

# การพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

บุษบา นามบุตร, ส.บ.\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ และศึกษาความรู้ ทักษะ และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสง ตำบลหนองอ้อ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 15 คน และกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 105 คน ที่คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน พฤศจิกายน 2568 – กุมภาพันธ์ 2569 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เครื่อง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67 - 1 และนำมาวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือ โดยทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา รูปแบบการดูแลและป้องกันที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การคัดกรองสุขภาพจิต 2) การให้ความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติ 3) การส่งเสริมทักษะการผ่อนคลายและการดูแลจิตใจ และ 4) การจัดระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง และส่งต่อ เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนความรู้ ทักษะ และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ พบว่า ความรู้เพิ่มขึ้นจาก  $8.77 \pm 2.39$  เป็น  $18.65 \pm 2.21$  ทักษะเพิ่มขึ้นจาก  $44.76 \pm 3.94$  เป็น  $62.98 \pm 3.50$  และทักษะเพิ่มขึ้นจาก  $33.73 \pm 3.45$  เป็น  $52.27 \pm 3.23$  แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $P < 0.05$

ดังนั้น รูปแบบการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุควรผู้ดูแลมีความรู้ที่ถูกต้อง จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และส่งผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมดูแลอย่างเป็นรูปธรรม การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความคิดและการปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม และมีความต่อเนื่องในการดูแล จะเป็นการยกระดับการจัดการปัญหาสุขภาพจิตจากระดับบุคคลสู่ระดับชุมชนอย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ:** โรคซึมเศร้า, โรควิตกกังวล, ผู้สูงอายุ, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสง ตำบลหนองอ้อ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

# Development of a care and prevention model for Depression and Anxiety disorders among the elderly in Nong Wua So District, Udon Thani Province

Busaba Nambut, B.P.H.\*

## ABSTRACT

This action research aimed to develop a model for the care and prevention of depression and anxiety among older adults and to examine caregivers' knowledge, attitudes, and skills before and after the implementation of the model. The study was conducted in the service area of Ban Nong Saeng Health Promoting Hospital, Nong O Subdistrict, Nong Wua So District, Udon Thani Province. The model development involved 15 key informants, and the study participants consisted of 105 caregivers of older adults selected through purposive sampling. Data were collected from November 2025 to February 2026. The research instruments included in-depth interviews, focus group discussions, and questionnaires assessing caregivers' knowledge, attitudes, and skills. The tools were validated by experts for content validity, yielding IOC values between 0.67 and 1.00. Reliability testing showed a Cronbach's alpha coefficient of 0.87. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The developed model comprised four major components: (1) mental health screening, (2) education and attitude adjustment, (3) enhancement of relaxation and psychological care skills, and (4) establishment of surveillance, screening, and referral systems. After implementation, caregivers demonstrated significant improvements in all domains. Mean knowledge scores increased from  $8.77 \pm 2.39$  to  $18.65 \pm 2.21$ , attitude scores increased from  $44.76 \pm 3.94$  to  $62.98 \pm 3.50$ , and skill scores increased from  $33.73 \pm 3.45$  to  $52.27 \pm 3.23$ . These differences were statistically significant ( $p < 0.05$ ).

In conclusion, providing caregivers with accurate knowledge led to positive changes in attitudes and translated into improved caregiving practices. The model promoted comprehensive changes in both cognition and practice, strengthened continuity of care, and contributed to sustainable mental health management at the community level.

**Keywords:** depression, anxiety, older adults, caregivers, caregiver skills

---

Ban Nong Saeng Sub-district Health Promoting Hospital, Nong O Sub-district, Nong Wua So District, Udon Thani Province

## บทนำ

ในปัจจุบัน สังคมโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว (Global Aging Society) โดยองค์การสหประชาชาติรายงานว่าเป็นปี ค.ศ. 2017 มีประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกประมาณ 962 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 2.1 พันล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในทุกภูมิภาคของโลก โดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทย พบว่ามีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกัน โดยในปี พ.ศ. 2557 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วน ร้อยละ 14.9 หรือประมาณ 10 ล้านคน และสำนักงานสถิติแห่งชาติคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึงประมาณ 18 ล้านคน หรือคิดเป็นเกือบหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด<sup>(1)</sup> การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดความต้องการด้านการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมคุณภาพชีวิต และการป้องกันปัญหาทางจิตใจเพิ่มขึ้นไปด้วย ผู้สูงอายุจำนวนมากมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การพึ่งพาผู้อื่น และอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ หากไม่สามารถปรับตัวและยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม องค์การอนามัยโลกรายงานเพิ่มเติมว่ามีประชากรทั่วโลกมากกว่า 300 ล้านคน ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยส่วนใหญ่พบในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ซึ่งภาวะดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาวะโดยรวมของประชากรผู้สูงอายุ<sup>(2)</sup>

จากการสำรวจสุขภาพจิตของผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าในอัตราที่สูงกว่ากลุ่มประชากรวัยอื่น โดยพบได้ร้อยละ 10-13 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด และในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบอัตราการเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 15.6 ซึ่งสะท้อนถึงความเปราะบางทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับวัยอื่น วัยสูงอายุเป็นช่วงชีวิตที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกายทำให้เกิดการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ขณะที่การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียคู่สมรส หรือการแยกจากบุตรหลาน อาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและคุณค่าชีวิต หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม อาจก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ความรู้สึกไร้ค่า และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด<sup>(3)</sup> องค์การอนามัยโลก รายงานว่า ปัจจุบันทั่วโลกมีประชากรที่มีภาวะซึมเศร้ามากกว่า 300 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหรือมีภาวะพึ่งพิงทางร่างกาย ซึ่งภาวะดังกล่าวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในช่วงอายุ 65-68 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่พบการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสังคมมากที่สุด ร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้าในระดับที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน และการเข้าสังคม ภาวะดังกล่าวอาจนำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิต มีความคิดทำร้ายตนเอง หรือแม้แต่การฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นภาวะที่องค์การอนามัยโลกจัดว่าอยู่ในระดับความทุกข์ทรมานสูงสุดของความผิดปกติทางจิตใจ<sup>(4)</sup> ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยผู้ที่มีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำมักมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้น ซึ่งพบว่าผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่า<sup>(5)</sup> สถานการณ์การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุของประเทศไทยในปีงบประมาณ 2567-2568 พบว่าผลการคัดกรองด้านซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2Q) จำนวน 6,978,952 คน พบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำนวน 308,982 คน และผลการคัดกรองในปี 2568 จำนวน 1,269,923 คน พบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำนวน 46,676 คน ตามลำดับ<sup>(6)</sup>

