

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยเฉพาะสาขาการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้โครงสร้างประชากรเป็นสังคมผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุนี้ นับเป็นปัญหาสาธารณสุขและการแพทย์ที่มีความสำคัญของหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาเช่นประเทศไทย จากรายงานสถิติข้อมูลของผู้สูงอายุไทยล่าสุดของปี พ.ศ. 2563 พบจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 11,627,130 คน แยกเป็นเพศชายจำนวน 5,130,363 คน และเป็นเพศหญิงจำนวน 6,496,767 คน คิดเป็นร้อยละ 17.57 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) และมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยคาดการณ์ว่าประเทศไทยกำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aging Society) คือมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20 ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) เมื่อมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมดประมาณปี 2574 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564)

จากสถิติของจำนวนผู้สูงอายุที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ อาจเป็นประเด็นปัญหาที่มีความรุนแรงต่อประเทศได้ในอนาคต และเป็นปัญหาสำคัญที่รัฐบาลไทยให้ความสนใจในระดับมากในปัจจุบัน โดยจะเห็นได้ว่ารัฐบาลมีนโยบายหลายประการในการวางแผนแก้ปัญหาดังกล่าวในทุกระดับ สำหรับปัญหาที่พบในผู้สูงอายุนั้น มีหลายประการ ได้แก่ ปัญหาด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและสภาพความเป็นอยู่ ทั้งนี้อันเนื่องมาจากเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทุกด้าน เช่น มีความเสื่อมของสมอง โดยพบว่ามีผู้ป่วยสมองเสื่อมในชุมชน ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยมีจำนวนสูงถึงร้อยละ 95 และมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม จะเกิดอาการเฉยเมย ขาดความกระตือรือร้น ไม่แสดงออกซึ่งอารมณ์ พลุ่่งพล่าน กระวนกระวายใจ และมีอารมณ์ซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว (กรมสุขภาพจิต, 2563, น.70, ออนไลน์) และยังมีภาวะเจ็บป่วยทางกาย โดยมีโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม โรคถุงลมโป่งพอง หลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง กล้ามเนื้อหัวใจตายและเป็นอัมพาต นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีโรคประจำตัวเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปในผู้สูงอายุชายร้อยละ 36.8 และผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 42.3 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563)

การมีความเสื่อมถอยลงทางด้านร่างกายและมีความเจ็บป่วยทางกายนี้ จะส่งผลให้ความสามารถในการทำงานของผู้สูงอายุลดน้อยลง รายได้และบทบาททางสังคมลดลง ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกในทางลบหลายประการ เช่น ความรู้สึกไร้คุณค่า ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้เกิดความไม่สบายใจ วิตกกังวล เครียด ท้อแท้ในชีวิต และไม่มีความสุข มีคุณภาพชีวิตลดลง (สมมติ อนันต์ปฏิเวช และวิภา เพ็งเสงี่ยม, 2559, น.104) เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า นำไปสู่การฆ่าตัวตายและเสียชีวิต

(ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2,น.20-21,2563,ออนไลน์) หากผู้สูงอายุไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นนี้ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งขาดกำลังใจจากบุคคลที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนในการดำรงชีวิต ก็จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองได้ในที่สุด ดังนั้นภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จึงถือเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่ควรให้ความสำคัญในการป้องกันและดูแลรักษา

ภาวะซึมเศร้า เป็นกลุ่มอาการที่มีองค์ประกอบหลักของการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (emotion) ด้านความคิด (cognitive) ด้านร่างกาย (Physical) และด้านพฤติกรรม (Behavior) (American Psychiatric Association, 2020,Online ; สายฝน เอกวารงกูร 2553, น.8,34-42; Beck & Alford, 2009; National Health and Medical Research Council (NHMRC), 2011,p.4-5,Online) การแสดงออกด้านอารมณ์ ได้แก่ ความรู้สึกมีดমন ขาดความสนใจหรือไม่รู้สึกริเริ่มในกิจกรรมที่ทำให้สนุกสนาน เหนื่อยหน่าย จิตใจหดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า อาจเกิดความรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป ความรู้สึกเสียใจหรือมีอารมณ์เก็บกด (American Psychiatric Association, 2020,Online; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย 2554,น.227) นอกจากนี้ยังมีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว โกรธ กระวนกระวาย น้อยใจง่าย รู้สึกผิด กังวล เฉยชา เงียบขรึม หดความสนใจ การแสดงออกด้านความคิด โดยมีความคิดเชิงข้อ่า มีความลำบากในการคิด ขาดสมาธิ การตัดสินใจช้า รู้สึกไร้ค่าหรือรู้สึกผิด มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ความสามารถในการคิดและการตัดสินใจแย่งลง มีความคิดในทางลบกับตนเองและสิ่งแวดล้อมและอนาคต สำหรับการแสดงออกด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ แน่นท้อง ปวดเรื้อรัง ท้องอืด คลื่นไส้ นอนหลับยากหรือนอนหลับมากเกินไป ตื่นเร็ว หรือหลับมากเกินไป ขาดพลังหรืออ่อนเพลียมากขึ้น ความอยากอาหารลดลง น้ำหนักลดหรือเพิ่มขึ้น ท้องผูกหรือท้องเสีย และการแสดงออกด้านพฤติกรรม ได้แก่ การเคลื่อนไหวและการพูดช้าลง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ความตื่นตัวในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ร้องไห้ง่าย ทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย (American Psychiatric Association, 2020,Online; สายฝน เอกวารงกูร 2553, น.8,34-42)

