

ผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในตำบลสันมหาพน อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่

Effects of Developing Depression Prevention Model for Older Adults in San Mahaphon Subdistrict, Mae Taeng District, Chiang Mai Province

แสงเดือน โปธา (sangduean potha)*

Received: May 07, 2026 | Revised: May 27, 2026 | Accepted: June 05, 2026

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สุขภาพกาย สุขภาพจิต และเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย WHO รายงานว่ามีผู้ป่วยกว่า 280 ล้านคนทั่วโลก ขณะที่ประเทศไทยพบแนวโน้มปัญหาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในอำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ พบผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 9.40 จึงมีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบฯ

วิธีการศึกษา: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในตำบลสันมหาพน อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบ่งเป็นสองกลุ่ม กลุ่มละ 38 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์และติดตามผลเป็นเวลา 3 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น ได้ค่าเท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษา: ภายหลังเข้าร่วมรูปแบบกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($p < 0.001$) และมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทั้งภายในกลุ่มและเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

สรุปผล: รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุสามารถลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ส่งเสริมสุขภาพทางจิต และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งสามารถประยุกต์ใช้เป็นต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพจิตระดับชุมชนได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : การป้องกันภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, สุขภาพจิตชุมชน, การส่งเสริมสุขภาพจิต

Abstract

Introduction: Depression is a common mental health problem among older adults, affecting quality of life, physical and mental health, and increasing the risk of suicide. The World Health Organization reported that more than 280 million people worldwide suffer from depression. In Thailand, the prevalence of depression has continuously increased, particularly in Mae Taeng District, Chiang Mai Province, where 9.95% of older adults were found to be at risk

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ อีเมล: sangduean14potha@gmail.com

* Registered Nurse Practitioner, Maetaeng Hospital, Chiang Mai Province, Email: sangduean14potha@gmail.com

of depression. Therefore, developing an effective depression prevention model is urgently needed.

Methodology: This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a depression prevention model for older adults in San Mahaphon Subdistrict, Mae Taeng District, Chiang Mai Province. A pretest–posttest design with a control group was employed. Participants were selected using simple random sampling and assigned to either an experimental group ($n = 38$) or a control group ($n = 38$). The experimental group received the depression prevention model, whereas the control group received standard care provided by the hospital. The intervention was implemented over a period of five weeks, with follow-up assessments conducted three months after completion. Data were collected using questionnaires assessing knowledge and depression among older adults. The instruments were validated for content validity and demonstrated acceptable reliability (Cronbach’s $\alpha = 0.78$). Data were analyzed using paired t-test and independent t-test.

Results: After participating in the program, the experimental group showed a statistically significant reduction in depression scores compared with their pre-intervention scores ($p < .001$). In addition, knowledge regarding depression prevention significantly increased at the .001 level. Significant improvements were observed both within the experimental group and in comparisons between the experimental and control groups.

Conclusion: the depression prevention model for older adults effectively reduced the risk of depression, promoted mental well-being, and improved quality of life among older adults. Furthermore, the model can be applied as a sustainable community-based mental health promotion approach.

Keywords: Depression prevention, Older adults, Community mental health, Mental health promotion

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2567 มีผู้สูงอายุประมาณ 13 ล้านคน หรือร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในปี พ.ศ. 2576¹ เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง และภาวะซึมเศร้า²

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตสำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุทั่วโลก โดยมีผู้ป่วยมากกว่า 280 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 4 ของประชากรโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง³ ในประเทศไทยพบผู้มีภาวะซึมเศร้ากว่า 2 ล้านคน และยังมีผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีความเปราะบางจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงปัจจัยด้านชีวภาพ จิตวิทยา และสังคม สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า⁴ อีกทั้งพบว่าความเครียดและปัจจัยด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵

พื้นที่อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ปีพ.ศ. 2568 ผู้สูงอายุจำนวน 14,564 คน พบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 1,370 คน (ร้อยละ 9.40) โดยตำบลสันมหาพนมีผู้สูงอายุจำนวน 1,399 คน คัดกรองเบื้องต้น

