

# The Effects of Cognitive Behavioral Therapy on Suicide Risk among Elderly Patients with Diabetes in Erawan District, Loei Province, Thailand: a Randomized Controlled Trial

*Supattra Silaudomkit, B.N.S.\**  
*Netiluck Silaudomkit, M.D., M.P.H.\*\**

## Abstract

---

**Objective:** To determine the effects of cognitive behavioral therapy on suicide risk in elderly patients with diabetes mellitus.

**Methods:** A randomized controlled trial was conducted among 102 elderly diabetic patients at risk of suicide in Erawan District, Loei Province. They were assigned into either (a) an experimental group receiving CBT program combined with usual care or (b) a control group receiving usual care only (each with 51 participants). Follow-up was conducted for 6 months. Outcomes were measured using the Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R), 9Q Depression Assessment Scale, Beck Hopelessness Scale (BHS), and Interpersonal Needs Questionnaire-Perceived Burdensomeness (INQ-PB).

**Results:** Most participants were female (62.7%) with a mean age of  $67.8 \pm 5.2$  years. The experimental group showed statistically significant reduction in suicide risk scores compared to the control group ( $9.8 \pm 2.1$  to  $6.5 \pm 1.7$  versus  $9.6 \pm 2.3$  to  $8.9 \pm 2.0$ ,  $p < 0.001$ ). The effect size (Cohen's  $d$ ) was large (1.35). The experimental group showed statistically significant improvements in depression, hopelessness, and perceived burdensomeness compared to the control group ( $p < 0.001$ ). The treatment response rate in the experimental group was as high as 83.3% at 6 months post-intervention.

**Conclusion:** The cognitive behavioral therapy program was effective in significantly reducing suicide risk and improving mental health outcomes in elderly diabetic patients, both statistically and clinically. Treatment effects were sustained up to 6 months post-intervention.

**Keywords:** cognitive behavioral therapy; suicide; elderly; diabetes mellitus; randomized controlled trial

---

\*Department of Nurse, Erawan Hospital, Loei Province

\*\*Department of Medicine, Erawan Hospital, Loei Province

Received: June 29, 2025; Revised: September 26, 2025; Accepted: November 28, 2025

ผลของโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย  
ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในอำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย:  
การศึกษาเปรียบเทียบแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

สุพัตรา ศิลลาอุดมกิจ, พย.บ.\*  
เนติลักษณ์ ศิลลาอุดมกิจ, พ.บ., ส.ม.\*\*

บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy หรือ CBT) ต่อความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

**วิธีการศึกษา:** การศึกษาเปรียบเทียบแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในอำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย จำนวน 102 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม CBT ร่วมกับการดูแลตามปกติ 51 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ 51 คน ติดตามผล 6 เดือน วัดผลโดยใช้ Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R), แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q, Beck Hopelessness Scale (BHS) และ Interpersonal Needs Questionnaire-Perceived Burdensomeness (INQ-PB)

**ผลการศึกษา:** ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.7) อายุเฉลี่ย  $67.8 \pm 5.2$  ปี กลุ่มทดลองมีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ( $9.8 \pm 2.1$  เป็น  $6.5 \pm 1.7$  เทียบกับ  $9.6 \pm 2.3$  เป็น  $8.9 \pm 2.0$ ,  $p < 0.001$ ) ขนาดอิทธิพล (Cohen's d) อยู่ในระดับใหญ่ (1.35) กลุ่มทดลองมีการปรับปรุงในภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวัง และการรับรู้ตนเองเป็นภาวะดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) อัตราการตอบสนองต่อการรักษาในกลุ่มทดลองสูงถึงร้อยละ 83.3 ณ 6 เดือนหลังการทดลอง

**สรุป:** โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปรับปรุงสุขภาพทางจิตในผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและคลินิก ผลการรักษามีความยั่งยืนจนถึง 6 เดือนหลังการทดลอง

**คำสำคัญ :** การบำบัดความคิดและพฤติกรรม; การฆ่าตัวตาย; ผู้สูงอายุ; โรคเบาหวาน; การศึกษาเปรียบเทียบแบบสุ่ม

\*กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย

\*\*กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย

ได้รับต้นฉบับ: 29 มิถุนายน 2568; แก้ไขบทความ: 26 กันยายน 2568; รับลงตีพิมพ์: 28 พฤศจิกายน 2568

## บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564<sup>(1)</sup> ซึ่งนำมาสู่ปัญหาสุขภาพจิตและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น องค์การอนามัยโลกรายงานว่าผู้สูงอายุมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรกลุ่มอื่นถึง 1.5 เท่า<sup>(2)</sup> ในประเทศไทย อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้สูงอายุอยู่ที่ 8.36 ต่อประชากร 100,000 คน โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนสูงที่ร้อยละ 34.7<sup>(3)</sup> โรคเบาหวานพบในผู้สูงอายุไทยถึงร้อยละ 20.5<sup>(4)</sup> และเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายสูงขึ้น 2-3 เท่า<sup>(5)</sup> เนื่องจากภาวะการดูแลต่อเนื่อง ความเจ็บปวดเรื้อรัง การสูญเสียสมรรถภาพและความกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อน ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวัง การรับรู้ตนเองเป็นภาระและการขาดการสนับสนุนทางสังคม<sup>(6,11)</sup> ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ของ Van Orden และคณะระบุว่า การรับรู้ตนเองเป็นภาระเป็นปัจจัยหลักที่นำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย<sup>(13)</sup> การบำบัดความคิดและพฤติกรรมได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิผลสูงในการรักษาโรคซึมเศร้าและลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย<sup>(7-8)</sup> โดย Cuijpers และคณะ พบว่า มีประสิทธิผลดีในผู้สูงอายุทุกกลุ่มอายุ<sup>(12)</sup> ในประเทศไทย มีการศึกษาแสดงผลเชิงบวก<sup>(9-10)</sup> แต่ยังคงขาดการศึกษาที่เป็นระบบในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่ปรับให้เหมาะสมกับบริบทไทยต่อ

ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยใช้รูปแบบ randomized controlled trial และติดตามผล 6 เดือน เพื่อให้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาโยบายการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) ดำเนินการในช่วง 18 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง 18 มิถุนายน พ.ศ. 2568 ในอำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย ครอบคลุม 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลผาอินทร์แปลง ตำบลผาสายยอด ตำบลเอราวัณและตำบลทรัพย์ไพวัลย์

## กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย จำนวนประมาณ 2,500 คน

**เกณฑ์การคัดเลือก:** (1) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี (3) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปานกลางถึงสูง ประเมินโดยแบบวัด Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) ที่มีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป และแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ที่มีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป (4) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง ประเมินโดยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai Version: MMSE-Thai 2002) ที่มีคะแนนตั้งแต่ 24 คะแนน

ขึ้นไป (5) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ (6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

**เกณฑ์การคัดออก:** (1) มีความคิดหรือพฤติกรรม การฆ่าตัวตายที่รุนแรง จำเป็นต้องได้รับการ ช่วยเหลือแทรกแซงเร่งด่วนทางการแพทย์ (2) มีโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและยังไม่สงบ (3) อยู่ระหว่างได้รับการบำบัดทางจิตใจด้วยวิธี อื่นอยู่ก่อนแล้ว (4) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม ตามโปรแกรมได้อย่างสม่ำเสมอ

### การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) ที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ ( $1-\beta$ ) ที่ 0.8 ขนาดอิทธิพล ที่คาดหวัง 0.5 (ระดับปานกลาง) โดยอ้างอิงจาก การศึกษาของ Heisel และคณะ<sup>(7)</sup> ได้ขนาดตัวอย่าง 42 คนต่อกลุ่ม เพิ่มอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการ สูญหายของข้อมูล รวมเป็น 51 คนต่อกลุ่ม ทั้งสิ้น 102 คน

### วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling)

**ขั้นตอนที่ 1: การสำรวจประชากรเป้าหมาย** จำนวนผู้สูงอายุเบาหวานทั้งหมดในอำเภอเอราวัณ: 2,500 คน

- ตำบลผาอินทร์แปลง: 650 คน (26%)
- ตำบลผาสามยอด: 580 คน (23%)
- ตำบลเอราวัณ: 720 คน (29%)
- ตำบลทรัพย์ไพวัลย์: 550 คน (22%)

**ขั้นตอนที่ 2: การคัดกรองเบื้องต้นด้วย SBQ-R และ 9Q**

- คัดกรองผู้สูงอายุเบาหวานทั้งหมด 2,500 คน ด้วยแบบคัดกรองสั้น
- พบผู้มีความเสี่ยงปานกลางถึงสูง (SBQ-R  $\geq 7$  และ 9Q  $\geq 7$ ): 486 คน (19.4%)
  - ตำบลผาอินทร์แปลง: 126 คน
  - ตำบลผาสามยอด: 113 คน
  - ตำบลเอราวัณ: 139 คน
  - ตำบลทรัพย์ไพวัลย์: 108 คน

**ขั้นตอนที่ 3: การประเมินเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก โดยละเอียด**

- ประเมิน MMSE-Thai 2002 ใน 486 คน
- ผ่านเกณฑ์คัดเข้าทั้งหมด: 312 คน (64.2%)
  - มีเกณฑ์คัดออก: 174 คน
    - MMSE < 24: 89 คน
    - ความเสี่ยงฆ่าตัวตายรุนแรง: 38 คน
    - มีโรคจิตเวชรุนแรง: 27 คน
    - กำลังรับการบำบัดทางจิตใจอยู่: 20 คน

**ขั้นตอนที่ 4: การสุ่มเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย**

- จากผู้ที่ผ่านเกณฑ์ 312 คน สุ่มเลือก 156 คน ด้วยวิธี stratified random sampling ตาม สัดส่วนของแต่ละตำบล
- เชิญเข้าร่วมวิจัยและขอความยินยอม
- ยินยอมเข้าร่วม: 102 คน (65.4%)
- ปฏิเสธ/ไม่สะดวก: 54 คน

**การดำเนินการทดลองกลุ่มทดลอง** ได้รับโปรแกรม บำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมกับการ

ดูแลตามปกติ โปรแกรม CBT มีลักษณะดังนี้:

- (1) รูปแบบ: การบำบัดแบบกลุ่ม (6-8 คนต่อกลุ่ม)
- (2) จำนวนครั้ง: 8 ครั้ง (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) (3) ระยะเวลา: ครั้งละ 90 นาที (4) สถานที่: ห้องประชุมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 8 แห่ง
- (5) ผู้นำกลุ่ม: พยาบาลจิตเวชและพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (Nurse Practitioner) ที่ผ่านการอบรม CBT เนื้อหาโปรแกรมประกอบด้วย

ครั้งที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพและแนะนำโปรแกรม ครั้งที่ 2: การสำรวจและทำทายความคิดอัตโนมัติทางลบ ครั้งที่ 3: การจัดการความรู้สึกเป็นภาระ ครั้งที่ 4: การสร้างความหวังและมองอนาคตในแง่ดี ครั้งที่ 5: การใช้กิจกรรมเพื่อลดอารมณ์เศร้าและเพิ่มความสุข ครั้งที่ 6: การจัดการความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ครั้งที่ 7: การแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน ครั้งที่ 8: การทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้และวางแผนในอนาคต

**กลุ่มควบคุม** ได้รับการดูแลตามปกติ (Standard Care) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

**การดูแลตามปกติ (Standard Care) สำหรับผู้สูงอายุเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล**

**บริการที่ได้รับ:**

#### 1. การติดตามและเฝ้าระวังโรค

- นัดตรวจติดตามทุก 1-3 เดือน ขึ้นกับความรุนแรงของโรค
- ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FBS/DTX) ทุกครั้งที่มาพบแพทย์
- ตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง เพื่อประเมินการควบคุมน้ำตาลระยะยาว

- วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ตรวจเท้าเพื่อป้องกันแผลเบาหวาน

