

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

โลกมีความเจริญก้าวหน้าในวิทยาการต่างๆ มากมาย โดยเฉพาะทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีมากขึ้นทำให้อัตราตายตามกลุ่มอายุลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร คือมีอัตราการเกิดน้อยลง และมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มมากขึ้น (กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์, 2549) จากการคาดประมาณจำนวนประชากรของกระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ ชี้ว่าจำนวนประชากรรวม และสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ของประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากอดีตจนถึงปัจจุบัน และต่อไปในอนาคต โดยจำนวนประชากรทั้งหมดเพิ่มจาก 61.4 ล้านคนในปี พ.ศ. 2543 และจะเพิ่มเป็น 72.6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 และจำนวนประชากรผู้สูงอายุ เพิ่มจาก 5.7 ล้านคน และ 14 ล้านคน ในแต่ละปี พ.ศ. เดียวกัน (กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์, 2549) และจากการคาดการณ์จำนวนประชากรสูงอายุของประเทศไทยโดยสหประชาชาติพบว่า ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2543 – 2563 จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 4.49 ล้านคน เป็น 10.04 ล้านคน โดยส่วนใหญ่การเพิ่มขึ้น พบในกลุ่มอายุ 60 -79 ปี (กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์, 2549) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยได้เคลื่อนเข้าสู่ "ภาวะประชากรสูงวัย" (population ageing) หรือภาวะที่ประชากรมีผู้สูงอายุในสัดส่วนที่สูง (กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์, 2549)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทย ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาในการปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับสังคมในปัจจุบัน ทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ และค่านิยมต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความน้อยใจ ความเครียด คับข้องใจ แยกตัวเองออกจากสังคม ขาดสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว (ณรงค์ดี หนูสอน, 2553) ประกอบกับวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับรูปแบบการดำเนินชีวิตแบบใหม่ ต้องออกจากงาน มีรายได้ลดลง ภาวะสุขภาพเสื่อมลง มีโรคทางกายเพิ่มมากขึ้น (ณรงค์ดี หนูสอน, 2553) การสูญเสียสิ่งสำคัญของชีวิต เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตเพราะตายจาก การสูญเสียบุตรเพราะแยกไปมีครอบครัว การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน การสูญเสียสถานภาพหรือบทบาททางสังคมตลอดจนการสูญเสียการเป็นที่พึ่งของครอบครัว สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ และหากไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดด้วยแล้วจะยิ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุว่าเหว่ มีภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมี

คุณค่าในตนเองลดลง เป็นผลให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจที่รุนแรงและอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ (ธรรมรุจา อุดม, 2547)

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และมักไม่ได้รับการรักษาเนื่องจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักไม่มีอาการเด่นชัด ผู้สูงอายุจะได้รับความทุกข์ทรมาน และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550) องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในอีก 2 ทศวรรษข้างหน้า คือ ปี พ.ศ. 2563 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุการตายและการสูญเสียเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด โดยคาดการณ์ว่า 1 ใน 8 ของประชากรต้องได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต (สมชาย จักรพันธุ์, 2544) สำหรับในผู้สูงอายุมีการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาค ของไทยพบว่าปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่พบอันแรกคือภาวะซึมเศร้า พบร้อยละ 87 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549)

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางอารมณ์ ความคิด การเรียนรู้ และพฤติกรรม รวมทั้งมักมีอาการผิดปกติอย่างอื่นร่วมด้วย ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ความจำไม่ดี ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจสิ่งที่เคยชอบ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไร้ค่า สิ้นหวัง อาการที่มักเกิดร่วมกันเหล่านี้จะเป็นติดต่อกันยาวนานหลายสัปดาห์จนถึงหลายปี จนทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความคิดหรือกระทำการฆ่าตัวตาย พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีอาการนานเกินเดือนจะเสียชีวิตโดยการฆ่าตัวตายร้อยละ 15 นอกจากนี้ร้อยละ 60 ถึง 90 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีประวัติป่วยเป็นภาวะซึมเศร้ามาก่อน (สรยุทธ วาสิกนันนท์, 2547)

ผลกระทบที่ผู้สูงอายุได้รับจาก ภาวะซึมเศร้านั้นมีความสำคัญไม่น้อยกว่าโรคทางกายที่สำคัญอื่น ๆ ส่งผลให้การปฏิบัติภารกิจหรือกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุบกพร่องจากเดิมหรืออาจทำงานไม่ได้เลย ก่อให้เกิดภาวะและปัญหาแก่ครอบครัวทั้งทางด้านเศรษฐกิจ จิตใจ และสังคม ภาวะซึมเศร้านี้ ยังเป็นปัจจัยเสริม ให้เกิดโรคทางกาย ทำให้โรคทางกายที่เป็นอยู่ กำเริบหนักขึ้น (นันทิกา ทวิชาชาติ, 2548) มีความคิดฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายในที่สุด ทั้งที่เป็นโรคที่รักษาให้หายเป็นปกติได้หากผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม (สมภพ เรืองตระกูล, 2549)

ในการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าที่รักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้านั้นยังไม่พบว่ายาชชนิดใดรักษาอาการซึมเศร้าได้ผล ร้อยละ 100 และยังพบผลข้างเคียงจากการใช้ยาในระดับที่สูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการรักษาพยาบาล (สมภพ เรืองตระกูล, 2547)

จากการที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและหากไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือบำบัดรักษาจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อาจนำไปสู่ความ

ผิดปกติทางจิตที่รุนแรง การคิดฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายได้ การให้ความช่วยเหลือบำบัดรักษา ผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะในระยะแรกของการมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยสามารถบำบัดรักษาได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้ยาต้านอาการซึมเศร้า เพื่อป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การบำบัดโดยวิธีการทางสังคม เช่น การจัดโปรแกรม การรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมต่างๆ (ธรรมรุจา อุดม, 2547) วิธีการจัดกิจกรรมที่นำมาใช้ในการลดภาวะซึมเศร้านั้นนับว่าเป็นวิธีการที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและเกิดความสุขสนุกสนานเพลิดเพลิน โดยการทำกิจกรรมต่าง ๆ การสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการหนึ่งที่สามารถนำมาจัดโปรแกรมทำกิจกรรมต่างๆ เป็นสิ่งที่สามารถทำได้ในผู้สูงอายุรวมทั้งเป็นวิธีที่มีความปลอดภัยประหยัดค่าใช้จ่าย ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีอิสระในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อก่อให้เกิดอารมณ์ผ่อนคลายและสนุกสนานเพลิดเพลินกับตนเองและกลุ่ม (พัศมณท์ คุ่มทวีพร, 2548)

รูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจมี การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้าง การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ และการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ใช้บริการ (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549) การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านโครงสร้างนั้น มีผู้เสนอแนวคิดไว้ คือ แนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ คอนเจอร์ และคานูโก (Conger & Kanungo) เทรซี (Tracy) และ คานเตอร์ (Kanter) ที่มีแนวคิดที่เน้นการปฏิบัติงานตามหน้าที่ การมีส่วนร่วมและการพัฒนาผู้ปฏิบัติงาน การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านจิตใจ เป็นการคำนึงถึงการเสริมแรงทางด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองที่จะทำให้งานประสบความสำเร็จ เป็นแนวคิดของ โทมัส และ เวลเฮาส์ (Thomas and Velhouse) และ สปริตเซอร์ (Spreitzer) และการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ใช้บริการ กิบสัน (Gibson, 1991) ได้กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า เป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคม การแสดงถึงการยอมรับและชื่นชม การส่งเสริม การพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเองและแก้ปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือวิถีชีวิตของตนเองได้ (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นทั้งกระบวนการ (Process) และ/หรือผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงควมมีคุณภาพและเอกลักษณ์ของบุคคล เป็นแนวคิดในการดำเนินการเนื่องจากเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Gibson, 1991) เป็นการเพิ่มควมมีคุณค่าแห่งตน (Self-esteem) และความสามารถของตน (Self-efficacy) หรือเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในทางบวก (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549) พยาบาลมีบทบาท

ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการดึงเอาแหล่งประโยชน์ทั้งภายในตนเองและแหล่งประโยชน์ในสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยมาใช้ในการสร้างเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเองได้ และเห็นคุณค่าในตนเอง และแนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้บุคคลเรียนรู้และตระหนัก ตลอดจนความสามารถในการพัฒนาตนเอง การตอบสนองความต้องการ การแก้ไขปัญหา การแสวงหาหรือการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์เพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking Charge) 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) ผลลัพธ์ที่สำคัญของการเสริมพลังอำนาจคือ การรับรู้ว่าคุณสามารถควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ต่างๆ มีความพอใจในความสามารถของตนเอง มีการพัฒนาตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ กิบสัน สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ โดย Sutton (2004) ศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าในเด็ก โดยโปรแกรมประกอบไปด้วยการประเมินภาวะซึมเศร้า การช่วยให้เด็กยอมรับและวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง คิดทบทวนถึงผลที่จะเกิดจากภาวะซึมเศร้า และการเสริมพลังอำนาจให้กับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อประเมินผลภายหลังการจัดกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่มีการเสริมพลังอำนาจ Davison and Degner (1997) ศึกษาผลการเสริมพลังอำนาจของกิบสัน ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น มะเร็งต่อมลูกหมากในครั้งแรก ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการเสริมพลังอำนาจให้กับกลุ่มตัวอย่างพบว่าระดับความวิตกกังวลและระดับภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนให้การเสริมพลังอำนาจ และ อภิญา พรหมพะยอม (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม ต่ออนาคตในทางบวก และกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้ามต่ำกว่าก่อนได้รับการโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

จากข้อมูลการรายงานโรคทางสุขภาพจิตของจังหวัดสุโขทัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 – 2553 ประเภทการเจ็บป่วยของโรคทางสุขภาพจิตรายใหม่ 3 อันดับแรก พบว่ามีการเจ็บป่วยจากภาวะซึมเศร้ามมากเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาเป็นโรควิตกกังวล และโรคจิต ในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่าโรคทางสุขภาพจิตรายใหม่มีการเจ็บป่วยจากโรควิตกกังวลมากเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือการมีภาวะ

ซึมเศร้า แต่จากรายงานการพยายามฆ่าตัวตายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยจากภาวะซึมเศร้ามีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายใน ปี พ.ศ. 2551 – 2553 พบว่ามี อัตรา 34.27, 42.30 และ 53.59 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอัตราการพยายามฆ่าตัวตายที่มากกว่า เกณฑ์ตัวชี้วัดงานสุขภาพจิตของกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้อัตราการพยายามฆ่าตัวตายได้ไม่เกิน 40 ต่อแสนประชากร ในขณะที่โรคจิตกังวลยังไม่มีรายงานการพยายามฆ่าตัวตาย และอำเภอที่มี ภาวะซึมเศร้ามากที่สุดคือ อำเภองกงไกรลาศ รองลงมาคืออำเภอสรีนคร และอำเภอสรีสชนาลัย มีอัตราการเกิด 45.49, 44.86 และ 43.74 ต่อแสนประชากร (งานสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุโขทัย, 2553) และผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของอำเภองกงไกรลาศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า 41.01 ต่อแสนประชากร (งานสถิติ โรงพยาบาลงกงไกรลาศ, 2553) ซึ่งเป็นอัตราป่วยที่มากกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดงานสุขภาพจิตของกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้อัตรา ป่วยได้ไม่เกิน 40 ต่อแสนประชากร

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยทราบถึงสถานการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ เพิ่มขึ้น และในการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีคะแนนอยู่ในระดับน้อย ได้มีการ ดำเนินการดูแลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของแต่ละตำบล ซึ่งจัดกิจกรรมขึ้นเองตามบริบทพื้นที่ เช่น มีการให้ความรู้ต่างๆเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า มีจัดกิจกรรมให้พูดคุยกับผู้ที่ภาวะซึมเศร้า ร่วมกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เท่านั้นซึ่งยังพบว่า ส่วนใหญ่เมื่อคัดกรองภาวะซึมเศร่ายังพบว่า มีระดับของ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (งานสถิติ โรงพยาบาลงกงไกรลาศ, 2553) ผู้วิจัยจึงตระหนักเห็น ความสำคัญที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้มีพลังอำนาจ เพื่อสามารถ ดูแลพึ่งพาตนเองได้ อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ รับรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมหรือจัดการ สถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ มีความพอใจในความสามารถของตนเอง มีการพัฒนาตนเอง มี เป้าหมายในการดูแลตนเอง และผู้วิจัยมุ่งหวังที่จะใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่ม อายุและกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าต่อไป

คำถามในการวิจัย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ระหว่างการทดลอง และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุ

สมมติฐานของการวิจัย

ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า ระหว่างการทดลอง และก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ขอบเขตของงานวิจัย

1. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดแบบหนึ่งกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อน ระหว่างการทดลอง และหลังการทดลอง (one group pre and post-test design) ศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอองไกรลาค จังหวัดสุโขทัย
2. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมดจำนวน 30 คน ที่มีระดับภาวะซึมเศร้ารระดับน้อย จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q ของกรมสุขภาพจิต
3. ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยระหว่าง เดือน มกราคม ถึงเดือน มีนาคม พ.ศ. 2555
4. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยตัวแปรต้น และตัวแปรตาม
ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
ตัวแปรตาม คือ ระดับภาวะซึมเศร้า

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง ชุดของกิจกรรม การปฏิบัติ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุทบทวนค้นหาสาเหตุของปัญหา เลือกแนวทางแก้ไขปัญหาทำให้มีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง โดยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยร่วมกับแนวคิดของกิบสัน (Gibson,1995) ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง ประกอบไปด้วยกิจกรรมการทบทวนตนเอง สาเหตุ และความรู้สึกภาวะซึมเศร้า ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ประกอบไปด้วย กิจกรรมการสะท้อนคิด ปัญหาและอุปสรรค ของตนเอง ใช้เวลาในการทำกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 และ 2 จำนวน 3 ชั่วโมง ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ประกอบไปด้วยกิจกรรมการหาแนวทางแก้ไขภาวะซึมเศร้าโดยเชิญต้นแบบผู้สูงอายุ เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองพร้อมกันนี้เลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ประกอบไปด้วยกิจกรรมการบันทึก กิจกรรมประจำวัน ที่ทำแล้วลดอาการซึมเศร้า ใช้เวลาในการทำ

กิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 และ 2 จำนวน 3 ชั่วโมง และติดตามเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ กระตุ้นการทำกิจกรรมประจำวัน และการลงบันทึกในคู่มือ จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลา ครั้งละ 1 สัปดาห์

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการ ท้อแท้หลับยาก หรือหลับๆตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป รู้สึกไม่ดีกับตัวเองคิดว่าตัวเอง ล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไรเช่นดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุหรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ พูดซ้ำทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้หรือกระสับกระส่ายอยู่นิ่งไม่ได้เหมือนที่เคยเป็น คิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี และ ประเมินโดยใช้แบบวัด ความเศร้าในผู้สูงอายุไทย(Thai Geriatric Depression Scale , TGDS) ของคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีช่วงอายุ 60-69 ปี ทั้งเพศชายหญิง ไม่มีโรคประจำตัว อาศัยอยู่ในอำเภอองไกรลศ จังหวัดสุโขทัย

