

การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี The Mental Health Promotion Development of the Elderly in the Community, Tron District, Uttaradit Province.

(Received: June 25,2024 ; Revised: June 26,2024 ; Accepted: June 27,2024)

พีรสันต์ ปั่นทอง¹
Peerasan Pankong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ประกอบด้วย Care manager, Care giver, ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข, ผู้นำชุมชน, และเจ้าหน้าที่จากเทศบาล, พมจ. และกศน. 5 คน ระยะเวลาดำเนินการเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก เวทีประชาคม เสวนากลุ่มย่อย การสังเกต และการถอดบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสถิติเชิงพรรณนา พบว่า แบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างความรู้โรคซึมเศร้าและการส่งเสริมสุขภาพจิต 2) บทบาทหน้าที่ของเครือข่ายแกนนำ 3) การค้นหา/คัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และ 4) การส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อนำรูปแบบไปทดลองใช้พบว่า หลังการทดลอง 1) กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) 2) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าจากเครือข่ายแกนนำเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 64.2 เป็นร้อยละ 92.5 3) ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้นจาก ร้อยละ 42.1 เป็นร้อยละ 90.5
คำสำคัญ: การพัฒนาแบบ, การสร้างเสริมสุขภาพจิต, กระบวนการมีส่วนร่วม, ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

This research is participatory action research. To develop a model for promoting mental health of the elderly in the community in Tron District, Uttaradit Province. The sample group consisted of 30 people, consisting of Care managers, Care givers, representatives of public health volunteers, community leaders, and 5 officials from the municipality, PMO, and NFE. The implementation period was December 2023 to May 2023. 20134 used in-depth interviews, community forums, small group discussions, observations, and lessons learned. Data were analyzed using content analysis and descriptive statistics. It was found that the model for promoting mental health in the community in Tron District, Uttaradit Province consisted of 1) enhancing knowledge about depression and promoting mental health, 2) roles and responsibilities of the core network. Leading 3) finding/screening elderly people with depression and 4) referring elderly people with depression. When the model was put to trial, it was found that after the experiment 1) the sample group's participation in monitoring depression among people in the area increased significantly ($p < 0.001$) 2) the elderly at risk group Receiving depression screening from the leading network increased from 64.2 percent to 92.5 percent. 3) Elderly people with depression accessed services increased from 42.1 percent to 90.5 percent.

KEYWORDS: Model Development, Mental Health Promotion, Participatory Process, Community

บทนำ

ภาวะซึมเศร้ามักเป็นปัญหาในผู้สูงอายุที่หลายคนมองข้าม เพราะไม่มีโรคที่แสดงออกทาง

¹ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรอน นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ร่างกาย อย่างชัดเจน หากปล่อยไว้นานก็อาจนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้ และอาจส่งผลกระทบต่อความสุขในการดำรงชีวิตอยู่ได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องสังเกตอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผ่านวิธีการสังเกตได้ 8 วิธี คือ กินอาหารน้อย เบื่อหน่าย ไม่อยากไปไหน รู้สึกไร้ค่า นอนไม่หลับ หงุดหงิด ฉุนเฉียว บ่นไม่สบาย ทั้งที่ปกติและพูดคุยน้อย¹ ซึ่งภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 30 ที่จะพบเจอในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ถือเป็นเรื่องที่ไม่ควรมองข้ามเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด² แม้ว่าภาครัฐบาลไทยมีการออกแบบแผนหรือกฎหมายสิทธิต่าง ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่เป็นเพียงมาตรการหนึ่งที่ตีกรอบไว้เพื่อให้สิทธิของผู้สูงอายุยังคงอยู่เพียงเท่านั้น ซึ่งอาจแตกต่างจากสภาพความเป็นจริงที่ยังกลายเป็นปัญหาที่ถูกมองข้าม³ จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมาก รองลงมา คือ ระดับความสัมพันธ์ทางสังคมและระดับน้อยที่สุดคือ ด้านจิตใจ⁴ อย่างไรก็ตามกรมสุขภาพจิตจัดทำแผนโครงการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจผู้สูงวัยในชุมชน เพื่อต้องการให้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงตนเองได้มีความรู้ในการสร้างสุขและเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุตอนปลาย ต้องการให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและญาติผู้ดูแลได้รับการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า ดูแลช่วยเหลือทางสังคมและการสร้างพลังใจ เพื่อให้มีระบบการดูแลสุขภาพจิตใจผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงรวมถึง พัฒนาเทคโนโลยีนวัตกรรมเสริมสร้างสุขภาวะทางใจในวัยสูงอายุและ พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายให้มีความเข้มแข็งยั่งยืนต่อการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน¹และในแผนรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2562² จัดทำโครงการสร้างสุขภาวะทางใจเพื่อเป็นผู้สูงวัยที่มีคุณค่าและความสุข รวมถึงโครงการการพัฒนาสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุไทย แสดงให้เห็นถึงความสำคัญต่อการดูแลด้านสุขภาพทางร่างกายและสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุให้เกิดความเข้มแข็งโดยผู้สูงอายุ ครอบครัวของผู้สูงอายุ รวมทั้ง การ

