ปีที่ 9 ฉบับ 3 (กันยายน – ธันวาคม 2569)
หน้า 123-139

บทความวิจัย (Research article)

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

The Effects of a Resilience Enhancement Program on Depression among Older Adults with Chronic Illnesses

ปรีดานันต์ ประสิทธิ์เวช[1], เยาวลักษณ์ มีบุญมาก[2], ดวงหทัย ยอดทอง[1]*

Preedanan Prasitvej[1], Yaowaluck Meebunmark[2], Duanghathai Yodthong[1]*

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: duanghathai@pckpb.ac.th)

(Received: September 8, 2026; Revised: October 29, 2026; Accepted: November 4, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต และแบบวัดภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุไทย มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติการทดสอบวิลคอกซัน และการทดสอบแมนวิทนีย์ยู

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง (Z = 4.801, p < .001) และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 6.805, p < .001) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (Z = .531, p = .595)

พยาบาลและบุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิควรนำโปรแกรมไปใช้จัดกิจกรรมกลุ่มเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตครบตามองค์ประกอบ I Am, I Have และ I Can ร่วมกับครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อป้องกัน และลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, โรคเรื้อรัง, การดูแลสุขภาพในชุมชน

---

[1] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Assistant Professor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

Abstract

This quasi-experimental study employed a two-group pretest–posttest design to examine changes in depression levels among older adults with chronic illnesses following participation in a resilience enhancement program and to compare depression levels between those receiving the program and those receiving usual nursing care. The sample comprised 60 older adults with chronic illnesses and mild-to-moderate depression, equally assigned to an experimental group and a control group (30 participants per group). The research instruments consisted of a resilience enhancement program and the Thai Geriatric Depression Scale-15 (TGDS-15), which had a content validity index (CVI) of .96 and a Cronbach's alpha coefficient of .80. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the Mann–Whitney U test.

The results showed that depression scores in the experimental group significantly decreased after participation in the program (Z = 4.801, p < .001). The reduction in depression scores was significantly greater in the experimental group than in the control group (Z = 6.805, p < .001). In contrast, no statistically significant difference in depression scores was found in the control group (Z = .531, p = .595).

Nurses and healthcare personnel in primary care units should integrate this program into routine depression screening and care for older adults with chronic illnesses. Group activities should be organized to strengthen the three components of resilience: I Am, I Have, and I Can. Collaboration with family members and village health volunteers is also recommended to support the prevention and reduction of depression among community-dwelling older adults with chronic illnesses.

Keywords: Resilience enhancement program, Depression, Older adults, Chronic illnesses, Community health care

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (aged society) และกำลังก้าวสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super-aged Society) ในอนาคตอันใกล้ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (National Statistical Office, 2024) รายงานว่าประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมากกว่าร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุไทยมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค โรคที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะโรคเรื้อรังดังกล่าวไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อสุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขของผู้สูงอายุอีกด้วย ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุ

ทั่วไป โดยมีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 22.60 อีกทั้งอัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุไทยยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และเป็นกลุ่มวัยที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงวัยอื่น (Department of Mental Health, 2025) สะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการป้องกันและดูแลอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2023 ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ประมาณร้อยละ 14.75 มีความผิดปกติทางจิต โดยพบภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าบ่อยที่สุด (World Health Organization, 2026) โดยภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาที่พบบ่อยและส่งผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิต ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนการพึ่งพาระบบบริการสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย เนื่องจากต้องเผชิญกับข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ความเจ็บป่วยที่ดำเนินต่อเนื่อง และการสูญเสียบทบาททางสังคม (Akyurek et al., 2025) นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือการช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เนื่องจากอาการหลายประการถูกตีความว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงตามวัย หรือถูกบดบังด้วยอาการทางกายของโรคเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน มีการเข้ารับการรักษาซ้ำ และเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว (Albert et al., 2025; Neo et al., 2024)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ความรุนแรงและระยะเวลาของโรคเรื้อรัง ข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสูญเสียบทบาททางสังคม การพึ่งพาผู้อื่น ความรู้สึกไร้คุณค่า ความโดดเดี่ยวทางสังคม การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน รวมถึง การขาดทักษะในการเผชิญปัญหาและการจัดการอารมณ์อย่างเหมาะสม (Shao et al., 2019; Muhammad & Maurya, 2022) ในขณะที่การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การมีความภาคภูมิใจในตนเอง และการมีทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง (Uanlam & Panphoklang, 2022) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความเข้มแข็งทางใจ (resilience theory) (Grotberg, 1995) อธิบายว่า บุคคลสามารถปรับตัว ฟื้นตัว และก้าวผ่านสถานการณ์ที่ยากลำบากหรือภาวะวิกฤตในชีวิตได้ ผ่านองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การมีแหล่งสนับสนุนจากบุคคลและสิ่งแวดล้อม (I Have) การมีคุณลักษณะภายในที่เข้มแข็ง เช่น การเห็นคุณค่าในตนเองและความหวัง (I Am) และการมีทักษะในการแก้ปัญหาและการจัดการอารมณ์ (I Can) ทั้ง 3 องค์ประกอบถือเป็นปัจจัยปกป้องทางจิตใจที่สำคัญในการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า โดย American Psychological Association (2020) ระบุว่า ความเข้มแข็งทางใจสามารถพัฒนาได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดำเนินอย่างเป็นระบบ ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับความเข้มแข็งทางใจสูงมีภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการปรับตัวดีกว่ากลุ่มที่มีระดับความเข้มแข็งทางใจต่ำ (Färber & Rosendahl, 2020) รวมทั้ง โปรแกรมที่เน้นการฝึกสติ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความเข้มแข็งทางใจในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ye et al., 2024; Garg et al., 2025) สำหรับ

