

การพัฒนาารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพี้ยเก่า
ตำบลค้ำน้ำแซบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

Development of a Community-Based Depression Prevention Model for
Elderly Patients with Chronic Diseases at Phia Phao Health Promoting
Hospital, Kham Nam Saep Sub-district, Warin Chamrap District,
Ubon Ratchathani Province

สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์¹, ณัฐฐิชานันท์ กมลฤกษ์¹, ธวัชชัย เต็มใจ¹, เกียรติศักดิ์ วิจักขณกุล², กัญยารัตน์ ชีราวุฒิ^{1*}
Sukhontip Arunkamonphat¹, Nutchanon Kamonroek¹, Thawatchai Toemjai¹, Kiattisak Wijakkanukul¹
Kanyarat Chirawut^{1*}

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพี้ยเก่า อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

¹Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani

²Phia Phao Subdistrict Health Promoting Hospital, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Provincial
Public Health Office

*Correspondence to: Kanyarat@scphub.ac.th

Received: Nov 3, 2025 | Revised: Jan 26, 2026 | Accepted: Jan 28, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพี้ยเก่า ตำบลค้ำน้ำแซบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการระหว่างมิถุนายน-ตุลาคม 2568 ผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่ายชุมชน จำนวน 50 คน และผู้สูงอายุเสี่ยงภาวะซึมเศร้า จำนวน 40 คน การดำเนินงานแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผลการปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพแบบจำแนกและสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย และข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการศึกษาพบปัญหาหลัก ได้แก่ การคัดกรองไม่ครอบคลุม ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ลำพัง และมีโรคประจำตัวหลายโรค ขาดผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแล/ชุมชนขาดความรู้และแนวทางป้องกันภาวะซึมเศร้าที่วิจัยพัฒนารูปแบบ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผนกิจกรรมร่วมกับชุมชน การปฏิบัติการ “การเสริมสร้างสุขภาพจิตผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยชุมชน” ผ่าน 8 กิจกรรม การสังเกตการณ์เพื่อประเมินการเข้าถึงผู้สูงอายุและการประสานงาน และการสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงกิจกรรมและกลไกการดูแล รูปแบบที่พัฒนาขึ้นคือ “Phiaphao Model” ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ ได้แก่ Participation, Health Literacy, Integration, Assistance, Prevention, Home Visit, Assessment และ Outcome การประเมินพบว่า

ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความเสี่ยง การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ขณะเดียวกันภาวะซึมเศร้ามลดลงและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, การป้องกันภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This action research aimed to develop a model for preventing depression in elderly patients with chronic non-communicable diseases through a participatory process at Phiaphao Subdistrict Health Promoting Hospital, Khamnamsaep Subdistrict, Warinchamrap District, Ubon Ratchathani Province, conducted from June to October 2025. Participants included 50 health personnel and community network partners, and 40 older adults at risk of depression. The research was implemented in four stages: planning, action, observation, and reflection. Qualitative data were typological and analysis inductively, and quantitative data were analyzed descriptive and paired t-test.

Key challenges identified were incomplete depression screening, a high proportion of elderly patients living alone with multiple chronic conditions and lacking primary caregivers, and limited knowledge, awareness, and preventive strategies among caregivers and community members. The research team developed a four-stage approach: planning community-based activities, implementing the “Community-Integrated Mental Health Promotion for Older Adults” through eight activities, observing access and coordination, and reflecting to improve coverage and continuity. The developed model was “Phiaphao Model” consists of eight components: Participation, Health Literacy, Integration, Assistance, Prevention, Home Visit, Assessment, and Outcome. Evaluation revealed significant improvements in older adults’ risk perception, self-worth, social support, participation, and preventive behaviors ($p < 0.001$), while depression scores decreased and quality of life increased significantly ($p < 0.05$).

Keywords: Participatory action research, Depression prevention, Elderly patients, Non-communicable diseases, Community participation

บทนำ

การมีอายุยืนยาวของผู้สูงอายุได้สะท้อนถึงพัฒนาการด้านสาธารณสุขและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า แต่อายุที่ยืนยาวนั้นก็กลับมาพร้อมกับภาระโรคและปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ “ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ” (Depression in Older Adults) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก

ขององค์การอนามัยโลก^(1,2) ระบุว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ ของความพิการและการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ทั้งในประเทศรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง และคาดว่าภายในปี 2030 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นโรคที่ก่อภาระโรคอันดับหนึ่งของโลก

ในประเทศไทย การสำรวจสุขภาพจิตแห่งชาติพบว่า ผู้สูงอายุไทยมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10-13 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.6 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด⁽⁵⁾ ปัญหานี้สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การพลัดพรากจากลูกหลาน การอยู่ลำพัง การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการสูญเสียบทบาททางสังคม ซึ่งล้วนส่งผลให้เกิดความรู้สึกไร้ค่าและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ง่าย^(4,5) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไม่เพียงเป็นปัญหาทางอารมณ์ แต่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและคุณภาพชีวิต เช่น การนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร สมาธิลดลง การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ และในกรณีรุนแรงอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย⁽⁶⁾ ผลกระทบดังกล่าวยังสร้างภาระต่อระบบบริการสุขภาพและเศรษฐกิจในระดับประเทศและชุมชนอีกด้วย⁽⁷⁾ องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้านหลัก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศหญิง อายุ การสูญเสียคู่สมรส หรือการเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัจจัยชีวภาพ เช่น ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองและปัจจัยจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การขาดการสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง และการมีส่วนร่วมในชุมชนที่ถดถอย^(8,9)

