

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง

Development of a Care Model for Depression in Patients with
Chronic Diseases in Sri Banphot District, Phatthalung Province.

กัญญา พรหมมานพ

Kanya Phrommanop

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลศรีบรรพต อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง

(Received: September 10, 2025; Accepted: September 28, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า พัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และประเมินผลประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์โดยการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลโดยบูรณาการ Cognitive Theory, Chronic Care Model และ CBPR ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 42 ราย ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยใช้เครื่องมือ แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q), แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHO)WHOQOL-BREF) และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย paired t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วย content analysis

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าร่วมร้อยละ 35.7 โดยมีปัจจัยเสี่ยงหลักคือรายได้ต่ำ (ร้อยละ 66.6) และการศึกษต่ำ (ร้อยละ 81.0) รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ การคัดกรองและวินิจฉัยเบื้องต้น การติดตามและเฝ้าระวัง การให้คำปรึกษาเชิงจิตสังคม และระบบส่งต่อพร้อมโปรแกรมกิจกรรมกลุ่ม 10 สัปดาห์ที่บูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น ผลการทดลองใช้แสดงให้เห็นว่าคะแนนอาการภาวะซึมเศร้า (9Q) ลดลงจาก 3.79 เป็น 2.45 คะแนน ($p=0.020$) คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 7.80 คะแนน ($p<0.001$) และผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจระดับสูง (4.27 จาก 5.0 คะแนน) รูปแบบการดูแลที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, โรคเรื้อรัง, การมีส่วนร่วมของชุมชน



Abstract

This research and development project aimed to investigate the situation and challenges in caring for patients with chronic diseases who experience depression, to develop a care model based on community participation, and to evaluate the effectiveness of the developed model. The study was conducted in three phases. Phase 1 involved a situational assessment through document review, in-depth interviews, and focus group discussions. Phase 2 focused on developing the care model by integrating Cognitive Theory, the Chronic Care Model, and the Community-Based Participatory Research (CBPR) approach. Phase 3 implemented and evaluated the model using 42 patients with chronic diseases, selected through a multistage sampling process. The instruments included the 9-Question Depression Screening (9Q), the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire, and a satisfaction survey. Quantitative data were analyzed using paired t-tests, and qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that 35.7% of patients with chronic diseases had comorbid depression, with the main risk factors being low income (66.6%) and low education levels (81.0%). The developed care model consisted of four core components: initial screening and diagnosis, ongoing monitoring and surveillance, psychosocial counseling, and a referral system, combined with a 10-week group activity program integrating local wisdom. The implementation of the program demonstrated significant improvements, with depression scores (9Q) decreasing from 3.79 to 2.45 ($p = 0.020$), quality of life scores increasing by 7.80 points ($p < 0.001$), and high participant satisfaction (mean score of 4.27 out of 5.0). The community-participatory and culturally integrated care model significantly reduced depression and improved the quality of life among patients with chronic diseases.

Keywords: Depression, Chronic disease, Community participation

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ และเป็นภาวะร่วมที่พบบ่อย (common comorbidity) ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 2-3 เท่า ซึ่งส่งผลให้การพยากรณ์โรคขาดประสิทธิภาพ การใช้บริการทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น (American Psychiatric Association, 2005; Beck, 1995) นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร่ายังมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา และคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Videbeck, 2011)

ในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าในสัดส่วนที่สูง การวิจัยในจังหวัดชัยภูมิพบผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยร้อยละ 24 และมีความเครียดในระดับปานกลางถึงสูงมากกว่าร้อยละ 90 (ณัฐปภัสร์ นวลสีทอง และคณะ, 2564) ขณะที่การศึกษาที่จังหวัดร้อยเอ็ดพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความเครียดระดับปานกลางถึงร้อยละ 78.8 และใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาเชิงอ้อมเป็นหลัก (ชนิดาวดี สายิน และคณะ, 2563) นอกจากนี้ ข้อมูลระดับชาติแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยกลางคนมีโอกาสมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่ป่วยถึง 2.428 เท่า (เปียรณ์ ณฤทัย, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรมประสิทธิผลของแนวทางการจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่าหลายแนวทางที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผล เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ที่สามารถลดอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ (อังคณา ช่วยคำชู, 2554; ชารินทร์ สีสุข, 2568) การบำบัดแบบแก้ไขปัญหา

(ราตรี ทองยู และคณะ, 2554) การบูรณาการวิถีพุทธธรรม (ปรีดา เจริญโกศทรัพย์, 2562) และโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต (จักรกรินทร์ รัชวิจักษ์, 2567) รวมถึง การพัฒนารูปแบบการดูแลเชิงระบบที่บูรณาการทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ (ทศนีย์ เชื่อมทอง และคณะ, 2565) อย่างไรก็ตาม แม้งานวิจัยในประเทศไทยจะชี้ให้เห็นถึงแนวทางการดูแลที่มีศักยภาพ แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่เน้นรายบุคคลหรือโปรแกรมเฉพาะกิจ และยังขาดการพัฒนารูปแบบการดูแลเชิงระบบที่บูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับอำเภอ ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การศึกษาเชิงคุณภาพยังเน้นย้ำว่าการจัดการภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิผลต้องคำนึงถึงความเชื่อและวัฒนธรรมท้องถิ่น (จรรยาศรี มีหนองหว้า, 2553)

จากการสำรวจเบื้องต้นในพื้นที่อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีสัดส่วนที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วยในระดับค่อนข้างสูง แต่การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตยังมีข้อจำกัด ทั้งจากระยะทางที่ไกลจากศูนย์บริการสุขภาพ การขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ และอุปสรรคทางวัฒนธรรมที่ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเปิดเผยปัญหาสุขภาพจิต ปัจจุบันจึงยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่เป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าจึงมุ่งพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน การบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น และการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม เพื่อสร้างนวัตกรรมการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น ช่วยลดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง
2. เพื่อพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและกรอบทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น โดยพิจารณาผลลัพธ์ด้าน ระดับภาวะซึมเศร้า (ประเมินด้วย 9Q) คุณภาพชีวิต (ประเมินด้วย WHOQOL-BREF) และความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อรูปแบบการดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้กรอบแนวคิดทางทฤษฎี (Cognitive Theory, Chronic Care Model, CBPR) และการมีส่วนร่วมของชุมชน ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแลในกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรในการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งขึ้นทะเบียนรับการรักษาในโรงพยาบาลศรีบรรพตและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง
2. บุคลากรสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และญาติ

ผู้ป่วย ซึ่งมีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและภาวะซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 สำหรับการทดสอบ paired t-test โดยคาดหวัง effect size ขนาดปานกลาง (Cohen's $d = 0.6$) ตามการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยของอังคณา ช่วยคำชู (2554) ที่พบ effect size = 1.35 และชารินทร์ สีสุข (2568) ที่พบการลดลงของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.3-20.3 ซึ่งเมื่อแปลงเป็น Cohen's d อยู่ในช่วง 0.5-0.8 จึงใช้ค่าปานกลางที่ 0.6 เพื่อความระมัดระวังในการประมาณ กำหนดค่า $\alpha = 0.05$ และ power = 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ 42 ราย ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดย 1) คัดเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 6 แห่งในพื้นที่ศึกษา และหน่วยงานปฐมภูมิและองค์กรรวม 1 แห่ง 2) จัดสรรจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแต่ละ รพ.สต. 3) คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion Criteria)

ผู้เข้าร่วมการศึกษามีอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ ผ่านการคัดกรองเบื้องต้นด้วยแบบสอบถาม 2Q (แบบคัดกรองซึมเศร้า 2 คำถาม) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถสื่อสารภาษาไทยได้และเข้าใจคำแนะนำ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

เป็นผู้ที่มีข้อจำกัดทางสุขภาพที่อาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยหรือความน่าเชื่อถือของการวิจัย ได้แก่ ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือการสื่อสารที่รุนแรง มีประวัติโรคจิตเภทหรืออาการทางจิตรุนแรงอื่น ๆ หรืออยู่ในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันรุนแรงที่อาจกระทบต่อการเข้าร่วมโครงการ

กลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

บุคลากรสาธารณสุข อสม. และญาติผู้ป่วย จะคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมกลุ่มย่อย โดยเลือกผู้ที่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือมีบทบาทสำคัญในระบบการดูแลสุขภาพชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เพื่อเก็บข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ ประวัติการเจ็บป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q และ แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) กรมสุขภาพจิต เพื่อประเมินระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย โดยใช้ 2Q สำหรับการคัดกรองเบื้องต้น และ 9Q สำหรับการประเมินความรุนแรงของอาการ

1.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life – BREF) เพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใน 4 มิติ ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม แบบสอบถามประกอบด้วย 26 ข้อคำถาม แบ่งเป็นข้อความทางลบ 3 ข้อ และข้อความทางบวก 23 ข้อ โดยแต่ละข้อมีการให้คะแนน 5 ระดับ คะแนนรวมตั้งแต่

26-130 คะแนน ซึ่งแบ่งเป็นระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26-60 คะแนน) คุณภาพชีวิตกลาง (61-95 คะแนน) และคุณภาพชีวิตที่ดี (96-130 คะแนน)

1.4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล เพื่อวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องต่อกิจกรรมและรูปแบบการดูแลที่ได้รับ

1.5 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วย บุคลากรสุขภาพ และครอบครัว เพื่อเข้าใจประสบการณ์และความต้องการในการดูแลสุขภาพจิต รวมถึงการรับรู้ต่อรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

1.6 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้ในการประชุมร่วมกับทีมสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงการดูแลและระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของรูปแบบการดูแล

2. เครื่องมือในการดำเนินการ

2.1 คู่มือโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการพัฒนาขึ้นจากผลการศึกษาในระยะที่ 1 และการบูรณาการกรอบทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Cognitive Theory, Chronic Care Model และ CBPR โดยมีเนื้อหาหลักครอบคลุม 4 องค์ประกอบสำคัญ คือ การคัดกรองและการวินิจฉัยเบื้องต้น แนวทางการติดตามและเฝ้าระวัง กระบวนการให้คำปรึกษาเชิงจิตสังคม และระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง

2.2 โปรแกรมกิจกรรมกลุ่ม 10 สัปดาห์ ใช้ในการทดลองรูปแบบ โดยมีกิจกรรมที่เน้นการเสริมสร้างสุขภาพจิต การจัดการความเครียด การฝึกทักษะการดูแลตนเอง และการสร้างพลังทางสังคม (Social support) กิจกรรมแต่ละสัปดาห์ออกแบบให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและบริบทชุมชน

2.3 แผนการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group Manual) ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรสาธารณสุข อสม. และญาติผู้ป่วย เพื่อสะท้อนปัญหาและหาทางออกที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

2.4 แบบฟอร์มบันทึกการติดตาม (Follow-up Record Form) ใช้บันทึกผลการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์ เช่น การเข้าร่วมกิจกรรม การตอบสนองต่อโปรแกรม ปัญหาที่พบ และข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยดำเนินการใน 2 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ดำเนินการโดยการประเมิน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เครื่องมือถูกส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต การพยาบาลโรคเรื้อรัง และการวิจัยชุมชน พิจารณาความเหมาะสมและความสอดคล้องของแต่ละข้อคำถาม โดยกำหนดเกณฑ์การยอมรับที่ค่า IOC ≥ 0.5 ผลการประเมินพบว่าเครื่องมือทุกชุดมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.80–0.95

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ดำเนินการโดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Pilot test) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรเป้าหมายจำนวน 30 ราย ในพื้นที่นอกเหนือจากพื้นที่ศึกษา จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เพื่อประเมินความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม โดยกำหนดเกณฑ์การยอมรับที่ค่าความเชื่อมั่น ≥ 0.7 โดยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9

คำถาม ค่าความเชื่อมั่น 0.89 แบบสอบถาม WHOQOL-BREF ค่าความเชื่อมั่น 0.94 และแบบประเมินความพึงพอใจ ค่าความเชื่อมั่น 0.87

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยนี้อาศัยกรอบแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนหลัก คือ

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ (Planning) ศึกษาสภาพปัญหาและระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในพื้นที่อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง โดยใช้ข้อมูลจากการคัดกรองด้วยแบบประเมิน 2Q และ 9Q การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อระบุปัจจัยเสี่ยง อุปสรรค และช่องว่างของระบบการดูแลในปัจจุบัน

2. การพัฒนาและวางแผน (Action) ใช้ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมกับการรอบแนวคิดทางทฤษฎี (Cognitive Theory, Chronic Care Model, CBPR) และการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อออกแบบ “รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง” ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบด้านการคัดกรอง การติดตาม การให้คำปรึกษา และการส่งต่อ พร้อมทั้งจัดทำ คู่มือโปรแกรมกิจกรรมกลุ่ม 10 สัปดาห์ และแผนการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น โดยผ่านการทบทวนและเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและภาคีเครือข่ายในพื้นที่

3. การดำเนินการและเก็บข้อมูล (Observation) นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าในเขตอำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง จำนวน 42 ราย โดยจัดกิจกรรม

ตามโปรแกรม 10 สัปดาห์ พร้อมติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบประเมิน 9Q และ WHOQOL-BREF เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม รวมถึงการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ตลอดจนแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เข้าร่วม

4. การสะท้อนผลและปรับปรุง (Reflection)

วิเคราะห์ผลการดำเนินงานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า (9Q) และคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ร่วมกับการวิเคราะห์ความคิดเห็นอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และ อสม. ผลลัพธ์ที่ได้ถูกนำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะทางการปรับปรุงรูปแบบการดูแลเพื่อให้สามารถนำไปใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงได้อย่างยั่งยืน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลดำเนินการในระยะเวลาที่ 1-3 ของการวิจัย โดยใช้วิธีการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์

1.1 การคัดกรอง ใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการในโรงพยาบาลศรีบรรพตและ รพ.สต. 6 แห่ง

1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการกับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสุขภาพ เพื่อเก็บข้อมูลประสบการณ์ ปัญหา และความต้องการด้านการดูแล

1.3 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จัดประชุมกับบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. เพื่อระบุดูอุปสรรคและข้อเสนอแนะของระบบการดูแลในปัจจุบัน

2. ระยะที่ 2 การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ

2.1 ใช้ข้อมูลจากระยะที่ 1 และความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร่วมกับทีมวิจัยออกแบบ "รูปแบบการดูแล" และกิจกรรมกลุ่ม 10 สัปดาห์

2.2 การดำเนินโปรแกรม ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมรายสัปดาห์ที่เน้นการจัดการความเครียด การเสริมสร้างสุขภาพจิต การดูแลตนเอง และการสร้างเครือข่ายสังคม

2.3 การติดตาม มีการบันทึกผลการเข้าร่วมและการเปลี่ยนแปลงรายบุคคลด้วยแบบฟอร์มบันทึกการติดตาม

3. ระยะที่ 3 การประเมินผล

3.1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

3.1.1 แบบประเมิน 9Q (ประเมินภาวะซึมเศร้า) และ WHOQOL-BREF (คุณภาพชีวิต) เก็บข้อมูล 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนเริ่มโปรแกรม และหลังสิ้นสุดโปรแกรม

3.1.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องต่อรูปแบบการดูแล

3.2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.2.1 การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และ อสม. หลังการเข้าร่วมโปรแกรม

3.2.2 การสนทนากลุ่ม เพื่อตรวจสอบความคิดเห็นต่อความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลลักษณะทั่วไปและคะแนนเครื่องมือวัด สถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนน 9Q และ WHOQOL-BREF ก่อนและหลังการทดลอง

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB-2568/416

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่อำเภอศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไป ทางคลินิก และสภาพจิตสังคมของผู้เข้าร่วมการศึกษา (n=42)

ลักษณะ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย±SD
ข้อมูลประชากรศาสตร์			
เพศชาย	8	19.0	
เพศหญิง	34	81.0	
อายุ (ปี)			65.1±10.8
- 18-39 ปี	1	2.4	
- 40-59 ปี	11	26.2	
- 60 ปีขึ้นไป	30	71.4	
ระดับการศึกษา			
- ประถมศึกษา	34	81.0	
- มัธยมศึกษา	5	11.9	
- อุดมศึกษา	3	7.1	
อาชีพ			
- เกษตรกรรม/ทำสวน	19	45.2	
- งานบ้าน	16	38.1	
- รับจ้าง/ค้าขาย/อื่นๆ	7	16.7	
ลักษณะทางคลินิก			
ระยะเวลาป่วยซึมเศร้า (ปี)			6.7±5.2
ระยะเวลาป่วยโรคเรื้อรัง (ปี)			10.8±6.8

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย±SD
สถานภาพสังคม-เศรษฐกิจ			
สถานภาพสมรส	30	71.4	
สถานภาพหม้าย/แยกกันอยู่/โสด	12	28.6	
รายได้ <5,000 บาท/เดือน	25	59.5	
รายได้ ≥5,000 บาท/เดือน	14	33.3	
ไม่มีรายได้	3	7.1	
ผู้ดูแลเป็นบุตร	24	57.1	
ผู้ดูแลเป็นสามี/ภรรยา	16	38.1	
ผู้ดูแลอื่นๆ	2	4.8	

จากตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ และสังคม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.0) อายุเฉลี่ย 65.1 ± 10.8 ปี และเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 71.4) สะท้อนกลุ่มเป้าหมายหลักคือผู้สูงอายุที่มีความชุกของโรคเรื้อรังสูง ด้านการศึกษา ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา (ร้อยละ 81.0) มีสถานภาพสมรสแล้ว (ร้อยละ 71.4) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ทำสวน (ร้อยละ 45.2) หรืองานบ้าน (ร้อยละ 38.1) รวมร้อยละ 83.3 สอดคล้องกับลักษณะประชากรชนบทภาคใต้

ด้านสุขภาพและการดูแล ผู้เข้าร่วมป่วยเป็นโรคเรื้อรังเฉลี่ย 10.8 ± 6.8 ปี และมีอาการซึมเศร้าเฉลี่ย

6.7 ± 5.2 ปี แสดงภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังระยะยาวที่อาจกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต ผู้ดูแลหลักเป็นบุตร (ร้อยละ 57.1) หรือคู่สมรส (ร้อยละ 38.1) รวมร้อยละ 95.2 บ่งชี้บทบาทสำคัญของระบบสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ด้านเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 59.5) และบางรายไม่มีรายได้ (ร้อยละ 7.1) รวมร้อยละ 66.6 ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจจำกัด ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเติมต่อภาวะซึมเศร้า และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ระดับภาวะซึมเศร้าจากการประเมินด้วย 9Q

ตารางที่ 2 การกระจายระดับภาวะซึมเศร้าและลักษณะทางคลินิก (n=42)

ระดับภาวะซึมเศร้า	คะแนน 9Q	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่มีอาการซึมเศร้า	0-6	27	64.3
มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย	7-12	10	23.8
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	13-18	3	7.1
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	≥ 19	2	4.8
รวม		42	100.0
คะแนนเฉลี่ย±SD	3.79±4.51		

หมายเหตุ: ผู้เข้าร่วมการศึกษาผ่านการคัดกรองเบื้องต้นด้วยแบบสอบถาม 2Q ของกรมสุขภาพจิต

จากตารางที่ 2 การประเมินด้วย 9Q พบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษา 42 ราย มีการกระจายระดับภาวะซึมเศร้านี้ ไม่มีอาการซึมเศร้า (0-6 คะแนน) 27 ราย (ร้อยละ 64.3) ซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน) 10 ราย (ร้อยละ 23.8) ซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) 3 ราย (ร้อยละ 7.1) ซึมเศร้าระดับรุนแรง (≥ 19 คะแนน) 2 ราย (ร้อยละ 4.8) และไม่มีผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ย 3.79 ± 4.51 คะแนน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้าตามเกณฑ์มาตรฐาน มีเพียงร้อยละ 35.7 ที่มีอาการระดับน้อยขึ้นไป และร้อยละ 11.9 ที่มีอาการระดับปานกลางขึ้นไป ข้อมูลมีการกระจายแบบเบ้ขวาด้วยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานสูง (4.51) แสดงถึงความแปรปรวนของระดับอาการที่หลากหลายในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. ผลการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากการศึกษาสถานการณ์และปัญหาในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บูรณาการทฤษฎี Cognitive Theory, Chronic Care Model และ

Community-Based Participatory Research (CBPR)

รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การคัดกรองและการวินิจฉัยเบื้องต้น แนวทางการติดตามและเฝ้าระวัง กระบวนการให้คำปรึกษาเชิงจิตสังคม และระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง พร้อมทั้งโปรแกรมกิจกรรมกลุ่ม 10 สัปดาห์ที่เน้นการเสริมสร้างสุขภาพจิต การจัดการความเครียด การฝึกทักษะการดูแลตนเอง และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม

รูปแบบการดูแลได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต การพยาบาลโรคเรื้อรัง และการวิจัยชุมชน ผลการประเมิน Index of Item-Objective Congruence (IOC) อยู่ระหว่าง 0.75-0.85 แสดงถึงความเหมาะสมในระดับดี และได้รับการทดลองใช้เบื้องต้นกับกลุ่มตัวอย่าง 15 ราย เพื่อปรับปรุงความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง ผลการพัฒนาได้รูปแบบการดูแลที่มีความเหมาะสมและผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมสำหรับการทดลองใช้และประเมินผลในระยะต่อไป

3. ผลการทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแล

3.1 ผลลัพธ์ด้านระดับภาวะซึมเศร้า (9Q)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนน 9Q และการวิเคราะห์แยกกลุ่มย่อย (n=42)

ระยะเวลา	M	S.D.	ระดับ	Mean difference	t	95% CI	P-value
ผู้เข้าร่วมทั้งหมด							
ก่อนการทดลอง	3.79	4.51	ต่ำ				
หลังการทดลอง	2.45	3.15	ต่ำ	-1.34	2.43	-2.46 ถึง -0.22	0.020*
แยกตามระดับอาการเริ่มต้น							
ไม่มีภาวะซึมเศร้า/อาการน้อยที่สุด (0-6) (n=27)							
ก่อนการทดลอง	1.48	1.31	ต่ำ				
หลังการทดลอง	1.04	1.48	ต่ำ	-0.44	1.43	-1.10 ถึง 0.22	0.166
มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (7-12) (n=10)							
ก่อนการทดลอง	6.40	1.43	ปานกลาง				
หลังการทดลอง	4.50	3.27	ต่ำ	-1.90	1.73	-4.33 ถึง 0.53	0.115
มีอาการซึมเศร้าปานกลางขึ้นไป ≥ 13 (n=5)							
ก่อนการทดลอง	13.80	3.27	สูง				
หลังการทดลอง	8.40	6.84	ปานกลาง	-5.40	1.35	-12.91 ถึง 2.11	0.199

หมายเหตุ: * $p < 0.05$ มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนน 9Q ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในผู้เข้าร่วม 42 ราย พบว่าคะแนนเฉลี่ยลดลงจาก 3.79 ± 4.51 เป็น 2.45 ± 3.15 คะแนน โดยมีความแตกต่างเฉลี่ย -1.34 คะแนน (95% CI = -2.46 ถึง -0.22, $p = 0.020$) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนถึงผลเชิงบวกของโปรแกรมในการลดอาการซึมเศร้าในภาพรวม

อย่างไรก็ตาม เมื่อแยกวิเคราะห์ตามระดับอาการเริ่มต้น พบว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการ (9Q = 0-6) มีคะแนนลดลงเล็กน้อย (เฉลี่ย -0.44 คะแนน, $p = 0.166$) ขณะที่กลุ่มระดับน้อย (9Q = 7-12) ลดลงเฉลี่ย

-1.90 คะแนน ($p = 0.115$) และกลุ่มระดับปานกลางขึ้นไป (9Q ≥ 13) ลดลงเฉลี่ย -5.40 คะแนน ($p = 0.199$) แม้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละกลุ่ม แต่แนวโน้มแสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีอาการรุนแรงตั้งแต่ต้นมีแนวโน้มตอบสนองต่อโปรแกรมได้ดีกว่า

ผลการวิเคราะห์นี้ชี้ให้เห็นว่า นัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มรวมอาจเกิดจากการรวมผลของกลุ่มย่อยที่มีลักษณะอาการต่างกัน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอาการชัดเจนแต่มีขนาดตัวอย่างจำกัด ซึ่งอาจจำเป็นต้องศึกษาด้วยกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อยืนยันผลลัพธ์

ตารางที่ 4 การเปลี่ยนแปลงระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังโปรแกรม

ระดับภาวะซึมเศร้า	ก่อนโปรแกรม	หลังโปรแกรม	ความเปลี่ยนแปลง
	n (%)	n (%)	n (%)
ไม่มีอาการ (0-6 คะแนน)	27 (64.3)	33 (78.6)	+6 (+14.3)
ระดับน้อย (7-12 คะแนน)	10 (23.8)	7 (16.7)	-3 (-7.1)
ระดับปานกลาง (13-18 คะแนน)	3 (7.1)	2 (4.8)	-1 (-2.3)
ระดับรุนแรง (≥ 19 คะแนน)	2 (4.8)	0 (0.0)	-2 (-4.8)

จากตารางที่ 4 พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีอาการซึมเศร้า (9Q = 0-6) เพิ่มขึ้น จาก 27 ราย (ร้อยละ 64.3) เป็น 33 ราย (ร้อยละ 78.6) หรือเพิ่มขึ้น 6 ราย (ร้อยละ 14.3) ขณะที่จำนวนผู้ป่วย ในระดับซึมเศร้าระดับน้อยถึงรุนแรงลดลงในทุกระดับ ได้แก่ ระดับน้อยจาก 10 ราย (ร้อยละ 23.8) เหลือ 7 ราย (ร้อยละ 16.7) ระดับปานกลางจาก 3 ราย (ร้อยละ 7.1) เหลือ 2 ราย (ร้อยละ 4.8) และระดับรุนแรงจาก 2

ราย (ร้อยละ 4.8) เหลือ 0 ราย (ร้อยละ 0.0) การเปลี่ยนแปลงนี้สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงระดับอาการ ไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยไม่มีรายใดที่แสดงอาการทรุดลง หรือเปลี่ยนไปสู่อาการระดับที่รุนแรงขึ้น ผลลัพธ์จึง ชี้ให้เห็นแนวโน้มเชิงบวกของโปรแกรมในการลดระดับ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในกลุ่มที่มี อาการไม่รุนแรงในช่วงเริ่มต้น

3.2 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนน WHOQOL-BREF ก่อนและหลังโปรแกรม (n=42)

ด้าน	ก่อนโปรแกรม	หลังโปรแกรม	Mean difference	95%CI	t	p-value
	M $\pm$ SD	M $\pm$ SD	M			
คุณภาพชีวิตโดยรวม (26-130)	78.85 $\pm$ 8.20	86.65 $\pm$ 7.77	+7.80	4.42 ถึง 11.18	4.54	<0.001**
สุขภาพกาย (7-35)	21.72 $\pm$ 4.06	23.87 $\pm$ 3.64	+2.15	0.91 ถึง 3.39	3.48	<0.01**
สุขภาพจิต (6-30)	18.73 $\pm$ 3.30	20.58 $\pm$ 2.88	+1.85	0.84 ถึง 2.86	3.67	<0.01**
ความสัมพันธ์ทางสังคม (3-15)	9.25 $\pm$ 1.92	10.17 $\pm$ 1.83	+0.92	0.33 ถึง 1.51	3.15	<0.01**
สิ่งแวดล้อม (8-40)	23.08 $\pm$ 3.84	25.36 $\pm$ 3.52	+2.28	1.12 ถึง 3.44	3.95	<0.001**

หมายเหตุ: * p<0.001 มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนรวม WHOQOL-BREF ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้เข้าร่วมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 78.85 ± 8.20 เป็น 86.65 ± 7.77 คะแนน (Mean difference = +7.80, 95% CI = 4.42 ถึง 11.18, $p < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกาย คะแนนเพิ่มขึ้นจาก 21.72 ± 4.06 เป็น 23.87 ± 3.64 คะแนน (Mean difference = +2.15, 95% CI = 0.91

ถึง 3.39, $p < 0.01$) ด้านสุขภาพจิต คะแนนเพิ่มขึ้นจาก 18.73 ± 3.30 เป็น 20.58 ± 2.88 คะแนน (Mean difference = +1.85, 95% CI = 0.84 ถึง 2.86, $p < 0.01$) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คะแนนเพิ่มขึ้นจาก 9.25 ± 1.92 เป็น 10.17 ± 1.83 คะแนน (Mean difference = +0.92, 95% CI = 0.33 ถึง 1.51, $p < 0.01$) ด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนเพิ่มขึ้นจาก 23.08 ± 3.84 เป็น 25.36 ± 3.52 คะแนน (Mean difference = +2.28, 95% CI = 1.12 ถึง 3.44, $p < 0.001$)

3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจ

ตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรม (n=42)

รายการประเมิน	คะแนนเฉลี่ย $\pm$ SD	ระดับความพึงพอใจ
ความเหมาะสมของเนื้อหา	4.23 ± 0.67	มาก
ความเข้าใจง่าย	4.15 ± 0.78	มาก
ประโยชน์ที่ได้รับ	4.45 ± 0.59	มากที่สุด
ความหลากหลายของกิจกรรม	4.28 ± 0.71	มาก
ความเหมาะสมของเวลา	4.12 ± 0.83	มาก
การมีส่วนร่วม	4.38 ± 0.62	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	4.27 ± 0.65	มาก

จากตารางที่ 6 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมจำนวน 42 ราย พบว่าคะแนนความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับ “มาก” (เฉลี่ย 4.27 ± 0.65) โดยหัวข้อที่ได้รับคะแนนสูงสุดคือ “ประโยชน์ที่ได้รับ” (4.45 ± 0.59) ซึ่งอยู่ในระดับ “มากที่สุด” ขณะที่หัวข้ออื่น ๆ ได้แก่ ความหลากหลายของกิจกรรม (4.28 ± 0.71), การมีส่วนร่วม (4.38 ± 0.62), ความเหมาะสมของเนื้อหา (4.23 ± 0.67), ความเข้าใจง่าย (4.15 ± 0.78) และความเหมาะสมของเวลา (4.12 ± 0.83) ล้วนอยู่ในระดับ “มาก” ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนว่าผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในทุกด้าน โดยเฉพาะใน

ด้านประโยชน์ที่ได้รับและการมีส่วนร่วม ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนประสิทธิผลของโปรแกรมในภาพรวม

3.4 การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

3.4.1 ผลการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การสนทนากลุ่มกับผู้เข้าร่วมจาก 2 แห่ง ได้แก่ รพ.สต. เขาปู่ และ รพ.สต. บ้านศาลา มะปราง พบประเด็นสำคัญ 6 ประการ

1) ความสัมพันธ์กับบุคลากรสุขภาพ ผู้เข้าร่วมให้คุณค่าอย่างมากต่อการสื่อสารที่

เคารพ ไม่ตัดสิน ส่งเสริมความกล้าเปิดเผยปัญหา ขณะที่
การสื่อสารเชิงลบส่งผลเสียต่อความรู้สึกคุณค่าในตนเอง

2) การตระหนักถึงสุขภาพ
กาย-จิต ผู้ป่วยเข้าใจความเชื่อมโยงของสุขภาพจิตและ
โรคทางกาย ส่งผลต่อการเข้าร่วมรักษาอย่างมี
ความหมายมากขึ้น

3) ทักษะการดูแลตนเอง
และพลังภายใน การฝึกสมาธิ สวดมนต์ และแนวทาง
คลายเครียดจากโปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแล
ตนเอง และฟื้นฟูจากภาวะซึมเศร้าได้ดีขึ้น

4) บทบาทของครอบครัว
และชุมชน การมีหรือขาดการสนับสนุนจากครอบครัวมี
ผลอย่างมากต่อความสามารถในการรักษาและการฟื้นฟู

5) อุปสรรคจากความเชื่อ
และการตีตรา ความกังวลเรื่องผลข้างเคียงของยาและ
การถูกมองในแง่ลบเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้ารับ
บริการสุขภาพจิต

6) การเปลี่ยนแปลงเชิงบวก
หลายรายเปลี่ยนจากผู้ป่วยเป็นผู้สนับสนุนผู้อื่น เกิดการ
ตื่นรู้ทางจิตวิญญาณ และฟื้นคืนคุณค่าในการดำรงชีวิต

3.4.2 ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จ
ของโปรแกรม การวิเคราะห์เชิงคุณภาพชี้ให้เห็นปัจจัย
สำคัญที่ส่งเสริมความสำเร็จของโปรแกรม ได้แก่ การ
สร้างสัมพันธ์ภาพที่ปลอดภัยและไม่ตัดสินจากบุคลากร
การบูรณาการกิจกรรมทางศาสนาเข้ากับการดูแล
สุขภาพจิต การส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองอย่างรอบ
ด้าน การใช้เครือข่ายสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน
และการลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการผ่านการดูแลใน
พื้นที่ที่มีความเป็นส่วนตัว

อภิปรายผล

สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอำเภอ
ศรีบรรพตมีภาวะซึมเศราร่วมร้อยละ 35.7 สูงกว่า
การศึกษาของณัฐปภัสร์ นวลสีทอง และคณะ (2564) ที่
พบร้อยละ 23.97 ความแตกต่างนี้เกิดจากการใช้
เครื่องมือประเมินที่ต่างกัน (9Q มีความไวสูงกว่า TGDS)
และบริบทเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ชายแดนใต้ที่ซับซ้อน
กว่า

ปัจจัยเสี่ยงหลักที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน
กลุ่มนี้ คือ รายได้ต่ำ (ร้อยละ 66.6 มีรายได้ต่ำกว่า
5,000 บาทต่อเดือน) และการศึกษาต่ำ (ร้อยละ 81.0
จบประถมศึกษา) สอดคล้องกับงานวิจัยของ
ณัฐปภัสร์ นวลสีทอง และคณะ (2564) ที่พบ
ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ต่ำและการศึกษาต่ำกับ
ภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ พบระยะเวลาป่วยโรคเรื้อรัง
เฉลี่ย 10.8 ปี และมีอาการซึมเศร้าเฉลี่ย 6.7 ปี
สอดคล้องกับรายงานของปิยาภรณ์ นฤภัย (2566) ที่
ระบุว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีโอกาสซึมเศร้าสูงกว่าคนทั่วไป
ถึง 2.428 เท่า

การศึกษาเชิงคุณภาพระบุอุปสรรคหลักในการ
ดูแล 3 ประเภท คือ อุปสรรคทางกายภาพ (การเดินทาง
ไกลและการขาดแคลนบุคลากร) อุปสรรคทาง
วัฒนธรรม (การตีตราทางสังคมและความกลัวการใช้ยา
จิตเวช) และอุปสรรคเชิงระบบ (การขาดการบูรณาการ
บริการโรคกายและจิต) สอดคล้องกับข้อเสนอของจรรยา
ศรี มีหนองหว่า (2553)

การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยใช้ กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลในระยะที่
สองเป็นจุดแข็งหลักของการศึกษานี้ โดยบูรณาการ

กรอบทฤษฎี 3 แนวทาง คือ 1) ทฤษฎีความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Theory) เพื่อจัดการการรับรู้ที่คลาดเคลื่อน สอดคล้องกับการใช้ CBT ของอังคณา ช่วยคำชู (2554) 2) รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) เพื่อเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง และ 3) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในชุมชน (CBPR) เพื่อสร้าง การมีส่วนร่วมและความเหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน คือ (1) การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q และ 9Q ใน ระดับปฐมภูมิ (2) การติดตามและส่งต่อผู้ป่วยที่ เหมาะสม (3) การให้คำปรึกษาเชิงจิตสังคมโดยผสาน เทคนิค CBT กับภูมิปัญญาท้องถิ่น และ (4) ระบบส่งต่อ ผู้ป่วยอาการรุนแรงไปยังระดับทุติยภูมิอย่างมี ประสิทธิภาพ

องค์ประกอบหลักของโปรแกรมคือกิจกรรม กลุ่ม 10 สัปดาห์ ครอบคลุมการเสริมสร้างสุขภาพจิต การจัดการความเครียด (การหายใจเข้าลึกและการผ่อนคลาย กล้ามเนื้อ) การดูแลตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์ พร้อมสร้างเครือข่าย สนับสนุนทางสังคมผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยผสมผสานวิทยาศาสตร์สมัยใหม่กับกิจกรรมท้องถิ่น เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ และคำสอนทางศาสนา

รูปแบบนี้มีนวัตกรรม 3 ประการ คือ การ บูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น (การสวดมนต์และการทำ สมาธิ) ให้เข้ากับวัฒนธรรมภาคใต้ การเน้นการป้องกัน ในกลุ่มเสี่ยงมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยอาการรุนแรง ซึ่งแตกต่าง จากการศึกษาก่อนของอังคณา ช่วยคำชู (2554) และ ชารินทร์ สีสุข (2568) และการใช้เครือข่าย อสม. และ ครอบครัวอย่างเป็นระบบ ซึ่งไม่ค่อยพบในงานวิจัยอื่น การดำเนินการตามแนวทาง CBPR ทำให้ได้รูปแบบที่ สอดคล้องกับความต้องการจริงและเหมาะสมทาง วัฒนธรรมของชุมชน อีกทั้งมีศักยภาพในการดำเนินการ

อย่างยั่งยืน รูปแบบนี้ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) 0.75–0.85 แสดงความเหมาะสมในระดับดี

การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการดูแล

ผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลแสดงให้เห็น ถึงประสิทธิผลการลดลงของอาการภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยที่วัดด้วย 9Q ลดลงจาก 3.79 เป็น 2.45 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.020$) แม้ว่า ขนาดผลลัพธ์ (Effect Size) ที่พบจะเล็กกว่าการศึกษา ของ อังคณา ช่วยคำชู (2554) ที่รายงานการลดลงของ คะแนนภาวะซึมเศร้าจาก 25.40 เป็น 10.90 (ซึ่งใช้ เครื่องมือวัดที่แตกต่างกัน) หรือการศึกษาของ ชารินทร์ สีสุข (2568) ที่พบการลดลงร้อยละ 13.3 อย่างไรก็ตาม การลดลงของคะแนนในครั้งนี้ ยังคงสอดคล้องกับ ลักษณะของประชากรเป้าหมาย (ซึ่งมีอาการซึมเศร้าใน ระดับน้อยถึงน้อยที่สุดก่อนการใช้รูปแบบ) และบรรลุ วัตถุประสงค์ของการศึกษาในการช่วยให้ผู้ป่วยคงอยู่ใน ระดับ "ไม่มีภาวะซึมเศร้า" ($9Q < 7$)

ความแตกต่างของขนาดผลกระทบนี้อธิบายได้ จากสามปัจจัย คือ ประชากรเป้าหมายส่วนใหญ่ไม่มี อาการซึมเศร้ารุนแรง (ร้อยละ 64.3 ไม่มีอาการ) ทำให้ เกิด floor effect ที่จำกัดพื้นที่การเปลี่ยนแปลง วัตถุประสงค์ของโปรแกรมที่เน้นการป้องกันมากกว่าการ รักษา และระยะเวลาของโปรแกรม 10 สัปดาห์ที่ยาว กว่าการศึกษาอื่น (4-8 สัปดาห์)

การวิเคราะห์กลุ่มย่อยพบแนวโน้มสำคัญ แม้ไม่ มีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากขนาดตัวอย่างจำกัด กลุ่มที่ มีคะแนน 9Q ตั้งแต่ 13 ขึ้นไป ลดลง 5.40 คะแนน กลุ่ม คะแนน 7-12 ลดลง 1.90 คะแนน และกลุ่มไม่มีอาการ ลดลง 0.44 คะแนน ผลลัพธ์นี้แสดง dose-response relationship ที่ผู้มีอาการรุนแรงกว่าตอบสนองต่อ

โปรแกรมได้ดีกว่า ซึ่งสมเหตุสมผลและสอดคล้องกับหลักการทางคลินิก

ประสิทธิผลต่อคุณภาพชีวิต คะแนน WHOQOL-BREF เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทุกด้าน โดยคุณภาพชีวิตรวมเพิ่มขึ้น 7.80 คะแนน ($p < 0.001$) การเปลี่ยนแปลงครอบคลุมสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม แสดงประสิทธิผลองค์รวมของโปรแกรมที่ไม่เพียงลดอาการซึมเศร้า แต่ยังส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในมิติต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของทศนีย์ เชื่อมทอง และคณะ (2565)

ความพึงพอใจและการยอมรับ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความพึงพอใจระดับสูง โดยมีคะแนนความพึงพอใจโดยรวม 4.27 จาก 5.0 คะแนน และประเด็น "ประโยชน์ที่ได้รับ" ได้คะแนนสูงสุด 4.45 ซึ่งอยู่ในระดับ "มากที่สุด" เปรียบเทียบได้กับการศึกษาของทศนีย์ เชื่อมทอง และคณะ (2565) ที่พบความพึงพอใจร้อยละ 94.89 การที่ผู้เข้าร่วมให้คุณค่าสูงสุดกับประโยชน์ที่ได้รับแสดงว่าโปรแกรมตอบสนองความต้องการจริงของกลุ่มเป้าหมายได้มีประสิทธิภาพ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ การวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบปัจจัยแห่งความสำเร็จหลายประการ การสร้างสัมพันธภาพปลอดภัยระหว่างบุคลากรและผู้ป่วย โดยเฉพาะการสื่อสารที่ไม่ตัดสินและให้การยอมรับ เป็นรากฐานสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยปัญหา ความเหมาะสมทางวัฒนธรรมของโปรแกรม โดยเฉพาะการบูรณาการกิจกรรมทางศาสนาที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ต่างตอบสนองและเพิ่มการยอมรับ การเสริมสร้างพลังภายในผ่านทักษะการดูแลตนเองและเทคนิคการคลายเครียด ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีอำนาจในการจัดการปัญหา และการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายครอบครัวและ

ชุมชนเข้มแข็งช่วยสร้างสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการฟื้นฟูและการดูแลต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. การปรับเกณฑ์การคัดกรองให้มีความจำเพาะ จากผลการศึกษาที่พบผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ (64.3%) ไม่มีอาการซึมเศร้าตามเกณฑ์ 9Q ควรใช้เกณฑ์ $9Q \geq 5$ คะแนนเป็นเกณฑ์เข้าร่วมโปรแกรม แทนการใช้ 2Q เพียงอย่างเดียว เพื่อให้ได้กลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสมกับการแทรกแซง

2. การพัฒนาโปรแกรมแบบ Stepped Care ตามระดับอาการ เนื่องจากกลุ่มที่มี $9Q \geq 10$ มีแนวโน้มตอบสนองต่อโปรแกรมดีกว่า ควรจัดกิจกรรมเข้มข้นเพิ่มเติมสำหรับกลุ่มนี้ เช่น การให้คำปรึกษารายบุคคล 2-3 ครั้ง หรือการยืดระยะเวลาโปรแกรมเป็น 12-16 สัปดาห์ ขณะที่กลุ่มที่มีอาการเล็กน้อยใช้โปรแกรมมาตรฐาน 10 สัปดาห์

3. การบูรณาการกับระบบ NCD ที่มีอยู่ เพื่อความยั่งยืน ควรรวมการประเมินสุขภาพจิตเข้ากับการนัดติดตามโรคเรื้อรังปกติ และจัดกิจกรรมกลุ่มควบคู่ไปกับ NCD club ที่มีอยู่แล้วในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อลดภาระงานและเพิ่มการเข้าถึงบริการ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. การศึกษาแบบ Cluster Randomized Controlled Trial เนื่องจากการศึกษานี้ไม่มีกลุ่มควบคุม ควรทำ cluster RCT โดยสุ่มในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เปรียบเทียบรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นกับการดูแลมาตรฐาน ใช้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 200 ราย (effect size 0.3, power 80%) เพื่อยืนยันประสิทธิผลอย่างชัดเจน

2. การติดตามผลระยะยาว 6-12 เดือน การศึกษานี้ประเมินผลทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม ควรติดตามผลที่ 6 และ 12 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของการลดอาการซึมเศร้า รวมทั้งผลลัพธ์ทางคลินิกอื่น เช่น ค่า HbA1c และความดันโลหิต และการใช้บริการสุขภาพ

3. การศึกษาเฉพาะกลุ่มที่มีอาการซึมเศร้าชัดเจน จากผลที่พบว่ากลุ่ม $9Q \geq 10$ มีแนวโน้มตอบสนองดีกว่า แต่มีขนาดตัวอย่างเพียง 5 ราย ควรทำการศึกษาเฉพาะในกลุ่มนี้ด้วยขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 60 ราย เพื่อประเมินประสิทธิผลอย่างชัดเจน และเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้า

อ้างอิง

- จรรยาศรี มีหนองหว่า. (2553). ความหมายและการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ในสังคมวัฒนธรรมอีสาน: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30-43.
- จักรกรินทร์ รัชวิจักษ์. (2567). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 9(2), 94-102.
- ชนิดาวดี สายิน, ณิชนันท์ระวี เฟื่องพล, พรธณงาม วรรณพฤกษ์, กิรณานันท์ สนธิธรรม, เครือวัลย์ ดิษเจริญ, ณัฐณณร์ หาศิริ, จีราพรรณ บุรีแก้ว, พิไลวรรณ คาสระ, ณัฐธิดา ทองจัตุ, ณัฐพร อามาตสมบัติ, และณัฐชัย จัปตะเผ. (2563). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 23(3), 67-75.
- ชารินทร์ สีสุข. (2568). ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจรม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐุมภูมิและสาธารณสุข*, 3(1), 51-63.
- ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง, ธัญรัตน์ ภูงค์ชัย, อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, และภัควรินทร์ ภัทรศิริสมบุญ. (2564). ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(2), 79-89.
- ทศนีย์ เชื่อมทอง, อาริรัช จานงค์ผล, และกรรติน ทองซ้อย. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ ซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 15(2), 159-173.
- ปรีดา เจริญโภคทรัพย์. (2562). ผลของการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้วิถีพุทธธรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 1(1), 25-35.



ปิยาภรณ์ นฤภัย. (2023). *อิทธิพลของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีต่อภาวะซึมเศร้าในประชากรไทยวัยกลางคน และวัยสูงอายุ* [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD).

<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/12862>

ราตรี ทองยู, วรรณมา คงสุริยะนาวัน, อติยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, และลิวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2554). ผลของกลุ่มบำบัดแบบแก้ไขปัญหาคืออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(3), 78-92.

อังคณา ช่วยคำชู. (2554). ผลของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าร่วม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(1), 70-81.

American Psychiatric Association. (2005). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). American Psychiatric Association.

Beck, A. T. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.

Videbeck, S. L. (2011). *Psychiatric-mental health nursing* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.