



รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง"

ของ กฤษภานัย ศรีใจ

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....	ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย)	
.....	ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์)	
.....	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ)	
.....	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิรญา อึ้งอุตรภักดี)	
.....	กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์)	

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง
ผู้วิจัย	กฤษฎิ์ ศรีใจ
ประธานที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ด., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2566
คำสำคัญ	รูปแบบการป้องกัน, ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุเขตเมือง

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์แบ่งออกเป็น 3 ระยะตามกระบวนการวิจัย ประกอบด้วย 1) ศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง 2) พัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง และ 3) ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง 10 ตัวแปร ประกอบด้วย ความพิการหรือมีโรคประจำตัว มีภาระทางการเงินหนี้สินหรือรายได้ไม่เพียงพอ มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีมีการทะเลาะกันหรือการอยู่อาศัยเพียงลำพัง มีสถานภาพโสด หม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ การพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ และการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับต่ำ รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายुरายบุคคล และการสนับสนุนทางสังคม ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบตามเกณฑ์ด้านความเหมาะสม ความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ และความถูกต้องครอบคลุม อยู่ในระดับมากทุกด้าน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปดำเนินการหรือประยุกต์ใช้ในกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่อื่น ๆ ได้ตามความเหมาะสมต่อไป

Title	A PROTECTION MODEL FOR RISKS OF DEPRESSION AMONG THE URBAN ELDERLY PEOPLE
Author	Kridanai Srijai
Advisor	Associate Professor Pramote Wongsawat, Ph.D.
Academic Paper	Dr.P.H. Dissertation in Public Health Program - (Type 2.1), Naresuan University, 2023
Keywords	A protection model, Risk of depression, Urban elderly people

ABSTRACT

This mixed-methods research has the objective of a 3-phases research process, consisting of 1) to study factors that cause and influence the risk of depression among the urban elderly people 2) to develop a protection model for risk of depression and 3) to evaluate the appropriateness of the model for risk of depression among urban elderly people. Finding revealed that there are 10 factors that cause and influence the risk of depression among the urban elderly people, i.e., disability or congenital disease, financial burdens, debts, or insufficient income, poor family and family quarrels, living alone, being single, widowed, divorced, or separated, a direct relative with depression, low social support, insufficient rest and sleep, dietary inadequacy, and low self-esteem. A protection model for risk of depression among the urban elderly people consists of 3 main components: surveillance for risk of depression in the elderly, individual health promotion for the elderly, and social support. The results of evaluation of model appropriateness according to the criteria; suitability, usefulness, possibility, and comprehensive accuracy are at a high level. These results show that the development of a protection model for risk of depression among the urban elderly people can be implemented to target groups in other areas as appropriate.

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาอันมีค่ามาเป็นทีปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนช่วยปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่จนทำให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิรญา อึ้งอุตร ภัคดี กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน ที่กรุณาตรวจทานข้อบกพร่องต่าง ๆ และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ จนทำให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มีความสมบูรณ์และมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุตหนองบัว ประธานกรรมการสอบโครงร่าง วิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ กรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์และรองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ กรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการ พัฒนาโครงร่างวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุตหนองบัว อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดร.วิชาภรณ์ คันทะมูล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่า จังหัด น่าน คุณชูพงษ์ สังข์ผลิพันธ์ ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 คุณปราวณี จันทะโม พยาบาลวิชาชีพชำนาญ การพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน และหัวหน้างานวิชาการและวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ ที่ได้สละเวลาอันมีค่ามาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดโบสถ์ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลวัดโบสถ์ สาธารณสุขอำเภอวัดโบสถ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดพริก นายกเทศมนตรีตำบลวัด โบสถ์ นายกเทศมนตรีตำบลวังทอง และบุคลากรในหน่วยงาน ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ประธานชมรมผู้สูงอายุวัดโบสถ์ ผู้ใหญ่บ้าน กำนันตำบลวัดโบสถ์ ที่อำนวยความสะดวกและ อนุเคราะห์ให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

ขอขอบคุณ อาสาสมัครในโครงการวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่ ผู้วิจัยเป็นอย่างดีและขอขอบคุณทุกท่านที่ได้กล่าวนามที่มีส่วนเกี่ยวข้องในความสำเร็จครั้งนี้

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และครอบครัวของผู้วิจัย ที่ให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านอย่างดีที่สุดเสมอมา

คุณค่าและคุณประโยชน์ อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่าน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยนี้จะเป็นคุณประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจต่อไป

กฤษฎานัย ศรีใจ



สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
ประกาศขอบคุณการ.....	จ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
สมมุติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวข้อง	9
สถานการณ์ด้านผู้สูงอายุ.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า.....	13
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	24
แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ	35
แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการปัจจัยกำหนดสุขภาพ	66

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	67
กรอบแนวคิดการวิจัย	83
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	85
รูปแบบการวิจัย	85
วิธีดำเนินการวิจัย	88
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	107
บทที่ 4 ผลการวิจัย	109
ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยง ในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง.....	109
ผลการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุเขตเมือง.....	140
ผลการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง.....	166
บทที่ 5 บทสรุป	171
สรุปผลการวิจัย	173
อภิปรายผลการวิจัย	175
ข้อเสนอแนะ	182
บรรณานุกรม.....	184
ภาคผนวก	195
ประวัติผู้วิจัย.....	216

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1	แสดงตัวแปรที่เป็นสาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึ่มเศร้าของผู้สูงอายุ.....	75
ตาราง 2	แสดงผลการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันภาวะซึ่มเศร้า.....	81
ตาราง 3	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (n=18).....	110
ตาราง 4	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=735).....	116
ตาราง 5	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนบุคลิกภาพส่วนบุคคลเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึ่มเศร้า (n=735).....	117
ตาราง 6	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามบุคลิกภาพส่วนบุคคลเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึ่มเศร้ายาข้อ (n=735).....	118
ตาราง 7	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึ่มเศร้า (n=735).....	119
ตาราง 8	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึ่มเศร้ายาข้อ (n=735).....	119
ตาราง 9	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านร่างกาย (n=735).....	120
ตาราง 10	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนปัจจัยด้านจิตใจ (n=735).....	121
ตาราง 11	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านจิตใจรายข้อ (n=735).....	123
ตาราง 12	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม (n=735).....	126

ตาราง 13	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนการได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคม (n=735).....	129
ตาราง 14	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของกลุ่ม ตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมรายข้อ (n=735).....	130
ตาราง 15	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะซึมเศร้า (n=735).....	131
ตาราง 16	แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร	131
ตาราง 17	แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะ ซึมเศร้า ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก (n=735).....	138
ตาราง 18	แสดงปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุเขตเมือง.....	142
ตาราง 19	แสดงองค์ประกอบ และวิธีการ/กิจกรรม ของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง	161
ตาราง 20	แสดงการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างปัจจัยนำเข้ากับองค์ประกอบของ รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง	163
ตาราง 21	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำแนกตาม คุณลักษณะส่วนบุคคล (n=9).....	166
ตาราง 22	แสดงผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการ เกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง (n=9).....	168

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1	ความเชื่อมโยงปัจจัยต่าง ๆ ของการเกิดภาวะซึมเศร้า..... 15
ภาพ 2	รูปแบบเชิงระบบและสถานการณ์ Systems/Contingency Model ของ Brown & Moberg..... 37
ภาพ 3	ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบจากการวิเคราะห์เอกสารและการศึกษาจากสภาพจริง..... 41
ภาพ 4	กระบวนการในระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในระดับจังหวัด..... 61
ภาพ 5	กรอบแนวคิดการวิจัยการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง..... 83
ภาพ 6	ขั้นตอนการวิจัย..... 87
ภาพ 7	องค์ประกอบและกิจกรรมรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง..... 164

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบบ่อย เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล เกิดผลเสียต่อครอบครัวและชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมถึงเป็นภาระทั้งทางตรงและทางอ้อมจากค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น เกิดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคมจากภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น โดยประมาณการว่าประชากรโลกประมาณร้อยละ 3.80 ประสบกับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในกลุ่มเพศหญิง ภาวะซึมเศร้าอาจเป็นโรคเรื้อรังเพราะหากบุคคลประสบกับเหตุการณ์ความหดหู่เพียงครั้งเดียว จะทำให้มีความเสี่ยงถึงร้อยละ 50.00 ที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ในอนาคต ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 60.00 และพบว่า มีการฆ่าตัวตายสำเร็จกว่าร้อยละ 18.00 ถึงแม้ว่าจะมีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงการบริการได้ โดยการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยทั่วโลกน้อยกว่าร้อยละ 50.00 และในหลายประเทศการเข้าถึงบริการไม่ถึงร้อยละ 10.00 (World Health Organization, 2023) จากสถานการณ์ของโรคทั่วโลก พบว่าปี พ.ศ. 2564 โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพแก่ประชากรโลกเป็นอันดับ 2 หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยก็ต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานานกว่าโรคอื่น ๆ และการไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องจะทำให้เกิดซ้ำอีกจนเป็นโรคเรื้อรัง ก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพ เป็นสาเหตุของภาวะไร้ความสามารถของบุคคลส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิตและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ (กรมสุขภาพจิต, 2565)

ภาวะซึมเศร้าเกิดจากอารมณ์หดหู่ สูญเสียความสุขหรือความสนใจในกิจกรรมเป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผลกระทบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อนและชุมชน และทุกด้านของชีวิต ซึ่งเป็นผลมาจากเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ หรือการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่สำคัญอื่น ๆ เช่น การหย่าร้าง การสูญเสียงาน การสูญเสียชีวิตของคนที่รัก อุบัติเหตุร้ายแรง การเกษียณอายุ เป็นต้น ซึ่งไม่ใช่อารมณ์เศร้าที่สามารถเกิดขึ้นได้เป็นครั้งคราวของคนทั่วไป (World Health Organization, 2023; กรมสุขภาพจิต, 2565) ทั้งนี้ มีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เช่น ความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมทางอารมณ์เสียสมดุล การถ่ายทอดทางพันธุกรรมทำให้คนในครอบครัวมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า 2.8 เท่า การเป็นคนที่มีความคิดมองโลกในแง่ลบ การมีโรคทางกายหลายโรคหรือการใช้ยาบางชนิด เป็นต้น

(กรมสุขภาพจิต, 2565; โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2560a) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2017) พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และภาคพื้นแปซิฟิกตะวันตก ซึ่งเป็นภูมิภาคที่มีกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ พบผู้ป่วยประมาณร้อยละ 48.00 โดยเฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบผู้ป่วยประมาณร้อยละ 27.00 จากการเก็บสถิติในช่วง 10 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - 2558 อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 18.40 ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอัตราการเพิ่มของประชากรทั่วโลก ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของสถาบันการวัดและประเมินผลด้านสุขภาพ (The Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019) พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ภาวะซึมเศร้าในประเทศไทยเป็นปัญหาอยู่ในอันดับที่ 6 และในช่วงปี พ.ศ. 2550 - 2560 มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 15.90 สอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2564) พบว่าในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยซึมเศร้าร้อยละ 0.28 และมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.35 ในปี พ.ศ. 2559 เป็นร้อยละ 7.37 ในปี พ.ศ. 2563 โดยเพศชายมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศหญิงประมาณ 4 เท่า โดยเฉพาะช่วงอายุ 55 - 74 ปี พบภาวะซึมเศร้ามากกว่าช่วงวัยอื่น (World Health Organization, 2023)

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่มีความเสื่อมและเกิดภาวะถดถอยของร่างกาย การเคลื่อนไหวและกำลังทางกายลดลง หรือจากการเจ็บป่วยโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ยังเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป อาจมีความรู้สึกเบื่อหน่ายทุกสิ่งทุกอย่าง สิ่งที่เคยทำได้แล้วเพลินใจหรือสบายใจก็ไม่อยากทำหรือทำแล้วก็ไม่สบายใจ มีอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย อารมณ์ร้ายไม่ใจเย็นเหมือนก่อน รวมถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนไป หรือสถานภาพที่เกิดขึ้นในชีวิตลดลง อยู่ในภาวะพึ่งพิงบุตรหลาน ก็ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายขึ้น (มานอช หล่อตระกูล, 2557b) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจและด้านสุขภาพ เกิดความยากลำบากในการเข้ารับบริการสาธารณสุข จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไป (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559) การสูญเสียคู่ชีวิตรัก ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ทำใจไม่ได้กับการสูญเสีย เป็นปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า (Aginginplace, 2020) จากข้อมูลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบประมาณร้อยละ 5.70 (World Health Organization, 2023) มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ซึ่งพบได้ร้อยละ 8.60 (กรมสุขภาพจิต, 2565)

จากสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในทุกประเทศทั่วโลก จากร้อยละ 11.00 ในปี พ.ศ. 2552 และคาดว่าจะถึงร้อยละ 22.00 ในปี พ.ศ. 2593 ส่งผลให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 คือ มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10.00 โดยข้อมูลจาก

การสำมะโนประชากรทั้งประเทศ เมื่อปี พ.ศ. 2553 พบว่า มีผู้สูงอายุร้อยละ 12.00 ในปี พ.ศ. 2559 มีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 14.90 โดยสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 19.10 ในปี พ.ศ. 2563 และอาจเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 26.60 ในปี พ.ศ. 2573 ทั้งนี้ จากการประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583 พบว่า ในปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี ขึ้นไป มากขึ้นเป็นร้อยละ 6.10 จากในปี พ.ศ. 2563 ที่มีเพียงร้อยละ 2.60 เท่านั้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) และจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอาจทำให้เกิดปัญหาสังคมตามมา ได้แก่ ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการช่วยเหลือดูแล มีความรู้สึกเป็นภาระของสังคม จนทำให้เกิดความเสียดังกล่าวภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นได้ในอนาคต

ปัจจัยที่ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามีหลายปัจจัย เช่น บทบาททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศหญิง การศึกษาระดับประถมศึกษา และอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว ที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า (วิชาภรณ์ คันทะมูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2559) โดยเฉพาะผู้สูงอายุในเขตเมือง พบว่า มีสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ บุคลิกภาพส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ ปัญหาทางด้านสุขภาพ รายได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัว การอยู่ตามลำพังหรืออยู่บ้านพักคนชรา การมีส่วนร่วมในชุมชนลดลง การไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม การไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง (Faramarzi et al., 2017; Kim, Kwon, Hong & Lee, 2018; มาลินี อยู่ใจเย็น, สุทธนันท์ กัลลกะ, ศศิวิมล บุรณะเรข และไขนภา แก้วจันทรา, 2561; สุชาติตา แซ่ลิ้ม, 2562; อภิญญา วงศ์ใหม่, 2560; อาคม บุญเลิศ, 2559) เป็นต้น

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอาจถูกมองเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้น จึงมักถูกมองข้ามและละเลยไม่ได้ให้ความสำคัญ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือและดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรก อาจพัฒนาไปเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) ได้ในอนาคต และหากไม่ได้รับการช่วยเหลือและดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ บางรายอาจเริ่มมีอาการของโรคความจำเสื่อมระยะแรก ภายใน 1 - 2 ปี ต่อมาอาจรุนแรงขึ้นจนกลายเป็นโรคสมองเสื่อมหรืออัลไซเมอร์ จนอาจนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งสูงกว่าคนทั่วไป 20 เท่า หากมีการตรวจพบภาวะซึมเศร้าเร็วก็จะสามารถช่วยเหลือรักษาภาวะซึมเศร้า เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงได้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559)

ประเทศไทยนำระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดมาใช้ดำเนินงาน โดยบุคลากรทั้งในชุมชนและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดความสูญเสียอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โดยเน้นการลดอุบัติการณ์ของโรค และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เพิ่มการหาย ลดระยะเวลาการเจ็บป่วย ลดการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2560b) โดยกรมสุขภาพจิตเป็นหน่วยงานหลักของระดับประเทศในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต และช่วง 10 ปีที่

ผ่านมา ใช้มาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า มีทั้งการรณรงค์และสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ที่ชื่อศูนย์ความรู้เทคโนโลยีโรคซึมเศร้าไทย ฐานข้อมูลออนไลน์ เรื่องโรคซึมเศร้าและสื่อในช่องทางอื่น ๆ การดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับประชาชน มีการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าทั่วประเทศ โดยค้นหาด้วยการคัดกรองด้วย 2 คำถาม (2Q) เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า การประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) และการประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม (8Q) ในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการคัดกรองอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2560b) มีการจัดทำแนวทางการรักษาด้วยยาต้านอารมณ์เศร้า มีการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า สนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงาน พัฒนาโปรแกรมระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา ส่งผลให้มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2553 มีการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นกว่า ร้อยละ 10.70 (กรมสุขภาพจิต, 2558) และในปี พ.ศ. 2565 พบว่า การเข้าถึงบริการ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 86.63 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2565) โดยกลุ่มผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q จำนวน 3,190,546 คน จากผู้สูงอายุทั้งหมด 4,829,812 คน คิดเป็นร้อยละ 66.06 พบว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จำนวน 27,601 คน คิดเป็นร้อยละ 0.87 ของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง และคิดเป็นร้อยละ 0.57 ของผู้สูงอายุทั่วประเทศ ได้รับการส่งต่อเพื่อประเมินโรคซึมเศร้าและดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ จำนวน 24,564 คน คิดเป็นร้อยละ 88.99 ของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจนผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าคงเหลือจำนวน 4,808 คน คิดเป็นร้อยละ 19.57

ในเขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย 5 จังหวัดของภาคเหนือตอนล่าง ได้แก่ จังหวัดตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัยและอุตรดิตถ์ พบปัญหาการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ การเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นหรือมากกว่าร้อยละ 5.00 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา จากข้อมูลปีงบประมาณ 2551 ต่ำกว่าเกณฑ์อย่างมาก โดยจังหวัดสุโขทัยมีผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 4.30 เพชรบูรณ์ ร้อยละ 3.00 อุตรดิตถ์ ร้อยละ 2.60 ตาก ร้อยละ 1.30 และพิษณุโลก ร้อยละ 0.19 ตามลำดับ (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9, 2560) จากปัญหาดังกล่าวไม่เป็นเพียงปัญหาในระดับเขตสุขภาพแต่เป็นปัญหาในภาพรวมทั้งประเทศด้วย แต่หลังจากกรมสุขภาพจิตได้นำร่องพัฒนาระบบบริการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยมาใช้ ประกอบด้วย การค้นหาผู้ป่วย การวินิจฉัย การประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย การดูแลรักษาโรคซึมเศร้า และการติดตามเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ ดำเนินการครอบคลุมทุกพื้นที่ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ส่งผลให้การเข้าถึงบริการของกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้นโดย พบว่า ในปีงบประมาณ 2556 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของเขต

สุขภาพที่ 2 เข้าถึงบริการทั้งหมด ร้อยละ 85.22 โดยจังหวัดสุโขทัยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าถึงบริการร้อยละ 99.17 เพชรบูรณ์ ร้อยละ 90.81 ตาก ร้อยละ 83.52 อุตรดิตถ์ ร้อยละ 77.29 และพิษณุโลก ร้อยละ 73.98 ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2557 เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นทั้งหมดเป็น ร้อยละ 94.44 โดยจังหวัดสุโขทัยมีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าถึงบริการร้อยละ 100.00 อุตรดิตถ์ ร้อยละ 93.50 เพชรบูรณ์ ร้อยละ 92.53 ตาก ร้อยละ 84.03 และพิษณุโลก ร้อยละ 80.96 ตามลำดับ จนถึงปีงบประมาณ 2559 เป็นต้นมา เขตสุขภาพที่ 2 ให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการแล้ว ครอบคลุมร้อยละ 100.00 (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2562; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2565)

จังหวัดพิษณุโลกมีส่วนการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยที่สุดในเขตสุขภาพที่ 2 แม้ว่าผู้ที่ได้รับการคัดกรองและขึ้นทะเบียนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าของหน่วยบริการจะได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม แต่ก็ยังพบว่าผู้ที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (2Q) อีกเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลในปีงบประมาณ 2561 - 2565 จังหวัดพิษณุโลก มีการคัดกรองความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าด้วยแบบ 2Q คิดเป็นร้อยละ 85.55, 77.27, 82.32, 75.96 และ 64.03 ตามลำดับ โดยผลการคัดกรองพบว่ามีความเสี่ยง 0.35, 0.27, 0.25, 0.15 และ 0.24 ตามลำดับ และเมื่อผลการประเมินพบความเสี่ยง จะประเมินต่อด้วยแบบประเมินการเกิดภาวะซึมเศร้า (9Q) โดยบุคลากรสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญโดยเฉพาะ ซึ่งพบว่ายังไม่ครอบคลุม โดยข้อมูลในปี พ.ศ. 2565 พบว่า กลุ่มเสี่ยง ได้รับการคัดกรองด้วย 9Q เพียงร้อยละ 20.58 เท่านั้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2565) โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเทศบาลซึ่งเป็นเขตเมือง ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 2Q คิดเป็นร้อยละ 69.51 พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในเขตเทศบาลตำบล คิดเป็นร้อยละ 0.19 ในเขตเทศบาลนครและเมือง คิดเป็นร้อยละ 0.07 และกลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินต่อด้วย 9Q พบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในเขตเทศบาลตำบล ร้อยละ 31.91 อยู่ในเขตเทศบาลนครและเมือง ร้อยละ 25.00 โดยข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาสะสมส่วนมากอยู่ในเขตเทศบาลตำบล คิดเป็นร้อยละ 42.49 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการประเมินแล้วพบว่าภาวะซึมเศร้าจะได้รับการดูแลตามระบบอย่างต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มเสี่ยงที่ประเมินแล้วไม่พบภาวะซึมเศร้า รวมถึงกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้เข้ารับการประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องและกลุ่มที่มีความเสี่ยงแต่ไม่ได้รับการประเมิน ไม่ได้เข้าสู่ระบบการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข จะดำเนินชีวิตตามปกติ ทำให้กลุ่มเสี่ยงมีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในอนาคต

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองจะความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าเขตชนบท เนื่องจากมีหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม สภาพแวดล้อม รวมถึงความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การปรับเปลี่ยนจากสังคม

ชนบทสู่สังคมเมืองส่งผลต่อการปรับตัว การดำเนินชีวิตและความรู้สึกของผู้สูงอายุ สามารถนำไปสู่ การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ การป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิผลต้องดำเนินการ ตามสาเหตุปัจจัยที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพที่จะต้อง ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ในการดำเนินการป้องกันได้ตรงกับสถานการณ์และสภาพแวดล้อม ต่าง ๆ และสอดคล้องกับนโยบายการดูแลสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ และการเฝ้าระวังป้องกันปัญหา ภาวะซึมเศร้าโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager, Care Giver) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งอยู่ใกล้ชิดและเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (กรมสุขภาพจิต, 2565) ให้มีความตระหนัก มีแนวทางในการดำเนินงานที่ถูกต้อง เหมาะสมและ ครอบคลุม ทั้งทักษะการคัดกรอง การประเมินความเสี่ยง การประเมินปัจจัยของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง เพื่อนำมาดำเนินการตั้งแต่ระยะแรก ช่วยป้องกันผู้สูงอายุไม่ให้มีความ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และลดผลกระทบอันเนื่องมาจากภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงที่สุด คือ การทำร้ายตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยใดที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เขตเมือง
2. รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ควรเป็น อย่างไร
3. รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง มีความ เหมาะสมหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุเขตเมือง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง
3. เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุเขตเมือง

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ บุคลิกภาพส่วนบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ความพิการ มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ การรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และการรับรู้เหตุการณ์ที่กระทบทางจิตใจ และปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ รายได้และหนี้สิน สถานภาพและบทบาทในครอบครัว สถานภาพและบทบาททางสังคม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในระยะที่ 1 ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง ในช่วงเวลาศึกษาวิจัย

การวิจัยในระยะที่ 2 ศึกษาในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเทศบาลตำบลวัดโบสถ์ ในช่วงเวลาศึกษาวิจัย

การวิจัยในระยะที่ 3 ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในเขตเทศบาลและมีประสบการณ์ทำงานไม่น้อยกว่า 2 ปี ในช่วงเวลาศึกษาวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง และมีสัญชาติไทย เขตเมือง หมายถึง เขตพื้นที่การปกครองของเทศบาลตำบล ในจังหวัดพิษณุโลก

ผู้สูงอายุเขตเมือง หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีสัญชาติไทย มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่จริงในพื้นที่เขตเมือง ในจังหวัดพิษณุโลก

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความเจ็บป่วยทางจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติทางความรู้สึกหรืออารมณ์ ได้แก่ รู้สึกหดหู่ เศร้า ท้อแท้สิ้นหวัง เบื่อหน่าย ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ที่เกิดขึ้นในช่วงสองสัปดาห์

ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า หมายถึง คะแนนการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบคัดกรอง 2 คำถาม (2Q) ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป

บุคลิกภาพส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะนิสัยและพฤติกรรมที่ปรากฏออกมาเป็นลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ ที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าได้แก่ การปรับตัวเข้ากับผู้อื่น การพูดสื่อสารและการรับฟังผู้อื่น การดูแลสุขภาพ การแสดงความรู้สึก อารมณ์ และการควบคุมตนเอง

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การทำสมาธิ และการทำงานอดิเรก

ปัจจัยด้านร่างกาย หมายถึง ปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ความพิการ มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

ปัจจัยด้านจิตใจ หมายถึง ปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และการรับรู้เหตุการณ์ที่กระทบทางจิตใจ

การรับรู้คุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตนเอง ความภูมิใจในความสามารถสร้างประโยชน์แก่ชุมชนและสังคม และมีคุณค่าสำหรับคนอื่น การเป็นผู้นำ การยอมรับความคิดเห็นหรือการกระทำของผู้อื่นที่ต่างจากตนเอง และไม่กลัวหรือวิตกกังวลจนไม่ยอมทำอะไร

การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง หมายถึง ความรู้สึกพอใจกับสุขภาพของตนเอง รับรู้สถานะความเจ็บป่วย ความเข้าใจ ความเสี่ยง ความกังวลและความใส่ใจดูแลรักษาเกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วยของตนเอง

การรับรู้เหตุการณ์ที่กระทบทางจิตใจ หมายถึง ความรู้สึกเศร้าเมื่อสูญเสียบุคคลหรือสิ่งที่รัก ความรู้สึกเครียดหรือวิตกกังวลเมื่อเกิดปัญหาทางการเงิน ปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ความรู้สึกหดหู่หรือเศร้าเมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ความรู้สึกเบื่อไม่ยอมทำอะไรเหมือนเมื่อก่อน ความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่แก้ไขไม่ได้ การยอมรับความเสื่อมของร่างกายหรือความเจ็บป่วย และการเตรียมใจพร้อมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้นในชีวิต

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม หมายถึง ปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ รายได้และหนี้สิน สถานภาพและบทบาทในครอบครัว สถานภาพและบทบาททางสังคม และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง หมายถึง องค์ประกอบ วิธีการหรือกิจกรรม ที่จะนำไปดำเนินการเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเขตเมืองมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ หมายถึง การประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญในด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้องครอบคลุม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวินิจฉัยเรื่องรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และประมวลความรู้ แนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้

สถานการณ์ด้านผู้สูงอายุ
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ
แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
กรอบแนวคิดการวิจัย

สถานการณ์ด้านผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ในประเทศไทยคำว่า ผู้สูงอายุ หรือ ผู้สูงวัย ทั่วไปเรียกว่า คนแก่ หรือ คนชรา ส่วนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และองค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ใช้คำว่า Older person หรือ Elderly person โดยใช้เกณฑ์อายุเป็นหลัก ซึ่งมีความแตกต่างในแต่ละสังคม สำหรับต่างประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนมากกำหนดอายุ 65 ปี ขึ้นไป ส่วนประเทศไทยกำหนดอายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์ โดยความหมายของผู้สูงอายุ มีดังนี้

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2023) ให้ความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุ (Older/Elderly person) หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งชายและหญิง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุตอนต้น คือ อายุ 60 - 69 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย คือ อายุ 70 ปี ขึ้นไป

ผู้สูงอายุ ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายถึง บุคคล ซึ่งมีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560, 27 ธันวาคม 2560; พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546, 31 ธันวาคม 2546)

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2562) ให้ความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ ให้ความหมายว่าผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีสัญชาติไทย มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน และอาศัยอยู่จริงในพื้นที่

สถานการณ์ผู้สูงอายุ

จากปรากฏการณ์อัตราเกิดลดลงและประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้สถานการณ์ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั่วโลก ทั้งนี้ ประชากรโลกเข้าสู่เกณฑ์สังคมผู้สูงอายุมาหลายปีแล้ว จากข้อมูลขององค์การเฮล์เพจ อินเตอร์เนชันแนล (HelpAge International) ได้วิเคราะห์แนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ของทั่วโลก ในช่วงระหว่าง ปี พ.ศ.2558 - 2593 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 12.30 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 16.50 ในปี พ.ศ. 2573 และร้อยละ 16.50 ในปี พ.ศ. 2593 ข้อมูลประชากรโลกที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.00 ในปี พ.ศ. 2565 เป็นร้อยละ 16.00 ในปี พ.ศ. 2593 (United Nations, 2022) โดยทวีปยุโรปมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดถึงร้อยละ 24.00 รองลงมา ได้แก่ ทวีปอเมริกาเหนือ ทวีปโอเชียเนีย ทวีปเอเชีย และทวีปแอฟริกา มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุต่ำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.00, 17.00, 12.00 และ 5.00 ตามลำดับ แม้ว่าทวีปเอเชียจะมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 4 แต่จำนวนประชากรผู้สูงอายุมีมากที่สุด คือ ประมาณ 508 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 56.00 ของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561, 2562)

สถานการณ์ผู้สูงอายุในทวีปเอเชีย พบว่า ประเทศญี่ปุ่นมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) หรือสังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20.00 ของจำนวนประชากรทั้งหมด โดยมีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 33.00 (อนันต์ อนันตกุล, 2560) และผู้สูงอายุส่วนมากเป็นเพศหญิง นอกจากนี้ยังมีประเทศเกาหลีใต้ ที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว (กิตติพงศ์ สนธิสัมพันธ์, 2560) และในอีกหลายประเทศก็เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วซึ่งมีสถานการณ์เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศภูมิภาคอาเซียน พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 ภูมิภาคอาเซียนมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 9.00 ของประชากรทั้งหมด โดยมีประเทศที่เข้าเกณฑ์สังคมผู้สูงอายุ 4 ประเทศ ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ ประเทศไทย ประเทศเวียดนามและประเทศมาเลเซีย คิดเป็นร้อยละ 20.00, 18.00, 12.00 และ 10.00 ตามลำดับ ประมาณว่าประเทศเมียนมาและประเทศอินโดนีเซียจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตามมาด้วย โดยในปี พ.ศ. 2583 ทุกประเทศในอาเซียนจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562)

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.60 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 ที่มีร้อยละ 18.00 ของประชากรทั้งหมด จากข้อมูล พบว่า ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10.00 และในปี

พ.ศ. 2564 สังคมไทยจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Completely Aged Society) โดยจะมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20.00 หรือมีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14.00 หากสถานการณ์ยังคงเป็นเช่นนี้ อาจทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) ซึ่งหมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 28.00 ของประชากรทั้งหมด หรือประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20.00 ในปี พ.ศ. 2574 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) เมื่อพิจารณาผู้สูงอายุแต่ละภาค พบว่า ภาคเหนือมีผู้สูงอายุสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 25.20 โดยมีสัดส่วนสูงกว่าภาพรวมระดับประเทศที่มีร้อยละ 19.60 รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ มีสัดส่วนของผู้สูงอายุร้อยละ 22.50, 17.20 และ 16.60 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564)

จากความสำคัญของผู้สูงอายุ องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2023) ได้กำหนดให้ทุกวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุสากล หรือ International Day of Older Persons โดยกำหนดขึ้นเป็นครั้งแรกในวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2534 สำหรับประเทศไทยให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุต่อเนื่องจนถึงสมัยรัฐบาลของ พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ โดยคณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2525 อนุมัติและกำหนดให้วันที่ 13 เมษายนของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุ โดยมี "ดอกคำตวน" เป็นสัญลักษณ์ของผู้สูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562)

สังคมผู้สูงอายุ

สังคมผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 4 ระดับ (ปริชา นวลเป็นโย, 2561) คือ

1. ระดับกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) หมายถึง สังคมนั้นมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป อย่างต่อเนื่อง
2. ระดับสังคมผู้สูงอายุ (Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10.00 ของประชากรทั้งประเทศ หรือเป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 7.00 ของประชากรทั้งหมด
3. ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Completely Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 20.00 ของประชากรทั้งประเทศ หรือเป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 14.00 ของประชากรทั้งหมด
4. ระดับสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 28.00 ของประชากรทั้งประเทศ หรือเป็นสังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 20.00 ของประชากรทั้งหมด

ประเทศไทยใช้เกณฑ์แบ่งช่วงอายุผู้สูงอายุเป็น 3 ช่วงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุ (Elderly) คือ อายุระหว่าง 60 - 69 ปี คนชรา (Old) คือ อายุระหว่าง 70 - 79 ปี และคนชรามาก (Very old) คือ

อายุตั้งแต่ 80 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ส่วนเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) แบ่งช่วงอายุผู้สูงอายุเป็น 3 ช่วงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุตอนต้นมีอายุระหว่าง 65 - 74 ปี ผู้สูงอายุตอนกลางมีอายุระหว่าง 75 - 84 ปี และผู้สูงอายุตอนปลายมีอายุตั้งแต่ 85 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, 2560) จากข้อมูลตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 พบว่า ช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุตั้งแต่ 60 - 69 ปี เป็นช่วงวัยที่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ วัยผู้สูงอายุตอนกลาง มีอายุตั้งแต่ 70 - 79 ปี มักจะเริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ อาจมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง และวัยผู้สูงอายุตอนปลาย มีอายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป เป็นช่วงวัยที่มีความเจ็บป่วยมากขึ้น เพราะความเสื่อมหรือความผิดปกติของอวัยวะร่างกาย การเปลี่ยนแปลงเป็นไปตามช่วงอายุ ส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมถึงผลกระทบต่อจิตใจ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562)

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

เมื่อก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงจากความเสื่อมของร่างกายทั้งที่สังเกตเห็นได้จากภายนอก เช่น ผมขาว ริ้วรอยบนใบหน้า ผิวหนังเหี่ยวย่น เป็นต้น รวมถึงภายในร่างกาย ที่อาจแสดงผ่านอาการเจ็บป่วยและความผิดปกติของร่างกาย เช่น การมองเห็นหรือได้ยินไม่ชัด การเคลื่อนไหว การทรงตัวลำบาก ปวดเมื่อยตามข้อ เจ็บป่วยง่าย เป็นโรคเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูงที่สุด รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน) หัวใจเต้นช้าลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมและสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น การเกษียณอายุ การทำงาน การลดบทบาทการทำงาน หยุดทำงาน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง รายได้ลดลงหรือหายไป เป็นต้น เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุก็จะปรับบทบาทและสภาพต่าง ๆ ที่ไม่ใช่บทบาทเดิมและละทิ้งบทบาททางสังคม การปรับตัวต่อการเป็นผู้สูงอายุได้ดีเพียงใดก็ขึ้นอยู่กับการยอมรับในบทบาทของตนเอง ในแต่ละช่วงอายุการสร้างบทบาทใหม่ในสังคม เพื่อมาแทนที่บทบาทที่สูญเสียไปขึ้นอยู่กับ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง การส่งเสริมของครอบครัวในการสร้างบทบาทอื่น ๆ เช่น การเป็นพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยายและลูกหลาน ควรให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุ หากปรับตัวไม่ได้ จะเกิดปัญหาทางสภาพจิตใจตามมา นอกจากนี้ เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการเริ่มต้นของการเกษียณอายุจากการทำงาน ทำให้รายได้ที่เคยมีอยู่หายไป จากเป็นผู้ที่หารายได้ด้วยตนเอง กลักลับกลายเป็นพึ่งพิงบุคคลอื่น โดยส่วนมากมาจากบุตรหรือคนในครอบครัว นอกจากนั้นได้จากการทำงาน เบี้ยยังชีพ เงินบำนาญ เงินออมและอื่น ๆ จากข้อมูลสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุ พบว่า มีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจน ร้อยละ 34.30 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562)

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ เกิดจากหลายปัจจัย ขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของแต่ละบุคคล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ การดำเนินชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาและนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ความหมายของภาวะซึมเศร้า

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization & Regional Office for Europe, 2019) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบได้ทั่วไป แสดงออกในรูปอารมณ์เศร้า ความสนใจหรือความพึงพอใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง มีความรู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า การนอนหลับหรือการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไป รู้สึกเหนื่อยล้าไร้เรี่ยวแรงและมีสมาธิที่ไม่ดี

สถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติอเมริกา (The National Institute of Mental Health, 2019) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นภาวะทางอารมณ์ที่พบบ่อย ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกคิด การดำเนินชีวิตและกิจกรรมประจำวัน เช่น การนอนหลับ การกินหรือการทำงาน โดยอาการเหล่านี้จะต้องเกิดในช่วงสองสัปดาห์

สมาคมจิตวิทยาอเมริกัน (American Psychological Association, 2019) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้าไม่ใช่แค่ความรู้สึกเศร้า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกขาดความสนใจและความพึงพอใจในกิจกรรมประจำวันลดลง น้ำหนักลดหรือเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญ การนอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป ไม่มีเรี่ยวแรง ขาดสมาธิ มีความรู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากกว่าปกติ มีความคิดถึงความตายบ่อยครั้ง หรือคิดทำร้ายตนเองถึงฆ่าตัวตาย

Truschel (2019) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการทางอารมณ์ที่พบบ่อยและร้ายแรง ผู้ที่ประสบกับภาวะซึมเศร้าจะรู้สึกเศร้า สิ้นหวังและไม่สนใจกิจกรรมที่เคยทำ อาจแสดงอาการออกทางร่างกาย เช่น อาการปวดเรื้อรัง ปัญหาทางเดินอาหาร เป็นต้น ซึ่งอาการของภาวะซึมเศร้าจะต้องแสดงออกอย่างน้อยสองสัปดาห์

William & Shiel (2018) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า เป็นความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย อารมณ์และความคิด ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภค การนอนหลับ ความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำลดลง มีอารมณ์เศร้า ความรู้สึกวิตกกังวล สิ้นหวัง มองตนในแง่ลบ รู้สึกผิด ไร้ค่า ไม่เข้าสังคม ส่งผลกระทบต่อความผิดปกติทางกาย มีอาการปวดศีรษะ เกิดความผิดปกติของระบบย่อยอาหารหรืออาการเจ็บป่วยเรื้อรัง รักษาไม่หาย อาจมีความคิดฆ่าตัวตายหรือความพยายามฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิต (2558) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มีความคิดมองโลกในแง่ลบ มีความรู้สึกผิดไร้ค่า ต่ำหนีดตัวเอง เมื่อมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นจะเป็นอยู่นานโดยไม่มีที่ท่าว่าจะดีขึ้น จนกระทั่งมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ความคิดจิตใจ อารมณ์และสังคมอย่างชัดเจน เป็นโรคที่พบได้บ่อยมาก สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน

นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ (2559) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เชื่องซึม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวล มีความคิดมองโลกในแง่ลบ เป็นต้น

จากความหมายดังกล่าวสรุปว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความเจ็บป่วยทางจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติทางความรู้สึกและอารมณ์ ได้แก่ รู้สึกหดหู่ เศร้า ท้อแท้สิ้นหวัง เบื่อหน่าย ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ส่งผลให้แสดงออกทางร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวล มีความคิดมองโลกในแง่ลบ เป็นต้น

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเกิดจากหลายสาเหตุปัจจัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมแวดล้อม (Pietrangelo, 2015; โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2554) เช่น

1. ภาวะความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของอารมณ์ โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะพบการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง สารสื่อประสาทเสียความสมดุลไปจากปกติ ได้แก่ ซีโรโทนิน (Serotonin) และนอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) จะลดต่ำลง รวมทั้งอาจมีความผิดปกติของเซลล์รับสื่อเคมีเหล่านี้ ปัจจุบันเชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกันมากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง (มานิช หล่อตระกูล, 2557b) ซึ่งทำให้การทำงานของสมองผิดปกติไป ยาต้านเศร้าส่วนใหญ่จะออกฤทธิ์ต่อสารสื่อประสาทเหล่านี้มีผลทำให้ระดับของสารสื่อประสาทในสมองเกิดความสมดุลสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ (กรมสุขภาพจิต, 2558)

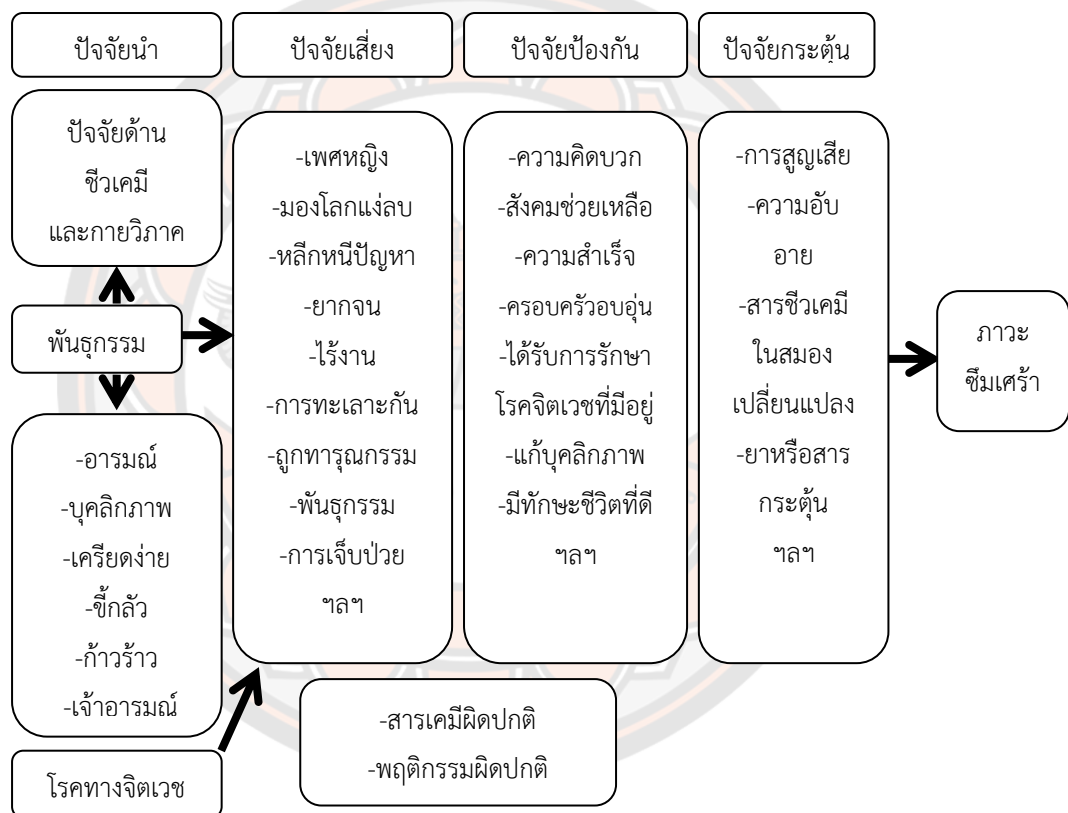
2. โรคทางกายหลายโรคหรือจากการใช้ยารักษาโรค การที่ร่างกายอ่อนแอ พักผ่อนน้อย ไม่ได้ออกกำลังกาย ขาดสารอาหาร สัมผัสภาวะอากาศที่เปลี่ยนแปลงหรือการเจ็บป่วย เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ ตับอักเสบ โรคไทรอยด์ โรคเลือดจาง โรคเบาหวาน เป็นต้น การใช้ยาคุมกำเนิดบางชนิด ยาโรคหัวใจและยาลดความดันโลหิตบางประเภท สุราหรือแอลกอฮอล์ อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งนี้ อยู่ที่ส่งผลต่อจิตใจหรือไม่ (มานิช หล่อตระกูล, 2557b)

3. พันธุกรรม ครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคซึมเศร้ามีโอกาสป่วยได้มากกว่าคนทั่วไป 2.8 เท่า อย่างไรก็ตาม การถ่ายทอดทางพันธุกรรมมีประมาณร้อยละ 31.00 - 42.00 ดังนั้น ถึงแม้ว่าบิดาหรือมารดาจะมีภาวะซึมเศร้า บุตรก็ไม่ได้มีโอกาสที่จะเป็นทุกคน ยังคงมีสาเหตุและปัจจัยอื่นที่ทำให้เกิดอาการของโรคได้ (กรมสุขภาพจิต, 2558)

4. ลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า เช่น การมีความคิดมองตนเองในแง่ลบ มองอดีตเห็นแต่ความบกพร่องของตนเอง หรือมองโลกในแง่ลบ เป็นต้น บุคคลเหล่านี้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดัน จากการตักงาน หย่าร้าง ถูกทอดทิ้งก็มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย เมื่อประสบปัญหาที่ใช้วิธีหลีกเลี่ยงหรือหนีปัญหา เป็นคนเก็บกดอารมณ์ ไม่แสดงออกแม้ในสถานการณ์ที่ควร บุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2558; มานิช หล่อตระกูล, 2557b)

5. การเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าครั้งแรกและยังเป็นตัวกระตุ้นการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า เช่น การประสบปัญหาทางการเงิน การว่างงานหรือตกงาน การท้องก่อนวัยอันควร การหย่าร้าง การสูญเสียของรัก ความขัดแย้งหรือทะเลาะเบาะแว้งกับคนอื่น เป็นต้น แต่ก็มีบางรายที่มีภาวะซึมเศร้าโดยที่ไม่สามารถระบุเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ โดยเฉพาะรายที่มีอิทธิพลด้านพันธุกรรมรุนแรง

จากสาเหตุและปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้า (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2554) สามารถเชื่อมโยงได้ ดังภาพ 1



ภาพ 1 ความเชื่อมโยงปัจจัยต่าง ๆ ของการเกิดภาวะซึมเศร้า

อาการและการดำเนินของภาวะซึมเศร้า

อาการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงใน 3 ด้านที่ชัดเจน (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2554) ได้แก่

1. ด้านร่างกาย จะมีอาการเบื่ออาหาร ไม่รับประทานอาหารจนทำให้น้ำหนักลด หรือบางคนอาจมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารมากจนน้ำหนักเพิ่ม มีอาการนอนไม่หลับหรือ

หลับมากเกินไปแทบทุกวัน อ่อนเพลีย รู้สึกไม่ค่อยแข็งแรง ไม่มีเรี่ยวแรง ทำอะไรช้า พุดช้า เคลื่อนไหวช้าลง บางรายมีอาการหงุดหงิด กระทบกระชวย กระสับกระส่าย ทำอะไรรีบเร่ง

2. ด้านอารมณ์และจิตใจ จะมีอารมณ์เศร้าซึ่งจะเกิดขึ้นเกือบตลอดทั้งวันและเป็นทุกวัน บางวันอาจเป็นมาก บางวันอาจเป็นน้อย อาจจะรู้สึกหดหู่ใจ อ่อนไหว สะเทือนใจง่าย ท้อแท้ใจ เหม่อลอย ใจลอย ไม่สดชื่นแจ่มใส รู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร ไม่เบิกบานใจ สนใจสิ่งต่าง ๆ น้อยลง หรือหมดความสนใจ หรือหมดความตั้งใจในชีวิต หรือบางคนมีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย ใจน้อย (กรมสุขภาพจิต, 2558) รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไป ท้อแท้ ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง มองตนเองด้านลบ รู้สึกแย่ไปหมด สมาธิหรือความคิดช้าลง มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

3. ด้านสังคม จะมีความสัมพันธ์กับคนอื่นลดลง เก็บตัว ไม่ค่อยพูดจา แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม เบื่อหน่ายกิจกรรมที่เคยทำ

การดำเนินของโรคเริ่มจากอารมณ์เศร้า (Sadness) นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Depression) และป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive disorder) ที่แบ่งตามระดับความรุนแรงจากน้อยไปหามาก และมีอาการทางจิตร่วมด้วย (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2560a) โดย อารมณ์เศร้า เป็นอารมณ์ทางด้านลบ ทางจิตวิทยาถือว่าเป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวกับคนปกติทั่วไปทุกเพศทุกวัยเมื่อเผชิญกับความรู้สึกสูญเสีย ความผิดหวังกับสิ่งที่ปรารถนา หรือการถูกปฏิเสธ สามารถหายเองได้เมื่อกาลเวลาผ่านไป (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2554) ภาวะซึมเศร้า เป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่ง เป็นอาการเศร้าที่เกิดมากเกินไป และเป็นติดต่อกันนานเกิน 2 สัปดาห์ อาการไม่ดีขึ้นแม้ได้รับกำลังใจหรืออธิบายด้วยเหตุผล จะมีความรู้สึกไม่มีความสุข ใจหม่นหมอง หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบ ๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้าอาการเป็นนานมากกว่า 2 สัปดาห์ โดยไม่ดีขึ้น อาจนำไปสู่การป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งมีความรุนแรงมากที่สุด จนมีผลกระทบต่อสุขภาพจะรู้สึกเบื่อชีวิต อาจนำมาซึ่งการคิดทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต, 2565)

ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะซึมเศร้า

การเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นเวลานานหรือเรื้อรัง อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ หากไม่ได้รับการรักษาอาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (Pietrangelo, 2015) ได้แก่

1. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้ยาเสพติด
2. อาการปวดหัวและปวดเมื่อยเรื้อรังอื่น ๆ
3. โรคล้าง หรือ Phobias, ความตื่นตระหนกผิดปกติ, ความวิตกกังวล
4. ปัญหาเกี่ยวกับการศึกษาหรืองานที่ทำงาน
5. ปัญหาครอบครัวและความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด

6. การแยกตัวออกจากสังคม
7. โรคอ้วน ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและโรคเบาหวานประเภท 2
8. ทำร้ายตัวเอง
9. พยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตาย

ผู้ที่มีอาการดังกล่าวจะได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ต้องเป็นไปตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD-10 ของ WHO หรือ DSM ที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

ประเทศไทยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า 2 ระบบ คือ ICD-10 ที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และ MDD พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน มีรายละเอียด ดังนี้

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2019) ได้แก่

ส่วนที่ 1

1. มีกลุ่มอาการซึมเศร้า เป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์
2. อาการหลักที่ต้องมีอย่างน้อย 2 ข้อ คือ
 - 2.1 อารมณ์เศร้า เป็นตลอดทั้งวันหรือเกือบทุกวัน
 - 2.2 ความสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลงมาก หรือไม่อยากพูดคุยกับใคร ไม่อยากทำอะไร หรือไม่รู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลิน เป็นเกือบทุกวัน
 - 2.3 อ่อนเพลียง่าย เหนื่อยง่าย ไม่มีเรี่ยวแรง เป็นเกือบทุกวัน
3. อาการรองที่ต้องมีอย่างน้อย 4 ข้อ คือ
 - 3.1 ขาดความเชื่อมั่น ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง
 - 3.2 ตำหนิตนเอง หรือรู้สึกผิดและไร้ค่า
 - 3.3 คิดอยากตายซ้ำ ๆ หรือพยายามฆ่าตัวตาย
 - 3.4 สมาธิลดลง สมาธิไม่ดี คิดไม่ออก หรือตัดสินใจลำบาก
 - 3.5 การเคลื่อนไหวหรือความคิดเชื่องช้า หรือกระวนกระวาย อยู่ไม่สุข
 - 3.6 มีความผิดปกติในการนอนหลับ เช่น นอนไม่หลับหรือนอนมาก
 - 3.7 เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงอย่างมากโดยไม่ได้ตั้งใจอดอาหารหรือน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมากเพราะกินจุ

การแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับเล็กน้อย (Mild) จะมีอาการหลักอย่างน้อย 2 ข้อ และอาการรอง 4 ข้อ
2. ระดับปานกลาง (Moderate) มีอาการหลักอย่างน้อย 2 ข้อ และอาการรอง 6 ข้อ

3. ระดับรุนแรง (Severe) มีอาการหลักและอาการรองทุกข้อ

ส่วนที่ 2 ไม่เคยมีอาการ Hypomania หรือ Mania ตลอดช่วงที่ผ่านมา คือ มีอารมณ์รื่นเริง สนุกสนานผิดปกติ ร่วมกับอาการอย่างน้อย 3 อย่าง หรือ มีอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่าย ร่วมกับอาการอย่างน้อย 4 อย่าง เป็นเวลาอย่างน้อย 1 สัปดาห์ กับอาการต่อไปนี้

1. รู้สึกว่าตัวเองมีความสำคัญมากผิดปกติ
2. นอนน้อยกว่าธรรมดา เช่น นอน 3 ชั่วโมงก็รู้สึกเต็มอิ่มแล้ว
3. พูดมากหรือพูดไม่ยอมหยุด
4. มีความคิดเปลี่ยนรวดเร็ว
5. ขาดสมาธิ เปลี่ยนความสนใจตามสิ่งเร้าภายนอกแม้เพียงเล็กน้อยไปอย่างรวดเร็ว
6. มีกิจกรรมมากผิดปกติ เช่น การพบปะสังสรรค์ การทำงานหรือเรื่องเพศ
7. มีพฤติกรรมแสดงถึงการตัดสินใจเสีย เช่น การใช้เงินฟุ่มเฟือย ขาดการพิจารณาในการลงทุน หรือพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ

โดยอาการ Hypomania จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงแค่ประสิทธิภาพของผู้ป่วย ไม่ทำให้เสียระบบการทำงานงานของร่างกาย (Function) ไม่ถึงขั้นต้องนอนพักรักษาตัว (Admit) ไม่มีอาการโรคจิต แต่หากเป็น mania อาการจะต้องทำให้เสียระบบการทำงานงานของร่างกาย (function) หรือต้องนอนพักรักษาตัว (Admit) หรือมีอาการโรคจิตด้วย

ส่วนที่ 3 อาการไม่ได้เกิดจากการใช้ยา สารเสพติด เช่น ยาคุมกำเนิดชนิด Steroidal, Reserpine, ยาฆ่าแมลงชนิด Anticholinesterase, Cimetidine, Indomethacin, ยารักษาโรคจิตกลุ่ม Phenothiazine, Thallium, พรอท, Cycloserine Vincristine เป็นต้น หรือผู้ที่อยู่ในภาวะที่กำลังถอนแอมเฟตามีนหรือโคเคน สุราหรือยาสงบประสาทหรือยานอนหลับ หรืออาการไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย เช่น โรคสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคเนื้องอกสมอง ที่มักทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า

สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder: MDD และ Dysthymic Disorder) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2013) ต้องมีอาการสำคัญประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 มีอาการอย่างน้อย 1 ข้อ ใน 2 ข้อแรก และมีอาการอย่างน้อย 5 ข้อขึ้นไป จากทั้งหมด 9 ข้อ ได้แก่

1. มีอารมณ์เศร้า สิ้นหวัง ทดหู่
2. การสูญเสียความสนใจหรือความสุขในกิจกรรมที่เคยสนุกสนาน
3. น้ำหนักเพิ่มหรือลดลงหรือมีความกระหาย
4. การเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหว หรือความคิดเชิงซ้ำ

5. นอนไม่หลับ (หลับยาก) หรือนอนหลับมากเกินไป
6. รู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีแรง
7. ความรู้สึกผิดหรือไร้ค่า
8. ความลำบากในการตัดสินใจ
9. ความคิดอยากตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย

โดยอาการส่วนมากต้องเกิดขึ้นทุกวันหรือเกือบทุกวัน เกิดขึ้นพร้อมกันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 2 สัปดาห์ และต้องทำให้เกิดความทุกข์หรือปัญหาในการทำงานในชีวิตประจำวัน

ส่วนที่ 2 อาการไม่เข้ากับเกณฑ์ mixed episode (มีอาการทั้งซึมเศร้าและแมนี)

ส่วนที่ 3 มีผลกระทบต่อหน้าที่การงานและสังคมอย่างมีนัยสำคัญ

ส่วนที่ 4 อาการไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติด หรือโรคทางกาย

ส่วนที่ 5 อาการไม่ได้เป็นผลจากความโศกเศร้าเพราะสูญเสียคนรัก

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเป็นขั้นตอนหลังจากที่ได้รับการประเมินจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญโดยเฉพาะหรือแพทย์แล้ว โดยผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะเข้าสู่กระบวนการรักษาพยาบาลต่อไป

การรักษาและการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าทางคลินิกสามารถรักษาหายได้ ส่วนมากรักษาโดยการใช้ยาต้านอาการซึมเศร้า และการให้คำปรึกษาด้านจิตวิทยา วิธีที่ดีที่สุด คือ ใช้ทั้งสองอย่างร่วมกัน ซึ่งอาจจะต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา วิธีการรักษาภาวะซึมเศร้าที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน (Pietrangelo, 2015) ได้แก่

1. จิตบำบัด (Psychotherapy) ควรทำโดยผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ จึงจะมีประสิทธิผลในการรักษา และการให้จิตบำบัดมีประสิทธิผลมากกว่าการไม่ได้รับการบำบัดใด ๆ เลย และการรักษาด้วยจิตบำบัดด้วยวิธี Cognitive Behavioral Therapy (CBT) และ Interpersonal Psychotherapy (ITP) มีประสิทธิผลเหมือนการรักษาด้วยยา แต่ใช้เวลามากและนาน แต่หากบำบัดร่วมกับยาจะทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นกว่าการให้จิตบำบัดอย่างเดียว

2. การรักษาด้วยยาด้านเศร้า (Pharmacotherapy) การรักษาด้วยยาจะมีประสิทธิภาพถ้ากินทุกวันในระยะเวลาที่กำหนด ควรทานยาต่อไปแม้ว่าจะรู้สึกดีขึ้นแล้วก็ตาม ไม่ควรหยุดยาเอง เพราะจะทำให้อาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำและการหยุดยาทันทีอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ จึงควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ถ้าหากพบปัญหาการใช้ยาควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น (กรมสุขภาพจิต, 2558)

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ในรายที่มีอาการรุนแรง

การช่วยเหลือดูแลตามการดำเนินของภาวะซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2565) ได้แก่

1. ภาวะปกติ ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
2. มีภาวะซึมเศร้า ให้คัดกรองเพื่อประเมินภาวะเสี่ยงและการเกิดภาวะซึมเศร้า ให้คำแนะนำและดูแลตามระดับของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild Depression) ให้การดูแลโดยการค้นหาและประเมินปัญหาทางด้านจิตสังคม ให้โอกาสพูดคุย ระบายความรู้สึกและให้กำลังใจ ถ้ามีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression) ให้เพิ่มการให้คำแนะนำการคลายเครียดด้วยตนเอง เช่น การพูดคุยกับผู้อื่นเพื่อระบายความรู้สึกที่กังวลใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการนวด ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ การดูภาพยนตร์ ฟังเพลง ทำงานอดิเรกที่ชอบ การสวดมนต์ ทำสมาธิ การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวจะช่วยให้อารมณ์ดีขึ้น นอนหลับดีขึ้น การใช้กำลังจะช่วยลดการคิดทางลบ หรือยับยั้งความคิดวิตกกังวลได้ เป็นต้น หากอาการไม่ดีขึ้นให้ส่งต่อไปยังผู้ดูแลรักษาโดยตรง หากมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression) ให้การดูแลตามระดับเล็กน้อยและปานกลาง ถ้าอาการไม่ดีขึ้นหรือมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ให้เฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และส่งต่อไปยังผู้ดูแลรักษาโดยตรง เช่น แพทย์ บุคลากรทางจิตเวช เป็นต้น

3. เป็นโรคซึมเศร้า ประเมินและวินิจฉัยให้การช่วยเหลือตามความรุนแรง นำเข้าสู่ระบบการรักษาที่เหมาะสมโดยแพทย์หรือบุคลากรเชี่ยวชาญเฉพาะ และให้การช่วยเหลือด้านสังคมและครอบครัว

4. ภาวะหลังเป็นโรคซึมเศร้า ติดตามและเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมอ ด้วยเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ ตามระยะเวลาของโรคและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

ทั้งนี้ การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าจะต้องดำเนินการก่อนการรักษาโดยเริ่มจากการค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยใช้การประเมิน เช่น แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) เป็นต้น เมื่อพบความเสี่ยงจะได้รับการส่งต่อเพื่อประเมินระดับภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินระดับภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) เป็นเครื่องมือในการค้นหาและประเมินภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผลการศึกษานำไปใช้ในการพัฒนาระบบการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าต่อไป

การคัดกรองภาวะซึมเศร้า

กรมสุขภาพจิต (2558) ใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) เพื่อคัดกรองค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โดยการสัมภาษณ์เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าใน 2 สัปดาห์ โดยคำตอบมี 2 แบบคือ มีและไม่มี ถ้าคำตอบมีในข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่มีภาวะซึมเศร้า จึงจำเป็นต้องประเมินอีกครั้งด้วยแบบ

ประเมินที่มีความจำเพาะสูง ทั้งนี้ แบบคัดกรอง 2Q ถ้าตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งว่า “ใช่” จะมีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 96.50 และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 44.60 ความน่าจะเป็นภาวะซึมเศร้า (Positive Likelihood Ratio) เท่ากับ 1.74 เท่า แต่ถ้าใช้ทั้งสองข้อ จะเพิ่มความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 85.10 ความน่าจะเป็นภาวะซึมเศร้า (Positive Likelihood Ratio) เท่ากับ 4.82 เท่า (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2560a)

ขั้นตอนการใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) (กรมสุขภาพจิต, 2557)

1. ชี้แจงการคัดกรองภาวะซึมเศร้าให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายเพื่อขอความร่วมมือและสร้างความเข้าใจความสำคัญของการคัดกรอง

2. กรณีที่ผู้ป่วยอนุญาต ให้ใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สอบถาม

ข้อคำถามของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) มีดังนี้

ข้อที่ 1 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่

ข้อที่ 2 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่

3. ในขณะที่ถาม หากผู้ถูกถามไม่เข้าใจ ให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่มควรถามซ้ำจนกว่าผู้ถูกถามได้ตอบตามความเข้าใจของเขาเอง

4. เมื่อได้คำตอบให้แปลผลดังนี้

ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นภาวะซึมเศร้า

ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้แจ้งผลและแนะนำความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าแล้วแนะนำให้รับประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป

5. กรณีที่ผู้คัดกรองเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (ในการคัดกรองประชาชนทั่วไป) ถ้าผลคำตอบว่า “มี” ให้บันทึกและส่งรายชื่อ ผู้ที่ได้รับผลการคัดกรองนั้นไปยังบุคลากรสาธารณสุข (พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อประเมินซ้ำอีกครั้งหนึ่ง ถ้าพบว่า ผู้ที่ได้รับผลการคัดกรองว่า “มี” มีแนวโน้มจะไม่ไปรับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9Q ตามที่แนะนำให้แจ้งกับบุคลากรสาธารณสุขโดยตรง เพื่อติดตามให้ได้รับการประเมินต่อไป ควรได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9Q ภายใน 2 สัปดาห์ และไม่นานเกิน 3 เดือน

6. กรณีที่ผู้คัดกรองเป็นบุคลากรสาธารณสุข คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการ ถ้าผลคำตอบว่า “มี” ให้แจ้งผลและให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้า แล้วแนะนำให้รับการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป (ซึ่งหากผลการประเมินด้วย 9Q มีค่าคะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไป ให้ส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยและให้การรักษาตามแนวทางที่กำหนดไว้ต่อไป)

ขั้นตอนการแจ้งผลและให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าภายหลังการคัดกรองด้วย 2Q (กรมสุขภาพจิต, 2557)

1. ประเมินผู้รับบริการก่อนว่า ปัจจุบันมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องภาวะซึมเศร้ามากน้อยเพียงใดโดยการรับฟังอย่างตั้งใจ การถามปลายเปิด การสรุปความ
2. ให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าอย่างถูกต้อง โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หากมีเอกสารข้อมูลหรือแผ่นพับประกอบการให้ข้อมูลจะช่วยให้ผู้รับบริการมีความชัดเจนมากขึ้น
3. แจ้งผลการประเมินคัดกรอง 2Q อย่างตรงไปตรงมา ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เช่น ผลการคัดกรองพบว่าท่านมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นภาวะซึมเศร้า แต่ยังไม่สามารถบอกได้ว่าท่านเป็นภาวะซึมเศร้าหรือไม่และมีความรุนแรงระดับใด ต้องประเมินด้วย 9 คำถาม จึงจะรู้ชัดเจน”
4. ตรวจสอบความเข้าใจและแสดงความใส่ใจในความรู้สึกของผู้รับบริการ
5. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินด้วย 9Q (เน้นประโยชน์ที่จะได้จากการประเมิน 9Q)

