

ประสิทธิผลของโปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างสุข และลดภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา ตำบลบึงนาราง The Effectiveness of an Integrated Program on Quality of Life, Happiness Enhancement, Depression Reduction : Case Study, Buengnamrak Sub-District

สมดี อนันต์ปฏิเวธ* วิภา เพ็งเสงี่ยม**
Somdee Ananpattiwet* Vipa Pengsa-ium**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างสุข และลดภาวะซึมเศร้าแก่ผู้สูงอายุในตำบลบึงนาราง เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยการบูรณาการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิต กิจกรรมการสร้างสุขภายใต้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก และกิจกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เน้นการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม โดยประยุกต์ใช้วิธีบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษ ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้จัดการกับความคิดและพฤติกรรมของตนเองใน 4 ด้าน คือ การเจริญสติ การยอมรับความเป็นจริง/อดทนต่อความทุกข์ใจ การปรับอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง และการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าตามแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ร่วมกับประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) มีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยเข้าร่วมไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 จากทั้งหมด 6 ครั้งๆ ละ 2-3 ชั่วโมง มีผู้สูงอายุที่เป็นไปตามเกณฑ์เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 22 คน ใช้สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ Wilcoxon Signed Rank Test ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต การสร้างสุข และลดภาวะซึมเศร้า มีระดับคุณภาพชีวิตและระดับความสุขสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

โปรแกรมบูรณาการนี้สามารถส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต การสร้างสุขและลดภาวะซึมเศร้าให้แก่ผู้สูงอายุได้ โดยควรนำโปรแกรมบูรณาการดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความครอบคลุมในทุกมิติและในเชิงรุกอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต สร้างสุข ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ พฤติกรรมบำบัดวิภาษ โปรแกรมบูรณาการ

* รองคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

** คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed at investigating the efficacy of an integrated program on quality of life, happiness enhancement, and depression reduction (IQHD Program) among elderly in Buengnamrak Sub-District. The integrated program was developed by applying activities for promoting four dimensions of quality of life, activities based on positive psychology approach, and activities for reducing depression in the elderly based on cognitive behavioral therapy. The integrated program applied the Dialectical Behavior Therapy (DBT) to help the elderly in dealing with their thoughts and behaviors for four modules: Mindfulness, distress tolerance/acceptance, emotion regulation, and interpersonal effectiveness. The sample was selected 22 elders who aged 60 and over, had risk of a depression, screening via the 2Q and the 9Q Questionnaires. The sample was selected purposively to participate in the Integrated Program once a week, at least 60% of totally 6 times, each for 2 -3 hours. A total of 22 elderly participants were met the criteria to include in the program. Data were analyzed using descriptive statistics, and Wilcoxon Signed Rank Test. The results revealed that elders who received the IQHD Program had a significantly higher score of quality of life and happiness than that before, at the .001 level. Additionally, the experimental group had a significantly lower score of depression than that before, at the .001 level.

The Integrated Program on Quality of Life, Happiness Enhancement, Depression Reduction can be used to improve elders' quality of life, enhance happiness, and reduce depression. The program should be applied in the development of health care system among Thai elderly in all dimensions and proactive efficiency.

Keywords : Quality of Life, Happiness Enhancement, Depression, Elderly, Dialectical Behavior Therapy, Integrated Program

* Associate Dean, Faculty of Nursing, St Theresa International College

** Dean, Faculty of Nursing, St Theresa International College

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถิติของจำนวนผู้สูงอายุที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนน่าจะเป็นประเด็นปัญหาที่มีความรุนแรงต่อประเทศในอนาคตได้อย่างมาก และเป็นปัญหาสำคัญที่รัฐบาลไทยให้ความสนใจในระดับสูง โดยจะเห็นได้ว่ารัฐบาลมีนโยบายหลายประการในการวางแผนแก้ปัญหาดังกล่าวในทุกระดับ อย่างไรก็ตามทิศทางการของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุมีส่วนการเพิ่มขึ้นในทุกปีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยในปี พ.ศ.2578 พบว่า ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุมากกว่า 20 ล้านคน ซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด¹ สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) ที่พบว่า จำนวนของผู้สูงอายุไทยมีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 6.8 เป็นร้อยละ 14.9 ในช่วงระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา นับตั้งแต่ปี 2537 ถึงปี 2557² จำนวนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างมากจนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) โดยมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมในทุกๆ ด้าน เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสภาพความเป็นอยู่ เป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทุกด้าน มีความเจ็บป่วยทางกาย มีโรคเรื้อรัง ความสามารถในการทำงานลดน้อยลง ส่งผลต่อรายได้และบทบาททางสังคมที่ลดลง ความเสื่อมถอยของร่างกายได้ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก ก่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกในทางลบหลายประการ เช่น ความรู้สึกไร้คุณค่า ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้เกิดความไม่สบายใจ วิตกกังวล เครียด รู้สึกเศร้า และท้อแท้ในชีวิต ความเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงเหล่านี้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่มี

