

การพัฒนากระบวนการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยทีม 3 หมอ
และกลุ่มบำบัดผู้ป่วยและครอบครัวตามแนวทางเทียร์ในคลินิกหมอครอบครัว
อำเภอศรีษะนาถ จังหวัดสุโขทัย

The Development and Caring System of Elderly Depression by Three Doctor and family
group therapy based on satir in Primary Care Cluster,
Sisatchanalai distric Sukhothai Province

(Received: December 25,2024 ; Revised: December 28,2024 ; Accepted: December 29,2024)

ผกาทิพย์ สุขจิตต์¹,ชัยพร อมรมณีพงศ์² วรณิสสา เทโพ² จุฑามาศ ใจมูล²

Phakatip Sukjit¹ ,Chaiporn Amonmunepong² ,Wannisa Tepoe² ,Juthamas Jaimool²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีษะนาถ จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอครอบครัว และการบำบัดกลุ่มตามแนวคิดซาเทียร์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 126 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่มในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้แนวคิดซาเทียร์ร่วมกับ 3 หมอ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการฆ่าตัวตายและแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ paired t test

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอครอบครัว การบำบัดกลุ่มตามแนวคิดซาเทียร์ และนำศาสตร์ทางการแพทย์มาบูรณาการ กระบวนการพยาบาลมาร่วม ประกอบด้วย 8 รูปแบบดังนี้ 1) มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ให้เป็นปัจจุบันตามนโยบาย 3 หมอ 2) จัดประชุมทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายอำเภอ 3) จัดทำแนวทาง (flow chart) ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน 4) ดำเนินการสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในคลินิกหมอครอบครัวให้ครอบคลุม 5) จัดกิจกรรมโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าตามแนวคิดซาเทียร์ 6) ติดตามประเมินหลังการจัดกิจกรรมอย่างใกล้ชิดจริงจัง 7) ติดตามประเมินหลังการจัดกิจกรรมทั้งภาวะซึมเศร้าและแนวโน้มการฆ่าตัวตายภายหลังการบำบัด 3 เดือนทุกราย 8) สรุปผลการดำเนินงานรายงานผู้เกี่ยวข้องและคณะผู้บริหาร ผลลัพธ์การใช้รูปแบบส่งผลให้ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น ระดับภาวะซึมเศร่าลดลง ระดับแนวโน้มการฆ่าตัวตายลดลง และความพึงพอใจเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($t = -7.26, -6.68, 12.28$)

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า, การบำบัดรักษาตามแนวทางของซาเทียร์, นโยบายหมอครอบครัว 3 หมอ

Abstract

This study was research and development aimed to develop and study the results of using a care model for the elderly with depression in Si Satchanalai District, Sukhothai Province, using the 3-Doctor of Family care team Policy and group therapy by Satir model. Sample group consisted of 126 elderly with depression. Research tools consisted of group discussion question guideline for caring for the elderly with depression using the Satir Concept with the 3 Doctors, a depression assessment form, a suicide assessment form, and a satisfaction assessment form. Analysis was performed using descriptive statistics and a paired t test was used to compare before and after the development of the model.

The results of the study found that the development of care model for the elderly with depression using the 3-Doctor Team Policy and Satir model by 8 formats as follows: 1) Analyze the current situation data according to the 3 Doctors policy. 2) Organize a meeting of the multidisciplinary team and the district network. 3) Create a

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีษะนาถ จังหวัดสุโขทัย

² โรงพยาบาลศรีษะนาถ จังหวัดสุโขทัย

guideline (flow chart) to be in the same direction. 4) Conduct a survey of depression in the elderly in the family doctor clinic to cover all areas. 5) Organize a group therapy activity program for the elderly at risk of depression according to the Satir concept. 6) Follow up and evaluate after the activity closely and seriously. 7) Follow up and evaluate after the activity for both depression and suicidal tendencies after the treatment for 3 months in every case. 8) Summarize the results of the operation and report to the relevant persons and the executives. The results of using the format resulted in better performance indicators for elderly care, reduced depression levels, reduced suicidal tendencies, and increased satisfaction, with statistical significance $p < .05$ ($t = -7.26, -6.68, 12.28$).