ด้วยแบบประเมิน 2Q ใช้เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในระดับชุมชน จำนวน 1,300 คน (ร้อยละ 92.95) จากการคัดกรอง พบผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจำนวน 1,117 คน (ร้อยละ 85.92) ร่วมกับปัญหาสุขภาพกาย เช่น สุขภาพช่องปากร้อยละ 33.24 การมองเห็นร้อยละ 31.70 และการเคลื่อนไหวร่างกายร้อยละ 18.25 ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยตรง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเครียดเรื้อรัง การขาดการสนับสนุนทางสังคม การสูญเสียคุณค่าในตนเอง และการขาดทักษะในการจัดการอารมณ์ โดยแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง การเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม และการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาสามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มุ่งเน้นเพียงกิจกรรมด้านใดด้านหนึ่ง เช่น การให้ความรู้ การออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมกลุ่ม ทำให้ยังไม่สามารถส่งผลต่อปัจจัยทางจิตสังคมได้อย่างครอบคลุม การศึกษาครั้งนี้จึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura⁶ ซึ่งเชื่อว่าบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับแนวคิดการจัดการความเครียดและการเผชิญปัญหา (Stress and Coping Theory) ที่มุ่งพัฒนาทักษะการรับมือกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ตลอดจนประยุกต์ใช้สมาธิบำบัดแบบ SKT เพื่อส่งเสริมการผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดทางร่างกายและจิตใจ และเสริมสร้างสมดุลทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ โดยนำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาเป็นรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่ประกอบด้วยกิจกรรมการจัดการความเครียด การเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม การส่งเสริมการคิดเชิงบวก และการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่การลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เสริมสร้างสุขภาวะทางจิต และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างยั่งยืน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในตำบลสันมหาพน อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการได้รับรูปแบบ รวมทั้งเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในตำบลสันมหาพน อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่

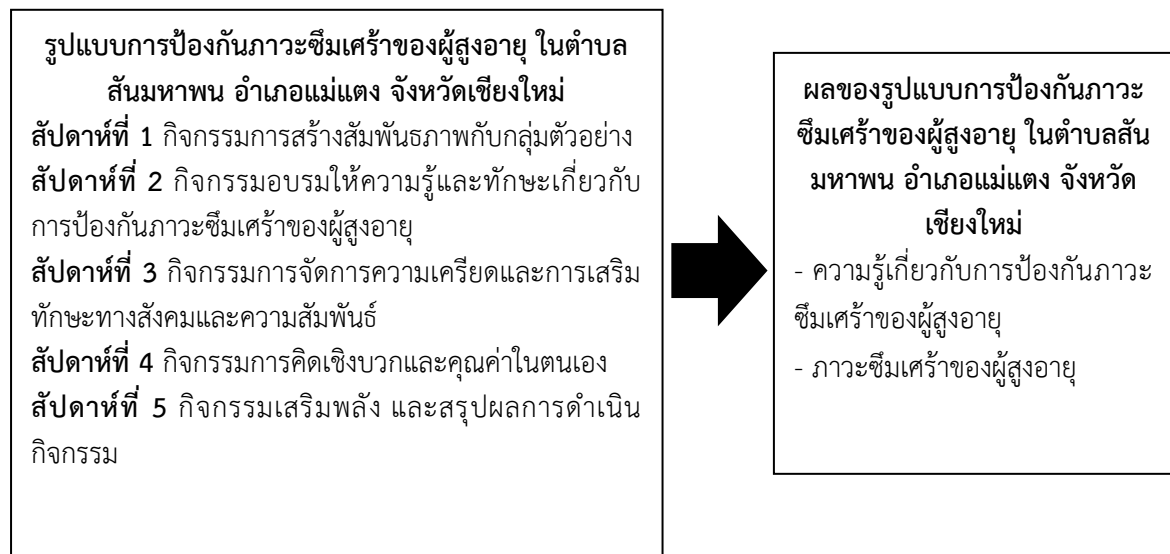
วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
- 2) เพื่อเปรียบเทียบความรู้และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura⁶ ซึ่งเชื่อว่าบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับแนวคิดการจัดการความเครียดและการเผชิญปัญหา (Stress and Coping Theory) ที่มุ่งพัฒนาทักษะการรับมือกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ตลอดจนประยุกต์ใช้สมาธิบำบัดแบบ SKT เพื่อส่งเสริมการผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดทางร่างกายและจิตใจ และเสริมสร้างสมดุลทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ โดยนำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาเป็นรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมมีการติดตามผลเดือนละ 2 ครั้ง โดยผู้วิจัย