ความสุข และอาจเกิดภาวะซึมเศร้า หากผู้สูงอายุนั้นไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างเหมาะสม หรือถ้ายังขาดกำลังใจหรือบุคคลที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนในการดำรงชีวิต จะยิ่งทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองได้ในที่สุด³ สอดคล้องกับรายงานข้อมูลการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย 3 ปี ของกรมสุขภาพจิตและสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2551-2553 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น⁴ ซึ่งถือเป็นความเปราะบางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตไม่ดี จะเป็นคนที่มีความสุข ทำให้มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น นอนไม่หลับ ไม่อยากทำอะไร ไม่มีสมาธิ ไม่อยากรับประทานอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้ มีงานวิจัยในต่างประเทศที่เป็นไปในทิศทางเดียวกับประเทศไทย ที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยศึกษาตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบ้านและสถานพยาบาล พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นตัวทำนายที่มีความสามารถทำนายได้สูงสุด ในผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม⁵

ดังนั้น การช่วยให้ผู้สูงอายุมีการใช้ชีวิตที่มีความสุข มีการยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจด้วยความเข้าใจ และมีกำลังใจในการดำรงชีวิตต่อไปด้วยสุขภาพจิตที่ดี ย่อมส่งผลต่อการช่วยเหลือตนเองในการดูแลทางด้านร่างกายของตนให้ดียิ่งขึ้น ไม่เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง จนไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ มีการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้านร่างกายและจิตใจของตนเอง มีการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและผู้อื่น รวมถึงการรู้จักปรับสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น⁶ ประกอบกับการปรับสภาพจิตใจในเชิงลบให้เป็นเชิงบวกมากขึ้น โดยการเข้าร่วมกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างอารมณ์เชิงบวก⁷ และการให้คำปรึกษาผู้สูงอายุเฉพาะรายในการปรับเปลี่ยนแนวคิด

และพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy, CBT) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้เกิดมุมมองใหม่ในการปรับสภาพความคิดและจิตใจได้ด้วยตนเอง⁸ เช่น สามารถยอมรับความเป็นจริง หรือมีความอดทนต่อความทุกข์ใจได้มากขึ้น อันจะช่วยพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะการลดความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัวโดยพัฒนาโปรแกรมตามวิธีการของพฤติกรรมบำบัดวิภาษ (Dialectical Behavior Therapy, DBT) ที่เน้นการจัดการกับความคิดและความรู้สึกของตนเอง⁹ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลและครอบครัว

การให้บริการผู้สูงอายุ จัดเป็นภารกิจหลักพื้นฐานหนึ่งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยอาศัยหลักการที่สำคัญ คือ การเข้าถึงระบบบริการ (accessibility) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity of care) การบริการแบบผสมผสาน (integrated care) การดูแลแบบองค์รวม (holistic care) การประสานการดูแล (co-ordination) และการเสริมพลังชุมชน (community empowerment) เพื่อส่งเสริมสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่ยั่งยืน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งเสริมการทํากิจวัตรประจำวัน และการพึ่งพาตนเองมากที่สุด ชะลอความเสื่อม ฟั่นฟูสภาพ ลด และป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น สร้างความมั่นคงในชีวิต รับรู้คุณค่า และศักดิ์ศรีของตนเอง อันจะนำไปสู่สภาวะของผู้สูงอายุในสังคม¹⁰

ตำบลบึงนาราง เป็นตำบลหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี ที่มีลักษณะเป็นทั้งชุมชนกึ่งเมือง และชุมชนเกษตรกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สมเด็จพระเจ้า 84 และจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ร่วมกับเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของ รพ.สต.สมเด็จพระเจ้า 84 พบข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาทางด้านคุณภาพชีวิต และอารมณ์ทางลบ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การพัฒนาคุณภาพชีวิต ความสุข และการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในตำบลนี้จึงมีความสำคัญ โดยคณะผู้วิจัยได้บูรณาการแนวทางการช่วยเหลือกลุ่มผู้สูงอายุกับการจัดการเรียนการสอนของคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีการพัฒนาโปรแกรมบูรณาการในลักษณะของการผสมผสานหลากหลายแนวคิดในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เสื่อมลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีความครอบคลุมคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายนี้ในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านจิตใจ ที่ส่งผลอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ที่อาจแยกออกจากกันไดยาก

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างสุข และลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในตำบลบึงนาราง

สมมุติฐาน

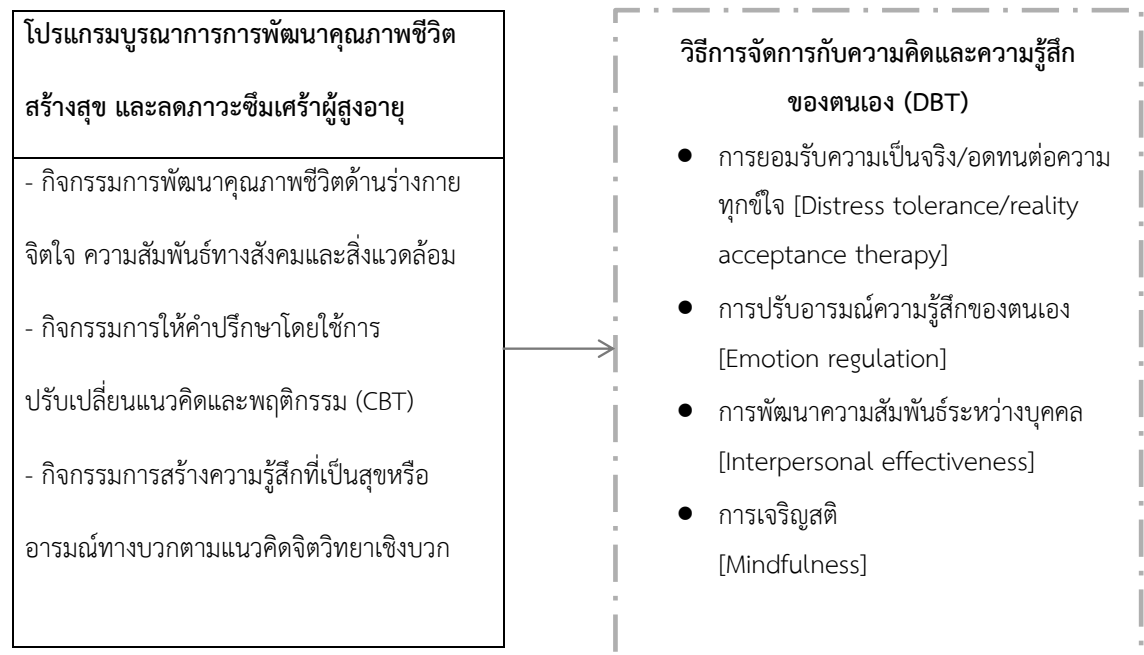
ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต การสร้างสุข และลดภาวะซึมเศร้า มีระดับคุณภาพชีวิตและระดับความสุขสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และมีระดับภาวะซึมเศร้ามักาก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างสุข และลดภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ เป็นโปรแกรมที่เน้นการใช้กิจกรรมผสมผสานหลายแนวคิดในการ

ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ทั้งในด้านคุณภาพชีวิต¹¹ การสร้างอารมณ์เชิงบวกหรือความสุข⁷ และการลดภาวะซึมเศร้า⁸ ซึ่งมีการประยุกต์ใช้วิธีบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดวิภาษ (Dialectical Behavior Therapy (DBT)¹² ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้จัดการกับความคิดและพฤติกรรมของตนเองใน 4 ด้านด้วยกัน การได้ทำกิจกรรมที่ช่วยสร้างอารมณ์เชิงบวกหรือสร้างอารมณ์ที่เป็นสุข และเข้าร่วมกิจกรรมที่ช่วยลดอารมณ์เชิงลบลงทีละน้อย จะช่วยให้ผู้สูงอายุ

ได้กลับมาดูแลตนเองทั้งทางร่างกาย และจิตใจมากขึ้น ร่วมกับการฝึกสติในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้ช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาการสื่อสารกับบุคคลรอบข้างดีกว่าเดิม และเมื่อสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างดีขึ้น คุณภาพชีวิตทั้งสี่ด้าน ความสุขหรืออารมณ์เชิงบวกย่อมเกิดได้ง่ายขึ้น เมื่ออารมณ์เชิงบวกมากขึ้น จะส่งผลให้อารมณ์เชิงลบลดน้อยลง จึงทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดน้อยลง⁷ กรอบแนวคิดของการศึกษาแสดงไว้ตามแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว ประเมินก่อนและหลังการทดลอง

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลบึงนาราง จังหวัดพิจิตร

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุในตำบลบึงนารางที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีความเสี่ยงต่อการเกิดหรือมีภาวะซึมเศร้าตามแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ร่วมกับประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) มีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเข้าร่วมในโปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต การสร้างสุขและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุที่มีความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมฯ จำนวน 30 ราย มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ของการคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยจำนวน 22 ราย จากการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์¹³

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

- (1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีอาการในข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อของแบบ ประเมินโรคซึมเศร้า 2Q
- (2) สามารถเข้าร่วมในโปรแกรมบูรณาการฯ ได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของจำนวนครั้งทั้งหมดของโปรแกรม (4 ครั้งขึ้นไป)
- (3) ผู้สูงอายุมีความสมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรมบูรณาการฯ

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

- (1) มีเหตุจำเป็นในการออกจากกรวิจัยกลางคัน เช่น เจ็บป่วย หรือมีอาการทางจิตที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้
- (2) เสียชีวิตในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในโปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างสุข และลดภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้รับข้อมูลจาก อสม.ของตำบลบึงนาราง เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของตำบลบึงนารางเหล่านี้ จะมีข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีภาวะเศร้าซึมหรือไม่มีความสุขที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง ดังนั้น การเข้าทำกิจกรรมในโปรแกรมนี้นี้จึงมีอสม.นำคณะผู้วิจัยให้เข้าถึงกลุ่มของผู้สูงอายุของตำบลบึงนาราง โดยเฉพาะการพบกันในครั้งแรกระหว่างผู้สูงอายุและคณะผู้วิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย

1. โปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างสุข และลดภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมการสร้างอารมณ์เชิงบวกในงานวิจัยที่ผ่านมา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมในโปรแกรมฯ ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมใน 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว และการเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกทุกข้อใจที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างความตระหนักในการพัฒนาความรู้สึกเชิงบวกในผู้สูงอายุ โดยการเข้าร่วมกิจกรรมและการนำกิจกรรมไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินกิจกรรมตามใบงานที่ 1 – 6 โดยปรับระยะเวลา และลักษณะกิจกรรมตามความพร้อมและความต้องการของผู้สูงอายุร่วมด้วย

ขั้นตอนที่ 4 กิจกรรมการพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยการสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมในการช่วยสร้างความสุขในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์นิเทศในรายวิชาปฏิบัติการสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ได้เตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาทุกคนที่ขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน ในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2557 โดยจะมีการประชุมปรึกษาหารือก่อนออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ (pre-conference) ซึ่งใช้เวลาในช่วงเช้าประมาณ 1-1½ ชั่วโมง ในการวางแผนการดำเนินกิจกรรมในแต่ละครั้ง รวมถึงแนวทางในการใช้แบบวัดที่เกี่ยวข้อง ยกเว้นแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ร่วมกับประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) จะประเมินโดยผู้วิจัยเท่านั้น อีกทั้งผู้วิจัยได้เน้นให้นักศึกษาเห็นถึงความสำคัญของการประเมินจริยธรรมของการเรียนการสอนที่มีการบูรณาการร่วมกับการวิจัย นอกจากนี้ หลังจากการเยี่ยมบ้านในช่วงบ่าย อาจารย์นิเทศได้ร่วมประชุมปรึกษา (post-conference) กับนักศึกษา รวมทั้งถอดบทเรียนสิ่งต่างๆ ที่ได้เรียนรู้ในแต่ละกิจกรรมของแต่ละวัน

ในส่วนของการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยนั้น คณะผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบในทุกประเด็น โดยผู้สูงอายุสามารถออกจากโครงการวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล อีกทั้งข้อมูลของผู้สูงอายุจะถือเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ผู้สูงอายุสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยตามความประสงค์ ภายหลังจากการเซ็นหนังสือยินยอมตนเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยได้อธิบายเกี่ยวกับแบบวัดทุกชุด โดยใช้เวลาในการทำแบบวัดประมาณ 20-30 นาที

ผู้วิจัยได้วางแผนการพบปะกับผู้สูงอายุ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 6 ครั้งๆ ละประมาณ 2-3 ชั่วโมงตามกิจกรรมในใบงานที่ 1-6 และมีการประเมิน

คุณภาพชีวิต ความสุขและภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมบูรณาการฯ อย่างไรก็ตามในแต่ละสัปดาห์จะมีกิจกรรมพิเศษเพิ่มเติมในแต่ละใบงาน กิจกรรมเพิ่มเติมในใบงานมีรายละเอียดตามตัวอย่างในตารางที่ 2

2. แบบวัดที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 4 ชุด ได้แก่

(1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ โรคที่มีปัญหาทั้งร่างกายและจิตใจ สาเหตุที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย

(2) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ร่วมกับประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)¹⁴ ของกรมสุขภาพจิต เป็นแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย โดยการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถามก่อน หากมีการตอบว่า “มี” เพียงข้อเดียวหรือสองข้อ จะใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ต่อโดยพยาบาล แปลผลได้ดังนี้

7-12 คะแนน หมายถึง เป็นโรคซึมเศร้าระดับน้อย (Major Depression, Mild)

13-18 คะแนน หมายถึง เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง (Major Depression, Moderate) ≥ 19 คะแนน หมายถึง เป็นโรคซึมเศร้าระดับมาก (Major Depression, Severe)

(3) ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ ปี 2550¹⁵ เป็นแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต โดยให้บุคคลประเมินเหตุการณ์อาการหรือความคิดเห็นและความรู้สึก โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก มากที่สุด มีข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 12 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 ส่วนคำถามเชิงลบมี 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 3, 4, 5 การแปลผลระดับความสุขใช้พิสัยของคะแนนดังนี้

51 – 60 คะแนน หมายถึง ความสุข สูงกว่าคนทั่วไป (Good)

44 – 50 คะแนน หมายถึง ความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair)

43 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง ความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor)

(4) แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ใช้แบบวัดขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย แปลเป็นภาษาไทย โดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (Mahuntirunkul, S., et al.)¹⁶ เป็นการประเมินคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ

สัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถาม 26 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 23 ข้อ คำถามเชิงลบ 3 ข้อ (ข้อ 2, 9, 11) แบ่งเป็นองค์ประกอบด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24 องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23 องค์ประกอบด้านสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25 และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ การแปลผลระดับคุณภาพชีวิตใช้พิสัยของคะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เกณฑ์คะแนนแบ่งระดับคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต		
	ไม่ดี	กลาง	ดี
ด้านร่างกาย	7-16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
ด้านสัมพันธ์ทางสังคม	3-7	8-11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
โดยรวม	26-60	61-95	96-130

การพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การศึกษาความตรง (validity) และความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ

1.1 แบบประเมินวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินเท่ากับ .84 ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ ปี 2550 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) มีความไวอยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยมร้อยละ 97 ร่วมกับแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) มีค่า Cronbach's Alpha รายข้ออยู่ระหว่าง .78 - .82 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ .82 นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน คือ แพทย์ด้านเวชศาสตร์ชุมชน 1 ท่าน