ปี 2568 จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 304,190 คน โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 22.83⁽¹⁰⁾ และได้รับการคัดกรองด้านสุขภาพจิต จำนวน 162,526 คน คิดเป็นร้อยละ 53.45 พบว่าผลการคัดกรองที่มี 2Q ผิดปกติ จำนวน 332 คนและได้รับการประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) พบความผิดปกติจำนวน 236 ราย และกลุ่มนี้ได้รับการประเมินการ

ฆ่าตัวตาย (8Q) จำนวน 28 ราย ซึ่ง 1 ใน 3 ของอำเภอที่พบผลการคัดกรองผลที่มี 2Q ผิดปกติ ได้แก่อำเภวารินชำราบ ในปี 2568 พบผู้สูงอายุที่มีผล 2Q ผิดปกติ จำนวน 134 คนและได้รับการประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) พบความผิดปกติจำนวน 26 ราย และได้รับการประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) จำนวน 1 ราย และผู้สูงอายุกลุ่มเหล่านี้ได้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์⁽¹¹⁾

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพี้ยเก่า เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดกลางที่ตั้งอยู่ในเขตชนบทกึ่งเมือง ของอำเภวารินชำราบ ในปี 2568 พบว่าสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 22.90 มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานจำนวน 266 ราย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 652 ราย โรคความดันโลหิตสูง 298 ราย โรคไต 506 ราย โรคหัวใจ 68 ราย และโรคมะเร็งจำนวน 14 ราย โดยมีผลคัดกรองภาวะซึมเศร้า 623 ราย พบผู้สูงอายุมีผล 2Q ผิดปกติ จำนวน 22 ราย ได้รับการประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) พบความผิดปกติจำนวน 7 ราย สาเหตุสำคัญมาจากการอยู่ลำพัง การเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมถึงอุทกภัยในพื้นที่⁽¹²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุคนธ์ทิพย์ บัวแดงและคณะ⁽¹³⁾ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในตำบลค่าน้ำแซบ ได้แก่ ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยจิตวิทยา และความเครียด โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถร่วมกันอธิบายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 18.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทางทฤษฎีของ Beck's Cognitive Theory⁽¹⁴⁾ ที่ชี้ว่าการรับรู้ตนเองในแง่ลบและความคิดเชิงลบต่อสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ในช่วงที่ผ่านมา การดำเนินงานป้องกันและควบคุมภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงกระจุกตัวอยู่ในระบบบริการสุขภาพ โดยมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อน ขณะที่องค์กรชุมชน ประชาชน และภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพยังมีส่วนร่วมจำกัด ส่งผลให้การเข้าถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนเกิดขึ้นได้น้อย อีกทั้งยังไม่มีแนวทางหรือกลไกที่ชัดเจนในการดำเนินงานร่วมกับชุมชนอย่างเป็นระบบและสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มทั่วไป แต่การดูแลปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มนี้กลับยังขาดรูปแบบการป้องกันและจัดการที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน และยังไม่มีการกลไกที่ทำให้ครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาแนวทางและสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะโรคซึมเศร้าในหน่วยบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพี้ยเก่า ต.ค่าน้ำแซบ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพี้ยเก่า ต.ค่าน้ำแซบ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพี้ยเก่า ต.ค่าน้ำแซบ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามกรอบแนวคิดของแมกแท็กกาท (Mc Taggart)⁽¹⁵⁾ โดยใช้กรอบแนวคิดหลัก 3 ประเด็น ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Engagement)⁽¹⁶⁾ ระบบการสนับสนุนทางสังคม (Social Support System)^(17,18) และการเสริมพลังทางจิตใจ (Psychological Empowerment)⁽¹⁹⁾ ประกอบด้วย การดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ใช้แนวคิด Community Engagement⁽¹⁶⁾ เป็นฐานการออกแบบ แนวคิด ช่วยให้ชุมชนร่วมกำหนดปัญหา วางแผน และประเมินผล ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Act) ใช้ Social Support System^(17,18) ในการจัดระบบกลไกการดูแลจากครอบครัวเพื่อน อสม. และบริการปฐมภูมิ เพื่อลดความโดดเดี่ยว และส่งเสริมความผูกพันทางสังคม ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observe) การเสริมพลังทางจิตใจ (Psychological Empowerment)⁽¹⁹⁾ การประเมินความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความเชื่อมั่น ความสามารถในการดูแลตนเอง และทักษะจัดการอารมณ์ของผู้สูงอายุ โดยยึดตามกรอบของทฤษฎีสมรรถนะตนเอง (Self-Efficacy Theory)⁽²⁰⁾ และทฤษฎีการรับรู้ปัญหาและแรงจูงใจด้านสุขภาพตาม Health Belief Model⁽²¹⁾ ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflect) เชื่อมข้อมูลจาก 3 แนวคิดเพื่อพัฒนารูปแบบ ผลการวางแผนการดำเนินงาน และการประเมินถูกนำมาสะท้อนร่วมกันในเวทีชุมชน เพื่อทบทวนความสอดคล้องความสำเร็จ อุปสรรค และข้อเสนอแนะ และนำเอารูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในประชากรกลุ่มเล็กและนำผลการศึกษาที่ได้มาปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดำเนินงานจนรูปแบบมีความเที่ยงตรง

สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาจนสามารถนำเอา
รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาประกาศใช้ในพื้นที่ต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2
กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ
จำนวน 50 คน เลือกแบบเจาะจง ได้แก่ (1) บุคลากร
ผู้ให้บริการในหน่วยบริการสาธารณสุข (รพ.สต.)
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค่าน้ำแซบ
จำนวน 6 คน (2) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการ
ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ผู้แทน
จากองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน อาสา
สมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ พระ
ภิกษุ ตัวแทนสถานศึกษา ตัวแทนผู้ประกอบการ
ร้านค้า ตัวแทนชมรมผู้ออกกำลังกาย สมาชิกใน
ครอบครัวของผู้สูงอายุจำนวน 40 คน และ (3) ผู้รับ
ผิดชอบงานผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบล
ค่าน้ำแซบ จำนวน 4 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่นำรูปแบบฯ ไปใช้ และ
ประเมินผลรูปแบบ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วย
ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับยาที่โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลเพี้ยเก่า ตำบลค่าน้ำแซบ
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยคัดเลือก
แบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกของการวิจัยและ
สุ่มอย่างง่ายจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้
โปรแกรมสำเร็จรูป G-Power ได้ขนาดกลุ่ม 34 คน
ปรับเปลี่ยนขนาดเพื่อป้องกันข้อผิดพลาดของข้อมูล
และการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ตาม
สูตร Jirawatkul⁽²²⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน

โดยใช้เกณฑ์คัดเลือกดังนี้ (1) เป็นผู้สูงอายุ
ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน หรือ
โรคความดันโลหิตสูง และอาศัยอยู่ในตำบลค่าน้ำ
แซบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มา
แล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี (2) ได้รับการคัดกรองภาวะ
ซึมเศร้าโดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย

(Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)⁽²³⁾
ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และ
มีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับ น้อย (คะแนน
13–24) หรือระดับปานกลาง (คะแนน 25–30)
(3) สามารถสื่อสารได้และสามารถใช้สมาร์ตโฟน
เพื่อรับข้อมูลหรือสื่อสารกับทีมวิจัยได้ (4) มีผู้ดูแล
หลักในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน และ (5) สมัครใจ
เข้าร่วมโครงการวิจัยและลงนามในแบบแสดงความ
ยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง
เสื่อม หรือมีปัญหาด้านการรับรู้/สื่อสารที่ไม่สามารถ
ตอบแบบสอบถามหรือสื่อสารผ่านสมาร์ตโฟนได้อย่าง
เหมาะสม (2) ผู้สูงอายุที่มีโรคทางจิตเวชรุนแรง
(เช่น โรคจิตเภท หรือโรคอารมณ์สองขั้ว) ที่อาจส่ง
ผลต่อการประเมินภาวะซึมเศร้าหรือการเข้าร่วม
กิจกรรมในโครงการ (3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย
เฉียบพลันหรือโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องได้รับการ
รักษาอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล (4) ผู้สูงอายุ
ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนการดำเนินงาน
ของโครงการได้ครบถ้วน (เช่น เดินทางออก
นอกพื้นที่ หรือมีข้อจำกัดทางกายภาพรุนแรง) และ
(5) ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย
หรือถอนความยินยอมระหว่างการศึกษ

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่าง
เดือน มิถุนายน – ตุลาคม 2568

ขั้นตอนการวิจัย

1. ระยะเวลาดำเนินการผู้วิจัยได้ดำเนินการ
ดังต่อไปนี้

การศึกษาบริบทและการประเมินสถานการณ์
การดำเนินงานการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องเพื่อนำ
ไปสู่การจัดการปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วย
ด้วยโรคเรื้อรังและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ
ซึมเศร้าในระยะรุนแรง ตลอดจนประเมินสถานการณ์
(Situation analysis) ของพื้นที่และข้อมูลพื้นฐาน

ของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของชุมชน

2. ระยะเวลาออกแบบและพัฒนารูปแบบ

2.1 **ขั้นวางแผน (Planning)** กิจกรรมประชุมภาคีเครือข่ายในชุมชนและทีมสหวิชาชีพเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพี้ยเก่า ตำบลค้ำน้ำแซบ เพื่อระดมสมองในการค้นหาปัญหา ปัจจัยสาเหตุ การวิเคราะห์ การสรรหาทรัพยากรและบุคลากรผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ การทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทฤษฎีเกี่ยวกับความเครียด ความวิตกกังวลและพฤติกรรมของโรคซึมเศร้า ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มาเป็นกรอบในการจัดกิจกรรมส่งเสริมด้านการรับรู้ และการเผชิญปัญหาในผู้สูงอายุโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และกำหนดปฏิทินในการจัดกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้วิจัย ภาคีเครือข่ายในชุมชนทีมสหวิชาชีพเครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพี้ยเก่า โรงพยาบาลวารินชำราบและองค์การบริหารส่วนตำบลค้ำน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

