



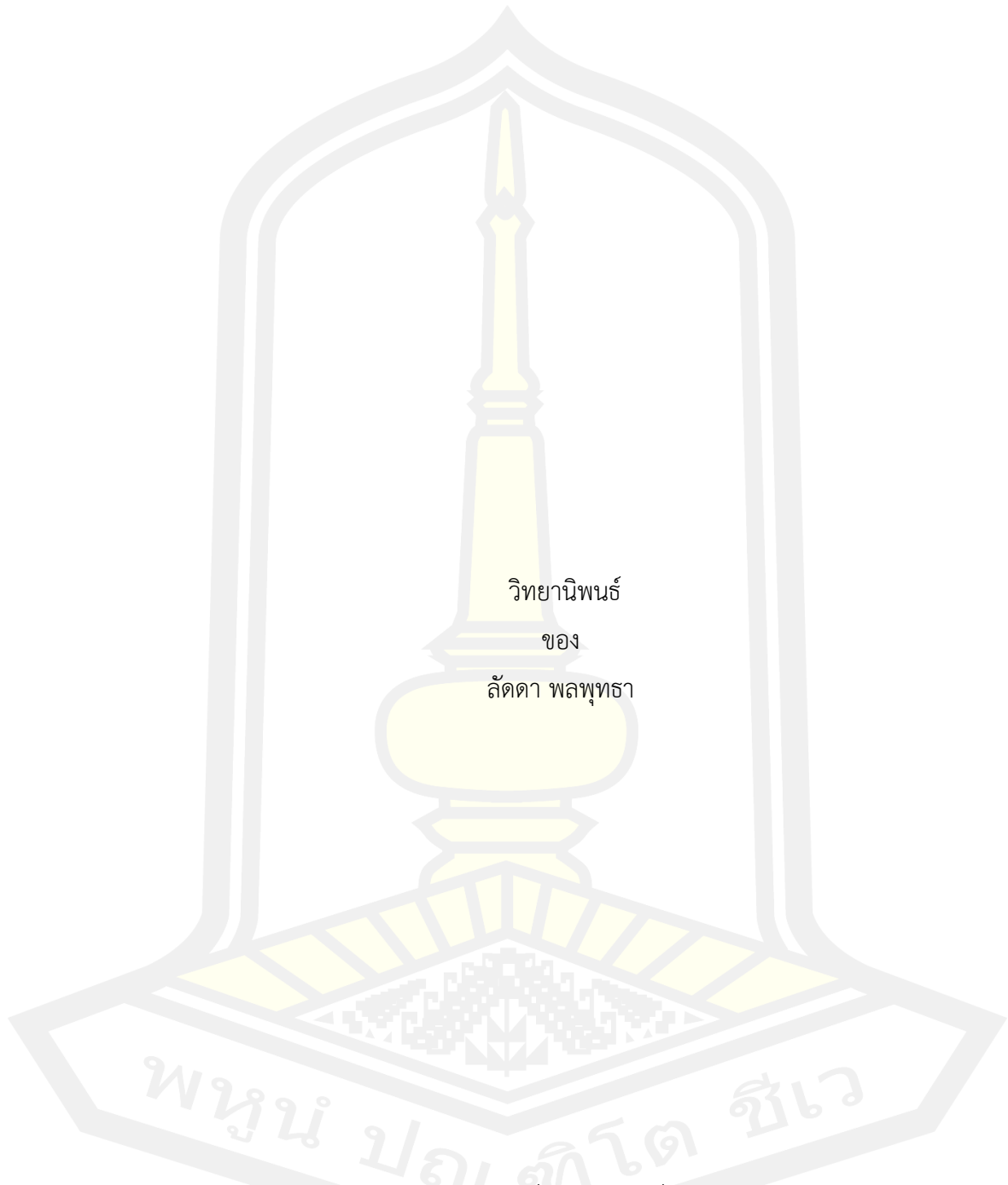
การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิทยานิพนธ์
ของ
ลัดดา พลพุทธา

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มกราคม 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด



เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

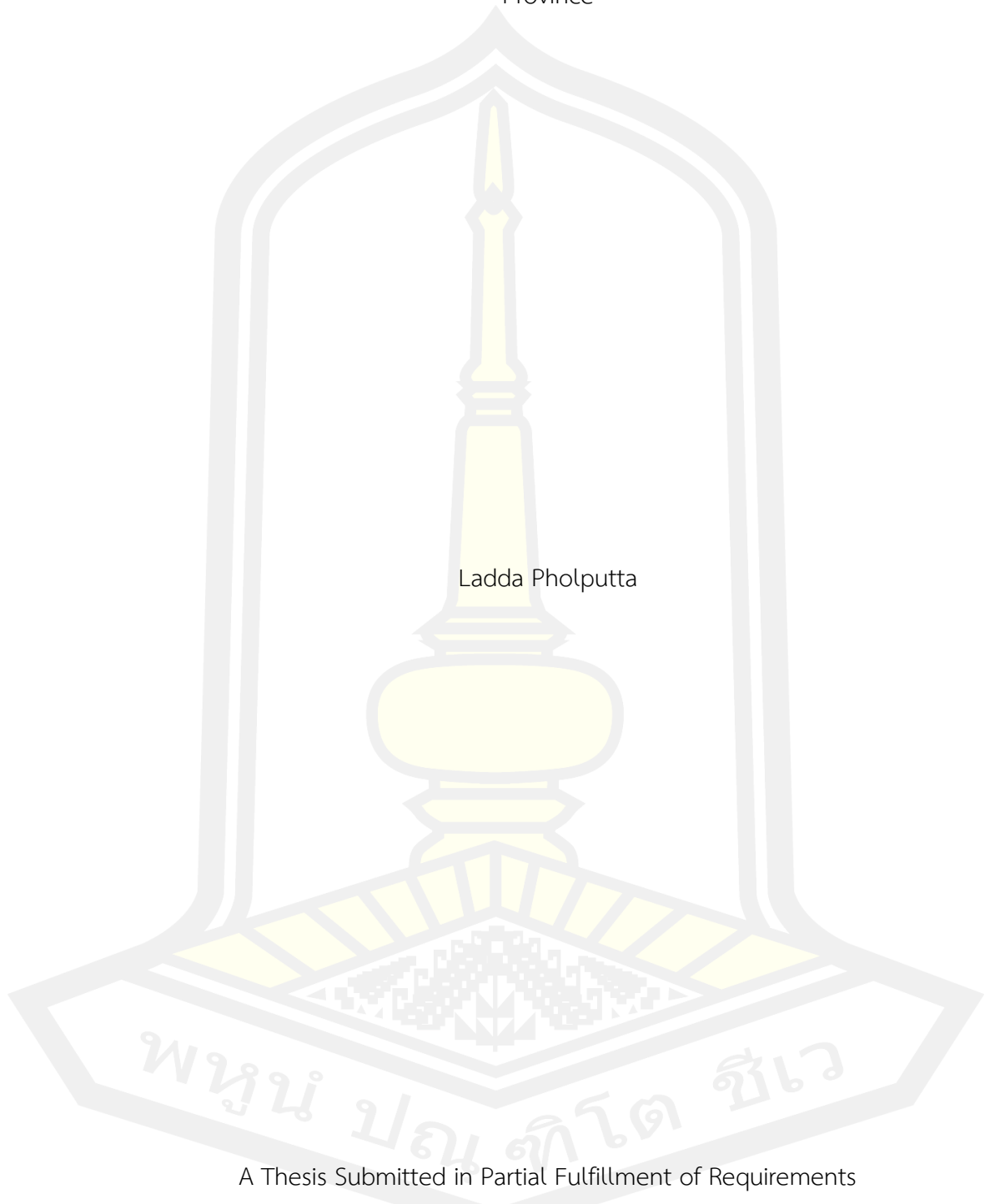
ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มกราคม 2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

A Model Development for Depression Prevention Among the Elderly in ROI ET
Province

Ladda Pholputta



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Doctor of Philosophy (Health Sciences)

January 2022

Copyright of Maharakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางลัดดา พลพุทธา แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. วรณภา อิชิตะ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รศ. ดร. ปราโมทย์ ทองกระจาย)

..... กรรมการ

(อ. ดร. จงกลณี ธนาไสย์)

..... กรรมการ

(ผศ. ดร. รติกร ชาติชนะยืนยง)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(อ. ดร. ชัยรัตน์ อุทัยพิบูลย์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร ปริญญา ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

.....
(ผศ. นพ. เทพลักษณ์ ศิริชนะวุฒิชัย)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด		
ผู้วิจัย	ลัดดา พลพุทธา		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล รองศาสตราจารย์ ดร. ปราโมทย์ ทองกระจาย		
ปริญญา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต	สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2565

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข ซึ่งการได้รับการช่วยเหลือไม่ครอบคลุม หรือการไม่สามารถเข้าถึงบริการการรักษา อาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การฆ่าตัวตาย การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อ 1) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า และองค์ประกอบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 3) พัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และ 4) ศึกษาประสิทธิผลของการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม 2563 - พฤษภาคม 2564 ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ องค์ประกอบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และการพัฒนาแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน วิเคราะห์การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยชุมชนมีส่วนร่วม และพัฒนาแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ระยะที่ 2 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในพื้นที่สองอำเภอของจังหวัดร้อยเอ็ด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment Correlation Coefficient) วิเคราะห์หาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) และวิเคราะห์ข้อมูลหาลองค์ประกอบการเกิดภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติองค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirm Factor Analysis) และ วิเคราะห์ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one -way repeated-measures ANOVA) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษาพบว่า 1) ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 47.25 ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 35.75 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ในผู้สูงอายุพบว่า รายได้ สถานภาพสมรส ผู้ดูแลหลัก โรคประจำตัว การทำงาน ความผาสุกด้านจิตใจ จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา จำนวนยาที่รับประทาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน การออกกำลังกาย และการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ เหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ผู้ดูแลหลัก รายได้ การสนับสนุนทางสังคม และโรคประจำตัว สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 25.50 และวิเคราะห์องค์ประกอบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis) หมุนแกนองค์ประกอบแบบออร์โธกอนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวนิแมกซ์ (Varimax) ได้องค์ประกอบ 37 องค์ประกอบ ซึ่งเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดว่าองค์ประกอบสำคัญนั้นต้องมีค่าไอเกน (Eigenvalues) มากกว่าหรือเท่ากับ 1.0 ขึ้นไป โดยในแต่ละข้อคำถามต้องมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.2 (Item Loading) ขึ้นไปพบว่า ยังคงได้องค์ประกอบที่สำคัญ 37 องค์ประกอบ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 74.52 3) ดังนั้นรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายโดยใช้โยคะ การใช้สมาธิในการดำรงชีวิต การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุ เพื่อนเยี่ยมเพื่อน อสม.เยี่ยมผู้สูงอายุ และพยาบาล/ทีมสุขภาพเยี่ยมผู้สูงอายุ และ 4) ประสิทธิภาพของการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้ามากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังนั้นควรส่งเสริมให้ทีมสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้องได้นำโปรแกรมการพัฒนานี้ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า, จังหวัดร้อยเอ็ด

พหุบัณฑิตวิทยาลัย

TITLE	A Model Development for Depression Prevention Among the Elderly in ROI ET Province		
AUTHOR	Ladda Pholputta		
ADVISORS	Assistant Professor Choosak Nithikathkul Associate Professor Pramote Tongkrajai		
DEGREE	Doctor of Philosophy	MAJOR	Health Sciences
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2022

ABSTRACT

Depression in the elderly is a major public health problem, which the assistance is not covered or inability to access treatment services may lead to suicide. The purposes of this research were to: 1) Study the prevalence of depression among the elderly, Roi Et Province; 2) Study factors associated with depression, factors predicting depression, and components of depression in the elderly; 3) Develop a depression prevention model in the elderly; and 4) Study the effectiveness of an experiment of a depression prevention model in the elderly. The data were collected from May, 2020 until May. The data collection consisted of 2 phases as follows: 1) Phase 1, the study of the prevalence of depression among the elderly, components of depression in the elderly, and development of a depression prevention model in the elderly, Roi Et Province. The subjects were stakeholders and consisted of 400 elderlies which analyzed depression in the elderly by community participation, and developed a depression prevention model in the elderly; 2) Phase 2, experiment and evaluate the effectiveness of a depression prevention model in the elderly in two districts of Roi Et province. The quantitative data were analyzed by descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation, analyzed factors associated with depression in the elderly by Pearson product moment Correlation Coefficient, analyzed factors predicting depression by Multiple regression, and analyzed components of depression in the elderly by Confirm Factor Analysis, and compared depression, quality of life, and preventive behaviors for depression in the elderly by one-way repeated-measures ANCOVA and Content analysis.

The results of this research were as follows: 1) Regarding prevalence of depression among the elderly, most of the theme (47.25) have depression, followed by

mild depression (35.75%). 2) Factors associated with depression in the elderly covered income, marital status, primary caregiver, underlying disease, work, psychological well-being, number of life crises, and social support which were significantly associated with depression in the elderly. However, gender, age, education level, religion, amount of medication taken, the ability to perform basic daily activities, the ability to perform complex daily routines, exercise, and participation in religious activities were not significantly related to depression. Factors predicting depression in the elderly were life crisis events, primary caregiver, income, social support, and underlying disease which could be able to predict depression in the elderly at 25.50 percent and analyze the components of depression in the elderly by Principal Component Analysis, Orthogonal by Varimax method, 37 components were obtained. When considering the criteria that the key element must have an Eigenvalues greater than or equal to 1.0 or more, in which each question must have an element weight of 0.2 (Item Loading) or more, it was found that there were still 37 important components, could explain the variance at 74.52 percent; 3) Development of a prevention model for depression in the elderly. It consisted of activities such as educating about depression in the elderly, preventing depression in the elderly, exercising by using yoga, meditation, empowerment in the elderly, friends visiting friends, volunteers visiting the elderly, and nurses/health teams visiting the elderly; 4) Effectiveness of the depression prevention model Trial in the Elderly, results showed that after the model application, the experimental group had lower mean depression scores than and lower than the comparison group with statistical significance ($p < 0.01$). The experimental group also had higher mean scores of quality of life and preventive behaviors for depression than before and higher than that of comparison group ($p < 0.01$). Therefore, health care teams and stakeholders should be encouraged to apply this development program appropriately to the context of the community.

Keyword : Elderly, Depression prevention model

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ทองกระจาย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งได้ช่วยพัฒนาความรู้และทักษะในการทำวิจัย ช่วยสนับสนุนเอกสารตำราต่างๆ รวมทั้งแนะแนวทางในการสืบค้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัยที่เป็นประโยชน์อย่างกว้างขวาง สนับสนุนให้กำลังใจ ดูแลเอาใจใส่ด้วยความเมตตา และเอื้ออาทรด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ และกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.จริยา จิรานุกุล ที่ให้ข้อเสนอแนะในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณภา อธิติ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาและได้ให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ในการแก้ไขวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือและการพัฒนารูปแบบในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ขอกราบขอบพระคุณคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ผู้บริหาร และมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ที่ให้โอกาส สนับสนุน และส่งเสริมในการศึกษาในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ได้อนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย และขอบพระคุณผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ทุกท่านที่สละเวลา ให้ความร่วมมือ และให้ข้อมูลที่มีค่ายิ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่กรุณาให้ทุนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ กราบขอบพระคุณอาจารย์ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เป็นประโยชน์ กราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล ที่คอยช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์เสมอมา และขอขอบพระคุณทุกท่านที่กำลังใจจากพี่ เพื่อนๆ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ รุ่นที่ 11 ที่เอาใจใส่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจจนวิทยานิพนธ์เล่มนี้เสร็จสมบูรณ์ด้วยดี

สุดท้ายขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ น้องชาย น้องสะใภ้ สามี และผู้ช่วยวิจัย ที่เป็นกำลังใจ และให้การช่วยเหลือสนับสนุนในทุกด้าน ผู้วิจัยซาบซึ้งใจมาโดยตลอด คุณค่าที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้สูงอายุ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ไม่ได้ระบุนามซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ท
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ภูมิหลัง	1
1.2 คำถามการวิจัย	4
1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย	4
1.4 สมมติฐานการวิจัย	5
1.5 ความสำคัญของการวิจัย	5
1.6 ขอบเขตของการวิจัย.....	5
1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
1.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	11
2.2 แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	19
2.3 แนวคิดการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	32
2.4 แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment).....	33
2.5 แนวคิดการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy)	43

2.6 แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ (Pender et al., 2006).....	47
2.7 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research).....	56
2.8 การใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ	62
2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	67
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	75
3.1 รูปแบบการวิจัย	75
3.2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	77
3.3 จริยธรรมการวิจัย	91
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	93
4.1 ผลการวิจัยในระยะที่ 1.....	94
4.2 ผลการวิจัยในระยะที่ 2.....	156
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	164
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	164
5.2 การอภิปรายผล	167
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	190
บรรณานุกรม.....	192
ภาคผนวก.....	213
ภาคผนวก ก เอกสารคำชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย	214
ภาคผนวก ข เครื่องมือในการวิจัย.....	220
ภาคผนวก ค หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล.....	251
ภาคผนวก ง หนังสือแต่งตั้งผู้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย	253
ภาคผนวก จ หนังสือแต่งตั้งผู้ตรวจสอบโปรแกรม (Model)	259
ประวัติผู้เขียน.....	263

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน	63
ตารางที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างแยกตามอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน จำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ด ..	79
ตารางที่ 3 ความชุกโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปในประเทศไทย พ.ศ. 2559 -2563	95
ตารางที่ 4 ความชุกโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2559 -2563	96
ตารางที่ 5 ความชุกโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จังหวัดร้อยเอ็ด	97
ตารางที่ 6 ความชุกโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยแบ่งตามอำเภอ	97
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	100
ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	105
ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันต่อเนื่อง	105
ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	106
ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความพึงพอใจ	106
ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนระดับเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตของผู้สูงอายุ	108
ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนระดับความเดือดร้อนของปัญหา	109
ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับการเกื้อหนุนทางสังคมจากครอบครัว/ญาติพี่น้อง (n=400 คน)	110

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับการ เกื้อหนุนทางสังคมจากเพื่อน/เพื่อนบ้าน (n=400).....	111
ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของ ผู้สูงอายุ (n=400).....	113
ตารางที่ 17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้าน สุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางจิตสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (n= 400).....	115
ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการ ถดถอย ค่าอำนาจการทำนาย (R^2) ค่าอำนาจการทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการทำนายภาวะ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เมื่อใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (n = 400)	117
ตารางที่ 19 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานของ .	119
ตารางที่ 20 ค่าไอเกน ความแปรปรวนร่วม และร้อยละสะสมของความแปรปรวนร่วมในแต่ละ องค์ประกอบของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด.....	120
ตารางที่ 21 น้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 1 – 2	122
ตารางที่ 22 น้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 3 – 5	124
ตารางที่ 23 น้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 6 - 10	125
ตารางที่ 24 น้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 11- 15.....	126
ตารางที่ 25 น้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 16 – 20....	128
ตารางที่ 26 น้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 21 – 25....	129
ตารางที่ 27 น้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 26 – 30....	130
ตารางที่ 28 น้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 31 – 35....	131
ตารางที่ 29 น้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 36 – 37....	132
ตารางที่ 30 ผลการประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	153
ตารางที่ 31 ผลการประเมินความเป็นไปได้ของกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	154
ตารางที่ 32 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	157

ตารางที่ 33 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 6 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	159
ตารางที่ 34 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	162
ตารางที่ 35 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 6 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	163



สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	10
ภาพประกอบที่ 2 กระบวนการที่ได้จากการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวต้นแบบหรือต้นฉบับ (Bandura, 1997)	45
ภาพประกอบที่ 3 รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	54
ภาพประกอบที่ 4 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis & McTaggart, 1988).....	58
ภาพประกอบที่ 5 ขั้นตอนการดำเนินการ	76
ภาพประกอบที่ 6 ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559- 2563	95
ภาพประกอบที่ 7 ความชุกโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยแบ่งตามอำเภอ จำนวน 20 อำเภอ ในจังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2557 -2561	98
ภาพประกอบที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง สาเหตุ อาการและอาการแสดง ผลกระทบ และรูปแบบการแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	144
ภาพประกอบที่ 9 การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด	146
ภาพประกอบที่ 10 รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด	155

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

แนวโน้มของโลกที่มีความเจริญก้าวหน้าในสายวิทยาการต่าง ๆ โดยเฉพาะทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีมากขึ้น ทำให้อัตราการตายตามกลุ่มอายุลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรคือ มีอัตราการเกิดน้อยลง และมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปเพิ่มมากขึ้น สังคมสูงวัยเป็นสถานการณ์ทั่วโลกและหลายประเทศกำลังเผชิญ ซึ่งในขณะนี้ประชากรทั่วโลกกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ ในปี ค.ศ. 2015 ทั่วโลกมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 900 ล้านคน และมีอายุ 80 ปีขึ้นไปหรือมากกว่า จำนวน 125 ล้านคน และพบว่าระหว่างปี ค.ศ. 2015-2050 ทั่วโลกจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จากร้อยละ 12.00 เพิ่มเป็นร้อยละ 22.00 ซึ่งส่วนใหญ่ประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 80 อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและมีรายได้ปานกลาง (World Health Organization, 2018) สำหรับประเทศไทยพบว่าตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1.5 ล้านคน และในปี ค.ศ. 2015 พบว่าประชากรทั้งหมด จำนวน 68.66 ล้านคน (United Nations, 2017) มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 10.7 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี ค.ศ. 2035 มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนมากกว่า 20 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 30 (The Situation of Thailand's Older Population, 2015) ซึ่งประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นลำดับที่ 4 ในเอเชีย รองจากประเทศญี่ปุ่น ประเทศเกาหลี และประเทศสิงคโปร์ ตามลำดับ (United Nations New York, 2015)

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยที่กล่าวมา ประเทศไทยจำเป็นต้องเตรียมรับมือกับสถานการณ์ประชากรสูงวัยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเพราะประชากรที่มีสัดส่วนสูงอายุสูงขึ้นย่อมหมายถึงภาระของรัฐ ชุมชน และครอบครัว ในการดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการยังชีพ และการดูแลเกี่ยวกับการอยู่อาศัยที่เหมาะสม ที่จะสูงขึ้นตามไปด้วย (สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) นอกจากนั้นสังคมที่มีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากส่งผลขยายตัวทางเศรษฐกิจเพราะมีกำลังแรงงานซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญลดลง คนวัยทำงานต้องแบกรับภาระการเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ค่าใช้จ่ายภายในบ้านและรายจ่ายเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และในระยะยาวสังคมผู้สูงอายุจะมีภาวะการออมและการลงทุนลดลง เนื่องจากผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้จะต้องใช้เงินออมซึ่งอาจไม่เพียงพอแก่การดำรงชีวิต ปัญหาด้านจิตใจเมื่อถึงวัยเกษียณอายุไม่ได้ทำงานทำให้ผู้สูงอายุเหงา ไม่ภาคภูมิใจเหมือนเป็นภาระกับลูกหลาน อาจรู้สึกน้อยใจ ซึมเศร้า จะเห็นได้ว่าการเข้า

ผู้สูงอายุจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น (World Health Organization, 2018)

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ทั่วโลกจะมีประชากรมากกว่า 300 ล้านคนมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย และพบว่ามีประชากรฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้า 800,000 คนต่อปี (World health organization, 2019) และมีการประมาณการว่าโรคซึมเศร้า ก่อให้เกิดความเสียหายต่อเศรษฐกิจถึง 800 ล้านดอลลาร์สหรัฐในปี ค.ศ.2010 และคาดว่าจะมีมูลค่าของการสูญเสียจะเพิ่มมากกว่าสองเท่าในปี ค.ศ. 2030 (Word Health Organization, 2017a) ในผู้สูงอายุพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความบกพร่องทางสุขภาพในประชากรทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 7.00 (Word Health Organization, 2018) ผลการสำรวจความชุกโรคซึมเศร้าของประเทศไทยปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิตในคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงชนิดครึ่งครวร้อยละ 2.40 และชนิดเรื้อรัง ร้อยละ 0.30 กรุงเทพมหานครมีความชุกของโรคซึมเศร้าชนิดครึ่งครวมากที่สุด ร้อยละ 4.10 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 2.50 (Word Health Organization, 2017a) สำหรับประเทศไทยในปี 2563 พบว่าภาวะซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพเป็นอันดับ 4 ในผู้หญิงไทย และอันดับ 10 ในผู้ชายไทย ซึ่งมีคนไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึง 1.5 ล้านคน (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2561) อัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 6.00 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2562) สำหรับสถานการณ์และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยจากผลการศึกษาของวลัยพร นันทศุภวัฒน์และคณะ (2552) พบว่า ผู้สูงอายุน่าจะมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 72.30 และมีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ร้อยละ 15.60 จากการศึกษาของ Olpoc (2016) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอายุไทย ร้อยละ 68.00 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 46.67 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 17.33 ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง ร้อยละ 4.00 และจากการศึกษาของ Kansri et al. (2018) พบว่าผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท ประเทศไทย มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 27.35 และนอกจากนี้ยังพบว่าความชุกการเกิดภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Dao et al., 2018; Kansri et al., 2018; Paul et al., 2019; Zou et al., 2018) จะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนมาก ซึ่งเกิดจากผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชนขาดความตระหนักรู้และการได้รับการรักษาไม่เพียงพอ (Touhy, 2014) ประชาชนส่วนใหญ่ขาดความตระหนักรู้ในความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินของโรค บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญกับการดูแลโรคนี้น้อยกว่าโรคทางกาย การค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร่ายังไม่ครอบคลุมทั่วประเทศ (ชัชวาล วงศ์สาร และสายสมร เถลยกิตติ, 2562) และได้รับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพได้ไม่ครอบคลุม หรือการไม่สามารถเข้าถึงบริการการรักษา อาจเป็นสาเหตุนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าพบว่า ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีอัตราความรุนแรงที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ร้อยละ 20.40

และในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 1.17 (Word Health Organization, 2017a) และภาวะซึมเศร้ายังส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ (Chaiut et al., 2018)

อุบัติการณ์ที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าถือเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางจิตสังคม และปัจจัยทางชีวภาพ และจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศหญิง การขาดการสนับสนุนทางสังคม การเป็นโรคเรื้อรัง และการรับรู้ถึงการได้รับการดูแลที่ไม่เพียงพอ (Kugbey et al., 2018; Pramesona & Taneepanichskul, 2018) ภาวะเครียดในชีวิต (El-Gilany et al., 2018) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าจะมีอารมณ์เศร้า สิ้นหวังอย่างรุนแรง และหมดความสนใจในกิจวัตรประจำวันที่ทำประจำวันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ หากโรคมีความรุนแรงจะเกิดขึ้นยาวนานต่อเนื่อง และก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ นอกจากนี้ยังทำให้ความสามารถในการทำงาน และความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างหรือบุคคลในครอบครัวแย่ลง และในกรณีที่รุนแรงก็เป็นสาเหตุนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ โดยพบว่าปี พ.ศ. 2560 มีอัตราการฆ่าตัวตาย เพศชาย 9.93 เพศหญิง 2.28 รายต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตนำไปความเปราะบางทางสุขภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่าง ๆ ไม่ใช่เฉพาะตัวผู้ป่วย แต่รวมถึงครอบครัวและผู้ดูแล และในปี พ.ศ. 2561 มีการคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยซึมเศร้าทั้งหมด จำนวน 1,439,710 คน มีจำนวนผู้ป่วยสะสมที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษา จำนวน 828,851 คน คิดเป็นอัตราการเข้าถึงบริการร้อยละ 57.60 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2562) ซึ่งอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจากตัวผู้ป่วยเองรวมทั้งญาติ ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพจิต การห่างไกลของสถานพยาบาล การขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณ รวมทั้งการขาดการพัฒนารูปแบบการให้บริการจิตเวชในพื้นที่ขาดแคลน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2562)

จากสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุดังกล่าว จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุการฆ่าตัวตายในที่สุด และหากมองในมิติระดับจังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น จำนวน 1,307,982 คน มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 207,310 คน คิดเป็นร้อยละ 14.50 (สำนักงานสถิติจังหวัดร้อยเอ็ด, 2561) ซึ่งถือเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ จากรายงานโดยโรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปคาดว่าจะมีผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 29,311 คน, 29,399 คน และ 29,483 คน ตามลำดับ และมีอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคในจังหวัด ร้อยละ 56.41, ร้อยละ 57.81 และร้อยละ 71.88 ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่

มีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี และจากการศึกษาของ อธิธิพล พลเยี่ยม และสุคนธา ศิริ (2014) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดร้อยเอ็ด คิดเป็นร้อยละ 28.60 ซึ่งแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัว และขยายผลเกิดเป็นปัญหาสังคมในที่สุด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมองเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และนำรูปแบบไปทดลองใช้ให้เกิดประโยชน์ เกิดคุณค่าต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และสามารถนำไปขยายผลให้เกิดประสิทธิผลต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 สถานการณ์โรคซึมเศร้า 5 ปี ย้อนหลัง เป็นอย่างไร

1.2.2 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นอย่างไร

1.2.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยทำนาย และองค์ประกอบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีอะไรบ้าง

1.2.4 รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นอย่างไร

1.3 ความมุ่งหมายของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

วัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1.3.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคซึมเศร้า 5 ปี ย้อนหลัง

1.3.2 เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3.3 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยทำนาย และองค์ประกอบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

1.3.4 เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

1.3.5 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

1.4 สมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้ามลดลง และมีคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการในการป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น

1.5 ความสำคัญของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ทำให้ได้ข้อสนเทศ องค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่เป็นประโยชน์ทั้งทางวิชาการและทางปฏิบัติ ซึ่งประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการศึกษาวิจัยนี้ มีดังนี้

1.5.1 สะท้อนสถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และข้อมูลผลการประเมินการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการป้องกันและควบคุมปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุต่อไป

1.5.2 ได้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสม และสามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดโครงการบริการสุขภาพได้

1.5.3 ประโยชน์ทางด้านวิชาการ ได้ข้อค้นพบใหม่ของการศึกษารูปแบบการป้องกัน จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขได้ประโยชน์จากข้อมูลนี้เพื่อนำไปปรับใช้กับพื้นที่ รวมทั้งพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

1.5.4 ผลการวิจัยที่ได้เป็นองค์ความรู้ใหม่ สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกัน อันจะเป็นประโยชน์ต่อการสร้างความร่วมมือทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาชนในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1.6 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตการวิจัยในด้านต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้ บรรลุความมุ่งหมายและมีประสิทธิภาพมากที่สุด จึงได้กำหนดขอบเขตในการศึกษาดังรายละเอียดต่อไปนี้ การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน ซึ่งมีทั้งการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์โรคซึมเศร้า 5 ปี ย้อนหลัง การศึกษาความชุกการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ปัจจัยทำนาย

และเพื่อหาค่าองค์ประกอบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

ระยะที่ 2 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของร่างรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

1.6.1 ขอบเขตด้านพื้นที่และประชากร การศึกษานี้มุ่งศึกษาในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1.6.1.1 การศึกษาระยะที่ 1 ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่าง

1.6.1.2 การศึกษาในระยะที่ 1 และ 2 ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ และผู้รับผิดชอบในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.6.1.3 การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย แหล่งข้อมูลในการวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบทำการสังเคราะห์จากแหล่งข้อมูล 3 แหล่ง ได้แก่ ข้อมูลเอกสารทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยต่าง ๆ รวมทั้งผลการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การเกิดและการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ข้อมูลผลการประเมินการมีส่วนร่วมและข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้องในระดับตำบล อำเภอ และครอบคลุมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ต้องการ ซึ่งแหล่งข้อมูลในขั้นตอนการสร้างรูปแบบจะได้รับการศึกษาในระยะที่ 1 และ 2 เมื่อพัฒนารูปแบบเรียบร้อยแล้วมีการสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและนำไปทดลองใช้ในขั้นตอนต่อไป การเก็บข้อมูลในการประเมินรูปแบบจะเลือกพื้นที่อำเภอที่มีความอัตรายาวสูงใกล้เคียงกัน 2 อำเภอเป็นกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุม โดยมีผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการ คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาระยะที่ 1 และ 2 ซึ่งตอบโดยผู้ใช้รูปแบบในอำเภอที่เป็นพื้นที่ทดลอง รวมทั้งการเปรียบเทียบผลกับอำเภอที่เป็นพื้นที่ในการเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการทดลอง

1.6.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน ซึ่งมีทั้งการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1993) กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) กรอบแนวคิดพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006)

การศึกษาในระยะที่ 1 มุ่งประเด็น

- 1.6.2.1 การศึกษาสถานการณ์โรคซึมเศร้า 5 ปี ย้อนหลัง
- 1.6.2.2 การศึกษาความชุกการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด
- 1.6.2.3 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยทำนาย และเพื่อหาองค์ประกอบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
- 1.6.2.4 การพัฒนารูปแบบการป้องกันซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด มุ่งประเด็นเนื้อหาการพัฒนารูปแบบการป้องกันซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แหล่งข้อมูลในการวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบ ทำการสังเคราะห์จากแหล่งข้อมูล 3 แหล่ง ได้แก่ ข้อมูลเอกสาร ทฤษฎี แนวคิด และงานวิจัยต่าง ๆ รวมทั้งผลการศึกษาก่อนการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุม โดยนำผลของการศึกษาในระยะที่ 1 ร่วมกับวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในระยะที่ 2 ผู้วิจัยจะเลือกพื้นที่ดำเนินโครงการ โดยใช้วิธีการแบบเจาะจง 1 อำเภอ การจัดเก็บข้อมูลในระยะนี้เป็นการเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพ ซึ่งแหล่งข้อมูลในขั้นตอนการสร้างรูปแบบจะได้รับการศึกษาในระยะที่ 1 และ 2

การศึกษาในระยะที่ 2 มุ่งประเด็นการทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของร่างรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ดที่พัฒนาขึ้น เมื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเรียบร้อยแล้วมีการสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและนำไปทดลองใช้ในขั้นตอนต่อไป การเก็บข้อมูลในการประเมินรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จะเลือกพื้นที่อำเภอแบบเฉพาะเจาะจง การเก็บข้อมูลในการประเมินรูปแบบ จะเลือกพื้นที่อำเภอที่มีความอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าใกล้เคียงกัน 2 อำเภอเป็นกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มควบคุม โดยมีผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการ คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาระยะที่ 1 และ 2 ซึ่งตอบโดยผู้วิจัยในรูปแบบในอำเภอที่

เป็นพื้นที่ทดลอง รวมทั้งการเปรียบเทียบผลกับอำเภอที่เป็นพื้นที่ในการเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการทดลอง

1.6.2.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา การศึกษานี้ครอบคลุมระยะเวลาทั้งสิ้น 9 เดือน โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาความชุกการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยทำนาย และหาองค์ประกอบการเกิดภาวะซึมเศร้า (เดือนที่ 1) การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้รูปแบบการประเมินการมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกับผลการศึกษาในระยะที่ 1 และพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด (เดือนที่ 2 ถึง เดือนที่ 3) และระยะที่ 2 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น (เดือนที่ 4 ถึง เดือนที่ 9)

1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดนิยามศัพท์เฉพาะการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.7.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด อย่างน้อย 1 ปี

1.7.2 ภาวะซึมเศร้า หมายถึง เป็นภาวะความเจ็บป่วยที่มีอารมณ์เศร้า หดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำเกิดขึ้นเกือบตลอดทั้งวันติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ในรายที่รุนแรงจะมีรู้สึกสูญเสียพลังงาน เบื่ออาหาร นอนหลับมากหรือน้อยกว่าปกติ วิตกกังวล ความสนใจลดลง ไม่กล้าตัดสินใจ กระสับกระส่าย รู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิด หรือหมดหวัง และมีความคิดอยากทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตาย

1.7.3 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด อย่างน้อย 1 ปี ที่มีอารมณ์เศร้า หดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำเกิดขึ้นเกือบตลอดทั้งวันติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ในรายที่รุนแรงจะมีรู้สึกสูญเสียพลังงาน เบื่ออาหาร นอนหลับมากหรือน้อยกว่าปกติ วิตกกังวล ความสนใจลดลง ไม่กล้าตัดสินใจ กระสับกระส่าย รู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิด หรือหมดหวัง และมีความคิดอยากทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)

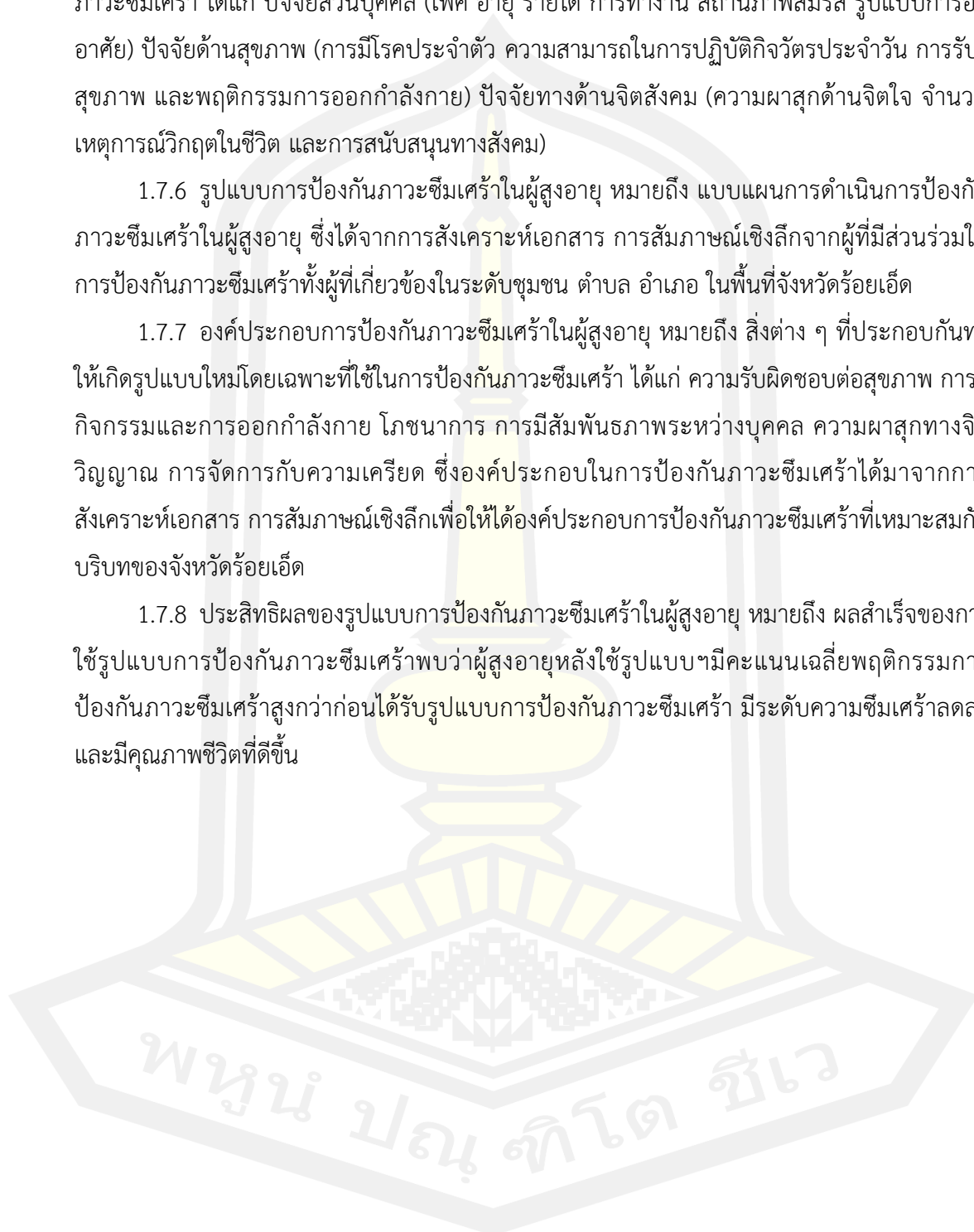
1.7.4 ความชุก หมายถึง จำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ดที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง และรุนแรงมาก ณ เวลาหนึ่ง ๆ ช่วงเวลาที่ศึกษาระหว่างเดือน พฤษภาคม 2563 ถึง เดือน มิถุนายน 2563

1.7.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ รายได้ การทำงาน สถานภาพสมรส รูปแบบการอยู่อาศัย) ปัจจัยด้านสุขภาพ (การมีโรคประจำตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้สุขภาพ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย) ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (ความผาสุกด้านจิตใจ จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม)

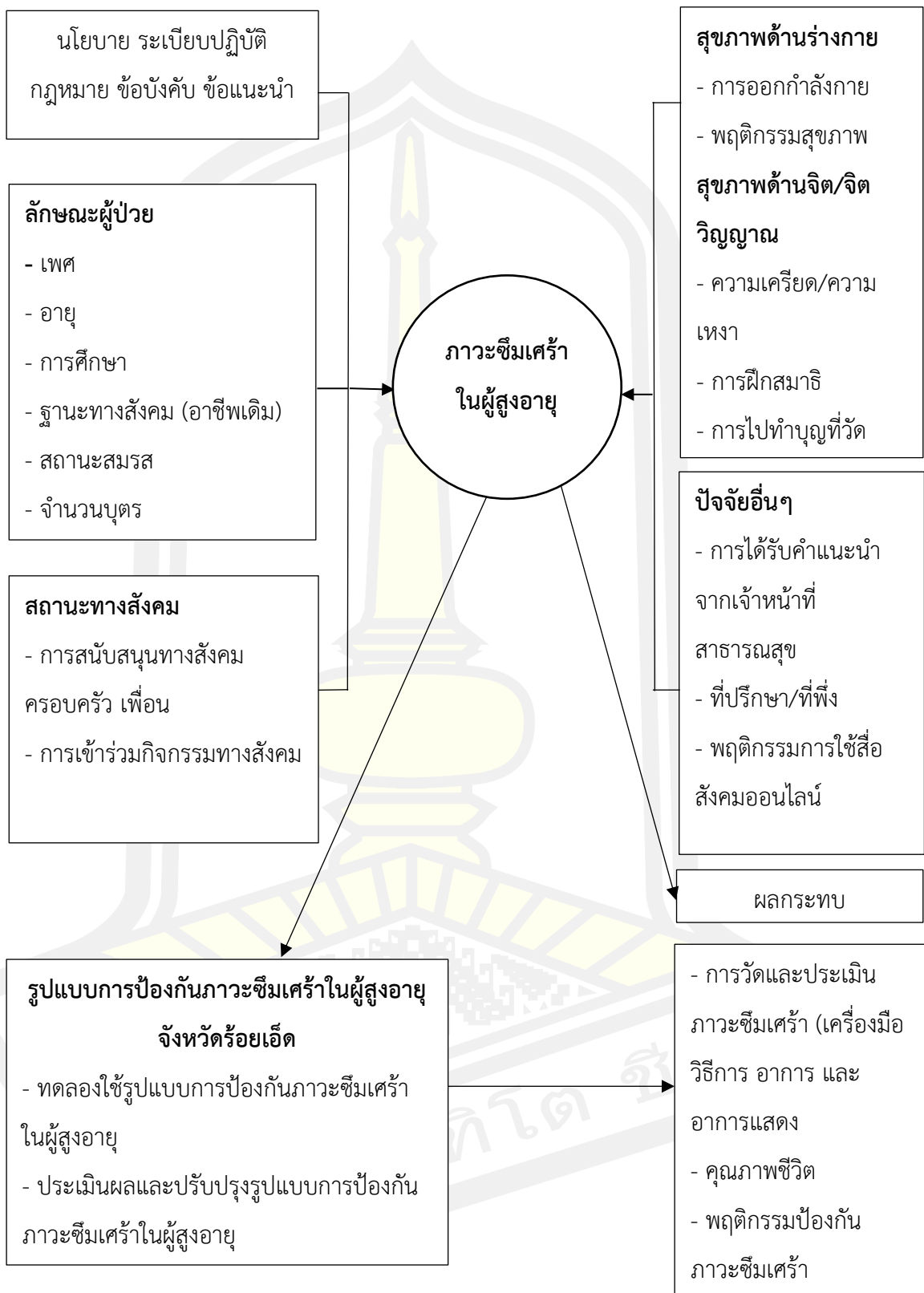
1.7.6 รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง แบบแผนการดำเนินการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งได้จากการสังเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ที่มีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับชุมชน ตำบล อำเภอ ในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด

1.7.7 องค์ประกอบในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่ประกอบกันทำให้เกิดรูปแบบใหม่โดยเฉพาะที่ใช้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย โภชนาการ การมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การจัดการกับความเครียด ซึ่งองค์ประกอบในการป้องกันภาวะซึมเศร้าได้มาจากการสังเคราะห์เอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้องค์ประกอบในการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดร้อยเอ็ด

1.7.8 ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง ผลสำเร็จของการใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้สูงอายุหลังใช้รูปแบบขามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงกว่าก่อนได้รับรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า มีระดับความซึมเศร้ามลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



1.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัย ได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.2 แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
- 2.3 แนวคิดการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
- 2.4 แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)
- 2.5 แนวคิดการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy)
- 2.6 แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ (Pender et al., 2006)
- 2.7 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.8 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
- 2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้ให้ความหมายผู้สูงอายุ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556) ได้นิยามคำว่าผู้สูงอายุมีการให้ความหมายที่หลากหลาย โดยพิจารณาจาก 1) เกณฑ์อายุตามปีปฏิทิน ส่วนใหญ่คิดว่า คือบุคคลที่อายุ 60 ปีขึ้นไปตามเกณฑ์ของทางราชการ 2) ดูจากลักษณะภายนอก เช่น หน้าตาที่ดูมีอายุหรือแก่ ผิวหนังเหี่ยวยุ่น ผมหงอกสีขาว 3) การมีสุขภาพและความจำไม่ดีเป็นวัยที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น 4) ความสามารถในการทำงานลดลง หรือไม่สามารถทำงานได้แล้ว 5) พฤติกรรมและอารมณ์ เช่น จุกจิก ขี้บ่น ย้ำคิดและย้ำทำ และ 6) การเปลี่ยนแปลงสถานภาพ เป็น ปู่ ย่า ตา ยาย ทวด องค์การอนามัยโลก (World health organization) ใช้คำในภาษาอังกฤษของผู้สูงอายุว่า Older person or Elderly person องค์การอนามัยโลกยังไม่มีนิยามผู้สูงอายุ โดยให้เหตุผลต่าง ๆ ทั่วโลกมีการนิยามผู้สูงอายุต่างกัน นิยามตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional markers) เช่น ในประเทศที่เจริญแล้วมักจัดผู้สูงอายุ นับจาก 65 ปีขึ้นไป

หรือบางประเทศอาจนิยามผู้สูงอายุกำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 ปีหรือ 60 ปี หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพร่างกาย โดยผู้หญิงสูงอายุอยู่ในช่วง 45-55 ปี ส่วนชายสูงอายุอยู่ในช่วง 55-75 ปี และองค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2017) ได้นิยามผู้สูงอายุ คือ ประชากรทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิด

สรุปผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับตั้งแต่อายุเกิดทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งการให้คำนิยามของผู้สูงอายุนิยามตามสังคม วัฒนธรรม และสภาพร่างกาย หรือในบางประเทศที่เจริญนิยามผู้สูงอายุนับจาก 65 ปี ขึ้นไป หรือนิยามผู้สูงอายุกำหนดให้เกษียณงาน หรือนิยามตามสภาพร่างกาย

2.1.2 การจำแนกประเภทของผู้สูงอายุ

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง ในการจัดกลุ่มผู้สูงอายุ อาศัยแนวคิดพื้นฐาน 1) การจัดกลุ่มผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ตามโรคและการเจ็บป่วยเป็นหลัก 2) จัดกลุ่มผู้สูงอายุ ด้านสังคมจะประมวลลักษณะทางสังคมที่เข้าพวกเข้ากลุ่มได้กับลักษณะทางสุขภาพได้ไว้ด้วยกัน โดยมีความเชื่อว่าการบูรณาการทางสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน เป็นการใช้ในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ, 2553) ได้แก่

2.1.2.1 ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีหรือกลุ่มติดสังคม (Well elder) เป็นกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ และมักเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ในด้านสุขภาพ สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activity of daily living : ADL) และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental Activity of Daily living : IADL) ได้ เป็นผู้มีสุขภาพดีไม่มีโรคเรื้อรัง หรือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1-2 โรค แต่ควบคุมได้ดี ในด้านสังคมสามารถและประสงค์เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม สามารถช่วยเหลือครอบครัว ผู้อื่น สังคมได้

2.1.2.2 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (Home Bound Elder) เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อนมีหลายโรค และมีกลุ่มอาการสำคัญของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการไปมาได้โดยอิสระ ทางด้านร่างกาย เช่น การมีความยากลำบากในการเคลื่อนที่ (Instability & Impair mobility) ทางด้านจิตใจ เช่น มีภาวะซึมเศร้า ทางด้านสติปัญญา-การคิดรู้ เช่น ภาวะหลงลืม และสมองเสื่อม ในด้านสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนี้ เป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วมกับสังคมน้อย เนื่องจากมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย เช่น ไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมที่วัดได้เช่นเดิม รวมทั้งกลุ่มที่

ไปมานอกบ้านได้โดยอิสระแต่ไม่ชอบบอกสังคม และกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ เนื่องจากติดภาระทางบ้าน

2.1.2.3 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Bed bound elder) แบ่งย่อยเป็น กลุ่มติดเตียง (Bed Bound Elder) และกลุ่มระยะสุดท้าย (Bed Bound Elder-end of Life)

- ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Bed Bound Elder) เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายและ/หรือการทำกิจวัตรพื้นฐานประจำวันอื่น และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคและมีภาวะแทรกซ้อน ภาวะหง่อม/ประาะบางในด้านสังคม กลุ่มนี้ไม่สามารถมีส่วนร่วมทางสังคมด้วยตนเองได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จำเป็นต้องพึ่งพา ครอบครัว ผู้อื่น สังคม ในการมีส่วนร่วมทางสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่มีศักยภาพในการช่วยเหลือครอบครัว และสังคมได้

- ผู้สูงอายุกลุ่มระยะสุดท้าย (Bed Bound Elder-end of Life) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีอาการของโรคและการดำเนินโรคที่มีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ตามความเป็นไปของโรค การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี โรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และโรคนั้นคาดว่าจะเสียชีวิตได้ หรือผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและคุณภาพชีวิตซึ่งยากต่อการรักษาให้กลับมาเป็นปกติได้ หรือผู้สูงอายุที่หง่อมหรือมีความชราภาพมาก

2.1.3 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ ด้านจิตใจ และด้านสังคม (Eliopoulos, 2018) การเปลี่ยนแปลงมีรายละเอียดดังนี้

2.1.3.1 ระบบผิวหนัง (Integumentary system) การเปลี่ยนแปลงทางผิวหนังที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ เป็นผลมาจากอาหาร สุขภาพ การทำกิจกรรม การสัมผัสสารต่าง ๆ และปัจจัยทางพันธุกรรม (Eliopoulos, 2013) ผิวหนังของผู้สูงอายุแห้งและหยาบกร้านเพราะปริมาณต่อมเหงื่อลดลง ร่วมกับผลิตไขมันได้ลดลง การตอบสนองต่อการอักเสบลดลง และความไวต่อความเจ็บป่วยลดลง (ปณิตา ลัมปะวัฒน์, 2560) เนื่องจากการทำงานของตัวรับการกระตุ้นที่ผิวหนังและการไหลเวียนเลือดส่วนปลายลดลง ผมและขนมีจำนวนลดลง เมลานินที่สร้างสีผมสร้างได้ลดลงทำให้ผมและขนเป็นสีเทาหรือสีขาว เล็บมีการเจริญเติบโตลดลง มุมที่โคนเล็บกว้างขึ้น สีเล็บเปลี่ยนเป็นสีเหลืองเพิ่มมากขึ้น (Eliopoulos, 2013; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558)

2.1.3.2 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal system) เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุพบว่ามวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรง และการเคลื่อนไหวลดลง กล้ามเนื้อมีการสั่นซึ่งเกิดจากการเสื่อมของ Extrapyramidal เอ็นมีการหดตัวและแข็งทำให้กล้ามเนื้อมีการกระตุกและรีเฟล็กซ์ลดลง มวลกระดูกในผู้สูงอายุลดลงส่งผลให้เกิดประาะบางของกระดูก โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิงทั้งหมด ประจำเดือนพบว่า มวลกระดูกลดลงร้อยละ 0.5/ปี และมีการดูดซึมแคลเซียมลดลง การสร้างกระดูก

ได้เข้าสู่ผลให้เกิดกระดูกหักได้ง่ายซึ่งเป็นอันตรายในผู้สูงอายุ กระดูกยาวไม่สั้นลงตามอายุแต่พบว่า หมอนรองกระดูกมีความบางลดลงส่งผลให้ความสูงลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น หรืออาจเกิดจากมีภาวะ หลังโก่ง (Kyphosis) กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่าง ๆ บางลงและเสื่อมมากขึ้นตามอายุทำให้ข้อมีการ เคลื่อนไหวได้จำกัด และมีการเสื่อมที่ข้อโดยเฉพาะที่สะโพกและข้อเข่า (Eliopoulos, 2013) การ ปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกายที่ถูกต้อง การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่เกณฑ์ปกติจะช่วย ให้อายุยืนยาว กระดูกแข็งแรง ทนทานมากขึ้น (ปณิตา ลี้มปะวัฒน์, 2560)

2.1.3.3 ระบบทางเดินอาหาร กระบวนการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหารเมื่อเข้าสู่ วัยผู้สูงอายุพบว่า กระบวนการสร้างฟันของผู้สูงอายุลดลง มีฟันหลุดร่วง การรับรสลดลงโดยเฉพาะรส เปรี้ยว เค็ม และรสขม ทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสจัดส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ การผลิต น้ำลายได้ลดลง และน้ำลายมีความหนืดมากขึ้นอาจเป็นผลจากยาที่ผู้สูงอายุรับประทาน ทำให้มีผลต่อ การเคี้ยวและการกลืน หลอดอาหารมีการเคลื่อนไหวได้ลดลง ทำให้อาหารอยู่ในหลอดอาหารนานขึ้น การทำงานของหูรูดหลอดอาหารส่วนปลายหย่อนตัว เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการสำลักในผู้สูงอายุได้ กระเพาะอาหารมีการเคลื่อนไหวลดลงทำให้ผู้สูงอายุมีความอยากอาหารลดลง เยื่อบุกระเพาะอาหาร เกิดการผ่อ ทำให้การผลิตกรดไฮโดรคลอริกและเปปซินลดลงในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการ ระบายเคืองกระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ผ่อ ทำให้มีการดูดซึมไขมัน เด็กซ์โคส ไซลูโลส และการดูดซึมวิตามินบี วิตามินบี 12 วิตามินดี แคลเซียม และการดูดซึมธาตุเหล็กผิดปกติ (Eliopoulos, 2013) ผู้สูงอายุจึงเกิดโรคกระดูกพรุนและโลหิตจางได้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558) การ เคลื่อนไหวและการผลิตสารเมือกในลำไส้ใหญ่ลดลงทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการท้องผูก ปริมาตรตับและ เลือดไปเลี้ยงที่ตับลดลง ทำให้เมตาบอลิซึมของยาผิดปกติ (ปณิตา ลี้มปะวัฒน์, 2560) ประสิทธิภาพการทำให้ระดับของคลอเลสเทอรอลคงที่และการดูดซึมน้ำตาล ทำให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดี (Gall stone) (Eliopoulos, 2018) ขนาดและน้ำหนักของตับอ่อนลดลง การผลิตเอ็นไซม์ เปลี่ยนแปลงโดยส่วนใหญ่จะลดลงทั้งปริมาณและความเข้มข้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558)

2.1.3.4 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ในผู้สูงอายุโครงสร้างหัวใจและขนาดของหัวใจอาจไม่ เปลี่ยนแปลง สำหรับผู้สูงอายุที่มีขนาดหัวใจใหญ่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคหัวใจ ความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อหัวใจลดลง ผนังของหัวใจห้องล่างซ้ายจะหนา ประมาณร้อยละ 25 จากอายุ 30-80 ปี (วิไล วรรณ ทองเจริญ, 2558) อัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายลดลง ทำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย ได้ลดลง หลอดเลือดแดงหยาบใหญ่ได้ลดลงทำให้พบโรคความดันโลหิตสูงพบได้บ่อยเมื่ออายุมาก ขึ้น (ปณิตา ลี้มปะวัฒน์, 2560) ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจและการหดตัวของ หัวใจลดลงส่งผลให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลงเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น เส้นเลือดแดงมีอีลาสติน ลดลง ทำให้เส้นเลือดที่หัวใจ ไต และต่อมหมวกไตมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น การตอบสนองของ

Baroreceptor ต่อความดันโลหิตลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า (Eliopoulos, 2018) ดังนั้นการเปลี่ยนท่าในผู้สูงอายุควรทำอย่างช้า ๆ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558)

2.1.3.5 ระบบหายใจ (Respiratory system) ทรวงอกของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ทำให้ความสามารถในการหายใจลดลง เกิดจากมีแคลเซียมมากเกาะตามกระดูกอ่อนของซี่โครงทำให้หลอดลมและกระดูกซี่โครงแข็งตัว ขนาดของทรวงอกด้านหน้ากว้างขึ้นเกิดขึ้นจากมีภาวะหลังโก่ง (Kyphosis) กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจเข้า-ออกทำงานได้ลดลง ปอดพบว่าจำนวนถุงลมลดลง และประสิทธิภาพการยืดหยุ่นของถุงลมลดลง ทำให้ปอดมีการขยายตัวได้ลดลง และส่งผลให้ปริมาตรอากาศที่เหลือค้างในปอดเพิ่มมากขึ้น การระบายอากาศลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเหนื่อยได้ง่ายกว่าปกติ ในระบบทางเดินหายใจพบว่าการทำงานของเซลล์ (Cilia) ประสิทธิภาพการไอและรีเฟล็กซ์ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ (Eliopoulos, 2018)

2.1.3.6 ระบบประสาท (Nervous system) ในผู้สูงอายุพบว่าน้ำหนักและปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมองลดลง พบเมื่ออายุมากกว่า 55 ปี ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างนี้ไม่มีผลต่อกระบวนการคิดและพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทมีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เฉพาะเจาะจงและเป็นไปอย่างช้า ๆ ผู้สูงอายุเป็นโรคสมองเสื่อมเกิดขึ้นจากในสมองมีการสะสมของ B-amyloid และ Neurofibrillary การส่งสัญญาณประสาทช้า ทำให้รีเฟล็กซ์และการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ได้ช้า การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง ทำให้ความสามารถในการทรงตัวลดลงและส่งผลทำให้เกิดการหกล้มได้ การสร้างเซลล์สมองได้ลดลงหรืออาจเกิดจากเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ ทำให้ผู้สูงอายุมีการคิดรู้และการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นได้ช้า การทำงานของประสาทไฮโปทาลามัส ซึ่งทำหน้าที่ในการควบคุมอุณหภูมิทำงานได้ลดลง ในผู้สูงอายุพบมีแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง พบผู้สูงอายุหลักสี่ในระดับที่ 3 และการนอนหลับลึกในระดับที่ 4 พบน้อยซึ่งเป็นระดับการนอนหลับลึกที่มีความสำคัญ และพบว่ามีกรตื่นนอนบ่อย ๆ ทำให้การนอนหลับลดลง (Eliopoulos, 2018) สารสื่อประสาทในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงพบระดับของนอร์อิพิเนพริน (Epinephrine) ในก้านสมองลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) ได้มากขึ้นและเป็นสาเหตุที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย ระดับของโดปามีนลดลงทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคพาร์กินสัน (Parkinson) (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558)

2.1.3.7 การมองเห็น (Vision) ผู้สูงอายุมีสายตายาวเนื่องจากความยืดหยุ่นเลนส์ตาทำงานได้ลดลง ส่งผลให้การมองเห็นในที่ใกล้ลดลงและทำให้ความสามารถในการปรับตัวต่อแสงได้ลดลง ลานสายตาแคบ รูม่านตามีปฏิกิริยาต่อแสงลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมองตอนกลางคืนลำบาก และต้องใช้แสงสว่างมากกว่าวัยหนุ่มสาว ปริมาณเลือดไปเลี้ยงที่เรตินาลดลงทำให้การมองเห็นได้ลดลง เลนส์แข็งหนาตัวและจำนวนเพิ่มขึ้นทำให้เกิดต้อกระจก (Cataract) ส่งผลให้ความไวต่อแสง ตาพร่ามัว และการมองตอนกลางคืนไม่ชัด ซึ่งสาเหตุการเกิดต้อกระจกเกิดจากการสัมผัสแสงอาทิตย์ เลนส์มีสีเหลือง

ทำให้ความสามารถในการจำแนกสีลดลงโดยเฉพาะสีน้ำเงิน เขียว และม่วง การตอบสนองต่อแสงลดลง การดูซึมของเหลวในลูกตาดลดลงเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดต้อหิน (Glaucoma) ต่อม น้ำตาผลิตน้ำตาได้ลดลงทำตาแห้งและเกิดการระคายเคือง รอบ ๆ กระจกตามีการสะสมของไขมันเป็นวงสีขาวหรือสีเทา (Arcus senilis) (Eliopoulos, 2018)

2.1.3.8 การได้ยิน (Hearing) ผู้สูงอายุหูตึงเนื่องจากการมีการเสื่อมของหูชั้นในและผู้สูงอายุจะสูญเสียการได้ยินเสียงสูงมากกว่าเสียงกลางและเสียงต่ำ อาจเกิดขึ้นจากหลายปัจจัย ได้แก่ การได้ยินเสียงดังอย่างต่อเนื่อง การมีขี้หูสะสมในหูชั้นกลาง การเสื่อมของหูชั้นเวสติบูลาร์ (Vestibular) มีการฝ่อของบริเวณ Cochlea และบริเวณ Organ of Corti และมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในบริเวณหู (Eliopoulos, 2018) ดังนั้นการสื่อสารกับผู้สูงอายุควรพูดให้ช้า ๆ และชัดเจน (ปณิตา ลี้มวัฒนะ, 2560)

2.1.3.9 การรับรสและการดมกลิ่น (Taste and smell) การดมกลิ่นของจมูกไม่ดีเนื่องจากการเสื่อมของเยื่อโพรงจมูกและการเสื่อมของเส้นประสาท Olfactory nerve โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งมีการได้กลิ่นลดลง การรับรสเค็มสูญเสียการรับรสมากกว่ารสอื่น ๆ การผลิตน้ำลายได้ลดลง สุขอนามัยของช่องปากไม่ดี และมีการอักเสบของเยื่อโพรงจมูกส่งผลต่อการรับรสได้ (Eliopoulos, 2018)

2.1.3.10 การรับสัมผัส (Touch) ผู้สูงอายุพบว่ามีการรับสัมผัสลดลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของจำนวนและโครงสร้างของตัวรับสัมผัส ส่งผลให้ผู้สูงอายุรับสัมผัสเกี่ยวกับแรงกด ความเจ็บปวด และรับสัมผัสเกี่ยวกับอุณหภูมิได้ลดลง (Eliopoulos, 2018)

2.1.3.11 ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) ต่อมไร้ท่อมี่ทั้งกลุ่มผลิตเซลล์และกลุ่มที่ผลิตฮอร์โมน เมื่ออายุมากขึ้นพบว่าต่อมไทรอยด์ทำงานได้ลดลงเนื่องจากการมีเนื้อเยื่อพังพืดมาสะสมส่งผลให้อัตราการเผาผลาญลดลง การหลั่ง Thyroid stimulating hormone (TSH) และการหลั่ง Thyroxine (T4) ไม่เปลี่ยนแปลง การหลั่งของ Triiodothyronine (T3) แต่โดยรวมการหลั่งฮอร์โมนไทรอยด์สามารถผลิตได้เพียงพอ ต่อมหมวกไตส่วนนอก (Adrenal cortex) จะผลิตฮอร์โมน Adrenocorticotrophic hormone (ACTH) ได้ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น การผลิตฮอร์โมนแอลโดสเตอโรนลดลงและถูกขับออกทางปัสสาวะ การหลั่งกลูโคคอร์ติคอยด์ ฮอร์โมนแอนโดรเจนและเอสโตรเจนหลังได้ลดลงซึ่งเป็นผลมาจากต่อมหมวกไต ต่อมพาราไทรอยด์ทำงานลดลง ตับอ่อนหลังอินซูลินได้เข้าและหลังได้ลดลงทำให้ผู้สูงอายุมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Eliopoulos, 2018) ต่อมเพศทำงานลดลงไม่ตอบสนองต่อการหลั่งฮอร์โมน FSH และ LH จากต่อมใต้สมอง รังไข่หยุดทำงาน ไม่หลั่งฮอร์โมนเอสโตรเจนและ โพรเจสเตอโรน เพศหญิงมีระดับเอสโตรเจนลดลงทำให้ไม่มีประจำเดือน อวัยวะต่าง ๆ ระบบสืบพันธุ์เสื่อมลงและสูญเสียหน้าที่ ขนบริเวณรักแร้และหัวเหน่าลดลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558)

2.1.3.12 ระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary system) เมื่ออายุมากขึ้นน้ำหนักและขนาดของไตมีขนาดเล็กลง เส้นเลือดไปเลี้ยงที่ไตฝ่อและแข็งตัวทำให้เลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลงส่งผลให้อัตราการกรองที่ไตลดลง โดยพบตั้งแต่อายุ 20 ปี ถึง 90 ปี ประสิทธิภาพการทำงานของท่อไตลดลง ทำให้การดูดกลับน้ำและโซเดียมได้ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะโซเดียมในเลือดต่ำและปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน การดูดกลับกลูโคสได้ลดลงทำให้ตรวจพบกลูโคสและโปรตีนในปัสสาวะ เมื่ออายุมากขึ้นการทำงานของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะและความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง ทำให้ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน การกลั้นปัสสาวะไม่ได้เวลาไอหรือจามมักพบในผู้หญิงซึ่งเป็นผลมาจากประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานลดลง (Eliopoulos, 2018)

2.1.3.13 ระบบสืบพันธุ์ (Reproductive system) ในเพศชายพบต่อมลูกหมากโตทำให้ปัสสาวะบ่อย เพศหญิงมีการผลิตฮอร์โมนเพศได้ลดลงทำให้อวัยวะสืบพันธุ์ฝ่อลีบ ผมหงอกและขนลดลง ช่องคลอดแห้งและบาง มดลูกฝ่อมีขนาดเล็กลง ปากมดลูกเหี่ยวและฝ่อไม่มีเมือกหล่อลื่น เยื่อช่องคลอดบางลง ท่อนำรังไข่และรังไข่ฝ่อเล็กลง ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุขขณะร่วมเพศ กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนตัวทำให้มีปัสสาวะเล็ดเวลามีแรงดันในช่องท้องสูง (Eliopoulos, 2018) ภายในช่องคลอดมีสภาวะเป็นด่างมากขึ้นทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558)

2.1.3.14 ระบบภูมิคุ้มกัน (Immune system) ระบบภูมิคุ้มกันทั้ง Cell mediated (CMI) และ Humoral immunity (HI) ทำงานลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558) ระดับของภูมิคุ้มกันชนิด IgG และ IgM ในซีรัมเพิ่มขึ้น แต่ IgM ไม่เปลี่ยนแปลง (ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์, 2560) การมีภูมิคุ้มกันที่ดีโดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น นม โยเกิร์ต นม ชีส ไม่มีไขมัน ไข่ ผลไม้สดและผัก ถั่ว กระเทียม หัวหอม น้ำผึ้งบริสุทธิ์ การรับประทานวิตามินและเกลือแร่ การออกกำลังกาย เช่น โยคะ ไทชิ สามารถเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันได้ ภาวะเครียดทำให้การทำงานของระดับภูมิคุ้มกันลดลงเนื่องจากการเพิ่มระดับของคอร์ติซอลทำให้การทำงานของต่อมน้ำเหลืองทำงานได้ลดลง ยับยั้งการผลิต Natural killer cells เพิ่มจำนวนของ T-suppressor ลดระดับของ T-helper cells และ Virus-fighting interferon (Eliopoulos, 2018)

2.1.3.15 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (Change to the mind) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจอาจเป็นผลมาภาวะสุขภาพ กรรมพันธุ์ การศึกษา การมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย และสังคม ภาวะซึมเศร้า และการแยกตัวจากสังคมเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่สำคัญที่สุด (Eliopoulos, 2018)

2.1.3.16 บุคลิกภาพ (Personality) การเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพในผู้สูงอายุเป็นผลจากการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วมีการเปลี่ยนทัศนคติ การเกษียณจากงาน การตายของคู่สมรส การสูญเสียอิสรภาพ รายได้ลดลง และความพิการ บุคลิกภาพในช่วงปลายของชีวิตเป็นภาพ

สะท้อนของบุคลิกภาพที่ยาวนาน คติธรรม ทศนคติ และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem) มีแนวโน้มคงที่ตลอดช่วงชีวิต (Eliopoulos, 2018)

2.1.3.17 ความจำ (Memory) ความจำแบ่งเป็น 3 ชนิด คือ ความจำระยะสั้นคือ ความจำในระยะเวลา 30 วินาทีถึง 30 นาที ความจำระยะยาวเป็นความจำที่เกิดจากการเรียนรู้มาเป็นระยะเวลานาน ความจำระยะสั้นในผู้สูงอายุซ้าลง โดยเฉพาะถ้าข้อมูลนั้นไม่ค่อยได้ใช้ในชีวิตประจำวัน ความสามารถในการเก็บข้อมูลลดลง (Eliopoulos, 2013; ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561) การช่วยส่งเสริมความจำในผู้สูงอายุ โดยการใช้อุปกรณ์ช่วยจำ เช่น การใส่ชื่อในภาพวาด การจดบันทึกหรือรายการต่าง ๆ การวางวัตถุต่าง ๆ ในตำแหน่งเดิม การสูญเสียความจำในผู้สูงอายุเกิดจากหลายปัจจัย (Eliopoulos, 2018)

2.1.3.18 ความเฉลียวฉลาด (Intelligence) การวัดความเฉลียวฉลาดในผู้สูงอายุระวางเครื่องมือที่จะนำมาใช้ในการวัด หรือวิธีประเมินการวัด ซึ่งจะทำให้เกิดอคติได้ สถิติปัญญาแบ่งเป็น 3 ชนิด 1) ความฉลาดพื้นฐาน ได้แก่ ความสามารถในการเข้าใจคำพูดและการคำนวณ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงตามอายุ 2) Crystallized intelligence เป็นความสามารถของบุคคลในการนำประสบการณ์ในอดีตมาใช้ในการแก้ไขปัญหา 3) Fluid intelligence เกิดจากสมองซีกด้อย สถิติปัญญาชนิดนี้ ได้แก่ การควบคุมอารมณ์ ความคิดสร้างสรรค์ การเก็บข้อมูลที่ไม่มีสาระ ศิลปะในการชมเชย สถิติปัญญาชนิดนี้ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (Eliopoulos, 2013; ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561)

