

การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง

Development of a model for promoting mental health in the elderly with non-communicable chronic diseases by creating 5 dimensions of happiness with participation at the Non-communicable Chronic Disease Clinic, Khao Wong Hospital

(Received: March 24,2025 ; Revised: March 28,2025 ; Accepted: March 29,2025)

คมกฤษ วิเศษ¹

Komkrit Wises

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผลของรูปแบบ ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง จำนวน 30 คน การดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ในระยะที่ 1 ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องเผชิญอย่างต่อเนื่อง และการขาดการเอาใจใส่ดูแลอย่างเพียงพอ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพกายและจิตใจ นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ระยะที่ 2 การบูรณาการบริการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง ประกอบด้วย 1) การประสานบุคลากรสหวิชาชีพ 2) การออกแบบกระบวนการให้บริการแบบไร้รอยต่อ 3) การพัฒนาระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกัน 4) การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม 5) การบูรณาการตารางกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ 6) การพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผล 7) การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและครอบครัว 8) การประเมินและปรับปรุงระบบและระยะที่ 3 หลังรับบริการในรูปแบบใหม่ พบว่า ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเห็นคุณค่าในตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

คำสำคัญ: พัฒนาแบบ; สุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; การสร้างสุข 5 มิติ; การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

This research is an action research to develop and study the results of the development of a model for promoting mental health in the elderly with chronic non-communicable diseases by creating 5 dimensions of happiness with participation at the chronic non-communicable disease clinic, Khao Wong Hospital. The sample group consisted of 10 stakeholders in the elderly's health care, and the sample group used to evaluate the results of the model consisted of 30 elderly with chronic non-communicable diseases who were at risk of depression who received services at the chronic non-communicable disease clinic, Khao Wong Hospital. The operation was conducted between October 2024 and March 2025. Data were collected using questionnaires, recording forms, and quantitative data were analyzed using descriptive statistics. Before

¹ พบ. โรงพยาบาลเขาวง

and after the development of the model was compared using Paired t-test statistics. For qualitative data, content analysis was used.

The results of the research found that in Phase 1, important factors that caused the elderly with chronic non-communicable diseases to be at high risk of mental health problems, especially depression, were limitations in daily activities, chronic illnesses that had to be faced continuously, and lack of adequate care. These factors affected both physical and mental health. Leading to depression. Phase 2: Integrating mental health promotion services for the elderly with chronic non-communicable diseases with 5-dimensional happiness creation with participation at the chronic non-communicable disease clinic, Khao Wong Hospital, consists of 1) Coordinating multidisciplinary personnel 2) Designing a seamless service process 3) Developing a linked data system 4) Creating a suitable environment 5) Integrating a schedule of activities to create 5 dimensions of happiness 6) Developing a monitoring and evaluation system 7) Creating participation of the elderly and their families 8) Evaluating and improving the system and Phase 3 After receiving the new service format, it was found that the results of the comparative analysis of the average scores in the perception of risk of depression, perception of disease severity, self-esteem, social support, participation in depression prevention and quality of life of the elderly with chronic non-communicable diseases after the experiment were significantly higher than before the experiment at a statistical significance of 0.05.

Keywords: Model development; Mental health of the elderly with chronic non-communicable diseases; Creating 5-dimensional happiness; Participation

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 10 ตั้งแต่ปี 2564 และคาดว่าจะในปี 2578 จะมีผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ ในปัจจุบันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากกลุ่มโรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หาย เป็นกลุ่มอาการที่มีอาการซ่อนเร้นอยู่ในร่างกายทำให้สภาพร่างกายแยกลงส่งผลให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยแปรเปลี่ยนไปจากปกติ เช่น มีความวิตกกังวลสูง รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ หดท้อใจ รู้สึกไร้ค่า ซึมเศร้าและอาจมีความคิดอยากตาย¹

จากการสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทยพบว่า ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มวัยอื่น โดยพบได้มากถึงร้อยละ 10-13 และพบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 15.6 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด จนส่งผลกระทบต่อหลายด้าน เช่น การป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็น