และผู้ช่วยวิจัยและประเมินผลหลังได้รับรูปแบบครบ 3 เดือน (12 สัปดาห์) โดยมีกรอบแนวคิดในการดำเนินงานวิจัย รายละเอียดดังนี้



วิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังได้รับรูปแบบ (Two-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลสันมหาพน อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 14,564 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้
โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้

- 1) อาศัยอยู่ในตำบลสันมหาพนและตำบลอินทิล อย่างน้อย 6 เดือน
- 2) สามารถอ่าน เขียน สื่อสารด้วยภาษาไทยได้
- 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมให้ครบ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลสันมหาพน อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ผ่านการคัดกรองภาวะซึมเศร้าจากแบบคัดกรอง 2Q ผลเป็น Positive และคะแนนประเมิน 9Q ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน จำนวน 1,117 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007)⁷ ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two independent means (Two groups) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 5⁴ คำนวณได้ค่าขนาดอิทธิพล (Cohen's d) เท่ากับ 1.49 อย่างไรก็ตามเพื่อให้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างมีความรัดกุม ผู้วิจัยจึงกำหนดค่า Effect size เท่ากับ 0.70 ซึ่งถือเป็นขนาดอิทธิพลระดับค่อนข้างสูงตามเกณฑ์ของ Cohen (1988)⁸ ผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 34 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เป็นกลุ่มละ 38 รายต่อกลุ่ม จำนวนทั้งหมด 76 ราย การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบฉลากเข้ากลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมสลับกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้โรคประจำตัว ประวัติด้านสุขภาพ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q (2 ข้อ) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q (9 ข้อ) เป็นเครื่องมือคัดกรองเบื้องต้นที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยได้ทำการปรับข้อคำถามบางข้อเพื่อให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ให้เลือกเพียง 1 คำตอบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมเต็ม 15 คะแนน โดยการแปลผลคะแนนความรู้ พิจารณาตามเกณฑ์อ้างอิงตามหลักของบลูม โดยแบ่งคะแนนทั้งหมดเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับต่ำ	หมายถึง	มีคะแนน 1 - 5 คะแนน
ระดับปานกลาง	หมายถึง	มีคะแนน 6 - 10 คะแนน
ระดับสูง	หมายถึง	มีคะแนน 11 - 15 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา การพยาบาลผู้สูงอายุ และการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จากนั้นปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และประเมินดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งทุกข้อมีค่า IOC มากกว่า 0.7

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดำเนินการทดลองใช้ (try-out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้และทักษะด้วยวิธี Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่ามากกว่า 0.5 โดยได้ปรับปรุงข้อคำถามให้มีความชัดเจนขึ้น และร่วมกับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.78

2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ คือ รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในตำบลสันมหาพน อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ โดยผู้วิจัยได้จากการรวบรวมข้อมูล และการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำแนวคิดการสร้างความรู้และการตระหนักรู้ การจัดการความเครียด การเสริมทักษะทางสังคมและความสัมพันธ์ การคิดเชิงบวกและคุณค่าในตนเองรวมทั้งการเสริมพลัง มาออกแบบกิจกรรมใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์ หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมมีการติดตามผลเดือนละ 2 ครั้ง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยและประเมินผลหลังได้รับรูปแบบครบ 3 เดือน (12 สัปดาห์) และได้รับการเตรียมความพร้อมและใช้แนวทางดำเนินกิจกรรมเดียวกันทุกครั้ง เพื่อควบคุมความสม่ำเสมอของการดำเนินรูปแบบกิจกรรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยติดต่อประสานงาน ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดต่าง ๆ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลแม่แตง เทศบาลตำบลสันมหาพน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุและอาสาสมัครผู้ดูแลสูงอายุ (Care Giver) รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

3) จัดเตรียมสถานที่ในการดำเนินกิจกรรม ประสานงานเพื่อขอใช้สถานที่ในการดำเนินการ และนัดหมายการทำกิจกรรมดังกล่าว

4) จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็น ได้แก่ สมุด ดินสอ ปากกาลูกกลิ้ง ปากกาเคมี กระดาษบุรุษ เครื่องบันทึกเสียง และกล้องถ่ายรูป

