



ผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

Effect of Empowerment, Social Support, and Valuation on Depression Prevention Among the Elderly in Phayu Subdistrict, Phayu District, Sisaket Province

(Received: September 22,2023 ; Revised: September 28,2023 ; Accepted: September 29,2023)

ประสิทธิ์ ชมชื่น^{1*}

Prasit Chomchuen*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 32 คน รวม 64 คน กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้สูงอายุตำบลโนนเพ็ก อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน 2566 ถึงวันที่ 15 กันยายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า การให้คุณค่าในตัวเอง และพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: การเสริมพลัง การให้คุณค่า แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of empowerment, social support, and valuation on depression prevention among the elderly in Phayu subdistrict, Phayu district, Sisaket province. The sample group was divided into two groups, with 32 people in each group, resulting in a total of 64 participants. The comparison group consisted of elderly individuals in Non Phek Subdistrict, Phayu District, Sisaket Province. The experimental group received the program for a period of 12 weeks, while the comparison group received normal care. Data were collected using questionnaires administered before and after the experiment. Data analysis was conducted between 15 June 2023 and 15 September 2023, using descriptive statistics, including percentages, means, standard deviations, medians, and 25th and 75th percentiles. The difference in mean scores of variables within the group was compared using the paired t-test, while the difference in mean scores among the groups was analyzed using the independent t-test. The significance level was set at 0.05. After the experiment, the mean scores for knowledge about depression, perceived risk of depression, perceived severity of depression, perceived benefits of preventing depression, and perceived barriers to preventing depression all showed significant increases in the experimental group compared to their scores before the experiment. Additionally, the levels of social support for preventing depression, self-esteem, and depression prevention behavior among the elderly in the experimental group were significantly higher than those in the comparison group. These differences were found to be statistically significant at the 0.05 level.

Keywords: Empowerment, Valuing, Social Support, Depression, Elderly

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

บทนำ

ประชากรสูงอายุของไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) คาดการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลกในปี ค.ศ. 2050 จะเพิ่มขึ้น 2 เท่าตัว โดยมีจำนวนกว่า 2,000 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรโลก และ ปี ค.ศ. 2100 ผู้สูงอายุทั่วโลกจะมีร้อยละ 30 ของประชากรโลก¹ อาจเพิ่มเป็น 8,000 ล้านคนในปีพุทธศักราช 2568 และอาจถึง 9,352 ล้านคนในปีพุทธศักราช 2593 ซึ่งจะเกิน 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด² ปี 2563 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุกว่า 10.7 ล้านคน (ร้อยละ 15.28) และในอีก 10 ปีข้างหน้า (2573) จะเพิ่มมากกว่า 2 เท่าตัว³ เมื่อก้าวสู่วัยผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางกาย จิต วิถีชีวิต ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ พฤติกรรมที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าที่แฝงอยู่ในตัว และจะถูกกระตุ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่เป็นวิกฤตของชีวิต⁴ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวตนเองมีภาวะซึมเศร้า แต่จะมาพบแพทย์ด้วยอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับหรือเห็นคุณค่าในตัวเองลดลง ซึ่งเป็นอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในวัยสูงอายุ⁵ องค์การอนามัยโลกพบสถิติการเกิดภาวะซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 322 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก⁶ การสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มวัยอื่นโดยพบได้มากถึงร้อยละ 10-13 และพบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.6 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วิธีการดำเนินชีวิต การพลัดพราก การสูญเสียความภาคภูมิใจในตัวเอง เกิดการปรับตัวในการดำรงชีวิตหลายอย่าง การเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดความเครียดวิตกกังวล ผิดหวังต่อตนเองรู้สึกไร้ค่า ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เมื่อมีความเสื่อมทางร่างกายจะเกิดการเจ็บป่วย เกิดการพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพมากขึ้น จนส่งผลกระทบต่อหลายด้าน เช่น การป่วยด้วยโรค

