

## บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง  
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า  
The Effect of Self-Care Enhancing Program on Self-Care  
Behaviors of Persons with Major Depressive Disorders

มัณฑรี พุทประเสริฐ<sup>1</sup> อรวรรณ หนูแก้ว<sup>2\*</sup> วีณา คันฉ่อง<sup>3</sup>  
Mancharee Puttapraset<sup>1</sup> Orawan Nukaew<sup>2\*</sup> Weena Chanchong<sup>3</sup>

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

<sup>1</sup>Registered Nurse, Suansaranrom Hospital, Surat Thani, Thailand.

<sup>2</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

<sup>2</sup>Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

<sup>3</sup>อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

<sup>3</sup>Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

\*ผู้รับผิดชอบหลัก: orawan.n@psu.ac.th

\*Corresponding author: orawan.n@psu.ac.th

Received 12 September 2023 • Revised 15 February 2024 • Accepted 1 March 2024

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า **วิธีการ:** การวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อายุ 18-59 ปี จำนวน 60 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ตามอายุ เพศ คะแนนภาวะซึมเศร้า กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองร่วมกับการดูแลตามปกติ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง พัฒนาจากแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรมร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ 3) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง เครื่องมือที่ 1 และ 3 ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เครื่องมือที่ 3 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ไคสแควร์ และสถิติที **ผลการศึกษา:** คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 38.53, p < .001$ ) สำหรับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการดูแลปกติสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 4.05, p < .001$ ) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 38.04, p < .001$ ) **สรุป:** โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองสามารถเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ดังนั้นพยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาล

**คำสำคัญ:** โปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง; พฤติกรรมการดูแลตนเอง; ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

## Abstract

**Object:** To examine the effect of self-care enhancing program on self-care behaviors of patients with major depressive disorder. **Methods:** This quasi-experimental research was applied in persons with depressive disorder. Participants comprised 60 persons aged 18-59 years diagnosed with major depressive disorder. The participants were assigned into paired matching based on age, gender, and depressive symptoms score, and allocated to an experimental and a control group, 30 participants in each group. The experimental group received routine care plus the self-care enhancing program, and the control group received routine care only. Research instruments consisted of: 1) the self-care enhancing program based on a conceptual framework of Orem and a literature review related to self-care behaviors of patients with major depressive disorders, 2) a demographic data questionnaire, and 3) a self-care behaviors questionnaire. Instruments part 1 and 3 were validated by three experts. Reliability of instrument part 3 with Cronbach's Alpha coefficient, yields a value of .89. Data was analyzed using descriptive statistics, Chi-square, and t-test. **Results:** The results showed that the mean score of self-care behaviors of experimental group after participating in the program was significantly higher than the mean score before participating in the program ( $t = 38.53, p < .001$ ). Moreover, the mean score of self-care behaviors of the control group after participating in the routine care was significantly higher than the mean score before participating in the routine care ( $t = 4.05, p < .001$ ). In addition, the mean score of self-care behaviors of the experimental group after participating in the program was significantly higher than that the mean score of the routine care ( $t = 38.04, p < .001$ ). **Conclusion:** The results of the self-care enhancing program could increase self-care behaviors among patients with major depressive disorder. Therefore, nurses should implement the program among patients with major depressive disorder in hospitals.

**Keywords:** self-care enhancing program; self-care behaviors; patients with major depressive disorders

## ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญจากสถิติของโรคซึมเศร้าของประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2021 พบว่า ความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป เป็นเพศหญิงมีมากถึงร้อยละ 10.30 ส่วนเพศชาย ร้อยละ 6.20<sup>1</sup> สำหรับสถิติโรคซึมเศร้าในประเทศไทย พ.ศ. 2563-2565 พบจำนวน 355,537 คน 353,267 คน และ 359,737 คน ตามลำดับ<sup>2</sup> ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 5 เท่าของคนปกติ<sup>3</sup> โรคซึมเศร้ามีอาการหลัก คือ อารมณ์ซึมเศร้าตลอดเวลา ด้านความคิดมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองต่ำ ไร้ความหวัง มองอนาคตในแง่ลบ เบื่ออาหาร มีปัญหาด้านการนอนด้านพฤติกรรมและแยกตัว<sup>4</sup> มักเป็นระยะเวลานานมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ผลกระทบของโรคซึมเศร้าต่อตนเอง เช่น สูญเสียหน้าที่การงานบกพร่อง หากมีอาการรุนแรงจะนำไปสู่การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ผลกระทบต่อครอบครัวส่วนใหญ่พบว่า ครอบครัวทะเลาะเบาะแว้ง หย่าร้าง ผลกระทบ

ทางสังคม คือ สูญเสียกำลังแรงงานซึ่งเป็นวัยกำลังที่สำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจในระดับประเทศ เป็นภาระทางค่าใช้จ่ายในการรักษา<sup>5</sup> ซึ่งอาการของโรคซึมเศร้าอาจจะเป็น ๆ หาย ๆ นั้น หากมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมก็สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามศักยภาพ<sup>6</sup>

การรักษาโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา และการบำบัดทางจิตสังคม โดยการได้รับยาต้านเศร้า ได้แก่ fluoxetine, sertraline, amitriptyline ร่วมกับการบำบัดทางจิต เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) ครอบครัวบำบัด (family therapy) เป็นต้น<sup>7</sup> ปัจจุบันนี้การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลมีบริการรักษาแบบใช้ยาต้านเศร้า ร่วมกับการบำบัดจิตสังคมบำบัดของแต่รายบุคคล เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา จิตบำบัดแบบประคับประคอง การบำบัดแบบครอบครัวบำบัด เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับสุขภาพจิตศึกษา เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา

เป็นต้น ทุกครั้งที่มารับบริการ<sup>๑</sup> ถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง แต่จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับต่ำ<sup>๑</sup> ดังนั้นการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงมีความสำคัญ<sup>๑๐</sup>

สำหรับแนวคิดของ Orem<sup>๑๑</sup> เกี่ยวกับการดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพของตนเองอย่างมีลำดับขั้นตอน/เป้าหมาย หากผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี ก็จะทำให้การเจ็บป่วยทุเลาหรือหาย ส่วนการดูแลตนเองที่บกพร่อง เป็นความไม่สมดุลของความสามารถของบุคคลและความต้องการดูแลทั้งหมด เมื่อบุคคลมีความต้องการมากกว่าความสามารถที่จะกระทำได้ จะอยู่ในภาวะต้องการความช่วยเหลือ ทำให้บุคคลเกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเอง สำหรับการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเอง จึงมีความจำเป็น โดยเน้นการปฏิบัติ (productive) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลที่จำเป็น โดยเกี่ยวข้องกับเตรียมตัวเอง วัตถุประสงค์ของหรือสิ่งแวดล้อม และการลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองตามเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงตามช่วงเวลาเป็นการปฏิบัติแบบจงใจ และมีเป้าหมายที่จำเป็นเพื่อเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผนและการตัดสินใจ 2) การลงมือปฏิบัติ และ 3) การประเมินผลและการปรับปรุง<sup>๑๑</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า มีโปรแกรมการจัดการตนเองโดยใช้แนวคิดของ Orem<sup>๑๑</sup> ร่วมกับแนวคิดอื่น ๆ ที่ช่วยให้การฟื้นฟูสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า<sup>๑๒-๑๔</sup> มีโปรแกรมแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาช่วยลดภาวะซึมเศร้า<sup>๑๕</sup> มีโปรแกรมที่พัฒนาจากแนวคิดของซาเทียร์สามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า<sup>๑๖</sup> และมีโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มที่สามารถลดภาวะซึมเศร้า<sup>๑๗</sup> อย่างไรก็ตามมีการนำการดูแลตนเองมาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเวชอื่น ๆ เช่น การดูแลตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าและเรื้อรังช่วยลดภาวะซึมเศร้า<sup>๑๘</sup> โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองสามารถช่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง<sup>๑๙</sup> สำหรับบทบาทพยาบาลที่สำคัญในการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อช่วยลดการกลับเป็นซ้ำ สำหรับยุคปัจจุบันนี้มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ร่วมในการจัดโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายและระยะในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ

Pang, et al.<sup>๒๐</sup> พบว่า มีการใช้ web-based self-management รูปแบบ online และ internet-based self-help intervention และมีการใช้แอปพลิเคชันไลน์ Mind Alert สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า<sup>๒๑</sup> รวมทั้งการใช้ internet-based learning และการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็ง<sup>๒๒</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันที่เป็นแพลตฟอร์มยังมีน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลตนเอง สำหรับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยใช้แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem<sup>๑๑</sup> ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาโรงพยาบาล

### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมหรือไม่
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติหรือไม่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ

### รูปแบบการศึกษา

#### สมมติฐาน

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ

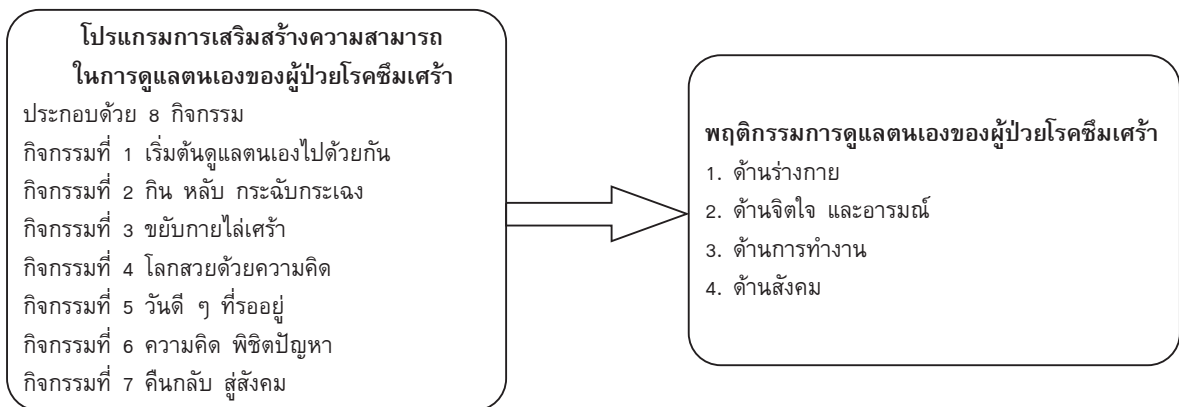
**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem<sup>11</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า และการใช้แอปพลิเคชันไลน์ (LINE application)

สำหรับแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem<sup>11</sup> ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่กับการดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการศึกษาที่ใช้ในส่วนของ การปฏิบัติ (productive) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็น โดยเกี่ยวข้องกับการเตรียมตัวเอง วัตถุประสงค์ของ หรือสิ่งแวดล้อม และการลงมือปฏิบัติ การดูแลตนเองตามเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงตามช่วงเวลา มี 3 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผนและการตัดสินใจ คือ การวางแผนเพื่อกำหนดวิธีการและตัดสินใจในการลงมือปฏิบัติ การดูแลตนเอง 2) การลงมือปฏิบัติ คือ การกระทำกิจกรรมของตนเอง โดยมีความพร้อมและมีความสามารถในการกระทำอย่างมีเป้าหมาย มีแบบแผน และสามารถปฏิบัติได้ต่อเนื่อง และ 3) การประเมินผลและการปรับปรุง โดยผ่านพลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเชื่อมระหว่างการเรียนรู้ และการกระทำอย่างจริงจัง โดยมีเป้าหมาย คือ ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยที่ความสามารถในการดูแลตนเองจะสัมพันธ์กับปัจจัยขั้นพื้นฐาน เมื่อปัจจัยขั้นพื้นฐานเปลี่ยนไปจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลด้วย โดยความสามารถ 3 ขั้นตอน เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่าง ๆ ของการดูแลตนเองโดยทั่วไป ซึ่งเป็นการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมายส่งผลต่อการดูแลพฤติกรรมของตนเอง<sup>11</sup> สำหรับการดูแลตนเองของผู้ที่มีโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะการปฏิบัติด้านร่างกายด้านจิตใจที่ส่งเสริมแรงจูงใจ

เสริมความมีคุณค่าในตนเองการผ่อนคลาย ซึ่งผู้ป่วยสามารถวางแผนดูแลตนเอง กำหนดวิธีการและลงมือปฏิบัติจะช่วยให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดี และช่วยทำให้ลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่อง<sup>10,12</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า พบว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับ<sup>12-15</sup> 2) ด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ การผ่อนคลาย การเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง<sup>12,17,18</sup> 3) ด้านทักษะการทำงาน ได้แก่ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การจัดการเวลา<sup>13,19</sup> และ 4) ด้านสังคม เช่น การใช้ระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น<sup>13</sup> จากผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Pang, et al<sup>20</sup> พบว่า การจัดการตนเองโดยการใช้ Web-based สำหรับช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ และมีการพัฒนาโปรแกรม Nurse-Led Internet-Based Learning and Self-Care สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้า นำแนวคิดของ Orem<sup>11</sup> ร่วมกับการใช้ระบบออนไลน์<sup>21</sup> ปัจจุบันมีการนำระบบออนไลน์มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น การให้ปรึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยระบบออนไลน์ การให้คำแนะนำผ่านระบบออนไลน์แบบ web-based และแอปพลิเคชันรูปแบบต่าง ๆ ด้วยอุปกรณ์สมาร์ตโฟน ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเทคโนโลยีแอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) เข้ามาร่วมในการดำเนินการโปรแกรมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้รู้สึกเป็นอิสระในการเข้าร่วมกิจกรรม และผู้ที่มีโรคซึมเศร้ามีสมาร์ตโฟน (smart phone) ใช้ในชีวิตประจำวันลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทางเข้ามารับบริการ ณ โรงพยาบาล



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (two group pretest-posttest design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder: MDD) ตามเกณฑ์ของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับประเทศไทย (International classification of diseases and Related Health Problem 10<sup>th</sup> Revision Thai Modification: ICD-10-TM) และมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ อยู่ในช่วงอายุ 18-59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ของ ICD-10-TM มีรหัสโรคคือ F32.0-F32.1 ทั้งชายและหญิง อายุระหว่าง 18-59 ปี ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าโดยไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย และไม่มี โรคเรื้อรังทางกายอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น 2) คะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง (7-18 คะแนน) จากการประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q)<sup>22</sup> และ 3) มีอุปกรณ์ในการเข้าร่วมแอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) สำหรับเกณฑ์การคัดเลือกออกจากการศึกษา คือ ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดโปรแกรมฯ

ขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณ power analysis โดยใช้โปรแกรม G\*power Version 3.1.9.4 กำหนดค่า power เท่ากับ .80 ค่าแอลฟา เท่ากับ .05 และ ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .80<sup>23</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 52 คน กลุ่มละ 26 คน เพื่อคงไว้ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเมื่อเกิดการสูญหาย (drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 15 เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน รวมทั้งหมดจำนวน 60 คน

### จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินจริยธรรมในงานวิจัยของศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (SBSIRB) PSU IRB 2022-St-Nur-040 (Internal) วันที่ 20 ธันวาคม 2565 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ SSR.REC

003/2566 วันที่ 20 มีนาคม 2566 โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งให้มีการชกถามจนไม่มีข้อสงสัย และกลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการและออกจากโครงการฯ ได้ตลอด โดยไม่มีผลต่อการรับบริการของโรงพยาบาล ข้อมูลจะปกปิดเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมไม่ระบุถึงตัวตนของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลทั้งหมด จะถูกทำลายภายใน 3 ปี