หลังจากนั้นดำเนินการจัดรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ รายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย (กลุ่มทดลอง / กลุ่มควบคุม) โดยใช้แบบประเมิน 2Q, 9Q ของกรมสุขภาพจิต

2) ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนการวิจัยและรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อธิบายชุดแบบสอบถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และตอบแบบสอบถามความรู้และทักษะเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (Pre-test) ใช้เวลา 10-15 นาที

3) กิจกรรมฝึกเทคนิคการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียด (SKT เทคนิคที่ 1,6,7) ระยะเวลา 45-60 นาที/ครั้ง โดยดำเนินการภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้วิจัยได้แนะนำให้ผู้เข้าร่วมฝึกด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (โดยเริ่มฝึกครั้งที่ 1)

4) ประเมินทักษะ SKT หลังทำกิจกรรม (ประเมินโดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึก) โดยใช้แบบสังเกต (Checklist) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และประเมินระดับความเครียดก่อนและหลังการฝึก SKT ทันที โดยใช้ ST-5

5) จัดตั้งกลุ่มไลน์ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สอบถามและติดตามอาการต่าง ๆ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมอบรมให้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

1) กิจกรรมฝึกเทคนิคการหายใจเพื่อผ่อนคลาย(SKT เทคนิคที่ 1,6,7) ระยะเวลา 45-60 นาที/ครั้ง โดยดำเนินการภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ (ฝึกครั้งที่ 2)

2) ประเมินทักษะ SKT หลังทำกิจกรรม (ประเมินโดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึก) โดยใช้แบบสังเกต (Checklist) และประเมินระดับความเครียดก่อนและหลังการฝึก SKT ทันที โดยใช้ ST-5

3) ให้ความรู้เรื่องภาวะเครียด โรคซึมเศร้า อาการ สาเหตุ การรักษาและการป้องกัน

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการจัดการความเครียดและการเสริมทักษะทางสังคมและความสัมพันธ์

1) กิจกรรมฝึกเทคนิคการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียด (SKT เทคนิคที่ 1,6,7) ระยะเวลา 45-60 นาที/ครั้ง โดยดำเนินการภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ (ฝึกครั้งที่ 3)

2) ประเมินทักษะ SKT หลังทำกิจกรรม (ประเมินโดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึก) โดยใช้แบบสังเกต (Checklist) และประเมินระดับความเครียดก่อนและหลังการฝึก SKT ทันที โดยใช้ ST-5

3) กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ กระตุ้นให้มีการพูดคุย แลกเปลี่ยน ฝึกการสื่อสารเชิงบวก อธิบายการใช้เทคนิค Deep listening

4) กิจกรรมรู้ทันอารมณ์ตนเอง ร่วมสรุปกิจกรรมซักถามข้อประเด็น ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการชักนำให้เกิดการปฏิบัติทักษะในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการคิดเชิงบวกและคุณค่าในตนเอง

1) กิจกรรมฝึกเทคนิคการหายใจเพื่อผ่อนคลาย(SKT เทคนิคที่ 1,6,7) ระยะเวลา 45-60 นาที/ครั้ง โดยดำเนินการภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ (ฝึกครั้งที่ 4)

2) ประเมินทักษะ SKT หลังทำกิจกรรม (ประเมินโดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึก) โดยใช้แบบสังเกต (Checklist) และประเมินระดับความเครียดก่อนและหลังการฝึก SKT ทันที โดยใช้ ST-5

3) กิจกรรมฝึกคิดใหม่ ทำใหม่ ตั้งเป้าหมายชีวิตเล็ก ๆ

4) กิจกรรม 3 สิ่งดี ๆ ในชีวิต โดยให้กลุ่มตัวอย่างทบทวนและเขียน 3 สิ่งดี ๆ ในชีวิต การจับคู่ชื่นชมกัน ความดี 20 ข้อ การชมจากภายใน เพื่อฝึกและปรับความคิดลบ นำไปสู่ความภาคภูมิใจในชีวิต

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมเสริมพลัง และสรุปผลการดำเนินกิจกรรม

1) กิจกรรมฝึกเทคนิคการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียด (SKT เทคนิคที่ 1,6,7) ระยะเวลา 45-60 นาที/ครั้ง โดยดำเนินการภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ (ฝึกครั้งที่ 5)

