

The Effects of the Depression Prevention Program for the Elderly at Ban Don Lee Health Promotion Hospital, Nong Bua Kaew Subdistrict, Phayakkhaphumphisai District, Mahasarakham Province

Watcharee Kaewmukda, Patcharawan Wongamart, and Yuttasart Kaewwiset

Ban Don Lee Health Promotion Hospital, Phayakkhaphum Phisai District, Mahasarakham Province

E-mail: uc05022@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-6484-1003>

E-mail: aom.patcha99@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-2148-710X>

²E-mail: yut.sart2517@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0001-6882-8790>

Received 19/11/2024

Revised 09/12/2024

Accepted 10/01/2025

Abstract

Background and Aims: Depression among the elderly is increasing every year, leading to both physical and psychological suffering, as well as impairing their relationships with others. It also results in self-neglect, deteriorating health, and an increased risk of disability, which reduces their quality of life. This study aimed to study the effect of a depression prevention program in the elderly at Ban Don Li Subdistrict Health Promotion Hospital, Nong Bua Kaew Subdistrict, Phayakkhaphum Phisai District, Maha Sarakham Province.

Methodology: This research is a quasi-experimental study with a Pretest-Posttest two-group design conducted from December 2023 to August 2024 to examine the effects of a depression prevention program for the elderly in the area under the responsibility of the Ban Don Lee Subdistrict Health Promoting Hospital, Nong Bua Kaew Subdistrict, Phayakkhaphumphisai District, Mahasarakham Province. The sample was divided into two groups: an experimental group of 48 elderly individuals and a comparison group of 48 elderly individuals. The experimental group participated in the depression prevention program, while the comparison group received usual care and services. The research tools included the depression prevention program for the elderly and data collection instruments such as a general information questionnaire, a depression assessment scale, the 8Q suicide risk assessment, and a mental health literacy questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics. For normally distributed data, the Paired t-test and Independent t-test were used.

Results: The results showed that after participating in the program, the experimental group had a statistically significant decrease in depression scores compared to before the program (95% CI = -0.25 to 2.62, p-value < 0.05). The comparison group also showed a statistically significant change (95% CI = -1.73 to 2.44, p-value < 0.05). There was no tendency for suicide among the elderly, and the experimental group showed a significant increase in mental health literacy scores





compared to before the program (95% CI = 0.57 to 1.09, p-value < 0.05), which was also significantly higher than the comparison group (95% CI = -0.65 to -0.05, p-value < 0.05).

Conclusion: The developed program is effective in preventing depression among the elderly. Therefore, it is recommended that the program be expanded to other groups, such as those with chronic diseases or stroke patients.

Keywords: Depression; Mental Health Literacy; Depression Prevention Program



ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนหลี่ ตำบลหนองบัวแก้ว อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วัชรวิ แก้วมุกดา, พัทธวรรณ วงศ์อำมาตย์ และยุทธศาสตร์ แก้ววิเศษ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนหลี่ อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและวัตถุประสงค์: โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อให้ผู้สูงอายุได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ และยังพร้อมในด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น ไม่ดูแลตนเอง สุขภาพเสื่อมถอย เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนหลี่ ตำบลหนองบัวแก้ว อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ระเบียบวิธีการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ Pretest-posttest two-group design ดำเนินงาน ธันวาคม 2566 - สิงหาคม 2567 เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนหลี่ ตำบลหนองบัวแก้ว อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง 48 คน และกลุ่มผู้สูงอายุเปรียบเทียบ 48 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้า ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับบริการและการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, สถิติเชิงอนุมาน กรณีแจกแจงแบบปกติ ใช้ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย: หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% CI (-0.25 ถึง 2.62) p -value <0.05 และกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% CI (-173 ถึง 2.44) p -value <0.05 ผู้สูงอายุไม่มีแนวโน้มต่อการฆ่าตัวตาย และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิตมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% CI (0.57 ถึง 1.09) p -value <0.05 และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 95% CI (-0.65 ถึง -0.05) p -value <0.05

สรุปผล: สรุปได้ว่าโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ดังนั้นจึงควรมีการขยายผลการใช้โปรแกรมไปในกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

คำสำคัญ: โรคซึมเศร้า; ความรู้ด้านสุขภาพจิต; โปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้า

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่แสดงถึงความเปราะบางทางด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกาย และพฤติกรรม เนื่องจากมีความคิดที่บิดเบือนต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต ทำให้มีการแสดงออกโดยตำหนิ ตีตน และลงโทษตนเอง ประเมินตนเองว่าไร้ค่า เปื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจ และสิ่งกระตุ้น สิ้นหวัง พยายามหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆ มีกิจกรรมต่างๆ ลดลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีอาการเฉย

เมย ฉ่อยชา ต่อสิ่งแวดลอม หลีกหนีออกจากสังคมและไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น วัดจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาเพื่อใช้วัดระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรทั่วไป ซึ่งพัฒนาโดย Radloff (1977) สำหรับในประเทศไทย ธวัชชัย วรพงษ์ และคณะ (2533) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยถือคะแนนมาตรฐานตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป เป็นตัวชี้บ่งว่าบุคคลนั้นมีภาวะซึมเศร้า

จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในระหว่างปี พ.ศ. 2558–2593 ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22 สำหรับประเทศไทยพบว่า เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งนำไปสู่ปัญหาของโรคทางสุขภาพจิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โรคทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อประมาณร้อยละ 7 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด จากสถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในประเทศไทย ซึ่งรวบรวมโดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ในระหว่างปี พ.ศ. 2561-2565 พบผู้สูงอายุที่ป่วย เป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.28, 2.60 , 2.96, และร้อยละ 3.49 ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มของจำนวนผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากผู้สูงอายุที่มีชีวิตโดยลำพัง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

อำเภอพยุหะภูมิพิสัย ในปี 2565 มีผู้สูงอายุทั้งหมด 13,297 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.18 ของประชากรทั้งหมด ถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 แต่ภาระงานส่วนใหญ่ยังอยู่ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก แต่ละตำบลมีการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในรูปแบบที่แตกต่างกัน และยังไม่มีการศึกษาประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ รวมถึงยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเชื่อมโยงไปถึงการกำหนดรูปแบบในการดำเนินงานเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกลไกต่างๆในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพกองทุนหรือหน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการศึกษากระบวนการแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหรือระดับตำบล ที่จะช่วยให้พื้นที่สามารถพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพตรงตามบริบทของพื้นที่อำเภอพยุหะภูมิพิสัย จากการสำรวจปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและความรอบรู้ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนหลี่ พบว่า มีผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 623 ราย มีกลุ่มติดสังคม จำนวน 417 ราย ร้อยละ 66.93 กลุ่มติดบ้านจำนวน 203 ราย ร้อยละ 32.58 กลุ่มติดเตียงจำนวน 2 ราย ร้อยละ 0.32 ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 178 คิดเป็นร้อยละ 28.57 แบ่งเป็นโรคเบาหวาน 117 คน โรคความดันโลหิตสูง 61 คน จากการตรวจคัดกรองหาภาวะโรคซึมเศร้าพบมีปัญหามาภาวะซึมเศร้า จำนวน 21 ราย ร้อยละ 3.37 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนหลี่, 2565) ทั้งนี้พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนหลี่เอง ยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางในการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จากสถานการณ์ข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนหลี่ ตำบลหนองบัวแก้ว อำเภอพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เพื่อนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนหลี่ ตำบลหนองบัวแก้ว อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

การทบทวนวรรณกรรม

ผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) เป็นช่วงวัยที่ยังช่วยเหลือตนเองได้
- 2) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) เป็นช่วงวัยที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง
- 3) ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป) เป็นช่วงวัยที่เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ

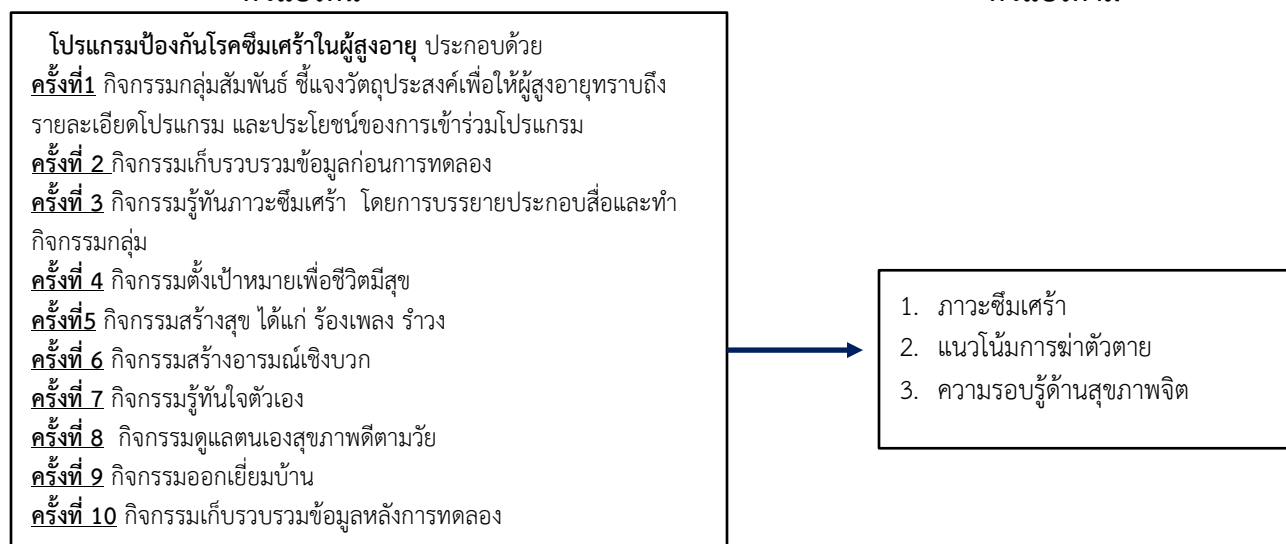
โรคซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่สภาพจิตมีความเปลี่ยนแปลงโดยมีความผิดปกติด้านอารมณ์ ร่วมกับความผิดปกติด้านความคิด ร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งความผิดปกติด้านอารมณ์มีความเด่นชัดกว่าด้านอื่นๆ โดยการเปลี่ยนแปลงด้าน อารมณ์ เช่น มีอารมณ์ซึมเศร้า รู้สึกท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวัง เบื่อหน่ายชีวิต การเปลี่ยนแปลงด้านความคิดการมอง ตนเอง เช่น ต่ำหนิและลงโทษตนเอง มองตนเองในแง่ร้าย มองตนเองด้อยค่า ขาดแรงจูงใจ คิดทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและพฤติกรรม เช่น น้ำหนักลดลง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีกิจวัตรประจำวันลดลง ภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อสังคมในแง่ของการทำงานที่มีประสิทธิภาพลดลง รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลลดลงด้วย

ความรู้ทางสุขภาพจิต หมายถึง ความรู้ ความเชื่อ ความตระหนัก และความสามารถของบุคคลในการรับรู้ ป้องกันและแสวงหาแนวทางดูแลตนเอง การช่วยเหลือตนเอง และสืบค้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องทางสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ Pretest-posttest two-group design (Altman, 1991) ดำเนินงานระหว่างเดือน ธันวาคม 2566 - สิงหาคม 2567 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนหลี่ ตำบลหนองบัวแก้ว อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 783 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power โดยกำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) ที่ระดับ 0.95 ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน (Polit, 2008) แต่การศึกษาในสถานการณ์จริง อาจมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงมีการคำนวณปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา (อรุณ จิรวรรณกุล, 2550) โดยปรับเพิ่มร้อยละ 5 ดังนั้นจึงใช้โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n}{(1-R)^2}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง

n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

R = สัดส่วนการตกสำรวจหรือสัดส่วนการสูญหายจากการติดตาม

$$n_{adj} = \frac{18}{(1-0.05)^2}$$

= 47.36 หรือ 48 คน

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งหมด 96 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง 48 คน และกลุ่มผู้สูงอายุเปรียบเทียบ 48 คน ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลาก โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับบริการทางการแพทย์จากโรงพยาบาลปกติ โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. เป็นผู้อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีการประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน มากกว่าหรือเท่ากับ 12
2. เป็นผู้ที่มีการได้ยินปกติ สามารถพูดและเข้าใจภาษากับผู้วิจัยได้ดี ไม่จำกัดความรู้ สถานภาพทางการศึกษาและอาชีพ

3. มีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยความเต็มใจ

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่ป่วยและมีอาการทางร่างกายรุนแรงอันเป็นอุปสรรคต่อการวิจัย
2. เป็นผู้ที่มีความซึมเศร้าระดับรุนแรง ตามเกณฑ์จากแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของตาม เกณฑ์จากแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง โดยได้คะแนน 25 คะแนนขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนหลี่ ตำบลหนองบัวแก้ว อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพ โรคประจำตัว ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ หรือเติมคำลงในช่องว่างข้อความ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDs) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (2536) จำนวน 30 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ คำถามเชิงบวก ใช้ คะแนนเท่ากับ 0 ไม่ใช่ เท่ากับ 1 คำถามเชิงลบ ไม่ใช่ คะแนนเท่ากับ 0 ใช่เท่ากับ 1 โดยมีการแปลผลคะแนนดังนี้ ภาวะปกติ เท่ากับ 0-12 คะแนน ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) เท่ากับ 13-18 คะแนน ภาวะซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) เท่ากับ 19-24 คะแนน ภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression) เท่ากับ 25-30 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย (8Q) โดยใช้แบบประเมิน 8Q ของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2566) จำนวน 8 ข้อ มีการแปลผลดังนี้ 0 คะแนน ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 1-8 คะแนน มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย 9-16 คะแนน มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง ≥ 17 คะแนน มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรงให้ส่งต่อโรงพยาบาลที่มีจิตแพทย์ด่วน

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้สุขภาพจิต เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดำเนินการแปลมาจาก The Mental Health Literacy Questionnaire - Young Adult (MHLq) พัฒนาโดย ดิอาส และคณะ (Dias, Campos, Almeida, & Palha, 2018) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สุขภาพจิตจำนวน 29 ข้อแบบเลือก 5 ระดับ ประกอบด้วยด้านย่อย 4 ด้าน คือ 1.ด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต 2.ด้านความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต 3.ด้านการรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น 4.ด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ การตอบแบบวัดจะตอบตามที่จริงตรงกับตัวเองและความคิดเห็นของผู้สูงอายุ โดยคิดคะแนน คือ 5 เท่ากับมากที่สุด 4 เท่ากับมาก 3 เท่ากับปานกลาง 2 เท่ากับ น้อย และ 1 เท่ากับ น้อยที่สุด การให้คะแนนและการแปลผล ข้อที่แปลความหมายในทางลบ (Negative) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 6, 9, 12, 15, 18 โดยถ้าเลือก 5 ให้ 1 คะแนน เลือก 4 ให้ 2 คะแนน เลือก 3 ให้ 3 คะแนน เลือก 2 ให้ 4 คะแนน และเลือก 1 ให้ 5 คะแนน จากนั้นแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.00 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยการตรวจหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และการตรวจหาความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบและพิจารณาว่าข้อความในแบบสัมภาษณ์ มีความถูกต้องครอบคลุม สอดคล้องตามวัตถุประสงค์และมีความชัดเจนของภาษาหรือไม่แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำเครื่องมือไปใช้จริง ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย

อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลด้านพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน

พยาบาล ปฏิบัติการขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 1 ท่าน

แบบสอบถามผู้วิจัยสร้างขึ้นได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต มีเกณฑ์พิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบข้อคำถามแต่ละข้อตามความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวัดดังนี้

ค่า 1 หมายถึง ข้อความนั้นมีความสอดคล้องกับโครงสร้างหรือเนื้อหา

ค่า 0 หมายถึงข้อความนั้นมีความกำกวม ไม่ชัดเจนด้านความสอดคล้องกับ โครงสร้างหรือนี้อา

ค่า -1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่มีความสอดคล้องกับโครงสร้างหรือเนื้อหา

เมื่อได้คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านแล้วนำคะแนนมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence-IOC) โดยใช้สูตร ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ IOC หมายถึง ค่าดัชนีความสอดคล้องของคำถามกับโครงสร้างหรือเนื้อหา

$\sum X$ หมายถึง ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

เกณฑ์ในการพิจารณาข้อคำถาม ดังนี้

ค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เลือกข้อคำถามนั้นไว้ใช้ได้

ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรมีการปรับปรุงแก้ไข หรือตัดทิ้ง

ผลการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง เท่ากับ 1.00

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS) มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง เท่ากับ 1.00

ส่วนที่ 3 แบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8 Q) มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง เท่ากับ 1.00

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต 4 ด้าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องดังนี้

- ด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต เท่ากับ 1.00
- ด้านความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต เท่ากับ 0.67
- ด้านการรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น เท่ากับ 1.00
- ด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม เท่ากับ 1.00

2. การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต 4 ด้าน วิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์ข้อมูลไม่ต่ำกว่า 0.70 จึงจะถือว่านำไปใช้ได้ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในแต่ละด้านมีดังนี้

- ด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต เท่ากับ 0.86
- ด้านความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต เท่ากับ 0.78
- ด้านการรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น เท่ากับ 0.79
- ด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม เท่ากับ 0.75

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการ ดำเนินการเดือน ธันวาคม 2566 - มกราคม 2567

1) ทำหนังสือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนหลี่ ถึงผู้ใหญ่บ้านในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนหลี่ 10 หมู่บ้าน เพื่อขอความร่วมมือและขอเก็บข้อมูลในการทำวิจัยในครั้งนี้

2) ติดต่อประสานงานกับผู้ใหญ่บ้าน พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3) ศึกษาข้อมูลเพื่อใช้ในการสร้างแบบสอบถาม การทำแผนการจัดโปรแกรมป้องกันโรคซึมเศร้า

4) เตรียมอุปกรณ์สื่อต่างๆ ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ คู่มือการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และ Key message

2. ขั้นดำเนินการทดลอง ดำเนินการเดือน กุมภาพันธ์ - มิถุนายน 2567

ดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมป้องกันโรคซึมเศร้า โดยกิจกรรมที่กำหนดมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และกลุ่มทดลอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมวิจัย เตรียมทีมผู้วิจัย กิจกรรมการปฐมนิเทศ แนะนำตัวเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุทราบถึงรายละเอียดโปรแกรมป้องกันโรคซึมเศร้า ที่จะต้องเข้าร่วมกิจกรรมและเพื่อให้ผู้สูงอายุทราบถึงประโยชน์ที่จะต้องเข้าร่วมกิจกรรม

ครั้งที่ 2 กิจกรรมเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ถามให้ตอบ ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และแบบประเมินความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิต โดยทีมผู้วิจัยจะเป็นผู้ตรวจประเมิน

ครั้งที่ 3 กิจกรรมรู้ทันภาวะซึมเศร้า ลักษณะกิจกรรม คือ ให้กลุ่มทดลองเล่าเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล ความเศร้า แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของสมาชิก พูดถึงภาวะซึมเศร้า และการป้องกันภาวะซึมเศร้าเพื่อส่งเสริมการสร้างความสุขเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า เปิดวิดิทัศน์ ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า ให้สมาชิกกลุ่มดู เมื่อดูจบกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น แนวทางการลดหรือป้องกันภาวะซึมเศร้า ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็นทางเลือกการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า

ครั้งที่ 4 กิจกรรมตั้งเป้าหมายเพื่อชีวิตมีสุข ลักษณะกิจกรรมคือ ให้กลุ่มทดลองตั้งเป้าหมายที่คิดว่าจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ผู้นำกลุ่มเขียนป้ายบอกถึงสิ่งที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข และออกมาเล่าถึงสิ่งที่สมาชิกกลุ่มเขียน ผู้นำกลุ่มสาธิตยกตัวอย่างให้สมาชิกกลุ่มดู พร้อมทั้งให้ข้อมูลเพิ่มเติมถึงแนวทางการวางแผนที่จะทำให้ชีวิตมีสุข และกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นและส่งเสริมศักยภาพสมาชิก ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลผู้สูงอายุ เรื่องการรวมกลุ่มกับเพื่อนๆ เพื่อพบปะ พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งจะช่วยให้เกิดความคิดวิเคราะห์ ความคิดเรื่องการตั้งเป้าหมายในชีวิตประจำวัน

ครั้งที่ 5 กิจกรรมฉันทำได้ ลักษณะกิจกรรม คือ ให้กลุ่มทดลองจับคู่กัน เล่าความเก่ง ความสามารถพิเศษ ความถนัดของคู่ที่จับคู่ด้วย แล้วออกมาสาธิต เช่น รำวง ร้องเพลง การออกกำลังกายในกีฬาชนิดต่างๆ ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลผู้สูงอายุหากิจกรรมที่ทำให้เพลิดเพลิน ไม่หมกมุ่นอยู่กับความคิดเดิม ๆ อาจเป็นกิจกรรมที่ชื่นชอบหรือกิจกรรมแปลกใหม่ เพื่อสร้างประสบการณ์การเรียนรู้สิ่งใหม่

ครั้งที่ 6 กิจกรรมสร้างอารมณ์เชิงบวกจิตแจ่มใสใจผ่องคลาย โดยให้กลุ่มทดลองออกมาฝึกการออกกำลังกาย ในท่าประจำวันของตนเอง 1 รอบ จากนั้นให้เพื่อนร่วมออกกำลังกาย ในท่าประจำวันเกิดตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันอาทิตย์ ผู้นำกลุ่มให้ข้อมูลกับผู้สูงอายุถึงประโยชน์ว่า นอกจากจะได้ในเรื่องความแข็งแรงแล้ว การทำท่าต่าง ๆ ได้ จะเป็นการฝึกสมอง กระตุ้นความจำที่ดี

ครั้งที่ 7 กิจกรรมรู้ทันใจตัวเอง โดยอธิบายกิจกรรมครั้งนี้เกี่ยวกับการมีสติ สมาธิ ควบคุมอารมณ์ และสามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้ ผู้นำกลุ่มเปิดวิดิทัศน์เพลงดอกไม้บาน และให้สมาชิกทำท่าประกอบเพลงเพื่อให้สมาชิกมีสมาธิและรู้สึกผ่อนคลาย ผู้วิจัยแนะนำวิธีการผ่อนคลายต่าง ๆ เช่น การนั่งในท่าสบาย ผึกหายใจเข้าๆ ลึกๆ ใช้กล้ามเนื้อกระบังลม บริเวนท์ท้องช่วย โดยหายใจเข้าท้องป่อง กลั้นหายใจไว้วันละ 1-4 และหายใจออกช้า ๆ นับ 1-8 ให้ท้องแฟบทำซ้ำๆ เมื่อรู้สึกเครียด หงุดหงิด โกรธ หรือไม่สบายใจ

ครั้งที่ 8 กิจกรรมดูแลตนเองสุขภาพดีตามวัย โดยให้กลุ่มทดลองทำท่าประกอบเพลงดอกไม้บานพร้อมกัน ผู้นำกลุ่มให้ผู้สูงอายุจับคู่และเขียนการดูแลสุขภาพกาย และสุขภาพใจมาคนละ 1 แนวทางแล้วให้ออกมาเล่าแนวทางและวิธีการดูแลตนเอง พร้อมทั้งบอกประโยชน์ที่ได้รับจากการดูแลตนเองในทางสร้างสรรค์

ครั้งที่ 9 กิจกรรมออกเยี่ยมบ้าน เพื่อค้นหาปัจจัยด้านจิตสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความกังวลต่อโรคที่เป็นอยู่ ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด และความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 10 ผู้วิจัยวัดผลข้อมูลในกลุ่มหลังการทดลอง โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และแบบประเมินความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิต จากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของชุดข้อมูลอีกครั้งก่อนนำไปวิเคราะห์ผล การทดลองในลำดับถัดไป

3. ขั้นตอนการหลังทดลอง ดำเนินการเดือน กรกฎาคม - สิงหาคม 2567

ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ประชุมสรุปผลการดำเนินงานและคืนข้อมูลให้แก่ทีมผู้วิจัย เพื่อนำโปรแกรมที่ได้ไปขยายสู่พื้นที่อื่นต่อไป

การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ใช้โปรแกรมการประมวลผลสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 สถิติที่ใช้วิเคราะห์มีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS) การประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย (8Q) และความรู้ด้านสุขภาพจิต กรณีแจกแจงแบบปกติ ใช้สถิติ Paired Sample t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS) การประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย (8Q) และความรู้ด้านสุขภาพจิต กรณีแจกแจงแบบปกติ ใช้สถิติ Independent t-test

จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพัคฆภูมิพิสัย เลขที่ HE 15/2566 ลงวันที่ 1 ธันวาคม 2566 โดยผู้วิจัยได้แจ้งกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วม ทราบถึงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยข้อมูลที่ได้อธิบายเป็น ความลับอย่างเคร่งครัด และเผยแพร่กระทำในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย และสามารถที่จะยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับตามมาตรฐานบริการเดิม โดยการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลจะเริ่มหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมการวิจัย และลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 และ 72.92 มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 67.7 ปีและ 67.1 ปี สถานภาพสมรสทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จะเป็นสมรส ระดับการศึกษาจบระดับประถมศึกษาร้อยละ 77.08 และ 85.42 การประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 89.85 และ 87.50 กลุ่มทดลองจะมีและไม่มีโรคประจำตัวเท่ากัน โดยโรคประจำตัวส่วนใหญ่จะเป็นโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 45.83 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่จะไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 60.41

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนหลี่ ตำบลหนองบัวแก้ว อำเภอพัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

2.1 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ

2.1.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($M.D.=0.3$, $p-value >0.05$) แต่เมื่อ

หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($M.D. = (-0.81)$, $p\text{-value} > 0.05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n=48)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=48)			Mean difference (95%CI)	p-value
	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	4.94	0.72	ปกติ	4.58	0.78	ปกติ	0.35 (-1.73 - 2.44)	0.369
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.75	0.23	ปกติ	4.56	0.31	ปกติ	-0.81 (-1.58 - (-0.40))	0.980

2.1.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M.D. = 1.18$, $p\text{-value} < 0.05$) และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($M.D. = 0.02$, $p\text{-value} > 0.05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ภาวะซึมเศร้า	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n=48)			หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=48)			Mean difference (95%CI)	p-value
	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	4.94	0.71	ปกติ	3.75	0.23	ปกติ	1.18 (-0.25 - 2.62)	0.050
กลุ่มเปรียบเทียบ	4.58	0.78	ปกติ	4.56	0.31	ปกติ	0.02 (-1.73 - 1.77)	0.491

2.2 การประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย (8Q)

การประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนการประเมินทั้งสองกลุ่มเท่ากับ 0 คะแนน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีแนวโน้มของการฆ่าตัวตาย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของแนวโน้มการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระดับแนวโน้มการฆ่าตัวตาย	กลุ่มทดลอง (N=48)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=48)	
	ก่อนเข้าร่วม จำนวน(ร้อยละ)	หลังเข้าร่วม จำนวน(ร้อยละ)	ก่อนเข้าร่วม จำนวน(ร้อยละ)	หลังเข้าร่วม จำนวน(ร้อยละ)
ไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย (0 คะแนน)	48 (100.00)	48 (100.00)	48 (100.00)	48 (100.00)
มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายระดับ เล็กน้อย (1 – 8 คะแนน)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายระดับ ปานกลาง (9 – 16 คะแนน)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายระดับ รุนแรง (≥ 17 คะแนน)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)

2.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

2.3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($M.D.=(-0.35, p\text{-value} > 0.05$ แต่เมื่อหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M.D.=0.27, p\text{-value} < 0.05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ความรอบรู้ ด้านสุขภาพจิต	กลุ่มทดลอง (n=48)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=48)			Mean difference (95%CI)	p-value
	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.40	0.13	ปานกลาง	3.76	0.08	มาก	-0.35 (-0.65 – (-0.05))	0.988
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.24	0.02	มากที่สุด	3.97	0.02	มากที่สุด	0.27 (0.22 -0.32)	<0.001

2.3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M.D.=0.83, p\text{-value} < 0.05$) และกลุ่มเปรียบเทียบ หลังเข้าร่วมโครงการมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M.D.=0.22, p\text{-value} < 0.05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n=48)			หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=48)			Mean difference (95%CI)	p-value
	$\bar{X}$	S.D	ระดับ	$\bar{X}$	S.D	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	3.14	0.13	ปานกลาง	4.24	0.02	มากที่สุด	0.83 (0.57 – 1.09)	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.76	0.08	มาก	3.97	0.02	มากที่สุด	0.22 (0.04 – 0.40)	0.01

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าโปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนหลี่ ตำบลหนองบัวแก้ว อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม มีการกำหนดโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย

1. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ซึ่งเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มทดลอง
2. กิจกรรมรู้เท่าทันภาวะซึมเศร้า ที่ทำให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิต และสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้รวมทั้งสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ และค้นหาแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพจิตที่น่าเชื่อถือได้
3. กิจกรรมตั้งเป้าหมายเพื่อชีวิตมีสุข เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงมีอายุมีเป้าหมายในชีวิต
4. กิจกรรมฉันทำได้ เป็นกิจกรรมสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีส่วนร่วม รู้สึกมีคุณค่า ได้ระบายความรู้สึก แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่น ลดความรู้สึกเหงาว่าเหว เพื่อให้เกิดความมั่นคง และอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่า
5. กิจกรรมสร้างอารมณ์เชิงบวกจิตแจ่มใสใจผ่องคลาย เป็นการใช้สติจะทำให้ผู้สูงอายุปล่อยวางความคิดทางลบได้ เข้าใจความเป็นจริงของชีวิต เข้าใจเหตุแห่งทุกข์ เข้าใจปัญหาของตน รู้เท่าทันความคิดของตน ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต
6. กิจกรรมรู้ทันใจตัวเอง ผู้สูงอายุสามารถสำรวจและเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยการทำความเข้าใจและค้นหาวิธีทางในการแก้ไขปัญหา
7. กิจกรรมดูแลสุขภาพจิตตามวัย เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม การสร้างเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความสุขสนุกสนานเพลิดเพลิน ผ่อนคลายความตึงเครียด สุขภาพจิตดีขึ้น ประสิทธิภาพเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดอาการทางคลินิก เช่น ภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล ผลในเชิงบวกคืออารมณ์ดี สุขภาพดี ส่งผลให้ร่างกายและภาพลักษณ์ดี
8. กิจกรรมออกเยี่ยมบ้าน เป็นกิจกรรมที่ทีมผู้วิจัยออกติดตาม สร้างเครือข่ายในการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะซึมเศร้าในทุกมิติ

อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนหลี่ ตำบลหนองบัวแก้ว อำเภอยักษ์ภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ครั้งนี้ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม ประกอบด้วย การทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มเกี่ยวกับวิถีจัดการความเครียด

ความวิตกกังวล ความเศร้า รวมถึงการได้พบปะพูดคุยกัน การจับคู่บอกเล่าความเก่ง ความถนัด และความสามารถพิเศษของคู่ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับบายความรู้สึก ลดความรู้สึกเหงา ว่าเหว่สอดคล้องกับแนวคิดของวิลเลียม ทอมเจริญ (2558) ซึ่งได้สรุปทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (activity theory) ของฮาวิก เอิร์ท ไว้ว่าการดำรงชีวิตอย่างมีสุขของผู้สูงอายุต้องเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความมั่นคง อยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่า การทำกิจกรรมสร้างอารมณ์เชิงบวก กิจกรรมรู้ทันใจตัวเอง เป็นการฝึกให้ผู้สูงอายุมีสติ สมาธิ ควบคุมอารมณ์ และสามารถทำให้จิตใจแจ่มใสผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้ เช่น การร้องเพลง การรำวง หรือการออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุได้ผลิตเอนดอร์ฟิน ไม่หมกมุ่นอยู่กับความคิดเดิมๆ และช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรง กระฉับกระเฉง สดชื่น นอนหลับดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของธนวัฒน์ คงธรรม (2566) ศึกษาผลของการสร้างคุณค่าในตนเองร่วมกับการเสริมพลังในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ตำบลปางมะผ้า อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาของณัฐิกา ราษบุตรและคณะ (2564) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคซึมเศร้า ผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยโรคซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การศึกษาของอารี พุ่มประไทย์ และคณะ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความมีคุณค่าในตนเองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ตำบลบ่อพลอย อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความมีคุณค่าในตนเองผู้สูงอายุ มีคะแนนภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) การศึกษาของจิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์ และคณะ (2566) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.530, p < .001$) ส่วนแนวโน้มการฆ่าตัวตาย จากการประเมินพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมและพร้อมที่จะเรียนรู้ในโปรแกรมอยู่แล้ว

ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เนื่องจากกิจกรรมตามโปรแกรมในแต่ละครั้ง ทีมผู้วิจัยจะแทรกความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุ การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จะช่วยให้เกิดความคิดวิเคราะห์ เลือกมีทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา สอดคล้องกับการแนวคิดของปราโมทย์ ถ่างกระโทกและคณะ (2563) ที่ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับแนวคิดและการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) ความสามารถของบุคคลในการรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจประเภทต่าง ๆ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทักษะที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมและ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของประกายฝัน นามวาทและคณะ (2567) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต “รู้ สร้าง สุข” ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความสุขของผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต “รู้ สร้าง สุข” มีคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิต 1 สัปดาห์หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 นฤมล จันทระเกษม และคณะ (2567) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตกลุ่ม

ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $p = .001$ ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า โดยอาจมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบท และวิถีชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนั้นๆ
2. ควรนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ไปเปรียบเทียบกับโปรแกรมอื่นที่มีวัตถุประสงค์ใกล้เคียงกัน หรือนำไปใช้กับพื้นที่อื่น เพื่อเลือกวิธีการที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด
3. ควรมีการศึกษา และติดตามผลระยะยาวกว่านี้ เพื่อความยั่งยืนของโปรแกรม และเกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. Retrieved on March 25, 2024 From: https://www.thaidepression.com/www/report/main_report/
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q). Retrieved on March 25, 2024 from: <https://catalog.dmh.go.th/dataset/testrisk/resource/992f8f5c-3972-412d-b0a9-ca5cd67ced72>
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสภาพสมองของไทย. *สารศิริราช*, 45(6), 359-74.
- จิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์, บุญเลี้ยง ทุมทอง และอภิญญา อิงอาจ. (2566). การพัฒนาโปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 34(2), 252-265.
- ณัฐิกา ราชบุตร, จุลจิรา จันทะมุงคุณ, และจรรยา แซ่ฮ่อ. (2564). การศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ ตำบลดอนมนต์ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารมจร.วิชาการ*, 20(40), 115-125.
- ธนวัฒน์ คงธรรม. (2566). ผลของการสร้างคุณค่าในตัวเองร่วมกับการเสริมพลังในการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลปางมะผ้า อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 8(2), 43-53.
- ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปันดี, และสมพร เติรัมย์ชัยศรี. (2533). คุณลักษณะความตรงของแบบวัดความซึมเศร้า CES-D. *วารสารจิตวิทยาคลินิก*, 21(1), 25-45.
- นฤมล จันทระเกษม, ธนพล บรรดาศักดิ์, ขวัญชนก ยศคำลือ, อาจารย์พรหมรัตน์ และศตวรรษ อุดรศาสตร์. (2567). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 25(2), 302-310.
- ประกายฝัน นามวาท, บงกชพร ไบโพธิ์, นิธิดา อินลุ่มเพ, นริยดา บุญสิทธิ์, พรทิพา ลอยประโคน, ประภาสริ ก้านทองกลาง, จุริภรณ์ อินทกุล, กะตั้น ศรีวัฒนพงษ์ และกษกร ฉายากุล. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต “รู้ สร้าง สุข” ต่อความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตและความสุขของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 42(1), 1-13.

- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, ณัฐชา พลาชีวะ, วินัย ไตรนาทวัลย์, และปรีศนา บุญประดิษฐ์. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต: แนวคิดและการประยุกต์ใช้สำหรับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. *เชียงใหม่เวชสาร*, 59(3), 163-72.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านดอนหลี่. (2565). *ข้อมูลการคัดกรอง ADL*. มหาสารคาม: เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2558). การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม จิตวิญญาณและการปรับตัวในผู้สูงอายุ. *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เอ็นพีเพรส.
- อรุณ จิรวรรณกุล. (2550). *ชีวิตรัตติ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). ภาควิชาชีวิตรัตติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อารี พุ่มประไพทย์, บรรจง เจนจัดการ, ปาหนัน กนกวงศ์นันท์, อัญชลี เหมชะญาติ, และณัฐพัชร์ จันทร์ฉาย. (2562). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความมีคุณค่าในตนเองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลบ่อพลอย อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 27(1), 33-41.
- Altman, D.G. (1991). *Practical Statistics for Medical Research*. London: Chapman & Hall; DOI : <https://doi.org/10.1201/9780429258589>.
- Dias, P., Campos, L., Almeida, H., & Palha, F. (2018). Mental health literacy in young adults: adaptation and psychometric properties of the mentalhealth literacy questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1318.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8th Edition, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 796 s.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>