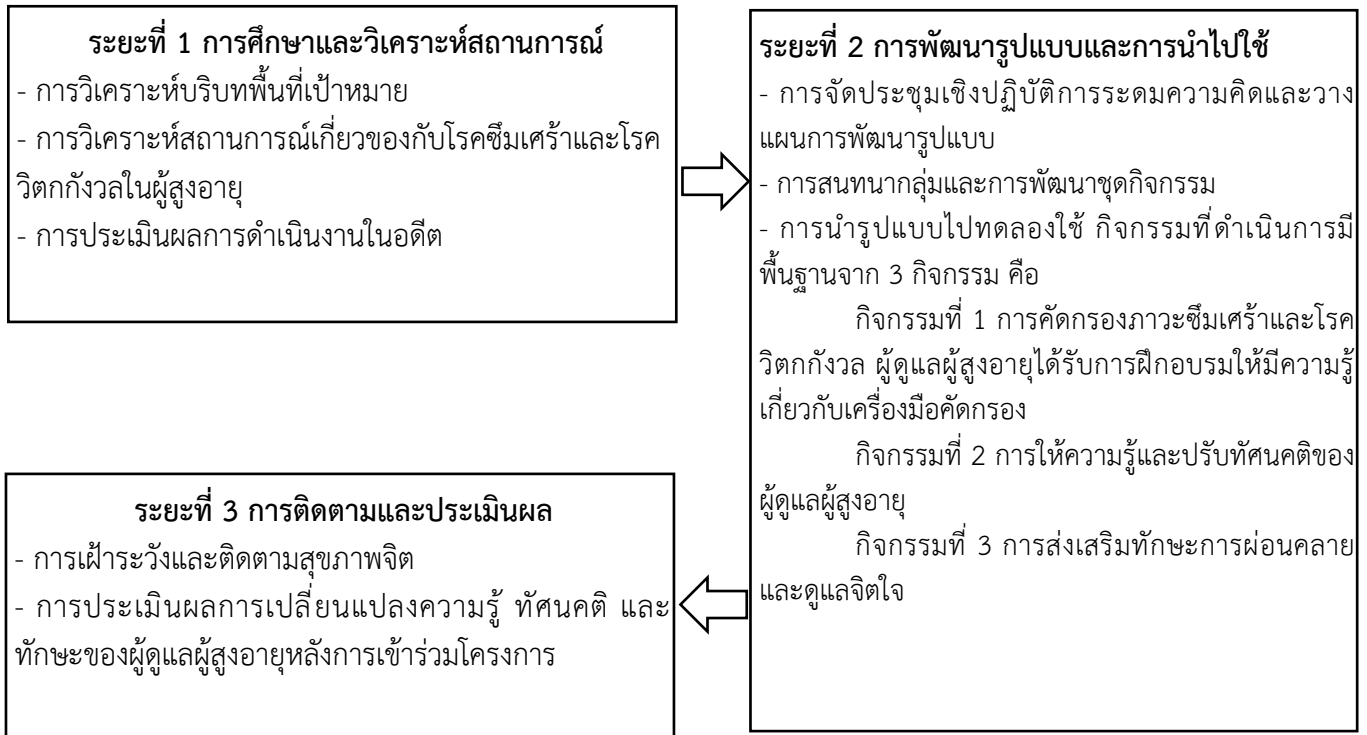
จังหวัดอุดรธานีมีผู้สูงอายุจำนวน 258,432 คน คิดเป็นร้อยละ 26.8 ของประชากรทั้งจังหวัด และอำเภอหนองวัวซอมีผู้สูงอายุจำนวน 11,820 คน คิดเป็นร้อยละ 28.7 ของประชากรทั้งอำเภอ โดยในปี 2568 พบว่าผู้สูงอายุติดสังคมจำนวน 11,307 คน คิดเป็นร้อยละ 95.7 ผู้สูงอายุติดบ้านจำนวน 428 คน คิดเป็นร้อยละ 3.6 และผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่<sup>(7)</sup> สำหรับตำบลหนองอ้อ ซึ่งอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสง มีประชากรทั้งหมด 5,230 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 861 คน คิดเป็นร้อยละ 16.46 ของประชากรทั้งหมด โดยผลการดำเนินงานคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2566 – 2568) พบว่า ในปี 2566 มีผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองจำนวน 742 คน พบภาวะซึมเศร้า 118 คน คิดเป็นร้อยละ 15.9 ปี 2567 มีผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง 803 คน พบภาวะซึมเศร้า 142 คน คิดเป็นร้อยละ 17.7 และในปี 2568 มีผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง 826 คน พบภาวะซึมเศร้า 163 คน คิดเป็นร้อยละ 19.7 จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงสามปีที่ผ่านมา<sup>(8)</sup> เมื่อวิเคราะห์เชิงลึกพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือข้อเสื่อม รวมทั้งมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันและขาดการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการดูแลและการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในระดับชุมชนที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีและลดภาระโรคทางจิตใจในกลุ่มผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานีเพื่อจะได้นำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนพัฒนา แก้ไขปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงานที่ผ่านมา รวมทั้งสนับสนุนส่งเสริมการดำเนินงาน และพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสงให้เกิดประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และทักษะ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล ก่อนและหลัง การพัฒนารูปแบบ

## กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยใช้ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบสนทนากลุ่ม สอบถามเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล และพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ จากกระบวนการ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ การดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสง ตำบลหนองอ้อ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ทำการศึกษาระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2568 – กุมภาพันธ์ 2569

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. **กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม** คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสง ตำบลหนองอ้อ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี โดยการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้คำนวณจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดจำนวน 810 คน (ข้อมูลจากระบบ Health Data Center: HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ณ วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2568) การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบขนาดประชากร<sup>(9)</sup> ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{NZ^2\alpha/2 p(1-p)}{e^2 (N-1) + Z^2\alpha/2 p(1-p)}$$

$n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง  
 $N$  = ขนาดของประชากร เท่ากับ 810 คน  
 $e$  = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างยอมรับได้ เท่ากับ 0.095  
 $Z_{\alpha/2}$  = ระดับความเชื่อมั่นหรือระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 1.96  
 $p$  = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5  
 แทนค่า  $n = \frac{810 \times 1.96^2 \times 0.5 \times (1-0.5)}{(0.095^2) \times (810-1) + (1.96)^2 \times (0.5(1-0.5))}$   
 $n = 94.16$

จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 94 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 105 คน โดยประชากรเป้าหมายคือผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสง ตำบลหนองอ้อ อำเภอหนองบัว จังหวัดอุดรธานี ซึ่งประกอบด้วย 6 หมู่บ้าน ที่มีจำนวนผู้สูงอายุแตกต่างกัน เพื่อให้ได้สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในแต่ละหมู่บ้าน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) ตามจำนวนผู้สูงอายุของแต่ละหมู่บ้าน จากประชากรทั้งหมด 810 คน แล้วดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ ง่ายง่าย (Simple Random Sampling) เพื่อคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา จำนวน 105 คน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมและเป็นตัวแทนของประชากรในพื้นที่ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนประชากรทั้งหมด และกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ แยกรายหมู่บ้าน (n=105)

หมู่บ้าน	ประชากรทั้งหมด	กลุ่มตัวอย่าง
หมู่ที่ 4 บ้านคำหมากคุณ	122	16
หมู่ที่ 6 บ้านโนนสมบุรณ์	135	18
หมู่ที่ 8 บ้านหนองแวงฮี	140	18
หมู่ที่ 9 บ้านหนองแสง	153	20
หมู่ที่ 10 บ้านโคกสีแก้ว	132	17
หมู่ที่ 11 บ้านแสงบูรพา	128	16
รวม	810	105

**เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)**

1. เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสง
2. เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ ผู้สูงอายุได้รับการประเมินแบบสอบถาม 2Q แล้วไม่ผ่าน (มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า/วิตกกังวล)
3. เป็นผู้ดูแลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่กำหนดจนสิ้นสุดการศึกษา

**เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)**

1. ผู้ดูแลที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือเจ็บป่วยรุนแรง จนไม่สามารถให้ข้อมูลหรือเข้าร่วมกิจกรรมได้
3. ผู้ดูแลที่ไม่สะดวกหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลและไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
4. ผู้ดูแลที่ขาดการติดต่อหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ต่อเนื่อง

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้ วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 คน ประกอบด้วย 1) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสง จำนวน 1 คน 2) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสง จำนวน 1 คน 3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) ของผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น (แบบสอบถาม 2Q) แล้วมีคะแนน “ไม่ผ่านเกณฑ์” จำนวน 4 คน 4) ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองวัวซอ จำนวน 1 คน 5) ตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลหนองอ้อ จำนวน 1 คน 6) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลหนองอ้อ จำนวน 4 คน 7) ผู้ใหญ่บ้านในเขตพื้นที่ตำบลหนองอ้อ จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น 15 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิเคราะห์สถานการณ์ และเสนอแนะแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. แบบสนทนากลุ่ม ในประเด็น การดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ กระบวนการหรือกลไกการดำเนินงาน ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน ปัจจัยของความสำเร็จในการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ

2. แบบสอบถามเพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และทักษะ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบคุณลักษณะทางประชากร จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ การอยู่อาศัย ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ ความถี่ในการดูแล การอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ปัญหาหลักในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นข้อคำถาม แบบเลือกตอบ และระบุคำตอบที่ถูกต้อง

2.2 แบบสอบถามความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมของกรมสุขภาพจิต<sup>(10)</sup> จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 25 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ “เห็นด้วย” และ “ไม่เห็นด้วย” ซึ่งประกอบด้วยทั้งคำถามที่ถูกต้องและคำถามลวง การให้คะแนนกำหนดดังนี้ ตอบถูก = 1 คะแนน ตอบผิด = 0 คะแนน คะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ 25 คะแนน การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ<sup>(12)</sup> ดังนี้

ระดับความรู้ต่ำ คือ ได้คะแนนตั้งแต่ 0 – 12 คะแนน

ระดับความรู้ปานกลาง คือ ได้คะแนนตั้งแต่ 13 – 19 คะแนน

ระดับความรู้สูง คือ ได้คะแนนตั้งแต่ 20 – 25 คะแนน

2.3 แบบสอบถามทัศนคติ ในการป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ แบบสอบถามฉบับนี้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมของ สมศรี ใจมั่น<sup>(13)</sup> ประกอบด้วยคำถามจำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วย = 3 คะแนน ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด เท่ากับ 75 คะแนน และ คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 25 คะแนน การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ<sup>(12)</sup> ดังนี้

ระดับทัศนคติต่ำ คือ คะแนนรวม 25 – 41

ระดับทัศนคติปานกลาง คือ คะแนนรวม 42 – 58

ระดับทัศนคติสูง คือ คะแนนรวม 59 – 75

2.4 แบบสอบถามทักษะในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถามฉบับนี้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมของ กรมสุขภาพจิต<sup>(10)</sup> แบบสอบถามประกอบด้วยจำนวน 20 ข้อคำถาม เป็นลักษณะคำถามแบบ มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย = 3 คะแนน ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ<sup>(12)</sup> ดังนี้

ระดับทักษะต่ำ คือ ได้คะแนนรวมตั้งแต่ 20 – 33 คะแนน

ระดับทักษะปานกลาง คือ ได้คะแนนรวมตั้งแต่ 34 – 47 คะแนน

ระดับทักษะสูง คือ ได้คะแนนรวมตั้งแต่ 48 – 60 คะแนน

### วิธีสร้างและคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางสาธารณสุข ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00<sup>(13)</sup>

ความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในพื้นที่ตำบลอุโมงค์ อำเภอนองวัวขอ จังหวัดอุดรธานี วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสถิติ KR-20 และ Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ 0.87 ซึ่งอยู่ในระดับดี<sup>(14)</sup>

**ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย** การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2568 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ 2569 แบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

**ระยะที่ 1** การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์

**สัปดาห์ที่ 1** การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์เริ่มต้นจากการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัจจุบันของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ปัญหาโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล ข้อมูลที่เก็บรวบรวมครอบคลุมทั้งข้อมูลจากเอกสาร สถิติของหน่วยบริการสาธารณสุข และข้อมูลจากการสำรวจในพื้นที่ เก็บข้อมูลแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความถูกต้อง และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโครงการ (pre-test)

**ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบและการนำไปใช้ (สัปดาห์ที่ 2-9)

ก่อนดำเนินการนำรูปแบบไปใช้ ผู้วิจัยได้จัด การอบรมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 6 คน ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเตรียมความพร้อมในการช่วยนำรูปแบบไปใช้และเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยผู้ช่วยวิจัยแต่ละคนรับผิดชอบพื้นที่เก็บข้อมูลคนละ 1 หมู่บ้าน รวมทั้งหมด 6 หมู่บ้าน

**สัปดาห์ที่ 2** การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อระดมความคิดและวางแผนการพัฒนารูปแบบการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบได้รับการคัดเลือกด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 15 คน

**สัปดาห์ที่ 3** การสนทนากลุ่มและการพัฒนาชุดกิจกรรม ในสัปดาห์นี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุและงานสุขภาพจิต เพื่อระบุปัญหาและความต้องการที่แท้จริงในพื้นที่ การสนทนากลุ่มเป็นเทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีประสิทธิภาพในการดึงข้อมูลเชิงลึก มุมมองที่หลากหลาย และประสบการณ์จริงจากผู้ปฏิบัติงาน ประเด็นที่นำมาสนทนาครอบคลุมความท้าทายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต อุปสรรคในการคัดกรองและส่งต่อ ทรัพยากรที่มีอยู่และข้อจำกัด รวมถึงข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสม

**สัปดาห์ที่ 5-9** การนำรูปแบบไปใช้ จาก 3 กิจกรรมหลักตามคู่มือของกรมสุขภาพจิต<sup>(10)</sup> แต่ได้รับการปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น ประกอบด้วย

**กิจกรรมที่ 1** การศึกษาแบบคัดกรองสุขภาพจิต กิจกรรมนี้มุ่งเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและโรควิตกกังวล ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้เกี่ยวกับเครื่องมือคัดกรอง แบบประเมิน 2Q แบบประเมิน 9Q และแบบประเมินความวิตกกังวล

**กิจกรรมที่ 2** การให้ความรู้และปรับทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมนี้จัดในรูปแบบการสนทนากลุ่มและการบรรยายเชิงโต้ตอบ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ เนื้อหาครอบคลุมสาเหตุของโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการและสัญญาณเตือน ความแตกต่างระหว่างความเศร้าปกติกับภาวะซึมเศร้าทางคลินิก แนวทางการรักษาที่เป็นไปได้ และความสำคัญของการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม

**กิจกรรมที่ 3** การส่งเสริมทักษะการผ่อนคลายและดูแลจิตใจ กิจกรรมนี้เน้นการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติเทคนิคการผ่อนคลายและการดูแลจิตใจที่หลากหลาย โดยคัดเลือกเทคนิคที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมและความเชื่อของชุมชนท้องถิ่น เทคนิคที่ใช้ประกอบด้วย

- การหายใจคลายเครียด เป็นเทคนิคพื้นฐานที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายและมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์รองรับว่าช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล ผู้ดูแลได้เรียนรู้เทคนิคการหายใจแบบต่างๆ เช่น การหายใจลึกจากกะบังลม การหายใจแบบ 4-7-8 และการหายใจอย่างมีสติ พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติจนคล่องแคล่ว

- การสวดมนต์ เป็นกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับความเชื่อทางศาสนาของคนในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่นับถือพุทธศาสนา การสวดมนต์ไม่เพียงแต่ช่วยผ่อนคลายจิตใจและสร้างความรู้สึกสงบเท่านั้น แต่ยังเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยและยอมรับ ทำให้ง่ายต่อการนำไปใช้จริง

- การนั่งสมาธิ ผู้ดูแลได้เรียนรู้เทคนิคการนั่งสมาธิเบื้องต้น การจดจ่ออยู่กับลมหายใจ และการฝึกสติในปัจจุบัน ซึ่งมีหลักฐานทางวิชาการมากมายที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ต่อสุขภาพจิตและการลดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล

- กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รวมถึงเกมส์เบาๆ การพูดคุยแลกเปลี่ยน และการทำกิจกรรมร่วมกัน กิจกรรมเหล่านี้ช่วยสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม

### **ระยะที่ 3** การติดตามและประเมินผล (สัปดาห์ที่ 10-12)

(สัปดาห์ 10-12) การเฝ้าระวังและติดตามสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องหลังจากผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติในระยะที่ 2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ได้ร่วมมือกันดำเนินการเฝ้าระวังและติดตามสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวังนี้ใช้ทักษะและความรู้ที่ได้รับการพัฒนาในระยะก่อนหน้า รวมถึงการใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต การสังเกตอาการ และการบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยได้จัดระบบติดตามและบันทึกความเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ โดยใช้กลุ่ม Line ให้คำปรึกษา เพื่อติดตามความครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ พฤติกรรม การมีส่วนร่วมในกิจกรรม และการตอบสนองต่อการดูแล นอกจากนี้ ยังมีการจัดระบบการส่งต่อและการประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลหนองวัวซอ สำหรับกรณีที่ผู้สูงอายุมีอาการรุนแรงหรือต้องการการดูแลเฉพาะทาง ระบบการส่งต่อนี้ช่วยให้มั่นใจว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันที่

การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง (สัปดาห์ที่ 12) ในช่วงสัปดาห์สุดท้ายของการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันกับที่ใช้ในระยะที่ 1 เพื่อประเมินความรู้ ทักษะ และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมโครงการ (post-test)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

### การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ เลขที่ UDREC 1169 รับรองเมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

### ผลการศึกษา

**ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ** ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.33 มีอายุเฉลี่ย 41.09 ปี ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 53.33 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.90 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 14,361.90 บาท ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตรหรือหลาน ร้อยละ 37.14 อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ ร้อยละ 55.24 ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 1-3 ปี ร้อยละ 42.86 ความถี่ในการดูแลพบว่าดูแลทุกวัน ร้อยละ 60.00 ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ร้อยละ 60.95 ปัญหาหลักในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ เวลานั้น ร้อยละ 58.10 ขาดความรู้ ร้อยละ 51.43 ไม่มีคนช่วยดูแล ร้อยละ 46.67 ภาระงานอื่น ๆ ร้อยละ 41.90 และอื่น ๆ เช่น ขาดงบประมาณหรือผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือ ร้อยละ 17.14 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n=105)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>1. เพศ</b>		
ชาย	28	26.67
หญิง	77	73.33
<b>2. อายุ (ปี)</b>		
$\bar{X}$ = 41.09, $SD$ = 8.57, ต่ำสุด = 25, สูงสุด = 55		
<b>3. ระดับการศึกษา</b>		
ไม่เคยเรียนหนังสือ	4	3.81
ประถมศึกษา	26	24.76
มัธยมศึกษาปวส./อนุปริญญา	56	53.33
ปริญญาตรีขึ้นไป	19	18.1
<b>4. อาชีพ</b>		
ไม่มีอาชีพ	11	10.48
เกษตรกร	44	41.9
ค้าขาย	16	15.24
รับจ้างทั่วไป	20	19.05
ข้าราชการบำนาญ	4	3.81
อื่นๆ (ธุรกิจส่วนตัว, อาชีพอิสระ)	10	9.52

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n=105) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>		
$\bar{X}=14,361.90$ บาท, $SD = 7,854.60$ , ต่ำสุด = 4,000, สูงสุด = 50,000		
<b>6. ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ</b>		
บุตร/หลาน	39	37.14
คู่สมรส	24	22.86
ญาติ	14	13.33
เพื่อนบ้าน	8	7.62
ผู้ดูแลอาชีพ	6	5.71
อื่น ๆ (อสม.,)	14	13.33
<b>7. การอยู่อาศัยร่วมกับผู้สูงอายุ</b>		
อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ	58	55.24
แวะมาเยี่ยมเป็นประจำ	24	22.86
อยู่คนละที่แต่ดูแลผ่านทางโทรศัพท์/ออนไลน์	11	10.48
อื่น ๆ (ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ลำพัง แต่ผู้ดูแลสลับเวรมาดูแล, ฝากดูแลกับญาติ/เพื่อนบ้านใกล้เคียง)	12	11.43
<b>8. ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ</b>		
น้อยกว่า 6 เดือน	8	7.62
6 เดือน-1 ปี	22	20.95
1-3 ปี	45	42.86
มากกว่า 3 ปี	30	28.57
<b>9. ความถี่ในการดูแล</b>		
ทุกวัน	63	60
สัปดาห์ละหลายครั้ง	27	25.71
เดือนละ 1-2 ครั้ง	9	8.57
ไม่แน่นอน	6	5.71
<b>10. เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุหรือไม่</b>		
เคย	64	60.95
ไม่เคย	41	39.05
<b>11. ปัญหาหลักในการดูแลผู้สูงอายุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
เวลาน้อย	61	58.1
ขาดความรู้	54	51.43
ไม่มีคนช่วยดูแล	49	46.67
ภาระงานอื่น ๆ	44	41.9
อื่น ๆ (ขาดงบประมาณ/ค่าใช้จ่ายในการดูแล, สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือหรือปฏิเสธการดูแล)	18	17.14

สถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษามีผู้สูงอายุจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังและบางส่วนมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวัน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ผลการคัดกรองด้วยแบบประเมิน 2Q และ 9Q ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาแสดงให้เห็นแนวโน้มของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงและมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ของครอบครัวและคนในชุมชนต่อปัญหายังมีความคลาดเคลื่อน โดยมีมุมมองว่าเป็นเรื่องปกติของวัย ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางส่วนเข้าสู่ระบบบริการล่าช้า การดูแลในชีวิตประจำวันพึ่งพาครอบครัวเป็นหลัก หน่วยบริการสุขภาพทำหน้าที่คัดกรอง ให้คำแนะนำ และประสานการส่งต่อ อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนช่วยเฝ้าระวังและติดตาม ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนทรัพยากรเมื่อมีการจัดกิจกรรมอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ การขาดความรู้และทักษะของผู้ดูแลทัศนคติของชุมชน ระบบติดตามที่ยังไม่ต่อเนื่อง ข้อจำกัดด้านบุคลากร และงบประมาณ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องการการพัฒนาศักยภาพ เครื่องมือที่เข้าใจง่าย ระบบปรึกษา และกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมของพื้นที่

**รูปแบบการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ** เป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุและเครือข่ายในชุมชน โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ควบคู่กับการฝึกปฏิบัติจริง และการจัดระบบการดูแลอย่างเป็นรูปธรรม รูปแบบดังกล่าวประกอบด้วยกิจกรรมหลักจำนวน 4 กิจกรรม ซึ่งออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน แนวทางมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต และบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่

กิจกรรมที่ 1 เป็นกิจกรรมการคัดกรองสุขภาพจิต ซึ่งมุ่งเสริมสร้างความรู้และทักษะให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถคัดกรองภาวะซึมเศร้าและโรควิตกกังวลได้อย่างถูกต้อง โดยเน้นความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ และปัจจัยเสี่ยง ตลอดจนการใช้เครื่องมือคัดกรองมาตรฐาน ได้แก่ แบบประเมิน 2Q, 9Q และแบบประเมินความวิตกกังวล ควบคู่กับการฝึกทักษะการสังเกตอาการและการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนการเฝ้าระวังสุขภาพจิตในระดับชุมชน

กิจกรรมที่ 2 เป็นกิจกรรมการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมุ่งสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล และลดการตีตราทางสังคมต่อโรคทางจิตเวช กิจกรรมนี้เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการสนทนากลุ่ม การบรรยายเชิงโต้ตอบ และการใช้กรณีศึกษา รวมถึงการประยุกต์ใช้หลักคำสอนทางศาสนาเพื่อเสริมสร้างทัศนคติด้านความเมตตา การดูแลตนเอง และการมีสติ ซึ่งสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน

กิจกรรมที่ 3 เป็นกิจกรรมการส่งเสริมทักษะการผ่อนคลายและการดูแลจิตใจ มุ่งเสริมสร้างทักษะเชิงปฏิบัติให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งด้านการจัดการความเครียด การสื่อสารเชิงบวก และการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี กิจกรรมประกอบด้วยการฝึกเทคนิคการหายใจคลายเครียด การสวดมนต์ การนั่งสมาธิเบื้องต้น การฝึกทักษะการรับฟังอย่างตั้งใจและการแสดงความเห็นอกเห็นใจ รวมถึงกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รูปแบบการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เนื้อหา	วิธีการ	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 1 การคัดกรองสุขภาพจิต	เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะในการคัดกรองสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	1) ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ ได้แก่ นิยาม สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ และการแยกแยะอาการปกติของวัยสูงอายุกับอาการของโรค 2) การใช้แบบคัดกรอง 2Q, 9Q และแบบประเมินความวิตกกังวล ได้แก่ วิธีการถาม วิธีการแปลผล ความหมายของคำถาม และเกณฑ์การตัดสิน	การฝึกอบรม การบรรยาย และการฝึกปฏิบัติจริง พร้อมคู่มือและสื่อการเรียนรู้	ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข
		3) ทักษะการสังเกตอาการ เช่น การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ พฤติกรรมการนอน การรับประทานอาหาร และการถอนตัวจากกิจกรรมทางสังคม 4) การบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทั้งในรูปแบบกระดาษและระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตอิเล็กทรอนิกส์		
กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติ	เพื่อเสริมสร้างความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ดูแล ผู้สูงอายุให้ยอมรับว่าโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลเป็นโรคที่สามารถรักษาได้	1) ความรู้เรื่องสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และอาการ โดยครอบคลุมปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และสังคม เช่น โรคเรื้อรัง ความเครียด และการขาดการมีส่วนร่วมทางสังคม 2) การลดการตีตราโดยเน้นว่าโรคซึมเศร้าไม่ใช่เรื่องของจิตใจอ่อนแอหรือเรื่องของการมั่ว แต่เป็นโรคทางการแพทย์ที่รักษาได้ 3) การประยุกต์ใช้คำสอนทางศาสนา เช่น เรื่องความเมตตา การดูแลตนเอง และการมีสติ 4) การยกตัวอย่างกรณีผู้ที่เคยมีอาการและได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้น	สนทนากลุ่ม การบรรยายเชิงโต้ตอบ และกรณีศึกษา	ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข
กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมทักษะการผ่อนคลายและดูแลจิตใจ	เพื่อเสริมสร้างทักษะการผ่อนคลายและการดูแลจิตใจให้แก่ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ	1) เทคนิคการหายใจคลายเครียด เช่น การหายใจลึกจากกะบังลม การหายใจแบบ 4-7-8 และการหายใจอย่างมีสติ 2) การสวดมนต์เพื่อเสริมสร้างสติและความเมตตา ซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมของชุมชน 3) การนั่งสมาธิเบื้องต้น เช่น การจดจ่ออยู่กับลมหายใจและการฝึกสติในปัจจุบัน 4) ทักษะการสื่อสาร ได้แก่ 4.1 การรับฟังอย่างตั้งใจ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ 4.2 การสื่อสารเชิงบวก 5) กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อสร้างเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม	การบรรยาย การฝึกปฏิบัติจริง พร้อมคู่มือและสื่อการเรียนรู้	ผู้วิจัย เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข และอสม.

**ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ**  
พบว่า ก่อนการพัฒนาารูปแบบ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 94.29 รองลงมา มีระดับปานกลาง จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5.71 และไม่มีผู้ใดอยู่ในระดับสูง ภายหลังการพัฒนาารูปแบบ พบว่าระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 63.81 รองลงมาอยู่ในระดับสูง จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 34.29 และเหลือผู้ที่อยู่ในระดับต่ำเพียง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.90 ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวน ร้อยละ ระดับความรู้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุภาพรวม ก่อนและหลังพัฒนาารูปแบบ (n=105)

ระดับความรู้	ก่อนพัฒนาารูปแบบ		หลังพัฒนาารูปแบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีระดับความรู้สูง (20 – 25 คะแนน)	0.00	0.00	36.00	34.29
มีระดับความรู้ปานกลาง (13 – 19 คะแนน)	6.00	5.71	67.00	63.81
มีระดับความรู้ต่ำ (0 – 12 คะแนน)	99.00	94.29	2.00	1.90

**ทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ** พบว่า ก่อนการพัฒนาารูปแบบ ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 79.05 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 20.95 และไม่มีผู้ใดอยู่ในระดับสูง ภายหลังการพัฒนาารูปแบบ พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 88.57 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 11.43 และไม่พบผู้ที่มีทัศนคติในระดับต่ำ ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** จำนวน ร้อยละ ระดับทัศนคติ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุภาพรวม ก่อนและหลังพัฒนาารูปแบบ (n=105)

ระดับทัศนคติ	ก่อนพัฒนาารูปแบบ		หลังพัฒนาารูปแบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีระดับทัศนคติสูง (59 – 75 คะแนน)	0.00	0.00	93.00	88.57
มีระดับทัศนคติปานกลาง (42 – 58 คะแนน)	83.00	79.05	12.00	11.43
มีระดับทัศนคติต่ำ (25-41คะแนน)	22.00	20.95	0.00	0.00

**ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ**  
พบว่า ก่อนการพัฒนาารูปแบบ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีระดับทักษะอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 50.48 และระดับปานกลาง จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 49.52 โดยยังไม่มีผู้ใดอยู่ในระดับสูง ภายหลังการพัฒนาารูปแบบ พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับทักษะเพิ่มขึ้นมาอยู่ในระดับสูง จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 90.48 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 9.52 และไม่พบผู้ที่อยู่ในระดับต่ำ ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** จำนวน ร้อยละ ระดับทักษะ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ (n=105)

ระดับทักษะ	ก่อนพัฒนารูปแบบ		หลังพัฒนารูปแบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีระดับทักษะสูง (48 – 60 คะแนน)	0.00	0.00	95.00	90.48
มีระดับทักษะปานกลาง (34 – 47 คะแนน)	52.00	49.52	10.00	9.52
มีระดับทักษะต่ำ (20 – 33 คะแนน)	53.00	50.48	0.00	0.00

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ด้านความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังการพัฒนารูปแบบ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นจาก  $8.77 \pm 2.39$  เป็น  $18.65 \pm 2.21$  อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 33.29, p < 0.001, 95\%CI = 9.29-10.46$ ) ด้านทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังการพัฒนารูปแบบ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก  $44.76 \pm 3.94$  เป็น  $62.98 \pm 3.50$  อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 33.72, p < 0.001, 95\%CI = 17.15-19.29$ ) ด้านทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังการพัฒนารูปแบบ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยทักษะเพิ่มขึ้นจาก  $33.73 \pm 3.45$  เป็น  $52.27 \pm 3.23$  อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 41.94, p < 0.001, 95\%CI = 17.66-19.41$ ) ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** ผลการประเมินประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบ โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n=105)

ประเมินผลการพัฒนารูปแบบ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	T	P	95%CI
	รูปแบบ	รูปแบบ			
	Mean±SD	Mean±SD			
ความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ	$8.77 \pm 2.39$	$18.65 \pm 2.21$	33.29	<0.001*	9.29-10.46
ทัศนคติผู้ดูแลผู้สูงอายุ	$44.76 \pm 3.94$	$62.98 \pm 3.50$	33.72	<0.001*	17.15-19.29
ทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุ	$33.73 \pm 3.45$	$52.27 \pm 3.23$	41.94	<0.001*	17.66-19.41

\*p < 0.05, Paired t-test

### สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสง ตำบลหนองอ้อ อำเภอหนองบัวลำภู จังหวัดอุดรธานี มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังหรือมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดปัญหาซึมเศร้าและวิตกกังวล สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยเมื่อความสามารถในการพึ่งพาตนเองลดลง ย่อมนำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียคุณค่า ความโดดเดี่ยว และความเครียดสะสมได้ง่าย แม้ระบบบริการสุขภาพจะมีการคัดกรองด้วยเครื่องมือมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง แต่การรับรู้ของครอบครัวและชุมชนยังมีความคลาดเคลื่อน โดยมักมองว่าอาการซึมเศร้าหรือวิตกกังวลเป็นเรื่องปกติของวัยสูงอายุ ความเข้าใจลักษณะนี้ส่งผลให้การเข้าสู่ระบบบริการล่าช้า และบางรายไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม สะท้อนประเด็นสำคัญด้านทัศนคติและความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของคนในชุมชนที่ยังต้องได้รับการพัฒนา ในด้านบทบาทการดูแล พบว่าครอบครัวเป็นกำลังหลักในการดูแลผู้สูงอายุ ขณะที่หน่วยบริการสุขภาพทำหน้าที่คัดกรอง ให้คำแนะนำ และส่งต่อ ส่วนอาสาสมัครและผู้นำชุมชนมีบทบาทในการเฝ้าระวังติดตาม อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังประสบ

ข้อจำกัดจากการขาดทักษะเฉพาะด้านของผู้ดูแล ระบบติดตามที่ไม่ต่อเนื่อง และทรัพยากรบุคคลที่จำกัด ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้บ่อยในงานสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิ การแก้ไขปัญหานี้ไม่สามารถพึ่งพาการคัดกรองเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องพัฒนาความรู้ ทักษะ และทักษะของผู้ดูแล ควบคู่กับการสร้างระบบสนับสนุนที่เชื่อมโยงกันในชุมชน เพื่อให้เกิดการค้นหาเร็ว ดูแลเร็ว และส่งต่อได้ทันที่ สอดคล้องกับการศึกษาของจาโอโยตาภาซ์ ฉัตรไพศาลกุล และคณะ<sup>(15)</sup> ที่พบว่า การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุให้ได้ผลจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้นำชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ โดยการจัดกิจกรรมกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน การเฝ้าระวังอาการ และการเสริมพลังทางสังคม สามารถช่วยลดคะแนนภาวะซึมเศร้าและทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวดีขึ้น ทั้งยังชี้ให้เห็นว่าการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชนเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้การดูแลต่อเนื่องและยั่งยืน

