



รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ  
เรื้อรัง



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

ปีการศึกษา 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ  
เรื้อรัง



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต  
ปีการศึกษา 2566  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรค  
ไม่ติดต่อเรื้อรัง"

ของ วัลยา ตูพานิช

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

### คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนห์ แสงเงิน)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวิทย์ อินทร์ชม)

### อนุมัติ

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

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ผู้วิจัย	วัลยา ตูพานิช
ประธานที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ศ., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2566
คำสำคัญ	การป้องกัน, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงผสมผสานแบบแผนหลายระยะ (Sequential Mixed Methods Research Designs) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบ่งระยะการวิจัยเป็น 3 ระยะตามกระบวนการวิจัย ได้แก่ 1) ศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) การสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 3) การตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดนนทบุรีมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 23.8 โดยปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ สถานภาพหม้าย ความไม่เพียงพอของรายได้ การไม่ได้เรียน การเป็นโรคเบาหวาน สุขภาวะทางกาย ความผาสุกทางใจ ความว้าเหว่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การดื่มสุราเป็นประจำ หรือ บ่อยครั้ง การทำงานอดิเรก และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และบริการสาธารณสุข ซึ่งได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชพบว่ามีความเหมาะสม (Propriety) ความถูกต้องครบคลุม (Accuracy) ความเป็นประโยชน์ (Utility) และความเป็นไปได้ (Feasibility) อยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ในพื้นที่ และประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงตามความเหมาะสมต่อไป

<b>Title</b>	A PREVENTION MODEL FOR THE RISKS OF DEPRESSION AMONG OLDER ADULTS WITH NON-COMMUNICABLE DISEASES
<b>Author</b>	Walaya Tupanich
<b>Advisor</b>	Associate Professor Pramote Wongsawat, Ph.D.
<b>Academic Paper</b>	Dr.P.H. Dissertation in Public Health Program - (Type 2.1), Naresuan University, 2023
<b>Keywords</b>	Prevention, Depression, Older adults, Non-communicable diseaseases (NCDs)

### ABSTRACT

This sequential mixed method research design aims to develop a prevention model for the risks of depression among older adults with non-communicable diseases. There were 3 phases of the research process as follows: 1) The factors affecting that cause and influence the risks of depression among older adults with non-communicable diseases. 2) Create a model to prevent the risks of depression among older adults with non-communicable diseases. and 3) Examination of a prevention model for the risks of depression among older adults with non-communicable diseases. The results showed that 23.8 percent of the sample in Nonthaburi Province were at risk of depression. The factors contributing to the risk of depression among older adults with non-communicable diseases include status, income sufficiency, education, diabetes, health status, psychological well-being, loneliness, activities of daily living (ADL), Inadequate diet, insufficient sleep, alcohol, hobbies and family relationship. The prevention model for the risks of depression among older adults with non-communicable diseases consisted of the following 4 components: older adults, family, community and public health services. The model was evaluated by experts for suitability, accuracy, utility and feasibility at the highest level. The findings revealed that the prevention model for the risks of depression among older adults with non-communicable diseases can be used to prevent the risks of depression among older adults in the area and applied in other areas with similar contexts as appropriate.

## ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เป็นอย่างสูงที่ท่านได้เมตตาต่อศิษย์ ทุ่มเทเสี่ยสละเวลาอันมีค่าเป็นที่ปรึกษาพร้อมให้การช่วยเหลือ ดูแลแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่องตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอกจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์และมีคุณค่าต่อสังคม

ขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมวงคลชัย รองศาสตราจารย์ ดร.อาจินต์ สงทับ รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุตหนองบัว ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนห์ แสงเงิน และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรวิทย์ อินทร์ชม คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะการแก้ไขที่เป็นประโยชน์จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น รองศาสตราจารย์ ดร.พวงเพชร เกสรสมุทร รองศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนวยศักดิ์ชื่อ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนิจวรรณ เกิดเจริญ และ ดร.ผดุงศิลป์ เฟื่องขุ่ม ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ที่กรุณาตรวจแก้ไขเครื่องมือวิจัยพร้อมกับส่งกำลังใจให้มุ่งมั่นทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้เสมอมา ตลอดจนคณาจารย์ บุคลากรประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรทุกท่านที่ให้การดูแลช่วยเหลือเป็นอย่างดีตลอดการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

ขอบพระคุณอาสาสมัครในโครงการวิจัยทุกท่าน ผู้สูงอายุ ผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ประธานชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและผู้สูงอายุที่สละเวลาร่วมให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยนี้

ขอบพระคุณผู้บริหาร คณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชินีให้กำลังใจตลอดการศึกษา และขอบคุณน้องๆอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์และเวชศาสตร์เขตเมืองทีมผู้ช่วยนักวิจัย ลูกศิษย์พยาบาลที่มจิตอาสาลงพื้นที่และบริหารจัดการข้อมูลจำนวนมากจนงานสำเร็จลุล่วงตามกำหนดเวลา

ขอบคุณพี่น้อง สด.คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวรทุกคนที่คอยช่วยเหลือให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ร่วมฝ่าฟันอุปสรรคจนทำวิทยานิพนธ์นี้ได้สำเร็จ และขอบคุณพ่อแม่ ครอบครัวที่คอยเป็นกำลังใจในทุกๆเวลาช่วยเหลือสนับสนุนทุกอย่างให้เป็นอย่างดีที่สุดเสมอมา

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน หวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยนี้จะประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขไทย และผู้ที่สนใจนำไปใช้ประโยชน์ในอนาคตต่อไป

# สารบัญ

## หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
ประกาศคุณูปการ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	8
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	9
สมมุติฐานการวิจัย.....	9
ขอบเขตของงานวิจัย.....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวข้อง.....	13
ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	13
ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ากับการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ.....	19
ตอนที่ 3 แนวคิดสุขภาพ และปัจจัยกำหนดสุขภาพ.....	27
ตอนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า.....	30
ตอนที่ 5 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....	42
ตอนที่ 6 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาสุขภาพ.....	48
ตอนที่ 7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	60
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	65

รูปแบบการวิจัย .....	65
ระยะการวิจัย.....	66
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	94
บทที่ 4 ผลการวิจัย .....	95
การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุ และมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะ ซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	95
การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	138
การวิจัยระยะที่ 3 การตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	169
บทที่ 5 บทสรุป.....	174
สรุปผลการวิจัย.....	175
อภิปรายผลการวิจัย.....	180
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	192
ข้อเสนอแนะ.....	192
บรรณานุกรม.....	195
ภาคผนวก.....	210
ประวัติผู้วิจัย.....	245



## สารบัญตาราง

### หน้า

ตาราง 1	แสดงปัจจัยกำหนดสุขภาพตามกรอบแนวคิดของ Harris A.....	28
ตาราง 2	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 20).....	97
ตาราง 3	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่มสมาชิกในครอบครัว ญาติ ผู้ดูแลของ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 15).....	100
ตาราง 4	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 608).....	118
ตาราง 5	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับปัจจัยภายในตัวบุคคลของ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n = 608).....	122
ตาราง 6	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยทางสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n = 608).....	123
ตาราง 7	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยทางครอบครัวและสังคมของ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n = 608).....	124
ตาราง 8	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n = 608).....	125
ตาราง 9	แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร.....	126
ตาราง 10	แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับความเสี่ยงในการเกิด ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n = 608).....	135
ตาราง 11	แสดงปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	140
ตาราง 12	แสดงองค์ประกอบ และกิจกรรมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	159
ตาราง 13	แสดงสรุปการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างปัจจัยนำเข้ากับองค์ประกอบของรูปแบบการ ป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	165
ตาราง 14	แสดงจำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 7).....	170
ตาราง 15	แสดงผลการตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n = 7).....	171

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 แสดงสามเหลี่ยมปัจจัยของภาวะซึมเศร้า.....	24
ภาพ 2 แสดงกระบวนการในระบบดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับจังหวัด .....	36
ภาพ 3 แสดงขั้นตอนการวิจัย .....	67
ภาพ 4 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 .....	68
ภาพ 5 แสดงรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	168



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาของปัญหา

โครงสร้างอายุของประชากรโลกกำลังเปลี่ยนไปในทิศทางที่มีอายุสูงขึ้น สืบเนื่องจากอัตราการเกิดที่ลดลงและผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ในปี 2021 โลกเรามีประชากรรวมทั้งหมด 7,875 ล้านคน โดยมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,080 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.0 ของประชากรทั้งหมด โดยทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือมีอัตราผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงกว่าร้อยละ 20.0 เป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในขณะที่ทวีปอื่น ๆ เป็นสังคมสูงอายุทั้งหมด ยกเว้นแอฟริกาที่มีอัตราผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 10.0 ประเทศที่มีผู้สูงอายุสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ญี่ปุ่น ร้อยละ 35.0 อิตาลี และโปรตุเกส ร้อยละ 30.0 ส่วนในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนมี 7 ประเทศที่เป็นสังคมสูงอายุแล้ว ได้แก่ สิงคโปร์ ร้อยละ 22.0 ไทย ร้อยละ 19.0 เวียดนาม ร้อยละ 13.0 มาเลเซีย ร้อยละ 11.0 อินโดนีเซีย เมียนมา และบรูไน ร้อยละ 10.0 (United Nations, 2019a; ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2564) รวมทั้งองค์การสหประชาชาติ คาดว่าในอีกสามทศวรรษผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่า โดยมีจำนวนมากกว่า 1.5 พันล้านคน ในปี 2050 และคาดว่าผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเร็วที่สุดในแอฟริกาเหนือและเอเชียตะวันตก (United Nations, 2020) ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2565 ประชากรสูงอายุเพิ่มจำนวนเป็น 12.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.2 ของประชากรทั้งหมด โดยมีช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวนมากที่สุด 7.1 ล้านคน รองลงมาเป็น 70-79 ปี 3.7 ล้านคน และ 80 ปีขึ้นไป 1.8 ล้านคน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ มากมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมลงมีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่าย โรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุมักมีการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน หรือรักษาให้หายขาดได้ยาก โดยการเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.4 อ้วน ร้อยละ 30.0 เบาหวาน ร้อยละ 20.0 ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 10.6 และซึมเศร้า ร้อยละ 1.2 (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ทศพร คำผลศิริ, และณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์, 2561; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม วัฒนธรรม และด้านจิตสังคม เช่น การสูญเสียความเป็นอยู่ที่ดี บทบาทในสังคมและครอบครัวลดลง การไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุขาดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น พึ่งพาตนเองได้น้อยลง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลให้มีความยากลำบากในการเผชิญกับความเป็นจริง ซึ่งถ้า

ผู้สูงอายุปรับตัวไม่ได้จะทำให้เกิดปัญหาด้านร่างกายและจิตใจตามมา กล่าวคือเมื่อร่างกายเปลี่ยนไป สภาพจิตใจและอารมณ์ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย

ผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) อย่างน้อย 1 โรคหรือมากกว่า โรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.06 โรคเบาหวาน ร้อยละ 21.12 โรคหลอดเลือดในสมอง ร้อยละ 2.43 (Health Data Center, 2022) นอกจากนี้ยังมีโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไขมันในเลือดผิดปกติ โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคอ้วน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคไต โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดยาก บางครั้งอาการสงบลง บางครั้งอาการกำเริบ เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เกิดความพิการ ทูพพลภาพ (disability) ส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงต้องการการดูแลและมีคุณภาพชีวิตลดลง (World Health Organization, 2017a; ยุทธพงศ์ ณ นคร, 2563; รัชชานา หน่อคำ, จุฑามาศ กิตติศรี, พรรณี ไชยวงศ์, กรรณิกา อุ๋นอ้าย, และนงเยาว์ มงคลอิทธิเวช, 2563) ซึ่งเมื่อป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแล้วมักต้องใช้เวลาอันยาวนานกว่าจะควบคุมอาการได้ อีกทั้งบางโรคยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ผู้สูงอายุต้องทนทุกข์กับความเจ็บป่วยเป็นเวลานาน สุขภาพโดยรวมแยกลงเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตตามปกติ และส่งผลกระทบต่อชีวิตด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการเงิน เพราะกระบวนการรักษาบางขั้นตอนมีค่าใช้จ่ายสูงจนกลายเป็นปัญหาใหญ่สำหรับบางคน เช่น การฉายรังสี เคมีบำบัดรักษาโรคมะเร็ง หรือการผ่าตัดรักษาโรคหัวใจ เป็นต้น รวมทั้งมีผลกระทบด้านจิตใจ เมื่อเจ็บป่วยจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน การเป็นภาระครอบครัว เป็นต้น (World Health Organization, 2017d; นันทวิช สิริธรรักษ์, 2559; สุจิตรา สุขทวี, รัชสิมันต์ สุนทรไชยา, และอังคณา จิโรจน์, 2563)

ปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ สูญเสีย เครียด อารมณ์เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง หมัดกำลังใจในการใช้ชีวิต เห็นคุณค่าในตนเองลดลง จนอาจเกิดการแยกตัวออกจากสังคมมาอยู่ลำพัง ไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวันหรือทำกิจกรรมลดลง มีความผิดปกติของการนอน นอนมากเกินไปหรือนอนไม่หลับ ผู้ป่วยจึงต้องใช้เวลาในการปรับตัวสักระยะหนึ่ง หากไม่สามารถปรับตัวได้จะทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ ความหงุดหงิด ความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าในที่สุด โดยพบความผิดปกติทางจิตเวชสูงถึง ร้อยละ 43.7 เป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 7.9-17.0 ซึ่งถ้าภาวะซึมเศร้ารุนแรงอาจนำไปสู่การมีความคิดฆ่าตัวตายได้ในอนาคต (World Health Organization, 2017c; กรมสุขภาพจิต, 2561ข; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558; สุดา วงศ์สวัสดิ์, 2557) กรมสุขภาพจิตรายงานสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุเป็นอันดับ 2 รองจากวัยทำงาน โดยสาเหตุการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ 3 อันดับแรกคือ ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด โรคเรื้อรังทางกาย และโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2561ก) และในปีงบประมาณ 2565 พบการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุสูง

ที่สุดประมาณ 9.5 คนต่อประชากรแสนคน โดยมีปัจจัยเสี่ยง 3 อันดับแรก ได้แก่ การป่วยโรคทางกาย เรื้อรัง ร้อยละ 30.3 การป่วยโรคจิตเวช ร้อยละ 24.2 การใช้แอลกอฮอล์ ร้อยละ 21.0 (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2565)

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญเกิดจากความผิดปกติของอารมณ์ การปรับตัวกับอารมณ์หดหู่ในระยะเวลาสั้น ๆ มักจะมีอารมณ์เศร้าร่วมกับอาการผิดปกติทางร่างกาย บางอย่างต่อเนื่องนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป โดยอาจไม่มีเหตุกระตุ้นหรือมีก็ได้ เช่น เหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจจากการสูญเสียคนที่รัก หน้าที่การงาน การเกษียณอายุ อุบัติเหตุร้ายแรง เป็นต้น ทำให้เกิดความรู้สึกจมดิ่งอยู่กับความเศร้า สิ้นหวัง ทุกข์ทรมาน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล ครอบครัวและชุมชนที่อาศัยอยู่ ทั่วโลกพบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 17.0 ในปี พ.ศ.2560 ประชากรโลกประมาณ 264 ล้านคนประสบกับภาวะซึมเศร้า และปัจจุบันพบเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 350 ล้านคน โดยเฉพาะในช่วงอายุ 55-74 ปี และพบอาการซึมเศร้าสูงที่สุดในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (Dattani, Ritchie & Roser, 2021; World Health Organization, 2017a; ปิติคุณ เสดะปุระ และณัฐธกุล ไชยสงคราม, 2565; สุมาวดี คำเกลี้ยง, 2563) ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560 ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาอันดับที่ 6 และจากการประเมินสุขภาพจิตคนไทยกว่า 1.97 ล้านคนทั่วประเทศของกรมสุขภาพจิต ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2563 ถึงวันที่ 5 สิงหาคม 2564 พบประชาชนมีความเสี่ยงจะเกิดผลกระทบด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ได้แก่ ภาวะเครียดสูง ร้อยละ 5.6 ซึมเศร้า ร้อยละ 7.27 และฆ่าตัวตาย ร้อยละ 3.38 (The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2019; สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2564) ภาวะซึมเศร้าก่อให้เกิดภาระโรคสูง (burden of disease) หากต้องทนอยู่กับอาการซึมเศร้าเป็นเวลานาน การไม่ได้รับการช่วยเหลือดูแลรักษาที่ถูกต้องจะก่อให้เกิดภาวะไร้ความสามารถ ส่งผลต่อการดำรงชีวิตและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ถึงร้อยละ 60.0 และมีการฆ่าตัวตายสำเร็จกว่าร้อยละ 18.0 ซึ่งทั่วโลกยังพบปัญหาการเข้าถึงบริการรักษาของผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 50.0 และมีหลายประเทศที่การเข้าถึงบริการรักษาไม่ถึงร้อยละ 10.0 (World Health Organization, 2020; กรมสุขภาพจิต, 2560)

ประชากรผู้สูงอายุโลกมีอาการทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุด คือ ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7.0 (de Oliveira, dos Santos & Pavarini, 2014; Sadock, Sadock & Ruiz, 2015; World Health Organization, 2017b) ใกล้เคียงกับประเทศไทยที่พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 6.0 (สุขภาพคนไทย, 2562, น. 32-33) เนื่องจากร่างกายที่เสื่อมลง เกิดภาวะถดถอยของการเคลื่อนไหว พละกำลังทางกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียคู่สมรส การแยกจากของบุตรหลาน ซึ่งส่งผลกระทบทางจิตใจอย่างมาก หากผู้สูงอายุ ไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (นริสา วงศ์

พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557; อีสริย์ ศิริวรรณกุลธร และคณะ, 2563) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบปัญหาภาวะซึมเศร้าได้บ่อย เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 25.0 ร้อยละ 18.0-20.0 และร้อยละ 10.0-27.0 ตามลำดับ (World Health Organization, 2017c) ประเทศไทยได้ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบถึงร้อยละ 30.2-42.05 โดยพบในโรคมะเร็ง ร้อยละ 43.3 โรคเบาหวาน ร้อยละ 30.7-39.6 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.0 โรคไตวายระยะสุดท้าย ร้อยละ 17.6 โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 14.5-20.6 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 10.8-35.6 (กุลธิดา ดวงเนตร, 2564; ดารุจ อนิวรรณพนงศ์, 2561; นิตยา จรัสแสง และคณะ, 2555; สุกิศา ปลูกรักษ์, 2561)

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความพิการที่มากขึ้น ปัญหาการนอนไม่หลับ ความพึงพอใจในชีวิตที่แย่ง คุณภาพชีวิต ความสามารถในการทำงาน ความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมในการทำงาน เวลาทำงาน ประสบการณ์การสัมผัสความรุนแรง ความขัดแย้งในครอบครัวในการทำงาน ความบกพร่องทางสติปัญญา การออกกำลังไม่เพียงพอ (Gyeong-Suk, Sun-Ju, Myo-Gyeong & Yoo-Mi, 2017; Park J, Park T, J & S, 2015; Peltzer & Phaswana-Mafuya, 2013; Subramaniam et al., 2016; Wotoszyn, WiŚniowska-Szurlej & Sozański, 2018) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ สุขภาวะทางจิตวิญญาณ ระดับการศึกษา ภาวะน้ำหนักเกิน สมรรถภาพทางกายไม่ดี การเจ็บป่วยมากกว่า 2 โรค การออกกำลังกาย หรือการมีระดับกิจกรรมต่ำ การใช้ยาเมตฟอร์มิน (metformin) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Amirmohamadi, Borhani, Kiani, Hashiani & Naghavi, 2017; Chen et al., 2019; Long et al., 2014)

ส่วนในประเทศไทยพบว่า มีหลายปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษา ที่พักอาศัย การไม่มีผู้ดูแล การมีภาวะพึ่งพิง การอยู่ตามลำพัง การรับรู้สุขภาพ สุขภาพ การรับรู้เรื่องโรค ความรุนแรงของโรค ความรู้สึกล้มคุณค่าในตนเอง ความว่าเหว่ จำนวนเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต ความสามารถในการเผชิญปัญหาหรือความเครียด ความสามารถในการสื่อสาร การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ความผาสุกทางใจ ทางจิตวิญญาณ ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบของโรคต่อสุขภาพ ระยะเวลาป่วย การมารักษาที่โรงพยาบาล ความทุกข์จากการเจ็บป่วย จำนวนโรคเรื้อรัง จำนวนโรคร่วม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพ การออกกำลังกาย ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การได้รับ

การสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว (Chen et al., 2019; World Health Organization, 2017b; กิรณานันท์ สนธิธรรม และคณะ, 2563; กุลธิดา ดวงเนตร, 2564; ญัฐปภัสร์ นวลสีทอง, ธัญรัตน์ ภูซังค์ชัย, อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, และภักวรินทร์ ภักทศิริสมบุรณ์, 2564; นาริรัตน์ มงคลศรีสวัสดิ์, 2564; ปติตตา ทรวงโพธิ์ และสุพร วงศ์ประทุม, 2564; ผกามาศ เพชรพงศ์, 2562; พรทิพย์ แก้วสว่าง, 2564; ระพีพรรณ ลาภา, 2564; วิชาภรณ์ คันทะมูล และประราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2559; อรัญญา นามวงศ์, กฤตพันธ์ ผิกฝน, และบัวบาน ยะนา, 2564)

รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่าในต่างประเทศมีรูปแบบที่ป้องกันภาวะซึมเศร้า ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้อาการซึมเศร้ามลดลง และเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ เช่น 1) การดูแลแบบมีส่วนร่วมในระดับปฐมภูมิด้วยกิจกรรมให้ความช่วยเหลือ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ 2) การใช้กระบวนการสนทนากลุ่มด้วยการระลึกเหตุการณ์อย่างมีแบบแผนและวิธีการตามปัญหาเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความคิดเชิงบวกในเหตุการณ์อดีตและในอนาคต 3) การจัดให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมประจำวัน ทำกิจกรรมยามว่างที่หลากหลาย และการออกกำลังกาย 30 นาที สัปดาห์ต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องเป็นเวลาสิบสัปดาห์ เช่น การเดิน หรือ การออกกำลังกายเข้าจังหวะ และ 4) การเข้าร่วมในกิจกรรมทางกายภาพสังคมและศาสนาเป็นประจำ เป็นต้น (Azizan & Justine, 2016; Djukanović, Carlsson & Peterson, 2016; Fakoya, McCorry & Donnelly, 2020; Lee, Yu, Wu & Pan, 2018; Lok, Lok & Canbaz, 2017; Somes, 2021) ส่วนในประเทศไทยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานการป้องกันภาวะซึมเศร้ามาตั้งแต่ปี พ.ศ.2550 ในรูปแบบนวัตกรรมการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดที่พัฒนาระบบบริการให้เชื่อมโยงกันด้วยเทคโนโลยีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในทุกหน่วยที่เกี่ยวข้องทั้งประเทศ โดยบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการทุกระดับ เน้นการลดอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้า ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เพิ่มการหาย ลดระยะเวลาการเจ็บป่วย ลดการตายจากการฆ่าตัวตาย โดยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาได้มีการใช้มาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าด้วยการรณรงค์และสร้างความตระหนักรู้ผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ชื่อศูนย์ความรู้เทคโนโลยีโรคซึมเศร้าไทย ฐานข้อมูลออนไลน์เรื่องโรคซึมเศร้าและสื่อในช่องทางอื่น ๆ การดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำสำหรับประชาชน การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าทั้งประเทศดำเนินการดังนี้ 1) การคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) 2) การประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) เพื่อประเมินความรุนแรง วินิจฉัยโรค และให้การรักษา 3) การประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม (8Q) 4) ใช้แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ (CPG-MDD-GP) 5) รายงานและประเมินผลในโปรแกรมระบบสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และ 6) ดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าของคนไทยทั้งประเทศในรูปแบบของ web application ส่งผลให้ปี พ.ศ.2550-2553 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 10.7 และปี พ.ศ.2560-2561 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50.1 และ 61.21 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2557ก, 2561ก; โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2560ข)

ในเขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา อ่างทอง ลพบุรี สิงห์บุรี สระบุรี และนครนายก โดยจังหวัดนนทบุรีพบปัญหาภาวะซึมเศร้า การเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และการคัดกรองความเสี่ยง จากรายงานข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนของจังหวัดนนทบุรี พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.3 โดยเป็นในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางจิตสังคม และ ปัจจัยทางชีวภาพ (นภา พวงรอด, 2558) และตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561-2563 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิตไม่เป็นที่ไปตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 55.0, 63.0, 68.0 โดยสามารถเข้าถึงได้ร้อยละ 21.5, 56.7, 63.4 ตามลำดับ อีกทั้งยังมีผู้ที่ไม่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าเป็นจำนวนมาก ในปีงบประมาณ 2564 มีการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยแบบ 2Q และประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบ 9Q ในกลุ่มผู้สูงอายุร้อยละ 25.0 และ 55.0 ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังร้อยละ 24.6 และ 42.4 โดยเมื่อประเมินแล้วกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าจะได้รับการดูแลตามระบบอย่างต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มที่ประเมินแล้วไม่พบความเสี่ยง และกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าแต่ไม่ได้รับการประเมินจะไม่ได้เข้าสู่ระบบการดูแลทำให้กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าและการคิดฆ่าตัวตายได้ในอนาคต (ศูนย์ข้อมูลประเทศไทย, 2564) สอดคล้องกับสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุเกินครึ่งที่ไม่ได้รับการคัดกรองสุขภาพประจำปีเพราะอยู่ลำพัง และมีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย ซึ่งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) แนะนำให้ผู้สูงอายุตรวจสุขภาพทุกปี รู้เท่าทันร่างกายและหัวใจของตัวเอง เพื่อลดความเสี่ยงทางสุขภาพและป้องกันภาวะโรคซึมเศร้า สร้างสุขภาพที่ดี (ปัญญาวรานุสรสร้างสม, 2564)

รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตสุขภาพที่ 4 ทั้ง 8 จังหวัดยังไม่มีรูปแบบที่มีความเฉพาะกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและบริบทพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 โดยปัจจุบันใช้รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต ด้วยระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด โดยบุคลากรสาธารณสุขในสถานบริการทุกระดับจะทำการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (2Q) ประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) ประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) จัดการโรคซึมเศร้าตามแนวทางสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG-MDD-GP) และใช้ web application เฝ้าระวังโรคซึมเศร้าของคนไทย (กรมสุขภาพจิต, 2557ข; โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2560ข) ซึ่งจะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่บุคลากรสาธารณสุขจะเป็นผู้รับผิดชอบในการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า



ของกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุ ญาติ ผู้ดูแล ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าก่อนข้างน้อย และยังไม่มียุทธศาสตร์การป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับปฐมภูมิ ดังนั้นการพัฒนาารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงเป็นงานสร้างเสริมสุขภาพจิตเชื่อมโยงกับการป้องกันความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับแนวคิดของการป้องกันโรค (disease prevention) ซึ่งถูกนำมาใช้กับการปกป้องสุขภาพ (health protection) โดยการป้องกันโรคซึมเศร้า 3 ระดับ ได้แก่ 1) การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (primary prevention) เป็นงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดูแลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไม่ให้ป่วยเป็นภาวะซึมเศร้า 2) การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) เป็นการได้รับการวินิจฉัยในระยะแรกของภาวะซึมเศร้าและได้รับการรักษา ป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อน 3) การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (tertiary prevention) เป็นการป้องกันคนที่มีภาวะแทรกซ้อนแล้วไม่ให้เกิดทุพพลภาพ พิการ หรือเสียชีวิต

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีข้อเสนอแนะให้ควรมีรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับปฐมภูมิที่มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทั้งในภาคประชาชน ได้แก่ ผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ภาคท้องถิ่น ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น หรือผู้รับผิดชอบในพื้นที่ และภาครัฐ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข เนื่องจากงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิตในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะสำเร็จได้ขึ้นอยู่กับความร่วมมือกันในทุกภาคส่วน โดยเริ่มจากผู้สูงอายุและครอบครัวต้องตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง เพราะทุกคนเป็นเจ้าของสุขภาพ รวมถึงกลุ่มผู้นำชุมชนเป็นพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลือ ส่งเสริมสนับสนุนผู้สูงอายุและครอบครัว และทีมสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน (รพ.ช.) จะคอยเป็นผู้อำนวยการความสะดวกรับบริการช่วยเหลือดูแลเป็นพี่เลี้ยงในส่วนที่ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ไม่สามารถทำได้เอง เป็นต้น เพื่อให้รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับปฐมภูมิขับเคลื่อนได้ ทุกภาคส่วนจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีศักยภาพสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้มากขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพประจำวันที่เหมาะสม ทำกิจกรรมยามว่าง ออกกำลังกาย มีความคิดเชิงบวก เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นประจำ ลดการพึ่งพาบุตรหลาน มีความภาคภูมิใจในตนเอง มองตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์ต่อครอบครัว และสังคม ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าในอนาคต

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะดำเนินการวิจัยเพื่อสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทในชุมชนจังหวัดนนทบุรี เพื่อหาแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าที่ใช้ได้อย่างเหมาะสมเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเริ่มจากการวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยจากแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยทางสุขภาพและพฤติกรรม และปัจจัยทางครอบครัวและสังคม ทั้งการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยนำผลจากการวิจัยระยะที่ 1 มาใช้เป็นปัจจัยนำเข้าเพื่อวางแผนในการสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ตรงกับปัญหาที่แท้จริงต่อไปในการวิจัยระยะที่ 2 โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมความตระหนัก และการมีส่วนร่วมกันของภาคีเครือข่ายทั้งกลุ่มผู้สูงอายุ ญาติ ผู้ดูแล (Care Giver) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน ในการประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าและให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างถูกต้องเหมาะสมครอบคลุมพื้นที่ สอดรับกับบริบทของจังหวัดนนทบุรี (กรมสุขภาพจิต, 2561ข; พิสุทธ์ ศรีอินทร์จันทร์ และสุนทรวิรัตน์, 2560) และนำรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 2 ไปตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบฯ ในการวิจัยระยะที่ 3 ซึ่งรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่จะพัฒนาขึ้นเป็นการป้องกันในระยะเริ่มแรกก่อนที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ทันทีทันที่ ไม่เกิดการฆ่าตัวตาย และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยใดที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นอย่างไร
3. รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความเหมาะสมหรือไม่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. เพื่อสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

### สมมุติฐานการวิจัย

**ปัจจัยส่วนบุคคล** ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิค่ารักษา ความเพียงพอของรายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ชนิดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระยะเวลาการป่วย การมีโรคร่วมอื่น จำนวนสมาชิกในครอบครัว การมีผู้ดูแล จำนวนผู้ดูแล มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

**ปัจจัยภายในตัวบุคคล** ได้แก่ การรับรู้สุขภาพของตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการเผชิญปัญหา/ความเครียด ความผาสุกทางใจ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ความว่าห่วย มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

**ปัจจัยทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ** ได้แก่ ความต่อเนื่องในการรักษา การมีภาวะแทรกซ้อนของโรค ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรค ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การทำสมาธิ การงดบุหรี่ สุรา การทำงานอดิเรก มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

**ปัจจัยทางครอบครัวและสังคม** ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การได้รับการดูแล มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

### ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสร้างและตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นการศึกษาในเขตพื้นที่จังหวัดนนทบุรี ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ โดยใช้เวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2566

## นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้วิจัยให้คำนิยามศัพท์เฉพาะของการวิจัยไว้ดังนี้

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCDs) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไขมันในเลือดผิดปกติ โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคอ้วน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคไต

ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง คะแนนการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบคัดกรอง 2 คำถาม (2Q) ได้ผลการประเมินตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป

รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง โครงสร้างทางความคิดที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่าง 4 องค์ประกอบที่สำคัญของการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ 1) ด้านผู้สูงอายุ 2) ด้านครอบครัว 3) ด้านชุมชน และ 4) ด้านบริการสาธารณสุข โดยในแต่ละองค์ประกอบจะมีการดำเนินกิจกรรมของรูปแบบ 3 กิจกรรมหลัก คือ กิจกรรมการเรียนรู้ กิจกรรมการปฏิบัติงาน และกิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน

การรับรู้สุขภาวะของตนเอง หมายถึง ความเข้าใจของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของการเกิดโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการแปลความหมายว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดีมากน้อยเพียงใดตามสภาพของร่างกายที่ดำเนินอยู่ในปัจจุบัน

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ฟังพอใจ ภูมิใจในตนเอง เชื่อว่าตนเองมีความสามารถ กล้าเผชิญหน้าทำสิ่งใหม่ ๆ

ความสามารถในการเผชิญปัญหา/ ความเครียด หมายถึง การคิด การกระทำ หรือการตอบสนองต่อปัญหา ความยากลำบากที่ผ่านเข้ามาในชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการหาสาเหตุ เหตุผลที่เหมาะสม จัดการกับอารมณ์ และความรู้สึกมุ่งมั่นในการแก้ไขอุปสรรคของตนเอง โดยมีความเพียรพยายาม ไม่ย่อท้อ เพื่อที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

ความผาสุกทางใจ หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามสภาพความเป็นจริงที่ตนเผชิญอยู่ โดยเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเอง และเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ได้แก่ ความรู้สึกผ่อนคลาย การมีความสุข การมองโลกในแง่ดีเกี่ยวกับอนาคต การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น การดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางใจจะสามารถ

ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม สามารถดูแลช่วยเหลือตนเอง มีจิตใจที่เบิกบาน รู้สึกตนเองมีคุณค่า ดำเนินชีวิตอย่างมีความหมาย

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกภายในจิตใจของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่แสดงถึงภาวะสงบ เป็นสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ ยอมรับความจริง มีเป้าหมายในชีวิต มีความหวัง ยอมรับ และพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ของตนเอง

การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่จะแสดงออกเป็นพฤติกรรม ระดับของสติปัญญา สังเกตได้จากการแสดงออกที่มีความคล่องแคล่ว รวดเร็ว ความถูกต้อง ความสามารถในการคิด การแก้ปัญหา และการปรับตัว

ความว่าเหว หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ที่ทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรู้สึกทุกข์ใจจากการสูญเสียสัมพันธภาพกับคนอื่น ทำให้เกิดความรู้สึกไม่เป็นที่ต้องการของสังคม สูญเสียบทบาททางสังคม โดดเดี่ยว อ้างว้าง เหงา รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไม่มีใครรัก เข้าใจ สนใจ ใส่ใจ เอาใจใส่ ให้คำแนะนำ ให้ปรึกษา จึงทำให้มีสัมพันธภาพกับคนอื่นน้อยลง และแยกตัวจากสังคม ประเมินโดยใช้แบบวัดความว่าเหวในผู้สูงอายุของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ลอสแอนเจลิส ฉบับที่ 3 (University of California, Los Angeles loneliness scale version 3) ของรัสเซลล์ (Russell, 1996 อ้างอิงใน สุพรรณณี นันทชัย, 2534) แล้วนำมาดัดแปลงภาษาให้เข้าใจง่ายกับกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัย เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับงานวิจัย ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่าตามแบบของลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตัวหรือการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การทำสมาธิ การดื่มน้ำ การสูบบุหรี่ การทำงานอดิเรก

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคีเครือข่าย ในด้านอารมณ์จิตใจ การดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ ความรัก ความอบอุ่น การยอมรับนับถือ ให้เกียรติยกย่อง ด้านสิ่งของ ได้แก่ ที่อยู่อาศัย เครื่องใช้ที่จำเป็น การเงิน ยา อุปกรณ์การแพทย์ และด้านข้อมูลข่าวสารจากการได้รับคำแนะนำ การปรึกษา ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เป็นต้น

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และเครือญาติ หรือบุคคลอื่น ๆ ที่อาศัยรวมอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ร่วมกัน มีการสนทนาพูดคุย ปรึกษาหารือกัน

แสดงออกซึ่งความรัก เอื้ออาทรต่อกันทั้งทางกาย วาจา และใจ ซึ่งอาจจะเป็นสัมพันธภาพทั้งที่ดี หรือไม่ได้ดี

การได้รับการดูแล หมายถึง การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และด้านจิตวิญญาณ/ปัญญา จากบุคคล ในครอบครัว ชุมชน หรือบุคคลที่จัดหามาทำหน้าที่ดูแล ได้แก่ บุตรหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้รับจ้าง หรืออาสาสมัครเป็นผู้ดูแล



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวิจัยครั้งนี้ โดยกำหนดขอบเขตการศึกษาไว้ ดังนี้

ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ากับการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ

ตอนที่ 3 แนวคิดสุขภาพ และปัจจัยกำหนดสุขภาพ

ตอนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

ตอนที่ 5 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

ตอนที่ 6 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาสุขภาพ

ตอนที่ 7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

##### 1. ความหมายของผู้สูงอายุ

สหประชาชาติ (United Nations: UN) ยังไม่มีนิยามที่แน่นอนว่าอายุเท่าไรจึงเรียกว่าผู้สูงอายุ (Older/ Elderly person) แต่ใช้ความสูงอายุที่กำหนดโดยจำนวนปี (Chronological age) นิยมใช้ในการกำหนดการเกษียณอายุหรือหยุดจากงาน อายุ 60 ปีขึ้นไปในการนำเสนอสถิติ ข้อมูล และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์เรียกผู้สูงอายุ เช่น ประเทศในยุโรปและสหรัฐอเมริกา ส่วนประเทศไทยใช้อายุ 60 ปี การแบ่งช่วงของความสูงอายุแบ่งได้เป็น 3 ช่วงดังนี้ ผู้สูงอายุวัยต้น 60-69 ปี ผู้สูงอายุวัยกลาง 70-79 ปี ผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป สหประชาชาติได้กำหนดให้ทุกวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปีเป็นวันผู้สูงอายุสากล (International Day of Older Persons) อีกทั้งสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติได้ประกาศเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2020 ให้ปี 2021-2030 เป็นทศวรรษแห่งการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (Decade of healthy ageing) (United Nations, 2019b; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554; ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2563; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558)

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 (สำนักงานราชบัณฑิตยสภา, 2554) ให้ความหมายคำว่า วัยชรา คือ วัยที่ต่อจากวัยกลางคน อายุเกิน 60 ปี

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ผู้สูงอายุ คือ บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์, 2546)

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2562) ให้ความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

บุษราคัม จิตอารีย์ (2555) ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

ประเทศไทยให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุต่อเนื่องจนถึงสมัยรัฐบาลของพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ โดยคณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ 14 ธันวาคม 2525 อนุมัติและกำหนดให้วันที่ 13 เมษายนของทุกปีเป็นวันผู้สูงอายุโดยมี "ดอกคำควน" เป็นสัญลักษณ์ของผู้สูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562ก) ใช้เกณฑ์แบ่งช่วงอายุผู้สูงอายุตามสภาพของการมีอายุที่เพิ่มขึ้นเป็น 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 วัยผู้สูงอายุตอนกลางมีอายุตั้งแต่ 70 - 79 ปี มักจะเริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ อาจมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง และวัยผู้สูงอายุตอนปลายมีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปเป็นช่วงวัยที่มีความเจ็บป่วยมากขึ้นเพราะความเสื่อมหรือความผิดปกติของอวัยวะร่างกาย การเปลี่ยนแปลงเป็นไปตามช่วงอายุส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายรวมถึงผลกระทบต่อจิตใจ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562)

สรุปได้ว่าในประเทศไทย ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ส่วนในประเทศแถบยุโรปและอเมริกาเหนือ ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยเป็นวัยบั้นปลายของชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งรัฐบาลไทยและทั่วโลกตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้จึงมีความพยายามและมีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องให้ทุกคนตระหนักเข้าใจและพร้อมดูแลผู้สูงอายุให้ทัดเทียมเช่นเดียวกับการดูแลประชากรในกลุ่มอายุอื่น สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ให้ความหมายผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง และอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี



## 2. สถานการณ์ผู้สูงอายุ

สถานการณ์ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยในปี พ.ศ.2564 มีประชากรโลกจำนวนทั้งหมด 7,875 ล้านคน พบว่ามีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 1,080 ล้านคน หรือร้อยละ 14.0 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งประชากรโลกเข้าสู่เกณฑ์สังคมสูงอายุมาหลายปีแล้ว โดยทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือมีอัตราผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงกว่าร้อยละ 20.0 เป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ทวีปเอเชีย คิดเป็นร้อยละ 12.0 และทวีปแอฟริกา มีสัดส่วนประชากรสูงอายุต่ำที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.0 ทวีปเอเชียมีจำนวนประชากรสูงอายุมากที่สุด คือ ประมาณ 508 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 56.0 ของประชากรสูงอายุทั่วโลก ประเทศที่มีผู้สูงอายุสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ญี่ปุ่น ร้อยละ 35.0 อิตาลี และโปรตุเกส ร้อยละ 30.0 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2564; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561, 2562) สอดคล้องกับข้อมูลขององค์การเฮลท์เพจ อินเทอร์เน็ตเนชั่นแนล (Help Age International) ที่ได้วิเคราะห์แนวโน้มของประชากรสูงอายุทั่วโลกในช่วงระหว่างปี พ.ศ.2558 - 2593 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือ ปี พ.ศ.2558 (ค.ศ.2015) มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป 901 ล้านคน หรือร้อยละ 12.3 ของประชากรทั้งหมด ปี พ.ศ.2573 (ค.ศ. 2030) มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 14,02 ล้านคน หรือร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด และปี พ.ศ.2593 (ค.ศ. 2050) มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป 2,092 ล้านคน หรือร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด (United Nations, 2015) รวมทั้งองค์การสหประชาชาติคาดว่าในอีกสามทศวรรษผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่าโดยมีจำนวนมากกว่า 1.5 พันล้านคน ในปี 2050 และคาดว่าผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเร็วที่สุดในแอฟริกาเหนือและเอเชียตะวันตก (United Nations, 2020) ในทวีปเอเชียสถานการณ์ผู้สูงอายุพบว่าประเทศญี่ปุ่นมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก โดยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสูงสุด (Hyper-Aged Society) มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 34.0 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง นอกจากนี้ยังมีประเทศเกาหลีใต้ที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว และในอีกหลายประเทศก็เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วซึ่งมีสถานการณ์เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ส่วนในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนมี 7 ประเทศที่เป็นสังคมสูงอายุแล้ว ได้แก่ สิงคโปร์ ร้อยละ 22.0 ไทย ร้อยละ 19.0 เวียดนาม ร้อยละ 13.0 มาเลเซีย ร้อยละ 11.0 อินโดนีเซีย เมียนมา และบรูไน ร้อยละ 10.0 อีกทั้งคาดว่าในปี พ.ศ.2583 ทุกประเทศในอาเซียนจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2564; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562; ศิริรัตน์ ปานอุทัย และคณะ, 2561)

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าในปี พ.ศ.2565 ประชากรสูงอายุเพิ่มจำนวนเป็น 12.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.2 ของประชากรทั้งหมด โดยมีช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวนมากที่สุด 7.1 ล้านคน รองลงมาเป็น 70-79 ปี 3.7 ล้านคน และ 80 ปีขึ้นไป 1.8 ล้านคน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) หรือเกือบ 1 ใน 5 ของประชากรไทย โดยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4.0 ต่อปี

และเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็น 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมดในอีก 20 ปีข้างหน้า และกำลังจะเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ภายในปี 2565 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2563; สุขภาพคนไทย, 2562)

ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่เกณฑ์สังคมสูงอายุ (Aged Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10.0 มีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2564 สังคมไทยจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society) โดยจะมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20.0 หากสถานการณ์ยังคงเป็นเช่นนี้อาจทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) ซึ่งหมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28.0 ของประชากรทั้งหมด หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20.0 ได้ในปี พ.ศ.2574 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562 พบว่า ภาคเหนือมีผู้สูงอายุสูงที่สุด ร้อยละ 18.9 รองลงมาเป็นภาคกลางร้อยละ 17.8 โดยมีสัดส่วนสูงกว่าภาพรวมระดับประเทศที่มีร้อยละ 16.7 ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออกและภาคใต้ มีสัดส่วนของผู้สูงอายुर้อยละ 16.0, 14.9 และ 14.6 ตามลำดับ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562ข)

องค์การสหประชาชาติ แบ่งสังคมผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ คือ การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) และสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) โดยทุกประเทศทั่วโลกมีการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในช่วงเวลาแตกต่างกัน ตามความเจริญมั่งคั่ง ซึ่งมีผลต่อสุขภาพและการมีอายุยืนของประชาชน (United Nations, n.d. อังอิงโน ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556)

1. การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมทั้งเพศชายและเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 10.0 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7.0 ของประชากรทั้งประเทศ

2. สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20.0 หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14.0 ของประชากรโดยรวมทั้งหมดของทั้งประเทศ

3. สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดคือ สังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งประเทศ

### 3. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงจากความเสื่อมของร่างกายทั้งที่สังเกตเห็นได้จากภายนอก เช่น ผมขาว ริ้วรอยบนใบหน้า ผิวหนังเหี่ยวย่น เป็นต้น รวมถึงภายในร่างกายที่อาจแสดงผ่านอาการเจ็บป่วยและความผิดปกติของร่างกาย เช่น การมองเห็นหรือได้ยินไม่ชัด การเคลื่อนไหว การทรงตัว ลำบาก ปวดเมื่อยตามข้อ เจ็บป่วยง่าย เป็นโรคเรื้อรังอย่างความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น

โดยสามารถสรุปการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุได้ดังนี้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558; ศิริรัตน์ ปานอุทัย และคณะ, 2561)

#### 1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ

1.1 ระบบผิวหนังจะบางและเหี่ยวแห้ง หนังกำพร้ามีความชื้นลดลงทำให้ผิวแห้ง คัน ผิวแตกง่าย เกิดแผลกดทับได้ง่าย เมื่อเกิดแผลจะหายยาก มีริ้วรอยบนใบหน้า เม็ดสีของผิวหนังน้อยลงทำให้เกิดจุดด่างขาว แต่บางครั้งเกิดการตกกระจากการมีเม็ดสีมากขึ้น เส้นผมมีขนาดเล็กลง ขาดร่วงง่าย ผมออกเป็นสีขาว เล็บแข็งและหนาขึ้น หรือเปลี่ยนเป็นสีเหลืองซึ่งเกิดจากภาวะทุพโภชนาการหรือปัญหาในระบบย่อยและดูดซึมอาหาร

1.2 ระบบประสาทและประสาทสัมผัส ความคิดความจำเสื่อม ความว่องไวในการสั่งงานต่าง ๆ ของร่างกายช้าลง ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ ๆ และสามารถจำเรื่องราวต่าง ๆ ในอดีตได้ดี การมองเห็นเสื่อมลง สายตายาวขึ้น สิ้นย่นตาเริ่มขุ่นมัวไม่สดใส หนังตาเหี่ยวแห้ง การกระพริบตาช้าลง สมรรถภาพของการได้ยินเสื่อม เกิดอาการหูตึง เสียงพูดเปลี่ยนไปเพราะมีการเสื่อมของกล้ามเนื้อกล่องเสียง เสียงแหลมขึ้น พูดช้าลง จังหวะการหยุดบ่อยและนานขึ้น การดมกลิ่นไม่ดี การรับรสของลิ้นเสียไป ประสาทที่เกี่ยวข้องกับการสมดุลของการทรงตัวเสื่อมลงทำให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุหกล้มง่าย

1.3 ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ การสลายของกระดูกมากกว่าการสร้างทำให้กระดูกบางลง มวลกระดูกลดลง เกิดภาวะกระดูกพรุน หักได้ง่าย ข้อต่อบริเวณกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกบางลงทำให้ความสูงลดลง หลังโก่ง ข้อเข่าเสื่อม เกิดอาการปวดตามข้อ น้ำในข้อลดลงทำให้มีเสียงกรอบแกรบในข้อ (crepitus) กล้ามเนื้อฝ่อลีบ การเคลื่อนไหวร่างกายช้าลง การทรงตัวไม่ดีเกิดพลัดตกหกล้มได้ง่าย

1.4 ระบบทางเดินอาหาร สุขภาพฟันไม่ดี ฟันกร่อนเพราะหักหลุดง่าย เหงือกอักเสบ การรับประทานอาหารไม่สะดวก เยื่อช่องปากบางลงเกิดแผลในปาก ปากลิ้นแห้ง การรับรสเสียไป กล้ามเนื้อหลอดอาหารทำงานไม่ประสานกันทำให้เกิดอาการกลืนลำบากหรือสำลักได้บ่อย ทูรดูที่ต่อระหว่างหลอดอาหารและกระเพาะอาหารหดตัวไม่ดีทำให้อาหารและน้ำย่อยในกระเพาะอาหารไหลย้อนกลับขึ้นมาที่หลอดอาหารเกิดอาการกรดไหลย้อน กระเพาะอาหารมีการเคลื่อนไหวลดลง ส่งผลให้อาหารย่อยไม่ดี ท้องอืด เกิดภาวะขาดสารอาหารง่ายขึ้น กล้ามเนื้อผนังลำไส้ใหญ่บางและฝ่อ การบีบตัวลำไส้ใหญ่ลดลงทำให้การขับถ่ายไม่ปกติเกิดอาการท้องผูกได้ง่าย

1.5 ระบบทางเดินหายใจ กระดูกอ่อนของซี่โครงจะมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น การยุบและขยายตัวไม่ดี สมรรถภาพปอดลดลง ผนังถุงลมบางลง เส้นเลือดฝอยมาเลี้ยงน้อยลง การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จึงทำให้การหายใจไม่ดี เหนื่อยง่าย

1.6 ระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนกำลัง หลอดเลือดแข็งตัวขาด ความยืดหยุ่น เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง (arteriosclerosis) ความดันโลหิตสูงขึ้น ไขมันในเลือดสูง ผนังหลอดเลือดหนาขึ้นทำให้มีโรคเกี่ยวกับหัวใจได้ง่าย

1.7 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ การถ่ายปัสสาวะจะมีปริมาณลดลง แต่บ่อยครั้ง ปัสสาวะเจือจางกว่าปกติ เพศชายต่อมลูกหมากจะโตขึ้น เพศหญิงรังไข่จะฝ่อเล็กลง มดลูก รังไข่ และปีกมดลูกหดเหี่ยวมีขนาดเล็กลง เยื่อบุภายในมดลูกจะบางลงแต่ยังสามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนได้ ปากมดลูกเหี่ยวและขนาดเล็กไม่มีเมือกหล่อลื่น ช่องคลอด แคบและสั้นลง รอยย่นและความยืดหยุ่นลดลง อวัยวะภายนอกเหี่ยวย่น เกิดภาวะกระบังลมหย่อน กลั้นปัสสาวะไม่ได้

1.8 ระบบต่อมไร้ท่อและฮอร์โมน การผลิตฮอร์โมนต่ำลงอาจทำให้เบื่ออาหาร มีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่ายกว่าคนอื่น มีการหย่อนของกล้ามเนื้อ ช่องคลอด ทรวงอก หมดประจำเดือน และความรู้สึกทางเพศมีกตกลง

## 2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากเพื่อน บุคคลที่เป็นญาติสนิทหรือคู่ชีวิต ต้องตายจากหรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย

2.2 การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยอันควรที่จะต้อง ออกจากการทำงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมที่ลดน้อยลงจากหมดภาระติดต่อทาง ด้านธุรกิจการงาน หรือหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ ไร้คุณค่า ชีวิตไม่มีความหมาย นอกจากนี้ยังส่งผลให้ขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม และรายได้ ลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2.3 การเปลี่ยนสัมพันธภาพในครอบครัว ในวัยสูงอายุ บุตร ธิดามักจะมีครอบครัว กันแล้วโดยเฉพาะสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนเองลดลง บทบาททางด้านการให้คำปรึกษา ดูแลสั่งสอนจึงน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความว้าเหว่ และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง

2.4 การไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศ นับเป็นการสูญเสียทางจิตใจ ที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ เคมีของร่างกายทำให้ไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการทางเพศได้ ทั้ง ๆ ที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่โดยเฉพาะผู้สูงอายุชาย นอกจากนั้น เหตุผลทางสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะเจตคติของสังคมต่อเพศสัมพันธ์ในวัยผู้สูงอายุว่าเป็นเรื่องที่

ไม่เหมาะสมนับเป็นสิ่งที่ขัดขวางความต้องการทางเพศ และมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ เกิดความวิตกกังวล และมีความหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิต

### 3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

3.1 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคม เดิมผู้สูงอายุมีฐานะเป็นผู้นำในการให้ความรู้ ถ่ายทอดวิชาการ ได้รับการยอมรับนับถือ เมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงเป็นลักษณะของสังคมอุตสาหกรรม ใช้เทคโนโลยีมากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง ไม่ได้ทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้ดั้งเดิมจนอาจเกิดความเหงา ความว่าเหวได้

3.2 การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงาน ต้องหยุดทำงาน เกษียณอายุจากการทำงาน ทำให้รายได้ที่เคยมีอยู่หายไป บทบาทในครอบครัวย่อมเปลี่ยนแปลงไปจากเป็นผู้ที่หารายได้ด้วยตนเอง เคยมีหน้าที่ดูแลหาเลี้ยงครอบครัว ต้องกลายมาเป็นผู้พึ่งพิงบุคคลอื่น โดยส่วนใหญ่มาจากบุตรหรือคนในครอบครัว หรือพึ่งพารัฐบาลในการรองรับเบี้ยยังชีพ เงินบำนาญ ใช้เงินออมของตนเองที่มีอยู่ จากข้อมูลสำรวจสถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบัน ผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่าเส้นยากจน มีจำนวนถึงร้อยละ 34.3 ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองหมดความสำคัญ ปัจจัยเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความคับข้องใจ ความอับอาย คิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหาหรือเป็นภาระสังคม (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562)

สรุปได้ว่า สถานการณ์ผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งในระดับโลก และระดับประเทศ อีกทั้งผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านสังคมไปในทางที่เสื่อมลงจนส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาทางสภาพอารมณ์ และสุขภาพทางจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดภาวะซึมเศร้า ประกอบกับบทบาททางสังคมลดลง หรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงบุตรหลาน จึงทำให้ผู้สูงอายุซึมเศร้าได้ง่าย ซึ่งตัวของผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการปรับตัวอย่างเหมาะสม ยอมรับในบทบาทของตนเอง การมองเห็นคุณค่าในตนเอง ควรมีการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย และครอบครัว ลูกหลานควรให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุ (กรมอนามัย, 2559; นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562)

## ตอนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ากับการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ

### 1. ความหมายของภาวะซึมเศร้า

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2020) ภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบได้บ่อย แสดงออกด้วยความเศร้าอย่างต่อเนื่อง และขาดความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมที่สนุกสนาน นอกจากนี้ยังรบกวนการนอนหลับ ความอยากอาหาร ความเหนื่อยล้าและสมาธิไม่ดี ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้ยาวนานหรือเกิดซ้ำ และส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงาน การใช้ชีวิต สามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

สถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติอเมริกา (The National Institute of Mental Health, 2018) ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะทางอารมณ์ที่พบได้บ่อย ทำให้เกิดอาการรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึก การคิด กิจกรรมประจำวัน เช่น การนอนหลับ การรับประทานอาหาร การทำงาน โดยต้องแสดงอาการอย่างน้อยสองสัปดาห์จึงจะวินิจฉัยได้

สมาคมจิตวิทยาอเมริกัน (American Psychiatric Association, 2013) ภาวะซึมเศร้าอาจทำให้ไม่สามารถมีสมาธิได้ น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้น นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป ไม่มีเรี่ยวแรง มีความรู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากกว่าปกติ มีความคิดถึงความตายบ่อยครั้งหรือคิดทำร้ายตนเองถึงฆ่าตัวตาย

สถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute on Aging, 2021) ภาวะซึมเศร้าพบบ่อยในผู้สูงอายุ เป็นภาวะทางอารมณ์ที่ร้ายแรงส่งผลกระทบต่อความรู้สึก การกระทำ และความคิด

กรมสุขภาพจิต (2562) โรคซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของสมองในส่วนที่มีผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ความรู้สึก พฤติกรรม รวมถึงสุขภาพกาย โดยมีอาการเศร้า หดหู่ ซึม เบื่อหน่าย หงุดหงิด ฉุนเฉียว อ่อนไหว ชัดแย้งกับคนอื่นง่าย ดูถูกตนเอง วิตกกังวล เครียด สมาธิลดลง ไม่อยากทำอะไร ไม่อยากอาหาร นอนไม่หลับ เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ขาดความมั่นใจในตัวเอง การตัดสินใจแย่งลง รู้สึกหมดหวัง และมีความคิดอยากตายหรืออยากฆ่าตัวตาย

ประเสริฐ อัสสันตชัย (2554) ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบบ่อย อาจเกิดขึ้นชั่วคราวเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน ตั้งแต่มีอาการหงุดหงิดง่าย ไม่สนใจกิจกรรมที่เคยชอบ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เบื่อหน่ายท้อแท้ จนทำให้เกิดการฆ่าตัวตายได้

นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ (2559) ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้าไม่มีความสุข เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เชื่องซึม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวล มองโลกในแง่ลบ

กุสุมาวดี คำเกลี้ยง (2563) ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของอารมณ์จิตใจ โดยจะมีความรู้สึกเศร้า สิ้นหวัง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า อาการของภาวะซึมเศร้านั้นมีความรุนแรงและยาวนานจนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ

สรุปความหมายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของอารมณ์ จิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติทางความรู้สึกและอารมณ์ เช่น รู้สึกเศร้า ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน มองโลกในแง่ลบ ท้อแท้สิ้นหวัง ขาดสมาธิ เชื่องซึม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึ่งอาจจะส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยแบบคัดกรอง 2 คำถาม (2Q) หากได้ผลการประเมินตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไปจัดได้ว่าผู้นั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

## 2. สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของประเทศไทย

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่เป็นสาเหตุสำคัญของประเทศไทย พบการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALY) มากเป็นอันดับ 4 ในผู้หญิงไทย และมากเป็นอันดับ 10 ในผู้ชายไทย โดยปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าของไทยที่ผ่านมา ได้แก่ (สำนักงานพัฒนานโยบายสาธารณสุขระหว่างประเทศ, 2552 อ้างอิงใน กรมสุขภาพจิต, 2557ข)

1. ประชาชนส่วนใหญ่ขาดความตระหนัก มีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง คิดว่าอาการซึมเศร้าเป็นเรื่องธรรมดาเป็นแล้วหายเอง หรือรังเกียจว่าเป็นบ้า วิกจริต เมื่อป่วยแล้วจะปฏิเสธการรักษา

2. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลทุกระดับไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรคและการรักษาด้วยยาต้านเศร้า

3. ระบบการรักษามีข้อจำกัดของการดูแลรักษาด้วยยา ส่วนการช่วยเหลือทางสังคมจิตใจซึ่งเป็นวิธีรักษาที่สำคัญ เช่น จิตบำบัด ยังมีน้อยมาก เนื่องจากขาดทั้งผู้เชี่ยวชาญ องค์ความรู้ เทคโนโลยีและแนวทางการส่งเสริมป้องกันโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ

4. การค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทำในหลายพื้นที่แต่ไม่เข้มข้น และไม่เชื่อมโยงกับระบบการดูแลรักษาในสถานบริการสาธารณสุข

5. ยังไม่มีระบบติดตามเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรคที่มีประสิทธิภาพ

6. ในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัดให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าเป็นอันดับรองจากโรคทางกายอื่น ๆ

แม้ว่าจะมีการดำเนินการใช้ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ซึ่งส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับการคัดกรองด้วย 2Q คิดเป็นร้อยละ 80.0 มีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 6.0 มีอาการโรคซึมเศร้าและมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายร้อยละ 9.5 ได้รับการรักษาด้วยยาร้อยละ 72.6 และส่งต่อร้อยละ 4.8 เกิดการกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 1.0 เป็นปกติร้อยละ 22.0 ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงเหลือ ร้อยละ 1.0 จากเดิมร้อยละ 7.0 และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ร้อยละ 91.9 แต่ผลสำเร็จนี้เป็นเพียงการป้องกันการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแบบทั่วไปและเฉพาะกลุ่มในระยะเริ่มแรก ผู้ที่มีอาการโรคซึมเศร่ายังไม่เห็นความสำคัญ และไปรับการบำบัดรักษาน้อยมากมีเพียงร้อยละ 31.9 ของผู้ที่มีอาการทั้งหมด โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 6.1 จากเดิมร้อยละ 1.4 (กรมสุขภาพจิต, 2557ข)

## 3. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากและง่ายกว่าวัยอื่นเพราะมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างทั้งปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, 2560)

จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการในปี พ.ศ.2556 พบว่ามีผู้สูงอายุที่เข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 33.0 แต่ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอาการรุนแรงถึงขั้นเป็นโรคซึมเศร้าจริง ๆ มีประมาณร้อยละ 6.0 จากการศึกษาวิจัยปี พ.ศ.2559 พบว่า ผู้สูงอายุที่รับการรักษาในโรงพยาบาล 4 แห่งเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 23.0 และพบผู้สูงอายุไทยที่อยู่อาศัยในบ้านพักคนชราเป็นโรคซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 23.0 เช่นกัน โดยปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามีหลายประการ เช่น เป็นเพศหญิง หม้ายหรือหย่าร้าง โรคสมองเสื่อม ปัญหาการเงิน เงินไม่พอใช้ มีภาระหนี้สิน เป็นต้น ต้องใช้ชีวิตโดยพึ่งพาผู้อื่น ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ชอบปลีกตัวหรือไม่ร่วมกิจกรรมในชุมชน บทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ลดลงมีเหตุการณ์ที่ทำให้กระทบกระเทือนต่อจิตใจทำให้มีอาการเศร้าโศกเสียใจ เช่น ประสบอุบัติเหตุ อุบัติภัยต่าง ๆ หรือการสูญเสียสิ่งของหรือบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวช มีนิสัยเครียดกังวลง่าย อารมณ์แปรปรวน เจ็บป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจขาดเลือด ไตวาย หรือโรคร้ายแรงที่รักษาไม่หาย เช่น มะเร็ง เอ็ดส์ เป็นต้น มีความพิการทางร่างกาย เป็นผู้ป่วยติดเตียง อัมพฤกษ์ อัมพาต ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นต้น ดิดเหล้า บุหรี่ ฝิ่น กระท่อม ยาสูบกำลัง ยานอนหลับ ยาแก้ปวด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559)

ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 80.0-95.0 เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดในสมอง และโรคมะเร็ง บางครั้งเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความพิการ ทูพพลภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิง มีคุณภาพชีวิตลดลง โรคเรื้อรังส่งผลกระทบทางการเงินเพราะกระบวนการรักษามีค่าใช้จ่ายสูงที่กลายเป็นปัญหาใหญ่สำหรับบางคนได้ เช่น การฉายรังสี เคมีบำบัด รักษาโรคมะเร็ง หรือการผ่าตัดรักษาโรคหัวใจ เป็นต้น มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ เมื่อเจอปัญหาสุขภาพที่รุนแรง อาจทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาขาดสภาพคล่องทางการเงินในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ทำให้เกิดความรู้สึกทุกขใจ เครียด เห็นคุณค่าในตนเองลดลง ท้อแท้ หหมดกำลังใจในการใช้ชีวิต จนอาจนำไปสู่โรคเครียดหรือโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด หรือเมื่อผู้ป่วยรู้สึกแย่ต่อตนเองอาจทำให้รู้สึกแปลกแยกและปลีกตัวออกจากครอบครัว เพื่อนหรือสังคมนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายได้ในอนาคต โดยสาเหตุการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ 3 อันดับแรกคือความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด โรคเรื้อรังทางกาย และโรคซึมเศร้า (World Health Organization, 2017c; กรมสุขภาพจิต, 2561ก; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; สุดา วงศ์สวัสดิ์, 2557)

#### 4. สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าเกิดจากหลายปัจจัยทั้งภายในและภายนอกประกอบกันไม่ใช่แค่ปมปัญหาหรือสิ่งทีมากกระทบใจให้รู้สึกเสียสมดุลเพียงอย่างเดียว (กุสุมาวดี คำเกลี้ยง, 2563)



1. พันธุกรรมเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เช่น ฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน คนในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า คนอื่น ๆ ในครอบครัวมีโอกาสป่วยได้มากกว่าคนทั่วไป 2.8 เท่า การถ่ายทอดทางพันธุกรรมมีประมาณร้อยละ 31.0–42.0 (กรมสุขภาพจิต, 2557ข)

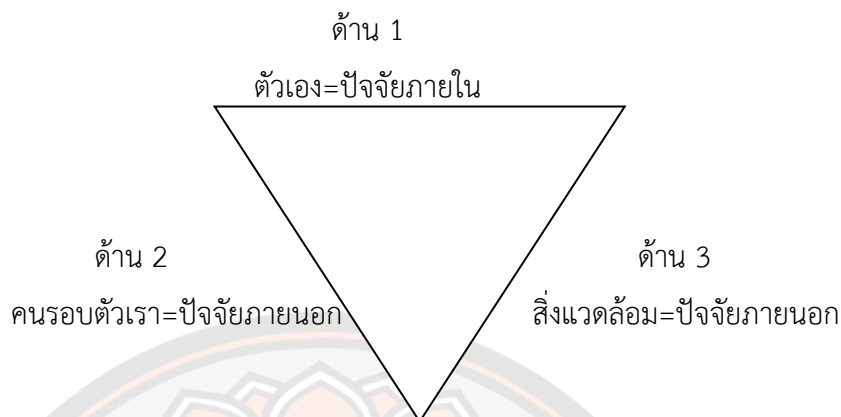
2. ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของอารมณ์ ได้แก่ 1) ซีโรโทนิน (serotonin) สารแห่งความสุข ทำงานเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้ และการนอน 2) นอร์เอพิเนฟริน (norepinephrine) ทำงานเมื่อร่างกายอยู่ในสถานการณ์กดดัน คับขัน และจำเป็นต่อการสร้างความจำ 3) โดปามีน (dopamine) ควบคุมเรื่องสมาธิ การนอนหลับ การจดจำ ทักษะต่าง ๆ ระบบภูมิคุ้มกัน ความตั้งใจในการทำงาน รวมถึงช่วยควบคุมการเคลื่อนไหวและอารมณ์ 4) อะดรีนาลีน (adrenaline) ควบคุมและตอบสนองต่อความเครียด อารมณ์ ความรู้สึก 5) เอนโดฟิน (endorphin) บรรเทาความเจ็บปวด ความเครียด สร้างความสุข เพลิดเพลิน เมื่อระดับสารสื่อประสาททางตัวไม่สมดุล การทำงานของสมองจึงผิดปกติหรือบกพร่องไป โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นสุข จึงตกอยู่ในอารมณ์ด้านลบ รู้สึกเป็นสุขน้อยลง หรือมีภาวะซึมเศร้า (กฤษมาวดี คำเกลี้ยง, 2563)

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุจากสิ่งแวดล้อมหรือปัจจัยภายนอก ได้แก่ 1) การสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก คู่สมรส หรือบุตรแยกไปอยู่ต่างหาก เกิดความรู้สึกหว่านเหว และตัวเองไม่มีคุณค่า เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า 2) การสูญเสียทางสังคม ได้แก่ การเกษียณ สูญเสียบทบาท อำนาจ รายได้ ความมีคุณค่าของตัวเองลดลง ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม การถูกทอดทิ้งไม่ได้รับการดูแลจากเพื่อนหรือญาติ (ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล และมาโนช หล่อตระกูล, 2554)

