

โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อการหายทุเลาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ไพรัตน์ ชมภูบุตร พย.บ.^{1*}, จินตนา ลีจงเพิ่มพูน รพ.ศ.¹,
หทัยรัตน์ สายมาอินทร์ พย.ม.², อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์ พย.ม.¹, สุตาร์ตน์ พุฒพิมพ์ พย.ม.¹,
สุทธยา แสงรุ่ง พย.บ.¹, หทัยรัตน์ ดิษฐ์อึ้ง พย.ม.¹, ประนอม แก้วกุล พย.บ.¹,
ศุภพัฒน ผ่านทอง พย.บ.¹, วิภาดา พุ่มโพธิ์ พย.บ.¹, สุธิสา ดีเพชร พย.ม.¹

บทคัดย่อ

โรคซึมเศร้ามีผลต่อการดำเนินชีวิตและมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้
อย่างต่อเนื่อง การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม
การจัดการตนเอง (Self-management program : sMP) ต่อการหายทุเลาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเปรียบเทียบกับจิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy : SPT)
กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30
คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองจำนวน 15 คน และกลุ่มได้รับจิตบำบัดประคับประคอง
จำนวน 15 คน ผลลัพธ์ที่ประเมินประสิทธิผล คือ อัตราการหายและไม่กลับเป็นซ้ำ และคุณภาพชีวิต
เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) แบบวัดคุณภาพชีวิตและสุขภาวะ
ด้วยตัวเอง (EQ5D5L) กลุ่มตัวอย่างจะถูกประเมินก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และประเมิน
ระยะติดตามหลังสิ้นสุดการทดลองเดือนที่ 1, 2, และ 3 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม
2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมานตามลักษณะของข้อมูล ผลการวิจัยได้โปรแกรม
จัดการตนเองที่ชื่อว่า “โปรแกรมดูแลใจตนเอง” มี 3 ส่วน คือ 1) การสนับสนุนดูแลใจตนเอง 2) การดูแลใจ
ตนเอง 3) การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย เมื่อนำไปทดลอง พบว่า กลุ่ม sMP มีอัตราการหายมากกว่า
กลุ่ม SPT หลังสิ้นสุด การบำบัด เป็น 0.09 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และในระยะติดตามเดือน
ที่ 1, 3 และ 3 เท่ากับ 0.89 เท่า, 0.67 เท่า, 0.33 เท่าตามลำดับ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และ
sMP มีโอกาส กลับเป็นซ้ำน้อยกว่ากลุ่ม SPT ในระยะติดตาม 1, 2 และ 3 เดือน เป็น 1.12 เท่า, 1.50 เท่า,
1.16 เท่า ตามลำดับอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ส่วนคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวม
หลังการทดลอง 3 เดือนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง การหายทุเลา ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

¹ สำนักบริหารการพยาบาล โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี กรมสุขภาพจิต

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จังหวัดนครปฐม

* Corresponding e-mail: chompu506@hotmail.com

วันที่รับ (received) 23 มิ.ย. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 2 ส.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 ส.ค. 2565

The self-management programs for remission and relapse prevention in major depressive disorder patients

Pairat Choombut B.N.S.^{1*}, Jintana Leejongpermpoon M.P.¹,
Hathairat Saimain M.N.S.², Achariyaporn Supit M.N.S.¹, Sudarat Putpim M.N.S.¹,
Sutthaya Sangrung B.N.S.¹, Hatairat Ditaung M.N.S.¹, Pranom Kaewkul B.N.S.¹,
Supatson Phanthong B.N.S.¹, Wipada Poompo B.N.S.¹, Suthisa Deephet M.N.S.¹

Abstract

The daily lives of people are affected by depressive disorders in a variety of ways, and these patients are more likely to experience relapses. This study examined the effectiveness of supportive psychotherapy (SPT) and self-management programs for remission and relapse prevention (sMP) in treating depression in patients. Thirty depressed patients admitted to Prasimahabhodi Psychiatric Hospital in the province of Ubon Ratchathani were the main participants in this study. To participate in the supportive psychotherapy and self-management program, they were split into two groups of 15 patients each. The rate of remission, relapse, and quality of life were employed to assess effectiveness. The 9Q-depression scale and EuroQol (EQ-5D-5L) served as the research instruments in this study, and the participants were assessed prior to and after their participation in the programs. A follow-up evaluation was also undertaken after the participants had been a part of the program for 1, 2, and 3 months. According to the various information categories, the data were gathered between February and May 2022 and analyzed with descriptive and inferential statistics. Moreover, the self-management program is referred to as the "Mind-care program," and it was divided into three basic components: supporting the mind, taking care of one's own mind, and being with the sickness. After the intervention was promptly completed, the data showed that the remission rate in participants of the sMP group was non-significantly greater than in the SPT group (0.09, $p < 0.05$). After 1, 2, and 3 months of participation, the follow-up phases had scores of 0.89, 0.67, and 0.33, respectively ($p > 0.05$). Additionally, at the follow-up phase after 1, 2, and 3 months, the sMP group had non-significantly lower relapse rates than the SPT group, accounting for 1.12, 1.50, and 1.16 ($p > 0.05$), respectively. At the 3-month following-up period, participants in the sMP group significantly improved their health status and quality of life ($p < 0.05$).