ผลจากการคัดกรองด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ควรดำเนินการ (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2560b) ดังนี้

1. กลุ่มที่มีผลปกติ ให้แจ้งผลการคัดกรองและให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้า ให้คำแนะนำออกกำลังกาย 30 - 45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ยกเว้นในผู้ที่มีข้อจำกัดห้ามออกกำลังกาย และให้ประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองด้วยแบบ 2Q หากพบว่า มีความเสี่ยงให้มาพบบุคลากรสาธารณสุขเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าอีกครั้ง
2. กลุ่มที่มีโอกาสหรือมีแนวโน้มเสี่ยงเป็นภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรอง ให้แจ้งผลการคัดกรองและให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้า ประเมินปัญหาทางด้านจิตสังคม ถ้ามีควรให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวและแนะนำทักษะในการแก้ปัญหาด้วยตัวเอง แนะนำให้ออกกำลังกาย 30 - 45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ยกเว้นในผู้ที่มีข้อจำกัดห้ามออกกำลังกาย แนะนำให้มาพบบุคลากรสาธารณสุขเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป

ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) มาเป็นเครื่องมือในการศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของประเทศไทย

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านทางด้านสาธารณสุขที่เป็นสาเหตุสำคัญของประเทศไทย พบการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years, DALY) มากเป็นอันดับ 4 ในเพศหญิง และมากเป็นอันดับ 10 ในเพศชาย เมื่อเปรียบเทียบกับความสูญเสียด้านสุขภาพอันเนื่องจากการ

เจ็บป่วยและบาดเจ็บ 135 ประเภทที่เกิดกับประชาชนไทย โดยปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าของไทยที่ผ่านมา (กรมสุขภาพจิต, 2557) ได้แก่

1. ประชาชนส่วนมากขาดความตระหนัก ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง คิดว่าภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องธรรมดาเป็นแล้วก็หายเอง และบางส่วนคิดว่า เป็นบ้าวิกลจริตจึงมีความรังเกียจ เมื่อเจ็บป่วยก็จะปฏิเสธการรักษา

2. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลทุกระดับไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรคและการรักษาด้วยยาต้านเศร้า

3. ระบบการรักษามีข้อจำกัดของการดูแลรักษาด้วยยา ส่วนการช่วยเหลือทางสังคม จิตใจ ซึ่งเป็นวิธีรักษาที่สำคัญ เช่น จิตบำบัด ยังมีน้อยมาก เนื่องจากขาดทั้งผู้เชี่ยวชาญ องค์กรความรู้ เทคโนโลยีและแนวทางการส่งเสริมป้องกันภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพที่ง่ายและสะดวกใช้

4. การค้นหาผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าทำในหลายพื้นที่แต่ไม่เข้มข้น และไม่เชื่อมโยงกับระบบการดูแลรักษาในสถานบริการสาธารณสุข

5. ยังไม่มีระบบติดตามเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรคที่มีประสิทธิผล

6. ในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัดให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าเป็นอันดับรองจากโรคทางกายอื่น ๆ

แม้ว่าจะมีการดำเนินการใช้ระบบดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าระดับจังหวัด ซึ่งส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับการคัดกรองด้วย 2Q คิดเป็นร้อยละ 80.03 มีแนวโน้มจะมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 6.03 มีอาการภาวะซึมเศร้าและมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายร้อยละ 9.45 ได้รับการรักษาด้วยยาร้อยละ 72.57 และส่งต่อร้อยละ 4.78 กลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 0.96 เป็นปกติ ร้อยละ 22.00 ฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 0.96 จากเดิมร้อยละ 7.06 และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ร้อยละ 91.90 แต่ผลสำเร็จนี้เป็นเพียงการป้องกันการมีภาวะซึมเศร้าแบบทั่วไปและเฉพาะกลุ่มในระยะเริ่มแรก ผู้ที่มีอาการภาวะซึมเศร่ายังไม่เห็นความสำคัญ และไปรับการรักษาบ้างน้อยมากมีเพียงร้อยละ 31.94 ของผู้ที่มีอาการทั้งหมด แต่ยังคงส่งผลให้ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าเข้าถึงบริการมากขึ้นเป็นร้อยละ 6.05 จากเดิมร้อยละ 1.42 (กรมสุขภาพจิต, 2557)

กลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้า

กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ ผู้ที่มีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าประชาชนทั่วไป โดยการคัดกรองที่ประชาชนหรืออาสาสมัครสามารถดำเนินการคัดกรองได้ด้วยตนเอง จะใช้แบบคัดกรอง 2Q ในประชาชนทั่วไป ส่วนกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการดำเนินการคัดกรอง โดยแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในสถานบริการ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป ที่ให้บริการประจำ เป็นต้น ได้แก่ ผู้ที่มาด้วยอาการซึมเศร้าชัดเจน ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน

ข้อเสื่อม ไตวาย มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ผู้ป่วยผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์หรือหลังคลอด ผู้ที่มีปัญหาสุรายาเสพติด ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้ที่ประสบกับภาวะสูญเสียที่รุนแรงมาไม่นาน โดยใช้เครื่องมือแบบคัดกรอง 2Q หรือแบบคัดกรอง DS8 หรือแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าอื่น ๆ ที่ซับซ้อนมากขึ้นได้

การคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงมีข้อดี คือ ลดภาระการประเมินวินิจฉัยและสามารถทำได้อย่างต่อเนื่องเมื่อเทียบกับการคัดกรองในประชาชนทั่วไป จะพบว่า มีผู้ที่ได้ผลมีแนวโน้มมีภาวะซึมเศร้าจำนวนมากว่า ทั้งจากผลบวกจริงและผลบวกหลง ซึ่งจะเป็นภาระในการวินิจฉัยและการประเมินมากกว่า สำหรับการคัดกรองเฉพาะกลุ่มเสี่ยงในสถานพยาบาลจะมีจุดด้อยที่ต้องพิจารณา คือ ผู้ป่วยที่เริ่มป่วยในชุมชนที่ไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงและไม่ได้เข้ารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขจะไม่มีโอกาสถูกคัดกรองทำให้ไม่ได้รับการรักษาแต่เนิ่น ๆ อีกทั้งการคัดกรองเฉพาะกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการจะทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชน และอาสาสมัครในชุมชนมีน้อย ซึ่งการที่ให้อาสาสมัครช่วยคัดกรองประชาชนในหมู่บ้านจะเป็นการประชาสัมพันธ์ สร้างความตื่นตัว ในเรื่องภาวะซึมเศร้าแก่คนในชุมชนด้วย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว (กรมสุขภาพจิต, 2557; ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9, 2560)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ คือ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ชนิดหนึ่ง โดยผู้สูงอายุจะรู้สึกเบื่อหน่ายหรือเศร้า หรือทั้งสองอย่าง โดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการกิน การนอน เร็วแรงสมาธิ รวมถึงความรู้สึกที่มีต่อตัวเองร่วมด้วย การเปลี่ยนแปลงนี้ ถ้ามีอาการไม่มาก จะเรียกว่าภาวะซึมเศร้า แต่หากมีอาการมากเป็นระยะเวลาานานจะกลายเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งทำให้ไม่มีความสุขในชีวิต ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ไม่เต็มเหมือนเดิม บางรายที่รู้สึกท้อแท้หรือหมดหวัง อาจส่งผลรุนแรงถึงขั้นไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559)

สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย

จากสถานการณ์ที่มีผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในทุกประเทศทั่วโลก จะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา โดยเฉพาะปัญหาภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จากข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 มีความชุกภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 4.80 โดยภาวะซึมเศร่ายังเป็นสาเหตุของจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2547 (YLD) เป็นอันดับ 1 ในหญิงไทย ข้อมูลจากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการในปี พ.ศ. 2556 พบว่า มีผู้สูงอายุที่เข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 33.00 แต่ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคซึมเศร้าจริง ๆ มีประมาณร้อยละ 6.00 จากรายงานของ

ศาสตราจารย์ พญ. ณหทัย วงศ์ปการันย์ และคณะที่เสนอต่อสภาวิจัยแห่งชาติเมื่อปี พ.ศ. 2559 พบว่า ผู้สูงอายุที่รับการรักษาในโรงพยาบาล 4 แห่ง พบว่าเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 23.00 และพบผู้สูงอายุไทยที่อยู่อาศัยในบ้านพักคนชราเป็นโรคซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 23.00 เช่นกัน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559)

สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเขตเมือง

ผู้สูงอายุในสังคมเมือง (Urban Society) ตามคำนิยามของประเทศไทยให้ความหมายว่า เขตเมือง หมายถึง เขตกรุงเทพมหานคร เขตเมืองพัทยา และเขตเทศบาล โดยท้องถิ่นต้องมีพระราชกฤษฎีกา ออกตามความในพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. 2496 แบ่งเป็นเทศบาลตำบล เทศบาลเมือง และเทศบาลนคร (ทัศนาศ พงศ์การณกิจ, 2558) นอกจากนี้ เมือง ยังหมายถึง การตั้งถิ่นฐานที่มีขนาดใหญ่ ประกอบด้วยอาคาร บ้าน เรือน สิ่งปลูกสร้าง มีสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสาธารณูปโภค เช่น ถนน ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์ เป็นต้น มีประชากรอยู่อาศัยเป็นจำนวนมาก มีความหนาแน่นสูง โดยความเป็นเมือง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการปกครอง และส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงของสังคมทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยด้านบวกทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดีขึ้น ทางลบก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ เช่น ทางด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ภาวะมลพิษ ภาวะความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติ ปัญหาทางด้านสังคม ได้แก่ อาชญากรรม เกิดชุมชนแออัด การขาดแคลนพื้นที่สีเขียว และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) สำหรับผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าจากความเป็นเมือง พบว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าสังคมชนบทและมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น เนื่องจาก ลักษณะของสังคมเมืองเป็นพื้นที่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่น แออัด ประชาชนประกอบอาชีพหลากหลาย ชีวิตความเป็นอยู่เป็นแบบตัวใครตัวมัน ไม่ค่อยรู้จักกัน มีความสัมพันธ์อย่างมีระเบียบแบบแผน การติดต่อกันด้วยตำแหน่งหน้าที่การงาน ส่วนมากต้องดิ้นรน ขวนขวายหาเลี้ยงชีพ มีการแข่งขันกันตลอดเวลา ความจริงใจต่อกันน้อยมาก ความสัมพันธ์แบ่งเป็นกลุ่มต่าง ๆ ลักษณะครอบครัวมีขนาดเล็ก เป็นครอบครัวเดี่ยว วัดเป็นเพียงแหล่งประกอบพิธีกรรมทางศาสนาเท่านั้น ไม่ได้เป็นศูนย์รวมจิตใจเหมือนกับสังคมชนบท พฤติกรรมของคนในสังคมเมืองจะยึดกฎหมายเป็นหลัก ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคมและรายได้ ปัญหาฐานะทางเศรษฐกิจ การว่างงาน รายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย โดยผู้สูงอายุยังเป็นคนที่แข็งแรง มีความสามารถในการทำงานได้และบางคนมีเหตุผลที่ต้องทำงานเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน สภาพครอบครัวที่มีปัญหาขาดความอบอุ่น ปัญหาความเสื่อมโทรมของสภาพสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย รวมถึงขาดการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ ซึ่งปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดหรือเกิดภาวะซึมเศร้า และรุนแรงถึงขั้นการทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายได้ (Aginginplace, 2020)

จากข้อมูลการศึกษาวิจัย ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตเมือง พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11.60 - 36.90 (จากการใช้แบบประเมินระดับภาวะซึมเศร้า 9Q และ KGU DI) (กานต์พิชญา เนตรพิสิทธิกุล, 2562; สุชาดา แซ่ลิ้ม, 2562; อาคม บุญเลิศ, 2559) และการประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q พบความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าร้อยละ 56.30 (กานต์พิชญา เนตรพิสิทธิกุล, 2562) ซึ่งมีแนวโน้มเป็นไปได้ในทิศทางเดียวกันกับภาพรวมของประเทศ

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ (ดุชฎี โยเหลา, 2558) ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ที่พบบ่อย ได้แก่ พันธุกรรม หรือการมีประวัติเป็นโรคซึมเศร้าในครอบครัว ความผิดปกติของสารสื่อประสาทบางตัว หรือ พยาธิสภาพในสมอง เช่น เซลล์ประสาทเสื่อม สมองบางส่วนฝ่อ หรือเป็นโรคทางกายที่มีผลกระทบโดยตรงต่อสมอง เช่น โรคสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน โรคต่อมไทรอยด์ เป็นต้น หรือเป็นผลข้างเคียงจากยาที่รับประทานเป็นประจำ เช่น ยาลดความดันโลหิตสูง ยารักษาโรคกระเพาะอาหาร ยาขับปัสสาวะ หรือยารักษาโรคมะเร็ง เป็นต้น
2. ด้านจิตใจ ที่พบบ่อย ได้แก่ การไม่สามารถปรับตัวต่อการสูญเสีย เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความ ผิดหวัง เสียใจ น้อยใจหรือมีความเครียดในเรื่องต่าง ๆ ทำให้เกิดความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียหน้าที่การงานหรือบทบาทในครอบครัว การย้ายที่อยู่ เป็นต้น เกิดความทุกข์ทรมาน เจ็บปวดจากการเจ็บป่วยทางกาย หรือเป็นโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายจำนวนมาก เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต โรคข้อ โรคมะเร็ง เป็นต้น รวมถึงปัญหาอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ
3. ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ที่พบบ่อย ได้แก่ การปรับตัวไม่ได้ต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย การประสบความเครียดจากการดำเนินชีวิตประจำวัน การทะเลาะเบาะแว้งของคนในครอบครัว เป็นต้น

ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า หลายประการ เช่น เป็นเพศหญิง เป็นหม้ายหรือหย่าร้าง เป็นโรคสมองเสื่อม มีปัญหาด้านการเงิน เช่น เงินไม่พอใช้ มีภาระหนี้สิน เป็นต้น ต้องใช้ชีวิตโดยพึ่งพาผู้อื่น ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ชอบปลีกตัวหรือไม่ร่วมกิจกรรมในชุมชน บทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ลดลงจากเดิม มีเหตุการณ์ที่ทำให้กระทบกระเทือนต่อจิตใจทำให้มีอาการเศร้า โศกเสียใจ เช่น การประสบอุบัติเหตุ อุบัติภัยต่าง ๆ หรือการสูญเสียสิ่งของหรือบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวช มีนิสัยเครียดง่าย กังวลง่าย อารมณ์แปรปรวน มีโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูงเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจขาดเลือด ไตวาย หรือมีโรคร้ายแรงหรือโรคที่รักษาไม่หาย เช่น มะเร็ง เอ็ดส์ เป็นต้น มีความพิการทางร่างกาย เช่น เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นต้น ติดเหล้า บุหรี่ ฝิ่น

กระท่อม ยาชูกำลัง ยานอนหลับ ยาแก้ปวด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559)

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากและง่ายกว่าวัยอื่น เพราะวัยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ทั้งปัจจัยจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การเปลี่ยนแปลงที่อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, 2560) ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า เช่น การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง การเกิดโรคบางอย่าง เช่น โรคสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน โรคต่อมธัยรอยด์ เป็นต้น การเจ็บป่วยทางกายที่ไม่ได้กระทบต่อสมองโดยตรง แต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวดหรือความรู้สึกว่าร่างกายไม่แข็งแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคไต ไชข้อ เป็นต้น

2. การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม หรือวัฒนธรรมที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า เช่น การปลดเกษียณหรือการออกจากงาน ถ้าการเปลี่ยนแปลงเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปโดยที่ผู้สูงอายุเตรียมการปรับตัวก่อนออกจากงานและเป็นไปด้วยความสมัครใจจะมีผลทางด้านจิตสังคมไม่มากนัก แต่หากเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด หรือบุคคลนั้นยังยึดติดกับงานจะทำให้บุคคลปรับตัวไม่ทัน จะเกิดความเครียด ไม่มีความสุขและเกิดความรู้สึกสูญเสียได้ การเปลี่ยนแปลงของสังคมครอบครัว ปัญหาการแยกครอบครัว การออกไปประกอบอาชีพต่างถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง ถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่ง โดยเฉพาะผู้ที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี นอกจากนี้ การสูญเสียคู่ครองหรือเพื่อนสนิททำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตร่วมกับความเหงา จนทำให้รู้สึกหดหู่ เศร้าหมอง ความผูกพันกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและสังคมชุมชนที่เคยชิน ไม่อยากเปลี่ยนแปลงหรือลดบทบาทตัวเองจากหัวหน้าครอบครัวไปเป็นสมาชิก จึงไม่อยากจากบ้านไปอยู่ร่วมกับครอบครัวของลูกหลาน กลัวการเกิดปัญหาการไม่ให้เกียรติกัน ขาดความเคารพนับถือ ขาดความสนใจและเกื้อกูลต่อกันของครอบครัว ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น ในรายที่ไม่สามารถทำได้และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นอาจทำให้เกิดความกดดันทางด้านจิตใจเกิดความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยวและรู้สึกไม่มีศักดิ์ศรีได้

3. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพทางร่างกายและสังคม ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจหลายด้าน เช่น บุคลิกภาพ การเรียนรู้ ความจำ สติปัญญา สมรรถภาพการรับรู้ข้อมูลและการนำความรู้สู่การปฏิบัติ เจตคติความสนใจและคุณค่า การรับรู้เกี่ยวกับตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

อาการและภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ลักษณะอาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (มาโนช หล่อตระกูล, 2557b; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559) ได้แก่

1. อารมณ์ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป โดยมีความรู้สึก 2 เรื่อง คือ

1.1 รู้สึกเบื่อหน่าย ผู้สูงอายุจะรู้สึกเบื่อหน่าย สนใจสิ่งต่าง ๆ น้อยลงหรือหมดความสนใจ หมดอาลัยตายอยากในชีวิต ไม่เบิกบานแจ่มใสเหมือนเดิม รู้สึกท้อเหี่ยว หดหู่

1.2 รู้สึกเศร้า ผู้สูงอายุจะรู้สึกเศร้าโศกเสียใจง่าย น้อยใจง่าย ร้องไห้ง่าย รู้สึกท้อใจเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็อ่อนไหวไปหมด

2. ความคิดเปลี่ยนไป ความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนแปลง รู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิด หรือรู้สึกแยกับตัวเอง มองชีวิตที่ผ่านมาในอดีตก็เห็นแต่ความผิดพลาดความล้มเหลวของตนเอง คิดว่าตนเป็นภาระของลูกหลาน ไม่มีความสามารถเหมือนที่เคยเป็น ความภาคภูมิใจในตนเองลดลงอัจนหนทาง หมดหวังในชีวิต

3. สมาธิและความจำบกพร่อง จะหลงลืมบ่อย ลืมง่ายโดยเฉพาะเรื่องใหม่ ๆ ใจเหม่อลอย คิดไม่ค่อยออก ทำอะไรได้ไม่นาน ขาดสมาธิ ดูโทรทัศน์หรืออ่านหนังสือนาน ๆ จะไม่รู้เรื่อง ประสิทธิภาพและความรับผิดชอบต่อการทำงานลดลง ทำงานผิด ๆ ถูก ๆ มักลั้งเลหรือตัดสินใจผิดพลาด

4. อาการทางร่างกาย แสดงออกทางพฤติกรรม ได้แก่

4.1 พฤติกรรมการนอนเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุจะนอนไม่หลับ หลับยาก หลับ ๆ ตื่น ๆ ตื่นเช้ากว่าปกติ ตื่นแล้วนอนต่อไม่ได้ หรืออาจนอนมากขึ้น หลับทั้งวันทั้งคืน หรือนอนขี้เซา

4.2 พฤติกรรมการกินเปลี่ยนแปลง เบื่ออาหาร ไม่ค่อยหิว อาหารที่เคยชอบกินกลับไม่ยอมกิน ทำให้น้ำหนักลดลงมาก หรืออาจกินจุขึ้น อยากรกินของที่ปกติไม่กิน เช่น ของหวาน เป็นต้น

4.3 การเคลื่อนไหวของร่างกายเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุอาจเคลื่อนไหวเชื่องช้าลงหรือเคลื่อนไหวมากขึ้น

4.4 กำลังกายเปลี่ยนแปลง อ่อนเพลียง่าย กำลังลดน้อยลง รู้สึกไม่แข็งแรงเหมือนเดิม ไม่มีเรี่ยวแรง บางรายอาจบ่นเกี่ยวกับอาการทางร่างกายหลายอย่างที่ตรวจไม่พบสาเหตุ หรือมีอาการมากกว่าอาการปกติของโรคนั้น ๆ

5. ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุจะเซื่องซึม ไม่ร่าเริง แจ่มใส เหมือนก่อน เก็บตัวมากขึ้น ไม่ค่อยพูดจាកับใคร บางคนใจน้อย อ่อนไหวง่าย ซึ่งคนรอบข้างก็มักจะเข้าใจว่าทำไมถึงเปลี่ยนไป บางคนอาจหงุดหงิดบ่อยกว่าเดิม หรือมีปากเสียงกับคนรอบข้างบ่อย ๆ

6. อาการทางจิตและการทำร้ายตัวเอง ผู้สูงอายุบางรายที่มีอาการมาก ๆ จะมีอาการของโรคจิต เช่น อาการหลงผิดหรือประสาทหลอน ที่พบบ่อย คือ เชื่อว่ามีคนคอยลั่นแกล้งหรือทำร้ายต่อตนเอง อาจหูแว่วมีเสียงคนมาพูดคุ้ยด้วย ซึ่งเป็นอาการเพียงชั่วคราวเท่านั้น เมื่อได้รับการรักษา อารมณ์เศร้าดีขึ้น อาการโรคจิตก็จะทุเลาตามไปด้วย นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจรู้สึกไม่ยอมมีชีวิตอยู่อีกต่อไป บางรายจะคิดหรือพูดถึงความตายบ่อย ๆ นึกอยากตาย อาจวางแผนทำร้ายร่างกาย เช่น เตรียมสะสมยาจำนวนมาก ๆ เตรียมวัสดุอุปกรณ์ จากนั้นอาจลงมือทำร้ายตัวเองด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น

กินยาเกินขนาด กินยาฆ่าแมลงหรือยาฆ่าหญ้า แขนงคอก หรือใช้อาวุธทำร้ายตนเอง ผู้สูงอายุบางราย อาจไม่ยอมกินยาประจำตัว เพื่อปล่อยให้อาการทรุดลงจนเสียชีวิต เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุรายใดที่อยู่ในภาวะ ซึมเศร้านาน ๆ โดยไม่ได้รับการรักษาจะกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้ หลังจากผ่านไปเพียง 1 - 2 ปี บางรายก็เริ่มมีอาการของโรคสมาธิความจำเสื่อมในระยะเริ่มแรก ต่อมาอาจยิ่งรุนแรงขึ้นจนกลายเป็น โรคสมองเสื่อม หรือ อัลไซเมอร์ และร้อยละ 25.00 ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามาก ๆ อาจมีอาการของโรคจิตเข้าแทรกซ้อน เช่น หวาดระแวงว่าภรรยาหรือสามีนอกใจ กลัวคนมาทำร้ายหรือ ฆโมยของ หูแว่ว เห็นภาพหลอน โทษตัวเองเกินความจริง หรือรู้สึกผิดมาก ๆ เป็นต้น (สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข, 2559)

ผลกระทบของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะเกิดผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร หรืออาจนอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป การขับถ่ายไม่ดี ทำให้เกิด ความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านจิตใจและอารมณ์ อาจทำให้เกิดอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว โกรธ กระทบกระชวย น้อยใจง่าย ความรู้สึกเหนื่อย เบื่อหน่ายและหมดความสนใจ ความรู้สึกผิด และความรู้สึกไร้ค่า เสียสมาธิ ความสามารถในการคิดและการตัดสินใจแย่งลง มีความคิด กับตนเองในทางลบ และอาจมีความคิดอยากตาย และด้านสังคม ทำให้มีความสัมพันธ์กับคนอื่นแย่งลง การแสดงออกทางพฤติกรรม และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพ ชีวิตสูงกว่าการเป็นโรคอื่น ๆ นอกจากนี้การป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ทำให้เสียค่าใช้จ่ายต่อคนสูงถึง 36,599 บาท และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายต่อคนสูงสุด 37,793 บาท เมื่อเปรียบเทียบกับ ค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นอันดับที่ 5 การฆ่าตัวตายเป็นอันดับที่ 4 ของค่าใช้จ่ายสูงสุดของผู้ป่วยจิตเวช (มาติกา รัตนะ, 2559)

ผลกระทบที่รุนแรงที่สุดของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า คือ การทำร้ายตนเองและทำให้ เสียชีวิต จากการไม่สนใจตัวเอง มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง เช่น กินอาหารน้อยหรือไม่กินเลย ทำให้ เกิดภาวะทุพโภชนาการ ร่างกายอ่อนแอ การเบื่อหน่ายการใช้ชีวิต ไม่หลับไม่นอน ไม่ออกกำลังกาย ไม่ทำกิจกรรมใด ๆ ไม่สนใจการรับประทานยารักษาโรคประจำตัวของตนเอง หากไม่ได้รับการดูแล เอาใจใส่ อาการของผู้สูงวัยจะแย่งลง จนทำให้เกิดโรคสมองเสื่อมหรือกลายเป็นโรคซึมเศร้าขั้นรุนแรง และมีโอกาสสูงที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไปจะพบว่าผู้ที่มีภาวะ ซึมเศร้า มีโอกาสฆ่าตัวตายมากกว่าถึง 8 เท่า ถึงแม้ว่าจะไม่ได้เกิดขึ้นบ่อย แต่เมื่อตัดสินใจทำแล้ว มักจะเลือกริธีการที่รุนแรงและทำสำเร็จเป็นส่วนมาก ซึ่งพบได้มากกว่าร้อยละ 15.00 (มาติกา รัตนะ, 2559)

การดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าตามอาการแสดง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559)
ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่กินอาหารได้น้อยมาก หรือแทบไม่กินเลย น้ำหนักลดลง มีโอกาสที่จะขาดสารอาหาร ควรดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ให้กินอาหารอ่อน ย่อยง่าย ต้องไม่มีผลกระทบต่อโรคประจำตัว ถ้าเบื่ออาหารมากจนไม่อยากกินเลย ควรกระตุ้นให้กินมากขึ้น กระตุ้นให้กินทีละน้อย แต่บ่อยขึ้น
2. เบื่อหน่ายมาก อะไรที่เคยชอบทำก็ไม่อยากทำ ไม่ค่อยสนใจหรือไม่สนใจที่จะดูแลตัวเอง จากที่เคยเป็นคนใส่ใจดูแลตนเองมาก ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง แม้แต่เรื่องง่าย ๆ เช่น การแต่งตัว หวีผม กินข้าว ตื่นน้ำ เมื่อทำสิ่งง่าย ๆ ได้ ผู้สูงอายุจะเริ่มรู้สึกที่ตนไม่ได้สร้างภาระให้กับผู้ดูแล รู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองมากขึ้น ควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำความสะอาดช่องปากและพบหมอฟันทุก 6 เดือน หรือบ่อยกว่านั้น ควรกระตุ้นการเคลื่อนไหวของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจจะดี สบายขึ้น แต่ควรคำนึงถึงโรคประจำตัวของผู้สูงอายุด้วย หากผู้สูงอายุมีปัญหาทางการได้ยิน ควรพบแพทย์เพื่อใส่เครื่องช่วยฟัง หรือหากผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการมองเห็นควรให้ตรวจสายตาและใส่แว่นตา
3. ขวนขวายที่ไหนก็ไม่ค่อยอยากไป ผู้สูงอายุจะปลีกตัวจากผู้อื่น ไม่ควรปล่อยให้เพราะจะทำให้อารมณ์แย่ง หงุดหงิดง่ายขึ้น ควรหากิจกรรมทำโดยเริ่มจากกิจกรรมเล็ก ๆ ในครอบครัว เช่น ขนลุกหลานมาปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้ หรือเลี้ยงสัตว์ เป็นต้น
4. ตอนกลางคืนนอนไม่ค่อยหลับ ควรให้การดูแล เช่น ไม่ให้ผู้สูงอายุนอนกลางวัน แต่ถ้าง่วงมาก ให้นอนได้ระหว่าง 12.00 - 14.00 น. แล้วปลุก เพราะถ้านอนกลางวันมากเกินไป ตอนกลางคืนจะมีปัญหาการนอนได้ อาจจะไม่หลับมากขึ้น หรือนอนไม่หลับ อาจชวนทำกิจกรรมเบา ๆ เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือธรรมะ หรือฟังธรรมะ แต่ถ้านอนไม่หลับติดต่อกัน 3 - 4 วันขึ้นไป ควรพบแพทย์
5. ผู้สูงอายุพูดคุยน้อย ผู้ดูแลควรให้ความรักแก่ผู้สูงอายุ ใส่ใจความรู้สึก อารมณ์และความคิดของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ ให้ออกาสให้ผู้สูงอายุพูดสิ่งที่ต้องการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ความคิดและการเคลื่อนไหวจะช้าลง ทำให้บางทีเมื่ออยากจะทำอะไร แต่ก็พูดไม่ทัน จึงควรค่อย ๆ เปิดโอกาสให้พูด ไม่ควรขัดจังหวะ ควรรับฟังอย่างตั้งใจด้วยท่าทีที่สงบไม่แสดงความรำคาญ ควรเป็นฝ่ายตั้งคำถามก่อน โดยใช้คำพูดง่าย ๆ ไม่ควรพูดตัดบท ควรฝึกใช้เทคนิคการพูดโดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ไม่ควรพูดแทนผู้สูงอายุ ควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุพูดเอง ยกเว้นมีความจำเป็นที่จะต้องพูดแทนในกรณีที่ผู้สูงอายุนึกคำพูดไม่ออก ขวนพูดคุยน้อยที่ผู้สูงอายุสนใจ ในกรณีที่ผู้สูงอายุปฏิเสธไม่ยอมทำกิจกรรมหรือปฏิเสธคำชักชวนต่าง ๆ ควรรับฟังอย่างตั้งใจ ไม่ควรต่อว่าหรือคะยั้นคะยอ อาจพูดว่าไม่เป็นไรและพูดให้กำลังใจ ควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเริ่มพูดคุยกับคนรอบข้าง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย

คลาย สบายใจขึ้น หาเวลาชวนสมาชิกครอบครัวไปกินข้าวด้วยกัน เพื่อให้เกิดความผูกพัน มีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจและรู้สึกสุขใจ พูดถึงเรื่องราวในอดีตที่มีความสุข เช่น ถ้าท่านเป็นลูก บอกว่าไม่ได้มาเป็นลูกของคุณพ่อคุณแม่ท่านคงไม่มีโอกาสมาอยู่ตรงนี้ และคงไม่มีครอบครัวดี ๆ อย่างนี้ เพื่อแสดงว่าคุณพ่อคุณแม่เป็นคนสำคัญสำหรับท่าน คำพูดเหล่านี้เป็นเสมือนน้ำหล่อเลี้ยงจิตใจให้คุณพ่อคุณแม่มีกำลังใจมากขึ้น

6. ผู้สูงอายุที่มีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว ไม่ควรไว้วางใจหรือโต้เถียง ถ้าโต้เถียงจะเกิดอารมณ์ขุ่นมัวขึ้นได้ทั้งสองฝ่าย เป็นอุปสรรคที่ขวางกั้นความสัมพันธ์ต้องรับฟังอย่างเข้าใจ ปล่อยให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึกออกมาก่อน จากนั้นลดสาเหตุที่ทำให้หงุดหงิด เบนความสนใจไปยังเรื่องที่มีความสุข จัดให้พักผ่อนในสถานที่สงบ รับฟังอย่างตั้งใจ อาจจับมือผู้สูงอายุระหว่างพูดคุย จะทำให้สงบได้มากขึ้น การจับและนวดเบา ๆ ที่หลังมือจะช่วยลดอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวการนวดและกดฝ่ามือจะช่วยลดความก้าวร้าวรุนแรง

7. ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ไม่สบาย มีอาการปวดตลอดเวลา ทั้งที่ตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติ ซึ่งเป็นสัญญาณหนึ่งแสดงว่าผู้สูงอายุต้องการความรัก ความเอาใจใส่มากขึ้น เป็นวิธีแสดงออกของผู้สูงอายุบางรายเพื่อขอความช่วยเหลือจากผู้ดูแล หรือเพื่อเรียกร้องให้ดูแลใกล้ชิดขึ้น ผู้ดูแลไม่ควรพูดตอกย้ำว่าผู้สูงอายุไม่ได้เป็นอะไร แม้แพทย์จะตรวจแล้วก็ตาม ในทางตรงข้าม ควรพูดถึงอาการที่ผู้สูงอายุบ่น เพื่อให้รู้สึกว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่ รับฟังและให้ความสำคัญกับปัญหาของเขา ควรสื่อสารด้วยความรัก คอยสัมผัส ดูแลด้วยความใส่ใจ เป็นทดแทนหรือเติมเต็มสิ่งที่ผู้สูงอายุอยากได้รับ

8. ผู้สูงอายุนับว่าตนเองเป็นภาระของลูกหลาน เบื่อตัวเองมาก รู้สึกว่าตนไร้ค่า เป็นภาระให้คนอื่น มีความคิดอยากตายหรืออยากทำร้ายตัวเอง ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญมาก ผู้ดูแลต้องใส่ใจป้องกันและสังเกตสัญญาณเตือนหรือความผิดปกติเล็ก ๆ น้อย ๆ ซึ่งอาจบ่งบอกว่าจะมีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง ต้องเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิดพยายามไม่ให้พลาดสายตา ควรเฝ้าระวังสิ่งของที่ใช่เป็นอาวุธได้ เช่น เชือก มีด กรรไกร ปืนยาฆ่าแมลง หรือยารักษาโรค เป็นต้น ส่วนมากผู้สูงอายุจะมียาหลายชนิดอยู่กับตัว บางทีเกิดความคิดอยากจะทำร้ายตัวเอง ไม่อยากตื่นขึ้นมา ก็จะกินยาทั้งหมดที่มี พยายามหาคุณค่าในตัวผู้สูงอายุ แล้วบอกให้ผู้สูงอายุนับรับการสอบถามความคิดที่อยากจะทำร้ายตนเองของผู้สูงอายุอย่างล้นที่ จะถามผู้สูงอายุว่ามีความรู้สึกหรือมีความคิดที่อยากจะทำร้ายตนเองหรือไม่ การถามคำถามนี้เป็นโอกาสให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้ระบายความทุกข์ใจหรือบอกเล่าปัญหา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลเริ่มเข้าใจสามารถวางแผนการดูแล แก้ไข และป้องกันการทำร้ายตนเองของผู้สูงอายุได้ ที่สำคัญคือ คำถามเกี่ยวกับความคิดที่จะทำร้ายตัวเองไม่ได้กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเริ่มมีความคิดอยากทำร้ายตัวเอง โดยผู้ดูแลควรเลือกใช้คำพูดให้เหมือนกับมาจากความรู้สึกของตนเอง

การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (มานโซ หล่อตระกูล, 2557a) ดังนี้

1. เลือกใช้แบบคัดกรองหรือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ในเบื้องต้น ผู้ประเมินควรต้องสังเกตการเปลี่ยนแปลง การแสดงออกทั้งอารมณ์ ความคิด ร่างกายและพฤติกรรม ประเมินภาวะซึมเศร้าหรือตรวจสภาพจิต ส่งพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและให้การช่วยเหลือที่ถูกต้อง

2. ให้การช่วยเหลือ หากกิจกรรมที่สอดคล้องกับผู้รับบริการแต่ละรายที่มีระดับภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน คำนึงถึงการแสดงออกทั้งด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกายและพฤติกรรม ดังนี้

2.1 ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ การช่วยเหลือทำได้ตั้งแต่การให้การปรึกษา รายบุคคลและรายกลุ่ม การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง การทำกลุ่ม เช่น การบำบัดการรู้คิด (Cognitive therapy: CT), การบำบัดพฤติกรรมการรู้คิด (Cognitive behavioral therapy: CBT), การบำบัดตามแนวคิดพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (Rational emotive behavior therapy: REBT) การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด การรักษาทางเลือก เช่น กลิ่นบำบัด ดนตรีบำบัด การนวดและการกระตุ้นสมองเฉพาะที่ด้วยสนามแม่เหล็ก เป็นต้น

2.2 ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง การช่วยเหลือโดยการให้การปรึกษา การทำกลุ่มบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ การกระตุ้นสมองเฉพาะที่ด้วยสนามแม่เหล็ก แล้วอาจส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์ หากพบเป็นรุนแรงมากขึ้น

2.3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ควรสังเกตอย่างใกล้ชิด ประเมินซ้ำและระมัดระวังการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย แพทย์สั่งรักษาด้วยยาต้านเศร้าร่วมกับรักษาด้วยไฟฟ้า

การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสำหรับญาติ (มานโซ หล่อตระกูล, 2557a) ดังนี้

ญาติควรมีความเข้าใจผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยมองว่าเขาไม่ได้มีภาวะอารมณ์เศร้าธรรมดาหรือเกิดจากจิตใจที่อ่อนแอ หากแต่เป็นภาวะของความผิดปกติของร่างกายและจิตใจหรือเป็นความเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่ไม่ได้แก่งทำ ห้ามให้ตัวเองไม่เศร้าไม่ได้ ทั้งหมดเป็นปรากฏการณ์ของความเจ็บป่วย จะทำให้ความคาดหวังในตัวผู้ป่วยลดลง ความหงุดหงิดคับข้องใจในตัวผู้ป่วยก็ลดลง การปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยและการมองสิ่งรอบตัวก็จะเปลี่ยนไป จะช่วยให้อาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยดีขึ้นและจะค่อย ๆ หายไป

ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (มานโซ หล่อตระกูล, 2557a) ดังนี้

1. อย่าตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติตัวที่ยากเกินไป หรือรับผิดชอบมากเกินไป จนเป็นการพยายามบังคับตนเอง ทั้งการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน เพราะอาจจะทำให้ตัวเองรู้สึกแย่ที่ทำได้ไม่ถึงอย่างที่หวัง เพิ่มความรู้สึกล้มเหลวในชีวิต

2. แยกแยะปัญหาใหญ่ ๆ ให้เป็นส่วนย่อย ๆ จัดเรียงความสำคัญว่าเรื่องไหนควรทำก่อนหลัง แล้วลงมือทำตามลำดับ วิธีนี้จะช่วยให้รู้สึกว่าคุณยังทำอะไรได้อยู่ ไม่ควรตำหนิหรือลงโทษตนเองที่ไม่สามารถทำได้อย่างที่ต้องการ เพราะไม่ใช่ความผิดของผู้ป่วย ควรทำเท่าที่สามารถทำได้

3. เลือกทำกิจกรรมที่จะสร้างความรู้สึที่ดี ๆ อาจเป็นสิ่งที่ชอบ เช่น การออกกำลังกาย ซึ่งนอกจากจะช่วยทางร่างกายแล้วจิตใจก็จะดีขึ้นด้วย โดยจะรู้สึกว่าการคลายความเศร้าและแจ่มใสขึ้น ช่วยให้ผ่อนคลายได้ดีขึ้น การกินอาหารดีขึ้น การขับถ่ายดีขึ้น การฟังเพลง ชมภาพยนตร์ ไปเที่ยว สถานที่ที่ชอบ การชวนเพื่อนมาทำกิจกรรมที่บ้านหรือการร่วมทำกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น ทั้งนี้ การทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับบุคคลอื่น จะช่วยเพิ่มการเข้าสังคม ไม่รู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว ดีกว่าที่จะอยู่หรือทำคนเดียวตามลำพัง

4. อย่าตัดสินใจในเรื่องที่สำคัญต่อชีวิตมาก ๆ เช่น การหย่าร้าง การออกจากงาน เป็นต้น โดยไม่ได้ปรึกษาผู้ที่อยู่ใกล้ชิด เพราะอาจทำให้การตัดสินใจผิดพลาดได้

5. ให้ผู้สูงอายุมองว่าภาวะซึมเศร้าเป็นโรคหรือความเจ็บป่วย ที่จะเกิดขึ้นได้และสามารถรักษาให้หายได้ อย่ามองว่าเป็นความผิดของตน อย่าคิดในแง่ร้ายว่าเกิดขึ้นจากตนเอง เมื่ออาการดีขึ้น มุมมองต่อสิ่งต่าง ๆ ในแง่ลบจะเปลี่ยนไป จะมองเห็นปัญหาต่าง ๆ ในมุมมองที่แตกต่างออกไปจากเดิมมากขึ้น

การส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ

การดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุทั้งประเทศ (กรมสุขภาพจิต, 2565)

1. ดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง)
2. การสนับสนุนให้หน่วยบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง
3. การส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ จะช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายและพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีความสุขในเชิงจิตวิทยา

จากข้อมูลการสำรวจความสุขด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 340,342 คน มีผลการประเมินความสุขอยู่ในระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปถึงสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไปจำนวน 308,524 คน คิดเป็นร้อยละ 90.65 ซึ่งความสุขของผู้สูงอายุในเชิงจิตวิทยาตามนิยามของกรมสุขภาพจิตมีกิจกรรมสร้างสุข 5 ด้าน (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, 2560) ประกอบด้วย

1. ด้านสุขภาพ (Health) เน้นในเรื่องการดูแลสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุให้แข็งแรง มีสมรรถภาพที่ดีในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยเริ่มจากการประเมินความพร้อมของร่างกาย สุขภาพและการมีโรคประจำตัว เพื่อให้การทำกิจวัตรประจำวันเหมาะสมกับความสามารถและสภาวะของร่างกาย อาจเริ่มจากเบาไปหนัก จากช้าไปเร็ว ตามที่สามารถทำได้ อาจบริหารร่างกายเพื่อให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง เช่น การทำโยคะ ฤๅษีดัดตน รำมวยจีน หรือยกของหนัก เป็นต้น หรือบริหารร่างกายให้มีความยืดหยุ่น อ่อนตัว เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ ข้อต่อติดขัดและข้อเสื่อม พัฒนา

ความสมดุล การทรงตัวเพื่อป้องกันการหกล้ม ปรับเปลี่ยนอิริยาบถการนั่งท่าเดิม ๆ ด้วยการยืดเหยียด หรือเดินไปมาและอาจทำกิจกรรมนอกบ้านร่วมกับครอบครัว ชุมชนและสังคมมากขึ้น (กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ, 2560) การจัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในสภาพอากาศที่เหมาะสม เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ การเจ็บป่วยและลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. ด้านสุขสนุก (Recreation) จะช่วยลดความซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุได้ จากความสามารถในการเลือกวิถีชีวิตที่สนุกสนาน ด้วยการทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส กระปรี้กระเปร่า และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น การเล่นกีฬา ดนตรี งานศิลปะ งานอดิเรก เป็นต้น

3. ด้านสุขสง่า (Integrity) จากการช่วยเหลือคนในครอบครัว ผู้อื่น การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจในชีวิต มีความภาคภูมิใจและเชื่อมั่นในตนเอง เห็นคุณค่ายอมรับนับถือตนเอง เห็นอกเห็นใจ เอื้อเฟื้อแบ่งปัน และเกิดมุมมองต่อการใช้ชีวิตในเชิงบวก ไม่ซึมเศร้า ไม่ท้อแท้

4. ด้านสุขสว่าง (Cognition) เน้นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการชะลอความเสื่อมทางสมอง เพิ่มไหวพริบ ความจำ การสื่อสาร การมีสติ การคิดอย่างมีเหตุผลในการวางแผน และแก้ไขปัญหา สามารถจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ด้านสุขสงบ (peacefulness) ผู้สูงอายุต้องมีความสามารถในการปรับตัวยอมรับและเผชิญกับสภาพสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงในชีวิตได้ สามารถรับรู้ เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์ จัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ สามารถผ่อนคลาย ลดความเครียดและวิตกกังวล ทำให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศไทยที่เป็นสังคมผู้สูงอายุ ประกอบกับความเสื่อมทางด้านร่างกายและประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นตามอายุ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น หากไม่ดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน และช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงให้ถูกต้องและเหมาะสมตามสาเหตุปัจจัยที่แท้จริง จะส่งผลเสียต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ รวมถึงส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมด้วย ซึ่งอาจมีความร้ายแรงถึงขั้นทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายได้ ทั้งนี้ การดำเนินการดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือของบุคคลหรือหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันคิด ร่วมวางแผน ร่วมกำหนดแนวทางดำเนินงาน และร่วมดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ให้ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง จึงจะส่งผลให้เกิดความสำเร็จตามที่ต้องการได้

แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ

ความหมายของรูปแบบ

ดุซฎีก์ โยเพลลา (2558) ให้ความหมาย รูปแบบในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง ลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรผู้ให้บริการและองค์กรในชุมชน ที่ทำงานร่วมกัน ในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างประสบความสำเร็จ

ชีรวัดันน์ นิจเนตร (2560) ให้ความหมายว่า รูปแบบ หมายถึง แบบย่อส่วนของจริงหรือแบบจำลองที่ใช้เป็นตัวแทนของความเป็นจริง

พัฒนา พรหมณี, ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด และปณิธาน กระสังข์ (2560) ได้สรุปว่า รูปแบบ หมายถึง แบบจำลองหรือตัวแบบอย่างง่ายหรือย่อส่วนของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านการศึกษาและพัฒนาขึ้นมาเพื่อแสดงหรืออธิบายปรากฏการณ์ให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น เป็นสิ่งที่สร้างหรือพัฒนาขึ้นจากหลักปรัชญา ทฤษฎีหลักการ แนวคิดและความเชื่อที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการแสดงโครงสร้างทางความคิดหรือองค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่สำคัญ เป็นขั้นเป็นตอนสำหรับถ่ายทอดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบโดยใช้สื่อ หรือเครื่องมือเข้าช่วยเพื่อทำให้เกิดความรู้ เข้าใจได้ง่ายและกระชับถูกต้อง สามารถวัด ตรวจสอบ และเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจได้

จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปความหมายได้ว่า รูปแบบ หมายถึง แบบจำลองที่เป็นโครงสร้างที่มีความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของปัจจัยหรือตัวแปรที่ศึกษา เพื่ออธิบายลักษณะหรือปรากฏการณ์ที่จะเกิดขึ้น มีกระบวนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ สามารถมองเห็นเป็นรูปธรรมและสามารถเกิดขึ้นได้จริง

ประเภทและลักษณะของรูปแบบ

ประเภทของรูปแบบทางการศึกษาและสังคมศาสตร์ตามแนวคิดของ Keeves (1988) แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. รูปแบบเชิงเปรียบเทียบ (Analogue Model) เป็นรูปแบบที่ใช้การเปรียบเทียบปรากฏการณ์ ซึ่งเป็นรูปธรรมเพื่อสร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรม

2. รูปแบบเชิงภาษาที่อธิบายความหมายหรือให้ความหมาย (Semantic Model) เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบ ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้น ๆ และใช้ข้อความในการอธิบายเพื่อให้เกิดความกระจ่างมากขึ้น แต่จุดอ่อนของรูปแบบประเภทนี้ คือขาดความชัดเจน แน่นนอน ทำให้ยากแก่การทดสอบรูปแบบ

3. รูปแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical Model) เป็นรูปแบบที่กำหนดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือตัวแปร ในรูปสมการหรือสัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ ปัจจุบันมีแนวโน้มนำไปใช้ในด้านพฤติกรรมศาสตร์มากขึ้น โดยเฉพาะในการวัดและประเมินผลทางการศึกษา รูปแบบนี้สามารถ

นำไปสู่การสร้างทฤษฎี เพราะสามารถนำไปทดสอบสมมติฐานได้ รูปแบบทางคณิตศาสตร์นี้ ส่วนมากพัฒนามาจากรูปแบบเชิงภาษา

4. รูปแบบเชิงเหตุผล (Causal Model) เป็นรูปแบบที่มีโครงสร้างเป็นสมการเชิงเส้นที่ประกอบด้วยตัวแปรสัมพันธ์กันเป็นเหตุและผล มีการทดสอบสมมติฐานผลของรูปแบบ แนวคิดสำคัญของรูปแบบนี้คือ ต้องสร้างขึ้นจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องหรืองานวิจัยที่มีมาแล้ว รูปแบบจะเขียนในลักษณะสมการเส้นตรง แต่ละสมการแสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผลระหว่างตัวแปร จากนั้นมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในสภาพการณ์ที่เป็นจริงเพื่อทดสอบรูปแบบ รูปแบบเชิงสาเหตุนี้แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. รูปแบบระบบเส้นเดียว (Recursive Model) เป็นรูปแบบที่แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรด้วยเส้นโยงที่มีทิศทางของการเป็นสาเหตุในทิศทางเดียว โดยไม่มีความสัมพันธ์ย้อนกลับ

2. รูปแบบเชิงสาเหตุเส้นคู่ (Non-Recursive Model) เป็นรูปแบบที่แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร โดยมีทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรภายในตัวแปรตัวหนึ่ง อาจเป็นทั้งตัวแปรเชิงเหตุและเชิงผลพร้อมกันจึงมีทิศทางย้อนกลับได้

ลักษณะของรูปแบบที่ดีจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ (Keeves, 1997; วาโร เฟ็งส์วัสดี, 2553) ควรมีลักษณะสำคัญ ดังนี้

1. รูปแบบจะต้องนำไปสู่การทำนาย (Prediction) ผลที่ตามมา ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยเมื่อทดสอบรูปแบบแล้วถ้าปรากฏว่าไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์รูปแบบนั้นต้องถูกยกเลิก

2. โครงสร้างของรูปแบบจะต้องประกอบด้วย ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal Relationship) ซึ่งสามารถใช้อธิบายปรากฏการณ์ของเรื่องที่ศึกษาได้อย่างชัดเจน

3. รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการช่วยสร้างจินตนาการ (Imagination) สร้างความคิดรวบยอด (Concept) และสร้างความเกี่ยวพันซึ่งกันและกัน (Interrelations) รวมทั้งช่วยขยายขอบเขตของการแสวงหาความรู้เป็นการเพิ่มองค์ความรู้ (Body of Knowledge) ในเรื่องที่กำลังศึกษาได้

4. รูปแบบจะต้องประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง (Structural Relationship) มากกว่าความสัมพันธ์แบบเชื่อมโยง (Associative Relationship) โดยความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงมีประโยชน์ในช่วงของการพัฒนารูปแบบ และรูปแบบจะเป็นเช่นไรขึ้นอยู่กับกรอบของทฤษฎีในเรื่องนั้น ๆ

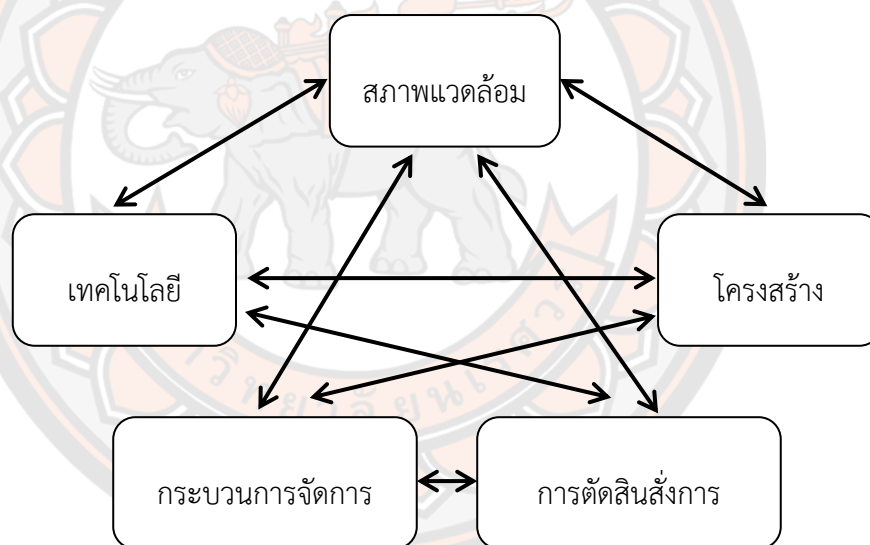
จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า รูปแบบมีหลายประเภท เป็นสิ่งที่สร้างและพัฒนาขึ้นแตกต่างกันไปตามสาขา เช่น รูปแบบทางการศึกษาและสังคมศาสตร์ เป็นต้น เป็นการเทียบเคียงปรากฏการณ์ซึ่งเป็นรูปธรรมเพื่อสร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรม รูปแบบที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ รูปภาพ รูปแบบที่ใช้สมการทางคณิตศาสตร์ แสดง

ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ และรูปแบบที่นำเอาตัวแปรต่าง ๆ มาสัมพันธ์กันเชิงเหตุผลที่เกิดขึ้นเป็นต้น

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ใช้รูปแบบประเภทเชิงภาษา อธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

องค์ประกอบของรูปแบบ

องค์ประกอบตามรูปแบบของ Brown & Moberg (1980) สันเคราะห์ขึ้นมาจากแนวคิดเชิงระบบ (Systems Approach) กับหลักการบริหารตามสถานการณ์ (Contingency Approach) ประกอบด้วยสภาพแวดล้อม (Environment) เทคโนโลยี (Technology) โครงสร้าง (Structure) กระบวนการจัดการ (Management Process) และการตัดสินใจสั่งการ (Decision making) รูปแบบมีลักษณะดังภาพ 2



ภาพ 2 รูปแบบเชิงระบบและสถานการณ์ Systems/Contingency Model ของ Brown & Moberg

ศิริวัฒน์ นิจนตร (2560) ได้สรุปว่า รูปแบบ ต้องมีองค์ประกอบอย่างน้อย 6 ประการ คือ

1. วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของรูปแบบ
2. ตัวแปรหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
3. ระบบหรือโครงสร้าง
4. กลไกหรือกระบวนการทำงาน

5. ข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีที่ใช้ในรูปแบบ

6. บริบทหรือสภาพแวดล้อมของรูปแบบ

รูปแบบ ต้องประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ (Ivancevich, 1989) ดังนี้

1. วัตถุประสงค์ของรูปแบบ เป็นการกำหนดว่าจะสร้างและพัฒนารูปแบบเพื่อวัตถุประสงค์ในงานสาธารณสุขด้านใด โดยทั่วไปมักจะพัฒนารูปแบบขึ้นมาเพื่อแก้ปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือ เพื่อให้การดำเนินงานเกิดผลงานที่ดีขึ้นตามภารกิจขององค์กร

2. ทฤษฎีพื้นฐาน หลักการของรูปแบบผู้สร้างและพัฒนารูปแบบต้องกำหนดรูปแบบสร้างขึ้นจากฐานคิดของทฤษฎีและหลักการใดบ้าง

3. ระบบงานและกลไกของรูปแบบ สำหรับใช้ในการดำเนินงานให้เป็นไปตามหลักการและบรรลุดตามวัตถุประสงค์ของรูปแบบ เช่น การจัดโครงสร้างองค์กร การตั้งคณะกรรมการ และคณะทำงานที่จำเป็น พร้อมกับการกำหนดบทบาทหน้าที่ ความสัมพันธ์และการทำงานร่วมกันของกลไกเหล่านั้นเพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของรูปแบบที่กำหนดไว้ เป็นต้น

4. วิธีการดำเนินงานของรูปแบบ เป็นการกำหนดภารกิจ กระบวนการ วิธีการ กิจกรรม และอื่น ๆ ที่ต้องดำเนินการเพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของรูปแบบ

5. แนวทางการประเมินผลการดำเนินงานของรูปแบบ เป็นการกำหนดแนวทางและเครื่องมือในการประเมินผลรูปแบบตามวัตถุประสงค์ของรูปแบบว่าเป็นไปตามระบบงานที่กำหนดไว้หรือไม่เพียงใด เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบว่ารูปแบบทำหน้าที่ตามที่สร้างไว้มากน้อยเพียงใด เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่เพียงใด ตลอดจนกำหนดแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์และตอบสนองการดำเนินงานมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

6. คำอธิบายประกอบรูปแบบเป็นการอธิบายคำศัพท์เฉพาะที่นำมาใช้ในการสร้างและพัฒนารูปแบบเพื่อสื่อความให้มีความเข้าใจตรงกันในการนำรูปแบบไปใช้

7. การระบุงู้อื่นๆ ในการนำรูปแบบไปใช้เนื่องจากรูปแบบมีข้อจำกัดของรูปแบบเอง ดังนั้น การสร้างและพัฒนารูปแบบควรได้ระบุงู้อื่นๆ ที่จะทำให้การนำรูปแบบไปใช้ประสบผลสำเร็จ และข้อควรระวังเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบโดยศึกษาแนวคิดทฤษฎีและใช้ตัวแปรหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สร้างเป็นแผนภาพมีโครงสร้าง องค์ประกอบ และกิจกรรมดำเนินการ ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ศึกษา กำหนดแนวทางการนำรูปแบบไปใช้เพื่อให้ความเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้จริง

การสร้างหรือพัฒนารูปแบบและตรวจสอบรูปแบบ

การสร้างรูปแบบ (Model) ไม่มีข้อกำหนดตายตัวแน่นอนว่าต้องทำอะไรบ้าง แต่โดยทั่วไปจะเริ่มจากการศึกษาองค์ความรู้ (Intensive Knowledge) เกี่ยวกับเรื่องที่จะสร้างรูปแบบให้ชัดเจน จากนั้นจึงค้นหาข้อเท็จจริง สมมติฐาน และหลักการของรูปแบบที่พัฒนา แล้วสร้างรูปแบบตาม

หลักการที่กำหนดขึ้น (ชิรวัดน์ นิเจนตร, 2560) ทั้งนี้มีนักวิชาการหลายท่านได้เสนอขั้นตอนการสร้างรูปแบบไว้ ดังนี้

Mescon, Albert & Khedouri (1985) สร้างรูปแบบตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นรวบรวมปัญหา (Problem Formulation) เพื่อให้รู้ว่าอะไรคือปัญหาที่แท้จริง
2. ขั้นพัฒนารูปแบบ (Model Construction) ดำเนินการหลังจากการรวบรวมปัญหา พิจารณาวัตถุประสงค์เบื้องต้นของการสร้าง ลักษณะเฉพาะที่ต้องการของผลผลิต อาศัยข้อมูลสารสนเทศที่จำเป็น คำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการสร้างและความต้องการของผู้ใช้ด้วย เพราะถ้ารูปแบบมีค่าใช้จ่ายสูง ไม่เป็นที่ยอมรับของผู้ใช้ ควรใช้หลักวิชาการในการพิจารณาว่าควรนำตัวแปรใดบ้างมาวางไว้ในรูปแบบที่จะสร้าง มีการประเมินค่า ความแปรปรวนอย่างระมัดระวัง เมื่อสร้างเสร็จแล้ว ต้องดูว่าครอบคลุมตัวแปรทั้งหมดหรือไม่ มีความบกพร่องตรงไหนบ้าง
3. ขั้นการทดสอบรูปแบบ (Testing)
4. ขั้นการนำไปใช้ (Implementation) เพื่อดูว่าบรรลุผลสำเร็จหรือมีความสมบูรณ์หรือไม่
5. ขั้นพัฒนาปรับปรุงให้ทันสมัย (Model updating) เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ขององค์กร และสถานการณ์ที่มากระทบจากภายนอกและภายในองค์กร

พัฒนา พรหมณี และคณะ (2560) ได้ศึกษาแนวคิดการสร้างและพัฒนารูปแบบเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขสำหรับนักสาธารณสุข โดยมีขั้นตอนการสร้างและพัฒนารูปแบบที่สำคัญ ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลพื้นฐาน เพื่อการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและข้อค้นพบจากการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน หรือปัญหาจากเอกสารผลการวิจัยหรือจากการสังเกต สอบถามผู้ที่เกี่ยวข้อง
2. กำหนดหลักการเป้าหมายและองค์ประกอบอื่น ๆ ของรูปแบบให้สอดคล้องกับข้อมูลพื้นฐานและสัมพันธ์กันอย่างเป็นระเบียบ การกำหนดเป้าหมายของรูปแบบจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถเลือกรูปแบบไปใช้ให้ตรงจุดมุ่งหมาย เพื่อให้การดำเนินงานด้านการสาธารณสุขบรรลุผลสูงสุด
3. กำหนดแนวทางการนำรูปแบบไปใช้ประกอบด้วยรายละเอียดของวิธีการและเงื่อนไขต่าง ๆ เช่น ใช้ดำเนินงานกับกลุ่มใหญ่หรือกลุ่มย่อยเพื่อให้การใช้รูปแบบเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น
4. การประเมินรูปแบบเป็นการประเมินเพื่อทดสอบความมีประสิทธิภาพของรูปแบบที่สร้างขึ้น โดยทั่วไปจะใช้วิธีการต่อไปนี้
 - 4.1. ประเมินความเป็นไปได้ในเชิงทฤษฎีโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจะประเมินความสอดคล้องภายในระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ
 - 4.2. ประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติการโดยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ใน

สถานการณ์จริง ในลักษณะของการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง

5. การพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบเมื่อพบข้อบกพร่องแล้วต้องนำมาปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งโดยทั่วไปแล้วการปรับปรุงรูปแบบ มี 2 ระยะ คือ

5.1 ระยะก่อนนำรูปแบบไปทดลองใช้การปรับปรุงรูปแบบในระยะนี้ใช้ผลจากการประเมินความเป็นไปได้เชิงทฤษฎีเป็นข้อมูลในการปรับปรุง

5.2 ระยะหลังการนำรูปแบบไปทดลองใช้การปรับปรุงรูปแบบในระยะนี้อาศัยข้อมูลจากการทดลองใช้เป็นตัวชี้้นำในการปรับปรุง อาจมีการนำรูปแบบไปทดลองใช้และปรับปรุงซ้ำจนกว่าจะได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

การสร้างหรือพัฒนารูปแบบมี 2 ขั้นตอน (วาโร เห่งสวัสดิ์, 2553) คือ

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยจะสร้างหรือพัฒนารูปแบบขึ้นมาก่อน เป็นรูปแบบตามสมมติฐาน (Hypothesis model) โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาจะนำมาใช้กำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหรือตัวแปรเหล่านั้น หรือลำดับก่อนหลังของแต่ละองค์ประกอบ รูปแบบในขั้นตอนนี้อาศัยหลักการของเหตุผลเป็นรากฐานสำคัญ โดยมีขั้นตอนย่อย ๆ ดังนี้

1. การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสารสนเทศที่ได้มาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เป็นร่างกรอบความคิดการวิจัย

2. การศึกษาจากบริบทจริงในขั้นตอนนี้อาจจะดำเนินการได้หลายวิธี ดังนี้

2.1 ศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานในปัจจุบันจากความคิดเห็นของบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) วิธีศึกษาอาจใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสอบถาม การสำรวจ การสนทนากลุ่ม

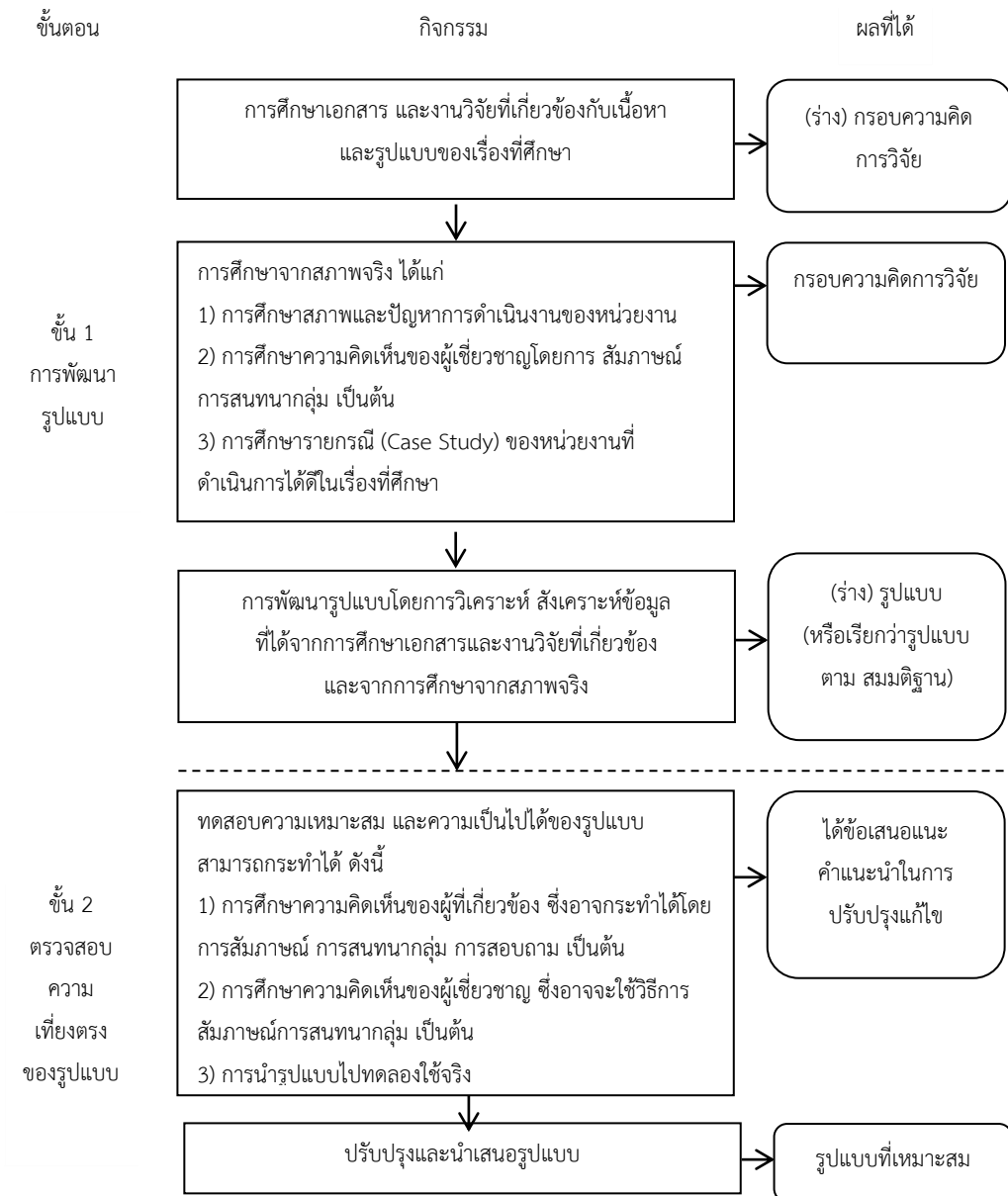
2.2 ศึกษากรณี (Case Study) หรือพหุกรณี หน่วยงานที่ประสบผลสำเร็จ หรือมีแนวปฏิบัติที่ดีในเรื่องที่ศึกษา เพื่อนำมาเป็นสารสนเทศที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบ

2.3 ศึกษาข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ วิธีศึกษาอาจใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

3. การจัดทำรูปแบบ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะใช้สารสนเทศที่ได้ในข้อ 1) และ 2) มาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เพื่อกำหนดเป็นกรอบความคิดการวิจัยเพื่อนำมาจัดทำรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ หลังจากที่ได้พัฒนารูปแบบในขั้นตอนนี้แล้ว เพราะรูปแบบที่สร้างหรือพัฒนาขึ้น แม้จะมีรากฐานจากทฤษฎี แนวความคิดรูปแบบของบุคคลอื่น และผลการวิจัยที่ผ่านมา แต่เป็นเพียงรูปแบบตามสมมติฐาน ซึ่งจำเป็นที่จะต้องตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพตามที่มุ่งหวังหรือไม่ การเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานการณ์จริงหรือทดลองใช้รูปแบบในสถานการณ์จริง จะช่วยให้ทราบอิทธิพลหรือความสำคัญขององค์ประกอบย่อยหรือตัวแปรต่าง ๆ ในรูปแบบ ผู้วิจัยอาจจะ

ปรับปรุงรูปแบบใหม่โดยการตัดองค์ประกอบหรือตัวแปรที่พบว่าไม่มีอิทธิพลหรือมีความสำคัญน้อย ออกจากรูปแบบ ซึ่งจะทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งกระบวนการสร้างและพัฒนา รูปแบบ (วาโร เฟ็งสวัสดิ์, 2553) สามารถแสดงได้ ดังภาพ 3



ภาพ 3 ขั้นตอนการพัฒนาแบบจากการวิเคราะห์เอกสารและการศึกษาจากสภาพจริง

ขั้นตอนตรวจสอบรูปแบบ (Model Testing) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน (จิรววัฒน์ นิจนตร, 2560) คือ

1. การทดลองใช้รูปแบบกับหน่วยตัวอย่าง
2. การประเมินผลการทดลองการใช้รูปแบบ ด้วยการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ของรูปแบบ รวมทั้งมีการแก้ไข ปรับปรุง เพิ่มเติมตามผลการประเมิน แล้วจึงสรุปผลได้รูปแบบที่ต้องการ

การตรวจสอบรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมานี้มีหลายวิธี อาจจะทำให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยวิเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งปริมาณ (Quantitative) และคุณลักษณะ (Qualitative) การตรวจสอบรูปแบบควรตรวจสอบคุณลักษณะ 2 อย่างคือ

1. การตรวจสอบความมากน้อยของความสัมพันธ์ ความเกี่ยวข้องระหว่างตัวแปร
2. การประมาณค่าพารามิเตอร์ของความสัมพันธ์ดังกล่าว โดยประมาณค่าข้ามช่วงเวลา กลุ่มตัวอย่างหรือสถานที่ได้หรืออ้างอิงจากกลุ่มตัวอย่างไปหาประชากรได้ โดยผลการตรวจสอบจะนำไปสู่คำตอบสองประเด็น คือ การสร้างรูปแบบและการปรับปรุงหรือพัฒนารูปแบบเดิม (Eisner, 1976)

จุดมุ่งหมายที่สำคัญของการสร้างรูปแบบเพื่อทดสอบหรือตรวจสอบรูปแบบนั้นด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยการประมาณค่าพารามิเตอร์ของรูปแบบ ดังนั้น รูปแบบที่สร้างขึ้นจึงควรมีความชัดเจน เหมาะสมกับวิธีทดสอบโดยปกติแล้วการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ จะดำเนินการทดสอบรูปแบบด้วยวิธีทางสถิติ ผลของการทดสอบจะนำไปสู่การยอมรับหรือปฏิเสธรูปแบบนั้น นำไปสู่การสร้างทฤษฎีใหม่ต่อไป ซึ่งการทดสอบหรือตรวจสอบรูปแบบสามารถจะกระทำได้ 2 ลักษณะ คือ

1. การตรวจสอบรูปแบบจากหลักฐานเชิงปริมาณ (Quantitative) โดยใช้เทคนิคทางสถิติ (พัฒนา พรหมณี และคณะ, 2560) ดังนี้

1.1. ตรวจสอบความมากน้อยของความสัมพันธ์หรือความเกี่ยวข้อง หรือเหตุผลระหว่างตัวแปร

1.2. การประมาณค่าพารามิเตอร์ของความสัมพันธ์ โดยสามารถประมาณข้ามกาลเวลากลุ่มตัวอย่างหรือสถานที่ได้ (Across Time, Samples, Sites)

2. การตรวจสอบรูปแบบจากหลักฐานเชิงคุณลักษณะ (Qualitative) (Eisner, E. W., 1976) เป็นการตรวจสอบโดยการใช้ผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องที่ต้องการความละเอียดอ่อน ดังนี้

2.1. ตรวจสอบรูปแบบหรือประเมินโดยไม่เน้นผลสัมฤทธิ์ของเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ตามรูปแบบเป็นการประเมินแบบอิงเป้าหมาย (Goal-based model) การตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้เกี่ยวข้องตามรูปแบบการประเมินแบบสนองตอบ (Responsive

model) หรือกระบวนการ การวิเคราะห์วิจารณ์อย่างลึกซึ้งเฉพาะในประเด็นที่นำมาพิจารณา ไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์ หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเสมอไป อาจผสมผสานปัจจัยในการพิจารณาต่าง ๆ เข้าด้วยกันตามวิจรรย์ญาณของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับคุณภาพ ประสิทธิภาพหรือความเหมาะสมของสิ่งที่ทำการประเมิน

2.2. ตรวจสอบรูปแบบหรือประเมินโดยเน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Specialization) พัฒนาการประเมินมาจากรูปแบบการวิจารณ์งานศิลป์ (Art criticism) ที่มีความละเอียดลึกซึ้ง ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญระดับสูงมาเป็นผู้วินิจฉัย เนื่องจากเป็นการวัดคุณค่าที่ไม่อาจประเมินด้วยเครื่องวัดใด ๆ ได้ ต้องใช้ความรู้ ความสามารถของผู้ประเมินอย่างแท้จริง ต้องอาศัยผู้รู้จริงในองค์ความรู้เฉพาะสาขาอย่างลึกซึ้งในเรื่องนั้น ๆ มาเป็นผู้ประเมินผล

2.3. ตรวจสอบรูปแบบหรือประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเครื่องมือในการประเมิน โดยให้ความเชื่อถือกับผู้ทรงคุณวุฒิที่เที่ยงธรรมและมีคุณพินิจที่ดี ทั้งนี้ มาตรฐานและเกณฑ์พิจารณาต่าง ๆ เกิดจากประสบการณ์และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒิ

2.4 ตรวจสอบรูปแบบหรือประเมินโดยความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงานของผู้ทรงคุณวุฒิตามอรรถยาศัยและความถนัดของแต่ละคน เช่น การกำหนดประเด็นสำคัญที่พิจารณา การบ่งชี้ข้อมูลที่ต้องการ การเก็บรวบรวม การประมวลผล การวินิจฉัยข้อมูล ตลอดจนวิธีการนำเสนอ ทั้งนี้ เกณฑ์การเลือกผู้ทรงคุณวุฒิจะเน้นที่สถานภาพทางวิชาชีพ ประสบการณ์และการเป็นที่เชื่อถือ (High credit) ของวิชาชีพเป็นสำคัญ

การประเมินรูปแบบตามเกณฑ์มาตรฐาน ที่ปรับปรุงโดยคณะกรรมการประเมินทางการศึกษา (The Joint Committee on Standards for Educational Evaluation) ได้เสนอหลักการเพื่อเป็นหลักฐานของกิจกรรมของการตรวจสอบรูปแบบ เนื่องจากเป็นที่รู้จักและใช้กันอย่างแพร่หลาย ผ่านการเสนอความคิดเห็น การทบทวน การทดลองใช้ จนได้ข้อสรุปและตีพิมพ์ในหนังสือ มาตรฐานการประเมินโปรแกรม ในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งประกอบด้วยมาตรฐานการประเมิน 5 มาตรฐาน (พรรณีภา ฤกษ์พลอย, ทศน์ศิริรินทร์ สว่างบุญ และเอรารวรรณ, 2561) ดังนี้

1. มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (Feasibility Standard) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง
2. มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (Utility Standard) เป็นการประเมินการสนองต่อความต้องการของผู้ใช้รูปแบบ
3. มาตรฐานด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy Standard) เป็นการประเมินความน่าเชื่อถือ ได้สาระครอบคลุมครบถ้วนตามความต้องการอย่างแท้จริง
4. มาตรฐานด้านความเหมาะสมขอขธรรม (Propriety Standards)
5. มาตรฐานด้านความรับผิดชอบการประเมิน (Evaluation Accountability Standards)

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบโดยการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหา รูปแบบของเรื่องที่ศึกษาและการศึกษาจากสภาพจริง โดยการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือได้จากการศึกษาวิจัย สภาพปัญหาการดำเนินงาน และนำกระบวนการสนทนากลุ่มมาใช้ เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมโดยนำประสบการณ์ตรงของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม และผลการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 มาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบ รวมถึงศึกษาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้วยการสอบถาม การสัมภาษณ์หรือการสนทนากลุ่ม สำหรับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญโดยเฉพาะเรื่องภาวะซึมเศร้า มีประสบการณ์การดำเนินงานจากพื้นที่จริง เพื่อพิจารณาเหตุผลถึงความเหมาะสม ความถูกต้อง ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ดำเนินงานและผู้ที่ได้รับผลจากการพัฒนารูปแบบและดำเนินงานได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

กระบวนการสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มเป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่ได้รับความนิยม เนื่องจากมีต้นทุนต่ำ แต่มีประสิทธิภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูล (เก็จกนก เอื้อวงศ์, 2562) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกระบวนการสนทนากลุ่มมาใช้ในการสร้างและพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

ความหมายของการสนทนากลุ่ม

Krueger & Casey (2015) ให้ความหมายว่า การสนทนากลุ่มเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่เน้นการสัมภาษณ์หรือการสนทนาของบุคคลที่มีความรู้ มีประสบการณ์ ในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง

ลักษณะของการสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่มมีลักษณะ (Morgan, 1998) ดังนี้

1. การสนทนากลุ่มเป็นวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ การพบปะกันเป็นกลุ่มเพื่อวัตถุประสงค์อื่น ๆ จะไม่ใช่การสนทนากลุ่ม เช่น ครุฑนัดประชุมและมีสนทนากันเป็นกลุ่มเกี่ยวกับการจัดทำแผนจัดการเรียนรู้ในกลุ่มสาระการเรียนรู้ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับการจัดทำแผนการจัดการเรียนรู้ที่ดี เป็นต้น

2. การอภิปรายในการสนทนากลุ่มจะทำให้ได้ข้อมูล ดังนั้น กลุ่มประเภทอื่น ๆ มารวมกลุ่มกันเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งโดยไม่ใช้การอภิปรายจึงไม่ใช่การสนทนากลุ่ม เช่น Nominal groups หรือ Delphi groups เป็นต้น

3. การสนทนากลุ่มต้องเป็นการดำเนินการที่มีการวางแผนอย่างรอบคอบที่จะเชิญผู้เกี่ยวข้องหรือผู้ให้ข้อมูลที่เหมาะสม เตรียมคำถามในการสนทนาเพื่อให้ได้คำตอบในการวิจัย โดยผู้วิจัยจะมีบทบาทในการเอื้ออำนวย (Facilitator) หรือเป็นผู้ดำเนินการ (Moderator) ที่รับผิดชอบ

ในการดูแลให้กลุ่มได้สนทนาตรงประเด็นที่กำหนดไว้

ประโยชน์ของการสนทนากลุ่ม

ประโยชน์หรือคุณค่าของการสนทนากลุ่ม (Bloor, Frankland, Thomas & Robson, 2001; เก็จกนก เอื้อวงศ์, 2562) ดังนี้

1. การสนทนากลุ่มเป็นการสนทนาระหว่างนักวิจัยหรือผู้ดำเนินการกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม ในเรื่องที่มีผู้เข้าร่วมการสนทนาเป็นผู้มีความรู้ ประสบการณ์ในเรื่องนั้น จึงทำให้สามารถได้ข้อมูล เฉพาะเจาะจงที่เป็นความคิดเห็น ความรู้สึกตามการรับรู้ของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม นอกจากนี้ หากประเด็นต่าง ๆ ยังไม่ชัดเจนเพียงพอ ผู้วิจัยอาจมีการซักถามเพิ่มเติมเพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. การสนทนากลุ่มช่วยให้ได้ข้อมูลจากการอภิปรายของสมาชิกในกลุ่มสนทนา ทำให้มั่นใจในความถูกต้อง แม่นยำ มีความน่าเชื่อถือ มีความหลากหลายของข้อมูล ซึ่งถือว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยในการตรวจสอบข้อมูลของผู้เข้าร่วมการสนทนาด้วยตนเอง (Triangulation)

3. การสนทนากลุ่มเป็นปฏิกริยาร่วมกันของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม ทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับอิทธิพลของวัฒนธรรมและคุณค่าต่าง ๆ ทางสังคมของผู้ร่วมสนทนาที่มาจากวัฒนธรรมเดียวกัน ผลการสนทนาจึงอาจใช้เป็นตัวแทนของชุมชนหรือของเรื่องนั้น ๆ ซึ่งสามารถใช้เป็นตัวแทนที่สะท้อนภาพของปรากฏการณ์ หรือสังคมได้

4. การสนทนากลุ่มเป็นการดำเนินการภายใต้บรรยากาศที่มีความเป็นกันเอง การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันช่วยทำให้การสนทนาของกลุ่มเป็นไปอย่างมีชีวิตชีวา ไม่ตึงเครียด ลดความเขินอาย สมาชิกกล้าคุย กล้าแสดงความคิดเห็น หรือกล้าที่จะเสนอความคิดเห็นที่แตกต่าง โต้แย้ง จึงเป็นคำตอบที่เป็นความคิดเห็นที่แท้จริงตามความรู้สึก ประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

5. การสนทนากลุ่มเป็นการดำเนินการที่ให้นักวิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มเอง ซึ่งแม้ว่าแนวคำถามที่จัดเตรียมไว้อาจยังไม่ครอบคลุมประเด็นปัญหาได้ดีเท่าที่ควร เมื่อดำเนินการสนทนากลุ่มไปแล้ว นักวิจัยสามารถคิดหรือสร้างคำถามขึ้นมาได้ เป็นคำถามที่เป็นลักษณะตะล่อมกล่อมเกล่า (Probe question) เพื่อให้เข้าใจประเด็น หรือได้ข้อมูลในการสนทนากลุ่มได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

6. การสนทนากลุ่มสามารถนำมาใช้เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลวิธีการเดียวในโครงการวิจัย หรืออาจใช้เป็นวิธีการเสริมในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยที่ใช้ควบคู่กับวิธีการอื่น ๆ เช่น การสัมภาษณ์ การศึกษาเอกสาร การสำรวจโดยการใช่แบบสอบถาม หรือในการศึกษากรณีศึกษา เป็นต้น ซึ่งการสนทนากลุ่มอาจนำมาใช้ได้ทั้งตั้งแต่ก่อน ระหว่าง หรือช่วงสุดท้ายของการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

7. การสนทนากลุ่มเป็นการเก็บรวบรวมตามสภาพและบรรยากาศที่เป็นธรรมชาติ นักวิจัยสามารถใช้การสังเกตการแสดงออกทั้งที่เป็นถ้อยคำ หรือภาษาท่าทางของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ทั้งน้ำเสียง การแสดงท่าทาง ซึ่งการแสดงออกดังกล่าวช่วยให้ นักวิจัยได้เข้าใจ ดีความความหมายหรือ สิ่งหรือพฤติกรรมหรือการแสดงออกเกิดขึ้นในกลุ่มได้ชัดเจน ลึกซึ้งมากขึ้น

ประเภทของการสนทนากลุ่ม

ปัจจุบันมีการประยุกต์ใช้การสนทนากลุ่มในงานวิจัยเชิงคุณภาพมากมาย ทำให้มีการ จำแนกประเภท ลักษณะการใช้การสนทนากลุ่มในรูปแบบต่าง ๆ และความต้องการของนักวิจัย โดยมีการแบ่งประเภทของการสนทนากลุ่ม (Nyumba, Wilson, Derrick & Mukherjee, 2018; เกื้อจงก เอื้อวงศ์, 2562) ดังนี้

1. การสนทนากลุ่มแบบกลุ่มเดี่ยว (Single focus group) เป็นการจัดสนทนากลุ่มใน ประเด็นที่กำหนดของกลุ่มผู้เข้าร่วมสนทนาทั้งหมด มีการอภิปรายโต้ตอบกันภายในกลุ่ม การสนทนา กลุ่มประเภทนี้เป็นลักษณะแบบดั้งเดิม นิยมใช้อย่างแพร่หลายโดยนักวิจัยและผู้ปฏิบัติงานใน สาขาวิชาต่าง ๆ มากที่สุด

2. การสนทนากลุ่มแบบสองทาง (Two-way focus group) เป็นการสนทนากลุ่มโดยกลุ่ม หนึ่งจะจัดการสนทนากลุ่มแบบกลุ่มเดี่ยว ในขณะที่อีกกลุ่มจะเป็นผู้สังเกตการสนทนาของกลุ่มแรก โดยปกติแล้วการสนทนากลุ่มแบบนี้จะดำเนินการด้านหลังกระจกแบบทางเดียว กลุ่มผู้สังเกตการณ์ และผู้ดำเนินการกลุ่ม สามารถสังเกต จดบันทึกการโต้ตอบ และการอภิปรายกลุ่มแรกได้โดยปกติ ไม่ให้อีกกลุ่มหนึ่งเห็น อาจทำให้ได้ข้อสรุปที่แตกต่างกันได้ การดำเนินการรูปแบบนี้ ต้องขอการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ และจัดทำเอกสารการให้การยินยอม (Consent form) จาก กลุ่มที่ถูกสังเกตด้วย

3. การสนทนากลุ่มแบบผู้ดำเนินการกลุ่ม 2 คนทำงานร่วมกัน (Dual moderator focus group) เป็นการจัดสนทนากลุ่มโดยให้มีผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม 2 คนที่ทำงานร่วมกันในกลุ่ม แต่ละ คนจะมีบทบาทที่แตกต่างกัน การแบ่งบทบาทจะทำให้เกิดความมั่นใจว่าการดำเนินการกลุ่มจะมีความ ราบรื่น และเก็บประเด็นสำคัญได้ทั้งหมด

4. การสนทนากลุ่มแบบผู้ดำเนินการกลุ่ม 2 คนมีประเด็นโต้แย้งกัน (Duelling moderator focus group) เป็นการจัดสนทนากลุ่มโดยให้มีผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม 2 คนซึ่งถูก กำหนดบทบาทให้มีความเห็นโต้แย้งกันในประเด็นที่สนทนา การดำเนินการรูปแบบนี้จะช่วยให้เกิด การเปิดเผยข้อมูล และได้ข้อมูลในเชิงลึกมากขึ้น

5. การสนทนากลุ่มแบบผู้ดำเนินการกลุ่มมาจากผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (Respondent moderator focus group) โดยรูปแบบนี้จะมีการรับสมัครสมาชิกผู้เข้าร่วมสนทนาขึ้นมาเป็น ผู้ดำเนินการกลุ่มชั่วคราว การให้สมาชิกมานำกลุ่มจะทำให้เกิดกระบวนการของกลุ่มที่จะช่วยให้มี

โอกาสได้คำตอบที่หลากหลาย และเป็นคำตอบที่แท้จริงมากขึ้น

6. การสนทนากลุ่มแบบกลุ่มขนาดเล็ก (Mini focus group) ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มที่มีศักยภาพมีจำนวนน้อยและยากที่จะเข้าถึง แต่การออกแบบการวิจัยจำเป็นต้องมีการสนทนากลุ่มในประเด็นนี้ นักวิจัยสามารถจัดการสนทนากลุ่มเล็ก ๆ ระหว่างสองถึงห้าคน โดยกลุ่มดังกล่าวประกอบด้วยบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญหรือมีความรอบรู้ในเรื่องนั้น ๆ ตามจำนวนที่มีจำกัดได้

7. การสนทนากลุ่มแบบออนไลน์ (Online focus groups) เป็นการสนทนากลุ่มตามรูปแบบเดิม เพียงแต่มีการนำอินเทอร์เน็ตมาปรับใช้ในการสนทนา เป็นการประยุกต์ใช้ในสภาพแวดล้อมที่มีการใช้การประชุมทางโทรศัพท์ (Conference calling) การใช้ห้องสนทนา (Chat rooms) การสื่อสารแบบออนไลน์อื่น ๆ ตามความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี มีความทันสมัย มีชีวิตชีวาว่าการสนทนากลุ่มแบบเผชิญหน้าได้ แต่มีข้อจำกัด คือ ใช้ได้เฉพาะผู้ที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตเท่านั้น ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ขณะสนทนา คือ ปัญหาการเชื่อมต่อของสัญญาณขณะสนทนา และปัญหาทางเทคนิคต่าง ๆ

แม้ว่าการสนทนากลุ่มจะมีหลายประเภท แต่ลักษณะหลักของการดำเนินการสนทนากลุ่มจะมีความคล้ายคลึงกัน คือ การสนทนาที่มีประเด็นในการสนทนาที่เฉพาะเจาะจง เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้แสดงออกอย่างอิสระตามความคิดเห็น ความรู้สึก หรือประสบการณ์ของตน โดยเน้นให้เกิดปฏิสัมพันธ์ภายใต้บรรยากาศที่เป็นกันเอง ซึ่งเป็นลักษณะของการสนทนากลุ่มแบบกลุ่มเดี่ยวหรือแบบดั้งเดิมนั่นเอง

การเตรียมการจัดสนทนากลุ่ม

ในการจัดการสนทนากลุ่ม มีการเตรียมการที่สำคัญ (เก็จกนก เอื้อวงศ์, 2562) ดังนี้

1. การกำหนดประเด็นหรือตัวแปรที่จะศึกษา เป็นสิ่งที่ผู้วิจัยจะต้องกำหนดหลังจากกำหนดเรื่องที่จะศึกษาวิจัยแล้ว โดยผู้วิจัยมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและทำความเข้าใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์หรือบริบทกับประเด็นหรือตัวแปรที่จะศึกษา เพื่อนำมาสร้างแนวคำถามหรือกรอบคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม โดยนำคำถามที่ร่างไว้มาเรียบเรียงเป็นประเด็นย่อย ๆ จัดลำดับไว้ ทั้งนี้ ประเด็นคำถามที่เหมาะสม ควรอยู่ระหว่าง 3 - 6 ประเด็น

2. การกำหนดและคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนาหรือผู้ให้ข้อมูล จะต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์หรือมีข้อมูลในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการ ควรมีคุณสมบัติสำคัญ ๆ ที่คล้ายคลึงกัน (homogenous group) เพื่อช่วยให้ผู้ร่วมสนทนา รู้สึกสะดวกใจในการสนทนา กลุ่มสามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่น ขนาดของกลุ่มควรมีจำนวน 7 - 8 คน ซึ่งเป็นขนาดของกลุ่มที่สามารถอภิปรายตอบโต้กันดีที่สุด เป็นขนาดของกลุ่มที่ช่วยทำให้การสนทนาที่มีลักษณะเปิดกว้างเหมาะสมในการจัดประเด็นซักถาม (เก็จกนก เอื้อวงศ์, 2562)

3. การกำหนดบุคลลากรในการจัดการสนทนากลุ่ม ควรประกอบด้วย

3.1. ผู้ดำเนินการ (moderator) เป็นผู้นำการสนทนาให้เป็นไปตามประเด็นหรือแนวคำถามที่ตั้งไว้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจน ลึกซึ้ง ตรงประเด็น ผู้ดำเนินการจะต้องรู้และมีความเข้าใจในประเด็นปัญหาวิจัย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและวิธีการควบคุมประเด็นในการสนทนา ถ้านักวิจัยสามารถเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มได้เอง ก็จะทำให้ดำเนินการได้ตรงประเด็น ค้นหาข้อมูลได้ลึกซึ้ง แต่หากนักวิจัยไม่ได้เป็นผู้ดำเนินการเอง อาจเลือกผู้ดำเนินการที่มีประสบการณ์ในการเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มและควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นวิจัยอย่างชัดเจน ทั้งนี้ ประสิทธิภาพในการสนทนากลุ่มขึ้นอยู่กับผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มเป็นสำคัญ ดังนั้น ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มควรมีคุณลักษณะที่สำคัญ (Baral, Uprety & Lamichhane, 2016; เก็จนก เอื้อวงศ์, 2562) ดังนี้

3.1.1 ต้องมีความคุ้นเคยกับเรื่องหรือประเด็นในการสนทนา โดยหากเป็นนักวิจัย ก็จะต้องศึกษาค้นคว้า มีความรู้ความเข้าใจในประเด็นที่สนทนา แต่หากไม่ใช่ นักวิจัยต้องเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์และคุ้นเคยกับประเด็น หรือทำความเข้าใจประเด็นที่สนทนาเป็นอย่างดี

3.1.2 เป็นบุคคลที่มีความสุภาพ จริงใจ ยืดหยุ่น มีความละเอียดอ่อนต่อบุคคลทั้งหญิงและชาย คำนึงถึงความอ่อนไหวทางวัฒนธรรม ซึ่งคุณลักษณะนี้มีส่วนที่จะเสริมสร้างบรรยากาศในการสนทนากลุ่มเป็นไปด้วยดี มีความเป็นกันเอง ไม่ทำให้เกิดความขัดแย้งในกลุ่ม

3.1.3 เป็นบุคคลที่เคารพ ให้เกียรติผู้เข้าร่วมการสนทนา ไม่แสดงออกในลักษณะการตัดสิน การผูกขาดการพูดเพียงคนเดียว หรือแสดงอาการดูถูกผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

3.1.4 เป็นบุคคลที่เป็นอิสระจากอคติทั้งหลาย ไม่แสดงความเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องที่สมาชิกพูด และไม่ชี้นำความคิดของสมาชิกในกลุ่ม

3.1.5 เป็นผู้เอื้ออำนวย ในการนำกลุ่มต้องการทักษะเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม สิ่งสำคัญ คือ ต้องรู้ว่าจะมีวิธีการในกลุ่มอย่างไร หากมีคนที่เข้ามาครอบงำกลุ่ม หรือมีความขัดแย้งในกลุ่ม

3.1.6 เป็นผู้มีทักษะในการใช้คำถามที่ควรเป็นคำถามเปิด มีความชัดเจน ตรงประเด็น รวมทั้งใช้คำถามที่สามารถจะชักใช้ไล่เลียงข้อมูลต่าง ๆ หรือเป็นคำถามตะล่อมกล่อมเกล่าได้เป็นอย่างดี

3.1.7 มีความสามารถด้านภาษาที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม เพราะการสนทนากลุ่มไม่สามารถดำเนินการได้โดยผ่านล่ามหรือโดยบุคคลที่สาม ไม่ว่าเขาจะมีทักษะหรือไม่ก็ตาม ดังนั้น ในกรณีที่มีการใช้ภาษาท้องถิ่น ผู้ดำเนินการควรมีความสามารถในการใช้ภาษาของท้องถิ่นนั้นได้เป็นอย่างดี

นักวิจัยหรือผู้จะทำหน้าที่ดำเนินการสนทนากลุ่มควรจะต้องมีคุณลักษณะดังกล่าว หากพบว่ายังมีคุณลักษณะไม่ครบถ้วน หรือมีสิ่งที่จะต้องฝึกฝน นักวิจัยอาจต้องได้รับการฝึกอบรม

หรือการหาประสบการณ์ในการเข้าร่วมกลุ่มหรือเป็นผู้ช่วยในการสนทนากลุ่มเพื่อเป็นการพัฒนาตน หรือฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำเนินการสนทนากลุ่ม

3.2 ผู้จดบันทึกคำสนทนา (Note taker) เป็นผู้จดบันทึกการสนทนา โดยจดทุกคำพูด จดอาทิกับกริยาท่าทางของผู้เข้าร่วมสนทนา รวมทั้งเขียนผังการนั่งของสมาชิกให้ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม

3.3 เจ้าหน้าที่บริการทั่วไป เป็นผู้คอยดูแล อำนวยความสะดวก บริการน้ำดื่ม อาหารว่าง บันทึกรูป และดูแลสถานการณ์ต่าง ๆ ไม่ให้มีการรบกวนสมาชิกในกลุ่ม

4. การจัดเตรียมอุปกรณ์ในการบันทึกเสียง ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง หรือ MP3 หรือ MP4 โดยจะต้องบันทึกเสียงไว้ตลอดการสนทนา การบันทึกเสียงจะช่วยเก็บข้อมูลรายละเอียดของการสนทนา คำตอบที่เกิดจากการอภิปราย การแลกเปลี่ยน และประเด็นถกเถียงปัญหา การบันทึกเสียงที่ดี คือ การใช้เครื่องบันทึก 2 เครื่อง เพื่อป้องกันการสูญหายและช่วยให้ได้เสียงที่มีความชัดเจน

5. การกำหนดสถานที่จัดสนทนากลุ่ม ควรเป็นสถานที่ที่สมาชิกทุกคนรู้จัก มีความเป็นส่วนตัว เงียบ ไม่มีเสียงรบกวน อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่ถูกรบกวนจากสิ่งต่าง ๆ ที่จะมีผลกระทบต่อ การสนทนากลุ่มและข้อมูลที่จะได้รับจากผู้เข้าร่วมการสนทนา

6. การจัดเตรียมของที่ระลึกให้แก่ผู้เข้าร่วมการสนทนา เป็นการแสดงความขอบคุณ ผู้เข้าร่วมสนทนาที่เสียสละเวลามาร่วมสนทนากลุ่ม เพื่อเป็นของที่ระลึก ซึ่งจะต้องคำนึงถึงความเหมาะสม ในบางกรณีอาจต้องให้เป็นค่าตอบแทน ค่าพาหนะสำหรับผู้เข้าร่วมสนทนาที่มีค่าใช้จ่าย หรือค่าเสียเวลา แต่ในบางกรณี โดยเฉพาะการสนทนากลุ่มในชุมชน เป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับชุมชนหรือ การพัฒนาชุมชน นักวิจัยหลายคนเลือกการให้ของที่ระลึกมากกว่าการให้เป็นค่าตอบแทน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับบริบทและการพิจารณาความเหมาะสมของนักวิจัยด้วย

7. การกำหนดระยะเวลาในการสนทนากลุ่ม ควรใช้เวลาไม่เกิน 2 ชั่วโมง ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่สมาชิกจะไม่เหนื่อยล้าเกินไป เวลาอาจจะมากหรือน้อยกว่านี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มแต่ละกลุ่มซึ่ง อาจมีความแตกต่างกันทั้งในด้านอายุ ประสบการณ์ หรือประเด็นที่สนทนา หรือผู้เข้าร่วมกลุ่มที่มีความพร้อมแตกต่างกัน

แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม

แนวคำถามหรือประเด็นในการสนทนากลุ่มเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการสนทนากลุ่ม นักวิจัยจำเป็นต้องกำหนดแนวคำถามที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยหรือคำตอบที่ผู้วิจัยต้องการ โดยแนวคำถามในการสนทนากลุ่มประกอบด้วยคำถามใน 3 ลักษณะ (เก็จกนก เอื้อวงศ์, 2562) คือ

1. คำถามนำ เป็นคำถามที่จะนำผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเข้าสู่ประเด็นการสนทนา เป็นคำถามเปิดกว้าง ๆ ที่จะช่วยให้ผู้เข้าร่วมสนทนา รู้สึกสบาย ๆ ในช่วงเริ่มต้นสนทนา โดยส่วนใหญ่จะนำไปสู่ประเด็นการวิจัยที่ต้องการคำตอบโดยตรง เช่น อาจเกริ่นนำว่า “วันนี้ เราจะมาคุยกันในเรื่องเกี่ยวกับการดำเนินการตามโครงการ DLTV ในโรงเรียน พอกล่าวถึงเรื่องนี้ท่านคิดอย่างไร” หรือ “วันนี้เราจะคุยเรื่องการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่ท่านชอบที่สุดคืออะไร” เป็นต้น

2. คำถามหลัก เป็นคำถามที่มุ่งตอบคำถามการวิจัย อาจประกอบด้วยคำถามหลัก (Main questions) และคำถามรอง (Sub questions) ซึ่งเป็นรายละเอียดที่ต้องการขยายคำถามหลัก เพื่อให้ผู้วิจัยได้เข้าใจในประเด็นต่าง ๆ ชัดเจนขึ้น รวมทั้งคำถามที่จะใช้เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสนทนาได้ขยายความหรือบอกเล่าบางสิ่งบางอย่างที่มักไม่เปิดเผยง่าย ๆ เป็นการ “ล้วงคำตอบ” เรียกว่า เป็นคำถามแบบตะล่อมกล่อมเกล่า (Probe questions) เช่น “คุณครูสอนโดยใช้ DLTV อย่างไร” “คุณครูเตรียมการอย่างไร” “สิ่งที่ดำเนินการมีสิ่งใดที่เป็นจุดแข็ง และสิ่งใดที่เป็นจุดอ่อน” “หากจะต้องปรับปรุงการดำเนินการ คุณครูคิดว่าควรปรับปรุงในด้านใดบ้าง” และ “คุณครูคิดว่าหน่วยงานต้นสังกัดควรเข้ามาสนับสนุนอย่างไร” เป็นต้น

3. คำถามเพื่อการสรุป เป็นคำถามที่ผู้วิจัยใช้เพื่อตรวจสอบว่า มีประเด็นที่ผู้ร่วมสนทนากลุ่มอาจยังไม่มีโอกาสได้กล่าวถึง หรืออยากเติมเต็มข้อมูลที่มีความสำคัญในการสนทนากลุ่ม เช่น “จากที่เราคุยกันมา มีท่านใดที่อยากเสนอประเด็นหรือมุมมองอื่น ๆ อะไรอีกบ้างไหม” หรือ “มีใครอยากเพิ่มเติมเนื้อหาในเรื่องใดอีกบ้างไหม” หรือ “ในเรื่องข้อเสนอมุมมองเพื่อการปรับปรุงตามที่เรามาคุยกันมา มีใครอยากเสนอแนะเพิ่มเติมไหม” เป็นต้น

การสร้างแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม นอกจากเป็นคำถามที่ตรงกับคำถามการวิจัยหรือสิ่งที่ต้องการคำตอบที่ควรคำนึงถึงเป็นลำดับแรกแล้ว ควรเป็นคำถามเปิดที่ง่าย ตรงไปตรงมา เป็นคำถามที่ใช้ในการถามสมาชิกทุกคน โดยสมาชิกทุกคนสามารถให้ข้อมูลและบอกความรู้สึกได้ ไม่ใช่เพื่อถามบุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นการเฉพาะเจาะจง ในแต่ละคำถามไม่ควรถามในหลาย ๆ ประเด็น ควรถามเพียงประเด็นเดียว รวมทั้งไม่เป็นคำถามที่ต้องการคำตอบเพียงว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เท่านั้น นอกจากนี้ ควรเป็นคำถามที่ไม่ทำให้ผู้ร่วมสนทนากลุ่มเกิดความรู้สึกถูกคุกคามหรือรู้สึกอึดอัดที่จะตอบคำถาม การใช้คำถามควรพิจารณาภาษาให้เหมาะสมกับคุณลักษณะของสมาชิกในกลุ่ม ทั้งด้านความรู้และบริบททางวัฒนธรรมด้วย

ขั้นตอนการดำเนินการสนทนากลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพ

ควรมีการดำเนินการ (เก็จนก เอ็อวงค์, 2562) ดังนี้

1. ระยะเวลาเริ่มการสนทนากลุ่ม

ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ได้แก่ อายุ อาชีพ ลักษณะงาน การศึกษา หรือข้อมูลอื่น ๆ ที่อาจเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการสนทนากลุ่ม

2. ระหว่างการสนทนากลุ่ม

2.1 ผู้ดำเนินการต้องเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธ์ภาพทั้งระหว่างผู้ดำเนินการกับผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มและผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มด้วยกันเอง เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ใกล้ชิดเป็นกันเอง โดยขอให้สมาชิกได้แนะนำตนเองซึ่งทำให้ผู้เข้าร่วมการสนทนา รู้จักกันเองและผู้ดำเนินการจะได้มีข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมสนทนาเพิ่มเติม

2.2 ผู้ดำเนินการอธิบายวัตถุประสงค์ ขอบข่ายของการสนทนากลุ่ม ตลอดจนกระบวนการ วิธีที่จะดำเนินการสนทนากลุ่ม การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล สิทธิของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม และสอบถามความสมัครใจในการร่วมสนทนา

2.3 การร่วมกันกำหนดและปฏิบัติตามกติกาในการสนทนา เช่น การพูดทีละคน การแสดงความคิดเห็นได้แม้จะมีความเห็นที่แตกต่างจากคนอื่น ๆ เป็นต้น

2.4 การขออนุญาตบันทึกเทปรหว่างการสนทนากลุ่มจากผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

2.5 การเริ่มต้นการสนทนาด้วยคำถามนำ ซึ่งอาจเรียกว่าเป็นคำถามย่อยก่อนเข้าสู่การสนทนา (Small talk) เป็นประเด็นการสนทนาในเรื่องทั่ว ๆ ไป ที่จะนำผู้เข้าร่วมสนทนาเข้าสู่เรื่องราวที่จะสนทนา ควรเป็นคำถามที่ไม่ทำให้ผู้เข้าร่วมสนทนา รู้สึกอึดอัด เป็นการสร้างความคุ้นเคย แต่ควรเป็นประเด็นที่สามารถจะเชื่อมโยงไปสู่ประเด็นหลักได้

2.6 เมื่อเข้าสู่ประเด็นหลัก ผู้ดำเนินการจะขอให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มอธิบายอย่างอิสระเกี่ยวกับพฤติกรรม หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษา โดยผู้ดำเนินการใช้คำถามที่เตรียมไว้ ทั้งคำถามหลัก คำถามรอง และคำถามตะล่อมกล่อมเกลา ซึ่งอาจใช้คำพูด การถามเพื่อแสดงความอยากรู้ในเรื่องที่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มนำเสนอ ทั้งนี้ผู้ดำเนินการอาจใช้กลยุทธ์การเอื้ออำนาจกลุ่มที่หลากหลาย เช่น การกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มได้พูดคุยกันเองซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นการพูดกับผู้ดำเนินการกลุ่มเท่านั้น เป็นต้น การให้กำลังใจบุคคลที่เขินอายหรือไม่กล้าพูด และพยายามลดบทบาทของผู้ที่ครอบงำกลุ่มโดยการใช้ทั้งคำพูดและภาษาท่าทาง โดยอาจดำเนินการ ดังนี้ เปิดโอกาสให้สมาชิกคนอื่น ๆ พูดหรือเข้าไปแทรกแซงอย่างสุภาพ หรือหาโอกาสที่จะหยุดและให้คำแนะนำว่า ประเด็นดังกล่าวจะคุยกันในรายละเอียดในช่วงหน้า รวมทั้งการแสดงความสนใจในสิ่งที่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มพูดเพื่อเป็นการสนับสนุนพฤติกรรมและให้การเสริมแรงสมาชิกคนอื่น ๆ ในกรณีการใช้คำถามแบบเจาะลึกควรทำโดยไม่เป็นการชี้นำผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

2.7 บางครั้งอาจเกิดความขัดแย้ง ผู้ดำเนินการต้องมีวิธีการและสามารถจัดการกับความขัดแย้งในกลุ่ม ควบคุมหรือตัดประเด็นที่จะนำไปสู่ความขัดแย้งและให้โอกาสแก่สมาชิกที่ไม่ค่อยแสดงความคิดเห็น โดยต้องแสดงความเป็นกลางในประเด็นที่ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเห็นแตกต่างกัน หรือมีความขัดแย้งกัน

2.8 ผู้ดำเนินการไม่แสดงตัวว่าเป็นผู้รู้ดีในประเด็นที่สนทนา และไม่เข้าไปแก้ไขความรู้

ความเข้าใจของสมาชิก หากสมาชิกขอให้แสดงความคิดเห็น ควรหลีกเลี่ยงการเสนอความเห็นอย่างสุภาพ

2.9 ผู้ดำเนินการควรใช้การตั้งประเด็นเพื่อให้เกิดการโต้เถียง อภิปรายเพื่อให้เกิดการอภิปรายอย่างกว้างขวาง นอกจากนี้ประเด็นคำถามที่ใช้ อาจมีการปรับประเด็นหรือการจัดลำดับของหัวข้อใหม่ได้

3. ระยะเวลาของการสนทนากลุ่ม

ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มใช้คำถามเพื่อการสรุปการสนทนา กล่าวขอบคุณในความร่วมมือของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทุกคน มีการมอบของที่ระลึก และขอความอนุเคราะห์ในการเข้าร่วมสนทนาอีกครั้ง หากผู้วิจัยพิจารณาว่าจำเป็นต้องมีการนัดหมายเพิ่มเติม

ข้อจำกัดของการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

แม้ว่าการสนทนากลุ่มจะเป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีประโยชน์และมีประสิทธิภาพ แต่การสนทนากลุ่มก็มีข้อจำกัด เช่น ควรหลีกเลี่ยงการสนทนากลุ่มในบางประเด็นที่เป็นปัญหาของสังคมที่ไม่สามารถจะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาได้จริง หรือผู้เข้าร่วมการสนทนาอาจรู้สึกอึดอัดหรือรู้สึกไม่สบายใจกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม หรือประเด็นการสนทนาไม่เหมาะสมกับสมาชิกในกลุ่ม เป็นต้น (Morgan, 1998) นอกจากนี้ ประสิทธิภาพของผู้ดำเนินการกลุ่มก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้กระบวนการกลุ่มประสบความสำเร็จหรือไม่ ขนาดของกลุ่มที่เล็กเกินไปหรือผู้เข้าร่วมที่มีลักษณะที่แตกต่างหลากหลาย อาจทำให้ได้ข้อค้นพบไม่เพียงพอที่จะอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Baral et al., 2016)

การพัฒนาารูปแบบในการวิจัยครั้งนี้ ใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เนื่องจากต้องการระดมสมองและอภิปรายในประเด็นที่ศึกษาวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมกลุ่มการสนทนามีความรู้ ประสบการณ์ มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงหรือคล้ายคลึงกัน ทั้งนี้ การสนทนากลุ่มเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพเนื่องจากประหยัดเวลาและงบประมาณในการวิจัย โดยการดำเนินการสนทนากลุ่มใช้ผู้เข้าร่วมสนทนา 17 คน ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนาและมีผู้ช่วยอีก 1 คน ช่วยบันทึกข้อมูลการสนทนา เมื่อดำเนินการได้ครบถ้วนและถูกต้องจะช่วยให้ได้ผลการวิจัยที่มีคุณภาพ มีความหมาย มีความลึกซึ้ง เชื่อถือได้ เป็นตัวแทนซึ่งสะท้อนภาพของปรากฏการณ์ที่ศึกษา ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องนำเสนอข้อมูลการป้องกัน ซึ่งได้จากผลการศึกษารายงานในระยะที่ 1 รวมถึงระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ มาเป็นข้อมูลนำเข้าไปพัฒนารูปแบบที่ถูกต้อง เหมาะสม ทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามที่ต้องการ

การป้องกันปัญหาสุขภาพ

การป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎีตามหลักการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้อง คือ

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (Mental Health Prevention) หมายถึง กระบวนการลดอัตราการเกิดความชุก การกลับเป็นซ้ำของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ยืดระยะเวลาของการเกิดอาการเจ็บป่วยทางจิตให้นานขึ้น รวมทั้งลดผลกระทบจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ตลอดจนการลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตให้กับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2560)

การป้องกันปัญหาสุขภาพมีความหมายครอบคลุมถึงการควบคุมโรคด้วย ตั้งแต่กิจกรรมที่ดำเนินการก่อนเกิดโรค (Primary prevention) เกิดโรคแล้วแต่ยังไม่เกิดอาการ (Secondary prevention) หรือเกิดอาการแล้ว (Tertiary prevention) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2560) คือ

1. การป้องกันระดับที่หนึ่ง (Primary prevention) เป็นการป้องกันล่วงหน้า ในระยะที่ยังไม่มีโรคหรือภัยสุขภาพเกิดขึ้น เป็นการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ ประหยัดและได้ผลมากกว่าการป้องกันโรคหรือภัยสุขภาพในระดับอื่น ๆ วัตถุประสงค์หลักของการป้องกันโรคหรือภัยสุขภาพ คือ การกำจัดหรือลดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหรือภัยสุขภาพล่วงหน้า เช่น การปรับสภาพความเป็นอยู่ของมนุษย์ หรือการปรับปรุงภาวะสิ่งแวดล้อม หรือทั้งสองประการร่วมกัน เพื่อไม่ให้โรคหรือภัยสุขภาพต่าง ๆ เกิดขึ้น หรือทำให้เกิดอาการหรืออาการแสดงของโรคขึ้นได้ โดยโรคที่เกิดขึ้นนั้นอาจแยกออกได้เป็นสองกลุ่มใหญ่ตามสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค คือ กลุ่มโรคที่เกิดจากสาเหตุอย่างเดียว (Single factor) ได้แก่ โรคติดเชื้อต่าง ๆ เช่น โรคคอตีบ โรคไอกรน วัณโรค เป็นต้น และกลุ่มโรคที่เกิดจากสาเหตุหลายอย่าง (Multiple factors) ได้แก่ โรคไร้เชื้อต่าง ๆ เช่น อุบัติเหตุ โรคเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคมะเร็งต่าง ๆ และโรคทางด้านสุขภาพจิต เป็นต้น การป้องกันระดับนี้ ประกอบด้วยงานหรือกิจกรรมที่สำคัญ คือ การเฝ้าระวัง (Surveillance) เพื่อจัดเก็บ วิเคราะห์ และแปลผลข้อมูลทางสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ การนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผน จัดทำมาตรการ ป้องกันปัญหาได้อย่างทันที่ การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นการเสริมสร้างให้ร่างกายมีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ช่วยสนับสนุนให้การป้องกันโรคในระดับอื่น ๆ ดีขึ้น เช่น งานสุขศึกษา เป็นการให้ความรู้ทั่วไปในการป้องกันโรคหรือภัยสุขภาพ การเปลี่ยนแปลง ทักษะคิด และการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Healthy behaviors) นอกจากนี้ยังมีงานโภชนาการ งานอนามัยสิ่งแวดล้อมและงานสุขภาพิบาล เป็นการจัดหรือปรับปรุงการสุขภาพิบาล สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน (Healthy environment) ช่วยให้ประชาชนมีที่อยู่อาศัยที่ ถูกสุขลักษณะ มีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจในชุมชน มีสถานที่เล่นนันทนาการ สามารถช่วยป้องกันการเกิด

โรคหรือภัยสุขภาพ อันเนื่องมาจากพฤติกรรมได้ เป็นต้น

2. การป้องกันระดับที่สอง (Secondary prevention) เป็นการป้องกันในระยะเวลาที่มีโรคหรือภัยสุขภาพ เกิดขึ้นแล้ว มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะลดความรุนแรงของโรคหรือภัยสุขภาพ ป้องกัน และหยุดยั้งการดำเนินการของโรค ช่วยลดระยะเวลาการเจ็บป่วย และลดระยะเวลาการแพร่ของโรค การป้องกันระดับนี้ส่วนใหญ่จะกระทำในระยะก่อนมีอาการ และขณะมีอาการของโรคเกิดขึ้น ได้แก่ การวินิจฉัยในระยะแรกเริ่มและให้การรักษาทันที (Early diagnosis and prompt treatment) ซึ่งประกอบด้วย การค้นหาผู้ป่วยในระยะที่ยังไม่มีอาการ (Early detection of asymptomatic cases) เป็นการป้องกันและควบคุมโรคที่ดีและมีประสิทธิภาพมากที่สุด การค้นหาผู้ป่วยได้ในระยะเริ่มแรกที่มีอาการ ช่วยยังยั้งกระบวนการดำเนินของโรค สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนและผลเสียที่อาจเกิดตามมาได้ และยังป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้ ส่วนใหญ่สามารถตรวจพบได้โดยการตรวจคัดกรองโรค (Screening of diseases) เช่น การตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม เป็นต้น และการวินิจฉัยผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เมื่อพบว่ามีอาการ (Early diagnosis of symptomatic cases) เพื่อที่จะได้ให้การดูแลรักษาได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วทันช่วงที่ลดระยะเวลาของโรค ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น ช่วยป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นด้วย

3. การป้องกันระดับที่สาม (Tertiary prevention) เป็นการป้องกันในระยะที่เกิดภายหลังจากที่มีอาการป่วยมากแล้ว การป้องกันในระยะนี้จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ป้องกันการเกิดโรคซ้ำ (Recurrence) ตลอดจนผลเสียต่าง ๆ ที่จะตามมาภายหลัง ซึ่งมีทั้งความเสี่ยงต่ออันตรายและความสูญเสียจากโรค ความพิการ ทุพพลภาพหรือการสูญเสียชีวิต การป้องกันในระยะนี้จะได้ผลน้อยกว่าการป้องกันในสองระดับแรก การป้องกันในระยะนี้มีความสำคัญสำหรับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยวิธีการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย (Rehabilitation) และกิจกรรมการฟื้นฟูสุขภาพทางจิตใจ จำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การให้กำลังใจ ให้เกิดความสบายใจ หายวิตกกังวล และความทุกข์ แนะนำและอธิบายให้เข้าใจสภาพความจริงต่าง ๆ ให้เรียนรู้ความจริงต่าง ๆ ด้วยตัวของตัวเอง เสริมสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเอง รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพทางสังคม เพื่อสร้างศักยภาพให้แก่ผู้ป่วยตามความสามารถ และหาทางให้สังคมยอมรับผู้ป่วยกลับคืนสู่ชุมชน เป็นต้น

จุดมุ่งหมายของการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2560)

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ มุ่งเน้นการจัดการปัญหาและการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 Psychosocial Prevention ได้แก่

1. การพัฒนาภูมิคุ้มกันในการจัดการปัญหาที่จะกระทบจิตใจได้ด้วยตัวของผู้สูงอายุเอง เช่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การฝึกทักษะ การแก้ไขปัญหา การควบคุมอารมณ์ ความสามารถลดหรือเปลี่ยนปัญหาที่เกิดขึ้นให้เป็นโอกาส

2. การพัฒนาระบบช่วยแก้ปัญหาให้ผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้คำปรึกษา

ระดับที่ 2 Psychiatric Prevention ได้แก่

2.1 ระดับที่เริ่มมีอาการทางจิตหรือปัญหาสุขภาพจิตแต่ยังไม่เป็นโรค เช่น ความเครียด วิตกกังวล เศร้า เป็นต้น ผู้สูงอายุยังสามารถควบคุมได้และยังไม่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต การทำงาน หรือการอยู่ในสังคม หรืออยู่ในระดับเสี่ยงต่อการเป็นโรคทางจิตเวช สามารถป้องกันหรือรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น (Symptomatic Treatment prevention)

2.2 ยังไม่มีอาการของโรค แต่มีความเสี่ยงสูงจากประวัติของบิดา มารดาหรือญาติพี่น้อง ซึ่งอยู่ในดุลพินิจของแพทย์ที่จะให้การรักษา เป็นการป้องกันด้วยความยินยอมของผู้ป่วยและญาติ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง โดยการเฝ้าระวังเชิงรุกเฉพาะกลุ่ม เฉพาะพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม ถูกต้อง มีความรวดเร็ว สามารถนำไปใช้เพื่อแก้ปัญหาการเกิดความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าได้อย่างทันท่วงที รวมถึงการดำเนินการจัดกิจกรรมป้องกันการเกิดความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ด้วยกระบวนการที่เป็นระบบตามหลักทางวิทยาการระบาด

การดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2557; ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9, 2560)

กรมสุขภาพจิตเริ่มดำเนินการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชนโดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ด้วยการพัฒนาแบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า จำนวน 15 ข้อ โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามข้อคำถามตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า สามารถแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในภาพรวมระดับประเทศได้ดี คนไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าของประชาชนยังต่ำ โดยมีเพียงร้อยละ 4.40

ปี พ.ศ. 2549 ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทำการวิจัยพัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดและเทคโนโลยี/คู่มือ/ความรู้ในการส่งเสริมป้องกันไม่ให้มีภาวะซึมเศร้าสำหรับประชาชนทั่วไป 10 เรื่อง และสำหรับกลุ่มเสี่ยง 6 เรื่อง สื่อวีดิทัศน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและพยาบาล โปรแกรมระบบสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า พัฒนาแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9Q แบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายด้วย 8Q แนวทางการจัดการตามระดับความรุนแรง การรักษาด้วยยา การติดตามเฝ้าระวังเพื่อป้องกันกลับเป็นซ้ำ อบรมการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์และพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดยโสธรและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกพื้นที่ของจังหวัดยโสธร ผลการดำเนินงานทำให้

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการมากขึ้นจากเดิมร้อยละ 1.42 เป็นร้อยละ 6.05

ปี พ.ศ. 2550 ขยายผลการดำเนินการ 4 จังหวัด คือ มุกดาหาร สงขลา นครสวรรค์และ กำแพงเพชร นำระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าไปใช้ในพื้นที่ มีผลการดำเนินการค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มมี ภาวะซึมเศร้ารายใหม่ ด้วยการคัดกรองโรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มที่มาด้วยอาการซึมเศร้า ชัดเจน ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ข้อ เสื่อม ไตวาย มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยตั้งครรภ์หรือหลังคลอด ผู้ที่ มีปัญหาสุรา ยาเสพติด กลุ่มที่มีการสูญเสียคนที่รักหรือสินทรัพย์ ผลทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใน 4 จังหวัด เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 3.70 เป็นร้อยละ 6.31

ปี พ.ศ. 2551 - 2552 ปรับปรุงระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดให้สอดคล้องกับ บริบทผู้ใช้มากขึ้น มีการพัฒนาเทคโนโลยีการส่งเสริมเพื่อป้องกันการมีภาวะซึมเศร้าสำหรับประชาชน ทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ปรับปรุง พัฒนาเครื่องมือการค้นหา การประเมินโรคซึมเศร้า การรักษาด้วยยา การติดตามเฝ้าระวังให้สอดคล้องกับบริบทของคนไทยโดยรวม มีการอบรมพัฒนาเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าทุกระดับของสถานบริการทั่วประเทศ โดยอบรมแกนนำใน การดำเนินงานการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ที่มีความสามารถในการเป็นที่เลี้ยง วิทยากร ติดตาม แนะนำช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ อบรมผู้ปฏิบัติทุกจังหวัดของประเทศ ไทย รวมทั้งปรับปรุง พัฒนาโปรแกรมระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าให้ใช้ได้ทุกพื้นที่ที่มีการ ดำเนินการ สนับสนุนเอกสาร สื่อ คู่มือการดำเนินงาน จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับเขตและ ประเทศ ขอรับทุนจากแหล่งทุนต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ ผลลัพธ์การดำเนินงานวัด ที่ผลของอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปี พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2552 เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 4.55 เป็นร้อยละ 5.05 ตามลำดับ

ในปี พ.ศ. 2553 - 2555 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต ได้พัฒนาระบบและ แนวทางในการดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า มีการขยายการดำเนินงานไปทั่วประเทศ เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพการดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าขึ้น โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายหลัก คือ กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน ไตวาย มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด (CVA)) ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยตั้งครรภ์หรือหลังคลอด ผู้ที่มีปัญหาสุรา สารเสพติด มีการปรับปรุงการดำเนินงาน โดยการ พัฒนา ปรับปรุง จัดทำคู่มือให้ชัดเจน ง่ายสำหรับทุกหน่วยบริการ มีสื่อวีดิทัศน์ภาษาถิ่นทั้ง 4 ภาค จัดทำโปรแกรมสำหรับบันทึกกิจกรรมและรายงานทาง Web application พัฒนาด้านแบบของ แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป อบรมพัฒนาศักยภาพในการ ดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าแก่แพทย์ พยาบาล/นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุขในสถานบริการทุกระดับเป็นการอบรมเพิ่มเติมสำหรับผู้ที่มาปฏิบัติงานใหม่ ติดตามช่วยเหลือเชิงลึกในพื้นที่ที่มีปัญหา ยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินงาน รายงานผลของกิจกรรมที่เชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลในเครือข่ายทุก

พื้นที่ทั้งประเทศ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น เมื่อเทียบกับประมาณการจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในคนไทย จากอัตราการเข้าถึงบริการก่อนดำเนินการในปี พ.ศ. 2549 ร้อยละ 3.70 เป็นร้อยละ 18.96 หลังจากดำเนินการแล้ว และในปี พ.ศ. 2556 เป็นร้อยละ 33.34 ซึ่งเพิ่มขึ้นเกือบ 10 เท่า ลดการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในขณะที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมาก นอกจากนี้ยังได้พัฒนาเครื่องมือในการคัดกรอง ประกอบด้วย การคัดกรองภาวะซึมเศร้าใช้แบบประเมิน 2 คำถาม (2Q) หากพบความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้า ให้ประเมินต่อยังแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) หากประเมินแล้วมีค่าคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้าให้ส่งต่อเพื่อประเมินด้วยแบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ด้วยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางต่อไป (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2554) ทั้งนี้การพัฒนาระบบและแนวทางในการดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า ทำให้เกิดมีระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าเป็นครั้งแรกในประเทศไทย ซึ่งเชื่อมโยงข้อมูลทุกพื้นที่ที่ดำเนินการ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลสารสนเทศนี้ไปใช้ประโยชน์ได้ ทั้งในด้านการดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษา เฝ้าระวังการกลับซ้ำ ตลอดจนการกำหนดนโยบาย พิจารณางบประมาณ ส่งผลให้คนไทยมากกว่า 6 ล้านคนได้รับการส่งเสริมป้องกันไม่ให้เป็นโรคซึมเศร้า ผู้ที่มีแนวโน้มจะเป็นโรคซึมเศร้าผู้ที่มีอาการซึมเศร้าได้รับการดูแลช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐาน ได้รับการติดตามเฝ้าระวังไม่ให้ป่วย และมีผู้ป่วยที่อาการหายทุเลาแล้วกลับเป็นซ้ำน้อยมาก ซึ่งแสดงถึงการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าตามระบบนี้มีประสิทธิภาพและช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากการวิจัยประเมินผลในภาพรวมทั้งประเทศ ตามการคาดการณ์ภาระของโรคที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก โดยวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ย่างชีวิตอย่างมีสุขภาพดีขององค์การอนามัยโลก, Harvard School of Public Health และธนาคารโลก ที่ว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพ เป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับประเทศไทย พบเป็นอันดับ 4 ในเพศหญิงและอันดับ 10 ในเพศชาย ซึ่งจะมีคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าถึง 1.5 ล้านคน พบว่าผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ซึ่งหากมีการค้นหาคัดกรอง ประเมินอาการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และส่งข้อมูลครบถ้วนถูกต้องทันเวลาอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2563 ความสูญเสียด้านสุขภาพจากโรคซึมเศร้าจะลดลง (กรมสุขภาพจิต, 2557)

สำหรับแนวทางการป้องกันภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ได้ผล คือ การค้นหาและให้การดูแลตั้งแต่เริ่มแรก โดยการคัดกรองด้วยแบบคำถาม 2Q เพื่อค้นหากลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าที่ครอบคลุมโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง ตามระบบเฝ้าระวังที่สามารถให้การดูแลกลุ่มที่มีความเสี่ยงโดยชุมชนได้เอง ก่อนที่จะส่งต่อคัดกรองด้วย 9Q โดยบุคลากรทางสาธารณสุข แล้วนำเข้าระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงและให้มีการดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่อไป (World Health Organization, 2023)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้การป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จะดำเนินการป้องกันในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการค้นหาและคัดกรองด้วยแบบประเมิน 2Q เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ประชาชนสามารถดำเนินการเองได้ มีต้นทุนดำเนินการไม่มาก ซึ่งมีความคุ้มค่าและช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีความต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ เติบโตบุคลากรเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตที่มีความขาดแคลนในปัจจุบัน เพื่อให้การดูแลเฝ้าระวังป้องกันครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุ ไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้า ก่อนที่จะนำผู้ที่มีความเสี่ยงเข้าสู่ระบบการดูแลภาวะซึมเศร้าให้เร็วที่สุด โดยใช้บริบทที่เหมาะสมของชุมชนในการดำเนินการ เพื่อเป็นต้นแบบที่จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ต่อไป

องค์ประกอบของระบบดูแลเฝ้าระวังป้องกันโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2565)
มีกระบวนการดำเนินงาน ดังนี้

1. การรู้จักกลุ่มเป้าหมาย การเฝ้าระวังโรคซึมเศร้ามีกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า ได้แก่

- 1.1. ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ไตวาย มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด CVA เป็นต้น
- 1.2. ผู้ป่วยผู้สูงอายุ
- 1.3. ผู้ป่วยตั้งครรถหรือหลังคลอด
- 1.4. ผู้ที่มีปัญหาสุรา สารเสพติด
- 1.5. กลุ่มที่มาด้วยอาการซึมเศร้าชัดเจน
- 1.6. ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้
- 1.7. กลุ่มที่มีการสูญเสีย (สูญเสียคนที่รักหรือทรัพย์สินของมีค่า)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงตามอายุ ซึ่งทุกคนที่เข้าสู่ผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยง ประกอบกับสถานการณ์ที่เพิ่มขึ้นของประชากรสังคมผู้สูงอายุทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นตามไปด้วย รวมถึงการมีภาวะอื่น ๆ ร่วมด้วย จึงควรมีการดำเนินการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้น

2. การค้นหาคัดกรอง ระบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า เริ่มจากการค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มจะมีภาวะซึมเศร้า ด้วยการคัดกรองในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง การคัดกรองโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไป สามารถให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดำเนินการได้ในชุมชน ด้วยเครื่องมือคัดกรอง 2Q ส่วนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงสามารถดำเนินการได้โดยบุคลากรสาธารณสุข ด้วยเครื่องมือคัดกรองที่มีมาตรฐานอย่างถูกต้อง หลังจากได้ผลคัดกรองแล้วต้องแจ้งผลแก่ผู้ที่ได้รับการคัดกรอง ทั้งรายที่ได้ผลปกติ และผลที่มีแนวโน้มมีภาวะซึมเศร้า พร้อมทั้งให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ที่รับการคัดกรองมีความรู้เข้าใจอย่างถูกต้อง โดยใช้การสื่อสาร 2 ทาง อาศัยทักษะการให้ข้อมูลของการให้คำปรึกษา (กรมสุขภาพจิต, 2558)