Keywords: Care for the elderly with depression, Sartier-based treatment, Three Doctors Family Policy

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ทั่วโลก ในปี 2565 มีผู้ป่วยประมาณ 320 ล้านคนและมีแนวโน้มเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับ 2 จากปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก¹ และพบมากในวัยผู้สูงอายุ เนื่องจากความสูงวัยเป็นช่วงการเสื่อมถอยของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ล้วนเป็นสาเหตุให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประเทศไทยพบข้อมูล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายร้อยละ 13.8 และฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า² ผู้ป่วยจิตเวชที่ทำร้ายตนเองจะมีโอกาสทำซ้ำและทำสำเร็จได้ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะกลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำใน 1 ปี ร้อยละ 94.27 การฆ่าตัวตายสำเร็จในระยะหนึ่งปีจะเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100 ผู้ทำร้ายตนเองจะจบชีวิตลงด้วยการฆ่าตัวตาย³ ร้อยละ 10 จัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทาง อารมณ์ มีการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 50 และ ฆ่าตัวตายสำเร็จสูง ถึงร้อยละ 6.54 ในผู้ป่วยจะมีผลกระทบต่อการนอนหลับ ความอยากอาหาร สมาธิลดลง ความรู้สึกเศร้า รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รู้สึกสิ้นหวัง และพลังชีวิตลดลง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะถูกนำส่งโรงพยาบาลเพื่อรับบริการบำบัด⁴ ร้อยละ 97.53 การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาที่ประเทศต้องสูญเสียประมาณ 16,000 ล้านบาท และสูญเสียทางเศรษฐกิจจากผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายปีละกว่า 400 ล้านบาท⁵

แนวคิดว่าทฤษฎี เป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย เพื่อการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เน้นการความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดการปรับตัวเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น และเพิ่มความสัมพันธ์ในตัวละคร ตลอดจนช่วยให้การทำหน้าที่ของครอบครัว การบำบัดตามแนวคิดว่าทฤษฎีเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่เพิ่มทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชสามารถช่วยผู้ป่วย ตั้งเป้าหมายให้เกิดการเติบโตทางบวกเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างอารมณ์ความรู้สึกกับพฤติกรรม โดยเน้นความสอดคล้องและกลมกลืนกับวิถีชีวิต การพัฒนาทักษะการสื่อสาร ซึ่งเป็นวิธีการบำบัดล่าสุดวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยเหลือผู้ที่มีความทุกข์ทางจิตใจอย่างเป็นระบบใช้เวลาสั้นและได้ผลดี ลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ลดอัตราการเข้านอนพักในโรงพยาบาล ลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ⁶

แนวคิดหมอครอบครัวเกิดขึ้นเมื่อกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดนโยบายปฏิบัติระบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เพื่อสร้างความมั่นคงของระบบบริการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและเป็นการดูแลแบบองค์รวมด้วยแนวคิดบริการทุกคนทุกอย่างทุกที่ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยีด้วยทีมหมอครอบครัวอันประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพดูแลสุขภาพประชาชนด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัวอันเป็นนโยบายการจัดแพทย์ลงสู่ตำบลเป็นครั้งแรกในประเทศไทยซึ่งสอดคล้องกับร่าง

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยในปี 2559 นโยบาย 3 หมอ มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนให้ใกล้ชิดกับประชาชนมากยิ่งขึ้น โดยเน้นการเสริมสร้างสุขภาพและความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลสุขภาพองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม นโยบาย 3 หมอ เน้นการประสานการทำงานดูแลประชาชน ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ลดการเดินทาง ลดความแออัดของโรงพยาบาล เน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การส่งต่อ การรักษาในโรคซับซ้อนยุ่งยาก โดยหมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว นโยบายคนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการมุ่งสร้างระบบสาธารณสุขทั่วถึงเพื่อให้ประชาชนดูแลสุขภาพ และมีที่ปรึกษาเมื่อเวลาเจ็บป่วยเน้นการบูรณาการ เพื่อให้การช่วยเหลือดูแลรักษาและส่งต่อประชาชนในพื้นที่ให้มีความรับผิดชอบของตนเอง ตามแผนระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสมและเพื่อให้สอดคล้องกับแนวยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีของรัฐบาลแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และแผน 20 ปีกระทรวงสาธารณสุข องค์การแห่งความเป็นเลิศ 4 ด้านคือเป็น เลิศด้านสุขภาพดี (P&P Excellence) เป็นเลิศด้านบริการดี (Service Excellence) เป็นเลิศด้านคนดี (People Excellence) และเป็นเลิศด้านบริหารดี (Governance Excellence) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน⁷