สนับสนุนทางสังคมรูปแบบต่าง ๆ ที่พร้อมช่วยเหลือเพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เนื่องจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสามารถเกิดขึ้นได้จากทั้งปัจจัยจิตสังคม ได้แก่ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ความผาสุกทางจิตวิญญาณ ความพึงพอใจในชีวิต และทัศนคติต่อความตาย ซึ่งเป็นเรื่องของการเห็นคุณค่าในตนเอง ความสุขทางจิตใจ ความพึงพอใจในชีวิตของตนเองหรือความคิดมูมมองต่อความตายในห้วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ดังผลการศึกษาที่ของพัชญา คชศิริพงศ์⁵ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการเห็นคุณค่าตนเองต่ำหรือปานกลาง เป็นผู้ที่ไม่มีรายได้จากแหล่งอื่นและพักอยู่ในอาคารสามัญ และมีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีรายได้ ไม่มีคุณค่าทัดเทียมกับผู้อื่น ไม่สามารถเลี้ยงชีพได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาสถานสงเคราะห์ในการดำรงชีวิต ทำให้เกิดความรู้สึกในการมองตนเองในแง่ลบและพบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำมีคะแนนแสดงถึงภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล ดังนั้น การพัฒนาความรู้สึกยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าในตนเองจึงเป็นประเด็นสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพื่อให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า เกิดความภูมิใจในตนเองมากยิ่งขึ้นและในส่วนของความผาสุกทางจิตวิญญาณ นอกจากนี้ การสนับสนุนรายได้และการทำงาน จากการศึกษาของศิริราโพ สุวัฒนคุปต์ และบุรณี กาญจนถวัลย์⁶ ได้อธิบายว่า ปัจจัยการไม่มีรายได้เป็นประจำของผู้สูงอายุ ซึ่งรายได้มีนั้นมาจากเงินเดือน เงินที่ลูกหลานส่งมาให้ หรือเงินที่รับจากการบริจาค ถ้าหากไม่ได้รับเป็นประจำทุกเดือนนั้นจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ประจำเป็นของตนเอง และยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ เนื่องจากจะมีความวิตกกังวลทุกชั่วอนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ไม่มีอิสระในการใช้จ่าย ทำให้สูญเสียความมั่นคง ขาดหลักประกันในชีวิต และทำให้รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าเป็นภาระให้แก่ครอบครัวและสังคม ไม่มีความสุขในการใช้ชีวิต จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด

จากข้อมูลผู้สูงอายุอำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข โดยอาสาสมัครสาธารณสุขทำหน้าที่คัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชนด้วยเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q เมื่อพบผลเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจะส่งข้อมูลมาให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบด้านการดูแลผู้สูงอายุของโรงพยาบาลตรอนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการคัดกรองด้วย 9Q และ 8Q เมื่อพบว่า คะแนน 9Q มากกว่า 7 คะแนนจะส่งมาเพื่อเข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลตรอน เพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาต่อนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยประยุกต์ใช้วงจรพัฒนาคุณภาพมาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน ขั้นปฏิบัติการ ขั้นติดตามและประเมินผล และขั้นการปรับปรุง โดยพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัครเยี่ยมบ้านและแกนนำในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน เนื่องจากปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ มีผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ผลที่ได้จากการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อเท็จจริงอย่างครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน และการมีหลักประกันใน การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและภาคีเครือข่าย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เครือข่ายแกนนำชุมชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านแก่ง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ ตัวแทนภาคีหลัก 3 ส่วน จำนวน 30 คน ได้แก่ Care manager 5 คน, Care giver 5 คน, ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข 12 คน, ผู้นำชุมชน 3 คน, และเจ้าหน้าที่จากเทศบาล , พมจ. และกศน. 5 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) เป็นผู้นำชุมชนหรือแกนนำชุมชน อาศัยอยู่หมู่บ้าน พื้นที่ตำบลบ้านแก่ง อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ ประกอบด้วย มีประสบการณ์การปฏิบัติงานตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป การศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับประถมศึกษาชั้นปีที่หก มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ อ่านออกเขียนได้ ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิดและการถามตอบคำถามและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการวิจัย 2) เป็นทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่โรงพยาบาลตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ ประกอบด้วย ทำหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลตรอนและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการวิจัย เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมหรือไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยจนจบ กระบวนการวิจัย