2.2 **ขั้นปฏิบัติการ (Action)** การดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างสุขภาพจิตผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยชุมชน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 “ฮู้ใจ ฮู้โรค” การสร้างการรับรู้และเข้าใจปัญหาในระยะเริ่มต้น กิจกรรมที่ 2 กิจกรรม “หมู่บ้านหัวใจอบอุ่น” เพื่อส่งเสริมการพึ่งพากันทางใจระหว่างผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ 3 “ใจดีมีแรง” เพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตใจผ่านกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์และภูมิปัญญาท้องถิ่น กิจกรรมที่ 4 “ครอบครัวฮักแพง” โดยจัดอบรมให้สมาชิก

ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะซึมเศร้า กิจกรรมที่ 5 “เอื้อนดีใจ” การสร้างพื้นที่สุขใจของผู้สูงอายุในบ้านและชุมชนอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมที่ 6 “เบิ่งใจ เบิ่งฮู้” การติดตามและสะท้อนผลร่วมกันของชุมชน กิจกรรมที่ 7 “บัดดีผู้สูงอายุ” การเยี่ยมบ้านและติดตามผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมที่ 8 “ชุมชนเกื้อใจ” การเสริมพลังทางจิตใจและสังคมผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน

2.3 **ขั้นการสังเกต (Observation)** การติดตามสนับสนุนการดำเนินงานโดยทีมด้านสุขภาพ ผู้วิจัยและเครือข่ายโดยร่วมสรุปทบทวนการดำเนินงาน (After Action Reviews) ประเมินกระบวนการดำเนินงาน และประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของของผู้สูงอายุ

2.4 **ขั้นสะท้อนผล (Reflection)** (1) จัดประชุมนำเสนอผลการดำเนินงานต่อชุมชนเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนและหลังการพัฒนา รายงานผลการประเมินรูปแบบต่อทีมผู้วิจัยและเวทีการประชุมขององค์การบริหารส่วนตำบลค้ำน้ำแซบ เพื่อหาข้อเสนอแนะเพิ่มเติมและขยายการจัดกิจกรรมในวงล้อต่อไป (2) ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงานรวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงาน (3) วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ข้อจำกัดในการดำเนินงาน สรุปและถอดบทเรียน และวางแผนในการแก้ไขปัญหามองต่อไป

3. ระยะเวลาหลังดำเนินการ ตามขั้นตอน PAOR ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายในชุมชน ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องร่วมสรุปผลการพัฒนารูปแบบ และสังเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาเพื่อรักษาจุดแข็ง และวางแผนนำรูปแบบที่ได้จากการพัฒนาไปใช้ซ้ำเพื่อให้เกิดการพัฒนาแบบต่อเนื่องในกลุ่มที่ใหญ่ขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ แบบสอบถาม ปลายเปิด ประกอบด้วย สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แนวทางการคัดกรองสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ข้อจำกัด ปัญหาของการดำเนินการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การใช้ทรัพยากรในชุมชนในการจัดกิจกรรม แบบสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมและแบบสรุปการดำเนินงาน และการถอดบทเรียน

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 ข้อมูลสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ข้อมูลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุจากหน่วยบริการสาธารณสุข^(10,11)

2.2 แบบสัมภาษณ์ ประยุกต์ใช้จากแบบสัมภาษณ์ของ ธนัชพร ปักษาพันธ์⁽²⁴⁾ และสุคนธ์ทิพย์ บัวแดง⁽¹³⁾ ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 9 ตอน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเสี่ยง ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรง ส่วนที่ 4 การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 6 การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ส่วนที่ 7 พฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้า โดยแบบสัมภาษณ์ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรง อยู่ระหว่าง 0.67-1 และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา ส่วนที่ 2-7 เท่ากับ 0.78, 0.76, 0.78, 0.82, 0.78 และ 0.82 ตามลำดับ ส่วนที่ 8 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)⁽²⁵⁾ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.86 และส่วนที่ 9 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (World Health Organization Quality of Life Brief - Thai, WHOQOL-BREF-THAI)⁽²⁶⁾

มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ หลังจากเก็บข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจำแนกเป็นหมวดหมู่ เรียบเรียง เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์แบบจำแนกและสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งใช้สถิติ หาค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าเฉลี่ยของข้อมูลค่าสถิติ paired t-test ใช้ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังดำเนินการ

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SCPHUB001-2568 ลงวันที่ 9 มิถุนายน 2568

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้ออกแบบการดำเนินงานผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงล้อคุณภาพ (PAOR) จำนวน 4 ขั้นตอน ระยะเวลาดำเนินการจำนวน 20 สัปดาห์ โดยแบ่งกิจกรรมการพัฒนาดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลด้านบริบทของพื้นที่ตำบลค่าน้ำแซบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพียงเก้า เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดกลาง โดยมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุต่อจำนวนประชากรทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 22.90 และผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง) คิดเป็นร้อยละ 80 ของจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังทั้งหมด ส่วนมากอาศัยอยู่ลำพังคนเดียวหรือการอยู่อาศัยกับคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุเพียง 2 คน และการเกิดน้ำท่วมขังเป็นระยะเวลานานในทุกๆ ปี เนื่องจากพื้นที่อาศัยติดแม่น้ำมูลและจากผลการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้สูงอายุในระยะ 3 ปี