2) ประเมินทักษะ SKT หลังทำกิจกรรม (ประเมินโดยผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการฝึก) โดยใช้แบบสังเกต (Checklist) และประเมินระดับความเครียดก่อนและหลังการฝึก SKT ทันที โดยใช้ ST-5

3) สรุปและทบทวนความรู้และทักษะที่ได้รับทั้งหมด

4) สร้างกลุ่มหรือชมรม “ผู้สูงอายุสุขใจในตำบลสันมหาพน”

5) ติดตามผลในผู้สูงอายุที่ฝึกสมาธิบำบัด SKT โดยการประเมินด้านความถูกต้องและความต่อเนื่องของการฝึก โดยอธิบายเปรียบเทียบความแตกต่างในกลุ่มที่มีความเจ็บป่วยทางกายแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่มีความเจ็บป่วยทางกายหรือไม่

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมครบ 5 สัปดาห์ มีการติดตามผลเดือนละ 2 ครั้ง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยและประเมินผลหลังได้รับรูปแบบครบ 3 เดือน (12 สัปดาห์) โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้และทักษะเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (Post-test) และทำแบบประเมิน 2Q, 9Q (Post-test) หลังทำแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย พร้อมกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและผู้มีส่วนร่วมการวิจัยทุกคน

ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ตำบลอินทิล ใช้ระยะเวลา 40 นาที

ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนการวิจัย และรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิในการร่วมการ วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา หรือข้อสงสัย เพื่อพิจารณาตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากได้รับความร่วมมือและยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และตอบแบบสอบถามความรู้และทักษะเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (Pre-test) จัดตั้งกลุ่มไลน์ หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและนัดครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 12 (หลังจากกลุ่มทดลองได้ทำกิจกรรมตามรูปแบบครบ 3 เดือน)

สัปดาห์ที่ 12

ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่ตำบลอินทิล ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามหลังการทดลอง (Post-test) หลังทำแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย พร้อมกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและผู้มีส่วนร่วมการวิจัยทุกคน ใช้เวลา 30 นาที

หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการวิจัย กลุ่มควบคุมได้รับรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลมารวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

โดยข้อมูลเชิงกลุ่ม (Categorical data) วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test หรือ Fisher's Exact test ส่วนข้อมูล Continuous วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test

2) วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ทักษะและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลัง ได้รับรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติ Dependent t-test

3) วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test เนื่องจากผู้วิจัยตรวจสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติด้านสุขภาพ โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.60 มีอายุเฉลี่ย 69.87 ปี (SD = 6.10) สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.50 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 68.40 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 42.10 มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 42.10 ส่วนใหญ่แหล่งรายได้หลักมาจากเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 100.00 และจากการทำงาน ร้อยละ 60.50 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 55.30 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.90 พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 86.70 โรคเบาหวาน ร้อยละ 3.30 และโรคอื่น ๆ ร้อยละ 10.00 รับประทานยาเป็นประจำ ร้อยละ 78.90 กลุ่มตัวอย่างช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ร้อยละ 78.90 เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/ชุมชน เป็นบางครั้ง ร้อยละ 50.00 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว/ชุมชน ได้รับมาก ร้อยละ 42.10 และไม่เคยการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 97.40 มีเพียงร้อยละ 2.60 ที่เคยเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต

ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.20 มีอายุเฉลี่ย 68.53 ปี (SD = 5.86) สถานภาพสมรส ร้อยละ 63.20 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.20 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 42.10 มีรายได้ 3,001 – 5,000 บาท ร้อยละ 28.90 ส่วนใหญ่แหล่งรายได้หลักมาจากเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 100.00 และจากการทำงาน ร้อยละ 55.30 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 63.20 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.70 พบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.30 โรคเบาหวาน ร้อยละ 3.30 และโรคอื่น ๆ ร้อยละ 21.40 รับประทานยาเป็นประจำ ร้อยละ 68.40 กลุ่มตัวอย่างช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ร้อยละ 92.10 เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/ชุมชน เป็นบางครั้ง ร้อยละ 55.30 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว/ชุมชน ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.30 และไม่เคยการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 94.70 มีเพียงร้อยละ 5.30 ที่เคยเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต และเมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าข้อมูลทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน **ดังแสดงในตารางที่ 1**

