ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยจันทร์ ตำบลห้วยจันทร์ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

สายสมร ศรีคราม[1], สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์, *ปร.ด.*[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยจันทร์ ตำบลห้วยจันทร์ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 60 คน กลุ่มทดลองได้แก่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของเขตโรงพยาบาลส่งเสริมเสริมสุขภาพตำบลห้วยจันทร์ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษและกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลักหิน ตำบลบักดอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลา 10 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างเดือน ธันวาคม 2567 ถึง กุมภาพันธ์ 2568 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่าผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถสร้างสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: โปรแกรม,การสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคม,ผู้สูงอายุ,ภาวะซึมเศร้า

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ; E-mail: saisamorn2558@gmail.com

[2]อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี Email:sukhontip@scphub.ac,th

The Impact of Community Engagement and Social Support on Depression Prevention in Elderly Individuals at Ban Huai Chan Sub-district Health Promoting Hospital, Huai Chan Sub-district Khun Han District, Sisaket Province

Saisamorn Srikram[1], Sukhontip Arunkamonphat, *Ph.D.*[2]

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of participation enhancement and social support in preventing depression among older adults in the service area of Ban Huai Chan Sub-district Health Promoting Hospital, Huai Chan Sub-district, Khun Han District, Sisaket Province. The study included two groups, each consisting of 60 participants. The experimental group comprised older adults at risk of depression residing in the service area of Ban Huai Chan Sub-district Health Promoting Hospital, while the comparison group consisted of older adults at risk of depression living in the service area of Lak Hin Subdistrict Health Promoting Hospital, Bak Dong Subdistrict, Khun Han District, Sisaket Province. The experimental group received a researcher-developed participation enhancement and social support program, whereas the comparison group received a standard health care program provided by the Ministry of Public Health. The intervention lasted for ten weeks. Data were collected using questionnaires at two time points: before and after the intervention, from December 2024 to February 2025. The data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation, and median. Differences in mean scores between the groups were analyzed using an independent t-test with a significance level of 0.05.

The study results indicated that the mean differences in perceived susceptibility, perceived severity of depression, self-esteem, social support, and engagement in health-promoting behaviors among older adults in the experimental group were significantly higher than those in the comparison group ($p < 0.05$). Additionally, the mean depression scores of the experimental group were significantly lower than those of the comparison group ($p < 0.05$). These findings suggest that the researcher-developed program effectively enhanced participation and social support, achieving its intended objective of preventing depression among older adults

Keyword: Program, Participation Enhancement, Social Support, Older Adults, Depression

[1]Registered Nurse Professional Level, Ban Huai Chan Sub-district Health Promoting Hospital
Email: saisamorn2558@gmail.com
[2]Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani Province.
Email:sukhontip@scphub.ac,th

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization,2017) ระบุว่าภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างรุนแรงในกลุ่มประชากรสูงอายุและเป็นสาเหตุของการลดลงในคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนาเช่นประเทศไทย(Chiu et al., 2018) สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่าอัตราภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวมถึงจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีประชากรสูงอายุจำนวนมากและมีการเข้าถึงการบริการสุขภาพจิตอย่างจำกัด (Department of Mental Health, 2021) การวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในพื้นที่นี้จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อเข้าใจและวางแผนมาตรการป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

ปัจจุบันประชากรโลกได้เปลี่ยนผ่านสู่ประชากรสูงวัยกลุ่มโดยพบว่าในประเทศพัฒนาแล้ว เช่น ประเทศสมาชิกในยุโรป อเมริกาเหนือ ได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว ซึ่งปัจจุบันมีการใช้ดัชนีการสูงวัยจำแนกสังคม ดังนี้ (I) สังคมเยาว์วัย (young society) หมายถึง ค่าดัชนีต่ำกว่า 50 (2) สังคมสูงวัย (aged society) หมายถึง ค่าดัชนีระหว่าง 50 - 119.9 (3) สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (completed aged society) หมายถึง ค่าดัชนีระหว่าง 120 - 199.9และ (4) สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) หมายถึง ค่าดัชนีตั้งแต่ 200 ขึ้นไป ในขณะที่บางประเทศในเอเชียเช่น ญี่ปุ่น ได้เข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดแล้วส่วนในประเทศอาเซียนพบว่าประเทศสิงคโปร์มีค่าดัชนีชี้วัดของสังคมผู้สูงอายุเป็นอันดับ1 เช่นกันสำหรับประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มสังคมสูงวัยของกลุ่มประเทศอาเซียนเป็นอันดับที่ 2 (สุวิทย์ เจริญศักดิ์,2559) ในขณะที่ประเทศไทยเข้าสู่สภาวะการตายลดน้อยลงทำให้คนอายุยืนยาวขึ้นดูได้จากอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทยเมื่อ 50 ปีก่อนอายุคาดเฉลี่ยฯของเพศชายประมาณ55ปี เพศหญิงประมาณ 62 ปีแต่ปัจจุบัน(พ.ศ.2557) อายุคาดเฉลี่ยฯ ได้เพิ่มสูงขึ้นโดยเพศชายประมาณ72 ปีเพศหญิง ประมาณ79 ปีและอีกสิบปีข้างหน้า(พ.ศ.2567) อายุคาดเฉลี่ยฯของเพศชายประมาณ76 ปีและเพศหญิงประมาณ83ปี(สายพิณ ยอดกุลและจิตภินันท์ ศรีจักร,2555)และการที่อายุที่ยืนขาวขึ้นของผู้สูงอายุถือว่าเป็นเรื่องที่ดี เพราะสะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ช่วยรักษาชีวิตให้กับผู้สูงอายุได้ แต่พบว่าการมีอายุที่ยืนยาวของผู้สูงอายุยังส่งผลกระทบต่อโรคไข้เจ็บต่างๆที่ตามมา

การสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยพบว่าผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มวัยอื่นโดยพบได้มากถึงร้อยละ 10-13 และพบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.6 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วิถีการดำเนินชีวิต การพลัดพราก การสูญเสียความภาคภูมิใจในตัวเอง เกิดการปรับตัวในการดำรงชีวิตหลายอย่าง การเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดความเครียดวิตกกังวล ผิดหวังต่อตนเองรู้สึกไร้ค่า ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เมื่อมีความเสื่อมทางร่างกายจะเกิดการเจ็บป่วย เกิดการพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพมากขึ้น จนส่งผลกระทบหลายด้าน เช่น การป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นภาระในการจัดการระบบสุขภาพและสังคมในทั่วโลก (National Institute on Ageing, National Institute of Health, 2011) ซึ่งการคาดการณ์ขององค์การสหประชาชาติพบว่าโครงสร้างประชากรมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 80 และประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในระดับสมบูรณ์ และจากศึกษาขององค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงอันดับของโลกที่เป็นภาระจากอันดับ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับ 2 ในปี ค.ศ. 2020 (World Health Organization, 2015) ด้านความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าขึ้นอยู่กับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำลง จะส่งผลให้เกิดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากขึ้น และในทางกลับกันเมื่อความรุนแรงของโรคภาวะซึมเศร้าลดลงความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองก็จะมากขึ้น (Beck AT,1967)

จากการวิจัยของ Kelley Orth et. Al. (2009) และคณะ ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตัวเองกับภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้ที่เห็นคุณค่าในตัวเองต่ำก็จะมีเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูง องค์การอนามัยโลกได้อธิบายผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงที่สุดอาจทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย (World Health Organization, 2018) เมื่อพิจารณาผลกระทบด้านจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Live with Disability: YLD) ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับที่ 1 ทั้งในเพศชายและเพศหญิงในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ทางด้านการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) และภาวะซึมเศร้าจัดเป็นสาเหตุอันดับที่หนึ่งในระเทศที่มีรายได้ปานกลางและประเทศที่มีรายได้สูงคิดเป็นร้อยละ 5.1 และ 8.2 ตามลำดับและปัญหาภาวะซึมเศร้ายังคงเป็นภาระโรคที่สำคัญประเทศไทยก่อความสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับที่1ในเพศหญิงและอันดับที่9ในเพศชายเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มโรคทางจิตเวชพบว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะสูงเป็นอันดับที่ 1 และจำนวนปีที่สูญเสียภาวะบกพร่องทางสุขภาพเป็นสาเหตุการสูญเสียอันดับที่ 1 ในเพศหญิงและอันดับที่ 2 ในเพศชาย ผู้สูงอายุไทยพบภาวะซึมเศร้าเป็นภาระโรคอันดับที่10ในเพศชายและอันดับที่5ในเพศหญิง (วิชัย เอกพลากร,2551)

สถานการณ์การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุของประเทศไทยในปีงบประมาณ 2567 ถึง 2568 ผลการคัดกรองด้านซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2QPLUS) จำนวน 6,978,952 พบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำนวน 308,982 รายและผลการคัดกรองในปี 2568 จำนวน 1,269,923 คน ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำนวน 46,676 คน ตามลำดับ (ข้อมูล Blue books กรมอนามัย,2567) อำเภอขุนหาญจังหวัดศรีสะเกษ ในปี 2566 พบผู้สูงอายุจำนวน 28,659 คน และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 1,362 คน คิดเป็นร้อยละ 4.75 ของผู้สูงอายุทั้งหมด(ข้อมูลโปรแกรม 3 C กรมอนามัย,2567) ส่วนตำบลห้วยจันทร์มีประชากรทั้งหมด 4,376 คนโดยมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 349 คน คิดเป็นร้อยละ 6.35 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และพบผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียงจำนวน 58 คน (ข้อมูลบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยจันทร์ ,2567) โดยมีผลการคัดกรองสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ31.23 ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านและติดเตียงมีโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก เนื่องจากซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านสุขภาพทางกายได้แก่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเจ็บป่วย และการขาดการเอาใจใส่ดูแล ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสี่ยงต่อปัญหาซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งผลกระทบของภาวะซึมเศร้าต่อผู้สูงอายุมีหลายประการได้แก่ผลต่อด้านร่างกายโดยพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เนื่องจากภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนเครียดที่สูงขึ้น และยังส่งผลให้ผู้สูงอายุมักขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพ (Alexopoulos, 2005) ด้านคุณภาพชีวิตและการเข้าสังคม พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามักสูญเสียความสนใจในการทำกิจกรรมและการมีส่วนร่วมในชุมชน ทำให้เกิดความเหงาและการแยกตัว ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว (Blazer, 2003)และเกิดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตโดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่สูงขึ้น เนื่องจากความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรัง ความเสื่อมโทรมของสุขภาพร่างกาย และในบางกรณีอาจมีความคิดทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009) และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุยังส่งผลกระทบต่อการรับรู้และการทำงานของสมอง เช่น ความจำเสื่อม การตัดสินใจที่ลดลง และสมรรถภาพสมองที่เสื่อมถอยได้เร็วขึ้น ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรืออัลไซเมอร์ในผู้สูงอายุ (Geda et al.,2006) ดังนั้นการดำเนินงานในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มของผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นที่หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ ที่ต้องดำเนินการเพื่อดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งมีงานวิจัยที่มีการศึกษาในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้แนวทางการสนับสนุนจากครอบครัวและ