3. การวินิจฉัย รักษา ส่งต่อ ฟิ้นฟูสภาพ ในรายที่ได้ผลมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้า จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัย ประเมินความรุนแรงของโรคเพื่อให้การดูแลรักษาต่อไป โดยการวินิจฉัยโรค สามารถดำเนินการโดยแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลที่ผ่านการอบรมการวินิจฉัยโรคจิตเวชด้วยเกณฑ์ มาตรฐาน ICD-10 หรือ DSM-IV การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับจังหวัดนั้น จะเน้นการรักษาด้วยยาต้านเศร้าร่วมกับการให้การปรึกษาช่วยแก้ไขปัญหาลักษณะจิตใจเป็นหลัก เนื่องจากการรักษาด้วยจิตบำบัดนั้นยังไม่สามารถทำได้เนื่องจาก ไม่มีนักจิตบำบัดหรือผู้ที่รับการฝึกอบรมที่เชี่ยวชาญพอ การติดต่อผลการรักษานั้น จะใช้แบบประเมินซึมเศร้าด้วย 9Q แพทย์พยาบาลผู้รักษา จะนัดพบผู้ป่วยทุกเดือนเพื่อประเมินอาการ รักษาจนอาการทุเลา แล้วจะต้องให้การรักษาต่อเนื่องหลังจากทุเลาไปอีก 6 เดือน จึงค่อย ๆ ลดยา จนหยุดยาได้ช่วงระยะเวลาที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้านี้ จะเป็นการดูแลโดยทีมงานของโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป สำหรับในรายที่รุนแรงจะส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช จิตแพทย์จะประเมิน ให้การรักษาจนพ้นภาวะเสี่ยงทั้งหลาย ลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าวลง หลังจากนั้นจิตแพทย์จะส่งผู้ป่วยกลับมารับยาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ซึ่งแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านก็จะให้ยาต่อและประเมินอาการด้วยแบบประเมิน 9Q จนผู้ป่วยมีอาการทุเลาครบ 6 เดือน จะพิจารณาลดยาลงจนหยุดยาได้ (กรมสุขภาพจิต, 2558)

4. การช่วยเหลือแก้ไขปัญหากการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหรือผู้เกี่ยวข้องมีแนวทางที่ควรปฏิบัติ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559) ดังนี้

4.1 การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลควรประเมินภาวะจิตใจและอารมณ์ของตนเอง ซึ่งผู้ดูแลควรมีจิตใจที่สงบ มีความเมตตา กรุณาและอดทนมากเพียงพอ สามารถพูดคุย ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยท่าทีอ่อนโยน ทั้งนี้ ผู้ดูแลควรวางเวลาพักผ่อนทั้งกายและใจ ปลีกเวลาหาความสงบให้ตนเองหรือพักผ่อนบ้าง เพื่อให้สภาวะจิตใจกลับสู่ภาวะปกติและสมดุล ถ้าหากพื้นฐานผู้ดูแลไม่ใช่คนอ่อนโยน หรือควบคุมภาวะอารมณ์ไม่ได้ หรือคุมได้ไม่ดี ผู้ดูแลควรปรับปรุงตนเอง โดยหาที่ปรึกษาหรือฝึกฝนกับผู้เชี่ยวชาญ บ่อยครั้งผู้ดูแลอาจมีภาวะซึมเศร้าได้เช่นเดียวกัน ทำให้ต้องได้รับการรักษาด้วย

4.2 การเตรียมความพร้อมในเรื่องการจัดสรรเวลาของผู้ดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล หากมีภารกิจมาก ควรแบ่งเวลาที่ใช้พูดคุยหรือดูแลผู้สูงอายุออกเป็นหลายช่วง ไม่ต้องทำให้เสร็จในคราวเดียว หรือใช้เวลามาก ๆ เพียงครั้งหรือสองครั้ง หรือนาน ๆ ครั้ง แล้วหวังว่าจะได้ผลระยะยาว ให้ปรับทัศนคติเป็น ค่อย ๆ เปลี่ยน ค่อย ๆ ปรับ จะค่อย ๆ ดีขึ้น เนื่องจากภาวะซึมเศร้าจะเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย มีหลายอย่างที่ต้องปรับปรุง มีหลายฝ่ายคอยช่วยเหลือดูแล และทุกครั้งที่ปรับเปลี่ยนย่อมจะเกิดผลดีขึ้นกว่าเดิมไม่มากนัก

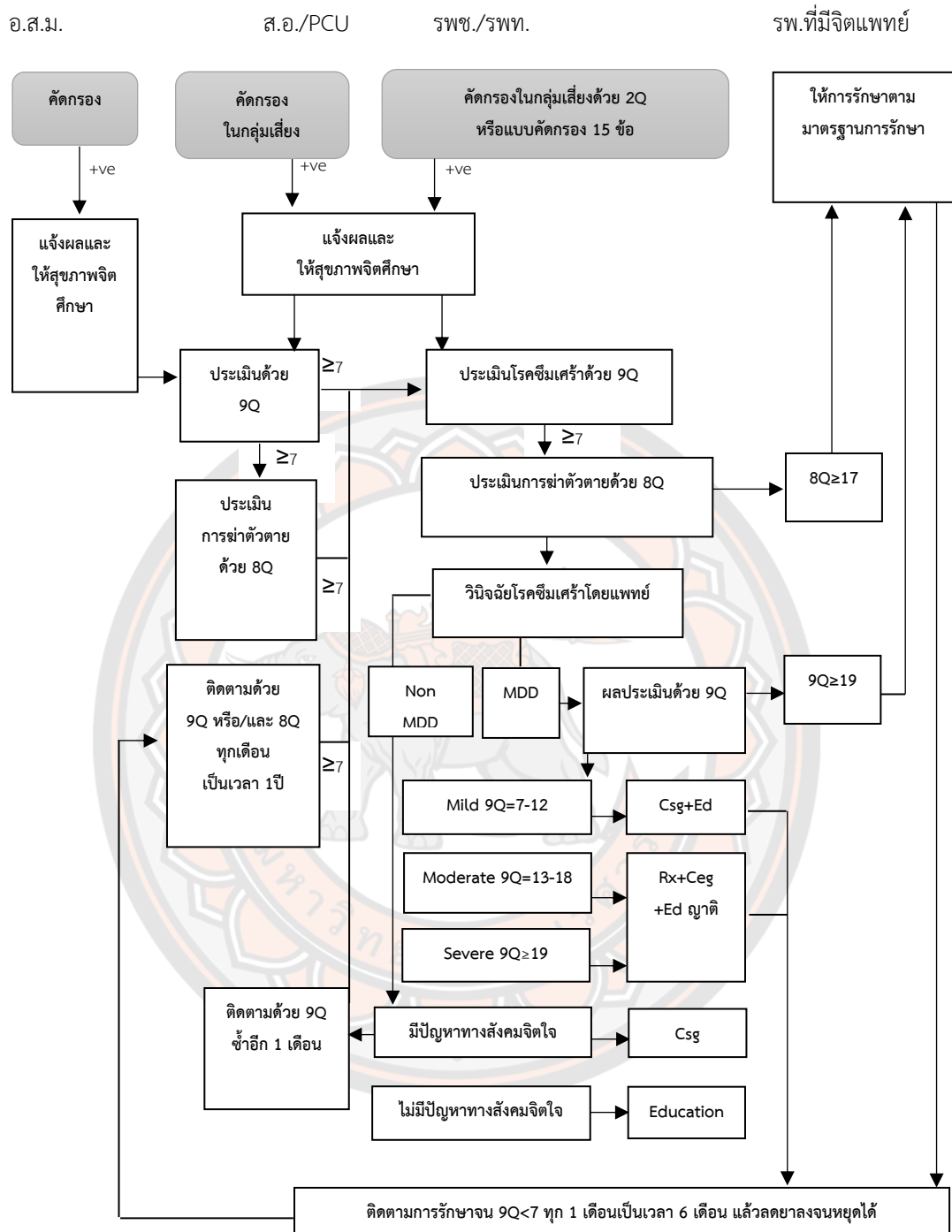
4.3 การเตรียมหาทางช่วยเหลือผู้สูงอายุไว้อย่างน้อย 3 ทาง โดยผู้ดูแลส่วนมากจะทราบถึงสาเหตุที่ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า เพราะอยู่ด้วยกันมานาน รู้จิตรู้ใจผู้สูงอายุดี หรืออาจจะปรึกษาจากผู้เกี่ยวข้อง เช่น พี่น้อง ลูกหลาน ญาติ หรือเจ้าหน้าที่ในชุมชน เป็นต้น เนื่องจากผู้ดูแลอาจไม่สามารถปรับเปลี่ยนตนเองได้ มักไม่หาวิธีการใหม่ ๆ ที่ดีขึ้น เช่น ผู้ดูแลยึดความเห็นของตนเป็นใหญ่ ต้องการให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลง ทั้ง ๆ ที่รู้ว่าทำได้ยาก วิธีการเหล่านี้ล้วนเป็นรูปแบบที่ซ้ำซาก เป็นต้น

5. การเฝ้าระวัง ติดตามการรักษาและเยี่ยมบ้าน การเฝ้าระวังการกลับซ้ำและกลับเป็นใหม่ เมื่อผู้ป่วยหยุดยาได้แล้ว โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) จะส่งต่อให้ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit: PCU) เป็นผู้ติดตาม เพื่อป้องกันการกลับซ้ำและการกลับเป็นใหม่ มีการรายงาน มีการบันทึก รายงานในโปรแกรมการรายงานที่เป็น Web application ที่ทุกหน่วยบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ โดยมีระบบควบคุมการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย ผู้รับผิดชอบสามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วยได้จากทุกหน่วย ที่ให้บริการ ตลอดจนการค้นหาข้อมูลด้วยชื่อผู้ป่วยหรือเลขประจำตัวประชาชนได้ การแสดงผลลัพธ์ เป็นสถานะความเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มดูแลรักษาจนถึงปัจจุบัน เมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยจะมีการแสดงผล เตือนที่หน้า Webpage ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (กรมสุขภาพจิต, 2558)

เมื่อผู้ป่วยหยุดยาได้แล้วโรงพยาบาลชุมชนจะส่งต่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นผู้ติดตามเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการกลับเป็นใหม่ โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ทุกเดือนเป็นเวลา 1 ปี หากผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ เกินจุดตัดคะแนนในเครื่องมือ ก็สามารถยุติหรือจำหน่ายผู้ป่วยจากระบบได้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์สุขภาพชุมชนจะต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการประเมินที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาใหม่อีกครั้ง

กระบวนการดูแลเฝ้าระวังป้องกันโรคซึมเศร้า

การแก้ไขปัญหามาภาวะซึมเศร้าให้เกิดประสิทธิภาพต้องดำเนินการอย่างครอบคลุม เหมาะสม สอดคล้องกับลักษณะการดำเนินงาน โดยกระบวนการที่ดำเนินงานตามระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2557) สรุปได้ ดังภาพ 4



ภาพ 4 กระบวนการในระบบดูแลเฝ้าระวังโรคมึนเศร้าในระดับจังหวัด

ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (กรมสุขภาพจิต, 2557) สามารถดำเนินการได้ตามขั้นตอน ดังนี้

1. แต่งตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด ที่จะทำหน้าที่วางแผนปฏิบัติงานเพื่อวางระบบกำกับติดตามการปฏิบัติงานตามแผน แก้ไขปัญหาอุปสรรค ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลทั่วไป แพทย์/พยาบาล หรือตัวแทนผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของสาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการโดยมีตัวแทนจากโรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิตที่รับผิดชอบพื้นที่เป็นที่ปรึกษา

2. กำหนดเป้าหมายและวางแผนการดำเนินงาน คณะทำงานควรประชุมกันเพื่อกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัดผลสำเร็จ วางแผนปฏิบัติ กำหนดระดับของการคัดกรอง (ในชุมชนหรือเฉพาะกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาล) วางระบบ/แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย ทบทวน/ปรับปรุงรายการยาต้านเศร้าที่มีใช้ในจังหวัด กำหนดผู้ปฏิบัติที่ต้องเข้าอบรมการใช้เครื่องมือ/เทคโนโลยีที่ใช้ในระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า และวางระบบ/แนวทางการรายงานข้อมูลสารสนเทศ

3. พัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องกำหนดผู้รับผิดชอบให้ชัดเจนในการดำเนินงานทั้งในโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สาธารณสุขชุมชน พัฒนาศักยภาพของบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยการจัดอบรม ฝึกทักษะในประเด็นสำคัญ ได้แก่ ความรู้พื้นฐานของโรคซึมเศร้า ความจำเป็นที่ต้องมีการดูแลเฝ้าระวัง ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า การใช้เครื่องมือคัดกรองและการแจ้งผลคัดกรอง การใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า การแจ้งผล การช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงของโรค การใช้เครื่องมือประเมินการฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง การให้สุขภาพจิตศึกษาและการให้การปรึกษา การรักษาด้วยยาต้านเศร้า และการรายงานผลตามโปรแกรมการรายงานทาง Web application

4. ปฏิบัติตามแผน ระบบจะเริ่มต้นจากการค้นหา และบ่งชี้กลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มที่มีแนวโน้มจะป่วยด้วยการคัดกรอง ที่ทำได้ 2 รูปแบบ แบบที่ 1 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คัดกรองในชุมชนของตนเอง แบบที่ 2 โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการคัดกรองเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งจะใช้รูปแบบใด ขึ้นกับการตกลงของคณะกรรมการระดับจังหวัด จากนั้นก็จะนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาและติดตามการกลับเป็นซ้ำต่อไป

5. กำกับติดตาม เป็นขั้นตอนที่สำคัญเนื่องจากกิจกรรมในระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าต้องดำเนินการเชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลจิตเวช ดังนั้น ควรมีผู้รับผิดชอบ และคณะกรรมการของจังหวัดดำเนินการนิเทศ กำกับติดตามแก้ไขปัญหาอุปสรรคเป็นระยะ

6. ประเมินผลสำเร็จตามตัวชี้วัดและเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจมีหลายระดับทั้งด้าน กระบวนการ ผลลัพธ์ และผลกระทบ ได้แก่ อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในพื้นที่ อัตราการหายทุเลาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษา อัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการติดตาม การกลับเป็นซ้ำเป็นเวลา 1 ปีหลังทุเลา อัตราการกลับเป็นซ้ำหรือกลับเป็นใหม่ อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อัตราความพึงพอใจ ปรับปรุงระบบในแต่ละปีควรมีการทบทวนระบบ โดยอาศัยข้อมูลจากการนิเทศกำกับติดตามและประเมินผล

แม้ว่าระบบดังกล่าวจะทำให้อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากที่ยังไม่มี ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า แต่จากปัญหายังพบว่าการคัดกรองและการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงยังไม่ ครอบคลุมและขาดความต่อเนื่อง ทั้งนี้หากมีการดำเนินการตั้งแต่กระบวนการเฝ้าระวังโดยการค้นหา ตั้งแต่แรกอย่างครอบคลุม ซึ่งอาจต้องใช้เครื่องมือที่ใช้ได้ง่ายและการมีส่วนร่วมของญาติ ชุมชน ใน การค้นหาคัดกรองด้วยแบบ 2Q ซึ่งจะส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่มีแนวโน้มจะเป็นโรคซึมเศร้าได้รับการ ส่งเสริมป้องกันไม่ให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลช่วยเหลือ ดูแลรักษาให้หาย หรือทุเลาลงได้โดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญโดยเฉพาะได้อย่างรวดเร็ว สามารถลดต้นทุนค่าใช้จ่าย ในการบริการ เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

แบบสอบถามที่ใช้ในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า

ประเทศไทยมีระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า โดยมีกิจกรรมหลัก คือ การค้นหาผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า ด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) เป็นเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการ เกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากมีความเที่ยงตรงถูกต้องน่าเชื่อถือและใช้ง่าย โดยมีค่าความไว (sensitivity) สูงที่แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือนี้สามารถคัดแยกคนป่วยจริงจากกลุ่มคนทั่วไปได้มากถึง ร้อยละ 97.30 มีความจำเพาะ (specificity) ต่ำที่แสดงให้เห็นว่า เครื่องมือนี้ถ้าใช้ ทั้ง 2 คำถาม จะ คัดแยกคนปกติ จากคนทั่วไปได้มากถึงร้อยละ 83.90 มีค่าความน่าจะเป็นโรคเมื่อผลทดสอบเป็นบวก (positive predictive value; PPV) ร้อยละ 14.80 หรือ ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (positive likelihood ratio) เท่ากับ 4.82 เท่า โดยมี 2 คำถาม คือ คำถามที่ 1 ถามอารมณ์เศร้าทั้งที่ตนเอง รู้สึกหรือคนอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ (depression) คำถามที่ 2 ถามความสนใจหรือความเพลิดเพลิน ในกิจกรรม ปกติที่เคยทำทั้งหมดลดลง อย่างมาก (pleasure) เน้นถามถึงอาการ ที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยให้ค่าคะแนนในแต่ละข้อเป็น 1 คะแนน ถ้ามีอาการหรืออาการดังกล่าว แผล ผลจากค่าคะแนนทั้ง 2 คำถาม ถ้าพบว่า ไม่มี ทั้ง 2 คำถามถือว่าปกติหรือ ไม่มีแนวโน้มมีภาวะ ซึมเศร้า ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรค ซึมเศร้า ควรได้รับการประเมินโรคซึมเศร้าต่อด้วย 9Q โดยผู้เชี่ยวชาญ ภายใน 2 สัปดาห์ แต่ไม่ควร นานเกิน 3 เดือนต่อไป (กรมสุขภาพจิต, 2558)

เมื่อได้ผลคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) แล้ว พบว่า แนวโน้มมีภาวะซึมเศร้า จึงประเมินความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า ด้วย 9 คำถาม (9Q) ตามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดทั่วประเทศ ทำการทดสอบความน่าเชื่อถือ ความเที่ยงตรงและความสอดคล้องของระดับความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า โดยเปรียบเทียบกับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) พบว่า 9Q มีค่า Cronbach's Alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.7836 - 0.8210 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.821 ส่วนผลการเปรียบเทียบกับแบบประเมิน HRSD-17 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.719 (P-value < 0.001) ผลการทดสอบความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรง พบว่า มีค่าความไวเท่ากับร้อยละ 85.00 ค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 72.00 ค่า likelihood ratio เท่ากับ 3.04 (95%CI = 2.16 - 4.26) โดยแบบประเมิน 9Q ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ถามอาการในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาว่าผู้ถูกประเมินมีความถี่ของอาการในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด แบ่งเกณฑ์เป็น 0 - 3 คะแนน ได้แก่ ไม่มีเลย (0 คะแนน) มีบางวันแต่ไม่บ่อย (1 คะแนน) มีค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) และมีเกือบทุกวัน (3 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 27 คะแนน (สฤกษ์พงศ์ แซ่หลี่ และปิยะภัทร เดชพระธรรม, 2560) หลังจากประเมินแล้วผลพบว่า มีอาการของโรคซึมเศร้าที่ คะแนน 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป จะส่งให้แพทย์วินิจฉัยโรคโดยใช้ค่าคะแนนของ 9Q ประกอบการวินิจฉัยโรคและให้การรักษาต่อไป

นอกจากการคัดกรองด้วย 2Q และประเมินระดับภาวะซึมเศร้าด้วย 9Q แล้ว หากพบว่ามีความเสี่ยงและมีภาวะซึมเศร้าที่อาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ต้องคัดกรองด้วย 8Q ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อคำถาม แบ่งเป็นข้อคำถามสำหรับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าจำนวน 6 ข้อ ที่มีค่า sensitivity ร้อยละ 89.90 มีค่า specificity ร้อยละ 71.90 เป็นข้อคำถามความรู้สึกนึกคิดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ในข้อคำถามเรื่อง

1. รู้สึกจิตใจหม่นหมองหรือเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้ (เกือบตลอดทั้งวัน)
2. รู้สึกหมดอาลัยตายอยาก
3. รู้สึกไม่มีความสุข หมดสนุก กับสิ่งที่ชอบและเคยทำ
4. คิดอะไรได้ช้ากว่าปกติ
5. รู้สึกอ่อนเพลียง่ายเหมือนไม่มีแรง
6. นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ หลับไม่สนิท

และมีข้อคำถามสำหรับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอีก 2 ข้อ มีที่ค่า sensitivity ร้อยละ 87.10 มีค่า specificity ร้อยละ 89.40 ในเรื่อง

7. รู้สึกสิ้นหวัง เป็นทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป
8. กำลังคิดฆ่าตัวตาย

การแปลผลจากค่าคะแนน ถ้าตอบว่ามีความรู้สึกดังกล่าวให้ 1 คะแนน ถ้าไม่มีความรู้สึก

ดังกล่าวให้ 0 คะแนน เมื่อรวมคะแนนข้อ 1 - 6 ได้คะแนนตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป จะหมายถึง มีภาวะซึมเศร้า ส่วนคำถามข้อ 7 - 8 ถ้ามีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป จะหมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ถ้าพบว่ามีความเสี่ยงซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรได้รับการปรึกษาหรือพบแพทย์เพื่อการบำบัดรักษาต่อไป (กรมสุขภาพจิต, 2558)

จากผลการศึกษาของสฤกษ์ดีพงศ์ แซ่หลี่ และปิยะภัทร เดชพระธรรม (2560) ในเรื่องความตรงเชิงเกณฑ์ของแบบสอบถาม PHQ-9 และ PHQ-2 ฉบับภาษาไทย ในการคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวไทย แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถาม PHQ-9 และ PHQ-2 ฉบับภาษาไทยมีความไวและความจำเพาะที่ยอมรับได้ในการคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวไทย แพทย์ทั่วไปสามารถนำผลการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้ทางคลินิกได้ หากต้องการคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อาจเริ่มต้นจากการประเมินด้วยแบบสอบถาม PHQ-2 เนื่องจากประกอบด้วยคำถามเพียงสองข้อ ทำให้ใช้เวลาในการประเมินสั้น หากคะแนนรวมของแบบสอบถาม PHQ-2 มีค่าตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป ให้ประเมินด้วยแบบสอบถาม PHQ-9 ต่อ นั่นคือ ประเมินผู้สูงอายุด้วยคำถามอีก 7 ข้อที่เหลือ หากคะแนนรวมของแบบสอบถาม PHQ-9 มีค่าตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป แปลว่าผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองว่าเป็นโรคซึมเศร้า มีความจำเป็นต้องได้รับการประเมินเพิ่มเติมเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัย ซึ่งแนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับคำแนะนำของสมาคมเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาที่ระบุว่าให้คัดกรองผู้สูงอายุด้วยแบบสอบถาม PHQ-2 ก่อน หากคัดกรองด้วย PHQ-2 แล้วสงสัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าให้ประเมินด้วยแบบสอบถาม PHQ-9 ต่อ

นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่ได้รับการพัฒนาโดย ฌนทัญ วงศ์ปการันย์ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559) เรียกว่าแบบวัดความเศร้าของผู้สูงอายุไทย ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ มีค่าความไว 0.92 - 1 และความจำเพาะ 0.49 - 0.87 ซึ่งมีความน่าเชื่อถือได้ การแปลผลค่าคะแนน คือ 0 - 4 คะแนน คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า 5 - 10 คะแนน เริ่มมีภาวะซึมเศร้าควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น 11 - 15 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้า ควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา เนื่องจากแบบสอบถามมีจำนวนข้อมากผู้สูงอายุที่ทำแบบประเมินควรเข้าใจภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้ ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด สามารถตอบคำถามได้เองโดยไม่ต้องอาศัยการอธิบายเพิ่มเติม กรณีที่ไม่เข้าใจคำถาม อาจเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุเป็นโรคสมองเสื่อม หรืออาจให้ผู้ดูแลหรือผู้ช่วยเหลือเป็นผู้ประเมินโดยการอ่านคำถามให้ฟังได้ โดยอ่านให้ครบทุกคำ ไม่ขาดไม่เกินและไม่ต้องอธิบายเพิ่มเติม เพราะความหมายอาจผิดเพี้ยนซึ่งจะทำให้การแปลผลแบบวัดผิดพลาดได้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกแบบประเมิน 2Q มาใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง เพราะนอกจากจะมีค่า sensitivity และมีค่า specificity ที่สูงแล้ว จำนวนข้อคำถามยังมีน้อยกว่า สามารถนำมาใช้ได้ง่าย สะดวกและรวดเร็วกว่าในการสังเกตหรือใช้คำถามเพื่อประเมินความเสี่ยงสำหรับผู้สูงอายุ ประชาชนทั่วไปหรืออาสาสมัครสามารถนำมาใช้

ได้ง่าย รวดเร็ว ทำให้ประหยัดเวลาในการถาม สามารถสังเกตได้ง่าย เหมาะสมกับการนำมาใช้ในการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้แต่เริ่มแรกที่พบความเสี่ยง มีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดโรคได้

แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ

ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinant) หมายถึง ขอบเขตของปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นตัวกำหนดสถานะสุขภาพของบุคคลหรือประชาชนในชุมชน (ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2564)

ปัจจัยกำหนดสุขภาพ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท (นิภาพร เอื้อวัฒนโชติมา, 2559) ได้แก่

1. ปัจจัยปัจเจกบุคคล หรือปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เพราะเป็นปัจจัยที่ติดตัวมาตั้งแต่เกิด เช่น เพศ กรรมพันธุ์ รวมถึงความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น ปัจจัยนี้พบได้ประมาณร้อยละ 30.00

2. ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เกิดจากหลายเหตุผล เช่น ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น ปัจจัยนี้อยู่นอกเหนือการควบคุมของปัจเจกบุคคล เรียกว่า ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ ปัจจัยนี้พบได้ประมาณร้อยละ 70.00

โดยปัจจัยปัจเจกบุคคลจะอยู่ภายใต้อิทธิพลของสังคมชุมชนและสิ่งแวดล้อม ซึ่งแต่ละระดับมีความสัมพันธ์กับระดับที่อยู่ล้อมรอบทุกระดับ และต่างได้รับอิทธิพลของกันและกัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในระดับใดระดับหนึ่ง ย่อมส่งผลกระทบต่อปัจจัยส่วนอื่น ๆ ด้วย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพมาใช้ในการสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมามากขึ้นตามอายุและสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนไปตลอดช่วงวัยผู้สูงอายุ การเกิดปัญหาสุขภาพเกิดจากหลายปัจจัยและขึ้นอยู่กับสถานการณ์และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ เช่น สถานที่อยู่อาศัย พันธุกรรม รายได้ ระดับการศึกษา พฤติกรรมส่วนบุคคล รวมถึงความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องจะส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าทั้งในระดับบุคคลและระดับครอบครัว ระดับชุมชน ซึ่งต้องอาศัยการดำเนินการที่ครอบคลุมและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเกี่ยวกับความชุกของภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความชุกของภาวะซึมเศร้า ทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า มีความแตกต่างกันตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ที่ศึกษา ในประเทศไทย พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุระหว่าง ร้อยละ 5.90 - 28.60 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแม่วาง อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 14.39 มีอายุเฉลี่ย 71.67 ปี และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.29 (อภิญา วงศ์ใหม่, 2560) ความชุกภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดระนอง ร้อยละ 21.60 โดยเพศชายมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 24.80 เพศหญิงมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.70 (สุชาติ แซ่ลิ้ม, 2562) การศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี พบร้อยละ 15.30 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 18.60 และร้อยละ 9.40 (นภา พวงรอด, 2558) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเมือง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.40 ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.30 (พัชราภรณ์ ไชยสังข์ และคณะ, 2556) ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ 22.80 (วิชุดา อุ่นแก้ว และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2558) ความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา ร้อยละ 12.30 (ศิริลักษณ์ ผ่องจิตศิริ, 2558) ความชุกของภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วยแบบสอบถาม PHQ-9 ฉบับภาษาไทย ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ เท่ากับร้อยละ 10.70 (บัณฑิต ลวรัตนาก, 2559) สำหรับในต่างประเทศ จากการศึกษาของ Dao, Nguyen, Nguyen & Nguyen (2018) ในเขตเมืองของประเทศกำลังพัฒนา พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 66.9 มีระดับไม่รุนแรง ร้อยละ 32.80 ระดับปานกลาง ร้อยละ 30.40 และระดับรุนแรง ร้อยละ 3.70 การศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในเขตเมืองและกึ่งเมืองของกรีซ พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 84.30 โดยมีระดับปานกลาง ร้อยละ 79.90 และระดับรุนแรง ร้อยละ 5.03 (Babatsikou et al., 2017) การศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุในประเทศจีน พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10.50 เป็นเพศชาย ร้อยละ 10.60 เพศหญิง ร้อยละ 9.80 (Cong, Dou, Chen & Cai, 2015) ความชุกของผู้สูงอายุชาวจีนที่อยู่ในเมือง พบร้อยละ 62.10 (Hua et al., 2015) ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวบังกลาเทศ พบร้อยละ 36.90 (Disu, Anne, Griffiths & Mamun, 2019) โดยผู้สูงอายุในเขตเมืองของบังกลาเทศมีภาวะซึมเศรียร้อยกว่าเล็กน้อย ร้อยละ 47.20 ระดับรุนแรง ร้อยละ 32.70 และมีระดับภาวะซึมเศร้าเป็นปกติ ร้อยละ 20.10 (Bilkis, Islam, Zaman, Zinia & Rahman, 2020) จากการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า มีการใช้แบบคัดกรอง 2 คำถาม (2Q) ในประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง จากการศึกษาวิจัยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ของ วิชาภรณ์ คันทะมุล และ

ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2559) พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 52.30 โดยเพศหญิงมีความเสี่ยงมากที่สุด ร้อยละ 51.10 และจากการศึกษาวิจัยระดับภาวะซึมเศร้าของปริยนันท์ สละสวัสดิ์, อุ๋นจิตร คุณารักษ์ และปรีชญา ฤทธิ์พันธ์ม่วง (2559) พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 47.60 ในการดูแลรักษาและการป้องกันภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาวิจัยของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (2554) พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 118,540 คน ได้รับการบำบัดด้วยยา ร้อยละ 26.62 การรักษาอย่างต่อเนื่องร้อยละ 33.35 และกลับเป็นซ้ำเพียงร้อยละ 0.45 กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการป้องกันการฆ่าตัวตายตามระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด

งานวิจัยเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า มีหลายปัจจัย ดังนี้

เพศ เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่า เพศหญิง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับสูง ($R = 0.706$) (ธรรณิทร์ กองสุข, สุปราณี พิมพ์ตรา & จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, 2557) การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในเขตเมืองและกึ่งเมืองของกรีก พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($B = -0.131$, 95% CI 0.394 - 0.656, $p = 0.035$) (Babatsikou et al., 2017) โดยเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย (นภา พวงรอด, 2558) และเพศ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่า เพศ เป็นปัจจัยที่มีผลกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($AOR = 2.11$) (วิชุดา อุ๋นแก้ว และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2558) เพศ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปริยนันท์ สละสวัสดิ์ และคณะ, 2559) เพศหญิง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (วิชาภรณ์ คันทะมูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2559) จากการศึกษาการทำนายภาวะซึมเศร้าในสังคมผู้สูงอายุอิหร่านของ Faramarzi et al. (2017) พบว่า เพศชาย อายุ 80 - 84 ปี เป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้า ($OR = 0.22$, 95% CI: 0.09, 0.55)

อายุ เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ($r = -0.181$) (พัชรภักดิ์ ไชยสังข์, 2556) จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวแอฟริกันอเมริกันที่ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจในเซาท์ ลอสแอนเจลิสของ Evans, Cobb, Smith, Bazargan & Assari (2019) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และจากการศึกษาของ Dao et al. (2018) ในเขตเมืองของประเทศกำลังพัฒนา พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 57.94

สถานภาพสมรส เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่า สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2560) สถานภาพสมรสหม้าย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับสูง ($R = 0.706$) (ธรรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2557) สถานภาพสมรสคู่ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ($r = 0.259$) สถานภาพสมรสหม้าย มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ($r = -0.249$) (พัชรภรณ์ ไซยสังข์, 2556) และสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่า สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ (สุชาติดา แซ่ลิ้ม, 2562) จากการศึกษาการทำนายภาวะซึมเศร้าในสังคมผู้สูงอายุอิหร่านของ Faramarzi et al. (2017) พบว่า สถานภาพโสด เป็นปัจจัยทำนายเชิงบวกของภาวะซึมเศร้า ($OR = 1.88$, 95% CI: 1.13, 2.35)

ระดับการศึกษา เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่า การศึกษาในระดับมัธยม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับสูง ($R = 0.706$) (ธรรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2557) ผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือไม่ออก มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 33.30 (นภา พวงรอด, 2558) และระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่า ระดับการศึกษาประถมศึกษา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (วิชาภรณ์ คันทะมูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2559) จากการศึกษาการทำนายภาวะซึมเศร้าในสังคมผู้สูงอายุอิหร่านของ Faramarzi et al. (2017) พบว่า ระดับการศึกษามัธยมศึกษา เป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้า ($OR = 0.10$, 95% CI: 0.01, 0.84)

อาชีพ เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่า การว่างงาน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับสูง ($R = 0.706$) (ธรรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2557) อาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยอาชีพเกษตรกรมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 52.10 อาชีพรับจ้างรายวันร้อยละ 50.00 และอาชีพนักธุรกิจร้อยละ 37.50 (Bilkis et al., 2020) และอาชีพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่า อาชีพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปรียนันท์ สละสวัสดิ์ et al., 2559) อาชีพค้าขายและธุรกิจส่วนตัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วิชาภรณ์ คันทะมูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2559) จากการศึกษาการทำนายภาวะซึมเศร้าในสังคมผู้สูงอายุอิหร่านของ Faramarzi et al. (2017) พบว่า อาชีพ เป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้า ($OR = 0.62$, 95% CI: 0.42, 0.90)

บุคลิกภาพส่วนบุคคล ซึ่งเป็นลักษณะนิสัยและพฤติกรรมที่ปรากฏออกมาเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล เป็นสาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่า การผ่อนคลายความเครียด เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในชุมชนแออัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.013$) (มาลินี อยู่ใจเย็น และคณะ, 2561) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้รับอิทธิพลตรงทางบวกจากตัวแปรปัจจัยด้านบุคลิกภาพ (ดุชฎี โยเหลา, 2558) และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการทำร้ายตนเอง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลเชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปริยนันท์ สละสวัสดิ์ และคณะ, 2559)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติตัวที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากการดื่มสุราเป็นประจำ (อภิญา วงศ์ใหม่, 2560) การนอนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2560) จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวแอฟริกันอเมริกันที่ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจในเซาท์ลอสแอนเจลิสของ Evans et al. (2019) พบว่า การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และการศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในเขตเมืองและกึ่งเมืองของกรีก พบว่า การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ($B = -0.181$, 95% CI 0.505 - 0.867, $p = 0.010$) (Babatsikou et al., 2017) การศึกษาของ Dao et al. (2018) ในเขตเมืองของประเทศกำลังพัฒนา พบว่า การออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมนอนไม่หลับหรือหลับไม่เพียงพอเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Cong et al., 2015) การรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมืองอย่างมีนัยสำคัญ ($OR = 1.118$, 95% CI = 1.033 - 1.209) (Hua et al., 2015) การออกกำลังกาย เป็นปัจจัยที่มีผลกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($AOR = 0.33$) (วิชุดา อุ่นแก้ว และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2558) พฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (วิชาภรณ์ คันทะมุล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2559) จากการศึกษาการทำนายภาวะซึมเศร้าในสังคมผู้สูงอายุอิหร่านของ Faramarzi et al. (2017) พบว่า การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ($OR = 1.67$, 95% CI: 1.15, 2.44) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวเกาหลีที่อาศัยอยู่ตามลำพัง คือ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่ออกกำลังกาย (Kim et al., 2018) และจากการศึกษาของ Liu et al. (2017) พบว่า คุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนระดับภาวะซึมเศร้าและสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้

การมีโรคประจำตัวเรื้อรัง การมีความพิการ และมีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่า ปัญหาทางด้านสุขภาพ เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า (อภิญา วงศ์ใหม่, 2560) การมีความเจ็บป่วยที่ต้องพบแพทย์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.50 โรคประจำตัว ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า คือ โรคมะเร็ง

โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 40.00, 33.30 และ 23.50 ตามลำดับ และความกังวลกับโรคหรือความเจ็บป่วยระดับมากส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดถึงร้อยละ 50.00 (นภา พวงรอด, 2558) ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง 5 - 10 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ($r = 0.131$) ส่วนระดับความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ($r = -0.284$) (พัชรภักดิ์ ไชยสังข์ และคณะ, 2556) การเป็นโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Cong et al., 2015) จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวแอฟริกันอเมริกันที่ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจในเซาท์ลอสแอนเจลิสของ Evans et al. (2019) พบว่าการเป็นโรคเรื้อรังและความเจ็บปวดรุนแรง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะเป็นโรรมากกว่าผู้ที่ครอบครัวไม่มีอาการป่วย (Disu et al., 2019; National Institute on Aging, 2020) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลตรงทางบวกจากตัวแปรปัจจัยด้านอาการป่วย และด้านพันธุกรรม (ดุขฎิ โยเหลา, 2558) การมีโรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่มีผลกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 2.96) (วิชุดา อุ้นแก้ว และปิยธิดา คูศิริณูรัตน์, 2558) โรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (Adjusted OR = 3.42, 95%CI = 1.01-11.57) โรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (สุชาติ แซ่ลิ้ม, 2562) จากการศึกษาการทำนายภาวะซึมเศร้าในสังคมผู้สูงอายุอิหร่านของ Faramarzi et al. (2017) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความบกพร่องทางสติปัญญา (OR = 2.18, 95% CI: 1.34, 3.45) และการมีโรคประจำตัว (OR = 1.42, 95% CI: 1.27, 1.60) โดยความบกพร่องทางสติปัญญา (OR = 1.50, 95% CI: 1.01, 2.21) การมีโรคประจำตัว (OR = 1.30, 95% CI: 1.18, 1.44) และการมีอาการปวดเรื้อรัง (OR = 1.57, 95% CI: 1.01, 2.44) เป็นตัวทำนายเชิงบวกของภาวะซึมเศร้า

ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เป็นสาเหตุต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ($r = 0.306$) (พัชรภักดิ์ ไชยสังข์ และคณะ, 2556) และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) (Gong et al., 2018) และความสามารถในการทำงาน เป็นปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวเกาหลี (Bae, 2020)

การรับรู้คุณค่าในตนเอง เป็นสาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่า การนับถือตนเองและความภาคภูมิใจในตนเองอย่างเต็มที่ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในเมือง (Lee, Lee & Song, 2019) การมีความคิดอัตโนมัติทางลบมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้า โดยความคิดอัตโนมัติทางลบและคุณภาพชีวิตสามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 70.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปริยพันธ์ สละสวัสดิ์ และคณะ, 2559)

การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง เป็นสาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วิชาภรณ์ คันทะมุล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2559) และการรับรู้สถานะสุขภาพตนเอง เป็นปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวเกาหลี (Bae, 2020)

การรับรู้เหตุการณ์ที่กระทบทางจิตใจ เป็นสาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่า การทำใจไม่ได้ การสูญเสียคนที่รัก ทำให้เกิดความเครียด และภาวะซึมเศร้า (National Institute on Aging, 2020) การสนับสนุนทางด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส (Gong et al., 2018)

รายได้ เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่า ความเพียงพอของรายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุจรรยา แสงเขียวงาม, 2560; อาคม บุญเลิศ, 2559) สาเหตุภาวะซึมเศร้าเกิดจากรายได้ไม่เพียงพอ เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ได้ทำงาน มีอายุมาก และบุตรไม่ให้งาน คิดเป็นร้อยละ 33.30, 19.00 และ 9.20 (นภา พวงรอด, 2558) จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวแอฟริกันอเมริกันที่ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจในเซาท์ลอสแอนเจลิสของ Evans et al. (2019) พบว่า ปัญหาทางการเงิน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และรายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่า ความไม่เพียงพอของรายได้ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ (สุชาดา แซ่ลิ้ม, 2562) ความเพียงพอของรายได้ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (Adjusted OR = 3.71, 95%CI = 1.59- 8.67) (อภิญา วงศ์ใหม่, 2560) และรายได้เฉลี่ยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมือง (Yang, Chen, Hu & Ren, 2017)

สถานภาพและบทบาทในครอบครัว เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลงหรือบุตรหลานไม่มีเวลาดูแล เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาภาวะซึมเศร้า (อภิญา วงศ์ใหม่, 2560) การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติดและการมีปัญหสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในชุมชนแออัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.049$) (มาลินี อยู่ใจเย็น และคณะ, 2561) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวต่ำเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า (Cong et al., 2015) การอยู่อาศัยกับญาติมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าอยู่อาศัยกับคู่สมรส/บุตร และอยู่ตามลำพัง คิดเป็นร้อยละ 28.20 การอยู่ในครอบครัวที่ขัดแย้งกัน ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.70 ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลในชีวิตประจำวันมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าไม่มีผู้ดูแล คิดเป็น ร้อยละ 31.50 (นภา พวงรอด, 2558) การอาศัยอยู่กับครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัวมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้นร้อยละ 55.55 (Bilkis et al., 2020) และสถานภาพและบทบาทในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มี

อิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวที่ต่างกัน มีอิทธิพลเชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปริยนันท์ สละสวัสดิ์ และคณะ, 2559) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวต่ำ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (Adjusted OR = 47.68, 95%CI = 5.44 - 417.80) สัมพันธภาพกับครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญ (สุชาดา แซ่ลิ้ม, 2562) การศึกษาของ Kim et al. (2018) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีระดับภาวะซึมเศร้าในระดับที่สูงกว่าผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวเกาหลี (Bae, 2020)

สถานภาพและบทบาททางสังคม เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่า การมีส่วนร่วมในชุมชนลดลง เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า (อภิญา วงศ์ใหม่, 2560) (Cong et al., 2015) ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อาคม บุญเลิศ, 2559) กิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยพบว่า ผู้ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีระดับภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงร้อยละ 40.55 (Bilkis et al., 2020) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจของทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในเมือง (Lee et al., 2019) ด้านการจัดการดูแลที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Kim et al., 2018) และสถานภาพและบทบาททางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่า บทบาททางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (วิชาภรณ์ คันทะมุล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2559)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นสาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยพบว่า การไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในชุมชนแออัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มาลินี อยุ่ใจเย็น และคณะ, 2561) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไร้ที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม และการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส (Gong et al., 2018) การศึกษาของ Liu, Gou & Zuo (2016) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้รับอิทธิพลตรงทางลบจากตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ด้านโอกาสเอื้อประโยชน์ ด้านเครือข่าย ด้านสิ่งของและด้านอารมณ์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.24 (ดุขุฎี โยเหลา, 2558) การไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (Adjusted OR = 3.98, 95%CI = 1.56 - 10.21) (อภิญา วงศ์ใหม่, 2560) จากการศึกษาการทำนายภาวะซึมเศร้าในสังคมผู้สูงอายุอิหร่านของ Faramarzi et al. (2017) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้า (OR =

0.82, 95% CI: 0.77, 0.88) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวเกาหลีที่อาศัยอยู่ตามลำพัง คือ การไม่มีกิจกรรมทางสังคม (Kim et al., 2018)

ปัจจัยการทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความรุนแรงของโรค และระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง 5 - 10 ปี สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนได้ ร้อยละ 25.70 (พัชรภักดิ์ ไชยสังข์ และคณะ, 2556) การศึกษาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า การไม่มีอาชีพ และรายได้ไม่เพียงพอ สามารถพยากรณ์โรคซึมเศร้าได้ ร้อยละ 6.80 (ศิริลักษณ์ ผ่องจิตสิริ, 2558) ความคิดอัตโนมัติทางลบและคุณภาพชีวิต สามารถร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าได้ ร้อยละ 70.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปริยนันท์ สละสวัสดิ์ และคณะ, 2559) บทบาททางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ เพศ ระดับการศึกษาและอาชีพ มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถร่วมกันทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ถูกต้อง ร้อยละ 67.00 (วิชาภรณ์ คันทะมุล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2559) การรับรู้สถานะสุขภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัวและความสามารถในการทำงานเป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกาหลี ตามแบบจำลองการถดถอยได้ ร้อยละ 28.70 (Bae, 2020)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิพล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ บุคลิกภาพส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ โรคประจำตัวเรื้อรัง/ความพิการ ญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง การรับรู้เหตุการณ์ที่กระทบทางจิตใจ รายได้ สถานภาพและบทบาทในครอบครัว และสถานภาพและบทบาททางสังคม สรุปได้ตามตาราง

ตาราง 1 แสดงตัวแปรที่เป็นสาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ผู้วิจัย
เพศ	ชรณินทร์ กองสุข และคณะ (2557), วิชิตา อุ่นแก้ว และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2558), วิชาภรณ์ คันทะมูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2559), ปริยนันท์ สละสวัสดิ์ และคณะ (2559), Faramarzi et al. (2017), Babatsikou et al. (2017)
อายุ	พัชรภักดิ์ ไชยสังข์ และคณะ (2556), Dao et al. (2018), Evans et al. (2019)
สถานภาพสมรส	พัชรภักดิ์ ไชยสังข์ และคณะ (2556), ชรณินทร์ กองสุข และคณะ (2557), สุจรรยา แสงเขียวงาม (2560), สุชาดา แซ่ลิ้ม (2562), Faramarzi et al. (2017)
ระดับการศึกษา	ชรณินทร์ กองสุข และคณะ (2557), นภา พวงรอด (2558), วิชาภรณ์ คันทะมูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2559), Faramarzi et al. (2017)
อาชีพ	ชรณินทร์ กองสุข และคณะ (2557), วิชาภรณ์ คันทะมูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2559), ปริยนันท์ สละสวัสดิ์ และคณะ (2559), Faramarzi et al. (2017), Bilkis et al. (2020)
บุคลิกภาพส่วนบุคคล	ดุขฎิ โยเหลา (2558), ปริยนันท์ สละสวัสดิ์ และคณะ (2559), มาลินี ใจเย็น และคณะ (2561)
พฤติกรรมการสุขภาพ	วิชิตา อุ่นแก้ว และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2558), วิชาภรณ์ คันทะมูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2559), อภิญญา วงศ์ใหม่ (2560), สุจรรยา แสงเขียวงาม (2560), Cong et al. (2015), Hua et al. (2015), Liu et al. (2017), Babatsikou et al. (2017), Faramarzi et al. (2017), Kim et al. (2018), Dao et al. (2018), Evans et al. (2019)

ตาราง 1 (ต่อ)

ตัวแปร	ผู้วิจัย
โรคประจำตัวเรื้อรัง/ ความพิการ/ ญาติสาย ตรงมีภาวะซึมเศร้า	พัชรภักดิ์ ไชยสังข์ และคณะ (2556), นภา พวงรอด (2558), ดุษฎี โยเหลา (2558), วิชุดา อุ่่นแก้วและปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2558), อภิญญา วงศ์ใหม่ (2560), สุชาดา แซ่ลิ้ม (2562), Cong et al. (2015), Faramarzi et al. (2017), Gong et al. (2018), Evans et al. (2019), Disu et al. (2019), National Institute on Aging (2020)
ความสามารถในการ ช่วยเหลือตนเอง	พัชรภักดิ์ ไชยสังข์ และคณะ (2556), Gong et al. (2018), Bae (2019)
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	ปริยนันท์ สละสวัสดิ์ และคณะ (2559), Lee et al. (2019)
การรับรู้ภาวะสุขภาพ ตนเอง	วิชาภรณ์ คันทะมูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2559), Bae, (2019)
การรับรู้เหตุการณ์ที่ กระทบทางจิตใจ	Gong et al. (2018), National Institute on Aging (2020)
รายได้	นภา พวงรอด (2558), อาคม บุญเลิศ (2559), จรรยา แสงเขียวงาม (2560), อภิญญา วงศ์ใหม่ (2560), สุชาดา แซ่ลิ้ม (2562), Yang et al. (2017), Evans et al. (2019)
สถานภาพ/บทบาท ในครอบครัว(ความ สัมพันธ์ในครอบครัว การอยู่ลำพัง ที่อยู่อาศัย ฯ)	นภา พวงรอด (2558), ปริยนันท์ สละสวัสดิ์ และคณะ (2559), อภิญญา วงศ์ใหม่ (2560), มาลินี อยู่ใจเย็น และคณะ (2561), สุชาดา แซ่ลิ้ม (2562), Kim et al. (2018), Bae, (2019), Cong et al. (2015), Bilkis et al. (2020)
สถานภาพ/บทบาท ทางสังคม(การมีส่วน ร่วมในชุมชน)	วิชาภรณ์ คันทะมูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ (2559), อาคม บุญเลิศ (2559), อภิญญา วงศ์ใหม่ (2560), Cong et al. (2015), Faramarzi et al. (2017), Gong et al. (2018), Kim et al. (2018), Lee et al. (2019), Bilkis et al. (2020)
การสนับสนุนทางสังคม	ดุษฎี โยเหลา (2558), อาคม บุญเลิศ (2559), อภิญญา วงศ์ใหม่ (2560), มาลินี อยู่ใจเย็น และคณะ (2561), Liu et al. (2016), Faramarzi et al. (2017), Gong et al. (2018), Kim et al. (2018)

งานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า

การศึกษาทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันภาวะซึมเศร้าในประเทศ ได้แก่ ระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2554) ระบบสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (พันธุ์ทิพย์ โกศลวัฒน์, 2557) รูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ (ดุขฎิ โยเหลา, 2558) แนวทางการส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (รุจิวรรณ สอนสมภาร, 2560; อภิญญา วงศ์ใหม่, 2560) การจัดการปัจจัยเสี่ยงภาวะซึมเศร้าด้วยกระบวนการเรียนรู้สาเหตุ (สามารถ สุวรรณภักดี และอารมย์ สุขน้อย, 2560) และการประเมินผลระบบการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย (ศุภย์ สุขภาพจิตที่ 9, 2560) และในต่างประเทศ ได้แก่ รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยการฝึกสอนวิธีปฏิบัติด้านอาหารเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (Stahl, Albert, Mary Amanda Dew, Lockovich & Reynolds, 2014) การออกแบบเมืองกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่น (Koohsari et al., 2019) การทดลองใช้กระบวนการสนทนากลุ่มด้วยการระลึกเหตุการณ์อย่างมีแบบแผนและวิธีการตามปัญหา เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Djukanović, Carlsson & Peterson, 2016) การศึกษาเกี่ยวกับมาตรการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของประชากรผู้สูงอายุในญี่ปุ่นโดยชุมชน (Sakashita & Oyama, 2016) การศึกษาผลของโปรแกรมพฤติกรรมและการออกกำลังกายต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแบบกึ่งทดลอง (Azizan & Justine, 2016) การศึกษาทดลองผลของการออกกำลังกายต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในบ้านพักคนชรา (Lok, Lok & Canbaz, 2017) การศึกษาผลกระทบความหลากหลายของกิจกรรมยามว่างและเวลาออกกำลังกายต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ (Lee, Yu, Wu & Pan, 2018) การศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ (Cong et al., 2015) การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของคนวัยกลางคนและผู้สูงอายุในประเทศจีน (Jia-Sen & Wen-Jun, 2017) โดยการศึกษาวิจัย มีรูปแบบที่แตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย มีกระบวนการและผลการศึกษาวิจัยที่หลากหลาย ซึ่งสรุปได้ ดังนี้

รูปแบบกิจกรรมในการศึกษาวิจัย มีการดำเนินงานเน้นกลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ผู้สูงอายุ และมีการให้บริการครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ ด้วย (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2554) ในการพัฒนารูปแบบการดูแลเฝ้าระวังป้องกันผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ผู้นำชุมชน ผู้นำและบุคลากรส่วนท้องถิ่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จิตอาสาในชุมชน และสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ โดยมีการดำเนินการร่วมกัน (ดุขฎิ โยเหลา, 2558) จากการศึกษาของพันธุ์ทิพย์ โกศลวัฒน์ (2557) เรื่องการพัฒนาระบบสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ได้มีกิจกรรมการพัฒนาาระบบสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วย การค้นหาคัดกรอง การประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การวินิจฉัยโรค การดูแลบำบัดรักษา การติดตาม โดยมีการนำมาทดลองใช้ในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และการเชื่อมต่อเข้ากับระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของพื้นที่ในเขตบริการสุขภาพที่ 10 มีการจัดกิจกรรมดำเนินงานตามรูปแบบ เพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดระบบสนับสนุนดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในครอบครัวกับลูกหลาน การดำเนินการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและกองทุนชุมชน เพื่อเป็นสวัสดิการดูแล ช่วยเหลือด้านการเงินและสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ สร้างการรวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุทำให้โครงการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีความเข้มแข็งโดยการบริหารจัดการร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันเอง เปลี่ยนแปลงระบบบริการจากเชิงรับเป็นเชิงรุกเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาโรค และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการดำเนินงานในโครงการผู้สูงอายุ การสร้างรูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและภาครัฐ ซึ่งแต่ละชุมชนมีรูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะของชุมชน (ดุษฎี โยเหลา, 2558) สำหรับแนวทางการส่งเสริมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจากการศึกษาวิจัย พบว่า การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ และการรักษา ซึ่งดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขของสถานพยาบาล ส่วนครอบครัว สามารถส่งเสริมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ โดยการรับฟังปัญหาหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุ การดูแลอย่างใกล้ชิดและคอยสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ส่วนด้านตัวผู้สูงอายุ สามารถป้องกันตนเองได้โดยการพักผ่อนให้เพียงพอ และรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ (รุจิวรรณ สอนสมภาร, 2560) นอกจากนี้ การส่งเสริมสนับสนุนความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน การดูแลสุขภาพและส่งเสริมการเพิ่มรายได้ ก็เป็นแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วย (อภิญา วงศ์ใหม่, 2560)

สำหรับในต่างประเทศมีการศึกษารูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วม ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน และชุมชนให้ความสนใจให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับปฐมภูมิ รวมทั้งทำให้มีกิจกรรมในชุมชน เช่น มีการทดลองใช้การอภิปรายกลุ่มเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความคิดเชิงบวกในเหตุการณ์อดีตและในอนาคต ซึ่งส่งผลให้อาการซึมเศร้ามลดลง สามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (Djukanović et al., 2016) จากการทดลองการเกิดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่มีพฤติกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย (EBG) กลุ่มที่มีการออกกำลังกาย (EG) และกลุ่มที่ไม่มีการปรับพฤติกรรมประจำวันและไม่ออกกำลังกาย (CG) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยของ $EBG < EG < CG$ และการมีพฤติกรรมประจำวันและการออกกำลังกายในระดับต่ำมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (Azizan &

Justine, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Neslihan Lok, Sefa Lok and MuammerCanbaz (2017) ที่ศึกษาทดลองผลของการออกกำลังกายต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในบ้านพักคนชรา พบว่า โปรแกรมการออกกำลังกาย ในระยะเวลาสิบสัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมอบอุ่นร่างกาย (Warm Up) 10 นาที การออกกำลังกายเข้าจังหวะ 20 นาที การออกกำลังกายคลายร้อน 10 นาที และการเดินอิสระ 30 นาที ในสัปดาห์ของสัปดาห์ มีผลในเชิงบวกต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ และการศึกษาของ Lee et al. (2018) พบว่า การทำกิจกรรมยามว่างที่หลากหลาย และการออกกำลังกายเป็นเวลานานช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และมีการศึกษาทดลองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า พบว่า มีการฝึกสอนวิธีปฏิบัติด้านอาหารเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง ทำให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกควบคุมอาหาร สามารถบรรเทาอาการซึมเศร้าได้ และทำให้การเกิดภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ โดยลดลงร้อยละ 40.00 - 50.00 รวมทั้งมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นในระหว่างการทดลอง 6 สัปดาห์แรก และส่งผลคงอยู่ถึงกว่า 2 ปี (Stahl et al., 2014) มีการออกแบบเมืองเพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ลดความแออัดในพื้นที่สาธารณะ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นได้ (Koohsari et al., 2019)

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีการดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ด้วย 2Q ในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ติดสุราเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ที่อยู่ในภาวะสูญเสีย ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งมีการดำเนินการคัดกรองในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และส่วนมากเป็นการใช้แบบคัดกรองโดยไม่ผ่านการอบรมมากที่สุด (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9, 2560) โดยในต่างประเทศ มีการศึกษาทดลองให้ดำเนินการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทำให้อัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุลดลง (Sakashita & Oyama, 2016) มีการศึกษาโดยการสำรวจภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุด้วย Center of Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) (Cong et al., 2015; Jia-Sen & Wen-Jun, 2017) พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.001$) โดยมีอัตราต่ำสุดในเขตเทศบาลปักกิ่งร้อยละ 4.30 และสูงสุดในมณฑลชิงไห่ร้อยละ 56.85

การศึกษารูปแบบเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ทำให้ประชาชนมีความมั่นใจว่า การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในพื้นที่ได้ โดยมีการติดตามดูแลเฝ้าระวังโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมกับพยาบาลในพื้นที่ ทำให้อัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.07 โดย อสม. เป็นกำลังสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิผล ด้วยการค้นหา ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วช่วยลดความสูญเสียทางสุขภาพ การให้สุขภาพจิตศึกษาโรคซึมเศร้า การดูแลช่วยเหลือ การติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการเชื่อมโยงบริการทุกระดับอย่างต่อเนื่องทั้งระดับครอบครัวและชุมชน และจากการศึกษาการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังทางกาย พบว่า ผู้สูงอายุที่

ป่วยเป็นโรคเรื้อรังทางกาย 5 โรค ได้รับการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 34.33 และจากการได้รับการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยหาย ทุเลา และกลับเป็นซ้ำน้อยมากคิดเป็นเพียงร้อยละ 0.45 เท่านั้น ผู้ที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพจิตและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุกคน โดยติดตามเฝ้าระวังไม่ให้ป่วย และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง ทำให้อัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2554) จนในปัจจุบันผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถเข้าถึงบริการได้มากกว่าร้อยละ 90.00 ในบางพื้นที่ (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2562) การนำระบบสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์มาใช้ ทำให้ได้สารสนเทศประกอบด้วยการคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยใหม่ทุกราย การประเมินโรคซึมเศร้าการประเมินฆ่าตัวตาย การดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ การวินิจฉัยโรค บำบัดรักษา การส่งต่อและการติดตามเฝ้าระวังในกลุ่มที่ปัญหายุ่งยากซับซ้อน รุนแรง เรื้อรัง ทราบระดับความรุนแรงและปัญหาของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล มีการส่งต่อไปยังพื้นที่เพื่อประกอบการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นข้อมูลที่เชื่อมต่อกับระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าของพื้นที่ทั้งประเทศ ทำให้ผู้ป่วยที่ไปรับบริการในหน่วยบริการเขตอื่น ๆ ได้รับการดูแลเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง (พันธุ์ทิพย์ โกศลวิวัฒน์, 2557) นอกจากนี้ ผลการศึกษาโดยการเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้สาเหตุปัจจัยเสี่ยงภาวะซึมเศร้า พบว่า หลังจากเข้าร่วมกระบวนการเรียนรู้ร้อยละ 58.78 ไม่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า และหลังจากนำแนวทางไปใช้ 90 วัน พบว่า ร้อยละ 62.82 ไม่มีความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า (สามารถ สุวรรณภักดี และอารมย์ สุขน้อย, 2560) และจากการประเมินผล ระบบการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า บุคลากรมีความพร้อมในการให้บริการทั้งคุณลักษณะและปริมาณของบุคลากรที่ให้บริการ ความรู้และทักษะของบุคลากรยังต้องการพัฒนาทักษะการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่เหมาะสมกับความรู้และทักษะที่ตนเองมีอยู่ โดยความคาดหวังของบุคลากรที่มีต่อการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า คือ การที่ประชาชนในเขตรับผิดชอบมีสุขภาพจิตที่ดี (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9, 2560)

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่า การดำเนินงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน ชุมชนและท้องถิ่น โดยมีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้า รวมถึงการเชื่อมโยงบริการทุกระดับ โดยใช้ระบบสารสนเทศ และการประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งมีลักษณะเฉพาะและแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่ สามารถสรุปได้ตามตาราง

ตาราง 2 แสดงผลการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า

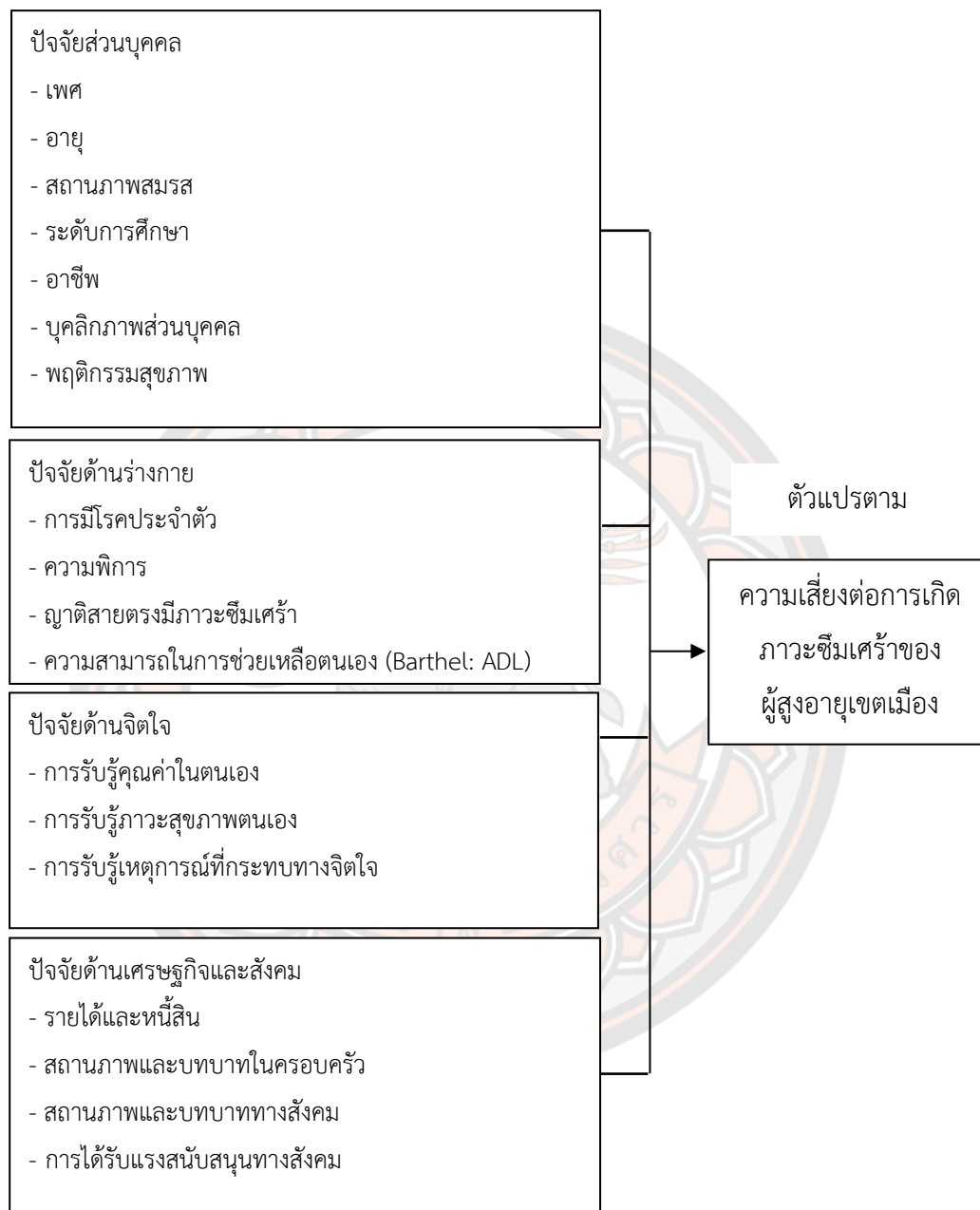
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และประชาชนทั่วไป
บุคคล/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	<ul style="list-style-type: none"> - ภาครัฐ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาล - ภาคประชาชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จิตอาสาในชุมชน สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุในชุมชน - ภาคท้องถิ่น ได้แก่ ผู้นำท้องถิ่นและบุคลากรส่วนท้องถิ่น
กิจกรรม	<ul style="list-style-type: none"> - สร้างระบบเฝ้าระวังและการดูแลแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามในชุมชนทุกเดือน มีการเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดย อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เช่น การเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจผู้สูงอายุสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยสมาชิกในชุมชน เป็นต้น มีการประเมินภาวะซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอ สร้างการรับรู้การคัดกรองโรคซึมเศร้า
กิจกรรม (ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาระบบสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย การค้นหาคัดกรอง การประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การวินิจฉัยโรค การดูแลบำบัดรักษา การติดตาม - การเชื่อมโยงบริการทุกระดับอย่างต่อเนื่องทั้งระดับครอบครัวและชุมชน มีการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในชุมชน - การส่งเสริมสนับสนุนเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ และการรักษา โดยบุคลากรสาธารณสุขของสถานพยาบาล การรับฟังปัญหาหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุ การดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดและคอยสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ดูแลสนับสนุนผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในครอบครัวกับลูกหลาน การดูแลสุขภาพและส่งเสริมการเพิ่มรายได้ โดยครอบครัวและชุมชน และการป้องกันตนเองของผู้สูงอายุโดยการพักผ่อนให้เพียงพอ และรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และ - การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและกองทุนชุมชน เพื่อเป็นสวัสดิการดูแล ช่วยเหลือด้านการเงินและสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ สร้างการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งโดยการบริหารจัดการร่วมกันของกลุ่มผู้สูงอายุเอง - การป้องกันโรคซึมเศร้าโดยจำแนกการดูแลตามระดับความรุนแรง ให้การดูแลช่วยเหลือภาวะซึมเศร้าตามแนวทาง เปลี่ยนแปลงระบบบริการจากเชิงรับเป็นเชิงรุกเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่ารักษา - การทดลองโดยการฝึกควบคุมอาหาร การออกแบบเมืองเพื่ออำนวยความสะดวกภาวะซึมเศร้า และป้องกันภาวะซึมเศร้า
เครื่องมือ	แบบคัดกรองความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แบบคัดกรองการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และแบบสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่า มีแนวทางที่นำมาใช้ปฏิบัติสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน โดยการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า แต่ยังคงขาดแคลนบุคลากรที่จะมาดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมให้มีความครอบคลุม ทั้งในการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ การช่วยเหลือดูแลป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน การติดตามและการส่งต่อกลุ่มเสี่ยง ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง จึงมีความสำคัญกับสถานการณ์ประชากรในปัจจุบันที่เป็นสังคมผู้สูงอายุและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นโดยเฉพาะในเขตเมือง ทั้งนี้ การนำรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากการทบทวนวรรณกรรมมาใช้ ต้องมีการปรับปรุง พัฒนาและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ศึกษา เพื่อให้การดำเนินงานมีความครอบคลุม ต่อเนื่องสามารถป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ต้องอาศัยข้อมูลที่สำคัญมาเป็นแนวทางในการสร้างและพัฒนารูปแบบ คือ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ซึ่งมีความเฉพาะสำหรับการดำเนินงานป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง และจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่จะนำมาใช้ดำเนินการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยสรุปเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยในระยะที่ 1 ดังภาพ 5

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น



ภาพ 5 กรอบแนวคิดการวิจัยการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การวิจัยระยะที่ 1 จะทำให้ทราบถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ซึ่งผลการวิจัยในระยะที่ 1 สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ในการวิจัยระยะที่ 2 โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) โดยให้บุคคลที่มีความรู้และประสบการณ์เข้ามามีส่วนร่วมทั้งภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น ภาครัฐและผู้ที่มีส่วนร่วมดำเนินงานที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งจะทำให้ได้รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองร่วมกัน จากนั้นนำไปประเมินความเหมาะสมของรูปแบบในด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ได้รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองที่เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาสามารถนำไปใช้ได้ อย่างแท้จริง



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

รูปแบบการวิจัย

กระบวนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods Research Design) ซึ่งมีแนวคิดการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ภายใต้กระบวนการวิจัย (Research paradigm) แบบปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ซึ่งมีมุมมอง แนวความคิดที่เน้นผลลัพธ์จากการปฏิบัติได้จริง เพื่อแก้ไขปัญหาที่มากกว่ายึดติดวิธีวิจัย และมีวิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลาย เพราะเชื่อว่าข้อมูลเพียงวิธีการเดียวไม่สามารถอธิบายรายละเอียดของสถานการณ์นั้นได้ การผสมผสานเทคนิคทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ สามารถหาคำตอบการวิจัยได้อย่างเหมาะสม (Creswell, 2014)

ผู้วิจัยตัดสินใจเลือกการวิจัยแบบผสมวิธีวิทยา (Mixed Methodology) เนื่องจากการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพต่างก็มีทั้งจุดอ่อนและจุดแข็ง การใช้วิธีวิทยาทั้งสองวิธีจะช่วยให้ผลการศึกษาชัดเจนขึ้น ช่วยเติมเต็มประเด็นที่แตกต่างกันของปรากฏการณ์ที่ศึกษา สามารถนำผลการศึกษาจากวิธีหนึ่งไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในอีกวิธีหนึ่ง เพิ่มความเชื่อมั่นในผลการวิจัยด้วยการใช้วิธีต่าง ๆ (Creswell, 2015) โดยปัจจัยที่ผู้วิจัยตัดสินใจเลือกรูปแบบการวิจัย คือ มีการเชื่อมโยงของผลการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ (Integration) ระดับความสำคัญของผลการวิจัย (Priority) เวลาในการดำเนินการวิจัย (Timing) และช่วงเวลาและวิธีการผสมผสานการวิจัย (Mixing) ตามปรัชญาปฏิบัตินิยม (วัลนิกา ฉลาดบาง, 2560)

การวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้ มีแบบแผนการวิจัยหลายระยะ (Multiphase Design) ซึ่งในแต่ละระยะมีหลายรูปแบบการวิจัย สามารถดำเนินการวิจัย สรุปลงการวิจัย เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยรูปแบบการศึกษาเริ่มจากระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบคู่ขนาน (Convergent parallel design) โดยทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาข้อมูลให้มีความครอบคลุมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริง ร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณกับกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ จากนั้นนำผลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบ ในระยะที่ 2 แล้วนำไปประเมินผล ในระยะที่ 3 สอดคล้องกับกระบวนการวิจัย

ศึกษาวิจัย สำหรับการศึกษานี้จะสะท้อนให้เห็นถึงการวิจัยเชิงผสมผสานแบบคู่ขนาน (Convergent parallel Design) ในระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ในระยะที่ 2 และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ในระยะที่ 3 ตามลำดับ

ระยะการวิจัย

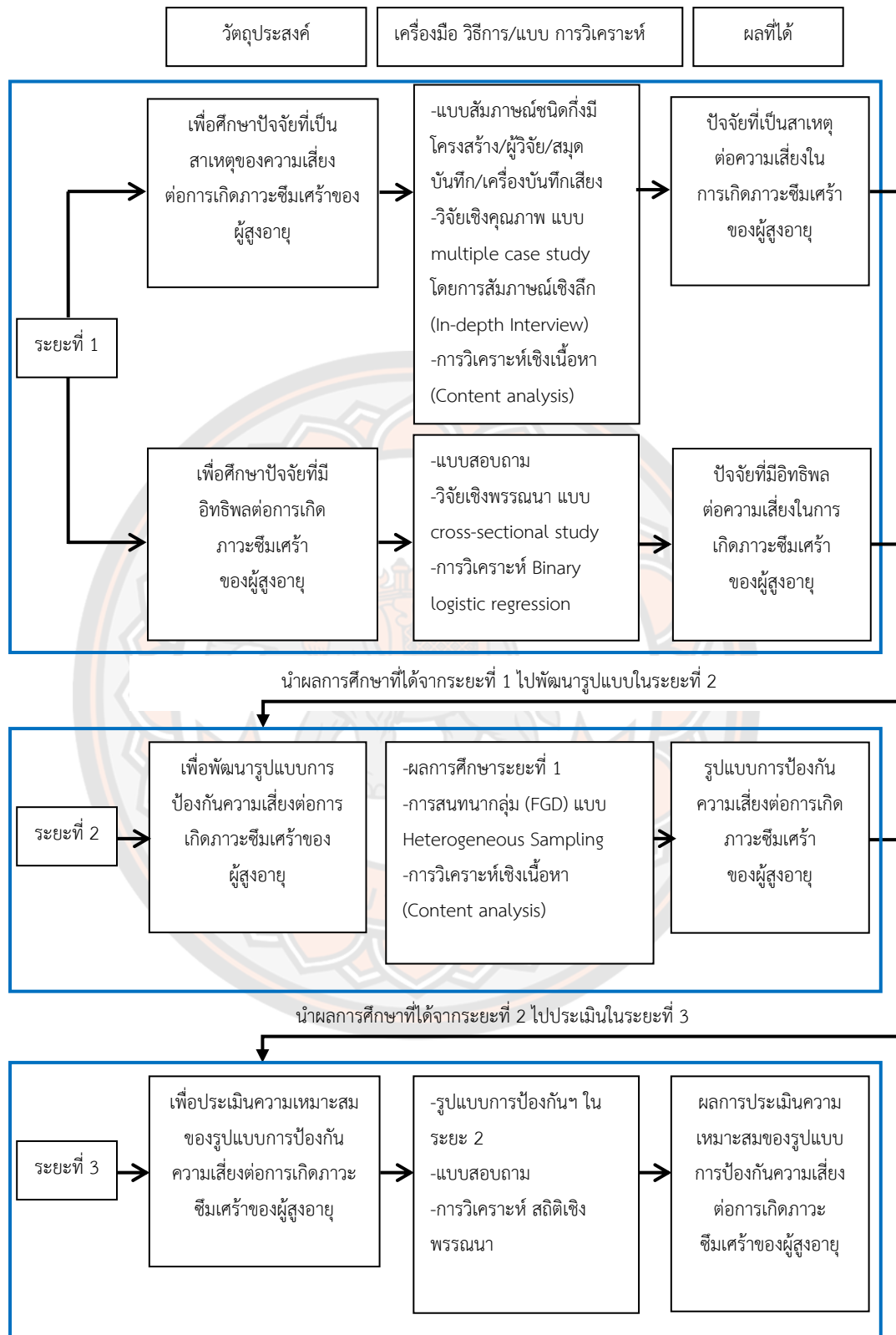
ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง และ ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ผลจากการวิจัยในระยะนี้จะทำให้ทราบถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ในระยะนี้ผู้วิจัยนำปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุจากการศึกษาในระยะที่ 1 มาเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนารูปแบบสำหรับดำเนินงานป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มที่ให้ผู้คนที่มีความรู้และประสบการณ์ดำเนินงานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ามาร่วมกันพัฒนารูปแบบ ซึ่งจะทำให้ได้รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองที่เหมาะสม สอดคล้องกับสาเหตุและบริบทที่แท้จริง

การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ในระยะนี้ผู้วิจัยนำรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 2 มาประเมินความเหมาะสมของรูปแบบในด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้อง

ขั้นตอนการวิจัยทั้ง 3 ระยะ สามารถสรุปได้ ดังภาพ 6



ภาพ 6 ขั้นตอนการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

การวิจัยระยะนี้เป็น การวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบคู่ขนาน (Convergent parallel design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) แบบ multiple case study และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) แบบ cross-sectional study โดยให้ความสำคัญกับการวิจัยทั้ง 2 แบบเท่าเทียมกัน และนำผลมารวมกันในช่วงการแปลผล เพื่อตรวจสอบความถูกต้องหรือทำให้ผลการวิจัยสมบูรณ์มากขึ้น

ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

1. การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

1.1 ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษารั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 18 คน ซึ่งได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (Saturation of Data) แล้ว

1.2 การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้วิธีการคัดเลือกแบบกรณีหลากหลาย (Maximum variation sampling) ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการประเมินด้วยแบบ 2Q เพราะจะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรงและให้ข้อมูลได้ตรงประเด็นที่ศึกษามากที่สุด โดยคัดเลือกจากกลุ่มเป้าหมายที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่มมีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว กลุ่มติดสังคม ติดบ้านและติดเตียง การอยู่อาศัยเพียงลำพังและอยู่กับบุคคลอื่น มีลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพที่แตกต่างกัน และอยู่ในสภาพพื้นที่สภาพสังคมที่แตกต่างกัน โดยเก็บข้อมูลใน 2 พื้นที่ คือ เทศบาลตำบลบ้านใหม่กับเทศบาลตำบลวัดโบสถ์

1.3 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1.3.1 เป็นผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่อยู่ในเขตพื้นที่ของเทศบาลตำบล

1.3.2 สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี

1.3.3 ไม่เป็นโรคสมองเสื่อมหรือมีปัญหาในการตอบคำถาม โดยตรวจสอบข้อมูลการเป็นโรคสมองเสื่อมจากทะเบียนการวินิจฉัยของแพทย์ตามคำยินยอมของกลุ่มตัวอย่างกับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ

1.4 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1.4.1 ปฏิเสธ หรือถอนตัวระหว่างดำเนินการวิจัย

1.4.2 มีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในระหว่างการเก็บข้อมูล

1.4.3 ย้ายออกจากพื้นที่การวิจัยหรือไม่พบในวันนัดหมาย

1.5 เกณฑ์การยุติและถอดถอนผู้เข้าร่วมการวิจัย (Termination and Withdrawal criteria for individual participants)

1.5.1 ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับบาดเจ็บหรือเกิดอันตรายจากการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยอาจจะต้องยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

1.5.2 ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการวิจัยโดยรวม (Confounder) ผู้วิจัยสามารถแจ้งผู้เข้าร่วมวิจัยและคัดเลือกรายออกก่อนสิ้นสุดการวิจัยได้ตามความเหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แบบสัมภาษณ์ ชนิดกึ่งมีโครงสร้างสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ที่สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อมูลคุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูลหลัก และแนวคำถามการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยกำหนดประเด็นเฉพาะเจาะจงที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยแบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบข้อคำถามจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน เพื่อขอคำแนะนำ และนำมาปรับปรุงให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2.2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย แนวทางการเก็บข้อมูล โดยละเอียดจากผู้วิจัยแล้ว ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบไม่เป็นทางการ เพื่อให้การสนทนาเป็นแบบธรรมชาติ สร้างความรู้สึกเป็นกันเอง ไม่สร้างความอึดอัดแก่ผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์จะมีความเป็นส่วนตัว ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ มีการวิเคราะห์เป็นภาพรวมเพื่อการวิจัยเท่านั้น เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์มีความสบายใจ มีความเป็นอิสระที่จะเล่าเรื่องต่าง ๆ ของตนเอง ครอบครัว และที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่สนใจ การสัมภาษณ์จะเป็นไปตามลำดับและหมวดหมู่ที่กำหนดไว้เบื้องต้น เพื่อง่ายต่อการสัมภาษณ์ แต่สามารถยืดหยุ่นปรับได้ตามสถานการณ์ เช่น แนะนำตัวผู้สัมภาษณ์ หน่วยงาน วัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ และประเด็นต่าง ๆ เป็นต้น ทั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดระยะเวลาการสัมภาษณ์ให้มีความเหมาะสม ระยะเวลาที่สุ่มไม่ให้เกิดความเบื่อหน่าย มีการนัดหมายผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้า

2.3 สมุดจดบันทึก และเครื่องบันทึกเสียง โดยผู้วิจัยใช้การจดบันทึก และการบันทึกเสียงของผู้ให้ข้อมูลเพื่อเก็บรายละเอียดข้อมูล ป้องกันการลืม โดยผู้วิจัยจะขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียง เมื่อผู้ให้ข้อมูลไม่ขัดข้อง ผู้วิจัยจะทำการบันทึกเสียงไว้ ทำให้สามารถเก็บรายละเอียดของข้อมูลได้มากขึ้น โดยไม่ต้องพะวงกับการจดบันทึกภายหลัง ทำให้การสนทนาเป็นไปอย่างธรรมชาติ และสามารถสังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล และสถานการณ์สิ่งแวดล้อมได้อย่างเต็มที่ ในกรณีที่ไม่วางใจให้บันทึกเสียง ผู้วิจัยก็จะไม่บันทึกเสียงเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสบายใจ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เนื่องจากต้องการข้อมูลเชิงลึกของผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละคน และจะดำเนินการสังเกต (Observation) ผู้ให้ข้อมูลควบคู่ไปด้วย ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในข้อมูลมากขึ้น โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที หรือตามสถานการณ์และความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้

3.2 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวร ส่งถึงหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประสานงานและขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ร่วมเก็บข้อมูล

3.3 ประสานงานและนัดหมายวันเวลา และสถานที่กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักล่วงหน้า และเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงมากที่สุด ผู้วิจัยจะลงพื้นที่ร่วมกับบุคลากรทางสาธารณสุขที่อยู่ในพื้นที่ดูแลรับผิดชอบของผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจ และดำเนินการสัมภาษณ์ในบริบทที่ผู้ให้ข้อมูลคุ้นเคยและมีความสบายใจที่สุด

3.4 ผู้สัมภาษณ์กล่าวทักทาย แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มการสัมภาษณ์

3.5 ผู้วิจัยขออนุญาตการจดบันทึกข้อมูลและใช้เครื่องบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์ เมื่อผู้ให้ข้อมูลไม่ขัดข้อง ผู้วิจัยจะทำการบันทึกเสียงและจดบันทึก และอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น ข้อมูลทุกชนิดจะถูกทำลายทันที

3.6 ผู้วิจัยอธิบายสิทธิของผู้ให้ข้อมูลรับทราบ ได้แก่

3.6.1 การยุติให้ข้อมูลสามารถทำได้ตลอดเวลาในระหว่างการให้สัมภาษณ์ ซึ่งผู้วิจัยจะไม่ซักถามประเด็นการวิจัยต่อพร้อมทั้งยุติการเก็บข้อมูลทันที โดยผู้ให้ข้อมูลจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ จากการวิจัย

3.6.2 ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทั้งหมด จะเก็บเป็นความลับสำหรับผู้วิจัยเพียงคนเดียว และ เมื่อดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ข้อมูลทุกชนิดจะถูกทำลายทิ้งทันที

3.6.3 ผู้วิจัยจะถามคำถามไปเรื่อย ๆ ในระยะเวลาที่กำหนดไว้ หากผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการตอบ หรืออยากพัก สามารถกระทำได้อย่างตลอดเวลา

3.6.4 หากผู้ให้ข้อมูลมีความไม่สบายใจเกี่ยวกับการสัมภาษณ์ ตั้งแต่ต้นจนจบการสัมภาษณ์เมื่อไร สามารถแจ้งให้แก่ผู้วิจัยทราบได้ทันที

3.7 เมื่อจบการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูล

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูลหลักใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) และวิเคราะห์ข้อมูลของตัวแปร ใช้สถิติร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean: \bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

5. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2561) ดังนี้

5.1 การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มาถูกต้องหรือไม่ ด้วยการตรวจสอบข้อมูลในด้านเวลา สถานที่และบุคคล คือ การเก็บข้อมูลในช่วงเวลาใกล้เคียงกันและช่วงเวลาต่างกัน การเก็บข้อมูลจากสถานที่แตกต่างกัน และการเก็บข้อมูลจากบุคคลที่มีความแตกต่างหลากหลาย โดยในการศึกษาครั้งนี้ เลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่มมีและไม่มีโรคประจำตัว กลุ่มติดสังคม ติดบ้านและติดเตียง อยู่ในสภาพพื้นที่สภาพสังคมที่ต่างกัน และเก็บในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

5.2 การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านผู้ศึกษาวิจัย (Investigator Triangulation) เพื่อตรวจสอบว่าข้อมูลจากผู้เก็บข้อมูลแต่ละคนจะได้ข้อมูลต่างกันอย่างไ้ โดยในการศึกษาครั้งนี้ ได้ให้ผู้ช่วยวิจัยร่วมเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกต หลังจากนั้นนำข้อมูลมาสรุปและให้ผู้ช่วยร่วมเก็บข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ อีกครั้ง

5.3 การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) เพื่อการตรวจสอบว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน ด้วยวิธีที่ต่างกัน โดยในการศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ ควบคู่ไปกับการสังเกต และข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ

5.4 เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือมากขึ้น หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล วิพากษ์และสรุปผลข้อมูลวิจัย ก่อนนำไปแก้ไขและสรุปเป็นรายงานการวิจัยที่สมบูรณ์ต่อไป

ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เขตเมือง

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 นี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีสัญชาติไทย มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน และอาศัยอยู่จริงในพื้นที่เขตเทศบาลตำบล ในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 32,100 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2565)

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ที่ได้จาก คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร (Wayne & Chad, 2019) เนื่องจาก ทราบข้อมูลของประชากรและสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในกลุ่มประชากร ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 735 คน

สูตรที่ใช้คำนวณขนาดตัวอย่าง คือ

$$n = \frac{Np(1-p)Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1)+p(1-p)Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

เมื่อ n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดประชากร (32,100)

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2$ คือ ค่ามาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเมื่อกำหนดค่า $\alpha = 0.05$, ทดสอบ

2 ทาง ($Z = 1.96$)

d คือ ความแม่นยำของการประมาณค่า ($d = 0.025$)

p คือ สัดส่วนของลักษณะที่สนใจ จากการศึกษา เรื่อง ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในประชาชนที่อายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป ชุมชนบ้านมะกอก จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการใช้แบบประเมิน 2Q เท่ากับ ร้อยละ 39.50 (ชนิดตา พลอยล้อมแสง, สายทิพย์ สุทธิรักษา, ช่อผกา วนาทรัพย์ดำรง และวรรณพร วรรณทิพย์, 2560)

แทนค่า

$$n = \frac{32,100 \times 0.395 \times (1 - 0.395) \times 1.96^2}{(0.025)^2 \times (32,100 - 1) + 0.395 \times (1 - 0.395) \times 1.96^2}$$

$$n = 734.259$$

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างเป็นจำนวน 735 คน

2.3 การสุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทน โดยใช้หลักการความน่าจะเป็น (Probability sampling) ด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 การสุ่มตัวอย่างตามขนาดของเทศบาลตำบล ในจังหวัดพิษณุโลก ที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า ในปี พ.ศ. 2564 แบ่งเป็น 3 กลุ่ม จาก 24 เทศบาล คือ

1. เทศบาลตำบลที่มีสัดส่วนการเกิดภาวะซึมเศร้าสูง (มากกว่าร้อยละ 9.73) ได้แก่ เทศบาลตำบลห้วยแก้ว เทศบาลตำบลบางกระทุ่ม เทศบาลตำบลเนินกุ่ม เทศบาลตำบลสนามคลี เทศบาลตำบลพรหมพิรามและเทศบาลตำบลวังทอง

2. เทศบาลตำบลที่มีสัดส่วนการเกิดภาวะซึมเศร้าปานกลาง (ร้อยละ 4.89 - 9.73) ได้แก่ เทศบาลตำบลบ้านใหม่ เทศบาลตำบลบางระกำเมืองใหม่ เทศบาลตำบลบางระกำ เทศบาลตำบลวังฆ้อง เทศบาลตำบลบ้านม่วง เทศบาลตำบลไทรย้อยและเทศบาลตำบลเนินมะปราง

3. เทศบาลตำบลที่มีสัดส่วนการเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 4.89) ได้แก่ เทศบาลตำบลหัวรอ เทศบาลตำบลท่าทอง เทศบาลตำบลบ้านคลอง เทศบาลตำบลพลาญชุมพล เทศบาลตำบลนครไทย เทศบาลตำบลบ้านแยง เทศบาลตำบลป่าแดง เทศบาลตำบลบึงระมาณ เทศบาลตำบลปลักแรด เทศบาลตำบลพันเสาและเทศบาลตำบลวัดโบสถ์

สุ่มตัวอย่างเขตเทศบาลตำบลเป็นตัวแทน โดยวิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก (Simple random sampling) แบบไม่แทนที่ (Without Replacement) ในแต่ละกลุ่ม ๆ ละ 1 พื้นที่ ได้ตัวแทน คือ เทศบาลตำบลวังทอง เทศบาลตำบลบ้านใหม่ และเทศบาลตำบลวัดโบสถ์ ได้จำนวนผู้สูงอายุรวม 3,312 คน

ขั้นที่ 2 การสุ่มตัวอย่างตามขนาดตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) ดังนี้

1. เรียงลำดับรายชื่อผู้สูงอายุตามข้อมูลของเทศบาลตำบลทั้ง 3 พื้นที่ ตามลำดับจากขั้นที่ 1

2. กำหนดหมายเลขประจำตัวตามรายชื่อของผู้สูงอายุตามข้อมูลทะเบียน

3. หาอัตราส่วนการสุ่ม (k) โดยนำรายชื่อที่เรียงลำดับทั้งหมด (N) คือ 3,312 คน

หารด้วยขนาดกลุ่มตัวอย่าง (n) 735 จะได้ช่วงการสุ่มต่อตัวอย่าง 1 คน จากสูตร

$$k = \frac{N}{n}$$

แทนค่า

$$k = \frac{3,312}{735}$$

$$k = 4.51 \text{ (5 คน)}$$

4. สุ่มลำดับเลขอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก (Simple random sampling) จากหมายเลข 1 - 5 เพื่อกำหนดตัวอย่างคนแรก (R) ของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้สุ่มได้หมายเลข 2

5. ตัวอย่างคนต่อไปจะถูกกำหนดอย่างเป็นระบบโดยรวมลำดับเลขตัวอย่างเริ่มต้นกับอัตราส่วนการสุ่ม คือ 5 ตามสูตร (R, R+k, R+2k, R+3k, ..., R+nk) หากครบรอบแรกแล้วจะเริ่มรอบใหม่ ในการวิจัยครั้งนี้คัดเลือกตัวอย่างในลำดับ 2, 7, 12, 17, ... จนได้ขนาดตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ คือ 735 คน

2.4 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

2.4.1 เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่อยู่ในเขตพื้นที่ของเทศบาลตำบล
- 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี
- 3) ไม่เป็นโรคสมองเสื่อมหรือมีปัญหาในการตอบคำถามโดยตรวจสอบข้อมูลการเป็นโรคสมองเสื่อมจากทะเบียนการวินิจฉัยของแพทย์ตามคำยินยอมของกลุ่มตัวอย่างกับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ

2.4.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ปฏิกิริยา หรือถอนตัวระหว่างดำเนินการวิจัย
- 2) มีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในระหว่างการเก็บข้อมูล
- 3) ย้ายออกจากพื้นที่การวิจัยหรือไม่พบในวันนัดหมาย

2.4.3 เกณฑ์การยุติและถอดถอนผู้เข้าร่วมการวิจัย (Termination and Withdrawal criteria for individual participants)

- 1) ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับบาดเจ็บหรือเกิดอันตรายจากการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยอาจจะต้องยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
- 2) ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการวิจัยโดยรวม (Confounder) ผู้วิจัยสามารถแจ้งผู้เข้าร่วมวิจัยและคัดเลือกบางรายออกก่อนสิ้นสุดการวิจัยได้ตามความเหมาะสม

2.4.4 มาตรการช่วยเหลือผู้เข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่พบว่าอาสาสมัครมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรองด้วย 2Q ผู้วิจัยจะส่งต่อข้อมูลให้หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อดำเนินการประเมินระดับภาวะซึมเศร้าด้วย 9Q และให้การดูแลรักษาตามแนวทางที่เหมาะสมต่อไป

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์ (Interview Form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งคำแนะนำจากผู้ที่มีประสบการณ์ มาใช้ตามความเหมาะสม ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ บุคลิกภาพส่วนบุคคล (12 ข้อย่อย) และพฤติกรรมสุขภาพ (7 ข้อย่อย) ลักษณะของข้อคำถามเรื่อง เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นแบบเลือกคำตอบ (Check list) ข้อคำถามเรื่อง อายุ เป็นแบบเว้นช่องว่างให้กรอกข้อความตามสภาพที่เป็นจริง (Completion Item) และข้อคำถามบุคลิกภาพส่วนบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่เคย น้อยครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และประจำ ข้อคำถามมีทั้งความหมายทางบวกและทางลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
ไม่เคย	1	5
น้อยครั้ง	2	4
บางครั้ง	3	3
บ่อยครั้ง	4	2
ประจำ	5	1

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านร่างกาย จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย การมีโรคประจำตัว ความพิการ มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (10 ข้อย่อย) ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกคำตอบ (Check list) และแบบเว้นช่องว่างให้กรอกข้อความตามสภาพที่เป็นจริง (Completion Item)

การแปลผลความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์ดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL index) (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2561) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่ม 1 เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวม คะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่ม 2 เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 - 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่ม 3 เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านจิตใจ ประกอบด้วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง จำนวน 6 ข้อ การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง จำนวน 6 ข้อ และการรับรู้เหตุการณ์ที่กระทบทางจิตใจ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะของข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ข้อคำถามมีทั้งความหมายทางบวกและทางลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
น้อยที่สุด	1	5
น้อย	2	4
ปานกลาง	3	3
มาก	4	2
มากที่สุด	5	1

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ประกอบด้วย รายได้และหนี้สิน จำนวน 7 ข้อ สถานภาพและบทบาทในครอบครัว จำนวน 8 ข้อ สถานภาพและบทบาททางสังคม จำนวน 3 ข้อ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 8 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเรื่อง รายได้และหนี้สิน สถานภาพและบทบาทในครอบครัว และสถานภาพและบทบาททางสังคม เป็นแบบเลือกคำตอบ (Check list) เว้นช่องว่างให้กรอกข้อความตามสภาพที่เป็นจริง (Completion Item) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เคย น้อยครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และประจำ ตามลำดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่เคย (ไม่เคยได้รับ)	ให้คะแนน	1
น้อยครั้ง (ได้รับนาน ๆ ครั้ง)	ให้คะแนน	2
บางครั้ง (ได้รับเป็นครั้งคราว)	ให้คะแนน	3
บ่อยครั้ง (ได้รับเกือบจะทุกครั้ง)	ให้คะแนน	4
ประจำ (ได้รับทุกครั้ง)	ให้คะแนน	5

เกณฑ์การแบ่งระดับแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ในการวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 ใช้เกณฑ์ของเบส (Best, 1977) คำนวณจาก

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนขั้น}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

โดยค่าระดับคะแนนเฉลี่ย ใช้เกณฑ์การประเมิน ดังนี้

- 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับต่ำ
- 2.34 - 3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง
- 3.67 - 5.00 หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ข้อ คือ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันปัจจุบัน 1) มีความรู้สึก หดหู่ เศร้าหรือท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่ 2) มีความรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกคำตอบ (Check list)

เกณฑ์การประเมินผล ถ้าตอบว่า ไม่มี ทั้ง 2 ข้อคำถาม แปลผลว่า เป็นผู้ที่มีความปกติ หรือไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งหรือมี ทั้ง 2 ข้อคำถาม แปลผลว่า เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

4. การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้วัดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง มีขั้นตอนดังนี้

4.1 รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาสร้างแบบสัมภาษณ์โดยกำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของข้อคำถามให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัย ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4.2 ร่างและนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความถูกต้องของภาษา รูปแบบของแบบสัมภาษณ์ และปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ตามคำแนะนำ

4.3 นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างและปรับปรุงแล้ว ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ รูปแบบของแบบสัมภาษณ์ ความเหมาะสมของภาษา ความสมบูรณ์ของคำชี้แจง และความเหมาะสมของการใช้เวลาในการตอบ แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item - Objective Congruence: IOC) (Rovinelli & Hambleton, 1977) โดยการวิจัยครั้งนี้ได้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือจำนวน 5 ท่าน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านงานสุขภาพจิต 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน ซึ่งเกณฑ์การประเมินพิจารณาให้คะแนนแบบสัมภาษณ์เป็นรายข้อ ดังนี้

ให้คะแนน +1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้คะแนน -1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัยจากสูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

โดย

IOC หมายถึง ค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

เกณฑ์การพิจารณาค่า IOC คือ ถ้ามีค่า 0.5 ขึ้นไป แสดงว่า ข้อคำถามนั้นวัดได้ตรงจุดประสงค์ หรือตรงตามเนื้อหานั้น สามารถใช้ข้อคำถามนั้นได้ หากข้อคำถามใดมีค่าน้อยกว่า 0.5 จะนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญหรือตัดทิ้งตามความเหมาะสมต่อไป (Rovinelli & Hambleton, 1977) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ข้อคำถามทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.5 แสดงว่าสามารถนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลต่อไปได้

4.4 นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขความตรง (Validity) จากผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีลักษณะและพื้นที่คล้ายกับตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้านบุคลิกภาพส่วนบุคคลเท่ากับ 0.844 ด้านพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 0.704 ด้านการรับรู้คุณค่าในตนเองเท่ากับ 0.812 ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองเท่ากับ 0.712 ด้านการรับรู้เหตุการณ์ที่กระทบทางจิตใจเท่ากับ 0.712 ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.833 ถือว่ามีความเชื่อถือและยอมรับได้ เนื่องจากมีค่าความเชื่อถือและยอมรับได้มากกว่า 0.70 (DeVelilis, 2016) สามารถนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลต่อไปได้

4.5 จัดทำแบบสัมภาษณ์หลังจากตรวจสอบความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) แล้วให้สมบูรณ์ ก่อนนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยต่อไป

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีวิธีดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

5.1 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวร ส่งถึงหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประสานงานและขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่เป็นผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

5.2 ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน

มนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มาชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และอธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยละเอียด ให้กับผู้ช่วยวิจัย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ให้มีความเข้าใจตรงกัน ทั้งนี้ จะมีคำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ให้สำหรับเก็บข้อมูลในพื้นที่ทุกครั้ง

5.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่นั้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจในการให้ข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วใช้การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ในกรณีที่มีความสงสัยหรือไม่เข้าใจเป็นรายข้อ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอธิบายรายละเอียดของข้อคำถามเพิ่มเติม เสร็จแล้วผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บรวบรวมแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลในเบื้องต้น จนครบตามจำนวน กรณีไม่พบกลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ครบถ้วน ให้สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เดียวกันแทนตามความเหมาะสม

5.4 ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพข้อมูลอีกครั้งด้วยการบันทึกในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และตรวจสอบข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ค่าสถิติ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

6.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และวิเคราะห์ข้อมูลของตัวแปร ใช้สถิติร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean: \bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

6.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

เพื่อพยากรณ์ความน่าจะเป็นของเหตุการณ์และหาความสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละตัวที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ นำเสนอด้วยค่า Adjusted OR. และ 95% CI โดยกำหนดเกณฑ์ยอมรับสมมุติฐานที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

การวิจัยระยะนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น ภาครัฐ และผู้มีส่วนร่วมดำเนินงาน โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) เพื่ออภิปราย

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งจะทำให้ได้ร่างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองร่วมกัน

1. การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

1.1 ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษารั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ บุคลากรภาคประชาชน บุคลากรภาคท้องถิ่น บุคลากรภาครัฐ และตัวแทนผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมดำเนินงาน ที่มีประสบการณ์ในงานสุขภาพจิตและผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง ดังนี้

1.1.1 ภาคประชาชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน จำนวน 4 คน

1.1.2 ภาคท้องถิ่น ได้แก่ ผู้แทนนายกเทศบาล ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาสังคม งานสุขภาพจิตและผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน

1.1.3 ภาครัฐ ได้แก่ บุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่รับผิดชอบพื้นที่ในเขตเมือง จำนวน 6 คน

1.1.3 ตัวแทนผู้สูงอายุที่ร่วมดำเนินงานป้องกันความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในเขตเมือง จำนวน 3 คน

1.2 การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณลักษณะแตกต่างกัน (Heterogeneous Sampling) เข้าร่วมดำเนินการสนทนากลุ่ม (Miles & Huberman, 1994) เพื่ออภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันในประเด็นการวิจัยเรื่องรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง โดยผู้วิจัยจะทำหนังสือถึงหน่วยงานหรืออาสาสมัครเพื่อขอให้เข้าร่วมการวิจัย

1.3 เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1.3.1 มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพจิตไม่น้อยกว่า 1 ปี

1.3.2 ทำงานหรืออาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ของเทศบาลตำบล

1.4 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1.4.1 ปกติหรืออ่อนตัวระหว่างดำเนินการวิจัย

1.4.2 มีอาการเจ็บป่วยกระทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในระหว่างการสนทนากลุ่ม

1.5 เกณฑ์การยุติและถอนผู้เข้าร่วมการวิจัย (Termination and Withdrawal criteria for individual participants)

1.5.1 ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับบาดเจ็บหรือเกิดอันตรายจากการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยอาจจะต้องยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

1.5.2 ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการวิจัยโดยรวม (Confounder) ผู้วิจัยสามารถแจ้งผู้เข้าร่วมวิจัยและคัดเลือกบางรายออกก่อนสิ้นสุดการวิจัยได้ตามความเหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นข้อคำถามที่ผ่านการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ร่วมกับผลการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 มาร่างแนวทางการสนทนากลุ่ม แล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน เพื่อขอคำแนะนำ และนำมาปรับปรุงให้สมบูรณ์ สำหรับผู้วิจัยใช้จุดประเด็นการสนทนา ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด โดยเริ่มต้นคำถามแรกด้วยการแสดงความคิดเห็นในมุมมองของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ในประเด็นการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองในฐานะคนนอก จากนั้นใช้คำถามที่ดึงกลุ่มให้เข้าใกล้ตัวมากขึ้น ในขณะที่ดำเนินการสนทนาอาจมีประเด็นใหม่ ๆ เกิดขึ้น นอกเหนือจากประเด็นที่กำหนดไว้ การจับประเด็นของผู้วิจัยจะต้องปรับแนวทางตามความเหมาะสมไปเรื่อย ๆ ตลอดการสนทนา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และลึกซึ้ง

2.2 ผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัยที่ผ่านการอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย แนวทางการเก็บข้อมูลโดยละเอียดจากผู้วิจัยแล้ว เป็นเครื่องมือในการศึกษา โดยมีการเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อดำเนินการศึกษาวิจัยให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ ซึ่งจะส่งผลให้การวิจัยมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ

2.3 สมุดจดบันทึก และเครื่องบันทึกเสียง โดยผู้วิจัยใช้การจดบันทึก และการบันทึกเสียงของผู้ให้ข้อมูลเพื่อเก็บรายละเอียดข้อมูล ป้องกันการลืม โดยผู้วิจัยจะขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียง เมื่อผู้ให้ข้อมูลไม่ขัดข้อง ผู้วิจัยจะทำการบันทึกเสียงไว้ ทำให้สามารถเก็บรายละเอียดของข้อมูลได้มากขึ้น ทำให้การสนทนาเป็นไปอย่างธรรมชาติ และสามารถสังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล และสถานการณ์สิ่งแวดล้อมได้อย่างเต็มที่ ในกรณีที่ไม่วางใจให้บันทึกเสียง ผู้วิจัยก็จะไม่บันทึกเสียง เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสบายใจ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ขั้นตอนเตรียมการ

3.1.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) โดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น ภาครัฐ และผู้ที่มีส่วนร่วมดำเนินงาน

3.1.2 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวร ส่งถึงหน่วยงานของผู้ให้ข้อมูล และผู้ให้ข้อมูลโดยตรง เพื่อขอความร่วมมือเข้าร่วมการสนทนา และประสานงานนัดหมายวันเวลา และสถานที่ล่วงหน้า

3.1.3 เตรียมตัวผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัย ให้มีความเข้าใจประเด็นที่ต้องการศึกษา ให้ชัดเจน ศึกษาข้อมูลของผู้ร่วมสนทนา และเตรียมอุปกรณ์ในการบันทึกข้อมูล และบันทึกเสียง เช่น สมุด ปากกา เครื่องบันทึกเสียง เป็นต้น

3.1.4 เตรียมสถานที่จัดการสนทนา โดยการวิจัยครั้งนี้ ใช้ห้องประชุมศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก เนื่องจากเป็นศูนย์กลางของหน่วยงานทางสาธารณสุขในระดับพื้นที่ ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวกในการเดินทางมาร่วมการสนทนา มีขนาดห้อง การจัดตำแหน่งโต๊ะเก้าอี้ตามรูปแบบที่ผู้วิจัยกำหนด คือ แบบ U-shaped และมีอุปกรณ์ควบคุมเสียงเหมาะสม สามารถสร้างบรรยากาศทำให้ผู้ร่วมสนทนา รู้สึกเป็นกันเองและผ่อนคลายได้ เนื่องจากเป็นสถานที่คุ้นเคยมาก่อน

3.2 ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

3.2.1 ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา ผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้จดบันทึกและสังเกตการสนทนา และผู้เข้าร่วมการสนทนาทุกท่าน นั่งเก้าอี้ที่จัดไว้ได้อย่างอิสระ

3.2.2 ผู้วิจัย ดำเนินการกล่าวทักทาย แนะนำตัวเอง และให้ผู้เข้าร่วมสนทนาทุกท่าน แนะนำตัวเองสั้น ๆ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ทำความรู้จักกัน ให้ทุกคนได้ผ่อนคลาย

3.2.3 ผู้วิจัย เริ่มดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนา ขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กล่าวคำขอบคุณผู้ร่วมสนทนา ขอให้ทุกคนพูดได้โดยไม่มีกังวลเรื่องถูกผิด การรักษาความลับสำหรับการวิจัย การนำข้อมูลไปใช้ และขออนุญาตให้ผู้ช่วยผู้วิจัยจดบันทึกข้อมูล และใช้เครื่องบันทึกเสียงการสนทนากลุ่มในครั้งนี้

3.2.4 ผู้วิจัย ดำเนินการสนทนาโดยจุดประเด็นการสนทนาตามแนวทางที่ผู้วิจัยสร้างไว้ ผู้ดำเนินการและผู้ช่วยผู้วิจัยจะคอยจับประเด็นต่าง ๆ ที่ปรากฏ การสนทนาผู้ดำเนินการพยายามให้ผู้ร่วมสนทนาทุกท่าน ได้แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุด รวมเวลาที่ใช้ในกระบวนการสนทนากลุ่ม 2.30 ชั่วโมง

3.3 ขั้นสรุปหลังการสนทนากลุ่ม

หลังจบการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย นำข้อมูลจากการจดบันทึกและการบันทึกเสียงมา เรียบเรียงและสรุปประเด็น เนื้อหา และรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนามาพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

5. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

5.1 ในการศึกษานี้ใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม ซึ่งมีความเหมาะสม เนื่องจากสามารถสกัดองค์ความรู้จากประสบการณ์ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้อย่างละเอียด ลึกซึ้ง ซึ่งเป็นการช่วยยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) ที่เกิดจากประสบการณ์และความคิดของผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นเกณฑ์ ช่วยให้เกิดประเด็นความคิดที่หลากหลาย มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้กระตุ้นผู้ร่วมสนทนาแสดงให้ความคิดเห็นอย่างมีอิสระ เท่าเทียมกันและเกิดฉันทามติ ซึ่งเกิดขึ้นในระหว่างดำเนินกระบวนการสนทนากลุ่ม

5.2 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ด้านข้อมูล ด้านผู้ศึกษาวิจัย และด้านทฤษฎีไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อพิสูจน์ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มา มีความถูกต้อง

5.2.1 การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มาถูกต้องหรือไม่ ด้วยการตรวจสอบข้อมูลในด้านเวลา สถานที่และบุคคล โดยในการศึกษานี้คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่มภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น ภาครัฐ และกลุ่มผู้ที่มีส่วนร่วมดำเนินงาน ซึ่งมีลักษณะที่มีความแตกต่างกัน

5.2.2 การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านผู้ศึกษาวิจัย (Investigator Triangulation) เพื่อตรวจสอบว่าข้อมูลจากผู้เก็บข้อมูลแต่ละคนจะได้ข้อมูลต่างกันอย่างใด โดยในการศึกษานี้ ได้ให้ผู้ช่วยผู้วิจัยร่วมเก็บข้อมูลจากการจดบันทึกและการสังเกต

5.2.3 การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านทฤษฎี (Theory Triangulation) เพื่อตรวจสอบว่า ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีตีความข้อมูลที่แตกต่างกันได้มากน้อยเพียงใด โดยในการศึกษานี้ ได้ผสมผสานแนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ หลังจากได้ข้อมูลและตีความสร้างข้อสรุปเหตุการณ์แต่ละอย่าง แล้วจึงทำการตรวจสอบความสอดคล้องกับทฤษฎีต่าง ๆ

การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

เมื่อได้รูปแบบจากกระบวนการสนทนากลุ่มจากการวิจัยระยะที่ 2 แล้ว ผู้วิจัยนำรูปแบบให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมของรูปแบบในด้านความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุม และนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้รูปแบบ

มีความสมบูรณ์

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการทำงานสุขภาพจิตและงานผู้สูงอายุ โดยการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามหลักเกณฑ์และวัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวน 9 คน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข 5 คน บุคลากรส่วนท้องถิ่น 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 1 คน และผู้นำชุมชน 1 คน

1.2 เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1.2.1 มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพจิตไม่น้อยกว่า 2 ปี

1.2.2 ทำงานอยู่ในเขตพื้นที่ของเทศบาลตำบล

1.3 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1.3.1 ปกติหรืออ่อนตัวระหว่างดำเนินการวิจัย

1.3.2 มีอาการเจ็บป่วยกระทันหัน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในระหว่างการสนทนา

กลุ่ม

1.4 เกณฑ์การยุติและถอนตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย (Termination and Withdrawal criteria for individual participants)

1.4.1 ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับบาดเจ็บหรือเกิดอันตรายจากการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะต้องยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

1.4.2 ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการวิจัยโดยรวม (confounder) ผู้วิจัยสามารถแจ้งผู้เข้าร่วมวิจัยและคัดเลือกบางรายออกก่อนสิ้นสุดการวิจัยได้ตามความเหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย ตำแหน่งหน้าที่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์ด้านสุขภาพจิตและผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ประกอบด้วย ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) จำนวน 3 ข้อ ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) จำนวน 3 ข้อ ด้านความเหมาะสม (Propriety) จำนวน 3 ข้อ และด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) จำนวน 3 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบแบบปลายเปิดและแบบมาตราส่วน

ประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

น้อยที่สุด	ให้คะแนน	1
น้อย	ให้คะแนน	2
ปานกลาง	ให้คะแนน	3
มาก	ให้คะแนน	4
มากที่สุด	ให้คะแนน	5

เกณฑ์การแบ่งระดับแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ใช้เกณฑ์ของเบส (Best, 1977) คำนวณจาก

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนขั้น}} = \frac{5 - 1}{3} = 1.33$$

โดยค่าระดับคะแนนเฉลี่ย ใช้เกณฑ์การประเมิน ดังนี้

1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับน้อย

2.34 - 3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง

3.67 - 5.00 หมายถึง ระดับมาก

3. การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

3.1 ศึกษาข้อมูล จากแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 สร้างข้อคำถาม โดยกำหนดขอบเขต โครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และประยุกต์ใช้เกณฑ์ประเมินโปรแกรมที่เกี่ยวข้องตามมาตรฐาน (พรณิภา ภูทองพลอย และคณะ, 2561) คือ ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) ด้านความเหมาะสม (Propriety) และด้านความถูกต้อง (Accuracy)

3.3 นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้ว เสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความถูกต้องของภาษา และปรับปรุงตามคำแนะนำในเบื้องต้น

3.4 นำแบบสอบถามที่สร้างและปรับปรุงแล้ว ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน ด้านภาวะซึมเศร้า 2 ท่าน และด้านการประเมินผล 2 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา และความเหมาะสมของเวลาในการตอบ แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item - Objective Congruence: IOC) (Rovinelli & Hambleton, 1977) ซึ่งเกณฑ์การประเมินพิจารณาให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ให้คะแนน +1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อความนั้นสอดคล้องกับเนื้อหาและ
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นสอดคล้องกับเนื้อหาและ
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้คะแนน -1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อความนั้นไม่สอดคล้องกับเนื้อหาและ
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องข้อความกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการ
วิจัยจากสูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

โดย

IOC หมายถึง ค่าดัชนีความสอดคล้องข้อความกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของ
การวิจัย

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

เกณฑ์การพิจารณาค่า IOC คือ ถ้ามีค่า 0.5 ขึ้นไป แสดงว่าข้อความนั้นวัดได้ตรง
จุดประสงค์หรือตรงตามเนื้อหา สามารถใช้ข้อความนั้นได้ หากข้อความใดมีค่าน้อยกว่า 0.5 จะ
นำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญหรือตัดทิ้งตามความเหมาะสมต่อไป
(Rovinelli & Hambleton, 1977) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ข้อความทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.5 แสดงว่า
สามารถนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลต่อไปได้

3.5 นำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์
หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดย
ใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์ค่า
Alpha Coefficient ของแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิด
ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง เท่ากับ 0.76 โดยด้านความเป็นประโยชน์เท่ากับ 0.78 ด้านความ
เป็นไปได้เท่ากับ 0.89 ด้านความเหมาะสมเท่ากับ 0.75 และด้านความถูกต้องเท่ากับ 0.72 ถือว่ามี
ความเชื่อถือและยอมรับได้ตามเกณฑ์ควรมากกว่า 0.70 (DeVelilis, 2016) สามารถนำไปเก็บ
รวบรวมข้อมูลได้

3.6 หลังจากตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้ว นำมาปรับปรุง และจัดทำแบบสอบถาม
ให้มีความสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บข้อมูลต่อไป

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีวิธีดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

4.1 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวร ส่งถึงหน่วยงานของผู้ให้ข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรแล้ว ทั้งนี้ จะมีคำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถามและคำยินยอมในการให้ข้อมูลทุกฉบับ

4.2 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่มีความสงสัยหรือไม่เข้าใจเป็นรายข้อ สามารถสอบถามผู้วิจัยเพื่อให้อธิบายรายละเอียดของข้อคำถามเพิ่มเติมได้

4.3 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งข้อมูลประกอบการประเมินแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และส่งแบบสอบถามการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ด้วยแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ (Google Form) จากนั้นนำข้อมูลมาตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลในเบื้องต้น จนครบตามจำนวน จากนั้นบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และตรวจสอบข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและความคิดเห็นที่มีต่อรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง จากการตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean: \bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ใช้หลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยเสนอโครงร่างเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งให้การรับรองตามเอกสาร AF 08-09/5.0 โดยดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP ชื่อโครงการรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง โดยได้รับการรับรองระยะที่ 1 และ 2 ด้วยวิธีทบทวนแบบเร่งรัด COA No. 129/2021, IRB No. P3-0024/2564 วันที่รับรอง 06 เมษายน 2564 วันหมดอายุ 06 เมษายน

2565 ได้รับการรับรองต่อเนื่องครั้งที่ 1 ตามเอกสาร AF 04-14/5.0 วันที่รับรอง 06 เมษายน 2565 วันหมดอายุ 06 เมษายน 2565 และได้รับการรับรองระยะที่ 3 ตามเอกสาร AF 12/6.0 ด้วยวิธี ทบทวนแบบคณะกรรมการเต็มชุด COA No. 040/2023, IRB No. P3-0103/2565 วันที่รับรอง 13 กุมภาพันธ์ 2566 วันหมดอายุ 13 กุมภาพันธ์ 2567

ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิจัยตามโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่เสนอตามประกาศบัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เรื่อง อนุมัติให้นิติระดับปริญญาเอกดำเนินการทำวิจัย ครั้งที่ 046/2564 ประกาศ ณ วันที่ 21 มิถุนายน 2564 และได้ออกหนังสือบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย นเรศวร ที่ อว 0603.02/ว 2229 เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย ลงวันที่ 3 สิงหาคม 2564 ถึงผู้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้นิติดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

หลังจากได้ดำเนินการดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยโดยยึดหลักการ พิทักษ์สิทธิ์ คือ การแนะนำตัว การชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิใน การปฏิเสธหรือตอบรับเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลจะเริ่มขึ้นเมื่อกลุ่ม ตัวอย่างแสดงความยินดีเข้าร่วมการศึกษาเท่านั้น และย้ำถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่สามารถออกจาก การศึกษาได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมจะปกปิดรายชื่อ โดยไม่มีการระบุ ชื่อของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ และข้อมูลจากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ ไม่นำมาเปิดเผย จะเก็บไว้เฉพาะที่ผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลนี้จะถูกทำลายหลังจากมีการวิเคราะห์ข้อมูล และเขียนรายงานหลังการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 5 ปี การนำเสนอและเผยแพร่เป็นภาพรวมจะไม่ระบุ หรืออ้างอิงกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูล หากไม่ได้รับอนุญาตก่อน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Methods Research Design) แบบหลายระยะ ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัยตามระยะของการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

ผลการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

การวิจัยระยะนี้เป็น การวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบคู่ขนาน (Convergent parallel design) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) แบบ Multiple case study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมือง ใช้วิธีการคัดเลือกแบบกรณีหลากหลาย (Maximum variation sampling) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยด้วยแบบสัมภาษณ์ ชนิดกึ่งมีโครงสร้างสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ร่วมกับการสังเกต (Observation) ใช้การจดบันทึกและขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกเสียง โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 หลังจากนั้นนำมาฟังซ้ำและถอดข้อมูลอย่างละเอียด เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลและประเด็นให้ครอบคลุม ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักในครั้งนี้นี้จำนวน 18 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.10 และเพศชาย ร้อยละ 38.90 มีอายุเฉลี่ย 75.39 ปี (S.D.= 7.44) อายุต่ำสุด 66 ปี อายุสูงสุด 94 ปี ส่วนมาก มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 55.60 สถานภาพหม้าย ร้อยละ 33.30 และสถานภาพหย่าและแยก ร้อยละ 11.10 ส่วนมากมีโรคประจำตัวหรือความพิการ ร้อยละ 88.90 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 55.50 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 16.70 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 27.80 และการอยู่อาศัยกับสามีภรรยาครอบครัวหรือญาติพี่น้อง ร้อยละ 88.90 อยู่คนเดียว ร้อยละ 11.10 รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (n=18)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	11	61.10
ชาย	7	38.90
อายุ		
60 - 69 ปี (ผู้สูงอายุวัยต้น: Elderly)	2	11.10
70 - 79 ปี (ผู้สูงอายุวัยกลาง: Old)	11	61.10
80 ปี ขึ้นไป (ผู้สูงอายุวัยปลาย: Very old)	5	27.80
Mean=75.39, S.D.=7.44, MIN.=66, MAX.=94		
สถานภาพ		
สมรส	10	55.60
หม้าย	6	33.30
หย่า, แยก	2	11.10
โรคประจำตัว/ ความพิการ		
มี	16	88.90
ไม่มี	2	11.10
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
กลุ่มติดสังคม	10	55.50
กลุ่มติดบ้าน	3	16.70
กลุ่มติดเตียง	5	27.80

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	2	11.10
อยู่อาศัยกับครอบครัว/ญาติพี่น้อง	16	88.90

2. ปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 18 คน พบว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุผู้สูงอายุมีความรู้สึกหดหู่ เศร้าหรือ ท้อแท้ สิ้นหวัง และความรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุมีความพิการหรือมีโรคประจำตัว 2) มีภาระทางการเงิน หนี้สินหรือรายได้ไม่เพียงพอ 3) มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่มีการทะเลาะกันในครอบครัว 4) มีการอยู่อาศัยเพียงลำพัง และ 5) มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ โดยมีความรู้สึกกลัววิตกกังวลและมีความรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น สรุปได้ตามข้อมูล ดังนี้

2.1 การมีความพิการหรือมีโรคประจำตัว

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ผู้สูงอายุบางคนมีความพิการจากการเกิดภาวะเส้นเลือดในสมองตีบ ส่งผลให้เป็นโรคอัมพฤกษ์ ทำให้ไม่สามารถเดินทางไปไหนได้เหมือนเมื่อก่อนที่ยังไม่มีความพิการ รวมถึงความเสื่อมของร่างกายทำให้ไม่สามารถเดินทางไปไหนได้ตามที่ตนเองต้องการ บางคนมีโรคประจำตัวส่งผลให้เคลื่อนไหวไม่สะดวก จึงเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย และไม่ยอมทำอะไร ตามคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

...เป็นจากมันไม่หายนี่แหละ เป็นข้างขวานี่ขาเดียวขาซ้ายไม่เป็น เมื่อก่อนขี่รถไปไหนมาไหนได้

(รหัส ผส.01 สัมภาษณ์เมื่อ 21 พ.ย. 2564)

...เหนื่อยเปื่อยมันไปไหนไม่ได้ อยากออกไปที่อื่นก็ไม่ได้ อยากไปแต่กลัวรถชน

(รหัส ผส.02 สัมภาษณ์เมื่อ 21 พ.ย. 2564)

...เบื่อไปไหนไม่สะดวก คอยแต่จะล้ม ไปล้มที่ รกส. เมื่อวันก่อน ไปเปิดบัญชีส่งให้อบต. ตอนนี้ต้องไปปรับเองที่ อบต. เมื่อก่อนเอามาให้ถึงบ้าน

(รหัส ผส.05 สัมภาษณ์เมื่อ 21 พ.ย. 2564)

...เป็นโรคเส้นประสาท ชาหน้า เขาจะพาไปผ่าตัดตั้งแต่อายุ30แล้ว ที่นี้ไม่มีใครไปผ่าตัดเลยให้กินยากินก็กลัวหาย คราวนี้ก็เป็นใหญ่เลย ข้าวปลากินไม่ได้เสียวหน้า เจ็บ (เสียงร้อง) เปลี่ยนยากินแล้วร้อนจะตาย กินยาคลินิกหมอ...ด้วยกินยาต่อเนื่องมาหลายปีแล้วส่งมาต่อที่โรงพยาบาล ลูกซื้ออะไรมาให้ก็ไม่กิน มึงไม่เป็นอย่างกูอะ กูหิวจะตายแล้วก็กินไม่ได้ แล้วก็บ่นฉันว่าซื้อมาให้แล้วก็ไม่กิน

(รหัส ผส.06 สัมภาษณ์เมื่อ 21 พ.ย. 2564)

...เบื่อจากตัวเองขามือขาเท้าเป็นเบาหวาน ความดัน เดินก็ต้องจับราวไป นึกโมโหตัวเองที่ทำอะไรไม่ได้เหมือนเมื่อก่อน

(รหัส ผส.11 สัมภาษณ์เมื่อ 21 พ.ย. 2564)

...เห็นเขาไปก็ไปไม่ได้ ไม่อยากอยู่ แข็งขามันไม่มีกำลัง ชาหนาเหมือนก้อนหิน ไปไกล ๆ ก็ใช้ไม้เท้าไปได้ เห็นเขาไปอยากไป เห็นรถอยากพุ่งใส่รถไปซะนั่น

(รหัส ผส.12 สัมภาษณ์เมื่อ 21 พ.ย. 2564)

...ก็ลุ่มใจไปไหนก็ไม่ได้ กินอะไรก็ไม่ได้ เดินไม่ไหว คิดเยอะ ๆ เรื่อง ไปไหนไม่ได้

(รหัส ผส.18 สัมภาษณ์เมื่อ 22 พ.ย. 2564)

2.2 ภาระทางการเงิน หนี้สิน และรายได้ไม่เพียงพอ ทั้งที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุเองหรือจากคนในครอบครัวที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด วิตกกังวล รวมถึงจากภาวะทางเศรษฐกิจที่ทำให้รายได้ไม่เพียงพอจึงเกิดความท้อแท้ จนไม่อยากทำอะไร จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

...ท้อแท้ คิดเรื่องที่ดิน ลูกมันเอาไปเช่า รกส กลัวเขาจะมายึด เครียดตรงนี้อายเดียว บอกตรง ๆ จำนองเป็นชื่อตา ต้องไปเซ็นชื่อให้เข้าครั้งแรก ถ้าไม่มีเรื่องนี้จะสบายมากที่สุดเลย ก็อย่างว่าเราก็คิดเข้าใจ เราถามมันก็ว่าส่ง แต่เราก็ไม่เชื่อมันหรือลูกอะ มันเล่นเราจนหมดเนื้อหมดตัว อีคนนี้นะ คนสุดท้อง บ้านอยู่ไกล ๆ นี้ ไร่เงินทองไม่ต้องไปหวัง ลูกทุกคนไม่ต้องหวังนะเรื่องเงิน

(รหัส ผส.03 สัมภาษณ์เมื่อ 21 พ.ย. 2564)

...เบื่อ กังวลเรื่องเป็นหนี้เขา เวลาคิดขึ้นมาแล้วใจมันไม่ค่อยดี ตัวเองเป็นหนี้ รกส.

(รหัส ผส.10 สัมภาษณ์เมื่อ 21 พ.ย. 2564)

...เรื่องเบื่อท้อแท้มีประจำนะ เพราะว่ารายได้ไม่มี ก็ขายอะไรก็ได้ไม่ได้ ไปทำขนมขาย มันก็ขายไม่ดี ท้อแท้ ทำอะไรไปก็ขายไม่หมด เมื่อก่อนทำเท่าไรก็ขายไม่พอเพราะโควิดมันเป็นอย่างนี้ คนไม่ค่อยมีเดินตลาด มากก็อย่างกับวิ่งตามควาย วิ่งปู้ป ะ ไปละ ไม่หันมามองเลยบางทีนะ แม่ค้าบอกเขาจะรีบไปไหน จะรีบไปตามควายหรือไง เบื่อทำมากก็ไม่ได้ เพราะมีรายได้จากรื่องขายอย่างเดียว เครียดแล้วนอนไม่หลับเลยตั้งแต่โควิดมา ก็มันเครียดนั่งร้องไห้เลย กว่าโควิดจะหายน้ำตาก็ออกเป็นปีแล้ว

(รหัส ผส.14 สัมภาษณ์เมื่อ 22 พ.ย. 2564)

2.3 สัมพันธภาพในครอบครัวไม่มีการทะเลาะกันในครอบครัว เกิดจากสามี ภรรยา หรือคนในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเครียด กังวล ส่งผลให้เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

...ยายเบื่อเรื่องตา พุดผิดหูไม่ได้เลย ตาเคยว่ายาย (คำหยาบ) ฉันต้องนั่งไว้ เจียบ ตา จึงจะนั่งถ้าตอบนเอาใหญ่เลย บางทียายก็นึกโมโห แต่ก็คิดว่าอยู่กันอีกไม่นาน ถึงจะคิด แต่ก็ต้องเก็บเอาไว้ ตาเคยทำร้ายตัวเองเอาหัวโขกเสาบ้านถ้าเถียงกัน ถ้าตาเสียงดัง ฉันต้องนั่ง

(รหัส ผส.08 สัมภาษณ์เมื่อ 21 พ.ย. 2564)

...ทะเลาะกับลูกสาวบ้างก็ขัดคอกันบ้างเรื่องเขาเรียนจบปริญญาตรีมาแล้วไม่ทำงาน

(รหัส ผส.10 สัมภาษณ์เมื่อ 21 พ.ย. 2564)

...สามีเมา ด่า เครียดทุกวัน เมากินเหล้าเป็นขวดทุกวัน เมาแล้วปากไม่อยู่สุขนะ เครียดแล้วใจคอไม่ดี นอนไม่หลับ เคยคิดจะทำร้ายตัวเอง หลานยังเล็กเป็นห่วง อยากไปอยู่ไกล ๆ มัน เมื่อก่อนตีกันจนถึงเลือดเตี๋ยวันนี้ไม่ยกสู้มันแล้ว ฉันหนีมันลูกเดียว ตีหน้าแตก เย็บก็ไม่เข็ด

(รหัส ผส.13 สัมภาษณ์เมื่อ 22 พ.ย. 2564)

...เป็นห่วงน้อง ๆ เขาไปได้เมียอายุมากกว่า เหมือนเขามาหลอกน้อง แม่ยกสมบัติให้ เขาก็เอาไปขาย จำนำหมด 5 ไร่ พวกพี่เดือนก็ไม่ได้ แพนเขาก็ว่าอย่ามายุ่ง เขาเอาที่ดินมา รั้ววัดใส่เป็นชื่อลูกเขา เป็นลูกติดเมีย แล้วน้องชายเขาไม่พูดกับเรา เขาบอกว่าพี่ไม่ดี เพราะเราไปเดือนเขาว่าที่แม่ยกให้ทำไม่ไม่เก็บไว้เพื่อเราไม่มีจะได้ขายกินได้ ภรรยาน้องเขาบอกว่า จะขายสมบัติให้หมดแล้วหอบเงินไปอยู่กับลูกที่กรุงเทพฯ น้องเขาเป็นคนที่ไม่พูด นั่งฟังเฉย ๆ แล้วพี่ชายก็บอกว่าขายบ้านไปแล้วน้องจะไปอยู่ที่ไหน เขาก็บอกว่ามีทางเลือกให้ 2 ทาง ไม่ไปบวชอยู่วัดก็ให้กินยาตาย นี่เราก็ห่วงน้อง แต่น้องเขาก็บอกว่าพี่ 3 คน ไม่ดี เขาไม่นับถือ เรื่องนี้แหละเป็นห่วงเขา เพราะตอนนี้เขาไปเข้าไฟแนนซ์เข้าออมสินแล้วออกรถมาใหม่ ได้มา สามสี่ล้าน หมดไปแล้ว แล้วตอนนี้ก็ประกาศขายที่ใส่ชื่อเขาหมด เมียเขาได้มาทางโทรศัพท์ คือ เขาร้ายมาก มีเรื่องนี้เรื่องเดียว

(รหัส ผส.16 สัมภาษณ์เมื่อ 22 พ.ย. 2564)

2.4 การอยู่อาศัยเพียงลำพัง ผู้สูงอายุบางคนสูญเสียคู่ครอง หรือบุตรหลาน ทำให้ต้อง อยู่อาศัยเพียงคนเดียว แม้ว่าจะมีบุตรหลานมาดูแลบ้างแต่ไม่ได้มาอยู่อาศัยประจำ ทำให้ผู้สูงอายุเกิด ความรู้สึกเบื่อหน่าย และท้อแท้ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

...อยู่คนเดียว ลูกสาว ลูกชายตายหมดแล้ว มีหลานมาดูแลบ้าง แพนหลานชายป่วย เป็นมะเร็งอยู่โรงพยาบาลพุทธชินราช เป็นห่วงหลาน

(รหัส ผส.04 สัมภาษณ์เมื่อ 21 พ.ย. 2564)

...เบื่อประจำเลย เมื่อก่อนเคยทำงานก่อสร้าง ทำอะไรทุกอย่าง พอเมียตายอยู่ที่บ้าน นะ ทำงานอยู่ซีพีตั้งหลายปี ทีนี้ก็ออก ตาไม่ค่อยดี สารมันเยอะหายใจไม่ค่อยออก เริ่มเบื่อ ตอนแพนตายนี้แหละ หลายปีแล้ว ตอนนี้อยู่คนเดียวก็เครียดเหมือนกัน ลูกไม่ได้อยู่ด้วย เบื่อ ๆ ก็ทำบ้านบ้าง ก็ไม่รู้จะทำอะไร ตอนนี้อยู่ไม่ได้ทำงานอะไรก็รู้สึกเบื่อ ๆ

(รหัส ผส.15 สัมภาษณ์เมื่อ 22 พ.ย. 2564)

...เบื่อเรื่องอยู่คนเดียว มันเบื่อหมด ดูแต่ทีวี ไม่ได้คุยกับใคร เมื่อก่อนมันไม่เป็นอย่างนี้นะ

(รหัส ผส.18 สัมภาษณ์เมื่อ 22 พ.ย. 2564)

2.5 การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ จากการมีความรู้สึกกลัว วิดกกังวล จนไม่อยากทำอะไร และความรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเบื่อ ไม่อยากทำอะไร จากคำบอก เล่าของผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

...ไม่อยากออกจากบ้าน เป็นมานานแล้ว เคยลี้ม ออกนอกบ้านบ้างแต่ไม่ออกไปข้างนอกใจมันอยากออกไป ใจมันอยากจะอยู่เฉย ๆ กลัวลี้มเป็นภาระเขา

(รหัส ผส.07 สัมภาษณ์เมื่อ 21 พ.ย. 2564)

...กลัวเรื่องตา หลงทาง เคยหลงไปนา บอกว่าตาหลงทาง

(รหัส ผส.08 สัมภาษณ์เมื่อ 21 พ.ย. 2564)

...ลูกเขabenอะไรยังงั้นยังงี้เราก็อยากจะทำไป เขาอยากให้อยู่เฉย ๆ ไปทำอะไรแล้วเป็นอะไรมาลำบากเขา ตัวฉันทองผามา 2 รอบแล้ว

(รหัส ผส.09 สัมภาษณ์เมื่อ 21 พ.ย. 2564)

...อยู่ก็เป็นภาระ เคยจะผูกคอตายประมาณเดือนสองเดือนที่ผ่านมา บอกว่าน่าจะปล่อยให้ตายไปอยู่ไปก็เป็นภาระ ทำให้ลำบาก ฟังจะเป็นขาไม่มีแรงประมาณ 2 อาทิตย์เมื่อก่อนเคยลูกไปซื้อของได้ ลูกต้องหยุดงานเพื่อดูแลก็เลยเครียดไปอีก

(รหัส ผส.17 สัมภาษณ์เมื่อ 22 พ.ย. 2564)

ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) แบบ Cross-sectional study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง จำนวน 735 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยขั้นที่ 1 ใช้การสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) แบ่งตามขนาดเขตเมืองที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า ได้ตัวอย่าง คือ เทศบาลตำบลวังทอง เทศบาลตำบลบ้านใหม่และเทศบาลตำบลวัดโบสถ์ และขั้นที่ 2 ใช้การสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) ตามขนาดตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ (Interview Form) โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน-ตุลาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยการแจกแจงความถี่และใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression Analysis) โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ บุคลิกภาพส่วนบุคคล และพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 66.94 และ 33.06 มีอายุเฉลี่ย 71.19 ปี (S.D.= 7.68) อายุต่ำสุด 60 ปี อายุสูงสุด 98 ปี ส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 46.94 ส่วนมากมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 57.15 รองลงมา คือ หม้าย ร้อยละ

31.29 ส่วนมากมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 73.88 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา
ตอนต้นร้อยละ 9.52 ส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพหรือทำงานบ้าน ร้อยละ 43.67 รองลงมา คือ
ค้าขายหรือทำธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 23.94 รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=735)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	492	66.94
ชาย	243	33.06
อายุ		
60 - 69 ปี (ผู้สูงอายุวัยต้น: Elderly)	345	46.94
70 - 79 ปี (ผู้สูงอายุวัยกลาง: Old)	270	36.73
80 ปี ขึ้นไป (ผู้สูงอายุวัยปลาย: Very old)	120	16.33
Mean=71.19, S.D.=7.68, MIN.=60, MAX.=98		
สถานภาพสมรส		
สมรส	420	57.15
หม้าย	230	31.29
โสด	71	9.66
หย่าร้าง	12	1.63
แยกกันอยู่	2	0.27
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	41	5.58
ประถมศึกษา	543	73.88
มัธยมศึกษาตอนต้น	70	9.52
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	39	5.31
อนุปริญญา/ปวส.หรือเทียบเท่า	12	1.63
ปริญญาตรี	29	3.94
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.14

ตาราง 4 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ทำงานบ้าน	321	43.67
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	176	23.94
เกษตรกรกรรม	107	14.56
รับจ้างทั่วไป	82	11.16
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจบำนาญ	44	5.99
การเมือง/ท้องถิ่น/จิตอาสา	5	0.68

บุคลิกภาพส่วนบุคคลที่แสดงถึงลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การปรับตัวเข้ากับผู้อื่น การพูดคุยและสื่อสารกับผู้อื่น การรับฟังผู้อื่น การใส่ใจดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจตนเอง อารมณ์ หงุดหงิดหรือโกรธ น้อยใจ ใจู้จี้ ขี้บ่น การควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกกลัวหรือไม่กล้าทำอะไร ความรู้สึกกับเหตุการณ์บางเรื่อง การทำร้ายตนเอง และการมีความคิดมองโลกในแง่ลบ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะดังกล่าว ส่วนมากมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 55.10 รายละเอียดดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนบุคลิกภาพส่วนบุคคลเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (n=735)

ระดับคะแนนบุคลิกภาพส่วนบุคคลเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (1.00 - 2.33 คะแนน)	405	55.10
ปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน)	330	44.90
สูง (3.67 - 5.00 คะแนน)	0	0.00

Mean=2.16, S.D.=0.47, MIN.=1.00, MAX.=2.50

เมื่อจำแนกตามรายชื่อ พบว่า บุคลิกภาพส่วนบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การควบคุมอารมณ์ของตนเองไม่ได้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.95$ S.D.= 1.15) รองลงมา คือ การปรับตัวเข้ากับผู้อื่นไม่ได้อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.33$ S.D.= 0.90) และการไม่รับฟังผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.29$ S.D.= 0.83) ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง 6

ตาราง 6 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามบุคลิกภาพส่วนบุคคลเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ารายข้อ (n=735)

บุคลิกภาพส่วนบุคคล เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า	จำนวน (ร้อยละ)					\bar{X} (S.D.)	ระดับ
	ไม่เคย	น้อย ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	ประจำ		
1.การปรับตัวเข้ากับผู้อื่นไม่ได้	611 (83.1)	79 (10.7)	38 (5.2)	5 (0.7)	2 (0.3)	2.33 (0.90)	ต่ำ
2.การพูดคุยและสื่อสารกับผู้อื่น ได้ไม่ดี	663 (90.2)	41 (5.6)	14 (1.9)	7 (0.9)	10 (1.4)	2.23 (0.83)	ต่ำ
3.การไม่รับฟังผู้อื่น	128 (17.4)	313 (42.6)	245 (33.4)	48 (6.5)	1 (0.1)	2.29 (0.83)	ต่ำ
4.การไม่ใส่ใจดูแลสุขภาพ ร่างกายและจิตใจตนเอง	142 (19.3)	342 (46.6)	228 (31.0)	23 (3.1)	0 (0.0)	2.18 (0.77)	ต่ำ
5.มีอาการหงุดหงิดหรือโกรธ ง่าย*	127 (17.3)	368 (50.1)	209 (28.4)	28 (3.8)	3 (0.4)	2.20 (0.78)	ต่ำ
6.มีความรู้สึกกลัวหรือไม่กล้าทำ อะไร*	221 (30.1)	317 (43.2)	173 (23.5)	23 (3.1)	1 (0.1)	2.01 (0.83)	ต่ำ
7.มีอาการน้อยใจง่าย*	172 (23.4)	343 (46.6)	183 (24.9)	35 (4.8)	2 (0.3)	2.12 (0.83)	ต่ำ
8.มีความรู้สึกผิดกับเหตุการณ์ บางเรื่องที่ทำนเคยทำ*	159 (21.6)	246 (33.4)	301 (41.0)	27 (3.7)	2 (0.3)	2.27 (0.85)	ต่ำ
9.มีการทำร้ายตนเอง*	718 (97.7)	9 (1.2)	7 (1.0)	1 (0.1)	0 (0.0)	1.04 (0.25)	ต่ำ
10.การควบคุมอารมณ์ของ ตนเองไม่ได้	113 (15.4)	100 (13.6)	300 (40.8)	156 (21.2)	66 (9.0)	2.95 (1.15)	ปาน กลาง
11.มีอาการงู้จี้ ขี้บ่น*	161 (21.9)	306 (41.7)	226 (30.7)	38 (5.2)	4 (0.5)	2.21 (0.86)	ต่ำ
12.เป็นคนที่มีความคิดมองโลก ในแง่ลบ*	255 (34.7)	196 (26.7)	228 (31.0)	47 (6.4)	9 (1.2)	2.13 (1.00)	ต่ำ

พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ การออกกำลังกายไม่เหมาะสม การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ การไม่ทำสมาธิ สวดมนต์เพื่อสงบจิตใจ และการไม่ทำงานอดิเรกหรือไม่ทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.45 รายละเอียดดังตาราง 7

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (n=735)

ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (1.00 - 2.33 คะแนน)	295	40.14
ปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน)	437	59.45
สูง (3.67 - 5.00 คะแนน)	3	0.41

Mean=2.40, S.D.=0.51, MIN.=1, MAX.=4

เมื่อจำแนกตามรายชื่อ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด คือ การออกกำลังกายไม่เหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.60$ S.D.= 1.10) รองลงมา คือ ไม่ทำสมาธิ สวดมนต์ เพื่อสงบจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.16$ S.D.= 1.09) และไม่ทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.88$ S.D.= 0.99) ตามลำดับรายละเอียดดังตาราง 8

ตาราง 8 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ารายชื่อ (n=735)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)					\bar{X} (S.D.)	ระดับ
	ไม่เคย	น้อย ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	ประจำ		
1.ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์*	611 (83.1)	79 (10.7)	38 (5.2)	5 (0.7)	2 (0.3)	1.24 (0.60)	ต่ำ
2.สูบบุหรี่*	663 (90.2)	41 (5.5)	14 (1.9)	7 (1.0)	10 (1.4)	1.18 (0.64)	ต่ำ

ตาราง 8 (ต่อ)

บุคลิกภาพส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)					\bar{X} (S.D.)	ระดับ
	ไม่เคย	น้อย ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	ประจำ		
3.การพักผ่อนนอนหลับไม่ เพียงพอ	133 (18.1)	225 (30.6)	355 (48.3)	19 (2.6)	3 (0.4)	2.37 (0.81)	ปาน กลาง
4.การออกกำลังกายไม่เหมาะสม	27 (3.7)	66 (9.0)	296 (40.2)	133 (18.1)	213 (29.0)	3.60 (1.10)	ปาน กลาง
5.การรับประทานอาหารไม่ เพียงพอ	132 (18.0)	228 (31.0)	352 (47.9)	18 (2.4)	5 (0.7)	2.37 (0.83)	ปาน กลาง
6.ไม่ทำสมาธิ สวดมนต์ เพื่อสงบ จิตใจ	52 (7.1)	136 (18.5)	283 (38.5)	172 (23.4)	92 (12.5)	3.16 (1.09)	ปาน กลาง
7.ไม่ทำงานอดิเรกหรือไม่ทำ กิจกรรมเพื่อผ่อนคลาย	69 (9.4)	152 (20.7)	361 (49.1)	104 (14.1)	49 (6.7)	2.88 (0.99)	ปาน กลาง

2. ปัจจัยด้านร่างกาย ประกอบด้วย โรคประจำตัว ความพิการ มีญาติสายตรงมีภาวะ
ซึมเศร้า และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.24 มีความพิการ
ร้อยละ 4.35 โดยมีความความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 2.04 และความสามารถใน
การช่วยเหลือตนเองส่วนมากอยู่ในกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 98.10 รายละเอียดดังตาราง 9

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านร่างกาย (n=735)

ปัจจัยด้านร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	182	24.76
มี	553	75.24
ความพิการ		
ไม่มี	703	95.65
มี	22	4.35

ตาราง 9 (ต่อ)

ปัจจัยด้านร่างกาย	จำนวน	ร้อยละ
มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า		
ไม่มี	720	97.96
มี	15	2.04
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง		
กลุ่มติดสังคม (12 คะแนนขึ้นไป)	721	98.10
กลุ่มติดบ้าน (5 - 11 คะแนน)	12	1.63
กลุ่มติดเตียง (0 - 4 คะแนน)	2	0.27

3. ปัจจัยด้านจิตใจ ประกอบด้วย การรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง และการรับรู้เหตุการณ์ที่กระทบทางจิตใจ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณค่าในตนเอง ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.56$ S.D.= 0.60) ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.40 การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.29$ S.D.= 0.49) ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.20 และการรับรู้เหตุการณ์ที่กระทบทางจิตใจ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.38$ S.D.= 0.46) ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.30 รายละเอียดดังตาราง 10

ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนปัจจัยด้านจิตใจ (n=735)

ระดับคะแนนปัจจัยด้านจิตใจ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้คุณค่าในตนเอง		
ต่ำ (1.00 - 2.33 คะแนน)	10	1.36
ปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน)	459	62.45
สูง (3.67 - 5.00 คะแนน)	266	36.19
Mean=3.56, S.D.=0.60, MIN.=1.83, MAX.=5.00		

ตาราง 10 (ต่อ)

ระดับคะแนนปัจจัยด้านจิตใจ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง		
ต่ำ (1.00 - 2.33 คะแนน)	16	2.18
ปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน)	619	84.22
สูง (3.67 - 5.00 คะแนน)	100	13.60
Mean=3.29, S.D.=0.49, MIN.=1.67, MAX.=4.83		
การรับรู้เหตุการณ์ที่กระทบทางจิตใจ		
ต่ำ (1.00 - 2.33 คะแนน)	4	0.55
ปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน)	590	80.27
สูง (3.67 - 5.00 คะแนน)	141	19.18
Mean=3.38, S.D.=0.46, MIN.=2.00, MAX.=5.00		

เมื่อจำแนกตามรายชื่อ พบว่า ด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง มากที่สุด คือ ความรู้สึกไม่กลัวหรือวิตกกังวลจนไม่ยอมทำอะไรอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.82$ S.D.= 0.91) น้อยที่สุด คือ การเป็นคนที่มีลักษณะเป็นผู้นำมากกว่าผู้ตามอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.20$ S.D.= 0.99) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง มากที่สุด คือ ความใส่ใจดูแลสุขภาพหรือรักษาการเจ็บป่วยของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.48$ S.D.= 0.79) น้อยที่สุด คือ ความรู้สึกไม่กังวลเกี่ยวกับสุขภาพหรือความเจ็บป่วยของตนเองทั้งในปัจจุบันและในอนาคตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.96$ S.D.= 0.80) ด้านการรับรู้เหตุการณ์ที่กระทบทางจิตใจ มากที่สุด คือ ปัจจุบันมีเหตุการณ์ที่ทำให้มีความรู้สึกเบื่อ ไม่อยากทำอะไรเหมือนเมื่อก่อนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.60$ S.D.= 0.93) น้อยที่สุด คือ ไม่มีความรู้สึกเศร้าเมื่อสูญเสียบุคคลหรือสิ่งที่รักอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.76$ S.D.= 1.01) รายละเอียดดังตาราง 11

ตาราง 11 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามปัจจัยด้านจิตใจรายชื่อ (n=735)

ปัจจัยด้านจิตใจ	จำนวน (ร้อยละ)					\bar{X} (S.D.)	ระดับ
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด		
การรับรู้คุณค่าในตนเอง							
1.ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของ ตนเอง	2 (0.3)	15 (2.0)	283 (38.5)	302 (41.1)	133 (18.1)	3.75 (0.78)	สูง
2.ความรู้สึกภูมิใจในตนเองว่า เป็นคนที่มีความสามารถสร้าง ประโยชน์แก่ชุมชนและสังคมได้	8 (1.1)	55 (7.4)	305 (41.5)	274 (37.3)	93 (12.7)	3.53 (0.85)	ปาน กลาง
3.การเป็นคนที่มึลักษณะเป็น ผู้นำมากกว่าผู้ตาม	24 (3.3)	150 (20.3)	296 (40.3)	185 (25.2)	80 (10.9)	3.20 (0.99)	ปาน กลาง
4.ความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มี คุณค่าสำหรับคนอื่น	2 (0.3)	52 (7.0)	304 (41.4)	303 (41.2)	74 (10.1)	3.54 (0.78)	ปาน กลาง
5.การยอมรับความคิดเห็นหรือ การกระทำของผู้อื่นที่ต่างจาก ตนเอง	4 (0.5)	55 (7.6)	303 (41.2)	289 (39.3)	84 (11.4)	3.54 (0.81)	ปาน กลาง
6.ความรู้สึกไม่กลัวหรือวิตก กังวลจนไม่ยอมทำอะไร*	3 (0.4)	48 (6.5)	221 (30.1)	271 (36.9)	192 (26.1)	3.82 (0.91)	สูง
การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง							
1.ความรู้สึกพอใจกับสุขภาพของ ตนเองในปัจจุบัน	13 (1.8)	86 (11.6)	402 (54.7)	179 (24.4)	55 (7.5)	3.24 (0.82)	ปาน กลาง
2.การรู้ว่าตัวเองมีสุขภาพ อย่างไรในปัจจุบัน	10 (1.4)	66 (9.0)	321 (43.6)	276 (37.6)	62 (8.4)	3.43 (0.82)	ปาน กลาง
3.ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ หรือความเจ็บป่วยของตนเองที่ เป็นอยู่	7 (1.0)	64 (8.7)	334 (45.4)	267 (36.3)	63 (8.6)	3.43 (0.81)	ปาน กลาง
4.การรู้สึกว่าตัวเองมีความเสี่ยง ต่อความเจ็บป่วยในอนาคต	33 (4.5)	74 (10.1)	371 (50.5)	248 (33.7)	9 (1.2)	3.17 (0.80)	ปาน กลาง

ตาราง 11 (ต่อ)

ปัจจัยด้านจิตใจ	จำนวน (ร้อยละ)					\bar{X} (S.D.)	ระดับ
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด		
5.ความรู้สึกไม่กังวลเกี่ยวกับ สุขภาพหรือความเจ็บป่วยของ ตนเองทั้งในปัจจุบันและใน อนาคต*	4 (0.5)	199 (27.1)	392 (53.3)	100 (13.6)	40 (5.5)	2.96 (0.80)	ปาน กลาง
6.ความใส่ใจดูแลสุขภาพหรือ รักษาการเจ็บป่วยของตัวเอง	4 (0.5)	61 (8.3)	314 (42.7)	290 (39.5)	66 (9.0)	3.48 (0.79)	ปาน กลาง
การรับรู้เหตุการณ์ที่กระทบทางจิตใจ							
1.ไม่มีความรู้สึกเศร้า เมื่อสูญเสีย บุคคลหรือสิ่งที่รัก*	87 (11.8)	197 (26.8)	285 (38.8)	139 (18.9)	27 (3.7)	2.76 (1.01)	ปาน กลาง
2.ไม่มีความรู้สึกเครียดหรือวิตก กังวล เมื่อเกิดปัญหาทางการเงิน*	15 (2.0)	112 (15.3)	235 (32.0)	233 (31.7)	140 (19.0)	3.50 (1.03)	ปาน กลาง
3.ไม่มีความรู้สึกเครียดหรือ ความรู้สึกผิด เมื่อเกิดปัญหาความ ขัดแย้งกับบุคคลอื่น*	5 (0.7)	88 (12.0)	403 (54.8)	152 (20.7)	87 (11.8)	3.31 (0.86)	ปาน กลาง
4.ไม่มีความรู้สึกหดหู่หรือเศร้า เมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ ต่าง ๆ*	3 (0.4)	76 (10.3)	368 (50.1)	141 (19.2)	147 (20.0)	3.48 (0.94)	ปาน กลาง
5.ปัจจุบันไม่มีเหตุการณ์ที่ทำให้มี ความรู้สึกเบื่อ ไม่อยากทำอะไร เหมือนเมื่อก่อน*	0 (0.0)	67 (9.1)	321 (43.7)	187 (25.4)	160 (21.8)	3.60 (0.93)	ปาน กลาง
6.ไม่มีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่รู้สึกว่่าแก้ไข ไม่ได้*	2 (0.3)	65 (8.7)	326 (44.4)	185 (25.2)	157 (21.4)	3.59 (0.93)	ปาน กลาง
7.การยอมรับความเสื่อมของ ร่างกายหรือความเจ็บป่วย	12 (1.6)	55 (7.5)	340 (46.3)	251 (34.1)	77 (10.5)	3.44 (0.84)	ปาน กลาง

ตาราง 11 (ต่อ)

ปัจจัยด้านจิตใจ	จำนวน (ร้อยละ)					\bar{X} (S.D.)	ระดับ
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
8.ความสามารถปรับตัวกับการสูญเสียบุคคลหรือสิ่งอันเป็นที่รัก	24 (3.3)	107 (14.6)	289 (39.3)	223 (30.3)	92 (12.5)	3.34 (0.98)	ปานกลาง
9.การเตรียมใจหรือทำใจพร้อมรับกับการสูญเสียที่เกิดขึ้นในชีวิต	23 (3.1)	84 (11.5)	308 (41.9)	225 (30.6)	95 (12.9)	3.39 (0.96)	ปานกลาง

4. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ประกอบด้วย รายได้และหนี้สิน สถานภาพและบทบาทในครอบครัว สถานภาพและบทบาททางสังคม และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือน เฉลี่ย 5,509.51 บาท (S.D.= 6,598.22) ส่วนมากมีรายได้ 1,500 - 3,000 บาท ร้อยละ 29.80 รองลงมา คือ รายได้ 3,001 - 5,000 บาท ร้อยละ 23.27 แหล่งของรายได้หลัก คือ จากภาครัฐ ร้อยละ 91.70 รองลงมา คือ จากบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 51.16 รายได้มีความเพียงพอ ร้อยละ 79.73 ส่วนมากไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 82.31 มีการได้รับความช่วยเหลือด้านหนี้สินหรือการใช้จ่ายประจำ ร้อยละ 64.08 และไม่มี ความเครียดหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องการเงิน ร้อยละ 39.32 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีที่อยู่อาศัยเป็น บ้านของตนเอง ร้อยละ 83.40 ส่วนมากอาศัยอยู่ร่วมกับบุตร/หลาน ร้อยละ 70.20 รองลงมา คือ อาศัยอยู่ร่วมกับสามี/ภรรยา ร้อยละ 49.66 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 3.36 คน (S.D.= 1.63) ส่วนมากมีจำนวนสมาชิก 2 คน ร้อยละ 25.85 รองลงมา คือ 3 คน ร้อยละ 23.67 ส่วนมากมี สถานภาพในครอบครัวเป็นสมาชิกในครอบครัวและหัวหน้าครอบครัวใกล้เคียงกัน ร้อยละ 48.16 และร้อยละ 48.03 สัมพันธภาพกับคนในครอบครัวส่วนมากรักใคร่กลมเกลียวกันดี ร้อยละ 93.06 มี เรื่องทะเลาะ ขัดแย้งหรือมีปัญหากัน ร้อยละ 6.94 มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในครอบครัวระดับสูง ร้อยละ 45.71 มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับครอบครัวระดับสูง ร้อยละ 45.17 และมีคนดูแลใน ขณะที่มีอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 92.65 สถานภาพและบทบาททางสังคมของกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก เป็นสมาชิกในชุมชน/กลุ่ม/ชมรม ร้อยละ 73.33 ไม่มีเรื่องทะเลาะ ขัดแย้งหรือมีปัญหา กับผู้อื่นใน ชุมชน ร้อยละ 97.82 และได้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ร้อยละ 60.54 รายละเอียดดังตาราง 12

ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม
(n=735)

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
รายได้และหนี้สิน		
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 1,500 บาท	145	19.73
1,500 - 3,000 บาท	219	29.80
3,001 - 5,000 บาท	171	23.27
5,001 - 10,000 บาท	123	16.73
10,001 - 15,000 บาท	25	3.40
15,001 - 30,000 บาท	42	5.71
30,001 บาท ขึ้นไป	10	1.36
Mean=5,509.51, S.D.=6,598.22, MIN.=600, MAX.=56,000		
แหล่งของรายได้หลัก (มากกว่า 1 คำตอบ)		
จากภาครัฐ	674	91.70
จากบุคคลในครอบครัว	376	51.16
จากรายได้ประกอบอาชีพ/บำเหน็จ/บำนาญ ของตนเอง	356	48.44
จากภาคท้องถิ่น/เทศบาล	19	2.59
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	149	20.27
เพียงพอ	586	79.73
หนี้สิน		
ไม่มี	605	82.31
มี	130	17.69
การได้รับความช่วยเหลือด้านหนี้สินหรือการใช้จ่ายประจำ		
ไม่มี	264	35.92
มี	471	64.08

ตาราง 12 (ต่อ)

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียดหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องการเงิน		
ไม่มี	289	39.32
มีน้อย	264	35.92
มีปานกลาง	142	19.32
มีมาก	40	5.44
สถานภาพและบทบาทในครอบครัว		
ที่อยู่อาศัย		
บ้านของตัวเอง	613	83.40
บ้านของบุตร-หลาน ญาติ-พี่น้อง	95	12.93
บ้านของผู้อื่น/บ้านเช่า	27	3.67
การอยู่อาศัยร่วมกับผู้อื่น (มากกว่า 1 คำตอบ)		
อยู่กับบุตร/หลาน	516	70.20
อยู่กับสามี/ภรรยา	365	49.66
อยู่คนเดียว	73	9.93
อยู่กับญาติ/พี่น้อง	50	6.80
อยู่กับบิดา/มารดา	9	1.22
อยู่กับลูกสะใภ้/ลูกเขย	5	0.68
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 คน	67	9.12
2 คน	190	25.85
3 คน	174	23.67
4 คน	147	20.00
5 คน	84	11.43
6 คน ขึ้นไป	73	9.93
Mean=3.36, S.D.=1.63, MIN.=1, MAX.=10		

ตาราง 12 (ต่อ)

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	353	48.03
สมาชิกในครอบครัว	354	48.16
ผู้อยู่อาศัย	28	3.81
สัมพันธ์ภาพกับคนในครอบครัว		
รักใคร่กลมเกลียวกันดี	684	93.06
มีเรื่องทะเลาะ ชัดแย้งหรือมีปัญหากัน	51	6.94
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในครอบครัว		
ไม่มี	36	4.90
มีส่วนร่วมน้อย	45	6.12
มีส่วนร่วมปานกลาง	318	43.27
มีส่วนร่วมมาก	336	45.71
การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับครอบครัว		
ไม่มี	29	3.95
มีส่วนร่วมน้อย	48	6.53
มีส่วนร่วมปานกลาง	326	44.35
มีส่วนร่วมมาก	332	45.17
การมีคนดูแลในขณะที่มีอาการเจ็บป่วย		
ไม่มี	54	7.35
มี	681	92.65
สถานภาพและบทบาททางสังคม		
สถานภาพในของชุมชนหรือสังคม		
เป็นผู้นำชุมชน/ผู้นำกลุ่ม/แกนนำชมรม	45	6.12
เป็นสมาชิกในชุมชน/กลุ่ม/ชมรม	539	73.33
ไม่เป็นสมาชิกในชุมชน/กลุ่ม/ชมรมเลย	151	20.55

ตาราง 12 (ต่อ)

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
สัมพันธ์ภาพกับคนในชุมชน		
ไม่มีเรื่องทะเลาะ ชัดแย้งหรือมีปัญหากับคนในชุมชน	719	97.82
มีเรื่องทะเลาะ ชัดแย้งหรือมีปัญหากับคนในชุมชน	16	2.18
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน		
ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม	290	39.46
เข้าร่วมกิจกรรม	445	60.54

ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.09$ S.D.= 0.81) ส่วนมากได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.29 รองลงมา คือ ระดับสูง ร้อยละ 28.16 ระดับต่ำ ร้อยละ 20.55 รายละเอียดดังตาราง 13

ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (n=735)

ระดับคะแนนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (1.00 - 2.33 คะแนน)	151	20.55
ปานกลาง (2.34 - 3.66 คะแนน)	377	51.29
สูง (3.67 - 5.00 คะแนน)	207	28.16
Mean=3.09, S.D.=0.81, MIN.=1.13, MAX.=5.00		

เมื่อจำแนกตามรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด คือ การเข้ารับบริการด้านสุขภาพได้อย่างสะดวก รวดเร็ว อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.53$ S.D.= 0.83) รองลงมา คือ การได้รับการช่วยเหลือหรือคำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.43$ S.D.= 0.90) ส่วนข้อที่น้อยที่สุด คือ การใช้สถานที่พักผ่อนหย่อนใจที่ชุมชนหรือหน่วยงานสร้างขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.50$ S.D.= 1.20) รายละเอียดดังตาราง 14

ตาราง 14 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมรายชื่อ (n=735)

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (ร้อยละ)					\bar{X} (S.D.)	ระดับ
	ไม่เคย	น้อย ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	ประจำ		
1.การได้รับคำแนะนำหรือการ ดูแลด้านที่อยู่อาศัย	116 (15.8)	85 (11.5)	235 (32.0)	194 (26.4)	105 (14.3)	3.12 (1.25)	ปาน กลาง
2.การได้รับการสนับสนุนสิ่งของ ที่ต้องการหรือจำเป็น	115 (15.6)	108 (14.7)	246 (33.5)	188 (25.6)	78 (10.6)	3.01 (1.21)	ปาน กลาง
3.การใช้สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ที่ชุมชนหรือหน่วยงานสร้างขึ้น	216 (29.4)	114 (15.5)	261 (35.5)	106 (14.4)	38 (5.2)	2.50 (1.20)	ปาน กลาง
4.การเข้าร่วมกิจกรรม นันทนาการที่ชุมชนจัดขึ้น	123 (16.7)	129 (17.6)	271 (36.9)	162 (22.0)	50 (6.8)	2.85 (1.15)	ปาน กลาง
5.การเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ได้อย่างสะดวก รวดเร็ว	9 (1.2)	41 (5.7)	334 (45.4)	256 (34.8)	95 (12.9)	3.53 (0.83)	ปาน กลาง
6.การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ ต่าง ๆ	98 (13.3)	74 (10.1)	308 (41.9)	199 (27.1)	56 (7.6)	3.06 (1.10)	ปาน กลาง
7.การได้รับการช่วยเหลือหรือ คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ	18 (2.4)	61 (8.4)	339 (46.1)	222 (30.2)	95 (12.9)	3.43 (0.90)	ปาน กลาง
8.การได้รับการดูแลช่วยเหลือ ปัญหาทางด้านสุขภาพจิต	94 (12.8)	72 (9.8)	267 (36.3)	192 (26.1)	110 (15.0)	3.21 (1.20)	ปาน กลาง

5. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ด้วย 2Q พบว่า กลุ่มตัวอย่าง
ส่วนมากไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 95.60 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า
ร้อยละ 4.40 โดยกลุ่มมีความเสี่ยงมีระดับคะแนน 1 คะแนน ร้อยละ 3.30 และ 2 คะแนน ร้อยละ
1.10 รายละเอียดดังตาราง 15

ตาราง 15 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ
ซีมีเคร้า (n=735)

ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมีเคร้า	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มไม่มีความเสี่ยง (0 คะแนน)	703	95.60
กลุ่มมีความเสี่ยง (1 - 2 คะแนน)	32	4.40
ระดับคะแนนกลุ่มมีความเสี่ยง		
1 คะแนน	24	3.30
2 คะแนน	8	1.10

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซีมีเคร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ผู้วิจัย
ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression Analysis) โดยนำเสนอ
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

6.1 กำหนดตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ผู้วิจัยกำหนดตัวแปรและระดับการวัดตัวแปรที่ศึกษาให้เป็นไปตามข้อตกลง
เบื้องต้นของการวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression Analysis)
รายละเอียดดังตาราง 16

ตาราง 16 แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
ตัวแปรอิสระ	
เพศ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) เพศชาย = 0 (ตัวแปรอ้างอิง) เพศหญิง = 1
อายุ	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) อายุ 60 - 69 ปี = 1, อื่น ๆ = 0 อายุ 70 - 79 ปี = 1, อื่น ๆ = 0 อายุ 80 ปี ขึ้นไป = (ตัวแปรอ้างอิง)

ตาราง 16 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
สถานภาพสมรส	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) สมรส = (ตัวแปรอ้างอิง) โสด = 1, อื่น ๆ = 0 หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ = 1, อื่น ๆ = 0
ระดับการศึกษา	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่ได้ศึกษา = 1, อื่น ๆ = 0 ประถมศึกษา = 1, อื่น ๆ = 0 มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า = 1, อื่น ๆ = 0 อุดมศึกษา = (ตัวแปรอ้างอิง)
อาชีพ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ทำงานบ้าน = 1 มีอาชีพประจำ = 0 (ตัวแปรอ้างอิง)
บุคลิกภาพส่วนบุคคล	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ = 1, อื่น ๆ = 0 ปานกลาง = 1, อื่น ๆ = 0 สูง = (ตัวแปรอ้างอิง)
พฤติกรรมการสูบบุหรี่	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่ดื่ม = 0 (ตัวแปรอ้างอิง) ดื่ม = 1
สูบบุหรี่	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่สูบ = 0 (ตัวแปรอ้างอิง) สูบ = 1
พักผ่อนนอนหลับเพียงพอ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) เพียงพอ = 0 (ตัวแปรอ้างอิง) ไม่เพียงพอ = 1

ตาราง 16 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับการวัดตัวแปร
ออกกำลังกายเหมาะสม	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) เหมาะสม = 0 (ตัวแปรอ้างอิง) ไม่เหมาะสม = 1
รับประทานอาหารเพียงพอ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) เพียงพอ = 0 (ตัวแปรอ้างอิง) เพียงพอ = 1
ทำสมาธิ สวดมนต์ เพื่อสงบจิตใจ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ทำ = 0 (ตัวแปรอ้างอิง) ไม่ทำ = 1
ทำงานกิจกรรมผ่อนคลายอารมณ์	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ทำ = 0 (ตัวแปรอ้างอิง) ไม่ทำ = 1
โรคประจำตัว	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่มี = 0 (ตัวแปรอ้างอิง) มี = 1
ความพิการ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่มี = 0 (ตัวแปรอ้างอิง) มี = 1
มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่มี = 0 (ตัวแปรอ้างอิง) มี = 1
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) กลุ่มติดสังคม = (ตัวแปรอ้างอิง) กลุ่มติดบ้าน = 1, อื่น ๆ = 0 กลุ่มติดเตียง = 1, อื่น ๆ = 0

ตาราง 16 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับการวัดตัวแปร
การรับรู้คุณค่าในตนเอง	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ = 1, อื่น ๆ = 0 ปานกลาง = 1, อื่น ๆ = 0 สูง = (ตัวแปรอ้างอิง)
การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ = 1, อื่น ๆ = 0 ปานกลาง = 1, อื่น ๆ = 0 สูง = (ตัวแปรอ้างอิง)
การรับรู้เหตุการณ์ที่กระทบทางจิตใจ	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) สูง = 1, อื่น ๆ = 0 ปานกลาง = 1, อื่น ๆ = 0 ต่ำ = (ตัวแปรอ้างอิง)
รายได้ต่อเดือน (เกณฑ์ค่าใช้จ่ายเบี่ย ยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ)	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท = 1 รายได้ 3,000 บาท ขึ้นไป = 0 (ตัวแปรอ้างอิง)
แหล่งของรายได้หลัก	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) 1 แหล่ง = 1, อื่น ๆ = 0 2 แหล่ง = 1, อื่น ๆ = 0 3 แหล่ง = (ตัวแปรอ้างอิง)
ความเพียงพอของรายได้	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่เพียงพอ = 1 เพียงพอ = 0 (ตัวแปรอ้างอิง)
หนี้สิน	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่มี = 0 (ตัวแปรอ้างอิง) มี = 1
การได้รับความช่วยเหลือด้านหนี้สิน หรือการใช้จ่ายประจำ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่มี = 1 มี = 0 (ตัวแปรอ้างอิง)

ตาราง 16 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับการวัดตัวแปร
ความเครียดหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องการเงิน	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่มี = 0 (ตัวแปรอ้างอิง) มี = 1
ที่อยู่อาศัย	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) บ้านของผู้อื่น = 1 บ้านของตัวเอง = 0 (ตัวแปรอ้างอิง)
การอยู่อาศัยร่วมกับผู้อื่น	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) อยู่คนเดียว = 1 อยู่กับบุคคลอื่น = 0 (ตัวแปรอ้างอิง)
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) น้อยกว่า 2 คน (ครอบครัวขนาดเล็ก) = 1 3 คนขึ้นไป (ครอบครัวขนาดใหญ่) = 0 (ตัวแปรอ้างอิง)
สถานภาพในครอบครัว	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) หัวหน้าครอบครัว = (ตัวแปรอ้างอิง) คนในครอบครัว = 1, อื่น ๆ = 0 ผู้อยู่อาศัย = 1, อื่น ๆ = 0
สัมพันธภาพกับคนในครอบครัว	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) รักใครกลมเกลียวกันดี = 0 (ตัวแปรอ้างอิง) มีเรื่องทะเลาะ ขัดแย้งหรือมีปัญหากัน = 1
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในครอบครัว	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่มี = 1 มี = 0 (ตัวแปรอ้างอิง)
การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับครอบครัว	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่มี = 1 มี = 0 (ตัวแปรอ้างอิง)
การมีคนดูแลในขณะที่มีอาการเจ็บป่วย	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่มี = 1 มี = 0 (ตัวแปรอ้างอิง)

ตาราง 16 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับการวัดตัวแปร
สถานภาพในของชุมชนหรือสังคม	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) เป็นผู้นำชุมชน/ผู้นำกลุ่ม/แกนนำชมรม = (ตัวแปรอ้างอิง) เป็นสมาชิกในชุมชน/กลุ่ม/ชมรม = 1, อื่น ๆ = 0 ไม่เป็นสมาชิกในชุมชน/กลุ่ม/ชมรมเลย = 1, อื่น ๆ = 0
สัมพันธภาพกับคนในชุมชน	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่มีเรื่องทะเลาะ ขัดแย้งหรือมีปัญหากับคนในชุมชน = 0 (ตัวแปรอ้างอิง) มีเรื่องทะเลาะ ขัดแย้งหรือมีปัญหากับคนในชุมชน = 1
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม = 1 เข้าร่วมกิจกรรม = 0 (ตัวแปรอ้างอิง)
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ = 1, อื่น ๆ = 0 ปานกลาง = 1, อื่น ๆ = 0 สูง = (ตัวแปรอ้างอิง)
ตัวแปรตาม	
ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า	นามบัญญัติ ไม่มีความเสี่ยง = 0 มีความเสี่ยง = 1

6.2 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและความเหมาะสม (Goodness of fit test) ของสมการถดถอยโลจิสติก

6.2.1 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ จำนวน 38 ตัวแปร พบว่าไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) โดยมีค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร -0.682 ถึง 0.887 ซึ่งมีความสัมพันธ์ไม่เกิน 0.90 ตามเกณฑ์ของ Tabachnick & Fidell (2019)

6.2.2 การทดสอบ Omnibus Test of Model Coefficients เป็นการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติกในรูปของค่าสถิติ Chi-square test เพื่อดูข้อมูลที่มีกับโมเดลเข้ากันได้หรือไม่ พบว่า ค่า Chi-square ในช่อง Step, Block และ Model มีค่าเท่ากันทั้ง 3 ค่า คือ 140.832

และค่า p-value < 0.001 แสดงว่า ตัวแปรอิสระที่จะใช้ทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามีความเหมาะสม

6.2.3 การพิจารณาสถิติทดสอบความเหมาะสมของ Hosmer and Lemeshow โดยสมมติฐานการทดสอบ ดังนี้

H_0 = โมเดลทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามีความเหมาะสม

H_1 = โมเดลทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าไม่เหมาะสม

จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ค่า Chi-square เท่ากับ 9.468 และค่า p-value = 0.304 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญ (<0.05) นั่นคือ ยอมรับ H_0 แสดงว่า โมเดลทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามีความเหมาะสม

6.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression Analysis) ด้วยเทคนิค Enter โดยเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยโลจิสติกในขั้นตอนเดียว ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ บุคลิกภาพส่วนบุคคล การมีโรคประจำตัว ความพิการ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง การรับรู้เหตุการณ์ที่กระทบทางจิตใจ รายได้และหนี้สิน สถานภาพและบทบาทในครอบครัว สถานภาพและบทบาททางสังคม ไม่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่

สถานภาพโสด (Adj.OR = 16.20, p-value=0.014, 95%CI = 1.78 - 147.60) และสถานภาพหม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ (Adj.OR = 12.98, 95%CI = 2.25 - 75.06, p-value = 0.004)

การพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ (Adj.OR = 8.44, 95%CI = 1.17 - 60.90, p-value = 0.034)

การรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ (Adj.OR = 27.22, 95%CI = 3.20 - 231.62, p-value = 0.002)

การมีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า (Adj.OR = 29.28, 95%CI = 1.82 - 471.11, p-value = 0.017)

การรับรู้คุณค่าในตนเองระดับต่ำ (Adj.OR = 62.14, 95%CI = 1.92 - 2011.10, p-value = 0.020)

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ (Adj.OR = 13.07, 95%CI = 1.46 - 117.24, p-value = 0.022)

โดยทั้ง 6 ปัจจัยสามารถทำนายโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเศร้า ได้ ร้อยละ 57.90 และมีความสามารถในการทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 97.40 และสามารถอธิบายปัจจัยทำนายได้ดังนี้

ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด และสถานภาพหม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเศร้า มากกว่าสถานภาพสมรส 16.20 และ 12.98 เท่า ตามลำดับ

ผู้สูงอายุที่พักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเศร้า มากกว่าผู้ที่พักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ 8.44 เท่า

ผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเศร้า มากกว่าผู้ที่รับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ 27.22 เท่า

ผู้สูงอายุที่มีญาติสายตรงมีภาวะซีมเศร้า มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเศร้า มากกว่าผู้ที่ไม่มียุติสายตรงมีภาวะซีมเศร้า 29.28 เท่า

ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองระดับต่ำ มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเศร้ามากกว่าระดับสูง 62.14 เท่า

ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเศร้า มากกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง 13.07 เท่า

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซีมเศร้า ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก (Binary logistic regression Analysis) รายละเอียดดังตาราง 17

ตาราง 17 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซีมเศร้า ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก (n=735)

ตัวแปรอิสระ	B	Adj.OR	95% CI		p-value
			Lower	Upper	
สถานภาพสมรส					
สมรส (ตัวแปรอ้างอิง)					
โสด	2.79	16.20	1.78	147.60	0.014*
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2.56	12.98	2.25	75.06	0.004*

ตาราง 17 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	B	Adj.OR	95% CI Lower-Upper	p-value
พฤติกรรมสุขภาพ				
พักผ่อนนอนหลับเพียงพอ				
เพียงพอ (ตัวแปรอ้างอิง)				
ไม่เพียงพอ	2.13	8.44	1.17 - 60.90	0.034*
รับประทานอาหารเพียงพอ				
เพียงพอ (ตัวแปรอ้างอิง)				
ไม่เพียงพอ	3.30	27.22	3.20 - 231.62	0.002*
มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า				
ไม่มี (ตัวแปรอ้างอิง)				
มี	3.38	29.28	1.82 - 471.11	0.017*
การรับรู้คุณค่าในตนเอง				
สูง (ตัวแปรอ้างอิง)				
ต่ำ	4.13	62.14	1.92 - 2011.10	0.020*
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม				
สูง (ตัวแปรอ้างอิง)				
ต่ำ	2.57	13.07	1.46 - 117.24	0.022*

Percentage correct = 97.40%, Nagelkerke R^2 = 0.579

ส่วนตัวแปรปัจจัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ บุคลิกภาพส่วนบุคคล การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การทำสมาธิ ทำกิจกรรมผ่อนคลาย โรคประจำตัว ความพิการ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การรับรู้สุขภาพตนเอง การรับรู้เหตุการณ์ที่กระทบจิตใจ รายได้ แหล่งรายได้ ความเพียงพอ หนี้สิน การได้รับความช่วยเหลือ ความเครียดทางการเงิน ที่อยู่อาศัย การอยู่ร่วมกัน จำนวนสมาชิก สถานภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วม การมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย สถานภาพในสังคม สัมพันธภาพในชุมชน และการร่วมกิจกรรมในชุมชน ไม่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

จากผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง พบว่ามี 5 ตัวแปร ได้แก่ ผู้สูงอายุมีความพิการหรือมีโรคประจำตัว มีภาระทางการเงิน หนี้สินหรือรายได้ไม่เพียงพอ มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีมีการทะเลาะกันในครอบครัว มีการอยู่อาศัยเพียงลำพัง และมีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำโดยมีความรู้สึกกลัว วิตกกังวลและมีความรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น ซึ่งตัวแปรทั้ง 5 เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

2. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง พบว่ามี 6 ตัวแปร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด สถานภาพหม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ มีการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ มีการรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ และมีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งตัวแปรทั้งหมดเป็นปัจจัยร่วมกันทำนายโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้ร้อยละ 57.90

จากผลการวิจัยทั้ง 2 ส่วน เมื่อนำมารวมเข้าด้วยกัน พบว่า ตัวแปรที่มีความสอดคล้องกัน 1 ตัวแปร ได้แก่ มีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับต่ำ ดังนั้น สรุปได้ว่า ตัวแปรปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง จำนวน 10 ตัวแปร ได้แก่ มีความพิการหรือมีโรคประจำตัว มีภาระทางการเงินหนี้สินหรือรายได้ไม่เพียงพอ สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีมีการทะเลาะกันในครอบครัว มีการอยู่อาศัยเพียงลำพัง มีสถานภาพโสด หม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ การพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ และมีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับต่ำ

จากนั้น ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยดังกล่าวไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองในระยะที่ 2 ต่อไป

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง โดยนำผลการวิจัยในระยะที่ 1 มาใช้ในการพัฒนารูปแบบ จากนั้นผู้วิจัยสรุปรูปแบบแล้วนำไปประเมินในระยะที่ 3 ต่อไป

การวิจัยระยะนี้ใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น ภาครัฐ และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่ออภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์และพัฒนารูปแบบร่วมกัน โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาคั้งนี้ คือ บุคลากรที่มีประสบการณ์ในงานสุขภาพจิตและผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง ประกอบด้วย 1)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน จำนวน 4 คน 2) ตัวแทนท้องถิ่นหรือผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและงานสุขภาพจิต จำนวน 4 คน 3) บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตหรือผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน และ 4) ตัวแทนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า จำนวน 3 คน ใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณลักษณะแตกต่างกัน (Heterogeneous Sampling) เข้าร่วมดำเนินการสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแนวทางการสนทนากลุ่ม สมุดจดบันทึก และเครื่องบันทึกเสียง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ ทำความรู้จักกัน เพื่อให้ทุกคนผ่อนคลาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนา ขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขอให้ทุกคนพูดได้โดยไม่กังวลเรื่องถูกผิด การรักษาความลับสำหรับการวิจัย การนำข้อมูลไปใช้ และขออนุญาตให้ผู้ช่วยผู้วิจัยจดบันทึกข้อมูล และใช้เครื่องบันทึกเสียงการสนทนากลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยเริ่มคำถามแรกด้วยการให้ผู้เข้าร่วมสนทนาแสดงความคิดเห็นประเด็นการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองในมุมมองของคนนอก จากนั้นใช้คำถามที่ดึงกลุ่มให้เข้าใกล้ตัวมากขึ้น ในขณะดำเนินการสนทนา อาจมีประเด็นใหม่ ๆ ที่ผู้วิจัยต้องเก็บนอกเหนือจากประเด็นที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะต้องปรับแนวทางตามความเหมาะสมไปเรื่อย ๆ ตลอดการสนทนา และพยายามให้ทุกคนได้ร่วมแลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และลึกซึ้ง โดยใช้เวลาประมาณ 2 - 3 ชั่วโมง ณ ห้องประชุมศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก และวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้าการสนทนากลุ่ม

ปัจจัยนำเข้าได้จากผลการวิจัยในระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง สรุปได้ว่า ตัวแปรปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง จำนวน 10 ตัวแปร คือ ผู้สูงอายุมีความพิการหรือมีโรคประจำตัว มีภาระทางการเงิน หนี้สินหรือรายได้ไม่เพียงพอ มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีมีการทะเลาะกันในครอบครัว มีการอยู่อาศัยเพียงลำพัง มีสถานภาพโสด มีสถานภาพหม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ มีการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ มีการรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ และมีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับต่ำ รายละเอียดดังตาราง 18

ตาราง 18 แสดงปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

ปัจจัย/ตัวแปร	ผลการวิจัย
ปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง (เชิงคุณภาพ)	
1. ความพิการหรือโรคประจำตัว	ผู้สูงอายุมีความพิการหรือมีโรคประจำตัว ทำให้ไม่สามารถเดินทางไปไหนได้เหมือนเมื่อตอนที่ยังเป็นปกติ ทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและไม่อยากทำอะไร
2. ภาระทางการเงินหนี้สินหรือรายได้	ผู้สูงอายุมีปัญหาทางการเงิน ทั้งเรื่องการมีหนี้สิน ทั้งที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุเองหรือจากคนในครอบครัว รวมถึงปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุขาดรายได้ เกิดความเครียด วิตกกังวล จึงเกิดความท้อแท้ จนไม่อยากทำอะไร
3. สัมพันธภาพในครอบครัว	ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีเรื่องทะเลาะขัดแย้งหรือมีปัญหาอื่น ทั้งที่เกิดจากสามี ภรรยาหรือคนในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเครียด กังวล ส่งผลให้เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย
4. การอยู่อาศัยกับผู้อื่น	ผู้สูงอายุอยู่อาศัยเพียงลำพัง จากการสูญเสียคู่ครอง หรือบุตรหลาน ทำให้ต้องอยู่อาศัยเพียงคนเดียว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและท้อแท้
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง (เชิงปริมาณ)	
1. สถานภาพ	ผู้สูงอายุมีสถานภาพโสด มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้มีสถานภาพคู่ 16.198 เท่า และสถานภาพหม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้มีสถานภาพคู่ 12.981 เท่า
2. การมีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า	ผู้สูงอายุที่มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ไม่มียุติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า 29.281 เท่า
3. การสนับสนุนทางสังคม	ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง 13.017 เท่า
4. การพักผ่อนนอนหลับเพียงพอ	ผู้สูงอายุที่มีการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่พักผ่อนนอนหลับเพียงพอ 8.444 เท่า

ตาราง 18 (ต่อ)

ปัจจัย/ตัวแปร	ผลการวิจัย
5. การรับประทานอาหารเพียงพอ	ผู้สูงอายุที่มีการรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่รับประทานอาหารเพียงพอ 27.222 เท่า
ปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ที่สอดคล้องกันทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ	
1. การรับรู้คุณค่าในตนเอง (ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตนเอง, ความภูมิใจในความสามารถสร้างประโยชน์แก่ชุมชนและสังคมได้, เป็นผู้นำมากกว่าผู้ตาม, รู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีความสำคัญสำหรับคนอื่น, ยอมรับความเห็นต่าง และความรู้สึกกลัววิตกกังวลจนไม่ยอมทำอะไร)	ผู้สูงอายุมีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับต่ำ จากความรู้สึกกลัว วิตกกังวล จนไม่ยอมทำอะไรและมีความรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเบื่อ ไม่ยอมทำอะไร และการรับรู้คุณค่าในตนเองระดับต่ำ มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่รับรู้คุณค่าในตนเองสูง 62.138 เท่า

2. องค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

จากการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยนำปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง จำนวน 10 ปัจจัย/ตัวแปร ได้แก่ ผู้สูงอายุมีความพิการหรือมีโรคประจำตัว มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดีมีการทะเลาะกันในครอบครัว มีการอยู่อาศัยเพียงลำพัง ผู้สูงอายุมีสถานภาพโสด สถานภาพหม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ มีการรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ มีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับต่ำ มีภาระทางการเงิน หนี้สินหรือรายได้ไม่เพียงพอ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ มาเป็นปัจจัยนำเข้า เพื่อพัฒนารูปแบบพร้อมทั้งปรับปรุงตามข้อเสนอแนะและสรุปรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

ผลการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง มีองค์ประกอบตามปัจจัยนำเข้าที่ผู้เข้าร่วมสนทนาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มปัจจัยที่สามารถดำเนินงานเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลที่ผู้สูงอายุสามารถป้องกันได้ด้วยตนเองหรือมีผู้ให้การช่วยเหลือเพียงเล็กน้อย ปัจจัยสภาพแวดล้อมในครอบครัว

หรือบุคคลใกล้ชิดที่ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลช่วยเหลือป้องกันจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด และปัจจัยสภาพแวดล้อมในชุมชนหรือสังคมที่ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลช่วยเหลือป้องกันจากบุคคลหรือหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ความพิการหรือมีโรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่เกิดจากสภาวะสุขภาพของตัวผู้สูงอายุ ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ควรมีการจัดกิจกรรมเฝ้าระวัง ดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ CG อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือจากทีมสหวิชาชีพที่ดูแลด้านสุขภาพจากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น การเกิดโรคหรือความพิการโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นเรื้อรัง จะเกิดความเครียดวิตกกังวล นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ หากดูแลช่วยเหลือได้เหมาะสมจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล สอดคล้องกับวิธีการหรือกิจกรรมขององค์ประกอบความพิการหรือมีโรคประจำตัว ดังนี้

...เขาทำอะไรเองไม่ได้ ต้องหาคนมาช่วย หากคนมาดูแล อย่างญาติต้องมาดูแลเขา

(รหัส สก.01 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...ต้องมีเจ้าหน้าที่ อสม. ตัวหลักก็น่าจะเป็น อสม. เพราะเรามี อสม. ครั้วเรือนอยู่แล้ว อสม. ต้องรู้ว่ารับผิดชอบเท่าไร ต้องรู้ข้อมูล บ้านเลขที่นี้ มีประชากรกี่คน รวมทั้งการประเมินสุขภาพด้วย

(รหัส สก.04 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...ต้องเอาบุคลากรเราลงไป เช่น CG เข้าไปดูดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง เรามีตงนี่ อยู่แล้ว ต้องมีผู้นำชุมชน ผู้นำชุมชนต้องรู้นะ เจ้าหน้าที่ต้องรู้นะ เจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วนต้องรู้ว่าใครเคสอยู่ตรงไหน

(รหัส สก.05 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...แต่ละระแวกมี อสม. รับผิดชอบอยู่แล้วทุกหลังคาเรือน อสม. กับ CG คนละกลุ่มกัน CG จะเข้ตลงไปตามวัย เน้นเฉพาะกลุ่ม แต่ อสม. ดูแลเฉพาะระแวกของตนเอง อสม. จะต้องรู้ว่าในระแวก ตนเองมีใครเป็นอะไร มีกันกี่คน ในระแวกมีกี่หลังคาเรือน ต้องดูหมด ต้องมีข้อมูลอยู่ในมือ

(รหัส สก.01 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...ผู้ดูแลคือคนในครอบครัวเป็นหลัก เน้นย้ำไปอีกเรื่องในระแวกของตนเองในการที่

จะดูแล หรือประมาณว่าต้องส่งงานประจำเดือน พุดถึงในอนาคต มันก็จะเป็นตัวช่วย อสม. ในการเก็บงานในเคสซีมีเศร้าของเราโดยตรง ถ้าเราสำรวจหรือประเมินจากที่เก็บข้อมูล มาแล้วเราจะนำมาทำเป็นกิจกรรมของผู้ดูแล

(รหัส สก.03 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...ต้องมีการให้ อสม. คัดกรองสุขภาพจิต ในกรณีค้นพบหรือสงสัยจะประสานให้ จนท.ลงพื้นที่ช่วยกันตรวจสอบ

(รหัส สก.06 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...ผู้ดูแล ต้องให้ความรู้เขา เวลาลงเยี่ยมบ้านต้องแยกให้ความรู้ผู้ดูแลเข้าใจโรคที่เขา ดูแล ให้เขาพูดตามความเข้าใจแล้วเราก็เสริมไป เมื่อก่อนเคยจะอบรมผู้ดูแลเรื่องจิตเวช ที่นี้ มากันไม่ได้ เลยทำแบบเชิงรุก ตัวต่อตัว ก็เลยต้องอาศัย อสม. ให้ อสม. ประเมินเบื้องต้น แล้วส่งต่อให้เจ้าหน้าที่ จะมีการประสานกันแบบนี้ เคยอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้าน สุขภาพจิต เราก็จะมีคู่มือแจก เมื่อก่อนเคยมีศูนย์สุขภาพจิตมาเป็นพี่เลี้ยง

(รหัส สก.04 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...หลัก ๆ คือ อสม. เพิ่มศักยภาพให้มากขึ้นในเรื่องนี้ เป็นเรื่องที่ควรให้ความรู้ อสม. เป็นประจำทุกเดือน และต้องมีการติดตามเป็นประจำทุกเดือน ถ่ายทอดต่อเป็นเรื่องเป็น ราว ถ้ามีคู่มือที่ดี นึกอะไรไม่ออกอย่างน้อยเราก็มีคู่มือ เพราะมันก็มีหลงลืมกันมั่งหรือไม่ แน่ใจ พอเรามีตัวแบบของเรามันก็โอเค

(รหัส สก.03 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...เคยอบรมให้ที่ PCU แต่หลังจากโควิด 3 ปี ไม่ได้ประชุมเลย

(รหัส สก.05 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...อสม. ดูแลผู้สูงอายุที่กินยาประจำ เจ้าหน้าที่ดูแลต่อเนื่อง เรื่องการติดตามรับยา และประสาน อสม. เพื่อติดตาม คนที่เขามารับบริการไม่ได้ก็ต้องมีคนไปดู เยี่ยมบ้าน การ ค้นหาผู้พิการจะทำงานร่วมกับชุมชน ผู้นำเขาจะสำรวจแล้วพามา

(รหัส สก.06 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...การดูแลผู้สูงอายุที่พิการ มี 2 กรณี ประเภทการเคลื่อนไหว งานกายภาพ รับผิดชอบ ด้านสุขภาพจิต งานสุขภาพจิตรับผิดชอบ แต่ถ้าพิการทั่ว ๆ ไปให้หมอมารักษา ประเมิน

(รหัส สก.04 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...ท้องถิ่นเขาจะดูแล จะประสานจากโรงพยาบาลแล้วออกบัตรที่ อบจ. งานพัฒนาชุมชนจะทำอยู่

(รหัส สก.03 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...อสม. ดูแล และลูกหลานจะต้องดูแลด้วย

(รหัส สก.15 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...เรื่องนี้คนที่ช่วยเหลือที่สุด คือ ลูกเฒ่าคนที่อยู่ใกล้ตัว เป็นพี่เป็น ภรรยา ถ้าไม่ว่างค่อยไปถึง อสม. ทำแทน

(รหัส สก.16 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...เราต้องดูแลผู้สูงอายุนั้นก่อนว่าคนในครอบครัวดูแลได้ไหม

(รหัส สก.17 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...ต้องมีคนดูแลเรื่องอาหารเข้าเย็น ดูแลอาการป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

(รหัส สก.13 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

การมีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่ผู้สูงอายุที่มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการเฝ้าระวังป้องกัน จากบุคคลรอบข้างในชุมชน หรือหน่วยงานต่าง ๆ ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ควรมีการจัดกิจกรรมเฝ้าระวังป้องกัน การคัดกรองประจำต่อเนื่องในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากมีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอื่นที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล สอดคล้องกับวิธีการหรือกิจกรรมขององค์ประกอบมีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า ดังนี้

...ครอบครัวต้องมีความเข้าใจ เอาธรรมะ สวดมนต์เข้าข่ม ดูแลตนเองนำสิ่งดี ๆ มา การจัดกิจกรรมเหล่านี้ต้องให้ผู้เกี่ยวข้องมาร่วมทั้งหมด กลุ่มเสียงที่มีกรรมพันธุ์นี้ต้องเข้ามา รับรู้ตรงนี้ และกิจกรรมจะเป็นยังไงจะทำยังไง ดีกว่าเข้าร่วมเฉย ๆ อยากให้ทำเป็นประจำ เพราะโรคพวกนี้มันอยู่กับเรายาวตลอดไป การจัดกิจกรรมจะทำให้คนรอบข้างรับรู้และ ตื่นตัวดูแลตนเองจะได้ไม่เป็นอย่างคนอื่นเขา เหมือนกับโรคโควิด 19 คือ เขาจะต้องมารู้ แล้วว่ามันคืออะไรที่มันจะอยู่กับปัจจุบัน

(รหัส สก.03 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...ให้ญาติรับสภาพ เข้าใจและเข้าร่วมกิจกรรม ให้เขาดีขึ้น

(รหัส สก.01 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...จัดกิจกรรม จัดโปรแกรมดึงเขาเข้าร่วมกิจกรรมให้เขาปล่อยวาง สร้างทักษะให้ เขาแล้วกลุ่มญาติสายตรงจะดีขึ้น คือ เขาจะต้องเข้าใจว่าโรคซึมเศร้ามันคืออะไรที่จะนำพา ไปสู่การฆ่าตัวตาย เราต้องให้เขารู้สึกเลย แล้วเราก้จัดกิจกรรมให้เขารู้จักผ่อนคลายให้เขา ไม่ไปอยู่ตรงนั้นยังไง

(รหัส สก.05 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

การมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีการทะเลาะกันในครอบครัว การอยู่อาศัยเพียง ลำพัง การมีสถานภาพโสด หม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อ ความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับ บุคคลอื่น ปัจจัยดังกล่าวอาจเกิดจากตัวผู้สูงอายุเองที่ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจากการที่ต้องอาศัย อยู่เพียงลำพังหรือจากการมีสถานภาพที่ต้องอยู่เพียงลำพัง หรือเกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลใน ครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกในด้านลบ นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ซึมเศร้าได้ ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม พบว่า นอกจากผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง แล้ว ควรจัดกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุโดยบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดในชุมชน และเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง โดยกิจกรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือเกิด ปัญหาเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล สอดคล้องกับวิธีการหรือกิจกรรมของ องค์ประกอบปัญหาสัมพันธภาพ การอาศัยอยู่ลำพัง มี สถานภาพโสด หม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ ดังนี้

...ความสัมพันธ์ในครอบครัวสำคัญที่จะต้องดูแล หนีไม่พ้นคนดูแล อสม. ที่จะทำให้คนมีความรู้ในการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมในระแวกที่รับผิดชอบ แต่ต้องมีตัวจืดที่จะทำไม่ว่าจะเป็น อสม. ผู้นำ ผู้ใหญ่ บอกเขาให้ช่วยดูแล

(รหัส สก.03 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...สภาพแวดล้อมบ้านเรายังเอื้ออาทรกันดีอยู่ ถ้าเขาไว้วางใจเขาจะพูดกับเราทุกเรื่อง ผู้ใหญ่บ้านกำนันต้องช่วยไกล่เกลี่ยปัญหาทะเลาะกันในครอบครัว นาน ๆ จะมี ถ้าเราไม่ไหวต้องส่งต่อ

(รหัส สก.01 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...สภาพปัจจุบันบ้านใกล้เรือนเคียง คือ สามี ภรรยาตาย หรือลูกอยู่ไกลต้องอาศัยอยู่เพียงลำพัง อยู่กับสภาพรอบบ้านไม่ช่วยเดียวกัน แต่ถ้าเทียบกันสภาพสังคมของเขตเทศบาลเราจะดีกว่าชนบท หรือที่มีหมู่บ้านจัดสรร ห้องแถวมันต่างคนต่างอยู่

(รหัส สก.03 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...ผู้สูงอายุไม่มีคนดูแล ต้องนัดประชุมเครือข่ายทั้ง พม. สาธารณสุข เราต้องเข้าไปดูเขาเลยที่บ้าน ต้องเรียกลูกมาคุยมาคุยกันให้รับรู้ปัญหาเขาด้วย อันดับแรกต้องเรียกลูกที่ใกล้ชิดที่สุดมาดูแล ส่วนมากจะได้ข้อมูลคนดูแลผู้สูงอายุจาก อสม. และ CG ต้องให้ข้อมูลถ้าอยู่คนเดียวก็ให้หาคู่ให้เขา คือหาเพื่อน

(รหัส สก.14 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...ต้องหาสาเหตุ ว่าเกิดจากอะไร เช่น สามีกินเหล้า ก็แก้ที่กินเหล้าส่งมาบำบัด ถ้าการเงินก็ส่งเสริมอาชีพเพิ่ม ควรสำรวจค้นหาสาเหตุก่อน จะได้แก้ไขได้ถูก มีผู้ดูแลของชุมชน แกนนำต้องสำรวจ และประสาน พมจ. ลงเยี่ยมเยียน ลงประเมิน

(รหัส สก.04 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...การไปเยี่ยมเยียน ให้กำลังใจ มีข้าวของไปให้ จะต้องลงพื้นที่เจอโดยตรงเลย แต่คนที่เข้าไปต้องมีวุฒิภาวะ ประสบการณ์ มีการสื่อสารที่เหมาะสม คำพูดคำจา ไปช่วยเหลือและพูดคุยไปด้วย อสม. ต้องเข้าไปในระแวกของตัวเองที่รับผิดชอบ พูดคุยด้วยเหตุและผล และนำข้อมูลมาประสานงานว่าจะต้องดำเนินการอะไรต่อไป อสม. ต้องมีความรู้ การดูแลในเรื่องนี้โดยตรง

(รหัส สก.03 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...ให้ อสม. สำรวจปัญหาในครอบครัว อสม. ไปทำงาน ถ้าไว้ใจ เขาจะบอกเราเลยนะ
(รหัส สก.02 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...มีการสร้างสัมพันธภาพแล้วให้คำปรึกษา สร้างให้ อสม. เป็นเฉพาะบุคคล
(รหัส สก.05 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...ของเทศบาลมีศูนย์ยุติธรรมชุมชนของท้องถิ่น ต้องการไกล่เกลี่ยหรือมีปัญหาอะไร
ก็จะมีศูนย์นี้ช่วยเหลือพูดคุยเจรจาข้อพิพาทของคนในชุมชน แต่ในเบื้องต้นต้องให้คนใน
ชุมชนเคลียกันก่อน ก่อนที่จะมาในเวทีนี้
(รหัส สก.10 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...แก้ไขการทะเลาะกันก็ไม่พ้นผู้นำชุมชน ที่เขาเกรงใจหน่อย ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน เขา
เชื่อ เขาเกรงใจ ถ้าเป็นคนอื่นเขาก็ว่ายุ่งเรื่องของเขา ส่วนใหญ่ทะเลาะกันก็มีเรื่องเหล้า
(รหัส สก.16 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...ส่วนมากเขาก็จะฟังกำนันถ้าอธิบายให้เข้าใจ เขาเกรงใจอยู่
(รหัส สก.07 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...เราเข้าไปรับฟัง ให้เขาพูดว่าปัญหาคืออะไรทำไมจึงเกิดแล้วเราจะแก้อย่างไร อสม.
กับผู้นำเข้าไปช่วยด้วย
(รหัส สก.12 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...ข้อมูลการอยู่คนเดียว ผู้นำเขาเป็น อสม. ด้วย เขาต้องรู้ดี ทำตามหน้าที่ ส่วนมาก
ผู้ใหญ่จะทำไปกับเรา เชื่อมโยงไปถึง พมจ. เลย บางเรื่องผู้ใหญ่เขาจะมีข้อมูลก่อน
(รหัส สก.02 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...ตอนนี้ใครอยู่คนเดียวไม่มีบ้านเรือน ผู้ใหญ่ กำนัน อบต. ต้องรู้หมดนะ อยู่คนเดียว
ต้องไปพูดคุยให้กำลังใจเขา ต้องย่อนให้เขารับรู้การสูญเสีย ต้องอยู่คนเดียว ปรับตัวเอง
ต้องหากนข้างบ้านช่วยดูแลด้วยนะ ดึงคนข้างบ้านมาช่วยนะ ถ้าเจอคนข้างบ้านดีก็ดี จริง ๆ
สร้างคนข้างบ้านให้เป็นคนในบ้านก็ดีนะ ผู้นำสำคัญที่สุด คือ เขาจะเชื่อผู้ใหญ่บ้าน กำนัน
พูดบอกฝากบ้านนี้ด้วยนะ แล้วให้ดูแลคนนี้ด้วยนะ แต่ต้องดูด้วยนะเพื่อนบ้านบางคนก็ไม่
รับ เราเป็นคนดีรอบบ้านต้องมีสักคน

(รหัส สก.05 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...ถ้ามีคนข้างบ้านดูแลถือว่ามีความโชคดีไม่ต้องมีกล้องวงจรปิด แต่เราก็ต้องสร้างคนดูแลรอบบ้าน เพื่อนข้างบ้านอยู่กับบ้านตลอดเวลา แต่ อสม. ต้องเวียนไป ลงไปแก้ปัญหาตามสาเหตุ ชุมชนไม่ทอดทิ้ง ให้เขาออกมาสัมพันธ์ภาพในชุมชน กลางวันห่อข้าวมาใหม่ มีอะไรนำมาจักสานหรือร้องรำทำเพลงร่วมกัน แต่ก็ยังไม่ประสบความสำเร็จ มีเครื่องออกกำลังกายในชุมชนก็เหมือนกันยังไม่ประสบความสำเร็จ ถ้าไม่มีลูกหลาน อสม. ผู้นำเข้ามาร่วมจะไม่ประสบความสำเร็จ ทุกภาคส่วนควรเข้ามามีส่วนร่วม

(รหัส สก.03 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...ในเรื่องเขาอยู่คนเดียว เขาต้องยอมรับ วางแผนตนเองในอนาคตที่เราจะทำอย่างไร สาสุขเองจะให้คำแนะนำดูแลสุขภาพตนเองไม่อยู่ภาวะพึ่งพิง มีชมรมผู้สูงอายุ จิตอาสา เยี่ยมผู้สูงอายุ เดือนละครั้ง มีทีมโรงพยาบาล ให้ผู้สูงอายุเข้ามาร่วมกิจกรรม แต่ก็ตามความสนใจของเขา สิ่งที่เขาชอบก็ส่งเสริมให้เขาทำได้เลย เช่น ปั่นจักรยาน เลี้ยงนก เลี้ยงแมว ฟังเพลง ดูทีวี เราก็ส่งเสริมให้เขาทำให้เขาค้นหาตนเองว่าเขาชอบอะไร ส่งเสริมธรรมะให้เขา เกิดอะไรขึ้นเขาจะได้ไม่เสียใจเกินไป ไม่ถึงกับต้องไปบวชไปอะไรก็ได้

(รหัส สก.13 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...ให้กำลังใจให้เขาเข้าสังคมไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ให้เพื่อนฝูงหรือถามเขาว่าเขาหนีใครให้เขาพาไป คนใกล้ชิด เขาชอบคุยกับใครบ้าง เราก็ให้เขาเข้าไปคุยด้วย ให้ อสม. ถามว่าใครเข้าไปคุยด้วยให้เข้าไปหาคนนั้นเลย

(รหัส สก.16 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...ขอความร่วมมือเพื่อนบ้านให้เขาเข้าไปคุยเขามีทัศนคติดีขึ้นเอาเรื่องที่เขารักมาพูด มีเพื่อนบ้านที่คอยช่วยเหลือตอนที่อยู่คนเดียว

(รหัส สก.11 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...ส่วนมากคนที่อยู่คนเดียวเขาจะมาประชุมอยาการู้ข่าวสารว่าเขามีประโยชน์สิทธิอะไรบ้าง ส่วนมากเราจะเอาพวกนี้มา

(รหัส สก.07 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...ให้ อสม. สืบหา เขารู้อยู่แล้วว่ามีใครจะดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ใกล้ ๆ บ้านได้

(รหัส สก.14 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

การพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอและการรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง เกิดจากพฤติกรรมส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ปัจจัยดังกล่าวเป็นพฤติกรรมที่ควรได้รับการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมพักผ่อนนอนหลับเพียงพอ การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม การสังเกตพฤติกรรมใช้ชีวิตประจำวันเป็นประจำ ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล สอดคล้องกับวิธีการหรือกิจกรรมขององค์ประกอบพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ดังนี้

...เป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ ถ้านอนได้ 5 - 6 ชั่วโมงนะ บางคนนอนกลางวันกลางคืนก็นอนน้อยลง เราก็พิจารณาเป็นราย ๆ ไป

(รหัส สก.14 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...ปัญหาสังคมรอบตัวทำให้ออนไม่หลับ เช่น เสียงดังจากโต๊ะสนุ๊ก รถมอเตอร์ไซด์ หรือจากภาวะเครียดที่ทำให้เข้านอนไม่หลับ หรือนอนหัวค่ำไปไหม

(รหัส สก.01 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...เขาบอกเขาไม่คิดอะไรแต่ว่านอนไม่หลับ เราต้องดูว่ากลางวันเขาหลับมากไหม กลางคืนเขาก็ไม่หลับ เขาก็จะพึ่งยาไง ดูเรื่องการกินการอยู่ต้องคนในครัวเรือนเขามาคุยให้ดูแลยังไง ปัญหาคนในครอบครัวบางทีเขาก็บอกว่าไม่ต้องไปไหนอยู่แต่ในบ้าน อยู่เฉย ๆ

(รหัส สก.02 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...จัดกิจกรรมอะไรให้เขากลางวันได้ไหมเขาจะได้หลับตอนกลางคืน

(รหัส สก.05 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...การกินไม่ได้ส่วนหนึ่งมาจากมีแต่เหงือกไม่มีฟัน เขาก็มีความกังวล จะให้ไปทำฟันปลอมเขายังไม่โอเค จะช่วยเรื่องการกิน ให้ อสม. ช่วย

(รหัส สก.03 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...กลุ่มเสี่ยง สังเกตอาการ การใช้ชีวิตประจำวัน มีการให้ปรึกษาทางไลน์ ให้ความรู้ เฝ้าระวังตนเอง

(รหัส สก.12 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...ถ้าเขากินอย่างอื่นแทน เช่น ปาท่องโก๋ ทำให้เขาไม่ค่อยได้กินข้าว เขาจะบอกว่าไม่ค่อยได้กินอะไรแต่ว่ามันก็พอ บางคนก็กินข้าวเหนียวปิ้ง

(รหัส สก.13 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...ใครชอบธรรมะก็ฟังธรรมะไปใครชอบฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ก็ดูไป อันนี้ก็ช่วยได้

(รหัส สก.16 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง เป็นความรู้สึกที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุเอง และความรู้สึกที่เกิดจากบุคคลอื่น ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม พบว่า การจัดกิจกรรมที่สร้างคุณค่าให้ผู้สูงอายุทั้งจากบุคคลในครอบครัวหรือคนรอบข้างซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล สอดคล้องกับวิธีการหรือกิจกรรมของ องค์ประกอบการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ดังนี้

...ต้องไม่หลงลืมคนที่เขามีคุณค่า เรายังให้เกียรติและเคารพเขา ให้เป็นที่ปรึกษา ให้เขาเข้าร่วมกิจกรรมและปรึกษาหารือเขาเพื่อเป็นการสร้างคุณค่าให้เขา กิจกรรมที่ทำได้ เช่น การทำในงานบุญ ถ้าดึงเขามาทำได้ก็ทำให้เขาเห็นว่าเราเห็นคุณค่าเขาได้

(รหัส สก.03 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...ผู้สูงอายุโดยเฉพาะคนที่เคยเป็นข้าราชการ เคยมีผู้สูงอายุที่ถูกเชิญให้ร่วมกิจกรรมพูดว่า ไม่นึกว่าตนเองจะมีค่า ตอนนี้ได้มาร่วมกิจกรรม จะมีความรู้สึกมากกว่าคนที่ไม่เคยเป็นอะไร เราต้องดูด้วยว่าผู้สูงอายุที่เราให้เข้าร่วมกิจกรรมกับเราเขามีความถนัดเรื่องอะไร การสร้างคุณค่าในครอบครัว กำลังใจสำคัญที่สุดเลยนะ ต้องให้เขาเข้าใจว่าเป็นแบบนี้ เพราะอะไรไม่ใช่ว่าเขาไม่มีคุณค่า

(รหัส สก.05 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...เป็นที่ปรึกษา ปราชญ์ชาวบ้านผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้เราให้คุณค่ากับเขา ต้องไปหาข้อมูลมาเก็บเป็นฐานข้อมูลไว้ ให้ อสม. สืบหาข้อมูล เมื่อก่อนเทศบาลทำแต่ไม่ต่อเนื่อง มีข้อมูลหมู่บ้านจะมีความเจริญของหมู่บ้าน เขาจะดูผังข้อมูลหมู่บ้าน

(รหัส สก.01 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...อยู่ที่การค้นหาข้อมูลของหมู่บ้านที่จะค้นหาศักยภาพของผู้สูงอายุ อันนี้คือคนปกติที่เราจะไปดึงเขามา แต่คนพิการที่มาร่วมไม่ได้อันนี้ที่สำคัญ คนในครอบครัวก็สำคัญที่ต้องให้กำลังใจและเห็นคุณค่าเขา

(รหัส สก.04 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...ต้องมีกิจกรรมที่เหมาะสมกับเขา ได้ทำ ที่จริงมีชมรมผู้สูงอายุจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาชุมชนจัดร่วมกัน มันมีกิจกรรมที่หลากหลาย

(รหัส สก.10 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...พัฒนากรเทศบาลจัดทำกิจกรรมเช่น นวดแผนไทย ทำบายศรี มีกิจกรรมพบกันวันละ2ชุมชนเวียนไปเรื่อย ๆ จัดกิจกรรมอาจไม่ใช่แนวสันตนาการ เช่น จัดวันเกิดผู้สูงอายุ และส่งเสริมอาชีพเบา ๆ ยาดม ยาหม่อง ประเภทจักสานบ้าง

(รหัส สก.11 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)...

...การจัดกิจกรรม คนต้นแบบ เราจะชื่นชมเขา ที่เขาอายุ 90 กว่า ยกย่องชมเชยตลอด อายุมากแต่ยังมาร่วมกิจกรรมชมรม หลังค่อมก็มา มีหลายคน เขาก็ไม่ค่อยแข็งแรงนะ แต่เขาก็มาร่วม บางคนอาจจะแข็งแรงแต่บางครั้งเขาอาจไม่ได้มาร่วม แต่เขาก็มีความสุขตามที่เขาชอบแต่ถ้าเขาชอบออกมาเราก็ชวนเขามา เขาบออะไรไม่ว่าแต่ให้เขาดูแลสุขภาพ ทำอะไรที่เขาชอบก็พอแล้ว

(รหัส สก.13 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...การให้กำลังใจครอบครัวสำคัญที่สุดนะ ต้องมีความผูกพันกัน ความรักความอบอุ่น อยากให้อยู่เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรให้เขา

(รหัส สก.08 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

การมีภาระทางการเงิน หนี้สินหรือรายได้ไม่เพียงพอ เป็นปัญหาที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุสร้างเองหรือจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา บุตร ญาติ พี่น้อง เป็นต้น เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง เนื่องมาจากความเครียด วิตกกังวล นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้สูงอายุควรได้รับการช่วยเหลือโดยเฉพาะจากบุคคลในครอบครัวหรือคนรอบข้าง โดยการจัดกิจกรรมหารายได้เสริมหรือลดรายจ่ายอย่างเหมาะสม ซึ่งจะต้องมีการสำรวจข้อมูลของแต่ละบุคคลก่อนเพื่อจะได้แก้ไขตรงกับปัญหาที่แท้จริง ซึ่งจะช่วยลดความเครียด วิตกกังวลและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล สอดคล้องกับวิธีการหรือกิจกรรมขององค์ประกอบภาระทางการเงิน
ดังนี้

...เทศบาลจะดูเรื่องเบี้ยยังชีพ เรื่องการส่งเสริมอาชีพ และการขึ้นทะเบียนผู้พิการ
เงินสวัสดิการจะเป็นของพัฒนาชุมชนที่เกี่ยวข้องโดยตรง ถามว่า 600 700 นี้ไม่พอหรอก
แต่ก็ยังดี ได้ซื้อข้าวสาร ยังพออยู่ได้ คุ้มมันอยู่ได้ คนที่มีรายได้หลายแหล่งคิดว่าพอในสถานะ
ผู้สูงอายุ แต่ถ้าได้แหล่งเดียวในสภาวะอย่างนี้มันก็ไม่พอ แต่เขาก็ต้องอยู่ได้ ดิ้นรนกันไป ถ้า
เกินกำลังท้องถิ่นที่จะช่วยได้ก็ให้ อบจ.ช่วยโดยประสานไป อบจ. ว่าช่วยอะไรได้บ้าง พมจ.
ช่วยอะไรได้บ้าง ต้องมีคนประสานให้ การจัดทำแผนประจำปีมีอยู่แล้ว จะให้มีเรื่องนี้เข้าไป
ด้วยไหม มีกิจกรรมไหม เราต้องเสนอเข้าไป บางแห่งผู้นำมีศักยภาพจัดกิจกรรมส่งเสริม
อาชีพต่อเนื่อง ก็จะมี ความคล่องตัวกว่า

(รหัส สก.03 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...เมื่อก่อนนี้ผู้สูงอายุรับเงินสด พอเข้าบัญชีผู้สูงอายุไปปรับเองไม่ได้ให้ลูกหลานไปกด
พอลูกหลานไปกดบางคนก็ให้บางคนก็ไม่ให้ บางคนก็ให้ครึ่งหนึ่ง ได้ไม่เต็มเม็ดเต็มหน่วย
เมื่อก่อนเทศบาลให้รับเงินสดพอช่วงโควิดให้ผ่านบัญชีแล้วเอาบัตรไปกด

(รหัส สก.01 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...ต้องประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการส่งเสริมอาชีพ พัฒนาการกับ กศน.
เขาจะมีการส่งเสริมอาชีพให้ช่วยสร้างรายได้ ในวาระการประชุมประจำเดือนของ
ผู้ใหญ่บ้าน จริง ๆ ตามนโยบายหารายได้สร้างอาชีพให้ผู้สูงอายุทุกหมู่ให้พี่เลี้ยงไปช่วย
เจ้าภาพหลักเป็นพัฒนาการเรื่องการหารายได้ มันมีแผนตำบลนะ

(รหัส สก.05 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...เคยคุยกันในกลุ่ม อสม. ว่าเราน่าจะเอาเรื่องนี้ไปพูดในวาระประชุมประจำเดือน
ของหมู่บ้าน เราต้องเอางานที่รับผิดชอบที่เกี่ยวข้องโดยตรงมาร่วมบูรณาการ เราจะทำแล้ว
อย่าเดินตามลำพัง ทุกภาคส่วนต้องร่วมกัน ในเขตเทศบาลต้องเป็นพัฒนาชุมชนของ
เทศบาลนะที่ดำเนินการ

(รหัส สก.03 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

... จะมีรายชื่อคนที่มีปัญหา เป็นหนี้ในระบบ ถ้ามีปัญหารื่องนี้ให้พูดคุยกับ
 คู่กรณีเพื่อแก้ไขปัญหา ไม่มีรายได้ ข้อมูลต้องมี ผู้สูงอายุเขาอยากมีรายได้ ถ้าทำแล้วเขา
 อยากขายแต่ทำไม่ได้ ไม่มีตลาดก็ขายของไม่ได้ มันต้องมีคนส่งเสริมการตลาดเยอะ พอทำ
 แล้วแต่ขายไม่ได้มันก็เสียเวลา

(รหัส สก.07 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...พม. ในหมู่บ้านมีข้อมูลแล้วพัฒนากรจะไปรวบรวมอีกที่หนึ่ง แล้วเขาจะพิจารณา
 อีกที่หนึ่งว่าใครจะได้รับความช่วยเหลือ

(รหัส สก.14 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...ให้ผู้ผู้นำสำรวจแล้วแจ้งให้ความช่วยเหลือช่วยได้บ้าง ถ้าเราอบรมให้แล้ว เช่น ทำ
 ดอกไม้จันทน์ ก็ไม่มีคนไปทำต่อ

(รหัส สก.11 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...ต้องสร้างรายได้ให้เขา โดยทำอาชีพเสริม ปลุกผักกินเองสร้างให้เขามีอาชีพ

(รหัส สก.08 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...ลูกบ้านเขาจะเชื่อผู้นำ ให้ผู้นำเขาช่วยแก้ไข ถ้าอยากให้ผู้สูงอายุทำอะไรต้องสำรวจ
 ความต้องการเขาก่อน บางคนก็ไม่อยากทำ คนที่อยากทำก็มี คนที่ไม่อยากทำคือเคยตัว
 คอยแต่รับ อย่าไปยึดเยียดให้ทำไม่ยั่งยืน

(รหัส สก.16 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...ให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรม เช่น ยาหม่องลูกประคบแล้วให้เขาไปต่อยอด เขาก็มี
 ความสุขนะครับ พัฒนาการให้ความรู้เขาทำได้

(รหัส สก.10 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...อยากให้คนช่วยเหลือ ตรงที่กู้มาทำอาชีพ ก็อยากให้มันสำเร็จแต่ก็ไม่สำเร็จ

(รหัส สก.17 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง เป็นปัจจัยที่ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ทั้งในครอบครัว ในชุมชนหรือสังคมหรือหน่วยงานต่าง ๆ ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ควรมีการจัดกิจกรรมสนับสนุนทางสังคมในเรื่องต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า รวมถึงเรื่องที่ผู้สูงอายุต้องการได้อย่างเหมาะสม ทั้งจากบุคคลในครอบครัว จากหน่วยงานภาครัฐ ภาคท้องถิ่น จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล สอดคล้องกับวิธีการหรือกิจกรรมขององค์ประกอบการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

...การช่วยเหลือเรื่องการเดินทาง ช่วยเขาในที่เขาจะไป เช่น การไปหาหมอ ช่วยเขาโดยอาจจะพาเขาไปด้วยหรือบางครั้งไม่ต้องเอาตัวเขาไปก็ได้ในบางเรื่องโดยที่ไปทำแทนได้ เช่น รับยาโดยที่หมอเขาไม่ได้ว่าต้องเอาคนไข้ไปให้เห็นหน้า อสม. หรือญาติไปรับแทนได้ แต่ถ้าเรื่องซื้อของคงไม่ถึงกับให้ผู้นำหรือเจ้าหน้าที่ ให้คนใกล้ ๆ กันทำได้ แต่ถ้าต้องเจาะเลือดหมอก็จะไปให้บริการถึงที่บ้าน และ CG อสม. เขาก็ถ่ายวิดีโอบอกสภาพผู้ป่วยแล้วปรึกษาในการดูแลสุขภาพ มีกลุ่มไลน์สะดวกมากเลย ให้อาถึงบ้านเลย
(รหัส สก.11 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...การสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมน้อย เขาอาจจะคิดด้วยความเคยชินว่าไม่เห็นต้องไปตรงไหนเลยก็มีกินมีใช้ ไม่ต้องพึ่งพาใครก็อยู่ของฉันได้ ถ้าเขาต้องการความช่วยเหลือเราค่อยเข้าไปดูแลเขา
(รหัส สก.01 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...ต้องสำรวจความต้องการเขาก่อนใหม่ จะได้ว่าเขาต้องการความช่วยเหลือไหม เจ้าที่สนับสนุนโดยการออกเยี่ยมเขาสมาเสมอ เช็ตไว้อาทิตย์นึงจะมีทีมเยี่ยม มีหลายกลุ่ม ทั้งเคสที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลและที่ชุมชนแจ้งมาอาทิตย์หนึ่งประมาณ 2 วัน
(รหัส สก.06 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...ให้ผู้สูงอายุด้วยกันชักชวนออกมา เอาเพื่อนช่วยเพื่อน คือ จูงกันมาเป็นบัดดี้
(รหัส สก.02 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...คนในบ้านสำคัญ ต้องสร้างความตระหนักให้เห็นว่าผู้สูงอายุอยู่คนเดียวไม่ได้นะ ต้องสร้างคนในบ้านก่อน จะช่วยให้เขาช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุออกมาร่วมกิจกรรม ภายนอกได้ เทศบาลจะเข้าไปแต่ไม่ตลอดคือเดือนละครั้ง แต่ว่า CG อาทิตย์ละ 2 วัน อสม. จะเป็นคนแจ้งท้องถิ่น และนายกจะเข้าร่วมไปเยี่ยมด้วย

(รหัส สก.05 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...จะมีเรื่องของกองทุนหลักประกันสุขภาพในการให้เงินงบประมาณดูแลผู้สูงอายุ สามารถใช้แหล่งงบประมาณตรงนี้ได้เต็มที่ เทศบาลจัดการรับส่งผู้สูงอายุถ้าเจ็บป่วย

(รหัส สก.10 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...เราเข้าไปดูให้ผู้สูงอายุเข้าถึงสิทธิของทางราชการ ให้ความสำคัญเป็นเรื่องต้น นายอำเภอบอกต้องบริการผู้สูงอายุถึงบ้าน

(รหัส สก.07 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...ถ้าใครเข้าข่ายได้รับสวัสดิการผู้ใหญ่จะเข้าไปดูก่อนเลยนะ ถ้าได้ใบรับรองจากหมอ ถึงจะนำไปยื่นทำบัตรได้ การป้องกันภาวะซึมเศร้ามีการขอใช้เงินกองทุน สปสช. แก้ไข ปัญหา

(รหัส สก.14 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...มีกาชาดมาช่วยให้ลุงยังชีพ มีการตรวจเยี่ยมของพระ สนับสนุนช่วยเหลือลุงยังชีพ ช่วยเหลือของเยี่ยมผู้ป่วย ช่วยเหลือคนติดบ้านติดเตียงหรือยากจน ให้ CG แพ็คเป็นลุงยังชีพให้ บางทีก็บริจาคอุปกรณ์ทางการแพทย์ ให้แพมเพิร์สด้วยนะ

(รหัส สก.13 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...เทศบาลมีการสนับสนุนเบี้ยยังชีพ มีกองสวัสดิการดูแลเฉพาะ มีการช่วยเหลือ ประชาชนในกรณีพิเศษเบื้องต้น กรณีภัยพิบัติ

(รหัส สก.09 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...มีเงินสนับสนุนจากกรมพัฒนาชุมชน ให้ผู้สูงอายุจัดกิจกรรม เป็นเงินศูนย์คุณภาพ ชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ

(รหัส สก.11 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...เหมือนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมประจำเดือน อันนี้เราค่อนข้างไม่ห่วง อย่างน้อย ๆ ถ้าเขาไม่มาร่วมกิจกรรมพอมีคนข้างบ้านมาร่วมกิจกรรม 2 คน ก็กลายเป็น 3 คน 4 คน 5 คน เขาก็จะเข้าร่วมบ้าง เทศบาลจะเข้าไปดูเฉพาะคนที่หนักหน่อย

(รหัส สก.03 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...ผู้สูงอายุที่มาร่วมทำกิจกรรม ไม่ต้องพูดเรื่องที่ไม่ดี สะเทือนใจที่เขาไม่ยกฟัง ต้องพูดแต่เรื่องดี ๆ ให้เขารับรู้ เช่น เอาครอบครัวคนนั้นคนนั้นมาพูดว่าครอบครัวนั้นไม่ดูแลกัน เดียวเขาเครียดตาม ทำให้ไม่อยากไปร่วมกิจกรรม เวลาจะไปไหนผู้สูงอายุชอบเกรงใจลูกหลานอย่าให้เขาเกรงใจลูกหลาน จะไปไหนทำอะไรให้เขาออกไปเลย

(รหัส สก.16 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...คนที่ไม่มาร่วมกิจกรรมแต่ถ้าเขาสามารถดูแลตนเองในส่วนที่เขาชอบเราต้องเคารพในสิทธิ์ในสิ่งที่เขาคิดด้วยเหมือนกันนะ บางครั้งเขามาได้ชอบร่วมกิจกรรมแต่เขาก็มีสุขภาพที่แข็งแรง อันนี้ในเชิงสุขภาพเราก็ยกนิ้วให้เขาว่าเยี่ยมละ ผู้สูงอายุทุกคนไม่จำเป็นต้องเป็นในแนวที่เราวางไว้ คือเขาจะเป็นยังไงก็ได้ เป้าหมายเราก็คืออยากให้เราช่วยเหลือตนเองสามารถทำอะไรได้ยาวนานที่สุด อันนี้คือเป้าหมายของการใช้ชีวิตในวันผู้สูงอายุ ส่วนใครที่สนุกมาร่วมก็ชวนเขามาร่วมกัน

(รหัส สก.13 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

...เมื่อก่อนนี้การคัดกรองซึมเศร้าตามเกณฑ์จะเป็นปีละครั้ง ตอนนี้อย่างเราก็มีภาวะซึมเศร้าเยอะและอัตราการฆ่าตัวตายก็สูงหลายปีมาแล้ว เราก็เลยให้ อสม. เวลาเข้าไปเยี่ยมก็ให้คัดกรองซึมเศร้าด้วย แล้วคัดกรองตามโรคเรื้อรังก็เป็นปีละครั้ง ตอนนี้อย่างก็เป็นปีละ 2 ครั้ง อันนี้ คือ คัดกรองทั่ว ๆ ไป กวาดรวม แต่ว่าที่กลุ่มเสี่ยงเราก็จะคัดกรองมากขึ้น

(รหัส สก.04 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...ตอนนี้มีรายงานใน HDC มีการคัดกรองในผู้สูงอายุ รวมถึงติดบ้านติดเตียง

(รหัส สก.05 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...รายงานประจำเดือนเป็นแบบฟอร์มของระดับประเทศ มันก็เป็นมุมมองกว้างๆ แล้วถ้าเอามุมมอง อสม. จะมีส่วนร่วม เหมือนเพิ่มหน้าที่ให้เขาอีกหน้าที่หนึ่ง เป็นสิ่งที่เขาต้องทำ ประจําันก็จะโอเค การคัดกรองมันไม่ถือว่าเพิ่มภาระงานหรอก ถือว่าเป็นงานที่เราต้องทำมากกว่า เพราะอย่างน้อยมันเป็นผลดีต่องานของเรา มันจะสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันทางที่

เป็นการป้องกันเพราะเรามีข้อมูลอยู่เก็บข้อมูลได้ แต่ถ้าคัดกรองปีละครั้ง มองว่ามันนานเกินไป อัตราเสี่ยงฆ่าตัวตายสำเร็จสูง ปีนี้จึงกว่าจะวนมา มันนานเกินไป

(รหัส สก.03 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...ถ้ามีแบบฟอร์มคัดกรองแบบออนไลน์ก็ทำได้ ง่ายดีด้วยนะ

(รหัส สก.06 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...คัดกรองแบบนี้ง่ายกว่าแบบเป็นกระดาษอีก

(รหัส สก.01 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...เมื่อก่อนนี้จะคัดกรองชิมเซร่าร่วมกับบูรณาการโรคเรื้อรัง คือ คัดกรองรวมกันไปแล้ว เพราะเจ้าหน้าที่คน ๆ เดียวกัน เลยบูรณาการพร้อมกันเลย ปีละครั้ง ทีนี้เราเอากลุ่มที่คัดกรองแล้วเสียง เราเน้นกลุ่มนี้อีกทีหนึ่ง

(รหัส สก.04 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 25 ต.ค. 2565)

...จะมีการคัดกรองให้ผู้นำและ อสม. ให้ชุมชนทำในกลุ่มเทศบาล มีการคัดกรองชาวบ้านและผู้สูงอายุด้วย ตอนนี้มีแกนนำในชุมชนทำตรงนี้เป็นผู้ประสานงานกับสาธารณสุข มีการสรุปแต่ละหมู่บ้านมีกลุ่มเสี่ยงกี่คน มีการเชิญเข้าร่วมกิจกรรม จัดกิจกรรมตามสาเหตุ

(รหัส สก.12 ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เมื่อ 28 ต.ค. 2565)

3. องค์ประกอบและวิธีการ/กิจกรรมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ และกิจกรรม ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุมีความพิการหรือมีโรคประจำตัว มีภาระทางการเงิน หนี้สินหรือรายได้ไม่เพียงพอ มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีมีการทะเลาะกันในครอบครัว มีการอยู่อาศัยเพียงลำพัง มีสถานภาพโสด มีสถานภาพหม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสำรวจสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เพื่อรวบรวมข้อมูลจัดเก็บในระบบข้อมูลและวางแผนการดำเนินงานเฝ้าระวังได้อย่างครอบคลุม ประกอบด้วย 1) การสำรวจความพิการหรือการมีโรคประจำตัว การมีภาระทางการเงินหนี้สิน สัมพันธภาพในครอบครัว การอยู่อาศัยเพียงลำพัง สถานภาพ การมีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า และ 2) จัดเก็บและส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยงให้บุคลากรดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

กิจกรรมที่ 2 การคัดกรองความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และครอบครัว ประกอบด้วย 1) การคัดกรองความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) การแจ้งผลการคัดกรองให้ผู้ได้รับการคัดกรองทราบและการให้คำปรึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าเพื่อให้ผู้ที่รับการคัดกรองมีความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้อง และ 3) ส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยงให้บุคลากรสาธารณสุขเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 3 จัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อเป็นฐานข้อมูลการเฝ้าระวัง และนำไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองและการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุและบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้สูงอายุนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหารที่เพียงพอและเหมาะสมกับวัย 2) การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอสำหรับผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 2 จัดกิจกรรมสร้างคุณค่าในตนเองให้ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรมที่เกิดประโยชน์แก่บุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นในชุมชนตามความถนัดและความเชี่ยวชาญ 2) การส่งเสริมให้เป็นผู้นำการทำกิจกรรมกลุ่มในครอบครัวและชุมชน

องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีความพิการหรือมีโรคประจำตัว มีภาระทางการเงิน หนี้สินหรือรายได้ไม่เพียงพอ มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีมีการทะเลาะกันในครอบครัว มีการอยู่อาศัยเพียงลำพัง มีสถานภาพโสด มีสถานภาพหม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้าและการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโดยบุคคลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในการให้คำปรึกษา ทักษะการคัดกรอง 2) การเยี่ยมบ้านสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ การให้ความรู้และช่วยเหลือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโดยอาสาสมัครและทีมสหวิชาชีพ

กิจกรรมที่ 2 การดูแลด้านสวัสดิการ ประกอบด้วย 1) สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล และ 2) สวัสดิการด้านการเงิน โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม

กิจกรรมที่ 3 การจัดกิจกรรมสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศูนย์ให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาในครอบครัวของชุมชนและเทศบาล 2) จัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพเพื่อสร้างรายได้ให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางการเงิน 3) จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมเสี่ยง สร้างคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รายละเอียด ดังตาราง 19

ตาราง 19 แสดงองค์ประกอบ และวิธีการ/กิจกรรม ของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

องค์ประกอบ	วิธีการ/กิจกรรม
1. การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง	
ผู้สูงอายุมีความพิการหรือมีโรคประจำตัว มีภาระทางการเงิน หนี้สินหรือรายได้ไม่เพียงพอ มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีการอยู่ทะเลาะกันในครอบครัว มีการอยู่อาศัยเพียงลำพัง มีสถานภาพโสด มีสถานภาพหม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า	<p>กิจกรรมที่ 1 การสำรวจสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เพื่อรวบรวมข้อมูล จัดเก็บในระบบข้อมูลและวางแผนการดำเนินงานเฝ้าระวังได้อย่างครอบคลุม ประกอบด้วย 1) การสำรวจความพิการหรือการมีโรคประจำตัว การมีภาระทางการเงิน หนี้สิน สัมพันธภาพในครอบครัว การอยู่อาศัยเพียงลำพัง สถานภาพ การมีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า และ 2) จัดเก็บและส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยงให้บุคลากรดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง</p> <p>กิจกรรมที่ 2 การคัดกรองความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม ประกอบด้วย 1) การคัดกรองความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) การแจ้งผลการคัดกรองให้ผู้ได้รับการคัดกรองทราบและการให้คำปรึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าเพื่อให้ผู้ที่รับการคัดกรองมีความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้อง และ 3) ส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยงให้บุคลากรสาธารณสุขเพื่อการดูแลต่อเนื่อง</p> <p>กิจกรรมที่ 3 จัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อเป็นฐานข้อมูลการเฝ้าระวัง และนำไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง</p>

ตาราง 19 (ต่อ)

องค์ประกอบ	วิธีการ/กิจกรรม
<p>2. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล</p> <p>ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และผู้สูงอายุที่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุและบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้สูงอายุนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหารเพียงพอและเหมาะสมกับวัย 2) การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอสำหรับผู้สูงอายุ</p> <p>กิจกรรมที่ 2 จัดกิจกรรมสร้างคุณค่าในตนเองให้ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรมที่เกิดประโยชน์แก่บุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่นในชุมชนตามความถนัดและความเชี่ยวชาญ 2) การส่งเสริมให้เป็นผู้นำการทำกิจกรรมกลุ่มในครอบครัวและชุมชน</p>
<p>3. การสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ</p> <p>ผู้สูงอายุที่มีความพิการหรือมีโรคประจำตัว มีภาระทางการเงิน หนี้สินหรือรายได้ไม่เพียงพอ มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีมีการทะเลาะกันในครอบครัว มีการอยู่อาศัยเพียงลำพัง มีสถานภาพโสด มีสถานภาพหม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้าและการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโดยบุคคลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในการให้คำปรึกษา ทักทายการคัดกรอง 2) การเยี่ยมบ้านสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ การให้ความรู้และให้การช่วยเหลือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโดยอาสาสมัครและทีมสหวิชาชีพ</p> <p>กิจกรรมที่ 2 การดูแลด้านสวัสดิการ ประกอบด้วย 1) สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล และ 2) สวัสดิการด้านการเงิน โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม</p> <p>กิจกรรมที่ 3 การจัดกิจกรรมสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศูนย์ให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาในครอบครัวของชุมชนและเทศบาล 2) จัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพเพื่อสร้างรายได้ให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางการเงิน 3) จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง สร้างคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>

4. การตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างปัจจัยนำเข้ากับองค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

ปัจจัยนำเข้าจากการสนทนา จำนวน 10 ปัจจัย/ตัวแปร มีความสอดคล้องกับองค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง รายละเอียดดังตาราง 20

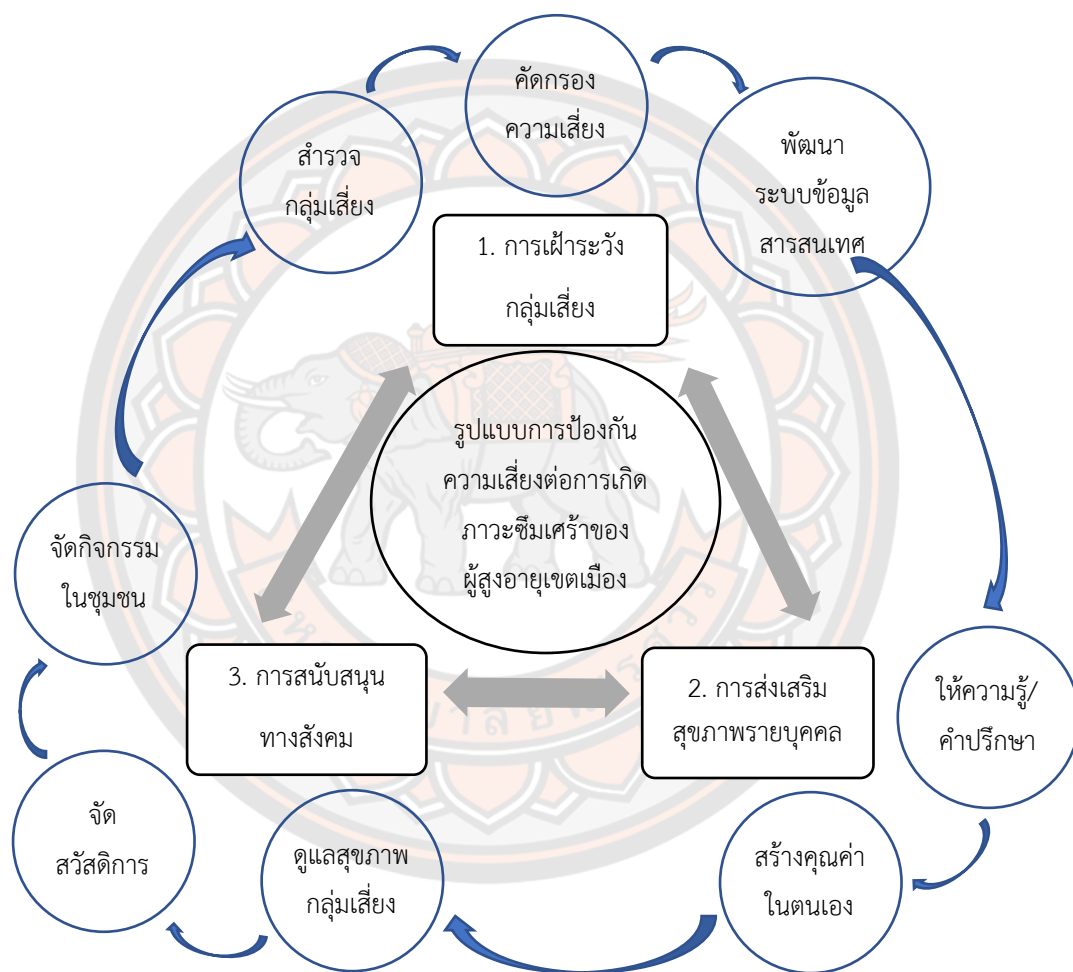
ตาราง 20 แสดงการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างปัจจัยนำเข้ากับองค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

ปัจจัยนำเข้า	องค์ประกอบของรูปแบบ					
	การเฝ้าระวัง		การส่งเสริมสุขภาพ		การสนับสนุนทางสังคม	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
1. มีความพิการหรือมีโรคประจำตัว	✓				✓	
2. มีภาระทางการเงิน หนี้สินหรือรายได้ไม่เพียงพอ	✓				✓	
3. มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี	✓				✓	
4. อยู่อาศัยเพียงลำพัง	✓				✓	
5. มีสถานภาพโสด หม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่	✓				✓	
6. มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า	✓				✓	
7. ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ			✓		✓	
8. มีการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ			✓			
9. มีการรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ			✓			
10. มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ			✓		✓	

ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก 8 กิจกรรม ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วยกิจกรรมการสำรวจสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การคัดกรองความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุและบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงภาวะซึมเศร้าและการจัดกิจกรรมสร้างคุณค่าในตนเองให้ผู้สูงอายุ และ

องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโดยบุคคลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) การจิตสวัสดีการดูแลด้านการรักษาพยาบาลและการเงิน และการจัดกิจกรรมสนับสนุนทางสังคม

รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง สามารถสรุปเป็นองค์ประกอบและกิจกรรม ดังภาพ 7



ภาพ 7 องค์ประกอบและกิจกรรมรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

จากภาพรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง อธิบายได้ว่า องค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบ สามารถดำเนินการได้อย่างสอดคล้องและเชื่อมโยงกัน ได้โดย เริ่มจากองค์ประกอบ 1 การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ซึ่งจะเริ่มจากการ

ดำเนินกิจกรรม 1) สำรวจสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานเฝ้าระวังได้อย่างครอบคลุม จากนั้นนำข้อมูลไป 2) คัดกรองความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม มีการแจ้งผลการคัดกรองและส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยงให้บุคลากรสาธารณสุขเพื่อดำเนินการดูแลต่อเนื่อง จากนั้น 3) นำข้อมูลเข้าระบบข้อมูลสารสนเทศภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นฐานข้อมูลการเฝ้าระวังและนำไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมต่อไป จากนั้นดำเนินการการต่อในองค์ประกอบที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงตามระบบข้อมูลสารสนเทศโดยส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรม 4) ให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุและบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงภาวะซึมเศร้า เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม และ 5) จัดกิจกรรมสร้างคุณค่าในตนเองให้ผู้สูงอายุตามความเหมาะสมทั้งในครอบครัวและชุมชน โดยองค์ประกอบที่ 2 สามารถดำเนินการไปพร้อมกับองค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งมีกิจกรรม 6) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโดยบุคคลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพในเรื่องการให้คำปรึกษา ทักษะการคัดกรองและการเยี่ยมบ้าน ให้ความรู้และช่วยเหลือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จัดกิจกรรม 7) การช่วยเหลือดูแลด้านสวัสดิการทั้งด้านการรักษาพยาบาลและด้านการเงินโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และจัดกิจกรรม 8) สนับสนุนทางสังคม เช่น การพัฒนาศูนย์ให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาในครอบครัวของชุมชนและเทศบาล การจัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพเพื่อสร้างรายได้ให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางการเงิน การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง การสร้างคุณค่าในตนเอง เป็นต้น ทั้งนี้เมื่อดำเนินการตามองค์ประกอบและกิจกรรมตามรูปแบบดังกล่าวครบแล้วสามารถดำเนินการตามองค์ประกอบและกิจกรรมตามรูปแบบต่อได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

สำหรับผลการวิจัยในระยะนี้ทำให้เกิดข้อค้นพบที่สำคัญ คือ รูปแบบที่ได้เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนจากทุกภาคส่วนที่มีส่วนร่วมดำเนินงาน ทำให้การกำหนดองค์ประกอบและกิจกรรมสำคัญมีความเหมาะสมกับสาเหตุปัจจัยที่แท้จริงในพื้นที่ศึกษา ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินการตามกิจกรรมเหมาะสมกับพื้นที่และจะสามารถช่วยป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ได้

ผลการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

การวิจัยในระยะนี้ เป็นการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 2 โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จำนวน 9 คน โดยใช้การสอบถามความคิดเห็นในด้านความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในงานสุขภาพจิตและผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง จำนวน 9 คน เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและผู้สูงอายุ ร้อยละ 55.60 บุคลากรส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและผู้สูงอายุ ร้อยละ 22.20 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน เท่ากัน ร้อยละ 11.10 ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.80 เพศชาย ร้อยละ 22.20 มีอายุเฉลี่ย 54.44 ปี (S.D.= 5.59) อายุต่ำสุด 44 ปี อายุสูงสุด 59 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 88.90 เป็นข้าราชการ ร้อยละ 66.70 บุคลากรส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 22.20 และเป็นบุคลากรส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 11.10 มีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและผู้สูงอายุ เฉลี่ย 12.78 ปี (S.D.= 5.84) ประสบการณ์ต่ำสุด 2 ปี สูงสุด 20 ปี รายละเอียดดังตาราง 21

ตาราง 21 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=9)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก		
บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและผู้สูงอายุ	5	55.60
บุคลากรส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและผู้สูงอายุ	2	22.20
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	1	11.10
ผู้นำชุมชน	1	11.10

ตาราง 21 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	7	77.80
ชาย	2	22.20
อายุ		
41 - 50 ปี	3	33.30
51 - 60 ปี	6	66.70
Mean=54.44, S.D.=5.59, MIN.=44, MAX.=59		
ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา/ปวส.หรือเทียบเท่า	1	11.10
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	8	88.90
อาชีพ		
ข้าราชการ	6	66.70
บุคลากรส่วนท้องถิ่น	2	22.20
บุคลากรส่วนท้องถิ่น	1	11.10
ประสบการณ์ด้านสุขภาพจิตและผู้สูงอายุ		
น้อยกว่า 5 ปี	1	11.10
5 - 10 ปี	3	33.30
มากกว่า 10 ปี	5	55.60
Mean=12.78, S.D.=5.84, MIN.=2, MAX.=20		

2. ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ในด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้องครอบคลุม พบว่า ในภาพรวมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.48$, S.D.= 0.24) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความเป็นประโยชน์ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.74$, S.D.= 0.36) ด้านความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.30$, S.D.= 0.31) ด้านความเหมาะสม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.52$, S.D.= 0.29) และด้านความถูกต้องครอบคลุม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.37$, S.D.= 0.35) เมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่า อยู่ในระดับมากทุกข้อ รายละเอียดดังตาราง 22

ตาราง 22 แสดงผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง (n=9)

การตรวจสอบรูปแบบ	จำนวน (ร้อยละ)		\bar{X} (S.D.)	ระดับ
	มาก	มากที่สุด		
1. ความเป็นประโยชน์			4.74 (0.36)	มาก
1.1 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ	4 (44.4)	5 (55.6)	4.56 (0.53)	มาก
1.2 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองมีประโยชน์ต่อบุคคลหรือหน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุ	2 (22.2)	7 (77.8)	4.78 (0.44)	มาก
1.3 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองมีประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายและแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันและดูแลผู้สูงอายุ	1 (11.1)	8 (88.9)	4.89 (0.33)	มาก
2. ความเป็นไปได้			4.30 (0.31)	มาก
2.1 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้	5 (55.6)	4 (44.4)	4.44 (0.53)	มาก
2.2 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองมีความคุ้มค่า สอดคล้องกับเวลาและทรัพยากรในการปฏิบัติงาน	8 (88.9)	1 (11.1)	4.11 (0.33)	มาก

ตาราง 22 (ต่อ)

การตรวจสอบรูปแบบ	จำนวน (ร้อยละ)		\bar{X} (S.D.)	ระดับ
	มาก	มากที่สุด		
2.3 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง สามารถทำความเข้าใจได้ ไม่ยุ่งยากและ ซับซ้อนจนเกินไป	6 (66.7)	3 (33.3)	4.33 (0.50)	มาก
3. ความเหมาะสม			4.52 (0.29)	มาก
3.1 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง มีความเหมาะสม สอดคล้องกับบทบาท หน้าที่การปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับ	4 (44.4)	5 (55.6)	4.56 (0.53)	มาก
3.2 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง มีความเหมาะสมที่จะให้บุคคล/หน่วยงานที่ เกี่ยวข้องนำไปใช้ได้	2 (22.2)	7 (77.8)	4.78 (0.44)	มาก
3.3 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง มีความสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวง สาธารณสุข	7 (77.8)	2 (22.2)	4.22 (0.44)	มาก
4. ความถูกต้องครอบคลุม			4.37 (0.35)	มาก
4.1 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง มีรูปแบบที่เป็นระบบ น่าเชื่อถือ ส่งผลต่อ ความถูกต้อง ครบถ้วนของผลการปฏิบัติงาน	8 (88.9)	1 (11.1)	4.11 (0.33)	มาก

ตาราง 22 (ต่อ)

การตรวจสอบรูปแบบ	จำนวน (ร้อยละ)		\bar{X} (S.D.)	ระดับ
	มาก	มากที่สุด		
4.2 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง มีความถูกต้องสอดคล้องกับการนำไป ปฏิบัติงานจริง สำหรับผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ	5 (55.6)	4 (44.4)	4.44 (0.53)	มาก
4.3 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง มีเนื้อหาสาระครอบคลุมและชัดเจนสามารถ ที่จะนำไปปฏิบัติงานจริงได้	4 (44.4)	5 (55.5)	4.56 (0.53)	มาก
รวมทั้ง 4 ด้าน			4.48 (0.24)	มาก

จากผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ด้านความคุ้มค่า ความสอดคล้องกับเวลาและทรัพยากรในการปฏิบัติงาน และด้านความน่าเชื่อถือ ความถูกต้อง ครบถ้วนของผลการปฏิบัติงาน ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นด้วยน้อยกว่าด้านอื่น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ปรับบางกิจกรรมให้ดำเนินการร่วมกันได้ เพื่อลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรม ลดเวลาในการจัดกิจกรรมและมีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน รวมถึงยืนยันผลของข้อมูลที่ได้จากการเข้าร่วมสนทนากลุ่มสำหรับสร้างรูปแบบดังกล่าวให้ผู้เชี่ยวชาญทราบเพื่อยืนยันความถูกต้อง ความครบถ้วนของกิจกรรมตามรูปแบบที่สร้างขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่

สำหรับการวิจัยในระยะนี้ ได้ดำเนินการศึกษาประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองโดยผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น อาจทำให้ไม่สามารถยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากผู้วิจัยมีข้อจำกัดเรื่องเวลาที่ศึกษา ดังนั้น ถ้าไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลา ผู้วิจัยจะนำรูปแบบฯ ที่ได้จากการศึกษาไปดำเนินการทดลองใช้ในพื้นที่ เพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองได้

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research designs) มีแบบแผนการวิจัยหลายระยะ (Multiphase Design) มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง 2) พัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง และ 3) ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง โดยนำเสนอสรุปผลการวิจัยตามระยะการวิจัย ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบคู่ขนาน (Convergent parallel design) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบ multiple case study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ 1) ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการประเมินด้วยแบบ 2Q จำนวน 18 คน ใช้วิธีการคัดเลือกแบบกรณีหลากหลาย (Maximum variation sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ร่วมกับการสังเกต (Observation) วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก (ข้อมูลเชิงปริมาณ) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง (ข้อมูลเชิงคุณภาพ) ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่เขตเทศบาล จำนวน 735 คน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ (Interview Form) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression Analysis)

การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง โดยนำผลการวิจัยในระยะที่ 1 มาใช้พัฒนารูปแบบโดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ บุคลากรที่มีประสบการณ์ในงานสุขภาพจิตและผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง ประกอบด้วย 1) บุคลากรภาคประชาชน จำนวน 4 คน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้นำชุมชน 2) บุคลากรภาคท้องถิ่น จำนวน 4 คน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขของเทศบาล ผู้รับผิดชอบงานสวัสดิการสังคมและสมาชิกสภาเทศบาล 3) บุคลากรภาครัฐที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเทศบาล จำนวน 6 คน โดยเป็นบุคลากรของโรงพยาบาลวัดโบสถ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวัดโบสถ์ และศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลวัดโบสถ์ และ 4) ตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน ใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณลักษณะแตกต่างกัน (Heterogeneous Sampling) เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแนวทางการสนทนากลุ่ม สมุดจดบันทึก และเครื่องบันทึกเสียง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) ใช้เวลาประมาณ 2 - 3 ชั่วโมง ณ ห้องประชุมศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลวัดโบสถ์ และวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง โดยประเมินรูปแบบที่ได้จากผลการวิจัยในระยะที่ 2 ประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในงานสุขภาพจิตและผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง โดยการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 9 คน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ผู้รับผิดชอบสวัสดิการสังคมของเทศบาล สมาชิกสภาเทศบาล และบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและผู้สูงอายุในพื้นที่เขตเทศบาล เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้องครอบคลุมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง พบว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง จากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) พบว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองมี 5 ปัจจัย ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุมีความพิการหรือมีโรคประจำตัว 2) มีภาระทางการเงิน หนี้สินหรือรายได้ไม่เพียงพอ 3) มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีมีการทะเลาะกันในครอบครัว 4) มีการอยู่อาศัยเพียงลำพัง และ 5) มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ โดยมีความรู้สึกกลัว วิตกกังวลและมีความรู้สึกว่าเป็นภาระของผู้อื่น

ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ประกอบด้วย 1) ผู้มีสถานภาพโสดจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้มีสถานภาพคู่ 16.19 เท่า 2) ผู้มีสถานภาพหย่าร้างและแยกกันอยู่ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้มีสถานภาพคู่ 12.98 เท่า 3) ผู้ที่รับประทานอาหารเช้าไม่เพียงพอ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่รับประทานอาหารเช้าเพียงพอ 27.22 เท่า 4) ผู้พักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่พักผ่อนหลับนอนเพียงพอ 8.44 เท่า 5) ผู้ที่มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า 29.28 เท่า 6) ผู้ที่รับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่รับรู้คุณค่าในตนเองสูง 62.14 เท่า 7) ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง 13.07 เท่า โดยตัวแปรทั้งหมด สามารถทำนายโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้ร้อยละ 57.90

จากผลการวิจัยทั้ง 2 ส่วน เมื่อนำมารวมเข้าด้วยกัน สรุปได้ว่า ตัวแปรปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง จำนวน 10 ตัวแปร ได้แก่ 1) มีความพิการหรือมีโรคประจำตัว 2) มีภาระทางการเงิน หนี้สินหรือรายได้ไม่เพียงพอ 3) มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีมีการทะเลาะกันในครอบครัว 4) มีการอยู่อาศัยเพียงลำพัง 5) มีสถานภาพโสด สถานภาพหม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ 6) มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า 7) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ 8) มีการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ 9) มีการรับประทานอาหารเช้าไม่เพียงพอ และ 10) มีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับต่ำ

การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

จากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาการสนทนากลุ่ม สามารถพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักและ 8 กิจกรรมได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย

1. กิจกรรมการสำรวจสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
2. กิจกรรมการคัดกรองความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
3. กิจกรรมการจัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล ประกอบด้วย

4. กิจกรรมการให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุและบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงภาวะซึมเศร้า

5. กิจกรรมสร้างคุณค่าในตนเองให้ผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

6. กิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโดยบุคคลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver)
7. กิจกรรมการดูแลด้านสวัสดิการรักษายาบาลและการเงิน
8. กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคม

การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ประเมินโดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในงานสุขภาพจิตและผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมือง ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง พบว่า ภาพรวมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.48$, S.D.= 0.24) เมื่อพิจารณารายด้านเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านความเป็นประโยชน์ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.74$, S.D.= 0.36) ด้านความเหมาะสม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.52$, S.D.=0.29) ด้านความถูกต้องครอบคลุม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.37$, S.D.= 0.35) และด้านความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.30$, S.D.= 0.31)

อภิปรายผลการวิจัย

การนำเสนออภิปรายผลการวิจัย แบ่งตามระยะการวิจัย ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

จากผลการวิจัย ตัวแปรที่นำเข้าไปเพื่อทดสอบสมมุติฐานทางสถิติทั้งหมดจำนวน 38 ตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง สอดคล้องกับสมมุติฐาน จำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ สถานภาพโสด สถานภาพหม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ การพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า การรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับต่ำ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัย จำนวน 32 ตัวแปร โดยตัวแปรที่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน (วิชาภรณ์ คันทะมูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2559) ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ ส่วนตัวแปรที่ไม่สอดคล้อง ได้แก่ บทบาททางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง เพศ ระดับการศึกษา และอาชีพ โดยความสามารถร่วมกันทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ถูกต้องร้อยละ 67.00 ใกล้เคียงกับผลการวิจัย พบว่า ทั้ง 6 ตัวแปรสามารถทำนายโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้ร้อยละ 57.90

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติม พบว่า ตัวแปรที่เป็นสาเหตุมีจำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ ผู้สูงอายุมีความพิการหรือมีโรคประจำตัว มีภาระทางการเงิน หนี้สินหรือรายได้ไม่เพียงพอ มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีมีการทะเลาะกันในครอบครัว มีการอยู่อาศัยเพียงลำพัง และมีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับต่ำ เมื่อรวมผลการวิจัยทั้ง 2 ส่วน พบว่า ตัวแปรมีความสอดคล้องกับสมมุติฐาน รวมจำนวน 10 ตัวแปร ได้แก่ ผู้สูงอายุมีความพิการหรือมีโรคประจำตัว มีภาระทางการเงิน หนี้สินหรือรายได้ไม่เพียงพอ มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีมีการทะเลาะกันในครอบครัว มีการอยู่อาศัยเพียงลำพัง มีสถานภาพโสด สถานภาพหม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ มีการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ มีการรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ และมีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับต่ำ ซึ่งอภิปรายผลในแต่ละปัจจัยได้ ดังนี้

ผู้สูงอายุมีความพิการหรือมีโรคประจำตัว เป็นสาเหตุของความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความพิการหรือมีโรคประจำตัวจะมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การมีส่วนร่วมทางสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด วิตกกังวล นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า ปัญหาทางด้านสุขภาพ เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า (อภิญญา วงศ์ใหม่, 2560) การมีความเจ็บป่วยที่ต้องพบแพทย์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.50 โรคประจำตัว ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า

คือ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมองและโรคเบาหวาน ร้อยละ 40.00, 33.30 และ 23.50 ตามลำดับ และความกังวลกับโรคหรือความเจ็บป่วยระดับมากส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดถึงร้อยละ 50.00 (นภา พวงรอด, 2558) ระยะเวลาที่เป็นโรคเรื้อรัง 5 - 10 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ($r = 0.131$) ส่วนระดับความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ($r = -0.284$) (พัชรภักดิ์ ไชยสังข์ และคณะ, 2556) โรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Cong et al., 2015) การเป็นโรคเรื้อรังและมีความเจ็บปวดรุนแรง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Disu et al., 2019; National Institute on Aging, 2020) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลตรงทางบวกจากตัวแปรปัจจัยด้านอาการป่วยและด้านพันธุกรรม (ดุขุฎี โยเหลา, 2558) โรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่มีผลกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj.OR = 2.96) (วิชุดา อุ่นแก้ว และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์, 2558) โรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (Adjusted OR = 3.42, 95%CI = 1.01 - 11.57) โรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (สุชาติ แซ่ลิ้ม, 2562) และปัจจัยเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความบกพร่องทางสติปัญญา (OR = 2.18, 95% CI: 1.34, 3.45) และการมีโรคประจำตัว (OR = 1.42, 95% CI: 1.27, 1.60) โดยความบกพร่องทางสติปัญญา (OR = 1.50, 95% CI: 1.01, 2.21) การมีโรคประจำตัว (OR = 1.30, 95% CI: 1.18, 1.44) และการมีอาการปวดเรื้อรัง (OR = 1.57, 95% CI: 1.01, 2.44) เป็นตัวทำนายเชิงบวกของภาวะซึมเศร้า (Faramarzi et al., 2017)

ผู้สูงอายุมีภาระทางการเงิน หนี้สินหรือรายได้ไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุของความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ว่า การมีหนี้สินหรือปัญหาทางการเงิน มีรายได้ไม่เพียงพอ จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ปัญหาทางการเงิน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และรายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (Evans et al., 2019) ความเพียงพอของรายได้ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (Adjusted OR = 3.71, 95%CI = 1.59 - 8.67) (อภิญา วงศ์ใหม่, 2560) และรายได้เฉลี่ยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมือง (Yang et al., 2017)

ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีมีการทะเลาะกันในครอบครัว เป็นสาเหตุของความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ว่า ปัญหาในครอบครัวจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกวิตกกังวล กลัวถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการดูแลจากลูกหลานและคนในครอบครัว ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลงหรือบุตรหลานไม่มีเวลาดูแล เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาภาวะซึมเศร้า (อภิญา วงศ์ใหม่, 2560) การมีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติดและการมีปัญหาลูกหลานในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ในชุมชนแออัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.049$) (มาลินี อยู่ใจเย็น และคณะ, 2561) การอยู่ในครอบครัวที่ขัดแย้งกัน ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.70 (นภา พวงรอด, 2558) โดยพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวที่ต่างกัน มีอิทธิพลเชิงบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปริยพันธ์ สละสวัสดิ์ และคณะ, 2559) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวต่ำ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (Adjusted OR = 47.68, 95%CI = 5.44 - 417.80) สัมพันธภาพกับครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญ (สุชาติ แซ่ลิ้ม, 2562)

ผู้สูงอายุมีการอยู่อาศัยเพียงลำพัง เป็นสาเหตุของความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังมีโอกาสที่จะขาดการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินอันตรายซึ่งส่งผลต่อภาวะจิตใจ ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวเกิดความเครียด วิตกกังวล นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (กรมสุขภาพจิต, 2558) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่าการอาศัยอยู่กับครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัวมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้นร้อยละ 55.55 (Bilkis et al., 2020) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีระดับภาวะซึมเศร้าในระดับที่สูงกว่าผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวเกาหลี (Bae, 2020)

ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้มีสถานภาพคู่ 16.19 เท่า และผู้ที่มีสถานภาพหม้าย หย่าร้างและแยกกันอยู่ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้มีสถานภาพคู่ 12.98 เท่า อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพดังกล่าว เป็นสถานภาพที่ต้องอยู่เพียงลำพัง มีโอกาสที่จะไม่ได้รับการดูแลหรือขาดการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลที่อยู่รอบข้าง ซึ่งส่งผลต่อภาวะจิตใจ ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวเกิดความเครียด วิตกกังวล นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (กรมสุขภาพจิต, 2558) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า สถานภาพโสด เป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในสังคมผู้สูงอายุ โดยมีความเสี่ยงประมาณ 1.8 เท่า (Famarzi et al., 2017)

ผู้สูงอายุที่มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ไม่มียุติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า 29.28 เท่า อธิบายได้ว่า ถ้าบุคคลในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้า คนอื่น ๆ ในครอบครัวจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนทั่วไป อย่างไรก็ตาม การถ่ายทอดทางพันธุกรรม มีเพียงประมาณร้อยละ 31.00 - 42.00 ดังนั้น ถึงแม้ว่าพ่อแม่จะมีภาวะซึมเศร้า แต่ลูกก็ไม่ได้จะมีภาวะซึมเศร้าทุกคน ยังคงมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดโรคได้ (กรมสุขภาพจิต, 2558; ดุษฎี โยเหล่า, 2558) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า ผู้ที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะเป็นโรคมามากกว่า (Disu et al., 2019; National Institute on Aging, 2020) และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลจากตัวแปรปัจจัยด้านพันธุกรรม (ดุษฎี โยเหล่า, 2558)

ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูง 13.07 เท่า อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจ เมื่อเกิดปัญหาต่าง ๆ ควรได้รับการพูดคุยหรือรับคำปรึกษาจากบุคคลอื่นในชุมชนหรือบุคลากรสาธารณสุขและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างสะดวก รวมถึงการมีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า หากขาดการสนับสนุนทางสังคมหรือให้การสนับสนุนได้ไม่ดีจะส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น (วิชาการณ คันทะมูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2559) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวต่ำเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า (Cong et al., 2015) การไม่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มาลินี อยุ่ใจเย็น และคณะ, 2561) และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ โดยการสนับสนุนเรื่องการไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยเสี่ยง 3.98 เท่า (อภิญา วงศ์ใหม่, 2560) และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้รับอิทธิพลทางลบจากการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ด้านโอกาส ด้านเครือข่าย ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ (ดุขฎิ โยเหลา, 2558) ด้านการจัดการดูแลที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าวจนถึงการไม่มีกิจกรรมทางสังคมก็เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วย (Kim et al., 2018) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจของทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในเมือง (Lee et al., 2019)

ผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารไม่เพียงพอ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่รับประทานอาหารเพียงพอ 27.22 เท่า และผู้ที่พักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่พักผ่อนหลับนอนเพียงพอ 8.44 เท่า โดยพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ว่า ผลจากการรับประทานอาหารไม่เพียงพอจะทำให้หน้าหนักลด รวมถึงการนอนไม่หลับจะทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง เคลื่อนไหวช้าลง บางรายอาจมีอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2558) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพฤติกรรมสุขภาพจะเป็นการปฏิบัติที่ทำให้มีสุขภาพดีซึ่งจะนำไปสู่สุขภาพของบุคคลนั้น (วิชาการณ คันทะมูล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2559) การรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเมืองอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีความเสี่ยง 1.118 เท่า (Hua et al., 2015) และพฤติกรรมนอนไม่หลับหรือหลับไม่เพียงพอเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Cong et al., 2015; Liu et al., 2017)

ผู้สูงอายุที่รับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่รับรู้คุณค่าในตนเองสูง 62.14 เท่า อธิบายได้ว่า การรับรู้คุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่เป็นบวกหรือลบที่

บุคคลมีต่อตนเอง และผู้สูงอายุมักมองตนเองในด้านลบ มองเห็นคุณค่าตนเองต่ำลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางกายที่มีสมรรถนะลดลง การเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมแวดล้อมที่ส่งผลต่อความรู้สึกเกี่ยวกับการถูกยอมรับ การมีคุณค่าและเป็นที่รักของครอบครัวและบุคคลอื่นในสังคม จนส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า และจากการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ ทำให้ผู้สูงอายุมีลักษณะเป็นผู้ตามมากกว่าผู้นำ มีความรู้สึกไม่ภูมิใจว่าตนเองเป็นคนที่มีความรู้หรือมีประโยชน์สำหรับผู้อื่น มีความรู้สึกกลัวจนไม่อยากทำอะไรและรู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิตของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า การนับถือตนเองและความภาคภูมิใจในตนเองอย่างเต็มที่ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยในเมือง (Lee et al., 2019) การมีความคิดทางลบมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (ปริยนันท์ สละสวัสดิ์ และคณะ, 2559)

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุสามารถป้องกันได้ตั้งแต่ระยะแรก โดยการนำปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เรื่องการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับต่ำ การมีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด และหม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ มาพัฒนา รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง เพื่อวางแผนและจัดกิจกรรมที่เหมาะสมตามปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุ โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนควรทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ ด้วยการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุ รวมถึงชุมชนและหน่วยบริการของรัฐในพื้นที่

การวิจัยในระยะนี้ มีประเด็นที่ควรนำไปพัฒนาเพิ่มเติม คือ ตัวแปรที่ศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมมาจากเอกสารงานวิจัยมีความหลากหลาย มีความแตกต่างกันในด้านลักษณะส่วนบุคคล ด้านพื้นที่ ด้านเวลาและสถานการณ์ หรือสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอาจจะส่งผลให้ตัวแปรที่นำมาศึกษาไม่สอดคล้องและไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่คาดว่าตัวแปรทั้งหมดจะมีอิทธิพลต่อการเกิดความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ดังนั้น ควรทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ตรงกับประเด็นและวัตถุประสงค์ของการวิจัย จะสามารถช่วยให้ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

การพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ใช้ข้อมูลจากการค้นคว้าเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำข้อมูลจากผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาเป็นองค์ประกอบของรูปแบบ โดยร่างรูปแบบด้วยการจัดองค์ประกอบและรายละเอียดของรูปแบบตามสมมติฐาน (Hypothesis model) และพัฒนาการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง นำเข้ากระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group

Discussion: FGD) เพื่อกำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหรือตัวแปรเหล่านั้น ในระหว่างกระบวนการสนทนากลุ่มอาจจะนำข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นมาปรับปรุงเพื่อให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น (จิรวัดน์ นิจนตร, 2560)

จากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในกระบวนการสนทนากลุ่ม พบว่า รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง 2) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล และ 3) การสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จากสาเหตุปัจจัยความพิการหรือมีโรคประจำตัว มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า มีปัญหาสัมพันธภาพ การอาศัยอยู่ลำพัง มีสถานภาพโสด หมาย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า การรับรู้คุณค่าในตนเอง ภาระทางการเงิน และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับองค์ประกอบของรูปแบบการศึกษาระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในครอบครัวกับลูกหลาน การดำเนินการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและกองทุนชุมชน เพื่อเป็นสวัสดิการดูแลช่วยเหลือด้านการเงินและสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (พันธุ์ทิพย์ โกศลวัฒน์, 2557) และการส่งเสริมสนับสนุนความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน การดูแลสุขภาพและส่งเสริมการเพิ่มรายได้ ก็เป็นแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (อภิญา วงศ์ใหม่, 2560) มีมาตรการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของประชากรผู้สูงอายุในญี่ปุ่นโดยชุมชน (Sakashita & Oyama, 2016) สอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยการให้คำปรึกษา การให้ความรู้ และการรักษา ซึ่งดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขของสถานพยาบาล ส่วนครอบครัว สามารถส่งเสริมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ โดยการรับฟังปัญหาหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุ การดูแลอย่างใกล้ชิดและคอยสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ส่วนด้านตัวผู้สูงอายุ สามารถป้องกันตนเองได้โดยการพักผ่อนให้เพียงพอ และรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ (รุจิวรรณ สอนสมภาร, 2560) มีการป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยการฝึกสอนวิธีปฏิบัติด้านอาหารเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ทำให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกควบคุมอาหาร สามารถบรรเทาอาการซึมเศร้าได้ และทำให้การเกิดภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ โดยมีภาวะซึมเศร้าลดลงร้อยละ 40.00 - 50.00 และส่งผลคงอยู่ถึงกว่า 2 ปี (Stahl et al., 2014) มีกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและภาครัฐ ซึ่งแต่ละชุมชนมีรูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะของชุมชน (ดุขฎิ โยเหลา, 2558)

การวิจัยในระยะนี้ มีจุดเด่นในการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ทำงานในพื้นที่ และมีความรู้ความเข้าใจในบริบทของพื้นที่ ทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้และ

มีความสอดคล้องกับปัญหาที่ได้จากการศึกษาวิจัยที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 1 และมีความสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายของประเทศ

การวิจัยระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ในด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้องครอบคลุม ใช้เกณฑ์ของคณะกรรมการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการประเมินการศึกษา (Madaus, Scriven & Stufflebeam, 1983) เนื่องจากเป็นที่รู้จักและใช้กันอย่างแพร่หลาย แม้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะมีรากฐานมาจากทฤษฎี แนวคิดและผลการวิจัยที่ผ่านมา แต่เป็นเพียงรูปแบบตามสมมติฐานเท่านั้น จึงจำเป็นที่จะต้องมีการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การดำเนินงานจากพื้นที่จริงเฉพาะเรื่องภาวะซึมเศร้า เพื่อพิจารณาเหตุผลถึงความเหมาะสม ความถูกต้อง ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ดำเนินงานและผู้ที่ได้รับผลจากการพัฒนารูปแบบและดำเนินงานได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยหรือไม่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับมาตรฐานและเกณฑ์พิจารณาต่าง ๆ ที่เกิดจากประสบการณ์ความเชี่ยวชาญและวิจารณ์ญาณของผู้เชี่ยวชาญ เนื่องจากการวัดคุณค่าไม่อาจประเมินด้วยเครื่องวัดใดได้ ต้องใช้องค์ความรู้จริง ๆ ของผู้ประเมินอย่างแท้จริงเท่านั้น (พัฒนา พรหมณี และคณะ, 2560)

ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมาก มากที่สุดในด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเหมาะสม ด้านความถูกต้องครอบคลุม และด้านความเป็นไปได้ ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณา วิจิตร, ไพรัตน์ อันอินทร์, กริ่งแก้ว สะอาดรัตน์ และธนาลักษณ์ สุขประสาน (2565) พบว่า ผลการประเมินรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของสถานประกอบการขนาดใหญ่โดยคณะผู้เชี่ยวชาญ 7 คน ทั้ง 4 ประเด็น ได้แก่ ความเป็นไปได้ ความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุม อยู่ในระดับมากทุกประเด็น โดยรูปแบบที่ได้สอดคล้องกับสภาพปัญหา เป็นประโยชน์ต่อสถานประกอบการขนาดใหญ่ในการกำหนดนโยบายแนวทางในการแก้ไขปัญหา และสอดคล้องกับบริบทของสถานประกอบการขนาดใหญ่ สอดคล้องกับผลการวิจัยในด้านความเป็นประโยชน์มากที่สุด คือ รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง มีประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายและแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันและดูแลผู้สูงอายุ

การวิจัยในระยะนี้ มีจุดที่ควรพัฒนา คือ การประเมินผลเป็นเพียงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น มีข้อจำกัดด้านประสบการณ์และองค์ความรู้ของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน แม้ว่าจะมีผลการประเมินว่าเกิดประโยชน์ในการนำไปใช้และยังไม่สามารถยืนยันได้ว่ารูปแบบดังกล่าวจะ

สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพจริง ดังนั้น เพื่อยืนยันว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการนำรูปแบบไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้สูงอายุ บุคคลใกล้ชิดหรือผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถนำสาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าไปใช้ในการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีความพิการหรือมีโรคประจำตัว มีภาระทางการเงินหนี้สิน หรือรายได้ไม่เพียงพอ มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีมีการทะเลาะกันในครอบครัว มีการอยู่อาศัยเพียงลำพัง มีสถานภาพโสด หม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีญาติสายตรงมีภาวะซึมเศร้า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ การพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ การรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ และมีการรับรู้คุณค่าในตนเองในระดับต่ำ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัจจัยดังกล่าวหรือมีปัจจัยดังกล่าวต่ำ

1.2 ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่น สามารถนำรูปแบบไปเป็นแนวทางวางแผนดำเนินงานเพื่อดำเนินกิจกรรมป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบได้ ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายยิ่งขึ้น

1.3 บุคลากรสาธารณสุข พัฒนาชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือประชาชนทั่วไป สามารถนำผลการวิจัยปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ไปกำหนดแนวทางหรือดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันได้ตรงกับสาเหตุปัจจัยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

1.4 หน่วยงานภาครัฐ ท้องถิ่นหรือเอกชน สามารถนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้และสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมตามสาเหตุปัจจัยที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อเตรียมตัวการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล ความเครียด หรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด เรื่องระยะเวลาของการวิจัย ทำให้ขาดการนำรูปแบบไปทดลองใช้และประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยหรือผู้สนใจสามารถนำรูปแบบไปศึกษาวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental study) เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของรูปแบบต่อไป

2.2 ศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามแนวคิดทฤษฎีการป้องกันโรคในพื้นที่อื่น ๆ เนื่องจากแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันตามบริบทและสถานการณ์ ซึ่งจะส่งผลต่อความเสี่ยงใน

การเกิดภาวะซีมเศร้าที่แตกต่างกัน เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่เฉพาะเจาะจงกับแต่ละพื้นที่ สามารถนำไปดำเนินการป้องกันและช่วยลดอุบัติการณ์ของภาวะซีมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมและครอบคลุม

2.3 ผู้วิจัยหรือผู้สนใจสามารถนำรูปแบบจากการวิจัยไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเศร้าในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ หรือกลุ่มประชาชนทั่วไป ให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างง่าย สะดวกและรวดเร็วขึ้น



บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). *ดอกไม้สัญลักษณ์. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์*.
สืบค้น 2 พฤศจิกายน 2564, จาก <http://www.dop.go.th/th/gallery/2>
- กรมสุขภาพจิต. (2557). *แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3/2557 กระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้น 1 พฤษภาคม 2564, จาก
<http://www.thaidepression.com/www/58/guidebookdepress.pdf>
- กรมสุขภาพจิต. (2558). *แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขใน
โรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง กระทรวงสาธารณสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต. (2560). *คู่มือรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ใน
ระบบปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วน จำกัด เอวัน ปริ้นติ้ง.
- กรมสุขภาพจิต. (2565). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560-2565*. นนทบุรี:
กระทรวงสาธารณสุข.
- กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ. (2560). *ข้อเสนอแนะการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การลดพฤติกรรม
เนือยนิ่งและการนอนหลับ สำหรับผู้สูงอายุ (ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป) กรมอนามัย, กระทรวง
สาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: เอ็นซี คอนเซ็ปต์.
- กานต์พิชญา เนตรพิสิทธิกุล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กรณีศึกษา:
บ้านมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน
มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 7(1), 89-103.
- กิตติพงศ์ สนธิสัมพันธ์. (2560). *รับมือสังคมผู้สูงอายุ: ตัวอย่างจากต่างประเทศ*. สืบค้น 1 กันยายน
2564, จาก <https://themomentum.co/happy-life-aging-society/>
- เก็จกนก เอื้อวงศ์. (2562). การสนทนากลุ่ม: เทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ. *วารสาร
ศึกษาศาสตร์ มสธ*, 12(1), 17-30.
- ชนัดดา พลอยเลื่อมแสง, สายทิพย์ สุทธิรักษา, ช่อผกา วนาททรัพย์ดำรง, และวรรณพร วรรณทิพย์.
(2560). ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในประชาชนที่อายุตั้งแต่
50 ปี ขึ้นไป ชุมชนบ้านมะกอก จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารสวนปรุง*, 33(1), 15-30.
- ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2564). Concept and principle of health and health promotion system.
สืบค้น 19 มิถุนายน 2564, จาก
<http://doh.hpc.go.th/bs/issueDisplay.php?id=514&category=A00&issue=Health%2>

OPromotion

- ชิววัฒน์ นิจนตร. (2560). การวิจัยพัฒนารูปแบบทางสังคมศาสตร์และการศึกษา. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, 4(2), 71-102.
- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2561). เอกสารประกอบการสอน เรื่อง triangulation. *พิษณุโลก: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*.
- ดุขฎิ โยเหลา. (2558). รายงานฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ทัศนาศ พฤติการณิกิจ. (2558). บริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น*, 9(1), 7-15.
- ธรณินทร์ กองสุข, สุปราณี พิมพ์ตรา, และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2557). *คุณภาพชีวิตและปัจจัยทำนายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี*. สืบค้น 4 ธันวาคม 2562, จาก <http://www.prasri.go.th/res/depression/2557.php>
- นภา พวงรอด. (2558). การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 2(1), 63-74.
- นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ. (2559). ภาวะซึมเศร้า depression. *วารสาร มจร. วิชาการ*, 19(38), 105-118.
- นิภาพร เอื้อวัฒน์โชติมา. (2559). *ปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinant of health: DOH)*. สืบค้น 1 พฤษภาคม 2563, จาก https://elearning.thaihealth.or.th/uploads/document/DocumentLesson_160120201421461.pdf
- บัณฑูร ลวรัตน์นกร. (2559). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมืองกันทรลักษ์ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการแพทย์เขต* 11, 30(2), 13-23.
- ปรีชา นวลเป็นโย. (2561). ภาครัฐกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย. *วารสารข้าราชการสำนักงาน ก.พ.*, 60(4), 1-4.
- ปริญนันท์ สละสวัสดิ์, อุ่นจิตร คุณารักษ์, และปรีชญา ฤทธิ์พันธ์ม่วง. (2559). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, 10(2), 50-59.
- พรธนิภา ภูกองพลอย, ทัศนศิริรินทร์ สว่างบุญ, และวารพร เอราวรณ. (2561). มโนทัศน์เบื้องต้นของการประเมินอภิมาน basic concepts in meta-evaluation. *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 24(1), 3-13.

- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560. (27 ธันวาคม 2560). *ราชกิจจานุเบกษา*, เล่ม 134 ตอนที่ 131ก, น. 36-39.
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. (31 ธันวาคม 2546). *ราชกิจจานุเบกษา*, เล่ม 120 ตอนที่ 130ก, น. 1-8.
- พัชรภักดิ์ ไชยสังข์. (2556). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเมือง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 6(1), 27-37.
- พัฒนา พรหมณี, ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด, และปณิธาน กระสังข์. (2560). แนวคิดการสร้างและพัฒนา รูปแบบเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขสำหรับนักสาธารณสุข. *วารสารวิชาการ ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 6(2), 128-135.
- พันธุ์ทิพย์ โกศลวัฒน์. (2557). การพัฒนาระบบสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์. สืบค้น 4 กันยายน 2563, จาก <http://www.prasri.go.th/res/depression/2557.php>
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2560). *เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาวิทยาการระบาดและการควบคุมโรค* (พิมพ์ครั้งที่ 3 (ฉบับปรับปรุง)). นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- มาติกา รัตนะ. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัด พระนครศรีอยุธยา (การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2557a). *คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2557b). *โรคซึมเศร้าโดยละเอียด ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*. สืบค้น 20 กันยายน 2560, จาก <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-1017>
- มาลินี อยู่ใจเย็น, สุทธานันท์ กัลกະ, ศศิวิมล บุรณะเรข, และไขนภา แก้วจันทรา. (2561). การศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของโรคซึมเศร้าในชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 34(3), 100-107.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). *สังคมสูงวัย*. สืบค้น 5 ตุลาคม 2564, จาก <http://thaitgri.org/?wpdmpo=สังคมสูงวัย&wpdmdl=37898>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: พรินเทอริ.
- รุจิวรรณ สอนสมภาร. (2560). แนวทางการส่งเสริมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา*, 4(1), 77-89.

- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2554). ผลการดูแลเฝ้าระวังโรคซึ่มเศร้ำในผู้สูงอายุไทยที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังทางกายปี 2553 เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 10 ประจำปี 2554. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2560a). แนวทางการจัดการโรคซึ่มเศร้ำ สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ฉบับปรับปรุง ปี 2560. อุบลราชธานี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2560b). แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึ่มเศร้ำระดับจังหวัด ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 ปี 2560. อุบลราชธานี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2562). รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึ่มเศร้ำแยกรายเดือน ปีงบประมาณ 2556-2559 (pdf) อายุ 60 ปี ขึ้นไป. อุบลราชธานี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วรรณ วิจิตร, ไพรัตน์ อ้นอินทร์, กริ่งแก้ว สะอาดรัตน์, และธนาลักษณ์ สุขประสาน. (2565). รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบครบวงจรของสถานประกอบการขนาดใหญ่จังหวัดพิษณุโลกปี พ.ศ. 2564. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 7(10), 393-410.
- วัลนิกา ฉลากบาง. (2560). การวิจัยแบบผสมผสาน. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม*, 7(2), 124-132.
- วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2553). การวิจัยพัฒนารูปแบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*, 2(4), 1-15.
- วิชาการณ์ คันทะมุล, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึ่มเศร้ำของผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 10(3), 83-92.
- วิชุดา อุ่นแก้ว, และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2558). ความชุกของภาวะซึ่มเศร้ำในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(4), 557-589.
- ศิริลักษณ์ ผ่องจิตสิริ. (2558). ความชุกและปัจจัยทำนายโรคซึ่มเศร้ำในผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารกรมการแพทย์*, 43(5), 81-86.
- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 9. (2560). รายงานการวิจัย เรื่อง การประเมินผลระบบการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึ่มเศร้ำและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย เขตตรวจราชการที่ 17 กรมสุขภาพจิต. พิษณุโลก: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 2.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2559). *คู่มือการดูแลผู้สูงวัย: สูตรคลายซึ่มเศร้ำ*. นนทบุรี: โอเพ่นเวิลด์สพับลิชชิง เฮาส์.
- สฤกษ์ดีพงศ์ แซ่หลี่, และปิยะภัทร เดชพระธรรม. (2560). การศึกษาความตรงเชิงเกณฑ์ของ

- แบบสอบถาม phq-9 และ phq-2 ฉบับภาษาไทย ในการคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวไทย. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู*, 27(1), 30-37.
- สามารถ สุวรรณภักดี, และอารมย์ สุขน้อย. (2560). การจัดการปัจจัยเสี่ยงภาวะซึมเศร้าด้วยกระบวนการเรียนรู้สาเหตุ กรณีศึกษา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(3), 403-411.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). รายงานการศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตและชนบทของประเทศไทย. สืบค้น 10 กันยายน 2563, จาก <http://statstd.nso.go.th/download.aspx>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). เครื่องชี้ภาวะสังคม พ.ศ. 2560-2564 กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม หจก.แสงจันทร์การพิมพ์. สืบค้น 5 พฤษภาคม 2564, จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/pubs/e-book/Social_Indicators_2021/index.html
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. (2565). *กลุ่มรายงานมาตรฐาน ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565*. สืบค้น 1 มกราคม 2566, จาก <https://plk.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต. (2560). *คู่มือวิทยากร จัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2561). *คู่มือมาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล*. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สุจรรยา แสงเขียวงาม. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบึงคำพร้อย หมู่ 11 อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. กาญจนบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ วัชรพล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น.
- สุชาติ แซ่ลิ้ม. (2562). การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองจังหวัดระนอง. *วารสารวิชาการแพทย์เขต*, 33(11), 193-202.
- อนันต์ อนันตกุล. (2560). *สังคมสูงวัย...ความท้าทายประเทศไทย การบรรยายทางวิชาการเสนอที่ประชุมราชบัณฑิตและภาคีสมาชิก สำนักธรรมศาสตร์และการเมือง ราชบัณฑิตยสภา*. สืบค้น 1 กันยายน 2563, จาก <http://www.royin.go.th/wp-content/uploads/2017/12/สังคมสูงวัย3.pdf>
- อภิญา วงศ์ใหม่. (2560). *ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าและแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแม่วาง อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- อาคม บุญเลิศ. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*,

31(1), 25-33.

- Aginginplace. (2020). *Elderly suicide: The risks, detection, and how to help*. Ringlocal llc asheville, north Carolina. Retrieved November 10, 2021, from <https://aginginplace.org/elderly-suicide-risks-detection-how-to-help/>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM5)* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2019). *Depression*. Retrieved May 20, 2022, from <https://www.apa.org/topics/depression/>
- Azizan, A., & Justine, M. (2016). Effects of a behavioral and exercise program on depression and quality of life in community-dwelling older adults: A controlled, quasi-experimental study. *Journal of Gerontological Nursing, 42*(2), 45-54. doi: doi:10.3928/00989134-20151124-01
- Babatsikou, F., Konsolaki, E., Notara, V., Kouri, M., Zyga, S., & Koutis, C. (2017). Depression in the elderly: A descriptive study of urban and semi-urban greek population. *International Journal of Caring Sciences, 10*(3), 1286-1295.
- Bae, S. M. (2020). Factors associated with depressive symptoms among elderly koreans: The role of health status, work ability, financial problems, living alone, and family relationships. *Psychogeriatrics, 20*(3), 304-309. doi: <https://doi.org/10.1111/psyg.12499>
- Baral, S., Uprety, S., & Lamichhane, B. (2016). *Focus group discussion*. Retrieved March 10, 2020, from https://www.herd.org.np/uploads/frontend/Publications/PublicationsAttachments1/1485497050-Focus%20Group%20Discussion_0.pdf
- Best, J. W. (1977). *Research in education englewood cliffs* (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Bilkis, M. S., Islam, M., Zaman, F., Zinia, S. N., & Rahman, M. (2020). Lifestyle and depression in urban elderly of selected district of bangladesh. *Mymensingh medical journal: MMJ, 29*(1), 177-182.
- Bloor, M., Frankland, F., Thomas, M., & Robson, K. (2001). *Focus groups in social research*. Thousand Oask: SAGE Publications.
- Brown, W. B., & Moberg, D. J. (1980). *Organization theory and management: A macro approach*. New York: John Wiley and Sons.

- Cong, L., Dou, P., Chen, D., & Cai, L. (2015). Depression and associated factors in the elderly cadres in fuzhou, China: A community-based study. *International Journal of Gerontology*, *9*(1), 29-33.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Dao, A. T. M., Nguyen, V. T., Nguyen, H. V., & Nguyen, L. T. K. (2018). Factors associated with depression among the elderly living in urban vietnam. *BioMed Research International*, 2018, 2370284. doi: 10.1155/2018/2370284
- DeVelilis, R. F. (2016). *Scale development: Theory and applications* (4th ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Disu, T. R., Anne, N. J., Griffiths, M. D., & Mamun, M. A. (2019). Risk factors of geriatric depression among elderly bangladeshi people: A pilot interview study. *Asian Journal of Psychiatry*, *44*, 163-169. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.07.050>
- Djukanović, I., Carlsson, J., & Peterson, U. (2016). Group discussions with structured reminiscence and a problem-based method as an intervention to prevent depressive symptoms in older people. *Journal of Clinical Nursing*, *25*(7-8), 992-1000. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13110>
- Eisner, E. W. (1976). Educational connoisseurship and criticism: Their form and functions in educational evaluation. *Journal of Aesthetic Education*, *10*(3/4), 135-150.
- Evans, M. C., Cobb, S., Smith, J., Bazargan, M., & Assari, S. (2019). Depressive symptoms among economically disadvantaged african american older adults in south los angeles. *Brain Sciences*, *9*(10), 246. doi: 10.3390/brainsci9100246
- Faramarzi, M., Cheraghi, M., Zamani, M., Kheirkhah, F., Bijani, A., & Hosseini, S. R. (2017). Gender-specific predictors of depressive symptoms among community elderly. *Journal of research in health sciences*, *17*(2), 377.
- Gong, F., Zhao, D., Zhao, Y., Lu, S., Qian, Z., & Sun, Y. (2018). The factors associated with geriatric depression in rural china: Stratified by household structure. *Psychology, Health & Medicine*, *23*(5), 593-603. doi: 10.1080/13548506.2017.1400671
- Hua, Y., Wang, B., Wallen, G. R., Shao, P., Ni, C., & Hua, Q. (2015). Health-promoting

- lifestyles and depression in urban elderly chinese. *PLOS ONE*, 10(3), e0117998. doi: 10.1371/journal.pone.0117998
- Ivancevich, J. M. (1989). *Management: Principles and function* (4th ed.). Boston, MA: Richrad D.Trwin.
- Jia-Sen, L. I., & Wen-Jun, M. A. (2017). Prevalence and influencing factors of depression symptom among middle-aged and elderly people in china. *Chinese Journal of Public Health*, 33(2), 177-181. doi: 10.11847/zgggws2017-33-02-02
- Keeves, P. J. (1988). *Model and model building education research, methodology and measurement: An international handbook*. Oxford: Pergamon Press.
- Keeves, P. J. (1997). *Educational research methodology and measurement: An international handbook*. Oxford: England: Pergamon Pres.
- Kim, H., Kwon, S., Hong, S., & Lee, S. (2018). Health behaviors influencing depressive symptoms in older koreans living alone: Secondary data analysis of the 2014 korean longitudinal study of aging. *BMC geriatrics*, 18, 1-11.
- Koohsari, M. J., McCormack, G. R., Nakaya, T., Shibata, A., Ishii, K., Yasunaga, A., . . . Oka, K. (2019). Urban design and japanese older adults' depressive symptoms. *Cities*, 87, 166-173. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cities.2018.09.020>
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research* 5th edition. Retrieved July 1, 2021, from https://books.google.co.th/books?id=tXpZDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=th&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Lee, H. J., Lee, D. K., & Song, W. (2019). Relationships between social capital, social capital satisfaction, self-esteem, and depression among elderly urban residents: Analysis of secondary survey data. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(8), 1445. doi: 10.3390/ijerph16081445
- Lee, H. Y., Yu, C. P., Wu, C. D., & Pan, W. C. (2018). The effect of leisure activity diversity and exercise time on the prevention of depression in the middle-aged and elderly residents of taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 654.
- Liu, L., Gou, Z., & Zuo, J. (2016). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 750-758. doi:

10.1177/1359105314536941

- Liu, Y., Li, T., Guo, L., Zhang, R., Feng, X., & Liu, K. (2017). The mediating role of sleep quality on the relationship between perceived stress and depression among the elderly in urban communities: A cross-sectional study. *Public Health*, 149, 21-27. doi: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.04.006>
- 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. doi: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.01.008>
- Madaus, G. F., Scriven, M. S., & Stufflebeam, D. L. (Eds.). (1983). *Evaluation models: Viewpoints on educational and human services evaluation*. Boston: Kluwer-Nijhoff.
- Mescon, M. H., Albert, M., & Khedouri, F. (1985). *Management : Individual and organizational effectiveness* New York: Harper & Row.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Morgan, D. L. (1998). Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: Applications to health research. *Qualitative health research*, 8(3), 362-376.
- National Institute on Aging. (2020). Depression and older adults. Retrieved June 2, 2021, from <https://www.nia.nih.gov/health/depression-and-older-adults>
- Nyumba, T. O., Wilson, K., Derrick, C. J., & Mukherjee, N. (2018). The use of focus group discussion methodology: Insights from two decades of application in conservation. *Methods in Ecology and Evolution*, 9, 20-32. doi: 10.1111/2041-210X.12860
- Pietrangolo, A. (2015). *Depression and mental health by the numbers: Facts, statistics, and you*. Retrieved August 1, 2020, from <https://www.healthline.com/health/depression/facts-statistics-infographic#1>
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.

- Sakashita, T., & Oyama, H. (2016). Overview of community-based studies of depression screening interventions among the elderly population in Japan. *Aging & Mental Health, 20*(2), 231-239. doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1068740>
- Stahl, S. T., Albert, S. M., Mary Amanda Dew, Lockovich, M. H., & Reynolds, 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. doi: [10.1176/appi.ajp.2013.13101373](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13101373)
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2019). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Boston: Person Education.
- The Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). *Thailand. Seattle, wa 98121, USA*. Retrieved March 5, 2020, from www.healthdata.org/thailand
- The National Institute of Mental Health. (2019). *Depression. National institutes of health*. Retrieved April 10, 2021, from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- Truschel, J. (2019). Depression definition and dsm-5 diagnostic criteria. Retrieved July 20, 2021
- United Nations. (2022). The world population prospects: 2022: Summary of results. Department of economic and social affairs new york. Retrieved June 10, 2022, https://reliefweb.int/report/world/world-population-prospects-2022-summary-results?gclid=CjwKCAjwvdajBhBEEiwAeMh1U-P4neWETJYJ-7fln76q862gPrKe7GJ4-0dhDmhd-KugE9_NT8bRoC1E8QAvD_BwE
- United Nations. (2023). International day of older persons. Retrieved June 10, 2023, from <https://www.un.org/en/events/olderpersonsday/>
- Wayne, W. D., & Chad, L. C. (2019). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (11th ed.). New York: Wiley.
- William, C., & Shiel, J. (2018). *Medical definition of depression*. Retrieved August 12, 2021, from <https://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=2947>
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders global health estimates*. Retrieved April 20, 2020, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

World Health Organization. (2019). *International classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10)*. Retrieved July 10, 2021

World Health Organization. (2023). *Depressive disorder (depression)*. Retrieved May 1, 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization, & Regional Office for Europe. (2019). *Depression: Definition*. Retrieved October 5, 2021

Yang, Z., Chen, R., Hu, X., & Ren, X. H. (2017). Factors that related to the depressive symptoms among elderly in urban and rural areas of china. *Zhonghua liu xing bing xue za zhi = Zhonghua liuxingbingxue zazhi*, 38(8), 1088-1093. doi: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2017.08.018





แบบสัมภาษณ์

วิทยานิพนธ์เรื่อง รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง
การวิจัยระยะที่ 1

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ (การวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 2) เรื่อง รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านร่างกาย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านจิตใจ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

โปรดตอบทุกข้อคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ผู้วิจัยจะเก็บคำตอบของท่านไว้เป็น ความลับ โดยจะทำลายข้อมูลทั้งหมด หลังการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว 1 ปี และขอรับรองว่าจะไม่มี ผลกระทบที่เสียหายต่อท่านแต่ประการใด

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบคำถามในครั้งนี้

นายกฤษฎัญญ์ ศรีใจ

เลขที่แบบสัมภาษณ์ **ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล**คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง (.....) ตามความเป็นจริง

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ.....ปี (ระบุ จำนวนเต็ม เศษมากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)
3. สถานภาพสมรส
 1) โสด 2) สมรส 3) หม้าย 4) หย่า 5) แยก
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
 1) ไม่ได้ศึกษา 2) ประถมศึกษา 3) มัธยมศึกษาตอนต้น
 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. 5) อนุปริญญา/ปวส.หรือเทียบเท่า
 6) ปริญญาตรี 7) สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
 1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2) รับจ้างทั่วไป 3) ค่าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 4) เกษตรกรรม 5) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจบำนาญ
 6) อื่น ๆ (ระบุ)
6. บุคลิกภาพส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับกรปฏิบัติ หรือการเกิดขึ้นของเหตุการณ์เกี่ยวกับตัวท่าน มากที่สุด

บุคลิกภาพส่วนบุคคล	ไม่เคย (ไม่เคย ปฏิบัติ/ ไม่เคย เกิดขึ้น)	น้อย ครั้ง (ปฏิบัติ/ เกิดขึ้น นาน ๆ ครั้ง)	บางครั้ง (ปฏิบัติ/ เกิดขึ้น เป็น ครั้งคราว)	บ่อยครั้ง (ปฏิบัติ/ เกิดขึ้น เกือบ ทุกครั้ง)	ประจำ (ปฏิบัติ/ เกิดขึ้น ทุกครั้ง)
6.1 ท่านปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้บ่อยครั้งแค่ไหน					
6.2 ท่านพูดและสื่อสารกับผู้อื่นบ่อยครั้งแค่ไหน					
6.3 ท่านรับฟังผู้อื่นบ่อยครั้งแค่ไหน					
6.4 ท่านใส่ใจดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจตนเองบ่อยครั้งแค่ไหน					
6.5 ท่านมีอารมณ์หงุดหงิดหรือโกรธง่าย* บ่อยครั้งแค่ไหน					

บุคลิกภาพส่วนบุคคล	ไม่เคย (ไม่เคย ปฏิบัติ/ ไม่เคย เกิดขึ้น)	น้อย ครั้ง (ปฏิบัติ/ เกิดขึ้น นาน ๆ ครั้ง)	บางครั้ง (ปฏิบัติ/ เกิดขึ้น เป็น ครั้งคราว)	บ่อยครั้ง (ปฏิบัติ/ เกิดขึ้น เกือบ ทุกครั้ง)	ประจำ (ปฏิบัติ/ เกิดขึ้น ทุกครั้ง)
6.6 ท่านมีความรู้สึกกลัว ไม่กล้าทำอะไร* บ่อยครั้งแค่ไหน					
6.7 ท่านมีอารมณ์น้อยใจง่าย*บ่อยครั้งแค่ไหน					
6.8 ท่านมีความรู้สึกผิดกับเหตุการณ์บางเรื่อง ที่ท่านเคยทำ*บ่อยครั้งแค่ไหน					
6.9 ท่านทำร้ายตนเอง*บ่อยครั้งแค่ไหน					
6.10 ท่านควบคุมอารมณ์ของตนเองได้บ่อยครั้ง แค่ไหน					
6.11 ท่านรู้สึกขี้บ่น*บ่อยครั้งแค่ไหน					
6.12 ท่านรู้สึกว่าเป็นคนที่มีความคิดมองโลกใน แง่ลบ*บ่อยครั้งแค่ไหน					

7. พฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากที่สุด

พฤติกรรมสุขภาพ	ไม่เคย (ไม่เคย ปฏิบัติ)	น้อยครั้ง (ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง)	บางครั้ง (ปฏิบัติ เป็น ครั้งคราว)	บ่อยครั้ง (ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง)	ประจำ (ปฏิบัติ ทุกครั้ง)
7.1 ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ ยาตอง หรือเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์อื่น ๆ*					
7.2 ท่านสูบบุหรี่ เช่น บุหรี่ก้นกรอง ยามวน ยานัตถุ หรืออื่น ๆ*					
7.3 ท่านพักผ่อน นอนหลับเพียงพอ (วันละ 7 - 8 ชั่วโมง)					

พฤติกรรมสุขภาพ	ไม่เคย (ไม่เคย ปฏิบัติ)	น้อยครั้ง (ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง)	บางครั้ง (ปฏิบัติ เป็น ครั้งคราว)	บ่อยครั้ง (ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง)	ประจำ (ปฏิบัติ ทุกครั้ง)
7.4 ท่านออกกำลังกายตามความเหมาะสมของสภาพร่างกาย (มากกว่าสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละไม่น้อยกว่า 30 นาที)					
7.5 ท่านรับประทานอาหารอย่างเหมาะสมและเพียงพอต่อร่างกายท่าน (3 มื้อต่อวัน)					
7.6 ท่านทำสมาธิ สวดมนต์ เพื่อสงบจิตใจ					
7.7 ท่านทำงานอดิเรกหรือทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายอารมณ์ เช่น ดูหนังฟังเพลง ทำอาหาร ฯ					

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านร่างกาย

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง (.....) ตามความเป็นจริง

1. ท่านมีโรคประจำตัวเรื้อรังหรือไม่ อย่างไร

- 1) ไม่มี 2) มีโรค (ระบุชื่อโรค)
- 21) โรคเบาหวาน
- 22) โรคความดันโลหิตสูง
- 23) โรคหัวใจและหลอดเลือด
- 24) โรคไตเรื้อรัง
- 25) โรคอื่น ๆ (ระบุ).....

2. ท่านมีความพิการหรือไม่ (ดูจากบัตรผู้พิการ) อย่างไร

- 1) ไม่มี 2) มี 3) มีความพิการ (ระบุ)

3. ท่านมีบิดา มารดาหรือญาติพี่น้องเป็นโรคซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้าที่ต้องรับการรักษาหรือไม่ อย่างไร

- 1) ไม่มี 2) มี (ระบุความสัมพันธ์กับท่าน)

4. การประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่อไปนี้ได้หรือไม่ อย่างไร โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ตามความเป็นจริง

แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index)	คะแนน
<p>1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยแล้ว (Feeding)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนช่วยป้อนให้</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ดักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ดักอาหารและช่วยตนเองได้เป็นปกติ</p>	
<p>2. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24 - 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. ความต้องการความช่วยเหลือ</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)</p>	
<p>3. ลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้สองคนช่วยกันยกขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คนหรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อยหรือต้องมีคนช่วยดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง</p>	
<p>4. ใช้ห้องสุขา (Toilet use)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. ช่วยเหลือตนเองไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตนเองได้หลังชำระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ช่วยเหลือตนเองได้ดี (ขึ้นนั่งหรือลงจากชักโครกได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จชำระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)</p>	
<p>5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้</p> <p><input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจ</p>	

แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index)	คะแนน
ดูแลเพื่อความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	
6. การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยเหลือตนเองแทบไม่ได้หรือน้อย <input type="checkbox"/> 1. ช่วยเหลือตนเองได้ราว ร้อยละ 50 <input type="checkbox"/> 2. ช่วยเหลือตนเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิปหรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stair) <input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้ <input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย <input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)	
8. การอาบน้ำ (Bathing) <input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ <input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้	
9. การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowel) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอย่างสม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้ปกติ	
10. การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder) <input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ <input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้เป็นปกติ	
รวม	

ผลการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ (สรุปจากแบบประเมิน Barthel ADL Index โดยวัดจากการทำกิจกรรมได้จริงในระยะเวลา 24 - 48 ชั่วโมง มีระดับคะแนน.....)

- 1) กลุ่มที่ 1 ติดสังคม มี 12 คะแนนขึ้นไป
- 2) กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน มี 5 - 11 คะแนน
- 3) กลุ่มที่ 3 ติดเตียง มี 0 - 4 คะแนน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านจิตใจ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ความรู้สึกของท่าน	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1. การรับรู้คุณค่าในตนเอง					
1.1 ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตนเองอย่างไร					
1.2 ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเองว่าเป็นคนที่มี ความสามารถสร้างประโยชน์แก่ชุมชนและสังคมได้					
1.3 ท่านเป็นคนที่มีลักษณะเป็นผู้นำมากกว่าผู้ตาม					
1.4 ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีคุณค่าสำหรับคน อื่น					
1.5 ท่านยอมรับความคิดเห็นหรือการกระทำของ ผู้อื่นที่ต่างจากตนเอง					
1.6 ท่านรู้สึกกลัว วิตกกังวลหรือจนไม่ยอมทำ อะไร*					
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง					
2.1 ปัจจุบันท่านรู้สึกพอใจกับสุขภาพของตนเอง อย่างไร					
2.2 ปัจจุบันท่านรู้ว่าตัวเองมีความเจ็บป่วยอย่างไร					
2.3 ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหรือความ เจ็บป่วยของตนเองที่เป็นอยู่อย่างไร					
2.4 ท่านรู้สึกว่าตัวเองมีความเสี่ยงต่อความ เจ็บป่วยในอนาคตอย่างไร					
2.5 ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วย ของตนเองทั้งในปัจจุบันและในอนาคต*อย่างไร					
2.6 ท่านใส่ใจและดูแลรักษาการเจ็บป่วยของตัวเอง อย่างไร					
3. การรับรู้เหตุการณ์ที่กระทบทางจิตใจ					
3.1 เมื่อสูญเสียบุคคลหรือสิ่งที่ท่านรัก ท่านมี ความรู้สึกเศร้า*					

ความรู้สึกของท่าน	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
3.2 เมื่อเกิดปัญหาทางการเงินไม่พอใช้จ่าย ท่านมีความรู้สึกเครียดหรือวิตกกังวล*					
3.3 เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งกับบุคคลอื่น ท่านมีความรู้สึกเครียดหรือความรู้สึกผิด*					
3.4 เมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ แล้ว ท่านมีความรู้สึกหดหู่หรือเศร้า*					
3.5 มีเหตุการณ์ที่ทำให้ ท่านมีความรู้สึกเบื่อ ไม่อยากทำอะไรเหมือนเมื่อก่อน*					
3.6 เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ท่านรู้สึกวุ่นวายใจไม่ได้ ท่านมีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง*					
3.7 ท่านยอมรับความเสื่อมของร่างกายหรือความเจ็บป่วยของท่าน					
3.8 ท่านสามารถปรับตัวกับการสูญเสียบุคคลหรือสิ่งอันเป็นที่รักได้					
3.9 ท่านเตรียมใจหรือทำใจพร้อมรับการสูญเสียที่เกิดขึ้นในชีวิตของท่าน					

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง (.....) ตามความเป็นจริง

1. รายได้และหนี้สิน

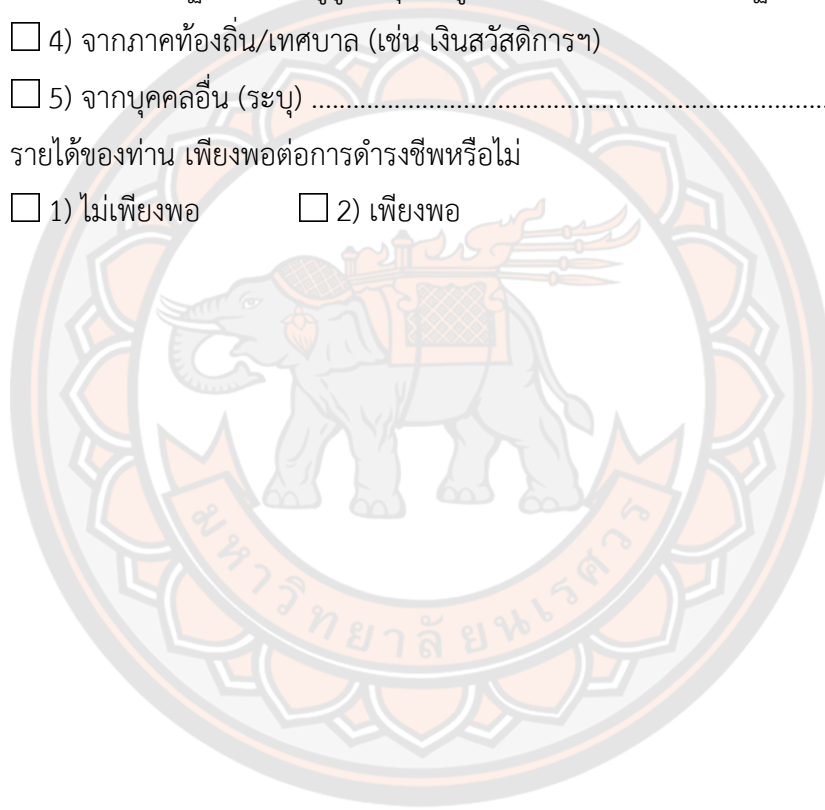
1.1 รายได้ต่อเดือนของท่านโดยประมาณ จำนวน.....บาท

1.2 ท่านมีรายได้หลักจากที่ใด (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- 1) จากรายได้ประกอบอาชีพ/บำนาญ/บำนาญ ของตนเอง
- 2) จากบุคคลในครอบครัว (บุตร หลาน ญาติ พี่น้อง)
- 3) จากภาครัฐ (เช่น เงินผู้สูงอายุ เงินผู้พิการ บัตรสวัสดิการของรัฐฯ)
- 4) จากภาคท้องถิ่น/เทศบาล (เช่น เงินสวัสดิการฯ)
- 5) จากบุคคลอื่น (ระบุ)

1.3 รายได้ของท่าน เพียงพอต่อการดำรงชีพหรือไม่

- 1) ไม่เพียงพอ
- 2) เพียงพอ



1.4 ท่านมีหนี้สินหรือไม่

1) ไม่มี (ไม่ต้องตอบข้อ 1.5) 2) มี

1.5 ถ้าท่านมีหนี้สิน ปัจจุบันท่านมีหนี้สินเป็นจำนวนเงินโดยประมาณ.....บาท

1.6 ท่านมีบุคคลอื่น (สามี/ภรรยา/บิดา/มารดา/ญาติ/พี่น้อง/บุตร/หลาน/อื่น ๆ) ช่วยเหลือการใช้หนี้สินหรือการใช้จ่ายประจำหรือไม่

1) ไม่มี 2) มี

1.7 ท่านมีความเครียดหรือวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องการเงินหรือไม่อย่างไร

1) ไม่มี 2) มีน้อย 3) มีปานกลาง 4) มีมาก

2. สถานภาพและบทบาทในครอบครัว

2.1 ที่อยู่อาศัยของท่านในปัจจุบัน

1) บ้านของตัวเอง 2) บ้านของบุตร-หลาน ญาติ-พี่น้อง
 3) บ้าน/ที่อยู่อาศัยผู้อื่น 4) อาศัยอยู่บ้านเช่า

2.2 ท่านอาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

1) อยู่คนเดียว 2) สามี/ภรรยา 3) บุตร/หลาน
 4) บิดา/มารดา 5) ญาติ/พี่น้อง 6) อื่น ๆ (ระบุ)

2.3 จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ด้วยกันในครอบครัวรวมตัวท่าน.....คน

2.4 ท่านอยู่ในสถานภาพใดของครอบครัว

1) หัวหน้าครอบครัว 2) คนในครอบครัว 3) ผู้อยู่อาศัย

2.5 สัมพันธภาพของท่านกับคนในครอบครัวมีลักษณะเป็นอย่างไร

1) รักใครกลมเกลียวกันดี
 2) มีเรื่องทะเลาะ ขัดแย้ง หรือมีปัญหาเล็กน้อย
 3) มีเรื่องทะเลาะ ขัดแย้ง หรือมีปัญหาปานกลาง
 4) มีเรื่องทะเลาะ ขัดแย้ง หรือมีปัญหาจำนวนมาก

2.6 ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องของครอบครัวเป็นอย่างไร

1) ไม่มี
 2) มีส่วนร่วมน้อย 3) มีส่วนร่วมปานกลาง 4) มีส่วนร่วมมาก

2.7 ท่านมีส่วนร่วมกับครอบครัวในการทำกิจกรรมอย่างไร

1) ไม่มี
 2) มีส่วนร่วมน้อย 3) มีส่วนร่วมปานกลาง 4) มีส่วนร่วมมาก

2.8 ท่านมีคนดูแลในกรณีที่มีอาการเจ็บป่วยหรือไม่ อย่างไร

1) ไม่มี 2) มี (ระบุความสัมพันธ์กับท่าน)

3. สถานภาพและบทบาททางสังคม (ตั้งแต่อายุ 60 ปี จนถึงปัจจุบัน)

3.1 ท่านอยู่ในสถานภาพใด ของชุมชน/สังคม

- 1) เป็นผู้นำชุมชน/ผู้นำกลุ่ม/แกนนำชมรม
- 2) เป็นสมาชิกในชุมชน/กลุ่ม/ชมรม
- 3) ไม่เป็นสมาชิกในชุมชน/กลุ่ม/ชมรมเลย

3.2 ท่านมีสัมพันธภาพกับคนในชุมชนอย่างไร

- 1) ไม่มีเรื่องทะเลาะ ขัดแย้ง หรือมีปัญหากับผู้อื่นในชุมชน
- 2) มีเรื่องทะเลาะ ขัดแย้ง หรือมีปัญหากับผู้อื่นในชุมชนน้อย
- 3) มีเรื่องทะเลาะ ขัดแย้ง หรือมีปัญหากับผู้อื่นในชุมชนปานกลาง
- 4) มีเรื่องทะเลาะ ขัดแย้ง หรือมีปัญหากับผู้อื่นในชุมชนมาก

3.3 ท่านเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนอย่างไร

- 1) ไม่เข้าร่วมกิจกรรมเลย 2) เข้าร่วมกิจกรรม (ระบุ)

4. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการได้รับการสนับสนุนจากบุคคล และหน่วยงานต่าง ๆ ตามความเป็นจริง

การสนับสนุนทางสังคม	ไม่เคย (ไม่เคย ได้รับ)	น้อยครั้ง (ได้รับ นาน ๆ ครั้ง)	บางครั้ง (ได้รับเป็น ครั้งคราว)	บ่อยครั้ง (ได้รับเกือบ จะทุกครั้ง)	ประจำ (ได้รับ ทุกครั้ง)
1) ท่านได้รับคำแนะนำหรือการดูแลด้านที่อยู่อาศัยจากชุมชน หรือหน่วยงานอื่น ๆ					
2) ท่านได้รับการสนับสนุนสิ่งของที่ท่านต้องการหรือจำเป็นจากชุมชน หรือหน่วยงานอื่น ๆ					
3) ท่านใช้สถานที่พักผ่อนหย่อนใจที่ชุมชน/หน่วยงานสร้างขึ้น เช่น สวนสาธารณะ เป็นต้น เพื่อลดความเครียด					
4) ท่านเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ เช่น กีฬางานเลี้ยง งานบุญ เป็นต้น ที่ชุมชนจัดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุ					
5) ท่านเข้ารับบริการด้านสุขภาพได้อย่าง					

การสนับสนุนทางสังคม	ไม่เคย (ไม่เคย ได้รับ)	น้อยครั้ง (ได้รับ นาน ๆ ครั้ง)	บางครั้ง (ได้รับเป็น ครั้งคราว)	บ่อยครั้ง (ได้รับเกือบ จะทุกครั้ง)	ประจำ (ได้รับ ทุกครั้ง)
สะดวก รวดเร็ว					
6) ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ (ทีวี/วิทยุฯ) เพื่อป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต					
7) ท่านได้รับการช่วยเหลือหรือคำปรึกษาเมื่อ เกิดปัญหาต่าง ๆ ทุกเรื่อง จากคนใน ครอบครัวหรือคนในชุมชน					
8) ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือปัญหา ทางด้านสุขภาพจิต จากบุคลากรสาธารณสุข					

ส่วนที่ 5 ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความเป็นจริง

โดยมีเกณฑ์การประเมิน คือ ถ้าไม่มีอาการนั้น ให้ 0 คะแนน และถ้ามีอาการนั้น ให้ 1 คะแนน

ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่	มี	ไม่มี	คะแนน
1. ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่			
2. ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่			

ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (ตามแบบคัดกรองของกรม

สุขภาพจิต) รวมคะแนน

1) กลุ่มไม่มีความเสี่ยง ได้ 0 คะแนน

2) กลุ่มมีความเสี่ยง ได้ 1 - 2 คะแนน

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

วิทยานิพนธ์เรื่อง รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง
การวิจัยระยะที่ 1

วันเวลาสัมภาษณ์.....สถานที่.....เลขที่แบบสัมภาษณ์

คำชี้แจง

การสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ (การวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1) เรื่อง รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ซึ่งมีแนวทางดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

แนวทางการสัมภาษณ์

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัวเอง ทำความรู้จักกัน และเพื่อสร้างสัมพันธภาพ
2. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงสิทธิผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับ การนำข้อมูลไปใช้ ขออนุญาตจัดบันทึกข้อมูลและใช้เครื่องบันทึกเสียง และขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

คุณสมบัติผู้ให้ข้อมูล

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยมีผลการประเมินด้วยแบบคัดกรอง 2 คำถาม (2Q) ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป
2. บุคคลในครอบครัวหรือผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมได้

ข้อมูลคุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูลหลัก

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ.....ปี (ระบุ จำนวนเต็ม เศษมากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)
3. คุณลักษณะผู้ให้ข้อมูลหลัก

<input type="checkbox"/> 1) มีโรคประจำตัว	<input type="checkbox"/> 2) ไม่มีโรคประจำตัว
<input type="checkbox"/> 1) กลุ่มติดสังคม	<input type="checkbox"/> 2) กลุ่มติดบ้าน <input type="checkbox"/> 3) กลุ่มติดเตียง
<input type="checkbox"/> 1) อยู่คนเดียว	<input type="checkbox"/> 2) อยู่กับครอบครัว/ญาติพี่น้อง
<input type="checkbox"/> 1) สถานภาพโสด	<input type="checkbox"/> 2) สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 3) หม้าย, หย่า, แยก

แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก

1. ท่านมีความรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่ และบ่อยครั้งเพียงใด ช่วยเล่าให้ฟัง
2. ท่านมีความรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่ และบ่อยครั้งเพียงใด ช่วยเล่าให้ฟัง
3. ท่านคิดว่า สาเหตุที่ทำให้ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง เบื่อ หรือทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน มีอะไรบ้าง ช่วยเล่าให้ฟัง และเพราะเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น
 - ท่านคิดว่า การมีความรู้สึกดังกล่าว มีสาเหตุมาจากตัวท่านเองด้วยหรือไม่ อย่างไร ช่วยเล่าให้ฟัง และเพราะเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น
 - ท่านคิดว่า การมีความรู้สึกดังกล่าว มีสาเหตุมาจากคู่สมรส หรือบุคคลในครอบครัวของท่านด้วยหรือไม่ อย่างไร ช่วยเล่าให้ฟัง และเพราะเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น
 - ท่านคิดว่า การมีความรู้สึกดังกล่าว มีสาเหตุมาจากเรื่องรายได้ หรือค่าใช้จ่ายของตัวท่านเอง หรือบุคคลในครอบครัวด้วยหรือไม่ อย่างไร ช่วยเล่าให้ฟัง และเพราะเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น
 - ท่านคิดว่า การมีความรู้สึกดังกล่าว มีสาเหตุมาจากปัญหา หรือความขัดแย้งในครอบครัวด้วยหรือไม่ อย่างไร ช่วยเล่าให้ฟัง และเพราะเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น
 - ท่านคิดว่า การมีความรู้สึกดังกล่าว มีสาเหตุมาจากสาเหตุหรือปัจจัยอื่น ๆ อีกหรือไม่ อย่างไร ช่วยเล่าให้ฟัง และเพราะเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น (เช่น การมีโรคประจำตัว ความพิการ การไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี การไม่มีผู้ดูแลช่วยเหลือ ฯลฯ)

การสนทนากลุ่ม

วิทยานิพนธ์เรื่อง รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง
การวิจัยระยะที่ 2

คำชี้แจง

การสนทนากลุ่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ (การวิจัยระยะที่ 2) เรื่อง รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ซึ่งมีแนวทางดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และประเด็นสำหรับการสนทนากลุ่ม ดังนี้

คุณสมบัติผู้ให้ข้อมูล

คัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่ทำงานหรืออาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ของเมือง โดยมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพจิตและผู้สูงอายุ ซึ่งมีคุณลักษณะคล้ายคลึงกัน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. ภาคประชาชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน ในเขตเทศบาลตำบล จำนวน 4 คน
2. ภาคท้องถิ่น ได้แก่ ผู้นำท้องถิ่นหรือผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและผู้สูงอายุของเขตเทศบาลตำบล จำนวน 4 คน
- 3.ภาครัฐ ได้แก่ บุคลากรที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและผู้สูงอายุของหน่วยงานสาธารณสุขที่รับผิดชอบพื้นที่ในเขตเทศบาลตำบล จำนวน 6 คน
4. ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า จำนวน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) แนวทางการสนทนากลุ่ม
- 2) ผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัย
- 3) สมุดจดบันทึก และเครื่องบันทึกเสียง

แนวทางดำเนินการสนทนากลุ่ม

- 1) ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา ผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้จัดบันทึกและสังเกตการณ์การสนทนา และผู้เข้าร่วมการสนทนาทุกท่าน นั่งเก้าอี้ที่จัดไว้ได้อย่างอิสระ
- 2) ผู้วิจัยดำเนินการกล่าวทักทาย แนะนำตัวเอง และให้ผู้เข้าร่วมสนทนาทุกท่านแนะนำตัวเองสั้น ๆ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ทำความรู้จักกัน ให้ทุกคนได้ผ่อนคลาย
- 3) ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนา ขอความยินยอม เข้าร่วมการวิจัย กล่าวคำขอบคุณผู้ร่วมสนทนา ขอให้ทุกคนพูดได้โดยไม่กังวลเรื่องถูกผิด การรักษาความลับสำหรับการวิจัย การนำข้อมูลไปใช้ และขออนุญาตให้ผู้ช่วยผู้วิจัยจัดบันทึกข้อมูล และใช้เครื่องบันทึกเสียงการสนทนากลุ่มในครั้งนี้
- 4) ผู้วิจัย ดำเนินการสนทนาโดยจุดประเด็นการสนทนาตามแนวทางที่ผู้วิจัยสร้างไว้ ผู้ดำเนินการและผู้ช่วยผู้วิจัยจะคอยจับประเด็นต่าง ๆ ที่ปรากฏ การสนทนาผู้ดำเนินการพยายามให้ผู้ร่วมสนทนาทุกท่าน ได้แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุด โดยนำเทคนิคแผนที่ ความคิด (Mind mapping) และเทคนิคการใช้คำสำคัญ (Key word) มาใช้กับการสนทนากลุ่ม รวมเวลาที่ใช้ในกระบวนการสนทนากลุ่มประมาณ 2 - 3 ชั่วโมง

ประเด็นการสนทนากลุ่ม

1. ปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง (ผลการวิจัยระยะที่ 1) มีความชัดเจน ครอบคลุม หรือไม่ อย่างไร
2. จากปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองในแต่ละสาเหตุ ท่านคิดว่ารูปแบบ/แนวทาง/กิจกรรม/วิธีการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองตามสาเหตุต่าง ๆ ควรเป็นอย่างไร ขอให้อธิบายเหตุผลประกอบ
3. รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง มีความครอบคลุม ครบถ้วน หรือไม่ อย่างไร
4. รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ใครควรนำไปใช้ และใช้อย่างไร ให้ประสบความสำเร็จ

แบบสอบถามการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ
วิทยานิพนธ์เรื่อง รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง
การวิจัยระยะที่ 3

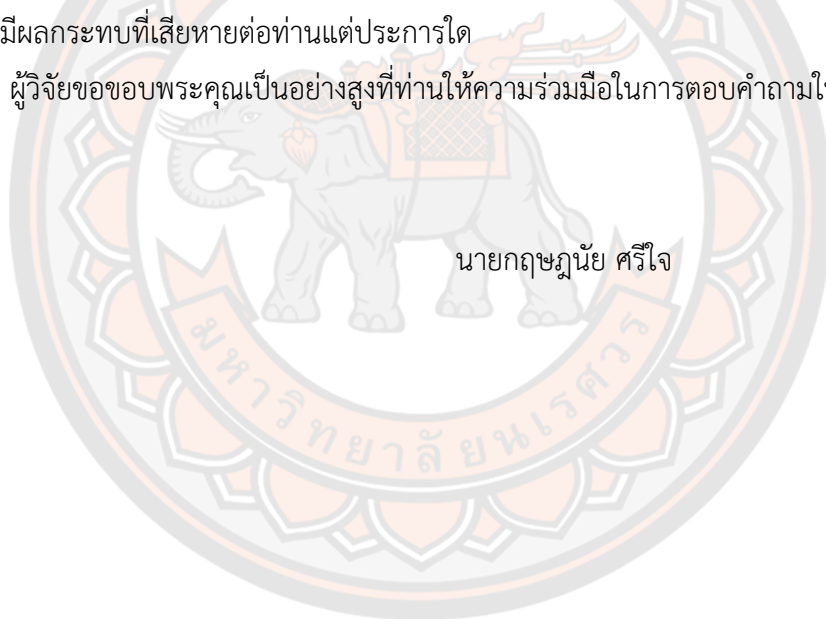
คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ (การวิจัยระยะที่ 3) เรื่อง รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง ในด้านความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุม

โปรดตอบทุกข้อคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงและตรงความคิดเห็นมากที่สุด ผู้วิจัยจะเก็บคำตอบของท่านไว้เป็นความลับ โดยจะทำลายข้อมูลทั้งหมดหลังการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว และขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบที่เสียหายต่อท่านแต่ประการใด

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบคำถามในครั้งนี้

นายกฤษฎานัย ศรีใจ



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง (.....) ตามความเป็นจริง

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง
2. อายุ.....ปี (ระบุตัวเลข จำนวนเต็ม เศษมากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)
3. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - 1) ไม่ได้ศึกษา 2) ประถมศึกษา 3) มัธยมศึกษาตอนต้น
 - 4) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. 5) อนุปริญญา/ปวส.หรือเทียบเท่า
 - 6) ปริญญาตรี 7) สูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพปัจจุบัน
 - 1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2) รับจ้างทั่วไป 3) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
 - 4) เกษตรกรรม 5) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บำนาญ
 - 6) อื่น ๆ (ระบุ)
5. ประเภทกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก
 - 1) ภาคประชาชน (ระบุ ตำแหน่ง)
 - 2) ภาคท้องถิ่น (ระบุ ตำแหน่ง)
 - 3) ภาครัฐ (ระบุ ตำแหน่ง)
6. ประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพจิต.....ปี (ระบุตัวเลข จำนวนเต็ม เศษมากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีความหมายของคะแนน ดังนี้

- 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด
- 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก
- 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง
- 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย
- 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุดหรือไม่เห็นด้วย

ด้าน/รายการประเมิน	ระดับความ คิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1. ความเป็นประโยชน์					
1.1 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ					
1.2 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมืองมีประโยชน์ต่อบุคคลหรือหน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุ					
1.3 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง มีประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายและแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันและดูแลผู้สูงอายุ					
2. ความเป็นไปได้					
2.1 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้					
2.2 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง มีความคุ้มค่า สอดคล้องกับเวลาและทรัพยากรในการปฏิบัติงาน					
2.3 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง สามารถทำความเข้าใจได้ ไม่ยุ่งยากและซับซ้อนจนเกินไป					
3. ความเหมาะสม					
3.1 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง มีความเหมาะสม สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับ					
3.2 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง มีความเหมาะสมที่จะให้บุคคล/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ได้					
3.3 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง มีความสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข					
4. ความถูกต้องครอบคลุม					
4.1 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง มีรูปแบบที่เป็นระบบ น่าเชื่อถือ ส่งผลต่อความถูกต้อง ครบถ้วนของผลการปฏิบัติงาน					

ด้าน/รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
4.2 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง มีความถูกต้องสอดคล้องกับการนำไปปฏิบัติงานจริง สำหรับผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ					
4.3 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง มีเนื้อหาสาระครอบคลุมและชัดเจนสามารถที่จะนำไปปฏิบัติงานจริงได้					

ความคิดเห็นอื่นที่มีต่อร่างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเขตเมือง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

