

การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดจันทบุรี

The Development of a Perceived Self-efficacy Enhancement Program for Depression Prevention of the Elders in Community, Chanthaburi Province

จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, ศษ.ด. (หลักสูตรและการสอน) ¹

Thitavan Hongitiyanon, Ed.D. (Curriculum and Instruction) ¹

บรรจง เจนจัดการ, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) ²

Banjong Janjadkarn, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing) ²

ทรงศักดิ์ มีมกระโทก, วศ.ด. (วิศวกรรมเกษตร) ³

Songsak Mimgratok, Ph.D. (Agricultural Engineering) ³

Received: July 15, 2025 Revised: December 23, 2025 Accepted: December 27, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้า และความต้องการการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรม และศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมกับผู้สูงอายุ จำนวน 14 คน และระยะที่ 3 ปรับปรุงโปรแกรม และนำโปรแกรมไปใช้จริงกับผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสอบถาม

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

² Instructor, Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: tukakik22@gmail.com

³ รองศาสตราจารย์ คณะเทคโนโลยีการเกษตร มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

³ Associate Professor, Faculty of Agricultural Technology, Rambhai Barni Rajabhat University

ความเป็นไปได้ของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น .85 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า มีค่าความเชื่อมั่น .87 และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า มีค่าความเชื่อมั่น .85 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test, paired *t*-test, independent *t*-test และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 75 และผู้สูงอายุต้องการแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้า 2) ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่าโปรแกรมมีความเป็นไปได้ในระดับมาก ($M = 48.81, SD = 4.31$) 3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.549, p < .001$ และ $t = 27.246, p < .001$ ตามลำดับ) และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.621, p < .001$) และ 4) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.878, p < .001$) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.610, p < .001$) แต่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนควรนำโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้สูงอายุ

Abstract

This research and development aimed to develop a perceived self-efficacy enhancement program for depression prevention of the elders and examine the effectiveness of a program. The research was carried out in 3 phases, including 1) situation analysis and identifying needs of the elders; 2) developing a program and testing the feasibility of the program with 14 elders; and 3) improving the program and evaluating the program with the elders, who were equally divided into an experimental group ($n = 30$) and a control group ($n = 30$). The research instruments included a perceived self-efficacy enhancement program for depression prevention of the elders, a nine-question depression screening form (9Q), a semi-structured interview form, a program feasibility questionnaire with a reliability of .85, a demographic questionnaire, a test of knowledge regarding self-care for depression prevention with a reliability of .87, and a questionnaire of perceived

self-efficacy for depression prevention with a reliability of .85. The implementation and data collection were conducted from October 2020 to February 2021. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Fisher's exact test, paired *t*-test, independent *t*-test, and content analysis.

The research results revealed that 1) 75% of the elders presented mild depression, and the elders needed a depression prevention approach; 2) the elders indicated that the level of feasibility of the program was high ($M = 48.81, SD = 4.31$); 3) after the experiment, the experimental group had a statistically significantly higher mean scores of knowledge regarding self-care for depression prevention and perceived self-efficacy for depression prevention than before the experiment ($t = 5.549, p < .001$ and $t = 27.246, p < .001$, respectively), they also had a statistically significantly lower mean score of depression than before the experiment ($t = 14.621, p < .001$); and 4) after the experiment, the experimental group had a statistically significantly higher mean score of perceived self-efficacy for depression prevention than the control group ($t = 19.878, p < .001$), they also had a statistically significantly lower mean score of depression than the control group ($t = 16.610, p < .001$). However, the elders showed no difference in mean score of knowledge regarding self-care for depression prevention between two groups.

This research suggests that healthcare providers working on elderly mental health in the community should implement this perceived self-efficacy enhancement program for depression prevention of the elders to care for the elders. This will help reduce depression among these elders.

Keywords: Depression, Perceived self-efficacy, Elders

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรสูงอายุมีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2565 ทั่วโลกมีประชากรสูงอายุมากถึง 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) สอดคล้องกับที่องค์การอนามัยโลกประมาณการไว้ว่า ภายในปี พ.ศ. 2573 ประชากรโลก 1 ใน 6 จะมีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก 1 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 เป็น 1.4 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 (World Health Organization, 2023) สำหรับประเทศไทยพบว่า ประชากรอายุ 60 ปี

ขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปี และประชากรอายุ 80 ปี เพิ่มขึ้น เพิ่มขึ้นร้อยละ 6 ต่อปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) และในปี พ.ศ. 2567 มีประชากรสูงอายุมากถึงร้อยละ 20 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ม.ป.ป.) โดยจำนวนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามไปด้วย (สิวพร ชุ่มเย็น และศิริไลซ์ วรรณวีจิตร, 2566)

ปัจจุบันพบผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังมากขึ้น มีการพึ่งพิงสูงขึ้น แต่การเกื้อหนุนลดลง ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อความวิตกกังวล ขาดสัมพันธภาพ มีปัญหา

สุขภาพจิต จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 80 มีโรคซึมเศร้าเป็นภาวะอันดับ 5 ในปี ค.ศ. 1990 และอันดับ 2 ในปี ค.ศ. 2020 แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต ที่ทำการประเมินผู้สูงอายุ 11,886 คน ด้วยแบบประเมิน 9Q พบว่ามีภาวะโรคซึมเศร้า 1,693 คน (กรมกิจการ ผู้สูงอายุ, 2566) ซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องกับการที่ผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ต้องเผชิญกับการพลัดพราก การสูญเสียความภาคภูมิใจ ในตนเอง การเปลี่ยนแปลงจะทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ผิดหวังต่อตนเอง รู้สึกไร้ค่า ส่งผลให้เกิด ภาวะซึมเศร้าได้ เมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อ ทางลบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ซึ่งผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่ร้ายแรง คือการฆ่าตัวตาย (มะลิสสา งามศรี และหงษ์ บรรเทิงสุข, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การเจ็บป่วยทางร่างกาย 2) ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น ความผิดปกติของสารสื่อประสาท และ 3) ปัจจัยด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม ความคิดทางลบ การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด (จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, 2564; ธนัชพร ปักษาพันธ์ และ สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง, 2567) ผู้ที่เห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงที่ อาจทำให้เกิดการฆ่าตัวตายได้ การป้องกันภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญและจำเป็น การที่ผู้สูงอายุ จะไม่เกิดภาวะซึมเศร้านั้น ต้องสร้างความมีคุณค่าใน ตนเอง มีชีวิตที่คิดบวก มีความภูมิใจในสิ่งที่ทำ พึ่งพา ตนเองได้ (สุพรรณษา แสงพระจันทร์, จิมห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาต, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และเวทิส ประทุมศรี, 2559) ปัจจุบันมีแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่หลากหลาย ดังการศึกษาของธนัชพร ปักษาพันธ์ และสุคนธ์ทิพย์ บัวแดง (2567) ที่พบว่า

รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดย กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย การดูแล ตัวเองด้านสุขภาพที่จำเป็น การเสริมสร้างความสัมพันธ์ ที่ดีในครอบครัว การจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ การมีนโยบายเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ การมี ส่วนร่วมทางสังคมและชุมชน และการเข้าถึงดิจิทัล และความสามารถในการใช้เทคโนโลยี นอกจากนี้ยังมี โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่ม ซึ่งมีกิจกรรมสร้างความคิดทางบวก เพิ่มความมีคุณค่า ในตนเอง และการฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง (บุศรา สุขสวัสดิ์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และชนัดดา แนบเกษร, 2560) ทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลง ทั้งนี้ การรับรู้ ความสามารถของตนเอง เป็นความเชื่อของบุคคลว่า ตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมบางอย่าง ให้สามารถบรรลุความสำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ (Bandura, 1986) หากบุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง ในการดูแลสุขภาพ มีการตั้งเป้าหมายและกำกับตนเอง จะมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการเสริมสร้าง การรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถสร้างและ พัฒนาได้โดยการมีประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง การใช้ตัวแบบ การใช้โปรแกรมการให้ความรู้ ดังการศึกษา ของภาสิต ศิริเทศ และณพวิทย์ ธรรมสีหา (2562) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ ความสามารถของตนเองในระดับสูง จะมีการแสดง พฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า

จังหวัดจันทบุรีมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยมี ผู้สูงอายุร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 (สำนักงานสถิติ จังหวัดจันทบุรี, 2563) มีอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายของ ผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 8 ของประเทศ (กรมสุขภาพจิต, 2562) โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) จำนวน 64,433 คน พบว่ามีภาวะซึมเศร้า 782 คน (กระทรวง

สาธารณสุข, 2568) ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จึงสนใจพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดจันทบุรี โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997) ซึ่งการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดจาก 4 แหล่ง ได้แก่ ประสบการณ์ตรงที่ประสบความสำเร็จ การสังเกตตัวแบบทั้งตัวแบบที่เป็นบุคคลและตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ การพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้า และความต้องการการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรม โดยมีกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การป้องกันภาวะซึมเศร้า การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการวางแผน การเสริมแรง การให้กำลังใจ และระยะที่ 3 ปรับปรุงโปรแกรม และนำโปรแกรมไปใช้จริงกับผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี โดยมุ่งหวังว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมจะมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และมีภาวะซึมเศร้าลดลง อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