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน ช่วยวิเคราะห์ความเหมาะสมของโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น

1.2 การทดสอบขั้นต้น (try out) กับกลุ่มของผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อดูความเหมาะสมของภาษา และความเหมาะสมของสเกลในแบบวัดก่อนนำไปใช้จริง โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ เท่ากับ .92 ค่าความเชื่อมั่นของดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยเท่ากับ .82 และในการศึกษานี้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เท่ากับ.91

ตารางที่ 2 ตัวอย่างกิจกรรมในโปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต สร้างสุข และลดภาวะซึมเศร้า

ใบงานที่	ตัวอย่างกิจกรรมและกิจกรรมเพิ่มเติม
1	การสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุและครอบครัว การสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การประเมินภาวะสุขภาพกาย การประเมินภาวะสุขภาพจิตในปัจจุบัน และการฝึกการหายใจโดยใช้ดนตรีประกอบ
2	กิจกรรมพัฒนาอารมณ์ในเชิงบวก (เช่น การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า การทำโยคะ รำกระบอง บริหารข้อเท้าประกอบเพลง แอโรบิก การนวดเพื่อผ่อนคลาย) กิจกรรมที่ช่วยให้อดทนต่อความทุกข์ใจ และการส่งเสริมความสงบทางจิตใจ และการถอดบทเรียนเกี่ยวกับ อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของผู้สูงอายุแต่ละราย
3	กิจกรรมพัฒนาอารมณ์ในเชิงบวก กิจกรรมที่ช่วยให้อดทนต่อความทุกข์ใจ (เช่น การให้พูดระบายความรู้สึก การสอนสุขภาพจิต เรื่อง ภาวะซึมเศร้า ความคิดอัตโนมัติทางลบ การยอมรับและมองดูทางเลือกอื่น) และกิจกรรมที่ส่งเสริมความสงบทางจิตใจ (เช่น การนั่งสมาธิ หรือการเจริญสติตามแนวทางของศาสนาตนเอง การฟังธรรมะหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น คุณค่าแห่งชีวิต) กิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการถอดบทเรียนเกี่ยวกับการจัดการความรู้สึก
4	กิจกรรมพัฒนาอารมณ์ในเชิงบวก กิจกรรมที่ช่วยให้อดทนต่อความทุกข์ใจ และกิจกรรมที่ส่งเสริมความสงบทางจิตใจ กิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (เพิ่มกิจกรรมการให้อภัย การขอบคุณ การขอโทษ สอนเทคนิคการปรับความคิดเพื่อลดความขัดแย้งระหว่างบุคคล)
5	กิจกรรมพัฒนาอารมณ์ในเชิงบวก กิจกรรมที่ช่วยให้อดทนต่อความทุกข์ใจ (เพิ่มการสอนการจัดการกับความรู้สึกและเทคนิคการปรับความคิด) กิจกรรมที่ส่งเสริมความสงบทางจิตใจ และกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (เพิ่มการวางแผนการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น)
6	กิจกรรมพัฒนาอารมณ์ในเชิงบวก กิจกรรมที่ช่วยให้อดทนต่อความทุกข์ใจ (เพิ่มการสอนการจัดการกับความรู้สึกและเทคนิคการปรับความคิด[ต่อ]) กิจกรรมที่ส่งเสริมความสงบทางจิตใจ กิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (เพิ่มกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว และบุคคลที่เกี่ยวข้อง)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในการวิเคราะห์ผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิต ความสุขและภาวะซึมเศร้า ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบูรณาการฯ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

3. การวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุที่มีต่อโปรแกรมบูรณาการฯ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาเป็นผู้สูงอายุจำนวน 22 คน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.80) มีอายุ

ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 50) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 77.30) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 86.40) มีสถานภาพสมรส หม้าย/หย่าร้าง (ร้อยละ 45.50) รองลงมา มีสถานภาพอยู่ร่วมกับคู่ชีวิต (ร้อยละ 31.80) มีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 59.10) ใกล้เคียงกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 40.90) มีโรคประจำตัว 1 โรคมากที่สุด (ร้อยละ 40.90) สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าคือ ปัญหาความเจ็บป่วยทางกาย (ร้อยละ 54.50) รองลงมาคือ ปัญหาสัมพันธ์ภาพกับบุคคลใกล้ชิด (ร้อยละ 31.80) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีความคิดฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 95.50) สำหรับผลของการศึกษานี้ นำเสนอดังในตารางที่ 3 – 5

สมมติฐานที่ 1 โปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต การสร้างสุขและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบึงนาราง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมบูรณาการฯ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

กลุ่มตัวอย่าง	n	Mean	SD	Median	Z	p
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	22	76.00	15.82	78.00	-3.913	<.001
หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	22	88.82	12.97	90.00		

จากตารางที่ 3 จะเห็นว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต การสร้างสุขและลดภาวะซึมเศร้ามีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สมมติฐานที่ 2 โปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต การสร้างสุขและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในตำบลบึงนาราง

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมบูรณาการฯ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