ที่ผ่านมา 2563-2565 พบว่ามีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและได้เข้ารับการรักษากันจำนวน 3, 5 และ 7 รายตามลำดับ

2. ปัญหาที่เกิดจากการดำเนินงานในการควบคุมและป้องกันผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ตำบลคำน้ำแซบ อำเภวารินชำราบ จากผลการวิจัยเชิงวิเคราะห์⁽¹³⁾ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านจิตวิทยา และปัจจัยด้านความเครียด ซึ่ง 3 ตัวแปรสามารถส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 18.1 และผลจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม พบปัญหาในการดำเนินงานดังนี้ (1) การคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุดำเนินการปีละครั้ง ซึ่งอาจค้นพบกลุ่มป่วยด้วยโรคนี้ไม่ครอบคลุมเข้าสู่การรักษาซ้ำทำให้อาการรุนแรงขึ้น (2) ผู้สูงอายุร้อยละ 20 ถูกปล่อยทิ้งไว้ตามลำพัง อยู่อาศัยกับคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันและเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้ง่ายขึ้น (3) ผู้ดูแลหลัก ประชาชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคซึมเศร้าและขาดแนวทางในการป้องกันและดูแลรักษาโรคซึมเศร้าของชุมชน

3. กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพี้ยเก่า ตำบลคำน้ำแซบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

การวิเคราะห์ปัญหา โดยจัดกิจกรรมการประชุมกลุ่ม ระดมสมอง การรับฟังปัญหาของชุมชนและคืนข้อมูลด้านสุขภาพของผู้วิจัยในระยะเวลา 2 วัน การวิเคราะห์ปัญหาพบว่า กระบวนการ

คัดกรอง การค้นหาความเสี่ยง และการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้านี้ยังมีคุณภาพจำกัด เนื่องจากทีมปฏิบัติงานขาดความรู้ ทักษะ และบทบาทที่ชัดเจน ขณะเดียวกันผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงยังขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง และชุมชนมีส่วนร่วมต่ำ รวมถึงขาดการใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยีร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังไม่มีกลไกการติดตามประเมินผลที่เป็นระบบ ส่งผลให้การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตไม่สามารถขับเคลื่อนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การพัฒนารูปแบบฯ จัดทำโครงการ “การเสริมสร้างสุขภาพจิตผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยชุมชน” ผ่าน 8 กิจกรรมเชื่อมโยงกันเป็นระบบ ได้แก่ การสร้างการรับรู้และค้นหาปัญหา (ฮู้ใจ ฮู้โรค) การเสริมพลังเครือข่ายสังคม (หมู่บ้านหัวใจอบอุ่น) การเสริมพลังจิตใจ (ใจดีมีแรง) การพัฒนาบทบาทครอบครัว (ครอบครัวฮักแพง) การสร้างพื้นที่สุขใจ (เฮือนดีใจ) การติดตามร่วมกัน (เบิ่งใจ เบิ่งฮู้) การดูแลแบบเพื่อนช่วยเพื่อนและเยี่ยมบ้าน (บัดดีผู้สูงอายุ) และการเรียนรู้ร่วมเพื่อเสริมแรงชุมชน (ชุมชนเกื้อใจ)

รูปแบบที่ได้ Phiaphao Model เป็นรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอาศัยพลังชุมชนด้านความร่วมมือ (Community Engagement) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support System) และการเสริมพลังทางจิตใจ (Psychological Empowerment) ผ่าน 8 องค์ประกอบที่ทำงานเชื่อมโยงกัน ได้แก่ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Participation) เพื่อร่วมกำหนดปัญหาและออกแบบกิจกรรมตามบริบทจริง ควบคู่กับการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม การดำเนินงานอาศัยการบูรณาการความ

ร่วมมือ (Integration) ระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ และชุมชน พร้อมการจัดการสนับสนุนทางกาย ใจ และสังคม (Assistance) ผ่านครอบครัว อสม. และกลุ่มเพื่อนดูแลใจ โดยควบคู่กับการป้องกัน (Prevention) ผ่านกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จิตต่างๆ นอกจากนี้ โมเดลยังเน้นการเยี่ยมบ้าน

(Home Visit) เพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่องและ มีการประเมินผลแบบมีส่วนร่วม (Assessment) เพื่อปรับรูปแบบให้สอดคล้องกับพื้นที่ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outcome) คือผู้สูงอายุมีสุขภาพทางจิต ดีขึ้น คุณภาพชีวิตสูงขึ้น และชุมชนมีศักยภาพใน การดูแลสุขภาพจิตมากขึ้นอย่างยั่งยืน



ภาพที่ 1 รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพี้ยเก่า ตำบลค่าน้ำแซบ

การนำรูปแบบไปใช้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบที่ พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็กในกลุ่ม ผู้สูงอายุโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ที่อาศัยอยู่ในเขต ตำบลค่าน้ำแซบ ในระยะเวลา 1 ปีและมีคุณสมบัติ ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 40 คนโดยการทำการสุ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ง่ายด้วยการจับฉลาก

