ผลของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

The Effect of Caregiver Coaching Program for Social Support on Psychological Well-Being Among Elderly with Depression

อินทุอร ก้านกิ่ง

Intu-on Kanking

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing
Prince of Songkla University

2566

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ผลของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

The Effect of Caregiver Coaching Program for Social Support on Psychological Well-Being Among Elderly with Depression

อินทุอร ก้านกิ่ง

Intu-on Kanking

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing Prince of Songkla University

2566

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ผู้เขียน นางสาวอินทุอร ก้านกิ่ง

สาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

(ดร. วีณา คันฉ้อง)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

(ผู้ช่วยศาตราจารย์ ดร. อรวรรณ หนูแก้ว)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. ปิยะนุช จิตตนูนท์)

.....กรรมการ

(ดร. วีณา คันฉ้อง)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรวรรณ หนูแก้ว)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สายฝน เอกวรางกูร)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เถกิง วงศ์ศิริโชติ)

รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ .....
(ดร.วีณา คันฉ้อง)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลงชื่อ .....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรวรรณ หนูแก้ว)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ลงชื่อ .....
(นางสาวอินทุอร ก้านกิ่ง)
นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ .....
(นางสาวอินทุอร ก้านกิ่ง)
นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
ผู้เขียน นางสาวอินทุอร ก้านกิ่ง
สาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
ปีการศึกษา 2565

บทคัดย่อ

วิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง 44 คน เป็นผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (n=22) ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มควบคุม (n=22) ไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ควบคุมปัจจัยกวนโดยการจับคู่ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการโค้ชผู้ดูแล ซึ่งสร้างขึ้นจากทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ กระบวนการโค้ชของโทร์ปและคลิฟฟอร์ต และทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์ป ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม จัดกิจกรรมครั้งละ 1 กิจกรรม ใช้เวลาแต่ละกิจกรรม 45-90 นาที ระยะดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ3) แบบสอบถามความผาสุกทางใจ เครื่องมือ 1 และ 2 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน สำหรับแบบสอบถามความผาสุกทางใจ ได้ตรวจสอบความเที่ยงค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test และสถิติ Mann-Whitney U Test

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการโค้ชผู้ดูแล มีค่าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.028$, $p < .001$) และคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีค่าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.283$, $p < .05$)

ดังนั้น โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม สามารถเพิ่มสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ และควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

Thesis Title The Effe-ct of Caregiver Coaching Program for Social Support on Psychological Well-Being Among Elderly with Depression
Author Miss Intu-on Kanking
Major Program Psychiatric and Mental Health Nursing
Academic Year 2022

ABSTRACT

This quasi-experimental, two-group pretest-posttest research aimed to examine the effect of caregiver coaching program for social support on psychological well-being among elderly with depression. Participants comprised 44 community dwelling elderly aged 60 years or over, who had mild or moderate depression. They were assigned to the experimental or control group, twenty-two in each group. The experimental group received the program, whereas the control group did not. Confounding factors were controlled by matching depression and activity daily living (ADL). The research instruments consisted of 1) the caregiver coaching program for social support developed from (a) the conceptual framework of social support of House, (b) the coaching process of Thorpe and Clifford, (c) the experiential learning of Kolb and (d) literature reviews, five sessions were provided over 4 weeks with each session lasting 45-90 minutes. 2) the demographic data questionnaire; and 3) the Psychological Well-Being questionnaire. Content validity of the instrument parts 1 and 2 was verified by three experts. The reliability of the Psychological Well-Being questionnaire was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .87. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon Signed-Ranks test and Mann-Whitney U test.

The results revealed that the score of the psychological well-being of elderly with depression after participating in the caregiver coaching for social support program were statically significantly higher than that before participating in the program ($Z = -4.028$, $p < .001$). In addition, the scores of psychological well-being of elderly with depression after the program was statistically significantly more higher than that of participants who did not received the program ($Z = -2.283$, $p < .05$).

Thus, the caregiver coaching program for social support for elderly with depression could improve psychological well-being of elderly with depression. Therefore, it could be applied in the program for implementation among elderly with depression in the community.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ดร.วีณา คันฉ้อง และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ หนูแก้ว ที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่ายิ่งเพื่อให้คำปรึกษา เสนอแนะแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและทราบซึ้งใจในความกรุณาและความเมตตาที่ได้รับเป็นอย่างสูง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อการปรับปรุงใช้ในการวิจัย และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์เพื่อการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์มากที่สุด

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ที่ได้มอบทุนการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษา และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านทั้งสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ในระหว่างการศึกษา

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยวิจัยเป็นอย่างสูงที่คอยให้การช่วยเหลือในทุก ๆเรื่อง ตลอดการทำวิจัยในครั้งนี้ และขอกราบขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลที่ทำให้การวิจัยในครั้งนี้มีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อสังคม

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่งานบัณฑิต เจ้าหน้าที่ฝ่ายจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รุ่นพี่ รุ่นน้อง และเพื่อนนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่านสำหรับการช่วยเหลือ กำลังใจและความเป็นกัลยาณมิตรที่ดีเสมอมา

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณพ่อ แม่ และครอบครัวที่เป็นพลังและกำลังใจอันยิ่งใหญ่คอยให้ความช่วยเหลือในทุก ๆ เรื่อง จนเป็นแรงผลักดันให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี คุณประโยชน์จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และผู้ที่เกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ทุกท่าน

อินทุอร ก้านกิ่ง

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ..... (5)
ABSTRACT..... (6)
กิตติกรรมประกาศ..... (7)
สารบัญ..... (8)
รายการตาราง..... (10)
รายการภาพประกอบ..... (12)
บทที่ 1 บทนำ..... 1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... 5
คำถามการวิจัย..... 5
กรอบแนวคิดการวิจัย..... 5
สมมติฐานการวิจัย..... 9
นิยามศัพท์..... 9
ขอบเขตของการวิจัย..... 9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 10
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง..... 11
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ..... 12
ความหมายของภาวะซึมเศร้า..... 12
สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ..... 12
อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ..... 14
การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า..... 14
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า..... 16
แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิต..... 18
ความหมายของสุขภาวะทางจิต..... 18
องค์ประกอบของสุขภาวะทางจิต..... 19
ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ..... 20
เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสุขภาวะทางจิต..... 22
แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม..... 23
ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม..... 23
ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม..... 24
การให้การสนับสนุนทางสังคมโดยครอบครัวหรือผู้ดูแล..... 25
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ-ซึมเศร้า..... 26

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

กระบวนการโค้ช..... 27
ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์ป..... 28
โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า..... 29
โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า..... 31
สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 32
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... 34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 34
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 36
การตรวจสอบเครื่องมือ..... 38
การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 39
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง..... 43
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 43
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล..... 45
ผลการวิจัย..... 45
อภิปรายผลการวิจัย..... 55
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ..... 60
สรุปผลการวิจัย..... 60
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย..... 61
วิเคราะห์ข้อมูล..... 61
ผลการศึกษา..... 61
ข้อจำกัดการวิจัย..... 61
ข้อเสนอแนะ..... 62
เอกสารอ้างอิง..... 63
ภาคผนวก..... 70
ก (1) เครื่องมือในการวิจัย..... 93
ก (2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล..... 120
ข การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง..... 129
ค ตารางผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น..... 141
ง เอกสารรับรองโครงการวิจัย..... 144
จ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ..... 145
ประวัติผู้เขียน..... 146

รายการตาราง

ตาราง **หน้า**

1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติด้วยสถิติไคสแควร์และ t-test จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (N=44)..... 46
2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมด้วยสถิติไคสแควร์และ t-test จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (N=44)..... 49
3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนสุขภาวะทางจิตของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (n=22)..... 51
4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติ Wilcoxan Signed-Ranks Test (n=22)..... 52
5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติ Wilcoxan Signed-Ranks Test (n=22)..... 53
6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test (n=22)..... 54
7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมหลังสิ้นสุดโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test (n=22)..... 55
8 แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนสุขภาวะทางของกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมก่อนเริ่มโปรแกรม (n=22)..... 141
9 แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนสุขภาวะทางจิตของกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม (n=22)..... 141
10 แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนสุขภาวะทางจิตของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมก่อนเริ่มโปรแกรม (n=22)..... 142

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง **หน้า**

11 แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนสุขภาวะทางจิตของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม (n=22)..... 142
12 แสดงข้อมูลคะแนนสุขภาวะทางจิตของกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (n=22)..... 143
13 แสดงข้อมูลคะแนนสุขภาวะทางจิตของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n=22)..... 143

รายการภาพประกอบ

ภาพ **หน้า**

1 กรอบแนวคิดโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม..... 8
2 สรุปขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม..... 42

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความแปรปรวนของอารมณ์ ที่แสดงออกทางด้านความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นได้ทั้งในบุคคลทั่วไปและผู้ที่มีปัญหาโรคเรื้อรังต่าง ๆ (นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ์, 2559; สายฝน เอกวรางกูร, 2554; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) จากการศึกษาในประเทศไทยพบผู้สูงอายุที่มีอาการของภาวะซึมเศร้ารุนแรงถึงขั้นเป็นโรคซึมเศร้าประมาณร้อยละ 6 (ณหทัย วงศ์ปการันย์ และคณะ, 2559) และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูงร้อยละ 20.4 (ประสบสุข ศรีแสนปาง, 2561) จากสถิติดังกล่าวทำให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะในวัยสูงอายุและเมื่อบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มของอาการที่รุนแรงขึ้นก็มีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้มีการศึกษาในโรงพยาบาล 4 แห่งที่มีแผนกจิตเวช พบผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 23 สอดคล้องกับผลการศึกษาความชุกของโรคจิตเวชในผู้ป่วยสูงอายุคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุดในผู้สูงอายุคือ ร้อยละ 14.5 และโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความชุกสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 10.1 และในบุคคลที่เคยเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อนจะมีโอกาสฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 13.1 (สุวิทย์ เจริญศักดิ์ และคณะ, 2561)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนับเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญของระบบสาธารณสุขไทย เพราะเมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าจะทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อร่างกายและจิตใจ รวมทั้งงบประมาณในการรักษาพยาบาลและฟื้นฟู (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557) จากการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบเมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่า ภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้สูงอายุบกพร่องในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง เช่น ไม่สนใจดูแลสุขอนามัยของตนเอง แบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง ไม่สนใจทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยสนใจ พูดน้อยลง ชอบปลีกตัวอยู่คนเดียว มีปฏิสัมพันธ์กับคนในบ้านหรือคนอื่น ๆ น้อยลง (ณหทัย วงศ์ปการันย์ และคณะ, 2559) เมื่อภาวะซึมเศร้าไม่ถูกจัดการอย่างเหมาะสมก็ส่งผลให้เกิดความรุนแรงมากขึ้นและเป็นโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจะยิ่งทำให้เกิดการเสื่อมลงของสุขภาพ การเสื่อมลงของความคิดและความสามารถทางสังคม ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดทุพพลภาพ ซึ่งทั้งหมดนี้จะยิ่งส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและเสียชีวิตในที่สุด (Blazer, 2003) และยังพบว่าภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตอื่น ๆ มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตโดยไม่มีภาวะซึมเศร้าร่วม (สินเงิน สุขสมปอง และคณะ, 2559) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีการรับรู้ทางด้านอารมณ์ที่ผิดปกติไปจากเดิม มีความคิดและอารมณ์ในทางลบเห็นคุณค่าของตนเองลดลง รู้สึกตัวเองไร้ค่า รู้สึกผิด ไม่สามารถยอมรับ และปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ (วิรมณ กาสีวงศ์, และสุประวีณ์ คงธนชโยพิทย์, 2558) ซึ่งลักษณะของการรับรู้ในทางลบดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการมีสุขภาวะทางจิตที่ต่ำของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะทางจิตที่ดีจะแสดงถึงการรับรู้ความรู้สึกของตนเองในทางบวก แต่ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะรับรู้และรู้สึกในทางลบกับตนเอง ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีแนวโน้มมีสุขภาวะทางจิตที่

ต่ำลงด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของถิรนันท์ ผิวผา และคณะ (2561) พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้และเห็นคุณค่าในตนเอง เข้าใจตนเอง ยอมรับตนเองและผู้อื่นจะสามารถจัดการความเครียดและลดอาการซึมเศร้าได้

ความรู้สึกสูญเสียความสามารถทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ตามวัยและจากการเกษียณจากหน้าที่การทำงาน และการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดที่พึ่งพิง ช่วยเหลือ สิ้นหวัง รู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ เกิดอารมณ์เศร้า หดหู่ ว้าเหว่ โดดเดี่ยวได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2556) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการเสื่อมลงของร่างกายผู้สูงอายุแม้ว่าจะเป็นความเสื่อมตามวัย แต่เมื่อร่างกายยิ่งเสื่อมลงก็จะยิ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งทางกายและทางจิต (จีราพร ทองดี และคณะ, 2555) อีกทั้งภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุอาจมีสาเหตุจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง เนื่องจากซีโรโทนิน (serotonin) นอร์เอพิเนฟริน (norepinephine) และโดปามีน (dopamine) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของสมองในส่วนของการควบคุมอารมณ์ เมื่อสารสื่อประสาทดังกล่าวลดลงจนเสียสมดุลก็จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ อีกทั้งหากเซลล์รับสารสื่อประสาทในสมองทำงานผิดปกติก็ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้เช่นกัน (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557; สายฝน เอกวรางกูร, 2554; Evans, 2005) รวมทั้งหากผู้สูงอายุเกิดความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ ระดับโกรทฮอร์โมนลดลง ระดับคอติซอลสูงขึ้นก็ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน (นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ์, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า กิจกรรมที่ช่วยลดหรือป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้นั้นมีหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ งานฝีมือ งานศิลปะ งานบ้าน การเลี้ยงสัตว์ เกมและกิจกรรมทางสังคม กิจกรรมส่งเสริมความรู้ จินตภาพบำบัด การออกกำลังกาย และกิจกรรมดนตรี (ณหทัย วงศ์ปการันย์ และคณะ, 2559) สอดคล้องกับผลการศึกษาผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่าการได้รับโปรแกรมดนตรีบำบัดทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลง (กาญจนา พิบูลย์ และคณะ, 2552) นอกจากการบำบัดด้วยกิจกรรมแล้ว การบำบัดด้วยยาร่วมกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมก็ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลงได้เช่นกัน ดังผลการศึกษาที่พบว่า การเสริมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาด้วยยาต้านเศร้าฟูออกซีทีนทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการดีขึ้น (Narong & Annop, 2010) นอกจากวิธีการบำบัดข้างต้นแล้วการเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุเกิดความหวังก็สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน จากผลการศึกษา ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ พบว่า การได้รับโปรแกรมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีผลทำให้อาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าลดลง (ปวีณา นพโสตร และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2558) จากการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการข้างต้น เมื่อพิจารณาถึงบทบาทพยาบาลจะเห็นว่า บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นสามารถทำได้ทั้งบทบาทอิสระและกึ่งอิสระ ได้แก่ การทำจิตบำบัด การทำสิ่งแวดล้อมบำบัด การทำครอบครัวบำบัด การบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า และการบำบัดรักษาด้วยยา ซึ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละรายนั้นอาจจะต้องใช้หลากหลายวิธีในการให้การบำบัดรักษาร่วมกันขึ้นอยู่กับอาการ ความรุนแรงของโรคและปัญหาเฉพาะรายบุคคล (พจนา เปลี่ยนเกิด, 2557)

สุขภาวะทางจิต คือ ลักษณะของจิตทางบวก (positive psychological functioning) เป็นการรับรู้ต่อความรู้สึกของตนเองในทางบวก เป็นความรู้สึกที่แสดงถึงความสุขความพึงพอใจต่อชีวิต เกิดขึ้นได้ทั้งทางบวกและทางลบจะแสดงความพึงพอใจต่อชีวิตออกมาเป็นพฤติกรรมและการปรับตัว หากบุคคลมีสุขภาวะทางจิตสูงมีความพึงพอใจในชีวิตในทางบวกก็จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมในทางที่ดีมีความสมดุลทางอารมณ์ (Graney, 1975; Lawton,1983; Ryff, 1989) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการรับรู้ทางด้านอารมณ์ที่ผิดปกติไปจากเดิม ส่วนใหญ่จะรู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิด อยากตาย มีผลกระทบต่อหน้าที่การงานและการเข้าสังคมทั่วไป (วิรมณ กาสีวงศ์ และสุประวีณ์ คงธนชโยพิทย์,2558) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าสุขภาวะทางจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมองโลกในแง่ดี (ปนัดดา มหิทธานุภาพ และบัวทอง สว่างโสภากุล, 2555)

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุมีหลากหลายปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ ความเพียงพอของรายได้ การเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัคร การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเห็นคุณค่าในตนเอง การมองโลกในแง่ดี พลังสุขภาพจิต ความพึงพอใจในชีวิต ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง ความยึดมั่นและปฏิบัติตามหลักศาสนา การได้เข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการและการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนจากสังคม ปัจจัยดังกล่าวล้วนสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุทั้งสิ้น (กนกวรรณ กาญจนนิกร และคณะ, 2561; ยุพา ทองสุข และคณะ, 2562; ปิยะกมล วิจิตรศิริ และบัวทอง สว่างโสภากุล, 2555; วรัตถ์นันท์ ชุษณะโชติ และคณะ, 2561; ปรียาวรรณ สุดจำนงค์, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ และผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยที่ดีเกิดสุขภาวะทางจิตในการดำเนินชีวิต (ยุวดี แตรประสิทธิ์, 2556) ซึ่งจะเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลช่วยลดความเครียดและปัญหาทางจิตรวมทั้งส่งผลในด้านบวกต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุอีกด้วย เป็นไปตามทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) ที่กล่าวไว้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาวะทางจิตของบุคคล โดยมีผลทางตรงต่อสุขภาวะทางจิต และมีผลทางอ้อมในบุคคลที่เผชิญกับความเครียด คือ การสนับสนุนทางสังคมจะทำหน้าที่เปรียบเสมือนตัวต้านทาน (buffer) ผลกระทบที่เกิดจากความเครียดนั้นให้มีความรุนแรงน้อยลงซึ่งเป็นการส่งผลทางอ้อมต่อสุขภาวะทางจิต

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่จะช่วยให้บุคคลที่ได้รับเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียดผ่อนคลายจากความเจ็บป่วยทางกายและทางจิต ซึ่งจะยิ่งทำให้บุคคลเกิดความไว้วางใจ ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ มีคนคอยรับฟัง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (ขนิษฐา หะยีมะแซ, 2556) จากการทบทวนวรรณกรรมพบผลการศึกษายืนยันว่า ภาวะซึมเศร้าจะยิ่งมีความรุนแรงขึ้นเมื่อบุคคลนั้นขาดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับความเครียด สามารถจัดการปัญหาได้ มีความมั่นคงทางอารมณ์ รับรู้ถึงคุณค่าของตนเองและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม (ภูริพงษ์ เจริญแพทย์ และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์., 2559) สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าลดลง (มุจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559) และมีผลการศึกษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิต โดยการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิต

สูงกว่าด้านอื่น ๆ (ปิยะกมล วิจิตรศิริ และบัวทอง สว่างโสภากุล, 2555) นอกจากนี้ยังพบผลการศึกษาอีกว่า ครอบครัว และเพื่อน มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุเช่นกัน (Thanakwang, 2008) หากผู้สูงอายุไม่มีสุขภาวะทางจิตจะยิ่งส่งผลให้มีปัญหาด้านการปรับตัว โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา ผู้สูงอายุจะไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดเป็นความทุกข์ ความเครียด และอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าต่อไป (Ryff & Keyes, 1995) มีผลการศึกษายืนยันว่า พลังสุขภาพจิตสามารถทำนายสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุได้ (วรัตถ์นันท์ ชุษณะโชติ และคณะ, 2561) แสดงให้เห็นว่าสุขภาพจิตมีผลต่อสุขภาวะทางจิตในชีวิตของผู้สูงอายุ และนอกจากนี้ยังพบผลการศึกษาอีกว่า การที่ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมร่วมกับชุมชนจะช่วยเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตได้เช่นกัน (Ryff & Singer, 2006) การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นพลังที่ดีในการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถก้าวผ่านการเปลี่ยนแปลงและวิกฤติในชีวิต ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้มากขึ้นจะยิ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ยุวดี แตรประสิทธิ์, 2556) การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อบุคคลด้วย (Norbeck, 1985) ทำให้บุคคลรู้สึกมีกำลังใจ รู้สึกได้รับความรักความใส่ใจ ได้รับการยกย่องนับถือและรู้สึกมีคุณค่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Cobb, 1976) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ได้รับการยอมรับนับถือจากสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันได้และเกิดความสามัคคี นำสู่ความสงบสุขและจิตใจเบิกบานทำให้ผู้สูงอายุเกิดสุขภาวะทางจิต (ฤดีมาศ พุทธมาตย์, 2563)

ครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าให้ได้รับ การสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุม เนื่องจากในบริบทของสังคมไทยโดยเฉพาะในสังคมชนบท ผู้สูงอายุอยู่อาศัยกับครอบครัวของบุตรหลาน (รัถยานภิศ พละศึก และเบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, 2560) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีความต้องการการดูแลเนื่องจากการรับรู้และการดูแลตนเองอาจจะเสื่อมถอยลงตามวัย ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นบุตรหลานที่อยู่ในครอบครัวของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความผูกพันธ์ใกล้ชิด ใช้เวลาอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุยาวนานที่สุด รวมทั้งเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุไว้ใจ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่าการให้การสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในโรงพยาบาล (พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ และคณะ, 2560; ยุวดี แตรประสิทธิ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2558) และสถานสงเคราะห์ (ปวีณา ประกาทานัง และคณะ, 2560; รพีพรรณ สารสมัคร และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2560) และผู้ที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่โดยตรง(ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช และรัชนีกร อุปเสน, 2562; พรพิมล เพ็ชรบุรี และคณะ, 2560; พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ และคณะ, 2560; รพีพรรณ สารสมัคร และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2560) หรือการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในบางกิจกรรม (ภูริพงษ์ เจริญแพทย์ และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, 2559; ยุวดี แตรประสิทธิ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2558) ยังไม่ปรากฏมีโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมโดยใช้กระบวนการโค้ช (coaching process) ของโทร์ปและคลิฟฟอร์ต (Thorpe & Clifford, 2003) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์ป (Kolb, 2015) และแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotion support) 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information

support) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) เพื่อเพิ่มระดับสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม
2. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

คำถามการวิจัย

1. สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่ อย่างไร
2. สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมโดยใช้แนวคิดหลัก 3 แนวคิด คือ (1) แนวคิดกระบวนการโค้ช (coaching process) ของโทร์ปและคลิฟฟอร์ต (Thorpe & Clifford, 2003) (2) ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์ป (Kolb, 2015) และ (3) ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (บังอรศรี จินดาวงค์ และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2564; ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช และรัชนีกร อุปเสน, 2562; พรพิมล เพ็ชรบุรี และคณะ, 2560; พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ และคณะ, 2560; ภูริพงษ์ เจริญแพทย์ และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, 2559; ยุวดี แตรประสิทธิ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา , 2558; รพีพรรณ สารสมัคร และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2560) โดยการบูรณาการทั้ง 3 แนวคิดในการพัฒนาเนื้อหาและกิจกรรมของโปรแกรมมีรายละเอียดดังนี้

โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบขั้นตอนของกิจกรรมในโปรแกรมฯ โดยใช้ 6 กระบวนการโค้ชของโทร์ปและคลิฟฟอร์ต ซึ่งเป็นกระบวนการถ่ายทอดความรู้และทักษะจากผู้โค้ชสู่ผู้รับการโค้ช ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้เข้ารับการโค้ชเกิดการเรียนรู้ทักษะ และประสบการณ์ สำหรับการพัฒนาเนื้อหาและกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนของการโค้ช

ผู้วิจัยได้บูรณาการการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์ปและเนื้อหาสาระเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ จากแนวคิดของโคล์ป ซึ่งเชื่อว่าการเรียนรู้ของบุคคลที่เกิดจากการได้ปรับเปลี่ยนประสบการณ์จนเกิดเป็นแนวคิดที่เกิดจากความรู้ความเข้าใจของตนเองและนำสู่การปฏิบัติได้จริง ซึ่งประกอบ 1) ประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (Concrete experience) 2) การสังเกตแบบสะท้อนกลับ (Reflective observation) 3) แนวความคิดเชิงนามธรรม (Abstract conceptualization)

และ 4) การลองทำ (Active experimentation) ผู้วิจัยออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้โดยพิจารณาจากความสอดคล้องและเหมาะสมกับเป้าหมายของการโค้ชในแต่ละ 6 ขั้นตอนของกระบวนการโค้ชดังนี้

1. การชี้แจงเป้าหมายและความต้องการ (Clarifying coaching needs and goals)

ขั้นตอนนี้มีความสำคัญเพราะจะนำไปสู่การค้นหาเป้าหมายที่ตนเองต้องการจะพัฒนา ผู้ดูแลจำเป็นต้องรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและเห็นความสำคัญของการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า กิจกรรมในขั้นตอนนี้จึงออกแบบโดยเน้นการเรียนรู้แบบความคิดเชิงนามธรรม (abstract conceptualization) ร่วมกับประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (concrete experience) เน้นการเรียนรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดของเฮ้าส์ (House) และสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ใช้การบรรยายแบบมีส่วนร่วมโดยมีคู่มือ สถานการณ์ตัวอย่าง power point และ video เป็นสื่อเพื่อการเรียนรู้

2. ตกลงเกี่ยวกับความต้องการที่เฉพาะเจาะจงในการพัฒนา(Agreeing specific development needs) ในขั้นตอนนี้เน้นการเรียนรู้แบบการสังเกตสะท้อนกลับ (reflective observation) โดยการให้ผู้ดูแลได้สะท้อนคิดประสบการณ์เดิมในการดูแลสนับสนุนทางสังคมที่ผ่านมาและเปรียบเทียบกับการเรียนรู้เกิดขึ้นในขั้นตอนแรก เพื่อค้นหาความต้องการที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อผู้ดูแลนำไปวางแผนสำหรับพัฒนาการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ

3. จัดทำแผนโดยละเอียดสำหรับการโค้ช (Formulating a detailed plan for coaching) โดยเน้นกิจกรรมการเรียนรู้แบบประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (concrete experience) และประสบการณ์การลองทำ (active experimentation) เพื่อให้ผู้ดูแลได้วางแผนเพื่อลงมือปฏิบัติให้การสนับสนุนทางสังคมใน 4 ด้าน ที่สอดคล้องการความต้องการและผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้

4. ลงมือปฏิบัติ (Doing a task or activity) เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ประสบการณ์การลองทำ (active experimentation) ร่วมกับการสังเกตสะท้อนกลับ (reflective observation) โดยการลงมือปฏิบัติตามแผนการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ภายใต้การคอยดูแลช่วยเหลือของผู้วิจัย โดยแต่ละบุคคลก็จะมีกิจกรรมที่แตกต่างกันออกไปตามบริบทที่เฉพาะ

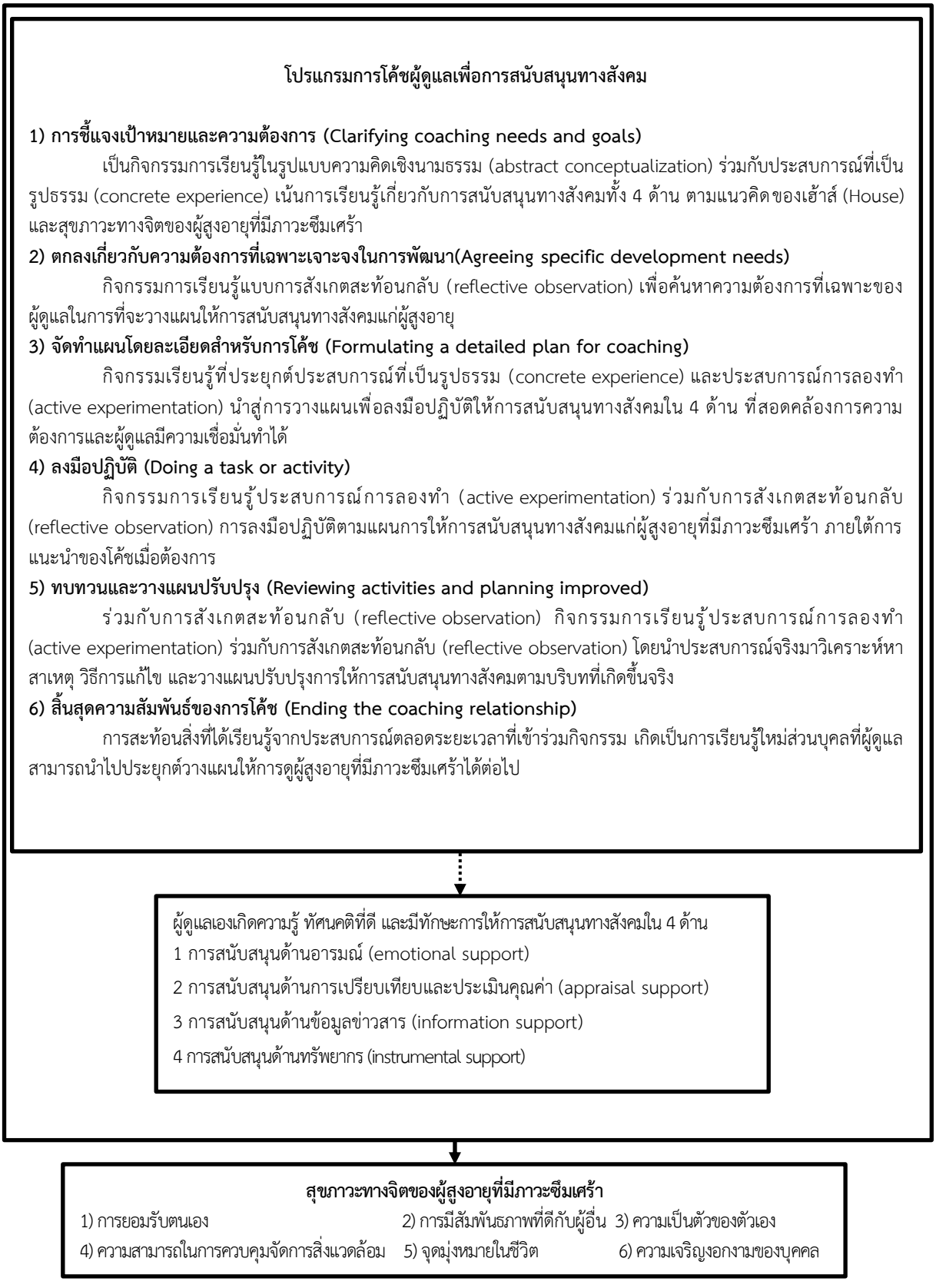
5. ทบทวนและวางแผนปรับปรุง (Reviewing activities and planning improved) กิจกรรมการเรียนรู้ประสบการณ์การลองทำ (active experimentation) ร่วมกับการสังเกตสะท้อนกลับ (reflective observation) โดยนำประสบการณ์จริงมาวิเคราะห์หาสาเหตุ วิธีการแก้ไข และวางแผนปรับปรุงการให้การสนับสนุนทางสังคมตามบริบทที่เกิดขึ้นจริง

6. สิ้นสุดความสัมพันธ์ของการโค้ช (Ending the coaching relationship) จัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลได้สะท้อนความรู้สึกและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมกิจกรรม เกิดเป็นการเรียนรู้ใหม่ส่วนบุคคลที่ผู้ดูแลสามารถนำไปประยุกต์วางแผนให้การดูผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ต่อไป

เมื่อผู้ดูแลได้รับการโค้ชเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลเองเกิดความรู้ ทัศนคติที่ดี และมีทักษะการให้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) เป็นการให้การช่วยเหลือสนับสนุนที่ครอบคลุมความต้องการของบุคคลอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) 2) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (appraisal support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) และ

4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อสุขภาพของบุคคล โดยตรงต่อสุขภาพและจัดการปัจจัยความเครียดที่มีผลต่อสุขภาพ (main effects) และยังสามารถมีผลในแง่การลดทอนความรุนแรงของปัจจัยความเครียด (buffering effects)

สุขภาวะทางจิต (psychological well being) เป็นคุณลักษณะทางจิตใจเชิงบวกซึ่งสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของบุคคล จากการพัฒนาด้านจิตสังคมและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมนุษย์ (Ryff,1989) การสนับสนุนด้านทรัพยากรต่าง ๆ การพูดคุยเอาใจใส่ ถามไถ่ความต้องการ การรับฟังด้วยความห่วงใยอย่างสม่ำเสมอ การให้การยอมรับ การพูดชมเชยต่อความสามารถตามศักยภาพของผู้สูงอายุ การช่วยสะท้อนให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักศักยภาพของตนเอง และการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในชีวิตประจำวัน จึงเป็นประสบการณ์ทางบวก การได้รับตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่ส่งผลทางบวกต่อสุขภาวะทางจิตนั่นเอง



