

# ผลของโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ต่อความว้าเหวของผู้สูงอายุ

## The Effects of A Social Relationship Program on The Loneliness of Older

อุทัยวรรณ แก้วพิจิตร \*<sup>1</sup> ชมชื่น สมประเสริฐ<sup>2</sup> จีราภรณ์ กรรมบุตร<sup>2</sup>  
Uthaiwan Kaewpijit \*<sup>1</sup> Chomchuen Somprasert<sup>2</sup> Jeeraporn Kummabutr<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางพิง<sup>2</sup> ลพบุรี ประเทศไทย 15110  
<sup>1</sup>Health Promotion Hospital Tambol Bangpeung<sup>2</sup>, Lopburi, Thailand 15110  
<sup>2</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12120  
<sup>2</sup>Faculty of Nursing, Thammasat University, Phatumthani, Thailand 12120

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ต่อความว้าเหวของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 62 คน และทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 31 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม ระยะเวลาการทดลอง 8 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และแบบวัดความว้าเหวในผู้สูงอายุหาความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .70 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนาและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความว้าเหวของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิดไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) และเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความว้าเหวก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการวิจัยสรุปว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความว้าเหวของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม

กลุ่มสังคมสัมพันธ์ ภายหลังการทดลอง ( $X = 28.13$ ,  $SD = 5.96$ ) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ( $X = 34.23$ ,  $SD = 7.19$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 16.39$ ,  $p < .001$ ) 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความว้าเหวของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ของกลุ่มทดลอง ( $\bar{X} = 6.10$ ,  $SD = 2.07$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ ( $\bar{X} = .16$ ,  $SD = 1.04$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 15.045$ ,  $p < .001$ )

**คำสำคัญ :** กลุ่มสังคมสัมพันธ์, ความว้าเหว, ผู้สูงอายุ

### Abstract

This quasi-experimental research using a two-group pretest-posttest design aimed to examine the effects of a social relationship program on the loneliness of the elderly. The subjects of this research were 62 elderly persons aged 60 and over, who met the inclusion criteria. The subjects were randomly assigned to an experimental group ( $n = 31$ ) and control group ( $n = 31$ ). The experimental group participated in an eight - week social relationship program that was developed based on the concepts of social support and social networks, while the control group received regular care activities. The research instruments were the social group program and the loneliness scale. The content validity of the social relationship program was examined by three experts.

The Cronbach's alpha coefficient for the loneliness scale was .70. The data were analyzed using descriptive statistics, dependent t-test, and independent t-test.

The results of the study were as follows = .1) After participating in the social relationship program the mean score for the loneliness of the experimental group ( $M = 28.13$ ,  $SD = 5.96$ ) was lower than the pretest score ( $M = 34.23$ ,  $SD = 7.19$ ) at a statistical significance ( $t = 16.39$ ,  $p < .001$ ). 2) The mean difference scores for the loneliness of the experimental group between before and after participating in the social relationship program ( $\bar{X} = 6.10$ ,  $SD = 2.07$ ) was higher than that of the control group receiving normal regular care ( $\bar{X} = .16$ ,  $SD = 1.04$ ) at a statistical significance ( $t = 15.045$ ,  $p < .001$ ).

**Keywords:** social relationship program, loneliness, elderly persons

## บทนำ

ปัจจุบันสังคมโลกก้าวเข้าสู่ยุคแห่ง สังคมสูงวัย ในปี 2558 โลกมีจำนวนประชากร 7,349 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 90<sup>1</sup> ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งหมดจำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว กล่าวคือ สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมีอัตราเพิ่มขึ้นจนกลายเป็นประเทศของสังคมสูงวัย คือมี ประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 อย่างไรก็ตามสังคมไทยได้เริ่มเตรียมการล่วงหน้าเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุมาบ้างแล้ว เช่น แผนพัฒนาประเทศฉบับที่ 10 - 12 (พ.ศ.2550 - พ.ศ.2564) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - พ.ศ. 2564) และแผนอื่นๆ ที่ให้ความสำคัญเรื่องผู้สูงอายุและมีเรื่องของการพัฒนาเพื่อผู้สูงอายุอยู่ด้วยประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ร้อยละ 10.7 และ ร้อยละ 12.2 ในปี 2545, 2550, 2554 ตามลำดับ และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.9 ในปี 2557<sup>2</sup> แนวทางการดูแลและการให้บริการผู้สูงอายุ ปัจจุบันมีการแบ่งลักษณะผู้สูงอายุทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ช่วยตนเองได้ดี (well elder) หรือกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน (home bound elder) และกลุ่มติดเตียง (bed bound elder) โดยจุดมุ่งของการให้บริการ มีเป้าหมายคือการบริการผู้สูงอายุโดยภาพรวม เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) การป้องกันภาวะทุพพลภาพ (prevent disability) และการส่งเสริมความเป็นอิสระมากที่สุด (enhance independence) ดังนั้นบริการที่ให้อาจมีจุดเน้นที่เป็นเฉพาะของแต่ละกลุ่ม การจัดบริการให้กับผู้สูงอายุนั้นต้องสอดคล้อง

