

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม

DEVELOPMENT OF THE ELDERLY CARE SYSTEM IN DEPRESSION UNDER THE COVID-19 SITUATION, BANG LEN HOSPITAL, NAKHON PATHOM PROVINCE

(Received: July 20,2022 ; Accepted: August 28,2022)

กมลลักษณ์ จินดาไตรรัตน์¹

Kamolluck Chindatrairat¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 และพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม ที่มีภาวะซึมเศร้า ปี 2564 จำนวน 51 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน F-test (One way ANOVA) Dependent t-test และ การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า ผลการติดตามผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้า ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า MCATT Team สามารถออกติดตามและให้คำแนะนำผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ทั้งสิ้น 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 100.0 ความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการเสริมสร้างความเข้าใจ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการพัฒนาศักยภาพ มีความเข้าใจกับลักษณะโรคซึมเศร้า อาการเบื้องต้น ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน คิดซ้ำทำซ้ำ เบื่ออาหาร ปัญหาในการนอน ความคิดทางลบ คิดไม่ตก กังวลกับปัญหา และโดยรวมมากกว่าก่อนการเสริมสร้างความเข้าใจ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้า การพัฒนาระบบการดูแล

ABSTRACT

This research was research and development. Aimed to study the situation of depression in the elderly under the COVID-19 situation and developed the care system for the elderly in depression under the COVID-19 situation, Bang Len District, Nakhon Pathom Province. Sample size were 51 elderly in depression Bang Len Hospital. Nakhon Pathom Province. Data were collected by questionnaires. Data were analyzed by Descriptive statistics were frequency, percentage, arithmetic mean and standard deviation F-test by One way ANOVA technique Dependent t-test and Content Analysis.

The results of the study found that Outcomes of follow up elderly in depression of the village health volunteers, it was found that the MCATT Team was able to follow up and give advice to the elderly with depression in a total of 51 cases, representing 100.0%. A caregiver's understanding of caring for the elderly with depression It was found that when comparing the caregiver's understanding of

¹ พบ. โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม *Corresponding author: E-mail srs.mk62@gmail.com

caring for the elderly with depression before and after enhancing understanding are different statistically significant at the .05 level, after the potential development have an understanding of the characteristics of depression boredom lack of enjoyment, slow thinking, loss of appetite, sleep problems, negative thoughts, overthinking, worrying about problems, and overall more than before.

Keywords: elderly in depression development of care systems

บทนำ

ผู้สูงอายุ เป็นวัยซึ่งมีความแตกต่างจากวัยอื่น เป็นวัยบั้นปลายของชีวิต ดังนั้นปัญหาของผู้สูงอายุในทุกด้านโดยเฉพาะด้านสังคม และสาธารณสุข จึงแตกต่างจากคนในวัยอื่น ปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ใน พ.ศ. 2559 โลกของเรามีประชากรทั้งหมดประมาณ 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 929 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด สำหรับประเทศไทย ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยได้เพิ่มช้าลงอย่างมาก ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มด้วยอัตราที่เร่งเร็วขึ้น ในปี 2503 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพียง 1 ล้านคน หรือคิดเป็นเพียงร้อยละ 4 ของประชากร 26 ล้านคนเท่านั้น จนถึงปี 2548 เมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุเป็นปีแรกเมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10 ของประชากร 63 ล้านคน หรือเท่ากับมีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากกว่า 6 ล้านคน ในปี 2559 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด¹ องค์การสหประชาชาติ ได้ให้นิยามว่า "ผู้สูงอายุ" คือ ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิงซึ่งมีอายุ มากกว่า 60 ปีขึ้นไป (60+) โดยเป็นการนิยาม นับตั้งแต่อายุเกิด ส่วนองค์การอนามัยโลก ยังไม่มีการให้นิยามผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผลว่า ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมีการนิยาม ผู้สูงอายุต่างกัน ทั้งนิยามตามอายุเกิด ตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional markers) เช่น ในประเทศที่เจริญแล้ว มักจัดผู้สูงอายุ นับจากอายุ 65 ปีขึ้นไป หรือบางประเทศ อาจนิยามผู้สูงอายุ ตามอายุ กำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพของร่างกาย โดยผู้หญิงสูงอายุอยู่