### เครื่องมือในการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวิจัย คือ

1. โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem<sup>11</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ลักษณะกลุ่มกิจกรรม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 15 คน กระบวนการกลุ่มดำเนินการผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ๆ ละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2 กิจกรรม แต่ละครั้งใช้เวลา 90-120 นาที ดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้ **กิจกรรมที่ 1 “เริ่มต้นดูแลตนเองไปด้วยกัน”** เป็นกิจกรรมที่สร้างสัมพันธ์ภาพ สร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยกันภายในกลุ่ม โดยการเล่นเกมส์ รับชมสื่อวิดีโอเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรับประทานยา **กิจกรรมที่ 2 “กิน หลับ กระฉับกระเฉง”** เป็นการดูแลตนเองทางด้านร่างกาย ด้านการรับประทานอาหารด้วยวิธีการเลือกเมนูอาหาร/โมเดลอาหารให้ความรู้วิธีการช่วยให้นอนหลับได้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม **กิจกรรมที่ 3 “ขยับกายไล่เศร้า”** เป็นกิจกรรมเพิ่มต่าง ๆ เป็นต้น **กิจกรรมที่ 4 “โลกสวยด้วยความคิด”** เป็นการฝึกทักษะการคิดเชิงบวก โดยการวิเคราะห์จุดดีด้านกระตือรือร้น การยิ้มให้ตัวเอง การพูดกับตัวเองในทางบวก **กิจกรรมที่ 5 “วันดี ๆ ที่รออยู่”** เน้นกิจกรรมเสริมให้ผู้ป่วยเห็นว่าตนเองมีคุณค่ามีความสามารถในชีวิตประจำวัน **กิจกรรมที่ 6 “ความคิดพิชิตปัญหา”** เป็นการเสริมการจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้ โดยจะเน้นที่ปัญหาปัจจุบัน และให้ร่วมกันฝึกทักษะการแก้ปัญหาไปด้วยกัน **กิจกรรมที่ 7 “คืนกลับสู่สังคม”** เป็นการเสริมทักษะในการจัดทำงาน โดยทำตารางงาน การจดบันทึก ฝึกทักษะการเข้าสังคม ร่วมกิจกรรมทางสังคม อยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ **กิจกรรมที่ 8 “รู้เท่าทัน ก่อนวันป่วยซ้ำ”** ฝึกเฝ้าระวังอาการกำเริบได้ อาการเตือน และดูแลตัวเองได้ รวมถึงสามารถเข้าถึงแหล่งบริการทาง

สุขภาพในด้านต่าง ๆ

2. คู่มือโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย เนื้อหาเรื่องพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านการทำงาน และด้านสังคม แบบบันทึกการทำกิจกรรม และการฝึกทักษะการทำกิจกรรม เป็นต้น สำหรับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้รับคู่มือเป็นเอกสาร (hard copy) ขณะอยู่ที่บ้าน ช่วงดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยใช้ระบบ และการแลกเปลี่ยนโดยการถ่ายภาพกิจกรรมไปงานส่งมาทางแอปพลิเคชันไลน์ (LINE application)

**ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้**

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ และระยะเวลาที่ป่วย

2. แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกายจำนวน 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจและอารมณ์จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านการทำงานจำนวน 6 ข้อ 4) ด้านสังคม 6 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating-scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ (ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ) การแปลผล ช่วงคะแนนระหว่าง 25-50 หมายถึง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองระดับต่ำ ช่วงคะแนนระหว่าง 51-75 หมายถึง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองระดับปานกลาง ช่วงคะแนนระหว่าง 76-100 หมายถึง มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองระดับสูง

#### **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า คู่มือโปรแกรมฯ และแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ 1) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร้า 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญแนวคิดการดูแลตนเอง 3) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้า สำหรับโปรแกรมฯ หาค่า IOC เท่ากับ .9-1 ปรับในเรื่องระยะเวลากิจกรรม สำหรับค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของแบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วย

โรคซึมเศร้า เท่ากับ .89 และการตรวจสอบการสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยทดลองใช้กับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 30 คน และคำนวณ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .89

สำหรับโปรแกรมฯ ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 คน เพื่อดูความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ พบว่า มีการปรับระยะเวลาจาก 45 นาทีเป็น 60 นาทีในกิจกรรมที่ 5 และ กิจกรรมที่ 6 และปรับเพิ่มใบงานในกิจกรรมที่ 5

#### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 27 มีนาคม 2566 ถึง 20 พฤษภาคม 2566 ดังนี้