เรื้อรังเป็นภาระในการจัดการระบบสุขภาพและสังคมในทั่วโลก⁷ การคาดการณ์ขององค์การสหประชาชาติ โครงสร้างประชากรมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 80 และประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในระดับสมบูรณ์ และจากศึกษาขององค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่าโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงอันดับของโลกที่เป็นภาระจากอันดับ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับ 2 ในปี ค.ศ. 2020⁸ ด้านความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าขึ้นอยู่กับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เมื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำลงจะส่งผลให้เกิดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามากขึ้น และในทางกลับกันเมื่อความรุนแรงของโรคภาวะซึมเศร้าลดลงความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองก็จะมากขึ้น⁹ จากการวิจัยของ Kelley Orth et. Al. (2009)¹⁰ และคณะได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตัวเองกับภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้ที่เห็นคุณค่าในตัวเองต่ำก็จะมีเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูง องค์การอนามัยโลกได้อธิบายผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงที่สุดอาจทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย¹¹ เมื่อพิจารณาผลกระทบด้านจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Live with Disability: YLD) ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับที่ 1 ทั้งในเพศชายและเพศหญิงในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ทางด้านการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) และภาวะซึมเศร้าจัดเป็นสาเหตุอันดับที่หนึ่งในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและประเทศที่มีรายได้สูงคิดเป็นร้อยละ 5.1 และ 8.2 ตามลำดับ¹¹ ประเทศไทย ปัญหาภาวะซึมเศร่ายังคงเป็นภาระโรคที่สำคัญ ก่อความสูญเสียปีสุขภาวะเป็นอันดับที่ 1 ในเพศหญิงและอันดับที่ 9 ในเพศชาย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มโรคทางจิตเวชพบว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะสูงเป็นอันดับที่ 1 และจำนวนปีที่สูญเสียภาวะบกพร่องทางสุขภาพเป็นสาเหตุการสูญเสียอันดับที่ 1 ในเพศหญิงและอันดับที่ 2 ในเพศชาย ผู้สูงอายุไทย

พบภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะโรคอันดับที่ 10 ในเพศชายและอันดับที่ 5 ในเพศหญิง¹²

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางและรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่ามีการที่หลากหลายตามบริบทพื้นที่ของแต่ละพื้นที่ เช่น การให้คุณค่ากับผู้สูงอายุ การให้การยอมรับ การให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้าน การเปิดโอกาสให้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนตามปกติ การให้เกียรติ การให้โอกาสในการแสดงบทบาทต่าง ๆ ตามความเหมาะสม การจัดการด้านสุขภาพ การมีสุขภาพร่างกายที่ดี การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ และการจัดการด้านจิตใจและอารมณ์ความเครียด ซึ่งแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ เช่น การศึกษาของศิริณารอดเจริญ และคณะ (2562)¹³ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคซึมเศร้า ผลการวิจัย หลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่า ($p = 0.001$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะเศร้าต่ำกว่า ($p < 0.001$) ก่อนได้รับโปรแกรมอย่าง มีนัยสำคัญทางได้ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มากกว่า ($p < 0.001$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเพิ่มเศร้ากว่า ($p = 0.005$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุศรา สุขสวัสดิ์ (2560)¹⁴ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความหวัง และภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผลแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางให้ที่ระดับ 0.01 และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามมา 1 เดือน ต่ำกว่าก่อน การทดลองอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สุจิตรา สุขทวี และคณะ (2564)¹⁵ ศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเศร้า ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มทดลอง ($M = 90.90$, $SD = 6.42$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง ($M = 61.23$, $SD = 6.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 249.12 ($p < .001$) และ 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ($D = 29.66$, $SD = 8.00$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($D = 9.70$, $SD = 10.73$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.8$, $p < 0.001$) และ จิรภา วิลาวรรณ และคณะ (2565)¹⁶ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ผลการวิจัยพบว่า (1) ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลางและส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (2) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (3) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งในพื้นที่ตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ยังไม่มีการสร้างนวัตกรรมหรือโปรแกรมที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

สถานการณ์ผู้สูงอายุของตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่ามีประชากรทั้งสิ้น 3,918 คน มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปีโดยมีจำนวนผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2566 จำนวน 956 คน คิดเป็นร้อยละ 24.4 ของประชากรทั้งหมด พบผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 10.6 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งมีโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก โดยมีผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพทางกาย คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเจ็บป่วย และการขาดการเอาใจใส่ดูแล ส่วนมากจะ

มาจากปัญหาสุขภาพทางกายและจิตใจเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุพบว่าพบผู้สูงอายุมีภาวะเครียด ร้อยละ 10.2 วิตกกังวลเรื่องการอยู่อาศัยร้อยละ 34.0 มีภาวะเบื่อหน่ายร้อยละ 42.5 มีโอกาสฆ่าตัวตายและมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 1.8 ตามลำดับ¹⁷ จากปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและครอบครัว การเป็นภาระของสังคมและประเทศชาติ รวมถึงปัญหาภาวะซึมเศร้าตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบการยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจนที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้รู้ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องและนำไปใช้ในการวางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบ two group pretest – posttest design

ประชากรกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

ประชากร (populations) ได้แก่ ผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง (samples) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน ดังนั้น กลุ่มทดลอง คือ

ผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 32 คน กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้สูงอายุตำบลโนนเพ็ก อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ คือ โปรแกรมการสร้างความคุ้มค่าในตัวเองร่วมกับการเสริมพลังในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การแสดงบทบาทสมมติ และการเยี่ยมเสริมพลัง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นและประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ด้านละ 5 ข้อ จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ

ผลการทดสอบเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความ



เชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.88 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.84 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า 0.82 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.80 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.74 และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.80 ตามลำดับ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2023-106 ลงวันที่ 9 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.4 มีอายุเฉลี่ย 63.03 ปี (S.D. = 4.06 ปี) มีสถานภาพ

สมรส ร้อยละ 53.1 ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 59.4 มีมัธยฐานของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 8,500 บาท (P25 = 5,000 บาท : P75 = 11,000 บาท) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.9 และความสัมพันธ์ในครอบครัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.4 ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.2 มีอายุเฉลี่ย 63.06 ปี (S.D. = 3.76 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 40.6 มีมัธยฐานของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 7,000 บาท (P25 = 1,450 บาท : P75 = 14,000 บาท) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.8 และความสัมพันธ์ในครอบครัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0002) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.31 คะแนน (95% CI = 0.65-1.96) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	21.09	1.94	0.28	-0.58-1.14	0.64	0.518
กลุ่มเปรียบเทียบ	12.37	1.49				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	14.34	1.03	1.31	0.65-1.96	4.01	0.0002**
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.03	1.53				

**p-value<0.05

4. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการ

รับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.38 คะแนน (95% CI = 2.71-4.03) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	7.65	0.86	0.06	-0.36-0.48	0.29	0.770
กลุ่มเปรียบเทียบ	7.59	0.83				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	11.09	1.61	3.38	2.71-4.03	10.26	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	7.71	0.92				

** $p\text{-value} < 0.05$

5. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมี

ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.13 คะแนน (95% CI = 1.33-5.39) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	7.18	1.44	0.22	-0.47-0.90	0.63	0.528
กลุ่มเปรียบเทียบ	6.96	1.30				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	9.59	1.73	2.13	1.33-2.91	5.39	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	7.46	1.39				

** $p\text{-value} < 0.05$

6. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า

ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่ม

ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของกลุ่มเสี่ยง

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.22 คะแนน (95% CI = 1.59-2.84) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	8.46	0.62	0.43	-0.09-0.97	1.63	0.106
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.03	1.37				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	11.12	1.66	2.22	1.59-2.84	7.12	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.90	0.58				

** $p\text{-value} < 0.05$

7. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการ

ทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 1.94 คะแนน (95% CI = 1.64-2.22) รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	4.50	0.57	0.04	-0.25-0.31	0.22	0.826
กลุ่มเปรียบเทียบ	4.46	0.56				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	7.18	0.59	1.94	1.64-2.22	13.35	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	5.25	0.56				

** $p\text{-value} < 0.05$

8. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมี

ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้าของ

กลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.038) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการ

ป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้า สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.65 คะแนน (95% CI = 0.14-5.16) รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	15.43	3.37	1.28	-1.04-3.60	1.10	0.274
กลุ่มเปรียบเทียบ	16.71	5.64				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	19.40	3.45	2.65	0.14-5.16	2.11	0.038
กลุ่มเปรียบเทียบ	16.75	6.21				

**p-value<0.05

9. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการให้คุณค่าในตัวเองในการป้องกันภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลองก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการให้คุณค่าในตัวเองในการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการ

ให้คุณค่าในตัวเองในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของกลุ่มเสี่ยงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการให้คุณค่าในตัวเองในการป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 12.66 คะแนน (95% CI 10.66-14.64) รายละเอียดตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการให้คุณค่าในตัวเองในการป้องกันภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การให้คุณค่าในตัวเองในการป้องกันภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	11.40	4.07	0.40	-1.47-2.28	0.43	0.667
กลุ่มเปรียบเทียบ	11.00	3.40				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	22.31	4.68	12.66	10.66-14.64	12.71	<0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	9.65	3.11				

**p-value<0.05

10. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่ม

ทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่าง

กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value= 0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.41 คะแนน (95% CI = 1.80-7.01) รายละเอียดตามตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

พฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า	Mean	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	45.37	4.94	1.84	-0.73-4.42	1.42	0.158
กลุ่มเปรียบเทียบ	43.53	5.36				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	48.75	5.18	4.41	1.80-7.01	3.38	0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	44.34	5.24				

** p -value<0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า การให้คุณค่าในตัวเอง และพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากผู้วิจัยสร้างโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษจากการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาเอกสารอย่างเป็นระบบ ที่ประกอบด้วยเนื้อหาการสร้างองค์ความรู้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การทำกลุ่มเพื่อการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า

ของผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพูดคุยซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อสร้างการเรียนรู้ที่ถูกต้อง สร้างเครือข่ายในการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะซึมเศร้าในทุกมิติจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ สอดคล้องกับการศึกษาของของศิรินยา รอดเจริญ และคณะ (2562)¹³ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคซึมเศร้า ผลการวิจัย หลังได้รับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่า (p = 0.001) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่า (p < 0.001) ก่อนได้รับโปรแกรมอย่าง มีนัยสำคัญทางได้ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มากกว่า (p < 0.001) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเพิ่มเติรมากกว่า (p =0.005) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุศรา สุขสวัสดิ์ (2560)¹⁴ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความหวังและภาวะซึมเศร้าใน

ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผล แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความหวังหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามมา 1 เดือน ต่ำกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สุธิตรา สุขทวี และคณะ (2564)¹⁵ ศึกษาผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะเศร้า ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มทดลอง ($M = 90.90$, $SD=6.42$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการระลึกถึงความหลัง ($M = 61.23$, $SD = 6.41$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 249.12 ($p < .001$) และ 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ($D = 29.66$, $SD = 8.00$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($D = 9.70$, $SD=10.73$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.8$, $p < 0.001$) และ จิรภา วิลารวรรณ และคณะ (2565)¹⁶ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ผลการวิจัยพบว่า (1) ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง และส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (2) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (3) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วม

ร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ ขยายพื้นที่ให้ครอบคลุมทั้งพื้นที่อำเภอพยุห์ หรือขยายผลไปในพื้นที่อื่น หรือประยุกต์ใช้กับปัญหาอื่น ๆ ที่เกิดในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเปรียบเทียบกับโปรแกรมอื่นเพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพื่อเลือกวิธีการที่เกิดประสิทธิผลสูงสุด
2. ควรศึกษาหารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความเหมาะสมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ แบบมีส่วนร่วม ผสมผสาน และให้ทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ที่มี
3. ควรทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อจะรู้ถึงแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุว่ามี นวัตกรรมอะไรบ้าง หรือมีโปรแกรมใดที่มีประสิทธิผล มีแนวทางใดที่ใช้ได้ผลหรือไม่ได้ผลอย่างไร และหาแนวทางสร้างนวัตกรรม หรือ วิธีการใหม่ ๆ ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลพยุห์ อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. (2018). World population prospects the 2017 revision volume I: Comprehensive tables. Retrieved from <http://www.un.org/en/development/desa/population>
2. ไพโรจน์ วงศ์วุฒิวัฒน์. (2561). สังคมผู้สูงอายุ: เราจะเตรียมรับมือกันอย่างไร. [ออนไลน์]. สืบค้นวันที่ 10 มีนาคม 2564), แหล่งสืบค้น http://www.bangkokbank.com/download/EX_Aging_Society_TH.pdf



- 3.Wongpoom, T., Sukying C., & Udomsubpayakul, U. (2011). Prevalence of depression among the elderly in Chiang Mai province. *Psychiatr Assoc Thailand*, 56(2), 103-116.
- 4.Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- 5.Srisaenpang P. (2018). Depression in older persons: Comprehensive nursing. *Nursing Science and Health*, 41(1), 129-140.
- 6.World Health Organization. Depression Definition WHO.Retrieved July 2018 from <http://www.who.int/topict/depression/en>; 2017.
- 7.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.
- 8.World Health Organization. Depression Definition WHO. Retrieved July 2018 from <http://www.who.int/topict/depression/en>; 2015.
- 9.Beck AT. Depression: Clinic, experimental and theoretical aspects. New York: Hoeber Medical Division; 1967.
- 10.Kelley Orth U, Robins RW, Trzesniewski KH, Maes J. Schmitt M. Low self-esteem is a psucho. 2009; 118(3): 472-8.
- 11.World Health Organization. Depression Definition WHO. Retrieved July 2018 from <http://www.who.int/topict/depression/en>; 2018.
- 12.วิชัย เอกพลการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ฉบับ "สุขภาพเด็ก พ.ศ. 2551-52, นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2551.
- 13.ศิรินยา รอดเจริญ และคณะ. (2562) ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ต่อความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลศาสตร์*.
- 14.บุศรา สุขสวัสดิ์ และคณะ. (2560). ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวัง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ปีที่ 25 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2560*.
- 15.สุจิตรา สุขทวี และคณะ. (2564) ผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อความเข้มแข็งทางใจ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะเศร้า. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(1), 235-243.
- 16.จิรภา วิลาวรรณ และคณะ. (2565). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2565*.
- 17.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพยุห์. (2566). *สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2566*.