การพัฒนา รูปแบบการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเน้นการเสริมศักยภาพผู้ดูแลและเครือข่ายในชุมชนผ่านกิจกรรมสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การคัดกรอง 2) การให้ความรู้และปรับทัศนคติ 3) การพัฒนาทักษะการดูแลจิตใจ และ 4) การจัดระบบเฝ้าระวังส่งต่อ ผลการดำเนินงานสะท้อนว่าแนวทางดังกล่าวช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจบทบาทของตนเองชัดเจนขึ้น เกิดความมั่นใจในการประเมินอาการ และสามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้เหมาะสมมากขึ้น การมุ่งปรับทัศนคติถือเป็นหัวใจสำคัญ เนื่องจากเมื่อผู้ดูแลรับรู้โรคซึมเศร้าและวิตกกังวลเป็นภาวะที่ป้องกันและรักษาได้ จะทำให้เกิดความตั้งใจในการเฝ้าระวังและสนับสนุนผู้สูงอายุมากขึ้น ขณะเดียวกัน การฝึกทักษะการสื่อสาร การรับฟัง และการผ่อนคลายความเครียด ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลเชิงจิตสังคม ซึ่งเป็นมิติที่มักขาดหายไปจากการดูแลแบบเดิมที่เน้นเพียงโรคทางกาย นอกจากนี้ การกำหนดระบบการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้เกิดโครงสร้างการดูแลที่ต่อเนื่อง ลดความซ้ำซ้อน และเพิ่มโอกาสที่ผู้สูงอายุจะเข้าถึงบริการได้รวดเร็วขึ้น ถือเป็นภาระระดับการจัดการปัญหาสุขภาพจิตจากระดับบุคคลไปสู่ระดับชุมชน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เนื่องจากตั้งอยู่บนฐานการมีส่วนร่วม ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เดิม และเสริมเติมความรู้และทักษะที่จำเป็น จึงมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่ความยั่งยืนของระบบการดูแลในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของชนนี ปิยะนิละผลิน<sup>(5)</sup> ที่พบว่า การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะเกิดประสิทธิผลเมื่อชุมชนเข้ามามีบทบาทร่วมกัน ทั้งครอบครัว ผู้นำชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข ผ่านกิจกรรมกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน การเฝ้าระวังอาการ และการเสริมพลังทางสังคม ซึ่งช่วยให้คะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงและผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น

ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังการพัฒนา รูปแบบ ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับการป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยก่อนการพัฒนา ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำสูงถึงร้อยละ 94.29 และไม่มีผู้ใดอยู่ในระดับสูง แต่ภายหลังการพัฒนา พบว่าผู้ดูแลที่มีระดับความรู้ต่ำลดลงเหลือเพียงร้อยละ 1.90 ขณะที่ระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 63.81 และระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 34.29 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการให้ความรู้ที่ดำเนินการสามารถเติมเต็มช่องว่างทางความเข้าใจของผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะประเด็นเกี่ยวกับสาเหตุ อาการเตือน ความสำคัญของการพูดคุยรับฟัง และแนวทางการเข้าถึงบริการรักษา ซึ่งเดิมผู้ดูแลจำนวนมากยังเข้าใจคลาดเคลื่อนหรือไม่ตระหนักถึงความสำคัญ การจัดกิจกรรมในลักษณะบรรยายร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และยกตัวอย่างสถานการณ์จริงในชุมชน ทำให้ผู้ดูแลสามารถเชื่อมโยงความรู้ใหม่กับประสบการณ์เดิม ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ที่มีความหมายและจดจำได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของดวงแก้ว ชำนาญพนา และคณะ<sup>(16)</sup> พบว่าการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการเสริมพลังให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถเพิ่มความรู้และความสามารถในการดูแลด้านจิตใจ

ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยความรู้ที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลในทางที่เหมาะสมมากขึ้น

ทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 79.05 และระดับต่ำร้อยละ 20.95 โดยไม่มีผู้ที่มีทัศนคติระดับสูงเลย แต่หลังการพัฒนา ผู้ดูแลถึงร้อยละ 88.57 มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง และไม่พบผู้ที่มีทัศนคติระดับต่ำ ผลลัพธ์นี้อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ดูแลได้รับความรู้ที่ถูกต้องและเห็นความเป็นไปได้ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงมุมมองจากการมองว่าเป็นเรื่องธรรมชาติของวัยไปสู่การตระหนักว่าเป็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังและสามารถป้องกันได้ การสื่อสารในกิจกรรมที่เน้นคุณค่าของผู้สูงอายุ การรับฟังอย่างเข้าใจ และบทบาทสำคัญของครอบครัว มีส่วนช่วยสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของธนัชพร ปักษาพันธ์ และคณะ<sup>(17)</sup> ที่พบว่าการดำเนินกิจกรรมผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถปรับเปลี่ยนการรับรู้และความเชื่อของผู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดทัศนคติเชิงบวกต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และเพิ่มความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล เพราะเมื่อผู้ดูแลเชื่อว่าปัญหาสามารถป้องกันได้และตนเองมีส่วนช่วยได้จริง ย่อมนำไปสู่ความตั้งใจในการเรียนรู้เพิ่มเติมและการปฏิบัติที่เอื้อต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระยะยาว

ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อนการพัฒนา ผู้ดูแลอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 50.48 และระดับปานกลางร้อยละ 49.52 โดยไม่มีผู้ใดอยู่ในระดับสูง แต่หลังการพัฒนา ผู้ดูแลถึงร้อยละ 90.48 มีระดับทักษะอยู่ในระดับสูง และไม่พบผู้ที่อยู่ในระดับต่ำ การเปลี่ยนแปลงนี้สะท้อนให้เห็นว่าการฝึกปฏิบัติจริง การสาธิต และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลได้ทดลองฝึกการสังเกตอาการ การรับฟังอย่างตั้งใจ การให้กำลังใจ การจัดกิจกรรมลดความเหงา และการตัดสินใจส่งต่อ จะช่วยสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติและลดความกลัวว่าจะดูแลผิดพลาด สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทา กาญจนพงศ์ และคณะ<sup>(18)</sup> ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติ ช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะความมั่นใจในการตัดสินใจและการช่วยเหลือเบื้องต้น ซึ่งเป็นพื้นฐานของการดูแลที่ต่อเนื่องในระดับครัวเรือน การยกระดับทักษะในครั้งนี้เป็นหลักฐานชัดเจนว่าผู้ดูแลสามารถพัฒนาได้เมื่อได้รับโอกาสในการเรียนรู้ที่เหมาะสม และเมื่อผู้ดูแลเชื่อว่าตนเองทำได้จริง ทักษะเหล่านั้นจะกลายเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตามธรรมชาติในระยะยาว

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีระดับความรู้ ทัศนคติ และทักษะเพิ่มขึ้น โดยด้านความรู้มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก  $8.77 \pm 2.39$  เป็น  $18.65 \pm 2.21$  ด้านทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก  $44.76 \pm 3.94$  เป็น  $62.98 \pm 3.50$  และด้านทักษะเพิ่มขึ้นจาก  $33.73 \pm 3.45$  เป็น  $52.27 \pm 3.23$  แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < 0.001$  ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และทักษะ เมื่อผู้ดูแลมีความรู้ที่ถูกต้อง จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และส่งผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลอย่างเป็นรูปธรรม จึงถือได้ว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความคิดและการปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม สอดคล้องกับการศึกษาของกายสิทธิ์ จันทะบาล<sup>(19)</sup> ที่พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถยกระดับศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างรอบด้าน ทั้งในมิติของความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแล ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบหลักของการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรม เมื่อพิจารณาภาพรวมหลังการพัฒนา ผู้ดูแลมีความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมากขึ้น มีมุมมองที่เปิดกว้างและเห็นความสำคัญของการดูแลเชิงจิตใจมากขึ้น และมีความสามารถในการปฏิบัติจริงได้อย่างมั่นใจมากกว่าเดิม และสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิษญ์ ช่อมจันทร์ตรา<sup>(20)</sup> ที่พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงไม่ได้เป็นเพียงกิจกรรมอบรมระยะสั้น แต่เป็นกระบวนการสร้างการเปลี่ยนแปลงภายในตัวผู้ดูแลอย่างลึกซึ้ง ตั้งแต่การปรับความเข้าใจ

เปลี่ยนมุมมอง ไปจนถึงการเสริมความสามารถในการลงมือปฏิบัติ ผลที่เกิดขึ้นแสดงให้เห็นว่าการบูรณาการ การให้ความรู้ การสร้างทัศนคติที่เหมาะสม และการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง สามารถยกระดับศักยภาพของผู้ดูแลได้

ดังนั้นรูปแบบการดูแลและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลในผู้สูงอายุ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ จำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การคัดกรองสุขภาพจิต การให้ความรู้และปรับทัศนคติ การฝึกทักษะการดูแลด้านจิตใจ และการจัดระบบเฝ้าระวังและส่งต่อ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความพร้อมของผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของชุมชนสามารถยกระดับศักยภาพของผู้ดูแล และส่งผลให้ชุมชนมีความพร้อมในการเฝ้าระวัง ค้นหา และช่วยเหลือผู้สูงอายุได้รวดเร็วกว่าขึ้น อันเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ควรส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน การเฝ้าระวัง และการเข้าถึงบริการ เพื่อคงไว้ซึ่งระดับความรู้ที่ดีและป้องกันการกลับไปสู่รูปแบบความเข้าใจเดิม
2. หน่วยบริการสุขภาพควรสนับสนุนการฝึกปฏิบัติจริง การสาธิต และการจำลองสถานการณ์ เนื่องจากเป็นวิธีที่ช่วยเพิ่มความมั่นใจและเสริมสร้างทักษะในการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรพัฒนาระบบเครือข่ายความร่วมมือระหว่างบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีบทบาทในการติดตาม เฝ้าระวัง และส่งต่อผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง
4. ควรสนับสนุนให้มีการบูรณาการการประเมินสุขภาพจิตเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้สูงอายุในงานประจำ เพื่อให้เกิดการค้นหาเร็วและช่วยเหลือได้ทันเวลาที่

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรู้ ทักษะ และทักษะของผู้ดูแลหลังสิ้นสุดโครงการ
2. ควรศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้สูงอายุโดยตรง เช่น การเปลี่ยนแปลงระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า หรือคุณภาพชีวิต เพื่อยืนยันผลของการพัฒนารูปแบบในมิติของผู้รับบริการ
3. ควรขยายการศึกษาไปยังกลุ่มผู้ดูแลในบริบทพื้นที่อื่น หรือเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ เพื่อประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลของรูปแบบในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน
4. ควรพัฒนาเครื่องมือหรือเทคโนโลยีสนับสนุนการติดตาม เช่น ระบบสื่อสารออนไลน์หรือแอปพลิเคชัน เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลในชุมชน
5. อาจมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้าใจปัจจัยเชิงลึกที่ส่งผลต่อความสำเร็จของรูปแบบ

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองวัวซอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสง องค์การบริหารส่วนตำบลหนองอ้อ ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้ดูแลผู้สูงอายุในตำบลหนองอ้อทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานวิจัย รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำอันมีค่า ซึ่งมีส่วนสำคัญในการทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567 แยกตามตำบล [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้น เมื่อ 15 มกราคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dop.go.th/th/know/1/238>
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนกลยุทธ์กรมกิจการผู้สูงอายุ พ.ศ. 2560–2564. กรุงเทพมหานคร: เทพเพ็ญวานิสัย; 2565.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence. Delirium: diagnosis, prevention and management (Clinical guideline 103) [Internet]. London: NICE; 2010 [cited 2011 May 3]. Available from: <https://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13060/49909/49909.pdf>
4. World Health Organization. Depression [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2018 Jul]. Available from: <http://www.who.int/topics/depression/en>
5. ชนนิ ปิตะนิละผลิน. ภาวะซึมเศร้า รูปแบบการป้องกันทางจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 7 [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565. เข้าถึงได้จาก: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/6680>
6. กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 16 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh-elibrary.org/items/show/561>
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. Health Data Center: HDC. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2568.
8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสง. สรุปรายงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุประจำปี 2568. จังหวัดอุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองวัวซอ; 2568.
9. อรุณ จีรวัดน์กุล. ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
10. กรมสุขภาพจิต. คู่มือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน. นนทบุรี: สำนักสุขภาพจิตประชากรกลุ่มเฉพาะ กรมสุขภาพจิต; 2563.
11. สมศรี ใจมั่น. การพัฒนาทัศนคติของผู้ดูแลในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในชุมชนเมือง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.
12. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
13. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Dutch Journal of Educational Research. 1977;2(2):49–60.
14. Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 199

15. จาไอยดาภาข์ ฉัตรไพศาลกุล, พระครูศรีสุธรรมนิวิฐ, วรกฤต เกื่อนช้าง. รูปแบบการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าตามหลักอริยสัจ 4. *วารสารวิจัยวิชาการ*. 2567;7(3):45-58.
16. ดวงแก้ว ชำนาญพนา, สุรีย์ จันทรมณี. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพทางจิตเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง. *วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม*. 2567;8(12):316-327.
17. ธนัชพร ปักษิพันธ์, สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง. การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลนาตาล อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*. 2567;3(2):24-32.
18. สุนันทา กาญจนพงศ์, ชัยวัฒน์ พัฒนพิศาลศักดิ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 2566;41(4):84-95.
19. กายสิทธิ์ จันทะบาล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2566;32(5):742-753.
20. สุวพิชญ์ ซ่อมจันทร์ตรา. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*. 2567;18(2):55-68.