Keywords: self-management programs, remission, relapse prevention, major depressive disorder

¹Nursing Administration Office of Prasimahabhodi Psychiatric Hospital, Ubonratchathani Province, Department of Mental Health

²Faculty of Nursing Nakhon Pathom Rajabhat University Nakhon Pathom Province

* Corresponding e-mail: chompu506@hotmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นโรคพบมากที่สุดของโรคทางจิตเวช และมีความสัมพันธ์กับระดับความทุกข์ทรมาน ความเจ็บป่วย และการเสียชีวิต¹ บุคคลเมื่อป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อการทำงาน กิจกรรมด้านสังคม หน้าที่การงานในระดับรุนแรงหรือรุนแรงมากถึงร้อยละ 60² และจะเสื่อมสมรรถภาพในการทำงาน ไม่สามารถสร้างผลผลิตจากการทำงานไปอย่างต่อเนื่อง จนกว่าจะได้รับการดูแลรักษา³ องค์การอนามัยโลก Harvard School of Public Health และธนาคารโลก ได้ทำการคาดการณ์ภาวะของโรคที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก โรคนี้เป็นสาเหตุของก่อให้เกิดความสูญเสียจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดีในทุกกลุ่มวัยเป็นลำดับที่ 13 ของการเจ็บป่วยด้านสุขภาพ⁴ ถึงแม้ว่า โรคซึมเศร้าจะเป็นความเจ็บป่วยที่เรื้อรังยาวนานตลอดชีวิต ถ้าหากได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะมีโอกาสหายทุเลา ร้อยละ 70.6 ร่างกายสามารถกลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ ร้อยละ 56.1 และอาการหายทุเลาขาด ร้อยละ 52.1⁵⁻⁶ ถ้าได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องนาน 6 เดือน การหายทุเลาจะสูงเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 77⁷ ตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยไม่ดูแลตนเองหลังจากที่หายทุเลาภายใน 6 เดือน โอกาสจะกลับมาเป็นซ้ำถึงร้อยละ 33-38⁸ จะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จถึง 1.69 เท่า (95% CI 1.16-2.45)⁹ การบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันจะมุ่งเน้นไปที่การหาย ส่วนใหญ่รักษาด้วยยาต้านเศร้าชนิด Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) ที่มีประสิทธิผลต่อการหายมากกว่ายาในกลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCAs) 1.25 เท่า (95% CI = 1.12-1.40)¹⁰ และการบำบัดทางสังคมจิตใจ เช่น การบำบัดปรับความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการให้ยาต้านเศร้า จะทำให้อาการซึมเศร้ามลดลงจนถึงปกติ สูงสุดถึง 12 เดือน ร้อยละ 97.99 (RR=2.01, 95% CI = 1.54-2.62)¹¹ สำหรับการบำบัดทางสังคมจิตใจสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยส่วนใหญ่บำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยหายทุเลา อาทิเช่น โปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่มพุทธต่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาการซึมเศร้าทำให้หายปกติ ร้อยละ 93.8 (RR = 6.5, 95% CI = 1.4-30.6)¹² การบำบัดความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Cognitive behavior therapy: CBT) ทำให้หายทุเลา ร้อยละ 94.44 (RR = 1.21, 95%CI = 0.926-1.593)¹³ โปรแกรมการบำบัดด้วยจิตบำบัดประคับประคอง (Supportive psychotherapy : SPT) ทำให้อาการซึมเศร้ามลดลง การหายทุเลาสูงสุดในสัปดาห์ที่ 3 คือ 84.62 (95% CI = 4.38-9.92)¹⁴ และการบำบัดด้วยการแก้ปัญห (Problem solving therapy: PST) ทำให้หายทุเลาหลังการบำบัด 3 เดือน ร้อยละ 94.12¹⁵ ในต่างประเทศได้มีการนำแนวทางการจัดการตนเองมาใช้เพื่อการหายทุเลาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำว่า การจัดการตนเองเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะมีเพียงผู้ป่วยเท่านั้นที่สามารถรับผิดชอบดูแลตนเองได้ตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วยในการจัดการกับอาการเจ็บป่วยเพื่อควบคุมโรคของตน แทนที่จะถูกควบคุมด้วยโรคที่เจ็บป่วย¹⁶ ทั้งนี้ การจัดการตนเองเป็นกลยุทธ์การเพิ่มความสามารถของตนเองที่มีประสิทธิภาพในการรักษาจัดการอาการซึมเศร้าให้ลดลง อัตราการกลับเป็นซ้ำลดลง คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น¹⁷ ซึ่ง Biesheuvel-Leliefeld และคณะ¹⁸ ได้นำแนวคิดการจัดการตนเองมาบำบัดกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า ลดอาการซึมเศร้าและหายทุเลาอยู่ได้นานกว่า 12 เดือน (MD = -2.18, 95% CI -3.09 to -1.27) และเพิ่มคุณภาพชีวิต (MD = 0.04; 95% CI 0.004-0.08) แต่ไม่ได้ผลกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการทางจิตอื่นร่วมด้วย ในทำนองเดียวกัน Ludman EJ และคณะ¹⁹ ได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย พบว่า อาการซึมเศร้ามลดลง และไม่กลับมาเป็นซ้ำภายใน 12 เดือน ซึ่ง Farb N และคณะ²⁰ ได้นำ Mindfulness-based cognitive therapy และ Cognitive therapy มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการจัดการตนเองทำให้ป้องกันการกำเริบของโรคซึมเศร้าติดต่อกันนาน 2 ปี นอกจากนี้ ยังพบว่า การสนับสนุนให้จัดการตนเองที่มีผลต่อการลดอาการซึมเศร้า ด้วยการจัดการตนเอง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า รักษาอย่างต่อเนื่อง มีการจัดการกับปัญหา ตั้งเป้าหมายสุขภาพ และสื่อสารกับทีมดูแลสุขภาพ²¹ แต่ในประเทศไทยได้นำการจัดการตนเองมาใช้