จังหวัดสุโขทัย ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7.42 เป็น ร้อยละ 7.64 และ ร้อยละ 8.32 ตามลำดับ ซึ่งนับว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีจาก แต่ยังคงพบว่าอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยค่อนข้างต่ำคือ ร้อยละ 46.42 ร้อยละ 48.53 และ ร้อยละ 43.24 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 55 การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

และผู้พิการในปี พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้าถึง เพียงร้อยละ 31.14 อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ ในปี 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุ 17,182 คน คิดเป็นร้อยละ 20.04 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 339 คน คิดเป็นร้อยละ 47.06 และมีอัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ปี 2561 - 2567 เฉลี่ยปีละ 2 คน โดยในปี 2566 มีผู้สูงอายุฆ่าตัวตาย มากที่สุด จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.30 หรือ อัตรา 10.99 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานไม่เกิน อัตรา 8 ต่อแสนประชากร และยังไม่มีความเห็นว่าการดูแลที่ชัดเจนในพื้นที่⁸

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว และจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดต่างๆ และทำให้ทราบว่ายังมีผู้ศึกษาน้อย และในพื้นที่ไม่มีผู้ศึกษาตามบริบท ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอครอบครัว และการบำบัดกลุ่มตามแนวชาเทียร์ มาประยุกต์ใช้กับทฤษฎีทางการแพทย์เพื่อใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และการพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัญหาที่ยังยาก ซับซ้อน เพื่อขยายผลให้กับพยาบาลสุขภาพจิตเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่สำเร็จลงได้อย่างมีประสิทธิภาพและอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า จำนวน 222 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะเสี่ยงซึมเศร้าจากการประเมินภาวะเสี่ยงซึมเศร้า (2Q plus) พบอย่างน้อย 1 ข้อ จำนวน 126 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยตามกระบวนการเชิงพัฒนา ได้แก่ การสนทนากลุ่มในประเด็น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า สภาพการณ์วิเคราะห์ ปัญหาประเมินความต้องการจำเป็น พยาบาลวิชาชีพ ผู้นำชุมชน ผู้เกี่ยวข้อง จัดประชุมชี้แจงแนวทางการปฏิบัติ การบำบัดโดยใช้ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอบรรเทา และการบำบัดกลุ่มตามแนวชาเขียว ทดสอบประสิทธิภาพของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า การทบทวนการปรับปรุงแนวทางการพัฒนา และสรุปผลการดำเนินงาน ถอดบทเรียน

2) เครื่องมือเชิงปริมาณในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะเสี่ยงซึมเศร้า (2Q plus) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) แบบประเมินภาวะการฆ่าตัวตาย (8Q) และแบบประเมินความพึงพอใจในการพัฒนารูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้า ภาวะฆ่าตัวตาย และความพึงพอใจ โดยใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนน ภาวะซึมเศร้า ภาวะฆ่าตัวตาย และความพึงพอใจ ก่อน-หลัง พัฒนารูปแบบ ด้วยสถิติ paired t-test

จริยธรรมงานวิจัย

ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ รายละเอียดและขั้นตอน โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมด้วยวาจา โดยไม่มีการบังคับ ผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนทุกครั้งและในกรณีที่มีการบันทึกเสียงโดยผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา หากรู้สึกไม่สบายใจผู้วิจัยจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูล ชื่อ สกุล หรือที่อยู่ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้มั่นใจถึงการมีส่วนร่วมโดยสมัครใจและการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล

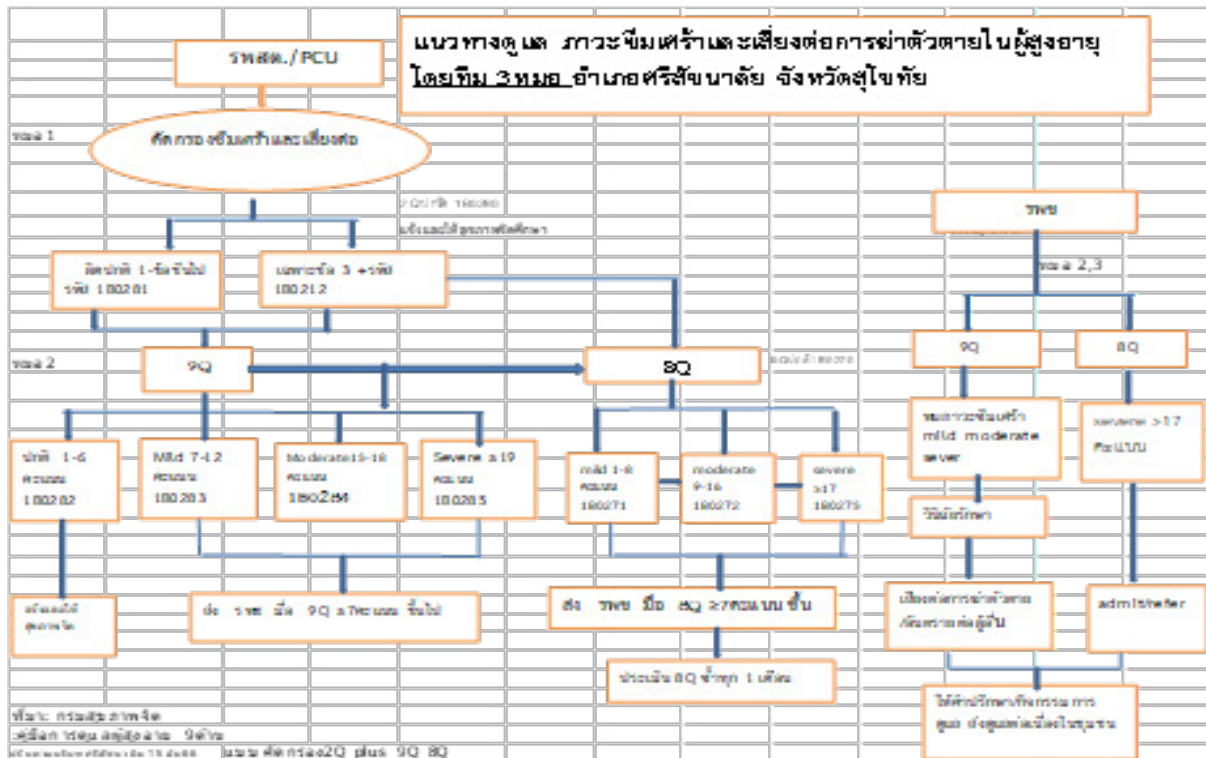
ผลการวิจัย

1.สถานการณ์ ปัญหา จากการวิเคราะห์และสนทนากลุ่ม พบว่าสถานการณ์ในพื้นที่อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 339 คนคิดเป็น ร้อยละ 47.06 และมีอัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ปี 2561 -267 เฉลี่ยปีละ 2 คน โดยในปี 2566 มีผู้สูงอายุฆ่าตัวตาย มากที่สุด จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.30 หรือ อัตรา 10.99 ต่อประชากรแสนคน การฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 12 ราย พบเพศชายจำนวน 8 ราย ร้อยละ 66.66 และเพศหญิง จำนวน 4 ราย ร้อยละ 33.33 วิธีการที่นิยมด้วยวิธีการผูกคอ จำนวน 10 ราย ร้อยละ 83.33 อาวุธปืน จำนวน 1 ราย ร้อยละ 8.33 การกระโดดน้ำ 1 ราย ร้อยละ 8.33 การฆ่าตัวตายส่วนมากในช่วงอายุ อายุ 20-59 ปี จำนวน 7 ราย ร้อยละ 58.33 รองลงมาอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 3 ราย ร้อยละ 25.00 และ ช่วงอายุ 15-19 ปี จำนวน 2 ราย ร้อยละ 16.66 จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพสาเหตุหลักเกิดความขัดแย้งรุนแรงกับคนสำคัญในชีวิต และสูญเสียความสัมพันธ์ ปัญหาด้านการดำเนินงาน ผู้นำชุมชน อสม.ประชาชนทั่วไป และคนใกล้ชิด ยังพบปัญหาเดิม ๆ ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่เมื่อพบมีผู้ที่พยายามทำร้ายตัวเอง หรือมี

ภาวะเครียด หรือมีภาวะซึมเศร้า หรือมีปัญหาทางสุขภาพจิต ไม่ทราบช่องทางการส่งต่อ หรือขอคำปรึกษา ไม่ทราบหรือไม่เข้าใจการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มที่มีอาการเครียด ซึมเศร้า มีอาการทางจิต หรือพยายามทำร้ายตนเอง ปัญหาด้านการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุคือพบการดำเนินงานผู้สูงอายุบางคนต้องนอนพักผ่อนกลางวัน แต่กิจกรรมกลุ่ม 1 วัน ไม่ได้นอนหลับพักผ่อนกลางวัน ตามแนวทางการติดตามประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (8Q) ซ้ำ ถ้าคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปทุกเดือนนั้น อาจยังไม่ครอบคลุมจากภาระงานการประจำที่ทำในโรงพยาบาล

2. การพัฒนากระบวนการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้ทีม 3 หมอ และกลุ่มบำบัดผู้ป่วยตามแนวคิดซาเทียร์ ประกอบด้วย 8 รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันของ ระบบการดูแล เฝ้าระวังโรค ซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ ในอำเภอศรีสัชนาลัย พยายามปรับการดำเนินการให้ได้ตามนโยบาย ผู้สูงอายุคลินิกหมอครอบครัว แนวการดูแลโรคซึมเศร้า แนวทางการพัฒนารูปแบบ การทำกลุ่มบำบัด แนวทางการให้การปรึกษาตามแนวซาเทียร์ 2) จัดประชุมทีมสหวิชาชีพ ทั้งใน โรงพยาบาล และเครือข่าย เทศบาล สาธารณสุขอำเภอศรีสัชนาลัย โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย เทศบาลตำบลหาดเสี้ยว เทศบาลตำบลศรีสัชนาลัย เพื่อหาแนวทางร่วมกันในการจัดทำระบบการดูแล รักษา ส่งต่อ เป็นแนวปฏิบัติ แบบไร้รอยต่อ 3) ทีมสหวิชาชีพกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด พยาบาล นักจิตวิทยา แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ พยาบาลงานผู้ป่วยนอก คลินิกพิเศษ จัดทำแนวทาง (flow chart) ในการดูแล คัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้สูงอายุ โดยใช้ทีม 3 หมอ ใน

อำเภอศรีสัชนาลัยและให้ใช้เป็นแนวปฏิบัติในการดำเนินงาน 4) ดำเนินการสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในคลินิกหมอครอบครัว หมอคนที่ 1 ใช้แบบประเมิน 2Q plus หมอคนที่ 2 ประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน 9 คำถาม (9 Q) ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) พร้อมจัดกลุ่มแบ่งระดับ เป็น 1 กลุ่มผู้สูงอายุที่เสี่ยงภาวะซึมเศร้า หรือมีแนวโน้มจะเป็นซึมเศร้า (2Q plus ผลบวก 1 ข้อขึ้น) 2.กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (9Q = 7-12 คะแนน) 3.กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (9Q = 13-18 คะแนน) 4.กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (9Q = 19 คะแนนขึ้นไป) และคุณภาพชีวิต 5) จัดกิจกรรมโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้า หรือมีภาวะซึมเศร้าน้อย ตามแนวคิดซาเทียร์ พร้อมประเมินหลังการบำบัดภาวะเสี่ยงซึมเศร้า (2Q plus) ประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9 Q) ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ความพึงพอใจ 6) ติดตามประเมินหลังการจัดกิจกรรม เดือนที่ 1 โดย ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า (2Q plus) ประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9 Q) ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) พร้อมสรุปผล 7) ติดตามประเมินหลังการจัดกิจกรรม เดือนที่ 3 โดย ภาวะเสี่ยงซึมเศร้า (2Q plus) ประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9 Q) ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) คุณภาพชีวิต พร้อมสรุปผล 8) สรุปผลการดำเนิน และสัมภาษณ์ทีมสหวิชาชีพ ผู้เกี่ยวข้อง แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา พยาบาลเวชปฏิบัติเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประธาน อาสาสมัครสาธารณสุข รองประธาน อาสาสมัครสาธารณสุข ในคลินิกหมอครอบครัว พร้อมรายงานผู้บริหาร ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 แนวทางการดูแลภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอสรีสัชชาลัย จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอครอบครัว และการบำบัดกลุ่มตามแนวคิดซาเทียร์

3. ผลของการใช้กระบวนการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้ทีม 3 หมอและกลุ่มบำบัดผู้ป่วยตามแนวคิดซาเทียร์ มีผลการดำเนินงานดังนี้

ตารางที่ 1 ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอสรีสัชชาลัย จังหวัดสุโขทัยโดยใช้ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอครอบครัว และการบำบัดกลุ่มตามแนวคิดของซาเทียร์

ผลการดำเนินงาน/กิจกรรม/ผลผลิตหลัก	ก่อนพัฒนา (ปี2566)	หลังพัฒนา (ปี2567)
1. อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุ	10 ราย (10.99)	2 ราย (2.19) (ไม่ใช่กลุ่มที่ร่วมใน การศึกษาครั้งนี้)
2. ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุพยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้าย ตัวเองซ้ำในระยะเวลา1ปี	3 (100%)	2 (100%)
3. ร้อยละผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต	527 (59.74%)	676 (68.21%)
4. ร้อยละผู้สูงอายุที่ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต	339 (1.97%)	367 (2.14%)

จากการทดสอบ ภาวะซึมเศร้า ภาวะฆ่าตัว
ตาย และความพึงพอใจรูปแบบ ก่อน-หลัง การ

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
อำเภอสรีสัชชาลัย จังหวัดสุโขทัยโดยใช้ทีม 3 หมอ

ตามนโยบายหมอบรรเทาทุกข์ และการบำบัดกลุ่มตามแนวคิดของซาเทียร์ สามารถสรุปผลได้ดังนี้

3.1 ภาวะซึมเศร้า จากผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอบรรเทาทุกข์ และการบำบัดกลุ่มตามแนวคิดของซาเทียร์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยมีค่า 11.26 คะแนน (SD=1.28) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาแบบ พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 3.28 คะแนน (SD=0.32) อยู่ในระดับน้อย ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -7.26$) ดังแสดง ในตาราง 1

3.2 แนวโน้มการฆ่าตัวตาย จากผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอบรรเทาทุกข์ และการบำบัดกลุ่มตามแนวคิดของซาเทียร์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยแนวโน้มการ

ฆ่าตัวตายมีค่า 9.34 คะแนน (SD=2.38) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาแบบ พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 2.38 คะแนน (SD=0.68) อยู่ในระดับน้อย ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยแนวโน้มการฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -6.68$) ดังแสดง ในตาราง 1

3.3 ความพึงพอใจ จากผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอบรรเทาทุกข์ และการบำบัดกลุ่มตามแนวคิดของซาเทียร์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ มีค่า 3.32 คะแนน (SD=1.12) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาแบบ พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.32 คะแนน (SD=1.26) อยู่ในระดับมาก ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -6.68$) ดังแสดง ในตาราง ที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างภาวะสุขภาพจิต และความพึงพอใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อน-หลัง การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอบรรเทาทุกข์ และการบำบัดกลุ่มตามแนวคิดของซาเทียร์ (n=126)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนาแบบ			หลังพัฒนาแบบ			t	p-value
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล		
ภาวะซึมเศร้า	11.26	1.28	ปานกลาง	3.28	0.32	ไม่มีภาวะ	-7.26	<0.001*
แนวโน้มการฆ่าตัวตาย	9.34	1.18	ปานกลาง	2.38	0.68	น้อย	-6.68	<0.001*
ความพึงพอใจ	3.32	1.12	ปานกลาง	4.32	1.26	มาก	12.28	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ปัญหาผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า และพบปัญหาการฆ่าตัวในพื้นที่ในผู้สูงอายุในเพศชาย เป็นส่วนมากวิธีการที่นิยมด้วยวิธีการผูกคอตาย สาเหตุหลักเกิดความขัดแย้งรุนแรงกับคนสำคัญในชีวิตและสูญเสียความสัมพันธ์ ผู้ดูแลขาดองค์ความรู้ ไม่มีความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีภาวะเครียดซึมเศร้า มีอาการทางจิต หรือ

พยายามทำร้ายตนเอง ผู้สูงอายุไม่สามารถมาบำบัดได้ครบ เนื่องจากต้องการเวลาพักผ่อนและอยู่กับครอบครัว และยังพบภาระงานประจำที่ทำในโรงพยาบาลที่หนักเกินไปทำให้สามารถบำบัดได้ยังไม่ครอบคลุม จึงมีความจำเป็นต้องบูรณาการกับแนวคิดหมอบรรเทาทุกข์ สอดคล้องกับ พิเศษ ชื่นแจ้ง⁹

การพัฒนาแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอครอบครัว และการบำบัดกลุ่มตามแนวคิดซาเทียร์ ประกอบด้วย 8 รูปแบบดังนี้ 1) มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ให้เป็นปัจจุบันตามนโยบาย 3 หมอ 2) จัดประชุมทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายอำเภอ 3) จัดทำแนวทาง (flow chart) ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน 4) ดำเนินการสำรวจภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในคลินิกหมอครอบครัวให้ครอบคลุม 5) จัดกิจกรรมโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้สูงอายุที่เสี่ยงซึมเศร้าตามแนวคิดซาเทียร์ 6) ติดตามประเมินหลังการจัดกิจกรรมอย่างใกล้ชิดจริงจัง 7) ติดตามประเมินหลังการจัดกิจกรรมทั้งภาวะซึมเศร้าและแนวโน้มการฆ่าตัวตายภายหลังการบำบัด 3 เดือนทุกราย 8) สรุปผลการดำเนินงานรายงานผู้เกี่ยวข้องและคณะผู้บริหาร สอดคล้องกับ ไพจิตร พุทธรอด และ กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ¹⁰

ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ทีม 3 หมอ ตามนโยบายหมอครอบครัว และการบำบัดกลุ่มตามแนวคิดของซาเทียร์ พบว่า ตัวชี้วัดและผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น ภายหลังการพัฒนา การทดสอบพบว่าผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าก่อนพัฒนายู่ในระดับปานกลางภายหลังการพัฒนาพบว่าระดับภาวะซึมเศร้าลดลงเป็นไม่มีภาวะ แนวโน้มการฆ่าตัวตายก่อนพัฒนายู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการพัฒนาพบว่าภาวะซึมเศร้าลดลง และ ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นภายหลังการพัฒนา สอดคล้องกับ สมชาย ขอบใจ¹¹

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำแนวทางทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ตามนโยบาย 3 หมอ ร่วมกับแนวคิดซาเทียร์ ไปปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทของจังหวัดตนเอง โดยสนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วม การประชาสัมพันธ์ การสร้างเสริมความรู้ การสังเกตสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย และการดูแลต่อเนื่องในผู้ดูแลและคนในชุมชน

2. ควรมีการส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลและจังหวัดอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่าง และหาแนวทางการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

4.ควรนำคู่มือ กิจกรรมกลุ่มบำบัดผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ไปใช้ในพื้นที่อื่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้สูงอายุ และบุคลากร ในโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุโขทัย นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัย จนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide in the world. In Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization. 2019.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: บางกอกบล๊อค. 2559.
3. นิตยา จรัสแสง. ผลการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ต่ออาการซึมเศร้า ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองและความสอดคล้องกลมกลืนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2565;36(2): 97-114.
5. จรรย์รักษ์ มีวงษ์สม และคณะ. สถานการณ์และวิธีการฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับเพศ-ช่วงอายุ-ภูมิภาคในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555-2559. วารสารวิชาการอาชีวศึกษาและนิติวิทยาศาสตร์. 2564;7(2): 90-107.

6. พิงเนตร สฤณดิรันดร์ และ นันทน์ภัส โสตามรรค. การบำบัดโดยธาตุทรายภายใต้แนวคิดของชาร์เทียร์ในผู้ป่วยจิตเวช. สรรพสิทธิเวชสาร. 2558;36(3): 151-159.
7. สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง. ความคาดหวังของผู้รับบริการและทีมหมอครอบครัวต่อบริการของคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564, 30(2) 262-273.
8. โรงพยาบาลศรีสันดาลย์ จังหวัดสุโขทัย. กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจากฐานข้อมูล HDC. 2566.
9. พิศิษฐ์ ชื่นแจ้ง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้นโยบายคนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัวสามคนของประชาชน จังหวัดสุโขทัย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย กระทรวงสาธารณสุข. 2566.
10. ไพจิตร พุทธรอด และ กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. ผลของโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดชาเทียร์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(1): 484-492.
11. สมชาย ขอบใจ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย กระทรวงสาธารณสุข. 2567.