ชุมชนช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีในผู้สูงอายุและลดการเกิดภาวะซึมเศร้า(Jitapunkuletal,2018)และSuwanno และคณะ (2020) พบว่าการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบของกิจกรรมกลุ่มและการสื่อสารที่ดีในชุมชนสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มความสุขในผู้สูงอายุได้ งานวิจัยนี้จะช่วยเติมเต็มช่องว่างทางข้อมูลและสนับสนุนการพัฒนากลยุทธ์การป้องกันภาวะซึมเศร้าที่สามารถปรับใช้ได้กับบริบทของชุมชนได้ ดังนั้นเพื่อป้องกันผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเจ็บป่วยเป็นภาวะของครอบครัวและชุมชน รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มขึ้นและผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมในการดูแลผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตตำบลห้วยจันทร์ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

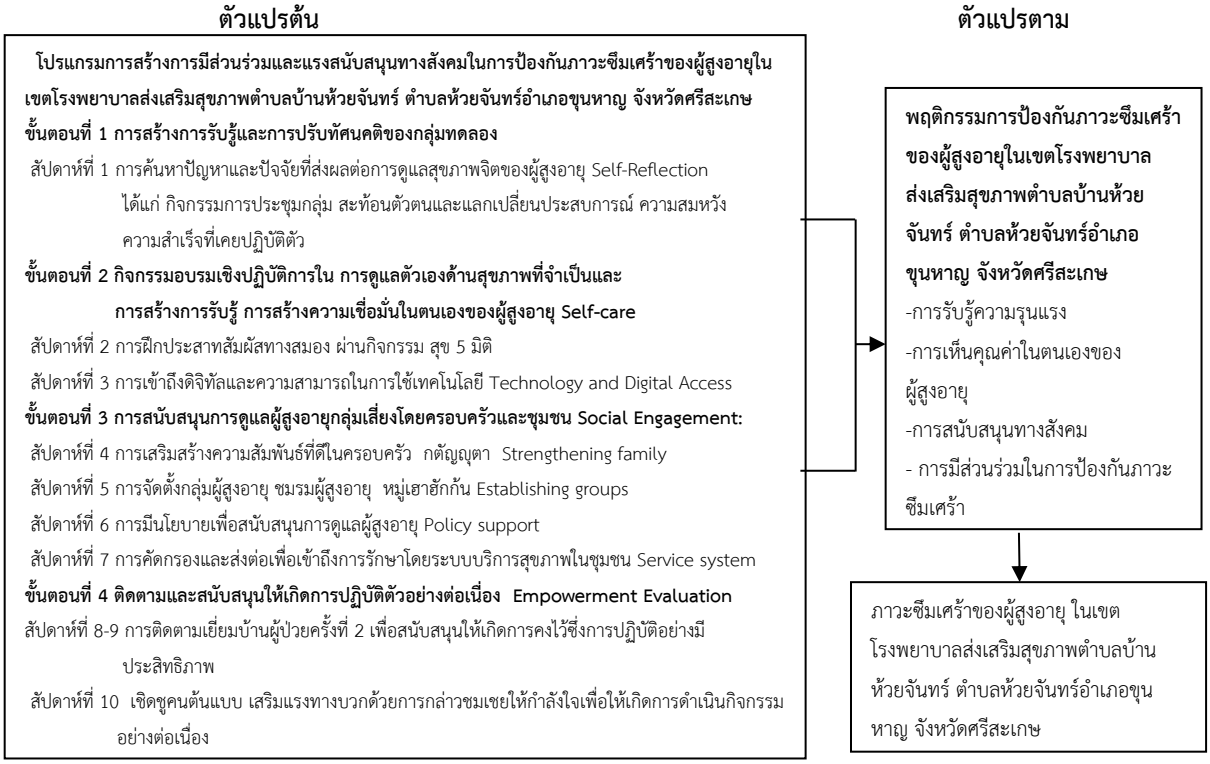
เพื่อศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยจันทร์ ตำบลห้วยจันทร์ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2 เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi–Experimental Research) แบบ Two group pretest-posttest design โดยทำการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองวัดผล 2 ครั้ง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ได้ดำเนินการโดยกำหนดพื้นที่ศึกษาเป็น 2 ตำบลที่มีพื้นที่ภูมิศาสตร์และมีการดำเนินงานในการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุที่ใกล้เคียงกัน โดยเลือกกลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของเขตโรงพยาบาลส่งเสริมเสริมสุขภาพตำบลห้วยจันทร์ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นกลุ่มทดลอง (Experimental Group) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คนและกลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลักหิน ตำบลบักดอง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ(Comparison Group) กลุ่มเป้าหมายจำนวน 60 คน