ในช่วง 45-55 ปี ส่วนชายสูง อายุ อยู่ในช่วง 55-75 ปี²

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เริ่มต้นในประเทศจีน และแพร่ระบาดไปในหลายประเทศทั่วโลก จากรายงาน 209 ประเทศ 2 เขตบริหารพิเศษ 2 เรือสำราญ นับตั้งแต่ 5 มกราคม 2563 – 8 สิงหาคม 2564 พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อจำนวน 182,312,439 ราย เสียชีวิต 3,942,101 ราย ส่วนสถานการณ์ต่างประเทศที่มียอดผู้ป่วยมาก 3 อันดับแรก คือ ประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วย 33,652,098 ราย เสียชีวิต 604,474 ราย ประเทศอินเดียพบผู้ป่วย 30,362,848 ราย เสียชีวิต 398,454 ราย และประเทศบราซิลพบผู้ป่วย 18,513,305 ราย เสียชีวิต 515,985 ราย ซึ่งอาการโรค คือ มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย หรือมีอาการของโรคปอดอักเสบ จมูกไม่ได้รับกลิ่น ลิ้นไม่ได้รับรส ในรายที่มีอาการรุนแรง จะมีอาการระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิต ทั้งนี้หลักฐานการติดต่อจากคนสู่คนและเป็นการระบาดในระดับโลก³ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ เนื่องจากเชื่อกันได้ว่ามีการแพร่ระบาดไปยังประเทศต่างๆ ทั่วโลกอย่างรวดเร็ว

ประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 จำนวน 756,505 เสียชีวิต 6,204 ราย ปัจจุบันเสี่ยงได้แก่ สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยัน อาชีพเสี่ยง เดินทางมาจากพื้นที่ควบคุมสูงสุดภายในประเทศ สถานที่เสี่ยง เช่น ตลาด คอก ชุมชน ก่อสร้าง นักแสดง นักพนัน สถานบันเทิง รวมทั้งเดินทางกลับมาจากต่างประเทศเสี่ยง ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ประกาศให้โรค

ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย โดยประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2563 เป็นต้นมา⁴

ในช่วงที่สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 กลับมาระบาดอีกระลอกในประเทศไทย จำนวนผู้ติดเชื้อและจำนวนผู้เสียชีวิตต่อวันเพิ่มขึ้นจนน่าตกใจ ซึ่งในกลุ่มของผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัว ที่ได้รับเชื่อดังนั้นการดูแลจากญาติ หรือผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดอย่างถูกวิธี จะช่วยลดผลกระทบและความเสี่ยงที่จะเกิดกับต่อผู้สูงอายุในครอบครัว ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้อีกด้วย ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยลง ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่ายและอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ จากการสำรวจผลกระทบการระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ต่อประชากรผู้สูงอายุไทย ที่ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 พบว่า ในด้านเศรษฐกิจและรายได้ ผู้สูงอายุประสบปัญหาในการทำงาน มีอุปสรรคในการทำงานในช่วงการระบาดมากขึ้น รายได้จากการทำงาน หรือจากบุตร และดอกเบี้ยเงินออมมีสัดส่วนลดลง จากการสำรวจพบว่า 1 ใน 3 มีรายได้ไม่เพียงพอในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ด้านสุขภาพพบว่า 20% ของผู้สูงอายุรายงานว่าสุขภาพแย่ลงในช่วง COVID-19 อาจเนื่องมาจากไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด อาการที่รายงานมากที่สุด ได้แก่ วิดกกังวล ไม่อยากอาหาร เหนง ไม่มีความสุข เป็นต้น⁴

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม เพื่อทราบถึงสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม และมีระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์

COVID – 19 โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าโรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม
3. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม

ระเบียบวิธีวิจัย

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 และพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุในพื้นที่บริการโรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุในพื้นที่บริการโรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 51 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1 การประชุมเชิงปฏิบัติการในการ การวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าโรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม การกำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าของแต่ละระดับ การกำหนดแนวทางในการควบคุม กำกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าของแต่ละระดับ

1.2 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการการศึกษา
สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายใต้
สถานการณ์ COVID – 19 การวิเคราะห์ระบบการ
ดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลบางเลน
จังหวัดนครปฐม การทบทวนปรับปรุงแนวปฏิบัติใน
การดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าของแต่ละระดับให้
เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ การติดตามผล
การดำเนินงานตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุใน
ภาวะซึมเศร้าของแต่ละระดับและสรุปผลการ
ดำเนินงาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่

