

## ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่ออาการซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลเชิงคำ

ศรัทธินี มาไกล, พย.บ.<sup>1</sup> เรียม นมรักษ์, พร.ด.<sup>2\*</sup>

วันที่รับ: 24 ตุลาคม 2567 วันที่แก้ไข: 22 เมษายน 2568 วันที่ตอบรับ: 29 เมษายน 2568

### บทคัดย่อ

การให้สุขภาพจิตศึกษาไม่เพียงแต่เน้นการให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการให้ผู้ป่วยมีทักษะในการปรับตัวและรับมือกับอาการซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพ ลดระดับอาการซึมเศร้าและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวแบบวัดซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่ออาการซึมเศร้า ก่อน หลัง และระยะติดตามผล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ 30 คน ที่เข้ารับบริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเชิงคำ ระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับโปรแกรมให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 30-60 นาที แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ความเชื่อมั่นของแบบประเมินภาวะซึมเศร้ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ ผลการวิจัย พบว่า ก่อนทดลอง หลังทดลอง และ ระยะติดตาม 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้า เท่ากับ 15.80 ( $SD=4.16$ ), 6.57 ( $SD=4.22$ ) และ 1.20 ( $SD=2.07$ ) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบทั้ง 3 ระยะ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนที่จะได้รับโปรแกรม และในระยะติดตาม 1 เดือนมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับน้อยกว่า .001 ( $F=260.80$ ,  $p<.001$ ) ดังนั้นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลทางคลินิกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามีอาการดีขึ้น

**คำสำคัญ:** โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา, โรคซึมเศร้า, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า, อาการซึมเศร้า

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลเชิงคำ จังหวัดพะเยา

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

\* ผู้ประพันธ์บรรณานุกรม อีเมล riamnamarak@gmail.com

# Effects of a mental health education program on depressive symptoms among patients with depression at Chiang Kham Hospital

Suttinee Maklai, B.N.S.<sup>1</sup> Riam Namarak, Ph.D.<sup>2\*</sup>

Received: October 24, 2024 Revised: April 22, 2025 Accepted: April 29, 2025

## Abstracts

Mental health education therefore not only emphasizes providing general knowledge about depression, but also, includes training patients with skills to adapt and effectively cope with depressive symptoms, which may help reduce depression symptoms and preventing future relapses. This quasi-experimental research, one-group-repeated measures design aimed to examine the effects of a mental health education program on depression symptoms which were measured before, post-intervention, and during the follow-up period. The samples comprised 30 new patients diagnosed with depression who utilized services at the psychiatric clinic of Chiang Kham Hospital between June and September 2024. The research instruments consisted of a mental health education program for patients with depression wherein participants attended five sessions, each session lasting 30–60 minutes. The research instruments included a personal information questionnaire and a depression assessment scale. The depression assessment scale demonstrated a Cronbach's alpha coefficient of .88, indicating high reliability. Data were analyzed using descriptive statistics and repeated measures analysis of variance (repeated measure ANOVA). The results demonstrated that before the intervention, after program completion, and one month later, participants had an average depression score of 15.80 ( $SD=4.16$ ), 6.57 ( $SD=4.22$ ), and 1.20 ( $SD=2.07$ ), respectively. A comparison of the three phases revealed that the sample group that received the program had lower average depression scores than before, and at the 1-month follow-up, period, the mean score was significantly lower than before receiving the program at the .001 level ( $F=260.80, p<.001$ ). Therefore, this mental health education program could be provided information on clinical nursing treatment for new cases of depressed patients to enhance their improvement in depressive symptoms.

**Keywords:** Mental health education program, Depressive disorder, Patients with depression, Depressive symptoms

<sup>1</sup> Registered nurse, Professional Level, Chiang Kham Hospital, Phayao Province

<sup>2</sup> Asst. Prof, Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University

\* Corresponding Author: E-mail: riam@webmail.npru.ac.th

## บทนำ

โรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญของประชากรทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากกว่า 280 ล้านคน นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้ายังเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย โดยมีรายงานว่ามีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 700,000 รายทุกปี และคาดว่าจะ成为สาเหตุหลักของความพิการทางสุขภาพในปี 2573 (World Health Organization, 2023) สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจประชากรผู้ป่วยซึมเศร้า ในปี พ.ศ.2564 ของกรมสุขภาพจิต พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคซึมเศร้าประมาณ 1.5 ล้านคน หรือ ร้อยละ 2.2 ของคนไทยทั้งหมด (Department Of Mental Health, 2022) โดยในปี 2566 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้ามากถึง 96,416 คน และมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่และเก่ารวมกันมากถึง 1,267,182 คน (Information and Communication Technology Center, 2023) จากสถิติจะเห็นได้ว่าโรคซึมเศร้ากำลังเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่มีความสำคัญและต้องได้รับการจัดการ เนื่องจากมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยมากขึ้นเรื่อยๆ

โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติทางด้านอารมณ์ และด้านความคิด รวมถึงพฤติกรรม ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกเพศ ทุกวัย อาการสำคัญ ได้แก่ ความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีพฤติกรรมเชิงซึม เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด (Pusomsri, 2020) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่สามารถประสานความคิด ความรู้สึกของตัวเองเพื่อแก้ไขปัญหา มีการแสดงออกถึงอารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข รู้สึกไร้ค่าต่อตัว มีพฤติกรรมถอยหนีต่อสิ่งแวดล้อม และอาจมีความคิดอยากตายร่วมด้วย (American Psychiatric Association, 2022) ผลของโรคซึมเศร้ามีผลกระทบต่อทั้งชีวิตประจำวันและการทำงาน หรือมีอาการทางกาย โดยอาการจะมีทั้งแบบที่ค่อยเป็นค่อยไปหรือมีอาการอย่างรวดเร็วยภายใน 1-2 สัปดาห์ (Lohtakul, 2023) หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา อาจนำไปสู่การดำเนินของโรคที่รุนแรงมากขึ้น มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถควบคุมอาการของโรค โดยพบว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรค และร้อยละ 20 ของผู้ป่วยกลายเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรังที่ได้รับการรักษา มากกว่า 2 ปี (Department of Mental Health, 2017) สาเหตุสำคัญคือ การที่ผู้ป่วยไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง หยุดรับประทานยาเอง ไม่มารับการตรวจติดตามและรักษาอีก เนื่องจากคิดว่าตนเองอาการดีขึ้นแล้ว เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อโรค ขาดแรงจูงใจในการรักษา หรือมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการกลับมารักษาตามนัด (Rakruedek and Sakthong, 2021) ซึ่งหากผู้ป่วยมีทัศนคติและการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า จะส่งผลเสียต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในหลาย ๆ ด้าน

การให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นกระบวนการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ผูกทักษะทางด้านความคิด การป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ และเพิ่มความร่วมมือในการรักษา โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นกิจกรรมที่ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้านความเจ็บป่วยทางจิต 2) การเสริมสร้างทักษะการจัดการกับปัญหา 3) การแนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 4) สามารถเข้าถึงการบริการการรักษาได้อย่างเหมาะสม การให้สุขภาพจิตศึกษาที่เหมาะสมกับโรคจะช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และลดความรุนแรงของโรคได้ (Trakunkarn, 2022) จากการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าในหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลศิริราช (Sripirom et al., 2022) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษามีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าที่ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith et al. (2020) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะทางจิตผ่านโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีอัตราการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว การมีปฏิสัมพันธ์และกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการอาการของตนเอง (Huguet et al., 2019) และการให้สุขภาพจิตศึกษาจึงเป็นส่วนสำคัญในการจัดการกับโรคซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคและมีทักษะในการจัดการอาการได้ดียิ่งขึ้น (Jarassang et al., 2017)

โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา เป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ M1 เปิดให้บริการ 231 เตียง มีหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้แก่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ดูแลแบบผู้ป่วยนอก กรณีมีการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน มีหอผู้ป่วยอายุรกรรมดูแลแบบผู้ป่วยใน มีสถิติเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้น มีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่เพิ่มขึ้น โดยในปี 2564-2566 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่จำนวน 19, 39, และ 34 คน ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสะสม จำนวน 1,228, 1,267, และ 1,301 คน ตามลำดับ (Medical records Chiang Kham Hospital, 2021-2023) การให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร่าลดลง มีความรู้เรื่องโรค ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น และลดการกลับมาเป็นซ้ำได้ ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติหน้าที่พยาบาลวิชาชีพในการให้การปรึกษาและบำบัด ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ที่มาเข้ารับบริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเชียงคำ ได้ตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร่ารายใหม่ภายในพื้นที่ เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุข ตัวชี้วัดที่ 36 คือ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษา มีมาตรฐานต่อเนื่อง ลดความรุนแรง และระยะเวลาการป่วยของโรคซึมเศร้า และไม่กลับเป็นซ้ำ (Ministry of Public Health, 2021) จากการทบทวนแนวทางการสอนสุขภาพจิตศึกษาเดิมที่ผ่านมา การให้สุขภาพจิตศึกษายังไม่มีขั้นตอนที่ชัดเจน โดยเป็นการให้คำแนะนำทั่วไปที่ไม่เจาะจง ไม่ขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าและใช้เวลานาน ซึ่งผู้ป่วยซึมเศร่ามีอาการเด่นด้านอารมณ์ ทำให้ใช้ความคิดและการตัดสินใจที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ จึงต้องมีกระบวนการให้สุขภาพจิตศึกษาที่มีความมุ่งเน้นให้ข้อมูลในการดูแลตนเองของผู้ที่มีอาการซึมเศร้าโดยตรง กระชับ มีเป้าหมายชัดเจนในการลดอาการซึมเศร้า จึงสนใจพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ในผู้ป่วยซึมเศร่ารายใหม่ที่มาเข้ารับบริการการรักษานในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเชียงคำ โดยใช้กรอบแนวคิดของ Casañas et al. (2012) ซึ่งใช้สุขภาพจิตศึกษาเป็นแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้า เดิมประกอบด้วยการทำกิจกรรมทั้งหมด 12 ครั้ง ผู้วิจัยได้ดัดแปลงโปรแกรมดังกล่าวให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและการให้บริการ โดยลดจำนวนครั้งของการทำกิจกรรม และจัดกลุ่มหัวข้อการทำกิจกรรมใหม่ให้กระชับมากขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ครั้ง ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพและสร้างแรงจูงใจในการรักษา 2) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรค 3) การฝึกทักษะด้านความคิด การคิดบวก คิดอย่างไรไม่ให้เครียด 4) การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง 5) การป้องกัน การป่วยซ้ำ การสังเกตอาการเตือน การเข้าถึงแหล่งบริการและการสนับสนุนทางสังคม โดยมีเป้าประสงค์เพื่อสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีความรู้เรื่องโรค เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา และลดอาการซึมเศร้า และเพื่อต่อยอดผลของการศึกษาไปสู่การสร้างและพัฒนารูปแบบการพยาบาล การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยซึมเศร้าและประชาชนทั่วไปที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลเชียงคำและสถานบริการสุขภาพอื่นต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่ารายใหม่ระยะก่อน หลัง และระยะติดตามการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

### สมมติฐานการวิจัย

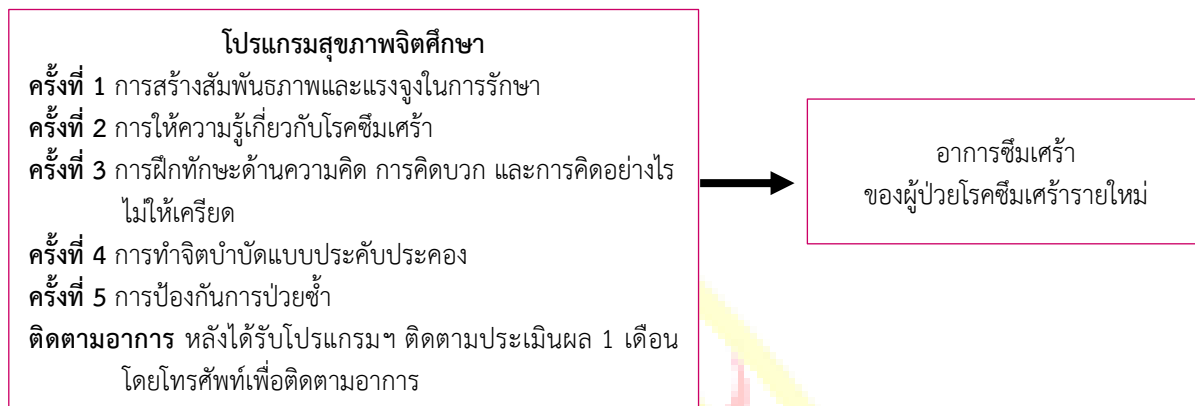
หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของ Casañas et al. (2012) ในการจัดทำโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง ลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและความร่วมมือในการรับประทานยา สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร่ารายใหม่ในโรงพยาบาลเชียงคำ



โดยโปรแกรมประกอบด้วย การเข้าร่วมกิจกรรม 5 ครั้ง ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ และสร้างแรงจูงใจในการรักษา 2) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรค 3) การฝึกทักษะด้านความคิด การคิดบวก คิดอย่างไรไม่ให้เครียด 4) การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) และ 5) การป้องกันการป่วยซ้ำ การสังเกตอาการเตือน การเข้าถึงแหล่งบริการและการสนับสนุนทางสังคม หลังครบโปรแกรมจะติดตามผล 1 เดือน ดังแสดงในแผนภาพ



