

การพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง*

DEVELOPMENT OF A MENTAL HEALTH PROMOTION MODEL TO PREVENT DEPRESSION IN THE ELDERLY IN ANGTHONG PROVINCE

ดวงแก้ว ชำนาญพนา*, สุรีย์ จันทรมโนลี

Duangkaew Chamnanpana*, Suree Chantamolee.

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ปทุมธานี ประเทศไทย

Faculty of Public Health, Western University, Pathum Thani, Thailand

*Corresponding author E-mail: tonor2727@hotmail.com

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ และประเมินผลฯ เป็นการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ระยะแรกมี 383 คน ระยะที่ 2 - 3 มี 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบกลุ่ม ละ 35 คน เครื่องมือที่ใช้วิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิต แบบประเมินสุขภาพจิต และแบบประเมินความสุข สถิติที่ใช้วิจัย ได้แก่ ความถี่ สถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าไคส แควร์ ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 69.8 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยยะสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตป้องกันภาวะซึมเศร้า มี 3 ขั้นตอน คือ การสร้างเสริม สุขภาพทางจิต สุขภาพ และป้องกันภาวะซึมเศร้า และ 9 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 ธรรมะ พาเพลิน เจริญสติ กิจกรรมที่ 2 ปรับความคิดลบ เพื่อความผ่อนคลาย กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้ อดีตไม่มา ปัญญาเกิด กิจกรรมที่ 4 อดีตหา อดีตโน นาโถ ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน กิจกรรมที่ 5 รับพลังบวก จัดระเบียบ ความคิด เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และธรรมชาติ กิจกรรมที่ 6 เพื่อนช่วยเพื่อน เตือนใจกัน กิจกรรมที่ 7 เปลี่ยนความคิด ชีวิตเปลี่ยน กิจกรรมที่ 8 พลังใจมา พลังกายเกิด กิจกรรมที่ 9 สูงอายุ สุขใจ สุขปัญญา เมื่อนำรูปแบบ ไปทดลองใช้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของ สุขภาพทางจิตและความสุขในกลุ่มทดลอง สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนภาวะซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลองลดลงกว่าทั้งก่อนการทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบ, การสร้างเสริมสุขภาพทางจิต, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง

Abstract

This research article aims to study the situation and factors related to depression in the elderly of Ang Thong Province. It also aims to develop and test a model, as well as assess its effectiveness. The research is both a study and a development process. The sample group included elderly individuals aged 60 years and older, with 383 participants in the initial phase and 70 in phases 2-3, divided into an experimental group and a control group, each consisting of 35 participants. The research tools included interviews, questionnaires, the depression assessment

scale by the Department of Mental Health, the mental health assessment scale, and the happiness assessment scale. Statistical methods used were frequency, mean, percentage, and chi-square tests. The findings revealed that 69.8% of elderly individuals experienced depression. The factors significantly related to depression in the elderly, at a statistical significance level of 0.05, included age and education level. The model for enhancing mental well-being to prevent depression consists of three steps: enhancing mental health, happiness, and preventing depression. The model includes nine activities, such as Thamma Pha Phloen Charoen Sati, Prap Khwamkhith Lop Phuea Khwam Phonkhilai, Atta Mai Ma Panya Koet, Atta Hi Atta No NaTho Ton Pen Thiphueng Haeng Ton, Rap Phalang Buak Chat Rabiap Khwamkhith Pen Mit Kap Singwaetlom, Phuean Chuai Phuean Tueanchai Kan, Plian Khwamkhith Chiwit Plian, Phalang Chaima Phalang Kai Koet and last activities is Sung ayu Suk Chai Suk Panya. Upon testing the model, the experimental group showed significantly higher mean scores in mental health and happiness compared to before the experiment and the control group. The depression scores in the experimental group were also significantly lower compared to both their pre-test scores and the control group.

Keywords: Model Development, Mental Health Promotion, Depression, Elderly in Ang Thong Province

บทนำ

จากสถานการณ์ทั่วโลกโรคซึมเศร้ายังคงเป็นสาเหตุหลักของความพิการทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่ามีผู้ป่วยซึมเศร้ามากกว่า 280 ล้านคน ในปัจจุบัน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุในเอเชียและยุโรป ภาวะซึมเศร้าถือเป็นปัญหาสำคัญในด้านสาธารณสุข (World Health Organization, 2024) อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุประมาณ 10 - 20% ของผู้สูงอายุประสบภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง 3-5% ของผู้สูงอายุทั่วโลกมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ภาวะซึมเศร้ามักเกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง ความโดดเดี่ยวทางสังคม และการสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง (Our World in Data, 2024) โดยความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับอัตราการเสียชีวิตผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงที่สุด โดยเฉพาะในอัตรา 40 - 75 ต่อประชากร 100,000 คน ในประเทศที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เกาหลีใต้และสหรัฐอเมริกาในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้า 20% มีแนวโน้มฆ่าตัวตายอย่างรุนแรง (American Psychological Association, 2024)