2 ขอบเขตการวิจัย

2.1 ประชากร ได้แก่ ประชากร (populations) ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบคัดกรองแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) คู่มือการวัดทางจิตวิทยา
สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ (2545) โดยมีระดับคะแนนมากกว่า 12 คะแนนขึ้นไป ในในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยจันทร์ ตำบลห้วยจันทร์ ตำบลห้วยจันทร์ อำเภอขุนหาญ จำนวน 349 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Lemeshow,1990) ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 23 คน ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ15ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้จากการศึกษาของ Berghout LM, et al. อ้างถึงในสงกรานต์ กลั่นด้วง (2548) พบว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 3.45 คน ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 30 คน เนื่องจากการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นการพัฒนาทั้งตำบลผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 60 คน และกลุ่มเปรียบเทียบในอีกหนึ่งตำบลในเขตอำเภอขุนหาญ จำนวน 60 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า-คัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) เป็นผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบคัดกรองแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) คู่มือการวัดทางจิตวิทยา สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ (2545) โดยมีระดับคะแนนมากกว่า 12 คะแนนขึ้นไปในหน่วยบริการทั้ง 2 แห่งในอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ในระยะเวลา 6 เดือน

2) สมัครใจร่วมโครงการตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการ

เกณฑ์การคัดออก ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1) ย้ายออกจากเขตตำบลห้วยจันทร์และตำบลบักดอง

2) ขอออกจากโครงการหรือเจ็บป่วยอย่างรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์ แบ่งออก 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและเศรษฐกิจ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล การอยู่อาศัย การเจ็บป่วย ผู้ดูแลหลักในบ้าน และผู้ป่วยทางจิตเวชในครอบครัว

2) แบบสัมภาษณ์ในการประเมินพฤติกรรมและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทาง

สังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยประยุกต์ใช้แบบสัมภาษณ์ของธนัชพร ปักษาพันธ์และสุคนธ์ทิพย์ บัวแดง (2567)จากการศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยจันทร์ ตำบลห้วยจันทร์อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบขึ้นโดยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ(HBM) และกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า 4 ขั้นตอน ในระยะเวลา 10 สัปดาห์ ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1การค้นหาปัญหาและการสร้างการรับรู้และการปรับทัศนคติ Self-Reflection โดยจัดกิจกรรมที่1 เป็นกิจกรรมการประชุมกลุ่ม สะท้อนตัวตนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความสมหวัง ความสำเร็จที่เคยปฏิบัติตัว ขั้นตอนที่ 2 กิจกรรพัฒนาศักยภาพในการดูแลตัวเองด้านสุขภาพที่จำเป็นและการสร้างการรับรู้ การสร้างความเชื่อมั่นในตนเองของผู้สูงอายุ Self-care ผ่าน 2 กิจกรรมได้แก่ กิจกรรมที่ 2 การฝึกประสาทสัมผัสทางสมอง ผ่านกิจกรรม สุข 5 มิติ กิจกรรมที่ 3 การเข้าถึงดิจิทัลและความสามารถในการใช้เทคโนโลยี Technology and Digital Access ขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโดยครอบครัวและชุมชน Social Engagement ผ่าน 4 กิจกรรมได้แก่ กิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว กตัญญุตา Strengthening family กิจกรรมที่5 การจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ หมู่เฮาฮักก้น Establishing groups กิจกรรมที่ 6 การมีนโยบายเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ Policy support กิจกรรมที่ 7 การคัดกรองและส่งต่อเพื่อเข้าถึงการรักษาโดยระบบบริการสุขภาพในชุมชน Service systemและขั้นตอนที่ 4 ติดตามและสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง Empowerment Evaluation โดยการสร้างความรู้และแนวทางการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผ่าน 2 กิจกรรมได้แก่ กิจกรรมที่ 8 (ในสัปดาห์ที่8 ถึงสัปดาห์ที่ 9) การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 2 เพื่อสนับสนุนให้เกิดการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและกิจกรรมที่ 9 (สัปดาห์ที่10) เชิดชูคนต้นแบบ เสริมแรงทางบวกด้วยการกล่าวชมเชยให้กำลังใจเพื่อให้เกิดการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยการคำนวณหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ได้ค่าความตรงอยู่ระหว่าง 0.67-1 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพื้นที่อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cornbrash's alpha coefficient ด้านการรับรู้ความเสี่ยง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 ด้านการรับรู้ความรุนแรงมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 ด้าน การการเผชิญปัญหามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 ด้านการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ด้านการมีส่วนร่วม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้ paired t test ระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ได้รับการอนุมัติการดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ ตามเอกสารรับรองเลขที่ SPPH 2024-247 ในวันที่ 18 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ย 68.15 ปี (S.D.=6.64 ปี) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 91.7 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 85 มีมัธยฐานของรายได้ต่อเดือน 5333.33 บาท (SD=2433.29) ส่วนใหญ่ใช้สิทธิสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 96.7 ส่วนมากอาศัยอยู่กับคู่สมรสร้อยละ 60.0 ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 48.3 รองลงมาป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.7 ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้ดีร้อยละ 70.0 รองลงมามีบุตรดูแลร้อยละ 25.0 ผู้อยู่อาศัยในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเวชร้อยละ 20.0

กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 มีอายุเฉลี่ย 68.03 ปี (S.D.=6.43 ปี) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 75 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีมัธยฐานของรายได้ต่อเดือนจำนวน 5365.83 บาท (SD=2227.39) ใช้สิทธิสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ85 อาศัยอยู่กับคู่สมรสร้อยละ 41.7ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 38.3 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 38.3 รองลงมาป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.7 ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากบุตรร้อยละ 60.0 ช่วยเหลือตนเองได้ดีร้อยละ 53.3 ได้รับการดูแลจากบุตรร้อยละ 41.7 ผู้อยู่อาศัยในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเวชร้อยละ 26.7

2.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าแสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 12.17 คะแนน (95% CI = 11.46-12.87) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า	n	$\overline{d}$	$SD_{\overline{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	60	45.03	1.09	12.17	11.46-12.87	34.016	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	60	32.86	2.55				

****p-value<0.0001*

2.2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองพบว่าพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 9.98 คะแนน (95%CI=9.36-10.61) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

การรับรู้ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า	n	$\overline{d}$	$SD_{\overline{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	60	43.15	1.16	9.98	9.36-10.61	31.660	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	60	33.17	1.17				

****p-value <0.001*

2.3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 9.83 คะแนน (95% CI = 8.54.-11.12) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	60	42.70	4.53				
				9.83	8.54.-11.12	15.089	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	60	32.87	2.24				

****p-value<0.001*

2.4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.57 คะแนน (95% CI = 3.05-4.08) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

การสนับสนุนทางสังคม	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	60	25.93	0.99				
				3.57	3.05-4.08	13.708	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	60	22.37	1.76				

****p-value<0.001*

2.5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง หลังการทดลอง โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.30 คะแนน (95% CI =-1.84—0.68) รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตารางแสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	60	12.43	1.33				
				-1.30	-1.84—0.68	-4.686	0.022
กลุ่มเปรียบเทียบ	60	13.73	1.69				

****p-value<0.001*

2.6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลองหลังการทดลอง โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย สูง ลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.61 คะแนน(95% CI =-6.25—0.98) รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ตารางการแสดงการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ความเศร้าในผู้สูงอายุไทย	n	$\bar{d}$	$SD_{\bar{d}}$	Mean diff	95%CI	t	p-value
กลุ่มทดลอง	90	138.78	8.10				
				-3.61	-6.25—0.98	-2.706	0.008
กลุ่มเปรียบเทียบ	90	142.39	9.75				

****p-value<0.001*

สรุปและอภิปรายผล

จากการใช้โปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยจันทร์ ตำบลห้วยจันทร์ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลา 10สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรง การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 (p-value<0.001) และผู้สูงอายุมีระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้าลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 (p-value<0.008) ซึ่งการที่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะพูดคุยกับเพื่อนบ้าน การดูแลที่เข้าใจและให้คุณค่าจากสมาชิกในครอบครัว การเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มของชุมชนที่จัดขึ้น ชุมชนช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในกิจกรรมที่สังคมจัดตั้งขึ้น รวมถึงมีแนวนโยบายที่ชัดเจนในการดำเนินงานเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ย่อมจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดคุณค่าในตัวเองและเกิดพลังในการดูแลตนเองมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม(Social Support ,House,1985) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในทางบวก มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริม ให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของผู้ที่ได้รับ เป็นการได้รับการช่วยเหลือ หรือการได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ เชาวน์ปัญญา ได้แก่การได้รับกำลังใจ ได้รับการส่งเสริม ซึ่งเมื่อตัวบุคคลได้รับการสนับสนุนในรูปแบบต่างๆดังที่กล่าวมาจะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ว่าตนได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผลทางจิตใจ คือทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ มีแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและสถานการณ์ และมีความเครียดลดลง ส่วนผลทางด้านร่างกาย คือส่งผลต่อการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบฮอร์โมน และระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายรู้สึกสบายและผ่อนคลาย และมีสุขภาพที่แข็งแรง มีภูมิด้านทานโรคสูง ได้แก่ การสนับสนุนด้านสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และ ด้านวัตถุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธนัชพร ปักษาพันธ์และสุคนธ์ทิพย์ บัวแดง (2567)ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี จนได้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของอำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี คือ SIX STEPS Model : SSEPST ประกอบด้วย 1.Self-care support for older adults : การดูแลตัวเองสำหรับผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ได้แก่