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เปรียบเทียบก่อน หลังทันที และระยะติดตามผล ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว (repeated measure design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ต่อคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ในโรงพยาบาลเชียงคำ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 1 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือน 30 กันยายน พ.ศ. 2567 โดยมีรายละเอียดวิธีวิจัยดังต่อไปนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์มาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) โดยบันทึกตามรหัสโรคหมวด F32.x ที่มาเข้ารับบริการการรักษาในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ ICD-10 โดยบันทึกตามรหัสโรคหมวด F32.x ที่มาเข้ารับบริการการรักษาในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเชียงคำ ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ทั้งชายและหญิง กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์กำลังการทดสอบ (power analysis) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.8 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha$  err prob) เท่ากับ .05 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) โดยพิจารณาเทียบเคียงกับงานวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาโดยใช้รูปแบบ sharing learning application: SLA ต่อความรู้ ความเครียดและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ (Limpitkiat et al., 2023) ได้ค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.5 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power 3.1.9.4 ได้กลุ่มของตัวอย่างจำนวน 27 คน เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างการสูญหาย จึงกำหนดอัตราการถอนตัว (drop-out rate) ร้อยละ 10 คิดเป็นจำนวน 3 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) และกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์มาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) บันทึกตามรหัสโรคหมวด F32.x เป็นครั้งแรก ช่วงอายุ 18-59 ปี

2. มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยขึ้นไป ( $\geq 5$  คะแนน) โดยใช้ประเมินอาการซึมเศร้า (PHQ-9) Sripirom et al. (2022) และแปลเป็นภาษาไทย (back translation) โดย Lohtrakul et al. (2008)
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ ไม่มีปัญหาในการพูด ฟัง สื่อสารด้วยภาษาไทย
4. ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

มีภาวะเจ็บป่วยทางกาย หรือทางจิตที่รุนแรงระหว่างดำเนินการวิจัย เช่น มีอาการหิวแหว่ ประสาทหลอน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบไปด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์และพัฒนาจากแนวคิดของ Casañas et al. (2012) โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับโปรแกรมให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 30-60 นาที ดังนี้

**ครั้งที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ (หลังพบแพทย์ในครั้งแรก) แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการวิจัยและโปรแกรมให้ผู้ป่วยได้รับทราบ โดยให้ผู้ป่วยเล่าถึงประวัติของการเจ็บป่วยของตนเอง โดยสังเขป ตอบแบบประเมินข้อมูลทั่วไป และตอบประเมินอาการซึมเศร้า (PHQ-9) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนเข้ารับโปรแกรมฯ ใช้เวลา 30 นาที

**ครั้งที่ 2** การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ความหมาย สาเหตุ อาการและการดำเนินของโรค ตามวันนัดหมายของแพทย์ (ประมาณ 2 สัปดาห์ หลังพบแพทย์ครั้งแรก) พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และอภิปรายร่วมกับผู้ป่วย ใช้เวลา 45 นาที

**ครั้งที่ 3** การฝึกทักษะด้านความคิด การคิดบวก, คิดอย่างไรไม่ให้เครียด ตามวันนัดหมายของแพทย์ (ประมาณ 4 สัปดาห์ หลังพบแพทย์ครั้งแรก) พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับการคิดบวก และการคิดอย่างไรไม่ให้เครียด โดยให้ผู้ป่วยร่วมบอกวิธีการจัดการกับอารมณ์ของตนเองที่ผ่านมา ใช้เวลา 45 นาที

**ครั้งที่ 4** การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) ตามวันนัดหมายของแพทย์ (ประมาณ 6 สัปดาห์ หลังพบแพทย์ครั้งแรก) เป็นกิจกรรมกลุ่ม โดยให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกกังวลใจ และความคับข้องใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ร่วมหาวิธีการแก้ไขปัญหา และให้ผู้ป่วยเสริมสร้างกำลังใจจากการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ใช้เวลา 50 นาที

**ครั้งที่ 5** การป้องกันการป่วยซ้ำ ตามวันนัดหมายของแพทย์ (ประมาณ 8 สัปดาห์ หลังพบแพทย์ครั้งแรก) พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำ การสังเกตอาการเตือนก่อนกำเริบ อาการนำที่มักพบได้บ่อย อธิบายการเข้าถึงแหล่งบริการและการสนับสนุนทางสังคม จากนั้นให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินอาการซึมเศร้า (PHQ-9) เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าหลังเข้ารับโปรแกรมฯ ทันที ใช้เวลา 45 นาที

**ระยะติดตามอาการ** หลังจากผู้ป่วยได้รับสุขศึกษาตามโปรแกรมฯ ครบ 5 ครั้งแล้ว จะมีการติดตามประเมินผล 1 เดือน และให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินอาการซึมเศร้า (PHQ-9) เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าหลังเข้ารับโปรแกรมฯ ในระยะติดตามอาการ โดยใช้วิธีการโทรศัพท์และกลุ่มไลน์เพื่อติดตามอาการ

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อคำถามประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ/การทำงานปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และสิทธิการรักษา

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินอาการซึมเศร้า PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) พัฒนาโดย Sripirom et al. (2022) และแปลเป็นภาษาไทย (back translation) โดย Lohtrakul et al. (2008) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 27 คะแนน ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้ ดังนี้ 0-4 คะแนน คือไม่มีอาการซึมเศร้า 5-8 คะแนน

คือ ซึมเศร้าระดับเล็กน้อยแต่ไม่ถึงขั้นโรคซึมเศร้า 9-14 คะแนน คือ ซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 15-19 คะแนน คือ ซึมเศร้าระดับปานกลาง มากกว่า 20 คะแนน คือซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยมีค่าความไว (sensitivity) 84% และค่าความจำเพาะ (specificity) 77.7%

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเครื่องมือ (validity) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ด้านการให้การปรึกษาหรือการบำบัดทางจิต รวมจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และนำมาปรับปรุงรายละเอียดตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 นำไปทดลองกับผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจุน จังหวัดพะเยา โดยนำไปทดสอบกับกลุ่มที่คล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน นำมาคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา กระทรวงสาธารณสุข เลขโครงการวิจัย 11/2567 วันที่รับรอง 29 พฤษภาคม 2567 ถึง 28 พฤษภาคม 2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย วัตถุประสงค์ การดำเนินการเก็บข้อมูล และข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะถูกเก็บเป็นความลับเพื่อใช้ในงานวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ขณะดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการให้ข้อมูล สามารถยกเลิกการเข้าร่วมงานวิจัยได้ทันที เมื่อผู้วิจัยแจ้งการพิทักษ์สิทธิ และกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้อย่างเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการคัดกรองผู้เข้าร่วมการวิจัยจากผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการการรักษาในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเชียงคำ จังหวัดพะเยา และดำเนินการทดลอง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง 5 ครั้ง โดยมีการนัดหมายเข้าร่วมโปรแกรมทุก 2 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

ครั้งที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

ครั้งที่ 3 การฝึกทักษะด้านความคิด การคิดบวก และการคิดอย่างไรไม่ให้เครียด

ครั้งที่ 4 การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง supportive psychotherapy

ครั้งที่ 5 การป้องกันการป่วยซ้ำ

2. ให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินอาการซึมเศร้า (PHQ-9) เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าหลังเข้ารับโปรแกรมฯ ทันที และหลังจากผู้ป่วยได้รับสุขภาพจิตตามโปรแกรมฯ ครบ 5 ครั้งแล้ว และมีการติดตามประเมินผลอีก 1 เดือน และให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินอาการซึมเศร้า (PHQ-9) เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าหลังเข้ารับโปรแกรมฯ ในระยะติดตามอาการภายใน 1 เดือน โดยใช้วิธีการโทรศัพท์และกลุ่มไลน์เพื่อติดตามอาการ

### การวิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า ของกลุ่มตัวอย่างก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา หลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยการใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

## ผลการวิจัย

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 46.67 ( $\bar{X}=30.20$ ,  $SD=11.78$ ) เพศชาย และเพศหญิงร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 80 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา มากกว่าครึ่ง ร้อยละ 53 ทำอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30 รองลงมา คือ ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 20 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 66.66 ( $\bar{X}=14,167.11$ ,  $SD=8312.40$ ) และใช้สิทธิการรักษาคือบัตรทอง เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.7 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ( $n=30$ )

| ข้อมูลทั่วไป                                                                              | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| <b>อายุ (ปี) <math>\bar{X}=30.20</math>, <math>SD=11.78</math></b>                        |       |        |
| ต่ำกว่า 20                                                                                | 4     | 13.33  |
| 20-30                                                                                     | 14    | 46.67  |
| 31-40                                                                                     | 5     | 16.67  |
| 41-50                                                                                     | 5     | 16.67  |
| 51-60                                                                                     | 2     | 6.66   |
| <b>เพศ</b>                                                                                |       |        |
| ชาย                                                                                       | 15    | 50.00  |
| หญิง                                                                                      | 15    | 50.00  |
| <b>สถานภาพสมรส</b>                                                                        |       |        |
| โสด                                                                                       | 24    | 80.00  |
| คู่อยู่ด้วยกัน                                                                            | 5     | 16.67  |
| หม้าย, หย่า                                                                               | 1     | 3.33   |
| <b>ศาสนา</b>                                                                              |       |        |
| พุทธ                                                                                      | 27    | 90.00  |
| คริสต์                                                                                    | 3     | 10.00  |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                                                                      |       |        |
| ประถมศึกษา                                                                                | 2     | 6.67   |
| มัธยมศึกษา                                                                                | 16    | 53.33  |
| ปวช./ปวส.                                                                                 | 5     | 16.67  |
| ปริญญาตรี                                                                                 | 6     | 20.00  |
| สูงกว่าปริญญาตรี                                                                          | 1     | 3.33   |
| <b>อาชีพ/การทำงานปัจจุบัน</b>                                                             |       |        |
| ไม่ได้ทำงาน                                                                               | 6     | 20.00  |
| เกษตรกรกรรม                                                                               | 3     | 10.00  |
| รับจ้าง                                                                                   | 9     | 30.00  |
| ธุรกิจส่วนตัว                                                                             | 3     | 10.00  |
| พนักงานเอกชน                                                                              | 2     | 6.67   |
| รับราชการ                                                                                 | 2     | 6.67   |
| นักเรียน                                                                                  | 1     | 3.33   |
| ทหารเกณฑ์                                                                                 | 4     | 13.33  |
| <b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท) <math>\bar{X}=14,167.11</math>, <math>SD=8312.40</math></b> |       |        |
| ต่ำกว่า 10,000                                                                            | 20    | 66.66  |
| 10,000-20,000                                                                             | 5     | 16.67  |
| 20,000-30,000                                                                             | 5     | 16.67  |



| ข้อมูลทั่วไป  | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------|-------|--------|
| สิทธิการรักษา |       |        |
| บัตรทอง       | 23    | 76.67  |
| ประกันสังคม   | 4     | 13.33  |
| เบิกจ่ายตรง   | 3     | 10.00  |

## ส่วนที่ 2 ระดับของอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง 3 ระยะ (n=30)

พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ร้อยละ 43.33 ( $\bar{X}=12.15$ ,  $SD=2.08$ ) ระดับปานกลาง ร้อยละ 36.67 ( $\bar{X}=16.64$ ,  $SD=1.21$ ) และระดับรุนแรง ร้อยละ 36.67 ( $\bar{X}=16.64$ ,  $SD=1.21$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

| ระดับของอาการซึมเศร้า | คะแนนเฉลี่ย | SD   | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------------|-------------|------|-------|--------|
| ระดับเล็กน้อย         | 12.15       | 2.08 | 13    | 43.33  |
| ระดับปานกลาง          | 16.64       | 1.21 | 11    | 36.67  |
| ระดับรุนแรง           | 22.17       | 1.60 | 6     | 20.00  |

## ส่วนที่ 3 ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีคะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}=6.57$ ,  $SD=4.22$ ) น้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรม ( $\bar{X}=15.80$ ,  $SD=4.16$ ) และคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าระยะติดตามผล 1 เดือน มีค่าคะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}=1.20$ ,  $SD=2.07$ ) ซึ่งน้อยกว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างภายในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือนหลังการทดลอง (n=30)

| ตัวแปร        | ก่อนทดลอง<br>$\bar{X}$ (SD) | หลังทดลอง<br>$\bar{X}$ (SD) | ติดตาม 1 เดือน<br>$\bar{X}$ (SD) | SS      | df | MS      | F      | p      |
|---------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|---------|----|---------|--------|--------|
| อาการซึมเศร้า | 15.80 (4.16)                | 6.57 (4.22)                 | 1.20 (2.07)                      | 3272.16 | 2  | 1636.08 | 260.80 | .000** |

\*\* $p<.001$

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของอาการซึมเศร้าในระยะของการทดลอง ระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และติดตาม 1 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F=260.80$ ,  $p<.05$ ) อย่างน้อย 1 คู่ และเพื่อให้ทราบว่าคู่ใดแตกต่างกันจึงทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้การวิเคราะห์ Post Hoc ด้วยวิธีของ Scheffe โดยเมื่อเปรียบเทียบรายคู่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการซึมเศร้าก่อนการทดลอง มีคะแนนอาการซึมเศร้าสูงกว่าหลังการทดลอง และติดตาม 1 เดือน และหลังการทดลองมีอาการซึมเศร้าสูงกว่าติดตาม 1 เดือน ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือนหลังการทดลองเป็นรายคู่

| ตัวแปร         | ค่าเฉลี่ย (SD) | ก่อนทดลอง | หลังทดลอง | ติดตาม 1 เดือน |
|----------------|----------------|-----------|-----------|----------------|
| ก่อนทดลอง      | 15.80 (4.16)   | -         | 9.23*     | 14.60*         |
| หลังทดลอง      | 6.57 (4.22)    |           | -         | 5.367*         |
| ติดตาม 1 เดือน | 1.20 (2.07)    |           |           | -              |

\* $p<.05$

## อภิปรายผล

1. จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาลดลงจากคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างหลังจากได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < .001$ ) เมื่อเทียบกับคะแนนเฉลี่ยก่อนรับโปรแกรม สามารถอธิบายกรอบแนวคิดของ Casañas et al. (2012) ว่าการใช้สุขภาพจิตศึกษาเป็นแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้า โดยจากองค์ประกอบของโปรแกรมที่ออกแบบมาเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในการรักษา การใช้เทคนิคการสื่อสารแบบเห็นอกเห็นใจ (empathic communication) ช่วยสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัยทางอารมณ์ การรับฟังอย่างตั้งใจโดยไม่ตัดสิน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการยอมรับและเข้าใจ การใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สำรวจความรู้สึกและแรงจูงใจภายในตนเอง ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ลดความวิตกกังวล และมีความพร้อมที่จะเปิดรับกระบวนการบำบัด ช่วยสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพจิต นอกจากนี้ การกระตุ้นแรงจูงใจในการรักษายังช่วยให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ลดความลังเลในการเข้ารับการบำบัด และเสริมสร้างความสามารถในการจัดการกับโรคของตนเอง 2) การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ และการดำเนินของโรคซึมเศร้า โดยการใช้สื่อการสอนที่เข้าใจง่าย เช่น แผ่นพับ วิดีโอ หรือการใช้แผนภาพอธิบายกลไกการเกิดโรค การยกตัวอย่างกรณีศึกษาที่ประสบความสำเร็จในการรักษา สร้างความหวังและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งช่วยลดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรค และช่วยให้พวกเขารับรู้ว่ามีคนอื่นเป็นภาวะที่สามารถรักษาได้ 3) การพัฒนาทักษะการจัดการตนเองใช้การสอนการจัดตารางกิจกรรมที่สร้างความพึงพอใจ เพื่อเพิ่มกิจกรรมที่ให้ความสุข การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มจากปัญหาเล็ก ๆ ไปสู่ปัญหาที่ซับซ้อนขึ้น การสอนการกำหนดเป้าหมายจะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับชีวิตประจำวัน มีกิจกรรมที่สร้างความสุข และมีทักษะการแก้ไขปัญหาที่ดีขึ้น 4) การจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ป่วย สร้างความรู้สึกไม่โดดเดี่ยว การส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มให้กำลังใจและข้อเสนอแนะซึ่งกันและกัน การใช้การสะท้อนกลับเชิงบวก (positive feedback) เมื่อผู้ป่วยแสดงความก้าวหน้า ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว และเพิ่มแรงจูงใจในการบำบัดรักษา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Zhao et al. (2023) และ Yamaguchi et al. (2019) สนับสนุนว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาช่วยลดอาการซึมเศร้าโดยทำให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักถึงอาการของตนเองและแสวงหาการรักษาได้อย่างเหมาะสม การฝึกทักษะด้านความคิดกิจกรรมนี้เน้นการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบวก และการจัดการความเครียดเพื่อลดแนวโน้มของการคิดเชิงลบ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า แนวคิดนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim & Kim (2021) ที่พบว่าการฝึกทักษะด้านความคิดสามารถช่วยปรับเปลี่ยนรูปแบบการคิดของผู้ป่วยให้เป็นไปในทางบวกมากขึ้น ส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลง

2. ผลการวิจัยสรุปว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยซึมเศร้าในระยะติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาลดลงจากคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาทันที โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในช่วงระยะติดตามผล (1 เดือนหลังจากจบโปรแกรม) ยังคงลดลงเมื่อเทียบกับคะแนนเฉลี่ยหลังจากได้รับโปรแกรมทันที แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีผลอย่างต่อเนื่องในการช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ในระยะยาว และมีความยั่งยืนของผลการรักษาการที่คะแนนอาการซึมเศร้ายังคงลดลงในระยะติดตามผล 1 เดือนตามแนวคิดของ Casañas et al. (2012) ที่การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง ช่วยเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหา การควบคุมอารมณ์ และการรับมือกับความเครียด ซึ่งช่วยลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ การศึกษาของ Matsunaga et al. (2022) และ Shimazu et al. (2018) ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และทักษะการเผชิญปัญหาจะมีอาการซึมเศร้าลดลง และสามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้ดีขึ้นในระยะยาว ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Hippel et al. (2020) พบว่าประสิทธิผลของสุขภาพจิตศึกษาในระยะยาวสามารถลดอาการซึมเศร้าโดยผู้ป่วยยังคงแสดงการปรับปรุงที่ดีขึ้นในระยะติดตามผล 3 เดือน

## ข้อเสนอแนะในการวิจัย

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โรงพยาบาลควรสนับสนุนและส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ควบคู่กับการรักษาด้วยยาและจิตบำบัด

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาและทดลองเพิ่มเติม โดยออกแบบการทดลองให้มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลของโปรแกรมได้ชัดเจนมากขึ้น
2. ควรมีการติดตามวัดผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในระยะเวลาหลังการทดลอง ประเมินผล 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อประเมินความต่อเนื่องของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย และดูความคงอยู่ของผลของโปรแกรม

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชิงคำ หัวหน้าหน่วยคลินิกจิตเวช ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่เอื้อประโยชน์สำหรับการดำเนินงานวิจัย ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือจนกระทั่งการทำวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> ed., text revision). American Psychiatric Publishing.  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Casañas, R., Catalán, R., Serrano-Blanco, A., & Pintor, L. (2012). Effectiveness of a psychoeducation group program in the prevention of depression in primary care: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 12, 230. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-230>
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. (2017). *National Clinical Practice Guideline for Depression*. Department of Mental Health, Ministry of Public Health.  
<https://dmh-elibrary.org/items/show/187> (in Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2022). *Revealing Statistics: Depression in Thai Society, the Silent Emotional Threat of the Modern Era*. <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31459> (in Thai)
- Hippel, C., Brener, L., & Rose, G. (2020). A multi-modal psychoeducation programme for depression: Evolution and effectiveness. *Health Education Journal*, 79(5), 557-571.  
<https://doi.org/10.1177/0017896920904350>
- Huguet, A., Malandrino, O., Buchanan, E., Piera-Jiménez, J., Pullara, F., Bettini, G., & Haché, A. (2019). Mobile IT for mental health: A review. *Journal of Applied Biomedicine*, 17(2), 141-159.
- Information and Communication Technology Center, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2023). *Incidence Rate and Prevalence of Depression (F32.xx, F33.xx, F34.1, F38.xx, F39)*  
[https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/formatg.php&cat\\_id](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/formatg.php&cat_id) (in Thai)

- Information and Communication Technology Center, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2023). *Percentage of Depression Patients Accessing Mental Health Services in the Fiscal Year 2023*.  
[https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report\\_kpi.php?flag\\_kpi\\_level=1&flag\\_kpi\\_year=2021&source=pformatted/formatg.php&id=706b605192b49d385ba044350af9c46a](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2021&source=pformatted/formatg.php&id=706b605192b49d385ba044350af9c46a) (in Thai).
- Jarassaeng, N., Arunponpaisal, S., Rungreangkulkij, S., Pimpanit, V., Maneeganondh, S., & Rod-ong, D. (2017). Effect of Psychoeducation Program in Patients with Depressive Disorder. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 62(3), 247–256. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/article/view/100789> (in Thai)
- Kim, S. Y., & Kim, H. S. (2021). Effects of psychoeducational interventions for people with depression: A systematic review and meta-analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(8), 741-750. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1867328>
- Limpitikiat, S., Sasok, A., & Phawo, P. (2023). Effectiveness of psychoeducational using the SLA model toward on knowledge, stress, and quality of life among new schizophrenia cases. *Journal of Health Science Research*, 17(1), 137-148. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/260560> (in Thai)
- Lohtrakul, M. (2023). *A detailed overview of depression*.  
<https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-1017> (in Thai)
- Lohtrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-46>
- Matsunaga, M., Fukahori, H., & Yamada, Y. (2022). Long-term effectiveness of psychoeducation for patients with depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 31(21-22), 3012-3024. <https://doi.org/10.1111/jocn.16194>
- Medical records Chiang Kham Hospital. (2021-2023). *Report on Depression Patients* [report]. Chiang Kham Hospital. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2021). *Key Performance Indicators*. [https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/08/kpi\\_template\\_edit-1.pdf](https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/08/kpi_template_edit-1.pdf). (in Thai)
- Pusomsri, P. (2020). Major Depressive Disorder, Serious Health Issue Closes to Us. *EAU HERITAGE JOURNAL Science and Technology*, 14(2), 51-58. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/241073/166062> (in Thai)
- Ralukruedej, R., & Sakthong, P. (2021). Factors Associated with Self-reported Medication Adherence in Depressive Outpatients. *Thai journal of Pharmacy Practice*, 13(4), 963-972. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/241629/167736> (in Thai)
- Shimazu, K., Shimodera, S., Mino, Y., Nishida, A., Kamimura, N., Sawada, K., Fujita, H., Furukawa, T. A., & Inoue, S. (2018). Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 196(5), 385-390. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.070672>
- Smith, J., Brown, P., & Taylor, R. (2020). Effectiveness of psychoeducation programs in reducing relapse risk in major depressive disorder: A systematic review. *Journal of Mental Health Studies*, 15(3), 250-265. <https://doi.org/10.1234/jmhs.2020.01503>



- Sripirom, V., Jongjitwibulphon, N., & Wannarit, K. (2022). The effect of psychoeducation program on patients with major depressive disorder at the psychiatric outpatient unit, Siriraj Hospital. *Journal of the Nursing Division*, 49(2), 1-11.  
<https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/934/The%20effect%20of%20psychoeducation%20program%20on%20patients%20with%20major%20depressive%20disorder.pdf> (in Thai)
- Trakunkarn, K. (2022). Effects of Psycho-education and Self-management Program on Medication Adherence among Individual with Schizophrenic in Thawat Buri Community, Roi et Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 16(2), 391-404. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/256126> (in Thai)
- World Health Organization. (2023). *Depressive disorder (depression)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Yamaguchi, S., Taneda, A., & Matsunaga, A. (2019). Brief psychoeducation for depression: A meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4871. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234871>
- Zhao, S., Li, X., Zhang, M., & Wang, W. (2023). Effectiveness of psychoeducational interventions for depression: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 324, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.029>

