

การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วม ของชุมชน ในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

ธนัชพร ปักษาพันธ์, พย.บ.¹, สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง, พร.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม – เมษายน 2567 ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชนจำนวน 60 คน และผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 80 คน ดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผลการปฏิบัติ จำนวน 2 วนรอบ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบอุปนัย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ย ค่าสถิติ pair t-test

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี SIX STEPS Model : SSEPST ประกอบด้วย 1. Self-care: การดูแลตัวเองด้านสุขภาพที่จำเป็น 2. Strengthening family : การเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว 3. Establishing groups: การจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ 4. Policy support: การมีนโยบายเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ 5. Social Engagement: การมีส่วนร่วมทางสังคมและชุมชน 6. Technology and Digital Access : การเข้าถึงดิจิทัลและความสามารถในการใช้เทคโนโลยี ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการป้องกันการป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

คำสำคัญ : รูปแบบ, การป้องกันภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของชุมชน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี E-mail: pugsapun6395@gmail.com

² อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี E-mail: sukhontip@scphub.ac.th

Community-Based Participatory Approach to Developing a Depression Prevention Model for Older Adults in Nathal Sub-district, Nathal District, Ubon Ratchathani Province

Tanutpron Pugsapun, B.N.S.¹, Sukhontip Buadang, Ph.D.²

Abstracts

This community-based participatory action research aimed to develop a depression prevention model for older adults in Nathal Sub-district, Nathal District, Ubon Ratchathani Province, Thailand. The research was conducted from January to April 2024 and involved 60 participants, including public health officials, community network members, and older adults at risk of depression. The research employed a four-step cyclical process: planning, action, observation, and reflection, implemented over 2 rounds. Qualitative data analysis was conducted using an inductive approach, while quantitative data analysis involved frequencies, percentages, standard deviations, means, and paired t-tests.

The SIX STEPS Model: SSEPST: A Community-Based Participatory Approach to Depression Prevention for Older Adults in Nathal Sub-district, Nathal District, Ubon Ratchathani Province (1) Self-care: Providing the elderly with information and resources to promote self-care practices that support their physical and mental well-being. (2) Strengthening family: Fostering strong and supportive family relationships to enhance social connectedness and reduce feelings of isolation and loneliness; (3) Establishing groups: Creating opportunities for older adults to socialize and engage; (4) Policy support: Advocating for policies that promote the well-being of older adults and address their specific needs. (5) Social Engagement: Encouraging older adults to participate in social activities and community social engagement (6) Technology and Digital Access: providing access to technology and training to enable them to connect with others, access information, and engage in online activities. The results of the CBPAR demonstrated a significant positive impact on several key outcomes for older adults: Increased awareness of depression risk factors and symptoms; enhanced understanding of the severity of depression; improved self-esteem and self-worth; strengthened social support networks; increased participation in depression prevention activities; adoption of healthier behaviors to reduce depression risk; improved overall quality of life; reduced prevalence of depression. The model's emphasis on social engagement, community participation, self-care empowerment, and policy advocacy aligns with the principles of positive aging and promotes the holistic well-being of older adults.

Keywords: Depression, older adults, Community-Based Participatory Action Research, Prevention

¹ Registered Nurse, Professional level, Nathal Hospital, Ubon Ratchathani Province, E-mail: pugsapun6395@gmail.com

² Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani Province, E-mail: E-mail: sukhontip@scphub.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันประชากรโลกได้เปลี่ยนผ่านสู่ประชากรสูงวัยกลุ่ม โดยพบว่าในประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ประเทศสมาชิกในยุโรป อเมริกาเหนือ ได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว ซึ่งปัจจุบัน มีการใช้ดัชนีการสูงวัยจำแนกสังคมดังนี้ (1) สังคมเยาววัย (young society) หมายถึง ค่าดัชนีต่ำกว่า 50 (2) สังคมสูงวัย (aged society) หมายถึง ค่าดัชนีระหว่าง 50 - 119.9 (3) สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (completed aged society) หมายถึง ค่าดัชนีระหว่าง 120 - 199.9 และ (4) สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) หมายถึง ค่าดัชนีตั้งแต่ 200 ขึ้นไป ในขณะที่บางประเทศในเอเชียเช่น ญี่ปุ่น ได้เข้าสู่ สังคมสูงวัยระดับสุดยอดแล้วส่วนในประเทศอาเซียน พบว่า ประเทศสิงคโปร์มีค่าดัชนีชีวิตของสังคมผู้สูงอายุเป็นอันดับ 1 เช่นกันสำหรับประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มสังคมสูงวัยของ กลุ่มประเทศอาเซียนเป็นอันดับที่ 2 (WHO, 2023) ในขณะที่ประเทศไทยเข้าสู่สภาวะการตายลดน้อยลงทำให้คนอายุยืนยาวขึ้น ดูได้จากอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทยเมื่อ 50 ปี ก่อนอายุคาดเฉลี่ยของเพศชายประมาณ 55 ปี เพศหญิง ประมาณ 62 ปี แต่ปัจจุบัน (พ.ศ.2566) อายุคาดเฉลี่ย ได้เพิ่มสูงขึ้น โดยเพศชายประมาณ 73.5 ปี เพศหญิง ประมาณ 80.5 ปี และอีกสิบปีข้างหน้า (พ.ศ.2567) อายุคาดเฉลี่ย ของเพศชายประมาณ 76 ปี และเพศหญิงประมาณ 83 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) และการที่อายุที่ยืนยาวขึ้น ของผู้สูงอายุถือว่าเป็นเรื่องที่ดี เพราะสะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ช่วยรักษาชีวิต ให้กับผู้สูงอายุได้ แต่พบว่าการมีอายุที่ยืนยาวของผู้สูงอายุ ยังส่งผลกระทบต่อโรคไข้เจ็บต่างๆที่ตามมา

การสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุ มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มวัยอื่นโดยพบได้มากถึง ร้อยละ 10-13 และพบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15.6 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วิธีการดำเนินชีวิต การพลัดพราก การสูญเสียความภาคภูมิใจในตัวเอง เกิดการปรับตัว ในการดำรงชีวิตหลายอย่าง การเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิด ความเครียด วิตกกังวล ผิดหวังต่อตนเองรู้สึกไร้ค่า ส่งผลให้ เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เมื่อมีความเสื่อมทางร่างกายจะเกิด การเจ็บป่วยเกิดการพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพมากขึ้น จน ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน เช่น การป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็น ภาระในการจัดการระบบสุขภาพและสังคมในทั่วโลก (National