การรับประทานอาหารที่ดี การออกกำลังกายเป็นประจำ 2 . Strengthening family relationships for older adults : การเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ 3.Establishing senior citizen groups: การจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุ 4.Policy support for older adults: การสนับสนุนผู้สูงอายุผ่านนโยบาย โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกับผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยกำหนดนโยบายมีบทบาทสำคัญในการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนความเป็นอยู่ที่ดีและการพึ่งพาตัวเองของผู้สูงอายุ 5 . Social Engagement and Community Participation :การมีส่วนร่วมทางสังคมและชุมชนโดยสร้างโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมสนับสนุนและจัดสรรงบประมาณให้กับศูนย์ชุมชนและศูนย์ผู้สูงอายุ 6.Technology and Digital Access เทคโนโลยีและการเข้าถึงดิจิทัล โดยจัดหาโปรแกรมการฝึกอบรม และการสนับสนุน เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุเรียนรู้และใช้เทคโนโลยีทำให้พวกเขาสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น ติดต่อสื่อสารกับคนที่รักและรับข่าวสารที่นำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติตัวได้รวมถึงสนับสนุนการพัฒนาและการนำเทคโนโลยีที่ใช้งานง่าย มีตัวอักษรขนาดใหญ่และการแสดงผลที่ชัดเจน ใช้ง่าย สะดวก ร่วมกับการใช้กับอุปกรณ์ช่วยเหลือที่ใช้ในชีวิตประจำวันผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการป้องกันการป่วยฯและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งก็คือการพัฒนาในส่วนของสถานบริการด้านสาธารณสุขในชุมชนต้องมีความพร้อมและมีศักยภาพในการให้บริการในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ตั้งแต่การค้นหา การนำเข้าสู่การรักษาตลอดจนการจัดกิจกรรมที่สนับสนุนการป้องกันและรักษาผู้สูงอายุกลุ่มนี้ร่วมกับองค์กรต่างๆในชุมชนให้มีประสิทธิภาพและต่อเนื่องซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของรุจิวรรณ สอนสมภาร ซึ่งศึกษาแนวทางการส่งเสริมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ผู้สูงอายุทั่วไป จำนวน 406 คนโดยการสอบถามบริบทและปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุจากแบบสอบถาม จำนวน 150 คน และนำเอาประเด็นปัญหาที่ได้มาสังเคราะห์และออกแบบกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกับชุมชนผลการศึกษาพบว่าแนวทางการส่งเสริมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจำนวน 3 ประเด็นและการบูรณาการร่วมกับการจัดการบริการดูแลแบบปฐมภูมิ คือ (1) สถานพยาบาล ได้แก่ การให้ การปรึกษา การให้ความรู้ การรักษา (2) ครอบครัว ได้แก่ การรับฟังปัญหาหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ดูแลอย่างใกล้ชิด สังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุและ (3) ผู้สูงอายุ ได้แก่ พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และนำระบบสุขภาพปฐมภูมิมาจัดกระบวนการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าหลังใช้โปรแกรมผู้สูงอายุมีระดับคะแนนเฉลี่ยของความรู้และปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และระดับความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมที่หน่วยบริการปฐมภูมิจัดขึ้นอยู่ในระดับมากดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชนจึงเป็นสิ่งที่ทุกองค์กรต้องช่วยกันในการออกแบบและจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีพลังมีความสามารถที่จะดูแลตนเองได้ในระยะเวลาที่นานที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัลยา ตูพานิช.(2566) ในการศึกษารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งกระบวนการพัฒนาประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้ (1) การพัฒนาตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีศักยภาพในด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้า (2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ในรูปแบบการสร้างทีม การสร้างเครือข่ายให้เกิดการดูแลเกื้อหนุนกันในแบบพี่เลี้ยงภายใต้การส่งเสริม การสนับสนุน เน้นการทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชน

ระบบบริการสาธารณสุข ในการมาร่วมคิดร่วมตัดสินใจร่วมกันพัฒนาการแก้ไขปัญหาให้การดำเนินงานในการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่เรื้อรังให้ประสบผลสำเร็จ และได้รับการยอมรับจากประชาชนและชุมชน (3) การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านร่างกายด้วยหลัก3อ.2ส.การนอนหลับพักผ่อน และ(4)การพัฒนาทักษะทางสังคมของผู้สูงอายุด้วยการเข้ากิจกรรมทางสังคม ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ทำงานอดิเรก สื่อสารในเครือข่ายโทรศัพท์หรือออนไลน์ ฝึกอาชีพ ทำงานสร้างรายได้ซึ่งการมีความรู้ทักษะที่ถูกต้องจะนำไปใช้ในการดูแลตนเองได้ต่อไป ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุโดยการสร้างการรับรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ แต่การปฏิบัติตัวในเรื่องใดเรื่องหนึ่งถ้าต้องการให้เกิดความยั่งยืนและต่อเนื่องจำเป็นต้องนำทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจมาสร้างแนวทางในการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุเพิ่มเติมโดยกลุ่มผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการสร้างพลังอำนาจเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุให้มีความต่อเนื่องนั้นได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวหรือสมาชิกภายในครอบครัวที่ต้องเข้ามาสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้ในระยะเวลาที่นานขึ้น ดังนั้นการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงต้องมีการดำเนินงานบูรณาการร่วมกับทุกภาคส่วนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการลดภาวะซึมเศร้าให้ได้ เริ่มตั้งแต่การสร้างกลไก การกำหนดนโยบาย การออกแบบกิจกรรมการดำเนินร่วมกันซึ่งรวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อช่วยเหลือเยียวยาผู้สูงอายุและครอบครัวตามความจำเป็นเร่งด่วนแต่ละรายกรณีและทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งภายในชุมชน ภายนอก ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและครอบครัว เช่น การเข้าร่วมประชุม วางแผน แบ่งปันข้อมูล ร่วมมือปรึกษาหารือร่วมกันอย่างสม่ำเสมอทุกเดือนซึ่งแสดงให้เห็นว่าในการจัดกิจกรรมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุต้องมีการบูรณาการกับทุกภาคส่วนในชุมชน การที่ชุมชนได้ตระหนักเห็นความสำคัญและร่วมกันกำหนดนโยบายในการดำเนินงานร่วมกัน ก็จะเป็นพลังในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็ง มีวัสดุอุปกรณ์ มีรายได้ในการดูแลตนเองได้ รวมถึงการที่ชุมชนได้สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น มีวัดเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ มีชมรมหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่เกิดจากชุมชนเหล่านี้ได้สนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ช่วยให้จิตใจได้ผ่อนคลายและหมกมุ่นอยู่คนเดียวส่งผลให้จิตใจมีความเข้มแข็งโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าจะลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการศึกษาของในการพัฒนารูปแบบของกฤษฎนัย ศรีใจ (2566) ซึ่งศึกษาถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองของประเทศไทย พบว่ารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม และผลการประเมิน ความเหมาะสมของรูปแบบตามเกณฑ์ด้านความเหมาะสม ความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ และความถูกต้องครอบคลุม อยู่ในระดับมากทุกด้าน ซึ่งนอกจากการดำเนินงานในองค์ประกอบดังกล่าวที่ผ่านมานั้น ส่วนหนึ่งที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวต่อเนื่องเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของตนเองได้ อย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุต้องได้รับการสนับสนุนในการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้ตนเองเกิดพลังใจที่จะปฏิบัติตัวในทางที่เหมาะสมจะส่งผลให้อัตราการเกิดถาวะซึมเศร้าได้น้อย ดังนั้นงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนี้ สามารถนำมาใช้ในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและพื้นที่ใกล้เคียงสามารถนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ดูแลประชากรกลุ่มผู้สูงอายุได้ ดังนั้นจะเห็นว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้นสามารถแก้ไขปัญหาด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยจันทร์ได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1.ควรเพิ่มระยะเวลาศึกษาให้นานขึ้นและเพิ่มเทคโนโลยีใหม่ๆเพื่อช่วยกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นลักษณะเฉพาะด้านมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้แม่นยำมากขึ้น

2.ควรมีการขยายการดำเนินงานของโปรแกรมเพิ่มเติมในประเด็นที่จำเพาะในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุมีประสิทธิผลมากขึ้น เช่น โปรแกรมการฝึกสมอง การฝึกอาชีพเพิ่มรายได้ การฝึกพี่เลี้ยงในครอบครัวผู้สูงอายุ การฝึกการออกกำลังกาย ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้ได้รูปแบบของโปรแกรมที่สร้างความเชื่อมั่นและสามารถขยายต่อไปใช้ในพื้นที่อื่นๆได้

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1.ควรเพิ่มระยะเวลาศึกษาให้นานขึ้น เพื่อจะได้ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้แม่นยำมากขึ้น

2.ควรมีการขยายการดำเนินงานในการสร้างการมีส่วนร่วมในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอื่นๆที่มีจำนวนมากขึ้น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ซึ่งจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สามารถนำผลการศึกษาดังกล่าวไปใช้วางแผนในการสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีขนาดของกลุ่มใหญ่ขึ้น

2. สามารถนำผลการศึกษาไปทบทวนโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ใกล้เคียงได้

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 : เทพเพ็ญวานิสย์.

กรมสุขภาพจิต. (2559). แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564).นนทบุรี: สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2550).แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต (SPST-20). (ออนไลน์). แหล่งที่มา : http://envocc.ddc.moph.go.th./contents/view/697. 2550.