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการระหว่าง

วันที่ 1 เดือน ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 30 เดือน กันยายน 2566 โดยได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q ที่มีค่าคะแนนมากกว่า 7 มารับบริการรักษาที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลตรอนและมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตรับผิดชอบของอำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติประกอบด้วย อายุมากกว่า 60 ปี การประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q มากกว่า 7 คะแนน มีการรับรู้ดี สามารถสื่อสารอ่านและเขียนภาษาไทยได้และยินดีให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามสภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับ การศึกษา ตำแหน่งในหน้าที่ ประสบการณ์ทำงานในการทำงาน อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

1.2 แบบสอบถามสภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการเฝ้าระวังภาวะ แบ่งออกเป็น 4 ด้านๆ ละ 5 ข้อคำถาม คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยแต่ละด้านแบ่งระดับการมีส่วนร่วมออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน)

1.3 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น ลักษณะข้อคำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้ ข้อสรุป และแนวทางเลือกของการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และ อุปสรรค การมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า และสร้างการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ (1) ด้านองค์ความรู้ในโรคซึมเศร้า (2) ด้านการรับรู้

บทบาทหน้าที่ (3) ด้านคัดกรองและเฝ้าระวัง (4) ด้านการสื่อสารและส่งต่อ

2. แบบบันทึกข้อมูลผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ เป็นแบบสรุปผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต(2557) โดยสอบถามอาการในช่วง 2 สัปดาห์วันที่ผ่านมา แต่ละคำถามมีช่องให้เลือกตอบ จำนวน 4 ช่อง ได้แก่ ไม่มีเลย (0 วัน) นานๆ ครั้ง (1-7 วัน) บ่อยครั้ง (8-13 วัน) และเป็นประจำ (ทุกวันหรือ 14 วัน) โดยกำหนดให้แต่ละคำตอบมีค่าคะแนน ดังนี้ ถ้าตอบว่า “ไม่มีเลย” ได้ 0 คะแนน ถ้าตอบว่า “นาน ๆ ครั้ง (1-7 วัน)” ได้ 1 คะแนน ถ้าตอบว่า “บ่อยครั้ง (8-13 วัน)” ได้ 2 คะแนน ถ้าตอบว่า “เป็นประจำ (ทุกวันหรือ 14 วัน)” ได้ 3 คะแนน แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (9Q) มีคะแนนเต็มอยู่ที่ 27 คะแนน ซึ่งหลังจากที่มีการเก็บรวบรวมและ วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนระดับภาวะซึมเศร้าแล้ว สามารถแบ่งระดับออกเป็น 4 ระดับ (กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข, 2557) ได้แก่ มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก (< 7 คะแนน) มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน) มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (≥ 19 คะแนน)

3. แบบสอบถามปัจจัยจิตสังคม การรับรู้และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

3.1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะของผู้สูงอายุ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว อาชีพ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย รายได้ต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้

3.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุ จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย การเห็นคุณค่าในตนเอง ความไม่มีความสุขทางจิตวิญญาณ ความไม่พึงพอใจในชีวิต และทัศนคติเชิงลบต่อความตาย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่รู้สึกเช่นนั้นเลย (1

คะแนน) รู้สึกเช่นนั้นน้อยมาก (2 คะแนน) รู้สึกเป็นบางครั้ง (3 คะแนน) รู้สึกบ่อยครั้ง (4 คะแนน) รู้สึกตลอดเวลา (5 คะแนน)