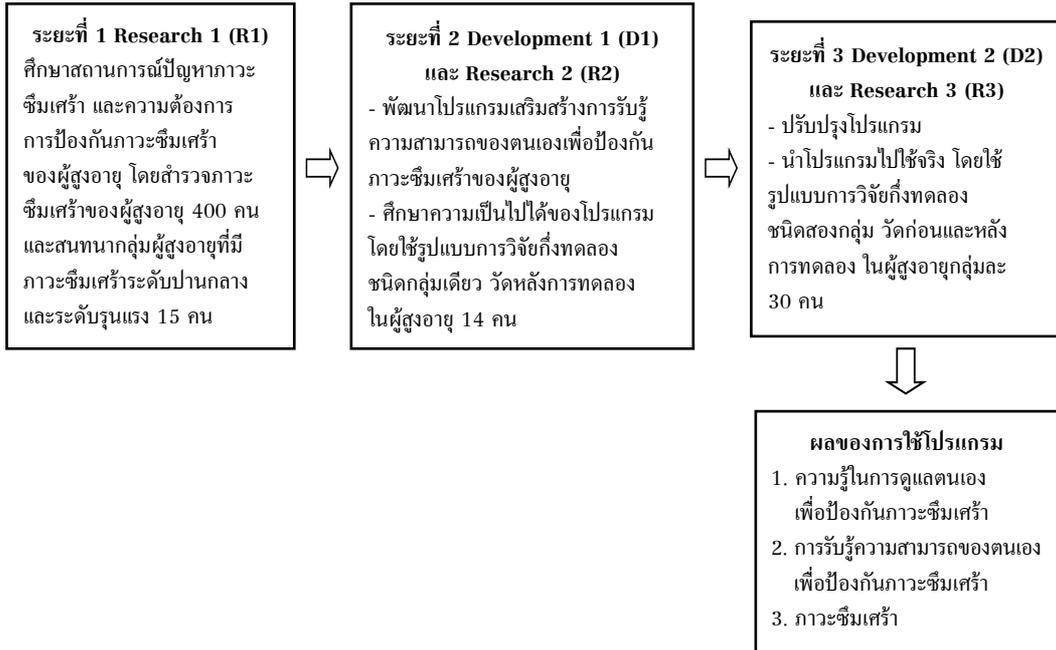
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้าและความต้องการการป้องกันภาวะซึมเศร้า และพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง

เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997) ในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้า และความต้องการการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรม และระยะที่ 3 ปรับปรุงโปรแกรม และนำโปรแกรมไปใช้จริง โดยโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การให้ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ส่วนที่ 2 การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติการดูแลตนเอง ฝึกการจัดการความเครียด ฝึกการคิดทางบวก การใช้ตัวแบบ การเลียนแบบ การทำกิจกรรม และการเสริมแรง และส่วนที่ 3 การเพิ่มคุณค่าในตนเอง การชื่นชม และการให้กำลังใจ โดยมุ่งหวังว่า ผู้สูงอายุจะมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และมีภาวะซึมเศร้าลดลง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development [R & D]) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้าและความต้องการการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรม และระยะที่ 3 ปรับปรุงโปรแกรม และนำโปรแกรมไปใช้จริง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 31,494 คน (สำนักงานสถิติจังหวัดจันทบุรี, 2563) โดยกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระยะมีดังนี้

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยบุคลิกภาพในพื้นที่ประเมิน

เบื้องต้นด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) 2) อายุ 60 ปีขึ้นไป 3) มีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัดจันทบุรี 4) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (Mini-Mental State Examination [MMSE]) และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การสำรวจภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้า กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970 อ้างถึงในรัตนศิริ ทาโต, 2561) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 379 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบประเมินไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน ประกอบด้วยอำเภอเมืองจันทบุรี จำนวน 106 คน อำเภอแหลมสิงห์ จำนวน 104 คน อำเภอท่าใหม่ จำนวน 106 คน และอำเภอมะขาม จำนวน 84 คน

และส่วนที่ 2 การสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาความต้องการ การป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 11 คน และระดับรุนแรง จำนวน 4 คน รวมจำนวน 15 คน

ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในจังหวัด จันทบุรี (ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1) จำนวน 14 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเช่นเดียวกับในระยะที่ 1 ประกอบด้วยอำเภอเมืองจันทบุรี จำนวน 5 คน อำเภอนายายอาม จำนวน 3 คน อำเภอแหลมสิงห์ จำนวน 3 คน และอำเภอแก่งหางแมว จำนวน 3 คน

ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในจังหวัด จันทบุรี โดยเลือกอำเภอที่มีผู้สูงอายุระดับพึ่งพิงสูงสุด 4 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอเมืองจันทบุรี อำเภอนายายอาม อำเภอแหลมสิงห์ และอำเภอแก่งหางแมว (ไม่ใช่กลุ่ม ตัวอย่างในระยะที่ 1 และระยะที่ 2) โดยมีเกณฑ์การ คัดเลือกเช่นเดียวกับในระยะที่ 1 ส่วนเกณฑ์การยุติ การเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามแผน การวิจัย และขอถอนตัวจากการวิจัย คำนวณขนาด ตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ด้วยโปรแกรม power analysis of sample size โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการ ทดสอบเท่ากับ .90 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน (Burns & Grove, 2009 อ้างถึงในรัตนศิริ ทาโต, 2561) แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รวมจำนวน 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างอำเภอละ 15 คน ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก แล้วจัดกลุ่ม ตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่ม แบบง่ายโดยการจับฉลาก ทั้งนี้ แต่ละกลุ่มดำเนินกิจกรรม คณะพื้นที่ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลระหว่างกลุ่ม

เครื่องมือการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต (2553) ใช้สำหรับการสำรวจภาวะ

ซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาภาวะ ซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตร ประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่มีเลย เป็นบางวัน เป็นเกือบทุกวัน และเป็นทุกวัน คะแนนรวม อยู่ในช่วง 0-27 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือ มีระดับน้อยมาก (น้อยกว่า 7 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้า ระดับน้อย (7-12 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าระดับ ปานกลาง (13-18 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้าระดับ รุนแรง (มากกว่า 18 คะแนน)

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยสร้าง ขึ้น ใช้สำหรับการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาความต้องการ การป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แนวคำถามเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้า ที่ต้องการ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันภาวะ ซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ความต้องการการส่งเสริมการรับรู้ ของตนเองในการทำกิจกรรมที่ลดภาวะซึมเศร้า และ ความต้องการความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ รวมจำนวน 4 ข้อ มีลักษณะ คำถามเป็นแบบปลายเปิด

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความ สามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของ ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997) ซึ่งการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดจาก 4 แห่ง ได้แก่ ประสบการณ์ตรงที่ประสบความสำเร็จ การสังเกตตัวแบบทั้งตัวแบบที่เป็นบุคคลและตัวแบบ ที่เป็นสัญลักษณ์ การพูดชักจูง และการกระตุ้นทาง อารมณ์ ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า การฝึกจิต การคิดบวก การฝึกหายใจคลายเครียด ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ส่วนที่ 2 การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อ ป้องกันภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยกิจกรรมการสร้าง แรงจูงใจโดยผู้สูงอายุต้นแบบ การให้ความรู้ในการดูแล

ตนเอง การฝึกคิดทางบวก การชมวิดิทัศน์เพื่อเพิ่มกำลังใจ การแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับสิ่งที่ประสบความสำเร็จในชีวิตและความภาคภูมิใจ การระดมสมองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และการทำกิจกรรมฝึกทำลูกประคบ น้ำยาล้างจาน และพวงมาลัย การชื่นชมผลงาน ใช้เวลา 14 ชั่วโมง และส่วนที่ 3 การวางเป้าหมายในชีวิต กิจกรรมการแลกเปลี่ยนความคิดเพื่อเพิ่มคุณค่าตนเอง การเสริมแรง การชื่นชม การให้กำลังใจ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง รวมเวลา 20 ชั่วโมง

2. แบบสอบถามความเป็นไปได้ของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อยปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความเป็นไปได้ของโปรแกรมในระดับน้อย (12-20 คะแนน) ในระดับปานกลาง (21-40 คะแนน) และในระดับมาก (41-60 คะแนน)

ระยะที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 และปรับปรุงในระยะที่ 3 มีส่วนประกอบส่วนใหญ่เช่นเดียวกับในระยะที่ 2 แต่กิจกรรมในส่วนที่ 2 ไม่มีการฝึกทำน้ำยาล้างจาน และพวงมาลัย รวมเวลา 18 ชั่วโมง

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

3. แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุม

เนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพและภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในการดูแลตนเองในระดับน้อย (น้อยกว่า 4 คะแนน) ในระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) และในระดับมาก (7-10 คะแนน)

4. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่มั่นใจอย่างยิ่ง ไม่มั่นใจ มั่นใจปานกลาง มั่นใจมาก และมั่นใจมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ (12.00-20.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (20.01- 40.00 คะแนน) และในระดับสูง (40.01-60.00 คะแนน)

5. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ดังรายละเอียดในระยะที่ 1

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ แบบสอบถามความเป็นไปได้ของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสม ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์ด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช อาจารย์ด้านการวัดและประเมินผล และพยาบาลจิตเวช ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .85, .88, .85, .88 และ .87 ตามลำดับ

ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถาม
ความเป็นไปได้ฯ แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองฯ
และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถฯ ไปทดลองใช้
กับผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึง
กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 คน หาค่าความเชื่อมั่น
ของแบบสอบถามความเป็นไปได้ฯ และแบบสอบถาม
การรับรู้ความสามารถฯ ด้วยวิธีการของครอนบาช
ได้ค่าเท่ากับ .85 ทั้ง 2 ชุด และหาค่าความเชื่อมั่นของ
แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองฯ ด้วยวิธีการของ
คูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก
โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย
ราชภัฏรำไพพรรณี (เอกสารรับรอง เลขที่ RBRU-Hu20/
2563 วันที่ 8 ตุลาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย
และเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์
การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัย
และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจาก
การวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษา
เป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น
โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคมถึง
เดือนธันวาคม 2563 ผู้วิจัย 3 คน และผู้ช่วยผู้วิจัย
5 คน (ผู้ช่วยผู้วิจัยทุกคนได้รับการอบรมวิธีการเก็บ
รวบรวมข้อมูล และมีการทดสอบความเชื่อมั่นในการ
เก็บรวบรวมข้อมูล) แบ่งกันไปพบกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่
4 อำเภอ รวมจำนวน 400 คน ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ
กลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ผู้วิจัย
อ่านแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แล้วให้
กลุ่มตัวอย่างตอบ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการสนทนา
กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและ
ระดับรุนแรง รวมจำนวน 15 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์
กึ่งโครงสร้าง ณ อำเภอเมืองจันทบุรี

ระยะที่ 2 ดำเนินการในเดือนมกราคม 2564
ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถ
ของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม
แล้วนำโปรแกรมฯ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสม
(ดังรายละเอียดในส่วนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ)
จากนั้นศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ โดยผู้วิจัย
พบผู้สูงอายุ จำนวน 14 คน ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ
กลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จัดให้
ได้รับโปรแกรมฯ ณ เทศบาลเมืองจันทบุรี เป็นเวลา 3 วัน
ติดต่อกัน โดยวันที่ 1 ให้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนที่ 1
ทั้งหมด ใช้เวลา 3 ชั่วโมง และกิจกรรมส่วนที่ 2 บางส่วน
ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจโดยผู้สูงอายุต้นแบบ การให้
ความรู้ในการดูแลตนเอง และการฝึกคิดทางบวก
ใช้เวลา 3 ชั่วโมง สำหรับวันที่ 2 ให้เข้าร่วมกิจกรรม
ส่วนที่ 2 บางส่วน ได้แก่ การชมวิดิทัศน์เพื่อเพิ่ม
กำลังใจ การแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับสิ่งที่ประสบความสำเร็จ
ในชีวิตและความภาคภูมิใจ และการระดมสมองเพื่อ
ป้องกันภาวะซึมเศร้า ใช้เวลา 6 ชั่วโมง และวันที่ 3
ให้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนที่ 2 ที่เหลือ ได้แก่ การทำ
กิจกรรมฝึกทำลูกประคบ น้ำยาล้างจาน และพวงมาลัย
และการชื่นชมผลงาน ใช้เวลา 5 ชั่วโมง และกิจกรรม
ส่วนที่ 3 ทั้งหมด ใช้เวลา 3 ชั่วโมง รวมเวลา 20 ชั่วโมง
หลังการได้รับโปรแกรมฯ ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถาม
ความเป็นไปได้ของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความ
สามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของ
ผู้สูงอายุ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยใช้เวลาคนละ
ประมาณ 20 นาที จากนั้นสอบถามถึงสิ่งที่ต้องการ
ให้ปรับปรุงทั้งเรื่องกิจกรรมและเวลา เพื่อนำข้อมูลไปใช้
ในการปรับปรุงโปรแกรมฯ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ระยะที่ 3 ดำเนินการในเดือนกุมภาพันธ์ 2564
ผู้วิจัยปรับปรุงโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถ
ของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
ให้เหมาะสม และนำโปรแกรมไปใช้จริง ตามขั้นตอน

ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจง การพิทักษ์สิทธิ ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยอ่านแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาคงประมาณ 25 นาที

