

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลย่านมัทรี อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

บุญรักษ์ พันธมิตร ส.ม.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาคะแวก อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

อมรศักดิ์ โพธิ์อำ ปร.ค.

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับบทความ(Received), 7 เมษายน 2023, วันที่แก้ไขบทความ (Revised), 8 มิถุนายน 2023

วันที่ตอบรับบทความ(Accepted), 9 มิถุนายน 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลย่านมัทรี อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่านมัทรี จำนวน 1,025 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel เท่ากับ 300 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้โรคซึมเศร้า การรับรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงข้อมูลทรัพยากรและพฤติกรรมป้องกันภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลย่านมัทรี อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ($r=-0.245$, $p\text{-value}<0.001$) สถานภาพสมรส ($r=-0.200$, $p\text{-value}=0.001$) การศึกษาสูงสุด ($r=0.219$, $p\text{-value}<0.001$) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ($r=0.232$, $p\text{-value}<0.001$) ความรู้ ($r=0.216$, $p\text{-value}<0.001$) การรับรู้ด้านสุขภาพ ($r=0.364$, $p\text{-value}<0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.217$, $p\text{-value}<0.001$) และการเข้าถึงข้อมูลทรัพยากร ($r=0.195$, $p\text{-value}=0.001$) ตามลำดับ ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

Factors associated with per depression-reducing behavior in patients with chronic disease in Yan Matsi Sub-district, Phayuha Khiri District, Nakhon Sawan Province.

Boonruk Pantamit M.P.H.

Ban Hadsakae Health Promoting Hospital, Phayuha Khiri District, Nakhon Sawan Province

Amornsak Poum PH.D. Public Health, Corresponding author

Faculty of Public Health, Naresuan University

Abstract

This descriptive research aimed to study factors associated with per depression-reducing behavior among patients with chronic disease in Yan Matsi Sub-district, Phayuha Khiri District, Nakhon Sawan Province. Population in this study consisted of 1,025 patients with chronic disease which registered in Yan Matsi health promoting hospital. The sample size calculating used Daniel formula for 300 cases, and systematic random sampling was determined for collecting data. Data collected by questionnaires composed of 6 parts including, characteristics, knowledge of depression, health perception, social support, information accessibility and depression prevention behaviors. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.89. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient. The result showed that factors was associated with per depression-reducing behavior among patients with chronic disease in Yan Matsi Sub-district, Phayuha Khiri District, Nakhon Sawan Province, with statistic significant including; age ($r=-0.245$, $p\text{-value}<0.001$) marital status ($r=-0.200$, $p\text{-value}=0.001$) education level ($r=0.219$, $p\text{-value}<0.001$) average income per month ($r=0.232$, $p\text{-value}<0.001$) knowledge ($r=0.216$, $p\text{-value}<0.001$) health perception ($r=0.364$, $p\text{-value}<0.001$) social support ($r=0.217$, $p\text{-value}<0.001$) and accessibility ($r=0.195$, $p\text{-value}=0.001$), respectively. The findings of this study can be used as basic empirical evidence to develop a model preventing depression among patients with chronic disease.

Keyword: Per depression, Chronic disease.

1. บทนำ

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับ 1 ของทั่วโลก และเป็นสาเหตุของการสูญเสียทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ในอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจขาดเลือด โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิต หน้าที่รับผิดชอบและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนสูงกว่าโรคอื่นๆ และเมื่อเปรียบเทียบกับโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชด้วยกัน พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียสุขภาวะสูงที่สุด สำหรับอุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้า พบร้อยละ 1.89 ของประชากรทั่วโลก⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยอัตราการป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นมักพบอาการทั้งทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว เช่น นอนไม่หลับ หลับๆ ตื่นๆ หรือหลับไม่สนิท ภาวะท้องอืด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดเมื่อยตามตัว อ่อนเพลียไม่มีแรง เชื่องช้า ไม่อยากทำงาน มีอารมณ์หดหู่เศร้าหมอง ไม่สดชื่น รู้สึกหงุดหงิด เบื่อหน่ายและมีความคิดอยากตาย สำหรับอาการที่สำคัญคือ อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่อยากทำงาน จะพบได้ถึงร้อยละ 97 สำหรับอาการเบื่ออาหารและปัญหาการนอนหลับ พบร้อยละ 80⁽²⁾ ปัญหาที่สำคัญของผู้เป็นโรคซึมเศร้าคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ได้ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็วเมื่อเริ่มมีอาการในระยะแรก เพราะอาการส่วนใหญ่จะแสดงออกมาด้วยการนอนหลับไม่ปกติ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ไม่มีแรงและเหนื่อยง่าย ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนมีปัญหาโรคทางกายจึงไปขอรับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพทางกาย นอกจากนี้พบว่าระบบการจัดการโรคซึมเศร้าในชุมชนยังไม่ชัดเจน ทำให้การค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการในระยะเริ่มแรกยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเต็มที่ โรคซึมเศร้าเมื่อไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้ความรุนแรงของโรค มักจะมีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้นจนอาจเกิดความเสี่ยงของโรคตามมา และเป็นภาระในการดูแลของครอบครัวและสังคม เนื่องจากตลอดชีวิตของผู้ป่วยโรคนี้จะมีโอกาสกำเริบซ้ำประมาณ 5 ครั้ง ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สุดของโรคซึมเศร้า คือ ความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 60 และพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการรุนแรงจะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 18⁽²⁾

อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ มีรายงานสถิติฆ่าตัวตาย ปีพ.ศ.2563 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอพยุหะคีรี เท่ากับ 11.92 ต่อแสนประชากร ซึ่งถือว่าอำเภอพยุหะคีรีมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมายการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร) เช่นเดียวกับข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จของตำบลย่านมัทรี อำเภอพยุหะคีรี มีรายงานสถิติฆ่าตัวตาย ในปีพ.ศ.2563 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของตำบลย่านมัทรี เท่ากับ 20 ต่อแสนประชากร⁽³⁾ จากข้อมูลการสอบสวนหาสาเหตุของการฆ่าตัวตาย พบว่า ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัญหาครอบครัว ภาวะซึมเศร้า การมีโรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูงและชอบดื่มสุราเป็นประจำ⁽⁴⁾ จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงระบาดวิทยาการฆ่าตัวตาย (รง.506S) ของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งชาติ ปีพ.ศ.2561 รายงานข้อมูลผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า สาเหตุที่ทำให้ฆ่าตัวตายสำเร็จเกิดจากปัจจัยกระตุ้นต่างๆ ได้แก่ ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหา

การทะเลาะกับคนใกล้ชิด ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาภาวะซึมเศร้า ผิดหวังจากความรัก ความหึงหวงและปัญหาการดื่มสุราเรื้อรัง ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยคือ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นต้น และมีสาเหตุที่เป็นปัจจัยกระตุ้นคือ การมีพฤติกรรมส่วนบุคคลที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การติดสุรา การบุหรี่ยาเสพติด ตามลำดับ⁽⁴⁾

จากผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา⁽⁵⁾ ได้ข้อค้นพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบคือ 1) ตัวผู้ป่วย ต้องมีการรับรู้สุขภาพของตนเองและการฝึกลมองโลกในแง่บวก และ 2) การสนับสนุนและการช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนและบุคคลรอบข้าง ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อจึงมีความสนใจศึกษาพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนพัฒนางานสุขภาพจิตของตำบลย่านมัทรีต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ตำบลย่านมัทรี อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

3. วิธีการ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) โดยกำหนดตัวแปรอิสระ ได้แก่ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) ด้านความรู้ 3) การรับรู้ด้านสุขภาพ 4) แรงสนับสนุนทางสังคม 5) การเข้าถึง ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้า ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2563

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเขตตำบลย่านมัทรี อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 1,025 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่านมัทรี ปีงบประมาณ 2563 ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือไม่ขาดยา ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรค และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เกณฑ์การคัดออกคือ เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนโดยใช้สูตร Daniel⁽⁶⁾ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 300 คน

3.2 การสุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นกลุ่มตัวอย่าง สุ่มเลือกจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลย่านมัทรีโดยนำรายชื่อของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาเรียงลำดับตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณระยะห่างของการสุ่ม เพื่อสุ่มเลือกรายชื่อให้ครบตามจำนวน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 6 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน สิทธิด้านการรักษาพยาบาล ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวาน ผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักของครอบครัว โรคประจำตัว วิธีการรักษาโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามด้านความรู้ ประกอบด้วย ความรู้โรคซึมเศร้า การป้องกันโรคซึมเศร้า ข้อคำถามมีลักษณะคำตอบ 3 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช้เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom⁽⁷⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความรู้ระดับสูง (คะแนน $\geq 80\%$) ระดับปานกลาง (คะแนน 61–79%) ระดับต่ำ (คะแนน $\leq 60\%$)