ดังนั้นจึงถือได้ว่าภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนทั้งคนปกติ ผู้ป่วยทางกาย และผู้ป่วยทางจิตเวช ทั้งในวัยเด็กจนถึงวัยผู้สูงอายุ โดยอาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าธรรมดาจนถึงภาวะซึมเศร้ารุนแรง หากไม่ได้รับการรักษาก็จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด ซึ่งโรคซึมเศร้าถือเป็นความผิดปกติของจิตใจ โดยมีภาวะซึมเศร้าร่วมกับขาดความเคารพตนเอง รวมทั้งมีภาวะสิ้นยินดี คือ ไม่มีความพึงพอใจในกิจกรรมที่โดยปกติเป็นที่น่าพึงพอใจ ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงหรือเป็นโรคซึมเศร้าและไม่ได้รับการรักษาจะจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยไม่ทราบว่าเป็นโรครวมเศร้า และไม่ตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการรักษา

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะมีอาการเหมือนในวัยอื่น มักพบในผู้ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความบกพร่องทางการรู้คิด คนที่มีความทุกข์ยาก ครอบครัวแตกแยก ผู้สูงอายุที่พิการ และเพิ่มอัตราเสียชีวิตมากขึ้นในผู้สูงอายุกลุ่มเหล่านี้ (Alexopoulos, 2005, Online; KoK & Reynolds, 2017, Online) ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย อาทิ ความผิดปกติทางพันธุกรรม ความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมอง ปัญหาทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้านั้นเกิดจากปัจจัยภายในและ

ภายนอก ทั้งที่สามารถควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ ดังนั้น บุคคลทุกคนควรให้ความสำคัญต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะคนในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดควรคอยสังเกตอาการและพฤติกรรมต่างๆ หากพบว่ามีความผิดปกติจะสามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือป่วยเป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะไม่รู้ตัวว่ามีภาวะหรือโรคดังกล่าว ซึ่งจะต้องอาศัยการสังเกตจากคนใกล้ชิด อีกทั้งการดำเนินชีวิตของคนในปัจจุบันเป็นแบบเร่งรีบตลอด เวลา ต้องต่อสู้ดิ้นรนและใช้ชีวิตแบบตัวใครตัวมันมากขึ้น จึงขาดการดูแลใส่ใจสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเองและคนในครอบครัว เมื่อประสบเหตุการณ์หรือได้รับแรงกดดัน อันเกิดจากสภาวะการณ์ ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน แรงกดดันนี้จะกลายเป็นความเครียดสะสมไปเรื่อยๆ ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่ไม่รู้ตัวได้ หากไม่ได้รับการรักษาอาจส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าเพิ่มระดับเป็นภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง จนในที่สุดผู้ป่วยจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย (นันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ 2559, น.105)

