ชื่อบทความภาษาไทย

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ

The Effects of a Mental Health Education Program on Depression Levels Among Older Adults with Chronic Illness

ชื่อผู้เขียนบทความ (ภาษาไทย) นางยุพาวดี ชัยวิเศษ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ **หน่วยงาน** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหมาก
Email address : yu.chaiwisate@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหมาก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ระหว่างเดือนมกราคม–มีนาคม พ.ศ. 2569 จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า แล้วจับคู่และจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ประกอบด้วย ครั้งที่1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ ครั้งที่2การให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า ครั้งที่3 การฝึกทักษะด้านความคิดและการจัดการความเครียด และครั้งที่4 การป้องกันภาวะซึมเศร้า ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-30) ซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Fisher's exact test, Paired t-test และ Independent t-testผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงจาก 11.75 (SD = 1.78) เหลือ 5.26 คะแนน (SD = 1.82) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (M = 9.23, SD = 1.53) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.15$, $p < .001$) โดยขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับใหญ่ (Cohen's d = 2.36)

สรุปได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ร่วมกับการดูแลตามปกติในคลินิกโรคเรื้อรัง เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ,โรคเรื้อรัง

Abstract

This quasi-experimental study, using a two-group pretest–posttest design, aimed to examine the effects of a psychoeducation program on depression among older adults with chronic diseases. The participants were 60 older adults with hypertension and/or type 2 diabetes who received services at Bang Mak Subdistrict Health Promoting Hospital, Kantang District, Trang Province, between January and March 2026. They were selected by purposive sampling according to the inclusion criteria, then matched and randomly assigned by lottery to an experimental group and a control group of 30 each. The experimental group received a psychoeducation program consisting of four

weekly 30-minute sessions: building rapport and motivation, education about depression, cognitive skills and stress management training, and depression prevention. The control group received usual care. Data were collected using a demographic interview form and the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS-30), which had a reliability coefficient of 0.87. Data were analyzed using descriptive statistics, Fisher's exact test, paired t-test, and independent t-test.

The results showed that after the program, the mean depression score of the experimental group decreased significantly from 11.75 (SD = 1.78) to 5.26 (SD = 1.82) ($p < .001$). After the intervention, the experimental group also had a significantly lower mean depression score than the control group ($M = 9.23$, $SD = 1.53$; $t = -9.15$, $p < .001$), with a large effect size (Cohen's $d = 2.36$).

n conclusion, the psychoeducation program effectively reduced depression among older adults with chronic diseases. Nurses and health personnel in subdistrict health promoting hospitals should therefore integrate this program with usual care in chronic disease clinics to prevent depression in older adults.

Key words : psychoeducation, depression, older adults, chronic disease

บทนำ

ประชากรโลกกำลังก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” อย่างเต็มรูปแบบ การดูแลสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุจึงกลายเป็นวาระสำคัญระดับโลกและระดับประเทศ ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกรายงานว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากกว่า 280 ล้านคน ภาวะซึมเศร้ายังเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ซึ่งมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 700,000 รายต่อปี และคาดว่าจะเป็นสาเหตุหลักของภาระโรคภายในปี พ.ศ. 2573[1] การสำรวจสุขภาพโลกขององค์การอนามัยโลกพบว่าผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ โรคข้ออักเสบ และโรคหืด มีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ที่ไม่มีโรคเรื้อรังอย่างชัดเจน ผู้ที่มีโรคเรื้อรังร่วมกับภาวะซึมเศร้าจะมีสภาวะสุขภาพแย่ที่สุดเมื่อเทียบกับการมีโรคเรื้อรังเพียงอย่างเดียว[2]

จากการสำรวจสุขภาพจิต ผู้สูงวัยโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติด้วยแบบคัดกรองความสุขฉบับ 15 ข้อ ในปี 2554 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของผู้สูงวัยต่ำกว่าคนทั่วไป โดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงวัยเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจ และมีสาเหตุมาจากปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง และค่านิยมต่อผู้สูงวัยในสังคมไทยเปลี่ยนแปลง โดยจะเห็นว่าปัญหาอาการซึมเศร้าในผู้สูงวัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้นปัญหาอาการซึมเศร้าในผู้สูงวัยควรจะได้รับความสนใจและหาวิธีการแก้ไขปัญหาเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงวัย

ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเรื้อรังกับภาวะซึมเศร้าเป็นแบบสองทาง ด้านหนึ่ง การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน การพึ่งพาผู้อื่น การรับประทานยาต่อเนื่องระยะยาว และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งล้วนกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้า อีกด้านหนึ่ง ภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ความร่วมมือในการรักษาลดลง ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ไม่ดี จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำมากขึ้น[2,3] ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะไม่สามารถประสานความคิดและความรู้สึกเพื่อแก้ไขปัญหาได้ มีอารมณ์เศร้า รู้สึกไร้ค่า แยกตัวจากสังคม และอาจมีความคิดอยากตาย อาการอาจค่อยเป็นค่อยไปหรือเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 1–2 สัปดาห์[4,5] ปัญหาที่สำคัญคืออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมักถูกมองว่าเป็นอาการของโรคทางกายหรือเป็นเรื่องปกติของวัย เช่น อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร จึงมักไม่ได้รับการคัดกรองและดูแลตั้งแต่ระยะแรก

จังหวัดตรังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้วเช่นกัน สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 19.45 ในปี พ.ศ. 2565 เป็นร้อยละ 20.29 และ 21.36 ในปี พ.ศ. 2566 และ 2567 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2568 มีผู้สูงอายุ 109,395 คน คิดเป็นร้อยละ 21.66 ของประชากรทั้งหมด[6]

ผู้สูงอายุจำนวนมากในจังหวัดตรังป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกอันดับที่ 1 และ 2 ของจังหวัด ความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 8,281.48 เป็น 9,117.05 และ 9,588.14 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2565–2567 ส่วนความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2567 สูงถึง 22,144.81 ต่อประชากรแสนคน[7]

ในด้านสุขภาพจิต จังหวัดตรังมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเกณฑ์ (ไม่เกิน 7.8 ต่อประชากรแสนคน) อย่างต่อเนื่อง คือ 10.15, 7.83 และ 8.01 ต่อประชากรแสนคน ในปีงบประมาณ 2565–2567 ในปีงบประมาณ 2567 ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 25.49 และมีปัจจัยเสี่ยงจากการป่วยด้วยโรคทางกายรุนแรงหรือเรื้อรังร้อยละ 9.80 ในไตรมาสแรกของปีงบประมาณ 2568 สัดส่วนผู้สูงอายุในกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 71.43[7] ข้อมูลนี้สะท้อนว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มเปราะบางทางจิตใจที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ จังหวัดตรังจึงกำหนดมาตรการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 2Q Plus ในกลุ่มผู้สูงอายุผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และติดตามดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงให้เข้าถึงบริการตามมาตรฐาน เป็นมาตรการสำคัญในปีงบประมาณ 2568[7]

อำเภอกันตังเป็น 1 ใน 3 อำเภอของจังหวัดตรังที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในตำบลบางหมาก ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มจาก 407 ราย เป็น 426 และ 450 ราย ในปี พ.ศ. 2566–2568 ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรองก็เพิ่มขึ้นจาก 198 ราย เป็น 216 และ 240 ราย ตามลำดับ[7] แนวโน้มนี้ชี้ว่าจำเป็นต้องมีมาตรการป้องกันภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระยะเริ่มต้นในระดับปฐมภูมิ ก่อนที่อาการจะรุนแรงจนเป็นโรคซึมเศร้าหรือนำไปสู่การทำร้ายตนเอง

สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้รับบริการมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ได้ฝึกทักษะการคิดและการจัดการความเครียด สังเกตอาการเตือนได้ และเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มในหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มช่วยลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิผล[8] การศึกษาในประเทศไทยก็พบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยซึมเศร้าและผู้สูงอายุได้[9-12]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงคลินิกที่ดำเนินการในโรงพยาบาล และศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าแล้ว [9-12] การศึกษาที่ใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ โดยให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุ ยังมีอยู่จำกัดและการศึกษาในพื้นที่จังหวัดตรังยังไม่มีหลักฐานชัดเจน

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ตำบลบางหมาก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ ช่วยลดภาวะซึมเศร้า ป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานของการวิจัย (ถ้ามี)

1.ค่าเฉลี่ยระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลังได้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

2. ค่าเฉลี่ยระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ Casanas และคณะ[6] ในการจัดทำโปรแกรมการสุขภาพจิตศึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อสร้างความสามารถในการดูแลตนเองลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยา สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหมาก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง โดยโปรแกรมประกอบด้วยการเข้าร่วมกิจกรรม 4 ครั้ง ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ และสร้างแรงจูงในการรักษา 2) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรค 3) การฝึกทักษะด้านความคิด การคิดบวก คิดอย่างไรไม่ให้เครียด 4) การป้องกันการป่วยซ้ำ การสังเกตอาการเตือน การเข้าถึงแหล่งบริการ และการสนับสนุนทางสังคม หลังครบโปรแกรมจะติดตามผล 1 เดือน ดังแสดงในแผนภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ตำบลบางหมาก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง มีขอบเขตดังนี้

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนาโดยประยุกต์จากแนวคิดของ Casañas และคณะ (2012) ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยมีตัวแปรที่ศึกษาดังนี้

ตัวแปรต้น (Independent variable) คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ได้แก่

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า

ครั้งที่ 3 การฝึกทักษะด้านความคิด การคิดบวก และการจัดการความเครียด

ครั้งที่ 4 การป้องกันภาวะซึมเศร้า การสังเกตอาการเตือน การเข้าถึงแหล่งบริการ และการสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตาม (Dependent variable) คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง วัดด้วยแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS-30)

2. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุสัญชาติไทย อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรอง ซึ่งมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหมาก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 157 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุจากประชากรข้างต้นที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

3.ขอบเขตด้านพื้นที่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหมาก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

4. ขอบเขตด้านระยะเวลา

ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม–มีนาคม พ.ศ. 2569 หลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา (เลขที่ SCPHYLIRB-2568/906 ลงวันที่ 5 มกราคม 2569)

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest–posttest design หรือ Pretest–posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหมาก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลตามปกติ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติเพียงอย่างเดียว ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัด TGDS-30 ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 แบบแผนการวิจัยเป็นดังนี้

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง	การทดลอง (สัปดาห์ที่ 1–4)	หลังการทดลอง
กลุ่มทดลอง (E)	O1	X1 ⟶ X2 ⟶ X3 ⟶ X4	O2
กลุ่มควบคุม (C)	O3	–	O4

คำอธิบายสัญลักษณ์

E แทน กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา จำนวน 30 คน

C แทน กลุ่มควบคุม คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 30 คน

O1, O3 แทน คะแนนภาวะซึมเศร้า (TGDS-30) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง
O2, O4 แทน คะแนนภาวะซึมเศร้า (TGDS-30) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง
X1 แทน กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง
X2 แทน กิจกรรมครั้งที่ 2 การให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า
X3 แทน กิจกรรมครั้งที่ 3 การฝึกทักษะด้านความคิด การคิดบวก และการจัดการความเครียด
X4 แทน กิจกรรมครั้งที่ 4 การป้องกันภาวะซึมเศร้า การสังเกตอาการเตือน การเข้าถึงแหล่งบริการ และการสนับสนุนทางสังคม
– แทน การดูแลตามปกติ ได้แก่ การตรวจรักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน การรับยาตามนัด การให้สุขศึกษาทั่วไป และการคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามมาตรฐานของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

ผู้วิจัยควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนด้วยวิธีการดังนี้

1. จับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched pair) ให้มีเพศเดียวกันและระดับภาวะซึมเศร้าเดียวกัน
2. จับฉลากสมาชิกแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คู่ละ 1 คน
3. ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test และทดสอบคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองด้วย Independent t-test เพื่อยืนยันว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกันก่อนเริ่มการทดลอง
4. ผู้วิจัยนัดหมายกิจกรรมของกลุ่มทดลองแยกจากวันนัดรับบริการของกลุ่มควบคุม และขอความร่วมมือให้กลุ่มทดลองไม่นำเนื้อหาโปรแกรมไปเผยแพร่ระหว่างการวิจัย เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม (Contamination)
5. เมื่อสิ้นสุดการวิจัย กลุ่มควบคุมจะได้รับคู่มือความรู้/กิจกรรมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เพื่อความเป็นธรรมตามหลักจริยธรรมการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) มีรายละเอียดดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา แผนการจัดกิจกรรม และแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลา และภาษาที่ใช้ ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย

1. พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน
2. อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน
3. พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน

ผู้วิจัยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าอยู่ระหว่าง (0.67–1.00) ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (IOC ≥ 0.50) จากนั้นปรับปรุงกิจกรรมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรง คุณวุฒิ ใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-30) และแบบทดสอบสภาพสมอง (TMSE / MMSE-Thai 2002) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบความตรงแล้ว ผู้วิจัยนำมาใช้โดยไม่ดัดแปลง จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงซ้ำ

2. การทดลองใช้โปรแกรม (Pilot study)

ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเป้า อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง จำนวน 20 คน เพื่อประเมินความเข้าใจเนื้อหา ความเหมาะสมของระยะเวลา และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง แล้วปรับปรุงก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

3. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัด TGDS-30 ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้สูงอายุกลุ่มเดียวกับการทดลองใช้โปรแกรม จำนวน 20 คน วิเคราะห์ค่าความเที่ยงด้วยสูตรคูเดอร์–ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson Formula 20: KR-20) เนื่องจากคำตอบเป็นแบบ 2 ตัวเลือก (ซึ่งให้ค่าเทียบเท่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 60 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (≥ 0.70)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB-2568/906 ลงวันที่ 5 มกราคม 2569 หมดอายุวันที่ 5 มกราคม 2570 ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลหลังได้รับการรับรอง และพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม ดังนี้

1. การให้ข้อมูลและการยินยอมโดยสมัครใจ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลา ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามและตัดสินใจอย่างอิสระ ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอม กรณีอ่านหนังสือไม่ออกใช้การพิมพ์ลายนิ้วมือต่อหน้าพยานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัย
2. สิทธิในการถอนตัว ผู้เข้าร่วมมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผล การถอนตัวไม่มีผลต่อการรับบริการรักษาพยาบาลหรือสิทธิอื่นใดที่พึงได้รับจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหมาก
3. การรักษาความลับ ผู้วิจัยใช้รหัสแทนชื่อ-สกุลในแบบสอบถามและฐานข้อมูล เก็บเอกสารในตู้ที่มีกุญแจล็อก และเก็บไฟล์ข้อมูลในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่าน เข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัย นำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น และทำลายข้อมูลทั้งหมดภายใน [1 ปี] หลังเผยแพร่ผลการวิจัย
4. ความเสี่ยงและการป้องกัน การวิจัยนี้มีความเสี่ยงต่ำ ผู้เข้าร่วมอาจรู้สึกไม่สบายใจเมื่อตอบคำถามเกี่ยวกับอารมณ์ หรือเหนื่อยล้าจากการร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยจัดกิจกรรมครั้งละไม่เกิน 30 นาที และให้หยุดพักหรือยุติการตอบได้ทุกเมื่อ หากพบผู้มีคะแนน TGDS-30 ตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป มีความคิดอยากตาย หรือมีปัญหาทางอารมณ์ที่ต้องได้รับการดูแลเพิ่มเติม ผู้วิจัยจะประเมินด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) และส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่(คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลกันตัง) ตามระบบบริการสุขภาพจิตของจังหวัดตรัง
5. ประโยชน์ที่ได้รับ กลุ่มทดลองได้รับความรู้และทักษะในการจัดการภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยจะนำไปพัฒนาการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ
6. ความเป็นธรรมต่อกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติตลอดการวิจัย และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยจะได้รับคู่มือความรู้และกิจกรรมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม–มีนาคม พ.ศ. 2569 หลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้าจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหมาก
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้ที่สมัครใจลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยคัดกรองคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าด้วยแบบวัด TGDS-30 แบบทดสอบสภาพสมอง [TMSE / MMSE-Thai 2002] และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 60 คน
4. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีเพศและระดับภาวะซึมเศร้าเดียวกัน ได้ 30 คู่ จากนั้นจับฉลากสมาชิกแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คู่ละ 1 คน ได้กลุ่มละ 30 คน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัด TGDS-30 ก่อนการทดลอง (O3)
2. กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหมาก ได้แก่ [การตรวจรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง การรับยาตามนัด และการให้สุขศึกษาทั่วไป] เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

กลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัด TGDS-30 ก่อนเริ่มกิจกรรมครั้งที่ 1 (O1)
2. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับการดูแลตามปกติ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมแบบกลุ่ม แบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหมาก เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที รายละเอียดดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเอง (X1)

วัตถุประสงค์: เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง และสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และข้อตกลงของกลุ่ม ได้แก่ การรักษาความลับ และการรับฟังโดยไม่ตัดสิน
2. สมาชิกแนะนำตนเองและเล่าประสบการณ์การใช้ชีวิตกับโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยใช้การสื่อสารแบบเห็นอกเห็นใจ (Empathic communication) การฟังอย่างตั้งใจ และคำถามปลายเปิด เพื่อให้สมาชิกสำรวจความรู้สึกและแรงจูงใจภายในตนเอง แล้วร่วมกันตั้งเป้าหมายการดูแลตนเองระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม
3. ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญ ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยบอกความรู้สึกหลังเข้ากลุ่ม และนัดหมายครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) การให้ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า (X2)

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และความเชื่อมโยงระหว่างโรค เรื้อรังกับภาวะซึมเศร้า

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ขั้นนำ (5 นาที) ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา และสอบถามความเข้าใจเดิมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
2. ขั้นดำเนินการ (20 นาที): ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ และการดำเนินของภาวะซึมเศร้า รวมทั้งผลกระทบของโรคเรื้อรังต่อจิตใจ โดยใช้สื่อที่เข้าใจง่ายและแผนภาพอธิบายกลไก ยกตัวอย่างกรณีผู้สูงอายุที่จัดการภาวะซึมเศร้าได้สำเร็จ เพื่อสร้างความหวังและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว แล้วเปิดโอกาสให้ซักถามและแลกเปลี่ยนประสบการณ์
3. ขั้นสรุป (5 นาที): สรุปว่าภาวะซึมเศร้าป้องกันและดูแลได้ และแจกเอกสารความรู้: แผ่นพับ ชมวิดีโอ การประเมินผล: การตอบคำถามทบทวนความรู้ และการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยน

กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) การฝึกทักษะด้านความคิด การคิดบวก และการจัดการความเครียด (X3)

วัตถุประสงค์: เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการปรับความคิดทางลบ คิดบวก จัดการความเครียด และแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ขั้นนำ (5 นาที): ทบทวนความรู้ครั้งที่ผ่านมา และให้สมาชิกเล่าเหตุการณ์ที่ทำให้เครียดในสัปดาห์ที่ผ่านมา
2. ขั้นดำเนินการ (20 นาที):
   - ฝึกสังเกตความคิดอัตโนมัติทางลบ แล้วปรับเป็นความคิดทางบวก "คิดอย่างไรไม่ให้เครียด" (10 นาที)
   - ฝึกการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากปัญหาเล็กไปสู่ปัญหาที่ซับซ้อนขึ้น และการจัดตารางกิจกรรมที่สร้างความสุขในแต่ละวัน (10 นาที)
3. ขั้นสรุป (5 นาที): สรุปทักษะที่ได้ มอบหมายให้บันทึกกิจกรรมที่สร้างความสุขอย่างน้อยวันละ 1 กิจกรรม และนัดหมายครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) การป้องกันภาวะซึมเศร้า การสังเกตอาการเตือน และการเข้าถึงแหล่งสนับสนุน (X4)

วัตถุประสงค์: เพื่อให้สมาชิกสังเกตอาการเตือนของภาวะซึมเศร้าได้ เข้าถึงแหล่งบริการได้ และใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมได้

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ขั้นนำ (5 นาที): ทบทวนแบบบันทึกกิจกรรมที่สร้างความสุข และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การฝึกทักษะที่บ้าน
2. ขั้นดำเนินการ (15 นาที): ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการป้องกันภาวะซึมเศร้า อาการเตือนที่พบบ่อย และช่องทางการเข้าถึงบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสายด่วนสุขภาพจิต 1323 จากนั้นให้สมาชิกเขียนแผนการดูแลตนเองและรายชื่อบุคคลที่ขอความช่วยเหลือได้
3. ขั้นสรุปและปิดกลุ่ม (10 นาที): สรุปสาระสำคัญทั้ง 4 ครั้ง ให้สมาชิกสะท้อนสิ่งที่ได้รับจากโปรแกรม และกล่าวปิดกลุ่ม

การประเมินผล: ความสมบูรณ์ของแผนการดูแลตนเอง

ระยะที่ 3 ระยะหลังการทดลอง

1. เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัด TGDS-30 ในกลุ่มทดลอง (O2) และกลุ่มควบคุม (O4) ในสัปดาห์เดียวกัน
2. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมด ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ
3. ผู้สูงอายุที่มีคะแนน TGDS-30 ตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป หรือมีความคิดอยากตาย จะได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน 8Q และส่งต่อตามระบบบริการสุขภาพจิต
4. ผู้วิจัยมอบคู่มือความรู้และจัดกิจกรรมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาให้กลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยใช้สถิติดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) ส่วนข้อมูลต่อเนื่อง ได้แก่ อายุและคะแนนภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2. การเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

- ข้อมูลแจงนับ เช่น เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และโรคประจำตัว ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) กรณีมีเซลล์ที่มีค่าความถี่คาดหวังน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20 ของเซลล์ทั้งหมด ใช้สถิติ Fisher's exact test แทน
- ข้อมูลต่อเนื่อง ได้แก่ อายุ และคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง ใช้สถิติทดสอบค่าที่ชนิดเป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

3. การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ

- ทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (Normality) ของคะแนนภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 50 คนต่อกลุ่ม สำหรับการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ทดสอบที่ผลต่างของคะแนนก่อนและหลังการทดลอง
- ทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน (Homogeneity of variance) ระหว่างสองกลุ่มด้วยสถิติ Levene's test

4. การทดสอบสมมติฐาน

4.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (สมมติฐานข้อ 1) ด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิดไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t-test หรือ Paired t-test) กรณีข้อมูลไม่แจกแจงแบบปกติ ใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test

4.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (สมมติฐานข้อ 2) ด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิดเป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) กรณีข้อมูลไม่แจกแจงแบบปกติ ใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

กลุ่มทดลอง เป็นผู้หญิงทุกคน อายุ 60–69 ปี และ 70–79 ปี อย่างละครึ่ง ส่วนใหญ่ยังอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 70.00) ทุกคนจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ทำเกษตรกรรม (ร้อยละ 60.00) และนับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 86.67)

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 93.33) อายุ 70–79 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 43.33) และมีผู้ที่อายุ 80 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 26.67 เกินครึ่งเป็นหม้าย (ร้อยละ 56.67) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 83.33) ทำเกษตรกรรม (ร้อยละ 56.67) และนับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 90.00) ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีโรคประจำตัวเรื้อรังทุกคน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 30) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 30) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			.492
ชาย	0 (0.00)	2 (6.67)	
หญิง	30 (100.00)	28 (93.33)	
อายุ (ปี)			.005*
60–69	15 (50.00)	9 (30.00)	
70–79	15 (50.00)	13 (43.33)	
80 ขึ้นไป	0 (0.00)	8 (26.67)	
สถานภาพสมรส			.013*
โสด	1 (3.33)	2 (6.67)	
คู่	21 (70.00)	10 (33.33)	
หม้าย	7 (23.33)	17 (56.67)	
หย่า/แยกกันอยู่	1 (3.33)	1 (3.33)	
ระดับการศึกษา			.052
ไม่ได้เรียนหนังสือ	0 (0.00)	5 (16.67)	
ประถมศึกษา	30 (100.00)	25 (83.33)	
อาชีพ			.632
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11 (36.67)	9 (30.00)	
เกษตรกรรม	18 (60.00)	17 (56.67)	
ค้าขาย	1 (3.33)	2 (6.67)	
รับจ้าง	0 (0.00)	2 (6.67)	
ศาสนา			1.000
พุทธ	4 (13.33)	3 (10.00)	
อิสลาม	26 (86.67)	27 (90.00)	
โรคประจำตัวเรื้อรัง			–
มี	30 (100.00)	30 (100.00)	

*ทดสอบด้วย Fisher's exact test (ตัวแปรที่มีมากกว่า 2 กลุ่มใช้ Fisher–Freeman–Halton exact test) เนื่องจากทุกตัวแปรมีเซลล์ที่มีค่าความถี่คาดหวังน้อยกว่า 5 เกินร้อยละ 20; * p < .05

จากตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของสองกลุ่ม พบว่าเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และศาสนาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > .05) แต่อายุและสถานภาพสมรสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .005 และ p = .013 ตามลำดับ) กลุ่มควบคุมมีผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปและผู้ที่เป็นหม้ายมากกว่ากลุ่มทดลอง อย่างไรก็ตาม ก่อนเริ่มการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนภาวะซึมเศร้าใกล้เคียงกัน

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (n = 30)

ระยะเวลา	M	SD	ผลต่างค่าเฉลี่ย	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	11.75	1.78	6.49	< .001*
หลังได้รับโปรแกรม	5.26	1.82		

*p < .05

จากตารางที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครบ 4 ครั้ง ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงจาก 11.75 คะแนน (SD = 1.78) เหลือ 5.26 คะแนน (SD = 1.82) คะแนนลดลงเฉลี่ย 6.49 คะแนน หรือลดลงมากกว่าครึ่งหนึ่งของคะแนนก่อนเริ่มโปรแกรม ความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ในช่วงเวลาเดียวกัน กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 12.05 คะแนน (SD = 1.64) เป็น 9.23 คะแนน (SD = 1.53) หรือลดลง 2.82 คะแนน ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มทดลองเกินครึ่ง

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 60)

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 30) M (SD)	กลุ่มควบคุม (n = 30) M (SD)	ผลต่างค่าเฉลี่ย (95% CI)	t	df	p-value	Cohen's d
ก่อนการทดลอง	11.75 (1.78)	12.05 (1.64)	-0.30 (-1.18 ถึง 0.58)	-0.68	58	.499	–
หลังการทดลอง	5.26 (1.82)	9.23 (1.53)	-3.97 (-4.84 ถึง -3.10)	-9.15	58	< .001*	2.36

*p < .05; p-value ก่อนการทดลองเป็นการทดสอบแบบสองทาง p-value หลังการทดลองเป็นการทดสอบแบบทางเดียว

จากตารางที่ 3 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าใกล้เคียงกัน คือ 11.75 และ 12.05 คะแนน ตามลำดับ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t(58) = -0.68, p = .499) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มเริ่มต้นจากจุดเดียวกัน

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า 5.26 คะแนน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 9.23 คะแนน ต่างกัน 3.97 คะแนน (95% CI: 3.10–4.84) ความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ (t(58) = -9.15, p < .001) และมีขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ (Cohen's d = 2.36) หมายความว่าโปรแกรมให้ผลชัดเจน ไม่ได้ต่างกันเพียงเล็กน้อย ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหมาก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ระหว่างเดือนมกราคม – มีนาคม พ.ศ. 2569 กลุ่มตัวอย่างมี 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดเป็นผู้หญิง (ร้อยละ 96.67) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 91.67) ทำเกษตรกรรม (ร้อยละ 58.33) และนับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 88.33) ทั้งสองกลุ่มมีเพศ การศึกษา อาชีพ และศาสนาไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มควบคุมมีผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปและผู้ที่เป็นหม้ายมากกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ก่อนการทดลอง ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน ($p = .499$)
3. หลังได้รับโปรแกรม ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงจาก 11.75 เหลือ 5.26 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1
4. เมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม 3.97 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีขนาดอิทธิพลระดับใหญ่ (Cohen's $d = 2.36$) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ตำบลบางหมาก อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($p < .001$) ซึ่งสามารถอภิปรายในประเด็นต่าง ๆ ได้ดังนี้

หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงจาก 11.75 เหลือ 5.26 คะแนน หรือลดลงมากกว่าครึ่งหนึ่ง เนื่องจากโปรแกรมที่ประยุกต์จากแนวคิดของ Casañas และคณะ[8] มีกิจกรรม 4 ครั้งที่ต่อยอดกันทีละขั้น ครั้งที่1เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยรับฟังโดยไม่ตัดสิน ผู้สูงอายุได้เล่าความทุกข์ใจจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง และรู้ว่าตนไม่ได้เผชิญปัญหาอยู่คนเดียว ครั้งที่ 2 เป็นการให้ความรู้ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจว่าอาการอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ หรือเบื่ออาหาร อาจเป็นสัญญาณของภาวะซึมเศร้า ไม่ใช่เรื่องของโรคทางกายหรือความชราเพียงอย่างเดียว[4,5] ครั้งที่ 3 เป็นการฝึกทักษะด้านความคิด ซึ่งเป็นหัวใจของโปรแกรม ตามแนวคิดของ Beck ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักมีความคิดทางลบต่อตนเองและอนาคต เช่น "เป็นภาระลูกหลาน" ความคิดเหล่านี้ทำให้อารมณ์เศร้าคงอยู่[13] การฝึกจับความคิดทางลบ หาเหตุผลมาโต้แย้ง และเพิ่มกิจกรรมที่ทำแล้วมีความสุข จึงช่วยตัดวงจรนี้ได้ ครั้งที่ 4 ผู้สูงอายุได้เรียนรู้อาการเตือนและช่องทางขอความช่วยเหลือ ทำให้รู้สึกว่าควบคุมสถานการณ์ได้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการวิจัยของวราพร ศรีภิรมย์ และคณะ[9] ศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าในหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลศิริราช พบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและขาดนัดน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาของสมบูรณ์ อินขาว[8] ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีระดับอาการซึมเศร้าลดลงสู่ระดับปกติ[12] และสอดคล้องกับการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มของ Casañas และคณะ ที่พบว่าสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในหน่วยบริการปฐมภูมิลดอาการซึมเศร้าได้[8] งานเหล่านั้นศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าแล้ว แต่การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย จึงเพิ่มหลักฐานว่าสุขภาพจิตศึกษาใช้ได้ผลในระดับการป้องกันด้วย ซึ่งตรงกับข้อสรุปของ Cuijpers และคณะ[14] ที่ทบทวนงานวิจัยตลอด 30 ปี และพบว่าสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มช่วยทั้งบำบัดและป้องกันภาวะซึมเศร้าได้

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า 5.26 คะแนน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีคะแนน 9.23 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งที่ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนใกล้เคียงกัน ผลนี้เกิดจากการดูแลตามปกติในคลินิกโรคเรื้อรังเน้นการควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด เจ้าหน้าที่จึงมีเวลาไม่พอที่จะพูดคุยเรื่องจิตใจ ขณะที่โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาดูแลจิตใจโดยตรง และจัดเป็นกลุ่ม ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนวิธีรับมือกับปัญหา และให้กำลังใจกัน กลุ่มจึงกลายเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว กิจกรรมแต่ละครั้งใช้เวลาเพียง 30 นาที

เนื้อหาเข้าใจง่ายและนำไปใช้ได้จริง ผู้สูงอายุจึงสนใจและตั้งใจเรียนรู้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับการวิจัยของนันทรัตน์ ธิวงค์เวียง[10] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มารับบริการโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย พบว่าโปรแกรมลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ และสอดคล้องกับการวิจัยของปวีณา นพโสตร และรังสิมันต์ สุนทรไชยา[11] ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความหวังซึ่งช่วยปรับมุมมองให้เป็นบวก ลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้มากกว่าการพยาบาลตามปกติ อย่างไรก็ตาม กลุ่มควบคุมก็มีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง 2.82 คะแนน อาจเป็นเพราะได้รับการคัดกรองและพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ระหว่างการวิจัย จึงรู้สึกได้รับความใส่ใจ (Hawthorne effect)[15] และคะแนนที่วัดซ้ำมักเคลื่อนเข้าหาค่าเฉลี่ยได้เอง[16] แต่กลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงมากกว่าประมาณ 2 เท่า จึงยืนยันได้ว่าผลส่วนใหญ่มาจากโปรแกรม นอกจากนี้ กลุ่มควบคุมมีผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปและผู้ที่เป็นหม้ายมากกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ[17] และการวิจัยนี้วัดผลทันทีหลังจบโปรแกรม จึงควรแปลผลด้วยความระมัดระวัง โดยสรุป โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาใช้เวลาไม่มาก พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินการเองได้ และช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ชัดเจน จึงเหมาะที่จะใช้ป้องกันภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง ตามมาตรการของจังหวัดตรัง[6]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงควรนำโปรแกรมไปใช้ร่วมกับการดูแลตามปกติในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เพื่อป้องกันไม่ให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้น
2. ควรใช้โปรแกรมต่อเนื่องจากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 2Q Plus และแบบวัด TGDS-30 โดยจัดให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงหรือมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไปหรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้ส่งต่อเพื่อรับการรักษาตามระบบ

ด้านการบริหารและนโยบาย

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันตัง ควรสนับสนุนให้ขยายการใช้โปรแกรมไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น เพื่อสนับสนุนมาตรการคัดกรองและดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
2. ควรสนับสนุนให้บุคลากรทุกระดับ ตั้งแต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พยาบาลให้มีทักษะโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชน
3. ควรจัดทำคู่มือการดำเนินโปรแกรมและสื่อประกอบที่เป็นมาตรฐาน เพื่อให้หน่วยบริการอื่นนำไปใช้ได้ในรูปแบบเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรติดตามผลในระยะยาว เช่น 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความคงทนของผล และวิเคราะห์ด้วยสถิติ Repeated Measures ANOVA
2. ควรศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) หรือแยกกลุ่มตามพื้นที่ (Cluster randomization) เพื่อลดการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มและเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย
3. ควรประยุกต์โปรแกรมกับกลุ่มเสี่ยงอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้สูงอายุติดบ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยปรับกิจกรรมให้เหมาะกับบริบทและวิถีชีวิตของแต่ละกลุ่ม ผู้สูงอายุติดบ้านอาจใช้การเยี่ยมบ้านแทนกิจกรรมกลุ่ม

4. ควรวัดตัวแปรอื่นร่วมด้วย เช่น ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคเรื้อรัง เช่น ระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด เพื่ออธิบายกลไกและประโยชน์ของโปรแกรมได้ครบถ้วนขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอกันตังที่สนับสนุนและอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดีขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน อาจารย์ ดร.ไพจิตร พุทธรอด หัวหน้าสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง นางพรทิพย์ ชุ่นอื้อ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษหัวหน้าฝ่ายจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตรัง และนางมยุรี ลัคนาศิโรรัตน์พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษโรงพยาบาลห้วยยอด ที่กรุณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบางหมาก ที่ช่วยประสานงานและติดตามผู้เข้าร่วมวิจัยตลอดการศึกษา และขอขอบคุณผู้สูงอายุผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ที่สละเวลาเข้าร่วมกิจกรรมและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ยิ่ง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จของงานวิจัยครั้งนี้สุดท้ายนี้ เพื่อนร่วมงานที่ให้กำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในระดับปฐมภูมิต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depressive disorder (depression) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 Sep 28]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression
2. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. Lancet. 2007;370(9590):851-8.
3. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. Diabetes Care. 2001;24(6):1069-78.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022.
5. มานิตย์ โล่ห์ตระกูล. A detailed overview of depression [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 28 ก.ย. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-1017
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ จังหวัดตรัง รอบที่ 1/2568. ตรัง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง; 2568.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) [อินเทอร์เน็ต]. ตรัง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง; 2569 [เข้าถึงเมื่อ (ระบุวันที่)]. เข้าถึงได้จาก: https://trg.hdc.moph.go.th

8. Casañas R, Catalán R, del Val JL, Real J, Valero S, Casas M. Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2012;12:230. doi:10.1186/1471-244X-12-230
9. วราพร ศรีภิรมย์, นฤมล จงจิตวิบูลย์ผล, กมลพร วรรณฤทธิ์. ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าในหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลศิริราช. วารสารกองการพยาบาล. 2565;49(2):1-11.
10. นันทรัตน์ ธิวงค์เวียง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุที่มารับบริการโรงพยาบาลเชียงแสน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น. 2569;7(1):170-91.
11. ปวีณา นพโสตร, รังสิมันต์ สุนทรไชยา. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2560;9(1):83-94.
12. สมบูรณ์ อินขาว. การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยนอกที่เป็นโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; [ปี พ.ศ.].
13. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
14. Cuijpers P, Muñoz RF, Clarke GN, Lewinsohn PM. Psychoeducational treatment and prevention of depression: the "Coping with Depression" course thirty years later. Clin Psychol Rev. 2009;29(5):449-58.
15. McCambridge J, Witton J, Elbourne DR. Systematic review of the Hawthorne effect: new concepts are needed to study research participation effects. J Clin Epidemiol. 2014;67(3):267-77.
16. Barnett AG, van der Pols JC, Dobson AJ. Regression to the mean: what it is and how to deal with it. Int J Epidemiol. 2005;34(1):215-20.
17. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry. 2003;160(6):1147-56.

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง โทร.๐-๗๕๒๐๕๖๑๕-๒๒ ต่อ ๒๐๔

ที่ ตง ๐๐๓๓.๑๐/ **วันที่**

เรื่อง ขออนุมัติเผยแพร่บทความวิชาการทางเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง

๑. ต้นเรื่อง

ด้วยกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ได้รับหนังสือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยยอด ที่ตง ๐๓๓๒/๖๘๒ ลงวันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๙ เรื่องขอส่งบทความ เพื่อเผยแพร่ทางเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ด้วยนางสาวสุนิสา หนูนวล ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยยอด มีความประสงค์ขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังในประเภทรายงานการวิจัย เรื่องความสัมพันธ์ของภาวะเมตตาบอลิกกับโรคเบาหวานที่จอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลห้วยนาง อำเภอห้วยนาง จังหวัดตรัง (เอกสารหมายเลข ๑)

๒. ข้อเท็จจริง

๒.๑ คณะทำงานฯ ตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ที่ ๑๒๔/๒๕๖๙ ลงวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙ ได้ประชุมพิจารณาผลงานฯ ครั้งที่ ๑ /๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๙ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง โดยที่ประชุมมีมติให้มีการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของคณะทำงานฯ และส่งเอกสารที่ปรับแก้แล้วให้คณะทำงานฯ ตรวจสอบอีกครั้ง (เอกสารหมายเลข ๒)

๒.๒คณะทำงานฯ ได้รับเอกสารบทความวิชาการ ฉบับแก้ไขสมบูรณ์จากผู้ส่งผลงาน เมื่อวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๙ ได้มีมติให้เผยแพร่ทางเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังได้ (เอกสารหมายเลข ๓)

๓. ข้อพิจารณา

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง พิจารณาแล้วเห็นว่า คณะทำงานฯ ได้มีมติ ให้ผลงาน นางสาวสุนิสา หนูนวล ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยยอด ประเภทรายงานการวิจัย เรื่องความสัมพันธ์ของภาวะเมตตาบอลิกกับโรคเบาหวานที่จอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลห้วยนาง อำเภอห้วยนาง จังหวัดตรัง เป็นผลงานมีความเหมาะสมและเห็นควร ให้เผยแพร่บทความวิชาการทางเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

๔. ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติ ให้เผยแพร่บทความวิชาการทางเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง และลงนามรับรองผลงานวิชาการต่อไป

(นายบุญฤทธิ์ ปราบรัตน์)
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล