เคยตรวจ/ไม่มีโรค	10	32.25	3	9.67	4.76*	.029
มีโรคประจำตัว	21	67.75	28	90.33		

*Chi-square test

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนบุคคลด้านอายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
อายุ	73.35	7.86	67.65	6.81	59	3.06	.024
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	887.10	290.68	803.23	796.86	59	.55	.038

p > .05

จากตารางที่ 1 และ 2 สรุปได้ว่าผลการเปรียบเทียบข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคว์สแควร์ (Chi-square) พบว่าไม่แตกต่างกัน และเปรียบเทียบข้อมูลด้านอายุ

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้า ก่อนและหลังทดลองของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง

คะแนนซึมเศร้าผู้สูงอายุ	กลุ่มทดลอง (n = 30)		df	t	p-value
	M	SD			
ก่อนทดลอง	20.23	7.19	29	16.39	.000
หลังทดลอง	12.10	2.96			

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง ($M = 12.10$, $SD = 2.96$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 20.23$, $SD = 7.19$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 16.39$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้า ก่อนและหลังทดลองของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม

คะแนนซึมเศร้าผู้สูงอายุ	กลุ่มทดลอง (n = 30)		df	t	p-value
	M	SD			
ก่อนทดลอง	20.22	3.85	29	.87	.39
หลังทดลอง	20.42	4.07			

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ($M = 20.42$, $SD = 4.07$) สูงกว่าก่อนการทดลองเล็กน้อย ($M = 20.22$, $SD = 3.85$) โดยวิเคราะห์ผล พบว่าแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .39$, $t = .87$)

ตารางที่ 5 ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนซึมเศร้าผู้สูงอายุ	กลุ่มทดลอง (n = 30)				กลุ่มควบคุม (n = 30)				t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{D}_1$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{D}_2$	SD		
ก่อนทดลอง	20.23	7.19	8.13	2.07	20.22	3.85	0.20	1.04	15.05	.000
หลังทดลอง	12.10	2.96			20.42	4.07				

จากตารางที่ 5 พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังการร่วมโปรแกรมกลุ่มสัมพันธ์ทางสังคมของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 8.13 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 15.05$)

วิจารณ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นไปตามสมมติฐานทั้ง 2 ข้อ ทั้งนี้เนื่องจากผลของโปรแกรมกลุ่มสัมพันธ์ทางสังคมที่ได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของอีเนย์และอิสราเอล¹² โดยผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมทั้ง 8 ครั้ง มีจุดเน้นในการสร้างเครือข่ายทางสังคม (social network) และการสนับสนุนทางสังคม (social support) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ สามารถอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจของตนเองที่จะส่งผลให้เกิดความสุขหรือทุกข์ และมีกำลังใจจากเพื่อนสมาชิกในการปฏิบัติหน้าที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่เกิดขึ้น ผู้สูงอายุรู้จักเครือข่ายทางสังคม มีการสร้างเครือข่ายสังคมของชุมชนและร่วมกิจกรรมของเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง มีทักษะการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม มีทักษะการเผชิญปัญหาในแต่ละสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม ได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุเรียนรู้ความแตกต่างระหว่างบุคคล ทั้งด้านครอบครัว สังคม และชุมชน ยอมรับว่าตนเองมีข้อดี ข้อเสีย เข้าใจถึงความแตกต่างของบุคคล รู้สึกถึงควมมีคุณค่าในตนเอง รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม สามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนได้ และมีการสร้างความต่อเนื่องของกิจกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งเครือข่ายทางสังคม ผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากกระบวนการของโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์นั้นส่งผลให้ผู้สูงอายุลดภาวะซึมเศร้าลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล เพ็ชรบุรี¹⁴ ที่ได้ทำการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่าสุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ส่งผลดีต่อความรู้สึกด้านบวกของจิตใจ รู้สึกเป็นสุข สนุก ผ่อนคลายความหงุดหงิดรำคาญใจ เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในสังคม ลดการแยกตัวจากสังคม และการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหานำไปสู่การแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถจัดการกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

จึงกล่าวได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้โปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์มีผลช่วยลดความภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้มีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลปกติ อันเนื่องมาจากแนวคิดเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุน

ทางสังคม เป็นการออกแบบกิจกรรมเชิงกระบวนการที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีต่อเพื่อน สร้างความเข้าใจและสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้ สามารถวิเคราะห์ผลกระทบทางร่างกายและจิตใจให้เกิดความสุขหรือทุกข์ได้^{15,16,17} นอกจากนี้การได้รับกำลังใจจากเพื่อนในกลุ่มเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่เกิดขึ้นจากเครือข่ายทางสังคม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีทักษะการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม มีทักษะการเผชิญปัญหาในแต่ละสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม¹⁸ และเกิดการเรียนรู้ความแตกต่างระหว่างบุคคล การฝึกวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของตนเอง ตลอดจนทำให้เข้าใจถึงความแตกต่างของบุคคล เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง¹⁹ รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนได้ และมีการสร้างความต่อเนื่องของกิจกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งเครือข่ายทางสังคม ผลลัพธ์หลังจากเข้าร่วมกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามโปรแกรมกลุ่มสัมพันธ์ทางสังคมทำให้เมื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งนำไปสู่ค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าโดยรวมหลังทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปว่าโปรแกรมกลุ่มสัมพันธ์ทางสังคมมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมนี้มาประยุกต์ใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนได้ ซึ่งมีข้อเสนอแนะให้ควรมีการศึกษาติดตามภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสัมพันธ์ทางสังคมในระยะ 3 เดือน 6 เดือนและ 1 ปี เพื่อทำการประเมินประสิทธิผลของความคงทนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และบุคลากรทางการแพทย์ควรได้รับการฝึกเชิงปฏิบัติการก่อนนำโปรแกรมกลุ่มสัมพันธ์ทางสังคมไปใช้ลดภาวะซึมเศร้ากับผู้สูงอายุในบริบทอื่นๆต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Foundation of Thai gerontology research and development institute. Situation of the Thai elderly 2016. Bangkok:Amarin printing and publishing;2017.
2. Tongdee J, Rongmuang D, Nakchatree C. Health Status and Quality of Life among the Elderly in the Southern Border Provinces of Thailand. Nurs J Ministry Public Health 2012;22(3):88-99.
3. Choorat W, Sawangdee Y, Arunraksombat S. Factors influencing the risk of having mental health problems of the elderly. Thai Population J, 2012; 3(2):87-109.
4. Nunsubpawat V, Siri wattanametanon J, Honboonherm P. Mental health of the elderly. J Nurs assoc Thai North-Eastern Div 2009;27(1):27-32.
5. Wongpanarak N, Chaleoykitti S. Depression: A Significant Mental Health Problem of Elderly. J Royal Thai Army Nur 2014; 15(3): 24-31.
6. Luo Y, Hawkey LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. Soc Sci Med 2012;74(6):907-14.
7. Van Baarsen B. Theories on coping with loss: the impact of social support and self-esteem on adjustment to emotional and social loneliness following a partner's death in later life. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2002;57(1):S33-42.
8. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. Psychol Aging 2006;21(1):140-51.
9. Ayalon L, Shiovitz-Ezra S. The relationship between loneliness and passive death wishes in the second half of life. Int Psychogeriatr 2011;23(10):1677-85.
10. Ubonwannee P, Keawkingkeo S, Bunthumporn N. The Effects of a Psycho-Education Program on the Depressive Symptoms Among Older Adults. Buddhachinaraj Med J 2017;34 (3):342-9.
11. Sasithorn N, Lueboonthavatchai P. Depression and associated psychosocial factors of the elderly at the elderly associate of Public Health Center 48 Nakwatchara-utid. Chula Med J 2015;59 (6): 717- 30.
12. Heaney C, Israel B. Social networks and social support. In: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, Editors. Health behavior and health education: Theory, research and practice. 3rd ed. Jossey-Bass; San Francisco CA: 2002:185-202.
13. Choi NG, Wodarski JS. The relationship between social support and health status of elderly people: Does social support slow down physical and functional deterioration. Soc Work Res 1996; 20(1):52-63.
14. Petburi P, Somprasert C, Othaganont P. The effect of a Social Support Program on the Mental Health of the Elderly. J Nurs Health Care 2017;35(2):188-97.
15. Thanakwang, K., Ingersoll - Dayton, B., & Soonthorndhada, K. The relationships among family, friends, and psychological well-being for Thai elderly. Aging Ment Health 2012;16(8):993-1003.
16. Malathum P, Kongiem J, Intarasombat P. Relationships of family support and friend support to life satisfaction of older adults in rural areas. Rama Nurs J 2009;15(3):431-48.

17. Malekafzali H, Eftekhari MB, Hejazi F, Khojasteh T, Noot R. The effectiveness of educational intervention in the health promotion in elderly people. Iran J Public Health 2010;39(2):18-23.
18. Kodchana C, Virasiri S. The effect of social support group on grandmothers, childrearing abilities and stress during raising preschool grandchildren in Phu Kradueng District Loei Province .Thailand J Health Promot Environ Health 2010;33(2): 42-52.
19. Chaihan R, Nanthamongkolchai S, Thechaboonsermsak P, Munsawaengsub C. Effect of social participatory training program on self-esteem of the elderly in La-un district Ranong province. J of Public Health 2010;40(1):76-85.