3.2 ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน โดยวันที่ 1 ให้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนที่ 1 ทั้งหมด ใช้เวลา 3 ชั่วโมง และกิจกรรมส่วนที่ 2 บางส่วน ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจโดยผู้สูงอายุต้นแบบ การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง และการฝึกคิดทางบวก ใช้เวลา 3 ชั่วโมง สำหรับวันที่ 2 ให้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนที่ 2 บางส่วน ได้แก่ การชมวิดิทัศน์เพื่อเพิ่มกำลังใจ การแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับสิ่งที่ประสบความสำเร็จในชีวิตและความภาคภูมิใจ และการระดมสมองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ใช้เวลา 6 ชั่วโมง และวันที่ 3 ให้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนที่ 2 ที่เหลือ ได้แก่ การทำกิจกรรมฝึกทำลูกประคบ และการชื่นชมผลงาน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง และกิจกรรมส่วนที่ 3 ทั้งหมด ใช้เวลา 3 ชั่วโมง รวมเวลา 18 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมให้ดำเนินชีวิตตามปกติ

3.3 ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อ่านแบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาคงประมาณ 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ ข้อมูลความต้องการ

การป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลความเป็นไปได้ของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's exact test และ independent *t*-test ตามลักษณะข้อมูล การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้า และความ ต้องการการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ ($n = 400$) ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย จำนวน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 24 และระดับรุนแรง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1 ตามลำดับ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงเป็นเพศหญิง มีรายได้ไม่เพียงพอ มีโรคประจำตัว อยู่คนเดียว และไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม จากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความต้องการการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ($n = 15$) พบว่า ผู้สูงอายุต้องการแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ทั้งเรื่องความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การดูแลสุขภาพกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพจิต วิธีการ

ฝึกความคิดทางบวก การมีกิจกรรมทางสังคมเพิ่มขึ้น การมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น การทำกิจกรรมคลายเครียด ลดการคิดฟุ้งซ่าน การฝึกสติ การแก้ปัญหาอันไม่หลีกเลี่ยง และการส่งเสริมให้มีรายได้เพิ่มขึ้น โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงต้องการมีรายได้ และต้องการให้มีกิจกรรมที่ทำอะไรได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ โดยเสนอว่าต้องการทำลูกประคบ เนื่องจากมีปัญหาปวดเข่ามาก ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางต้องการฝึกทำน้ายาล้างจาน และพวงมาลัยไหว้พระ

2. โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้าและความต้องการการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในระยะที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ คือ การคิดทางบวก การเสริมสร้างการรับรู้เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การมีสติ การมีกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และกิจกรรมที่สร้างรายได้ โดยโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การป้องกันภาวะซึมเศร้า การสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง การวางแผนเป้าหมายในชีวิต การเสริมแรง การให้กำลังใจ การทำกิจกรรมเพื่อเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง การฝึกสติ สมาธิ โดยทำลูกประคบ น้ายาล้างจาน และพวงมาลัย รวมจำนวน 20 ชั่วโมง

3. ความเป็นไปได้ของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ ($n = 14$) มีความคิดเห็นว่าการโปรแกรมมีความเป็นไปได้ในระดับมาก ($M = 48.81$, $SD = 4.31$) จากนั้นผู้วิจัยมีการปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ เพิ่มกิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องการ คือ กิจกรรมที่สามารถเพิ่มรายได้ และปรับลดกิจกรรมที่ผู้สูงอายุไม่สนใจ คือ การทำน้ายาล้างจานและพวงมาลัย

โดยผู้สูงอายุบอกว่าการทำน้ายาล้างจานสามารถทำเองที่บ้านได้ ไม่ต้องการทำกิจกรรม และการฝึกทำพวงมาลัย สายตาไม่ดี ขอไม่ทำกิจกรรมนี้ และขอให้กระชับเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้วิจัยจึงปรับกิจกรรมจาก 20 ชั่วโมง เป็น 18 ชั่วโมง

4. ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.33 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 61-81 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 72.47 ปี ($SD = 4.74$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 86.67 มีสถานภาพสมรสฝ่าย คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.33 แหล่งที่มาของรายได้ คือ จากบุตร/หลาน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 92.86 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 93.33 ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 60 ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 86.67 ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 86.67 และไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 86.67 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.33 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 61-81 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 72.40 ปี ($SD = 4.71$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 78.57 มีสถานภาพสมรสฝ่าย คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท และ 5,001-10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.86 เท่ากัน แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ คือ จากบุตร/หลาน คิดเป็นร้อยละ 66.67 ทั้งหมดมีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 100 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 100 ไม่ได้ออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 60 ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 86.67 ไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 93.33 และไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 86.67 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

4.1 การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.549, p < .001$ และ $t = 27.246, p < .001$ ตามลำดับ) และมีคะแนนเฉลี่ย

ภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 14.621, p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.670, p < .01$) และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.350, p < .01$) แต่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
กลุ่มทดลอง (<i>n</i> = 30)						
ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า	2.81	2.04	5.13	1.04	5.549	< .001
การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า	17.88	7.56	50.28	7.15	27.246	< .001
ภาวะซึมเศร้า	9.27	1.41	3.27	1.41	14.621	< .001
กลุ่มควบคุม (<i>n</i> = 30)						
ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า	2.80	2.25	4.87	2.25	5.670	.005
การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า	17.76	7.51	17.52	5.51	.526	.603
ภาวะซึมเศร้า	9.26	1.40	8.07	.72	4.350	.005

4.2 การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า

ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.878, p < .001$) มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.610, p < .001$) แต่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า	2.81	2.04	2.80	2.25	.891	.376
การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า	17.88	7.56	17.76	7.51	.860	.393
ภาวะซึมเศร้า	9.27	1.41	9.26	1.40	.362	.718
หลังการทดลอง						
ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า	5.13	1.04	4.87	2.25	.575	.568
การรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า	50.28	7.15	17.52	5.51	19.878	< .001
ภาวะซึมเศร้า	3.27	1.41	8.07	.72	16.610	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 75 ระดับปานกลาง ร้อยละ 24 และระดับรุนแรง ร้อยละ 1 โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงเป็นเพศหญิง มีรายได้ไม่เพียงพอ มีโรค

ประจำตัว อยู่คนเดียว และไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุเกิดปัญหาด้านร่างกาย จะทำให้มีความไม่สุขสบาย ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ ประกอบกับบทบาททางสังคมลดลง และอยู่ในภาวะพึ่งพา ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เจริญกิตติ, 2557) ส่วนความต้องการการป้องกันภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุ

ต้องการแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้า ซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือ การมีความคิดทางบวก การมีเป้าหมายในชีวิต โดยการฝึกสติจะทำให้สามารถปล่อยวางความคิดทางลบได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การฝึกสติทำให้บุคคลเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต เข้าใจเหตุแห่งทุกข์ เข้าใจปัญหาของตน ปล่อยวางความรู้สึกทางลบ รู้เท่าทันความคิดของตน ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งมีส่วนในการช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ (มาริสสา อุทยาพงษ์, 2560)

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ซึ่งมีกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ประกอบกับผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 72.47 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยสูงอายุตอนกลาง ยังมีความสามารถในการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าจากแหล่งต่างๆ เช่น กลุ่มในชุมชน โดยการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังสามารถค้นหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าจากสื่อต่างๆ รวมทั้งสื่อออนไลน์ในโทรศัพท์มือถือ จึงช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ควรใช้สื่อที่เข้ากับพฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์ของผู้สูงอายุ เช่น สดักเกอร์ สื่อภาพนิ่ง คลิปวิดีโอสั้นๆ (เสริมศักดิ์ ขุนพล, 2565)

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อ

ป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ มีการส่งเสริมให้บุคคลประสบความสำเร็จจากการลงมือทำด้วยตนเอง ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง การใช้ตัวแบบในการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยมีการเชิญผู้สูงอายุต้นแบบที่มีสุขภาพดี ภาพลักษณ์สวยงาม มีการดูแลสุขภาพดี อายุ 65 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เมื่อผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้เห็นต้นแบบ ได้ฟังประสบการณ์จากต้นแบบที่มีการโน้มน้าวชักจูงด้วยคำพูด ทำให้ผู้สูงอายุมีความคิดต้องการเลียนแบบ เกิดการคล้อยตาม เห็นด้วยที่จะเปลี่ยนความคิดจากการคิดทางลบเป็นการคิดทางบวก ตลอดจนการได้รับกำลังใจจากผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง อารมณ์ดี จึงทำให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีแรงจูงใจ มีกำลังใจ นอกจากนี้ยังได้ระบายความรู้สึกว่าเหนื่อย ความกังวลเรื่องโรคประจำตัว และมีการให้กำลังใจซึ่งกันและกันในกลุ่ม ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า ในส่วนการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การทำลูกประคบ ทำให้มีการช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม มีการแบ่งปันสมุนไพรในการทำลูกประคบ และเมื่อทำสำเร็จ ผู้สูงอายุก็รู้สึกภาคภูมิใจว่าเป็นฝีมือของตนเอง เป็นครั้งแรกในชีวิตที่ได้ทำลูกประคบเอง ได้รับคำชมจากผู้สูงอายุในกลุ่ม จึงทำให้เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, บุญเลี้ยง ทูมทอง, และอภิญญา อิงอาจ (2566) ที่รายงานว่า บุคคลเมื่อได้ทำกิจกรรมด้วยตนเองแล้วประสบความสำเร็จและได้รับการชื่นชมจากกลุ่มคนหรือบุคคลอื่น จะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการรับรู้ที่พิจารณาสิ่งต่างๆ บิดเบือนไปจากความเป็นจริง หรือมุ่งพิจารณาไปในทางลบทั้งต่อตนเอง สถานการณ์แวดล้อม และ

อนาคต แทนที่จะพิจารณาไปในทางที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง โดยผู้สูงอายุจะคิดว่าตนเองหมดหนทางและตนเองไม่มีประโยชน์อีกแล้ว ดีความเหตุการณ์ต่างๆ ไปในทางไม่ดี และคิดว่าอนาคตไม่มีความหวังดีความและตอบสนองในทางลบต่อเหตุการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า (Beck, 1967) โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ซึ่งมีกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า มีการคิดทางบวก ได้รับการเสริมแรง ได้รับกำลังใจ ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน โดยเฉพาะกิจกรรมทำลูกประคบ ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่าของตัวเองยังมีความสามารถ รู้สึกภูมิใจในตนเอง ช่วยเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ซึ่งผู้ที่เห็นคุณค่าในตัวเองสูงจะไม่มีภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธนัชพร ปักษาพันธ์ และสุคนธ์ทิพย์ บัวแดง (2567) ที่พบว่า หลังได้รับรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลงกว่าก่อนได้รับรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้านี้ คือ การจัดตั้งกลุ่มผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมทางสังคมและชุมชน อันเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ซึ่งจะทำให้ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (อภิญา วงศ์ใหม่, 2560)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของ

ผู้สูงอายุ ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นกิจกรรมการคิดทางบวก การสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี ที่มอบทุนวิจัย งบประมาณแผ่นดิน พ.ศ. 2563 และขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ ที่สนับสนุนงบประมาณในการตีพิมพ์เผยแพร่

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์.
- กรมสุขภาพจิต. (2553). *แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ*. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท. สืบค้นจาก <https://www.thaidepression.com/www/news54/CPG-MDD-GP.pdf>
- กรมสุขภาพจิต. (2562). *สถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28149>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *สถิติการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Basic/Community Screen STEP1)*. สืบค้นจาก <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151>

- จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน. ใน *รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติมหาวิทยาลัยราชภัฏกลุ่มศรีอยุธยา ครั้งที่ 11 “งานวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาชุมชนเชิงพื้นที่”* (น. 319–329). ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์.
- จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, บุญเลี้ยง ทุมทอง, และอภิญา อิงอาจ. (2566). การพัฒนาโปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 34(2), 252–265.
- รัชพร ปักษาพันธ์, และสุคนธ์ทิพย์ บัวแดง. (2567). การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*, 3(2), 24–38.
- นริสา วงศ์พนารักษ์, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 24–31.
- บุศรา สุขสวัสดิ์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และชนัดดา แนบเกษร. (2560). ผลของโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อความหวังและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(1), 95–107.
- ภาสิต ศิริเทศ, และณพวิทย์ ธรรมสีทา. (2562). ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(2), 58–65.
- มะลิสา งามศรี, และหงษ์ บรรเทิงสุข. (2566). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการผูกเสี่ยวให้คำปรึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 31(3), 89–102.
- มาริสตา อูทยาพงษ์. (2560). การประยุกต์ใช้การเจริญสติเพื่อป้องกันผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์*, 13(พิเศษ 2), 109–122.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง)* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิวพร ชุ่มเย็น, และศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตต์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 34(1), 158–171.
- สำนักงานสถิติจังหวัดจันทบุรี. (2563). *รายงานประจำปี: สถิติผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <https://chanthaburi.nso.go.th>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สุพรรณษา แสงพระจันทร์, จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และเวทิส ประทุมศรี. (2559). การรับรู้ความหมายควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 76–88.

- เสริมศักดิ์ ชุนพล. (2565). การออกแบบและพัฒนาสื่อ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง. *วารสาร เทคโนโลยีสื่อสารมวลชน มทร.พระนคร*, 7(1), 21-32.
- อภิญญา วงศ์ใหม่. (2560). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า และแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลแม่วาง อำเภอแม่วาง จังหวัด เชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- World Health Organization. (2023). *Depression*. Retrieved from <https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab1>
-