2.1.3.19 การเรียนรู้ (Learning) การเรียนรู้ไม่เปลี่ยนแปลงตามอายุ แต่มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ เช่น การขาดแรงจูงใจ การส่งต่อข้อมูลไปยังสมองซ้าลง การรับรู้บกพร่อง การเจ็บป่วย ผู้สูงอายุมีความพร้อมในการเรียนรู้้อยลงจะอาศัยประสบการณ์ในอดีตมาใช้ในการแก้ไขปัญหา มากกว่าการนำเทคนิคใหม่ ๆ มาใช้ การเรียนรู้ในช่วงต้นผู้สูงอายุจะเรียนรู้ได้ยากเมื่อเทียบกับคนที่อายุน้อยกว่า แต่หลังจากเรียนรู้มาเป็นระยะเวลานานผู้สูงอายุจะเรียนรู้ได้เท่ากับคนที่อายุน้อยกว่า เนื่องจากการเรียนรู้จะดีที่สุดเมื่อข้อมูลที่เรียนเกี่ยวข้องกับข้อมูลที่เคยเรียนมาแล้ว การพูดและหรือการคิดอย่างเป็นนามธรรมในผู้สูงอายุและคนที่อายุน้อยกว่าไม่มีความแตกต่างกัน ขึ้น (Eliopoulos, 2018) (Eliopoulos, 2013; ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561)

2.1.3.20 ช่วงความสนใจ (Attention span) ผู้สูงอายุความสามารถในความสนใจลดลงถ้าระยะเวลาสั้นกว่า 45 นาที ความสนใจลดลงจากข้อมูลนั้นไม่น่าสนใจ สิ่งกระตุ้นต่าง ๆ หรือความสามารถในการทำงานลดลง หรือต้องการสิ่งกระตุ้นที่น่าสนใจต่อการเรียนรู้ (Eliopoulos, 2018)

2.1.3.21 ความเฉลียวฉลาด (Intelligence) การวัดความเฉลียวฉลาดในผู้สูงอายุระวางเครื่องมือที่จะนำมาใช้ในการวัด หรือวิธีประเมินการวัด ซึ่งจะทำให้เกิดอคติได้ สถิติปัญญาแบ่งเป็น 3 ชนิด 1) ความฉลาดพื้นฐาน ได้แก่ ความสามารถในการเข้าใจคำพูดและการคำนวณ ไม่มีการ

เปลี่ยนแปลงตามอายุ 2) Crystallized intelligence เป็นความสามารถของบุคคลในการนำประสบการณ์ในอดีตมาใช้ในการแก้ไขปัญหา 3) Fluid intelligence เกิดจากสมองซีกซ้าย สติปัญญาชนิดนี้ ได้แก่ การควบคุมอารมณ์ ความคิดสร้างสรรค์ การเก็บข้อมูลที่ไม่มีสาระ ศิลปะในการชมเชย สติปัญญาชนิดนี้ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (Eliopoulos, 2013; ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561)

2.1.3.22 การเรียนรู้ (Learning) การเรียนรู้ไม่เปลี่ยนแปลงตามอายุ แต่มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ เช่น การขาดแรงจูงใจ การส่งต่อข้อมูลไปยังสมองช้าลง การรับรู้บกพร่อง การเจ็บป่วย ผู้สูงอายุที่มีความพร้อมในการเรียนรู้จะอาศัยประสบการณ์ในอดีตมาใช้ในการแก้ไขปัญหา มากกว่าการนำเทคนิคใหม่ ๆ มาใช้ การเรียนรู้ในช่วงต้นผู้สูงอายุจะเรียนรู้ได้ยากเมื่อเทียบกับคนที่อายุน้อยกว่า แต่หลังจากเรียนรู้มาเป็นระยะเวลาอันยาวนานผู้สูงอายุจะเรียนรู้ได้เท่ากับคนที่อายุน้อยกว่า เนื่องจากการเรียนรู้จะดีที่สุดเมื่อข้อมูลที่เรียนเกี่ยวข้องกับข้อมูลที่เคยเรียนมาแล้ว การพูดและหรือการคิดอย่างเป็นนามธรรมในผู้สูงอายุและคนที่อายุน้อยกว่าไม่มีความแตกต่างกัน ขึ้น (Eliopoulos, 2018) (Eliopoulos, 2013; ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561)

2.1.2.23 ช่วงความสนใจ (Attention span) ผู้สูงอายุความสามารถในความสนใจลดลงถ้าระยะเวลาเกินกว่า 45 นาที ความสนใจลดลงจากข้อมูลนั้นไม่น่าสนใจ สิ่งกระตุ้นต่าง ๆ หรือความสามารถในการทำงานลดลง หรือต้องการสิ่งกระตุ้นที่น่าสนใจต่อการเรียนรู้ (Eliopoulos, 2018)

2.2 แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2.2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง เป็นภาวะที่มีความเจ็บป่วยที่มีอารมณ์เศร้า (World Health Organization, 2017a) หรือความเศร้าที่เป็นอยู่นานโดยไม่มีเหตุผลให้ต้องเศร้ามานาน เป็นนานเกิน 2 สัปดาห์ (World Health Organization, 2017b; วาทีณี สุขมาก, 2556) จะรู้สึกเศร้า เหนงา ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย แยกตัว ซอบอยู่คนเดียวเงียบ ๆ (วาทีณี สุขมาก, 2556; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558) ท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น รู้สึกผิด รู้สึกสิ้นหวัง มีความคิดอยากทำร้ายตัวเองหรืออยากฆ่าตัวตาย (World Health Organization, 2017a; วาทีณี สุขมาก, 2556; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558; ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561) เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรืออยากอาหารเพิ่มมากขึ้น น้ำหนักเพิ่ม นอนหลับมากหรือน้อยกว่าปกติ (World Health Organization, 2017a) บกพร่องในการทำหน้าที่การงานและกิจวัตรประจำวันที่เคยทำได้ (วาทีณี สุขมาก, 2556; สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2558) โดยภาวะซึมเศร้าอาจมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงระดับรุนแรง (World Health Organization, 2017a; ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2561)

ส่วนคำว่า โรคซึมเศร้า (Depressive disorders) หมายถึง ความเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างหนึ่งที่สำคัญคือ อาการซึมเศร้าจนส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงานและหรือกิจวัตรประจำวันหรือทุกข์ทรมานจนเป็นโรคแล้ว (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกนันนท์, 2558)

2.2.2 สาเหตุของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้หลายสาเหตุร่วมกัน ดังนี้

2.2.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทหรือการหลั่งของสารเคมี ซึ่งเกิดจากการทำงานของต่อมไร้ท่อทำงานผิดปกติ (Blazer, 2003) จากการศึกษาพบว่าการมีโฮโมซิสเตอีน (Homocysteine) เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Almeidal et al., 2008) การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทเมื่ออายุมากขึ้น เช่น การมีระดับของนอร์อิพิเนฟรินลดลง (วาทีนี สุขมาก, 2556; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558) การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การทำงานของเมตาบอลิซึมของสมองผิดปกติ เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า (Butters et al., 2004) ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความพิการ การเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างรุนแรง และภาวะสมองเสื่อม (Hackett & Anderson, 2005) โรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพ การใช้จ่ายหลายตัว (ประสพสุข ศรีแสนปาง, 2561; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558) การสูญเสียความสามารถในการทำหน้าของร่างกาย (ประสพสุข ศรีแสนปาง, 2561) การมองเห็น การได้ยิน ความจำ ความคิดริ้วลดลง (ประสพสุข ศรีแสนปาง, 2561; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558) และจากการศึกษาของ Chang-Quan et al. (2010) พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุจากการเป็นโรคข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การมีความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ และมีประวัติการเกิดภาวะซึมเศร้าในครอบครัว (ประสพสุข ศรีแสนปาง, 2561; วาทีนี สุขมาก, 2556; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558)

2.2.2.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ มีความผิดปกติของสติปัญญา เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (เช่น การสูญเสีย ภาวะเครียดเรื้อรัง ความคาดหวังในสมรรถนะแห่งตนต่ำ (Blazer, 2003) การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ การมีปัญหาด้านจิตใจมาก่อน (Vink et al., 2008) บุคลิกภาพหลงตัวเอง (Heisel et al., 2007) และมีประวัติติดยา (Grant et al., 2005) การไม่สามารถปรับตัวต่อการสูญเสียเหตุการณ์ที่ทำให้ผิดหวัง ได้แก่ การสูญเสียบุคคลที่รัก การสูญเสียหน้าที่การงาน การเจ็บป่วยทางกายหรือโรคเรื้อรังทำให้สูญเสียทางเศรษฐกิจ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558) ปัญหาในครอบครัว การไม่ได้รับการยอมรับจากลูกหลาน ท้อแท้ ไร้คุณค่า ขาดความภูมิใจในตนเอง มองตนเองในแง่ลบ

2.2.2.3 ปัจจัยด้านสังคมและลักษณะประชากร ได้แก่ เพศหญิง การไม่ได้แต่งงาน เหตุการณ์เครียดในชีวิต การมีเครือข่ายน้อย และการขาดการสนับสนุนทางสังคม (Vink et al., 2008) ภาวะโศกเศร้า โดยเฉพาะในเพศหญิง เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า การแยกตัวออกจากสังคม (ประสพสุข ศรีแสนปาง, 2561; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558) สูญเสียหน้าที่การงาน การสูญเสียบทบาทหน้าที่ (ประสพสุข ศรีแสนปาง, 2561)

2.2.3 ทฤษฎีของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับปัจจัยอิสระหรือเป็นปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยชีวภาพและจิตสังคม ยังไม่มีทฤษฎีใดที่จะอธิบายสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าได้สมบูรณ์ (ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, 2553)

2.2.3.1 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theories) ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาที่รู้จักกันแพร่หลายคือ Cognitive Triad Theory ของ Beck และคณะ อธิบายสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าขาดสิ่งที่จะทำให้มีความสุข รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า มีประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาในด้านลบ จึงนำไปสู่ความคิดในอนาคตด้านลบ มีความยึดมั่น แปรเหตุการณ์ปกติว่าเลวร้าย และรู้สึกหมดหวังไม่ตรงกับความเป็นจริง ความคิดด้านการมีเหตุผลผิดพลาด ผลสรุปความคิดไม่ถูกต้อง

2.2.3.2 ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial theories) ทฤษฎีทางจิตสังคม กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นการตอบสนองต่อการสูญเสียสิ่งที่รัก หรือเป็นผลมาจากความล้มเหลวในการชดเชยต่อสิ่งที่สูญเสีย การที่ภาวะซึมเศร้าเกิดในผู้สูงอายุมากเนื่องจากผู้สูงอายุมีเวลาและโอกาสน้อยที่จะหาสิ่งที่รักมาทดแทน

2.2.3.3 ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biological theories) ได้กล่าวถึงสาเหตุของภาวะซึมเศร้าจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทมานาน 30 ปี แต่ยังไม่สรุปความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลไม่ได้ สารสื่อประสาทที่ลดลงในภาวะซึมเศร้า ได้แก่ Serotonin, Dopamine, Acetylcholine, Norepinephrine นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ และปัจจัยด้านพันธุกรรมก็มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

2.2.4 อาการแสดง การวินิจฉัย และการรักษาภาวะซึมเศร้า

2.2.4.1 อาการแสดง ภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการที่มีองค์ประกอบหลักของการแสดง 4 ด้าน ได้แก่ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558; นริสา วงศ์พนารักษ์ และ สายสมร เฉลยกิตติ, 2557) ได้แก่

- 1) ด้านอารมณ์ (Emotional) มีอาการสีหน้าเศร้า โกรธ เกลียด กลัว ขาดความกระตือรือร้น หงอยเหงา ท้อแท้ ร้องไห้ รู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า เบื่อหน่ายและหมดความสนใจ
- 2) ความคิด (Cognitive) มีความคิดเชิงลบ สมาธิเสีย หมดหวังในชีวิต คิดเกี่ยวกับความตาย อยากฆ่าตัวตาย
- 3) ด้านร่างกาย (Physical) นอนไม่หลับ ตื่นเร็ว หรือบางรายหลับมากเกินไป เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เคลื่อนไหวช้า ปวดศีรษะ แน่นท้อง ปวดเรื้อรัง ท้องอืด คลื่นไส้ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย
- 4) ด้านพฤติกรรม (Behavior) ความตื่นตัวในการทำกิจกรรมลดลง แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ละเลยการดูแลตนเอง เฉยเมย ทำช้า คิดช้า ตัดสินใจไม่ได้

อาการแสดงภาวะซึมเศร้าของแต่ละคนแตกต่างกันไป บางคนแสดงอาการทั้ง 4 อาการ บางคนแสดงอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งความรุนแรงของแต่ละคนไม่เท่ากัน ซึ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีอาการเศร้า (Depressive mood) สำหรับโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) หมายถึง Depressive Disorders อาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยที่ใช้อยู่ 2 ระบบคือ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders) พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) ปัจจุบันใช้ DSM-5 และ ICD (International Classification of Disease and Health related Problems) โดย WHO พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2558)

2.2.4.2 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม DSM-5 ประกอบด้วย (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และ สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2558; American Psychiatric Association, 2013)

อาการหลัก มี 2 อาการ ประกอบด้วย

1. อารมณ์เศร้า (Depressed Mood) โดยเป็นส่วนใหญ่ของแต่ละวัน และเกือบทุกวัน

2. ความสนใจใฝ่ดีและความรู้สึกดีใจ สนุกสนานลดลงอย่างมากในทุกกิจกรรมหรือเกือบทุกกิจกรรม (Loss of Interest or Pleasure, Anhedonia) อาการเป็นส่วนใหญ่ของแต่ละวันและเป็นเกือบทุกวัน

อาการร่วม มี 7 อาการ ประกอบด้วย 1) น้ำหนักลดโดยไม่ได้เกิดจากการตั้งใจลดน้ำหนัก หรือเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญ 2) นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไปเกือบทุกวัน 3) จิตใจและการเคลื่อนไหว กระสับกระส่าย หรือเชื่องช้า โดยเป็นเกือบทุกวัน 4) อ่อนเพลียหรือไม่มีพลังกำลัง โดยเป็นเกือบทุกวัน 5) รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกที่ตนเองผิดอย่างมาก โดยเป็นเกือบทุกวัน 6) ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลงหรือไม่สามารถตัดสินใจ โดยเป็นเกือบทุกวัน 7) มีความคิดวนเวียนเกี่ยวกับความตาย หรือมีการพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยอย่างน้อยที่สุดต้องมี 5 อาการ โดยอย่างน้อยที่สุดต้องมีอาการ 1 ข้อในอาการหลัก อาการไม่สบายต้องเป็นนานอย่างน้อยที่สุด 2 สัปดาห์ (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2558)

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ ICD-10 ประกอบด้วย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558; สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2558)

อาการหลัก 3 อาการ ประกอบด้วย

อาการหลัก 3 อาการ ประกอบด้วย

1. อาการเศร้า (Depressed mood) โดยส่วนใหญ่เป็นของแต่ละวัน และเป็นเกือบทุกวัน อย่างน้อย 2 สัปดาห์
2. ความสนใจใฝ่ดีและความรู้สึกดีใจลดลงอย่างมากในทุกกิจกรรมหรือเกือบทุกกิจกรรม อาการส่วนใหญ่เป็นของแต่ละวัน และเป็นเกือบทุกวัน
3. อ่อนเพลียหรือไม่มีพลังกำลัง (Loss of energy) โดยเป็นเกือบทุกวัน

อาการร่วม มีอยู่ 7 อาการ ได้แก่ 1) ความมั่นใจลดลง 2) โทษตนเองอย่างไม่มีเหตุผลสมควรหรือรู้สึกผิดมาก 3) มีความคิดเรื่องตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย 4) สมาธิลดลงหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ 5) จิตใจและการเคลื่อนไหว กระสับกระส่าย หรือเชื่องช้า 6) นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไปทุกวัน 7) ความอยากอาหารลดลง

การแปลผล โรคซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild) มีอาการหลัก 2 ข้อ และอาการรอง 4 ข้อ โรคซึมเศร้าปานกลาง (Moderate) มีอาการหลัก 2 ข้อ และอาการรอง 6 ข้อ และโรคซึมเศร้ารุนแรง (Moderate) มีอาการหลักและอาการรองทุกข้อ

2.2.5 การรักษา

เป้าหมายสูงสุดของการรักษาโรคซึมเศร้าคือ บรรเทาอาการของผู้ป่วยสู่สภาวะสงบของโรค และป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ที่มีความเสี่ยง สิ่งสำคัญป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค และผู้ป่วยสามารถกลับมาดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ได้เหมือนปกติ ทั้งด้านการทำงาน ด้านสังคม และด้านครอบครัวการรักษา ได้แก่ (Boltz et al., 2012)

2.2.5.1 ยาต้านเศร้า (Antidepressant) ได้แก่ ยากลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCAs) กลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) กลุ่ม Serotonin -norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs)

2.2.5.2 การทำช็อกด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านเศร้า

2.2.5.3 การบำบัดทางจิต (Psychosocial approaches) ได้แก่ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapies; CBT) จิตบำบัด (Psychodynamic) การระลึกถึงความหลัง (Reminiscence)

2.2.5.4 การออกกำลังกาย ได้แก่ ไทเก๊ก (Tai chi) ชีกง (Qigong)

2.2.6 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

2.2.6.1 ผลกระทบทางด้านชีวภาพ ได้แก่ อาการที่หมองเศร้า การเกิดโรคร่วมทางกาย ทำให้เกิดทุพพลภาพ (Alibakhshikenari, 2018; Kong et al., 2019) และหน้าที่การทำงานของสมองลดลง (Cognitive behavior) โรคซึมเศร้าเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์ และโรค Mild cognitive impairment (Panza et al., 2010; Steenland et al., 2012; Steffens, 2012)

2.2.6.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ การมองเห็นคุณค่าของตัวเองลดลง ความสุขใจลดลง และอาจนำไปสู่การเสียชีวิต (Alibakhshikenari, 2018)

2.2.6.3 ผลกระทบทางสังคม ได้แก่ การสูญเสียหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ผลกระทบต่อครอบครัวและการใช้บริการสุขภาพมากขึ้น (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2558)

2.2.7 เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้า

แบบทดสอบเป็นเครื่องมือมีประโยชน์เพื่อประเมินและติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการ มี 2 ประเภท ได้แก่ แบบทดสอบที่ผู้ป่วยตอบเอง และแบบทดสอบที่ต้องประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2558)

2.2.7.1 Geriatric Depression Scale (GDS) เป็นแบบทดสอบคัดกรองและติดตามอาการซึมเศร้าที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลกผู้ป่วยจะตอบเอง ต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษ 30 ข้อ (Yesavage et al., 1982) และ 15 ข้อ (Shiekh and Yesavage, 1986) มีการแปลเป็นภาษาไทยชื่อแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale-TGDS) มี 30 ข้อ คะแนน 30 คะแนน ใช้เวลาทดสอบ 5-10 นาที คำตอบเป็น ใช่ หรือ ไม่ใช่ แบ่งผลการทดสอบเป็น 4 ระดับ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ปกติ คะแนน 0-12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 13-18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง 19-24 คะแนน และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง 25-30 คะแนน (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537)

2.2.7.2 Beck Depression Inventory (Subramaniam et al.) เป็นแบบคัดกรองและติดตามอาการซึมเศร้าที่ใช้กันแพร่หลายทั่วโลก แต่ไม่เฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยตอบเอง ต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษจำนวน 21 ข้อ (Beck et al., 1960) คะแนน 0-3 ใช้เวลาทำ 20 นาที จุดตัดคะแนน 12/13 จะระบุว่ามีความซึมเศร้า สำหรับภาษาไทยมีชื่อว่า แบบสอบถามเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบเอง (Thai Depression Inventory) มีจำนวน 20 ข้อ แบ่งคะแนนได้ 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปกติ 0-20 กลุ่มซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนน 21-25 คะแนน กลุ่มซึมเศร้าแต่น้อยกว่า Major depression คะแนน 26-34 กลุ่มที่เข้าข่าย major depression คะแนน 35-40 และกลุ่ม Major depression รุนแรง 41 คะแนนขึ้นไป (Lotrakul & Sukanich, 1999)

2.2.7.3 Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D) เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างโดยผู้สัมภาษณ์ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมืออย่างชำนาญ ที่นิยมใช้แพร่หลายจะมีฉบับ 21, 21, และ 17 โดยฉบับ 17 ข้อ เป็นฉบับที่มีการอ้างอิงมากที่สุด (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2558) สำหรับผู้สูงอายุชาวไทยสามารถเลือกใช้ฉบับที่พัฒนาภาษาไทย (Lotrakul & Sukanich, 1999) ระยะเวลา ๑ ใช้ฉบับสั้นลงคือแบบ 7 ข้อ (McIntyre et al., 2005) ซึ่งสะดวกและใช้เวลาสั้น

2.2.7.4 Montgomery and Aberg Depression Rating Scale (MADRS) MADRS (Montgomery & Asberg, 1979) พัฒนาเพื่อใช้ติดตามอาการและการเปลี่ยนแปลงของอาการ ภายหลังการรักษา เดิมมี 17 ข้อแต่พัฒนาเป็นฉบับ 10 ข้อ แบบทดสอบนี้ผู้ใช้คือบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนในการใช้เครื่องมือแล้ว ใช้เวลาทั้งสิ้น 20 นาที และมีฉบับภาษาไทย

2.2.7.5 Cornell scale for depression in dementia (CSDD) CSDD (Alexopoulos et al., 1988) เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม โดยผู้สัมภาษณ์ที่ได้รับการอบรม มี 2 ฉบับคือ ฉบับที่ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยและฉบับที่ใช้สัมภาษณ์ผู้ดูแล มีจำนวน 19 ข้อ แยกเป็น 5 กลุ่มอาการ ได้แก่ แต่ละข้อมีการให้คะแนน 0 ไม่มี 1 น้อย หรือเป็นครั้งคราว และ 2 รุนแรง หากได้คะแนนตั้งแต่ 10 อาการขึ้นไปบ่งบอกว่ามีอาการซึมเศร้า

2.2.7.6 Minimal State Examination (MMSE) MMSE (Folstein et al., 1975) เป็นแบบคัดกรองการทำงานของสมองที่นิยมทั่วโลก สำหรับภาษาไทยมีหลายฉบับ เช่น MMSE-Thai 2002 นอกจากใช้ติดตามอาการได้ยังมีจุดตัดสำหรับภาวะสมองเสื่อม และมีคะแนนสำหรับผู้ที่ไม่มีการศึกษา แบบทดสอบนี้ใช้ประเมินช่วงแรกเมื่อวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ซึ่งอาจได้คะแนนตกอยู่ในกลุ่มที่บกพร่อง แต่เมื่อรักษาโรคซึมเศร้าจนหายดีขึ้น

2.2.7.7 Montreal Cognitive Assessment (MoCA) MoCA เป็นแบบประเมินคัดกรองสภาพการทำงานของสมองที่ถือว่าค่อนข้างใหม่ที่ใช้ประเมินร่วมในผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าที่มีคะแนน MMSE ปกติ แบบประเมินคล้าย MMSE แต่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินภาวะ MCI หากผู้ป่วยหายจากภาวะซึมเศร้าคะแนนจะไม่มีควมบกพร่อง บุคลากรที่ใช้แบบทดสอบผ่านการอบรม ใช้เวลาสั้น และมีฉบับภาษาไทย

2.2.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังนี้

2.2.8.1 เพศ (Gender) เป็นคุณลักษณะที่สังคมกำหนดบทบาทว่า ผู้หญิงผู้ชายควรมีเท่า แสดงถึงเพศมีส่วนสำคัญในการเกิดโรคซึมเศร้า (Cole & Dendukuri, 2003; Girgis et al., 2017; ชัยวัฒน์ อินชยา และคณะ, 2559; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554; สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2558) ผู้หญิงมีรูปลักษณ์ที่แตกต่างจากผู้ชาย เอบางร่างเล็ก อ่อนแอกว่า แต่ต้องรับ 3 บทบาทหลัก คือ ความรับผิดชอบในครัวเรือน งานผลิตภัณฑ์ในครัวเรือน และความ

รับผิดชอบต่อสังคม บทบาทผู้หญิงจะถูกให้คุณค่าต่ำลง ส่งผลให้ผู้หญิงไม่เท่าเทียมผู้ชายในการเข้าถึงทรัพยากรและบริการต่าง ๆ ทำให้ผู้หญิงถูกกีดกัน ต้องเผชิญกับความรุนแรงในอัตราส่วนมากกว่าผู้ชาย ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะซึมเศร้า (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าพบในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Al Sabahi et al., 2014; Assil & Zeidan, 2013; Cole & Dendukuri, 2003; El-Gilany et al., 2018; El Kady & Ibrahim, 2013; Kansri et al., 2018; Padayachey et al., 2017; Paul et al., 2019; Pramesona & Taneepanichskul, 2018; Wangtongkum et al., 2008; Zou et al., 2018; นภา พวงรอด, 2558; มุจรินทร์ พุทเมตตา และรังสิมัน ตสุนทรไชยา, 2016; สุขาดา แซ่ลิ้ม, 2562)

2.2.8.2 อายุ ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงอายุในผู้สูงอายุ โดยภาวะซึมเศร้าพบขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Assil & Zeidan, 2013; Paul et al., 2019; Wangtongkum et al., 2008; Zou et al., 2018) โดยอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าพบมากในช่วงอายุ 60-74 ปี (World Health Organization, 2017b) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wangtongkum et al. (2008) พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 31.10 เมื่อแบ่งตามช่วงอายุ อายุ 61-70 ปี มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 26.20 อายุ 71-80 ปี มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 38.80 อายุ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 43.80 ซึ่งพบว่าความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นตามอายุ และจากการศึกษาของ El Kady and Ibrahim (2013) พบว่าภาวะซึมเศร้าพบมากในผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 75.00 อายุ 60-65 ปี พบร้อยละ 20.00 การศึกษาของ Llorente et al. (2018) พบว่าผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Kajal (2019) พบว่าภาวะซึมเศร้าพบในผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปี หรือมากกว่า ร้อยละ 40.00 อายุ 65-69 ปี ร้อยละ 35.00 และอายุ 60-64 ปี ร้อยละ 25.00 จากการศึกษาของ Al-Sabahi et al. (2014) ผู้ที่มีอายุ 70-79 ปี มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 1.63 เท่า (OR=1.63) และผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า 1.75 เท่า (OR=1.75) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Al Sabahi et al., 2014; Assil & Zeidan, 2013; Awunor et al., 2018; Dao et al., 2018; Liu et al., 2018; Ployleamsang, 2017; Subramaniam et al., 2016)

2.2.8.3 สถานภาพสมรส (Marital Status) เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การได้รับการเกื้อกูลจากคู่สมรสทั้งรูปแบบการให้คำแนะนำข่าวสาร การช่วยเหลือ

ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การดูแลความเป็นอยู่และการดูแลด้านจิตใจ (กัตติกา ณะขว้าง และคณะ, 2558) คู่สมรสจึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการปรับตัวด้านจิตใจ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สถานภาพสมรส หย่า หม้าย ในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (El-Gilany et al., 2018; El Kady & Ibrahim, 2013; Liu et al., 2018; Llorente et al., 2018; Miller et al., 2019; Olpoc, 2016; Padayachey et al., 2017; Paul et al., 2019; Ylli et al., 2016; ชัยวัฒน์ อินไชยา และคณะ, 2559; สุชาติา แซ่ลิ้ม, 2562)

2.2.8.4 รายได้ (Income) รายได้เป็นตัวที่บ่งบอกสถานภาพทางเศรษฐกิจ และสถานภาพทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ซึ่งพบว่าเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจากที่เคยทำงานได้เกษียณอายุราชการ ทำให้รายได้ลดลง หรืออาจเกิดจากสภาพร่างกายที่เสื่อมตามวัย ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ มีรายได้ลดลง ซึ่งพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Wang et al., 2018)จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Lorant et al. (2003) พบว่าผู้ที่มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมต่ำ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 1.81 เท่า การศึกษาของ Paul et al. (2018) พบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ เศรษฐกิจและฐานะทางสังคมต่ำ และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (El Kady & Ibrahim, 2013; Kansri et al., 2018; Llorente et al., 2018; Paul et al., 2019; Ployleamsang, 2017; Ylli et al., 2016; นภา พวงรอด, 2558; สุชาติา แซ่ลิ้ม, 2562)

2.2.8.5 ระดับการศึกษา (Education) ระดับการศึกษาช่วยพัฒนาความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติในการดำเนินชีวิต ผู้ที่มีการศึกษาสูงสามารถแสวงหาข้อมูล ข่าวสารต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Zhong et al, 2019; Dumrongpiwat et al., 2019; Awunor et al., 2018; Liu et al., 2018; Yill et al., 2016; El Kady and Ibrahim, 2013; Assil and Zeidan, 2013) การศึกษาของ Wang et al. (2010) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า 1.86 เท่า

2.2.8.6 การเจ็บป่วยทางกาย เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า โรคทางกายหลายโรคพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง สมองเสื่อม โรคข้ออักเสบ โรคหัวใจ สมองเสื่อม ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคพาร์กินสัน การมีโรคร่วมหลาย ๆ โรคมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า และการมีโรคร่วมหลาย ๆ โรคในผู้สูงอายุทำให้เกิดภาวะ

ซิมเศร่าแตกต่างจากวัยอื่น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเจ็บป่วยทางกาย โรคประจำตัว/โรคเรื้อรังต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซิมเศร่า (Cole & Dendukuri, 2003; Haseen & Prasartkul, 2011; Kugbey et al., 2018; Liu et al., 2018; Olpoc, 2016; Padayachey et al., 2017; Sangon, 2007; Suttajit et al., 2010; Ylli et al., 2016; Zou et al., 2018; ชัยวัฒน์ อินໄ໊ยา และคณะ , 2559; นภา พวงรอด, 2558) การศึกษาของ El Kady and Ibrahim (2013) พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มีภาวะซิมเศร่า ร้อยละ 54.10 ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง 2 โรคขึ้นไป มีภาวะซิมเศร่า ร้อยละ 64.90 และผู้ป่วยอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง 1 โรค มีภาวะซิมเศร่า ร้อยละ 32.10 การศึกษาของ Pramesona and Taneepanickkul (2018) พบว่าการเป็นโรคเรื้อรังมากกว่า 3 โรคขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซิมเศร่า การศึกษาของ Pongchitsiri (2018) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีภาวะซิมเศร่ามีโรคประจำตัว ≥ 3 โรค และสอดคล้องกับของ Chaiut et al. (2018) พบผู้สูงอายุชาวเขาที่มีภาวะซิมเศร่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.40 โรคเบาหวานร้อยละ 10.20 โรคหัวใจร้อยละ 3.50 มีปัญหาสุขภาพช่องปากร้อยละ 43.00 โรคเก๊าท์ร้อยละ 25.70 มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 19.70 และสอดคล้องกับการศึกษาของ EL Kady and Ibrahim (2013) ผู้สูงอายุที่มีภาวะซิมเศร่ามีโรคร่วมมากกว่า 2 โรค ร้อยละ 64.90 รับประทานมากกว่า 4 ชนิด/วัน ร้อยละ 83.30

2.2.8.7 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้บรรลุตามความต้องการของตนเอง หากผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้จะทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาคนอื่น รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง และเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดภาวะซิมเศร่า (Minfu et al., 2019) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซิมเศร่า (ชัยวัฒน์ อินໄ໊ยา และคณะ, 2559; บุขราคม จิตอารีย์, 2555; Minfu et al., 2019; Sangon et al., 2007; Zou et al., 2018; El Kady and Ibrahim, 2013; Al-Sabahi et al., 2014; EL-Gilany et al., 2018; Ylli et al., 2016; Jitree, 2012; Haseen and Prartkul, 2011; Suttajit et al., 2010; Cole and Dendukuri, 2003)

2.2.8.8 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การที่ผู้สูงอายุสามารถประเมินความรุนแรงของโรคได้ว่าอยู่ในระดับมาก ปานกลาง น้อย หากผู้สูงอายุรับรู้การเจ็บป่วยที่รุนแรงก็จะมีภาวะซิมเศร่าสูง หากรับรู้การเจ็บป่วยที่ต่ำก็จะมีภาวะซิมเศร่าอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่า สอดคล้องกับการศึกษาของบุขราคม จิตอารีย์

(2555) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้า ได้ร้อยละ 31.90 การศึกษาของ Al-Sabahi et al. (2014) พบว่าปัจจัยที่ทำนายภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี และสอดคล้องกับ Jitaree (2012) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.2.8.9 พฤติกรรมการออกกำลังกาย (Exercise Behavior) การออกกำลังกาย นอกจากทำให้สุขภาพแข็งแรงแล้ว ยังทำให้มีสุขภาพจิตดี มีหลักฐานการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายจะมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย ซึ่งจากการศึกษาของ El Kady and Ibrahim (2013) พบว่าการไม่ออกกำลังกายเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Yasunaga et al. (2018) พบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย วันละ 30 นาที มีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Laird et al. (2019) พบว่าการออกกำลังกายป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ การศึกษาของ Dao et al. (2018) ที่พบว่า การออกกำลังกายทำให้ภาวะซึมเศร่าลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Dao et al. (2018) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคือ จำนวนครั้งของการมีกิจกรรมทางกาย

2.2.8.10 ความผาสุกทางใจ (Psychological well-being) ความผาสุกด้านจิตใจ เป็นความรู้สึกพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ โดยผ่านกระบวนการทางปัญญา เกิดการรับรู้และประมวลผลภาพรวมเป็นแนวคิดของตนเอง ความผาสุกทางใจประกอบด้วยหลายมิติทั้งความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองและความสุขที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น บุคคลที่มีความผาสุกทางใจสูง จึงมีภาวะอารมณ์ทางบวก และความพึงพอใจในชีวิตสูง ในทางตรงข้ามจะมีอารมณ์จิตใจทางด้านลบต่ำ (กัตติกา ธนะขว้าง และคณะ, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความผาสุกด้านจิตใจของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (Ingersoll-Dayton et al., 2004; Jena et al., 2018)

2.2.8.11 เหตุการณ์วิกฤตในชีวิตและความเดือดร้อน (Stress life events and difficulties) ปัจจัยด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอีกปัจจัยหนึ่งคือ ความเครียดกับเหตุการณ์ ซึ่งเหตุการณ์ชีวิตมีส่วนซ้ำเติมในคนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าอยู่แล้ว ให้เกิด

การเจ็บป่วยได้หลังจากมีเหตุการณ์ชีวิตเกิดขึ้น (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2558) จากการศึกษาของทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล และ มาโนช หล่อตระกูล (2554) พบว่าจำนวนเหตุการณ์กีดกันในชีวิตก่อนการเกิดโรคซึมเศร้าพบเฉลี่ย 1.9 เหตุการณ์ ปัจจัยเสี่ยงเหตุการณ์กีดกันในชีวิตก่อนการเกิดโรคซึมเศร้าคือ ความอับจนหนทาง หรือสับสนในชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะวิกฤตในชีวิตมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะ (Astrom et al., 2019; El-Gilany et al., 2018; Haseen & Prasartkul, 2011)

2.2.8.12 การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว เพื่อน และสัมพันธภาพกับคนที่ดูแลหรือญาติที่ดูแล ดังนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน เป็นผู้ดูแลและใกล้ชิด คอยช่วยเหลือเวลาเจ็บป่วย หรือสนับสนุนด้านการเงิน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น และมีความสุขด้านการมีปฏิสัมพันธ์เมื่อได้รับการช่วยเหลือเกื้อหนุนจากครอบครัว (กัตติกา ณะขวิ้ง และคณะ, 2015) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Garipey et al. (2016) มากกว่าร้อยละ 90 ของการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ การสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ คู่สมรส (ร้อยละ 100 ของการศึกษา) เพื่อน (ร้อยละ 83 ของการศึกษาทั้งหมด) บุตรหลานและครอบครัว (ร้อยละ 50 และ ร้อยละ 30 ของการศึกษาทั้งหมด) โดยพบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ และเครื่องมือต่าง ๆ ช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Pimentel et al. (2012) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ เพื่อนและครอบครัว และจากการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Assil & Zeidan, 2013; Grocki, 2009; Han et al., 2014; Millán-Calenti et al., 2013; Ng et al., 2014; Oni, 2010; Pramesona & Taneepanichskul, 2018; Sangon, 2007; Shin et al., 2008; Suttajit et al., 2010; ชัยวัฒน์ อินไชยา และคณะ, 2559)

2.2.8.13 พฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์ ซึ่งในปัจจุบันพบว่าพบว่าเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันมากขึ้น เทคโนโลยีช่วยให้ผู้สูงอายุได้สัมผัสประสบการณ์ใหม่ ๆ ในโลกไร้พรมแดน และยังสามารถลดปัญหาด้านสุขภาพ จากการศึกษาของกนกวรรณ ออบเชย และรุ่งกมล โพธิสมบัติ (2562) พบว่า ผู้สูงอายุตอนต้นมีการครอบครองโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟนในสัดส่วนที่มากกว่าแบบพีเจอรโฟน ผู้สูงอายุตอนกลางและตอนปลายครอบครองโทรศัพท์มือถือแบบพีเจอร

โฟนในสัดส่วนที่มากกว่าแบบสมาร์ตโฟน ทั้งนี้มีผู้สูงอายุร้อยละ 29.60 เท่านั้นที่มีการใช้สมาร์ตโฟนอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson et al. (2017) พบว่าผู้สูงอายุมือถือแบบสมาร์ตโฟนร้อยละ 59.00 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-69 ปี และพบว่ามีมือถือแบบสมาร์ตโฟนร้อยละ 49.00 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-74 ปี และจากการศึกษาของ Subramanyam et al. (2018) พบว่ามือถือเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและยังสามารถใช้คัดกรองผู้ที่ปัญหาด้านสุขภาพจิตในระยะแรกได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Choi et al. (2012) พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่ใช้มือถือหรืออินเทอร์เน็ตสามารถบรรเทาภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Firth et al. (2017) ศึกษาประสิทธิผลของแอปพลิเคชันบนมือถือแบบสมาร์ตโฟนต่อภาวะซึมเศร้าพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้ใช้แอปพลิเคชันบนมือถือแบบสมาร์ตโฟนมีภาวะซึมเศร้ามลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ly (2015) พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลางสามารถใช้แอปพลิเคชันบนมือถือแบบสมาร์ตโฟนเพื่อลดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Weisel et al. (2019) พบว่าการใช้แอปพลิเคชันบนมือถือแบบสมาร์ตโฟนมีผลต่อระดับของภาวะซึมเศร้า

2.3 แนวคิดการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

2.3.1 ธรรมชาติของการเกิดโรคและการป้องกัน

ธรรมชาติของโรค (Natural history of disease) แบ่งออกได้ 4 ระยะ คือ (ไพบูลย์ โสสุนทร, 2552)

2.3.1.1 ระยะมีความไวต่อการเกิดโรค (Stage of Susceptibility) ในระยะนี้โรคยังไม่เกิดขึ้นแต่มีปัจจัยหรือองค์ประกอบต่าง ๆ ที่ส่งเสริมหรือสาเหตุที่จะทำให้เกิดโรค โดยบุคคลนั้นอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดโรคหรือสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงของโรค

2.3.1.2 ระยะก่อนมีอาการของโรค (Stage of Preclinical Disease) ในระยะนี้เริ่มมีพยาธิสภาพของโรคเกิดขึ้นแล้วแต่ยังไม่มีอาการของโรคเกิดขึ้นให้เห็น การที่ทราบว่ามีพยาธิสภาพเกิดขึ้นโดยการสำรวจ การคัดกรอง การตรวจสุขภาพ เป็นต้น

2.3.1.3 ระยะมีอาการของโรค (Stage of clinical disease) ในระยะนี้มีพยาธิสภาพของโรคเกิดขึ้น เกิดมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับลักษณะหน้าที่ของร่างกายผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมาพบแพทย์ในระยะนี้เนื่องจากมีอาการผิดปกติที่ชัดเจน

2.3.1.4 ระยะมีความพิการของโรค (Stage of Disability) เป็นระยะหลังจากที่มีอาการของโรคเกิดขึ้นแล้ว ผลที่ตามมาหลังจากป่วยเป็นโรคมักมีโอกาสหายสนิท หายไม่สนิทมีความพิการเกิดขึ้น หรือมีอาการมากจนถึงแก่กรรม

2.3.2 การป้องกันภาวะซึมเศร้า

การป้องกันภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามระยะของการเกิดโรค ดังนี้ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556)

2.3.2.1 การป้องกันภาวะซึมเศร้าในระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการป้องกันในระบะที่ยังไม่เกิดโรคขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหาการเงิน ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาสุขภาพ การไม่มีผู้มาปรึกษาหรือปรับทุกข์กับผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในศาสนาน้อย การไม่สามารถควบคุมจิตใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงควรได้รับการดูแลใกล้ชิดก่อนที่จะมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น โดยการให้ความรู้ในการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น การจัดกิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมในครอบครัว หรือกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุในชุมชน กิจกรรมทางศาสนา การจัดหาที่ปรึกษาหรือผู้ให้คำปรึกษาในชุมชน การจัดหากิจกรรมที่สร้างรายได้เสริมให้ผู้สูงอายุ

2.3.2.2 การป้องกันภาวะซึมเศร้าในระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่มุ่งค้นหาผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงหรือเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะแรก โดยอาจใช้คู่มือสำรวจอารมณ์เศร้าด้วยตนเองในผู้สูงอายุไทย (Thongtang et al., 2002) หรือแบบวัดเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai geriatric Depression Scale: GDS) (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยโรค และการดูแลรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็วและเหมาะสมต่อไป

2.3.2.3 การป้องกันภาวะซึมเศร้าในระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) มีจุดประสงค์เพื่อลดหรือป้องกันการเกิดผลกระทบจากการเจ็บป่วยในระยะยาว ตลอดจนลดความพิการที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าอย่างเรื้อรัง

2.4 แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

การสูญเสียพลังอำนาจเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าเหตุการณ์หรือผลกระทบของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นตนไม่สามารถที่จะควบคุมได้ ในขณะที่การเสริมสร้างพลังอำนาจจะเป็นการช่วยเสริมแรงความสามารถของบุคคลในอันที่จะควบคุมเหตุการณ์ที่มีผลต่อชีวิตของตน (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546) การปฏิบัติที่คำนึงถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นฐาน

(Empowerment Base Practice) เน้นของการรับรู้ของบุคคลถึงความสำเร็จที่มีต่อสิ่งแวดล้อม การพิจารณาตนเองและตระหนักถึงแรงขับเคลื่อนทางสังคมที่ส่งผลต่อชีวิตของบุคคล (Suen, 1998) โดยมีเป้าหมายคือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนเองได้และยอมรับต่ออุปสรรคภายนอก ไม่ว่าจะเป็นการแบ่งชั้น (Discrimination) ความลำเอียงอคติ (Prejudice) และการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตน (Exploitation) ที่สร้างปัญหาต่อชีวิตของตน ด้วยสัมพันธภาพแห่งการช่วยเหลือ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยลดอำนาจและการควบคุมของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วย ด้วยการเน้นที่จุดแข็งของผู้ป่วยมากกว่าโรคและความเจ็บป่วย (Suen, 1998) เนื่องจากผู้ป่วยกลายเป็นบุคคลที่สูญเสียพลังอำนาจ ถ้าถูกกระทำดังเช่นวัตถุมากกว่าในฐานะบุคคล ด้วยการขัดขวางการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย เป้าหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ในผู้ป่วยคือ การเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตน ด้วยการให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและพลังอำนาจในตน และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของตน การที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของตน ส่งผลต่อการมีสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วย รวมถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546) การเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคุณสมบัติ ดังนี้ คือ (Gibson, 1991; Jones and Meleis, 1993) 1) บุคคลจะต้องเป็นผู้มีส่วนร่วมในการกระทำและเท่าเทียมกัน (Active and Equal Participant) ในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับตน 2) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มขีดความสามารถในการควบคุมของบุคคลซึ่งตรงข้ามกับวิธีการแบบพ่อห่วยโยลูก (Paternalism) ซึ่งเป็นวิธีการที่บั่นทอนการควบคุมของบุคคล ด้วยการทำให้ผู้ป่วยหมดความสามารถ (Disability) และกีดกันการมีส่วนร่วม 3) Gibson (1991) ได้เสนอองค์ประกอบที่จะพัฒนาสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงการตระหนักและความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะเปลี่ยนแปลงปัญหาของสังคมและบริบทของวัฒนธรรม และ 4) การเสริมสร้างพลังอำนาจต้องการให้ความเคารพต่อผู้อื่นในฐานะบุคคลมิใช่วัตถุ และมีความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงความจริงได้ด้วยตนเอง หรือการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ความสำคัญกับความสามารถของบุคคล ดังนั้นเป้าหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือ การปรับกลยุทธ์ที่ดีที่สุดเพื่อให้เกิดการเพิ่มและส่งเสริมความสามารถ

2.4.1. ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่ช่วยเหลือและส่งเสริมให้บุคคล บุคคลเกิดความเชื่อมั่น มีอิสระในการตัดสินใจในการจัดการกับปัญหา โดยที่บุคคลตระหนักถึง

ศักยภาพของตนเองในการดูแลสุขภาพ (Kanter, 1987; กษมา มั่นประสงค์ et al., 2556; กุณนที พุ่มสงวน, 2014) ควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิต (Gibson, 1995; Kanter, 1987; กษมา มั่นประสงค์ et al., 2556; กุณนที พุ่มสงวน, 2014) บุคคลได้รับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Kanter, 1987; กษมา มั่นประสงค์ et al., 2556; กุณนที พุ่มสงวน, 2014) และโอกาสในการเรียนรู้เพื่อให้ได้รับประโยชน์สูงสุดด้านสุขภาพ (Kanter, 1987) และการสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือบุคคล รวมถึงการให้ข้อมูลและ/ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรในชุมชนให้กับบุคคลซึ่งจะเอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและโรคที่เป็นอยู่ เพื่อให้บุคคลสามารถสร้างทางเลือกสำหรับการดูแลสุขภาพของตนเองและมีความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะร่วมกิจกรรมการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพของตนตามแนวทางที่กำหนด (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

2.4.2 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ในมารดา จำนวน 12 ราย ที่ให้การดูแลบุตรที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง สรุปลักษณะการเสริมสร้างพลังอำนาจ แสดงถึงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพื้นฐานมาจาก ความคับข้องใจ (Frustration) ความขัดแย้ง การมีปัญหาอุปสรรค การมีความหวัง การขาดภาวะสมดุลในตนเอง และการมีความมุ่งมั่นทุ่มเท (Commitment) ความผูกพัน (Bond) ความรัก (Love) เป็นปัจจัยนำที่ผลักดันให้บุคคลเกิดพลัง มีกำลังใจ สามารถกระทำทุกวิถีทางในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ดีที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) 3) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking Charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) การที่บุคคลจะเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้น ประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal Factor) และปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal Factor) ซึ่งผลลัพธ์คือ ความรู้สึกมีส่วนร่วม หรือความรู้สึกมีพลังอำนาจ ส่งผลให้ที่ตามมาของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือ การรับรู้ถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเองความพึงพอใจในตนเอง การพัฒนาตนเอง และการมีเป้าหมายและความหมายในชีวิตอย่างไรก็ตามผลที่ตามมาจากการเสริมสร้างพลังอำนาจอาจทำให้เกิดผลในทางลบได้ คือการไม่ได้รับการยอมรับ มีภาระรับผิดชอบมากเกินไป หรือได้รับการสนับสนุนน้อย

การเสริมสร้างพลังอำนาจมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (Gibson, 1991)

1. กระบวนการที่บุคคลใช้เพื่อให้ได้มาซึ่งความสามารถในการควบคุมกำกับ การดำรงชีวิตของตนเอง
2. กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก และมีลักษณะทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน
3. กระบวนการเพิ่มพูนความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน และการสร้างประสิทธิภาพของงานหรือการเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ตลอดจนการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม
4. กระบวนการเรียนรู้ที่ใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทำงานร่วมกัน หรือเป็นการเชื่อมโยงทรัพยากรที่มีอยู่ในตัวบุคคล ภายนอกบุคคล และที่มีอยู่ในชุมชน
5. กระบวนการที่มีลักษณะสำคัญที่มีปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างประโยชน์ร่วมกันโดยมุ่งเพิ่มความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้น
6. กระบวนการในการหาทางออก หรือการแก้ไขปัญหา มากกว่าการมุ่งให้ได้คำตอบเน้นความแข็งแกร่ง สิทธิ ความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัดหรือจุดด้อยของบุคคล
7. กระบวนการที่มีกลไกที่เกี่ยวข้องกับอำนาจของบุคคล มีทั้งการให้และการรับอำนาจ หรือการใช้อำนาจร่วมกัน มีใช้เพียงแต่ผู้ใช้อำนาจพยายามสร้างอำนาจ แต่ยอมรับการถ่ายโอนอำนาจ
8. กระบวนการที่มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก หรือกระทำการกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความเจริญเติบโต และการพัฒนาการของบุคคล ครอบครัวและชุมชน
9. กระบวนการของความช่วยเหลือบุคคลให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมสิ่งแวดล้อม และ/หรือกำหนดทิศทางของชีวิตตนได้
10. กระบวนการทางสังคมในการแสดงความยอมรับ ชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนา และการเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ตลอดจนความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนได้

นอกจากนี้ Gibson (1995) ได้กล่าวว่า การที่พยาบาลจะช่วยเหลือให้ผู้รับบริการเกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้นั้นต้องมีพื้นฐานความเชื่อ ดังนี้

1. บุคคลเป็นเจ้าของที่มสุขภาพ สุขภาพเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่ต้องรับผิดชอบ แม้ว่าแพทย์และพยาบาลจะมีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคล แต่ไม่มีอำนาจผูกขาดต่อสุขภาพเหนือบุคคลนั้น ๆ แต่กลับต้องให้ความเคารพในสิทธิของบุคคลต่อการมีภาวะสุขภาพ

2. บุคคลควรได้รับการเคารพนับถือต่อศักยภาพของบุคคลในการที่จะพัฒนาความเจริญงอกงาม และความต้องการตอบสนองต่อเป้าหมายในชีวิตของเขาเอง บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจในเรื่องใด ๆ ของตน แม้ว่าบางครั้งอาจต้องอาศัยข้อมูล หรือความช่วยเหลือจากผู้อื่น

3. บุคลากรทางสุขภาพ ไม่สามารถสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้รับบริการได้ แต่ผู้รับบริการจะเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง ในขณะที่บุคลากรทางสุขภาพจะต้องเป็นผู้สนับสนุนและเอื้ออำนวยให้การช่วยเหลือ ให้เกิดความทนของพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุม และเชื่อมั่นในความสามารถของตน

4. บุคลากรทางสุขภาพต้องยอมรับความสำคัญของการให้ความร่วมมือของชุมชน ต้องมีสำนึกในเรื่องอิสระภาพ และพร้อมที่จะรับการปฏิเสธความช่วยเหลือของผู้รับบริการ ผู้รับบริการจะตัดสินใจเลือกสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องทำตามคำแนะนำที่บุคลากรทางสุขภาพแนะนำไว้ ซึ่งบุคลากรควรมีแนวทางในการพิทักษ์สิทธิให้กับผู้รับบริการ

5. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดขึ้นได้จากความเคารพนับถือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ไม่ใช่ลักษณะของการมองฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งว่าเป็นผู้เสียเปรียบหรือมีปมด้อย ในขณะที่อีกฝ่ายเป็นผู้ได้เปรียบและมีความสามารถเหนือกว่าปฏิสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่าย ต้องมีความเชื่อใจซึ่งกันและกัน การสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองเป็นการสร้างพลังในระดับบุคคล ทำให้เกิดทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง การดูแลตนเองในความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ เป็นกลวิธีหนึ่งในการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเอง ทั้งในขณะปกติและเจ็บป่วย โดยบุคคลต้องมีการเรียนรู้จากการได้รับความรู้ การฝึกทักษะให้ตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพดี

2.4.3 ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจตั้งอยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกัน และการมีส่วนร่วม โดยเน้นให้บุคคลมีความตระหนักในการปกป้องสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Gibson, 1995)

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality)

การค้นพบสภาพการณ์จริงเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นตอนนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Emotion) ด้านสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive) และด้านพฤติกรรม (Behavioral)

การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotion) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ วิดกกังวล กระทบกระวายเป็น โกรธ ซึ่งอาการทั้งหมดเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริง ความรู้สึกเจ็บปวดที่ต้องเผชิญ ประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพและความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ความไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ รวมทั้งการขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่จะเกิดขึ้นต่อไป ในระยะนี้บุคคลจะรู้สึกคับข้องใจที่จะคิดว่าตนเองไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะที่ดีได้ แต่บุคคลจะรู้สึกดีขึ้นหากเปลี่ยนวิธีคิด และมีความหวังว่าตนเองมีโอกาที่จะดีขึ้น แต่อาจจะต้องอาศัยระยะเวลาเป็นตัวช่วย ซึ่งการคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริงเพื่อสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

การตอบสนองด้านสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive Responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถหรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ระยะนี้บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้างโดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ วารสาร ทางวิชาการ การถามจากแพทย์ พยาบาล บุคคลอื่น ๆ ซึ่งมีประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่แสวงหาจากแหล่งต่าง ๆ มาประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ การตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavior Responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่สามารถทำได้ในขณะนี้ มองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี และพยายามทำความเข้าใจปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการอย่างแท้จริงคืออะไร เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์แก้ปัญหาที่ผ่านมาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นตอนนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่า การวิตกกังวลเกินไปจะทำให้รู้สึกสับสน คับข้องใจ และไม่มั่นใจ จนในที่สุดบุคคลจะตระหนักได้เองถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและการกระทำของตน และจะเริ่มเปลี่ยนความคิดว่าถ้าเปลี่ยนมาคิดในแง่ดีปัญหาทุกอย่างก็จะสามารถแก้ไขได้ดีกว่า ดังนั้นบุคคลจะพยายามปรับตัวโดยคิดในแง่ดี และจะกระทำทุกอย่างเพื่อให้การดูแลตนเองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection)

การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์ อย่างรอบคอบ เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำ

ความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง และเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแลตนเอง จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้เกิดความเชื่อมั่นปัญหาและคิดพินิจพิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นตอนนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาคำรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง (Sense of Person Control) จะทำให้คิดได้ว่าจากเดิมที่คิดว่าตนเองไม่สามารถดูแลตนเองได้ จะเกิดความคิดว่าทุกอย่างทุกอย่างสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ตนเองไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่ได้กระทำ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลมีศักยภาพจะมาซึ่งทางเลือกต่าง ๆ ในการปฏิบัติ หลังจากคิดวิเคราะห์อย่างละเอียดแล้วจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาขึ้น ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง ความสามารถ ความถูกต้องของตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจมีทักษะของตนเองในการดูแลตนเองมากขึ้น จึงกล่าวได้ว่าขั้นตอนนี้มีความสำคัญที่จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลัง

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking Charge)

การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุด โดยมีการเรียนรู้จากตัวอย่างที่มีการดูแลสุขภาพตนเองได้ดี เพื่อเป็นสิ่งช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination) ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธีการ ขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคล โดยใช้เหตุผลของแต่ละบุคคลซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน โดยการตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไขคือ ทางเลือกนั้นจะเป็นวิธีที่แก้ไขปัญหาให้แก่ตนเอง และสอดคล้องกับการดูแลของที่มีสุขภาพ บุคคลได้รับความเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองโดยผ่านการร่วมมือกับที่มีสุขภาพ เป็นวิธีการที่สร้างการยอมรับ และความสามารถเปิดกว้างในการที่บุคคลอื่น ๆ การเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองจะนำไปใช้ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยในขั้นตอนนี้บุคคลจะมีพันธะสัญญากับตนเอง ดังนี้

การปกป้องสิทธิ (Advocating) การให้ตนเองได้รับการดูแลเป็นสิ่งที่ถูกต้อง เป็นภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของตน ดังนั้นสิ่งที่คิดว่าทำแล้วเป็นผลดีกับตนเองก็จะทำ

การเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหา (Learning to Persist) บุคคลไม่ควรย่อท้อต่อความตั้งใจในการดูแลตนเองและพยายามกระทำสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ตนเอง

การเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการรักษาในสถานบริการ (Driving Negotiation in the Hospital Setting) เป็นการเจรจาโดยคิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในการดูแล นำความเข้าใจมาผสมผสานกับความรู้ที่มีอยู่มาใช้ในการดูแล นำปัญหาของบุคคลอื่น ๆ มาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมสุขภาพ หากการกระทำดังกล่าวเป็นที่ยอมรับจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจ (Sense of Power)

การสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม (Establishing Partnership) การต้องการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลสุขภาพตนเอง จะทำให้บุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัย เป็นประโยชน์จากบุคคลอื่น ๆ การสร้างสัมพันธภาพ และการมีส่วนร่วมอภิปรายปัญหาเกี่ยวกับบุคคลอื่น ๆ การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ จะช่วยให้การตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)

การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติ ในระยะนี้เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามวิธีที่บุคคลเลือก พยาบาลและบุคคลจะร่วมมือกันแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลจะเกิดความมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่แก้ไขปัญหาสำหรับใช้ในเหตุการณ์ครั้งต่อไป การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Gibson เป็นกระบวนการระหว่างบุคคล ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความต่อเนื่องกันและสามารถเกิดสลับไปมาได้ในแต่ละบุคคล และการที่บุคคลจะสามารถผ่านขั้นตอนแต่ละขั้นตอนได้ต้องใช้พลังใจ พลังความคิด รวมทั้งความสามารถในระดับสูง หากบุคคลสามารถผ่านกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอนอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะเกิดผลต่อบุคคลในคุณลักษณะที่จะช่วยให้สามารถปฏิบัติได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ

2.4.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ดังนี้ (Gibson, 1993)

2.4.4.1 ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่

1) ความเชื่อ (Beliefs) ความเชื่อเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากในการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้น การที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลสุขภาพจะส่งผลให้บุคคลเกิดความหวัง มีความคิดที่จะส่งเสริมให้

ตนเองเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถดูแลตนเองได้ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจะทำให้บุคคลมีความรู้สึกเกิดพลังในการที่จะพยายามแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้

2) ค่านิยม (Values) ค่านิยมของตนเอง การมีความรักในตนเอง เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง

3) ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมา และประสบการณ์ที่ได้รับจากการศึกษา อ่านจากตำรา วารสารวิชาการ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์

4) เป้าหมายในชีวิต (Determination) เป้าหมายในชีวิตของตนเองเกิดจากการที่บุคคลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจ (Strong and Motivation) ที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายโดยจะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีสุดแม้ว่าจะมีอุปสรรค

ปัจจัยภายในบุคคลยังรวมถึงการยอมรับในบทบาท ภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานร่วมกัน ตลอดจนคุณสมบัติของบุคคล ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับตนเองในด้านบวก ทักษะการรับรู้ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปรับตัว ความกล้าหาญอดทน ความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

2.4.4.2 ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส บุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีส่วนสนับสนุนให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ให้การประคับประคองและให้ความมั่นใจในการที่จะดูแลตนเอง นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากผู้รับบริการด้วยกันเอง เช่น การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน แหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ผลดียิ่งขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยสัมพันธภาพระหว่างตนเองกับบุคคลที่เกี่ยวข้องคือต้องเป็นสัมพันธภาพที่ตั้งอยู่บนความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ต้องสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและมีความเปิดเผยต่อกันได้ มีการยอมรับซึ่งกันและกัน มีการให้คุณค่า เคารพในสิทธิและความเป็นบุคคลระหว่างกันและกันจึงเกิดความร่วมมือ และความมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลต้องมีบรรยากาศของการดูแลช่วยเหลือ และปรารถนาดีต่อกัน (Nurturing, Helping, Caring Environment) การเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีขึ้นได้ก็ต่อเมื่อฝ่ายที่ด้อยกว่าได้พัฒนาความสามารถ และพัฒนาอำนาจในตนเอง

สรุปได้ว่าพลังอำนาจ เป็นความสามารถในการผลักดันความตั้งใจ ความมุ่งมั่นของตนเองไปสู่ผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนความรู้สึกมีพลังอำนาจหรือการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้น เป็นกระบวนการทางสังคมในการแสดงถึงการยอมรับ ชื่นชม ส่งเสริม และพัฒนาให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง มีความรู้สึกมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่ หรือวิถีชีวิตของตนเองได้ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทั้งในส่วนบุคคลและสังคมมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยมีขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน (Gibson, 1995) ดังนี้

1. การค้นพบสภาพการณ์จริง
2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ
3. การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง
4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้การเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งปัจจัยภายใน ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ประสบการณ์ของบุคคล และปัจจัยระหว่างบุคคล คือ การมีความสัมพันธ์อันดีระหว่างตนเองกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง การยอมรับซึ่งกันและกัน ความไว้วางใจกัน รวมถึงการได้รับความร่วมมือบุคคลที่ใกล้ชิด การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอันเป็นที่รักนั้นจะเป็นสิ่งช่วยให้บุคคลนั้นมีพลังอำนาจได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.4.5 กลวิธีในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยกระบวนการต่าง ๆ กลวิธีที่ใช้จึงมีความหลากหลาย ดังนี้ (วัลลา ตันตโยทัย, 2543)

2.4.5.1 การสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคคล และผู้เกี่ยวข้อง การสร้างสัมพันธภาพเป็นเทคนิคพื้นฐานที่ใช้ในทุกขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.4.5.2 การให้ความรู้ และข่าวสารที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้บุคคลเกิดการรับรู้ เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แบบรายบุคคล และแบบกลุ่ม

2.4.5.3 การให้คำปรึกษา คำแนะนำ และแนวทางโดยยึดความจำเป็น และความต้องการของแต่ละบุคคล

2.4.5.4 การให้การสนับสนุน และอำนวยความสะดวก ใช้แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรที่จำเป็น

2.4.5.5 การเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม การทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และมีส่วนร่วม ทำให้บุคคลเกิดการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย และแนวทางเลือกที่เป็นไปได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกรอบแนวคิดในการโมเดล เนื่องจากผู้ที่มิภาวะซึมเศร้ามีความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง มีความคิดทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต เห็น้อยล้ำ หมดหวัง โดดเดี่ยว รู้สึกไร้คุณค่า ทำให้ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อเนื่องจากไร้ประโยชน์ การมีชีวิตอยู่ต่อไปเป็นภาระของตนเอง และครอบครัว (สายฝน เอกวารงกูร, 2554) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลยุทธ์ หนึ่งในที่สามารถประยุกต์ใช้เพื่อลดอารมณ์และความรู้สึกดังกล่าว

2.5 แนวคิดการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy)

Bandura (1997) ได้กล่าวถึงความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนนั้นว่าส่วนใหญ่เกิดจากการสังส่องค้ความรู้ในตัวของคุณบุคคล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนหรือความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนเพื่อตัดสินใจหรือคาดการณ์หรือเชื่อในความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลเกิดจากการได้รับความรู้ข้อมูลจากแหล่งประโยชน์หรือแหล่งข้อมูลหลัก ๆ 4 ชนิด คือ

2.5.1 Enactive mastery experience คือ การมีประสบการณ์ในความสำเร็จจากการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเอง แหล่งข้อมูลชนิดนี้มีความสำคัญและมีอิทธิพลมากต่อความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน เพราะแหล่งข้อมูลชนิดนี้จัดเป็นหลักฐานที่ดีของบุคคลว่าเมื่อใดที่กระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมเมื่อนั้นก็จะประสบความสำเร็จ โดยทั่วไปพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความสำเร็จทำให้เกิดความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่พฤติกรรมที่ล้มเหลวจะทำให้ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนต่ำ พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความสำเร็จได้ในระดับใดระดับหนึ่งนั้นอาจมีผลในการเพิ่มการลดหรือไม่มีผลกระทบต่อความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนของบุคคลได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบุคคลและสถานการณ์ที่จะตีความหรือจะตั้งใจว่าผลจะเป็นเช่นไร พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความสำเร็จนั้นจะช่วยให้คุณจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี แม้จะกระทำพฤติกรรมใหม่ ๆ หรือกระทำพฤติกรรมในสิ่งแวดล้อมใหม่ก็ตาม

ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนมักจะเป็นตัวทำนายที่ดีกว่าลักษณะพฤติกรรมที่กระทำให้ปรากฏเพราะความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนเป็นการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมบนแหล่งข้อมูลที่หลากหลายว่าพฤติกรรมที่กระทำให้ปรากฏการเปลี่ยนความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนเกิดจากกระบวนการคิดจากแหล่งข้อมูลที่ได้รับหลาย ๆ แหล่งว่าพฤติกรรมที่จะกระทำนั้นสามารถกระทำได้มากกว่าจากแหล่งข้อมูลซึ่งได้รับการเห็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นแล้ว เพราะเมื่อบุคคลจะตัดสินใจจะ

สามารถปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมได้เพียงใดได้นั้น บุคคลจะต้องมีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนคิด และทบทวนองค์ความรู้ทั้งหมดและทักษะที่มีอยู่ก่อนการตัดสินใจความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมของตน (Bandura, 1997)

2.5.2 Vicarious experience คือ การที่บุคคลได้เห็นตัวตนแบบหรือต้นฉบับ (Model) ของการปฏิบัติพฤติกรรมจากสิ่งมีชีวิตหรือสิ่งที่เป็นสัญลักษณ์ต่าง ๆ แม้ว่าบุคคลจะมีประสบการณ์ในความสำเร็จจากการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเองมาก่อน แต่ละบุคคลก็ต้องการเห็นตัวตนแบบเพิ่มขึ้นเพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนอีกทางหนึ่งเพราะจะทำให้ห่างต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งได้อย่างอิสระและเพียงพอ ตัวต้นแบบหรือต้นฉบับที่มีประสิทธิภาพสามารถกระตุ้นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลได้ถ้าตัวต้นแบบหรือต้นฉบับสามารถจะเสนอแนะเป็นแนวทางหรือให้ความรู้ที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ บุคคลจะชวนขวยที่จะแสวงหาตัวต้นแบบหรือต้นฉบับเพื่อให้บุคคลสามารถเห็นพฤติกรรมที่ต้องการในตัวต้นแบบหรือต้นฉบับได้ เพราะตัวต้นแบบหรือต้นฉบับนั้นสามารถทำให้บุคคลเกิดความนึกคิดจากการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะที่มีประสิทธิภาพรวมทั้งมีกลยุทธ์ในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมได้ตามที่บุคคลปรารถนา ซึ่งจะเป็นการเพิ่มความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนในลำดับต่อมา Bandura อธิบายกระบวนการที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้พบเห็นตัวตนแบบหรือต้นฉบับจาก 4 กระบวนการดังนี้ (Bandura, 1997)

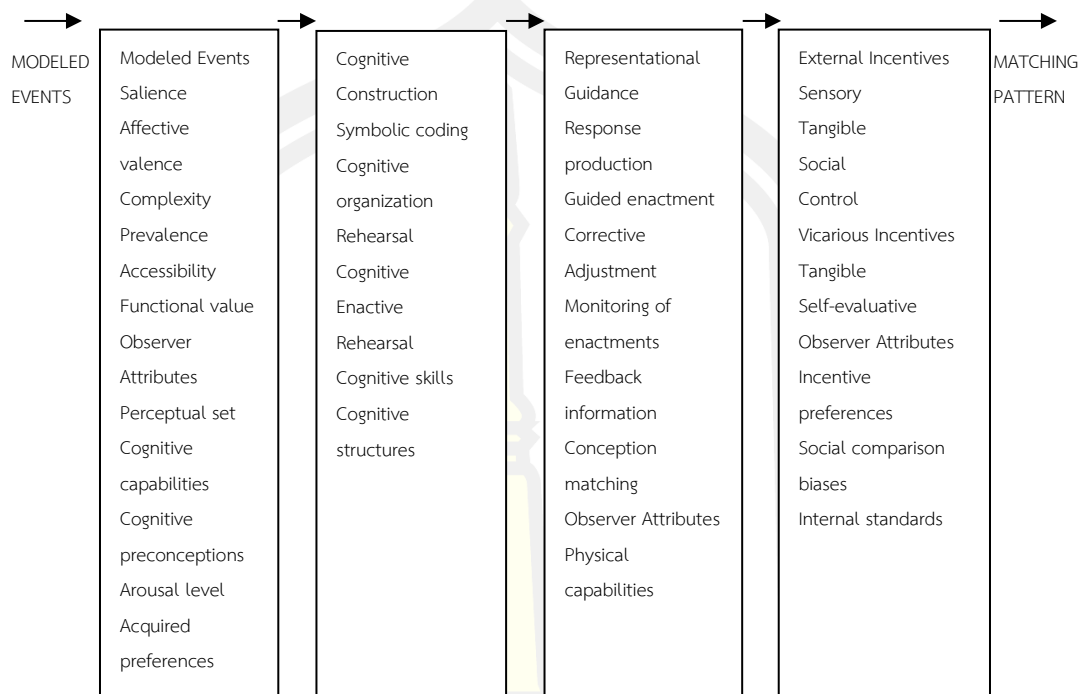
2.5.2.1 Attentional process เป็นกระบวนการที่ตรวจสอบว่าสิ่งที่เลือกจากการสังเกตในตัวต้นแบบหรือต้นฉบับสิ่งใดที่มีอิทธิพลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคลหรือข้อมูลส่วนใดของตัวต้นแบบหรือต้นฉบับที่เลือกมาแล้วมีความสำคัญเพื่อการเรียนรู้ การจดจำ ซึ่งนำไปใช้ในการเพิ่มความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนเพื่อการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรม

2.5.2.2 Retention process เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงและการจัดระเบียบโครงสร้างของข้อมูลที่ได้รับจากตัวต้นแบบหรือต้นฉบับจากการจดจำและนำมาสรุปเป็นแนวคิดหรือกฎเกณฑ์ต่าง ๆ เพื่อบุคคลจะได้กระทำพฤติกรรมต่อไป

2.5.2.3 Production process เป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงแนวคิดที่ได้จากตัวต้นแบบหรือต้นฉบับให้เหมาะสมเพื่อเพิ่มความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนในการกระทำหรือการปฏิบัติพฤติกรรมต่อไป

2.5.2.4 Motivational process เป็นกระบวนการที่จะกระตุ้นให้บุคคลมีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นและกระทำพฤติกรรมที่ต้องการต่อไป โดยกระบวนการนี้บุคคลจะมีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนและกระทำพฤติกรรมได้นั้นบุคคลจะต้องเห็นคุณค่าเห็นประโยชน์หรือเห็น

ความสำเร็จของตัวต้นแบบหรือต้นฉบับและประเมินผลของกระทำที่บุคคลต้องการกระทำหรือปฏิบัติ พฤติกรรมว่าเป็นที่พอใจและคุณค่าแก่บุคคลเสียก่อนดังภาพประกอบที่ 2 (Bandura, 1997)