การประเมินผลลัพธ์การนำรูปแบบไปใช้

ผลลัพธ์เชิงปริมาณ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การรับรู้ ความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 7.90 คะแนน (95%CI: 6.32-9.48)

การรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้น 2.98 คะแนน (95%CI: 1.42-4.53) การเห็นคุณค่าในตนเอง เพิ่มขึ้น 7.84 คะแนน (95%CI: 5.00-8.49) การสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 7.03 คะแนน (95%CI: 5.88-8.17) การมีส่วนร่วมของชุมชนเพิ่มขึ้น 5.45 คะแนน (95%CI: 3.91-6.99) พฤติกรรม ป้องกันโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 7.43 คะแนน (95%CI: 6.30-8.55) ขณะที่คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง 9.46 คะแนน (95%CI: -10.85 ถึง -8.09) และ คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 14.95 คะแนน (95%CI: -7.79 ถึง -5.28) ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการป้องกันการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n=40)

ประเมินผลรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	\bar{d}	95%CI	t	p-value
	(n=40) Mean(S.D.)	(n=40) Mean(S.D.)				
การรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า	30.78 (2.64)	38.68 (4.28)	7.90	6.32-9.48	10.14	<0.001**
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	36.50 (4.72)	39.48 (5.88)	2.98	1.42-4.53	3.89	<0.001**
การเห็นคุณค่าในตนเอง	35.20 (5.32)	41.95 (4.63)	7.84	5.00-8.49	7.84	<0.001**
การสนับสนุนทางสังคม	22.90 (5.04)	29.93 (3.98)	7.03	5.88-8.17	12.39	<0.001**
การมีส่วนร่วมในการป้องกันฯ	36.33 (5.18)	41.78 (4.60)	5.45	3.91-6.99	7.16	<0.001**
พฤติกรรมการป้องกันโรคซึมเศร้า	30.00 (3.34)	37.43 (3.80)	7.43	6.30-8.55	13.39	<0.001**
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ	21.25 (4.09)	11.76 (1.17)	-9.46	-10.85-8.09	-13.92	<0.001**
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	83.78 (12.85)	103.73 (17.79)	14.95	14.17-25.73	19.95	<0.001**

p-value= 0.001

ผลลัพธ์เชิงคุณภาพจากการสังเกตการณ์ ดำเนินการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงจำนวน 2 ครั้ง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ พฤติกรรมการแสดงออก และการปรับตัวต่อภาวะซึมเศร้า รวมถึงเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม โดยใช้การสัมภาษณ์สั้นและการสังเกตแบบมีส่วนร่วมเพื่อ บันทึกพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง และปฏิสัมพันธ์ ภายในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ผลการเยี่ยมบ้าน ครั้งแรกถูกนำเสนอในการประชุมทีมพัฒนาเพื่อ ตรวจสอบอุปสรรคและปรับกิจกรรมให้เหมาะสม สำหรับการเยี่ยมบ้านครั้งที่สอง มุ่งประเมินความก้าวหน้าในการปฏิบัติกิจกรรม ส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี และสนับสนุนกิจกรรมที่ยังทำได้น้อย พร้อมมอบหมายให้ อสม. บัดดีติดตามความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ จิตรายบุคคล ก่อนนำผลการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การ

ประชุมครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

การสะท้อนกลับผลลัพธ์ โดยการจัดประชุมกลุ่มย่อยและเวทีสะท้อนความคิดเห็นทั้งระหว่างและหลังการดำเนินงานวิจัย พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีความตื่นตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การเข้าวัด ทำบุญ การมาพบแพทย์ตามนัด และการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน อีกทั้งความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับ อสม.ที่เลี้ยงพัฒนาดีขึ้น ส่งผลให้การติดตามพฤติกรรมเป็นไปอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ระบบบริการสุขภาพมีความเชื่อมโยงมากขึ้น ลดความขัดแย้งระหว่างหน่วยงาน และก่อให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานร่วมกัน พร้อมทั้งมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในตำบลที่ยกย่อง “เพี้ยเก่าชุมชนคนใจดี” และ “สูงวัย ใจแซบ ตำบลเพี้ยเก่า” เป็นชุมชนต้นแบบ ซึ่งช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยจากภาวะซึมเศร้า

ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ.

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินงานตามวงล้อคุณภาพ PAOR เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างบุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข ครอบครัว และผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งหมด 40 คน กระบวนการดำเนินการเป็นลักษณะของการสร้างความร่วมมือที่เน้นการพัฒนาองค์ความรู้ร่วมกันของชุมชน ซึ่งเป็นแนวทางสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ McTaggart⁽¹⁵⁾ อธิบายว่าเป็นการสร้างการเปลี่ยนแปลงผ่านการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสุขภาพจิตชุมชนที่องค์การอนามัยโลก เน้นย้ำว่าการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุควรเน้นการมีส่วนร่วมของสังคมและการสนับสนุนจากครอบครัว⁽²⁷⁾ ซึ่งจากการดำเนินงานและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของภาคีเครือข่าย ได้พัฒนาเป็นรูปแบบ “Phiaphao Model” ซึ่งเป็นนวัตกรรมทางสังคมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 8 ด้าน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน (Participation) 2) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) 3) การบูรณาการระบบบริการสุขภาพ (Integration) 4) การสนับสนุนด้านกาย ใจ และสังคม (Assistance) 5) การลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพจิต (Prevention) 6) การเยี่ยมบ้านและติดตามต่อเนื่อง (Home Visit) 7) การประเมินผลแบบมีส่วนร่วม (Assessment) และ 8) การสร้างผลลัพธ์ที่ยั่งยืนในระดับบุคคลและชุมชน (Outcome) รูปแบบดังกล่าวช่วยสร้างความเชื่อมโยงระหว่างบริการสุขภาพจิตกับระบบบริการปฐมภูมิ และสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น ผลการประเมินภายหลังการดำเนินงานพบว่า

