

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน

The Effect of the Mental Health Promotion Program on Depression of Older Adults in the Community

ณฤดี ชลชาติบอดี้* รังสิมันต์ สุนทรไชยา สารรัตน์ วุฒิอาภา

Narudee Chonlachatbodee* Rangsiman Soonthonchaiya Sararud Vuthiarpa

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12120

Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani, Thailand 12120

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการสุขภาพที่ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งหนึ่ง ได้รับการสุ่มตัวอย่าง และการจับคู่เพศเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ระยะเวลาในการทดลอง 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต ด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิดไม่เป็นอิสระต่อกัน และเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิดที่เป็นอิสระจากกัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ($M = 14.90$, $SD = 2.59$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 20.13$, $SD = 3.10$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.11$, $p < .001$) และ 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ($1 = 5.23$, $SD = 1.67$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($2 = 1.86$, $SD = 2.14$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.28$, $p < .001$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ส่งเสริมสุขภาพจิต, ภาวะซึมเศร้า

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research is to examine the effect of a mental health promotion program on the depression of older adults. The purposive sampling of the samples were equals and 60 years older, who were receiving health services at the rehabilitation center. The samples were randomly assigned and match-paired according to gender for both the experimental and control group, with 30 persons in each group. The experimental group participated in the mental health promotion program for eight weeks, 60 to 90 minutes once a week. On the other hand, the control group received nursing care as usual. The research instruments were a demographic questionnaire and the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) questionnaire. The CES-D questionnaire showed a Cronbach's alpha coefficient reliability of .87. Descriptive statistics were used to analyze the frequency, percentage, and chi-squared test. The mean score for depression for the experimental group was compared in terms of the pretest and posttest

Corresponding author: E-mail Narudee.c@ptu.ac.th

วันที่รับ (received) 23 ม.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 29 ม.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 6 ก.พ. 2565

using dependent t-test. Additionally, the mean score for depression between the experimental and control group was compared using independent t-test. The results revealed that 1) after the experimental group participated in the program, the mean score for depression ($M = 14.90$, $SD = 2.59$) was significantly lower than before participating in the program ($M = 20.13$, $SD = 3.10$) ($t = 17.11$, $p < .001$); and 2) the mean difference in the mean score for depression between the pretest and posttest for the experimental group ($1 = 5.23$, $SD = 1.67$) was significantly greater than for the control group ($2 = 1.86$, $SD = 2.14$) ($t = 14.28$, $p < .001$)

In conclusion, the research findings showed that the mental health promotion program effectively decreased depression among older adults.

Keywords: older adults, mental health promotion, depression

บทนำ

ปัจจุบันประชากรไทย 65.9 ล้านคน มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด คาดประมาณว่าในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” เมื่อประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุจะเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าประชากรทั่วไปชัดเจน เนื่องจากเป็นวัยที่มีความเปราะบางทั้งทางจิตใจและร่างกาย มีการปรับเปลี่ยนทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเพราะความสูงอายุนี้นี้เป็นไปในทางการเสื่อมถอยของ ระบบในร่างกาย ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ บทบาททางสังคมที่เปลี่ยนไป ตำแหน่งการงานและหน้าที่ สถานะการเงิน รายได้ลดลง สูญเสียคู่สมรสหรือเพื่อนในวัยเดียวกัน รวมทั้งสังคมในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปในประเทศไทยจากการสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ปี 2561 พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4.1 และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด โดยผู้สูงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 11.70 ผู้สูงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 6.50 และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 2.78 ในช่วงวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายประการ ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมลงเกิดปัญหาสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และจิตใจเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดทางด้านจิตใจ เช่น การเกษียณอายุออกจากงาน การปรับตัวต่ออายุที่เพิ่มมากขึ้น การเสียชีวิตของคู่สามีภรรยา การแยกจากของลูก