สถิติการเกิดภาวะซึมเศร้าของโลกในปัจจุบัน พบว่ามีจำนวนประมาณ 350 ล้านคน (WHO,2562,ออนไลน์) สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีโรคซึมเศร้าจำนวน 238,011 คน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (สำนักงานประชาสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร,2562,ออนไลน์) จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข (2560) พบว่า มีประชากรที่มีภาวะซึมเศร้าสะสมในประเทศไทย รวม 14 ล้านคน โดยมีความชุกสูงสุดในเขตกรุงเทพมหานคร รองลงมาเป็นประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และประชากรวัยสูงอายุเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาสูญเสียทางสุขภาพด้านจิตสังคมมากที่สุด จากรายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกกลุ่มอายุ ในเดือนมีนาคม ปีงบประมาณ 2565 พบจำนวนผู้ป่วยสะสม ทั้งหมด 88,153 คน (ศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า,2565,ออนไลน์) จากรายงานการสำรวจในปี พ.ศ.2560 พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงมากกว่าภาวะซึมเศร้า จำนวน 75,564 คน ซึ่งทั้งหมดจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง พบว่าในผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย โดยพบความชุกของโรคมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือ ภาคใต้ภาคกลาง ตะวันออก และภาคเหนือ ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2562,ออนไลน์) ดังนั้นจึงถือได้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า พบเป็นจำนวนส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในทุกกลุ่มอายุ จากการคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2563 โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก เป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (กรมสุขภาพจิต, 2562) ซึ่งจะเป็นภาระสำหรับการดูแลรักษามากยิ่งขึ้นเช่นกัน นอกจากนี้ยังนำไปสู่การเกิดโรคสมองเสื่อม หรืออาจกลายเป็นภาวะซึมเศร้าขั้นรุนแรง จนผู้ป่วยเลือกที่จะจบชีวิตตนเองด้วยการฆ่าตัวตาย โดยพบว่า ภาวะความสำเร็จในการฆ่าตัวตายของผู้สูงวัยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีมากกว่าผู้ป่วยในวัยอื่นๆ (ทิปภา ชุตติกาญจน์โกศล,2563,ออนไลน์) ดังนั้นการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ที่อาจจะทวีความรุนแรงไปเป็นโรคซึมเศร้าจึงเป็นสิ่งที่ผู้เกี่ยวข้องควรตระหนักถึง

ปัจจุบันโรคซึมเศร้ารักษาด้วยยา จิตบำบัด และการรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นต้น (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์,2550) ในรายที่มีอาการมากจะรักษาด้วยการให้ยาต้านเศร้าและการช็อคไฟฟ้า การบำบัดทางจิตใจจะใช้ในผู้ที่มีอาการน้อยและปานกลาง หรือในผู้ที่ไม่ต้องใช้ยา (KoK & Reynolds,2017, Online) แต่ยังมีข้อจำกัด เช่น การตอบสนองไม่ดีต่อการรักษา (Duman, 2014) และเป็นการสิ้นเปลืองเวลา และทรัพยากรในการรักษา ส่วนการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคือ การดูแลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เช่น

การให้การปรึกษา การจัดการรายกรณี การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นต้น และอีกบทบาทที่สำคัญคือ การป้องกันภาวะซึมเศร้าทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งรัฐบาลได้กำหนดให้งานป้องกันภาวะซึมเศร้า เป็นตัวชี้วัดที่บรรจุในแผนยุทธศาสตร์ของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2563, น.83, ออนไลน์) ด้วยการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปและแกนนำชุมชน เพื่อเฝ้าระวัง ค้นหา คัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและกลุ่มเสี่ยงให้เข้าถึงบริการสุขภาพ

จากที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและการป้องกันไม่ให้ภาวะซึมเศร้ามีความรุนแรงจนกลายเป็นโรคซึมเศร้า จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นยิ่งสำหรับตัวผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อเป็นการประหยัด งบประมาณ และทรัพยากรโดยเฉพาะงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยของครอบครัวและประเทศชาติเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเป็นโรคซึมเศร้า อีกทั้งเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

คณะผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้ทำการศึกษาสำรวจก่อนทำการวิจัยหนึ่งสัปดาห์ เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ พยาบาล อนามัยชุมชน และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ เกี่ยวกับสภาพปัญหาการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ผลการสัมภาษณ์พบว่าผู้สูงอายุยังไม่ค่อยปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและโรคเรื้อรัง จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน ที่ต้องรับประทานยาทุกวัน และต้องไปพบแพทย์ตามนัด เพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง บางครั้งมีความรู้สึกท้อแท้ใจ ทุกข์ใจ เศร้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา และมีความต้องการการให้บริการปรึกษาจากบุคลากรทีมสุขภาพ ในส่วนของญาติและผู้ป่วยก็ยังไม่ค่อยมีการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า และยังไม่ค่อยเห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ด้วยเป็นเพราะสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจที่ทำให้ต้องดิ้นรนเพื่อหาเลี้ยงชีพ ทำให้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุลดลง และพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังขาดผู้ดูแลมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และได้สอบถามถึงความต้องการในการพัฒนาศักยภาพการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ และรูปแบบของการพัฒนาศักยภาพการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เหมาะสม พบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการในการพัฒนาศักยภาพการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของตน โดยใช้รูปแบบการฝึกอบรมที่สะดวก ใช้เทคโนโลยีที่เข้าถึงง่าย เหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ และสถานการณ์ปัจจุบัน รวมทั้งมีเนื้อหาสาระที่ไม่ซับซ้อนและเข้าใจง่าย สำหรับภารกิจของพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้านั้น พบว่าพยาบาลมีภารกิจในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้นกว่าในอดีต โดยต้องดำเนินการป้องกันโรคตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศรียรระดับจังหวัด (กรมสุขภาพจิต, 2557, น.1-102, ออนไลน์) แต่ก็ยังดำเนินการได้ไม่ทั่วถึงครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน (กรมสุขภาพจิต, 2563, น.47, ออนไลน์) อาจเนื่องมาจากบุคลากรทีมสุขภาพมีภารกิจอื่นอีกหลายประการและผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