3.3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยการรับรู้ต่อตนเองของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ได้นำมาพัฒนาต่อซึ่งสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดการรับรู้ต่อตนเองโดยผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนแบบสอบถามได้แก่ การรับรู้ว่าจะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร การรับรู้ว่าจะไม่สามารถดูแลสุขภาพ และการรับรู้ว่าจะขาดการช่วยเหลือจากครอบครัว โดยลักษณะการตอบแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า โดยให้เลือกตอบตามความรู้สึกของผู้ตอบ ประกอบด้วย คำถามจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีให้เลือกตอบตั้งแต่ไม่เป็นความจริง (1 คะแนน) จริงเล็กน้อย (2 คะแนน) จริงพอสมควร (3 คะแนน) และจริงมากที่สุด (4 คะแนน)

3.4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ที่พัฒนาปรับเปลี่ยนแบบสอบถามวิจัยของมูจรินทร์ พุทธิเมตตี⁷ ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการแพทย์ การไม่ได้รับการสนับสนุนการบริการการศึกษา และการไม่ได้รับการสนับสนุนรายได้และการทำงาน โดยลักษณะการตอบแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า โดยให้เลือกตอบตามความรู้สึกของผู้ตอบ จำนวน 23 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีให้เลือกตอบตั้งแต่ไม่เคยได้รับการสนับสนุนเลย (1 คะแนน), ได้รับการสนับสนุนนาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) ได้รับการสนับสนุนเป็นบางครั้ง (3 คะแนน) ได้รับการสนับสนุนบ่อยครั้ง (4 คะแนน) และได้รับการสนับสนุนเป็นประจำ (5 คะแนน)

3.5 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเป็นแบบสอบถามผู้ป่วย Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ของ มาโนช หล่อตระกูล⁸ และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

รามธิบดี ซึ่งเป็นแบบประเมินระดับภาวะซึมเศร้าในขั้นต้น ประกอบไปด้วยคำถาม 9 ข้อ โดยมาจากข้อต่าง ๆ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้าใน DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth edition) โดยเกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) ได้แก่ ไม่มีเลย (0 คะแนน) มีบางวัน (1 คะแนน) มีค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) มีเกือบทุกวัน (3 คะแนน) คะแนนรวมของคำตอบจากแบบการประเมิน โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 – 27 คะแนน จากการศึกษาผู้ป่วยไทย โดย ศ.นพ. มาโนช หล่อตระกูล และคณะ ในปี พ.ศ. 2551 และพบว่าผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 9 ขึ้นไปถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research)) แบบแผนหลายระยะหรือหลายช่วง (multi-phase design) เพื่อการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning = P) 2) การดำเนินกิจกรรมตามแผน (Action; A) 3) การรวบรวมข้อมูล (Observation; O) และ 4) การทบทวนใคร่ครวญหรือไตร่ตรอง (Reflection; R) โดยใช้แนวคิดแนวคิดทฤษฎีของโคเฮนและอัฟ โอฟฟ์ (Cohen and Uphoff, 1980) ในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 - พฤษภาคม 2567 กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) ดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาสภาพปัญหาของการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ทบทวนแนวทางรูปแบบเดิมในการเฝ้าระวังวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่ผ่านมา โดยการศึกษาทบทวน ประวัติการเจ็บป่วยและการเข้าสู่ระบบการรักษาของกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 3 ราย และผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 2 ราย โดยเน้นศึกษาด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่

2. วางแผนการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี ตามแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัทโฮฟฟ์⁹ ประกอบด้วย (1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างร่วมในการกำหนดนโยบายและกลุ่มเป้าหมาย การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ จากนั้นร่วมการวางแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน (2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยพิจารณาว่าใครจะทำประโยชน์โดยวิธีใดบ้าง เช่น การกำหนดบทบาทหน้าที่ การสนับสนุนทรัพยากร การบริหารงาน รวมทั้งการประสานงานและขอความช่วยเหลือ (3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์โดยร่วมกันวิเคราะห์ การมีระบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชนที่ดี ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพจะเป็นอย่างไรบ้าง ทั้งต่อตัวบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงหากไม่มีระบบการเฝ้าระวังที่ดี ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นทางบวกและทางลบเป็นอย่างไรบ้าง (4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยร่วมกันวางแผน ติดตาม ประเมินผล โดยคำนึงถึงความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectations) ของผู้สูงอายุ

3. การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมประชุมเพื่อวิเคราะห์ สถานการณ์ ปัญหา และ อุปสรรค การมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำเฝ้าระวังภาวะ

ซึมเศร้า 4 ประเด็น ได้แก่ องค์ความรู้ในโรคซึมเศร้า การรับรู้บทบาทหน้าที่ การคัดกรองและการส่งต่อ

4. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรธานี โดยนำประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) มากำหนดรูปแบบและแนวทางการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ ตามแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัทโฮฟฟ์ทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ขั้นตอนนี้ได้ร่วมกันกำหนดรูปแบบการแนวทางการติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานที่ชัดเจน

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เครือข่ายแกนนำลงมือปฏิบัติการตามแนวทางรูปแบบใหม่ที่ได้พัฒนาขึ้น ในด้านการเฝ้าระวังคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยง การสื่อสารส่งต่อผู้มีภาวะซึมเศร้าเข้าสู่ระบบการรักษา ใน ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ดังนี้

1. การจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การกำหนดบทบาทหน้าที่สร้างความเข้าใจในรูปแบบการติดต่อสื่อสาร การส่งต่อ การ รักษา และการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยใช้ระยะเวลาในการอบรม จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ความรู้โรคซึมเศร้า โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหาของโรคซึมเศร้าและการส่งเสริมสุขภาพจิต รวมทั้งเสริมสร้างเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าทั้งสาเหตุ อาการและอาการแสดง การเฝ้าระวังป้องกันการดูแลรักษาโรคซึมเศร้า

ครั้งที่ 2 การทบทวนบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการส่งเสริมบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของเครือข่ายแกนนำ

รวมทั้งการทบทวน วิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของแกนนำเครือข่ายที่ผ่านมา ได้นำกรณีศึกษาผู้มีภาวะซึมเศร้ามาทบทวนแนวทาง บทบาทหน้าที่ การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ และร่วมกันวิเคราะห์ และกำหนดบทบาทหน้าที่ของตนเองในการเฝ้าระวัง คัดกรองค้นหาและการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน

ครั้งที่ 3 การค้นหา/คัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยชี้แจงแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ฝึกการใช้แบบคัดกรอง ฝึกการใช้คำถามเพื่อประเมินอาการ รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม

ครั้งที่ 4 การส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสู่ระบบการรักษาและได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยร่วมกันกำหนดช่องทางในการติดต่อสื่อสารและแนวทางการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน

ครั้งที่ 5 การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้สามารถส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า สู่ระบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและได้รับการรักษา โดยร่วมกันกำหนดช่องทางในการติดต่อสื่อสารและแนวทางการส่งต่อผู้มีภาวะซึมเศร้า

2. กำหนดบทบาทและความรับผิดชอบในรูปแบบการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ประธานผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพ

3. การปฏิบัติการเฝ้าระวังคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนตามที่ได้รับมอบหมาย

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการประเมินผลและสังเกตการณ์ ของการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตามสังเกตการปฏิบัติการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของเครือข่ายแกนนำในชุมชนตามบทบาทหน้าที่และ

กลุ่มประชากรเป้าหมายที่รับผิดชอบ โดยลงไปติดตามและร่วมสังเกตการณ์ใช้แบบคัดกรอง และการฝึกทักษะการคัดกรอง เช่น การลงเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ร่วมกับประธานผู้สูงอายุในชุมชน การลงไปเยี่ยมผู้ป่วยติดสุราเรื้อรัง ร่วมกับผู้นำชุมชน เป็นต้น

4. การสะท้อนกลับ (Reflection) ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจัดการประชุมติดตามประเมินผลการคัดกรอง เป็น รายเดือน แบ่งกลุ่มประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสะท้อนข้อมูลถึงการปฏิบัติการคัดกรอง เฝ้าระวังและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำตามที่วางแผนไว้ ตลอดจนการวิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการ ปฏิบัติงาน รวมทั้งประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่

วิธีดำเนินการวิจัย

1. การประสานกลุ่มตัวอย่างวิจัยงานเพื่อขออนุญาต เก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือถึงเครือข่าย แกนนำในชุมชนและทีมสหวิชาชีพผู้เกี่ยวข้อง