การศึกษาในประเทศไทย รายงานว่าพลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Ananchaipattana et al., 2025) และโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่พัฒนาตามแนวคิดของ Grotberg สามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Puttharod & Sillapagumpised, 2021)

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับภาวะซึมเศร้ามากกว่าการพัฒนาและทดสอบโปรแกรมเชิงป้องกันในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังโดยเฉพาะ นอกจากนี้ โปรแกรมที่ได้รับการศึกษาส่วนใหญ่ดำเนินการในต่างประเทศ ซึ่งมีบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพแตกต่างจากประเทศไทย ขณะที่งานวิจัยภายในประเทศมีจำนวนจำกัดในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมกับภาวะซึมเศร้าระยะเริ่มต้น ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญที่สามารถป้องกันการพัฒนาไปสู่โรคซึมเศร้าในระดับรุนแรงได้ อีกทั้ง ยังไม่พบการพัฒนาโปรแกรมที่บูรณาการองค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ I Have, I Am และ I Can ร่วมกับกิจกรรมส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง การจัดการอารมณ์ การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา และการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม ภายใต้บริบทของชุมชนและระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในจังหวัดเพชรบุรีอย่างเป็นระบบ

จังหวัดเพชรบุรี ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ปีงบประมาณ 2568 พบว่ามีผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและตรวจพบภาวะซึมเศร้าจำนวนมาก โดยอำเภอเมืองเพชรบุรีพบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 234 ราย และอำเภอเขาย้อยจำนวน 165 ราย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ได้อย่างชัดเจน แม้ว่าหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่จะมีการดำเนินงานคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องโดยใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q แต่แนวทางการดูแลส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการติดตามอาการ การให้คำแนะนำ และการส่งต่อเมื่อมีอาการรุนแรง ขณะที่การดำเนินงานเชิงรุกด้านการป้องกันภาวะซึมเศร้าและการเสริมสร้างศักยภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุยังมีอยู่อย่างจำกัด ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตตามแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้าระยะเริ่มต้นในชุมชนจังหวัดเพชรบุรี เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการปรับตัว เพิ่มความเข้มแข็งทางใจ ลดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตลอดจนเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ในการขยายผลสู่การปฏิบัติในพื้นที่อื่นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

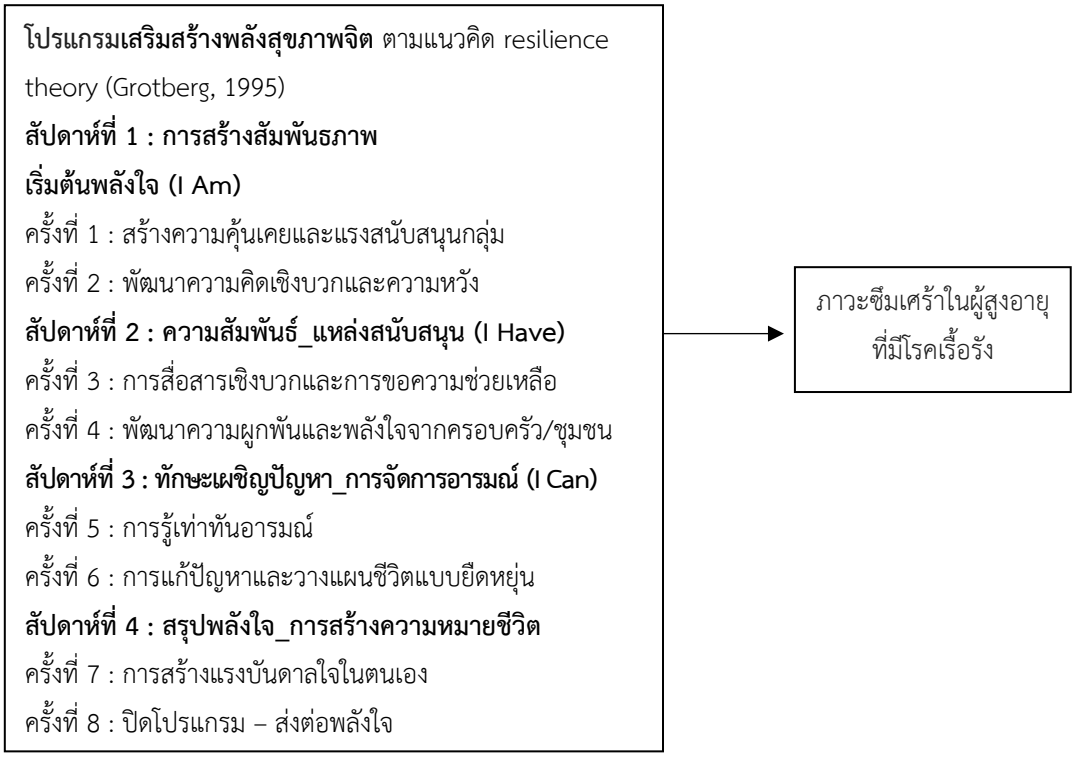
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต จะมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงจากก่อนการได้รับโปรแกรม และลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประยุกต์ใช้แนวคิดความเข้มแข็งทางใจ (resilience theory) ของ Grotberg (1995) ซึ่งอธิบายว่าความเข้มแข็งทางใจเป็นศักยภาพที่บุคคลสามารถเรียนรู้และพัฒนาเพื่อปรับตัวและฟื้นตัวจากความเครียด ความสูญเสีย และความยากลำบากได้อย่างเหมาะสม มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ I Have: แหล่งสนับสนุนจากบุคคลและสิ่งแวดล้อม I Am: คุณลักษณะภายในของบุคคล เช่น ความภาคภูมิใจในตนเอง ความหวัง และการยอมรับตนเอง และ I Can: ความสามารถในการเผชิญปัญหา จัดการอารมณ์ สื่อสาร แก้ปัญหา ขอความช่วยเหลือ และตัดสินใจอย่างเหมาะสม โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยในเดือนสิงหาคม 2569 รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และขึ้นทะเบียนรับบริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในจังหวัดเพชรบุรี ปีงบประมาณ 2569

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) คะแนนอยู่ในช่วง 7–18 คะแนน และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) คะแนนเท่ากับ 0 (Department of Mental Health, 2014) ซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดเพชรบุรี และขึ้นทะเบียนรับบริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power Version 3.1 สำหรับสถิติการทดสอบค่าเฉลี่ยแบบสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) การทดสอบทางเดียว (Faul et al., 2009) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of test; 1–β) เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดปานกลาง เท่ากับ .50 (Cohen, 1988) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และได้รับการวินิจฉัยมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 3) อาศัยอยู่ในชุมชนร่วมกับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลอย่างน้อย 1 คน และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือกิจกรรมของชุมชนได้ 4) ช่วยเหลือตนเองได้ดี สื่อสารภาษาไทยได้ 5) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครบทุกกิจกรรม และกำหนดเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ย้ายที่อยู่ออกนอกพื้นที่วิจัย 2) มีอาการของโรคกำเริบหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 3) เมื่อประเมินซ้ำก่อนเริ่มโปรแกรมพบคะแนน 9Q ≥ 19 หรือคะแนน 8Q มากกว่า 0 ซึ่งมีความเสี่ยงสูง ผู้วิจัยจะส่งต่อพบแพทย์ทันที และผู้วิจัยคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์รายอื่นเข้ามาแทน และกำหนดเกณฑ์การยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย (discontinuation criteria) ได้แก่ 1) ขอถอนตัวออกจากการวิจัย 2) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ 8 ครั้ง 3) ไม่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง และ 4) ระหว่างการวิจัยมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นหรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้วิจัยจะส่งต่อเพื่อรับการรักษาตามระบบทันที

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่คุณสมบัติตามเกณฑ์จากฐานข้อมูลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (HDC) ปีงบประมาณ 2568 โดยคัดเลือกอำเภอที่มีข้อมูลรายงานสถิติผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสูงจำนวน 2 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง และอำเภอเขาย้อย และเลือกตำบลที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามากเพียงพอ คือ ตำบลบางจาก ซึ่งเป็นตัวแทนของอำเภอเมือง และตำบลหนองชุมพล เป็นตัวแทนของอำเภอเขาย้อย และจับฉลากเลือกตำบลบางจาก เป็นกลุ่มทดลอง และ ตำบลหนองชุมพล เป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกันทั้งด้านลักษณะประชากร รูปแบบบริการสุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุตามปกติ รวมทั้ง มีระยะห่างโดยประมาณ 24 กิโลเมตร เพื่อป้องกันการ

แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่ม และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าโดยการจับฉลากอย่างง่าย แห่งละ 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1.1 แบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2014) ได้แก่ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ตอบ “มี” หรือ “ไม่มี” หากตอบ “มี” อย่างน้อย 1 ข้อ ถือว่ามีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า และประเมินต่อแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ประเมินอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ข้อละ 0–3 คะแนน คะแนนรวม 0–27 คะแนน แปลผลดังนี้

< 7 คะแนน	หมายถึง ไม่มีอาการหรือมีอาการน้อยมาก
7–12 คะแนน	หมายถึง ระดับน้อย
13–18 คะแนน	หมายถึง ระดับปานกลาง
≥ 19 คะแนน	หมายถึง ระดับรุนแรง

1.2 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ใช้เมื่อคะแนน 9Q ≥ 7 คะแนน และมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้

0 คะแนน	หมายถึง ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย
1–8 คะแนน	หมายถึง ระดับน้อย
9–16 คะแนน	หมายถึง ระดับปานกลาง
≥ 17 คะแนน	หมายถึง ระดับรุนแรง

2. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Grotberg, 1995) ระยะเวลา 4 สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 8 กิจกรรม ๆ ละ 60–90 นาที) ดังตาราง 1

3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง และปัญหาชีวิตที่เผชิญ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (Thai Geriatric Depression Scale-15: TGDS-15) ของ Wongpakaran et al. (2013) ซึ่งเป็นแบบวัดมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นในผู้สูงอายุไทย มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ให้เลือกตอบใช่/ไม่ใช่ โดยข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 11 และ 13 หากตอบไม่ใช่ จะได้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 และ15 หากตอบใช่ จะได้ 1 คะแนน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 1-15 คะแนน ซึ่งมีเกณฑ์การแปรผลคะแนน ดังนี้

คะแนน > 5 คะแนน หมายถึง ปกติ

คะแนน 6 – 10 คะแนน หมายถึง เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ควรติดตามอาการหรือรับคำแนะนำเบื้องต้น

คะแนน 11 – 15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ควรพบจิตแพทย์เพื่อรับการรักษา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity index: CVI) ของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลมีค่าเท่ากับ .96 ส่วนโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .92 ภายหลังการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจภาษาและรูปแบบกิจกรรม จากนั้นนำมาปรับปรุงก่อนใช้จริง ส่วนเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลนำไปทดลองใช้ กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .80

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลวิธีเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะก่อนการทดลอง

- ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยขอให้ช่วยประสานงานพื้นที่ คัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ และขอความยินยอมในการคัดกรองจากคำถาม 2Q 9Q โดยเลือกผู้ป่วยที่มีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (คะแนนจากคำถาม 9Q ระหว่าง7-18 คะแนน) และไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย (คะแนนจากคำถาม 8Q = 0) ได้จำนวนกลุ่มทดลอง และควบคุมกลุ่มละ 32 คน

- คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลที่ห้องให้คำปรึกษา ของรพ.สต.ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลา ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และแจ้งให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการสุขภาพตามปกติ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นวัดระดับภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัด TGDS-15 ก่อนเริ่มโปรแกรม (pretest) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีสัมภาษณ์รายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 5 นาที

ระยะทดลอง ดำเนินการตามโปรแกรม 4 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้งๆละ 60–90 นาที รวม 8 กิจกรรม พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมาร่วมกิจกรรมไม่ครบ 8 ครั้ง และขอออกจากการวิจัยด้วยติดภาระกิจ จึงเหลือจำนวนกลุ่มทดลองทั้งสิ้น 30 คน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของ รพ.สต.บ้านหนองโพธิ์ชุมพล ได้แก่ การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q/9Q การให้คำแนะนำ การติดตาม

อาการ และการส่งต่อเมื่อมีอาการรุนแรง โดยดำเนินการคู่ขนานไปพร้อมกับกลุ่มทดลองในช่วงเวลาเดียวกัน กลุ่มควบคุมไม่ได้มาในวันนัดสรุปทดสอบหลังทดลอง 2 คน จึงเหลือ 30 คนเช่นกัน

ตาราง 1 กิจกรรมของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

สัปดาห์	ครั้งที่	รายละเอียดกิจกรรม
1 เริ่มต้นพลังใจ: การรับรู้คุณค่าและความสามารถของตนเอง (I Am)	1. สร้างความคุ้นเคยและแรงสนับสนุนกลุ่ม	- กิจกรรมต้อนรับสมาชิก (รายกลุ่มใหญ่) ทำความรู้จักและแลกเปลี่ยนเรื่องที่ภูมิใจในชีวิตคนละ 1 เรื่อง - กิจกรรม “ฉันคือคนแบบไหน” (กลุ่มย่อย) สมาชิกเล่า “ความดีของฉัน” ให้เพื่อนในกลุ่มฟัง - กิจกรรมสร้างคุณค่าในตนเอง (self-esteem boosting) เป็นกิจกรรมรายบุคคล ⟶ กลุ่มย่อย แต่ละคนเล่า “สิ่งดี ๆ ที่ฉันทำให้ครอบครัว/ชุมชน” ผู้วิจัยสะท้อนคุณค่าที่ค้นพบ (positive feedback)
	2. พัฒนาความคิดเชิงบวกและความหวัง	- กิจกรรม “เรื่องดี ๆ ในชีวิตฉัน” (โดยการจับคู่) ระลึกเหตุการณ์ดี ๆ 3 เรื่อง และเล่าให้คู่สนทนาฟัง - แบบฝึกทักษะความคิดบวก (กลุ่มย่อย) พิจารณาภาพเหตุการณ์ยาก ๆ แล้วช่วยกันหา “ข้อดีที่อาจพบได้” ผู้วิจัยกระตุ้นให้เปลี่ยนความคิดลบเป็นความคิดเชิงสร้างสรรค์ - การยืนยันคุณค่าในตนเอง (affirmation) (กลุ่มใหญ่) อ่านข้อความย้ำกำลังใจร่วมกัน เช่น “ฉันมีคุณค่าและมีความหมาย” - มอบหมายการบ้าน (รายบุคคล) บันทึกสิ่งดี 3 อย่างในแต่ละวัน
2 ความสัมพันธ์และแหล่งสนับสนุน: การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม (I Have)	3. การสื่อสารเชิงบวกและการขอความช่วยเหลือ	- ผังเครือข่ายสนับสนุน (support map) วาดผังบุคคลสำคัญที่ให้การช่วยเหลือ เช่น ลูก หลาน เพื่อน อสม. - การสื่อสารเชิงบวก (กลุ่มย่อย) ฝึกประโยค “ฉันรู้สึก... ฉันต้องการ...” และฝึกบทบาทสมมติการขอความช่วยเหลือ เช่น ขอให้ลูกพาไปโรงพยาบาล - แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจ (กลุ่มใหญ่) สมาชิกเล่าประสบการณ์การขอความช่วยเหลือและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
	4. พัฒนาความผูกพันและพลังใจจากครอบครัว/ชุมชน	- กิจกรรม “สมุดความทรงจำที่มีค่า” (กลุ่มย่อย) เล่าเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกรักและผูกพันกับครอบครัว/ชุมชน - บันทึกขอบคุณ (gratitude card) เขียนข้อความขอบคุณบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ เช่น คนในครอบครัว อสม. เพื่อนบ้าน พยาบาล และเลือกว่าจะมอบหรือเก็บไว้เป็นกำลังใจ - กำลังใจจากกลุ่ม (กลุ่มใหญ่) อสม. ร่วมให้กำลังใจในฐานะ “สะพานเชื่อมบ้าน–รพ.สต.” และสมาชิกพูดให้กำลังใจเพื่อนคนละ 1 ประโยค

ตาราง 1 (ต่อ)

สัปดาห์	ครั้งที่	รายละเอียดกิจกรรม
3 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการอารมณ์ (I Can)	5. การรู้เท่าทันอารมณ์	- ฝึกหายใจอย่างมีสติ (กลุ่มใหญ่) ฝึกหายใจรู้สติครั้งละ 3 นาที - ประเมินอารมณ์ประจำวัน สำรวจและบันทึกอารมณ์ของตนเอง - กิจกรรม “เมื่อฉันโกรธ/เศร้า – ฉันทำอย่างไร” (กลุ่มย่อย) แลกเปลี่ยนวิธีจัดการอารมณ์ที่ได้ผล - การฝึกสติผ่านการฟังเสียงธรรมชาติ (กลุ่มใหญ่) เช่น เสียงนก เสียงลม
	6. การแก้ปัญหาและวางแผนชีวิตแบบยืดหยุ่น	- เทคนิคแก้ปัญหา 4 ขั้นตอน (กลุ่มย่อย) ระบุปัญหา คิดทางเลือก เลือกวิธีและลงมือทำ โดยใช้ปัญหาจริง เช่น เจ็บป่วยต้องไปโรงพยาบาล แต่ไม่มีคนพาไป - ตั้งเป้าหมายสุขภาพที่ทำได้จริง (SMART goal) (รายบุคคล) ตามหลัก 4อ. 2ล. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อนามัย เลิกบุหรี่ เลิกสุรา) เพื่อชะลอความเสื่อมของร่างกายและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) - การบ้านบันทึกการปฏิบัติตามเป้าหมาย 4อ. 2ล. ที่ทำได้ในแต่ละวัน
4 สรุปพลังใจและการสร้างความหมายชีวิต (บูรณาการ I Am, I Have, I Can)	7. การสร้างแรงบันดาลใจในตนเอง	- ทบทวนความก้าวหน้า (กลุ่มย่อย) นำเสนอบันทึก 4อ. 2ล. ที่ทำได้ในแต่ละวัน และแผนการดูแลตนเองรายบุคคล - แลกเปลี่ยนเรียนรู้ (กลุ่มใหญ่) ปัจจัยสู่ความสำเร็จ ปัญหา-อุปสรรค และแนวทางแก้ไข
	8. ปิดโปรแกรม – ส่งต่อพลังใจ	- กิจกรรม “ต้นไม้แห่งความหวัง” (รายบุคคล ⟶ กลุ่มย่อย) เขียนสิ่งที่ทำให้มีกำลังใจลงบนกระดาษรูปใบไม้ และรวมเป็น “ต้นไม้ความหวังของกลุ่ม” - แลกเปลี่ยนประสบการณ์และรับกำลังใจจากเพื่อน (กลุ่มย่อย) - พิธีมอบประกาศและถ่ายภาพร่วมกัน (กลุ่มใหญ่)

ระยะหลังการทดลอง ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัด TGDS-15 ทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม (posttest) เป็นรายบุคคลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ณ ห้องประชุมของแต่ละรพ.สต. และภายหลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้จัดอบรมให้กับกลุ่มควบคุม 1 วันและมอบคู่มือโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตเพื่อให้ได้รับประโยชน์อย่างเท่าเทียมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และคะแนนภาวะซึมเศร้า (TGDS-15) ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) และค่ามัธยฐาน (median: Md) เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติการทดสอบ Chi-square test หรือ Fisher’s Exact Test ทดสอบการแจกแจงปกติ (normality) ของคะแนนภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่ามีค่า $p < .05$ และพิจารณาร่วมกับกราฟ Histogram, Q-Q Plot และ ค่า Skewness, Kurtosis พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงเลือกใช้สถิติเปรียบเทียบแบบไร้พารามิเตอร์ (non-parametric statistics)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คจม.พบ.032/2569 ลงวันที่ 7 สิงหาคม 2569 ข้อมูลที่ได้เก็บเป็นความลับ โดยใช้รหัสแทนชื่อ-สกุล เอกสารถูกจัดเก็บในตู้ที่มีกุญแจล็อก และจัดเก็บไฟล์ข้อมูลในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่าน ซึ่งเข้าถึงได้เฉพาะคณะผู้วิจัย การนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม โดยไม่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัยได้ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังการเผยแพร่ผลการวิจัย 1 ปี

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.67) มีอายุระหว่าง 70–79 ปี (ร้อยละ 56.66) มีสถานภาพหม้าย (ร้อยละ 50.00) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 93.33) ไม่ได้ประกอบอาชีพโดยทำงานบ้านเป็นหลัก (ร้อยละ 56.66) มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 80.00) และปัญหาชีวิตที่เผชิญมากที่สุด คือ ปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ 40.00) สำหรับกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.00) มีอายุระหว่าง 60–69 ปี (ร้อยละ 50.00) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 50.00) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 83.33) ไม่ได้ประกอบอาชีพโดยทำงานบ้านเป็นหลัก (ร้อยละ 46.66) มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 63.33) และปัญหาชีวิตที่เผชิญมากที่สุด คือ ปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ 50.00) ผลการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ					.612[(a)]
ชาย	1	3.33	3	10.00	
หญิง	29	96.67	27	90.00	
อายุ (ปี)					.564[(b)]
60-69	11	36.67	15	50.00	
70-79	17	56.66	14	46.67	
≥ 80	2	6.67	1	3.33	

ตาราง 2 (ต่อ)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
สถานภาพสมรส					.083[(b)]
โสด	3	10.00	6	20.00	
สมรส	8	26.67	15	50.00	
หม้าย	15	50.00	8	26.67	
หย่า/แยก	4	13.33	1	3.33	
ระดับการศึกษา					.450[(b)]
ไม่ได้เรียน	0	0.00	2	6.67	
ประถมศึกษา	28	93.33	25	83.33	
มัธยมศึกษา	2	6.67	2	6.67	
ปริญญาตรีขึ้นไป	0	0.00	1	3.33	
อาชีพ					.631[(b)]
เกษตรกรรม	5	16.67	3	10.00	
รับจ้างทั่วไป	5	16.67	8	26.67	
ค้าขาย	3	10.00	5	16.67	
งานบ้าน	17	56.66	14	46.66	
รายได้ (บาท/เดือน)					.470[(b)]
<5,000	24	80.00	19	63.34	
5,001- 10,000	6	20.00	10	33.33	
>10,000	0	0.00	1	3.33	
ปัญหาชีวิตที่เผชิญ					.578[(b)]
ปัญหาการเงิน (เป็นหนี้)	9	30.00	8	26.67	
ปัญหาครอบครัว	4	13.33	1	3.33	
ปัญหาสุขภาพ	12	40.00	15	50.00	
ขาดคนดูแล	5	16.67	6	20.00	

(a) = Chi-square test, (b) = Fisher's Exact Test

2. ผลการเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = 4.801, p < .001) ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่า ไม่แตกต่างกัน (Z = .531, p = .595) ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test

กลุ่ม	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			*Z*	*p-value*
	M	*SD*	*Md*	*M*	*SD*	*Md*		
กลุ่มทดลอง (n = 30)	8.50	2.432	7.50	2.90	1.242	3.00	4.801***	<.001
กลุ่มควบคุม (n = 30)	7.60	2.027	7.00	7.50	1.796	7.00	.531	.595

*** $p < .001$

3. ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต มีระดับการลดลงของภาวะซึมเศร้า (Mean Rank = 45.30) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean Rank = 15.70) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (U = 6.000, Z = -6.805, $p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตมีประสิทธิผลในการช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ดีกว่าการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test

กลุ่ม	n	Mean Rank	Sum of Ranks	*U*	*Z*	*p-value*
กลุ่มทดลอง	30	45.30	2.432	6.000	6.805***	<.001
กลุ่มควบคุม	30	15.70	471.000			

*** $p < .001$

การอภิปรายผล

1. การเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต พบว่าระดับภาะซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมฯมีภาวะซึมเศร้าลดลงน้อยกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากการที่โปรแกรมได้รับการพัฒนาบนพื้นฐานแนวคิดความเข้มแข็งทางใจ (resilience theory) ของ Grotberg ซึ่งมุ่งส่งเสริมศักยภาพภายในของบุคคลผ่านองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้คุณค่าและความสามารถของตนเอง (I Am) การรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม (I Have) และการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการอารมณ์ (I Can) การดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตลอด 4 สัปดาห์ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับมุมมองต่อความเจ็บป่วย ลดความคิดเชิงลบ เกิดความหวัง และเพิ่มความสามารถในการเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การส่งเสริมให้

ผู้สูงอายุตระหนักถึงคุณค่าในตนเองและความสำเร็จที่เคยเกิดขึ้นในชีวิต ช่วยเสริมความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองและลดความรู้สึกไร้คุณค่า ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ขณะเดียวกัน การฝึกสติ การจัดการอารมณ์ และการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ยังช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมอารมณ์และรับมือกับปัญหาสุขภาพที่เผชิญอยู่ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nakprom (2025) ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ye et al. (2024) และ Ding et al. (2026) ที่รายงานว่ากิจกรรมที่ประยุกต์แนวคิดการเจริญสติและการปรับความคิดเชิงบวกสามารถลดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2019) ที่สรุปว่าความเข้มแข็งทางใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถปรับตัวต่อข้อจำกัดของโรค ลดผลกระทบทางจิตใจ และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่พัฒนาตามแนวคิดความเข้มแข็งทางใจสามารถเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิผล

2. การเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับภาวะซึมเศร้าน้อยลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า การพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เนื่องจากกระบวนการดูแลส่วนใหญ่มุ่งเน้นการคัดกรอง การติดตามอาการ และการส่งต่อเพื่อการรักษาเป็นหลัก ขณะที่โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตมุ่งพัฒนาแหล่งพลังภายในและปัจจัยคุ้มครองทางจิตใจอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และความสัมพันธ์ทางสังคม จึงช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้ดียิ่งขึ้น

การที่ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกกลุ่ม ได้รับกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง และเรียนรู้ทักษะการจัดการปัญหาร่วมกัน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ลดความโดดเดี่ยว และเพิ่มการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองและสามารถปฏิบัติได้จริง ยังช่วยให้เกิดความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมชีวิตและมีความหวังต่ออนาคต อันเป็นกลไกสำคัญที่ส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Puttharod and Sillapagumpised (2021) ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้ง ผลการศึกษาของ Garg et al. (2025) ที่รายงานว่าโปรแกรมพัฒนาความเข้มแข็งทางใจและทักษะการเผชิญปัญหาสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุได้ดีกว่าการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยนี้ จึงเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตเป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกที่มีประสิทธิผล สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่มตัวอย่างขนาดค่อนข้างจำกัดและดำเนินการตามพื้นที่ อาจทำให้เกิดความแตกต่างด้านบริบททางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพ และการวัดตัวแปรทันทีหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยไม่มีการติดตามผลในระยะยาว (follow-up) ไม่สามารถยืนยันผลของโปรแกรมในการลดภาวะซึมเศร้าได้ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (รพ.สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตไปใช้ต่อยอดจากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q/9Q ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยจัดกิจกรรมกลุ่มตามองค์ประกอบ I Am, I Have และ I Can ร่วมกับครอบครัวและ อสม. เพื่อป้องกันไม่ให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้นและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยปรับรูปแบบกิจกรรมจากการบรรยายความรู้มาเป็นกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ นันทนาการ และกิจกรรมที่ทำให้ลูกหลานเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามผลในระยะยาว อย่างน้อย 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปีหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และประสิทธิผลในระยะยาวของโปรแกรม รวมทั้งควรวัดทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เช่น ความเข้มแข็งทางใจ คุณภาพชีวิต ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การใช้บริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

Akyurek, G., Şimşek, R. D., & Arslan, Ö. B. (2025). Quality of life in older individuals with chronic diseases: The role of depression and daily functioning. *Geriatrics & Gerontology International*, *25*(10), 1301-1306. https://doi.org/10.1111/ggi.70141

Albert, U., Tomasetti, C., Antonelli Incalzi, R., Cicolin, A., Padovani, A., Zanetti, M., & Maina, G. (2025). Ipsa senectus morbus est? Approaching the unmet needs in geriatric depression: Results from a national survey of medical experts. *Frontiers in Psychiatry*, *16*, 1583384. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1583384

American Psychological Association. (2020). *Building your resilience*. http://www.apa.org/topics/resilience/building-your-resilience

Ananchaipattana, N., Pechkwang, D., & Glomjai, T. (2025). The relationships between resilience and stress among community-dwelling older adults. *Journal of Nursing and Health Research*, *26*(1), e276301. (in Thai)

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum.

Department of Mental Health. (2014). *Guidelines for providing initial psychological support to older adults with depression*. Agricultural Cooperative Federation of Thailand. https://dmhpd.dmh.go.th/57-media-older-guidelines-for-basic-psychological-assistance-for-elderly-people-with-depression/ (in Thai)

Department of Mental Health. (2025). *Annual report 2025, Department of Mental Health,* https://dmh-elibrary.org/items/show/2113 (in Thai)

Ding, J., Ali, Z. M., Ibrahim, A. M., Atta, M. H. R., Khasawneh, M. A. S., & Ibrahim, F. M. (2026). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on depression and anxiety in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *92*, 102105. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2026.102105

Färber, F., & Rosendahl, J. (2020). Trait resilience and mental health in older adults: A meta-analytic review. *Personality and Mental Health, 14*(4), 361–375. https://doi.org/10.1002/pmh.1490

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). *Statistical power analyses using* G**Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods*, *41*(4), 1149–1160. https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149

Garg, R., Awasthi, S., & Gupta, N. (2025). Group-based mindfulness-based cognitive behavioral intervention for enhancing resilience and preventing depression and anxiety in at-risk elderly: A randomized controlled trial. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *43*(3), 47. https://doi.org/10.1007/s10942-025-00616-y

Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Bernard van Leer Foundation.

Kim, G. M., Lim, J. Y., Kim, E. J., & Park, S. M. (2019). Resilience of patients with chronic diseases: A systematic review. *Health & Social Care in the Community, 27*(4), 797–807. https://doi.org/10.1111/hsc.12620

Ministry of Public Health. (n.d.). *Screening of the elderly: 9 domains (basic/community screen step 1)*. Health Data Center (HDC), Phetchaburi Provincial Public Health Office. https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report (in Thai)

Muhammad, T., & Maurya, P. (2022). Social support moderates the association of functional difficulty with major depression among community-dwelling older adults: Evidence from LASI, 2017–18. *BMC Psychiatry, 22*, 313. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03959-3

Nakprom, S. (2025). Effectiveness of a mental strengthening program for depression prevention among elderly people. *Journal of Science and Technology Northern*, *6*(3), 135–153. (in Thai)

National Statistical Office. (2024). *Report on the social situation in Thailand: First quarter of 2024*. Office of the Prime Minister. (in Thai)

Neo, J. W., Guo, X. Y., Abdin, E., Vaingankar, J. A., Chong, S. A., Subramaniam, M., & Chen, C. (2024). Excess costs of depression among a population-based older adults with chronic diseases in Singapore. *BMC Public Health, 24*(1), 3119. https://doi.org/10.1186/s12889-024-20306-1

Puttharod, P., & Sillapagumpised, K. (2021). The effects of a resilience enhancement program on self-esteem and depression of the elderly with a depressive disorder. *NRRU Community Research Journal, 15*(1), 70–82. (in Thai)

Shao, J., Yang, H., Zhang, Q., Du, W., & Lei, H. (2019). Commonalities and differences in psychological adjustment to chronic illnesses among older adults: A comparative study based on the stress and coping paradigm. *International Journal of Behavioral Medicine, 26*(2), 143–153. https://doi.org/10.1007/s12529-019-09773-8

Uanlum, T., & Panpoklang, S. (2022). Predictive factors of resilience among elderly with non-communicable disease in Bang Phun 2 of Tambon Health Promoting Hospital, Muang Pathum Thani District, Pathum Thani Province. *Journal of Health and Nursing Research*, *38*(2), 111–122. (in Thai)

Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., & Van Reekum, R. (2013). The use of GDS-15 in detecting MDD: A comparison between residents in a Thai long-term care home and geriatric outpatients. *Journal of Clinical Medicine Research*, *5*(2), 101–111. https://doi.org/10.4021/jocmr1239w

World Health Organization. (2026). *Mental health of older adults*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults

Ye, J., Pan, Y., Wu, C., Hu, Z., Wu, S., Wang, W., Gue, J., & Xiao, A. (2024). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on depression and anxiety in late life: A meta-analysis. *Alpha Psychiatry*, *25*(1), 1-8. https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2024.231379