Institute on Ageing, National Institute of Health, 2023) ซึ่งการ คาดการณ์ขององค์การสหประชาชาติพบว่าโครงสร้างประชากร มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในประเทศที่มีรายได้ต่ำและ ปานกลางจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 80 และ ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในระดับสมบูรณ์ และจากศึกษาขององค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่า โรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงอันดับของโลกที่เป็นภาระ จากอันดับ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับ 2 ในปี ค.ศ. 2020 (World Health Organization, 2015) ด้านความ รุนแรงของภาวะซึมเศร้าขึ้นอยู่กับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า ในตัวเอง เมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำลงจะส่งผลให้ เกิดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากขึ้นและในทาง กลับกันเมื่อความรุนแรงของโรคภาวะซึมเศร้ามลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองก็จะมากขึ้น (Beck AT, 1967) จากการศึกษาของ Kelley Orth et. Al. (2009) ได้ทำการ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตัวเองกับภาวะ ซึมเศร้าพบว่าผู้ที่เห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ ก็จะมีเสี่ยงที่จะมี ภาวะซึมเศร้าสูง องค์การอนามัยโลกได้อธิบายผลกระทบ ของภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงที่สุดอาจทำให้เกิด การฆ่าตัวตาย (World Health Organization, 2018) เมื่อ พิจารณาผลกระทบด้านจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะ บกพร่องทางสุขภาพ (Years Live with Disability: YLD) ภาวะ ซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับที่ 1 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ทางด้านการสูญเสีย ปีสุขภาพ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) และภาวะซึมเศร้าจัดเป็นสาเหตุอันดับที่หนึ่งในประเทศที่มี รายได้ปานกลางและประเทศที่มีรายได้สูงคิดเป็น ร้อยละ 5.1 และ 8.2 ตามลำดับ และปัญหาภาวะซึมเศร้ายังคงเป็น ภาระโรคที่สำคัญประเทศไทย ก่อความสูญเสียปีสุขภาพ เป็นอันดับที่ 1 ในเพศหญิงและอันดับที่ 9 ในเพศชาย เมื่อ เปรียบเทียบกับกลุ่มโรคทางจิตเวชพบว่าปัญหาภาวะซึมเศร้า เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาพสูงเป็นอันดับ ที่ 1 และจำนวนปีที่สูญเสียภาวะบกพร่องทางสุขภาพ เป็นสาเหตุการสูญเสียอันดับที่ 1 ในเพศหญิงและอันดับที่ 2 ในเพศชาย ผู้สูงอายุไทยพบภาวะซึมเศร้าเป็นภาระโรค อันดับที่ 10 ในเพศชายและอันดับที่ 5 ในเพศหญิง (วิชัย เอกพลากร, 2557) โรคซึมเศร้าเป็นการเปลี่ยนแปลง ทางอารมณ์ที่พบบ่อยเพราะวัยสูงอายุจะพบความสูญเสียได้

บอญโดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่จะมีอาการทางอารมณ์ เช่น เบื่อหน่าย ท้อแท้หงุดหงิดง่าย ใจคอไม่ดี เบื่อ ไม่สนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ เป็นต้น นอกจากนี้อาจจะมีนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ไม่มีสมาธิ ผู้สูงอายุบางท่านจะบ่นว่าความจำแย่ลง ทำให้ลืมง่ายมากกว่าถ้าซึมเศร้ามาก ๆ อาจมีความคิดอยากตาย ต้องการทำร้ายตนเอง ซึ่งเป็นภาวะเร่งด่วนมากต้องได้รับความช่วยเหลือ โดยปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก คือ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศหญิง อายุ สถานภาพสมรส หรือหม้าย การเจ็บป่วยทางกายและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (2) ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ ความผิดปกติของสารสื่อประสาทและการรับรู้ที่ต่างกัน และ (3) ปัจจัยด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การขาดการสนับสนุนทางสังคมการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด (สุวิทย์ เจริญศักดิ์, 2561) ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี 2023 พบอัตราป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของประชากรทั่วโลกประมาณ 3.8% และกลุ่มที่พบการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ส่วนมากจะพบในผู้ใหญ่ 5% (ผู้ชาย 4% และผู้หญิง 6%) และในผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบร้อยละ 5.7 ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณ 280 ล้านคน เพศหญิงมีโอกาสป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ชายประมาณ 50% (WHO,2023) และผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของไทย พบว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 12.2% (กรมกิจการผู้สูงอายุ,2565) ดังนั้นเมื่อพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น จึงต้องมีระบบการเข้าถึงการรักษาและการได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพซึ่งจะช่วยให้อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าและอัตราฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุลดลง และจากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีมากและหลากหลาย เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสุขภาพและวิถีชีวิต ความเชื่อและทัศนคติ ความเครียด เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (จิตมา ธรรมเจริญและคณะ,2564) ส่วนความเห็นว่าเหตุการณวิฤตติในชีวิตการรับรู้สภาวะสุขภาพความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สถานภาพสมรส โรคประจำตัว และความผาสุกทางใจ ก็เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้เช่นกัน (พรทิพย์ แก้วสว่าง,2564) ส่วนเพศและ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ก็พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน (อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ และคณะ, 2564) ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เช่น อายุ สถานะภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย การทะเลาะเบาะแว้ง ความพึงพอใจเพื่อน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเข้าวัดเพื่อร่วมกิจกรรมทางศาสนา (พิทยุตม์ คงพ่วงและคณะ,2564) ส่วนปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคม ก็มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน (จิตติรัตน์ ช่างทองและคณะ, 2564)

สถานการณ์ผู้สูงอายุของอำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีประชากรทั้งสิ้น 24,365คน มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปีโดยมีจำนวนผู้สูงอายุในปี 2566 จำนวน 5,489 คน คิดเป็นร้อยละ 22.52 ของประชากรทั้งหมด พบจำนวนผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ทั้งหมด 349 คน คิดเป็นร้อยละ 6.35 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และในเขตตำบลนาตาลอำเภอนาตาล พบสัดส่วนของผู้สูงอายุต่อจำนวนประชากรทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 22.30 พบจำนวนผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ทั้งหมด 349 คน คิดเป็นร้อยละ 9.61 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านและติดเตียง มีโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านสุขภาพทางกาย คือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเจ็บป่วย และการขาดการเอาใจใส่ดูแล ส่วนมากจะมาจากปัญหาสุขภาพทางกายและจิตใจเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2565 พบว่าพบผู้สูงอายุมีภาวะเครียด ร้อยละ 18.2 วิตกกังวลเรื่องการอยู่อาศัย ร้อยละ 38.0 มีภาวะเบื่อหน่าย ร้อยละ 52.5 มีโอกาสฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 2.1 ตามลำดับ (โรงพยาบาลนาตาล, 2565) ซึ่งจากปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและครอบครัว รวมถึงการเป็นภาระของสังคมและประเทศชาติ ซึ่งปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ยังไม่มีการศึกษาถึงรูปแบบในการแก้ไขปัญหาย่างชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงรูปแบบในการดำเนินงานในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อลดอัตราการเกิดปัญหาภาวะซึมเศร้าของ