กลุ่มตัวอย่าง	n	Mean	SD	Median	Z	p
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	22	41.00	6.32	42.00	-3.929	<.001
หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	22	47.05	5.85	46.00		

จากตารางที่ 4 จะเห็นว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต การสร้างสุขและลดภาวะซึมเศร้ามีระดับความสุขสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สมมติฐานที่ 3 โปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต การสร้างสุขและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลบึงนาราง

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมบูรณาการฯ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test

กลุ่มตัวอย่าง	n	Mean	SD	Median	Z	p
ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	22	14.36	5.39	15.00	-4.028	<.001
หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	22	7.18	3.74	6.50		

จากตารางที่ 5 จะเห็นว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต การสร้างสุขและลดภาวะซึมเศร้ามีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต การสร้างสุขและลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลบึงนาราง โดยการจัดโปรแกรมบูรณาการฯ ร่วมกับการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช ผู้สูงอายุทุกรายได้เข้าร่วมกิจกรรมตามใบงานทั้ง 6 กิจกรรมตามวิธี DBT มีประเด็นที่จะนำมาอภิปรายตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 โปรแกรมบูรณาการการพัฒนา

คุณภาพชีวิต การสร้างสุขและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบึงนาราง

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต การสร้างสุขและลดภาวะซึมเศร้ามีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก โปรแกรมบูรณาการฯ ได้เน้นกิจกรรมที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคคลทั้งสี่ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีกิจกรรมที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ซึ่งเป็นกิจกรรมตามแนวทางที่กำหนดไว้ในใบงาน ทั้ง 6 ของโปรแกรมบูรณาการฯ ได้ช่วยให้ผู้สูงอายุ มีการเคลื่อนไหวของร่างกายมากขึ้น มีการปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพร่วมกับบุคคลอื่นอย่างสม่ำเสมอในทุกสัปดาห์ กิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้ผู้สูงอายุในชุมชน มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจมากขึ้น ผู้สูงอายุจึงรับรู้ถึงคุณภาพชีวิตของตนเองที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ(Ounnapiruk, L., et al.)¹⁷ ที่ได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว ภาวะสุขภาพและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การไม่มีภาวะซึมเศร้า และการคงไว้ซึ่งความสามารถทางสมองและการทำงานต่างๆ เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่ามีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และจิตใจที่ดีขึ้น ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุรายหนึ่ง ที่กล่าวว่า “ชอบกิจกรรมทั้งหมด เช่น ชอบออกกำลังกาย การหัดเดิน การนวดทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย การฝึกสมาธิช่วยทำให้ใจเย็นมากขึ้น รู้จักปล่อยวาง”

นอกจากนี้ สัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่าง ผู้ดูแลและผู้สูงอายุและครอบครัว ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการนำกิจกรรมที่ได้รับจากการเยี่ยมบ้านไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เช่น เวลาที่น้อยใจบุตรหลาน ผู้สูงอายุจะสามารถบอกความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองที่มีต่อเหตุการณ์นั้นๆ ได้ ความเข้าใจความรู้สึกและความคิดของตนเองเช่นนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุเห็นแนวทางในการปรับความคิด และพฤติกรรมของตนให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นตามแนวทางของการให้การปรึกษาโดยการปรับความ

คิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมกับการฝึกสติในการบำบัดของ DBT ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสงบและสติมากขึ้นในการสื่อสารที่ช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัวหรือผู้อื่นมากขึ้น การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเช่นนี้ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น สอดคล้องกับคำกล่าวของ ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ (Wongpiromsanti, Y.)¹⁸ ที่กล่าวว่า “สติในการสื่อสาร จะช่วยให้การสื่อสารทั้งคำพูดและภาษาท่าทาง ได้รับการยอมรับ เกิดความเข้าใจระหว่างกัน และช่วยแก้ไขปัญหาระหว่างกันได้ดีขึ้น”

สมมติฐานที่ 2 โปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต การสร้างสุขและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในตำบลบึงนาราง

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต การสร้างสุขและลดภาวะซึมเศร้ามีความสุขสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก โปรแกรมบูรณาการฯ ได้ใช้แนวคิดของการสร้างอารมณ์เชิงบวกตามแนวคิดของจิตวิทยาเชิงบวกในหลากหลายกิจกรรม⁷ เช่น กิจกรรมการทำสมาธิ และฟังธรรมะ หัวข้อที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้สูงอายุ กิจกรรมการให้อภัย การขอบคุณและการขอโทษ การฝึกการหายใจโดยใช้ดนตรีประกอบเพื่อการผ่อนคลาย การนวดเพื่อการผ่อนคลาย การปฏิบัติเพื่อสร้างความประทับใจต่อผู้อื่น การสร้างความหวังในชีวิต กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขเพลิดเพลิน (Pleasure life) มีความสุขต่อการทำกิจกรรมต่างๆ (Engaged life) และมีชีวิตที่มีความหมายต่อผู้อื่นมากขึ้น (Meaningful life) ตามองค์ประกอบของความสุขตามแนวคิดของจิตวิทยาเชิงบวก⁷ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กิจกรรมที่ส่งเสริม

ความสงบทางจิตใจ (Mindfulness) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ได้เน้นการพัฒนาจิตใจเชิงลึก^{7,12,18} เช่น การทำสมาธิ การฟังธรรมะที่เกี่ยวข้องกับความสุขและความทุกข์ของชีวิต จะช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ประเด็นปัญหาที่เป็นอยู่ได้อย่างรวดเร็ว ช่วยให้เกิดความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น ความทุกข์ใจที่มีอยู่จึงลดน้อยลง ร่วมกับปรับความรู้สึกของการยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ได้มากขึ้น เมื่อบุคคลมีอารมณ์เชิงลบที่น้อยลง จะช่วยให้มีอารมณ์เชิงบวกที่สูงขึ้น ดังคำกล่าวของเซลิเกแมน (Seligman)⁷ ที่กล่าวว่า “ถ้าคุณมีอารมณ์เชิงลบอย่างมากในชีวิตของคุณ คุณอาจจะมีอารมณ์เชิงบวกในภาพรวมที่น้อยลง ในทำนองเดียวกัน หากคุณมีอารมณ์เชิงบวกอย่างมากในชีวิตของคุณ มันจะช่วยปกป้องคุณได้เป็นอย่างดีจากความทุกข์” ดังนั้น ลักษณะของกิจกรรมที่ช่วยให้เกิดความผ่อนคลายและการปรับมุมมองในเชิงบวกจะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจความรู้สึกที่เป็นสุขได้ง่ายขึ้น

สมมติฐานที่ 3 โปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต การสร้างสุขและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลบึงน้ำรักษ์

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมบูรณาการฯ มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก โปรแกรมบูรณาการฯ ได้พัฒนากิจกรรมการให้คำปรึกษาโดยใช้การปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม (CBT) ผ่านกระบวนการของแนวทาง Dialectical Behavior Therapy (DBT)^{9,12} ซึ่งเป็นแนวทางที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับความคิดและความรู้สึกของตนเองใน 4 ด้านได้แก่ (1) การยอมรับความเป็นจริง/อดทนต่อความทุกข์ใจ โดยเริ่มจากการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด

ซึ่งมีส่วนสำคัญยิ่งในการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุจะได้รับการประเมินภาวะสุขภาพจิตในช่วงต้นของการดูแล โดยเน้นการกระตุ้นให้พูดระบายความรู้สึกต่างๆ ออกมาได้เต็มที่ การได้พูดคุยกับบุคคลที่ให้การยอมรับผู้สูงอายุอย่างมาก จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถระบายอารมณ์ที่เป็นลบบางประการในชีวิตที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งการที่ได้ระบายอารมณ์เชิงลบออกมา เป็นการช่วยให้บุคคลเข้าใจความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง มีการประเมินการยอมรับความจริงหรือความทุกข์ใจที่มีอยู่ จากนั้นจึงช่วยให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจภาวะซึมเศร้าที่ตนเองเป็นอยู่ การปฏิบัติเหล่านี้เป็นแนวทางเริ่มต้นที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมมากขึ้นในการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมให้เหมาะสมกับปัญหาที่เผชิญอยู่ได้มากขึ้น อีกทั้งการได้ฟังธรรมะในผู้สูงอายุหลายคน โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ชอบฟังธรรมะ จะมีความเข้าใจเหตุการณ์ในชีวิตของผู้สูงอายุได้ดีขึ้น ดังเช่น ผู้สูงอายุรายหนึ่งกล่าวหลังจากฟังเทศน์ธรรมะจบว่า “ใช่เลยๆ ปากกำลังรู้สึกเหมือนที่พระท่านเทศน์ ทำไมความโชคร้ายถึงต้องมาเกิดที่เรามากมายอย่างนี้ มันหนักมากจนเรารู้สึกยอมรับไม่ได้จริงๆ” เมื่อผู้สูงอายุมีอารมณ์ที่สงบลง จึงเป็นช่วงเวลาสำคัญที่ผู้วิจัยและนักศึกษาได้มีโอกาสในการร่วมวางแผนการแก้ปัญหาหรือความไม่สบายใจที่เกิดขึ้น เช่น ความน้อยใจบุตรที่ไม่เอาใจใส่ ปัญหาความเจ็บป่วยของตนเองหรือบุคคลในครอบครัว เป็นต้น (2) กิจกรรมที่ช่วยปรับอารมณ์ความรู้สึกของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี คือ กิจกรรมที่ช่วยพัฒนาอารมณ์ในเชิงบวกที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น และ (3) กิจกรรมที่ส่งเสริมความสงบทางจิตใจ กิจกรรมดังกล่าวเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลที่ส่งผลต่อความคิดและความรู้สึกของบุคคลได้อย่างมาก สอดคล้องกับผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุ

โรคซึมเศร้า ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹ การช่วยให้ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้มีภาวะซึมเศร้าที่ลดน้อยลงในการวิจัยครั้งนี้ จึงใช้หลักการของการสร้างการยอมรับและอดทนต่อความทุกข์ใจให้ได้มากขึ้น การสร้างอารมณ์เชิงบวกอย่างต่อเนื่อง และการปรับจิตใจให้มีความสงบใจมากขึ้นในการเผชิญกับความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุรายหนึ่งที่ว่า “สมาธิช่วยให้เกิดความรู้สึกลดปล่อย สามารถควบคุมอารมณ์ของเราได้ดีขึ้น การทำสมาธิช่วยให้มีสติ ช่วยให้ฟื้นตัวได้เร็ว”

ดังนั้นโปรแกรมบูรณาการฯ ที่พัฒนาขึ้น เป็นโปรแกรมที่ผสมผสานการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ไปในช่วงระยะเวลาเดียวกัน โดยหลักการของพฤติกรรมบำบัดวิภาษ เป็นหลักการสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตหลายด้านดีขึ้นได้ โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ

ข้อเสนอแนะ

วิธีการพฤติกรรมบำบัดวิภาษ (DBT) เป็นวิธีการใหม่ที่ส่งผลดีอย่างมากต่อการปรับเปลี่ยนความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมของผู้สูงอายุได้ ผู้บริหารงานด้านสุขภาพจึงควรส่งเสริมให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่นในกลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช ให้ได้รับการอบรมและเพิ่มทักษะในการนำวิธีการ DBT ไปใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ โดยเฉพาะมิติทางด้านจิตใจให้แก่ผู้สูงอายุ หรือกลุ่มเป้าหมายอื่นให้มากขึ้น

แนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในช่วงวัยที่มีความเสื่อมในทุกด้าน บุคลากรทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการให้ความช่วยเหลือที่มีลักษณะแบบผสมผสานให้มากขึ้น เนื่องจากแนวทางดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ไปพร้อมๆ กัน โดยเน้นการให้บริการในเชิงรุก มีรูปแบบการให้ความช่วยเหลือที่เข้าถึงผู้สูงอายุและครอบครัวที่บ้าน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

ควรพัฒนาโปรแกรมบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต การสร้างสุขและลดภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มผู้รับบริการอื่นๆ โดยเฉพาะผู้รับบริการที่มีปัญหาทางด้านร่างกายและจิตใจร่วมกัน เช่น กลุ่มของผู้พิการ กลุ่มของผู้สูงอายุในแหล่งต่างๆ เป็นต้น

REFERENCES

1. Population Studies Center. The Situation of Thailand's Older Population An update based on the 2014 Survey of Older Persons in Thailand. [online] 2015. [cited 2015/9/5]. Available from: <http://www.psc.isr.umich.edu/pubs/pdf/rr15-847.pdf>
2. National Statistical Office. Preliminary report of elderly survey in Thailand 2014. Bangkok: Statistical Forecasting Bureau, National Statistical Office; 2014. (in Thai)
3. Wongpanarak, N., Chaleoykitt, S. Depression: A Significant Mental Health Problem of Elderly. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 2014; 15(3): 24-31. (in Thai)

4. National Statistical Office. Executive summary: The 2010 mental health survey. [online] 2012. [cited 2012/7/6]. Available from: http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_2-4-10.html (in Thai)
5. Borowiak, E., & Kostka, T. Predictors of quality of life in older people living at home and in institutions. *Aging Clinical and Experimental Research*, 2004; 16(3): 212-220.
6. World Health Organization. WHOQOL measuring quality of life. [online] 1997. [cited 1997/12/11]. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
7. Seligman, MEP. Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment. New York: Simon & Schuster, Inc.; 2002.
8. Beck, JS. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. 2nd ed. New York : The Guilford Press; 2011.
9. Linehan, MM. DBT Skills Training Handouts and Worksheets. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2014.
10. Supawong, C., et al. Manual of services of Tambon Health Promoting Hospitals (THPHs). Bangkok: TQP Company Limited; 2009. (in Thai)
11. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The Manual of “Happy 5 dimensions” for the elderly. Nonthaburi: Bureau of Mental Health Promotion and Development; 2012. (in Thai)
12. Dimeff, L. A., Koerner, K. Dialectical behavior therapy in clinical practice. New York: The Guilford Press; 2007.
13. Srisa-ard, B. Basic Research. 7th ed. Bangkok: Suviriyasarn; 2002. (in Thai)
14. Department of Mental Health. Two questions for screening test of depression disorders (2Q), assessment tools for severity depressive symptoms (9Q). [online] 2012. [cited 2012/10/8]. Available from: [http://www.dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20\(1\).pdf](http://www.dmh.go.th/test/download/files/2Q%209Q%208Q%20(1).pdf) (in Thai)
15. Department of Mental Health. Thai Mental Health Indicator. Nonthaburi: Ministry of Public Health; (in Thai)
16. Mahuntirunkul, S., et al. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF-THAI). [online] 2014. [cited 2014/9/9]. Available from: <http://www.dmh.go.th/test/whoqol> (in Thai)
17. Ounnapiyuk, L., Wirojratana, V., Kongsuriyanavin, W., Termsettajaroen, W. The effectiveness of a health promotion program on quality of life of elderly people in the elderly club. *Journal of Nursing Science*, 2012; 30(2): 35-45. (in Thai)
18. Wongpiromsanti, Y. Mindfulness-Based Therapy and Counseling (MBTC) Manual. Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2016. (in Thai)
19. Sangsai, W., Soonthornchaiya, R. Effect of cognitive behavior therapy on depression and functioning of elderly patients with depression. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 2014; 28(3): 104-116. (in Thai)