ภาพประกอบที่ 2 กระบวนการที่ได้จากการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวต้นแบบหรือต้นฉบับ (Bandura, 1997)

นอกจากนี้สื่อที่สำคัญสื่อหนึ่งคือโทรทัศน์ซึ่งใช้เป็นเครื่องมือหรือตัวต้นแบบในการส่งข้อมูลสู่สาธารณชนเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพ แต่การที่ให้ประชาชนปฏิบัติตนในการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้องนั้นก็ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการสื่อสารเพื่อทำให้โปรแกรมความรู้ทางด้านสุขภาพประสบผลสำเร็จได้ (McDuite, 1984 อ้างถึงใน Bandura, 1997)

ผลสำเร็จของความพยายามในการให้โปรแกรมความรู้ทางด้านสุขภาพนั้นคือ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพส่วนการนำเทคนิคที่เน้นในเรื่องความกลัวมาใช้จะทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในระยะยาวและทำให้เกิดผลเสียตามมาได้ (Bandura, 1997)

2.5.3 Verbal persuasion เป็นการชักชวนด้วยวาจาหรือคำพูดที่ช่วยเพิ่มความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนให้สามารถกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายที่คาดหวังไว้ แหล่งประโยชน์ชนิดนี้เพียงชนิดเดียวอาจมีข้อจำกัดต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ เพราะการชักชวนด้วยวาจาหรือคำพูดจะมีประสิทธิภาพต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ดีมากในกรณีเฉพาะที่มีเหตุผลบางอย่างที่จะ

ให้เกิดความเชื่อที่ตรงกันตรงกัลป์ผลลัพธ์ที่บุคคลคาดหวังจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรม (Chambliss and Murray, 1979a, 1979b อ้างถึงใน Bandura, 1997)

2.5.4 Physiological and Affective status คือ สภาพทางด้านสรีรวิทยาและอารมณ์ ตัวบ่งชี้ทางด้านสรีรวิทยาว่าบุคคลมีสมรรถนะแห่งตนไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะกลไกที่กระตุ้นโดยระบบประสาทอัตโนมัติเท่านั้นแต่รวมถึงความแข็งแรง ความอดทน ในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ถ้าพบความเหนื่อยล้า อาการปวดต่าง ๆ จะมีผลต่อความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนด้วยสภาพทางอารมณ์ก็มีผลต่อการตัดสินใจความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนหรือสรุปได้ว่า สภาพทางด้านสรีรวิทยามีผลต่อความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน โดยมีอิทธิพลจากภาวะสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งต้องการความแข็งแรงและความอดทน ในขณะที่สภาวะทางอารมณ์จะมีผลต่อการตัดสินใจความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน (Bandura 1991a; Cioffi, 1991 อ้างถึงใน Bandura, 1997)

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน

ประยุกต์ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน มีหลักการมาจากความเชื่อที่ว่า คนจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีได้นั้นมีสาเหตุหลักสำคัญสองประการคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ผลลัพธ์ของการตอบสนอง (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)

1. การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจึงต้องเสริมสร้างให้บุคคลเกิดการรับรู้ในการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความเชื่อมั่นและมั่นใจในตนเองว่าตนสามารถทำได้จึงต้องสร้างให้เกิดกำลังใจ เมื่อมีกำลังใจแล้ว จะทำให้บุคคลพร้อมที่จะปฏิบัติ
2. ใช้วิธีการและสื่อที่เหมาะสมที่นำมาสร้างให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เช่น การประชุมกลุ่ม อภิปรายกลุ่ม แจกคู่มือด้านสุขภาพ การเสนอตัวแบบ การสาธิตและฝึกปฏิบัติ การชมเชย วิดีทัศน์ การกระตุ้นเตือน เป็นต้น
3. เสริมสร้างให้บุคคลมองเห็นการรับรู้สมรรถนะแห่งตน บอกตนเองว่าตนเองสามารถทำได้
4. ต้องเสริมสร้างให้บุคคลมองเห็นผลลัพธ์หรือผลดีที่จะเกิดขึ้นตามมา เช่น การมีสุขภาพดี การปราศจากโรค การลดความเสี่ยงจากโรคที่ป้องกันได้ การได้รับการยอมรับ
5. การใช้ตัวแบบที่ดีเพื่อให้ตัวอย่างที่ดีจากตัวแบบ มองเห็นแนวทางการปฏิบัติสู่ความสำเร็จ มองเห็นความสุข ความภาคภูมิใจที่จะได้รับตามมาจากหลัง
6. เมื่อเสริมสร้างการรับรู้การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการรับรู้ประสิทธิผลของการปฏิบัติทั้งสองอย่างสูงเท่าใด ย่อมก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ดีมากขึ้นเท่านั้น

7. การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามแนวความคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น สามารถทำได้ ทั้งจากการระลึกถึงหรือการทบทวนประสบการณ์ที่เคยประสบผลสำเร็จในอดีตมาประยุกต์ใช้และการ มีโมเดลหรือตัวแบบที่ดี รวมทั้งการกระตุ้นเร้าด้วยคำพูดที่จูงใจ สร้างพลัง ตลอดจนการเฝ้าทาง อารมณ์ให้เกิดแรงฮึกเหิม อยากรู้ อยากพัฒนาและอยากปรับพฤติกรรมให้ดีขึ้น

8. การเลือกตัวแบบที่ชัดเจน สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีและเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ ยิ่ง Bandura (1997) มีแนวคิดว่าสมรรถนะแห่งตน ความเชื่อมั่น หรือความสามารถของบุคคลจะเป็น แรงขับหรือผลักดันในการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต แนวความคิดการรับรู้สมรรถนะแห่ง ตนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการพัฒนาโมเดลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนซึ่งจะนำไปสู่ การปฏิบัติพฤติกรรมผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เพราะแนวคิดสำคัญของทฤษฎีความสามารถแห่งตนมี ความเชื่อว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นขึ้นกับองค์ประกอบสำคัญ 2 องค์ประกอบคือ การรับรู้ ความสามารถของตนเองและการรับรู้ผลลัพธ์หรือความคาดหวังของการปฏิบัติ การเสริมสร้างให้มีทั้ง การรับรู้ในความสามารถตนเองสูงและรับรู้ผลลัพธ์สูงย่อมนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ถูกต้องมากที่สุด (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)

2.6 แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ (Pender et al., 2006)

สุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและการปกป้องสุขภาพ ซึ่งเป็นเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพที่มีความหมายครอบคลุมถึงพฤติกรรมภายนอกต่าง ๆ ที่สามารถ เห็นได้อย่างชัดเจนและพฤติกรรมภายในที่เป็นความรู้สึกนึกคิด ซึ่งบุคคลปฏิบัติเพื่อดำรงรักษา ฟื้นฟู ปกป้อง หรือปรับปรุงให้ดีขึ้น (วัลลา ตันตโยทัย, 2543) การที่บุคคลสามารถริเริ่มและดำรงการ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่ง กระบวนการส่งเสริมสุขภาพนั้นจำเป็นต้องมุ่งเน้นให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและ ปรับปรุงสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการจัดการดูแลสิ่งแวดล้อมเพื่อเกื้อกูลต่อการมีสุขภาพที่ดี (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2543) การส่งเสริมสุขภาพเน้นที่การส่งเสริมความพยายามของบุคคลที่จะ ปรับปรุงสุขภาพโดยทั่วไปของตนเองให้ดีขึ้น สมบูรณ์แข็งแรงยิ่งขึ้นหรือช่วยให้ลักษณะโครงสร้างและ การทำหน้าที่ของบุคคลให้ดียิ่งขึ้น การส่งเสริมสุขภาพจึงขึ้นอยู่กับความรู้และศักยภาพของบุคคลที่จะ สามารถทำให้สุขภาพตนเองดีขึ้นเพียงใด ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อมุ่งหวังให้เกิดการมีสุขภาพดีใน ระดับสูงสุด จึงจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนบุคคลหรือ สิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าทางสุขภาพและมีความสุขเพิ่มมากขึ้น

(ศิริธานี อินทรหนองไผ่, 2546) นักวิจัยหลายคนให้ความสนใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ได้คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จึงได้มีผู้นำเสนอทฤษฎีที่สามารถนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำนวนมาก ซึ่งส่วนใหญ่จะอธิบายหรือทำนายแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดังนั้นจึงมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล และรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพ รูปแบบหนึ่งที่ผู้วิจัยสนใจและนำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2002) โดยมีรายละเอียดดังนี้

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) เป็นรูปแบบที่มีแนวคิดผสมผสานระหว่างศาสตร์ทางการแพทย์กับศาสตร์ทางพฤติกรรมให้ความสำคัญแก่ปัจจัยด้านชีวจิตสังคม (Biopsychological) ในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งมีความครอบคลุมและเป็นองค์รวม เพราะบุคคลเป็นองค์ประกอบของกายหรือชีวและจิตที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในสังคม และเน้นความต้องการที่จะดำรงและเพิ่มพูนความผาสุกของสุขภาพและคุณภาพชีวิตให้อยู่ในระดับสูงสุด เน้นแรงจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มิใช่ความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงโรค รวมทั้งเป็นการมุ่งเน้นในด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาตนเองและศักยภาพส่วนบุคคล เพื่อการมีภาวะสุขภาพที่ดี โดยมีการผสมผสานระหว่างการดำเนินชีวิต นั่นคือ เมื่อบุคคลสามารถผสมผสานพฤติกรรมสุขภาพเข้าไปในแบบแผนการดำเนินชีวิตทุกด้าน จะส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (Pender et al., 2002) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ของ Bandura (1985) ที่ให้ความสำคัญต่อกระบวนการคิด สติปัญญาและการรับรู้ของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมทั้งทฤษฎีความคาดหวัง - คุณค่า (Expectation - value theory) ที่กล่าวว่า บุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อมองเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณค่าหรือก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง Pender ได้ปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขึ้นใหม่ในเมื่อปี ค.ศ. 1996 โดยอาศัยผลการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรต่าง ๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ใช้แรงงาน ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นต้น และเสนอรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดยแสดงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนความสัมพันธ์ของมโนทัศน์แต่ละด้านที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การที่บุคคลจะ

ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลมาจาก มโนทัศน์ 3 ด้าน ซึ่งประกอบด้วย (Pender et al., 2006)

2.6.1 ลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล (Individual characteristics and experiences) บุคคลแต่ละคนมีคุณลักษณะและประสบการณ์ที่เฉพาะ ซึ่งจะมีผลต่อการกระทำที่ตามมาภายหลัง ลักษณะเฉพาะของบุคคลหรือประสบการณ์ที่ผ่านมา มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันแต่ไม่ใช่พฤติกรรมสุขภาพทั้งหมด มโนทัศน์ของลักษณะและประสบการณ์แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยย่อย คือ

2.6.1.1 พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior) พฤติกรรมที่บุคคลเคยปฏิบัติมาก่อน มีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงอาจเกิดจากการสร้างเป็นนิสัย ซึ่งทำให้บุคคลนั้นปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอัตโนมัติโดยไม่สนใจรายละเอียดมากนัก อิทธิพลโดยอ้อมสามารถอธิบายได้จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม พฤติกรรมที่ปฏิบัติได้จริง และการป้อนกลับของพฤติกรรมเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่ทำให้บุคคลรับรู้สมรรถนะหรือทักษะของตนเอง ส่วนประโยชน์ที่คาดการณ์ล่วงหน้าหรือที่เกิดขึ้นจริงจากการปฏิบัติคือการคาดหวังในผลลัพธ์ ถ้าประโยชน์ในระยะสั้น ๆ เกิดขึ้นเร็วบุคคลมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำ ๆ นอกจากนี้ในการปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จนั้นจำเป็นต้องเอาชนะอุปสรรคที่เคยประสบและเก็บไว้ในความทรงจำด้วย ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์นั้นพบว่า การกระทำใด ๆ ก็ตามมักมีอารมณ์ต่าง ๆ เกิดขึ้นร่วมด้วย ทั้งที่เป็นอารมณ์ทางบวกและทางลบ อาจเกิดขึ้นก่อน ระหว่างหรือภายหลังการกระทำพฤติกรรม อารมณ์ดังกล่าวจะถูกบันทึกในความทรงจำเป็นข้อมูลซึ่งจะถูกดึงออกมาเมื่อมีการพิจารณาไตร่ตรองเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมในภายหลัง

พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้องมีผลต่อการคิดรู้และอารมณ์ที่เฉพาะ พยาบาลหรือบุคลากรในทีมสุขภาพหรือผู้ที่สนใจในกรอบแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้ สามารถช่วยผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมด้านบวกโดยการมุ่งเน้นประโยชน์ของพฤติกรรม การสอนให้ผู้ป่วยสามารถเอาชนะอุปสรรคเพื่อให้สามารถกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จ และส่งเสริมให้รับรู้สมรรถนะแห่งตนให้อยู่ในระดับสูงและอารมณ์ในทางบวก เพื่อให้ประสบความสำเร็จและป้อนกลับทางบวก

2.6.1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) สามารถทำนายพฤติกรรมเป้าหมายได้ โดยปัจจัยส่วนบุคคลแบ่งออกเป็น 3 หมวด ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ

- 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย วัยหนุ่มสาว ภาวะหมดประจำเดือน สมรรถนะความแข็งแรงของร่างกาย ชีตความสามารถในการทำงานอย่างต่อเนื่อง ความแข็งแรง ความคล่องแคล่วว่องไวหรือการทรงตัว
- 2) ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ
- 3) ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น เชื้อชาติ สัญชาติ ระดับการศึกษา ภาวะเศรษฐกิจ ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม

ปัจจัยส่วนบุคคลมีมากมาย บางปัจจัยมีอิทธิพลเฉพาะบางพฤติกรรมเท่านั้น เช่น ชีตความสามารถในการทำงานแบบต่อเนื่อง มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายแต่ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดังนั้นการให้การบำบัดทางการแพทย์หรือการบำบัดเชิงวิชาชีพ ควรพิจารณาเลือกเฉพาะปัจจัยที่มีข้อสนับสนุนเชิงทฤษฎีว่าสามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เป็นเป้าหมายได้ และควรคำนึงว่าปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

2.6.2 อารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุดและเป็นแกนสำคัญสำหรับบุคลากรที่จะนำไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่

2.6.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceive benefits of action) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำนั้นจะมีประโยชน์ต่อตนเองอย่างไร ในการวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลมักคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น การคาดการณ์ดังกล่าวเป็นการวาดมโนภาพของผลด้านบวกหรือผลที่มีเสริมแรง โดยอาศัยประสบการณ์ตรงของบุคคลนั้นหรือจากการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น บุคคลมีแนวโน้มที่จะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความเป็นไปได้สูงว่าจะเกิดประโยชน์ ประโยชน์ดังกล่าวมีทั้งประโยชน์ภายใน เช่น ความตื่นตัว ความอ่อนล้า ประโยชน์ภายนอก เช่น การได้รับรางวัล การได้เข้าร่วมกลุ่มในสังคม การรับรู้ประโยชน์ภายนอกเป็นแรงจูงใจเริ่มต้นที่ทำให้คนเริ่มปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์ภายในเป็นแรงจูงใจที่ทำให้คนปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ข้างต้นมีอิทธิพลโดยตรง โดยจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและโดยอ้อมผ่านเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน แต่จะมีอิทธิพลมาน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความสำคัญของประโยชน์และระยะเวลาระหว่างการปฏิบัติและการเกิดประโยชน์นั้น ๆ

2.6.2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceive Barriers to Action)

การคาดการณ์ถึงอุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีผลทั้งต่อความตั้งใจและการลงมือปฏิบัติของบุคคล อุปสรรคเหล่านั้นอาจเป็นสิ่งที่บุคคลวาดมโนภาพไปเองหรือมีอยู่จริงก็ได้ เช่น ความไม่เหมาะสม ความไม่สะดวก ความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก การสูญเสียเวลา เป็นต้น อุปสรรคมักถูกมองว่าเป็นสิ่งที่สกัดกั้น และกีดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมรวมทั้งทำให้บุคคลเกิดการสูญเสีย เช่น การสูญเสียความพึงพอใจส่วนบุคคลอาจเป็นอุปสรรคหนึ่งที่ทำให้คนไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่หรือเลิกรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงได้ การรับรู้อุปสรรคจะกระตุ้นให้คนหลีกเลี่ยงการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลขาดความพร้อมในการปฏิบัติและรับรู้อุปสรรคสูง แต่ถ้ามีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคต่ำก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลโดยตรงโดยขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและโดยอ้อมโดยทำให้เจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนลดลง

2.6.2.3 การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceive of Self-Efficacy)

คือ การที่บุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมหรือแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้หรือเชื่อว่าตนเองจะกระทำสำเร็จ กล่าวคือ การที่บุคคลมีอารมณ์ด้านบวกมากจะยิ่งรับรู้สมรรถนะของตนเองสูงมากขึ้น และการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าบุคคลรับรู้สมรรถนะของตนเองยิ่งสูงจะยิ่งรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมต่ำ การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีอิทธิพลส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรงและโดยอ้อมผ่านทาง การรับรู้อุปสรรคและเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน

2.6.2.4 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม (Activity - Related Affect) เป็นความรู้สึก

ทั้งทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างหรือหลังการเกิดพฤติกรรม ความรู้สึกนี้จะเก็บไว้ในความทรงจำและจะมีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ในภายหลัง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การปลุกเร้าอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม (Activity - Related) ตัวผู้ปฏิบัติพฤติกรรมเอง (Self-Related) และสิ่งแวดล้อมขณะปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว (Context - related) อารมณ์หรือความรู้สึกดังกล่าวนี้จะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำหรือการดำรงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างยั่งยืนหรือไม่ ตามปกติพฤติกรรมใดที่ปฏิบัติแล้วเกี่ยวข้องกับอารมณ์ด้านบวกมักจะถูกนำมาปฏิบัติซ้ำ ในขณะที่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ด้านลบมักจะถูกหลีกเลี่ยง อย่างไรก็ตามการปฏิบัติพฤติกรรมมีความแตกต่างไปจากเจตคติต่อพฤติกรรม เพราะเจตคติดังกล่าวไม่ใช่อารมณ์ที่เกิดจากการตอบสนองต่อพฤติกรรม แต่เกิดจากการประเมินค่าผลลัพธ์ของพฤติกรรม

อารมณ์ข้างต้นนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและโดยอ้อมผ่านการรับรู้สมรรถนะของตนเองและเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน

2.6.2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) เป็นความคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อ ทัศนคติของผู้อื่น ความนึกคิดนี้อาจตรงหรือไม่ตรงความจริงก็ได้ อิทธิพลระหว่างบุคคลอันดับแรกที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังรวมถึงบรรทัดฐานของสังคม เป็นสิ่งที่กำหนดมาตรฐานสำหรับการปฏิบัติที่คนส่วนใหญ่ยอมรับหรือไม่ยอมรับ การสนับสนุนทางสังคม เป็นแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการมีบุคคลเป็นแบบอย่าง สามารถแสดงให้เห็นถึงลำดับขั้นตอนของพฤติกรรมสุขภาพและเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญสำหรับใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

อิทธิพลระหว่างบุคคล มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและโดยอ้อมผ่านแรงกระตุ้นทางสังคมหรือการกระตุ้นเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแบบแผนของแต่ละบุคคล บุคคลแต่ละคนมีความไวต่อความต้องการตัวแบบหรือต้นแบบและความชื่นชมของบุคคลอื่นแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ถ้ามีแรงจูงใจเพียงพอบุคคลจะปฏิบัติตามวิถีทางที่สอดคล้องกับอิทธิพลของบุคคลอื่น โดยมักจะปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งจะได้รับการชื่นชมและพฤติกรรมที่สังคมสนับสนุน การที่อิทธิพลของบุคคลอื่นจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลใดได้ บุคคลนั้นจะต้องให้ความสนใจต่อพฤติกรรม ความปรารถนาและสิ่งกระตุ้นจากผู้อื่น ทำความเข้าใจและซึมซับสิ่งเหล่านั้นเข้าสู่โมณฑภาพ (Cognitive representation) เกี่ยวกับพฤติกรรมนั้น ๆ การยอมรับอิทธิพลของบุคคลอื่นอาจแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการ ดังจะเห็นได้ชัดเจนในเด็กวัยรุ่น นอกจากนี้พบว่าในบางวัฒนธรรมมีการเน้นอิทธิพลของผู้อื่นค่อนข้างมาก

2.6.2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational Influences) หมายถึง การรับรู้และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อสถานการณ์หรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ซึ่งสามารถส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ ลักษณะของความต้องการและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีอิทธิพลโดยอ้อมผ่านทางเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน

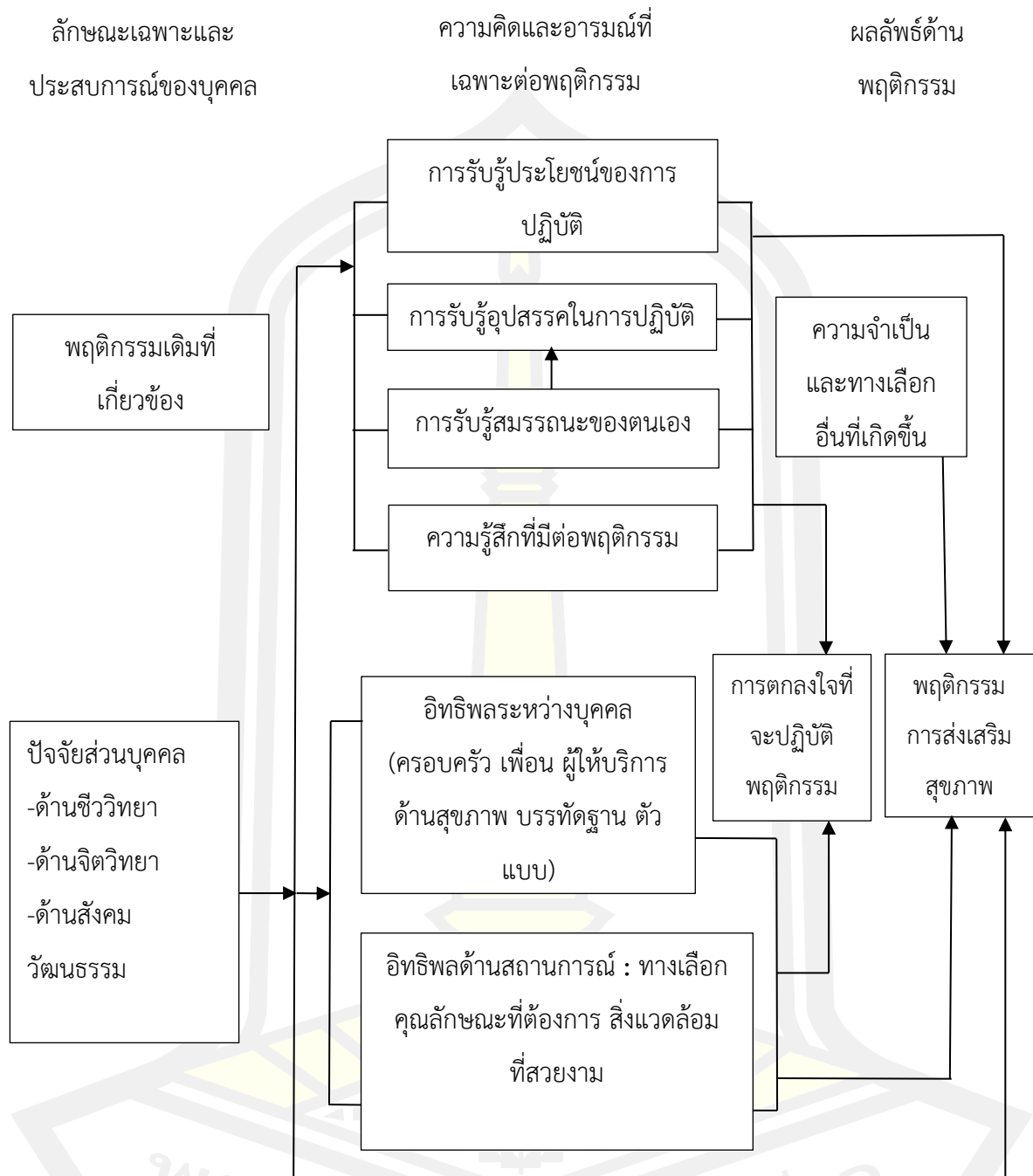
2.6.3 ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavior Outcome) มโนทัศน์ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ย่อย ดังนี้

2.6.3.1 การตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนด (Commitment to a Plan of Action) โดยทั่วไปการตกลงใจจะปฏิบัติตามแผนที่กำหนด เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลริเริ่ม

และปฏิบัติพฤติกรรมตั้งแต่เริ่มต้นไปจนจบได้ เว้นเสียแต่เมื่อมีความต้องการหรือความชื่นชอบที่มากกว่า เป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความรู้ ความคิด ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การตกลงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามที่แผนกำหนดในเวลา สถานที่ที่กำหนดร่วมกับบุคคลอื่นหรือปฏิบัติเพียงลำพัง โดยไม่คำนึงถึงความชื่นชอบในขณะนั้นและความนึกคิดเกี่ยวกับกลยุทธ์หรือวิธีการที่แน่นอนสำหรับการปฏิบัติให้เป็นผลสำเร็จและการเสริมแรงในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นเพราะถ้ามีเพียงเจตจำนงเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีวิธีการที่เหมาะสม มักจะปฏิบัติพฤติกรรมไม่เหมาะสม

2.6.3.2 ความต้องการและความชื่นชอบอื่นในขณะนั้น (Immediate Competing Demands and Preference) หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นทันทีในจิตสำนึกของบุคคลก่อนที่จะวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กล่าวคือ ความต้องการอื่นเป็นพฤติกรรมที่ไม่ได้คาดคิดไว้ก่อน ขึ้นอยู่กับความต้องการภายนอกหรือเพราะความบังเอิญด้านสภาพแวดล้อม บุคคลควบคุมได้ค่อนข้างน้อย เช่น มียานต์ด่วนต้องทำ ต้องดูแลครอบครัว บุคคลจำเป็นต้องปฏิบัติไม่อย่างนั้นเพราะจะเกิดผลเสียต่อตนเองหรือผู้อื่นที่มีความสำคัญ ส่วนความชอบอื่น หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นทางเลือกอื่นมีพลังอำนาจผลักดันเหนือกว่าบุคคลควบคุมได้ค่อนข้างสูง ความชื่นชอบในสิ่งนั้นสามารถทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การที่จะต้านทานความชอบอื่นได้ต้องอาศัยความสามารถในการควบคุมกำกับตนเอง ซึ่งแต่ละคนมีแตกต่างกัน ซึ่งการตัดสินใจในช่วงเวลานั้นที่จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ควรกระทำ มีผลกระทบโดยตรงต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งลดเจตจำนงในการปฏิบัติ ทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ตั้งใจไว้ อย่างไรก็ตามการมีเจตจำนงในการปฏิบัติตามแผนอย่างเข้มแข็ง อาจช่วยให้สามารถงดการปฏิบัติพฤติกรรมจนสิ้นสุดสมบูรณ์ได้ แม้จะมีความต้องการและความชื่นชอบอื่นในขณะนั้นร่วมด้วย

2.6.3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของการกระทำซึ่งเป็นจุดสุดท้ายในโมเดลการส่งเสริมสุขภาพ เป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดในการบรรลุผลลัพธ์ทางบวกด้านสุขภาพสำหรับผู้รับบริการ เมื่อบุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ จะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี ส่งเสริมความสามารถของร่างกายและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Pender et al., 2006) ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพได้รับการปรับปรุงใหม่ โดยอาศัยผลการวิจัยในกลุ่มประชากรต่าง ๆ ซึ่งทำให้ทราบถึงปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2006) ดังภาพประกอบที่ 3



ภาพประกอบที่ 3 รูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

(Pender et al., 2006)

จากแบบจำลองดังกล่าว จะเห็นว่ามุ่งเน้นการอธิบายปัจจัยที่จะนำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่ดี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำที่นำไปสู่ความสำเร็จของมนุษย์ ซึ่งหมายถึงความเป็นอยู่ที่ดีหรือความผาสุกสูงสุด เมื่อบุคคลสามารถผสมผสานการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในทุก ๆ ด้านของชีวิต จะทำให้บุคคลนั้นมีประสบการณ์ด้านสุขภาพในทางบวกตลอดช่วงชีวิต (Pender et al., 2006)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม จะทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นบางอย่างเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้จากการดูแลสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ดำรงสุขภาพที่ดีไว้ โดยมุ่งที่ศักยภาพของบุคคลอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะเป็นไปได้ทั้งกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมที่หลีกเลี่ยงสุขภาพด้านลบ โดยบุคคลปฏิบัติกิจกรรมนั้นจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวันหรือแบบแผนการดำรงชีวิต ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป จึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ (Pender et al., 2006)

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง จากการพบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ สอบถามปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพที่สงสัยและปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ การรับผิดชอบต่อสุขภาพของตัวเอง การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ การไปตรวจตามแพทย์นัดและการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพเมื่อจำเป็น รวมทั้งการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

2. การมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Physical Activity) เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยการทำหน้าที่ของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อซึ่งมีการสั่งการจากระบบประสาท หรือการปฏิบัติกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อเสริมสร้างและฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย รวมไปถึงแบบแผนการออกกำลังกาย ทั้งทางด้านวิธีการออกกำลังกายและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย

3. โภชนาการ (Nutrition) เป็นพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ดีจะทำให้สุขภาพแข็งแรง ชะลอความเสื่อมของร่างกายและป้องกันการเกิดโรคได้ การปฏิบัติในการรับประทานอาหารลักษณะนิสัยและแบบแผนในการรับประทานที่เหมาะสมกับโรค

4. การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation) เป็นการมีสัมพันธภาพหรือมีการติดต่อกับบุคคลอื่น การรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้าน การกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงออกถึงความสามารถและวิธีการในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นคงทางสังคม การพูดคุยพบปะอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้เกิดความรู้สึกรอบอุ่นและใกล้ชิดกับบุคคลรอบข้าง

5. การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงความเชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรักและมีความจริงใจต่อบุคคลอื่น มีความสงบและความพึงพอใจในชีวิต สามารถช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้ประสบความสำเร็จ เป็นความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณอย่างเต็มที่ เพื่อทำให้เกิดความพึงพอใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

6. การจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นการกระทำเพื่อให้เกิดการผ่อนคลายความตึงเครียด การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การปฏิบัติที่สามารถควบคุมหรือลดความเครียดได้

พฤติกรรมเหล่านี้มีความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล เพราะถ้าบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต ก็จะทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีตลอดช่วงชีวิตและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

2.7 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ไขปัญหา พัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (Improving by changing) โดยบุคคลที่เผชิญปัญหาอยู่เอง (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2555) หากเกิดการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้รับประโยชน์และกลุ่มประชาชน เรียกการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) (มานพ คณะโต, 2551) ในปัจจุบันการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นที่รู้จักและได้รับการกล่าวถึงอย่างเป็นที่กว้างขวาง และยิ่งกว่านั้นถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาชุมชน สถานศึกษา สถาบัน หรือองค์กรต่าง ๆ ทั้งในภาครัฐและเอกชนของประเทศไทยมากยิ่งขึ้น (วีระยุทธ ชาตะกาญจน์, 2558) ซึ่งการวิจัยเชิงปฏิบัติเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเกิดองค์ความรู้ใหม่ (Williamson, 2012)

2.7.1 ความหมายของวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

วีระยุทธ ชาตะกาญจน์ (2558) ได้ให้ความหมายของการวิจัยปฏิบัติการ หมายถึง การศึกษารวบหรือการแสวงหาข้อเท็จจริงโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุป

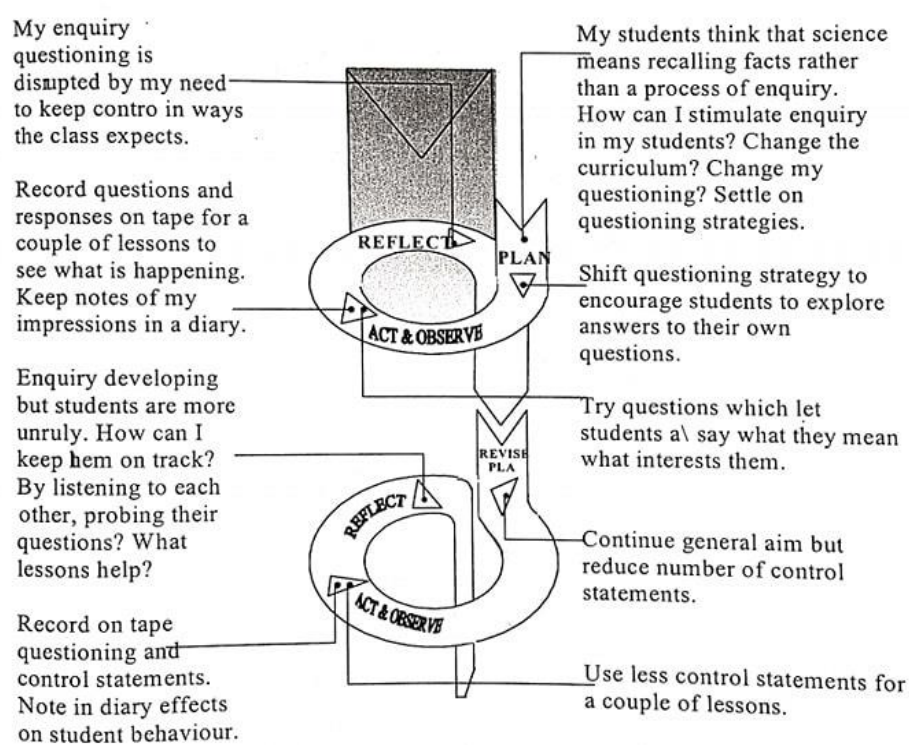
อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานในขอบข่ายที่รับผิดชอบ โดยผู้วิจัยสามารถดำเนินการได้หลาย ๆ ครั้งจนกระทั่งผลการปฏิบัตินั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ได้สำเร็จ โดยกำหนดขั้นตอนของการวิจัยประกอบด้วยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) วีระยุทธ ชาตะกาญจน์ (2553) ได้ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง เป็นการศึกษารวบรวมหรือการแสวงหาข้อเท็จจริงโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปอันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอยู่ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานในขอบข่ายที่รับผิดชอบ โดยผู้วิจัยสามารถดำเนินการได้หลาย ๆ ครั้ง จนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ได้สำเร็จ โดยกำหนดขั้นตอนของการวิจัยประกอบด้วยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นการวิจัยระหว่างการปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานกำลังเผชิญอยู่ และ Kemmis and McTaggart (1988) ได้ให้ความหมายของการวิจัยปฏิบัติการ หมายถึง การทำงานเป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of self-reflection) โดยเริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการวิจัยที่ผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น

จากความหมายที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การวิจัยปฏิบัติการ หมายถึง การศึกษารวบรวมหรือการแสวงหาข้อเท็จจริงโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปอันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานในขอบข่ายที่รับผิดชอบ โดยผู้วิจัยสามารถดำเนินการได้หลาย ๆ ครั้ง จนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ได้สำเร็จ โดยกำหนดขั้นตอนของการวิจัยประกอบด้วยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection)

2.7.2 กระบวนการดำเนินวิจัยเชิงวิจัยปฏิบัติการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการพัฒนามาจากฐานคติความเชื่อที่มุ่งเน้นบูรณาการเชื่อมโยงความรู้หรือทฤษฎีเชิงปฏิบัติการที่ได้จากการทำวิจัยกับการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริง ๆ ในสนามหรือสถานที่ปฏิบัติงานผสมผสานเข้าด้วยกัน โดยอาศัยการสะท้อนความคิดใคร่ครวญไปมาในเชิงวิพากษ์ผลการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำไปตามแผนการที่วางไว้ว่า สามารถแก้ไขปัญหาได้สำเร็จหรือไม่ อย่างไรก็ตามทั้งมีปัจจัยเกื้อหนุนและขัดขวางความสำเร็จในการแก้ปัญหาอะไรบ้าง และจะต้องดำเนินการ

อย่างไร จึงจะทำให้เข้าสู่ความสำเร็จได้ ดังนั้นกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยที่มีลักษณะเป็นเกลียวเวียนหรือวงจรต่อเนื่องกันไป (Spiral of steps) ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (Planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) 3) สังเกตการณ์ (Observation) และ 4) สะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และ 5) ปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (Re - planning) โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อย ๆ เป็นดังแสดงรายละเอียดตามภาพประกอบที่ 4



ภาพประกอบที่ 4 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis & McTaggart, 1988)

องอาจ นัยพัฒน์ (2548) ได้อธิบาย กิจกรรมการวิจัยหลักแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวางแผน (Planning) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ประกอบกับการระลึกถึงเหตุการณ์หรือเรื่องราวในอดีตที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ทั้ง

ทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุนขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไข ปัญหาการต่อต้าน รวมทั้งสภาวะการณ์เงื่อนไขอื่น ๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไป การวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะสามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต

2. การปฏิบัติการ (Action) เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวัง และควบคุมการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดของสภาวะการณ์เวลานั้นได้ ด้วยเหตุนี้ แผนปฏิบัติการที่ดีจะต้องมีลักษณะเป็นเพียงแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องให้ผู้ปฏิบัติการสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขและปัจจัยที่เป็นอยู่ในขณะนั้น การปฏิบัติการที่ดีจะต้องดำเนินไปอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัตรภายใต้การใช้ดุลยพินิจในการตัดสินใจ

3. การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำลงไป รวมทั้งสังเกตการณ์ปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติการตามแผนว่ามีสภาพหรือลักษณะเป็นอย่างไร การสังเกตการณ์ที่ดีจะต้องมีการวางแผนไว้ก่อนล่วงหน้าอย่างคร่าว ๆ โดยจะต้องมีขอบเขตไม่แคบหรือจำกัดจนเกินไป เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับการสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

4. การสะท้อนกลับ (Reflection) เป็นการให้ข้อมูลถึงการกระทำตามที่บันทึกข้อมูลไว้จากการสังเกตในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามที่วางแผนไว้ ตลอดจนการวิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยอุปสรรคการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ การสะท้อนกลับโดยอาศัยกระบวนการกลุ่มในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์ หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัย จะเป็นวิธีการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานตามแนวทางดั้งเดิมไปเป็นการปฏิบัติงานตามวิธีการใหม่ ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทบทวนและปรับปรุงวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบหรือเกลียวต่อไป

2.7.3 การเก็บข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ต้องตระหนักอยู่เสมอ คือ กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญต่อการดำเนินการวิจัย นั่นคือ การวิจัยชนิดนี้ไม่ควรจะทำตามลำพัง และควรใช้วงจรของกระบวนการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการสังเกต และการสะท้อนผลการปฏิบัติ เพื่อนำมาปรับปรุงแผนงานแล้วดำเนินกิจกรรมที่ปรับปรุงใหม่ ซึ่งวงจรของทั้ง 4 ขั้นตอนดังกล่าวจะมีลักษณะการดำเนินการเป็นบันไดเวียน (spiral) กระทำซ้ำตามวงจร จนกว่าจะ

ได้ผลปฏิบัติการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พร้อมกับต้องบันทึกผลในทุก ๆ ขั้นตอนที่สำคัญ ดังนี้ (วีระยุทธ ชาตะกาญจน์, 2553, 2558)

1. บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมและการฝึกปฏิบัติ
2. บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงการใช้ภาษาและการสื่อสาร หรือหน่วยงานและกับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการแก้ไข
3. บันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงการสัมพันธภาพทางสังคมและการจัดระบบองค์กรที่ช่วยลดอุปสรรคต่อการฝึกปฏิบัติ
4. บันทึกผลของการพัฒนาการที่เป็นข้อค้นพบที่สำคัญของการวิจัย

2.7.4 วิธีการศึกษาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีหลายวิธี ผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยต้องพิจารณาตามความเหมาะสมกับสถานการณ์และประเด็นต่าง ๆ และความร่วมมือในการสร้างวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสม ได้แก่ (อมาวาสี อัมพันศิริรัตน์ และพิมพ์มล วงศ์ไชยา, 2560)

2.7.4.1 การสนทนากลุ่ม (Focus groups) เป็นรูปแบบการสัมภาษณ์แบบกลุ่มที่มีการสนทนาระหว่างผู้ร่วมวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 7-12 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่กำลังศึกษาในระหว่างการสนทนากลุ่ม

2.7.4.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) ผู้วิจัยจะเป็นผู้ร่วมคนหนึ่งในสถานการณ์นั้น ๆ การฟัง การเห็น และประสบการณ์ที่เป็นจริงของสถานการณ์ทางสังคมของผู้มีส่วนร่วม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นการเก็บข้อมูลอย่างมีระบบ การบันทึกเหตุการณ์ และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ ผ่านการให้รายละเอียดและบันทึกภาคสนามอย่างเข้าใจ

2.7.4.3 การสัมภาษณ์ (Interviews) เป็นวิธีการเก็บข้อมูลที่เหมาะสมในการเก็บข้อมูลจากบุคคลที่มีประสบการณ์เรื่องนั้น ๆ การสัมภาษณ์ทำให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงความคิดของคน และจดจำคำพูดของเขามาเขียนมากกว่าที่จะเขียนโดยใช้คำพูดนักวิจัย ผู้วิจัยศึกษาประเด็นต่าง ๆ เพื่อช่วยให้เข้าถึงมุมมองของผู้มีส่วนร่วมด้วยความเคารพ และให้เกียรติ

2.7.5 การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเชิงปฏิบัติการจะใช้วิธีการของการวิจัยเชิงคุณภาพหรือการแจกแจงข้อค้นพบที่สำคัญเชิงอธิบายความ ซึ่งจะนำไปสู่การสรุปเป็นผลงานวิจัย และแสดงให้เห็นแนวทางหรือรูปแบบการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการแก้ไขปัญหาของสิ่งที่ศึกษานั้น (วีระยุทธ ชาตะกาญจน์, 2558; วีระยุทธ ชาตะกาญจน์, 2553)

ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นวิธีการแสวงหาความรู้ ความจริงโดยการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ มาใช้ในการแสวงหาข้อมูล ข้อเท็จจริง หรือข้อสรุปที่ต้องการ จากนั้นจึงนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการแก้ปัญหาหรือพัฒนางานที่ปฏิบัติอยู่ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำคัญคือ การลดช่องว่างระหว่างการนำทฤษฎีไปใช้ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่เป็นจริง รวมทั้งมุ่งพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานที่หน่วยงานหรือบุคลากรนั้น ๆ ได้รับความยินยอมอยู่ ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีลักษณะเช่นเดียวกับกระบวนการวิจัยประเภทอื่น ๆ โดยมีขั้นตอนที่สำคัญ คือ เริ่มต้นด้วยการวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ และการประเมินผล แต่สิ่งที่จะกล่าวได้ว่าเป็นความแตกต่างกับการวิจัยแบบอื่น ๆ คือ ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยด้วยการใช้รูปแบบบันไดเวียน (Spiral) เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ นั่นคือ ถ้าผลการวิจัยสามารถแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาหน่วยงาน ผลผลิตได้ตามที่ต้องการก็ถือว่าสิ้นสุดขั้นตอนการวิจัย แต่ถ้าผลการวิจัยยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาสิ่งที่ต้องการได้ ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนใหม่ นอกจากนี้ขณะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยสามารถปรับปรุงแก้ไขแผนงานได้ตลอดเวลา เพื่อให้แผนงานมีความเหมาะสมกับสภาพจริงของการปฏิบัติงาน

2.7.6 ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีดังต่อไปนี้ (มานพ คณะโต, 2551)

2.7.6.1 เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านการปฏิบัติงาน (Practical problem)

2.7.6.2 มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อทำความเข้าใจ (Understanding) ต่อสภาพปัญหา นอกจากนี้ยังมีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงานรวมทั้งสภาวะการณ์เงื่อนไขต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานมากกว่าการมีจุดมุ่งหมายเพื่อการสร้างสรรค์องค์ความรู้เชิงวิชาการอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นการเฉพาะ

2.7.6.3 มุ่งเน้นการตีความหมายเหตุการณ์ หรือสภาวะการณ์ของปัญหาที่เกิดขึ้นตามความคิดเห็นหรือทัศนะของผู้ปฏิบัติงานหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงหรือเหตุการณ์หรือสภาวะการณ์ของปัญหาดังกล่าวมากกว่าการอาศัยแนวคิดทฤษฎี กฎหรือหลักการของวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ

2.7.6.4 เสนอผลการวิจัยในรูปแบบเรียบง่าย การเสนอรายงานการวิจัยในรูปแบบการเลือกใช้ถ้อยคำ สำนวนในระดับเดียวกับผู้ปฏิบัติงาน

2.7.6.5 มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย การดำเนินงานงานวิจัยเชิงปฏิบัติการในทุกขั้นตอนจะต้องอยู่ภายใต้บรรยากาศการมีส่วนร่วม การร่วมมือร่วมใจ การเชื่อถือและไว้วางใจ การเป็นมิตร รวมทั้งความเป็นอิสระและความเสมอภาคในการแสดงความคิดเห็น

2.7.6.6 ผ่อนคลายความเข้มงวดเกี่ยวกับระเบียบวิธีการศึกษาวิจัย การดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ยึดติดอยู่ภายใต้กรอบการจัดกระทำทางการทดลองและการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอย่างเคร่งครัดแบบตายตัวแบบแผนการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research Design) หรือวิธีการทางสถิติใด ๆ การวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยทั่วไปอาจเลือกใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณที่อาศัยแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Design) หรือการวิจัยเชิงคุณภาพ

2.7.6.7 ไม่เน้นการสรุปอ้างอิงผลการศึกษาลงไปยังบริบทอื่น เนื่องจากการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับศักยภาพและผลจากบริบทค่อนข้างมาก ดังนั้นจึงอาจมีปัญหาในการอ้างอิงไปยังพื้นที่อื่น

2.7.6.8 การวิจัยเชิงปฏิบัติการพยายามให้ความสมดุลของนักวิจัยและผู้รับผลประโยชน์หรืออีกนัยหนึ่งคือ ความเป็นคนนอกและคนใน ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงอาจมีหลายลักษณะ อาทิ

1) วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) คือ การร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับที่เท่าเทียมกัน

2) วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีอิสระ (Mutual-collaboration action research) เป็นการวิจัยแบบเรียนรู้ร่วมกัน แสวงหาความรู้พร้อมกัน มีลักษณะคล้ายกับการวิจัยและพัฒนา (Research and development)

3) วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical action research) เป็นรูปแบบหนึ่งที่ใช้แนวคิดนิรนัยด้วยการใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีขับเคลื่อน (Theoretical driven) ร่วมกับทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาเป็นตัวนำในการดำเนินการ

2.8 การใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

2.8.1 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

2.8.1.1 ความหมาย

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review : SR) หมายถึง การศึกษาค้นคว้า รวบรวม ผลงานวิจัยที่ทันสมัยและได้มาตรฐาน โดยผ่านการประเมินค่าคุณภาพงานวิจัย และคัดเลือกผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐานมาวิเคราะห์ข้อมูลผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ นำมาสรุปองค์ความรู้ที่ทันสมัยและน่าเชื่อถือ เพื่อนำมาอ้างอิงประกอบการตัดสินใจในการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ (The Joanna Briggs Institute, 2013)

2.8.1.2 ประโยชน์ของการทำ Systematic Review

การวิจัยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จะทำการค้นคว้าผลงานวิจัยที่ผ่านมา อย่างเป็นขั้นตอนมีการกำหนดโครงร่างการศึกษาค้นคว้าและการตรวจสอบคุณภาพ ทั้งนี้ผลงานวิจัยไม่ควรเกิน 5 – 10 ปี เพื่อความทันสมัยและเป็นปัจจุบัน การรวบรวมผลงานวิจัยจะใช้ระบบการสืบค้นที่มีมาตรฐานและเป็นระบบ เพื่อให้ได้การศึกษาวิจัยที่ครอบคลุมในระดับชาติและนานาชาติ และจะคัดเลือกเฉพาะผลงานที่ได้คุณภาพ มีกระบวนการวิจัยที่ถูกต้องมาใช้ในการรวบรวมข้อมูล ผลงานวิจัย และนำผลงานมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นองค์ความรู้ โดยประโยชน์ของงานวิจัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจึงสามารถสรุปได้ ดังนี้ (อัจจรา คำมะতিต และมัลลิกา มากรัตน์, 2016)

1. มีความน่าเชื่อถือมากกว่างานวิจัยในระดับ Primary Studies
2. เกิดองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถนับเป็นงานวิจัยระดับ Secondary Research ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน และนำเสนอผลงานในระดับชาติ และนานาชาติ
3. นำองค์ความรู้ที่ได้ไปพัฒนาใช้เป็นแนวปฏิบัติ Clinical Practice Guideline
4. นำผลของการใช้องค์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนอย่างเป็นระบบไปใช้ในการผลิตแนวปฏิบัติสู่นโยบายขององค์กร

2.8.1.3 การจัดลำดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลหลักฐาน

สถาบัน The Joanna Briggs Institute (2014) ได้จัดลำดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลเอกสารหลักฐาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน

Level of Evidence-Effectiveness	
Level-1 Experimental Designs	
Level-1a	Systematic Review of Randomized Controlled Trials (RCT)
Level-1b	Systematic Review of RCTs and Other Study Designs
Level-1c	RCT
Level-1d	Pseudo-RCTs
Level-2 Quasi-Experimental Designs	
Level-2a	Systematic Review of Quasi-Experimental Studies
Level-2b	Systematic Review of Quasi-Experimental Studies and Other Lower

Level of Evidence-Effectiveness	
	Study Designs
Level-2c	Quasi-Experimental Prospective Controlled Study
Level-2d	Pre-test -Post-test or Historic/Retrospective Control Group Study
Level of Evidence-Effectiveness	
Level-3 Observational-Analytic Designs	
Level-3a	Systematic Review of Comparable Cohort Studies
Level-3b	Systematic Review of Comparable Cohort Studies and Other Lower Study Designs
Level-3c	Cohort Studies with Control Group
Level-3d	Case-Controlled Study
Level-3e	Observational Study Without a Control Group
Level-4 Observational-Descriptive Studies	
Level-4a	Systematic Review of Descriptive Studies
Level-4b	Cross-Sectional Study
Level-4c	Case Series
Level-4d	Case study
Level-5 Expert Opinion and Bench Research	
Level-5a	Systematic Review of Opinion
Level-5b	Expert Consensus
Level-5c	Bench Research/Single Expert Opinion

2.8.1.4 ขั้นตอนการทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Joanna Briggs Institute เนื่องจาก เป็นสถาบันที่มีการผลิตและตีพิมพ์ผลงาน เกี่ยวกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ที่มีความครอบคลุมผลงานวิจัยหลากหลายประเภท โดยไม่ได้เน้นเพียงแค่ผลงานวิจัยประเภท Randomized Controlled Trials (RCT) ซึ่งถือเป็นระดับการศึกษาแบบ Gold Standard ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้อ่านสามารถทำการศึกษาวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ในการวิจัยประเภทอื่น

ๆ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วนักวิจัยอาจมีความสนใจในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในบางเรื่องที่มีผู้ทำการวิจัยแบบ RCT น้อยหรือไม่มีเลย ดังนั้น การนำแนวคิดของ Joanna Briggs Institute มาใช้จึงเป็นทางเลือกให้กับผู้วิจัย ที่ต้องการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ที่ทำการค้นคว้าผลงานวิจัยในระดับอื่น ๆ เช่น งานวิจัยกึ่งทดลอง งานวิจัยเชิงพรรณนา งานวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นต้น การวิจัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ควรมีการทำงานแบบที่มิวิจัย เนื่องจากต้องมีกระบวนการในการคัดเลือกผลงานวิจัยที่มีคุณภาพขั้นตอนการศึกษาที่มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) สรรหาคณะทำงาน ได้แก่ 1) การสรรหาทีมวิจัยที่มีความสนใจในการศึกษาเรื่องเดียวกัน 2) ในทีมวิจัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ควรประกอบด้วย ผู้ที่มีประสบการณ์ในการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ผู้เชี่ยวชาญในเนื้อหาวิชา มีประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญในการศึกษาวิจัยในรูปแบบที่หลากหลาย มีทักษะในการค้นคว้า สืบค้นจากฐานข้อมูลต่าง ๆ และมีทักษะในการใช้ภาษาอังกฤษ

2) เขียนโครงร่างการศึกษาตามประเด็นต่าง ๆ ได้แก่

2.1) หลักการและเหตุผลในการทบทวนวรรณกรรม (Background)

2.2) ระบุประเภทการทบทวนวรรณกรรม (Type of Review) ซึ่งต้องสอดคล้องกับ PICO ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เช่น ประเภทเชิงทดลอง ประเภทเชิงพรรณนา

2.3) วัตถุประสงค์การทบทวนวรรณกรรม (Objective) การทบทวนวรรณกรรมให้เขียนเป็นรายชื่อว่าการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้เพื่อศึกษาเรื่องใด

2.4) คำถามการวิจัย (Review Question) การเขียนคำถามการทบทวนวรรณกรรม คล้ายกับการเขียนคำถามการวิจัยโดยเขียนคำถามกว้าง ๆ

2.5) กรอบ PICO การกำหนดกรอบ PICO หรือ PICO ต้องพิจารณาประเภทของการทำการทบทวนวรรณกรรม

ถ้าเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณที่เป็นแบบทดลอง โดยมีกรอบของ PICO คือ

P หมายถึง Participant ให้เขียนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการค้นคว้า

I หมายถึง Intervention ให้เขียนโปรแกรมบำบัด/โปรแกรมที่ต้องการศึกษาค้นคว้า

C หมายถึง Comparison ให้เขียนกลุ่มเปรียบเทียบที่ต้องการเปรียบเทียบประสิทธิผลกับ Intervention ที่กำลังค้นคว้า

O หมายถึง Outcome ให้เขียนการวัดผลสิ่งที่ต้องการทราบ เพื่อเอาผลลัพธ์มาเปรียบเทียบกัน

ถ้าเป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีกรอบของ PICO คือ

P หมายถึง Participant ให้เขียนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการค้นคว้า

I หมายถึง Phenomenal of Interest ให้เขียนปรากฏการณ์ที่ต้องการค้นคว้า

C หมายถึง Context ให้เขียนบริบทที่ศึกษา

2.6) การทบทวนวรรณกรรม (Review Process) ได้แก่

2.6.1) Concept มีการกำหนดประเด็นการสืบค้น แบ่ง Concept การสืบค้น

2.6.2) Searching TERMS การกำหนดคำในการสืบค้นให้เริ่มคิดทีละ Concept และแบ่งคำค้นหาต่าง ๆ ที่อาจพบในฐานข้อมูล โดยมีการกำหนด Searching Terms, Inclusion Criteria, Exclusion Criteria, Database

2.7) การตรวจสอบคุณภาพผลงาน ได้แก่

2.7.1) Critical Appraisal Process โดยเขียนกระบวนการในการตรวจสอบคุณภาพงานวิจัยที่จะรวบรวมในการทบทวนวรรณกรรม เช่น มีทีมวิจัยกี่คน ในการประเมินค่างานวิจัยไม่ตรงกัน จะใช้วิธีการใดในการหาทางสรุปเพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกัน

2.7.2) เครื่องมือประเมินค่างาน (Critical Appraisal Tools) เครื่องมือในการประเมินค่างานวิจัยให้สอดคล้องกัน เช่น Critical Appraisal Tools: RCT, Critical Appraisal Tools: Cohort, Critical Appraisal Tools : Cross-sectional, Critical Appraisal Tools : Qualitative

2.7.3) ตารางรวบรวมข้อมูล (Data Extraction Sheet)

2.7.4) การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis) ระบุวิธีการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล โดยนำผลมาเปรียบเทียบกันเพื่อให้สามารถอธิบายได้ว่า สิ่งที่ศึกษามีผลการศึกษาที่น่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด

3) การดำเนินงาน ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ตามโครงร่างที่กำหนด

3.1) การคัดกรองผลงาน (Screening)

3.2) สรุปตารางการสืบค้น จัดทำตารางการสืบค้น โดยเขียนระบุคำค้น ฐานข้อมูลที่สืบค้น และจำนวนผลงานที่สืบค้น

3.3) การพิจารณาคุณภาพผลงานวิจัยตามเกณฑ์ Critical Appraisal Tools

3.4) การวิเคราะห์และสรุปผลองค์ความรู้ นำผลการศึกษามาสรุปใน Identified Table และสรุปผลการศึกษาค้นคว้าเป็นหมวดหมู่ เปรียบเทียบผลการศึกษา เพื่อให้ได้ข้อสรุปขององค์ความรู้ที่มีคุณภาพ

4) การเขียนสรุปผลการศึกษา โดยเขียนถึงกระบวนการศึกษาทั้งหมด และผลการศึกษา

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ สามารถสรุปพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนี้

2.9.1 การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุควรใช้เครื่องมือในการคัดกรองที่เฉพาะเจาะจงกับ ผู้สูงอายุ เช่น Geriatric Depression Scale (GDS), The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Patient Health Questionnaire (PHQ) (CDC Healthy Aging Program, 2010)

2.9.2 การป้องกันในกลุ่มเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา ด้านจิตสังคม และด้านสังคม เช่น ผู้ที่มีปัญหาทางจิต ผู้ที่ยากจน ถูกคุกคาม การแยกตัวจากสังคม ติดยา มีประวัติในครอบครัวเป็นโรคจิต เหตุการณ์วิกฤติในชีวิต และโรคเรื้อรัง ซึ่งแต่ละปัจจัยมีผลต่อด้านจิตใจ และยังมีปัจจัยเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นยิ่งต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า การป้องกันภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเพิ่มสมรรถนะแห่งตน (สติปัญญา ทักษะทางสังคม การเข้าใจตนเอง) และความยืดหยุ่น (ความอดทน ความแข็งแรง และสมรรถภาพทางกาย) (Region, 2016)

2.9.3 การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การขับถ่าย การนอนหลับ/การพักผ่อน และความสุขสบายด้านร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Stahl et al. (2014) ที่ศึกษาโปรแกรมการสอนด้านโภชนาการให้กับผู้สูงอายุที่มีกลุ่มเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า ระยะเวลาในการให้โปรแกรม 6-8 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ และมีการกระตุ้นทุก 3 เดือน 9 เดือน และ 15 เดือน รวมระยะเวลาทั้งหมด 2 ปี ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมสามารถป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าได้ อาการแสดงของซึมเศร้าดีขึ้น คะแนนระดับของภาวะซึมเศร้าลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Alavi et al. (2018) ศึกษาประสิทธิผลของวิตามินดีต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ได้รับวิตามินดี 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับวิตามินทดแทนมีระดับของภาวะซึมเศร้าดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bae and Kim (2018) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโอเมกา 3 กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า โอเมกา 3 ใช้รักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้ โดยใช้รักษาผู้สูงอายุที่มีซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยและ

ปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Stahl et al. (2014) ศึกษาการฝึกการควบคุมอาหารเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง : กรณีศึกษาที่มีข้อบ่งชี้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 122 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการฝึกการควบคุมอาหารเพื่อสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้า 6-8 ครั้ง ระยะเวลา 6-12 สัปดาห์และมีการกระตุ้นเตือนในเดือนที่ 3, 9, และเดือนที่ 15 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมพบว่ามี ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ และมีภาวะซึมเศร้าลดลง ร้อยละ 40-50 และมีความผาสุกตั้งแต่สัปดาห์ที่ 6 เป็นต้นไป และคงอยู่มากกว่า 2 ปี และสอดคล้องกับการศึกษาของวิระพงษ์ ศรีประทาย (2560) ศึกษาแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอประทาย ผู้สูงอายุควรมีการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และพักผ่อนให้เพียงพอ

2.9.4 การเพิ่มสมรรถนะทางร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกาย /การทำกิจกรรม การพัฒนาตารางการทำกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Mokhtari et al. (2013) ศึกษาประสิทธิผลของการออกกำลังกายแบบพิลาทิสต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ระยะเวลาการออกกำลังกายพิลาทิส 3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ออกกำลังกายแบบพิลาทิสมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Lok et al. (2017) ศึกษาประสิทธิผลของการออกกำลังกายต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านพักคนชรา กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการออกกำลังกาย โดยมีการอบอุ่นร่างกาย 10 นาที ออกกำลังกายเป็นจังหวะ 20 นาที ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 10 นาที และหลังจากนั้นเดิน 30 นาที ออกกำลังกาย 4 ครั้ง/สัปดาห์ รวมระยะเวลา 10 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายมีระดับของภาวะซึมเศร้าลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Schuch et al. (2016) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของการออกกำลังกายต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายมีผลต่อภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะต้องมีการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง มีการออกกำลังกายแบบแอโรบิกผสมกับการฝึกความแข็งแรง และรูปแบบการออกกำลังกายมีทั้งเป็นรูปแบบหรือไม่เป็นรูปแบบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Al-Qahtani et al. (2018) ศึกษาการรักษาภาวะซึมเศร้าโดยการออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งการออกกำลังกายมีประโยชน์สูงสุดสำหรับใช้รักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า การออกกำลังกายเป็นมาตรฐานสำหรับใช้ในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และพบว่าผู้ที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอจะสามารถลดปริมาณยารักษาภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chang et al. (2017) ศึกษาประสิทธิผลความแตกต่างของการออกกำลังกายในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน โดยการออกกำลังกายแบ่งเป็น 1) ออกกำลังกายครั้งละ 15 นาที จำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์ 2) ออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที จำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์ 3) ออกกำลังกายครั้งละ 15

นาที่ จำนวน 6 ครั้ง/สัปดาห์ และ 4) ออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที จำนวน 6 ครั้ง/สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายครั้งละอย่างน้อย 15 นาที จำนวน 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นการออกกำลังกายที่มีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง สามารถลดอาการซึมเศร้าได้ และการออกกำลังกายสามารถทำได้ง่ายควรจะใช้ในเป็นทางเลือกในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Chu et al. (2019) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการทำพืชมสวนต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราประเทศไต้หวัน ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราอายุ 65 ปีขึ้นไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน (กลุ่มทดลอง 75 คน กลุ่มควบคุม 75 คน) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการทำพืชมสวน ระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1.5-2 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการทำพืชมสวนมีระดับความซึมเศร้ามลดลง และโปรแกรมนี้นับเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุให้ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bressington et al. (2019) ศึกษาประสิทธิผลของการเล่นโยคะต่อภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเล่นโยคะครั้งละ 45 นาที จำนวน 2 ครั้ง/สัปดาห์ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ วัดผลเมื่อ 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับของภาวะซึมเศร้ามลดลง และมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของวีระพงษ์ ศรีประทาย (2560) ศึกษาแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอประทาย ผู้สูงอายุควรมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ

2.9.5 การเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว คนที่ไว้วางใจ เพื่อน แหล่งสนับสนุนจากโรงพยาบาล การเยี่ยมผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Tengku et al. (2019) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จากคู่สมรส ครอบครัว และเพื่อน จะทำให้มีภาวะซึมเศร้ามลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chao et al. (2018) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการรับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชาวอเมริกาเชื้อสายจีน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fukukawa et al. (2000) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Oxman and Hull (2001) พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการรักษาเบื้องต้นจะมีระดับของภาวะซึมเศร้ามลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bruce (2015) พบว่าการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้น รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Markle-Reid et al. (2011) พบว่าการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง และยังเป็น การป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้าได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Garipey et al. (2016) พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรสจะ

ป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sun et al. (2017) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทในบ้านพักคนชรา ประเทศจีน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 205 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะช่วยให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้น และคุณภาพชีวิตดีขึ้น

2.9.6 การเพิ่มเอกลักษณ์แห่งตน/การควบคุมตนเอง/สมรรถนะแห่งตน ได้แก่ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำตารางกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Center for Disease Control and Prevention (At) (2010) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการให้รางวัลกับชีวิตโดยใช้เทคนิคพฤติกรรมต่อการจัดการกับภาวะซึมเศร้า และการเพิ่มคุณภาพชีวิตกลุ่มเป้าหมายเป็นอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ได้แก่ การสอนทักษะที่จำเป็นและมีการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน ได้แก่ การบำบัดโดยการแก้ไขปัญหายุ่งยากเกี่ยวกับการรักษา (Problem Solving Treatment) ด้านสังคม การออกกำลังกาย และตารางการจัดกิจกรรมที่ตนเองพอใจ ระยะเวลาที่ได้รับโปรแกรมจำนวน 6-8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที รวมระยะ 19 สัปดาห์ และทุก ๆ เดือนจะมีการโทรศัพท์เพื่อติดตาม เป็นระยะเวลา 3-6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความซึมเศร่าลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และผู้สูงอายุมีทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลและจัดการกับภาวะซึมเศร้าและมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่ยั่งยืน

2.9.7 การส่งเสริมในชีวิตประจำวันให้มีการผ่อนคลาย เช่น การทำกิจกรรมที่ฟังพอใจดนตรีบำบัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Chan et al. (2010) ศึกษาประสิทธิผลของดนตรีต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองได้รับการฟังเพลงแนวคลาสสิก โมเดิร์นแจ๊ส ซึ่งทั้งหมดเป็นแนวเพลงช้า ฟังเพลงครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า การฟังเพลงลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มประสิทธิภาพการนอนหลับ และแนวเพลงที่ใช้ควรเป็นแนวเพลงช้า ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ray and Gotell (2018) ศึกษาประสิทธิผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและการเพิ่มความพึงพอใจในผู้ที่ภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่บ้านพักคนชรา กลุ่มทดลองได้รับการฟังเพลงครั้งละ 10-15 นาที จำนวน 2 ครั้ง/สัปดาห์ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ดนตรีบำบัดสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับปานกลางถึงรุนแรง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ugur et al. (2016) ศึกษาประสิทธิผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา ประเทศตุรกี กลุ่มทดลองได้รับการฟังดนตรีสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ดนตรีบำบัดสามารถลดระดับซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และลดความดันโลหิตได้

2.9.8 การช่วยเหลือและการช่วยในการแก้ไขปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ Center for Disease Control and Prevention (At) (2010) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้าง

การให้รางวัลกับชีวิตโดยใช้เทคนิคพฤติกรรมต่อการจัดการกับภาวะซึมเศร้า และการเพิ่มคุณภาพชีวิต กลุ่มเป้าหมายเป็นอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ได้แก่ การสอนทักษะที่จำเป็นและมีการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน วิธีการได้แก่ การบำบัดโดยการแก้ไข ปัญหาเกี่ยวกับการรักษา (Problem Solving Treatment) ด้านสังคม การออกกำลังกาย และตาราง การจัดกิจกรรมที่ตนเองพอใจ ระยะเวลาที่ได้รับโปรแกรมจำนวน 6-8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที รวมระยะ 19 สัปดาห์ และทุก ๆ เดือนจะมีการโทรศัพท์เพื่อติดตาม เป็นระยะเวลา 3-6 เดือน ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความซึมเศร่าลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และผู้สูงอายุมีทักษะการปฏิบัติและมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่ยั่งยืน และมีการใช้กลุ่มบำบัดในการช่วยแก้ไขปัญหาและลดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดมีภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Song et al., 2014; Tavares & Barbosa, 2018; Zhou et al., 2012) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Forsman et al. (2011) ศึกษาโปรแกรมจิตสังคม สำหรับการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจิตบำบัดทางสังคม มีอาการซึมเศร่าลดลง และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นการทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น มีความพึงพอใจในชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นทำให้อาการซึมเศร่าลดลง ซึ่งระยะเวลาในการให้โปรแกรมในระยะสั้นควรมากกว่า 3 เดือน

2.9.9 การติดตามและผลการรักษา และผลการรักษาอื่น ๆ ร่วมด้วย และมีการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Center for Disease Control and Prevention (At) (2010) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการให้รางวัลกับชีวิตโดยใช้เทคนิคพฤติกรรมต่อการจัดการกับภาวะซึมเศร้า และการเพิ่มคุณภาพชีวิต กลุ่มเป้าหมายเป็นอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ได้แก่ การสอนทักษะที่จำเป็นและมีการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน วิธีการได้แก่ การบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการรักษา (Problem Solving Treatment) ด้านสังคม การออกกำลังกาย และตารางการจัดกิจกรรมที่ตนเองพอใจ ระยะเวลาที่ได้รับโปรแกรมจำนวน 6-8 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที รวมระยะ 19 สัปดาห์ และทุก ๆ เดือนจะมีการโทรศัพท์เพื่อติดตาม เป็นระยะเวลา 3-6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความซึมเศร่าลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และผู้สูงอายุมีทักษะการปฏิบัติและมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่ยั่งยืน

2.9.10 การส่งเสริมการสนับสนุนทางอารมณ์และด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การเอาใจใส่ การรับฟังปัญหา การเข้าใจความรู้สึก การสนับสนุนการเผชิญปัญหา และการส่งเสริมให้มีความหวัง การสนับสนุนการปรับตัว และการสนับสนุนให้มีความรื่นรมย์ในชีวิตขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวีระพงษ์ ศรีประทาย (2560) ศึกษาแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอประทาย

ครอบครัวของผู้สูงอายุควรมีการเข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุ รับฟังปัญหาหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ดูแลอย่างใกล้ชิด และสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pramesona and Taneepanichskul (2018) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมศาสนาต่อผู้ที่มีอาการซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บ้านพักคนชรา ประเทศอินโดนีเซีย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน (กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทางศาสนาจำนวน 36 ครั้ง ครั้งละ 20-25 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมทางศาสนามีระดับของความซึมเศร้ามลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และพบว่าระดับของภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตที่สัปดาห์ที่ 4, 8, 12 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.9.11 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยด้านร่างกาย การรักษา และภาวะซึมเศร้า (ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะปกติที่สามารถรักษาได้ และไม่ใช้ความผิดปกติของบุคคล) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sangha and Singhera (2018) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสอนในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองได้รับการสอนเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 45 นาที หลังจากนั้น 2 วันวัดความรู้ซ้ำอีกครั้ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการสอนพบว่าผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ AoA and NCOA (2010) ศึกษาการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้มีสุขภาพดีโดยใช้โปรแกรม Heathy IDEAS ได้แก่ การระบุผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า กิจกรรมการเสริมสร้างศักยภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเป็นการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ผู้ที่คู่สมรสเสียชีวิต หรืออยู่คนเดียว เป็นโรคเรื้อรังและได้รับยารักษา พิกการ สูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม ไม่มีคนดูแลและแยกตัว โปรแกรมที่ให้ ได้แก่ การตรวจและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน การสอนเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การรักษา การดูแลตนเอง ให้กับผู้ป่วยและญาติ การส่งต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าต่อทีมสุขภาพหรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ตารางการทำกิจกรรมและมีกิจกรรมที่หลากหลายโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และมีการประเมินผู้ป่วยความก้าวหน้าของผู้ป่วยเพื่อติดตามการรักษาและปรับเปลี่ยนการรักษา ระยะเวลาที่ได้รับโปรแกรม 3-6 เดือน และได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 3 ครั้ง และโทรศัพท์ติดตาม 5 ครั้งหรือมากกว่านั้น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีภาวะซึมเศร้ามลดลง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และมีกิจกรรมเพิ่มขึ้น และพบว่าระดับความซึมเศร้ามลดลงเมื่อ 6 เดือน การป้องกันภาวะซึมเศร้าจะเกี่ยวข้องกับความพิการและโรคเรื้อรัง และสอดคล้องกับการศึกษาของวีระพงษ์ ศรีประทาย (2560) ศึกษาแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าใน

ผู้สูงอายุ อำเภอประทาย สถานพยาบาลควรให้การปรึกษา ให้ความรู้ การรักษา การกำกับติดตามแก่ผู้สูงอายุ

2.9.12 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการรักษา โดยเฉพาะการรับประทานยา เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยารักษาภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ National Institute for Health and Care Excellence (2009) พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (Antidepressant therapy) แต่สำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยไม่ควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (National Institute for Health and Care Excellence, 2009) และผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าควรรับประทานยาสม่ำเสมอ และสังเกตผลข้างเคียงของยาแต่ละชนิดและการจัดการกับผลข้างเคียงอย่างเหมาะสม (Registers Nurse's Association of Ontario, 2016)

2.9.13 การสร้างความมั่นใจในเรื่องของสุขภาพจิตในชุมชน โดยการให้ความตระหนักด้านสุขภาพจิต การให้การพยาบาลที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ AoA and NCOA (2010) ศึกษาการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้มีสุขภาพดีใช้โปรแกรม Heathy IDEAS ได้แก่ การระบุผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า กิจกรรมการเสริมสร้างศักยภาพสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเป็นการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ผู้ที่คู่สมรสเสียชีวิต หรืออยู่คนเดียว เป็นโรคเรื้อรังและได้รับยารักษา พิกการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรม ไม่มีคนดูแลและแยกตัว โปรแกรมที่ได้รับ ได้แก่ การตรวจและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน การสอนเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การรักษา การดูแลตนเอง ให้กับผู้ป่วยและญาติ การส่งต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าต่อทีมสุขภาพหรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ตารางการทำกิจกรรมและมีกิจกรรมที่หลากหลายโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และมีการประเมินผู้ป่วยความก้าวหน้าของผู้ป่วยเพื่อติดตามการรักษาและปรับเปลี่ยนการรักษา ระยะเวลาที่ได้รับโปรแกรม 3-6 เดือน และได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 3 ครั้ง และโทรศัพท์ติดตาม 5 ครั้งหรือมากกว่านั้น ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีภาวะซึมเศร่าลดลง มีความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และมีกิจกรรมเพิ่มขึ้น และพบว่าระดับความซึมเศร่าลดลงเมื่อ 6 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาของ Makle-Reid et al. (2011) ศึกษาการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้าน : การศึกษาไปข้างหน้าโดยใช้โปรแกรมการป้องกันทางสุขภาพจิตโดยพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 250 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบริการและการให้การสนับสนุนการดูแลที่บ้าน ระยะเวลาที่ได้รับโปรแกรม 6 เดือน และวัดผลอีกครั้งเดือนที่ 12 พยาบาลเยี่ยมบ้านตามปกติในทุก ๆ เดือนมีการประชุมปรึกษาทางพยาบาลเกี่ยวกับกรณีศึกษา และมีการประเมินและจัดการภาวะซึมเศร้าโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยพยาบาลวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่

ได้รับการดูแลที่บ้านหลังสิ้นสุดโปรแกรมพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น และมีวิธีการป้องกัน และการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมและลดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้แก่ การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การป้องกันในกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมด้านโภชนาการ การนอนหลับ/การพักผ่อน การออกกำลังกาย/การทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม การเพิ่มเอกสิทธิ์แห่งตน/สมรรถนะแห่งตน การช่วยเหลือและการช่วยในการแก้ไขปัญหา การติดตามและผลการรักษาอื่น ๆ ร่วมด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์และด้านจิตวิญญาณ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้านร่างกายและความสม่ำเสมอในการรักษา และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจากการหาความสัมพันธ์ที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพื่อหาคำประกอบของการเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งได้จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ของการวิจัย การศึกษาความต้องการในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และพัฒนารูปแบบมาจากคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคซึมเศร้า 5 ปี ย้อนหลัง ศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ปัจจัยทำนาย และเพื่อหาองค์ประกอบการเกิดภาวะซึมเศร้า แล้วดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยเริ่มจากการศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่ที่มีความชุกสูงหนึ่งอำเภอเพื่อเป็นกลุ่มทดลอง โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทราบถึงสภาพปัญหาโดยรวมของพื้นที่วิจัย หลังจากนั้นดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และทดลองใช้ร่างรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่หนึ่งเพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของร่างรูปแบบฯ ทั้งก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ และนำผลที่ได้จากการศึกษามาใช้ปรับปรุงร่างรูปแบบฯ ให้เป็นรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่เหมาะสมในขั้นสุดท้ายต่อไป

ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับรูปแบบการวิจัย ซึ่งมีทั้งเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และการมีส่วนร่วมมาใช้ เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม และสามารถนำมาพรรณนามุมมองของพื้นที่เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น ข้อมูลสถานการณ์ในพื้นที่จากการประเมินการมีส่วนร่วมของภาครัฐและชุมชนในการป้องกันภาวะซึมเศร้า จังหวัดร้อยเอ็ด ได้อย่างลึกซึ้ง จึงได้แบ่งแนวทางการศึกษาครั้งนี้ออกเป็น 2 ระยะ โดยในแต่ละระยะของการศึกษาจะมีการประยุกต์ใช้กระบวนการ และขั้นตอนตามระเบียบวิธีวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยใช้เวลาในการศึกษารวม 9 เดือน ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์โรคซึมเศร้า 5 ปี ย้อนหลัง ความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ปัจจัยทำนาย องค์ประกอบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่สองอำเภอร่วมกับการใช้รูปแบบการประเมินการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้า

ระยะที่ 2 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของร่างรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ดที่พัฒนาขึ้น และพัฒนาจนได้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ดที่เหมาะสมยิ่งขึ้น



ภาพประกอบที่ 5 ขั้นตอนการดำเนินการ

3.2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

3.2.1 การวิจัยระยะที่ 1

ขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Joanna Briggs Institute เนื่องจากเป็นสถาบันที่มีการผลิตและตีพิมพ์ผลงาน เกี่ยวกับการทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบ ที่มีความครอบคลุมผลงานวิจัยหลากหลายประเภท เช่น งานวิจัยกึ่งทดลอง งานวิจัยเชิงพรรณนา งานวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นต้น โดยมีการใช้คำค้นได้แก่ ปัจจัยการป้องกันภาวะซึมเศร้า บทความจากแหล่ง Science direct, Pubmed, Cochrane, Proquest และวิทยานิพนธ์ ระหว่างปี 2009-2019 เฉพาะภาษาไทยและอังกฤษ การป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้า และนำมาประยุกต์ได้ ตัวแปรในระยะที่ 1 โดยมีขั้นตอนเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์โรคซึมเศร้า 5 ปี ย้อนหลัง ความชุกการเกิดภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ปัจจัยทำนาย และองค์ประกอบ การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

3.2.1.1 การดำเนินการวิจัย

ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analysis) โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย โดยดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้ 1) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 2) กำหนดพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) เป็นจังหวัดร้อยเอ็ด

3.2.1.2 กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัด ร้อยเอ็ด อย่างน้อย 1 ปี กลุ่มตัวอย่างได้รับการเลือกแบบสุ่มแบบแบ่งชั้น โดยใช้จังหวัด อำเภอ ตำบล เป็นชั้นในการแบ่งจากคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 400 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยกำหนด คุณสมบัติดังนี้คือ (Inclusion criteria) 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) อาศัยอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ดอย่างน้อย 1 ปี 3) มีสติปัญญาและการรับรู้สมบูรณ์ 4) สามารถเข้าใจภาษาไทยและ สื่อสารได้ และ 5) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) สติปัญญาและการรับรู้ไม่สมบูรณ์ มีภาวะสมองเสื่อม และ 2) ไม่สามารถสื่อสารได้ 3) ไม่ยินยอม เข้าร่วมโครงการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง (อรุณ จิรวัดน์กุล, 2558)

$$n = \frac{NZ^2\alpha/2p(1-p)}{e^2(N-1) + Z^2\alpha/2p(p-1)}$$

N=ขนาดประชากรคือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 207,130 ราย

n=ขนาดตัวอย่าง

e=ความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า เท่ากับ 5 % หรือ 0.05

p=สัดส่วนของตัวอย่างซึ่งเป็นตัวประมาณค่าสัดส่วนประชากรได้จากการศึกษาขอนแก่น (2555) เท่ากับ 0.33

Z=ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐานซึ่งขึ้นกับระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด ในการศึกษาที่กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ดังนั้นจึงเท่ากับ 1.96
แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{207,130(1.96)^2(0.33)(1-0.33)}{(0.05)^2(207,130-1) + (1.96)^2(0.33)(1-0.33)}$$

$$n = 339.05 \text{ คน}$$

ดังนั้นเพื่อป้องกันการตกสำรวจหรือสูญหายจากการติดตาม (Dropout) ของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นร้อยละ 10 ในการวิจัยครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มอำเภอ โดยจังหวัดร้อยเอ็ดมีจำนวน 20 อำเภอ สุ่มเลือกมาทั้งหมด 3 อำเภอ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตัวอย่างตำบล โดยสุ่มจากอำเภอ ๆ ละ 3 ตำบล โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มหมู่บ้าน โดยสุ่มจากตำบล ๆ ละ 3 หมู่บ้าน จะได้หมู่บ้านทั้งหมด 36 หมู่บ้าน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

ขั้นตอนที่ 4 สุ่มบ้านเลขที่ โดยนำเอาบ้านเลขที่ที่ผู้สูงอายุรับเบี้ยยังชีพ และทำการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic random sampling) โดยให้มีช่วงห่างของการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ $l = N/n$ เพื่อหาจุดเริ่มต้นการสุ่มผู้สูงอายุ สำหรับการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ตารางที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างแยกตามอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน จำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ด

อำเภอ	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ตำบล	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
จังหาร	5,255	91	ผักแว่น	624	23
			ม่วงลาด	740	27
			ดงสิงห์	1,158	41
ธวัชบุรี	6,630	114	นิเวศน์	495	28
			อู่เม้า	917	53
			มะฮี	584	33
เสลภูมิ	11,322	195	นาเมือง	1,213	82
			ท่าม่วง	900	61
			เกาะแก้ว	765	52

3.2.1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว จำนวนยาที่ได้รับ ฯลฯ ผลจากแบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคลใช้วิเคราะห์บรรยายลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะความเศร้า โดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของคนไทย (Thai Geriatric Depression Scale- TGDS) (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537) มีจำนวน 30 ข้อ ให้เลือกตอบใช่ หรือไม่ใช่ โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-30 คะแนน โดยแบ่งคะแนนตามระดับของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยคือ

ผู้สูงอายุปกติ	คะแนนความเศร้าในผู้สูงอายุเท่า 0-12 คะแนน
ผู้สูงอายุเศร้าเล็กน้อย	คะแนนความเศร้าในผู้สูงอายุเท่า 13-18 คะแนน
ผู้สูงอายุเศร้าปานกลาง	คะแนนความเศร้าในผู้สูงอายุเท่า 19-24 คะแนน
ผู้สูงอายุเศร้ารุนแรง	คะแนนความเศร้าในผู้สูงอายุเท่า 25-30 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 2 ส่วนคือ 1) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Modified Barthel ADL Index) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและได้รับการทดสอบแล้วกับผู้สูงอายุไทย โดยสุทธิชัย จิตพันธุ์กุล และคณะ (Jitapunkul et al., 1994)

ส่วนที่ 4 แบบวัดความผาสุกทางใจ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุไทย ฉบับภาษาไทยที่สร้างและพัฒนาในบริบทของผู้สูงอายุไทย โดยอินเกอซอล เดย์ตัน และคณะ นักวิจัยไทย (Ingersoll-Dayton et al., 2004) ประกอบด้วยด้วยองค์ประกอบ 2 ด้าน จำนวน 15 ข้อ คือ ความผาสุกทางใจในปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน 9 ข้อ และความผาสุกทางใจที่รู้สึกข้างใน จำนวน 6 ข้อ โดยมีข้อคำถามมีลักษณะมาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ ได้แก่ 1) ไม่จริง 2) จริงบางครั้ง 3) ค่อนข้างจริง และ 4) จริงตลอดเวลา ซึ่งแต่ละข้อคำถามความเห็นทางบวกทั้งหมด โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 15-60 คะแนน ซึ่งคะแนนสูงบ่งชี้ถึงการมีความผาสุกทางใจสูง

ส่วนที่ 5 แบบวัดเหตุการณ์ในชีวิต ใช้แบบประเมินเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตของเอบาส และคณะนักวิจัยไทย (Abas et al., 2009) ที่แปลและดัดแปลงมาจากเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 12 ข้อ ให้เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยมีช่วงคะแนน 0-12 คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการเกื้อหนุนทางสังคม ใช้แบบวัดการเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุของกัตติกา ธนะขำ ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดการเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ โดย Krause and Markides (1990) มี 11 ข้อ 3 องค์ประกอบ คือ 1) การเกื้อหนุนด้านอารมณ์ 2) การเกื้อหนุนด้านความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม และ 3) การเกื้อหนุนด้านข่าวสาร โดยใช้มาตรวัดแบบ

Likert scale 4 ระดับ ได้แก่ 1) ไม่เคย 2) เป็นบางครั้ง 3) ค่อนข้างบ่อย 4) เป็นประจำ คะแนนอยู่ในช่วง 11-44 คะแนน ซึ่งคะแนนสูง หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการเกื้อหนุนทางสังคมโดยเพื่อนอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนา มี 18 ข้อ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านอุปกรณ์ 2) ด้านการใช้โปรแกรม และ 3) วัตถุประสงค์การใช้ โดยมีข้อคำถามมีลักษณะมาตรวัดแบบ Likert scale 4 ระดับ ได้แก่ 1) ไม่เคยเลย 2) บางครั้ง 3) ค่อนข้างบ่อย และ 4) เป็นประจำ

3.2.1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง พร้อมผู้ช่วยวิจัย 10 ท่าน โดยมีขั้นตอนและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการด้านจริยธรรมในการวิจัย โดยยื่นแบบเสนอถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อขอรับพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น จำนวน 400 คน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้แบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้ซักถามเป็นที่เข้าใจ ทดลองใช้กับผู้ช่วย 1 คนและทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยอีกครั้ง

3. เมื่อผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมในมนุษย์ ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงสำนักงานสาธารณสุขในแต่ละอำเภอ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานแต่ละฝ่าย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

5. ผู้วิจัยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามลักษณะที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นทีมสุขภาพ ผู้นำชุมชน แจ้งให้ผู้สูงอายุรับทราบเกี่ยวกับการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและผ่านการสัมภาษณ์ความยินยอมให้เข้าร่วมการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเองพร้อมอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนให้การพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง

6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยใช้แบบสอบถามในการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมการวิจัยทีละคน โดยเริ่มจากข้อมูลส่วนบุคคล การตอบแบบสัมภาษณ์จะใช้เวลาประมาณ 50-60 นาทีที่ตอบแบบ

สัมภาษณ์ ถ้าผู้สูงอายุต้องการยุติการตอบ ผู้วิจัยยินยอมยุติการสัมภาษณ์ตามความต้องการของผู้สูงอายุและยกเลิกการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยรายนั้นทันที

7. หลังจากสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ครบถ้วน เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถาม จากนั้นจบการสัมภาษณ์และแสดงความขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

3.2.1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยการแจกแจง ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยทางจิตสังคม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน วิเคราะห์ปัจจัยทำนาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) และเพื่อหาองค์ประกอบการเกิดภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติองค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirm Factor Analysis)

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับจังหวัดร้อยเอ็ด โดยการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์และปัจจัยในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด และพัฒนาจนเป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่สุดและนำไปใช้ในสองอำเภอ โดยพัฒนารูปแบบจากการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าและส่วนของชุมชนโดยเลือกตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนที่มีความซุกสูงจำนวนสองอำเภอ โดยมีการใช้รูปแบบการประเมินการมีส่วนร่วมเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ระยะเวลาในการศึกษา 3 เดือน (เดือนที่ 1, 2 และ 3) โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยในระยนี้ ดังนี้

3.2.1.6 การดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นการศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 ร่วมกับการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รวมทั้งปัญหาและความต้องการในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และพัฒนารูปแบบการป้องกันซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยได้ดำเนินการกำหนดพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive selection) โดยเลือกอำเภอที่เป็นพื้นที่ที่มีความซุกของ

ภาวะซึมเศร้าสูง และใช้ในการศึกษาระยะที่ 1 และอยู่ในอำเภอที่มีสถิติข้อมูลการเกิดภาวะซึมเศร้าสูง ในอันดับต้นของจังหวัดร้อยเอ็ด รวมทั้งเป็นพื้นที่ที่นักวิจัยสามารถเข้าไปในพื้นที่ได้อย่างทั่วถึง รวดเร็ว มีความคุ้นเคยและได้รับการยอมรับซึ่งจะทำให้สามารถสร้างสัมพันธภาพได้ง่ายขึ้น เพื่อส่งเสริมให้การ ทำวิจัยดำเนินการได้อย่างราบรื่น เรียบร้อยและมีประสิทธิภาพต่อไป

ในการศึกษาระยะนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่และปัจจัยในการป้องกัน ภาวะซึมเศร้าเพื่อหาปัญหา สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า สาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมกำบัง ภาวะซึมเศร้า และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดย กระบวนการมีส่วนร่วมครั้งนี้ศึกษาถึงขั้นตอนของการวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าว วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ในครั้งนี้ ใช้ข้อมูลเชิงปริมาณจากผลการวิเคราะห์ที่ได้จากระยะที่ 1 มาเป็นข้อมูลพื้นฐานร่วมกับการ ศึกษาข้อมูลบริบทของอำเภอ ลักษณะทางกายภาพ แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ภายในอำเภอ ข้อมูล พื้นฐานด้านประชากรสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและการเมือง เพื่อเสนอต่อพื้นที่ที่ศึกษาและให้พื้นที่ ใช้ในการวิเคราะห์สภาพปัญหาและสาเหตุ รวมทั้งสถานการณ์ของการเกิดภาวะซึมเศร้า และจัดให้มีการ ประชุมระดมความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องเพื่อการวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าว และในส่วนของการเก็บ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ร่วมด้วย เพื่อสร้างและ พัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด (ฉบับร่าง) และนำร่างรูปแบบฯที่ พัฒนาขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาความเหมาะสม ตรวจสอบ ความถูกต้องเหมาะสม และผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯตามข้อเสนอแนะ จนได้ร่าง รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่จะนำไปใช้ในระยะเวลาที่ 2 ต่อไป

3.2.1.7 กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ในขั้นตอนกระบวนการประเมินแบบมีส่วนร่วมในอำเภอที่ผู้วิจัยได้เลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) โดยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มานำเสนอต่อกลุ่มที่มีส่วนร่วมทั้งท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยการประชุมระดมความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อค้นหาข้อเท็จจริงและปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเพิ่มเติมจากการ สัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต

ผู้ให้ข้อมูล (Key Informants) ได้แก่

1. กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชน เป็นกลุ่มที่ให้ข้อมูลในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 5 คน ผู้ดูแล จำนวน 5 คน ผู้สูงอายุ ในชุมชน จำนวน 5 คน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน จำนวน 10 คน

2. กลุ่มเจ้าหน้าที่ภาครัฐหรือกลุ่มผู้นำชุมชน เป็นกลุ่มที่ให้ข้อมูลด้านสุขภาพในเรื่องการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และการสนับสนุนงบประมาณ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำรพ.สต.ท่าม่วง จำนวน 1 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน และผู้บริหารเทศบาล และเจ้าหน้าที่เทศบาล จำนวน 2 คน

3.2.1.8 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ทั้งในส่วนของบริบทของอำเภอที่ศึกษาและครอบครัวผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารวมทั้งข้อเสนอในการแก้ไขปัญหาการเกิดภาวะซึมเศร้า ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบแบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง รวมทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิที่มีอยู่แล้วในอำเภอและชุมชนร่วมด้วย

2. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วยข้อมูลลักษณะการเกิดภาวะซึมเศร้าสาเหตุหรือปัจจัยด้านต่าง ๆ ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและการป้องกันภาวะซึมเศร้า รวมทั้งผลกระทบจากการเกิดโรค ความคิดเห็นต่อภาวะซึมเศร้า แนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้า และการแก้ไขปัญหาของชุมชนเกี่ยวกับปัญหาการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่ผ่านมา

3. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยจะสร้างคำถามในการสัมภาษณ์จากการประมวลข้อมูลและทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพื่อค้นหาคำตอบของปัญหาการวิจัยให้ครบถ้วน โดยใช้แนวคำถามปลายเปิด ทำให้ความต้องการในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปอย่างมีทิศทาง ผู้วิจัยมีแนวคำถามเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับปฏิบัติงานในภาคสนาม ตัวอย่างแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ สถานการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้า มีปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันภาวะซึมเศร้า มีเงื่อนไขใดบ้างที่จะช่วยส่งเสริมให้อาการซึมเศร้าดีขึ้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชุมชน การดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา และแนวทางกิจกรรมในการดำเนินการเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาดังกล่าวและ แนวทางหรือรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

4. เครื่องมือในการเก็บบันทึกข้อมูล ประกอบด้วยโทรศัพท์มือถือสำหรับเก็บบันทึกภาพ เครื่องบันทึกเสียง (Recorder) แนวคำถาม แบบบันทึกข้อคิดเห็น แนวทางในการประชุมกลุ่ม สนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบบันทึกการสนทนาสำหรับบันทึกข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

3.2.1.9 การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของการวิจัยในระยษณนี้ทั้งหมด ได้แก่ แนวคำถามในการประชุมกลุ่ม/การระดมความคิดเห็น/การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกต ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง

เหมาะสม แล้วนำข้อเสนอแนะที่ได้ไปพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้น แล้วจึงนำเสนอเครื่องมือดังกล่าวต่อผู้เชี่ยวชาญการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) หลังจากสร้างข้อคำถามตามกรอบแนวคิดและตามจุดมุ่งหมายของการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความตรงตามเนื้อหาโดยมีผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยพิจารณาความเหมาะสมของคำถามในการสนทนากลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไปถือว่าข้อคำถามในการสนทนากลุ่มมีความตรงเชิงเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแนวคำถามในการสนทนากลุ่มมาปรับปรุงตามคำแนะนำให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

ในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลขณะที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลควบคู่กันไป โดยมีการตรวจสอบภายในและภายนอก การตรวจสอบภายในเพื่อพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้เพียงพอและครอบคลุมหรือไม่ ข้อมูลที่ได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาหรือไม่ ผู้ให้ข้อมูลและสถานที่ที่เลือกมาศึกษาเหมาะสมกับเรื่องและแนวคำถามในการวิจัยเพียงใด และมีการนำเสนอวิธีการ ขั้นตอนของการทำงานในการระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลไว้อย่างชัดเจน และโปร่งใส การตรวจสอบภายนอกผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ เพื่อพิจารณาว่าข้อสรุปและการตีความของผู้วิจัยถูกต้องตามทัศนคติของผู้ให้ข้อมูลมากน้อยเพียงใด

3.2.1.10 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การจัดเก็บข้อมูลในระยะนี้เป็นการเก็บข้อมูลผลการประเมินการมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และการสกัดความรู้ที่ได้ในการพัฒนารูปแบบฯ ซึ่งในระยะนี้นอกจากจะดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัยแล้ว ยังมุ่งหวังให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยในชุมชน รวมถึงบุคลากรและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยให้ผลการวิจัยที่ได้บรรลุวัตถุประสงค์และมีคุณภาพเป็นอย่างดีโดย

1. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานแต่ละฝ่าย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. การลงพื้นที่เบื้องต้นเพื่อทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของพื้นที่ เช่น ข้อมูลทางกายภาพ ข้อมูลทางสาธารณสุข ข้อมูลด้านสังคม ข้อมูลทางเศรษฐกิจ เพื่อให้เห็นภาพรวมของพื้นที่ อันเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลและวางแผนวิจัยต่อไป
3. การเตรียมเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประกอบด้วยแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม เพื่อเป็นแนวทางในการสนทนา

4. การลงสนามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กันตามที่วางแผนไว้ ผู้วิจัยใช้การเข้าสู่ภาคสนามโดยผ่านแกนนำเข้าพื้นที่ในการเก็บข้อมูลและเข้าไปสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือในการวิจัย

5. เก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวทางของกระบวนการประเมินแบบมีส่วนร่วม การประชุมกลุ่ม การระดมความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก นำข้อมูลที่ได้จากการประชุมกลุ่ม การระดมความคิดเห็นการสนทนากลุ่ม การประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์เชิงลึก นำเสนอต่อที่ประชุมกลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมหรือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) เพื่อประชุมกันในการวิเคราะห์สภาพปัญหาและร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา

6. สกัดสารสนเทศที่ได้จากการศึกษา สร้างและพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด (ฉบับร่าง)

7. กล่าวขอบคุณผู้นำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนในชุมชนที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงความถูกต้องและเพียงพอของข้อมูลที่ได้มาในทุกขั้นตอนของการศึกษาในขณะนี้ โดยการตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยพิจารณาจากแหล่งเวลา คือการตรวจสอบข้อมูลเรื่องเดียวกันในเวลาต่างกัน แหล่งสถานที่คือการตรวจสอบข้อมูลเรื่องเดียวกันในสถานที่ต่างกัน แหล่งบุคคล คือ การตรวจสอบข้อมูลเดียวกันในบุคคลต่างกัน รวมทั้งการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงตามความเหมาะสม

3.2.1.11 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาระยะนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้สอดคล้องและได้รายละเอียดเพิ่มเติม สนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณที่วิเคราะห์ได้ โดย 1) ข้อมูลจากการสำรวจพื้นที่ บริบทของพื้นที่ ลักษณะทางกายภาพ แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ภายในของพื้นที่ ข้อมูลพื้นฐานด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและการเมือง และสถานการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์และนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ การนำเสนอด้วยรูปภาพ และการเขียนอธิบายประกอบความเรียง และ 2) การวิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมกลุ่ม การระดมความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม การประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ตามประเด็นคำตอบจากผู้ให้ข้อมูลจากการจดบันทึก การสังเกต และการถอดเทปบันทึกเสียง การนำข้อมูลที่นำมาจัดเป็นหมวดหมู่ตามแนวทางของเครื่องมือที่ใช้และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในหมวดหมู่ของคำตอบที่ได้ เพื่อให้ได้ข้อสรุปและข้อพิสูจน์ที่

ถูกต้องและอยู่ในบริบทของพื้นที่ในการอธิบายปรากฏการณ์การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

3.2.2 การวิจัยระยะที่ 2 การทดลองใช้และประเมินผลร่างรูปแบบการป้องกันซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

ในขั้นตอนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดลองใช้และประเมินรูปแบบการป้องกันซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้น ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน (เดือนที่ 4 ถึงเดือนที่ 9) โดยมีวิธีการวิจัยในระยะนี้คือ

3.2.2.1 การดำเนินการวิจัย

ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) และการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) โดยได้ดำเนินการกำหนดพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive selection) โดยเลือกอำเภอที่ใช้ในการศึกษา เป็นกลุ่มทดลอง (Experimental Group) เพื่อนำร่างรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นมาทดลองใช้ และอีก 1 อำเภอจะถูกเลือกให้เป็นอำเภอเปรียบเทียบ (Comparison Group) การศึกษาในระยะนี้ได้ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลในพื้นที่วิจัยทั้งที่เป็นพื้นที่ใช้ร่างรูปแบบฯ และไม่ได้ใช้ร่างรูปแบบฯ ใช้เวลาในการศึกษารวม 6 เดือน ทั้งนี้เหตุผลที่เลือกเพราะเป็นอำเภอที่มีความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าสูง และตั้งอยู่ในเขตชนบทในพื้นที่ของ อปท. และ อบต. เป็นอำเภอที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนการประเมินการมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะที่ 1 ของการวิจัย อีกทั้งยังเป็นพื้นที่ที่นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยสามารถเข้าไปในพื้นที่ได้อย่างทั่วถึง รวดเร็ว มีความคุ้นเคยและได้รับการยอมรับจากชุมชน ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพได้ง่ายขึ้น ส่งเสริมให้การทำการวิจัยดำเนินการได้อย่างราบรื่น เรียบร้อยและมีประสิทธิภาพต่อไป

การศึกษาระยะนี้เป็นการนำรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นจากระยะที่ 1 ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่ได้ไปสู่การแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยการนำรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมาทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่นำมาทดลองใช้ และปรับปรุงจนได้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสม โดยมีกิจกรรมการดำเนินงานวิจัยตามรูปแบบการศึกษา ดังนี้

ในอำเภอทดลอง 1) ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคน กลุ่มเสียงรวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อเป็นข้อมูลในการประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเปรียบเทียบกับก่อนทดลอง 2) มีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นอำเภอต้นแบบ และมีกิจกรรมใน

หมู่บ้าน 3) การจัดทำประชาคม โดยเปิดโอกาสหรือกระตุ้นให้ประชาชนทุกคนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการประชุมตามความสมัครใจ กิจกรรมดำเนินการเพื่อให้ทุกคนได้ทราบข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าให้ทุกคนได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การรับฟังความคิดเห็นทั้งของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ ชาวบ้าน ผู้วิจัยและผู้นำชุมชนได้ร่วมกันนำเสนอร่างรูปแบบฯต่อที่ประชุม ดำเนินการวิเคราะห์ประเมินปัญหาและความต้องการของเพิ่มเติม โดยให้ทุกคนได้ร่วมตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่จะต้องดำเนินการ โดยผู้วิจัยคอยเป็นผู้สนับสนุนและกระตุ้นให้ประชาชนทุกคนมีบทบาทหลักในการกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยกระบวนการเสริมพลัง (Empowerment) 4) การจัดเวทีประชาคมเพื่อประเมินผลและสะท้อนผลที่ได้จากการดำเนินงาน ตามร่างรูปแบบฯเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมต่อไป โดยมีการดำเนินการจัดเก็บข้อมูลในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการดำเนินกิจกรรมอื่น ๆ ตามร่างรูปแบบฯที่พัฒนาขึ้นจากผลการวิจัยในระยะที่ 1 ทั้งนี้กิจกรรมต่าง ๆ ตามร่างรูปแบบฯที่สร้างขึ้นและการดำเนินการในอำเภอทดลองจะมีการกระตุ้นอย่างสม่ำเสมอ โดยแต่ละครั้งห่างกัน 3 เดือน สำหรับในอำเภอเปรียบเทียบจะไม่มีการดำเนินการตามกลุ่มทดลอง แต่อย่างไรก็ดี ทั้งนี้ โดยมีรูปแบบการวิจัยและแผนการศึกษาดังนี้

กลุ่มทดลอง	R	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	R	O ₃		O ₄

O₁, O₃ หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองทั้งอำเภอทดลองและอำเภอเปรียบเทียบ

O₂, O₄ หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลองทั้งอำเภอทดลองและอำเภอเปรียบเทียบ

X หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยระยะที่ 1 และพัฒนาปรับปรุงในระยะที่ 2

3.2.2.2 กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ในอำเภอที่เป็นกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย ผู้มีที่มมีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน สำหรับการประเมินร่างรูปแบบฯที่นำมาทดลองใช้ในอำเภอทดลอง ได้กลุ่มทดลองที่เป็นจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 50 คน ที่เข้าโครงการวิจัย และการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 คน และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 คน

ผู้ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวนกลุ่มละ 50 คน โดยผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ 1) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) อาศัยอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด

อย่างน้อย 1 ปี 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม 4) ไม่เป็นโรคมะเร็ง 5) สามารถสื่อสารด้วยการพูด การฟัง และการเขียนภาษาไทยได้ 6) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัด TGDS คะแนนอยู่ระหว่าง 13-24 คะแนน คือมีความเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยและปานกลาง 7) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับเกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัด TGDS คะแนนอยู่ระหว่าง 25-30 คะแนน คือมีความเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง 2) มีภาวะสมองเสื่อม 3) เป็นโรคมะเร็ง 4) ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

3.2.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขณะนี้เป็นการใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้างร่วมกับการสังเกตของผู้วิจัย การบันทึกภาพกิจกรรม วิดีโอ การบันทึกข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม และแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ 1) แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai geriatric depression scale; TGDS) 2) แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น 3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยชื่อย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREE-THAI) (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2540) และ 4) แบบประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai, 2002) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542)

3.2.2.4 การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ได้พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของการวิจัยในขณะนี้ทั้งหมด ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้างสำหรับประเมินการนำรูปแบบมาทดลองใช้ และแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้า เสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของข้อคำถาม ความเหมาะสมของข้อคำถาม ความชัดเจนของภาษา และรูปแบบของข้อคำถามแล้วนำมาปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านพิจารณาคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา แล้วนำไปทดลองใช้กับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อสอบถามความเข้าใจของคำชี้แจงและความชัดเจนของข้อประเมินแล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยข้อคำถามด้านความรู้ใช้สูตรของ Kuder and Richardson (KR-20) ส่วนประเด็นพฤติกรรมผู้วิจัยได้เลือกใช้การวิเคราะห์ค่า Cronbach's alpha coefficient ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป รวมทั้งการปรับปรุงข้อคำถามทั้งในด้านการใช้ภาษาด้วย จากนั้นจึงนำเครื่องมือทั้งฉบับไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง และปรับปรุงตามคำแนะนำจนได้ฉบับที่สมบูรณ์ที่สุด แล้วจึงจัดทำสำเนาเอกสารแล้วจึงนำไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

3.2.4.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การจัดเก็บข้อมูลในขณะนี้เป็นการเก็บข้อมูลทั้งในเชิงคุณภาพ และมีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในส่วนของแบบสำรวจข้อมูลพื้นฐาน และการประเมินความพึงพอใจที่มีต่อร่างรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมา โดยได้ดำเนินการ 1) คัดเลือกพื้นที่ที่ใช้ในการทดลองใช้ร่างรูปแบบ (Experimental Group) และไม่ใช่ร่างรูปแบบ (Comparison Group) ตามเกณฑ์ 2) ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้นำชุมชนในหมู่บ้าน เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย และติดต่อประสานงานกับผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 3) ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ในการศึกษาวิจัยระยะนี้ ทั้งการทดลองใช้และการประเมินผลร่างรูปแบบ และผู้วิจัยรายงานผลการทดลองใช้ต่ออำเภอและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตลอดเวลาการศึกษา และ 4) การสกัดสารสนเทศที่ได้จากการศึกษามาใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความเหมาะสมที่สุดต่อไป ทั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงความถูกต้องและเพียงพอของข้อมูลที่ได้อมาในทุกขั้นตอนของการศึกษาในขณะนี้ โดยการตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพได้ใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) เช่นเดียวกับการศึกษาระยะที่ 1

3.2.4.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

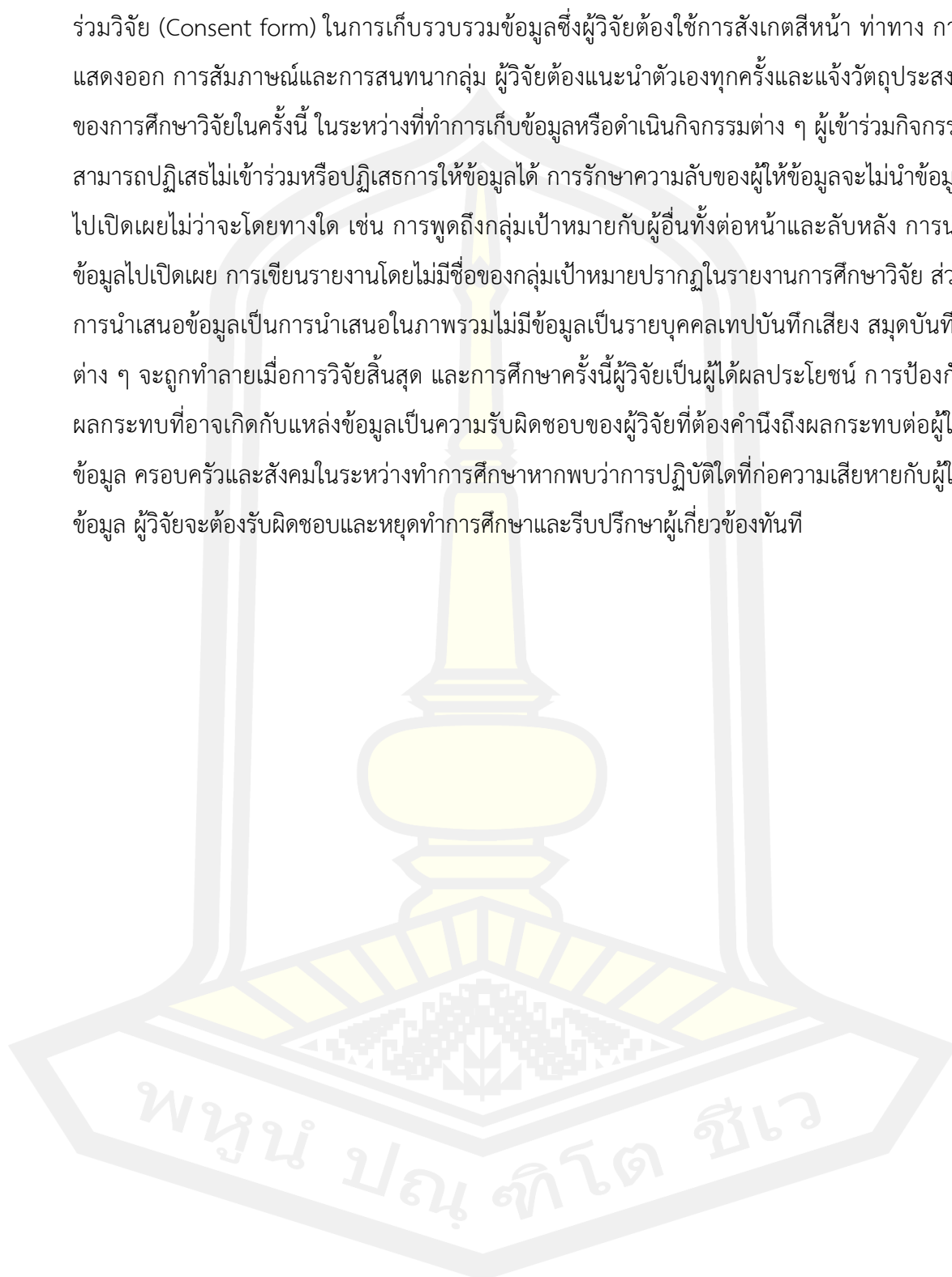
ในการศึกษาระยะนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และการวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ ดังนั้นในการศึกษาระยะนี้ผู้วิจัยจึงมีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอข้อมูลอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ดังนี้ 1) ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกตของผู้วิจัย ได้ดำเนินการวิเคราะห์ตามประเด็นคำตอบจากผู้ให้ข้อมูล มีการนำข้อมูลที่ได้อมาจัดเป็นหมวดหมู่ตามแนวทางการสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในหมวดหมู่ของคำตอบที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลทุกวิธีเพื่อให้ได้ข้อสรุปและข้อพิสูจน์ที่ถูกต้องและอยู่ในบริบทของชุมชนที่ศึกษา 2) การศึกษาประสิทธิผลของการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า จังหวัดร้อยเอ็ด ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งได้แก่ แผนการจัดกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากผลการศึกษาวิจัยที่ได้ระยะที่ 1 โดยการประเมินผลจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย วิเคราะห์คำตอบที่ได้จากส่วนที่เป็นข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับปัญหา และข้อเสนอแนะ รวมทั้งการสัมภาษณ์เพิ่มเติมด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และ 3) การประเมินประสิทธิผลต่อรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ทดลองใช้ ทั้งความเศร้า คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการ

ป้องกันภาวะซึมเศร้า เปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการศึกษา การเปรียบเทียบผลที่ได้ในอำเภอ ทดลองกับอำเภอเปรียบเทียบ สถิติที่ใช้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติไค-สแควร์ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ของคุณสมบัติระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการ ป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่ม สัมพันธ์กัน (Pair t-test) โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (Test of Normality) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk พบตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงปกติ 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่ม อิสระต่อกัน (t-test for Independent Sample) โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (Test of Normality) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยใช้สถิติ Kolomogorov -Smirnov พบตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงปกติ 4) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียว แบบวัดซ้ำ (one -way repeated-measures: ANOVA) 5) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one -way repeated-measures : ANOVA) ก่อนได้รับโปรแกรมการพัฒนาารูปแบบการป้องกันภาวะ ซึมเศร้า ภายหลังได้รับโปรแกรม 3 เดือน และระยะติดตามในเดือนที่ 6 ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมโดย ใช้ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one -way repeated-measures : ANOVA) และพิจารณาคู่ ที่แตกต่างกันโดยใช้สถิติ Bonferroni โดยผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์มาใช้ปรับปรุงรูปแบบการ ป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ให้สมบูรณ์ในขั้นสุดท้าย

3.3 จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาที่กระทำกับมนุษย์ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักการแสดงความเคารพใน ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยต้องแสดงถึงการให้เกียรติแก่ผู้ให้ข้อมูล และผู้ร่วมในการศึกษาวิจัยทั้งหมด มีความระมัดระวังในการขอข้อมูลทุกครั้ง และผ่านคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยได้มีแนวทางในการปฏิบัติกับผู้ร่วมวิจัยทั้ง 2 ระยะของการวิจัย โดยผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจของกลุ่มเป้าหมายหลักโดยการลงชื่อในใบยินยอม

ร่วมวิจัย (Consent form) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งผู้วิจัยต้องใช้การสังเกตสีหน้า ท่าทาง การแสดงออก การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยต้องแนะนำตัวเองทุกครั้งและแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ในระหว่างที่ทำการเก็บข้อมูลหรือดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถปฏิเสธไม่เข้าร่วมหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลจะไม่นำข้อมูลไปเปิดเผยไม่ว่าจะโดยทางใด เช่น การพูดถึงกลุ่มเป้าหมายกับผู้อื่นทั้งต่อหน้าและลับหลัง การนำข้อมูลไปเปิดเผย การเขียนรายงานโดยไม่มีชื่อของกลุ่มเป้าหมายปรากฏในรายงานการศึกษาวิจัย ส่วนการนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอในภาพรวมไม่มีข้อมูลเป็นรายบุคคลแบบบันทึกเสียง สมุดบันทึกต่าง ๆ จะถูกทำลายเมื่อการวิจัยสิ้นสุด และการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ได้ผลประโยชน์ การป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดกับแหล่งข้อมูลเป็นความรับผิดชอบของผู้วิจัยที่ต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล ครอบครัวและสังคมในระหว่างทำการศึกษาหากพบว่าการปฏิบัติใดที่ก่อความเสียหายกับผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะต้องรับผิดชอบและหยุดทำการศึกษาและรีบปรึกษาผู้เกี่ยวข้องทันที



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม 2563 - พฤษภาคม 2564 ซึ่งรายละเอียดของผลการศึกษาวินิจฉัย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

4.1 ผลการวิจัยในระยะที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์โรคซึมเศร้า ความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ องค์ประกอบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้วิจัยนำเสนอผลข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ

4.1.1 สถานการณ์โรคซึมเศร้า 5 ปี ย้อนหลัง

4.1.2 ข้อมูลส่วนบุคคล

4.1.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4.1.4 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

4.1.5 ความพอใจทางใจ

4.1.6 เหตุการณ์วิกฤติในชีวิตและความเครียด

4.1.7 การเกื้อหนุนทางสังคม

4.1.8 พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์

4.1.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

4.1.10 องค์ประกอบการเกิดภาวะภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

4.1.11 ข้อมูลทั่วไปและบริบทของหมู่บ้าน

4.1.12 สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อหาปัญหาและสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

4.1.13 รูปแบบการป้องกันภาวะภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่เหมาะสม (ฉบับร่าง)

4.2 ผลการวิจัยในระยะที่ 2 ผลการทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของร่างรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ดที่พัฒนาขึ้น

ผู้วิจัยนำเสนอผลข้อมูล 3 ประเด็น ดังนี้

4.2.1 ประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันภาวะภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

4.2.2 ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

4.2.3 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

4.2.4 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4.1 ผลการวิจัยในระยะที่ 1

ผลการศึกษาศาถานการณโรคซึมเศร้า ความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ องค์ประกอบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

ระยะนี้ศึกษาศาถานการณโรคซึมเศร้า 5 ปีย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2559 – 2653 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และองค์ประกอบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยมีผลการศึกษาตามลำดับ ดังนี้

4.1.1 สถานการณโรคซึมเศร้า 5 ปี ย้อนหลัง

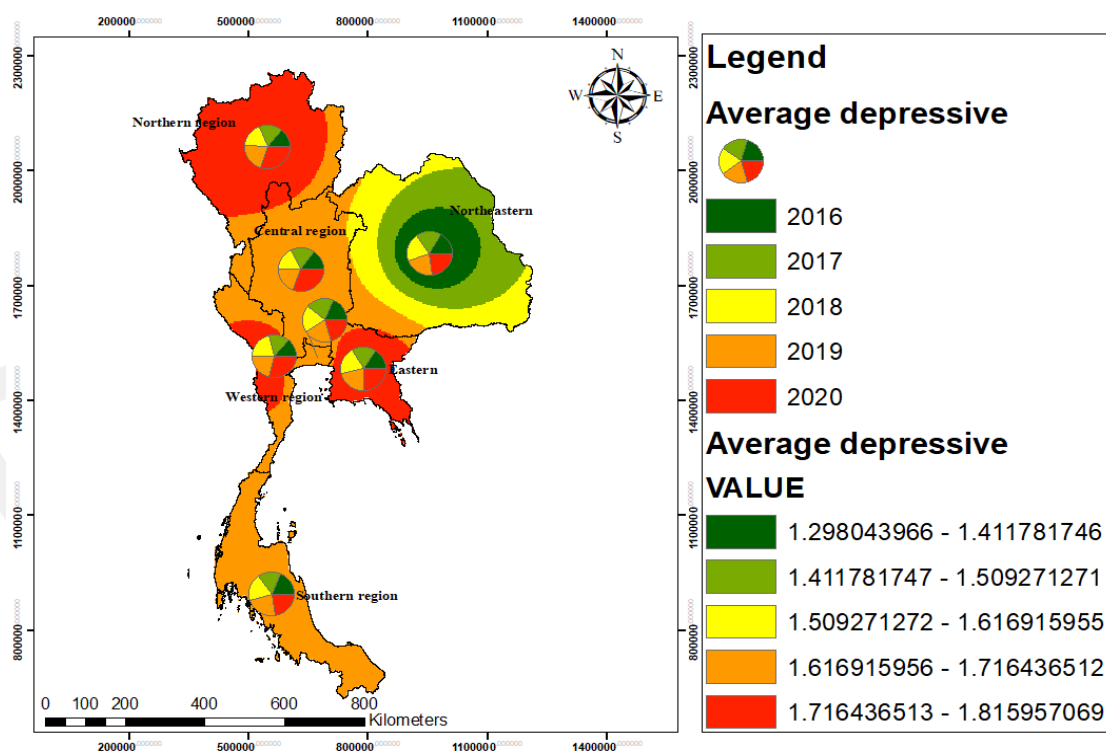
จากการรายงานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 – 2563 พบว่า ในประเทศไทย ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 1.34, 1.45, 1.65, 1.81 และ 2.01 ตามลำดับ โดยพบมีความชุกของโรคซึมเศร่าค่าเฉลี่ยระหว่าง ร้อยละ 1.34 – 2.01 โดยพบภาคอีสานมีความชุกของโรคซึมเศร่ามากที่สุด (ร้อยละ 1.82) รองลงมาภาคกลาง (ร้อยละ 1.80) ภาคเหนือ (ร้อยละ 1.75) กรุงเทพฯ (ร้อยละ 1.69) ภาคตะวันตก (ร้อยละ

ภาคใต้ (ร้อยละ 1.66) และภาคตะวันออก (ร้อยละ 1.30) ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลศรี
มหาโพธิ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความชุกโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปในประเทศไทย พ.ศ. 2559 -2563

ปี พ.ศ.	ความชุกของโรคซึมเศร้า (ร้อยละ)							เฉลี่ย (ร้อยละ)
	ภาค ตะวันตก	ภาค เหนือ	ภาค กลาง	ภาค ตะวันออก	ภาค อีสาน	ภาค ใต้	กรุงเทพฯ	
2559	1.52	1.19	1.28	1.06	1.43	1.35	1.60	1.34
2560	1.39	1.32	1.49	1.19	1.59	1.50	1.67	1.45
2561	1.68	1.82	1.64	1.34	1.80	1.59	1.69	1.65
2562	1.90	1.91	1.90	1.40	2.03	1.77	1.73	1.81
2563	1.85	2.49	2.68	1.50	2.23	2.06	1.73	2.01

จากการใช้แผนที่ภูมิศาสตร์ในการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ ที่มีอายุ
18 ปีขึ้นไป ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 - 2563 พบภาคอีสานมีความชุกของโรคซึมเศร้าน่ามาก
ที่สุด และภาคตะวันออกมีความชุกของโรคซึมเศร้าน้อยที่สุด ดังภาพประกอบที่ 6



ภาพประกอบที่ 6 ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในประเทศไทย
ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559- 2563

ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 - 2563 พบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 1.18, 1.36, 1.51, 1.96 และ 1.93 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ความชุกโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ เฉลี่ยร้อยละ 1.59 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความชุกโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2559 -2563

พ.ศ.	ความชุกของโรคซึมเศร้า จังหวัดร้อยเอ็ด (ร้อยละ)
2016	1.18
2017	1.36
2018	1.51
2019	1.96
2020	1.93

สำหรับความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2561 พบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.99, 3.41, 3.60, 3.99 และ 5.25 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ในระยะ 5 ปี ย้อนหลังพบความชุกโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ระหว่างร้อยละ 2.99 – 5.25 ความชุกโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเฉลี่ยร้อยละ 3.85 ดังตารางที่ 5 และในระยะเวลา 5 ปี ย้อนหลัง พบความชุกโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากที่สุดในอำเภอเกษตรวิสัย และพบน้อยที่สุดในอำเภอกุดชุมหะภูง (กรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ดังตารางที่ 6

พหุบัณฑิต ชีวะ

ตารางที่ 5 ความชุกโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จังหวัดร้อยเอ็ด

พ.ศ. 2557 -2561

พ.ศ.	ความชุกโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ร้อยละ)
2557	2.99
2558	3.41
2559	3.60
2560	3.99
2561	5.25

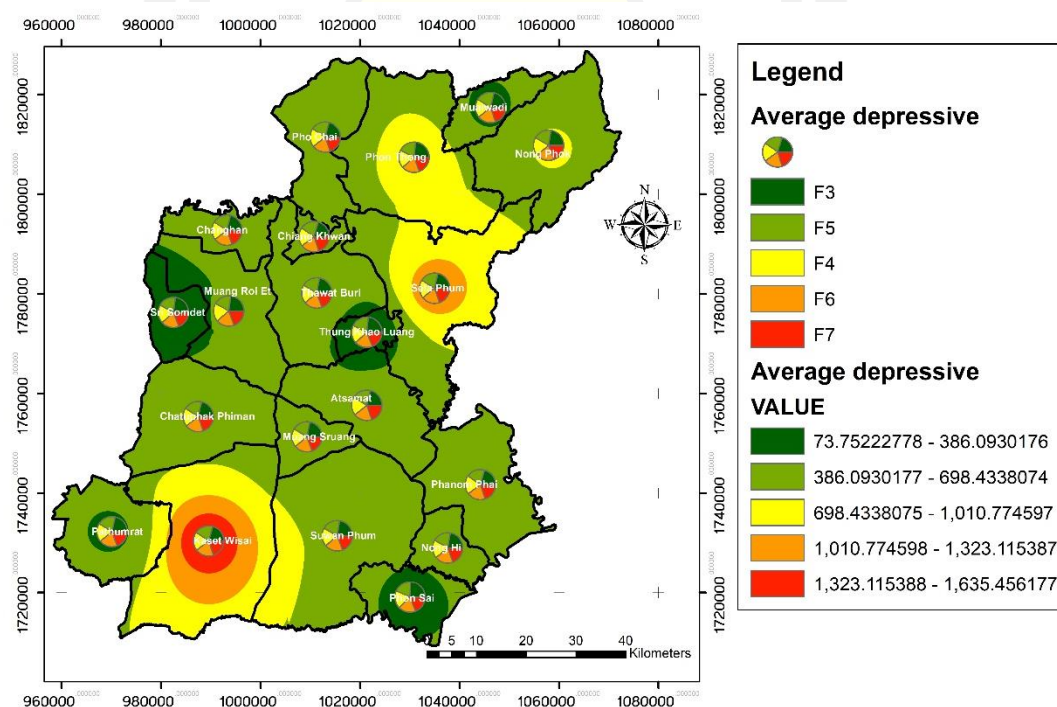
ตารางที่ 6 ความชุกโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยแบ่งตามอำเภอ

จำนวน 20 อำเภอ จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2557 -2561

อำเภอ จังหวัดร้อยเอ็ด	ความชุกโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ร้อยละ)				
	2014	2015	2016	2017	2018
อำเภอเมือง	1.78	2.34	2.35	2.59	3.98
อำเภอเกษตรวิสัย	10.76	11.26	11.38	12.00	14.00
อำเภอปทุมรัตน์	2.94	3.44	3.46	4.00	5.46
อำเภอจตุรพักตรพิมาน	2.94	3.44	3.46	4.00	5.46
อำเภอธวัชบุรี	7.00	7.44	7.46	4.89	6.23
อำเภอพนมไพร	3.02	3.42	3.52	3.86	5.79
อำเภอโพนทอง	5.79	6.32	6.60	7.05	8.73
อำเภอโพธิ์ชัย	0.60	1.20	1.58	2.07	3.68
อำเภอหนองพอก	3.67	4.27	4.57	5.29	6.88
อำเภอเสลภูมิ	8.48	9.08	9.28	9.89	11.00
อำเภอสว่างวีรกรรม	4.50	5.00	5.07	5.59	6.80
อำเภอเมืองสรวง	1.20	1.60	2.00	2.49	3.65
อำเภอโพนทราย	0.60	1.00	1.30	1.82	2.83

อำเภอ จังหวัดร้อยเอ็ด	ความชุกโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ร้อยละ)				
	2014	2015	2016	2017	2018
อำเภออาสาสามารถ	0.80	1.20	1.60	3.19	4.33
อำเภอเมยวดี	0.68	1.08	1.48	1.88	2.72
อำเภอศรีสมเด็จ	0.10	0.10	0.20	0.41	0.89
อำเภอจังหาร	2.24	2.54	3.04	3.44	4.30
อำเภอเชียงขวัญ	2.24	2.52	2.92	2.94	3.92
อำเภอหนองฮี	0.40	0.90	1.07	1.49	3.77
อำเภอทุ่งเขาหลวง	0.05	0.10	0.10	0.14	0.70

จากการใช้แผนที่ภูมิศาสตร์ในการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 20 อำเภอ ในจังหวัดร้อยเอ็ด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 - 2561 พบอำเภอเกษตรวิสัย มีความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากที่สุด และอำเภอทุ่งเขาหลวง มีความชุกของโรคซึมเศร้าน้อยที่สุด ดังภาพประกอบที่ 7



ภาพประกอบที่ 7 ความชุกโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยแบ่งตามอำเภอ จำนวน 20 อำเภอ ในจังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2557 -2561

4.1.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพศหญิงร้อยละ 60.75 อายุเฉลี่ย 71.03 ปี (S.D. = 7.05) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.75 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่แต่งงานอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 57.50 รองลงมาสถานภาพหม้าย ร้อยละ 35.25 ส่วนใหญ่จบการศึกษาประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 84.20 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 61.75 รายได้เฉลี่ย 5,457 บาท/เดือน (S.D.=16,483) รายได้ส่วนใหญ่ได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 94.00 รองลงมาจากบุตรหลาน ร้อยละ 66.75 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 34.50 รองลงมาเพียงพอและเหลือเก็บได้บ้าง ร้อยละ 26.75 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.50 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 35.75 รองลงมาโรคเบาหวาน ร้อยละ 20.75 มียารับประทานเป็นประจำ ร้อยละ 56.30 รับประทานยาวันละ 1-10 เม็ด ร้อยละ 99.20 สุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.75 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 36.25 รองลงมาอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 32.75 ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นบุตรหลาน ร้อยละ 36.30 รองลงมาคู่สมรส ร้อยละ 32.75 ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมเดือนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 21.00 รองลงมาเข้าร่วมกิจกรรมทุกสัปดาห์ ร้อยละ 20.30 ส่วนใหญ่การออกกำลังกายต่อเนื่อง 30 นาทีเป็นบางครั้ง ร้อยละ 76.00 ไม่เคยใช้บริการเครือข่ายออนไลน์ ร้อยละ 60.00 รองลงมาใช้บางครั้ง/ไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 33.50 การใช้บริการเครือข่ายออนไลน์ส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์มือถือ ร้อยละ 99.00 และการใช้บริการออนไลน์ใช้น้อยกว่า 3 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 56.25 รองลงมาใช้บริการออนไลน์ 3-5 ครั้ง/วัน ร้อยละ 32.50 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(n= 400 คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	157	39.25
หญิง	243	60.75
อายุ (ปี)		
อายุ 60-69 ปี	183	45.75
อายุ 70-79 ปี	171	42.75
อายุ 80 ปีขึ้นไป	46	11.50
Mean (S.D.) (ปี)	71.03	7.05
Median (Min: Max) (ปี)	60	103
ศาสนา		
พุทธ	399	99.75
คริสต์	1	0.25
สถานภาพสมรส		
โสด	24	6.00
แต่งงานอยู่ด้วยกัน	230	57.50
หม้าย	141	35.25
แยกกันอยู่	5	1.25



ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n= 400 คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	19	4.75
ต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 4	9	2.25
ประถมศึกษาปีที่ 4	336	84.00
มัธยมศึกษา/ปวช.	18	4.50
อนุปริญญา/ปวส.	7	1.75
ปริญญาตรี	7	1.75
สูงกว่าปริญญาตรี	4	1.00
การทำงาน		
ไม่ทำงาน	247	61.75
ทำงาน	153	38.25
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
0 – 1,000 บาท	80	20.00
1,001 – 2,000 บาท	65	16.25
2,001 – 3,000 บาท	68	17.00
3,0001 – 4,000 บาท	42	10.50
4,001 – 5,000 บาท	60	15.00
5,000 บาทขึ้นไป	85	21.25
แหล่งที่มาของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
จากการทำงาน	113	28.25
บุตร/หลาน	267	66.75
เงินบำนาญ	22	5.50
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	376	94.00
กองทุนทหารผ่านศึก	2	0.50
ค่าเช่าต่าง ๆ	4	1.00
ดอกเบี้ยเงินฝาก	15	3.75

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n= 400 คน)	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้ต่อการดำรงชีพ		
เพียงพอ	22	5.50
เพียงพอแต่ไม่มีเก็บ	138	34.50
เพียงพอและเก็บได้บ้าง	107	26.75
เพียงพอและเก็บได้ตลอด	8	2.00
ไม่เพียงพอ	125	31.25
โรคประจำตัว		
ไม่มี	134	33.50
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	266	66.50
โรคหัวใจ	36	9.00
โรคอัมพาต	4	1.00
โรคไต	10	2.50
โรคปวดข้อ ข้อเสื่อม รูมาตอย	57	14.25
โรคความดันโลหิตสูง	143	35.75
โรคทางสายตา	13	3.25
โรคปอดอักเสบ หรือหอบหืด	11	2.75
โรคกระเพาะ	31	7.75
โรคเบาหวาน	83	20.75
การเจ็บปวดทางร่างกาย	55	13.75
โรคหลอดเลือดสมอง	9	2.25
อื่น ๆ	35	8.75
ยาที่รับประทานเป็นประจำ		
ไม่มี	175	43.75
มี	225	56.25
1-10 เม็ด/วัน	222	98.67
11-10 เม็ด/วัน	3	1.33

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n= 400 คน)	ร้อยละ
สุขภาพโดยทั่วไปในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา		
แย่มาก	7	1.75
แย่	49	12.25
ปานกลาง	251	62.75
ดี	79	19.75
ดีมาก	14	3.50
การอยู่อาศัยอยู่กับ		
คนเดียว	51	12.75
คู่สมรส	131	32.75
บุตร	55	13.75
บุตรหลาน	145	36.25
ญาติ	18	4.50
ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ		
ดูแลตัวเอง	51	12.75
คู่สมรส	131	32.75
บุตร	55	13.75
บุตรหลาน	145	36.30
ญาติ	18	4.50
การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา		
ไม่เคย	25	6.25
ปีละครั้ง	41	10.25
ปีละ 2 ครั้ง	16	4.00
ปีละ 3-4 ครั้ง	80	20.00
เดือนละครั้ง	84	21.00
ทุกสัปดาห์	81	20.25
สัปดาห์ละหลายครั้ง	73	18.25

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n= 400 คน)	ร้อยละ
การออกกำลังกายต่อเนื่อง 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป		
ไม่เคย	54	13.50
บางครั้ง	304	76.00
เป็นประจำ	42	10.50
การใช้บริการเครือข่ายออนไลน์		
ไม่เคย	240	60.00
บางครั้ง/ไม่สม่ำเสมอ	134	33.50
เป็นประจำ	26	6.50
การใช้บริการเครือข่ายออนไลน์ผ่านช่องทาง		
โทรศัพท์มือถือ	396	99.00
คอมพิวเตอร์	2	0.50
แท็บเล็ต	2	0.50
การบริการออนไลน์ต่อสัปดาห์		
น้อยกว่า 3 ครั้งต่อวัน	225	56.25
3-5 ครั้ง/วัน	130	32.50
มากกว่า 5 ครั้ง/วัน	45	11.25

4.1.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

4.1.3.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เทิลเอทีแอล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ค่าคะแนน 12-20 คะแนน ไม่มีการพึ่งพา ร้อยละ 97.50 รองลงมาคะแนน 9-11 คะแนน พึ่งพานกลางร้อยละ 2.00 และค่าคะแนน 0-4 คะแนน ที่มีการพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ร้อยละ 0.50 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

คะแนน	ระดับการพึ่งพา	จำนวน(n= 400 คน)	ร้อยละ
0-4 คะแนน	พึ่งพาโดยสมบูรณ์	2	0.50
5-8 คะแนน	พึ่งพารุนแรง	0	0.00
9-11 คะแนน	พึ่งพาปานกลาง	8	2.00
12-20 คะแนน	ไม่มีการพึ่งพา	390	97.50

4.1.3.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ค่าคะแนน 9 คะแนนขึ้นไป ไม่มีการพึ่งพา ร้อยละ 88.50 รองลงมา คะแนน 6-8 คะแนน พึ่งพาปานกลาง ร้อยละ 5.75 และค่าคะแนนน้อยสุด 0-2 คะแนน มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ร้อยละ 1.50 ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันต่อเนื่อง

คะแนน	ระดับการพึ่งพา	จำนวน (n= 400 คน)	ร้อยละ
0-2 คะแนน	พึ่งพาโดยสมบูรณ์	6	1.50
3-5 คะแนน	พึ่งพารุนแรง	17	4.25
6-8 คะแนน	พึ่งพาปานกลาง	23	5.75
9 คะแนนขึ้นไป	ไม่มีภาวะพึ่งพา	354	88.50

4.1.4 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าคะแนน 0 - 12 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 52.75 รองลงมา มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 47.25 โดยมีค่าคะแนน 13 -18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 35.75 มีค่าคะแนน 19-24 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 9.75 และน้อยที่สุดคือ 25 คะแนนขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 1.75 ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

คะแนน	ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน (n= 400 คน)	ร้อยละ
0 - 12 คะแนน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	211	52.75
13 - 18 คะแนน	ซึมเศร้าเล็กน้อย	143	35.75
19 - 24 คะแนน	ซึมเศร้าปานกลาง	39	9.75
25 คะแนนขึ้นไป	ซึมเศร้ารุนแรง	7	1.75

4.1.5 ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=3.02$, S.D.=0.81) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจรายด้านอยู่ในระดับสูงทั้ง 5 ด้าน ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง เรียงลำดับค่าคะแนนจากสูงไปหาต่ำได้แก่ 1) ความพึงพอใจด้านความสามัคคีปรองดอง ($\bar{x}=3.17$, S.D.=0.80) มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับด้านการพึ่งพาอาศัยกันและด้านความเคารพนับถือ ($\bar{x}=3.17$, S.D.=0.82) 2) ความพึงพอใจด้านความเบิกบานใจ ($\bar{x}=2.88$, S.D.=0.80) และ 3) ความพึงพอใจด้านความสงบสุข ($\bar{x}=2.73$, S.D.=0.82) ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความพึงพอใจ

ข้อคำถาม ที่	การประเมินความพึงพอใจ	\bar{x}	SD	ระดับความ พึงพอใจ
ความสามัคคีปรองดอง				
1	ลูกหลาน ญาติพี่น้องของท่านมีสามัคคี และความ ปรองดองกันเสมอ	3.29	0.78	สูง
2	ลูกหลาน ญาติพี่น้องของท่านมักดูแลเอาใจใส่ซึ่งกัน และกันอยู่เสมอ	3.27	0.78	สูง
3	เพื่อนบ้านของท่านอยู่กันอย่างเป็นมิตรต่อกันและ เอื้อเฟื้อต่อกัน	2.95	0.83	สูง
รวม		3.17	0.80	สูง

ข้อคำถาม ที่	การประเมินความผาสุกทางใจ	\bar{x}	SD	ระดับ
				ความ ผาสุก
การพึ่งพาอาศัยกัน				
5	ลูกหลาน ญาติพี่น้องของท่านดูแลเอาใจใส่ท่าน	3.42	0.77	สูง
4	ลูกหลาน ญาติพี่น้องในครอบครัวของท่านต่างพึ่งพา อาศัยช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้เสมอ	3.31	0.77	สูง
6	เพื่อนบ้านของท่านต่างพึ่งพาอาศัยกันได้	2.80	0.93	สูง
รวม		3.17	0.82	สูง
ความเคารพนับถือ				
7	ลูกหลานของท่าน หรือผู้อื่นที่มีอายุน้อยกว่า ให้ความ นับถือและเชื่อฟังท่านเมื่อท่านสั่งสอน และให้ความ เคารพ ท่านในฐานะที่ท่านเป็นผู้อาวุโส	3.53	0.74	สูงมาก
8	ลูกหลานของท่าน หรือผู้ที่มีอายุน้อยกว่ามักแสดง กิริยาวาจาที่ สุภาพต่อท่านเสมอ	3.47	0.81	สูง
รวม		3.17	0.82	สูง
ความสงบสุข				
9	ท่านเป็นคนที่ไม่เก็บเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ มาเป็นกังวล ใจ	2.72	0.82	สูง
10	เมื่อมีปัญหาเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ทำให้รำคาญใจ ท่านทำ ใจให้ เรื่องผ่านไป	2.75	0.80	สูง
11	เมื่อมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นในชีวิตท่าน ท่านยอมรับและ ปล่อยวางได้	2.71	0.84	สูง
รวม		2.73	0.82	สูง

ข้อคำถาม ที่	การประเมินความพึงพอใจ	\bar{x}	SD	ระดับ ความ พึง พอใจ
ความเบิกบานใจ				
12	ท่านเป็นคนมีอารมณ์ขัน มักมองสิ่งต่าง ๆ ให้เป็นเรื่องขบขัน หรือเป็นเรื่องธรรมดาของชีวิตได้	2.64	0.87	สูง
13	ท่านเป็นคนหัวเราะง่าย	2.87	0.77	สูง
14	ท่านรู้สึกสนุกหรือยินดีเมื่ออยู่กับผู้คนที่ต่าง ๆ	3.13	0.75	สูง
รวม		2.88	0.80	สูง

4.1.6 เหตุการณ์วิกฤติในชีวิตและความเดือดร้อนของผู้สูงอายุ

4.1.6.1 เหตุการณ์วิกฤติในชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าคะแนน 0 - 3 คะแนน มีเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 82.00 รองลงมาค่าคะแนน 4 -6 คะแนน มีเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.50 และน้อยที่สุดคือ คะแนน 10-12 คะแนน มีเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตอยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 0.50 ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนระดับเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตของผู้สูงอายุ

คะแนน	ระดับเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต	จำนวน (n= 400 คน)	ร้อยละ
0-3 คะแนน	ต่ำ	328	82.00
4-6 คะแนน	ปานกลาง	54	13.50
7-9 คะแนน	สูง	16	4.00
10-12 คะแนน	สูงมาก	2	0.50

4.1.6.2 ปัญหาทำให้ความเดือดร้อน

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าคะแนน 0 - 3 คะแนน ปัญหาทำให้ความเดือดร้อนอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 83.00 รองลงมาค่าคะแนน 4 -6 คะแนน ปัญหาทำให้ความเดือดร้อนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.50 และน้อยที่สุดคือ คะแนน 10-12 คะแนน ปัญหาทำให้ความเดือดร้อนอยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 0.50 ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคะแนนระดับความเดือดร้อนของปัญหา

คะแนน	ระดับความเดือดร้อน	จำนวน (n= 400 คน)	ร้อยละ
0-3 คะแนน	ต่ำ	332	83.00
4-6 คะแนน	ปานกลาง	53	13.25
7-9 คะแนน	สูง	13	3.25
10-12 คะแนน	สูงมาก	2	0.50

4.1.7 ความเกื้อหนุนทางสังคม

4.1.7.1 ความเกื้อหนุนทางสังคมจากครอบครัว/ญาติพี่น้อง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับเกื้อหนุนทางสังคมจากครอบครัว/ญาติพี่น้องโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=3.35$, S.D.=0.86) การได้รับเกื้อหนุนทางสังคมจากครอบครัว/ญาติพี่น้องของกลุ่มตัวอย่างเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนได้รับเกื้อหนุนทางสังคมจากครอบครัว/ญาติพี่น้องรายด้านอยู่ในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน การได้รับเกื้อหนุนทางสังคมจากครอบครัว/ญาติพี่น้องอยู่ในระดับสูง เรียงลำดับค่าคะแนนจากสูงไปหาต่ำได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ($\bar{x}=3.37$, S.D.=0.83) 2) ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม ($\bar{x}=3.35$, S.D.=0.89) และ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{x}=3.33$, S.D.=0.87) ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับการ
 เกื้อหนุนทางสังคมจากครอบครัว/ญาติพี่น้อง (n=400 คน)