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N =76)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=38)		กลุ่มควบคุม (n=38)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	18	47.40	6	15.80
หญิง	20	52.60	32	84.20
อายุ (ปี)				
ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	69.87 (6.10)		68.53 (5.86)	
ค่าต่ำสุด	60		60	
ค่าสูงสุด	90		84	
สถานภาพสมรส				
โสด	5	13.20	4	10.50
สมรส/อยู่ด้วยกัน	23	60.50	24	63.20
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	1	2.60	2	5.30
หม้าย	9	23.70	8	21.10
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	5.30	0	0.00
ประถมศึกษา	26	68.40	24	63.20
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	2.60	4	10.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	9	23.70	4	10.50
อนุปริญญา/ปวส.	0	0.00	1	2.60
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	0	0.00	3	7.90
ปริญญาโท/สูงกว่า	0	0.00	2	5.30
อาชีพ				
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	7	18.40	8	21.10
รับจ้างทั่วไป	16	42.10	16	42.10
เกษตรกรกรรม เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน	1	2.60	4	10.50
ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว	6	15.80	3	7.90
อื่น ๆ	8	21.10	7	18.40
รายได้				
ไม่มีรายได้	2	5.30	4	10.50
ต่ำกว่า 3,000 บาท	16	42.10	10	26.30
3,001 – 5,000 บาท	14	36.80	11	28.90
5,001 – 10,000 บาท	2	5.30	7	18.40
10,001 – 20,000 บาท	4	10.50	5	13.20
20,001 บาทขึ้นไป	0	0.00	1	2.60
แหล่งรายได้หลัก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	38	100.00	38	100.00
รายได้อื่น ๆ				

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=38)		กลุ่มควบคุม (n=38)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้จากการทำงาน	23	60.50	21	55.30
เงินสนับสนุนจากบุตรหลาน	3	10.70	2	5.30
การอยู่อาศัยในปัจจุบัน				
อยู่คนเดียว	4	10.50	7	18.40
อยู่กับคู่สมรส	21	55.30	24	63.20
อยู่กับบุตรหลาน	8	21.10	7	18.40
อยู่กับญาติ	5	13.20	0	0.00
โรคประจำตัว				
ไม่มี	8	21.10	10	26.30
มี (n=30)	30	78.90	28	73.70
ความดันโลหิตสูง	26	86.70	21	75.30
เบาหวาน	1	3.30	1	3.30
อื่น ๆ	3	10.00	6	21.40
การรับประทานยาประจำ				
ไม่มี	8	21.10	12	31.60
มี	30	78.90	26	68.40
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน				
ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด	30	78.90	35	92.10
ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน	8	21.10	3	7.90
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม/ชุมชน				
เข้าร่วมเป็นประจำ	10	26.30	14	36.80
เข้าร่วมเป็นบางครั้ง	19	50.00	21	55.30
ไม่เคยเข้าร่วม	9	23.70	3	7.90
การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว/ชุมชน				
ได้รับมาก	16	42.10	14	36.80
ได้รับปานกลาง	14	36.80	21	55.30
ได้น้อย	6	15.80	1	2.60
ไม่ได้รับเลย	2	5.30	2	5.30
ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวช				
ไม่มี	37	97.40	36	94.70
เคยมี	1	2.60	2	5.30
การเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา				
ไม่เคย	37	97.40	37	97.40
เคยมี	1	2.60	1	2.60

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองก่อน และหลังได้รับรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับรูปแบบ พบว่า ภายหลังได้รับรูปแบบ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นจากก่อนได้รับรูปแบบ จาก 7.76 (1.20) เป็น 12.29 (1.27) อยู่ในระดับสูง และแตกต่างจากก่อนได้รับรูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 7.92 (1.08) เป็น 8.24 (1.24) แต่ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับรูปแบบ

เมื่อพิจารณาคะแนนภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q) ก่อนและหลังได้รับรูปแบบ คะแนนภาวะซึมเศร้า (2Q) พบว่า ภายหลังได้รับรูปแบบ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จาก 2.00 (0.00) เป็น 1.21 (0.41) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างจากก่อนได้รับรูปแบบ สำหรับคะแนนภาวะซึมเศร้า (9Q) พบว่า ภายหลังการได้รับรูปแบบ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า (9Q) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากค่าเฉลี่ย 5.42 (2.48) เป็น 2.03 (1.82) ซึ่งอยู่ในระดับไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างจากก่อนได้รับรูปแบบ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับรูปแบบ ((N=76))

