

การพัฒนาแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ด้วยกระบวนการหมอ 3 หมอ อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี

ธีรสุทธิ ปิตวิบลเสถียร, พ.บ.*

Received: 9 ก.พ.66
Revised: 19 เม.ย.66
Accepted: 25 เม.ย.66

บทคัดย่อ

บทนำและวิธีการศึกษา: การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าและเพื่อประเมินประสิทธิผลของแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี ที่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q 9Q 8Q ที่มีผลผิดปกติ ($2Q = 1$ หรือ 2 คะแนน, $9Q = 0-18$ คะแนน (ระดับน้อยถึงระดับปานกลาง) และ $8Q \leq 16$ คะแนน (มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับน้อยถึงปานกลาง) จัดเป็นเข้าเกณฑ์กลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า จำนวน 28 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 14 ราย กลุ่มควบคุม 14 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมิน 2Q 9Q 8Q และแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าด้วยกระบวนการหมอ 3 หมอ ซึ่งผู้วิจัย ได้พัฒนาขึ้นวิเคราะห์ข้อมูลโดย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และ t-test

ผลการศึกษา: ผลการศึกษาพบว่า 1) เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองกับการรักษาตามปกติในกลุ่มควบคุม พบว่า แบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าได้ดีกว่าการรักษาตามปกติในกลุ่มควบคุม โดยประเมินด้วยแบบคัดกรอง 2Q อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) การพัฒนาแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยกระบวนการหมอ 3 หมอ เป็นการพัฒนาที่เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าเนื่องจากแบบดังกล่าวสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างได้ 3) เปรียบเทียบ ร้อยละของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนารูปแบบฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีความคิดฆ่าตัวตายก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ร้อยละ 14.285 หลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย และกลุ่มควบคุมมีความคิดฆ่าตัวตายก่อนเข้ารับการรักษาตามปกติ ร้อยละ 21.428 หลังการรักษาตามปกติมีความคิดฆ่าตัวตายลดลงเหลือร้อยละ 7.142 ซึ่งวัดจากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม(8Q)

สรุป: การพัฒนาแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าด้วยกระบวนการหมอ 3 หมอ สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ และได้ผลดีกว่าการรักษาตามปกติเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสามารถลดความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย

Development of a suicide prevention model in depression risk group of elderly by
using the process of 3 doctors,
Nongkhayang District Uthai Thani Province.

Theesutthi Peetavibonsatean M.D.*

ABSTRACT

Introduction and Methods: This experimental design aimed to develop a suicide prevention model for elderly people at risk for depressive disorder and study to effectiveness of a model for preventing suicide among elderly people at risk of depression by using the process of 3 doctors. the sample consisted of the elderly with depression and suicidal ideation in Nongkhayang District, Uthai Thani Province, divided into 14 experimental groups and 14 control group. The research instruments comprised personal information questionnaire, 2Q 9Q 8Q questionnaire and the suicide prevention model in depression risk group of elderly by using the process of 3 doctors. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, paired t-test and t-test.

Results: 1) Comparison of the effectiveness of the suicide prevention model of the elderly at risk of depression in the experimental group with usual treatment in the control group. It was found that the suicide prevention model in the elderly at risk of depression was the antidepressants in the experimental group were more effective and able to reduce depression among the elderly at risk of depression better than the usual treatment in the control group. Whether assessed with a 2Q screening test or a 9Q screening test, the statistical significance was at p-value .05 (2Q: p-value .01 , 9Q : p-value .05) 2).The development of a suicide prevention model in depression risk group of elderly by using the process of 3 doctors is beneficial because the model can help reduce the depression of the sample. 3) Comparison of the mean differences of suicidal ideation screened by the 8-question suicidal ideation scale in the experimental group and the control group, it was found that the experimental group was able to reduce suicidal ideation.

Conclusion: The development of a suicide prevention model in depression risk group of elderly by using the process of 3 doctors can reduce depression in the elderly. and the results are better than normal treatment. There was a statistical significance at the .01 level, and was able to reduce suicidal ideation better than the control group.

Keyword: Depression, Elderly, Suicidal ideation

* Nongkhayang Hospital, Uthaitхани

บทนำ

ประชากรสูงอายุมีเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี 2562 ประชากรโลกมีจำนวน 7,713 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 1,016 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.2 ของประชากร สำหรับประเทศไทย มีผู้สูงอายุมากถึง 11.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.5 ของประชากรทั้งหมด เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ สังคม ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ปี 2560 พบว่าปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 7 ของประชากรวัยสูงอายุ สำหรับประเทศไทย จากสถิติกรมสุขภาพจิต ปี 2562 พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในสาเหตุของการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ

จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกพบว่าในแต่ละปีจะมีประชากรทั่วโลก ฆ่าตัวตายปีละมากกว่า 703,000 คนทุกปี บุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีความเชื่อมโยงกับความผิดปกติทางจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซึมเศร้า สำหรับประเทศไทย สถิติจากกรมสุขภาพจิต ปี 2562 ระบุว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 2 รองจากวัยทำงาน โดยสาเหตุการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่พบบ่อย คือ ปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด โรคเรื้อรังทางกาย และโรคซึมเศร้า