หลานที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรง การทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้ามีสังคมหรือมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น หากไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้¹ จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 51.4 ของผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า โดยที่ร้อยละ 19.1 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 25.2 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 7.1 อยู่ในระดับรุนแรง² ส่วนรายงานการสำรวจระดับวิทยาการระดับชาติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประชากรผู้สูงอายุไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 4.1³ ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะผิดปกติทางอารมณ์ โดยมีการแสดงออกของอาการด้าน อารมณ์ การรู้คิด ร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งอาการแสดงออกแต่ละด้านมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างกัน ภาวะซึมเศร้าการแสดงออกทางอารมณ์ โดยมีอารมณ์เศร้าอย่างเด่นชัด ได้แก่ สีหน้าเศร้า หดหู่ เป็นทุกข์หมอง เหงา เจ็บขม ไม่มีชีวิตชีวา วิตกกังวล เป็นต้นอารมณ์เศร้าเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ นอกจากนี้ยังมีอารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิด โมโหง่าย กระวนกระวายโกรธ ชื่นน้อยใจ ความรู้สึกเบื่อหน่าย เหนื่อย และหมดความสนใจ ความรู้สึกผิดในตัวเอง และความ รู้สึกไร้ค่า การแสดงออกทางด้านความคิด โดยมีความคิดอยากตาย สมาธิเสีย ความคิดเชิงซ้ำ ความสามารถในการตัดสินใจและการคิดลดลง มีความคิดด้านลบกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต การแสดงออกทางพฤติกรรม โดยมีความบกพร่องในความสัมพันธ์กับผู้อื่น เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ความตื่นตัวในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง ร้องไห้ง่าย ทำร้ายตนเองหรือ พยายามฆ่าตัวตาย และการแสดงออกทางกาย โดยมีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ แน่นท้อง ปวดเรื้อรัง ท้องอืด คลื่นไส้ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ตื่นเช้ามีผิดปกติ หรือนอนหลับมากเกินไป⁴ สำหรับในผู้สูงอายุมีการแสดงออกทางร่างกายเป็นส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

มักมาพบแพทย์ด้วยอาการปวด เช่น ปวดศีรษะ ปวดกระดูก หรือกล้ามเนื้อเป็นประจำ จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมจากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ได้แก่ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และปัจจัยทางด้านสุขภาพ ปัจจัยทางชีววิทยา เช่น กรรมพันธุ์ สารสื่อประสาทในสมองเกิดจากความผิดปกติในกระบวนการทำงานของสมองทำให้ปริมาณสาร สื่อประสาท ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้อง โดยตรงกับการควบคุมการแสดงอารมณ์ ได้แก่ ซีโรโโทนิน (serotonin) นอร์อิพิเนเฟริน (norepinephrine) และโดปามีน (dopamine) เกิดภาวะไม่สมดุลคือลดลงกว่าปกติ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า⁵ ปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ ความคิด บิดเบียน ความรู้สึกสิ้นหวัง ไร้ค่า มีความสิ้นหวังที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่มีข้อจำกัด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจมีมุมมองต่อเหตุการณ์เครียดในชีวิตที่เผชิญว่าเป็นเรื่องลบเสมอ มักคิดล่วงหน้าไปถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปในทางลบ และท้ายที่สุดมองว่าตนเองนั้นไม่ดี ไม่สามารถทำได้ รู้สึกไม่มีค่าจนนำไปสู่ความสิ้นหวัง ปัจจัยทางสังคม เกิดการสูญเสียสถานภาพทางสังคม ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม⁶ การสื่อสาร ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้ามีความสัมพันธ์สูงกับภาวะพึงพิง ในการดำเนินกิจวัตรประจำวันขณะที่ผู้ดูแลมักขาดความรู้ความเข้าใจในการสื่อสารกับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้า ทำให้ไม่สามารถเข้าใจถึงความคิดอารมณ์และความต้องการของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าถูกมองข้ามและไม่ได้รับดูแลช่วยเหลือ การสื่อสารกับผู้สูงอายุ ที่ซึมเศร้ามีหลักการสำคัญคือการรับฟังอย่างมีคุณภาพ ด้วยความตั้งใจ เข้าใจ ไม่ตัดสิน การสื่อสารที่มีคุณภาพจึงเป็นกุญแจสำคัญของบุคลากรด้านสุขภาพ ในการช่วยลดภาวะซึมเศร้า ความโดดเดี่ยวอ้างว้าง ความเครียด และภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ⁷ ปัจจัยสังคมวัฒนธรรม เช่น ประสบเหตุร้ายในชีวิตการสูญเสียบุคคลรอบข้างที่เป็นที่รัก คิดสับสนและปรับตัวไม่ได้ ทำให้สภาพร่างกายและอารมณ์มีการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า⁸ ปัจจัยทางด้านสุขภาพ การมีโรคเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและบางรายที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิมทั้ง บุคคล สถานที่ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด เกิดความรู้สึกท้อแท้ เหนื่อยหน่าย และเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาในที่สุด² รวมถึงการทบทวน วรรณกรรมต่าง ๆ สามารถอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัยสำคัญ คือ ปัจจัยเสี่ยง

