

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการของโรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

ปภาดา บึงไกร, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการของโรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ และประเมินประสิทธิผลการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยประยุกต์แนวทางการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามวงจร PAOR ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวน 45 คน คัดเลือกแบบเจาะจง(purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า(Major Depressive Disorder) และมีคะแนนแบบประเมิน PHQ-9 ตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป ส่วนของเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชอื่นร่วมในระดับรุนแรงหรือมีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมการวิจัย มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป โดยแบบสอบถามความพึงพอใจได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(IOC = 0.67–1.00) และมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha = 0.89) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติ t-test แบบจับคู่ รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบสำคัญ ซึ่งดำเนินการเป็นระยะเวลา 24 สัปดาห์ ได้แก่ (1) การคัดกรองและประเมินความรุนแรงอย่างเป็นระบบ (2) การให้ความรู้และเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว (3) การติดตามดูแลเชิงรุกและต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน (4) การประสานส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง (5) การสนับสนุนทางสังคมและจิตใจจากเครือข่ายชุมชน และ (6) การจัดการภาวะเสี่ยงและวิกฤต มีช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยคะแนน PHQ-9 ลดลงจาก 13.44 ± 2.58 (ก่อนการทดลอง) เป็น 8.53 ± 2.82 (หลังการทดลอง) (ผลต่างเฉลี่ย = -4.91, 95%CI: -5.42 ถึง -4.39, $p < 0.001$) สัดส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป ลดลงจากร้อยละ 86.7 เหลือร้อยละ 40.0 ขณะที่กลุ่มที่มีอาการเล็กน้อยหรือแทบไม่มีอาการ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.3 เป็นร้อยละ 60.0 ด้านความพึงพอใจพบว่าอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยรวม = 4.03 ± 0.80) โดยมีความพึงพอใจสูงสุดในด้านภาพรวมของรูปแบบการดูแล (Mean = 4.22, SD = 0.78) ด้วยการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสาธารณสุข

สรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และมีประสิทธิผลในการลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า รวมทั้งสร้างความพึงพอใจต่อการรับบริการในระดับสูง จึงควรส่งเสริมการนำไปใช้ต่อเนื่องและขยายผลในเครือข่ายบริการสุขภาพจิตระดับชุมชน

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแล, ผู้ป่วยซึมเศร้า, การวิจัยและพัฒนา, สุขภาพจิตชุมชน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลกันทรารมย์, E-mail: Paphada08nada@gmail.com

The care model for depressive patients receiving services at Kanthararom hospital, Sisaket province

Paphada Buengkrai, B.N.S.¹

Abstract

This research and development study aimed to develop a care model for patients with depression receiving services at Kanthararom Hospital, Sisaket Province, and to evaluate the effectiveness of the developed model. The study applied a research and development (R&D) approach integrated with a participatory action research process based on the PAOR cycle: Planning, Action, Observation, and Reflection. The sample consisted of 45 patients with depression selected by purposive sampling. Inclusion criteria were being age 18 years or older, having a diagnosis of major depressive disorder, and a PHQ-9 score of 10 or above. Exclusion criteria included severe psychiatric comorbidity or cognitive impairment that could affect participation. Research instruments included the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), a satisfaction questionnaire, and a demographic data form. The satisfaction questionnaire demonstrated acceptable content validity (IOC = 0.67–1.00) and good reliability (Cronbach's alpha = 0.89). Data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test. The developed care model was implemented over 24 weeks and comprised six key components: (1) systematic screening and severity assessment, (2) psychoeducation and empowerment for patients and families, (3) proactive and continuous follow-up in both hospital and community settings, (4) referral coordination and continuity of care, (5) psychosocial support through community networks, and (6) risk and crisis management. The period of this study was January-December 2025.

The results showed a statistically significant reduction in depression severity after implementation. The mean PHQ-9 score decreased from 13.44 ± 2.58 before the intervention to 8.53 ± 2.82 after the intervention (mean difference = -4.91, 95% CI: -5.42 to -4.39, $p < 0.001$). The proportion of patients with moderate or more severe depression decreased from 86.7% to 40.0%, whereas those with mild or minimal symptoms increased from 13.3% to 60.0%. Overall satisfaction with the care model was high (Mean = 4.03, SD = 0.80). The highest satisfaction scores were found for overall satisfaction with the care model (Mean = 4.22, SD = 0.78) and continuity of follow-up care from the hospital and service network.

In conclusion, the developed care model was appropriate to the local context and effective in reducing depression severity while achieving a high level of patient satisfaction. The model should be continuously implemented and further expanded within community mental health service networks.

Keywords: care model, patients with depression, research and development, community mental health

¹ Registered Nurse, Kanthararom Hospital, E-mail: Paphada08nada@gmail.com

บทนำ

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder; MDD) เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญระดับโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) รายงานว่ามีผู้ป่วยซึมเศร้ามากกว่า 280 ล้านคนทั่วโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของความสูญเสียทางสุขภาพและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (WHO, 2023) โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรวัยทำงานและวัยรุ่นที่ต้องเผชิญกับภาวะกดดันทางเศรษฐกิจ สังคม และการเปลี่ยนแปลงของโลกสมัยใหม่ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ประชาชนจำนวนมากเกิดภาวะซึมเศร้าโดยไม่รู้ตัว และไม่ได้เข้ารับการวินิจฉัยหรือรักษาอย่างเหมาะสม โดยผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อสังคมและระบบสาธารณสุขในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักประสบปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน สูญเสียความสามารถในการทำงาน และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม (American Psychiatric Association, 2022)

ในประเทศไทย ส่วนของกระทรวงสาธารณสุข โดยข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตพบว่าในปี 2566 อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยอยู่ที่ประมาณ 7.5-8 รายต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นหนึ่งในอัตราที่สูงที่สุดในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและผู้สูงอายุ นอกจากนี้ โรคซึมเศร่ายังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากทำให้เกิดภาวะขาดงาน (Absenteeism) และประสิทธิภาพการทำงานลดลง (Presenteeism) ส่วนของกลุ่มแรงงาน นำไปสู่การสูญเสียผลิตภาพทางเศรษฐกิจเป็นมูลค่าหลายพันล้านบาทต่อปี อีกทั้งยังเพิ่มภาระของระบบสาธารณสุข เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะมีปัญาสุขภาพร่างกายร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและพฤติกรรมการใช้ชีวิต อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงการรักษายังคงเป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรทางการแพทย์ ยาต้านเศร้า และระบบสนับสนุนด้านสุขภาพจิต (Thai PBS, 2024) ปัจจุบันประเทศไทยมีจิตแพทย์ประมาณ 845 คนทั่วประเทศ (อัตราส่วน 1.28 คนต่อประชากรแสนคน) และ

นักจิตวิทยาคลินิกประมาณ 1,037 คน (อัตราส่วน 1.57 คนต่อประชากรแสนคน) ซึ่งถือว่าไม่เพียงพอต่อความต้องการ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่ยังขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการวินิจฉัยและบำบัดโรคซึมเศร้าอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ ปัจจัยด้านทัศนคติของสังคม ที่มองว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นเรื่องของความอ่อนแอทางจิตใจ หรือเป็น “โรคที่หายได้เอง” ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมาก ไม่กล้าเข้ารับการปรึกษา หรือเลือกที่จะปกปิดอาการของตนเอง ส่งผลให้ไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยรูปแบบการดูแลที่เหมาะสม การคัดกรองและวินิจฉัยที่รวดเร็ว การรักษาที่เข้าถึงได้ง่าย การส่งเสริมการใช้จิตบำบัดควบคู่กับยา และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้ดีขึ้นและลดภาระของโรงพยาบาลในระยะยาว

สถานการณ์ข้อมูลในระดับพื้นที่ของโรงพยาบาลกันทรารมย์ มีแนวโน้มของผู้ป่วยซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี 2565-2567 โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะ moderate และ severe depression ซึ่งมีจำนวนสะสมเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) มีจำนวนสะสมเพิ่มขึ้นจาก 168 รายในปี 2565 เป็น 214 รายในปี 2567 และมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นทุกปี สอดคล้องกับแนวโน้มของผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) ที่แม้จะมีจำนวนผู้ป่วยลดลงในปี 2567 (จาก 94 รายในปี 2566 เหลือ 62 ราย) แต่จำนวนรายใหม่ยังคงเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ผู้ที่พยายามทำร้ายตนเองไม่สำเร็จ และผู้ที่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี ในปี 2566 มีผู้ที่พยายามทำร้ายตนเอง 12 ราย และในปี 2567 อยู่ที่ 11 ราย (ระบบรายงาน 506S, พ.ศ. 2568) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างที่ยังต้องได้รับการพัฒนา ข้อมูลดังกล่าวบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า ที่ไม่เพียงแต่ช่วยบำบัดภาวะซึมเศร้า แต่ยังต้องคำนึงถึงการป้องกันพฤติกรรมทำร้ายตนเองซ้ำ รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะยาว ในขณะที่สถานการณ์ผู้ป่วยซึมเศร้าในปี พ.ศ. 2568 มี

แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับปัญหาการขาดนัด การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และการขาดระบบติดตามต่อเนื่องในชุมชน สะท้อนให้เห็นว่าระบบบริการเดิมยังเน้นการดูแลในสถานพยาบาลเป็นหลัก และยังเชื่อมโยงการดูแลกับครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิได้ไม่เพียงพอ (โรงพยาบาลกันทรารมย์, พ.ศ. 2568) ขณะเดียวกัน หลักฐานระดับสากลชี้ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบสูงต่อการดำเนินชีวิต และต้องอาศัยการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งการรักษาทางจิตสังคม การใช้ยาในรายที่เหมาะสม และการติดตามอาการอย่างเป็นระบบ (World Health Organization, 2023; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2022) ส่วนของเครื่องมือคัดกรองมาตรฐานอย่าง PHQ-9 มีความเที่ยงตรงและถูกใช้แพร่หลายในการประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (Kroenke et al., 2001) ในขณะที่ประเทศไทยมีแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลโรคซึมเศร้าในสถานบริการระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิแล้ว (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, พ.ศ. 2560) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาวรรณกรรมเกี่ยวกับ collaborative care พบว่าหลักฐานจำนวนมากสนับสนุนการดูแลแบบบูรณาการ โดยทีมสหวิชาชีพ การติดตามเชิงรุก และการประสานบริการอย่างต่อเนื่อง แต่หลักฐานดังกล่าวส่วนใหญ่มาจากบริบทต่างประเทศและเป็นระบบบริการที่แตกต่างจากโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย (Unützer et al., 2002; Bower et al., 2006) ดังนั้น ช่องว่างของความรู้ที่สำคัญ คือ ขาดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าที่พัฒนาจากบริบทจริงของโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย ที่สามารถเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ ครอบครัว และชุมชนได้อย่างเป็นระบบ

ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และการดูแลอย่างต่อเนื่องเชิงรุก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการลดภาระของโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการของโรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาบริบทของการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการของโรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามวงจร PAOR
- 3) เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการของโรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย : ใช้แนวทางการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ควบคู่กับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยใช้วงจร PAOR (Planning–Action–Observation–Reflection) เป็นกลไกหลักในการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการทั้งสองแนวคิดในลักษณะ “R&D เป็นกรอบโครงสร้างหลัก” และ “PAOR เป็นกระบวนการขับเคลื่อนในแต่ละระยะ” (รวมระยะเวลา 24 สัปดาห์) ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และออกแบบรูปแบบ (R&D Phase 1) → ใช้ PAOR รอบที่ 1 ระยะเวลา 4 สัปดาห์

ระยะที่ 2 การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ (R&D Phase 2) → ใช้ PAOR รอบที่ 2 ระยะเวลา 8 สัปดาห์

ระยะที่ 3 การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ (R&D Phase 3) → ใช้ PAOR รอบที่ 3 ระยะเวลา 12 สัปดาห์

พื้นที่ศึกษา : ดำเนินการในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลกันทรารมย์ อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิที่ให้บริการสุขภาพทั้งด้านร่างกายและสุขภาพจิตแก่ประชาชนในเขตอำเภอ

กันดารมัยและพื้นที่ใกล้เคียง พื้นที่ศึกษามีลักษณะผสมผสานระหว่างชุมชนเมืองและชนบท ประชากรมีความหลากหลายด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า มีความซับซ้อนและต้องการรูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- 1) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบจำนวน 27 คน ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้วยการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เพื่อสะท้อนมุมมองเชิงระบบและบริบทการดูแลจริงในพื้นที่
- 2) กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 45 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลกันดารมัย โดยกำหนดขนาดตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ตามแนวคิดของ Cohen (1988) โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.95 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.50 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 45 คน ซึ่งเพียงพอสำหรับการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มเดียว

เกณฑ์คัดเข้า :

- 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป
- 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder)
- 3) มีคะแนนแบบประเมิน PHQ-9 ตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไป
- 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก :

- 1) มีภาวะโรคจิตเวชรุนแรงอื่นร่วม เช่น โรคจิตเภทหรือภาวะเมเนีย
- 2) มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาหรือการรับรู้ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย
- 3) ถอนตัวจากการวิจัยระหว่างดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้และการเก็บรวบรวมข้อมูล (ดำเนินการวิจัยเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2568; เก็บข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายเมื่อเดือนเมษายน 2568 ถึง เดือนกันยายน 2568)

เครื่องมือหลักที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบประเมิน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยซึมเศร้า แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปใช้รวบรวมลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยซึมเศร้า ประกอบด้วยคำถามประมาณ 5–10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า รูปแบบการรักษาที่ได้รับ (เช่น ยา กิน ยาฉีดยา การให้คำปรึกษา ฯลฯ) และการมีโรคทางกาย/โรคทางจิตเวชอื่นร่วมด้วย (ถ้ามี)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ-9 ฉบับภาษาไทย) ใช้แบบประเมิน PHQ-9 ฉบับภาษาไทยที่ผ่านการพัฒนาและรับรองคุณภาพจากกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองตามระดับความถี่ของอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีตัวเลือกคำตอบ 4 ระดับ (0–3 คะแนน) ได้แก่ “ไม่มีเลย” “เป็นบางวัน” “เป็นบ่อย” และ “เป็นเกือบทุกวัน” คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–27 คะแนน รวมทั้ง มีการแปลผลระดับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ 0–4 คะแนน = แทบไม่มีภาวะซึมเศร้า, 5–9 คะแนน = ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย, 10–14 คะแนน = ภาวะซึมเศร้าปานกลาง, 15–19 คะแนน = ภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง และ 20–27 คะแนน = ภาวะซึมเศร้ารุนแรง ทั้งนี้ คะแนน PHQ-9 จะเก็บทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมในรูปแบบการดูแล เพื่อนำไปใช้เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยซึมเศร้าต่อรูปแบบการดูแล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 10 คำถาม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) เช่น 5 ระดับ (มากที่สุด-น้อยที่สุด) ตามที่โครงการกำหนด โดยคะแนนรวมยิ่งสูง แสดงถึงความพึงพอใจในระดับที่มากขึ้น

มีการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลาการใช้รูปแบบการดูแลรวมทั้งสิ้น 24 สัปดาห์ หรือประมาณ 6 เดือน โดยแบ่งขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะก่อนการใช้รูปแบบ (Pre-test)

ภายหลังกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์คัดเข้าและลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคทางกายร่วม และโรคจิตเวชร่วม จากนั้นประเมินระดับภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองโดยใช้แบบประเมิน Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) เพื่อใช้เป็นข้อมูลก่อนเริ่มโปรแกรม (baseline data) และใช้เปรียบเทียบกับผลหลังการใช้รูปแบบการดูแล

2. ระยะระหว่างการใช้รูปแบบการดูแล

ภายหลังการประเมินก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นระยะเวลา 24 สัปดาห์ โดยรูปแบบดังกล่าวประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) ระบบคัดกรองและเข้าถึงบริการ (2) การให้ข้อมูลและเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว (3) การติดตามและเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง (4) การสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม (5) การประสานงานเครือข่ายและการดูแลแบบองค์รวม (6) การจัดการภาวะเสี่ยงและวิกฤต

ในระหว่างการทำโปรแกรม ผู้วิจัยและทีมผู้เกี่ยวข้องมีการติดตามการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง เช่น การมารับบริการตามนัด การได้รับการเยี่ยมบ้าน การประสานการดูแลร่วมกับครอบครัว รพ.สต. และ อสม. รวมถึงการบันทึกข้อมูลภาคสนามและข้อสังเกตจากการดำเนินงาน เพื่อใช้ประกอบการสะท้อนผลและปรับปรุงรูปแบบตามวงจร PAOR

3. ระยะหลังการใช้รูปแบบ (Post-test)

เมื่อสิ้นสุดการใช้รูปแบบการดูแลในสัปดาห์ที่ 24 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลองทันที โดยประเมินระดับภาวะซึมเศร้าซ้ำด้วยแบบประเมิน PHQ-9 ในกลุ่มตัวอย่างเดิม และเก็บข้อมูลความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนการทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง) โดยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 2 ขั้นตอน ได้แก่

1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ด้วยการนำแบบสอบถามเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และความชัดเจนของข้อคำถาม จากนั้นคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พบว่ามีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ภายหลังปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try-out) กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจริง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.89 แสดงว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี และเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้สถิติ ดังนี้

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย ข้อมูลจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยซึมเศร้า คะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ก่อนและหลังได้รับรูปแบบการดูแล คะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล จะทำการวิเคราะห์ โดยใช้สถิติพรรณนา และนำเสนอเป็นค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกตินำเสนอด้วยมัธยฐาน (Median) เปอร์เซนไทล์ที่ 25 และ 75

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนก่อนและหลังการทดลอง : ก่อนการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการแจกแจงปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test เนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 50 คน ผลการตรวจสอบพบว่าคะแนน PHQ-9 ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีการแจกแจงแบบปกติ ($p > 0.05$) จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติแบบพาราเมตริก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้สถิติ paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแล สำหรับคะแนนความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล เป็นข้อมูลที่เก็บหลังสิ้นสุดการทดลองเพียงครั้งเดียว จึงทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลได้มาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินรูปแบบการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า ได้แก่ ตัวแทนผู้ป่วยซึมเศร้า ครอบครัวผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลกันทรารมย์ ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ของข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวบรวมตรวจสอบและจัดกลุ่มของข้อมูล จัดหมวดหมู่ โดยทำการ

ตรวจสอบ ตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล ความครบถ้วนตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลให้มา และทำการตรวจสอบข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด เพื่อคุ้มครองสิทธิ ศักดิ์ศรี และความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่าง โดย

1) ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล เพื่อให้มั่นใจว่าการวิจัยเป็นไปตามหลักจริยธรรมสากล เลขที่ SPPH 2025-051 รับรองวันที่ 28 มีนาคม 2568 วันที่หมดอายุ 27 มีนาคม 2569

2) อธิบายข้อคำถามด้วยภาษามาตรฐานเดียวกัน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากผู้เก็บข้อมูล

3) รักษาความเป็นกลางในการประเมินและบันทึกข้อมูล โดยไม่ขึ้นคำตอบของผู้เข้าร่วม

4) มีการควบคุมคุณภาพการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เครื่องมือมาตรฐานชุดเดียวกันทั้งในระยะก่อนและหลังการทดลอง ได้แก่ แบบประเมิน PHQ-9 ฉบับภาษาไทย และแบบสอบถามความพึงพอใจฉบับเดียวกัน โดยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอน มาตรฐาน และลำดับเดียวกันในกลุ่มตัวอย่างทุกราย เพื่อลดความแปรปรวนที่อาจเกิดจากความแตกต่างของกระบวนการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ ผู้วิจัยอธิบายข้อคำถามด้วยภาษามาตรฐานเดียวกัน รักษาความเป็นกลางในการประเมินและบันทึกข้อมูล โดยไม่ขึ้นคำตอบหรือแทรกแซงการตอบของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง (pre-post single group design) จึงไม่สามารถดำเนินการปกปิดข้อมูลแบบ blinding ได้อย่างสมบูรณ์ จึงควบคุมความคลาดเคลื่อนด้วยการกำหนดมาตรฐานการเก็บข้อมูลอย่างเคร่งครัด ใช้ผู้ประเมินคนเดิมตลอดการศึกษา และดำเนินการเก็บข้อมูลในสภาพแวดล้อมที่ใกล้เคียงกันทุกครั้ง เพื่อเพิ่มความเที่ยงตรงและลดอคติจากกระบวนการวัดให้มากที่สุด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า :

ผลการศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ระบบบริการสุขภาพจิตในพื้นที่ที่มีโครงสร้างการดูแลที่ค่อนข้างชัดเจนและครอบคลุมตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลจนถึงระดับชุมชน โดยโรงพยาบาลกันทรารมย์ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการหลักในการคัดกรอง วินิจฉัย รักษา และติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครอบครัว และชุมชน ทำหน้าที่สนับสนุนการดูแลต่อเนื่องในระดับพื้นที่ ระบบบริการเดิมใช้เครื่องมือมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ได้แก่ 2Q, 9Q, 8Q และ PHQ-9 ร่วมกับแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline: CPG) ในการคัดกรองประเมินระดับความรุนแรงของโรค และประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีจุดแข็งสำคัญ คือ ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ตามระบบ มีแนวทางการประเมินความเสี่ยงที่ชัดเจน และมีเครือข่ายบริการใน

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 45)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	17	37.8
หญิง	28	62.2
อายุ (ปี)	Mean = 40.46, SD = 14.54	
สถานภาพสมรส		
โสด	16	35.6
สมรส	20	44.4
หย่าร้าง/หม้าย	9	20.0
ระดับการศึกษา		
ประถม/ต่ำกว่า	9	20.0

ชุมชนรองรับการติดตามดูแลต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบข้อจำกัดสำคัญของระบบบริการเดิม ได้แก่ การติดตามผู้ป่วยยังไม่ต่อเนื่อง การขาดนัดรับบริการ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. อสม. และครอบครัวยังไม่เป็นระบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนมีอาการกำเริบซ้ำและมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างสำคัญของระบบบริการในมิติของการติดตามเชิงรุกและการประสานการดูแลระหว่างภาคส่วน เมื่อพิจารณาลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 45 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.2 อายุเฉลี่ย 40.46 ปี (SD = 14.54) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 44.4 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 26.7 และรับจ้าง ร้อยละ 24.4 นอกจากนี้ ร้อยละ 60.0 มีโรคทางกายร่วม และร้อยละ 35.6 มีโรคจิตเวชอื่นร่วม ซึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความซับซ้อนทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตร่วมกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
มัธยมต้น	10	22.2
มัธยมปลาย	9	20.0
ปวช./ปวส.	7	15.6
ปริญญาตรีขึ้นไป	10	22.2
อาชีพ		
เกษตรกร	12	26.7
รับจ้าง	11	24.4
พนักงานเอกชน	8	17.8
ข้าราชการ	7	15.6
อื่น ๆ	7	15.6
รายได้ (บาท/เดือน)	Median = 10,000	

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
โรคทางกายรวม		
ไม่มี	18	40.0
มี	27	60.0
โรคจิตเวชอื่นรวม		
ไม่มี	29	64.4
มี	16	35.6

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า :
พบว่า ได้รูปแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลกันทรามย์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีลักษณะเป็นรูปแบบการดูแลเชิงบูรณาการที่เชื่อมโยงการทำงานระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ ครอบครัว และชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย

6 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) ระบบคัดกรองและเข้าถึงบริการ (2) การให้ความรู้และเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัว (3) การติดตามดูแลเชิงรุกและต่อเนื่อง (4) การสนับสนุนทางจิตใจและสังคม (5) การประสานงานเครือข่ายแบบองค์รวม และ (6) การจัดการภาวะเสี่ยงและวิกฤต ผลการพัฒนารูปแบบสะท้อนให้เห็นว่า จุดเปลี่ยนสำคัญของระบบบริการ คือ การเปลี่ยนจากการดูแลที่เน้นการรักษาในสถานพยาบาลเป็นหลัก ไปสู่การดูแลเชิงรุกและต่อเนื่องในระดับครอบครัวและชุมชน โดยครอบครัว อสม. และภาคีเครือข่ายมีบทบาทสำคัญในการติดตามอาการ สนับสนุนการรับประทานยา เฝ้าระวังอาการกำเริบ และประสานส่งต่อเมื่อเกิดภาวะเสี่ยง นอกจากนี้ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นยังช่วยลดการตีตราทางสังคมต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลใกล้บ้าน มีครอบครัวและชุมชนร่วมสนับสนุนมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการต่อเนื่อง กล้าเปิดเผยปัญหา และได้รับการช่วยเหลือเร็วขึ้น ขณะเดียวกันระบบเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงยังช่วยให้สามารถจัดการผู้ป่วยที่มีแนวโน้มทำร้ายตนเองได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัยมากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนน PHQ-9 ก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแล (n = 45)

รายการ	ก่อน (Mean ± SD)	หลัง (Mean ± SD)	Mean diff	t	p-value
PHQ-9	13.44 ± 2.58	8.53 ± 2.82	-4.91	19.34	<0.001

3. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแล : ผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นส่งผลเชิงบวกต่อผู้ป่วยทั้งด้านอาการทางคลินิก ความปลอดภัย และความพึงพอใจต่อบริการ ภายหลังการใช้รูปแบบ ซึ่งพบว่าระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงอย่างชัดเจน โดยกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป ลดลงจากร้อยละ 86.7 เหลือร้อยละ 40.0 ขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาการระดับเล็กน้อยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 53.3 และไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการระดับรุนแรงหลังการทดลอง

สะท้อนว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีแนวโน้มฟื้นตัวและสามารถควบคุมอาการได้ดีขึ้นหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบ

เมื่อพิจารณาคะแนน PHQ-9 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงจาก 13.44 คะแนน (SD = 2.58) เหลือ 8.53 คะแนน (SD = 2.82) หรือลดลงเฉลี่ย 4.91 คะแนน และผลการทดสอบด้วย paired t-test พบว่าความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนน PHQ-9 รายข้อ ก่อนและหลังใช้รูปแบบการดูแล (n = 45)

ข้อ	อาการ	ก่อน (Mean±SD)	หลัง (Mean±SD)	p-value
1	เบื่อ ไม่สนใจ	1.64±0.86	1.18±0.89	<0.001
2	ซึมเศร้า ท้อแท้	1.53±0.92	1.00±0.93	<0.001
3	ปัญหาการนอน	1.47±0.84	0.89±0.83	<0.001
4	อ่อนเพลีย	1.44±0.81	0.93±0.89	<0.001
5	การกินผิดปกติ	1.38±0.78	0.76±0.77	<0.001
6	รู้สึกไร้ค่า	1.53±0.76	0.96±0.80	<0.001
7	สมาธิลดลง	1.67±0.85	1.11±0.86	<0.001
8	ฆ่า/กระสับกระส่าย	1.33±0.80	0.87±0.87	<0.001
9	ความคิดทำร้ายตนเอง	1.44±0.94	0.84±0.82	<0.001

เมื่อพิจารณาคะแนน PHQ-9 รายข้อ พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนลดลงทุกด้าน ทั้งด้านอารมณ์ ความสนใจ การนอนหลับ พลังงาน สมาธิ และความคิดทำร้ายตนเอง ซึ่งสะท้อนถึงการฟื้นตัวของผู้ป่วยในหลายมิติ ไม่เพียงเฉพาะด้านอารมณ์ แต่รวมถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและความปลอดภัยของตนเอง

ส่วนของด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.03 (SD = 0.80) ประเด็นที่ผู้ป่วยพึงพอใจสูงสุด ได้แก่ ความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบการดูแล (Mean = 4.22, SD = 0.78) การติดตามดูแลต่อเนื่อง (Mean = 4.07, SD = 0.91) และการประสานงานของเครือข่ายบริการ (Mean = 4.04, SD = 0.81) สะท้อนว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้น การเข้าถึงบริการที่ต่อเนื่อง และการสนับสนุนจากเครือข่ายบริการอย่างเป็นรูปธรรม ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแล (n = 45)

ข้อ	รูปแบบการดูแล	Mean	SD
1	ความชัดเจนในการอธิบายโรค	4.02	0.86
2	การเอาใจใส่ของบุคลากร	3.96	0.80
3	ความสะดวกในการบริการ	3.96	0.84
4	การมีส่วนร่วมของครอบครัว	4.00	0.84
5	การติดตามต่อเนื่อง	4.07	0.91
6	ความเข้าใจการดูแลตนเอง	4.01	0.85
7	กิจกรรมช่วยดูแลตนเอง	4.00	0.86
8	การประสานเครือข่าย	4.04	0.81
9	ภาวะซึมเศร้าดีขึ้น	4.02	0.79
10	ความพึงพอใจโดยรวม	4.22	0.78

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลกันทรารมย์ สามารถลดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในมิติของความต่อเนื่อง ความปลอดภัย และความพึงพอใจต่อบริการ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวทางการวิจัยและพัฒนา (R&D) ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAOR) สามารถลดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการดูแลในระดับสูง ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลทั้งในเชิงคลินิกและเชิงระบบบริการ ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้ภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care) และแนวคิดการดูแลสุขภาพจิตโดยชุมชนเป็นฐาน (Community-based Mental Health Care) ที่เน้นการบูรณาการการดูแลระหว่างระบบบริการสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้เชื่อมโยงบทบาทของโรงพยาบาล รพ.สต. อสม. และครอบครัวเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล (continuity of care) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการกำเริบซ้ำ

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าผลศึกษานี้สอดคล้องกับงานของ ทศนีย์ เชื้อทอง และคณะ (2565) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าในโรงพยาบาลชลบุรี โดยพบว่าหลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงและความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ งานวิจัยดังกล่าวใช้กรอบแนวคิดโครงสร้าง-กระบวนการ-ผลลัพธ์ (Structure-Process-Outcome) ซึ่งมีความสอดคล้องกับ

การศึกษาค้นคว้าที่เน้นการพัฒนาระบบบริการและกระบวนการดูแลอย่างเป็นระบบ

ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานของ กุญญติ ไฉวศิริ และดาวเรือง จตุชัย (2567) ที่ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าร่วมกับสารเสพติด พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงและการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่ากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นกลไกสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจิต

ในด้านการเสริมสร้างศักยภาพผู้ป่วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของ มัญชรี พุทธประเสริฐ และคณะ (2567) ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองสามารถเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองและลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนว่าการให้ความรู้ (psychoeducation) และการเสริมพลัง (empowerment) เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการของตนเองได้ดีขึ้น

ในมิติของครอบครัวและเครือข่ายสนับสนุน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของ ชญาภัช มิ่งขวัญใจ และคณะ (2558) ที่พบว่าทำให้ความรู้แก่ครอบครัวช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการดูแลในงานวิจัยนี้ที่เน้นบทบาทของ Caregiver และครอบครัวอย่างชัดเจน สำหรับกลไกที่ทำให้รูปแบบการดูแลประสบผลสำเร็จ สามารถอธิบายได้ว่าเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมของ อสม. และชุมชน ซึ่งช่วยลดการตีตรา (stigma) และเพิ่มการเข้าถึงบริการในระดับชุมชน (2) การมีส่วนร่วมของครอบครัว ที่ช่วยติดตามการรับประทานยา การสังเกตอาการ และสนับสนุนด้านจิตใจ (3) การดูแลต่อเนื่องเชิงรุก (proactive care) เช่น การเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ (4) การ

บูรณาการเครือข่ายบริการสุขภาพ ทำให้เกิดการส่งต่อและติดตามที่มีประสิทธิภาพ (5) การเสริมพลังผู้ป่วย (empowerment) ที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง

กลไกเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าความสำเร็จของรูปแบบไม่ได้เกิดจากองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง แต่เกิดจากการทำงานร่วมกันของระบบบริการสุขภาพ ครอบครัว และชุมชนอย่างบูรณาการ โดยสรุป การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการดูแลภายใต้กระบวนการ R&D ร่วมกับ PAOR สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบบริการและผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญ และมีศักยภาพในการนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทโรงพยาบาลชุมชนอื่น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ(Best Practice) : ควรผลักดันรูปแบบการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นให้เป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ของโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 10 โดยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เพื่อยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิและชุมชน

1.2 การขยายผลเชิงระบบ (Scale-up) : หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและเขต ควรสนับสนุนการขยายผลรูปแบบการดูแลไปยังเครือข่ายบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชน โดยเน้นการบูรณาการบทบาทของทีมสหวิชาชีพ อสม. และครอบครัว

1.3 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย : ควรจัดอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพจิตในระดับพื้นที่ รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ดูแล (Caregiver) เพื่อให้สามารถดำเนินงานตามรูปแบบได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

1.4 การสนับสนุนเชิงนโยบายและทรัพยากร : ควรมีการสนับสนุนงบประมาณ ระบบข้อมูล และเครื่องมือที่จำเป็น เช่น ระบบติดตามผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน และ

การประสานเครือข่าย เพื่อให้การดำเนินงานตามรูปแบบมีความยั่งยืน

1.5 การบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการปกติ (Routine Service) : รูปแบบการดูแลควรถูกบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิตประจำของหน่วยบริการ โดยกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure: SOP) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและสามารถติดตามประเมินผลได้ในระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

2.1 การศึกษาระยะยาว (Long-term follow-up) : ควรมีการติดตามผลในระยะยาว (อย่างน้อย ≥ 6 เดือน หรือ 12 เดือน) เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ เช่น การกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้า (relapse) และความต่อเนื่องของการดูแล

2.2 การวิจัยเชิงทดลองที่มีการควบคุม (Controlled Study Design) : ควรพัฒนาการวิจัยใน รูปแบบที่มีความเข้มแข็งมากขึ้น เช่น

- การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

(Randomized Controlled Trial: RCT)

- หรืออย่างน้อยการวิจัยแบบกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุม (Quasi-experimental with control group) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือในการอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล

2.3 การขยายพื้นที่ศึกษา (Multi-site study) : ควรศึกษาผลของรูปแบบในหลายพื้นที่หรือหลายโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลไปยังบริบทอื่น (generalizability)

2.4 การศึกษาปัจจัยความสำเร็จเชิงกลไก (Mechanism study) : ควรมีการศึกษาปัจจัยหรือกลไกที่ส่งผลต่อความสำเร็จของรูปแบบ เช่น บทบาทของครอบครัว อสม. หรือปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม เพื่อพัฒนารูปแบบให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2.5 การประเมินความคุ้มค่า (Cost-effectiveness analysis) : ควรศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของรูปแบบการดูแล เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายในระดับเขตและระดับประเทศ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2566). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปี 2566. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- กัตติกา ธนะขำ. (2558). การวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทย. นครราชสีมา: สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- บุญฤดี ไชวศิริ, และ ดาวเรือง จิตชัย. (2567). การพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อบำบัดผู้ใช้สารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิชาการทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(1), 78–90.
- ชญาภัส มิ่งขวัญใจ, ชญาภา ประเสริฐทรง, และ ทวีศักดิ์ กสิผล. (2558). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 16(3), 60–67.
- ทัศนีย์ เชื่อมทอง, อาริรัช จำนงค์ผล, และ กรรณิษฐ์ ทองซ้อย. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 32(2), 159–173.
- ประสพสุข ศรีแสนปาง. (2561). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: ความลุ่มลึกในการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 41(1), 129–140.
- พิชญ์ วชิราภกร. (2564). ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทอำเภอสี่หมื่น จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 6(2), 73–82.
- มัณฑิรา พุทธประเสริฐ, อรรณณ หนูแก้ว, และ วิภา คั่นฉ่อง. (2567). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล การผดุงครรภ์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 44(1), 66–78.
- โรงพยาบาลกันทรารมย์. (2568). รายงานผู้ป่วยซึมเศร้าประจำปี 2568. ศรีสะเกษ: โรงพยาบาลกันทรารมย์.
- ละมัย อยู่เย็น, และคณะ. (2567). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยพลังจิตตานุภาพ ในพระพุทธศาสนา. *Journal of Dhamma for Life*, 30(1), 254–267.
- วรางคณา จำปาเงิน, และ สุพัตรา จันทร์สุวรรณ. (2568). ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 8(3), 90–102.
- สุพัตรา สุขาวท, และคณะ. (2567). การพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพเบื้องต้นการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 38(2), 69–86.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, และ สรยุทธ วาสิกนันทน์. (2558). ตำราโรคซึมเศร้า. ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา.
- อริชญา สุขธรรมรัตน์, และ ณัฐสุดา เต็มพันธ์. (2566). ประสบการณ์และมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคซึมเศร้า: การศึกษาเชิงคุณภาพ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 31(1), 22–36.
- อัจฉรา คำมะทิพย์, และ มัลลิกา มากรัตน์. (2559). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: วิธีการปฏิบัติทีละขั้นตอน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3), 246–259.
- Almeida, O. P., McCaul, K., Hankey, G. J., Norman, P., Jamrozik, K., & Flicker, L. (2008). Homocysteine and depression in later life. *Archives of General Psychiatry*, 65(11), 1286–1294.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber.

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- El Kady, H. M., & Ibrahim, H. K. (2013). Depression among a group of elders in Alexandria, Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 19(2), 167–174.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner*. Geelong, Australia: Deakin University.
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134, 382–389.
- Thai PBS. (2024). ระบบบริการสุขภาพจิตไทย: ความท้าทายและแนวทางการพัฒนา. กรุงเทพฯ: Thai PBS.
- The Joanna Briggs Institute. (2013). *New JBI levels of evidence*. Retrieved from <http://joannabriggs.org>
- The Joanna Briggs Institute. (2014). *Reviewers' manual 2014 edition*. Retrieved from <http://www.joannabriggs.org>
- Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly. *Journal of Affective Disorders*, 106(1–2), 29–44.
- Wangtongkum, S., Sucharitakul, P., Wongjaroen, S., & Maneechompoo, S. (2008). Prevalence of depression among older adults in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 91(12), 1812–1817.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2023). *Depression fact sheet*. Retrieved from <https://www.who.int>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development of a geriatric depression screening scale. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49.