4. ลักษณะบุคลิกภาพส่วนตัวของแต่ละบุคคลเป็นปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า เช่น การมองตนเองในแง่ลบ มองอดีตเห็นแต่ความบกพร่องของตนเอง หรือมองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น บุคคลเหล่านี้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดัน เช่น ตกงาน หย่าร้าง ถูกทอดทิ้งจะมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้ง่าย เมื่อประสบปัญหามักใช้วิธีหลีกเลี่ยงหรือหนีปัญหา เป็นคนเก็บกดอารมณ์ไม่แสดงออก บุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบนี้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2557ข; มาโนช หล่อตระกูล, 2557)

5. การเปลี่ยนแปลงระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายไปในทางเสื่อมลง สูญเสียการได้ยิน การมองเห็นลดลง พักผ่อนน้อย ไม่ได้ออกกำลังกาย ขาดสารอาหาร ทำให้เจ็บป่วยหลายโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อ และโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยว่ามีการซึมเศร้าร่วมด้วย เช่น โรคพาร์กินสัน โรคสมองเสื่อม โรคลมชัก โรคหลอดเลือดสมอง โรคเนื้องอกสมอง เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2557) หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายร่วมกับมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ทักษะดี ฐานะทางเศรษฐกิจ ระดับ

การศึกษา เป็นต้น อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิตตามมา (ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล และ มาโนช หล่อตระกูล, 2554)



ภาพ 1 แสดงสามเหลี่ยมปัจจัยของภาวะซึมเศร้า

ที่มา: กุสุมาวดี คำเกลี้ยง, 2563

### 5. อาการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

ประเทศไทยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า 2 ระบบ ได้แก่ เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> revision (ICD-10) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2014) และเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder: MDD และ Dysthymic Disorder) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association, 2013)

อาการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงใน 3 ด้านดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2557ข, 2560; โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2560ข)

1. ด้านร่างกาย จะมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารน้อยลงจนทำให้น้ำหนักลด หรือบางคนอาจมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารมากจนน้ำหนักเพิ่ม นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง พุดซ้า เคลื่อนไหวช้าลง บางรายมีอาการหงุดหงิด กระวน กระวาย กระสับกระส่าย ทำอะไรไร้แรง

2. ด้านอารมณ์และจิตใจ จะมีอารมณ์เศร้าซึ่งจะเกิดขึ้นเกือบทั้งวันและเป็นทุกวัน บางวันอาจเป็นมากหรือน้อย รู้สึกอ่อนไหว สะเทือนใจง่าย เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร หดหู่ใจ ท้อแท้ เหม่อลอย ใจลอย ไม่สดชื่นแจ่มใส ไม่เบิกบานใจ สนใจสิ่งต่าง ๆ น้อยลง หรือหมดความสนใจ หมดอาลัยตายอยากในชีวิต หรือบางคนมีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย ใจน้อย รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึก

ผิดมากเกินควร ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง มองตนเองด้อยลง รู้สึกแย่ไปหมด สมาธิหรือความคิด  
ซ้าลง มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

3. ด้านสังคม จะมีความสัมพันธ์กับคนอื่นแย่งง เก็บตัว ไม่ค่อยพูดจา แยกตัว ไม่สนใจ  
สิ่งแวดล้อม เปื่อหน่วยกิจกรรมที่เคยทำ

อาการเศร้าที่เกิดมากเกินควร และเป็นติดต่อกันนานเกิน 2 สัปดาห์ อาการไม่ดีขึ้นแม้  
ได้รับกำลังใจหรืออธิบายด้วยเหตุผลจะมีความรู้สึกไม่มีความสุข จิตใจหม่นหมอง หดความ  
กระตือรือร้น เปื่อหน่วย แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบ ๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง  
มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น อาจนำไปสู่การป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจนมี  
ผลกระทบต่อสุขภาพ รู้สึกเปื่อชีวิต นำมาซึ่งการคิดทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตาย

## 6. การรักษาภาวะซึมเศร้า

ในทางคลินิกภาวะซึมเศร้าสามารถรักษาหายได้ ส่วนใหญ่รักษาโดยการใช้ยาต้านอาการ  
ซึมเศร้า และการให้คำปรึกษาด้านจิตวิทยา วิธีที่ดีที่สุดคือใช้ทั้งสองอย่างร่วมกัน ซึ่งอาจจะต้องใช้  
ระยะเวลาในการรักษา วิธีการรักษาโรคซึมเศร้าที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน (Ann, 2015;  
กรมสุขภาพจิต, 2561ข) ได้แก่

1. การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในกรณีมีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายตนเองหรือผู้อื่น  
มีอาการรุนแรง กระวนกระวายมาก ไม่รับประทานอาหาร ผอมลงมาก และไม่ตอบสนองต่อการรักษา  
แบบผู้ป่วยนอก

2. การรักษาด้วยยา แบ่งออกเป็น 3 ระยะตามการดำเนินโรค

2.1 การรักษาระยะเฉียบพลัน (acute treatment) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้  
ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ได้แก่ ยาแก้ซึมเศร้า ซึ่งปัจจุบันมีหลายขนาน และแยกเป็นกลุ่มต่าง ๆ  
ตามกลไกการออกฤทธิ์ ประสิทธิภาพในการรักษาของยาแต่ละกลุ่มนั้นไม่แตกต่างกัน ปัญหาที่มักทำ  
ให้การรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้าไม่ได้ผลเท่าที่ควรคือ การให้ยาขนาดที่ต่ำ และระยะเวลาสั้นเกินไป  
การประเมินว่าการรักษาได้ผลหรือไม่ควรจะต้องเพิ่มขนาดยาจนถึงระดับในการรักษาเสียก่อน และ  
คงไว้อย่างน้อยประมาณ 4-8 สัปดาห์ ก่อนที่จะพิจารณาว่าการรักษาไม่ได้ผล และสิ่งสำคัญที่แพทย์  
ควรพิจารณาพร้อมด้วยเสมอคือ ความร่วมมือในการกินยา (compliance) ของผู้ป่วยเป็นอย่างไร  
และกินยาสม่ำเสมอหรือไม่ จากนั้นจึงค่อยพิจารณาเปลี่ยนเป็นยาขนานอื่น

2.2 การรักษาระยะต่อเนื่อง (Continuation treatment) คือการให้การรักษา  
หลังจากระยะเฉียบพลันต่ออีกประมาณ 4-9 เดือนหลังจากผู้ป่วยหายแล้ว โดยให้ยาในขนาดเดียวกับ  
ที่ผู้ป่วยได้รับในช่วง acute treatment เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือ เพื่อลดความเสี่ยงของ  
การกลับเป็นซ้ำ พบว่าหากหยุดการรักษาก่อนผู้ป่วยมีโอกาสเกิด relapse สูงมาก

2.3 การป้องกันระยะยาว (Maintenance treatment) เพื่อป้องกันการเกิด recurrence ซึ่งพบว่าร้อยละ 20.0 ของผู้ป่วยจะเกิด recurrence ภายใน 6 เดือนหลังจาก remission ซึ่งควรพิจารณาให้การป้องกันระยะยาว ในกรณีที่มีปัจจัยเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ เวลาในการให้ยาในระยะป้องกันนั้นแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละรายขึ้นกับปัจจัยเสี่ยง ซึ่งโดยทั่วไปมักให้ยาเพื่อป้องกันอย่างน้อย 2 ปี แต่ในบางรายที่อาการรุนแรง และมีอาการกลับเป็นซ้ำบ่อยอาจจะต้องให้ยาป้องกันตลอดชีวิต

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ได้ผลดีในผู้ป่วยที่อาการรุนแรงเป็นแบบ melancholic หรือมีอาการโรคจิต หลังจากนั้นควรให้การรักษาดูแลต่อหลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้น

4. จิตบำบัด (Psychotherapy) ควรทำโดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ จิตบำบัดชนิดที่ได้ผลดีใน depressive disorder ได้แก่

4.1 Cognitive behavioral therapy (CBT) การรักษามุ่งแก้ไขแนวคิดรวมถึงการปรับพฤติกรรมในแง่ลบของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความจริงมากขึ้น และมีทักษะในการแก้ปัญหาที่ดีขึ้น พบว่าการบำบัดชนิดนี้ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำในระยะยาวด้วย

4.2 Interpersonal therapy เป็นการช่วยแก้ไขปัญหาเรื่องปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น ซึ่งมุ่งเน้นปัญหาความสัมพันธ์ในปัจจุบันมากกว่าเรื่องราวการแก้ไขเรื่องราวในอดีตของผู้ป่วย

4.3 Short-term psychodynamic psychotherapy หลักการเช่นเดียวกับ psychodynamic psychotherapy แต่ระยะเวลาสั้นไม่เกิน 6 เดือน

4.4 Marital Therapy และ family therapy ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างคู่ครองและครอบครัวพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งอาจส่งผลต่อการดำเนินโรค และการรักษาในทางกลับกันโรคซึมเศร้าเองก็อาจทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ดังกล่าวด้วยเช่นกัน ดังนั้นการบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจะช่วยลดอาการซึมเศร้า และลดความเสี่ยงในการเกิด relapse ได้

5. การรักษาอื่น ๆ เช่น sleep deprivation ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นในวันรุ่งขึ้นหลังงดการนอนแต่มีกลับมาเป็นอีกหากให้นอนตามปกติ หรือ light therapy ในผู้ป่วยที่มีลักษณะการป่วยเป็นแบบ Seasonal Persistent Depressive Disorder (Dysthymia)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ากับการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ ทำให้ทราบสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง อากา ร หลักการสำคัญในการรักษาภาวะซึมเศร้า การจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การใช้ยาต้านอาการซึมเศร้า และการให้คำปรึกษาด้านจิตวิทยา ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ซึ่งผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะเริ่มแรกด้วยการประเมินความเสี่ยง ให้การดูแลช่วยเหลือตั้งแต่เริ่มแรก เช่น การแก้ไขแนวคิด ปรับพฤติกรรมในแง่ลบ เสริมทักษะในการแก้ปัญหาที่ดี ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและผู้อื่น เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

### ตอนที่ 3 แนวคิดสุขภาพ และปัจจัยกำหนดสุขภาพ

#### 1. นิยามความหมายของสุขภาพ

มีหลายหน่วยงานให้คำจำกัดความของสุขภาพไว้ดังนี้

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามว่า สุขภาพ คือ สภาวะที่สมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขและมีได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่การปราศจากโรคและทุพพลภาพเท่านั้น (World Health Organization, 1998)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (2550) มาตรา 3 สุขภาพ หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

ประเวศ วะสี (2550) ให้ความหมายสุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา สุขภาวะทั้ง 4 ด้านเชื่อมโยงกันเป็นบูรณาการเชื่อมโยงถึงกันและอยู่ในกันและกัน ปัญญาเป็นศูนย์กลางถ้าปราศจากปัญญา สุขภาวะทางกาย ทางจิต และทางสังคมก็เป็นไปไม่ได้ การพัฒนาปัญญาต้องนำไปสู่การพัฒนาทางกาย จิต และสังคม การพัฒนาทางกาย จิต และสังคมต้องนำไปสู่การพัฒนาปัญญาทั้ง 4 ร่วมกัน จึงเกิดสุขภาวะที่สมบูรณ์

สรุปได้ว่า สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญา มีความสัมพันธ์เชิงพลวัตกับปัจจัยต่าง ๆ คือ ด้านปัจเจกบุคคล ด้านสภาพแวดล้อม ด้านระบบกลไกซึ่งรวมถึงระบบบริการสุขภาพ

#### 2. กรอบแนวคิดเรื่องปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม

ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social Determinants of Health) เป็นขอบเขตปัจจัยด้านบุคคล สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นตัวกำหนดสถานะทางสุขภาพของบุคคลหรือประชากร

การมีสุขภาพหรือสุขภาวะที่ดีนั้นมีอิทธิพลมาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพต่าง ๆ ที่ส่งผลทั้งทางบวก และทางลบต่อการมีสุขภาพดี ปัจจัยกำหนดสุขภาพเป็นการระบุสาเหตุ ปัจจัยหรือความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของมนุษย์ โดยตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่าเมื่อมีเหตุการณ์หรือกิจกรรมใดที่ทำให้ปัจจัยเหล่านั้นเปลี่ยนแปลงไปย่อมส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ปัจจัยกำหนดสุขภาพตามกรอบแนวคิดของประเทศอังกฤษมีดังนี้ (เพ็ญ สุขมาก, ม.ป.ป.)

1. กรอบแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพของประเทศอังกฤษ 5 ระดับ (เดชรัต สุขกำเนิด, วิชัย เอกพลากร และปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, 2545)

1.1 ปัจจัยที่อยู่ในตัวมนุษย์เอง เช่น อายุ เพศ และพันธุกรรม ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงได้ยาก

1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่วนบุคคลของมนุษย์ พฤติกรรมการบริโภค การเดินทาง การพักผ่อน

1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคมและชุมชน เช่น ความสัมพันธ์ภายในชุมชน วัฒนธรรม ประเพณี ความเข้มแข็งของชุมชน

1.4 เงื่อนไขการดำเนินชีวิตและการทำงาน การผลิตอาหาร และผลผลิตการเกษตร สภาพที่อยู่อาศัย การศึกษา สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การว่างงาน การสุขภาพิบาล การบริการทางสุขภาพ

1.5 เงื่อนไขโดยรวมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะ ในระดับภูมิภาค ระดับชาติ และระดับนานาชาติ

2. กรอบแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพของอังกฤษ (Harris, 2004 อ้างอิงใน เดชรัต สุขกำเนิด และคณะ, 2545)

ตาราง 1 แสดงปัจจัยกำหนดสุขภาพตามกรอบแนวคิดของ Harris A.

1. วิธีการดำเนินชีวิต	2. สิ่งรอบตัว
การกิน การออกกำลังกาย	ความสัมพันธ์ในครอบครัว การเป็นเจ้าของบ้าน
การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การอยู่ใกล้คนสูบบุหรี่	สภาพการทำงาน สภาพบ้าน วิธีการเดินทาง
การพักผ่อนหย่อนใจ	ระดับการศึกษาและทักษะ รายได้ การมีงานทำ
3. สภาพสังคม	4. สภาพทางเศรษฐกิจ
การมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น	อัตราการสร้างงานใหม่ การกระจายรายได้
การมีแหล่งช่วยเหลือทางสังคม	ความเพียงพอด้านการฝึกอบรม
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน	อัตราการจ้างงาน คุณภาพการจ้างงาน
อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน อาชญากรรม พฤติกรรม	กิจกรรมการริเริ่มสร้างสรรค์ทางเศรษฐกิจ

## ตาราง 1 (ต่อ)

ภัยสังคม การแบ่งแยกกีดกัน ความกลัว และ	การพัฒนาเทคโนโลยี
ความกังวลต่อการแบ่งแยกกีดกัน อาชญากรรม	การผูกขาด
<b>5. คุณภาพสิ่งแวดล้อม</b>	<b>6. การเข้าถึงบริการพื้นฐาน</b>
ดิน เสียงดัง น้ำ การใช้ที่ดิน อากาศ ผังเมือง	บริการสุขภาพ สังคม ขนส่ง อาชีพ ที่อยู่อาศัย
การสิ้นสະเทือน พื้นที่สีเขียว	บริการเลี้ยงดูเด็กเล็ก การศึกษา การธนาคาร
การป้องกันภัย มลพิษ ทรัพยากรธรรมชาติ	บริการด้าน การค้า ค่าปรึกษา บริการผู้สูงอายุ
<b>7. ปัจจัยทางชีววิทยา อายุ เพศ พันธุกรรม</b>	<b>8. อื่น ๆ (ชุมชนระบุ)</b>

ที่มา: เดชรัตน์ สุขกำเนิด วิชัย เอกพลาการ และปัดตพงษ์ เกษสมบูรณ์ (2545).

สรุปได้ว่า ปัจจัยกำหนดสุขภาพมีความสำคัญต่อบุคคลเนื่องจากเป็นตัวกำหนดสถานะทางสุขภาพของบุคคล หรือเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของมนุษย์ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยจากแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิค่ารักษา ความเพียงพอของรายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ชนิดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระยะเวลาการป่วย การมีโรคร่วมอื่น จำนวนสมาชิกในครอบครัว การมีผู้ดูแล จำนวนผู้ดูแล 2) ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ การรับรู้สุขภาพของตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการเผชิญปัญหา/ความเครียด ความผาสุกทางใจ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ความว้าเหว่ 3) ปัจจัยทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความต่อเนื่องในการรักษา การมีภาวะแทรกซ้อนของโรค ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรค ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การทำสมาธิ การงดบุหรี่ สุรา การทำงานอดิเรก และ 4) ปัจจัยทางครอบครัวและสังคม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การได้รับการดูแล และเมื่อทราบผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าแล้วจะนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

## ตอนที่ 4 แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

### 1. การป้องกันปัญหาสุขภาพ

การป้องกันปัญหาสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (ณิชาภา ตรีชัยศรี, 2560; พันธุ์ชัย รัตนสุวรรณ, 2561; มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2556)

1. การป้องกันระดับที่หนึ่ง (Primary prevention) เป็นการป้องกันล่วงหน้าในระยะที่ยังไม่มีโรคเกิดขึ้น ซึ่งมีประสิทธิภาพ ประหยัด และได้ผลมากเพราะเป็นการกำจัดหรือลดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคล่วงหน้าประกอบด้วย การเฝ้าระวัง (Surveillance) เพื่อจัดเก็บ วิเคราะห์ และแปลผลข้อมูลทางสาธารณสุข วางแผน จัดทำมาตรการป้องกันปัญหาได้ทันเวลาที่ เช่น งานสุขศึกษา งานโภชนาการ งานอนามัยสิ่งแวดล้อมและงานสุขภาพจิต เป็นต้น

2. การป้องกันระดับที่สอง (Secondary prevention) เป็นการป้องกันในระยะที่เริ่มมีสุขภาพหรือโรคเกิดขึ้นแล้ว เพื่อลดความรุนแรง และหยุดยั้งการดำเนินการของโรค ได้แก่ การวินิจฉัยในระยะแรกเริ่มและให้การรักษาทันที ประกอบด้วย การค้นหาผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการ หรือเริ่มมีอาการ ส่วนใหญ่สามารถตรวจพบได้โดยการตรวจคัดกรองโรค (Screening of diseases) เช่น การตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) เป็นต้น

3. การป้องกันระดับที่สาม (Tertiary prevention) เป็นการป้องกันในระยะที่เกิดภายหลังจากที่มีอาการป่วยมากแล้ว เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ป้องกันการเกิดโรคซ้ำ (recurrence) การป้องกันระยะนี้ได้ผลน้อยกว่าการป้องกันสองระดับแรก สามารถทำได้ด้วยการฟื้นฟูสุขภาพร่างกาย จิตใจ (Rehabilitation) เช่น กายภาพบำบัดร่างกาย ให้กำลังใจ แนะนำให้เข้าใจเรียนรู้สภาพความจริงต่าง ๆ ด้วยตัวของตัวเอง เสริมสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเอง รวมถึงการฟื้นฟูสภาพทางสังคม เพื่อสร้างศักยภาพให้แก่ผู้ป่วยตามความสามารถ และหาทางให้สังคมยอมรับผู้ป่วยกลับคืนสู่ชุมชน เป็นต้น

2. การดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, 2557ข; โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2555)

กรมสุขภาพจิตเริ่มดำเนินการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในชุมชนโดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 ด้วยการพัฒนาแบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าจำนวน 15 ข้อ โดยผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความรู้สึกรู้สึกรหรือพฤติกรรมตามข้อคำถามตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไปจากการดำเนินงานที่ผ่านมาสามารถแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในภาพรวมระดับประเทศได้ดี อัตราการฆ่าตัวตายลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าของประชาชนยังต่ำเพียงร้อยละ 4.4



ปีพ.ศ.2549 ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโยธธ มหาวิทาลัยมหิตล มหาวิทาลัยเชียงใหม่ มหาวิทาลัยขอนแก่น ทำการวิจัยพัฒนาระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้ายระดับ จังหวัดและเทคโนโลยี/คู่มือ/ความรู้ในการส่งเสริมป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ายสำหรับประชาชน ทั่วไป 10 เรื่อง และสำหรับกลุ่มเสี่ยง 6 เรื่อง สื่อวีดิทัศน์สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและพยาบาล โปรแกรมระบบสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าย พัฒนาแบบคัดกรองโรคซึมเศร้ายด้วย 2Q แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้ายด้วย 9Q แบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายด้วย 8Q แนวทางการ จัดการตามระดับความรุนแรง การรักษาด้วยยา การติดตามเฝ้าระวังเพื่อป้องกันกลับเป็นซ้ำ อบรม การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้ายสำหรับแพทย์และพยาบาลในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดโยธธและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกพื้นที่ของจังหวัดโยธธ ผลการดำเนินงานทำให้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายเข้าถึงบริการมากขึ้นจากเดิมร้อยละ 1.4 เป็น ร้อยละ 6.1

ปี พ.ศ.2550 ขยายผลการดำเนินการ 4 จังหวัด คือ มุกดาหาร สงขลา นครสวรรค์และ กำแพงเพชร นำระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้ายไปใช้ในพื้นที่ที่มีผลการดำเนินการค้นหาผู้ที่มีแนวโน้ม ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ายรายใหม่ด้วยการคัดกรองโรคซึมเศร้ายในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มที่มาด้วยอาการ ซึมเศร้ายชัดเจน ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ข้อเสื่อม ไตวาย มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยตั้งครรภ์หรือหลัง คลอด ผู้ที่มีปัญหาสุรา ยาเสพติด กลุ่มที่มีการสูญเสียคนที่รักหรือสินทรัพย์ ผลทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าย ใน 4 จังหวัด เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 3.7 เป็นร้อยละ 6.3

ปี พ.ศ.2551-2552 ปรับปรุงระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้ายระดับจังหวัดให้สอดคล้อง กับบริบทผู้ใช้งานมากขึ้น มีการพัฒนาเทคโนโลยีการส่งเสริมเพื่อป้องกันการป่วยเป็นโรคซึมเศร้ายสำหรับ ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ปรับปรุงพัฒนาเครื่องมือการค้นหา การประเมินโรคซึมเศร้าย การรักษาด้วยยา การติดตามเฝ้าระวังให้สอดคล้องกับบริบทของคนไทยโดยรวม มีการอบรมพัฒนา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้ายทุกระดับของสถานบริการทั่วประเทศ โดยอบรม แกนนำในการดำเนินการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้ายระดับจังหวัดที่มีความสามารถในการเป็นที่เลี้ยง วิทยากร ติดตาม แนะนำช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ อบรมผู้ปฏิบัติทุกจังหวัดของ ประเทศไทย รวมทั้งปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้ายให้ใช้ได้ทุกพื้นที่ที่มี การดำเนินการ สนับสนุนเอกสาร สื่อ คู่มือการดำเนินงาน จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับเขตและ ประเทศ ขอรับทุนจากแหล่งทุนต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ ผลลัพธ์การดำเนินงานวัด ที่ผลของอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายปี พ.ศ.2551 และ พ.ศ.2552 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 4.6 และร้อยละ 5.1 ตามลำดับ

ปี พ.ศ.2553-2555 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต ได้พัฒนาระบบและแนวทางในการดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า มีการขยายการดำเนินงานไปทั่วประเทศ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าขึ้น โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายหลักคือ กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง (เบาหวาน ไตวาย มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด) ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยตั้งครรภ์หรือหลังคลอด ผู้ที่มีปัญหาสุรา สารเสพติด มีการปรับปรุงการดำเนินงาน โดยการพัฒนาปรับปรุง จัดทำคู่มือให้ชัดเจน ง่ายสำหรับทุกหน่วยบริการ มีสื่อวีดิทัศน์ภาษาถิ่นทั้ง 4 ภาค จัดทำโปรแกรมสำหรับบันทึกกิจกรรมและรายงานทาง Web application พัฒนาด้านแบบของแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป อบรมพัฒนาศักยภาพในการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าแก่ แพทย์ พยาบาล นักวิชาการ เจ้าพนักงานสาธารณสุขในสถานบริการทุกระดับเป็นการอบรมเพิ่มเติมสำหรับผู้ที่มาปฏิบัติงานใหม่ ติดตามช่วยเหลือเชิงลึกในพื้นที่ที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินงาน รายงานผลของกิจกรรมที่เชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลในเครือข่ายทุกพื้นที่ทั้งประเทศ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้นเท่าตัว เมื่อเทียบกับคาดประมาณการจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในคนไทย จากอัตราการเข้าถึงบริการก่อนดำเนินการในปี พ.ศ. 2549 ร้อยละ 3.7 เป็นร้อยละ 18.9 หลังจากดำเนินการแล้ว และในปี พ.ศ.2556 เป็นร้อยละ 33.3 ซึ่งเพิ่มขึ้นเกือบ 10 เท่า ลดการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในขณะที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้อย่างมาก นอกจากนี้ยังได้พัฒนาเครื่องมือในการคัดกรอง ประกอบด้วย การคัดกรองภาวะซึมเศร้าใช้แบบประเมิน 2 คำถาม (2Q) หากพบความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าให้ประเมินต่อยด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) หากประเมินแล้วมีค่าคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า ให้ส่งต่อเพื่อประเมินด้วยแบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ด้วยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางต่อไป (กรมสุขภาพจิต, 2554, 2558) ทั้งนี้การพัฒนาระบบและแนวทางในการดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดมีระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าเป็นครั้งแรกในประเทศไทย ซึ่งเชื่อมโยงข้อมูลทุกพื้นที่ที่ดำเนินการ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลสารสนเทศนี้ไปใช้ประโยชน์ได้ ทั้งในด้านการดูแลช่วยเหลือ บำบัดรักษา เฝ้าระวังการกลับซ้ำ ตลอดจนการกำหนดนโยบาย พิจารณางบประมาณ ส่งผลให้คนไทยมากกว่า 6 ล้านคน ได้รับการส่งเสริมป้องกันไม่ให้เป็นโรคซึมเศร้า ผู้ที่มีแนวโน้มจะเป็นโรคซึมเศร้าผู้ที่เริ่มมีอาการซึมเศร้าได้รับการดูแลช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐาน ได้รับการติดตามเฝ้าระวังไม่ให้ป่วย และมีผู้ป่วยที่อาการหายทุเลาแล้วกลับเป็นซ้ำน้อยมาก ซึ่งแสดงถึงการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าตามระบบนี้มีประสิทธิภาพและช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จากการวิจัยประเมินผลในภาพรวมทั้งประเทศตามการคาดการณ์ภาระของโรคที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก โดยวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ยืนยาวชีวิตอย่างมีสุขภาพดีขององค์การอนามัยโลก Harvard School of Public Health และธนาคารโลกที่ว่าในปี พ.ศ.2563 โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพ เป็นอันดับ 2 รอง

จากโรคหัวใจและหลอดเลือด สำหรับประเทศไทยพบเป็นอันดับ 4 ในผู้หญิง และอันดับ 10 ในผู้ชาย ซึ่งจะมีคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึง 1.5 ล้านคน พบว่าผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ซึ่งหากมีการค้นหาคัดกรอง ประเมินอาการ วินิจฉัยโรคโดยแพทย์ ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และส่งข้อมูลครบถ้วนถูกต้องทันเวลาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในปี พ.ศ.2563 ความสูญเสียด้านสุขภาพจากโรคซึมเศร้าจะลดลง (กรมสุขภาพจิต, 2557ข)

**3. องค์ประกอบของระบบดูแลเฝ้าระวังป้องกันโรคซึมเศร้ามีกระบวนการดำเนินงาน**  
(กรมสุขภาพจิต, 2560)

3.1 กลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า ได้แก่

3.3.1 ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ไตวาย มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด CVA เป็นต้น

3.3.2 ผู้ป่วยสูงอายุ

3.3.3 ผู้ป่วยตั้งครรถ์หรือหลังคลอด

3.3.4 ผู้ที่มีปัญหาสุรา สารเสพติด

3.3.5 กลุ่มที่มาด้วยอาการซึมเศร้าชัดเจน

3.3.6 ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้

3.3.7 กลุ่มที่มีการสูญเสีย (สูญเสียคนที่รักหรือทรัพย์สินของมีค่า)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงตามอายุซึ่งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมด้วย ประกอบกับสถานการณ์ที่เพิ่มขึ้นของประชากรสังคมผู้สูงอายุทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นตามไปด้วย จึงควรมีการดำเนินการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้น

3.2 การค้นหาคัดกรอง ระบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า เริ่มจากการค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าด้วยการคัดกรองในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง การคัดกรองโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไปสามารถให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดำเนินการได้ในชุมชนด้วยเครื่องมือคัดกรอง 2Q ส่วนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงสามารถดำเนินการได้โดยบุคลากรสาธารณสุขด้วยเครื่องมือคัดกรองที่มีมาตรฐานอย่างถูกต้อง หลังจากได้ผลคัดกรองแล้วต้องแจ้งผลแก่ผู้ที่ได้รับการคัดกรองทั้งรายที่ได้ผลปกติ และผลที่มีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า พร้อมทั้งให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ที่รับการคัดกรองมีความรู้เข้าใจอย่างถูกต้อง โดยใช้การสื่อสาร 2 ทาง อาศัยทักษะการให้ข้อมูลของการให้คำปรึกษา (กรมสุขภาพจิต, 2557ข)

3.3 การวินิจฉัย รักษา ส่งต่อ พันธุสภาพ ในรายที่ได้ผลมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรค ซึมเศร้าจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัย ประเมินความรุนแรงของโรคเพื่อให้การดูแลรักษาต่อไป โดยการวินิจฉัยโรคสามารถดำเนินการโดยแพทย์ทั่วไปในโรงพยาบาลที่ผ่านการอบรมการวินิจฉัยโรคจิตเวชด้วยเกณฑ์มาตรฐาน ICD-10 หรือ DSM-IV การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับจังหวัดนั้นจะเน้นการรักษาด้วยยาต้านเศร้าร่วมกับการให้การปรึกษาช่วยแก้ไขปัญหาสังคมจิตใจเป็นหลัก เนื่องจากการรักษาด้วยจิตบำบัดนั้นยังไม่สามารถทำได้เนื่องจากไม่มีนักจิตบำบัด หรือ ผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมที่เชี่ยวชาญพอ การติดตามผลการรักษานั้นจะใช้แบบประเมินซึมเศร้าด้วย 9Q แพทย์ พยาบาลผู้รักษาจะนัดพบผู้ป่วยทุกเดือนเพื่อประเมินอาการ รักษาจนอาการทุเลาแล้วจะต้องให้การรักษาต่อเนื่องหลังจากทุเลาไปอีก 6 เดือนจึงค่อย ๆ ลดยาจนหยุดยาได้ ช่วงระยะที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้านี้จะเป็นการดูแลโดยทีมงานของโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป สำหรับในรายที่รุนแรงจะส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช จิตแพทย์จะประเมินให้การรักษารักษาจนพ้นภาวะเสี่ยงทั้งหลาย ลดความรุนแรงของอาการซึมเศร่าลง หลังจากนั้นจิตแพทย์จะส่งผู้ป่วยกลับมารับยาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ซึ่งแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านก็จะให้ยาต่อและประเมินอาการด้วยแบบประเมิน 9Q จนผู้ป่วยมีอาการทุเลาครบ 6 เดือนจะพิจารณาลดยาจนหยุดยาได้ (กรมสุขภาพจิต, 2554)

3.4 การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหรือผู้เกี่ยวข้องมีแนวทางที่ควรปฏิบัติดังนี้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559)

3.4.1 การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลควรประเมินภาวะจิตใจและอารมณ์ของตนเอง ซึ่งผู้ดูแลควรมีจิตใจที่สงบ มีความเมตตา กรุณาและอดทนมากเพียงพอ สามารถพูดคุย ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยท่าทีอ่อนโยน ทั้งนี้ผู้ดูแลควรหาเวลาพักผ่อนทั้งกายและใจ ปลีกเวลาหาความสงบให้ตนเองหรือพักผ่อนบ้าง เพื่อให้สภาวะจิตใจกลับสู่ภาวะปกติและสมดุล ถ้าหากพื้นฐานผู้ดูแลไม่ใช่คนอ่อนโยน หรือควบคุมภาวะอารมณ์ไม่ได้ หรือคุมได้ไม่ดี ผู้ดูแลควรปรับปรุงตนเองโดยหาที่ปรึกษาหรือฝึกฝนกับผู้เชี่ยวชาญ บ่อยครั้งผู้ดูแลอาจมีภาวะซึมเศร้าได้เช่นเดียวกันทำให้ต้องได้รับการรักษาด้วย

3.4.2 การเตรียมความพร้อมในเรื่องการจัดสรรเวลาดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล หากมีภารกิจมากควรแบ่งเวลาที่ใช้พูดคุยหรือดูแลผู้สูงอายุออกเป็นหลายช่วง ไม่ต้องทำให้เสร็จในคราวเดียว หรือใช้เวลานาน ๆ เพียงครั้งหรือสองครั้ง หรือนาน ๆ ครั้ง แล้วหวังว่าจะได้ผลระยะยาวให้ปรับทัศนคติเป็นค่อย ๆ เปลี่ยนค่อย ๆ ปรับจะค่อย ๆ ดีขึ้น เนื่องจากภาวะซึมเศร่าจะเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย มีหลายอย่างที่ต้องปรับปรุง มีหลายฝ่ายคอยช่วยเหลือดูแล และทุกครั้งที่ปรับเปลี่ยนย่อมจะเกิดผลดีขึ้นกว่าเดิมไม่มากนัก

3.4.3 การเตรียมหาทางช่วยเหลือผู้สูงอายุไว้อย่างน้อย 3 ทาง โดยผู้ดูแลส่วนมาก จะทราบถึงสาเหตุที่ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเพราะอยู่ด้วยกันมานาน รู้จิตใจผู้สูงอายุดี หรืออาจจะปรึกษาจากผู้เกี่ยวข้อง เช่น พี่น้อง ลูกหลาน ญาติ หรือเจ้าหน้าที่ในชุมชน เป็นต้น เนื่องจากผู้ดูแลอาจไม่สามารถปรับเปลี่ยนตนเองได้ มักไม่หาวิธีการใหม่ ๆ ที่ดีขึ้น เช่น ผู้ดูแลยึดความเห็นของตนเป็นใหญ่ ต้องการให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงทั้ง ๆ ที่รู้ว่าทำได้ยาก วิธีการเหล่านี้ล้วนเป็นรูปแบบที่ซ้ำซาก เป็นต้น

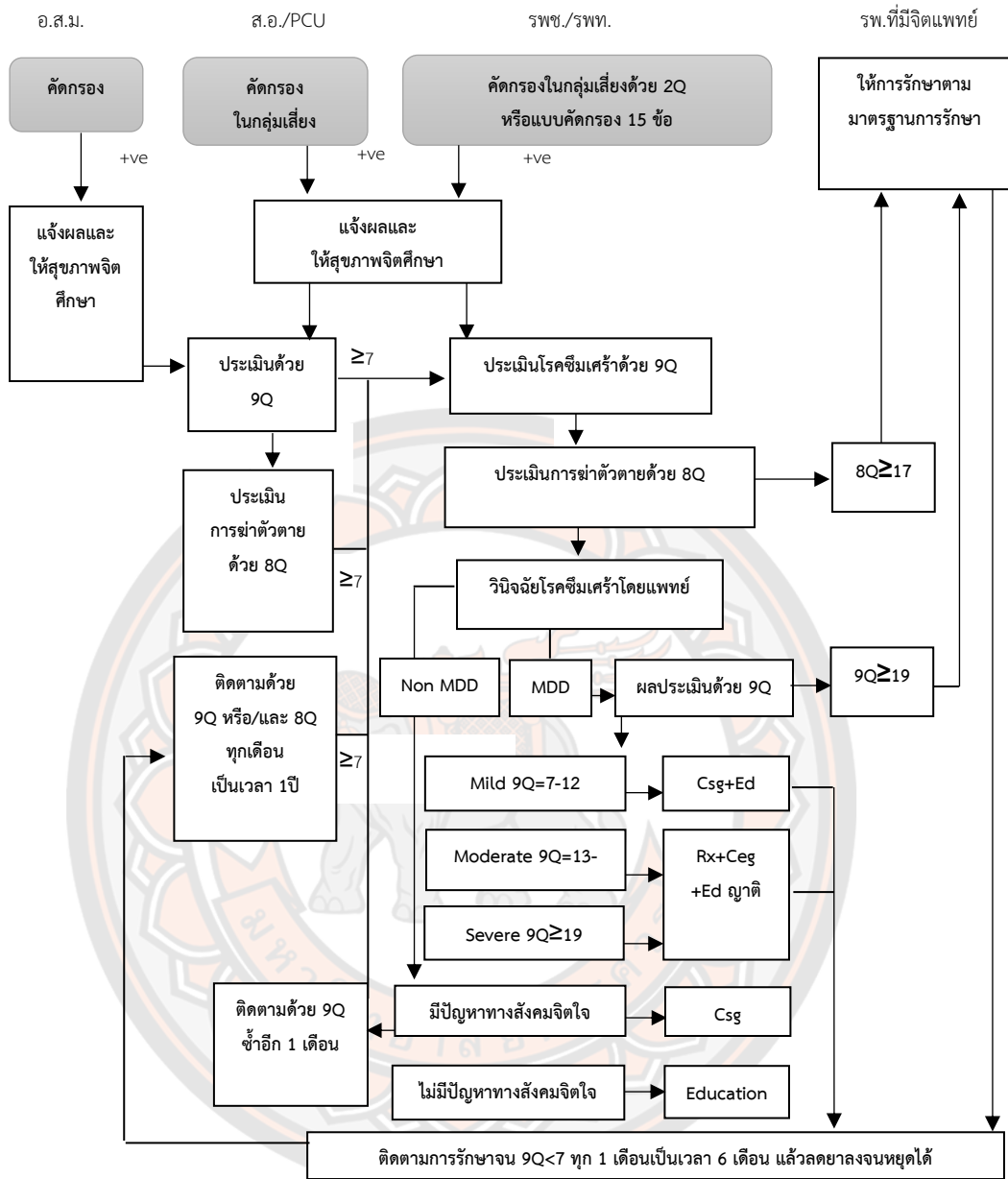
### 3.5 การเฝ้าระวัง ติดตามการรักษา และเยี่ยมบ้าน

การติดตามเฝ้าระวังการกลับซ้ำและการกลับเป็นใหม่ เมื่อผู้ป่วยหยุดยาได้แล้ว โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) จะส่งต่อให้ศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit : PCU) เป็นผู้ติดตาม เพื่อป้องกันการกลับซ้ำและการกลับเป็นใหม่ มีการรายงาน การบันทึกรายงานในโปรแกรม การรายงานที่เป็น Web application ที่ทุกหน่วยบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ โดยมีระบบควบคุม การเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย ผู้รับผิดชอบสามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วยได้จากทุกหน่วยที่ให้บริการ ตลอดจนการค้นหาข้อมูลด้วยชื่อผู้ป่วยหรือเลขประจำตัวประชาชนได้ การแสดงผลลัพธ์เป็นสถานะ ความเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มดูแลรักษาจนถึงปัจจุบัน เมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยจะมีการแสดงผลเตือนที่หน้า Webpage ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (กรมสุขภาพจิต, 2554)

เมื่อผู้ป่วยหยุดยาได้แล้วโรงพยาบาลชุมชนจะส่งต่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหรือศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นผู้ติดตามเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการกลับเป็นใหม่ โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ทุกเดือนเป็นเวลา 1 ปี หากผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบ เกินจุดตัดคะแนน ในเครื่องมือก็สามารถยุติหรือจำหน่ายผู้ป่วยจากระบบได้ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์สุขภาพชุมชนจะต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการประเมินที่ โรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาใหม่อีกครั้ง

## 4. กระบวนการดูแลเฝ้าระวังป้องกันโรคซึมเศร้า

การแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าให้เกิดประสิทธิภาพต้องดำเนินการอย่างครอบคลุม เหมาะสม สอดคล้องกับลักษณะการดำเนินงานโดยกระบวนการที่ดำเนินงานตามระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าสรุปได้ดังแผนภาพ



ภาพ 2 แสดงกระบวนการในระบบดูแลเฝ้าระวังโรซึมเศร้าในระดับจังหวัด

ที่มา: กรมสุขภาพจิต, 2557ข

ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (กรมสุขภาพจิต, 2557) สามารถดำเนินการได้ตามขั้นตอน ดังนี้

1. แต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัดที่จะทำหน้าที่วางแผนปฏิบัติงานเพื่อวางระบบกำกับติดตามการปฏิบัติงานตามแผน 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 การใช้เครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้า การแจ้งผล การช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงของโรค การใช้เครื่องมือประเมินการฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง การให้สุขภาพจิตศึกษา และการให้การปรึกษา การรักษาด้วยยาต้านเศร้า และการรายงานผลตามโปรแกรมการรายงานทาง Web application

4. ปฏิบัติตามแผน ระบบจะเริ่มต้นจากการค้นหา และบ่งชี้กลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มที่มีแนวโน้มจะป่วยด้วยการคัดกรองที่ทำได้ 2 รูปแบบ แบบที่ 1 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คัดกรองในชุมชนของตนเอง แบบที่ 2 โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการคัดกรองเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งจะใช้รูปแบบใดขึ้นกับการตกลงของคณะทำงานระดับจังหวัด จากนั้นจะนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาและติดตามการกลับเป็นซ้ำต่อไป

5. กำกับติดตาม เป็นขั้นตอนที่สำคัญเนื่องจากกิจกรรมในระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ต้องดำเนินการเชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลจิตเวช ดังนั้นควรมีผู้รับผิดชอบและคณะทำงานของจังหวัดดำเนินการนิเทศ กำกับติดตาม แก้ไขปัญหาอุปสรรคเป็นระยะ

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

แม้ว่าระบบดังกล่าวจะทำให้อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากที่ยังไม่มี ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า แต่จากปัญหายังพบว่าการคัดกรอง และการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุมและขาดความต่อเนื่อง ทั้งนี้หากมีการดำเนินการตั้งแต่กระบวนการเฝ้าระวังโดยการค้นหาตั้งแต่แรกอย่างครอบคลุม ซึ่งอาจต้องใช้เครื่องมือที่ใช้ได้ง่ายและการมีส่วนร่วมของญาติ ชุมชน ในการค้นหาคัดกรองด้วยแบบ 2Q ซึ่งจะส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่มีแนวโน้มจะเป็น โรคซึมเศร้าได้รับการส่งเสริมป้องกันไม่ให้เป็นโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะได้รับการดูแล ช่วยเหลือ ดูแลรักษาให้หายหรือทุเลาลงได้โดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญโดยเฉพาะได้อย่างรวดเร็ว สามารถลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการบริการ เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย

#### 5. แบบสอบถามที่ใช้ในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า

ประเทศไทยมีระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า โดยมีกิจกรรมหลักคือ การค้นหาผู้ป่วย โรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ซึ่งพัฒนาโดยสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ (2550) เป็นเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อคัดกรองค้นหา ผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า โดยการสัมภาษณ์เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าใน 2 สัปดาห์ โดยคำตอบมี 2 แบบคือ มีและไม่มี ถ้าคำตอบมีในข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จึงจำเป็นต้องประเมินอีกครั้งด้วยแบบประเมิน ที่มีความจำเพาะสูง ทั้งนี้แบบคัดกรอง 2Q ถ้าตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งว่า “ใช่” จะมีค่าความไว (Sensitivity) ร้อยละ 96.5 และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 44.6 ความน่าจะเป็น โรคซึมเศร้า (Positive Likelihood Ratio) เท่ากับ 1.74 เท่า แต่ถ้าใช้ทั้งสองข้อจะเพิ่มความจำเพาะ สูงถึงร้อยละ 85.1 ความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า (Positive Likelihood Ratio) เท่ากับ 4.82 เท่า (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2560ก)

ขั้นตอนการใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) (กรมสุขภาพจิต, 2557ข)

1. ชี้แจงการคัดกรองโรคซึมเศร้าให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายเพื่อขอความร่วมมือและ สร้างความเข้าใจความสำคัญของการคัดกรอง



2. กรณีที่ผู้ป่วยอนุญาตให้ใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ที่สอบถาม

ข้อคำถามของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) มีดังนี้

ข้อที่ 1 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่

ข้อที่ 2 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่

3. ในขณะที่ถาม หากผู้ถูกถามไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่มควรถามซ้ำจนกว่าผู้ถูกถามได้ตอบตามความเข้าใจของเขาเอง

4. เมื่อได้คำตอบให้แปลผลดังนี้

ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า

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

5. กรณีที่ผู้คัดกรองเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (ในการคัดกรองประชาชนทั่วไป) ถ้าผลคำตอบว่า “มี” ให้บันทึกและส่งรายชื่อผู้ที่ได้รับผลการคัดกรองนั้นไปยังบุคลากรสาธารณสุข (พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อประเมินซ้ำอีกครั้งหนึ่ง ถ้าพบว่าผู้ที่ได้รับผลการคัดกรองว่า “มี” มีแนวโน้มจะไม่ไปรับการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q ตามที่แนะนำให้แจ้งกับบุคลากรสาธารณสุขโดยตรง เพื่อติดตามให้ได้รับการประเมินต่อไป “ควรได้รับการประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q ภายใน 2 สัปดาห์ และไม่นานเกิน 3 เดือน”

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

ขั้นตอนการแจ้งผลและให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้าภายหลังการคัดกรองด้วย 2Q (กรมสุขภาพจิต, 2557ข)

1. ประเมินผู้รับบริการก่อนว่าปัจจุบันมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคซึมเศร้ามากน้อยเพียงใดโดยการรับฟังอย่างตั้งใจ การถามปลายเปิด การสรุปความ

2. ให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าอย่างถูกต้อง โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หากมีเอกสารข้อมูลหรือแผ่นพับประกอบการให้ข้อมูลจะช่วยให้ผู้รับบริการมีความชัดเจนมากขึ้น

3. แจ้งผลการประเมินคัดกรอง 2Q อย่างตรงไปตรงมาด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เช่น “ผลการคัดกรองพบว่าท่านมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า แต่ยังไม่สามารถบอกได้ว่าท่านเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่ และอาการซึมเศร้ามีความรุนแรงระดับใด ต้องประเมินด้วย 9 คำถาม จึงจะรู้ชัดเจน”

4. ตรวจสอบความเข้าใจ และแสดงความใส่ใจในความรู้สึกของผู้รับบริการ

5. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินด้วย 9Q (เน้นประโยชน์ที่จะได้จากการประเมิน 9Q)

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

1. กลุ่มที่มีผลปกติ ให้แจ้งผลการคัดกรองและให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้า ให้คำแนะนำออกกำลังกาย 30 - 45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ยกเว้นในผู้ที่มีข้อจำกัดห้ามออกกำลังกาย และให้ประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองด้วยแบบ 2Q หากพบว่ามีความเสี่ยงให้มาพบบุคลากรสาธารณสุขเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าอีกครั้ง

2. กลุ่มที่มีโอกาสหรือมีแนวโน้มเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าจากการคัดกรอง ให้แจ้งผลการคัดกรองและให้สุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้า ประเมินปัญหาทางด้านจิตสังคม ถ้ามีควรให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวและแนะนำทักษะในการแก้ปัญหาด้วยตัวเอง แนะนำให้ออกกำลังกาย 30 - 45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ยกเว้นในผู้ที่มีข้อจำกัดห้ามออกกำลังกาย แนะนำให้มาพบบุคลากรสาธารณสุขเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือต่อไป

เมื่อคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) แล้ว พบว่ามีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจึงประเมินความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า ด้วย 9 คำถาม (9Q) ที่พัฒนาโดยธณินทร์ กองสุข (2556) ตามระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดทั้งประเทศ ทำการทดสอบความน่าเชื่อถือความเที่ยงตรง และความสอดคล้องของระดับความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้าโดยเปรียบเทียบกับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) พบว่า 9Q มีค่า Cronbach's Alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.7836 - 0.8210 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.821 ส่วนผลการเปรียบเทียบกับแบบประเมิน HRSD-17 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.719 ( $P\text{-value} < 0.001$ ) ผลการทดสอบความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรง พบว่า มีค่าความไวเท่ากับร้อยละ 85.0 ค่าความจำเพาะ เท่ากับร้อยละ 72.0 ค่า likelihood ratio เท่ากับ 3.04 (95%CI = 2.16-4.26) โดยแบบประเมิน 9Q ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ถามอาการในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาว่าผู้ถูกประเมินมีอาการในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด แบ่งเกณฑ์เป็น 0 - 3 คะแนน ได้แก่ ไม่มีเลย (0 คะแนน) มีบางวันแต่ไม่บ่อย (1 คะแนน) มีค่อนข้างบ่อย (2 คะแนน) และมีเกือบทุกวัน (3 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 27 คะแนน (สถิตย์พงศ์ แซ่หลี่ และปิยะภัทร เดชพระธรรม, 2560) หลังจากประเมินแล้วผลพบว่ามีอาการของโรคซึมเศร้าที่คะแนน 9Q ตั้งแต่ 7

คะแนนขึ้นไปจะส่งให้แพทย์วินิจฉัยโรคโดยใช้ค่าคะแนนของ 9Q ประกอบการวินิจฉัยโรคและให้การ รักษาต่อไป

นอกจากการคัดกรองด้วย 2Q และประเมินระดับภาวะซึมเศร้าด้วย 9Q แล้ว หากพบว่า มีความเสี่ยง และมีภาวะซึมเศร้าที่อาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายต้องคัดกรองด้วย 8Q ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อคำถามแบ่งเป็นข้อคำถามสำหรับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าจำนวน 6 ข้อ ที่มีค่า sensitivity ร้อยละ 89.9 มีค่า specificity ร้อยละ 71.9 เป็นข้อคำถามความรู้สึกนึกคิดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาในข้อคำถามเรื่อง

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 87.1 มีค่า specificity ร้อยละ 89.4 ในเรื่อง

7. รู้สึกสิ้นหวัง เป็นทุกข์จนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป
8. กำลังคิดฆ่าตัวตาย

การแปลผลจากค่าคะแนน ถ้าตอบว่ามีความรู้สึกดังกล่าวให้ 1 คะแนน ถ้าไม่มีความรู้สึก ดังกล่าวให้ 0 คะแนน เมื่อรวมคะแนนข้อ 1 - 6 ได้คะแนนตั้งแต่ 3 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะ ซึมเศร้า ส่วนคำถามข้อ 7 - 8 ถ้ามีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่า ตัวตาย ถ้าพบว่ามีภาวะซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรได้รับการปรึกษาหรือพบ แพทย์เพื่อการบำบัดรักษาต่อไป (กรมสุขภาพจิต, 2554)

นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ได้รับการพัฒนาโดย (ณหทัย วงศ์ปการันย์, 2550 อ่างอิงโน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559) เรียกว่าแบบวัดความ เศร้าของผู้สูงอายุไทย ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ มีค่าความไว 0.92-1.00 และความจำเพาะ 0.49- 0.87 ซึ่งมีความน่าเชื่อถือได้ การแปลผลค่าคะแนน คือ 0 - 4 คะแนน คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า 5 - 10 คะแนน เริ่มมีภาวะซึมเศร้าควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น 11 - 15 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้า ควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา เนื่องจากแบบสอบถามมีจำนวนข้อมากผู้สูงอายุที่ทำแบบประเมิน ควรเข้าใจภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้ ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด สามารถตอบคำถามได้เอง โดยไม่ต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม กรณีที่ไม่เข้าใจคำถามอาจเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุเป็นโรคสมองเสื่อม หรืออาจให้ผู้ดูแลหรือผู้ช่วยเหลือเป็นผู้ประเมินโดยการอ่านคำถามให้ฟังได้ โดยอ่านให้ครบทุกคำ

ไม่ขาดไม่เกินและไม่ต้องอธิบายเพิ่มเติม เพราะความหมายอาจผิดเพี้ยน ซึ่งจะทำให้การแปลผลแบบ วัดผิดพลาดได้

จากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าทำให้ทราบหลักการสำคัญในการป้องกัน ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัดที่ดำเนินการตั้งแต่ การแต่งตั้งคณะทำงานทำหน้าที่วางแผนปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บุคลากรผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ มีการกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการ ดำเนินงาน พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานให้มีความรู้มีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ลงมือปฏิบัติ ตามแผน โดยเริ่มต้นจากการค้นหากลุ่มเสี่ยงด้วยการคัดกรองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน(อสม.) คัดกรองในชุมชนของตนเอง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มารับ บริการในสถานบริการ กำกับติดตาม ประเมินผลสำเร็จตามตัวชี้วัดและเป้าหมายที่กำหนดไว้ ใน การศึกษาครั้งนี้การป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าจะดำเนินการป้องกัน ระดับที่หนึ่ง (Primary prevention) ตั้งแต่ยังไม่มีโรคเกิดขึ้นด้วยการเฝ้าระวัง (Surveillance) และระดับที่สอง (Secondary prevention) ในระยะที่เริ่มมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเพื่อหยุดยั้งการดำเนิน โรคในระยะแรกโดยนำผลการวิจัยในระยะที่ 1 มาสร้างเป็นรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการวิจัยระยะที่ 2 ต่อไป

## ตอนที่ 5 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

### 1. ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชน (Participation) เป็นกระบวนการสำคัญที่ประชาชนเข้า มาร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมกันพัฒนาการแก้ไขปัญหาที่ส่งผลให้การดำเนินโครงการต่าง ๆ ประสบ ผลสำเร็จและได้รับการยอมรับจากประชาชน ประชาชนมีสำนึกร่วมในการเป็นเจ้าของโครงการ

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (2559) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม ของประชาชน ดังนี้

1. กระบวนการซึ่งประชาชน หรือผู้ที่มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้องมีโอกาสเข้าร่วมใน กระบวนการหรือขั้นตอนต่าง ๆ ของการบริหาร ตั้งแต่การรับรู้ข้อมูลการปฏิบัติงาน การร่วมแสดง ทัศนคติ ความคิดเห็น การร่วมเสนอปัญหา และความต้องการของชุมชน ท้องถิ่น การร่วมคิดแนว ทางแก้ไขปัญหา การร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การร่วมในการดำเนินการ และการร่วมติดตาม ประเมินผล รวมทั้งการร่วมรับผลประโยชน์จากการพัฒนา

2. กระบวนการสานสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐ และภาคประชาชน เพื่อสร้างความเข้าใจ ร่วมและเพื่อให้การพัฒนานโยบายและบริการสาธารณะเป็นไปเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนและ สนองความต้องการของประชาชนมากขึ้น โดยเน้นที่กระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามี

ส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจของรัฐ กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นวิธีการที่ภาครัฐภาคประชาสังคม และผู้ที่เกี่ยวข้องมีโอกาสเรียนรู้ทำความเข้าใจประเด็นนโยบายสาธารณะร่วมกัน ปรีกษาหารือร่วมกัน เพื่อแสวงหาทางเลือกที่ดีที่สุด ทุกฝ่ายยอมรับมากที่สุด และมีผลกระทบเชิงลบน้อยที่สุด

3. กระบวนการที่ประชาชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้าร่วมในการหาวิธีแก้ไขปัญหาที่ยุ่ยากซับซ้อน ร่วมกันหาทางออกสำหรับการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในทางสันติเป็นที่ยอมรับหรือเป็นฉันทามติของประชาสังคม และมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ โดยนำความเห็นและข้อเสนอแนะของประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนมาเป็นองค์ประกอบสำคัญในการตัดสินใจ และกำหนดแนวทางหรือนโยบายสาธารณะที่ภาครัฐจะดำเนินการทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานนั้นจำเป็นต้องคำนึงถึงเงื่อนไขหรือหลักการสำคัญ 3 ประการ คือ 1) การมีส่วนร่วมต้องเกิดจากความเต็มใจและความตั้งใจที่จะเข้าร่วม เพราะจะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนในการแก้ไขปัญหาตัดสินใจในเรื่องนั้น ๆ 2) กระบวนการมีส่วนร่วมนั้นต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเสมอภาค และขีดความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้ามามีส่วนร่วม 3) การมีส่วนร่วมต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของเสรีภาพ อิสรภาพที่จะตัดสินใจว่าจะเลือกหรือจัดให้มีการมีส่วนร่วมหรือไม่ ข้อสำคัญคือ การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนนั้นต้องไม่เกิดจากการบังคับหรือขู่เข็ญจากผู้ใดที่เหนือกว่า ชั้นแรกจะต้องเกิดขึ้นจากจิตสำนึกของประชาชนในชุมชนที่จะร่วมมือร่วมใจกันอย่างเต็มใจเต็มกำลังตามความรู้ความสามารถของตนเองในการเข้าแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ชุมชน โดยร่วมกันวางแผน จัดรูปแบบวางแผนเป้าหมาย รวมถึงการจัดหางบประมาณในการแก้ไขปัญหาของชุมชนตนเอง ตลอดจนจนร่วมรับผลประโยชน์ที่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมของชุมชน

## 2. รูปแบบของการมีส่วนร่วมของประชาชน

### 2.1 รูปแบบของการมีส่วนร่วมของประชาชน

2.1.1 การมีส่วนร่วมแบบเป็นไปเอง โดยการอาสาสมัครหรือการรวมตัวกันขึ้นเอง เพื่อแก้ไขปัญหาในกลุ่มของตนเองโดยไม่ต้องการความช่วยเหลือจากภายนอก

2.1.2 การมีส่วนร่วมแบบชักนำ เป็นการเข้าร่วมโดยต้องการความเห็นชอบหรือการสนับสนุนจากรัฐบาล ซึ่งเป็นรูปแบบโดยทั่วไปในประเทศที่กำลังพัฒนา

2.1.3 การมีส่วนร่วมแบบบังคับ ซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมภายใต้การดำเนินการนโยบายของรัฐบาลภายใต้การดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือการบังคับโดยตรง เป็นรูปแบบที่ผู้ดำเนินการได้รับผลทันที แต่ไม่ได้รับผลระยะยาว และมีผลเสียคือไม่ได้รับการสนับสนุนจากประชาชน

### 2.2 หลักการสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชน

2.2.1 ต้องมีวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน การให้ประชาชนเข้าร่วมในกิจกรรมหนึ่ง ๆ จะต้องมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ชัดเจนว่าเป็นไปเพื่ออะไร ผู้เข้าร่วมจะได้ตัดสินใจดีกว่าควรเข้าร่วมหรือไม่

2.2.2 ต้องมีกิจกรรมเป้าหมาย การให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมต้องระบุลักษณะของกิจกรรมว่ามีรูปแบบและลักษณะอย่างไร เพื่อที่ประชาชนจะได้ตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่

2.2.3 ต้องมีบุคคลหรือกลุ่มเป้าหมาย การให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมต้องระบุกลุ่มเป้าหมาย โดยทั่วไปกลุ่มบุคคลเป้าหมายมักถูกจำกัดโดยกิจกรรม และวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมอยู่แล้วโดยพื้นฐาน

### 3. ขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชน

นักวิชาการและผู้ที่เคยทำการศึกษาวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมได้กล่าวถึงขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนี้

ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการร่วมกันเข้ามาแก้ไขปัญหาของชุมชน มีดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีการกำหนดความต้องการและจัดลำดับความสำคัญ
2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และ
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน

ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องให้บรรลุวัตถุประสงค์และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้ 7 ประการ คือ

1. ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าปัญหา และสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น
2. ร่วมคิดหรือสร้างรูปแบบวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไขและลดปัญหา หรือเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ หรือสนองความต้องการของประชาชน

3. ร่วมวางนโยบายหรือแผนงานหรือโครงการ หรือกิจกรรมเพื่อจัดหรือแก้ไขและสนองความต้องการของประชาชน

4. ร่วมตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
5. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
6. ร่วมการลงทุนโครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเองและของหน่วยงาน
7. ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย

สรุปได้ว่าขั้นตอนการมีส่วนร่วมเริ่มตั้งแต่การเข้ามามีส่วนร่วมคิดค้นหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับชุมชนของตนเอง วิเคราะห์สภาพปัญหาร่วมกัน หาวิธีการแก้ไขปัญหา เข้าร่วมแก้ไขปัญหาตามโครงการที่กำหนดไว้ และติดตามประเมินผลงานที่เกิดขึ้น แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น

#### 4. กระบวนการของการมีส่วนร่วม

WHO and UNICEF ได้เสนอกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินกิจกรรมไว้ 4 ขั้นตอนดังนี้ 1) การวางแผน ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา จัดอันดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีติดตามประเมินผล และประการที่สำคัญคือ ต้องตัดสินใจด้วยตนเอง 2) การดำเนินงาน ประชาชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการบริหารการใช้ทรัพยากร และมีความรับผิดชอบในการควบคุมจัดสรรทางการเงิน 3) การใช้ประโยชน์ ประชาชนต้องนำเอากิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด ซึ่งเป็นการเพิ่มระดับของการพึ่งตนเอง และการควบคุมทางสังคม และ 4) การได้รับประโยชน์ ประชาชนต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์จากชุมชนในพื้นที่เท่าเทียมกัน ซึ่งเป็นผลประโยชน์ส่วนตัว สังคม หรือในรูปวัตถุก็ได้

การออกแบบและบริหารจัดการการมีส่วนร่วมของประชาชน ประกอบด้วย 4S (อรรถกัณณ, 2556) คือ

1. Starting Early กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนจะต้องดำเนินการก่อนการตัดสินใจ ที่ผ่านมามีความล้มเหลวของการมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดจากภาครัฐเริ่มกระบวนการมีส่วนร่วมล่าช้าหลังมีการตัดสินใจเรียบร้อยแล้วหรือมีข้อผูกมัดอื่น ๆ จนเปลี่ยนแปลงไม่ได้หรือหลังจากเกิดความขัดแย้งขึ้น การให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตั้งแต่ต้นมีประโยชน์ช่วยให้ประชาชนมีเวลาคิดถึงทางเลือกหรือแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชนที่เหมาะสมมากขึ้น และเป็นข้อมูลในการพัฒนาโครงการ

2. Stakeholders ผู้ที่ได้รับผลกระทบหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายไม่ว่าโดยตรงหรือทางอ้อม ควรมีโอกาสเข้าสู่กระบวนการมีส่วนร่วม หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องให้ความสำคัญในการระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ระวังไม่ให้เกิดการปิดกลุ่มเป้าหมาย ต้องตระหนักว่าประชาชนแต่ละกลุ่มได้รับผลกระทบจากประเด็นการตัดสินใจไม่เท่ากัน การบริหารจัดการการมีส่วนร่วมต้องมั่นใจว่ากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญทุกกลุ่มได้โอกาสเข้ามามีส่วนร่วม และแต่ละกลุ่มอาจมีรูปแบบการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน เพื่ออำนวยความสะดวกให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วม เช่น กำหนดเวลาการรับฟังความคิดเห็น การใช้ภาษาท้องถิ่น การเดินทางไปร่วม

3. Sincerity หน่วยงานที่เป็นเจ้าของโครงการ หรือมีอำนาจอนุมัติต้องจัดกระบวนการอย่างจริงจัง เปิดเผย ชื่อสัตย์ ปราศจากอคติ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีการสื่อสารสองทางตลอดเวลา โดยเฉพาะให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพียงพอ ตอบสนองต่อความสงสัยของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งแจ้งความก้าวหน้าหรือเปลี่ยนแปลงของโครงการอย่างต่อเนื่อง อธิบายกระบวนการได้อย่างชัดเจน ลดปัญหาข้อสงสัย ตั้งใจรับฟังข้อมูล ความคิดเห็น และนำไปเป็นข้อมูลสำหรับการตัดสินใจ ซึ่งเป็นพื้นฐานของความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน อันนำมาสู่ความร่วมมือ ความเข้าใจ และการสื่อสารที่ดีขึ้น

4. Suitability การเลือกเทคนิคหรือรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนต้องพิจารณาจากประเภทและขนาดของโครงการ โดยคำนึงถึงความเหมาะสม ความหลากหลายและลักษณะที่แตกต่างกันของพื้นที่และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตลอดจนความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม สังคม และค่านิยม ระดับความสนใจของชุมชนในประเด็นหรือโครงการ ความสามารถหรือความพร้อมทั้งข้อจำกัดของหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดกระบวนการมีส่วนร่วม เช่น ด้านระยะเวลา บุคลากรและงบประมาณ ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมอยู่ที่ความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์และเลือกกระบวนการมีส่วนร่วมที่เหมาะสม การมีส่วนร่วมที่สร้างสรรค์ต้อง ประกอบด้วยกระบวนการย่อยหลายรูปแบบ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ นอกจากนี้ยังต้องตระหนักว่าการให้ข้อมูลข่าวสารและข้อเท็จจริงเป็นองค์ประกอบที่ขาดไม่ได้ของการปรึกษาหารือที่มี ประสิทธิภาพ

#### 5. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน

หลักการสำคัญของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน 2 ประการ คือ

##### 5.1 การจัดกระบวนการเรียนรู้

5.1.1 จัดเวทีวิเคราะห์สถานการณ์ของประชาชน เพื่อทำความเข้าใจและเรียนรู้ร่วมกันในเรื่องประเด็นต่าง ๆ

5.1.2 จัดเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสพการณ์หรือจัดทัศนศึกษาภายในชุมชน และระหว่างองค์กรต่าง ๆ กับประชาชน

5.1.3 จัดอบรมทักษะเฉพาะด้านต่าง ๆ เพื่อการพัฒนาทักษะ

5.1.4 ลงมือปฏิบัติจริง

5.1.5 สร้างบทเรียน และถ่ายทอดประสพการณ์ที่จะนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการทำงานที่เหมาะสม

5.2 การพัฒนาผู้นำเครือข่าย เพื่อให้ผู้นำเกิดความมั่นใจในความสามารถที่จะช่วยให้สามารถริเริ่มกิจกรรมการแก้ไขปัญหาหรือกิจกรรมการพัฒนาได้ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี

5.2.1 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้นำทั้งภายในและภายนอกชุมชน

5.2.2 สนับสนุนการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง

5.2.3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และดำเนินการร่วมกันของเครือข่ายอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดกระบวนการจัดการและจัดองค์กรร่วมกัน

#### 6. วิธีการมีส่วนร่วมของประชาชน

6.1 การเข้าร่วมประชุมอภิปราย เป็นการเข้าร่วมเพื่อสอบถามความคิดเห็นของประชาชน



6.2 การถกเถียง เป็นการแสดงความคิดเห็น ได้แย้งตามแนวทางประชาธิปไตย เพื่อให้ทราบผลต่าง ๆ ทั้งผลดีและผลเสีย โดยเฉพาะประชาชนในท้องถิ่นที่มีผลกระทบ ทั้งทางบวก และทางลบต่อความเป็นอยู่ของเขา

6.3 การให้คำแนะนำปรึกษากับประชาชนต้องเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการในการบริหารโครงการ เพื่อให้ความมั่นใจว่ามีเสียงของประชาชนที่ถูกผลกระทบ เข้ามีส่วนร่วม รับรู้และร่วมในการตัดสินใจและการวางแผนด้วย

6.4 การสำรวจ เป็นวิธีการมีส่วนร่วมให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ อย่างทั่วถึง

6.5 การประสานงานร่วม เป็นวิธีการที่ให้ประชาชนเข้าร่วมตั้งแต่การคัดเลือก ตัวแทนของกลุ่มเข้าไปเป็นแกนนำในการบริหารหรือจัดการ

6.6 การจัดทัศนศึกษา เป็นการให้ประชาชนได้เข้าร่วมสอบข้อเท็จจริง ณ จุดดำเนินการ ก่อนให้มีการตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่ง

6.7 การสัมภาษณ์หรือพูดคุยกับผู้นำอย่างไม่เป็นทางการ รวมถึงประชาชนที่ได้รับผลกระทบ เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นและความต้องการที่แท้จริงของท้องถิ่น

6.8 การไต่สวนสาธารณะ เป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกกลุ่มเข้าร่วมแสดงความคิดเห็นต่อนโยบาย กฎ ระเบียบในประเด็นต่าง ๆ ที่จะมีผลกระทบต่อประชาชนโดยรวม

6.9 สานสาริต เป็นการใช้เทคนิคทุกรูปแบบในการสื่อสาร เพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้ประชาชนรับทราบอย่างทั่วถึงและชัดเจนอันจะเป็นแรงจูงใจให้เข้ามามีส่วนร่วม

6.10 การรายงานผล ให้ประชาชนได้เปิดโอกาสทบทวน และสะท้อนผลการตัดสินใจต่อโครงการอีกครั้ง หากมีการเปลี่ยนแปลงจะได้แก้ไขได้ทันที่

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัญหานั้น ๆ ตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมกันพัฒนาการแก้ไขจะส่งผลให้การดำเนินงานต่าง ๆ ประสบผลสำเร็จและได้รับการยอมรับจากประชาชน การศึกษาครั้งนี้จึงใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยนำผลการวิจัยในระยะที่ 1 มาใช้ในการสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น และภาครัฐ โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) เพื่อร่วมกันพูดคุยอภิปราย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งจะช่วยให้ได้รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายยอมรับและสามารถนำรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่สร้างขึ้นไปได้จริงในพื้นที่ต่อไป

## ตอนที่ 6 แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาสุขภาพ

### 1. ความหมายของรูปแบบ

สำนักงานราชบัณฑิตยสภา (2554) ให้ความหมายตามพจนานุกรมว่า รูปแบบ หมายถึง รูปที่กำหนดขึ้นเป็นหลักหรือเป็นแนวซึ่งเป็นที่ยอมรับ เช่น รูปแบบร้อยกรอง หรือ สิ่งที่แสดงให้เห็นว่าเป็นเช่นนั้น ๆ อย่างรูปแบบ คน บ้าน ปลา ผู้หญิง เปิด วัด เป็นต้น

ชิรวัดน์ นิเจนตร (2560) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง โครงสร้างหรือความสัมพันธ์เชิงเหตุผลแบบย่อยส่วนของปัจจัยต่าง ๆ ที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ต่าง ๆ ให้เข้าใจง่ายและมองเห็นเป็นรูปธรรม

พัฒนา พรหมณี, ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด, และปณิธาน กระสังข์ (2560) ได้สรุปว่า รูปแบบ หมายถึง แบบจำลองหรือตัวแบบอย่างง่ายหรือย่อยส่วนของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านการศึกษาและพัฒนาขึ้นมา เพื่อแสดงหรืออธิบายปรากฏการณ์ให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น เป็นสิ่งที่สร้างหรือพัฒนาขึ้นจากหลักปรัชญา ทฤษฎีหลักการ แนวคิด และความเชื่อที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการแสดงโครงสร้างทางความคิดหรือองค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่สำคัญ เป็นขั้นเป็นตอนสำหรับถ่ายทอดความสัมพันธ์ขององค์ประกอบโดยใช้สื่อ หรือเครื่องมือเข้าช่วยเพื่อทำให้เกิดความรู้เข้าใจได้ง่ายและกระชับ ถูกต้อง สามารถวัด ตรวจสอบ และเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจได้

Good, 1973 อ้างอิงใน ดุษฎี โยเหลา (2558) รูปแบบมี 4 ความหมาย คือ 1) รูปแบบเป็นแบบอย่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างหรือทำซ้ำ 2) รูปแบบเป็นตัวอย่างสำหรับการเลียนแบบ 3) รูปแบบเป็นแผนภาพหรือภาพสามมิติที่เป็นตัวแทนของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นหลักการหรือแนวคิด และ 4) รูปแบบเป็นชุดของปัจจัยหรือองค์ประกอบหรือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันรวมเป็นตัวประกอบ เป็นสัญลักษณ์ทางระบบสังคมอาจเขียนเป็นสูตรคณิตศาสตร์หรือบรรยายด้วยภาษาก็ได้

Procter (1978) ให้ความหมายไว้ใน Longman Dictionary of Contemporary English โดยสรุปรูปแบบมี 3 ลักษณะ คือ 1) Model หมายถึง สิ่งซึ่งเป็นแบบย่อยส่วนของจริง ความหมายนี้ตรงกับภาษาไทยว่า แบบจำลอง เช่น แบบจำลองของเรือดำน้ำ 2) Model หมายถึง สิ่งของหรือคนที่นำมาใช้เป็นแบบอย่างในการดำเนินการบางอย่าง เช่น ครูแบบอย่าง นักเดินแบบ หรือแม่แบบในการวาดภาพศิลป์ เป็นต้น 3) Model หมายถึง แบบหรือรุ่นของผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เช่น รุ่นเครื่องคอมพิวเตอร์

สรุปได้ว่า รูปแบบ หมายถึง สิ่งที่เป็นตัวแทนของโครงสร้างทางความคิดหรือองค์ประกอบ และแสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ที่สำคัญของเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ใช้ อธิบายปรากฏการณ์ต่าง ๆ ให้เข้าใจง่าย และมองเห็นเป็นรูปธรรม โดยใช้การสื่อสาร เช่น รูปภาพ แผนภูมิ แผนผังต่อเนื่อง หรือสมการทางคณิตศาสตร์ เป็นต้น

## 2. ประเภทของรูปแบบ

นิคม ทาแดง (2553) จำแนกชนิดของรูปแบบ 4 ประเภทคือ รูปแบบที่ยึดกฎเกณฑ์เป็นรูปแบบที่มีระเบียบใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา รูปแบบที่ใช้พรรณนาเป็นรูปแบบที่ใช้บรรยายสิ่งที่เป็นอย่างมีลักษณะเช่นไร รูปแบบที่มีตัวตนเป็นรูปแบบที่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน และรูปแบบที่ไม่มีตัวตนเป็นรูปแบบที่ต้องจินตนาการ

Steiner (1988) จำแนกรูปแบบออกเป็น 2 ประเภทคือ รูปแบบเชิงกายภาพ (Physical model) เป็นแบบจำลองที่ออกแบบมาจากของจริงเพื่อเป็นต้นแบบของสิ่งหนึ่งสิ่งใด เช่น แบบจำลองเครื่องบิน และรูปแบบเชิงมโนทัศน์ (Conceptual model) ซึ่งเป็นรูปแบบเชิงความคิดของสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยจำลองมาจากทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว (Conceptual model-of) หรือแบบจำลองที่สร้างขึ้นเพื่อใช้อธิบายทฤษฎี (Theoretical model or Model-for) ซึ่งเป็นแบบจำลองที่สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดที่มีทฤษฎีเป็นพื้นฐานเพื่อช่วยให้เกิดรูปแบบที่มีโครงสร้างต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กัน

Keeves (1988) แบ่งประเภทของรูปแบบทางการศึกษาและสังคมศาสตร์เป็น 5 ประเภท ดังนี้

1. รูปแบบเชิงเปรียบเทียบ (Analogue model) เป็นรูปแบบที่ใช้การอุปมาอุปไมยเทียบเคียงปรากฏการณ์ ซึ่งเป็นรูปธรรมเพื่อสร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรม
2. รูปแบบเชิงภาษา (Semantic model) เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิดองค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้น ๆ และใช้ข้อความในการอธิบายเพื่อให้เกิดความกระจ่างมากขึ้น แต่จุดอ่อนของรูปแบบประเภทนี้คือ ขาดความชัดเจน ทำให้ยากแก่การทดสอบรูปแบบ อย่างไรก็ตามได้มีการนำรูปแบบนี้มาใช้ในการศึกษาจำนวนมาก
3. รูปแบบทางคณิตศาสตร์ (Mathematical model) เป็นรูปแบบที่ใช้แสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือตัวแปร โดยสัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ ปัจจุบันมีแนวโน้มว่าจะนำไปใช้ในด้านพฤติกรรมศาสตร์มากขึ้น โดยเฉพาะในการวัดและประเมินผลทางการศึกษา รูปแบบลักษณะนี้สามารถนำไปสู่การสร้างทฤษฎี เพราะสามารถนำไปทดสอบสมมติฐานได้ รูปแบบทางคณิตศาสตร์นี้ส่วนมากพัฒนามาจากรูปแบบเชิงภาษา
4. รูปแบบเชิงแผนผัง (Schematic model) เป็นความคิดที่แสดงออกผ่านทางแผนผัง แผนภาพ ไดอะแกรม กราฟ เป็นต้น
5. รูปแบบเชิงสาเหตุ (Causal model) เป็นรูปแบบที่เริ่มมาจากนำเทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) ในการศึกษาเกี่ยวกับพันธุศาสตร์ รูปแบบเชิงสาเหตุทำให้สามารถศึกษารูปแบบเชิงข้อความที่มีตัวแปรสลับซับซ้อนได้ แนวคิดสำคัญของรูปแบบนี้คือ ต้องสร้างขึ้นจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องหรืองานวิจัยที่มีมาแล้ว รูปแบบจะเขียนในลักษณะสมการเส้นตรง แต่ละ

สมการแสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผลระหว่างตัวแปร จากนั้นมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในสภาพการณ์ที่เป็นจริงเพื่อทดสอบรูปแบบรูปแบบเชิงสาเหตุนี้แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

5.1 รูปแบบระบบเส้นเดี่ยว (Recursive model) เป็นรูปแบบที่แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรด้วยเส้นโยงที่มีทิศทางของการเป็นสาเหตุในทิศทางเดียวโดยไม่มีความสัมพันธ์ย้อนกลับ

5.2 รูปแบบเชิงสาเหตุเส้นคู่ (Non – recursive model) คือ รูปแบบที่แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร โดยมีทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรภายในตัวแปรตัวหนึ่ง อาจเป็นทั้งตัวแปรเชิงเหตุและเชิงผลพร้อมกันจึงมีทิศทางย้อนกลับได้

สรุปได้ว่า รูปแบบมีหลายประเภททั้งในเชิงกายภาพที่เป็นรูปธรรมและเชิงแนวคิดที่เป็นนามธรรม เป็นสิ่งที่สร้างและพัฒนาขึ้นแตกต่างกันไปตามสาขา เช่น รูปแบบทางการศึกษาและสังคมศาสตร์ได้แบ่งออกเป็นรูปแบบที่ใช้การอุปมาอุปไมยเทียบเคียงปรากฏการณ์ ซึ่งเป็นรูปธรรมเพื่อสร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรม รูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ รูปภาพ รูปแบบที่ใช้สมการทางคณิตศาสตร์เป็นสื่อในการแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ และรูปแบบที่นำเอาตัวแปรต่าง ๆ มาสัมพันธ์กันเชิงเหตุและผลที่เกิดขึ้น เป็นต้น

### 3. องค์ประกอบของรูปแบบ

Brown & Moberg (1980) ได้สังเคราะห์รูปแบบขึ้นจากแนวคิดเชิงระบบ (System approach) กับหลักการบริหารตามสถานการณ์ (Contingency approach) กล่าวว่า องค์ประกอบของรูปแบบประกอบด้วยสภาพแวดล้อม (Environment) เทคโนโลยี (Technology) โครงสร้าง (Structure) กระบวนการจัดการ (Management process) และการตัดสินใจสั่งการ (Decision making)

นิคม ทาแดง (2553) ได้กำหนดองค์ประกอบต่าง ๆ ของรูปแบบ ดังนี้

1. ส่วนประกอบ เป็นส่วนหนึ่งของระบบซึ่งถูกกำหนดขึ้นจากการกระทำต่าง ๆ เพื่อแสดงผลลัพธ์ของระบบ

2. ตัวแปร เป็นคุณสมบัติที่กำหนดขึ้นของระบบภายใต้เงื่อนไขต่าง ๆ กัน ซึ่งอาจจำแนกได้หลายชนิด

3. พารามิเตอร์ เป็นคุณสมบัติของระบบ

4. ฟังก์ชันความสัมพันธ์ เป็นฟังก์ชันที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพารามิเตอร์ และตัวแปรต่าง ๆ ในระบบ ซึ่งจะบอกถึงพฤติกรรมของระบบนั้น

วาโร เพ็งสวัสดิ์ (2553) ได้ให้แนวคิดการกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบว่าจะประกอบด้วยอะไร จำนวนเท่าใด มีโครงสร้างและความสัมพันธ์กันอย่างไร ขึ้นอยู่กับปรากฏการณ์ ปัจจัยหรือตัวแปรต่าง ๆ ที่กำลังศึกษา ซึ่งจะออกแบบตามแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย และหลักการพื้นฐานในการกำหนดรูปแบบนั้น ๆ เป็นหลัก

ชิรวัดน์ นิจนตร (2560) ได้กำหนดรูปแบบว่าต้องมีองค์ประกอบอย่างน้อย 6 ประการ คือ วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของรูปแบบ ตัวแปรหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระบบหรือโครงสร้าง กลไกหรือกระบวนการทำงาน ข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีที่ใช้ในรูปแบบ และบริบทหรือสภาพแวดล้อมของรูปแบบ

#### 4. ลักษณะของรูปแบบที่ดี

Keeves (1988) กล่าวว่า รูปแบบที่ใช้ประโยชน์ได้ควรมีลักษณะ 4 ประการดังนี้

1. ประกอบด้วยความสัมพันธ์อย่างมีโครงสร้างมากกว่าความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องแบบรวม ๆ
2. ใช้เป็นแนวในทางพยากรณ์ผลที่จะเกิดขึ้นซึ่งสามารถรวบรวมได้โดยการสังเกต ซึ่งเป็นไปได้ที่จะทดสอบรูปแบบบนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ได้
3. ระบุหรือชี้ให้เห็นถึงกลไกเชิงเหตุผลของเรื่องที่ศึกษา ดังนั้นนอกจากรูปแบบจะเป็นเครื่องมือในการพยากรณ์ได้ ควรใช้อธิบายปรากฏการณ์ได้ด้วย
4. เป็นเครื่องมือในการสร้างมโนทัศน์ใหม่และสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะใหม่ ซึ่งเป็นการขยายในเรื่องที่กำลังศึกษา

เบญจพร แก้วมีศรี (2545) กล่าวว่า รูปแบบที่ดีควรมีลักษณะ ดังนี้

1. ประกอบด้วยความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างตัวแปรมากกว่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงธรรมดา แต่ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงจะมีประโยชน์ในช่วงของการพัฒนารูปแบบ
2. นำไปสู่การทำนายผลที่ตามมา ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยเมื่อทดสอบรูปแบบแล้วถ้าปรากฏว่าไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ รูปแบบนั้นต้องถูกยกเลิก
3. อธิบายโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของเรื่องที่ศึกษาได้อย่างชัดเจน
4. เป็นเครื่องมือในการสร้างความคิดรวบยอดใหม่ และการสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรใหม่ ซึ่งจะเป็นการเพิ่มองค์ความรู้ในเรื่องที่กำลังศึกษา
5. รูปแบบในเรื่องใดจะเป็นเช่นไรขึ้นอยู่กับกรอบของทฤษฎีในเรื่องนั้น ๆ

#### 5. การสร้างและตรวจสอบรูปแบบ

การสร้างรูปแบบ (Model) ไม่มีข้อกำหนดตายตัวแน่นอนว่าต้องทำอะไรบ้าง แต่โดยทั่วไปจะเริ่มจากการศึกษาองค์ความรู้ (Intensive Knowledge) เกี่ยวกับเรื่องที่จะสร้าง

รูปแบบให้ชัดเจน จากนั้นจึงค้นหาข้อเท็จจริง สมมติฐาน และหลักการของรูปแบบที่พัฒนา แล้วสร้างรูปแบบตามหลักการที่กำหนดขึ้น (ชิรวัดน์ นิจนตร, 2560)

1. รูปแบบควรประกอบขึ้นด้วยความสัมพันธ์อย่างมีโครงสร้างของตัวแปรมากกว่าความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงแบบธรรมดา อย่างไรก็ตามความเชื่อมโยงแบบเส้นตรงธรรมดาทั่วไปนั้นก็มีประโยชน์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยในช่วงต้นของการพัฒนารูปแบบ

2. รูปแบบควรใช้เป็นแนวทางในการพยากรณ์ผลที่จะเกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบได้ สามารถตรวจสอบได้ โดยการสังเกตและหาข้อสนับสนุนด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ได้

3. รูปแบบควรต้องระบุหรือชี้ให้เห็นถึงกลไกเชิงเหตุผลของเรื่องที่ศึกษา ดังนั้นนอกจากรูปแบบจะเป็นเครื่องมือในการพยากรณ์ได้ ควรใช้ในการอธิบายปรากฏการณ์นั้นได้ด้วย

4. นอกจากคุณสมบัติต่าง ๆ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว รูปแบบควรเป็นเครื่องมือในการสร้างโมเดลทัศน์ใหม่ และการสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะใหม่ ซึ่งเป็นการขยายองค์ความรู้ในเรื่องที่กำลังศึกษาด้วย

นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบอาจมีขั้นตอนการดำเนินงานแตกต่างกันไป แต่โดยทั่วไปแล้วอาจแบ่งออกเป็น 2 ตอนใหญ่ ๆ คือ การสร้างหรือการพัฒนารูปแบบ (Construct) และการหาความตรงของรูปแบบ (Validity) ส่วนรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนว่ามีการดำเนินการอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะและแนวคิด ซึ่งเป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบนี้ ๆ (ชิรวัดน์ นิจนตร, 2560)

Mescon, Albert, & Khedouri (1985) สร้างรูปแบบตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นรวบรวมปัญหา (Problem Formulation) เพื่อให้รู้ว่าอะไรคือปัญหาที่แท้จริง

2. ขั้นพัฒนารูปแบบ (Model Construction) ดำเนินการหลังจากการรวบรวมปัญหา พิจารณาวัตถุประสงค์เบื้องต้นของการสร้าง ลักษณะเฉพาะที่ต้องการของผลผลิต อาศัยข้อมูลสารสนเทศที่จำเป็น คำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการสร้างและความต้องการของผู้ใช้ด้วยเพราะถ้ารูปแบบมีค่าใช้จ่ายสูงไม่เป็นที่ยอมรับของผู้ใช้ ควรใช้หลักวิชาการในการพิจารณาว่าควรนำตัวแปรใดบ้างมาวางไว้ในรูปแบบที่จะสร้าง มีการประเมินค่า ความแปรปรวนอย่างระมัดระวัง เมื่อสร้างเสร็จแล้วต้องดูว่าครอบคลุมตัวแปรทั้งหมดหรือไม่ มีความบกพร่องตรงไหนบ้าง

3. ขั้นการทดสอบรูปแบบ (Testing)

4. ขั้นการนำไปใช้ (Implementation) เพื่อดูว่าบรรลุผลสำเร็จหรือมีความสมบูรณ์หรือไม่

5. ขั้นพัฒนาปรับปรุงให้ทันสมัย (Model updating) เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ขององค์กรและสถานการณ์ที่มากกระทบจากภายนอกและภายในองค์กร

พัฒนา พรหมณี และคณะ (2560) ได้ศึกษาแนวคิดการสร้างและพัฒนารูปแบบเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขสำหรับนักสาธารณสุข โดยมีขั้นตอนการสร้างและพัฒนารูปแบบที่สำคัญดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลพื้นฐาน เพื่อการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และข้อค้นพบจากการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน หรือปัญหาจากเอกสารผลการวิจัยหรือจากการสังเกต สอบถามผู้ที่เกี่ยวข้อง

2. กำหนดหลักการเป้าหมาย และองค์ประกอบอื่น ๆ ของรูปแบบให้สอดคล้องกับข้อมูลพื้นฐานและสัมพันธ์กันอย่างเป็นระเบียบ การกำหนดเป้าหมายของรูปแบบจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถเลือกรูปแบบไปใช้ให้ตรงจุดมุ่งหมาย เพื่อให้การดำเนินงานด้านการสาธารณสุขบรรลุผลสูงสุด

3. กำหนดแนวทางการนำรูปแบบไปใช้ ประกอบด้วยรายละเอียดของวิธีการและเงื่อนไขต่าง ๆ เช่น ใช้ดำเนินงานกับกลุ่มใหญ่หรือกลุ่มย่อยเพื่อให้การใช้รูปแบบเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น

4. การประเมินรูปแบบ เป็นการประเมินเพื่อทดสอบความมีประสิทธิภาพของรูปแบบที่สร้างขึ้น โดยทั่วไปจะใช้วิธีการต่อไปนี้

4.1 ประเมินความเป็นไปได้ในเชิงทฤษฎีโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจะประเมินความสอดคล้องภายในระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ

4.2 ประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติการโดยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริง ในลักษณะของการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลอง

5. การพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบ เมื่อพบข้อบกพร่องแล้วต้องนำมาปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งโดยทั่วไปแล้วการปรับปรุงรูปแบบ มี 2 ระยะ คือ

5.1 ระยะก่อนนำรูปแบบไปทดลองใช้ การปรับปรุงรูปแบบในระยะนี้ใช้ผลจากการประเมินความเป็นไปได้เชิงทฤษฎีเป็นข้อมูลในการปรับปรุง

5.2 ระยะหลังการนำรูปแบบไปทดลองใช้ การปรับปรุงรูปแบบในระยะนี้อาศัยข้อมูลจากการทดลองใช้เป็นตัวชี้้นำในการปรับปรุง อาจมีการนำรูปแบบไปทดลองใช้และปรับปรุงซ้ำจนกว่าจะได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

ชิรวัดน์ นิจนตร (2560) กล่าวถึง กระบวนการทั่วไปของขั้นตอนการสร้างรูปแบบดังนี้

1. การศึกษาสภาพปัญหาและ/ หรือองค์ประกอบของรูปแบบด้วยการศึกษา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง อาจมีการสอบถาม สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับรูปแบบนั้น ๆ หรือศึกษาดูงานในหน่วยงานที่มีผลงานเด่นในด้านนั้น ๆ

2. นำข้อมูลจากขั้นที่ 1 มาร่างหรือสร้างรูปแบบด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา หรือผลการวิเคราะห์ทางสถิติจากการสำรวจความคิดเห็น จัดองค์ประกอบ และรายละเอียดของรูปแบบ มีการตรวจสอบร่างรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ และปรับปรุงรูปแบบตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การสร้างรูปแบบ (Model) นั้นไม่มีข้อกำหนดที่ตายตัวแน่นอนว่าต้องทำอะไรบ้าง แต่โดยทั่วไปจะเริ่มจากการศึกษาองค์ความรู้ (Intensive knowledge) เกี่ยวกับเรื่องที่จะสร้างรูปแบบให้ชัดเจน จากนั้นจึงค้นหาข้อเท็จจริง สมมติฐาน และหลักการของรูปแบบที่พัฒนาแล้วสร้างรูปแบบตามหลักการที่กำหนดขึ้น

ชิรวัดน์ นิจนตร (2560) กล่าวว่า การวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบทำได้ 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยจะสร้างหรือพัฒนารูปแบบขึ้นมาก่อนเป็นรูปแบบตามสมมติฐาน โดยการศึกษาค้นคว้าทฤษฎีและแนวความคิดที่มีผู้พัฒนาไว้แล้วในเรื่องเดียวกัน หรือเรื่องอื่น ๆ และผลการศึกษาหรือผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ สถานการณ์การณต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้สามารถกำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ ของรูปแบบนั้น หรือลำดับก่อนหลังของแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบ การพัฒนารูปแบบนี้จะต้องใช้หลักเหตุผลเป็นรากฐานสำคัญ การศึกษาค้นคว้าที่ลึกซึ้งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบเป็นอย่างดี ผู้วิจัยอาจจะคิดโครงสร้างของรูปแบบขึ้นมาก่อนแล้วปรับปรุง โดยอาศัยข้อมูลสารสนเทศจากการศึกษาค้นคว้าทฤษฎี แนวคิดของรูปแบบ หรือผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง หรือทำการศึกษาองค์ประกอบย่อยหรือตัวแปรแต่ละตัวแล้วคัดเลือกองค์ประกอบย่อยหรือตัวแปรที่สำคัญประกอบขึ้นเป็นโครงสร้างของรูปแบบ หัวใจสำคัญของขั้นตอนนี้อยู่ที่การเลือกเฟ้นองค์ประกอบในรูปแบบ ตัวแปร หรือกิจกรรมเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสม ดังนั้น ผู้วิจัยควรกำหนดหลักการในการพัฒนารูปแบบอย่างชัดเจน เช่น เป็นรูปแบบที่ไม่ซับซ้อนสามารถนำไปปฏิบัติได้ง่าย ตัวแปรในรูปแบบมีน้อยตัว แต่สามารถอธิบายผลได้มาก ฯลฯ ในการวิจัยบางเรื่องจำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความถูกต้องเหมาะสม

2. การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ หลังจากได้พัฒนารูปแบบในขั้นต้นแล้วจำเป็นต้องทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แม้ว่าจะพัฒนาโดยมีรากฐานจากทฤษฎี แนวคิด รูปแบบของผู้อื่น และผลการวิจัยที่ผ่านมา หรือได้รับการกลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญแล้วก็ตาม แต่เป็นเพียงรูปแบบตามสมมติฐาน ซึ่งจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานการณ์จริงหรือทำการทดลอง นำไปใช้ในสถานการณ์จริงเพื่อทดสอบดูว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ บางครั้งจึงใช้คำว่า การทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบ การเก็บรวบรวมข้อมูลในสถานการณ์จริงหรือทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาในสถานการณ์จริงจะช่วยให้ทราบอิทธิพลหรือความสำคัญขององค์ประกอบย่อยหรือตัวแปรต่าง ๆ ในรูปแบบและอิทธิพลหรือความสำคัญของกลุ่มองค์ประกอบหรือกลุ่มตัวแปรในรูปแบบ ผู้วิจัย



อาจปรับปรุงรูปแบบใหม่ โดยตัดองค์ประกอบหรือตัวแปรที่พบว่ามีอิทธิพลหรือมีความสำคัญน้อย ออกจากรูปแบบของตนซึ่งจะทำให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

วาโร เฟ็งส์วสต์ (2553) ได้สรุปว่าการพัฒนารูปแบบแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ และการตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ ดังนี้

1. การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะสร้างหรือพัฒนารูปแบบขึ้นมาก่อน เป็นรูปแบบตามสมมติฐาน (Hypothesis model) โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ผู้วิจัยอาจจะศึกษารายกรณีหน่วยงานที่ดำเนินการในเรื่องนั้น ๆ ได้เป็นอย่างดี ซึ่งผลการศึกษานำมาใช้กำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหรือตัวแปรเหล่านั้น หรือลำดับก่อนหลังของแต่ละองค์ประกอบ ในรูปแบบ ดังนั้นการพัฒนารูปแบบในขั้นตอนนี้จะต้องอาศัยหลักการของเหตุผลเป็นรากฐานสำคัญ ซึ่งโดยทั่วไปการศึกษาในขั้นตอนนี้จะมีขั้นตอนย่อย ๆ ดังนี้

1.1 การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสารสนเทศที่ได้มาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เป็นร่างกรอบความคิดการวิจัย

1.2 การศึกษาจากบริบทจริงในขั้นตอนนี้อาจจะดำเนินการได้หลายวิธีดังนี้

1.2.1 การศึกษาสภาพ และปัญหาการดำเนินการในปัจจุบันของหน่วยงาน โดยศึกษาความคิดเห็นจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) ซึ่งวิธีศึกษาอาจจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสอบถาม การสำรวจ การสนทนากลุ่ม เป็นต้น

1.2.2 การศึกษารายกรณี (Case Study) หรือพหุกรณี หน่วยงานที่ประสบผลสำเร็จ หรือมีแนวปฏิบัติที่ดีในเรื่องที่ศึกษา เพื่อนำมาเป็นสารสนเทศที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบ

1.2.3 การศึกษาข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ วิธีศึกษาอาจจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) เป็นต้น

1.3 การจัดทำรูปแบบ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะใช้ข้อมูลสารสนเทศที่ได้ในข้อ 1.1 และข้อ 1.2 มาวิเคราะห์ และสังเคราะห์เพื่อกำหนดเป็นกรอบความคิดการวิจัย และนำมาจัดทำรูปแบบ อย่างไรก็ตามในงานวิจัยบางเรื่องนอกจากจะศึกษาตามขั้นตอนที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยอาจจะศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้กระบวนการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique) หรือการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) ในการพัฒนารูปแบบ

2. การทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบ ภายหลังจากที่ได้พัฒนารูปแบบในขั้นตอนแรกแล้วจำเป็นที่จะต้องทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบดังกล่าว เพราะรูปแบบที่พัฒนาขึ้นถึงแม้จะพัฒนาโดยมีรากฐานจากทฤษฎี แนวความคิดรูปแบบของบุคคลอื่น และผลการวิจัยที่ผ่านมา แต่ก็เพียงรูปแบบตามสมมติฐาน ซึ่งจำเป็นที่จะต้องตรวจสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพตามที่มุ่งหวังหรือไม่ การเก็บรวบรวมข้อมูลใน

สถานการณ์จริงหรือทดลองใช้รูปแบบในสถานการณ์จริงจะช่วยให้ทราบอิทธิพลหรือความสำคัญขององค์ประกอบย่อยหรือตัวแปรต่าง ๆ ในรูปแบบ ผู้วิจัยอาจจะปรับปรุงรูปแบบใหม่โดยการตัดองค์ประกอบหรือตัวแปรที่พบว่าไม่มีอิทธิพลหรือมีความสำคัญน้อยออกจากรูปแบบ ซึ่งจะทำให้ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

## 6. ขั้นตอนการทดสอบรูปแบบ

การทดสอบหรือตรวจสอบรูปแบบด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยการประมาณค่าพารามิเตอร์ของรูปแบบ รูปแบบที่สร้างขึ้นจึงควรมีความชัดเจน และเหมาะสมกับวิธีทดสอบ โดยปกติแล้วการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์มักจะดำเนินการทดสอบรูปแบบด้วยวิธีทางสถิติ ผลของการทดสอบจะนำไปสู่การยอมรับหรือปฏิเสธรูปแบบนั้น และนำไปสู่การสร้างทฤษฎีใหม่ต่อไป (ชิรวัดน์ นิจนตร, 2560) สรุปว่า การทดสอบหรือตรวจสอบรูปแบบสามารถทำได้ 2 ลักษณะ ดังต่อไปนี้

1. การทดสอบรูปแบบด้วยการประเมิน โดยคณะกรรมการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการประเมินการศึกษา (Joint Committee on Standards for Educational Evaluation) ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานทางการศึกษา 4 หมวดมาตรฐานคือ มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (Utility standards) มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (Feasibility standards) มาตรฐานด้านความเหมาะสม (Propriety standards) และมาตรฐานด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy standards) (Madaus, Scriven, & Stufflebeam, 1983)

2. การทดสอบรูปแบบโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ การทดสอบรูปแบบหรือการประเมินในบางเรื่องไม่สามารถกระทำได้ด้วยข้อจำกัดสภาพการณ์ต่าง ๆ ซึ่ง Eisner (1976) ได้เสนอแนวคิดของการทดสอบหรือประเมินโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

2.1 การประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จะเน้นการวิเคราะห์และวิจารณ์อย่างลึกซึ้งเฉพาะในประเด็นที่ถูกพิจารณา ซึ่งไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การตัดสินใจเสมอไป แต่อาจจะผสมผสานกับปัจจัยต่าง ๆ ในการพิจารณาเข้าด้วยกันตาม วิจารณ์ญาณของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับข้อมูลคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเหมาะสมของสิ่งที่จะทำการประเมิน

2.2 รูปแบบการประเมินที่เป็นความชำนาญเฉพาะทาง (Specialization) ในเรื่องที่จะประเมินโดยพัฒนามาจากแบบการวิจารณ์งานศิลปะ (Art criticism) ที่มีความละเอียดอ่อนลึกซึ้ง และต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญระดับสูงมาเป็นผู้วินิจฉัย เนื่องจากการวัดคุณค่าที่ไม่อาจประเมินด้วย เครื่องวัดใด ๆ และต้องใช้ความรู้ความสามารถของผู้ประเมินอย่างแท้จริง แนวคิดนี้ได้นำมา ประยุกต์ใช้ในทางการศึกษาระดับสูงมากขึ้น ทั้งนี้เพราะเป็นองค์ความรู้เฉพาะสาขา ผู้ที่ศึกษาเรื่องนั้น

จริง ๆ จึงจะทราบและเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ดังนั้นในวงการศึกษาจึงนิยมนำรูปแบบนี้มาใช้ในเรื่องที่ต้องการความลึกซึ้งและความเชี่ยวชาญเฉพาะ

2.3 รูปแบบที่ใช้ตัวบุคคลคือ ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเครื่องมือในการประเมินโดยให้ความเชื่อถือกับผู้ทรงคุณวุฒิที่เที่ยงธรรมและมีดุลพินิจที่ดี ทั้งนี้ มาตรฐานและเกณฑ์พิจารณาต่าง ๆ นั้น จะเกิดขึ้นจากประสบการณ์และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒินั่นเอง

2.4 รูปแบบที่ย่อมให้มีความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงานของผู้ทรงคุณวุฒิตาม อรรถาธิบายและความถนัดของแต่ละคน นับตั้งแต่การกำหนดประเด็นสำคัญที่จะนำมาพิจารณาการบ่งชี้ ข้อมูลที่ต้องการการเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผล การวินิจฉัยข้อมูล ตลอดจนวิธีการนำเสนอ

2.5 การทดสอบรูปแบบโดยการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มักจะ ใช้กับการพัฒนารูปแบบโดยใช้เทคนิคเดลฟาย เมื่อผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบโดยใช้เทคนิคเดลฟายเสร็จ สิ้นเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในรอบสุดท้ายมาจัดทำเป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะ เป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) เพื่อนำไปสำรวจความคิดเห็นของบุคคลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับ ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ

2.6 การทดสอบรูปแบบโดยการทดลองใช้รูปแบบ ผู้วิจัยจะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย มีการดำเนินการตามกิจกรรมอย่างครบถ้วน ผู้วิจัยจะนำข้อค้นพบ ที่ได้จากการประเมินไปปรับปรุงรูปแบบต่อไป

ชิรวัดน์ นิจนตร (2560) ได้แบ่งขั้นตอนการตรวจสอบรูปแบบ (Model testing) 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การทดลองใช้รูปแบบกับหน่วยตัวอย่าง
2. การประเมินผลการทดลองการใช้รูปแบบด้วยการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของรูปแบบ รวมทั้งมีการแก้ไข ปรับปรุง เพิ่มเติม ติดตามผลการประเมิน แล้วจึงสรุปผลได้รูปแบบที่ต้องการ

การตรวจสอบรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมานั้นมีหลายวิธี อาจจะทำให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยวิเคราะห์ จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งปริมาณ (Quantitative) และคุณภาพ (Qualitative) การตรวจสอบรูปแบบควรตรวจสอบคุณลักษณะ 2 อย่าง คือ การตรวจสอบความมากน้อยของความสัมพันธ์ ความเกี่ยวข้อง เหตุผลระหว่างตัวแปร และการประมาณค่าพารามิเตอร์ของความสัมพันธ์ดังกล่าว โดยสามารถประมาณค่าข้ามช่วงเวลา กลุ่มตัวอย่าง หรือสถานที่ได้ หรืออ้างอิงจากกลุ่มตัวอย่างไปหา ประชากรได้ โดยผลการตรวจสอบจะนำไปสู่คำตอบสองประเด็นคือ การสร้างรูปแบบและการปรับปรุงหรือพัฒนารูปแบบเดิม (Eisner, 1976)

เบญจพร แก้วมีศรี (2545); พูนสุข หิงคานนท์ (2540) ได้เสนอว่า รูปแบบในบางเรื่อง ต้องการความละเอียดอ่อนมากกว่าการวิจัยเชิงปริมาณคือ การประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิเชื่อว่าการรับรู้ที่เท่ากันเป็นคุณสมบัติพื้นฐานของผู้รู้ และได้เสนอแนวคิดการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1. การประเมินในแนวทางนี้ไม่ได้เน้นผลสัมฤทธิ์ของเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ตามแบบการประเมินอิงเป้าหมาย (Goal-based model) หรือการตอบสนองความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องตามการประเมินแบบตอบสนองความต้องการ (Responsive model) หรือประเมินเพื่อการตัดสินใจ (Decision making model) อย่างหนึ่งอย่างใด แต่เป็นการวิเคราะห์วิจารณ์อย่างลึกซึ้งเฉพาะประเด็นที่นำมาพิจารณา ซึ่งไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเสมอไป แต่อาจจะผสมผสานปัจจัยต่าง ๆ ในการพิจารณาเข้าด้วยกันตามวิจรรย์ญาณของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับคุณภาพ ประสิทธิภาพ หรือความเหมาะสมของสิ่งที่ทำการประเมิน

2. การประเมินที่เน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในเรื่องที่จะประเมิน โดยพัฒนามาจากรูปแบบการวิจารณ์งานศิลปะ (Art criticism) ที่มีความละเอียดอ่อนลึกซึ้ง และต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญระดับสูงมาเป็นผู้วินิจฉัย เนื่องจากเป็นการวัดคุณค่าที่มีอาจประเมินด้วยเครื่องวัดใด ๆ ได้ และต้องใช้ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ของผู้ประเมินอย่างแท้จริง

3. รูปแบบที่ใช้ตัวบุคคล ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเครื่องมือในการประเมิน โดยเชื่อว่าผู้ทรงคุณวุฒินั้นมีความเที่ยงธรรมและมีดุลยพินิจที่ดี มาตรฐานและเกณฑ์การพิจารณาจะเกิดจากประสบการณ์และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒิเอง

4. รูปแบบที่ให้ความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงานของผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาตามอัธยาศัยและความถนัดของแต่ละคน นับตั้งแต่การกำหนดประเด็นสำคัญที่จะพิจารณา การบ่งชี้ข้อมูลที่ต้องการ การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผล การวินิจฉัย ตลอดจนวิธีการนำเสนอ

ดังนั้นในขั้นตอนการทดสอบรูปแบบ นักวิจัยอาจเลือกใช้วิธีการตรวจสอบความเหมาะสม และความเป็นไปได้หลายวิธี นอกจากการให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เช่น การสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ซึ่งมีเกณฑ์ในการเลือกผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตามจำนวนที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม กำหนดให้เป็นกลุ่มผู้ตรวจสอบร่างรูปแบบก่อนนำไปทดลองใช้ ข้อควรระวังอย่างยิ่งในการให้ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบรูปแบบคือ ผู้วิจัยต้องเลือกบุคคลที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิอย่างเข้มงวดเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับในวงวิชาการ หรือกิจการนั้น ๆ อย่างแท้จริง โดยต้องมีเกณฑ์ในการกำหนดคุณสมบัติและความเชี่ยวชาญของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 ประการ เพื่อถ่วงดุลให้ได้บุคคลที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิอย่างแท้จริง (ศิริวัฒน์ นิเจนตร, 2560)

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง ในการทดลองใช้รูปแบบที่นักวิจัยพัฒนาขึ้นมา ส่วนใหญ่จะประเมินผลด้วยการให้ผู้บริหารหรือผู้ที่จะใช้รูปแบบนั้น ๆ ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ และปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง โดยใช้แบบสอบถามและหรือการสัมภาษณ์ หรือตรวจสอบ ยืนยันรูปแบบที่เหมาะสมและเพิ่มความน่าเชื่อถือของรูปแบบโดยวิธีการชาติพันธุ์วรรณา (Ethnographic future research) เป็นต้น แต่มีส่วนน้อยที่ประเมินจากผลลัพธ์หรือผลสัมฤทธิ์ที่เกิดจากการใช้รูปแบบของกลุ่มเป้าหมายหรือผู้ใช้รูปแบบ ซึ่งมีลักษณะเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยมีรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นนวัตกรรมและมีตัวแปรตามที่เป็นผลลัพธ์หรือผลสัมฤทธิ์ที่เกิดจากการใช้รูปแบบนั้น ซึ่งไม่ใช่ขั้นตอนของการหาประสิทธิภาพของรูปแบบ แต่เป็นการทดลองว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถทำให้กลุ่มเป้าหมายหรือผู้ใช้รูปแบบเกิดผลสัมฤทธิ์หรือผลผลิตที่เกิดจากการใช้รูปแบบนั้นจริง ๆ งานวิจัยที่มีการทดลองใช้รูปแบบและวัดผลผลิตที่เกิดจากการใช้รูปแบบว่าใช้ได้ผลจริงหรือไม่ เกิดผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้เพียงใด และเป็นวิธีการตรวจสอบรูปแบบที่น่าเชื่อถือมากที่สุด (ชีรวัดณ์ นิจนตร, 2560)

การประเมินรูปแบบตามเกณฑ์มาตรฐาน ที่ปรับปรุงโดยคณะกรรมการประเมินทางการศึกษา (The Joint Committee on Standards for Educational Evaluation) ได้เสนอหลักการเพื่อเป็นหลักฐานของกิจกรรมของการตรวจสอบรูปแบบ เนื่องจากเป็นที่รู้จักและใช้กันอย่างแพร่หลายผ่านการเสนอความคิดเห็น การทบทวน การทดลองใช้ จนได้ข้อสรุปและตีพิมพ์ในหนังสือมาตรฐานการประเมินโปรแกรมในปี ค.ศ.2010 ซึ่งประกอบด้วยมาตรฐานการประเมิน 5 มาตรฐาน (Yarbrough, Shulha, Hopson, & Caruthers, 2010; Madaus, Scriven, & Stufflebeam, 1983 อ้างอิงใน ชีรวัดณ์ นิจนตร, 2560; พรรณีภา ฎุกองพลอย, ทศน์ศิริรินทร์ สว่างบุญ, และวราพร เอรารวรรณ์, 2561) ดังนี้

1. มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (Feasibility Standard) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง
2. มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (Utility Standard) เป็นการประเมินการสนองต่อความต้องการของผู้ใช้รูปแบบ
3. มาตรฐานด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy Standard) เป็นการประเมินความน่าเชื่อถือ ได้สาระครอบคลุม ครบถ้วน ตามความต้องการอย่างแท้จริง
4. มาตรฐานด้านความเหมาะสม ขอบธรรม (Propriety Standards)
5. มาตรฐานด้านความรับผิดชอบการประเมิน (Evaluation Accountability Standards)

จากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาสุขภาพทำให้ทราบขั้นตอนการสร้างรูปแบบ โดยเริ่มจาก 1) การศึกษาสภาพปัญหาและ/หรือองค์ประกอบของรูปแบบด้วยการศึกษา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง อาจมีการสอบถาม สัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับรูปแบบนั้น ๆ 2) นำข้อมูลจากขั้นที่ 1 มาร่างหรือสร้างรูปแบบด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา หรือผลการวิเคราะห์ทางสถิติจากการสำรวจความคิดเห็น จัดองค์ประกอบ และรายละเอียดของรูปแบบมีการตรวจสอบร่างรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ และปรับปรุงรูปแบบตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ในการวิจัยพัฒนารูปแบบครั้งนี้ทำ 3 ขั้นตอน คือ การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ได้ตัวแปรที่สำคัญในการนำไปสร้างรูปแบบในการวิจัยระยะต่อไป การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ได้โครงสร้างรูปแบบและกิจกรรมที่เหมาะสม การวิจัยระยะที่ 3 การตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นการทดสอบความเที่ยงตรงของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญ ในด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเหมาะสม (Propriety) และความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) เพื่อยืนยันรูปแบบ และสามารถนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่การวิจัยต่อไปได้อย่างเหมาะสม

#### ตอนที่ 7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. งานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานวิจัยที่เกี่ยวกับการศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง นัยนา หนูนิล, สายฝน เอกวารงกูร, และเจตนา หนูนิล (2558); นิตยา จรัสแสง และคณะ (2555); อาคม บุญเลิศ (2559); อารีย์ สงวนชื่อ, ปณณทัต ต้นชนปัญญากร, และรัตนภรณ์ อาษา (2562) ศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36.9-55.6 โดยกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์มีภาวะซึมเศร่าสูงสุดร้อยละ 44.7 โรคมะเร็งร้อยละ 43.3 และโรคเบาหวานร้อยละ 39.6 ตามลำดับ แยกตามระดับความรุนแรง พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร่าอยู่ในระดับที่รุนแรงมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 14.1 รองลงมาเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง ร้อยละ 6.2 และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 2.0 ตามลำดับ

Chen et al. (2019); Jai (2021); กัตติกา ธนะขว้าง, วันทนา ถิ่นกาญจน์, และรวมพร คงกำเนิด (2558); ผกามาศ เพชรพงศ์ (2562); ระพีพรรณ ลาภา (2564); สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ยุพา ถาวรพิทักษ์, วราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล, อิงคณา โคตนารา และเนตรชนก แก้วจันทา (2557); อรัญญา นามวงศ์ และคณะ (2564); อาจารย์ สรเสริมสมบัติ และทัศนีย์ เชื้อมทอง (2560); อำพร เนื่องจกานาค (2560) ศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน

พบว่า ผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีภาวะซิมเศร่าร้อยละ 12.5-66.0 ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 20.5-29.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 9.6-18.0 และระดับสูง ร้อยละ 2.5-8.7 โดยผู้ป่วยหญิง พบภาวะซิมเศร่ามากกว่าผู้ป่วยชาย ร้อยละ 18.33, 8.34 ตามลำดับ

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง

กิริณานันท์ สนธิธรรม และคณะ (2563); กุลธิตา ดวงเนตร (2564); ญัฐปภัสญ์ นวลสีทอง และคณะ (2564); นัยนา หนูนิล และคณะ (2558); นารีรัตน์ มงคลศรีสวัสดิ์ (2564); นิตยา จรัสแสง และคณะ (2555); นิตยา มณีเกียง และสุรสิทธิ์ เทียมทิพย์ (2561); ปทิตตา ทรวงโพธิ์ และสุพรรณวงศ์ประทุม (2564); พรทิพย์ แก้วสว่าง (2564); รินทร์หทัย กิตต์ธนาอรุจน์ และรัชนิกร ทบประดิษฐ์ (2562); อรัญญา นามวงศ์ และคณะ (2564); อาคม บุญเลิศ (2559); อารีย์ สงวนชื่อ และคณะ (2562) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่าในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา รายได้เฉลี่ยปัจจุบันของตนเองต่อเดือน และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน รายได้ต่อค่าใช้จ่าย ความเพียงพอของรายได้ ความกังวลเรื่องเงิน จำนวนโรคเรื้อรัง จำนวนโรคร่วม การมารับการรักษาเข้าที่โรงพยาบาล การไม่มีผู้ดูแล ที่พักอาศัย การมีภาวะพึ่งพิง การอยู่ตามลำพัง สัมพันธภาพในครอบครัว การที่ไม่มีการปรึกษา/รับทุกข์กับคนในชุมชน ความบกพร่องด้านความสามารถในการทากิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความรุนแรงของ ความเจ็บป่วย ความว้าเหว เหตุการณ์วิกฤติในชีวิต การรับรู้สภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และความผาสุกทางใจ

Chen et al. (2019); กัตติกา ธนะขว้าง และคณะ (2558); ผกามาศ เพชรพงศ์ (2562); ระพีพรรณ ลาภา (2564); สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2557); อรัญญา นามวงศ์ และคณะ (2564); อาจารย์ยี่ สรเสริมสมบัติ และทัศนีย์ เชื้อมทอง (2560); อัมพร เนื่องจากนาค (2560) พบว่า ปัจจัยทำนายทำนายภาวะซิมเศร่า ได้แก่ ปัจจัยด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ปัจจัยทางจิตวิทยา เพศ อายุ อาชีพ ความไม่เพียงพอของรายได้ การรับรู้สภาวะสุขภาพ ระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 5 ปี ชนิดของการรักษา ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ว่ามีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเป็นโรคเบาหวาน การใช้ยาเมตฟอร์มิน (metformin) ภาวะน้ำหนักเกิน สมรรถภาพทางกายไม่ดีขึ้น การเจ็บป่วยมากกว่า 2 โรค การมีระดับกิจกรรมต่ำ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความว้าเหว จำนวน เหตุการณ์วิกฤติในชีวิต ความสามารถในการเผชิญปัญหา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม สภาพและการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา และความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ

## 2. งานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า

ธรณินทร์ กองสุข (2556); โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (2554) ศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง พบว่า รูปแบบกิจกรรมในการศึกษาวิจัยมีการดำเนินงานเน้นกลุ่มเป้าหมายหลักคือ ผู้สูงอายุ และมีการให้บริการครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ ด้วย พันธุ์ทิพย์ โกศลวัฒน์ (2557) ศึกษาการพัฒนาาระบบสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า กิจกรรมการพัฒนาาระบบสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย การค้นหาคัดกรอง การประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การวินิจฉัยโรค การดูแลบำบัดรักษา การติดตามมีการเปลี่ยนแปลงระบบบริการเป็นเชิงรุกเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาโรค และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังผ่านการทำงานในโครงการผู้สูงอายุ จัดระบบสนับสนุนดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในครอบครัวกับลูกหลาน จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและกองทุนชุมชนโดยการบริหารจัดการร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันเอง

ดุขฎิ โยเหลา (2558) ศึกษา รูปแบบการดูแลป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ พบว่า รูปแบบการดูแลที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและภาครัฐ โดยมีบุคคลที่เกี่ยวข้องดำเนินการร่วมกัน ได้แก่ ผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ผู้นำชุมชน ผู้นำและบุคลากรส่วนท้องถิ่น พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ จิตอาสาในชุมชน และสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน และชุมชนให้ความสนใจช่วยเหลือผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับปฐมภูมิ รวมทั้งทำให้มีกิจกรรมในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน เพื่อให้กำลังใจผู้สูงอายุสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยสมาชิกในชุมชน เป็นต้น

รุจิวรรณ สอนสมภาร (2560); อภิญญา วงศ์ใหม่ (2560) ศึกษาแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขของสถานพยาบาลดำเนินการให้คำปรึกษาให้ความรู้ และการรักษา ครอบครัวและชุมชน ใช้การรับฟังปัญหาหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุ การดูแลอย่างใกล้ชิด ส่งเสริมสนับสนุนความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน ส่งเสริมการเพิ่มรายได้ และคอยสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ส่วนตัวผู้สูงอายุ สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้โดยการพักผ่อนให้เพียงพอ และรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่

Djukanović et al. (2016); Stahl, Albert, Dew, Lockovich, & Reynolds (2014) ศึกษาการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า 1) การฝึกสอนวิธีปฏิบัติด้านอาหารเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง ทำให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกควบคุมอาหาร สามารถบรรเทาอาการภาวะซึมเศร้าได้ และทำให้การเกิดอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ มีอาการซึมเศร้ามลดลงร้อยละ 40-50 รวมทั้งมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นในระหว่างการทดลอง 6 สัปดาห์แรก และส่งผลคงอยู่ถึงกว่า 2 ปี



2) การใช้กระบวนการสนทนากลุ่มด้วยการระลึกเหตุการณ์อย่างมีแบบแผนและวิธีการตามปัญหา การอภิปรายกลุ่มให้ผู้สูงอายุเกิดความคิดเชิงบวกในเหตุการณ์อดีตและในอนาคต

Azizan & Justine (2016); Lee et al. (2018); Lok et al. (2017) ศึกษาผลของการออกกำลังกาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายภาพ สังคมและศาสนา ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมประจำวัน กิจกรรมยามว่างที่หลากหลายการออกกำลังกาย และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายภาพ สังคมและศาสนาเป็นประจำ ส่งผลให้อาการซึมเศร้ามลดลง ช่วยลดความเสี่ยงป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ โดยโปรแกรมการออกกำลังกาย ในระยะเวลาสิบสัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมอบอุ่นร่างกาย (Warm Up) 10 นาที การออกกำลังกายเข้าจังหวะ 20 นาที การออกกำลังกายคลายร้อน 10 นาที และการเดินอิสระ 30 นาที ในสัปดาห์ของสัปดาห์ มีผลในเชิงบวกต่อภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ

Fakoya et al. (2020); Somes (2021) ศึกษาความผาสุกทางจิตใจ ความว่าเหวในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า กิจกรรมที่จะช่วยเพิ่มความผาสุกทางจิตใจ ลดความว่าเหวในผู้สูงอายุ ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน (home visiting) พูดคุยแบบ face to face กับผู้สูงอายุ ครอบครัว สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและครอบครัวเพื่อเพิ่มทัศนคติ สัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุ และแบบการดูแลผู้สูงอายุ เพิ่มโอกาสการมีส่วนร่วมในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จัดหาและสาธิตวิธีการใช้เทคโนโลยีใหม่ อินเทอร์เน็ต เช่น ห้องแชทออนไลน์ แอป วิดีโอ อื่น ๆ ฯลฯ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถติดต่อกับผู้อื่นผ่านระบบวิดีโอออนไลน์ได้ หรือ การจัดหากิจกรรมทางสังคม การฝึกความสามารถการทำงาน ของสมอง (social cognitive training) เน้นที่การเปลี่ยนความสามารถทางสมองในการรับรู้การเข้าใจของผู้สูงอายุ ส่งเสริมการคิดบวก การทำสมาธิ การออกกำลังกายที่เหมาะสม กิจกรรมเสริมสร้างทางกาย (physical programmes) และการฝึกหายใจ การเลี้ยงสัตว์ การสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ในการรักษา การให้บริการสุขภาพ

สรุปได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีหลากหลาย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายในตัวเอง ปัจจัยภายนอกในทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ความเพียงพอของรายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ชนิดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระยะเวลาการป่วย การมีโรคร่วมอื่น จำนวนสมาชิกในครอบครัว การมีผู้ดูแล จำนวนผู้ดูแล 2) ปัจจัยภายในตัวบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้สุขภาวะของตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการเผชิญปัญหา/ความเครียด ความผาสุกทางใจ ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ความว่าเหว 3) ปัจจัยทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ความต่อเนื่องในการรักษา การมีภาวะแทรกซ้อนของโรค ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรค ความสามารถในการ

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การทำสมาธิ การงดยาสูบ สุรา การทำงานอดิเรก และ 4) ปัจจัยทางครอบครัว และสังคม ประกอบด้วย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การได้รับการดูแล

บทสรุป จากการทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มักไม่ค่อยแสดงอาการที่ทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวรู้ตัว ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างสม่ำเสมอ และสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล ควรมีส่วนร่วมในการสังเกตอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทในชุมชนจังหวัดนนทบุรี เพื่อหาแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าที่ใช้ได้อย่างเหมาะสม เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ โดยทุกภาคส่วนจะมีบทบาทสำคัญในการป้องกันความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีศักยภาพสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้มากขึ้นลดการพึ่งพาบุตรหลาน มองเห็นคุณค่าตนเอง มีความคิดเชิงบวก มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทำกิจกรรมยามว่าง ออกกำลังกาย เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยเริ่มจากการวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ตามกรอบแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยทางสุขภาพ และพฤติกรรม และปัจจัยทางครอบครัวและสังคม แล้วนำผลจากการวิจัยระยะที่ 1 มาใช้เป็นปัจจัยนำเข้าไปวางแผนในการสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ตรงกับปัญหาที่แท้จริงต่อไปในการวิจัยระยะที่ 2 โดยเน้นการมีส่วนร่วมกันของภาคีเครือข่ายในชุมชนทั้งกลุ่มผู้สูงอายุ ญาติ ผู้ดูแล (Care Giver) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน ในการประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะซึมเศร้าและให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างถูกต้องเหมาะสม ครอบคลุมพื้นที่ สอดรับกับบริบทของจังหวัดนนทบุรี และนำรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้จากการวิจัยระยะที่ 2 ไปตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบฯ ในการวิจัยระยะที่ 3 โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและผู้สูงอายุ ซึ่งรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นการป้องกันในระยะก่อนเกิดภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลที่ทันท่วงที มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

#### รูปแบบการวิจัย

##### กระบวนทัศน์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) ซึ่งมีแนวคิดความเชื่อภายใต้กระบวนทัศน์การวิจัย (Research paradigm) แบบปฏิบัตินิยม (Pragmatism) โดยไม่ได้ยึดถือแนวคิดปรัชญาในการค้นหาความจริงเพียงวิธีเดียวแต่เป็นการผสมผสานวิธีวิจัยในการหาคำตอบจากแนวคิดเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพซึ่งจะต้องทำการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลมากกว่าหนึ่งวิธีการ เพราะเชื่อว่าข้อมูลเพียงวิธีการเดียวไม่สามารถอธิบายรายละเอียดของสถานการณ์นั้นได้ การผสมผสานเทคนิคทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจะทำให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์สามารถหาคำตอบการวิจัยได้อย่างเหมาะสมบนพื้นฐานของปัญหาการวิจัย (Creswell, 2014) กระบวนทัศน์การวิจัยแบบปฏิบัตินิยมมีมุมมองเชิงปรัชญาที่เกี่ยวข้องกัน 3 ด้าน คือ 1) ภาววิทยา (Ontology) มองว่าธรรมชาติของความจริงเป็นการแสวงหาความจริงที่สามารถนำไปปฏิบัติ ใช้ประโยชน์และแก้ปัญหาได้จริง 2) ญาณวิทยา (Epistemology) ยอมรับธรรมชาติของความจริงทั้งปฏิฐานนิยม (Positivism) และปรากฏการณ์นิยม (Constructivism) แม้จะมีวิธีการที่แตกต่างกันในแง่เชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพสามารถยอมรับได้หากผสมผสานการเก็บข้อมูลร่วมกันได้ และ 3) วิธีการ (Methods) ให้ความสำคัญกับปัญหาในโลกแห่งความเป็นจริง และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง มุ่งการแก้ปัญหามากกว่าการติดยึดวิธีวิจัย โดยใช้การวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพมาผสมผสานร่วมกันและมีการใช้การเก็บข้อมูลหลากหลายวิธี (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2560)

จากกระบวนทัศน์ข้างต้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้การวิจัยเชิงผสมผสานที่เป็นการบูรณาการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เนื่องจากการวิจัยทั้งสองแบบนี้ต่างมีทั้งจุดอ่อนและจุดแข็ง การใช้วิธีวิทยาทั้งสองจะช่วยให้ผลการศึกษชัดเจนขึ้น ช่วยเติมเต็มประเด็นที่แตกต่างกันของปรากฏการณ์ที่ศึกษาสามารถนำผลการศึกษาจากวิธีหนึ่งไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในอีกวิธีหนึ่ง ทำให้ได้ผลที่มีความแตกต่างในมุมมองที่มีกรอบคำตอบและแนวความคิดเชิงอิสระ พร้อมทั้งข้อมูลจะมีแนวคิดมากมายมากกว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการวิจัยเพียงอย่างเดียว เพิ่มความเชื่อมั่นในผลการวิจัยด้วยการใช้วิธีต่าง ๆ (Creswell, 2015) ซึ่งการวิจัย

ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสานแบบแผนหลายระยะ (Sequential Mixed Methods Research Designs) โดยมีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ผล และการสรุปผลตามช่วงเวลาการดำเนินการวิจัยแต่ละช่วงหรือตามวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งในแต่ละขั้นตอนสามารถเป็นตัวแทนของการศึกษาเดี่ยวได้ รูปแบบการศึกษานี้เริ่มจากระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบคู่ขนาน (Convergent parallel design) โดยทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาข้อมูลให้มีความครอบคลุมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริง ร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณกับกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสองชุด แปรผลที่เกิดขึ้นจากการนำข้อมูลที่ได้จากทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมารวมผล (merge) เปรียบเทียบผล และสรุปเป็นผลการวิจัยในระยะที่ 1 จากนั้นนำผลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 ไปใช้ในระยะที่ 2 เป็นการศึกษาในรูปแบบสำหรับการป้องกันปัญหา และระยะที่ 3 เป็นการตรวจสอบรูปแบบสำหรับการป้องกันปัญหาตามลำดับ

### ระยะการวิจัย

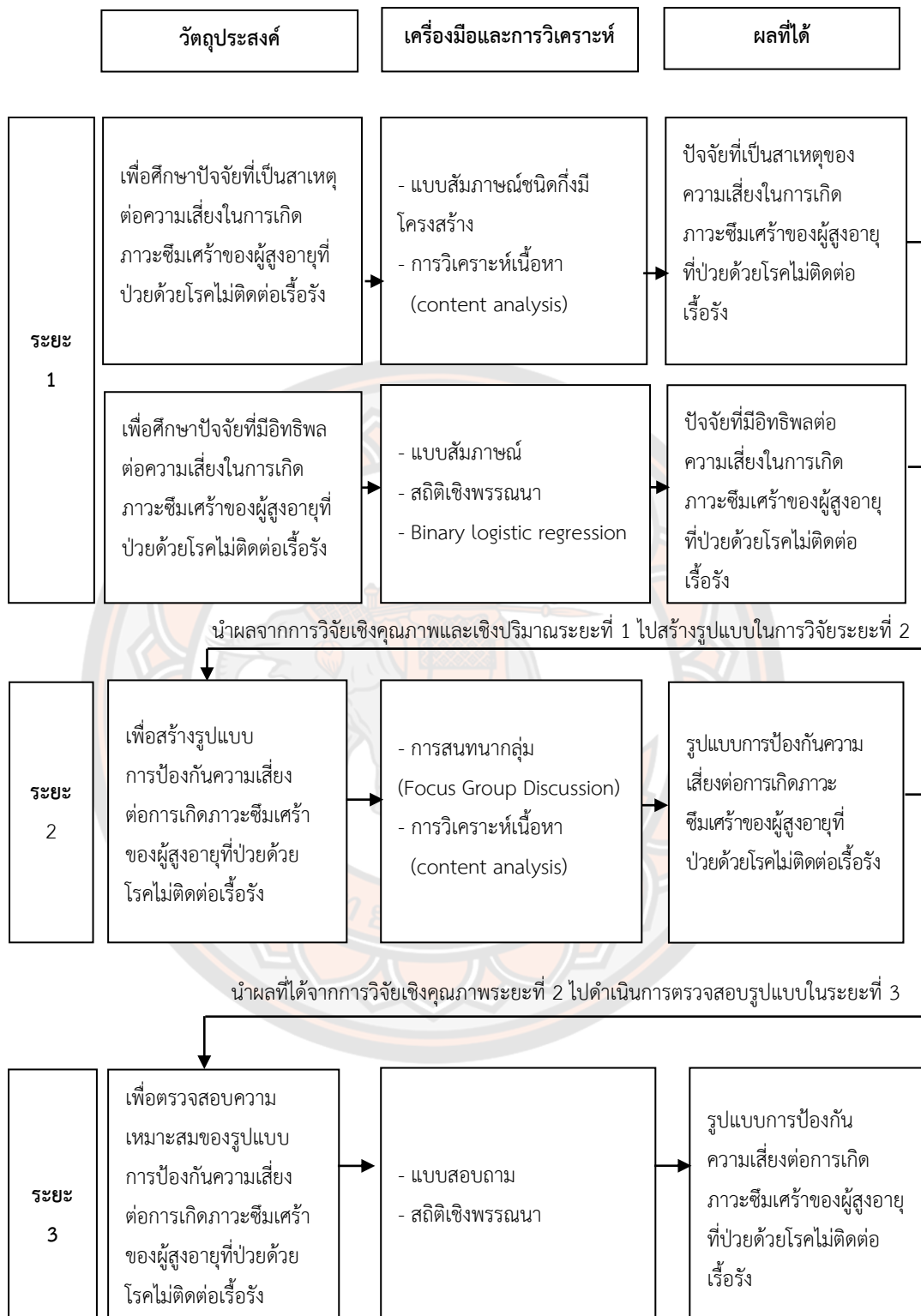
การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3. การวิจัยระยะที่ 3 การตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

โดยขั้นตอนการวิจัยสามารถสรุปได้ตามภาพ ดังนี้



ภาพ 3 แสดงขั้นตอนการวิจัย



ภาพ 4 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 2

## การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบคู่ขนาน (Convergent parallel design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบ multiple case study และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณแบบ cross-sectional study โดยให้ความสำคัญกับการวิจัยทั้ง 2 แบบเท่าเทียมกัน และนำผลมารวมกัน (Merge) ในช่วงการแปลผลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องหรือทำให้ผลการวิจัยสมบูรณ์มากขึ้น ซึ่งจะนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ไปใช้ในระยะถัดไป

### ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

#### 1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

1.1 ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาศัยอยู่จริงในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี จำนวน 17,831 คน (ศูนย์ข้อมูลประเทศไทย, 2564)

1.2 สมาชิกในครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล ของผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาศัยอยู่จริงในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี จำนวน 17,831 คน

#### 2. กลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก)

2.1 ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาศัยอยู่จริงในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี จำนวนไม่น้อยกว่า 10 คน หรือจนกว่าจะได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (Saturation of Data) ซึ่งการวิจัยนี้มีจำนวน 20 คน

2.2 สมาชิกในครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล ของผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาศัยอยู่จริงในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี จำนวนไม่น้อยกว่า 10 คน หรือจนกว่าจะได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว (Saturation of Data) ซึ่งการวิจัยนี้มีจำนวน 15 คน

#### 3. การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก

ใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบกรณีหลากหลาย (Maximum variation sampling) ซึ่งเป็นการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีขนาดเล็กแต่ครอบคลุมความหลากหลายมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ หรืออาจจะเป็นการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันในพื้นที่ที่ต่างกัน และในระยะเวลาที่ต่างกัน (Miles & Huberman, 1994) ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 20 คน และสมาชิกในครอบครัว ญาติ ผู้ดูแลของผู้สูงอายุจำนวน 15 คน ให้ครอบคลุมความหลากหลายโดยไม่จำเป็นต้องมีจำนวนน้อยหรือ

มาก แต่จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเลือกให้ครบทั้ง เพศหญิง เพศชาย อายุทุกช่วง สถานภาพโสด สมรส หย่า/แยก หม้าย ระดับการศึกษาประถม มัธยม อนุปริญญา ปริญญาตรี ไม่มีอาชีพ มีอาชีพ สิทธิรักษาพยาบาล หลักประกันสุขภาพ ประกันสังคม สวัสดิการของข้าราชการ รายได้ไม่เพียงพอ เพียงพอไม่เหลือเก็บ เพียงพอเหลือเก็บ เป็นต้น

การศึกษาครั้งนี้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักในกลุ่ม 1) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จากการประเมินด้วยแบบ 2Q เพราะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์โดยตรง และให้ข้อมูลได้ตรงประเด็นที่ศึกษามากที่สุด โดยคัดเลือกจากกลุ่มเป้าหมายที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง มีผู้ดูแล ไม่มีผู้ดูแล มีลักษณะส่วนบุคคลหรืออยู่ในสภาพพื้นที่ สภาพสังคมที่แตกต่างกัน 2) สมาชิกในครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล ซึ่งถือว่าเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

#### 4. เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)

##### 4.1 กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

4.1.1 เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี

4.1.2 ประเมิน 2Q แล้วพบว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า

4.1.3 สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี

4.1.4 ยินดีให้ข้อมูล

4.1.5 ในกรณีที่พบว่าอาสาสมัครมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรองด้วย 2Q ผู้วิจัยจะประเมินระดับภาวะซึมเศร้าด้วย 9Q ซึ่งหากพบมากกว่า 9 คะแนน ผู้วิจัยจะดำเนินการมาตรการช่วยเหลือผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยการส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

##### 4.2 กลุ่มสมาชิกในครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล

4.2.1 เป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน ถึง 1 ปีขึ้นไป

4.2.2 สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี

4.2.3 ยินดีให้ข้อมูล

#### 5. เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมวิจัยออก (Exclusion Criteria)

5.1 มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในระหว่างการเก็บข้อมูล

5.2 ย้ายที่อยู่ในช่วงเก็บข้อมูลวิจัย หรือออกจากพื้นที่การวิจัย หรือไม่พบในวันนัดหมาย

5.3 ไม่สามารถให้ข้อมูลได้สมบูรณ์

5.4 ปฏิเสธการให้ข้อมูลระหว่างดำเนินการวิจัย



## 6. เกณฑ์ถอนผู้เข้าร่วมวิจัยออกระหว่างการวิจัย (Withdrawal Criteria)

6.1 กรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจเกิดอันตราย หรือส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัย หรือ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการวิจัยโดยรวม (confounder) ผู้วิจัยสามารถแจ้งผู้เข้าร่วมวิจัยและคัดเลือกบางรายออกก่อนสิ้นสุดการวิจัยได้ตามความเหมาะสม

6.2 ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวระหว่างดำเนินการวิจัย

## 7. เกณฑ์การยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด (Termination Criteria)

7.1 กรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับบาดเจ็บ หรือเกิดอันตรายจากการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยอาจจะต้องยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

7.2 อาสาสมัครต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

## 8. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

8.1 แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเพื่อวิเคราะห์สกัดหาตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ หลังจากนั้นจึงนำมาสร้างเครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีแนวคำถามโดยกำหนดประเด็นที่ศึกษาอย่างหลวม ๆ (วรรณดี สุทธิวรการ, 2556) และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของข้อคำถามก่อนนำไปใช้จริง

8.2 ผู้วิจัย (Researcher) เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการวิจัยเชิงคุณภาพ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้ทั้งทางด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อดำเนินการศึกษาวิจัยให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพที่จะส่งผลให้ผลการวิจัยมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ โดยผู้วิจัยควรสัมภาษณ์เชิงลึกแบบไม่เป็นทางการ สนทนาแบบธรรมชาติ สร้างความรู้สึกเป็นกันเอง ไม่สร้างความอึดอัดแก่ผู้ให้ข้อมูล และมีความเป็นส่วนตัว เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์มีความสบายใจที่จะเล่าเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่สนใจ

8.3 สมุดจดบันทึก (Filed note) ผู้วิจัยใช้การจดบันทึกเพื่อเก็บรายละเอียดข้อมูล ป้องกันการลืม

8.4 เครื่องบันทึกเสียง ผู้วิจัยจะขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียง เมื่อผู้ให้ข้อมูลไม่ขัดข้อง ผู้วิจัยจะทำการบันทึกเสียงไว้ ทำให้สามารถเก็บรายละเอียดของข้อมูลได้มากขึ้น โดยไม่ต้องพะวงกับการจดบันทึกภายหลัง ทำให้การสนทนาเป็นไปอย่างธรรมชาติ และสามารถสังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล และสถานการณ์สิ่งแวดล้อมได้อย่างเต็มที่ ในกรณีที่ไม่วางใจให้บันทึกเสียงผู้วิจัยจะไม่บันทึกเสียงเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสบายใจ

## 9. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

หลังจากสร้างแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างแล้วจะทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสัมภาษณ์โดยการตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์โดยผู้เชี่ยวชาญมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

9.1 ร่างแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง จากนั้นนำไปปรึกษาประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อขอข้อเสนอแนะและปรับปรุง

9.2 นำแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีผลงานเป็นที่ยอมรับจำนวน 5 ท่านคือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต จำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

9.3 นำแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปปรึกษาประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อีกครั้ง

9.4 ทำการทดสอบแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง โดยการทดลองสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่ศึกษา 5 ราย โดยพิจารณาจากความเป็นไปได้ของการได้ข้อมูล ความเข้าใจเนื้อหา ความยากง่ายของคำถาม ปฏิกริยาสะท้อนกลับของผู้ให้ข้อมูลหลัก และระยะเวลาการสัมภาษณ์ในการศึกษาครั้งนี้กำหนดไว้ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

9.5 นำแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างที่นำไปทดสอบมาปรับปรุงและเสนอประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อขอคำแนะนำและความเห็นชอบเพื่อความสมบูรณ์ของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

## 10. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ที่มุ่งหาข้อมูลเชิงลึกของผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละคน ร่วมกับการสังเกต (Observation) เพื่อให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในข้อมูลมากขึ้น โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ตามสถานการณ์และความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ทำความเข้าใจในข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

10.1 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล

10.2 ประสานงานและนัดหมายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักล่วงหน้า ตามวันเวลา และสถานที่ที่จะทำการศึกษา โดยผู้วิจัยจะลงพื้นที่ร่วมกับบุคลากรทางสาธารณสุขที่อยู่ในพื้นที่ดูแลรับผิดชอบของผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และดำเนินการสัมภาษณ์ในบริบทที่คุ้นเคยและมีความสบายใจที่สุด ส่งผลให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงมากที่สุด

10.3 ผู้สัมภาษณ์กล่าวทักทาย แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายรายละเอียดการเข้าร่วมโครงการวิจัย การยุติเข้าร่วมการวิจัยที่

สามารถทำได้ตลอดเวลาโดยจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ จากโครงการวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมไม่ระบุตัวบุคคล ผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บข้อมูลไว้เพียงคนเดียว เมื่อโครงการวิจัยสิ้นสุด ข้อมูลทุกชนิดจะถูกทำลายทิ้งทันที เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับทราบจึงขอคำยินยอมการวิจัยโดยการลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที

10.4 ผู้วิจัยขออนุญาตจัดบันทึกข้อมูลและใช้เครื่องบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักไม่ขัดข้อง ผู้วิจัยจะทำการบันทึกเสียงและจัดบันทึก อธิบายให้ทราบว่าเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นข้อมูลทุกชนิดจะถูกทำลายทันที และเมื่อจบการสัมภาษณ์ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลหลัก

## 11. การวิเคราะห์ข้อมูล

11.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum)

11.2 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มี 4 ขั้นตอนดังนี้

1. จำแนกประเภทข้อมูล โดยการแยกแยะ วิเคราะห์กลุ่มคำ หรือประโยค แล้วจัดทำสารบบจำแนกประเภท เพื่อพิจารณาว่ากลุ่มคำ หรือประโยคเหล่านั้น เป็นประเภทของข้อมูลชนิดใด
2. พิจารณาเปรียบเทียบข้อมูล จำแนกข้อมูลที่เหมือนกัน และต่างกันออกมา เพื่อการตีความข้อมูล โดยการแปลความหมายของข้อมูล ใช้หลักการตีความ
3. พิจารณาว่าข้อมูลเหล่านั้นมีคุณภาพหรือไม่ ซึ่งขึ้นอยู่กับความหมายที่ชัดเจนหรือไม่ของข้อมูล
4. สร้างข้อสรุปแบบอุปนัย โดยการสร้างข้อสรุปของข้อมูลจำนวนหลายข้อมูลที่ได้จากการตีความข้อมูล

## 12. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

12.1 การใช้กระบวนการที่เหมาะสม โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกต มุ่งประเด็นหาข้อมูลเชิงลึกของแต่ละบุคคลเพื่อรวบรวมข้อมูลที่ได้จะเป็นมุมมองส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลหลักเอง และการสัมภาษณ์จะดำเนินการพร้อมกับการสังเกตทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในข้อมูล

12.2 การสร้างความคุ้นเคย (Rapport) กับบริบทของพื้นที่ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจในการให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยก่อนที่เริ่มเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะทำการลงสำรวจพื้นที่และทำความคุ้นเคยกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักก่อนทำการเก็บข้อมูลจริง

12.3 การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยการตรวจสอบข้อมูลจะทำไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2561) ดังนี้

12.3.1 การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มาถูกต้องหรือไม่ โดยกำหนดให้ตรวจสอบข้อมูล 3 แหล่งที่มา ได้แก่ เวลา สถานที่ และบุคคล คือ เก็บข้อมูลในช่วงเวลาใกล้เคียงกันและช่วงเวลาต่างกัน การเก็บข้อมูลจากสถานที่แตกต่างกัน และการเก็บข้อมูลจากบุคคลที่มีความแตกต่างหลากหลาย โดยในการศึกษาครั้งนี้ เลือกรวมผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง มีผู้ดูแล ไม่มีผู้ดูแล อยู่ในสภาพพื้นที่ สภาพสังคมที่แตกต่างกัน และเก็บในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

12.3.2 การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านผู้ศึกษาวิจัย (Investigator triangulation) เพื่อตรวจสอบว่าข้อมูลจากผู้เก็บข้อมูลแต่ละคนจะได้ข้อมูลต่างกันอย่างใด โดยในการศึกษาครั้งนี้ได้ให้ผู้ช่วยวิจัยร่วมเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกต

12.3.3 การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) เพื่อตรวจสอบว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกันด้วยวิธีที่แตกต่างกัน โดยในการศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ ควบคู่ไปกับการสังเกต และข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ

**ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาศัยอยู่จริงในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี จำนวน 17,831 คน (ศูนย์ข้อมูลประเทศไทย, 2564)

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาศัยอยู่จริงในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร (Wayne, 1995) เนื่องจากทราบข้อมูลของประชากรและสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในกลุ่มประชากรได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 608 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 (17,831)

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2$  คือ ค่ามาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติเมื่อกำหนดค่า  $\alpha = 0.05$ , ทดสอบ 2 ทาง ( $Z = 1.96$ )

d คือ ความแม่นยำของการประมาณค่า ( $d = 0.025$ )

p คือ สัดส่วนของลักษณะที่สนใจ จากการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านแม่ละอู อำเภอ กัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 109 คน ผลการคัดกรองด้วย 2Q ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้า 26 คน เท่ากับร้อยละ 23.85 (นิตยา ภูมิเกียง และสุรสิทธิ์ เทียมทิพย์, 2561)

แทนค่า

$$n = \frac{17,831 \times 0.239 \times (1 - 0.239) \times 1.96}{(0.025)^2 \times (17,831 - 1) + 0.239 \times (1 - 0.239) \times 1.96}$$

$$n = 552.73$$

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างสำรองไว้ ร้อยละ 10 รวม 608 คน

1.3 การสุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทน โดยใช้หลักการความน่าจะเป็น (Probability sampling) ด้วยวิธีการสุ่มดังนี้

1.3.1 สุ่มเลือกอำเภอของจังหวัดนนทบุรี ซึ่งประกอบด้วย 6 อำเภอ ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยเขียนชื่ออำเภอลงในกล่องแล้วสุ่มหยิบขึ้นมาทีละอำเภอแบบไม่แทนที่ (Without Replacement) สุ่มหยิบแบบจับฉลากมาจำนวน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองนนทบุรี อำเภอบางใหญ่ และอำเภอไทรน้อย

1.3.2 สุ่มเลือกตำบลจาก 3 อำเภอ โดยสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่เลือกอำเภอละ 2 ตำบลได้ทั้งหมด 6 ตำบล รายละเอียดดังต่อไปนี้

1) อำเภอเมืองนนทบุรี ทั้งหมด 10 ตำบล จับฉลากมาจำนวน 2 ตำบล ได้แก่ บางศรีเมือง และบางกร่าง

2) อำเภอบางใหญ่ ทั้งหมด 6 ตำบล จับฉลากมาจำนวน 2 ตำบล ได้แก่ บางแม่นาง และเสาธงหิน

3) อำเภอไทรน้อย ทั้งหมด 7 ตำบล จับฉลากมาจำนวน 2 ตำบล ได้แก่ ไทรน้อย และไทรใหญ่

1.3.3 สุ่มเลือกหมู่บ้านจาก 6 ตำบล โดยสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่เลือกตำบลละ 2 หมู่บ้านได้ทั้งหมด 12 หมู่บ้าน จากนั้นเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหมู่บ้านจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 608 คน

#### 1.4 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

##### 1.4.1 เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion Criteria)

- 1) เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี
- 2) ประเมิน 2Q แล้วพบว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า หรือไม่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า
- 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี
- 4) ยินดีให้ข้อมูล
- 5) ในกรณีที่พบว่าอาสาสมัครมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรองด้วย 2Q ผู้วิจัยจะประเมินระดับภาวะซึมเศร้าด้วย 9Q ซึ่งหากพบมากกว่า 9 คะแนน ผู้วิจัยจะดำเนินการช่วยเหลือผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยการส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

##### 1.4.2 เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมวิจัยออก (Exclusion Criteria)

- 1) มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในระหว่างการเก็บข้อมูล
- 2) ย้ายที่อยู่ในช่วงเก็บข้อมูลวิจัย หรือออกจากพื้นที่การวิจัย หรือไม่พบในวันนัดหมาย
- 3) ไม่สามารถให้ข้อมูลได้สมบูรณ์
- 4) ปฏิเสธการให้ข้อมูลระหว่างดำเนินการวิจัย

##### 1.4.3 เกณฑ์ถอนผู้เข้าร่วมวิจัยออกระหว่างการวิจัย (Withdrawal Criteria)

- 1) กรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจเกิดอันตราย หรือส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัย หรือ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการวิจัยโดยรวม (confounder) ผู้วิจัยสามารถแจ้งผู้เข้าร่วมวิจัยและคัดเลือกบางรายออกก่อนสิ้นสุดการวิจัยได้ตามความเหมาะสม
- 2) ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวระหว่างดำเนินการวิจัย

##### 1.4.4 เกณฑ์การยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด (Termination Criteria)

- 1) กรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับบาดเจ็บ หรือเกิดอันตรายจากการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยอาจจะต้องยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
- 2) อาสาสมัครต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

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

**ส่วนที่ 1** แบบสัมภาษณ์ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ความเพียงพอของรายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ชนิดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็น ระยะเวลาการป่วย การมีโรคร่วมอื่น อาศัยอยู่กับใคร จำนวนสมาชิกในครอบครัว การมีผู้ดูแล และจำนวนผู้ดูแล

ลักษณะของข้อคำถามเรื่อง เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ความเพียงพอของรายได้ ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ชนิดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็น การมีผู้ดูแล ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกคำตอบ (Check list) และข้อคำถามเรื่อง อายุ ระยะเวลาการป่วย การมีโรคร่วมอื่น อาศัยอยู่กับใคร จำนวนสมาชิกในครอบครัว และจำนวนผู้ดูแล เป็นแบบเว้นช่องว่างให้กรอกข้อความตามสภาพที่เป็นจริง (Completion Item)

**ส่วนที่ 2** แบบสัมภาษณ์ปัจจัยภายในตัวบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย การรับรู้สุขภาพของตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความพอใจทางใจ ความพอใจทางจิตวิญญาณ การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ความสามารถในการเผชิญปัญหา/ความเครียด และความหว้าเหว่

1. แบบสัมภาษณ์การรับรู้สุขภาพของตนเอง ข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ข้อคำถามทางลบ (Reverse item) ทั้งหมด 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 5, 6 จะกลับค่าคะแนนไปในทางตรงข้าม โดยแบ่งระดับการรับรู้สุขภาพของตนเอง อิงตามเกณฑ์ของ Bloom (1964) ดังนี้

ระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	(24-30 คะแนน)
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79.99	(18-23 คะแนน)
ระดับต่ำ	ต่ำกว่าร้อยละ 60	(6-17 คะแนน)

2. แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามที่มีความหมายในเชิงบวกทั้งหมด โดยแบ่งระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อิงตามเกณฑ์ของ Bloom (1964) ดังนี้

ระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	(28-35 คะแนน)
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79.99	(21-27 คะแนน)
ระดับต่ำ	ต่ำกว่าร้อยละ 60	(7-20 คะแนน)

3. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจ ข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามที่มีความหมายในเชิงบวกทั้งหมด โดยแบ่งระดับความพึงพอใจ อิงตามเกณฑ์ของ Bloom (1964) ดังนี้

ระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	(20-25 คะแนน)
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79.99	(15-19 คะแนน)
ระดับต่ำ	ต่ำกว่าร้อยละ 60	(5-14 คะแนน)

4. แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจจิตวิญญาณ ข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามที่มีความหมายในเชิงบวกทั้งหมด โดยแบ่งระดับความพึงพอใจจิตวิญญาณ อิงตามเกณฑ์ของ Bloom (1964) ดังนี้

ระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	(28-35 คะแนน)
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79.99	(21-27 คะแนน)
ระดับต่ำ	ต่ำกว่าร้อยละ 60	(7-20 คะแนน)

5. แบบสัมภาษณ์การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา ข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามที่มีความหมายในเชิงบวกทั้งหมด โดยแบ่งระดับการทำหน้าที่ด้านสติปัญญา อิงตามเกณฑ์ของ Bloom (1964) ดังนี้

ระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	(32-40 คะแนน)
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79.99	(24-31 คะแนน)
ระดับต่ำ	ต่ำกว่าร้อยละ 60	(8-23 คะแนน)

6. แบบสัมภาษณ์ความสามารถในการเผชิญปัญหา/ความเครียด ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามที่มีความหมายในเชิงบวกทั้งหมด โดยแบ่งระดับความสามารถในการเผชิญปัญหา/ความเครียด อิงตามเกณฑ์ของ Bloom (1964) ดังนี้



ระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	(40-50 คะแนน)
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79.99	(30-39 คะแนน)
ระดับต่ำ	ต่ำกว่าร้อยละ 60	(10-29 คะแนน)

7. แบบสัมภาษณ์ความว่าเหว ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ความว่าเหวของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย เมืองลอสแอนเจลิส (University of California, Los Angeles Loneliness Scale หรือ UCLA Loneliness Scale) ของ Russell, Peplau, & Cutrona (1980) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทย โดย สุพรรณิ นันทชัย ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 แล้วนำมาดัดแปลงภาษาให้เข้าใจง่ายกับกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัย เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับงานวิจัย ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่าตามแบบของลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับมีเกณฑ์การให้คะแนน 1, 2, 3 และ 4 คะแนน ตามลำดับ (สุพรรณิ นันทชัย, 2534)

ค่าคะแนนตั้งแต่ 20-80 คะแนน แบ่งความว่าเหวออกเป็น 3 ระดับ คือ

61-80 คะแนน หมายถึง มีความว่าเหวมากที่สุด

41-60 คะแนน หมายถึง มีความว่าเหวปานกลาง

20-40 คะแนน หมายถึง มีความว่าเหวน้อยที่สุด

**ส่วนที่ 3** แบบสัมภาษณ์ปัจจัยทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย ความต่อเนื่องในการรักษา การมีภาวะแทรกซ้อนของโรค ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรค ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การทำสมาธิ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การทำงานอดิเรก

1. แบบสัมภาษณ์ความต่อเนื่องในการรักษา การมีภาวะแทรกซ้อนของโรค ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรค จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเว้นช่องว่างให้กรอกข้อความตามสภาพที่เป็นจริง (Completion Item) ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกคำตอบ (Check list)

2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย ปฏิบัติน้อยครั้งหรือนาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้งหรือเกือบทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่หรือสม่ำเสมอ มีเกณฑ์การให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ข้อคำถามทางลบ (Reverse item) ทั้งหมด 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7 จะกลับค่าคะแนนไปในทางตรงข้าม โดยแบ่งระดับพฤติกรรมสุขภาพ อิงตามเกณฑ์ของ Bloom (1964) ดังนี้

ระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	(32-40 คะแนน)
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79.99	(24-31 คะแนน)
ระดับต่ำ	ต่ำกว่าร้อยละ 60	(8-23 คะแนน)

**ส่วนที่ 4** แบบสัมภาษณ์ปัจจัยทางครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และการได้รับการดูแล

1. แบบสัมภาษณ์การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่เคยได้รับ น้อยครั้งหรือนาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้งหรือเกือบทุกครั้ง ประจำทุกครั้งหรือสม่ำเสมอ มีเกณฑ์การให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน เป็นข้อคำถามที่มีความหมายในเชิงบวกทั้งหมด โดยแบ่งระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อิงตามเกณฑ์ของ Bloom (1964) ดังนี้

ระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	(60-75 คะแนน)
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79.99	(45-59 คะแนน)
ระดับต่ำ	ต่ำกว่าร้อยละ 60	(15-44 คะแนน)

2. แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว ข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่เคยได้รับ น้อยครั้งหรือนาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้งหรือเกือบทุกครั้ง ประจำทุกครั้งหรือสม่ำเสมอ มีเกณฑ์การให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ข้อคำถามทางลบ (Reverse item) ทั้งหมด 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4 จะกลับค่าคะแนนไปในทางตรงข้าม โดยแบ่งระดับสัมพันธภาพในครอบครัว อิงตามเกณฑ์ของ Bloom (1964) ดังนี้

ระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	(20-25 คะแนน)
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79.99	(15-19 คะแนน)
ระดับต่ำ	ต่ำกว่าร้อยละ 60	(5-14 คะแนน)

3. แบบสัมภาษณ์การได้รับการดูแล ข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่เคยได้รับ น้อยครั้งหรือนาน ๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้งหรือเกือบทุกครั้ง ประจำทุกครั้งหรือสม่ำเสมอ มีเกณฑ์การให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน เป็นข้อคำถามที่มีความหมายในเชิงบวกทั้งหมด โดยแบ่งระดับการได้รับการดูแล อิงตามเกณฑ์ของ Bloom (1964) ดังนี้

ระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	(84-105 คะแนน)
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79.99	(63-83 คะแนน)
ระดับต่ำ	ต่ำกว่าร้อยละ 60	(21-62 คะแนน)

**ส่วนที่ 5** แบบสัมภาษณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ของกรมสุขภาพจิต แบบเลือกคำตอบ (Check list)

ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ได้ 0 คะแนน หมายถึง ปกติ เป็นผู้ไม่มีความเสี่ยง

ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) ได้ 1-2 คะแนน หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q

### 3. การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้วัดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีขั้นตอนดังนี้

3.1 ทำการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาสร้างแบบสัมภาษณ์ โดยกำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัย

3.2 สร้างข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์ โดยพิจารณาจากนิยามศัพท์ และวัตถุประสงค์ของการวิจัย นำมากำหนดการให้คะแนนสำหรับคำตอบแต่ละข้อ

3.3 นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความถูกต้องของภาษา และปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ตามคำแนะนำ

3.4 นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างและปรับปรุงแล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ รูปแบบของแบบสัมภาษณ์ ความเหมาะสมของภาษา ความสมบูรณ์ของคำชี้แจง และความเหมาะสมของการใช้เวลาในการตอบ แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item – Objective Congruence: IOC) (Rovinelli & Hambleton, 1977) การวิจัยครั้งนี้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือจำนวน 5 ท่าน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านงานสุขภาพจิต 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ท่าน ซึ่งเกณฑ์การประเมินพิจารณาให้คะแนนแบบสัมภาษณ์เป็นรายข้อ ดังนี้

ให้คะแนน +1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้คะแนน -1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัยจากสูตรของ Rovinelli & Hambleton (1977) ดังนี้

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

โดย IOC หมายถึง ค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

$\sum R$  หมายถึง ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item - Objective Congruence: IOC) ของข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ทุกข้อ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.6 – 1.0 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือ เกณฑ์การพิจารณาความเหมาะสมของค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามรายข้อ ให้มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (Rovinelli & Hambleton, 1977) แต่ถ้าได้ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ได้พิจารณาแก้ไขปรับปรุง หรือตัดทิ้ง

3.4 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีลักษณะและพื้นที่คล้ายคลึงกับตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์เป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาความเชื่อถือและยอมรับได้ว่าควรมากกว่า 0.70 (DeVelilis, 2016; กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2560)

แบบสัมภาษณ์	ค่าความเที่ยง
การรับรู้สุขภาพของตนเอง	0.708
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	0.893
ความผาสุกทางใจ	0.898
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	0.888
การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา	0.827
ความสามารถในการเผชิญปัญหา/ความเครียด	0.775
ความว้าเหว่	0.870
พฤติกรรมสุขภาพ	0.903
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	0.878
สัมพันธภาพในครอบครัว	0.715
การได้รับการดูแล	0.788

3.5 นำแบบสัมภาษณ์ที่นำไปทดสอบมาปรับปรุงและเสนอประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อขอคำแนะนำและความเห็นชอบเพื่อความสมบูรณ์ของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

3.6 จัดทำแบบสัมภาษณ์เป็นฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยต่อไป

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีวิธีดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

4.1 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวร ส่งถึงหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประสานงานและขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในการขอเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ COA No.008/2023 IRB No. P3-0100/2565 มาชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และอธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้กับผู้ช่วยนักวิจัยที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน ทั้งนี้จะมีคำชี้แจงสำหรับผู้ให้สัมภาษณ์ในทุกฉบับ

4.3 เตรียมตัวผู้ช่วยวิจัย (training) โดยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และฝึกทักษะการเป็นผู้ช่วยผู้วิจัยให้แก่ทีมผู้ช่วยวิจัยทั้งหมด 4 คน เพื่อให้เกิดความเข้าใจประเด็นที่ต้องการศึกษาให้ชัดเจน ตรงกัน เกี่ยวกับวิธีการ ข้อมูลที่ต้องการเก็บรวบรวม และสามารถเก็บรวบรวมได้เหมือนผู้วิจัย อันจะส่งผลให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วนและปราศจากความลำเอียง

4.4 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง ในกรณีที่มีความสงสัยหรือไม่เข้าใจเป็นรายข้อ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะอธิบายรายละเอียดของข้อคำถามเพิ่มเติม เสร็จแล้วผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลในเบื้องต้นจนครบตามจำนวน กรณีไม่พบกลุ่มตัวอย่างหรือกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ครบถ้วน ให้สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เดียวกันแทนตามความเหมาะสม

4.5 ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพข้อมูลอีกครั้งด้วยการบันทึกในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และตรวจสอบข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ

#### 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ จำนวน 608 คน มาวิเคราะห์ค่าสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

5.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และวิเคราะห์ข้อมูลของตัวแปร ใช้สถิติร้อยละ (Percentage)

ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum)

5.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกทวิ (Binary logistic regression Analysis) โดยกำหนดเกณฑ์ยอมรับสมมุติฐานที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

## การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การวิจัยระยะนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 มาใช้ในการสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของ ภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น และภาครัฐ โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) เพื่อร่วมกันพูดคุย อภิปราย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ (เก็จกนก เอื้องวงศ์, 2562) ซึ่งจะทำให้ได้รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อได้รูปแบบแล้วผู้วิจัยจะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทำการตรวจสอบในการวิจัยระยะที่ 3 ด้วยแบบสอบถามตรวจสอบรูปแบบฯ ในด้านความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุม เพื่อยืนยันคุณภาพรูปแบบ และนำข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้รูปแบบมีความสมบูรณ์ และสามารถนำไปใช้ต่อในวงกว้างต่อไป

### 1. การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

1.1 ผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น และภาครัฐ ในพื้นที่อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ดังนี้

#### 1.1.1 ภาคประชาชน ได้แก่

1.1.1.1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีประสบการณ์ในดูแลผู้สูงอายุและงานสุขภาพจิต จำนวน 8 คน

1.1.1.2 ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า จำนวน 6 คน

1.1.2 ภาคท้องถิ่น ได้แก่ ผู้นำท้องถิ่น หรือผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน

1.1.3 ภาครัฐ ได้แก่ บุคลากรทางสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและผู้สูงอายุของโรงพยาบาลศูนย์/ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 6 คน

1.2 การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเอกพันธ์ (Homogeneous Sampling) โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันเข้าร่วมการ

สนทนากลุ่ม (Miles & Huberman, 1994) เพื่อพูดคุย อภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันในประเด็นรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

### 1.3 เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion Criteria)

#### 1.3.1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion Criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. มีประสบการณ์ในดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการเกิด

ภาวะซึมเศร้า หรืองานสุขภาพจิต

3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี

4. ยินดีให้ข้อมูล

#### 1.3.2 ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า

1. เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่

จังหวัดนนทบุรี

2. ประเมิน 2Q แล้วพบว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า

3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี

4. ยินดีให้ข้อมูล

5. ในกรณีที่พบว่าอาสาสมัครมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการ

คัดกรองด้วย 2Q ผู้วิจัยจะประเมินระดับภาวะซึมเศร้าด้วย 9Q ซึ่งหากพบมากกว่า 9 คะแนน ผู้วิจัยจะดำเนินการมาตรการช่วยเหลือผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยการส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

#### 1.3.3 ผู้นำท้องถิ่น หรือผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและผู้สูงอายุ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion Criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

2. เป็นผู้นำท้องถิ่น หรือผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและผู้สูงอายุ

3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี

4. ยินดีให้ข้อมูล

1.3.4 บุคลากรทางสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและผู้สูงอายุของ  
โรงพยาบาลศูนย์/ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion Criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและผู้สูงอายุ  
ของโรงพยาบาลศูนย์/ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำงานในเขตพื้นที่การวิจัย
3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี
4. ยินดีให้ข้อมูล

1.4 เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมวิจัยออก (Exclusion Criteria)

- 1.4.1 มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในระหว่างการเก็บข้อมูล
- 1.4.2 ย้ายที่อยู่ในช่วงเก็บข้อมูลวิจัย หรือออกจากพื้นที่การวิจัย หรือไม่พบในวันนัด

หมาย

1.4.3 ไม่สามารถให้ข้อมูลได้สมบูรณ์

1.4.4 ปฏิเสธการให้ข้อมูลระหว่างดำเนินการวิจัย

1.5 เกณฑ์ถอนผู้เข้าร่วมวิจัยออกระหว่างการวิจัย (Withdrawal Criteria)

1.5.1 กรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจเกิดอันตราย หรือส่งผลต่อความปลอดภัยของ  
ผู้เข้าร่วมวิจัย หรือ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการวิจัยโดยรวม (confounder) ผู้วิจัยสามารถ  
แจ้งผู้เข้าร่วมวิจัยและคัดเลือกบางรายออกก่อนสิ้นสุดการวิจัยได้ตามความเหมาะสม

1.5.2 ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวระหว่างดำเนินการวิจัย

1.6 เกณฑ์การยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด (Termination Criteria)

1.6.1 กรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับบาดเจ็บ หรือเกิดอันตรายจากการเข้าร่วมวิจัย  
ผู้วิจัยอาจจะต้องยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

1.6.2 อาสาสมัครต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 แนวทางการสนทนากลุ่ม ลักษณะเป็นคำถามแบบปลายเปิด โดยเริ่มต้นคำถาม  
ด้วยการแสดงความคิดเห็นในมุมมองของผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ในประเด็นของรูปแบบการป้องกัน  
ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ควรเป็น และประเด็น  
การตรวจสอบรูปแบบที่สร้างขึ้น เพื่อยืนยันคุณภาพของรูปแบบในด้านความเป็นประโยชน์ ความ  
เป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุม โดยขณะดำเนินการสนทนานอกเหนือจาก  
ประเด็นที่กำหนดไว้ อาจมีประเด็นใหม่ ๆ เกิดขึ้น การจับประเด็นจะต้องปรับแนวทางตามความ  
เหมาะสมไปเรื่อย ๆ ตลอดการสนทนาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และลึกซึ้ง



2.2 ผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัย เป็นเครื่องมือในการศึกษา จึงต้องมีการอบรมเตรียมความพร้อม (training) โดยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในระยะที่ 2 และฝึกทักษะการเป็นผู้ช่วยผู้วิจัยให้แก่ทีมผู้ช่วยวิจัยทั้งหมด 4 คน ในองค์ความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ และการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อดำเนินการศึกษาวิจัยให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพส่งผลให้การวิจัยมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ

2.3 สมุดจดบันทึก (Filed note) และเครื่องบันทึกเสียง โดยผู้วิจัยจะทำการจดบันทึกในสมุด และบันทึกเสียงของผู้ให้ข้อมูลเพื่อเก็บรายละเอียด ป้องกันการลืม โดยผู้วิจัยจะขออนุญาตบันทึกเสียงก่อนทุกครั้ง เมื่อผู้ให้ข้อมูลไม่ขัดข้องจึงทำการบันทึกเสียงไว้ แต่ถ้าผู้ให้ข้อมูลไม่เต็มใจให้บันทึกเสียง ผู้วิจัยจะไม่บันทึกเสียงเพื่อผู้ให้ข้อมูลเกิดความสบายใจ

### 3. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 3.1 แนวทางการสนทนากลุ่ม

3.1.1 ร่างแนวทางในการสนทนากลุ่มเป็นข้อคำถามที่ผ่านการคิด กลั่นกรอง และตรวจสอบแล้ว ผู้วิจัยใช้แนวคำถามปลายเปิดจุดประเด็นการสนทนาให้ผู้ร่วมสนทนาได้แสดงความคิดเห็นต่อประเด็นของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ควรเป็น และประเด็นในการตรวจสอบรูปแบบที่สร้างขึ้น เพื่อยืนยันคุณภาพของรูปแบบในด้านความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุม จากนั้นนำร่างแนวทางในการสนทนากลุ่มเสนอประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อขอคำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงให้สมบูรณ์ขึ้น

3.1.2 ตรวจสอบคุณภาพแนวทางการสนทนากลุ่ม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีผลงานเป็นที่ยอมรับ จำนวน 5 ท่าน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต จำนวน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแนวทางการสนทนากลุ่ม และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

3.1.3 นำแนวทางการสนทนากลุ่มไปทดลองใช้ในพื้นที่ที่ศึกษาโดยพิจารณาจากความเป็นไปได้ของการได้ข้อมูล ความเข้าใจเนื้อหา ความยากง่าย หรือความกำกวมของคำถาม หรือข้อสนทนา ปฏิกริยาสะท้อนกลับของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม และระยะเวลาในการสนทนาในการศึกษาครั้งนี้กำหนดให้ไม่เกิน 1 ชั่วโมง 30 นาที

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) โดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น และภาครัฐ

##### 4.1 ชั้นเตรียมการ

4.1.1 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ส่งถึงหน่วยงานของผู้ให้ข้อมูล และผู้ให้ข้อมูลโดยตรง เพื่อขอความร่วมมือเข้าร่วมการสนทนา และประสานงานนัดหมายวันเวลา และสถานที่ล่วงหน้า

4.1.2 เตรียมผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัย ให้มีความเข้าใจประเด็นที่ต้องการศึกษาอย่างชัดเจน ศึกษาข้อมูลของผู้ร่วมสนทนา และเตรียมอุปกรณ์ในการบันทึกข้อมูล และบันทึกเสียง เช่น สมุด ปากกา เครื่องบันทึกเสียง เป็นต้น

4.1.3 เตรียมสถานที่จัดการสนทนา โดยการวิจัยครั้งนี้ ใช้ห้องประชุมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี เป็นสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวกในการเดินทางมาร่วมการสนทนา สามารถควบคุมเสียง จัดโต๊ะเก้าอี้ตามรูปแบบ U-shaped สร้างบรรยากาศทำให้ผู้ร่วมสนทนารู้สึกเป็นกันเอง และผ่อนคลายได้ เนื่องจากเป็นสถานที่คุ้นเคยมาก่อน

##### 4.2 ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

4.2.1 ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา ผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้จัดบันทึกและสังเกตการสนทนา และผู้เข้าร่วมการสนทนาทุกท่าน นั่งเก้าอี้ที่จัดไว้ได้อย่างอิสระ

4.2.3 ผู้วิจัย กล่าวทักทาย แนะนำตัวเอง และให้ผู้เข้าร่วมสนทนาทุกท่านแนะนำตัวเองสั้น ๆ เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ ทำความรู้จักกัน ให้ทุกคนได้ผ่อนคลาย

4.2.4 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนา การรักษาความลับสำหรับการวิจัย การนำข้อมูลไปใช้ ขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กล่าวคำขอบขอบคุณ ขอให้ทุกคนพูดได้โดยไม่กังวลเรื่องถูกผิด และขออนุญาตให้ผู้ช่วยผู้วิจัยจัดบันทึกข้อมูล และใช้เครื่องบันทึกเสียงการสนทนากลุ่มในครั้งนี้

4.2.5 ผู้วิจัยดำเนินการสนทนาโดยจุดประเด็นการสนทนาตามแนวทางที่สร้างไว้ ผู้ช่วยผู้วิจัยจะคอยจับประเด็นต่าง ๆ ที่ปรากฏในการสนทนา ในการสนทนาควรให้ผู้ร่วมสนทนาทุกท่านได้แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุด โดยนำเทคนิคแผนที่ความคิด (Mind mapping) และเทคนิคการใช้คำสำคัญ (Key word) มาใช้กับการสนทนากลุ่ม รวมเวลาที่ใช้ในกระบวนการสนทนากลุ่ม 1 ชั่วโมง 30 นาที

#### 4.3 ขั้นสรุปหลังการสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยนำข้อมูลจากการจดบันทึก และการบันทึกเสียงตลอดการสนทนากลุ่มมาเรียบเรียงเนื้อหา สรุปประเด็นเพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

### 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาสรุปรูปแบบ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ คำแนะนำ เพื่อให้ได้รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เหมาะสมต่อไป

### 6. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

6.1 การใช้กระบวนการที่เหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การสนทนากลุ่มเป็นวิธีการวิจัยที่เหมาะสม สามารถสกัดองค์ความรู้จากประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักได้อย่างละเอียด ลึกซึ้ง ซึ่งเป็นการช่วยยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) ที่เกิดจากประสบการณ์และความคิดของผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นเกณฑ์ ช่วยให้เกิดประเด็นความคิดที่หลากหลายมีความเป็นปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระและก่อให้เกิดฉันทามติโดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม และระหว่างดำเนินการจะพยายามกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดการแสดงความคิดเห็นอย่างมีอิสระ เท่าเทียมกัน และเกิดฉันทามติ ซึ่งเกิดขึ้นในระหว่างดำเนินการกระบวนการสนทนากลุ่ม

6.2 การสร้างความคุ้นเคย (Rapport) กับบริบทของพื้นที่ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจในการให้ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล โดยก่อนที่เริ่มเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะทำการลงสำรวจพื้นที่และทำความคุ้นเคยกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักก่อนทำการเก็บข้อมูลจริง

6.3 การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยการตรวจสอบข้อมูลจะทำไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2561) ดังนี้

6.3.1 การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มาถูกต้องหรือไม่ โดยกำหนดให้ตรวจสอบข้อมูล 3 แหล่งที่มา ได้แก่ เวลา สถานที่ และบุคคล คือ เก็บข้อมูลในช่วงเวลาใกล้เคียงกันและช่วงเวลาต่างกัน เพื่อให้ทราบว่าคุณสมบัติที่ได้รับในช่วงเวลาต่าง ๆ นั้นเหมือนกันหรือไม่ รวมทั้งการเก็บข้อมูลจากสถานที่แตกต่างกัน และการเก็บข้อมูลจากบุคคลที่มีความแตกต่างหลากหลาย โดยในการศึกษาครั้งนี้ เลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่มภาคประชาชน ภาคท้องถิ่นและภาครัฐ ซึ่งมีสภาพการปฏิบัติงานที่มีความแตกต่างกัน เป็นต้น

6.3.2 การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านผู้ศึกษาวิจัย (Investigator Triangulation) เพื่อตรวจสอบว่าผู้วิจัยแต่ละคนจะได้ข้อมูลต่างกันอย่างใด โดยในการศึกษาครั้งนี้นอกจากผู้วิจัยแล้ว ได้กำหนดผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ช่วยนักวิจัยจะได้รับการฝึกก่อนออกเก็บข้อมูลจริง ด้วยเหตุผลของการใช้ผู้ช่วยนักวิจัยเนื่องจากต้องการความหลากหลายในการเก็บข้อมูล จากการใช้ผู้วิจัยคนเดียว เพื่อสร้างความแน่ใจได้ดีกว่านักวิจัยคนเดียว

6.3.3 การตรวจสอบแบบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) เพื่อการตรวจสอบว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ กัน รวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน โดยในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บข้อมูลทั้งการสนทนากลุ่ม เชื่อมโยงผลการศึกษาระยะที่ 1 ควบคู่กับการค้นคว้าและทบทวนจากเอกสารรายงานต่าง ๆ และเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือมากขึ้นได้ กำหนดการซักถามผู้ให้ข้อมูลหลังจากสรุปผลการศึกษา เพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปนั้น เทียบตรงตามความเป็นจริงหรือไม่ หลังจากนั้นจึงแก้ไขเป็นรายงานฉบับสมบูรณ์ต่อไป

### **การวิจัยระยะที่ 3 การตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**

การวิจัยขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยผู้เชี่ยวชาญ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบในด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเหมาะสม (Propriety) และความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) ในเดือนเมษายน 2566 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด เนื่องจากผู้วิจัยมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการศึกษาวิจัย จึงใช้การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญแทนการทดลองใช้ ยืนยันรูปแบบ เพื่อให้สามารถนำรูปแบบที่ผ่านการประเมินไปใช้ได้จริงในพื้นที่การวิจัย รวมทั้งขยายผลการใช้รูปแบบในวงกว้างต่อไป

#### **1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

1.1 ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้เชี่ยวชาญงานสุขภาพจิต หรือ ผู้เชี่ยวชาญงานผู้สูงอายุ

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญงานสุขภาพจิต จำนวน 7 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ 1 คน พยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน 1 คน พยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต และงานผู้สูงอายุ ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2 คน

- 1.3 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)
  - 1.3.1 อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
  - 1.3.2 มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต หรือ งานผู้สูงอายุ
  - 1.3.3 ยินดีให้ข้อมูล
- 1.4 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)
  - 1.4.1 มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในระหว่างการเก็บข้อมูล
  - 1.4.2 ย้ายที่ทำงานในช่วงเก็บข้อมูลวิจัย หรือไม่พบในวันนัดหมาย
  - 1.4.3 ไม่สามารถให้ข้อมูลได้สมบูรณ์
  - 1.4.4 ปฏิเสธการให้ข้อมูลระหว่างดำเนินการวิจัย
- 1.5 เกณฑ์ถอนผู้เข้าร่วมวิจัยออกระหว่างการวิจัย (Withdrawal Criteria)
  - 1.5.1 กรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจเกิดอันตราย หรือส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัย หรือ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีปัจจัยที่ส่งผลต่อการวิจัยโดยรวม (confounder) ผู้วิจัยสามารถแจ้งผู้เข้าร่วมวิจัยและคัดเลือกบางรายออกก่อนสิ้นสุดการวิจัยได้ตามความเหมาะสม
  - 1.5.2 ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวระหว่างดำเนินการวิจัย
- 1.6 เกณฑ์การยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด (Termination Criteria)
  - 1.6.1 กรณีที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับบาดเจ็บ หรือเกิดอันตรายจากการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยอาจจะต้องยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย
  - 1.6.2 อาสาสมัครต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างคือ แบบสอบถามตรวจสอบรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และประเภทกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบ และเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นที่มีต่อรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเหมาะสม (Propriety) และความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับคือ มากที่สุด มากปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ

### 3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างแบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.1 ทำการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการตรวจสอบร่างรูปแบบ

3.3 สร้างข้อคำถามในแบบสอบถาม โดยพิจารณาจากเกณฑ์มาตรฐานทางการศึกษา 4 หมวดมาตรฐานคือ มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (Utility standards) มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (Feasibility standards) มาตรฐานด้านความเหมาะสม (Propriety standards) และ มาตรฐานด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy standards) ของคณะกรรมการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการประเมินการศึกษา (Joint Committee on Standards for Educational Evaluation) (Madaus, Scriven, & Stufflebeam, 1983)

3.4 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นปรึกษาประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อพิจารณาความถูกต้องความเหมาะสมของภาษา และปรับปรุงตามคำแนะนำ

3.5 การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาสำนวนภาษา ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item-Objective Congruence: IOC) จำนวน 5 ท่านคือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านงานสุขภาพจิต 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 ท่าน โดยเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ให้คะแนน +1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้คะแนน -1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัยจากสูตรของ Rovinelli & Hambleton (1977) ดังนี้

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

โดย IOC หมายถึง ค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

$\Sigma R$  หมายถึง ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item - Objective Congruence: IOC) ของข้อคำถามในแบบสอบถามทุกข้อ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.6 – 1.0 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือ เกณฑ์การพิจารณาความเหมาะสมของค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามรายข้อ ให้มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป (Rovinelli & Hambleton, 1977) แต่ถ้าได้ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ต้องพิจารณาแก้ไขปรับปรุง หรือตัดทิ้ง

3.6 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้เชี่ยวชาญงานสุขภาพจิต หรือ ผู้เชี่ยวชาญงานผู้สูงอายุ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีลักษณะและพื้นที่คล้ายกับตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.937 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีความเชื่อถือและยอมรับได้ควรมากกว่า 0.70 (DeVelilis, 2016; กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2560)

3.7 นำแบบสอบถามที่นำไปทดสอบมาปรับปรุงและเสนอประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อขอคำแนะนำและความเห็นชอบเพื่อความสมบูรณ์ของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง

3.8 จัดทำแบบสอบถามเป็นฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยต่อไป

#### 4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีวิธีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

4.1 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวร ส่งถึงหน่วยงานของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประสานงานและขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร มาชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และอธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญมีความเข้าใจตรงกัน ทั้งนี้จะมีคำชี้แจงสำหรับผู้ตอบแบบสอบถามในทุกฉบับ พร้อมทั้งแนบภาพแสดงรูปแบบ และเอกสารตารางแสดงองค์ประกอบและวิธีการ/กิจกรรมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประกอบการพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ ตามเกณฑ์

มาตรฐาน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไป ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้องครอบคลุม

4.3 ผู้วิจัยรับแบบสอบถามคืนและนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

## 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ดังนี้

5.1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และวิเคราะห์ข้อมูลของตัวแปร ใช้สถิติร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum)

5.2 ความคิดเห็นที่มีต่อรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย ด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ด้านความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเหมาะสม (Propriety) และความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD)

5.3 ปรับปรุงรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผู้วิจัยนำผลข้อเสนอและสรุปความคิดเห็นเพิ่มเติม ปรับปรุงรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และมีความสมบูรณ์ครบถ้วนตามกระบวนการวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เสนอโครงร่างเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, The National and International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects (CIOMS) และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP) หลังจากได้รับการรับรองแล้วผู้วิจัยจะดำเนินการทำวิจัยโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ คือ การแนะนำตัว การชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการปฏิเสธหรือตอบรับเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง มีการปกปิดรายชื่อและข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยจะไม่มีภาระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้สอบถามกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและไม่นำมาเปิดเผยจะเก็บไว้เฉพาะที่ผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลนี้จะถูกทำลายหลังจากมีการวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานหลังการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี การนำเสนอและเผยแพร่เป็นภาพรวมจะไม่ระบุหรืออ้างอิงกลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูล หากไม่ได้รับอนุญาตก่อน



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสานแบบแผนหลายระยะ (Sequential Mixed Methods Research Designs) โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) เพื่อสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 3) เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามระยะการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

1. การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. การวิจัยระยะที่ 3 การตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

**การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุ และมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบคู่ขนาน (Convergent parallel design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุ และมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งจะนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ไปใช้ในระยะเวลาที่ 2 ต่อไป ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**

การวิจัยส่วนนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบพหุกรณี (Multiple case study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 17,831 คน โดยมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักคือ 1) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 คน และ 2) สมาชิกในครอบครัว ญาติ ผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 15 คน ซึ่งได้จากการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบกรณีหลากหลาย (Maximum variation sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยด้วยแบบสัมภาษณ์ ชนิดกึ่งมีโครงสร้างสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ร่วมกับการสังเกต (Observation) และจดบันทึกภาคสนาม (Field note) พร้อมทั้งขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลหลักในการ บันทึกเสียง ในเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2566 หลังจากนั้นนำเทปบันทึกเสียงมาฟังซ้ำและถอด ข้อมูลอย่างละเอียดเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลและประเด็นให้ครอบคลุม วิเคราะห์ข้อมูล คุณลักษณะทาง ประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก (ข้อมูลเชิงปริมาณ) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติการ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็น สาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ข้อมูลเชิงคุณภาพ) ด้วยการใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

### 1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก

#### 1.1 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 มีอายุ 60-69 ปีมากที่สุด ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 35.0 และน้อยที่สุดคือ อายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 5.0 อายุเฉลี่ย  $69.50 \pm 7.03$  ปี อายุต่ำสุด 60 ปี และอายุสูงสุด 83 ปี ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพ สมรสมากที่สุด ร้อยละ 45.0 รองลงมาคือ หม้าย ร้อยละ 30.0 และน้อยที่สุดคือ โสดร้อยละ 10.0 สำเร็จ การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 75.0 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาต้นร้อยละ 10.0 การ ประกอบอาชีพพบว่าไม่มีอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 65.0 รองลงมาคือ ค่าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 25.0 และน้อยที่สุดคือ รับจ้าง ร้อยละ 5.0 มีสิทธิรักษาพยาบาลเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มากที่สุด ร้อยละ 75.0 รองลงมาคือ สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการร้อยละ 20.0 มี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 90.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย  $2,325.00 \pm 2,535.20$  บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำสุด 600 บาท และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด 11,000 บาท และความเพียงพอของรายได้พบว่าไม่เพียงพอมากที่สุด ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ เพียงพอไม่เหลือ เกือบ ร้อยละ 35.0

ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่มติด สังคม ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 30.0 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 10.0 ไม่มี ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ร้อยละ 95.0 มีการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคความดันโลหิต สูง ร้อยละ 80.0 รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 60.0 และน้อยที่สุดคือโรคหลอดเลือด สมองและโรคอ้วน ร้อยละ 5.0 ตามลำดับ มีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 6-10 ปีมากที่สุด ร้อยละ 35.0 รองลงมาคือ 1-5 ปี ร้อยละ 30.0 และน้อยที่สุดคือ 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 5.0 ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเฉลี่ย  $10.55 \pm 7.03$  ปี ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ

เรื้อรังต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 30 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 80.0 ลักษณะการอยู่อาศัยโดยอาศัยอยู่กับบุตร/ หลานมากที่สุด ร้อยละ 60.0 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-3 คนมากที่สุด ร้อยละ 70.0 รองลงมาคือ 4-6 คน ร้อยละ 25.0 จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย  $2.85 \pm 1.56$  คน จำนวนสมาชิกในครอบครัวต่ำสุด 1 คน และสูงสุด 7 คน มีผู้ดูแล ร้อยละ 85.0 รายละเอียดดังตาราง 5

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 20)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	14	70.0
ชาย	6	30.0
อายุ		
60-69 ปี (ผู้สูงอายุวัยต้น)	12	60.0
70-79 ปี (ผู้สูงอายุวัยกลาง)	7	35.0
80 ปีขึ้นไป (ผู้สูงอายุวัยปลาย)	1	5.0
(Mean=69.50, SD=7.03, Minimum = 60, Maximum = 83)		
ศาสนา		
พุทธ	20	100.0
สถานภาพ		
โสด	2	10.0
สมรส	9	45.0
หย่า/ แยกกันอยู่	3	15.0
หม้าย	6	30.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	15	75.0
มัธยมศึกษาต้น	2	10.0
มัธยมศึกษาปลาย/ ปวช.	1	5.0
อนุปริญญา/ ปวส.	1	5.0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1	5.0

ตาราง 2 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	13	65.0
รับจ้าง	2	10.0
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	5	25.0
สิทธิรักษาพยาบาล		
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	15	75.0
สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ	4	20.0
สิทธิประกันสังคม	1	5.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	18	90.0
5,001-10,000 บาท	1	5.0
10,001-15,000 บาท	1	5.0
(Mean = 2,325.00, SD = 2535.20, Minimum = 600, Maximum = 11,000)		
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	10	50.0
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	7	35.0
เพียงพอมีเหลือเก็บ	3	15.0
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
กลุ่มติดสังคม	12	60.0
กลุ่มติดบ้าน	6	30.0
กลุ่มติดเตียง	2	10.0
ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว		
ไม่มีประวัติ	19	95.0
มีประวัติ	1	5.0
ชนิดของการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
โรคความดันโลหิตสูง	16	80.0
โรคไขมันในเลือดสูง	12	60.0
โรคเบาหวาน	11	55.0

ตาราง 2 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
โรคข้อเข่าเสื่อม	7	35.0
โรคหัวใจและหลอดเลือด	4	20.0
โรคมะเร็ง	3	15.0
โรคไต	2	10.0
โรคหลอดเลือดสมอง	1	5.0
โรคอ้วน	1	5.0
ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
1-5 ปี	6	30.0
6-10 ปี	7	35.0
11-15 ปี	4	20.0
16-20 ปี	2	10.0
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	1	5.0
(Mean = 10.55, SD = 7.03, Minimum = 1, Maximum = 30)		
การมีโรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	16	80.0
มีโรคร่วม	4	20.0
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อาศัยอยู่กับบุตร/ หลาน	12	60.0
อาศัยอยู่กับสามี/ ภรรยา	3	15.0
อาศัยอยู่กับญาติ	3	15.0
อาศัยตามลำพัง	3	15.0
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1-3 คน	14	70.0
4-6 คน	5	25.0
7-9 คน	1	5.0
(Mean = 2.85, SD = 1.56, Minimum = 1, Maximum = 7)		

## ตาราง 2 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ	17	85.0
ไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ	3	15.0

## 1.2 สมาชิกในครอบครัว ญาติ ผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 มีอายุ 36-40 ปีมากที่สุด ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.3 อายุเฉลี่ย  $43.87 \pm 5.73$  ปี อายุต่ำสุด 36 ปี และสูงสุด 52 ปี ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 53.3 รองลงมาคือ หย่า/ แยกกันอยู่ ร้อยละ 20.0 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาต้นมากที่สุด ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาปลาย/ ปวช. ร้อยละ 26.7 การประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 46.7 มีสิทธิรักษาพยาบาลเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด ร้อยละ 46.7 รองลงมาคือ สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 33.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001-25,000 บาท ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ 5,001-15,000 บาท ร้อยละ 26.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย  $20,453.33 \pm 10412.76$  บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำสุด 4,800 บาท และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด 37,000 บาท ความเพียงพอของรายได้พบว่าเพียงพอไม่เหลือเก็บมากที่สุด ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ เพียงพอมีเหลือเก็บ ร้อยละ 33.3 และความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นบุตรมากที่สุด ร้อยละ 80.0 รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่มสมาชิกในครอบครัว ญาติ ผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 15)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	13	86.7
ชาย	2	13.3
อายุ		
36-40 ปี	6	40.0
41-45 ปี	4	26.7
มากกว่า 50 ปีขึ้นไป	5	33.3
(Mean=43.87, SD=5.73, Minimum = 36, Maximum = 52)		

## ตาราง 3 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	15	100.0
สถานภาพ		
โสด	2	13.3
สมรส	8	53.3
หย่า/ แยกกันอยู่	3	20.0
หม้าย	2	13.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	3	20.0
มัธยมศึกษาต้น	5	33.3
มัธยมศึกษาปลาย/ ปวช.	4	26.7
อนุปริญญา/ ปวส.	2	13.3
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1	6.7
อาชีพ		
รับจ้าง	7	46.7
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	4	26.7
รับราชการ	4	26.7
สิทธิรักษาพยาบาล		
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	7	46.7
สิทธิประกันสังคม	5	33.3
สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ	3	20.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	1	6.7
5,001-15,000 บาท	4	26.7
15,001-25,000 บาท	5	33.3
25,001-35,000 บาท	3	20.0
มากกว่า 35,000 บาทขึ้นไป	2	13.3
(Mean = 20,453.33, SD = 10412.76, Minimum = 4,800, Maximum = 37,000)		

ตาราง 3 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	4	26.7
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	6	40.0
เพียงพอมีเหลือเก็บ	5	33.3
ความสัมพันธ์ในครอบครัว		
บุตร	12	80.0
หลาน	3	20.0

2. ปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประเมิน 2Q แล้วพบว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 คน (Older Adult: OA) และสมาชิกในครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล อายุ 20 ปีขึ้นไปที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน ถึง 1 ปีขึ้นไป จำนวน 15 คน (Family: Fa) พบว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมี 4 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยทางครอบครัวและสังคม

### 2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบมี 1 ปัจจัย คือ ความเพียงพอของรายได้

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ความเพียงพอของรายได้ เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย 2 กลุ่มคำ (Categories) คือ รายได้ไม่เพียงพอ และการมีหนี้สิน โดยรายได้ที่ผู้สูงอายุได้รับจากทุกแหล่งต่อเดือน เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ลูกหลานให้ ทำงานหาเงินด้วยตนเอง บำนาญ เป็นต้น เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายต่อเดือน การชำระหนี้สิน ส่งผลให้รายได้ไม่เพียงพอ ไม่มีเหลือเก็บ ประกอบกับการที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ทรุดโทรมลงตามวัย มีโรคประจำตัวกลุ่มโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ทำให้ไม่สามารถทำงานหนักได้เหมือนเดิม ต้องมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพโดยเฉพาะ ค่าอาหาร



ค่ายารักษาโรค การเดินทาง และยานพาหนะไปรับการรักษาที่สถานพยาบาล รวมทั้งเป็นช่วงภาวะเศรษฐกิจประเทศที่ไม่ดีหลังสถานการณ์ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส การค้าขายไม่ดีเหมือนก่อน รายได้ลดลงมาก การไม่มีงานทำของสมาชิกในครัวเรือน ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายภายในครัวเรือน ดังนั้นทั้งในระดับบุคคลคือ ตัวผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือสมาชิกในครอบครัว จึงมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายในการดำรงชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการวิตกกังวล ความเครียด ความท้อแท้ จนบางรายมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายให้พ้นจากปัญหา หรือภาระของลูกหลาน จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยดังนี้

...ป้ามีปัญหาหนี้สินผ่อนมอเตอร์ไซด์ตั้งแต่ตั้งแต่วัยยังไม่ตาย พอลุงไม่สบายและตายไปป้ามีรายได้ไม่พอจ่าย จึงขาดส่งมาหลายงวด บริษัทโทรมาทวงหนี้พนักงานพูดจาไม่ดีมาก ๆ ว่าเราตลอด คุณถูกเหมือนเราไม่ใช่คน ชักคดดันให้ชำระทันที 8,500 บาท ป้าไม่มีเงินจ่ายทั้งหมด ขอผ่อนเดือนละ 500 บาทยังไม่รู้บริษัทจะยอมไหม ป้าได้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเดือนละ 700 บาท กะว่าจะแบ่งเก็บไปผ่อนสัก 4-5 ร้อยถ้าบริษัทเขายอมให้ผ่อนนะ ป้าไม่กล้าบอกลูกกลัวลูกเครียดไปด้วย ลูกเขาดูแลค่าใช้จ่ายในบ้าน เลี้ยงลูกเล็ก ๆ อีก 2 คน ป้าไม่ออกไปเพิ่มภาระลูกอีกทุกวันนี้ลูกก็ทำงานหนัก เลิก 2 ทุ่มทุกวัน บางครั้งป้าก็ท้อแท้อยากตาย ๆ ไปให้หมดปัญหา คิดจะเอาผ้าไปผูกคอตายที่สนามเด็กเล่นท้ายซอย แต่ก็เกรงคนจะกลัวมีคนผูกคอตาย บางทีคิดจะเอามีดแทงตัวตายในบ้านแต่ก็สงสารลูกหลาน

(OA01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 มกราคม 2566)

...ตั้งแต่โควิดระบาดมา 3 ปีนี้ชีวิตลำบากมากไม่มีรายได้ เคยรับจ้างขับรถมีรายได้ตอนนี้ไม่มีงานไม่มีใครจ้างเหมือนเดิมมานาน ๆ จะมีงานสักที ต้องอาศัยเงินใช้เงินเก็บที่เคยทำงานไว้ ตอนนี้เครียดมากไม่รู้จะทำยังไงดี บางครั้งเพื่อชีวิตไม่อยากอยู่แต่ยังห่วงลูกสาวที่กำลังจะแต่งงานกลัวเค้าจะลำบาก

(OA02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 มกราคม 2566)

...ชีวิตลำบากมากไม่มีรายได้ต้องอาศัยเงินจากพี่สาวพี่ชายให้ เงินที่ได้ไม่พอใช้เลยเครียดแต่ไม่รู้จะทำอะไรเพราะเป็นโรคมะเร็งไม่มีแรง

(OA05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 มกราคม 2566)

...เศรษฐกิจที่บ้านไม่ดี รายได้ไม่พอใช้ ไม่มีรายได้อะไรนอกจากเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุไม่ถึงพัน ถ้าไม่พอจะเครียดที่ต้องไปขอลูก เกรงใจลูกเพราะเขามีครอบครัวต้องดูแลอยู่หลายคน

(OA06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 มกราคม 2566)

...รายได้ไม่มีมีแต่ค่าใช้จ่ายในแต่ละวัน ไม่รู้จะทำยังไง เบียดขีพผู้สูงอายุกับเงินบัตรของรัฐไม่พอต้องอดทนกันไป ค่าขายไม่ดีเหมือนก่อน บางวันขายได้น้อย บางวันแทบจะขายไม่ได้ คนไม่มาซื้อกันแล้ว เพราะเขาก็ไม่มีเงินซื้อกัน ไม่รู้จะอยู่สู้กันไปได้นานถึงเมื่อไร

(OA07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 มกราคม 2566)

...รายได้ไม่พอใช้ ไม่มีเงิน แม้แต่ค่ารถที่จะเดินทางไปหาหมอยังไม่มีเลย ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปหาหมอก็กแพง ไม่มีเงินจ้างรถพาไปเลยไม่ได้ไปหาหมอรับยา มีเงินใช้จ่ายไม่พอ และไม่รู้ว่าเอาเงินมาจากไหน จะขอยืมใครก็ลำบากเขาไม่ให้ยืมง่าย ๆ ดอกเบี้ยสูงจะเป็นหนี้สิน สร้างความเครียดเพิ่มขึ้นอีก

(OA08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 7 กุมภาพันธ์ 2566)

...ทุกวันนี้มีรายได้จากเบี้ยผู้สูงอายุเดือนละ 700 ไม่มีรายได้อะไรอื่นอีกเลยไม่พอบางครั้งต้องขอลูกแต่ลูกก็ให้บ้างไม่ให้บ้าง เพราะเขามีครอบครัวต้องดูแลเลี้ยงลูกหลายคน ๆ ลูกจะมาให้เงิน ตอนนี้อาศัยข้าววัดกินบางมื้อ ช่วยขัดห้องน้ำให้บ่อย ๆ พระท่านจะให้ของกินของใช้ เงินบ้างทีหน่อย เวลาเครียดป่าจะไปขัดห้องน้ำทำงานที่วัดก็ดีขึ้น

(OA09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 7 กุมภาพันธ์ 2566)

...พูดอย่างไม่อายเลย บ้าไม่มีเงินสักบาทต้องคอยรับจ้างไปซื้อของให้คนอื่นได้ 5 บาท 10 บาทก็เอา ลูกชายป้างหางานทำไม่ได้ เขาไม่รับ คนเป็นโรคลมชัก ลำบากกันมาก ๆ ค่าเช่าบ้าน 5,000 บาท เงินบำนาญโดนหักใช้หนี้เหลือเดือนละพันกว่า ลูกเขาก็เครียด ป้าก็เครียดไม่รู้จะหาเงินจากไหน ภาวนาให้ลูกได้งานมีคนจ้างทำงานเร็ว ๆ

(OA16, ผู้ให้สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2566)

...เบื่อโลก รายได้มันลดลง ไม่มีงานรับจ้างร้องเพลงเลย ตั้งแต่โควิดระบาดมันทำงานไม่ได้ เงินก็ไม่มี เบื่อมาก เครียดสุด ๆ

(OA17, ผู้ให้สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2566)

...2,000-3,700 บาทต่อเดือน ไม่เพียงพอ เครียดเรื่องนี้ ไม่อยากใช้เงินลูกเยอะ  
เกรงใจลูกในเรื่องเงินมากกว่าเรื่องอื่น ตอนนี้นำอะไรไม่ได้ งานค้าขายไม่ดี งานรับจ้าง  
แม่บ้านก็ไม่มีแล้วไม่มีงาน รู้สึกเศร้า ๆ ไม่อยากทำกิจกรรมอะไร ไม่รู้จะไปไหนทำอะไรดี  
แต่ลูกหลานก็ดูแลดี ไม่ค่อยทะเลาะกัน รักกันดี

(OA20, ผู้ให้สัมภาษณ์, 28 กุมภาพันธ์ 2566)

...สังเกตเห็นแม่มีไม่สบายใจ เครียด และบ่นท้อแท้หมดกำลังใจ คิดมากเรื่อง  
ครอบครัวรายได้น้อยไม่เพียงพอใช้จ่าย และมีหนี้สินเดิมที่ยังผ่อนชำระค่าบ้าน รถไม่หมด  
ลูกคนเล็กก็ตกงานตั้งแต่โควิดระบาดยังหางานดี ๆ ทำไม่ได้สักที กลัวเขาจะมายึดบ้าน ยึด  
รถ เครียดตรงนี้แหละถ้าไม่มีเรื่องนี้จะสบายใจขึ้นมากเลย

(Fa02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 มกราคม 2566)

...แม่มักจะบ่นว่า เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุไม่เพียงพอต้องใช้จ่ายอย่าประหยัดมาก ๆ ในแต่  
ละเดือน อาชีพค้าขายไม่ดี บางวันขายได้มากบางวันขายได้น้อย เพราะทุกคนก็ไม่ค่อยมีเงิน  
เศรษฐกิจช่วงนี้ไม่ดีค้าขายแย่มาก บางครั้งบ่นท้อแท้เหมือนกันไม่รู้จะดีขึ้นเมื่อไร

(Fa05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 มกราคม 2566)

...เรื่องเปื้อนแม่บ่นอยู่เป็นประจำ เพราะว่ารายได้ไม่ดี ขายของได้น้อย ขายไม่หมด  
ขาดทุน แยกเริ่มท้อแท้ ทำอะไรไปก็ขายได้น้อยทุกวัน เมื่อก่อนขายดีหมดทุกวัน พอมีโควิด  
ระบาดทุกอย่างแย่แย่มาก คนไม่ค่อยออกจากบ้านมาซื้อของ แยกบอกไม่รู้จะต้องไปกู้เงินมา  
ใช้จ่ายรีป่าวถ้าไม่มีทุนพอ

(Fa07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 7 กุมภาพันธ์ 2566)

...รายได้ของครอบครัวเรามีไม่มาก เงินในบางเดือนใช้จ่ายไม่เพียงพอ แม่มักจะบ่นว่า  
รู้สึกตัวเองเป็นภาระ ไม่มีค่าเลย เครียด อยากทำงานช่วยลูกหลานหารายได้ให้เพิ่มขึ้นอีก  
แต่เป็นคนแก่ร่างกายไม่แข็งแรง เจ็บป่วยทำอะไรได้ไม่เต็มกำลัง

(Fa08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 7 กุมภาพันธ์ 2566)

...แม่ขายของแต่รายได้ไม่แน่นอน บางครั้งได้ยินบ่นว่ารายได้ไม่พอใช้ บางวันลงทุน  
ไปได้เท่าทุน กำไรได้นิดหน่อย ค่าเช่าที่ไม่พอจ่าย เครียด ท้อแท้ ลูก ๆ ก็ช่วยเหลือได้ไม่  
มากเพราะต่างคนต่างมีภาระ แม่ก็ไม่อยากเป็นภาระลูกหลาน

(Fa10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 17 กุมภาพันธ์ 2566)

...พ่อเคยขายต้นไม้มีรายได้ดี แต่พอโควิดระบาดขายไม่ได้เหมือนแต่ก่อน คนซื้อน้อยลง พ่อขายไม้ได้รายได้จึงลดลง ท่านเลยมีอาการเครียด เบื่อ ท้อแท้ในบางครั้ง ดิฉันก็มาพักใกล้ที่ทำงานจันทร์ถึงศุกร์ เสาร์อาทิตย์กลับมาเจอพ่อบ้าง สังเกตเห็นท่านมีความวิตกกังวล เครียด ให้เงินท่านก็ไม่ยอมรับ ถามว่ามีเงินใช้ไหม บอกแต่ว่าไม่เป็นไรมีเงินผู้สูงอายุใช้ แต่คิดว่าท่านรายได้ลดลงมาก ๆ อาจขาดทุนเป็นหนี้ เพราะต้องลงทุนซื้อต้นไม้ เลี้ยงดูแลใส่ปุ๋ยใส่ยา ต้องใช้เงินสะสมเดิมมาจุนเจือ พ่อไม่ค่อยพูดไม่ค่อยระบายความเครียดให้ฟังบอกแต่ว่าไม่เป็นไรสบายดี