จากข้อมูลเขตสุขภาพที่ 3 พบจังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยสูงอายุสูงที่สุดคือจังหวัดอุทัยธานี โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ข้อมูลปี 2562-2564 คิดเป็นร้อยละ 4.59, 21.86 และ 23.22 ตามลำดับ จากการทบทวนข้อมูลประชากรอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี ปี 2565 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 18.83 ต่อแสนประชากร ซึ่งเกินเกณฑ์เป้าหมาย ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 66.67 และในกลุ่มนี้มีสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 66.67 โดยผู้ที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จยังไม่ได้รับการส่งเข้ารับคำปรึกษาให้การดูแลรักษา บำบัดจากผู้เชี่ยวชาญ และโรงพยาบาลยังไม่มีแนวทางการดูแลรักษาส่งต่อที่ชัดเจน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยปัจจัยที่สามารถลดภาวะซึมเศร้า และป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ได้แก่ 1. ปัจจัยจากตัวผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกาย การใช้ธรรมชาติ การรับประทานอาหาร การพักผ่อนที่เพียงพอ รายได้ สถานภาพครอบครัว การไม่ดื่มสุรา และติดสารเสพติด ความพอใจในสุขภาพ ความเข้มแข็งทางจิตใจ และความเพียงพอของรายได้ เป็นต้น 2. ปัจจัยจากครอบครัว เช่น การรับฟังปัญหาหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุดูแลอย่างใกล้ชิด สังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุ 3. ปัจจัยจากชุมชน เช่น การจัดบริการในชุมชนโดยภาคีเครือข่าย ชมรม แกนนำชุมชน เพื่อสร้างความอบอุ่นและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน 4. ปัจจัยด้านสถานพยาบาล การเข้าถึงบริการ การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน การส่งต่อข้อมูลให้บุคลากรทางการแพทย์ การได้รับการคัดกรองดูแลรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับความรู้ การได้รับคำปรึกษารายบุคคล 5. ปัจจัยด้านการเสริมสร้างการเรียนรู้และสุขภาวะทางปัญญา พบว่า การสอนให้ประชาชนรู้จักคุณค่าของชีวิต เปิดปัญหามองหาคุณค่าในการดำรงชีวิตอยู่ต่อไป หาความหมายต่ออนุชนรุ่นหลัง และมีชีวิตที่พร้อมทำหน้าที่ในการตายอย่างสมเกียรติอย่างมีคุณค่า ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุได้

จากการศึกษาเรื่องอุปสรรคการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ด้านเจ้าหน้าที่ขาดความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าวรร่วมกับมีภาระงานมาก ด้านผู้ดูแลในชุมชน ไม่ได้ดูแลปัญหาซึมเศร้าในผู้สูงอายุแม้จะสังเกตเห็นความผิดปกติที่เกิดขึ้น ด้านผู้สูงอายุ ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง คิดว่าไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา

จากการศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัครเยี่ยมบ้านและแกนนำในชุมชน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 93.30 และมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยร้อยละ 6.70

จากนโยบาย “คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” คือ นโยบายที่สนับสนุนให้เกิดการจัดตั้งหมอประจำตัว 3 คน โดยอาศัยการปรับบทบาทและออกแบบการทำงานร่วมกันระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล และแพทย์ปฐมภูมิเพื่อนำไปสู่การจัดบริการรูปแบบใหม่ที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

จากการทบทวนดังกล่าว มีความสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและพัฒนาแบบ เรื่อง “การพัฒนาแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าด้วยกระบวนการหมอ 3 หมอ อำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี” โดยคาดหวังว่า การศึกษาวิจัยนี้จะส่งผลให้โรงพยาบาลหนองขาหย่างมีรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล ได้รับการพัฒนาสมรรถนะจากจิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ มีสมรรถนะที่จะคัดกรองดูแล รักษา เฝ้าระวัง ให้คำปรึกษา ส่งต่อโรคซึมเศร้าได้ และโรงพยาบาลมีแนวทางในการดูแลรักษา ส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายชัดเจน โดยสามารถประสานการส่งต่อได้ทุกระดับ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ สุดท้ายผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้ามีแนวปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า

สมมุติฐานการวิจัย คำถามการวิจัย

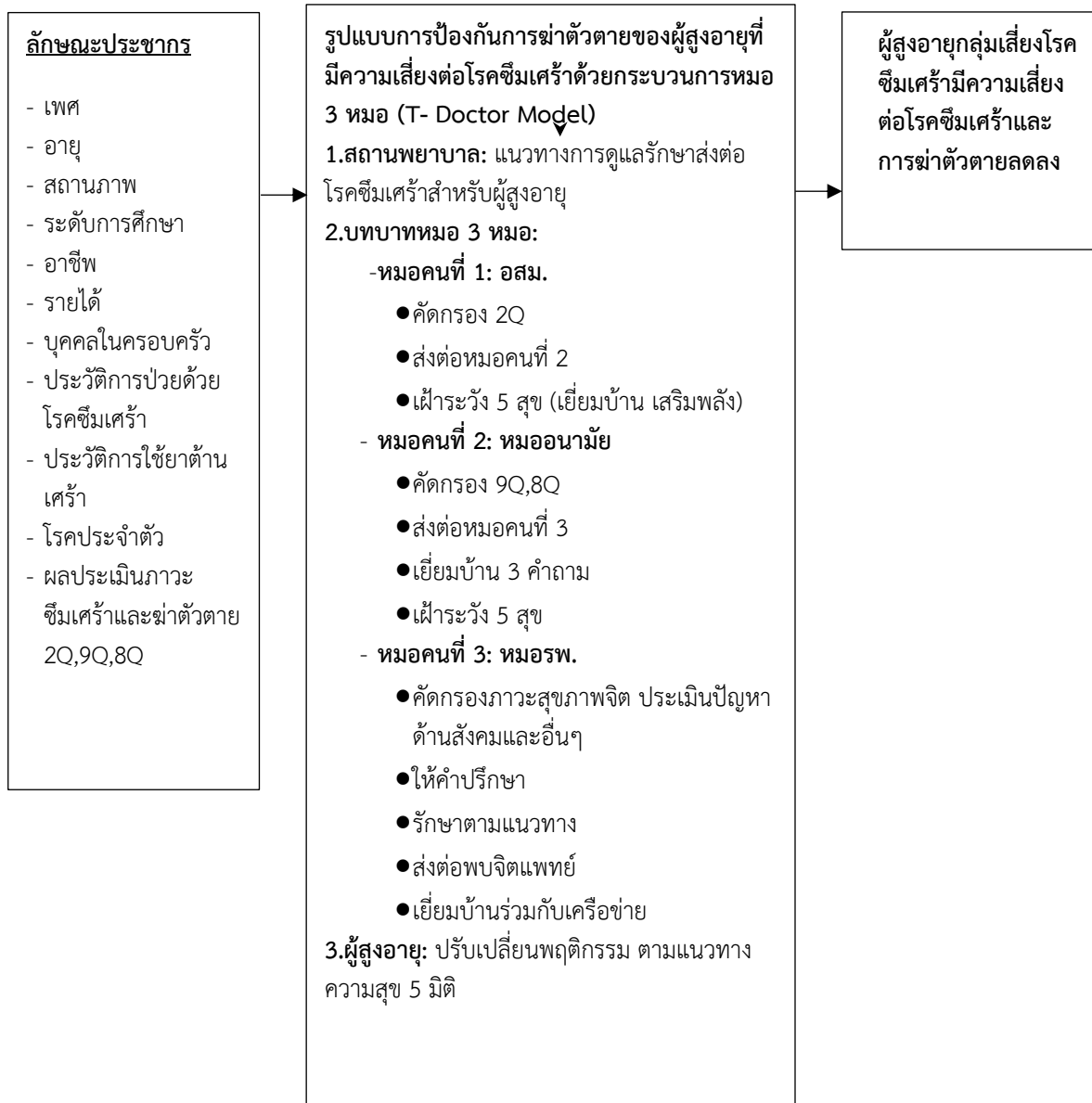
การพัฒนาแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ด้วยกระบวนการหมอ 3 หมอ จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้ามลดลง (คะแนน 2Q, 9Q) และมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง (คะแนน 8Q)

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีการนำ “แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด” มาบูรณาการร่วมกับนโยบายหมอ 3 หมอ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของหมอกคนที่ 1, 2 และ 3 ในการปฏิบัติตามแนวทางร่วมกับการเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา และการเสริมพลัง

สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า มีแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่ากิจกรรมที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุมีหลากหลายกิจกรรม เช่น การออกกำลังกาย การสวดมนต์ การทำกิจกรรมเสริมคุณค่าในตนเอง ฯลฯ ซึ่งผู้วิจัยพบว่า “คู่มือความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุ” มีกิจกรรมครอบคลุม จึงนำมาเป็นเครื่องมือสำหรับผู้สูงอายุในการปฏิบัติเพื่อลดภาวะซึมเศร้า

จากแนวคิดข้างต้นผู้วิจัยได้นำมาออกแบบเป็นรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าด้วยกระบวนการหมอ 3 หมอ (T-Doctor Model)



วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบทดลอง (Experimental design) โดยทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนหลังและเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม (two groups, pretest-posttest design)

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี ที่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q 9Q 8Q ที่มีผล

ผิดปกติ (2Q = 1 หรือ 2 คะแนน, 9Q = 0-18 คะแนน (ระดับน้อยถึงระดับปานกลาง) และ 8Q ≤ 16 คะแนน (มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับน้อยถึงปานกลาง) เข้าเกณฑ์เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี ที่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q 9Q 8Q ที่มีผลผิดปกติ (2Q = 1 หรือ 2 คะแนน, 9Q = 0-18 คะแนน (ระดับน้อยถึงระดับปานกลาง) และ 8Q ≤ 16 คะแนน (มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับน้อยถึงปานกลาง) เข้าเกณฑ์เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า ซึ่งจากการ

คัดกรองผู้สูงอายุอำเภอหนองขาหย่าง พบผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า จำนวน 40 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าอาสาสมัคร เกณฑ์การคัดออกอาสาสมัครและเกณฑ์ยุติการศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์จำนวน 30 คน (ประชากร) และใช้การอ่านค่าตามสูตรของ Krejcie & Morgan ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 14 คน กลุ่มควบคุม 14 คน เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling)

เกณฑ์คัดเข้าอาสาสมัคร (Inclusion Criteria) คือ

- 1) ผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีผลการคัดกรอง 2Q, 9Q, 8Q ผิดปกติ (2Q = 1 หรือ 2 คะแนน, 9Q = 0-18 คะแนน(ระดับน้อยถึงระดับปานกลาง) และ 8Q ≤ 16 คะแนน (มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับน้อยถึงปานกลาง) เข้าเกณฑ์เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า

- 2) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูดคุยสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย อ่านและเขียนภาษาไทยได้

- 3) ไม่มีอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น อาการหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน

- 4) ไม่อยู่ในระยะคุกคามของโรค

- 5) ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยได้ตลอด

เกณฑ์คัดออกอาสาสมัคร (Exclusion Criteria) คือ

- 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะคุกคามของโรคทางกายต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน

- 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะคุกคามของโรคทางจิตหรือมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายในระดับรุนแรงหรือมีการพยายามฆ่าตัวตายระหว่างทำการวิจัยจำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วนหรือส่งต่อ

เกณฑ์ยุติการศึกษา (Termination Criteria for the Study) คือ

- 1) ย้ายที่อยู่ระหว่างการวิจัย

- 2) เสียชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

1.1) แบบฉบับที่ ก ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนบุคคลในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ประวัติการใช้ยาต้านเศร้า ประวัติโรคประจำตัว ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ

1.2) เครื่องมือจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

1.2.1) “แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)” การแปลผลถ้าคำตอบ ไม่มี ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า “ปกติ” ไม่เป็นโรคซึมเศร้า แต่ถ้าคำตอบ มีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า”

1.2.2) “แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)” การแปลผล คะแนนรวม <7 ถือว่า “ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า” หรือ “มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก” คะแนน 7-12 หมายถึง “มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย” คะแนน 13-18 หมายถึง “มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง” และคะแนน >19 หมายถึง “มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง”

1.2.3) “แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)” การแปลผล คะแนนรวม 0 คะแนน ถือว่า “ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน” คะแนน 1-8 หมายถึง “แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย” คะแนน 9-16 หมายถึง “แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง” คะแนน >17 หมายถึง “แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง”

ส่วนที่ 2 เครื่องมือดำเนินงานวิจัย ใช้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มี

ความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าด้วยกระบวนการหมอ 3 หมอ (T-Doctor Model) ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นประกอบด้วย

2.1) สมุดรักษาใจสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องโรค อาการ สำคัญ การรักษา คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คำแนะนำสำหรับญาติ 2) กิจกรรม 5 สุข นำรูปแบบมาจากคู่มือความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุ จากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 3) แบบบันทึก “การปฏิบัติตามรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยกิจกรรม 5 สุข สำหรับผู้สูงอายุ” โดยให้ผู้สูงอายุบันทึกผลการปฏิบัติในสมุดรักษาใจ ทุกวันตลอด 1 เดือน

2.2) แบบบันทึกการปฏิบัติตามรูปแบบ T-Doctor Model สำหรับหมอคนที่ 1 (อสม.) ใช้บันทึกผลการปฏิบัติตามรูปแบบของผู้สูงอายุ โดยหมอคนที่ 1 (อสม.) ติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุทุกสัปดาห์ จำนวน 4 สัปดาห์ โดยติดตามการปฏิบัติตามกิจกรรม 5 สุข และการเสริมพลัง

2.3) แบบบันทึกการปฏิบัติตามรูปแบบ T-Doctor Model สำหรับหมอคนที่ 2 (บุคลากรของ รพ.สต.) ใช้บันทึกผลการปฏิบัติตามรูปแบบของผู้สูงอายุ โดยหมอคนที่ 2 (รพ.สต.) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุทุก 2 สัปดาห์ จำนวน 2 ครั้ง โดยติดตามสอบถามเรื่องทั่วไป เรื่องการปฏิบัติกิจกรรม 5 สุข เรื่องการเสริมพลังโดยส่งเสริมให้เล่าเรื่องที่ภาคภูมิใจ และสอบถามด้วยคำถาม 3 คำถาม เช่น “รู้สึกเป็นอย่างไรบ้างในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา” “วันนี้รู้สึกอย่างไร ให้คะแนนความสุขของตนเองเท่าไร” “มีเรื่องอะไรที่ยากให้ช่วยไหม” เพื่อประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุและสิ่งที่อยากให้ช่วยเหลือ

2.4) แบบบันทึกการปฏิบัติตามรูปแบบ T-Doctor Model สำหรับหมอคนที่ 3 (โรงพยาบาล: แพทย์/พยาบาล/นักจิตวิทยา) ใช้บันทึกข้อมูลการประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการ

ฆ่าตัวตาย ด้วยแบบประเมิน 2Q 9Q 8Q และบันทึกผลการซักประวัติ การให้คำปรึกษา การรักษาที่ให้และบันทึกผลด้านอื่น ๆ โดยอิสระ โดยหมอคนที่ 3 ประเมินครั้งแรกที่พบผู้ป่วย (สัปดาห์ที่ 0) และหลังจากผู้ป่วยทำกิจกรรมตามรูปแบบครบ 1 เดือน (สัปดาห์ที่ 5)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เลขที่โครงการวิจัยที่ได้รับการรับรอง เลขที่ 22/2565 ออกให้ ณ วันที่ 13 กันยายน 2565 ผู้วิจัยชี้แจงวิธีการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตัดสินใจในการตอบคำถามหรือให้ข้อมูล และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะไม่ส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติงาน การรายงานผลการวิจัยนำเสนอเป็นภาพรวมโดยไม่ระบุตัวบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าด้วยกระบวนการหมอ 3 หมอ (T-Doctor Model) โดยเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และประเมิน 2Q 9Q 8Q ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 0 ก่อนการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบ โดยหมอคนที่ 1 ประเมิน 2Q หมอคนที่ 2,3 ประเมิน 9Q และ 8Q

2. การดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบ โดย

2.1 จัดอบรมให้ความรู้กับทีมหมอ 3 หมอ โดยจิตแพทย์โรงพยาบาลอุทัยธานี

2.2 จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลหนองขาหย่างและเครือข่ายสุขภาพอำเภอหนองขาหย่าง

2.3 จัดอบรมให้ความรู้โรคซึมเศร้าและชี้แจงแนวปฏิบัติกิจกรรม 5 สุขให้กับกลุ่มตัวอย่าง

2.4 กลุ่มทดลอง: จัดกิจกรรมตามรูปแบบ T-Doctor Model ด้วยกระบวนการหมอ 3 หมอ เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 1 เดือน โดย

- กลุ่มทดลองปฏิบัติตามรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยกิจกรรม 5 สข สำหรับผู้สูงอายุ และบันทึกผลการปฏิบัติทุกวันเป็นระยะเวลา 1 เดือน

- หมอคนที่ 1 อสม. เยี่ยมบ้าน เสริมพลังติดตามผลการปฏิบัติของกลุ่มทดลองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนครบ 4 สัปดาห์

- หมอคนที่ 2 บุคลากรจากรพ.สต. เยี่ยมบ้าน เสริมพลัง ติดตามผลการปฏิบัติทุก 2 สัปดาห์

- หมอคนที่ 3 แพทย์/พยาบาล/นักจิตวิทยา ให้คำปรึกษาและให้การดูแลรักษาติดตามผลการปฏิบัติเมื่อครบ 1 เดือน

2.5 กลุ่มควบคุม: ดูแลให้ได้รับการรักษาตามแนวทางปกติ จนครบ 1 เดือน

3. ประเมิน 2Q 9Q 8Q ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 5 ภายหลังการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบ

4. ประเมินผลโดยใช้ค่าคะแนน 2Q 9Q 8Q ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า

ระยะเวลา

ระยะเวลาดำเนินการ เดือนกรกฎาคม 2565 ถึงเดือนมกราคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test

3. เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนารูปแบบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง

จากข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 85.71 กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 71.43 กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 60-70 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 64.27 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 71-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.57 ตามลำดับ แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่มีอายุ 81-90 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 42.86 รองลงมาเป็นอายุ 60-70 ปี และ 71-80 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.57 เท่ากัน สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองมีสถานภาพสมรสและหม้ายเท่ากัน และมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 35.71 กลุ่มควบคุมมีสถานภาพหย่าร้างมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 64.29 ด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 57.14 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม และธุรกิจส่วนตัวตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็น ร้อยละ 100 ในด้านการพักอาศัยกลุ่มทดลองพักอาศัยรวมบ้าน ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 42.86 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 57.14 ประวัติการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลองป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 21.43 กำลังได้รับยาต้านเศร้า ร้อยละ 14.29 กลุ่มควบคุมป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 28.57 กำลังได้รับยาต้านเศร้า ร้อยละ 28.57 โรคประจำตัวกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ของกลุ่มทดลองและการรักษาตามปกติ

ของกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าที่คัดกรองโดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนารูปแบบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง โรคซึมเศร้า	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		ค่าสถิติ Paired t-test	sig
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง	1.64	0.497	0.07	0.267	-11.449	0.000**
กลุ่มควบคุม	1.43	0.514	0.71	0.611	-5.701	0.000**

** p-value<.01

จากตาราง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 1.64 หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงเหลือ 0.07 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง พบว่าการเข้าร่วมโปรแกรมตามรูปแบบส่งผลให้คะแนนความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ

กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนเข้าร่วมการรักษาตามปกติที่ 1.43 ค่าเฉลี่ยหลังเข้ารับการรักษาคือ 0.71 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังเข้ารับการรักษากลุ่มควบคุมพบว่าการเข้ารับการรักษาดังกล่าวส่งผลให้คะแนนความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นกัน

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าที่คัดกรองโดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง โรคซึมเศร้า	ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			ค่าสถิติ t-test	sig
	(n)	M	SD		
กลุ่มทดลอง	14	1.64	0.50	1.122	0.136**
กลุ่มควบคุม	14	1.43	0.51		

** p-value<.01

จากตารางที่ 2 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลการคัดกรองโรคซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมตามรูปแบบฯ เท่ากับ 1.64 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยผลการ

คัดกรองโรคซึมเศร้าเท่ากับ 1.43 เมื่อเปรียบเทียบกันมีความแตกต่างกันที่ 0.21 คะแนน ดังนั้นจากการทดสอบสถิติ t พบว่า ค่าเฉลี่ยของการเกิดโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าที่คัดกรองโดยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง โรคซึมเศร้า	ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม			ค่าสถิติ t-test	sig
	(n)	M	SD		
กลุ่มทดลอง	14	0.07	0.27	-3.606	0.001**
กลุ่มควบคุม	14	0.71	0.61		

** p-value<.01

จากตารางที่ 3 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลการคัดกรองโรคซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมตามรูปแบบฯ เท่ากับ 0.07 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยผลการ

คัดกรองโรคซึมเศร้าเท่ากับ 0.71 เมื่อเปรียบเทียบกันมีความแตกต่างกันที่ -0.64 คะแนน ดังนั้นจากการทดสอบสถิติ t พบว่า ค่าเฉลี่ยของการเกิดโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมภายหลังเข้ารับการรักษาสูงกว่ากลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมตามรูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าที่คัดกรองโดยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนารูปแบบฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง โรคซึมเศร้า	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		ค่าสถิติ Paired t-test	sig
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง	6.07	2.702	0.36	0.929	-8.272	0.000**
กลุ่มควบคุม	6.14	4.016	2.57	3.435	-5.782	0.000**

** p-value<.01

จากตารางที่ 4 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะ
ซีมีเศร้าที่ประเมินด้วยแบบคัดกรอง 9
คำถาม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 6.07 หลังเข้าร่วม
โปรแกรม 0.36 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและ
หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าหลังเข้าร่วม
โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยการเกิดโรคซีมีเศร้าลดลงอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกลุ่มควบคุม
มีค่าเฉลี่ยภาวะโรคซีมีเศร้าก่อนเข้ารับการรักษา
6.14 หลังได้รับการรักษาตามปกติ 2.57 เมื่อ
เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้ารับการ
รักษาตามปกติ พบว่า มีค่าเฉลี่ยการเกิดโรคซีมีเศร้า
ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นกัน

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซีมีเศร้าที่คัดกรองโดยแบบประเมินโรค
ซีมีเศร้า 9 คำถาม (9Q) ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง โรคซีมีเศร้า	ผลการคัดกรองโรคซีมีเศร้า 9 คำถาม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			ค่าสถิติ t-test	sig
	(n)	M	SD		
กลุ่มทดลอง	14	6.07	2.70	-0.055	0.478*
กลุ่มควบคุม	14	6.14	4.02		

* p-value<.05

จากตารางที่ 5 พบว่า การทดสอบ
ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลการ
ประเมินโรคซีมีเศร้าเท่ากับ 6.07 คะแนน กลุ่มควบคุม
มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.14 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบ

กันมีความแตกต่างกันที่ -0.07 คะแนน ดังนั้นจาก
การทดสอบสถิติ t พบว่า ค่าเฉลี่ยของการเกิดโรค
ซีมีเศร้าระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อน
การเข้าร่วมโปรแกรมตามรูปแบบฯ ไม่แตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะซีมีเศร้าที่คัดกรองโดยแบบประเมินโรค
ซีมีเศร้า 9 คำถาม (9Q) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง โรคซีมีเศร้า	ผลการคัดกรองโรคซีมีเศร้า 9 คำถาม หลังเข้าร่วมโปรแกรม			ค่าสถิติ t-test	sig
	(n)	M	SD		
กลุ่มทดลอง	14	0.36	0.93	-2.328	0.017*
กลุ่มควบคุม	14	2.57	3.44		

* p-value<.05

จากตารางที่ 6 พบว่า การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลการประเมินโรคซึมเศร้าเท่ากับ 0.36 ต่ำกว่า กลุ่มควบคุมที่มีผลการประเมินโรคซึมเศร้าที่ 2.57 เมื่อเปรียบเทียบกัน

มีความแตกต่างกันที่ -2.21 คะแนน ดังนั้นจากการทดสอบสถิติ t พบว่า ค่าเฉลี่ยของการเกิดโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมภายหลังเข้ารับการรักษาส่งกว่ากลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมตามรูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม(8Q) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนารูปแบบฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง โรคซึมเศร้า ที่เสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตาย	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		ระดับ	หลังเข้าร่วมโปรแกรม		ระดับ	%ความคิด ฆ่าตัวตายที่ ลดลง
	จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ		
กลุ่มทดลอง	2	14.285	น้อย	0	0	ปกติ	100
กลุ่มควบคุม	3	21.428	น้อย	1	7.142	น้อย	66.67

จากตารางที่ 7 กลุ่มทดลองมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ร้อยละ 14.285 มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับน้อย หลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือคิดฆ่าตัวตาย เป็นร้อยละ 0 แนวโน้มฆ่าตัวตายระดับปกติหรือไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย และกลุ่มควบคุมมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนเข้ารับการรักษามากกว่าปกติ ร้อยละ 21.428 มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับน้อย หลังการรักษามากกว่าปกติมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงเหลือร้อยละ 7.142 มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับน้อย เมื่อเปรียบเทียบทั้งสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงร้อยละ 100 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ลดลงร้อยละ 66.67

สรุป

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าด้วยกระบวนการหมอ 3 หมอ ในกลุ่มทดลองมี

ประสิทธิผลในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าได้ดีกว่าการรักษาตามปกติในกลุ่มควบคุม โดยประเมินด้วยแบบคัดกรอง 2Q อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบร้อยละของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนารูปแบบฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ร้อยละ 14.285 มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับน้อย หลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แนวโน้มฆ่าตัวตายระดับปกติหรือไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย และกลุ่มควบคุมมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนเข้ารับการรักษามากกว่าปกติ ร้อยละ 21.428 มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับน้อย หลังการรักษามากกว่าปกติมีความเสี่ยง

ต่อการฆ่าตัวตายลดลงเหลือร้อยละ 7.142 มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับน้อย

อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าด้วยกระบวนการหมอ 3 หมอ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1) จากข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง พบข้อสังเกตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ยกตัวอย่างเช่น สถานภาพหม้าย ในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 64.29 ซึ่งมากกว่ากลุ่มทดลองที่พบร้อยละ 35.71 พักอาศัยอยู่คนเดียว ในกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 57.14 ซึ่งมากกว่ากลุ่มทดลองที่พบร้อยละ 28.87 อาจพิจารณาศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า หรือหาความสัมพันธ์ของตัวแปรเพิ่มเติม

2) จากข้อค้นพบค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าที่คัดกรองโดยแบบ 2Q และ 9Q ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนารูปแบบฯ พบว่า รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายฯของกลุ่มทดลองและการรักษาตามปกติของกลุ่มควบคุม สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกัน อธิบายได้ว่าวิธีการรักษาตามแนวทางปกติสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ เพียงแต่จากการวิเคราะห์ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายมีผลลัพธ์ที่ดีกว่าการรักษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3) เมื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าด้วยกระบวนการหมอ 3 หมอ ในกลุ่มทดลองกับการรักษาตามปกติในกลุ่มควบคุม พบว่า รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีประสิทธิผลสูงกว่าและได้ผลในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าได้

ดีกว่าการรักษาตามปกติในกลุ่มควบคุม โดยประเมินด้วยแบบคัดกรอง 2Q อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และแบบประเมิน 9Q อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบว่าค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่ามีแตกต่างกันเพื่อยืนยันว่าภาวะซึมเศร้าที่ลดลงเกิดจากการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนารูปแบบฯ

4) จากรูปแบบการวิจัยที่มีการออกแบบกิจกรรมหลายส่วน ตั้งแต่การพัฒนาสมรรถนะหมอ 3 หมอ การจัดทำแนวทางดูแลรักษาส่งต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยกิจกรรม 5 สุขสำหรับผู้สูงอายุ ควรมีการวัดประสิทธิผลของรายการกิจกรรมเพื่อให้ทราบปัจจัยที่ส่งผลการลดภาวะซึมเศร้าที่แท้จริง จากการทบทวนงานวิจัยพบว่ยังไม่มีรูปแบบวิจัยที่เคยทำมาก่อน แต่มีวิจัยที่ใกล้เคียงรายการกิจกรรม เช่น บทบาทหมอ 3 หมอ ที่มีการกำหนดบทบาทให้หมอคนที่ 1 (อสม.) คัดกรองส่งเสริมกิจกรรม 5 สุข เยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์เพื่อเสริมพลังและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามแนวทาง รวมถึงส่งต่อเพื่อพบความผิดปกติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของคณะนิจ ศรีสอนใจ เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน ที่มีกิจกรรมให้อาสาสมัครเยี่ยมบ้านเพื่อเสริมพลังอำนาจแก่ชุมชนและครอบครัว ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 93.30 และมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 6.70 เป็นต้น ตัวอย่างกิจกรรมการออกกำลังกายสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องกระบวนการเสริมสร้างการเรียนรู้และสุขภาพเพื่อลดการฆ่าตัวตายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดลำพูน ของสามารถ บุญรัตน์ ที่กิจกรรมทางกาย เช่น การออกกำลังกายช่วยลดการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

5) เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของความเสียหายต่อการฆ่าตัวตายโดยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนารูปแบบฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพบว่า ค่าคะแนนประเมินการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับน้อย (1-8 คะแนน) หลังจากได้รับกิจกรรมตามรูปแบบฯ ส่งผลให้ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (0 คะแนน) จึงใช้การคำนวณร้อยละเพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนการฆ่าตัวตายตามแบบ 8Q ได้เท่านั้น แต่ไม่สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการคำนวณทางสถิติได้ จึงไม่อาจกล่าวได้ว่า กลุ่มทดลองมีผลลัพธ์การฆ่าตัวตายที่ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

6) การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า ด้วยกระบวนการหมอ 3 หมอ ของอำเภอหนองขาหย่าง จังหวัดอุทัยธานี เป็นการพัฒนาที่เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าเนื่องจากรูปแบบดังกล่าวสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากเป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมในเรื่องการพัฒนาสมรรถนะของหมอ 3 หมอ การออกแบบกิจกรรมให้หมอ 3 หมอ เข้าใจในบทบาทของตนเองในการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และมีการจัดทำแนวทางการดูแล รักษา ส่งต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร่วมกับโรงพยาบาลจังหวัด ส่งผลให้โรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถประสานการดูแล รักษา ส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้ทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ ช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าและฆ่าตัวตายได้รับการดูแลรักษา เฝ้าระวัง อย่างใกล้ชิด ลดการสูญเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายได้

7) ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้านักมีอาการเศร้า เคลื่อนไหวช้า คิดลบ หดความสนใจ

จากกิจกรรมที่เคยทำ คุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกผิดเกินควร รู้สึกด้อยค่า สูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน รู้สึกอยากตาย เป็นต้น การนำรูปแบบฯ มาใช้ เป็นกลวิธีที่ช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้านี้อาจมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยมีการกำหนดให้ทำกิจกรรมตามแนวทางความสุข 5 มิติ กำหนดช่วงเวลาในการทำกิจกรรมตั้งแต่ช่วงเช้า ช่วงสาย ช่วงบ่าย และช่วงก่อนนอน และให้บันทึกข้อมูลทุกวัน ซึ่งกิจกรรมทางกายที่กำหนดให้ปฏิบัติส่งผลให้ผู้สูงอายุมีเวลาอยู่กับความคิดของตนเองลดลง และการออกกำลังกายช่วยเพิ่มพลังแห่งความสุขลดภาวะซึมเศร้าระดับน้อยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของชญาพร คงเพชร และพิทยุตม์ คงพ่วง เรื่องการออกกำลังกายในผู้สูงอายุช่วยลดภาวะซึมเศร้า กิจกรรมเสริมคุณค่าทางจิตใจจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนความคิดจากคิดลบเป็นคิดบวก มีการเสริมพลังโดยให้บทพจนและบอกข้อดีของตนเอง ชื่นชมตนเองก่อนนอนทุกวัน เป็นการเสริมคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และการส่งเสริมบทบาทของหมอ 3 หมอ ให้มีบทบาทในการเสริมพลังและเฝ้าระวังจากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ เช่น หมอคนที่ 1 เยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ หมอคนที่ 2 เยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ เป็นกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นการปฏิบัติตามกิจกรรมความสุข 5 มิติ และการเสริมพลังจากบุคคลอื่นจะช่วยเสริมคุณค่าให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าก้าวข้ามความซึมเศร้าและจัดการกับภาวะเศร้าของตนเองได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาลชุมชนควรนำรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าด้วยกระบวนการหมอ 3 หมอไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและลดโอกาสเกิดการฆ่าตัวตายได้

2. โรงพยาบาลชุมชนควรนำแนวทางการดูแล รักษา ส่งต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิตมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการ

ส่งเสริมบทบาทหมอ 3 หมอ เพื่อเพิ่มการคัดกรอง และเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้า โดยพัฒนาสมรรถนะให้กับหมอ 3 หมอ

3. การนำวิจัยไปใช้ควรคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อแบบแผนการวิจัยและผลลัพธ์ เช่น จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้า การเลือกแบบประเมินและการใช้สถิติ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ระยะเวลาของรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคซึมเศร้าในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน

2. คัดเลือกกลุ่มที่มีระดับของภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตายระดับรุนแรง (คะแนน $9Q \geq 19$, $8Q \geq 17$) ในการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายเพื่อวัดประสิทธิผลของรูปแบบ

3. ศึกษาผลของปัจจัยในรูปแบบแยกรายปัจจัย เพื่อวัดประสิทธิผลของปัจจัยที่ส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าอย่างแท้จริง รวมถึงควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่อผลการทดลองอย่างเข้มงวด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้บริหารทุกระดับ จิตแพทย์โรงพยาบาลอุทัยธานี บุคลากร โรงพยาบาลหนองขาหย่างและเครือข่ายสุขภาพ อำเภอหนองขาหย่าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงที่ปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2022) . Suicide. เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2565.เข้าถึงได้จาก <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

2. มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2562. เข้าถึงเมื่อ 31 สิงหาคม 2565.เข้าถึงได้จาก https://www.dop.go.th/download/knowledge /th 1635859856-984_0.pdf.
3. Psysiopedia.(2022).Psychological Factors in Ageing. เข้าถึงเมื่อ 31 สิงหาคม 2565เข้าถึงได้จาก [#Psychological_Theories](https://www.physio-pedia.com/Theories_of_Ageing).
4. world health organization. (2019).suicide worldwide in 2019 เข้าถึงเมื่อ 31 สิงหาคม 2565.เข้าถึงได้จาก <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>.
5. ทัดพร อัสสรโชติ.(2565). การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ สัญญาณและการป้องกัน. เข้าถึงเมื่อ 23 สิงหาคม 2565.เข้าถึงได้จาก <https://hellokhunmor.com>
6. world health organization. (2017). Mental health of older adults. เข้าถึงเมื่อ 31 สิงหาคม 2565.เข้าถึงได้จาก <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>.
7. ศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 กรมสุขภาพจิต.(2565). รายงานผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564. เข้าถึงเมื่อ 23 ส.ค.2565.เข้าถึงได้จาก <https://www.mhc03.go.th/ITA2565/O12>.
8. World Federation for Mental Health.(2012).Depression : A Global Crisis. เข้าถึงเมื่อ 31 สิงหาคม 2565.เข้าถึงได้จาก www.who.int/mental_health/management/.
9. วิจิตร แผ่นทอง,อัจฉรา คำมะতিย์,วรุฒิ แสงทอง,อรอนงค์ นิลพัฒน์,สุนิสา คำขึ้น.ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ ในโรงพยาบาลชุมชน.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.2563;2:114-26.
10. รุจิวรรณ สอนสมภาร.แนวทางการส่งเสริมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอครบุรี

- จังหวัดนครราชสีมา.วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ.2561;1:77-89.
11. สามารถ บุญรัตน์.กระบวนการเสริมสร้างการเรียนรู้และสุขภาพเพื่อการลดการฆ่าตัวตายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดลำพูน.วารสารธรรมวิทย์(การประชุมสัมมนาวิชาการระดับนานาชาติ).2562;2:281-92
12. กายสิทธิ์ แก้วยาศรี , บุญมา สุนทรวีรัตน์ และ นิติยาภรณ์ โคตรแก้ว.สถานการณ์และแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย : มุมมองผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จังหวัดเลย ประเทศไทย.วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.2564;7:112-126
13. บุษบา คล้ายมุข.ผลของการให้คำปรึกษาเน้นการปรับพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.วารสารสภาการพยาบาล. 2555;27:106-15
14. วิรมณ กาสีวงศ์ และสุประวีณ์ คงชนโยพิทย์.อุปสรรคการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน.วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม. 2560;25:164-72
15. คะนิงนิจ ศรีสอนใจ. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่.เข้าถึงเมื่อ 23 ส.ค. 2565.เข้าถึงได้จาก https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/220223164561529127.pdf
16. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558).คู่มือความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง).เข้าถึงเมื่อ 5 สิงหาคม 2565.เข้าถึงได้จาก <https://dmh.go.th/book/files/.pdf>
17. ชฎาพร คงเพชร.การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ.วารสารพยาบาล.2562;68:64-71.
18. พิทยุต์ม์ คงพ่วง,พิมพ์พรรณ อำพันธ์ทอง,วัชรินทร์ ทรัพย์,สุนันตรา ขำนวนทองและมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ.ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก อำเภอสามชูก จังหวัดสุพรรณบุรี.วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ.2564;6:338-48