



ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและแนวทางการดูแลในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง ในเขตนครชัยบุรินทร์: การศึกษาเชิงคุณภาพ

ศักดา ชำคม ศ.ศ.ด.¹

รัชดาภรณ์ ใจอ้าย พย.ม.²

จำเนียร สุรวรางกูร พย.ม.³

(วันรับบทความ: 12 มิถุนายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569/ วันตอบรับบทความ: 11 มีนาคม พ.ศ.2569)

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญของภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการดูแล ช่วยเหลือ และป้องกันภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตนครชัยบุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรสาธารณสุข รวม 208 ราย จากจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วมหลายโรค และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน โดยพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.23 และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 5.93 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองและการรับรู้ว่าเป็นภาระ ความเครียดจากข้อจำกัดทางร่างกายและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ความวิตกกังวลต่อภาวะแทรกซ้อนและอนาคตของโรค ตลอดจนการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ในด้านระบบบริการ แม้มีนโยบายและเครื่องมือคัดกรอง (2Q และ 9Q) แต่การดำเนินงานยังมีข้อจำกัดจากการไม่เปิดเผยอาการของผู้ป่วย การขาดทักษะด้านสุขภาพจิตของบุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุข รวมถึงภาระงานที่สูง ส่งผลให้การดูแลมุ่งเน้นด้านร่างกายเป็นหลัก ขณะที่การดูแลด้านจิตใจยังไม่เป็นระบบ เกิดช่องว่างระหว่างการมีระบบคัดกรองกับผลลัพธ์เชิงปฏิบัติในการค้นหาและช่วยเหลือ ผู้มีความเสี่ยง โดยสรุป ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนมีความเปราะบางทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ผู้ดูแลและบุคลากรสาธารณสุข ยังต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพเพิ่มเติม เพื่อส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งมิติร่างกายและจิตสังคม

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การวิจัยเชิงคุณภาพ

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา

²อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: rachadaporn@sut.ac.th Tel: 080-1665252



Depression, Suicide Risk, and Care Approaches among Patients with Chronic Illnesses in the Nakhonchai Burin Region: A Qualitative Study

Sakda KhumKom Ph.D.¹

Rachadaporn Jai-ai M.N.S.²

Jamian Suravarangkul M.N.S.³

(Received Date: June 12, 2025, Revised Date: February 26, 2026, Accepted Date: March 11, 2026)

Abstract

Patients with chronic illnesses constitute a high-risk group for depression and suicide. This qualitative study aimed to explore the situation, problems, and needs related to the care, support, and prevention of depression and suicide risk among patients with chronic diseases in the Nakhonchai Burin region of Thailand. The sample was comprised of 208 participants, including patients with chronic illnesses, caregivers, village health volunteers, and healthcare personnel from Nakhon Ratchasima, Chaiyaphum, Buriram, and Surin provinces. Data were collected through in-depth interviews and focus group discussions and analyzed using content analysis. The findings revealed that most patients with chronic illnesses in the community were older adults with multiple comorbidities and prolonged illness duration. The prevalence of depression was 10.23% and 5.93% were identified as being at risk of suicide. Key factors associated with depression and suicide risk included feelings of worthlessness and perceived burdensomeness, stress related to physical limitations and lifestyle changes, anxiety about disease complications and prognosis, and insufficient social support.

Regarding the service system, although policies and screening tools (2Q and 9Q) were implemented, their effectiveness was constrained by patients' reluctance to disclose symptoms, limited mental health competencies among healthcare personnel and village health volunteers, and heavy workloads. Consequently, care remained predominantly focused on physical conditions, while mental health support was not systematically integrated, resulting in a gap between the existence of screening systems and their practical outcomes in identifying and assisting at-risk individuals. In conclusion, patients with chronic illnesses in community settings demonstrate significant psychological vulnerability. Strengthening the capacity of caregivers and healthcare personnel is essential to promote holistic care that integrates both physical and psychosocial dimensions.

Keywords: depression, suicide risk, chronic illness, qualitative research

¹Assistant Professor, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology, Nakhon Ratchasima Province

²Lecturer, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology, Nakhon Ratchasima Province

³Registered Nurse (Professional Level), Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital

²Corresponding Author, Email: rachadaporn@sut.ac.th Tel: 080-1665252



บทนำ

องค์การอนามัยโลก¹ ได้รายงานไว้ว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) คร่าชีวิตผู้คนไปอย่างน้อย 43 ล้านคนในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคระบาดทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2564 ผู้คน 18 ล้านคน เสียชีวิตจากโรค NCDs ก่อนอายุ 70 ปี โดยร้อยละ 82 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเหล่านี้เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับแรก (อย่างน้อย 19 ล้านราย) รองลงมาคือโรคมะเร็ง (10 ล้านราย) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (4 ล้านราย) และโรคเบาหวาน (มากกว่า 2 ล้านราย รวมถึงการเสียชีวิตด้วยโรคไตที่เกิดจากโรคเบาหวาน)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือภาวะที่คงอยู่นานอย่างน้อยหนึ่งปีและต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องหรือจำกัดกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือทั้งสองอย่าง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นผู้ป่วยที่ต้องปรับตัวอย่างมากต่อสภาพร่างกายและโรคภัยที่เกิดขึ้นกับตนเอง บางรายต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนและต่อเนื่อง หรือต้องนอนพักโรงพยาบาลเป็นเวลานาน บางรายป่วยเป็นโรคร้ายแรงที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ดังนั้นผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคซึมเศร้า โรคซึมเศร้าอาจเกิดจากความวิตกกังวล ความเครียด หรือความท้อแท้ อื่น ๆ ที่เกิดจากโรคเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงของสมองจากโรคเรื้อรัง (เช่น โรคพาร์กินสัน หรือโรคหลอดเลือดสมอง) ยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อรัง หรือการประวัตินส่วนตัวหรือครอบครัวที่มีภาวะซึมเศร้าหรือการฆ่าตัวตาย² โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและจากการคาดการณ์ในอนาคต ซึ่งเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และก่อให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ถ้าหากวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกเป็นเท่าตัว ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานานกว่าโรคอื่น ๆ ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องจะมีการเกิดซ้ำและเป็นเรื้อรัง อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายและก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพอย่างมาก อย่างไรก็ตามคนส่วนใหญ่ที่เป็นโรคซึมเศร้าไม่ได้พยายามฆ่าตัวตายหรือเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย แต่โรคซึมเศร้าก็มีความเชื่อมโยงกับความเครียดที่เพิ่มขึ้นในการฆ่าตัวตาย ประมาณร้อยละ 60 ของผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายนั้น มีความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น โรคซึมเศร้าหรือโรคอารมณ์สองขั้ว³

จากการสำรวจระดับชาติของสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2566 พบว่า คนไทยเป็นโรคซึมเศร้า 9.61 แสนคน โดยพบในเพศชายร้อยละ 1 เพศหญิงร้อยละ 2 ช่วงอายุ 18-24 ปี มากที่สุดร้อยละ 6 รองลงมา ช่วงอายุ 25-40 ปี ร้อยละ 3 ช่วงอายุ 41-59 ปี ร้อยละ 1.60 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 0.90 สรุปพบว่า เพศหญิง ภาคใต้ อายุ 18-24 ปี เป็นกลุ่มที่พบมากที่สุด⁴ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคซึมเศร้าและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังทางกายเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องดูแลตนเองและควบคุมโรคให้เหมาะสม ส่งผลให้สภาวะจิตใจของผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น วิตกกังวล ท้อแท้สิ้นหวัง หมดกำลังใจ รู้สึกไร้ค่า มีอาการซึมเศร้าและอาจคิดฆ่าตัวตายในที่สุด ดังนั้นการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน⁵ พบว่า มีความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายบ่อยขึ้นและเพิ่มสูงขึ้น จำเป็นต้องมีการบูรณาการการคัดกรองและการรักษาภาวะซึมเศร้าเข้ากับสถานพยาบาลชั้นปฐมภูมิเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะเสียชีวิตในอนาคต และจากการศึกษาแบบทบทวนอย่างเป็นระบบ⁶ เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานกับการฆ่าตัวตาย โดยการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากงานวิจัยต่าง ๆ จำนวน 17 ฉบับที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกและนำมาวิเคราะห์ พบว่า โรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมฆ่าตัวตายและความคิดฆ่าตัวตาย (Suicide Idea) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า การใช้ยาอินซูลิน ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานนาน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่เหมาะสม เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2

ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งพบว่ามี ความแตกต่าง ๆ ของความชุก เช่น การศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด⁷ มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 3.64 และไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ขณะที่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาล คลองหอยโข่ง สงขลา⁸ มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 6.95 และในผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลละหานทราย บุรีรัมย์⁹ ที่พบภาวะ



ซิมเศร่าร้อยละ 4.30 ซึ่งค่อนข้างแตกต่างจากการศึกษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ¹⁰ พบว่า มีความชุกของภาวะซิมเศร่าร้อยละ 30.20 โดยพบความชุกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงสุดร้อยละ 35.60 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 30.70, 25 และ 20.60 ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมและสถานการณ์ปัญหาที่ผ่านมา พบว่าความชุกของภาวะซิมเศร่าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ ลักษณะประชากร เครื่องมือที่ใช้ประเมิน และปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณซึ่งยังไม่สามารถอธิบายมิติด้านประสบการณ์ ปัญหา และความต้องการเชิงลึกของผู้ป่วยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะในเขตพื้นที่นครชัยบุรินทร์ ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งนำเสนอผลการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อสะท้อนสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการดูแลป้องกันภาวะซิมเศร่าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อันจะเป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการป้องกันที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการดูแล ช่วยเหลือและป้องกันภาวะซิมเศร่าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังในเขตนครชัยบุรินทร์

ขอบเขตการวิจัย

บทความวิจัยนี้เป็นการนำเสนอผลการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อสะท้อนสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการดูแล ป้องกันภาวะซิมเศร่าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานในเขตพื้นที่ศึกษา มี 4 จังหวัดในเขตนครชัยบุรินทร์ ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์ โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2562 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2563

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพทั่วไป (General qualitative research) เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการดูแล ช่วยเหลือ และป้องกันภาวะซิมเศร่าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตนครชัยบุรินทร์ โดยศึกษามุมมองและประสบการณ์ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข และบุคลากรสาธารณสุข การวิจัยเชิงคุณภาพแนวมุ่งอธิบายความหมายของปรากฏการณ์ทางสุขภาพจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลภายใต้บริบทจริง โดยให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจเชิงลึกอย่างเป็นระบบ มากกว่าการยึดกรอบปรัชญาเฉพาะแนวใดแนวหนึ่ง^{11,12}

กรอบแนวคิดนี้ตั้งอยู่บนฐานสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) บริบทและความหมายทางสังคม การอธิบายปัญหาต้องพิจารณาปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการเข้าถึงการดูแล¹² 2) ประสบการณ์และมุมมองของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญกับเสียงสะท้อนและการให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูลในฐานะแหล่งความรู้หลัก¹¹ 3) ปฏิสัมพันธ์และกระบวนการ มองปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในฐานะผลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการ และ 4) การวิเคราะห์เชิงตีความอย่างเป็นระบบ ใช้กระบวนการจัดหมวดหมู่ สร้างรหัส และสังเคราะห์ประเด็นพร้อมตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล เช่น การตรวจสอบสามเส้าและการยืนยันข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล¹³ จากกรอบแนวคิดดังกล่าวเอื้อต่อการอธิบายสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการเชิงลึกอย่างรอบด้าน และเป็นฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาแนวทางป้องกันภาวะซิมเศร่าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ต่อไป



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย (Research design) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

ประชากรและกลุ่มอาสาสมัคร

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้ คือ คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ครอบครัว แกนนำในชุมชน ทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายในชุมชน ที่ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในพื้นที่เขตนครชัยบุรินทร์ ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ ชัยภูมิ และสุรินทร์

กลุ่มอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ครอบครัว แกนนำในชุมชน ทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายในชุมชนที่ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตามที่คัดเลือกมาอย่างน้อย 1 ปี
2. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง สามารถสื่อสารได้
3. มีการได้ยินที่ปกติ สามารถพูดและเข้าใจภาษากับผู้วิจัยได้ดี
4. สม่ครใจที่จะให้ความร่วมมือในการตอบการสัมภาษณ์

กลุ่มอาสาสมัครในการวิจัยคั้งนี้ จำนวน 208 คน ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดละ 16 คน รวม 64 คน
2. กลุ่มผู้ดูแล/ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดละ 16 คน รวม 64 คน
3. กลุ่ม อสม. แกนนำหรือเครือข่ายในชุมชนที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดละ 16 คน รวม 64 คน
4. กลุ่มอาสาสมัครที่เป็นผู้รับผิดชอบงานหรือตัวแทน NCDs ระดับจังหวัด อำเภอและตำบล จังหวัดละ 4 คน รวมเป็น 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในการข้อมูลวิจัยคั้งนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ระยะเวลาที่เจ็บป่วย สถานที่รับบริการสุขภาพ ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าจากการใช้แบบประเมิน 9Q ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากการใช้แบบประเมิน 8Q

ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเพื่อใช้ในการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก โดยแนวคำถามในการสนทนากลุ่มใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีดังนี้

1. ท่านคิดว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ท่านเป็นอยู่ส่งผลกระทบต่อตัวท่าน ต่อคนในครอบครัวและชุมชนอย่างไร
2. ท่านมีวิธีการดูแลช่วยเหลือตนเองอย่างไรต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ท่านเป็นอยู่
3. ท่านรู้สึกอย่างไรต่อตัวเองในด้านต่าง ๆ เช่น ความสามารถของตนเอง ภาวะซึมเศร้า ความคิดอยากฆ่าตัวตาย และคุณภาพชีวิต
4. ท่านต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง (เงิน-คน-สิ่งของ-ความรู้) จากใคร (บุคคล หน่วยงานหรือองค์กร) เพื่อให้ท่านมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือความคิดอยากฆ่าตัวตาย
5. ท่านต้องการให้คนในครอบครัว ในหมู่บ้านหรือในชุมชนของท่าน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้อย่างไร

แนวคำถามในการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแลในครอบครัวและกลุ่มแกนนำในชุมชน ส่วนการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้ในกลุ่มผู้รับผิดชอบงาน NCDs ในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล มีดังนี้