การป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าทั้งในรูปแบบที่เป็นงานวิจัยและเป็นโครงการ/กิจกรรมนั้น สามารถกระทำได้หลายวิธี ได้แก่ การให้ความรู้ การให้สุขศึกษา โดยการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าผ่านสื่อและช่องทางต่างๆ การพัฒนากลวิธีและเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า และการฝึกอบรม (ศิริพร จิรวัดน์กุล และคณะ 2549) การจัดกิจกรรมที่ลดปัจจัยเสี่ยง และเพิ่มปัจจัยปกป้อง การใช้โปรแกรมการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม หรือการบำบัดด้วยสัมพันธภาพ

ระหว่างบุคคล การประเมินภาวะซึมเศร้าอย่างครอบคลุม การให้ความรู้ และการฝึกทักษะชีวิต (Nguyen & Vu, 2013 ; ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2563, ออนไลน์) การใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยใช้สติ (อรพิชา เกตุพันธ์ และ สุรีย์จันทร์โมลี , 2563) และการดำเนินการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต 2562, ออนไลน์) และการวิจัยการให้บริการปรึกษา (อังคณา คำชู 2554 ; สมดี อนันต์ปฏิเวธ และ วิภา เพ็งเสงี่ยม 2559) ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วจะเป็นรูปแบบของการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เน้นการให้สุขภาพจิต ศึกษาและการให้การศึกษารายบุคคลซึ่งต้องใช้เวลามากในการบำบัด (สุริยะะ จงแพ และคณะ, 2559)

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมา ยังไม่พบงานวิจัยที่เป็นการสร้างนวัตกรรมทางวิทยาแบบบูรณาการ เพื่อใช้สำหรับการพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่เป็นลักษณะใหม่ ทั้งในรูปแบบเผชิญหน้าและออนไลน์ และใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย เหมาะสมกับสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา-2019 มีความสะดวก เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ อันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

ด้วยเหตุดังกล่าวนี้ คณะผู้วิจัยจึงมีความต้องการที่จะศึกษาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุว่าเป็นอย่างไร เพื่อให้ทราบข้อมูลเชิงประจักษ์ของศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุว่าอยู่ในระดับมากน้อยเพียงใด และมีความแตกต่างกันตามอายุ เพศ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษาสูงสุดหรือไม่ โดยในการศึกษาระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ให้ครอบคลุมในทุกองค์ประกอบของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรมตามแนวคิดของสมาคมจิตเวชอเมริกัน (American Psychiatric Association, 2020) จากนั้นจึงนำผลที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 1 ที่พบว่า ศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน ทั้งด้านความคิด ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านร่างกายและด้านพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และผลจากการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ไปทำการสร้างนวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการในการวิจัยระยะที่ 2 ซึ่งถือเป็นนวัตกรรมทางจิตวิทยา ที่ไม่เคยมีการสร้างขึ้น เพื่อพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในลักษณะนี้มาก่อน และนำผลที่ได้ในการศึกษาระยะที่ 1 ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษาสูงสุดต่างกัน มีศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าต่างกัน ไปใช้ในการแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยใช้นวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการในการศึกษาระยะที่ 3

สำหรับนวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการที่สร้างขึ้นในครั้งนี้คือ โมเดลหรือรูปแบบการฝึกอบรมทางจิตวิทยา (Psychological Training Model) เป็นนวัตกรรมทางจิตวิทยา ที่จัดอยู่ในประเภทของนวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) ตามแนวคิดของทรอต (Trott ,2005) โดยจะเป็นการบูรณาการเทคนิคจากทฤษฎีการปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling Theory) กับเทคนิคอื่นที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน โดยเป็นเทคนิคที่สามารถศึกษาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุทั้งด้านความคิด ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านร่างกายและด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุได้ และมีการบูรณาการวิธีการปรึกษากลุ่มและเทคโนโลยีทั้งแบบเผชิญหน้าและแบบออนไลน์ โดยใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย สะดวก เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุในสถานการณ์ปัจจุบัน สำหรับทฤษฎีการปรึกษาแบบกลุ่มนี้ ถือเป็นวิธีการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากการปรึกษาแบบกลุ่มสามารถใช้เพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการได้ครั้งละหลายคนในเวลาเดียวกัน เป็นการประหยัดทั้งเวลา