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามการรับรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของ Best John⁽⁸⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง (คะแนน 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34–3.66) ระดับต่ำ (คะแนน 1.00–2.33)

ส่วนที่ 4 ข้อคำถามแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากชุมชน แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของ Best John⁽⁸⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง (คะแนน 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34–3.66) ระดับต่ำ (คะแนน 1.00–2.33)

ส่วนที่ 5 ข้อคำถามการเข้าถึง ประกอบด้วย การได้รับข้อมูลข่าวสาร การเข้าถึงทรัพยากร ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของ Best John⁽⁸⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง (คะแนน 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34–3.66) ระดับต่ำ (คะแนน 1.00–2.33)

ส่วนที่ 6 ข้อคำถามพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การพบแพทย์ให้คำปรึกษา การรับประทานยา ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ใช้เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของ Best John⁽⁸⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง (คะแนน 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนน 2.34–3.66) ระดับต่ำ (คะแนน 1.00–2.33)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อประเมินค่าความตรงของเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีความสัมพันธ์เหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค⁽⁹⁾ เท่ากับ 0.89 เมื่อพิจารณาข้อคำถามรายด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ เท่ากับ 0.71 การรับรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.91 แรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.85 การเข้าถึง เท่ากับ 0.87 พฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.92 ตามลำดับ

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment correlation coefficient โดยพิจารณา ค่า P-value ที่มีค่าน้อยกว่า 0.05 หรือมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.5 จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ใบรับรองเลขที่ CM 34/2565

4. ผลการศึกษาวิจัย

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (67%) มีอายุระหว่าง 21-59 ปี (61.33%) และมีอายุน้อยกว่า 50 ปี (18%) ($\bar{X}$ =60.45, S.D.=11.187, Max=91, Min=21) มีสถานภาพคู่สมรสและอยู่ด้วยกัน (74%) รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยก (22.33%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (39.33%) และระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (21.67%) มีเพียงร้อยละ 3.66 ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านหรือพ่อบ้าน (ไม่ได้ทำงาน) (30%) รับจ้างทั่วไป (28.33%) และเป็นเกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่) (22%) สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวพบว่า ผู้ป่วยมีรายได้เฉลี่ยระหว่าง 5,000 ถึง 20,000 บาทต่อเดือน (92.67%) ($\bar{X}$ =10,806.67, S.D.=5,072.975, Max=30,000, Min=3,000) ประวัติการมีโรคประจำตัว พบว่า โรคประจำตัวที่ผู้ป่วยเป็นอันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง (48.91%) โรคเบาหวาน (46.43 %) และไขมันในเลือดสูง (10%) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ในพื้นที่ตำบลย่านมัทรี อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

ตัวแปรอิสระ	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)	ละ	(คน)	ละ	(คน)	ละ		
ความรู้	196	65.30	102	34.00	2	0.70	4.44	0.494
- ความรู้โรคซึมเศร้า	96	32.00	192	64.00	12	4.00	3.88	0.532
- ความรู้การป้องกันโรคซึมเศร้า	230	76.70	68	22.30	3	1.00	4.58	0.453
การรับรู้ด้านสุขภาพ	195	65.00	103	34.30	2	0.67	4.41	0.476
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า	235	78.30	64	21.30	1	0.30	4.63	0.422
- การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	179	59.70	121	40.30	0	0	4.32	0.491
- การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง	270	90.00	30.00	10.00	0	0	4.81	0.301
- การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง	147	49.00	145	48.30	8	2.70	4.10	0.550
แรงสนับสนุนทางสังคม	280	93.00	20	7.00	0	0	3.85	0.578
- แรงสนับสนุนจากครอบครัว	265	88.30	35	11.70	0	0	4.80	0.321
- แรงสนับสนุนจากชุมชน	298	99.30	2	0.70	0	0	4.67	0.281
- แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข	277	92.30	23	7.70	0	0	4.91	0.266
การเข้าถึง	192	64.00	108	36.00	0	0	4.40	0.480
- การได้รับข้อมูลข่าวสาร	177	59.00	120	40.00	3	1.00	4.30	0.514
- การเข้าถึงทรัพยากร	263	87.70	37	12.30	0	0	4.78	0.329

ความรู้ในภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.44$, S.D. =0.494) การรับรู้ด้านสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.41$, S.D. =0.476) แรงสนับสนุนทางสังคมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=3.85$, S.D. =0.578) และการเข้าถึงมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.40$, S.D. =0.480) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลย่านมัทรี อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

พฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้า	ระดับ						Mean	S.D.
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
พฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้า	223	74.30	77	25.70	0	0	4.57	0.437
- การควบคุมอาหาร	200	66.70	100	33.30	0	0	4.43	0.472
- การออกกำลังกาย	69	23.00	212	70.70	19	6.30	3.60	0.514
- การจัดการอารมณ์	194	64.70	106	35.30	0	0	4.40	0.479
- การพบแพทย์ให้คำปรึกษา	273	91.00	27	9.00	0	0	4.85	0.286
- การรับประทานยา	220	73.30	80	26.70	0	0	4.55	0.442

พฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าในภาพรวมมีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=4.57$, S.D. =0.437) เมื่อพิจารณาจำแนกพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้ารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้ารายด้านที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านการควบคุมอาหาร ($\bar{X}=4.43$, S.D. =0.472) ด้านการจัดการอารมณ์ ($\bar{X}=4.40$, S.D. =0.479) ด้านการพบแพทย์ให้คำปรึกษา ($\bar{X}=4.85$, S.D. =0.286) ด้านการรับประทานยา ($\bar{X}=4.55$, S.D. =0.442) ตามลำดับ สำหรับด้านการออกกำลังกายมีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.60$, S.D. =0.514) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลย่านมัทรี อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
	สัมประสิทธิ์		
	สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
- อายุ	-0.245	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางลบ
- สถานภาพสมรส	-0.200	0.001**	มีความสัมพันธ์ทางลบ
- ระดับการศึกษา	0.219	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน	0.232	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ความรู้	0.216	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ความรู้โรคซึมเศร้า	0.171	0.003*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- ความรู้การป้องกันโรคซึมเศร้า	0.170	0.003*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้ด้านสุขภาพ	0.364	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า	0.505	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	0.308	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง	0.108	0.061	ไม่มีความสัมพันธ์
- การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง	0.251	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.217	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- แรงสนับสนุนจากครอบครัว	0.255	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- แรงสนับสนุนจากชุมชน	0.154	0.008*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- แรงสนับสนุนจากบุคลากร	0.134	0.020*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
สาธารณสุข			

ตารางที่ 3 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลย่านมัทรี อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
	สัมประสิทธิ์		
	สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การเข้าถึง	0.195	0.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การได้รับข้อมูลข่าวสาร	0.137	0.018*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การเข้าถึงทรัพยากร	0.223	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก

* ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05, ** ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.001

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย อายุ ($r=-0.245$, $p\text{-value}<0.001$) สถานภาพสมรส ($r=-0.200$, $p\text{-value}=0.001$) การศึกษาสูงสุด ($r=0.219$, $p\text{-value}<0.001$) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ($r=0.232$, $p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ ความรู้ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ความรู้โรคซึมเศร้า ($r=0.171$, $p\text{-value}=0.003$) ความรู้การป้องกันโรคซึมเศร้า ($r=0.170$, $p\text{-value}=0.003$) ตามลำดับ การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ($r=0.505$, $p\text{-value}<0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ($r=0.308$, $p\text{-value}<0.001$) การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง ($r=0.251$, $p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ สำหรับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติ ($r=0.108$, $p\text{-value}=0.061$) แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากครอบครัว ($r=0.255$, $p\text{-value}<0.001$) แรงสนับสนุนจากชุมชน ($r=0.154$, $p\text{-value}=0.008$) แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ($r=0.134$, $p\text{-value}=0.020$) ตามลำดับ การเข้าถึงที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย การได้รับข้อมูลข่าวสาร ($r=0.137$, $p\text{-value}=0.018$) การเข้าถึงทรัพยากร ($r=0.223$, $p\text{-value}<0.001$) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

5. วิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ อายุ ($r=-0.245$, $P\text{-value}<0.001$) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-59 ปี (61.33%) ซึ่งถือว่าเป็นวัยกลางคน ทั้งนี้ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เพิ่มมากขึ้นกับสภาพร่างกายที่มีความเสื่อมถอยลง ซึ่งน่าจะเกิดจากอายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้าได้ลดน้อยลงเช่นกัน สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ($P\text{-value}=0.001$) สอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์⁽¹⁰⁾ ที่เชื่อว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยคู่สมรสจะช่วยเหลือแบ่งเบาภาระดูแลรักษาความเครียดและความวิตกกังวล ตลอดจนให้คำปรึกษาในการดูแลสุขภาพ ซึ่งการศึกษากครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่สมรสและอยู่ด้วยกัน (74%) ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ($P\text{-value}<0.001$) เนื่องจากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (61%) เพราะระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่จะสามารถดูแลตนเองได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ นพมาศ โกศล⁽¹¹⁾ ที่พบว่าระดับการศึกษาของประชาชนวัยทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สรร กลิ่นวิจิต⁽¹²⁾ ที่พบว่าระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียดและภาวะสุขภาพจิต รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ($P\text{-value}<0.001$) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (28.33%) และเป็นเกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่) (22%) นอกจากนี้ยังพบว่า หนึ่งในสามของผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ ว่างาน (30%) ส่งผลให้ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่ค่อยดี จากผลการวิจัยรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนพบว่า ผู้ป่วยมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนเท่ากับ 10,806.67 บาท ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ระดับปานกลางถึงระดับต่ำ สาเหตุอาจเนื่องมาจากสภาพร่างกายที่เกิดความเสื่อมถอยและไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ประกอบกับผู้ป่วยบางส่วนเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น ร่างกายเสื่อมถอย ความสามารถในการทำงานลดลง สภาพร่างกายจึงไม่อำนวยให้ประกอบอาชีพเพื่อสร้างรายได้ให้กับตนเองและครอบครัว⁽¹³⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของ รินทรหทัย กิตติธรรมา⁽¹⁴⁾ รายได้ต่อค่าใช้จ่ายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้าในของผู้สูงอายุ และรายได้ต่อเดือนเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการจัดการภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 35

ความรู้ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 65.30) ซึ่งความรู้ประกอบด้วย ความรู้โรคซึมเศร้าและความรู้การป้องกันโรคซึมเศร้า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมลดภาวะซึมเศร้า ($p\text{-value}<0.001$) สามารถอธิบายได้ว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้เป็น

ปัจจัยที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับแนวคิดของ Ajzen and Fishbein⁽¹⁶⁾ กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมอันใดอันหนึ่งนั้น บุคคลนั้นจะต้องประเมินว่าพฤติกรรมนั้นมีผลทางบวกต่อตัวเขาเอง

การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้า ($p\text{-value}<0.001$) สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้ด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ของบุคคลที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้สิ่งที่ตนเองพอใจเพราะคิดว่าสิ่งนั้นๆ จะก่อให้เกิดผลที่ดีต่อตนเอง รวมทั้งจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนาและไม่พึงพอใจ เช่น การที่บุคคลใดมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะเจาะจงจะมีประโยชน์เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากการรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ การได้เห็น การได้ยิน การสัมผัส การลิ้มรสและการได้กลิ่นแล้วมีการแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีจุดมุ่งหมายโดยมีแรงผลักดันจากความรู้และประสบการณ์เดิม⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาวดี ศรีรัตนประพันธ์⁽¹⁸⁾ ที่พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มารักษาในโรงพยาบาลละหานทราย

แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ($p\text{-value}<0.001$) เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่าเป็นปัจจัยเสริม เป็นการเสริมหรือสร้างแรงกระตุ้นให้บุคคลเกิดการกระทำหรือเป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากคนหรือบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ในเรื่องการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น ได้แก่ เพื่อนบ้าน บุคคลในครอบครัว ชุมชน บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรอื่นปัจจัยส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือน การยกย่องชมเชย การให้กำลังใจการเอาเป็นแบบอย่าง การดำเนินคดี การลงโทษ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การวางแผนการดำเนินงานจึงต้องพิจารณาวิเคราะห์และใช้กลวิธีการสร้างหรือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสริมให้เกิดแรงจูงใจของบุคคลให้เกิดการกระทำหรือเกิดพฤติกรรมเป็นอย่างมาก⁽¹⁵⁾ จากผลงานวิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (93%) ประกอบด้วย แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากชุมชน แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ตามลำดับ ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรชัย จุลเมตต์⁽¹⁹⁾ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาระในการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 40.8

การเข้าถึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ($p\text{-value}=0.001$) เนื่องจากการเข้าถึงถือว่าเป็นปัจจัยเอื้อ หรือเป็นปัจจัยที่เกิดจากภายนอกตัวบุคคล ที่เป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมก็ได้ เพราะพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการสนับสนุนด้านต่างๆ จะต้องอาศัยประสบการณ์และมีทักษะทางสุขภาพที่มากอยู่เพียงพอที่จะเป็นแรงจูงใจให้

เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ขึ้นได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Green and Kreuter⁽¹⁵⁾ ที่กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลนั้นมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย การเข้าถึงถือว่าปัจจัยนี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้วยเช่นกันและ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมนั้นเป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น การเข้าถึงแหล่งทรัพยากร มีบริการ อุปกรณ์ ตลอดจนการได้รับข้อมูลข่าวสารสิ่งต่างๆ ที่เป็นส่วนประกอบของพฤติกรรมอยู่อย่างเพียงพอ ความสามารถ เข้าถึงบริการหรือทรัพยากร เช่น ค่าใช้จ่าย การเดินทางระยะทาง การเสียเวลา การยอมรับ การรับรู้ข่าวสาร ต่างๆ เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรม จากผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึง ประกอบด้วย การได้รับ ข้อมูลข่าวสาร และการเข้าทรัพยากร ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (64%)

6. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอุปสรรคในการดูแลตนเอง ดังนั้นบุคลากร สาธารณสุขควรใช้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยการส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวและ ชุมชน ได้เข้าร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ด้วยวิธีการจัดอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและทรัพยากร แรงสนับสนุนทางสังคมและทักษะการป้องกัน โรคซึมเศร้าแก่อาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดูแลป้องกัน โรคซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ที่ รับผิดชอบต่อไป

7. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide data. [Internet]. 2006. [cited 2020 Mar 1]. Available from: URL: [WWW.http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)
2. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ. คู่มือการดูแลสุขภาพจิตสำหรับ ผู้ป่วยและครอบครัว. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครสวรรค์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. 2563.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานอัตราฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน แยกตามจังหวัด ประจำปี พ.ศ.2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2563]. จาก: URL: https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp.
5. สุรัชย์ เณียง, ปาริชาติ เมืองขวา, กมลนันทน์ คล่องดี. รูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าตามความต้องการของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลตำรวจ 2564; 13(2): 397-407.

6. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons; 2010.
7. Bloom, B.S. Taxonomt of Education. David McKay Company Inc., New York. 1975.
8. Best, John W. Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall; 1977.
9. Cronbach. Essentials of Psychological Testing. New York: Harper and Row; 1997.
10. Becker, Marshall H. The Health Belief Model and Preventive Behavior. Health Education Monographs; 1974.
11. นพมาศ โกศล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานสำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ. ค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2563. จากการประชุมภาคใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 10. 2561.
12. สรร กลิ่นวิจิต. การประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [สืบค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2563]. จาก: <http://library.christian.ac.th/thesis/document/T033098.pdf>.
13. ครุณี ชวนะวัต. การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม : มิตรภาพบำบัด. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี. 2549.
14. รินทร์หทัย กิตติธนาบุญ, รัชนิกร ทบประดิษฐ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของตำบลสระตะเคียน อำเภอเสิงสาง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพัฒนารวมชนและคุณภาพชีวิต 2562; 7(1): 69-80.
15. Green, L.W., Kreuter, M.W. Health Promotion Planning: An Educational and Environment Approach. California: Mayfield Publishing. 1991.
16. Ajzen, I., Fishbein, M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1980.
17. Rosenstock. History origins of the health belief model: Health Education Monograph. 1974.
18. สุภาวดี ศรีรัตนประพันธ์. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานที่มารักษา ใน โรงพยาบาลละหานทราย อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ 2561; 33(3): 249-64.
19. พรชัย จุลเมตต์. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 4(3): 182-190.