2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวเองและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบถึงวัตถุประสงค์ของ การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวม ข้อมูล กิจกรรมที่ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมในงานวิจัย

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสอบถาม ความสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างว่ามีสิทธิ์ที่จะ เข้าร่วมวิจัยหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็น ความลับ หากกลุ่มตัวอย่างมีความยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่ม ตัวอย่างลงนามในใบยินยอมของ ประชากรตัวอย่างในการวิจัย

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย รวบรวม ข้อมูลส่วนบุคคล การ ทำแบบประเมินต่างๆ ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบ และเริ่มดำเนินการวิจัยตาม รูปแบบ โดยใช้เวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม 2567 – พฤษภาคม 2567

5. เก็บบันทึกข้อมูลตาม แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล ก่อนและหลังการวิจัยครบ 5 เดือน นำ ข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา เพื่อทดสอบสมมติฐานและรายงานผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง⁸ ข้อมูลผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และข้อมูลการเข้าถึงบริการ รักษาของผู้มีภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่และข้อมูลความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ก่อน และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติที่ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยเรื่องนี้เสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์เพื่อขออนุมัติการวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบาย ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย ผู้วิจัยได้แจ้งกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับการเก็บชื่อผู้ให้ข้อมูลเป็นความลับ และนำเสนอผลวิจัยในภาพรวม ข้อมูลจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงจะให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาของการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า (1) การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ สมาชิกในครอบครัวขาดการสังเกตอาการผิดปกติ จำนวน 2 ราย ทั้งที่ผู้ป่วยเริ่มมีสัญญาณเตือนเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายส่วนกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าสมาชิกครอบครัวสังเกตอาการผิดปกติชัดเจน แต่ไม่นำผู้ป่วยไปรับการรักษา จำนวน 3 ราย 2) การมี

ส่วนร่วมของแกนนำในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ (Interview) การสังเกต (Observation) การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ผลจากการพบพบว่าการมีส่วนร่วมของแกนนำในชุมชนส่วนมากเป็นการมีส่วนร่วมของ อสม.สาขาสุขภาพจิต ที่มีบทบาทในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า การติดตามเยี่ยมบ้าน ส่วนแกนนำอื่นๆยังไม่มีส่วนร่วมที่ชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มผู้นำชุมชน และผู้สูงอายุ ที่พบว่าส่วนมากยังไม่เคยประเมินและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าเลย และประธาน อสม. พบว่ามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังบ้าง แต่ยังขาดความชัดเจน ต่อเนื่อง และในส่วนของ อสม.สาขาสุขภาพจิต พบว่ามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าค่อนข้างดีมาก แต่ยังขาดความต่อเนื่องในการเฝ้าระวัง 3) การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ พบว่าทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในรูปแบบของการซักประวัติ คัดกรองในสถานบริการเป็นหลัก

2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอตรอน จังหวัดอุดรดิตถ์ ประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ ได้แก่

2.1 ปัจจัยด้านผู้นำชุมชน ในการพัฒนาชุมชนบุคคลที่เป็นกำลังสำคัญที่ทำให้ชุมชนมีสุขภาพที่ดีประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีปัจจัยเสริม ได้แก่ เป็นผู้นำที่มุ่งมั่นทัศนคติที่ดีในการพัฒนาชุมชน มีความคิดสร้างสรรค์มีความรู้ด้านสุขภาพ

2.2 อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายถึง ทัศนคติของบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล แหล่งข้อมูลหลักซึ่ง ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน บุคลากรทางด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งในชุมชนมีสถาบันการศึกษา โรงพยาบาลตรอน ที่มีแผนนโยบายด้านสุขภาพและให้การสนับสนุนแก่ชุมชนมีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพจิตสร้างชุมชนสุขภาวะ

2.3 ปัจจัยด้านตัวบุคคล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย แรงจูงใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม สมาชิกในชุมชนส่วนใหญ่ต้องทำมาหากินเป็นชุมชนแออัด สภาพเศรษฐกิจไม่ดีขาดความตระหนักรู้ถึงปัญหาสุขภาพของตนเองใช้วิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองด้วยวิธีแบบง่าย