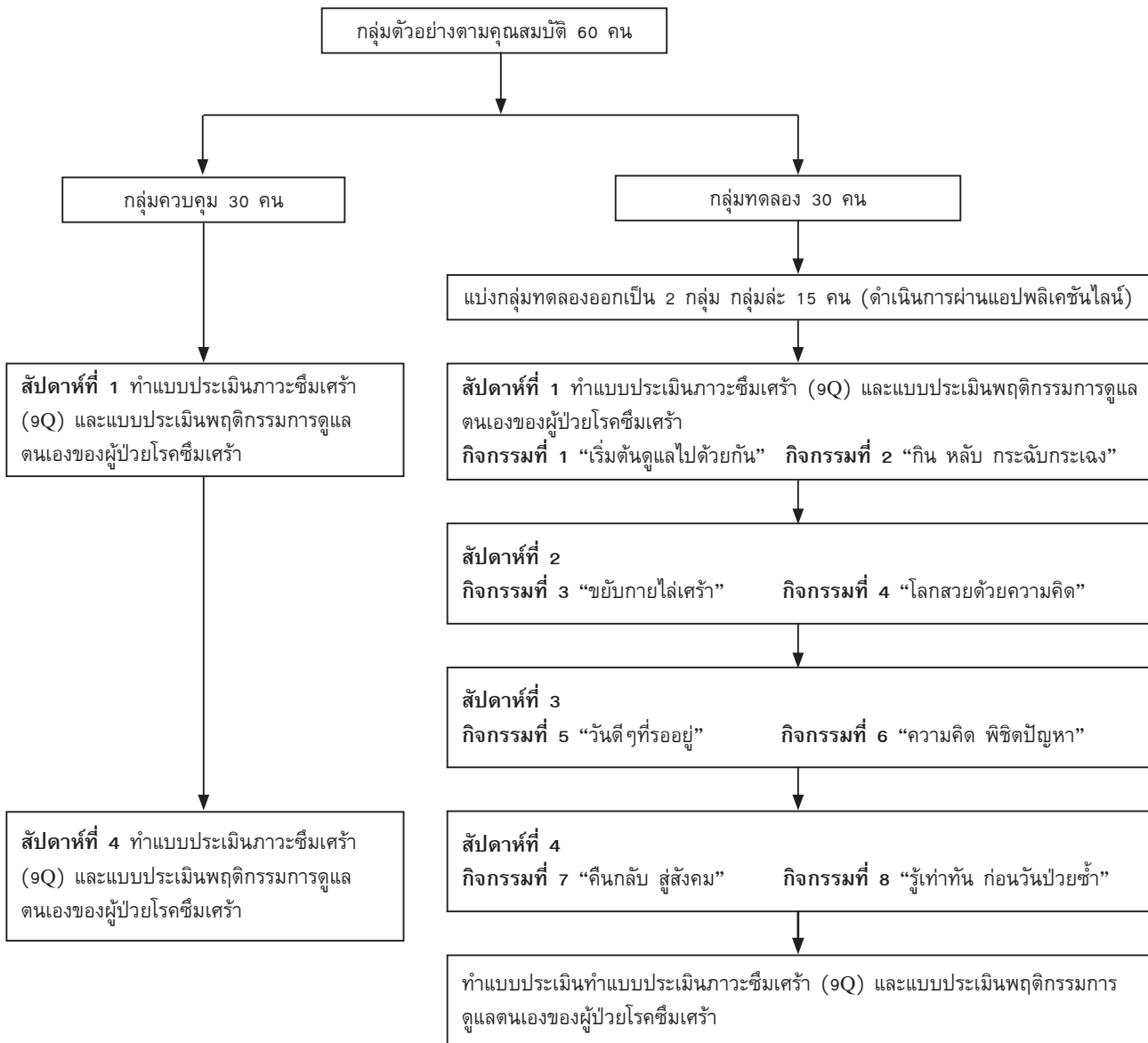
1. เตรียมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าและมีประสบการณ์การทำงานกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 2 ปี ขึ้นไป โดยมีหน้าที่เก็บรวบรวมแบบประเมินหลังการทดลองแต่ละครั้ง และตรวจสอบความถูกต้องของแบบประเมิน ยืนยันคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างเห็นยินยอมในการเก็บข้อมูล และดำเนินการจัดเข้าร่วมกลุ่ม LINE application เข้าร่วมโปรแกรมฯ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง

3. สำหรับกลุ่มทดลอง ดำเนินการโดยได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า มีกิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม ๆ ละ 45-60 นาที ครั้งละ 2 กิจกรรม เป็นระยะ 90-120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ กลุ่มที่ 1 ทุกวันอังคาร และกลุ่มที่ 2 ทุกวันพุธ โดยการผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าในกลุ่มไลน์ ผู้วิจัยได้สร้างกลุ่มไว้ ผู้วิจัยจะนัดหมาย และแจ้งเตือนการทำกิจกรรมผ่านกลุ่มไลน์ดังกล่าว ช่วงทำกิจกรรมผู้วิจัยจะวิดีโอคอลด้วยแอปพลิเคชันไลน์

(LINE VDO call) และชี้แจงกติกาในการวิดีโอคอลแบบกลุ่ม เช่น เปิดไมโครโฟนเมื่อแสดงความคิดเห็น เปิดกล้อง ข้อมูลเป็นความลับ เป็นต้น ผู้วิจัยเปิดสื่อผ่านการแชร์สกรีน ขั้นตอนการดำเนินการทดลองดังภาพ 2

4. สำหรับกลุ่มควบคุม ดำเนินการทดลองโดยผู้วิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงขั้นตอนการทดลอง ซึ่งการทดลองครั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติจากทางโรงพยาบาลในช่วงระยะเวลาการทดลอง จะมีการเก็บแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 ดังภาพ 2



ภาพ 2 สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

5. ชั้นหลังการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ากับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และนำคะแนนที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้อง และครบถ้วนของข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง

### วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ chi-square

2. หลังทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยการตรวจสอบการกระจายของข้อมูลแบบโค้งปกติ (normality distribution) ของข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยคำนวณค่า skewness/standard error ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ .578 และ 1.02 ตามลำดับ และค่า kurtosis/standard error เท่ากับ -.985 และ 1.024 พบว่าเป็นการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติ และทดสอบค่าความแปรปรวนไม่แตกต่างกัน (homogeneity of variance) โดยใช้สถิติ Leven's test พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

3. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองในระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ pair t-test และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

### ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน มีจำนวนกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 อายุอยู่ในช่วง 19-30 ปี และ อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 36.70 ในแต่ละช่วงอายุ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตร ร้อยละ 43.30 สถานภาพสมรส ร้อยละ 46.70 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.30 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 33.30 ระยะเวลาที่เป็นโรคซึมเศร้า 1-5 ปี ร้อยละ 86.70 สำหรับกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.70 อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี เท่ากับ ร้อยละ 40 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตร ร้อยละ 46.70 สถานภาพสมรส ร้อยละ 43.30 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 83.30 อาชีพค้าขาย ร้อยละ 23.30 ระยะเวลาที่เป็นโรคซึมเศร้า 1-5 ปี ร้อยละ 90 ผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ chi-square พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (N = 60)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n = 30) จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม(n = 30) จำนวน(ร้อยละ)	$\chi^2$	p
เพศ			.069	.793
ชาย	12(40)	13(43.30)		
หญิง	18(60)	17(56.70)		
อายุ (กลุ่มทดลอง: M = 34.73, SD = 10.40), (กลุ่มควบคุม: M = 32.93, SD = 10.05)			.110	.946
19-30 ปี	11(36.70)	11(36.70)		
31-40 ปี	11(36.70)	12(40)		
41-54 ปี	8(26.60)	7(23.30)		
ระดับการศึกษา			1.998	.573
ประถมศึกษา	4(13.30)	4(13.30)		
มัธยมศึกษา	4(13.30)	7(23.30)		
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	13(43.30)	14(46.70)		
ปริญญาตรี/สูงกว่า	9(30)	5(16.70)		



ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง(n = 30) จำนวน(ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม(n = 30) จำนวน(ร้อยละ)	$\chi^2$	p
<b>สถานภาพสมรส</b>			1.037	.573
โสด	12(40)	10(33.30)		
สมรส	14(46.70)	13(43.30)		
หย่า/แยกกันอยู่	4(13.30)	7(23.30)		
<b>ศาสนา</b>			1.456	.228
พุทธ	28(93.30)	25(83.30)		
อิสลาม	2(6.07)	5(16.70)		
<b>อาชีพ</b>			1.445	.919
แม่บ้าน	4(13.30)	4(13.30)		
ค้าขาย	10(33.30)	7(23.30)		
รับราชการ	2(6.70)	1(3.30)		
เกษตรกร	2(6.70)	3(10)		
รับจ้าง	2(6.70)	3(10)		
อื่น ๆ	10(33.30)	12(40)		
<b>ระยะเวลาที่เป็นโรคซึมเศร้า</b>			.162	.688
1-5 ปี	26(86.70)	27(90)		
6-9 ปี	4(13.30)	3(10)		

**ส่วนที่ 2** ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวางกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.1 คะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวางกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม

การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 38.53, p < .001$ ) และคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวางกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 4.05, p < .001$ ) ดังตาราง 2

**ตาราง 2** คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้สถิติ paired t-test ( $N = 60$ )

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง	n	คะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง		t	p
		M	SD		
<b>กลุ่มทดลอง</b>	30			38.53	.000
ก่อนการทดลอง		50.70	6.15		
หลังการทดลอง		94	2.42		
<b>กลุ่มควบคุม</b>	30			4.05	.003
ก่อนการทดลอง		51.80	5.52		
หลังการทดลอง		53.47	5.30		

2.2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ( $t = -.729$ ,

$p > .05$ ) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 38.04$ ,  $p < .001$ ) ดังตาราง 3

ตาราง 3 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯโดยใช้สถิติ (independent t-test) ( $N = 60$ )

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	n	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
		M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง	30	50.70	6.15	51.80	5.52	-.729	.469
หลังการทดลอง	30	94.00	2.42	53.47	5.30	38.04	.000

### การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า สามารถทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 38.53$ ,  $p < .001$ ) อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 60) และอายุเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ช่วงอายุวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง (ร้อยละ 36.70) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 46.70 และนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.30 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตร เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพและศักยภาพของวัยผู้ใหญ่ ร่วมด้วยกับโปรแกรมฯสร้างมาจากแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem<sup>11</sup> ที่เน้นการวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผล ซึ่งต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และเมื่อปฏิบัติไม่สำเร็จในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยสามารถวางแผนใหม่และลงมือปฏิบัติใหม่ได้ประกอบด้วย การฝึกทักษะการดูแลตนเอง ทั้ง 4 ด้าน และยังมีคู่มือของโปรแกรมฯเพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้กลับไปทบทวนการดูแลตนเอง และฝึกทักษะการดูแลตนเองต่อที่บ้านได้อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะโปรแกรมนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และการทดลองใช้พร้อมกับการปรับให้เหมาะกับผู้ที่เป็โรคซึมเศร้า

สำหรับกิจกรรมของโปรแกรมฯ ได้เริ่มต้นกิจกรรมดูแลตนเองไปด้วยกัน เป็นการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง ให้ความเข้าใจโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเอง รวมทั้งอาการข้างเคียงของยาต้านเศร้า ผ่านระบบของแอปพลิเคชันไลน์ โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง และวางแผนการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างกล่าวว่า เมื่อทานยา

ต้านเศร้าแล้ววังง จึงปรับยาเองผลที่ตามมาทำให้ออนไม่หลับ ดังนั้นจึงจัดการเรื่องอาการง่วงนอน โดยการงีบหลับระหว่างวัน สำหรับกิจกรรมกิน หลับ กระฉับกระเฉง โดยกลุ่มตัวอย่างมีการกำหนดการดูแลตนเอง ด้วยวางแผนกำหนดเมนูอาหารต้านเศร้าด้วยตนเอง จากโมเดลอาหารของโปรแกรมฯ ร่วมกับการฝึกออกกำลังกาย และการจัดการกับพฤติกรรมนอนไม่หลับ โดยอาหารของกลุ่มตัวอย่างในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้แก่ ข้าวผัด แกงส้ม แกงเลียง และลดการดื่มกาแฟ นอกจากนั้นการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างที่สม่ำเสมอ จะช่วยกระตุ้นให้สมองหลังเอนโดฟินที่ทำให้รู้สึกแจ่มใส ผ่อนคลาย มีความรู้สึกกระฉับกระเฉง<sup>24</sup> สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kerling, et al.<sup>24</sup> ศึกษาการออกกำลังกายช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )<sup>25</sup> พบว่าผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกายมากขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการเสริมกิจกรรมจิตใจ เสริมความมีคุณค่าในตนเอง และการผ่อนคลาย ในส่วนของการปฏิบัติตามความต้องการของร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง<sup>11,26</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ Prasitvej, et al.<sup>13</sup> พบว่า ผลโปรแกรมสนับสนุนกับการออกกำลังกายช่วยลดภาวะซึมเศร้าให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาการดีขึ้น และดูแลตนเองได้

โปรแกรมฯนี้ยังช่วยให้พฤติกรรมการดูแลตนเองจิตใจและอารมณ์ ด้วยกิจกรรมขยับการไล่เศร้า โลกสวยด้วยความคิด วันดี ๆ ที่รออยู่ และความคิดพิชิตปัญหา โดยมีกิจกรรมการสวดมนต์ นั่งสมาธิ แอโรบิก และโยคะ รวมทั้งฝึกการคิดเชิงบวก ผ่านกิจกรรมการวิเคราะห์จุดสีดำบนกระดาษขาวในชีวิต สำหรับการนึกถึงสิ่งดี ๆ ของชีวิตในแต่ละวัน ร่วมด้วยกับการปรับมุมมองจากความคิดลบ มาเป็นการพูดกับตนเองเชิงบวกแต่ละวันจากสิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ ประจำวัน เช่น การพบ

ผ้าห่ม การให้อาหารสัตว์ เป็นต้น เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการผ่อนคลาย เสริมคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Choompubut, et al.<sup>12</sup> ศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยโปรแกรมนี้อาศัยการสนับสนุนดูแลใจตนเอง และการคิดเชิงบวก สามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าลงหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

นอกจากนั้นโปรแกรมฯ สามารถส่งเสริมพฤติกรรมด้านทำงานและสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้วยกิจกรรมคืนกลับสู่สังคมและรู้เท่าทันก่อนวันป่วยซ้ำ โดยกลุ่มตัวอย่างฝึกจัดการกิจวัตรประจำวันของตนเอง ด้วยบันทึกตารางงานประจำวัน เพื่อกันลืมและเสริมความมีคุณค่าให้กับตนเอง สำหรับการเข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่น ๆ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำความรู้จักเพื่อนบ้าน อย่างน้อย 1 คน ร่วมกับแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องเข้าร่วมกิจกรรมสังคม และแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เมื่อต้องการความช่วยเหลือ ดังนั้นการเพิ่มความสามารถในเรื่องการจัดการเวลา การทำงานในกิจวัตรประจำวัน โดยการทำตารางงาน ช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีทักษะด้านการทำงานดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sutapa, Yunibhand and Phaokuntarakorn<sup>16</sup> ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของการฟื้นฟูของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -4.608, p < .01$ )

สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ โดยได้รับสุขภาพจิตศึกษา โดยการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า และการรับประทานยา<sup>๑</sup> ในช่วงระยะเวลา 4 สัปดาห์พบว่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มควบคุมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 4.05, p < .001$ ) อภิปรายได้ว่า การได้รับความรู้ได้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในเรื่องความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การรับประทานยาด้านเศร้า สังเกตอาการข้างเคียง วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้าและการสังเกตอาการเตือนของโรคซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีพฤติกรรมดูแลตนเองได้ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับการดูแล อย่างไรก็ตามต้องเดินทางมาโรงพยาบาลตามเวลาการนัด แต่ก็สามารถเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองได้ระดับหนึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sripirom, Jongitwibulphon and Wannarit<sup>14</sup> ที่ศึกษาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ช่วยให้มีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทายามากขึ้น และช่วยให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้น

สำหรับผลคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 38.04, p < .001$ ) โดยกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกตินั้นได้รับการแนะนำและการให้สุขภาพจิตศึกษาที่มีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การรับประทายา วิธีการจัดการกับภาวะซึมเศร้า และการสังเกตอาการเตือนของโรคซึมเศร้า สำหรับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มีกิจกรรมที่ได้รับนอกจากความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าแล้ว ยังครอบคลุมถึงการฝึกทักษะในการดูแลตนเอง ด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ การทำงานและสังคม โดยให้กลุ่มทดลองได้ มีการวางแผนปฏิบัติและประเมินผล ตลอดจนปรับเปลี่ยนตนเองอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมฝึกทักษะการส่งเสริมด้านร่างกาย ฝึกส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง วางแผนตารางกิจวัตรประจำวันและการทำความรู้จักกับเพื่อนบ้าน ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันผ่านระบบเทคโนโลยีออนไลน์แอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) ในเรื่องปัญหาและอุปสรรคของการดูแลตนเอง ทั้งนี้โปรแกรมฯ ใช้ระบบแอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) เพื่อช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสะดวก ประหยัดค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทางเข้าร่วมโปรแกรมฯ และเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มักแยกตัว ไม่เข้าสังคม การเข้าร่วมโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความเป็นอิสระลดความกดดัน และผ่อนคลาย<sup>21,22,27</sup> สอดคล้องกับการวิจัยของ Thongphosri<sup>18</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดและการให้การศึกษาเป็นฐานโดยการดำเนินการโปรแกรมแบบออนไลน์ ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ลดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นกิจกรรมที่เหมาะสมมีส่วนช่วยในการเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองได้

### สรุป

โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองนี้สามารถเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้ในระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยเข้าร่วมกิจกรรมโดยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) เป็นกิจกรรมที่ดูแลตนเองครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าได้มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

### ข้อจำกัดของการศึกษา

โปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในตนเองใช้สำหรับผู้ที่สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ (LINE application)

### ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ควรมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองไปประยุกต์ใช้ในการเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้า โดยการใช้แอปพลิเคชันไลน์ (LINE application) ในคลินิกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช และควรวิจัยในเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ และความคงทนของโปรแกรมฯ

### การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

งานวิจัยนี้ นักวิจัยมีส่วนร่วมในการเขียนโครงการวิจัยการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลและอภิปรายผล

### การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

งานวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

### แหล่งทุนสนับสนุน

ทุนวิทยานิพนธ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจากหลายภาคส่วนของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงงานวิจัยที่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์

### เอกสารอ้างอิง

1. National Institute of Mental Health. Major depression [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 6]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression>.
2. Department of Mental Health. Report statistics of major depressive disorder [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 6]. Available from: <https://dtc.dmh.go.th/>
3. Sam-ang N. Factors related to suicide attempt at Prapokkiao Hospital Chanthaburi. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*. 2020; 4(8): 266-76. Thai.
4. Pusomsri P. Major depressive disorder, serious health issue closes to US. 2020; 14(2): 51-8. Thai.
5. Dulchuprapha W, Werawattanachai C, Boonliue T. Impact of depression on work loss and disabilities in Thai patients with major depressive disorder. 2016; 11(2): 1-12. Thai.
6. Lotrakul M, Sukanich P. Ramathibodi psychiatry. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2015. Thai.

7. Sitdhiraksa N, Wansawak K, Wanrit K, et al. *Siriraj psychiatry: DSM-5*. 2 nd ed. Bangkok: Prayoonsan Thai Printing; 2015. Thai.
8. Suansaranrom Hospital. Patients with major depressive disorders: Suggestion [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 6]. Available from <https://dmh-elibrary.org/items/show/376>.
9. Brahim LO, Lambert SD, Feely N, et al. The effect of self-management interventions on depressive symptoms in adults with chronic physical disease(s) experiencing depressive symptomatology: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2021; 21(585): 1-35. doi: 10.1186/s12888-021-03504-8.
10. Chanapan N. Patients with major depressive disorder: Nurses' role in promoting for patients' self-care. *JNSCU*. 2020; 32(1): 75-88. Thai.
11. Orem DE. *Nursing: Concept of practice*. 6th ed. St Louis, MO: Mosby; 1991.
12. Choompubut P, Leejongpermpoon J, Saimain H, et al. The self-management programs for remission and relapse prevention in major depressive disorder patients. *J Health Sci BCNSP*. 2020; 6(2): 30-48. Thai.
13. Prasitvej P, Upasen R. The effect of social support program combined with physical exercise on quality of life in major depressive disorder patients. *NJ*. 2019; 46(Suppl): 70-82. Thai.
14. Sripirom V, Jongitwibrulphon N, Wannarit K. The effect of psychoeducation program on patients with major depressive disorder at the psychiatric outpatient unit, Siriraj Hospital. *NDJ*. 2020; 49(2): 1-11. Thai.
15. Areekit P, Lueboonthavatchai O. The effect of cognitive behavioral therapy and mindfulness on depression in depressive disorder patients. *JPNMH*. 2012; 26(3): 71-80. Thai.
16. Sutapa T, Yunibhand J, Phaokuntarakorn W. The effect of a recovery promotion program on recovery among person with major depressive disorder. *TJNMP*. 2020; 7(1): 118-32. Thai.
17. Jarassaeng N, Piyavhatkul N, Chadbunchachai N, et al. The effect of Satir model psychotherapy on depression self-esteem and congruence of patients with major depressive disorder. *JPNMH*. 2022; 36(2): 97-114. Thai.
18. Thongphosri B. The effect of mindfulness-based therapy and counseling: MBTC program on the level of depression in patients with major depressive disorder under coronavirus disease situation 2019 Phana District, Amnat Charoen Province. 2019; 6(2): 49-60. Thai.
19. Skulphan S, Khulachai S, Thapinta D. The effect of problem-solving group therapy program on depression among clients with depression received services at primary and secondary

- care unit. *JTMNC*. 2016; 30(3): 109-20. Thai.
20. Pang Y, Zhang X, Gao R, et al. Efficacy of web-based self-management interventions for depressive symptoms: A meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Psychiatry*. 2021; 21(398): 1-13. doi: 10.1186/s12888-021-03396-8.
  21. Hauffman A, Alfnsson S, Mattsson S, et al. The development of a nurse-led internet-based learning and self-care program for cancer patients with symptoms of anxiety and depression—a part of U-care. *CA Nursing*. 2017; 40(5): E9-16. doi: 10.1097/NCC.000000000000402.
  22. Kongsuk T, Arunpongpaial S, Janthong S. et al. Criterion-Related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2018; 63(4): 321-34. Thai.
  23. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2 nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
  24. Kerling A, Kuck M, Tegtbu U, et al. Exercise increases serum brain-derived neurotrophic factor in patients with major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2017; 215: 152-5. doi: 10.1016/j.jad.2017.03.034.
  25. Jorburom Y, Suthawatnatcha S, Wisen N. Effect of a self-care behavior promotion for chronic schizophrenic patients in community on psychiatric medication compliance after discharge. *NJPH*. 2015; 24(2): 60-8. Thai.
  26. Zamanpoor SK, Pahlevanzadeh S, Alimohammadi N. The effectiveness of self-care training based on the self-care model, on the global function of schizophrenia. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2020; 7(2): 40-50.
  27. Ukranan K, Saganrum K, Sukhawaha S. Development of face-to-face therapists and a guide smart phone-based behavioral activation therapy for depression. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2023; 68(3): 265-75. Thai.