1. ท่านมีบทบาทเกี่ยวข้องในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนของท่านอย่างไร
2. เป้าหมายในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังของท่านหรือหน่วยงานของท่านคืออะไร
3. ท่านมีแนวทางในการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนของท่านอย่างไรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว
4. มีปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนอะไรบ้างที่ทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายดังกล่าว
5. ท่านต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง (เงิน-คน-สิ่งของ-ความรู้) จากใคร (บุคคล หน่วยงานหรือองค์กร) เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังบรรลุตามเป้าหมายดังกล่าว



6. ท่านคิดว่าตัวท่านเองจะมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนได้อย่างไร

โดยแนวคำถามเป็นคำถามปลายเปิดที่ทีมวิจัยได้จัดทำขึ้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย และผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการทดสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา (Content validity) โดยนำไปปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามและจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 1 และนำไปทดลองใช้สนทนากลุ่มกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา ที่ไม่ใช่หมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 กลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก 3 คน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เป็นสภาพที่สอดคล้องกับความเป็นจริงในบริบทของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูลและพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตนครชัยบุรินทร์ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี COA NO 16/2562 ลงวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ.2562 และในส่วนของผู้เก็บรวบรวมข้อมูลนั้น นักวิจัยจะดำเนินการเก็บเองบางส่วนและให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บบางส่วน ทั้งนี้ นักวิจัยจะประสานหาผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ ซึ่งจะเป็นบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข มาเป็นผู้ช่วยนักวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ต้องผ่านการประชุมชี้แจง ฝึกอบรมวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากทีมนักวิจัยเป็นระยะเวลา 1 วัน

การเข้าถึงกลุ่มอาสาสมัครในการวิจัย นักวิจัยจะเข้าถึงกลุ่มอาสาสมัครต่าง ๆ โดยนักวิจัยจะทำหนังสือแจ้งขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลและขอทีมผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เพื่อจะเข้าถึงอาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ตั้งแต่ผู้รับผิดชอบงาน NCDs กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่ม อสม. แกนนำชุมชน หรือเครือข่ายในชุมชน กลุ่มผู้ดูแล/ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการพิทักษ์สิทธิ์และรักษาความลับของอาสาสมัครหรือชุมชนนั้น โดยผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อและนามสกุลจริงของอาสาสมัครหรือชุมชนลงในแบบบันทึกข้อมูลต่าง ๆ แบบสอบถาม แบบบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก เทปการสนทนากลุ่มและจะทำลายเมื่อการศึกษาครั้งนี้สิ้นสุด โดยผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลที่รับได้จากอาสาสมัครจะถูกเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่อาสาสมัครแต่ประการใด จะไม่มีการระบุชื่อ/ข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัครหรือชุมชน จะไม่มีการเผยแพร่ภาพถ่ายที่มีรูปของอาสาสมัครแก่สาธารณะ หากผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องแสดงภาพถ่ายที่มีรูปของอาสาสมัคร ผู้วิจัยจะระมัดระวังไม่ให้เห็นภาพหน้าทั้งหมดของอาสาสมัครและจะใช้แสดงเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น และในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยจะเพิ่มข้อตกลงกับอาสาสมัครทุกคนที่เข้าร่วมกลุ่มในเรื่องการเก็บรักษาความลับภายในกลุ่มว่าจะไม่เอาข้อมูลที่พูดคุยกันภายในกลุ่มไปพูดคุย เปิดเผยนอกกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน และร้อยละ
2. การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ (Qualitative Content Analysis) ร่วมกับการตีความอย่างเป็นระบบ โดยนำข้อมูลจากการถอดเทปการสัมภาษณ์เชิงลึกและบันทึกภาคสนามจากการสังเกตตามอ่านทบทวนหลายครั้งเพื่อทำความเข้าใจภาพรวมของข้อมูล จากนั้นดำเนินการให้รหัส (Coding) จัดหมวดหมู่ และจัดกลุ่มประเด็นสำคัญ เพื่อพัฒนาเป็นหัวข้อหลักและประเด็นย่อยที่สะท้อนปัญหาและความต้องการในการดูแล ช่วยเหลือ และป้องกันภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กระบวนการวิเคราะห์ดำเนินการไปอย่างต่อเนื่องและเป็นขั้นตอน โดยมีการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มเพื่อสังเคราะห์ความเหมือนและความแตกต่างเชิงประเด็น พร้อมเชื่อมโยงข้อค้นพบกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการอภิปรายผล ทั้งนี้ เพื่อเสริมสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล ได้ใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Data triangulation) และการตรวจสอบความถูกต้องของผู้ให้ข้อมูล (Member checking) ตลอดกระบวนการวิจัย



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 64 ราย ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.12) อายุเฉลี่ย 60.95 ปี โดยมีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 55.11) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.71) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99) จบในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 65.88) เกือบครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 46.79) เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 68.42) รองลงมาเป็นภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 30.50 และ 29.19 ตามลำดับ) เกือบครึ่งหนึ่งมีการเจ็บป่วยด้วย 2 ภาวะโรคขึ้นไป (ร้อยละ 47.29) โดยมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 9.42 ปี มากกว่าครึ่งรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (ร้อยละ 60.99) มีภาวะซึมเศร้าจากการใช้แบบประเมิน 9Q ร้อยละ 10.23 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 8.19 และระดับปานกลาง ร้อยละ 2.04 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากการใช้แบบประเมิน 8Q คิดเป็นร้อยละ 5.93 โดยอยู่ในระดับเสี่ยงน้อย ร้อยละ 4.89 และเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 1.04 ตามลำดับ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการในการดูแล ช่วยเหลือและป้องกันภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

2.1 ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการสนทนากลุ่มกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 64 คน สรุปประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่ปัญหาการเกิดโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ดังนี้

ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย หรือต้องกินยาเพื่อรักษาและควบคุมอาการของโรคอย่างต่อเนื่อง เมื่อระยะเวลาผ่านไป อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเจ็บป่วยอื่นร่วมด้วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง รูมาตอยด์ เก๊าท์ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวกับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปตามเงื่อนไขของโรค การรักษาและสภาพร่างกาย จนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า จากที่บทบาทและศักยภาพของตนเองลดลง โดยเฉพาะผู้ที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือกำลังหลักของครอบครัว จะรู้สึกว่าตนเอง ภาระ น้อยใจในชีวิตและโชคชะตา คิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ และมีความเครียดจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป การทำกิจกรรมด้วยข้อจำกัดของร่างกายและโรคที่เป็นอยู่ การต้องงดหรือลดการกินอาหารบางอย่างที่ส่งผลต่อโรคและการรักษาของแพทย์ ก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ และวิตกกังวล ผู้ป่วยบางคนต้องอยู่ตามลำพัง หรืออยู่ลำพังกับสามีหรือภรรยา ขาดผู้ดูแลหรือไม่มีญาติ ใกล้ชิด หรือสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านไม่ดี สิ่งต่างๆที่กล่าวมานี้ ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายได้ สรุปเป็นประเด็น ได้ดังนี้

1. รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อคนใกล้ชิด รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า รู้สึกหมดหวังในชีวิต ดังคำกล่าวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าร่วมการสนทนา ต่อไปนี้

“...เมื่ापานนี้แล้ว รักษาเยียวยากี่ดีขึ้นได้นิดหน่อยคงไม่หายหรอก อายุมากแล้ว” หญิงวัย 70 ปี เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

“...กินยามาเป็นสิบ ๆ ปี เทียวเข้าเทียวออกโรงพยาบาลหลายรอบ บ่มีความหวังว่าลิหาย บางครั้งกะคิด...ว่าลืออยู่ไปเฮ็ดหยั่ง เป็นภาระลูกหลานชื่อ ๆ (เฉยๆ)...” หญิงวัย 70 ปี เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง

“...แต่ก่อนจะไปทำงาน ไปเทียว อยากรู้ไหนดก็ขับรถไปเอง แต่ตอนนี้งานกะเฮ็ดบ่ได้ (ทำไม่ได้) ลีไปไลกะ(จะไปไหนก็) ต้องรอให้คนอื่นพาไป..” ชายวัย 58 ปี เป็นโรคเส้นเลือดในสมองตีบ

2. รู้สึกเครียด วิตกกังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ ต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ดังคำกล่าวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าร่วมการสนทนา ต่อไปนี้

“...ไปผ่าตัดมะเร็งเต้านมออกแล้ว จะยกของหนักหรือทำงานหนักเหมือนเดิมก็ไม่ได้ จะกินอะไรก็ต้อคิดหน้าคิดหลัง จะส่งผลให้มะเร็งกลับคืนมาหรือเปล่า” หญิงวัย 55 ปี เป็นมะเร็งเต้านม

“...หลังจากกลับจากโรงพยาบาล ก็ต้อมาพักฟื้นที่บ้าน งานก็ทำไม่ได้เหมือนเดิม แขนขาข้างซ้ายไม่มีแรงเหมือนเดิม ดีที่ยังเหลือข้างขวานัดพอดักข้าวกิน หรือทำน้ทานี่เองได้บ้าง บางครั้งหงุดหงิด รำคาญตัวเอง ต้อรอให้คนอื่นมาช่วยทำ..” ชายวัย 50 ปี เป็นอัมพาตครึ่งซีก



“...เพื่อตัวเอง คิดยังบ่ออก เป็นหยั่ง (ทำไม) คือต้องมาอยู่สภาพแบบนี้ กินยาเปิด (หมด) ปี เปิดชาติ กินยาแล้วกะบ่เซา (ไม่หาย) ยังต้องคุมอาหารอีก...” หญิงวัย 67 ปี เป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

จากข้อมูลข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังและการรักษาต่อเนื่องในระยะยาว รวมถึงการเกิดโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและบทบาทหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญ การสูญเสียความสามารถในการทำงาน และการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ ขาดคุณค่าในตนเอง และหมดหวังต่อชีวิต โดยเฉพาะในผู้ที่เคยเป็นกำลังหลักของครอบครัว ขณะเดียวกัน ข้อจำกัดด้านร่างกาย การควบคุมอาหาร การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และความกังวลต่อการกำเริบของโรค นำไปสู่ความเครียด วิตกกังวล เบื่อหน่าย และท้อแท้ ปัจจัยทางสังคม เช่น การขาดผู้ดูแลหรือการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอ ยิ่งเพิ่มความเปราะบางทางจิตใจ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าปัจจัยด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง ความเครียดจากการปรับตัว และการขาดแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นกลไกสำคัญที่เชื่อมโยงกับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งควรได้รับการดูแลแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมควบคู่กัน.

2.2. กลุ่มผู้ดูแล ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกลุ่ม อสม.แกนนำชุมชนหรือภาคีเครือข่ายในชุมชน

จากการสนทนากลุ่มใน กลุ่มผู้ดูแล ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 64 คน และกลุ่มอสม.แกนนำชุมชนหรือภาคีเครือข่ายในชุมชน จำนวน 64 คน สรุปประเด็นปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล ญาติ และ อสม.ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้ดังนี้

1. ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ รวมทั้งทักษะในการดูแลผลกระทบทางจิตสังคมหรือปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ป่วย จากการที่ผู้ดูแลบ่นว่าหรือพูดจาไม่ดีกับผู้ป่วยหรือไม่ให้ใส่ใจการดูแลทางจิตใจ ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ต่อไปนี้

“..บอกแล้วว่าถึงมือหมอแล้ว เคียวกะหาย บ่ต้องคิดหยั่ง (อะไร) หลาย..บอกแล้วกะบ่ฟัง” หญิงวัย 45 ปี เป็นลูกสาวผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก วัย 70 ปี

“...เวลาเขาบ่นเบื่อหน่ายมาก ๆ เรามักจะดูเขา บอกเขาว่าจะคิดทำไม...” หญิงวัย 59 ปี ที่สามีเป็นอัมพาตครึ่งซีก

“...เวลาเราไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ก็จะถามเรื่องทุกข์สุขทั่วไป กินข้าวกินน้ำหรือยัง แต่ไม่ค่อยมีเวลาได้ซักถามเรื่องความคิดจิตใจว่าเป็นยังไง...” อสม.วัย 65 ปี

2. ขาดทักษะในการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์ใจ ไม่สบายใจเปิดใจรับฟังและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างอบอุ่น ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ต่อไปนี้

“..บางครั้งเราถามอะไรก็ไม่พูด..ถามจะเอาอะไรใหม่ก็ส่ายหน้า คนดูแลก็ไม่รู้จะทำยังไง...เอาใจไม่ถูกเหมือนกัน...” หญิงวัย 40 ปี เป็นผู้ดูแลแม่ที่ป่วยเป็นอัมพาตครึ่งซีก

“..ไม่รู้จะทำอย่างไร ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ไม่รู้จะดูแลอย่างไร...” อสม.หญิง วัย 63 ปี

3. ขาดทักษะของการสังเกตอาการของภาวะซึมเศร้าหรือการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนของการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องและทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ต่อไปนี้

“... บางครั้งอยู่ด้วยกันจนเคยชินก็เลยไม่รู้ ว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายถ้า อสม.ไม่มาบอก...” หญิงวัย 52 ปี เป็นผู้ดูแลพ่อที่เป็นโรคไตวายระยะสุดท้าย

“..เคยประเมินคัดกรองซึมเศร้าโดยใช้ 2 คำถาม แต่พบว่าไม่มีปัญหา ก็ไม่ได้ดำเนินการอะไรอีก..มารู้ข่าวอีกทีตอนเขาพยายามกินยาตาย...” อสม.หญิงวัย 60 ปี

4. ขาดทักษะในการสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพ กับบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือในการให้คำปรึกษา การรักษา การส่งต่อ และการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล ต่อไปนี้



“...บางครั้งเรื่องปัญหาต่าง ๆ ก็เป็นเรื่องในครอบครัว ก็ไม่อยากไปพูดให้คนอื่นฟัง อายเขา หรือคิดว่าพูดไปจะไปทำให้เขา
เครียดไปกับเราไปด้วยหรือเปล่า..” อสม.หญิง วัย 55 ปี ที่ดูแลบิดาที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงจากภาวะเส้นเลือดในสมองแตก

จากข้อมูลข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชนยังมีข้อจำกัดด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและ
ผลกระทบทางจิตสังคมของผู้ป่วย ส่งผลให้การดูแลมุ่งเน้นด้านร่างกายเป็นหลัก ขณะที่มิติด้านจิตใจและอารมณ์ยังไม่ได้รับ
ความสำคัญเท่าที่ควร นอกจากนี้ ผู้ดูแลจำนวนหนึ่งยังขาดทักษะในการรับฟังอย่างเข้าใจและการตอบสนองต่อภาวะอารมณ์เชิงลบ
ของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ทำให้ไม่สามารถสนับสนุนการระบายความทุกข์หรือการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขณะเดียวกัน ยังพบข้อจำกัดด้านทักษะการคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
โดยการสังเกตอาการและการติดตามประเมินผลยังไม่ต่อเนื่องหรือเป็นระบบ รวมทั้งมีอุปสรรคด้านการสื่อสารและการประสานส่งต่อ
บริการสุขภาพ อันเนื่องมาจากการขาดความมั่นใจหรือทัศนคติที่มองว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องส่วนตัวของครอบครัว
ประเด็นเหล่านี้สะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชนให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่าง
ครอบคลุมทั้งมิติร่างกายและจิตสังคม

2.3 ผู้รับผิดชอบงาน NCDs ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล
จำนวน 16 คน สรุปประเด็นปัญหาและความต้องการในการดูแล ช่วยเหลือและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน ได้ดังนี้ ในพื้นที่มีระบบในการดำเนินงานการดูแลและเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในชุมชน
มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ส่วนใหญ่จะไม่พบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
เพราะ อสม.จะเป็นคนคัดกรองเบื้องต้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่เป็นคนในพื้นที่เดียวกัน ผู้ป่วยไม่ยอมเปิดเผยตนเอง ไม่อยากให้คน
ใกล้ชิดหรือคนชุมชนมองว่าตนเองมีปัญหาทางจิต ดังจะเห็นจากคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

“...ปกติเราจะให้ อสม.คัดกรองผู้ป่วยด้วย 2Q ถ้ามีความเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งก็ตามด้วย 9Q แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะปฏิเสธว่าไม่มี
อาการ...อาจเป็นเพราะคนใกล้ชิดหรือรู้จักกันเลยไม่อยากเปิดเผยตนเอง...” เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง วัย 45 ปี

“...เคยมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ มีอาการซึมเศร้าและฆ่าตัวตายสำเร็จ แต่เราก็ไม่สามารถค้นหาคัดกรองได้ก่อนเขา
เสียชีวิต จากการสอบถามญาติพบว่า ผู้ป่วยมีประวัติซึมเศร้ามามาก่อน...” พยาบาลผู้รับผิดชอบงาน NCDs ระดับอำเภอ วัย 49 ปี

“...เราคัดกรอง 2 คำถามในผู้ป่วยคลินิก NCDs ไม่พบผู้มีปัญหาเลย เพราะถ้ามีผลบวกเราจะนัดสัปดาห์ต่อมา เวลาเราถาม
อะไรผู้ป่วยเขาก็บอกปกติ ไม่มีอาการดังกล่าว...” พยาบาลวิชาชีพ จากรพ.สต.แห่งหนึ่ง วัย 37 ปี

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ขาดความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่า
ตัวตาย ร่วมกับการมีภาระงานมาก การดูแลส่วนใหญ่มุ่งเน้นทางด้านร่างกายมากกว่าทางจิตใจ ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวที่ว่า

“...ผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็ได้รับการดูแลทุกคน โดยจะดูแลทั่วไป ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลทางด้านร่างกายไม่ได้เน้นเรื่องโรคซึมเศร้า
หรือฆ่าตัวตาย เป็นการดูแลในภาพรวม ไม่เจาะจงเรื่องใดเรื่องหนึ่ง...” เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากรพ.สต.แห่งหนึ่ง วัย 51 ปี

“...งานที่เราทำอยู่มันมากกว่าอัตรากำลังของคนทำงาน การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมุ่งดูแลทางกายมากกว่าทางจิต และ
หน่วยงานเรายังไม่มีคนเรียนเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช” เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากรพ.สต.แห่งหนึ่ง วัย 50 ปี

“...ช่วงนี้มีการดำเนินงานคัดกรองซึมเศร้า 2 คำถามในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทั้งเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ข้อเสื่อม และ
ผู้มีปัญหาเส้นเลือดในสมอง แต่ยังไม่มีการดำเนินงานต่อไปว่าจะดูแลอย่างไร มีเพียงการให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ...” พยาบาล
วิชาชีพ จากรพ.สต.แห่งหนึ่ง วัย 46 ปี

จากข้อมูลข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า แม้จะมีระบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วย
โรคเรื้อรัง เช่น การใช้แบบคัดกรอง 2Q และ 9Q แต่ประสิทธิภาพของการดำเนินงานยังมีข้อจำกัด เนื่องจากผู้ป่วยบางส่วนปฏิเสธ
หรือไม่เปิดเผยปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะเมื่อผู้คัดกรองเป็นบุคคลในชุมชนเดียวกัน ส่งผลให้การค้นหาและเฝ้าระวังผู้มีความเสี่ยง
ไม่ครอบคลุมเพียงพอ ขณะเดียวกัน บุคลากรสาธารณสุขยังขาดความรู้ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง



ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประกอบกับภาระงานและข้อจำกัดด้านอัตราค่าจ้าง ทำให้การดูแลมุ่งเน้นด้านร่างกายเป็นหลัก และการดูแลด้านสุขภาพจิตยังไม่เป็นระบบ รวมทั้งขาดแนวทางติดตามต่อเนื่องภายหลังการคัดกรอง

ผลการศึกษาสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการคัดกรอง การประเมินความเสี่ยง และการดูแลสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตลอดจนการบูรณาการการดูแลด้านจิตใจกับการดูแลทางกายอย่างเป็นระบบในระดับบริการสุขภาพ

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายในส่วนของสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการในการดูแล ช่วยเหลือและป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยแยกเป็น 2 ส่วน คือ 1) สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล อสม.แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน NCDs ดังต่อไปนี้

1) สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย จำนวน 64 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.12) อายุเฉลี่ย 60.95 ปี โดยมากกว่าครึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 55.11) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 73.71) นับถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 99) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 65.88) และเกือบครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 46.79) โรคที่พบมากที่สุดคือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 68.42) รองลงมา คือ ภาวะไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวาน (ร้อยละ 30.50 และ 29.19 ตามลำดับ) เกือบครึ่งหนึ่งมีโรคร่วมตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป (ร้อยละ 47.29) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 9.42 ปี และมากกว่าครึ่งรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (ร้อยละ 60.99)

ด้านสุขภาพจิต พบภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน 9Q ร้อยละ 10.23 (ระดับเล็กน้อย ร้อยละ 8.19 และระดับปานกลาง ร้อยละ 2.04) และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากแบบประเมิน 8Q ร้อยละ 5.93 (เสี่ยงน้อย ร้อยละ 4.89 และเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 1.04) อัตราดังกล่าวสูงกว่าการศึกษาของ อัครารุช ใจหาญ⁷ ที่พบภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 3.64 และไม่พบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งอาจอธิบายได้จากความแตกต่างของบริบทกลุ่มตัวอย่าง โดยการศึกษาดังกล่าวเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการอย่างต่อเนื่องในคลินิกโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้มีความใกล้เคียงกับงานวิจัยหลายเรื่องที่รายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังประมาณร้อยละ 10 ขึ้นไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวดี ศรีรัตนประพันธ์⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และการมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมยิ่งเพิ่มความเสี่ยงดังกล่าว รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณพิไล วิริยะ และคณะ⁸ ที่พบว่า การรักษาโรคเรื้อรังในระยะยาวส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย และท้อแท้ ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในเพศหญิงและผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อัครารุช ใจหาญ⁷ ที่พบภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบมากในผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีภาวะโรคร่วมหลายโรค (Multimorbidity) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อภาวะซึมเศร้า สอดคล้องรายงานการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มี Multimorbidity มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งจากภาวะอาการทางกาย การพึ่งพาผู้อื่น และข้อจำกัดด้านบทบาททางสังคม^{14,15} ผลการศึกษารั้งนี้จึงสะท้อนแนวโน้มที่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมสมัย และชี้ให้เห็นความเปราะบางของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในระดับชุมชน ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มมีบทบาทสำคัญในการอธิบายและสนับสนุนผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสะท้อนประสบการณ์ว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังและกระบวนการรักษาในระยะยาว โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง รูมาตอยด์ และเก๊าท์ ก่อให้เกิดผลกระทบเชิงซ้อนต่อการดำเนินชีวิตในหลายมิติ ทั้งด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ความสามารถในการประกอบอาชีพ ตลอดจนระดับความเป็นอิสระในการดำรงชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนผ่านจากผู้ดูแลหรือกำลังหลักของครอบครัวไปสู่การเป็นผู้พึ่งพิงผู้อื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเผชิญกับความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง รับรู้ว่าตนเป็นภาระของครอบครัว และเกิดความหมดหวังหรือมอมงเชิงลบต่ออนาคต

ข้อค้นพบที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไร้คุณค่าและการสูญเสียบทบาททางสังคมดังกล่าว สะท้อนความจำเป็นของการพัฒนาแนวทางเสริมพลัง (Empowerment) และการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) อย่างเป็นระบบ



โดยกรอบแนวคิด Chronic Care Model ซึ่งให้เห็นความสำคัญของการจัดบริการที่ส่งเสริมศักยภาพผู้ป่วยให้มีความรู้ ทักษะ และ ความมั่นใจในการดูแลตนเอง ควบคู่กับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน ทั้งนี้ งานวิจัยระยะหลัง รายงาน สอดคล้องกันว่า การเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองและการสนับสนุนจากครอบครัว มีส่วนช่วยลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความสามารถในการปรับตัวต่อโรค และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก¹⁶ โดยนัยนี้ การดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงไม่ควรจำกัดอยู่เพียงการควบคุมอาการทางกาย หากแต่ต้องให้ความสำคัญกับการฟื้นคืนบทบาท ความหมาย และ คุณค่าในชีวิตของผู้ป่วยควบคู่กัน อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ยั่งยืนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยยังสะท้อนถึงความเครียด ความวิตกกังวล ความเบื่อหน่าย และความท้อแท้จากข้อจำกัดทางร่างกาย การควบคุมอาหาร การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และ ความกลัวภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำ เมื่อประกอบกับบริบททางสังคม เช่น การอยู่ลำพัง การขาดผู้ดูแล หรือความสัมพันธ์ ทางสังคมที่ไม่เข้มแข็ง ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวาพร มหาทำนุโชค¹⁷ ที่พบว่าปัจจัยด้านการปรับตัวต่อโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย หากผู้ป่วยใช้กลไกการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม เช่น การปฏิเสธ การแยกตัว หรือการจมอยู่กับความสิ้นหวัง จะเพิ่มโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิต ในทางกลับกัน การศึกษาของ ศักดา ขำคม และคณะ¹⁸ พบว่าเมื่อผู้ป่วยสามารถยอมรับการเจ็บป่วยและปรับตัวได้ จะเกิดพลังในการดูแลตนเอง เห็นคุณค่าในชีวิต และมีความหวังมากขึ้น

ประเด็นสำคัญจากการสนทนากลุ่มยังชี้ให้เห็นแนวทางพัฒนาที่จำเป็นในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ 1) การเสริมสร้าง ความรู้และทักษะการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน 2) การพัฒนาความตระหนักรู้และการเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อฟื้นฟูบทบาท ทางสังคม 3) การเสริมสร้างทักษะการจัดการความเครียดและการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม 4) การพัฒนาความเข้มแข็งทางจิตใจ (Resilience) เพื่อเพิ่มศักยภาพการปรับตัวต่อวิกฤติ และ 5) การส่งเสริมทักษะทางสังคมและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนหรือ กิจกรรมทางศาสนา ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนตามหลักฐาน เชิงประจักษ์ โดยสรุป ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค มีความเปราะบาง ด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ การดูแลจึงควรเป็นแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติทางกาย จิตใจ และสังคม ควบคู่กับการคัดกรองภาวะ ซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่องในระดับปฐมภูมิ เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของปัญหาอย่างยั่งยืนในระดับชุมชน

2) ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล อสม.แกนนำชุมชน และบุคลากรผู้รับผิดชอบงาน NCDs จากการสัมภาษณ์เชิงลึก บุคลากรผู้รับผิดชอบงาน NCDs และการสนทนากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. และแกนนำชุมชน พบประเด็นร่วมสำคัญคือ การขาดความรู้ และทักษะที่จำเป็นในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับ ผลกระทบทางจิตสังคมของโรคเรื้อรัง ทักษะการสังเกตอาการเตือนของภาวะซึมเศร้า การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การสื่อสารเชิงบวก และการประสานส่งต่อเพื่อรับบริการที่เหมาะสม ผู้ดูแลและ อสม. ถือเป็นกลไกหลักของการดูแลในระดับ ครอบครัวและชุมชน หากขาดความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคเรื้อรังและปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ป่วย อาจทำให้การดูแล มุ่งเน้นเฉพาะมิติทางกาย และมองข้ามความเปราะบางด้านจิตใจ ส่งผลให้ไม่สามารถเฝ้าระวังหรือช่วยเหลือได้ทันทั้งที่ ประเด็น ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิวาพร มหาทำนุโชค¹⁷ ที่ชี้ให้เห็นว่า การเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลเพื่อสนับสนุน การจัดการตนเองของผู้ป่วย มีส่วนสำคัญต่อการลดภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อ การพยายามฆ่าตัวตายได้ แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Eakin และ Wilson ซึ่งอ้างอิงในงานของชดช้อย วัฒนนะ¹⁹ อธิบายว่า กระบวนการร่วมวางแผน ตั้งเป้าหมาย สนับสนุนข้อมูล พัฒนาทักษะที่จำเป็น ส่งเสริมการปรับพฤติกรรม และติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจบทบาทของตนในการดูแลโรคเรื้อรัง สามารถตัดสินใจด้านสุขภาพได้ อย่างเหมาะสม และลดผลกระทบเชิงลบ เช่น การเกิดโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อน เมื่อเชื่อมโยงกับผลการศึกษาคั้งนี้ จะเห็นได้ว่า การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและ อสม. ให้สามารถทำหน้าที่ “ผู้สนับสนุนการจัดการตนเอง” อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นกลไกสำคัญใน การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง



ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า แม่ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำชุมชน จะมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและมีศักยภาพเชิงบริบทในการเฝ้าระวังและสังเกตความเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และพฤติกรรม หากแต่ยังปรากฏช่องว่างด้านสมรรถนะสุขภาพจิต โดยเฉพาะทักษะการรับฟังอย่างเข้าใจ (Empathetic listening) การสื่อสารเชิงบวก และการสร้างสัมพันธภาพที่เอื้อต่อการเปิดเผยความรู้สึกอย่างปลอดภัย ในกรณีที่ขาดทักษะดังกล่าว การสื่อสารที่มีได้ตั้งอยู่บนความเข้าใจอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกตำหนิ ถูกลดทอนคุณค่า หรือถูกมองว่าเป็นผู้ “คิดมาก” หรือ “ไม่เข้มแข็ง” ซึ่งยิ่งซ้ำเติมความรู้สึกไร้คุณค่าและอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในระยะยาว ดังนั้น แนวทางการพัฒนาศักยภาพควรมุ่งบูรณาการทั้งองค์ความรู้ด้านโรคเรื้อรังและทักษะจิตสังคมควบคู่กัน เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลแบบองค์รวมอย่างแท้จริง

นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยบางส่วนปฏิเสธอาการหรือหลีกเลี่ยงการเปิดเผยปัญหาสุขภาพจิต อาจมีความสัมพันธ์กับความหวาดกลัวต่อการถูกตีตราทางสังคม (Social stigma) โดยเฉพาะในบริบทชุมชนที่ผู้คัดกรองหรือผู้ให้คำแนะนำเป็นบุคคลใกล้ชิด ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยกังวลต่อผลกระทบด้านภาพลักษณ์และความสัมพันธ์ทางสังคม งานทบทวนวรรณกรรมในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นอย่างสอดคล้องกันว่า การตีตราเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเปิดเผยอาการ การแสวงหาความช่วยเหลือ และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต^{16,20} ประเด็นดังกล่าวตอกย้ำว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายชุมชน ควรดำเนินการควบคู่ไปกับการรณรงค์ลดการตีตราและการสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับชุมชน เพื่อเอื้อให้เกิดบรรยากาศที่ปลอดภัยและเกื้อหนุนต่อการขอรับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและทันที่ ในส่วนของบุคลากรผู้รับผิดชอบงาน NCDs แม้หน่วยบริการปฐมภูมิจะมีระบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามแนวทางกรมสุขภาพจิต โดยใช้แบบคัดกรอง 2 คำถาม (2Q) เป็นขั้นต้น และหากพบความเสี่ยงจึงประเมินต่อยุ่แบบ 9Q อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินงานจริงในพื้นที่กลับไม่สามารถค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าได้ สะท้อนข้อจำกัดของกระบวนการคัดกรองในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะเมื่อผู้ประเมินเบื้องต้นคือ อสม. ซึ่งอาจยังขาดความมั่นใจหรือทักษะในการตั้งคำถามเชิงลึกและสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยต่อการเปิดเผยความรู้สึก

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ วีรมณ กาสีวงศ์ และ สุประวีณ์ คงธนโยทิพย์²¹ ที่พบว่า แม้มีระบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในชุมชน แต่ส่วนใหญ่ไม่พบผู้ป่วย เนื่องจากการดูแลมักเป็นลักษณะทั่วไป มิได้เน้นเฉพาะด้านสุขภาพจิต อีกทั้งเจ้าหน้าที่มีภาระงานสูงและขาดประสบการณ์เฉพาะด้าน เช่นเดียวกับ Avasthi และ Grover²² รายงานว่า อุปสรรคสำคัญของผู้ให้บริการในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า คือ การขาดทักษะและความมั่นใจในการวินิจฉัยและประเมินภาวะซึมเศร้า ประเด็นเหล่านี้สะท้อนว่า “การมีเครื่องมือ” เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ หากขาดการพัฒนาศักยภาพและระบบสนับสนุนที่เหมาะสม ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็น “ช่องว่างเชิงระบบ” ระหว่างการมีอยู่ของนโยบายและกลไกการดำเนินงาน กับประสิทธิผลที่เกิดขึ้นจริงในภาคปฏิบัติ กล่าวคือ แม้หน่วยบริการจะมีแนวทางและเครื่องมือคัดกรองที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน หากแต่ปัจจัยเชิงบริบท ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางสังคม ระดับความไว้วางใจระหว่างผู้ประเมินกับผู้ป่วย ทักษะการสื่อสารของบุคลากร ตลอดจนภาระงานที่สูง ล้วนส่งผลโดยตรงต่อความครอบคลุม ความต่อเนื่อง และความแม่นยำของกระบวนการค้นหาผู้มีความเสี่ยง ปัจจัยเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่า “คุณภาพของปฏิสัมพันธ์เชิงบริการ” มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการมีเครื่องมือเชิงเทคนิค ขณะเดียวกัน ปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ ยังคงเป็นข้อจำกัดสำคัญต่อการบูรณาการการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตอย่างแท้จริง สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการในคลินิกโรคเรื้อรังภายใต้กรอบแนวคิด Collaborative care model โดยกำหนดกระบวนการติดตาม ประเมินซ้ำ และส่งต่ออย่างเป็นระบบมากกว่าการดำเนินการคัดกรองแบบเป็นครั้งคราวหรือแยกส่วน ทั้งนี้ แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับข้อเสนอของ World Health Organization (WHO)¹⁶ ซึ่งเน้นย้ำการบูรณาการบริการสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดช่องว่างการรักษา และป้องกันการสูญเสียโอกาสในการดูแลอย่างทันที่

นอกจากนี้ การที่บุคลากรสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการดูแลด้านกายมากกว่าด้านจิตใจ ยังสะท้อนข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งในมิติของอัตรากำลัง ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง และทรัพยากรสนับสนุน งานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการบูรณาการสุขภาพจิตในบริการปฐมภูมิ^{23,24} ชี้ให้เห็นว่า การอบรมระยะสั้นเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการยกระดับ



สมรรถนะของบุคลากรอย่างยั่งยืน หากจำเป็นต้องมีระบบพี่เลี้ยง (Mentorship) กลไกการให้คำปรึกษาทางวิชาการ และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระดับระบบ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างแท้จริง

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล อสม. และบุคลากร NCDs อย่างเป็นระบบ ครอบคลุม 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและสุขภาพจิต 2) ทักษะการสื่อสารและการรับฟังเชิงบวก 3) ทักษะการคัดกรองและเฝ้าระวังสัญญาณเตือน 4) การประสานส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง และ 5) การเสริมระบบสนับสนุนในระดับบริการ เพื่อให้การป้องกันภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความครอบคลุม มีประสิทธิผล และยั่งยืนในระดับชุมชน

สรุปการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วมหลายโรค และมีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนาน โดยพบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.23 และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 5.93 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นประเด็นสำคัญที่ซ่อนอยู่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แม้จะได้รับการดูแลทางกายอย่างต่อเนื่องก็ตาม ข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนผลเชิงปริมาณ โดยพบว่าปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงกับความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ได้แก่

1. ความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองและการรับรู้ว่าเป็นภาระ
2. ความเครียดจากการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและข้อจำกัดทางร่างกาย
3. ความวิตกกังวลต่อภาวะแทรกซ้อนและอนาคตของโรค
4. การขาดแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ

ในมิติของระบบบริการ พบว่าแม้จะมีนโยบายและเครื่องมือคัดกรอง (2Q และ 9Q) แต่ประสิทธิผลของการดำเนินงานยังมีข้อจำกัด เนื่องจากผู้ป่วยบางส่วนไม่เปิดเผยอาการ บุคลากรและ อสม. ขาดทักษะด้านสุขภาพจิต และมีภาระงานสูง ส่งผลให้การดูแลมุ่งเน้นด้านร่างกายเป็นหลัก ขณะที่การดูแลด้านจิตใจยังไม่เป็นระบบ จึงเกิดช่องว่างระหว่าง “การมีระบบ” กับ “ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง” ในการค้นหาและช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยง

โดยสรุป ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนมีความเปราะบางทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ผู้ดูแล อสม. และบุคลากรสาธารณสุขยังต้องการการพัฒนาศักยภาพเพิ่มเติม เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งมิติร่างกายและจิตสังคม

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การใช้การวิจัยเชิงคุณภาพในพื้นที่เฉพาะเขตนครชัยบุรีรินทร์ ซึ่งอาจจำกัดการถ่ายโอนผลไปยังบริบทอื่น (Transferability) ความอ่อนไหวของประเด็นภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายอาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่เปิดเผยข้อมูลอย่างครบถ้วน ส่งผลต่อความคลาดเคลื่อนของข้อมูล นอกจากนี้ การใช้เครื่องมือคัดกรอง (2Q, 8Q, 9Q) เป็นเพียงการประเมินเบื้องต้น มิใช่การวินิจฉัยทางคลินิก จึงอาจมีข้อจำกัดด้านความแม่นยำ รวมถึงความเป็นไปได้ของอคติจากการตีความข้อมูลของผู้วิจัย แม้ได้ใช้วิธีตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลแล้วก็ตาม อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างจำกัดเฉพาะผู้ที่สามารถสื่อสารได้ดี ทำให้ไม่ครอบคลุมผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดหรือมีอาการรุนแรง ซึ่งอาจส่งผลให้ผลการวิจัยสะท้อนสถานการณ์ต่ำกว่าความเป็นจริงในบางประเด็น อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบยังคงมีคุณค่าเชิงบริบทสำหรับการพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรบูรณาการการคัดกรองและติดตามสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเป็นกิจวัตร โดยกำหนดแนวทางประเมินซ้ำและการส่งต่อที่ชัดเจน เพื่อให้การดูแลครอบคลุมทั้งมิติร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขด้านความรู้และทักษะจิตสังคมที่จำเป็น นอกจากนี้ควรส่งเสริมโปรแกรมเสริมพลังผู้ป่วยเพื่อพัฒนาทักษะการจัดการความเครียด ความเข้มแข็งทางจิตใจ และการเห็นคุณค่าในตนเอง



รวมทั้งพัฒนาระบบเฝ้าระวังเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงสูง และสนับสนุนเชิงนโยบายเพื่อเสริมกำลังบุคลากรและกำหนดแนวปฏิบัติการบูรณาการสุขภาพกายและจิตอย่างเป็นระบบและยั่งยืนในระดับปฐมภูมิ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับชุมชน รวมทั้งศึกษาปัจจัยทำนายของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่และหลากหลายมากขึ้น นอกจากนี้ ควรประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วย ตลอดจนดำเนินการวิจัยติดตามระยะยาวเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าตามระยะเวลาการเจ็บป่วย และขยายพื้นที่ศึกษาไปยังบริบทที่แตกต่างกันเพื่อเปรียบเทียบอิทธิพลของปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การพิจารณาทางจริยธรรม

ผู้นิพนธ์ใช้ Chat GPT เพื่อช่วยในการปรับปรุงความชัดเจนและความถูกต้องของภาษาของต้นฉบับ ทั้งนี้ผู้นิพนธ์เป็นผู้รับผิดชอบต่อเนื้อหา แนวคิด และความถูกต้องของข้อมูลทั้งหมดในบทความ

References

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; [cited 2024 Dec 23]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. National Institute of Mental Health. Mental Health Data [Internet]. [cited 2025 Jun 11]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/chronic-illness-mental-health>
3. Krouse L. What is the connection between depression and suicide? [Internet]. [cited 2025 Jun 11]. Available from: <https://jedfoundation.org/resource/what-is-the-connection-between-depression-and-suicide/>
4. Jutha W, Makklai K. Prevalence of mood disorders: National Thai Mental Health Epidemiological Survey, 2023 [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; [cited 2024 Jan 9]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1681> (in Thai)
5. AbdElmageed RM, Hussein SMM. Risk of depression and suicide in diabetic patients. *Cureus*. 2022;14(1):e20860. doi: 10.7759/cureus.20860.
6. Conti C, Mennitto C, Di Francesco G, Fraticelli F, Vitacolonna E, Fulcheri M. Clinical characteristics of diabetes mellitus and suicide risk. *Frontiers in Psychiatry*. 2017;8:40. doi: 10.3389/fpsyt.2017.00040.
7. Jaihan A. Situation and treatment guideline of depression in diabetic and hypertension patients in Srisomdet Hospital Roi-Et Province. *Journal of Research and Health Innovative Development*. 2021;2(2):103–15. (in Thai)
8. Wiriyah P, Naowsuwan K. The situation of depression among diabetic and hypertensive patients in Khlong Hoi Khong District, Songkhla Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2017;4(Special Issue):S1–S18. (in Thai)
9. Srirattanapan S. Prevalence of depression and associated factors among diabetic patients attending Lahan Sai Hospital, Lahan Sai District, Buriram Province. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospital*. 2018;33(3):249–64. (in Thai)



10. Duangnate K. Prevalence and factors associated depression and NCD patients at primary care unit of Phukieo Chalermprakiat Hospital. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospital*. 2021;36(1):13–24. (in Thai)
11. Merriam SB, Tisdell EJ. *Qualitative research: A guide to design and implementation*. 4th ed. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2016.
12. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. 4th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2018.
13. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park (CA): Sage Publications; 1985.
14. Read JR, Sharpe L, Modini M, Dear BF. Multimorbidity and depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2022;296:429–39. doi: 10.1016/j.jad.2017.06.009
15. Feter N, Leite JS, Caputo EL, da Silva MC. Chronic disease multimorbidity and depressive symptoms: A meta-analysis. *BMC Public Health*. 2023;23:1187. doi: 10.1186/s12889-023-16187-2.
16. World Health Organization. *World mental health report: Transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization; 2022.
17. Mahathammanuchoke S. A preventive model for suicide attempts among patients with chronic diseases in Lamphun Province [dissertation]. PhD in Public Health. Phitsanulok: Naresuan University; 2019. (in Thai)
18. Khamkhom S. Experiences of problem confrontation among breast cancer patients. *Thai Red Cross Nursing Journal*. 2019;12(1):161–76. (in Thai)
19. Wattana C. Self-management support: A strategy for promoting disease control. *Journal of Prapokklao Nursing College, Chanthaburi*. 2015;26:117–27. (in Thai)
20. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking?: A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*. 2015;45(1):11–27. doi: 10.1017/S0033291714000129
21. Kaseewong W, Kongthanachayotip S. Barriers to caring for older adults with depression in the community. In: *Proceedings of the 25th Anniversary Conference, Nakhon Phanom University*; 2018; Nakhon Phanom, Thailand. p. 164–72. (in Thai).
22. Avasthi A, Grover S. Clinical practice guidelines for management of depression in elderly. *Indian Journal of Psychiatry*. 2018 ;60(Suppl 3):S341–S362. doi: 10.4103/0019-5545.224474.
23. Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, et al. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: Key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *Lancet*. 2016; 387(10028):1672–85. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00390-6.
24. World Health Organization. *Integrating mental health into primary care: Updated guidance*. Geneva: World Health Organization; 2023.