(risk factors) ประกอบด้วย เพศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ความสามารถในการรู้คิดบกพร่อง เหตุการณ์หรือความเครียดที่เข้ามาในชีวิต⁹ ส่วนปัจจัยปกป้อง (protective factors) ๆ โดยสรุปพบว่าหากบุคคลมี ปัจจัยเสี่ยงมากมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าตามมามากแต่ในขณะเดียวกันถ้าบุคคลนั้นมี ปัจจัยปกป้องร่วมด้วย ปัจจัยปกป้องจะช่วยทำให้ระดับความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงลดน้อยลง มีผล ทำให้บุคคลนั้นลดความเสี่ยงในการที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ปัจจัยปกป้อง ได้แก่ 1) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ ทางลบ ในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.318, p = .000$) สอดคล้องกับการศึกษาจากโมเดล ความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองพบว่าเมื่อ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าสูง 2) การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ ทางลบในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.331, p < .001$) 2) ความเชื่อทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทาง ลบในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($rpb = -0.179, p = .02$) และพบว่าบุคคล ที่มีความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ส่งเสริมการคิดด้านบวกมากขึ้น และป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ การเคลื่อนไหวร่างกายในผู้สูงอายุ สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้¹⁰ การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เป็นการนำปัจจัยปกป้องมาจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้น เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล เป็นต้น เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยต่าง ๆ จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจและสังคมสิ่งแวดล้อม เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความเสี่ยงมีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพจิต มากกว่าประชากรทั่วไปชัดเจน การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ การตรวจสอบ คัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือกที่ผู้วิจัยกำหนดตามตาราง PICO อ่านงานวิจัย สังเคราะห์ข้อมูลและวิเคราะห์ตามข้อกำหนดของ PRISMA ได้นำมาสังเคราะห์จำนวน 5 เรื่องสรุปประเด็นที่ดังนี้ การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสุขภาพจิตดี มีคุณค่ามีความสุข ไม่เครียด และสนุกสนาน ภาวะซึมเศร้าลดลง และไม่มีความคิด ฆ่าตัวตาย¹¹ แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกช่วยลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ปกครอง

เด็กออทิสติก¹² จิตวิทยาเชิงบวกจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มระดับความพึงพอใจในชีวิตความกตัญญู¹³ และจิตวิทยาเชิงบวกลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโดยการเพิ่มอารมณ์เชิงบวก การมีส่วนร่วม การใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย และการออกกำลังกายที่เพิ่มอารมณ์เชิงบวก¹⁶ จะเห็นได้ว่าแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเน้นส่งเสริมการรับรู้ตนเองในเชิงบวกเสริมข้อเด่นของตนเอง ลดข้อด้อยส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเองร่วมกับงานวิจัยที่มีปัจจัยสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า เช่น การเจ็บป่วยทางกาย การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ ผู้วิจัยนำมาพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าคาดว่าจะทำให้ป้องกันภาวะซึมเศร้าทำให้ไม่รุนแรงเกิดเป็นโรคซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงหากผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแล้วไม่ได้รับการคัดกรองและการป้องกันที่ถูกต้องเหมาะสมอาจนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้ต่อไป จึงได้ประยุกต์แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกมาพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อเป็นการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต ต่ำกว่าก่อน ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกร่วมกับปัจจัยปกป้อง ประกอบด้วย 1) การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี โดยให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยเดียวกันได้ทำความรู้จักกัน สนทนา แลกเปลี่ยน ระบายความรู้สึกหรืออารมณ์ การระบายอารมณ์เชิงลบช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจความรู้สึกของตนเอง และผู้อื่น ยอมรับความจริงและเข้าใจความทุกข์ของบุคคลการรักษา