ภาระในการจัดการระบบสุขภาพและสังคมในทั่วโลก จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ วิจิตร และคณะ (2563)² พบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 25.61 โดยในเพศชายมีความชุกร้อยละ 7.32 ในเพศหญิง ร้อยละ 18.29 ภาวะซึมเศร้านักจะพบว่าเกี่ยวข้องกับอารมณ์ เศร้าโศกจากการสูญเสีย โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมี 3 ปัจจัยคือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ศาสนา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และที่พักอาศัย 2) ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ ความผิดปกติของสารสื่อประสาท และการรับความรู้สึกต่าง ๆ ภาวะสุขภาพการเจ็บป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า คือ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน และ 3) ปัจจัยด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การขาดแรงสนับสนุนทางสังคม การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การอยู่โดยลำพังขาดการดูแลจากครอบครัว การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง มีผลต่อภาวะซึมเศร้า^{3,4}

สถานการณ์อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีประชากรทั้งสิ้น 32,271 คน พบว่า ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ ในปี 2567 จำนวน 6,444 คน คิดเป็นร้อยละ 19.96 ของประชากรทั้งหมด พบจำนวนผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 0.67 ผู้สูงอายุติดบ้านจำนวน 541 คน คิดเป็นร้อยละ 8.39 และผู้สูงอายุติดสังคมทั้งหมด จำนวน 5,860 คน คิดเป็นร้อยละ 90.94 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และพบสัดส่วนของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 3,506 คนของประชากรทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 10.86 จากการสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2567 พบว่าปัญหาด้านการนอนร้อยละ 29.85 มีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 15.26 มีพฤติกรรมทำซ้ำๆร้อยละ 14.56 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.25 ตามลำดับ และยังพบผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย จากการสอบสวนหาสาเหตุการฆ่าตัวตายพบปัจจัยเสี่ยงคือ ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคซึมเศร้า พบปัจจัยกระตุ้นคือขาดผู้ดูแล⁵

ในปีงบประมาณ 2567 มีการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 89.90 (3,152 คน) พบว่าปกติไม่เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 95.71 (3,017 คน) ของผู้ที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด กลุ่มผิดปกติได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พบคะแนน 9Q < 7 ร้อยละ 3.08 (103 คน) พบคะแนน 9Q อยู่ระหว่าง 7 - 12 ร้อยละ 0.89 (28 คน) พบคะแนน 9Q อยู่ระหว่าง 13 - 18 ร้อยละ 0.10 (3 คน) และพบคะแนน 9Q ≥ 18 ร้อยละ 0.03 (1 คน) โดยเมื่อประเมินแล้วกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าจะได้รับการดูแลรักษาตามระบบอย่างต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มที่ประเมินแล้วปกติหรือมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า หรือกลุ่มที่ไม่ได้รับการประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า กลุ่มเหล่านี้มีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าและการคิดฆ่าตัวตายได้ในอนาคต (ศูนย์ข้อมูลประเทศไทย,

2564) สอดคล้องกับสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุเกินครึ่งที่ไม่ได้รับการคัดกรองสุขภาพประจำปีเพราะอยู่ลำพัง และมีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย ซึ่งสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) แนะนำให้ผู้สูงอายุตรวจสุขภาพทุกปี รู้เท่าทันร่างกายและหัวใจของตัวเอง เพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพและป้องกันภาวะโรคซึมเศร้า สร้างสุขภาวะที่ดี⁶

การส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถปรับตัวรับกับความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงเป็นสิ่งสำคัญ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำคู่มือ “ความสุข 5 มิติ” สำหรับผู้สูงอายุของอัมพร เบญจพลพิทักษ์ และคณะ (2555)⁷ ซึ่งเป็นความสุขเชิงจิตวิทยาความสุขทั้ง 5 นี้ ประกอบด้วย สุขสบาย เน้นเรื่องการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุขสนุก เน้นการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุขจิตใจสดชื่นแจ่มใส และเบิกบาน สุขสง่า เน้นความเข้าใจในความเป็นไปของชีวิต การนับถือ ความเชื่อมั่น และเห็นคุณค่าในตนเอง มีความเห็นอกเห็นใจ สามารถมอบความรักและความปรารถนาดีให้แก่ผู้อื่นได้ สุขสว่าง เน้นความสามารถเรื่องความจำ การสื่อสาร การคิดอย่างมีเหตุผลการแก้ไขปัญหา สุขสงบ เน้นการรับรู้ความเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง สามารถควบคุม จัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมและปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางความผาสุกในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้มีการปรับระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมเพื่อรองรับสังคมสูงอายุและให้สามารถเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียมให้แก่ผู้สูงอายุในสถานพยาบาลทุกระดับ การจัดรูปแบบบริการสังคมผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ⁸ แต่การปรับเปลี่ยนกลไกการให้บริการสาธารณสุขและการคลังด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการ และการปฏิสัมพันธ์ที่รัฐต้องการให้เกิดผลลัพธ์ด้าน