2.1 แบบวัดความเข้าใจกับแบบคัดกรองโรค
ซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้า
ด้วย 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย
(8Q) ของอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นแบบมาตราส่วน
ประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้
คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ
ความเข้าใจท่านมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ
ความเข้าใจท่านมาก ให้ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ
ความเข้าใจท่านปานกลาง ให้ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ
ความเข้าใจท่านน้อย ให้ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ
ความเข้าใจท่านน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁵

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มากที่สุด
3.41 – 4.20	มาก
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	น้อย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด

2.2 แบบวัดความเข้าใจภาวะซึมเศร้าใน
ผู้สูงอายุของผู้ดูแล มีความเข้าใจกับลักษณะโรค

ซึมเศร้า อาการเบื่อเซ็ง การทำอะไรไม่เพลิดเพลิน คิด
ซ้ำทำซ้ำ เบื่ออาหาร ปัญหาในการนอน ความคิดทาง
ลบ การคิดไม่ตก และความกังวลกับปัญหา
สาธารณสุข เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating
Scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ
ความเข้าใจท่านมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

มาก หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ
ความเข้าใจท่านมาก ให้ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ
ความเข้าใจท่านปานกลาง ให้ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ
ความเข้าใจท่านน้อย ให้ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความดังกล่าวตรงกับ
ความเข้าใจท่านน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้⁵

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มากที่สุด
3.41 – 4.20	มาก
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	น้อย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ ศึ ก ษ า ได้
ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity)
โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้
ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบและแก้ไข 3 ท่าน (IOC)
นำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำ
แบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่า
ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์
อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach method) โดย
แบบวัดความเข้าใจกับแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2
คำถาม (2Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม
(9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ของ
อาสาสมัครสาธารณสุข ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .763

และแบบวัดความเข้าใจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของผู้ดูแล ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .934

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์ COVID – 19
2. วิเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าโรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม
3. การกำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้า
4. ดำเนินการตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้า
5. การควบคุม กำกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าของแต่ละระดับ การติดตามผลการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าของแต่ละระดับ และการทบทวนปรับปรุงแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าของแต่ละระดับให้เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์
6. ดำเนินการตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าที่ทบทวนแล้วของแต่ละระดับ
7. การควบคุม กำกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าของแต่ละระดับ การติดตามผลการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าของแต่ละระดับ และสรุปผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ประกอบด้วย F-test ด้วยเทคนิค One way ANOVA ในการเปรียบเทียบความเข้าใจระหว่างกลุ่ม

Dependent t-test ในการเปรียบเทียบความเข้าใจก่อนและหลังดำเนินการ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม หมายเลขรับรอง 9/2565 ลงวันที่ 20 เมษายน 2565

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุระหว่าง ปี 2560 – 2562 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในปี 2560 มีจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.6 ปี 2561 จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.0 ปี 2562 จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.5 และในปี 2563 จำนวน 59 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.6

2. การกำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 ประกอบด้วย

2.1 ขั้นตอนการดำเนินการเพื่อวินิจฉัยโรคซึมเศร้าโดยแพทย์

2.2 การสร้าง MCATT team โดยการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการทำ ความเข้าใจแบบคัดกรองทำให้ การเสริมสร้างความเข้าใจกับแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้ความเข้าใจกับแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังการพัฒนาศักยภาพ โดยรวมและรายแบบคัดกรอง อยู่ในระดับมากที่สุด ไม่มีความแตกต่างกันและหลังการพัฒนาศักยภาพ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการพัฒนา ศักยภาพ มีความเข้าใจกับแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9

คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มากกว่า ก่อนการพัฒนาศักยภาพ (t มีค่าเป็นลบ)

3. MCATT Team สามารถออกติดตามและให้คำแนะนำผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้ทั้งสิ้น 41 ราย (เป้าหมาย ปี 2563) คิดเป็นร้อยละ 100.0 แต่ยังไม่พบว่าความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระยะที่ 1 (ต.ค.-มี.ค.64) พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งทำให้มีโอกาสในการที่จะเกิดภาวะไม่พึงประสงค์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากผู้ดูแลอาจยังไม่เข้าใจในพฤติกรรมบางอย่างของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนั้น เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าให้เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ จึงได้จัดให้มีการเสริมสร้างความเข้าใจให้กับผู้ดูแล ก่อนที่จะให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า กลับไปรักษาที่บ้าน ได้แก่ ลักษณะโรคซึมเศร้า การอาการเบื่อเซ็ง ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน คิดซ้ำทำซ้ำ เบื่ออาหาร ปัญหาในการนอน ความคิดทางลบ และการคิดไม่ตก กังวลกับปัญหา

4. ผลการดำเนินการตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้า

4.1 ผลการติดตามผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้า ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า MCATT Team สามารถออกติดตามและให้คำแนะนำผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระยะที่ 2 (เม.ย.-ก.ย.64) ได้ทั้งสิ้น 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 100.0

4.2 ความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระยะที่ 2 (เม.ย.-ก.ย.64) พบว่า ก่อนเข้ารับการเสริมสร้างความเข้าใจ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้ารับการเสริมสร้างความเข้าใจ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการเสริมสร้างความเข้าใจ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการพัฒนาศักยภาพ มีความเข้าใจกับลักษณะโรคซึมเศร้า อาการเบื่อเซ็ง ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน คิดซ้ำทำซ้ำ เบื่ออาหาร ปัญหาในการนอน ความคิดทางลบ คิดไม่ตก กังวลกับปัญหา และโดยรวม มากกว่าก่อนการเสริมสร้างความเข้าใจ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการเสริมสร้างความเข้าใจ (Dependent t - test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ลักษณะโรคซึมเศร้า	3.16	0.29	4.79	0.36	50	-20.618	.000	-1.78169	-1.46537
อาการเบื่อเซ็ง ทำอะไรไม่ เพลิดเพลิน คิดซ้ำทำซ้ำ	3.14	0.26	4.80	0.34	50	-23.061	.000	-1.80314	-1.51421
เบื่ออาหาร	3.09	0.16	4.88	0.20	50	-40.937	.000	-1.87872	-1.70298
ปัญหาในการนอน	3.11	0.32	4.79	0.42	50	-22.307	.000	-1.81103	-1.51184
ความคิดทางลบ	3.13	0.24	4.82	0.31	50	-21.751	.000	-1.79507	-1.49158
คิดไม่ตก กังวลกับปัญหา	3.17	0.32	4.76	0.40	50	-20.768	.000	-1.78673	-1.47160
รวม	3.14	0.25	4.81	0.33	50	-2.211	.032	-.03957	-.00189

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางพบว่า ผลการเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการเสริมสร้างความเข้าใจ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย

ที่ หลังการพัฒนาศักยภาพ มีความเข้าใจกับลักษณะโรคซึมเศร้า อาการเบื่อเซ็ง ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน คิดซ้ำทำซ้ำ เบื่ออาหาร ปัญหาในการนอน ความคิดทาง

ลบ คิดไม่ตก กังวลกับปัญหา และโดยรวม มากกว่า
ก่อนการเสริมสร้างความเข้าใจ (t มีค่าเป็นลบ)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษา MCATT Team สามารถออก
ติดตามและให้คำแนะนำผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้
ทั้งสิ้น 41 ราย (เป้าหมาย ปี 2563) คิดเป็นร้อยละ
100.0 ทั้งนี้เนื่องจากได้มีการได้จัดทำแนวปฏิบัติใน
การดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าขึ้นภายใต้กรอบแนว
ทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติ
ทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ที่
จัดทำโดยคณะกรรมการจัดทำแนวทางการจัดการโรค
ซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการ
ระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ กรมสุขภาพจิต ตามการ
ดำเนินงานภายใต้โครงการพัฒนางานการป้องกันและ
แก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า⁷ ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพ
อาสาสมัครสาธารณสุข^{9,10} ในการทำความเข้าใจแบบ
คัดกรองทำให้ การเสริมสร้างความเข้าใจกับแบบคัด
กรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินโรค
ซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่า
ตัวตาย (8Q) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน ทำให้ความเข้าใจกับแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า
ด้วย 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9
คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีส่วน
ร่วมในการดำเนินงาน และเป็นส่วนหนึ่งของ MCATT
team สอดคล้องกันกับการศึกษาของ จันทิมา นว
มะวัฒน์ และคณะ (2564)¹¹ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วม
ของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชนในการป้องกัน
และเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 โดยใช้ระบบ
สารสนเทศทางภูมิศาสตร์ พบว่า 1) รูปแบบการมีส่วน
ร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชน ในการ
ป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19
ประกอบด้วย กระบวนการเสริมสร้างการมีส่วนร่วม
ของ อสม. และวิธีการดำเนินการป้องกันและเฝ้าระวัง
โรค 2) ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อใช้ในการ
ป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 โดย
ชุมชนได้พัฒนาเป็นแอปพลิเคชันชื่อ
“EpiScanCovid19” ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ มิ

แอปพลิเคชัน (สำหรับ อสม. กรอกข้อมูลการเฝ้าระวัง
โรค วิเคราะห์ความเสี่ยงรายบุคคล แสดงคำแนะนำใน
การดูแลตนเอง รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโค
โรนา 19 และพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชน) และเว็บ
แอปพลิเคชัน (สำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต./พชต. แสดง
ข้อมูลสถานการณ์ความเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
19 ในพื้นที่และกำกับติดตามการดำเนินงานของอสม
3) ประสิทธิภาพการใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์
ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19
พบว่า อสม. ได้รับความเสี่ยงและให้คำแนะนำการ
ปฏิบัติตนแก่ประชาชนได้ ส่งข้อมูลความเสี่ยงไปยัง
รพ.สต. ได้อย่างรวดเร็ว และ รพ.สต. ติดตามการ
ทำงานของ อสม. ได้ และรับทราบสถานการณ์ความ
เสี่ยงในพื้นที่ ทั้ง อสม. และ รพ.สต. พึงพอใจต่อแอป
พลิเคชันในระดับดีขึ้นไป ร้อยละ 85 ผลลัพธ์ที่เกิดกับ
อสม. และชุมชน สามารถค้นหาผู้ติดเชื้อ/ผู้สัมผัสเชื้อ
อย่างรวดเร็วและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในพื้นที่
ได้ ชุมชนตื่นรู้สถานการณ์ความเสี่ยงในพื้นที่และ
วางแผนป้องกันการแพร่ระบาดของโรค 4) ข้อเสนอ
เชิงนโยบาย ประกอบด้วย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ
อสม. ในการเฝ้าระวังโรคเชิงรุก สนับสนุนให้มีการใช้
แอปพลิเคชัน “EpiScanCovid19” จัดให้มีการพัฒนา
ศักยภาพของบุคลากรนักจัดการข้อมูล จัดให้มีระบบ
การเฝ้าระวังและป้องกันโรคเฉพาะพื้นที่ และการ
สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานเกี่ยวกับการใช้
แอปพลิเคชัน การเฝ้าระวังเชิงรุกและป้องกันโรคติด
เชื้อไวรัสโคโรนา 19 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกับการ
ใช้แอปพลิเคชัน “EpiScanCovid19” เป็นกลยุทธ์
ที่สำคัญที่จะหยุดยั้งการแพร่กระจายของโรคได้ จึง
เป็นความท้าทายของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการ
ดำเนินงานป้องกันโรค ที่ร่วมสนับสนุนให้ดำเนินการ
อย่างต่อเนื่องและขยายผลไปประยุกต์ใช้ในการ
ป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศอย่าง
เฉพาะเจาะจงกับสภาพปัญหาและบริบทเชิงพื้นที่ได้
อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

แต่ยังพบว่าความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระยะที่ 1 พบว่า โดยรวม
และรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งทำให้มีโอกาส

ในการที่จะเกิดภาวะไม่พึงประสงค์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ เนื่องจากผู้ดูแลอาจยังไม่เข้าใจในพฤติกรรมบางอย่างของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนั้น เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าให้เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ จึงได้จัดให้มีการเสริมสร้างความเข้าใจให้กับผู้ดูแล ก่อนที่จะให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า กลับไปรักษาที่บ้าน ได้แก่ ลักษณะโรคซึมเศร้า การอาการเบื่อเซ็ง ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน คิดซ้ำทำซ้ำ เบื่ออาหาร ปัญหาในการนอน ความคิดทางลบ และการคิดไม่ตก กังวลกับปัญหา ทำให้ ผลการติดตามผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้า ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า MCATT Team สามารถออกติดตามและให้คำแนะนำผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระยะที่ 2 ได้ทั้งสิ้น 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 100.0 และความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระยะที่ 2 พบว่า ก่อนเข้ารับการรักษาเสริมสร้างความเข้าใจ โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้ารับการรักษาเสริมสร้างความเข้าใจ พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการเสริมสร้างความเข้าใจ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการพัฒนาศักยภาพ มีความเข้าใจกับลักษณะโรคซึมเศร้า อาการเบื่อเซ็ง ทำอะไรไม่เพลิดเพลิน คิดซ้ำทำซ้ำ เบื่ออาหาร ปัญหาในการนอน ความคิดทางลบ คิดไม่ตก กังวลกับปัญหา และโดยรวม มากกว่าก่อนการเสริมสร้างความเข้าใจ สอดคล้องกับการศึกษาของระนอง เกตุดาว และ คณะ (2563)¹² ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี Udon Model COVID-19 ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี (Udon Model COVID-19) ประกอบด้วย (1) การบริหารจัดการเฝ้าระวัง คัดกรอง สอบสวน ควบคุม ป้องกันโรคมะเร็งประสิทธิภาพ (2) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และการประชาสัมพันธ์ให้

ความรู้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ภาควิเคราะห์และประชาชนอย่างถูกต้อง รวดเร็ว (3) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การประเมินผลหลังการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า ความรู้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อนและหลังพัฒนามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการนำรูปแบบไปใช้ กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตโรงพยาบาลและภาควิเคราะห์อย่างเข้มแข็ง ภายใต้ “คนอุดรไม่ทอดทิ้ง กันฝ่าฟันโควิด” โดยสื่อสารข้อมูล ความรู้ รวดเร็วด้วยเทคโนโลยีทันสมัย ข้อเสนอแนะสามารถนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ตามบริบทพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของภาควิเคราะห์

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ในการศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 โรงพยาบาลบางเลน จังหวัดนครปฐม ให้มีความสำคัญกับผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จึงได้มีการวิเคราะห์และค้นหา ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแล จึงได้กำหนดแนวปฏิบัติ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสร้างเสริมความเข้าใจในตัวผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความเข้าใจในความคิดของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดภาวะที่ไม่พึงประสงค์ต่อไป

2. ควรมีการศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุในภาวะซึมเศร้าภายใต้สถานการณ์ COVID – 19 ในหลายๆ รูปแบบทั้งที่ประสบความสำเร็จและที่มีปัญหาอุปสรรค เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนสามารถรับมือกับโรคอุบัติใหม่ได้ในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลกประเทศไทย. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) รายงานสถานการณ์โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ประเทศไทย [ออนไลน์] 2564. เข้าถึงเมื่อ 13 กรกฎาคม 2564. เข้าถึงได้จาก <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/situation-reports>.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 8 สิงหาคม 2563
3. รายงานศูนย์อำนวยการต้านโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาจังหวัดนครปฐม วันที่ 9 เมษายน 2563
4. โรงพยาบาลบาลเลน รายงานศูนย์ตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, 2564.
5. Best, John W. Research in Education. 4 th ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1981
6. บุญชม ศรีสะอาด. ระเบียบและวิธีการวิจัย . กรุงเทพฯ ฯ : แสงทวีการพิมพ์ , 2555 .
7. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงาน ทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ ผู้ประสบภาวะวิกฤตในกรณีการระบาด ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [ออนไลน์] 2563 เข้าถึงเมื่อ 11 เมษายน 2563. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/view.asp?id=1>.
8. อัมพร โอตระกูล. สุขภาพจิต (2 ed.). กรุงเทพมหานคร: บริษัทวิทยพัฒน์จำกัด, 2540.
9. อุไรรัชต์ บุญแท้. การวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยยุทธศาสตร์. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิทยุศาสตร์การพัฒนาศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี, 2554.
10. เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล, กุศล สุนทรธาดา, เสาวภา พรสิริพงษ์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์; พัทธนี วินิจจะกุล; วราพร ศรีสุพรรณ; สุพัตรา ศรีวณิชชากร. การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2562 8(2) 120-31
11. จันทิมา นวมะวัฒน์ และคณะ. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขและชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี, 2564.
12. ระนอง เกตุดาว และ คณะ. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี Udon Model COVID-19. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(1):53-61.