สถานการณ์ในประเทศไทยโรคซึมเศร้ายังคงเป็นหนึ่งในปัญหาที่สร้างภาระโรคสูงสุดของประเทศ ข้อมูลล่าสุดชี้ให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในสถานพยาบาลเฉพาะทางมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี การศึกษาในชุมชนพบว่าอัตราภาวะซึมเศร้ารุนแรงในผู้สูงอายุอยู่ที่ประมาณ 1.5 (World Health Organization, 2024) มุมมองด้านสุขภาพระดับโลกเน้นย้ำว่าโลกกำลังก้าวเข้าสู่ยุคของสังคมผู้สูงอายุ โดยมีผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปกว่า 20% ที่มีแนวโน้มประสบปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า หากไม่ได้รับการรักษา ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอาจเรื้อรังและเกิดซ้ำ โดยอัตราการเปลี่ยนไปเป็นภาวะซึมเศร้าถาวรสูงถึง 40% ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (World Health Organization, 2024) ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและการแทรกแซงเชิงรุกในระดับชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทย การวินิจฉัยตั้งแต่เนิ่น ๆ และการเข้าถึงการรักษาอย่างครอบคลุมมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการลดผลกระทบของปัญหานี้ในอนาคต (American Psychological Association, 2024)

ในประเทศไทยโรคซึมเศร้า ก่อให้เกิดภาระโรคอันดับต้น (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548) จากอุบัติการณ์โรคซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุในชุมชนพบร้อยละ 1.5 (อารีรัตน์ สุพทุธิธาดา และคณะ, 2550) และจากสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุมารับบริการที่สถานบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตั้งแต่ ปีพ.ศ.2550 - 2552 มีจำนวนเพิ่มขึ้นดังนี้ 3,416 ราย , 3,562 ราย และ 3,663 ราย ตามลำดับ จะเห็น ได้ว่าจำนวนอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าที่เกิดในผู้ป่วยสูงอายุนั้นแนวโน้มสูงขึ้นก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพชีวิต ของผู้ป่วยสูงอายุได้ หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง ทำให้อาการซึมเศร้ามีความรุนแรงมีอัตรา เกิดซ้ำและเรื้อรังและเกิดสภาวะซึมเศร้าถาวรได้สูงถึงร้อยละ 40 (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุดซึ่งจะก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากมาย และจากการศึกษาของศูนย์สุขภาพชุมชน แห่งชาติ (National Center for Health) ของสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยสูงอายุเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงสุด อยู่ที่ 40 - 75 ราย ต่อ 100,000 คน เมื่อเทียบกับอัตราฆ่าตัวตายของประชากรทั้งหมด 115 คน ต่อ 100,000 คน (สมภพ เรืองตระกูล, 2552) ซึ่งในสหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยสูงอายุฆ่าตัวตายเป็นอัตราสูงสุด (Van Orden, K. A. et al., 2010) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กล่าวไว้ว่า โลกของเราปัจจุบันเป็นโรคของผู้สูงอายุเป็นสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประมาณการประชากรมากกว่า 300 ล้านคน หรือ 4% ของประชากรโลกที่ เป็นผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และในบรรดาผู้ที่เป้นโรคซึมเศร้าเสี่ยงฆ่าตัวตายสูงถึง 20.4% ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับในประเทศไทย โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดภาระโรคอันดับต้น (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548) จากสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เข้ารับบริการที่สถานบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจากปี พ.ศ. 2550 ถึงปี พ.ศ. 2552 มีจำนวน 3,416, 3,562 และ 3,663 ราย และโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน พบร้อยละ 1.5 (อารีรัตน์ สุพทุธิธาดา และคณะ, 2550) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุมีปริมาณมากขึ้น จากสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าทั้งของโลกและ ของประเทศไทย ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่ป้องกัน ได้จากพฤติกรรมและการปรับความคิดของตนเอง

จากสภาพปัญหาและความสำคัญดังกล่าว จึงสนใจที่จะศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการสร้าง เสริมสุขภาวะทางจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุจังหวัดอ่างทอง เพราะเห็นว่าการพัฒนารูปแบบการ สร้างเสริมสุขภาวะทางจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ มีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้อง ดำเนินการ เพราะการส่งเสริมภาวะสุขภาพจิต โดยใช้หลักธรรมะ และใช้หลักแนวคิดการปรับความคิดและ พฤติกรรม จะเป็น การดูแลสุขภาพจิต โดยมุ่งเน้นการป้องกัน โดยการปฏิบัติวิถีชีวิตประจำวันในขั้นพื้นฐานให้ ถูกต้อง และเหมาะสมจะเป็นมาตรการสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้า และเป็นแนวทางหนึ่งในการช่วยให้ ผู้สูงอายุเกิด ความสุข ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า ลดปัญหาการฆ่าตัวตายของประชากรในพื้นที่ โดยเฉพาะในจังหวัด อ่างทอง ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของประชากรวัยสูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เพื่อเข้าใจความแพร่หลาย และสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุประสบปัญหาภาวะซึมเศร้า รวมถึงปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีผลกระทบ เช่น สุขภาพกาย สภาพสังคม หรือปัจจัยจิตใจ
2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ โดยการประยุกต์ใช้วิธีการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อปรับปรุงสภาพจิตใจ
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบ ที่ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้า เพื่อดูผลกระทบ และประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ศึกษาระหว่างเดือน มกราคม 2566 ถึงเดือน ธันวาคม 2566 ในพื้นที่จังหวัดอ่างทอง ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยใน



มนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เลขที่ WTU 2565 - 0141 วันที่ 21 ธันวาคม 2565 รหัสโครงการ HE-WTU543055 มีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ โดยสามารถไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม หรือเข้าร่วม กิจกรรม ขอดอนตัว ในช่วงที่เก็บข้อมูล หรือช่วงดำเนินการกิจกรรมได้ ซึ่งขั้นตอนการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยเกี่ยวข้องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ดำเนินการในเดือนมิถุนายน 2566 เพื่อลดอคติในการเลือกตัวอย่าง คือความเียงเบนที่เกิดขึ้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างที่ถูกเลือกเข้ามาในการศึกษา หรือการวิจัยไม่สะท้อนลักษณะของประชากรทั้งหมดที่ควรจะต้องศึกษา หรือไม่เป็นตัวแทนที่เหมาะสมของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งทำให้ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยนั้นไม่สามารถนำไปใช้ได้กับกลุ่มที่ไม่ถูกเลือก หรือทำให้ผลลัพธ์มีความผิดพลาดจากความเียงเบน (Selection bias) โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ จาก ประชากร คือผู้เป็นกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดอ่างทอง 383 รายการกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของ Cohen, J. (Cohen, J., 1992) จากจำนวน 383 รายการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi - stage Sampling) โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) เลือก 1 อำเภอ อำเภอ ละ 3 ตำบล ตำบลละ 1 หมู่บ้าน แล้วเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive selection) ตามจำนวนประชากรแต่ละหมู่บ้าน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive selection) จากผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในชุมชน จำนวน 12 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) 2 คน เจ้าหน้าที่กอง สาธารณสุขเทศบาลเมือง 2 คน หัวหน้าชมรมผู้สูงอายุ 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน ญาติ/ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ 1 คน ผู้สูงอายุในพื้นที่ 5 คน เพื่อปรึกษาและเสนอแนวคิดเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ที่จะนำไปสู่ขั้นตอนการพัฒนา รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบและทดลองใช้ โดยการสร้างรูปแบบและประยุกต์แนวคิดของ Beck, A. T. เป็นแนวคิดทฤษฎีการคิดเชิงลบ (Beck's Cognitive Theory of Depression ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายในงานวิจัยทางจิตวิทยาและการปฏิบัติทางคลินิก ทฤษฎีนี้เชื่อว่าโรคซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นจากรูปแบบการคิดในทางลบและการบิดเบือนทางความคิด (cognitive distortions) โดยเชื่อว่าผู้ที่มีอาการซึมเศร้านั้นมักจะมองโลกในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง โลกภายนอก และอนาคต ซึ่งเรียกว่า "negative cognitive triad" การบิดเบือนความคิดเหล่านี้จะทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีความสามารถ และไร้ค่า (Beck, A. T., 1979) ในขั้นตอนการพัฒนาโดยใช้ข้อมูลและสถานการณ์และปัจจัยในระยะที่ 1 ร่วมกับแนวคิดของ Beck, A. T. และการจัดประชุม (A-I-C) เข้ามาเป็นส่วนร่วมในการสร้างแนวทางปฏิบัติ มาใช้ในการวางแผนพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุจังหวัดอ่างทองโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) เพื่อให้รูปแบบมีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยนำไปเสนอกับมีกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) จำนวน 12 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) 2 คน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข เทศบาลเมือง 2 คน หัวหน้าชมรมผู้สูงอายุ 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน ญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ผู้สูงอายุในพื้นที่ 5 คน จำนวน 12 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) 2 คน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขเทศบาลเมือง 2 คน หัวหน้าชมรมผู้สูงอายุ 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน ญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน และผู้สูงอายุในพื้นที่ 5 คน โดยจัดประชุม 1 ครั้งเพื่อให้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพ ในการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ การสร้างเสริมสุขภาพทางจิต สุขภาพ และป้องกันภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 9 กิจกรรมดังนี้ กิจกรรมที่ 1 ธรรมะ พาเพลิน เจริญสติกิจกรรมที่ 2 ปรับความคิดลบ เพื่อความผ่อนคลาย กิจกรรมที่ 3 เรียนรู้ อัดตาไม่มา ปัญญาเกิด กิจกรรมที่ 4 อัดตาดี อัดตาโน นาโถ ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน กิจกรรมที่ 5 รับพลังบวก จัดระเบียบ ความคิด เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ กิจกรรมที่ 6 เพื่อนช่วยเพื่อน เตือนใจกัน



กิจกรรมที่ 7 เปลี่ยนความคิด ชีวิตเปลี่ยน กิจกรรมที่ 8 พลังใจมา พลังกายเกิด กิจกรรมที่ 9 สูงอายุ สุขใจ สุขปัญญา ผู้วิจัยได้นำรูปแบบเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม ก่อนจะนำไปใช้ กับกลุ่มทดลอง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อทดลองประเมินความเข้าใจ ของเนื้อหาและ ความเหมาะสมของสื่อ อุปกรณ์ บางประเด็นที่ไม่เหมาะสม มาปรับปรุงให้ดีขึ้น โดยดำเนินการเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และติดตามผลอีก 4 สัปดาห์ ในการนำมาทดลองใช้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 70 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 35 คน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

ระยะที่ 3 โดยการนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 70 คน กลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คน ซึ่ง การทดลองใช้รูปแบบในระยนี้ เป็นลักษณะการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยกลุ่มทดลองได้รับแผนกิจกรรมต่าง ๆ ที่สร้างขึ้นตามรูปแบบ แผนกิจกรรมการเรียนรู้ 9 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่ได้รับแผนกิจกรรม แต่ได้รับกิจกรรมตามปกติของหน่วยงานที่รับผิดชอบ โดยให้ทั้ง 2 กลุ่มทำ Pre-test แบบสอบถามชุดเดียวกัน การประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประเมินรูปแบบฯ จำนวน 3 ครั้ง คือก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามหลังทดลอง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ของผู้สูงอายุ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสุขภาพจิต ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบวัดความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบวัดความสุขผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ

ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (IOC) ของเครื่องมือ มีค่าระหว่าง 0.71 - 1.00

สถิติที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล ได้นำข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามที่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ Pre - test และ Post - test ตอบสมบูรณ์แล้วมาวิเคราะห์ และนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทาง สถิติ โดยใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ประมวลผลข้อมูล เชิงปริมาณโดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนาและ ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) แล้วสรุป การค้นพบตามประเด็นที่ศึกษา จากการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการวิจัย โดยใช้สถิติ Paired Simple t-test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า

1. ผลการศึกษาศาณการณและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ และประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้วิธีการบำบัดความคิด และพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีผลการวิจัย ดังนี้ สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้มีการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 12 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) 2 คน เจ้าหน้าที่กอง สาธารณสุขเทศบาลเมือง 2 คน หัวหน้าชมรมผู้สูงอายุ 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน ญาติ/ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ 1 คน ผู้สูงอายุในพื้นที่ 5 คน ในระยะที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า ได้จากการสัมภาษณ์ประเด็นสถานการณ์ ปัญหา ได้มีการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 12 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (รพสต.) 2 คน เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุข

เทศบาลเมือง 2 คน หัวหน้าชมรมผู้สูงอายุ 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน ญาติ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ผู้สูงอายุในพื้นที่ 5 คน ในระยะที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 383 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.4 เพศชาย ร้อยละ 32.6 มีอายุ ระหว่าง 60 - 64 ปี มากที่สุด ร้อยละ 64.5 น้อยที่สุด มีอายุระหว่าง 70 - 74 ปี ร้อยละ 9.4 จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 78.3 และอุดมศึกษา/ปริญญาตรีหรือมากกว่า พบน้อยที่สุด ร้อยละ 3.9 ไม่มี บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 89.8 และมีบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกันร้อยละ 10.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 63.2 และมีการประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.8 มีรายได้เฉลี่ยประมาณ 3,001 - 5,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 48.6 และมีรายได้เฉลี่ยน้อยที่สุดช่วง 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 4.4 ซึ่งความเพียงพอของรายได้ไม่พอใช้ อยู่ที่ ร้อยละ 60.6 และพอใช้ อยู่ที่ ร้อยละ 39.4 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 82.2 และไม่มีโรคประจำตัวอยู่ที่ ร้อยละ 17.8 โดยปัญหาที่สำคัญมากที่สุด และมีความซับซ้อนของสาเหตุมากที่สุด คือ ปัญหาด้านความคิด และพฤติกรรมด้านลบต่อตนเอง อันเนื่องมาจากวัยที่มีอายุมากขึ้น ทักษะคิด ความคิด ความเชื่อ ความวิตกกังวล และการอยู่คนเดียวตามลำพัง มีผลต่อความคิดและพฤติกรรมด้านลบต่อตนเองของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อ การใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสอบถามด้านสุขภาพจิต พบว่าสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เกิดจากสาเหตุผู้สูงอายุเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายและไม่เห็นคุณค่าในตนเอง มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง ไม่ร่วมกิจกรรมทางสังคม ตัวอย่างคำตอบจะได้คำตอบดังนี้ เช่น “เครียดจัง หมาจะมาทำอะไรฉันอีก” “ปวดหัวจัง ขี้เกียจตอบคำถามหมา” “ลูกหลานก็ไม่อยู่ฉันอยู่คนเดียว มันไปหมดแล้ว ไม่กลับบ้าน” จากการสอบถามด้านความสุขสะท้อนให้เห็นถึงปัญหา สุขภาพจิตที่ไม่ดี และมีความสุขน้อย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลต่อการเกิดปัญหาภาวะซึมเศร้า ในรูปแบบที่พบว่า ความซึมเศร้ามีมาก ส่วนสุขภาพจิตและความสุขไม่ดี ไม่ว่าจะ เป็นเรื่องความคิดและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ กาอยู่ตามลำพัง การที่ไม่มีบุคคลให้พูดคุยด้วย รายได้ไม่เพียงพอทั้งหมดล้วนก่อให้เกิดปัญหาภาวะซึมเศร้า ทักษะคิดในเรื่องการไม่เห็นคุณค่าตนเอง เมื่ออายุมากขึ้นส่งผลให้เกิดปัญหาความคิดด้านลบต่อการมีชีวิตอยู่ตามลำพัง ลูกหลานไม่เห็นความสำคัญ ไม่มีใครพูดคุยเวลาเกิดปัญหา ทำให้เกิดปัญหาสะสม เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่ คิดว่าแก่แล้วไม่มีอะไรดี ทำให้เครียด เบื่อ หน่าย ซึมเศร้า ด้านสังคม ผู้สูงอายุจะไม่อยากทำกิจกรรมอย่างอื่น หรือร่วมกับคนอื่น อยากอยู่คนเดียว เนื่องจากจะพยายามหมกมุ่นเรื่องคิดถึงตนเองในแง่ลบ ด้อยคุณค่า คิดซ้ำไปซ้ำมา คร่ำครวญตลอดเวลา ใบหน้าเศร้าหมอง ไม่สดชื่น แยกตัวอยู่ตามลำพัง จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มกับผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้า ต้องการอยากแก้ปัญหาด้านความคิดและพฤติกรรม เพราะต้องประสบ ปัญหาท้อแท้ เบื่อหน่าย ปรารถนาต่อการใช้ชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก บางครั้งพบว่า ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ผู้วิจัย ตั้งคำถามในกลุ่มว่า หากเราเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมการคิดด้านลบ ให้เป็นการคิดบวก และปรับ พฤติกรรมให้อยู่กับความเป็นจริงจะดีหรือไม่ หลังจากผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์ ได้ฟังว่ามีความเป็นไปได้และตื่นเต้น ดีใจ ที่ได้ทราบว่ามียุทธวิธีในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับความคิดและพฤติกรรมทางลบ ให้ไปในทางที่ดีขึ้น ผู้วิจัย สังเกตสี หน้าของผู้เข้าร่วมสอบถาม หันไปพูดคุย พยักหน้า ยิ้มแย้มระหว่างพูดคุยปรึกษากัน และความมีส่วนร่วม ช่วยกันในการแสดงความคิดเห็นข้อเสนอแนะต่าง ๆ ผู้วิจัยจึงได้ข้อสรุปและตอบจุดมุ่งหมายการวิจัยที่ว่า เพื่อ ประเมินประเด็นปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความคิดและพฤติกรรมที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุ และสามารถนำไปเป็นประเด็นที่นำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบในการวิจัยระยะที่ 2 ต่อไป คือ ระยะ การพัฒนารูปแบบ เพื่อให้ครอบคลุมตรงประเด็นปัญหา มากที่สุด

2. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้ข้อมูล และสถานการณ์และปัจจัยในระยะที่ 1 ร่วมกับแนวคิดของ Beck, A. T. และการจัดประชุม (A-I-C) เข้ามาเป็นส่วนร่วมในการสร้างแนวทางปฏิบัติ และนำไปเสนอกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งหมด จำนวน 12 คน จำนวน 1 ครั้ง



เพื่อร่วมรับฟังแนวคิด ข้อเสนอแนะ ซึ่งขั้นตอนนี้นำการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีมารองรับด้วย ในการทำ แผนกิจกรรมอย่างละเอียด โดยมีชื่อแผน กิจกรรม, วัตถุประสงค์ของแผนกิจกรรม, วิธีดำเนินการ, วัสดุ อุปกรณ์, สถานที่, วัน เวลาที่จะดำเนินการ จึงได้แผนกิจกรรมของการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะ ทางจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 9 กิจกรรม และผลการทดลองใช้รูปแบบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 70 คน กลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 35 คนซึ่งการ ทดลองใช้รูปแบบในระยณะนี้เป็นลักษณะการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยกลุ่มทดลอง ได้รับแผนกิจกรรมต่าง ๆ ที่สร้างขึ้นตามรูปแบบ แผนกิจกรรมการเรียนรู้ 9 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่ได้รับแผนกิจกรรม แต่ได้รับกิจกรรมตามปกติของหน่วยงานที่รับผิดชอบ โดยให้ทั้ง 2 กลุ่มทำ Pre-test แบบสอบถาม ชุดเดียวกัน

3. ประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดย ประเมินผลทันทีหลังทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบ ในเรื่องการสร้างเสริม สุขภาวะทางจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอ่างทอง ซึ่งมีปัญหาในด้านต่าง ๆ ดังนี้

3.1 ปัญหาด้านสุขภาพจิต สามารถแสดงผลตามตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2 ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยด้านสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ย ด้านสุขภาพจิต	ก่อนการทดลอง ($\bar{X}$)	SD	หลังการทดลอง ($\bar{X}$)	SD	ค่า t-value	ค่า p-value
กลุ่มทดลอง	0.52	0.50	1.26	0.38	15.50	$P < 0.001$
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.26	0.38	1.29	0.33	0.74	0.46

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยด้านสุขภาพจิต ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = .52$, $SD = .50$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 1.26$, $SD = .38$) ไม่แตกต่างกัน และหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 1.26$, $SD = .38$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 1.29$, $SD = .33$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .74$, $P = .46$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิต กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ย ด้านสุขภาพจิต	ก่อนการทดลอง ($\bar{X}$)	SD	หลังการทดลอง ($\bar{X}$)	SD
กลุ่มทดลอง	0.52	0.50	1.58	0.59
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.26	0.38	1.29	0.33

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิต ของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = .52$, $SD = .50$) และหลังจากได้ร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แล้ว พบว่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 1.58$, $SD = .59$) สูงวก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 1.26$, $SD = .38$)

3.2 ปัญหาด้านความสุข สามารถแสดงผลตามตารางที่ 3 และ ตารางที่ 4



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนความสุขระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตาม

คะแนนความสุข	ก่อนการทดลอง ($\bar{X}$, SD)	หลังการทดลอง ($\bar{X}$, SD)	ค่า t-value	p-value
กลุ่มทดลอง	1.65, 0.66	1.70, 0.68	0.813	0.421
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.60, 0.63	1.62, 0.62	15.653	<0.001
ระยะติดตาม		1.76, 0.66	16.653	<0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความสุขก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 1.65$, SD = 0.66) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 1.60$, SD = 0.63) ไม่แตกต่างกัน และหลังการทดลอง และหลังการติดตาม คะแนนเฉลี่ยด้านความสุขระหว่างกลุ่มทดลองสูงขึ้น ($\bar{X} = 1.70$, SD = 0.68) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 1.62$, SD = 0.62) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .813$, $P = .421$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสุข กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง ($\bar{X}$, SD)	หลังการทดลอง ($\bar{X}$, SD)	ค่า t-value	p-value
กลุ่มทดลอง	1.65, 0.66	1.70, 0.68	0.813	0.421
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.60, 0.63	1.62, 0.62	15.653	<0.001

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยความสุขของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลองอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.65$, SD = 0.66) และกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.60$, SD = 0.63) และหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขสูงขึ้น ($\bar{X} = 1.70$, SD = 0.68) และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X} = 1.62$, SD = 0.62)

3.3 ปัญหาด้านภาวะซึมเศร้า สามารถแสดงผลตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปัญหาภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (จำนวน กลุ่มละ 35 คน)

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง ($\bar{X}$, SD)	หลังการทดลอง ($\bar{X}$, SD)	ค่า t-value	p-value
กลุ่มทดลอง	1.32, 0.34	0.48, 0.19	15.50	<0.01
กลุ่มเปรียบเทียบ	1.29, 0.33	1.26, 0.38	0.74	0.46

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า คะแนนเฉลี่ยปัญหาภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนทดลองอยู่ใน ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 1.32$, SD = 0.34) และหลังจากได้ร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แล้ว พบว่า คะแนนเฉลี่ย ปัญหาภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 0.48$, SD = 0.19) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยปัญหาภาวะซึมเศร้าระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.50$, $p < .01$) และคะแนนเฉลี่ยปัญหาภาวะซึมเศร้าของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง ($\bar{X} = 1.29$, SD = 0.33) และหลังทดลอง ($\bar{X} = 1.26$, SD = 0.38) อยู่ระดับปานกลาง และไม่แตกต่างกันทั้งก่อนทดลอง และหลังทดลอง

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. จากผลการศึกษาศาสนาการณและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ และประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพทางจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดย



ประยุกต์ใช้วิธีการบำบัดความคิด และพฤติกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถอภิปรายผลได้ว่าสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประเด็นสถานการณ์ปัญหา ข้อมูลส่วนบุคคลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ไม่มีบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยกัน และมีการประกอบอาชีพ มีรายได้เฉลี่ย ประมาณ 3,001- 5,000 บาท รายได้ไม่พอใช้อยู่และไม่มีโรคประจำตัวอยู่ที่ โดยปัญหาที่สำคัญมากที่สุด และมีความซับซ้อน ของสาเหตุมากที่สุด คือ ปัญหาด้านความคิดและพฤติกรรมด้านลบต่อตนเอง อันเนื่องมาจากวัยที่มีอายุมากขึ้น ทักษะคิด ความคิด ความเชื่อ ความวิตกกังวล และการอยู่คนเดียวตามลำพัง มีผลต่อความคิดและพฤติกรรม ด้านลบต่อตนเองของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

2. การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ข้อ 3 เพื่อประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมานั้น มี 3 ขั้นตอน คือ การสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต สุขภาพจิต และป้องกันภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 9 กิจกรรม ที่พัฒนารูปแบบมาจากแนวคิดของ Beck, A. T. และร่วมกับการจัดประชุม A-I-C และสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกับภาวะซึมเศร้าในระยะที่ 1 มาให้ที่ประชุมร่วมจัดทำแนวทางกิจกรรมใน การพัฒนารูปแบบในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ปัญหาด้าน สุขภาพจิต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองพบปัญหาด้านสุขภาพจิต ที่มีปัญหามากทั้ง 2 กลุ่ม คือ ปัญหาความไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ ซึ่งพบเป็นปัญหาที่ระดับมากทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ การเบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร อยากอยู่เฉย ๆ มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง พบว่ามีปัญหาที่ระดับปาน กลางทั้ง 2 กลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบ ส่วนใหญ่พบว่ามีปัญหาในระดับปานกลาง ระดับมาก ทั้ง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีความรู้สึกไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ เป็นปัญหาอยู่ทุกระดับมาก ทั้งในกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ในภาพรวมของกลุ่มทดลอง และกลุ่ม เปรียบเทียบ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถปรับและแก้ไขปัญหาได้แสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนความคิด ทักษะคิด วิธีคิด การหยุดความคิดอัตโนมัติทางลบ ทักษะคิดด้านลบ ต่อตนเองและผู้อื่น ปรับเปลี่ยนความคิด และพัฒนาความคิดใหม่ ที่มีเหตุผลมากกว่าเดิม สามารถช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิต และพฤติกรรมที่ เหมาะสมได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานข้อที่ 1 ที่ระบุว่า หลังการทดลอง ใช้รูปแบบการสร้าง เสริมสุขภาวะทางจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมี สุขภาวะทางจิต และความสุขสูงขึ้น กว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ปัญหาภาวะซึมเศร้า ในภาพรวม ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีการตอบแบบสอบถามที่มีคำตอบไปในด้านลบ ต่อตนเอง และผู้อื่น ทั้งสองกลุ่ม โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยจากการตอบแบบสอบถามด้านลบต่อความคิด และพฤติกรรมมากที่สุด คือ ด้านความไม่สบายใจ ซึมเศร้า และท้อแท้ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีคะแนนด้านลบ ต่อตนเองมากที่สุด ในกลุ่มทดลอง คือ ความไม่สบายใจ ความซึมเศร้า ท้อแท้มากที่สุด และในกลุ่มเปรียบเทียบ แนวคิดความไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ อาจมีผลอย่างรุนแรงต่อสุขภาพจิต ภายหลังกลุ่มทดลอง ใช้รูปแบบการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพ ทางจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มทดลองมีความคิด และพฤติกรรมที่ดีขึ้น คะแนนภาวะ ซึมเศร่าลดลง โดยมีผลคะแนนเฉลี่ย แนวคิดและพฤติกรรม ต่อภาวะซึมเศร้า ในด้านบวกทุกด้านแสดงให้เห็นว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในกลุ่มทดลองสามารถป้องกันได้ โดยใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่าหลังการทดลองใช้ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร่าลดลงกว่า ก่อนทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 หลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะ ทางจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเสร็จสิ้นและประเมินผลรูปแบบทันที

3. การประเมินผลรูปแบบ ที่ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้า เพื่อดูผลกระทบ และประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่ากลุ่มทดลอง

ก่อนทดลอง พบร้อยละ 88.2 และหลังการทดลองพบ ร้อยละ 7.5 แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ .01 และพบว่ากลุ่มทดลอง หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความสุขเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 92 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ซึ่งอภิปรายผลได้ว่า กลุ่มทดลองมีความสุขเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการศึกษานี้ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่กล่าวว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบและประเมินผล ท้นที่ พบว่ากลุ่มทดลองมีสุขภาวะทางจิต และความสุขสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ในขณะที่ภาวะซึมเศร้า ลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และระยะติดตาม 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย สุขภาวะทางจิต และความสุข สูงขึ้นไม่เปลี่ยนแปลง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าลดลง แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ 0.001 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 ผลที่ได้จากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เป็นวัยสูงอายุ ตอนต้น (60 - 64 ปี) เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา สอดคล้องตามลักษณะโครงสร้างของผู้สูงอายุไทย รวมถึงในเขตจังหวัดอ่างทอง ที่พบว่ามีประชากรสูงอายุหญิง มากกว่าชาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 มี คะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ซึ่งเป็นการศึกษาที่สอดคล้องกับหลายการศึกษา ทั้งในและต่างประเทศ ที่พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย และปานกลาง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ประเสริฐ อัสสันตชัย วิจัยเรื่อง รูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้อภิปรายไว้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง อาจ เกิดขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนที่เกี่ยวข้อง อารมณ์ ความคิด ความรู้สึก ที่เปลี่ยนแปลงไป และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างด้านอารมณ์ ที่เปลี่ยนไปเมื่อเข้าสู่วัย สูงอายุ ทำให้มีความเศร้า ความท้อแท้ มากขึ้น และโครงสร้างทางร่างกายที่เปลี่ยนแปลง ไปทำให้ปวดแสบ ปวดชา ไม่อยากทำอะไร ทำให้มีพฤติกรรมน้อยนิ่ง และปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความซึมเศร้า เช่น อยู่ใน สิ่งแวดล้อมเดิม ๆ ไม่ได้ออกไปไหน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น อยู่ในห้องแคบ ๆ อยู่ในห้องมืด ๆ ที่ไม่มี แสงแดดส่องถึง ไม่มีความใกล้ชิดธรรมชาติ รวมทั้งการมีโรคประจำตัว ที่รักษาไม่ประปรายเป็นประจํา ก็จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่สบายใจ เมื่อวันเวลาผ่านไปก็จะก่อให้เกิดเป็น ภาวะซึมเศร้า (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2561)

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องนี้ สรุปได้ว่า ผลการศึกษาศาสนาการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ข้อมูลส่วนบุคคลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60-64 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ไม่มีบุคคลที่ อาศัยอยู่ด้วยกัน และมีการประกอบอาชีพ มีรายได้เฉลี่ย ประมาณ 3,001-5,000 บาท รายได้ไม่พอใช้อยู่ และไม่มีโรคประจำตัวอยู่ที่ โดยปัญหาที่สำคัญมากที่สุด และมีความซับซ้อนของสาเหตุมากที่สุด คือ ปัญหา ด้านความคิดและพฤติกรรมด้านลบต่อตนเอง เนื่องจากวัยที่มีอายุมากขึ้น ทศนคติ ความคิด ความเชื่อ ความวิตกกังวล และการอยู่คนเดียวตามลำพัง มีผลต่อความคิดและพฤติกรรมด้านลบต่อตนเองของผู้สูงอายุ ส่งผล ต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมี นัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ และระดับการศึกษา การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาวะ ทางจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการ วางแผนแบบมีส่วนร่วมโดย กระบวนการ A-I-C (Appreciation Influence Control) และแนวคิดของ Beck, A. T. มาใช้ในการวางแผน พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุจังหวัด อ่างทองโดยการมีส่วนร่วม ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) เพื่อให้รูปแบบมี ประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยนำไปเสนอกับมีกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยจัด ประชุม 1 ครั้งเพื่อให้ได้รูปแบบที่มี ประสิทธิภาพในการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ การสร้างเสริมสุขภาพทางจิต สุขภาพ และป้องกันภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 9 กิจกรรม ผู้วิจัยได้นำรูปแบบ



เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมปรับปรุงให้ดีขึ้น ในการทดลองใช้ โดยได้นำรูปแบบไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง และกลุ่ม เปรียบเทียบ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ จากนั้น ประเมินผลการใช้รูปแบบ ด้านสุขภาพจิตและความสุข ภายหลัง กลุ่มทดลอง ใช้รูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพทางจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มทดลองมีความคิด และพฤติกรรมที่ดีขึ้น คะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลง โดยมีผลคะแนนเฉลี่ย แนวคิดและ พฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า ในด้านบวกทุกด้าน ($\bar{X} = 1.84$, $SD = 44$) แสดงให้เห็นว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในกลุ่มทดลองสามารถป้องกันได้โดยใช้ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุ พบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่าก่อนทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 2 หลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เสร็จสิ้นและ ประเมินผลรูปแบบทันที พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง พบร้อยละ 88.2 และหลัง การทดลองพบ ร้อยละ 7.5 แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($t = 16.37$, $p < .01$) และพบว่ากลุ่ม ทดลอง หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความสุขเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 92 ($\bar{X} = 10.55$, $SD = 3.10$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.77$, $p < .01$) ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองมีความสุขเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการศึกษานี้ยอมรับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่กล่าวว่า หลังการ ทดลองใช้รูปแบบและประเมินผลทันที พบว่ากลุ่มทดลองมีสุขภาพทางจิตและความสุขสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ในขณะที่ภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และระยะติดตาม 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพทางจิต และความสุข สูงขึ้นไม่เปลี่ยนแปลง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามลดลง ($\bar{X} = 1.70$, $SD = 0.68$) แตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($t = 15.653$, $p < 0.001$) จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้ 1) ผู้บริหารที่มีส่วนในการรับผิดชอบในการ สร้างเสริมสุขภาพทางจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ควรเพิ่มเติมนโยบายในการนำรูปแบบที่ พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพทางจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เพื่อที่จะส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ และดัดแปลงกิจกรรมต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับบริบทที่แตกต่างกัน โดยควรจัดให้มีกิจกรรมใน โรงพยาบาลทุกระดับ หรือกระทั่งในชุมชน หรือชนบท 2) หน่วยงานสาธารณสุขของจังหวัดอ่างทอง ให้ นำ วิจัยรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางจิต เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูง ไปใช้ในผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้ง ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมือง ชนบท ในผู้สูงอายุติดบ้าน ติดสังคม และผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้า เพื่อส่งเสริม การสร้างเสริมสุขภาพทางจิต ความสุข เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 3) หน่วยงานในสังกัด สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ควรที่จะนำผลการศึกษานี้ไปเสนอแนะให้พื้นที่ในเขตอำเภอเมืองและชุมชน ให้ มีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และการส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดีและมี ความสุขมากขึ้นในผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2548). ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2561). การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาเนื่องจากความชรา. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2552). จิตสังคมบำบัดในโรคทางจิตเวชและโรคทางกาย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ เรือนแก้วการพิมพ์.

- อารีรัตน์ สุพุทธิธาดา และคณะ. (2550). ความเครียด ภาระการดูแล และความต้องการการสนับสนุนของ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 12(1), 36-47.
- American Psychological Association. (2024). Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts. Retrieved December 4, 2024, from <https://www.apa.org/depression-guideline>
- Beck, A. T. (1979). Depression in later life : a dragnostie and therapeutie challenge. American Family Physician, 69(10), 2375-2382.
- Cohen, J. (1992). Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd ed.). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Our World in Data. (2024). How do researchers study the prevalence of mental illnesses? Retrieved December 4, 2024, from <https://ourworldindata.org/how-do-researchers-study-the-prevalence-of-mental-illnesses>
- Van Orden, K. A. et al. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. Psychological Review, 117(2), 575-600.
- World Health Organization. (2024). Depressive disorder (depression). Retrieved December 4, 2024, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>