2.4 อิทธิพลด้านสถานการณ์ หมายถึง การรับรู้และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมซึ่งจะส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ ลักษณะของความต้องการในการปฏิบัติพฤติกรรม และสุนทรียภาพของสิ่งแวดล้อม ตลอดจนความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม บุคคลจะมีแรงจูงใจและสามารถกระทำพฤติกรรมสุขภาพได้ มากขึ้นในสภาพแวดล้อมที่บุคคล ชุมชนนี้เป็นชุมชนที่มีการจัดกิจกรรมที่มุ่งสร้างสัมพันธภาพที่ดี มีการรณรงค์การรับประทานอาหารที่ปลอดภัย เช่น ปลูกผักในที่แคบ ชุมชนมีอาสาสมัครสาธารณสุขคอยดูแล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจะคอยกำกับติดตามในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ทำให้สมาชิกในชุมชนเกิดความสุขใจจากการดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในชุมชนด้วยกัน เกิดความภูมิใจในการดูแลตนเอง

3. ผลการประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนสมาชิกในชุมชนมีความสุขในระดับปกติ คะแนนเฉลี่ย 53.25 และมีคุณภาพชีวิตในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 101.15 จากคะแนนเต็ม 130 คะแนน (คะแนน 96-130 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี) สมาชิกชุมชนให้ความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด และให้ความสำคัญกับการสื่อสารภายในครอบครัวมากขึ้น ผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 4 คน รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยไม่กำเริบสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ อย่างมีความสุขสมาชิกในชุมชนยอมรับมากขึ้น ทีมผู้วิจัยชุมชนและนักวิชาการสรุป

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จตลอดจนอุปสรรคในการดำเนินงานตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต ดังนี้ 1) ปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดความสำเร็จ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้นำชุมชน จะต้องมีความคิดที่ดี มีความคิดสร้างสรรค์ มีความรู้ด้านสุขภาพ เป็นผู้นำ มุ่งมั่นปัจจัยด้านบุคคลจะต้องมีการจัดการแก้ปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง เห็นความสำคัญในการดูแลตนเองมีเครือข่ายที่หลากหลายทั้งสถาบันการศึกษา เครือข่ายทางด้านสุขภาพ มีแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี ชุมชนมีพื้นที่ในการจัดกิจกรรม ชุมชนมีกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต มีผู้นำกิจกรรม ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะทำให้การสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนให้ประสบความสำเร็จ 2) อุปสรรคในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ ชุมชนขาดความต่อเนื่องในการสนับสนุนทางด้านงบประมาณ ด้านระบบการเก็บข้อมูล สมาชิกขาดความเข้าใจปัญหาสุขภาพจิต มีข้อจำกัดเรื่องเศรษฐกิจขาดความร่วมมือของสมาชิกในชุมชน

สรุปและอภิปรายผล

1. ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในทุกๆด้านเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 2.20 เป็นร้อยละ 4.17 ซึ่งหากพิจารณาการมีส่วนร่วมเป็นรายด้าน 3 ลำดับแรก จะพบว่าด้านการดำเนินงานมีคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มมากที่สุด คือ จากร้อยละ 2.06 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.81 รองลงมาเป็นด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จากร้อยละ 2.15 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.59 และด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จากร้อยละ 2.28 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.68 ตามลำดับ ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการประเมินการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอ็อปโฮฟ⁹ ทั้ง 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making), การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกา

(Implementation), การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ทั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงระดับการมีส่วนร่วมในแต่ละด้าน นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ก่อนการทดลองเช่นกัน เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหา ความคิดเห็นมุมมอง จากนั้นได้ร่วมกันระดมความเห็น แนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น

2. ความแตกต่างการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมในระดับมาก เพิ่มจาก ร้อยละ 2.50 เป็นร้อยละ 95.00 ซึ่งในกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันแบบเป็นกันเอง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติและร่วมประเมินผล ซึ่งจะทำให้เกิด ความรู้สึกเกี่ยวข้องผูกพันกับบทบาทหน้าที่ของตนเอง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการอยู่อาศัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากรกาญจนบุรี¹⁰ ดำเนินการวิจัยโดยประยุกต์แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม ร่วมกับทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบดังกล่าวส่งผลให้แกนนำมีความรู้และมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายดีขึ้น ผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีการปรับเปลี่ยนที่ดีขึ้น

3. เปรียบเทียบผลลัพธ์การเข้าถึงบริการการรักษาของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองผู้ที่มีภาวะ