กรมสุขภาพจิต.(2558).คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับปรับปรุง. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด;102 หน้า.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2567).ข้อมูล Blue books สมุดบันทึกสุขภาพของผู้สูงอายุ กรมอนามัย สืบค้นออนไลน์ วันที่ 12 พฤศจิกายน 2567 จากเวปไซค์ https://bluebook.anamai.moph.go.th/,2567

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.(2567).ข้อมูลโปรแกรม 3 C กรมอนามัย,2567. สืบค้นออนไลน์ วันที่ 12 พฤศจิกายน 2567 จากเวปไซค์ https://ltc.anamai.moph.go.th/.

กระทรวงสาธารณสุข. แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2562. (ออนไลน์). แหล่งที่มา: http://bie.moph.go.th/e-insreport/file_report/2019-02-12- 09-06-13-11.doc. 2562.กฤษฎานัย ศรีใจ.(2566).รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิตมหาวิทยาลัยนเรศวร.จำนวน 214 หน้า.

วิชัย เอกพลากร. รายงานการส ารวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ฉบับ "สุขภาพเด็ก พ.ศ. 2551-52, นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จ ากัด; 2551

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.(2567).ข้อมูลการบริหารจัดการHDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.สืบค้นออนไลน์ วันที่ 12 พฤศจิกายน 2567 จากเวปไซค์ https://hdc.moph.go.th/ssk/public/standard-report- tail/953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยจันทร์.(2567).สรุปรายงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี 2567 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยจันทร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ.

สุชีรา ภัทรายุตวรรน์ (2545). คู่มือการวัดทางจิตวิทยา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย.

สุวิทย์ เจริญศักดิ์. (2559). การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. เข้าถึงได้จาก http://www.hiso.or.th/hiso5/healthy/news3_9.php?m=4

สุวิทย์ เจริญศักดิ์,กอบหทัย สิทธิรณฤทธิ์, ธีรศักดิ์ สาตรา,วีรศักดิ์ เมืองไพศาล,วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ.(2561). ความชุกของโรคจิตเวชในผู้ป่วยสูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง,วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยปีที่63 ฉบับที่1,มกราคม - มีนาคม 2561,P 89-98.

สายพิณ ยอดกุล,และจิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. (2555). ปัจจัยท านายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารสมาคมพยาบาลสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 33(3), 50-57.

สงกรานต์ กลั่นด้วง. (2548). การประยุกต์ใช้ the take PRIDE program ในการกำกับตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ธนัชชพร ปักษาพันธ์,& สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง.(2024).การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 3(2), p. 24–38.

รุจิวรรณ สอนสมภาร,(2561).แนวทางการส่งเสริมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอำเภอครบุรีจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา.ปีที่ 4 ฉบับที่ 1. มกราคม-มิถุนายน 2561.P 77-89.

วัลยา ตูพานิช.(2566)รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.

ชาฤทธิ์ วรวิชญพงศ์จิราพร เกศพิช,ญวัฒนา.(2557).ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลตำรวจ. ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2557.P16-32.

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.

Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. Journal of Gerontology: Medical Sciences, 58(3), M249-M265. https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.M249

Chiu, E., Chaaya, M., & Sibai, A. (2018). Depression in older adults: An overview of psychosocial risk factors and evidence-based interventions. International Journal of Geriatric Psychiatry,

33(6), 797-808. https://doi.org/10.1002/gps.4867

Department of Mental Health. (2021). Thailand mental health report 2021. Ministry of Public Health.

Kelley Orth U, Robins RW, Trzesniewski KH, Maes J. Schmitt M. Low self-esteem is a psucho. 2009; 118(3): 472-8.

Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. Annual Review of Clinical Psychology, 5, 363-389. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621

Geda, Y. E., Roberts, R. O.,Knopman, D.S.,Christianson,T. J. H., Pankratz,V. S., Ivnik, R. J., Boeve,B. F.,Tangalos, E. G., Petersen, R. C., & Rocca, W. A. (2006). Depression, Apo lipoprotein E genotype, and the incidence of mild cognitive impairment: A prospective cohort tudy. Archives of Neurology, 63(3), 435-440. https://doi.org/10.1001/archneur.63.3.435

Jitapunkul, S., & Wivatvanit, S. (2018). Prevalence and risk factors of depression among Thai elderly. Asian Journal of Psychiatry, 36, 20-25. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.06.007

Lemeshow, S. (1990). Adequacy of sample size in health studies. New York: J. Wiley for the World Health Organization.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Delirium: diagnosis, prevention and management (clinical guideline 103). Published July 2010. Accessed at www.nice.org.uk/nicemedia/live/13060/ 49909/49909.pdf on 3 May 2011

Suwanno, J., Pannarunothai, S., & Phanasathit, M. (2020). Community-based social support and depression in elderly Thai people. Journal of Aging and Health, 32(5-6), 355-369. https://doi.org/10.1177/0898264319855632

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).

.United Nations. (2017). World population prospects: The 2017 revision - Key Findings and Advance Tables.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.

Word Health Organization. (2018). Depression. [cited 30 January 2019]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

Word Health Organization. (2017). Depression. [cited 31 January 2019]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression.

World health organization. (2019). Depression [cited 30 March 2019]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression