

คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ตามแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ในนักศึกษาพยาบาล

ศุกรใจ เจริญสุข* กัญญาวิณัฏ โมกขาว*

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย การคัดกรองภาวะซึมเศร้าจะช่วยป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงและช่วยลดอาการซึมเศร้าได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี สำหรับนักศึกษาพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2566 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 242 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 11Q ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q และ 8Q ของกรมสุขภาพจิต นำมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D และ Hamilton Rating Scale โดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย : แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี มีความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .84 มีความสัมพันธ์กับแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เท่ากับ 0.79 และมีความสัมพันธ์กับแบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า Hamilton Depression Rating Scale เท่ากับ 0.89

สรุปผล : แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี มีคุณสมบัติทางจิตวิทยาของเครื่องมือที่ยอมรับได้สามารถนำไปใช้คัดกรองและจำแนกผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้

คำสำคัญ : การคัดกรอง นักศึกษาพยาบาล ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ภาวะซึมเศร้า

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : ศุกรใจ เจริญสุข Email: sukjai@bnc.ac.th

Received: July 13, 2025

Revised: December 22, 2025

Accepted: December 22, 2025

Psychometric Properties of the “Seven-Color Ball” Depression Screening Tool for Nursing Students

Sukjai Charoensuk* Kanyawee Mookhao*

Abstract

Background: Depression among nursing students is a significant mental health issue that affects academic performance and serves as a major risk factor for suicide. Depression screening can help prevent severe mental health problems and reduce depressive symptoms.

Objectives: To examine the psychometric properties of the Depression Screening Tool based on the “Seven-Color Ball” concept for nursing students.

Methods: This descriptive study used purposive sampling to select 242 first- to fourth-year nursing students in the academic year 2023 from a nursing college under the Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute. The research instrument was the 11Q Depression Screening Tool, adapted from the 9Q and 8Q depression screening questionnaires developed by the Department of Mental Health. Three experts evaluated content validity. Reliability was tested using Cronbach’s alpha coefficient, and construct validity was assessed by correlating the scores with the CES-D and Hamilton Rating Scale for Depression. Data were analyzed using Pearson’s correlation coefficient.

Results: The Depression Screening Tool based on the Seven-Color Ball concept demonstrated acceptable reliability with a Cronbach’s alpha of .84. The instrument showed a correlation of 0.79 with the adolescent depression screening scale and 0.89 with the Hamilton Depression Rating Scale.

Conclusion: The Seven-Color Ball depression screening tool has acceptable psychometric properties and can be used to screen and identify individuals at risk for depression.

Keywords: Screening, nursing students, Seven-Color Ball, depression

* Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute
Corresponding Author: Sukjai Charoensuk, Email: sukjai@bnc.ac.th

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นหนึ่งในโรคทางจิตเวชที่พบบากที่สุดทั่วโลก และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การทำงาน ความสัมพันธ์ และเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีแห่งชีวิตที่มีคุณภาพ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าประชากรประมาณ 4% ของประชากรโลกที่มีภาวะซึมเศร้า (World Health Organization [WHO], 2025) สำหรับประเทศไทย กรมสุขภาพจิตรายงานจำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสะสม และเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ในปี 2568 ว่ามีถึงจำนวน 1,391,907 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่เพิ่มขึ้นจากช่วงเวลาเดียวกันในปี 2567 ที่มีจำนวน 1,308,013 คน (Department of Mental Health, 2025)

ภาวะซึมเศร้านักเริ่มต้นในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากการพึ่งพาในวัยเด็กมาสู่การพึ่งตนเองในวัยผู้ใหญ่และแสวงหาอัตลักษณ์ของตนเองจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยมีความชุกที่สูงทั่วโลก (Liu et al., 2022) ในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีการศึกษาพบว่า ค่ามัธยฐานอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัย 6 ประเทศ ได้แก่ กัมพูชา ลาว มาเลเซีย พม่า ไทย และเวียดนาม อยู่ที่ร้อยละ 29.4 โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่ร้อยละ 7-8 (Dessauvage et al., 2021) และนักศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์มีความชุกของภาวะซึมเศร้ามากที่สุด (Kaewkanta & Rungreangkulkij, 2015)