กับผู้ป่วยโรคทางกาย และโรคจิตเภทเท่านั้น ยังไม่พบว่า มีการนำโปรแกรมการจัดการตนเองมาใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

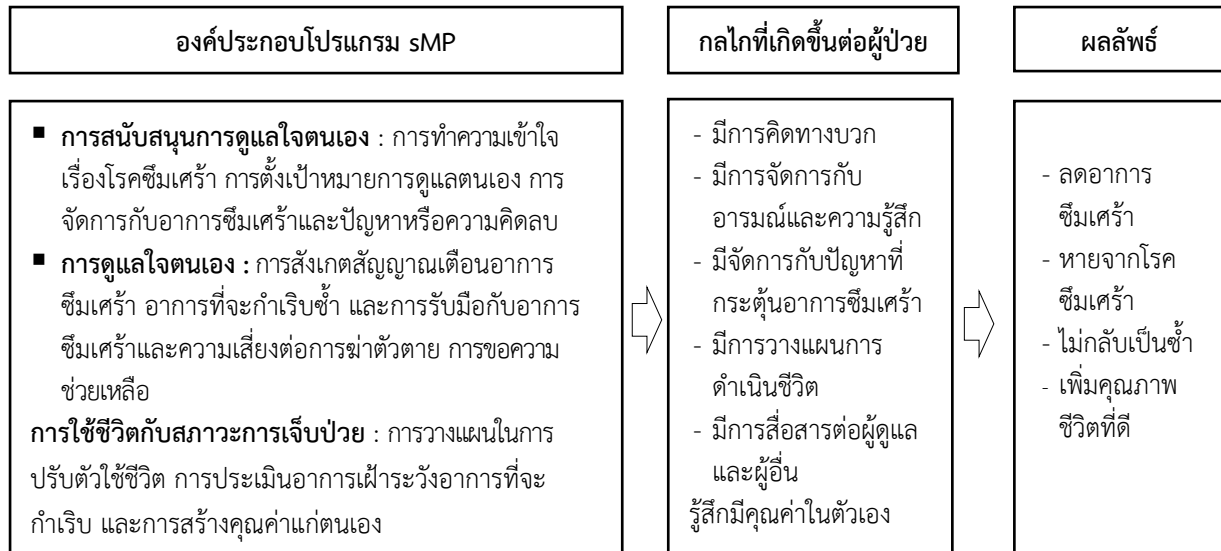
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต²² รายงานการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในปี 2561-2563 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงกว่าภาพรวมระดับประเทศ ร้อยละ 6.88 ในจำนวน 128 คน พบว่า ส่วนใหญ่ที่กลับเป็นซ้ำเพราะผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองต่อการเจ็บป่วยหรือปัจจัยที่ทำให้มีอาการซึมเศร้า ขาดทักษะการปรับตัวต่อความคิดเชิงลบและการแก้ปัญหาด้วยความคิดเชิงบวก ตลอดจนไม่มีทักษะในการสื่อสารขอความช่วยเหลือเมื่อมีความทุกข์ทรมานจากอาการซึมเศร้า เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะได้รับการบำบัดทางสังคมจิตใจ แต่ไม่มีจัดการตนเองจนหายทุเลา และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ทั้งก่อนออกจากโรงพยาบาลและอยู่ในชุมชน ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงทำการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเอง (Self-management programs: sMP) ที่มีผลต่อการหายทุเลา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development design: R&D) และทดสอบด้วยการวิจัยเชิงทดลอง แบบสุ่มและปกปิด (Double blind randomized control trial: RCT) โดยนำมาเปรียบเทียบกับโปรแกรม SPT ที่มีจำนวนครั้ง ระยะเวลาการบำบัดใกล้เคียงกัน และมีกิจกรรมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเอง ถ้าหากโปรแกรมมีประสิทธิภาพจะทำให้ได้แนวทางการบำบัดของการพยาบาลจิตเวชสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้จัดการตนเองให้หายทุเลาก่อนออกจากโรงพยาบาลได้โปรแกรมการจัดการตนเองที่บ้านก่อนอาการจะกำเริบซ้ำ และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรม sMP ที่มีความสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม sMP ต่อการหายทุเลา การไม่กลับเป็นซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยเปรียบเทียบกับ SPT โดยการหายทุเลาประเมินจากแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) มีคะแนน <7 การกลับเป็นซ้ำประเมินหลังจากมีคะแนน 9Q<7 แล้วกลับมีคะแนน 9Q>7 อีกครั้ง ภายในระยะเวลา 1, 2 และ 3 เดือน และคุณภาพชีวิตประเมินด้วย EQ5D5L มีผลเพิ่มขึ้นภายในระยะเวลา 3 เดือน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำแนวคิดการจัดการตนเองของ Orem²³ ที่กล่าวถึง การดูแลตนเองที่เกิดขึ้นด้วยความสมัครใจ มีเป้าหมายในการดูแลตนเองระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในการปรับตัวด้านร่างกาย อุตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ การพึ่งพาซึ่งกัน และ McGowan²⁴ ที่กล่าวถึงวิธีการ ทักษะ การตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ มุ่งเน้นการวางแผนการกำหนดเวลา การติดตามงาน การประเมินตนเอง การพัฒนาตนเอง มาประยุกต์เข้ากับโปรแกรมของ Duggal HS¹⁷ ที่ประกอบด้วย องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การจัดการกับอาการซึมเศร้า วิธีการดำเนินชีวิต การสนับสนุนจากสังคม การสื่อสารในการลดอาการซึมเศร้า และ Biesheuvel-Leliefeld และคณะ¹⁸ ที่เน้นการสนับสนุนการดูแลตนเองด้วยการจัดการกับความคิดลบ การปรับทัศนคติต่อการป่วยในการ การสร้างความสุขของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยจิตวิทยาเชิงบวกมาป้องกันการกลับเป็นซ้ำ คณะผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาเป็นองค์ประกอบของโปรแกรม sMP สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการบำบัดในโรงพยาบาลจนอาการหายทุเลา และก่อนกลับไปสู่ครอบครัวและชุมชน ดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัย R&D การวิจัยดำเนินการเดือนตุลาคม 3563-พฤษภาคม 2565 มี 9 ขั้นตอน²⁵ แบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 พัฒนาโปรแกรม SMP และระยะที่ 2 ทดสอบประสิทธิผล ดังนี้

▪ **ระยะที่ 1 พัฒนาโปรแกรม SMP** ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1-5 ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ (Need analysis) ดำเนินการร่วมกับอาจารย์พยาบาลจิตเวชที่เชี่ยวชาญเรื่องการจัดการตนเองและโรคซึมเศร้า มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 2 คน พยาบาลจิตเวช จำนวน 5 คน วิเคราะห์เกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามหลักฐานวิชาการ และนำข้อมูลมาทำ Focus group กับผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแล้วหายไปแล้ว หรือผู้ที่กำลังรักษาแบบผู้ป่วยนอก และแบบผู้ป่วยในที่มี 9Q มากกว่า 7 คะแนนขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ อายุ 15 ปีขึ้นไป 5 กลุ่มวัย รวม 20 คน ไม่มีผลกระทบต่อกรกระบวนทำ Focus group เนื่องจากประเด็น หรือแนวคำถามในการสนทนามีความชัดเจนและการเรียบเรียงลำดับเป็นอย่างดีตามการดำเนินของโรค ผู้เข้าร่วมสนทนาตอบตามประเด็นที่ตรงกับตนเอง ทั้งนี้ผู้นำกลุ่มเป็นพยาบาลจิตเวชมีประสบการณ์ทำกลุ่มบำบัดมากกว่า 20 ปี และทำ Focus group มากกว่า 20 ครั้ง ประเด็นสนทนา ได้แก่ องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรักษาอย่างต่อเนื่อง การจัดการกับอาการโรคซึมเศร้า การดำเนินชีวิต การสื่อสาร และการมีภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตที่ดี ขั้นตอนที่ 2 ประชุมวางแผนและกำหนดต้นแบบของโปรแกรม SMP (Product design) ดำเนินการร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ 2 คน และทีมวิจัย 11 คน โดยนำผลจากการทำ Need analysis และทบทวนวรรณกรรมมาเป็นข้อมูลในการวางแผนร่างต้นแบบ ขั้นตอนที่ 3 จัดทำร่างต้นแบบเบื้องต้น (Prototype) เป็นการนำผลจาก Focus group การทบทวนวรรณกรรม และข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ มาร่างต้นแบบ แล้วนำเสนอต่อผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่หายป่วย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตัวแทนตามกลุ่มวัยจำนวน 10 คน เพื่อพิจารณาความสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย และผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความถูกต้องตามแนวคิดและทฤษฎี ขั้นตอนที่ 4 ทดสอบเบื้องต้น (Preliminary test) ด้วยการวิจัยเชิงทดลอง แบบ One group pre-post-test คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกันกับการทำ Focus group แต่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 19 คน ขั้นตอนที่ 5 ปรับปรุงเบื้องต้น (Initial product revision) ถอดบทเรียนของผู้บำบัดกับผู้เชี่ยวชาญ และปรับปรุงโปรแกรม SMP

▪ **ระยะที่ 2 ทดสอบประสิทธิผล** ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 6-9 ได้แก่ ขั้นตอนที่ 6 ทดสอบในวงกว้าง (Main field test) เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ Double blind randomized control trial กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์เช่นเดียวกับการทดสอบเบื้องต้น จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มละ 15 คน โดยสุ่มเข้ากลุ่มแบบ Block of four โดยให้ผู้ป่วยจับสลากเข้ารับการบำบัดรายบุคคลทั้ง 2 กลุ่ม ขั้นตอนที่ 7 สรุปและประเมินผล เป็นการประชุมรายงานผลการทดสอบร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ นักวิจัย ผู้บำบัด และทำการปรับปรุงครั้งสุดท้าย ขั้นตอนที่ 8 สรุปผลการวิจัยและนำไปใช้ถ่ายทอด นำผลการทดสอบไปนำเสนอต่อคณะกรรมการบริหารองค์กรพยาบาล และนำไปใช้ในระบบบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และขั้นตอนที่ 9 ปรับปรุงคุณภาพ ทำการประเมินใน 1 เดือนหลังจากการนำไปใช้ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

■ **ระยะที่ 1** ขั้นตอนในการทำ Focus group กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ 1) เป็นคนไทย ไม่จำกัดเพศ อายุ 15 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัย “Major depressive disorder: MDD” ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 หรือ DSM 5 3) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมจากการประเมินด้วยแบบ MMSE 4) ประเมินอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยขึ้นไป ประเมินด้วย 9Q มีผลคะแนน 7 คะแนนขึ้นไป และไม่มีอาการทางจิต 5) อ่านออกเขียนได้ไม่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร 6) เป็นผู้ที่ยินยอมโครงการและมีหนังสือแสดงความยินยอมจากผู้ปกครองในกลุ่มอายุ 15-17 ปี ส่วนอายุ 18 ปีขึ้นไป ตัดสินใจและลงนามด้วยตัวเองได้ 7) สามารถเข้ารับการทดสอบได้ทุกขั้นตอนตามโปรแกรม 8) ไม่มีประวัติการป่วยเป็น Psychotic disorders หรือ Bipolar disorder 9) ไม่ป่วยเป็น Anxiety disorders หรือ Substance dependence (ยกเว้น nicotine) ส่วนการทดสอบเบื้องต้น คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์เช่นเดียวกับกลุ่มที่ทำ focus group ไม่ซ้ำกลุ่มกัน เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการศึกษาวิจัย ของ Biesheuvel-Leliefeld¹⁸ มาคำนวณตามสูตร การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง โดยกำหนดค่าในการคำนวณ ดังนี้

$$\beta = 0.20 \text{ (power = 80\%), } Z_{\beta} = 0.84, \quad Z_{\alpha/2} = 1.96$$

$$\text{ค่าเฉลี่ยจาก pre-test} = 9.6 \quad \text{ค่าเฉลี่ยจาก post-test} = 6.3, \quad \sigma = 4.80$$

$$\Delta = \text{ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจาก pre-test และค่าเฉลี่ยจาก post-test}$$

$$\sigma = \text{ผู้วิจัยพิจารณาจาก standard Deviation ตัวที่มากที่สุด จากงานของ}$$

Biesheuvel-Leliefeld และคณะ¹⁸ โดยใช้สูตรการคำนวณของ อรุณ จีรวัดมนกุล²⁶ ดังนี้

$$\text{จากสูตร } n = \left[\frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta}) \sigma}{\Delta} \right]^2 \quad \text{แทนค่าในสูตร } n = \left[\frac{(1.96 + 0.84) 4.80}{9.6 - 6.3} \right]^2$$

$$= 16.589329 \quad = 17$$

ได้จำนวนขนาดตัวอย่าง 17 คน (เก็บข้อมูลจริงมากกว่ากำหนด ร้อยละ 10 เพื่อชดเชยการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษ = 1.7 ประมาณ 2 คน) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 19 คน

■ **ระยะที่ 2** การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับกลุ่มที่ทำ Focus group ไม่ซ้ำกลุ่มกัน เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ก่อนเข้ารับการทดลองนักวิจัยจะตรวจสอบอาการจากผู้ป่วยและเวชระเบียน ถ้ามีอาการทางจิตขณะการทดลอง จะยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม จำนวนจำนวนจากสูตรของอรุณ จีรวัดมนกุล²⁶ ดังนี้

$$n/\text{กลุ่ม} = \frac{2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

การหาค่า Mean difference หรือความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเพื่อนำมาคำนวณ กรณีเป็น 2 กลุ่ม [Experiment, Control group] ใช้ค่าเฉลี่ย Post-test (exp.)-ค่าเฉลี่ย Post-test (control]

n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

Z_{α} = Type I error ผู้วิจัยกำหนดที่ระดับ 0.05 (Z_{α} คือ One tailed) = 1.645

Z_{β} = Type II error ผู้วิจัยกำหนดความคลาดเคลื่อน 0.10 (power 90% ค่า Z_{β} = 1.282)

MI = 3.2 จากค่า mean จากการบำบัดด้วย SMP จำนวน 3 ครั้งในการทดสอบเบื้องต้นของการวิจัยนี้

M2 = 6.46 ค่า mean การบำบัดด้วย SPT จำนวน 3 ครั้ง งานวิจัยของธรณินทร์ กองสุข และคณะ¹⁴

Δ = MI - M2 (Mean difference) = 3.2-6.46

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่มีค่ามากที่สุด คือ 2.78

แทนค่าสูตร $n = \frac{2(1.645 + 1.282)^2(2.78)^2}{(3.2-6.46)^2}$ $n = 12.46$ หรือ 13

จากการคำนวณจะได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 13 คน (เก็บข้อมูลจริงมากกว่ากำหนด ร้อยละ 10 เพื่อชดเชยการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษ = 1.3 ประมาณ 2 คน) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจริงครั้งนี้ มีจำนวนขนาดตัวอย่างทั้งหมด 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างที่หลังจากลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการทุกคน ก่อนทำการทดลองนักวิจัยที่ไม่ใช่ผู้ประเมินหรือบำบัดทำการสุ่มเข้ารับการบำบัดแบบ Block four of six โดยให้ผู้ป่วยจับสลากเข้ารับการบำบัดรายบุคคลทั้ง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการบำบัดด้วย SPT เป็นการบำบัดรายบุคคล 2-3 ครั้ง ใน 1-2 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 30-90 นาที

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากโครงร่างวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เลขที่รับรอง COA 006/2564 ลงวันที่ 20 พฤษภาคม 2564 และแก้ไขเพิ่มเติม ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2565 กรณีกลุ่มตัวอย่าง อายุต่ำกว่า 20 ปี จะต้องได้รับความยินยอมโครงการ และมีหนังสือแสดงความยินยอมจากผู้ปกครอง

เครื่องมือการวิจัย

■ **ระยะที่ 1** เครื่องมือในการทำ Focus group มี 3 เครื่องมือ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลที่เกี่ยวกับ เพศ อายุ ภูมิลำเนาเชื้อชาติ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ และโรคประจำตัว 2) แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9Q ที่พัฒนาโดยธรณินทร์ กองสุข และคณะ²⁸ มีคำถาม 9 ข้อ มี 5 ระดับความรุนแรงตามคะแนน คือ <7 = Normal, Remission, ≥7-12 = Mild, 13-17 = Moderate, ≥18 = Severe มีค่าความไวร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะร้อยละ 83.12 ค่าความถูกต้อง ร้อยละ 83.29 ค่า Positive likelihood ratio (PLR) = 5.10 ค่า ROC area 0.8965 (95% CI 0.8501 to 0.9429) คัดเข้างานวิจัย ถ้า 9Q = 7 คะแนนขึ้นไป 3) ประเด็นการสนทนา มีโครงสร้างมีแนวคำถามจากการทำ Need analysis การทบทวนวรรณกรรม และปรับปรุงจาก Duggal HS¹⁷ และ Biesheuvel-Liefeld และคณะ¹⁸ เพื่อค้นหารูปแบบของโปรแกรม ประเด็นหลัก ได้แก่ องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรักษาอย่างต่อเนื่อง อาการโรคซึมเศร้า การดำเนินชีวิต การทำหน้าที่ทางสังคม การสื่อสาร และการมีภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตที่ดี ทำ focus group จำนวน 5 กลุ่มๆละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 60-90 นาที ณ ห้องบำบัดแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ส่วนเครื่องมือในการทดสอบเบื้องต้น มี 3 เครื่องมือ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลที่เกี่ยวกับ เพศ อายุ ภูมิลำเนาเชื้อชาติ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ และโรคประจำตัว 2) แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9Q²⁷ 3) โปรแกรมการ sMP (ร่างต้นแบบ) เป็นรายบุคคล ทำการบำบัด 2-3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ

60-120 นาที มี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การสนับสนุนการดูแลใจตนเอง มี 3 กิจกรรม คือ การทำความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า การตั้งเป้าหมายการดูแลตนเอง การจัดการกับอาการซึมเศร้า ปัญหา และความคิดลบ ส่วนที่ 2 การดูแลใจตนเอง มี 4 กิจกรรมคือ การสังเกตสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้าและการกำเริบซ้ำ การวัดพลังใจจากอาการโรคซึมเศร้า การรับมือกับอาการซึมเศร้า การขอความช่วยเหลือ ส่วนที่ 3 การใช้ชีวิตกับอาการเจ็บป่วย มี 3 กิจกรรมคือ การปรับตัวผสมผสานการใช้ชีวิตภายใต้ความเจ็บป่วย การติดตามการจัดการตนเอง และการบันทึกความสำเร็จ

■ **ระยะที่ 2** ในการทดสอบประสิทธิผล มีเครื่องมือ ดังนี้

- เครื่องมือคัดเลือก มี 2 เครื่องมือ คือ 1) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 พัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ²⁸ เป็นแบบประเมินประสิทธิภาพการทำงานของสมองและระบบประสาท มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93 คัดเข้าการวิจัยในรายที่มีคะแนน >17 คะแนน และ 2) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดยธรณินทร์ กองสุข และคณะ²⁷

- เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

- เครื่องมือทดลอง คือ **กลุ่มทดลอง** ได้รับโปรแกรมการ sMP หลังจากทดสอบเบื้องต้น มีเพิ่มเติม คือ ใช้เวลาทดลองครั้งละ 30-90 นาที มี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การสนับสนุนการดูแลใจตนเอง บำบัดโดยพยาบาลจิตเวช มีเพิ่มเติมคือ การจัดการกับความเครียดฆ่าตัวตาย ส่วนที่ 2 การดูแลใจตนเอง เป็นการจัดการด้วยตนเอง ขณะอยู่ในโรงพยาบาล และกลับสู่ครอบครัว ชุมชน มีเพิ่มเติม คือ เพิ่มสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้าที่เป็นบริบทของผู้ป่วย การวัดพลังใจจากอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9Q โดยพิจารณาจากความถี่และความรุนแรงที่เลือกในช่อง 3 คะแนน การรับมือกับความเครียดฆ่าตัวตาย ส่วนที่ 3 การใช้ชีวิตกับอาการเจ็บป่วย ระบุเป็นการจัดการด้วยตนเองขณะอยู่กับครอบครัว ชุมชน มีเพิ่มเติม คือ การบันทึกความสำเร็จในการดูแลใจด้วยตนเองที่ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าและภาคภูมิใจ **กลุ่มควบคุม** ได้รับ SPT พัฒนาโดยธรณินทร์ กองสุข และคณะ¹⁵ เป็นการบำบัดรายบุคคล 2-3 ครั้ง ใน 1-2 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 30-90 นาที มี 3 ระยะ คือ 1) ระยะสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการแก้ปัญหา 3) ระยะสิ้นสุดการบำบัด