ความสัมพันธ์ที่ระหว่างผู้สูงอายุช่วยให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีความสุขเพิ่มขึ้น ลดความเครียดและลดภาวะซึมเศร้า 2) ความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถของตนเอง มีประโยชน์ไม่เป็นภาระของลูกหลานหรือสังคมและยังสร้างความเพลิดเพลินใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วย 3) การสร้างอารมณ์เชิงบวก โดยใช้กิจกรรมการผ่อนคลายนำสู่ความรู้สึกมีเมตตา กตัญญูรู้คุณค่าผู้อื่นและสิ่งรอบตัว รู้จักการให้อภัยผู้อื่น ทำให้เกิดความสุข ป้องกันการเกิดความทุกข์รวมทั้งลดภาวะซึมเศร้าลงได้ 4) การมีชีวิตที่มีความหมาย โดยให้ผู้สูงอายุแสดงความสามารถและความถนัดให้เกิดประโยชน์ มีคุณค่าเหนือกว่าความเป็นตัวตน เกิดความเข้าใจชีวิต สามารถทบทวนจุดแข็งของตนเอง ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา สังคม ธรรมชาติ ทำให้อยอมรับตนเองเกิดความสุขใจ ยินดีกับการมีชีวิตอยู่ไม่เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ไร้ค่า เป้าหมายนั้นคือการลดภาวะซึมเศร้า 5) การบรรลุถึงเป้าหมาย เป็นการสร้างความสำเร็จและความเชี่ยวชาญตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีความสุข เห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ช่วยลดภาวะซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวังในผู้สูงอายุได้ (ภาพที่ 1)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน โดยการสุ่มอย่างง่ายตำบลที่มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีบริบทใกล้เคียงกันมากที่สุดจำนวน 2 แห่ง กลุ่มทดลองตำบลบึงยี่โถ กลุ่มควบคุมตำบลคูคต คัดเข้าตามเกณฑ์ (n = 60) คัดเข้าด้วย แบบประเมินสมองเสื่อม แบบประเมินกิจกรรมประจำวันคัดเลือกคุณสมบัติตามเกณฑ์จับคู่กลุ่มตัวอย่าง (matched paired design) เพศ กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1.1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย สำหรับวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ร่วมกับคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ซึ่งมีการทดสอบหาความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) ในผู้สูงอายุที่ไม่

ได้รับการศึกษา หรือสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือ สูงกว่าประถมศึกษา ค่าความไว (Sensitivity) เท่ากับ ร้อยละ 35.4, 56.6 และ 92.02 ตามลำดับ ส่วนค่าความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับร้อยละ 81.1, 93.8 และ 92.6

1.2 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เรลเอดีแอล ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพ สมรส โรคประจำตัว

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 item ของฉบับภาษาไทยแปลโดย ซึ่งฉบับภาษาไทยแปลโดย ธวัชชัย วรพงศธร ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นคำถามเชิงลบ 16 ข้อ และคำถามเชิงบวก 4 ข้อคำถามเชิงลบ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ใช้ผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่ตำบลรังสิต อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.881

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยได้ พัฒนาโปรแกรมมาจากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก ร่วมกับปัจจัยปกป้องซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยประกอบด้วยแพทย์ที่เชี่ยวชาญ ผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตศึกษา 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ และความเหมาะสมของขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยรายละเอียดกิจกรรม ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 กิจกรรม “เรารู้จักกันเถอะ” การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่มและผู้วิจัย นำมาซึ่งความสัมพันธ์ที่ดี ความคุ้นเคยกันความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การส่งเสริมให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีโดยมีการสื่อสารที่สร้าง

บรรยากาศที่เป็นมิตร ความสนุกสนาน เพลิดเพลินใจ รู้สึกสบายใจ

ครั้งที่ 2 กิจกรรม “เปิดเผยตัวตน” เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเรียนรู้จักตนเอง ผู้สูงอายุจะได้รู้จักเด่น และจุดด้อยของตนเอง รู้และเข้าใจถึง ความแตกต่างระหว่างบุคคล

ครั้งที่ 3 กิจกรรม “รู้ทันภาวะซึมเศร้า” เป็นการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพกายและจิต เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าและมีความรู้ความเข้าใจ ถึงแนวทางการดูแลตนเอง

ครั้งที่ 4 กิจกรรม “ตั้งเป้าหมายเพื่อชีวิตมีสุข” กิจกรรมนี้ผู้วิจัยให้ทำกิจกรรมกลุ่มสะท้อนแล้วต่อด้วยการตั้งประเด็นให้ผู้สูงอายุคิดว่าจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข

ครั้งที่ 5 กิจกรรม “ฉันทำได้” เป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรมในชุมชนหรือสังคมและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า

ครั้งที่ 6 กิจกรรม “จิตแจ่มใสใจผ่องคลาย” เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด การพักผ่อน และการออกกำลังกายอย่างมีความสุขในวัยสูงอายุ เพื่อลดอารมณ์เชิงลบ ซึ่งเป็นปัจจัยในการเกิดภาวะซึมเศร้า

ครั้งที่ 7 กิจกรรม “รู้ทันใจตัวเอง” กิจกรรมนี้ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านการมีสมาธิ สติ การผ่อนคลายอารมณ์และความเครียดด้วยตนเองเพื่อให้ผู้สูงอายุ ที่เข้าร่วมโปรแกรม มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการมีสมาธิ มีสติและมีทักษะในการผ่อนคลายอารมณ์ และความเครียดด้วยตนเอง