ข้อ คำถาม ที่	ความเกื้อหนุนทางสังคมจากครอบครัว/พี่น้อง	\bar{x}	SD	ระดับการ เกื้อหนุน ทางสังคม
การสนับสนุนด้านอารมณ์				
1	ดูแลท่าน อยู่เป็นเพื่อนเมื่อท่านตกอยู่ในสถานการณ์ ที่ตึงเครียด	3.42	0.74	สูง
2	ปลอบโยนให้ท่านสบายใจ เวลาท่านทุกข์ใจโดยใช่ คำพูดหรือการสัมผัส	3.31	0.86	สูง
3	รับฟังท่านพูดระบายความคับข้องใจ หรือความรู้สึก ในใจของท่าน	3.31	0.89	สูง
4	ให้ความสนใจ ดูแลเอาใจใส่ และห่วงใยในความเป็น อยู่ที่ดีของท่าน	3.44	0.81	สูง
รวม		3.37	0.83	สูง
ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม				
5	ช่วยเหลือเรื่องการเดินทางหรือรับส่งท่าน เช่น พาไป เยี่ยมญาติ ไปโรงพยาบาล หรือไปเที่ยวในสถานที่ต่าง ๆ	3.37	0.83	สูง
6	ช่วยท่านทำงานบางอย่างให้เสร็จเช่นงานบ้านได้แก่ กวาดบ้านถูบ้าน หรืองานต่าง ๆ ภายในบ้านหรืองานนอก บ้านได้แก่ ตัดหญ้า ถางหญ้า กวาดขยะ รอบ ๆ บ้าน	3.30	0.91	สูง
7	ช่วยเหลือท่านด้านอาหาร เสื้อผ้า และข้าวของเครื่องใช้	3.41	0.88	สูง
8	ช่วยเหลือท่านด้านการเงิน หรือให้ยืมเงิน	3.30	0.94	สูง
รวม		3.35	0.89	สูง
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร				
9	ให้คำแนะนำ และการชี้แนะแนวทางที่ควรปฏิบัติ เพื่อ แก้ไขปัญหาที่ท่านประสบอยู่	3.38	0.81	สูง

ข้อ คำถาม ที่	ความเกือหนทางสังคมจากครอบครัว/พี่น้อง	\bar{x}	SD	ระดับการ เกือหน ทางสังคม
10	ให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำที่ทำให้เรื่องที่ยาก ๆ เป็นเรื่อง ที่เข้าใจง่าย	3.33	0.88	สูง
11	บอกเล่าถึงวิธีการที่เขาปฏิบัติได้ผลมาแล้วเมื่อเจอ สถานการณ์ที่ตึงเครียดซึ่งคล้ายกับที่ท่านกำลังประสบอยู่	3.29	0.92	สูง
รวม		3.33	0.87	สูง
โดยรวม		3.35	0.86	สูง

4.1.7.2 ความเกือหนทางสังคมจากจากเพื่อน/เพื่อนบ้าน

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับเกือหนทางสังคมจากเพื่อน/เพื่อนบ้าน โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}=2.17$, S.D.=0.66) การได้รับเกือหนทางสังคมจากเพื่อน/เพื่อนบ้านของกลุ่มตัวอย่างเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนได้รับเกือหนทางสังคมจากจากเพื่อน/เพื่อนบ้านรายด้านอยู่ในระดับพอใช้ทั้ง 3 ด้าน การได้รับเกือหนทางสังคมจากจากเพื่อน/เพื่อนบ้าน อยู่ในระดับพอใช้ เรียงลำดับค่าคะแนนจากสูงไปหาต่ำได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ($\bar{x}=2.22$, S.D.=0.64) 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ($\bar{x}=2.20$, S.D.=0.64) และ 3) ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม ($\bar{x}=2.12$, S.D.=0.69) ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับการเกือหนทางสังคมจากเพื่อน/เพื่อนบ้าน (n=400)

ข้อ คำถาม ที่	ความเกือหนจากเพื่อน/เพื่อนบ้าน	\bar{x}	SD	ระดับการ เกือหน ทางสังคม
การสนับสนุนด้านอารมณ์				
1	ดูแลท่าน อยู่เป็นเพื่อนเมื่อท่านตกอยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด	2.18	0.58	พอใช้
2	ปลอบโยนให้ท่านสบายใจ เวลาท่านทุกข์ใจโดยใช้คำพูดหรือการสัมผัส	2.14	0.59	พอใช้

ข้อ คำถาม	ความเกือหนุนจากเพื่อน/เพื่อนบ้าน ที่	\bar{x}	SD	ระดับการ เกือหนุน ทางสังคม
3	รับฟังท่านพูดระบายความคับข้องใจ หรือความรู้สึกในใจ	2.36	0.79	พอใช้
4	ให้ความสนใจ ดูแลเอาใจใส่ และห่วงใยในความเป็นอยู่ที่ ดีของท่าน	2.19	0.59	พอใช้
รวม		2.22	0.64	พอใช้
ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม				
5	ช่วยเหลือเรื่องการเดินทางหรือรับส่งท่าน เช่น พาไป เยี่ยมญาติ ไปโรงพยาบาล หรือไปเที่ยวในสถานที่ต่าง ๆ	2.28	0.78	พอใช้
6	ช่วยท่านทำงานบางอย่างให้เสร็จ เช่น งานบ้าน ได้แก่ กวาดบ้าน ถูบ้าน หรืองานต่าง ๆ ภายในบ้าน หรืองาน นอกบ้าน ได้แก่ ตัดหญ้า ถางหญ้า กวาดขยะ รอบ ๆ บ้าน	2.08	0.73	พอใช้
7	ช่วยเหลือท่านด้านอาหาร เสื้อผ้า และข้าวของเครื่องใช้	2.09	0.65	พอใช้
8	ช่วยเหลือท่านด้านการเงิน หรือให้ยืมเงิน	2.03	0.61	พอใช้
รวม		2.12	0.69	พอใช้
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร				
9	ให้คำแนะนำ และการชี้แนะแนวทางที่ควรปฏิบัติ เพื่อ แก้ไขปัญหาที่ท่านประสบอยู่	2.24	0.63	พอใช้
10	ให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำที่ทำให้เรื่องที่ยาก ๆ เป็น เรื่องที่เข้าใจง่าย	2.22	0.64	พอใช้
11	บอกเล่าถึงวิธีการที่เขาปฏิบัติได้ผลมาแล้วเมื่อเจอ สถานการณ์ที่ตึงเครียดซึ่งคล้ายกับที่ท่านกำลังประสบอยู่	2.14	0.65	พอใช้
รวม		2.20	0.64	พอใช้
โดยรวม		2.17	0.66	พอใช้

4.1.8 พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}=1.35$, S.D.=0.68) พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ คือ 1) ด้านอุปกรณ์ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ (สมาร์ทโฟน) เชื่อมต่อสื่อสังคมออนไลน์ (อินเทอร์เน็ต) อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}=1.78$, S.D.=1.04) รองลงมาใช้บริการอินเทอร์เน็ตไร้สาย (Wifi) เชื่อมต่อสื่อสังคมออนไลน์ อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}=1.56$, S.D.=0.65) 2) ด้านโปรแกรมการใช้ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุใช้ใช้ไลน์ (Corcoran et al.) เชื่อมต่อสื่อสังคมออนไลน์ (อินเทอร์เน็ต) อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}=1.52$, S.D.=0.94) รองลงมาการใช้ยูทูป อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}=1.46$, S.D.=0.86) และ 3) ด้านวัตถุประสงค์การใช้ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุใช้เพื่อติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวหรือคนรู้จัก อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}=1.83$, S.D.=1.13) รองลงมาเพื่อให้การติดต่อสื่อสารได้สะดวกและรวดเร็ว อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}=1.56$, S.D.=0.97) และใช้เพื่อผ่อนคลายความเครียด อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{x}=1.53$, S.D.=0.88) ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของผู้สูงอายุ (n=400)

ข้อ คำถามที่	พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์	\bar{x}	SD	ระดับ พฤติกรรม
ด้านอุปกรณ์				
1	ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ (สมาร์ทโฟน)เชื่อมต่อสื่อสังคมออนไลน์ (อินเทอร์เน็ต)	1.78	1.04	พอใช้
2	ใช้บริการอินเทอร์เน็ตไร้สาย (Wifi) เชื่อมต่อสื่อสังคมออนไลน์	1.56	0.95	พอใช้
3	ใช้คอมพิวเตอร์ PC หรือโน้ตบุ๊ก (Notebook)เชื่อมต่อสื่อสังคมออนไลน์	1.05	0.28	น้อย
4	ใช้แท็บเล็ต (Tablet) เชื่อมต่อสื่อสังคมออนไลน์	1.03	0.20	น้อย
รวม		1.36	0.62	น้อย
ด้านโปรแกรมการใช้				
6	การใช้ไลน์ (Corcoran et al.)	1.52	0.94	พอใช้
7	การใช้ยูทูป (YouTube)	1.46	0.86	น้อย
5	การใช้เฟซบุ๊ก (Facebook)	1.22	0.69	น้อย

ข้อ คำถามที่	พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์	\bar{x}	SD	ระดับ พฤติกรรม
8	การใช้อินสตาแกรม (Instagram)	1.06	0.34	น้อย
	รวม	1.32	0.72	น้อย
วัตถุประสงค์การใช้				
9	เพื่อติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวหรือคนรู้จัก	1.83	1.13	พอใช้
11	เพื่อติดตามข้อมูลข่าวสารและความรู้ใหม่ ๆ	1.40	0.68	น้อย
10	เพื่อค้นหาเพื่อนเก่าหรือเพื่อนใหม่	1.34	0.64	น้อย
12	เพื่อค้นหาข้อมูลด้านการเมือง	1.27	0.53	น้อย
13	เพื่อค้นหาข้อมูลด้านบันเทิง เช่น ดูนั่ง ฟังเพลง ฯลฯ	1.45	0.79	น้อย
14	เพื่อค้นหาข้อมูลด้านกีฬา เช่น ดูฟุตบอล มวย	1.27	0.56	น้อย
15	เพื่อค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ	1.38	0.74	น้อย
16	เพื่อค้นหาข้อมูลด้านการซื้อ/ขายสินค้า	1.28	0.60	น้อย
17	เพื่อผ่อนคลายความเครียด	1.53	0.88	พอใช้
18	เพื่อให้การติดต่อสื่อสารได้สะดวกและรวดเร็ว	1.56	0.97	พอใช้
19	เพื่อค้นหาการท่องเที่ยว	1.16	0.42	น้อย
20	เพื่อธุรกิจการทำงาน	1.18	0.49	น้อย
21	เพื่อค้นหานวัตกรรม เทคโนโลยี	1.14	0.45	น้อย
22	เพื่อนัดหมายการทำงาน	1.32	0.77	น้อย
	รวม	1.37	0.69	น้อย
	โดยรวม	1.35	0.68	น้อย

4.1.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านประชากรและเศรษฐกิจกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า รายได้ สถานภาพสมรส ผู้ดูแลหลัก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.194, p<0.01$; $r=0.139, p<0.05$; $r=0.317, p<0.01$ ตามลำดับ) การทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.114, p<0.05$) ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน

ผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยทางด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยพบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.151, p<0.01$) ส่วนจำนวนยาที่รับประทาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน และการออกกำลังกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านจิตวิทยาพบว่า ความผาสุกด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.143, p<0.01$) การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านจิตสังคมพบว่า จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r= 0.327, p<0.01$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r= -0.205, p<0.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยทางจิตวิทยา และปัจจัยทางจิตสังคม กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (n= 400)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	
	r	p
ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม		
เพศ	-0.033	0.256
อายุ	-0.033	0.512
รายได้	0.194**	0.000
ระดับการศึกษา	-0.002	0.969
สถานภาพสมรส	0.139**	0.005
ศาสนา	-0.021	0.682
การทำงาน	-0.114*	0.023
ผู้ดูแลหลัก	0.317**	0.000
ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย		
โรคประจำตัว	0.151**	0.002
จำนวนยาที่ได้รับ	-0.003	0.959
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	0.014	0.778

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	
	r	p
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน	-0.090	0.071
การออกกำลังกาย	0.011	0.827
ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา		
การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา	-0.090	0.472
ความพอใจทางใจ	-0.143**	0.004
ปัจจัยทางจิตสังคม		
จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต	0.327**	0.000
การสนับสนุนทางสังคม	-0.205**	0.000

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

4.1.10 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน พบว่า ในขั้นที่ 1 เหตุการณ์วิกฤตในชีวิตถูกเลือกเข้าสมการเป็นตัวแรก และสามารถอธิบายความแปรปรวนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าอำนาจการทำนายเท่ากับ .107 ($R^2 = 0.107$) ซึ่งหมายถึง เหตุการณ์วิกฤตในชีวิตทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 10.70 ดังตารางที่ 18

ขั้นที่ 2 ตัวแปรทำนายผู้ดูแลถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 2 และตัวแปรทำนายทั้งสองร่วมกันอธิบายความแปรปรวนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 8.20 ($R^2 \text{ change} = .082$) โดยทำให้ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .189 ($R^2 = .189$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หมายความว่า เหตุการณ์วิกฤตในชีวิตและผู้ดูแลหลัก สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 18.90 ดังตารางที่ 18

ขั้นที่ 3 ตัวแปรทำนายรายได้ถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 3 และตัวแปรทำนายทั้งสามตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 2.90 ($R^2 \text{ change} = .029$) โดยทำให้ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น 0.219 ($R^2 = .219$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายถึง เหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ผู้ดูแลหลัก และรายได้ สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 21.90 ดังตารางที่ 18

ขั้นที่ 4 ตัวแปรทำนายการสนับสนุนทางสังคมถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 4 และตัวแปรทำนายทั้งสี่ตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 2.60 (R^2 change = .026) โดยทำให้ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .244 (R^2 = .244) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายถึง เหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ผู้ดูแลหลัก รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 24.40 ดังตารางที่ 18

ขั้นที่ 5 ตัวแปรทำนายโรคประจำตัวถูกเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่ 5 และตัวแปรทำนายทั้งห้าตัวร่วมกันอธิบายความแปรปรวนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.10 (R^2 change = .011) โดยทำให้ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็น .255 (R^2 = .255) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายถึง เหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ผู้ดูแลหลัก รายได้ การสนับสนุนทางสังคม และโรคประจำตัว สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 25.50 ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจการทำนาย (R^2) ค่าอำนาจการทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เมื่อใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (n = 400)

ขั้นที่	ลำดับขั้นการทำนาย	R	R^2	R^2 change	F	p-value
1	เหตุการณ์วิกฤตในชีวิต	.327	.107	.107	47.751	.000
2	ผู้ดูแล	.435	.189	.082	40.198	.000
3	รายได้	.468	.219	.029	14.933	.000
4	การสนับสนุนทางสังคม	.494	.244	.026	13.402	.000
5	โรคประจำตัว	.505	.255	.011	5.627	.018

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอนสามารถนำมาเขียนสมการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$Y_{\text{ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ}} = 14.785 + .493 \text{ เหตุการณ์วิกฤตในชีวิต} + 2.645 \text{ ผู้ดูแลหลัก} + 1.426 \text{ รายได้} + .075 \text{ การสนับสนุนทางสังคม} + .920 \text{ โรคประจำตัว}$$

จากสมการอธิบายได้ว่า ตัวแปรที่เข้าสมการทั้ง 5 ตัวแปร ได้แก่ เหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ผู้ดูแลหลัก รายได้ การสนับสนุนทางสังคม และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เมื่อเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น .493 ขณะควบคุมตัวแปรผู้ดูแลหลัก รายได้ การสนับสนุนทางสังคม และโรคประจำตัว นอกจากนี้เมื่อไม่มีผู้ดูแลเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 2.645 ขณะควบคุมตัวแปรเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต รายได้ การสนับสนุนทางสังคม และโรคประจำตัว และเมื่อรายได้ต่ำเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1.426 ขณะควบคุมตัวแปรเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ผู้ดูแลหลัก การสนับสนุนทางสังคมและโรคประจำตัว นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมลดลง 1 คะแนน จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น .075 ขณะควบคุมตัวแปรเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ผู้ดูแลหลัก รายได้และโรคประจำตัว และการมีโรคประจำตัวเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น .920 ขณะควบคุมตัวแปรเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ผู้ดูแลหลัก รายได้และการสนับสนุนทางสังคม ดังตารางที่ 19

นอกจากนี้สมการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สามารถเขียนให้อยู่ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

$$\hat{Z} \text{ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ} = .258 \text{ เหตุการณ์วิกฤตในชีวิต} + .273 \text{ ผู้ดูแลหลัก} + .171 \text{ รายได้} + \\ - .171 \text{ การสนับสนุนทางสังคม} + .105 \text{ โรคประจำตัว}$$

จากสมการอธิบายได้ว่า หากปรับค่าทุกตัวแปรในสมการให้เป็นมาตรฐานที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อควบคุมตัวแปรผู้ดูแลหลัก รายได้ การสนับสนุนทางสังคม และโรคประจำตัวให้คงที่ แล้วเพิ่มเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต 1 หน่วยมาตรฐาน ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น .258 ทั้งนี้เมื่อควบคุมตัวแปรเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต รายได้ การสนับสนุนทางสังคม และโรคประจำตัว ให้คงที่ แล้วเพิ่มการไม่มีผู้ดูแลหลัก 1 หน่วยมาตรฐาน ภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้น .273 และเมื่อควบคุมตัวแปรเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ผู้ดูแลหลัก การสนับสนุนทางสังคม และโรคประจำตัวให้คงที่ แล้วลดรายได้ลง 1 หน่วยมาตรฐาน ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น .171 เมื่อควบคุมตัวแปรเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ผู้ดูแลหลัก รายได้ และโรคประจำตัวให้คงที่ แล้วลดการสนับสนุนทางสังคม 1 หน่วยมาตรฐาน ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น .171 และเมื่อควบคุมตัวแปรเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ผู้ดูแลหลัก รายได้ และการสนับสนุนทางสังคมให้คงที่ แล้วเพิ่มโรคประจำตัว 1 หน่วยมาตรฐาน ภาวะซึมเศร้าจะเพิ่มขึ้น .105 ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนายในรูปคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานของสมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่ได้จากการคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน (n = 400)

ตัวแปรทำนาย	b	S.E. _b	Beta (β)	t	p-value
เหตุการณ์วิกฤตในชีวิต	.493	.085	.258	5.808	.000
ผู้ดูแลหลัก	2.645	.425	.273	6.230	.000
รายได้	1.426	.364	.171	3.922	.000
การสนับสนุนทางสังคม	-.075	.019	-.171	-3.873	.000
โรคประจำตัว	.920	.388	.105	2.372	.018
Constant	14.785	1.237		11.995	.000
R = .505 R ² = .255 Overall F = 26.966					

สรุปได้ว่า ตัวแปรทั้ง 5 ตัว ได้แก่ เหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ผู้ดูแลหลัก รายได้ การสนับสนุนทางสังคม และโรคประจำตัว สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 25.50

4.1.11 องค์ประกอบการเกิดภาวะภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยการสร้างเมตริกสหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามและเมื่อทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม เพื่อค้นหาว่าควรนำข้อคำถามที่มีเมตริกสหสัมพันธ์องค์ประกอบหรือไม่ โดยใช้ผลการทดสอบของ Bartlett (Bartlett's test of sphericity) พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ (Sig=.000) และค่า KMO มีค่าสูง (0.68) จึงใช้เป็นข้อคำถามในการวิเคราะห์องค์ประกอบทั้งหมด และเมื่อวิเคราะห์องค์ประกอบโดยการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis) หมุนแกนองค์ประกอบแบบออร์ทोगอนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวนริแมกซ์ (Varimax) ได้องค์ประกอบ 37 องค์ประกอบ ซึ่งเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดว่า องค์ประกอบสำคัญนั้นต้องมีค่าไอเกน (Eigenvalues) มากกว่าหรือเท่ากับ 1.0 ขึ้นไป โดยในแต่ละข้อคำถามต้องมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.2 (Item Loading) ขึ้นไปพบว่า ยังคงได้องค์ประกอบที่สำคัญ 37 องค์ประกอบ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 74.52 ซึ่งผู้วิจัยกำหนดองค์ประกอบโดยพิจารณาตามค่าผลรวมของความแปรปรวน (SSQ) ของข้อคำถามต่าง ๆ บนองค์ประกอบนั้นโดยเรียงลำดับตามค่าจากมากไปหาน้อย และได้กำหนดชื่อขององค์ประกอบตาม

เกณฑ์ในการตั้งชื่อองค์ประกอบ คือ มีความหมายสอดคล้องกับโครงสร้างขององค์ประกอบ และข้อความคำถามที่บรรยายแต่ละองค์ประกอบนั้นต้องมีจำนวนตั้งแต่ 2 ข้อคำถามขึ้นไป

จากตารางที่ 20 แสดงว่า ค่าไอเกน ความแปรปรวนร่วม และร้อยละสะสมของความแปรปรวนร่วมในแต่ละองค์ประกอบของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ดหลังสกัดองค์ประกอบด้วยวิธี วิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis) หมุนแกนองค์ประกอบแบบออร์ทोगอนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวนริแมกซ์ (Varimax) จำนวน 37 องค์ประกอบ ซึ่งพบว่ามีค่าไอเกน (Eigenvalues) มากกว่าหรือเท่ากับ 1.0 คือมีค่าอยู่ระหว่าง 1.04 - 14.11 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 0.72 - 9.87 และจัดองค์ประกอบร่วม (Common Factor) 37 องค์ประกอบ ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ค่าไอเกน ความแปรปรวนร่วม และร้อยละสะสมของความแปรปรวนร่วมในแต่ละองค์ประกอบของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

องค์ประกอบที่ (Factor)	ค่าไอเกน (Eigenvalues)	ค่าความแปรปรวน ร่วม (% of Variance)	ค่าร้อยละสะสมของ ความแปรปรวนร่วม (Cumulative %)
1	14.11	9.87	9.87
2	11.46	8.02	17.88
3	7.36	5.15	23.03
4	6.65	4.65	27.68
5	5.81	4.06	31.74
6	4.65	3.25	34.99
7	4.42	3.09	38.08
8	3.45	2.41	40.49
9	2.87	2.01	42.50
10	2.67	1.87	44.37
11	2.53	1.77	46.14
12	2.43	1.70	47.84
13	2.34	1.64	49.48

องค์ประกอบที่ (Factor)	ค่าไอเกน (Eigenvalues)	ค่าความแปรปรวน รวม (% of Variance)	ค่าร้อยละสะสมของ ความแปรปรวนรวม (Cumulative %)
14	2.26	1.58	51.06
15	2.24	1.57	52.62
16	2.03	1.42	54.04
17	1.98	1.38	55.42
18	1.83	1.28	56.70
19	1.80	1.26	57.96
20	1.72	1.20	59.16
21	1.64	1.15	60.31
22	1.58	1.10	61.42
23	1.51	1.06	62.47
24	1.45	1.02	63.49
25	1.40	0.98	64.47
26	1.37	0.96	65.43
27	1.33	0.93	66.36
28	1.32	0.92	67.28
29	1.25	0.87	68.15
30	1.23	0.86	69.02
31	1.20	0.84	69.86
32	1.17	0.82	70.68
33	1.13	0.79	71.47
34	1.13	0.79	72.26
35	1.11	0.78	73.03
36	1.09	0.76	73.79
37	1.04	0.72	74.52

องค์ประกอบที่ 1 ญาติพี่น้องและความรู้สึกของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 7 ตัวแปร คือ 1) ลูกหลานและญาติพี่น้องมีความปรองดองกันเสมอ 2) ลูกหลานและญาติพี่น้องเอาใจใส่ซึ่งกันและกันอยู่เสมอ 3) ความรู้สึกเปื้อน่ายบ่อย ๆ 4) ลูกหลาน ญาติพี่น้องดูแลเอาใจใส่ 5) ลูกหลาน ญาติพี่น้องในครอบครัวพึ่งพาอาศัยช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้เสมอ 6) ครอบครัว/ญาติพี่น้อง รัับฟังความรู้สึกในใจ 7) ครอบครัว/ญาติพี่น้อง อยู่เป็นเพื่อนเมื่ออยู่ในสถานการณ์ตึงเครียด ดังตารางที่ 21

องค์ประกอบที่ 2 กิจวัตรประจำวัตรของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 15 ตัวแปร คือ 1) การใช้ห้องน้ำ 2) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 3) การสวมใส่เสื้อผ้า 4) การลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปเก้าอี้ 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ 7) ทำหรือเตรียมอาหาร/หุงข้าว 8) การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ 9) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า 10) ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา 11) เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน 12) การอาบน้ำ 13) ทอนเงิน/แลกเงิน 14) ทำความสะอาด/ซักรีดเสื้อผ้า 15) การใช้บริการสาธารณะ ดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 หน้าหน้าองค์ประกอบของข้อความภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 1 – 2

ตัวแปร	องค์ประกอบ	
	1	2
1.ลูกหลานและญาติพี่น้องมีความปรองดองกันเสมอ	0.657	
1.ลูกหลานและญาติพี่น้องเอาใจใส่ซึ่งกันและกันอยู่เสมอ	0.643	
1.ความรู้สึกเปื้อน่ายบ่อย ๆ	0.568	
1.ลูกหลาน ญาติพี่น้องดูแลเอาใจใส่	0.565	
1.ลูกหลาน ญาติพี่น้องในครอบครัวพึ่งพาอาศัยช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้เสมอ	0.545	
1.ครอบครัว/ญาติพี่น้อง รัับฟังความรู้สึกในใจ	0.525	
1.ครอบครัว/ญาติพี่น้อง อยู่เป็นเพื่อนเมื่ออยู่ในสถานการณ์ตึงเครียด	0.509	
2.การใช้ห้องน้ำ		0.801
2.การขึ้นลงบันได 1 ชั้น		0.778
2.การสวมใส่เสื้อผ้า		0.771
2.การลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียงไปเก้าอี้		0.745
2.การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน		0.738

ตัวแปร	องค์ประกอบ	
	1	2
2.การกลั่นกรองการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์		0.712
2.ทำหรือเตรียมอาหาร/หุงข้าว		0.701
2.การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์		0.697
2.รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า		0.685
2.ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา		0.673
2.เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน		0.672
2.การอาบน้ำ		0.667
2.ทอนเงิน/แลกเงิน		0.654
2.ทำความสะอาด/ซักหรือเสี้อผ้า		0.636
2.การใช้บริการสาธารณะ		0.627

องค์ประกอบที่ 3 การเงินและที่อยู่ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ตัวแปร คือ 1) ไม่มีเหตุการณ์เกี่ยวกับการเงิน 2) ไม่ค่อยมีปัญหาเกี่ยวกับการเงิน 3) ปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย 4) มีปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย ดังตารางที่ 22

องค์ประกอบที่ 4 ความตื่นเต้นและเรื่องการเดินทางของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ 1) ความรู้สึกในชีวิตนี้มีเรื่องน่าสนุกและน่าค้นหาอีกมาก 2) เพื่อนบ้านช่วยเหลือเรื่องการเดินทางหรือรับส่งท่าน ดังตารางที่ 22

องค์ประกอบที่ 5 ความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านที่มีให้ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ตัวแปร คือ 1) เพื่อนบ้านให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำที่ทำให้เรื่องที่ยาก ๆ เป็นเรื่องที่เข้าใจง่าย 2) เพื่อนบ้านให้คำแนะนำและการชี้แนะแนวทางที่ควรปฏิบัติ 3) เพื่อนบ้านบอกเล่าถึงวิธีการแก้ปัญหาตึงเครียด 4) เพื่อนบ้านปลอบโยนให้สบายใจ เวลาทุกข์ใจโดยใช้คำพูดหรือการสัมผัส 5) เพื่อนบ้านรับฟังความคับข้องใจ หรือความรู้สึกในใจ ดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 หน้าหน้าองค์ประกอบของข้อความภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 3 – 5

ตัวแปร	องค์ประกอบ		
	3	4	5
3.ไม่มีเหตุการณ์เกี่ยวกับการเงิน	0.538		
3.ไม่ค่อยมีปัญหาเกี่ยวกับการเงิน	0.517		
3.ปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย	0.510		
3.มีปัญหากับที่อยู่อาศัย	0.510		
4.ความรู้สึกว่าชีวิตนี้มีเรื่องน่าสนุกและน่าค้นหาอีกมาก		0.513	
4.เพื่อนบ้านช่วยเหลือเรื่องการเดินทางหรือรับส่งท่าน		0.504	
5.เพื่อนบ้านให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำที่ทำให้เรื่องที่ยาก ๆ เป็นเรื่องที่เข้าใจง่าย			0.553
5.เพื่อนบ้านให้คำแนะนำและการชี้แนะแนวทางที่ควรปฏิบัติ			0.521
5.เพื่อนบ้านบอกเล่าถึงวิธีการแก้ปัญหาตึงเครียด			0.516
5.เพื่อนบ้านปลอบโยนให้สบายใจ เวลาทุกข์ใจโดยใช้คำพูดหรือการสัมผัส			0.513
5.เพื่อนบ้านรับฟังความคับข้องใจ หรือความรู้สึกในใจ			0.504

องค์ประกอบที่ 6 ความรู้สึกของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1 ตัวแปร คือ 1) ความรู้สึกผิดหวังมากกับชีวิตที่ผ่านมา ดังตารางที่ 23

องค์ประกอบที่ 7 รายได้ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 ตัวแปร คือ 1) รายได้ที่มาจากการทำงาน 2) รายได้ที่มาจากเงินบำนาญ 3) ยาที่รับประทานเป็นประจำ 4) เพศ 5) รายได้ที่มาจากค่าเช่าต่าง ๆ 6) รายได้ที่มาจากกองทุนทหารผ่านศึก ดังตารางที่ 23

องค์ประกอบที่ 8 รายได้และโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ 1) โรคความดันโลหิตสูง 2) รายได้ที่มาจากดอกเบี้ยเงินฝาก ดังตารางที่ 23

องค์ประกอบที่ 9 การติดต่อและสถานภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ 1) การขาดการติดต่อกับลูก 2) สถานภาพสมรส ดังตารางที่ 23

องค์ประกอบที่ 10 การดูแลคู่สมรสของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ 1) มีภาระในการดูแลดูแลคู่สมรสหรือคนอื่น ๆ 2) มีปัญหาในการดูแลดูแลคู่สมรสหรือคนอื่น ๆ ดังตารางที่ 23

ตารางที่ 23 น้ำหนักองค์ประกอบของข้อความภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 6 - 10

ตัวแปร	องค์ประกอบ				
	6	7	8	9	10
6.ความรู้สึกผิดหวังมากกับชีวิตที่ผ่านมา	0.513				
7.รายได้ที่มากจากการทำงาน		0.416			
7.รายได้ที่มากจากเงินบำนาญ		0.395			
7.ยาที่รับประทานเป็นประจำ		0.212			
7.เพศ		0.210			
7.รายได้ที่มากจากค่าเช่าต่าง ๆ		0.210			
7.รายได้ที่มากจากกองทุนทหารผ่านศึก		0.202			
8.โรคความดันโลหิตสูง			0.491		
8.รายได้ที่มากจากดอกเบี้ยเงินฝาก			0.480		
9.การขาดการติดต่อกับลูก				0.316	
9.สถานภาพสมรส				0.297	
10.มีภาระในการดูแลดูแลคู่สมรสหรือคนอื่น ๆ					0.362
10.มีปัญหาในการดูแลดูแลคู่สมรสหรือคนอื่น ๆ					0.362

องค์ประกอบที่ 11 การทะเลาะวิวาทของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ 1) เคยมีการทะเลาะวิวาทถึงขั้นแตกหักกับคู่สมรส บุตร หลาน 2) มีปัญหาการทะเลาะวิวาทถึงขั้นแตกหักกับคู่สมรส บุตร หลาน ดังตารางที่ 24

องค์ประกอบที่ 12 การเผชิญปัญหาและการศึกษาของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ตัวแปร คือ 1) มีเหตุการณ์อื่น ๆ 2) มีปัญหาอื่น ๆ 3) ระดับการศึกษา 4) มีการเผชิญกับปัญหารุนแรงอื่น ๆ ที่เกิดกับลูกหรือหลาน ดังตารางที่ 24

องค์ประกอบที่ 13 เพศและโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ 1) เพศ 2) โรคหัวใจ ดังตารางที่ 24

องค์ประกอบที่ 14 การทำมาหากินของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ 1) คู่สมรสเคยหรือกำลังมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือปัญหาที่เกี่ยวกับการทำมาหากิน 2) ปัญหาของคู่สมรสเคยหรือกำลังมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือปัญหาที่เกี่ยวกับการทำมาหากิน ดังตารางที่ 24

องค์ประกอบที่ 15 ความรู้สึกลำบากใจของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ตัวแปร คือ 1) ความรู้สึกลำบากใจที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ ๆ 2) มีปัญหาในการพาคนใกล้ชิดไปรับการรักษาพยาบาล 3) ความตั้งใจและจดจ่อทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ไม่นาน 4) ปัญหาในการพาคนใกล้ชิดไปรับการรักษาพยาบาล 5. ความรู้สึกไม่ค่อยอยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ ดังตารางที่ 24

ตารางที่ 24 น้ำหนักองค์ประกอบของข้อความถามภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 11- 15

ตัวแปร	องค์ประกอบ				
	11	12	13	14	15
11.เคยมีการทะเลาะวิวาทถึงขั้นแตกหักกับคู่สมรส บุตรหลาน	-				
11.มีปัญหาการทะเลาะวิวาทถึงขั้นแตกหักกับคู่สมรส บุตรหลาน	0.539				
12.มีเหตุการณ์อื่น ๆ		0.262			
12.มีปัญหาอื่น ๆ		0.234			
12.ระดับการศึกษา		0.233			
12.มีการเผชิญกับปัญหารุนแรงอื่น ๆ ที่เกิดกับลูกหรือหลาน		0.216			
13.เพศ			0.247		
13.โรคหัวใจ			0.215		
14.คู่สมรสเคยหรือกำลังมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือปัญหาที่เกี่ยวกับการทำมาหากิน				0.370	
14.ปัญหาของคู่สมรสเคยหรือกำลังมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานหรือปัญหาที่เกี่ยวกับการทำมาหากิน				0.358	

ตัวแปร	องค์ประกอบ				
	11	12	13	14	15
15.มีปัญหาในการพาคนใกล้ชิดไปรับการรักษาพยาบาล					0.250
15.ความตั้งใจและจดจ่อทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ไม่นาน					0.249
15.ปัญหาในการพาคนใกล้ชิดไปรับการรักษาพยาบาล					0.242
15.ความรู้สึกไม่ค่อยอยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ					0.240

องค์ประกอบที่ 16 การตายของคนในครอบครัวของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ

1) การตายในครอบครัว ทำให้คนในครอบครัวเดือดร้อน 2) มีการตายในครอบครัว หรือครอบครัวใกล้ชิด สนับสนุน ดังตารางที่ 25

องค์ประกอบที่ 17 การติดต่อของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1 ตัวแปร คือ 1) มีปัญหาการขาดการติดต่อกับลูก ดังตารางที่ 25

องค์ประกอบที่ 18 การเจ็บป่วยของญาติ/พี่น้องของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ 1) รายได้ที่ได้มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ 2) คู่สมรส บุตร หลาน พี่น้อง พ่อแม่ มักเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ หรือพิการบ่อย 3) ปัญหาที่คู่สมรส บุตร หลาน พี่น้อง พ่อแม่ มักเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บหรือพิการบ่อย ดังตารางที่ 25

องค์ประกอบที่ 19 ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ 1) บ่อยครั้งที่รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้าในอนาคต 2) รู้สึกว่าช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร 3) รู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้าทุก ๆ วัน ดังตารางที่ 25

องค์ประกอบที่ 20 ความหวังของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ตัวแปร คือ 1) ความหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า 2) ความเพียงพอของรายได้ต่อการดำรงชีวิต 3) ความรู้สึกอยากร้องไห้บ่อย ๆ โดยไม่ทราบสาเหตุ 4) ความรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อย ๆ ดังตารางที่ 25

ตารางที่ 25 หน้าหน้าองค์ประกอบของข้อความภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 16 – 20

ตัวแปร	องค์ประกอบ				
	16	17	18	19	20
16.การตายในครอบครัว ทำให้คนในครอบครัว เดือดร้อน	0.417				
16.มีการตายในครอบครัว หรือครอบครัวใกล้ชิด สนิมสนม	0.410				
17.มีปัญหาการขาดการติดต่อกับลูก		0.271			
18.รายได้ที่มาจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ			0.222		
18.คู่สมรส บุตร หลาน พี่น้อง พ่อแม่ มักเจ็บป่วย หรือได้รับบาดเจ็บ หรือพิการบ่อย			0.214		
18.ปัญหาที่คู่สมรส บุตร หลาน พี่น้อง พ่อแม่ มัก เจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ หรือพิการบ่อย			0.214		
19.บ่อยครั้งที่รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า ในอนาคต				0.219	
19.รู้สึกว่าช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร				0.217	
19.รู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้าทุก ๆ วัน				0.212	
20.ความหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า					0.298
20.ความเพียงพอของรายได้ต่อการดำรงชีวิต					0.263
20.ความรู้สึกอยากร้องไห้บ่อย ๆ โดยไม่ทราบ สาเหตุ					0.243
20.ความรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อย ๆ					0.218

องค์ประกอบที่ 21 .การเผชิญกับปัญหารุนแรงของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1 ตัวแปร คือ

1) การเผชิญกับปัญหารุนแรงอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นกับลูกหรือหลาน ดังตารางที่ 26

องค์ประกอบที่ 22 ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ 1) ผู้ดูแลหลักในชีวิตประจำวัน 2) ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร ดังตารางที่ 26

องค์ประกอบที่ 23 ปัญหาที่ทำงานของลูกหลานของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ 1) ลูกหรือหลานมักประสบปัญหาที่ทำงาน หรือที่โรงเรียน 2) ปัญหาที่ทำงาน หรือที่โรงเรียนสร้างความเดือดร้อนให้ลูกหลาน ดังตารางที่ 26

องค์ประกอบที่ 24 โรคประจำตัวและการใช้บริการอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ 1) โรคปอดอักเสบ หรือหอบหืด 2) การใช้บริการอินเทอร์เน็ต ดังตารางที่ 26

องค์ประกอบที่ 25 สถานภาพและความรู้สึกของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1 ตัวแปร คือ 1) ความรู้สึกไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น 2) เป็นคนหัวเราะง่าย 3) สถานภาพสมรส ดังตารางที่ 26

ตารางที่ 26 น้ำหนักองค์ประกอบของข้อคำถามภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 21 – 25

ตัวแปร	องค์ประกอบ				
	21	22	23	24	25
21.การเผชิญกับปัญหาารุนแรงอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นกับลูกหรือหลาน	0.303				
22.ผู้ดูแลหลักในชีวิตประจำวัน		0.238			
22.ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร		0.203			
23.ลูกหรือหลานมักประสบปัญหาที่ทำงาน หรือที่โรงเรียน			0.230		
23.ปัญหาที่ทำงาน หรือที่โรงเรียนสร้างความเดือดร้อนให้ลูกหลาน			0.218		
24.โรคปอดอักเสบ หรือหอบหืด				0.219	
24.การใช้บริการอินเทอร์เน็ต				0.209	
25.ความรู้สึกไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น					0.282
25.เป็นคนหัวเราะง่าย					0.244
25.สถานภาพสมรส					0.236

องค์ประกอบที่ 26 ศาสนาและกิจวัตรลูกหลานของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ 1) การนับถือศาสนา 2) ลูกหลานหรือผู้ที่มีอายุน้อยกว่ามักแสดงกิจวัตรจากที่สุภาพเสมอ ดังตารางที่ 27

องค์ประกอบที่ 27 การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1 ตัวแปร คือ 1) การออกกำลังกายต่อเนื่อง 30 นาที อาทิตย์ละ 3 ครั้ง ดังตารางที่ 27

องค์ประกอบที่ 28 การทำงานและที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ 1) การทำงาน 2) รายได้มาจากบุตร/หลาน 3) โรคหลอดเลือดสมอง ดังตารางที่ 27

องค์ประกอบที่ 29 ภาระหน้าที่ของการดูแลลูกหลานของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ 1) มีภาระที่ต้องดูแล ลูก หลาน เหลน ที่ยังเด็ก 2) ปัญหาภาระที่ต้องดูแล ลูก หลาน เหลน ที่ยังเด็ก ดังตารางที่ 27

องค์ประกอบที่ 30 การตัดสินใจของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ 1) โรคอื่น ๆ 2) การตัดสินใจอะไรได้เร็ว โดยไม่ต้องรอปรึกษาใคร ดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 น้ำหนักองค์ประกอบของข้อความภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 26 – 30

	ตัวแปร	องค์ประกอบ				
		26	27	28	29	30
26.การนับถือศาสนา		0.320				
26.ลูกหลานหรือผู้ที่มีอายุน้อยกว่ามักแสดง กิริยาวาจาสู่ภาพเสมอ		0.230				
27.การออกกำลังกายต่อเนื่อง 30 นาที อาทิตย์ ละ 3 ครั้ง			0.260			
28.การทำงาน				0.263		
28.รายได้มาจากบุตร/หลาน				0.223		
28.โรคหลอดเลือดสมอง				0.222		
29.มีภาระที่ต้องดูแล ลูก หลาน เหลน ที่ยังเด็ก					0.247	
29.ปัญหาภาระที่ต้องดูแล ลูก หลาน เหลน ที่ ยังเด็ก					0.246	
30.โรคอื่น ๆ						0.385
30.การตัดสินใจอะไรได้เร็ว โดยไม่ต้องรอ ปรึกษาใคร						0.217

องค์ประกอบที่ 31 การช่วยเหลือของเพื่อนบ้านและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ 1) ส่วนใหญ่แล้วเป็นคนอารมณ์ดีเสมอ 2) เพื่อนบ้านช่วยเหลือด้านอาหาร เสื้อผ้า และ ข้าวของเครื่องใช้ ดังตารางที่ 28

องค์ประกอบที่ 32 โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1 ตัวแปร คือ 1) โรคไต ดัง ตารางที่ 28

องค์ประกอบที่ 33 เพื่อนบ้านให้ความสนใจ ดูแลเอาใจใส่ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ 1) เพื่อนบ้านให้ความสนใจ ดูแลเอาใจใส่ และห่วงใยในความเป็นอยู่ที่ดี 2) คิดเสมอว่าการมีชีวิตถึงปัจจุบันเป็นเรื่องที่คุ้มค่าแล้ว ดังตารางที่ 28

องค์ประกอบที่ 34 รายได้และการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ 1) ความเพียงพอของรายได้ต่อการดำรงชีวิต 2) การออกกำลังกายต่อเนื่อง 30 นาที อาทิตย์ละ 3 ครั้ง 3) โรคอื่น ๆ ดังตารางที่ 28

องค์ประกอบที่ 35 ช่องทางการใช้บริการออนไลน์และความรู้สึกของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ 1) ช่องทางการใช้บริการเครือข่ายออนไลน์ 2) ความรู้สึกที่ความจำไม่ดีเท่าคนอื่น 3) โรคเบาหวาน ดังตารางที่ 28

ตารางที่ 28 นำหนักองค์ประกอบของข้อความภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 31 – 35

ตัวแปร	องค์ประกอบ				
	31	32	33	34	35
31.ส่วนใหญ่แล้วเป็นคนอารมณ์ดีเสมอ	0.229				
31.เพื่อนบ้านช่วยเหลือด้านอาหาร เสื้อผ้า และ ข้าวของเครื่องใช้	0.211				
32.โรคไต		0.336			
33.เพื่อนบ้านให้ความสนใจ ดูแลเอาใจใส่ และ ห่วงใยในความเป็นอยู่ที่ดี			0.213		
33.คิดเสมอว่าการมีชีวิตถึงปัจจุบันเป็นเรื่องที่ คุ้มค่าแล้ว			0.260		
34.ความเพียงพอของรายได้ต่อการดำรงชีวิต				0.232	

ตัวแปร	องค์ประกอบ				
	31	32	33	34	35
34.การออกกำลังกายต่อเนื่อง 30 นาที อาทิตย์ละ 3 ครั้ง				0.201	
34.โรคอื่น ๆ				0.272	
35.ช่องทางการใช้บริการเครือข่ายออนไลน์					0.236
35.ความรู้สึกว่าความจำไม่ดีเท่าคนอื่น					0.211
35.โรคเบาหวาน					0.424

องค์ประกอบที่ 36 บริการออนไลน์ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1 ตัวแปร คือ 1) การบริการเครือข่ายออนไลน์ต่อวัน ดังตารางที่ 29

องค์ประกอบที่ 37 โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1 ตัวแปร คือ 1) โรคทางสายตา ดังตารางที่ 29

ตารางที่ 29 นำหน้าองค์ประกอบของข้อความภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 36 – 37

ตัวแปร	องค์ประกอบ	
	36	37
36.การบริการเครือข่ายออนไลน์ต่อวัน	0.221	
37.โรคทางสายตา		0.226

4.1.12 ข้อมูลทั่วไปและบริบทของหมู่บ้านที่ศึกษา

ประวัติหมู่บ้าน บ้านหนองสิม หนองแดง อยู่ในเขตท้องที่ตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ลักษณะที่ตั้งของหมู่บ้าน ตั้งอยู่ในพื้นที่ดอน ปัจจุบันมี 3 หมู่บ้าน คือหมู่ที่ 1 หมู่ที่ 5 และหมู่ที่ 10 บ้านหนองสิม หนองแดง อยู่ห่างจากอำเภอเสลภูมิไปทางทิศเหนือ เป็นระยะทางประมาณ 12 กิโลเมตร ถนนลาดยางแอสฟัลท์ตลอดสาย สามารถเดินทางไปถึงหมู่บ้านได้โดยสะดวกทุกฤดูกาล ห่างจากจังหวัดร้อยเอ็ด 28 กิโลเมตร เป็นหมู่บ้านขนาดกลางมี 271 ครัวเรือน จำนวนประชากร ชาย 488 คน หญิง 507 คน รวมทั้งสิ้น 905 คน อาณาเขตติดต่อของหมู่บ้าน ทิศเหนือ จรด บ้านดอนหาด ทิศใต้ จรด แม่น้ำชี (ห่างจากแม่น้ำชีประมาณ 5 กิโลเมตร) ทิศตะวันออก จรด บ้านลาด ตำบลนาเมือง และทิศตะวันตก จรด บ้านท่าม่วง บ้านหนองสิม หนองแดง ไม่มีแม่น้ำไหลผ่าน ชาวบ้านมีอาชีพทำนา

โดยอาศัยน้ำฝนจากธรรมชาติเท่านั้น มีคลองส่งน้ำแต่ไม่ทั่วถึง ชาวนาที่อาศัยน้ำจากคลองส่งน้ำมีเพียง 1/10 ของพื้นที่ทำนาเท่านั้น

ประวัติความเป็นมาของวัดและหมู่บ้าน ต้นกำเนิดของชาวบ้านหนองสิม หนองแดง เป็นลูกหลานของชาวบ้านท่าม่วง ซึ่งต้นกำเนิดของชาวบ้านท่าม่วง ได้อพยพมาจากบ้านนาพึงสวนมอน แขวงเวียงจันทร์ ประเทศลาว ประมาณปี พ.ศ. 1990 บ้านหนองสิม หนองแดง เริ่มก่อตั้งปี พ.ศ. 2384 ก่อตั้งภายหลังบ้านท่าม่วงประมาณ 204 ปี โดยหลวงพ่อบีเยว (ยาคุเบี้ยว) จากวัดป่าท่าม่วง (วัดป่าสักดาราม ปัจจุบัน) เมื่อออกพรรษาแล้ว หลวงพ่อบีเยวได้ออกธุดงค์หาแหล่งที่สงบเงียบ ได้มาพบหนองน้ำอยู่กลางป่า มีป่าไม้แดงขึ้นอยู่ล้อมรอบเป็นจำนวนมาก อากาศร่มรื่นเย็นสบาย หลวงพ่อได้มาพำนักอยู่ที่นั่นเป็นประจำทุกปี ลูกหลานชาวบ้านท่าม่วงที่มีไร่นาอยู่ในระแวกนั้นได้อพยพไปอยู่ตามไร่นาของตนเองเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เพราะการเดินทางไปมาจากบ้านท่าม่วงลำบากมากในฤดูฝน ต้องผ่านป่าทึบและลำห้วย ผู้เฒ่าผู้แก่เล่าว่า พ่อเฒ่าอินทร์ พ่อเฒ่าธัมมะรักษา หลวงพ่อจุมพล หลวงสาครซึ่งเป็นหัวหน้าแต่ละกลุ่มสมัยนั้นได้เป็นผู้อุปถัมภ์หลวงพ่อบีเยว โดยได้ชักชวนลูกหลานชาวบ้านไปสร้างกุฏิและสิมกลางน้ำให้หลวงพ่อ ใช้เป็นที่พักพิงและทำกิจสังฆกรรม จึงเรียกว่า “วัดหนองสิม” ต่อมาชาวบ้านได้ช่วยกันขุดบ่อน้ำที่ “ฮอมหนองแดง” (ฮอม หมายถึง ทางน้ำไหลผ่าน เป็นทางยาวในฤดูฝน และบริเวณนั้นมีต้นไม้แดงขนาดใหญ่ขึ้นอยู่เป็นจำนวนมาก จึงเรียกว่า ฮอมหนองแดง) เพื่อใช้เป็นน้ำดื่มน้ำใช้ในฤดูแล้ง จึงได้ตั้งนามบ้านว่า “บ้านหนองแดง” วัดหนองสิม ตั้งอยู่ในที่ลุ่มน้ำท่วมขังตลอดฤดูฝน การไปมาลำบาก ชาวบ้านจึงพร้อมใจ กันมาตั้งวัดใหม่ในพื้นที่ตอนน้ำท่วมไม่ถึง เมื่อ พ.ศ. 2444 ซึ่งเป็นที่ตั้งของวัดในปัจจุบันนี้ โดยการนำของพระอาจารย์พิลา (สิฎฐาส) เป็นองค์แรก ชาวบ้านได้ย้ายที่อยู่ของตนตามท้องไร่ท้องนามาตั้งบ้านเรือนอยู่ใกล้ ๆ วัด มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ทุกคนต่างถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน ต่อมาชาวบ้านมีความเห็นว่า สมควรที่จะเปลี่ยนชื่อบ้านหนองแดง เป็น “บ้านหนองสิม” ตามชื่อของวัด มาจนตราบเท่าทุกวันนี้ ส่วนพื้นที่เดิมของวัดมีพื้นที่ 18 ไร่ กลายเป็นป่าหรือภูมิบ้าน อยู่ต่อมาชาวบ้านไม่อยู่เย็นเป็นสุข เพราะป่าหรือภูมิบ้าน จึงได้นิมนต์หลวงพ่อทองมา ถาวโร มาเป็นประธานยกเลิกเบิกถอนป่าหรือภูมิบ้าน เรียกชื่อใหม่ว่า “ดอนพระธรรม” รักษาไว้เป็นธรมีสงฆ์ ให้ชาวบ้านเช่าทำไร่ ปลูกปอ และทำนา ได้ค่าเช่าปีละ 1,000 – 2,000 พันบาท ถ้าปีใดฝนตกชุก เงินค่าเช่าเก็บเป็นกองทุนเพื่อบูรณะวัดเป็นประจำทุกปี วัดบ้านหนองสิมมีเจ้าอาวาสและพระภิกษุพัฒนาบูรณวัดตามลำดับดังนี้ พระอาจารย์พิลา (สิกบาล) เป็นองค์แรก พระอาจารย์สุบิน พระชาลี พระอาจารย์สุขุย พระพ่อท่านก พระอาจารย์แก้ว พระอาณ พระน้อย พระหัตถ์ พระบุ พระคำ พระอุปชฌาย์พร พระสมุห์พุทธา (คำว่าอาจารย์ หมายถึง อาจารย์สวด) หลวงพ่อจันทร์ จนทสโร พระปลัดอา ภรณ์ อินทปัญญา พระจำนงค์ กฤตธมโม พระสำเร็จ และหลวงปู่บุญ ปภัสสโร

ผู้ใหญ่บ้านมีลำดับดังนี้ ผู้ใหญ่อินทร์ ผู้ใหญ่ธัมมรักษา ผู้ใหญ่พิลา (สีภูบาล) ผู้ใหญ่เข้ม ผู้ใหญ่วันทา (สีสมุด) ผู้ใหญ่มาย (กมล) เป็นทั้งครูและผู้ใหญ่บ้าน ผู้ใหญ่บุญมา ผู้ใหญ่จันทร์ ผู้ใหญ่บุญตา ผู้ใหญ่ นนท์ และผู้ใหญ่ชุย สุทธิประภา เริ่มตั้งผู้ใหญ่บ้านประมาณปี พ.ศ. 2495 มีผู้ช่วย 4 คน คือ นายสิงห์ สุทธิประภา นายเคน สุริโยนายเหมื่อย ประชาชนนายชาย สุทธิประภา ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านช่วยทำงานในหมู่บ้านด้วยความเต็มใจ ไม่มีเงินเดือน ผู้ใหญ่ชุย ยุคที่สอง มีผู้ช่วยสามคนคือ นายบุญศรี ปทุมศาลา นายดำ สุทธิประภา นายปราโมทย์ วรามิตร ผู้ใหญ่ชุย ยุคที่สาม มีผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านสองคน คือ นายเคน สุริโย และนายปราโมทย์ วรามิตร ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านเริ่มมีเงินเดือน ในช่วงเวลาที่นายชุย สุทธิประภา เป็นผู้ใหญ่บ้านพร้อมผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ได้ชักชวนชาวบ้าน ขยายถนน ในหมู่บ้านทุกสาย ให้มีขนาดกว้าง 12 เมตร จึงทำให้แผนผังของหมู่บ้านสวยงามและสะดวก ในการใช้สอยมาตราบเท่า ทุกวันนี้ พ.ศ. 2516 บ้านหนองสิม มีหมู่บ้านเดียวเป็นหมู่บ้านขนาดใหญ่ นายปราโมทย์ วรามิตร จึงขอแยกเป็นสองหมู่บ้าน คือหมู่ที่ 17 ทางราชการได้แต่งตั้งให้นายปราโมทย์ วรามิตร เป็นผู้ใหญ่บ้าน นายชุย สุทธิประภาจึงได้แต่งตั้งนายพรม กอสุระเป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านแทนนายปราโมทย์วรามิตร พ.ศ. 2517 นายชุย สุทธิประภา ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 1 ครบเกษียณ นายเคน สุริโย ได้รับคัดเลือกให้เป็นผู้ใหญ่บ้านแทน พ.ศ. 2519 นายเคน สุริโย ถึงแก่กรรม นายพรม กอสุระ ได้รับคัดเลือกให้เป็นผู้ใหญ่บ้านแทนมี นายทองใบ สุทธิประภา และนายบุญมี สุทธิประภา เป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ในสมัยที่ นายปราโมทย์ วรามิตร เป็นผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 17 นายพม กอสุระ เป็นผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 1 และมี นายเหลือ กอสะ นายพรมมี สุทธิประภา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ชักชวนคณะกรรมการและชาวบ้าน ช่วยกันพัฒนาหมู่บ้าน วัด และโรงเรียนให้เจริญก้าวหน้าโดยตลอด เช่น ขุดลอกหนอง สาธารณะ 7 แห่ง พัฒนาถนนสายนาเมือง-ท่าม่วง ถนนสายหนองสิม -ดอนหาด ถนนสาย หนองสิม-หนองงู คลองส่งน้ำ ร่องน้ำทุ่งขามเปียและในปี พ.ศ. 2521 ได้ชักชวนชาวบ้านขุด ออกหนองสาธารณะ ค่าแรงทั้งหมด สมทบทุนก่อสร้างอาคารเรียนบ้านหนองสิม พ.ศ. 2530 ได้จัดเป็นที่อ่านหนังสือพิมพ์ประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2529 บ้านหนองสิม หมู่ที่ 1 ได้แบ่งการปกครองออกเป็น 2 หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ 10 นายจรณ สุทธิประภา ได้รับคัดเลือกให้เป็นผู้ใหญ่บ้าน มีนายสำนวน สุทธิประภา และนายสมาน ชาติโรสง เป็น ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน พ.ศ. 2535 นายพรม กอสุระ ครบเกษียณ นายทวีป สุทธิประภา ได้รับคัดเลือกเป็น ผู้ใหญ่บ้าน มีนายไสว สุระ และนายมานพ สุทธิประภา เป็นผู้ช่วย เริ่มใช้กฎหมายใหม่ผู้ใหญ่บ้านอยู่ ได้วาระละ 5 ปี พ.ศ. 2540 นายทวีป สุทธิประภา ผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 1 ครบวาระ นายคำภา รักสมบัติ ได้รับคัดเลือกให้เป็นผู้ใหญ่บ้าน มีนายประจันต์ ประชาชู และนายจำนอง สุทธิประภา เป็นผู้ช่วย ผู้ใหญ่บ้าน และเป็นปีที่เปลี่ยนแปลงการปกครองส่วนท้องถิ่นจากสภาตำบลมาเป็นองค์การบริหาร ส่วนตำบล (อบต.) คือ สภาตำบลเป็นนิติบุคคล มีสมาชิกหมู่บ้านละ 2 คน คือ หมู่ที่ 1 นางรำไพ วงศ์ โยธา และ นายบุญเยี่ยม สุทธิประภา หมู่ที่ 6 นายปราโมทย์ วรามิตร และนายประพันธ์ ทิวารี หมู่ที่ 10 นายเกียรติอนันต์ กิมภา และนายอำทรง พันชศรี (ถึงแก่กรรม) นายอุดม สุริโย ได้รับคัดเลือกแทน

สมาชิก อบต.ทั้งสามหมู่บ้านและผู้ใหญ่บ้านได้เสนอจัดตั้งศูนย์เด็กเล็ก โดยได้รับการอนุมัติจากกรมพัฒนาชุมชนให้เปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2540 โดยขอใช้ ศาลากลางบ้านเป็นสถานที่ตั้งศูนย์ วันที่ 5 พฤศจิกายน 2540 เป็นวันแรกที่รับเด็กเข้ามารับผิตชอบในศูนย์ ปัจจุบันมีเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ 2 คน คือ นางฉวีวรรณ งามฉวี และ นางสาวนัฐลดา บาสุวรรณ มีเด็กประจำศูนย์ประมาณ 35 คน คณะอบต.และผู้ใหญ่บ้านทั้ง 3 หมู่บ้านได้เสนอขอของบประมาณเทศบาลนครรัตนน ในหมู่บ้านหลายสาย ในปี พ.ศ. 2540 ได้สนับสนุนให้ขยาย ถนนสายบ้านหนองสิมถึงบ้านหนองสำราญ (หนองคัน) ออกเป็น 6 เมตร พ.ศ. 2542 ได้รับงบประมาณมิยาซาวาลงหินลูกรังตลอดสาย

บ้านหนองสิมตั้งอยู่ในอำเภอเสลภูมิ ห่างจากตัวอำเภอเสลภูมิ 16 กิโลเมตร และห่างจากอำเภอเมืองร้อยเอ็ด 48 กิโลเมตร ภายในชุมชนมีโรงผลิตน้ำดื่ม 1 แห่ง หมู่บ้านนี้ห่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าม่วง 3 กิโลเมตร ห่างจากโรงพยาบาลเสลภูมิ 18 กิโลเมตร และห่างจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 50 กิโลเมตร การคมนาคมในหมู่บ้าน มีถนนคอนกรีตที่เป็นสายหลักของหมู่บ้าน และมีถนนคอนกรีตเข้าแต่ละซอยทุกเส้นของถนนในหมู่บ้าน พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบ ดินเป็นดินร่วนปนทราย มีความอุดมสมบูรณ์ปานกลาง มีแหล่งน้ำที่สำคัญคือ แม่น้ำชี ซึ่งใช้ในการเกษตร ส่วนน้ำดื่มซื้อน้ำดื่มจากร้านค้าในหมู่บ้าน ลักษณะบ้านเรือน เป็นบ้านไม้โดยทั่วไปสภาพบ้านมักเป็น 2 ชั้น ครึ่งไม้ครึ่งปูน การตั้งบ้านเรือนไม่แออัด และอยู่ใกล้กันในแต่ละหลังคาเรือน ส่วนใหญ่มีรั้วกำหนดขอบเขตชัดเจน และแต่ละบ้านมีพื้นที่ว่าง ๆ รอบ ๆ บ้าน สำหรับเลี้ยงสัตว์และปลูกผักสวนครัว มีน้ำปะปาในหมู่บ้านศาลาประชาคมเป็นสถานที่ใช้ประชุม และแจ้งข่าวสาร ประชาสัมพันธ์ข้อมูลที่น่าสนใจ เป็นศูนย์รวมของคนในชุมชน

การคมนาคมของหมู่บ้านสะดวก มีทางเชื่อมไปสู่อำเภอเสลภูมิ มีทางเข้าออกหมู่บ้าน 4 เส้นทาง และยังเป็นทางผ่านไปหมู่บ้านในตำบลอื่น ๆ ด้วย หมู่บ้านจึงสามารถเดินทางได้ทั้งทางรถยนต์ส่วนบุคคล รถโดยสารประจำทาง ส่วนใหญ่ใช้รถยนต์ส่วนบุคคลในการการเดินทางเพื่อเข้าสู่อำเภอเสลภูมิและอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ในชุมชนประชาชนนิยมใช้จักรยานยนต์ และรถยนต์ไปมาหาสู่กัน

อาชีพในหมู่บ้าน ได้แก่ ทำนา ปลูกพืชไร่ ปลูกพืชสวน ค้าขาย รับราชการ และรับจ้างทั่วไป ครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้ของครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000-15,000 บาท เนื่องจากบ้านหนองสิม เป็นชุมชนชนบท มีเนื้อที่ในการทำเกษตรกรรม การเกษตรกร ทำนาปีละ 1-2 ครั้ง และยังมีมีการใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืช ยาฆ่าหญ้า และพบคนที่ทำเกษตรกรรมมักจะพบปัญหาจากการใช้สารเคมี เช่น แพ้ยาฆ่าแมลง เช่น ผื่นคัน และพบว่าประชาชนในชุมชนที่เป็นผู้ประกอบอาหารส่วนมากจะปรุงแต่งอาหารโดยใช้สารปรุงรส พฤติกรรมการรับประทานอาหารเปลี่ยนไป ชอบรับประทานประเภทผัดทอด หวานมัน เค็ม ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้คนในชุมชนมีปัจจัยเสี่ยงจากการเกิดโรคเรื้อรังคือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ในชุมชนมีวัดที่ชื่อวัดหนองสิม เป็นที่รวมของคนในชุมชน ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทางศาสนา ประชาชนนิยมไปทำบุญ การไปปฏิบัติธรรมของกลุ่มผู้สูงอายุในช่วงเข้าพรรษา ฟังเทศน์ ซึ่งวัดตั้งอยู่ในหมู่บ้าน ตอนเข้าพระภิกษุและสามเณรจะออกบิณฑบาตในหมู่บ้าน ซึ่งในวันสำคัญ เช่น วันเข้าพรรษา วันออกพรรษา ก็จะมีการทำอาหารเพิ่มที่วัด ส่วนมากกลุ่มที่เข้าวัดเป็นวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

บ้านหนองสิมมีโรงเรียนประถมศึกษา 1 แห่ง เปิดสอนตั้งแต่อนุบาลถึงประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 เด็กวัยเรียนส่วนใหญ่เป็นลูกหลานของชาวบ้าน โรงเรียนตั้งอยู่ที่ทิศตะวันออกของหมู่บ้าน และอยู่ใกล้วัด เวลาถึงวันสำคัญทางศาสนา เช่น เข้าพรรษา โรงเรียนจะพานักเรียนไปทำบุญ เช่น ถวายเทียนพรรษา ฟังเทศน์ในโอกาสต่าง ๆ โดยทุกวันเด็กนักเรียนจะเดินทางไปโรงเรียนด้วยการเดิน ซึ่งจักรยานจักรยานยนต์ บางคนผู้ปกครองขับรถรับส่ง

ลักษณะการปกครองของหมู่บ้าน มีความสามัคคีกัน ปกครองระบอบประชาธิปไตย โดยมีผู้นำหมู่บ้านที่ได้มาจากการเลือกตั้ง เมื่อมีการพัฒนาหมู่บ้านจะใช้หลักการทำงานร่วมกันพัฒนาพร้อมกัน โดยจะมีกลุ่ม อสม. เข้ามาช่วยทุกกิจกรรม ซึ่งการช่วยเหลือซึ่งกันและกันจะทำให้เกิดความสามัคคี ประชาชนในชุมชนมีความเคารพ ศรัทธาและเชื่อถือผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้านแต่ละคนมีความสามารถและเสียสละเพื่อชุมชน เน้นการพัฒนาและช่วยเหลือเมื่อประชาชนเดือดร้อน ผู้นำมีความจริงใจ มีการปกครองที่มีธรรมาภิบาล ไม่แสวงหาผลประโยชน์ และไม่เอาเปรียบประชาชน นอกจากนี้ผู้ใหญ่บ้านยังเป็นผู้ที่สามารถพูดและให้ข้อมูลข่าวสารแก่คนในชุมชนทั้งผ่านหอกระจายข่าวและกรรมการหมู่บ้านบ่อย ๆ จนชาวบ้านเห็นและเข้าใจ คนในชุมชนก็เป็นผู้ที่เห็นแก่ประโยชน์ของชุมชน ร่วมแรงร่วมใจในการพัฒนาชุมชน และให้ความร่วมมือกับผู้นำเป็นอย่างดี นอกจากนี้ในชุมชนยังมีทุนทางสังคมที่เข้มแข็ง มีองค์ความรู้และแหล่งเรียนรู้ในชุมชนที่ดี ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนบ้านหนองสิม มีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ ส่วนมากเป็นคนที่อยู่ชุมชน มีความผูกพัน รักใคร่กันดี สิ่งที่มองเห็นได้ชัดของหมู่บ้านคือ เวลาเจ็บป่วยจะมีญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านไปเยี่ยมและเฝ้าให้กำลังใจ และอยู่เป็นเพื่อน หรือเมื่อเสียชีวิตชาวบ้านก็จะแบ่งหน้าที่กันว่าแต่ละคนจะช่วยอะไรบ้าง เช่น นิมนต์พระ ทำกับข้าว ล้างจาน เสิร์ฟอาหาร จัดโต๊ะเก้าอี้ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความร่วมมือในด้านกิจกรรมกองทุนต่าง ๆ ทั้งที่เป็นของชุมชนและหน่วยงานของรัฐ สนับสนุน เช่น กองทุนเงินล้าน กองทุนฌาปนกิจหมู่บ้าน กองทุนสวัสดิการชุมชน กลุ่มแม่บ้าน

ทุนทางสังคมในชุมชนคือ กลุ่มคนที่มีบทบาทในชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน ซึ่งมีความเข้มแข็งในการดำเนินงานต่าง ๆ ในชุมชน เช่น กองทุน การประสานงานของรัฐ เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณ และขอความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีกลุ่ม อสม. พระภิกษุ กลุ่มแม่บ้าน บุคคลต้นแบบที่เสียสละในการทำงานเพื่อชุมชน ให้ความสนใจ และเข้าใจปัญหาของชุมชน เป็นผู้นำด้านความคิดและเป็นศูนย์รวมจิตใจของชาวบ้าน และเป็นศูนย์รวมจิตใจ

ของชาวบ้าน มีความรู้ความสามารถในการประสานงานและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในชุมชน และเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการทำงานกองทุน และประสานงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาพัฒนาหมู่บ้านและนำโครงการต่าง ๆ มาพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มที่มีความสำคัญ มากอีกกลุ่มหนึ่งคือ อสม. ซึ่งมีจำนวน 20 คน เป็นผู้นำด้านการดูแลสุขภาพที่มีความเข้มแข็งและเสียสละมีส่วนร่วมในการดูแล ป้องกัน และส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการบริการพื้นฐาน มีสุขภาพที่ดี และทำให้สะดวกในการมารับบริการ ส่วนผู้อาวุโส ในชุมชนชาวบ้านให้ความเคารพนับถือ เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับประเพณีวัฒนธรรม อบรมบุตรหลานให้ปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม

ในชุมชนมีหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน 3 แห่ง ที่บริเวณกลางหมู่บ้าน เป็นที่แจ้งข่าวสารในชุมชน โดยมีผู้ใหญ่บ้านหรือ อสม. เป็นผู้ดำเนินการแจ้งข่าวสารต่าง ๆ ด้วยตนเอง เช่น ข่าวสารการดำเนินงานด้านสุขภาพ ข่าวสารการประกาศของความร่วมมือและพัฒนาต่าง ๆ ข่าวสารที่สำคัญอื่น ๆ การแจ้งข่าวของกลุ่มกองทุน การแจ้งข่าวสารที่สำคัญจะใช้การประกาศผ่านทางหอกระจายข่าวเป็นหลัก ซึ่งมักจะแจ้งช่วงหัวค่ำหลังจากที่ชาวบ้านกลับมาจากทำงานและช่วงเช้าก่อนที่จะออกไปทำงาน ส่วนการประชุมเพื่อชี้แจงหรือการระดมความคิดเห็นเพื่อการตัดสินใจชาวบ้านจะเข้าร่วมประชุมและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แต่ถ้าเป็นการขอความร่วมมือในการพัฒนาและทำกิจกรรมของชุมชนจะมีประชาชนมาร่วมจำนวนมากโดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ประชาชนนิยมดูโทรทัศน์ซึ่งมีประจำเกือบทุกครัวเรือน นิยมดูข่าว ละครและบันเทิงอื่น ๆ ส่วนผู้สูงอายุฟังวิทยุด้วยส่วนหนึ่ง ประชาชนสาวนใหญ่ใช้มือถือในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น นอกจากนี้ในหมู่บ้านมีตู้ไปรษณีย์ประจำหมู่บ้านด้วย

4.1.13 สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อหาปัญหาและสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การศึกษาขั้นตอนนี้เป็นการขบวนการประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วมทั้ง 3 หมู่บ้าน โดยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 และการสำรวจข้อมูลพื้นฐานทั้งในส่วนของบริบทชุมชนและครอบครัว รวมทั้งนำข้อมูลสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน มาวิเคราะห์แล้วนำเสนอต่อกลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมทั้งหมด

4.1.13.1 การประชุมระดมความคิดเห็นจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันทราบสถานการณ์ ปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ร่วมกับอภิปรายเพิ่มเติม โดยผู้วิจัยมีหน้าที่กระตุ้นให้ทุกคนแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยดำเนินการทั้ง 3 หมู่บ้าน โดยการดำเนินการบ้านละ 2 วัน บ้านหนองสิม หมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 5 ดำเนินการในวันที่ 18 พฤษภาคม 2563 มีผู้เข้าร่วม 25 คน ประกอบไปด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 2 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 1 คน อสม. 5 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 5 คน และ

ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า 10 คน สำหรับบ้านหนองสิม หมู่ที่ 10 ดำเนินการในวันที่ 19 พฤษภาคม 2563 มีผู้เข้าร่วม 25 คน ประกอบไปด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 2 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 1 คน อสม. 10 คน ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 5 คน และผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า 5 คน ซึ่งเมื่อดำเนินการแล้วเสร็จผู้วิจัยได้นัดวันสำหรับการจัดประชุมระดมความคิดเห็นครั้งที่ 2 ว่างหน้าทั้ง 3 หมู่บ้าน โดยพบว่าทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกขั้นตอน บรรยากาศการประชุมเต็มไปด้วยความเป็นกันเอง สมาชิกในชุมชนให้ความสนใจ และกระตือรือร้นในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเป็นอย่างดี

4.1.13.2 การสนทนากลุ่ม ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ภาวะซึมเศร้า และผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยดำเนินการหมู่บ้านละ 1 วัน บ้านหนองสิมหมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 5 ดำเนินการวันที่ 28 พฤษภาคม 2563 มีผู้เข้าร่วม 10 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 5 คน และผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า 5 คน สำหรับบ้านหนองสิม หมู่ที่ 10 ดำเนินการในวันที่ 29 พฤษภาคม 2563 มีผู้เข้าร่วม 10 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 5 คน และผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า 5 คน โดยผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมในบางประเด็นที่กลุ่มขาดข้อมูลหรือขอคำแนะนำ นอกจากนี้ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศในการสนทนาที่ดี เพื่อไม่ให้นำไปสู่การโต้เถียงและความแตกแยก รวมทั้งไม่ให้เห็นนอกระเด็น หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ถอดข้อความจากเทปเสียง ทบทวนข้อความที่ได้ รวมทั้งจดบันทึกสภาพแวดล้อมที่สังเกตได้ระหว่างการสนทนากลุ่ม เพื่อเป็นการสะท้อนความคิดและตั้งข้อสังเกตหรือสมมติฐานที่ได้มา และใช้เป็นแนวทางในการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และครบถ้วนสมบูรณ์มากที่สุด โดยแนวทางในการสนทนากลุ่มสำหรับกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ผลกระทบ การป้องกันภาวะซึมเศร้า และแนวทางการแก้ไขภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ผ่านมา

4.1.13.3 การสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกต ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และไม่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้ดำเนินการทั้ง 3 หมู่บ้าน ในวันที่ 28 พฤษภาคม 2563 และวันที่ 29 พฤษภาคม 2563 โดยทั้ง 3 หมู่บ้าน ได้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 5 คน และผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า 5 คน โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในประเด็นสาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อาการแสดงและอาการแสดง ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า แนวทางการแก้ไขและป้องกันภาวะซึมเศร้า และอื่น ๆ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ในการประเมินชุมชน พบว่าสถานการณ์สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจากการอยู่คนเดียว คู่สมรสเสียชีวิต การมีโรคประจำตัว รายได้ไม่เพียงพอ สถานการณ์ต่าง ๆ

“มีหนี้สินหลาย เลยเฮ็ดให้เกิดซึมเศร้า”

(ผู้สูงอายุ 01: สนทนากลุ่ม)

“ลูกเฮตงานอยู่กรุงเทพฯ เอาหลานมาให้เลี้ยง แล้วบ่ส่งเงินมาให้”

(ผู้สูงอายุ 02: สนทนากลุ่ม)

“ลูกเฮตงานอยู่กรุงเทพฯ ลูกอยู่ไกล น้อยใจลูก คิดวุ่นวาย”

(ผู้สูงอายุ 03: สนทนากลุ่ม)

“มีหนี้สินหลาย คิดนำลูกนำหลาน”

(ผู้สูงอายุ 04: สนทนากลุ่ม)

“ฟังข่าวหลาย ทั้งข่าวการเมือง ข่าวโควิด เฮตให้เครียด วิตกกังวล”

(ผู้สูงอายุ 06: สนทนากลุ่ม)

“สุขภาพบ่ดี เฮตให้ไปไสมาไสบ่ได้”

(ผู้สูงอายุ 07: สนทนากลุ่ม; ผู้สูงอายุ 03: สัมภาษณ์)

“ปวดเข่า ปวดขา ไปไสมาไสลำบาก เฮตให้น้อยใจและเกิภาวะซึมเศร้า”

(ผู้สูงอายุ 08: สนทนากลุ่ม; ผู้สูงอายุ 03: สัมภาษณ์)

“บ่มีงานทำ ทำให้บ่มีรายได้ คิดหลาย”

(ผู้สูงอายุ 08: สนทนากลุ่ม)

“สถานการณ์โควิด ต่างกันต่างอยู่ บ่ไปหากัน ย่านโควิกระบาด”

(ผู้สูงอายุ 09: สนทนากลุ่ม)

“พิการ เป็นภาระกะหลาน น้อยใจในโชคชะตา”

(ผู้สูงอายุ 02: สัมภาษณ์)

“ตาบตี บ่เห็นหู้ น้อยใจ”

(ผู้สูงอายุ 03: สัมภาษณ์)

“ตาที่เคยอยู่นำกันเสียชีวิต เสียใจ อยู่คนเดียวเหงา เศร้า”

(ผู้สูงอายุ 07: สัมภาษณ์)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ในการประเมินชุมชน พบว่าอาการและอาการแสดงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุคือ น้อยใจ คิดมาก ผิดหวัง ไม่ได้ตั้งใจ ไม่พูด เสียใจ ร้องไห้คนเดียว น้ำตาตกใน นอนไม่หลับ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ได้ ดังที่ผู้สูงอายุได้สะท้อนถึงอาการและอาการแสดงของการเกิดภาวะซึมเศร้าว่า

“คิดหลาย” (ผู้สูงอายุ 02: สัมภาษณ์)

“เฮตหยั่งบ่ได้ตามเป้า บ่ได้ตั้งใจ” (ผู้สูงอายุ 03; ผู้สูงอายุ 04: สัมภาษณ์)

“ผิดหวังซ้ำซาก เฮตใจบ่ได้” (ผู้สูงอายุ 08: สัมภาษณ์)

“บ่ปาก บ่เว้ากับผู้ใด เก็บเก็บ กอดตัน” (ผู้สูงอายุ 10: สัมภาษณ์)

“อูกอ้ง น้ำตาตกใน บ่เว้ากับไผ่” (ผู้สูงอายุ 05: สัมภาษณ์)

“เสียใจ ร้องไห้คนเดียว” (ผู้สูงอายุ 04: สัมภาษณ์)

“เวลาคิดหลาย น้ำตาไหลอยู่ตลอดเวลา” (ผู้สูงอายุ 06: สัมภาษณ์)

“คิดหลาย” (ผู้สูงอายุ 02: สัมภาษณ์)

“นอนบ่หลับ” (ผู้สูงอายุ 10: สัมภาษณ์)

“เดินตลอด เฮตงานบ่ได้และบ่เฮ็ดอียัง” (ผู้สูงอายุ 08: สัมภาษณ์)

สำหรับประเด็นการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและผลกระทบจากการภาวะซึมเศร้าจากการร่วมกันประเมินปัญหาภาวะซึมเศร้าในชุมชน โดยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ จนมองเห็นภาพรวมของปัญหาและผลกระทบของภาวะซึมเศร้าในหลาย ๆ ด้าน ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคมโดยรวม พอสรุปจากการสะท้อนคิดของผู้สูงอายุได้ดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว กินจุ กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ทำงานมากผิดปกติ

“นอนบ่หลับ” (ผู้สูงอายุ 05: สัมภาษณ์)

“หัวใจเต้นแรงแง และเต้นเร็ว” (ผู้สูงอายุ 01: สัมภาษณ์)

“กินหลาย” (ผู้สูงอายุ 04: สัมภาษณ์)

“กินข้าวบ่แซบ กินบ่ได้” (ผู้สูงอายุ 06: สัมภาษณ์)

“เฮตงานหลายผิดปกติ” (ผู้สูงอายุ 04: สัมภาษณ์)

ผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ เสียใจ น้อยใจ ร้องไห้ เกรียด วิดกกังวล กอดตัน เก็บกด

“น้อยใจ คิดหลาย เกรียด น้ำตาไหล เสียใจ” (อสม. 01; สัมภาษณ์)

“อูกอ้ง น้ำตาตกใน บ่เว้ากับไผ่” (ผู้สูงอายุ 05: สัมภาษณ์)

“เสียใจ ร้องไห้อย่างเดียว” (ผู้สูงอายุ 04: สัมภาษณ์)

“รู้สึกเก็บกด กัดฟัน” (ผู้สูงอายุ 04: สัมภาษณ์)

ผลกระทบต่อครอบครัว ได้แก่ คนในครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ลูกหลานเป็นห่วง และช่วยกันหาแนวทางแก้ไข

“ลูกหลานเป็นห่วง” (ผู้สูงอายุ 05: สัมภาษณ์)

“ลูกหลานกังวลใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าของผู้เฒ่าที่เป็น” (ผู้สูงอายุ 03: สัมภาษณ์)

“ลูกหลานคิดหาวิธีและแนวทางการช่วยเหลือผู้เฒ่าที่มีอาการซึมเศร้า” (ผู้สูงอายุ 01: สัมภาษณ์)

ผลกระทบต่อทางสังคม ได้แก่ แยกตัวอยู่คนเดียวไม่พูดกับคนอื่น ไม่ร่วมกิจกรรมทางสังคม

“บ่เว้ากับใผ่ ย่านคนอื่นอู้” (ผู้สูงอายุ 07: สัมภาษณ์)

“อยู่คนเดียว บ่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม” (ผู้สูงอายุ 01: สัมภาษณ์)

ผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน ทำงานไม่ได้ ขาดรายได้

“บ่อยากเฮตงาน เฮตงานได้บ่เต็มที” (ผู้สูงอายุ 08: สัมภาษณ์)

“ขาดความกระตือรือร้นในการเฮตงาน” (ผู้สูงอายุ 04: สัมภาษณ์)

“เฮตงานบ่ได้” (ผู้สูงอายุ 10: สัมภาษณ์)

“ลูกหลานบ่ให้เฮตงาน ขาดรายได้” (ผู้สูงอายุ 01: สัมภาษณ์)

การระดมทุนทางสังคม สมาชิกผู้เข้าร่วมประชุมเห็นว่า สมาชิกในที่ประชุมทุกคนจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อให้สมาชิกในชุมชนเกิดความตระหนักในการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่อาจจะเกิดขึ้นกับคนรอบข้างและคนในชุมชน เกิดพลังมวลชนในการป้องกันภาวะซึมเศร้า การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมประชุมมีความเห็นว่าควรมีการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อระดมทุนและร่วมดำเนินกิจกรรมเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายร่วมกัน ดังที่ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม ได้แสดงทรรศนะในการดำเนินโครงการ ดังที่ว่า

“โครงการนี้เป็นโครงการที่ดีทำให้ผู้สูงอายุอยู่แนวทางในการเฮตจังได้ผู้สูงอายุในชุมชนถึงจะมีความสุข บ่ซึมบ่เศร้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพคงมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม”

(อสม : ประชุมกลุ่ม)

“ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับเห็ดจังไตชีวิตถึงจะสดชื่น ปซัมเศร้า อยากให้
ผู้สูงอายุในชุมชนทุกคนมีความสุข”

(ผู้สูงอายุ: ประชุมกลุ่ม)

“การจัดกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เทศบาลเฟิ่นพร้อมสนับสนุน”

(ผู้ใหญ่บ้าน: ประชุมกลุ่ม)

“การจัดกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า จะเห็ดให้คนในชุมชนชอยกันชอมว่า
ผู้ได้มีอาการซึมเศร้า จะได้ชวยได้ทัน”

(ผสม: ประชุมกลุ่ม)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสังเกตในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะ
ซึมเศร้า ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 5 คน เพศชาย 1 คน เพศหญิง 4 คน และ
ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า 5 คน เพศชาย 1 คน เพศหญิง 4 คน ในวันที่ 28 พฤษภาคม 2563 และ
วันที่ 29 พฤษภาคม 2563 โดยสรุปทั้ง 3 หมู่บ้านสาเหตุที่ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเนื่องจาก สุขภาพ
ไม่ดี ตามองเห็นไม่ชัด ปวดเข่า มีร่างกายที่พิการ ลูกหลานทำงานที่กรุงเทพฯ น้อยใจลูกหลาน รายได้
ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน สำหรับข้อเสนอแนะในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สรุปได้ดังคำกล่าว
ของผู้ให้ข้อมูลหลัก

“อยากให้จัดเทศบาลเพิ่มเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเป็น 1,000 บาท/เดือน”

(ผู้สูงอายุ 03: การสัมภาษณ์)

“อยากให้จัดกิจกรรมเห็ดจังไตชีวิตถึงจะสดชื่น ปซัมเศร้า”

(ผู้สูงอายุ 01: การสัมภาษณ์)

“อยากให้จัดอบรมและเชิญผู้เชี่ยวชาญมาว่าเกี่ยวกับการเห็ดโตจังไตถึงจะมีความสุข
ในหัวใจ” (ผู้สูงอายุ 05: การสัมภาษณ์)

“อยากให้เชิญพระมาเทศน์ให้ฟัง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง”

(ผู้สูงอายุ 04: การสัมภาษณ์)

“อยากให้จัดกิจกรรมที่ม่วน ๆ” (ผู้สูงอายุ 08: ประชุมกลุ่ม)

“อยากให้จัดกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

” (ผู้สูงอายุ 02: ประชุมกลุ่ม)

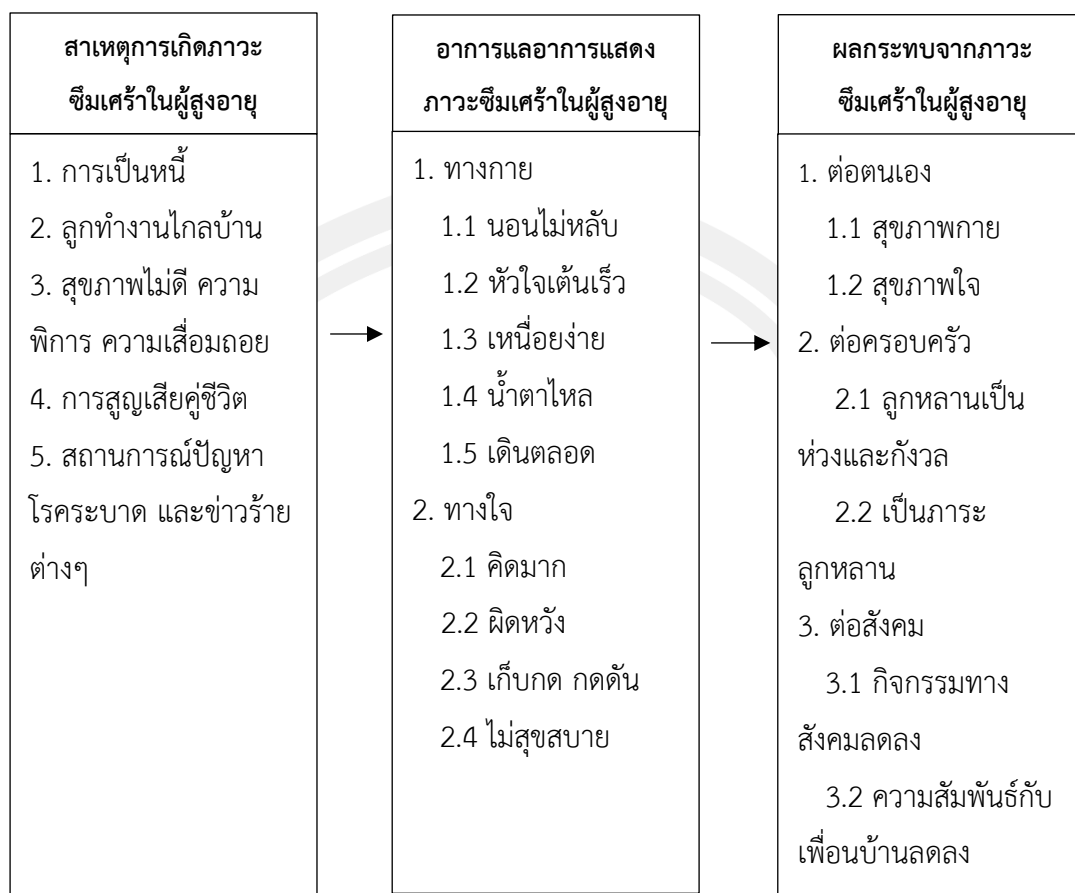
“อยากให้จัดกิจกรรมร้องเพลง การรำวง” (ผู้สูงอายุ 05: การสัมภาษณ์)

“อยากให้จัดกิจกรรมเกี่ยวกับการอบสมุนไพร การใช้สมุนไพรให้ผ่อนคลาย บ่
เครียด” (ผู้สูงอายุ 05: การสัมภาษณ์)

“อยากให้จัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ เป็น
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เป็นการส่งเสริมความภาคภูมิใจให้กันและกัน เอ็ดให้มีความสุข บ่
เครียด” (ผู้สูงอายุ 05: การสัมภาษณ์)

จากการศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อหาปัญหา
และสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปได้ตั้ง
ภาพประกอบที่ 8





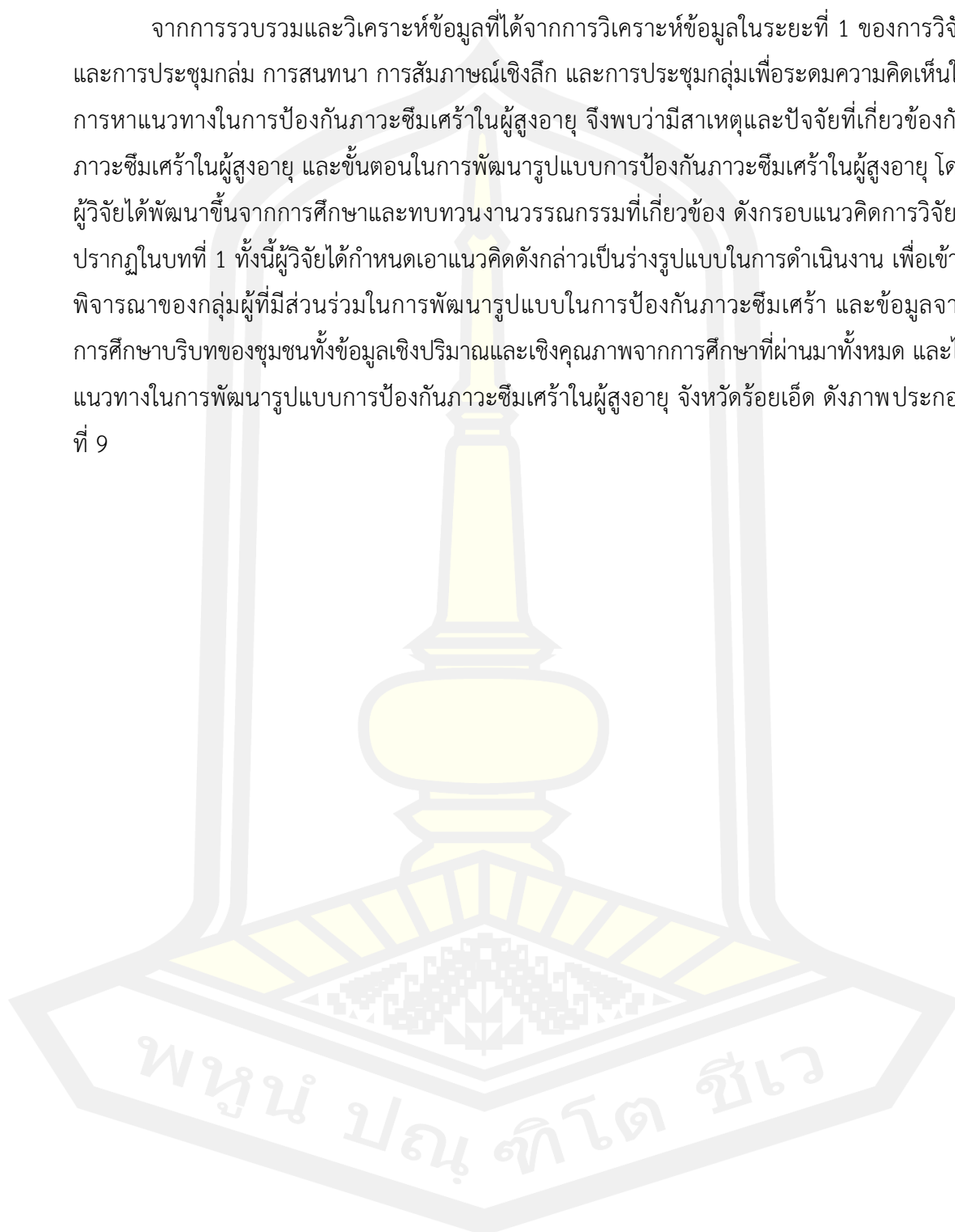
รูปแบบที่คาดหวังรูปแบบการแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

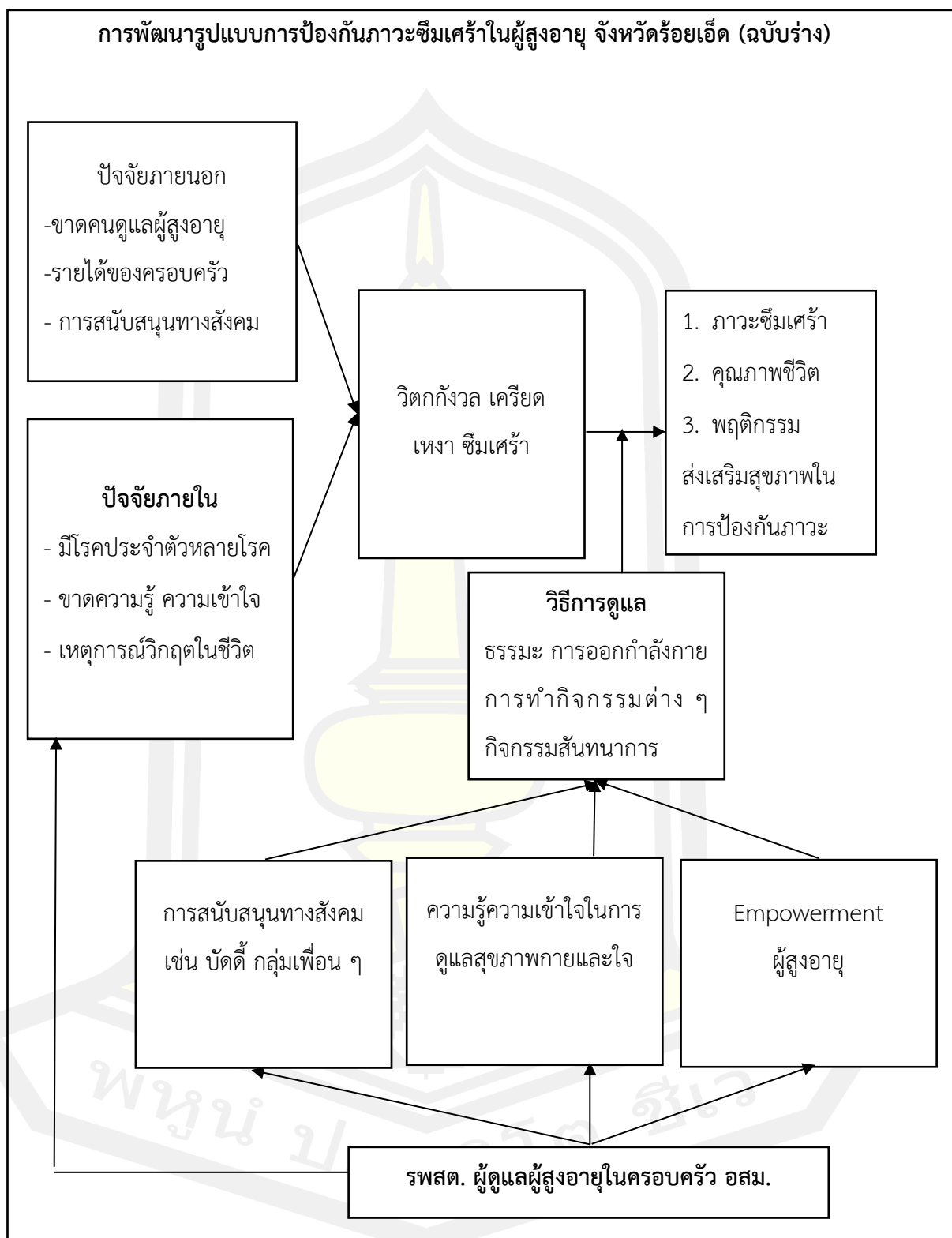
1. มิติด้านสังคม: นโยบายเบี้ยยังชีพ/ สวัสดิการของรัฐ/ การรักษา
2. มิติด้านการป้องกัน : การจัดกิจกรรมสัมพันธ์ในชุมชน/ ความรู้/ การปฏิบัติ/ การกำกับ
ติดตาม
3. มิติด้านจิตวิญญาณ : ศาสนา ความเชื่อ และวัฒนธรรม

ภาพประกอบที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง สาเหตุ อาการและอาการแสดง ผลกระทบ
และรูปแบบการแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

4.1.14 รูปแบบการป้องกันภาวะภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่เหมาะสม (ฉบับร่าง)

จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 ของการวิจัย และการประชุมกลุ่ม การสนทนา การสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมกลุ่มเพื่อระดมความคิดเห็นในการหาแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จึงพบว่ามีสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และขั้นตอนในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษาและทบทวนงานวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังกรอบแนวคิดการวิจัยที่ปรากฏในบทที่ 1 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเอาแนวคิดดังกล่าวเป็นร่างรูปแบบในการดำเนินงาน เพื่อเข้าสู่พิจารณาของกลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบในการป้องกันภาวะซึมเศร้า และข้อมูลจากการศึกษาบริบทของชุมชนทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากการศึกษาที่ผ่านมาทั้งหมด และได้แนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ดังภาพประกอบที่ 9





ภาพประกอบที่ 9 การพัฒนาแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

สัปดาห์ ที่	กิจกรรม	ประเด็นสำคัญ
1	<p>การจัดโครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ</p> <p>- กิจกรรมสันตนาการ</p> <p>- การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุ</p> <p>- เรื่องเล่าจากผู้สูงอายุ</p> <p>แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันและกัน</p>	<p>เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา ทำให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และ อสม. สามารถประเมินภาวะซึมเศร้าและส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว</p> <p>- สันตนาการ ได้แก่ การฟังเพลง การร้องหมอรำ และการฟ้อนรำ ผู้สูงอายุผ่อนคลาย สดชื่น ความวิตกกังวลลดลง</p> <p>- การเล่าเรื่องที่ประทับใจ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง</p>
2	<p>การจัดโครงการการอบรมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ</p> <p>- อาหาร</p> <p>- การออกกำลังกาย เช่น โยคะ</p> <p>- การจัดตารางการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน</p> <p>- การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุ</p> <p>- กิจกรรมสันตนาการ</p>	<p>- อาหารประเภทที่มีวิตามินดี และโอเมกา-3 สามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าได้</p> <p>- โยคะช่วยเรื่องระบบการไหลเวียนโลหิต ลดความล้าและความเครียด</p> <p>- การทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง และทำกิจกรรมที่ชื่นชอบจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และป้องกันภาวะซึมเศร้า</p> <p>- การเล่าเรื่องที่ประทับใจ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง</p> <p>- สันตนาการ ได้แก่ การฟังเพลง การร้องหมอรำ และการฟ้อนรำ ผู้สูงอายุผ่อนคลาย สดชื่น ความวิตกกังวลลดลง</p>

สัปดาห์ ที่	กิจกรรม	ประเด็นสำคัญ
3	<p>การจัดโครงการ ฝึกการใช้ธรรมะใน การดำรงชีวิต</p> <ul style="list-style-type: none"> -การจัดการความเครียดและการ เข้าใจตนเอง -สติการรับรู้ลมหายใจตนเอง -สติปล่อยวางการรับความคิด อารมณ์ และความรู้สึก -สติรู้ตัวระตุกความคิดด้านลบได้ เร็ว -สติการสื่อสาร สติมีเมตตาให้อภัย และรักตนเอง - การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ ผู้สูงอายุ -เรื่องเล่าจากผู้สูงอายุ แลกเปลี่ยน เรียนรู้กันและกัน - กิจกรรมสนทนาการ 	<ul style="list-style-type: none"> -ความเครียดจัดการได้โดยฝึกสมาธิ ลด ความเครียดและเข้าใจตนเอง ตระหนักเห็นคุณค่า ในตนเอง และเข้าใจผู้อื่น -ฝึกการหายใจเข้านับ 12 3 4 กลับไว้ 1-7 หายใจออกนับ 1-8 ฝึกประจำช่วยลด ความเครียดได้ -มีสติรับรู้ความคิดและปล่อยวางความรู้สึกที่ รุนแรง ฝึกรับรู้ความรู้สึกทั่วร่างกายสำรวจร่างกาย -อยู่กับปัจจุบัน โดยรู้ตัวเร็วรู้ทันทีเมื่อมีความคิด ความเครียด อารมณ์เศร้า จนสามารถวาง ความคิดลบและความเครียดได้ -การสื่อสารอย่างมีสติทั้งคำพูด ภาษาท่าทางช่วย ให้ชีวิตดีขึ้น การมีเมตตาและให้อภัยเป็นการ ปล่อยวาง เมื่อทำแล้วมีความสุข รักตัวเองและให้ กำลังใจตนเองเป็นความคิดบวก ช่วยสร้างคุณค่า ในตนเองได้ดี -การเล่าเรื่องที่ประทับใจ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง -ผู้สูงอายุผ่อนคลาย ไม่เครียด มีความสุข มีเพื่อน สนุกสนาน

สัปดาห์ ที่	กิจกรรม	ประเด็นสำคัญ
4	<ul style="list-style-type: none"> - การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ ผู้สูงอายุ - เรื่องเล่าจาก ผู้ สูง อายุ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันและกัน - กิจกรรมสนทนาการ 	<ul style="list-style-type: none"> -การเล่าเรื่องที่ประทับใจ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง -ผู้สูงอายุผ่อนคลาย ไม่เครียด มีความสุข มีเพื่อน สนุกสนาน
5	<ul style="list-style-type: none"> -โยคะ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 30- 45นาที - ธรรมะ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20-25 นาที (ก่อนนอน/ตื่นตอนเช้า) -เพื่อนเยี่ยมเพื่อน (Buddy) สัปดาห์ ละ 2 ครั้ง -อสม.เยี่ยมผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> -โยคะช่วยเรื่องระบบการไหลเวียนโลหิต ลด ความล้าและความเครียด - ความเครียดจัดการได้โดยฝึกสมาธิ ลด ความเครียดและเข้าใจตนเอง ตระหนักเห็นคุณค่า ในตนเอง และเข้าใจผู้อื่น -แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถามไถ่สารทุกข์สุขดิบ ให้ กำลังใจกันและกัน ทำให้มีความสุข รู้สึกไม่เหงา -ให้กำลังใจ ติดตามและประเมินภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ
6	<ul style="list-style-type: none"> -โยคะ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 30- 45นาที - ธรรมะ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20-25 นาที (ก่อนนอน/ตื่นตอนเช้า) -เพื่อนเยี่ยมเพื่อน (Buddy) สัปดาห์ ละ 2 ครั้ง -อสม.เยี่ยมผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> -โยคะช่วยเรื่องระบบการไหลเวียนโลหิต ลด ความล้าและความเครียด - ความเครียดจัดการได้โดยฝึกสมาธิ ลด ความเครียดและเข้าใจตนเอง ตระหนักเห็นคุณค่า ในตนเอง และเข้าใจผู้อื่น -แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถามไถ่สารทุกข์สุขดิบ ให้ กำลังใจกันและกัน ทำให้มีความสุข รู้สึกไม่เหงา -ให้กำลังใจ ติดตามและประเมินภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ

สัปดาห์ ที่	กิจกรรม	ประเด็นสำคัญ
7	<p>-โยคะ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 30-45 นาที</p> <p>- ธรรมะ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20-25 นาที (ก่อนนอน/ตื่นตอนเช้า)</p> <p>-เพื่อนเยี่ยมเพื่อน (Buddy) สัปดาห์ละ 2 ครั้ง</p> <p>-อสม.เยี่ยมผู้สูงอายุ</p>	<p>-โยคะช่วยเรื่องระบบการไหลเวียนโลหิต ลดความล้าและความเครียด</p> <p>- ความเครียดจัดการได้โดยฝึกสมาธิ ลดความเครียดและเข้าใจตนเอง ตระหนักเห็นคุณค่าในตนเอง และเข้าใจผู้อื่น</p> <p>-แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถามไถ่สารทุกข์สุกดิบ ให้กำลังใจกันและกัน ทำให้มีความสุข รู้สึกไม่เหงา</p> <p>-ให้กำลังใจ ติดตามและประเมินภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ</p>
8	<p>-โยคะ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 30-45 นาที</p> <p>- ธรรมะ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20-25 นาที (ก่อนนอน/ตื่นตอนเช้า)</p> <p>-เพื่อนเยี่ยมเพื่อน (Buddy) สัปดาห์ละ 2 ครั้ง</p> <p>-อสม.เยี่ยมผู้สูงอายุ</p> <p>-พยาบาลติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ</p> <p>- การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุ</p>	<p>-โยคะช่วยเรื่องระบบการไหลเวียนโลหิต ลดความล้าและความเครียด</p> <p>- ความเครียดจัดการได้โดยฝึกสมาธิ ลดความเครียดและเข้าใจตนเอง ตระหนักเห็นคุณค่าในตนเอง และเข้าใจผู้อื่น</p> <p>-เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถามไถ่สารทุกข์สุกดิบ ให้กำลังใจกันและกัน ทำให้มีความสุข รู้สึกไม่เหงา</p> <p>-ให้กำลังใจ ติดตามและประเมินภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ</p> <p>-ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับการสนับสนุนทั้งข้อมูลข่าวสาร การดูแลตนเอง อุปกรณ์สนับสนุนต่าง ๆ จากทีมสุขภาพ</p> <p>-การเล่าเรื่องที่ประทับใจ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง</p>

สัปดาห์ ที่	กิจกรรม	ประเด็นสำคัญ
	<p>-เรื่องเล่าจากผู้สูงอายุ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันและกัน</p> <p>- กิจกรรมสันตนาการ</p>	<p>-ผู้สูงอายุผ่อนคลาย ไม่เครียด มีความสุข มีเพื่อน สนุกสนาน</p>
9	<p>-โยคะ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 30- 45นาที</p> <p>- ธรรมะ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20-25 นาที (ก่อนนอน/ตื่นตอนเช้า)</p> <p>-เพื่อนเยี่ยมเพื่อน (Buddy) สัปดาห์ ละ 2 ครั้ง</p> <p>-อสม.เยี่ยมผู้สูงอายุ</p>	<p>-โยคะช่วยเรื่องระบบการไหลเวียนโลหิต ลด ความล้าและความเครียด</p> <p>- ความเครียดจัดการได้โดยฝึกสมาธิ ลด ความเครียดและเข้าใจตนเอง ตระหนักเห็นคุณค่า ในตนเอง และเข้าใจผู้อื่น</p> <p>-แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถามไถ่สารทุกข์สุขดิบ ให้ กำลังใจกันและกัน ทำให้มีความสุข รู้สึกไม่เหงา</p> <p>-ให้กำลังใจ ติดตามและประเมินภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ</p>
10	<p>-โยคะ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 30- 45นาที</p> <p>- ธรรมะ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20-25 นาที (ก่อนนอน/ตื่นตอนเช้า)</p> <p>-เพื่อนเยี่ยมเพื่อน (Buddy) สัปดาห์ ละ 2 ครั้ง</p> <p>-อสม.เยี่ยมผู้สูงอายุ</p>	<p>-โยคะช่วยเรื่องระบบการไหลเวียนโลหิต ลด ความล้าและความเครียด</p> <p>-ความเครียดจัดการได้โดยฝึกสมาธิ ลด ความเครียดและเข้าใจตนเอง ตระหนักเห็นคุณค่า ในตนเอง และเข้าใจผู้อื่น</p> <p>-เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถามไถ่สารทุกข์สุขดิบ ให้กำลังใจกันและกัน ทำให้มีความสุข รู้สึกไม่ เหงา</p> <p>-ให้กำลังใจ ติดตามและประเมินภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ</p>

สัปดาห์ ที่	กิจกรรม	ประเด็นสำคัญ
11	<p>-โยคะ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 30-45 นาที</p> <p>- ธรรมะ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20-25 นาที (ก่อนนอน/ตื่นตอนเช้า)</p> <p>-เพื่อนเยี่ยมเพื่อน (Buddy) สัปดาห์ละ 2 ครั้ง</p> <p>-อสม.เยี่ยมผู้สูงอายุ</p>	<p>-โยคะช่วยเรื่องระบบการไหลเวียนโลหิต ลดความล้าและความเครียด</p> <p>- ความเครียดจัดการได้โดยฝึกสมาธิ ลดความเครียดและเข้าใจตนเอง ตระหนักเห็นคุณค่าในตนเอง และเข้าใจผู้อื่น</p> <p>-เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถามไถ่สารทุกข์สุขดิบ ให้กำลังใจกันและกัน ทำให้มีความสุข รู้สึกไม่เหงา</p> <p>-ให้กำลังใจ ติดตามและประเมินภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ</p>
12	<p>-โยคะ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 30-45 นาที</p> <p>- ธรรมะ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20-25 นาที (ก่อนนอน/ตื่นตอนเช้า)</p> <p>-เพื่อนเยี่ยมเพื่อน (Buddy) สัปดาห์ละ 2 ครั้ง</p> <p>-อสม.เยี่ยมผู้สูงอายุ</p> <p>-พยาบาลติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ</p> <p>- การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุ</p>	<p>-โยคะช่วยเรื่องระบบการไหลเวียนโลหิต ลดความล้าและความเครียด</p> <p>- ความเครียดจัดการได้โดยฝึกสมาธิ ลดความเครียดและเข้าใจตนเอง ตระหนักเห็นคุณค่าในตนเอง และเข้าใจผู้อื่น</p> <p>-แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถามไถ่สารทุกข์สุขดิบ ให้กำลังใจกันและกัน ทำให้มีความสุข รู้สึกไม่เหงา</p> <p>-ให้กำลังใจ ติดตามและประเมินภาวะซึมเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ</p> <p>-ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับการสนับสนุนทั้งข้อมูลข่าวสาร การดูแลตนเอง อุปกรณ์สนับสนุนต่าง ๆ จากทีมสุขภาพ</p> <p>-การเล่าเรื่องที่ประทับใจ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง</p>

สัปดาห์ ที่	กิจกรรม	ประเด็นสำคัญ
	-เรื่องเล่าจากผู้สูงอายุ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันและกัน - กิจกรรมสหสาขา -Post-test	-ผู้สูงอายุผ่อนคลาย ไม่เครียด มีความสุข มีเพื่อน สนุกรสนาน -ติดตามระดับภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะ ซึมเศร้า
24 (เดือนที่ 6)	Post-test	-ติดตามการคงอยู่ของระดับภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใน การป้องกันภาวะซึมเศร้า

เมื่อได้โปรแกรม การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ผลการประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.33$, S.D. 0.66) ดังตารางที่ 30 และผลการประเมินความเป็นไปได้ของกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.41$, S.D. 0.63) ดังตารางที่ 31

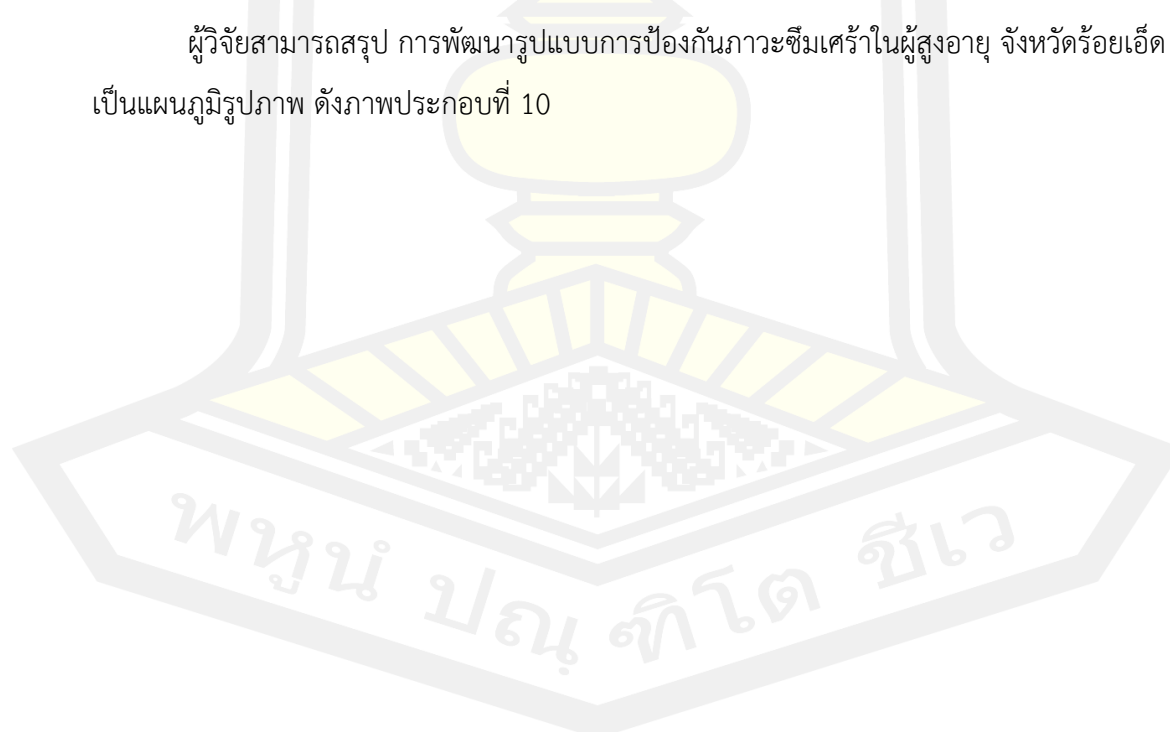
ตารางที่ 30 ผลการประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

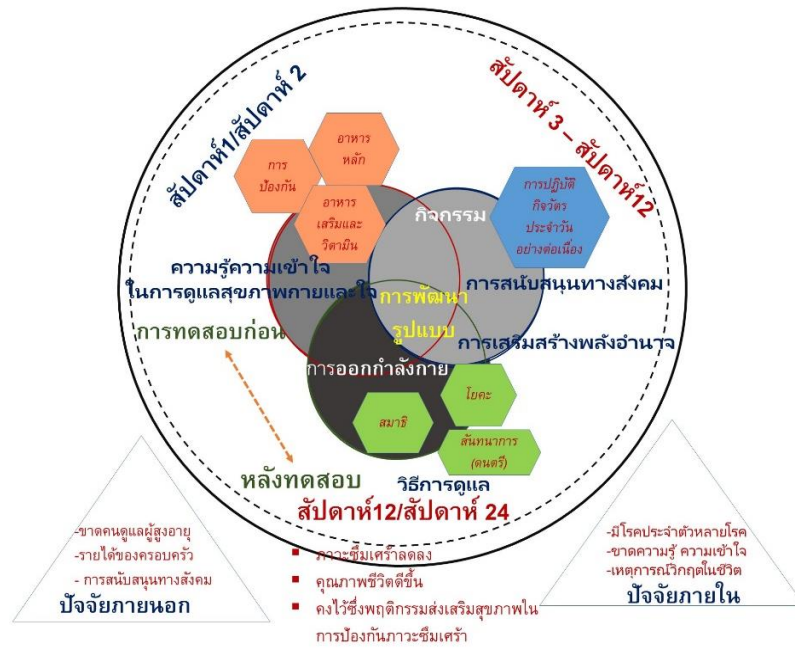
รายการประเมิน	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1.ด้านหลักการ	4.33	0.58	มาก
2.ด้านวัตถุประสงค์	4.33	0.58	มาก
3.ด้านเนื้อหา	4.00	1.00	มาก
4.ด้านกิจกรรม	4.33	0.58	มาก
5.ด้านการวัดและประเมินผล	4.67	0.58	มากที่สุด
รวม	4.33	0.66	มาก

ตารางที่ 31 ผลการประเมินความเป็นไปได้ของกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

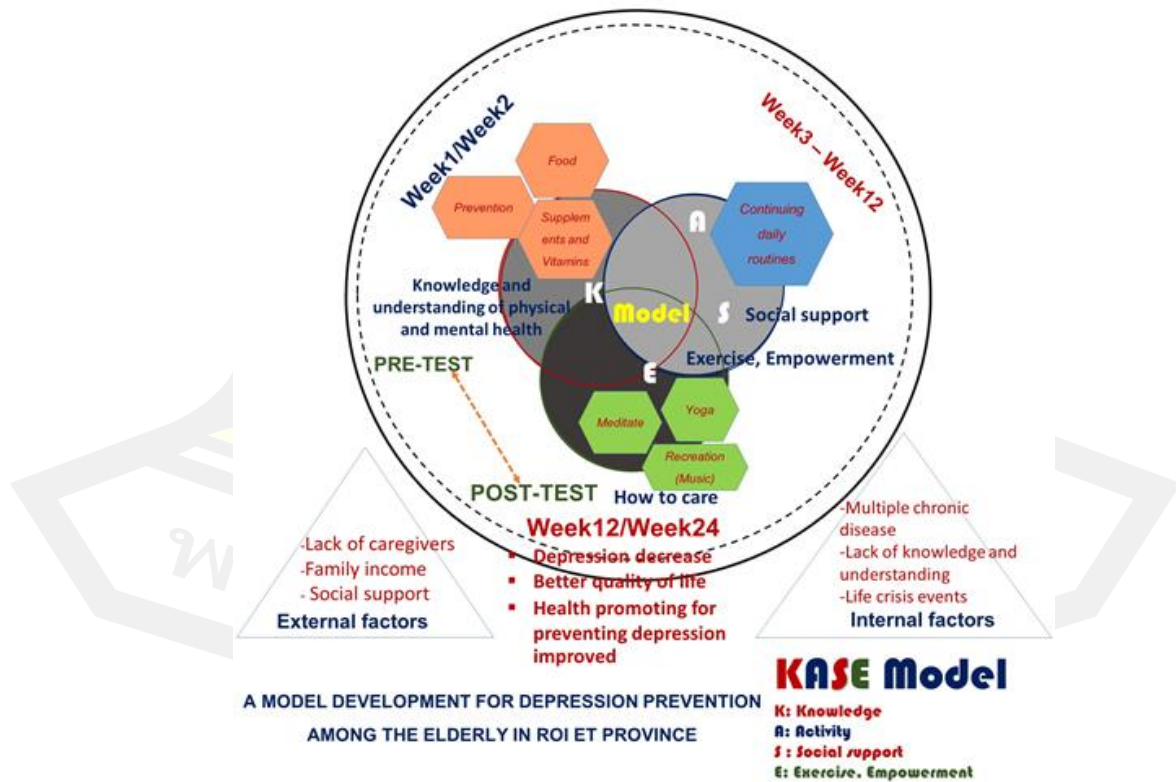
รายการประเมิน	\bar{x}	S.D.	ระดับ
1.การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	4.33	0.58	มาก
2.การให้ความรู้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้า	4.33	0.58	มาก
3.ธรรมเนียมในการดำรงชีวิต	4.67	0.58	มากที่สุด
4.การสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุ	4.33	0.58	มาก
5.กิจกรรมสันทนาการ	4.00	1.00	มาก
6.โยคะ	4.33	0.58	มาก
7.เพื่อนเยี่ยมเพื่อน	4.67	0.58	มากที่สุด
8. อสม.เยี่ยมผู้สูงอายุ	4.67	0.58	มากที่สุด
9.พยาบาลวิชาชีพเยี่ยมผู้สูงอายุ	4.33	0.58	มาก
รวม	4.41	0.63	มาก

ผู้วิจัยสามารถสรุป การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นแผนภูมิรูปภาพ ดังภาพประกอบที่ 10





รูปแบบการป้องกันภาวะภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด



ภาพประกอบที่ 10 รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

4.2 ผลการวิจัยในระยะที่ 2

ผลการทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของร่างรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ดที่พัฒนาขึ้น

ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

4.2.1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ในการประเมินเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ดที่พัฒนาขึ้นมา กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยและระดับปานกลาง กลุ่มละ 50 คน สำหรับกลุ่มทดลอง พบว่า ในกลุ่มทดลอง เป็นเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน ร้อยละ 32.00 และ 38.00 ตามลำดับ สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 กลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 70.06 ปี (S.D. = 6.35) กลุ่มเปรียบเทียบอายุเฉลี่ย 72.78 ปี (S.D.=7.78) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่สถานภาพหม้าย ร้อยละ 50.00 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่สถานภาพหม้าย ร้อยละ 54.00 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 74.00 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 92.00 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้ที่เพียงพอ ร้อยละ 98.00 สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 76.00 กลุ่มทดลองและเปรียบเทียบมีโรคประจำตัวเท่ากัน ร้อยละ 80.00 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มียาที่รับประทานเป็นประจำ ร้อยละ 82.00 สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบมียาที่รับประทานเป็นประจำ ร้อยละ 62.00 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางใกล้เคียงกัน ร้อยละ 68.00 และ 58.00 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักคือ คู่สมรส ร้อยละ 40.00 สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่คือตนเอง ร้อยละ 40.00 จากการเปรียบเทียบโดยใช้สถิติไคสแควร์ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณสมบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันเกี่ยวกับระดับของภาวะซึมเศร้า ดังตารางที่ 32

พหุบัณฑิต ชีวะ

ตารางที่ 32 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 50)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 50)		ค่าสถิติ (p-value)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.180
- ชาย	16	32.00	20	40.00	
- หญิง	34	38.00	30	60.00	
อายุ					0.616
- 60 – 69 ปี	23	46.00	20	40.00	
- 70 – 79 ปี	23	46.00	30	60.00	
- 80 ปีขึ้นไป	4	8.00	0	0.00	
- Mean (S.D.)	70.06 (6.35)		72.78 (7.78)		
- Min: Max	60: 90		60: 98		
สถานะ					0.874
- โสด	3	6.00	3	6.00	
- สมรส	22	44.00	20	40.00	
- หม้าย	25	50.00	27	54.00	
การทำงาน					0.749
- ทำงาน	13	26.00	4	8.00	
- ไม่ได้ทำงาน	37	74.00	46	92.00	
ความเพียงพอของรายได้					0.387
- เพียงพอ	48	98.00	12	24.00	
- ไม่เพียงพอ	1	2.00	38	76.00	
โรคประจำตัว					0.848
- มี	40	80.00	40	80.00	
- ไม่มี	10	20.00	10	20.00	

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 50)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 50)		ค่าสถิติ (p-value)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ยาที่รับประทาน					0.261
- มี	41	82.00	31	62.00	
- ไม่มี	9	18.00	19	38.00	
สุขภาพโดยรวม					0.264
- แย่	15	30.00	16	32.00	
- ปานกลาง	34	68.00	29	58.00	
- ดี	1	2.00	5	10.00	
ผู้ดูแลหลัก					0.963
- ตนเอง	11	22.00	20	40.00	
- คู่สมรส	20	40.00	11	22.00	
- บุตร หลาน	32	32.00	15	30.00	
- ญาติพี่น้อง	3	6.00	4	8.00	

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

4.2.2 เปรียบเทียบผลการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งทดสอบ

sphericity โดยการใช้สถิติ Mauchly's test for equal variance พบว่า

4.2.2.1 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองและระยะติดตามผล ลดลงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยไม่มีความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบระหว่างหลังการทดลองและระยะติดตามผล ($p = 1.00$) และพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่มีความแตกต่างกัน ($F_{(2, 96)} = 2.529, p\text{-value} = 0.095$) ซึ่งการแสดงความแตกต่างในแต่ละช่วงเวลาของการทดลอง แยกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 33

4.2.2.2 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลองและระยะติดตามผล มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยไม่มีความแตกต่างกันเมื่อ

เปรียบเทียบระหว่างหลังการทดลองและระยะติดตามผล ($p=0.187$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภายในกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลไม่มีความแตกต่างกัน ($F_{(2, 96)}=0.047, p=0.954$) ซึ่งการแสดงความแตกต่างในแต่ละช่วงเวลาของการทดลอง แยกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 33

4.2.2.3 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองและระยะติดตามผลมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยไม่มีความแตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบระหว่างหลังการทดลองและระยะติดตามผล ($p=1.000$) และพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลไม่มีความแตกต่างกัน ($F_{(2, 96)}=0.034, p=0.966$) ซึ่งการแสดงความแตกต่างในแต่ละช่วงเวลาของการทดลอง แยกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 33

ตารางที่ 33 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 6 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	Mean difference	Std.error	p-value ^a
ภาวะซึมเศร้า			
กลุ่มทดลอง			
ก่อนทดลอง vs หลังทดลอง	9.600	0.461	0.000
ก่อนทดลอง vs ระยะติดตาม	9.660	0.430	0.000
หลังทดลอง vs ระยะติดตาม	0.060	0.129	1.00
กลุ่มเปรียบเทียบ			
ก่อนทดลอง vs หลังทดลอง	-0.140	0.081	0.269
ก่อนทดลอง vs ระยะติดตาม	-0.180	0.079	0.083
หลังทดลอง vs ระยะติดตาม	-0.040	0.057	1.00

ตัวแปร	Mean difference	Std.error	p-value ^a
คุณภาพชีวิต			
กลุ่มทดลอง			
ก่อนทดลอง vs หลังทดลอง	-11.260	1.405	0.000
ก่อนทดลอง vs ระยะติดตาม	-12.300	1.341	0.000
หลังทดลอง vs ระยะติดตาม	-0.540	0.283	0.187
กลุ่มเปรียบเทียบ			
ก่อนทดลอง vs หลังทดลอง	-0.440	1.508	1.00
ก่อนทดลอง vs ระยะติดตาม	-0.460	1.529	1.00
หลังทดลอง vs ระยะติดตาม	-0.020	1.55	1.00
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้า			
กลุ่มทดลอง			
ก่อนทดลอง vs หลังทดลอง	-16.080	2.632	0.000
ก่อนทดลอง vs ระยะติดตาม	-16.140	2.610	0.000
หลังทดลอง vs ระยะติดตาม	-0.060	0.238	1.000
กลุ่มเปรียบเทียบ			
ก่อนทดลอง vs หลังทดลอง	0.020	0.165	1.00
ก่อนทดลอง vs ระยะติดตาม	-0.020	0.201	1.00
หลังทดลอง vs ระยะติดตาม	-0.040	0.156	1.00

^a = Bonferroni

4.2.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Dependent t-test

4.2.3.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ศึกษาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนา รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลองเท่ากับ 14.22 (S.D.=2.19) และหลังการทดลอง เท่ากับ 4.62 (S.D.=3.00) เมื่อทดสอบด้วย dependent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$) สำหรับกลุ่ม เปรียบเทียบพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร่าก่อนการทดลองเท่ากับ 14.82 (S.D.=1.97) และ

หลังการทดลองเท่ากับ 14.96 (S.D.=1.91) เมื่อทดสอบด้วย dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ($p > 0.01$) ดังตารางที่ 34

4.2.3.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ศึกษาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนา รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลองเท่ากับ 74.16 (SD= 8.88) และหลังการทดลองเท่ากับ 85.42 (SD=4.44) เมื่อทดสอบด้วย dependent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$) สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการทดลองเท่ากับ 73.06 (S.D.=8.40) และหลังการทดลองเท่ากับ 73.50 (S.D.=7.74) เมื่อทดสอบด้วย dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ($p > 0.01$) ดังตารางที่ 34

4.2.3.3 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ศึกษาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมพัฒนา รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลองเท่ากับ 91.50 (SD=16.29) และหลังการทดลองเท่ากับ 107.58 (SD=9.09) เมื่อทดสอบด้วย dependent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$) สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลองเท่ากับ 93.62 (SD=10.26) และหลังการทดลองเท่ากับ 93.60 (SD=10.04) เมื่อทดสอบด้วย dependent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ($p > 0.01$) ดังตารางที่ 34



ตารางที่ 34 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n = 50)		หลังการทดลอง (n = 50)		t	df	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.			
	ภาวะซึมเศร้า						
กลุ่มทดลอง	14.22	2.19	4.62	3.00	20.84	49	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	14.82	1.97	14.96	1.91	-1.73	49	0.090
คุณภาพชีวิต							
กลุ่มทดลอง	74.16	8.88	85.42	4.44	-8.01	49	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	73.06	8.40	73.50	7.74	-0.29	49	0.772
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้า							
กลุ่มทดลอง	91.50	16.29	107.58	9.09	-6.109	49	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	93.62	10.26	93.60	10.04	0.121	49	0.904

1.2.1 เปรียบเทียบผลการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ

Independent t-test

1.2.1.1 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่า ($\bar{x} = 4.62$, S.D.=3.00) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{x} = 14.96$, S.D.=1.91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-20.526$, $df= 98$) ระยะติดตามผล 6 เดือน คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองมีค่า ($\bar{x} = 4.56$, S.D.=2.76) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{x} = 15.00$, S.D.=1.89) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=-22.028$, $df= 98$) ดังตารางที่ 35

1.2.1.2 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่า ($\bar{x} = 85.42$, S.D.=4.44) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{x} = 73.50$, S.D.=7.74) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 9.442$, $df= 98$) ระยะติดตามผล 6 เดือน คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตกลุ่มทดลองมี

ค่า ($\bar{x} = 86.46$, S.D.=4.20) สูงกว่ากว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{x} = 73.52$, S.D.=8.02) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 10.031$, $df = 98$) ดังตารางที่ 35

1.2.1.3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่า ($\bar{x} = 107.58$, S.D.=9.09) สูงกว่ากว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{x} = 93.60$, S.D.=10.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 7.294$, $df = 98$) ระยะเวลาติดตามผล 6 เดือน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองมีค่า ($\bar{x} = 107.64$, S.D.=8.50) สูงกว่ากว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{x} = 93.60$, S.D.=10.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 7.351$, $df = 98$) ดังตารางที่ 35

ตารางที่ 35 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 6 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t-test	df	p-value
	(n=50)		(n=50)				
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.			
ภาวะซึมเศร้า							
ก่อนทดลอง	14.22	2.19	14.82	1.97	-1.436	98	0.154
หลังทดลอง	4.62	3.00	14.96	1.91	-20.526	98	0.000
ระยะติดตามผล	4.56	2.76	15.00	1.89	-22.028	98	0.000
คุณภาพชีวิต							
ก่อนทดลอง	74.16	8.88	73.06	8.42	0.635	98	0.527
หลังทดลอง	85.42	4.44	73.50	7.74	9.442	98	0.000
ระยะติดตามผล	86.46	4.20	73.52	8.02	10.031	98	0.000
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้า							
ก่อนทดลอง	91.50	16.30	93.62	10.26	-0.778	98	0.438
หลังทดลอง	107.58	9.09	93.60	10.04	7.294	98	0.000
ระยะติดตามผล	107.64	8.50	93.64	10.03	7.531	98	0.000

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์โรคซึมเศร้า 5 ปี ย้อนหลัง 2) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด 3) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า และองค์ประกอบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 4) พัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และ 5) ศึกษาประสิทธิผลของการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม 2563 - พฤษภาคม 2564 ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์โรคซึมเศร้า 5 ปี ย้อนหลัง การศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า องค์ประกอบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน วิเคราะห์การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยชุมชนมีส่วนร่วม และพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และระยะที่ 2 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในพื้นที่สองอำเภอของจังหวัดร้อยเอ็ด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 1 การวิจัย ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะความเศร้า โดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของคนไทย (Thai Geriatric Depression Scale- TGDS) ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่วนที่ 4 แบบวัดความผาสุกทางใจ ส่วนที่ 5 แบบวัดเหตุการณ์ในชีวิต ส่วนที่ 6 แบบประเมินการเกื้อหนุนทางสังคม และส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน แบบสอบถามส่วนที่ 1 ถึงส่วนที่ 7 ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.97, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00 และ 0.98 ตามลำดับ และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ 0.84, 0.82, 0.82, 0.81, 0.84, 0.82 และ 0.98 ตามลำดับ ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แนว

คำถามในการสนทนากลุ่ม แนวทางการประชุมกลุ่ม/ระดมความคิดเห็น ซึ่งตรวจสอบได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.98, 0.98, 0.98 ตามลำดับ และเครื่องมือในการเก็บบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย โทรศัพท์มือถือสำหรับเก็บบันทึกภาพ เครื่องบันทึกเสียง (Recorder) แนวคำถาม แบบบันทึกข้อคิดเห็น แนวทางในการประชุมกลุ่ม สนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบบันทึกการสนทนาสำหรับบันทึกข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ และการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ผ่านการตรวจสอบโมเดล/โปรแกรม การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ผลการประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.33$, S.D. 0.66) และผลการประเมินความเป็นไปได้ของกิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.41$, S.D. 0.63) สำหรับการวิจัยระยะที่ 2 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai geriatric depression scale; TGDS) แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREE-THAI) ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.97, 1.00, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 ราย แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai geriatric depression scale; TGDS) แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREE-THAI) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.82, 0.85 และ 0.85 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment Correlation Coefficient) วิเคราะห์หาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) และวิเคราะห์ข้อมูลหาองค์ประกอบการเกิดภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยสถิติองค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirm Factor Analysis) และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one-way

repeated-measures ANOVA) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษาพบว่า

5.1.1 สถานการณ์โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จังหวัดร้อยเอ็ด 5 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2561 พบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.99, 3.41, 3.60, 3.99 และ 5.25 ตามลำดับ

5.1.2 ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 52.75 รองลงมามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 47.25 โดยพบว่าส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 35.75

5.1.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่า รายได้ สถานภาพสมรส ผู้ดูแลหลัก โรคประจำตัว การทำงาน ความผาสุกด้านจิตใจ จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.194$, $p<0.01$; $r=0.139$, $p<0.05$; $r=0.317$, $p<0.001$; $r=0.151$, $p<0.01$; $r=-0.114$, $p<0.05$; $r=-0.143$, $p<0.01$, $r=0.327$, $p<0.01$; $r=-0.205$, $p<0.01$ ตามลำดับ) ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา จำนวนยาที่รับประทาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน การออกกำลังกาย และการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ เหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ผู้ดูแลหลัก รายได้ การสนับสนุนทางสังคม และโรคประจำตัว สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 25.50 และวิเคราะห์องค์ประกอบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal Component Analysis) หมุนแกนองค์ประกอบแบบออร์โธกอนอล (Orthogonal) ด้วยวิธีแวนริแมกซ์ (Varimax) ได้องค์ประกอบ 37 องค์ประกอบ ซึ่งเมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดว่าองค์ประกอบสำคัญนั้นต้องมีค่าไอเกน (Eigenvalues) มากกว่าหรือเท่ากับ 1.0 ขึ้นไป โดยในแต่ละข้อคำถามต้องมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.2 (Item Loading) ขึ้นไปพบว่า ยังคงได้องค์ประกอบที่สำคัญ 37 องค์ประกอบ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 74.52

5.1.4 การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การออก

กำลังกายโดยใช้โยคะ การใช้สมาธิในการดำรงชีวิต การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุ เพื่อนเยี่ยมเพื่อน อสม.เยี่ยมผู้สูงอายุ และพยาบาล/ทีมสุขภาพเยี่ยมผู้สูงอายุ และกิจกรรมสันทนาการ

5.1.5 ประสิทธิภาพของการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงกว่าก่อนการทดลอง และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

5.2 การอภิปรายผล

ผลการศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ 5 ประเด็น ดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ข้อ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคซึมเศร้า

5.2.1 สถานการณ์โรคซึมเศร้า 5 ปี ย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2559 - 2563

สถานการณ์โรคซึมเศร้าในประเทศไทย จากการรายงานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 – 2563 พบว่าในประเทศไทย ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 1.34, 1.45, 1.65, 1.81 และ 2.01 ตามลำดับ โดยพบมีความชุกของโรคซึมเศร้ามค่าเฉลี่ยระหว่าง ร้อยละ 1.34 – 2.01 โดยพบภาคอีสานมีความชุกของโรคซึมเศร้ามมากที่สุด (ร้อยละ 1.82) รองลงมาภาคกลาง (ร้อยละ 1.80) ภาคเหนือ (ร้อยละ 1.75) กรุงเทพฯ (ร้อยละ 1.69) ภาคตะวันตก (ร้อยละ 1.66) และภาคตะวันออก (ร้อยละ 1.30) ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และจากการใช้แผนที่ภูมิศาสตร์ในการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 - 2563 พบภาคอีสานมีความชุกของโรคซึมเศร้ามมากที่สุด และภาคตะวันออกมีความชุกของโรคซึมเศร้าน้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Clarke et al. (2019) พบความชุกของโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 4.80 สอดคล้องกับการศึกษาของ WHO (2017) การศึกษาของ Gustavson et al. (2018) และการศึกษาของ Quin et al. (2018) พบความชุกของโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 4.40, 4.40 และ 4.10 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhou et al. (2014) พบความชุกของโรคซึมเศร้าในประเทศจีน พบในชนบทมากกว่าในเมือง สอดคล้องของ Srinivasan et al. (2020) พบผู้ใหญ่เพศหญิง จำนวน 1 ใน 6 คนที่อาศัยอยู่ในชนบทมีภาวะซึมเศร้า

สอดคล้องกับการศึกษาของ Hu et al. (2019) พบปัจจัยทำนายของภาวะซึมเศร้าจะพบสูงในผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบท และพบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบทจะเป็นผู้ที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งเป็นปัจจัยหรือสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Onuh et al. (2021) พบปัจจัยของการเกิดภาวะซึมเศร้าคือรายได้ และในปี พ.ศ. 2563 พบว่าในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ประเทศไทยพบมีผู้ใหญ่พบความชุกของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 2.01 และในจังหวัดร้อยเอ็ดพบความชุกของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 1.93 ซึ่งพบสูงกว่าในทุกๆปีที่ผ่านมา สามารถอธิบายได้ว่า การระบาดของโควิด-19 ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากทางเศรษฐกิจ และสังคม ประชาชนถูกจำกัดการไม่ให้ออกจากบ้าน เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ซึ่งการถูกจำกัดไม่ให้ออกจากบ้านทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว วิตกกังวล บางรายไม่สามารถไปทำงานหารายได้ เป็นสาเหตุของการเกิดความเครียด วิตกกังวล และเกิดโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Ettman et al. (2020) พบว่าในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 พบความชุกของโรคซึมเศร้าสูงกว่าก่อนเกิดการระบาดของโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2020) พบว่าผู้ใหญ่ที่มีกลัวต่อการแพร่ระบาดของโควิด-19 จะเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Jia et al. (2020) พบว่ากลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดโควิด-19 จะมีความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และพบว่าร้อยละ 7.00 – 14.00 จะเกิดภาวะซึมเศร้า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Siriwanarangsun et al. (2004) พบว่าผู้ใหญ่มีความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 3.20

สถานการณ์โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จังหวัดร้อยเอ็ด 5 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2561 พบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.99, 3.41, 3.60, 3.99 และ 5.25 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ความชุกโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด พบเฉลี่ยร้อยละ 3.85 และพบความชุกโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากที่สุด ในอำเภอเกษตรวิสัย และพบน้อยที่สุดในอำเภอทุ่งเขาหลวง (กรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) สามารถอธิบายได้ว่า ความสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จะมีความเสื่อมถอยของร่างกาย มีโรคประจำตัว ไม่ได้ทำงานทำให้รายได้ลดลง หรือไม่เพียงพอ ต้องพึ่งพาบุตรหลาน นอกจากนี้ยังพบว่าคู่สมรส ญาติพี่น้องก็เสียชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว วิตกกังวล และเกิดโรคซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Subramaniam et al. (2016) พบผู้สูงอายุ ประเทศสิงคโปร์ มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 3.70 สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al. (2018) พบมีความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประเทศจีน ร้อยละ 2.40 – 5.60 การศึกษาของ Anderson et al. (2000) พบผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง มี

ความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5.80 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Denihan et al. (2000) พบผู้สูงอายุที่อาศัยในประเทศบราซิล มีความชุกของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 7.00 และจากการใช้แผนที่ภูมิศาสตร์ในการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 20 อำเภอ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 - 2561 พบอำเภอเกษตรวิสัย มีความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากที่สุด และอำเภอทุ่งเขาหลวง มีความชุกของโรคซึมเศร้าน้อยที่สุด สามารถอธิบายได้ว่า อำเภอเกษตรวิสัยเป็นอำเภอที่มีประชากรมาก และเป็นพื้นที่ชนบท จึงพบมีผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าอำเภออื่น ๆ ในจังหวัดร้อยเอ็ด สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu et al. (2016) การศึกษาของ WHO (2017) พบผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมือง และพบว่าอำเภอทุ่งเขาหลวงมีผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าน้อยที่สุดเนื่องจากเป็นอำเภอที่มีจำนวนประชากรน้อยที่สุด แต่อย่างไรก็ตามพบว่าอำเภอเกษตรวิสัยและอำเภอทุ่งเขาหลวงเป็นพื้นที่ที่เป็นชนบทมากที่สุดสองอำเภอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hu et al. (2019) พบปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าพบมากในผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบท รองลงมาผู้ที่อาศัยอยู่กึ่งชนบท และพบภาวะซึมเศร้าน้อยสุดในผู้ที่อาศัยอยู่ในเมือง และพบภาวะซึมเศร้าสูงในประชากรอาศัยอยู่ในชนบทที่มีจำนวนมาก และมีความพิการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sinha et al. (2013) และ Nair et al. (2015) พบภาวะซึมเศร้าพบในผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบท และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kumari and Joseph (2020) พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทจะพบมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กึ่งเมือง

จากการศึกษาสถานการณ์โรคซึมเศร้าพบความชุกของโรคซึมเศร้าในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทในแต่ละพื้นที่ ลักษณะประชากรที่มีความแตกต่างกัน ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมต่างๆ

วัตถุประสงค์ข้อ 2 เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

5.2.2 ความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ดมีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 47.25 โดยพบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 35.75 ภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 9.75 และภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 1.75 สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บุตรหลาน ร้อยละ 36.25 และอาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 12.75 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.50 และเป็นผู้สูงอายุตอนกลาง ร้อยละ 42.75 ซึ่งเป็นปัจจัยของการเกิดภาวะซึมเศร้า จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ดมีความชุกของภาวะ