(Fa15, ผู้ให้สัมภาษณ์, 17 กุมภาพันธ์ 2566)

2.2 ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบมี 1 ปัจจัย คือ ความผาสุกทางใจ

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ความผาสุกทางใจ เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย 2 กลุ่มคำ (Categories) คือ ความรู้สึกไม่มีความสุข และความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง โดยทั่วไปผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ มีความพึงพอใจในชีวิต รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความพยายามเผชิญปัญหาในการเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง พึ่งพาตนเองไม่ให้เป็นภาระของผู้อื่น ทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จตามเป้าหมาย และคอยสนับสนุนให้ความช่วยเหลือที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว ต่อสังคม แต่จากสภาพปัญหาในชีวิต เช่น การสูญเสียคนที่รัก หน้าที่การงาน ความยากจน การมีรายได้ไม่เพียงพอ สภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมตามธรรมชาติ สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วย ต้องเป็นภาระกับลูกหลาน การสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจำนวนมาก ส่งผลให้ผู้สูงอายุเครียด เบื่อตัวเอง ท้อแท้ ไม่มีความสุข ไม่พึงพอใจในชีวิต รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ไม่มีประโยชน์ต่อครอบครัว ไม่มีคนให้ความเคารพแล้ว จนบางรายมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายให้พ้นจากการไม่มีความสุข ดังนั้นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่มี ความผาสุกทางใจจึงมีความวิตกกังวล ความเครียด มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกซึมเศร้า และมีมนุษยสัมพันธ์ไม่ดีกับคนอื่น จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยดังนี้

...ตั้งแต่ลู่ตายไปจะ 6 เดือนแล้ว ป้าไม่มีความสุขเลย อยู่บ้านคนเดียวบางครั้งน้ำตาไหล เบื่อเครียด ไม่อยากทำอะไร ไม่อยากเจอไม่อยากจะคุยกับใคร นี่เพราะหนูเป็นพยาบาล ป้าเลยยอมคุยด้วย ผู้สูงอายุใกล้ ๆ บ้านบอกให้ป้าออกมาคุยกันอย่าอยู่คนเดียวจะได้ระบาย ความเครียด แต่ป้ายังไม่อยากออกไป

(OA01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 มกราคม 2566)

...สุขภาพแย่มาก โรครุนแรง ทำอะไรเองก็ไม่ได้ ไม่มีค่ากับใครเลย ไม่มีใครรักเคารพ

(OA05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 มกราคม 2566)

...รู้สึกเบื่อ เศร้า ไม่มีความสุขในชีวิต เหงาเหมือนตัวคนเดียวไม่มีใครเลย ไม่มีใครสนใจเอาใจใส่ ร่างกายก็ไม่ค่อยแข็งแรงเหมือนก่อน ลูกหลานไม่เห็นค่า ไม่รักเคารพ นับถือแล้ว ยิ่งคิดยิ่งน้อยใจทุกซี้ใจ เมื่อเดือนก่อนเคยคิดฆ่าตัวตายว่าจะเอาเม็ดแดง ผูกคอ หรือเดินให้รถชนที่ถนน แต่ก็ไม่กล้าทำกลัวบาป กลัวลำบากคนอื่น เลยเข้าวัดหางานวัดทำ กวาดพื้น ล้างจาน ซัดห้องน้ำ ให้หมดเวลาไปค่อยดีขึ้นมาน้อยเลิกคิดแล้ว ต่อไปจะไปวัดบ่อย ๆ จะได้ไม่เครียดคิดมาก

(OA09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 7 กุมภาพันธ์ 2566)

...เวลาทำอะไรแล้วเหนื่อยง่ายจะเกิดความรู้สึกเบื่อ ท้อแท้ ไม่อยากทำอะไรอีก ป่วยเป็นหลายโรคหลายอย่างต้องเที่ยวไปหาหมอบ่อย ๆ สุขภาพก็ยังไม่ดีขึ้นเลยไม่มีความสุข อាកานนี้เกิดมาจากปัญหาสุขภาพของเราเองเลย

(OA12, ผู้ให้สัมภาษณ์, 7 กุมภาพันธ์ 2566)

...ตอนนี้เป็นโรคไตเลยทำอะไรนิดหน่อยก็เหนื่อยแล้วต้องคอยดมออกซิเจนอยู่กับบ้าน วัน ๆ ไม่ได้ทำอะไรนั่ง ๆ นอน ๆ รู้สึกเบื่อตัวเอง ไม่มีความสุข อยากไปไหนก็ไปไม่ได้ ต้องรอให้คนอื่นมาหา นาน ๆ พี่ชายจะมาหาสะทือเอาอาหารมาฝาก อยากให้มากุ้ยบ่อย ๆ แต่เขาก็ไม่ว่างต้องทำงาน ป่วยเป็นหลายโรคหลายอย่างต้องไปหาหมอบ่อย ๆ ล้างไต สุขภาพไม่ดีขึ้นเลยตอนนี้ไม่มีความสุขเลย อยากให้ตาย ๆ ไปจะได้พ้นความทรมาน

(OA18, ผู้ให้สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2566)

...แม่เคยพูดว่าป่วยเป็นโรคเยอะลำบาก ไม่มีความสุข ชีวิตไม่มีประโยชน์กับลูกหลาน แล้วยังต่อไปก็เป็นการลูกเต้าให้ลำบากกัน เคยคิดอยากจะผูกคอตายเมื่อสองสามเดือนก่อน แต่คิดได้ว่าบาปไม่ควรทำ เลยต้องสู้ชีวิตต่อไป

(Fa04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 7 กุมภาพันธ์ 2566)

...แม่ป่วยเป็นอัมพฤกษ์มา 2 ปี บ่นอยากตาย ๆ ไปเพราะไม่มีความสุขในชีวิต ไม่มีประโยชน์กับลูกหลาน ตาย ๆ ไปเร็ว ๆ จะได้ไม่เป็นภาระให้ลูกหลานลำบากดูแล

(Fa12, ผู้ให้สัมภาษณ์, 7 กุมภาพันธ์ 2566)

...พ่อเขารู้สึกชีวิตเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ง ไม่มีความสุขในชีวิต จากการที่ป่วยหลายโรคร่างกายไม่แข็งแรงเหมือนก่อน ต้องคอยเดินทางไปหาหมอบ่อย ๆ และชอบพูดว่าชีวิตกูไม่มีค่าไม่มีประโยชน์กับลูกหลาน ใคร ๆ อื่นเลย เกรียด เปื่อ อยากตาย ๆ ไปซะหมดเรื่องหมดราวไปไม่เป็นภาระลูกหลานให้ลำบากดูแลเสียเวลา เสียเงินเสียทอง เป็นหนี้สินเอาเงินมาดูแลรักษา

(Fa03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 5 กุมภาพันธ์ 2566)

2.3 ปัจจัยทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบมี 2 ปัจจัย คือ สุขภาวะทางกาย และการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ

#### 2.3.1 สุขภาวะทางกาย

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า สุขภาวะทางกายเป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย 3 กลุ่มคำ (Categories) คือ การเจ็บป่วย ความพิการ และความทุกข์ยากลำบาก โดยผู้สูงอายุมักจะมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีระยะการดำเนินโรคนาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ และเสียชีวิตได้เป็นจำนวนมาก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดผิดปกติ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคข้อเข่าเสื่อม โรคไต เป็นต้น ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะดำเนินชีวิตได้ยากลำบาก เพราะมีความเสื่อมของร่างกายในวัยผู้สูงอายุส่งผลให้มีความเชื่องช้า เคลื่อนไหวไม่สะดวก ยืนเดินไม่มั่นคง เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย ร่วมกับมีการเจ็บป่วย ความพิการ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ต้องพึ่งพิงผู้อื่น เช่น อัมพฤกษ์ แขนขาไม่มีแรง ตาพร่ามัว เหนื่อยง่าย ทำให้ไม่สามารถเดินทางไปไหนได้เหมือนเมื่อตอนร่างกายแข็งแรง จึงเกิดความรู้สึกทุกข์ยากลำบาก ทรมาน

ต้องเป็นภาระกับลูกหลาน อึดอัดใจ หงุดหงิด เบื่อ ท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยดังนี้

...ป่วยมาหลายปีไม่ดีขึ้นเลย คิดมากคิดไปเรื่อยว่าพิการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่สามารถเดินเองได้ กลายเป็นภาระลูก สงสารลูกหลานต้องคอยมาดูแลเราแทนที่จะใช้ชีวิตสบายต้องมาลำบากลำบากกันมาก

(OA04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 มกราคม 2566)

...เป็นมะเร็งไม่หาย ทานข้าวไม่ได้ ไม่มีแรง การใช้ชีวิตก็ยากลำบากเหลือเกิน ทำอะไรก็เหนื่อย ทำอะไรไม่ค่อยได้ ทรมาณมาก

(OA05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 มกราคม 2566)

...เปื่อยร่างกายมันซาลง ไม่ทันใจ ไม่ได้ตั้งใจ เหนื่อยใจ ท้อใจบางครั้ง อยากทำโน่นทำนี่แต่มันทำไม่ได้เลยอึดอัดหงุดหงิด คนเคยแข็งแรงพอป่วยไม่หายสักทีแถมแกลงร่างกายก็อ่อนแอตามลงมาเรื่อย ๆ ตอนนี้เลยไม่ค่อยไปไหนมาไหน

(OA07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 มกราคม 2566)

.....เป็นอัมพฤกษ์ขาไม่มีแรงทั้ง 2 ข้าง ลำบากมากทำอะไรไม่ได้เหมือนเดิม ไปไหนมาไหนเองไม่ได้ เดินทางไม่สะดวก ไปหาหมอก็ไม่ได้ เจ็บป่วยมาหลายปีรู้สึกไม่แข็งแรงจนเป็นภาระของลูก ไม่อยากให้ลูกลำบากไปกับแม่ที่ป่วยเลย ทุกข์มากเวลาเห็นลูกต้องเหนื่อยดูแล ไม่อยากเป็นภาระลูก กังวลใจ ไม่สบายใจกับโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบันไม่รู้จะหายเมื่อไร จนบางครั้งเครียดมากไม่อยากมีชีวิตอยู่เพราะทุกข์ทำอะไรไม่ได้ด้วยตนเองต้องอาศัยคนอื่น

(OA08, ผู้ให้สัมภาษณ์, 7 กุมภาพันธ์ 2566)

...เหนื่อย สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงป่วยมาหลายปี เป็นหลายโรคทั้งความดัน เบาหวาน หัวใจ ไชมัน เข้าเสื่อม เริ่มรู้สึกเบื่อตั้งแต่ 2 ปีที่แล้ว ไม่มีอะไรทำเหมือนเมื่อก่อน ไปไหนลำบาก ไม่สะดวก ต้องคอยระวังล้มอยากไปที่อื่นก็ไม่ได้ ต้องอาศัยหลาน

(OA13, ผู้ให้สัมภาษณ์, 7 กุมภาพันธ์ 2566)

...เป็นหลายโรคเลยทั้งโรคไต หัวใจ ความดัน รู้สึกเบื่อหน่ายชีวิต ท้อแท้ โรคนี้ไม่หาย เป็นแล้วทรมานหายใจไม่สะดวกเหนื่อยง่าย ไปไหนไม่ได้ เดินแค่หน้าบ้านนี้ก็เหนื่อยแล้ว ยิ่งเวลาไปล้างไตเปลี่ยมาก หมอสั่งห้ามกินโน้นกินนั้น ไม่เติมน้ำปลา ลุงเชื่อบ้างไม่เชื่อบ้าง ใครจะไปกินจืด ๆ ได้ทุกวัน ไม่อร่อย เติมชนิดหน่อย กระทั่งแดงก็กินบ้างให้มีกำลังไม่ฉันทรมานเหมือนคนพิการติดเตียงไปไหนไม่ได้ ลุงจะอยู่ได้อีกกี่ปี ตายไปเร็ว ๆ ก็ดีจะได้ไม่ต้องทุกข์ทรมานนาน ลูกเต้าไม่มีไม่ต้องห่วงใคร พี่ชายเค้าทำศพให้แแนรวินเวลาเท่านั้น แต่ยังไม่ถึงเวลาเลยต้องลำบากไปก่อนทรมานไปก่อน

(OA18, ผู้ให้สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2566)

...สภาพร่างกายย่ำแย่ไม่แข็งแรงเหมือนเมื่อก่อน ป่วยเป็นหลายโรคเลยลำบากหน่อย เดี่ยวนี้ไม่รู้สึกรักอยากไปไหนมาไหนเพราะเดินไม่สะดวก ขาไม่ค่อยมีแรง ตาเริ่มมีอาการพร่ามัวมองเห็นไม่ชัดแล้วยังไม่ได้ไปผ่าตัดตัดกระจก เคยออกไปร่วมงานเพื่อนนัดเดินไปยังไม่ถึงงานเลยเกิดหกล้ม เข็ดเลยไม่ออกไปไหนอีกแล้ว ใครชวนก็อ้อมไปขอยู่บ้านเลี้ยงหลานดีที่สุดเดินในบ้านคุ้นเคยไม่ล้ามง่าย

(OA19, ผู้ให้สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2566)

...พ่อป่วยเป็นอัมพฤกษ์มาหลายปีอาการทรง ๆ ไม่ดีขึ้น แก่ชอบคิดมากบ่นว่าเป็นคนพิการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เดินเองไม่ได้ต้องลำบากคนอื่นมาช่วยเหลือพยุงเดิน ทำงานช่วยเหลือครอบครัวก็ไม่ได้ ชีวิตไม่มีค่ากับใครเขาเลย เป็นภาระให้ลูกหลานต้องคอยมาดูแลกัน

(Fa03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 5 กุมภาพันธ์ 2566)

...พ่อบ่นเบื่อเป็นประจำว่าเมื่อก่อนเคยทำงานอะไรทำได้ทุกอย่าง พ่อป่วยเป็นหลายโรค โดยเฉพาะเบาหวานทำให้ตาไม่ค่อยดี ตาเริ่มมัวมองเห็นไม่ชัดลำบากหยิบจับอะไรก็ไม่ถนัด มีบางครั้งหยิบแล้วไม่มีกำลังของตกหล่น เริ่มมีอาการเหนื่อยง่าย แขนขาไม่ค่อยมีกำลังเหมือนแต่ก่อนป่วย ตอนนี้อย่างไรก็รู้สึกเบื่อ ๆ เครียด ๆ

(Fa06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 7 กุมภาพันธ์ 2566)



...เดี๋ยวนี้พ่อไม่อยากออกจากบ้านไปไหนนาน ๆ แล้ว เพราะเคยเกิดอุบัติเหตุล้มรุนแรงจนต้องนอนโรงพยาบาล หมอบอกให้ระวังหกล้มอีกเพราะมีโรคประจำตัวทั้งหัวใจ ความดัน เบาหวาน ร่างกายไม่แข็งแรง กล้ามเนื้อไม่แข็งแรง การเดินไกล ๆ จะลำบาก ต้องฝึกออกกำลังกายให้กล้ามเนื้อแข็งแรงจึงจะมีกำลังขาเดินได้ไกลขึ้น แกละเดินเล่นอยู่แต่แถว ๆ หน้าบ้าน หรือแถว ๆ ในซอยใกล้ ๆ ไม่กล้าเดินไปไหนไกล ๆ

(Fa13, ผู้ให้สัมภาษณ์, 7 กุมภาพันธ์ 2566)

### 2.3.2 การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสบปัญหาการนอนไม่หลับ หลับยาก หลับ ๆ ตื่น ๆ ในเวลากลางคืน หรือหลับแล้วตื่นกลางดึกจากนั้นไม่สามารถนอนหลับได้จนถึงเช้า บางรายปรับตัวโดยการนอนหลับในช่วงเวลากลางวันแต่ยังพบว่าหลับได้ไม่สนิท กรณีนอนหลับไม่เพียงพอจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย ง่วงในเวลากลางวัน นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ คือ การนอนไม่หลับ หรือนอนหลับไม่เพียงพอก่อให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล สาเหตุการนอนไม่หลับมักมาจากความเครียด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ประกอบกับผู้สูงอายุมีการทำงานของร่างกายที่เสื่อมลง ระดับฮอร์โมนที่ลดลง โรคประจำตัวที่รบกวนการนอน หรือการรับประทานยาบางชนิดทำให้การนอนหลับลึกหรือพักผ่อนร่างกายของผู้สูงอายุมีเปอร์เซ็นต์น้อยกว่าคนวัยหนุ่มสาว ซึ่งเป็นลักษณะปกติของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนไม่หลับ นอนหลับไม่เพียงพอ อาจส่งผลให้เกิดปัญหาจิตใจตามมา หงุดหงิด เบื่อหน่าย และซึมเศร้าได้ในอนาคต จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยดังนี้

...ลุงเครียดกังวลเรื่องลูกสาวป่วยจะรักษาไม่หายและแฟนเขาจะทิ้งไม่ได้แต่งงานจนบางครั้งเครียดจนทำอะไรไม่ได้ไม่มีสมาธิคิดฟุ้งซ่านไปมาเป็นห่วงลูกอยากให้หายป่วยไว ๆ ลุงเครียดจนนอนไม่หลับเลยตอนกลางคืน บางครั้งต้องนอนกลางวันแต่ก็ไม่หลับสนิท จนรู้สึกอ่อนเพลีย ขับรถกลางวันจะมีอาการง่วงบ้าง เมื่อก่อนที่ไม่เครียดจะหลับได้สนิทกว่านี้ ถ้ายังไม่หลับอีกลุงว่าต้องไปหาหมอรักษาอาการนอนไม่หลับแล้วมันทรมาณทำอย่างไรก็ไม่หลับ

(OA02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 มกราคม 2566)

...เคยหน้ามืดเป็นลมล้มตีสี่มีคนช่วยทันหัวไม่กระแทกพื้น หมอบอกร่างกายอ่อนเพลีย เพราะพักผ่อนไม่เพียงพอ กลางคืนมันนอนไม่ค่อยหลับ หลับ ๆ ตื่น ๆ ทำยังไงก็ไม่หลับ กลางวันก็ต้องขายของไม่มีเวลานอน หมอบอกให้ทำใจให้สบายอย่าเครียด อย่าคิดมาก นอนให้เป็นเวลาทุกวัน ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หมอให้ยานอนหลับมากินได้สัปดาห์แล้ว หลับได้บ้าง และทำตามทีหมอสั่งพยายามไม่คิดมากอะไร แต่ยังไม่ได้ไปออกกำลังกายให้ สม่ำเสมอเพราะต้องขายของ

(OA07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 มกราคม 2566)

...พีสะสมความเครียด ความทุกข์ อารมณ์เศร้าใจมานาน กลางคืนมักจะนอนไม่ค่อย หลับ บางคืนไม่หลับเลย บางคืนหลับแล้วตอนกลางดึกจะไม่สามารถหลับต่อได้จนเช้า จน ร่างกายไม่ไหว พีต้องไปหาหมอได้ให้ยาคลายเครียดมา 1 ตัว ยาช่วยให้นอนหลับ 1 ตัว ตอนนีทานยาอยู่ทุกวัน อาการดีขึ้นแต่ยังไม่หายขาดคงต้องกินยาต่อไปก่อน หมอบอกถ้า รักษาด้วยยาแล้วปรับใจด้วยอาการจะดีขึ้น พีก็อยากนอนหลับได้สนิทร่างกายจะได้ดีด้วย แต่อดคิดมากยังไม่ค่อยได้แต่พยายามทำ

(OA11, ผู้ให้สัมภาษณ์, 7 กุมภาพันธ์ 2566)

...อาการนอนไม่หลับหรือเป็นประจำเลย ยิ่งช่วงไหนไม่สบาย หรือมีเรื่องไม่สบายใจ จะไม่หลับทั้งคืน พอไม่หลับมันจะเพลีย ๆ ไม่อยากทำอะไร นอนกลางวันก็ไม่ได้ ลูกหลาน เสียงดังเขาไม่เข้าใจว่าเราอยากนอนนะ ต้องทำใจบ้านอยู่กันหลายคนทั้งเด็ก ผู้ใหญ่ คนแก่ เคยกินยานอนหลับบางครั้งที่หมอให้มา แต่พอเลิกกินก็จะนอนไม่ค่อยหลับอีก ไว้ครั้งหน้าที่ ไปหาหมอถ้ายังไม่หลับอีกปีว่าจะขอยามากิน เพราะกลัวร่างกายจะอ่อนแอโรค ประจำตัวจะกำเริบได้ ถ้าบากลูกหลานต้องมาดูแลอีก

(OA14, ผู้ให้สัมภาษณ์, 17 กุมภาพันธ์ 2566)

...กลางคืนนอนหลับไม่สนิท หลับ ๆ ตื่น ๆ บ่อย บางคืนตื่นมากกลางดึกเข้าห้องน้ำ ปัสสาวะแล้วไม่หลับยันเช้าเลย ถ้าเป็นแบบนี้หลาย ๆ คืน ร่างกายมีอ่อนเพลียเหมือนกัน แต่ก็ไม่รู้จะแก้ได้ยังไง ไม่อยากกินยากลัวติดยา บางทีก็เครียด เบื่อ ร่างกายที่เจ็บป่วย แก่ แล้วไม่มีอะไรดีเลย ปวดแขนปวดขา เมื่อยล้าตามร่างกาย แกรมพومانอนไม่หลับยิ่งทำให้ ร่างกายไม่แข็งแรงเพิ่มไปอีก เล่าให้ใครฟังเขาไม่เข้าใจบอกเราอย่าคิดมากพยายามนอนให้ ได้ แต่มันยากเรื่องการนอนไม่หลับ เบื่อมากเหมือนกัน

(OA15, ผู้ให้สัมภาษณ์, 17 กุมภาพันธ์ 2566)

...แม่บ่นว่าตั้งแต่โควิดระบาดมา 2 ปีนี้ขายของไม่ดีเลย รายได้ลดลงมาก บางวันขาดทุน ตอนนี้อันบ้านเราเป็นหนี้ยังผ่อนชำระหนี้บัตรเครดิตทุกวัน แม่เครียดจนบางครั้งนั่งร้องไห้ กลางคืนนอนไม่ค่อยหลับ เป็นห่วงกลัวร่างกายจะสู้ไม่ไหวแก่แล้วมีโรคประจำตัวด้วย บอกไม่ให้คิดมากก็ไม่เชื่อ ให้ไปหาหมอขอยานอนหลับก็ไม่ไป บอกว่ารอหมอนัดครั้งหน้าค่อยขอยานอนหลับ

(Fa07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 7 กุมภาพันธ์ 2566)

...พ่อกินเหล้าเมาเกือบทุกวัน พุดจาไม่ดี แม่เครียดไม่รู้จะรักษาพ่ออย่างไรดี โรคก็เป็นยังกินเหล้าอีกเดี๋ยวจะเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตเดือดร้อนต้องดูแลกันลำบาก แม่เครียดจนอยากหนีไปอยู่ไกล ๆ บางครั้งมีอาการนอนไม่หลับบ่อย ๆ และเคยคิดฆ่าตัวตายหนีปัญหาพ่อไปเลย แต่โชคดีแก่ไม่ทำเพราะยังห่วงลูก ๆ หลาน ๆ ยังเล็ก

(Fa11, ผู้ให้สัมภาษณ์, 7 กุมภาพันธ์ 2566)

2.4 ปัจจัยทางครอบครัวและสังคมที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบมี 1 ปัจจัย คือ สัมพันธภาพในครอบครัว

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผู้สูงอายุมักจะมีความรู้สึกเครียด วิตกกังวล ไม่ว่าง น้อยใจเสียใจ ไม่สบายใจ เปื่อหน่าย ท้อแท้ เศร้า ไม่มีความสุข เมื่อสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครัวเรือนเดียวกันมีสัมพันธภาพไม่ดีต่อกัน มีความขัดแย้ง ทะเลาะเบาะแว้งกันในครอบครัว พุดจาไม่รักษาน้ำใจกัน จู้จี้ขี้บ่น ไม่แสดงออกถึงความรัก ความเอาใจใส่ เอื้ออาทรต่อกัน ร่วมพุดคุยสนทนากัน ปรึกษาหารือกัน หรือทำกิจกรรมร่วมกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีคนให้ความสำคัญ สนใจห่วงใย อยากแยกตัวออกไปจากครอบครัว หรือหนีออกจากบ้าน ไปจากปัญหาต่าง ๆ ของสมาชิกในครอบครัว เช่น ครอบครัวแตกแยก สามเ้าชู้ ลูกหลาน สะใภ้เขยไม่สนใจดูแล ปัญหาการเงิน การพนัน ของสมาชิกในครอบครัว จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับปัจจัยดังนี้

...ภรรยาลุงไม่ถูกกันพุดมากน่ารำคาญจนลุงเครียด เปื่อมาก ต่ำทะเลาะกันไปหลายรอบ อยากหนีไปให้ห่าง ๆ พัน ๆ ไป ไม่ไหวตอนนี้เลยต้องแยกกันอยู่สักพัก เขาไปอยู่ต่างจังหวัดกลับญาติและลูกคนเล็ก สองสามเดือนกลับมาที่มหาหลูกสาวคนโต ลุงกับภรรยาเจอกันที่ไร้มักจะพุดอะไรไม่เข้าหูทุกที มีความขัดแย้งกันตลอดไม่รู้เป็นไง อยากเลิกกันมานานแล้ว จนตอนนี้แก่แล้วเลยไม่คิดเรื่องเลิกกัน อีกอย่างลุงไม่ยอมให้พ่อแม่เลิกกัน ตอนนี้

ลูกสาวคนโตลูกก็ป่วยมีอาการอารมณ์สองซั้วเดี๋ยวดีเดี๋ยวร้ายกำลังรักษาอยู่ เมื่อก่อนเคยมีการทำร้ายตัวเองด้วยกรีดแขน แต่ตอนนี้อาการดีขึ้นแฟนลูกยังคืออยู่ไม่เลิกคอยช่วยดูแลเตือนให้ไปหาหมอทุกครั้ง เรื่องลูกสาวลูกอยากให้คุณพยาบาลช่วยคุยกับลูกลูกให้รักษาต่อจนหายหน่อย ลูกพูดกลัวเขาไม่เชื่อ

(OA02, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 มกราคม 2566)

...เครียดหลายอย่าง น้อยใจลูกไม่สนใจเรา บางทีก็ไม่อยากอยู่อยากไป ๆ อะจะได้หมดเรื่อง ป้าเข้ากับลูกสะใภ้ไม่ได้ ลูกเรากลัวเมียไม่สนใจแม่ เคยคิดไม่อยากอยู่แต่กังวลห่วงลูกชายคนโตที่เป็นมะเร็งไม่มีคนดูแล เคยคิดแว็บจะผูกคอตายแต่ไม่เอาเพราะชาติหน้าจะบาปเป็นอีก

(OA03, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 มกราคม 2566)

...ลูกสาวมันพูดอะไรเราไม่ถูกใจ พูดไม่เข้าหู ลูกไม่สนใจห่วงใยฉันเลย จนบางครั้งต้องเก็บไว้ในใจเอาไว้ในใจ หลาน ๆ มันก็ไม่ได้ใส่ใจ เวลาโมโหจะนั่งไม่ระบายนั่งให้ใครฟังปล่อย ๆ ไปแล้ว ๆ กันไป

(OA04, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 มกราคม 2566)

...รู้สึกเบื่อ ไม่อยากทำอะไรที่เคยชอบทำ เวลาที่มีความเครียดที่ภรรยาปากร้าย พูดมากขี้บ่น ชอบชวนทะเลาะ จนตอนนี้ต้องแยกกันอยู่บ้านคนละหลัง เจอกันเป็นต้องพูดไม่เข้าหูทะเลาะกัน บางครั้งลูกก็รู้สึกเสียใจ น้อยใจ เหมือนเขาไม่เห็นความสำคัญของเราเลย บางครั้งไม่อยากทำอะไร ลูก ๆ ก็โตแยกย้ายไปมีครอบครัว ทำงาน กลับบ้านก็เย็นไม่ค่อยได้อยู่ดูแลกัน

(OA05, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 มกราคม 2566)

...เราสุขภาพไม่ดีอยากให้ลูกสามมีมาคอยดูแลแต่ทั้งลูกสามมีชอบพูดขัดหู สามมีคุยกันแล้วชอบขัดกัน ความคิดเห็นทัศนคติตรงกันคุยกันไม่ค่อยได้จะทะเลาะกันเป็นประจำ ลูกบางครั้งพูดทำให้เราน้อยใจ ไม่สบายใจ ไม่ถูกใจ บางครั้งเบื่อ ท้อแท้ บางทีเบื่อมาก ๆ อยากตายไปเร็ว ๆ อารมณ์จะหงุดหงิด อารมณ์เสีย บางทีใครพูดไม่ถูกหูจะเกิดความรู้สึกเสียใจได้บ่อย ๆ

(OA06, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 มกราคม 2566)

...ปัญหาครอบครัวมันเยอะ วิตกกังวล เครียด เศร้ามากร้องไห้ทุกวันสามี่ ยิ่งแกยิ่ง  
เจ้าชู้ ชอบพนักงานสาว ๆ ที่ทำงาน อยากจะฆ่ามันให้ตายก็ไม่ได้จะติดคุก ต้องทำใจปล่อย  
ไป

(OA07, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 มกราคม 2566)

...รู้สึกเบื่อหน่ายลูกหลานไม่เชื่อฟัง ทะเลาะกันขัดแย้งกันเป็นประจำ ลูกสาวก็เพิ่ง  
ทะเลาะเลิกกับลูกเขยแล้วไปมีแฟนใหม่ก็ทะเลาะกันอีก แม่ห้ามไม่เชื่อฟัง สงสาร  
หลานสาวที่แม่ตายพ่อทิ้งไปเราต้องเลี้ยงดูแทนยังเด็กอยู่เลย หลานที่โต ๆ ทำให้ทุกข์ครบ  
เพื่อนคบแฟนไม่ดี ปากก็ได้แต่ทำใจ เวลาที่เครียดก็เปิดทีวีเป็นเพื่อน ปลุกต้นไม้จะได้ไม่วิตก  
กังวลคิดถึงมัน

(OA10, ผู้ให้สัมภาษณ์, 7 กุมภาพันธ์ 2566)

...บุคลิกตนเองไม่ชอบพูดคุย ไม่หวาน ฉะ ๑ ไม่ยุ่งกับใครคนเลยไม่กล้าเข้ามาหา  
สามี่เลยไม่ค่อยชอบ เขาทำงานธนาคารไปเที่ยว ดูแลลูกค้าบ่อย ๆ มีพฤติกรรมติดผู้หญิงคน  
นั้นคนนั้นมาตั้งแต่หนุ่ม จนตอนนี้แกก็ยังเป็น สามี่อ่อนกว่าเราแกกว่าเขายังทำงานพบเจอคน  
เยอะ เขาเป็นคนมือเติบมากใช้เงินเดือนหมดไม่เคยให้เมียลูกเลย บางครั้งที่ต้องช่วยดูแลให้อีก  
ความเครียดพี่เลยสะสมมานานบางครั้งเบื่อ ท้อแท้ แต่ไม่รู้จะทำยังไงได้ เลิกกันก็ไม่มี  
ประโยชน์แก่กันแล้ว ลูกสาวตอนนี้ก็ทำให้เครียดเป็นห่วงคนผู้ชายไม่ดีแม่บอกเตือนก็ไม่ยอม  
ฟังจนเกิดปัญหาขึ้นมาจริง ๆ วันนี้ต้องช่วยแกกันไปก่อน บางครั้งเบื่อก็นอนอยากหนีไปอยู่ที่อื่น  
ให้สบายใจพัน ๆ จากสามี่ลูก แต่ทุกวันนี้ใจยังห่วงลูกสาวอยู่

(OA11, ผู้ให้สัมภาษณ์, 7 กุมภาพันธ์ 2566)

...เครียดเวลาลูกหลานพูดไม่เข้าหู และเวลาลูกหลานมาเล่าเรื่องปัญหาให้ฟัง เบื่อ  
ลูกเต้าทำให้ไม่สบายใจ เงินทองไม่พอใช้ก็มาเตือนเราเดือนละ 5,000-10,000 บาท เรา  
ก็ไม่ค่อยจะมี มันเอาไปเล่นการพนันใช้ไม่ได้เลย แต่เราก็อึ้งไม่ได้สงสารลูก บอกเตือนแล้วก็  
ไม่เชื่อไม่ฟัง จนบางครั้งรู้สึกน้อยใจเหมือนตัวเองไม่มีความสำคัญเลย บางครั้งไม่ยอมทำ  
อะไรเลยอยากนอนอย่างเดียว เวลาเครียดมาก ๆ จะพยายามออกไปหาญาติพี่น้อง เพื่อน  
ไปคุยกับคนที่เคยรู้จักหรือสวดมนต์ ดูทีวี และฟังเพลง

(OA12, ผู้ให้สัมภาษณ์, 7 กุมภาพันธ์ 2566)

...เบื่อ เครียด ภรรยาขี้บ่น พูดมาก ชอบตำหนิว่าร้ายตลอดเวลา ทว่าเราทำอะไรไม่ดี หลงลืม บางครั้งถกเถียงกันรุนแรง หรือไม่ก็ต้องคอยหลบหน้ากันไป บางครั้งรู้สึกน้อยใจ เหมือนตัวเองไม่มีความสำคัญเลย บางครั้งไม่ยอมทำอะไร เวลาเครียดมาก ๆ จะพยายามออกไปหาเพื่อนคุย หรือสวดมนต์ไหว้พระให้จิตใจสงบสบายขึ้น เมื่อไรภรรยาจะเลิกบ่นว่าซะทีชีวิตจะได้ดีขึ้น ยิ่งแกยิ่งปากมากขี้บ่น

(OA18, ผู้ให้สัมภาษณ์, 17 กุมภาพันธ์ 2566)

...ตาเบื่อยายขี้บ่น ปากร้าย พูดอะไรผิดหูไม่ได้เลยโมโหเป็นไฟ ตาเคยเถียงยายลั่นบ้าน คนในบ้านต้องนั่งนิ่งเงียบไว้ รอเถียงกันเสร็จ บางทีตาก็โมโหแต่ก็แอบบอกว่าแก่แล้วเดี๋ยวก็ตายจากกันอีกไม่นาน แล้วเดินออกจากบ้านไปวัดเย็น ๆ จึงกลับเข้าบ้าน สงสารตาเคยขู่ยายว่าถ้าบ่นมาก ๆ จะฆ่าตัวตายหนีไปไกลเลย ยายจึงหยุดบ่นได้ ลูกหลานก็พูดอะไรไม่ได้เพราะจะเรื่องใหญ่ รอให้ใจเย็นกันก่อน

(Fa01, ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 มกราคม 2566)

...ครอบครัวเรามักจะมีเรื่องลูกหลานทะเลาะกัน มีความขัดแย้งไม่ลงรอยกันอยู่เป็นประจำ เวลาเกิดเรื่องสังเกตเห็นว่าแม่จะดุซิม ๆ เศร้า ๆ ไม่มีความสุขที่ลูกหลานทะเลาะกัน หรือเวลาลูกหลานมีปัญหาครอบครัวแตกแยก คบแฟนคนใหม่ที่ไม่เห็นดีด้วย บางครั้งแกลเดินออกจากบ้านไปเลยไม่บอกว่าไปไหน สักพักค่อยกลับมาไม่พูดไม่จากับใคร หลัง ๆ ดูอาการหนักขึ้นเงียบ ๆ ซิม ๆ ยังแอบกังวลว่าแม่จะคิดสั้นเพราะเบื่อหน่ายชีวิต ตอนนี้นำราม ๆ ทุกคนว่าอย่าทะเลาะกันอีก

(FA09, ผู้ให้สัมภาษณ์, 11 กุมภาพันธ์ 2566)

...บางครั้งพี่เหนื่อยจากงานมาต้องมาคอยดูแลคนป่วยอย่างแม่ พี่น้องในครอบครัวไม่มีใครสนใจเอาแต่ตัวเองกัน ไม่สนใจดูแลแม่ พี่ก็มีอารมณ์หงุดหงิด มีทะเลาะกับแม่และคนอื่น ๆ บ้าง เรื่องดีไม่หวังตัวเอง ไม่ดูแลตนเอง ไม่กินยา ไม่ออกกำลังกาย จนบางครั้งพูดรุนแรงกับแม่ ว่าเป็นภาระต้องมาคอยเสียเวลาทำงาน เวลาพักผ่อน แล้วเมื่อไรจะหาย จนแกร้งให้บอกกูไม่ยอมอยู่ในครอบครัวไม่มีใครสนใจใยดี มีแต่คนรังเกียจ ไม่ให้ความเคารพรักเอาใจใส่แถมเหมือนเมื่อก่อนป่วยแข็งแรงดี ๆ

(Fa14, ผู้ให้สัมภาษณ์, 11 กุมภาพันธ์ 2566)

## ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การวิจัยส่วนนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 17,831 คน โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 608 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ (Interview form) ในเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression analysis) โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

### 1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.4 มีอายุ 60-69 ปีมากที่สุด ร้อยละ 49.7 รองลงมาคือ อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 36.5 และน้อยที่สุดคือ อายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 18.8 อายุเฉลี่ย  $70.58 \pm 7.80$  ปี อายุต่ำสุด 60 ปี และอายุสูงสุด 100 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.8 สถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 50.2 รองลงมาคือ หม้าย ร้อยละ 31.9 และน้อยที่สุดคือ หย่า/แยกกันอยู่ ร้อยละ 5.8 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 66.4 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาต้น ร้อยละ 10.7 และน้อยที่สุดคือ ไม่ได้เรียน ร้อยละ 1.5 การประกอบอาชีพโดยไม่มีอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 67.4 รองลงมาคือ ค่าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 16.0 และน้อยที่สุดคือนักการเมืองท้องถิ่น ร้อยละ 0.7 มีสิทธิรักษาพยาบาลเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด ร้อยละ 67.4 รองลงมาคือ สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ ร้อยละ 24.2 และน้อยที่สุดคือ จ่ายเงินเอง ร้อยละ 1.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 67.4 รองลงมาคือ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 16.1 และน้อยที่สุดคือ 20,001-25,000 บาท ร้อยละ 0.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย  $6,523.93 \pm 10,722.61$  บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำสุด 600 บาท และสูงสุด 130,000 บาท ความเพียงพอของรายได้พบว่าไม่เพียงพอมากที่สุด ร้อยละ 51.5 รองลงมาคือ เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 32.4

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ร้อยละ 96.9 มีชนิดของการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.7 รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 54.3 และน้อยที่สุดคือ โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง ร้อยละ 2.3 มีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1-5 ปีมากที่สุด ร้อยละ 44.6 รองลงมาคือ 6-10 ปี ร้อยละ 33.6 และน้อยที่สุดคือ 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 3.1 ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเฉลี่ย  $8.52 \pm 6.71$  ปี ระยะเวลา

การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 40 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 83.9 ลักษณะการอยู่อาศัยโดยอาศัยอยู่กับบุตร/ หลานมากที่สุด ร้อยละ 74.2 รองลงมาคือ อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา ร้อยละ 39.8 และน้อยที่สุดคือ อาศัยอยู่กับเพื่อน/ เพื่อนบ้าน ร้อยละ 0.8 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-3 คนมากที่สุด ร้อยละ 52.1 รองลงมาคือ 4-6 คน ร้อยละ 38.7 และน้อยที่สุดคือ 10 คนขึ้นไป ร้อยละ 2.3 จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย  $3.82 \pm 2.14$  คน จำนวนสมาชิกในครอบครัวต่ำสุด 1 คน และสูงสุด 14 คน มีผู้ดูแล ร้อยละ 62.7 ไม่มีผู้ดูแลมากที่สุด ร้อยละ 37.3 รองลงมาคือ จำนวนผู้ดูแล 1 คน ร้อยละ 35.7 รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 608)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	404	66.4
ชาย	204	33.6
อายุ		
60-69 ปี (ผู้สูงอายุวัยต้น)	302	49.7
70-79 ปี (ผู้สูงอายุวัยกลาง)	222	36.5
80 ปีขึ้นไป (ผู้สูงอายุวัยปลาย)	84	18.8
(Mean = 70.58, S.D. = 7.80, Minimum = 60, Maximum = 100)		
ศาสนา		
พุทธ	607	99.8
คริสต์	1	0.2
สถานภาพ		
โสด	74	12.2
สมรส	305	50.2
หย่า/ แยกกันอยู่	35	5.8
หม้าย	194	31.9



ตาราง 4 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	9	1.5
ประถมศึกษา	404	66.4
มัธยมศึกษาต้น	65	10.7
มัธยมศึกษาปลาย/ ปวช.	59	9.7
อนุปริญญา/ ปวส.	17	2.8
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	54	8.9
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	410	67.4
เกษตรกรรม	32	5.3
รับจ้าง	65	10.7
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	97	16.0
นักการเมืองท้องถิ่น	4	0.7
สิทธิรักษาพยาบาล		
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	410	67.4
สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ	147	24.2
สิทธิประกันสังคม	45	7.4
จ่ายเงินเอง	6	1.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	409	67.3
5,001-10,000 บาท	98	16.1
10,001-15,000 บาท	30	4.9

ตาราง 4 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
15,001-20,000 บาท	32	5.3
20,001-25,000 บาท	5	0.8
25,001-30,000 บาท	16	2.6
30,000 บาทขึ้นไป	18	3.0
(Mean = 6523.93, S.D. = 10722.61, Minimum = 600, Maximum = 130000)		
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	313	51.5
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	197	32.4
เพียงพอมีเหลือเก็บ	98	16.1
ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว		
ไม่มีประวัติ	589	96.9
มีประวัติ	19	3.1
ชนิดของการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
โรคหัวใจและหลอดเลือด	70	11.5
โรคความดันโลหิตสูง	369	60.7
โรคไขมันในเลือดสูง	330	54.3
โรคหลอดเลือดสมอง	38	6.3
โรคเบาหวาน	198	32.6
โรคมะเร็ง	22	3.6
โรกระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง	14	2.3
โรคอ้วน	17	2.8
โรคข้อเข่าเสื่อม	151	24.8
โรคไต	33	5.4
ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
1-5 ปี	271	44.6
6-10 ปี	204	33.6
11-15 ปี	55	9.0
16-20 ปี	59	9.7

## ตาราง 4 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
20 ปีขึ้นไป	19	3.1
(Mean = 8.52, S.D. = 6.71, Minimum = 1, Maximum = 40)		
การมีโรคร่วม		
ไม่มีโรคร่วม	510	83.9
มีโรคร่วม	98	16.1
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อาศัยอยู่กับบุตร/ หลาน	451	74.2
อาศัยอยู่กับสามี/ ภรรยา	242	39.8
อาศัยอยู่กับญาติ	39	6.4
อาศัยอยู่กับเพื่อน/ เพื่อนบ้าน	5	0.8
อาศัยตามลำพัง	48	7.9
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1-3 คน	317	52.1
4-6 คน	235	38.7
7-9 คน	42	6.9
10 คนขึ้นไป	14	2.3
(Mean = 3.82, S.D. = 2.14, Minimum = 1, Maximum = 14)		
การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ	381	62.7
ไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ	227	37.3
จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
ไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ	227	37.3
1 คน	217	35.7
2 คน	106	17.4
3 คน	21	3.5
4 คน	30	4.9
5 คน	3	0.5
6 คน	4	0.7

## 2. ปัจจัยภายในตัวบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.0 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.3 ความผาสุกทางใจอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 44.7 ความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.3 การทำหน้าที่ด้านสติปัญญาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 58.6 ความสามารถในการเผชิญปัญหา/ ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.8 และความว้าเหว่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 48.4 รายละเอียดดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับปัจจัยภายในตัวบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n = 608)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้สุขภาพของตนเอง		
ระดับต่ำ (6-17 คะแนน)	210	34.6
ระดับปานกลาง (18-23 คะแนน)	292	48.0
ระดับสูง (24-30 คะแนน)	106	17.4
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง		
ระดับต่ำ (7-20 คะแนน)	114	18.8
ระดับปานกลาง (21-27 คะแนน)	306	50.3
ระดับสูง (28-35 คะแนน)	188	30.9
ความผาสุกทางใจ		
ระดับต่ำ (5-14 คะแนน)	272	44.7
ระดับปานกลาง (15-19 คะแนน)	259	42.6
ระดับสูง (20-25 คะแนน)	77	12.7
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ		
ระดับต่ำ (7-20 คะแนน)	65	10.7
ระดับปานกลาง (21-27 คะแนน)	318	52.3
ระดับสูง (28-35 คะแนน)	225	37.0
การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา		
ระดับต่ำ (8-23 คะแนน)	356	58.6
ระดับปานกลาง (24-31 คะแนน)	225	37.0
ระดับสูง (32-40 คะแนน)	27	4.4

## ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการเผชิญปัญหา/ ความเครียด		
ระดับต่ำ (10-29 คะแนน)	212	34.9
ระดับปานกลาง (30-39 คะแนน)	327	53.8
ระดับสูง (40-50 คะแนน)	69	11.3
ความว่าเหว่		
ระดับต่ำ (20-40 คะแนน)	294	48.4
ระดับปานกลาง (41-60 คะแนน)	277	45.6
ระดับสูง (61-80 คะแนน)	37	6.1

3. ปัจจัยทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง  
 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 82.2 ไม่มี  
 ภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 93.4 ไม่มีความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรค  
 ไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 85.5 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในกลุ่มดีดั่งมากที่สุด  
 ร้อยละ 93.6 รองลงมาคือ กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 5.4 และน้อยที่สุดคือ กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.0 และ  
 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.2 รายละเอียดดังตาราง 6

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยทางสุขภาพและพฤติกรรม  
 สุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n = 608)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การเข้ารับรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
รักษาต่อเนื่อง	500	82.2
รักษาไม่ต่อเนื่อง	108	17.8
ภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	568	93.4
มีภาวะแทรกซ้อน	40	6.6

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
ไม่มีความทุกข์ยาก	520	85.5
มีความทุกข์ยาก	88	14.5
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
กลุ่มติดเตียง (0-4 คะแนน)	6	1.0
กลุ่มติดบ้าน (5-11 คะแนน)	33	5.4
กลุ่มติดสังคม (12 คะแนนขึ้นไป)	569	93.6
พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
ระดับต่ำ (8-23 คะแนน)	120	19.7
ระดับปานกลาง (24-31 คะแนน)	275	45.2
ระดับสูง (32-40 คะแนน)	213	35.0

4. ปัจจัยทางครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.8 มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 44.9 และได้รับการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.4 รายละเอียดดังตาราง 7

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยทางครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n = 608)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม		
ระดับต่ำ (15-44 คะแนน)	111	18.3
ระดับปานกลาง (45-59 คะแนน)	333	54.8
ระดับสูง (60-75 คะแนน)	164	27.0
สัมพันธภาพในครอบครัว		
ระดับต่ำ (5-14 คะแนน)	69	11.3
ระดับปานกลาง (15-19 คะแนน)	266	43.8
ระดับสูง (20-25 คะแนน)	273	44.9

## ตาราง 7 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับการดูแล		
ระดับต่ำ (21-62 คะแนน)	151	24.8
ระดับปานกลาง (63-83 คะแนน)	349	57.4
ระดับสูง (84-105 คะแนน)	108	17.8

5. ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง  
กลุ่มตัวอย่างไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 76.2 และมีความเสี่ยงต่อ  
การเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 23.8 รายละเอียดดังตาราง 8

ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ  
ซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n = 608)

ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (0 คะแนน)	463	76.2
มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (1-2 คะแนน)	145	23.8

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรค  
ไม่ติดต่อเรื้อรัง

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วย  
ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression  
analysis) ซึ่งมีลำดับการนำเสนอ ดังนี้

#### 6.1 ตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ผู้วิจัยได้กำหนดตัวแปร และระดับการวัดตัวแปรที่ศึกษาให้เป็นไปตามข้อตกลง  
เบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression analysis) รายละเอียดดัง  
ตาราง 9

ตาราง 9 แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
ตัวแปรอิสระ	
เพศ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ชาย (ตัวแปรอ้างอิง) หญิง = 1
อายุ	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) อายุ 60-69 ปี (ตัวแปรอ้างอิง) อายุ 70-79 ปี = 1, อื่น ๆ = 0 อายุ 80 ปี ขึ้นไป = 1, อื่น ๆ = 0
ศาสนา	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) คริสต์ (ตัวแปรอ้างอิง) พุทธ = 1
สถานภาพ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) สมรส (ตัวแปรอ้างอิง) โสด = 1, อื่น ๆ = 0 หย่า/แยก = 1, อื่น ๆ = 0 หม้าย = 1, อื่น ๆ = 0
ระดับการศึกษา	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่ได้เรียน = 1, อื่น ๆ = 0 ประถมศึกษา = 1, อื่น ๆ = 0 มัธยมศึกษา/ปวช. = 1, อื่น ๆ = 0 อนุปริญญา/ ปวส. = 1, อื่น ๆ = 0 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ตัวแปรอ้างอิง)
อาชีพ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่ได้ประกอบอาชีพ/ทำงานบ้าน = 1 มีอาชีพประจำ (ตัวแปรอ้างอิง)



## ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
สิทธิการรักษา	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) จ่ายเงินเอง = 1, อื่น ๆ = 0 UC = 1, อื่น ๆ = 0 สิทธิสวัสดิการข้าราชการ = 1, อื่น ๆ = 0 สิทธิประกันสังคม (ตัวแปรอ้างอิง)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) น้อยกว่า 5,000 บาท = 1, อื่น ๆ = 0 5,001-15,000 บาท = 1, อื่น ๆ = 0 15,001--30,000 บาท = 1, อื่น ๆ = 0 มากกว่า 30,000 บาท (ตัวแปรอ้างอิง)
ความเพียงพอของรายได้	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่เพียงพอ = 1, อื่น ๆ = 0 เพียงพอไม่เหลือเก็บ = 1, อื่น ๆ = 0 เพียงพอมีเหลือเก็บ (ตัวแปรอ้างอิง)
ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่มีประวัติ (ตัวแปรอ้างอิง) มีประวัติ = 1,
ชนิดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็น	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) โรคความดันโลหิตสูง = 1, ไม่เป็นโรค = 0 โรคไขมันในเลือดสูง = 1, ไม่เป็นโรค = 0 โรคเบาหวาน = 1, ไม่เป็นโรค = 0 โรคข้อเข่าเสื่อม = 1, ไม่เป็นโรค = 0 โรคหัวใจและหลอดเลือด = 1, ไม่เป็นโรค = 0 โรคหลอดเลือดสมอง = 1, ไม่เป็นโรค = 0 โรคไต = 1, ไม่เป็นโรค = 0 โรคมะเร็ง = 1, ไม่เป็นโรค = 0 โรคทางเดินหายใจ (ตัวแปรอ้างอิง)

## ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	จัดอันดับ 1-5 ปี (ตัวแปรอ้างอิง) 6-10 ปี = 1, อื่น ๆ = 0 11-15 ปี = 1, อื่น ๆ = 0 16-20 ปี = 1, อื่น ๆ = 0 20 ปีขึ้นไป = 1, อื่น ๆ = 0
การมีโรคร่วม	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่มีโรคร่วม (ตัวแปรอ้างอิง) มีโรคร่วม = 1
ลักษณะการอยู่อาศัย	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา (ตัวแปรอ้างอิง) อาศัยตามลำพัง = 1
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	จัดอันดับ 1-3 คน = 1, อื่น ๆ = 0 4-6 คน = 1, อื่น ๆ = 0 7-9 คน = 1, อื่น ๆ = 0 10 คนขึ้นไป (ตัวแปรอ้างอิง)
การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) มีผู้ดูแล (ตัวแปรอ้างอิง) ไม่มีผู้ดูแล = 1
จำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุ	จัดอันดับ 1-2 คน = 1, อื่น ๆ = 0 3-4 คน = 1, อื่น ๆ = 0 5-6 คน (ตัวแปรอ้างอิง)

## ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
การรับรู้สุขภาพของตนเอง	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ = 1, อื่น ๆ = 0 ปานกลาง = 1, อื่น ๆ = 0 สูง (ตัวแปรอ้างอิง)
ความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเอง	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ = 1, อื่น ๆ = 0 ปานกลาง = 1, อื่น ๆ = 0 สูง (ตัวแปรอ้างอิง)
ความสามารถในการเผชิญ ปัญหา/ ความเครียด	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ = 1, อื่น ๆ = 0 ปานกลาง = 1, อื่น ๆ = 0 สูง (ตัวแปรอ้างอิง)
ความผาสุกทางใจ	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ = 1, อื่น ๆ = 0 ปานกลาง = 1, อื่น ๆ = 0 สูง (ตัวแปรอ้างอิง)
ความผาสุกทางจิตวิญญาณ	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ = 1, อื่น ๆ = 0 ปานกลาง = 1, อื่น ๆ = 0 สูง (ตัวแปรอ้างอิง)
การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ = 1, อื่น ๆ = 0 ปานกลาง = 1, อื่น ๆ = 0 สูง (ตัวแปรอ้างอิง)

## ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
ความว่าเหว่	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ความว่าเหว่อยู่ในระดับต่ำ (ตัวแปรอ้างอิง) ความว่าเหว่อยู่ในระดับปานกลาง = 1, อื่น ๆ = 0 ความว่าเหว่อยู่ในระดับสูง = 1, อื่น ๆ = 0
ความต่อเนื่องในการรักษา	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) รักษาต่อเนื่อง (ตัวแปรอ้างอิง) รักษาไม่ต่อเนื่อง = 1
การมีภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) มีภาวะแทรกซ้อน = 1 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ตัวแปรอ้างอิง)
ความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) มีความทุกข์ยาก = 1 ไม่มีความทุกข์ยาก (ตัวแปรอ้างอิง)
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) กลุ่มติดสังคม (ตัวแปรอ้างอิง) กลุ่มติดบ้าน, อื่น ๆ = 0) กลุ่มติดเตียง, อื่น ๆ = 0)
พฤติกรรมการสุขภาพ	
การรับประทานอาหาร	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ประจำ (ตัวแปรอ้างอิง) บ่อยครั้ง = 1, อื่น ๆ = 0 บางครั้ง = 1, อื่น ๆ = 0 น้อยครั้ง = 1, อื่น ๆ = 0 ไม่เคยปฏิบัติ = 1, อื่น ๆ = 0

## ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
การออกกำลังกาย	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ประจำ (ตัวแปรอ้างอิง) บ่อยครั้ง = 1, อื่น ๆ = 0 บางครั้ง = 1, อื่น ๆ = 0 น้อยครั้ง = 1, อื่น ๆ = 0 ไม่เคยปฏิบัติ = 1, อื่น ๆ = 0
การนอนหลับพักผ่อน	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ประจำ (ตัวแปรอ้างอิง) บ่อยครั้ง = 1, อื่น ๆ = 0 บางครั้ง = 1, อื่น ๆ = 0 น้อยครั้ง = 1, อื่น ๆ = 0 ไม่เคยปฏิบัติ = 1, อื่น ๆ = 0
การทำสมาธิ	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ประจำ (ตัวแปรอ้างอิง) บ่อยครั้ง = 1, อื่น ๆ = 0 บางครั้ง = 1, อื่น ๆ = 0 น้อยครั้ง = 1, อื่น ๆ = 0 ไม่เคยปฏิบัติ = 1, อื่น ๆ = 0
การสูบบุหรี่	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ประจำ (ตัวแปรอ้างอิง) บ่อยครั้ง = 1, อื่น ๆ = 0 บางครั้ง = 1, อื่น ๆ = 0 น้อยครั้ง = 1, อื่น ๆ = 0 ไม่เคยปฏิบัติ = 1, อื่น ๆ = 0

## ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
การดื่มสุรา	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ประจำ (ตัวแปรอ้างอิง) บ่อยครั้ง = 1, อื่น ๆ = 0 บางครั้ง = 1, อื่น ๆ = 0 น้อยครั้ง = 1, อื่น ๆ = 0 ไม่เคยปฏิบัติ = 1, อื่น ๆ = 0
การทำงานอดิเรก	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ประจำ (ตัวแปรอ้างอิง) บ่อยครั้ง = 1, อื่น ๆ = 0 บางครั้ง = 1, อื่น ๆ = 0 น้อยครั้ง = 1, อื่น ๆ = 0 ไม่เคยปฏิบัติ = 1, อื่น ๆ = 0
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ = 1, อื่น ๆ = 0 ปานกลาง = 1, อื่น ๆ = 0 สูง (ตัวแปรอ้างอิง)
สัมพันธภาพในครอบครัว	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ = 1, อื่น ๆ = 0 ปานกลาง = 1, อื่น ๆ = 0 สูง (ตัวแปรอ้างอิง)
การได้รับการดูแล	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ต่ำ = 1, อื่น ๆ = 0 ปานกลาง = 1, อื่น ๆ = 0 สูง (ตัวแปรอ้างอิง)

## ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
ตัวแปรตาม	
ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ	นามบัญญัติ
ซึมเศร้า	มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า = 1 ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า = 0

6.2 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและความเหมาะสม (Goodness of fit test) ของสมการถดถอยโลจิสติก

1. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ พบว่า ไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) โดยมีค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร  $-0.290$  ถึง  $0.743$  ซึ่งมีความสัมพันธ์ไม่เกิน  $0.90$  ตามเกณฑ์ของ Tabachnick & Fidell (2012)

2. การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติกในรูปของค่าสถิติ Chi-square test เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของข้อมูลกับโมเดลว่าเข้ากันได้หรือไม่ โดยใช้สถิติ Omnibus Tests Model Coefficients พบว่า ค่า Model Chi-square เท่ากับ  $195.354$  และค่า p-value  $< 0.001$  แสดงว่า ตัวแปรอิสระที่จะใช้พยากรณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความเหมาะสม

3. การทดสอบความเหมาะสมของโมเดล โดยใช้สถิติ Hosmer and Lemeshow Test โดยมีสมมติฐานการทดสอบ ดังนี้

$H_0$  = โมเดลทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความเหมาะสม

$H_1$  = โมเดลทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่เหมาะสม

จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ค่า Chi-square เท่ากับ  $10.147$  และค่า p-value =  $0.255$  ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $0.05$  นั่นคือ ยอมรับ  $H_0$  แสดงว่า โมเดลทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความเหมาะสม

6.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผู้วิจัยวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression analysis) ด้วยวิธีการ Enter โดยเลือกตัวแปรอิสระทั้งหมดเข้าสมการถดถอยโลจิสติกพร้อมกันในขั้นตอนเดียว ในการพิจารณาตัวแปรทำนายที่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ทำนายใน model ผู้วิจัยจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจเองว่าตัวแปรทำนายตัวใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรเกณฑ์ หรือควรจะอยู่ในสมการความถดถอยโลจิสติก โดยพิจารณาจากค่าสถิติทดสอบ ถ้ามีนัยสำคัญทางสถิติ ถือว่าตัวแปรทำนายนั้นควรจะอยู่ในสมการความถดถอย ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้ คือ สถานภาพหม้าย (Adjusted OR = 1.865; 95%CI: 1.041-3.340, p = 0.036) การไม่ได้เรียน (Adjusted OR = 11.138; 95%CI: 1.377-90.056, p = 0.024) การเป็นโรคเบาหวาน (Adjusted OR = 2.015; 95%CI: 1.108-3.665, p = 0.022) ความผาสุกทางใจ (Adjusted OR = 0.145; 95%CI: 0.068-0.309, p < 0.001) ความว้าเหว่ (Adjusted OR = 2.361; 95%CI: 1.261-4.421, p = 0.007) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (Adjusted OR = 4.103; 95%CI: 1.229-13.697, p = 0.022) พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ (Adjusted OR = 2.590; 95%CI: 1.136-5.905, p = 0.024) การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ (Adjusted OR = 7.609; 95%CI: 2.159-26.815, p = 0.002) การดื่มสุราเป็นประจำ (Adjusted OR = 23.143; 95%CI: 1.425-375.938, p = 0.027) การทำงานอดิเรก (Adjusted OR = 0.170; 95%CI: 0.051-0.565, p = 0.004) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งทั้ง 10 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์ความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ ร้อยละ 41.2 และสามารถพยากรณ์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 85.0 โดยอธิบายปัจจัยทำนายได้ดังนี้

- 1) สถานภาพหม้าย พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีสถานภาพหม้ายจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส 1.865 เท่า
- 2) การไม่ได้เรียน พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ได้เรียนจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่เรียนหนังสือ 11.138 เท่า
- 3) โรคเบาหวาน พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น 2.015 เท่า
- 4) ความผาสุกทางใจ พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความผาสุกทางใจระดับสูงมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่มีความผาสุกทางใจระดับต่ำ 0.145 เท่า
- 5) ความว้าเหว่ พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความว้าเหว่อยู่ในระดับปานกลางจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีความว้าเหว่อยู่ในระดับต่ำ 2.361 เท่า
- 6) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มติดบ้านจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 4.103 เท่า
- 7) การรับประทานอาหาร



พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับประทานอาหารไม่เพียงพอจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารเพียงพอ 2.590 เท่า 8) การนอนหลับพักผ่อนพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ 7.609 เท่า 9) การดื่มสุรา พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ดื่มสุราเป็นประจำ หรือบ่อยครั้งจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มสุรา 23.143 เท่า และ 18.721 เท่า ตามลำดับ 10) การทำงานอดิเรก พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ทำงานอดิเรกเป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่ไม่ทำงานอดิเรก 0.170 เท่า

ผู้วิจัยสามารถอธิบายผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รายละเอียดดังตาราง 10

**ตาราง 10 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับความเสี่ยงในการเกิดภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n = 608)**

ตัวแปร	ความเสี่ยงในการเกิดภาวะซีมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
	B	Adjusted odds ratio	95%CI		p-value
			Lower	Upper	
สถานภาพ					
สมรส (ตัวแปรอ้างอิง)					
หม้าย	0.623	1.865	1.041	3.340	0.036
ระดับการศึกษา					
ปริญญาตรีขึ้นไป (ตัวแปรอ้างอิง)					
ไม่ได้เรียน	2.410	11.138	1.377	90.056	0.024
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง					
โรคอื่น (ตัวแปรอ้างอิง)					
โรคเบาหวาน	0.701	2.015	1.108	3.665	0.022
ความผาสุกทางใจ					
ระดับสูง (ตัวแปรอ้างอิง)					
ระดับต่ำ	-1.933	0.145	0.068	0.309	<0.001

ตาราง 10 (ต่อ)

ตัวแปร	ความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				p-value
	B	Adjusted odds ratio	95%CI Lower Upper		
ความจำเหว่					
ระดับต่ำ (ตัวแปรอ้างอิง)					
ระดับปานกลาง	0.859	2.361	1.261	4.421	0.007
ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน (ADL)					
กลุ่มติดสังคม (ตัวแปร อ้างอิง)	1.412	4.103	1.229	13.697	0.022
กลุ่มติดบ้าน					
การรับประทานอาหาร					
เพียงพอ (ตัวแปรอ้างอิง)					
ไม่เพียงพอ	0.952	2.590	1.136	5.905	0.024
การนอนหลับพักผ่อน					
เพียงพอ (ตัวแปรอ้างอิง)					
ไม่เพียงพอ	2.029	7.609	2.159	26.815	0.002
การดื่มสุรา					
ไม่ดื่มสุรา (ตัวแปรอ้างอิง)					
บ่อยครั้ง	2.930	18.721	1.087	322.497	0.044
เป็นประจำ	3.142	23.143	1.425	375.938	0.027
การทำงานอดิเรก					
ไม่ทำงานอดิเรก (ตัวแปร อ้างอิง)					
ทำงานอดิเรกเป็นประจำ	-1.771	0.170	0.051	0.565	0.004

Percentage correct = 85.0, Nagelkerke R<sup>2</sup> = 0.412

ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบคู่ขนาน (Convergent parallel design) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (การวิจัยเชิงคุณภาพ) พบว่า ความเพียงพอของรายได้ ความผาสุกทางใจ สุขภาพภาวะทางกาย การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ทั้ง 5 ตัวแปร เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (การวิจัยเชิงปริมาณ) พบว่า สถานภาพหม้าย การไม่ได้เรียน การเป็นโรคเบาหวาน ความผาสุกทางใจ ความว่าเหว่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) กลุ่มติดบ้าน การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การดื่มสุรา และการทำงานอดิเรก ซึ่งทั้ง 10 ตัวแปรสามารถรวมกันพยากรณ์ความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ร้อยละ 41.2

จากผลการวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปริมาณ โดยสามารถรวมผลการวิจัยทั้ง 2 ส่วนเข้าด้วยกัน (Merge) จำนวน 15 ตัวแปร พบตัวแปรที่มีความสอดคล้องกัน 2 ตัวแปรคือ ความผาสุกทางใจ และการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ อธิบายได้ว่าการวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่ต่างกัน สามารถให้ผลการวิจัยที่ต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพมีจุดมุ่งหมายเพื่อต้องการค้นหาคำตอบ/ตัวแปรที่เป็นสาเหตุ ซึ่งแตกต่างไปจากระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณที่ได้ตัวแปรมาจากการทบทวนวรรณกรรมและทฤษฎี จึงยังอาจได้ตัวแปรไม่ครอบคลุมครบถ้วน ดังนั้นสรุปได้ว่าตัวแปรที่เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุ/ มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 13 ตัวแปรคือ สถานภาพหม้าย การไม่ได้เรียน ความเพียงพอของรายได้ การเป็นโรคเบาหวาน ความผาสุกทางใจ ความว่าเหว่ สุขภาพภาวะทางกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) กลุ่มติดบ้าน การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การดื่มสุราเป็นประจำ/บ่อยครั้ง การทำงานอดิเรก และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ซึ่งจะนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ไปใช้สร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะที่ 2 ต่อไป

## การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การวิจัยระยะนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยนำผลการวิจัยในระยะที่ 1 มาใช้ในการสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น และภาครัฐ เพื่อร่วมกันพูดคุย อภิปราย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษารั้งนี้ คือ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีประสบการณ์ในดูแลผู้สูงอายุและงานสุขภาพจิต และผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า จำนวน 8 คน 2) ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า จำนวน 6 คน 3) ผู้นำท้องถิ่นหรือผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน และ 4) บุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและผู้สูงอายุของโรงพยาบาลศูนย์/ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 6 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเอกพันธ์ (Homogeneous Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแนวทางการสนทนากลุ่ม สมุดจดบันทึก และเครื่องบันทึกเสียง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม เริ่มต้นด้วยการทำความรู้จักกัน สร้างสัมพันธภาพให้ทุกคนได้ผ่อนคลาย และรู้สึกคุ้นเคยกันพอสมควร จากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนา ขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กล่าวขอบคุณที่มาร่วมสนทนากลุ่ม ขอให้ทุกคนพูดได้โดยไม่กังวลเรื่องถูกผิด การรักษาความลับสำหรับการวิจัย การนำข้อมูลไปใช้ และขออนุญาตให้ผู้ช่วยผู้วิจัยจดบันทึกข้อมูล และใช้เครื่องบันทึกเสียงการสนทนากลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยจุดประเด็นการสนทนากลุ่มด้วยคำถามปลายเปิดเริ่มคำถามแรกด้วยการให้ผู้เข้าร่วมสนทนาแสดงความคิดเห็นประเด็นการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในมุมมองของคนนอก จากนั้นใช้คำถามที่ตึงกลุ่มให้เข้าใกล้ตัวผู้ร่วมสนทนามากขึ้น ในขณะที่ดำเนินการสนทนาอาจมีประเด็นใหม่ ๆ ที่ผู้วิจัยต้องเก็บนอกเหนือจากประเด็นที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะต้องปรับแนวทางตามความเหมาะสมไปเรื่อย ๆ ตลอดการสนทนา และพยายามให้ทุกคนได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุดเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แน่นและลุ่มลึกขึ้นเรื่อย ๆ โดยใช้เวลาประมาณไม่เกิน 1 ชั่วโมง 30 นาที ดำเนินการในวันที่ 7 และ 10 เมษายน 2566 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี จังหวัดนนทบุรี และวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

