



ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

THE EFFECTS OF PSYCHO-EDUCATION PROGRAM ON THE DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG ELDERLY, BANG PAKONG DISTRICT, CHACHOENGSAO PROVINCE

Received: November 21, 2023

Revised: January 30, 2024

Accepted: February 07, 2024

นิตยา ยวงเดชกล้า^{1*}, อภิญญา ตันเจริญ¹

Nittaya Yuangdetkla^{1*}, Apinya Tancharoen¹

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวม การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าวระดับเล็กน้อย และปานกลาง 32 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 6 ครั้งๆ ละ 1.30 ชั่วโมง/สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับคู่มือตามปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ประเมินก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผล 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่าง 2 กลุ่ม โดยสถิติ Chi-square และ paired sample t-test

ผลวิจัย พบ ผู้สูงอายุเพศหญิงซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่ซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล คะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะหลังทดลอง และในระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกัน

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิผลในการลดอาการซึมเศร้าได้ บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามาประยุกต์ใช้ เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรคซึมเศร้า, สุขภาพจิตศึกษา

¹ โรงพยาบาลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

Bang Pakong Hospital, Bang Pakong District, Chachoengsao Province

*Corresponding author E-mail: y_nittaya@yahoo.com



Abstract

Depression in the elderly is an important problem that effects overall health. This research aimed to determine the factors associated with depression in the elderly and to examine the impact of a psychoeducation program on their depressive symptoms. Thirty-two elderly patients with mild and moderate depression were included in this study. The patients were randomly assigned to either the experimental or control groups, with 16 patients in each group. The experimental group underwent a six-session psychoeducation program, with sessions scheduled at 1.30 hours per week, while the control group received a standard care. Depressive symptoms were assessed using the 9Q questionnaire both before and after the experiment as well as at the 3-month follow -up. Data were analyses using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Chi-square and paired sample t-test were used to statistically determine the differences between groups.

The results showed a higher number of female elderly individuals with depression compared to males. The majority of the participants experienced mild depression. Factors associated with depression include gender, income sufficiency, family relationships, and self-esteem. Elderly patients with depression who received the psychoeducation program demonstrated significantly lower depression scores than those in the control group at post experimental ($p\text{-value} < 0.05$), and follow-up periods ($p\text{-value} < 0.05$). The depression scores of the experimental group were not different between the post-experimental and the follow-up periods.

Psychoeducation program are effectively alleviated depressive symptoms, demonstrating its potential to reduce depressive symptoms in elderly patients.

Keywords: elderlies, depressive disorder, psycho-education



บทนำ

จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 การเป็นสังคมผู้สูงอายุ คือ การที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ โดยข้อมูลของกรมกิจการผู้สูงอายุ ในปี 2565 พบผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 19.21⁽²⁾

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตใจที่พบบ่อยในผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 7⁽³⁾ สถานการณ์ในไทย ซึ่งรวบรวมโดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบผู้สูงอายุป่วยโรคซึมเศร้าแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2561 พบผู้สูงอายุป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 3.42 และปี 2562 ร้อยละ 3.49⁽⁴⁾ การที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หาย และส่งผลต่อกิจวัตรประจำวัน จนเป็นภาระให้กับผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มซึมเศร้าสูงกว่าวัยอื่น และเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าจะส่งผลต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม จนอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้⁽⁵⁾

ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัยภายใน ได้แก่ กรรมพันธุ์ สารสื่อประสาทผิดปกติ บุคลิกภาพ ความคิดบิดเบือน ความรู้สึกสิ้นหวัง และปัจจัยภายนอก ได้แก่ สังคมและวัฒนธรรม การประสบเหตุร้าย การสูญเสียบุคคลที่รัก และขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม⁽⁶⁾

สถิติผู้สูงอายุของอำเภอบางปะกง พบโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 63 ของผู้สูงอายุทั้งหมด⁽⁷⁾ ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าจะส่งผลต่อการดูแลโรคเรื้อรังจนไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ เมื่อวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าของอำเภอบางปะกงพบว่า มีการคัดกรองซึมเศร้าได้ร้อยละ 100 ผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุม และได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมสุขภาพในชุมชน แต่ยังคงขาดการดูแลด้านจิตใจที่มีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยยังคงซึมเศร้า บางรายคิดฆ่าตัวตาย และยังคงพบผู้สูงอายุฆ่าตัวตายสำเร็จปีละ 1-3 คน ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุในเขตอำเภอบางปะกง ได้เห็นความสำคัญของปัญหาภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ จึงได้นำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตรูปแบบหนึ่งมาจัดทำโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องอาการซึมเศร้า การรักษา และการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต และลดอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุของอำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยเป็นการพัฒนางานสุขภาพจิตในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งคาดว่า การศึกษานี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้มีความรู้ และตระหนักในอารมณ์ซึมเศร้าของตนเอง สามารถควบคุม และจัดการกับอารมณ์ได้ สามารถใช้ชีวิตประจำวัน และเผชิญอาการซึมเศร้าที่มีอยู่ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ



ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยโดยใช้รูปแบบการวิจัย และพัฒนา แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลจาก แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ระยะที่ 2 วิจัยกึ่งทดลอง เพื่อพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยนำผลวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในระยะที่ 1 มาใช้เป็นส่วนประกอบในการสร้างโปรแกรม ซึ่งเป็นรูปแบบการทำจิตบำบัดแบบกลุ่ม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ ครั้งที่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร ทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ และรูปแบบของกิจกรรมที่จัดขึ้น ครั้งที่ 2) การให้ความรู้เรื่องอาการซึมเศร้า ครั้งที่ 3) การฝึกทักษะการจัดการปัญหา แลกเปลี่ยนเรียนรู้การแก้ไขปัญหาในกลุ่ม ครั้งที่ 4) การฝึกสติรู้กำหนดลมหายใจ เพื่อช่วยจัดการความเครียด ครั้งที่ 5) การฝึกทักษะการสร้างคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมทัศนคติต่อตนเองทางบวก ครั้งที่ 6) การสร้างเครือข่ายสนับสนุนด้านสังคม กิจกรรมสร้างมิตรภาพ โดยมีเจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลบางสมัครเข้าร่วมในการทำกิจกรรม ดำเนินการทดลอง ดังนี้

- ระยะก่อนทดลอง ทำ Pre-test กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q

- ระยะทดลองในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลอง ฝึกอบรมด้วยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 6 กิจกรรม กิจกรรมละ 1.30 ชั่วโมง/สัปดาห์ 6 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมให้การดูแลตามปกติ

- ระยะหลังทดลอง ทำ Post-test กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q

- ระยะติดตามผล ประเมินหลังทดลอง 3 เดือน ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม นำข้อมูลที่ได้ทั้ง 3 ระยะ มาตรวจสอบความถูกต้อง และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 กลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลบางสมัคร อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา มีจำนวน 1,672 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane⁽⁸⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 323 คน และผู้วิจัยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 2 เพื่อลดความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นได้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 330 คน



ระยะที่ 2 ดำเนินการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และปานกลาง โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ได้มีคะแนน 7-18 ทำการสุ่มอย่างง่าย ได้จำนวน 32 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ประเมินผล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q พัฒนาขึ้นโดยชรินทร์ กองสุข และคณะ⁽⁹⁾ แบบวัดความภาคภูมิใจในตนเองของโรเซนเบิร์ก ฉบับปรับปรุงภาษาไทย (Revised Thai Rosenberg Self-Esteem Scale) ของทินกร วงศ์ปการันย์ และคณะ⁽¹⁰⁾ และแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของพวงผกา ชื่นเนตร⁽¹¹⁾

2. พัฒนากิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ตามแนวคิดของ Anderson CM และคณะ⁽¹²⁾ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร 2) การให้ความรู้เรื่องอาการซึมเศร้า 3) การฝึกทักษะการจัดการปัญหา 4) การฝึกสติกำหนดลมหายใจ 5) การฝึกทักษะการสร้างควมมีคุณค่าในตนเอง 6) การสร้างเครือข่ายสนับสนุนด้านสังคม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

หาคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยาคลินิก แล้วนำมาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟารอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น IOC เท่ากับ 0.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนภาวะซึมเศร้า คะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลด้วย Chi-square test

2. การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตามผลโดยการทดสอบ Paired sample t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ฉะเชิงเทรา เลขที่ 023/2566 ลงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2566 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อน เข้าร่วมการวิจัย



ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของประชากร

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 330 ราย พบเพศหญิง ร้อยละ 61.81 เพศชาย ร้อยละ 38.19 ช่วงอายุที่พบบมากที่สุด คือ อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 44.54 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 62.42 การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.76 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 57.27 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า พบซึมเศร้า ร้อยละ 24.85 ส่วนใหญ่ซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 87.80 ซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 9.76 และระดับรุนแรง ร้อยละ 2.44 โดยเพศหญิงซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ

ข้อมูลประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	126	38.19
หญิง	204	61.81
อายุ (ปี)		
60-69 ปี	147	44.54
70-79 ปี	108	32.73
80 ปีขึ้นไป	75	22.73
สถานภาพ		
โสด	30	9.09
คู่	206	62.42
หย่า, หม้าย, แยกกันอยู่	94	28.49
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	25	7.58
ระดับประถมศึกษา	283	85.76
ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป	22	6.66
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	141	42.73
ไม่เพียงพอ	189	57.27
ภาวะซึมเศร้า		
ไม่มี	248	75.15
มี	82	24.85



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่า 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 11.241$, $p\text{-value} < 0.001$) 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 17.05$, $p\text{-value} < 0.01$) 3) ปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 20.47$, $p\text{-value} < 0.001$) 4) ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 15.62$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

ปัจจัย	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		X^2	p-value
	n = 248		n = 82			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	106	84.13	20	15.87	11.241	< 0.001*
หญิง	142	69.61	62	30.39		
อายุ (ปี)						
60-69 ปี	118	80.27	29	19.73	4.051	0.130
70-79 ปี	75	69.66	33	30.56		
80 ปี ขึ้นไป	55	73.33	20	26.67		
สถานภาพสมรส						
โสด	24	80.00	6	20.00	7.670	0.0504
คู่	162	78.64	44	21.36		
หย่า, หม้าย, แยกกันอยู่	62	65.96	32	34.04		
การศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	19	76.00	6	24.00	1.752	0.392
ระดับประถมศึกษา	213	75.27	70	24.37		
ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป	16	72.73	6	27.27		
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	122	86.53	19	13.47	17.05	< 0.01*
ไม่เพียงพอ	126	66.67	63	33.33		

*Significant level 0.05



ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสัมพันธภาพในครอบครัว

ปัจจัย	จำนวน (ราย)	คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า Mean \pm SD	F	p-value
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง				
ระดับต่ำ	52	21.58 \pm 7.22	20.47	< 0.001*
ระดับปานกลาง	222	16.32 \pm 5.57		
ระดับสูง	56	10.40 \pm 5.04		
สัมพันธภาพในครอบครัว				
ระดับต่ำ	55	20.89 \pm 5.92	15.62	< 0.001*
ระดับปานกลาง	227	15.64 \pm 6.13		
ระดับสูง	48	12.70 \pm 5.52		

*Significant level 0.001

2. เปรียบเทียบคะแนนซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง เท่ากับ 87.78 ± 2.05 กลุ่มควบคุม เท่ากับ 86.63 ± 1.52 ไม่แตกต่างกันทางสถิติ สามารถเป็นตัวแทนกันได้ คะแนนซึมเศร้าระยะหลังทดลอง ในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 80.92 ± 1.56 และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 85.82 ± 1.36 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P = 0.007$) คะแนนซึมเศร้าระยะติดตามผลในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 80.35 ± 1.43 และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 84.92 ± 1.41 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.005$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล

คะแนน	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ระยะก่อนทดลอง	87.78	2.05	86.63	1.52	0.625	0.31
ระยะหลังทดลอง	80.92	1.56	85.82	1.36	11.68	0.007*
ระยะติดตามผล	80.35	1.43	84.92	1.41	12.448	0.005*

*Significant level 0.05 \bar{X} : ค่าเฉลี่ย SD: ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 3 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

ระยะเวลา	\bar{X}	S.D.	t	p-value
หลังการทดลอง	80.92	1.56	5.007	0.415
ระยะติดตามผล	80.35	1.43		

*Significant level 0.05 \bar{X} : ค่าเฉลี่ย SD: ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย โดยส่วนใหญ่ซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ากลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะหลังทดลอง และติดตามผล ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลอง และติดตามผลไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ พบผู้สูงอายุซึมเศร้า ร้อยละ 24.85 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของมินตรา สาระรักษ์ และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 20 แต่พบว่า แตกต่างจากการศึกษาของอาคม บุญเลิศ⁽¹⁴⁾ ซึ่งพบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 36.9

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ โดยพบเพศหญิงซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของมูจรินทร์ พุทธิเมตตา และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่เชื่อว่าผู้หญิงอดทนน้อยกว่าผู้ชาย และแสดงออกทางอารมณ์มากกว่า 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ความเพียงพอของรายได้ ผู้สูงอายุที่รายได้ไม่เพียงพอ เพิ่มการเกิดซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของอาคม บุญเลิศ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ความกังวลเรื่องการเงินสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า 3) สัมพันธภาพในครอบครัว ในครอบครัวที่สัมพันธ์ภาพไม่ดี เพิ่มการเกิดซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ ชมฉรรณ ฉัตรเงิน⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า ครอบครัวที่ขัดแย้งกัน ทำให้ผู้สูงอายุขาดที่พึ่ง 4) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชุติไกร ดันดิชัยวนิช⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธ์กับการตระหนักรู้ในควมมีคุณค่าของตนเองอย่างมีนัยสำคัญ



เมื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน สามารถเป็นตัวแทนเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มได้

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพงษ์ศักดิ์ อุบลวรรณ และคณะ⁽¹⁸⁾, Casañas R. และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอาการซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาตามแนวคิดของ Anderson CM และคณะ⁽¹²⁾ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ โดยอภิปรายผล ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สร้างแรงจูงใจ ทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และกิจกรรมที่จัดขึ้น เป็นการสร้างสัมพันธภาพในกลุ่ม องค์ประกอบที่ 2 การให้ความรู้ มี 2 กิจกรรม คือ 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า 2) การฝึกทักษะจัดการความเครียด ฝึกสติกำหนดลมหายใจ ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ และผลต่อสุขภาพของโรคซึมเศร้า วิธีการดูแลตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี องค์ประกอบที่ 3 การฝึกทักษะการจัดการปัญหา มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยมีการบ้านอย่างง่ายให้ผู้สูงอายุฝึกค้นหาความคิดทางลบ การหาหลักฐานคัดค้านความคิดทางลบ และสนับสนุนความคิดทางบวก แล้วนำมาแลกเปลี่ยนในกลุ่ม ทำให้ได้เรียนรู้ และฝึกประสบการณ์จริง ช่วยในการค้นหาสาเหตุ และจัดการกับปัญหา เพื่อลดอาการซึมเศร้าอย่างเหมาะสม⁽²⁰⁾ องค์ประกอบที่ 4 การฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา คือ กิจกรรมการสร้างเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ผู้สูงอายุแต่ละคนเผชิญปัญหาได้แตกต่างกัน ขึ้นกับประสบการณ์ และเทคนิคในการปรับความคิด และพฤติกรรม การมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเคารพตนเอง มองตนเองอย่างมีคุณค่า ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง⁽²¹⁾ องค์ประกอบที่ 5 การสร้างเครือข่ายทางสังคม เพราะการขาดแหล่งสนับสนุนหรือการช่วยเหลือทางสังคมทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าต้องมีเครือข่ายสนับสนุนด้านสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ครอบครัว เป็นต้น เพื่อให้การช่วยเหลือ คอยให้กำลังใจ ภายหลังดำเนินการทดลองผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น ทำให้ซึมเศร้าลดลง เนื่องจากได้ฝึกสติกำหนดลมหายใจ เมื่อมีความเครียดเข้ามา การรู้ทันความคิด และอารมณ์แล้วปล่อยวาง จะทำให้ผ่อนคลาย กิจกรรมสติการรับรู้กำหนดลมหายใจสอดคล้องกับแนวคิดหลักการบำบัดทางความคิด และพฤติกรรมของ Beck AT และคณะ⁽²²⁾ ที่อธิบายว่า ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของคนมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กัน หากเป็นความคิดด้านลบจะส่งผลให้เกิดอารมณ์ทางลบ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออกมา

ส่วนระยะติดตามผล ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีคะแนนซึมเศร้าในระยะหลังทดลองกับระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีความรู้ในการเสริมสร้างทักษะต่างๆ จากการเรียนรู้ กิจกรรมแล้ว สามารถเลือกได้ว่าการกระทำใดที่ควรนำมาปฏิบัติ เพื่อให้ตนเองอยู่อย่างมีความสุข ก็จะคงการกระทำนั้นๆ ไว้ กล่าวได้ว่า การจัดกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นวิธีการเรียนรู้



แบบยึดกลุ่มผู้เรียนรู้เป็นศูนย์กลาง และฝึกฝนทักษะต่างๆ ด้วยตนเอง โดยอาศัยประสบการณ์ การเรียนรู้นำมาวิเคราะห์ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน จนเกิดความเข้าใจ ฝึกการเผชิญ ปัญหา รู้จักสังเกตวิธีการแก้ปัญหา และประยุกต์ใช้ในการปรับตัวเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ จนเกิดความชำนาญกลายเป็นทักษะในการปฏิบัติตนต่อไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมี พฤติกรรมคงทนในการควบคุมภาวะซึมเศร้าของตนเองได้ ถึงแม้ว่าระยะเวลาห่างไป 3 เดือน หลังจาก จบโปรแกรมแล้วก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของวราพร ศรีภิรมย์ และคณะ⁽²³⁾ ที่พบคะแนนภาวะ ซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง อัตราการขาดการรักษาลดลง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. สามารถนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ซึมเศร้าในกลุ่มอื่นๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลการลดภาวะซึมเศร้า
2. ควรส่งเสริมให้บุคลากรในเครือข่าย ฝึกทักษะ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เพื่อนำไปดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมจิตวิทยาเชิงบวก

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จด้วยดีด้วยความกรุณาจากหลายฝ่าย ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบางปะกง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบางสมัคร กลุ่มงานจิตเวช และยาเสพติด ที่ให้การช่วยเหลือ และให้คำแนะนำ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ระบบคลังข้อมูลสถิติ (Statistical Data Warehouse System) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 4 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://nsodw.nso.go.th/dwportal/Item>
2. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 4 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dop.go.th/know/side/1/1/1962>
3. World Health Organization. Mental Health of older adults [Internet]. 2017 [cited 2023 Dec 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>



4. Prasimahabhodi Psychiatric Hospital. Report of patients with depressive disorder who access the medical service [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 30]. Available from: https://thaidepression.com/www/report/main_report/
5. มุกิตา วรรณชาติ, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2558; 58 (พิเศษ): 18-29.
6. นริสา วงศ์พนารักษ์, สายสมร เฉลยกิตติ. ภาวะซึมเศร้าปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 3: 24-31.
7. Bangpakong Hospital, Chachoengsao Province (TH). Information of elderly health in the Bangpakong Hospital, fiscal year 2021. Chachoengsao: Chachoengsao Province Public Health Office; 2022. (in Thai)
8. Yamane, T. (1967) Statistics: An Introductory Analysis. 2nd Edition, Harper and Row, New York.
9. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พลฤกษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาว, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถามฉบับปรับปรุงภาษากลาง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 4: 321-34.
10. Wongparakan T, Wongpakaran N. Revised Thai Rosenberg self-esteem scale. [Internet]. Chiangmai: Faculty of medicine, Chiangmai university 2022 [Cited 2023 Feb 1] Available from: <http://www.pakaranhome.com/index.php?lay=show&ac=article&id=2147596642>
11. พวงผกา ชื่นแสงเนตร. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกเฉียงใต้ จังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2538.
12. Anderson CM, Hogart GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. Schizophr Bull. 1980; 6(3): 490-505.
13. มินตรา สารระักษ์, ญณา จันทร์ทรง, สุพรรณษา ชูตระกูลกิจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. ใน : การประชุมวิชาการระดับชาติ มอบ. วิจัย ครั้งที่ 16; วันที่ 11-12 กรกฎาคม 2565; ณ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัย ; 2565. หน้า 241-51.



14. อาคม บุญเลิศ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร 2559; 31(1): 25-33.
15. มุจรินทร์ พุทธเมตตา, รังสิมันต์ สุนทรไชยา. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าในเขตภาคกลาง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2559; 30(2): 69-82.
16. ชมลวรรณ นัตริเงิน. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ 2564; 12(2): 152-66.
17. ชุติไกร ตันดิษฐ์นิช. การศึกษาตระหนักรู้ในคุณค่าในตนเองในจังหวัดระยอง. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
18. พงษ์ศักดิ์ อุบลวรรณ, สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, นุชนาถ บรรทมพร. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. พุทธชินราชเวชสาร 2560; 3: 342-9.
19. 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 [Internet]. 2012;12(1). Available from: //bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-230.
20. สุณิสา ศรีโมอ่อน, อทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารการพยาบาล 2554; 3: 107-16.
21. Rosenberg M, Kaplan HB. Social Psychology of the Self-Concept. Illinois: Harlan Davidson; 1982.
22. Beck AT, Rush, A. J., Shaw, B.F., & Emery, G. Cognitive therapy of depression. New York: The Guilford Press; 1979.
23. วราพร ศรีภิรมย์, นฤมล จงจิตวิบูลย์ผล, กมลพร วรรณฤทธิ. ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าในหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลศิริราช. วารสารกองการพยาบาล 2565; 2: 1-11.