ผู้สูงอายุในตำบลนาตาล อำเภอรัตนวาปี จังหวัดอุบลราชธานี
ให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาตาล
อำเภอรัตนวาปี จังหวัดอุบลราชธานี

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรค
ซึมเศร้าและแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในเขต
ตำบลนาตาล อำเภอรัตนวาปี จังหวัดอุบลราชธานี

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะ
ซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนใน
เขตตำบลนาตาล อำเภอรัตนวาปี จังหวัดอุบลราชธานี

2.3 เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกัน
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ใน
เขตตำบลนาตาล อำเภอรัตนวาปี จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

1 รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบเป็น
การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action
research :PAR) Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (1995)
ตามกรอบแนวคิดของ เคมีมิสและ แมกแท็คกาท (Kemmis &
Mc Taggart, 1990) ประกอบด้วยการดำเนินการ 4 ขั้นตอน
ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผลการ
ปฏิบัติ จำนวน 2 วนรอบ เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล
เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นำมาร่างเป็นรูปแบบที่พัฒนา
ขึ้นและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาใน
ประชากรกลุ่มเล็กแล้วนำไปประเมินปัญหาที่พบเพื่อนำมา
ปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดำเนินงานจนรูปแบบมีความ
เที่ยงตรง สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาและนำรูปแบบที่
พัฒนาขึ้นมาประกาศใช้ในพื้นที่ต่อไป

2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ร่วมวิจัย (Participants) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม
ดังต่อไปนี้ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

2.1. กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบ
จำนวน 60 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษาแบบเจาะจง
ได้แก่

2.1.1 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่ม

ตัวอย่าง

2.1.1.1 กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนา

รูปแบบ จำนวน 60 คน โดยกำหนดแบบเจาะจงในกลุ่มผู้
มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1.1.1.1 กลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้

ให้บริการจำนวน 10 คน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขจาก
โรงพยาบาลนาตาล ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลนาตาล และ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนวาปี จำนวน 10 คน

2.1.1.1.2 กลุ่มตัวอย่างเครือข่าย

ท้องถิ่นและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพ จำนวน
50 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
แกนนำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุหรือตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ
อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตตำบลนาตาล อาสาสมัคร
ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน ในเขตตำบล
นาตาล จำนวน 50 คน

2.1.1.2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการ

ประเมินผลของรูปแบบ ได้แก่ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อ
ภาวะซึมเศร้า ในเขตพื้นที่ตำบลนาตาล อำเภอรัตนวาปี
จังหวัดอุบลราชธานี โดยสุ่มแบบง่ายกลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาด
ตัวอย่างง่ายจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย (อรุณ จิรวัดนกุล,
2557) (simple random sampling) จำนวน 80 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างในการใช้
ประเมินรูปแบบ ได้แก่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้วย
โรคซึมเศร้าในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง จากการ
คัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2565 ตำบลนาตาล
อำเภอรัตนวาปี จังหวัดอุบลราชธานี

$$\text{จากสูตร } n = \frac{NZ^2\alpha/2 [P(1 - P)]}{[e^2(N - 1)] + [Z^2 \alpha/2P(1 - P)]}$$

เมื่อ n = ขนาดของตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

N = กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้วยโรคซึมเศร้าใน
ระดับน้อยถึงระดับปานกลาง จากการคัดกรองสุขภาพของ
ผู้สูงอายุขึ้นไป จำนวน 706 คน

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสัมประสิทธิ์ภายใต้โค้งปกติมาตรฐาน
ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น $Z(0.05/2) = 1.96$

p = ค่าประมาณสัดส่วนของปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี เท่ากับ 0.78 (วิหิตา ธรรมเจริญ, นิตศันย์ เจริญงาม, ญาติกา ชาติติติก, นิตยา ทองหนู้อย, 2564)

e = ความแม่นยำของการประมาณค่า (Precision of estimate) ซึ่งกำหนดให้เท่ากับ 15% ของค่า p เท่ากับ 0 ดังนั้นขนาดตัวอย่าง $n = 76$ คน เพื่อการสูญเสียรวมเท่ากับ 80 คน โดยใช้เกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลนาตาล อำเภอนาตาล อย่างน้อย 1 ปี และสมัครใจเข้าร่วมในการจัดกิจกรรม

2) ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบคัดกรอง 9Q ของกรมสุขภาพจิต (2557) และมีระดับคะแนนซึมเศร้าอยู่ระดับน้อย (คะแนน 7-12) หรือระดับคะแนนซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน 13-18 คะแนน)

เกณฑ์การคัดออก

1) ไม่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม
2) การย้ายออกจากพื้นที่ ตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

2.1.2 ขอบเขตด้านตัวแปร (variables)

3.1.2.1 ตัวแปรต้น (independent variables) ได้แก่ รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

3.1.2.2 ตัวแปรตาม (dependent variables) ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค แบบวัดการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ระดับคะแนนคัดกรองภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2.1.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา ผู้วิจัยทำการวิจัยระหว่างเดือน มกราคม 2566 – เมษายน 2567

2.1.4 ขั้นตอนการวิจัย

วิธีการดำเนินงานวิจัยการวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมการวิจัยที่มีลักษณะเป็นวงจรต่อเนื่อง (Spiral of Step) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kermis and Mc taggart ประกอบด้วย 4 ระยะเวลา มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) 1.ศึกษาบริบทพื้นที่, 1.1 บริบทของตำบลที่นำไปสู่การขับเคลื่อน

ธรรมนูญสุขภาพตำบล, 1.2 การมีส่วนร่วมจากภาครัฐและการเมือง ที่จะออกแบบกิจกรรมในการจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มโดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค สถานการณ์สุขภาพปัจจุบันของประชาชนในตำบลนาตาล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ของชุมชนโดยใช้กระบวนการ (Appreciation Influence Control) ในกิจกรรมจำนวน 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ชื่อกิจกรรม “ผู้บริหารยุคใหม่” โดยมีกิจกรรมการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้นำเชิงกลยุทธ์ โดยใช้เนื้อหาความรู้เฉพาะด้านการบริหาร การวางแผนกลยุทธ์ การออกแบบนโยบายในการดำเนินงาน ด้านการสื่อสารทักษะการแสดงความคิดเห็น การสั่งการ การฟังอย่างตั้งใจ และด้านการโน้มน้าวให้เกิดการมีส่วนร่วมของสมาชิกทั้งภายในองค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายนอกองค์กร ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน และเสริมสร้างความเข้มแข็งในประเด็นที่เป็นโอกาสในการพัฒนาให้กับผู้นำชุมชน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล กรรมการผู้เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมโรค

กิจกรรมที่ 2 ชื่อ กิจกรรม “สะท้อนคิดปัญหาและการจัดการทรัพยากรในชุมชน” โดยกิจกรรมนี้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการสะท้อนปัญหาบริบทของสังคมที่รวบรวมได้รวมถึงการรับฟังความคิดเห็นของทีมพัฒนาคุณภาพในการจะร่วมวางแผนการทำงาน การแต่งตั้งคณะกรรมการผู้รับผิดชอบ การระดมทุน ระดมทรัพยากรในทุกหน่วยงานและทุกชุมชนมาใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติการ (Action) ปฏิบัติตามแผนในการจัดทำนโยบาย การออกแบบกิจกรรมในการจัดทำแผน กรอบการปฏิบัติงาน และปฏิทินการดำเนินงานในการควบคุมและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาศักยภาพของทีมพัฒนาคุณภาพรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ “การสังเคราะห์ปัญหาการป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มให้แก่ผู้สูงอายุและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในประเด็น (1) เข้าถึงข้อมูลสุขภาพและ

บริการสุขภาพ (Access skill) ของประชาชน โดยฝึกกิจกรรมการใช้สื่อออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟสบุค เว็บไซต์ต่างๆ การค้นหาข่าวจริงข่าวปลอม การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อ มีความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) โดยฝึกกิจกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อการสังเคราะห์และค้นหาปัญหาของประชาชนที่มีความเร่งด่วนและมีความจำเป็นในการดำเนินการในการแก้ไขปัญหา การประชุมกลุ่มระดมความคิดในกิจกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติและแนวทางใหม่ที่กลุ่มออกแบบกิจกรรมร่วมกัน ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) โดยฝึกกิจกรรมการฟังอย่างตั้งใจ การสื่อสารโดยผ่านกระบวนการสุนทรียสนทนา ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) โดยฝึกกิจกรรมในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ฝึกการเป็นผู้นำและความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติให้ถูกต้อง ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) โดยฝึกกิจกรรมทางเลือก ฝึกทักษะการปฏิเสธ ฝึกความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย (2) ฝึกการสื่อสาร ทักษะการติดต่อสัมพันธ์ การปฏิเสธ หลีกเลี่ยง พร้อมแสดงทางเลือกที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) การปฏิเสธและแก้ไขข่าวจริงหรือข่าวลวง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่นำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อ เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อ เพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม รวมถึงกิจกรรมการบันทึกองค์ความรู้ในลักษณะการจัดการความรู้ในการปฏิบัติงาน

กิจกรรมที่2การสร้าง ส. ในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกิจกรรมในการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุโดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมระยะเวลา 5 อาทิตย์ ได้แก่ กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ กิจกรรมปฏิบัติจริงที่บ้าน กิจกรรมสนับสนุนการปฏิบัติโดยพี่เลี้ยงคนที่ 1 ได้แก่บุคลากรในครอบครัว ทีมพี่เลี้ยงคนที่ 2 ได้แก่ ทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ทีมพี่เลี้ยงคนที่ 3 ได้แก่ ทีมบุคลากรสาธารณสุข

ระยะที่ 3 ขั้น การสังเกตการณ์ (Observation) การดำเนินการติดตาม/สังเกตผลการ

ดำเนินงานในระยะที่1พร้อมสรุปประเด็นการสะท้อนผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค เพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินงาน กิจกรรมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในขั้นตอนการสะท้อนกลับ

ระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนกลับ(Reflection) โดยมีกิจกรรม การประชุมกลุ่มย่อยและการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลในส่วนนี้คือการสังเกตแบบมี ส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มที่เกิดขึ้นตาม ธรรมชาติและการนำเสนอผลการดำเนินงานในรูปแบบ การถอดบทเรียน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก ร่วมกับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนั้นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดคือผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในการศึกษาหาความรู้ การปรึกษา เพื่อขอคำแนะนำจากผู้มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีเครื่องมือช่วยเหลือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชนประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับ พฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ

นอกจากนี้ผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองด้วยการศึกษาเอกสาร การสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมรวมทั้งข้อมูลจากการสรุปทบทวนการดำเนินงาน (After Action Reviews) และการถอดบทเรียน

2.การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและเศรษฐกิจ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล การอยู่อาศัย การเจ็บป่วย ผู้ดูแลหลักในบ้าน และผู้ป่วยทางจิตเวช ในครอบครัว จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินปัจจัยด้านจิตวิทยา ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 10 ข้อ

ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) โดยมี 5 ตัวเลือกคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตามลำดับค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.78

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อประเมินปัจจัยด้านจิตวิทยา ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) โดยมี 5 ตัวเลือกคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตามลำดับ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.76

ส่วนที่ 4 แบบวัดการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ในแต่ละด้านมีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตามลำดับมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.78

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ในแต่ละด้านมีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตามลำดับ 0.82

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเพื่อประเมินการมีส่วนร่วม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ในแต่ละด้านมีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมี 5 ตัวเลือกคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตามลำดับ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.78

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรม การป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ในแต่ละด้านมีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมี 5 ตัวเลือกคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตามลำดับ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.82

ส่วนที่ 8 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีความคิดและพฤติกรรมเหล่านี้ อย่างไรก็ตาม มีจำนวน 30 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.86

ส่วนที่ 9 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief- Thai, WHOQOL-BREF-THAI) 1) ด้านสุขภาพร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพสภาพทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ส่วนข้อที่ 1 และ 26 เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม โดยแบ่งคะแนนระดับคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ระดับคะแนน 26-60 ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนนรวม: 61 - 95 คะแนน ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง และ คะแนนรวม: 96 - 130 คะแนน ระดับคุณภาพชีวิตดีมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.85