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในขณะที่คะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงและคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งส่งผลดีทั้งต่อมิติด้านจิตใจ พฤติกรรม และสังคมของผู้สูงอายุในภาพรวม และเมื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์เชิงคุณภาพควบคู่กับเชิงปริมาณ พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสร้างพลังทางสังคมเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผู้สูงอายุเกิดความตระหนักรู้ มีทัศนคติที่ดีขึ้น และสามารถปรับตัวต่อปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ McTaggart⁽¹⁵⁾ ที่ระบุว่า การมีส่วนร่วมและการสะท้อนคิดร่วมกัน ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในระดับบุคคลและชุมชน นอกจากนี้ ข้อเสนอขององค์การอนามัยโลกในการสร้างพื้นที่สุขใจ เช่น กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การเยี่ยมบ้าน และการสะท้อนคิดหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น^(24,27) ดังนั้นการพัฒนาารูปแบบ Phiaphao Model ภายใต้กรอบแนวคิดของทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)⁽²⁰⁾ และทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory)⁽²¹⁾ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคและเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการดำเนินงานพบว่าการบูรณาการทั้งสองทฤษฎีช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อารี พุ่มประไวยุทธ์ และคณะ⁽²⁸⁾ ที่รายงานว่าการสร้างเสริมความมี

คุณค่าในตนเองสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพชุมชนได้รับอิทธิพลจากความเชื่อมั่นในตนเองและการรับรู้คุณค่าของกิจกรรม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนในชุมชนสูงวัย⁽²⁹⁾ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้กลไกชุมชนมีประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อนำมาผสานกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อออกแบบกิจกรรมทางจิตวิทยาในการดูแลผู้สูงอายุเช่นการศึกษาของ Morgado และคณะ⁽³⁰⁾ พบว่า การจัดกิจกรรมทางจิตบำบัดในชุมชน เช่น กลุ่มบำบัดเชิงสนับสนุน การบำบัดพฤติกรรม-ความคิด (CBT) และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่ออกแบบให้เหมาะกับบริบทท้องถิ่น สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งยังช่วยเสริมพลังทางสังคม ลดความโดดเดี่ยว และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Lee SH และคณะ⁽³¹⁾ พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ จะมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม และการมีเครือข่ายสังคมที่เข้มแข็ง ล้วนมีส่วนช่วยเสริมสร้างสุขภาพทางจิตใจและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว นอกจากนี้ผลการศึกษาของ Unützer และคณะ⁽³²⁾ ยืนยันว่าการบูรณาการบริการสุขภาพจิตเข้ากับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิผ่านรูปแบบ Collaborative Care สามารถเพิ่มประสิทธิผลของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านการลดอาการซึมเศร้า การเพิ่มอัตราการตอบสนองต่อการรักษา และการเพิ่มความต่อเนื่อง นอกจากนี้การสร้างความตระหนักและการสร้างเชื่อมั่นในตัวผู้สูงอายุให้สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องก็เป็นองค์ประกอบที่สำคัญส่งผลให้

ผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้าได้ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับชุมชนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน Phiaphao Model จึงสะท้อนถึงพลังของกระบวนการมีส่วนร่วมในระดับชุมชน ซึ่งไม่เพียงสร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตเท่านั้น แต่ยังนำไปสู่การเกิดเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในระดับตำบลอย่างยั่งยืน การดำเนินกิจกรรม เช่น “หมู่บ้านหัวใจอบอุ่น” และ “เพื่อนคู่ใจ” เป็นนวัตกรรมทางสังคมที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นและสามารถต่อยอดในพื้นที่อื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของกรมสุขภาพจิต⁽³³⁾ ที่ส่งเสริมให้ใช้กลไกเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support Model) ในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ได้สร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมทางสังคมที่ตอบสนองต่อบริบทของสังคมไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ผลการดำเนินงานแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการรวมพลังของครอบครัวชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพในระบบปฐมภูมิสามารถลดภาวะซึมเศร้าและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ทั้งนี้ รูปแบบ Phiaphao Model จึงสามารถใช้เป็นแนวทางต้นแบบในการพัฒนานโยบายสุขภาพจิตระดับชุมชนเพื่อขยายผลในพื้นที่อื่นต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะต่อผู้กำหนดนโยบาย / ผู้บริหาร รพ.สต. ควรสนับสนุนการขยายรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุไปยัง รพ.สต. อื่น ๆ พร้อมจัดระบบสนับสนุนด้านงบประมาณและทีมสหสาขา เพื่อให้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของบริการปฐมภูมิอย่างยั่งยืน
2. ข้อเสนอแนะต่อผู้ปฏิบัติงาน ควรอบรมบุคลากรและ อสม. ให้มีความรู้ด้านการมีส่วนร่วม

