

การพัฒนาชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุ

ณิชาภัทร มณีพันธ์ ป.ศ.*

ศรีบริดน์ จันทพิมพ์ ป.ศ.** นรพงศ์ ชัยวงศ์ ป.ศ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุ โดยมีกระบวนการพัฒนาชุดกิจกรรมประกอบด้วย 4 ระยะ โดยระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าและความต้องการในการดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 ตรวจสอบและยืนยันชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุ ระยะที่ 4 ทดลองใช้และประเมินผลการใช้ชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดบ้านที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ไม่มีอาการของภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการของภาวะซึมเศร้าระดับน้อยมาก จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q 9Q 3) ชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุ 4) แนวทางการสนทนากลุ่มและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก 5) แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้ชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยมาก/ไม่มีอาการ ร้อยละ 52.30 รองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 34.10 และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 13.60 ตามลำดับ การพัฒนาชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย (1) กิจกรรมทางกาย (physical activity) (2) กิจกรรมทางสังคม (social activity) (3) กิจกรรมทางความคิด (cognitive activity) ในรูปแบบกิจกรรมนันทนาการ รำวง สวดมนต์ นั่งสมาธิ หมอลำบ่บัด การทำหัตถกรรมท้องถิ่น และ (4) การบริโภคอาหาร (nutrition) ผลการตรวจสอบและยืนยันรูปแบบชุดกิจกรรมพบว่าความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความจำเป็นประโยชน์ของรูปแบบมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.65, 4.68 และ 4.72 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างดีกว่าก่อนการใช้ชุดกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ($X=4.56$, $SD=0.45$) และ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการใช้ชุดกิจกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($x=4.68$, $SD=0.42$)

จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุสามารถสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้ แต่ควรมีการศึกษาติดตามระยะยาว เพื่อประเมินการคงอยู่ของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพ ชุดกิจกรรม ผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้า

วันที่รับบทความ 24 พฤษภาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 17 สิงหาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 23 สิงหาคม 2565

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ Email: sariju@kku.ac.th

Development of a community empowerment cooperative activity package against depression in older people

Nichapat Maneephun Ph.D.*

Sarinrut Juntapim Ph.D.** Narongkorn Chaiwong Ph.D.*

Abstract

This research and development study aimed to develop a community empowerment cooperative activity package against depression in older people. The process of developing a set of activities comprised four phases. phase 1 exploring the depression situations and need for depression care among older people in the community, phase 2 developing a community empowerment cooperative activity package against depression in older people, phase 3 examining and confirming of the activity package, phase 4 trying out and evaluating the activity package. The sample consisted of 30 home-bound older people aged 60 years or over who had no or minimal depression symptoms. Research instruments were: 1) a demographic data questionnaire, 2) depression screening tools, including the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 (2Q) and the Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 (9Q) Thai versions, 3) the community empowerment cooperative activity package against depression in older people, 4) guidelines for group discussion and in-depth interview form, 5) a satisfaction assessment form towards the use of the activity package. Descriptive statistics were used to analyze the data.

The results showed that the majority of older people (52.30%) had minimal/asymptomatic depression, followed by mild depression (34.10%), and moderate depression (13.60%), respectively. The community empowerment cooperative activity package against depression in older people consisted of (1) physical activity; (2) social activity; (3) cognitive activity; in the form of recreational activities, dancing, praying, sitting meditation, molam therapy, local handicrafts; and (4) food consumption (nutrition). Examining and confirmation of the activity package showed that the feasibility, suitability, and usefulness of the package were 4.65, 4.68, and 4.72 (out of 5), respectively. After participating in the activity package, the sample group had lower mean depression scores than before participating in the package ($X=4.56$, $SD=0.45$) and had overall satisfaction towards the use of the package at the highest level ($x=4.68$, $SD=0.42$.)