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ หลังจากเก็บข้อมูลแล้ว นำข้อมูลมาจำแนกเป็นหมวดหมู่ เรียบเรียงเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์แบบอุปนัย (analytic induction)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งใช้สถิติดังนี้ หาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ยของข้อมูล ค่าสถิติ Paired t-test ใช้ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่โครงการวิจัย SSJ.UB2 ลงวันที่ 4 มกราคม 2567 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki)

ผลการวิจัย

การศึกษาการพัฒนารูปแบบรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนการ พัฒนาและหลังการพัฒนา ในครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

4.1 ข้อมูลด้านบริบท และสถานการณ์การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้ ตำบลนาตาล แบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็น 18 หมู่บ้าน มีพื้นที่ 526.8 ตารางกิโลเมตร ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรวมพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม มีเทือกเขาภูพานอยู่ทางทิศตะวันตก มีแม่น้ำโขงไหลผ่านทางทิศตะวันออก มีเกาะแก่งในแม่น้ำโขงมีป่าไม้และทุ่งหญ้าและมีสถานที่ท่องเที่ยวที่สำคัญของจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ หาดปากแซง เกาะแก่งในแม่น้ำโขง ภูพาน พบว่ามีประชากร 24,365 คน มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีจำนวนผู้สูงอายุในปี 2566 จำนวน 5,489 คน คิดเป็นร้อยละ 22.52 ของประชากรทั้งหมด พบจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงทั้งหมด 349 คน คิดเป็นร้อยละ 6.35 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และในเขตตำบลนาตาล พบสัดส่วนของผู้สูงอายุต่อจำนวนประชากรทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 22.30(กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย,2566) ประชากรส่วนใหญ่เป็นคนพื้นเมือง(อีสาน) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตตำบลนาตาล มีจำนวน 2 แห่ง ได้แก่ กลุ่มบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วมของโรงพยาบาลนาตาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาตาล ซึ่งเป็นหน่วยงานให้บริการสุขภาพชุมชนในด้านรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ ตั้งแต่แรกเกิดถึงวัยสูงอายุ โดยมีมุ่งตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหาให้ประชาชนทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างถูกต้อง ปลอดภัย รวดเร็ว และประทับใจในบริการ ติดตามให้บริการเชิงรุกถึงชุมชน โดยกลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วมโรงพยาบาลนาตาล รับผิดชอบพื้นที่ จำนวน 2 หมู่บ้าน จำนวน 510 หลังคาเรือน และมีจำนวนประชากรทั้งหมด 3,806 คน เป็นเพศชาย จำนวน 1,821 คน เพศหญิง จำนวน 1,985 คน ซึ่งสัดส่วนประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 21.34 ของประชากรทั้งหมด โดยมีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ตามนโยบายมุ่งหมาย

สุขภาพประชาชน ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ โดยให้มีการบริการและพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุให้เป็นโรงพยาบาลผู้สูงอายุและการป้องกัน เน้นการดูแลรักษาผู้สูงอายุในกลุ่ม Stroke, STEMI , Hip Fracture โดยเปิดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ในวันศุกร์และวันอาทิตย์ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านสุขภาพทางกาย คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเจ็บป่วย และการขาดการเอาใจใส่ดูแล ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพทางกายดี โดยผลจากการสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วมของโรงพยาบาลนาตาล ในปีงบประมาณ 2565 พบว่าพบผู้สูงอายุมีภาวะเครียดร้อยละ 18.2 วิดกกังวลเรื่องการอยู่อาศัยร้อยละ 38.0 มีภาวะเบื่อหน่ายร้อยละ 52.5 มีโอกาสฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 2.1 ซึ่งหน่วยบริการยังไม่ได้มีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้

4.2 ระบบการดำเนินงานในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของตำบลนาตาล จากข้อมูลเชิงลึกของการดำเนินงานของคณะทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลและสถานการณ์การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรค การป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุจากแบบสัมภาษณ์ การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ดังนี้

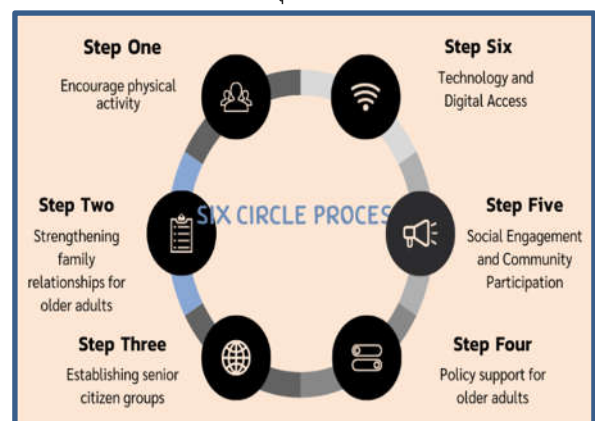
4.2.1 ไม่มีแนวทางการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยหน่วยบริการสุขภาพจะเน้นการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านร่างกาย เช่น การคัดกรองภาวะสุขภาพด้านการเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและการคัดกรองโรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญในวัยผู้สูงอายุ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด การหักของสะโพก ความเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม ส่วนการคัดกรองด้านสุขภาพจิตจะพบการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ(20) และคัดกรองภาวะซึมเศร้า(90) และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(80) ซึ่งผลการคัดกรองในปี 2565 พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าในอัตราที่ไม่สูงมากดังนั้นปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจึงถูกมองข้ามไปและดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง

4.2.2 ขาดระบบการติดตามการรักษาเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ด้วยในระบบการดูแลผู้สูงอายุของอำเภอนาดาล จะเน้นการดูแลด้านกายมากกว่าด้านจิตใจ ซึ่งในเขตตำบลนาดาล พบสัดส่วนของผู้สูงอายุต่อจำนวนประชากรทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 22.30 พบจำนวนผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ทั้งหมด 349 คน คิดเป็นร้อยละ 9.61 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านและติดเตียงมีโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2565 พบว่าพบผู้สูงอายุมีภาวะเครียด ร้อยละ 18.2 วิตกกังวลเรื่องการอยู่อาศัย ร้อยละ 38.0 มีภาวะเบื่อหน่าย ร้อยละ 52.5 มีโอกาสฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 2.1 และผู้สูงอายุกลุ่มเหล่านี้ไม่ได้เข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่อง

4.2.3 ข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ไม่มีระบบการสนับสนุนและการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอย่างเป็นระบบ ส่วนมากชุมชนจะเน้นการดูแลด้านกายภาพมากกว่า และชุมชนยังขาดองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเหล่านี้

4.2.4 กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาดาล อำเภอนาดาล จังหวัดอุบลราชธานี มีขั้นตอนจำนวน 8 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (1) จัดตั้งกลไกในการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า (2) จัดทำนโยบายสนับสนุนการดำเนินงาน คน เงิน การบริหารจัดการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (3) สร้างการรับรู้ ทักษะการปรับเปลี่ยนกระบวนคิด วิเคราะห์ ในการกำหนดประเด็นปัญหาและการคิดต่อยอดให้แก่คณะกรรมการควบคุมโรคระดับตำบล (4) การจัดกิจกรรมกลุ่มในการสร้างเสริมการรับรู้ในภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ (5) จัดตั้งศูนย์ข้อมูลการเผยแพร่ความรู้ในการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน (6) ขยายการดำเนินงานให้มีความยั่งยืน โดยการบังคับใช้ธรรมนูญตำบลในการควบคุมป้องกันโรคซึมเศร้าให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านและชุมชนหน่วยงานและมีแนวปฏิบัติเป็นแนวทางที่ได้มาตรฐาน (7) การจัดทำแบบประเมินการใช้รูปแบบการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทุก 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน และ (8) การศึกษาดูงานในพื้นที่ต้นแบบด้านการดูแลผู้สูงอายุและการถอดบทเรียนผลสำเร็จของการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุและกำหนดให้เป็นประเด็นในการดำเนินงานด้านสุขภาพของตำบลนาดาลต่อไป

4.3 รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาดาล อำเภอนาดาล จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่การประชุมกลุ่มการสะท้อนปัญหา การออกแบบกิจกรรมร่วมกันของทีมผู้เข้าร่วมการวิจัย จนได้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาดาล อำเภอนาดาล จังหวัดอุบลราชธานี คือ SIX STEPS Model : SSEPST:1. Self-care: การดูแลตัวเองสำหรับผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ดี การออกกำลังกายเป็นประจำ 2. Strengthening family: การเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ 3. Establishing groups: การจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุ 4. Policy support: การสนับสนุนผู้สูงอายุผ่านนโยบายโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกับผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยกำหนดนโยบายมีบทบาทสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนความเป็นอยู่ที่ดีและการพึ่งพาตัวเองของผู้สูงอายุ 5. Social engagement: การมีส่วนร่วมทางสังคมและชุมชนโดยสร้างโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมสนับสนุนและจัดสรรงบประมาณให้กับศูนย์ชุมชนและศูนย์ผู้สูงอายุ 6. Technology and Digital Access : เทคโนโลยีและการเข้าถึงดิจิทัลโดยจัดหาโปรแกรมการฝึกอบรม และการสนับสนุนเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุเรียนรู้ และใช้เทคโนโลยีทำให้พวกเขาสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น ติดต่อสื่อสารกับคนที่รักและรับข่าวสารและส่งเสริมเทคโนโลยีที่เข้าถึงได้ ดังนั้นผู้วิจัยได้สรุปรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาดาล อำเภอนาดาล จังหวัดอุบลราชธานี ตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาดาล อำเภอนาดาล

4.4. ผลการประเมินรูปแบบการป้องกันภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

4.4.1 ผลการประเมินรูปแบบการป้องกันภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ผลการประเมินรูปแบบการป้องกันภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

4.4.2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซีมเศร้า พฤติกรรมการป้องกันการป่วยด้วยโรคซีมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และอัตราการเกิดภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุหลังการทดลองลดลง

กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่า หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนรับรู้ความเสี่ยงของโรค เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 7.24 คะแนน (95%CI=6.63-7.84) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น 10.71 คะแนน (95%CI=9.74-11.69) ผลต่างค่าเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตนเอง เพิ่มขึ้น 12.86 คะแนน (95% CI=11.62-14.10) ค่าเฉลี่ยของคะแนนของการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 8.03 คะแนน (95%CI=7.05-9.00) ค่าเฉลี่ยของคะแนนของการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคซีมเศร้าเพิ่มขึ้น 12.76 คะแนน (95%CI=11.48-14.04) ค่าเฉลี่ยของคะแนนของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคซีมเศร้าเพิ่มขึ้น 9.59 คะแนน (95%CI=8.37-10.81) ค่าเฉลี่ยของคะแนนของอัตราการเกิดภาวะซีมเศร่าลดลง 8.76 คะแนน (95% CI=-10.24 -7.28) และค่าเฉลี่ยของคะแนนของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 33.35 คะแนน (95%CI=30.79-35.91) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันฯและการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ก่อนและหลังการทดลอง (n=80)

รูปแบบการป้องกันภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนฯ	ก่อนการพัฒนา (n=80) Mean(S.D.)	หลังการพัฒนา (n=80) Mean(S.D.)	\bar{d}	95%CI	t	p-value
การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซีมเศร้า	24.15 (2.03)	31.39 (2.97)	7.24	6.63-7.84	23.84	<0.001**
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	24.71(1.69)	35.43(4.52)	10.71	9.74-11.69	21.89	<0.001**
การเห็นคุณค่าในตนเอง	25.79 (3.14)	38.65 (5.76)	12.86	11.62-14.10	20.57	<0.001**
การสนับสนุนทางสังคม	16.24 (2.88)	24.26 (4.67)	8.03	7.05-9.00	16.33	<0.001**
การมีส่วนร่วมในการป้องกันฯ	26.70 (2.97)	39.46(6.52)	12.76	11.48-14.04	19.87	<0.001**
พฤติกรรมการป้องกันโรคซีมเศร้า	18.73(3.67)	28.31(6.64)	9.59	8.37-10.81	15.65	<0.001**
อัตราการเกิดภาวะซีมเศร้า	20.5(6.97)	11.74(0.96)	-8.76	-10.24—7.28	-11.78	<0.001**
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	50.93(10.31)	84.27(16.13)	33.35	30.79-35.91	25.91	<0.001**

p-value= 0.001

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบการป้องกันภาวะซีมเศร้าในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) แบ่งการศึกษาเป็น 3

ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทของพบว่าตำบลนาตาล ยังไม่มีความชัดเจนและเป็นระบบ ผู้สูงอายุไม่ตระหนักถึงการดูแลตนเองและหมัดกำลังใจในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซีมเศร้า ประชาชนและผู้ดูแลในครอบครัว ยังขาดความรู้ในการป้องกันและดูแลผู้สูงอายุเมื่อเกิดภาวะ

ซึมเศร้า รวมถึงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์ปัญหาและสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 โดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมคืนข้อมูลการประชุมกลุ่มระดมสมองและออกแบบกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้และออกแบบการดูแลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายด้านการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การค้นหาปัญหาของชุมชนร่วมกัน การพัฒนาการรับรู้การปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองของผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดบริการสุขภาพด้านการรักษาให้ผู้รับบริการเข้าถึง การติดตามเยี่ยมบ้านโดยหมอบุคลากรที่ 1 หมอบุคลากรที่ 2 ให้ความรู้แนวทางปฏิบัติตัวและหมอบุคลากรที่ 3 ให้การรักษามีประสิทธิภาพ รวมถึงการติดตามอย่างต่อเนื่องของหมอบุคลากรที่ 1 และครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงการให้สุขศึกษาในระบบออนไลน์ สื่อการเรียนรู้เข้าใจง่ายและทันสมัยจนได้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ผ่านกระบวนการพัฒนาจำนวน 8 ขั้นตอนประกอบด้วย (1) จัดตั้งกลไกในการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการป้องกันภาวะซึมเศร้า (2) จัดทำนโยบายสนับสนุนการดำเนินงาน คน เงิน การบริหารจัดการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (3) สร้างการรับรู้ ทักษะการปรับเปลี่ยนกระบวนคิด วิเคราะห์ ในการกำหนดประเด็นปัญหา และการคิดต่อยอดให้แก่คณะกรรมการควบคุมโรคระดับตำบล (4) การจัดกิจกรรมกลุ่มในการสร้างเสริมการรับรู้ในภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ (5) จัดตั้งศูนย์ข้อมูลการเผยแพร่ความรู้ในการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน (6) ขยายการดำเนินงานให้มีความยั่งยืนโดยการบังคับใช้ธรรมนูญตำบลในการควบคุมป้องกันโรคซึมเศร้าให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านและชุมชนหน่วยงานและมีแนวปฏิบัติเป็นแนวทางที่ได้มาตรฐาน (7) การจัดทำแบบประเมินการใช้รูปแบบการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทุก 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน และ (8) การศึกษาดูงานในพื้นที่ต้นแบบด้านการดูแลผู้สูงอายุและการถอดบทเรียนผลสำเร็จของการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุและกำหนดให้เป็นประเด็นในการดำเนินงานด้านสุขภาพของตำบลนาตาลได้รูปแบบของการพัฒนาคือ SIX STEPS Model : SSEPST ซึ่งเป็นกิจกรรมที่พัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและศักยภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุด้วยกระบวนการ

สร้างการรับรู้ ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้นรวมถึงการสร้างความตระหนักให้แก่ชุมชนเพื่อจัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิวรรณ สอนสมภาร ซึ่งศึกษาแนวทางการส่งเสริมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุใน 3 ส่วนในระบบบริการปฐมภูมิ คือ (1) หน่วยบริการเน้นการบริการให้ความรู้ ปรึกษา การรักษาให้ครอบคลุม (2) ครอบครัว ช่วยเหลือ รับฟังปัญหา ดูแลใกล้ชิด สังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุและ (3) ผู้สูงอายุ มีความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ผลการศึกษาพบว่าหลังใช้โปรแกรมผู้สูงอายุมีระดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้และปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากและสอดคล้องกับการศึกษาของวัลยา ตูพานิช (2566) ในการศึกษาแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งกระบวนการพัฒนาประกอบด้วย ขั้นตอนดังนี้ (1) การพัฒนาตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีศักยภาพในด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้า (2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ในรูปแบบการสร้างทีม ซึ่งการสร้างเครือข่ายให้เกิดการดูแลกันเองในรูปแบบที่เลี้ยง ภายใต้งานส่งเสริม การสนับสนุนเน้นการทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชน ระบบบริการสาธารณสุข ในการมาร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมกันพัฒนาการแก้ไขปัญหาให้การดำเนินงานในการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่เรื้อรังให้ประสบผลสำเร็จ (วัลยา ตูพานิช, 2566 ; อรพิชา เกตุพันธ์และสุรีย์ จันทโรไมลี, 2563; รุจิวรรณ สอนสมภาร, 2560) และสนับสนุนการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุให้เกิดความยั่งยืนและเกิดค่านิยมของการเอื้อเพื่อและชุมชนดูแลซึ่งกันและกันและจะส่งผลให้เกิดชุมชนอบอุ่น เอื้ออาทรซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรม เกิดการปฏิสัมพันธ์ ผ่อนคลายความเครียดจากการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนจะทำให้ลดภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นได้

ซึ่งการดำเนินงานในการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้นจำเป็นต้องมีการพัฒนาเครือข่ายและ

กลไกในชุมชนให้มีความเข้มแข็งจนสามารถกำหนดนโยบายและขับเคลื่อนการดำเนินงานในการป้องกันภาวะการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษัญญ์ ศรีใจ พบว่าแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม และผลการประเมิน ความเหมาะสมของรูปแบบตามเกณฑ์ด้านความเหมาะสม ความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ และความถูกต้องครอบคลุม อยู่ในระดับมากทุกด้าน ซึ่งนอกจากการดำเนินงานในองค์ประกอบดังกล่าวที่ผ่านมานั้น ส่วนหนึ่งที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวต่อเนื่องเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของตนเองได้ อย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุต้องได้รับการสนับสนุนในการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้ตนเองเกิดพลังใจที่จะปฏิบัติตัวในทางที่เหมาะสม จะส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าได้น้อย ดังนั้นรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในเขตตำบลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี ดังนั้นงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้ สามารถนำมาใช้ในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพื้นที่ใกล้เคียงสามารถนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ดูแลประชากรกลุ่มผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรประสานความร่วมมือและเชื่อมกลไกการทำงานให้เกิดการขับเคลื่อน ได้แก่ การพัฒนาบุคลากรให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วนตลอดจนสร้างความร่วมมือในการมองเป้าหมายเดียวกันคือลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้
2. ควรพัฒนาระบบบูรณาการฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ สู่การใช้ประโยชน์ โดยสามารถเชื่อมโยงการประมวลผลและนำเสนอข้อมูลผ่าน Data Visualization
3. ควรพัฒนาระบบการส่งต่อหรือแนวทางในการรักษาผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าแบบไร้รอยต่อระหว่าง

หน่วยบริการปฐมภูมิจนถึงหน่วยบริการทุติยภูมิให้ชัดเจนและประชาชน /ผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงได้

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562 แยกตามตำบล.(ออนไลน์). แหล่งที่มา : <http://www.dop.go.th/th/know/1/238>. 2562.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). แผนกลยุทธ์กรมกิจการผู้สูงอายุ พ.ศ.2560- 2564. กรุงเทพมหานคร : เทพเพ็ญวานิสัย.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). นนทบุรี: สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST-20). (ออนไลน์). แหล่งที่มา : <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/697>. 2550.
- กระทรวงสาธารณสุข. แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2562. (ออนไลน์). แหล่งที่มา : http://bie.moph.go.th/e-insreport/file_report/2019-02-12-09-06-13-11.doc. 2562.
- กฤษัญญ์ ศรีใจ.(2566).รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง. วิทยานิพนธ์ดุขุฎิบัณฑิต มหาวิทาลัยนเรศวร.
- ชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์จิราพร เกศพิช,ญวัฒนา.(2557).ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลตำรวจ.ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2557.P16-32.
- ฐิติรัตน์ ช่างทอง และเกษตรชัย และหิม. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา, 17(2), 54-64.

- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพย์
ยากุล. (2554). ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากร
สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมจิตแพทย์
แห่งประเทศไทย, 56(2), 103-116.
- ธนา คลองงาม.(2564).ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอกิตลาลาด จังหวัด
ศรีสะเกษ.วารสารการแพทย์และสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี,1(4), 174-181.
- ประสมสุข ศรีแสงปาง. (2561). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.ความถี่
ในการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ,41(1),
129-140.
- ปิตินันท์ เสดะปุระ และณัฐธฤต ไชยสงคราม.(2565).
ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของ
ผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564.วารสารศูนย์
อนามัยที่ 9, 16(3), 1070-1084.
- พรทิพย์ แก้วสว่าง.(2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า
ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานอำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัด
ศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่
10,19(1), 36-48.
- พิทยุทธ์ คงพ่วง พิมพ์พรรณ อำพันธ์ทอง วัชรีย์ เพ็ชรวงษ์
และสุนันทรา ขำนวนทอง.(2564).ปัจจัยด้านคุณภาพ
ชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุใน
พื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก อำเภอสามสูง
จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสังคมศาสตร์และ
มานุษยวิทยาเชิงพุทธ, 6(11), 338-348.
- รุจิวรรณ สอนสมภาร.(2561).แนวทางการส่งเสริมเพื่อ
ป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอำเภอบึงขังจังหวัด
นครราชสีมา.วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพจังหวัด
นครราชสีมา.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.ปีที่ 4
ฉบับที่ 1.มกราคม-มิถุนายน 2561.P 77-89.
- วัลยา ตูพานิช.(2566)รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการ
เกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง.วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วิชัย เอกพลากร.(2557).รายงานการสำรวจสุขภาพของ
ประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.
2557.นนทบุรี.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิชากรณ์ คันทะมูล และ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์.(2559).
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะ
ซึมเศร้าของผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน.วารสาร
วิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย, 10(3), 83-92.
- วิพมา ธรรมเจริญ และนิตศันย์ เจริญงาม.(2561).พฤติกรรม
การดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
ตำบลสองพี่น้อง อำเภอบำเหน็จ จังหวัดจันทบุรี.รายงาน
การวิจัยฉบับสมบูรณ์มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี.
137 หน้า.
- วิพมา ธรรมเจริญ นิตศันย์ เจริญงาม ญาตาทา โชติดีติก
และนิตยา ทองหนู้ย. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ
ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอบำเหน็จ จังหวัด
จันทบุรี. วารสารวิจัยรำไพพรรณี, 15(3), 52-62.
- วิภา ไพนิทพันธ์ บุษกร เพิ่มพูล และวรากร วิชัยโย. (2562).
ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
ในตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์.
วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 4(1),
11-23.
- ศิริภัทรา จุฑามณี สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา และ
เพชรไพลิน พิบูลนิเกษม. (2562). ภาวะซึมเศร้าใน
ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม. วารสารโรงพยาบาล
มหาสารคาม, 16(2), 141-148.
- สุรเดช ขวะเดช.(2562).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ
ซึมเศร้าของผู้สูงอายุอำเภอยะหริ่ง จังหวัด
ศรีสะเกษ.วารสารการแพทย์และสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 2(3), 174-181.
- สุวิทย์ เจริญศักดิ์,กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, ธีรศักดิ์ สาตรา,
วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล,วราลักษณ์ ศรีนนท์
ประเสริฐ.2561).ความชุกของโรคจิตเวชในผู้ป่วย
สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลและปัจจัย
ที่เกี่ยวข้อง.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
ไทยปีที่ 63 ฉบับที่1, มกราคม - มีนาคม 2561,
P 89-98.
- อรุณ จิรวัฒน์กุล.(2553).ชีวิตวิถี.พิมพ์ลักษณ์, กรุงเทพฯ :
วิทย์พัฒน์.
- อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2557). สถิติในงานวิจัยเลือกใช้กลุ่ม
ตัวอย่างให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ : บริษัทวิทย์พัฒน์.

- อ้อยทิพย์ บัวจันทร์ ญัฐภักดิ์ นวลสีทอง ฆมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์ และฐาติมา เพชรน้อย.(2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารพยาบาล, 70(4), 20-27.
- อิทธิพล พลเยี่ยม.(2556). ความสุขและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโรคติดต่อและวิทยาการระบาด คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Beck A.T. (1967). Depression: Clinic, experimental and theoretical aspects. New York: Hoeber Medical Division.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1997). Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press.
- Cohen, H.G., Staley, F.A. and Willis J.H. (1989). Teaching science as a decision making process. 2nd. Iowa: Kendall/Hunt Publishing Company.
- Hsieh, F.Y., Bloch, D.A., & Larsen, M.D. (1998). A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Statistics in medicine, 17(14), 1623-1634.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (1990). The action research planner. (3rd ed.). Victoria: Deakin University Press.
- National Clinical Guideline Centre. (2010). Delirium: Diagnosis, prevention and management. Royal College of Physicians (UK).
- Orth, U., Robins, R.W., Trzesniewski, K.H., Maes, J., & Schmitt, M. (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. Journal of abnormal psychology, 118(3), 472-478.
- United Nations. (2017). World population prospects: The 2017 revision - Key Findings and Advance Tables.
- World Health Organization. (2015). Thinking healthy: a manual for psychosocial management of perinatal depression, WHO generic field-trial version 1.0, 2015 (No. WHO/MSD/MER/15.1). World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). World Health Day 2017 - Depression: let's talk. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2017/04/07/default-calendar/world-health-day-2017>.
- World Health Organization. (2018). World Health Day 2017 - Depression: let's talk. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2017/04/07/default-calendar/world-health-day-2018>.
- World Health Organization. (2023). Depression. https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1.