ครั้งที่ 8 กิจกรรม “ดูแลตนเองสุขภาพดีตามวัย” เป็นการทบทวนทุกกิจกรรมที่ผ่านมาเพื่อการแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ รวมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขงานวิจัยต่อไป โดยมีการประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้าทันทีหลังสิ้นสุดการทดลอง (สัปดาห์ที่ 8)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ COA NO.007/2563 วันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัยและตอบข้อซักถามต่างๆ สิทธิการรักษา สวัสดิการจากรัฐที่อาสาสมัครได้รับในระหว่างดำเนินกิจกรรม กรณีที่ได้รับผลกระทบหรือเกิดความไม่สบายใจ ผู้วิจัยในฐานะ

พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตจะให้การดูแลเบื้องต้น หากอาการไม่ดีขึ้น จะส่งต่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา อาสาสมัครวิจัยสามารถออกจากโครงการวิจัยได้อย่างอิสระ ทั้งนี้ การนำเสนอข้อมูลและเผยแพร่ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การดำเนินการทดลอง

1. เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงาน วันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย พร้อมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย 3. ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง และหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีคือ สัปดาห์ที่ 8 4. ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง กลุ่มทดลองจะถูกแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่มๆ ละ 10 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมโดยมีผู้ช่วยวิจัยช่วยอำนวยความสะดวกกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง ตารางที่ 1

คะแนนภาวะซึมเศร้า	M	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	20.13	3.10	29	17.11	.00
หลังการทดลอง	14.90	2.59			

พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) ($M = 14.90$, $SD = 2.59$) น้อยกว่าก่อนการทดลอง ($M = 20.13$, $SD = 3.10$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.11$, $p < .001$)

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับการทดลอง ($n = 60$) ตารางที่ 2

คะแนนภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง ($n = 30$)		กลุ่มควบคุม ($n = 30$)		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ก่อนทดลอง	20.13	3.10	18.83	4.48	58	1.30	.09
หลังการทดลอง	14.90	2.59	20.70	3.41		7.41	.00

30 นาที ต่อเนื่องจนครบกิจกรรม 8 ครั้งรวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างใน สัปดาห์ที่ 8 ภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งแรกด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การวิเคราะห์ข้อมูล

จากการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่า ทุกด้านแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สำหรับอายุ เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลด้วยสถิติทดสอบทีชนิดที่เป็นอิสระจากกัน (independent t-test) พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) จึงกล่าวสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีลักษณะทั่วไปที่เหมือนกัน หรือคล้ายคลึงกัน ซึ่งสามารถ ควบคุมปัจจัยด้านต่างๆ ของลักษณะทั่วไปที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างได้ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งที่เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ก่อนเริ่มการทดลอง

ผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการทดลอง ($n = 30$)

พบว่าก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ($M = 20.13$, $SD = 3.10$) และกลุ่มควบคุม ($M = 18.83$, $SD = 4.48$) ไม่มีความแตกต่าง ($t = 1.30$, $p = .09$) ส่วนหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ($M = 14.90$, $SD = 2.59$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 20.70$, $SD = 3.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.41$, $p < .001$)

3. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองภายหลังที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3

คะแนนภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n = 30)			กลุ่มควบคุม (n = 30)			df	t	p-value
	M	$\bar{D}_1$	SD	M	$\bar{D}_2$	SD			
ก่อนทดลอง	20.13	5.23	1.67	18.83	1.86	2.14	58	14.28	.00
หลังการทดลอง	14.90			20.70					

พบว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต ($\bar{D}_1 = 5.23$, $SD = 1.67$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{D}_2 = 1.86$, $SD = 2.14$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.28$, $p < .001$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบทีชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) ($M = 14.90$, $SD = 2.59$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 20.13$, $SD = 3.10$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.11$, $p < .001$) ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้จากผลการศึกษาที่พบเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต มีส่วนช่วยให้ภาวะซึมเศร้า เป็นผลที่เกิดจากการดำเนินการกิจกรรมทั้ง 8 ครั้งของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก ตามทฤษฎี “P.E.R.M.A.” โดยมีองค์ประกอบหลัก คือ 1) อารมณ์เชิงบวก (positive emotion) 2) ความพึงพอใจในการมีส่วนร่วม (engagement) 3) การสร้างสัมพันธ์ที่ดี (relationships) 4) ชีวิตมีความหมาย (meaning) 5) บรรลุถึงเป้าหมาย (accomplishment) โดยผู้วิจัยประยุกต์แนวคิด “P.E.R.M.A.” ทั้ง 5 องค์ประกอบมาสู่กลุ่มตัวอย่างการมีสุขภาพจิตที่ดี การตั้งเป้าหมายที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้จริงเกิดผลสำเร็จ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และจะดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย

ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี และกิจกรรมตั้งเป้าหมายเพื่อชีวิตมีความสุข กิจกรรมนี้ผู้วิจัยให้ทำกิจกรรมกลุ่มสะท้อนแล้วต่อด้วยการตั้งประเด็นให้ผู้สูงอายุคิดว่าจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ให้สมาชิกกลุ่มเขียนป้ายบอกถึงสิ่งที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข กิจกรรมนี้เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในด้านดี และฝึกจิตตลอดจนสร้างทักษะในการวางแผน สุดท้ายจะส่งเสริม ความภาคภูมิใจ และสะท้อนภาพความมีคุณค่าในตนเอง สมาชิกตอบว่า “ความสุขมากจากการออกกำลังกายในตอนเช้าและการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนได้เจอเพื่อนที่ออกกำลังกายได้พูดคุยพบปะ” และกิจกรรมดูแลตนเองสุขภาพดีตามวัย โดยเขียนการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพใจมาคนละ 1 แนวทางแล้วให้สมาชิกออกมาสาธิตการดูแลตนเอง พร้อมทั้งบอกประโยชน์ที่ได้รับจากการดูแลตนเอง การที่บุคคลสามารถในการจัดกระทำสิ่งต่างๆ ได้และพูดคุยถึงประโยชน์ของความสำเร็จ เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ทำให้รู้สึกเป็นคนสำคัญ การที่เราคิดถึงความสำเร็จที่ผ่านมา จะช่วยให้ร่างกายหลั่ง ฮอร์โมนซีโรโตนิน (serotonin) ออกมาได้ ซึ่งฮอร์โมนนี้เกี่ยวข้องกับ สารแห่งความสุขเมื่อมีมากขึ้นจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า¹⁶ และทำให้ผู้สูงอายุ มีประสบการณ์จากกิจกรรมต่างๆ ช่วยให้ผู้สูงอายุ มีอารมณ์เชิงบวก รู้สึกมีส่วนร่วม เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ร่วมทั้งการดำเนินชีวิตอย่างบรรลุเป้าหมายที่ออกแบบไว้นำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้า¹⁶ การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เช่น การพบปะสังสรรค์ การออกกำลังกายร่วมกันทำให้เกิดการได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดำเนินชีวิต การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือการบรรลุเป้าหมายเป็นสิ่งที่ทำได้ สามารถชื่นชมตนเอง เกิดความ

ภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งความภาคภูมิใจ การชื่นชมตนเองและผู้อื่นเป็นอารมณ์เชิงบวกที่ส่งผลถึงภาวะสุขภาพจิตและลดภาวะซึมเศร้า¹⁶ จากผลวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลงได้ โดยผ่านกระบวนการการจัดกิจกรรมในโปรแกรมส่งผลให้ผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง เกิดความเข้าใจภาวะซึมเศร้า และแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ข้อเสนอนะ คำแนะนำการปฏิบัติตัวผ่านการสื่อสารในกลุ่ม เกิดความพึงพอใจ มีความสุข สนุกสนานเพลิดเพลิน มองเห็นคุณค่าของตนเองและความหมายในชีวิตร่วมกับการสร้างอารมณ์เชิงบวก ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ที่พบว่าการการมีอารมณ์เชิงบวก พึงพอใจในการมีส่วนร่วม การมีสัมพันธภาพที่ดี ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มระดับความพึงพอใจในชีวิต¹⁶ จากผลวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุช่วยให้สมาชิกลดภาวะซึมเศร้าจากการวิเคราะห์ตามตารางที่ 1 พบว่ามีการวัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ทำให้สมาชิกทราบผลของการเข้าร่วมกิจกรรม การออกกำลังกาย ทำให้เกิดอารมณ์เชิงบวกส่งผลให้อารมณ์เชิงลบลดน้อย จึงแสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าลดลงกว่าก่อนการทดลอง¹⁶

สมมติฐานข้อที่ 2 จากผลดังกล่าวแสดงว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต ที่มาจากแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก ที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์เชิงบวก และสร้างอารมณ์เชิงบวกนั้นส่งผลให้ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึง อารมณ์เชิงบวก เมื่อผู้สูงอายุ มีความรู้สึกวิตกกังวล เหนง เศร้า ท้อแท้ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงอารมณ์เชิงบวก ด้วยความสามารถในการทำจิตความสุข ความพึงพอใจ²⁰ และจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยการส่งเสริมการสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมในกิจกรรม เช่น ความเป็นผู้นำ และผู้ตามที่ดี การแลกเปลี่ยนความคิด การเข้าร่วมกิจกรรมเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน มีความเพลิดเพลิน มีประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ และเมื่อผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมแล้ว จะส่งผลให้สัมพันธภาพของผู้สูงอายุ กับบุคคลรอบข้างนั้นดีไปด้วย ทำให้ผู้สูงอายุนั้นยอมเปิดใจ ในการเรียนรู้สิ่งต่างๆ จากบุคคลอื่น และยังทำให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นๆ และยังช่วย

ให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวนั้นราบรื่นอีกด้วย และเมื่อสัมพันธ์ในครอบครัวราบรื่นแล้วส่งผลให้ผู้สูงอายุ ได้รับการยอมรับจากสังคมและคนในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าได้รับความเคารพนับถือ ช่วยให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย และเมื่อผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและตระหนักในความสามารถของตนเองทำให้รู้สึกว่าการมีชีวิตอยู่ของตนเองมีประโยชน์ ช่วยให้การวางแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุบรรลุไปถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ นำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้า¹⁶ ซึ่งจากการประเมินผลการทดลองพบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตกลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 5.23, SD = 1.67$) มากกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 1.86, SD = 2.14$) ซึ่งหมายถึง ภายหลังจากทดลองทันทีในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงผลต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองในช่วงระยะเวลาเดียวกันที่น้อยกว่ากลุ่มทดลอง ถึงแม้ว่าในช่วงการทดลองจะมีโรคระบาดโควิด-19 อันเป็นปัจจัยกระตุ้นภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และในช่วงเวลาดังกล่าว ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบในหลายเรื่องเช่นการดูแลตนเอง เช่น การตัดผม การออกกำลังกาย การซื้อข้าวของเครื่องใช้ จำยตลาด การเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ การเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีเจ็บป่วย¹⁸ ผลกระทบที่เกิดขึ้นในความรู้สึกนึกคิดของตนเอง เช่น ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกถึงความเสี่ยงและความปลอดภัยในการดำรงชีวิต¹⁹ และเนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มคนที่มีความเปราะบางทางด้านร่างกาย คือมีโรคเรื้อรังมาก ภูมิคุ้มกันต่ำ เสี่ยงติดเชื้อง่าย และด้านจิตใจ ที่มีความเครียด วิตกกังวลง่าย²⁰ ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าในชุมชน แต่ได้รับการดูแลตามปกติ อันได้แก่ การดูแลและบริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น การตรวจเยี่ยมบ้าน การคัดกรองภาวะซึมเศร้า การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน เป็นต้น กิจกรรมดังกล่าวอาจไม่เพียงพอเพื่อที่จะทำให้อารมณ์ซึมเศร้าเปลี่ยนแปลง และได้รับผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19 ด้วย จึงสะท้อนภาวะซึมเศร้าที่สูงมากขึ้นด้วยจึงส่งผลให้กลุ่มควบคุมหลังการทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้า สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 20.70, SD = 3.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.41, p < .001$) ส่วนกลุ่มทดลองหลังการทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต มีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงก่อนการทดลอง ($M = 14.90, SD = 2.59$)

ตามตารางที่ 2 และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ($M = 14.90$, $SD = 2.59$) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 20.70$, $SD = 3.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.41$, $p < .001$) ดังตารางที่ 3 ผลลัพธ์ของการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ พัฒนาการมองเชิงบวก ทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงการพัฒนาร่างกายให้มีอารมณ์เชิงบวก โดยการส่งเสริมสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมในกิจกรรม เช่น ความเป็นผู้นำ และผู้ตามที่ดี การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การเข้าร่วมกิจกรรมที่รวมความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน มีประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง เกิดจากการได้รับการยอมรับจากผู้อื่น และการเคารพตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย และบรรลุผลตามที่วางแผนไว้ ซึ่งนำไปสู่การลดภาวะซึมเศร้า¹⁸ ดังนั้นสรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมภาวะซึมเศร้ามีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วยการส่งเสริมให้มี อารมณ์ ความรู้สึกในเชิงบวกเพิ่มมากขึ้น รู้จักมองโลกในแง่ดี มีความสัมพันธ์ที่ดี เกิดการพึงพอใจในการมีส่วนร่วม จนทำให้รู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองมีความหมาย มีคุณค่า ยอมรับการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและจิตใจตามวัยด้วยสภาพความเป็นที่ เกิดขึ้นด้วยความเข้าใจ ตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตด้วยสุขภาพจิตที่ดี และเข้าใจถึงการจัดการความรู้สึกเชิงลบ จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1. สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชนไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อเพิ่มศักยภาพในการลดภาวะซึมเศร้า
2. สนับสนุนให้บุคลากรทางการพยาบาลสามารถฝึกทักษะการทำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตไปดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และเพิ่มกิจกรรมที่ส่งเสริมจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ เป็นการดำเนินชีวิตที่ดีมีความสุขที่สมบูรณ์

