



ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุที่มารับบริการ โรงพยาบาลเชียงแสน อำเภอยางเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

นันทรัตน์ ธิวงค์เวียง¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการโรงพยาบาลเชียงแสนจังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างและจับคู่ตามเพศ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (CES-D) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้น ระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานของหน่วยบริการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และทดสอบสมมติฐานด้วย Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 14.90$, $SD = 2.59$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 20.13$, $SD = 3.10$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t(29) = 17.11$, $P\text{-value} < 0.001$ และผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ($\bar{X} = 5.23$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X} = 1.86$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $t(58) = 14.28$, $P\text{-value} < 0.001$ สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในหน่วยบริการสุขภาพได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต, ภาวะซึมเศร้า

¹ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเชียงแสน, E-mail : Tock2523@hotmail.com

The Effect of a Mental Health Promotion Program on Depression among Older Adults Attending Chiang Saen Hospital, Chiang Saen District, Chiang Rai Province

Nantarat Thiwongwang¹

ABSTRACT

This quasi-experimental research employed a two-group pretest–posttest design. The objective of the study was to examine the effects of a mental health promotion program on depression among older adults receiving services at Chiang Saen Hospital, Chiang Rai Province. The sample consisted of 60 older adults aged 60 years and over, divided into an experimental group ($n = 30$) and a control group ($n = 30$). Participants were selected using a sampling method and matched by gender. The research instruments included a personal information questionnaire and the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), which had a reliability coefficient of .87. The experimental group participated in a mental health promotion program developed by the researcher for 8 weeks, once a week, with each session lasting 60–90 minutes. The control group received routine care provided by the health service unit. Data were analyzed using descriptive statistics, and the hypotheses were tested using paired t-test and independent t-test.

The results revealed that the mean depression score of the experimental group after participating in the program ($\bar{X} = 14.90$, $SD = 2.59$) was significantly lower than that before the experiment ($\bar{X} = 20.13$, $SD = 3.10$) $t(29) = 17.11$, $P\text{-value} < 0.001$. Moreover, the mean difference in depression scores of the experimental group ($\bar{X} = 5.23$) was significantly higher than that of the control group ($\bar{X} = 1.86$) $t(58) = 14.28$, $P\text{-value} < 0.001$. In conclusion, the mental health promotion program was effective in reducing depression among older adults and can be applied to improve mental health care services for older adults in healthcare settings.

Keywords: older adults, mental health promotion program, depression

¹ Department of Psychiatry and Substance Abuse, Chiang Saen Hospital, E-mail : Tock2523@hotmail.com



บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว จากข้อมูลล่าสุดพบว่าประเทศไทยมีประชากรประมาณ 64.9 ล้านคน โดยเป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13.69 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.08 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2583 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 20.42 ล้านคน หรือร้อยละ 31.28 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยองค์การอนามัยโลก (2560) รายงานว่าผู้สูงอายุทั่วโลกมีภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 7 และพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอยู่ระหว่างร้อยละ 10–25 โดยเฉพาะในกลุ่มที่อาศัยอยู่ตามลำพัง หย่าร้าง หรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งมีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มอื่น ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 91,139 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 678 ต่อแสนประชากร (กรมสุขภาพจิต, 2565) และผู้สูงอายุยังเป็นกลุ่มที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุด คือ 10.39 ต่อแสนประชากร (ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ, 2566) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 24.8 มีภาวะซึมเศร้าในระดับต่างๆ สำหรับในระดับพื้นที่ โรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย รายงานว่าในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 มีอัตราป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า 747, 757 และ 709 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลเชียงแสน, 2567) สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังคงเป็นประเด็นสำคัญของระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่ส่งผลต่อด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และร่างกาย เช่น ความรู้สึกเศร้า หดหู่ สิ้นหวัง เบื่อหน่าย สมาธิลดลง หรือมีความคิดอยากตาย รวมทั้งอาจแสดงอาการทางกาย เช่น ปวดเรื้อรัง นอนไม่หลับ หรือเบื่ออาหาร ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยปัจจัยทางชีวภาพ จิตวิทยา และสังคม เช่น ความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท บุคลิกภาพและรูปแบบความคิดด้านลบ การสูญเสียบทบาททางสังคม การขาดการสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นอกจากปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าแล้ว ยังมีปัจจัยปกป้องที่สามารถช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ เช่น ความเข้มแข็งทางใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกจึงเป็นแนวทางสำคัญที่มุ่งเสริมสร้างศักยภาพภายในบุคคลและเสริมพลังทางใจ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตโดยประยุกต์แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อเสริมสร้างปัจจัยปกป้องและลดปัจจัยเสี่ยง อันจะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลเชียง

แสน จังหวัดเชียงราย และสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับหน่วยบริการได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุที่มารับบริการโรงพยาบาล เชียงแสน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

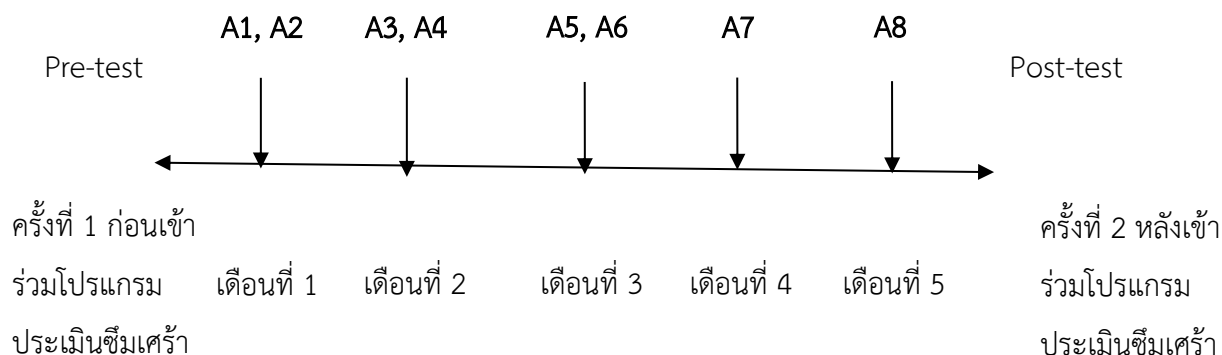
กรอบแนวคิดวิจัย

ผู้วิจัยได้ออกแบบกรอบแนวคิดการวิจัย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิต ร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) เพื่อพัฒนาโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์เชิงบวก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การจัดการอารมณ์ และการปรับตัว เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับปัญหาและลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม

โดยผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมกิจกรรมกลุ่มจำนวน 8 กิจกรรม ประกอบด้วย

- กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยในกลุ่ม (เรารู้จักกันเถอะ) (A1)
- กิจกรรมที่ 2 การเปิดเผยตนเองและการยอมรับตนเอง (เปิดเผยตัวตน) (A2)
- กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการตระหนักรู้ (รู้ทันภาวะซึมเศร้า) (A3)
- กิจกรรมที่ 4 การตั้งเป้าหมายเพื่อการมีชีวิตที่มีความสุข (ตั้งเป้าหมายเพื่อชีวิตมีความสุข) (A4)
- กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง (ฉันทำได้) (A5)
- กิจกรรมที่ 6 การผ่อนคลายความเครียดและสร้างจิตใจที่แจ่มใส (จิตแจ่มใสใจผ่อนคลาย) (A6)
- กิจกรรมที่ 7 การพัฒนาการตระหนักรู้ทางอารมณ์ (รู้ทันใจตัวเอง) (A7)
- กิจกรรมที่ 8 การส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขภาพตามวัย (ดูแลตนเองสุขภาพดีตามวัย) (A8)

จากการดำเนินโปรแกรมหาดังกล่าว จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาศักยภาพด้านจิตใจ อันได้แก่ อารมณ์เชิงบวก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การจัดการอารมณ์ และการปรับตัว ซึ่งคาดว่าจะนำไปสู่ผลลัพธ์คือการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest–Posttest Control Group Design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเชียงราย จังหวัดเชียงราย จำนวน 60 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างและจับคู่ตามเพศ แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสาร อ่านและเข้าใจภาษาไทย ไม่มีภาวะสมองเสื่อม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติโรคจิตเวชอื่นที่รุนแรง มีความพิการทางการได้ยินหรือการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย หรือมีภาวะเจ็บป่วยจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา และจะสิ้นสุดการเข้าร่วมหากเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมน้อยกว่า ร้อยละ 80 ของกิจกรรมทั้งหมด หรือมีเหตุจำเป็นอื่น เช่น ย้ายที่อยู่อาศัยหรือเสียชีวิต

การสุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบจับคู่ (Matched sampling) โดยคัดเลือกผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเชียงราย จังหวัดเชียงราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 คน จากนั้นดำเนินการจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามเพศ เพื่อควบคุมความแตกต่างของลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างให้มีความใกล้เคียงกัน ภายหลังการจับคู่ ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1. กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น 2. กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ซึ่งได้รับการ

พยาบาลและการดูแลตามมาตรฐานของหน่วยบริการตามปกติ การสุ่มตัวอย่างในลักษณะดังกล่าวช่วยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะพื้นฐานที่ใกล้เคียงกัน และช่วยลดอคติที่อาจเกิดขึ้นจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้สามารถเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีความน่าเชื่อถือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุที่มารับบริการโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุที่มารับบริการโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพกายของผู้สูงอายุ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 ฉบับภาษาไทย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือจำนวน 3 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือสำหรับคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุที่มารับบริการโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุที่มารับบริการโรงพยาบาลเชียงแสน จังหวัดเชียงราย คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพกายของผู้สูงอายุ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D 20 ฉบับภาษาไทย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือจำนวน 3 ประเภท ได้แก่ 1) เครื่องมือสำหรับคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้คัดเลือกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-THAI 2002) 2. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดี แอล (BARTHEL ADL INDEX)

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1. แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน 2. แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพกายของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อความ

เกี่ยวกับ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต ความสามารถในการมองเห็น ความสามารถในการได้ยิน และการรับรู้ภาวะสุขภาพ 3. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ซีอีเอส-ดี (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: CES-D) ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ ใช้ประเมินอารมณ์และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยมีข้อความเชิงลบ 16 ข้อ และเชิงบวก 4 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน ซึ่งคะแนนที่สูงแสดงถึงระดับภาวะซึมเศร้าที่สูง คะแนน ≥ 16 แสดงถึงความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง ความเข้มแข็งทางใจ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อันจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 8 กิจกรรม ได้แก่ เรามารู้จักกันเถอะ เปิดเผยตัวตน รู้ทันภาวะซึมเศร้า ตั้งเป้าหมายเพื่อชีวิตมีสุข ฉันททำได้ จิตแจ่มใสใจผ่องคลาย รู้ทันใจตัวเอง และดูแลตนเองสุขภาพดีตามวัย โดยดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที โปรแกรมดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมและความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ก่อนนำไปใช้ในการทดลองจริง

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและการวิจัย ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข เครื่องมือให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .87

การทดลองและการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงใหม่
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test)
4. ดำเนินโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 8 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์
5. หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอีกครั้ง (Post-test)
6. รวบรวมและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ เพศ อาชีพ และสถานภาพสมรส โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มด้วย **Paired t-test** และเปรียบเทียบผลต่างคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย **Independent t-test** กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ CRPPHO 068/2568 ลงวันที่ 3 ตุลาคม 2568.



ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	p-value
อายุ (Mean $\pm$ SD)	68 $\pm$ 5.7	69 $\pm$ 7.4	> 0.05
เพศหญิง n (%)	24 (80.0)	24 (80.0)	> 0.05
สถานภาพสมรส หย่าร้าง/หม้าย n (%)	24 (80.0)	22 (73.3)	> 0.05
ไม่ได้ทำงาน/แม่บ้าน n (%)	25 (83.3)	25 (83.3)	> 0.05
มีโรคประจำตัว 2 โรค n (%)	16 (53.3)	11 (36.7)	> 0.05
การรับรู้สุขภาวะระดับปานกลาง n (%)	16 (53.3)	25 (83.3)	> 0.05

หมายเหตุ: ทุกตัวแปรไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยไม่พบการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างตลอดระยะเวลาการทดลอง ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว และการรับรู้สุขภาวะ

ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 68 ปี (SD = 5.7) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 69 ปี (SD = 7.4) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} > 0.05$) ในด้านเพศ พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนเพศหญิงร้อยละ 80 และเพศชายร้อยละ 20 เท่ากัน

เมื่อพิจารณาลักษณะส่วนบุคคลด้านอื่นๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหย่าร้างหรือหม้าย ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน มีโรคประจำตัว 2 โรค และมีการรับรู้สุขภาวะอยู่ในระดับปานกลาง ผลการเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-square test, Fisher's exact test และ Independent t-test พบว่า ทุกตัวแปรไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} > 0.05$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันก่อนการทดลอง และเหมาะสมสำหรับการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในขั้นตอนต่อไป

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตภายในกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

กลุ่มก่อนทดลอง (Mean $\pm$ SD)	หลังทดลอง (Mean $\pm$ SD)	t	df	p-value	95% CI
20.13 $\pm$ 3.10	14.90 $\pm$ 2.59	17.11	29	< 0.001	4.60 – 5.86

ผลการวิเคราะห์คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 20.13 (SD = 3.10) และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยลดลงเหลือ 14.90 (SD = 2.59)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(29) = 17.11$, P-value < 0.001) โดยช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของผลต่างค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.60 ถึง 5.86

ผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสามารถช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	n	M	SD	df	t	p-value	95% CI
กลุ่มทดลอง	30	14.90	2.59	58	-7.39	< 0.001	-7.37 – -4.23
กลุ่มควบคุม	30	20.70	3.41				

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า (M = 14.90, SD = 2.59) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (M = 20.70, SD = 3.41)



เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(58) = -7.39$, $P\text{-value} < 0.001$) โดยช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ของความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง -7.37 ถึง -4.23

ผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีระดับภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะพื้นฐานทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันในด้านปัจจัยพื้นฐาน จึงสามารถนำมาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากค่าเฉลี่ย 20.13 เป็น 14.90 ($t(29) = 17.11$, $P\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพในการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิตและแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพทางจิตใจ การเสริมสร้างการมองโลกในแง่ดี และการรับรู้คุณค่าในตนเอง แนวคิดดังกล่าวช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ชีวิตและจัดการกับอารมณ์ด้านลบได้ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง

นอกจากนี้ กิจกรรมภายในโปรแกรมยังส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการสะท้อนความรู้สึกระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อีกทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตั้งเป้าหมายชีวิต การผ่อนคลายจิตใจ และการดูแลสุขภาพตนเอง ยังช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ แหนจอน (2561) ที่พบว่า โปรแกรมกิจกรรมกลุ่มสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกิจกรรมกลุ่มช่วยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการสนับสนุนทางจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว

ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 18.83 เป็น 20.70 ($t(29) = 4.76$, $P\text{-value} < 0.001$) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุยังคงเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงเดิม เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว การขาดกิจกรรมทางสังคม และการขาดการสนับสนุนทางจิตใจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีการลดลงของคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยกิจกรรมภายในโปรแกรมช่วยส่งเสริมการปรับตัวทางจิตใจ การสร้างกำลังใจ และการสร้างเครือข่ายทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ การดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เดียวและมีจำนวนไม่มาก จึงอาจจำกัดการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงกับประชากรผู้สูงอายุในบริบทอื่น นอกจากนี้ระยะเวลาการติดตามผลค่อนข้างสั้น จึงควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ของโปรแกรมต่อไป

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของหน่วยบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อลดภาวะซึมเศร้าไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ทั้งในหน่วยบริการและชุมชน เพื่อช่วยป้องกันและลดระดับภาวะซึมเศร้า
2. ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้และทักษะในการจัดโปรแกรมตามแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อส่งเสริมอารมณ์เชิงบวก การมีส่วนร่วมทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
3. หน่วยบริการสุขภาพสามารถบรรจุโปรแกรมดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของแผนการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังหรือมีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต



2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลในระยะยาว เช่น 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินความต่อเนื่องของผลลัพธ์
2. ควรศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกในการส่งเสริมสุขภาพจิตในประชากรวัยอื่น เช่น วัยทำงานหรือวัยรุ่น
3. ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างหรือศึกษาในหลายพื้นที่ เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยในระดับประชากร

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

กรมสุขภาพจิต. (2564). แนวทางการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต. (2565). คู่มือการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน. กระทรวงสาธารณสุข.

จุฬามาศ แหนจอน. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 36(2), 45–56.

ณัฐวุฒิ ใจดี, และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 50(3), 255–266.

มรรยาท รุจิวิทย์. (2562). จิตวิทยาเชิงบวกกับการส่งเสริมสุขภาพจิต. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ยุพิน ศรีสุข. (2564). โปรแกรมกิจกรรมกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 35(1), 12–24.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2560). สุขภาพจิตผู้สูงอายุและการดูแลในชุมชน. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ กรมสุขภาพจิต. (2566). รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. THE LANCET, 365(9475), 1961–1970.

Beck, A. T. (1976). COGNITIVE THERAPY AND THE EMOTIONAL DISORDERS. International Universities Press.

Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. JOURNAL OF GERONTOLOGY: MEDICAL SCIENCES, 58(3), 249–265.

- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 160(6), 1147–1156.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *ANNUAL REVIEW OF CLINICAL PSYCHOLOGY*, 5, 363–389.
- Gonçalves, D. C., & Byrne, G. J. (2012). Interventions for depression in older adults. *INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRICS*, 24(4), 593–606.
- Park, N., & Peterson, C. (2009). Character strengths: Research and practice. *JOURNAL OF COLLEGE AND CHARACTER*, 10(4), 1–10.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *BASIC AND APPLIED SOCIAL PSYCHOLOGY*, 23(4), 245–266.
- Reynolds, C. F., & Kupfer, D. J. (1999). Depression and aging: A look to the future. *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 156(12), 1801–1807.
- Seligman, M. E. P. (2011). *FLOURISH: A VISIONARY NEW UNDERSTANDING OF HAPPINESS AND WELL-BEING*. Free Press.
- Taylor, W. D. (2014). Depression in the elderly. *NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE*, 371(13), 1228–1236.
- World Health Organization. (2017). *DEPRESSION AND OTHER COMMON MENTAL DISORDERS: GLOBAL HEALTH ESTIMATES*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *MENTAL HEALTH OF OLDER ADULTS*. World Health Organization.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *JOURNAL OF PSYCHIATRIC RESEARCH*, 17(1), 37–49.