ของครอบครัว-ชุมชนในการคัดกรองและติดตามสุขภาพจิต ตลอดจนพัฒนา “เครือข่ายเพื่อนคู่ใจผู้สูงอายุ” เพื่อเสริมแรงสนับสนุนทางจิตใจ และส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามอารมณ์และพฤติกรรมสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะต่อการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาบทบาทของครอบครัวและผู้นำชุมชนต่อการเฝ้าระวังสุขภาพจิตในระยะยาว รวมถึงประเมินประสิทธิผลของเทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามสุขภาพจิตผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาระบบดูแลที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World report on ageing and health. World Health Organization; 2015.
2. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2017 [cited 2024 Dec 14]. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6bab42bc-df0f-4f68-a86d-28ebedb85e42/content>
3. National Institute on Aging. Reducing your risk of dementia: healthy lifestyle choices that may help lower your risk of dementia [Internet]. Bethesda (MD): U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Aging; 2024 [cited 2024 Feb 16]. Available from: https://minimed.jabsom.hawaii.edu/_docs/masaki_mms25_handout1.pdf
4. Beck AT. Depression: Clinic, experimental and theoretical aspects. New York: Hoeber Medical Division; 1967.
5. Orth U, Robins RW, Trzesniewski KH, Maes J, Schmitt M. Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *J Abnorm Psychol.* 2009; 118(3):472-8.
6. World Health Organization. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. Geneva: WHO; 2018.
7. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
8. สุวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบทชัย สิทธิธรรณฤทธิ์, อิศร์ศักดิ์ สาตรา, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ. ความชุกของโรคจิตเวชในผู้ป่วยสูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2561; 63(1):89-98.
9. อภิญญา วงศ์ใหม่, สามารถ ใจเตี้ย, สายหยุด มูลเพ็ชร์. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแม่วาง อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสวนปรุง* 2561; 34(1):45-61.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. ข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 14 ม.ค. 2568]; เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/ubn/public/standard-report-detail/aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151>
11. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. Blue Book Application: สมุดบันทึกสุขภาพของผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://bluebook.anamai.moph.go.th/>

12. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพี้ยเก่า. ข้อมูลบริหารจัดการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพี้ยเก่า.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี; 2567.
13. สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง, นุชจรินทร์ แก่นบุปผา, พนาไพร โฉมงาม, กัญยรัตน์ ชีราวุฒิ, ดวงกมล น้อยแก้ว. รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพี้ยเก่า ตำบลค่าน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี; 2568.
14. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive Therapy of Depression. New York: The Guilford Press; 1979.
15. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd edition. Geelong: Deakin University Press; 1988.
16. Vitale K, Newton GL, Abraido-Lanza AF, Aguirre AN, Ahmed S, Esmond SL, et al. Community engagement in academic health centers: a model for capturing and advancing our successes. Journal of Community Engagement and Scholarship 2017; 10(1):81-90.
17. House JS. Work stress and social support. MA: Addison-Wesley; 1981.
18. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull. 1985; 98(2):310-57.
19. Zimmerman MA. Psychological empowerment: issues and illustrations. Am J Community Psychol. 1995; 23(5): 581-99.
20. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. Health Educ Q. 1988; 15(2):175-83. doi:10.1177/109019818801500203
21. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1986.
22. อรุณ จิรวุฒน์กุล. สถิติในงานวิจัยเลือกใช้กลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา; 2557.
23. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความเครียด (SPST-20) Suan Prung Stress Test-20 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข; 2550 [เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://kkhos.moph.go.th/kkhos/data_office/SPST20.pdf
24. ธนัชพร ปึกษาพันธ์, สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง. การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ 2567; 3(2):24-38.
25. สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์. คู่มือการวัดทางจิตวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ตรีเทพ; 2566.
26. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/test/Download/>
27. World Health Organization (WHO). Mental health and well-being in older adults. Geneva: World Health Organization; 2021.

28. อารี พุ่มประไพไทย์, บรรจง เจนจัดการ, ปาหนัน กนกวงศ์วัฒน์, อัญชลี เหมชะญาต, ณิชฐพัชร์ จันทร์ฉาย. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลบ่อพลอย อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2562; 27(1):33-45.
29. Chen HH, Hsieh PL. Applying the Pender's health promotion model to identify the factors related to older adults' participation in community-based health promotion activities. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(19):9985. doi:10.3390/ijerph18199985
30. Morgado B, Silva C, Agostinho I, Brás F, Amaro P, Lusquinhos L, et al. Psychotherapeutic interventions for depressive symptoms in community-dwelling older adults: A systematic review with meta-analysis. *Healthcare* 2024; 12(24):2551. doi:10.3390/healthcare12242551
31. Lee SH, Lee H, Yu S. Effectiveness of social support for community-dwelling elderly with depression: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare* 2022; 10(9):1598. doi:10.3390/healthcare10091598
32. Unützer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW Jr, Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288(22):2836-45. doi:10.1001/jama.288.22.2836
33. กรมสุขภาพจิต. แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ. 2561-2580. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2561.