	ก่อนได้รับรูปแบบ	หลังได้รับรูปแบบ	การแปลผล (หลัง)	t	P-Value
	Mean (SD)	Mean (SD)			
ความรู้					
กลุ่มทดลอง	7.76 (1.20)	12.29 (1.27)	สูง	-14.582	0.001*
กลุ่มควบคุม	7.92 (1.08)	8.24 (1.24)	ปานกลาง	-1.339	0.189
การประเมิน 2Q					
กลุ่มทดลอง	2.00 (0.00)	1.21 (0.41)	มีเสียงลดลง	11.779	0.001*
กลุ่มควบคุม	2.00 (0.00)	1.95 (0.23)	ยังมีความเสี่ยงสูง	1.434	0.160
การประเมิน 9Q					
กลุ่มทดลอง	5.42 (2.48)	2.03 (1.82)	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า	8.098	0.001*
กลุ่มควบคุม	7.55 (2.25)	7.05 (1.77)	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย	1.356	0.183

หมายเหตุ: SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน; * $p < 0.001$

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนได้รับรูปแบบ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.050$) แต่ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความรู้	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		T	P-Value
	Mean (SD)	ระดับ	Mean (SD)	ระดับ		
ก่อนได้รับรูปแบบ	7.76 (1.20)	ปานกลาง	7.92 (1.08)	ปานกลาง	-0.605	0.547
หลังได้รับรูปแบบ	12.29 (1.27)	สูง	8.24 (1.24)	ปานกลาง	14.068	0.001*

หมายเหตุ: SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน; *p < 0.001

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในตำบลสันมหาพน อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อวิเคราะห์ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q) เมื่อประเมินการคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) พบว่า ภายหลังได้รับรูปแบบ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จาก 2.00 (0.00) เป็น 1.21 (0.41) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างจากก่อนได้รับรูปแบบ สำหรับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า (9Q) พบว่า ภายหลังการได้รับรูปแบบ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า (9Q) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากค่าเฉลี่ย 5.42 (2.48) เป็น 2.03 (1.82) ซึ่งอยู่ในระดับไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างจากก่อนได้รับรูปแบบ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะก่อนและหลังได้รับรูปแบบ พบว่า ภายหลังได้รับรูปแบบ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับรูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิริวิชญ์ สุวรรณเวลา, สายฝน เอกวารงกูร และนัยนา หนูนิล⁹ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังทดลอง ($M = 12.32$, $SD = 1.69$) ลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง ($M = 16.53$, $SD = 2.12$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.050$) หลังการทดลองพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ($M = 12.32$, $SD = 1.69$) ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($M = 15.82$, $SD = 2.06$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการสร้างสุข 5 มิติ แบบมีส่วนร่วม คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาวง² พบว่า ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเห็นคุณค่าในตัวเอง การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.050$) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของหยาดชล ทวีธนาวิชัยและคณะ¹⁰ ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวเรื้อรัง ความพิการของร่างกาย และความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้ารูปแบบการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 กิจกรรมคือ 1) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า 2) รู้ทันรู้เท่าไม่เศร้าไม่ทุกข์ 3) คิดบวกชีวิตบวก 4) บริหารจิตพิชิตความเศร้า 5) บริหารกายคลายความเศร้าประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญพบว่า เหมาะสมมาก ($M = 4.24$, $SD = 0.14$) ประเมินความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมาก ($M = 4.18$, $SD = 0.10$) หลังทดลองใช้รูปแบบพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.050$) อย่างไรก็ตามยังพบว่า สอดคล้องกับการศึกษา ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการผูกเสี่ยวให้คำปรึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุของมะลิสา งามศรีและหงส์ บันเทิงสุข¹¹ พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสิ้นสุดทันทีและหลังการทดลอง สิ้นสุด 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.010$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังทดลองสิ้นสุดทันทีและ

หลังการทดลองสิ้นสุด 4 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.010$) และสอดคล้องกับการศึกษาของธนพร ปักษาพันธ์และสุนทรทิพย์ บัวแดง¹² ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการป้องกันการป่วยฯ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.050$) และอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.050$) สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 5 ของอรัญพิชา เกตุพันธ์และสุรีย์ จันทรมโนลี⁴ ผลการวิจัยหลังทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความสุขเพิ่มขึ้น ความเครียด ความคิด อัตโนมัติด้านลบและภาวะซึมเศร้ามลดลงแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของดวงแก้ว ชำนาญพนาและสุรีย์ จันทรมโนลี¹³ ซึ่งพบว่า สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีภาวะซึมเศราร้อยละ 69.8 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.050$) เมื่อนำรูปแบบไปทดลองใช้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของสุขภาวะทางจิตและความสุขในกลุ่มทดลอง สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนภาวะซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลองลดลงกว่าทั้งก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งจากผลของการศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในตำบลสันมหาพน อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงจากการได้รับรูปแบบและมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับรูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถชี้ให้เห็นได้ว่ารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากเดิม และสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมโยงทางสังคม ลดความโดดเดี่ยว และได้รับแรงสนับสนุนทางอารมณ์จากสมาชิกในกลุ่ม นอกจากนี้กิจกรรมการฝึก SKT และการคิดเชิงบวกยังช่วยลดความเครียด เสริมการรับรู้คุณค่าในตนเอง และเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา ส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง อีกทั้งยังมีสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถดูแลตนเองและปรับตัวต่อปัญหาได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังสามารถช่วยลดอัตราภาวะซึมเศร้า ลดภาระทางสังคมและเศรษฐกิจจากภาวะซึมเศร้าได้ ตลอดจนใช้เป็นแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ สามารถนำไปใช้ในพื้นที่ยื่น ๆ และเป็นต้นแบบในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในพื้นที่ระดับตำบลอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ควรมีการติดตามและประเมินผลในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง และควรมีการศึกษาหลายพื้นที่ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะซึมเศร้าให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งนำผลที่ได้ไปปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าให้มีระยะเวลาและกิจกรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และสามารถประยุกต์ใช้ในพื้นที่ยื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 051/2568 ลงวันที่ 01 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2568

คำแถลงการณ์การใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI)

ไม่มี

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มี

เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office (NSO). **Thailand statistical yearbook 2025: Thai mental health survey 2024** [Internet]. Bangkok: National Statistical Office; 2025. [cited 2025 Dec 8]. Available from: https://www.nso.go.th/public/ebook/StatisticalYearbook/SYB2025_webPage/Page_SYB_EN.html
2. Wiset K. **Development of a model for promoting mental health in the elderly with non-communicable chronic diseases by creating five dimensions of happiness with participation at the non-communicable chronic disease clinic, Khao Wong Hospital.** Journal of Environmental Education Medical and Health. 2025;10(1): 531-543. (in Thai).
3. World Health Organization. **Healthy ageing and functional ability** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024. [cited 2025 Dec 8]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>
4. Ketphan O, Chanmolee S. **Development of a depressive disorder prevention model in the elderly of Health Region 5.** Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020;21(1): 366-375. (in Thai).
5. Thammajaroen W, et al. **Factors related to depression among the elderly.** Rambhai Barni Rajabhat University Journal of Research. 2021;15(3): 52-62. (in Thai).
6. Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), Encyclopedia of human behavior (Vol. 4, pp. 71–81). Academic Press.
7. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavioral Research Methods, 39(2), 175–191.
8. Cohen, J. (1977). Statistical power for the behavioral sciences (2nd ed.). Academic Press.
9. Suwanvala P, Aekwarangkoon S, Noonil N. **Effects of a music therapy program on depression among older adults in the community, Trang Province.** Journal of Health and Nursing Research. 2023;39(1): 68-77. (in Thai).
10. Tawetanawanich Y, et al. **The effect of using a prevention and reduction depression model among the elderly by family participation, community participation, and public health personnel participation.** Journal of MCU Nakhondhat. 2021;8(8): 43-60. (in Thai).
11. Ngamsri M, Banthoengsuk H. **The effects of cognitive behavioral therapy program and traditional peer support on depression in elderly.** The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University. 2023;31(3): 89-102. (in Thai).
12. Pugsapun T, Buadang S. **Community-based participatory approach to developing a depression prevention model for older adults in Nathal Sub-district, Nathal District, Ubon Ratchathani Province.** Sisaket Journal of Research and Health Development. 2024; 3(2): 24-38. (in Thai).
13. Chamnanpana D, Chantamolee S. **Development of a mental health promotion model to prevent depression in the elderly in Angthong Province.** Journal of Social Science and Cultural. 2024;8(12): 316-327. (in Thai).