### 1. ปัจจัยนำเข้าการสนทนากลุ่ม

ปัจจัยนำเข้าเวทีการสนทนากลุ่มเพื่อยกร่างหรือสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งได้จากผลการวิจัยในระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบคู่ขนาน (Convergent parallel design) ดังนี้

1.1 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ) พบว่า 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ 2) ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความผาสุกทางใจ 3) ปัจจัยทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ สุขภาวะทางกาย และการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ 4) ปัจจัยทางครอบครัวและสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว จำนวน 5 ปัจจัย/ ตัวแปร

1.2 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผลการวิจัยเชิงปริมาณ) พบว่า 1) สถานภาพหม้าย 2) การไม่ได้เรียน 3) การเป็นโรคเบาหวาน 4) ความผาสุกทางใจ 5) ความว้าเหว่ 6) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) กลุ่มติดบ้าน 7) การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ 8) การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ 9) การดื่มสุราเป็นประจำ หรือบ่อยครั้ง 10) การทำงานอดิเรก จำนวน 10 ปัจจัย/ ตัวแปร

1.3 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ และมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สอดคล้องกันทั้งจากการวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ คือ ความผาสุกทางใจ และการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ จำนวน 2 ปัจจัย/ ตัวแปร รายละเอียดดังตาราง 11

ตาราง 11 แสดงปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัจจัย/ตัวแปร	ผลการวิจัย
ปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เชิงคุณภาพ)	
1. ความเพียงพอของรายได้	<p>ผู้สูงอายุมิปัญหาทางการเงิน ทั้งจากการมีรายได้น้อย รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายต่อเดือน การไม่มีเงินเหลือเก็บสำรองไว้ใช้ในอนาคต และการมีหนี้สิน ทั้งที่เกิดจาก ตัวผู้สูงอายุเอง หรือจากสมาชิกในครอบครัว รวมถึงสภาพปัญหาทางด้านเศรษฐกิจในปัจจุบันของประเทศ ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมหลังจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สภาพร่างกายที่เสื่อมลงในวัยสูงอายุ การเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ความพิการ การไม่มีอาชีพ ไม่มีงานทำหรือไม่สามารถทำงานหนักได้ การมีแหล่งรายได้ จำนวนน้อยจากการได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากภาครัฐประมาณ 600-1,000 บาทต่อเดือนตามเกณฑ์อายุที่กำหนด การไม่ได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายในการดำรงชีวิตประจำวัน หรือใช้จ่ายเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บสะสมไว้ยามฉุกเฉิน หรือช่วงขาดรายได้ ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ความท้อแท้ สิ้นหวัง และมีความคิดฆ่าตัวตายได้ในบางราย เพื่อให้พ้นจากความลำบากทางการเงิน</p>

ตาราง 11 (ต่อ)

ปัจจัย/ตัวแปร	ผลการวิจัย
2. สุขภาวะทางกาย	<p>ผู้สูงอายุมีสุขภาวะทางกายเสื่อมไปตามกาลเวลา ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค โดยมักเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีระยะการดำเนินโรคนาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ บางรายเกิดความพิการ เช่น อัมพฤกษ์ แขนขาไม่มีแรง ตาพร่ามัว และเสียชีวิตตามมา ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงดำเนินชีวิตได้ยากลำบากขึ้น เพราะความเสื่อมของร่างกาย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง มีการเคลื่อนไหวที่ไม่สะดวก เชื่องช้า ยืนเดินไม่มั่นคง เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย ไม่สามารถเดินทางไปไหนได้เหมือนเมื่อตอนร่างกายแข็งแรง จึงเกิดความรู้สึกทุกข์ยากลำบากจากการเจ็บป่วย นำไปสู่สุขภาวะทางใจ ที่อาจเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร หดหู่ เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง จนเป็นภาวะซึมเศร้าได้ต่อไป</p>
3. สัมพันธภาพในครอบครัว	<p>ผู้สูงอายุมักจะมีความรู้สึกเครียด วิตกกังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ เศร้า ไม่มีความสุข เมื่อสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครัวเรือนเดียวกันมีสัมพันธภาพไม่ดีต่อกัน มีความขัดแย้ง ทะเลาะเบาะแว้งกันในครอบครัว ไม่แสดงออกถึงความรัก ความเอาใจใส่ เอื้ออาทรต่อกัน ร่วมพูดคุยสนทนากัน ปรึกษาหารือกัน หรือทำกิจกรรมร่วมกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่า อยากแยกตัวออกไปจากครอบครัว หรือหนีออกไปจากปัญหาต่าง ๆ ของครอบครัว</p>
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เชิงปริมาณ)	
1. สถานภาพหม้าย	<p>สถานภาพหม้าย มีอิทธิพลทางบวกต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีสถานภาพหม้าย จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรส</p>

ตาราง 11 (ต่อ)

ปัจจัย/ตัวแปร	ผลการวิจัย
2. การไม่ได้เรียน	การไม่ได้เรียน มีอิทธิพลทางบวกต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ได้เรียนจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ได้เรียน
3. โรคเบาหวาน	การป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีอิทธิพลทางบวกต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคอื่น
4. ความว่าเหว่	ความว่าเหว่ มีอิทธิพลทางบวกต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความว่าเหว่ในระดับปานกลางจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้มีความว่าเหว่ในระดับต่ำ
5. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)กลุ่มติดบ้าน	ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) กลุ่มติดบ้าน มีอิทธิพลทางบวกต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มติดบ้านจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม
6. การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ	การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ มีอิทธิพลทางบวกต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการรับประทานอาหารไม่เพียงพอจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่รับประทานอาหารเพียงพอ



## ตาราง 11 (ต่อ)

ปัจจัย/ตัวแปร	ผลการวิจัย
7. การดื่มสุราเป็นประจำ หรือบ่อยครั้ง	การดื่มสุราเป็นประจำ หรือบ่อยครั้ง มีอิทธิพลทางบวกต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการดื่มสุราเป็นประจำ หรือบ่อยครั้ง จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มสุรา
8. การทำงานอดิเรก	การทำงานอดิเรก มีอิทธิพลทางลบต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ทำงานอดิเรกเป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่ไม่ทำงานอดิเรก 0.170 เท่า
ปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่สอดคล้องกันทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ	
1. ความผาสุกทางใจ	ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า ความผาสุกทางใจ มีอิทธิพลทางลบต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางใจระดับสูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่มีความผาสุกทางใจระดับต่ำ 0.145 เท่า สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางใจจะสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้เหมาะสม เผชิญปัญหาในการเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง สามารถดูแลช่วยเหลือตนเอง พึ่งพาตนเองไม่ให้เป็นภาระของผู้อื่น มีจิตใจที่เบิกบาน รู้สึกตนเองมีคุณค่า ดำเนินชีวิตอย่างปกติหรือมีความหมาย ทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จตามเป้าหมาย และคอยสนับสนุนให้ความช่วยเหลือที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว ต่อสังคม แต่จากสภาพปัญหาในชีวิตผู้สูงอายุ เช่น การสูญเสียคนที่รัก หน้าที่การงาน ความยากจน การมีรายได้น้อย ภาวะ

ตาราง 11 (ต่อ)

ปัจจัย/ตัวแปร	ผลการวิจัย
	<p>หนี้สิน สภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมตามธรรมชาติ การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วย การสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจำนวนมาก ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุข หรือมีความสุขน้อยลง ความพึงพอใจในชีวิตลดลง รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ไม่มีประโยชน์ต่อครอบครัว จนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง</p>
<p>2. การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ</p>	<p>ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ มีอิทธิพลทางบวกต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่การนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสบปัญหาการนอนไม่หลับ หลับยาก หลับ ๆ ตื่น ๆ ในเวลากลางคืน สาเหตุมาจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ประกอบกับผู้สูงอายุมีการทำงานของร่างกายที่เสื่อมลง ระดับฮอร์โมนที่ลดลง การมีโรคประจำตัวที่รบกวนการนอน หรือการรับประทานยาบางชนิดทำให้การนอนหลับลึกหรือพักผ่อนร่างกายของผู้สูงอายุมีเปอร์เซ็นต์น้อยลง เมื่อนอนหลับไม่เพียงพอจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย มองสดชื่นไม่ปลอดโปร่ง คิดอะไรไม่ค่อยออก หรือคิดได้ช้าลง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ เกิดความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวล หงุดหงิด เบื่อหน่าย และเป็นปัญหาพื้นฐานในเรื่องของซึมเศร้าในอนาคตได้</p>

## 2. องค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

จากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักจากภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น และภาครัฐ จำนวน 4 กลุ่ม คือ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีประสบการณ์ในดูแลผู้สูงอายุและงานสุขภาพจิต และผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า จำนวน 8 คน (FGDCG) 2) ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า จำนวน 6 คน (FGDAG) 3) ผู้นำท้องถิ่นหรือผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน (FGDLD) และ 4) บุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและผู้สูงอายุของโรงพยาบาลศูนย์/ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 6 คน (FGDPH) เพื่อยกร่าง/สร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากปัจจัยนำเข้าจำนวน 13 ปัจจัย/ตัวแปร ได้แก่ สถานภาพหม้าย การไม่ได้เรียน ความเพียงพอของรายได้ การเป็นโรคเบาหวาน ความผาสุกทางใจ ความว้าเหว สุขภาพภาวะทางกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) กลุ่มติดบ้าน การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การดื่มสุราเป็นประจำ หรือบ่อยครั้ง การทำงานอดิเรก และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยคัดเลือกปัจจัยนำเข้าที่สามารถพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงได้นำมาพิจารณาในด้านความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุม พร้อมทั้งปรับปรุงรูปแบบตามคำแนะนำ และสรุปรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า ปัจจัยนำเข้าที่ได้รับคัดเลือกเป็นองค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งหมดจำนวน 4 ปัจจัยหลัก 13 ปัจจัยรอง ประกอบด้วย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพหม้าย การไม่ได้เรียน ความเพียงพอของรายได้ และการเป็นโรคเบาหวาน 2) ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความผาสุกทางใจ และความว้าเหว 3) ปัจจัยทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพภาวะทางกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) กลุ่มติดบ้าน การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ และการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การดื่มสุราเป็นประจำ หรือบ่อยครั้ง การทำงานอดิเรก 4) ปัจจัยทางครอบครัวและสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว โดยจัดกลุ่มองค์ประกอบได้ 4 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบที่ 1 ผู้สูงอายุ (individual) องค์ประกอบที่ 2 ครอบครัว (family) องค์ประกอบที่ 3 ชุมชน (community) และองค์ประกอบที่ 4 บริการสาธารณสุข (service delivery) มีรายละเอียด ดังนี้

### 2.1 องค์ประกอบที่ 1 ผู้สูงอายุ (individual)

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ผู้สูงอายุควรมีการทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผูกอบรมเชิงปฏิบัติ 1) ด้านการพัฒนาจิตใจผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการจัดการ

ความเครียด การฝึกมองโลกในแง่ดี การระลึกความหลัง สติบำบัด และการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ 2) ด้านการพัฒนาร่างกายผู้สูงอายุ ควรมีการฝึกการดูแลสุขภาพตนเอง (self care) ในรูปแบบง่าย ๆ และรูปแบบใหม่ ๆ เช่น การดูแลตนเองด้วย 3อ. 2ส. ที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง และ 3) การพัฒนาสังคมผู้สูงอายุ ควรส่งเสริมให้มีการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดกิจกรรมหลากหลายให้เลือกทำตามความสนใจ และมีงบประมาณจัดอาหารให้ผู้สูงอายุมาทานร่วมกัน ปรับวันชมรมมาทำไปพร้อมกับวันนัดมาหาหมอ/ เจาะเลือด ทุกวันอังคารของสัปดาห์ ส่งเสริมการทำกิจกรรมครอบครัว โดยเริ่มจากการทำให้สมาชิกในครอบครัวเห็นความสำคัญในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุ สัมพันธ์ภาพในครอบครัว การใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารระหว่างกัน การให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และทีมบุคลากรสาธารณสุข จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/ กิจกรรมขององค์ประกอบผู้สูงอายุ ดังนี้

...แม่ พ่อ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่เขาไม่ค่อยมีความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ยังไม่ค่อยออกกำลังกายกัน ยังชอบกินอาหารหวานมันอยู่เลย อสม.เขามาเยี่ยมแนะนำเรื่อยละ ดินะมี อสม. หมอ พยาบาล มาแนะนำเยี่ยมตามบ้าน

(FGDCG01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...แถวบ้านผู้สูงอายุยังมีตั้งวงกินเหล้ากันตอนเย็นทุกวัน บางคนสูบบุหรี่จัด ทำให้การรักษาโรคไม่ดีขึ้น เป็นเพราะไม่รู้ในการดูแลตนเอง หรือเข้าใจอะไรไม่ถูกต้อง อสม.แนะนำเขาไม่ค่อยเชื่อ แต่ถ้าหมอพูดจะเชื่อมากกว่า ถ้าหมอสอนผู้สูงอายุบ่อย ๆ น่าจะดีขึ้น

(FGDCG04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...เรื่องเครียด ซึมเศร้า ผู้สูงอายุมักมีปัญหากันอยู่นะ ถ้ามีฝึกรอบรมวิธีการใหม่ ๆ ง่าย ๆ ทำเองได้ด้วยตนเองน่าจะช่วยผู้สูงอายุได้มาก

(FGDCG05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...พ่อเดินได้ไม่ลำบากเลยไปร่วมกิจกรรมได้ แต่แม่เขาไม่ดีเลยไม่ค่อยไปไหนนาน ๆ จะไปที่ แต่แกไม่เหงานะเพราะชอบเล่นโทรศัพท์ คุยไลน์กับคนโน้นคนนี่ไปเรื่อย เดี่ยวนี้แกงใหญ่เล่น facebook ด้วยสนุกเลย ให้หลานสอน ถ้าผู้สูงอายุได้เรียนรู้การใช้สื่อออนไลน์คิดว่าน่าจะดีช่วยแก้เหงาได้เพราะกลางวันผู้สูงอายุจะอยู่บ้านลำพังลูกหลานไปทำงานไปเรียนกันหมด

(FGDCG07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...ผู้สูงอายุบางคนยังไม่ให้ความสำคัญกับการรักษาโรค ปฏิบัติตัวไม่ดีไม่เหมาะสม กินยาไม่ตรงเวลา ไม่ไปหาหมอ แต่ไปซื้อยากินเองโดยเอายาที่เคยได้จากโรงพยาบาลไปให้ร้านขายยาดู ถามเขาตอบว่ารอนานกว่าจะได้หาหมอรับยา เสียเวลาทำมาหากินไปหาหมอที่เสียเวลาครึ่งวันก่อนวัน เลยไม่ไปซะเลย

(FGDLD02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...ในหมู่บ้านผู้สูงอายุบางคนฐานะยากจน ลูกเต้าไม่มีเวลาดูแล เขาเลยไม่มีเงินซื้ออาหารดี ๆ อย่างที่หมอแนะนำให้กินเพื่อรักษาโรคที่เป็น มีอะไรกินก็ต้องกินไปละเพื่อประทังชีวิตไปแต่ละวัน เราก็พยายามช่วยเหลือประสานกาชาดจังหวัดมาแจกของแต่ก็ไม่ทั่วถึงเพราะต้องแจกทั่วอำเภอ

(FGDLD03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...ในชุมชนมีผู้สูงอายุเยอะ บางคนก็ดีดูแลตัวเองตามหมอสั่ง แต่บางคนก็ทำตามบ้างไม่ทำบ้าง บอกแก่แล้วเดี๋ยวก็ตายอยากกินอะไรก็กิน ๆ ไปเถอะมันไม่ได้เยอะขัดกับโรคมากนัก แต่ก็กินยาของหมออยู่นะ เพราะกลัวเหมือนกันที่ปฏิบัติตัวยังไม่ดี

(FGDAG01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...บางคนลูกหลานไม่มีเวลาพาไปหาหมอ ไปเองก็ลำบากเดินไม่สะดวกเลยต้องไปซื้อยาที่ร้านขายยาแทน การปฏิบัติตัวบางเรื่องไม่เหมาะสม กินยาไม่ตรงเวลา ไม่ไปหาหมอ

(FGDLD02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...พูดถึงผู้สูงอายุแล้วยากที่จะดูแลตัวเอง ขาแข็งไม่ดีจะออกกำลังกายแรงก็ไม่ได้ กลัวล้มเลยทำได้แคยกแขนยกขา ทำงานบ้าน จะเลือกกินอาหารตามหมอสั่งก็ยากเพราะลูกซื้ออะไรมาต้องกินตามนั้น บางทีเบื่อกินซ้ำ ๆ แต่เกรงใจลูกซื้อให้ทนกินไปเถอะมันคงไม่เป็นไร กินให้มันน้อย ๆ หน่อยคงพอช่วยได้นะ

(FGDAG04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...เรื่องนอนไม่หลับนี่ปัญหาสำคัญเลย ฉันท้ก็เป็นขอบตื้นตีหนึ่งตีสองแล้วไม่หลับถึงเข้ากลางวันง่วงเลยนอนกลางวันแทน แต่ก็หลับได้ไม่นาน บางครั้งต้องขอยานอนหลับหมอมากิน หมอบอกอย่ากินบ่อยให้ฝึกการนอนตรงเวลา แต่ยังไม่ได้ที่บ้านเด็กมันเยอะเสียงดังคุยกันทั้งคืนไม่รู้ทำอะไรกัน

(FGDAG05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...เรื่องเครียดมันมีทุกคนอยู่แล้ว ใครมากใครน้อยตามแต่ปัญหาเยอะน้อย ฉันทืออย่างไม่ค่อยสนใจ แต่ผู้สูงอายุบางคนนี่เครียดจ้งไม่ยอมปล่อยวาง เครียดมาก ๆ เดี่ยวจะเกิดโรคซึมเศร้าได้ อยากให้หมอแนะนำการปฏิบัติตัวทำไงไม่ให้เครียด พูดถึงถ้าอนามัยจัดอบรมให้ผู้สูงอายุคลายเครียดได้ก็ดีเลย จะได้ชวนเพื่อแถว ๆ บ้านมาด้วย แต่บางคนมาไม่ได้ถ้าหมอไปสอนแถวบ้านดีเลยไม่ค่อยมา บางคนติดบ้านไม่ออกไปไหน

(FGDAG06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...เดี๋ยวนี้ผู้สูงอายุบางคนไม่ได้ทำอาหารกินเอง ส่วนใหญ่ลูกหลานซื้อมาให้จากร้านค้าเลยควบคุมความหวาน มัน เค็ม ไม่ค่อยจะได้ ความดันเบาหวานได้ยาก บางคนหนักหน่อยบอกก่อนมาหาหมอดีก่อน 2 วันให้ผลเลือดปกติ หมอจะได้ไม่ว่า...

(FGDPH01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...ที่อนามัยมีจัดอบรมสม.เป็นประจำ แต่ในผู้สูงอายุไม่บ่อย ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมากันติดไปทำไรทำนา อาชีพเกษตรกร แต่การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นสิ่งที่ดีมาก ควรทำเพราะจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดทักษะกลับไปดูแลตัวเอง 3อ. 2ส. เป็นพื้นฐานง่าย ๆ ส่วนการนอนหลับจะยากหน่อยคนแก่หลับยาก แต่ถ้ามีเทคนิคใหม่ ๆ มาก็น่าสนใจแนะนำไปปฏิบัติสวนใหญ่นอนกันไม่เป็นเวลา ลูกหลานกวนคงต้องฝึกกันคู่รวมกับการรักษาโรคที่เป็นให้ดีขึ้น

(FGDPH03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...ชมรมผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุออกจากบ้านมาพบปะสังสรรค์กัน ตั้งแต่โควิดระบาดไม่ได้จัดเลย ตอนนี้เริ่มดีถ้ามีการจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุสม่ำเสมอคิดว่าน่าจะดีต่อผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ส่วนกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงน่าจะไม่ได้ และเห็นด้วยที่ชมรมผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมที่หลากหลายให้เลือกทำตามความสนใจ และมีงบประมาณจัดอาหารให้ผู้สูงอายุมาทานกัน แต่บางพื้นที่อาจต้องปรับกิจกรรมตามสถานที่ที่อาจคับแคบ หรือผู้สูงอายุไม่มาเพราะมีอาชีพเกษตรกร เสนอให้ปรับวันชมรมมาทำไปพร้อมกับวันที่นัดมาหาหมอ / เจาะเลือด ทุกวันอังคารของสัปดาห์น่าจะเหมาะสมขึ้น

(FGDPH04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...กิจกรรมการพัฒนาจิตใจเป็นสิ่งที่ดีมาก การคัดกรอง ประเมิน 2Q ไม่รู้ผู้สูงอายุจะยอมทำไหม แต่ถ้าสร้างความเข้าใจเห็นประโยชน์ก็น่าจะทำ การประเมินความสุขดีทำงานง่าย ผู้สูงอายุน่าจะทำได้ไม่ยาก เห็นด้วย การฝึกมองโลกในแง่ดี คิดบวก การระลึกความหลัง เป็นกิจกรรมที่เหมาะสมจะช่วยผู้สูงอายุได้ แต่มีข้อเสนอเรื่อง และสติบำบัด เพิ่งไปอบรมมา จะช่วยผู้สูงอายุให้ฝึกทำได้ทุกศาสนา

(FGDPH04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...เห็นด้วยเลยกับการฝึกการพัฒนาจิตใจจะช่วยผู้สูงอายุได้เลย นอกจากกิจกรรมการฝึกมองโลกในแง่ดี การระลึกความหลัง สติบำบัด มีข้อเสนอมืออีก 1 กิจกรรมที่มาจากทฤษฎีปัจจุบันที่ได้ผลและกระทรวงสนับสนุนให้ใช้ คือ การสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้ผู้สูงอายุ

(FGDPH05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...ผู้สูงอายุมักอยู่ลำพังคนเดียวช่วงกลางวัน ลูกหลานไปทำงาน กลับเย็นค่ำ ไม่ค่อยได้คุยกัน ทานข้าวร่วมกัน เลยกินข้าวได้ง่ายเพราะรู้สึกโดดเดี่ยว การทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นสิ่งที่ควรสนับสนุน แต่ควรทำให้ครอบครัวเห็นความสำคัญก่อน เพราะคนรุ่นหลังต่างคนต่างอยู่ มีโลกส่วนตัวอยู่แต่กลับโทรศัพท์ ไม่ค่อยทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ควรจัดอบรมครอบครัวควบคู่ไปด้วยเลยนี้ดีมาก ช่วยกันสองแรง

(FGDPH06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

## 2.2 องค์ประกอบที่ 2 ครอบครัว (family)

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ควรมีการจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวรับรู้บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ปรับทัศนคติ สร้างความตระหนักให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างจริงจัง เพราะถ้าครอบครัวเข้มแข็ง ผู้สูงอายุจะเข้มแข็งตามไปด้วย ให้ทุกบ้านมีกิจกรรมทำร่วมกันเมื่อมีโอกาส ได้แก่ การรับประทานอาหารร่วมกัน ลูกหลานดูแลเอาใจใส่ ทักทาย พูดคุยกับผู้สูงอายุ กรณีผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแลควรจัดหาเพื่อนบ้านมาช่วยดูแลอีกทาง ปัญหาไม่มีรายได้ รายได้ไม่เพียงพอ ควรมีการลดรายจ่ายโดยการคัดแยกขยะรีไซเคิลส่งขาย หรือปลูกผักสวนครัวไว้รับประทานในครัวเรือน เช่น ปลูกผักริมรั้ว ผักในภาชนะเหลือใช้ ผักแขวนผนัง ปลูกไปตามบริบทของบ้านผู้สูงอายุ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/ กิจกรรมขององค์ประกอบผู้สูงอายุ ดังนี้

...ผู้สูงอายุที่บ้านไม่เหงาจนลูกหลานเยอะ แต่เห็นข้างบ้านป่าแกอยู่คนเดียวตลอดไม่ค่อยเห็นอยู่พร้อมหน้ากับลูกหลาน ดูแกเหงา ๆ ต้องคอยไปชวนคุย แกบอกลูกไม่อยู่ทำงานเลิกมีดี

(FGDCG02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...ที่บ้านพ่อแม่เคยบอกเหงาเวลาลูกหลานไม่อยู่ ตอนอยู่กันเยอะ ๆ ครีกรึ้นดี ถ้าทำให้ทุกบ้านมีกิจกรรมทำร่วมกันน่าจะช่วยให้ผู้สูงอายุไม่เหงาและมีความสุขดี

(FGDCG03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...แม่ชอบรอกินข้าวพร้อมหน้ากัน บอกกินคนเดียวไม่อร่อย เลยคิดว่าการกินข้าวร่วมกันเป็นอีกกิจกรรมที่ครอบครัวควรร่วมกันทำเมื่อมีโอกาส ผู้สูงอายุจะได้ไม่เศร้าเหงา

(FGDCG06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...เคยเห็นบางครอบครัวที่ผู้สูงอายุนั่งเหงาไม่มีใครคุยด้วย จึงเข้าไปทักทายพูดคุยอยู่สักพัก ดูท่านจะมีความสุขขึ้นเลย ถามว่าลูกหลานไปไหนมานั่งคนเดียวแกตอบเขาเล่นโทรศัพท์กัน พักผ่อนจากเหนื่อยทำงานปล่อยเขาเถอะ ดังนั้นถ้ามีกิจกรรมทำให้ลูกหลานหันมาดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุกันได้จะดีมาก

(FGDLD01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...ผู้สูงอายุในหมู่บ้านชอบมาคุยกับเพื่อนบ้านเพราะลูกหลานไม่มีเวลาต้องทำงาน คนที่ไม่มีคนดูแลควรให้สิ่งแวดล้อมคือเพื่อนบ้านเข้ามาร่วมดูแลเพิ่มจะช่วยได้อีกทาง

(FGDLD04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...ผู้สูงอายุจริง ๆ อยากให้ลูกหลานมาดูแลเอาใจใส่ แค่ทักทายกินข้าวกันก็ช่วยได้แล้ว บางคนบอกเป็นห่วงลูกเขาทำงานกลับดึก มาถึงพูดกัน 2-3 คำก็ไปแยกไปนอน เสาร์อาทิตย์ก็ออกไปเที่ยวกับเพื่อนไม่อยู่บ้าน

(FGDLD05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...การที่ลูกหลานมาพูดคุยกันบ้าง เอาใจใส่กันบ้าง มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุอย่างเราทุกคนมีความสุขได้แล้ว

(FGDAG02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)



...เกรงใจลูกหลานต้องมาดูแล ทุกวันนี้พยายามไม่ให้เป็นการละลูกหลาน แต่มีความสุขเวลาเลี้ยงหลาน เหนื่อยหน่อยแต่มีความสุข ได้ช่วยแบ่งเบาภาระลูกสาวลูกเขยให้ เขาทำงานสบายใจลูกอยู่กับเราปลอดภัย

(FGDAG03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...ผู้สูงอายุมักจะหงอยเหงาอยากให้ลูกหลานมาเอาใจ แต่เขาทำงานเลยไม่ค่อยมาสนใจ ถ้ามากินข้าวเย็นกันบ้างแค่มือเดียวก็ชื่นใจแล้ว

(FGDAG05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...เห็นด้วยมากกับการพัฒนาศักยภาพครอบครัว ให้รู้บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ แต่การมาฝึกอบรมคงต้องจัดในวันหยุดเสาร์อาทิตย์ เพื่อให้ลูกหลานหยุดงานมาได้

(FGDPH02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...ครอบครัวมีส่วนสำคัญมากในการดูแลผู้สูงอายุ แต่สังคมปัจจุบันลูกหลานทำงาน ผู้สูงอายุอยู่ลำพัง สัมพันธภาพในครอบครัวเลยไม่ดีเหมือนกัน กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพจำเป็น แต่ต้องได้รับความร่วมมือจากลูกหลาน สมาชิกในครอบครัวช่วยกัน

(FGDPH04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...อยากให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างจริงจัง เพราะถ้าครอบครัวเข้มแข็ง ผู้สูงอายุจะเข้มแข็งตามไปด้วย เห็นด้วยกับการเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาผู้สูงอายุ ปัญหาครอบครัวกับทีมสุขภาพทุกขั้นตอน แต่ปัญหาส่วนใหญ่ครอบครัวลูกหลานไม่ค่อยมีเวลา ถ้าปรับทัศนคติ ความตระหนักเห็นความสำคัญได้จะพอช่วยได้

(FGDPH05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...เรื่องรายได้น้อย ไม่เพียงพอ อยากเสนอให้ผู้สูงอายุ และครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการคิดหาวิธีการแก้ไขร่วมกัน เพื่อให้ตรงตามความต้องการและมีความเป็นไปได้เหมาะสมกับแต่ละครอบครัว เช่น ที่ รพ.สต. เราช่วยกันเก็บขยะถุงพลาสติกใส่ขายเอาเงินไว้ช่วยเหลือคนไข้ที่ยากจน ไม่มีเงินมาโรงพยาบาล ส่วนที่บ้านผู้สูงอายุก็คัดแยกขยะได้ขยะรีไซเคิลไปขายได้เช่นกัน หรือจะมีการปลูกผักสวนครัวไว้รับประทานในครัวเรือนก็ดีนะ ปลอดภัยพิชด้วย ประหยัดเงินด้วย เช่น ปลูกผักริมรั้ว พวกตำลึง ข่า ตะไคร้ มะกรูด

ผักหวาน ชะอม หรือจะปลูกผักในภาชนะเหลือใช้ กระละมัง กระจบอง กระจบองแตก บางบ้าน ไม่มีพื้นที่ก็ปลูกได้ ทำเป็นแบบผักแขว่นผนัง ห้อยกับต้นไม้ ชื้อบ้าน ให้ปลูกไปตามบริบท ของบ้านผู้สูงอายุ เพื่อช่วยลดรายจ่ายที่ต้องไปซื้อผักมาปรุงอาหารได้

(FGDPH06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

### 2.3 องค์ประกอบที่ 3 ชุมชน (community)

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า กลุ่ม อสม. ผู้นำชุมชนเป็น กลุ่มบุคคลมีส่วนสำคัญในการร่วมดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพราะอยู่ใกล้ชิดกัน จึงควรมีการทำกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพ อสม. ผู้นำชุมชน ให้เป็นที่เลี้ยง ครอบครัวดูแลช่วยเหลือแนะนำ ให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว ความต้องการจำเป็น ของครอบครัว จัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อบ้านมาช่วยกันดูแลผู้สูงอายุ จัดบุคลากร สาธารณสุขเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นเตือน และกำกับติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย/ ผู้สูงอายุ ให้ อสม. ตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้น ประเมินสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุ ส่วนเรื่องการเพิ่มรายได้ให้กับผู้สูงอายุกลุ่มผู้นำ ชุมชนควรหางาน หรืออาชีพที่ทำได้ง่าย ๆ ที่บ้านเป็นการเพิ่มรายได้ เช่น ร้อยมาลัย ทำโบว์ เย็บผ้า พับถุง โดยไปรับงานมาบริการส่งให้ผู้สูงอายุที่บ้าน และรับงานกลับไปส่งคืนผู้จ้างเพราะผู้สูงอายุเดินทาง ลำบาก รวมทั้งให้ทุกฝ่ายทั้งภาคประชาชน ผู้นำชุมชน บุคลากร ร่วมกันทำงานในรูปแบบเครือข่าย ร่วมกันทำงานในดูแลผู้สูงอายุ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/ กิจกรรมของ องค์ประกอบผู้สูงอายุ ดังนี้

...ผู้นำชุมชนระดับผู้ใหญ่บ้านมาดูแลเอาใจใส่ คอยช่วยเหลือผู้สูงอายุในหมู่บ้านดี แต่ อดบด.ไม่ค่อยมาเขามีต้องไปหมู่บ้านอื่นอีก นาน ๆ มาเวลาเขาจะมาเยี่ยม พานายอำเภอ พัฒนา สังคมมาด้วย นายอำเภอคนนี้เป็นผู้หญิงทำงานเก่งมาก อยากให้ช่วยเรื่องรายได้ครอบครัว ไม่ดี ถ้ามีอาชีพเสริมได้อยากทำ

(FGDCG01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...อสม.มาเยี่ยมแม่ที่บ้านประจำ เดินผ่านก็ทักทายแนะนำอยู่ตลอด แต่อสม.จะสู้ หมอไม่ได้เรื่องความรู้ การฝึกอบรมพัฒนาความรู้ อสม. ผู้ใหญ่บ้าน อดบด. ถือว่าดีจะได้มา ช่วยดูแลคนในชุมชนได้เพิ่ม อบรมให้ประชาชนด้วยก็ดีเพื่อช่วยดูแลกันในฐานะเพื่อนบ้าน ช่วย ๆ กัน ผู้สูงอายุบางคนไม่มีคนดูแลน่าสงสาร

(FGDCG03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...เพื่อนบ้านสนใจกันดี แถวบ้านผู้สูงอายุจะมีเพื่อนบ้านดี เวลาคันไม่อยู่สบายใจฝากดูแลแม่ได้ไม่ต้องห่วง ถ้าอนามัยอบรมประชาชน หรือมาให้ความรู้ที่บ้านจะช่วยให้ดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

(FGDCG06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

..อยากให้หอมมาเยี่ยมที่บ้านบ้าง ไปอนามัยคนไข้เยอะเกรงใจไม่กล้าคุยนาน แม่อยู่บ้านตลอดถ้าหอมมาแจะได้ดีใจ เชื่อหอมมากกว่า อสม. อสม.ก็เชื่อแต่เชื่อหอมกลัวหอมว่าจะได้มากำชับคนไข้ที่บ้าน คนไข้บางคนคือลูกหลานบอกไม่เชื่อ หอมแนะนำเชื่อเลย

(FGDCG08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...ในชุมชนมีหลายกลุ่มมาดูแลผู้สูงอายุ คนป่วย แต่ต่างคนต่างมาไม่พร้อมกัน ถ้าร่วมมือกันทำงานได้ผู้สูงอายุจะได้รับการดูดีขึ้น

(FGDLD03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...เงินรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุไม่เยอะใช้ในแต่ละเดือนไม่ค่อยพอ ลูกต้องให้เพิ่มเติมจนละพัน เกรงใจลูกเป็นภาระกวนลูก ถ้ามีงานอะไรที่ทำไหวไม่หนัก ทำที่บ้านได้ มีรายได้นิดหน่อยพอใช้จ่ายได้คงดี ผู้ใหญ่ อบต. ควรรับงานมาให้ลูกบ้านผู้สูงอายุทำงาน ง่ายๆ ที่บ้าน ปักกับเพื่อน ๆ คิดว่าทำได้แต่ต้องมีคนมาส่งมารับนะ ถ้าให้ไปรับไปส่งเองลำบากไปไม่ไหว

(FGDLD04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะบ่นว่าไม่มีเงิน เบี้ยผู้สูงอายุไม่พอ ลูกหลานก็ให้บ้างไม่ให้บ้าง เขามีภาระไม่เอายากรบกวนลูก อยากทำงานหารายได้แต่ไม่มีกำลัง ผู้ใหญ่เคยไปติดต่อพัฒนาสังคมที่อำเภอเขามาสอนทำผ้ามัดย้อมแต่มันยากเกินไปใช้อุปกรณ์เยอะ ผู้สูงอายุทำไม่ได้หรอก ควรหางาน อาชีพที่ทำได้ง่าย ๆ ทำที่บ้าน เช่น ร้อยมาลัย ทำโบว์ เย็บผ้า พับถุง น่าจะเพิ่มรายได้ ฝากอาจารย์ช่วยหางานง่าย ๆ มาเสนอหน่อยนะ

(FGDLD05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...เครือข่ายเรามีทั้ง หอม 1 อสม. หอม 2 รพ.สต. หอม 3 โรงพยาบาลไทรน้อย ไทรปรือกันนี้ได้ตลอด หอมปลา หอมแดงน้อยโดนตามตลอด ขอความช่วยเหลือได้ดีมาก ๆ ถ้าที่อื่นมีแบบนี้จะดีเหมือนกัน บางที่ อสม.ไม่สนิทกับหอม 2 ทำงานยาก

(FGDLD06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...ผู้สูงอายุอยู่ในชุมชนถ้ามีคนมาช่วยเหลือดีหมด ยิ่งมีของมาให้ ช่วยเหลือเราจะได้ประหยัดเงินได้ เพราะรายได้มันน้อยไม่พอ ชุมชนเขาก็พยายามหาคนมาสอนทำโน้นนี่ แต่บางอย่างทำได้บางอย่างทำยาก ถ้ามีงานทำได้ง่าย ๆ ที่บ้าน เชื่อว่าผู้สูงอายุและครอบครัวสนใจทำเพราะได้เงินมาใช้ไม่มากนักน้อยกว่าไม่ทำอะไร

(FGDAG03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...อสม.เขามาประเมินสุขภาพจิตอยู่ระบุว่าเราซึมเศร้า เครียดกังวลไหม อยากให้ช่วยอะไร กิจกรรมนี้ดีช่วยให้ผู้สูงอายุได้ตรวจสุขภาพเบื้องต้นก่อนเป็นมาก ถ้าเจอผิดปกติเขาจะแนะนำไป รพ.สต.หาหมอ

(FGDAG06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...การพัฒนาให้ อสม. ผู้นำชุมชน เป็นพี่เลี้ยงครอบครัวได้จะดีมากช่วยแบ่งเบาภาระ รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน ถ้าชุมชนเข้มแข็ง ครอบครัวเข้มแข็งได้ถือเป็นสิ่งที่บุคลากรอย่างเราคาดหวังเลย

(FGDPH01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...กลุ่มผู้นำชุมชน อสม. เพื่อนบ้าน เป็นชุมกำลังสำคัญของชุมชนในการช่วยดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชนได้อย่างใกล้ชิด รวดเร็ว เพราะอยู่ในพื้นที่ พวกเราจะคอยดูแลเป็นที่ปรึกษาให้

(FGDPH01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

#### 2.4 องค์ประกอบที่ 4 บริการสาธารณสุข (service delivery)

ข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ควรมีการทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการจัดทำหลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพใจผู้สูงอายุ แก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้บริการด้านสุขภาพ การให้คำปรึกษา การดูแลเชิงรุก จัดตั้งพัฒนาชมรมผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ เป็นพี่เลี้ยงชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กำกับติดตามประเมินผลรายครอบครัว และทำงานเป็นทีม ร่วมกับภาคีเครือข่าย ทีมสหวิชาชีพ จากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับวิธีการ/ กิจกรรมขององค์ประกอบผู้สูงอายุ ดังนี้

...รพ.สต.หมोजิต คอยดูแลช่วยเหลือคนไข้ แต่งานเยอะเหนียวกันทุกคน คอยเป็นที่  
เลี้ยงให้ อสม. ผู้ดูแล มาดูแลครอบครัวแล้วให้รายงานผล ก็คิดว่าได้นะแต่ถ้าจะให้ดีควรมี  
การฝึก อสม.ให้เก่ง ๆ จะได้ช่วยงานได้เยอะ

(FGDCG04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...ตั้งแต่โควิดระบอบไม่ได้ให้แม่มาชมรมผู้สูงอายุ รพ.สต.ก็ไม่จัด ถ้ากลับมาจัดได้จะดี  
แต่ไม่รู้จะมีผู้สูงอายุมาไหม ถ้าจะให้ดีควรจัดในวันที่มาหาหมอเลยจะได้มาที่เดียวทั้งหาหมอ  
เข้าชมรมไปพร้อมกันได้เลย เชื่อว่าผู้สูงอายุจะได้รับประโยชน์ สนุกได้มาทำกิจกรรมพบปะ  
กันไม่เหงา

(FGDCG08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...ถ้าอนามัยจัดอบรมพัฒนากลุ่มเราผู้นำชุมชนให้มีความรู้ความเข้าใจ ยินดีให้ความ  
ร่วมมือช่วยเหลือชุมชนจะได้ช่วยกันดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวได้ เพราะพวกเราส่วนใหญ่  
เป็น อสม.อยู่แล้ว จะได้พัฒนาตัวเองช่วยงานหมอได้ดียิ่งขึ้น

(FGDLD01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...อยากให้แนะนำเรื่องสายด่วนที่โทรไปหาปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตได้ตลอดเวลา 24  
ชั่วโมง ในกรณีคนที่ไม่รู้จะระบายกับใคร ไม่มีคนไว้ใจ หรือช่องทางไหนอีกจะเป็นทางเลือก  
ให้เลือกใช้บริการได้อีกหลาย ๆ ทาง

(FGDLD07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...การลงไปเยี่ยมบ้านถ้าสามารถไปได้บ่อย ๆ ผู้สูงอายุที่มาโรงพยาบาลลำบากจะ  
ได้รับการช่วยเหลือ ถ้าลงไปพร้อมกันทุกฝ่ายได้จะดี แต่น่าจะว่างไม่ตรงกัน ถ้านัดกันเป็น  
ประจำจะวางแผนได้

(FGDLD08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...หมออนามัยช่วยอบรมให้ผู้สูงอายุในเรื่องสุขภาพจิต ชิมเศร้าน่าสนใจเพราะช่วงนี้มี  
คนซึมเศร้าเยอะขึ้น เครียดเศรษฐกิจไม่ดี ตั้งแต่โควิดระบอบแย่มาก งานลดลง บางคนตก  
งานยังไม่มียานทำ ฉันทก็อยากรู้จะได้เอาไปไว้ดูแลตัวเองได้ถูกต้อง

(FGDAG01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...ผู้สูงอายุเสี่ยงจะซึมเศร้าง่าย ป้าและคนข้างบ้านตอนนี้ก็เสี่ยงแต่พยายามเลิกคิดออกไปคุยกับคนอื่น มาคุยกับหมอนี้ก็ดี ได้ออกจากบ้านอยู่ ถ้าอานามย์จัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุอีกจะมาร่วมกิจกรรมจะได้ไม่เหงา ถ้าจัดวันที่มาหาหมอดีดีเลย คนมาเยอะวันนั้น  
(FGDAG04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...การทำงานร่วมกับเครือข่ายเราดีอยู่แล้ว เครือข่ายเรามีเยอะร่วมกันทำงานเป็นทีมขอความช่วยเหลือได้รับการสนับสนุนตลอด ถ้ารพ.สต.อื่นมีเครือข่ายที่ดีการทำงานจะง่ายขึ้นเยอะ แต่สามารถสร้างการทำงานเป็นทีมได้ด้วยการประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูล ร่วมวางแผน ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลร่วมกันจะช่วยให้  
(FGDPH02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

...ปัจจุบันมีบริการให้คำปรึกษาสุขภาพทางสายด่วน 1323 และแอปพลิเคชันสบายใจสามารถประเมินความเสี่ยงซึมเศร้าได้ และขอโทษจะช่วยประมวลผลให้คำแนะนำนอกจากนี้ในพื้นที่อำเภอไทรน้อยเรายังมีโครงการใกล้บ้านใกล้ใจที่จัดส่งยาจิตเวชให้ผู้ป่วยจาก รพ.ช มาที่กล่อง รพ.สต. คนไข้ไม่ต้องเดินทางเข้าเมืองไปรับยา สามารถรับกลับบ้านได้เลย ลดปัญหาการขาดยาได้เป็นอย่างดี เสนอให้ที่อื่นทำโครงการนี้กันให้ทั่วจะช่วยคนไข้ได้มาก  
(FGDPH05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 7 เมษายน 2566)

3. องค์ประกอบและวิธีการ/ กิจกรรมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ด้านผู้สูงอายุ ด้านครอบครัว ด้านชุมชน และด้านบริการสาธารณสุข โดยมีวิธีการ/ กิจกรรมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังนี้

3.1 กิจกรรมการเรียนรู้ โดยการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และฝึกอบรมปฏิบัติการทั้งการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ศักยภาพครอบครัว และศักยภาพชุมชน

องค์ประกอบที่ 1 ผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 หัวข้อคือ 1) การพัฒนาจิตใจ 2) การพัฒนาร่างกาย และ 3) การพัฒนาสังคม

องค์ประกอบที่ 2 ครอบครัว ประกอบด้วย 3 หัวข้อคือ 1) บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ 2) หลัก 3ส (สอดส่อง ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง) 3) การประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (2Q) และการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นในครอบครัว และ 4) การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพใจผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 3 ชุมชน ประกอบด้วย 3 หัวข้อคือ 1) บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ 2) หลัก 3ส หรือ 3L (สอดส่อง ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง) 3) การประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (2Q) และการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นในชุมชน และ 4) การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพใจผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 4 บริการสาธารณสุข โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ทำหน้าที่เป็นผู้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ 1) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นกลุ่มติดบ้าน กลุ่มที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 2) การพัฒนาศักยภาพครอบครัว ให้กับกลุ่มสมาชิกในครอบครัว/ ผู้ดูแล/ อสค. เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ และ 3) การพัฒนาศักยภาพชุมชน ให้กับ กลุ่มอสม./ ผู้นำชุมชน/ เพื่อนบ้าน เพื่อเป็นพี่เลี้ยงให้กับครอบครัวได้

### 3.2 กิจกรรมการปฏิบัติงาน

องค์ประกอบที่ 1 ผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุดูแลตนเอง (self care) ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้วยหลัก 3อ. 2ส. และด้านสังคม ด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ทำงานอดิเรกที่ชอบ และใช้การสื่อสารในเครือข่ายโทรศัพท์ หรือการออนไลน์ เช่น ไลน์ (Line) เฟซบุ๊ก (facebook) ตี๊กต็อก (TikTok) เป็นต้น และการทำงานเพิ่มรายได้ตามสภาพร่างกาย หรือความต้องการจำเป็น โดยเลือกให้สอดคล้องกับบริบทครอบครัว พื้นที่ชุมชน

องค์ประกอบที่ 2 ครอบครัว โดยทำหน้าที่ผู้ดูแล และรับผิดชอบในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยให้การดูแลสุขภาพใจผู้สูงอายุตามหลัก 3ส หรือ 3L การดูแลสุขภาพกายผู้สูงอายุ การเจ็บป่วย โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ตามหลัก 3อ. 2ส. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมในหอนอนผู้สูงอายุ ส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว ลดรายจ่ายเพิ่มรายได้ในครอบครัว โดยการใช้จ่ายอย่างประหยัด จำเป็น ไม่ฟุ่มเฟือย ดำเนินชีวิตตามแนวทางพอเพียงเชิงพื้นที่ เช่น ปลูกผักริมรั้ว ผักสวนครัวในภาชนะเหลือใช้ เช่น กะละมัง กระป๋อง เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 3 ชุมชน โดยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงครอบครัว โดยสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (อสม. ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น เพื่อนบ้าน) เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ (home visiting) เดือนละครั้ง ส่งเสริมการสร้างอาชีพ/ งานให้ผู้สูงอายุ และครอบครัว เพื่อเพิ่มรายได้ จัดกิจกรรมทางสังคมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วม คัดกรอง 2Q รายงานผล และส่งต่อผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อรับการดูแลต่อไปทุก 3 เดือน และประสานงานพัฒนาสังคม/ กษาดจังหวัด เพื่อให้ความช่วยเหลือเยียวยาผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาตามสถานการณ์

องค์ประกอบที่ 4 บริการสาธารณสุข โดยทำหน้าที่พี่เลี้ยงชุมชน ให้การดูแล คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ชุมชน (อสม. ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น เพื่อนบ้าน) จัดทำหลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการ “การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพใจผู้สูงอายุ” ให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น เพื่อนบ้าน ให้คำปรึกษา ส่งต่อ แนะนำบริการสายด่วน 1323 แอปพลิเคชันสบายใจ เยี่ยมดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) ผู้สูงอายุ โดยเน้นกลุ่มติดบ้าน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และอำนวยความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ/ กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยจัดกิจกรรมทุกวันอังคาร ซึ่งเป็นวันนัดตรวจของผู้ป่วยอยู่แล้ว และจัดกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การสวดมนต์ ให้ความรู้ ออกกำลังกาย ให้ผู้สูงอายุได้เลือกทำกิจกรรมที่สนใจ เช่น ร้องเพลง เต้นรำ เล่นหมากรุก กีฬาในร่ม เป็นต้น

### 3.3 กิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน

องค์ประกอบที่ 1 ผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ วางแผนแก้ไขปัญหา ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติ ตลอดจนแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน และทีมบุคลากรสาธารณสุข เดือนละ 1 ครั้ง

องค์ประกอบที่ 2 ครอบครัว โดยให้สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการร่วมวิเคราะห์ปัญหาครอบครัว วางแผนแก้ไขปัญหา ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติ ตลอดจนแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้สูงอายุ อสม. ผู้นำชุมชน และทีมบุคลากรสาธารณสุข เดือนละ 1 ครั้ง

องค์ประกอบที่ 3 ชุมชน โดยให้อสม. ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น เพื่อนบ้าน ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งภายในชุมชน ภายนอก ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและครอบครัว เช่น การเข้าร่วมประชุม วางแผน แบ่งปันข้อมูล ร่วมมือ ปรึกษาหารือร่วมกันเดือนละ 1 ครั้ง

องค์ประกอบที่ 4 บริการสาธารณสุข โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ และทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายกับชุมชน และผู้เกี่ยวข้อง



## ตาราง 12 แสดงองค์ประกอบ และกิจกรรมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไตต่อเนื้อเรื้อรัง

องค์ประกอบ 1. ผู้สูงอายุ (โดยเน้นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน)	กิจกรรมการเรียนรู้	กิจกรรมการปฏิบัติ	กิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ฝึกรวมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนาจิตใจ” เรื่อง               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 การมองโลกในแง่ดี และการคิดบวก</li> <li>1.2 การสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ</li> <li>1.3 สติบำบัด</li> </ol> </li> <li>2. ฝึกรวมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนาร่างกาย” เรื่อง               <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 การดูแลตนเองด้วยหลัก 3อ. 2ส.</li> <li>2.2 การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ 6-8 ชั่วโมง/วัน</li> </ol> </li> <li>3. ฝึกรวมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนาสังคม” เรื่อง               <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 การเข้าถึงกิจกรรมทางสังคม</li> <li>3.2 การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว</li> <li>3.3 การทำงานอดิเรก</li> <li>3.4 การสื่อสารในเครือข่ายโทรศัพท์ หรือออนไลน์</li> <li>3.5 ฝึกรักษา/ทำงานสร้างรายได้</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ดูแลตนเอง (self care) ด้านร่างกาย ด้วยหลัก 3อ. 2ส. และนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง               <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เน้นผักผลไม้ ลดหวานมันเค็ม</li> <li>1.2 ออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เน้นการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Weight training) หรือออกกำลังกายเสริมการทรงตัว (Balance Exercise) ทุกวัน ๆ ละ 20-30 นาที (150 นาที/สัปดาห์) เช่น การเดิน การบริหาร ชี่กงไทเก๊ก โยคะ รำมวยจีน ยกน้ำหนัก เล่นฟิตเนส เป็นต้น                   <ol style="list-style-type: none"> <li>1.3 ลด ละ เลิก การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่</li> <li>1.4 ฝึกรับประทานกำหนดเวลาอนและตื่นให้สม่ำเสมอ จัดห้องนอนให้มีเตียงเบาะนุ่ม</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>2. ดูแลตนเอง (self care) ด้านจิตใจ โดยจัดการกับอารมณ์/ ความเครียดอย่างเหมาะสมด้วยวิธีการดังนี้               <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 การมองโลกในแง่ดี/ การคิดบวก</li> <li>2.2 การสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ</li> <li>2.3 สติบำบัด</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้สูงอายุเข้าร่วมการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ วางแผนแก้ไขปัญหา ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติ กับทีมบุคลากรสาธารณสุข ของ รพ.สต. และ รพ.ช.</li> <li>2. ร่วมแสดงความเห็น/ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน และทีมบุคลากรสาธารณสุข เตือนและ 1 ครั้ง</li> </ol>	

## ตาราง 12 (ต่อ)

องค์ประกอบ 1. ผู้สูงอายุ	กิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน
<p data-bbox="486 571 534 1724"><b>กิจกรรมการเรียนรู้</b></p> <p data-bbox="566 571 614 1724">3. ดูแลตนเอง (self care) ด้านสังคม</p> <p data-bbox="614 571 742 1724">3.1 เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น ชมรม/ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กิจกรรมวันสำคัญทางศาสนา สถาบันชาติ ประเพณีวัฒนธรรมในพื้นที่ เป็นต้น</p> <p data-bbox="742 571 933 1724">3.2 ทำงานอดิเรกที่ชอบ หรือต้องการ หรือกิจกรรมใหม่ๆ ที่กะจะใหม่ ๆ สิ่งที่ยากเรียนรู้ เช่น ปลุกันไม้ เลี้ยงสัตว์ ทำอาหาร เล่นดนตรี ร้องเพลง เต้นรำ เล่นกีฬา ออกกำลังกาย วาดรูป เย็บปักถักร้อย ประดิษฐ์สิ่งของ ผัก สติ สมาธิ เป็นต้น</p> <p data-bbox="933 571 1220 1724">3.3 ทำกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เช่น การพูดคุยกัน รับประทานอาหารร่วมกัน การช่วยเหลือหลาน/ เล่นกับเด็ก การท่องเที่ยว ออกกำลังกาย เล่นกีฬา เดินเล่น ติดต่อกับเครือข่ายโทรศัพท์/ การออนไลน์ เช่น ไลน์ (Line) เฟซบุ๊ก (facebook) ดิจิทัล (TikTok) เป็นต้น</p> <p data-bbox="1141 571 1220 1724">3.4 ทำงานเพิ่มรายได้ตามสภาพร่างกาย ความต้องการจำเป็น และสอดคล้องกับบริบทครอบครัว พื้นที่ชุมชน</p>	<p data-bbox="486 571 534 1724"><b>กิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน</b></p>

ตาราง 12 (ต่อ)

องค์ประกอบ 2. ครอบครัวยุคใหม่ (สมาชิกในครอบครัว/ ผู้ดูแล/ อสค.)		
กิจกรรมการเรียนรู้	กิจกรรมการปฏิบัติ	กิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน
<p>1. ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเพิ่มศักยภาพครอบครัว เรื่อง</p> <p>1.1 บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว</p> <p>1.2 3ส หรือ 3L (สอดคล้อง ใส่ใจรับฟัง สอดส่องเชื่อมโยง) ส1 สอดส่องมองหา (Look) โดยค้นหาว่าผู้สูงอายุมีอาการหรือมีสัญญาณอันตรายหรือไม่ ส2 ใส่ใจรับฟัง (Listen) โดยมีสติรับฟังอย่างตั้งใจ รวมทั้งใช้ภาษา กาย เช่น จับมือ โอบกอด เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุบอกเล่าอารมณ์ ความรู้สึก คลายความทุกข์ใจ</p> <p>ส3 สอดส่องเชื่อมโยง (Link) โดยให้ความช่วยเหลือ ตามความจำเป็น หากไม่ดีขึ้น เช่น ควบคุมอารมณ์ตัวเองไม่ได้ เครียดรุนแรง มีความคิดฆ่าตัวตาย ส่งต่อด้วยการแนะนำ</p>	<p>1. ทำหน้าที่ผู้ดูแล และรับผิดชอบในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ</p> <p>1.1 ดูแลสุขภาพกายผู้สูงอายุ ด้วยหลัก 3อ. 2ส.</p> <p>1.2 ดูแลสุขภาพใจผู้สูงอายุ ตามหลัก 3ส หรือ 3L (สอดคล้อง ใส่ใจรับฟัง สอดส่องเชื่อมโยง) ประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (2Q) และดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น</p> <p>1.3 ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมในห้องนอนผู้สูงอายุให้มีเตียงสงบ ปลอดภัยเวลาอนอนเวลาตื่นให้สม่ำเสมอ เพื่อให้นอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง</p> <p>2. ส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ สร้างบรรยากาศสัมพันธ์กันที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว เช่น การพูดคุย ดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน รับประทานอาหารร่วมกัน ทำกิจกรรมยามว่าง</p>	<p>1. สมาชิกในครอบครัว/ ผู้ดูแล/ อสค. เข้าร่วมการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพวางแผนแก้ไขปัญหา ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติกับทีมบุคลากรสาธารณสุข ของ รพ.สต. และ รพ.ช.</p> <p>2. ร่วมแสดงความเห็น/ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้สูงอายุ อสม. ผู้นำชุมชน และทีมบุคลากรสาธารณสุข เดือนละ 1 ครั้ง</p>

## ตาราง 12 (ต่อ)

องค์ประกอบ 2. ครอบครัวยุคใหม่ (สมาชิกในครอบครัว/ ผู้ดูแล/ อสค.)	กิจกรรมการเรียนรู้	กิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน
บริการทางสุขภาพจิต เช่น สายด่วนสุขภาพจิต 1323 หรือ หน่วยบริการใกล้บ้านเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป	1.3 การประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (2Q) และการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นในครอบครัว	3. ลดรายจ่ายที่ไม่จำเป็นในครอบครัว ใช้จ่ายอย่างประหยัด จำเป็น ไม่ฟุ่มเฟือย ดำเนินชีวิตตามแนวทางพอเพียงเชิงพื้นที่ เช่น ปลูกผักกินรั้ว ผักสวนครัวในภาชนะเหลือใช้ เช่น กระละมั่ง กระบอง เป็นต้น
1.4 การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพใจผู้สูงอายุ	2. ฝึกอาชีพ/ทำงานสร้างรายได้ ในครอบครัว	
3. ฝึกทักษะการดำเนินชีวิตตามแนวทางการพอเพียง	เชิงพื้นที่	

## ตาราง 12 (ต่อ)

องค์ประกอบ 3. ชุมชน (อสม. ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น เพื่อนบ้าน)	กิจกรรมการเรียนรู้	กิจกรรมการปฏิบัติ	กิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน
1. มีกรอบระเบียบปฏิบัติ การ เพื่อการพัฒนาศักยภาพชุมชน	1.1 บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของชุมชนในเรื่อง	1. สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (อสม. ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น เพื่อนบ้าน) โดยทำหน้าที่พี่เลี้ยง	อสม. ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น เพื่อนบ้าน ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งภายในชุมชน ภายนอก ในการดูแล
ดูและผู้สูงอายุ	1.2 3ส หรือ 3L (สอดส่อง ใส่ใจรับฟัง สอดส่องเชื่อมโยง)	ครอบครัว เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ (home visiting) เดือนละครั้ง	สุขภาพผู้สูงอายุและครอบครัว เช่น การเข้าร่วมประชุม วางแผน แบ่งปันข้อมูล ร่วมมือ ปรึกษาหารือ
ส1 สอดส่องมองหา (Look)	ส2 ใส่ใจรับฟัง (Listen)	ส3 สอดส่องเชื่อมโยง (Link)	ร่วมกันอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
3. การประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (2Q) และการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นในชุมชน	4. การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพใจผู้สูงอายุ	2. สร้างอาชีพ/ งานให้ผู้สูงอายุ และครอบครัว เพื่อเพิ่มรายได้ตามสภาพ ความต้องการจำเป็น สอดคล้องกับบริบทครอบครัว พื้นที่ชุมชน	
		3. สร้างสรรค์กิจกรรมทางสังคมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วม	
		4. สร้างงานสานต่อ	
		4.1 คัดกรอง 2Q รายงานผล และส่งต่อผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อรับการดูแลต่อไปทุก 3 เดือน	
		4.2 ประสานงานพัฒนาสังคม/ กายาจิตจังหวัด เพื่อให้ความช่วยเหลือเยียวยาผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาตามสถานการณ์	

## ตาราง 12 (ต่อ)

องค์ประกอบ 4. บริการสาธารณสุข	กิจกรรมการเรียนรู้	กิจกรรมการปฏิบัติ	กิจกรรมส่งเสริมผลการปฏิบัติงาน
	<p>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ทำหน้าที่เป็นผู้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ศักยภาพครอบครัว และศักยภาพชุมชน</p> <p>1. กลุ่มผู้สูงอายุ เน้นกลุ่มติดบ้าน กลุ่มที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน</p> <p>2. กลุ่มสมาชิกในครอบครัว/ ผู้ดูแล/ อสค. เพื่อดูแลผู้สูงอายุ</p> <p>3. กลุ่มอสม./ ผู้นำชุมชน/ เพื่อนบ้าน เพื่อดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัว (เครือข่ายชุมชน อสม. ผู้นำ เพื่อนบ้าน เป็นพี่เลี้ยงครอบครัว)</p>	<p>1. ทำหน้าที่ที่เสี่ยงชุมชน ดูแลให้คำแนะนำ คำปรึกษาแก่ชุมชน (อสม. ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น เพื่อนบ้าน)</p> <p>2. ให้ความรู้/ จัดทำหลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการ “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ” แก่ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น เพื่อนบ้าน</p> <p>3. ให้บริการ</p> <p>3.1 คำปรึกษา ส่งต่อ แนะนำบริการสายด่วน 1323 แอปพลิเคชันสบายใจ</p> <p>3.2 เยี่ยมดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) ได้แก่ ผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>4. ให้ความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ/ กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทุกวันอังคาร (วันนัดตรวจ) และจัดกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การสวดมนต์ ให้ความรู้ ออกกำลังกาย แลกเปลี่ยนกิจกรรมที่สนใจ เช่น ร้องเพลง เต้นรำ เล่นหมากรุก กีฬาในร่ม</p>	<p>ทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ และทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p>

4. การตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างปัจจัยนำเข้ากับองค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัจจัยนำเข้าการสนทนา จำนวน 13 ปัจจัย/ตัวแปร มีความสอดคล้องกับองค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้ง 4 องค์ประกอบ รายละเอียดดังตาราง 13

ตาราง 13 แสดงสรุปการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างปัจจัยนำเข้ากับองค์ประกอบของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัจจัยนำเข้า	องค์ประกอบของรูปแบบ							
	ผู้สูงอายุ		ครอบครัว		ชุมชน		บริการสาธารณสุข	
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่
1. สถานภาพหม้าย		✓		✓		✓		✓
2. การไม่ได้เรียน		✓		✓		✓		✓
3. ความเพียงพอของรายได้	✓		✓		✓			✓
4. สุขภาพภาวะทางกาย	✓		✓		✓		✓	
5. การเป็นโรคเบาหวาน	✓		✓		✓		✓	
6. ความผาสุกทางใจ	✓		✓		✓		✓	
7. ความว่าเหว่	✓		✓		✓		✓	
8. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน	✓		✓		✓		✓	
9. การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ	✓		✓			✓	✓	
10. การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ	✓		✓			✓	✓	
11. การดื่มสุราเป็นประจำ หรือบ่อยครั้ง	✓		✓			✓	✓	

ตาราง 13 (ต่อ)

ปัจจัยนำเข้า	องค์ประกอบของรูปแบบ								
	ผู้สูงอายุ		ครอบครัว		ชุมชน		บริการ		
	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	ใช่	ไม่ใช่	
12. การทำงานอดิเรก	✓		✓			✓		✓	
13. สัมพันธภาพในครอบครัว	✓		✓			✓		✓	

5. ปรับปรุงรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยตัด 2 ตัวแปรที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคลไม่สามารถแก้ไขได้ คือ สถานภาพหม้าย การไม่ได้เรียน และเพิ่มเติมกิจกรรมตามข้อเสนอแนะของกลุ่ม

จากการวิเคราะห์เนื้อหาการสนทนากลุ่มสามารถสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และบริการสาธารณสุข โดยรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะเริ่มต้นจาก 1) การพัฒนาตัวผู้สูงอายุ 3 พัฒนา: พัฒนาจิตใจ พัฒนาร่างกาย และพัฒนาสังคม ให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ 2) ครอบครัว (สมาชิกในครอบครัว/ ผู้ดูแล/ อสค.) 3 เพิ่ม: เพิ่มศักยภาพครอบครัวเพื่อไปทำหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพิ่มสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ด้วยการทำกิจกรรมประจำวันร่วมกับผู้สูงอายุ เช่น รับประทานอาหาร ทำกิจกรรมยามว่าง และเพิ่มรายได้ครอบครัว โดยการลดรายจ่าย ใช้ชีวิตแบบพอเพียงเชิงพื้นที่บริบทของครอบครัวตนเอง 3) ชุมชน (อสม. ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น เพื่อนบ้าน) 4 สร้าง: สร้างเครือข่ายชุมชน (ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และบริการสาธารณสุข) ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงครอบครัว สร้างสรรค์กิจกรรมทางสังคมที่น่าสนใจดึงดูดผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรม สร้างอาชีพ/งาน ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวตามความต้องการ สภาพร่างกายเพื่อการมีรายได้เพิ่ม และสร้างงานสานต่อในการดูแลตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q พร้อมการรายงานผล ส่งต่อผู้มีความเสี่ยงให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากระบบบริการสาธารณสุข/หน่วยงานทางสังคม 4) บริการสาธารณสุข 4 ให้: บุคลากรสาธารณสุขประจำ รพ.สต. รพ.ช. ให้การดูแลช่วยเหลือ ส่งเสริม สนับสนุน ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงแก่ชุมชน ให้ความรู้ ทักษะโดยการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว/ ผู้ดูแล/ อสค. อสม. ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น และเพื่อนบ้าน ให้การปรึกษา ส่งต่อแนะนำบริการต่าง ๆ ที่เหมาะสม และให้การบริการเชิงรุก เยี่ยมดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นผู้อำนวยการความสะดวกในกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ หรือกลุ่มผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ที่จัดตั้ง



ขึ้นเพื่อการแลกเปลี่ยนรู้ ช่วยเหลือกัน โดยเอื้อให้มีการจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุทุกวันอังคารที่มาตรวจตามนัด และจัดกิจกรรมที่หลากหลายให้ผู้สูงอายุได้เลือกทำตามความสนใจ ความชอบของแต่ละบุคคล ซึ่งทั้ง 4 องค์กรประกอบ ผู้สูงอายุ ครอบครัวชุมชน ชุมชน และบริการสาธารณสุข จะมีส่วนร่วมกันดำเนินกิจกรรมภายใต้รูปแบบในลักษณะภาคีเครือข่ายระดับชุมชนมีการประชุมความร่วมมือปรึกษาหารือร่วมกันอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมทำ ร่วมตรวจสอบ และร่วมพัฒนา รายละเอียดดังภาพ 5



## 4 ให้

- ให้...การดูแลสุขภาพเบื้องต้นที่เลี้ยง แก่ชุมชน
- ให้...ความรู้/จิตทำหลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการ“การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ”
- ให้...การปรึกษา ส่งต่อ แนะนำบริการ สายด่วน 1323 แอปพลิเคชันสบายใจ
- ให้...การบริการ เยี่ยมดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) เน้นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน อ่อนแอ ความสะดวกกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ/กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยจัดกิจกรรมทุกวันอังคารที่มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ และจัดกิจกรรมที่หลากหลายให้ผู้สูงอายุได้เลือกทำกิจกรรมที่สนใจ

## 4 สร้าง

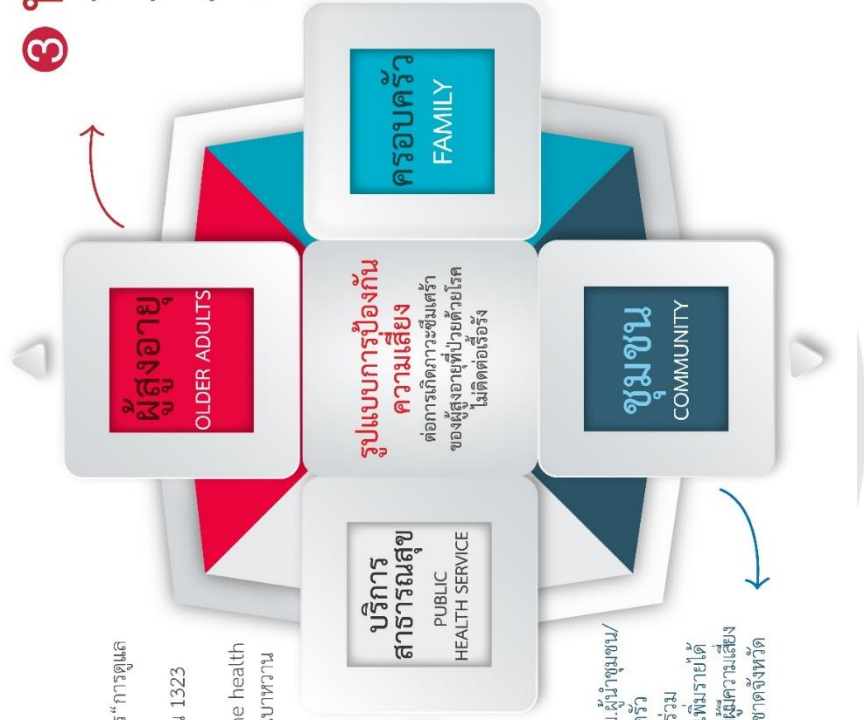
- สร้าง...การมีส่วนร่วม ของเครือข่ายชุมชน(อสม.ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น เพื่อนบ้าน) ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงครอบครัว
- สร้าง...สรรคกิจกรรมทางสังคม ให้ผู้สูงอายุเข้าร่วม
- สร้าง...อาชีพ/งาน ให้ผู้สูงอายุ และครอบครัว เพิ่มรายได้
- สร้าง...งานสานต่อ คัดกรอง 2Q รายงานผล ส่งต่อผู้มีความเสี่ยง ให้ได้รับการดูแล ประสานงานพัฒนาสังคม/กาชาดจังหวัด ให้ได้รับการช่วยเหลือ

## 3 พัฒนา

- พัฒนา...จิตใจ ด้วยกรมองโลกในแง่ดี คิดบวก สร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และสติบำบัด
- พัฒนา...ร่างกาย ด้วยหลัก 3อ. 2ส.+ฝึกการนอนหลับพักผ่อน
- พัฒนา...สังคม ด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ทำงานอดิเรก ใช้การสื่อสารในเครือข่ายโทรศัพท์ หรือการออนไลน์ ทำงานเพิ่มรายได้ ตามสภาพร่างกาย หรือความต้องการจำเป็น

## 3 เพิ่ม

- เพิ่ม...ศักยภาพครอบครัว ผู้ดูแล อสค.เพื่อทำหน้าที่ ผู้ดูแล และรับผิดชอบช่วยเหลือดูแลสุขภาพกาย สุขภาพใจผู้สูงอายุ (หลัก 3ส การประเมิน 2Q และดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นในครอบครัว
- เพิ่ม...สัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว พูดคุย ดูแลเอาใจใส่ รับประทานอาหารร่วมกัน ทำกิจกรรมยามว่าง
- เพิ่ม...รายได้ ลดรายจ่ายโดยการใช้จ่ายอย่างประหยัด ไม่ฟุ้งเฟ้อ ดำเนินชีวิตตามแนวทางพอเพียง



ภาพ 5 แสดงรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

### การวิจัยระยะที่ 3 การตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การวิจัยขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลจิตเวช ในโรงพยาบาลชุมชน 1 คน พยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต และงานผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) 2 คน จำนวน 7 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบในด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเหมาะสม (Propriety) และความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) ของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเดือนเมษายน 2566 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

#### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลจิตเวช ในโรงพยาบาลชุมชน 1 คน พยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต และงานผู้สูงอายุ ในรพ.สต. 2 คน จำนวน 7 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.4 มีอายุระหว่าง 50 – 59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 42.8 รองลงมาคือ 30 – 39 ปี ร้อยละ 28.6 อายุเฉลี่ย  $41.43 \pm 11.16$  ปี อายุต่ำสุด 27 ปี และอายุสูงสุด 52 ปี มีสถานภาพโสดมากที่สุด ร้อยละ 57.1 รองลงมาคือ สมรส ร้อยละ 28.6 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 42.8 รองลงมาคือ ปริญญาโท และปริญญาเอก ร้อยละ 28.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 50,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 42.8 รองลงมาคือ น้อยกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 28.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำสุด 25,000 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุด 60,000 บาท และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย  $38,600 \pm 16,733.20$  บาท รายละเอียดดังตาราง 14

ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละของประชากร จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 7)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ประชากร		
พยาบาล	3	42.8
นายแพทย์	1	14.3
นักจิตวิทยาคลินิก	1	14.3
นักวิชาการสาธารณสุข	1	14.3
นักการศึกษาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์	1	14.3
เพศ		
หญิง	5	71.4
ชาย	2	28.6
อายุ		
20 - 29 ปี	1	14.3
30 - 39 ปี	2	28.6
40 - 49 ปี	1	14.3
50 - 59 ปี	3	42.8
(Minimum = 27, Maximum = 52, Mean = 41.43, SD = 11.16)		
สถานภาพ		
โสด	4	57.1
สมรส	2	28.6
หม้าย	1	14.3
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	3	42.8
ปริญญาโท	2	28.6
ปริญญาเอก	2	28.6
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า - 30,000 บาท	2	28.6
30,001 - 40,000 บาท	1	14.3

ตาราง 14 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
40,001 – 50,000 บาท	1	14.3
มากกว่า 50,000 บาท	3	42.8
(Minimum = 25,000, Maximum = 60,000, Mean = 38,600, SD = 16,733.20)		

2. การตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้องครอบคลุม ซึ่งในภาพรวมทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{x}$  = 4.73, SD = 0.44) แบ่งเป็น 4 ด้านคือ ด้านความเป็นประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{x}$  = 4.75, SD = 0.45) ด้านความเป็นไปได้อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{x}$  = 4.76, SD = 0.44) ด้านความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{x}$  = 4.76, SD = 0.44) และด้านความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{x}$  = 4.62, SD = 0.50) รายละเอียดดังตาราง 15

ตาราง 15 แสดงผลการตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n = 7)

ด้าน/ รายการประเมิน	$\bar{x}$	SD	การแปลผล
1. ความเป็นประโยชน์ (Utility)	4.75	0.45	มากที่สุด
1.1 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า หรือ มีภาวะซึมเศร้ามลดลง	4.71	0.49	มากที่สุด
1.2 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีประโยชน์ต่อ ผู้สูงอายุ หรือ ครอบครัว หรือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	4.86	0.38	มากที่สุด

ตาราง 15 (ต่อ)

ด้าน/ รายการประเมิน	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
1.3 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีประโยชน์ต่อ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ ผู้นำท้องถิ่นหรือผู้รับผิดชอบ หรือ บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและผู้สูงอายุ	4.71	0.49	มากที่สุด
1.4 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย และแนวทางการดูแลเฝ้าระวังป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	4.71	0.49	มากที่สุด
2. ความเป็นไปได้ (Feasibility)	4.76	0.44	มากที่สุด
2.1 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้	4.71	0.49	มากที่สุด
2.2 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถทำความเข้าใจได้ไม่ยุ่งยากและซับซ้อนจนเกินไป	4.86	0.38	มากที่สุด
2.3 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความคุ้มค่า สอดคล้องกับเวลา และทรัพยากรในการปฏิบัติงาน	4.71	0.49	มากที่สุด
3. ความเหมาะสม (Propriety)	4.76	0.44	มากที่สุด
3.1 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความเหมาะสม สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับ	4.71	0.49	มากที่สุด
3.2 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความเหมาะสมที่จะให้บุคคล หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้	4.86	0.38	มากที่สุด

ตาราง 15 (ต่อ)

ด้าน/ รายการประเมิน	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
3.3 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข	4.71	0.49	มากที่สุด
4. ความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy)	4.62	0.50	มากที่สุด
4.1 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีเนื้อหาสาระครอบคลุมและชัดเจน สามารถที่จะนำไปปฏิบัติงานจริงได้	4.71	0.49	มากที่สุด
4.2 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นระบบ น่าเชื่อถือ ส่งผลต่อความถูกต้อง ครบถ้วนของผลการปฏิบัติงาน	4.57	0.53	มากที่สุด
4.3 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความถูกต้อง ครบถ้วนเหมาะสมที่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับจะนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง	4.57	0.53	มากที่สุด
<b>รวมเฉลี่ยทุกด้าน</b>	<b>4.73</b>	<b>0.44</b>	<b>มากที่สุด</b>

จากการวิจัยระยะที่ 3 ตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อยืนยันรูปแบบ และสามารถนำผลไปใช้ต่อในวงกว้างต่อไป พบว่า รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และบริการสาธารณสุข โดยรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุมอยู่ในระดับมากที่สุด

## บทที่ 5

### บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสานแบบแผนหลายระยะ (Sequential Mixed Methods Research Designs) โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) เพื่อสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 3) เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามระยะการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) แบบคู่ขนาน (Convergent parallel design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งจะนำผลการวิจัยจากระยะที่ 1 ไปใช้ในระยะเวลาที่ 2 ต่อไป ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักคือ 1) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 คน และ 2) สมาชิกในครอบครัว ญาติ ผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 15 คน ซึ่งได้จากการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบกรณีหลากหลาย (Maximum variation sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ร่วมกับการสังเกต (Observation) และวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 608 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม



(Cluster sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression analysis)

การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักคือ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีประสบการณ์ในดูแลผู้สูงอายุและงานสุขภาพจิต จำนวน 8 คน 2) ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า จำนวน 6 คน 3) ผู้นำท้องถิ่นหรือผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน และ 4) บุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและผู้สูงอายุของโรงพยาบาลศูนย์/ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 6 คน โดยใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเอกพันธ์ (Homogeneous Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแนวทางการสนทนากลุ่ม โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดปลายคลองขุนศรี จังหวัดนนทบุรี และวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

การวิจัยระยะที่ 3 การตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต 7 คน ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิต พยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน พยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต และงานผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเหมาะสม (Propriety) และความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy) และวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

### สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยตามระยะการวิจัยดังนี้

**การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุ และมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**

**ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**

## 1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1 ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.0 มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 60.0 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส ร้อยละ 45.0 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.0 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 75.0 มีสิทธิรักษาพยาบาลเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 75.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 90.0 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 50.0 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 80.0 ไม่มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ร้อยละ 95.0 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 80.0 รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 60.0 มีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 6-10 ปี ร้อยละ 35.0 ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 80.0 อาศัยอยู่กับบุตร/ หลาน ร้อยละ 60.0 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-3 คน ร้อยละ 70.0 และมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 85.0

1.2 ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ ผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 มีอายุ 36-40 ปี ร้อยละ 40.0 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส ร้อยละ 53.3 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาต้น ร้อยละ 33.3 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 46.7 มีสิทธิรักษาพยาบาลเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 46.7 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,001-25,000 บาท ร้อยละ 33.3 รายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 40.0 และความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นบุตร ร้อยละ 80.0

## 2. ปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) พบว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 ตัวแปร ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ ความผาสุกทางใจ สุขภาวะทางกาย การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ และสัมพันธภาพในครอบครัว

### ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

#### 1. คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.4 มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 49.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.8 สถานภาพสมรส ร้อยละ 50.2 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.0 ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 67.4 มีสิทธิรักษาพยาบาลเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 67.4 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 67.0 และรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 51.5 ไม่มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว ร้อยละ 96.9 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.7 รองลงมาคือ โรคไขมันใน

เลือดสูงร้อยละ 54.3 มีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1-5 ปี ร้อยละ 44.6 ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 83.9 อยู่อาศัยกับบุตร/ หลาน ร้อยละ 74.2 อาศัยตามลำพัง ร้อยละ 7.9 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-3 คน ร้อยละ 52.1 มีผู้ดูแล ร้อยละ 62.7 และมีจำนวนผู้ดูแล 1 คน ร้อยละ 35.7

2. กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 23.8 ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 76.2 ปัจจัยภายในตัวบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.0 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.3 ความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 44.7 ความพึงพอใจจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.3 การทำหน้าที่ด้านสติปัญญาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 58.6 ความสามารถในการเผชิญปัญหา/ ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.8 และความหว้าเหวอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 48.4

4. ปัจจัยทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างเข้ารับรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 82.2 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 93.4 ไม่มีความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วย ร้อยละ 85.5 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 93.6

5. ปัจจัยทางครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.8 มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 44.9 และได้รับการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.4 และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.2

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression analysis) พบว่า สถานภาพหม้าย (Adjusted OR = 1.865; 95%CI: 1.041-3.340, p = 0.036) การไม่ได้เรียน (Adjusted OR = 11.138; 95%CI: 1.377-90.056, p = 0.024) การเป็นโรคเบาหวาน (Adjusted OR = 2.015; 95%CI: 1.108-3.665, p = 0.022) ความพึงพอใจ (Adjusted OR = 0.145; 95%CI: 0.068-0.309, p < 0.001) ความหว้าเหว (Adjusted OR = 2.361; 95%CI: 1.261-4.421, p = 0.007) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) กลุ่มติดบ้าน (Adjusted OR = 4.103; 95%CI: 1.229-13.697, p = 0.022) พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ (Adjusted OR = 2.590; 95%CI: 1.136-5.905, p = 0.024) การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ (Adjusted OR = 7.609; 95%CI: 2.159-26.815, p = 0.002) การดื่มสุราเป็นประจำ หรือบ่อยครั้ง (Adjusted OR = 23.143; 95%CI: 1.425-375.938, p = 0.027) การทำงานอดิเรก (Adjusted OR = 0.170; 95%CI: 0.051-0.565, p = 0.004) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้ง 10 ตัวแปร

สามารถร่วมกันพยากรณ์ความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้ ร้อยละ 41.2 และสามารถพยากรณ์ได้ถูกต้อง ร้อยละ 85.0

## การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วิเคราะห์เนื้อหาการสนทนากลุ่มสามารถสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ผู้สูงอายุ (older adults) องค์ประกอบที่ 2 ครอบครัว (family) องค์ประกอบที่ 3 ชุมชน (community) และองค์ประกอบที่ 4 บริการสาธารณสุข (service delivery) โดยรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรเริ่มต้นด้วยการพัฒนาตัวผู้สูงอายุ และครอบครัวให้มีศักยภาพในการร่วมกันช่วยเหลือในการดูแลตนเองและครอบครัว โดยมีผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือเพื่อนบ้าน ทำหน้าที่ช่วยสนับสนุนในบทบาทที่เลี้ยงครอบครัว ภายใต้การส่งเสริม การสนับสนุน จากระบบบริการสาธารณสุข เช่น บุคลากรสาธารณสุข การให้บริการ และการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายแบบภาคีเครือข่ายชุมชน

ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เข้าสู่การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น และภาครัฐ เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะและยืนยันองค์ประกอบของรูปแบบที่มีความเหมาะสม ถูกต้อง เป็นไปได้ และนำไปใช้ประโยชน์ ต่อการนำไปปฏิบัติใช้ได้จริงในพื้นที่ โดยรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีรายละเอียดสรุปดังนี้

### องค์ประกอบที่ 1 ผู้สูงอายุ

เน้นการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุใน 3 หัวข้อ คือ การพัฒนาจิตใจ การพัฒนาร่างกาย และการพัฒนาสังคม โดยขั้นตอนแรกเริ่มจากผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ในการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนาจิตใจ ร่างกาย และสังคม ตามหัวข้อที่บุคลากรสาธารณสุขจากระบบบริการสาธารณสุขดำเนินการจัดให้เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะในการดูแลตนเองตาม หลักการมองโลกในแง่ดี การคิดบวก การสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ สติบำบัด หลัก 3อ. 2ส. การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว การทำงานอดิเรก การสื่อสารในเครือข่ายโทรศัพท์ หรือออนไลน์ (Somes, 2021) และการฝึกอาชีพ/ทำงานสร้างรายได้ ขั้นที่ 2 ผู้สูงอายุนำความรู้ ทักษะไปใช้ในการปฏิบัติดูแลตนเองต่อไป และขั้นสุดท้ายเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ประเมินผล แสดงความเห็น/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และทีมบุคลากรสาธารณสุขเดือนละ 1 ครั้ง

### องค์ประกอบที่ 2 ครอบครัวยุ

เน้นการพัฒนาศักยภาพครอบครัว โดยขั้นตอนแรกเริ่มจากสมาชิกในครอบครัว/ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ/ อสม. เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ในการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการใน 4 หัวข้อ คือ 1) บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ 2) หลัก 3ส หรือ 3L (สอดคล้อง ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง) 3) การประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (2Q) การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นในครอบครัว และ 4) การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพใจ ผู้สูงอายุ รวมทั้งฝึกอาชีพ/การทำงานสร้างรายได้ในครอบครัว ฝึกทักษะการดำเนินชีวิตตามแนวทางพอเพียงเชิงพื้นที่ ขั้นที่ 2 สมาชิกในครอบครัว/ ผู้ดูแล/ อสม. นำความรู้ ทักษะจากการอบรมไปใช้ในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวตนเองต่อไป และขั้นสุดท้ายเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัว/ ผู้ดูแล/ อสม. เข้าร่วมการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ วางแผนแก้ไขปัญหา ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติกับทีมบุคลากรสาธารณสุข ของ รพ.สต. และ รพ.ช. และร่วมแสดงความเห็น/แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้สูงอายุ อสม. ผู้นำชุมชน และทีมบุคลากรสาธารณสุข เดือนละ 1 ครั้ง

### องค์ประกอบที่ 3 ชุมชน

เน้นสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน (อสม. ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น เพื่อนบ้าน) โดยขั้นตอนแรกเริ่มจากเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ในการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาศักยภาพชุมชน เรื่องบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ หลัก 3ส หรือ 3L (สอดคล้อง ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง) การประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (2Q) และการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นในชุมชน การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพใจผู้สูงอายุ ขั้นที่ 2 อสม. ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น เพื่อนบ้าน นำความรู้ ทักษะจากการอบรมไปใช้ในการปฏิบัติการครอบครัวที่รับผิดชอบในพื้นที่ และขั้นสุดท้ายเป็นการส่งเสริมผลการปฏิบัติงานโดยการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งภายในชุมชน ภายนอก ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและครอบครัว เช่น การเข้าร่วมประชุม วางแผน แบ่งปันข้อมูล ร่วมมือ ปรึกษาหารือร่วมกันอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

### องค์ประกอบที่ 4 บริการสาธารณสุข

บุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ทำหน้าที่เป็นที่เล็งชุมชน ดูแลเป็นผู้จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการให้คำแนะนำ ความรู้/ จัดทำหลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพให้กับผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น เพื่อนบ้าน ให้บริการคำปรึกษา ส่งต่อ แนะนำบริการสายด่วน 1323 แอปพลิเคชันสบายใจ เยี่ยมดูแลสุขภาพที่บ้าน (Fakoya et al., 2020) ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้ความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ/ กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทุกวันอังคาร (วันนัดตรวจ) และจัดกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การสวดมนต์ ให้ความรู้ ออก

กำลังกาย แล้วแยกทำกิจกรรมที่สนใจ เช่น ร้องเพลง เดินรำ เล่นหมากรุก กีฬาในร่ม ภายใต้การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ และทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายกับชุมชน และผู้เกี่ยวข้อง

### **การวิจัยระยะที่ 3 การตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**

#### **1. ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรที่ศึกษา**

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต 7 คน ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน พยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต และงานผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.4 มีอายุระหว่าง 50 – 59 ปี ร้อยละ 42.8 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 57.1 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 42.8 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากกว่า 50,000 บาท ร้อยละ 42.8

#### **2. การตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**

ผลการตรวจสอบรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้องครอบคลุม ซึ่งในภาพรวมและทั้ง 4 ด้านอยู่ระดับมากที่สุด Mean = 4.73, SD = 0.44 โดยด้านความเป็นประโยชน์ Mean = 4.75, SD = 0.45 ด้านความเป็นไปได้ Mean = 4.76, SD = 0.44 ด้านความเหมาะสม Mean = 4.76, SD = 0.44 และด้านความถูกต้องครอบคลุม Mean = 4.62, SD = 0.50

### **อภิปรายผลการวิจัย**

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

#### **1. ผลการศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**

1.1 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ)

1.1.1 ความเพียงพอของรายได้ เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีสุขภาพร่างกายที่ทรุดโทรมลงทำให้ไม่สามารถทำงานหนักได้เหมือนเดิม จึงไม่มีอาชีพ ไม่มีงานทำ หรือมีรายได้จากแหล่งต่าง ๆ จำนวนไม่มาก เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เงินจากลูกหลานให้ บำนาญ หรือ

ทำงานหาเงินเอง เป็นต้น การมีหนี้สินต้องชำระรายเดือน ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ค่าอาหาร ค่ายารักษาโรค การเดินทาง และยานพาหนะไปรับการรักษาที่สถานพยาบาล ส่งผลให้รายได้ไม่เพียงพอ ไม่มีเหลือเก็บ รวมทั้งเป็นช่วงภาวะเศรษฐกิจประเทศที่ไม่ดีหลังสถานการณ์ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส การค้าขายไม่ดีเหมือนก่อน รายได้ลดลง การไม่มีงานทำของสมาชิกในครัวเรือน ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายภายในครัวเรือนทั้งในระดับบุคคลคือผู้สูงอายุ หรือสมาชิกในครอบครัว จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความกังวล ความเครียด ความท้อแท้ และนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกัตติกา ธนะขว้าง และคณะ (2558); กุลธิดา ดวงเนตร (2564); นารีรัตน์ มงคลศรีสวัสดิ์ (2564); ปัทมดา ทรวงโพธิ์ และสุพร วงศ์ประทุม (2564); รินทร์ หทัย กิตต์ธรรุจน์ และรัชนิกร ทบประดิษฐ์ (2562); อาคม บุญเลิศ (2559) ที่พบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการที่มีรายได้ไม่เพียงพอจะเกิดผลกระทบทางจิตใจทำให้เกิดความเครียดความทุกข์ในการใช้ชีวิตได้ การดูแลสุขภาพและค่ารักษาพยาบาลอาจเป็นภาระหนักสำหรับผู้ที่มีรายได้ต่ำ การมีงานทำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับรายได้ความสะดวกสบายในสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าช่วยให้มีความพึงพอใจของแต่ละบุคคล ดังนั้นครอบครัว และหน่วยงานราชการท้องถิ่นควรเข้ามามีบทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยอาจจะจัดกิจกรรมโครงการ ส่งเสริมศักยภาพการสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

1.1.2 สุขภาพภาวะทางกาย เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มักจะมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค และส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีระยะการดำเนินโรคนาน การเจ็บป่วยส่งผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตได้ในอนาคต ดังนั้นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงดำเนินชีวิตได้ยากลำบากขึ้น รู้สึกทุกข์ เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร หดหู่ เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวังที่มีการเจ็บป่วย จนเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen et al. (2019); พรทิพย์ แก้วสว่าง (2564); รินทร์หทัย กิตต์ธรรุจน์ และรัชนิกร ทบประดิษฐ์ (2562) ที่พบว่าสุขภาพภาวะทางกายไม่ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ความกังวลใจกับโรคที่เป็นอยู่อาจเนื่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานาน ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ ไม่มีความสุขหรือซึมเศร้าตามมา พบมากในวัยสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ ไปในทางเสื่อม ประกอบกับบทบาททางสังคมลดลง อยู่ในภาวะพึ่งพิงลูกหลาน จึงทำให้ซึมเศร้าได้ง่าย ดังนั้นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด ผู้ดูแล บุคลากรสาธารณสุขโดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นหน่วยที่ใกล้ชิดในการช่วยเหลือประชาชนที่อยู่ในชุมชน ควรให้การดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับสุขภาพภาวะทางกาย

1.1.3 สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากบุตรหลานและญาติพี่น้องเป็นอย่างดี จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับความรัก ความเคารพ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และรู้สึกเป็นที่ยอมรับจากคนในครอบครัว แต่ในทางกลับกันหากสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีความขัดแย้ง ทะเลาะเบาะแว้งกัน ไม่แสดงออกถึงความรัก ไม่เอาใจใส่เอื้ออาทรต่อกัน ไม่ร่วมพูดคุย สนทนา ปรึกษาหารือกัน หรือทำกิจกรรมร่วมกัน ผู้สูงอายุที่มักจะมีความรู้สึกเครียด กังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ และซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Cong, Dou, Chen & Cai (2015); นาริรัตน์ มงคลศรีสวัสดิ์ (2564); รินทร์หทัย กิตติธนาอรุจน์ และรัชนิกร ทบประดิษฐ์ (2562) ที่พบว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่ให้การช่วยเหลือดูแลประคับประคองจิตใจแก่ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีความขัดแย้งกับคนใกล้ชิดเมื่อเกิดขึ้นบ่อย ๆ การต่างคนต่างอยู่ จะส่งผลต่อปัญหาจิตใจ สุขภาพจิต และความซึมเศร้าตามมา การที่ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่มีความขัดแย้งกันมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าบุคคลที่มีความรักให้กันดีในครอบครัว ดังนั้นควรส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุน ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวที่จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า โดยการแสดงความรัก ความเอาใจใส่ ใช้เวลาอยู่ร่วมกัน และมีวิธีการพูดคุยแก้ปัญหาาร่วมกันเพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนให้กับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

1.2 ปัจจัยมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ผลการวิจัยเชิงปริมาณ)

1.2.1 สถานภาพหม้าย เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้ายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส การมีชีวิตคู่ทำให้รู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนคอยดูแล อยู่ด้วยกันไปจนแก่เฒ่า เมื่อยามเจ็บป่วยไม่ทิ้งกัน บ้านไม่เงียบเหงา เวลาที่มีปัญหาจะคอยเป็นที่ปรึกษา ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว รวมไปถึงการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน เช่น การรับประทานอาหาร การเดินทาง ช่วยกันหาเงิน ทำความฝันของครอบครัวให้เป็นจริง ในทางตรงกันข้ามการหย่า/แยก คู่สมรสเลิกหาแยกทางกันไปต่างคนต่างอยู่ ส่วนหม้าย/ร้าง เป็นการที่คู่ชีวิตตายจากไป โสดอยู่คนเดียวไม่มีคู่ ซึ่งทั้งสามสถานภาพนี้ทำให้ขาดคู่ชีวิตที่จะอยู่ร่วมกัน ปรึกษาหารือกัน ทำกิจกรรมร่วมกันจนอาจก่อให้เกิดความเหงา เศร้าได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ แก้วสว่าง (2564); พัทธราภรณ์ ไชยสังข์ (2556) ที่พบว่า ชีวิตสมรสเป็นบริบทของความผูกพันใกล้ชิด บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบต่อกันมีการช่วยเหลือเกื้อกัน ร่วมกันเผชิญกับปัญหาเหตุการณ์ที่เข้ามาในชีวิต การมีคู่สมรสจะช่วยลดหรือบรรเทาอารมณ์เศร้าได้ สถานภาพหม้ายมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อมีสถานภาพหม้าย จะมีความเสี่ยงต่อการเกิด



ภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้มีสถานภาพสมรส ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้ายจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ต้องมีการคัดกรองเฝ้าระวังและให้การดูแลป้องกันอย่างใกล้ชิดต่อไป

1.2.2 การไม่ได้เรียน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ได้เรียน โดยการมีระดับการศึกษาจะได้รับความรู้ทางวิชาการต่าง ๆ ที่น่าสนใจเพิ่มมากขึ้น มีโอกาสที่จะนำความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาไปใช้ในการประกอบอาชีพ การพัฒนาตนเอง และใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน คุณแลสุขภาพของตนได้อย่างมีคุณภาพ การไม่ได้เรียนหนังสือ อาจเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถอ่านเขียน ค้นคว้าหาความรู้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ได้อย่างเต็มศักยภาพ จึงพร่องความรู้ในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของกัตติกา ธนะขว้าง และคณะ (2558) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า อาจมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน วิธีการรักษา เทคนิคการจัดการกับตนเองในการควบคุมโรค และการดูแลสุขภาพจิตใจที่ดีมากกว่า ซึ่งอาจป้องกันพัฒนาการภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ หรือมีระดับการศึกษาน้อย จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่ต้องมีการคัดกรองเฝ้าระวังและให้การดูแลป้องกันอย่างใกล้ชิดต่อไป

1.2.3 การเป็นโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ แก้วสว่าง (2564) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน คือ โรคประจำตัว และการศึกษาของกัตติกา ธนะขว้าง และคณะ (2558) พบว่า อัตราภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 32.3 และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 2.5. โดยพบว่าความทุกข์จากโรคเบาหวานเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลมากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ความทุกข์ด้านอารมณ์จากโรคเบาหวานสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกวิตกกังวลในแต่ละคน รู้สึกคับข้องใจ ท้อแท้หมดกำลังใจ เกี่ยวกับการจัดการโรค การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน หรือการได้รับการดูแล ดังนั้นจึงควรเห็นความสำคัญของนโยบายคัดกรองผู้สูงอายุที่ป่วย เพื่อค้นหาความทุกข์ที่เกิดจากโรคเบาหวาน วางแผนดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเศร้าระดับเล็กน้อย และปานกลาง เพื่อลดความรุนแรงของโรค และหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ที่มีความเศร้าในระดับรุนแรงโดยเร็วที่สุด มีบริการเชิงรุกที่เข้าถึงตัวผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชนและที่บ้าน โดยอาศัยเครือข่ายในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการจัดการตนเองไม่ดี ควรได้รับการดูแล การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนเพื่อลดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วม

กิจกรรมสังคมและคงการติดต่อพบปะกับเพื่อนฝูงอยู่เสมอ กิจกรรมทางสังคมต้องมีการขยายไปสู่ทุกชุมชนเพื่อพัฒนาสุขภาพทางกายและจิตใจให้ดีขึ้น

1.2.4 ความว่าเหว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีความว่าเหวอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ แก้วสว่าง (2564); สมหมาย กุมพันธ์, โสภิณ แสงอ่อน, และพัชรินทร์ นินทจันทร์ (2559) ที่พบว่า ความว่าเหวเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง แยกตัวออกจากสังคม ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกาย ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเกิดโรคเรื้อรังได้ง่ายขึ้น จึงทำให้ความสามารถประกอบกิจกรรมด้วยตนเองของผู้สูงอายุลดลง เกิดความกังวลในการต้องพึ่งพาคนในครอบครัว รวมทั้งภาวะสุขภาพที่ไม่ดีทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อาจทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพไม่ดีมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง ทำให้เกิดความรู้สึกขาดหรือไม่เพียงพอในความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น จนทำให้เกิดความไม่สุขสบายใจและไม่พึงพอใจในความสัมพันธ์นั้น จนมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ยูพารัตน์ รัชดาชาน, โสภิณ แสงอ่อน, พัทชรินทร์ นินทจันทร์, และมาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์ (2564) พบว่า ความว่าเหวที่เกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถมีความสัมพันธ์ที่มีความหมายหรือใกล้ชิดกับบุคคลอื่นได้ ทำให้ขาดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่าเหวได้ ดังนั้นควรมีการวางแผนดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันความว่าเหวที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น จัดให้มีชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมในชุมชน ที่เดิมเป็นรูปแบบของกิจกรรมที่ทำร่วมกัน เช่น การออกกำลังกาย การฝึกอาชีพ เป็นต้น มุ่งเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันในทางอารมณ์และสังคมระหว่างสมาชิกกลุ่ม

1.2.5 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มติดบ้านมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม แนวโน้มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุจะลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น หรือเนื่องจากสภาพร่างกายที่เสื่อมสภาพตามอายุ อยู่ในภาวะพึ่งพาจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง จึงมีภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรภาภรณ์ ไซยสังข์ (2556); อารีย์ สงวนชื่อ และคณะ (2562) ที่พบว่า ความบกพร่องด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากที่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน โดยเฉพาะทางด้านร่างกายซึ่งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทีลดลงจะมีผลกระทบต่อมุมมองความคิดของตนเอง คือ ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง จึงนำไปสู่ปัญหาด้านจิตใจได้โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมที่ลดลงอาจเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุเจ็บป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ มีการสูญเสีย

ศักยภาพในการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ จึงทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายสิ้นหวัง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม มักคิดว่าตนเองเป็นภาระครอบครัวและเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับเรื่อง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และนำไปใช้ในการวางแผนป้องกันควบคุม พัฒนาแนวปฏิบัติ จัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร เช่น กลุ่มติดบ้านกระตุ้นเชิญชวนให้ออกมาร่วมกิจกรรมชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุติดเตียง ดูแลเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำปรึกษา จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่า ช่วยให้การเกิดภาวะซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.2.6 การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับประทานอาหารไม่เพียงพอมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารเพียงพอ สอดคล้องกับ Pei et al. (2022); Ramsey (2021) แนะนำอาหารที่ควรรับประทาน ได้แก่ 1) กรดไขมันที่ดีต่อสุขภาพ (โอเมกา 3) ในเนื้อปลาต่าง ๆ นม 2) ไข่ไก่ จะช่วยสร้างสารซีโรโทนินให้อารมณ์ดี และเปลี่ยนให้เป็นเมลาโทนิน ช่วยให้นอนหลับดีขึ้น 3) กล้วยชนิดต่าง ๆ มีแร่ธาตุโพแทสเซียมและมีสารทริปโตเฟน ช่วยบรรเทาให้ความดันโลหิตกลับสู่ภาวะสงบ ลดการเกิดภาวะเครียดและวิตกกังวล 4) คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ข้าวกล้อง ลูกเดือย ข้าวโพด ถั่วเมล็ดแห้ง เป็นต้น จะช่วยสร้างสารซีโรโทนินในสมอง ช่วยให้ผ่อนคลาย 5) เห็ดทุกชนิดเห็ดชนิดต่าง ๆ มีธาตุเซเลเนียมสูง ช่วยกระตุ้นฮอร์โมนแห่งความสุขลดอารมณ์ขุ่นมัวได้ และอาหารที่ไม่ควรรับประทาน ได้แก่ 1) อาหารที่มีน้ำตาลสูง ร่างกายเกิดภาวะเครียด อาจจะนำมาสู่อาการหดหู่ซึมเศร้าได้ 2) เครื่องดื่มที่มีกาเฟอีนสูง ได้แก่ ชา-กาแฟ น้ำอัดลมประเภทสีน้ำตาล เพราะมีกาเฟอีนและน้ำตาลสูงทำให้นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย และงานวิจัยจากสถาบันด้านประสาทวิทยาในต่างประเทศพบว่า กลุ่มผู้บริโภคเครื่องดื่มที่มีสารให้ความหวานแทนน้ำตาล 4 กระป๋อง หรือ 4 แก้วต่อวัน จะมีความเสี่ยงเกิดโรคซึมเศร้าได้มากกว่าคนปกติ 3 เท่า หรือผู้สูงอายุอาจไม่มีความสามารถในการซื้อของและเตรียมอาหาร หรืออยู่คนเดียว พิกการ มีข้อจำกัดในการรับประทานอาหารให้เพียงพอ Rafat, Rezazadeh, Arzhang, & Alipour (2021) ดังนั้นจึงควรให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เพียงพอและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้ดูแลเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

1.2.7 การดื่มสุราเป็นประจำ หรือบ่อยครั้ง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ดื่มสุราเป็นประจำ หรือบ่อยครั้ง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ดื่มสุรา การดื่มสุราเป็นประจำอาจก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจและโรคทางจิตเวชได้ ผู้ป่วยบางรายใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ถ้าผู้ป่วยติดสุราและมี

ภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยอาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนการพัฒนาประเทศทางด้านต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Aung et al. (2022); จุฑามาศ หน่อตุ่น, ชนากานต์ เจนใจ, และชิตชนก เรือนก้อน (2559) ที่พบว่า ผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำ หรือดื่มทุกวัน มีจะมีโอกาสเกิดผลด้านสุขภาพจิตและร่างกายที่ไม่ดี และนำไปสู่ความคิดและพยายามทำร้ายตนเอง จึงควรมีการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดื่มสุรา โดยการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเพื่อให้การช่วยเหลือดูแลอย่างทันที่ต่อไป

1.2.8 การทำงานอดิเรก เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อธิบายได้ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ทำงานอดิเรกเป็นประจำจะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานอดิเรก สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต (2562) การฝึกสมองให้ตื่นตัวจะช่วยส่งผลดีต่อสุขภาพใจที่เข้มแข็ง สามารถช่วยป้องกันความเครียด ลดภาวะซึมเศร้า ชะลอภาวะสมองเสื่อม ตลอดจนช่วยปรับปรุงการทำงานของสมองได้ ซึ่งไม่จำเป็นต้องฝึกจนหนักมากเกินไป เช่น การทำงานอดิเรก เช่น กีฬา ดนตรี ศิลปะ จิตรกรรม ประวัติศาสตร์ หนังสือ บทกวี การเขียนหนังสือ เว็บไซต์ บล็อกต่าง ๆ เป็นต้น กิจกรรมจะช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทต่าง ๆ ให้ทำงานคล่องแคล่วว่องไวมากขึ้น ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ค้นหาความชอบของตนเองและเลือกทำกิจกรรมงานอดิเรกที่ต้องการ โดยมีครอบครัว ชุมชน ช่วยสนับสนุนการทำกิจกรรมนั้น ๆ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

1.3 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุและมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่สอดคล้องกันทั้งจากผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพคือ

1.3.1 ความผาสุกทางใจ โดยผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความผาสุกทางใจระดับสูงจะมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางใจระดับต่ำ สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางใจจะสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง สามารถดูแลช่วยเหลือตนเอง พึ่งพาตนเองไม่ให้เป็นภาระของผู้อื่น มีจิตใจที่เบิกบาน รู้สึกตนเองมีคุณค่า แต่จากสภาพปัญหาในชีวิตผู้สูงอายุ เช่น การสูญเสียคนที่รัก หน้าที่การงาน ความยากจน การมีรายได้น้อย ภาระหนี้สิน สภาพร่างกายที่เสื่อมโทรมลง การเจ็บป่วย การสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลจำนวนมาก ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุข หรือมีความสุขน้อยลง ความพึงพอใจในชีวิตลดลง รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง จนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง และของสมาชิกในครอบครัว อีกทั้งผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มในการมีความผาสุกทางใจน้อย หรือไม่มีความผาสุกทางใจ เพราะต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ความสามารถทางร่างกายที่ลดลง พึ่งพาตนเองไม่ได้ต้องเป็นภาระของผู้อื่น ไม่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ให้

สำเร็จตามเป้าหมาย จึงเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิต ไม่มีความสุข รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง และซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ กัตติกา ธนะขำ และคณะ (2558); ยุพา ทองสุข, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ (2562) ที่พบว่าความผาสุกทางใจเป็นความรู้สึกต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในขณะนั้นในลักษณะของความสบายใจพึงพอใจ มีความสุข สะท้อนให้เห็นถึงระดับความผาสุกทุกมิติของคน ๆ นั้น ความผาสุกทางใจที่สูงจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโดยพบว่าผู้สูงอายุจะสามารถปรับตัวได้มากขึ้นส่งผลทางบวกต่อสุขภาพและลดการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย ในขณะที่ความผาสุกทางใจที่ต่ำจะส่งผลกระทบต่อมิติด้านต่าง ๆ ด้วยเช่นกัน การสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวมีความสำคัญต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุแต่ละคน ในด้านการยอมรับนับถือความรัก และความมีคุณค่า ที่สามารถป้องกันภาวะเครียดที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย ดังนั้นจึงต้องให้ความสนใจ และมุ่งที่จะส่งเสริมความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มในการมีความผาสุกทางใจต่ำ และพิจารณาส่งเสริมการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุ

1.3.2 การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ โดยผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อผู้สูงอายุนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ สอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่ประสบปัญหาการนอนไม่หลับ หลับยาก หลับ ๆ ตื่น ๆ ในเวลากลางคืน กรณีนอนหลับไม่เพียงพอจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้รู้สึกอ่อนเพลีย สมอองต์ตือ คิดอะไรไม่ค่อยออกหรือคิดได้ช้าลง นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ การนอนไม่หลับก่อให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลได้ หรือเป็นปัญหาพื้นฐานในเรื่องของอาการซึมเศร้าได้ สาเหตุการนอนไม่หลับมักมาจากวิตกกังวลปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ประกอบกับผู้สูงอายุมีการทำงานของร่างกายที่เสื่อมลง ระดับฮอร์โมนที่ลดลง โรคประจำตัวที่รบกวนการนอน หรือการรับประทานยาบางชนิดทำให้การนอนหลับลึก ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนไม่หลับ หลับไม่เพียงพอ อาจส่งผลให้เกิดปัญหาจิตใจตามมา หงุดหงิด เบื่อหน่าย และซึมเศร้าได้ในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของ Cong et al. (2015); จุฑารัตน์ จิราพงษ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2561) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีจำนวนโรคทางกาย เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับมากขึ้น อาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โรคและความผิดปกติในระบบต่าง ๆ ของร่างกายส่งผลต่อการนอนหลับโดยโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคหอบหืดและความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจทำให้ตื่นบ่อยจากอาการหายใจลำบาก โรคหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงรบกวนการนอนหลับจากการเจ็บหน้าอกโดยเฉพาะในระยะ REM โรคคอกพอกเป็นพิษทำให้หลับยาก โรคเบาหวานทำให้ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ส่วนผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีปัญหาตื่นเช้ามากกว่าปกติ นอกจากนั้นยังพบว่าการใช้

ยาในผู้สูงอายุบางชนิดส่งผลข้างเคียงให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมาด้วย และสิ่งเร้าด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเข้านอนและการตื่นกลางดึก โดยสิ่งเร้าด้านการรู้คิดเป็นลักษณะการคิดที่มีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึกรบกวนกังวลต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การคิดต่อเนื่องโดยไม่สามารถหยุดความคิดของตนเองได้ หรือการที่บุคคลนั้นชอบวางแผนล่วงหน้า ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในลักษณะของความกังวลจะส่งผลให้เกิดอาการนอนไม่หลับและส่งผลกระทบต่อบุคคลนั้นตามมา ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการนอนหลับที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ และการปรับกิจวัตรประจำวัน เช่น การนอนตรงเวลา ผ่อนคลายความเครียดก่อนนอน เช่น อาบน้ำอุ่น ทำสมาธิ เขยียดกล้ามเนื้อผ่อนคลาย จัดห้องนอนให้เงียบ มีมัต อุณหภูมิเหมาะสม อากาศถ่ายเท ออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะทำให้หลับได้ดีขึ้น

## 2. ผลของการสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 1 ยกร่างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากการศึกษาสภาพปัญหา และองค์ประกอบของรูปแบบจากการค้นคว้าเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งยกร่างรูปแบบซึ่งได้จากการเชื่อมโยงผลการวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จัดองค์ประกอบ และรายละเอียดของรูปแบบตามสมมติฐาน (Hypothesis model) และสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพที่พบว่าปัจจัยเสี่ยงในหลายระดับต่างกัน ทั้งระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับชุมชน และระดับบริการสาธารณสุข รวมทั้งแนวทางจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพต้องอาศัยการดำเนินการที่ครอบคลุมทุกภาคส่วน (นิภาพร เอื้อวัฒน์โชติมา, 2559; ปรีทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2560)

ขั้นตอนที่ 2 นำเสนอร่างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเข้าสู่เวทีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) เพื่อกำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหรือตัวแปรเหล่านั้น หรือลำดับก่อนหลังของแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบ ในระหว่างการจัดเวทีการสนทนากลุ่มอาจจะปรับปรุงรูปแบบใหม่โดยการตัดองค์ประกอบหรือตัวแปรที่พบว่าไม่มีอิทธิพลหรือมีความสำคัญน้อยออกจากรูปแบบซึ่งจะทำให้ได้

รูปแบบที่มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น แล้วนำข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไข (ชิรวัดน์ นิเจนตร, 2560)

ขั้นตอนที่ 3 ปรับปรุงและสรุปรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้วิจัยนำจากขั้นตอนที่ 2 มาปรับปรุงและแก้ไขให้มีความถูกต้องครอบคลุม ความเหมาะสม ความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ (Madaus et al., 1983) ในทางปฏิบัติได้ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ผู้สูงอายุ (older adults) ครอบครัว (family) ชุมชน (community) และบริการสาธารณสุข (service delivery)

โดยรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนี้แตกต่างจากรูปแบบตามแนวทางของกรมสุขภาพจิตคือโปรแกรมระบบสารสนเทศการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (กรมสุขภาพจิต, 2557) ตรงที่เป็นรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่มีความเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับพื้นที่ปทุมธานีที่ศึกษาวิจัยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 จังหวัดนนทบุรี ซึ่งตั้งอยู่ในเขตปริมณฑลใกล้กรุงเทพมหานครยังมีบริบทชุมชนเป็นแบบชนบทผสมกับพื้นที่บางส่วนมีความเป็นกึ่งเมือง เน้นให้ตัวของผู้สูงอายุ กลุ่มสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล อสค. กลุ่มผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น เข้ามาการมีส่วนร่วมในการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น และบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. รพ.ช. เป็นผู้รับผิดชอบในการเป็นพี่เลี้ยงชุมชน จัดการอบรมให้ความรู้ ให้บริการ อำนวยความสะดวกช่วยเหลือในส่วนที่ 3 กลุ่มดังกล่าวไม่สามารถปฏิบัติได้ โดยรูปแบบจะเริ่มต้นด้วยการพัฒนาตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ให้มีศักยภาพด้วยการเข้าอบรมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้เรื่องต่างๆที่จำเป็นเพื่อให้สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการปฏิบัติในบทบาทของตนเองภายใต้การดูแลจัดอบรม จัดหลักสูตรให้จากบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้ง 4 องค์ประกอบดูแลเกื้อหนุนกันในแบบพี่เลี้ยง ภายใต้การส่งเสริม การสนับสนุน เน้นการทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชน ระบบบริการสาธารณสุข ในการมาร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมกันพัฒนาการแก้ไขปัญหาให้การดำเนินการต่าง ๆ ประสบผลสำเร็จ และได้รับการยอมรับจากประชาชน ซึ่งมีความสอดคล้องกับ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, 2559) ผู้ที่มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้องมีโอกาสเข้าร่วมในกระบวนการหรือขั้นตอน ตั้งแต่การรับรู้ข้อมูลการปฏิบัติงาน การร่วมแสดงความคิดเห็น การร่วมเสนอปัญหา และความต้องการของชุมชน ท้องถิ่น การร่วมคิดแนวทางแก้ไขปัญหา การร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การร่วมในการดำเนินการ และการร่วมติดตามประเมินผล รวมทั้งการร่วมรับผลประโยชน์จากการพัฒนา

**องค์ประกอบที่ 1 ด้านผู้สูงอายุ** องค์ประกอบนี้เป็นบทบาทหน้าที่ของตัวผู้สูงอายุที่ต้องเริ่มด้วยการพัฒนาศักยภาพตนเองใน 3 พัฒนา โดยการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการตามหัวข้อที่บุคลากรสาธารณสุขจากระบบบริการสาธารณสุขดำเนินการจัดให้เพื่อให้มี

ความรู้ ทักษะในการดูแลตนเองตามหลักการต่าง ๆ ที่จำเป็นเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 1) การพัฒนาจิตใจ ด้วยการมองโลกในแง่ดี การคิดบวก การสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ สติบำบัด (อรพิชา เกตุพันธ์ และสุรีย์ จันทรมณี, 2563) 2) การพัฒนาร่างกาย ด้วยหลัก 3อ. 2ส. การนอนหลับพักผ่อน และ 3) การพัฒนาสังคม ด้วยการเข้ากิจกรรมทางสังคม ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ทำงานอดิเรก สื่อสารในเครือข่ายโทรศัพท์ หรือออนไลน์ ฝึกอาชีพ/ทำงานสร้างรายได้ ซึ่งการมีความรู้ ทักษะที่ถูกต้องจะนำไปใช้ในการดูแลตนเองได้จริง (จิรภา วิลาวรรณ, จิรัชญา เหล่าคม พดุมหาจารย์, ธิติรัตน์ เหล่าคมพดุมหาจารย์, ยุวดี บุญเนา, และพัชรินทร์ บุญเสริม, 2565; รุจิวรรณ สอนสมภาร, 2560) และผู้สูงอายุจะต้องมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการแก้ไขปัญหา การประเมินผลด้วยการแสดงความเห็น/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกับครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และทีมบุคลากรสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน

**องค์ประกอบที่ 2 ครอบครัว** องค์ประกอบนี้เป็นบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว/ ผู้ดูแล/ อสม. ที่คอยดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยทำ 3 เพิ่ม คือเริ่มจาก 1) เพิ่มศักยภาพครอบครัวด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการให้รู้บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ หลัก 3ส (สอดส่อง ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง) การประเมินความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (2Q) การช่วยเหลือเบื้องต้น และการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพใจ ผู้สูงอายุ การฝึกอาชีพ/ทำงานสร้างรายได้ การดำเนินชีวิตตามแนวทางพอเพียงเชิงพื้นที่ เพื่อให้มีความรู้ ทักษะไปใช้ในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวตนเองต่อไป 2) เพิ่มสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ด้วยการพูดคุย ดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน รับประทานอาหารร่วมกัน ทำกิจกรรมยามว่าง ร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว 3. เพิ่มรายได้ในครอบครัว ด้วยการดำเนินชีวิตตามแนวทางพอเพียงเชิงพื้นที่ เช่น ปลูกผักริมรั้ว ผักสวนครัวในภาชนะเหลือใช้ รับงานทำที่บ้าน (วีรพล กิตติพิบูลย์ และนิธิรัตน์ บุญตานนท์, 2563; หยาดชล ทวีธนาวิชัย, ตรีตาภรณ์ สร้อยสังวาล, พัชวรรณ ชูเลิศ, จิรียา อินทนา, และสุรินทร์ มีลาภลั่น, 2564) และครอบครัวจะต้องเข้าร่วมการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ วางแผนแก้ไขปัญหา ลงมือปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติกับทีมบุคลากรสาธารณสุข ของ รพ.สต. และ รพ.ช. และร่วมแสดงความเห็น/แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้สูงอายุ อสม. ผู้นำชุมชน และทีมบุคลากรสาธารณสุข อย่างสม่ำเสมอทุกเดือน



**องค์ประกอบที่ 3 ชุมชน** องค์ประกอบนี้เป็นบทบาทหน้าที่ของอสม. ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น เพื่อนบ้าน เป็นพี่เลี้ยงครอบครัว โดยทำ **4 สร้าง** คือเริ่มจาก 1) สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน คอยดูแลช่วยเหลืออำนวยความสะดวกให้กับครอบครัว 2) สร้างสรรค์กิจกรรมทางสังคมที่หลากหลายน่าสนใจให้ผู้สูงอายุเข้าร่วม 3) สร้างอาชีพ/งานให้ผู้สูงอายุ และครอบครัวเพิ่มรายได้ 4) สร้างงานสานต่อ โดยการร่วมทำการคัดกรองความเสี่ยงด้วย 2Q ทำการรายงานผล และส่งต่อผู้มีความเสี่ยงให้องค์ประกอบที่ 4 ด้านบริการสาธารณสุข ได้รับการดูแลโดยเร็ว (กรมสุขภาพจิต, 2557ข) รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อช่วยเหลือเยียวยาผู้สูงอายุและครอบครัวตามความจำเป็นเร่งด่วนแต่ละรายกรณี และทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งภายในชุมชน ภายนอก ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและครอบครัว เช่น การเข้าร่วมประชุม วางแผน แบ่งปันข้อมูล ร่วมมือปรึกษาหารือร่วมกันอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน

**องค์ประกอบที่ 4 บริการสาธารณสุข** องค์ประกอบนี้เป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และโรงพยาบาลชุมชน ทำ 4 ให้ คือเริ่มจาก 1) การให้การดูแลช่วยเหลือเป็นพี่เลี้ยงแก่ชุมชน 2) ให้ความรู้/จัดทำหลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับ 3 องค์ประกอบข้างต้น เพื่อให้สามารถร่วมกันดูแลสุขภาพกาย สุขภาพใจผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมต่อไป 3) ให้การปรึกษา ส่งต่อ แนะนำบริการต่าง ๆ 4) ให้บริการเชิงรุก ในการเยี่ยมดูแลสุขภาพที่บ้าน จัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เอื้อความสะดวกและมีกิจกรรมที่หลากหลายให้เลือกเข้าร่วมและนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ต่อไป และทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ และร่วมกับภาคีเครือข่ายกับชุมชน และผู้เกี่ยวข้องในทุกองค์ประกอบ ได้แก่ ตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน (หยาดชล ทวีธนาวิชย์ และคณะ, 2564)

### 3. ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การตรวจสอบรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการวิจัยระยะที่ 2 เพื่อตรวจสอบรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน 1 คน พยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต และงานผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2 คน รวมจำนวน 7 คน พบว่ารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในภาพรวม และทั้ง 4 ด้าน คือ มีความเหมาะสม เป็นประโยชน์ เป็นไปได้ และถูกต้องครอบคลุม อยู่ในระดับมากที่สุด โดยภาพรวม Mean = 4.73, SD = 0.44 ด้านความเป็นประโยชน์ Mean = 4.75, SD = 0.45 ด้านความเป็นไปได้ Mean = 4.76, SD = 0.44 ด้านความเหมาะสม Mean = 4.76, SD = 0.45

= 0.44 และด้านความถูกต้องครอบคลุม Mean = 4.62, SD = 0.50 สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานทางการศึกษา 4 หมวดมาตรฐานคือ มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (Utility standards) มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (Feasibility standards) มาตรฐานด้านความเหมาะสม (Propriety standards) และมาตรฐานด้านความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy standards) ของคณะกรรมการพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการประเมินการศึกษา (Joint Committee on Standards for Educational Evaluation) (Madaus et al., 1983) จึงสรุปได้ว่า รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีคุณภาพตามเกณฑ์ด้านความเหมาะสม ความเป็นประโยชน์ ความเป็นไปได้ และความถูกต้องครอบคลุมสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้

### ข้อจำกัดในการวิจัย

ไม่สามารถทดลองใช้รูปแบบได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการศึกษาวิจัย จึงใช้การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญแทนการทดลองใช้ โดยการคัดเลือกผู้ประเมินรูปแบบให้นำเข้าเชื่อถือมากที่สุดมาจากผู้เชี่ยวชาญที่มีตำแหน่งงาน ประสบการณ์ ครอบคลุมงานด้านจิตเวชศาสตร์ และด้านผู้สูงอายุ จำนวน 7 คน ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน พยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต และพยาบาลรับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.)

### ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และ 2) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ดังต่อไปนี้

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

##### 1.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1.1 ข้อมูลปัจจัยที่มีเป็นสาเหตุต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย สถานภาพหม้าย การไม่ได้เรียนหนังสือ ความเพียงพอของรายได้ การเป็นโรคเบาหวาน ความผาสุกทางใจ ความว้าเหว่ สุขภาพภาวะทางกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) กลุ่มติดบ้าน การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ การดื่มสุรา การทำงานอดิเรก และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เป็นข้อมูลที่ควรนำไปเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายชุมชน เพื่อประชุมหารือหรือสร้างแนวนโยบายหรือกำหนดมาตรการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ

ซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้เหมาะสมตามสภาพสาเหตุปัญหาของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างตรงประเด็น

1.1.2 ผลข้อมูลวิจัยของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถนำไปเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อพิจารณานาแนวทางการเฝ้าระวังไปประยุกต์ในการทำแผนหรือกิจกรรมการดูแลเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามความเหมาะสมสอดคล้องกับแนวนโยบายของภาครัฐที่กำหนดมา

## 1.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1.2.1 ควรนำปัจจัยที่มีเป็นสาเหตุต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังครั้งนี้ ไปใช้ในการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ การจัดกิจกรรม/ วิธีการที่เหมาะสมให้กับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้ง 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มบุคคลในชุมชน/พื้นที่ที่ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพักอาศัยอยู่ เช่น อสม.ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น เพื่ออนบ้าน รวมทั้งกลุ่มบุคลากรที่อยู่ในระบบการบริการสาธารณสุข เพื่อสร้างการเกิดการเรียนรู้ นำไปสู่การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกันอย่างมีส่วนร่วม และภาคีเครือข่าย

1.2.2 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน โดยเป็นเครื่องมือสำหรับผู้เกี่ยวข้องใช้ในการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1.2.3 ควรนำรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่จังหวัดอื่น ๆ ว่าจะมีประสิทธิผลในการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้หรือไม่ อย่างไร

1.3 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ องค์ความรู้วิธีการที่ได้จากกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไปเสนอแนะต่อบุคลากรทางสาธารณสุขเพื่อการเรียนรู้และประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงปัญหาสุขภาพของประชาชนที่เกี่ยวข้องในงานสาธารณสุขด้านอื่น ๆ ต่อไป

## 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรนำรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasiexperimental research) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยังไม่มีภาวะซึมเศร้า ในอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่สร้างรูปแบบ เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2.2 ควรถอดบทเรียนจากการนำรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริงโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อประเมินผลการนำรูปแบบไปทดลองใช้และต่อยอดความสำเร็จที่เกิดขึ้น

2.3 ควรศึกษาปัจจัยที่มีเป็นสาเหตุต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในตัวแปรและบริบทต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ได้อย่างจำเพาะเจาะจงและเหมาะสมกับบริบทนั้น ๆ ต่อไป

2.4 ควรนำระเบียบวิธีวิจัยหรือแนวทางการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสาธารณสุขด้านอื่น ๆ ต่อไป

## บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562ก). ดอกไม้สัญลักษณ์, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สืบค้น 17 ธันวาคม 2563, จาก <http://www.dop.go.th/th/gallery/2>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562ข). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562. สืบค้น 29 ตุลาคม 2564, จาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). สถิติผู้สูงอายุในไทยปี 2565. สืบค้น 10 เมษายน 2566, จาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962>
- กรมสุขภาพจิต. (2554). แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการ ระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- กรมสุขภาพจิต. (2557ก). Mhgap intervention guide สำหรับโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช โรคทางระบบประสาทและโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติดในหน่วยบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่หน่วยเฉพาะทางฉบับที่ 1 กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้น 20 ธันวาคม 2561, จาก <https://www.suicidethai.com/download/dl.asp?id=246&uname=>
- กรมสุขภาพจิต. (2557ข). แนวทางการการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (พิมพ์ครั้งที่ 3, ฉบับปรับปรุง). อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- กรมสุขภาพจิต. (2558). แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) กระทรวงสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 2, ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต. (2560). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2561ก). สถิติผู้สูงอายุฆ่าตัวตายสูงอันดับ 2 อาชีพตำรวจก็ด้วยซึมเศร้า. สืบค้น 3 ตุลาคม 2563, จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27623>
- กรมสุขภาพจิต. (2561ข). อยู่อย่างเป็นสุขกับโรคเรื้อรัง. สืบค้น 23 มีนาคม 2565, จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28381>
- กรมสุขภาพจิต. (2562). "โรคซึมเศร้า" ทำใจพัง เช็กลิสต์สาเหตุและอาการ. สืบค้น 3 ตุลาคม 2564, จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30114>
- กรมอนามัย. (2559). บทบาทผู้สูงอายุต่อสังคม ครอบครัว ชุมชน, กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้น 8 มกราคม 2564, จาก <hp.anamai.moph.go.th>

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2546). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546.

กรุงเทพฯ: ชุมชนสมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กัตติกา ธนะขว้าง, วันทนา ถิ่นกาญจน์, และรวมพร คงกำเนิด. (2558). รายงานการวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทย. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.

กัลยา วานิชย์บัญชา, และฐิตา วานิชย์บัญชา. (2560). การใช้ spss for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล (พิมพ์ครั้งที่ 30). กรุงเทพฯ: สามลดา.

กิริณานันท์ สนธิธรรม, ทองมี ผลาผล, โชติระวี อินจำปา, ชนิตาวดี สายีน, นิชพันธุ์ระวี เฟื่องพล, และวิภาพร จันทนาม. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด, 14(2), 192-204.

กุลธิดา ดวงเนตร. (2564). ความทุกข์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไมติตต่อเรื้อรังในหน่วยงานบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 36(1), 13-24.

กฤษมาวดี คำเกลี้ยง. (2563). จะซึมจะเศร้าก้าวผ่านได้ รู้จักภาวะซึมเศร้า รับมือด้วยความเข้าใจ. กรุงเทพฯ: กู๊ดเฮด ฟรินท์ติ้ง แอนด์ แพคเกจจิ้ง กรุ๊ป.

เก็จกนก เอื้อวงศ์. (2562). การสนทนากลุ่ม: เทคนิคการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ. วารสารศึกษาศาสตร์ มสธ., 12(1), 17-30.

จิรภา วิลาวรรณ, จิรัชญา เหล่าคมพุดาจารย์, ธิติรัตน์ เหล่าคมพุดาจารย์, ยุวดี บุญเนา, และพัชรินทร์ บุญเสริม. (2565). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15(1), 181-195.

จุฑามาศ หน่อตุ่น, ชนากานต์ เจนใจ, และชิตชนก เรือนก้อน. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุรา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 10(2), 137-151.

จุฑารัตน์ จิราพงษ์, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 32(1), 134-149.

ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (aging society in thailand). สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 3(16), 1-19.

ชिरวัฒน์ นิเจนตร. (2560). การวิจัยพัฒนารูปแบบทางสังคมศาสตร์และการศึกษา. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 4(2), 71-102.

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2561). เอกสารประกอบการสอน เรื่อง triangulation. พิษณุโลก: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

- ณัฐปภัสร์ นวลสีทอง, ธัญรัตน์ ภูงศ์ชัย, อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, และภัควรินทร์ ภัทรศิริสมบุรณ์. (2564). ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 16(2), 78-89.
- ณิชภา ตรีชัยศรี. (2560). การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี. สืบค้น 25 กันยายน 2564, จาก [http://164.115.41.179/dpc/sites/default/files/22\\_3%20การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา.pdf](http://164.115.41.179/dpc/sites/default/files/22_3%20การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา.pdf)
- ดารุจ อนิวรรณตพงษ์. (2561). ภาวะซึมเศร้าหลังโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 63(4), 383-418.
- ดุขฎิ โยเหลา. (2558). การพัฒนารูปแบบและกลไกของชุมชนเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ รายงานฉบับสมบูรณ์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
- เดชรัตน์ สุขกำเนิด, วิชัย เอกพลากร, และปัดพงษ์ เกษสมบุรณ์. (2545). เอกสารชุด: การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เล่มที่ 2 เรื่อง “แนวคิดการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ” เพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ทานตะวัน อวิรุทธวรกุล, และมาโนช หล่อตระกูล. (2554). เหตุการณ์ก่อกวนในชีวิตก่อนการเกิดโรคซึมเศร้าและพานิค. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 56(3), 277-286.
- ธรมินทร์ กองสุข. (2556). ระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุที่ทุกข์ทรมานจากโรคเรื้อรัง, โครงการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 12 ประจำปี 2556 และการประชุม world congress of asian psychiatry ครั้งที่ 4 เรื่อง ชาวเอเชียร่วมมือเพื่อสุขภาพจิตที่ดีกว่า (asian collaboration for the betterment of mental health) วันที่ 20 - 23 สิงหาคม 2556 ณ โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอทเซ็นทรัล พลาซ่า ลาดพร้าว. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- นภา พวงรอด. (2558). การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์, 2(1), 36-74.
- นริสา วงศ์พนารักษ์, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3), 24-31.
- นันทวิช สิริธิรักษ์. (2559). จิตเวชศิริราช dsm-5 (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ. (2559). ภาวะซึมเศร้า depression. วารสาร มจร.วิชาการ, 19(38), 105-118.
- นัยนา หนูนิล, สายฝน เอกวางกูร, และเจตนา หนูนิล. (2558). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาล ทหารบก, 64(2), 10-16.

- นาริรัตน์ มงคลศรีสวัสดิ์. (2564). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชาสูง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 6(3), 1-7.
- นิคม ทาแดง. (2553). ประมวลสาระชุดวิชาการจัดระบบทางการศึกษา หน่วยที่ 5 การสร้างแบบจำลองระบบทางการศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 6). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นิตยา จรัสแสง, ศิริพร มงคลถาวรชัย, เพชรรัตน์ บุตะเขี้ยว, สมลักษณ์ บุญจันทร์, พรนิภา หาญละคร, และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2555). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 57(4), 439-446.
- นิตยา มณีเกียง, และสุรสิทธิ์ เทียมทิพย์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ละอู อำเภอกัลยาณิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ, 5(1), 78-92.
- นิภาพร เอื้อวิณะโชติมา. (2559). ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพของประชากร. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 25(1), 147-156.
- บุษราคัม จิตอารีย์. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม. นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- เบญจพร แก้วมีศรี. (2545). รูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปัทมา ทรวงโพธิ์, และสุพร วงศ์ประทุม. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, 4(2), 72-92.
- ประเวศ วะสี. (2550). สุขภาวะทางจิตวิญญาณ. สืบค้น 20 มีนาคม 2565, จาก <http://www.nationalhealth.or.th/blog>
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2563). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2564). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- ปรีทรศ ศิลปะกิจ, และพันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2560). ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: วนิดาการพิมพ์.



- ปัญจวรา บุญสร้างสม. (2564). แนะนำสู่วัยตรวจสุขภาพทุกปี ลดเสี่ยงโรคเรื้อรัง ซึมเศร้า สร้างสังคมสู่วัย สุขภาวะดี. สืบค้น 20 กันยายน 2564, จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/54422>
- ปิติคุณ เสดะปุระ, และณัฐธกุล ไชยสงคราม. (2565). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 16(3), 1070-1084.
- ผกามาศ เพชรพงศ์. (2562). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในอำเภอชริบารมีจังหวัด พิจิตร. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์, 13(2), 25-36.
- พรทิพย์ แก้วสว่าง. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10, 19(36-48).
- พรรณนิภา ภูทองพลอย, ทศน์ศิริรินทร์ สว่างบุญ, และวราพร เอราวรรณ. (2561). มโนทัศน์เบื้องต้นของการประเมินอภิมาน basic concepts in meta-evaluation. วารสารการวัดผลการศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 24(1), 3-13.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. (2550). ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 123, ตอน 16ก, 1-15.
- พัชรภรณ์ ไชยสังข์. (2556). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตเมือง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 6(1), 27-37.
- พัฒนา พรหมณี, ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด, และปณิธาน กระสังข์. (2560). แนวคิดการสร้างและพัฒนา รูปแบบเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขสำหรับนักสาธารณสุข. วารสารวิชาการฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 6(2), 128-135.
- พันธ์ชัย รัตนสุวรรณ. (2561). ตำราโรคจิตวิทยา สำหรับนักศึกษาแพทย์และนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. นครศรีธรรมราช: สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- พันธุ์ทิพย์ โกศลวัฒน์. (2557). การพัฒนาระบบสารสนเทศการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี. สืบค้น 29 ธันวาคม 2562, จาก <http://www.prasri.go.th/res/depression/2557.php>
- พิสุทธ์ ศรีอินทร์จันทร์, และบุญมา สุนทราวรัตน์. (2560). สุขภาพจิตผู้ป่วยเรื้อรังสูงอายุ: มุมมองประชาสังคม. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 36(2), 203-210.
- พูนสุข หิงคานนท์. (2540). การพัฒนารูปแบบการจัดองค์การของวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญ สุขมาก. (ม.ป.ป.). หลักคิด: สุขภาพ สุขภาวะ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ, เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ: การประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพ เครือข่าย

- นักประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพภาคเหนือ. สืบค้น 19 มีนาคม 2565, จาก [https://mehealthpromotion.com/upload/forum/paper\\_ch3.pdf](https://mehealthpromotion.com/upload/forum/paper_ch3.pdf)
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2556). เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาวิทยาการระบาดและการควบคุมโรค (พิมพ์ครั้งที่ 2, ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2557). โรคซึมเศร้าโดยละเอียด, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้น 7 มิถุนายน 2562, จาก <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-1017>
- มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บก.). (2558). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). สังคมสูงวัย. สืบค้น 30 เมษายน 2561, จาก <http://thaitgri.org/?wpdmpo=สังคมสูงวัย&wpdmdl=37898>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: พรินเทอรี่.
- ยุทธพงศ์ ณ นคร. (2563). การพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย ncd ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการใช้โปรแกรมการระลึกความหลังแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้า ความมีคุณค่าในตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรงพยาบาลหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11, 34(4), 123-137.
- ยุพา ทองสุข, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 33(1), 95-110.
- ยุพารัตน์ รัชดาชาน, โสภิตา แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และมาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์. (2564). อิทธิพลของเพศ อายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความว่าเหว และความหมกมุ่นครุ่นคิด ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 35(1-22).
- ระพีพรรณ ลาภา. (2564). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตจังหวัดปทุมธานี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รัฐชนา หน่อคำ, จุฑามาศ กิตติศรี, พรรณี ไชยวงศ์, กรรณิกา อุ๋นอ้าย, และนงเยาว์ มงคลอิทธิเวช. (2563). ผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วยกระบวนการจิตอาสา. พยาบาลสาร, 47(1), 268-278.