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามผลภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต ต่อภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชนในระยะ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน เพื่อประเมินผลลัพธ์

ของโปรแกรมในการลดภาวะซึมเศร้าในระยะยาว

2. นำแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกพัฒนานวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต ในบุคคลวัยต่างๆ เพื่อการมีชีวิตที่พัฒนา อย่างมีเป้าหมายที่นำไปสู่ความสุขที่สมบูรณ์

References

1. Department of Mental Health. Prevention of mental disorders: effective measures and policy options. Chiang Mai: Systematic Innovation Development Program for Mental Health Promotion. 2017. (in Thai).
2. Yodkul SP. Predictive Factors of Depression Among Older People with Chronic Disease in Buriram Hospital. Journal of nurses' association of Thailand, North- eastern division. 2012;30;3: 50-56. (in Thai).
3. Thanin K. Somphon R. Darawan T. Daruneepoo K. Somchit L. Phra Sri Maha Pho Hospital and others. 2011. Clinical practice guideline for medical therapy. Mental societies of depressed patients for psychiatric nurses in tertiary care settings. Ubon Ratchathani: Phra Sri Maha Pho Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health.
4. Saifon. E. Roojak Doolae Khaojai PhawaSuemsao, Bangkok. 2012. (in Thai).
5. Soonthornchaiya Rangsiman. Reminiscence therapy: psychosocial therapy in patients. Elderly depression. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2017;25(2), 1-11. (in Thai).
6. Wiramon. K. Communication with the elderly with depression. Journal of the Nursing Council, 30 (3), 5-14. Statistics of mental health patients in Thailand. 2017. (in Thai).
7. Luebunthawatchai O. Mental Health and Psychiatric Nursing. (4th edition). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (2011). (in Thai).

8. Department of Mental Health. Guidelines on social and psychological care of the elderly to prevent mental health problems. Nonthaburi: Agricultural Cooperative Federation of Thailand. 2015. (in Thai).
9. Buddhometta M. Selected Factors Associated with Depression in Elderly People with Depression. Depression in the central region. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing , 2016;30 (2), 69-82. (in Thai).
10. Ortega, A. R., Chamorro, A., & Mar la Colmenero, J. E. (2013) A program of positive intervention in the elderly: memories, gratitude and forgiveness Encarnaci on Ram irez.
11. NaAyudhaya S. Qigong and Depression in the Elderly, Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat Universit. 2016;1(1), 30-38 (in Thai).
12. Rachabut. A Study of Mental Health Promotion and Social Depression Prevention Program. and culture in the elderly. Journal of KKU Academic Affairs, .2017;20(40),115-125. (in Thai).
13. Ananpatiwet SD. The effectiveness of a modified positive psychology-based program on happiness and negative emotion in parents of children with autism spectrum disorder. The journal of psychiatric nursing and mental health.2017;31(3),30-44 (in Thai).
14. Ho, H. C. Y., Yeung, D. Y., & Kwok, S. Y. C. L. (2014). Development and evaluation of the positive psychology intervention for older adults. Journal of Positive Psychology, 9(3), 187–197.
15. Chaleoykitti, S. Onsri, P. Journal of The Royal Thai Army Nurses with The Way of Quality Development of Thai Journal in The Past to The Present. Journal Royal Thai Army Nurses, 2022
16. Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. American Psychologist, 61(8), 774–788.
17. Najeon J. Brain and Emotions: The Miracle of Connectivity. Ratchaphruek Journal, 2015; 13 (3), 9-19 (in Thai).
18. Chaves, C., Lopez-Gomez, I., Hervas, G., & Vazquez, C. (2017). A comparative study on the efficacy of a positive psychology intervention and a cognitive behavioral therapy for clinical depression. Cognitive Therapy and Research, 41(3), 417–433.
19. Watcharagup Y. and Jisuchon S. The impact of COVID-19. to the elderly. 2020
20. Nakhaai W. The process of participating in the prevention of COVID-19. Case study of the elderly Nong Tako Community Power. Journal of Humanities and Social Sciences, Thonburi University, 2020;14(3), 21-30. (in Thai).
21. Department of Mental Health. Risks and impacts on the elderly during Covid-19 2021