ภาพ 1 กรอบแนวคิดโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานการวิจัย

1. สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม

นิยามศัพท์

โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ชุดรูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่จัดขึ้นเพื่อเพิ่มสุขภาวะทางจิตให้แก่ผู้อายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดกระบวนการโค้ช (coaching process) ของโทร์ปและคลิฟฟอร์ต (Thorpe & Clifford, 2003) และทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์ป (Kolb, 2015) มาใช้ในการโค้ชผู้ดูแลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้ ทัศนคติ และทักษะการสนับสนุนทางสังคมตามทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) และผู้ดูแลสามารถให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้จริง ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีสุขภาวะทางจิตที่สูงขึ้น โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมทั้งหมด 4 สัปดาห์ ใช้เวลากิจกรรมละ 45-90 นาที

สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ลักษณะทางความคิด ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีต่อตนเอง และแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรม ได้แก่ การยอมรับตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ความเป็นตัวของตัวเอง ความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม จุดมุ่งหมายในชีวิต และความเจริญงอกงามของบุคคล ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความผาสุกทางใจของ (ปิยะกมล วิจิตรศิริ, และบัวทอง สว่างโสภากุล., 2555) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งสิ้น 18 ข้อ ครอบคลุมแนวคิดสุขภาวะทางจิตทั้ง 6 ด้านตามแนวคิดของรีฟฟ์ (Ryff, 1989)

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบวัดสองกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest two-group design) เพื่อเปรียบเทียบระดับสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีผลการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale-TGDS) มีค่าคะแนนความเศร้าตั้งแต่ 13-24 คะแนน (เป็นผู้มีความเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง) และอาศัยในตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยทำการศึกษาในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงเดือนธันวาคม 2565

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน มีโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมต่อการเพิ่มสุขภาวะทางจิตผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

2. ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะในการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่อาศัยในชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น

3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้นจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแล ที่ผ่านการเรียนรู้และฝึกทักษะจากการเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

บทที่ 2
วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการทำวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
    1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
    1.2 สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้า
    1.3 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า
    1.4 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
    1.5 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า
2. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิต
    2.1 ความหมายของสุขภาวะทางจิต
    2.2 องค์ประกอบของสุขภาวะทางจิต
    2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ
    2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสุขภาวะทางจิต
3. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม
    3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม
    3.2 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม
    3.3 การให้การสนับสนุนทางสังคมโดยครอบครัวหรือผู้ดูแล
    3.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
4. กระบวนการโค้ช
5. ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์
6. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
7. โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม
8. สรุปการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุประกอบด้วย ความหมายของภาวะซึมเศร้า สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อาการและอาการแสดงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยมีรายละเอียดดังนี้

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

สายฝน เอกวรางกูร (2554) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่บุคคลแสดงออกทางองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม ซึ่งอาการที่บุคคลแสดงออกในแต่ละด้านนี้จะมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน อาการดังกล่าวอาจเกิดต่อเนื่องนานเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่และปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของบุคคลนั้นลดลง

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2556) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นกับบุคคลหลังจากบุคคลนั้นเกิดการสูญเสีย ทำให้เกิดความรู้สึกมืดมน หดหู่ เหนื่อยหน่าย อ่อนเพลีย ท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า จนอาจนำสู่การเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไปและลงมือทำร้ายตนเอง

นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ์ (2559) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าคือภาวะจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เซื่องซึม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวล มองโลกในแง่ลบ ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนทั้งคนปกติ ผู้ป่วยทางกาย และผู้ป่วยทางจิตเวช หากไม่ได้รับการรักษาจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด

สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นมี 2 ปัจจัยสาเหตุหลัก ได้แก่ ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยภายใน คือ ปัจจัยสาเหตุที่เกิดขึ้นภายในตัวของผู้สูงอายุเอง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 พันธุกรรม จากหลักฐานที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีประวัติทางพันธุกรรมของพ่อหรือแม่เป็นโรคซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้า และหลักฐานจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านทำให้เกิดข้อสรุปว่าปัจจัยทางพันธุกรรมทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่มีอายุน้อย (early onset) มากกว่าภาวะซึมเศร้าในช่วงท้าย (late onset) หรือในผู้สูงอายุนั้นเอง อย่างไรก็ตามมีหลักฐานจากการศึกษาซึ่งพบว่าการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพศชายเกี่ยวข้องกับยีนส์ A/A genotype of 5- HTR2A ซึ่งไม่ใช่ยีนส์ชนิดที่ส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้าในกลุ่มอายุน้อย (Fiske et al., 2009)

1.2 สุขภาพทางกาย ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคทางกายหรือโรคประจำตัวเป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังซึ่งครอบคลุมถึงระยะเวลาที่เป็นโรค ความรุนแรงของโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วม หากผู้สูงอายุไม่สามารถยอมรับและปรับตัวกับการเจ็บป่วยของโรคทางกายได้ก็จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ นำสู่การขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

(ช่อผกา สุทธิพงศ์ และศิริอร สินธุ, 2555) ความบกพร่องในการทำบทบาทหน้าที่ที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีผลต่อสภาพจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคทางกายเรื้อรังมักมีภาวะซึมเศร้าเป็นโรคร่วม (Park & Unützer, 2011) โรคทางกายเรื้อรังที่มีแนวโน้มสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้แก่ กลุ่มโรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติของหลอดเหลือด (vascular disease) กลุ่มโรคที่ทำให้เกิดกระบวนการอักเสบ (inflammation) และ มีการสะสมของสารอะไมลอยด์ (amyloid accumulation) เป็นต้น (Alexopoulos, 2019)

1.3 บุคลิกภาพส่วนบุคคล ในกระบวนการเกิดบุคลิกภาพส่วนบุคคลนั้นสิ่งสำคัญคือ ประสบการณ์และการตอบสนองที่ได้รับตั้งแต่วัยเด็ก ความรู้สึกที่ได้รับหรือไม่ได้รับการตอบสนองนั้น ๆ จะหล่อหลอมให้บุคคลค่อย ๆ เติบโตมามีบุคลิกภาพส่วนตัวที่แตกต่างกัน เช่น บุคคลที่เผชิญความผิดหวังซ้ำ ๆ จะเรียนรู้ว่าชีวิตหมดหนทาง เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะควบคุมสิ่งต่าง ๆ รอบตัวได้ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า สูญเสียความภาคภูมิใจในชีวิต เกิดความรู้สึกผิดและโทษตัวเองจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด (เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, 2559)

1.4 สารสื่อประสาทในสมองผิดปกติ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะพบการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง คือ ซีโรโทนิน (serotonin) และนอร์เอพิเนฟริน (norepinephine) ลดลง ซึ่งสารสื่อประสาทดังกล่าวจะทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของสมองในส่วนของการควบคุมอารมณ์ เมื่อสารสื่อประสาทดังกล่าวเสียสมดุลก็จะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ อีกทั้งความผิดปกติของเซลล์รับสารสื่อประสาทในสมอง หรือความบกพร่องร่วมกันของการทำงานของสมองก็ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้เช่นกัน (สายฝน เอกวรางกูร, 2554; Evans, D.L. et al., 2005)

2. ปัจจัยภายนอก

2.1 เกิดวิกฤติในชีวิต ในช่วงชีวิตของผู้บุคคลอาจมีโอกาสที่ต้องเผชิญกับวิกฤติของชีวิตที่แตกต่างกัน รวมทั้งในผู้สูงอายุเองการเกิดวิกฤติในช่วงวัยสูงอายุส่วนใหญ่จะต้องเผชิญในรูปแบบของการสูญเสีย เช่น สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียหน้าที่การงานโดยไม่ได้วางแผน การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคม การสูญเสียทรัพย์สินของมีค่า ย้ายที่อยู่ เจ็บป่วยทางกาย เป็นต้น ซึ่งการที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆเหล่านี้อย่างกะทันหัน ถือเป็นวิกฤติในชีวิตที่ต้องเผชิญ หากผู้สูงอายุไม่สามารถยอมรับและปรับตัวกับวิกฤติที่เกิดขึ้นได้ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวัง เกิดความทุกข์ ไม่สบายใจ รู้สึกไร้ค่า ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง และมองตนเองในด้านลบ จนเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นในที่สุด (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558; ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2553)

2.2 สิ่งแวดล้อมในการดำเนินชีวิต ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุนั้นจะต้องมีความสัมพันธ์กับสังคมสิ่งแวดล้อม ซึ่งสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เช่น เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม และการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554; Blazer & Hybels, 2005) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้เป็นปัจจัยปกป้องต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมก็จะช่วยทำให้ระดับความรุนแรงของปัจจัยเสี่ยงลดน้อยลง ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (มุจรินทร์ พุทธเมตตา, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2559)

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าจะแสดงออกผ่าน 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ (emotional) อารมณ์จัดเป็นอาการแสดงหลักที่สำคัญของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สีหน้าเศร้าเสียใจ หงุดหงิด หม่นหมอง เป็นทุกข์ เฉยชา เงียบขรึม ขาดชีวิตชีวา กังวล หดหู่ หงอยเหงา โกรธง่ายหรือมากกว่าปกติ และไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธได้ บางครั้งอาจเกิดความรู้สึกผิด และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เป็นต้น (สายฝน เอกวรางกูร, 2554; นริสา วงศ์พนารักษ์, และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557)

2. ด้านความคิด (cognitive) ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดด้านลบ มีความคิดวกวน คิดกังวล รวมทั้งลักษณะของความคิดจะเชื่องช้าลง ความจำแย่ลง สมาธิลดลง นำมาซึ่งความสามารถในการคิดและการตัดสินใจแย่ลง ซึ่งความคิดด้านลบนี้เกิดขึ้นมีโอกาสเกิดขึ้นได้ทั้งต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม เมื่ออาการรุนแรงขึ้นผู้สูงอายุอาจมีความคิดอยากตายหรือทำร้ายตนเองได้ (โสภิณ แสงอ่อน และคณะ, 2550; สายฝน เอกวรางกูร, 2554)

3. ด้านร่างกาย (physical) ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการแสดงทางกายที่เด่นชัด ได้แก่ ปวดศีรษะ แน่นท้อง ปวดเรื้อรัง ท้องอืด คลื่นไส้ หรือรุนแรงก็อาจจะนอนไม่หลับ ตื่นเร็ว บางครั้งอาจหลับมากจนเกินไป อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และท้องผูกหรือท้องเสีย เป็นต้น (เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, 2559; วิรมณ กาลีวงศ์, และสุประวีณ์ คงธนชโยพิทย์, 2558)

4. ด้านพฤติกรรม (behavioral) ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีพฤติกรรมแยกตัว ไม่อยากพบผู้คนหรือเข้าสังคม จะเห็นได้ชัดว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสังคมลดลง ไม่มีพลังในการดำเนินชีวิต ไม่มีเรี่ยวแรง ไม่มีชีวิตชีวาในการดำเนินชีวิต การดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น รับประทานอาหารมากหรือน้อยกว่าปกติ นอนมากกว่าปกติ หรือนอนหลับยาก หลับ ๆ ตื่น ๆ หรือเมื่อรู้สึกตัวแล้วไม่สามารถนอนหลับต่อได้ (โสภิณ แสงอ่อน และคณะ, 2550; โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุลบราชธานี, 2562)

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีหลากหลายรูปแบบ สามารถเลือกวิธีการดูแลบำบัดแบบใดแบบหนึ่งหรือประยุกต์ใช้วิธีการบำบัดหลายรูปแบบร่วมกันก็ได้ ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งวิธีการดูแลบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีดังนี้

1. การใช้ยา (Medication Therapy) เป็นวิธีการที่ใช้ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ซึ่งคุกคามต่อการดำเนินชีวิต ยาที่ใช้ได้แก่ ยาต้านอาการซึมเศร้า ยากลุ่มที่ออกฤทธิ์ที่
ซีโรโทนิน ยาลดความวิตกกังวล ยานอนหลับ และยาต้านโรคจิต เป็นต้น

2. การรักษาด้วยไฟฟ้าบำบัด (Electro Convulsive Therapy : ECT) เป็นวิธีการที่ใช้ในการบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับที่รุนแรง ใช้วิธีการบำบัดด้วยยาไม่ได้ผล มีความคิดฆ่าตัวตาย เป็นการรักษาโดยใช้ไฟฟ้ากระตุ้นทำให้เกิดการชักด้วยปริมาณไฟฟ้าที่ควบคุมไว้ในระดับที่เหมาะสม การรักษาด้วยไฟฟ้านี้จะต้องอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของทีมจิตแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางเท่านั้น

3. การรักษาทางจิตใจและสังคม (Psychosocial Approaches) เป็นวิธีการดูแลรักษาโดยเน้นให้ความสนใจทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเป็นหลัก อาจใช้วิธีนี้ร่วมกับการบำบัดในรูปแบบอื่นก็ได้ วิธีการรักษาทางจิตใจและสังคมนี้มีหลายรูปแบบ ดังนี้

3.1 การให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นวิธีการบำบัดรายบุคคล เน้นให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเพื่อเน้นหาที่มาของปัญหา หาวิธีแก้ปัญหา ความขัดแย้งภายในใจของบุคคลหรืออุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิต เป็นการบำบัดให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับและปรับตัวต่อปัญหาหรือสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่

3.2 การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นวิธีการที่ช่วยให้บุคคลมองเห็น รู้จัก และเข้าใจตนเองได้อย่างถูกต้องและชัดเจนตามสภาพความเป็นจริง เข้าใจสาเหตุของปัญหา และสามารถแก้ปัญหาผ่านกระบวนการคิด แยกแยะสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตให้เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสม นำไปสู่การให้ความหมายและคุณค่ากับชีวิตของตนเอง เกิดดุลยภาพทางสุขภาพ เกิดความสุข และความพึงพอใจจากการกระทำของตนเอง

3.3 การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นให้ผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนรูปแบบวิธีการและกระบวนการคิดที่จะนำสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นไปในแนวทางที่เหมาะสมและมีเหตุผล รวมทั้งการจัดการอาการซึมเศร้าที่ซับซ้อน การกำหนดกิจกรรม เทคนิคการคิดและพฤติกรรมที่ช่วยจัดการภาวะซึมเศร้า ฝึกทักษะการใช้เทคนิคต่าง ๆ รวมทั้งการมอบหมายการบ้านให้ทำ

3.4 การทบทวนชีวิตและการระลึกความหลัง (Life Review and Reminiscence) โดยการให้ผู้รับการบำบัดเล่าถึงชีวิตของตนเอง เรื่องราวในอดีตที่อยู่ในความทรงจำและประทับใจ เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ผู้รับการบำบัดเกิดความรู้สึกพึงพอใจและมีพลังในการดำเนินชีวิต

3.5 การใช้ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) เป็นวิธีการบำบัดที่เน้นสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม โดยมีพื้นฐานแนวคิดว่าผู้รับการบำบัดเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว
เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในสมาชิกของครอบครัวย่อมส่งผลกระทบถึงระบบทั้งหมดของครอบครัว อีกทั้งครอบครัวอาจเป็นสาเหตุของปัญหาภาวะซึมเศร้า ดังนั้นในระหว่างการบำบัดสมาชิกในครอบครัวจะมีโอกาสได้ร่วมกันหาสาเหตุ ได้ร่วมกันแสดงออกเรียนรู้อารมณ์และความคิดของแต่ละคน นำมาซึ่งการร่วมกันแก้ไขปัญหาหรือช่วยสร้างบรรยากาศที่ดีให้เกิดขึ้นในครอบครัว

3.6 การส่งเสริมความสามารถทางด้านสังคม (Social Treatment) เป็นวิธีการบำบัดเพื่อลดการแยกตัวของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายการคงไว้ซึ่งกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น กิจกรรมนันทนาการ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เข้าเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

3.7 การทำกลุ่มบำบัด (Group Therapy) เป็นการมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง อาศัยเทคนิคการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและบรรยากาศที่มั่นคงปลอดภัยความงอกงามความเข้าใจ และการประคับประคองจากกระบวนการกลุ่มในการบำบัด ลักษณะการบำบัด ประกอบด้วยการฝึกผ่อนคลายอย่างเป็นระบบ การปรับเปลี่ยนความคิด และการฝึกทักษะการแสดงออกที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจ อาศัยเทคนิคความเป็นปึกแผ่นหนึ่งเดียวของกลุ่ม จัดการกับความคิดทางลบเกี่ยวกับการบำบัดแบบกลุ่มและจัดการกับปฏิกิริยาทางลบที่สะท้อนจากสมาชิกกลุ่ม

3.8 การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด ซึ่งอาจหมายถึงคู่ชีวิต บุตรหลาน ผู้ดูแล เพื่อน ญาติสนิท หรือแม้กระทั่งบุคลากรทางการ บุคคลดังกล่าวเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมที่ค่อนข้างมีความ

ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ การที่จะสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นจะต้องอาศัยการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มคนดังกล่าวร่วมกันดูแลตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง เช่น การดูแลเอาใจใส่และให้ความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่จะมีอาการทางกาย เช่น นอนไม่หลับ ตื่นง่ายหลับต่อยาก ซึ่งส่วนใหญ่คนทั่วไปหรือสมาชิกในครอบครัวจะมองว่าเป็นอาการปกติจึงทำให้มองข้ามไปและทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม การจัดให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หรือจัดให้ผู้สูงอายุได้มีงานอดิเรกที่ตนเองสนใจเพื่อทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์ก็มีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่บทบาทของการประเมิน ดูแลรักษาและการบำบัด ดังนั้นทั้งครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์จึงมีส่วนสำคัญในการร่วมกันดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี หายจากภาวะซึมเศร้าหรือไม่เกิดความรุนแรงที่ส่งผลกระทบรุนแรงต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมากขึ้น (วิรมณ กาสีวงศ์, 2556; เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์., 2559)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า

การคัดกรองหรือประเมินภาวะซึมเศร้าถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการดูแลและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างถูกต้องและรวดเร็วตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินจะถูกแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. การประเมินโดยผู้รับการประเมิน (Self-report) หมายถึง เครื่องมือที่ให้ผู้รับการประเมินได้ประเมินอาการซึมเศร้าของตนเองตามการรับรู้และความรู้สึกตามข้อความที่กำหนด โดยทั่วไปแบบประเมินประเภทนี้จะครอบคลุมอาการและอาการแสดงทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านความคิด และด้านพฤติกรรม ซึ่งมีรายละเอียดของเครื่องมือ ดังนี้

1.1 Beck Depression Inventory (BDI) เป็นแบบประเมินที่ได้รับการยอมรับจากนักวิชาการอย่างแพร่หลายว่ามีประสิทธิภาพสูงในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับบุคคลทั่วไป แบบประเมินนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นครั้งแรกโดยเบกและคณะ (Beck et al.,1988) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวนทั้งสิ้น 21 ข้อ เป็นข้อความสำหรับบุคคลประเมินอาการของตนเองในช่วงเวลาที่กำหนด ใช้เวลาตอบแบบประเมินประมาณ 10 นาที ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 4 ระดับ ค่าคะแนนตั้งแต่ 0 (น้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์) ถึง 3 (5-7 วันต่อสัปดาห์) คะแนนรวมตั้งแต่ 0-63 แบ่งภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับ คือ 5-9 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า (normal) 10-18 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (mild to moderate depression) 19-29 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe depression) และ 30-63 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) แบบประเมินนี้มีค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistencies) อยู่ระหว่าง .73 ถึง .92 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ .86 มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) สำหรับบุคคลปกติและบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตเวชเท่ากับ .81 และ .86 ตามลำดับ

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Thai Brain Forum Thailand) เป็นแบบประเมินที่ใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ไปสู่ภาวะของจิตใจที่เศร้าซึม หม่นหมอง ไม่มีความสุข ซึ่งเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ลักษณะของมาตรวัดการ

ประเมินเป็นแบบ ถูก-ผิด (0 และ 1 คะแนน) จำนวน 30 ข้อ 0-12 คะแนน หมายความว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้า 13-18 คะแนน หมายความว่ามีความซึมเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน หมายความว่า มีความซึมเศร้าปานกลาง และ 25-30 คะแนน หมายความว่า มีความซึมเศร้ารุนแรง แบบประเมินนี้มีผลการทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.93

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS) ในการประเมินเพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมงานวิจัยเนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อการประเมินในผู้สูงอายุไทย เป็นแบบประเมินที่ผู้สูงอายุสามารถประเมินได้เอง ข้อคำถามมีความครอบคลุมเนื้อหาในการประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

2. การประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ (Professional-report) หมายถึง การประเมินภาวะซึมเศร้าของบุคคลโดยผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประเมินและให้ระดับคะแนนตามข้อความที่ระบุในแบบประเมิน เครื่องมือที่ได้รับการนิยมในการประเมินภาวะซึมเศร้าในรูปแบบดังกล่าวมีดังนี้

2.1 Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับทางวิชาชีพและนำมาใช้ทางคลินิก เครื่องมือนี้ถูกพัฒนาโดยฮามิลตัน (Hamilton, 1960) มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินอาการและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ผู้ที่สามารถประเมินโดยใช้แบบประเมินนี้จะต้องเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า สำหรับประเทศไทยแบบประเมินนี้ถูกแปลเป็นภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล, และคณะ (2539) แบบประเมินฉบับภาษาไทยนี้มีผลการทดสอบความแม่นตรงและความน่าเชื่อถือดังนี้ interrater reliability อยู่ในเกณฑ์ดี (kappa = .87) ความแม่นตรงของแบบประเมินเมื่อเปรียบเทียบกับ Global Assessment Scale (concurrent validity) อยู่ในเกณฑ์ดี {Spearman's correlation coefficient = -.8239 ($p<.0001$)} ค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistencies) เป็นที่น่าพอใจ (standardized cronbach's coefficient = .7380) จึงเป็นข้อมูลที่บ่งชี้ว่าแบบประเมินนี้สามารถใช้ได้ดีสำหรับการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในคนไทย แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ ซึ่งครอบคลุมการประเมินอาการด้านจิตใจ อาการด้านร่างกาย และประสิทธิภาพในการทำงาน แบบประเมินแต่ละข้อคำถามแบ่งระดับคะแนนความรุนแรงของอาการซึมเศร้าออกเป็น ตั้งแต่ 0-2 หรือ 0-4 โดยทั่วไปการใช้คะแนนข้อคำถามแบบ 0-2 คะแนน มักจะให้ 0 เท่ากับไม่มี (absent) 1 เท่ากับระดับเล็กน้อย (probable or mild) และ 2 เท่ากับระดับมาก (definite) และในส่วนของการให้คะแนนข้อคำถามแบบ 0-4 คะแนน จะให้ 0 เท่ากับไม่มี (absent) 1 เท่ากับระดับเล็กน้อย (doubtful to mild) 2 เท่ากับระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (mild to moderate) 3 เท่ากับระดับปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe) 4 เท่ากับรุนแรงมาก (very severe)

2.2 Cronholm-Ottosson Depression Scale (CODS) แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาโดย Ottosson และเผยแพร่ในปี ค.ศ. 1960 เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ที่มีอาการทางจิตเวช มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลใช้สำหรับประเมินความไว (sensitivity) ในการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (antidepressant drug) เป็นการประเมินอาการซึมเศร้าที่เปลี่ยนแปลงระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าในกลุ่มของผู้ที่มีอาการทางจิตเวชเท่านั้น ยังไม่มีรายงานการนำมาประเมินในกลุ่มประชาชนทั่วไป

โดยสรุป ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ด้านลบของผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงออกผ่านองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดและอารมณ์ในด้านลบ ส่งผลต่อการแสดงออกทาง

กายและพฤติกรรม ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านี้จะต้องอาศัยความร่วมมือตั้งแต่ครอบครัวและหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวจะบุคคลใกล้ชิดอันดับต้นๆของผู้สูงอายุที่จะสามารถสังเกตถึงอารมณ์ พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้ทันท่วงที และสามารถส่งต่อข้อมูลต่อบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมต่อไป อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถเข้ารับการบำบัดดูแลให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีสุขภาวะทางจิตที่ดีได้เช่นกัน หากได้รับความร่วมมือที่ดีจากผู้ดูแล รวมทั้งผู้สูงอายุได้เรียนรู้และเข้าใจความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สามารถยอมรับ และปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นได้

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวรรณกรรมในประเทศไทยกล่าวถึง Psychological Well-being โดยใช้คำกล่าวถึงหลากหลาย เช่น สุขภาวะทางจิต ความผาสุกทางใจ สุขภาวะทางใจ ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้คำว่า สุขภาวะทางจิต เมื่อกล่าวถึง psychological Well-being

ความหมายของสุขภาวะทางจิต

Ryff (1989) กล่าวว่า สุขภาวะทางจิต หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกที่บุคคลแสดงถึงความพึงพอใจต่อชีวิต แสดงถึงความรู้สึกในทางที่ดี มีความสมดุลทางอารมณ์ ซึ่งสุขภาวะทางจิตตามแนวคิดนี้แบ่งออกเป็น 6 มิติ ได้แก่ การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) การมีเป้าหมายในชีวิต (Purpose in life) ความมีอิสระในตนเอง (Autonomy) การเจริญเติบโตของความเป็นบุคคล (Personal growth) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น (Positive relations with others) และการมีอำนาจในการจัดสิ่งแวดล้อม (Environmental mastery)

Dupuy (1977 อ้างใน กนกวรรณ กาญจนนิกร, 2560) กล่าวว่า สุขภาวะทางจิต หมายถึง การแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เกิดจากการที่บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียดได้ เป็นการรับรู้ความรู้สึกของตนเองต่อสถานการณ์ที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ ซึ่งมีทั้งความรู้สึกทางด้านบวก และด้านลบ หากบุคคลมีความรู้สึกด้านบวกมากก็สามารถบ่งชี้ได้ว่ามีสุขภาวะทางจิตมาก

Lawton (1983) กล่าวว่า สุขภาวะทางจิต หมายถึง การแสดงออกเกี่ยวกับความสามารถที่มีในการแสดงพฤติกรรม การรับรู้ถึงคุณภาพชีวิต สุขภาวะทางจิตด้านจิตใจ และลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (Pender 1996 อ้างใน ขนิษฐา 2556)

Graney (1975) กล่าวว่า สุขภาวะทางจิต เป็นสิ่งที่มีความเป็นนามธรรมสูง เป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิตและเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา เพราะสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตและการมองสภาพแวดล้อมในแง่ดี บุคคลจะรับรู้สุขภาวะทางจิตต่อสภาวะของตนในลักษณะของความสุขและความพึงพอใจในชีวิตจริงที่เป็นอยู่

Campbell (1976) สุขภาวะทางจิต เป็นความรู้สึกพึงพอใจและการที่บุคคลนั้นสามารถควบคุมสถานการณ์ที่ตึงเครียดในชีวิตได้ และความรู้สึกนั้นมีทั้งความรู้สึกในด้านบวกและในด้านลบ การประเมินชีวิตของบุคคลจะเป็นผลมาจากบุคคลนั้นได้เผชิญกับสถานการณ์ในขณะนั้น และสะท้อนออกมาให้เห็นในชีวิตของบุคคลในเวลาต่อมา การประเมินในชีวิตของแต่ละบุคคลและอารมณ์เป็น

องค์ประกอบของสุขภาวะทางจิต บุคคลจะรับรู้สุขภาวะทางจิตต่อสภาวะของตนในลักษณะของความสุขและความพึงพอใจในชีวิตที่ปรากฏอยู่จริง

องค์ประกอบของสุขภาวะทางจิต

Ryff (1995) ได้แบ่งองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตออกเป็น 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) หมายถึง การที่บุคคลมีความพึงพอใจต่อตนเอง มีทัศนคติในด้านบวกต่อตนเอง มีความรู้สึกที่ดีต่อช่วงชีวิตที่ผ่านมาของตนเอง

2. การมีเป้าหมายในชีวิต (Purpose in life) หมายถึง การที่บุคคลรู้จุดมุ่งหมายในชีวิตตนเอง เห็นคุณค่าและความหมายของปัจจุบันและอดีต รู้ความหมายของชีวิตและมีความมุ่งมั่นที่จะดำเนินชีวิตไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

3. ความมีอิสระในตนเอง (Autonomy) หมายถึง บุคคลสามารถประเมินตนเองได้และรู้จักตนเองดี มีความคิดที่เป็นอิสระและมีความสามารถต่อการตัดสินใจในการดำเนินชีวิตของตนเอง สามารถทนต่อแรงกดดันของสังคมโดยเฉพาะด้านความคิดและพฤติกรรมได้

4. การเจริญเติบโตของความเป็นบุคคล (Personal growth) หมายถึง บุคคลที่มีความเจริญทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีความต้องการที่จะพัฒนาตนเองและเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่อง รับรู้ถึงศักยภาพของตนเองและมีความต้องการปรับปรุงส่งเสริมศักยภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง

5. การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น (Positive relations with others) หมายถึง ความมีสัมพันธภาพที่อบอุ่น มีความรู้สึกไว้วางใจต่อผู้อื่น เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีความใกล้ชิดสนิทสนมกับผู้อื่น รักใคร่และเอื้ออาทรต่อกัน

6. การมีอำนาจในการจัดสิ่งแวดล้อม (Environmental mastery) ความสามารถในการควบคุมและจัดการสิ่งแวดล้อม รู้จักและสามารถเลือกใช้สิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสมกับความต้องการหรือเงื่อนไขในการใช้เพื่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง

Dupuy (1977 อ้างใน พิสมัย 2553) แบ่งสุขภาวะทางจิตออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1. ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นผลมาจากความคิดประเมิน ตัดสินสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองเพียงใด ทำให้บุคคลแสดงอาการตอบสนองในลักษณะของความรู้สึกตึงเครียด อาการหงุดหงิด กลัว และความรู้สึกเป็นทุกข์ และในผู้สูงอายุความวิตกกังวลก็เป็นตังบ่งชี้หนึ่งที่แสดงถึงความไม่ผาสุกทางใจ

2. ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นภาวะที่จิตใจหดหู่ หม่นหมอง เศร้า ท้อแท้ มองโลกในแง่ร้าย สิ้นหวัง รวมถึงการตำหนิตนเองและมองว่าตนเองไร้ค่า ซึ่งอาการเหล่านี้ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย ซึ่งในผู้สูงอายุอาจมีความสูญเสียหลากหลายรูปแบบทั้งหน้าที่การงาน บุคคลอันเป็นที่รัก รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และสังคม เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลที่เกิดขึ้นได้ก็จะทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นได้

3. ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health) ภาวะสุขภาพเป็นอีกส่วนที่สำคัญและส่งผลต่อสุขภาวะทางจิต เนื่องจากการทำงานของร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน โดยเมื่อเกิดความเจ็บป่วย

ทางร่างกายก็จะส่งผลกระทบต่อการเจ็บป่วยทางใจหรือเกิดความไม่ปกติทางจิตใจเช่นกัน หรือกล่าวคือ ความผิดปกติของร่างกายมีผลทำให้สุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุลดลง

4. ความมีชีวิตชีวา (Vitality) เป็นความรู้สึกกระชุ่มกระชวย มีพลังในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิต โดยไม่รู้สึกถึงความเหน็ดเหนื่อยหรืออ่อนเพลีย สามารถนอนหลับได้อย่างสนิทในตอนกลางคืน พักผ่อนได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและตื่นนอนในตอนเช้าด้วยความรู้สึกสดชื่น ซึ่งอาการเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเกิดสุขภาวะทางจิต

5. สุขภาวะทางจิต (Positive well-being) เป็นความรู้สึกว่าชีวิตีความสุข มีความพึงพอใจกับชีวิตของตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกด้านบวก วัยสูงอายุเป็นวัยที่ผ่านช่วงชีวิตและประสบการณ์ต่าง ๆ มามากและเมื่ออยู่ในวัยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความมั่นใจว่าบุตรหลานจะคอยดูแลตนเองได้ มีความมั่นใจว่าบุตรหลานจะคอยดูแล ซึ่งเป็นสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าในปัจจุบันเป็นช่วงชีวิตที่ดีแล้ว

6. การควบคุมตนเอง (Self-control) เป็นความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ความคิดอารมณ์และความรู้สึกของตนเองให้มีความมั่นคง การควบคุมตนเองได้เป็นความรู้สึกทางบวกทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้ความเครียด ความวิตกกังวลที่มีต่ออุปสรรคในการดำเนินชีวิตลดลง สามารถเผชิญความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก การต้องออกจากงาน การสูญเสียบทบาททางสังคม การเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้นี้ก็จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดสุขภาวะทางจิตทางอารมณ์

Lawton (1983) แบ่งองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ความรู้สึกด้านลบ (Negative effect) เป็นความรู้สึกวิตกกงวล ซึมเศร้า กระวนกระวาน มองโลกในแง่ร้าย และเกิดความรู้สึกบีบคั้นกดดันทางจิตใจที่แสดงอาการออกทางระบบประสาท

2. ความสุข เป็นความรู้สึกดี ๆ ที่บุคคลประมาลได้จากเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต เป็นอารมณ์ของความเบิกบานและความยินดี ซึ่งสะท้อนให้เห็นความรู้สึกที่บุคคลรู้สึกต่อสภาพการณ์ต่าง ๆ

3. ความรู้สึกด้านบวก (Positive effect) เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึกพึงพอใจในขณะนั้น เช่น ความรู้สึกยินดี สบายใจ ซึ่งมักจะเกิดขึ้นเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ เป็นการตัดสินด้วยความรู้สึกนึกคิดไม่จำเป็นต้องมีเหตุผล

4. ความสอดคล้องระหว่างความต้องการกับความสำเร็จตามเป้าหมาย (Congruence between desired and attained goals) เป็นความสมดุลระหว่างความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ ความสมดุลระหว่างความต้องการและการได้รับซึ่งสำเร็จตามเป้าหมาย

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะเป็นผู้สูงอายุที่มีเป้าหมายในการใช้ชีวิตที่ชัดเจน มีความอดทน ไม่ท้อแท้หรือท้อถอยต่ออุปสรรคที่ชีวิตต้องเผชิญ จะเป็นผู้สูงอายุที่สามารถดูแลและจัดการควบคุมภาวะสุขภาพของตนเองได้ เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีก็จะส่งผลต่อการมีสุขภาวะทางจิตที่สูงขึ้น (ยุพา ทองสุข, และคณะ, 2562; อะเคื้อ, และคณะ, 2557)

2. การรับรู้สุขภาพ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพนี้มีความสัมพันธ์กับทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมและกิจกรรมอาสาสมัครในชมรมผู้สูงอายุ เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมและจัดการสิ่งแวดล้อม นำสู่การรู้สึกว่าชีวิตตนเองมีจุดมุ่งหมายในชีวิตที่ชัดเจน ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น (ยุพา ทองสุข, และคณะ, 2562; ปรียาวรรณ สุดจำนงค์, 2552; นารีรัตน์ เชื้อสูงเนิน, 2550)

3. การสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพราะการได้รับการยอมรับนับถือจากลูกหลาน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่น และเกิดความมั่นคงทางใจ มีความเข้าใจกันระหว่างคนในครอบครัวเกิดการเอื้อประโยชน์ต่อกันซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคลที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุมีความเครียดลดลง สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมทำให้มีสุขภาพที่ดีและส่งผลให้มีสุขภาวะทางจิตสูงขึ้น (ยุพา, และทองสุข, คณะ, 2562; ปิยะกมล วิจิตรศิริ และบัวทอง สว่างโสภากุล 2555) สอดคล้องกับการศึกษาผลการศึกษาความเป็นปราชญ์การสนับสนุนทางสังคม และสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัดสารอด เขตราษฎร์บูรณะ กรุงเทพมหานคร พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตโดยรวมของผู้สูงอายุ (r=0.366,p<.01) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเมื่อมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงขึ้นจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะทางจิตในระดับที่สูงขึ้นด้วย เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิต (r=0.435,p<.01) ด้านการเป็นส่วนหนึ่ง ของสังคม มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิต (r=-0.219,p<.01) และด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิต (r=0.196,p<.01) ด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิต (r=0.182,p<.01) และด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิต (r=0.188, p<.01) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวควบคู่กับการได้รับการช่วยเหลือที่จำเป็นภายนอก อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่ถูกทอดทิ้ง ซึ่งการเกิดความรู้สึกเช่นนี้นำไปสู่การเกิดความรู้สึกมั่นคงทั้งด้านจิตใจและเศรษฐกิจ ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิต (ปิยะกมล วิจิตรศิริ, 2555) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Thanakwang (2011) ที่พบว่า การสนับสนุนจากเครือข่ายครอบครัว และเครือข่ายเพื่อน ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และยิ่งผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีก็จะมีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของพิสมัย สิโรดมรัตน์ (2553) เรื่องความว้าเหว่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ (r=0.712, p<0.001) เช่นกัน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตสูงที่สุด (r=0.659) รองลงมาคือ การได้รับข้อมูลข่าวสารและความช่วยเหลือในด้านต่างๆ (r=0.659) การได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีคุณค่า (r=0.557) การได้รับความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (r=0.468) และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (r=0.371) สอดคล้องกับการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของฤดีมาศ (2563) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตในระดับสูง (r= .60,p<.01)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสุขภาวะทางจิต

การประเมินสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุในการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ใช้แบบสอบถามให้ผู้สูงอายุประเมินตนเองด้วยมาตรประมาณค่า (rating scale) แบบสอบถามที่ใช้ส่วนใหญ่ได้จากการแปลเป็นภาษาไทยจากต้นฉบับ (back translation) โดยไม่มีการดัดแปลง และมีการดัดแปลงบางส่วน

1. แบบประเมินสุขภาวะทางจิตโดยทั่วไปของดูพาย แปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนุเจริญกุล และคณะ (2532) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน มีจำนวน 18 ข้อ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ (ข้อ1-14) มี 6 คำตอบ แต่ละข้อแบ่งเป็นระดับคะแนนตั้งแต่ 0-5 คะแนน ส่วนที่ 2 มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ คำตอบแต่ละข้อเป็นมาตรประมาณค่าเชิงเส้นตรง จากคะแนน 0-10 คะแนน หลังจากได้คำตอบ นำคะแนนทั้ง 2 ส่วนมารวมกัน คะแนนจะอยู่ในช่วง 0-110 คะแนน แปลผลคะแนน ดังนี้ 0-60 คะแนน หมายถึง มีสุขภาวะทางจิตในระดับต่ำ 61-72 คะแนน หมายถึง มีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง 73-110 คะแนน หมายถึง มีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับสูง และได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิต ของ พิสมัย สิโรดมรัตน์ (2553) ซึ่งนำแนวคิดของ Ryff (1991) มาประยุกต์ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงน้อย และเป็นจริงน้อยที่สุด แบ่งการให้คะแนนเป็นข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบ มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 42 ข้อ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ ด้านการยอมรับตนเอง ด้านการมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ด้านความสามารถในการควบคุมจัดการกับสิ่งแวดล้อม ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต และด้านการเจริญทั้งร่างกายและจิตใจของบุคคล โดยแบบประเมินถูกกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ซึ่งเกณฑ์การวิเคราะห์ช่วงคะแนน มีดังนี้ 42-84 คะแนน หมายถึง มีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับต่ำ 84.01-126 คะแนน มีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง 126.1-168 มีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับสูง แบบสอบถามนี้ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95

3. แบบวัดสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย (Psychological Well-Being For Thai Elderly) พัฒนาโดย อรพินทร์ ชูชม และคณะ (2563) ซึ่งสร้างมาจากเครื่องมือการประเมินสุขภาวะทางจิตของรีฟ แบบวัด PERMA Profiler ของ Butler และ Kern แบบประเมินความสุขของคนไทย และข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุไทย แบบวัดสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุไทยใช้สำหรับประเมินสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุไทย ประเมินโดยตัวผู้สูงอายุเอง แบบประเมินประกอบด้วย 24 ข้อคำถาม แบ่งการประเมินออกเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) สภาวะทางอารมณ์จิตใจทางบวก 2) การพึ่งพาตนเอง 3) สัมพันธภาพทางสังคม 4) มีที่ยึดเหนี่ยมทางใจ และ5) ความยืดหยุ่น มีลักษณะเป็นข้อความประโยคบอกเล่าประกอบแบบมาตราประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ระดับ 1 คือ ไม่จริงเลย ระดับ 2 คือ ค่อนข้างไม่จริง ระดับ 3 คือ ไม่แน่ใจ ระดับ 4 คือ ค่อนข้างจริง และ ระดับ 5 คือ จริงที่สุด โดยข้อคำถามมีทั้งข้อความทางบวกและข้อความทางลบ ผู้ที่ตอบได้คะแนนสูง แสดงว่ามีสุขภาวะทางจิตมาก และผู้ที่ตอบได้คะแนนต่ำ แสดงว่ามีสุขภาวะทางจิตมาก แบบวัดสุขภาวะทางจิตสำหรับผู้สูงอายุไทยนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาคเท่ากับ .91 และค่าความเชื่อมั่นสุขภาวะทางจิตด้านสภาวะทางอารมณ์จิตจทางบวก (5 ข้อ) ด้านการพึ่งพาตนเอง (5 ข้อ) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (4 ข้อ) ด้านมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ (5 ข้อ) และความยืดหยุ่น (5 ข้อ) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค

เท่ากับ .76, .74, .75, .75 และ .77 ตามลำดับ อีกทั้งแบบวัดสุขภาวะทางจิตฉบับนี้มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .40-.68 และมีอำนาจจำแนกรายข้อโดยการทดสอบค่าสถิติทีระหว่างกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ อยู่ระหว่าง 2.60-13.58 ซึ่งแสดงว่าแบบวัดนี้มีอำนาจจำแนกที่ดี สามารถจำแนกผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะทางจิตสูงและต่ำได้

4. แบบสอบถามความผาสุกทางใจ ของปิยะกมล วิจิตรศิริ และบัวทอง สว่างโสภากุล (2555) เป็นแบบประเมินที่สร้างจากแนวคิดความผาสุกทางใจของ Ryff (1989) มีข้อคำถามทั้งสิ้น 18 ข้อ เป็นมาตราวัดประเมินค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยการให้คะแนนแบ่งออกเป็นการให้คะแนนสำหรับคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ คือ ข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 7, 9, 10, 11, 14, 16 และข้อ 17 แบ่งการให้คะแนนเป็น ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน และเห็นด้วยอย่างยิ่งเท่ากับ 4 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 6, 8, 12, 13, 15 และข้อ 18 แบ่งการให้คะแนนเป็น ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 4 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน และเห็นด้วยอย่างยิ่งเท่ากับ 1 คะแนน โดยคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 8 คะแนน และคะแนนสูงสุด เท่ากับ 72 คะแนน แบ่งระดับสุขภาวะทางจิตออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 18.00-36.00 คะแนน ระดับสุขภาวะทางจิตต่ำ 36.01-54.00 คะแนน ระดับสุขภาวะทางจิตปานกลาง และ54.01-72.00 คะแนน ระดับสุขภาวะทางจิตสูง โดยทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือกับผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุวัดสารอด เขตราษฎร์บูรณะ กรุงเทพมหานคร คัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาด้วยวิธีสุ่มแบบง่าย จำนวน 238 คน ผลการทดสอบพบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความผาสุกทางใจ ดังนี้ ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมทุกด้าน เท่ากับ .89 ด้านการยอมรับตนเอง เท่ากับ .83 ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เท่ากับ .91 ด้านความเป็นตัวของตัวเอง เท่ากับ .92 ด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม เท่ากับ .86 ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต เท่ากับ .86 และด้านความเจริญงอกงามของบุคคล เท่ากับ .91

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความผาสุกทางใจ ของปิยะกมล วิจิตรศิริ และบัวทอง สว่างโสภากุล (2555) ในการประเมินสุขภาวะทางจิต เนื่องจากแบบสอบถามความผาสุกทางใจได้มีการพัฒนาจากกรอบแนวคิดสุขภาวะทางจิตของ Ryff (1989) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่สอดคล้องกับการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้ และแบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้พัฒนาได้ทดสอบในผู้สูงอายุของไทย ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างของผู้วิจัย อีกทั้งเป็นแบบสอบถามที่มีจำนวนข้อคำถามสั้นกะทัดรัดเหมาะแก่การประเมินในผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาความหมายของการสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมหลากหลาย ดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่าและได้รับการยกย่อง รวมทั้งเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด

เชเฟอร์ คอยน์ และลาซารัส (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การให้การช่วยเหลือกันของบุคคล ซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กัน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของและบริการ

เฮาท์ (House, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งจะต้องประกอบด้วยการให้ความรัก ความไว้วางใจ การเห็นคุณค่า และรับฟังปัญหาด้วยความห่วงใย นอกจากนี้ยังรวมถึงการได้รับความช่วยเหลือด้านทรัพยากรต่าง ๆ การได้รับคำแนะนำ การได้รับข้อมูลข่าวสารและการสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า การแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมนั้นมีความแตกต่างกัน ดังนี้

Cobb (1976) แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์นี้เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่าเขาได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และเกิดความไว้ใจซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support) เป็นข้อมูลที่ทำให้เชื่อว่าบุคคลนั้นมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยมีความสัมพันธ์ที่ดีช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

House (1981) แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการสนับสนุนทางสังคม ที่ได้รับจากครอบครัวและเพื่อนสนิทเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์นี้ประกอบด้วยความเห็นอกเห็นใจ ความรัก ความห่วงใย และความไว้วางใจ

2. การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินคุณค่า (appraisal support) เป็นการสนับสนุนเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลย้อนกลับเพื่อสามารถประเมินและเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นในสังคมได้ ซึ่งได้รับจากครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนร่วมงาน หรือสมาชิกในชุมชน

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ได้รับการสนับสนุนได้รับความช่วยเหลือในด้านข้อมูลข่าวสาร เช่น การได้รับคำแนะนำ คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ การได้รับความรู้เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตของตนเอง

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) เป็นการสนับสนุนที่ผู้รับได้รับความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมโดยตรงในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การเงิน การเสียสละเวลา การช่วยเหลือในด้านวัตถุสิ่งของ และรวมถึงการบริการต่าง ๆ

Schaefer, Coyne, & Lazarus (1981) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการให้การสนับสนุนทางสังคมที่เน้นความใกล้ชิด สนิทสนม ความเชื่อถือ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความผูกพัน ความอบอุ่น ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้บุคคลรู้สึกได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่

2. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ (tangible support) เป็นการสนับสนุนโดยการให้สิ่งของ เงินทอง หรือบริการโดยตรง

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการสนับสนุนที่ให้ข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำ โดยมีการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลด้วย

ยุวดี แตรประสิทธิ์ (2556) แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของคอบบ์ (Cobb, 1976) และเชเฟอร์ คอยน์ & ลาซารัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) ออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้ผู้รับการสนับสนุนทางสังคมเชื่อว่า ตนเองได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ และมีความใกล้ชิดสนิทสนมมีความผูกพันและไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง (Esteem support) เป็นข้อมูลที่ทำให้ผู้รับการสนับสนุนทางสังคมเชื่อว่าตนเองมีคุณค่า และบุคคลอื่นให้การยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าของตนเอง

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support) เป็นการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลได้รับรู้ถึงความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีทักษะในการสื่อสารทางสังคมและมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสังคม

4. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ (tangible support) เป็นการสนับสนุนโดยการช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

5. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการสนับสนุนโดยการให้ข้อมูลข่าวสารหรือให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาและการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกร รมของบุคคล เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน

การให้การสนับสนุนทางสังคมโดยครอบครัวหรือผู้ดูแล

ครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่จะให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุม เนื่องจากในบริบทของสังคมไทยโดยเฉพาะในสังคมชนบท ผู้สูงอายุอยู่อาศัยกับครอบครัวของบุตรหลาน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีความต้องการการดูแลเนื่องจาก การรับรู้และการดูแลตนเองอาจจะเสื่อมถอยลงตามวัย ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นบุตรหลานที่อยู่ในครอบครัวของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความผูกพันธ์ใกล้ชิด ใช้เวลาอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุยาวนานที่สุด รวมทั้งเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุไว้ใจ

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือผู้ดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม (กันธิมา ศรีหมากสุก และคณะ , 2565) ควรมีความครอบคลุมการตอบสนองความต้องการของบุคคลอย่างเป็นองค์รวม เช่น การได้รับความรักความห่วงใย การได้รับการเอาใจใส่ดูแล ความรู้สึกมีคนคุณค่า การได้รับการยอมรับ การได้รับการดูแลยามเจ็บป่วย การมีอาหาร ของใช้ต่าง ๆ อย่างเหมาะสมตามความจำเป็น สอดคล้องกับผลการศึกษาตัวแบบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุต้องการการดูแลจากครอบครัวทั้งในเรื่องของการตอบสนองการทำกิจวัตรประจำวัน ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน การจัดสิ่งแวดล้อมที่สะดวกสบายและปลอดภัย การได้รับการรักษาเมื่อ

เจ็บป่วย การได้รับการรักษาตามนัด รวมถึงต้องการคนพูดคุยด้วย (รัถยานภิศ พละศึก และเบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, 2560) และจากผลการศึกษาของยุวดี แตรประสิทธิ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2558) พบว่า ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีครอบครัวเป็นส่วนร่วมในกิจกรรมมีภาวะทุพพลภาพลดลง นอกจากนี้การให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยผสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรสายสุขภาพและครอบครัวก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน การได้รับข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องจากบุคลากรร่วมกับการให้การดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอย่อมส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการดูแลแบบมีส่วนร่วมระหว่างบุคลากรสายสุขภาพและครอบครัวจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกดี (Buckley & Andrews, 2011)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านั้น ต่างก็มีหลากหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ สามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

1. เพศ

ในผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุนั้นจะพบเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (เจริญชัย หมื่นห่อ และสุพรรณี พูลผล, 2559) ส่วนใหญ่มีสถานะเป็นลูกของผู้สูงอายุ ลูกสาวจะเป็นความคาดหวังที่ผู้สูงอายุอยากให้รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักมากกว่าลูกชาย (อภิชาติ รอดสม และคณะ, 2558) สืบเนื่องจากเดิมบริบทสังคมไทยจะคาดหวังว่าเพศหญิงจะสามารถดูแลความเป็นอยู่และสุขภาพของคนในครอบครัวได้ดี ต่างจากเพศชายที่ส่วนใหญ่สังคมจะคาดหวังเรื่องการประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงครอบครัว แต่ในสภาพสังคมปัจจุบันนอกจากเพศหญิงต้องรับบทบาทผู้ดูแลเป็นหลักแล้วยังต้องหารายได้เข้าครอบครัวอีกด้วย (พิสมัย สุระกาญจน์ และดารุณี จงอุดมการณ์, 2562) ดังนั้นด้วยบทบาทหน้าที่ที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวจึงอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเพศหญิงและอาจส่งผลต่อเนื่องสู่การให้การดูแลและการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้

2. อายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียงจะมีความเครียดและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป มีการดูแลตนเองลดลง มีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง (ณัชศหา หลงผาสุก และคณะ, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าในผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้นอาจจะต้องรับบทเป็นผู้ดูแลและเป็นภรรยาในเวลาเดียวกัน หรือแม่ที่ต้องดูแลลูกพร้อมกับเป็นลูกที่ต้องดูแลบุพการีของตนเอง บทบาทเชิงซ้อนนี้ย่อมทำให้เกิดปัญหาในการดูแล (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2566) ซึ่งการรับบทบาทเชิงซ้อนของผู้ดูแลนี้อาจส่งผลกระทบต่อการดูแลให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้

3. ความเครียด

ในการรับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลนั้น เมื่อผ่านช่วงเวลาที่ยาวนานขึ้นหรือผู้สูงอายุมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากขึ้น อีกทั้งการเผชิญกับสถานการณ์ในแต่ละวันอาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดสะสมได้ ในผู้ดูแลที่มีความสามารถในการเผชิญความเครียดที่ดีก็สามารถปรับตัวกับความเครียดที่กำลังเผชิญได้ (Haley et al., 1988) และในกรณีที่ผู้ดูแลได้รับความรู้จากผู้เชี่ยวชาญ

และการได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์ก็สามารถลดความเครียดลงได้เช่นกัน (จันทรรัตน์ จาริกสกุลชัย และรัฐพล ศิลปรัศมี, 2565)

4. ความรู้

ปฏิเสธไม่ได้เลยว่าในการดูแลให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านั้น ความรู้ของผู้ดูแลก็เป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม เนื่องจากหากผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อการให้การสนับสนุนทางสังคมก็จะส่งผลให้สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างครอบคลุม ดังงานวิจัยที่พบว่า ผู้ดูแลที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุและพัฒนาความรู้ผู้ดูแลต่างวัย จะมีทัศนคติเชิงบวกและมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (ปิยะวรรณ ศรีสุรักษ์ และเพ็ญณี แนรอท, 2564) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการโค้ชเกี่ยวกับความรู้และการดูแลจะมีความรู้ ทัศนคติ และทักษะการดูแลที่ดีขึ้น (Purba et al., 2017)

กระบวนการโค้ช

กระบวนการโค้ช เป็นกระบวนการถ่ายทอดข้อมูลจากผู้โค้ชไปสู่ผู้รับการโค้ช โดยกระบวนการโค้ชนี้เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ซึ่ง ทอร์ป และคลิปฟอร์ด (Thorpe & Clifford, 2003) ได้แบ่งกระบวนการโค้ช ออกเป็น 6 กระบวนการ ดังนี้

1. ชี้แจงความต้องการและเป้าหมายของการโค้ช

การชี้แจงความต้องการการโค้ชและเป้าหมาย ในขั้นตอนนี้โค้ชระบุเป้าหมายของการโค้ช และเชิญผู้ดูแลเพื่อแบ่งปันประสบการณ์และเปิดใจพูดคุยเกี่ยวกับการโค้ช ขั้นตอนแรกเกี่ยวข้องกับการแนะนำโปรแกรมการโค้ช การระบุความต้องการที่แท้จริงของผู้ดูแลในการโค้ช และการอภิปรายเกี่ยวกับเป้าหมายของโปรแกรมการโค้ช โค้ชสามารถตั้งคำถาม ฟัง กล้าแสดงออก ตีความข้อมูล และสรุปทักษะต่างๆ ได้

2. ตกลงเกี่ยวกับความต้องการที่เฉพาะเจาะจงในการพัฒนา

เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ดูแล และระบุช่องว่างของความรู้ ทัศนคติ และทักษะที่มีอยู่ของผู้ดูแล โค้ชสำรวจสิ่งที่ผู้ดูแลรู้อยู่แล้วในการทำเช่นนั้น พยายามคิดถึงสถานการณ์หรือความต้องการเฉพาะ โค้ชสาธิตทักษะการวิเคราะห์ การให้ข้อมูล การซักถาม การฟัง และการสรุป

3. จัดทำแผนโดยละเอียดสำหรับการโค้ช

เกี่ยวข้องกับการกำหนดแผนปฏิบัติการ เนื่องจากกระบวนการโค้ชเกี่ยวข้องกับวงจรการเรียนรู้ของ Kolb แผนจึงรวมแต่ละโหมดไว้อย่างน้อยหนึ่งครั้ง โค้ชทำงานร่วมกับผู้ดูแลเพื่อพัฒนากลยุทธ์เพื่อให้บรรลุเป้าหมายโปรแกรมการโค้ช นอกจากนี้ผู้ฝึกสอนยังทำให้แน่ใจว่าขั้นตอนที่กำหนดไว้มีความชัดเจน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการพัฒนา โค้ชยังออกแบบวัตถุประสงค์การโค้ช เวลา สถานที่ ทรัพยากรและงานเบื้องต้น ในระหว่างขั้นตอนนี้ โค้ชได้อบรมพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และทักษะของผู้ดูแลของผู้ดูแล ทักษะที่โค้ชใช้ในขั้นตอนนี้ ได้แก่ การวางแผน การตัดสินใจ การแก้ปัญหา การฟัง การตั้งคำถาม การจัดลำดับความสำคัญ และการสรุป

4. ลงมือปฏิบัติกิจกรรม

เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานหรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติแล้ว การปฏิบัติงานหรือกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ฝึกฝนทักษะหรือกลยุทธ์ใหม่ และปรับปรุงการทำกิจกรรมที่พวกเขาเลือก โค้ชรวบรวมข้อมูลและหลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิภาพของผู้ดูแลตลอดการปฏิบัตินั้น โค้ชจัดให้มีการจำลองสถานการณ์หรือสถานการณ์ในชีวิตจริงเพื่อแสดงกิจกรรม โค้ชขอให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสาธิตวิธีดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของญาติที่ป่วย วิธีสื่อสารกับพวกเขา วิธีจัดการกับอาการของพวกเขา วิธีจัดการกับการใช้ยาให้สม่ำเสมอ วิธีจัดการทางการเงิน วิธีพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา และวิธีการระบุทรัพยากรของครอบครัวที่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ โค้ชสังเกตประสิทธิภาพของผู้ดูแลและตัดสินใจว่าได้เรียนรู้อะไรจากขั้นตอนนี้ ในขั้นตอนนี้โค้ชใช้ทักษะการฟัง การสังเกต และการสรุปผล

5. ทบทวนการปฏิบัติกิจกรรมและวางแผนเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพ

เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้ทำไปแล้วและการอภิปรายถึงประสบการณ์ที่ผู้ดูแลมีและวิธีที่พวกเขาสามารถต่อยอดจากประสบการณ์เหล่านั้นเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของพวกเขาเกี่ยวกับการดูแล กิจกรรมหลักอย่างหนึ่งของโปรแกรมการโค้ชคือการทบทวนกิจกรรมการโค้ชทั้งหมดตั้งแต่ต้นจนจบ โดยใช้การติดตามผลทางโทรศัพท์ โค้ชถามถึงกิจกรรมของผู้ดูแลและประสบการณ์อุปสรรค จากนั้นโค้ชประเมินการดำเนินกิจกรรมการโค้ช โดยโค้ชวิเคราะห์ในภายหลังว่าจำเป็นต้องแก้ไขแผนปฏิบัติการหรือไม่หรือสามารถดำเนินการได้โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงในการโค้ชเซสชั่นต่อไป หลังจากนั้น โค้ชขอให้ผู้ดูแลระบุจุดแข็งและระดับการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแล และระบุด้านที่เคยได้รับการปรับปรุงและส่วนที่ไม่ได้รับการปรับปรุง ในส่วนนี้โค้ชสามารถฟัง ซักถาม อำนวยความสะดวก วางแผน เสนอความคิดเห็น จัดเตรียมและวิเคราะห์แผน และสรุปทักษะ

6. ยุติสัมพันธภาพการโค้ช

เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการโค้ชในการศึกษานี้ จุดประสงค์ของขั้นตอนนี้คือเพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของกระบวนการโค้ช โค้ชประเมินวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการโค้ชและยุติสัมพันธภาพกับผู้ดูแลเมื่อบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ทั้งหมด ในขั้นตอนนี้โค้ชถูกคาดหวังให้สาธิตการฟัง การตั้งคำถาม ความกล้าแสดงออก และการสรุปทักษะ

ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์ป

ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning) ของโคล์ป (Kolb, 2015) เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดความรู้จากการปรับเปลี่ยนประสบการณ์ โดยโคล์ปได้กล่าวถึงการเรียนรู้จากประสบการณ์ไว้ทั้งสิ้น 4 การเรียนรู้ คือ 1) ประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (Concrete experience) 2) การสังเกตแบบสะท้อนกลับ (Reflective observation) 3) แนวความคิดเชิงนามธรรม (Abstract conceptualization) และ4) การลองทำ (Active experimentation) ซึ่งมีรายละเอียดแต่ละการเรียนรู้ ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (Concrete experience) เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากประสบการณ์โดยตรง ลักษณะของการเรียนรู้จะเกิดเป็นความคิดความรู้สึกจากประสบการณ์นั้น ๆ

2) การสังเกตแบบสะท้อนกลับ (Reflective observation) เป็นความคิดที่ผู้เรียนได้สังเกตจากประสบการณ์จริง เกิดเป็นความคิดความเข้าใจของตนเองและสะท้อนออกมา

3) แนวความคิดเชิงนามธรรม (Abstract conceptualization) เป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนสรุปรวบยอดเป็นความคิดความเข้าใจเชิงเหตุผลเป็นของตนเอง

4) การลองทำ (Active experimentation) การเรียนรู้ในข้อนี้เป็นการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากผู้เรียนได้นำความรู้แนวคิดที่ตนเองสร้างขึ้นหรือได้เรียนรู้มาไปปฏิบัติจริงจนทำให้เกิดความรู้ใหม่ตามกระบวนการเรียนรู้ทั้ง 4 การเรียนรู้นี้ได้อีก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ส่วนใหญ่มีการนำทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ไปใช้ในการออกแบบการเรียนการสอนระดับต่าง ๆ และรวมทั้งการสอนเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาความรู้และศักยภาพในด้านนั้น ๆ ผู้เรียนที่เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์แต่ละคนจะเกิดการเรียนรู้ทั้ง 4 การเรียนรู้นี้แตกต่างกันออกไป (ทรัพสิริ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา และคณะ, 2564) ในการนำทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์มาใช้ในการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า การจัดให้มีกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากประสบการณ์จริงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรียนรู้ซึ่งกันและกันและเกิดความคิดรวบยอดเป็นของตนเอง (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยของ ฐิตาพร วรภัณฑ์วิศิษฎ์ (2565) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ทัศนคติ และทักษะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น หลังได้รับโปรแกรมการสอนที่ใช้กระบวนการโค้ชร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Purba et al., 2017)

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามีการพัฒนาโปรแกรมโดยการใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้การบำบัดผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในหลากหลายประเด็น ได้แก่ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต พฤติกรรมการใช้ยา ภาวะซึมเศร้า ภาวะทุพพลภาพ และความว้าเหว่ (กฤษณะ หงษาครประเสริฐ, 2565; บังอรศรี จินดาวงค์ และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2564; ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช และรัชนีกร อุปเสน, 2562; พรพิมล เพ็ชรบุรี และคณะ, 2560; พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ และคณะ, 2560; ภูริพงษ์ เจริญแพทย์ และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, 2559; ยุวดี แตรประสิทธิ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2558; รพีพรรณ สารสมัคร และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2560)

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการให้การสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

1. แนวคิดการให้การสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พบว่าส่วนใหญ่มีการนำทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) ทั้ง 4 ด้าน (บังอรศรี จินดาวงค์ และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2564; ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช และรัชนีกร อุปเสน, 2562; พรพิมล เพ็ชรบุรี และคณะ, 2560; พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ และคณะ, 2560; ภูริพงษ์ เจริญแพทย์ และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, 2559) มาใช้ในการพัฒนากิจกรรมเพื่อให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีการนำทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของคอบบ์ (Cobb, 1976) และทฤษฎีการ

สนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์ คอย และลาซารัส (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) มาประยุกต์เข้าด้วยกัน (กฤษณะ หงษาครประเสริฐ, 2565; ยุวดี แตรประสิทธิ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา , 2558) อีกทั้งยังพบว่ารพีพรรณ สารสมัคร และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2560) ใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของคอบบ์ (Cobb, 1976) ในการพัฒนากิจกรรมเพื่อให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุเช่นกัน

2. ลักษณะของกิจกรรม

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า มีการจัดกิจกรรม 3 รูปแบบ ดังนี้

1) จัดกิจกรรมโดยตรงกับผู้สูงอายุ (กฤษณะ หงษาครประเสริฐ, 2565; ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช และรัชนีกร อุปเสน, 2562; พรพิมล เพ็ชรบุรี และคณะ, 2560; พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ และคณะ, 2560; รพีพรรณ สารสมัคร และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2560) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อให้การสนับสนุนทางสังคมแก่กลุ่มตัวอย่างโดยตรง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น

2) จัดกิจกรรมกับผู้สูงอายุโดยผู้ดูแลหรือครอบครัวมีส่วนร่วม (ภูริพงษ์ เจริญแพทย์ และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, 2559; ยุวดี แตรประสิทธิ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2558) เป็นการจัดกิจกรรมโดยเน้นครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ

3) พัฒนาแกนนำผู้สูงอายุในชุมชน (บังอรศรี จินดาวงค์ และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2564) เป็นการจัดกิจกรรมโดยให้ความรู้แกนนำผู้สูงอายุเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคม และให้แกนนำความรู้ที่ได้รับนี้ไปให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่ตนเองรับผิดชอบ 2-3 คน หลังจากนั้นติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง จนครบ 3 เดือน

3. ระยะเวลาของโปรแกรม

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า ระยะเวลาที่ใช้จัดกิจกรรมในโปรแกรมมีตั้งแต่ 2-12 สัปดาห์ (บังอรศรี จินดาวงค์ และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2564; ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช และรัชนีกร อุปเสน, 2562; พรพิมล เพ็ชรบุรี และคณะ, 2560; พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ และคณะ, 2560; ภูริพงษ์ เจริญแพทย์ และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, 2559; ยุวดี แตรประสิทธิ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา , 2558; รพีพรรณ สารสมัคร และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2560) ซึ่งระยะเวลาที่นิยมใช้ในการศึกษาวิจัย คือ 4 สัปดาห์ (กฤษณะ หงษาครประเสริฐ, 2565; บังอรศรี จินดาวงค์ และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2564; ภูริพงษ์ เจริญแพทย์ และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, 2559) ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

4. สื่อที่ใช้ในโปรแกรม

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง พบว่า การจัดโปรแกรมมีการให้คู่มือเป็นเอกสารประกอบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านทบทวนทำความเข้าใจเพิ่มเติมขณะอยู่ที่บ้าน (พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ และคณะ, 2560; ภูริพงษ์ เจริญแพทย์ และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, 2559; ยุวดี แตรประสิทธิ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2558; รพีพรรณ สารสมัคร และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2560) อีกทั้งมีการใช้บันทึกผลการปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้านเพื่อติดตามประเมินการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ (ยุวดี แตรประสิทธิ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2558)

โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ในการศึกษางานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) ในการพัฒนาโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเพิ่มระดับสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเชื่อว่าการสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยในการเพิ่มสภาวะทางอารมณ์จิตใจทางบวก เพิ่มศักยภาพในการพึ่งตนเอง ส่งเสริมการมีสัมพันธภาพทางสังคม การมีที่ยึดเหนี่ยวทางใจ และเพิ่มความยืดหยุ่นในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมนี้ ครอบคลุมแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotion support) 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ประกอบด้วย 5 กิจกรรมๆ ละ 45-90 นาที สัปดาห์ละ 1-2 กิจกรรม ใช้เวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ มีกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและทำความรู้จักโปรแกรม กิจกรรมครั้งนี้เป็นกิจกรรมกลุ่มๆละ 5-6 คน ใช้เวลา 90 นาที โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลและเริ่มกระบวนการที่ 1 ของการโค้ช คือ การชี้แจงความต้องการและเป้าหมายของการโค้ช (Clarifying coaching needs and goals) โดยจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลได้ทราบข้อมูลทั่วไปของโปรแกรมและให้ความรู้เกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และกระบวนการที่ 2 ของการโค้ช คือ การค้นหาความต้องการที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคม (Agreeing about specific development needs) เพื่อให้ผู้ดูแลได้ค้นหาสิ่งที่ตนเองต้องการจะพัฒนาจากกระบวนการโค้ชซึ่งจะเป็นการเพิ่มทัศนคติ ความรู้หรือทักษะที่เหมาะสมเพื่อเพิ่มความสามารถในการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

กิจกรรมครั้งที่ 2 เขียนแผนงานเชื่อมประสานลงมือปฏิบัติ กิจกรรมครั้งนี้เป็นกิจกรรมกลุ่มๆละ 5-6 คน ใช้เวลา 60-90 นาที กิจกรรมนี้เป็นกระบวนการที่ 3 ของกระบวนการโค้ช คือ การจัดทำแผนโดยละเอียดของกระบวนการโค้ช (Making a detailed plan for coaching) โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลได้นำเป้าหมายที่ได้จากการค้นหาความต้องการที่เฉพาะเจาะจงมาร่วมวางแผนกับผู้วิจัยและเขียนแผนที่จะพัฒนาทัศนคติ ความรู้และทักษะที่ต้องการนั้นให้เป็นไปตามเป้าหมาย เมื่อผู้ดูแลเขียนแผนการพัฒนาจากกระบวนการโค้ชของตนเองและเขียนแผนที่จะให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเสร็จแล้วจะได้รับการพัฒนาทักษะเบื้องต้นเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะปฏิบัติการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าควบคู่ไปกับการรับการโค้ชจากผู้วิจัยเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการจะพัฒนาตามเป้าหมายต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 3 ใช้ความรู้คู่ปฏิบัติ กิจกรรมครั้งนี้เป็นการจัดกิจกรรมรายบุคคล ใช้เวลา 45-60 นาที/คน ในกิจกรรมครั้งนี้ผู้วิจัยจะพบผู้ดูแลแต่ละคนที่บ้านเพื่อให้การพัฒนาในประเด็นที่ผู้ดูแลต้องการพัฒนาเพื่อให้สามารถให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ เป็นการจัดกิจกรรมรายบุคคลตามความต้องการของผู้ดูแล เช่น การสาธิตให้ดู การให้ความรู้ การให้ดูวีดีโอ ตลอดจนการให้กำลังใจผู้ดูแลให้สามารถมีทัศนคติ ความรู้ และทักษะที่สามารถให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ ในช่วงกิจกรรมครั้งที่ 3 นี้ผู้ดูแลจะมีระยะเวลา 2 สัปดาห์ใน

การเรียนรู้และพัฒนาตนเองรวมทั้งให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าควบคู่ไปด้วย หากมีคำถามข้อสงสัยหรือต้องการปรึกษาผู้วิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้อง ผู้ดูแลสามารถโทรสอบถามผู้วิจัยทางหมายเลขโทรศัพท์ได้ตลอดช่วง 2 สัปดาห์

กิจกรรมครั้งที่ 4 ทบทวนใหม่เพื่อไปต่อ กิจกรรมในครั้งนี้เป็นการจัดกิจกรรมรายบุคคล ใช้เวลา 45-60 นาที/คน เป็นกิจกรรมในขั้นตอนที่ 5 ของกระบวนการโค้ช คือ ทบทวนผลการปฏิบัติและวางแผนปรับปรุงประสิทธิภาพ (Reviewing activities and planning to improve performance) โดยผู้วิจัยจะติดตามและพบผู้ดูแลที่บ้านเพื่อร่วมกันสรุปผลการพัฒนาตนเองและผลการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยจัดให้ผู้ดูแลได้นำปัญหาและอุปสรรคมาทบทวนและวางแผนปรับแก้รวมทั้งเขียนแผนพัฒนาสำหรับการพัฒนาตนเองและให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไปอีก 2 สัปดาห์

กิจกรรมครั้งที่ 5 สุขภาวะทางจิตดี เปรมปรีใจ กิจกรรมในครั้งนี้เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มๆ ละ 5-6 คน ใช้เวลา 45-60 นาที เป็นกิจกรรมในขั้นตอนที่ 6 ของกระบวนการโค้ช คือ ยุติสัมพันธภาพการโค้ช (Ending the coaching relationship) โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลได้สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการพัฒนาตนเองจากการโค้ชและการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า รวมทั้งได้สะท้อนปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และจัดให้ผู้ดูแลได้ถ่ายทอดความประดับใจที่เกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่บุคคลเกิดความผิดปกติของอารมณ์และความรู้สึก ซึ่งบางครั้งอาจเชื่อมโยงกับความสูญเสียในชีวิต ความผิดปกตินี้จะแสดงออกผ่านองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าวจะมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการและอาการแสดง คือ เกิดความรู้สึกมืดมน หดหู่ เหนื่อยหน่าย อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า เซื่องซึม นอนไม่หลับ อารมณ์เศร้าไม่มีความสุข เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวล มองโลกในแง่ลบ จนรุนแรงที่สุดคือไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป ภาวะซึมเศร้านี้สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนทั้งในคนปกติ ผู้ป่วยทางกาย และผู้ป่วยทางจิตเวช ปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้าบำบัด และการรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด ในการบำบัดรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะต้องพิจารณาระดับความรุนแรงและบริบทการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับผู้รับการบำบัดซึ่งอาจบำบัดรักษาด้วยวิธีเดียวหรือร่วมกันหลายวิธีก็ได้ แต่ละรูปแบบในการบำบัดก็มีแนวคิดในการบำบัดที่แตกต่างกันออกไป

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เกิดได้จากปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ปัจจัยทางชีววิทยา ซึ่งส่วนใหญ่จากกรรมพันธุ์ โดยเฉพาะบุคคลที่มีพ่อหรือแม่เป็นโรคซึมเศร้ามีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง ปัจจัยด้านจิตวิทยา เช่น ความผิดปกติของบุคลิกภาพ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก รวมทั้งการสูญเสียสมดุลในการปรับตัว นอกจากนี้ยังรวมถึงปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การเกิดการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการขาดการสนับสนุนทางสังคมนี้จะยิ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ก็จะยิ่งลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลงได้ ซึ่งจะส่งผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดีและเกิดสุขภาวะทางจิตที่สูงขึ้นในผู้สูงอายุด้วย

สุขภาวะทางจิต เป็นความรู้สึกทางบวกของบุคคลที่เกิดขึ้นต่อการเผชิญสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน มีความพึงพอใจในชีวิต แสดงถึงความรู้สึกที่ดี บุคคลที่มีระดับสุขภาวะทางจิตที่สูงจะแสดงถึงการมีความสมดุลทางอารมณ์ เกิดการยอมรับตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต มีอิสระในตนเอง มีความเจริญเติบโตของกายและใจ มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และมีอำนาจ ในการจัดการสิ่งแวดล้อม ซึ่งการมีสุขภาวะทางจิตจะสะท้อนถึงภาวะซึมเศร้าในชีวิตของผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่สามารถดำเนินชีวิตให้เกิดความสมดุลได้จะมีสุขภาวะทางจิตลดลง ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดและให้การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพจิตที่ดี ส่งผลต่อการมีระดับสุขภาวะทางจิตที่สูงขึ้น

สำหรับการศึกษาแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการเพิ่มสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ เนื่องจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์เป็นแนวคิดที่ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญทั้ง 4 ด้านนี้ มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางใจของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุเพิ่มเติม เพื่อนำมาสร้างโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้และจากการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า การจัดกิจกรรมเป็นรูปแบบกลุ่ม และเน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว กิจกรรมในโปรแกรมที่สำคัญส่วนใหญ่เน้นการเพิ่มความรู้สึกด้านบวกและการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว และผลลัพธ์ที่ได้หลังได้รับโปรแกรม คือ เพิ่มความรู้สึกทางบวกต่อตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในการพึ่งพาตนเอง มีสัมพันธภาพที่ดีทางสังคม มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และเกิดความยืดหยุ่นทางจิตใจในการดำเนินชีวิต ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวจะเป็นองค์ประกอบหลักของการเพิ่มสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีวิธีดำเนินการดังนี้

กลุ่มทดลอง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มควบคุม หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

O1 X1 O2 กลุ่มทดลอง

O3 O4 กลุ่มควบคุม

O1 O3 หมายถึง สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

O2 O4 หมายถึง สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

X1 หมายถึง โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งเพศชายและหญิงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale-TGDS) ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนพื้นที่ตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งเพศชายและหญิง อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการประเมินว่ามีภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale-TGDS) และอาศัยอยู่ในตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีค่าคะแนนซึมเศร้าตั้งแต่ 13-24 คะแนน (เป็นผู้มีความเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง) แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน

2. ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คนการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

1. คะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) อยู่ในช่วง 5-20 คะแนน (มีความต้องการพึ่งพิงผู้อื่นอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง)
2. ไม่มีความพิการทางร่างกายซึ่งจะส่งผลต่อการทำกิจกรรมในโปรแกรม
3. ไม่อยู่ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ
4. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

ผู้ดูแลหลัก

1. เป็นผู้ดูแลหลักซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
2. ไม่มีความพิการ
3. สามารถสื่อสารด้วยการใช้โทรศัพท์มือถือได้
4. สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้
5. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ออก (Exclusion criteria)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

1. เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกขั้นตอนในโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม
2. เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรง หรืออาการทางจิตเฉียบพลันจนก่อให้เกิดอุปสรรคต่อกระบวนการบำบัด
3. ผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกครั้ง

ผู้ดูแลหลัก

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกครั้ง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการใช้งานวิจัยที่มีตัวแปรและกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกันที่สุดมาคำนวณเพื่อหาค่าพิสัยของขนาดอิทธิพล (effect size) ก่อนที่จะนำไปคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power ซึ่งงานวิจัยที่ใช้ในครั้งนี้ คือ ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (พรพิมล, 2559) คำนวณจากค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้

อิทธิพลเท่ากับ 1.13 จึงนำค่าขนาดอิทธิพลคำนวณหาค่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power โดยผู้วิจัยกำหนดขนาดความคลาดเคลื่อน ที่ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 18 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้ทำการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (ธานินทร์ ศิลป์จารุ,

2550) ทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 44 คน ในระหว่างการวิจัย ไม่มีกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย และไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรงหรืออาการทางจิตเฉียบพลันในระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกหมู่บ้านที่ต้องการศึกษาแบบเจาะจง จำนวน 2 หมู่บ้าน เพื่อใช้ในการจัดแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพิจารณาจากหมู่บ้านที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

2. แบ่งหมู่บ้านกลุ่มทดลองกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มอย่างง่ายจับฉลากครั้งแรกเข้ากลุ่มทดลองและหมู่บ้านที่เหลือเป็นกลุ่มควบคุม โดยได้หมู่ที่ 5 เป็นกลุ่มทดลอง และหมู่ที่ 6 เป็นกลุ่มควบคุม

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง (หมู่ที่ 5) จากการประเมินความเศร้าผู้สูงอายุในหมู่บ้านด้วยแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS) แล้วพบว่ามีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 13 – 24 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง) โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 22 ราย

4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม (หมู่ที่ 6) จากการประเมินความเศร้าผู้สูงอายุในหมู่บ้านด้วยแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (TGDS) แล้วพบว่ามีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 13 – 24 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง) โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 22 ราย

5. ทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่างมีการใช้วิธีการจับคู่ (match pair) ระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าและคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพื่อควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุดและเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะมีผลต่อการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale-TGDS) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2537) ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพื่อคัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเข้ากลุ่มตัวอย่าง แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย การประเมินเป็นการตอบแบบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยกำหนด ดังนี้ “ใช่” คือ ข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุภายในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา “ไม่ใช่” คือ ข้อความที่ไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ ภายในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีข้อคำถามเกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อ1,5,7,9,15,19,21,27,29,30 ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 0 คะแนน ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนนและข้อคำถามอีก 20 ข้อเป็นข้อคำถามในทางด้านลบ ซึ่งข้อคำถามดังกล่าวประกอบด้วย ข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 10,

11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28 ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 0 คะแนน

การแปลผล คะแนนรวมของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า จะอยู่ในช่วง 0-30 คะแนน แบ่งช่วงคะแนนเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0-12 เป็นค่าปกติ

คะแนน 13-18 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย

คะแนน 19-24 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง

คะแนน 25-30 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ประเมินเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การดูแลสุขลักษณะส่วนบุคคล เช่น ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด 3) การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงเก้าอี้ 4) การใช้ห้องน้ำ 5) การเคลื่อนย้ายที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ขั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั้นถ่ายอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และ 10) การกลั้นถ่ายปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การให้คะแนนมีคะแนนตั้งแต่ 0-20 คะแนน ลักษณะการตอบในแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ตั้งแต่ 0 ถึง 3 โดยมีการแบ่งเกณฑ์คะแนน ดังนี้ (1) 0 ถึง 4 คะแนน หมายถึง ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก (2) 5 ถึง 8 คะแนน ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นปานกลาง และ (3) 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเล็กน้อย ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่เข้าร่วมวิจัยจะต้องมีความต้องการพึ่งพิงผู้อื่นอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย

โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการใช้กรอบแนวคิดกระบวนการโค้ช (coaching process) ของโทร์ปและคลิฟฟอร์ต (Thorpe & Clifford, 2003) ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์ป (Kolb, 2015) และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (บังอรศรี จินดาวงค์ และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2564; ปรีดา นันต์ ประสิทธิ์เวช และรัชนีกร อุปเสน, 2562; พรพิมล เพ็ชรบุรี และคณะ, 2560; พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ และคณะ, 2560; ภูริพงษ์ เจริญแพทย์ และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, 2559; ยุวดี แตรประสิทธิ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2558; รพีพรรณ สารสมัคร และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2560) เป็นการจัดกิจกรรมแบบผสมระหว่างกิจกรรมกลุ่มและกิจกรรมรายบุคคล ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 1 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-90 นาที รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 “สร้างสัมพันธภาพและทำความรู้จักโปรแกรม” กิจกรรมครั้งนี้เป็นกิจกรรมชี้แจงความต้องการและเป้าหมายของการโค้ช (Clarifying coaching needs and goals) และตกลงเกี่ยวกับความต้องการที่เฉพาะเจาะจงในการพัฒนา (Agreeing about specific development needs)

กิจกรรมครั้งที่ 2 “เขียนแผนงานเชื่อมประสานลงมือปฏิบัติ” เป็นกิจกรรมการจัดทำแผนโดยละเอียดของกระบวนการโค้ช (Making a detailed plan for coaching)

กิจกรรมครั้งที่ 3 “ใช้ความรู้คู่ปฏิบัติ” กิจกรรมที่ผู้ดูแลลงมือปฏิบัติ (Doing a task or activity) ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าตามแผนที่วางไว้

กิจกรรมครั้งที่ 4 “ทบทวนใหม่เพื่อไปต่อ” เป็นการทบทวนและวางแผนปรับปรุง (Reviewing activities and planning to improve performance) หลังจากผู้ดูแลปฏิบัติตามแผนการให้การสนับสนุนทางสังคมในครั้งที่ผ่านมา

กิจกรรมครั้งที่ 5 “สุขภาวะทางจิตดี เปรมปรีใจ” เป็นการยุติสัมพันธภาพการโค้ช (Ending the coaching relationship) เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้สรุปและสะท้อนสิ่งที่ได้เรียนรู้ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรมตลอดโครงการ

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ความสามารถในการควบคุมโรค ผู้ดูแลหลัก สัมพันธภาพกับผู้ดูแลหลัก และจำนวนสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า สร้างโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ความสามารถในการควบคุมโรคประจำตัว และสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสุขภาวะทางจิต โดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความผาสุกทางใจ พัฒนาโดยปิยะกมล วิจิตรศิริ, และบัวทอง สว่างโสภากุล (2555) เป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจากแนวคิดความผาสุกทางใจของ Ryff (1989) มีข้อคำถามทั้งสิ้น 18 ข้อ เป็นมาตราวัดประเมินค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ โดยการให้คะแนนแบ่งออกเป็นการให้คะแนนสำหรับคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ ดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4
ไม่เห็นด้วย	2	3
เห็นด้วย	3	2
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1

การแปลผลการสุขภาวะทางจิตมีคะแนนต่ำสุด 8 คะแนน และคะแนนสูงสุด 72 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลความหมาย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับสุขภาวะทางจิต
18.00-36.00	ต่ำ
36.01-54.00	ปานกลาง
54.01-72.00	สูง

การตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) หาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) และความเป็นไปได้ของโปรแกรมโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Content Validity)

โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการมีประสบการณ์ด้านการพยาบาลจิตเวช จำนวน 1 ท่าน ได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมทางด้านภาษา และผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมฯ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.8 และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ค่า IOC เท่ากับ 0.7

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาวะทางจิต คือ แบบสอบถามความผาสุกทางใจ ไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยการนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุซึ่งมีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเที่ยง โดยวิธีการใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach'Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .87

3. ความเป็นไปได้ของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยนำโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ที่ได้ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน และผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 10 คน เพื่อดูความเป็นไปได้ของโปรแกรม เนื้อหา วิธีการ ระยะเวลาที่ใช้ และความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมในการทดลอง ซึ่งพบว่ากิจกรรมครั้งที่ 1 ใบกิจกรรมที่ 1 สถานการณ์ตัวอย่างที่1และ2 มีคำถามในการวิเคราะห์เหมือนกันซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้คำแนะนำว่ามีความซ้ำซ้อน ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถวิเคราะห์ประเด็นสถานการณ์ตัวอย่างได้ครบถ้วนจากการใช้สถานการณ์ตัวอย่างที่ 1 เพียงสถานการณ์เดียว ผู้วิจัยจึงปรึกษาและขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้วิจัยจึงปรับปรุงใช้สถานการณ์ตัวอย่างที่ 1 เพียงสถานการณ์เดียว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาเรื่องโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ เครื่องมือการวิจัย และเอกสารสำคัญที่เกี่ยวข้องถึงคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.3 เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามหนังสือรับรองเลขที่ PSU IRB 2022 – St – Nur – 029

ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2565 ผู้วิจัยจึงประสานกับโรงพยาบาลท่าศาลาและอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัย ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้วิจัยเป็นผู้อธิบายรายละเอียดของงานวิจัย และแนะนำวิธีการใช้แบบสอบและแบบประเมินในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแล 3) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 4) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) และ 5) แบบสอบถามความผาสุกทางใจ รวมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นดำเนินการทดลอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลองและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดการดำเนินโครงการและอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ โดยสอบถามความสมัครใจและให้เซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

2.2 ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มทดลอง (สัปดาห์ที่ 1- 4)

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 (วันที่ 1 ของสัปดาห์) “สร้างสัมพันธภาพและทำความรู้จักโปรแกรม” ผู้วิจัยแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งเริ่มให้ความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และมอบคู่มือการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในกิจกรรมนี้ผู้ดูแลได้ค้นหาเป้าหมายและสร้างความต้องการที่เฉพาะเจาะจงในการพัฒนา ในขณะที่ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกลุ่มกับผู้ดูแล ผู้ช่วยวิจัยเดินทางไปบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อประเมินสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 2 (วันที่ 2 ของสัปดาห์) “เขียนแผนงานเชื่อมประสานลงมือปฏิบัติ” เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้ร่วมกับผู้วิจัยในการวางแผนตามเป้าหมายและความต้องการที่เฉพาะเจาะจงในการพัฒนา และฝึกทักษะเพื่อเตรียมความพร้อมในการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 3 (วันที่ 2 ของสัปดาห์ที่ 1 จนถึงวันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 2) ผู้ดูแลปฏิบัติการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าตามแผนการปฏิบัติที่เขียนไว้ ในช่วงระหว่างสัปดาห์ที่ 1-2 นี้ ผู้วิจัยจะติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสมเป็นรายบุคคล

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 4 (ช่วง 2 วันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 2 จนถึง 2 วันแรกของสัปดาห์ที่ 3) กิจกรรม “ทบทวนใหม่เพื่อไปต่อ” ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านและคอยให้การช่วยเหลือให้ผู้ดูแลได้วิเคราะห์ปัญหา/อุปสรรคและผลที่เกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์ที่ 1-2 หลังจากที่ได้ให้การสนับสนุนทางสังคมตามที่วางแผนไว้ และนำบันทึกและผลที่เกิดขึ้นมาทบทวนและวางแผนปรับปรุง ในการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไปอีกประมาณ 2 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 5 (วันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 4) เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้สรุปผลการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในช่วงสัปดาห์ที่ 2-4 อีกทั้งผู้ดูแลได้ร่วมกันสรุปความรู้เกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และสะท้อนความรู้สึกที่ได้เข้า

ร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ในขณะที่ผู้วิจัยจัดกิจกรรมกลุ่มกับผู้ดูแล ผู้ช่วยวิจัยเดินทางไปบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อประเมินสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อเป็นข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

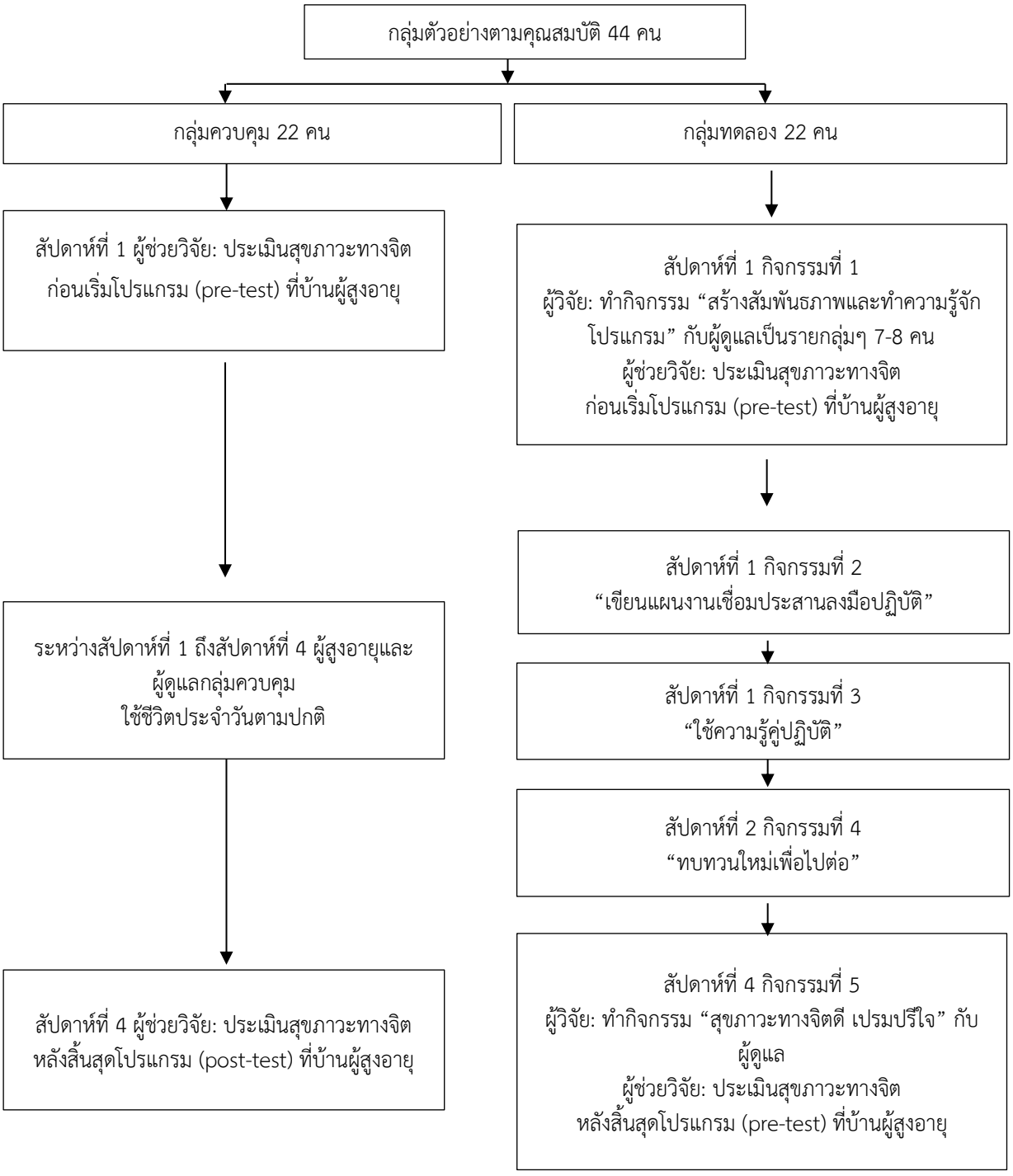
กลุ่มควบคุม (สัปดาห์ที่ 1-4)

สัปดาห์ที่ 1 ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแล พร้อมทั้งประเมินสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินความผาสุกทางใจ เพื่อเป็นข้อมูลก่อนทดลองของกลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มควบคุมใช้ชีวิตประจำวันปกติ

สัปดาห์ที่ 4 ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อใช้เป็นข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม พร้อมทั้งมอบคู่มือผู้ดูแล เรื่องการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ให้ผู้ดูแลและกล่าวขอบคุณที่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปขั้นตอนการทดลองได้ ดังภาพ 2



ภาพ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินโปรแกรม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามหนังสือรับรองเลขที่ PSU IRB 2022 – St – Nur – 029 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2565

2. พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้วิจัยลงพื้นที่พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของโครงการวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตแต่อย่างใด จะนำเสนอผลการดำเนินโครงการในภาพรวมเท่านั้น

3. การปกปิดความลับของกลุ่มตัวอย่าง คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะปกปิดเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ และกลุ่มตัวอย่างจะไม่ถูกเปิดเผยชื่อ-สกุล และจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

4. หากกลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยเสมอ และสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้เสมอโดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น

5. หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้นในขณะเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการดูแลรักษาที่เหมาะสม หรือหากมีอาการรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อไปได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองมาคำนวณหาค่าสถิติดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูลคะแนนสุขภาวะทางจิตทั้งก่อนและหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทดสอบการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (test of normality) ประกอบด้วย

2.1) ทดสอบค่า skewness/standard error และ kurtosis/standard error พบว่าคะแนนสุขภาวะทางจิตทั้งก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูตามปกติในแต่ละด้านมีค่ามากกว่า +/-1.96

2.2) ทดสอบค่าสถิติ Shapiro-Wilk พบว่าคะแนนสุขภาวะทางจิตทั้งก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติในแต่ละด้านมีค่า

significant ซึ่งแสดงว่าไม่มีการกระจายข้อมูลแบบโค้งปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้สถิติ non-parametric ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตก่อนการทดลองและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test

4. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

5. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4
ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในชุมชนพื้นที่ตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงเดือนธันวาคม 2565 ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

1. สมมติฐานข้อที่ 1 ระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. สมมติฐานข้อที่ 2 ระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ความสามารถในการควบคุมโรคประจำตัว ผู้ดูแลหลัก สัมพันธภาพกับผู้ดูแล จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคะแนนความเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ (chi-square) และการทดสอบที (t-test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม มีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติด้วยสถิติไคสแควร์และ t-test จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (N=44)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n=22)	กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (n=22)	X^2/t	*p*
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	7(31.8)	5(22.7)	.458[a]	.498
หญิง	15(68.2)	17(77.3)		
อายุ (ปี)				
I : M = 71.95, SD = 7.273, Min=61, Max=86			.353	.726
C : M = 71.18, SD = 7.261, Min=62, Max=86				
ศาสนา				
อิสลาม	22(100)	22(100)	-	-
สถานภาพสมรส				
โสด/หม้าย	16(72.7)	12(54.5)	1.571[a]	0.210
คู่	6(27.3)	10(45.5)		
รายได้				
I : M = 1795.45, SD = 1710.048, Min=600, Max=8000			-.572	.571
C : M = 2031.82, SD = 915.156, Min=800, Max=5000				
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	4(18.2)	3(13.6)	.170[b]	.680
ไม่เพียงพอ	18(81.8)	19(86.4)		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	0	2(9.1)	9.269[b]	.01
ประถมศึกษา	22(100)	16(72.7)		
มัธยมศึกษา	0	4(18.2)		
โรคประจำตัว				
ไม่มี	4(18.2)	5(22.7)	.140[b]	.708
มี	18(81.8)	17(77.3)		

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติด้วยสถิติไคสแควร์และ t-test จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (N=44) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n=22)	กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (n=22)	X^2/t	*p*
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
ความสามารถในการควบคุมโรค				
สามารถควบคุมโรคได้	13(59.1)	14(63.6)	.654[b]	.721
ไม่สามารถควบคุมโรคได้	5(22.7)	3(13.6)		
ผู้ดูแลหลัก				
คู่สมรส	3(13.6)	2(9.1)	4.923[b]	.085
บุตร	17(77.3)	12(54.5)		
อื่น ๆ	2(9.1)	8(36.4)		
สัมพันธภาพกับผู้ดูแล				
ทะเลาะเบาะแว้ง	1(4.5)	1(4.5)	.925[b]	.819
รักใคร่	7(31.8)	10(45.5)		
เอาใจใส่ดูแล	13(59.1)	10(45.5)		
ห่างเหิน	1(4.5)	1(4.5)		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว				
I : M = 4.77, S.D. = 1.950, Min = 2, Max = 10			-.185	-.854
C : M = 4.91, S.D. = 2.860, Min = 2, Max = 11				
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน				
I : M = 18.05, S.D. = 2.171, Min = 13, Max = 20			.491	.626
C : M = 17.68, S.D. = 2.715, Min = 11, Max = 20				
คะแนนความเศร้า				
I : M = 17.64, S.D. = 3.317, Min = 13, Max = 24			.047	.963
C : M = 17.59, S.D. = 3.127, Min = 13, Max = 23				

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติด้วยสถิติไคสแควร์และ t-test จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (N=44) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n=22)	กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (n=22)	X^2/t	p
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
ระดับของภาวะซึมเศร้า				
เล็กน้อย	15(68.2)	15(68.2)	.000[a]	1.000
ปานกลาง	7(31.8)	7(31.8)		

[a] = Pearson Chi-Square, [b] = Likelihood Ratio

I = Intervention group, C = Controlled group

จากตาราง 1 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเป็นเพศหญิงร้อยละ 68.2 และเป็นเพศชายร้อยละ 31.8 อายุเฉลี่ย 71.95 ปี สถานภาพสมรส โสดหรือหม้ายร้อยละ 72.7 และสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 27.3 มีรายได้เฉลี่ย 1,795.45 บาท ส่วนใหญ่มีความไม่เพียงพอของรายได้ร้อยละ 81.8 มีโรคประจำตัวร้อยละ 81.8 และไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 18.2 ในจำนวนที่มีโรคประจำตัวนี้สามารถควบคุมโรคได้ร้อยละ 59.1 ในส่วนของผู้ดูแลหลัก พบว่าเป็นบุตรร้อยละ 77.3 รองลงมาคือคู่สมรส ร้อยละ 13.6 และอื่น ๆ ได้แก่ หลานและญาติร้อยละ 9.1 ในด้านสัมพันธภาพกับผู้ดูแลหลักพบว่าเอาใจใส่ดูแลร้อยละ 59.1 รองลงมาคือรักใคร่ร้อยละ 31.8 ทะเลาะเบาะแว้งและห่างเหินเท่ากันร้อยละ 4.5 และมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเฉลี่ย 18.05 คะแนน คะแนนความเศร้าเฉลี่ย 17.64 ภาวะซึมเศร้าคะแนนระดับเล็กน้อยร้อยละ 68.2 และระดับปานกลางร้อยละ 31.8

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมเป็นเพศหญิงร้อยละ 77.3 และเป็นเพศชายร้อยละ 22.7 อายุเฉลี่ย 71.18 ปี สถานภาพสมรส โสดหรือหม้ายร้อยละ 54.5 และสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 45.5 มีรายได้เฉลี่ย 2,031.82 บาท ส่วนใหญ่มีความไม่เพียงพอของรายได้ร้อยละ 86.4 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ72.7 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 18.2 และไม่ได้เรียนร้อยละ 9.1 มีโรคประจำตัวร้อยละ 77.3 และไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 22.7 ในจำนวนที่มีโรคประจำตัวนี้สามารถควบคุมโรคได้ร้อยละ 63.6 ในส่วนของผู้ดูแลหลัก พบว่าเป็นบุตรร้อยละ 54.5 รองลงมาคืออื่นๆ ร้อยละ 36.4 และคู่สมรสร้อยละ 9.1 ในด้านสัมพันธภาพกับผู้ดูแลหลักพบว่าเอาใจใส่ดูแลเท่ากับรักใคร่คิดเป็นร้อยละ 45.5 ทะเลาะเบาะแว้งและห่างเหินเท่ากันร้อยละ 4.5 และมีคะแนนความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันเฉลี่ย 17.68 คะแนน คะแนนความเศร้าเฉลี่ย 17.59 คะแนน ภาวะซึมเศร้าคะแนนระดับเล็กน้อยร้อยละ 68.2 และระดับปานกลางร้อยละ 31.8

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติโดยใช้สถิติไคสแควร์*และ t-test* พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ในเรื่องเพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว

ความสามารถในการควบคุมโรคประจำตัว ผู้ดูแลหลัก สัมพันธภาพกับผู้ดูแล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน คะแนนความเศร้า และระดับภาวะซึมเศร้า ยกเว้นระดับการศึกษา

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ความสามารถในการควบคุมโรคประจำตัว สัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) และการทดสอบที (t-test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ มีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมด้วยสถิติไคสแควร์และ t-test จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (N=44)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n=22)	กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (n=22)	X^2/t	*p*
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)		
เพศ				
ชาย	3(13.6)	6(27.3)	1.277[b]	.258
หญิง	19(86.4)	16(72.7)		
อายุ (ปี)				
I : M = 45.27, SD = 10.259, Min=21, Max=68			-.927	.359
C : M = 48.18, SD = 10.563, Min=30, Max=69				
ศาสนา				
อิสลาม	22(100)	22(100)	-	-
สถานภาพสมรส				
โสด	4(18.2)	3(13.6)	.170[b]	.680
คู่	18(81.8)	19(86.4)		
รายได้				
I : M = 4200, SD = 2616.796, Min=600, Max=12,000			.238	.813
C : M = 4031.82, SD = 2024.231, Min=1000, Max=8,500				

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน และผลทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมด้วยสถิติไคสแควร์และ t-test จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (N=44) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n=22) จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (n=22) จำนวน(ร้อยละ)	X^2/t	*p*
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	10(45.5)	0	12.941[a]	.000
ไม่เพียงพอ	12(54.5)	22(100)		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	1(4.5)	0	2.167[b]	.539
ประถมศึกษา	12(54.5)	14(63.6)		
มัธยมศึกษา	8(36.4)	6(27.3)		
ปริญญาตรี	1(4.5)	2(9.1)		
โรคประจำตัว				
ไม่มี	15(68.2)	16(72.7)	.109[a]	.741
มี	7(31.8)	6(27.3)		
ความสามารถในการควบคุมโรค				
สามารถควบคุมโรคได้	7(31.8)	6(27.3)	.109[a]	.741
ไม่มีโรคประจำตัว	15(68.2)	16(72.7)		
สัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ				
ทะเลาะเบาะแว้ง	0	1(4.5)	2.001[b]	.572
รักใคร่	13(59.1)	10(45.5)		
เอาใจใส่ดูแล	8(36.4)	10(45.5)		
ห่างเหิน	1(4.5)	1(4.5)		

[a] = Pearson Chi-Square, [b] = Likelihood Ratio

I = Intervention group, C = Controlled group

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.4 และเป็นเพศชายร้อยละ 13.6 อายุเฉลี่ย 45.27 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ร้อยละ 81.8 และโสดร้อยละ 18.2 มีรายได้เฉลี่ย 4,200 บาท มีความไม่เพียงพอของรายได้ร้อยละ 54.5

การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 54.5 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 36.4 และไม่ได้เรียนเท่ากับปริญญาตรีร้อยละ 4.5 มีโรคประจำตัวร้อยละ 31.8 ในส่วนของสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุพบว่ารักใคร่ร้อยละ 59.1 รองลงมาคือเอาใจใส่ดูแลร้อยละ 36.4 และห่างเหินร้อยละ 4.5

ผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมเป็นเพศหญิงร้อยละ 72.7 และเป็นเพศชายร้อยละ 27.3 อายุเฉลี่ย 48.18 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ร้อยละ 86.4 และโสดร้อยละ 13.6 มีรายได้เฉลี่ย 4,031.82 บาท การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 63.6 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 27.3 และระดับปริญญาตรีร้อยละ 9.1 มีโรคประจำตัวร้อยละ 27.3 ในส่วนของสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุพบว่ารักใคร่เท่ากับเอาใจใส่ดูแล คือ ร้อยละ 45.5 และทะเลาะเบาะแว้งเท่ากับห่างเหินร้อยละ 4.5

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมโดยใช้สถิติไคสแควร์*และ t-test* พบว่า ข้อมูลผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ในเรื่องเพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ความสามารถในการควบคุมโรคประจำตัว และสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. สมมติฐานข้อที่ 1 คะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนสุขภาวะทางจิตของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (n=22)

คะแนนสุขภาวะทางจิต	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n=22)		หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=22)	
	M	*S.D.*	*M*	*S.D.*
ด้านการยอมรับตนเอง	7.32	1.394	7.61	1.845
ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น	7.30	1.357	8.41	2.038
ด้านความเป็นตัวของตัวเอง	7.36	1.163	7.32	1.902
ด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม	7.39	1.316	7.82	1.498
ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต	6.91	1.460	7.43	1.676
ด้านความเจริญงอกงามของบุคคล	7.43	1.648	8.68	2.143
คะแนนสุขภาวะทางจิตโดยรวม	43.68	5.286	47.27	6.909

จากตาราง 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางจิตรายด้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทุกด้าน และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางจิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางจิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ตาราง 4

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติ Wilcoxan Signed-Ranks Test (n=22)

คะแนนสุขภาวะทางจิต	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n=22)		หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=22)		*Z*	*p*
	Mdn	*IQR*	*Mdn*	*IQR*		
ด้านการยอมรับตนเอง	8.00	2	8.00	2	-1.483	.138
ด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม	7.50	2	8.00	2	-.475	.635
ด้านความเจริญงอกงามของบุคคล	7.00	3	9.00	1	-3.168	.002
ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น	7.00	1	9.00	2	-2.917	.004
ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต	7.00	2	8.00	2	-2.264	.024
ด้านความเป็นตัวของตัวเอง	7.00	1	8.00	2	-1.820	.069
คะแนนสุขภาวะทางจิตโดยรวม	45.00	4	50.00	8	-4.028	.000

จากตาราง 4 พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนสุขภาวะทางจิตรายด้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม จำนวน 22 คน หลังเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม คือ ค่ามัธยฐานคะแนนด้านความเจริญงอกงามของบุคคล ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.168$; $Z = -2.917$; $Z = -2.264$, $p < .05$) ตามลำดับ และค่ามัธยฐานคะแนนสุขภาวะทางจิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.028$, $p < .001$)

ตาราง 5

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่ามัธยฐานคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติ Wilcoxan Signed-Ranks Test (n=22)

คะแนนสุขภาวะทางจิต	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n=22)		หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=22)		*Z*	*p*
	Mdn	*IQR*	*Mdn*	*IQR*		
ด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม	8.00	2	7.50	2	-1.641	.101
ด้านการยอมรับตนเอง	8.00	1	7.00	3	-.303	.762
ด้านความเป็นตัวของตัวเอง	8.00	1	6.00	3	-1.550	.121
ด้านความเจริญงอกงามของบุคคล	7.00	1	9.00	3	-1.438	.151
ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต	7.00	2	8.00	2	-.714	.475
ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น	7.00	1	7.50	4	-1.482	.138
คะแนนสุขภาวะทางจิตโดยรวม	45.00	4	47.00	8	-1.971	.049

จากตาราง 5 พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนสุขภาวะทางจิตรายด้านของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม จำนวน 22 คน ก่อนเริ่มโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรมไม่แตกต่างกัน คือ ค่ามัธยฐานคะแนนด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม ด้านการยอมรับตนเอง ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ด้านความเจริญงอกงามของบุคคล ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต และด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ก่อนเริ่มโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรมแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.641$; $Z = -.303$; $Z = -1.550$; $Z = -1.438$; $Z = -.714$; $Z = -1.482$, $p > .05$) และเมื่อพิจารณาค่ามัธยฐานคะแนนสุขภาวะทางจิตโดยรวมของกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม พบว่า ก่อนเริ่มโปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรมมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -1.971$, $p < .05$)

2. สมมติฐานข้อที่ 2 คะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม

ตาราง 6

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test (n=22)

คะแนนสุขภาวะทางจิต	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n=22)		กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (n=22)		*Z*	*p*
	Mean Rank	*Sum of Ranks*	*Mean Rank*	*Sum of Ranks*		
ด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม	24.05	529.00	20.95	461.00	-.824	.410
ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น	23.86	525.00	21.14	465.00	-.749	.454
ด้านความเจริญงอกงามของบุคคล	22.91	504.00	22.09	486.00	-.216	.829
ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต	22.45	494.00	22.55	496.00	-.024	.981
ด้านการยอมรับตนเอง	22.27	490.00	22.73	500.00	-.123	.902
ด้านความเป็นตัวของตัวเอง	21.18	466.00	23.82	524.00	-.714	.475
คะแนนสุขภาวะทางจิตโดยรวม	22.84	502.50	22.16	487.50	-.177	.859

จากตาราง 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน คือ ค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนเฉลี่ยด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ด้านความเจริญงอกงามของบุคคล ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต ด้านการยอมรับตนเอง ด้านความเป็นตัวของตัวเอง และคะแนนสุขภาวะทางจิตโดยรวม ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -.824$; $Z = -.749$; $Z = -.216$; $Z = -.024$; $Z = -.123$; $Z = -.714$,; $Z = -.177$, $p > .05$)

ตาราง 7

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมหลังสิ้นสุดโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test (n=22)

คะแนนสุขภาวะทางจิต	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n=22)		กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (n=22)		*Z*	*p*
	Mean Rank	*Sum of Ranks*	*Mean Rank*	*Sum of Ranks*		
ด้านความเจริญงอกงามของบุคคล	26.55	584.00	18.45	406.00	-2.141	.032
ด้านความเป็นตัวของตัวเอง	26.36	580.00	18.64	410.00	-2.046	.041
ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น	25.09	552.00	19.91	438.00	-1.359	.174
ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต	24.64	542.00	20.36	448.00	-1.142	.253
ด้านการยอมรับตนเอง	23.64	520.00	21.36	470.00	-.596	.551
ด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม	22.82	502.00	22.18	488.00	-.170	.865
คะแนนสุขภาวะทางจิตโดยรวม	26.91	592.00	18.09	398.00	-2.283	.022

จากตาราง 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม คือ ค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนเฉลี่ยด้านความเจริญงอกงามของบุคคล ด้านความเป็นตัวของตัวเอง และคะแนนสุขภาวะทางจิตโดยรวมมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.141$; $Z = -2.046$; $Z = -2283$, $p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม โดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานคะแนนสุขภาวะทางจิตสูงกว่าก่อนทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของอันดับคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

ดังนั้น สรุปผลการศึกษาได้ว่า โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีกระบวนการโค้ชของโทร์ปและคลิฟฟอร์ต (Thorpe & Clifford, 2003) ซึ่งประกอบด้วย 6 กระบวนการ ได้แก่ 1) การชี้แจงเป้าหมายและความต้องการ (Clarifying coaching needs and goals) 2) ตกลงเกี่ยวกับความต้องการที่เฉพาะเจาะจงในการพัฒนา (Agreeing specific development needs) 3) จัดทำแผนโดยละเอียดสำหรับการโค้ช (Formulating

a detailed plan for coaching) 4) ลงมือปฏิบัติ (Doing a task or activity) 5) ทบทวนและวางแผนปรับปรุง (Reviewing activities and planning improved) 6) สิ้นสุดความสัมพันธ์ของการโค้ช (Ending the coaching relationship) ร่วมกับการทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์ป (Kolb, 2015) ประกอบด้วยรูปแบบการเรียนด้วย 4 ลักษณะ ดังนี้ 1) ประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (Concrete experience) 2) การสังเกตแบบสะท้อนกลับ (Reflective observation) 3) แนวความคิดเชิงนามธรรม (Abstract conceptualization)และ4) การลองทำ (Active experimentation) ให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และสามารถนำความรู้ ทัศนคติ และทักษะที่เกิดขึ้นไปให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น ดังการอภิปรายในรายละเอียดของกระบวนการโค้ช ได้ดังนี้

กระบวนการชี้แจงเป้าหมายและความต้องการ (Clarifying coaching needs and goals) เป็นกระบวนแรกของการโค้ชที่ทำให้ผู้ดูแลสามารถค้นหาความต้องการและเป้าหมายของการพัฒนาตัวเองเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งการที่จะให้เป็นบุคคลค้นหาความต้องการพัฒนาดังกล่าว ต้องมีความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งกิจกรรมของโปรแกรมช่วงแรกถูกออกแบบตามกระบวนการเรียนรู้แบบแนวความคิดเชิงนามธรรม (Abstract conceptualization) กับประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (Concrete experience) ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการสนับสนุนทางสังคม การร่วมกันคิดวิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคม การดูวีโอแสดงเนื้อหาเปรียบเทียบการให้การสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุมและไม่ครอบคลุม โดยผู้ดูแลได้มีโอกาสสะท้อนความเข้าใจผ่านการตอบคำถามจากสถานการณ์ที่กำหนด ร่วมกันแลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้เรียนรู้เรื่องการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจากกิจกรรมในกระบวนการนี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อผู้ดูแลเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแล้วนั้น ก็เข้าสู่กระบวนการที่สองของการโค้ช คือ ตกลงเกี่ยวกับความต้องการที่เฉพาะเจาะจงในการพัฒนา (Agreeing specific development needs) ซึ่งในกระบวนการนี้เกิดต่อเนื่องจากประสบการณ์การเรียนรู้แนวความคิดเชิงนามธรรม (Abstract conceptualization) และประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (Concrete experience) ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ความเข้าใจที่เกิดขึ้นสะท้อนออกมาเป็นความต้องการที่จะพัฒนาตนเองเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมผ่านการทำใบกิจกรรม “สิ่งที่ฉันต้องการพัฒนา” ในกิจกรรมนี้ผู้ดูแลได้นำความรู้ความเข้าใจที่เกิดจากกระบวนการแรกมาวิเคราะห์ร่วมกับประสบการณ์จริงของตนเองเพื่อค้นหาเป้าหมายที่ตนเองต้องการพัฒนาเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ เกิดเป็นกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ในด้านของการสังเกตแบบสะท้อนกลับ (Reflective observation) การสะท้อนของผู้ดูแลทำให้ทราบว่าผู้ดูแลเกิดทัศนคติที่ดีต่อการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ยกตัวอย่างเช่น “ไม่คิดเลยว่าสิ่งต่าง ๆ ที่ทำในชีวิตประจำวันก็สามารถช่วยดูแลผู้สูงอายุให้มีความสุขได้” การที่ผู้ดูแลมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความยินดีต่อการวางแผนและฝึกทักษะการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

กระบวนการจัดทำแผนโดยละเอียดสำหรับการโค้ช (Formulating a detailed plan for coaching) เป็นกระบวนการที่ผู้ดูแลนำเป้ามาวางแผนเพื่อที่จะปฏิบัติจริง โดยในกระบวนการนี้ผู้ดูแลได้

วางแผนการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า การดูวีดีโอทักษะการให้การสนับสนุนทางสังคม ดูการสาธิตโดยผู้วิจัย และผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการสื่อสารการให้การสนับสนุนทางสังคมด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (Concrete experience) และนำสู่ประสบการณ์การลองทำ (Active experimentation) ซึ่งกระบวนการนี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดทักษะการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

เมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมฯ ก่อนเข้าสู่กระบวนการการลงมือปฏิบัติ ผู้ดูแลเกิดทั้งความรู้ ทัศนคติที่ดีต่อการให้การสนับสนุนทางสังคม เกิดทักษะและความมั่นใจในการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ดังการสะท้อนของผู้ดูแลที่กล่าวว่า “เราต้องเอาความรู้ที่ได้จากโครงการไปปฏิบัติให้ตรงกับชีวิตจริง แล้วรู้เลยว่าไม่ยาก” “ถ้าไม่มาร่วมโครงการ ก็ยังไม่รู้ว่าการชวนกินข้าวพร้อมกัน เป็นการถามไถ่แสดงถึงความห่วงใยใส่ใจ ปกติทำกับข้าวไว้ให้แล้วก็เสร็จ” อีกทั้งผู้ดูแลให้คะแนนความมั่นใจของตนเองมากกว่า 7 คะแนนจากคะแนนเต็ม 10 คะแนนในประเมินความพร้อมและความมั่นใจของตนเอง การสะท้อนคิดดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ เกิดทัศนคติที่ดีรวมทั้งเกิดทักษะและความพร้อมต่อการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลได้รับคู่มือการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในรูปแบบของหนังสือคู่มือ ซึ่งรวบรวมความรู้และทักษะเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในรูปแบบที่มีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย ภาพประกอบน่าสนใจ ส่งผลให้ผู้ดูแลได้ทบทวนความรู้และทักษะการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของจักรกฤษณ์ วังราษฎร์ และคณะ (2563) ที่พบว่าการให้ผู้ดูแลใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นในการดูแลผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้คู่มือ

กระบวนการลงมือปฏิบัติ (Doing a task or activity) ทบทวนและวางแผนปรับปรุง (Reviewing activities and planning improved) เป็นกระบวนการที่ผู้ดูแลได้นำความรู้ ทัศนคติและทักษะที่ได้รับการโค้ชมาปฏิบัติการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งทำให้เกิดการลองทำ (Active experimentation) ผู้ดูแลได้เอาความรู้ทั้งทางนามธรรมและรูปธรรมไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติจริง และในระหว่างการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านี้ผู้ดูแลได้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เกิดการสังเกตแบบสะท้อนกลับ (Reflective observation) ทั้งจากการเรียนรู้ปัญหาที่เผชิญและการบันทึกผลการให้การสนับสนุนทางสังคมของตนเอง ข้อมูลเหล่านี้เป็นผลจากการเรียนรู้และสะท้อนกลับออกมาผ่านผู้ดูแลและนำมาทบทวนวางแผนปรับปรุง (Reviewing activities and planning improved) ผ่านการวิเคราะห์ผลการปฏิบัติในช่วง 2 สัปดาห์แรก การนำปัญหาอุปสรรค มาวางแผนเพื่อพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องในกระบวนการต่อไป การชื่นชมและให้กำลังใจตัวเอง กิจกรรมเหล่านี้เป็นสิ่งที่ส่งเสริมกำลังใจและสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ดูแลมีความกล้าที่จะให้การสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องต่อไปภายใต้การดูแลช่วยเหลือและให้คำแนะนำของผู้วิจัย การสังเกตแบบสะท้อนกลับ (Reflective observation) นี้ เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติและนำมาวางแผนปรับปรุงแก้ไขในการให้การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะเห็นได้ชัดว่าผู้ดูแลมีเป้าหมายในการวางแผนพัฒนาระยะต่อไปให้มีความสอดคล้องกับบริบทที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันของตนเองและผู้สูงอายุ เกิดเป็นการวางแผนและออกแบบกิจกรรมที่สามารถระบุเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนต่อการนำไปปฏิบัติ ทำให้เห็นว่าผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจากการปฏิบัติของตนเอง สิ่งนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเกิดความเข้าใจต่อตนเองและผู้สูงอายุที่ตนเองให้การสนับสนุนทางสังคมอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเสริมต่อการเรียนรู้และการสะท้อนคิดการปฏิบัติ

เพื่อส่งเสริมความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลของสมจิต สินธุชัย และคณะ (2560) พบว่ารูปแบบการสะท้อนคิดทำให้เกิดการเรียนรู้ที่นำสู่ความสามารถในการคิดตัดสินใจในการปฏิบัติจริง

กระบวนการสิ้นสุดความสัมพันธ์ของการโค้ช (Ending the coaching relationship) เป็นกระบวนการสุดท้ายที่ผู้ดูแลได้สำรวจและประเมินตนเอง สะท้อนความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการโค้ชผู้ดูแล ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (Concrete experience) และแนวความคิดเชิงนามธรรม (Abstract conceptualization) จากกิจกรรมการทบทวนความรู้ ความสำคัญ และทักษะการให้การสนับสนุนทางสังคม อีกทั้งได้สะท้อนความรู้สึกและสิ่งที่ได้เรียนรู้ตลอดทั้งกระบวนการ ดังการสะท้อนผ่านกิจกรรม “สิ่งดีๆที่ฉันได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม” ว่า “ดีใจมากที่ได้มีโอกาสเข้าร่วมโครงการนี้ การได้เอาข้อมูลที่เจ้าหน้าที่สอนมาลงมือดูแลมันจริง ๆ ทำให้เกิดความรู้สึกดีต่อตัวเองมาก ๆ” “ขอบคุณเจ้าหน้าที่ที่จัดโครงการดีๆนี้ขึ้นมา หากมีโครงการอยากให้มาช่วยเหลือหมู่บ้านเราอีก” “ไม่เคยคิดเลยว่าการปรับปรุงเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันธรรมดา ๆ ช่วยให้ผู้สูงอายุที่เรารักมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นได้” จากคำพูดดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลที่ได้เข้าร่วมกระบวนการโค้ชได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ เกิดทัศนคติที่ดี และมีทักษะในการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

จากที่ได้อภิปรายข้างต้น จึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้นจากผู้ดูแล ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุมีระดับสุขภาวะทางจิตเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดทฤษฎีของเฮ้าส์ (House, 1981) ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาวะทางจิตซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

สุขภาวะทางจิตเป็นคุณลักษณะทางจิตใจเชิงบวกซึ่งสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของบุคคลจากการพัฒนาด้านจิตสังคมและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมนุษย์ (Ryff, 1989) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้รับสอดคล้องกับความต้องการของมนุษย์ตามแนวคิดของมาสโลว์ (Maslow, 1943) ดังเช่น การสนับสนุนด้านทรัพยากรต่าง ๆ การพูดคุยเอาใจใส่ ถามไถ่ความต้องการ การรับฟังด้วยความห่วงใยอย่างสม่ำเสมอ การให้การยอมรับ การพูดชมเชยต่อความสามารถตามศักยภาพของผู้สูงอายุ การช่วยสะท้อนให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักศักยภาพของตนเอง และการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในชีวิตประจำวัน นับได้ว่าผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการตั้งแต่ความต้องการขั้นพื้นฐานด้านกายภาพ (physiological needs) ไปจนถึงได้ว่าการตอบสนองการในมิติจิตสังคมซึ่งเป็นความต้องการในลำดับขั้นถัดไป ไม่ว่าจะเป็นความต้องการด้านความมั่นคงปลอดภัย (safety and security needs) ความต้องการเป็นที่รักและเป็นส่วนหนึ่ง (love and belonging needs) ความต้องการมีคุณค่า (self -esteem needs) และความต้องการขั้นสูงสุดคือต้องการในการเข้าใจและรู้จักตนเอง (self-actualization needs) สอดคล้องกับการศึกษาของชินและพาร์ค (Shin & Park, 2022) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตโดยส่งผลผ่านทางความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานด้านจิตใจ (basic psychological needs)

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดทฤษฎีของเฮ้าส์ (House, 1981) มองว่าการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อสุขภาพของบุคคล โดยจัดการปัจจัยความเครียดที่ส่งผลต่อสุขภาพโดยตรง

(main effects) และยังสามารถมีผลในแง่การลดทอนความรุนแรงของปัจจัยความเครียด (buffering effects) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เป็นไปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุดีขึ้น เมื่อภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุลดลง จึงเป็นผลให้สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม สุขภาวะทางจิต และ ภาวะซึมเศร้า ดังเช่น การวิจัยของกฤษณะ หงษาครประเสริฐ (2022) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุฯ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ หลังจากได้เข้าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม 4 กิจกรรม ในวลา 4 สัปดาห์ โดยโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมพัฒนาตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของคอบบ์ ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง (Esteem Support) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของหรือบริการ (Tangible Support) และ การสนับสนุนด้าน ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ยังมีการศึกษาอำนาจการทำนายต่อความผาสุกทางใจของการสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งในชีวิต การมองโลกในแง่ดี และ ความผูกพันในครอบครัว ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจการทำนายสุขภาวะทางจิตได้มากที่สุด (ภาคิณี เดชชัยยศ และคณะ, 2563) และการศึกษาของฤดีมาศ พุทธมาตย์ และคณะ (2562) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจในระดับสูง ($r = .60$, $p < .01$) ทั้งนี้ผลการศึกษายังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล เพ็ชรบุรี และคณะ (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของพิณทิพย์ สดวิไลย และคณะ(2562) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเช่นกัน

สรุปได้ว่า โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม มีกิจกรรมที่เหมาะสมมีส่วนช่วยเพิ่มสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีผลการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale-TGDS) มีค่าคะแนนความเศร้าตั้งแต่ 13-24 คะแนน (เป็นผู้มีความเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง) จำนวน 44 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ในรายที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale-TGDS) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2537) ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพื่อคัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเข้ากลุ่มตัวอย่าง และ 2) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ประเมินเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 ด้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการใช้กรอบแนวคิดกระบวนการโค้ช (coaching process) ของโทร์ปและคลิฟฟอร์ต (Thorpe & Clifford, 2003) ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์ป (Kolb, 2015) และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (บังอรศรี จินดาวงค์ และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2564; ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช และรัชนีกร อุปเสน, 2562; พรพิมล เพ็ชรบุรี และคณะ, 2560; พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ และคณะ, 2560; ภูริพงษ์ เจริญแพทย์ และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, 2559; ยุวดี แตรประสิทธิ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2558; รพีพรรณ สารสมัคร และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2560) โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-90 นาที ครั้งละ 1 กิจกรรม ใช้เวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และ 2) แบบประเมินสุขภาวะทางจิต โดยใช้แบบสอบถามความผาสุกทางใจ ฉบับภาษาไทย (ปิยะกมล วิจิตรศิริ และบัวทอง สว่างโสภากุล, 2555) ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 18 ข้อ การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ข้อ 1-3 เป็นการประเมินด้านการยอมรับตนเอง ข้อ 4-6 เป็นการประเมินด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ข้อ 7-9 เป็นการประเมินด้านความเป็นตัวของตัวเอง ข้อ 10-12 เป็นการประเมินด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม ข้อ 13-15 เป็นการประเมินด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต และข้อ 16-18 เป็นการประเมินด้านความเจริญงอกงามของบุคคล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม และความเหมาะสมของเนื้อหา และความเป็นไปได้ของโปรแกรม ปรับแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. ความเที่ยงของเครื่องมือ คือแบบสอบถามความผาสุกทางใจ ซึ่งผู้วิจัยใช้ในการประเมินสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .87

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการทดลอง โดยผ่านการได้รับหนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามหนังสือรับรองเลขที่ PSU IRB 2022 – St – Nur – 029 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2565 แล้ว

วิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและของผู้ดูแลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแคว์ (chi-square test) และสถิติทีอิสะ (Independent t-test) เปรียบเทียบสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test

ผลการศึกษา

1. สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.028$, $p < .001$)

2. สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมหลังสิ้นสุดโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.283$, $p < .05$)

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้มีการกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ .95 จึงทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างน้อย และอาจมีผลต่อการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลที่ไม่เป็นปกติ จึงต้องวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิตินอนพาราเมตริก

2. การประเมินสุขภาวะทางจิตหลังการทดลอง ควรมีการสอบถามการได้รับข้อมูลหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องหรือส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและสุขภาวะทางจิตของกลุ่มตัวอย่างร่วมด้วย เพื่อได้

วิเคราะห์เกี่ยวกับตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อสุขภาวะทางจิตของกลุ่มตัวอย่างและนำสู่การวางแผนการให้โปรแกรมที่ครอบคลุมขึ้นในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้ร่วมกับการให้การพยาบาลแบบปกติในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำการศึกษาแบบติดตามผลของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมในระยะยาว เช่น หลังการทดลอง 3 เดือน 6 เดือน เพื่อดูความยั่งยืนของการให้โปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ กาญจนนิกร. (2560). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยงานศิลปะต่อความผาสุกของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

กนกวรรณ กาญจนนิกร, จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, และชนัดดา แนบเกสร. (2561). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยงานศิลปะต่อความผาสุกของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(1), 23-32.

กฤษณะ หงษาครประเสริฐ. (2565). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ, 4(2), 15-26.

กันธิมา ศรีหมากสุก, เสาวนีย์ ธูปหอม, ชวัลณัฐ รุ่งจิตรเจริญ, ธณารัตน์ พลับพลาไชย, ชวนพิศ ศิริไพบูลย์, และอิทธิพล ดวงจินดา. (2565). การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไทยในชุมชน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 15(2), 51-66.

กาญจนา พิบูลย์, พวงทอง อินใจ, และเอียน สมิท. (2552). ผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 2(3), 101-110.

ขนิษฐา หะยีมะแซ. (2556). การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึม และเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

จักรกฤษณ์ วังราษฎร์, ผุสดี มงคล, อักษรา ทองประชุม, วราภรณ์ บุญเชียง, กฤตธีรา เพียรรักษ์การ, วรางคณา นาคเสน, และยุพา ชาญวิกรัย. (2563). ผลของการใช้คู่มือดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลเชิงดอย อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต, 8(1), 16-30.

จันทรรัตน์ จาริกสกุลชัย และรัฐพล ศิลปะรัศมี. (2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการปัญหาเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ช่วงสถานการณ์ COVID-19. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 16(3), 137-148.

จีราพร ทองดี, ดาราวรรณ รองเมือง, และฉันทนา นาคฉัตรีย์. (2555). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 22(3), 88-99.

เจริญชัย หมื่นห่อ, และสุพรรณี พูลผล. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุจังหวัดนครพนม. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม, 6(1), 79-86.

ช่อผกา สุทธิพงศ์, และศิริอร สินธุ. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายหลังเป็นโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชนเมือง. Journal of Nursing Science, 30(1), 28-39.

ฐิตาพร วรภัณฑ์วิศิษฐ์, ลาวัลย์ เวทยาวงศ์, และหทัยรัตน์ ศักดิ์แก้ว. (2565). โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32(3), 174-186.

ณหทัย วงศ์ปการันย์, ทินกร วงศ์ปการันย์, เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา, ยุพาพรรณ ศิริอ้าย, คะนึงนิจ ไชยลังการณ์, วิรัตน์ นิวัฒนนันท์, ... ปุณย์จารี วิริยโกศล. (2559). คู่มือการดูแลผู้สูงวัย: สูตรคลายซึมเศร้า (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: บริษัท โอเพ่นเวิลด์ส พับลิชชิ่ง เฮ้าส์ จำกัด.

ณัชศฬา หลงผาสุก, สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม. (2561). ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลวัยสูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง. วารสารสภาการพยาบาล, 33(2), 97-109.

ถิรนันท์ ผิวผา, นุชนาถ บรรทุมพร, และสารรัตน์ วุฒิอาภา. (2561). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(พิเศษ), 89-98.

ทรัพสิริ เสนีวงศ์ ณ อยุธยา, สรัฐ ฤทธิ์รณศักดิ์, ณิศรา ระวียัน, และวาสนา จักรแก้ว. (2564). การจัดการเรียนการสอนจากประสบการณ์ตามสภาพจริง ตามรูปแบบกิจกรรมประสบการณ์. วารสารธรรมศาสตร์, 40(2), 116-129.

ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2550). การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ: วีอินเตอร์พริ้นท์.

นริสา วงศ์พนารักษ์, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3), 24-31.

นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ์. (2559). ภาวะซึมเศร้า. วารสาร มฉก. วิชาการ, 19(30), 105-118.

นารีรัตน์ เชื้อสูงเนิน. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรม การสนับสนุนจากครอบครัว กับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

บังอรศรี จินดาวงค์ และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิจัย มข, 21(1), 229-241.

ปนัดดา มหิทธานุภาพ, และบัวทอง สว่างโสภากุล. (2555). การมองโลกในแง่ดี การปฏิบัติพัฒนกิจ และความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 38(2), 166-178.

ปวีณา นพโสตร, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2558). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วน ร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. วารสารพยาบาลตำรวจ, 7(1), 83-94.

ปวีณา ประกาทานัง, วารี กังใจ, และสหัทยา รัตนจรณะ. (2560). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อความว้าเหว่ของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, 33(3), 12-26.

ปิยะกมล วิจิตรศิริ. (2555). ความเป็นปราชญ์ การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัดสารอด เขตราษฎร์บูรณะ กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

ปิยะกมล วิจิตรศิริ, และบัวทอง สว่างโสภากุล. (2555). ความเป็นปราชญ์ การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัดสารอด เขตราษฎร์บูรณะ กรุงเทพมหานคร. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 38(2), 139-151.

ปิยะวรรณ ศรีสุรักษ์, และเพ็ญณี แนรอท. (2564). การเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุและพัฒนาความรู้ผู้ดูแลต่างวัย. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, 8(9). 105-115.

ประสบสุข ศรีแสนปาง. (2561). ภาวะซึมเศร้า: ความลุ่มลึกในการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 41(1), 129-140.

ปรียาวรรณ สุดจำนงค์. (2552). ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัคร. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช และรัชนีกร อุปเสน. (2562). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. พยาบาลสาร, 46(พิเศษ), 70-82.

พจนา เปลี่ยนเกิด. (2557). โรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลรักษา. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(1), 18-21.

พรพิมล เพ็ชรบุรี, ชมชื่น สมประเสริฐ, และประนอม โอทกานนท์. (2560). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(2), 188-197.

พิณทิพย์ สดวิไลย, พัชราพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ, และพิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ. (2562). ปัจจัยทำนายสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่สถาบันบำราศนราดูร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 33(2), 96-110.

พิสมัย สิโรดมรัตน์. (2553). ความว้าเหว่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

พิสมัย สุระกาญจน์, และดารุณี จงอุดมการณ์. (2562). บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์ แบบการวิจัยเชิงคุณภาพ. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 26(2), 83-92.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราดุล, กนกพร แจ่มสมบูรณ์, ลัดดาวัลย์ เตชางกูร, และยุพา อยู่ยืน. (2558). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 26(1), 119-132.

เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2559). การดูแลสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาลตามกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 1). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ภาคิณี เดชชัยยศ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 30(3), 170-181.

ภูริพงษ์ เจริญแพทย์, และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์. (2559). ผลของโปรแกรมการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน. วารสารสภาการพยาบาล, 31(1), 44-55.

มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์, และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(4), 235-246.

มุจรินทร์ พุทธเมตตา, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2559). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 30(2), 69-82.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2566). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ค้นจาก https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2544/hs1573.pdf?sequence=3&isAllowed=y

ยุพา ทองสุข, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 33(1), 95-110.

ยุวดี แตรประสิทธิ์, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2558). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพวัยท้ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. วารสารพยาบาลตำรวจ, 7(1), 95-103

ยุวดี แตรประสิทธิ์. (2556). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะทุพพลภาพวัยท้ายของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

รพีพรรณ สารสมัคร, และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2560). ผลของโปรแกรมการใช้จิตอาสาในการสนับสนุนทางสังคมต่อความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราของภาครัฐ. วารสารพยาบาลทหารบก, 18(พิเศษ), 251-260.

รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). การบำบัดด้วยการระลึกถึงความหลัง: การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 25(2), 1-11.

รัถยานภิศ พละศึก, และเบญจวรรณ ถนอมชยธวัช. (2560). ตัวแบบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(3), 135-150.

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุลบราชธานี. (2562). มารู้จักและหาวิธีรับมือกับภาวะซึมศร้าสำหรับประชาชน. ค้นจาก https://dmh-elibrary.org/items/show/232

ฤดีมาศ พุทธมาตย์, โรจนี จินตนาวัฒน์, และลินจง โปธิบาล. (2563). การสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วารสารสภาการพยาบาล, 35(1), 61-74.

ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2553). การพยาบาลผู้สูงอายุปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัท บุญศิริการพิมพ์.

วรัตถ์นันท์ ชุษณะโชติ, จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, และภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์. (2561). ปัจจัยปกป้องที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(ฉบับพิเศษ), 373-381.

วิรมณ กาสีวงศ์. (2556). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: ปัญหาสำคัญที่คนใกล้ชิดมองข้าม. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 36(1), 132-140.

วิรมณ กาลีวงศ์, และสุประวีณ์ คงธนชโยพิทย์. (2558). การสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารสภาการพยาบาล, 30(3), 5-14.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2558). ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). หจก. เอ็นพีเพรส.

สายฝน เอกวรางกูร. (2554). รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สินเงิน สุขสมปอง, ปทานนท์ ขวัญสนิท, สุทธา สุปัญญา, วรวรรณ จุฑา, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, ... สาวิตรี แสงสว่าง. (2559). การสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ.2556: ความชุกของโรคจิตเวชของคนในเมืองใหญ่, กรุงเทพมหานคร. วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศ, 61(1). 75-88.

สุวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบหทัย สิทธิรณฤทธิ์, ธีรศักดิ์ สาตรา, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, และวราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ. (2561). ความชุกของโรคจิตเวชในผู้ป่วยสูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 63(1), 89-98.

โสภิณ แสงอ่อน, พรเพ็ญ สำเภา, และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ความว้าเหว่ และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 13(1), 54-68.

สมจิต สินธุชัย, วิชัย เสวกงาม, และโชติกา ภาษีผล. (2560). การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเสริมต่อการเรียนรู้ และการสะท้อนคิดการปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก, 18(3), 134-143.

สมจิต หนุเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ, และพรรณวดี พุธวัฒนะ. (2532). สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลกและการรับรู้ถึงความผาสุกในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย. วารสารพยาบาล, 38(3), 169-190.

อะเคื้อ กุลประสูติดิลก, โสภณา จิรวงศ์นุสรณ์, ณัฐวดี จิตรมานะศักดิ์, และดุษณี ศุภสรรธนะกุล. (2557). การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 8(2), 35-46.

อภิชาติ รอดสม, จุรีรัตน์ กิจสมพร, และจุฬารัตน์ ห้าวหาญ. (2558). การศึกษาคุณลักษณะของผู้ดูแลตามความต้องการของผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลละการศึกษา, 8(2), 122-131.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2556). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Alexopoulos, G. S. (2019). Mechanisms and treatment of late-life depression. Traslational Psychiatry, 9(188), 1-16.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review, 8(1), 77–100.

Blazer, D.G., & Hybels, C.F. (2005). Origins of depression in life. Psychological Medicine, 35(1), 1-12.

Blazer, D.G. (2003). Depression in late life: review and commentary. Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES, 58(3), 249-265.

Buckley, P., & Andrews, T. (2011). Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs. Intensive and Critical Care Nursing, 27, 263-272.

Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. American Psychologist, 12(1), 117-124.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38(5), 300-314.

Evans, D.L. et al. (2005). Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. Biol Psychiatry, 58(3), 175-189.

Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. Annu Rev Clin Psychol, 5(1), 363-389.

Graney, M.J. (1975). Happiness and social participation in aging. Journal of Gerontology, 30(6), 701-706.

Haley, W. E., Levine, E. G., Brown, S. L., & Bartolucci, A. A. (1987). Sress, Appraisal, Coping, and Social Support as Predictors of Adaptational Outcome Among Dementia Caregivers. Psychology and Aging, 2(4), 323-330.

House, J.S. (1981). Work stress and social support. California: Addison-Wesley Publishing Company.

Kolb, D.A. (2015). Experiential Learing: Experience as the Source of Learning and Development(2nd ed.). New Jersey: Pearson Education.

Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. The Gerontologist, 23(4), 349-357.

Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation. Psychological Review, 50(4), 370-396.

Narong Maneeton, & Annop Thongkam. (2010). Congnitive-Behavioral Therapy Added to Fluoxetine in Major Depressive Disorder after 4 Weeks of Fluoxetine-Treatment: 16-Week Open Label Study. J Med Assoc Thai, 93(3), 336-342.

Norbeck, J.S. (1985). Types and sources of social support for managing job stress in critical care nursing. Nursing Research, 34(4), 225-230.

Park, M., Unützer, J. (2011). Geriatric Depression in Primary Care. Psychiatr Clin North Am, 34(2), 1-19.

Pender, J.N. (1996). Health promotion in nursing practice. 2nd Ed. California: Appletion & Lange; อ้างอิงใน ขนิษฐา หะยีมะแซ (2556). การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับการรับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

Purba, L., Sutthasangsee, W., & Chaowalit, A. (2017). Effectiveness of a Coaching Program for Family Caregivers of Persons with Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. Walailak Journal, 14(1), 11-24.

Ryff, C. D.. (1989). Happiness Is Everything, or It is? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. Journal of Personality and Social Psychology, 57(6), 1069-1081.

Ryff, C. D.. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. American Psychological Society, 4(4), 99-104.

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. Journal of Personality and Social Psychology, 69(4), 719-727.

Ryff, C. D, & B. Singer. (2006). Know thyself and become what you are: Aneudaimonic approach to psychological well-being. Journal of Happiness Studies, 9, 13-39.

Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health related functions of social support. Journal of Behavior Medicine, 4(1), 381-406.

Shin, H., & Park., C. (2022). Social support and psychological well-being in younger and older adults: The mediating effects of basic psychological need satisfaction. Frontiers in Psychology, 1-14, fpsyg-13-1051968(1).pdf

Thanakwang, K. (2008). Mechanisms by with social networks influence healthy aging among the Thai elderly in Nan province. Doctor of Philosophy Thesis in Demography, Mahidol University.

Thanakwang, K., & Soonthorndhada, K. (2011). Mechanisms by With Social Networks Influence Healthy Aging Among Thai Community-Dwelling Elderly. Journal of Aging and Health, 23(8), 1352-1378.

Thorpe, S., & Clifford, J. (2003). The Coaching Handbook: an Action Kit for Trainers & Manager. London; Kogan Page.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก (1)
เครื่องมือในการวิจัย

โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง

โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมโดยใช้แนวคิดหลัก 3 แนวคิด คือ (1) แนวคิดกระบวนการโค้ช (coaching process) ของโทร์ปและคลิฟฟอร์ต (Thorpe & Clifford, 2003) (2) ทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์ป (Kolb, 2015) และ (3) ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (บังอรศรี จินดาวงค์ และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2564; ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช และรัชนีกร อุปเสน, 2562; พรพิมล เพ็ชรบุรี และคณะ, 2560; พิสิฐ รุ่งโรจน์วัฒนศิริ และคณะ, 2560; ภูริพงษ์ เจริญแพทย์ และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, 2559; ยุวดี แตรประสิทธิ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2558; รพีพรรณ สารสมัคร และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2560)

การสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) เป็นการเชื่อมโยงปฏิสัมพันธ์ของบุคคลซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกได้รับความรัก ความไว้วางใจ เอาใจใส่ดูแล เห็นคุณค่าในตนเอง สามารถประเมินตนเองได้ สามารถเผชิญและจัดการกับสถานการณ์ปัญหาในการดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง รวมถึงการได้รับบริการและและการช่วยเหลือวัตถุสิ่งของต่าง ๆ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮ้าส์ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของบุคคลได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ในสภาวะปกติของบุคคลการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตได้โดยตรง แต่เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับภาวะซึมเศร้าซึ่งถือเป็นภาวะทางจิตที่ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดในผู้สูงอายุได้เช่นกัน การสนับสนุนทางสังคมก็จะเปรียบเสมือนตัวต้านทาน (buffer) ผลกระทบที่เกิดจากความเครียดนั้นให้มีความรุนแรงน้อยลง ซึ่งเป็นการส่งผลทางอ้อมต่อสุขภาวะทางจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อเพิ่มระดับสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เชื่อว่าการสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยในการเพิ่มระดับสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสุขภาวะทางจิตนี้จะคลอบคุลม ในส่วนของการยอมรับตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ความมีอิสระในตนเอง การมีความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และการมีความเจริญงอกงามของบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (emotion support) 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) ในการโค้ชครั้งนี้ผู้วิจัยโค้ชผู้ดูแลเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้กระบวนการโค้ชของโทร์ปและคลิฟฟอร์ต (Thorpe & Clifford, 2003) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์ป

(Kolb, 2015) โดยกระบวนการโค้ชของโทร์ปและคลิฟฟอร์ต ประกอบด้วย 6 กระบวน ได้แก่ 1) การชี้แจงเป้าหมายและความต้องการ (Clarifying coaching needs and goals) 2) ตกลงเกี่ยวกับความต้องการที่เฉพาะเจาะจงในการพัฒนา (Agreeing specific development needs 3) จัดทำแผนโดยละเอียดสำหรับการโค้ช (Formulating a detailed plan for coaching) 4) ลงมือปฏิบัติ (Doing a task or activity) 5) ทบทวนและวางแผนปรับปรุง (Reviewing activities and planning improved) 6) สิ้นสุดความสัมพันธ์ของการโค้ช (Ending the coaching relationship) และทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคล์ป ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (Concrete experience) 2) การสังเกตแบบสะท้อนกลับ (Reflective observation) 3) แนวความคิดเชิงนามธรรม (Abstract conceptualization) และ 4) การลองทำ (Active experimentation) โดยการจัดโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมนี้เป็นการใช้กระบวนการโค้ชในการโค้ชความรู้ของการสนับสนุนทางสังคม ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมและทักษะการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยผู้ดูแล การให้ผู้ดูแลได้ลงมือปฏิบัติให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า การประเมินผลการปฏิบัติวางแผนพัฒนาและปรับปรุงแก้ไข การปฏิบัติและประเมินซ้ำ เพื่อเพิ่มระดับสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

โปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมจัดกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม กิจกรรมละ 45-90 นาที ครั้งละ 1 กิจกรรม รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

คุณสมบัติของผู้ทำกิจกรรม

- เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการเทรนโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

กิจกรรมที่ 1 “สร้างสัมพันธภาพและทำความรู้จักโปรแกรมฯ”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อชี้แจงรายละเอียดและเป้าหมายของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ให้ผู้ดูแลทราบ
3. เพื่อให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
4. เพื่อให้ผู้ดูแลทราบเป้าหมายเฉพาะที่ต้องการพัฒนาเพื่อใช้ในการเขียนแผนการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

สาระสำคัญ กิจกรรม สร้างสัมพันธภาพและทำความรู้จักโปรแกรมฯ เป็นกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแลที่เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรม เพื่อให้ผู้วิจัยและผู้ดูแลทุกท่านได้ทำความรู้จักกัน เกิดความไว้วางใจและเกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม ในการจัดกิจกรรมครั้งนี้เป็นกระบวนการแรกตามขั้นตอนของกระบวนการโค้ช คือ การชี้แจงความต้องการและเป้าหมายของการโค้ช เพื่อให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เพราะเมื่อผู้ดูแลเห็นความสำคัญและเกิดทัศนคติด้านบวกต่อการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแล้วนั้นก็จะนำสู่ความยินดีและให้ความร่วมมือที่จะเรียนรู้การให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า กิจกรรมนี้จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและเห็นความสำคัญของตนเองที่มีผลต่อการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หลังจากนั้นจะเข้าสู่ขั้นตอนที่ 2 ของกระบวนการโค้ช คือ การร่วมกันสร้างเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้จากการโค้ชในการเข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้ กิจกรรมนี้จะทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์เกี่ยวกับแนวคิดเชิงนามธรรม (Abstract conceptualization) จากการที่ได้เรียนรู้ข้อมูลของการให้การสนับสนุนทางสังคมจากผู้วิจัยและนำความรู้ที่ได้ไปคิดวิเคราะห์ร่วมกับประสบการณ์หรือความเข้าใจเดิมในกิจกรรมการวิเคราะห์สถานการณ์ตัวอย่างและการวิเคราะห์วีดีโอความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจนเกิดการสังเกตแบบสะท้อนกลับ (Reflective observation) คือผู้ดูแลนำความรู้ที่เป็นนามธรรมมาวิเคราะห์ร่วมกับความเข้าใจและประสบการณ์เดิมของตนเองแล้วสะท้อนความคิดนั้นออกมา

สื่อ/อุปกรณ์

1. power point ทำความรู้จักโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม
2. power point ความรู้เกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
3. วีดีโอ แสดงเนื้อหาเปรียบเทียบความสำคัญของการให้การสนับสนุนทางสังคม (ความยาวไม่เกิน 5 นาที)
4. คู่มือสำหรับผู้ดูแล เรื่อง การให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
5. ใบกิจกรรมที่ 1 สถานการณ์ตัวอย่าง

6. ใบกิจกรรมที่ 2 สิ่งที่ฉันต้องการพัฒนา
7. ปากกา
8. ปากกาเคมี
9. กระดาษฟริปชาร์ท

ลักษณะการจัดกิจกรรม

จัดกิจกรรมกลุ่ม ๆ ละ 7-8 คน

ระยะเวลา 90 นาที

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกผู้ดูแลทุกคน กล่าวแนะนำตนเอง และพูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล รวมทั้งผู้วิจัยให้ผู้ดูแลแต่ละคนกล่าวทักทายเพื่อนสมาชิกคนอื่น ๆ และแนะนำตนเองบอกชื่อ-สกุล ชื่อเล่น และบอกความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ดูแลได้รู้จักลักษณะทั่วไปของโปรแกรมที่เข้าร่วมในครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยจะใช้ power point ทำความรู้จักโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม ประกอบการให้ข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสอบถามข้อมูลที่สงสัย พร้อมทั้งผู้วิจัยตอบคำถามและให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามความเหมาะสม (5 นาที)

2. ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้ power point ความรู้เกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบการให้ข้อมูลความรู้และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น สอบถามข้อมูลที่สงสัย พร้อมทั้งผู้วิจัยตอบคำถามและให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามความเหมาะสม (25 นาที)

3. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลอ่านสถานการณ์ที่กำหนดให้ในใบกิจกรรมที่ 1 สถานการณ์ตัวอย่าง (สถานการณ์ที่ 1) หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ได้อ่าน โดยผู้วิจัยคอยกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นเพื่อสะท้อนความรู้ ความคิดและความเข้าใจของตนเองออกมาพร้อมทั้งผู้วิจัยให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมตามความเหมาะสมและจดบันทึกความคิดเห็นของผู้ดูแลลงในกระดาษฟริปชาร์ทเพื่อให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ร่วมกัน โดยในการกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นผู้วิจัยจะใช้การตั้งคำถามนำเพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้คิดวิเคราะห์และสะท้อนความคิดของตนเองออกมา ด้วยการใช้ประเด็นคำถามดังนี้ (10 นาที)

“คุณคิดอย่างไรกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในกรณีตัวอย่าง”

“การกระทำใดบ้างของผู้ดูแลในกรณีตัวอย่างที่คุณคิดว่าเป็นการให้การสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม”

“การกระทำใดบ้างของผู้ดูแลในกรณีตัวอย่างที่คุณคิดว่าเป็นการให้การสนับสนุนทางสังคมที่ควรได้รับการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น”

“หากคุณเป็นผู้ดูแลในกรณีตัวอย่าง คุณคิดว่าจะให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์ตัวอย่างนี้อย่างไร”

“คุณคิดว่าผู้ดูแลมีความสำคัญต่อการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ อย่างไร”

4. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลอ่านสถานการณ์ที่กำหนดให้ในใบกิจกรรมที่ 1 สถานการณ์ตัวอย่าง (สถานการณ์ที่ 2) หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ได้อ่าน โดยผู้วิจัยคอยกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้แสดงความคิดเห็นเพื่อสะท้อนความรู้ ความคิดและความเข้าใจของตนเองออกมาพร้อมทั้งผู้วิจัยให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมตามความเหมาะสมและจดบันทึกความคิดเห็นของผู้ดูแลลงในกระดาษฟริปชาร์ทเพื่อให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ร่วมกัน โดยในการกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นผู้วิจัยจะใช้การตั้งคำถามนำเพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้คิดวิเคราะห์และสะท้อนความคิดของตนเองออกมา ด้วยการใช้ประเด็นคำถามดังนี้ (10 นาที)

“คุณคิดอย่างไรกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในกรณีตัวอย่าง”

“การกระทำใดบ้างของผู้ดูแลในกรณีตัวอย่างที่คุณคิดว่าเป็นการให้การสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม”

“การกระทำใดบ้างของผู้ดูแลในกรณีตัวอย่างที่คุณคิดว่าเป็นการให้การสนับสนุนทางสังคมที่ควรได้รับการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น”

“หากคุณเป็นผู้ดูแลในกรณีตัวอย่าง คุณคิดว่าจะให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์ตัวอย่างนี้อย่างไร”

“คุณคิดว่าผู้ดูแลมีความสำคัญต่อการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหรือไม่ อย่างไร”

5. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลรับชมวีดีโอ แสดงเนื้อหาเปรียบเทียบความสำคัญของการให้การสนับสนุนทางสังคม (ความยาว 2 นาที) แสดงวีดีโอเปรียบเทียบให้ผู้ดูแลได้เห็นความแตกต่างของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอและไม่เพียงพอ เพื่อให้ผู้ดูแลได้เห็นความสำคัญและเกิดความตระหนักต่อการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หลังจากผู้ดูแลรับชมวีดีโอเสร็จผู้วิจัยจะตั้งคำถามให้ผู้ดูแลได้สะท้อนคิดจากกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นโดยผู้วิจัยจะจดบันทึกผลการสะท้อนคิดของผู้ดูแลลงในกระดาษฟริปชาร์ท ซึ่งผู้ดูแลจะสะท้อนความคิดเห็นผ่านการตอบประเด็นคำถามดังนี้ (15 นาที)

“จากการดูวีดีโอคุณรู้สึกอย่างไร”

“คุณคิดว่าการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างไรบ้าง”

“คุณคิดว่าบุคคลใดบ้างที่มีความสำคัญต่อการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า”

“คุณคิดว่า ปัจจัยใดบ้างทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ”

6. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทุกคนทำใบกิจกรรมที่ 2 สิ่งที่ฉันต้องการพัฒนา เพื่อประเมินความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นการค้นหาความต้องการเบื้องต้นที่เฉพาะเจาะจงของผู้ดูแลแต่ละคนเพื่อเขียนแผนเตรียมความพร้อมพัฒนาทักษะการ

ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยจะให้ผู้ดูแลได้นำความรู้และประสบการณ์จากการทำกิจกรรมในข้อที่ 1 ถึง 5 มาเป็นพื้นฐานความรู้และคิดวิเคราะห์หาสิ่งที่ต้นเองต้องการจะพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้ตนเองมีทัศนคติ มีความรู้ และทักษะที่ดีในการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (15 นาที)

7. ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญของการจัดกิจกรรมในครั้งนี้ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้สอบถามปัญหาและข้อสงสัยเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พร้อมทั้งผู้ดูแลตอบคำถามและให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้ดูแล หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ดูแลทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดีให้กำลังใจผู้ดูแลในการทำกิจกรรมต่อ ๆ ไปเพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ดูแลเองและประโยชน์ต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า รวมทั้งนัดหมายกำหนดการในการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป (10 นาที)

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลด้วยกันเองและระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล ผู้ดูแลให้ความร่วมมือในการร่วมกิจกรรม
2. ผู้ดูแลทราบและเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดและเป้าหมายของโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม
3. ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
4. ผู้ดูแลเกิดเป้าหมายของตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องการพัฒนาเพื่อเขียนแผนเตรียมความพร้อมพัฒนาทักษะการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ใบกิจกรรมที่ 1
"สถานการณ์ตัวอย่าง"

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านตัวอย่างสถานการณ์ข้างล่างนี้แล้วร่วมกันแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น

สถานการณ์ที่ 1

คุณตาสมชายอาศัยอยู่กับลูกชายและลูกสะใภ้ซึ่งเป็นนักธุรกิจ มีรายได้หลักแสนต่อเดือน อยากได้อยากกินอะไรลูกชายและลูกสะใภ้ก็ซื้อมาให้ได้ทุกอย่าง แต่ลูกชายและลูกสะใภ้ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่คุณตานานๆครั้ง จึงจะได้ทำกิจกรรมร่วมกันหรือรับประทานอาหารร่วมกัน ส่วนใหญ่คุณตาจะทานข้าวคนเดียว ไปทำธุระนอกบ้านคนเดียว ไม่เคยได้รับการสอบถามความสุขสบายจากลูกชายและลูกสะใภ้ เมื่อเจ็บป่วยคุณตาสมชายต้องไปหาหมอด้วยตนเองโดยไม่มีลูกหลานคอยดูแล หรือบางครั้งลูกชายไปส่งที่โรงพยาบาลแต่ต้องไปทำงานต่อไม่ได้คอยดูแลใกล้ชิด หากคุณตาต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลลูกชายและลูกสะใภ้ก็จ้างคนดูแลคอยเฝ้าดูแลไม่เคยห่าง แต่คุณตาสมชายบอกว่ารู้สึกโดดเดี่ยว หดหู่ หม่นหมอง รู้สึกเศร้าเป็นช่วงๆ อยากให้ลูกมีเวลาดูแลเอาใจใส่เหมือนเพื่อนคนอื่น ๆ บ้าง เพื่อนบ้านต่างบอกว่าคุณตาสมชายโชคดีที่มีเงินทองให้ใช้สุขสบายไม่ลำบาก แต่คุณตาสมชายกลับบอกว่าไม่อยากมีเงินทองมากมาย อยากให้ลูกชายมีเวลาอยู่ด้วยมากกว่า อยากทานข้าวพร้อมหน้าพร้อมตา อยากปลูกผัก ทำงานบ้าน อยากไปทำบุญที่วัดพร้อมลูกๆหลานๆ อยากมีคนคอยดูแลให้กำลังใจยามเจ็บไข้ได้ป่วย

ใบกิจกรรมที่ 1
"สถานการณ์ตัวอย่าง"

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านตัวอย่างสถานการณ์ข้างล่างนี้แล้วร่วมกันแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น

สถานการณ์ที่ 2

คุณยายดวงใจเป็นคนฐานะลำบาก ต้องปลูกผักขาย ใช้ชีวิตแบบหาเช้ากินค่ำ อาศัยอยู่ในบ้านหลังเล็กๆกับลูกสาวและลูกเขย ลูกสาวและลูกเขยมีอาชีพรับจ้างก่อสร้างรายได้ไม่พอจ่าย แต่ดูแลใส่ใจคุณยายดวงใจสม่ำเสมอ คุณยายดวงใจมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งลูกสาวพาไปพบหมอที่โรงพยาบาลตามนัดไม่เคยขาด คอยดูแลถามไถ่ความสุขสบายในชีวิตประจำวัน พยายามจัดหาสิ่งของที่จำเป็นในการดำรงชีวิตให้คุณยายดวงใจไม่ให้ขาดตกบกพร่อง เช่น คุณยายดวงใจเริ่มมองไม่ชัด ลูกสาวก็พาไปพบจักษุแพทย์ตัดแว่นตาให้คุณยายดวงใจ จัดเตรียมอุปกรณ์การปลูกผักปลูกต้นไม้ตามที่คุณยายดวงใจจำเป็นต้องใช้ คอยดูแลค่าใช้จ่ายให้คุณยายดวงใจได้ซื้อของที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต เป็นต้น ถึงแม้ว่าคุณยายดวงใจจะมีโรคประจำตัวแต่ยังสามารถปลูกผักไปขายที่ตลาด ช่วยงานบ้านลูกๆได้ ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้เอง ไปทำบุญที่วัดกับเพื่อนผู้สูงอายุทุกวันพระ ชอบไปช่วยงานบุญงานอาสาในหมู่บ้าน ชอบเข้าร่วมกิจกรรมในหมู่บ้าน ลูกสาวและลูกเขยรู้สึกกังวลเป็นห่วงเรื่องสุขภาพที่เห็นคุณยายดวงใจต้องปลูกผักขายใช้จ่ายในครอบครัวจึงขอร้องให้คุณยายดวงใจเลิกปลูกผักขาย แต่คุณยายดวงใจกลับรู้สึกมีความสุขรู้สึกภูมิใจที่ได้ช่วยงานเล็กๆน้อยๆที่บ้าน และบอกว่าตนเองสามารถปลูกผักไปขายได้โดยไม่กระทบโรคประจำตัว คุณยายดวงใจขอปลูกผักไปขายที่ตลาดเหมือนเดิมและกินยาโรคประจำตัวตามที่หมอจัดให้สม่ำเสมอไม่เคยมีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการกำเริบ คุณยายดวงใจรู้สึกสุขใจดีที่ได้ใช้ชีวิตในช่วงบั้นปลายร่วมกับลูกๆหลานๆและเพื่อนบ้านที่น่ารัก

ใบกิจกรรมที่ 2
"สิ่งที่ฉันต้องการพัฒนา"

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนสิ่งที่ท่านคิดว่าท่านต้องการจะพัฒนาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

การช่วยเหลือด้านอารมณ์และความรู้สึก

.....
.....
.....
.....
.....
.....

การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

การช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสามารถประเมินศักยภาพของตนเองได้.....
.....
.....
.....
.....
.....

การช่วยเหลือเกี่ยวกับสิ่งของที่จำเป็น

.....
.....
.....
.....
.....
.....

กิจกรรมที่ 2 “เขียนแผนงานเชื่อมประสานลงมือปฏิบัติ”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เกิดแผนการปฏิบัติกระบวนการโค้ชต่อผู้ดูแลตามความต้องการที่เฉพาะ
2. เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนลงมือเข้าร่วมกระบวนการโค้ชเพื่อพัฒนาความต้องการที่เฉพาะในการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

สาระสำคัญ กิจกรรม เขียนแผนงานเชื่อมประสานลงมือปฏิบัติ เป็นขั้นตอนการจัดทำแผนโดยละเอียดของกระบวนการโค้ช ในกิจกรรมนี้ผู้ดูแลและผู้วิจัยจะร่วมกันวางแผนซึ่งเป็นการนำเป้าหมายความต้องการที่เฉพาะเจาะจงในครั้งที่ 1 มาวางแผนต่อเนื่องกิจกรรมนี้จะทำให้ผู้ดูแลเกิดการณ์เรียนรู้จากประสบการณ์เกี่ยวกับแนวคิดเชิงนามธรรม (Abstract conceptualization) จากการที่ผู้ดูแลได้นำความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมมาคิดวิเคราะห์ร่วมกับเป้าหมายที่ต้องการจะพัฒนาอย่างเฉพาะเจาะจงเพื่อวางแผนการพัฒนาโดยกระบวนการโค้ชของตนเอง การนำเป้าหมายที่ต้องการพัฒนามาคิดออกแบบเป็นกิจกรรมที่ตนเองจะลงมือปฏิบัติเพื่อให้สามารถให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม ซึ่งในกระบวนการนี้ผู้ดูแลจะเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์แบบสังเกตแบบสะท้อนกลับ (Reflective observation) คือผู้ดูแลนำความรู้ที่เป็นนามธรรมทั้งความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและเป้าหมายที่ตนเองต้องการพัฒนามาคิดวิเคราะห์แล้วสะท้อนความคิดนั้นออกมาเป็นกิจกรรมที่จะต้องลงมือพัฒนา และในกระบวนการโค้ชขั้นตอนของการจัดทำแผนนี้เปรียบเสมือนการเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ดูแลจะปฏิบัติการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าไปพร้อมๆกับการได้รับการโค้ชจากผู้วิจัย ในขั้นตอนนี้ผู้ดูแลจะได้รับความรู้เกี่ยวกับทักษะการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติจริง

สื่อ/อุปกรณ์

1. คู่มือสำหรับผู้ดูแล เรื่อง การให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
2. ใบกิจกรรมที่ 3 แผนพัฒนาตนเอง
3. ใบกิจกรรมที่ 4 ตารางบันทึกการดูแลผู้สูงอายุของฉัน
4. วีดีโอ ทักษะการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
5. ปากกา

ลักษณะการจัดกิจกรรม

จัดกิจกรรมกลุ่มๆ ละ 7-8 คน

ระยะเวลา 60-90 นาที

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกผู้ดูแลทุกคน กล่าวแนะนำตนเอง และพูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล ให้กำลังใจและชื่นชมผู้ดูแลที่ทำกิจกรรมครั้งที่ผ่านมาครบถ้วนและเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งผู้วิจัยจัดให้ผู้ดูแลได้ร่วมกันทบทวนความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการร่วมกันแลกเปลี่ยนพูดคุยความรู้ความเข้าใจของตนเอง

2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลร่วมกันอภิปรายถึงใบกิจกรรมที่ 2 “สิ่งที่ฉันต้องการพัฒนา” เพื่อให้ผู้ดูแลได้สะท้อนตนเองถึงประเด็นที่ตนเองจะต้องเขียนแผนการโค้ชเกี่ยวกับการพัฒนาการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในการดูแลของตนเอง พร้อมทั้งผู้วิจัยพูดคุยปรับทัศนคติให้ผู้ดูแลได้เห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

3. ผู้วิจัยแนะนำและอธิบายวิธีการเขียนแผนการโค้ชในใบกิจกรรมที่ 3 แผนพัฒนาตนเอง ให้ผู้ดูแลทราบและร่วมเขียนแผนไปพร้อมๆกัน ในระหว่างนี้ผู้วิจัยจะคอยให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ดูแลเมื่อเกิดข้อสงสัยเกี่ยวกับการเขียนแผน ซึ่งในแผนกิจกรรมนี้จะประกอบด้วย เป้าหมายที่ผู้ดูแลต้องการพัฒนา กิจกรรมที่จะต้องทำเพื่อพัฒนา และวันเวลาในการรับการโค้ชจากผู้วิจัย โดยการเขียนแผนในครั้งนี้จะเป็นแผนการโค้ชรายบุคคล หลังจากเขียนแผนเสร็จในวันถัดไปผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันพัฒนาผู้ดูแลให้สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่ตนเองวางไว้เป็นรายบุคคลต่อไป

4. ผู้วิจัยแนะนำและอธิบายวิธีการเขียนแผนการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในใบกิจกรรมที่ 4 แผนการดูแลผู้สูงอายุของฉัน ในระหว่างนี้ผู้วิจัยจะคอยให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ดูแลเมื่อเกิดข้อสงสัยเกี่ยวกับการเขียนแผน ซึ่งในแผนกิจกรรมนี้จะประกอบด้วย วันเดือนปีที่ปฏิบัติ กิจกรรมที่ปฏิบัติ ผลที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ความรู้สึกของผู้ดูแล ความพึงพอใจของผู้ดูแล และปัญหาหรืออุปสรรคที่เจอ

5. ผู้วิจัยให้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลก่อนที่จะปฏิบัติการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีกิจกรรมการเรียนรู้ ดังนี้

5.1 ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลรับชมวีดีโอเกี่ยวกับทักษะการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นการเรียนรู้ทักษะพื้นฐานที่จำเป็นและสำคัญต่อการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ทักษะการสื่อสารเพื่อให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า วิธีการดูแลให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

5.2 ผู้วิจัยสาธิตวิธีการสื่อสารการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ให้ผู้ดูแลได้ร่วมเรียนรู้และสอบถามข้อมูลที่สงสัย

5.3 ผู้วิจัยจัดให้ให้ผู้ดูแลแต่ละท่านได้สาธิตวิธีการสื่อสารการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้สะท้อนความรู้สึกที่เกิดจากการได้ร่วมกันทำกิจกรรมการสาธิตทักษะในครั้งนี้พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สอบถามจ้อมูลที่สงสัยโดยผู้วิจัยคอยให้ให้คำแนะนำและให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

6. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลแต่ละคนประเมินความมั่นใจในการที่จะนำความรู้และทักษะที่ได้เรียนรู้และพัฒนาในครั้งนี้ไปปฏิบัติการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยให้บอกเป็นคะแนน 0-10 โดยที่ 0 หมายถึง ไม่มั่นใจเลย และ 10 หมายถึง มั่นใจมากที่สุด หากผู้ดูแลท่านใดมีความมั่นใจน้อยกว่า 7 คะแนน ผู้วิจัยจะพิจารณาพูดคุยสอบถาม ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเป็นรายบุคคลต่อไป

7. ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญของการจัดกิจกรรมในครั้งนี้ และนัดหมายการจัดกิจกรรมในครั้งต่อไป ซึ่งกิจกรรมในครั้งต่อไปจะเป็นการเข้าสู่การโค้ชเป็นรายบุคคลตามแผนที่ผู้ดูแลได้ร่วมกันเขียนแผนการโค้ชของตนเองกับผู้วิจัย ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ดูแลทราบว่าระหว่าง 2 สัปดาห์หลังจากนี้เป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแลจะต้องลงมือปฏิบัติให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าไปพร้อมๆ กับการรับการโค้ชจากผู้วิจัยตามแผนที่เขียนไว้ โดยผู้วิจัยจะคอยอำนวยความสะดวกให้คำปรึกษาแกผู้ดูแลตลอดระยะเวลาช่วง 2 สัปดาห์ หลังจากนั้นจะมีการนัดสรุปผลการปฏิบัติการโค้ชในช่วง 2 สัปดาห์แรก ซึ่งวันเวลาในการสรุปผลการปฏิบัติเพื่อพัฒนาต่อนี้จะระบุอยู่ในแผนการโค้ชของผู้ดูแลแต่ละคนแล้ว

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดแผนการปฏิบัติกระบวนการโค้ชต่อผู้ดูแลตามความต้องการที่เฉพาะ
2. ผู้ดูแลมีความพร้อมก่อนลงมือเข้าร่วมกระบวนการโค้ชเพื่อพัฒนาความต้องการที่เฉพาะในการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ใบกิจกรรมที่ 3

“แผนพัฒนาตนเอง”

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนรายละเอียดของแผนการพัฒนาตนเองลงในตารางให้สมบูรณ์ โดยระบุเป้าหมายหลักสิ่งที่ท่านอยากให้เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุของท่าน เช่น ผู้สูงอายุทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้มากขึ้น แล้วจึงระบุกิจกรรมที่ท่านต้องการพัฒนาตัวท่านเองให้สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นได้มากขึ้นจริง

เป้าหมายหลัก		
วัน เดือน ปี ที่เริ่มโค้ช.....		
วัน เดือน ปี ที่นัดหมายสรุปผลการปฏิบัติ 2 สัปดาห์แรก.....		
แหล่ง/วิธีการพัฒนา.....		
กิจกรรมที่ต้องการปฏิบัติ	**รายละเอียดของการปฏิบัติ**	**หมายเหตุ**

ใบกิจกรรมที่ 4

“ตารางบันทึกการดูแลผู้สูงอายุของฉัน”

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในการดูแลของท่านตามหัวข้อดังตารางด้านล่างนี้

กิจกรรมที่ปฏิบัติ	ว/ด/ป เวลาที่ปฏิบัติ	ได้ทำ	ไม่ได้ทำ	ผลที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ	ความรู้สึกของผู้ดูแล	ความพึงพอใจของผู้ดูแล			ปัญหา/อุปสรรค
						พอใจ	เฉยๆ	ไม่พอใจ	

กิจกรรมที่ 3 “ใช้ความรู้คู่ปฏิบัติ”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลได้พัฒนาทักษะ ความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
2. เพื่อให้ผู้ดูแลได้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติจริง
3. เพื่อให้ผู้ดูแลได้ปฏิบัติการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

สาระสำคัญ กิจกรรม ใช้ความรู้คู่ปฏิบัติ เป็นขั้นตอนการลงมือปฏิบัติกิจกรรม ของกระบวนการโค้ช เป็นกระบวนการโค้ชที่ต่อเนื่องจากการวางแผนการโค้ช ในกิจกรรมครั้งนี้ผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้เสริมความรู้ ความเข้าใจและทักษะที่สอดคล้องกับเป้าหมายและความต้องการที่ผู้ดูแลได้วางแผนไว้ การให้ความรู้เชิงสาธิต การให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติจริง การให้ผู้ดูแลได้วีดีโอสาธิตการให้การสนับสนุนทางสังคม เหล่านี้จะเป็นกิจกรรมที่อยู่ในกระบวนการโค้ชซึ่งทำให้ผู้ดูแลได้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงด้านการลองปฏิบัติ (Active experimentation) ซึ่งเป็นการปฏิบัติจริงตามแผนที่ผู้ดูแลได้วางไว้ในกิจกรรมที่ผ่านมา อีกทั้งเมื่อเสร็จกิจกรรมในครั้งนี้แล้วการที่ผู้ดูแลได้นำความรู้และทักษะที่เกิดจากการเรียนรู้ในกิจกรรมไปปฏิบัติการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจริง จะทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (Concrete experience) ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่เกิดจากการลงมือปฏิบัติตามความเป็นจริง นอกจากนี้ในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผู้ดูแลได้ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลจะได้เกิดการเรียนรู้และเกิดความภาคภูมิใจต่อตนเองที่สามารถลงมือปฏิบัติได้จริงหลังจากที่ได้วางแผนการปฏิบัติมาก่อนหน้านี้

สื่อ/อุปกรณ์

1. โทรศัพท์มือถือและอินเทอร์เน็ต (สำหรับผู้ดูแลติดต่อกับผู้วิจัย)
2. คู่มือสำหรับผู้ดูแล เรื่อง การให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
3. ใบกิจกรรมที่ 3 แผนพัฒนาตนเอง
4. ใบกิจกรรมที่ 4 ตารางบันทึกการดูแลผู้สูงอายุของฉัน
5. วีดีโอ ทักษะการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (วีดีโอเดียวกันกับกิจกรรมที่ 2)

ลักษณะการจัดกิจกรรม

กิจกรรมรายบุคคล

ระยะเวลา 45-60 นาที/ครั้ง

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยไปพบผู้ดูที่บ้านของแต่ละคนตามแผนที่ได้เขียนไว้ในกิจกรรมที่ 2 และทำการโค้ชเพื่อพัฒนาทักษะการให้การสนับสนุนรายบุคคลตามความต้องการของผู้ดูแลที่ได้เขียนแผนไว้ โดยในการจัดกิจกรรมรายบุคคลนี้จะใช้เวลาคนละ 45-60 นาที และจะให้การพัฒนาด้วยทักษะตามความต้องการพัฒนาของผู้ดูแล

2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสามารถติดต่อสื่อสารข้อความช่วยเหลือจากผู้วิจัยได้ทางการโทรผ่านโทรศัพท์ตามความเหมาะสม ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลตามแต่ละประเด็นปัญหา/อุปสรรครายบุคคล

3. หลังจากวันที่ผู้วิจัยให้การพัฒนาแก่ผู้ดูแลตามแผนที่เขียนไว้แล้วนั้น ในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผู้ดูแลให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลจะคอยโทรสอบถามติดตามการปฏิบัติและให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลแต่ละคนตามความเหมาะสม

4. ในระหว่างการปฏิบัติช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ผู้ดูแลจะต้องบันทึกผลการปฏิบัติไว้ในใบกิจกรรมที่ 4 แผนการดูแลผู้สูงอายุของฉัน อย่างสม่ำเสมอ เพื่อใช้สรุปผลการปฏิบัติและวางแผนพัฒนาต่อไป

5. เมื่อครบระยะเวลา 2 สัปดาห์ผู้วิจัยจะลงพื้นที่บ้านของผู้ดูแลในการร่วมกันสรุปผลการปฏิบัติระยะเวลา 2 สัปดาห์และร่วมกันวางแผนการพัฒนาในช่วง 2 สัปดาห์หลัง

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ดูแลได้พัฒนาทักษะ ความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าตามความต้องการเฉพาะเป็นรายบุคคล

2. ผู้ดูแลได้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติจริง

3. ผู้ดูแลได้เตรียมความพร้อมก่อนให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ใบกิจกรรมที่ 3

“แผนพัฒนาตนเอง”

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนรายละเอียดของแผนการพัฒนาตนเองลงในตารางให้สมบูรณ์ โดยระบุเป้าหมายหลักสิ่งที่ท่านอยากให้เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุของท่าน เช่น ผู้สูงอายุทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้มากขึ้น แล้วจึงระบุกิจกรรมที่ท่านต้องการพัฒนาตัวท่านเองให้สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นได้มากขึ้นจริง

เป้าหมายหลัก		
วัน เดือน ปี ที่เริ่มโค้ช.....		
วัน เดือน ปี ที่นัดหมายสรุปผลการปฏิบัติ 2 สัปดาห์แรก.....		
แหล่ง/วิธีการพัฒนา.....		
กิจกรรมที่ต้องการปฏิบัติ	**รายละเอียดของการปฏิบัติ**	**หมายเหตุ**

ใบกิจกรรมที่ 4

“ตารางบันทึกการดูแลผู้สูงอายุของฉัน”

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในการดูแลของท่านตามหัวข้อดังตารางด้านล่างนี้

กิจกรรมที่ปฏิบัติ	ว/ด/ป เวลาที่ปฏิบัติ	ได้ทำ	ไม่ได้ทำ	ผลที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ	ความรู้สึกของผู้ดูแล	ความพึงพอใจของผู้ดูแล			ปัญหา/อุปสรรค
						พอใจ	เฉยๆ	ไม่พอใจ	

กิจกรรมที่ 4 “ทบทวนใหม่เพื่อไปต่อ”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลสรุปผลการปฏิบัติจริงเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
2. เพื่อให้ผู้ดูแลได้สะท้อนปัญหาอุปสรรคจากการปฏิบัติจริง
3. เพื่อให้ผู้ดูแลได้วางแผนปรับปรุงการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ต่อไป ทบทวนและวางแผนปรับปรุง (Reviewing activities and planning improved)

สาระสำคัญ กิจกรรม ทบทวนใหม่เพื่อไปต่อ เป็นกระบวนการโค้ชในขั้นตอนของการทบทวนและวางแผนปรับปรุง (Reviewing activities and planning improved) ในขั้นตอนนี้เป็นกิจกรรมที่จัดหลังจากให้ผู้ดูแลได้ลงมือปฏิบัติให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามาแล้ว 2 สัปดาห์ โดยในกิจกรรมครั้งนี้จะเป็นกิจกรรมรายบุคคลที่จะต้องสรุปผลการปฏิบัติของตนเอง พร้อมทั้งนำเสนอปัญหาและอุปสรรคที่เจอมาร่วมกันคิดวิเคราะห์กับผู้วิจัย เพื่อหาทางปรับแก้ในแผนการปฏิบัติเพื่อให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไปอีก 2 สัปดาห์ ในการจัดกิจกรรมขั้นตอนของการทบทวนและวางแผนปรับปรุงการปฏิบัติในครั้งนี้จะทำให้ผู้ดูแลได้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ในด้านการสังเกตแบบสะท้อนกลับ (Reflective observation) จากการสังเกตปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าพร้อมทั้งร่วมกันหาคำตอบและวิธีการปรับปรุงแก้ไข

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 5 สรุปอุปสรรคและวิธีแก้ของฉัน
2. ใบกิจกรรมที่ 6 แผนพัฒนาตนเอง ครั้งที่ 2
3. ใบกิจกรรมที่ 7 ตารางบันทึกการดูแลผู้สูงอายุของฉัน ครั้งที่ 2
4. คู่มือสำหรับผู้ดูแล เรื่อง การให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
5. ปากกา

ลักษณะการจัดกิจกรรม

จัดกิจกรรมรายบุคคล

ระยะเวลา 45-60 นาที

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยลงพื้นที่บ้านของผู้ดูแลแต่ละคน กล่าวทักทายผู้ดูแลพูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล ผู้วิจัยให้กำลังใจและชื่นชมผู้ดูแลที่ทำกิจกรรมครั้งที่ผ่านมาครบถ้วนและเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้อย่างต่อเนื่อง

2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเขียนสรุปปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นหลังจากลงมือปฏิบัติให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าพร้อมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาของตนเองในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมาลงในใบกิจกรรมที่ 5 สรุปอุปสรรคและวิธีแก้ของฉัน

3. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลสรุปปัญหาและอุปสรรคที่ได้จากการติดตามผู้ดูแลในกิจกรรมครั้งที่ 3

4. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลได้สะท้อนสิ่งที่ได้เรียนรู้และเสนอแนะวิธีจัดการปัญหาและอุปสรรคที่พบเจอในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่อไป

5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้สอบถามข้อมูลที่สงสัยและต้องการคำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อใช้ในการวางแผนการปฏิบัติสำหรับสัปดาห์ต่อไป

6. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เขียนแผนการปฏิบัติสำหรับสัปดาห์ต่อไปของตนเอง โดยเขียนลงในใบกิจกรรมที่ 6 แผนพัฒนาตนเอง ครั้งที่ 2 และใบกิจกรรมที่ 7 แผนการดูแลผู้สูงอายุของฉัน ครั้งที่ 2 เมื่อผู้ดูแลเขียนแผนเสร็จผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้สะท้อนความรู้สึกหลังจากที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าติดต่อกันเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ และสอบถามความมั่นใจในการพัฒนาตนเองและให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในครั้งที่ 2 พร้อมทั้งผู้วิจัยให้คำแนะนำ ชื่นชมและให้กำลังใจผู้ดูแล

7. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมในครั้งนี้และนัดหมายกำหนดการเริ่มกิจกรรมปฏิบัติการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าครั้งที่ 2 หลังจากปรับปรุงแก้ไขแผนการปฏิบัติ และย้ำเตือนให้ผู้ดูแลบันทึกข้อมูลผลการปฏิบัติเป็นรายวันทุกวันลงในใบกิจกรรมที่ 6 และ7 และนัดหมายวันที่ผู้วิจัยจะโทรไปติดตามการปฏิบัติและอำนวยความสะดวกให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล พร้อมทั้งแจ้งให้ผู้ดูแลทราบว่าขณะที่ลงมือปฏิบัติในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์หลังนี้ ผู้วิจัยจะคอยดูแลติดตามผลและอำนวยความสะดวกในการพัฒนาให้แก่ผู้ดูแลเหมือนเดิมดังเช่นในช่วง 2 สัปดาห์แรก ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและนัดหมายการสรุปผลและยุติโครงการวิจัย

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ดูแลสามารถสรุปผลการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้

2. ผู้ดูแลสามารถสะท้อนปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการปฏิบัติจริงได้

3. ผู้ดูแลสามารถปรับปรุงแผนการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสำหรับปฏิบัติในสัปดาห์ต่อไปได้

ใบกิจกรรมที่ 5
"สรุปอุปสรรคและวิธีแก้ของฉัน"

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนสรุปปัญหา/อุปสรรค และวิธีแก้ไขของท่านลงในตารางข้างล่าง

ปัญหา/อุปสรรค	วิธีแก้ไข
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

ใบกิจกรรมที่ 6

“แผนพัฒนาตนเอง” ครั้งที่ 2

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนรายละเอียดของแผนการพัฒนาตนเองลงในตารางให้สมบูรณ์ โดยระบุเป้าหมายหลักสิ่งที่ท่านอยากให้เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุของท่าน เช่น ผู้สูงอายุทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้มากขึ้น แล้วจึงระบุกิจกรรมที่ท่านต้องการพัฒนาตัวท่านเองให้สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นได้มากขึ้นจริง

เป้าหมายหลัก		
วัน เดือน ปี ที่เริ่มโค้ช.....		
วัน เดือน ปี ที่นัดหมายสรุปผลการปฏิบัติ 2 สัปดาห์แรก.....		
แหล่ง/วิธีการพัฒนา.....		
กิจกรรมที่ต้องการปฏิบัติ	**รายละเอียดของการปฏิบัติ**	**หมายเหตุ**

ใบกิจกรรมที่ 7

“ตารางบันทึกการดูแลผู้สูงอายุของฉัน” ครั้งที่ 2

คำชี้แจง ให้ท่านบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในการดูแลของท่านตามหัวข้อดังตารางด้านล่างนี้

กิจกรรมที่ปฏิบัติ	ว/ด/ป เวลาที่ปฏิบัติ	ได้ทำ	ไม่ได้ทำ	ผลที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ	ความรู้สึกของผู้ดูแล	ความพึงพอใจของผู้ดูแล			ปัญหา/อุปสรรค
						พอใจ	เฉยๆ	ไม่พอใจ	

กิจกรรมที่ 5 “สุขภาวะทางจิตดี เปรมปรีใจ”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลสรุปผลการปฏิบัติหลังให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
2. เพื่อยุติการจัดกิจกรรมโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

สาระสำคัญ กิจกรรม สุขภาวะทางจิตดี เปรมปรีใจ เป็นกิจกรรมในขั้นตอนของการสิ้นสุดความสัมพันธ์ของกระบวนการโค้ช (Ending the coaching relationship) หลังจากดำเนินกระบวนการทั้งหมดมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง เป็นการยุติสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลรวมทั้งผู้ดูแลและผู้ดูแลด้วย การยุติความสัมพันธ์ของกระบวนการโค้ชนี้เป็นการยุติเมื่อกระบวนการโค้ชดำเนินมาครบทุกขั้นตอนแล้ว ในการจัดกิจกรรมครั้งนี้เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยให้ผู้ดูแลได้สะท้อนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคมในครั้งนี้

สื่อ/อุปกรณ์

1. ปากกา
2. ใบกิจกรรมที่ 8 สิ่งดีๆที่ฉันได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม

ลักษณะการจัดกิจกรรม

จัดกิจกรรมกลุ่มๆละ 5-6 คน

ระยะเวลา 45-60 นาที

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกผู้ดูแล พูดคุยเรื่องทั่วไป ชื่นชมและให้กำลังใจผู้ดูแลทุกท่านที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมมาจนถึงกิจกรรมครั้งสุดท้าย ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการปฏิบัติกิจกรรม
2. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลแต่ละคนทบทวนความรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยผู้ดูแลสอบถามในประเด็นต่างๆ และให้ผู้ดูแลช่วยกันตอบให้ครอบคลุม เช่น การสนับสนุนทางสังคมมีกี่ด้านอะไรบ้าง หรือให้ยกตัวอย่างกิจกรรมที่ให้การสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ และร่วมกันบอกความสำคัญของการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
3. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้สะท้อนความรู้สึกหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมจนถึงกิจกรรมในครั้งสุดท้าย
4. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำกิจกรรมในใบกิจกรรมที่ 8 สิ่งดีๆที่ฉันได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งร่วมกันแลกเปลี่ยนแบ่งปันสิ่งดีๆที่ตนเองได้รับให้เพื่อนผู้ดูแลทราบ
5. ผู้วิจัยขอบคุณผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการร่วมกิจกรรมโปรแกรมการวิจัยครั้งนี้ และกล่าวขอโทษในสิ่งที่ผู้วิจัยทำผิดพลาดในขณะที่ร่วมกันทำกิจกรรมในโปรแกรมการวิจัยในครั้งนี้

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ดูแลเกิดสัมพันธภาพและมีกลุ่มสังคมผู้ดูแลจากการเข้าร่วมกิจกรรมการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

2. เกิดการสะท้อนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการโค้ชผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนทางสังคม

ใบกิจกรรมที่ 8
"สิ่งดีๆที่ฉันได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม"

คำชี้แจง ให้ท่านเขียนสิ่งดีๆที่ท่านได้รับตลอดการเข้าร่วมกิจกรรมลงในพื้นที่ว่างที่กำหนดให้

สิ่งดีๆที่ฉันได้รับ

คู่มือ สำหรับผู้ดูแล
การให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ภาคผนวก ก (2)
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า **No.....**

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง ( ) หรือเติมคำลงในช่องว่าง และกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. ศาสนา
   ( ) พุทธ ( ) คริสต์ ( ) อิสลาม ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส
   ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่าร้าง/แยก
5. รายได้ผู้สูงอายุ โปรดระบุ.....บาท/เดือน
6. ความเพียงพอของรายได้
   ( ) เพียงพอ ( ) ไม่เพียงพอ
7. ระดับการศึกษา
   ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น
   ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย ( ) อนุปริญญา/ปวส.
   ( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี
   ( ) ไม่ได้เรียน ( ) อื่นๆ ระบุ.....
8. โรคประจำตัว
   ( ) ไม่มี
   ( ) มี
      ( ) ความดันโลหิตสูง
      ( ) ไขมันในเลือดสูง
      ( ) หัวใจและหลอดเลือด
      ( ) เบาหวาน
      ( ) มะเร็ง
      ( ) ไต
      ( ) อื่นๆ ระบุ.....
9. ความสามารถในการควบคุมโรคประจำตัว
   ( ) สามารถควบคุมได้
   ( ) ไม่สามารถควบคุมได้

10. ผู้ดูแลหลักของท่าน คือ

( ) สามี ( ) ภรรยา ( ) บุตร ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

11. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้ดูแลหลัก

( ) ทะเลาะเบาะแว้ง

( ) รักใคร่

( ) เอาใจใส่ดูแล

( ) ห่างเหิน

12. จำนวนสมาชิกในครอบครัว ..... คน

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า **No.....**

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง ( ) หรือเติมคำลงในช่องว่าง และกรุณาตอบคำถามให้ครบทุกข้อ

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. ศาสนา
   ( ) พุทธ ( ) คริสต์ ( ) อิสลาม ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส
   ( ) โสด ( ) คู่ ( ) หม้าย ( ) หย่าร้าง/แยก
5. รายได้ของท่าน โปรดระบุ.....บาท/เดือน
6. ความเพียงพอของรายได้
   ( ) เพียงพอ
   ( ) ไม่เพียงพอ
7. ระดับการศึกษา
   ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น
   ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย ( ) อนุปริญญา/ปวส.
   ( ) ปริญญาตรี ( ) สูงกว่าปริญญาตรี
   ( ) ไม่ได้เรียน ( ) อื่นๆ ระบุ.....
8. โรคประจำตัว
   ( ) ไม่มี
   ( ) มี
      ( ) ความดันโลหิตสูง
      ( ) ไขมันในเลือดสูง
      ( ) หัวใจและหลอดเลือด
      ( ) เบาหวาน
      ( ) มะเร็ง
      ( ) ไต
      ( ) อื่นๆ ระบุ.....
9. ความสามารถในการควบคุมโรคประจำตัว
   ( ) สามารถควบคุมได้
   ( ) ไม่สามารถควบคุมได้
10. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับผู้สูงอายุ
   ( ) ทะเลาะเบาะแว้ง ( ) รักใคร่
   ( ) เอาใจใส่ดูแล ( ) ห่างเหิน

แบบประเมินความเศร้าของผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale-TGDS)

คำชี้แจง **No.....**

1. แบบประเมินนี้มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 30 ข้อ โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินอารมณ์และความรู้สึกของท่านในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
2. ให้ขีดเครื่องหมาย √ ลงช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับอารมณ์ความรู้สึกของท่าน และให้ขีดเครื่องหมาย √ ลงช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับอารมณ์ความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ในตอนนี้		
2.คุณไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ		
3.คุณรู้สึกว่าชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร		
4.คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ		
5.คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า		
6.คุณมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้		
7.ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี		
8.คุณรู้สึกว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ		
9.ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข		
10.บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง		
11.คุณรู้สึกกระวนกระวายกระสับกระส่ายบ่อย ๆ		
12.คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน		
13.บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า		
14.คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น		
15.การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องน่ายินดี		
16.คุณรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อย ๆ		
17.คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณค่อนข้างไม่มีคุณค่า		
18.คุณรู้สึกกังวลใจมากกับชีวิตที่ผ่านมา		
19.คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก		
20.คุณรู้สึกลา บากที่จะเริ่มต้นทา อะไรใหม่ ๆ		
21.คุณรู้สึกกระตือรือร้น		
22.คุณรู้สึกสิ้นหวัง		
23.คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ		
24.คุณอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ อยู่เสมอ		

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
25.คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อย ๆ		
26.คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน		
27.คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า		
28.คุณไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น		
29.คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว		
30.คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน		

คะแนนรวม.....คะแนน

แบบสอบถามความผาสุกทางใจ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้วกาเครื่องหมาย √ ในช่องที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุดและกรุณาตอบ*ให้ครบ*ทุกคำถาม

ข้อ	รายการ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	ในหลายๆเรื่องของชีวิตที่ผ่านมาท่านยังรู้สึกว่าตนเอง ไม่ ประสบความสำเร็จ				
2	เมื่อย้อนกลับไปดูชีวิตของตนเองที่ผ่านมาท่านรู้สึกพอใจกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น				
3	ท่านพอใจในความเป็นตัวของตัวเอง				
4	ใครๆมักบอกว่าท่านเป็นผู้เสียสละเวลาและมักให้ความช่วยเหลือกับผู้อื่น				
5	ท่านมีความลำบากใจ ที่จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น				
6	ท่านไม่ค่อยมีความสัมพันธ์ที่อบอุ่นกับคนรอบตัว				
7	ท่านยืนยันในความคิดของท่าน แม้ว่ามันจะแตกต่างจากคนอื่น				
8	ท่านมักคล้อยตามคนที่มีความคิดแน่วแน่				
9	ท่านตัดสินใจ ได้ด้วยความคิดของท่านเองไม่ใช่ตามคนอื่น				
10	ท่านสามารถจัดการความรับผิดชอบในชีวิตประจำวันของท่านได้				
11	ท่านรู้สึกว่าท่านเป็นผู้ควบคุมชีวิตของตัวท่านเอง				
12	สิ่งต่างๆ ที่ต้องทำในชีวิตประจำวัน ทำให้ท่านเหนื่อยล้า				
13	บางทีท่านรู้สึกเหมือนกับว่า ท่านได้ทำทุกอย่างในชีวิตครบถ้วนแล้ว				
14	ท่านไม่ได้ใช้ชีวิตอย่างไร้จุดหมายเหมือนคนอื่นๆ บางคน				
15	ท่านมีชีวิตอยู่ไปวันๆโดยไม่ได้คิดถึงอนาคตมากนัก				

ข้อ	รายการ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
16	ท่านคิดว่า การมีประสบการณ์ใหม่ๆ เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ท่านได้คิดเกี่ยวกับตัวเองและโลกภายนอก				
17	ท่านคิดว่า ชีวิตคือ กระบวนการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลง และการเจริญงอกงาม				
18	ท่านเลิกที่จะพยายามปรับปรุงชีวิตของท่านมานานแล้ว				

ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน
(Barthel Activities of Daily Living : ADL)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า

( ) 0.ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้

( ) 1.ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆไว้ล่วงหน้า

( ) 2.ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 – 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

( ) 0.ต้องการความช่วยเหลือ

( ) 1.ทำเองได้(รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

( ) 0.ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น

( ) 1.ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้

( ) 2.ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย

( ) 3.ทำได้เอง

4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)

( ) 0.ช่วยตัวเองไม่ได้

( ) 1.ทำได้บ้าง(อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองหลังจากเสร็จธุระ)แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง

( ) 2.ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนย้ายที่ภายในห้องหรือบ้าน)

( ) 0.เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

( ) 1.ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้

( ) 2.เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย

( ) 3.เดินหรือเคลื่อนที่เองได้

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

( )0.ต้องมีสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย

( )1.ช่วยตัวองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

( )2.ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิบ หรือใส่เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

( ) 0. ไม่สามารถทำได้

( ) 1. ต้องการคนช่วย

( ) 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

( ) 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้

( ) 1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

( ) 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

( ) 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)

( ) 2. กลั้นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

( ) 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้

( ) 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)

( ) 2. กลั้นได้เป็นปกติ

ภาคผนวก ข
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ใบพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (กลุ่มทดลอง)
ชื่อการศึกษา: ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการโค้ชผู้ดูแลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

1. บทนำ

ข้าพเจ้านางสาวอินทุอร ก้านกิ่ง นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และทีมวิจัยซึ่งประกอบด้วย ดร.วีณา คันฉ้อง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จะดำเนินการวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการโค้ชผู้ดูแลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการโค้ชผู้ดูแล และเพื่อเปรียบเทียบระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการโค้ชผู้ดูแล

2. ความเป็นมาของการศึกษา/ วัตถุประสงค์

ดิฉันใคร่ขอแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยดังกล่าว และเชิญชวนให้ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งท่านเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มตัวอย่างที่ทีมผู้วิจัยกำลังจะศึกษา ท่านมีความสำคัญในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัยครั้งนี้ หากท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะได้รับการจัดกลุ่มให้อยู่ในกลุ่มทดลอง ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบประเมิน และในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ท่านจะได้รับการดูแลจากผู้ดูแลของท่านที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลอย่างครอบคลุม โดยตลอดระยะเวลา 5 สัปดาห์ที่เข้าร่วมโปรแกรมนี้ท่านสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ และดิฉันใคร่ขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้นจำนวน 4 ชุด มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 70 ข้อ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 2) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย 3) ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และ4) แบบประเมินสุขภาวะทางจิต ในการตอบแบบสอบถามดิฉันจะมีผู้ช่วยวิจัยเพื่ออธิบายการตอบแบบสอบถามให้ท่านเข้าใจและหากท่านไม่สะดวกในการอ่านแบบสอบถาม ผู้ช่วยวิจัยจะอ่านข้อคำถามให้ท่านฟังแล้วจึงให้ท่านตอบข้อคำถามด้วยตัวท่านเอง ในการตอบแบบประเมินนี้ท่านไม่ต้องเขียนชื่อและนามสกุลในแบบประเมิน และคำตอบที่ท่านตอบนั้นไม่มีถูกหรือผิดและไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการดูแลที่ท่านพึงได้รับจากสถานพยาบาล ซึ่งการทำแบบสอบถามนี้ท่านจะต้องตอบแบบสอบถามจำนวน 2 ครั้ง คือในสัปดาห์ที่ 1 ของการเข้าร่วมโปรแกรม และในสัปดาห์ที่ 5 หลังจากเสร็จสิ้นการจัดโปรแกรม ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปโดยความสมัครใจและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามจากดิฉันได้ตลอดเวลา

3. ความเสี่ยง/ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ท่านจะได้รับประโยชน์โดยตรงจากการได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมจากผู้ดูแลของท่านซึ่งผ่านการอบรมด้วยกระบวนการโค้ชเพื่อที่จะให้สามารถให้การดูแลอย่างครอบคลุมแก่ท่านได้อย่างเหมาะสม

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้อาจทำให้ท่านรู้สึกคับข้องใจไม่สบายใจต่อการสอบแบบสอบถามหรือท่านอาจรู้สึกไม่คุ้นเคยจากการได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมจากผู้ดูแลของท่านระหว่างการดำเนินการวิจัย หากท่านเกิดความรู้สึกไม่สบายใจสามารถบอกกล่าวและพูดคุยกับผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้โดยตรง โดยผู้วิจัยจะทำการอธิบายและให้ข้อมูลอย่างละเอียดและเปิดโอกาสให้ท่านได้ระบายความรู้สึกพร้อมทั้งรับฟังท่านอย่างตั้งใจ และหากสุดท้ายแล้วท่านประสงค์จะยุติการเข้าร่วมวิจัยท่านสามารถบอกยุติได้ทันทีโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อตัวท่านและครอบครัว

4. การปฏิบัติเมื่อวิจัยมีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

หากระหว่างที่ท่านเข้าร่วมการวิจัยท่านเกิดความรู้สึกคับข้องใจหรือรู้สึกไม่สบายใจ ผู้วิจัยยินดีให้ท่านหยุดการทำกิจกรรมไม่ว่าจะเป็นการตอบแบบสอบถามหรือการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลอย่างครอบคลุมร่วมกับผู้ดูแล และผู้วิจัยยินดีจะรับฟังท่านโดยให้ท่านได้ระบายความรู้สึกจนกว่าจะดีขึ้น และผู้วิจัยจะเคารพในการตัดสินใจของท่านในทุกรูปแบบไม่ว่าจะยินดีเข้าร่วมการวิจัยต่อไปหรือท่านจะขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก็ตาม โดยท่านจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ต่อการรับบริการทางการพยาบาลในภายหลัง

5. การปกป้องความลับ

ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ให้ข้อมูลแล้วนั้นจะไม่มีการระบุชื่อและจะถูกปกปิดไว้เป็นความลับ ซึ่งจะไม่เกิดผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัยและครอบครัวแต่ประการใด มีเพียงผู้วิจัย อาจารย์ที่ปรึกษา และคณะหรือกลุ่มบุคคลที่มีหน้าที่ในการตรวจสอบการวิจัย เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ในการตรวจสอบ หรือคณะกรรมการจริยธรรมเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การวิเคราะห์ข้อมูลไม่มีการระบุชื่อและนามสกุลผู้เข้าร่วมวิจัยแต่จะใช้รหัสข้อมูลแทน มีการวิเคราะห์ข้อมูลตามข้อเท็จจริง การรายงานผลการวิจัยและการนำเสนอผลการวิจัยจะถูกนำเสนอโดยไม่มีการบิดเบือนข้อมูล ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม ซึ่งลักษณะการนำเสนอผลการวิจัยเป็นการนำเสนอทางวิชาการ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาการพยาบาลด้านการดูแลบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเท่านั้น

6. การเข้าร่วมโดยความสมัครใจ

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของท่านเอง ซึ่งผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ท่านได้ปรึกษาครอบครัวหรือผู้ดูแลของท่านก่อนตัดสินใจ หากท่านไม่สมัครใจหรือมีความประสงค์จะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือบอกยุติให้ความร่วมมือได้โดยทันทีและจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่านและครอบครัวรวมทั้งท่านจะไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการเข้ารับการบริการทางการพยาบาลใดๆ ในอนาคต

7. ผู้ที่สามารถติดต่อเมื่อมีข้อคำถาม/ ปัญหา

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ตลอดระยะเวลาของการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ท่านสามารถติดต่อสอบถามโดยตรงกับผู้วิจัยได้ที่ นางสาวอินทุอร ก้านกิ่ง สถานที่ติดต่อ 37/2 หมู่ที่ 10 ตำบลท้องลำเจียก อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช 80190 โทรศัพท์ 086-6960771 E-mail kk_intu-on@hotmail.com อาจารย์ที่ปรึกษา ดร.วีณา คันฉ้อง สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ 15 ถนน กาญจนวนิช ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทรศัพท์ 087-4618352 E-mail weena.k@psu.ac.th

หากผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ สามารถขอรับคำปรึกษา/ แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่ ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุมดวง ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หรือนางสาวพรรณวดี ธีระกุลพิศุทธิ์ เจ้าหน้าที่ศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ 15 ถนนกาญจนวนิช ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทรศัพท์ 0-7428-6470 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ panwadee.t@psu.ac.th

ลายเซ็นนักวิจัย.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากนักวิจัยแล้ว และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ลายเซ็นผู้เข้าร่วมวิจัย.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายเซ็นพยาน.....(ผู้ดูแลผู้เข้าร่วมโครงการ)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายเซ็นพยาน.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ฉบับปรับปรุง วันที่ 18 ตุลาคม 2564

ใบพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (กลุ่มควบคุม)
ชื่อการศึกษา: ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการโค้ชผู้ดูแลต่อสุขภาวะทางจิต ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

1. บทนำ

ข้าพเจ้านางสาวอินทุอร ก้านกิ่ง นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และทีมวิจัยซึ่งประกอบด้วย ดร.วีณา คันฉ้อง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จะดำเนินการวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการโค้ชผู้ดูแลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการโค้ชผู้ดูแล และเพื่อเปรียบเทียบระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการโค้ชผู้ดูแล

2. ความเป็นมาของการศึกษา/ วัตถุประสงค์

ดิฉันใคร่ขอแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยดังกล่าว และเชิญชวนให้ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งท่านเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มตัวอย่างที่ทีมผู้วิจัยกำลังจะศึกษา ท่านมีความสำคัญในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัยครั้งนี้ หากท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะได้รับการจัดกลุ่มให้อยู่ในกลุ่มควบคุม ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้นจำนวน 4 ชุด มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 70 ข้อ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 2) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย 3) ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และ4) แบบประเมินสุขภาวะทางจิต ในการตอบแบบสอบถามดิฉันจะมีผู้ช่วยวิจัยเพื่ออธิบายการตอบแบบสอบถามให้ท่านเข้าใจและหากท่านไม่สะดวกในการอ่านแบบสอบถาม ผู้ช่วยวิจัยจะอ่านข้อคำถามให้ท่านฟังแล้วจึงให้ท่านตอบข้อคำถามด้วยตัวท่านเอง ในการตอบแบบประเมินนี้ท่านไม่ต้องเขียนชื่อและนามสกุลในแบบประเมิน และคำตอบที่ท่านตอบนั้นไม่มีถูกหรือผิดและไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการดูแลที่ท่านพึงได้รับจากสถานพยาบาล ซึ่งการทำแบบสอบถามนี้ท่านจะต้องตอบแบบสอบถามจำนวน 2 ครั้ง คือในสัปดาห์ที่ 1 ของการเข้าร่วมวิจัย และในสัปดาห์ที่ 5 หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย โดยตลอดระยะเวลา 5 สัปดาห์ที่เข้าร่วมการวิจัยนี้ท่านสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปโดยความสมัครใจและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามจากดิฉันได้ตลอดเวลา

3. ความเสี่ยง/ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ท่านจะได้เป็นส่วนหนึ่งในการตอบแบบสอบถามที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น และเป็นประโยชน์ในการให้ข้อมูลเพื่อใช้วางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าให้ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมจากผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้อาจทำให้ท่านรู้สึกคับข้องใจไม่สบายใจต่อการตอบแบบสอบถาม หากท่านเกิดความรู้สึกไม่สบายใจสามารถบอกกล่าวและพูดคุยกับผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้โดยตรง โดยผู้วิจัยจะทำการอธิบายและให้ข้อมูลอย่างละเอียดและเปิดโอกาสให้ท่านได้ระบายความรู้สึกพร้อมทั้งรับฟังท่านอย่างตั้งใจ และหากสุดท้ายแล้วท่านประสงค์จะยุติการเข้าร่วมวิจัยท่านสามารถบอกยุติได้ทันทีโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่านและครอบครัว

4. การปฏิบัติเมื่อวิจัยมีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

หากระหว่างที่ท่านเข้าร่วมการวิจัยท่านเกิดความรู้สึกคับข้องใจหรือรู้สึกไม่สบายใจ ผู้วิจัยยินดีให้ท่านหยุดการตอบแบบสอบถาม และผู้วิจัยยินดีจะรับฟังท่านโดยให้ท่านได้ระบายความรู้สึกจนกว่าจะดีขึ้น และผู้วิจัยจะเคารพในการตัดสินใจของท่านในทุกรูปแบบไม่ว่าจะยินดีเข้าร่วมการวิจัยต่อไปหรือท่านจะขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก็ตาม โดยท่านจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ต่อการรับบริการทางการพยาบาลในภายหลัง

5. การปกป้องความลับ

ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ให้ข้อมูลแล้วนั้นจะไม่มีการระบุชื่อและจะถูกปกปิดไว้เป็นความลับ ซึ่งจะไม่เกิดผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัยและครอบครัวแต่ประการใด มีเพียงผู้วิจัย อาจารย์ที่ปรึกษา และคณะหรือกลุ่มบุคคลที่มีหน้าที่ในการตรวจสอบการวิจัย เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ในการตรวจสอบ หรือคณะกรรมการจริยธรรมเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การวิเคราะห์ข้อมูลไม่มีการระบุชื่อและนามสกุลผู้เข้าร่วมวิจัยแต่จะใช้รหัสข้อมูลแทน มีการวิเคราะห์ข้อมูลตามข้อเท็จจริง การรายงานผลการวิจัยและการนำเสนอผลการวิจัยจะถูกนำเสนอโดยไม่มีการบิดเบือนข้อมูล ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม ซึ่งลักษณะการนำเสนอผลการวิจัยเป็นการนำเสนอทางวิชาการ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาการพยาบาลด้านการดูแลบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเท่านั้น

6. การเข้าร่วมโดยความสมัครใจ

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของท่านเอง ซึ่งผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ท่านได้ปรึกษาครอบครัวหรือผู้ดูแลของท่านก่อนตัดสินใจ หากท่านไม่สมัครใจหรือมีความประสงค์จะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือบอกยุติให้ความร่วมมือได้โดยทันทีและจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านและครอบครัวรวมทั้งท่านจะไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ ในการเข้ารับการบริการทางการพยาบาลใด ๆ ในอนาคต

7. ผู้ที่สามารถติดต่อเมื่อมีข้อคำถาม/ ปัญหา

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ตลอดระยะเวลาของการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ท่านสามารถติดต่อสอบถามโดยตรงกับผู้วิจัยได้ที่ นางสาวอินทุอร ก้านกิ่ง สถานที่ติดต่อ 37/2 หมู่ที่ 10 ตำบลท้องลำเจียก อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช 80190 โทรศัพท์ 086-6960771 E-mail kk_intu-on@hotmail.com อาจารย์ที่ปรึกษา ดร.วีณา คันฉ้อง สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ 15 ถนน กาญจนวนิช ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทรศัพท์ 087-4618352 E-mail weena.k@psu.ac.th

หากผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ สามารถขอรับคำปรึกษา/ แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่ ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุมดวง ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หรือนางสาวพรรณวดี ธีระกุลพิศุทธิ์ เจ้าหน้าที่ศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ 15 ถนนกาญจนวนิช ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทรศัพท์ 0-7428-6470 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ panwadee.t@psu.ac.th

ลายเซ็นนักวิจัย.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากนักวิจัยแล้ว และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ลายเซ็นผู้เข้าร่วมวิจัย.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายเซ็นพยาน.....(ผู้ดูแลผู้เข้าร่วมโครงการ)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายเซ็นพยาน.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล (กลุ่มทดลอง)
ชื่อการศึกษา: ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการโค้ชผู้ดูแลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

1. บทนำ

ข้าพเจ้านางสาวอินทุอร ก้านกิ่ง นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และทีมวิจัยซึ่งประกอบด้วย ดร.วีณา คันฉ้อง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จะดำเนินการวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการโค้ชผู้ดูแลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการโค้ชผู้ดูแล และเพื่อเปรียบเทียบระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการโค้ชผู้ดูแล

2. ความเป็นมาของการศึกษา/ วัตถุประสงค์

ดิฉันใคร่ขอแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยดังกล่าว และเชิญชวนให้ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งผู้สูงอายุในการดูแลของท่านเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มตัวอย่างที่ทีมผู้วิจัยกำลังจะศึกษา ผู้สูงอายุในการดูแลของท่านมีความสำคัญในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัยครั้งนี้ หากท่านยินดีและอนุญาตให้ผู้สูงอายุในการดูแลของท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะได้รับการจัดกลุ่มให้อยู่ในกลุ่มผู้ดูแลกลุ่มทดลอง ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 ข้อ ในสัปดาห์ที่ 1 ของการเข้าร่วมการวิจัยและใคร่ขอความร่วมมือให้ท่านเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการโค้ชผู้ดูแล ทั้งนี้ท่านจะได้รับการอบรมเกี่ยวกับการให้การดูแลอย่างครอบคลุมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยมีการจัดกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 45-90 นาที รวมทั้งสิ้นเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ และท่านจะได้นำความรู้ ทักษะและความสามารถในการให้การดูแลอย่างครอบคลุมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านี้ไปดูแลผู้สูงอายุในการดูแลของท่านในช่วงสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 5 ของการเข้าร่วมโปรแกรม การจัดกิจกรรมในครั้งนี้เป็นแบบผสมทั้งรูปแบบกลุ่มและรายบุคคล ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปโดยความสมัครใจของท่านและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามจากดิฉันได้ตลอดเวลา

3. ความเสี่ยง/ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ท่านจะได้รับประโยชน์โดยตรงจากการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการให้การดูแลอย่างครอบคลุมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งอยู่ในการดูแลของท่าน ซึ่งอาจทำให้ท่านสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับ ไปให้การดูแลอย่างครอบคลุมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในการดูแลของท่านได้อย่างเหมาะสม

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้อาจทำให้ท่านรู้สึกคับข้องใจไม่สบายใจต่อ การตอบแบบสอบถามหรือการเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการโค้ชผู้ดูแล ตลอดระยะเวลา 5 สัปดาห์ หากท่านเกิดความรู้สึกไม่สบายใจสามารถแจ้งผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ท่านได้ระบายความรู้สึกโดยผู้วิจัยจะรับฟังท่านอย่างตั้งใจและเปิดโอกาสให้ท่านสามารถตัดสินใจต่อการเข้าร่วมการวิจัยต่อหรือยุติการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยจะไม่ส่งผลกระทบใดๆ ต่อท่านและการรับบริการทางการพยาบาลในภายหลัง

4. การปฏิบัติเมื่อวิจัยมีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

หากระหว่างที่ท่านเข้าร่วมการวิจัยท่านเกิดความรู้สึกคับข้องใจหรือรู้สึกไม่สบายใจ ผู้วิจัยยินดีให้ท่านหยุดการทำกิจกรรมไม่ว่าจะเป็นการตอบแบบสอบถามหรือการทำกิจกรรมการให้การดูแลอย่างครอบคลุมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้วิจัยยินดีจะรับฟังท่านโดยให้ท่านได้ระบายความรู้สึกจนกว่าจะดีขึ้น และผู้วิจัยจะเคารพในการตัดสินใจของท่านในทุกรูปแบบไม่ว่าจะยินดีเข้าร่วมการวิจัยต่อไปหรือท่านจะขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก็ตาม โดยท่านจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆต่อการรับบริการทางการพยาบาลในภายหลัง

5. การปกป้องความลับ

ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากเข้าร่วมวิจัยและการทำกิจกรรมในใบกิจกรรมแต่ละครั้งนั้น จะไม่มีการระบุชื่อและจะถูกปกปิดไว้เป็นความลับ ซึ่งจะไม่เกิดผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัยและครอบครัวแต่ประการใด มีเพียงผู้วิจัย อาจารย์ที่ปรึกษา และคณะหรือกลุ่มบุคคลที่มีหน้าที่ในการตรวจสอบการวิจัย เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ในการตรวจสอบ หรือคณะกรรมการจริยธรรมเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การวิเคราะห์ข้อมูลไม่มีการระบุชื่อและนามสกุลผู้เข้าร่วมวิจัยแต่จะใช้รหัสข้อมูลแทน มีการวิเคราะห์ข้อมูลตามข้อเท็จจริง การรายงานผลการวิจัยและการนำเสนอผลการวิจัยจะถูกนำเสนอโดยไม่มีการบิดเบือนข้อมูล ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม ซึ่งลักษณะการนำเสนอผลการวิจัยเป็นการนำเสนอทางวิชาการ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาการพยาบาลด้านการดูแลบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเท่านั้น

6. การเข้าร่วมโดยความสมัครใจ

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจหรือมีความประสงค์จะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือบอกยุติให้ความร่วมมือในได้โดยทันทีและจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่านและครอบครัวรวมทั้งท่านจะไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการเข้ารับการบริการทางการพยาบาลใดๆ ในอนาคต

7. ผู้ที่สามารถติดต่อเมื่อมีข้อคำถาม/ ปัญหา

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ตลอดระยะเวลาของการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมท่านสามารถติดต่อสอบถามโดยตรงกับผู้วิจัยได้ที่ นางสาวอินทุอร ก้านกิ่ง สถานที่ติดต่อ 37/2 หมู่ที่ 10 ตำบลท้องลำเจียก อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช 80190 โทรศัพท์ 086-6960771

E-mail kk_intu-on@hotmail.com อาจารย์ที่ปรึกษา ดร.วีณา คันฉ้อง สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ 15 ถนน กาญจนวนิช ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทรศัพท์ 087-4618352 E-mail weena.k@psu.ac.th

หากผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ สามารถขอรับคำปรึกษา/ แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่ ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุมดวง ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หรือนางสาวพรรณวดี ธีระกุลพิศุทธิ์ เจ้าหน้าที่ศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ 15 ถนนกาญจนวนิช ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทรศัพท์ 0-7428-6470 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ panwadee.t@psu.ac.th

ลายเซ็นนักวิจัย.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากนักวิจัยแล้ว และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ลายเซ็นผู้เข้าร่วมวิจัย.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายเซ็นพยาน.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล (กลุ่มควบคุม)
ชื่อการศึกษา: ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการโค้ชผู้ดูแลต่อสุขภาวะทางจิต ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

1. บทนำ

ข้าพเจ้านางสาวอินทุอร ก้านกิ่ง นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และทีมวิจัยซึ่งประกอบด้วย ดร.วีณา คันฉ้อง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จะดำเนินการวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการโค้ชผู้ดูแลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการโค้ชผู้ดูแล และเพื่อเปรียบเทียบระดับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการโค้ชผู้ดูแล

2. ความเป็นมาของการศึกษา/ วัตถุประสงค์

ดิฉันใคร่ขอแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยดังกล่าว และเชิญชวนให้ท่านมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งผู้สูงอายุในการดูแลของท่านเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติตรงตามกลุ่มตัวอย่างที่ทีมผู้วิจัยกำลังจะศึกษา ผู้สูงอายุในการดูแลของท่านมีความสำคัญในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัยครั้งนี้ หากท่านยินดีและอนุญาตให้ผู้สูงอายุในการดูแลของท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะได้รับการจัดกลุ่มให้อยู่ในกลุ่มผู้ดูแลกลุ่มควบคุม ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 ข้อ ในสัปดาห์ที่ 1 ของการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นท่านสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ และดิฉันใคร่ขอความร่วมมือผู้สูงอายุในการดูแลของท่านในการตอบแบบสอบถามทั้งสิ้นจำนวน 4 ชุด มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 70 ข้อ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 2) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย 3) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และ4) แบบประเมินสุขภาวะทางจิต ในการตอบแบบสอบถามดิฉันจะมีผู้ช่วยวิจัยเพื่ออธิบายการตอบแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลของท่านเข้าใจและหากผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลของท่านไม่สะดวกในการอ่านแบบสอบถาม ผู้ช่วยวิจัยจะอ่านข้อคำถามให้ผู้สูงอายุฟังโดยไม่ตีความและแปลความหมายใดใดจากข้อคำถามแล้วจึงให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลของท่านตอบข้อคำถามด้วยตัวเอง ในการตอบแบบประเมินนี้ผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลของท่านไม่ต้องเขียนชื่อและนามสกุลในแบบประเมิน และคำตอบที่ตอบนั้นไม่มีถูกหรือผิดและไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการดูแลที่ผู้สูงอายุพึงได้รับจากสถานพยาบาล ซึ่งการทำแบบสอบถามนี้ผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลของท่านจะต้องตอบแบบสอบถามจำนวน 2 ครั้ง คือในสัปดาห์ที่ 1 ของการเข้าร่วมวิจัยและในสัปดาห์ที่ 5 หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย ในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปโดยความสมัครใจและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามจากดิฉันได้ตลอดเวลา

3. ความเสี่ยง/ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ท่านและผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลของท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่จะได้เป็นส่วนหนึ่งในการตอบแบบสอบถามที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีสุขภาวะทางจิตที่ดีขึ้น และเป็นประโยชน์ในการให้ข้อมูลเพื่อใช้วางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้อาจทำให้ท่านและผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลของท่านรู้สึกคับข้องใจไม่สบายใจต่อการสอบแบบสอบถาม หากท่านและผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลของท่านเกิดความรู้สึกไม่สบายใจสามารถบอกกล่าวและพูดคุยกับผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้โดยตรง โดยผู้วิจัยจะทำการอธิบายและให้ข้อมูลอย่างละเอียดและเปิดโอกาสให้ท่านและผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลของท่านได้ระบายความรู้สึกพร้อมทั้งผู้วิจัยรับฟังอย่างตั้งใจ และหากสุดท้ายแล้วท่านและผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลของท่านประสงค์จะยุติการเข้าร่วมวิจัยก็สามารถบอกยุติได้ทันทีโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่านและผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลของท่านและครอบครัว

4. การปฏิบัติเมื่อวิจัยมีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

หากระหว่างที่ท่านและผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลของท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้วเกิดความรู้สึกคับข้องใจหรือรู้สึกไม่สบายใจ ผู้วิจัยยินดีให้หยุดการตอบแบบสอบถาม และผู้วิจัยยินดีจะรับฟังโดยให้ท่านและผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลของท่านได้ระบายความรู้สึกจนกว่าจะดีขึ้น และผู้วิจัยจะเคารพในการตัดสินใจของท่านและผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลของท่านในทุกรูปแบบไม่ว่าจะยินดีเข้าร่วมการวิจัยต่อไปหรือจะขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก็ตาม โดยท่านและผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลของท่านจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆต่อการรับบริการทางการพยาบาลในภายหลัง

5. การปกป้องความลับ

ในส่วนของข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ให้ข้อมูลแล้วนั้นจะไม่มีการระบุชื่อและจะถูกปกปิดไว้เป็นความลับ ซึ่งจะไม่เกิดผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัยและครอบครัวแต่ประการใด มีเพียงผู้วิจัย อาจารย์ที่ปรึกษา และคณะหรือกลุ่มบุคคลที่มีหน้าที่ในการตรวจสอบการวิจัย เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ในการตรวจสอบหรือคณะกรรมการจริยธรรมเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การวิเคราะห์ข้อมูลไม่มีการระบุชื่อและนามสกุลผู้เข้าร่วมวิจัยแต่จะใช้รหัสข้อมูลแทน มีการวิเคราะห์ข้อมูลตามข้อเท็จจริง การรายงานผลการวิจัยและการนำเสนอผลการวิจัยจะถูกนำเสนอโดยไม่มีการบิดเบือนข้อมูล ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม ซึ่งลักษณะการนำเสนอผลการวิจัยเป็นการนำเสนอทางวิชาการ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาการพยาบาลด้านการดูแลบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเท่านั้น

6. การเข้าร่วมโดยความสมัครใจ

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านและผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลของท่านในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจหรือมีความประสงค์จะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือบอกยุติให้ความร่วมมือในได้โดยทันทีและจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่านและครอบครัว รวมทั้งท่านจะไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการเข้ารับการบริการทางการพยาบาลใดๆ ในอนาคต

7. ผู้ที่สามารถติดต่อเมื่อมีข้อคำถาม/ ปัญหา

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ตลอดระยะเวลาของการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ท่านสามารถติดต่อสอบถามโดยตรงกับผู้วิจัยได้ที่ นางสาวอินทุอร ก้านกิ่ง สถานที่ติดต่อ 37/2 หมู่ที่ 10 ตำบลท้องลำเจียก อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช 80190 โทรศัพท์ 086-6960771 E-mail kk_intu-on@hotmail.com อาจารย์ที่ปรึกษา ดร.วีณา คันฉ้อง สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ 15 ถนน กาญจนวนิช ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทรศัพท์ 087-4618352 E-mail weena.k@psu.ac.th

หากผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ สามารถขอรับคำปรึกษา/ แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่ ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุมดวง ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หรือนางสาวพรรณวดี ธีระกุลพิศุทธิ์ เจ้าหน้าที่ศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ 15 ถนนกาญจนวนิช ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทรศัพท์ 0-7428-6470 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ panwadee.t@psu.ac.th

ลายเซ็นนักวิจัย.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากนักวิจัยแล้ว และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ลายเซ็นผู้เข้าร่วมวิจัย.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายเซ็นพยาน.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ค
ตารางแสดงผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อพิจารณาการแจกแจงแบบโค้งปกติ (normality) ของค่าคะแนนสุขภาวะทางจิต โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์ความเบ้ และค่าสัมประสิทธิ์ความโด่งของการแจกแจงข้อมูล (Statistic skewness & Statistic kurtosis) และสถิติ Shapiro-Wilk พบว่าคะแนนสุขภาวะทางจิตของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ มีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 8

แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนสุขภาวะทางของกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมก่อนเริ่มโปรแกรม (n=22)

คะแนนสุขภาวะทางจิต	skewness			kurtosis		
	statistic	SE.	skewness value	statistic	SE.	kurtosis value
ด้านการยอมรับตนเอง	-1.017	.491	2.07	.447	.953	0.47
ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น	.379	.491	0.77	.941	.953	0.99
ด้านความเป็นตัวของตัวเอง	-.535	.491	-1.09	.253	.953	0.27
ด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม	-1.024	.491	-2.09	.358	.953	0.38
ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต	-1.266	.491	-2.58	1.175	.953	1.23
ด้านความเจริญงอกงามของบุคคล	.174	.491	0.35	.598	.953	0.63
คะแนนสุขภาวะทางจิตโดยรวม	-1.285	.491	-2.62	1.068	.953	1.12

ตาราง 9

แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนสุขภาวะทางจิตของกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม (n=22)

คะแนนสุขภาวะทางจิต	skewness			kurtosis		
	statistic	SE.	skewness value	statistic	SE.	kurtosis value
ด้านการยอมรับตนเอง	-.428	.491	-0.87	-.248	.953	-0.26
ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น	-.103	.491	-0.21	-1.502	.953	-1.58
ด้านความเป็นตัวของตัวเอง	.150	.491	0.31	-1.013	.953	-1.06
ด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม	.099	.491	0.20	-.385	.953	-0.40
ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต	-.911	.491	1.86	.043	.953	0.05
ด้านความเจริญงอกงามของบุคคล	-.292	.491	-0.59	-.529	.953	-0.56
คะแนนสุขภาวะทางจิตโดยรวม	-1.002	.491	-2.04	.160	.953	0.17

ตาราง 10

แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนสุขภาวะทางจิตของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมก่อนเริ่มโปรแกรม (n=22)

คะแนนสุขภาวะทางจิต	skewness			kurtosis		
	statistic	SE.	skewness value	statistic	SE.	kurtosis value
ด้านการยอมรับตนเอง	-1.017	.491	-2.07	2.552	.953	2.68
ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น	-.685	.491	-1.40	2.265	.953	2.38
ด้านความเป็นตัวของตัวเอง	-.321	.491	-0.65	-.280	.953	-0.29
ด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม	.218	.491	0.44	-.891	.953	-0.93
ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต	-.558	.491	-1.14	-.014	.953	0.01
ด้านความเจริญงอกงามของบุคคล	.354	.491	0.72	-.887	.953	-0.93
คะแนนสุขภาวะทางจิตโดยรวม	-1.330	.491	-2.71	3.584	.953	3.76

ตาราง 11

แสดงการกระจายของข้อมูลคะแนนสุขภาวะทางจิตของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม (n=22)

คะแนนสุขภาวะทางจิต	skewness			kurtosis		
	statistic	SE.	skewness value	statistic	SE.	kurtosis value
ด้านการยอมรับตนเอง	-.234	.491	-0.48	.195	.953	0.20
ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น	-.915	.491	-1.86	.495	.953	0.52
ด้านความเป็นตัวของตัวเอง	-1.376	.491	-2.80	3.521	.953	3.69
ด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม	-.812	.491	-1.65	2.112	.953	2.22
ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต	-.676	.491	-1.38	-.095	.953	-0.10
ด้านความเจริญงอกงามของบุคคล	-.585	.491	-1.19	.966	.953	1.01
คะแนนสุขภาวะทางจิตโดยรวม	-.568	.491	-1.16	1.546	.953	1.62

ตาราง 12

แสดงข้อมูลคะแนนสุขภาวะทางจิตของกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (n=22)

คะแนนสุขภาวะทางจิต	Shapiro-Wilk					
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ด้านการยอมรับตนเอง	.860	22	.005	.925	22	.096
ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น	.881	22	.013	.889	22	.018
ด้านความเป็นตัวของตัวเอง	.884	22	.014	.919	22	.071
ด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม	.850	22	.003	.910	22	.048
ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต	.837	22	.002	.858	22	.005
ด้านความเจริญงอกงามของบุคคล	.952	22	.353	.952	22	.348
คะแนนสุขภาวะทางจิตโดยรวม	.847	22	.003	.885	22	.015

ตาราง 13

แสดงข้อมูลคะแนนสุขภาวะทางจิตของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n=22)

คะแนนสุขภาวะทางจิต	Shapiro-Wilk					
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ด้านการยอมรับตนเอง	.887	22	.016	.948	22	.286
ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น	.897	22	.025	.893	22	.022
ด้านความเป็นตัวของตัวเอง	.914	22	.058	.863	22	.006
ด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม	.910	22	.047	.909	22	.046
ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต	.920	22	.078	.914	22	.057
ด้านความเจริญงอกงามของบุคคล	.926	22	.100	.921	22	.080
คะแนนสุขภาวะทางจิตโดยรวม	.895	22	.024	.961	22	.509

ภาคผนวก ง
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รหัสรับโครงการ:	2022 – St – Nur – 034 (Internal)
ชื่อโครงการ:	ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยการโค้ชผู้ดูแลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
รหัสหนังสือรับรอง:	PSU IRB 2022 - St - Nur – 029 (Internal)
ชื่อหัวหน้าโครงการ:	นางสาวอินทุอร ก้านกิ่ง
หน่วยงานที่สังกัด:	หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
เอกสารที่รับรอง:	1. แบบเสนอโครงการเข้ารับการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย 2. เครื่องมือวิจัย 3. ใบเชิญชวนและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
วันที่รับรอง:	10 ตุลาคม 2565
วันที่หมดอายุ:	10 ตุลาคม 2567

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับหลักการเบลมองต์ (Belmont) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และขอให้รายงานผลการวิจัยทุก 1 ปี ตามแบบฟอร์ม AP-007

(ลงนาม).....

(ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สังกัด
1. รองศาสตราจารย์ ดร. สายฝน เอกวรางกูร	อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีสุดา วนาลีสิน	อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
3. นางเมตตา เลิศเกียรติรัชตะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล นางสาวอินทุอร ก้านกิ่ง

รหัสประจำตัวนักศึกษา 6210420052

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	2560

ทุนการศึกษา (ที่ได้รับในระหว่างการศึกษา)

ทุนโครงการพัฒนาอาจารย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ. 2560-2562 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์