The results of this study showed that the activity package can enhance the mental health of older people in the community. A long-term follow-up study should be conducted to assess the persistence of depression among this group of people.

keywords: community participation; health promotion; activity series; elderly; depression

Received 24 May 2022 Revised 17 August 2022 Accepted 23 August 2022

*Lecturer, Faculty of Nursing, Burerum Rajabhat University

**Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, Email: sariju@kku.ac.th

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 กล่าวคือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ และในปี 2560 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 17 ของประชากรทั้งหมด 65.5 ล้านคน และในปี 2564 ประเทศไทยก็จะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete-aged society) หรือ มีประชากรสูงอายุมากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าใน พ.ศ.2574 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) คือ มีผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด¹ อันเป็นผลมาจากอัตราการเกิดที่ลดลง และความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีส่งผลให้ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้นรวมถึงวัยพึ่งพิงเพิ่มขึ้นเช่นกัน²

ผลกระทบจากการที่มีจำนวนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ประเทศต้องมีรายจ่ายด้านสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ครอบครัวต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ขณะที่ผู้สูงอายุเองเมื่อมีอายุยืนยาวขึ้นก็ยิ่งต้องเผชิญกับปัญหาการขาดแคลนรายได้หรือมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การดำรงชีพ รวมถึงความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ โดยพบว่าผู้สูงอายุไทยเป็นโรคความดันโลหิต ร้อยละ 33.6 โรคเบาหวาน ร้อยละ 16.5 และโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 8.6 และประมาณ ร้อยละ 6 มีภาวะสมองเสื่อม หลงลืม รู้สึกไร้คุณค่า ทำอะไรเองได้น้อยลง ทำให้เกิดความไม่สบายใจ วิตกกังวล เครียด อารมณ์เศร้าอันส่งผลต่อสุขภาพจิต ซึ่งถือเป็นความเปราะบางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี เป็นคนที่ไม่มีความสุข ซึ่งอาจมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น นอนไม่หลับ เสียสมาธิ หดหู่ เศร้าหมอง รู้สึกไร้ค่า ไร้ค่า ไร้คุณค่า ห่วงกังวล ส่งผลต่อความรู้สึกและจิตใจ ทำให้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะต่อสุขภาพจิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้³ โดยผู้สูงอายุต้องประสบภาวะพึ่งพิงหลายด้าน คือ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

ภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ และภาวะพึ่งพิงด้านสังคมและจิตใจ ความเปลี่ยนแปลงที่มากกระทบต่อผู้สูงอายุเป็นเวลานาน ๆ ย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้เกิดอารมณ์เศร้า (sad) ภาวะซึมเศร้า (depression) แล้วในที่สุดเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorder) หากไม่ได้รับการคัดกรองหรือประเมินและเกิดเรื้อรังจนเจ็บป่วย ซึ่งการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและการช่วยเหลือย่อมต้องมากขึ้นและซับซ้อนมากขึ้น³

ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาจากการสูญเสียทำให้เกิดความรู้สึกมีดมน เหนื่อยหน่าย หดหู่จิตใจ อ่อนเพลีย ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้คุณค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไปและทำร้ายตนเองในที่สุด เป็นกลุ่มอาการที่มีองค์ประกอบหลักของการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (emotional) ความคิด (cognitive) ร่างกาย (physical) และพฤติกรรม (behavioral) ซึ่งอาการแสดงออกแต่ละด้านมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างกัน ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีอารมณ์เศร้า (depressive mood) ซึ่งอารมณ์เศร้าหมายถึงสภาวะอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว สามารถเกิดกับคนทั่วไปทุกเพศทุกวัย เมื่อต้องเผชิญกับความสูญเสีย ผิดหวัง หรืออึดอัดทุกข์ทรมาน อาจใช้คำว่า หดหู่ ไม่มี ความสุข เบื่อหน่าย ท้อแท้ เซ็ง เหนงหงอย โศกเศร้า เสียใจสิ้นหวัง ซึ่งภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่พบส่วนใหญ่จะมีลักษณะเด่น คือ การแสดงออกในลักษณะอาการเจ็บป่วยทางกาย ซึมเศร้าทางอารมณ์ อาการไม่สุขสบายทางกาย คิดว่าตนเองเจ็บป่วย (hypochondriasis) หงุดหงิด กระวนกระวายใจ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกผิด โทษตัวเอง เบื่อชีวิตและอยากตาย ซึ่งจากการศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในต่างประเทศพบว่า ในประเทศอังกฤษพบประชากรผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 10-15 พบความชุกของโรคซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 19.4 และจากสถานการณ์และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะ

ซึมเศร้าถึง ร้อยละ 15.6 โดยพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 22.6 โดยภาวะซึมเศร้าถ้าไม่ได้รับการป้องกันและช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสม จะนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด^{4,5}

จากข้อมูลพบว่าประชากรผู้สูงอายุอยู่ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์ มีจำนวนผู้สูงอายุ 960 คน และจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลพบว่ามียุทธศาสตร์ผู้สูงอายุติดสังคมจำนวน 830 คน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 80 คน ผู้สูงอายุติดเตียง 50 คน โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากความเสื่อมของร่างกายระบบต่างๆ ตามวัยและผลจากโรคเรื้อรังต่างๆ รวมทั้งการดูแลที่ยังไม่ครอบคลุมทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจและสังคม อีกทั้งรายได้ไม่เพียงพอในการดำรงชีวิตประจำวัน รวมไปถึงสิทธิและโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ ที่เชื่อมโยงต่อการดูแลสุขภาพกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลทำให้เกิดความเครียด ความท้อแท้ในชีวิต ให้มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้⁶

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ พบว่าการป้องกันภาวะซึมเศร้าปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ สามารถป้องกันได้โดยการเสริมทักษะต่างๆ และการให้ความรู้การหากิจกรรมที่เหมาะสมตามศักยภาพผู้สูงอายุ การส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง และวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT)⁷ ซึ่งอารมณ์ความคิดและพฤติกรรมของคนเรามีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันเป็นสิ่งที่สำคัญ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมโดยประยุกต์การบำบัดทางความคิดโดยอาศัยสติ (Mindfulness-based cognitive therapy : MBCT)⁸ ที่ออกแบบโดยการใช้สติติดป้ายความคิด ไม่คิดตามกับแนวคิดการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันว่าการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการปรับตัวทางความคิดและอารมณ์ ซึ่งในสังคมบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงมักมีความคิดเชิงบวก จะเป็นปัจจัยที่ทำให้

ชีวิตของมนุษย์มีคุณค่ามีความสุข พร้อมทั้งมีสุขภาพเชิงบวกจะสามารถเผชิญกับอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิตสามารถยอมรับได้รู้จักปล่อยวาง สามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม มีความผ่อนคลาย ทำให้เกิดความสุขสงบในตนเองได้รวมทั้งสามารถปรับตัว และยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง นอกจากนี้ยังมีโปรแกรมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตโดยความสุข 5 มิติ การสร้างเสริมพลังอำนาจ และการฝึกคิดทางบวก⁹ แต่พบว่ามีรูปแบบดังกล่าวข้างต้นยังไม่สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ทั้งในเรื่องเนื้อหาของกิจกรรมและความเหมาะสมกับช่วงวัยของผู้สูงอายุ

จากปัญหาและความสำคัญของสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในประเด็นดังกล่าวเพื่อพัฒนาชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อดำเนินการของชุมชน ในเขตเทศบาลเมืองชุมเห็ด จังหวัดบุรีรัมย์ ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ชุมชนโดยเฉพาะเพื่อนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

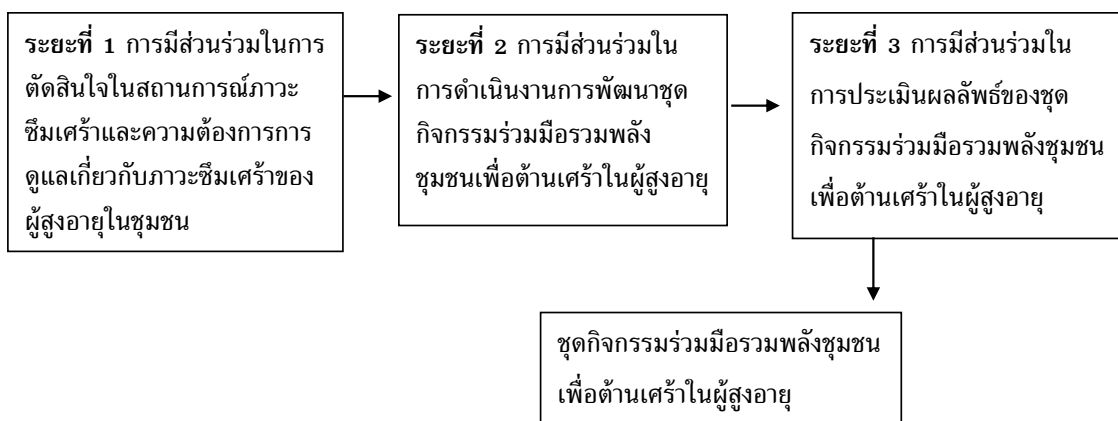
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าและความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ
2. เพื่อพัฒนาชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อดำเนินการในผู้สูงอายุ
3. เพื่อตรวจสอบและยืนยันชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อดำเนินการในผู้สูงอายุ
4. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลลัพธ์ของชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อดำเนินการในผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนและทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์¹⁰ (Pender's health promoting model) เพื่อพัฒนาชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อดำเนินการในผู้สูงอายุ

โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นตัวแปรจัดกระทำในกรอบแนวคิดในการวิจัย ประกอบไปด้วย (1) กิจกรรมทางกาย (physical activity) (2) กิจกรรมทางสังคม (social activity) และกิจกรรมทางความคิด (cognitive activity) (3) การบริโภคอาหาร (nutrition) ที่จะช่วยในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ประกอบด้วย 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) ระยะที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (implementation) และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (benefits) ระยะที่ 3 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) สามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) มีขั้นตอน 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ความชุกของภาวะซึมเศร้า และความต้องการในการดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลความชุกของภาวะซึมเศร้า และความต้องการในการดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน กำหนดขนาดโดยใช้วิธีการคำนวณจากสูตร¹¹ โดยกำหนดสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร ($P=0.5$) เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ 2) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹² วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนและทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุดกิจกรรมการพัฒนาชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 20 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ที่รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสูงอายุในฝ่ายสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน ปรารักษ์ชาวบ้าน (ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะเรื่องและเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชน) จำนวน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญสาขาการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน จำนวนทั้งสิ้น 20 คน

ระยะที่ 3 เพื่อตรวจสอบและยืนยันชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อประเมินความเหมาะสมประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องและเป็นที่ยอมรับในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจำนวน 5 คน โดยเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต การดูแลผู้สูงอายุ และด้านการวิจัย

ระยะที่ 4 ทดลองใช้และประเมินผลลัพธ์ชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุ โดยในระยะที่ 4 เป็นการทดลองใช้ชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยมีมิติด้าน (1) กิจกรรมทางกาย (physical activity) (2) กิจกรรมทางสังคม (social activity) (3) กิจกรรมทางความคิด (cognitive activity) ในรูปแบบกิจกรรมนันทนาการ รำวง สวดมนต์นั่งสมาธิ หมอลำ บำบัด การทำหัตถกรรมท้องถิ่น และ (4) การบริโภคอาหาร (nutrition) ผู้วิจัยได้กำหนดการเข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้เวลาและจำนวนครั้งในการทำกิจกรรมกลุ่ม คือ ใช้เวลา 8 สัปดาห์ๆ ละ 2 ครั้ง รวมเป็น 16 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน 2564 โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 30 คน และกลุ่มติดเตียง จำนวน 30 คน ที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง โดยประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข¹⁰ โดยประยุกต์จากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) มีคะแนน 5-11 คะแนน

2. มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย (ระดับคะแนน 7-12 คะแนน โดยประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q

3. มีความสามารถสื่อความหมายเข้าใจและตอบแบบสัมภาษณ์ได้

4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเวช หรือมีปัญหาเกี่ยวกับทางสมอง

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** ได้แก่ เป็น ชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยมีมิติด้าน (1) กิจกรรมทางกาย (physical activity) (2) กิจกรรมทางสังคม (social activity) (3) กิจกรรมทางความคิด (cognitive activity) ในรูปแบบกิจกรรมนันทนาการ รำวง สวดมนต์นั่งสมาธิ หมอลำ บำบัด การทำหัตถกรรมท้องถิ่น และ (4) การบริโภคอาหาร (nutrition) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ความสอดคล้องความเป็นไปได้ ของเครื่องมือวิจัยซึ่งผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .91 และผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่ม

ตัวอย่าง จำนวน กลุ่มละ 30 คน หลังจากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.84

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

2.2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยใช้แบบ ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข^๕

2.3 แนวทางการสนทนากลุ่มและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับสถานการณ์ความต้องการในการดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน และแนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้ชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุ

โดยเครื่องมือในหัวข้อ 2.3 และ 2.4 นี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา ความสอดคล้องความเป็นไปได้ ของเครื่องมือวิจัยซึ่งผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่านได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .92 และ .94 ตามลำดับ จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค เท่ากับ 0.84 และ 0.88 ตามลำดับ ส่วนเครื่องมือเชิงคุณภาพพบว่าแนวทางการสนทนากลุ่มและแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับสถานการณ์ความต้องการในการดูแลภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนและแนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วมมีความเหมาะสม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ เลขที่ 10/2564 พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างทุกราย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการที่จะปฏิเสธหรือตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย การปฏิเสธไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่าง ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมก่อนขอคำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพื้นฐานโดยใช้สถิติค่าความถี่ (frequency) และ ค่าร้อยละ (percentage)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) นำมาจัดหมวดหมู่เนื้อหา ด้วยการจำแนกข้อมูลซึ่งประกอบด้วยสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในชุมชน ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า การคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน แนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม และผลการนำชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนไปใช้ปัญหาและอุปสรรคและข้อเสนอแนะในภาพรวมของการใช้ชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลใช้การตรวจสอบจากหลายๆ แหล่ง (data triangulation) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือจากการวิเคราะห์ด้วยวิธีสะท้อนข้อมูลจากผู้วิจัยให้ชุมชน เพื่อตรวจสอบยืนยันว่าข้อมูลที่ได้มาน่าเชื่อถือและมีความสมบูรณ์

ผลการวิจัย

นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 400 คน เป็นผู้สูงอายุที่ติดสังคม 300 คน คิดเป็น ร้อยละ 75 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีจำนวน 65 คน คิดเป็น ร้อยละ 16.25 และผู้สูงอายุติดเตียงมีจำนวน 35 คน คิดเป็น ร้อยละ 8.75 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.50 มีอายุเฉลี่ย 77.45 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.10 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยทั้งหมดของครอบครัวต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 46.50 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 90.90 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.60 ส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแล ร้อยละ 77.30

สถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่พบว่าไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า/หรือระดับน้อยมาก ร้อยละ 52.30 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 34.10 และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 13.60 ตามลำดับ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.30 อายุเฉลี่ย 47 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.50 และอยู่บ้านหลังเดียวกันกับผู้สูงอายุ ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 65.90 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 51.10 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 56.80 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 54.50 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 68.20 มีบุคคลอื่นที่ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ ติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 68.20 นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความต้องการให้มีเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ร้อยละ 72.70

ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ เป็นการสนทนากลุ่มระหว่างทีมผู้วิจัย ปรากฏชาวบ้าน แขนงนำชุมชน เจ้าหน้าที่จากองค์กรและผู้เกี่ยวข้องในชุมชน จำนวน 20 คน เพื่อสังเคราะห์ข้อมูลจาก ระยะที่ 1 เพื่อนำไปสู่การพัฒนาชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน มีประเด็น ดังนี้คือ

1. ต้องการให้มีแนวทาง/ระบบการป้องกัน ภาสะสุขภาพจิตจากเครือข่ายดูแลผู้สูงอายุทุกกลุ่มในชุมชน

2. ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ตามความสามารถและศักยภาพ

3. รูปแบบการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต มีความสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ และผู้สูงอายุสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

2. ผลการพัฒนาชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุ

พบว่า การพัฒนาชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ได้พัฒนารูปแบบไว้ 6 ชั้น ประกอบด้วย ชั้น 1 การศึกษาสถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ชั้น 2 การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ชั้น 3 การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ชั้น 4 การออกแบบและสร้างรูปแบบโดยมีกิจกรรมที่แบบมีส่วนร่วม ดังนี้ (1) กิจกรรมทางกาย (physical activity) ในรูปแบบการออกกำลังกาย (2) กิจกรรมทางสังคม (social activity) และกิจกรรมทางความคิด (cognitive activity) ในรูปแบบกิจกรรมนันทนาการ รำวง สวดมนต์นั่งสมาธิ หมอลำบ่บัด การทำหัตถกรรมท้องถิ่น (3) การบริโภคอาหาร (nutrition) ชั้น 5 หาคุณภาพของรูปแบบ และชั้น 6 การทดลองใช้

3. ตรวจสอบและยืนยันรูปแบบชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุ

พบว่า ผลการประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ของชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.68 (S.D=0.50) เมื่อพิจารณา ด้านความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความเป็นประโยชน์ของรูปแบบ พบว่ามีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.65, 4.68 และ 4.72

4. ผลการใช้ชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุ พบวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างต่ำกว่าก่อนการใช้ชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และ 2) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการใช้ชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($x=4.68$, $SD=0.42$)

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

สถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่พบว่าไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า/หรือระดับน้อยมาก ร้อยละ 52.30 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 34.10 และมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 13.60 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงสูงกว่ากลุ่มติดบ้าน ซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้สูงวัยเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจ และมีสาเหตุมาจากปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังอยู่ในภาวะพึ่งพิง ต้องกลายเป็นภาระครอบครัว ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง¹² นอกจากนี้การสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคมจากที่เคยเป็นบุคคลที่มีบทบาทและตำแหน่งต่าง ๆ มากมาย เป็นผู้นำ มีคนเคารพนับถือในสังคม เปลี่ยนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของสังคม มีบทบาทลดลง ทำให้สูญเสียความมั่นคงของชีวิตและรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญในสังคม อยู่ในสภาวะที่ไร้คุณค่า สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อตนเอง (poor self-image) หรือรู้สึกว่าตนเองกำลังเริ่มเป็นภาระของครอบครัว ซึ่งนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิตและกลายเป็นภาวะซึมเศร้าได้ง่าย¹³ นำไปสู่ปัญหาการรู้คิดเปลี่ยนแปลง และเกิดภาวะสมองเสื่อมตามมาได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้ที่ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงมีการรู้คิดที่ผิดปกติ ร้อยละ 72.70 โดยพบในกลุ่ม

ติดเตียงมากถึงร้อยละ 45.50 สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในระยะประคับประคองที่บ้านส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลหลักจึงมักเน้นการดูแลแค่ด้านร่างกายแต่มองข้ามการดูแลด้านจิตใจทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเอง อาจเนื่องด้วยระบบการติดตามเยี่ยมบ้านก็เน้นไปด้านร่างกาย รวมทั้งขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ไปร่วมในการดูแล ทำให้พบปัญหาทางสุขภาพจิตทั้งผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลได้¹⁴

2. การพัฒนาชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่าการพัฒนาชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ได้พัฒนารูปแบบไว้ 6 ชั้น ประกอบด้วย ชั้น 1 การศึกษาสถานการณ์ของภาวะซึมเศร้าและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ชั้น 2 การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ชั้น 3 การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ชั้น 4 การออกแบบและสร้างรูปแบบโดยมีกิจกรรมที่แบบมีส่วนร่วมดังนี้

1. กิจกรรมทางกาย (physical activity) ในรูปแบบการออกกำลังกาย 2. กิจกรรมทางสังคม (social activity) และกิจกรรมทางความคิด (cognitive activity) ในรูปแบบกิจกรรมนันทนาการ รำวง สวดมนต์นั่งสมาธิ หมอลำบ่บัด การทำหัตถกรรมท้องถิ่น 3. การบริโภคอาหาร (nutrition) ชั้น 5 หาดูคุณภาพของรูปแบบ และชั้น 6 การทดลองใช้ เป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน ที่พัฒนามาจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาซึ่งมีประสิทธิภาพสามารถในผู้สูงวัยที่มีอาการซึมเศร้า สามารถส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ครอบคลุมทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ และยังสามารถป้องกันไม่ให้ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าอยู่แล้วมีอาการซึมเศร้ารุนแรง และเรื้อรังขึ้นทั้งยังช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้สูงวัยที่มีอาการซึมเศร้าที่จำเป็นต้องเข้าสู่กระบวนการรักษาแล้ว^{15,16,17} ที่พบว่า หลังทดลองใช้ชุดกิจกรรมส่งเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 7 กิจกรรม

ได้แก่ ปรับอารมณ์ ภาพปรับความคิด แพลนชีวิต แลกของขวัญ ฐานเทคโนโลยี รวบรวมกระชับมิตร และเรื่องเล่าของวันวาน ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมพลังสุขภาพจิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ร้อยละ 16.4^{18,19,20}

3. ตรวจสอบและยืนยันรูปแบบชุดกิจกรรมรวมมีรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุพบว่า ชุดกิจกรรมรวมมีรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ มีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.68 (S.D=0.50) เมื่อพิจารณาด้านความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความเป็นประโยชน์ของรูปแบบ พบว่ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.65, 4.68 และ 4.72 ซึ่งอธิบายได้ว่าชุดกิจกรรมรวมมีรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุนั้น มีความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ และสามารถที่จะนำไปปฏิบัติได้

4. ผลการใช้ชุดกิจกรรมรวมมีรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างลดลงกว่าก่อนการใช้ชุดกิจกรรมรวมมีรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 อธิบายได้ว่ากิจกรรมรวมมีรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนสามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าได้จริง สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีทักษะในการดูแลตนเองได้ดีเพิ่มมากขึ้นและซึ่งกิจกรรมดังกล่าวนี้เป็นกิจกรรมที่ช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยผ่านกลุ่มเครือข่ายในชุมชน การสร้างเจตคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ และการสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นสิ่งที่สำคัญ ทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่องด้วยความเอื้ออาทร รวมถึงการมีผู้นำที่เข้มแข็งจะช่วยให้กิจกรรมดำเนินได้อย่างราบรื่นซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า อาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (M=6.21, SD=3.91) ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุก่อนทดลอง มีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=9.22$) และ 2) ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าก่อน และหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ($D1=12.79$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($D2=0.67$) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=11.77$)²¹ และสอดคล้องกับ จิตรา คุชฌีเมธา และคณะ²² การเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการนั้นสามารถส่งผลทำให้ความสุขภายในของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นได้จริง โดยจะต้องอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งแสดงว่าจะต้องเกิดจากการพร้อมใจที่จะเข้าร่วม และสอดคล้องกับวิทยา อินทร์พงษ์พันธุ์²¹ ที่พบว่ากิจกรรมนันทนาการที่ส่งผลในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยในสถานสงเคราะห์คนชราคือ กิจกรรมดนตรีไทย ซึ่งผู้สูงอายุจึงมาร่วมกันเล่นดนตรีไทย ที่มีทั้งปี่พาทย์ ซอ ขลุ่ย ขิม จะเข้ นักร้องกล่อมบรรเลงในยามว่างการเล่นดนตรีไทย คือการได้อยู่กับสิ่งที่รัก ได้สร้างความสุขให้ผู้ฟัง เกิดเป็นความสุข การได้อยู่กับสิ่งที่รักคือการเล่นดนตรีไทยก่อให้เกิดความเพลิดเพลินในชีวิต รู้สึกสบายใจ²³ ดังนั้น ผู้สูงอายุควรหากิจกรรมทำตามที่ตนเองสนใจ จะช่วยให้ชีวิตในบั้นปลายมีคุณค่ามากขึ้นด้วยการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่น แจ่มใส กระปรี้กระเปร่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งกิจกรรมที่เหล่านี้อาจลดความซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวลได้

จากผลการวิจัยเรื่องนี้ที่มีความแตกต่างจากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีกิจกรรมที่หลากหลายและบูรณาการเข้ากับบริบทด้านประเพณีและศิลปวัฒนธรรมของชุมชนในพื้นที่ เช่น กิจกรรมหมอลำ บำบัด การร้องชาวบ้าน กิจกรรมการทำหัตถกรรม ท้องถิ่นรวมทั้งกิจกรรมการร่ำวง การสวดมนต์นั่งสมาธิ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุได้แสดงออกถึงความสามารถของตน การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งเป็นการผ่อนคลายความเครียด ส่งเสริมความมีคุณค่าในตัวเอง ซึ่งนับว่าเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างสอดคล้องกับ

บริบทของชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรนำความรู้ที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนโดยการดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องตามบริบทการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

2. โปรแกรมนี้อาจนำไปปรับใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง เป็นต้น เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

3. ควรมีการศึกษาติดตามในระยะยาว เพื่อดูประสิทธิผลของชุดกิจกรรมร่วมมือรวมพลังชุมชนเพื่อต้านเศร้าในผู้สูงอายุและความคงที่ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

4. ในระดับนโยบายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีรูปแบบการจัดตั้งองค์กรระดับท้องถิ่นที่รับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงโดยตรงที่มีความเป็นเอกภาพ เพื่อให้สามารถบูรณาการ การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครบถ้วน

References

- World Health Organization. Aging and life-course [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 20]. [cited 2017 Dec 20]. Available from: <http://www.who.int/ageing/en.com>
- World Health Organization. The mental health of older adults [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 20]. Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Statistical Office of Thailand. Report on the survey of the older persons in Thailand [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 20]. Available from: <http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/>
- Siripanich A. Situation of the Thai elderly. Bangkok: Foundation of Thai gerontology research and development institute;2017.
- Prasartkul P, editor. Situation of the Thai elderly. Bangkok: Amarin Printing and Publishing;2018.
- Department of Elderly Affairs Ministry of Social Development and Human Security. Measures to drive the national agenda on aging society (revised edition). Kruthep. Amarin Company Printing and Publishing Public Company Limited;2019.
- Lueboonthawatchai P. Psychosocial treatment for depressive disorder. Bangkok: Tanaplass Company pratumwan; 2010.
- Department of Mental Health, Mindfulness-Based therapy and counseling (MBTC) Manual. Bangkok : rongphim beyond publishing; 2016.
- Bureau of Mental Health Promotion and Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for mental health promotion and prevention of mental health problems among the elderly for community hospitals and sub-district health promoting hospitals. Nonthaburi . The National Buddhism Office; 2017.
- Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice 5th ed. New Jersey: Pearson Education, Inc.;2006.
- Polit D, Hungler B. Nursing research: Principle and method 8th ed. Philadelphia: Lippincott Company; 2013.
- Cohen M, Uphoff T. Rural development participation: Concept and measure for project design implementation and evaluation; Rural development committee center for interna-

- tional studies. New York: Cornell University Press;1981.
13. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Elderly screening/assessment manual. Bangkok: The Veterans Organization Welfare Press Office;2015.
14. Ubonwannee P. The effect of a mental health education program on depressive symptoms in the elderly. [Thesis]. Pathumthani: Nursing Faculty of Nursing Thammasat University. Pathumthani; 2016.
15. Wongpanarak N, Chalayakitti S. Depression. significant mental health problems in the elderly. Thai Army Nurse Journal 2014;15(3):24-31.
16. Supapakorn K. Burden of care and mental health problems of caregivers of the palliative elderly at home. Kuakarun Journal 2020;27(1):150-61.
17. Wicha S, Sripatrangkun S, Saowapa B. A study of the health service network model for the elderly the -dwelling group and the bed-ridden group in the responsible area of the Hong Ha subdistrict health promoting hospital. Mae Tha district Lampang province. Journal of KKU Academic 2018;22(43):70-85.
18. Netasit A, Chanowan S. Developing a series of activities to promote mental health power for the elderly using family and community as a base. Journal of Mental Health of Thailand 2020;28(4):327-36.
19. Pengsangiam W, Chaisang P, Yakasem P. Effects of an empowerment program on the perception of power and caring for the elderly with dementia among village health volunteers. Journal of Nursing and Education 2015;8(1):152-65.
20. Ananta P, Thong-ank C. The results of the potential development of the network of regular public health volunteers. Village in Ban Khwao subdistrict, Selaphum district, Roi Et province, 2012. Disease Prevention and Control Office No.6, Khon Kaen province 2012;20(1):1-8.
21. Boonlert P, Phrom-arak T, Thawpia S. Continuous development of health care models. For the elderly in the home group bed-bound in Ban Dong Man health promoting hospital, Sing Khok sub-district, Kaset Wisai district Roi Et province. Office of Disease Prevention and Control No.7, Khon Kaen Province. 2016;23(2):79-87.
22. Dusadeemetha C; et al. Development of recreational programs on the happiness of the elderly. Bangkok: The Secretariat of the Senate;2015.
23. Nonpongpun W. Effects of recreational programs on the development of physical fitness for elderly health. Bangkok: Institute of Physical Education;2012.