



วารสาร การพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา

Nursing Public Health and Education Journal

ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2562 ISSN 2651-1908

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลองในหมวดวิชาชีพการพยาบาล
ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

* ธาณี กล่อมใจ, ทักษิภา ชัยวรัตน์, สมัยพร อาชาล

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความแข็งแกร่งในชีวิตการเห็นคุณค่าในตนเอง
ความฉลาดทางอารมณ์ และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการเรียนของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

* ไพบุลย์ ขาวสวนศรีเจริญ, กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ, เสาวลักษณ์ คงสนธิ

การพัฒนารูปแบบการบูรณาการจัดการเรียนการสอนกับการบริการวิชาการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแนวคิด
University-community Engagement

* ธาณี กล่อมใจ, ทักษิภา ชัยวรัตน์, สิริสุดา เตชะวิเศษ

ความสัมพันธ์ระหว่างสมดุลชีวิตกับการทำงาน ดัชนีความสุขคนทำงานกับความผูกพันในองค์กร
ของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ยะลา

* ปริญญ ชัยกองเกียรติ, สาธิตาน มากชูชิต, อนุชิต คลังม้น

การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและระดับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล : กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

* จงลักษณ์ ทวีแก้ว, วิจิตรา จิตร์รักษ์, ชนุกร แก้วมณี, น้ำฝน ศรีเสน

ผลของโปรแกรมติดตามส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาผ่านสื่อสังคมออนไลน์
ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนาน 12 สัปดาห์ ของมารดาทำงานนอกบ้าน

* ศุทธิณี รุจิระพงศ์, พรเพ็ญ ศิริสัตยวงค์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระอาจารย์ อำเภอองครักษ์
จังหวัดนครนายก

* อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล, ปรินทร์ จำปาทอง, ชนัญญา มงคล, เนตรชนก ศิริเลิศรุ่งเรือง

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน

* ศรินภา วรรณประเสริฐ

ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

* อธิพงษ์ อังทิมะ, สุทธิพร มูลศาสตร์, ปราการ ถมยางกูร

ผลของโปรแกรมโภชนาการที่มุ่งเน้นและชี้แนะที่มุ่งเน้นเพื่อสุขภาพสายตาในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

* วิภาดา แซ่เล่า, กานต์สุดา วันจันทร์, สุนทิพย์ พัฒนกุล, ประไพศรี ศิริจักรวาล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงาน ของพนักงานจัดระวางสินค้า สยามสินธุราชภูมิ
จังหวัดสมุทรปราการ

* ประหยัด ทิพย์สุทธิ

การศึกษาผลของการสูดดมกลิ่นน้ำมันดอกอานันทาสีต่อระบบประสาทอัตโนมัติและอารมณ์ความรู้สึก

* อำพล บุญเพียร, วรินทร์ เชิดชูศิริกุล, วิมล สยอวรรณ, สุติภัทร โพธิ์ศรี



วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2562 ISSN 2651-1908

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

กำหนดการออกวารสาร

ทุกๆ 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

มกราคม – เมษายน

พฤษภาคม – สิงหาคม

กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

312 หมู่ 11 ต.บ้านต้อม อ.เมือง จ.พะเยา 56000

โทรศัพท์ 0-5443-1779 โทรสาร 0-5443-1889

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.เวทิน นพนิตย์

ผู้อำนวยการ Professional Associates of Thailand

ดร.ธานี กล่อมใจ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

บรรณาธิการ

ดร.ทักษิภา ชัชรรัตน์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อาจารย์ฐิติพร เรือนกุล

เลขานุการ

อาจารย์จรรยา แก้วใจบุญ

อาจารย์สมศรี ทาทาน

อาจารย์อัมพร ยานะ

นางสาว ชนิดาภา อินตะมุด

นายเอกชัย หมั่นขัตติย์

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.ประวิต เอรารวรรณ

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.สุดารัตน์ สิทธิสมบัติ

มหาวิทยาลัยเนชั่น

รองศาสตราจารย์ ดร.พรณพินโล ศรีอาภรณ์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล นธการกิจกุล

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมยศ ชิดมงคล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมานจิต ภิรมย์รัตน์

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

ดร.วิยะดา รัตนสุวรรณ

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.ประจวบ แผลมหลัก

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์

มหาวิทยาลัยเนชั่น

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สรรพสิทธิประสงค์

ดร.จุไรรัตน์ ห้าวหาญ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุรินทร์

ดร.ดาราวรรณ รองเมือง

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ดร.ดลนภา หงส์ทอง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ดร.กฤตพัทธ์ ผีกฝน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ดร.ปรศนีย์ สมิทธิ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ดร. พิมพิมล วงศ์ไชยา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

สารบัญ

หน้า

- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลอง
ในหมวดวิชาชีวะการพยาบาล ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา 3
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความแข็งแกร่งในชีวิต
การเห็นคุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการเรียน
ของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง 16
- การพัฒนารูปแบบการบูรณาการจัดการจัดการเรียนการสอนกับการบริการวิชาการในการดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแนวคิด University- community Engagement 31
- ความสัมพันธ์ระหว่างสมดุลชีวิตกับการทำงาน ดัชนีความสุขคนทำงานกับความผูกพันในองค์กร
ของบุคลากรวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา 48
- การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและระดับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล :
กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 60
- ผลของโปรแกรมติดตามส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนาน 12 สัปดาห์
ของมารดาทำงานนอกบ้าน 69
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ตำบลพระอาจารย์ อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก 82
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน 92
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน 105
- ผลของโปรแกรมโภชนาการศึกษาร้านอาหารที่มีลูทีนและซีแซนทีนสูงเพื่อสุขภาพสายตาในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 119
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงาน ของพนักงานจัดระวางสินค้า
สนามบินสุวรรณภูมิ จังหวัดสมุทรปราการ 132
- การศึกษาผลของการสูดดมกลิ่นน้ำมันดอกอานันท์ต่อระบบประสาทอัตโนมัติ
และอารมณ์ความรู้สึก 147



ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

ธีรพงษ์ ธงหิมะ

สุทธิพร มุลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ปรการ ฅมยงกูร

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

Received : December 10, 2018

Revised : May 14, 2019

Accepted : May 27, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนต่อความหวัง การเชื่อมโยงกับสังคม ภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตายในตำบลอวน อำเภอปัว จังหวัดน่าน ซึ่งถูกคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน ซึ่งพัฒนาขึ้นตามกระบวนการแนวคิดสามขั้นตอน มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสาเหตุของความคิดฆ่าตัวตายและสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การให้คำแนะนำผู้ดูแล และการจัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อกระชับความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง 2) คู่มือการดูแลผู้สูงวัย สูตรคลายซึมเศร้า 3) แบบสอบถาม มี 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความหวัง เชื่อมโยงกับสังคม ภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย แบบสอบถามมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของส่วนที่ 2-5 เท่ากับ .92, .90, .98, .97 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .84, .82, .88 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบที และสถิติทดสอบซี ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยความหวัง และการเชื่อมโยงกับสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ระดับภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีความคิดฆ่าตัวตายมีน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลจากการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทใกล้เคียงกัน มีการศึกษาในผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง และติดตามประเมินโปรแกรมในระยะยาว โดยทุกขั้นตอนของกิจกรรมต้องมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในครอบครัว และควรเพิ่มญาติหรือผู้ดูแลเป็นกลุ่มตัวอย่าง และใช้เป็นเกณฑ์คัดเข้า จะทำให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ การเชื่อมโยงกับสังคม ภาวะซึมเศร้า ความหวัง ความคิดฆ่าตัวตาย



The Effectiveness of a Suicide Prevention Program in Elderly with Depression in a Community

Teerapong Thonghima

Sutteepon Moolsart

Faculty of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University

Prakarn Thomyangkoon

Department of Medical Services, Ministry of Public Health

Abstract

The purposes of this quasi-experimental study with two-group pre-test and post-test design were to study the effectiveness of a suicide prevention program in Elderly with depression in a community on hope, social connectedness, depression, and suicidal idea in elderly with depression in the community. The sample was elderly with depression and suicidal ideation in Auan Tambon Health Promotion Hospital, Pua district, Nan province. The elderly were selected by the simple random sampling and put into the experimental and comparative groups which each group included 20. The research instruments comprised 1) A suicide prevention program for elderly with depression in the community was developed based on the Three-step theory. The duration of the program was 8 weeks. The activities comprised the home visit for assessment of cause and environment risk to suicidal ideation, caregiver advice, and the strengthen relationship with surrounding people, 2) Handbook "Caring for the elderly with depression", 3) a questionnaire composed of five sections: general information, hope, social connectedness, depression, and suicidal ideation. Content validity indexes of sections of 2-5 were .92, .90, .98, .97 and Cronbach's alpha coefficients were .84, .82, .88 and .83, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, t-test, and Z-test. The result revealed that after enrolling the program, mean of hope and social connectedness of elderly with depression in the experimental group were significantly higher than before enrolling the program and higher than the comparison group at *p-value* .01. Mean of depression of the experimental group was significantly lower than before enrolling the program and lower than the comparison group at *p-value*.01. The proportion of elderly with depression in the experimental group was significantly fewer than before enrolling the program and fewer than the comparison group at *p-value*.01. This research can be applied to samples with similar contexts. Having education in the elderly who are alone and monitoring the program in the long term. Every step of the program requires



the participation of family or caregivers. And should add relatives or carers as a sample group and used as input criteria for result in more quality information.

Keywords : Depression, Elderly, Hope, Social connectedness, Suicidal ideation

บทนำ

ผู้สูงอายุในหลายประเทศทั่วโลกมีอัตราการเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุพบว่า อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (WHO, 2012) ประเทศไทยจัดเป็นหนึ่งในประเทศที่เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรนี้เช่นกัน คาดการณ์อีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22.9 เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม นอกจากปัญหาด้านร่างกายแล้วผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้ไม่ดี อาจเกิดความเครียดต่อสภาพจิตใจโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลต่อการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด (นภัส แก้ววิเชียร และเบญจพร สุธรรมชัย, 2554) ภาวะซึมเศร้าจัดเป็นปัญหาของผู้สูงอายุอันดับต้น ๆ ที่พบได้ทั่วโลก (World Federation for Mental Health, 2012) สำหรับประเทศไทยพบภาวะซึมเศร้าได้ทั่วประเทศ พบว่ามีความชุกมากที่สุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 2.92 รองลงมาคือ ภาคเหนือ ร้อยละ 2.72 และจังหวัดที่มีความชุกของโรคซึมเศร้าในภาคเหนือมากที่สุด ได้แก่ จังหวัดลำปาง ร้อยละ 2.75 จังหวัดน่าน ร้อยละ 2.67 และจังหวัดพะเยา ร้อยละ 2.18 ตามลำดับ จากสถิติปี 2557-2559 พบอัตราความชุกภาวะซึมเศร้าจังหวัดน่านที่เพิ่มสูงขึ้น จำนวน 9,150, 9,212 และ 9,249 คน คิดเป็นร้อยละ 1.58, 1.86 และ 2.67 ตามลำดับ โดยเฉพาะอำเภอปัว พบผู้มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุดของจังหวัด พบถึงร้อยละ 19.99 และ

ต่ำลวนเป็นหนึ่งในอำเภอปัวมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้ามากเป็นอันดับต้นๆ ของอำเภอปัว (Health Data Center, 2561) และพบการฆ่าตัวตายเป็นผลจากภาวะซึมเศร้ามากที่สุดพบถึงร้อยละ 9

ปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในประเทศไทย มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยเกิดขึ้นกับทุกเพศ (กรมสุขภาพจิต, 2558) ซึ่งจังหวัดน่านเป็นจังหวัดที่มีอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรสูงเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของประเทศ และเป็น 1 ใน 3 ของภาคเหนือ โดยพบอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรในปี 2554-2558 เป็น 12.17, 15.09, 10.67, 11.29 และ 13.18 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2558) อำเภอปัวพบอัตราฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรที่เกินกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่ 6.0 ต่อแสนประชากร อัตราการฆ่าตัวตายในอำเภอปัว ตั้งแต่ปี 2555-2559 คือ 10.90, 12.46, 14.42, 13.49 และ 23.26 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และต่ำลวนมีอัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากรสูงที่สุดในอำเภอปัว ในปี 2560 พบผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 5 ราย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 หรือคิดเป็น 60.59 ต่อแสนประชากร

ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะได้รับการคัดกรอง การเฝ้าระวังและได้รับการส่งต่อตามแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานด้านจิตเวชก็ตาม แต่ปัญหาการฆ่าตัวตายยังเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ จากการใช้ชีวิตอย่างไร้ความหวัง การขาดสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะกับสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงตามมา นอกจากนี้ชุมชนขาดการมีส่วนร่วม



ร่วมในการดูแลและเฝ้าระวังอย่างจริงจัง ดังนั้นการ
สร้างโปรแกรมฯ ครั้งนี้ควรเริ่มต้นจากครอบครัวโดย
การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่ใกล้ชิด หากครอบครัวไม่
สามารถจัดการได้ ชุมชนต้องมีส่วนช่วยเหลือในการ
จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน (หยกฟ้า เพ็งเลีย, สุข
เสริม ทิพย์ปัญญา, กรรณิการ์ พุกศร, วิชัย ลิขสิทธิ์
ดำรงกุล, สงวน ธาณี และสมจิตต์ ลุประสงค์, 2561).
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ
ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุส่วนมากประสบกับปัญหา
ความเครียด ด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ
การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของชุมชนที่
มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (นิรัชรา ศศิธร และ
พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2558) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้า
มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้สูงอายุที่มีภาวะ
ซึมเศร้าโดยความคิดผู้ที่มีหมดหวังจะส่งผลให้มีภาวะ
ซึมเศร้า มองโลกและมองตัวเองไปในทางลบ หมกมุ่น
กับความรู้สึกลึกซึ้ง ความสูญเสียและความตาย (นิชา
สมานทรัพย์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2555) จึงได้มี
งานวิจัยที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความหวังแบบ
ครอบครัวมีส่วนร่วมในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
โดยครอบครัวร่วมประเมินปัญหาและความหวัง การ
ตั้งเป้าหมายและแก้ไขปัญหาร่วมกัน การสร้างแรงจูงใจ
และการฝึกคิดเชิงบวกเพื่อให้ไปสู่เป้าหมาย สามารถ
ช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าได้ (ปวีณา
นพโสธร, 2556) นอกจากนี้พบว่าสมาชิกในครอบครัว
มีส่วนทำให้เกิดความขัดแย้งทางใจของผู้ที่มีความคิด
ฆ่าตัวตาย จากการสร้างสัมพันธภาพ ทำความรู้จักกับ
ความขัดแย้งทางใจ การสร้างความรู้สึที่ดีต่อตนเอง
การจัดการกับชีวิต การสร้างสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุนกัน
และการมีจุดมุ่งหมายร่วมกันในชีวิต สามารถลด
ความคิดฆ่าตัวตายได้ (กรรณิการ์ ผ่องโต และอรพรรณ
ลือบุญธวัชชัย, 2557)

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกัน
การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในครั้งนี้จึงถูก
พัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดทฤษฎีสามขั้นตอน (Three-
step theory) ของ คอนสกี และเมย์ (Klonsky &
May, 2015) ซึ่งอธิบายถึงก่อนการคิดฆ่าตัวตายเริ่ม
จากความเจ็บปวด ความทุกข์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
ร่วมกับความสิ้นหวังในชีวิต แต่ถ้าบุคคลนั้นมี
สัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้างจะทำให้ความคิดฆ่า
ตัวตายลดลง แต่ถ้าสัมพันธภาพนั้นไม่ดีจะส่งผลให้เกิด
ความคิดฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง และเมื่ออยู่ใน
สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมการฆ่าตัวตายทำให้
มีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งคาดว่าผลของ
โปรแกรมนี้สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามี
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและความคิด
ฆ่าตัวตาย สามารถสร้างความหวังให้แก่ชีวิตของตนเอง
ได้ มีการเชื่อมโยงกับสังคมโดยเฉพาะบุคคลใน
ครอบครัว สามารถจัดการและเผชิญกับปัญหาที่
ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่ส่งผลให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย
ที่เกิดขึ้นในชีวิตและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลได้อย่างมี
ประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกัน
การฆ่าตัวตายต่อความหวัง การเชื่อมโยงกับสังคม
ภาวะซึมเศร้า และต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มี
ภาวะซึมเศร้า

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-
experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผล
เปรียบเทียบ (two groups, pre-posttest design)



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและเคยมีความคิดฆ่าตัวตายภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งอยู่ในตำบลอวน อำเภอบัว จังหวัดน่าน จำนวน 36 คน และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและเคยมีความคิดฆ่าตัวตายในตำบลศิลาเพชร อำเภอบัว จังหวัดน่าน จำนวน 34 คน รวมเป็น 70 คน โดยใช้แบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) และ 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย จำนวน 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) แบบจับฉลากไม่คืนที่ เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี และมีผู้ดูแลได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ที่มีคะแนน 7-18 และความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ที่มีคะแนน 1-8 ไม่มีภาวะสมองเสื่อมจากการคัดกรองด้วยแบบประเมิน Mini-Mental State Examination: Thai version (MMSE-Thai) สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เครื่องมือดำเนินงานวิจัย ได้แก่ โปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยชุดเครื่องมือย่อย ดังนี้ (1) แผนการสอนตามโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า (2) สื่อการสอนวีดิทัศน์ และ (3) คู่มือการดูแลผู้สูงวัย สูตรคลายซึมเศร้า ผู้วิจัยนำโปรแกรมไปตรวจสอบคุณภาพพร้อมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปตรวจสอบแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ส่วนที่ 2 เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) เครื่องมือการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินโรค

ซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2) แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล โดยลักษณะคำถามเป็นปลายเปิดและปลายปิด ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 9 ข้อและข้อมูลส่วนครอบครัวโดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ และอีก 4 ข้อ เป็นลักษณะคำถามแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ 3) การติดต่อกับสังคม ประกอบด้วย เครือข่ายทางสังคมโดยมีลักษณะคำถาม เป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ที่ดัดแปลงมาจากจินตรา พรหมน้อย (2560) และการเชื่อมโยงกับสังคม ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ ที่แปลมาจาก (Richard, 2008) 4) ความหวัง ตามแนวคิดของ (Herth, 1992) ที่แปลโดย ศักดา ขำคม (2552) โดยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 2 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ 5) แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale, TGDS) มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ โดยตอบใช่/ไม่ใช่ ให้คะแนนเป็น 0 และ 1 โดยกำหนดผลของคะแนนดังนี้ 0-12 ไม่มีภาวะซึมเศร้า, 13-18 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย, 19-24 มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง, 25-30 มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง และ 6) ความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2554) มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการเชื่อมโยงกับสังคม ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เกณฑ์ที่ใช้



ในการตัดสินความตรงตามเนื้อหา คือ .08 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2006) โดยการคำนวณจากสูตรค่าดัชนีความตรงรายข้อ และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ (content validity index : CVI) เท่ากับ .92, .90, .98, .97 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน บรากเท่ากับ .82, .84, .88 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช วันที่ 26 กรกฎาคม 2561 เลขที่ 21/2561

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2561 ถึงเดือน กันยายน 2561 โดยประเมินผลการทดลองก่อนและหลังการทดลองประกอบด้วยกิจกรรม 5 ครั้ง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยมีกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ และรวบรวมข้อมูลปัญหาสุขภาพร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว สภาพแวดล้อมบ้าน ระบุปัญหาสุขภาพและวางแผนหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 2 อบรมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุที่ร่วมกิจกรรม บรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย การป้องกันภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ การฝึกทักษะวิเคราะห์อาการ สาเหตุ และการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 3 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 เป็นการติดตามข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม อธิบายให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเรื่อง การสังเกตอาการภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ การป้องกันภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายสำหรับผู้ดูแล ให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลฝึกตั้งเป้าหมายและการแก้ไขปัญหา การสร้างแรงจูงใจและการฝึกคิดเชิงบวก

สัปดาห์ที่ 4 อบรมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2 เป็นการอธิบายให้ความรู้ผู้สูงอายุเรื่อง สภาพแวดล้อมบ้านที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมบ้านของผู้สูงอายุ และการสร้างพลังใจโดยปราชญ์ชาวบ้าน

สัปดาห์ที่ 6 การเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3 เป็นการติดตามข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม การทบทวนเนื้อหาจากกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมดโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และร่วมกันฝึกทักษะการคิดเชิงบวกจากสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับบริบทผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยกำหนด

สัปดาห์ที่ 8 อบรมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 3 เป็นการสรุปและทบทวนเนื้อหากิจกรรมที่ผ่านมาตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมฯ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกต่อกิจกรรมในครั้งนี้นี้เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนาต่อไป และประเมินผลหลังการทดลองใช้แบบสอบถามประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเครือข่ายทางสังคม ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนความหวัง การเชื่อมโยงกับสังคม ภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ independent t-test และเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีความคิดฆ่าตัวตายใช้สถิติ Z-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน อายุระหว่าง 60-65 ปี อายุเฉลี่ย 65.55 ปี (SD = 4.25) ในกลุ่มทดลองและ 65.95 ปี (SD = 3.87) ในกลุ่มเปรียบเทียบ สถานภาพแต่งงานแล้ว ร้อยละ 75 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 65 ในกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ระหว่าง 1,001-2,000 บาท/เดือน ร้อยละ 65 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 50 ในกลุ่มเปรียบเทียบ โดยได้รับจากเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 100 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 85 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 65 ในกลุ่มเปรียบเทียบ มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงเป็นส่วนใหญ่ ระยะเวลาที่ป่วยอยู่ในช่วง 0-5 ปี สมาชิกในครอบครัวที่อาศัยในบ้านเดียวกัน ได้แก่ บุตร หลาน และคู่สมรส รายได้หลักของครอบครัวได้จากบุตร และบุตรเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 85 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 95 ในกลุ่มเปรียบเทียบ

การติดต่อกับสังคม เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเฉพาะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มทดลอง ($M = 4.00$, $S.D. = .674$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($M = 3.73$, $S.D. = .428$) มีความสัมพันธ์ในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับดี ทั้งสองกลุ่มมีความสัมพันธ์ในครอบครัว มีการติดต่อกับสมาชิกในครอบครัว สามารถพูดคุยเรื่องส่วนตัวหรือเรื่องที่สำคัญได้ สามารถขอความช่วยเหลือในครอบครัวและญาติที่มีความใกล้ชิด มีการติดต่อกับเพื่อนฝูง อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง มีเพื่อนที่สามารถพูดคุยเรื่องส่วนตัวหรือเรื่องที่สำคัญและสามารถขอความช่วยเหลือได้ ค่าเฉลี่ยความหวังของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลางเท่ากันเมื่อก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ แต่หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความหวังเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่ามากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน

ค่าเฉลี่ยการเชื่อมโยงกับสังคมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลางเท่ากันเมื่อก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ แต่หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเชื่อมโยงกับสังคมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่ามากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน

ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับเล็กน้อยเท่ากัน (ใช้เกณฑ์คะแนน TGDS) เมื่อก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ แต่หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงเป็นระดับปกติ เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่ามากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน



ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความหวัง การเชื่อมโยงทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			Independent t-test	p- value
	(n = 20)			(n = 20)				
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ความหวัง								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.25	.433	ปานกลาง	3.37	.272	ปานกลาง	-1.057	.297
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.73	.269	มาก	3.35	.232	ปานกลาง	4.776	.000*
การเชื่อมโยงกับสังคม								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.38	.340	ปานกลาง	2.15	.510	ปานกลาง	1.717	.095
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3.63	.280	มาก	2.73	.590	ปานกลาง	6.257	.000*
ภาวะซึมเศร้า								
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	15.05	1.50	เล็กน้อย	15.40	1.39	เล็กน้อย	-.764	.450
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	11.30	2.45	ปกติ	14.05	3.97	เล็กน้อย	-2.637	.012*

* p-value<.01

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความหวัง การเชื่อมโยงทางสังคม และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม			paired t-test	p-value
	(n = 20)			(n = 20)				
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ความหวัง								
กลุ่มทดลอง	3.25	.433	ปานกลาง	3.73	.269	มาก	-3.822	<.01
กลุ่มเปรียบเทียบ	3.36	.272	ปานกลาง	3.35	.231	ปานกลาง	.228	.822
การเชื่อมโยงกับสังคม								
กลุ่มทดลอง	2.38	.338	ปานกลาง	3.63	.276	มาก	-16.057	<.01
กลุ่มเปรียบเทียบ	2.68	.638	ปานกลาง	2.72	.586	ปานกลาง	-.207	.838
ภาวะซึมเศร้า								
กลุ่มทดลอง	15.05	1.50	เล็กน้อย	11.30	2.45	ปกติ	8.186	<.01
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.40	1.39	เล็กน้อย	14.05	3.97	เล็กน้อย	1.302	.208

* p-value<.01



สัดส่วนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีร้อยละ 80 และร้อยละ 70 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบทางสถิติพบว่าไม่แตกต่างกัน แต่หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความคิดฆ่าตัวตายลดลงเป็นร้อยละ 10 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบลดลงเป็น ร้อยละ 45 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางสถิติ พบว่ากลุ่มทดลองมีสัดส่วนความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนและร้อยละของความคิดฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความคิดฆ่าตัวตาย	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 20)		Z- test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	16	80.00	14	70.00	0.74	.462
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	2	10.00	9	45.00	-2.69	.007*

* $p\text{-value} < .01$

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างจำนวนและร้อยละของความคิดฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ความคิดฆ่าตัวตาย	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (n = 20)		หลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 20)		Z- test	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
กลุ่มทดลอง	16	80.00	2	10.00	6.26	<.01
กลุ่มเปรียบเทียบ	14	70.00	9	45.00	1.65	.098

* $p\text{-value} < .01$

การอภิปรายผล

ผลของโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ต่อความหวัง การเชื่อมโยงกับสังคม ภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายสามารถอภิปราย ดังนี้

1) ความหวังของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุมีความหวังอยู่ในระดับปานกลาง หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุมีความหวังอยู่ในระดับมาก ซึ่งกลุ่มทดลองมีความหวังสูงขึ้นก่อนเข้าร่วม

โปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 จากการรวบรวมข้อมูลในการเยี่ยมบ้านครั้งแรก พบปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความทุกข์จากโรคเรื้อรังที่เป็นมานาน ทำให้เกิดความทุกข์ใจ รู้สึกเป็นภาระของบุตรหลาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย (นภัสสร ยอดทองดี และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2560) ที่ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยทางกายจะทำให้เกิด



ความรู้สึกทางลบต่อความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และทำให้เกิดความคิดทางลบต่อการเจ็บป่วยทางกายที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เกิดความสิ้นหวัง นอกจากนี้ยังพบว่าเกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแล ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม การอยู่อย่างลำพัง และรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย เพื่อส่งเสริมการสร้าง ความหวัง ควรเชื่อมสัมพันธ์กับผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ การจัดการปัญหา และการตั้งความหวังร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล จัดหากิจกรรมให้ผู้สูงอายุทำตามความเหมาะสม การให้กำลังใจ การแสดงออกถึงความรัก และความห่วงใย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมิน และติดตามความหวังของผู้สูงอายุ การศึกษาตามโปรแกรมในครั้งนี้ทำให้ความหวังของผู้สูงอายุดีขึ้น ได้แก่ การฝึกทักษะการค้นหาคำตอบที่รู้สึกทุกข์ใจในปัจจุบัน สาเหตุเกิดจากอะไร ตั้งความหวัง และหาหนทางสู่เป้าหมาย จะทำอะไร ให้ผู้สูงอายุได้นำไป ทบทวนประเด็นปัญหาร่วมกันกับผู้ดูแล นอกจากนี้มีการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามประเมินความหวังที่ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลร่วมกันคิด ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้สามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความหวังที่จะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การเชื่อมโยงกับสังคมของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการเชื่อมโยงกับสังคมอยู่ในระดับน้อยหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีการเชื่อมโยงกับสังคมอยู่ในระดับมาก ซึ่งกลุ่มทดลองมีการเชื่อมโยงกับสังคมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากการรวบรวมข้อมูลการเชื่อมโยงกับสังคมของผู้สูงอายุในการเยี่ยมบ้านครั้งแรก พบว่า ผู้สูงอายุไม่อยากจะข้องเกี่ยวกับคนส่วนมาก รู้สึกห่างเหินจากผู้คน สมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุบางรายขาดความเข้าใจกัน ขาดการสื่อสารที่

ชัดเจนและเหมาะสม ความห่างไกลของบุตรหลานที่ต้องออกไปทำงานต่างจังหวัด ส่งผลให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งในโปรแกรมฯ มีกิจกรรมกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อยเพื่อฝึกทักษะในการแสดงความคิดเห็น แสดงความรู้สึก และความกล้าแสดงออกในกิจกรรมที่กำหนดให้ร่วมกัน กิจกรรมเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแล การให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุแก่ผู้ดูแล การรับฟังปัญหา วางแผนและแก้ไขปัญหาร่วมกัน และส่งเสริมการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับ ดุษฎี กฤษฏี (2551) ได้ใช้แรงสนับสนุนของครอบครัวมาศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าที่ลดลง และสอดคล้องกับ นิรัชรา ศศิธร และพิรพนธ์ ลือบุญธวัช (2558) ที่ศึกษาปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ด้านการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างเพิ่มมากขึ้น

3) ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ซึ่งกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จากการรวบรวมข้อมูลการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 พบสาเหตุของภาวะซึมเศร้าจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรสา ยองใย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2554) อธิบายว่า การประกอบอาชีพ ความพอเพียงของรายได้ และสถานะทางการเงิน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่ไม่มีงานทำ ทำให้เกิดความยากจน ส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไป นอกจากนี้มีปัญห ความขัดแย้งในครอบครัว บุตรหลานไม่ได้อยู่ด้วยกัน



เนื่องจากต้องไปทำงานต่างจังหวัด และส่วนใหญ่ ครอบครัวที่อยู่ด้วยกันมีจำนวน 1-3 คน สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ โชติธนพันธ์ (2551) ได้กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดีจะส่งผลให้เกิดภาวะ ซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าตนเอง มีคนให้กำลังใจ ได้รับความรัก ได้รับการยอมรับจาก สังคมทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า และรับรู้ว่าเป็นตัวเองคือ ส่วนหนึ่งของสังคม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า และลดระดับภาวะซึมเศร้า ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับ สุขภาพจิต การให้คำปรึกษา และฝึกทักษะวิเคราะห์ อาการ สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ซึ่งในโปรแกรมได้ อบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมกลุ่มฝึกทักษะวิเคราะห์ อาการ สาเหตุ และการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่ ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า การเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาปัญหา สุขภาพทางกายและจิตใจ การให้ความรู้อาการภาวะ ซึมเศร้าแก่ผู้ดูแล การฝึกตั้งเป้าหมายและการแก้ไข ปัญหาร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแล การสร้าง แรงจูงใจและการฝึกคิดเชิงบวก ที่สอดคล้องกับ อร พรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2555) ที่ใช้กิจกรรมบำบัดทางจิต สังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการให้ความรู้ด้าน สุขภาพจิต เป็นกิจกรรมที่ทำแล้วส่งผลให้ภาวะซึมเศร้า ลดลง การให้ความรู้และการป้องกันภาวะซึมเศร้า การ ทำสิ่งที่ชอบหรือออกไปพบปะผู้คน ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ทำสมาธิ ปลูกผัก จักสาร ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เบี่ยงเบน ความสนใจไม่ให้หมกมุ่นอยู่กับปัญหา นอกจากนี้ยังให้ ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล การสังเกตอาการ ภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมความรัก ความเข้าใจซึ่งกัน และกัน การทำกิจกรรมร่วมกันเป็นประจำ และการ สร้างความหวังร่วมกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปวีณา นพโสธร (2556) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวร่วมสร้างเป้าหมายสู่ความหวังและครอบครัว

สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าที่ลดลงและ สอดคล้องกับ อรพรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, รังสิมันต์ สุนทร ไชยา และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2555) ใช้ กิจกรรมบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยฝึกคลายความเครียดด้วยตนเอง การฝึกหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ทำ แล้วส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

4) ความคิดฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีความคิดฆ่าตัวตายสัดส่วนร้อยละ 80 หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในสัดส่วน ร้อยละ 20 ซึ่งลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและ ลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 จากข้อมูลพบปัญหาความคิดฆ่าตัวตายจาก ความทุกข์ทรมานและความเครียดจากโรคเรื้อรัง ทำให้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนเดิม เกิด ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตัวเอง เครียด และรู้สึกเป็น ภาระ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฟิลิส, คริสเทน และ นาวิล (Phyllis, Christen & Nashville, 2015) ที่ อธิบายปัจจัยคุกคามภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่า ตัวตายในผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีโรคประจำตัวที่เรื้อรัง สภาพแวดล้อมรอบข้าง ความซับซ้อนของชีวิตที่เป็นจุด เริ่มของภาวะซึมเศร้า หากมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจะ ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายได้ทันที นอกจากนี้พบว่ามี ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ขาดการดูแลเอาใจใส่ ทำให้ผู้สูงอายุเหงา โดดเดี่ยว และน้อยใจ ส่งผลต่อการ เกิดความคิดฆ่าตัวตาย ในขณะเดียวกันสภาพแวดล้อม ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ มีด เชือก ยาฆ่าแมลง เป็นต้น ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการทำร้ายร่างกายตนเองเมื่อมี ความคิดและความพยายามฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง ซึ่งใน โปรแกรมได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ผู้สูงอายุ เรื่องความคิดฆ่าตัวตาย จัดกิจกรรมกลุ่มฝึกทักษะ วิเคราะห์อาการ สาเหตุ การจัดการปัญหาสุขภาพจิต การจัดกิจกรรมนันทนาการ การอธิบายเรื่อง



สภาพแวดล้อมบ้านที่เหมาะสมและปลอดภัยพร้อมกับ
แลกเปลี่ยนความคิดเห็น กิจกรรมการสร้างพลังใจโดย
ปราชญ์ชาวบ้าน กิจกรรมเยี่ยมบ้านเพื่อรวบรวมข้อมูล
ปัญหาสุขภาพทางกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ใน
ครอบครัว สภาพแวดล้อมบ้าน การอธิบายแก่ผู้ดูแล
เรื่อง สังเกตอาการและการป้องกันความเครียด
จัดกิจกรรมกลุ่มย่อยการฝึกทักษะตั้งเป้าหมาย เช่น
การปลูกผัก การรดน้ำต้นไม้ เป็นต้น ฝึกทักษะการสร้าง
แรงจูงใจและการคิดเชิงบวกจากสถานการณ์ที่ใกล้เคียง
กับบริบทในพื้นที่โดยผู้ดูแลมีส่วนร่วม การจัดการกับ
ความเครียดโดยการทำสมาธิ ฟังธรรมะ การเปิดโอกาส
ให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้แสดงความรู้สึกและพูดคุยกัน
อย่างเปิดใจโดยไม่ผ่านคนกลาง และติดตามประเมิน
ความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอย่าง
ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้พบว่า โปรแกรมป้องกันการฆ่า
ตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในเขตพื้นที่อื่น ๆ ที่
มีบริบทใกล้เคียงกัน สามารถนำไปปรับใช้ในการสร้าง

ความหวัง การเชื่อมโยงกับสังคม เพื่อใช้ลดภาวะ
ซึมเศร้าและยับยั้งความคิดฆ่าตัวตายในการดูแลผู้ป่วย
โรคทางจิตเวช และโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคจิตเภท
โรคไตวายเรื้อรังที่ต้องฟอกไต โรคเบาหวาน เป็นต้น
ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลอาศัยอยู่ใน
บ้านหลังเดียวกันและติดตามผลของโปรแกรมฯ ใน
ระยะยาวทุก 3-6 เดือน และการเก็บรวบรวมข้อมูลใน
แต่ละขั้นตอนควรใช้ความระมัดระวังในการสื่อสารกับ
ผู้สูงอายุที่ส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุได้ ควรระบุ
ญาติหรือผู้ดูแลเป็นกลุ่มตัวอย่างและใช้เป็นเกณฑ์คัด
เข้าเพื่อให้สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมได้ทุกขั้นตอนของ
โปรแกรมฯ รวมทั้งการติดตามในระยะยาวเพื่อ
ช่วยเหลือและให้การสนับสนุนผู้สูงอายุให้สามารถ
ดำรงชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พยาบาล
เวชปฏิบัติควรได้รับการพัฒนาความรู้เฉพาะในการ
ดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ต่อการ
ดำเนินงานสุขภาพจิตในเชิงรุกและเชิงรับให้ครอบคลุม
กับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ให้มีความรู้และทักษะ
การประเมินสุขภาพจิต การเยี่ยมบ้าน รวมทั้งระบบ
การดูแลและส่งต่อในชุมชนต่อไป



เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: ศิริธรรมออฟเซต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *โรคซึมเศร้ากับการฆ่าตัวตาย ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย*. สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2560, จาก <http://www.pfizer.co.th/th/node/3031>
- กรรณิการ์ ผ่องโต และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(1), 121-132.
- จันทรา พรหมน้อย. (2560). ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(6), 405-412.
- ดุขฎิ กฤษฎี. (2551). *ทัศนคติต่อความตาย การตระหนักรู้ในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ อำเภอสี่คัว จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ พย.ม.มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- นภัส แก้ววิเชียร และเบญจพร สุธรรมชัย. (2554). *การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- นภัสสร ยอดทองดี และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ*, 33(1), 29-39.
- นิรัชรา ศศิธร และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2558). ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุสังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 48 นาควัชรอุทิศ. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 59(6), 717-730.
- นิชา สมานทรัพย์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(3), 57-70.
- ปวีณา นพโสตร. (2556). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 83-94.
- สมใจ โชติธนพันธ์. (2551). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุบ้านบางแค*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- หยกฟ้า เพ็งเลีย, สุขเสริม ทิพย์ปัญญา, กรรณิการ์ พุกศรี, วิชัย ลิขสิทธิ์ดำรงกุล, สงวน ธาณี และสมจิตต์ ลุประสงค์. (2561). การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลจirim อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 26(3), 186-196.



เอกสารอ้างอิง

- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2555). รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชสำหรับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย ในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(3), 112-126.
- อรสา ยองใย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2554). ภาวะซึมเศร้าและอารมณ์เศร้าโศกจาก การสูญเสียของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 117-128.
- Health Data Center (HDC). (2561). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อ 26 พฤษภาคม 2561, จาก <http://neo.moph.go.th/hdc/>
- Herth, K. A. (1992). Abbreviated Instrument to Measure Hope: Development and Psychometric Evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17(10), 1251-9.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "Ideation-to-Action" Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129.
- Phyllis P., Christen W. & Nashville, T. N. (2016). Triple threaten among the elderly: Depression, suicide risk, and handguns. *Journal Of Emergency Nursing*, 42(1), 14-18.
- Polit, D. F. & Beck, C. (2006). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. China: Lippincott Williams & Wilkins.
- Richard, M. L. (2008). Cultural socialization in families with Internationally adopted children. *J Fam Psychol*, 20(4), 571-580.
- Yesavage, J. A., Brink, T.L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
- World Health Organization. (2012). *Depression around the world*. Retrieved March 6, 2018, from http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf
- World Federation for Mental Health. (2012). *Depression: A global crisis*. Retrieved November 26, 2017 from www.who.int/mental_health/management/.../wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf



คำแนะนำ



การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์

ในวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา พ.ศ.2562

เพื่อให้การจัดทำวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และมีคุณภาพ ดังนี้

วารสารจะดำเนินการในลักษณะ E- journal ไม่จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ

ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 คน ในลักษณะ Double blinded ที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพสามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ หมายถึง บทความวิจัย และบทความปริทรรศน์

คำแนะนำของการเตรียมบทความ

1. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษามีดังต่อไปนี้

1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

1.2. ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อนยกเว้นเป็นผลงาน

วิชาการที่ได้นำเสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาถ้อยแถลงจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน

1.4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จและส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนดมิฉะนั้นจะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์

1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์)

2. อัตราค่าบำรุงวารสารฯ / ค่าธรรมเนียมในการนำผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารฯ อัตราค่าธรรมเนียม 4,000 บาท/ 1 บทความ โดยชำระค่าลงทะเบียนตีพิมพ์บทความ โดยการโอนเงินมาที่บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขา พระยา เลขบัญชี 512-0-69285-0 ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี (งานวารสาร)

3. การเตรียมต้นฉบับบทความวิจัยมีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้



3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
3.2 ชื่อ-สกุลและสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

3.3. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract)

3.4. คำสำคัญ (Keywords) ให้ผู้เขียนพิจารณา คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

3.5. บทนำเป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักการวิจัยเขียนให้กระชับตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษ

3.6. วัตถุประสงค์การวิจัย กระชับและชัดเจน

3.7. ระเบียบวิธีการวิจัยเป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธีวิจัยที่มีคุณภาพ โดยมีรายละเอียดพอสังเขปที่แสดงให้เห็นถึงรายละเอียดของกระบวนการ

3.8. ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัยหากจะมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้เหมาะสมและให้นำเสนอข้อมูลได้ตารางตามที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง

3.9. อภิปรายผลเป็นการแปลความหมายของผลการวิจัยและอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นหรือไม่อย่างไรทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลและอธิบาย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

3.10. ข้อเสนอแนะในการเขียนข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคตทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

3.11. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

3.12. เอกสารอ้างอิง

4. การเตรียมต้นฉบับบทความปริทัศน์ (Review Article) มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียนดังนี้

4.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

4.2 ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย

4.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำสำคัญ (Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

4.4 บทนำ เป็นการเขียนความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของเรื่องที่น่าสนใจ เขียนให้กระชับตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้

4.5 สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ ที่ตรงกับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่น่าสนใจจะต้องกระชับตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน

4.6 วิจารณ์ เป็นการสรุปสาระ และแสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรมต่างๆมาเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้

4.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

4.8 เอกสารอ้างอิง

5. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความสำหรับแนวทางของการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 (The Publication Manual of the American Psychological Association, 6th edition, published by the American Psychological Association, 2011) มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวไทยให้ลงทั้งชื่อและนามสกุลตามลำดับ

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค และต่อด้วยอักษรย่อของชื่อต้น และชื่อรอง ทั้งนี้รวมถึงผู้แต่งชาวไทยที่เขียนหนังสือเป็น



ภาษาอังกฤษจะลงรายการผู้แต่ง โดยใช้นามสกุลขึ้นต้น
เหมือนผู้แต่งชาวต่างประเทศดังตัวอย่าง

5.1 หนังสือ

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์:สำนักพิมพ์

บุญชม ศรีสะอาด. (2547). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S. (2004). *Psychology: The brain, the person, the world*. (2nd ed.). Essex, England: Pearson Education Limited.

Mussen, P., Rosenzweig, M. R., Aronson, E., Elkind, D., Feshbach, S., Geiwitz, P. J., et al. (1973). *Psychology: An introduction*. Lexington, Mass.: Heath.

5.2 วารสาร

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), หน้า.

เพชฌัญญู กิจระการ และสมนึก ภัททิยธนี. (2545). ดัชนีประสิทธิผล Effectiveness Index:E.I.). *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 8(1), 30-36.

Klimoski, R., & Palmer, S. (1993). The ADA and the hiring process in organizations. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 45(2), 10-36.

5.3 หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

ประสม เนืองเฉลิม. (2549). *วิทยาศาสตร์พื้นฐานการจัดการเรียนรู้มิติทางวัฒนธรรมท้องถิ่น การบูรณาการ ความรู้พื้นฐานกับการจัดการเรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อชุมชน: กรณีศึกษาจากแหล่งเรียนรู้ป่าปู้ตา. ใน ฉลาด จันทรมบัติ (บรรณาธิการ), ศึกษาศาสตร์วิจัย ประจำปี2548 – 2549 (หน้า 127 – 140). มหาสารคาม:สารคาม-การพิมพ์-สารคามเปเปอร์*

Cooper, J., Mirabile, R., & Scher, S. J. (2005). Actions and attitudes: The theory of cognitive dissonance. In T. C. Brock & M. C. Green (Eds.), *Persuasion: Psychological insights and perspectives* (2nd ed., pp. 63-79). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

5.4 สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้นิพนธ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด). ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อฐานข้อมูลสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (3 ธันวาคม 2548). *ธนาคารหลักสูตร*. สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2550, จาก <http://db.onec.go.th/thaigifted/lessonplan/index.php>

Wollman, N. (1999, November 12). *Influencing attitudes and behaviors for social change*. Retrieved July 6, 2005, from <http://www.radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html>

6. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆ ถูกต้องตามพจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

7. ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในการบทความขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและ



ทันสมัยไม่เกิน 10 ปีมีการระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ ปรากฏอย่างชัดเจนควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูลและบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาลงตีพิมพ์

8. การตั้งค่าน้ำกระดาษให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ AngsanaNew ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวมบทความย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

9. การส่งต้นฉบับให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

9.1. ส่งต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยเป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (.docx) ไปที่เว็บไซต์ของวารสารที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy> เพื่อทำการลงทะเบียนสมาชิกวารสารและดำเนินการส่งบทความผ่านระบบออนไลน์ของ TCI ทั้งนี้ผู้เขียนสามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำเบื้องต้นสำหรับผู้พิมพ์ที่เมนูด้านขวามือของหน้าเว็บไซต์ หรือตามคู่มือแนบท้าย

9.2. เมื่อบทความผ่านประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีการแจ้งจากกองบรรณาธิการ

วารสารให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

9.3. ชำระเงินค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ในวารสารเมื่อได้รับการแจ้งจากกองบรรณาธิการ

ข้อ 8. วารสารมีกำหนดออกปีละ 3 ฉบับคือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม และฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

ผู้พิมพ์หรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล
การสาธารณสุขและการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
312 หมู่ 11 ตำบลบ้านต้อม อำเภอเมือง
จังหวัดพะเยา รหัสไปรษณีย์ 56000
โทรศัพท์ 0-5443-1779 ต่อ 105,114
โทรสาร 0-5443-1889
มือถือ 06-1289-5926
E-mail : journal@bcnpy.ac.th