ซึมเศร้าได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษามากกว่าก่อนการทดลอง จากร้อยละ 33.33 เพิ่มเป็นร้อยละ 93.33 อธิบายได้ว่า รูปแบบของการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าด้วยเครือข่ายแกนนำที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นส่งผลให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาที่ได้มาตรฐานป้องกันการฆ่าตัวตาย ทั้งนี้กิจกรรมที่สนับสนุนผลลัพธ์นี้ คือ การที่ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผ่านการทบทวนกรณีตัวอย่างในพื้นที่ และชี้ให้เห็นถึงผลเสียที่ตามมาของผู้มีภาวะซึมเศร้าและไม่สามารถเข้าถึงบริการรักษาได้ทันทั่วถึง หากปล่อยไว้นาน จะทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนด้วยเครือข่ายแกนนำ โดยประยุกต์ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัปโฮฟฟ์⁹ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making), การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation), การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ทั้งในรูปแบบกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการฝึกทักษะการคัดกรองภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มเป้าหมายจริงในชุมชน ทำให้เครือข่ายแกนนำในพื้นที่มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนเพิ่มมากขึ้น สามารถตรวจคัดกรอง หากพบผู้มีภาวะซึมเศร้าสามารถสื่อสาร ประสานการส่งต่อสู่ระบบการรักษาได้ทันทั่วถึง ป้องกันการฆ่าตัวตายของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ควรมีการส่งเสริมให้หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่อื่นๆภายในอำเภอ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือพื้นที่ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายสูงได้นำรูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ ใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ๆ มาปรับใช้ให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย และรวดเร็วในการส่งเสริมองค์ความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ รวมทั้งระบบการประเมินผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ใช้ในการตอบข้อสงสัยประเด็นต่างๆ ตลอดจนการพัฒนาระบบการให้ความช่วยเหลือ และส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้าน

สุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อมโดยการประสานความร่วมมือกับสถานบริการด้านสุขภาพในพื้นที่

2. ควรมีการออกแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบเป็นองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ ใช้แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐานและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน รวมถึงการใช้แนวคิดทุนทางสังคมโดยเฉพาะทุนทางวัฒนธรรม ความกตัญญูความเป็นเครือญาติยังคงเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนากลไกการป้องกันปัญหาด้านต่างๆกับผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. (2561). ดูแล “ผู้เฒ่า” ห่างไกล “ซึมเศร้า” ไม่ล้ม ไม่ลืม. ค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2565,จาก: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27768>
2. กรมสุขภาพจิต. (2562). สร้างจิตใจที่แจ่มใสให้ผู้สูงอายุด้วยกิจกรรมทางสังคม. ค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2566, จาก: https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/social-activities-for-elders/?fbclid=IwAR0XEZhB_STA2jNoT4kmW-_sVJHaez2dEESb2D8viouK5SX9-82f1iUg6YM
3. โรงพยาบาลเปาโลโชคชัย 4. (2561). โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ... อันตรายที่ใกล้แค่เอื้อม. ค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2566, จาก: <https://www.paolohospital.com/th-TH/chokchai4/Article/Details/อายุรกรรม/โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ...-อันตรายที่ใกล้แค่เอื้อม>
4. จิรัชยา เกล่าดี, สุภชัย นาคสุวรรณ และจักรวาล สุขไมตรี. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารราชพฤกษ์, 15 (1), 27-32
5. พัทธยา คชศิริพงศ์. (2553). ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ).
6. ศิริวิภา สุวัฒนคุปต์ และบุรณี กาญจนถวัลย์. (2557). การศึกษาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักของตนเองและผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านคนชรา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. เวชศาสตร์ร่วมสมัย, 58 (3), 341-353
7. มุจรินทร์ พุทธเมตตา. (2557). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
8. มาโนช หล่อตระกูล และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (ม.ป.ป). แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า PHQ-9. ค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2563, จาก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
9. Cohen, J. M. Norman, T. and Uphoft, N.T. (N.d.). Rural development Participation: Concept and measures for project design implementation and evaluation. Rural Development Monograph No.2. Ithaca: Rural Development Committee Center for international Studies, Cornell University
10. นิพนธ์ ดาราวุฒิมาประกรณ์. (2552). รูปแบบการอยู่อาศัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากรกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต วิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.