และงบประมาณที่ใช้ในการให้บริการ นอกจากนี้ยังช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาของผู้รับบริการปรึกษา มีการให้ข้อเสนอแนะซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้รับบริการปรึกษา (Corey, Corey & Corey, 2018, p.6) และในส่วนของเทคนิคจากทฤษฎีการปรึกษาแบบกลุ่มที่ผู้วิจัยจะนำมาบูรณาการในลักษณะใหม่ครั้งนี้ จะเป็นทฤษฎีและเทคนิคการปรึกษาแบบกลุ่ม ที่ครอบคลุมทั้งภาวะซึมเศร้าทั้งด้านความคิด ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม และมีการให้บริการปรึกษากลุ่มโดยผ่านสื่อสังคม (Social Media) ประกอบด้วย การใช้เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบการศึกษาเชิงจิตวิทยา (Psychoeducational Counseling) โดยการให้การศึกษาเชิงจิตวิทยาหรือสุขภาพจิตศึกษา ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line Application) ห้องสนทนาแบบกลุ่ม (Group Chat) โดยส่งข้อความออนไลน์ การนำเสนอไฟล์เนื้อหาด้วยเพาเวอร์พอยท์ การนำเสนอคลิปวิดีโอ และวิดีโอคอล (VDO Call) เพื่อพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านร่างกาย ใช้เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษากลุ่มแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Counseling Technique) เทคนิคของทฤษฎีการบำบัดเชิงความคิด (Cognitive Therapy Technique) เพื่อพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านความคิด ใช้เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt Counseling Technique) เพื่อพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ความรู้สึก ใช้เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาเผชิญความจริง (Reality Counseling Technique) เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ (Solution-Focused Brief Counseling Technique) เพื่อพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านพฤติกรรม และใช้วิธีการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกัน ได้แก่ กรณีศึกษา การอภิปรายกลุ่ม การระดมสมองและบทบาทสมมติ เพื่อพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าให้ครอบคลุมทั้งสี่ด้าน ทั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อตัวของผู้สูงอายุ รวมทั้งบุคลากรทางสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ สำหรับการนำนวัตกรรมทางจิตวิทยานี้ไปใช้ เพื่อเพิ่มพูนศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุให้มากยิ่งขึ้น และยังเป็นการป้องกันไม่ให้อาการซึมเศร้าทวีความรุนแรงจนเกิดโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ยังช่วยลดอัตราการเกิดโรคและลดผลกระทบของการเกิดโรคซึมเศร้า ลดอัตราการเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย อีกทั้งยังเป็นการสิ้นเปลืองทรัพยากรต่างๆ ทั้งทรัพยากรที่มิใช่สุขภาพ เวลา และงบประมาณจำนวนมากสำหรับการดูแลรักษา หากผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคซึมเศร้า นำไปสู่การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 2.1 เพื่อศึกษาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี
- 2.2 เพื่อเปรียบเทียบศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี โดยจำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาสูงสุด
- 2.3 เพื่อสร้างนวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี

2.4 เพื่อศึกษาผลของการใช้นวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการ เพื่อพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรี

3. สมมติฐานการวิจัย

3.1 ผู้สูงอายุที่มี อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาสูงสุดต่างกัน จะมีศักยภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน

3.2 ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ใช้นวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการ จะมีศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้า สูงกว่าก่อนการทดลอง

3.3 ภายหลังจากใช้นวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองจะมีศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น

3.4 ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ใช้นวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการ จะมีศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้า สูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ

4. ขอบเขตของการวิจัย

4.1 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ทำการศึกษาและพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในช่วง พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2564

4.2 ขอบเขตด้านประชากร

4.2.1 ประชากรที่ทำการศึกษาและเปรียบเทียบศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดนนทบุรี ปีพ.ศ. 2563 จำนวน 231,419 คน

4.2.2 กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ที่ใช้ในการศึกษาและเปรียบเทียบศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้า เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 324 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นโดยจำแนกตามอำเภอ แล้วสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละอำเภอ

กลุ่มที่ 2 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน สำหรับการพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้า ที่เป็นประชากรในระยะที่หนึ่ง ได้มาโดยการสุ่มแบบกลุ่ม ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะซึมเศร้า อ่านออกเขียนได้ สมัครใจเข้าร่วมการทดลอง สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์กลุ่มได้ แล้วจับคู่ตามคะแนน อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาสูงสุด เพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับการใช้นวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการให้คำแนะนำตามปกติ และได้รับการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการป้องกันภาวะซึมเศร้าหลังเสร็จสิ้นการทดลอง

4.3 ขอบเขตด้านเนื้อหา

เนื้อหาของการศึกษาและพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ครอบคลุมใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านความคิด ศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ความรู้สึก ศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านร่างกาย และศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านพฤติกรรม

4.4 ขอบเขตด้านข้อมูล

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา เป็นข้อมูลจากการสำรวจโดยใช้แบบวัดศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้า และจากการทดลองโดยใช้แบบวัดศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้า วัดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4.5 ขอบเขตด้านพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ครอบคลุมพื้นที่ของจังหวัดนนทบุรี

4.6 ตัวแปรในการศึกษา

4.6.1 ระยะที่ 1 การศึกษาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ตัวแปรต้น คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาสูงสุด

ตัวแปรตาม คือ ศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น

- 1) ศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านความคิด
- 2) ศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ความรู้สึก
- 3) ศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านร่างกาย
- 4) ศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านพฤติกรรม

4.6.2 ระยะที่ 2 การพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ตัวแปรต้น คือ นวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้า

ตัวแปรตาม คือ ศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้า

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 ศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุที่แสดงปรากฏออกมาภายนอกทั้งทางด้านความคิด ด้านอารมณ์ ความรู้สึก ด้านร่างกายและด้านพฤติกรรม สามารถวัดได้ด้วยแบบวัดศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้า และพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าได้โดยใช้นวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบตามแนวคิดของสมาคมจิตเวชอเมริกัน (American Psychiatric Association, APA, 2020) ได้แก่ ศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านความคิด ศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ความรู้สึก ศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านร่างกาย และศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านพฤติกรรม

5.2 นวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้า
หมายถึง รูปแบบการฝึกอบรม ที่พัฒนาขึ้นจากการบูรณาการ 2 แนวคิด ได้แก่ 1) บูรณาการเทคนิคของ
 ทฤษฎีการศึกษากลุ่ม 6 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีการศึกษาระบบการศึกษาเชิงจิตวิทยา ทฤษฎีการศึกษากลุ่ม
 แบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม ทฤษฎีการบำบัดเชิงความคิด ทฤษฎีการศึกษาระบบเกสตัลท์
 ทฤษฎีการศึกษาด้านจิตวิทยาความจริง และทฤษฎีการศึกษาระบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ 2) บูรณาการวิธีการเรียนรู้
 4 วิธีด้วยรูปแบบการเผชิญหน้าและออนไลน์ และการนำรูปแบบการฝึกอบรมไปใช้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน
 ได้แก่ ขั้นเริ่มต้น จะเป็นการกล่าวทักทายผู้เข้าร่วมการทดลอง ทบทวนการทดลองครั้งที่ผ่านมา และการ
 เตรียมความพร้อมสำหรับเข้าสู่ขั้นดำเนินการ สำหรับในขั้นดำเนินการ จะเป็นการใช้เทคนิคของทฤษฎีการ
 ศึกษากลุ่มและเทคนิคอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ในลักษณะใหม่ที่ไม่เคยมีมาก่อน เพื่อพัฒนาศักยภาพการป้องกัน
 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน ซึ่งได้แก่ ศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านร่างกาย ศักยภาพ
 การป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านความคิด ศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ความรู้สึก และ
 ศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านพฤติกรรม ตามลำดับ และขั้นสุดท้ายคือขั้นยุติ จะเป็นการสรุปถึงสิ่งที่
 ผู้เข้าร่วมการทดลองได้รับในแต่ละครั้ง ในการวิจัยครั้งนี้จะใช้ระยะเวลาในการทดลองใช้นวัตกรรมจำนวน
 ทั้งหมด 15 ครั้ง และใช้เวลาในการทดลองแต่ละครั้งนาน 120-180 นาที

5.3 ผลของการใช้นวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะ
ซึมเศร้า หมายถึง ผลที่เกิดจากการใช้นวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการ ที่เป็นรูปแบบการฝึกอบรมทาง
 จิตวิทยา โดยใช้แบบวัดศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้า เป็นเครื่องมือในการประเมินผลของการใช้
 นวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และทำการวัดก่อนและหลังการ
 ทดลองของกลุ่มทดลอง

5.4 การให้คำแนะนำตามปกติ หมายถึง การดูแล การให้คำแนะนำ การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ
 และการป้องกันภาวะซึมเศร้า ที่ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมได้รับตามปกติเช่นเดียวกับผู้สูงอายุอื่นทั่วไป จากบุคลากร
 ทีมสุขภาพและบุคลากรของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

5.5 ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนนทบุรี มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป

6. ประโยชน์ที่ได้รับ

6.1 วงการจิตวิทยาการศึกษา ได้นวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการ ที่ถือเป็นนวัตกรรมที่มี
 คุณภาพ เหมาะสม และสะดวกสำหรับการนำไปใช้เพื่อการพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของ
 ผู้สูงอายุในทุกพื้นที่ โดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เนื่องจากเป็น
 นวัตกรรมที่มีการใช้เทคโนโลยีแบบออนไลน์ร่วมด้วย

6.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในจังหวัดนนทบุรี ได้รับทราบข้อมูล
 ศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ที่ครอบคลุมทั้งจังหวัด และเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพ
 การป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ให้ขยายวงกว้างเพิ่มมากขึ้น

6.3 ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองของจังหวัดนนทบุรีที่ใช้นวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการ มีศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

6.4 เป็นประโยชน์ต่อบุคคลากรที่มสุขภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เช่น กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในการนำแบบวัดศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุไปใช้ เพื่อการตรวจสอบศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตามโอกาสที่ต้องการ และสามารถนำนวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

6.5 เป็นข้อมูลและแนวทางสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล และศูนย์การศึกษาครอบครัว ในการกำหนดนโยบายเพื่อดำเนินการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอนาคต

7.กรอบแนวคิดการวิจัย

คณะผู้วิจัยขอเสนอกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพ โดยในระยะที่ 1 (Research) จะเป็น ขั้นตอนของการศึกษาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ มีจำนวน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านความคิด ศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านอารมณ์ความรู้สึก ศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านร่างกาย และศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าด้านพฤติกรรม ตามแนวคิดของสมาคมจิตเวชอเมริกัน (American Psychiatric Association, APA, 2020) เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 ที่พบว่า ศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ความรู้สึก ด้านร่างกายและด้านพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และผู้สูงอายุที่มีอายุ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษาสูงสุดต่างกัน มีศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าต่างกัน มาประกอบในการสร้างนวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการเพื่อพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้า เพื่อมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากกว่าเดิม โดยการสร้างนวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการนี้ จะเป็นการสร้างรูปแบบการฝึกอบรมเชิงจิตวิทยา (Psychological Training Model) ที่บูรณาการเทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบกลุ่ม (Group Counseling) จำนวน 6 ทฤษฎี และวิธีการเรียนรู้ 4 วิธีเข้าด้วยกัน ทั้งในรูปแบบการเผชิญหน้าและออนไลน์

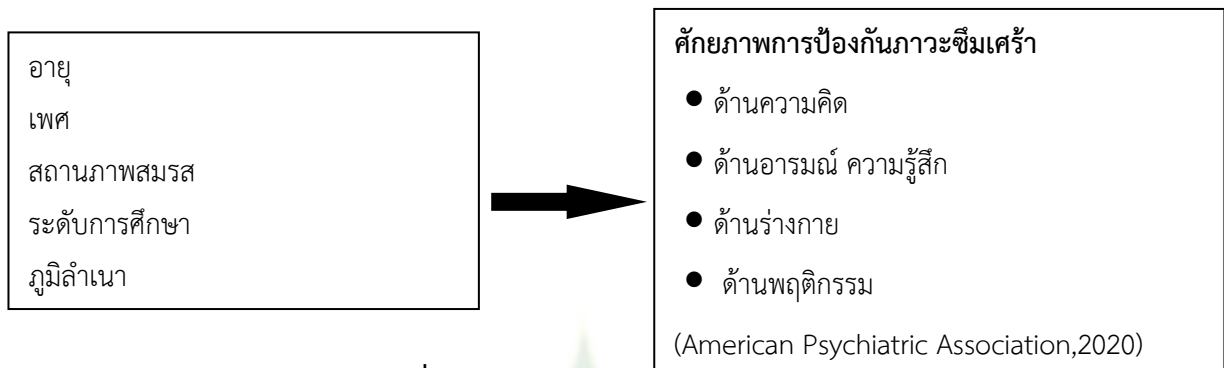
เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษา จำนวน 6 ทฤษฎี ได้แก่ เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบการศึกษาเชิงจิตวิทยา (Psychoeducational Counseling) ตามแนวคิดของ แมคเดเนียล และ โดเฮอร์ตี (McDaniel & Doherty, 1992) เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษากลุ่มแบบพิจารณาเหตุผลอารมณ์และพฤติกรรม (Rational Emotive Behavior Counseling Technique) ตามแนวคิดของ เอลลิส (Ellis, 1955) เทคนิคของทฤษฎีการบำบัดเชิงความคิด (Cognitive Therapy Technique) ตามแนวคิดของ เบค (Beck, 1967) เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt Counseling Technique) ตามแนวคิดของ เพิร์ลส์ (Perls, 1952) เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาเผชิญความจริง (Reality Counseling Technique) ตามแนวคิดของ แกลสเซอร์ (Glasser, 1981) เทคนิคของทฤษฎีการปรึกษาแบบสั้นที่มุ่งเน้นคำตอบ (Solution-Focused Brief

Counseling Technique) ตามแนวคิดของ ซาเซอร์ และ เบิร์ก (Shazer & Berg,1987) และวิธีการเรียนรู้ 4 วิธี ได้แก่ การอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion) กรณีศึกษา (Case Study) การระดมสมอง (Brain Storming) และบทบาทสมมติ (Role Play) และทำการศึกษาผลของการใช้นวัตกรรม

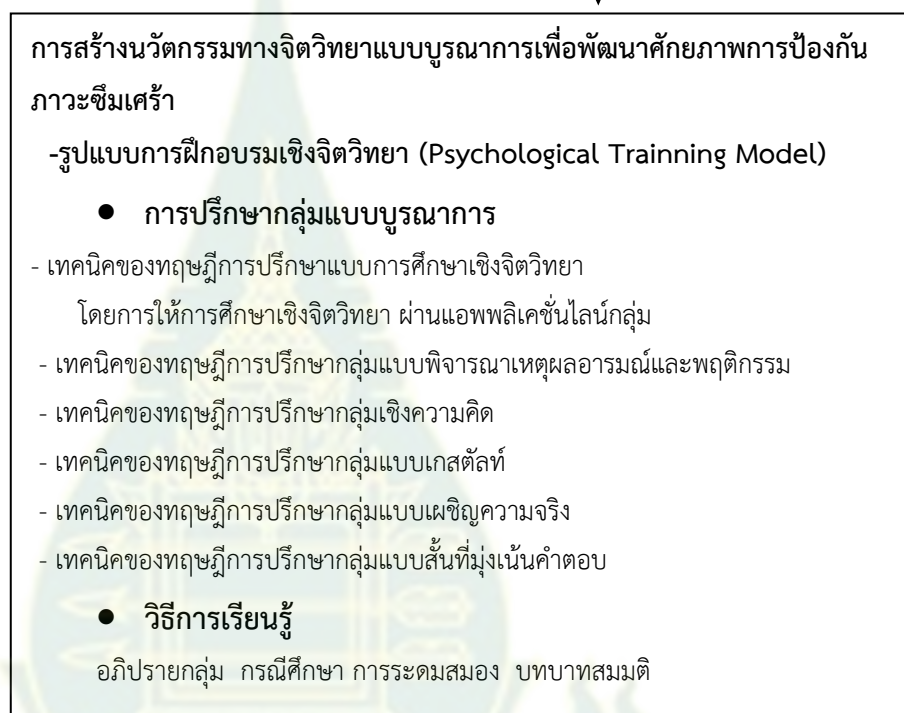
สำหรับการศึกษาผลของการใช้นวัตกรรมทางจิตวิทยาแบบบูรณาการ เพื่อพัฒนาศักยภาพการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนนทบุรีนั้น ผู้วิจัยการคำนึงถึงตัวแปรที่มีผลต่อการทดลอง ซึ่งเป็นผลที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 1 มีการแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีความเท่าเทียมกัน โดยการจับคู่ตามอายุ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษาสูงสุด โดยแสดงกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



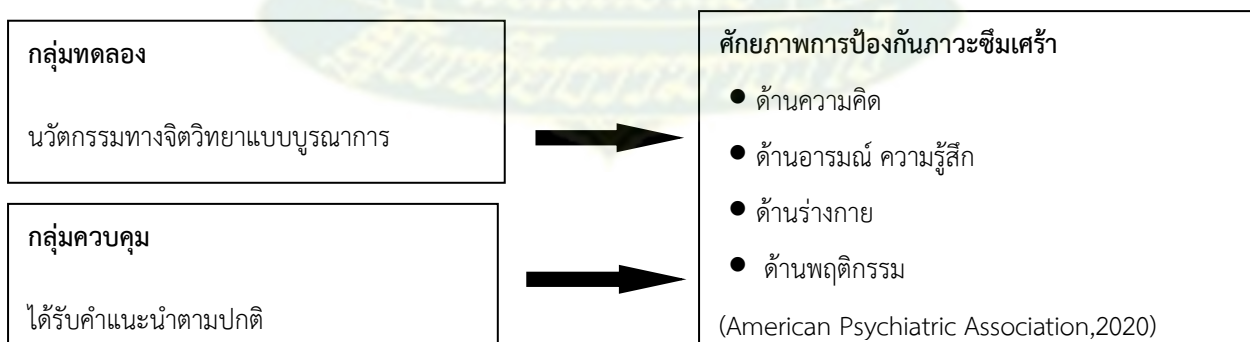
การศึกษา (Research) (ระยะที่ 1)



การพัฒนา (Development) (ระยะที่ 2)



การพัฒนา (Development) (ระยะที่ 3)



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย