

การพัฒนาแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

วสันต์ กิตติวีรวงศ์, พ.บ.*, รัตนาภรณ์ พันธุ์โพธิ์, พย.ม.**^a

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ทดลองใช้ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ BKH Mind Care Model (BMCM) การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา 2) การพัฒนารูปแบบ BMCM จากผลการศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พร้อมประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ และ 3) การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ BMCM ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 128 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 64 คน และกลุ่มควบคุม 64 คน ใช้เครื่องมือสำคัญ ได้แก่ PHQ-9 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า แบบประเมินเครือข่ายสนับสนุนแบบประเมินการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ BMCM

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองทุกคนได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างครบถ้วน (ร้อยละ 100) และคะแนนเฉลี่ย PHQ-9 ลดลงจาก 12.40 (SD=4.10) เป็น 7.25 (SD=3.60) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยร้อยละ 83.3 ของผู้รับบริการมีภาวะซึมเศร้าลดลงจากระดับปานกลาง-รุนแรงเป็นระดับต่ำหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า และผู้รับบริการมีความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสนับสนุน และคุณภาพการดูแลอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด พร้อมมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ BMCM ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่า BMCM เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิผลในการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ช่วยเพิ่มการเข้าถึงการคัดกรอง ส่งเสริมการดูแลด้านสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง และสามารถนำไปขยายผลเป็นแนวทางการดูแลในระดับนโยบายได้

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า; ผู้ติดเชื้อเอชไอวี; ผู้ป่วยเอดส์; BKH Mind Care Model; การดูแลสุขภาพจิต

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

^a Corresponding author: รัตนาภรณ์ พันธุ์โพธิ์ Email: rattana1393@gmail.com

รับบทความ: 5 ม.ค. 69; รับบทความแก้ไข: 20 ม.ค. 69; ตอบรับตีพิมพ์: 20 ม.ค. 69; ตีพิมพ์ออนไลน์: 30 มี.ค. 69

Development of Depression Prevention Model for Patients Living with HIV/AIDS, Ban Kruad Hospital, Buriram Province

Wasan Kittiveerawong, M.D.^{*}, Rattanapron Phanpho, M.N.S.^{**a}

Abstract

The research on the development and implementation of a depression prevention model for people living with HIV/AIDS at Ban Kruad hospital, Buriram province, aimed to develop, pilot-test, and evaluate the effectiveness of the “BKH Mind Care Model (BMCM)”. The study was conducted in three phases: 1) assessing the current situation and analyzing problems, 2) developing a draft of the BMCM based on findings and relevant research, followed by an evaluation of its appropriateness by experts, and 3) pilot-testing and evaluating the BMCM among 128 people living with HIV/AIDS, divided into an experimental group (n=64) receiving care according to the BMCM and a control group (n=64) receiving standard care. Key research instruments included the PHQ-9, a depression knowledge questionnaire, a social support and network assessment, a depression care evaluation form, and a satisfaction survey regarding the BMCM.

The results indicated that all participants in the experimental group received depression screening using standardized tools (100%). The mean PHQ-9 score significantly decreased from 12.40 (SD=4.10) to 7.25 (SD=3.60) ($p<0.05$). Furthermore, 83.3 percent of participants showed a reduction in depression severity from moderate-to-severe levels to mild or no depression. Participants also demonstrated high levels of knowledge about depression, engagement with support networks, and quality of mental health care, alongside the highest level of satisfaction with the BMCM. These findings suggest that the BMCM is an effective model for preventing and reducing depression among people living with HIV/AIDS, enhancing access to screening, promoting systematic and continuous mental health care, and demonstrating potential for scaling up as a guideline for policy-level implementation.

Keywords: Depression; People living with HIV; AIDS patients; BKH Mind Care Model; Mental healthcare

^{*} Medical Physician, Senior Professional Level, Ban Kruad Hospital, Buriram Province

^{**} Lecturer, Faculty of Nursing, Western University, Buriram Campus

^a Corresponding author: Rattanapron Phanpho Email: rattana1393@gmail.com

Received: Jan. 5, 25; Revised: Jan. 20, 26; Accepted: Jan. 20, 26; Published Online: Mar. 30, 26

บทนำ

ทั่วโลกยังคงเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ซึ่งนับเป็นหนึ่งในประเด็นสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรและระบบสุขภาพของทุกประเทศอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์สะสมมากกว่า 42.3 ล้านคนทั่วโลก ทั้งนี้ การแพร่ระบาดของเชื้อ HIV ยังคงดำเนินต่อไปในทุกภูมิภาคของโลก โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ติดเชื้อประมาณ 39.9 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับ HIV ประมาณ 630,000 ราย⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย พบว่ามีผู้ติดเชื้อ HIV ที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 580,000 คน มีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ ประมาณ 12,000 คน และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,100 คน⁽²⁾ เชื้อ HIV เป็นไวรัสที่ก่อให้เกิด โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immunodeficiency Syndrome: AIDS) ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของการติดเชื้อ HIV ที่ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายอย่างรุนแรง โดยเชื้อไวรัสจะเข้าไปทำลาย เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 (T-helper lymphocytes) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นและควบคุมการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน เมื่อระดับ CD4 ลดลงอย่างมาก ร่างกายจึงสูญเสียความสามารถในการต่อสู้กับเชื้อโรค ส่งผลให้เกิด โรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ เช่น วัณโรค ปอดบวม เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ตลอดจน มะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลืองและมะเร็งคาโปซิซาร์โคมา ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อ⁽³⁾ ในระยะเริ่มต้นของการติดเชื้อ ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการชัดเจน แต่ไวรัสจะเพิ่มจำนวนและทำลายเซลล์ภูมิคุ้มกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ติดเชื้ออาจใช้เวลาหลายปีกว่าจะเข้าสู่ระยะเอดส์อย่างเต็มขั้น หากไม่ได้รับการรักษา ผู้ติดเชื้อจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อนสูง อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันการรักษาด้วย ยาต้านไวรัส (Antiretroviral therapy: ART) สามารถช่วยยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อ HIV ทำให้ระดับภูมิคุ้มกันกลับมาดีขึ้น ลดอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิต รวมทั้งลดโอกาสการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้ว่าการเข้าถึงยาต้านไวรัสจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อได้อย่างมาก แต่การตีตราทางสังคม ความไม่รู้ ความกลัว และการเลือกปฏิบัติ ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการตรวจคัดกรอง การรักษา และการป้องกันโรคในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคสาธารณสุข และชุมชน ในการสร้างความเข้าใจและลดการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อ⁽⁴⁾

ภาวะซึมเศร้า เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยที่สุดทั่วโลก โดยมีรายงานว่า หนึ่งในสามของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเคยพยายามฆ่าตัวตาย ภาวะนี้ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักประสบกับความเบื่อหน่าย ความสิ้นหวัง การสูญเสียความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ ความอยากอาหารลดลง นอนไม่หลับ วิตกกังวล ไม่กล้าตัดสินใจ และรู้สึกไร้ค่า ซึ่งอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายได้⁽⁵⁾ โดยเฉพาะใน ผู้ติดเชื้อ HIV พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อถึง ประมาณ 3 เท่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเครียดจากการวินิจฉัยโรค ความวิตกกังวลต่อสุขภาพในอนาคต การสูญเสียภาพลักษณ์ทางสังคม รวมถึงการถูกตีตราและการเลือกปฏิบัติจากสังคม⁽⁶⁾ ภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV ยังสัมพันธ์กับ ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นถึง 3.5 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อ⁽⁷⁾ ซึ่งเป็นประเด็นที่สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการคัดกรองและดูแลสุขภาพจิตในผู้ติดเชื้อ HIV อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การศึกษาภายในประเทศโดย นิตยา จรัสแสง และคณะ⁽⁸⁾ ที่ศึกษา ระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์มีภาวะซึมเศร้า

สูงสุดร้อยละ 44.70 รองลงมาคือผู้ป่วยโรคมะเร็งร้อยละ 43.30 และผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 39.60 โดยระดับความรุนแรงพบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงสูงสุดถึงร้อยละ 14.11 สะท้อนให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อ HIV/เอดส์เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ วสันต์ กิตติวิรวงศ์ และรัตนภรณ์ พันธุ์โพธิ์⁽⁹⁾ ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางร้อยละ 23.1 และระดับรุนแรงร้อยละ 8.9 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส ความเครียด พฤติกรรมการดูแลตนเอง ประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า และแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิต การสนับสนุนจากครอบครัว และการสร้างเครือข่ายทางสังคมในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อ HIV ในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลก⁽¹⁰⁾ และโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ⁽¹¹⁾ ให้ความสำคัญกับการบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตเข้ากับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ HIV ผ่านแนวทาง “HIV Care Continuum” ที่เน้นการคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างเป็นระบบ การให้คำปรึกษาเชิงจิตสังคม (Psychosocial support) และการบำบัดแบบผสมผสาน เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและลดอัตราการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับบริการในโรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ มีแนวโน้มเผชิญภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น จากปัจจัยด้านการตีตราทางสังคม ความเครียดจากการรักษาตลอดชีวิต ปัญหาครอบครัว และปัญหาทางเศรษฐกิจ แม้ว่าการป้องกันและคัดกรองภาวะซึมเศร้าจะมีความสำคัญ แต่ปัจจุบันยังขาดรูปแบบการป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่จึงมีความจำเป็น เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

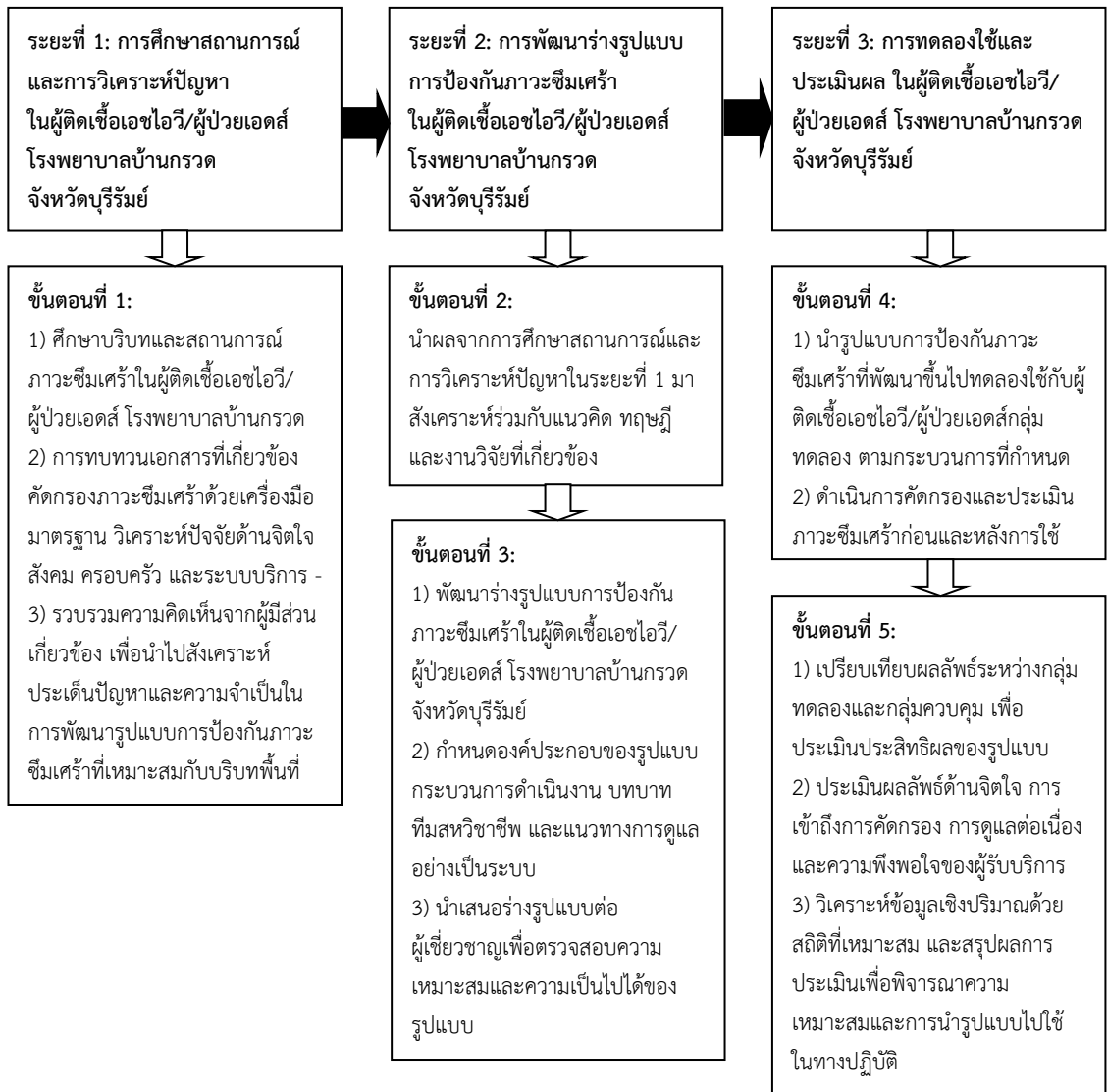
สมมติฐานของการวิจัย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้น มีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำเอาแนวคิดการป้องกันภาวะซึมเศร้า มาประยุกต์กับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์⁽¹²⁾ ที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านชีวิตจิตสังคม (Biopsychological) ในการอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งมีความครอบคลุมและเป็นองค์รวม เพราะบุคคลเป็นองค์ประกอบของกายหรือชีวะและจิต ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในสังคม และเน้นความต้องการที่จะดำรงและเพิ่มพูนความผาสุก

ของสุขภาพและคุณภาพชีวิตให้อยู่ในระดับสูงสุด เน้นแรงจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มิใช่ความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงโรค รวมทั้งเป็นการมุ่งเน้นในด้านพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาตนเองและศักยภาพส่วนบุคคล เพื่อการมีภาวะสุขภาพที่ดี โดยมีการผสมผสานระหว่างการทำนาค่าชีวิต นั่นคือ เมื่อบุคคลสามารถผสมผสานพฤติกรรมสุขภาพเข้าไปในแบบแผนการดำเนินชีวิตทุกด้าน จะส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงในรูปภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา กระบวนการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์และการวิเคราะห์ปัญหาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาด้านภาวะซึมเศร้า ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการดูแลด้านสุขภาพจิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีกิจกรรม ประกอบด้วย 1) ศึกษาข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 2) คัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (เช่น PHQ-9) 3) วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตใจ สังคม และครอบครัว 4) ทบทวนแนวทางการดูแลด้านสุขภาพจิตที่มีอยู่ในหน่วยบริการ และ 5) สังเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการดูแลด้านจิตใจ ในการศึกษาครั้งนี้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Krejcie & Morgan⁽¹³⁾ และได้ปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อลดปัญหาของการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ หรือข้อมูลมีการสูญหาย (Missing data) โดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 169 คน และสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มารับบริการโรงพยาบาลบ้านกรวด และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (เช่น พยาบาล แพทย์ นักจิตวิทยา หรือ ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ใช้เก็บข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ใช้เก็บข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการรับการรักษา การใช้ยา และประวัติการเจ็บป่วยร่วม เพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์บริบทและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ของกรมสุขภาพจิต ใช้ประเมินและจำแนกระดับภาวะซึมเศร้า ในผู้รับบริการ เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ประเมินระดับภาวะซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-27 คะแนน ใช้ในการคัดกรองและจำแนกระดับภาวะซึมเศร้าเป็นระดับไม่มี/เล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง เหมาะสำหรับการใช้ในหน่วยบริการสุขภาพและมีความน่าเชื่อถือทางสถิติ

3) แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านจิตใจ สังคม และครอบครัว เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมปัจจัยด้านจิตใจ (เช่น ความเครียด การเผชิญปัญหา การรับรู้คุณค่าในตนเอง) ปัจจัยด้านสังคม (เช่น การสนับสนุนทางสังคม การตีตรา การยอมรับในสังคม) และปัจจัยด้านครอบครัว (เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว การดูแลเอาใจใส่) ใช้เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

4) แบบบันทึกการทบทวนระบบการดูแลด้านสุขภาพจิต ใช้รวบรวมข้อมูลแนวทาง กระบวนการ และปัญหาในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในหน่วยบริการ เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ใช้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแล กระบวนการให้บริการ ระบบการคัดกรอง การส่งต่อ และปัญหาอุปสรรคในการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในหน่วยบริการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแล

5) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม/การสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแลด้านสุขภาพจิต เป็นแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ครอบคลุมประเด็นปัญหา อุปสรรค ความต้องการ และข้อเสนอแนะในการพัฒนาการดูแลด้านสุขภาพจิต เพื่อประกอบการวิเคราะห์สถานการณ์และออกแบบรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบคุณภาพดังนี้

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านจิตใจ สังคม และครอบครัว แบบบันทึกการทบทวนระบบการดูแลด้านสุขภาพจิต และแนวคำถามการสนทนากลุ่ม/การสัมภาษณ์เชิงลึก ได้นำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและการพยาบาล จำนวน 5 คน ตรวจสอบความเหมาะสม ความครอบคลุม และความชัดเจนของเนื้อหา โดยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.80-1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ จากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงเครื่องมือก่อนนำไปใช้

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ของกรมสุขภาพจิตเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว โดยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85 สำหรับเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้มีการทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

3. การปรับปรุงเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง ผู้วิจัยได้นำผลการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขถ้อยคำ ความชัดเจน และความเหมาะสมของเนื้อหา เพื่อให้เครื่องมือมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ และเหมาะสมกับบริบทของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการถอดเทป จำแนกประเด็น จัดหมวดหมู่ และสังเคราะห์สาระสำคัญ เพื่ออธิบายสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ และเพื่อตรวจสอบความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความสอดคล้องของรูปแบบกับบริบทพื้นที่ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและการพยาบาล จำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า BKH mind care model (BMCM) 2) แบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ (Likert scale 5 ระดับ) 3) แบบประเมินความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมแบบปลายเปิดจากผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากข้อเสนอแนะ วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้ในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

มีวัตถุประสงค์เพื่อทดลองใช้รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้า BKH Mind Care Model (BMCM) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ประเมินผลของรูปแบบต่อระดับภาวะซึมเศร้า การเข้าถึงการคัดกรอง และผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพจิต และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ รวมถึงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีมารับบริการในโรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 128 คนแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 64 คน ได้รับการดูแลตามรูปแบบ BMCM กลุ่มควบคุม จำนวน 64 คน ได้รับการดูแลตามแนวทางปกติ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Cohen's formula⁽¹⁴⁾

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ของกรมสุขภาพจิต เป็นแบบประเมินมาตรฐานจำนวน 9 ข้อ ประเมินความถี่ของอาการภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้คะแนนแบบมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ (0-3 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-27 คะแนน ใช้จำแนกระดับภาวะซึมเศร้าเป็น ไม่มี เล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นแล้วเหมาะสำหรับใช้คัดกรองและติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า

2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบถูก-ผิด/ปรนัย ใช้ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ สาเหตุ การดูแล

ตนเอง และแนวทางการขอความช่วยเหลือด้านภาวะซึมเศร้า คะแนนรวมยิ่งสูงสะท้อนถึงระดับความรู้ที่เพิ่มขึ้น

3. แบบประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและระบบสนับสนุน เป็นแบบประเมินมาตรฐานค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ

4. แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 15 ข้อ ลักษณะมาตรฐานค่า 5 ระดับ

5. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีต่อรูปแบบ BMCM เป็นแบบประเมินมาตรฐานค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ หมายเลข BRO 2025-014 013/68 ลงวันที่ 28 เมษายน 2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคล แก่กลุ่มตัวอย่าง และให้ลงนามยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1: การศึกษาสถานการณ์และการวิเคราะห์ปัญหาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมาก ร้อยละ 45.0 รองลงมาได้แก่ระดับน้อย (ร้อยละ 23.1) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 23.1) และระดับรุนแรง ร้อยละ 8.9 ตามลำดับดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในโรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ (n=169)

ภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ระดับน้อยมาก	76	45.0
2. ระดับน้อย	39	23.1
3. ระดับปานกลาง	39	23.1
4. ระดับรุนแรง	15	8.9

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

ผลการพัฒนารูปแบบจากการสังเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นคือ BKH mind care model (BMCM) ซึ่งเป็นรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่เน้นการคัดกรองเชิงรุก การเสริมพลังด้านจิตใจ และการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ Build Awareness, Mental strengthening, Continuity of care และ Multidisciplinary & holistic management รูปแบบมีการกำหนดกระบวนการดูแลอย่างเป็นระบบตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการส่งต่อ พร้อมบทบาททีมสหวิชาชีพที่ชัดเจน ผลการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิพบว่ารูปแบบมีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในระดับมากถึงมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยความเหมาะสม 4.62, SD=0.38 และความเป็นไปได้ 4.55, SD=0.41) โดยผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลบ้านกรวดก่อนนำไปทดลองใช้ในระยะต่อไป

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ (BKH Mind Care Model)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลอง (n=64) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.6 และเพศหญิง ร้อยละ 34.4 ขณะที่กลุ่มควบคุม (n=64) เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.5 และเพศหญิง ร้อยละ 37.5 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 42.3 ปี (SD=9.1) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 41.8 ปี (SD=8.7) เมื่อพิจารณาระยะเวลาการรักษา พบว่ากลุ่มทดลองมีระยะเวลาการรักษาตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 59.4 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 56.3 นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีโรคร่วม ร้อยละ 32.8 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 35.9 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=128)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=64) n(%)	กลุ่มควบคุม (n=64) n(%)
เพศชาย	42 (65.6)	40 (62.5)
เพศหญิง	22 (34.4)	24 (37.5)
อายุเฉลี่ย (ปี±SD)	42.3±9.1	41.8±8.7
ระยะเวลาการรักษา ≥ 5 ปี	38 (59.4)	36 (56.3)
มีโรคร่วม	21 (32.8)	23 (35.9)

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย PHQ-9 จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลอง (n=64) ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน PHQ-9 ครบทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100 ขณะที่กลุ่มควบคุม (n=64) ได้รับการคัดกรองจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 64.1 และไม่ได้รับการคัดกรองจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 35.9 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเข้าถึงการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย PHQ-9 จำแนกตามกลุ่มตัวอย่าง

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=64) n(%)	กลุ่มควบคุม (n=64) n(%)
ได้รับการคัดกรอง PHQ-9	64 (100.0)	41 (64.1)
ไม่ได้รับการคัดกรอง	0 (0.0)	23 (35.9)

ส่วนที่ 4 ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ BMCM ผลการวิจัยพบว่าก่อนการใช้รูปแบบ BMCM กลุ่มทดลองมีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.8 รองลงมาคือระดับไม่มีหรือเล็กน้อย ร้อยละ 37.5 และระดับรุนแรง ร้อยละ 18.7 หลังการใช้รูปแบบ BMCM พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับไม่มีหรือเล็กน้อยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 71.9 ขณะที่ระดับปานกลางลดลงเป็นร้อยละ 21.9 และระดับรุนแรงลดลงเป็นร้อยละ 6.2 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ BMCM (n=64)

ระดับภาวะซึมเศร้า	ก่อนใช้รูปแบบ n (%)	หลังใช้รูปแบบ n (%)
ไม่มี/เล็กน้อย	24 (37.5)	46 (71.9)
ปานกลาง	28 (43.8)	14 (21.9)
รุนแรง	12 (18.7)	4 (6.2)

ส่วนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย PHQ-9 ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ BMCM ในกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนการใช้รูปแบบ BMCM มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.82 (SD=4.36) และหลังการใช้รูปแบบ BMCM มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.41 (SD=3.28) ผลการทดสอบทางสถิติด้วย Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการใช้รูปแบบ BMCM แตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบ BMCM อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=9.87$, $p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย PHQ-9 ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ BMCM ในกลุ่มทดลอง (ทดสอบด้วยสถิติ Paired t-test)

ช่วงเวลา	Mean	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง	11.82	4.36		
หลังทดลอง	6.41	3.28	9.87	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 6 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย PHQ-9 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 6.41 (SD=3.28) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.97 (SD=4.02) ผลการทดสอบทางสถิติด้วย Independent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=7.02$, $p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย PHQ-9 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (ทดสอบด้วย Independent t-test)

กลุ่ม	Mean	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง	6.41	3.28		
กลุ่มควบคุม	10.97	4.02	7.02	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 7 ผลลัพธ์ด้านความรู้ การมีส่วนร่วม และการดูแลสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบ BMCM ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากใช้รูปแบบ BMCM กลุ่มทดลองมีระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.58 (SD=0.41) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสนับสนุนอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.46 (SD=0.44) และคุณภาพการดูแลด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 4.62 (SD=0.38) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลลัพธ์ด้านความรู้ การมีส่วนร่วม และการดูแลสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองหลังใช้รูปแบบ BMCM

ตัวแปร	Mean	SD	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า	4.58	0.41	มากที่สุด
การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสนับสนุน	4.46	0.44	มาก
คุณภาพการดูแลด้านสุขภาพจิต	4.62	0.38	มากที่สุด

ส่วนที่ 8 ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต่อรูปแบบ BMCM ผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ BMCM ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม 4.73 (SD=0.35) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านประโยชน์ที่ได้รับมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.79 (SD=0.31) รองลงมาคือด้านความเอาใจใส่ของทีมงานสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 4.74 (SD=0.33) ด้านกระบวนการให้บริการ มีค่าเฉลี่ย 4.71 (SD=0.36) และด้านความเข้าใจและการเข้าถึงบริการ มีค่าเฉลี่ย 4.68 (SD=0.39) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ต่อรูปแบบ BMCM (n=64)

ด้านความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับ
กระบวนการให้บริการ	4.71	0.36	มากที่สุด
ความเข้าใจและการเข้าถึงบริการ	4.68	0.39	มากที่สุด
ความเอาใจใส่ของทีมงานสุขภาพ	4.74	0.33	มากที่สุด
ประโยชน์ที่ได้รับ	4.79	0.31	มากที่สุด
รวม	4.73	0.35	มากที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาารูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า BKH Mind Care Model (BMCM) เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิผลในการส่งเสริมการคัดกรอง การดูแล และการป้องกันภาวะซึมเศร้าอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ประสิทธิภาพของรูปแบบ BMCM ต่อการเข้าถึงการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการในกลุ่มทดลอง ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินมาตรฐาน PHQ-9 ครบทุกคน (ร้อยละ 100) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบ BMCM ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะองค์ประกอบ Build awareness (B) ที่มุ่งเน้นการสร้างความตระหนักรู้ การคัดกรองเชิงรุก และการประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านจิตใจ สังคม และครอบครัวอย่างเป็นระบบ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender's Health Promotion Model ซึ่งเน้นการเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพและลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ⁽¹⁵⁾ รวมทั้งสอดคล้องกับแนวคิดการป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ที่เน้นการค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มต้นเพื่อลดความรุนแรงของปัญหาในระยะยาว ในบริบทของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าประชากรทั่วไป การเข้าถึงการคัดกรองอย่างทั่วถึงถือเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจ และช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะต้น⁽¹⁶⁾

2. ผลของรูปแบบ BMCM ต่อระดับภาวะซึมเศร้า พบว่า หลังการใช้รูปแบบ BMCM คะแนนเฉลี่ย PHQ-9 ของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสัดส่วนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรงลดลง ขณะที่ผู้ที่ไม่หรือมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยเพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบ BMCM มีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากองค์ประกอบ Mental strengthening ที่ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และการดูแลต่อเนื่องตามแนวคิด Continuity of care ซึ่งเอื้อต่อการติดตามและปรับการดูแลอย่างเหมาะสม ส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ⁽¹⁷⁾

3. ผลของรูปแบบ BMCM ต่อความรู้ การมีส่วนร่วมของเครือข่าย และคุณภาพการดูแล ผลการประเมินพบว่า ผู้รับบริการในกลุ่มทดลองมีระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสนับสนุน และคุณภาพการดูแลด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบ BMCM ไม่ได้ส่งผลเฉพาะต่อระดับภาวะซึมเศร้าเท่านั้น แต่ยังช่วยเสริมสร้างศักยภาพของผู้รับบริการ ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพโดยรวม ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด Multidisciplinary & holistic Management (M) ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติทางกาย จิตใจ สังคม และครอบครัว โดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีปัญหาซับซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ⁽¹⁸⁾ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายชุมชนยังช่วยลดความโดดเดี่ยวและการตีตรา ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี⁽¹⁹⁾

4. ความพึงพอใจต่อรูปแบบ BMCM ผลการประเมินความพึงพอใจพบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ BMCM โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการ เข้าใจง่าย เข้าถึงได้ และตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างแท้จริง ความพึงพอใจในระดับสูงนี้สะท้อนถึงความสอดคล้องของรูปแบบกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีทรัพยากรจำกัด แต่สามารถใช้กระบวนการดูแลเชิงระบบและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลดังกล่าวสนับสนุนแนวคิดที่ว่ารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่จะเพิ่มโอกาสในการนำไปใช้จริงและขยายผลอย่างยั่งยืน⁽²⁰⁾

ดังนั้น รูปแบบ BKH Mind Care Model (BMCM) เป็นรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิผล ช่วยเพิ่มการเข้าถึงการคัดกรอง ลดระดับภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมการดูแลด้านสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง และยั่งยืน เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และมีศักยภาพในการพัฒนาเป็นแนวทางการดูแลด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งในระดับพื้นที่และระดับนโยบายต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับนโยบาย

1. บรรจุการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นบริการมาตรฐานในคลินิกเอชไอวี หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายให้มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือมาตรฐาน เช่น PHQ-9 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทุกครั้งที่มาใช้บริการ เพื่อค้นหาความเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและป้องกันความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว
2. สนับสนุนการนำรูปแบบ BKH Mind Care Model (BMCM) ไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนนำรูปแบบ BMCM ไปปรับใช้เป็นแนวทางการดูแลด้านสุขภาพจิต เนื่องจากเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และสามารถดำเนินการได้จริง
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ควรกำหนดนโยบายการอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลและบุคลากรในคลินิกเอชไอวี ให้มีความรู้และทักษะในการคัดกรอง การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และการดูแลด้านสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ
4. ส่งเสริมการดูแลแบบสหวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน นโยบายด้านสุขภาพควรสนับสนุนการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพ รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. และเครือข่ายชุมชน เพื่อเสริมสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม ลดการตีตรา และเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลด้านสุขภาพจิต
5. พัฒนาระบบติดตามและการดูแลต่อเนื่องด้านสุขภาพจิต ควรมีนโยบายสนับสนุนการใช้ระบบติดตามผู้รับบริการ เช่น การนัดติดตาม การใช้โทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันสื่อสาร เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลด้านจิตใจอย่างต่อเนื่องและไม่หลุดจากระบบบริการ
6. บูรณาการสุขภาพจิตเข้ากับนโยบายการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อย่างเป็นองค์รวม ควรกำหนดให้การดูแลด้านสุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อย่างชัดเจน เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. การคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นกิจวัตร เจ้าหน้าที่คลินิกเอชไอวีควรทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย PHQ-9 ให้ผู้รับบริการทุกครั้ง เพื่อค้นหาความเสี่ยงตั้งแต่ระยะแรกและป้องกันภาวะซึมเศร้าลุกลาม
2. การใช้รูปแบบ BKH Mind Care Model (BMCM) บุคลากรควรนำรูปแบบ BMCM มาใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในชีวิตจริง ครอบคลุมกระบวนการ Build awareness, Mental strengthening, Continuity of care และ Multidisciplinary & holistic management
3. ส่งเสริมการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพ ควรมีการประชุมร่วมของทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา อสม. และครอบครัว) เพื่อวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ
4. การติดตามและสนับสนุนผู้รับบริการต่อเนื่อง การติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เช่น ผ่านการนัดหมาย โทรศัพท์ หรือแอปพลิเคชันสื่อสาร ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการดูแลด้านจิตใจอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. การประเมินระยะยาว ควรมีการศึกษาผลของ BMCM ในระยะยาว (6-12 เดือนขึ้นไป) เพื่อวัดความยั่งยืนของผลลัพธ์ด้านภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต
2. ขยายกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ ควรทำการทดลองใช้ในโรงพยาบาลชุมชนหรือจังหวัดอื่น ๆ เพื่อทดสอบความเหมาะสมและประสิทธิผลของรูปแบบในบริบทที่หลากหลาย
3. พัฒนารูปแบบการประเมินเพิ่มเติม สามารถพัฒนาเครื่องมือวัดผลด้านคุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมให้ละเอียดขึ้น เพื่อสะท้อนผลลัพธ์เชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ
4. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของ BMCM แนะนำให้ทำวิจัยเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและระบบบริการที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของ BMCM เช่น การรับรู้สุขภาพจิต ทักษะคิดของบุคลากร และการสนับสนุนจากชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. HIV/AIDS Fact Sheets [Internet]. 2024 [cited 2025 APR 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
2. ศูนย์ข้อมูลเอชไอวีประเทศไทย (HIV Info HUB). สถิติเอชไอวี/เอดส์ของประเทศไทย ปี 2565. กรุงเทพฯ: ศูนย์ข้อมูลเอชไอวีประเทศไทย; 2565.
3. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทางคลินิก. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global HIV & AIDS Statistics 2024 [Internet]. 2024 [cited 2025 APR 1]. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
5. American Psychological Association. Depression [Internet]. 2019 [cited 2025 APR 1]. Available from: <https://www.apa.org/topics/depression>

6. Wiginton JM. Depression and HIV: psychosocial considerations. *J HIV AIDS Soc Serv.* 2023;22(2):45-60.
7. Klein B. Risk of suicide among people living with HIV. *AIDS Care.* 2023;35(1):12-21.
8. นิตยา จรัสแสง และคณะ. ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2555;60(4):343-51.
9. วสันต์ กิตติวีรวงศ์, รัตนาภรณ์ พันธุ์โพธิ์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ.* 2568;12(1):55-68.
10. World Health Organization. Integrating Mental Health into HIV Care [Internet]. 2024 [cited 2025 APR 11]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240062762>
11. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). HIV care continuum [Internet]. 2024 [cited 2025 APR 25]. Available from: <https://www.unaids.org/en/topic/hiv-care-continuum>
12. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall; 2002.
13. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement.* 1970;30(3):607-10.
14. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.* 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
15. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health Promotion in Nursing Practice.* 6th ed. Boston: Pearson; 2015.
16. World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global health estimates.* Geneva, Switzerland: WHO; 2017.
17. Nanni MG, Caruso R, Mitchell AJ, Meggiolaro E, Grassi L. Depression in HIV infected patients: a review. *Curr Psychiatry Rep.* 2015 Jan;17(1):530.
18. Stuart GW. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing.* 11th ed. St. Louis: Elsevier; 2019.
19. Earnshaw VA, Bogart LM, Dovidio JF, Williams DR. Stigma and racial/ethnic HIV disparities: moving toward resilience. *Am Psychol.* 2013 May-Jun;68(4):225-36. doi: 10.1037/a0032705.
20. Greenhalgh T, Wherton J, Papoutsi C, Lynch J, Hughes G, A'Court C, et al. Beyond adoption: a new framework for theorizing and evaluating nonadoption, abandonment, and challenges to the scale-up, spread, and sustainability of health and care technologies. *J Med Internet Res.* 2017;19(11):e367.