กับความต้องการหรือปัญหาของผู้สูงอายุครอบคลุมความเป็นองค์รวม และเป็นบริการที่บูรณาการด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน<sup>3</sup>

การสำรวจภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยย้อนหลัง 3 ปี ของกรมสุขภาพจิตและสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2551 - 2553 พบว่าผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นซึ่งถือว่าเป็นความเปราะบางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี เป็นคนที่ไม่มีความสุข การดำเนินชีวิตประจำวันและสุขภาพบกพร่อง เช่น นอนไม่หลับ เสียสมาธิ หดหู่ ไม่อยากรับประทานอาหาร เศร้าหมอง ไม่อยากทำอะไร ประกอบกับการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทำให้รู้สึกไร้ค่า ว่างเปล่า ถูกทอดทิ้ง เป็นผลกระทบต่อความรู้สึกและจิตใจ ดังนั้นผู้สูงอายุจำเป็นต้องปรับตัวอย่างมากเพื่อให้ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ สภาวะการณ์เช่นนี้เองจึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 72.3<sup>4</sup> จึงเป็นกลุ่มวัยที่ควรได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพแต่ถ้าผู้สูงอายุขาดโอกาสเข้าถึง อาจเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุไปสู่การฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของประชากรวัยสูงอายุทำให้เกิดปัญหา เช่น การประสพภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน และด้านสังคมและจิตใจ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงที่มากกระทบต่อผู้สูงอายุเป็นเวลานานๆ ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า (sad) ภาวะซึมเศร้า (depression) แล้วในที่สุดเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorder) อย่างไรก็ตามถ้ามีการประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุก่อนที่จะมีภาวะซึมเศร้า และให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมก็จะไม่เกิดการเจ็บป่วยดัง

กล่าว ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุจึงควรตระหนักถึง การช่วยให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวต่ออารมณ์ว่าเหว เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ที่จักส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้มีกิจกรรมทางกายลดลง<sup>5</sup> ถดถอยด้านการรู้คิด<sup>6</sup> เกิดภาวะซึมเศร้า<sup>7</sup> มีความคิดและพฤติกรรมที่จะฆ่าตัวตาย<sup>8</sup> การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง<sup>9</sup> และแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด<sup>10</sup> นอกจากนี้การศึกษาในผู้สูงอายุ 60 - 98 ปี พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีความว่าเหวร่วมด้วย ร้อยละ 50 ดังนั้นการให้การบำบัดช่วยเหลือ ผู้สูงอายุที่มีความว่าเหว จะสามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้เช่นกัน<sup>11</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความว่าเหวของผู้สูงอายุ มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตใจและสังคม เช่นการเผชิญกับการสูญเสียบุคคลคนสำคัญในชีวิตรวมถึงบุคคลภายในครอบครัวและเพื่อนสนิท รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เป็นความเสื่อมตามอายุ และการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ซึ่งเป็นเหตุปัจจัยนำไปสู่ความว่าเหวในที่สุด<sup>12</sup> จากงานสังเคราะห์เมตต้าพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุ<sup>13</sup> คือ คุณภาพของเครือข่ายทางสังคม การติดต่อกับเพื่อนๆ หรือเพื่อนบ้าน การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่<sup>15</sup> ส่วนการป้องกันและการลดความว่าเหว ลดการแยกตัวของผู้สูงอายุคือการบำบัดแบบกลุ่มให้ความรู้และการบำบัดโดยใช้กลุ่มสนับสนุน<sup>14</sup> สามารถลดความว่าเหวในผู้สูงอายุได้ ดังนั้นการออกแบบโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมและการสร้างเครือข่ายทางสังคมจะเป็นกลยุทธ์ช่วยทำให้ผู้สูงอายุลดความว่าเหวได้

แนวคิดเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม<sup>16</sup> จัดเป็นโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ที่ออกแบบโดยกระบวนการที่มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพ การพัฒนาความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และกิจกรรมที่ทำร่วมกับสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุ ลดความว่าเหว ลดการแยกตัวจากสังคมได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยสูงอายุเป็นช่วงวัยที่ต้องการการดูแลด้านเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากความเสื่อมถอยร่างกายและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในสถานการณ์ปัจจุบันวิถีชีวิตเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนไป ส่งผลให้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว คนในครอบครัว ลดน้อยลง<sup>17</sup> การสนับสนุนทางสังคมที่มาจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ บุคลากร จึงมีความจำเป็นและมีบทบาทมากขึ้น<sup>18</sup> ดังนั้นกิจกรรมตามโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ที่ประกอบไปด้วย การสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่

ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร จะพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุให้สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม เครือข่ายทางสังคม การมีเพื่อนช่วยลดภาวะโดดเดี่ยว ลดความว่าเหว ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมการดูแลด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงออกแบบการสร้างโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ โดยใช้แนวคิดเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดความว่าเหวในผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้ โดยมีการสนับสนุนการดูแลจากเครือข่ายครอบครัว ชุมชน

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุ

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความว่าเหวของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์
2. เพื่อเปรียบเทียบความว่าเหวของผู้สูงอายุหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### สมมติฐานการวิจัย

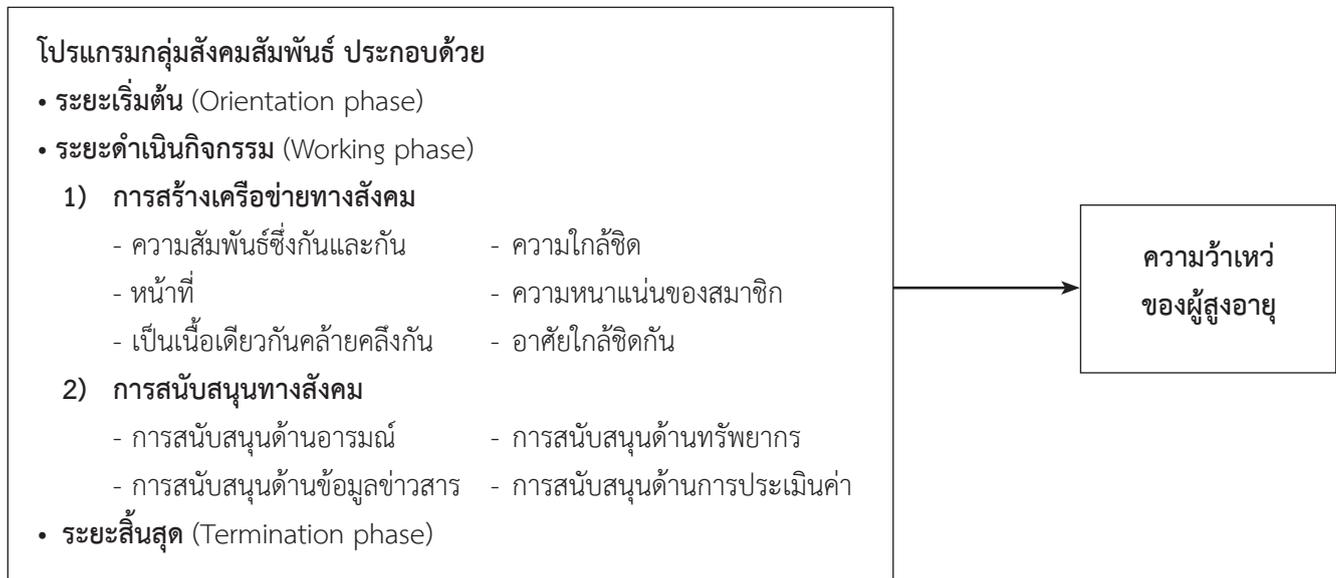
1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความว่าเหวของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังเข้าโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์
2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความว่าเหวของผู้สูงอายุนระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ออกแบบโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ตามแนวคิดเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม<sup>16</sup> ซึ่งได้กล่าวว่าการที่บุคคลมีความสัมพันธ์กันจะก่อให้เกิดการสนับสนุนช่วยเหลือกัน โดยมีกิจกรรมที่สนับสนุน 1) เครือข่ายทางสังคม (social network) ที่ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของสมาชิก (reciprocity) ความใกล้ชิดของสมาชิกในเครือข่าย (intensity) สมาชิกมีบทบาทหน้าที่ของตนเอง (complexity) ความหนาแน่นของสมาชิก (density) เป็นเนื้อเดียวกันคล้ายคลึงกัน (homogeneity) อาศัยใกล้ชิดกัน

(geographic dispersion) ในการช่วยให้เกิดปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มเกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีและเหนียวแน่น 2) การสนับสนุนทางสังคม (social support) ได้แบ่งออกเป็น 4 ด้านคือการสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) การสนับสนุนช่วยเหลือด้านสิ่งของและการบริการ (instrumental support) การสนับสนุนให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลข่าวสาร (informational support) และ การสนับสนุนในการประเมินค่า (appraisal support) ทั้งนี้กลไกตามโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ในแต่ละกิจกรรมจะใช้กระบวนการที่ประกอบด้วย

ระยะเริ่มต้นสัมพันธ์ภาพภายในกลุ่ม (orientation phase) ระยะดำเนินกิจกรรมกลุ่ม (working phase) และระยะปิดกลุ่ม (termination phase) ดังนั้นเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ จึงเป็นกระบวนการพัฒนาให้บุคคลมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น มีการปรับปรุง อารมณ์ของตนเอง ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีบทบาททางสังคม สามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาได้เหมาะสม มีทักษะในการใช้ศักยภาพของตนเองในการดำเนินชีวิต ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ความรู้สึกว้าเหวลดลง



**วิธีดำเนินการวิจัย**

เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) โดยเปรียบเทียบความว้าเหวของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ในกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบความว้าเหวของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติในช่วงทดลองระยะเวลา 8 สัปดาห์ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมและอาศัยอยู่ในชุมชน อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G\*power version 3.0.10 จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 62 คนโดยการแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 คน และกลุ่มควบคุม 31 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว
2. แบบวัดความว้าเหวของผู้สูงอายุการโดยใช้แบบวัดความว้าเหว ของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ลอสแอนเจลิส ฉบับที่ 3 (University of California, Los Angeles loneliness scale หรือ UCLA loneliness scale version 3) ของรัสเซล Russell แปลและพัฒนาภาษาไทยโดย สุพรรณิ นันทชัย และผู้วิจัยนำมาดัดแปลงและปรับให้เหมาะสม ประกอบด้วย คำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามทางบวก 9 ข้อ และคำถามทางลบ 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่าตาม

แบบของลิเคิร์ต (likert scale) 4 ระดับ โดยแบบวัดความว่าเหว่ได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านคุณภาพความตรงตามเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาคำนวณความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .70

### เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (Mini-Mental State Examination : Thai Version MMSE Thai - 2002) เป็นเครื่องมือสำหรับคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วย 5 ส่วน 11 ข้อคำถาม ทดสอบ 6 ด้าน คือ orientation, registration, attention, calculation, recall, และ language มีคะแนน 0 – 30 คะแนน จุดตัดคะแนนที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านหนังสือไม่ออก โดยไม่ต้องถามคำถามข้อ 4, 9 และ 10 จุดตัดคะแนน  $\leq 14$  สำหรับผู้สูงอายุที่เรียนจบชั้นประถมจุดตัดคะแนน  $\leq 17$  และสำหรับผู้สูงอายุที่เรียนจบสูงกว่าชั้นประถมจุดตัดคะแนน  $\leq 22$ )

### เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ ได้ออกแบบจากแนวคิดฮีย์และอิสราเอล 16 ซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบจากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน พบว่ามีความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาสามารถนำไปใช้สำหรับผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรม “ทำความรู้จัก” เพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพ การสนับสนุนด้านอารมณ์ และเครือข่ายทางสังคมเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันทำให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม

ครั้งที่ 2 กิจกรรม “เข้าใจสภาวะใจ ใส่ใจตนเอง” การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า เพื่อให้เกิดการยอมรับการเปลี่ยนแปลงในตนเองและเตรียมพร้อมในการเปลี่ยนแปลงตามวัย

ครั้งที่ 3 กิจกรรม “เครือข่ายความสุข” การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินค่าและเครือข่ายทางสังคม เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างเครือข่าย เข้าใจถึงความสำคัญของการสร้างเครือข่ายผู้สูงอายุ ร่วมกิจกรรมของเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 4 กิจกรรม “จัดการอารมณ์ให้เหมาะสม” การสนับสนุนด้านทรัพยากร ด้านการประเมินค่าเพื่อให้เกิดการจัดการอารมณ์ของตนเองให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อคลายเครียด

ครั้งที่ 5 กิจกรรม “สะท้อนมองตน ค้นหาความต่าง” การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า และด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อให้เข้าใจตนเอง ยอมรับตนเองได้ รู้จักและเข้าใจตนเอง เพื่อนำมาพัฒนาตนเอง

ครั้งที่ 6 กิจกรรม “ข้อดี ฉันมีอยู่” การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการประเมินค่าเพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มองเห็นความสำคัญของตนเองและผู้อื่น

ครั้งที่ 7 กิจกรรม “ประสานใจ ใส่ใจสุขภาพ” การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครือข่ายทางสังคม เพื่อให้สามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนได้อย่างถูกต้อง รู้ดีกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ครั้งที่ 8 กิจกรรม “พันธะสัญญาเครือข่าย” การสนับสนุนด้านอารมณ์ และเครือข่ายทางสังคมเพื่อให้มีเครือข่ายทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รู้สึกมีคุณค่าและมีบทบาทของตนเอง ไม่แยกตัวออกจากสังคม

### การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 เลขที่ 282/2560 และผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี รหัสโครงการวิจัยที่ 2560/01 โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือพร้อมทั้งอธิบายถึงการวิจัยครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกับกลุ่มตัวอย่าง และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ

## สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุพบว่า

1. ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็นร้อยละ 67.74, 32.26 และกลุ่มควบคุมมีเพศหญิงมากกว่าเพศชายคิดเป็นร้อยละ 74.20, 25.80 ส่วนด้านอายุพบว่ากลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 73.35 ปี มากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีอายุเฉลี่ย 67.65 ปี และส่วนใหญ่ของกลุ่มทดลองสถานภาพ โสด/หม้ายคิดเป็นร้อยละ 51.60 และส่วนใหญ่กลุ่มควบคุมสถานภาพ

สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 61.30 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นับถือศาสนาพุทธทั้งหมดร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาเหมือนกันคิดเป็นร้อยละ 100 ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 887.10 บาท ขณะที่กลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 803.23 บาท ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 3 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 45.3 และ 74.20 ตามลำดับ และกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 67.75 และ 90.33 ตามลำดับและทำการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความว่าเหวของผู้สูงอายุก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์

คะแนนความว่าเหวผู้สูงอายุ	กลุ่มทดลอง (n = 31)		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD			
ก่อนทดลอง	34.23	7.19	30	16.39	.000
หลังทดลอง	28.13	5.96			

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความว่าเหวของผู้สูงอายุของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ( $\bar{X}$  = 28.13, SD = 5.96) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ( $X$  = 34.23, SD = 7.19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ( $t$  = 16.39)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความว่าเหวของผู้สูงอายุก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุม

คะแนนความว่าเหวผู้สูงอายุ	กลุ่มควบคุม (n = 31)		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD			
ก่อนทดลอง	44.42	4.07	30	.87	.39
หลังทดลอง	44.58	3.85			

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความว่าเหวของผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ( $\bar{X}$  = 44.58, SD = 3.85) สูงกว่าก่อนการทดลอง ( $\bar{X}$  = 44.42, SD = 4.07) แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$  = .39,  $t$  = .87)

**ตารางที่ 3** ผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความว่าเหวของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์และกลุ่มควบคุม

คะแนนความว่าเหวของผู้สูงอายุ	กลุ่มทดลอง (n = 31)				กลุ่มควบคุม (n = 31)				df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{D}_1$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{D}_1$	SD			
ก่อนทดลอง	34.23	7.19	6.10	2.07	44.42	4.07	.16	1.04	60	15.05	.000
หลังทดลอง	28.13	5.96			44.58	3.85					

จากตารางที่ 3 พบว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความว่าเหว ระหว่างก่อนและหลังการให้โปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ของกลุ่มทดลอง ( $\bar{X} = 6.10$ ,  $SD = 2.07$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ ( $\bar{X} = .16$ ,  $SD = 1.04$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $t = 15.05$ ) (ตารางที่ 3)

### การอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นไปตามสมมติฐานทั้ง 2 ข้อ ทั้งนี้เนื่องจากผลของโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ที่ได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของฮีนีย์และอิสราเอล<sup>16</sup> มีจุดเน้นในการสร้างเครือข่ายทางสังคม (social network) และการสนับสนุนทางสังคม (social support) ด้วยการส่งเสริมผู้สูงอายุให้รู้สึกมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่มีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลผ่านกิจกรรมต่างๆ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของสมาชิก โดยมีระยะเวลาที่เหมาะสมในการมาร่วมกิจกรรม ร่วมกับเกิดเครือข่ายที่กว้างขวางและเข้มแข็ง มีกิจกรรมส่งเสริมการสนับสนุนด้านอารมณ์ เน้นการเห็นอกเห็นใจ ความรัก การสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ การให้ความร่วมมือ การสนับสนุนด้านทรัพยากร ช่วยเหลือด้านสิ่งของและบริการตามความจำเป็นของบุคคลโดยจัดทำเอกสารสนับสนุน การให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุน และวิธีการติดต่อในเครือข่ายและวิธีการติดต่อที่มีในชุมชน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและการให้คำปรึกษา เป็นการให้ความรู้ การชี้แนะให้การปรึกษาถึงแนวทางปฏิบัติตัว และการจัดการปัญหาที่เหมาะสมและวิธีการสร้างความสุข การสนับสนุนด้านการประเมินค่าเป็นการสะท้อนคิดการสนับสนุนให้ประเมินตนเอง การให้ข้อมูลย้อนกลับถึงผลการประเมินจะทำให้บุคคลทราบถึงสมรรถภาพของตนเองได้ดี

แนวคิดเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมเป็นนอกแบบกิจกรรมเชิงกระบวนการที่ส่งผลให้ผู้สูง

อายุมีสัมพันธภาพที่ดีต่อเพื่อน โดยเพื่อนส่งผลต่อความพอใจในชีวิตและลดความเหงาของผู้สูงอายุ<sup>19</sup> สร้างความเข้าใจต่อเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุและยอมรับการเปลี่ยนแปลง สามารถวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งพร้อมทั้งผลกระทบทางร่างกายและจิตใจให้เกิดความสุขหรือทุกข์<sup>20,21,22</sup> นอกจากนี้การได้กำลังใจจากเพื่อนสมาชิกในการปฏิบัติหน้าที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่เกิดขึ้น จากเครือข่ายทางสังคมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมจัดการอารมณ์ที่เหมาะสมมีทักษะการเผชิญปัญหาในแต่ละสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสมได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจัดการกับความเครียดได้ ทำให้มีความเครียดลดลง<sup>23</sup> และการเรียนรู้ความแตกต่างระหว่างบุคคล ทั้งด้านครอบครัว สังคม และชุมชน การฝึกวิเคราะห์ข้อดี ข้อเสียของตนเองตลอดจนทำให้เข้าใจถึงความแตกต่างของบุคคลส่งเสริมให้เกิดสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี<sup>24</sup> เพิ่มรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง<sup>25</sup> รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม สามารถเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชนได้ และมีการสร้างความต่อเนื่องของกิจกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งเครือข่ายทางสังคม ผลลัพธ์หลังจากเข้าร่วมกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ ทำให้เมื่อประเมินความว่าเหวของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความว่าเหวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์จะลดความว่าเหวของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การนำโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ไปใช้เป็นแนวทางในการลดความจำเพาะของผู้สูงอายุ สามารถปรับรูปแบบกิจกรรม ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องตามวิธีการดำเนินของผู้สูงอายุแต่ละชุมชน

2. ฝึกอบรมผู้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เช่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถนำโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ ไปใช้ได้อย่างเหมาะสม

3. ควรมีการศึกษาติดตามภาวะความจำเพาะของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ ในระยะยาว เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ ถึงความยั่งยืนในผลของโปรแกรม

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือทุกท่าน ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา ที่ให้ความรัก ความหวังใจ อบรมสั่งสอน ให้โอกาสสนับสนุนการศึกษาแก่ผู้วิจัย และเป็นกำลังใจที่สำคัญของผู้วิจัยตลอดมา และกัลยาณมิตรผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้วิจัยตลอดการศึกษาคั้งนี้เสมอมา

### References

1. Foundation of Thai gerontology research and development institute. Situation of the Thai elderly 2015. Bangkok: Amarin printing and publishing; 2016. (in Thai)
2. National statistical office. Report on the elderly population survey in Thailand 2014. Bangkok: Thana Place; 2014. (in Thai)
3. Institute of health systems research. Knowledge management and synthesis of hospital health promotion practices: Elderly services practices. Bangkok: Saham printing and publishing; 2010. (in Thai)

4. Nunsupawat V. Mental health of the elderly. Journal of nurse's association of Thailand northeastern division.2009; 27(1): 27-32. (in Thai)
5. Hawkins, B. A., Principle and practice of activity programs.State College, PA: Venture. 2009.
6. Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J.F., Barnes, L.L.,etal. Loneliness and risk of Alzheimer disease. Archives of General Psychiatry.2007; 64(2): 234-240.
7. Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. Social Science and Medicine. 2010; 74(6): 907-914.
8. Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., and Thisted, R. A. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. Psychology and Aging. 2006; 21(1): 140-151.
9. 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. Journal of Gerontology: Social Sciences.2002; 57: 33-42.
10. Ayalon, L. andShiovitz-Ezra, S.The relationship between loneliness and passive death wishes in the second half of life. International Psychogeriatrics. 2011; 23(10): 1677-1685.
11. Adams, K. B., Sanders, S., & Auth, E.Risk Factors of Depression and Loneliness in an Independent Living Retirement Community. Aging & Mental Health.2004; 8(6): 475-485.

12. Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A. N. N., and Bond, J. The prevalence of, & risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing and Society*. 2005; 25(3): 357-375.
13. Pinquart, Martin, Sörensen, Silvia. Influences on loneliness in older adults: A meta-Analysis. *Basic and Applied Social Psychology*. 2001; 23(4): 245-266
14. Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society*. 2005; 25: 41-67.
15. Phimpachiyaboon L. Factors influencing loneliness of the elderly in social welfare development center for older for older persons: Burapha University; 2015. (in Thai).
16. 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*. 3<sup>rd</sup> ed. Jossey-Bass; San Francisco, CA: 2002:185-202.
17. 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.
18. Damrikanlert L. Situation and the needs of elderly care in the community, in: Sriwanitchakarn S, Editors. *Elderly care integrated in the communit*. Nakornpratom: T Q P; 2012; 11-9. (in Thai)
19. Hazer, O., & Boylu, A. A. (2010). The examination of the factor affecting the feeling of loneliness of the elderly. *Procedia Social and behavioral Sciences*. 2010; 9: 2083-2089.
20. Thanakwang, K., Ingersoll – Dayton, B., & Soonthorndhada, K. The relationships among family, friends, and psychological well - being for Thai elderly. *Ageing and Mental Health*. 2012; 16 (8): 993 - 1003
21. Malathum P, Kongiem J, Intarasombat P. Relationships of family support and friend support to life satisfaction of older adults in rural areas. *Rama Nurse J*. 2009; 15(3): 431-48. (in Thai)
22. 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. 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 of Health Promotion and Environmental Health*. 2010; 33(2): 42-52. (in Thai)
24. Petburi P. The effect of a social support program on the mental health of the elderly: Thammasat University; 2016. (in Thai).
25. 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. (in Thai).