สุขภาพกับผู้สูงอายุให้มากที่สุด การใช้ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศด้านสุขภาพนำมาวิเคราะห์หาข้อมูลภาวะสุขภาพภาวะโรค และความต้องการบริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทยให้ครอบคลุมในทุกปัจจัยนำเข้า สามารถทำนายปัญหาด้านสุขภาพร่วมกับวิเคราะห์ทรัพยากร บุคลากร และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถออกแบบระบบที่สามารถช่วยเหลือกลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม และสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้จริง จัดสรรทรัพยากรและบุคลากรให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ เป้าหมายมุ่งที่จะเพิ่มสัดส่วนที่ทำให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้ให้มากที่สุด เพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพที่ครอบคลุม

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุของกรมสุขภาพจิตซึ่งเป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มาพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวงร่วมกับทำให้การรักษากลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการเนื่องจากกระบวนการส่งเสริมการบริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง ที่เอื้ออำนวยต่อการขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นได้จริง จัดสรรทรัพยากรและบุคลากรให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพจิตและความต้องการด้านสุขภาพ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการตระหนักรู้ด้านสุขภาพและการพัฒนาจากภายในของบุคคล นำไปสู่การวางแผนเพื่อเลือกและตัดสินใจในการวางแผนเฉพาะตน โดยคาดหวังว่าจะเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่เป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อส่งเสริมความผาสุกให้เกิดแก่ผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง

2. เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง ได้แก่ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988)¹⁰ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Acting) การสังเกต (Observing) และการสะท้อนผล (Reflecting) และระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบฯ รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบฯ โดยกำหนดแบบเจาะจงในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยคัดเลือกแบบเจาะจงจากทีมที่ให้การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 5 วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง พยาบาลวิชาชีพจิตเวช พยาบาลวิชาชีพผู้สูงอายุนักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และเภสัชกร (2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผลของรูปแบบ ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง ที่ได้รับการคัดกรองภาวะ

ซึมเศร้าโดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบคัดกรอง 2 คำถาม (2Q) ได้ผลการประเมินตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป แต่ประเมิน $9Q < 7$ คะแนนของกรมสุขภาพจิต (2557)¹¹ ที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 40 คน แบ่งตามระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยอ้างอิงจากฐานข้อมูลเวชระเบียนของหน่วยบริการ จำนวน 10 คน และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง พยาบาลวิชาชีพจิตเวช พยาบาลวิชาชีพผู้สูงอายุ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และเภสัชกร จำนวน 10 คน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง พยาบาลวิชาชีพจิตเวช พยาบาลวิชาชีพผู้สูงอายุ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และเภสัชกร จำนวน 10 คน

ระยะที่ 3 ประเมินผลพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผลของรูปแบบ ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง ที่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบคัดกรอง 2 คำถาม (2Q) ได้ผลการประเมินตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป แต่ประเมิน $9Q < 7$ คะแนนของกรมสุขภาพจิต (2557)¹¹ โดยสุ่มแบบง่ายกลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดตัวอย่างง่ายจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย (simple random sampling) จำนวน 30 คน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1.9.2 ที่ขนาด Effect size (dz) = 0.5 (ค่าอ้างอิงจาก Cohen's d ซึ่งค่า 0.5 หมายถึงขนาดอิทธิพลปานกลาง) α (Alpha, ระดับนัยสำคัญ) = 0.05 (ทั่วไปใช้ 0.05 หรือ 5%) Power (1- β) = 0.9 (กำลังของการทดสอบที่ต้องการ, ค่าทั่วไปคือ 0.8-0.9) Tail(s) = Two-tailed (สมมติฐานแบบสองด้าน) โดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ วัลยา ตูพานิช (2566)¹² ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน เพื่อป้องกันการหล่นหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวนเป็น 30 คน และสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) มีเกณฑ์การตัดเข้าและเกณฑ์การตัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง โดยอ้างอิงจากฐานข้อมูลเวชระเบียนของหน่วยบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง อย่างน้อย 1 ปี โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบคัดกรอง 2 คำถาม (2Q) ได้ผลการประเมินตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป แต่ประเมิน $9Q < 7$ คะแนนของกรมสุขภาพจิต (2557)¹¹ ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ยินยอมและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานจนสิ้นสุดโครงการ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ผู้ป่วยไม่ได้ให้ความยินยอมในเข้าร่วมการศึกษา ผู้ดูแลหลักในครอบครัว ไม่ได้ให้ความยินยอมสำหรับการเข้าร่วมของผู้สูงอายุในการดำเนินการแทรกแซงตามการศึกษาผู้จัดการดูแลและ/หรือผู้ให้บริการปฐมภูมิไม่แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมในการแทรกแซงเนื่องจากความกังวลเกี่ยวกับสภาพทางการแพทย์ (เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างรุนแรง) และ/หรือ ข้อมูลจากบันทึกทางการแพทย์พบว่ามีความ