ซิมเศร่า ร้อยละ 47.25 สอดคล้องกับการศึกษาของ Pilania et al. (2019) พบผู้สูงอายุประเทศเวียดนามมีความซุกของภาวะซิมเศร่า ร้อยละ 34.40 การศึกษาของ Paul et al. (2018) พบผู้สูงอายุในประเทศอินเดียมีความซุกของภาวะซิมเศร่า ร้อยละ 52.50 สอดคล้องกับการศึกษาของ Awunor et al. (2018) พบผู้สูงอายุในประเทศไนจีเรียมีความซุกของภาวะซิมเศร่า ร้อยละ 44.70 การศึกษาของ EL-Gilany et al. (2018) พบผู้สูงอายุในประเทศอียิปต์มีความซุกของภาวะซิมเศร่า ร้อยละ 44.40 การศึกษาของ Assil and Zeidan (2013) พบผู้สูงอายุในประเทศซูดานมีความซุกของภาวะซิมเศร่า ร้อยละ 47.5% การศึกษาของ Mirkena et al. (2018) พบผู้สูงอายุในประเทศเอธิโอเปีย มีความซุกของภาวะซิมเศร่า ร้อยละ 41.80 การศึกษาของ Kugbey et al. (2018) พบผู้สูงอายุในประเทศกาน่า มีความซุกของภาวะซิมเศร่า ร้อยละ 37.80 สอดคล้องกับการศึกษาของ Ployleamsang et al. (2017) ที่พบว่าผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคามมีความซุกของความเสี่ยงภาวะซิมเศร่า ร้อยละ 39.20 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chaiut et al. (2018) พบว่าผู้สูงอายุชาวเขา มีความซุกของภาวะซิมเศร่า ร้อยละ 32.90 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความซุกของภาวะซิมเศร่าในผู้สูงอายุพบอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Olpoc (2016) พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดนครนายก มีความซุกของภาวะซิมเศร่า ร้อยละ 68.00 การศึกษาของ Dao et al. (2018) พบผู้สูงอายุในประเทศเวียดนาม มีความซุกของภาวะซิมเศร่า ร้อยละ 69.00 และสอดคล้องกับการศึกษาของ EL Kady and Ibrahim (2013) พบผู้สูงอายุในประเทศอียิปต์ มีความซุกของภาวะซิมเศร่า ร้อยละ 79.00 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านที่พบความซุกของภาวะซิมเศร่าอยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Dumrongpiwat et al. (2019) พบผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี มีความซุกของภาวะซิมเศร่า ร้อยละ 8.30 การศึกษาของ Pongchitsiri (2018) พบผู้สูงอายุในจังหวัดฉะเชิงเทรา มีความซุกของภาวะซิมเศร่า ร้อยละ 12.30 การศึกษาของ Subramaniam et al. (2016) พบผู้สูงอายุในประเทศสิงคโปร์ มีความซุกของภาวะซิมเศร่า ร้อยละ 3.70 การศึกษาของชัยวัฒน์ อินไชยา และคณะ (2559) พบผู้สูงอายุในจังหวัดนครพนม มีความซุกของภาวะซิมเศร่า ร้อยละ 10.60 การศึกษาของ Al-Sabahi et al. (2014) พบผู้สูงอายุในประเทศโอมาน มีอัตราความซุกของภาวะซิมเศร่า ร้อยละ 16.90 และสอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพวงรอด (2558) พบผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี มีความซุกของภาวะซิมเศร่า ร้อยละ 15.30 ซึ่งผลการศึกษานี้พบมีความซุกของการเกิดภาวะซิมเศร่าที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทที่ศึกษา วัฒนธรรมที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความแตกต่างกัน

จากผลการศึกษาพบว่า ในแต่ละบริบทพื้นที่ที่มีอัตราการความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุแตกต่างกัน ซึ่งการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเบื้องต้น รวดเร็วและต่อเนื่อง การสังเกต และการใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม จะสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ทันที่

วัตถุประสงค์ข้อ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และองค์ประกอบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

5.2.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

5.2.3.1 ปัจจัยทางด้านประชากรและเศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

รายได้ (Income) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.194$, $p<0.01$) สามารถอธิบายได้ว่า รายได้เป็นตัวที่บ่งบอกสถานภาพทางเศรษฐกิจ และสถานภาพทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ซึ่งพบว่าเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจากที่เคยทำงานได้เกษียณอายุราชการ ทำให้รายได้ลดลง หรืออาจเกิดจากสภาพร่างกายที่เสื่อมตามวัย ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ มีรายได้ลดลง ซึ่งพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Wang et al., 2018) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Lorant et al. (2003) พบว่าผู้ที่มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมต่ำ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 1.81 เท่า การศึกษาของ Paul et al. (2018) พบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ เศรษฐกิจและฐานะทางสังคมต่ำ และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (El Kady & Ibrahim, 2013; Kansri et al., 2018; Llorente et al., 2018; Paul et al., 2019; Ployleamsang, 2017; Ylli et al., 2016; นภา พวงรอด, 2558; สุชาติ แซ่ลิ้ม, 2562)

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.139$, $p<0.05$) สามารถอธิบายได้ว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การได้รับการเกื้อกูลจากคู่สมรสทั้งรูปแบบการให้คำแนะนำข่าวสาร การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การดูแลความเป็นอยู่และการดูแลด้านจิตใจ (กัตติกา ณะขว้าง และคณะ, 2558) คู่สมรสจึงเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในการปรับตัวด้านจิตใจ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า สถานภาพสมรส หย่า หมาย ในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (El-Gilany et

al., 2018; El Kady & Ibrahim, 2013; Liu et al., 2018; Llorente et al., 2018; Miller et al., 2019; Olpoc, 2016; Padayachey et al., 2017; Paul et al., 2019; Ylli et al., 2016; ชัยวัฒน์ อินไชยา และคณะ, 2559; สุชาติา แซ่ลิ้ม, 2562)

การทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.114$, $p<0.05$) สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุยังสามารถทำงานได้ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้การทำงานยังสามารถทำให้หารายได้เพื่อใช้จ่ายในการดำรงชีวิต จึงทำให้การมีงานทำมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pongchitsiri (2018) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นตัวแปรที่สำคัญในการทำนายภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Olpoc (2016) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ การประกอบอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Assil and Zeidan (2013) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ อาชีพ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Awunor et al. (2018) พบว่าการประกอบอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การศึกษาของ Padayachey et al. (2017) พบว่า การประกอบอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Subramaniam et al. (2016) พบว่า การประกอบอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

5.2.3.2 ปัจจัยทางด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย

โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.151$, $p<0.01$) สามารถอธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยทางกาย เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้า โรคทางกายหลายโรคพบที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง สมองเสื่อม โรคข้ออักเสบ โรคหัวใจ สมองเสื่อม ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคพาร์กินสัน การมีโรคร่วมหลาย ๆ โรคมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า และการมีโรคร่วมหลาย ๆ โรคในผู้สูงอายุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าแตกต่างจากวัยอื่น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเจ็บป่วยทางกาย โรคประจำตัว/โรคเรื้อรังต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Cole & Dendukuri, 2003; Haseen & Prasartkul, 2011; Kugbey et al., 2018; Liu et al., 2018; Olpoc, 2016; Padayachey et al., 2017; Sangon, 2007; Suttajit et al., 2010; Ylli et al., 2016; Zou et al., 2018; ชัยวัฒน์ อินไชยา และคณะ, 2559; นภา พวงรอด, 2558) การศึกษาของ El Kady and Ibrahim (2013) พบว่า ผู้สูงอายุที่

เจ็บป่วยเรื้อรัง มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 54.10 ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง 2 โรคขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 64.90 และผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง 1 โรค มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 32.10 การศึกษาของ Pramesona and Taneepanickskul (2018) พบว่าการเป็นโรคเรื้อรังมากกว่า 3 โรคขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า การศึกษาของ Pongchitsiri (2018) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้ามีโรคประจำตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค และสอดคล้องกับศึกษาของ Chaiut et al. (2018) พบผู้สูงอายุชาวเขาที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.40 โรคเบาหวานร้อยละ 10.20 โรคหัวใจร้อยละ 3.50 มีปัญหาสุขภาพช่องปากร้อยละ 43.00 โรคเก๊าท์ ร้อยละ 25.70 มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 19.70 และสอดคล้องกับการศึกษาของ EL Kady and Ibrahim (2013) ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีโรคร่วมมากกว่า 2 โรค ร้อยละ 64.90 รับประทานยาเกินกว่า 4 ชนิด/วัน ร้อยละ 83.30 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Kansri et al. (2018) พบว่าโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Pongchitsiri (2018) พบว่า จำนวนโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

5.2.2.3 ปัจจัยด้านจิตวิทยา

ความผาสุกด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.143$, $p<0.01$) สามารถอธิบายได้ว่า ความผาสุกทางใจ (Psychological well-being) ความผาสุกด้านจิตใจ เป็นความรู้สึกพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ โดยผ่านกระบวนการทางปัญญา เกิดการรับรู้และประมวลผลรวมเป็นแนวคิดของตนเอง ความผาสุกทางใจประกอบด้วยหลายมิติทั้งความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองและความสุขที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น บุคคลที่มีความผาสุกทางใจสูง จึงมีภาวะอารมณ์ทางบวก และความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตสูง ในทางตรงข้ามจะมีอารมณ์จิตใจทางด้านลบต่ำ (กัตติกา ธนะขว้าง และคณะ, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่าความผาสุกด้านจิตใจของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (Ingersoll-Dayton et al., 2004; Dhara and Jogsan, 2013; Jena et al., 2018; Srisailamaiah et al., 2016)

5.2.3.4 ปัจจัยด้านจิตสังคม

จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.327, p < 0.01$) สามารถอธิบายได้ว่า เหตุการณ์วิกฤตในชีวิตและความเครียด (Stress life events and difficulties) เป็นปัจจัยด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอีกปัจจัยหนึ่งคือ ความเครียดกับเหตุการณ์ ซึ่งเหตุการณ์ชีวิตมีส่วนซ้ำเติมในคนที่ มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าอยู่แล้ว ให้เกิดการเจ็บป่วยได้หลังจากมีเหตุการณ์ชีวิตเกิดขึ้น (สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และ สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2558) จากการศึกษาของทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล และ มาโนช หล่อตระกูล (2554) พบว่าจำนวนเหตุการณ์กีดกันในชีวิตก่อนการเกิดโรคซึมเศร้า พบเฉลี่ย 1.90 เหตุการณ์ ปัจจัยเสี่ยงเหตุการณ์กีดกันในชีวิตก่อนการเกิดโรคซึมเศร้าคือ ความอับจนหนทาง หรือสับสนในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Fiske et al. (2009) พบว่าปัจจัยของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ เหตุการณ์วิกฤตในชีวิต และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะวิกฤตในชีวิตมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Astrom et al., 2019; El-Gilany et al., 2018; Haseen & Prasartkul, 2011)

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.205, p < 0.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ได้แก่ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว เพื่อน และสัมพันธภาพกับคนที่ดูแลหรือญาติที่ดูแล ดังนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน เป็นผู้ดูแลและใกล้ชิด คอยช่วยเหลือเวลาเจ็บป่วย หรือสนับสนุนด้านการเงิน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น และมีความผาสุกด้านการมีปฏิสัมพันธ์เมื่อได้รับการช่วยเหลือเกื้อหนุนจากครอบครัว (กัตติกา ธนะขว้าง และคณะ, 2558) จากการศึกษาของ Gariepy et al. (2016) มากกว่าร้อยละ 90 ของการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ การสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ คู่สมรส (ร้อยละ 100 ของการศึกษา) เพื่อน (ร้อยละ 83 ของการศึกษาทั้งหมด) บุตรหลานและครอบครัว (ร้อยละ 50 และ ร้อยละ 30 ของการศึกษาทั้งหมด) โดยพบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ และเครื่องมือต่าง ๆ ช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Pimentel et al. (2012) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ เพื่อนและครอบครัว และจากการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะ

ซึมเศร้า และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Assil & Zeidan, 2013; Grocki, 2009; Han et al., 2014; Millán-Calenti et al., 2013; Ng et al., 2014; Oni, 2010; Pramesona & Taneepanichskul, 2018; Sangon, 2007; Shin et al., 2008; Suttajit et al., 2010; ชัยวัฒน์ อินไชยา และคณะ, 2559) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Olpoc (2016) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพบว่า รายได้ สถานภาพสมรส การทำงาน โรคประจำตัว ความผาสุกด้านจิตใจ จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุควรมีการประเมินคุณลักษณะส่วนบุคคลร่วมด้วย เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย เพื่อให้การพัฒนาโปรแกรมเกิดประสิทธิภาพและสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางด้านประชากรและเศรษฐกิจพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ที่ศึกษามีความแตกต่างกันน้อย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุใกล้เคียงกัน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.75 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา และศาสนา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Jitaree (2012) พบว่า เพศ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Awunor et al. (2018) พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Olpoc (2016) พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kansri et al. (2018) พบว่า อายุ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Padayachey et al. (2017) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Subramaniam et al. (2016) พบว่า เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Pongchitsiri (2018) พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางด้านสุขภาพและการเจ็บป่วยพบว่า จำนวนยาที่รับประทาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน และการออกกำลังกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ ร้อยละ 97.50 และกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อนได้ด้วยตนเอง ได้ร้อยละ 88.50 และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมออกกำลังกายเป็นบางครั้ง ร้อยละ 76.00 และรับประทานยาที่มีจำนวนที่ใกล้เคียงกัน จำนวน 1- 10 เม็ด ร้อยละ 98.67

ปัจจัยด้านจิตวิทยาพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.75 ซึ่งผู้นับถือศาสนาพุทธส่วนใหญ่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาตามเทศกาลวันสำคัญต่าง ๆ ทางพระพุทธศาสนา ร้อยละ 20.00 และพบว่า ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาทุกสัปดาห์ ร้อยละ 20.25

5.3.3 ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ เหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ผู้ดูแลหลัก รายได้ การสนับสนุนทางสังคม และโรคประจำตัว สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 25.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = 25.50$, $p < 0.01$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อการเกิดเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุ รายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และโรคประจำตัว มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะปัจจัยเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตและความเดือดร้อนมีอิทธิพลมากที่สุด กล่าวคือ เหตุการณ์วิกฤตในชีวิตและความเดือดร้อน เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองต่อปัญหาต่าง ๆ หรือความเดือดร้อนในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยทางกาย การสูญเสียบุคคลหรือสิ่งของที่รัก การขัดแย้ง ปัญหาชีวิตสมรส และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ อาจทำให้เกิดความเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความมั่นคงในการดำรงชีวิตนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ El-Gilany et al. (2018) พบว่าภาวะเครียดในชีวิตสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประเทศอียิปต์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Haseen and Prasartkul (2010) พบว่า

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุประเทศไทย ได้แก่ เหตุการณ์วิกฤตในชีวิต และ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen et al. (2005) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประเทศจีน ได้แก่ เหตุการณ์ความเดือดร้อนในชีวิตในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา

สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุ มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้ารองลงมา ซึ่งหากผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแลหลักทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาตนเอง ขาดการสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Padayachey et al. (2017) พบว่าปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประเทศอเมริกาใต้ ได้แก่ การอาศัยอยู่คนเดียวและไม่มีผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Paul et al. (2018) พบว่าปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประเทศอินเดีย ได้แก่ การอาศัยอยู่คนเดียว

สำหรับรายได้ที่เพียงพอ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในลำดับต่อมา รายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กล่าวคือ การมีรายได้ไม่เพียงพอหรือผู้สูงอายุมีรายได้น้อย ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถใช้จ่ายใช้สอยได้ตามที่ต้องการ ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความภาคภูมิใจ รู้สึกไร้ค่าไร้ศักดิ์ศรี เพราะต้องพึ่งพาบุตรหลานญาติพี่น้องในเรื่องค่าใช้จ่าย ดังนั้นความเพียงพอของรายได้มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล ซึ่งการมีรายได้ที่เพียงพอสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานได้ ส่งผลให้มีความสุขในการดำเนินชีวิตและมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งในวัยผู้สูงอายุพบมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย มีการเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้เกิดข้อจำกัดในการประกอบอาชีพทำให้มีรายได้ลดลง ย่อมส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจผู้สูงอายุ รู้สึกตนเองไร้ค่า ทำให้เกิดความเครียดและมีภาวะซึมเศร้าตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของนภา พวงรอด (2558) พบว่าความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kansri and Malai (2018) พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท ประเทศไทย ได้แก่ การมีรายได้ที่ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Paul et al. (2018) พบว่าปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในประเทศอินเดีย ได้แก่ การมีรายได้ที่ไม่เพียงพอ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ylli et al. (2016) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในประเทศแคนาดา บราซิล โคลัมเบีย และแอลเบเนีย ได้แก่ การมีรายได้ไม่เพียงพอ และนอกจากนี้ยังพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กล่าวคือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น ไม่กังวลใจ เกิดความรู้สึกมั่นคงสูง รู้สึกตนเองมีคุณค่า ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ความรักใคร่ ความ

ผูกพันกัน การช่วยเหลือเรื่องข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนให้ความมั่นใจในความรู้สึกรักมีคุณค่าหรือความสามารถในบทบาท การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และโอกาสในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือสิ่งที่เป็นประโยชน์ซึ่งกันและกัน การที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pramesona and Taneepanichskul (2018) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุประเทศอินโดนีเซีย ได้แก่ การขาดการสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen et al. (2005) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุประเทศจีน ได้แก่ การขาดการสนับสนุนทางสังคม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Suttajit et al. (2010) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดี

สำหรับโรคประจำตัว มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในลำดับสุดท้าย กล่าวคือ การมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคเรื้อรังต้องได้รับการดูแลรักษาตลอดชีวิตและผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ทำให้ต้องดูแลตนเอง และรับประทานยาตลอดชีวิต และนอกจากนี้โรคประจำตัวทำให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการเบื่อหน่าย และทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Kugbey et al. (2018) พบว่าปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุประเทศกาน่า ได้แก่ การมีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Olpoc (2016) พบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้แก่ โรคประจำตัว และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ylli et al. (2016) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในประเทศแคนาดา ลาตินอเมริกาและประเทศยุโรปตะวันออก ได้แก่ การมีโรคประจำตัวหลายโรค

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ การเกิดเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต รายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต การสนับสนุนทางสังคม และโรคประจำตัว มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ดังนั้นในการพัฒนาโมเดล/โปรแกรม ควรให้ครอบคลุมปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการป้องกัน/ลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยให้ครอบครัว ชุมชน องค์กรท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีส่วนร่วมร่วมในการดำเนินการ

5.3.4 องค์ประกอบของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบได้ 37 องค์ประกอบ โดยเรียงลำดับ 5 องค์ประกอบแรก ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 ญาติพี่น้องและความรู้สึกของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีลูกหลาน ญาติพี่น้องเอาใจใส่ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รับฟังปัญหาต่าง ๆ และลูกหลาน ญาติพี่น้องมีความปรองดองกัน จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุลดลง หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากลูกหลาน ญาติพี่น้อง ทั้งข้อมูลข่าวสาร การตอบสนองด้านร่างกาย และด้านจิตใจทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทางร่างกายไม่ดี เกิดปัญหาด้านจิตใจ เบื่อหน่าย เครียด และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pamesona and Taneapanichskull (2018) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประเทศอินโดนีเซีย ได้แก่ การขาดการสนับสนุนทางสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของชัยวัฒน์ อินไชยา และคณะ (2559) พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันความว้าเหว่ การทำหน้าที่ของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม อธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 47.10 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Assil and Zeidan (2013) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประเทศซูดานใต้ ได้แก่ รู้สึกโดดเดี่ยว การไม่สามารถไปเยี่ยมเพื่อนได้ และการไม่มีเพื่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Suttajit et al. (2010) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุประเทศไทย และการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดภาวะความอ่อนแอด้านร่างกาย และลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Zou et al. (2018) พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประเทศจีน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม

องค์ประกอบที่ 2 กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำด้วยตนเองได้ จะทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น หากผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้จะทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาคนอื่น รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง และเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Minfu et al., 2019) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Al Sabahi et al., 2014; Cole & Dendukuri, 2003; El-Gilany et al., 2018; El Kady & Ibrahim, 2013; Haseen & Prasartkul, 2011; Jitaree, 2012; Sangon, 2007; Suttajit et al., 2010; Ylli et al., 2016; Zou et al., 2018; ชัยวัฒน์ อินไชยา และคณะ, 2559; บุษราคัม จิตอารีย์, 2555)

องค์ประกอบที่ 3 การเงินและที่อยู่ของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กล่าวคือ การมีที่อยู่อาศัย และการมีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ทำให้

ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคง ซึ่งรายได้เป็นตัวที่บ่งบอกสถานภาพทางเศรษฐกิจ และสถานภาพทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ซึ่งพบว่าเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจากที่เคยทำงานได้เกษียณอายุราชการ ทำให้รายได้ลดลง หรืออาจเกิดจากสภาพร่างกายที่เสื่อมตามวัย ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ มีรายได้ลดลง ซึ่งพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Wang, et al., 2018) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Lorant et al. (2003) พบว่าผู้ที่มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมต่ำ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 1.81 เท่า การศึกษาของ Paul et al. (2018) พบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ เศรษฐกิจและฐานะทางสังคมต่ำ และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (El Kady & Ibrahim, 2013; Kansri et al., 2018; Liu et al., 2018; Llorente et al., 2018; Paul et al., 2019; นภา พวงรอด, 2558; สุชาดา แซ่ลิ้ม, 2562)

องค์ประกอบที่ 4 ความตื่นตัวและเรื่องการเดินทางของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ความรู้สึกที่ชีวิตนี้มีเรื่องน่าสนุกและน่าค้นหาอีกมาก ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกท้าทาย สนุก และมีเรื่องน่าตื่นตัวในการดำรงชีวิต ทำให้เกิดความผาสุกด้านจิตใจ เป็นความรู้สึกพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ความผาสุกทางใจประกอบด้วยหลายมิติทั้งความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองและความสุขที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น บุคคลที่มีความผาสุกทางใจสูง จึงมีภาวะอารมณ์ทางบวก และความพึงพอใจในชีวิตสูง ในทางตรงข้ามจะมีอารมณ์จิตใจทางด้านลบต่ำ (กัตติกา ธาระ ขว้าง และคณะ, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความผาสุกด้านจิตใจของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (Ingersoll-Dayton et al., 2004; Dhara and Jogsan, 2013; Jena et al., 2018; Srisailamaiah et al., 2016) และนอกจากนี้การมีเพื่อนบ้านช่วยเหลือเรื่องการเดินทางหรือรับส่งทำให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกในการเดินทาง รู้สึกปลอดภัย และมีความมั่นคงทางจิตใจที่มีเพื่อนคอยช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต และทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น และมีความสุขด้านการมีปฏิสัมพันธ์เมื่อได้รับการช่วยเหลือเกื้อหนุนจากครอบครัว เพื่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Gariepy et al. (2016) มากกว่าร้อยละ 90 ของการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ การสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ คู่สมรส (ร้อยละ 100) เพื่อน (ร้อยละ 83) บุตรหลานและครอบครัว (ร้อยละ 50 และ ร้อยละ 30) โดยพบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ และเครื่องมือต่าง ๆ ช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษา

ของ Pimentel et al. (2012) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ เพื่อนและครอบครัว

องค์ประกอบที่ 5 ความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านที่มีให้ผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม จากเพื่อน และการมีสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้านที่ดี คอยช่วยเหลือเวลาเจ็บป่วย คอยให้ข้อมูลข่าวสาร ให้คำแนะนำและการชี้แนะแนวทางที่ควรปฏิบัติ ปลอบโยนให้สบายใจ รับฟังปัญหาต่าง ๆ หรือช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น และมีความผาสุกด้านการมีปฏิสัมพันธ์เมื่อได้รับการช่วยเหลือเกื้อหนุนจากเพื่อน จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Gariepy et al. (2016) มากกว่าร้อยละ 90 ของการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ คู่สมรส (ร้อยละ 100 ของการศึกษา) เพื่อน (ร้อยละ 83 ของการศึกษาทั้งหมด) โดยพบว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์ และเครื่องมือต่าง ๆ ช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Pimentel et al. (2012) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ เพื่อนและครอบครัว และจากการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ชัยวัฒน์ อินໄໝ และคณะ, 2559; Pramesona and Taneepanichskull, 2018; Millan-Calenti et al., 2013; Shin, 2008; Oni, 2010; Grocki, 2009; Ng et al., 2014; Han et al., 2014; Assil and Zeidan, 2013; Suttajit et al., 2010; Sangon et al., 2007)

จากผลการศึกษาพบว่า องค์ประกอบการเกิดภาวะซึมเศร้า 5 องค์ประกอบแรก ได้แก่ ญาติพี่น้องและความรู้สึกของผู้สูงอายุ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ การเงินและที่อยู่ของผู้สูงอายุ ความตื่นเต้นและเรื่องการเดินทางของผู้สูงอายุ และความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านที่มีให้ผู้สูงอายุถือเป็นการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า ควรให้ครอบคลุมด้านการสนับสนุนทางสังคม การส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุสุขภาพแข็งแรงและสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีรายได้เพิ่มขึ้น โดยการได้รับความร่วมมือจากหลายภาคส่วนทั้งครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และนโยบายระดับประเทศที่สามารถสร้างรายได้ หรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ลดความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าจากรายได้ที่ไม่เพียงพอ

วัตถุประสงค์ข้อ 4 การพัฒนารูปแบบในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การพัฒนารูปแบบในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ เริ่มตั้งแต่ดำเนินการตามขั้นตอนกระบวนการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ปัจจัยทำนาย องค์ประกอบของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ในการศึกษาการวิจัยในระยะที่ 1 นอกจากนี้ยังมีการประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งการวิเคราะห์โดยเริ่มจากสถานการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การหาสาเหตุของเกิดภาวะซึมเศร้า ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า แนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้า และชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ซึ่งแนวคิดในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเน้นกระบวนการให้ผู้สูงอายุ ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมในการแก้ไขและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยการดึงเอาศักยภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนและหน่วยงานในชุมชนเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ซึ่งทำให้เกิดโอกาสความเป็นไปได้สูงที่จะแก้ไขและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เนื่องจากตรงกับปัญหาที่แท้จริงของชุมชนและตรงกับบริบทของชุมชน และในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุร่วมกับมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายในการดูแลและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น มีภาวะซึมเศร้ามลดลง/ไม่มีภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าดีขึ้น โดยใช้ศักยภาพผู้สูงอายุ ชุมชน ดูแลและแก้ไขปัญหาแบบองค์รวม ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ บุรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถพึ่งตนเองได้ การดูแลและป้องกันเชิงรุก ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมให้ชุมชนมีความรู้ในการดูแลและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในบริบทของชุมชน และประสานความร่วมมือกับการดูแลกับทีมสุขภาพ จนได้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุฉบับร่างที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดุขฎิ โยเหลา (2558) พบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพกายและทางจิตใจ โดยใช้ชุมชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการสำรวจปัญหา วางแผนช่วยเหลือและวางแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และมีการทำงานเป็นทีม โดยมีการสร้างกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ครอบครัว และภาครัฐ ซึ่งในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในจังหวัดร้อยเอ็ด (ฉบับร่าง) ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การให้ความรู้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เช่น สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า อาการและอาการแสดง การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง การออกกำลังกายโดยใช้โยคะ การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุ สมาธิ กิจกรรมสันทนาการ เพื่อนเยี่ยมเพื่อน อสม.เยี่ยมผู้สูงอายุ และพยาบาล/ทีมสุขภาพ

เยี่ยมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของรุจิวรรณ สอนสมภาร (2561) พบว่า การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ สถานพยาบาลคือ การให้คำปรึกษา การรักษา การป้องกัน การให้ความรู้ และกำกับติดตามต่อเนื่อง ครอบครัวเข้าใจธรรมชาติผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อนที่เพียงพอ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การไม่เครียดคิดมากในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น การสร้างเครือข่ายผู้สูงอายุ และการสร้างการยอมรับจากผู้สูงอายุด้วยกัน สอดคล้องกับการการศึกษาของวีระพงษ์ ศรีประทาย (2560) พบว่า แนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอประทาย จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ สถานพยาบาลให้คำปรึกษา การให้ความรู้ การรักษา การกำกับติดตาม ครอบครัวเข้าใจธรรมชาติผู้สูงอายุ รับฟังปัญหาและดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด และผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ไม่เครียด คิดมากในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอรพิชา เกตุพันธ์และสุรีย์ จันทรมณี (2563) พบว่ารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 5 มี 6 กิจกรรม ได้แก่ การจัดการกับความเครียดและเข้าใจตนเอง สติรับรู้ลมหายใจ สติปล่อยวางความคิดการรับรู้ความรู้สึก สติรู้ตัวกระตุ้นความคิดลบได้เร็ว สติการเคลื่อนไหวโยคะ และสติการสื่อสาร สติเมตตาให้อภัยและรักตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐภา ราชบุตร, จุลจิรา จันทะมุงคุณ และจารุวรรณ แซ่อ้อ (2560) พบว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ ตำบลดอนมนต์ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วยกิจกรรม การให้ความรู้การสร้างเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้า การรวมกลุ่มออกกำลังกาย การรวมกลุ่มรับประทานอาหาร การติดตามเยี่ยมในชุมชนโดยแกนนำผู้สูงอายุ และการประกวดแข่งขันการออกกำลังกาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bird and Parslow (2002) พบว่าโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย และการรับประทานวิตามิน เช่น โฟเลท วิตามินบี12 สอดคล้องกับการศึกษาของ Forsman et al. (2018) พบว่าโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ การฝึกทักษะ (เช่น การให้ความรู้ การฝึกการคิด) การออกกำลังกาย กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องที่ผ่านมา การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุ การทำกิจกรรมที่หลากหลาย และโปรแกรมทางด้านจิตสังคมต่าง ๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bogdanova and Nedev (2021) พบว่า ประสิทธิภาพของการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในยุโรปพบว่า การให้ความรู้ การไม่มีโรคประจำตัว การเข้าร่วมกิจกรรมสังคม (เช่น การเข้าชมรมต่าง ๆ) และการออกกำลังกาย สามารถป้องกันการเกิดอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จากนั้นเมื่อได้การพัฒนาแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ก็เข้าสู่ระยะที่ 2 เป็นการนำเอารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าไปทดลองใช้และประเมินผล

จากผลการศึกษาพบว่า การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ควรเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และควรมีการบูรณาการหลากหลายกิจกรรมเพื่อจะสามารถป้องกัน/ลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การป้องกันภาวะซึมเศร้า การส่งเสริมและให้จัดตารางการดำเนินกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง การออกกำลังกาย การใช้ธรรมะในการดำรงชีวิต กิจกรรมสันทนาการ การส่งเสริมพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ เพื่อนเยี่ยมบ้าน อสม.เยี่ยมผู้สูงอายุ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (พยาบาลวิชาชีพ/ทีมสุขภาพเยี่ยมผู้สูงอายุ)

วัตถุประสงค์ข้อ 5 ประสิทธิภาพของการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

5.2.5.1 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และในระยะติดตามผล 6 เดือนพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกับระยะหลังการทดลอง สามารถอธิบายได้ว่าในระยะ 6 เดือน (Pender et al., 2006) เป็นระยะที่ผู้สูงอายุยังคงไว้ซึ่งพฤติกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้า จึงส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 6 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าลดลงก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง อธิบายได้ว่า การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสอดคล้องกับบริบทในชุมชน สามารถปฏิบัติได้จริงและสามารถทำได้ด้วยตนเองที่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร่าจะมีระดับภาวะซึมเศร่าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของอรพิชา เกตุพันธ์ และสุรีย์ จันทโมลี (2563) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความสุขเพิ่มขึ้น ความเครียด ความคิดอัตโนมัติด้านลบและภาวะซึมเศร่าลดลง การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กิจกรรมที่กลุ่มทดลองได้รับ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า อาการและอาการแสดง และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญของภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Sangha and Sanghera (2018) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสอนในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก่อนการทดลองมีความรู้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยร้อยละ 45.00 และหลังการทดลองผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการสอนส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับดี ร้อยละ 80 และร้อยละ 20 มีความรู้ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร่ายังมีกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นกิจกรรมอย่างอิสระในการตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อให้

เกิดความผ่อนคลายและสนุกสนานเพลิดเพลินกับตนเอง เช่น การปลูกผัก รดน้ำต้นไม้ การฟังเพลง หมอรำต่าง ๆ และทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง การให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องต่าง ๆ ที่ผ่านมา ซึ่งปัจจัยนำที่ผลักดันให้บุคคลเกิดพลัง มีกำลังใจ และสามารถกระทำทุกวิถีทางในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ดีที่สุดในชีวิต ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น การเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Gibson, 1995) ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถปรับตัว และช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกษมา มั่นประสงค์, ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช และน้ำทิพย์ ทับทิมทอง (2556) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจหลังการทดลองต่ำกว่าระหว่างการทดลอง และก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของศิริเพ็ญ วารวินิช และธนิดา ผาติเสนะ (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในสถานสงเคราะห์คนชรา ผลวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Karami et al. (2013) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดำรงชีวิต การสนับสนุน การให้บริการ การออกกำลังกาย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าลดลง และกลุ่มควบคุมคะแนนภาวะซึมเศร้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee and Jun (2012) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวที่มีรายได้ต่ำ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีระดับความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองดีขึ้นเมื่อเทียบกับความควบคุม และกลุ่มทดลองมีคะแนนของภาวะซึมเศร้าดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในระหว่างการทดลองมีการให้กลุ่มตัวอย่างจับคู่กัน (Buddy) ไปเยี่ยมซึ่งกันและกัน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง อสม.เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ 1 ครั้ง/สัปดาห์ และพยาบาลวิชาชีพเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการให้กำลังใจ ชื่นชม กระตุ้นให้มีการปฏิบัติกิจกรรมประจำที่ถูกต้อง และนอกจากนี้ยังเป็นการให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งการที่ผู้สูงอายุเยี่ยมซึ่ง

กันและกัน อสม.เยี่ยมบ้าน และพยาบาลวิชาชีพเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุ เป็นการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว คนที่ไว้วางใจ เพื่อน แหล่งสนับสนุนจากโรงพยาบาล ซึ่งการเยี่ยมผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Tengku et al. (2019) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จากคู่สมรส ครอบครัว และเพื่อน จะทำให้มีภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chao et al. (2018) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Fukukawa et al. (2000) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Oxman and Hull (2001) พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการรักษาโรคเบื้องต้นจะมีระดับของภาวะซึมเศร้าลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bruce (2015) พบว่า การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้น รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Markle-Reid et al. (2011) พบว่า การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และเป็นการป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้าได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Nguyen and Catherine (2013) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การบริการในหน่วยปฐมภูมิ การเยี่ยมบ้าน และการใช้ชุมชนเป็นฐาน ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการ ได้แก่ การร้องเพลง การพ็อนรำกับเพลงหมอรา ซึ่งการจัดกิจกรรมสันทนาการต่าง ๆ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง สนุกสนาน ผ่อนคลายความเครียด จิตใจแจ่มใส เบิกบาน ทำให้ระดับของภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ray and Gotell (2018) ศึกษาประสิทธิผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและการเพิ่มความพึงพอใจในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อาศัยอยู่บ้านพักคนชรา กลุ่มทดลองได้รับการฟังเพลงครั้งละ 10-15 นาที จำนวน 2 ครั้ง/สัปดาห์ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ดนตรีบำบัดสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับปานกลางถึงรุนแรง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ugur et al. (2016) ศึกษาประสิทธิผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา ประเทศตุรกี กลุ่มทดลองได้รับการฟังดนตรีสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ดนตรีบำบัดสามารถลดระดับซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chan et al. (2011) ศึกษาประสิทธิผลของดนตรีต่อภาวะซึมเศร้า โดยกลุ่มทดลองได้ที่ได้รับการฟัง

ดนตรี ครั้งละ 30 นาที/สัปดาห์ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับของภาวะซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yang (2021) ศึกษาประสิทธิผลของดนตรีบำบัดต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ใหญ่วัยกลางคน และผู้สูงอายุ พบว่า ดนตรีบำบัดมีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองได้มีกิจกรรมการออกกำลังกายโดยการโยคะ 2 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 30-45 นาที ซึ่งการออกกำลังกายด้วยโยคะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง จิตใจแจ่มใส สดชื่น เบิกบาน และผ่อนคลาย ไม่เครียด ลดความวิตกกังวล และทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Uebelacker et al. (2017) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมโยคะ ระยะเวลา 10 สัปดาห์ มีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Alessio et al. (2020) พบว่า โยคะมีผลทำให้ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Prathikanti et al. (2017) พบว่า กลุ่มทดลองที่มีภาวะซึมเศร้าได้ออกกำลังกายด้วยโยคะ 2 ครั้ง/สัปดาห์ ระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มควบคุม และนอกจากนี้กลุ่มทดลองยังมีการใช้กิจกรรมธรรมะในการดำรงชีวิต ได้แก่ การจัดการความเครียดและการเข้าใจตนเอง สติการรับรู้ลมหายใจตนเอง สติปล่อยวางการรับความคิด อารมณ์ และความรู้สึก สติรู้ตัวระงับความคิดด้านลบได้เร็ว และสติการสื่อสาร สติมีเมตตาให้อภัยและรักตนเอง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 20 - 25 นาที ซึ่งการส่งเสริมการสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณ จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างผ่อนคลาย มีสติปล่อยวาง ทำให้ระดับของภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Pramesona and Taneapanichskul (2018) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมศาสนาต่อผู้ที่มีอาการซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บ้านพักคนชรา ประเทศอินโดนีเซีย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน (กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทางศาสนา จำนวน 36 ครั้ง ครั้งละ 20-25 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมทางศาสนามีระดับของความซึมเศร้าลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และพบว่าระดับของภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตที่สัปดาห์ที่ 4, 8, 12 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของสุริยะ จงแพ และคณะ (2559) พบว่ากลุ่มทดลองที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบพุทธธรรมแบบกลุ่มปิด ร่วมกับอาสนะโยคะ ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับการบำบัดกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัด

5.2.5.2 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และในระยะติดตามผล 6 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกับระยะหลัง การทดลอง ซึ่งในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง สามารถอธิบายได้ว่าในระยะ 6 เดือน (Pender et al., 2006) เป็นระยะที่ผู้สูงอายุควงไว้ซึ่งพฤติกรรมกำบังภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าลดลง และส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับโปรแกรมการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สาเหตุ อาการและอาการแสดง การป้องกันภาวะซึมเศร้า การส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง การออกกำลังกาย การทำจิตใจให้ผ่องใส การนอนหลับพักผ่อน การผ่อนคลายทางจิตใจ การใช้ธรรมะในการดำรงชีวิต ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และยังมี การติดตามเยี่ยมโดยเพื่อนเยี่ยมเพื่อน เพื่อให้กำลังใจ รับฟังปัญหาซึ่งกันและกัน และส่งเสริมและสนับสนุนกันและกันในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า และมีการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่องโดยมี อสม. และพยาบาลวิชาชีพ เพื่อติดตาม ส่งเสริมให้กำลังใจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการป้องกันภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Sivertsen et al., 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ Dantas et al. (2020) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมหลายมิติต่อคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในประเทศบราซิล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 118 คน โปรแกรม ได้แก่ การกระตุ้นทางการตลาดโดยการมีการลดราคาสำหรับอาหารเพื่อสุขภาพ การรับประทานอาหาร การใช้เทคโนโลยีและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนนิสัยในการรับประทานอาหารโดยใช้เกมมิฟิเคชัน การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับอาหารโดยใช้เทคโนโลยี และกิจกรรมสนทนากัน ผ่อนคลาย โดยใช้เทคโนโลยี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีภาวะซึมเศร้าลดลง มีการรับรู้สุขภาพที่ดีขึ้น และการมีร่างกายมีการทำงานที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Pramesona and Taneapanichskul (2018) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมศาสนาต่อผู้ที่มีอาการซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บ้านพักคนชรา ประเทศอินโดนีเซีย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน (กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมทางศาสนา จำนวน 36 ครั้ง ครั้งละ 20-25 นาที สัปดาห์

ละ 3 ครั้ง รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมทางศาสนามีระดับของความซึมเศร้าลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tavares et al. (2014) ศึกษาผลของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า หรือโรคอัลไซเมอร์ต่อคุณภาพชีวิต: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเมื่อได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

5.2.5.3 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และในระยะติดตามผล 6 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกับระยะหลังการทดลอง ซึ่งในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 6 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง สามารถอธิบายได้ว่าในระยะ 6 เดือน (Pender et al., 2006) เป็นระยะที่ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าลดลง จะมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นก่อนการทดลอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสมจะทำให้มีภาวะซึมเศร้าลดลง ซึ่งพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสม ได้แก่ การได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง การออกกำลังกาย การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากเพื่อน อสม. พยาบาลวิชาชีพ การมีการผ่อนคลายทางด้านอารมณ์จากการเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการ และการใช้สมาธิในการดำรงชีวิต ซึ่งพบว่าการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ดังกล่าว เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ยิ่งพบว่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมจะพบว่า ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างลดลง/ไม่มีภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของวิระพงษ์ ศรีประทาย (2560) พบว่า แนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การรักษา การกำกับติดตาม การรับฟังปัญหาหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อนให้เพียงพอ การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ไม่เครียด คิดมากในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของดุขุณี โยเหลา (2558) วิธีการดูแล กิจกรรม ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุ การรับรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ

กายและสุขภาพใจของผู้สูงอายุ จากผู้ดูแลหลัก สมาชิกในครอบครัว ศูนย์แพทย์ อสม. และจิตอาสา และสอดคล้องกับการศึกษาของ Firth et al. (2020) ศึกษาผลของการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ อาหาร การนอนหลับ ในการป้องกันและการรักษาโรคทางจิต (ความเครียด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ฯลฯ) ผลการศึกษาพบว่า วิธีในการดำรงชีวิตเป็นปัจจัยที่สำคัญในการป้องกันโรคทางจิต โดยพบว่าการออกกำลังกายเป็นการป้องกันภาวะซึมเศร้าในระดับปฐมภูมิ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Miller et al. (2019) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการพฤติกรรมออกกำลังกายมีผลโดยตรงและมีปฏิกริยาต่ออาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

จากผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ควรให้ผู้สูงอายุ ชุมชนมีส่วนร่วมในดำเนินการแก้ไขปัญหา มีการจัดกิจกรรมที่หลากหลายรูปแบบ และควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

5.3.1.1 พยาบาลสามารถนำการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ไปประยุกต์ใช้และพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าให้เหมาะสมกับในแต่ละบริบท เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีพฤติกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสม

5.3.1.2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า ควรมีการบูรณาการหลาย ๆ กิจกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจ เกิดการรับรู้ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสม และส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

5.3.2 ข้อเสนอแนะด้านเชิงนโยบาย

5.3.2.1 ท้องถิ่นควรมีกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง

5.3.2.2 ประเทศและองค์กรท้องถิ่น ควรมีกำหนดนโยบายให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล และป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เนื่องจากพบว่าผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง บุตรหลานไปทำงานที่ต่างจังหวัด

5.3.2.3 ควรมีกำหนดนโยบาย และมีการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน

5.3.3 ข้อเสนอแนะด้านการทำวิจัย

5.3.3.1 ควรมีการศึกษาซ้ำในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และควรมีการขยายกลุ่มตัวอย่างให้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาในการศึกษา 3 เดือน และระยะติดตาม 6 เดือน ในการวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มระยะเวลาในการทดลองและจำนวนครั้งในการประเมินผล เช่น 12 เดือน 24 เดือน 36 เดือน เพื่อดูพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันภาวะซึมเศร้า และระดับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง และคุณภาพชีวิตในระยะยาว

5.3.3.2 ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มทดลองถึงปัจจัยหรือสาเหตุที่ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และยังคงอยู่ในระยะ 6 เดือนที่ติดตามผล

5.3.2.3 ปัจจัยทำนายและองค์ประกอบของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เกิดจากครอบครัว บุตรหลาน และรายได้ในการดำรงชีวิต ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุครั้งต่อไป ควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการสร้างอาชีพหรือรายได้ให้กับผู้สูงอายุ



บรรณานุกรม



- กนกวรรณ อบเชย และรุ่งกมล โพธิสมบัติ. (2019). สังคมสูงวัยกับการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสาร. **วารสารธรรมศาสตร์**, 38(1), 20-33.
- กมลเนตร วรรณเสวท. (2558). **ภาวะซึมเศร้า (Depression) จิตเวช ศิริราช DSM-5**. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). **รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายอดสะสมตั้งแต่ปี 2552 ถึงปัจจุบัน ณ วันที่ 25 สิงหาคม 2562**. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต[ออนไลน์] 2562 อ้างเมื่อ 10 ตุลาคม 2561] จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/>
- กรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปีงบประมาณ 2563**. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต[ออนไลน์] 2563 อ้างเมื่อ 10 ตุลาคม 2563] https://thaidepression.com/www/report/main_report/.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความเศร้า ในผู้สูงอายุของไทย. **สารศิริราช**, 46(1), 1-9.
- กษมา มั่นประสงค์, ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช, และน้ำทิพย์ ทับทิมทอง. (2556). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ**, 7(3), 79-87.
- กัตติกา ธนะขว้าง และคณะ. (2015). **รายงานการวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทย**. สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- กุนนที พุ่มสงวน. (2014). การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ: บทบาทที่สำคัญของพยาบาล Health Empowerment: Nurses' Important Role. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 15(3), 86-90.
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2554). **แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. ขอนแก่น : ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชัชวาล วงศ์สาร และสายสมร เฉลยกิตติ. (2562). การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง. **เวชสารแพทย์ทหารบก**, 72(1), 69-77.
- ชัยวัฒน์ อินไชยา, สภิญญา แสงอ่อน และ พัชรินทร์ นนทจันทร์. (2559). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 30(1), 17-33.
- นภา พวงรอด. (2558). การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์**, 2(1), 63-74.

- นริสา วงศ์พนารักษ์ และ สายสมร เฉลยกิตติ. (2014). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพ จิตสำนึกในผู้สูงอายุ Depression: A Significant Mental Health Problem of Elderly. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 15(3), 24-31.
- นัยนา หนูนิล, สายฝน เอกวางกูร และเจตนา หนูนิล. (2558). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 64(2), 10-16.
- บุษราคัม จิตอารีย์. (2555). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์นะ. (2560). **กลุ่มอาการสูงอายุ และประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจ**. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานา.
- ประสพสุข ศรีแสนปาง. (2561). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: ความล้มเหลวทางการพยาบาล. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**, 41(1), 129-140.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2556). **ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : บริษัท ยูเนี่ยน ศรีเอช จำกัด.
- ปิติ ทฤษฏีคุณ, โปยม วงศ์ภูวรักษ์, จูติมา ต้วงเงิน, อุษณีย์ วรธรรมณณี, และอรรวรรณ แซ่ลิ้ม. (2559). **Practical Issue in Chronic Disease**. สงขลา: คณะเภสัช มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). **การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ : การนำไปใช้**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานา.
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ. (2546). **พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546(ฉบับแก้ไข 2553)**. กระทรวงการพัฒนาและความมั่นคงมนุษย์ [ออนไลน์] 2562 อ้างเมื่อ 10 ตุลาคม 2546] จาก http://www.dop.go.th/download/laws/regulation_th_20152509163042_1.pdf
- ไพบูลย์ โล่สุนทร. (2552). **ระบาดวิทยา**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานพ คณะโต. (2551). **วิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพในระบบสุขภาพชุมชน**. ขอนแก่น: เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลยาเสพติด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มูจรินทร์ พุทธเมตตา และรังสิมัน ตสุนทรไชยา. (2016). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุโรค ซึมเศร้าในเขต ภาคกลาง. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 30(2), 69-82.
- รุจิวรรณ สอนสมภาร. (2018). แนวทางการส่งเสริมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ**, 4(1), 77-89.

- ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2553). **การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : บุญศิริการพิมพ์.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ. (2553). **แนวปฏิบัติการบริการผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร : สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- วัลลา ตันตโยทัย. (2543). **ทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ใน สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย, & รวมพร คงกำเนิด (บรรณาธิการ). การส่งเสริมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล. (183-192). นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.**
- วาทีณี สุขมาก. (2556). **การพยาบาลสุขภาพจิตและสังคม**. พิมพ์ครั้งที่ 2. มหาสารคาม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- วีไลวรรณ ทองเจริญ. (2558). **ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: หจก.เอ็นพีเพรส.
- วีระพงษ์ ศรีประทาย. (2560). **แนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอประทายจังหวัด นครราชสีมา. เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 39(2), 147-154.**
- วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. (2553). **การวิจัย เชิงปฏิบัติการ Action Research. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช, 29(1), 1-7.**
- วีระยุทธ์ ชาตะกาญจน์. (2558). **การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 2(1), 29-49.**
- ศิริฉวี อินทรหนองไผ่. (2546). **พฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ**. มหาสารคาม: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2555). **การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล : ระเบียบวิธีวิจัยและกรณีศึกษา**. กรุงเทพฯ : วิทย์พัฒน์.
- ศิริเพ็ญ วารวีนิช และธนิดา ผาติเสนะ. (2563). **ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในสถานสงเคราะห์คนชรา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38(2), 111-118.**
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2561). **การพยาบาลผู้สูงอายุเล่ม 1. เชียงใหม่ : บริษัท สมาร์ทโคตรตั้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด.**
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2556). **มนทัศน์ของนิยามผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ**. นครปฐม: โรงพิมพ์เดือนตุลาคม จำกัด.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2562). **สุขภาพคนไทย 2562: สื่อสังคม สื่อสองคมสุขภาพคนไทยในโลกโซเชียล**. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559**. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2542). **แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ. ใน สมจิต หนูเจริญกุล, วัลยา ต้นโตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด (บรรณาธิการ). **การส่งเสริมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล**. (หน้า 3-17). นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สายฝน เอกวางกูร. (2554). **รู้จัก เข้าใจ ดูแลภาวะซึมเศร้า**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท ส.เอเชียเพลส (1989) จำกัด.
- สาวิตรี สิงหาด. (2016). การพยาบาล ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะ ซึมเศร้า. **วารสารวิทยาศาสตร์ และ เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี**, 18(3), 15-15.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). **รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2561). **คู่มือการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2561**. นนทบุรี : พิมพ์อักษรกราฟิกแอนดดีไซน์.
- สำนักงานสถิติจังหวัดร้อยเอ็ด. (2561). **รายงานสถิติจังหวัดร้อยเอ็ด 2560** [ออนไลน์] 2561 อ้างเมื่อ 10 ตุลาคม 2562] จาก http://roiet.nso.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=277:-2560&catid=105&Itemid=510.
- สุชาดา แซ่ลิ้ม. (2562). การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดระนอง. **วารสารวิชาการแพทย์**, 33, 192-202.
- สุริยะ จงแพ, สุนิฉิม พิบูลย์, มุนาวงศาโรจน์, พัชรรัตน์พรพิทักษ์, ศิริเพ็ญ แก้วประดิษฐ์ และนภสร แก้วนิลกุล. (2016). การพัฒนารูปแบบการป้องกัน โรคซึมเศร้าด้วยการให้การปรึกษาแบบกลุ่มแนว พุทธ ธรรม และ โยคะ* DEVELOPMENT OF THE PREVENTION MODEL FOR DEPRESSIVE DISORDER BY BUDDHIST GROUP COUNSELING AND YOGA. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 30(3), 66-79.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกนันนท์. (2558). **ตำราโรคซึมเศร้า**. ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์คลังนานา.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2548). **วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์ และ สังคมศาสตร์**. กรุงเทพฯ ฯ : สามลดตา.

- อมาวสี อัมพันศิริรัตน์ และพิมพ์มล วงศ์ไชยา. (2560). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม : ลักษณะสำคัญและการประยุกต์ใช้ในชุมชน. **วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**, 36(6), 192-202.
- อรพิชา เกตุพันธ์ และสุรีย์ จันทร์โมลี. (2563). การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 5. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 21(1), 366-375.
- อรุณ จิรววัฒน์กุล. (2558). **สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บริษัท ส.เอเชียเพลส (1989) จำกัด.
- อัจฉรา คำมะทิต และมัลลิกา มากรัตน์. (2016). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ:วิธี การปฏิบัติที่ ละขั้นตอน. **The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health**, 3(3), 249-259.
- อิทธิพล พลเยี่ยม และสุคนธา ศิริ. (2014). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดร้อยเอ็ด. **Graduate Research Conference 2014**, 1848-1854.
- Abas, M. A., Punpuing, S., Jirapramukpitak, T., Guest, P., Tangchonlatip, K., Leese, M., & Prince, M. (2009). Rural–urban migration and depression in ageing family members left behind. **The British Journal of Psychiatry**, 195(1), 54-60.
- Al Sabahi, S., Al Sinawi, H., Al Hinai, S., & Youssef, R. (2014). Rate and correlates of depression among elderly people attending primary health care centres in Al Dakhiliyah governorate, Oman. **EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal**, 20(3), 181-189.
- Alavi, N. M., Khademalhosseini, S., Vakili, Z., & Assarian, F. (2019). Effect of vitamin D supplementation on depression in elderly patients: A randomized clinical trial. **Clinical Nutrition**, 38(5), 2065-2070.
- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. (1988). Cornell scale for depression in dementia. **Biological psychiatry**, 23(3), 271-284.
- Alibakhshikenari, M. (2018). Symptom Severity of Major Depressive Disorder- Associations with Functional Disability, And Prevalence of Co-Morbid Illnesses. **Biomedical Journal of Scientific & Technical Research**, 11(1), 8277-8286.

- Almeida, O. P., McCaul, K., Hankey, G. J., Norman, P., Jamrozik, K., & Flicker, L. (2008). Homocysteine and depression in later life. **Archives of General Psychiatry**, 65(11), 1286-1294.
- Anderson, M., & Perrin, A. (2017). Tech adoption climbs among older Americans. **Pew Research Center**, 17, 1-22.
- Apidechkul, T. (2018). Prevalence and factors associated with depression among the hill tribe elderly population, Thailand. **Journal of the Medical Association of Thailand**, 101(7), 977-985.
- Assil, S., & Zeidan, Z. (2013). Prevalence of depression and associated factors among elderly Sudanese: a household survey in Khartoum State. **EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal**, 19 (5), 435-440, 2013.
- Astrom, E., Rönnlund, M., Adolfsson, R., & Grazia Carelli, M. (2019). Depressive symptoms and time perspective in older adults: associations beyond personality and negative life events. **Aging & mental health**, 23(12), 1674-1683.
- At CDC Healthy Aging Program. (2010). CDC Promotes Public Health Approach to Address Depression among Older Adults. **At Health Benefits ABCs**, 1-22.
- Awunor, N., Ntaji, M., Edafiadhe, E., Erhabor, P., Eferakorho, A., Ijirigbo, B., Owe, A., Adu, O., Enaohwo, O., & Umukoro, S. (2018). Prevalence and predictors of depression among the elderly in selected rural communities in Delta State, Nigeria. **Journal of Community Medicine and Primary Health Care**, 30(1), 122-130.
- Bae, J.-H., & Kim, G. (2018). Systematic review and meta-analysis of omega-3-fatty acids in elderly patients with depression. **Nutrition Research**, 50, 1-9.
- Bandura, A. (1985). **Explorations in self-efficacy**. In S. Sukemune (Ed). *Advances in social learning theory*. Tokyo: Kaneko-shoho.
- Bandura, A., Freeman, W. H., & Lightsey, R. (1999). **Self-efficacy: The exercise of control**. New York: W.H. Freeman & A Company.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, 4(6), 561-571.

- Bird, M. J., & Parslow, R. A. (2002). Potential for community programs to prevent depression in older people. **Medical Journal of Australia**, 177(7), S107.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, 58(3), M249-M265.
- Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. **Psychological medicine**, 35(9), 1241-1252.
- Blazer, D. G., Hybels, C. F., & Pieper, C. F. (2001). The association of depression and mortality in elderly persons: a case for multiple, independent pathways. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, 56(8), M505-M509.
- Bogdanova, B., & Nedev, B. (2021). The effect of activities as prevention tool for elderly people in Europe from depression. **AIP Conference Proceedings**, 2333, 150010-1- 150010-8.
- Boltz, M., Capezuti, E., Zwicker, D., & Fulmer, T. T. (2020). **Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice**. Springer Publishing Company.
- Bressington, D., Mui, J., Yu, C., Leung, S. F., Cheung, K., Wu, C. S. T., Bollard, M., & Chien, W. T. (2019). Feasibility of a group-based laughter yoga intervention as an adjunctive treatment for residual symptoms of depression, anxiety and stress in people with depression. **Journal of affective disorders**, 248, 42-51.
- Bruce, M. L. (2015). Caring for depression in older home health patients. **Journal of psychosocial nursing and mental health services**, 53(11), 25-30.
- Butters, M. A., Whyte, E. M., Nebes, R. D., Begley, A. E., Dew, M. A., Mulsant, B. H., Zmuda, M. D., Bhalla, R., Meltzer, C. C., & Pollock, B. G. (2004). The nature and determinants of neuropsychological functioning in late-life depression. **Archives of General Psychiatry**, 61(6), 587-595.
- Chan, M. F., Chan, E. A., & Mok, E. (2010). Effects of music on depression and sleep quality in elderly people: A randomised controlled trial. **Complementary therapies in medicine**, 18(3-4), 150-159.

- Chan, M. F., Wong, Z. Y., Onishi, H., & Thayala, N. V. (2012). Effects of music on depression in older people: a randomised controlled trial. **Journal of Clinical Nursing**, 21(5-6), 776-783.
- Chang, Y.-C., Lu, M.-C., Hu, I.-H., Wu, W.-C. I., & Hu, S. C. (2017). Effects of different amounts of exercise on preventing depressive symptoms in community-dwelling older adults: a prospective cohort study in Taiwan. **BMJ open**, 7(4), 1-19.
- Chao, Y.-Y., Katigbak, C., Zhang, N. J., & Dong, X. (2018). Association between perceived social support and depressive symptoms among community-dwelling older Chinese Americans. **Gerontology and geriatric medicine**, 4,1-8.
- Chen, R., Wei, L., Hu, Z., Qin, X., Copeland, J. R., & Hemingway, H. (2005). Depression in older people in rural China. **Archives of internal medicine**, 165(17), 2019-2025.
- Choi, M., Kong, S., & Jung, D. (2012). Computer and internet interventions for loneliness and depression in older adults: a meta-analysis. **Healthcare informatics research**, 18(3), 191-198.
- Chu, H.-Y., Chen, M.-F., Tsai, C.-C., Chan, H.-S., & Wu, T.-L. (2019). Efficacy of a horticultural activity program for reducing depression and loneliness in older residents of nursing homes in Taiwan. **Geriatric nursing**, 40(4), 386-391.
- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. **American journal of psychiatry**, 160(6), 1147-1156.
- Corcoran, J., Brown, E., Davis, M., Pineda, M., Kadolph, J., & Bell, H. (2013). Depression in older adults: a meta-synthesis. **Journal of gerontological social work**, 56(6), 509-53.
- D'Alessio, L., Korman, G. P., Sarudiansky, M., Guelman, L. R., Scévola, L., Pastore, A., Obregón, A., & Roldán, E. J. (2020). Reducing allostatic load in depression and anxiety disorders: physical activity and yoga practice as add-on therapies. **Frontiers in psychiatry**, 11(501), 1-10.

- Dantas, B. A. d. S., de Miranda, J., Cavalcante, A. C., Toscano, G. A. d. S., Torres, L. S., Rossignolo, S. C. d. O., Nobre, T. T., Maia, E., de Miranda, F. A., & Torres, G. d. V. (2019). Impact of multidimensional interventions on quality of life and depression among older adults in a primary care setting in Brazil: a quasi-experimental study. **Brazilian journal of psychiatry**, 42, 201-208.
- Dao, A., Nguyen, V. T., Nguyen, H. V., & Nguyen, L. T. (2018). Factors associated with depression among the elderly living in urban Vietnam. **BioMed research international**, 25, 1-9.
- El Kady, H., & Ibrahim, H. (2013). Depression among a group of elders in Alexandria, Egypt. **EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal**, 19 (2), 167-174.
- El-Gilany, A.-H., Elkhawaga, G. O., & Sarraf, B. B. (2018). Depression and its associated factors among elderly: A community-based study in Egypt. **Archives of gerontology and geriatrics**, 77, 103-107.
- Eliopoulos, C. (2013). **Gerontological nursing**. Lippincott Williams & Wilkins. 9th. China: Wolters Kluwer.
- Ettman, C. K., Abdalla, S. M., Cohen, G. H., Sampson, L., Vivier, P. M., & Galea, S. (2020). Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 pandemic. **JAMA network open**, 3(9), 1-12.
- Firth, J., Solmi, M., Wootton, R. E., Vancampfort, D., Schuch, F. B., Hoare, E., Gilbody, S., Torous, J., Teasdale, S. B., & Jackson, S. E. (2020). A meta-review of “lifestyle psychiatry”: the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. **World Psychiatry**, 19(3), 360-380.
- Firth, J., Torous, J., Nicholas, J., Carney, R., Pratap, A., Rosenbaum, S., & Sarris, J. (2017). The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. **World Psychiatry**, 16(3), 287-298.
- Folstein, M. (1975). A practical method for grading the cognitive state of patients for the children. **J Psychiatr res**, 12, 189-198.

- Forsman, A. K., Nordmyr, J., & Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. **Health promotion international**, 26(suppl1), 85-107.
- Fukukawa, Y., Tsuboi, S., Niino, N., Ando, F., Kosugi, S., & Shimokata, H. (2000). Effects of social support and self-esteem on depressive symptoms in Japanese middle-aged and elderly people. **Journal of epidemiology**, 10(1), 63-69.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. **Journal of advanced nursing**, 16(3), 354-361.
- Gibson, C. H. (1993). **A study of empowerment in mothers of chronically ill children**. Dissertation Ph.D. Boston College, US.A.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. **Journal of advanced nursing**, 21(6), 1201-1210.
- Girgus, J. S., Yang, K., & Ferri, C. V. (2017). The gender difference in depression: are elderly women at greater risk for depression than elderly men?. **Geriatrics**, 2(4), 35.
- Gok Ugur, H., Yaman Aktaş, Y., Orak, O. S., Sağlambilen, O., & Aydin Avci, İ. (2017). The effect of music therapy on depression and physiological parameters in elderly people living in a Turkish nursing home: a randomized-controlled trial. **Aging & mental health**, 21(12), 1280-1286.
- Goyal, A., & Kajal, K. (2014). Prevalence of depression in elderly population in the southern part of Punjab. **Journal of family medicine and primary care**, 3(4), 359-361.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Blanco, C., Stinson, F. S., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Dawson, D. A., Smith, S., Saha, T. D., & Huang, B. (2005). The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Journal of clinical psychiatry**, 66(11), 1351-1361.
- Grocki, J. H. (2009). **Social Support and Depression Among Community-Dwelling Older Adults**. A Dissertation Presented for the Doctoral of Philosophy Degree, The University of Tennessee, Knoxville.

- Hackett, M. L., & Anderson, C. S. (2005). Predictors of depression after stroke: a systematic review of observational studies. **Stroke**, 36(10), 2296-2301.
- Han, B., Yan, B., Zhang, J., Zhao, N., Sun, J., Li, C., Lei, X., Liu, H., & Chen, J. (2014). The influence of the social support on symptoms of anxiety and depression among patients with silicosis. **The scientific world journal**, 2014, 1-6.
- Haseen, F., & Prasartkul, P. (2011). Predictors of depression among older people living in rural areas of Thailand. **Bangladesh medical research council bulletin**, 37(2), 51-56.
- He, M., Ma, J., Ren, Z., Zhou, G., Gong, P., Liu, M., Yang, X., Xiong, W., Wang, Q., & Liu, H. (2019). Association between activities of daily living disability and depression symptoms of middle-aged and older Chinese adults and their spouses: A community-based study. **Journal of affective disorders**, 242, 135-142.
- Heisel, M. J., Links, P. S., Conn, D., van Reekum, R., & Flett, G. L. (2007). Narcissistic personality and vulnerability to late-life suicidality. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, 15(9), 734-741.
- Ingersoll-Dayton, B., Saengtienchai, C., Kespichayawattana, J., & Aunguroch, Y. (2004). Measuring psychological well-being: Insights from Thai elders. **The Gerontologist**, 44(5), 596-604.
- Jena, N., Das, S., & Deo, H. K. (2018). Quality of life, psychological well-being, and depression among elderly: a co relational study. **Global Journal of Intellectual & Developmental Disabilities**, 4(2), 39-44.
- Jia, R., Ayling, K., Chalder, T., Massey, A., Broadbent, E., Coupland, C., & Vedhara, K. (2020). Mental health in the UK during the COVID-19 pandemic: cross-sectional analyses from a community cohort study. **BMJ open**, 10(e040620), 1-14.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., & Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. **Age and Ageing**, 23(2), 97-101.

- Jitaree, B. (2012). **The Factors Influencing Depression Amongst the Elderly at a Community in Nakhon Pathom Province**. In: MNS (Community Nurse Practitioner), Chrain University of Thailand.
- Jones, P. S., & Meleis, A. I. (1993). Health is empowerment. **Advances in nursing science**, 15(3), 1-14
- Kansri, J., Malai, C., & Soonthornchaiya, R. (2018). Geriatric depression and its related factors among Thai elderly in Chainat Province. **ANPOR Annual Conference Proceedings**, 45-45.
- Kanter, R. M. (1987). Men and women of the corporation revisited. **Management Review**, 76(3), 14.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). **The action research planner**. Victoria. Australia: Deakin University.
- Knodel, J., Teerawichainan, B. P., Prachuabmoh, V., & Pothisiri, W. (2015). **The situation of Thailand's older population: An update based on the 2014 Survey of Older Persons in Thailand**. Thailand: HelpAge International.
- Kong, D., Solomon, P., & Dong, X. (2019). Depressive symptoms and onset of functional disability over 2 years: a prospective cohort study. **Journal of the American Geriatrics Society**, 67(S3), S538-S544.
- Krause, N., & Markides, K. (1990). Measuring social support among older adults. *The International Journal of Aging and Human Development*, 30(1), 37-53.
- Kugbey, N., Nortu, T. A., Akpalu, B., Ayanore, M. A., & Zotor, F. B. (2018). Prevalence of geriatric depression in a community sample in Ghana: Analysis of associated risk and protective factors. **Archives of gerontology and geriatrics**, 78, 171-176.
- Kumari, S., & Joseph, J. (2020). Comparison of depression among the elderly in a selected semiurban and rural community of Haryana, North India: A cross-sectional survey. **Journal of Geriatric Mental Health**, 7(1), 33-37.
- Laird, K. T., Krause, B., Funes, C., & Lavretsky, H. (2019). Psychobiological factors of resilience and depression in late life. **Translational Psychiatry**, 9(1), 1-18.

- Lee, S.-H., & Jun, S.-S. (2012). Effects of an empowerment program on self-esteem and depression for low-income elderly women living alone. **Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 21(4), 311-320.
- Li, L. W., Liu, J., Xu, H., & Zhang, Z. (2016). Understanding rural–urban differences in depressive symptoms among older adults in China. **Journal of aging and health**, 28(2), 341-362.
- Liu, Q., Cai, H., Yang, L. H., Xiang, Y.-B., Yang, G., Li, H., Gao, Y.-T., Zheng, W., Susser, E., & Shu, X.-O. (2018). Depressive symptoms and their association with social determinants and chronic diseases in middle-aged and elderly Chinese people. **Scientific reports**, 8(1), 1-11.
- Llorente, J. M., Oliván-Blázquez, B., Zuñiga-Antón, M., Masluk, B., Andrés, E., García-Campayo, J., & Magallón-Botaya, R. (2018). Variability of the prevalence of depression in function of sociodemographic and environmental factors: Ecological model. **Frontiers in psychology**, 9, 1-10.
- Lok, N., Lok, S., & Canbaz, M. (2017). The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial. **Archives of gerontology and geriatrics**, 70, 92-98.
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. **American journal of epidemiology**, 157(2), 98-112.
- Lotrakul, M., & Sukanich, P. (1999). Development of the Thai depression inventory. **Journal-Medical Association of Thailand**, 82(12), 1200-1207.
- Ly, K. H. (2015). **Use of a Smartphone Application in the Treatment of Depression: The New Wave of Digital Tools in Psychological Treatment** Linköping University: Electronic Press.
- Markle-Reid, M. F., McAiney, C., Forbes, D., Thabane, L., Gibson, M., Hoch, J. S., Browne, G., Peirce, T., & Busing, B. (2011). Reducing depression in older home care clients: design of a prospective study of a nurse-led interprofessional mental health promotion intervention. **BMC geriatrics**, 11(1), 1-21.

- McIntyre, R. S., Konarski, J. Z., Mancini, D. A., Fulton, K. A., Parikh, S. V., Grigoriadis, S., Grupp, L. A., Bakish, D., Filteau, M.-J., & Gorman, C. (2005). Measuring the severity of depression and remission in primary care: validation of the HAMD-7 scale. *CMAJ*, 173(11), 1327-1334.
- Millán-Calenti, J. C., Sánchez, A., Lorenzo-López, L., Cao, R., & Maseda, A. (2013). Influence of social support on older adults with cognitive impairment, depressive symptoms, or both coexisting. *The International Journal of Aging and Human Development*, 76(3), 199-214.
- Miller, K. J., Mesagno, C., McLaren, S., Grace, F., Yates, M., & Gomez, R. (2019). Exercise, mood, self-efficacy, and social support as predictors of depressive symptoms in older adults: Direct and interaction effects. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-11.
- Mirkena, Y., Reta, M. M., Haile, K., Nassir, Z., & Sisay, M. M. (2018). Prevalence of depression and associated factors among older adults at ambo town, Oromia region, Ethiopia. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-7.
- Mobaraki, H., Kamali, M., & Farhodi, F. (2013). The effect of empowerment programs on geriatric depression in daily rehabilitation Farzanegan center of khorramabad city. *Modern Rehabilitation*, 6(4), 65-70.
- Mohd, T. A. M. T., Yunus, R. M., Hairi, F., Hairi, N. N., & Choo, W. Y. (2019). Social support and depression among community dwelling older adults in Asia: a systematic review. *BMJ open*, 9, 1-12.
- Mokhtari, M., Nezakatalhossaini, M., & Esfarjani, F. (2013). The effect of 12-week pilates exercises on depression and balance associated with falling in the elderly. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 70, 1714-1723.
- Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382-389.
- Nair, S. S., Raghunath, P., & Nair, S. S. (2015). Prevalence of psychiatric disorders among the rural geriatric population: a pilot study in Karnataka, India. *Central Asian journal of global health*, 4(1).

- National Institute for Health and Care Excellence. (2009). **Depression in Adults: recognition and management.** From <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/depression-in-adults-recognition-and-management-pdf-975742636741>.
- Ng, C., Tan, W. S., Gunapal, P., Wong, L. Y., & Heng, B. H. (2014). Association of socioeconomic status (Ontario) and social support with depressive symptoms among the elderly in Singapore. **Ann Acad Med Singapore**, 43(12), 576-587.
- Nguyen, D., & Vu, C. M. (2013). Current depression interventions for older adults: a review of service delivery approaches in primary care, home-based, and community-based settings. **Current Translational Geriatrics and Experimental Gerontology Reports**, 2(1), 37-44.
- Olpoc, J. R. (2016). Factors Affecting the Level of Depression Among Thai Elderly. [Cited 10 January 2016]. Available from: <https://www.dxdoi.org/10.2139/ssm.277881>.
- Oni, O. O. (2010). **Social support, loneliness and depression in the elderly.** Degree of Masters of Science, Queen's University Kingston.
- Onuh, J. C., Mbah, P. O., Ajaero, C. K., Orjiakor, C. T., Igboeli, E. E., & Ayogu, C. K. (2021). Rural-urban appraisal of the prevalence and factors of depression status in South Africa. **Journal of Affective Disorders Reports**, 4, 100082.
- Oxman, T. E., & Hull, J. G. (2001). Social support and treatment response in older depressed primary care patients. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, 56(1), 35-45.
- Padayachey, U., Ramlall, S., & Chipps, J. (2017). Depression in older adults: prevalence and risk factors in a primary health care sample. **South African family practice**, 59(2), 61-66.
- Panza, F., Frisardi, V., Capurso, C., D'Introno, A., Colacicco, A. M., Imbimbo, B. P., Santamato, A., Vendemiale, G., Seripa, D., & Pilotto, A. (2010). Late-life depression, mild cognitive impairment, and dementia: possible continuum?. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, 18(2), 98-116.

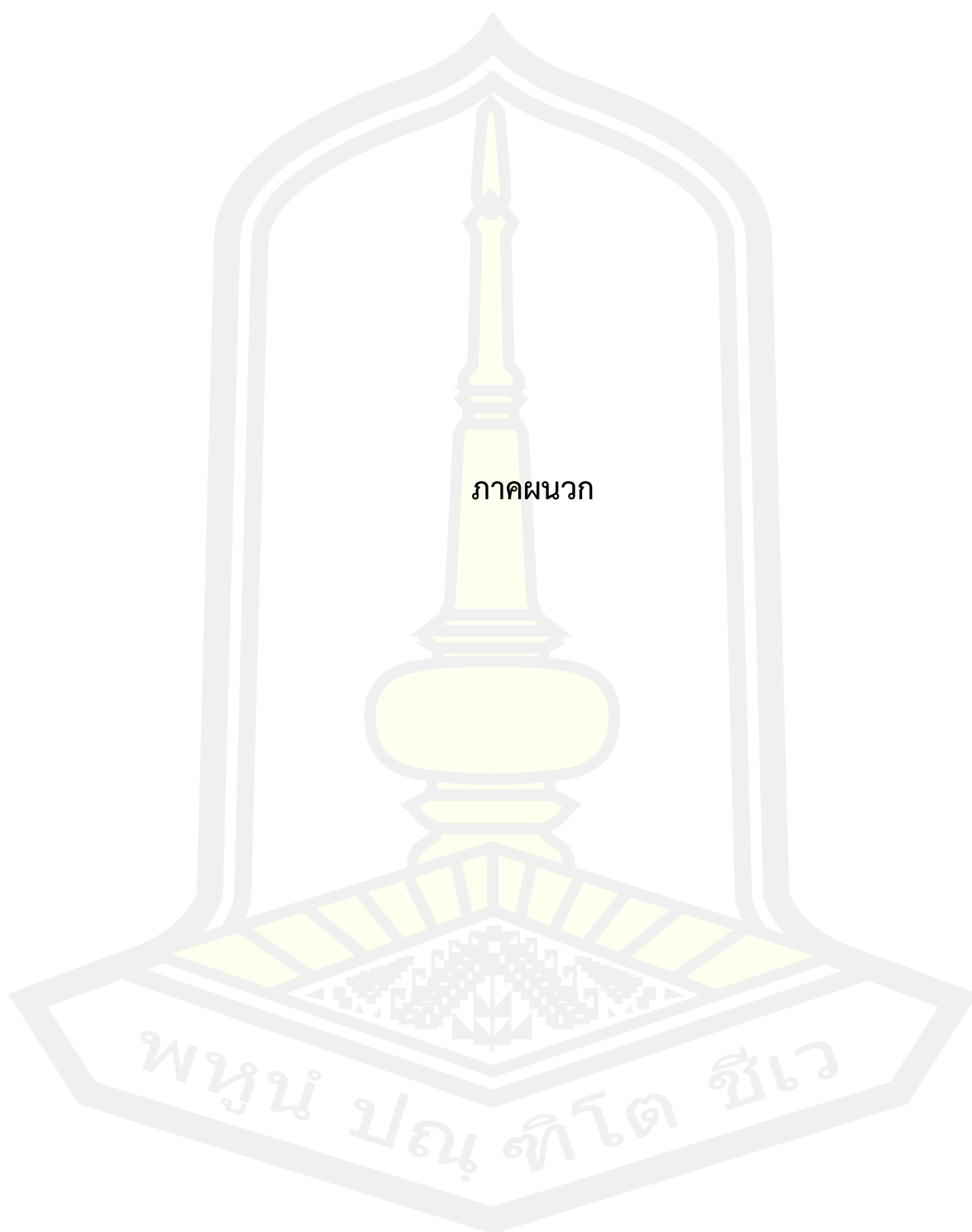
- Paul, N. S. S., Ramamurthy, P. H., Paul, B., Saravanan, M., Santhosh, S., Fernandes, D., & Isaac, R. (2019). Depression among geriatric population; the need for community awareness. **Clinical epidemiology and global health**, 7(1), 107-110.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). **Health promotion in nursing practice**. 4th. New Jersey: Education.
- Pilania, M., Yadav, V., Bairwa, M., Behera, P., Gupta, S. D., Khurana, H., Mohan, V., Baniya, G., & Poongothai, S. (2019). Prevalence of depression among the elderly (60 years and above) population in India, 1997–2016: a systematic review and meta-analysis. **BMC public health**, 19(1), 1-18.
- Pimentel, A. F., Afonso, R. M., & Pereira, H. (2012). Depression and social support in old age. **Psicologia, Saúde e Doenças**, 13(2), 311-327.
- Ployleamsang, C. (2017). Depression, Quality of Life and Factors Affecting the Risk of Depression in People Aged more than 50 years. **Academic Psychiatry and Psychology Journal**, 33(1), 14-30.
- Pramesona, B. A., & Taneepanichskul, S. (2018). Prevalence and risk factors of depression among Indonesian elderly: a nursing home-based cross-sectional study. **Neurology, Psychiatry and Brain Research**, 30, 22-27.
- Prathikanti, S., Rivera, R., Cochran, A., Tungol, J. G., Fayazmanesh, N., & Weinmann, E. (2017). Treating major depression with yoga: A prospective, randomized, controlled pilot trial. **Plos one**, 12(3), 1-36.
- Qin, X., Wang, S., & Hsieh, C.-R. (2018). The prevalence of depression and depressive symptoms among adults in China: estimation based on a National Household Survey. **China Economic Review**, 51, 271-282.
- Region, W. E. (2016). **Preventing depression in the WHO European Region**. (2016). Europe: WHO Regional Office for Europe.
- Sangha, R. K., Singhera, A.K. (2018). The Effectiveness of a Structure Teaching Program in the Prevention of Depression among the Elderly. **Quality in Primary Care**, 26(3), 74-80.

- Sangon, S., Sampao, P., & Malathum, P. (2007). Relationships of Health Status, Family Relations, and Loneliness to Depression in Older Adults. **Rama Nurs J**, 13(1), 54-69.
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Richards, J., Ward, P. B., Veronese, N., Solmi, M., Cadore, E. L., & Stubbs, B. (2016). Exercise for depression in older adults: a meta-analysis of randomized controlled trials adjusting for publication bias. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 38, 247-254.
- Shin, J. K., Kim, K. W., Park, J. H., Lee, J. J., Huh, Y., Lee, S. B., Choi, Eun Ae, Lee, D. Y., & Woo, J. I. (2008). Impacts of poor social support on general health status in community-dwelling Korean elderly: the results from the Korean longitudinal study on health and aging. **Psychiatry Investigation**, 5, 155-162.
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A.-S. (2015). Depression and quality of life in older persons: a review. **Dementia and Geriatric Cognitive Disorders**, 40(5-6), 311-339.
- Song, D., Shen, Q., Xu, T.-Z., & Sun, Q.-H. (2014). Effects of group reminiscence on elderly depression: A meta-analysis. **International Journal of Nursing Sciences**, 1(4), 416-422.
- Stahl, S. T., Albert, S. M., Dew, M. A., Lockovich, M. H., & Reynolds III, C. F. (2014). Coaching in healthy dietary practices in at-risk older adults: a case of indicated depression prevention. **American journal of psychiatry**, 171(5), 499-505.
- Steenland, K., Karnes, C., Seals, R., Carnevale, C., Hermida, A., & Levey, A. (2012). Late-life depression as a risk factor for mild cognitive impairment or Alzheimer's disease in 30 US Alzheimer's disease centers. **Journal of Alzheimer's Disease**, 31(2), 265-275.
- Steffens, D. C. (2012). Depressive symptoms and mild cognitive impairment in the elderly: an ominous combination. **Biological psychiatry**, 71(9), 762.
- Subramaniam, M., Abidin, E., Sambasivam, R., Vaingankar, J. A., Picco, L., Pang, S., Seow, E., Chua, B. Y., Magadi, H., & Mahendran, R. (2016). Prevalence of depression among older adults-results from the well-being of the Singapore elderly study. **Ann Acad Med Singapore**, 45(4), 123-133.

- Subramanyam, A. A., Singh, S., & Raut, N. B. (2018). Mobile phone use in the elderly: Boon or bane? **Journal of Geriatric Mental Health**, 5(2), 81-83.
- Suen, S.-B. E. M. (1998). **A model of empowerment for Hong Kong Chinese cancer patients and the role of self-help groups in the empowering process.** Hong Kong Polytechnic University (Hong Kong).
- Sun, Y., Zhang, D., Yang, Y., Wu, M., Xie, H., Zhang, J., Jia, J., & Su, Y. (2017). Social support moderates the effects of self-esteem and depression on quality of life among Chinese rural elderly in nursing homes. **Archives of psychiatric nursing**, 31(2), 197-204.
- Suttajit, S., Punpuing, S., Jirapramukpitak, T., Tangchonlatip, K., Darawuttimaprakorn, N., Stewart, R., Dewey, M., Prince, M., & Abas, M. A. (2010). Impairment, disability, social support and depression among older parents in rural Thailand. **Psychological medicine**, 40(10), 1711-1721.
- Tavares, B. B., Moraes, H., Deslandes, A. C., & Laks, J. (2014). Impact of physical exercise on quality of life of older adults with depression or Alzheimer's disease: a systematic review. **Trends in psychiatry and psychotherapy**, 36, 134-139.
- Tavares, L., & Barbosa, M. (2018). Efficacy of group psychotherapy for geriatric depression: A systematic review. *Archives of gerontology and geriatrics*, 78, 71-80.
- The Joanna Briggs Institute. (2013). **New JBI Levels of Evidence**. [cited 9 October 2019]. Available from: <https://joannabriggs.org/jbi-approach.htm#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>
- The Joanna Briggs Institute. (2014). **Reviewers' Manual 2014 Editor**. [cited 9 October 2019]. Available from: <https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>.
- Thongtang, O., Sukhatunga, K., Ngamthipwatthana, T., Chulakadabba, S., Vuthiganond, S., Pooviboonsuk, P., Kooptiwoot, S., & Phattharayuttawat, S. (2002). Prevalence and incidence of depression in the Thai elderly. **Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet Thangphaet**, 85(5), 540-544.

- Touhy, T. A. (2014). **Gerontological Nursing & Healthy Aging**. 4th. USA: Mosby an Imprint of Elsevier Inc.
- United Nations New York. (2015). **World Population Prospects The 2015 Revision. 2015**. [cited 9 December 2018]. Available from: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>
- United Nations New York. (2017). **World Population Prospects The 2017 Revision. 2017** [cited 9 December 2018]. Available from: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>
- Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. **Journal of affective disorders**, 106(1-2), 29-44.
- Wang, J. L., Schmitz, N., & Dewa, C. S. (2010). Socioeconomic status and the risk of major depression: the Canadian National Population Health Survey. **Journal of Epidemiology & Community Health**, 64(5), 447-452.
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. **BMC psychiatry**, 18(1), 1-16.
- Wangtongkum, S., Sucharitakul, P., Wongjaroen, S., & Maneechompoo, S. (2008). Prevalence of depression among a population aged over 45 years in Chiang Mai, Thailand. **Medical journal of the Medical Association of Thailand**, 91(12), 1812.
- Weisel, K. K., Fuhrmann, L. M., Berking, M., Baumeister, H., Cuijpers, P., & Ebert, D. D. (2019). Standalone smartphone apps for mental health—a systematic review and meta-analysis. **NPJ digital medicine**, 2(1), 1-10.
- Williamson, R. C., Bellman, L., & Webster, J. (2012). **Action Research in Nursing and Healthcare**. India: C&M Digital Ltd.
- World Health Organization. (2017a, cited 31 January 2019). **Depression**. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization. (2017b, cited 30 January 2019). **World Health Day 2017 - Depression: let's talk**. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2017/04/07/default-calendar/world-health-day-2017>

- World Health Organization. (2018, cited 30 January 2019). **Depression**.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World health organization. (2019, cited 30 March 2019). **Depression**.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Yang, J. (2021). Study on the effect of music therapy on middle-aged and elderly individuals with depression. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, 27, 47-49.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of psychiatric research**, 17(1), 37-49.
- Ylli, A., Miskurka, M., Phillips, S. P., Guralnik, J., Deshpande, N., & Zunzunegui, M. V. (2016). Clinically relevant depression in old age: An international study with populations from Canada, Latin America and Eastern Europe. **Psychiatry research**, 241, 236-241.
- Zhong, B.-L., Xu, Y.-M., Xie, W.-X., Liu, X.-J., & Huang, Z.-W. (2019). Depressive symptoms in elderly Chinese primary care patients: prevalence and sociodemographic and clinical correlates. **Journal of geriatric psychiatry and neurology**, 32(6), 312-318.
- Zhou, W., He, G., Gao, J., Yuan, Q., Feng, H., & Zhang, C. K. (2012). The effects of group reminiscence therapy on depression, self-esteem, and affect balance of Chinese community-dwelling elderly. **Archives of gerontology and geriatrics**, 54(3), 440-447.
- Zhou, X., Bi, B., Zheng, L., Li, Z., Yang, H., Song, H., & Sun, Y. (2014). The prevalence and risk factors for depression symptoms in a rural Chinese sample population. **Plos one**, 9(6), 1-8.
- Zou, C., Chen, S., Shen, J., Zheng, X., Wang, L., Guan, L., Liu, Q., & Yang, Y. (2018). Prevalence and associated factors of depressive symptoms among elderly inpatients of a Chinese tertiary hospital. **Clinical interventions in aging**, 13, 1755-1762.



ภาคผนวก

พหุมนุ ปณฺ ทิโต ชีเว



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (สำหรับการสัมภาษณ์)
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน

เนื่องด้วยข้าพเจ้านางลัดดา พลพุทธา นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด และมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

- 1.3.1 เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด
- 1.3.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และเพื่อหาค่าองค์ประกอบการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
- 1.3.3 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ข้อมูลที่ได้อาจมีประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข และเป็นพื้นฐานและพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อันจะส่งผลให้ปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และการมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์ 8 ส่วน จำนวน 121 ข้อ ประกอบด้วยคำถาม ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 19 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย จำนวน 30 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบวัดความผาสุกทางใจ จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 5 แบบวัดเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตและความเดือดร้อน จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 6 แบบวัดการเกื้อหนุนทางสังคม จำนวน 11 ข้อ และส่วนที่ 8 พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ จำนวน 18 ข้อ ซึ่งจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-50 นาที โดยจะขอสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกเสียงและถ่ายภาพและจะดำเนินการทำลายข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการทำงานของ

ท่านแต่ประการใด และไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ ทั้งสิ้น ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ท่านแต่ประการใด จะไม่มีการระบุชื่อ/ข้อมูลส่วนตัวของท่าน จึงไม่เกิดผลกระทบต่อข้อมูลในการสัมภาษณ์ จะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางลัดดา พลพุกธา นิสิตคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เบอร์โทร 08 9489 1160

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

.....
(นางลัดดา พลพุกธา)

ผู้วิจัย

พหุ อนุ ทัต ชีเว

แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร
(สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย) นามสกุล อายุ ปี
บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจาก นางลัดดา พลพุทธา เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย, รายละเอียดของขั้นตอนต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ, ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟังคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ดูแลแบบสัมภาษณ์และเข้าร่วมการสนทนากลุ่มโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ ในการทำงานและสิทธิ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร
(.....) วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน (กรณีที่อ่านคำชี้แจงให้อาสาสมัครฟัง)
(.....)วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม
(นางลัดดา พลพุทธา) วันที่.....

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 112/2563

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด
ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) A MODEL DEVELOPMENT FOR DEPRESSION PREVENTION AMONG THE ELDERLY IN ROI-ET PROVINCE.

ผู้วิจัย : นางลัดดา พลพุทธธา
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะแพทยศาสตร์
สถานที่ทำการวิจัย : จังหวัดร้อยเอ็ด

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 22 เมษายน 2563

วันหมดอายุ : 21 เมษายน 2564

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

..... ภาณุ ฐิตินันท์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษิษฐาหญิงรัตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

เอกสารรับรองเลขที่ ๐๒๐/๒๕๖๓

ชื่อโครงการ : การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

รหัสโครงการ : -

ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางลัดดา พลพุทธา

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

เอกสารที่รับรอง : ๑. แบบเสนอโครงการวิจัย
 ๒. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
 ๓. เอกสารแบบแสดงความยินยอมของอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัย
 ๔. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

วันที่รับรอง : ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๓

วันหมดอายุ : ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๔

ลงนาม.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เจलय ภูมิพันธุ์)
 อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
 ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๓

ชุมชน ปณฺ ุฑิต โด นง



ภาคผนวก ข เครื่องมือในการวิจัย

พหุณ ปณู ทิโต สีเว

แบบสัมภาษณ์

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด” หลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยแบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยในระยะที่ 1 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพื่อหาค่าประกอบในการเกิดภาวะซึมเศร้า และนำผลการศึกษามาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ประกอบด้วยข้อมูล 7 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย

ส่วนที่ 4 แบบวัดความพึงพอใจ

ส่วนที่ 5 แบบวัดเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตและความเดือดร้อน

ส่วนที่ 6 แบบวัดการก่อกวนทางสังคม

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอนุเคราะห์ในการตอบแบบสัมภาษณ์

นางลัดดา พลพุทธา

นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปลูก ทัต ชีเว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

	สำหรับผู้วิจัย
1. ท่านเกิดเมื่อใด (บันทึก วัน เดือน ปีเกิด)..... อายุ.....ปี	Age.....
2. เพศของผู้ให้สัมภาษณ์ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	Sex.....
3. ท่านนับถือศาสนาอะไร <input type="checkbox"/> พุทธ <input type="checkbox"/> คริสต์ <input type="checkbox"/> อิสลาม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	Reli.....
4. สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> แต่งงานมีคู่และอยู่กับคู่สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> แต่งงาน แต่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส	Status.....
5. ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน <input type="checkbox"/> ต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 <input type="checkbox"/> ประถมศึกษาปีที่ 4 <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา / ปวช. <input type="checkbox"/> อนุปริญญา / ปวส. <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	Edu.....
6. ท่านทำงานหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทำงาน <input type="checkbox"/> ทำงาน ระบุประเภทลักษณะของงาน.....	Occu.....
7. ท่านมีรายได้ต่อเดือนประมาณเท่าไร (รวมรายได้ทั้งหมดจากทุกแหล่ง) <input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้ <input type="checkbox"/> 5,001 – 10,000 บาท <input type="checkbox"/> 500 – 1,000 บาท <input type="checkbox"/> 10,001 – 20,000 บาท <input type="checkbox"/> 1,001 – 2,000 บาท <input type="checkbox"/> 20,001 – 50,000 บาท <input type="checkbox"/> 2,001 – 5,000 บาท <input type="checkbox"/> > 50,000 บาท	Income.....
8. แหล่งที่มาของเงินรายได้ของท่านมาจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> จากการทำงาน <input type="checkbox"/> จากบุตร/หลาน <input type="checkbox"/> เงินบำนาญ <input type="checkbox"/> เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> กองทุนทหารผ่านศึก <input type="checkbox"/> ค่าเช่าต่าง ๆ เช่น ค่าเช่าที่ ค่าเช่าบ้าน <input type="checkbox"/> ดอกเบี้ยเงินฝาก <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	Source Inc.....
9. ท่านคิดว่ารายได้ทั้งหมดที่ได้รับ เพียงพอต่อการดำรงชีพหรือไม่ <input type="checkbox"/> เพียงพอ <input type="checkbox"/> เพียงพอแต่ไม่มีเก็บ <input type="checkbox"/> เพียงพอและเก็บได้บ้าง <input type="checkbox"/> เพียงพอและเก็บได้ตลอด	Enou.....

	สำหรับผู้ป่วย
<p>10. ท่านมีโรคประจำตัวอื่น ๆ อีกหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (โรคอะไร - ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> อัมพาต</p> <p><input type="checkbox"/> โรคไต <input type="checkbox"/> โรคปวดข้อ ข้อเสื่อม รูมาตอย</p> <p><input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง</p> <p><input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน</p> <p><input type="checkbox"/> โรคทางสายตา ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> โรคปอดอักเสบ หรือหอบหืด</p> <p><input type="checkbox"/> โรค หรืออาการเกี่ยวกับทางเดินอาหาร โรคกระเพาะ</p> <p><input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน</p> <p><input type="checkbox"/> การเจ็บปวดทางร่างกาย ปวดหลัง ปวดเอว ปวดกล้ามเนื้อ</p> <p><input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....</p>	Disease.....
<p>11. ท่านมีyarรับประทานที่รับประทานเป็นประจำหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p><input type="checkbox"/> มี ระบุ (มีจำนวนยาที่รับประทานกี่เม็ด).....เม็ด</p>	Med.....
<p>12. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่าสุขภาพโดยทั่วไปของท่านอยู่ในระดับใด</p> <p><input type="checkbox"/> แย่มาก <input type="checkbox"/> แย่ <input type="checkbox"/> ปานกลาง</p> <p><input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ดีมาก</p>	Health.....
<p>13. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> อยู่คนเดียว <input type="checkbox"/> อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น</p> <p><input type="checkbox"/> อยู่กับบุตรโสค.....คน</p> <p><input type="checkbox"/> อยู่กับบุตรสมรส.....คน หลาน.....คนหรือ บุตรเขย/สะใภ้.....คน</p> <p><input type="checkbox"/> อยู่กับญาติ พี่น้อง.....คน <input type="checkbox"/> อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ ระบุ.....คน</p> <p>รวมทั้งหมด.....คน</p>	Mar.....
<p>14. ใครเป็นผู้ดูแลหลักของท่านในชีวิตประจำวัน</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลตนเอง <input type="checkbox"/> คู่สมรส</p> <p><input type="checkbox"/> บุตร ระบุ..... <input type="checkbox"/> หลาน/บุตรเขย/สะใภ้ ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ญาติ/พี่น้อง ระบุ..... <input type="checkbox"/> คนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ ระบุ.....</p>	CG.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.1 แบบวัดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

	สำหรับผู้วิจัย
<p>1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า</p> <p><input type="checkbox"/> 0 ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ดักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนดักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ</p>	Feed.....
<p>2. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 – 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา</p> <p><input type="checkbox"/> 0 ต้องการความช่วยเหลือ</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ทำเองได้ (รวมทั้งทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)</p>	Groom.....
<p>3. ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปเก้าอี้</p> <p><input type="checkbox"/> 0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้ คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งได้</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p><input type="checkbox"/> 3 ทำได้เอง</p>	Trans.....
<p>4. ใช้ห้องน้ำ</p> <p><input type="checkbox"/> 0 ช่วยตัวเองไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอด ใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)</p>	Toilet.....
<p>5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน</p> <p><input type="checkbox"/> 0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเซ็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้</p>	Mobility.....

	สำหรับผู้วิจัย
<input type="checkbox"/> 2 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	
6. การสวมใส่เสื้อผ้า <input type="checkbox"/> 0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input type="checkbox"/> 1 ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 2 ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	Dressing.....
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น <input type="checkbox"/> 0 ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1 ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2 ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	Stairs.....
8. การอาบน้ำ <input type="checkbox"/> 0 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1 อาบน้ำเองได้	Bathing.....
9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา <input type="checkbox"/> 0 กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ <input type="checkbox"/> 1 กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2 กลั้นได้ปกติ	Bowels.....
10. (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) <input type="checkbox"/> 0 กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ <input type="checkbox"/> 1 กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2 กลั้นได้เป็นปกติ	Bladder.....



2.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (ดัชนีจุฬาเอดีแอล : Chula ADL index)

	สำหรับผู้วิจัย
1. เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน <input type="checkbox"/> 0 เดินไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1 ใช้รถเข็นและช่วยตัวเองได้หรือต้องการคนประคอง 2 ข้าง <input type="checkbox"/> 2 ต้องการคนช่วยพยุงหรือไปด้วยตลอด <input type="checkbox"/> 3 เดินได้เอง (รวมทั้งที่ใช้เครื่องช่วยเดินเช่นคอกช่วยเดิน (walker))	Walk.....
2. ทำหรือเตรียมอาหาร / หุงข้าว <input type="checkbox"/> 0 ทำไม่ได้ <input type="checkbox"/> 1 ต้องการคนช่วยในการทำหรือจัดเตรียมบางอย่างไว้ล่วงหน้าจึงจะทำได้ <input type="checkbox"/> 2 ทำได้เอง	Cook.....
3. ทำความสะอาดบ้าน / ซักรีดเสื้อผ้า <input type="checkbox"/> 0 ทำไม่ได้ / ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 1 ทำได้เอง	Clean.....
4. ทอนเงิน / แลกเงิน <input type="checkbox"/> 0 ทำไม่ได้ / ต้องมีคนช่วย <input type="checkbox"/> 1 ทำได้เอง	Money.....
5. การใช้บริการสาธารณะ (เช่นบริการใช้รถเมล์รถสองแถว) <input type="checkbox"/> 0 ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1 ทำได้แต่ต้องมีคนช่วยดูแลไปด้วย <input type="checkbox"/> 2 ไปมาได้เอง	Car.....



ส่วนที่ 3 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS)

คำชี้แจง

โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุและในกรณีที่ผู้สูงอายุ

ลำดับ	ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับผู้วิจัย
1.	ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้			D1.....
2.	ท่านไม่ยอมทำอะไรในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			D2.....
3.	ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร			D3.....
4.	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ			D4.....
5.	ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า			D5.....
6.	ท่านมีเรื่องกังวลตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้			D6.....
7.	ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ดี			D7.....
8.	ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับท่าน			D8.....
9.	ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุข			D9.....
10.	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่ง			D10.....
11.	ท่านรู้สึกกระวนกระวาย กระสับการส่ายบ่อย ๆ			D11.....
12.	ท่านชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน			D11.....
13.	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า			D13.....
14.	ท่านคิดว่าความจำท่านไม่ดีเท่ากับคนอื่น			D14.....
15.	การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้เป็นเรื่องที่น่ายินดีหรือไม่			D15.....
16.	ท่านรู้สึกหมกมุ่นกังวลใจหรือเศร้าใจบ่อย ๆ			D16.....
17.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านค่อนข้างไม่มีคุณค่า			D17.....
18.	ท่านรู้สึกกังวลมากกว่าชีวิตที่ผ่านมา			D18.....
19.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้มีเรื่องน่าสนุกอีกมาก			D19.....
20.	ท่านรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่			D20.....
21.	ท่านรู้สึกกระเซอะกระขี้			D21.....
22.	ท่านรู้สึกสิ้นหวัง			D22.....
23.	ท่านคิดว่าคนอื่นดีกว่าท่าน			D23.....
24.	ท่านอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ อยู่เสมอ			D24.....
25.	ท่านรู้สึกอยากร้องไห้บ่อย ๆ			D25.....
26.	ท่านมีความตั้งใจทำอะไรสักอย่างหนึ่งได้ไม่นาน			D26.....
27.	ท่านรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า			D27.....
28.	ท่านไม่ยอมคบปะพูดคุยกับคนอื่น			D28.....
29.	ท่านตัดสินใจอะไรได้เร็ว			D29.....
30.	ท่านมีจิตใจสบายแจ่มใสเหมือนก่อน			D30.....

ส่วนที่ 4 แบบวัดความผาสุกทางใจ

คำชี้แจง ความผาสุกทางใจหรือความสุขของผู้สูงอายุเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกในด้านความผาสุกทางใจของท่าน ขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน

ไม่จริง	หมายถึง	เหตุการณ์นั้นไม่จริงเลย หรือแทบจะไม่จริงเลย
จริงบางครั้ง	หมายถึง	เหตุการณ์นั้นจริงเป็นบางครั้ง
ค่อนข้างจริง	หมายถึง	เหตุการณ์นั้นค่อนข้างจริง
จริงตลอดเวลา	หมายถึง	เหตุการณ์นั้นเป็นจริงตลอดเวลา

โปรดใส่เครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องว่างขวามือ ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

รายการ	ไม่จริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้าง จริง	จริง ตลอดเวลา	สำหรับผู้วิจัย
ความสามัคคีปรองดอง					H1.....
1. ลูกหลานญาติพี่น้องของท่านมีความปรองดองกัน					
2. ลูกหลานญาติพี่น้องของท่านดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน					H2.....
3. ในหมู่บ้านหรือละแวกบ้านของท่าน ผู้คนอยู่กันอย่างเป็นมิตรต่อกัน					H3.....
การพึ่งพาอาศัยกัน					D5.....
4. ลูกหลานญาติพี่น้องในครอบครัวของท่านต่างพึ่งพาอาศัยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน					
5. ลูกหลานญาติพี่น้องของท่านดูแลท่าน					D6.....
6. ในหมู่บ้านหรือละแวกบ้านของท่าน เพื่อนบ้านต่างพึ่งพาอาศัยกันได้					D7.....
ความเคารพนับถือ					R7.....
7. ลูกหลานของท่าน หรือผู้อื่นที่มีอายุน้อยกว่าเชื่อฟังท่านเมื่อท่านสั่งสอน					
8. ลูกหลานของท่าน หรือผู้อื่นที่มีอายุน้อยกว่าแสดงกิริยาวาจาที่สุภาพต่อท่าน					R8.....
9. ลูกหลานของท่าน หรือผู้อื่นที่มีอายุน้อยกว่าให้ความเคารพ ท่านในฐานะที่ท่านเป็นผู้อาวุโส					R9.....
ความสงบสุข					P10.....
10. ท่านเป็นคนที่ไม่เก็บเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ มาเป็นกังวลใจ					
11. เมื่อมีปัญหาเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ทำให้รำคาญใจ ท่านทำใจให้เรื่องผ่านไป					P11.....
12. เมื่อมีสิ่งไม่เกิดขึ้นในชีวิตท่าน ท่านยอมรับและปล่อยวางได้					P12.....
ความเบิกบานใจ					E13.....
13. ท่านเป็นคนมีอารมณ์ขัน มองสิ่งต่าง ๆ ให้เป็นเรื่องขำหรือเรื่องตลกได้					
14. ท่านเป็นคนหัวเราะง่าย					E14.....
15. ท่านรู้สึกสนุกหรือยินดีเมื่ออยู่กับผู้คนต่าง ๆ					E15.....

ส่วนที่ 5 แบบวัดเหตุการณ์วิกฤติในชีวิตและความเดือดร้อน

คำชี้แจง คนส่วนใหญ่ต้องเจอกับปัญหาต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งอาจจะเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองหรือสุขภาพของสมาชิกที่ใกล้ชิดในครอบครัว หรือบางครั้งก็มีความขัดแย้งหรือความวิตกกังวลกับลูกหรือญาติคนอื่น ๆ ต่อไปนี้จะถามเกี่ยวกับปัญหาที่ทำให้ท่านรู้สึกเดือดร้อน โดยเกิดขึ้นมากกว่า 2-3 สัปดาห์ใน 1 ปีที่ผ่านมา

โปรดใส่เครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องว่างขวามือ ที่ตรงกับชีวิตของท่านมากที่สุด

ปัญหา	มีเหตุการณ์ 0. ไม่มี 1. มี	ปัญหานี้ทำให้ ท่านเดือดร้อน หรือไม่ 0. ไม่ใช่ 1. ใช่	สำหรับ ผู้วิจัย
1. คู่สมรส บุตร หลาน พี่น้อง พ่อแม่ ป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ หรือพิการ			L1.....
2. มีการทะเลาะวิวาทถึงขั้นแตกหัก กับคู่สมรส บุตร หลาน พี่น้อง พ่อแม่ หรือบุคคลที่ท่านสนิท			L2.....
3. ขาดการติดต่อกับลูก (เช่น หยุดการติดต่อกับลูก, มีการติดต่อกันไม่เพียงพอ, รู้สึกแยกจากลูก ๆ เพราะระยะทาง)			L3.....
4. ลูกหรือหลานมีปัญหาที่ทำงาน หรือที่โรงเรียน เช่น ตกงาน มีความยากลำบากที่โรงเรียน หรือที่ทำงาน			L4.....
5. ปัญหารุนแรงอื่น ๆ ที่เกิดกับลูกหรือหลาน (ระบุ).....			L5.....
6. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการเงิน			L6.....
7. ท่านหรือคู่สมรสมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงาน หรือปัญหาที่เกี่ยวกับการทำมาหากิน เช่น การทำไร่นา ที่เกิดกับตัว เช่น ตกงาน สูญเสียที่ดินทำกิน			L7.....
8. ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย เช่น บ้านรุ่มพัง หรือมีปัญหาเกี่ยวกับเจ้าของบ้าน / ที่ดิน / เพื่อนบ้าน			L8.....
9. ท่านมีปัญหาในการพาคนใกล้ชิด เช่น คู่สมรส บุตร หลาน พี่น้อง พ่อแม่ รวมทั้งตัวท่านเองไปรับการรักษาพยาบาล (เช่น ไปหาหมอ / จนท.สาธารณสุข)			L9.....
10. มีการระงับในการดูแลดูแลคู่สมรสหรือคนอื่น ๆ (ไม่รวมหลาน / เหลน)			L10.....
11. มีการระงับที่ต้องดูแล ลูก หลาน เหลน พี่น้องเล็ก ๆ			L11.....
12. ในช่วงปีที่ผ่านมา มีการตายเกิดขึ้นในครัวเรือน หรือครอบครัวที่ท่านใกล้ชิด สนิทสนม หรือไม่			L12.....
13. เหตุการณ์อื่น ๆ.....			L13.....

ส่วนที่ 6 : แบบวัดการเกื้อหนุนทางสังคม

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับปริมาณความช่วยเหลือหรือการเกื้อหนุนที่ท่านได้รับจาก

1) กลุ่มบุคคลในครอบครัว และ/หรือพี่น้องและญาติ 2) กลุ่มเพื่อนและ/หรือเพื่อนบ้าน ว่าให้ความช่วยเหลือหรือให้การสนับสนุนท่านมากน้อยเพียงใด

โดยให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับปริมาณความช่วยเหลือจริงเพียงข้อเดียว ระดับความช่วยเหลือมี 4 ระดับ คือ

ไม่ได้เลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยได้รับการเกื้อหนุนเลย หรือแทบจะไม่ได้เลย
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านได้รับการเกื้อหนุนเป็นบางครั้ง หรือค่อนข้างน้อย
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	ท่านได้รับการเกื้อหนุนบ่อย ๆ หรือค่อนข้างบ่อย
เป็นประจำ	หมายถึง	ท่านได้รับการเกื้อหนุนเป็นประจำทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

ประเภทของการเกื้อหนุนที่ได้รับ	บุคคลที่ให้การเกื้อหนุนแก่ท่าน	ระดับการเกื้อหนุน				สำหรับผู้วิจัย
		ไม่ได้เลย	เป็นบางครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	เป็นประจำ	
การสนับสนุนด้านอารมณ์ 1. ดูแลท่าน อยู่เป็นเพื่อนเมื่อท่านตกอยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด	ครอบครัว/ญาติพี่น้อง					EF1.....
	เพื่อน/เพื่อนบ้าน					EN1.....
2. ปล่อยให้ท่านสบายใจ เวลาท่านทุกข์ใจโดยใช้คำพูดหรือการสัมผัส	ครอบครัว/ญาติพี่น้อง					EF2.....
	เพื่อน/เพื่อนบ้าน					EN2.....
3. รับฟังท่านพูดระบายความคับข้องใจหรือความรู้สึกในใจของท่าน	ครอบครัว/ญาติพี่น้อง					EF3.....
	เพื่อน/เพื่อนบ้าน					EN3.....
4. ให้ความสนใจ ดูแลเอาใจใส่ และห่วงใยในความเป็นอยู่ที่ดีของท่าน	ครอบครัว/ญาติพี่น้อง					EF4.....
	เพื่อน/เพื่อนบ้าน					EN4.....
ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม 5. ช่วยเหลือเรื่องการเดินทางหรือรับส่งท่าน เช่น พาไปเยี่ยมญาติ ไปโรงพยาบาลหรือไปเที่ยวในสถานที่ต่าง ๆ	ครอบครัว/ญาติพี่น้อง					CF5.....
	เพื่อน/เพื่อนบ้าน					CN5.....

ประเภทของการเกื้อหนุนที่ได้รับ	บุคคลที่ให้การเกื้อหนุน แก่ท่าน	ระดับการเกื้อหนุน				สำหรับ ผู้วิจัย
		ไม่ ได้ เลย	เป็น บาง ครั้ง	ค่อนข้าง บ่อย	เป็นประจำ	
6. ช่วยท่านทำงานบางอย่างให้เสร็จ เช่น งานบ้าน ได้แก่ กวาดบ้าน ถูบ้าน หรืองาน ต่าง ๆ ภายในบ้าน หรืองานนอกบ้านได้แก่ ตัดหญ้า ถางหญ้า กวาดขยะ รอบ ๆ บ้าน	ครอบครัว/ญาติพี่น้อง					CF6.....
	เพื่อน/เพื่อนบ้าน					CN7.....
7. ช่วยเหลือท่านด้านอาหาร เสื้อผ้า และ ข้าวของเครื่องใช้	ครอบครัว/ญาติพี่น้อง					CF8.....
	เพื่อน/เพื่อนบ้าน					CN8.....
8. ช่วยเหลือท่านด้านการเงิน หรือให้ยืม เงิน	ครอบครัว/ญาติพี่น้อง					CF9.....
	เพื่อน/เพื่อนบ้าน					CN10...
9. ให้คำแนะนำ และการชี้แนะแนวทางที่ ควรปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหาที่ท่านประสบ	ครอบครัว/ญาติพี่น้อง					FF11.....
	เพื่อน/เพื่อนบ้าน					FN11.....
10. ให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำที่ทำให้ เรื่องที่ยาก ๆ เป็นเรื่องที่เข้าใจง่าย	ครอบครัว/ญาติพี่น้อง					FF12.....
	เพื่อน/เพื่อนบ้าน					FN12.....
11. บอกเล่าถึงวิธีการที่เขาปฏิบัติได้ผล มาแล้วเมื่อเจอสถานการณ์ที่ตึงเครียดซึ่ง คล้ายกับที่ท่านกำลังประสบอยู่	ครอบครัว/ญาติพี่น้อง					FF13.....
	เพื่อน/เพื่อนบ้าน					FN13.....



ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์

โดยให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับปริมาณความช่วยเหลือจริงเพียงข้อเดียว ระดับพฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ

ไม่ได้เลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยได้ใช้สื่อสังคมออนไลน์เลย หรือแทบจะไม่ได้รับเลย
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านได้ใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นบางครั้ง หรือค่อนข้างน้อย
ค่อนข้างบ่อย	หมายถึง	ท่านได้ใช้สื่อสังคมออนไลน์บ่อย ๆ หรือค่อนข้างบ่อย
เป็นประจำ	หมายถึง	ท่านได้ใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นประจำทุกวัน หรือเกือบทุกวัน

พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์	เป็นประจำ	ค่อนข้างบ่อย	บางครั้ง	ไม่เคยเลย	สำหรับผู้วิจัย
ด้านอุปกรณ์					Eq1.....
1.ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ (สมาร์ตโฟน)เชื่อมต่อสื่อสังคมออนไลน์					
2.ใช้บริการอินเทอร์เน็ตไร้สาย (Wifi) เชื่อมต่อสื่อสังคมออนไลน์					Eq2.....
3.ใช้คอมพิวเตอร์ PC หรือโน้ตบุ๊ก (Notebook)เชื่อมต่อสื่อสังคมออนไลน์					Eq3.....
4.ใช้แท็บเล็ต (Tablet) เชื่อมต่อสื่อสังคมออนไลน์					Eq4.....
ด้านโปรแกรมการใช้					P1.....
1.การใช้เฟซบุ๊ก (Facebook)					
2.การใช้ไลน์ (Line)					P2.....
3.การใช้ยูทูบ (YouTube)					P3.....
4.การใช้อินสตาแกรม (Instagram)					P4.....
วัตถุประสงค์การใช้					O1.....
1.เพื่อติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวหรือคนรู้จัก					
2.เพื่อค้นหาเพื่อนเก่าหรือเพื่อนใหม่					O2.....
3.เพื่อติดตามข้อมูลข่าวสารและความรู้ใหม่ ๆ					O3.....
4.เพื่อค้นหาข้อมูลด้านการเมือง					O4.....
5.เพื่อค้นหาข้อมูลด้านบันเทิง เช่น ดูหนัง ฟังเพลง ฯลฯ					O5.....
6.เพื่อค้นหาข้อมูลด้านกีฬา เช่น ดูฟุตบอล มวย					O6.....
7.เพื่อค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ					O7.....
8.เพื่อค้นหาข้อมูลด้านการซื้อ/ขายสินค้า					O8.....
9.เพื่อผ่อนคลายความเครียด					O9.....
10.เพื่อให้การติดต่อสื่อสารได้สะดวกและรวดเร็ว					O10.....

พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์	ไม่เคย เลย	บางครั้ง	ค่อนข้าง บ่อย	เป็น ประจำ	สำหรับ ผู้วิจัย
11.เพื่อติดตามข้อมูลข่าวสารและความรู้ใหม่ๆ					O11.....
12.เพื่อค้นหาข้อมูลด้านการเมือง					O12.....
13.เพื่อค้นหาข้อมูลด้านบันเทิง เช่น ดูหนัง ฟัง เพลง ฯลฯ					O13.....
14.เพื่อค้นหาข้อมูลด้านกีฬา เช่น ดูฟุตบอล มวย					O14.....
15.เพื่อค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ					O15.....
16.เพื่อค้นหาข้อมูลด้านการซื้อ/ขายสินค้า					O16.....
17.เพื่อผ่อนคลายความเครียด					O17.....
18.เพื่อให้การติดต่อสื่อสารได้สะดวกและรวดเร็ว					O18.....
19.เพื่อค้นหาการท่องเที่ยว					O19.....
20.เพื่อธุรกิจการทำงาน					O20.....
21.เพื่อค้นหานวัตกรรม เทคโนโลยี					O21.....
22.เพื่อนัดหมายการทำงาน					O22.....

แนวคำถามการประชุมกลุ่ม/การระดมความคิดเห็น/การสนทนากลุ่ม

1. สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างไร
 - 1.1 อะไรเป็นสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้บ้าง
 - 1.2 ผลกระทบจากการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างไร
 - 1.2.1 ภาวะซึมเศร้าก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายอย่างไร
 - 1.2.2 ภาวะซึมเศร้าก่อให้เกิดผลกระทบต่อจิตสังคมอย่างไร
 - 1.2.3 ภาวะซึมเศร้าก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคมอย่างไร
 - 1.2.4 ภาวะซึมเศร้าก่อให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวอย่างไร
2. ท่านมีประสบการณ์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างไร
 - 2.1 ประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุระดับบุคคลเป็นอย่างไร
 - 2.2 ประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุระดับครอบครัวเป็นอย่างไร
 - 2.3 ประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุระดับชุมชนเป็นอย่างไร
 - 2.4 กิจกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนที่ท่านรับทราบมีอะไรบ้าง
 - 2.5 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรบ้างกับกิจกรรมที่เคยปฏิบัติมา เหมาะสมและสมควรที่จะดำเนินการต่อหรือไม่ อย่างไรในแต่ละกิจกรรม
3. แนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ควรเป็นอย่างไร
 - 3.1 ใครบ้างในชุมชนของท่าน (เช่น ครอบครัว ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตัวท่านเอง เป็นต้น) มีส่วนช่วยในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และมีส่วนอย่างไร
 - 3.2 กิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ควรจะเป็นอย่างไร

แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก

1. ลักษณะของภาวะซึมเศร้าเป็นอย่างไร
2. อะไรเป็นสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ท่านเกิดภาวะซึมเศร้า
3. ภาวะซึมเศร้าก่อให้เกิดผลกระทบอย่างไร
4. ท่านคิดอย่างไรกับภาวะซึมเศร้า
5. แนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ควรเป็นอย่างไร
6. ใครบ้างในชุมชนของท่าน ที่มีส่วนในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และมีส่วนอย่างไร
7. กิจกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ควรเป็นอย่างไร

แนวทางการจัดประชุมกลุ่ม/ระดมความคิดเห็น

1. ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมกลุ่ม/ระดมความคิดเห็น/การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับ
 - 1.1 สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในหมู่บ้าน
 - 1.2 ประสบการณ์ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 1.3 แนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
2. ดำเนินการระดมความคิดเห็น โดยการแจกกระดาษเอ 4 ให้กับผู้เข้าร่วมประชุม เพื่อให้เขียนความคิดเห็น เกี่ยวกับประเด็นต่อไปนี้
 - 2.1 แนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนควรเป็นอย่างไร
 - 2.2 จะพัฒนาการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไร
 - 2.3 จะทำอย่างไรจึงจะเกิดแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
3. ร่วมกันสรุปแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

พหุบัณฑิต ชีวะ

แบบบันทึกเชิงปฏิบัติการ

ผู้ให้ข้อมูล

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่.....เวลา.....น.

การวางแผนเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่.....เวลา.....น.

สถานที่ทำการสัมภาษณ์.....

1. สิ่งที่ต้องการค้นหาเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ประเด็นที่ต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

3. อื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

.....

แบบสัมภาษณ์ ID [] [] []

แบบสัมภาษณ์

สำหรับการประเมินผลหลังการใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้น

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็นประโยชน์ในการประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่พัฒนาขึ้นต่อไป โปรดตอบแบบสัมภาษณ์ด้วยความจริง ซึ่งการตอบที่ตรงความคิดเห็นของท่านจะช่วยให้ข้อเท็จจริงที่มีเป็นประโยชน์และมีคุณค่าอย่างยิ่ง ท่านไม่ต้องระบุนามในการตอบแบบสัมภาษณ์ ฉะนั้นใคร่ขอให้ท่านตอบคำถามทุกข้อตามความจริง คำตอบของท่านจะเป็นความลับ ไม่มีผู้ใดล่วงรู้ได้นอกจากผู้วิจัยเท่านั้น ซึ่งผลการตอบจะไม่มีผลใด ๆ ต่อตัวท่าน ผู้ศึกษาจะเก็บเป็นความลับ ไม่นำเสนอข้อมูลรายบุคคล จะวิเคราะห์และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม จะไม่มีการระบุชื่อหรืออ้างถึงผู้ตอบคนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะ

แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 19 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย	จำนวน 30 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิต	จำนวน 26 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้า	จำนวน 38 ข้อ

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอนุเคราะห์ในการตอบแบบสัมภาษณ์

นางลัดดา พลพุทธา

นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

	สำหรับผู้วิจัย
1. ท่านเกิดเมื่อใด (บันทึก วัน เดือน ปีเกิด)..... อายุ.....ปี	Age.....
2. เพศของผู้ให้สัมภาษณ์ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	Sex.....
3. ท่านนับถือศาสนาอะไร <input type="checkbox"/> พุทธ <input type="checkbox"/> คริสต์ <input type="checkbox"/> อิสลาม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	Reli.....
4. สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> แต่งงานมีคู่และอยู่กับคู่สมรส <input type="checkbox"/> หม้าย <input type="checkbox"/> หย่า <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ <input type="checkbox"/> แต่งงาน แต่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส	Status.....
5. ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน <input type="checkbox"/> ต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 <input type="checkbox"/> ประถมศึกษาปีที่ 4 <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา / ปวช. <input type="checkbox"/> อนุปริญญา / ปวส. <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	Edu.....
6. ท่านทำงานหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่ทำงาน ระบุเหตุผล..... <input type="checkbox"/> ทำงาน ระบุประเภทลักษณะของงาน.....	Occu.....
7. ท่านมีรายได้ต่อเดือนประมาณเท่าไร (รวมรายได้ทั้งหมดจากทุกแหล่ง) <input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้ <input type="checkbox"/> 5,001 – 10,000 บาท <input type="checkbox"/> 500 – 1,000 บาท <input type="checkbox"/> 10,001 – 20,000 บาท <input type="checkbox"/> 1,001 – 2,000 บาท <input type="checkbox"/> 20,001 – 50,000 บาท <input type="checkbox"/> 2,001 – 5,000 บาท <input type="checkbox"/> > 50,000 บาท	Income.....
8. แหล่งที่มาของเงินรายได้ของท่านมาจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> จากการทำงาน <input type="checkbox"/> จากบุตร/หลาน <input type="checkbox"/> เงินบำนาญ <input type="checkbox"/> เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ <input type="checkbox"/> กองทุนทหารผ่านศึก <input type="checkbox"/> ค่าเช่าต่าง ๆ เช่น ค่าเช่าที่ ค่าเช่าบ้าน <input type="checkbox"/> ดอกเบี้ยเงินฝาก <input type="checkbox"/> อื่น ๆ.....	Source Inc.....
9. ท่านคิดว่ารายได้ทั้งหมดที่ได้รับ เพียงพอต่อการดำรงชีพหรือไม่ <input type="checkbox"/> เพียงพอ <input type="checkbox"/> เพียงพอแต่ไม่มีเก็บ <input type="checkbox"/> เพียงพอและเก็บได้บ้าง <input type="checkbox"/> เพียงพอและเก็บได้ตลอด <input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ	Enou.....

	สำหรับผู้ป่วย
<p>10. ท่านมีโรคประจำตัวอื่น ๆ อีกหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี (โรคอะไร - ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> อัมพาต</p> <p><input type="checkbox"/> โรคไต <input type="checkbox"/> โรคปวดข้อ ข้อเสื่อม รูมาตอย</p> <p><input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง</p> <p><input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน</p> <p><input type="checkbox"/> โรคทางสายตา ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> โรคปอดอักเสบ หรือหอบหืด</p> <p><input type="checkbox"/> โรค หรืออาการเกี่ยวกับทางเดินอาหาร โรคกระเพาะ</p> <p><input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน</p> <p><input type="checkbox"/> การเจ็บปวดทางร่างกาย ปวดหลัง ปวดเอว ปวดกล้ามเนื้อ</p> <p><input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดสมอง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....</p>	Disease.....
<p>11. ท่านมียาที่รับประทานที่รับประทานเป็นประจำหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p><input type="checkbox"/> มี ระบุ (มีจำนวนยาที่รับประทานกี่เม็ด).....เม็ด</p>	Med.....
<p>12. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่าสุขภาพโดยทั่วไปของท่านอยู่ในระดับใด</p> <p><input type="checkbox"/> แย่มาก <input type="checkbox"/> แย่ <input type="checkbox"/> ปานกลาง</p> <p><input type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ดีมาก</p>	Health.....
<p>13. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p><input type="checkbox"/> อยู่คนเดียว <input type="checkbox"/> อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น</p> <p><input type="checkbox"/> อยู่กับบุตรโสค.....คน</p> <p><input type="checkbox"/> อยู่กับบุตรสมรส.....คน หลาน.....คนหรือ บุตรเขย/สะใภ้.....คน</p> <p><input type="checkbox"/> อยู่กับญาติ พี่น้อง.....คน <input type="checkbox"/> อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ ระบุ.....คน</p> <p>รวมทั้งหมด.....คน</p>	Mar.....
<p>14. ใครเป็นผู้ดูแลหลักของท่านในชีวิตประจำวัน</p> <p><input type="checkbox"/> ดูแลตนเอง <input type="checkbox"/> คู่สมรส</p> <p><input type="checkbox"/> บุตร ระบุ..... <input type="checkbox"/> หลาน/บุตรเขย/สะใภ้ ระบุ.....</p> <p><input type="checkbox"/> ญาติ/พี่น้อง ระบุ..... <input type="checkbox"/> คนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ ระบุ.....</p>	CG.....

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะเศร้าในผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา และให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุให้ขีด / ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุและในกรณีที่ผู้สูงอายุ

ลำดับ	ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับผู้วิจัย
1.	ท่านรู้สึกพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ขณะนี้			D1.....
2.	ท่านไม่ค่อยอยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			D2.....
3.	ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร			D3.....
4.	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อย ๆ			D4.....
5.	ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า			D5.....
6.	ท่านมักมีเรื่องกังวลใจตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้			D6.....
7.	ส่วนใหญ่แล้วท่านเป็นคนอารมณ์ดีเสมอ			D7.....
8.	บ่อยครั้ง/บางครั้งท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับท่าน			D8.....
9.	ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุขดี			D9.....
10.	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่ง และรู้สึกโดดเดี่ยว			D10.....
11.	ท่านรู้สึกกระวนกระวาย กระสับการส่ายบ่อย ๆ			D11.....
12.	ท่านชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน			D11.....
13.	บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้าในอนาคต			D13.....
14.	ท่านคิดว่าความจำท่านไม่ดีเท่ากับคนอื่น			D14.....
15.	ท่านคิดเสมอว่าการมีชีวิตถึงปัจจุบันเป็นเรื่องที่คุ้มค่าแล้ว			D15.....
16.	ท่านรู้สึกหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อย ๆ			D16.....
17.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านค่อนข้างไม่มีคุณค่าต่อสังคม			D17.....
18.	ท่านรู้สึกผิดหวังมากกับชีวิตที่ผ่านมา			D18.....
19.	ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้มีเรื่องน่าสนุกและน่าค้นหาอีกมาก			D19.....
20.	ท่านรู้สึกลำบากใจที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ ๆ			D20.....
21.	ท่านรู้สึกกระตือรือร้น			D21.....
22.	ท่านรู้สึกสิ้นหวัง			D22.....
23.	ท่านคิดว่าคนอื่นดีกว่าท่านบ่อย ๆ			D23.....
24.	ท่านอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ อยู่เสมอ			D24.....
25.	ท่านรู้สึกอยากร้องไห้บ่อย ๆ โดยไม่ทราบสาเหตุ			D25.....

ลำดับ	ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ใช่	ไม่ใช่	สำหรับผู้วิจัย
26.	ท่านมีความตั้งใจและจดจ่อทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ไม่นาน			D26.....
27.	ท่านรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้าทุก ๆ วัน			D27.....
28.	ท่านไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น			D28.....
29.	ท่านตัดสินใจอะไรได้เร็ว โดยไม่ต้องรอบริกาษาใคร			D29.....
30.	ท่านยังคงมีจิตใจสบายแจ่มใสเหมือนเมื่อก่อน			D30.....
รวม				

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของท่าน ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจตัวท่านเอง และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึงท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแยมมาก

เล็กน้อย หมายถึงท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแยม

ปานกลาง หมายถึงท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลางรู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแยมระดับกลาง ๆ

มาก หมายถึงท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึงท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	สำหรับผู้วิจัย
1	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้เพียงใด						Q1.....
2	การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนักเพียงใด						Q2.....
3	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันเพียงใด (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)						Q3...
4	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนักเพียงใด						Q4.....
5	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด						Q5.....
6	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ดีเพียงใด						Q6.....
7	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนักเพียงใด						Q7.....
8	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม						Q8.....
9	ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหนเพียงใด						Q9.....
10	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน						Q10.....
11	ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากนักเพียงใด เพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน						Q11.....
12	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากนักเพียงใด						Q12.....
13	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่างไรที่ผ่านมาเพียงใด						Q13.....

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ไม่เคย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	สำหรับ ผู้วิจัย
14	ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน ๆ ไหม						Q14.....
15	ท่านรู้สึกว่าคุณมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน						Q15.....
16	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด						Q16.....
17	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด						Q17.....
18	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด						Q18.....
19	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด						Q19.....
20	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด						Q20.....
21	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด						Q21.....
22	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด						Q22.....
23	ท่านรู้สึกว่าคุณมีความหมายมากน้อยเพียงใด						Q23.....
24	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด						Q24.....
25	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านเพียงใด (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้นแล้ว ท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมถึง การช่วยตัวเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์)						Q25.....
26	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด						Q26.....

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในการป้องกันภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ต้องการทราบถึงการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของท่านทั้ง 6 ด้าน ขอให้ท่านตอบคำตอบที่ตรงกับพฤติกรรมการปฏิบัติของท่านตามความเป็นจริง โดยผู้สัมภาษณ์จะใส่เครื่องหมาย ✓ หรือข้อความลงในช่องที่ตรงกับข้อความที่ท่านตอบ

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้น ท่านได้ปฏิบัติเป็นประจำทุกวันในหนึ่งสัปดาห์

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้น ท่านได้ปฏิบัติในเรื่องนั้น ๆ 5-6 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้น ท่านได้ปฏิบัติ 1-2 ครั้งในหนึ่งสัปดาห์

ปฏิบัติไม่ได้เลย หมายถึง เมื่อท่านเห็นว่ากิจกรรมในข้อความนั้น ท่านไม่เคยไม่เคยปฏิบัติเลยในหนึ่งสัปดาห์

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคยปฏิบัติเลย	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	สำหรับผู้วิจัย
ด้านความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ:					HR1.....
1. ท่านมักปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองกับผู้ที่มีความรู้					
2. ท่านมักปรึกษากับคนในครอบครัวญาติ เพื่อนบ้าน ในเรื่องการปฏิบัติ ตัวที่เหมาะสมต่อสุขภาพ					HR2.....
3. ท่านมักปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ					HR3.....
4. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับผู้อื่นเสมอ					HR4.....
5. ท่านมักสังเกตอาการผิดปกติในตัวท่านเสมอ ๆ					HR5.....
6. ท่านมักหาความรู้หรือสิ่งใหม่ ๆ ที่จะนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูรายการโทรทัศน์ หรือการเข้าร่วมอบรมความรู้ทางสุขภาพ					HR6.....
7. ท่านไปตรวจสุขภาพกับแพทย์เพื่อค้นหาความผิดปกติอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					HR7.....
8. ท่านเคยหรือดื่มสุรา					HR8.....
9. ท่านเคยหรือสูบบุหรี่					HR9.....
ด้านการออกกำลังกาย					E10.....
10. ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (เช่น การทำงานบ้าน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหารด้วยตนเอง) ได้ดีเสมอ					
11. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อย นาน 20-30 นาทีต่อวัน					E11.....

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคยปฏิบัติเลย	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็นประจำ	สำหรับผู้วิจัย
12. เมื่อท่านออกกำลังกายแล้วรู้สึกอ่อนเพลีย ท่านงดการออกกำลังกายทันที					E12.....
13. ท่านหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับท่าน (จากหนังสือ วิทยุ/โทรทัศน์ จากบุคคลที่รู้จัก)					E13.....
ด้านโภชนาการ					N14.....
14. ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบหลัก 5 หมู่ (ได้แก่ ข้าวและแป้ง เนื้อสัตว์ ไขมัน ผักและผลไม้) ที่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ และรับประทานครบ 3 มื้อ					
15. ท่านรับประทานอาหารตรงตามเวลาทุกมื้อ					N15.....
16. ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 8-10 แก้วต่อวัน					N16.....
17. เมื่อมีปัญหาด้านโภชนาการ เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด หรือน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ท่านปรึกษาเจ้าหน้าที่สุขภาพในการปรับภาวะโภชนาการให้เหมาะสม					N17.....
ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น					R18.....
18. ท่านปฏิบัติบทบาทต่าง ๆ ต่อคนในครอบครัวได้เป็นอย่างดี					
19. ท่านไปมาหาสู่กับญาติพี่น้องอย่างสม่ำเสมอ					R19.....
20. ท่านไปมาหาสู่กับเพื่อนอย่างสม่ำเสมอ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อน					R20.....
21. ทุกครั้งที่มีกิจกรรม ท่านเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนได้เป็นอย่างดี					R21.....

พหุบัณฑิตวิทยาลัย

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคยปฏิบัติเลย	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็นประจำ	สำหรับผู้วิจัย
22. เมื่อมีปัญหาในการดำเนินชีวิต ท่านมักปรึกษากับคนในครอบครัวก่อนเสมอ					R22.....
23. เมื่อมีปัญหาในการดำเนินชีวิต ท่านมักปรึกษากับคนที่ท่านไว้ใจ (เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อน)					R23.....
24. เมื่อท่านเกิดความขัดแย้งกับผู้อื่นท่านสามารถจัดการกับปัญหาจนคลี่คลาย					R24.....
25. ท่านแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการดูแลสุขภาพจากกลุ่มเพื่อนที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกับท่านบ่อยครั้ง					R25.....
26. เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือท่านได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นบ่อยครั้ง					R26.....
ด้านจิตวิญญาณ					
27. ท่านดำเนินชีวิตอย่างมีจุดหมาย					S27.....
28. ท่านได้รับความรักและให้ความรักกับผู้อื่น					S28.....
29. ท่านทำงานบ้านหรือประกอบอาชีพได้ดี					S29.....
30. ท่านประพฤติหรือปฏิบัติตนให้มีคุณค่าต่อสังคม					S30.....
31. ท่านประกอบกิจกรรมทางศาสนาเช่น ไปวัด ทำบุญ สวดมนต์หรือนั่งสมาธิอย่างสม่ำเสมอ					S31.....
32. ท่านสร้างเสริมหรือหาแหล่งที่ช่วยให้ท่านมีกำลังใจดีขึ้น					S32.....
ด้านการจัดการกับความเครียด					
33. ท่านยอมรับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเข้าใจ					S33.....

พหุบัณฑิต ชีวะ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคยปฏิบัติเลย	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	สำหรับผู้วิจัย
34. ท่านผ่อนคลายความเครียดได้ดี (เช่น การฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ การพูดคุยกับบุคคลที่ไว้วางใจหรือการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ)					S34.....
35. เมื่อท่านไม่สบายใจท่านแก้ปัญหาโดยการนั่งสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ					S35.....
36. เมื่อท่านทำสิ่งใด ๆ ท่านทำตามกำลังไม่เร่งรัดให้เสร็จโดยเร็ว					S36.....
37. เมื่อท่านมีปัญหาหรือมีความเครียดท่านจัดการกับปัญหาหรือความเครียดได้ภายในระยะเวลาไม่นานนัก					S37.....
38. เมื่อมีปัญหาหรือความเครียดที่จัดการด้วยตนเองไม่ได้ ท่านปรึกษากับบุคคลหรือหาแหล่งช่วยเหลือในการจัดการกับความเครียดนั้น					S38.....





ภาคผนวก ค หนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล

ที่ อว ๐๖๐๕.๒๐/๑๑๔๕



คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลตลาด อำเภอเมือง
จังหวัดมหาสารคาม
๕๕๐๐๐

๒๗) พฤษภาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ตามที่ นางลัดดา พลพุดธา นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำการศึกษาวิทยานิพนธ์เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด (A MODEL DEVELOPMENT FOR DEPRESSION PREVENTION AMONG THE ELDERLY IN ROI-ET PROVINCE) โดยการศึกษาครั้งนี้มี ผศ.ดร.ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขออนุญาตให้ นางลัดดา พลพุดธา นิสิตในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เก็บข้อมูลดังกล่าว ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในอำเภอจังหาร อำเภอธวัชบุรีและอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีกำหนดตั้งแต่ เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๓ - เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๕ รวมระยะเวลาทั้งสิ้น ๒ ปี รายละเอียดดังเอกสารแนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์สุรพล เวียงนนท์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะแพทยศาสตร์

สำเนาเรียน สาธารณสุขอำเภอจังหาร, สาธารณสุขอำเภอธวัชบุรีและสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ
งานบัณฑิตศึกษา ฝ่ายวิชาการ
โทร. ๐-๔๓๗๑๑-๒๔๙๔๒ ต่อ ๗๗๙๔๙
โทรสาร ๐-๔๓๗๑๑-๒๔๙๔๑

ภาคผนวก ง หนังสือแต่งตั้งผู้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย



ที่ อว ๐๖๐๕.๒๐/ ๕๕



คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลตลาด อำเภอเมือง
จังหวัดมหาสารคาม
๔๕๐๐๐

๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคคลากรเป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบประเมินสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางลัดดา พลพุทธา รหัสประจำตัว ๕๙๐๑๑๕๖๐๐๐๔ นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนา รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด”

ในการนี้ พิจารณาแล้วเห็นว่า พญ. สุชีรา อมรมหพรณ ตำแหน่ง ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญและประสบการณ์เกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จึงใคร่ขอ ความอนุเคราะห์ให้ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เทพลักษณ์ สิริธนะวุฒิชัย)
คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์

โทร. ๐-๔๓๗๒-๒๓๕๓

โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๒๓๕๓

ที่ อว ๐๖๐๕.๒๐/๕๕๓



คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลตลาด อำเภอเมือง
จังหวัดมหาสารคาม
๕๕๐๐๐

๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบประเมินสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางลัดดา พลพุทธา รหัสประจำตัว ๒๑๐๑๑๕๖๐๐๐๔ นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด”

ในการนี้ พิจารณาแล้วเห็นว่า อาจารย์ ดร.กชพงษ์ สารการ ตำแหน่ง อาจารย์ เป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์เกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เทพลักษณ์ ศรีธนะวุฒิชัย)
คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์

โทร. ๐-๔๓๗๒-๒๓๔๓

โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๒๓๔๓

ที่ อว ๐๖๐๕.๒๐/๓๕๒



คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลตลาด อำเภอเมือง
จังหวัดมหาสารคาม
๔๔๐๐๐

๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
เรียน คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบประเมินสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางลัดดา พลพุทธา รหัสประจำตัว ๖๑๐๑๑๕๖๐๐๐๔ นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด”

ในการนี้ พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล ตำแหน่ง อาจารย์ เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญและประสบการณ์เกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แม่เหล็ก สิริธนะวุฒิชัย)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์

โทร. ๐-๔๓๗๒-๒๓๔๓

โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๒๓๔๓

ที่ อว ๐๖๐๕.๒๐/๕๕๕



คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลตลาด อำเภอเมือง
จังหวัดมหาสารคาม
๕๕๐๐๐

๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
เรียน คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบประเมินสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางลัดดา พลพุทธา รหัสประจำตัว ๕๙๐๑๑๕๖๐๐๐๔ นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซีมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด”

ในการนี้ พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วราทิพย์ แก่นการ ตำแหน่ง อาจารย์ เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญและประสบการณ์เกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เทพลักษณ์ ศิริธนะวุฒิชัย)
คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์

โทร. ๐-๔๓๗๒-๒๓๙๓

โทรสาร ๐-๔๓๗๒-๒๓๙๓

ที่ อว ๐๖๐๕.๒๐/๕๕๓



คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลตลาด อำเภอเมือง
จังหวัดมหาสารคาม
๕๔๐๐๐

๒๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.พิชรวรรณ สุขยานนท์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์	จำนวน ๓ เล่ม
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๓ ชุด
๓. แบบประเมินสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ	จำนวน ๓ ชุด

ด้วย นางฉัตรดา พลพุทธา รหัสประจำตัว ๖๓๐๑๑๕๖๐๐๐๔ นิสิตหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด"

ในการนี้ ทิฉาณาแล้ว อาจารย์ ดร.พิชรวรรณ สุขยานนท์ ตำแหน่ง อาจารย์ เป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์เกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ ให้ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เทพสกลณี ศรีระบุณีย์ชัย)
คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์

โทร. ๐-๔๓๗๖-๒๓๔๓

โทรสาร ๐-๔๓๗๖-๒๓๔๓

ภาคผนวก จ หนังสือแต่งตั้งผู้ตรวจสอบโปรแกรม (Model)



ที่ อว ๐๖๐๕.๒๐/ ๒๕๖๓



คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลตลาด อำเภอเมือง
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๐๐๐

๙ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคคลากรเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยในการวิจัย
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เค้าโครงวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ เล่ม
	๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
	๓. แบบประเมินสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางลัดดา พลพุทธธา รหัสประจำตัว ๖๑๐๑๕๖๒๐๐๔ นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "การรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด"

ในการนี้ พิจารณาเห็นแล้วว่า แพทย์หญิงสุชีรา อมรมหพรณ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ เป็นผู้มีความชำนาญและประสบการณ์เกี่ยวกับการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ ท่านเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์สุรพล เวียงนนท์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์
โทร. ๐-๔๓๗๒-๒๓๔๓
สำเนาเรียน แพทย์หญิงสุชีรา อมรมหพรณ

ที่ อว ๐๖๐๕.๒๐/ ๒๕๖๓



คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลตลาด อำเภอเมือง
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๐๐๐

๑ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์บุคคลากรเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. คำโครงการวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ เล่ม
	๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
	๓. แบบประเมินสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางลัดดา พลพุทธา รหัสประจำตัว ๖๑๐๑๕๖๒๐๐๔ นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด”

ในการนี้ พิจารณาเห็นแล้วว่า ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล ตำแหน่ง รองคณบดีฝ่ายวิชาการ เป็นผู้มีความชำนาญและประสบการณ์เกี่ยวกับการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ท่านเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือการพัฒนาารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์สุรพล เวียงนนท์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์

โทร. ๐-๔๓๗๒-๒๓๙๓

สำเนาเรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล

ที่ อว ๐๖๐๕.๒๐/ ๒๕๖๓



คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลตลาด อำเภอเมือง
จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๐๐๐

๙ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคคลากรเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยในการวิจัย
เรียน คณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. ค่าโครงการวิทยานิพนธ์	จำนวน ๑ เล่ม
	๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	จำนวน ๑ ชุด
	๓. แบบประเมินสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ	จำนวน ๑ ชุด

ด้วย นางลัดดา พลพุทธา รหัสประจำตัว ๖๑๐๑๕๖๒๐๐๔ นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “การรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด”

ในการนี้ พิจารณาเห็นแล้วว่า อาจารย์ ดร.พรพิมล ชูพานิช ตำแหน่ง ตำแหน่ง อาจารย์ เป็นผู้มีความชำนาญและประสบการณ์เกี่ยวกับการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ท่านเป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดร้อยเอ็ด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

๙

(ศาสตราจารย์สุรพล เวียงนนท์)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติราชการแทน
คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์
โทร. ๐-๔๓๗๒-๒๓๔๓
สำเนาเรียน อาจารย์ ดร.พรพิมล ชูพานิช

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางลัดดา พลพุทธา
วันเกิด	11 มีนาคม 2522
สถานที่เกิด	อำเภอจันทาร จังหวัดร้อยเอ็ด
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	อำเภอจันทาร จังหวัดร้อยเอ็ด
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	พ.ศ. 2544-2548 พยาบาลวิชาชีพ แผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2548-2550 พยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยกึ่งวิกฤติอายุรกรรม (Semi-ICU med) โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พ.ศ. 2553-2559 คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย พ.ศ. 2559- ปัจจุบัน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2544 ปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2553 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พ.ศ. 2561 ศึกษาต่อปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ ทัโต ชีเว