#### 2. การจัดการด้านยา

- จ่ายยาลดระดับน้ำตาล/ฉีดอินซูลิน ตามแผนการรักษาของแพทย์
- ติดตามการใช้ยาและประเมินผลข้างเคียง
- ปรับยาตามระดับน้ำตาลและอาการ

#### 3. การให้สุขศึกษาและคำปรึกษาพื้นฐาน

- แนะนำการควบคุมอาหาร โดยเฉพาะการลดหวาน มัน เค็ม
- ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสม กับวัย อย่างน้อย 30 นาที 3-5 วัน/สัปดาห์
- สอนการตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง
- การสังเกตอาการผิดปกติ
- ให้ความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อน เช่น ตา ไต เท้า หัวใจและหลอดเลือด

#### 4. ระบบส่งต่อและเครือข่ายชุมชน

- ส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายเมื่อควบคุมโรคไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน
- อสม. เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการและการใช้ยา
- ตรวจสุขภาพประจำปี ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน

**บริการที่ไม่ได้รับ:**

- ไม่มีโปรแกรม CBT แบบมีโครงสร้าง 8 ครั้ง
- ไม่มีกิจกรรมบำบัดจิตใจแบบกลุ่มที่จัดอย่างเป็นระบบ
- ไม่มีการสอนเทคนิคจัดการความคิด-อารมณ์เชิงลึก
- ไม่มีการฝึกทักษะแก้ปัญหาและจัดการความเครียดแบบเป็นขั้นตอน

## เครื่องมือวิจัยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน โรคร่วม ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย

## แบบวัดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide Behaviors Questionnaire-Revised: SBQ-R)

ฉบับภาษาไทย จำนวน 4 ข้อ คะแนนรวม 3-18 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (พิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค หรือ Cronbach's alphacoefficient) = 0.84

## แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ฉบับภาษาไทย

จำนวน 9 ข้อ คะแนนรวม 0-27 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงมีอาการซึมเศร้ารุนแรง ความเชื่อมั่น = 0.89

## แบบวัดความสิ้นหวังของเบค (Beck Hopelessness Scale: BHS)

ฉบับภาษาไทย จำนวน 20 ข้อ คะแนนรวม 0-20 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงมีระดับความสิ้นหวังสูง ความเชื่อมั่น = 0.88

## แบบวัดการรับรู้ตนเองเป็นภาระ (Interpersonal Needs Questionnaire-Perceived Burdensomeness: INQ-PB)

ฉบับภาษาไทย จำนวน 6 ข้อ คะแนนรวม 6-42 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีการรับรู้ตนเองเป็นภาระสูง ความเชื่อมั่น = 0.90

## แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)

จำนวน 11 ข้อหลัก คะแนนเต็ม 30 คะแนน ใช้เพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลทั้งหมด 4 ครั้ง ได้แก่ ก่อนเริ่มโปรแกรม (baseline) หลังจบโปรแกรมทันที (post-intervention) 3 เดือนหลังจบโปรแกรม (3-month follow-up) และ 6 เดือนหลังจบโปรแกรม (6-month follow-up) โดยผู้ประเมินผลไม่ทราบว่ามีผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่ในกลุ่มใด (outcome assessor blinding)

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานด้วย Independent t-test Chi-square test และ Two-way repeated measures ANOVA กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ด้วย Cohen's d กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

## การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยหมายเลขการรับรองโครงการวิจัย ECLOEI 059/2567 รับรองเมื่อวันที่ 12 กันยายน พ.ศ.2567 และได้ลงทะเบียนการทดลองทางคลินิกของประเทศไทย Thai Clinical Trials Registry (TCTR) เลขที่ TCTR20241227004 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วม

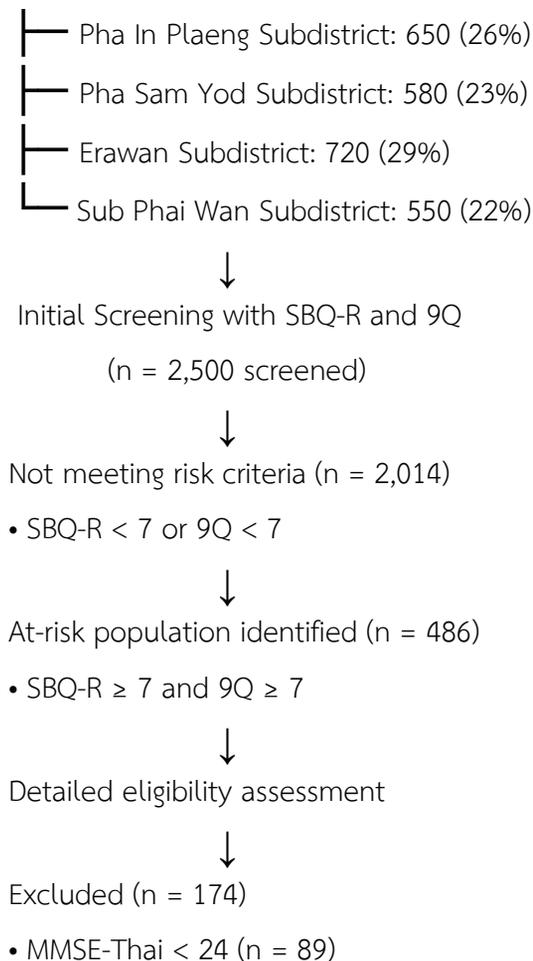
การวิจัยก่อนเข้าร่วมการศึกษา มีมาตรการ  
รักษาความลับของข้อมูลและการจัดการความ  
เสี่ยงสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีความเสี่ยงสูงต่อ  
การฆ่าตัวตาย

## ผลการศึกษา

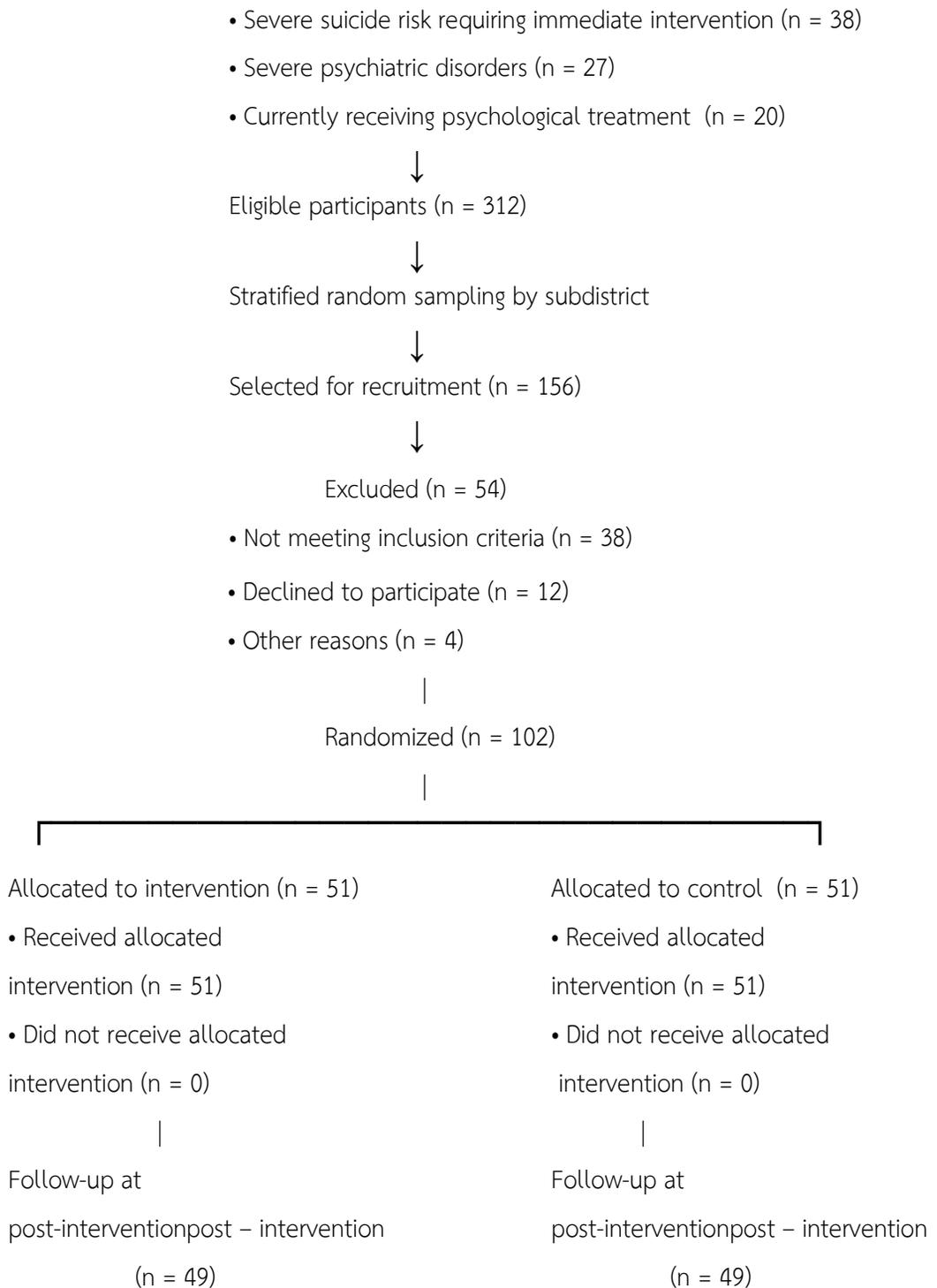
การวิจัยครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด  
102 คน ในระหว่างการติดตามผลมีผู้เข้าร่วมวิจัย  
ถอนตัวจากการศึกษาจำนวน 6 คน (กลุ่มทดลอง  
3 คน กลุ่มควบคุม 3 คน) ทำให้มีผู้เข้าร่วมวิจัยที่  
สมบูรณ์ทั้งสิ้น 96 คน คิดเป็นอัตราการตอบสนอง  
(response rate) ร้อยละ 94.1 (รูป1)

## รูป 1 Consort Flow Diagram

Target Population Screening (n = 2,500) Elderly diabetic patients in Erawan District,  
Loei Province.



รูป 1 Consort Flow Diagram (ต่อ)



## รูป 1 Consort Flow Diagram (ต่อ)

- Lost to follow-up (n = 2)
- Discontinued intervention (n = 0)

|

Follow-up at

3 months (n = 48)

- Lost to follow-up (n = 1)
- Discontinued intervention (n = 0)

|

Follow-up at

6 months (n = 48)

- Lost to follow-up (n = 0)
- Discontinued intervention (n = 0)

|

Analysed (n = 48)

- Excluded from analysis (n = 0)

- Lost to follow-up (n = 2)
- Discontinued intervention (n = 0)

|

Follow-up at

3 months (n = 48)

- Lost to follow-up (n = 1)
- Discontinued intervention (n = 0)

|

Follow-up at

6 months (n = 48)

- Lost to follow-up (n = 0)
- Discontinued intervention (n = 0)

|

Analysed (n = 48)

- Excluded from analysis (n = 0)

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.7) มีอายุอยู่ในช่วง 66 - 70 ปี (ร้อยละ 41.2) อายุเฉลี่ย  $67.8 \pm 5.2$  ปี มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 65.7) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 56.9) และมีรายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000 - 10,000 บาท (ร้อยละ 44.1) ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานมาเป็นระยะเวลา 6-10 ปี (ร้อยละ 37.3) โดยมีโรคร่วมที่

พบบ่อยที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 76.5) รองลงมาคือ ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 51.0) และ โรคกระดูกและข้อ (ร้อยละ 44.1) (ตาราง 1) การเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปร ( $p > 0.05$ ) แสดงให้เห็นว่าการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มได้ผลดีและทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปและการเปรียบเทียบตัวแปรพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=51)	กลุ่มควบคุม (n=51)	p-value
เพศ [จำนวน (ร้อยละ)]			0.687
ชาย	18 (35.3)	20 (39.2)	
หญิง	33 (64.7)	31 (60.8)	
อายุ (ปี) [ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน]	$67.8 \pm 5.2$	$68.3 \pm 5.7$	0.631
ระดับการศึกษา [จำนวน (ร้อยละ)]			0.924
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8 (15.7)	7 (13.7)	
ประถมศึกษา	33 (64.7)	34 (66.7)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	7 (13.7)	7 (13.7)	
มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	3 (5.9)	3 (5.9)	
สถานภาพสมรส [จำนวน (ร้อยละ)]			1.000
สมรส	29 (56.9)	29 (56.9)	
หม้าย	17 (33.3)	18 (35.3)	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/โสด	5 (9.8)	4 (7.8)	
รายได้ครอบครัว (บาท) [ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนฯ]	$8,240 \pm 4,180$	$8,560 \pm 4,320$	0.709
ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน (ปี) [ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนฯ]	$9.2 \pm 5.8$	$9.7 \pm 6.1$	0.670
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.) [ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนฯ]	$24.8 \pm 3.2$	$25.1 \pm 3.5$	0.648

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปและการเปรียบเทียบตัวแปรพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

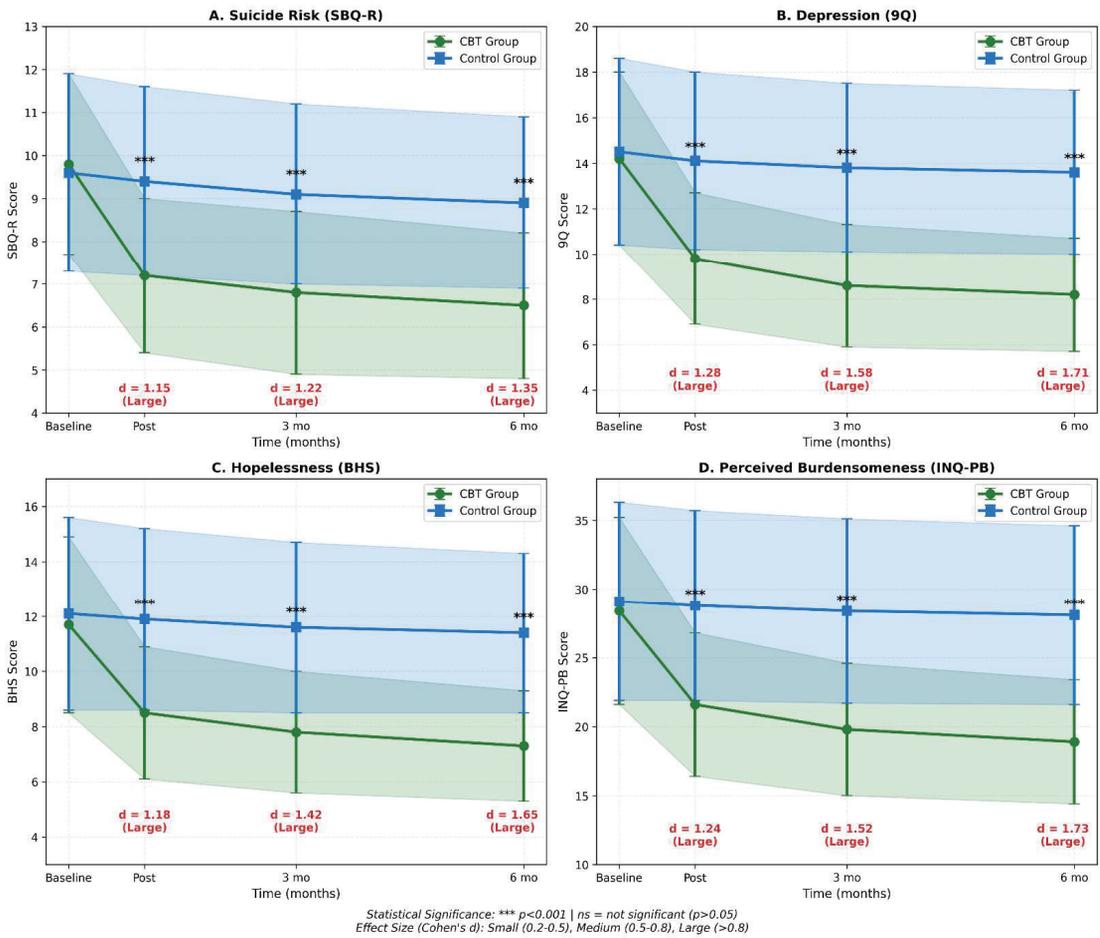
ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=51)	กลุ่มควบคุม (n=51)	p-value
ฮีโมโกลบินเอวันซี (%) [ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนฯ]	8.4 ± 1.6	8.6 ± 1.7	0.542
ความดันโลหิตซิสโตลิก (มม.ปรอท) [ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนฯ]	142.3 ± 18.5	144.7 ± 19.2	0.523
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) [ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนฯ]	85.4 ± 12.3	86.8 ± 13.1	0.579

หมายเหตุ: ใช้ Independent t-test สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง และ Chi-square test สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม

ประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดความคิด และพฤติกรรมความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย: กลุ่มทดลองมีคะแนน SBQ-R ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมในทุกช่วงเวลา ( $p < 0.001$ ) โดยลดลงจาก  $9.8 \pm 2.1$  ก่อนการทดลองเป็น  $7.2 \pm 1.8$  หลังการทดลองทันที  $6.8 \pm 1.9$  ที่ 3 เดือน และ  $6.5 \pm 1.7$  ที่ 6 เดือนหลังการทดลอง ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยจาก  $9.6 \pm 2.3$  เป็น  $8.9 \pm 2.0$  ที่ 6 เดือนหลังการทดลอง ขนาดอิทธิพล (Cohen's d) อยู่ในระดับใหญ่ (1.35) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในระยะติดตามผลระยะยาว (ตาราง 2) **ภาวะซึมเศร้า:** กลุ่มทดลองมีการปรับปรุงอาการซึมเศร้าดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยคะแนน 9Q ลดลงจาก  $14.2 \pm 3.8$  เป็น  $9.8 \pm 2.9$  หลังการทดลองทันที  $8.6 \pm 2.7$

ที่ 3 เดือน และ  $8.2 \pm 2.5$  ที่ 6 เดือนหลังการทดลอง ขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับใหญ่ (1.71 ที่ 6 เดือน) **ความสิ้นหวัง:** กลุ่มทดลองมีระดับความสิ้นหวังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยคะแนน BHS ลดลงจาก  $11.7 \pm 3.2$  เป็น  $8.5 \pm 2.4$  หลังการทดลองทันที  $7.8 \pm 2.2$  ที่ 3 เดือน และ  $7.3 \pm 2.0$  ที่ 6 เดือนหลังการทดลอง ขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับใหญ่ (1.65 ที่ 6 เดือน) **การรับรู้ตนเองเป็นภาระ:** กลุ่มทดลองมีการรับรู้ตนเองเป็นภาระลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) โดยคะแนน INQ-PB ลดลงจาก  $28.4 \pm 6.8$  เป็น  $21.6 \pm 5.2$  หลังการทดลองทันที  $19.8 \pm 4.8$  ที่ 3 เดือน และ  $18.9 \pm 4.5$  ที่ 6 เดือนหลังการทดลอง ขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับใหญ่ (1.73 ที่ 6 เดือน)

**Comparison of CBT Treatment Effects on Mental Health Outcomes Over Time  
(Group × Time Interaction)**



การวิเคราะห์ผลการศึกษา: ผลของโปรแกรม CBT ต่อความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ โรคเบาหวานสรุปผลการวิเคราะห์ Group × Time Interaction

ภาพรวมผลการศึกษา จากการวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยวิธี Two-way Repeated Measures ANOVA พบว่าโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) มีประสิทธิผลอย่างชัดเจนในการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปรับปรุงสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมตลอดระยะเวลา 6 เดือนของการติดตามผล

ผลการวิเคราะห์แยกตามตัวแปร

**1. ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (SBQ-R)**

- **กลุ่มทดลอง:** คะแนนลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 9.8 เหลือ 6.5 คะแนน (ลดลง 33.7%)
- **กลุ่มควบคุม:** คะแนนลดลงเพียงเล็กน้อย จาก 9.6 เหลือ 8.9 คะแนน (ลดลง 7.3%)
- **ความแตกต่าง:** พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ตั้งแต่หลังการทดลองทันทีจนถึง 6 เดือน

- **ขนาดอิทธิพล:** เพิ่มขึ้นจาก 1.15 เป็น 1.35 (ระดับใหญ่มาก) แสดงถึงประสิทธิผลที่ยั่งยืนและเพิ่มขึ้นตามเวลา

## 2. ภาวะซึมเศร้า (9Q)

- **กลุ่มทดลอง:** คะแนนลดลงอย่างมากจาก 14.2 เหลือ 8.2 คะแนน (ลดลง 42.3%)

- **กลุ่มควบคุม:** คะแนนลดลงเล็กน้อยจาก 14.5 เหลือ 13.6 คะแนน (ลดลง 6.2%)

- **ความแตกต่าง:** พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ทุกช่วงเวลาหลังการทดลอง

- **ขนาดอิทธิพล:** เพิ่มขึ้นจาก 1.28 เป็น 1.71 (ระดับใหญ่มาก) แสดงถึงการปรับปรุงอาการซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง

## 3. ความสิ้นหวัง (BHS)

- **กลุ่มทดลอง:** คะแนนลดลงจาก 11.7 เหลือ 7.3 คะแนน (ลดลง 37.6%)

- **กลุ่มควบคุม:** คะแนนลดลงเล็กน้อยจาก 12.1 เหลือ 11.4 คะแนน (ลดลง 5.8%)

- **ความแตกต่าง:** พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ทุกช่วงเวลาหลังการทดลอง

- **ขนาดอิทธิพล:** เพิ่มขึ้นจาก 1.18 เป็น 1.65 (ระดับใหญ่มาก)

## 4. การรับรู้ตนเองเป็นภาระ (INQ-PB)

- **กลุ่มทดลอง:** คะแนนลดลงมากจาก 28.4 เหลือ 18.9 คะแนน (ลดลง 33.5%)

- **กลุ่มควบคุม:** คะแนนแทบไม่เปลี่ยนแปลงจาก 29.1 เหลือ 28.1 คะแนน (ลดลง 3.4%)

- **ความแตกต่าง:** พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ทุกช่วงเวลาหลังการทดลอง

**ขนาดอิทธิพล:** เพิ่มขึ้นจาก 1.24 เป็น 1.73 (ระดับใหญ่มาก) ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลที่สูงที่สุด

## การตีความผลการวิเคราะห์ Two-way ANOVA

ความหมายของ Group  $\times$  Time Interaction การวิเคราะห์พบว่า “ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลา” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวแปรหมายความว่า:

1. **รูปแบบการเปลี่ยนแปลง:** กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่ต่างกันอย่างชัดเจนตามเวลา

- กลุ่มทดลองมีการดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว

- กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมากหรือแทบไม่เปลี่ยนแปลง

2. **ช่องว่างที่เพิ่มขึ้น:** ความแตกต่างระหว่างสองกลุ่มมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามเวลา

- เริ่มต้นที่ baseline ไม่มีความแตกต่าง ( $p > 0.05$ )

- หลังการทดลองพบความแตกต่างชัดเจน ( $p < 0.001$ )

- ความแตกต่างยังเพิ่มขึ้นในการติดตาม 3 และ 6 เดือน

3. **ความยั่งยืนของผล:** ผลการรักษาไม่เพียงแต่คงอยู่ แต่ยังมีแนวโน้มดีขึ้นต่อเนื่องในระยะติดตามผล

## สรุปประเด็นสำคัญจุดเด่นของผลการศึกษา

1. **ประสิทธิผลที่ชัดเจน:** โปรแกรม CBT แสดงประสิทธิผลที่ชัดเจนมากในทุกมิติของสุขภาพจิต

2. **ขนาดอิทธิพลใหญ่:** ทุกตัวแปรมีขนาดอิทธิพลในระดับ “ใหญ่” (Cohen’s  $d > 0.8$ ) ซึ่ง

มีความหมายทางคลินิก

3. **ความยั่งยืน:** ผลการรักษามีความยั่งยืนและดีขึ้นต่อเนื่องจนถึง 6 เดือน

4. **ความสอดคล้อง:** ผลเป็นไปในทิศทางเดียวกันทุกตัวแปร แสดงถึงประสิทธิผลที่ครอบคลุม **ความหมายทางคลินิก** ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม CBT ไม่เพียงแต่มีประสิทธิผลทางสถิติ แต่ยังมีความหมายทางคลินิกที่สำคัญ:

- **ลดความเสี่ยง:** การลดคะแนน SBQ-R จาก 9.8 เหลือ 6.5 หมายถึงการเปลี่ยนจากระดับ “มีความเสี่ยง” เป็น “ความเสี่ยงต่ำ”

- **บรรเทาอาการซึมเศร้า:** การลดคะแนน 9Q จาก 14.2 เหลือ 8.2 หมายถึงการเปลี่ยนจาก “ซึมเศร้าปานกลาง” เป็น “ซึมเศร้าเล็กน้อย”

- **คืนความหวัง:** การลดความสิ้นหวังและการรับรู้ตนเองเป็นภาระช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวม

**การตอบสนองต่อการรักษาและความพึงพอใจ**

กำหนดเกณฑ์การตอบสนองต่อการรักษาเป็นการลดลงของคะแนน SBQ-R อย่างน้อยร้อยละ 30 จากค่าเริ่มต้น พบว่ากลุ่มทดลองมีอัตราการตอบสนองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลา โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.9 หลังการทดลองทันที เป็นร้อยละ 83.3 ที่ 6 เดือนหลังการทดลอง ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีอัตราการตอบสนองต่ำอยู่ที่ร้อยละ 8.3-14.6 (ตาราง 2)

ผู้เข้าร่วมโปรแกรม CBT มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย  $4.41 \pm 0.48$  จาก 5.00) โดยเฉพาะด้านความรู้และทักษะของวิทยากรที่ได้คะแนนสูงสุด ( $4.52 \pm 0.55$ ) (ตาราง 3)

ตาราง 2 อัตราการตอบสนองต่อการรักษา [จำนวน (ร้อยละ)] ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง (n=48)	กลุ่มควบคุม (n=48)	$\chi^2$	p-value
	n (%)	n (%)		
หลังการทดลองทันที			41.28	< 0.001
ตอบสนอง	35 (72.9)	4 (8.3)		
ไม่ตอบสนอง	13 (27.1)	44 (91.7)		
3 เดือนหลังการทดลอง			44.89	< 0.001
ตอบสนอง	38 (79.2)	6 (12.5)		
ไม่ตอบสนอง	10 (20.8)	42 (87.5)		
6 เดือนหลังการทดลอง			48.00	< 0.001
ตอบสนอง	40 (83.3)	7 (14.6)		
ไม่ตอบสนอง	8 (16.7)	41 (85.4)		

ตาราง 3 ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรม CBT (n=48)

รายการประเมิน	Mean ± SD	ระดับความพึงพอใจ
เนื้อหาของโปรแกรมมีประโยชน์และเข้าใจง่าย	4.42 ± 0.58	มากที่สุด
ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งมีความเหมาะสม	4.35 ± 0.62	มากที่สุด
จำนวนครั้งของการเข้าร่วมโปรแกรมมีความเหมาะสม	4.31 ± 0.66	มากที่สุด
วิทยากร/ผู้นำกลุ่มมีความรู้และทักษะในการถ่ายทอด	4.52 ± 0.55	มากที่สุด
บรรยากาศในการจัดกิจกรรมเอื้อต่อการเรียนรู้	4.46 ± 0.59	มากที่สุด
สามารถนำความรู้และทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวันได้	4.38 ± 0.61	มากที่สุด
โปรแกรมนี้ช่วยจัดการกับความคิดและอารมณ์ได้ดีขึ้น	4.44 ± 0.58	มากที่สุด
โปรแกรมนี้ช่วยลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย	4.29 ± 0.67	มากที่สุด
พึงพอใจกับการเข้าร่วมโปรแกรมนี้โดยรวม	4.41 ± 0.60	มากที่สุด
จะแนะนำโปรแกรมนี้ให้กับผู้อื่นที่มีปัญหาคล้ายกัน	4.48 ± 0.56	มากที่สุด
<b>คะแนนความพึงพอใจรวม</b>	<b>4.41 ± 0.48</b>	<b>มากที่สุด</b>

หมายเหตุ: เกณฑ์การแปลผล 1.00-1.80 = น้อยมาก, 1.81-2.60 = น้อย, 2.61-3.40 = ปานกลาง, 3.41-4.20 = มาก, 4.21-5.00 = มากที่สุด

**ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและปัจจัยทำนาย**  
 ตัวแปรตามทั้งหมดมีความสัมพันธ์เชิงบวก ระดับปานกลางถึงสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.65-0.74, p < 0.01$ ) โดยภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์สูงสุดกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ( $r = 0.74$ ) จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยทำนาย ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่สำคัญที่สุด ( $\beta = 0.52, p < 0.001$ ) โดยแบบจำลองสามารถ อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 64.2

#### การอภิปรายผล

การศึกษานี้แสดงหลักฐานชัดเจนว่า โปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่ปรับให้เหมาะสมสามารถลดความเสี่ยงต่อการฆ่า

ตัวตายและปรับปรุงสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยผลการรักษา มีความยั่งยืนจนถึง 6 เดือนหลังการแทรกแซง ขนาดอิทธิพลที่พบ (1.35) สูงกว่าการศึกษาใน ต่างประเทศ<sup>(7)</sup> ซึ่งอาจอธิบายได้จาก 3 ปัจจัยหลัก ประการแรก กลุ่มเป้าหมายมีความเฉพาะเจาะจง และมีความเปราะบางสูง ทำให้พร้อมรับการ ช่วยเหลือและตอบสนองต่อการแทรกแซงได้ดี ตามที่ Sarkar และ Balhara อธิบายว่าผู้ป่วย เบาหวานมีความเสี่ยงสูงแต่มักไม่ได้รับการดูแล อย่างเป็นระบบ<sup>(5)</sup> ประการที่ 2 การปรับโปรแกรมให้ สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยช่วยเพิ่มประสิทธิผล<sup>(10)</sup> ประการที่ 3 การบำบัดแบบกลุ่มสร้างการสนับสนุน ทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตาย ตามทฤษฎี ของ Van Orden และคณะ<sup>(13)</sup>

การลดลงของภาวะซึมเศร้าจาก 14.2 เหลือ 8.2 (ร้อยละ 42.3) มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่สำคัญที่สุด โดยอธิบายความแปรปรวนได้ถึงร้อยละ 64.2<sup>(8,11)</sup> การลดลงของการรับรู้ตนเองเป็นภาระจาก 28.4 เหลือ 18.9 (ร้อยละ 33.5) สอดคล้องกับทฤษฎี ของ Van Orden และคณะ<sup>(13)</sup> และเป็นกลไกสำคัญ ในการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายความยั่งยืนของผลการรักษาที่เพิ่มขึ้นตามเวลาโดยขนาดอิทธิพลเพิ่มจาก 1.15 เป็น 1.35 ที่ 6 เดือน อธิบายได้จากลักษณะของโปรแกรมที่เน้นการสอนทักษะที่สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง อัตราการตอบสนองต่อการรักษาที่ร้อยละ 83.3 และความพึงพอใจสูง (4.41 จาก 5) แสดงถึงความเป็นไปได้ในการนำโปรแกรมไปใช้จริง ผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยในบริบทไทย<sup>(9-10)</sup> แต่ขยายความรู้ด้วยการมุ่งเน้นกลุ่มเฉพาะและใช้การออกแบบที่เข้มงวดกว่า นัยสำคัญของการศึกษานี้มี 3 ประการคือให้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการนำโปรแกรมไปใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย<sup>(3)</sup> สามารถดำเนินการได้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและเน้นการสร้างทักษะและเสริมพลังผู้สูงอายุ แนะนำให้บูรณาการการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเข้าในระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พร้อมการคัดกรองความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

### ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างเล็ก การศึกษาในพื้นที่เฉพาะของอำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย ทำให้ผลการศึกษาอาจไม่สามารถนำไปใช้ได้กับ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานในบริบทที่แตกต่างกัน เนื่องจากลักษณะของการทดลองที่ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องรู้ว่าตนเองอยู่ในกลุ่มใด จึงไม่สามารถทำ double-blinding ได้ ระยะเวลาการติดตามผลถึง 6 เดือนยังไม่เพียงพอที่จะประเมินความยั่งยืนของผลการรักษาในระยะยาวมากกว่า 1-2 ปี การใช้แบบประเมินตนเองเป็นหลักอาจมีข้อจำกัดจาก response bias หรือ social desirability bias

### สรุป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลอย่างชัดเจนของโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมในการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและยกระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โปรแกรม CBT สามารถลดคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวังและการรับรู้ตนเองเป็นภาระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและคลินิก โดยมีขนาดอิทธิพลในระดับใหญ่ และมีความยั่งยืนจนถึง 6 เดือนหลังการทดลอง ผลการศึกษานี้ให้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนสำหรับการนำโปรแกรม CBT ไปใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุโรคเบาหวานและสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณสุขด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุในประเทศไทย การขยายผลไปสู่พื้นที่และกลุ่มประชากรอื่น ๆ ควรมีการปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะ และมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันประสิทธิผล

และความยั่งยืนในระยะยาวงานวิจัยนี้มีนัยสำคัญต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยเฉพาะในยุคที่ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ การลงทุนในการพัฒนาและขยายผลโปรแกรมเช่นนี้จะช่วยลดภาระทางเศรษฐกิจและสังคม เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและ

สร้างสังคมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 8 แห่งในอำเภอเราวดีและผู้ช่วยวิจัยที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

#### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
2. World Health Organization. Suicide world wide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021.
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปี 2564. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2564.
4. Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Kessomboon P, Assanangkornchai S, Taneepanichskul S, Putwatana P. Prevalence of diabetes and relationship with socioeconomic status in the Thai population: National Health Examination Survey, 2004-2014. J Diabetes Res 2018;2018:1654530.
5. Sarkar S, Balhara YP. Diabetes mellitus and suicide. Indian J Endocrinol Metab 2014;18(4):468-74.
6. Conejero I, Olié E, Courtet P, Calati R. Suicide in older adults: current perspectives. Clin Interv Aging 2018;13:691-9.
7. Heisel MJ, Talbot NL, King DA, Tu XM, Duberstein PR. Adapting interpersonal psychotherapy for older adults at risk for suicide. Am J Geriatr Psychiatry 2015;23(1):87-98.
8. Karyotaki E, Riper H, Twisk J, Hoogendoorn A, Kleiboer A, Mira A, et al. Efficacy of self-guided internet-based cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive symptoms: a meta-analysis of individual participant data. JAMA Psychiatry 2017;74(4):351-9.
9. รังสิมันต์ สุนทรไชยา, วัชรีย์ แสงสาย. ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2557;28(3):104-16.

10. วรนุช กิตสัมพันธ์, ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร. ผลของการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: การทบทวนวรรณกรรม.พยาบาลสาร 2560;44(1):161-71.
11. นริสา วงศ์พนารักษ์, สายสมร เฉลยกิตติ. ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ.วารสารพยาบาลทหารบก 2557;15(3):24-31.
12. Cuijpers P, Karyotaki E, Eckshtain D, Ng MY, Corteselli KA, Noma H, et al. Psychotherapy for depression across different age groups: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry 2020;77(7):694-702.
13. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE Jr. The interpersonal theory of suicide. Psychol Rev 2010;117(2):575-600.