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการป้องกันการเกิดโรคและลดความรุนแรงของโรคซึมเศร้า เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับบุคคลทั่วไป ส่วนใหญ่จะเป็นแบบสอบถามที่ให้ตอบด้วยตนเอง (self-report) ที่นิยมใช้ในกลุ่มประชาชนทั่วไปได้แก่ Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) ที่พัฒนาขึ้นโดย Radloff (1977) เพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในบุคคลทั่วไป และแปลเป็นภาษาไทยโดย Trangkasombat et al. (1997) เพื่อนำมาใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นไทย ต่อมาการศึกษาของ Spitzer et al. (1999) ได้พัฒนาแบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย 9 ข้อ (The Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9) ซึ่งเป็นแบบสอบถามชุดหนึ่งในแบบประเมินความผิดปกติทางจิตในการดูแลปฐมภูมิ (the Primary Care Evaluation of Mental Disorders: PRIME-MD) โดยคำถาม 9 ข้อนี้อิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (DSM-IV) และได้รับการทดสอบว่าเป็นเครื่องมือประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าฉบับย่อที่มีคุณภาพ (Kroenke et al., 2001) แบบประเมิน PHQ-9 ได้แปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามฉบับภาษาไทย โดย Lotrakul et al. (2008) และพบว่ามีคุณสมบัติทางจิตวิทยาที่ดี สามารถใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าได้โดยใช้ค่าคะแนนตัด (cut-off score) ที่ 9 ขึ้นไป

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในระดับจังหวัด โดยเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2552 ได้มีการพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่มีความเหมาะสมกับบริบทของจังหวัดต่างๆ ตามภูมิภาคของประเทศไทย โดยได้มีการพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าเป็นภาษาท้องถิ่นทั้งภาษาอีสานและภาษาใต้และจัดทำเป็นแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ด้วยการคัดกรองสามระดับ ได้แก่ ระดับที่หนึ่งการค้นหา โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม ระดับที่สองการประเมินอาการ โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม และระดับที่สาม การประเมินการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (Department of Mental Health, 2017) การพัฒนาแบบประเมินอาการซึมเศร้าในบริบทของไยนั้น โดย Kongsuk et al. (2018) ได้พัฒนาข้อคำถามจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยและญาติ และได้ตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินพบว่ามีคุณสมบัติทางจิตวิทยาที่ดี สามารถใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าได้โดยใช้ค่าคะแนนตัด (cut-off score) ที่ 7 ขึ้นไปและต้องทำ

การประเมินการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถามต่อไป ซึ่งทำให้การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในรายที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต้องได้รับการประเมินถึงสามครั้ง

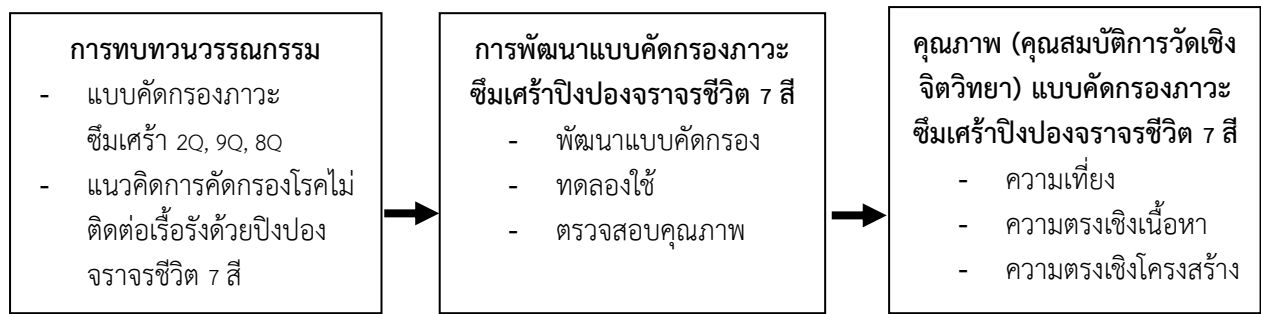
แนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สีเป็นแนวคิดในการคัดกรองเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่พัฒนาโดยวิชัย เทียนถาวร (Tienthavorn, 2013) ทำการคัดกรองและแบ่งกลุ่มเป็น 7 กลุ่มกำหนดสีแต่ละกลุ่มตามระดับความรุนแรง โดยสีขาวหมายถึงกลุ่มคนปกติที่ยังไม่ป่วย สีเขียวอ่อน หมายถึงกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งทั้งสองกลุ่มนี้ต้องป้องกันการเจ็บป่วยด้วยการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 3 ล. (ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน) ทั้งนี้ต้องให้กลุ่มสีเขียวอ่อนปรับพฤติกรรมจนสามารถกลับมาเป็นสีขาวได้ สีเขียวเข้ม หมายถึงกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาและคุมอาการได้ สีเหลือง หมายถึงกลุ่มที่เริ่มมีอาการป่วยเล็กน้อย สีส้ม หมายถึงกลุ่มที่มีอาการป่วยปานกลาง สีแดง หมายถึงกลุ่มที่มีอาการป่วยรุนแรง และสีดำ หมายถึงกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้นำแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สีไปใช้ในการคัดกรองเฝ้าระวังโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน (Ar-yuwat et al., 2017; AYoh et al., 2022; Jamjumroon & Phatisena, 2017; Juwa et al., 2019; Nateewattana et al., 2015) แต่ยังไม่มีการนำแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สีมาใช้ในการคัดกรองเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จึงสนใจที่จะนำแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สีมาคัดกรองเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล โดยประยุกต์ข้อคำถามจากแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถามและแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถามของกรมสุขภาพจิต และทดสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี ซึ่งจะทำให้การคัดกรองภาวะซึมเศร้าสามารถดำเนินการคัดกรองได้ครั้งเดียวและมีการแบ่งระดับความรุนแรง เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการคัดกรอง เฝ้าระวังป้องกันโรคซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาวิชาชีพทางสุขภาพอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี ในนักศึกษาพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี เป็นการตรวจสอบคุณภาพของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี ของ วิชัย เทียนถาวร (Tienthavorn, 2013) ที่ประเมินคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยออกเป็น 7 กลุ่มและกำหนดสีตามระดับภาวะสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มปกติ (สีขาว) กลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมอาการได้ (สีเขียวเข้ม) กลุ่มผู้ป่วยเล็กน้อย (สีเหลือง) กลุ่มผู้ป่วยปานกลาง (สีส้ม) กลุ่มผู้ป่วยรุนแรง (สีแดง) และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน (สีดำ) ร่วมกับแนวคิดการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2017) นำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กก่อนนำไปขยายผลใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่เพียงพอ เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาในด้านความเที่ยงและความตรง



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study)

ประชากร

ประชากรในการวิจัยเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ในปีการศึกษา 2566

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2566 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี จำนวน 242 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตร Taro Yamane (Yamane, 1973) ดังนี้ $n = N / (1 + Ne^2)$ โดยในปีการศึกษา 2566 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี มีนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 604 คน และผู้วิจัยกำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ 5% จึงต้องมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง $n = 604 / (1 + 604 * 0.05^2)$ เท่ากับจำนวน 240.63 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า เป็นนักศึกษาพยาบาลที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2566 และยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยตอบแบบสอบถามออนไลน์ในช่วงเวลาที่กำหนดคือสัปดาห์แรกของเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566

เกณฑ์การคัดออก เป็นนักศึกษาพยาบาลที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายหรือทางจิตที่รุนแรง ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

ภายหลังการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มีนักศึกษาพยาบาลลงนามยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 253 คน เมื่อครบกำหนดระยะเวลาตอบแบบสอบถามมีนักศึกษาพยาบาลตอบแบบสอบถามออนไลน์ จำนวน 242 คน ไม่มีการตอบแบบสอบถามซ้ำและไม่มีการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน จึงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 242 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งมีจำนวน 2 ข้อให้ระบุชั้นปี และอายุของกลุ่มตัวอย่าง
- 2) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 11Q ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q และ 8Q ของกรมสุขภาพจิต โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

2.1 ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และแนวคิดการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยป้องกันภาวะจิต 7 สี

2.2 ผู้วิจัยคัดเลือกแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q และ 8Q ของกรมสุขภาพจิตมาเป็นต้นแบบในการคัดกรอง เนื่องจากเป็นแบบคัดกรองที่มีการศึกษาพบว่าเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการนำไปใช้ในระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการคัดกรองโรคไม่ติดต่อ

เรื้อรังด้วยปิงปองจรรยาชีวิต 7 สีของวิชัย เทียนถาวร (Tienthavorn, 2013) แต่เนื่องจากการคัดกรองโดยใช้ 9Q มีการแปลผลการคัดกรองเป็น 4 กลุ่ม และหากมีคะแนนมากกว่า 7 ต้องทำการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายด้วยแบบคัดกรอง 8Q ต่อ เพื่อให้การคัดกรองภาวะซึมเศร้าสามารถดำเนินการคัดกรองได้ในครั้งเดียวและมีการแบ่งระดับความรุนแรงเพื่อเป็นการเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันโรคซึมเศร้าได้ ตามแนวทางการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ผู้วิจัยจึงได้ดัดแปลงข้อคำถามของแบบคัดกรอง 8Q มาบูรณาการกับแบบคัดกรอง 9Q โดยใช้แบบสอบถาม 9Q เป็นหลัก ตัดข้อคำถามที่ 9 ออกเนื่องจากเป็นการสอบถามเกี่ยวกับความคิดทำร้ายตนเองและความคิดฆ่าตัวตาย และเลือกข้อคำถามจากแบบคัดกรอง 8Q เกี่ยวกับการมีความคิดฆ่าตัวตาย (ข้อ 3) การมีแผนการฆ่าตัวตาย (ข้อ 4) และได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย (ข้อ 7) มารวมกับ 8 ข้อแรกของ 9Q รวมเป็น 11 ข้อคำถาม โดยข้อ 1 ถึงข้อ 8 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งคำตอบเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ไม่มีเลย = 0 คะแนน, เป็นบางวัน (1-7 วัน) = 1 คะแนน, เป็นบ่อย (มากกว่า 7 วัน) = 2 คะแนน และเป็นทุกวัน = 3 คะแนน ส่วนข้อ 9- 11 เป็นการสอบถามเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แบ่งคำตอบเป็น “ใช่” และ “ไม่ใช่” ถ้าตอบใช่ในข้อ 9 ได้ = 6 คะแนน, ข้อ 10 = 8 คะแนน, ข้อ 11 = 10 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลแบ่งกลุ่มผู้ที่ได้รับการคัดกรองออกเป็น 7 กลุ่มโดยใช้สีเป็นสื่อสัญลักษณ์ตามระดับความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยดัดแปลงเกณฑ์การแปลผลคะแนนของแบบคัดกรอง 9Q และแบบคัดกรอง 8Q (Department of Mental Health, 2017) มาเป็นเกณฑ์ของแบบคัดกรอง 11Q ดังนี้

< 7 คะแนน	สีขาว กลุ่มที่ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือกลุ่มปกติ
7- 12 คะแนน	สีเขียวย่อมน กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า
13- 18 คะแนน	สีเหลือง กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย
19- 22 คะแนน	สีส้ม กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง และมีความคิดอยากตาย
23- 30 คะแนน	สีแดง กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง และมีแผนการฆ่าตัวตาย
> 30 คะแนน	สีดำ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมาก และได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย

2.3 ผู้วิจัยนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 11Q ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เป็นจิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน และแพทย์ผู้พัฒนาแนวทางการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ 1

2.4 ทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาล จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .84

2.5 ผู้วิจัยนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 11Q ไปใช้คัดกรองในกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 242 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการหาความตรงเหมือน (convergent validity) กับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) และแบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า Hamilton Depression Rating Scale (HAMD)

3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) เป็นแบบสอบถามประเมินภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นโดย Radloff (1977) เพื่อใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในบุคคลทั่วไป และแปลเป็นภาษาไทยโดยศาสตราจารย์แพทย์หญิงอุมาพร ตรังคสมบัติ (Trangkarnsombat et al.,

1997) เพื่อนำมาใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น เป็นแบบสอบถามที่ให้ตอบด้วยตนเอง (self-report) โดยสอบถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับตามความรุนแรงหรือความถี่ของอาการ ดังนี้

ไม่เคย	(<1 วัน)	คะแนนเท่ากับ 0
นาน ๆ ครั้ง	(1-2 วัน)	คะแนนเท่ากับ 1
บ่อย ๆ	(3-4 วัน)	คะแนนเท่ากับ 2
ตลอดเวลา	(5-7 วัน)	คะแนนเท่ากับ 3

เมื่อรวมคะแนนทุกข้อคำถามแล้ว หากมีคะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า แบบประเมิน CES-D ได้รับการยอมรับว่ามีคุณภาพมาตรฐานในการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 จุดตัดคะแนนที่ 22 จะมีความไวร้อยละ 72 ความจำเพาะร้อยละ 85 และความแม่นยำร้อยละ 82 (Trangkasombat et al., 1997)

4) แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า Hamilton Depression Rating Scale (HMAD) เป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย พัฒนาขึ้นโดยศาสตราจารย์ Hamilton ในปี ค.ศ. 1967 ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบคุณภาพของฉบับภาษาไทยโดยมานิช หล่อตระกูล และคณะ (Lotrakul et al., 2008) ซึ่งพบว่า interrater reliability ของแบบวัดมีค่า kappa เท่ากับ 0.87 ความแม่นยำของแบบวัดเมื่อเปรียบเทียบกับ Global Assessment Scale พบว่ามีค่า Spearman's correlation coefficient = -0.8239 ความสอดคล้องภายใน (internal consistencies) ของแบบวัดซึ่งมีค่า standardized Cronbach's alpha coefficient = 0.7380 นับเป็นแบบวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่ใช้เป็นมาตรฐาน ซึ่งต้องใช้ประเมินโดยแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวช แบบประเมินมีจำนวน 17 ข้อสอบถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้ามีลักษณะเป็นอันตรภาค (interval scale) โดยให้ผู้ประเมินเลือกคำตอบที่ตรงกับอาการของผู้ป่วยที่ประเมินได้มากที่สุด ในแต่ละข้อแบ่งคะแนนของความรุนแรงของอาการ ออกเป็น 0-2 หรือ 0-4 คะแนนรวมจะถูกนำไปเทียบกับเกณฑ์เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยทั่วไปแล้ว คะแนน 0-7 ถือว่าปกติ, 8-16 แสดงถึงภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย, 17-23 แสดงถึงภาวะซึมเศร้าปานกลาง, และคะแนน 24 ขึ้นไป แสดงถึงภาวะซึมเศร้ารุนแรง

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการคัดกรองและดูแลด้วยปิงปองจราจร 7 สี ต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล” ได้รับการรับรองการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เลขที่ BNC REC 03/2566 ผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมและความสมัครใจการเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สบายใจและไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อไปได้ ผู้วิจัยจะพิจารณาให้ยุติการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล การนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวมเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองการทำวิจัยในมนุษย์ โดยเริ่มเก็บข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน 2566 ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้พบนักศึกษาที่ละชั้นปี ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง
2. นักศึกษาที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย มีนักศึกษาลงนามจำนวน 253 คน
3. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 11Q และ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D หลังจากนั้นส่งลิงค์การตอบแบบสอบถามออนไลน์ให้นักศึกษาและให้นักศึกษาตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยกำหนดให้ตอบภายในสัปดาห์แรกของเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566
4. เมื่อครบกำหนด ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลที่นักศึกษาตอบแบบสอบถามพบว่า มีนักศึกษาตอบแบบสอบถามจำนวน 242 คน และตรวจสอบความครบถ้วนและซ้ำซ้อนของข้อมูล คัดคะแนนรายบุคคล และแบ่งกลุ่มจากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี ออกเป็นสีขาว สีเขียวอ่อน สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดง และสีดำ
5. หลังจากนั้นผู้วิจัยคนที่สองซึ่งเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จึงทำการประเมินกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ได้แก่ สีเขียวอ่อน สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม สีแดง และสีดำ โดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า Hamilton Depression Rating Scale เป็นรายบุคคล ในรายที่พบว่ามีความเสี่ยงได้ดำเนินการช่วยเหลือโดยการให้ดูแลตามโปรแกรมการคัดกรองและดูแลด้วยป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและส่งต่อจิตแพทย์ในรายที่รุนแรงเพื่อรับการรักษาต่อ ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลจบครบถ้วนในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่และร้อยละ
2. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการคัดกรองโดยใช้ 11Q และคะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้ CES-D และ HAMD วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และตรวจสอบความเที่ยงของแบบคัดกรอง 11Q ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 242 คน ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 31.82 รองลงมาอยู่ในชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 30.99 ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 24.38 และชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 12.81 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 97.93 มีอายุ 19 ปี ร้อยละ 36.8 รองลงมาคืออายุ 20 ปี ร้อยละ 35.5 และอายุ 18 ปี ร้อยละ 14.9 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=242)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ชั้นปี		
ปี 1	77	31.82
ปี 2	75	30.99

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปี 3	59	24.38
ปี 4	31	12.81
เพศ		
หญิง	237	97.93
ชาย	5	2.07
อายุ		
18 ปี	36	14.9
19 ปี	89	36.8
20 ปี	86	35.5
21 ปี	27	11.2
22 ปี	3	1.2
23 ปี	1	0.4
รวม	242	100

2. ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า

การคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี (11Q) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มสีขาว คือไม่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 83.47 รองลงมาเป็นกลุ่มสีเขียวอ่อน คือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 11.98 และเป็นกลุ่มสีเหลือง คือมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ ร้อยละ 3.31 ตามลำดับ ส่วนการคัดกรองโดยใช้ Hamilton depression rating scale พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอาการซึมเศร้า และมีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 4.55 ในขณะที่การคัดกรองโดยใช้ CES-D พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 79.34 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 20.66 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนสูงสุด ต่ำสุด จำนวน ร้อยละของคะแนนภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี (11Q) คะแนนประเมินอาการซึมเศร้า (Hamilton depression rating scale) และคะแนนภาวะซึมเศร้า (CESD) (n=242)

ภาวะสุขภาพจิต	Min	Max	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนภาวะซึมเศร้า (11Q)	0	33		
สีขาว			202	83.47
สีเขียวอ่อน			29	11.98
สีเขียวเข้ม			2	0.83
สีเหลือง			8	3.31
สีส้ม			0	0
สีแดง			0	0
สีดำ			1	0.41
คะแนนประเมินอาการซึมเศร้า (Hamilton depression rating scale)	0	13		
ไม่มีอาการซึมเศร้า			231	95.45
มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย			11	4.55
คะแนนภาวะซึมเศร้า (CESD)	3	42		
ไม่ซึมเศร้า (น้อยกว่า 22 คะแนน)			192	79.34
ซึมเศร้า (ตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป)			50	20.66
รวม			242	100

3. การตรวจสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา

การตรวจสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี โดยการทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีค่าเท่ากับ .84 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ และตรวจสอบความตรงเหมือน (convergent validity) กับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) และ แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า Hamilton Depression Rating Scale โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับแบบประเมินอาการซึมเศร้า Hamilton Depression Rating Scale ($r=.89$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D ($r=.79$) ในขณะที่แบบประเมินอาการซึมเศร้า Hamilton Depression Rating Scale มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (CES-D) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนภาวะซึมเศร้า (11Q) คะแนนประเมินอาการซึมเศร้า (Hamilton depression scale) และคะแนนภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CESD) ($n=242$)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์	คะแนนภาวะซึมเศร้า (11Q)	คะแนนประเมินอาการซึมเศร้า (Hamilton depression scale)	คะแนนภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CESD)
คะแนนภาวะซึมเศร้า (11Q)	1		
คะแนนประเมินอาการซึมเศร้า (Hamilton depression rating scale)	.89**	1	
คะแนนภาวะซึมเศร้า (CESD)	.79**	.85**	1

** $p<.05$

อภิปรายผล

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี (11Q) มีค่าความสอดคล้องภายในจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ดี คือมีค่าเท่ากับ 0.84 ซึ่งเป็นค่าความสอดคล้องภายในระดับดีเพราะระหว่าง 0.8–0.9 (Suwanbamrung, 2020) แสดงว่าแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 11Q มีความสม่ำเสมอภายใน โดยแต่ละข้อของแบบคัดกรองมีความสอดคล้องกันในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาคุณสมบัติด้านความสอดคล้องภายในของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันคือแบบคัดกรอง PHQ-9 พบว่ามีค่าสูงกว่าค่าความสอดคล้องภายในของแบบคัดกรอง PHQ-9 ฉบับภาษาไทยทั้งการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้า (Lotrakul et al., 2008) และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Somboonterdana & Ngoenwiwatkul, 2022) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี (11Q) มีความตรงเหมือนที่ดีเช่นกันจากค่าความสัมพันธ์ในระดับสูงทั้งกับการประเมินโดยแบบสอบถาม Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) และ การประเมินโดย Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาความสัมพันธ์ของแบบคัดกรอง PHQ-9 และ HAMD ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศจีน (Ma et al., 2021) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.72 ในขณะที่แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 11Q มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับ HDRS เท่ากับ 0.89 แสดงถึงความเหมือนกันของแบบคัดกรอง 11Q และ แบบประเมิน HAMD ในการประเมินภาวะซึมเศร้าที่สูง แสดงว่าแบบ

คัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดปิงปองจรรยาชีวิต (11Q) มีคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาที่ได้ตามมาตรฐาน (Pasunon, 2015) เมื่อเปรียบเทียบกับแบบคัดกรอง PHQ-9 ที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นแบบคัดกรองความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เป็นมาตรฐานนั้น แบบคัดกรอง 11Q มีคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาที่มีมาตรฐานใกล้เคียงกัน แต่มีการประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเพิ่มจากการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และเมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมิน CES-D ซึ่งใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่าแบบคัดกรอง 11Q มีจำนวนข้อคำถามน้อยกว่าและมีการคัดกรองแยกตามระดับความรุนแรงในขณะที่แบบประเมิน CES-D มีการประเมินแยกเพียงกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี มีการแบ่งกลุ่มออกเป็นจำนวน 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ กลุ่มปกติ (สีเขียว) กลุ่มเสี่ยง (สีเหลืองอ่อน) และกลุ่มป่วย ซึ่งกลุ่มป่วยมีการแบ่งออกเป็นจำนวน 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มป่วยแต่ควบคุมได้ด้วยยาและการปรับพฤติกรรม (สีเขียวเข้ม) กลุ่มป่วยเล็กน้อยหรือมีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ (สีเหลือง) กลุ่มป่วยปานกลางหรือมีภาวะซึมเศร้าร่วมกับมีความคิดอยากตาย (สีส้ม) กลุ่มป่วยรุนแรงหรือมีภาวะซึมเศร้ามากร่วมกับมีแผนการฆ่าตัวตาย (สีแดง) และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีภาวะซึมเศร้ามากจนได้มีการทำร้ายตนเองแต่ยังไม่สำเร็จ (สีดำ) ซึ่งจะแตกต่างจากการแบ่งระดับความรุนแรงของการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิตตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด ที่แบ่งเป็นการคัดกรองเป็น 5 ระดับ ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มที่มีแนวโน้มซึมเศร้า กลุ่มซึมเศร้าระดับน้อย กลุ่มซึมเศร้าระดับปานกลาง และกลุ่มซึมเศร้าระดับรุนแรง ส่วนที่การคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี เพิ่มเติมขึ้นมาคือการเพิ่มกลุ่มป่วยที่ควบคุมอาการได้ (สีเขียวเข้ม) ซึ่งการแบ่งกลุ่มป่วยแต่ควบคุมได้ด้วยยาและการปรับพฤติกรรม (สีเขียวเข้ม) ตามแนวคิดปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี จะช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้าที่ควบคุมอาการได้จะยังได้รับการดูแลให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผู้ป่วยซึมเศร้าจะมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต่ำและสัมพันธ์ภาพที่ตึงเครียดระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือผู้ให้การดูแลจะมีผลต่อการรับประทานยา (Srichai et al., 2021)

อย่างไรก็ตามการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และเป็นกลุ่มบุคคลทั่วไป ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าจึงพบไม่มาก รวมทั้งไม่ได้มีการใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดปิงปองจรรยาชีวิต 7 สีในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การศึกษาคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยานี้จึงมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถประเมินค่าความไว (sensitivity) และค่าความจำเพาะ (specificity) ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่สำคัญของเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การศึกษาคุนสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี (11Q) พบว่าเป็นแบบคัดกรองที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ทั้งด้านความเชื่อมั่นและความตรง โดยมีค่าความเชื่อมั่นที่ทดสอบโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ 0.84 และค่าความตรงเหมือนจากการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันกับแบบสอบถาม CES-D ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในบุคคลทั่วไปในระดับสูง ($r=.79$) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันกับแบบประเมินความรุนแรงของซึมเศร้า HAMD ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตรฐานของการประเมินภาวะซึมเศร้าในระดับสูงมาก ($r=.89$) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี (11Q) จึงเป็นแบบคัดกรองที่ได้มาตรฐานสามารถนำไปใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลและอาจขยายไปใช้ในบุคคลทั่วไปได้

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

1. สถาบันพระบรมราชชนก สามารถพัฒนาระบบการคัดกรองเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายเชิงรุก เพื่อการดูแลนักศึกษาของสถาบันได้ โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี (11Q) และพัฒนาโปรแกรมการดูแลตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แต่ต้องมีการเตรียมความพร้อมของผู้เกี่ยวข้องด้วยการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี และวิธีการคัดกรองด้วย 11Q

2. สถาบันการศึกษาอื่นสามารถนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี (11Q) นี้ ไปประยุกต์ใช้เพื่อเฝ้าระวัง และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาและจัดระบบการดูแลเพื่อช่วยเหลือนักศึกษาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายได้ทันทั่วทั้งที่

3. วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกสามารถนำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี (11Q) ไปประยุกต์ใช้ในการให้บริการวิชาการแก่สังคมโดยการคัดกรองในชุมชนได้ แต่ยังมีข้อจำกัดในการใช้แบบคัดกรองนี้ทางคลินิกที่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจทางคลินิก

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ หรือในกลุ่มประชาชนทั่วไป เพื่อทดสอบการใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี ในการคัดกรองระดับปฐมภูมิ

2. ควรมีการศึกษาการใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อทดสอบคุณสมบัติเชิงจิตวิทยาในด้านการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

3. ควรมีการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลภายหลังการคัดกรองตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี ในนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษากลุ่มอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรีในการสนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนกในการสนับสนุนให้พัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าตามแนวคิดป้องกันภาวะซึมเศร้า 7 สี ตลอดจนกำหนดนโยบายให้วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกได้นำไปใช้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

References

- Ar-yuwat, S., Poonsup, A., & Meethip, N. (2017). Screening for hypertension and diabetes among Thai teenagers and adults in Muang District of Phitsanulok province. *Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(suppl.), S131-S146. (in Thai)
- AYoh, N., Sittisart, V., & Na Wichian, S. (2022). The effectiveness of health promoting program on behavior modification based on PBRI's Model for patients with hypertension in Samokhae sub-district, Mueang district, Phitsanulok province. *Journal of Boromarjornani College of Nursing Suphanburi*, 5(2), 129-39. (in Thai)
- Department of Mental Health. (2017). *Guidelines for depression surveillance at provincial level* (4th ed.) The excellence center for depressive disorder.
<https://www.thaidepression.com/2020/web/index.php?r=news%2Fview&id=209>

- Department of Mental Health. (2025). Report on access to service for patients with depression. https://www.thaidepression.com/www/report/main_report/ (in Thai)
- Dessauvagie, A. S., Dang, H. M., Nguyen, T. A. T., & Groen, G. (2021). Mental health of university students in Southeastern Asia: A systematic review. *Asia-Pacific journal of public health*, 34(2-3), 172–81. <https://doi.org/10.1177/10105395211055545>
- Jamjumroon, P., & Phatisena, T. (2017). Using the 7 colors diabetes mellitus self- awareness evaluation project in preventing and controlling diabetes in subdistrict health promotion hospitals in Nakhon Ratchasima. *Ratchaphruek Journal*, 15(2), 125–34. (in Thai)
- Juwa, S., Wongwat, R., & Manoton, A. (2019). The effectiveness of the health behavior change program with 7 colors ball tool on knowledge, health belief and behavior related to the prevention and control of hypertension and diabetes mellitus, in Maeka sub-district, Muang district, Phayao province. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 39(2), 127–41. (in Thai)
- Kaewkanta, P., & Rungreangkulkij, S. (2015). Prevalence of depression in higher education students in Chiangrai province. *Nursing Journal CMU*, 42(4), 48–64. (in Thai)
- Kongsuk, T., Arunpongpaisal, S., Janthong, S., Prukkanone, B., Sukhawaha, S., & Leejongpermpoon, J. (2018). Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 63(4), 321-34. (in Thai)
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–13. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Liu, X.Q., Guo, Y.X., Zhang, W.J., & Gao, W.J. (2022). Influencing factors, prediction and prevention of depression in college students: A literature review. *World Journal of Psychiatry*, 12(7), 860–73. <http://dx.doi.org/10.5498/wjp.v12.i7.860>
- Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, 8, 46 (2008). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-46>.
- Ma, S., Yang, J., Yang, B., Kang, L., Wang, P., Zhang, N., Wang, W., Zong, X., Wang, Y., Bai, H., Guo, Q., Yao, L., Fang, L., & Liu, Z. (2021). The Patient Health Questionnaire-9 vs. the Hamilton Rating Scale for Depression in assessing major depressive disorder. *Front. Psychiatry* 12, 747139. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.747139>
- Nateewattana, J., Chankawikun, R., Chaiwong, S., Yongying, P. & Tienthavorn, V. (2015). Vichai Model “7 colors” to surveillance for hypertension and diabetes of Phukamyao district population, Phayao province. *Naresuan Phayao Journal*, 8(1), 25–9. (in Thai).
- Pasunon, P. (2015). Validity of questionnaire in social science research. *Journal of Social Sciences Srinakharinwirot University*, 18, 375–96. (in Thai).
- 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>

- Somboonterdtana, Y. (2022). Discrepancy between patient report and caregiver report of PHQ-2 and PHQ-9 for chronic illness patients enrolled in home health care service, Family Medicine Department, King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Journal of Primary Care and Family Medicine*, 5(2), 102–12. (in Thai).
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B.W., & the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group (1999). Validity and utility of the self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA*, 282(18), 1737–44.
<https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Srichai, A., Foofoeng, T., & Pacharapakornsin, P., (2021). Factors related with medication adherence in patients with depression. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 15(38), 671–84. (in Thai).
- Suwanbamrung, J., (2020). *Research process: an implementation for health and nursing*. (5th ed.) Kor Polkarnpim. (in Thai).
- Tienthavorn, V. (2013). *Surveillance system, control, prevention of diabetes, hypertension in Thailand: policy to action* (3rd ed.). Federation of Savings and Credit Cooperatives of Thailand Limited. (in Thai).
- Trangkasombat, U., Larpboonsarp, V., Havanond, P. (1997). CES-D as a screen for depression in adolescents. *Journal of The Psychiatric Association of Thailand*, 42(1), 2–13. (in Thai).
- World Health Organization. (2025). *Depressive disorder (depression)*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. (3rd ed.). New York: Harper and Row.