- รินทร์หทัย กิตติธรรมากร, และรัชนิกร ทบประดิษฐ์. (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของตำบลสระ ตะเคียน อำเภอลำลูกกา จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพัฒนารวมชนและคุณภาพชีวิต, 7(1), 69-80.
- รุจิวรรณ สอนสมภาร. (2560). แนวทางการส่งเสริมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอบางบาล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา, 4(1), 77-89.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2565). ปัญหาการฆ่าตัวตายในคนไทย ปี 2565. สืบค้น 19 เมษายน 2565, จาก <http://www.prasri.go.th/res/depression/2555.php>
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2554). ผลการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยที่ป่วยเป็นโรค เรื้อรังทางกายปี 2553, เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 10 ประจำปี 2554 จัดโดยกรมสุขภาพจิต โรงแรมปรีณิชาพาเลซ. กรุงเทพฯ. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2555). ระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด. สืบค้น 29 ธันวาคม 2562, จาก <http://www.prasri.go.th/res/depression/2555.php>
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2560ก). แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปใน สถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ฉบับปรับปรุง ปี 2560. อุบลราชธานี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2560ข). แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (พิมพ์ครั้งที่ 4, ฉบับปรับปรุง). อุบลราชธานี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วรรณดี สุทธิธรรม. (2556). การวิจัยเชิงคุณภาพ: การวิจัยในกระบวนการตัดสินใจ. กรุงเทพฯ: สยาม ปริทัศน์.
- วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2553). การวิจัยพัฒนารูปแบบ. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร, 2(4), 1-15.
- วิชาภรณ์ คันทะมุล, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะ ซึมเศร้าของผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย, 10(3), 83-92.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2558). ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เอ็นพี เพรส.
- วีรพล กิตติพิบูลย์, และนิริรัตน์ บุญตานนท์. (2563). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพ ภาวะเพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุตามแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กิน ข้าวอร่อย”. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 14(34), 158-171.

- ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ทศพร คำผลศิริ, และณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์. (2561). การพยาบาลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2, ล. 1). เชียงใหม่: สมาร์ทโคตรดิง แอนด์ เซอร์วิส.
- ศูนย์ข้อมูลประเทศไทย. (2564). การเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. สืบค้น 8 พฤศจิกายน 2564, จาก <https://www.dga.or.th/document-sharing/infographic/36119/>
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2559). คู่มือการดูแลผู้สูงวัย: สูตรคลายซึมเศร้า. นนทบุรี: โอเพ่นเวิลด์ส.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, ยุพา ถาวรพิทักษ์, วราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล, อิงคณา โคตนารา, และเนตรชนก แก้วจันทา. (2557). ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 53(3), 287-298.
- สมหมาย กุ่มผัน, โสภณ แสงอ่อน, และพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 30(2), 50-68.
- สฤณีพงศ์ แซ่หลี่, และปิยะภัทร เดชพระธรรม. (2560). การศึกษาความตรงเชิงเกณฑ์ของแบบสอบถาม phq-9 และ phq-2 ฉบับภาษาไทย ในการคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุชาวไทย. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร, 27(1), 30-37. doi: 10.14456/jtrm.2017.7
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2559). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการ พ.ศ. 2551-2555. สืบค้น 17 มีนาคม 2565, จาก [http://opdc.go.th/special.php?spc\\_id=2&content\\_id=2549](http://opdc.go.th/special.php?spc_id=2&content_id=2549)
- สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. (2554). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. สืบค้น 20 กันยายน 2564, จาก <https://dictionary.orst.go.th/>
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564). ภาวะสังคมไทยไตรมาสสอง ปี 2564 ปีที่ 19 ฉบับที่ 3 เดือนสิงหาคม 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). โรคเรื้อรังปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. สาระสุขภาพ, 7(16), 16-31.
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต. (2560). คู่มือวิทยากร จัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ ในชุมชน. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สุขภาพคนไทย. (2562). ผู้สูงอายุ: สุขภาพคนไทย 256. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุจิตรา สุขทวี, รั้งสิมันต์ สุนทรไชยา, และอังคณา จิโรจน์. (2563). ผลของโปรแกรมการระลึกถึงความหลังต่อความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. วารสารพยาบาล ทหารบก, 22(1), 235-243.

- สุดา วงศ์สวัสดิ์. (2557). แนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตในระบบสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2558. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุพรรณิ นันทชัย. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาภรณ์ สุตหนองบัว. (2560). เอกสารประกอบการสอน เรื่องวิธีการวิจัย. พิษณุโลก: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุภิศา ปลุกทรัพย์. (2561). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยภาวะไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 8(1), 72-80.
- สุมาวดี คำเกลี้ยง. (2563). จะซึมจะเศร้าก้าวผ่านได้. กรุงเทพฯ: กู๊ดเฮด พรีนซ์ติ้ง แอนด์ แพคเกจจิ้งกรุ๊ป.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ธรณินทร์ กองสุข, ณ. ม., เบญจลักษณ์ มณีทอง, กมลเนตร วรรณเสวก, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, และสิริธร บุตรวงศ์. (2550). การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถามในชุมชนไทยอีสาน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 52(2), 138-148.
- หยาดชล ทวีธนาภิรักษ์, ตรีตาภรณ์ สร้อยสังวาล, พัชรวรรณ ชูเลิศ, จิรียา อินทนา, และสุรินทร์ มีลาภ ลั่น. (2564). ผลของการใช้รูปแบบการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. วารสารมหาจุฬานาครธรรมศาสตร์, 8(8), 43-60.
- อภิญา วงศ์ใหม่. (2560). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าและแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแม่วาง อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- อรัญญ์ กักผล. (2556). การบริหารปกครองสาธารณะ: การบริหารรัฐกิจในศตวรรษที่ 21. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรพิชา เกตุพันธ์, และสุรีย์ จันทร์โมลี. (2563). การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารพยาบาลทหารบก, 21(1), 366-375.
- อรัญญา นามวงศ์, กฤตพันธ์ ฝึกฝน, และบัวบาน ยะนา. (2564). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 31(1), 70-82.
- อาคม บุญเลิศ. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร, 31(1), 25-33.

- อาจารย์ สรเสริมสมบัติ, และทัศนีย์ เชื้อมทอง. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี, 42(2), 103-108.
- อารีย์ สงวนชื่อ, ปณิตทัต ตันธนปัญญากร, และรัตนภรณ์ อาษา. (2562). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา, 14(2), 277-287.
- อำพร เนื่องจากนาค. (2560). ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อิสริย์ ศิริวรรณกุลธร, วิชุดา จิรพรเจริญ, กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์, ชัยสิริ อังกระวรรณท์, อัศวิน โรจนสุมาพงศ์, และชลอวัฒน์ อินปา. (2563). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุคลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 29(1), 1-11.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Amirmohamadi, M., Borhani, F., Kiani, M., Hashiani, A., & Naghavi, B. (2017). The correlation between spiritual wellbeing and depression in elderly patients with cancer in Iran. *Journal of family medicine*, 15(10), 129-136.
- Ann, P. (2015). Depression and mental health by the numbers: Facts, statistics, and you. Retrieved January 25, 2021, from <https://www.healthline.com/health/depression/facts-statistics-infographic#1>
- Aung, T. N. N., Moolphate, S., Koyanagi, Y., Angkurawaranon, C., Supakankunti, S., Yuasa, M., & Aung, M. N. (2022). Depression and associated factors among community-dwelling Thai older adults in northern Thailand: The relationship between history of fall and geriatric depression. *International journal of environmental research and public health*, 19(17), 10574.
- 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.
- Brown, W. B., & Moberg, D. J. (1980). *Organization theory and management: A macro approach*. New York John Wiley and Sons.

- Chen, F., Wei, G., Wang, Y., Liu, T., Huang, T., Wei, Q., . . . Wang, D. (2019). Risk factors for depression in elderly diabetic patients and the effect of metformin on the condition. *BMC Public Health*, 19(1), 1063. doi: 10.1186/s12889-019-7392-y
- 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. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2015.02.001>
- 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: Sage Publications.
- Dattani, S., Ritchie, H., & Roser, M. (2021). Mental health. Retrieved October 21, 2021, from <https://ourworldindata.org/mental-health>
- de Oliveira, S. C., dos Santos, A. A., & Pavarini, S. C. (2014). The relationship between depressive symptoms and family functioning in institutionalized elderly. *Rev Esc Enferm USP*, 48(1), 66-72. doi: 10.1590/s0080-623420140000100008
- DeVelilis, R. F. (2016). *Scale development: Theory and applications* (4th ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- 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.
- Eisner, E. W. (1976). Educational connoisseurship and criticism: Their form and functions in educational evaluation. *Journal of Aesthetic Education*, 10(3/4), 135-150.
- Fakoya, O. A., McCorry, N. K., & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: A scoping review of reviews. *BMC Public Health*, 20(1), 129. doi: 10.1186/s12889-020-8251-6
- Gyeong-Suk, J., Sun-Ju, Y., Myo-Gyeong, K., & Yoo-Mi, K. (2017). Correlates of depressive symptoms and stress among korean women care-workers for older adults

- dwelling in community. *Korean Journal of Occupational Health Nursing*, 26(1), 10-18.
- Health Data Center. (2022). Thailand. Retrieved December 19, 2019 from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- Jai, P. R. (2021). Relationship between depression & diabetic distress in elderly type 2 diabetic patients: A study conducted at community level. *International Journal of Medical Science and Diagnosis Research (IJMSDR)*, 5(1), 13-18. doi: <https://doi.org/10.32553/ijmsdr.v5i1.736>.
- Keeves, P. J. (1988). *Model and model building education research, methodology and measurement: An international handbook*. Oxford, England: Pergamon Press.
- 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.
- 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.
- Long, M. D., Kappelman, M. D., Martin, C. F., Chen, W., Anton, K., & Sandler, R. S. (2014). Risk factors for depression in the elderly inflammatory bowel disease population. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8(2), 113-119. doi: [10.1016/j.crohns.2013.07.002](https://doi.org/10.1016/j.crohns.2013.07.002)
- 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.
- National Institute on Aging. (2021). Depression and older adults. Retrieved December 19, 2020, from <https://www.nia.nih.gov/health/depression-and-older-adults>



- Park J, Park T, J, Y., & S, C. (2015). Factor associated with depression among elderly koreans: The role of chronic illness, subjective health status, and cognitive impairment. Retrieved October 25, 2020, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26450373/>
- Pei, Z., Zhang, J., Qin, W., Hu, F., Zhao, Y., Zhang, X., . . . Xu, L. (2022). Association between dietary patterns and depression in chinese older adults: A longitudinal study based on clhls. *Nutrients*, 14(24), 5230.
- Peltzer, K., & Phaswana-Mafuya, N. (2013). Depression and associated factors in older adults in south Africa. *Glob Health Action*, 6, 1-9. doi: 10.3402/gha.v6i0.18871
- Procter, P. (1978). *Longman dictionary of contemporary English*. England: Harlow.
- Rafat, R., Rezazadeh, A., Arzhang, P., & Alipour, A. (2021). The association of food insecurity with sociodemographic factors and depression in the elderly population of qarchak city – Iran. *Nutrition & Food Science*, 51(1), 114-124. doi: 10.1108/NFS-06-2019-0191
- Ramsey, D. (2021). What are the best foods to fight depression? The antidepressant food scale. Retrived September 20, 2022, from <https://drewramseymd.com/depression-anxiety/heres-the-1-food-category-to-fight-depression/>
- 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.
- Sadock, B. J., Sadock , V. A., & Ruiz. (2015). *Kaplan & sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (11th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Somes, J. (2021). The loneliness of aging. *Journal of emergency nursing*, 47(3), 469-475.
- Stahl, S. T., Albert, S. M., Dew, M. A., 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
- Steiner, E. (1988). *Methodology of theory building*. Sydney: Educology Research Associates.

- Subramaniam, M., Abdin, E., Sambasivam, R., Vaingankar, J. A., Picco, L., Pang, S., . . . Mahendran, R. (2016). Prevalence of depression among older adults-results from the well-being of the singapore elderly study. *Ann Acad Med Singapore*, 45(4), 123-133.
- The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2019). Thailand. Seattle, wa 98121, USA. Retrieved December 19, 2019, from [www.healthdata.org/thailand](http://www.healthdata.org/thailand)
- The National Institute of Mental Health. (2018). Depression. National institutes of health. Retrieved December 2, 2020, from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- United Nations. (2015). The world population prospects: 2015 revision. Department of economic and social affairs new york. Retrieved December 19, 2019, from <https://www.un.org/en/development/desa/publications/world-population-prospects-2015-revision.html>
- United Nations. (2019a). International day of older persons. Retrieved December 19, 2020, from <https://www.un.org/en/events/olderpersonsday/>
- United Nations. (2019b). World population prospect: The 2019 revision. Retrieved December 21, 2021, from <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>
- United Nations. (2020). World population ageing 2020 highlights. Retrieved October 15, 2017, from [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/un\\_pop\\_2020\\_pf\\_ageing\\_10\\_key\\_messages.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/un_pop_2020_pf_ageing_10_key_messages.pdf)
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health science* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Wóloszyn, N., Wisniowska-Szurlej, A., & Sozanski, B. (2018). An assessment of the relationship between the level of physical activity and the risk of falls and depression in elderly adults aged 60-75 years from the podkarpackie region. *Advances in Rehabilitation*, 32(2), 41-48.
- World Health Organization. (1998). *Adelaide recommendation on healthy public policy*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2014). International classification of diseases and related health problems, 10th revision (icd-10). Retrieved January 18, 2021, from <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

World Health Organization. (2017a). Depression and other common mental disorders global health estimates. Retrieved December 19 2019, from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/>

World Health Organization. (2017b). Mental health of older adults. Retrieved December 19, 2019, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

World Health Organization. (2017c). World health day 2017: Chronic illness and depression. Retrieved December 19, 2019, from <https://www.aspergillus.org.uk/blog/world-health-day-2017- Chronic-illness-and -depression>.

World Health Organization. (2017d). World health day 2017: Depression: Let's talk. Retrieved December 19, 2019, from <https://www.who.int/news-room/events/detail/2017/04/07/default-calendar/world-health-day-2017>

World Health Organization. (2020). Depression. Retrieved March 31, 2021, from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนเรศวร

## ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### แบบคัดกรอง (Screening Form) ที่ใช้ในการวิจัย

**วิทยานิพนธ์เรื่อง** รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

**ผู้ให้ข้อมูลหลัก** คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี

1. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ของกรมสุขภาพจิต

**คำชี้แจง** โปรดเขียนเครื่องหมาย  ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

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

เกณฑ์การประเมิน ไม่มี ให้ 0 คะแนน และมีให้ 1 คะแนน

ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ รวมคะแนน.....

1) กลุ่มไม่มีความเสี่ยง ได้ 0 คะแนน

2) กลุ่มมีความเสี่ยง ได้ 1-2 คะแนน

## 2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

**คำชี้แจง** โดยโปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้แบบประเมิน Barthel ADL Index (Barthel Activities of Daily Living : ADL) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข วัดจากการทำกิจกรรมได้จริงในระยะเวลา 24 -48 ชั่วโมง มีระดับคะแนนดังนี้

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

แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index)	คะแนน
<p><b>1. Feeding</b> (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนช่วยป้อนให้</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ตักอาหารและช่วยตนเองได้เป็นปกติ</p>	
<p><b>2. Grooming</b> (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 24 – 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. ความต้องการความช่วยเหลือ</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)</p>	
<p><b>3. Transfer</b> (ลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้สองคนช่วยกันยกขึ้น</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตามหรือช่วยพยุงเล็กน้อยหรือต้องมีคนช่วยดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p><input type="checkbox"/> 3. ทำได้เอง</p>	

แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index)	คะแนน
<p><b>4. Toilet use</b> (ใช้ห้องสุขา)</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><b>5. Mobility</b> (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้</p> <p><input type="checkbox"/> 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุงหรือบอกให้ทำตามหรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p><input type="checkbox"/> 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง</p>	
<p><b>6. Dressing</b> (การสวมใส่เสื้อผ้า)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยเหลือตนเองแทบไม่ได้หรือน้อย</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ช่วยเหลือตนเองได้ราว ร้อยละ 50</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ช่วยเหลือตนเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)</p>	
<p><b>7. Stair</b> (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. ไม่สามารถทำได้</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ต้องการคนช่วย</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)</p>	
<p><b>8. Bathing</b> (การอาบน้ำ)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้</p> <p><input type="checkbox"/> 1. อาบน้ำเองได้</p>	
<p><b>9. Bowel</b> (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)</p> <p><input type="checkbox"/> 0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอย่างสม่ำเสมอ</p> <p><input type="checkbox"/> 1. กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. กลั่นได้ปกติ</p>	

แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index)	คะแนน
<b>10. Bladder</b> (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา) <input type="checkbox"/> 0. กลั้นไม่ได้หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ <input type="checkbox"/> 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) <input type="checkbox"/> 2. กลั้นได้เป็นปกติ	
รวม	

### 3. แบบประเมินการมีผู้ดูแล

#### 3.1 การมีผู้ดูแล

1) ไม่มี

2) มี ระบุ

2.1) บุตร

2.2) หลาน

2.3)ญาติพี่น้อง

2.4) เพื่อน

2.5) เพื่อนบ้าน

2.6) ผู้รับจ้าง

2.7) ผู้อาศัย

2.8) อื่น ๆ ระบุ.....

3.2 จำนวนผู้ดูแล.....คน

ขอพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่ท่านให้ความร่วมมือในการคัดกรอง

ผู้วิจัย นางวัลยา ตูพานิช

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร



**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1**  
**แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง**

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

**คำชี้แจง**

การสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (การวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 สำหรับ 1) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งกลุ่มที่มีความเสี่ยง และไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 2) สมาชิกในครอบครัว ญาติ และผู้ดูแล ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน ถึง 1 ปีขึ้นไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ที่มุ่งหาข้อมูลเชิงลึกของผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละคน (In-depth Interview) ร่วมกับการสังเกต (Observation) เพื่อให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในข้อมูลมากขึ้น โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ตามสถานการณ์และความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ทำความเข้าใจในข้อมูล

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่ท่านให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

ผู้วิจัย นางวัลยา ตูพานิช

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

### คุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลหลัก

#### 1. ผู้สูงอายุ

1.1 เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี

1.2 ประเมิน 2Q แล้วพบว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า (ตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป)

1.3 สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี

1.4 ยินดีให้ข้อมูล

#### 2. สมาชิกในครอบครัว ญาติ และผู้ดูแล

2.1 เป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ และผู้ดูแล ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน ถึง 1 ปีขึ้นไป

2.2 สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี

2.3 ยินดีให้ข้อมูล

### แนวทางสำหรับการสัมภาษณ์ (Interview Guideline)

1. ผู้สัมภาษณ์กล่าวทักทาย แนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย
3. อธิบายรายละเอียดการเข้าร่วมโครงการวิจัย การยุติเข้าร่วมการวิจัยที่สามารถทำได้ตลอดเวลาโดยจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ จากโครงการวิจัย
4. อธิบายการเก็บข้อมูลเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมไม่ระบุตัวบุคคล ผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บข้อมูลไว้เพียงคนเดียว เมื่อโครงการวิจัยสิ้นสุดข้อมูลทุกชนิดจะถูกทำลายทิ้งทันที
5. เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบ จึงขอคำยินยอมการวิจัยโดยการลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการสัมภาษณ์ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที
6. ผู้วิจัยขออนุญาตจดบันทึกข้อมูล และใช้เครื่องบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์ เมื่อผู้ให้ข้อมูลไม่ขัดข้อง ผู้วิจัยจะทำการบันทึกเสียงและจดบันทึก และอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น ข้อมูลทุกชนิดจะถูกทำลายทันที

### แนวคำถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

1. ท่านเคยมีความรู้สึก เบื่อ ไม่อยากทำอะไรที่เคยชอบทำ จิตใจเศร้าหมอง หดหู่ เศร้า หรือ ท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่
2. ความรู้สึกเหล่านี้มักเกิดขึ้นตอนไหน อย่างไร
3. ท่านคิดว่า สาเหตุที่ทำให้ท่านรู้สึก เบื่อ ไม่อยากทำอะไรที่เคยชอบทำ จิตใจเศร้าหมอง หดหู่ เศร้า หรือ ท้อแท้สิ้นหวัง มีอะไรบ้าง และเพราะเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น

3.1 ท่านคิดว่าการมีความรู้สึกดังกล่าว มีสาเหตุมาจากคู่สมรส หรือบุคคลในครอบครัวของท่านด้วยหรือไม่ อย่างไร

3.2 ท่านคิดว่าการมีความรู้สึกดังกล่าว มีสาเหตุมาจากเรื่องรายได้ หรือค่าใช้จ่ายของตัวท่านเองหรือบุคคลในครอบครัวด้วยหรือไม่ อย่างไร

3.3 ท่านคิดว่าการมีความรู้สึกดังกล่าว มีสาเหตุมาจากปัญหา หรือความขัดแย้งในครอบครัวด้วยหรือไม่ อย่างไร

3.4 ท่านคิดว่าการมีความรู้สึกดังกล่าว มีสาเหตุ หรือปัจจัยอื่นอีก เช่น การมีโรคประจำตัว ระยะเวลาการป่วย การมีโรคร่วมอื่น ความพิการ การไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การไม่มีผู้ดูแลช่วยเหลือ หรือไม่ อย่างไร

4. จากที่เราคุยกันมา พบว่า...(1.... 2.... 3.....) มีผลต่อความรู้สึกเบื่อ ไม่อยากทำอะไรที่เคยชอบทำ จิตใจเศร้าหมอง หดหู่ ท้อแท้สิ้นหวัง ไม่ทราบว่าจะ ในสาเหตุต่าง ๆ นี้ อะไรเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดสำหรับท่านเพราะอะไร

5 ท่านเคยมีประสบการณ์ซึมเศร้าหรือไม่ สาเหตุที่ทำให้ท่านซึมเศร้าคืออะไร ท่านมีวิธีการจัดการและการป้องกันอย่างไรบ้าง

#### แนวคำถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก

สมาชิกในครอบครัว ญาติ และผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1. ท่านคิดว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึก เบื่อ ไม่อยากทำอะไรที่เคยชอบทำ จิตใจเศร้าหมอง หดหู่ เศร้า หรือ ท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่

2. ท่านคิดว่า ความรู้สึกเหล่านี้มักเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตอนไหน อย่างไร

3. ท่านคิดว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึก เบื่อ ไม่อยากทำอะไรที่เคยชอบทำ จิตใจเศร้าหมอง หดหู่ เศร้า หรือ ท้อแท้สิ้นหวัง มีอะไรบ้าง และเพราะเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น

3.1 ท่านคิดว่าการที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกดังกล่าว มีสาเหตุมาจากคู่สมรส หรือบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุด้วยหรือไม่ อย่างไร

3.2 ท่านคิดว่าการที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกดังกล่าว มีสาเหตุมาจากเรื่องรายได้ หรือค่าใช้จ่ายของตัวผู้สูงอายุเอง หรือบุคคลในครอบครัวด้วยหรือไม่ อย่างไร

3.3 ท่านคิดว่าการที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกดังกล่าว มีสาเหตุมาจากปัญหา หรือความขัดแย้งในครอบครัวด้วยหรือไม่ อย่างไร

3.4 ท่านคิดว่าการที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกดังกล่าว มีสาเหตุ หรือปัจจัยอื่นอีก เช่น การมีโรคประจำตัว ระยะเวลาการป่วย การมีโรคร่วมอื่น ความพิการ การไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การไม่มีผู้ดูแลช่วยเหลือ หรือไม่ อย่างไร

4. จากที่เราคุยกันมา พบว่า...(1.... 2.... 3.....) มีผลต่อความรู้สึกเบื่อ ไม่อยากทำอะไรที่เคยชอบทำ จิตใจเศร้าหมอง หดหู่ ท้อแท้สิ้นหวัง ของผู้สูงอายุ ไม่ทราบว่า ในสาเหตุต่าง ๆ นี้ อะไรเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ เพราะอะไร

5. ท่านเคยมีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุซึมเศร้าหรือไม่ สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุซึมเศร้าคืออะไร ท่านมีวิธีการจัดการ และการป้องกันอย่างไรบ้าง

**หมายเหตุ** แนวคำถามกำหนดโดยประเด็นที่ศึกษาอย่างหลวม ๆ (วรรณดี สุทธินรากร, 2556) และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของข้อคำถามก่อนนำไปใช้จริง



## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 1 ส่วนที่ 2

### แบบสัมภาษณ์

#### คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (การวิจัยระยะที่ 1 ส่วนที่ 2) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยภายในตัวบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทางครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

โปรดตอบแบบสัมภาษณ์ทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงและตรงความรู้สึกของท่านมากที่สุด ผู้วิจัยจะเก็บคำตอบของท่านไว้เป็นความลับ ซึ่งจะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมด หลังการวิจัยเสร็จสิ้นสุด 1 ปี และขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบที่เสียหายต่อท่านแต่ประการใด

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

ผู้วิจัย นางวัลยา ตูพานิช

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เลขที่แบบสัมภาษณ์ □□□

## ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

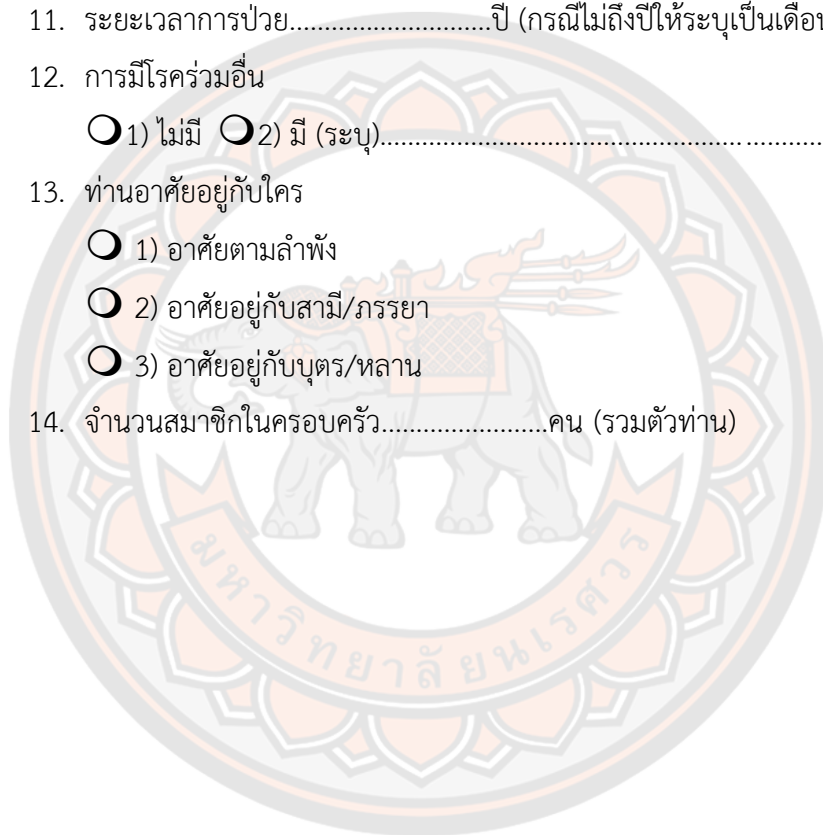
คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ○ ที่ตรงกับความเป็นจริงหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง (.....) ให้สมบูรณ์

1. เพศ ○1) ชาย ○2) หญิง
2. อายุ.....ปี (เศษมากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)
3. ศาสนา
  - 1) พุทธ ○2) คริสต์ ○3) อิสลาม ○4) อื่น ๆ (ระบุ).....
4. สถานภาพสมรส
  - 1) โสด ○2) สมรส ○3) หย่า ○4) หม้าย
5. ระดับการศึกษา
  - 1) ประถมศึกษา ○2) มัธยมศึกษา ○3) มัธยมปลาย/ปวช.
  - 4) อนุปริญญา/ปวส. ○5) ปริญญาตรี ○6) อื่น ๆ ระบุ).....
6. อาชีพ
  - 1) ไม่มีอาชีพ ○2) รับจ้าง ○3) เกษตรกร
  - 4) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ○5) นักการเมืองท้องถิ่น
  - 6) มัคทายก/นำพิธีกรรมศาสนา
  - 7) อื่น ๆ (ระบุ).....
7. สิทธิการรักษา
  - 1) หลักประกันสุขภาพ ○2) ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ○3) ประกันสังคม
  - 4) อื่น ๆ ระบุ).....
8. ความเพียงพอของรายได้
 

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท (โดยประมาณ)

  - 1) ไม่เพียงพอ ○2) เพียงพอไม่เหลือเก็บ ○3) เพียงพอมีเหลือเก็บ
9. ประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว
  - 1) ไม่มี
  - 2) มี (ระบุ ความสัมพันธ์กับท่าน).....

10. ชนิดของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็น
- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด        | <input type="radio"/> 2) โรคความดันโลหิตสูง |
| <input type="radio"/> 3) โรคไขมันในเลือดผิดปกติ      | <input type="radio"/> 4) โรคหลอดเลือดสมอง   |
| <input type="radio"/> 5) โรคเบาหวาน                  | <input type="radio"/> 6) โรคมะเร็ง          |
| <input type="radio"/> 7) โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง | <input type="radio"/> 8) โรคอ้วน            |
| <input type="radio"/> 9) โรคข้อเข่าเสื่อม            | <input type="radio"/> 10) โรคไต             |
| <input type="radio"/> 11) อื่น ๆ (ระบุ).....         |   |
11. ระยะเวลาการป่วย.....ปี (กรณีไม่ถึงปีให้ระบุเป็นเดือน)
12. การมีโรคร่วมอื่น
- 1) ไม่มี  2) มี (ระบุ).....
13. ท่านอาศัยอยู่กับใคร
- 1) อาศัยตามลำพัง
- 2) อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา
- 3) อาศัยอยู่กับบุตร/หลาน
14. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน (รวมตัวท่าน)



ส่วนที่ 2 ปัจจัยภายในตัวบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมาก

ที่สุด

โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

- น้อยที่สุด หมายถึง ไม่เคยมีความรู้สึก หรือ แทบจะไม่รู้สึกเช่นนั้น
- น้อย หมายถึง มีความรู้สึกเล็กน้อย หรือ รู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ สักครั้ง
- ปานกลาง หมายถึง มีความรู้สึกอยู่ตรงกลาง ๆ
- มาก หมายถึง มีความรู้สึกมาก หรือ รู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ
- มากที่สุด หมายถึง มีความรู้สึกมากที่สุด หรือ รู้สึกเช่นนั้นเสมอ

ปัจจัยภายในตัวบุคคล	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
<b>1. การรับรู้สุขภาพของตนเอง</b>					
1.1 ท่านรู้สึกพอใจกับสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน					
1.2 ท่านคิดว่าตนเองมีความเจ็บป่วยอยู่ในระดับใด					
1.3 ท่านคิดว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยในอนาคต					
1.4 ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วยของตนเองทั้งในปัจจุบันและในอนาคต					
1.5 ท่านคิดว่าสภาพร่างกายของท่านต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือ จำเป็นต้องมีบุคคลคอยช่วยเหลือดูแล					
1.6 ท่านมีข้อจำกัด ความยุ่งยาก หรือความลำบากในการดูแลสุขภาพของตนเอง					
<b>2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง</b>					
2.1 ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของตนเอง					
2.2 ท่านภูมิใจในตนเองว่าเป็นคนที่มีความสามารถสร้างประโยชน์แก่ชุมชนและสังคมได้					
2.3 ท่านเชื่อว่าตนเองมีความสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้					
2.4 ท่านมีคุณค่าสำหรับครอบครัว เพื่อน และสังคม					



ปัจจัยภายในตัวบุคคล	น้อย ที่สุด (1)	น้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)
2.5 ท่านรู้สึกว่ามีสมาชิกในครอบครัว คนรอบข้าง รัก และเคารพนับถือท่าน					
2.6 ท่านเป็นที่พึ่ง หรือเป็นที่ปรึกษาแก่คนในครอบครัวได้					
2.7 ท่านมีความกล้าที่จะเผชิญหน้าในการทำสิ่งใหม่ ๆ ใน ชีวิต เช่น การออกไปพบปะเพื่อนใหม่ ทำกิจกรรมที่ไม่เคย ทำ ...					
<b>3. ความพอใจทางใจ</b>					
3.1 ท่านมองโลกในแง่ดีเกี่ยวกับอนาคต					
3.2 ท่านมีความสุข					
3.3 ท่านรู้สึกผ่อนคลาย					
3.4 ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ๆ					
3.5 ทุกวันนี้ท่านดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ					
<b>4. ความพอใจทางจิตวิญญาณ</b>					
4.1 ท่านรู้สึกว่าชีวิต สงบ และเป็นสุข					
4.2 การเจ็บป่วยทำให้จิตใจท่านเข้มแข็งขึ้น					
4.3 การเจ็บป่วยทำให้ท่านรู้จักตนเองมากขึ้น					
4.4 ท่านรู้สึกว่าชีวิตยังมีหวัง					
4.5 ท่านจะดำเนินชีวิตต่อไป ไม่ว่าการเจ็บป่วยจะดีขึ้นหรือ แย่ลง					
4.6 ท่านเชื่อว่าหลักคำสอนของศาสนาที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นจริงเสมอ					
4.7 ท่านเชื่อในคำที่ว่า “ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน”					
<b>5. การทำหน้าที่ด้านสติปัญญา</b>					
5.1 ท่านมีความสามารถด้านภาษา การพูดจาโน้มน้าวผู้อื่น เช่น การเขียนบทกลอน การคิดประดิษฐ์คำที่ไพเราะ					
5.2 ท่านมีความสามารถในการใช้เหตุผล การคำนวณ การแก้โจทย์ปัญหา การคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ					

ปัจจัยภายในตัวบุคคล	น้อย ที่สุด (1)	น้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)
5.3 ท่านมีความสามารถในด้านจินตนาการสร้างสรรค์ สร้าง สิ่งที่ไม่เคยมีมาก่อน หรือต่อยอดสิ่งประดิษฐ์					
5.4 ท่านมีความสามารถในการเคลื่อนไหวได้อย่าง คล่องแคล่ว เช่น เล่นกีฬา เต้นรำ การแสดง					
5.5 ท่านมีความสามารถในด้านดนตรี เช่น การเล่นเครื่อง ดนตรี การร้องเพลง การจำทำนอง จังหวะเพลง เสียงดนตรี					
5.6 ท่านมีความสามารถในด้านการเข้าสังคม เช่น การเป็น มิตรกับคนอื่นได้ง่าย เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น สามารถ บริหารความขัดแย้งได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
5.7 ท่านมีความสามารถในการเข้าใจตนเอง มั่นใจในตนเอง เข้าใจถึงศักยภาพของตนเอง สามารถตั้งเป้าหมายในชีวิตได้ อย่างเหมาะสม ทำงานตามความสนใจของตนเอง					
5.8 ท่านมีความสามารถในการมองเห็นความงาม ความสัมพันธ์ของสรรพสิ่งในธรรมชาติ รักธรรมชาติ					

#### 6. ความสามารถในการเผชิญปัญหา/ความเครียด

**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

น้อยที่สุด หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ หรือ แทบจะไม่ปฏิบัติ

น้อย หมายถึง ปฏิบัติเล็กน้อย หรือ ปฏิบัตินาน ๆ สักครั้ง

ปานกลาง หมายถึง ปฏิบัติปานกลาง

มาก หมายถึง ปฏิบัติมาก หรือ ปฏิบัติบ่อย ๆ ครั้ง

มากที่สุด หมายถึง ปฏิบัติมากที่สุด หรือ ปฏิบัติเป็นประจำ

ปัจจัยภายในตัวบุคคล	น้อย ที่สุด (1)	น้อย (2)	ปาน กลาง (3)	มาก (4)	มาก ที่สุด (5)
6. ความสามารถในการเผชิญปัญหา/ความเครียด					
6.1 เมื่อเผชิญปัญหา/ความเครียด ท่านพยายามรวบรวมสติ ไม่ตื่นตระหนก และยอมรับปัญหา/ความเครียดตามที่เป็น จริง					
6.2 เมื่อพบปัญหา/ความเครียด ท่านจะไม่หนีปัญหา/ ความเครียด และพยายามหาทางแก้ไขให้ลุล่วง					
6.3 เมื่อพบปัญหา/ความเครียด ท่านจะค้นหาสาเหตุที่ และ แก้ไข ที่สาเหตุโดยตรง					
6.4 ท่านพยายามคิดหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือ ควบคุม สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด					
6.5 ท่านพยายามแก้ไขปัญหาก่เกิดขึ้นตามประสบการณ์ ที่ผ่านมา					
6.6 เมื่อมีปัญหา/ความเครียด ท่านจะศึกษาหาข้อมูล เพิ่มเติม และหาทางการแก้ไขปัญหา/ความเครียดนั้น					
6.7 ท่านขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเมื่อพบ ปัญหา/ความเครียด					
6.8 ท่านจะพูดคุยปัญหา/ความเครียดกับผู้ที่เคยอยู่ใน สถานการณ์ความเครียดเช่นเดียวกับท่าน					
6.9 เมื่อพบปัญหา/ความเครียด ท่านมีวิธีการผ่อนคลาย ความเครียด เพื่อให้จิตใจสงบลงด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การ ร้องเพลง ฟังเพลง ดูทีวี ภาพยนตร์ เล่นเกมส์/วี้อสังคม ออนไลน์ เล่นกีฬา ออกกำลังกาย สวดมนต์ นั่งสมาธิ เป็นต้น					
6.10 เมื่อยังหาทางแก้ไขปัญหา/ความเครียดไม่ได้ ท่านจะ พักไว้ก่อนชั่วคราว แล้วจึงค่อยกลับมาคิดหาทางแก้ไขใหม่					

## 7. แบบสัมภาษณ์ความว่าเหว่

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ความว่าเหว่ของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย เมือง ลอสแอนเจลิส (University of California, Los Angeles Loneliness Scale หรือ UCLA Loneliness Scale) ของ Russell, Peplau, & Cutrona (1980) ซึ่งแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทย โดย สุพรรณิ นันท์ชัย (2534) มีจำนวน 20 ข้อ

ค่าคะแนนตั้งแต่ 20-80 คะแนน แบ่งความว่าเหว่ออกเป็น 3 ระดับ คือ

คะแนน 61-80 คะแนน หมายถึง มีความว่าเหว่มากที่สุด

คะแนน 41-60 คะแนน หมายถึง มีความว่าเหว่ปานกลาง

คะแนน 20-40 คะแนน หมายถึง มีความว่าเหว่น้อยที่สุด

## 1. ปัจจุบันท่านเหงาหรือไม่

( ) 1) เหงามาก ( ) 2) เหงาบ้างเป็นส่วนใหญ่

( ) 3) เหงาเป็นบางครั้ง ( ) 4) ไม่เหงาเลย

## 2. ท่านมีความรู้สึกเหมือนอยู่คนเดียวไหม

( ) 1) รู้สึกเช่นนั้นจริง ๆ ( ) 2) รู้สึกเช่นนั้นส่วนใหญ่

( ) 3) รู้สึกบ้างเป็นบางครั้ง ( ) 4) ไม่รู้สึกว่าอยู่คนเดียวเลย

## 3. จริงไหมที่ขณะนี้ท่านไม่มีเพื่อนเลย

( ) 1) จริง ( ) 2) มีบ้างแต่น้อยเต็มที่

( ) 3) มีอยู่พอสมควร ( ) 4) ยังมีเพื่อนอยู่มาก

## 4. ท่านชอบการพูดคุย หรือชอบคบหาสมาคมกับผู้อื่นหรือไม่

( ) 1) ไม่ชอบเลย ( ) 2) ไม่ชอบมากนัก

( ) 3) ชอบพอสมควร ( ) 4) ชอบมากที่สุด

## 5. ท่านมีเพื่อนสนิท หรือคนที่สนิทสนมชอบพอกันหรือไม่

( ) 1) ไม่มีเลย ( ) 2) มีบ้างแต่น้อย

( ) 3) มีค่อนข้างมาก ( ) 4) มีมาก

## 6. ท่านสามารถหาเพื่อนใหม่ ๆ หรือมิตรภาพใหม่ได้ง่ายไหม

( ) 1) หาไม่ได้เลย ( ) 2) หาไม่ค่อยได้

( ) 3) หาได้เป็นส่วนใหญ่ ( ) 4) หาไม่ยากเลย

## 7. ท่านรู้สึกว่าเพื่อนฝูงไว้วางใจท่านมากหรือไม่

( ) 1) ไม่มีใครไว้วางใจเลย ( ) 2) มีแต่ไม่มาก

( ) 3) มีไว้วางใจมากพอควร ( ) 4) ทุกคนไว้วางใจ

## 8. เวลาเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกันพบปะกัน ท่านได้ร่วมพบปะกับเขาด้วยบ้างหรือไม่

- ( ) 1) ไม่ยุ่งเกี่ยวด้วยเลย ( ) 2) พบบ้างไม่พบบ้าง  
 ( ) 3) พบกับเขาเป็นส่วนใหญ่ ( ) 4) ทุกครั้ง
9. เวลาบ้านใกล้เรือนเคียงเขามีงานบุญ หรือมีการงานต่าง ๆ ท่านไปร่วมงานหรือไม่  
 ( ) 1) ไม่ไปร่วมเลย ( ) 2) ร่วมบ้าง ไม่ร่วมบ้าง  
 ( ) 3) ไปร่วมกับเขาเป็นส่วนใหญ่ ( ) 4) ไปร่วมกับเขาทุกครั้ง
10. เวลาเพื่อนบ้านมีงานบุญ หรือมีงานสังสรรค์กัน ท่านรู้สึกอย่างไร หากไม่ได้ไป  
 ร่วมงานนั้น  
 ( ) 1) รู้สึกหงุดหงิดมากไม่มีความสุขเลย ( ) 2) รู้สึกหงุดหงิดปานกลาง  
 ( ) 3) รู้สึกเสียตายน้อย ( ) 4) เฉย ๆ ดีเสียอีกจะได้ไม่ต้องยุ่ง
11. ท่านรู้สึกว่าคนที่รู้จักทั่วไป เช่น เพื่อน คนในชุมชน มีการคบหาสมาคม ติดต่อกัน  
 กันได้ดีกับท่าน  
 ( ) 1) เข้ากันไม่ได้เลย ( ) 2) เข้ากันได้ดีบ้าง ไม่ดีบ้าง  
 ( ) 3) เข้ากันได้ดีเป็นส่วนใหญ่ ( ) 4) เข้ากันได้ดีทุกคน
12. จริตใหม่ที่ท่านรู้สึกว่าไม่มีใครเข้าใจท่าน หรือรู้จักท่านดีพอ  
 ( ) 1) จริตที่สุด  
 ( ) 2) จริตเป็นส่วนใหญ่  
 ( ) 3) จริตบ้างเป็นส่วนน้อย มีคนเข้าใจท่านเป็นส่วนใหญ่  
 ( ) 4) ไม่จริงเลย ทุกคนเข้าใจท่าน
13. ท่านรู้สึกว่ามีความเข้าใจและรู้ใจท่านมาก  
 ( ) 1) ไม่มีใครรู้และเข้าใจท่านเลย  
 ( ) 2) มีคนเข้าใจและรู้ใจท่านแต่น้อย  
 ( ) 3) มีคนเข้าใจและรู้ใจเป็นส่วนใหญ่  
 ( ) 4) ทุกคนเลย
14. จริตใหม่ที่ท่านรู้สึกว่าคนที่พบปะในแต่ละวันมีมากมาย แต่ไม่มีใครสนใจท่านเลย  
 ( ) 1) จริง ไม่เห็นมีใครสนใจท่านเลย  
 ( ) 2) จริงเป็นส่วนใหญ่  
 ( ) 3) จริงเป็นส่วนน้อย  
 ( ) 4) ไม่จริงเลย ทุกคนให้ความสนใจท่าน
15. ท่านมีความรู้สึกไหมว่าไม่มีใครเอาใจใส่เหลียวแลท่านเลย  
 ( ) 1) รู้สึกมาก  
 ( ) 2) รู้สึกเป็นส่วนใหญ่

- ( ) 3) รู้สึกบ้างเป็นบางครั้ง
- ( ) 4) ไม่รู้สึกเลย ทุกคนเอาใจใส่ท่านมาก
16. จริงไหมที่ท่านรู้สึกว่าการคบหาสมาคมกับผู้อื่นทุกวันนี้ ไม่จริงใจต่อกันเลย
- ( ) 1) จริงที่สุด
- ( ) 2) จริงเป็นส่วนใหญ่
- ( ) 3) จริงเป็นส่วนน้อย
- ( ) 4) ไม่จริงเลย ทุกคนเข้าใจท่าน ส่วนใหญ่ยังจริงใจต่อท่าน
17. เวลาารู้สึกอยากจะทำอะไร ท่านจะหาคนที่สามารถไปพูดคุยได้
- ( ) 1) หาไม่ได้เลย ( ) 2) หายาก
- ( ) 3) พยายามหาได้ไม่ยาก ( ) 4) หาได้ง่าย มีมากมาย
18. เวลาที่ท่านคิดอะไร พูดอะไร คนในบ้าน หรือในชุมชน เขาฟังท่านพูดบ้างหรือเปล่า
- ( ) 1) ไม่ฟังเลย ( ) 2) ฟังบ้างแต่น้อย
- ( ) 3) ฟังเป็นส่วนใหญ่ ( ) 4) ฟังทุกครั้ง
19. เวลาที่มีเรื่องที่ยากปรึกษาหารือ ท่านมีคนให้คำปรึกษามากน้อยเพียงใด
- ( ) 1) ไม่มีเลย ( ) 2) มีแต่น้อย
- ( ) 3) มีพอสมควร ( ) 4) มีอยู่มาก
20. ยามมีความทุกข์โศก ท่านมีคนคอยให้คำแนะนำหรือปลอบโยนหรือไม่
- ( ) 1) หาไม่ได้เลย ( ) 2) หายาก
- ( ) 3) พยายามหาได้ไม่ยาก ( ) 4) หาได้ง่าย มีมากมาย

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ

เรื่อง

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง (.....) ให้สมบูรณ์

1. ท่านไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

1) รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ระบุเหตุผล.....

2) รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง

ระบุเหตุผล.....

2. ท่านมีภาวะแทรกซ้อนของโรค

1) ไม่มี

2) มี ระบุ.....

3. ท่านมีความทุกข์ยาก ลำบาก จากการเจ็บป่วยด้วยโรค

1) ไม่มี

2) มี ระบุ.....

4. พฤติกรรมสุขภาพ

**คำชี้แจง** โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

ไม่เคย

หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

น้อยครั้ง/นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น น้อยครั้งหรือนาน ๆ ครั้ง

บางครั้ง

หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น เป็นบางครั้ง

บ่อยครั้ง

หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น บ่อยครั้งหรือเกือบทุกครั้ง

ประจำ

หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้น เป็นประจำ ทุกครั้งหรือสม่ำเสมอ

พฤติกรรมสุขภาพ	ไม่เคยปฏิบัติ	น้อยครั้ง/นานครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง/เกือบทุกครั้ง	ประจำ ทุกครั้ง/สม่ำเสมอ
1. ท่านรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ ใน ปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จำนวน 3 มื้อต่อวัน					
2. ท่านดื่มน้ำเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อย่างน้อย 6-8 แก้วต่อวัน					
3. ท่านออกกำลังกายตามความเหมาะสมของสภาพร่างกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง					

พฤติกรรมสุขภาพ	ไม่เคยปฏิบัติ	น้อยครั้ง/นานครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง/เกือบทุกครั้ง	ประจำ ทุกครั้ง/สม่ำเสมอ
ครั้งละ 30 นาที หรือ ทุกวัน วันละ 20-25 นาที					
4. ท่านมีการนอนหลับพักผ่อน อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง/วัน					
5. ท่านทำสมาธิ ด้วยการนั่งสมาธิ เดินจงกรม สวดมนต์ เพื่อสงบจิตใจ					
6. ท่านดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อื่น ๆ เช่น เบียร์ ไวน์ กระแช่ เป็นต้น					
7. ท่านสูบบุหรี่ หรือยาสูบอื่น ๆ					
8. ท่านทำงานอดิเรก หรือทำกิจกรรมผ่อนคลาย เช่น การอ่านหนังสือ เล่นดนตรี เล่นกีฬา วาดรูป ถ่ายภาพ ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ทำอาหาร ทำงานประดิษฐ์ สะสมสิ่งของที่ชอบ เข้าร่วมชมรมต่าง ๆ เป็นต้น					

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทางครอบครัวและสังคม ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

ปัจจัยทางครอบครัวและสังคม	ไม่เคยได้รับ	น้อยครั้ง/นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง/เกือบทุกครั้ง	ประจำ ทุกครั้ง/สม่ำเสมอ
1. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม					
1.1 ด้านอารมณ์จิตใจ					



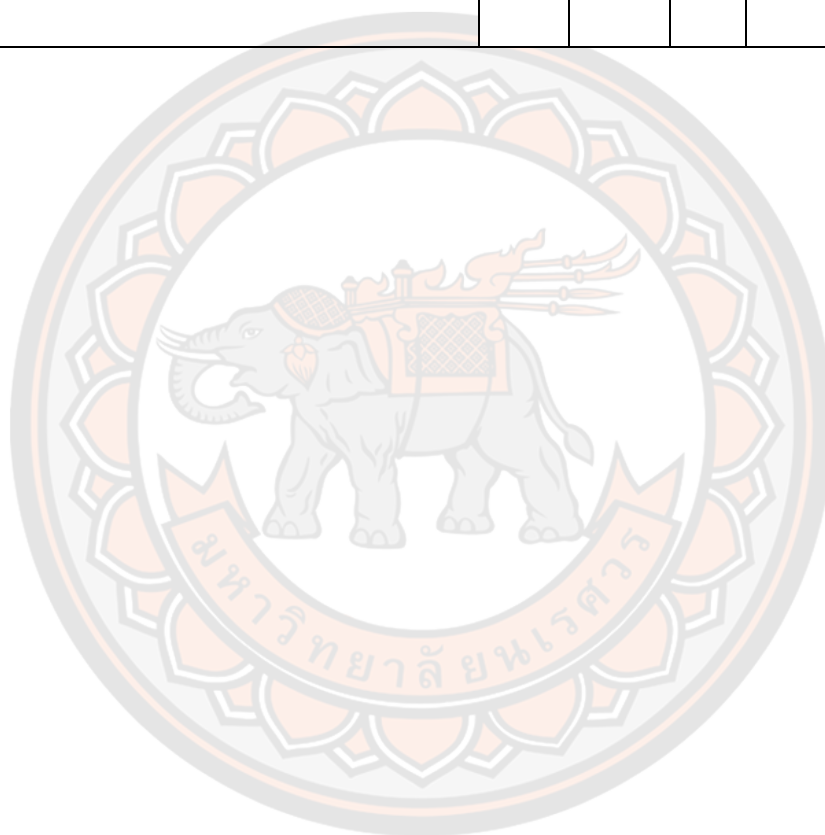
ปัจจัยทางครอบครัวและสังคม	ไม่เคยได้รับ	น้อยครั้ง/นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง/เกือบทุกครั้ง	ประจำ ทุกครั้ง/สม่ำเสมอ
1.1.1 ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ชุมชน หรือหน่วยงานอื่น ๆ					
1.1.2 ท่านได้รับกำลังใจ จากบุคคลรอบข้างเมื่อท่านไม่สบายใจ หรือมีความทุกข์ทางใจ					
1.1.3 ท่านได้รับความรัก ความอบอุ่นจากครอบครัว ชุมชน หรือหน่วยงานอื่น ๆ					
1.1.4 ท่านได้รับการยอมรับนับถือจากครอบครัว ชุมชน หรือหน่วยงานอื่น ๆ					
1.1.5 ท่านได้รับการให้เกียรติยกย่องจากครอบครัว ชุมชน หรือหน่วยงานอื่น ๆ					
1.2 ด้านสิ่งของ					
1.2.1 ท่านได้รับการดูแลด้านที่อยู่อาศัยจากครอบครัว ชุมชน หรือหน่วยงานอื่น ๆ					
1.2.2 ท่านได้รับการสนับสนุนสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็น หรือที่ต้องการ					
1.2.3 ท่านได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น จัดหาอาหาร น้ำ การแต่งกาย การเดินทาง เป็นต้น					
1.2.4 ท่านได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือ ในด้านการเงินในยามที่จำเป็น หรือเมื่อต้องการ					
1.2.5 ท่านได้รับการสนับสนุนด้านยา อุปกรณ์การแพทย์จากครอบครัว ชุมชน หรือหน่วยงานอื่น ๆ					
1.2.6 ท่านได้รับการสนับสนุนสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ เพื่อลดความเครียด เช่น ลาน					

ปัจจัยทางครอบครัวและสังคม	ไม่ เคย ได้รับ	น้อย ครั้ง/ นาน ๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อยครั้ง/ เกือบทุก ครั้ง	ประจำ ทุกครั้ง/ สม่ำเสมอ
เอนกประสงค์ สวนสาธารณะ ลานกีฬา เครื่อง ออกกำลังกาย เป็นต้น					
1.3 ด้านข้อมูลข่าวสาร					
1.3.1 ท่านได้รับคำแนะนำ คำปรึกษาทางสุขภาพ จากบุคลากรสาธารณสุข					
1.3.2 ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ จาก สื่อต่าง ๆ เพื่อป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น โทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต ไลน์ เฟสบุ๊ก เป็นต้น					
1.3.3 ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา จากคนในครอบครัว					
1.3.4 ท่านได้เข้าร่วม หรือได้รับข้อมูลความรู้ทาง สุขภาพจากอสม./ ผู้นำชุมชน/ หน่วยงานใน สังคมอื่น ๆ					
2. สัมพันธภาพในครอบครัว					
2.1 สมาชิกในครอบครัวของท่านรักใคร่ ห่วงใย สมัครสมานกลมเกลียวต่อกัน					
2.2 ครอบครัวของท่านมีความห่างเหิน ต่างคน ต่างอยู่					
2.3 สมาชิกในครอบครัวของท่านมีปฏิสัมพันธ์ สื่อสาร พูดคุย ทำกิจกรรมร่วมกัน					
2.4 ครอบครัวของท่านมีปัญหาความขัดแย้ง ไม่ เข้าใจกัน หรือทะเลาะกัน					
2.5 เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นสมาชิกในครอบครัวของ ท่านจะมีการปรึกษาหารือร่วมกัน					
3. การได้รับการดูแล					

ปัจจัยทางครอบครัวและสังคม	ไม่ เคย ได้รับ	น้อย ครั้ง/ นาน ๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อยครั้ง/ เกือบทุก ครั้ง	ประจำ ทุกครั้ง/ สม่ำเสมอ
3.1 ด้านร่างกาย					
3.1.1 ท่านได้รับการดูแลจัดอาหาร น้ำ เครื่องดื่ม ที่เหมาะสมกับวัยและโรคประจำตัว					
3.1.2 ท่านได้รับการดูแลให้ออกกำลังกายอย่าง สม่ำเสมอ					
3.1.3 ท่านได้รับการดูแลสุขอนามัยในช่องปากและ ฟัน					
3.1.4 ท่านได้รับการดูแลในการทำกิจวัตร ประจำวัน					
3.1.5 ท่านได้รับการดูแลให้อ่อนหลับพักผ่อน อย่างเพียงพอ					
3.1.6 ท่านได้รับการดูแลพาไปพบแพทย์ / รักษาพยาบาล					
3.2 ด้านจิตใจ					
3.2.1 ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว เพื่อน หรือคนรอบข้าง					
3.2.2 ท่านได้รับกำลังใจเวลาที่มีความทุกข์					
3.2.3 ท่านได้รับการเปิดโอกาสให้ระบายความ ทุกข์/ความกังวลใจ					
3.2.4 ท่านได้รับความสนใจ ตั้งใจรับฟังคำบอก เล่า ที่เป็นทั้งความสุขและความทุกข์					
3.2.5 ท่านได้รับการตอบคำถาม หรือการให้ คำปรึกษาแนะนำ					
3.3 ด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม					

ปัจจัยทางครอบครัวและสังคม	ไม่เคยได้รับ	น้อยครั้ง/นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง/เกือบทุกครั้ง	ประจำ ทุกครั้ง/สม่ำเสมอ
3.3.1 ท่านได้พบปะและใช้เวลากับเพื่อนหรือคนในครอบครัว					
3.3.2 ท่านได้มีส่วนร่วมทั้งกับสังคมหรือชุมชนที่ตนเองอยู่ด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เช่น กิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนา ชมรมผู้สูงอายุ การเป็นอาสาสมัคร กรรมการชุมชน หรือ กิจกรรมพัฒนาชุมชน					
3.3.3 ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว หรือ บุคคลอื่น ๆ ในสังคม					
3.3.4 ท่านได้รับเงินเพื่อใช้จ่ายอย่างเพียงพอ					
3.3.5 ท่านได้รับการดูแลด้านการจัดสิ่งแวดล้อมให้รู้สึกปลอดภัย					
3.4 ด้านจิตวิญญาณ หรือ ด้านปัญญา					
3.4.1 ท่านได้รับการดูแลพูดคุยเรื่องธรรมชาติชีวิต ทำให้เข้าใจความจริงของชีวิต เข้าใจธรรมชาติ และสรรพสิ่งที่อยู่รอบตัว					
3.4.2 ท่านได้รับการอำนวยความสะดวกให้ปฏิบัติตามความศรัทธา ความเชื่อ					
3.4.3 ท่านได้รับการดูแลให้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา					
3.4.4 ท่านได้รับการดูแลให้สวดภาวนาตามหลักศาสนาหรือการฝึกด้วยตัวเอง เช่น ใช้เวลากับธรรมชาติ ฝึกสมาธิ เล่นโยคะ ฯลฯ					

ปัจจัยทางครอบครัวและสังคม	ไม่เคยได้รับ	น้อยครั้ง/นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง/เกือบทุกครั้ง	ประจำทุกครั้ง/สม่ำเสมอ
3.4.5 ท่านได้รับการดูแลให้พัฒนาความรู้ ความเข้าใจ เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เพิ่มความท้าทายให้กับสมอง					



## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 2

วิทยานิพนธ์เรื่อง รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไมติดต่อเรื้อรัง

### แนวทางการสนทนากลุ่ม

#### คำชี้แจง

แนวทางการสนทนากลุ่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ (การวิจัยระยะที่ 2 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำท้องถิ่นหรือผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและผู้สูงอายุ บุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลศูนย์/ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไมติดต่อเรื้อรัง

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา ผู้ช่วยนักวิจัย และผู้ร่วมสนทนามาพบกันเริ่มด้วยการทำความรู้จักกันให้ทุกคนรู้สึกผ่อนคลายและคุ้นเคยกันพอสมควร จากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยเริ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสนทนา กล่าวขอบคุณที่มาร่วมสนทนากลุ่ม ขอให้ทุกคนพูดได้โดยไม่ต้องกังวลเรื่องถูกผิด การรักษาความลับ การนำข้อมูลไปใช้ และขออนุญาตให้ผู้ช่วยนักวิจัยบันทึกเทปการสนทนากลุ่ม พร้อมบันทึกภาพ หลังจากนั้นผู้วิจัยจุดประเด็นการสนทนากลุ่มด้วยคำถามปลายเปิด เริ่มคำถามแรกเป็นการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นในฐานะคนนอก จากนั้นเป็นคำถามที่ดึงให้เข้าใจในตัวผู้ร่วมสนทนา และในระหว่างการสนทนากลุ่มผู้วิจัยจะคอยจับประเด็นใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นในวงสนทนา จากการจับประเด็นของผู้วิจัยจะปรับแนวทางการสนทนาไปเรื่อย ๆ ตลอดการเก็บข้อมูล แล้วพยายามให้ผู้ร่วมวงสนทนาได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุด เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แน่นและลุ่มลึกขึ้นเรื่อย ๆ โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่ท่านให้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม

นางวัลยา ตูพานิช

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

### ประเด็นการสนทนากลุ่ม

1. ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ และมีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ผู้วิจัยนำเสนอ (ผลการวิจัยระยะที่ 1) มีความชัดเจน ครอบคลุมหรือไม่ อย่างไร
2. จากปัจจัยที่เป็นสาเหตุ และอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ท่านคิดว่ารูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามสาเหตุต่าง ๆ ควรเป็นอย่างไร ขอให้อธิบายเหตุผลประกอบ
3. รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความครอบคลุม ครบถ้วน หรือไม่ อย่างไร
4. รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่สมาชิกกลุ่มร่วมกันสร้าง
  - 4.1 มีความครอบคลุม ครบถ้วนหรือไม่ อย่างไร
  - 4.2 มีประโยชน์ต่อบุคคลใดบ้าง และมีประโยชน์อย่างไร
  - 4.3 มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ หรือไม่ อย่างไร
  - 4.4 มีความเหมาะสม หรือไม่ อย่างไร
  - 4.5 ใครควรนำไปใช้ และใช้อย่างไร ให้ประสบความสำเร็จ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 3

แบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

#### คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย เรื่อง รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีวัตถุประสงค์ตรวจสอบรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในด้านความเป็นประโยชน์ (Utility) ความเป็นไปได้ (Feasibility) ความเหมาะสม (Propriety) และความถูกต้องครอบคลุม (Accuracy)

โปรดใส่เครื่องหมาย  ลงในช่อง  ที่ตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีความหมายของคะแนน ดังนี้

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

ด้าน/รายการประเมิน	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1. ความเป็นประโยชน์ (Utility)					
1.1 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า หรือ มีภาวะซึมเศร้ามลดลง					
1.2 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีประโยชน์ต่อ ผู้สูงอายุ หรือ ครอบครัว หรือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ					



ด้าน/รายการประเมิน	ระดับ ความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1.3 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีประโยชน์ต่อ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ ผู้นำท้องถิ่นหรือผู้รับผิดชอบ หรือ บุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและผู้สูงอายุ					
1.4 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย และแนวทางการดูแลเฝ้าระวังป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง					
2. ความเป็นไปได้ (Feasibility)					
2.1 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้					
2.2 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถทำความเข้าใจได้ ไม่ยุ่งยากและซับซ้อนจนเกินไป					
2.3 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความคุ้มค่า สอดคล้องกับเวลา และทรัพยากรในการปฏิบัติงาน					
3. ความเหมาะสม (Propriety)					
3.1 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความเหมาะสม สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับ					
3.2 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความเหมาะสมที่จะให้บุคคล หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้					
3.3 รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข					



ภาคผนวก ข ประกาศอนุมัติให้นิติระดับปริญญาเอกดำเนินการทำวิจัย



ประกาศบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เรื่อง อนุมัติให้นิติระดับปริญญาเอกดำเนินการทำวิจัย  
ครั้งที่ ๒/๒๕๖๖

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้ นางวัลยา ตูพานิช รหัสประจำตัว ๖๐๐๓๑๔๑ นิติระดับปริญญาเอก  
หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุข ดำเนินการทำวิจัยตามโครงร่าง  
วิทยานิพนธ์ที่เสนอ

เรื่อง ภาษาไทย “รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ  
ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง”  
ภาษาอังกฤษ “A PREVENTION MODEL FOR THE RISKS OF DEPRESSION AMONG  
OLDER ADULTS WITH NON-COMMUNICABLE DISEASES”  
โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ เป็นประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

จึงประกาศมาให้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๖

*NR ๒*

(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

## ภาคผนวก ค เอกสารรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัย

COA No. 008/2023  
IRB No. P3-0100/2565



AF 12/6.0

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

### เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : รูปแบบการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (รับรองเฉพาะระยะที่ 1 และ 2 เท่านั้น)

ผู้วิจัยหลัก : รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

ผู้ร่วมวิจัย : นางวัลยา คุณานิช

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีบทวน : แบบคณะกรรมการเต็มชุด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

### เอกสารรับรอง

- IF 01 Research Ethical Application (Intervention Study) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 04 มกราคม 2566
- IF 02 Conflict of interest and Funding Form เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 15 พฤศจิกายน 2565
- IF 03 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และ 60 ปีขึ้นไป (ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1)) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 15 ธันวาคม 2565
- IF 03 (สำหรับอาสาสมัครอายุ 20 ปีขึ้นไป และ 60 ปีขึ้นไป (ระยะที่ 2)) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 15 ธันวาคม 2565
- IF 03 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และ 60 ปีขึ้นไป (ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 กลุ่ม Try Out 5 ราย)) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 15 ธันวาคม 2565
- IF 03 (สำหรับอาสาสมัครอายุ 20 ปีขึ้นไป และ 60 ปีขึ้นไป (ระยะที่ 2 กลุ่ม Try out)) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 04 มกราคม 2566
- IF 03 (สำหรับอาสาสมัครผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ระยะที่ 1 ส่วนที่ 2)) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 15 ธันวาคม 2565
- IF 03 (สำหรับอาสาสมัครผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 กลุ่ม try out 30 ราย)) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 15 ธันวาคม 2565
- IF 04 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และ 60 ปีขึ้นไป (ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1)) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 15 ธันวาคม 2565
- IF 04 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และ 60 ปีขึ้นไป (ระยะที่ 2)) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 15 ธันวาคม 2565
- IF 04 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และ 60 ปีขึ้นไป (ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 กลุ่ม Try Out 5 ราย)) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 15 ธันวาคม 2565
- IF 04 (สำหรับอาสาสมัครที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และ 60 ปีขึ้นไป (ระยะที่ 2 กลุ่ม Try Out)) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 15 ธันวาคม 2565
- IF 04 (สำหรับอาสาสมัครผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ระยะที่ 1 ส่วนที่ 2)) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 15 ธันวาคม 2565
- IF 04 (สำหรับอาสาสมัครผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 กลุ่ม try out 30 ราย)) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 15 ธันวาคม 2565
- IF 05 CV Principal Investigator เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 15 ธันวาคม 2565
- IF 05 CV Co-Investigator เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 15 ธันวาคม 2565
- IF 06 Budget เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 15 พฤศจิกายน 2565
- โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 04 มกราคม 2566

19. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 15 ธันวาคม 2565
20. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 15 ธันวาคม 2565
21. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่ม เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 15 ธันวาคม 2565
22. แบบคัดกรอง (Screening Form) ที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 04 มกราคม 2566
23. แบบคัดกรอง (Screening Form) ที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 04 มกราคม 2566
24. แบบคัดกรอง (Screening Form) ที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 2 เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 04 มกราคม 2566

ลงนาม *สุวิทย์ อธิคุณ*  
 (นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล)  
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
 มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 06 มกราคม 2566

วันหมดอายุ : 06 มกราคม 2567

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัณฐาน และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเท่านั้น
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าส่งใบรับรองหมดอายุ และยังไม่ได้รับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่วันที่วันใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับใบรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

\* รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)