อ่อนแอ ทีมศึกษาตัดสินใจไม่แนะนำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดำเนินการเกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
ได้แก่ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติแบบมีส่วนร่วม เป็นกิจกรรมที่สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพให้กับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง ด้วยการเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุและแนวคิดการมีส่วนร่วม เพื่อที่จะพัฒนาความสุขเชิงจิตวิทยาในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย ซึ่งประกอบด้วย ด้าน 1 สุขสบาย (Health) ด้านที่ 2 สุขสนุก (Recreation) ด้านที่ 3 สุขสง่า (Integrity) ด้านที่ 4 สุขสว่าง (Cognition) ด้านที่ 5 สุขสงบ (Peacefulness)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์

2.1 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 7 ข้อ นอกจากนี้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองด้วยการศึกษา เอกสาร การสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมรวมทั้งข้อมูล จากการสรุปบทวนการดำเนินงาน (After Action Reviews) และการถอดบทเรียน

2.2. แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย แบบคัดกรอง 2 คำถาม (2Q) และประเมิน 9Q ของกรมสุขภาพจิต (2557)¹

2.3 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว สิทธิการรักษาพยาบาล การอยู่

อาศัย การเจ็บป่วย ผู้ดูแลหลักในบ้าน และผู้ป่วยทางจิตเวชในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) โดยมี 5 ตัวเลือกคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) โดยมี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 แบบวัดการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ในแต่ละด้านมีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตามลำดับ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ในแต่ละด้านมีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตามลำดับ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเพื่อประเมินการมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) ในแต่ละด้านมีข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2

คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ตามลำดับ

ส่วนที่ 7 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief- Thai, WHOQOL-BREF-THAI) 1) ด้านสุขภาพร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพ สภาพทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ส่วนข้อที่ 1 และ 26 เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม โดยแบ่งคะแนนระดับ คุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับคะแนน 26-60 ระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี คะแนนรวม: 61 - 95 คะแนน ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง และ คะแนนรวม: 96 - 130 คะแนน ระดับคุณภาพชีวิตดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งหมดมากกว่า 0.78 การทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบวัดการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบบสอบถามเพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามเพื่อประเมินการมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม โดยนำไปทดสอบกับผู้ที่มิได้มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แล้วคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.89, 0.88, 0.86, 0.87, 0.82, 0.86 และ 0.82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมการ ชั้นเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการดำเนินการดังนี้

1.1 จัดทำโครงร่างวิจัย เครื่องมือการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยยื่นแบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

1.3 ผู้วิจัยเข้าพบนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ประวัติสมุดประจำตัว ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับบริการ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง

1.4 ผู้วิจัยชี้แจงกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ถึงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือและขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 จัดเตรียมทีมงาน และผู้ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงรายละเอียดการวิจัย บทบาทหน้าที่ และให้ความรู้ในส่วนที่จะต้องดำเนินการของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะในเรื่องการให้บริการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ

2. ขั้นตอน

วิธีการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอน การดำเนินกิจกรรมการวิจัยที่มีลักษณะเป็นวงจรรูปต่อเนื่อง (Spiral of Step) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kermis and Mc taggart ประกอบด้วย 4 ระยะ มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning)

1. ศึกษาบริบทพื้นที่

1.1 บริบทของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง ตำบลคุ้มเก่า อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่นำไปสู่การขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.2 การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่จะออกแบบกิจกรรมในการจัดกิจกรรมส่งเสริม

สุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการจัดกิจกรรมกลุ่ม ใช้ เทคนิค การสนทนา กลุ่ม (Focus Group Discussion) เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค สถานการณ์ สุขภาพและปัญหาสุขภาพจิตปัจจุบันของผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง จัดลำดับ ความสำคัญของปัญหาการบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง โดยใช้กระบวนการ (Appreciation Influence Control) ในกิจกรรม จำนวน 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ชื่อกิจกรรม “ผู้บริหารยุค 4G นำสู่บริการ”

กิจกรรมที่ 2 ชื่อกิจกรรม “สะท้อนคิดปัญหา และการจัดการทรัพยากรในองค์กร”

ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติการ (Action)

ปฏิบัติตามแผนในการจัดทำนโยบาย การ ออกแบบกิจกรรม ในการจัดทำกรอบการ ปฏิบัติงานและปฏิทิน การดำเนินงานในการ ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีกิจกรรม ดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาศักยภาพของทีม พัฒนาคุณภาพรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิต ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง “การสังเคราะห์ปัญหาการ ป้องกันภาวะซึมเศร้าและสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มให้แก่ผู้ สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

กิจกรรมที่ 2 การสร้างสุข 5 มิติ ในผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นกิจกรรมในการส่งเสริม สุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผู้วิจัย จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับ บริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง เข้าร่วมกิจกรรม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ได้แก่ กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ กิจกรรมปฏิบัติจริงที่ บ้าน กิจกรรมสนับสนุนการปฏิบัติโดย พี่เลี้ยงคนที่

1 ได้แก่ บุคลากรในครอบครัว ทีมพี่เลี้ยงคนที่ 2 ได้แก่ ทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ทีมพี่เลี้ยงคนที่ 3 ได้แก่ ทีมบุคลากรสาธารณสุข

ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกตการณ์

(Observation)

การดำเนินการติดตาม/สังเกตผลการ ดำเนินงานในระยะที่ 1 พร้อมสรุปประเด็นการ สะท้อนผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค เพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ในขั้นตอนการสะท้อนกลับ

ระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนกลับ

(Reflection)

โดยมีกิจกรรมการประชุมกลุ่มย่อยและการ จัดเวทีรับฟัง ความคิดเห็น เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลในส่วนนี้คือการ สังเกตแบบมี ส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม การ สนทนากลุ่มที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติและการ นำเสนอผลการดำเนินงานในรูปแบบการถอด บทเรียน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เนื่องจากการ วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เน้นการเก็บ รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นหลักร่วมกับการเก็บ ข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนั้นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดคือ ผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมในการศึกษา หาความรู้ การปรึกษา เพื่อขอคำแนะนำจากผู้มี ประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมี ส่วนร่วมโดยมีเครื่องมือช่วยเหลือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ หลังจาก เก็บข้อมูลแล้ว นำข้อมูลมาจำแนกเป็นหมวดหมู่ เรียบเรียงเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ แบบอุปนัย (analytic induction)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งใช้สถิติดังนี้ หาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ยของ ข้อมูล ค่าสถิติ Paired t-test ใช้ทดสอบความแตก ต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังดำเนินการ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1: การวิเคราะห์สถานการณ์

การวิเคราะห์สถานการณ์ จากการสำรวจ ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในอำเภอเขาวง ทำให้เห็น สถานการณ์ที่น่าห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สถิติและข้อมูลต่างๆ สะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะ ซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ในพื้นที่เป้าหมายมี ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 3,506 คน คิดเป็นร้อยละ 10.86 ของประชากรทั้งหมด ที่ น่าสนใจคือผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2567 มี ปัญหาด้านสุขภาพจิตคือ มีปัญหาด้านการนอน ร้อยละ 29.85 มีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 15.26 มี พฤติกรรมทำซ้ำๆร้อยละ 14.56 และมีภาวะ ซึมเศร้าร้อยละ 10.25 ตามลำดับจากข้อมูลสะท้อน ให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมี หลากหลายรูปแบบ และภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหา สุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ข้อจำกัดในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้อง เฝียอย่างต่อเนื่อง และการขาดการเอาใจใส่ดูแล อย่างเพียงพอ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อทั้ง สุขภาพกายและจิตใจ นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า ได้

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการ สทนทนากลุ่ม ชี้ให้เห็นว่ายังมีช่องว่างสำคัญในการ คัดกรองและประเมินปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยในปีงบประมาณ 2567 มีการคัดกรองความ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยแบบ 2Q ในกลุ่ม ผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 68.72 ของผู้สูงอายุทั้งหมด

ยังมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ไม่ได้รับการคัดกรองและ ประเมินความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ในกลุ่ม ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับการคัดกรองโรค ซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) คิดเป็นร้อยละ 89.90 (3,152 คน) ของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด

ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจนี้สะท้อนให้เห็น ความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการดูแล สุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะ การเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรอง การเข้าถึง บริการ และการบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตเข้า กับการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งมิติสุขภาพกาย และสุขภาพจิต อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ของผู้สูงอายุในระยะยาว

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริม สุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการ สร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง สรุปผลลัพธ์ กิจกรรมพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กิจกรรมที่ 1: "ผู้บริหารยุค 4G นำสู่บริการ" การฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างคุณลักษณะที่พึง ประสงค์ของผู้นำเชิงกลยุทธ์ได้สร้างความ เปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ดังนี้:

1.1 ผลลัพธ์ด้านการบริหาร 1) ผู้บริหารและ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้รับการ เสริมสร้างทักษะในการวางแผนกลยุทธ์ที่เน้น การบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับระบบการดูแล โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) มีการพัฒนานโยบายที่ ชัดเจนในการสนับสนุนงานสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยกำหนดเป็นหนึ่งในตัวชี้วัด สำคัญของโรงพยาบาล 3) เกิดการจัดโครงสร้าง การบริหารงานที่เอื้อต่อการบูรณาการงาน สุขภาพจิตและงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.2 ผลลัพธ์ด้านการสื่อสาร 1) ผู้บริหาร สามารถถ่ายทอดวิสัยทัศน์และเป้าหมายด้าน สุขภาพจิตผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจนและมีพลัง 2) มี การพัฒนาช่องทางสื่อสารระหว่างทีมสห

วิชาชีพที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีการประชุม
บูรณาการระหว่างงานสุขภาพจิตและงานโรคไม่
ติดต่อเรื้อรังเป็นประจำทุกเดือน 3) ทักษะการฟัง
อย่างตั้งใจของผู้บริหารได้รับการพัฒนา ส่งผลให้
ได้รับข้อมูลปัญหาจากผู้ปฏิบัติงานที่ตรงกับความ
เป็นจริงมากขึ้น

1.3 ผลลัพธ์ด้านการสร้างการมีส่วนร่วม 1)
มีการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือกับองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นในการร่วมจัดกิจกรรมสร้าง
เสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง 2) ชมรม
ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมใน
การดูแลสุขภาพจิตของสมาชิกมากขึ้น

**กิจกรรมที่ 2: "สะท้อนคิดปัญหาและการ
จัดการทรัพยากรในองค์กร"** กิจกรรมการสะท้อน
ปัญหาและการจัดการทรัพยากรได้นำไปสู่การ
เปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรม ดังนี้:

2.1 ผลลัพธ์ด้านการปรับปรุงระบบบริการ
1) มีการวิเคราะห์ช่องว่างในระบบการคัดกรอง
สุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพัฒนา
แนวทางการคัดกรองแบบบูรณาการร่วมกัน 2) เกิด
การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรังที่มีปัญหาสุขภาพจิต (Clinical Practice
Guideline) ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล
3) จัดตั้งคลินิกบริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One
Stop Service) สำหรับผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
โดยบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้าไว้ด้วยกัน

2.2 ผลลัพธ์ด้านการบริหารทรัพยากร 1) มี
การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแล
สุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่
ประกอบด้วยบุคลากรจากหลายฝ่ายทั้งงานโรค
เรื้อรัง งานสุขภาพจิต และงานผู้สูงอายุ 2) เกิดการ
จัดสรรงบประมาณเฉพาะสำหรับการพัฒนาระบบ
การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) มี
การวางแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการ
ดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่าง
เป็นระบบ

2.3 ผลลัพธ์ด้านการระดมทรัพยากรชุมชน
1) พัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ในชุมชน เพื่อช่วยในการคัดกรองและติดตาม
ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

ทั้งสองกิจกรรมได้ส่งผลให้เกิดการ
เปลี่ยนแปลงสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแล
สุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งในระดับ
นโยบาย การบริหารจัดการ และการปฏิบัติงาน
นับเป็นก้าวสำคัญในการลดช่องว่างของการ
ให้บริการและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุอย่าง
องค์รวมต่อไป

**ระยะที่ 3 ผลการประเมินรูปแบบการ
ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิก
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง
รายละเอียด ดังนี้**

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง** กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้
เป็นผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับบริการ
คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง
จำนวน 30 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่า
ครึ่งหนึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 อายุอยู่ระหว่าง
60-69 ปี ร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบ
อาชีพ ร้อยละ 43.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของ
ครอบครัวส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ
43.3 ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 66.67
อาชีพในอดีตส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร
ร้อยละ 40.00 สิทธิการรักษาเป็นบัตรทอง
(หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ทั้งหมด ร้อยละ
100.00 อาศัยอยู่กับลูก/ญาติมากที่สุด ร้อยละ
50.0 โรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด ร้อย
ละ 100 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อย
ละ 60.00 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 40.0
และโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 43.3 ส่วนใหญ่ดูแล
ตนเองได้ ร้อยละ 40.0 และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติ
ผู้ป่วยทางจิตเวชในครอบครัวร้อยละ 73.3

**ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้าน
การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า การรับรู้ความ
รุนแรงของโรค การเห็นคุณค่าในตัวเอง การ
สนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกัน**

ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง พบว่า ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการ

รับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเห็นคุณค่าในตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเห็นคุณค่าในตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา (n=30)		หลังการพัฒนา (n=30)		t	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า	24.71	1.69	35.43	4.52	21.89	<0.001**
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	25.79	3.14	38.65	5.76	20.57	<0.001**
การเห็นคุณค่าในตัวเอง	24.15	2.03	31.39	2.97	23.84	<0.001**
การสนับสนุนทางสังคม	18.73	3.67	28.31	6.64	15.65	<0.001**
การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า	16.24	2.88	24.26	4.67	16.33	<0.001**
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	50.93	10.31	84.27	16.13	25.91	<0.001**

p-value= 0.001

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ จากการสำรวจข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในอำเภอเขาวง ทำให้เห็นสถานการณ์ที่น่าห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สถิติและข้อมูลต่างๆ สะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ในพื้นที่เป้าหมายมีผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 3,506 คน คิดเป็นร้อยละ 10.86 ของประชากรทั้งหมด ที่น่าสนใจคือผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2567 มีปัญหาด้านสุขภาพจิตคือ มีปัญหาด้านการนอนร้อยละ 29.85 มีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 15.26 มีพฤติกรรมทำซ้ำร้อยละ 14.56 และมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.25 ตามลำดับจากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีหลากหลายรูปแบบและภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงได้ทำการ พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อ

เรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง ซึ่งเป็นกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง เข้าร่วมกิจกรรมระยะเวลา 12 สัปดาห์ ได้แก่ กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ กิจกรรมปฏิบัติจริงที่บ้าน กิจกรรมสนับสนุนการปฏิบัติโดย พี่เลี้ยงคนที่ 1 ได้แก่ บุคลากรในครอบครัว ทีมพี่เลี้ยงคนที่ 2 ได้แก่ ทีมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ทีมพี่เลี้ยงคนที่ 3 ได้แก่ ทีมบุคลากรสาธารณสุข สอดคล้องกับ การศึกษาของ ชัชญาภา สมศรี (2564)¹³ การพัฒนารูปแบบของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเบื้องต้น โรงพยาบาลนครพนม พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ในภาพรวมของความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (\bar{x} = 4.51) และเมื่อเปรียบเทียบระดับความสุขของผู้สูงอายุเฉลี่ยก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 3.32 และหลังการเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 3.77

เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนน MoCA test ของผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเบื้องต้น ก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ พบว่า มีระดับคะแนน MoCA test เฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 20.47 และหลังการเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 22.17 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ในผู้สูงอายุ ที่มีความจำบกพร่องเบื้องต้น พบว่า คะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.83, S.D.=0.42$) ผลการวิจัยนี้สนับสนุนแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการฝึกทักษะสมอง ชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม และภาวะพึ่งพิง และสอดคล้องกับการศึกษาของ มินตรา สารระรักษ และคณะ (2564)¹⁴ ได้ศึกษาประสิทธิผลของกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในบ้านโนนเค็ง ตำบลคำขวาง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดอุดรธานี กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความเป็นมิตรต่อสุขภาพ 2) กิจกรรมทางกาย 3) จิตวิญญาณ 4) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 5) การจัดการกับความเครียด 6) โภชนาการ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพจิตสามารถส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุได้ วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกิจกรรมพัฒนาศักยภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ บ้านโนนเค็ง ต.คำขวาง อ.ลำทะเมนชัย จ.อุดรธานี โดยเปรียบเทียบ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผลการศึกษาภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 26.38 ± 3.96 พฤติกรรมสุขภาพรายชื่อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมาก

ที่สุด คือ การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อใน 1 วัน และหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุ มีภาวะสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 56.8 และภายหลังการจัดกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการจัดกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด สรุปกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมให้แก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและกิจกรรมนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นๆ เพื่อยกระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

บทสรุป จากการทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มักไม่ค่อยแสดงอาการที่ทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวรู้ตัว ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอ และสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล ควรมีส่วนร่วมในการสังเกตอาการผิดปกติ การส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นการป้องกันในระยะก่อนเกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลที่ทันท่วงที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรประสานความร่วมมือและเชื่อมกลไกการทำงานให้เกิดการขับเคลื่อน ได้แก่ การพัฒนาบุคลากร ให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วน ตลอดจนสร้างความร่วมมือในการมองเป้าหมายเดียวกันคือลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้
2. ควรพัฒนาระบบบูรณาการฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสู่การใช้ประโยชน์ โดย

สามารถ เชื่อมโยงการประมวลผลและนำเสนอ
ข้อมูลผ่าน Data Visualization

3. ควรพัฒนาระบบการส่งต่อหรือแนวทาง
ในการรักษาผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าแบบไป

รอยต่อระหว่าง หน่วยบริการปฐมภูมิจนถึงหน่วย
บริการทุติยภูมิให้ชัดเจน และประชาชน /ผู้สูงอายุ
สามารถเข้าถึงได้

เอกสารอ้างอิง

1. อนันต์ อนันตกุล. (2558). *สังคมสูงวัย...ความท้าทายประเทศไทย*. เอกสารประกอบการประชุมราชบัณฑิตและภาคีสมาชิก
สำนักธรรมศาสตร์และการเมือง ราชบัณฑิตยสภา.
2. วิจิตร แผ่นทอง, อัจฉรา คำมะতিย์, วรุฒิ แสงทอง, อรอนงค์ นิลพัฒน์และสุนิสา คำชื่น. (2563). ความชุกและปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและ
การสาธารณสุขภาคใต้. 7(2), 114-126.
3. Cahoon, C. G. (2012). Depression in older adults. *AJN The American Journal of Nursing*, 112(11), 22-30.
4. World Health Organization (WHO). (2024). *Healthy ageing and functional ability*. Retrieved from
<https://www.who.int/westernpacific/news/q-a-detail/ageing-healthy-ageing-and-functional-ability>
5. โรงพยาบาลเขาวง. (2567). เอกสารรายงานประจำปี 2567. โรงพยาบาลเขาวง.
6. ปัญจวรา บุญสร้างสม. (2564). 7 กลุ่มโรคที่ควรฉีดวัคซีนป้องกัน COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2567,
จาก <http://chan.nfe.go.th/ThungBencha/index.php?name=knowledge&file=readknowledge&id=45>
7. อัมพร เบญจพลพิทักษ์, & คณะ. (2558). *คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ปิยะนงค์ พับลิชชิง.
8. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). *นโยบายแนวทางการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทย*. เอกสารประกอบการ
ประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ ระหว่างวันที่ 8-9
กันยายน พ.ศ. 2563 โรงแรมไมด้า ดอนเมือง แอร์พอร์ต.
9. กรมอนามัย. (2559). *บทบาทผู้สูงอายุต่อสังคม ครอบครัว ชุมชน, กระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้น 10 กันยายน 2567, จาก
hp.anamai.moph.go.th
10. Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Geelong: Deakin University.
11. กรมสุขภาพจิต. (2557). *แนวทางการการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด* (พิมพ์ครั้งที่ 3, ฉบับปรับปรุง).
อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
12. วัลยา ตูพานิช. (2566). รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.
วิทยานิพนธ์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
13. ชัชฎาภา สมศรี (2564). การพัฒนารูปแบบของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเบื้องต้น
โรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 8(2). 78-93
14. มินตรา สาระรักษ์, ฐิติรัช งานฉมิง, นันทยา กระสวยทอง. (2564)14 ได้ศึกษาประสิทธิภาพของกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูง
อายุเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในบ้านโนนเค็ง ตำบลคำขวาง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
ศรีนครินทร์เวชสาร 2564; 36(2): 157-165.