- เครื่องมือประเมินประสิทธิผล 2 ชนิด คือ 1) แบบประเมิน 9Q²⁷ ประเมินก่อนและหลังการทดลองทันที และระยะติดตาม 1, 2 และ 3 เดือน ผู้ประเมินเป็นทีมวิจัยร่วมพัฒนาเครื่องมือ 9Q 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย ประเมินก่อนการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน เครื่องมือนี้พัฒนาโดย จันทนา พัฒนเกษัช และมนรัตน์ ธาวรเจริญทรัพย์²⁹ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นมิติทางสุขภาพ 5 ด้าน แต่ละด้านมี 5 ตัวเลือกซึ่งเรียงตามระดับความรุนแรงตั้งแต่ไม่มีปัญหาจนถึงมีปัญหามากที่สุด มี 5 ข้อ ได้แก่ 1) การเคลื่อนไหว 2) การดูแลตนเอง 3) กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ 4) อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว 5) ความวิตกกังวล/ซึมเศร้า มีคำตอบ 5 ระดับ ได้แก่ 1) ไม่มีปัญหา 2) มีปัญหาเล็กน้อย 3) มีปัญหามาก 4) มีปัญหามาก และ 5) ไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้หรือมีปัญหามากที่สุด ส่วนที่สองประเมินสถานะสุขภาพทางตรง หรือ Visual analog scale (VAS) เป็นสเกลแนวตั้ง ถ้า 100 คะแนน แสดงถึงภาวะสุขภาพสมบูรณ์ที่สุดที่สามารถจินตนาการ ถ้า 0 คะแนน แสดงถึง ความตายหรือภาวะสุขภาพแย่มากที่สุดที่สามารถจินตนาการได้ มีค่า Intraclass correlation coefficient (ICC) เท่ากับ 0.81 และค่า Cohen's Kappa coefficient ได้เท่ากับ 0.77 ในแต่ละข้อเมื่อได้คะแนนจะนำมาคำนวณกับค่าสัมประสิทธิ์ มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง 1 โดย 1 หมายถึง สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ที่สุด 0 หมายถึง สุขภาพที่แย่ที่สุดหรือเสียชีวิต ทั้งนี้ผู้ประเมินจะถูกปิดการได้รับการบำบัดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 2 วิธี คือ 1) การทำ Focus group เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงเริ่มดำเนินการ Focus group ตามคำถาม มีการบันทึกข้อมูลโดยทีมวิจัยที่ไม่ใช่ผู้นำกลุ่ม ประกอบด้วย Field note record ในประเด็นที่สำคัญ จัดเป็นหมวดหมู่ และ Tape record ที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ทำการบันทึกเทปเมื่อได้รับอนุญาต และทำการถอดเทป เมื่อเสร็จสิ้นการทำ Focus group และนำเทปมาฟังซ้ำในระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูล ไม่ตัดข้อมูลบางส่วนทิ้งไปโดยไม่อธิบายเหตุผล ทำการตรวจสอบจากข้อมูลที่ได้จากการทำ Focus group ตามสภาพความเป็นจริงกับทีมวิจัย และทำการตรวจสอบ Data triangulation เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้มา รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างยืนยันข้อมูลผ่านการวิเคราะห์แล้วว่า มีความถูกต้องพ้องกับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างให้มาทำ Focus group หรือไม่ (Informant checking) รวมทั้งตรวจสอบจากข้อมูลที่ได้จากการสังเกต 2) การทดสอบเบื้องต้น กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการชี้แจงโครงการวิจัย และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ก่อนทำการทดลองนักวิจัยที่ไม่ใช่ผู้บำบัดประเมิน 9Q นักวิจัยที่ไม่ใช่ผู้ประเมินทำการบำบัดรายบุคคล 2-3 ครั้ง ใน 1-2 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 30-90 นาที ประเมินด้วย 9Q เมื่อสิ้นสุดการทดลองทันที **ระยะที่ 2** การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการชี้แจงโครงการวิจัย และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ก่อนทำการทดลองนักวิจัยที่ไม่ใช่ผู้บำบัดประเมิน 9Q, EQ5D5L นักวิจัยที่ไม่ใช่ผู้ประเมินหรือผู้บำบัดทำการสุ่มเข้ารับการบำบัดแบบ block of four ให้ผู้ป่วยจับสลากเข้ารับการบำบัดรายบุคคลทั้ง 2 กลุ่ม บำบัด 2-3 ครั้ง ใน 1-2 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 30-90 นาที นักวิจัยผู้บำบัด sMP มี Intra-rater reliability แสดงเป็นค่า ICC ของผู้บำบัด = 0.85 (95% CI = 0.25 to 0.98) นักวิจัยผู้บำบัด SPT มีค่า ICC ของผู้บำบัด = 0.86 (95% CI = -4.57 to 0.99) ขณะทำการทดลองหากมีผลแทรกซ้อนจะนำส่งจิตแพทย์ และขอความร่วมมือไม่ให้กลุ่มตัวอย่างไปรับการบำบัดทางสังคมจิตใจชนิดอื่น เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองนักวิจัยผู้ประเมินทำการประเมินด้วย 9Q ทันที และติดตามประเมินเดือนที่ 1, 2 และ ในเดือนที่ 3 ประเมินทั้ง 9Q และ EQ5D5L จากการมาตรวจตามนัด หรือการติดตามทางโทรศัพท์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 ข้อมูลการทำ focus group ใช้สถิติเชิงบรรยายและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการนำเสนอต่อตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างและผู้เชี่ยวชาญด้านโรคซึมเศร้า ส่วนการวิเคราะห์ผลการทดสอบเบื้องต้น โครงสร้างและขั้นตอนของโปรแกรมด้วย Content analysis การลดอาการซึมเศร้าหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที โดยเปรียบเทียบค่าคะแนน 9Q ก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติทดสอบความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน คือ สถิติ Wilcoxon signed-ranks test **ระยะที่ 2** การทดสอบประสิทธิผล วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ 2) เปรียบเทียบสัดส่วนของข้อมูลทั่วไปและระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Fisher's Exact test 3) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนทดลองโดยใช้สถิติที่ (Wilcoxon Signed Rank Test) 4) เปรียบเทียบสัดส่วนการหายจากอาการซึมเศร้า 9Q ที่ค่าคะแนน <7 และการกลับเป็นซ้ำ 9Q ที่ค่าคะแนน >7 ประเมิน 9Q หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 1, 2 และ 3 เดือน โดยใช้สถิติ relative risk reduction ตามหลักการของ Intention to treat analysis ด้วยวิธี Last Observation Carried Forward (LOCF) เนื่องจากระยะเวลาติดตามผลลัพธ์นาน 3 เดือน รวมทั้งมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 มีโอกาส dropout rate สูง ซึ่งกำหนดไม่เกินร้อยละ 10 และกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

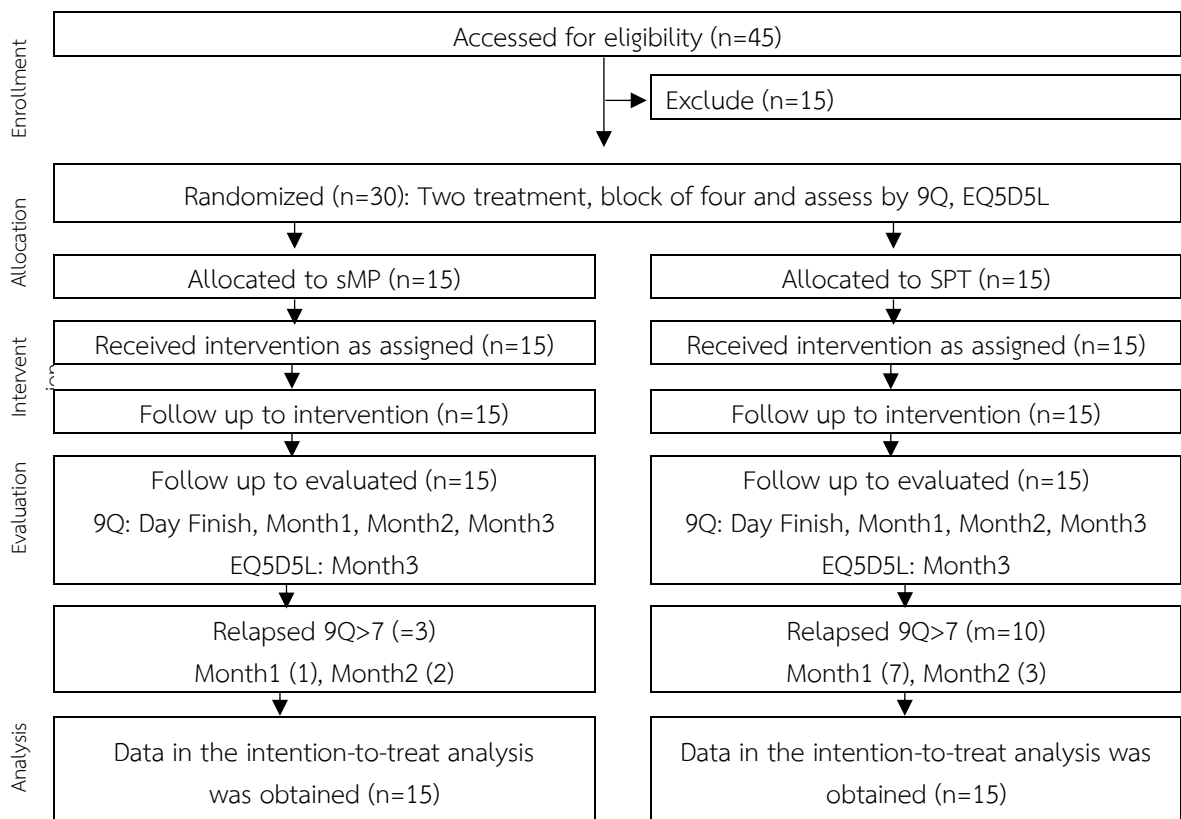
■ **ระยะที่ 1 ผลการพัฒนาโปรแกรม SMP** เป็นขั้นตอนที่ 1-5 คือ **ขั้นตอนที่ 1** ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่จะนำมาพัฒนาต้นแบบ คือ 1) องค์กรความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย ปัจจัยที่ทำให้มีอาการโรคซึมเศร้า ได้แก่ ครอบครัว : ปัญหาในครอบครัว ถูกคาดหวัง พ่อแม่ป่วย ปมในวัยเด็ก : มีปัญหาการเข้าสังคม ไม่มีเพื่อน เก็บตัว เรียนไม่ทัน อยู่ในกรอบที่พ่อแม่กำหนดไว้ รายได้ : ตกงาน สัมพันธภาพและสังคม : ไม่ได้รับการยอมรับ ผิดหวังเรื่องเพื่อน คนที่รัก สภาพร่างกายและจิตใจ : มีโรคทางกาย ไม่มีค่า เครียด คิดมากทุกปัญหาหาทางออกไม่ได้ 2) สัญญาณเตือนและอาการกลับเป็นซ้ำ เป็นอาการเตือนให้รู้ตัวก่อน ได้แก่ รู้สึกดิ่ง เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่อยากทำอะไร อยากร้องไห้ตลอด อยากอยู่คนเดียว อยากหนี นอนหลับยาก อยากหลับไม่อยากตื่น ไม่อยากกินอาหาร ไม่มีสมาธิ พุดซ่า ทำอะไรซ้ำ แยกไม่ออกว่าต้องทำอะไรก่อน เครียดตลอดเวลา หงุดหงิดง่าย คิดวุ่นวาย เบื่อ หยุดคิดไม่ได้ คิดว่าตนเองไม่มีค่า อยากทำร้ายตัวเองตลอดเวลา อยากตาย และอับจนหนทาง ระดับความรุนแรงที่ต้องมาพบแพทย์ 3) การจัดการตนเองที่ทำให้อาการดีขึ้น สก๊ตตัวเองไม่ให้คิดมาก ผ่อนคลาย การจัดการความเครียด เอาตัวเองออกจากปัญหา หลีกเลี่ยงการปะทะกับตัวปัญหา การลดความคิดด้านลบ พุดคุยกับคนที่เรารู้สึกดีแล้วสบายใจ การออกกำลังกาย การกินยาครบสม่ำเสมอ ทำให้ตัวเองไม่ว่าง ทำสิ่งที่ชอบไม่เดือดร้อนใคร การมีส่วนร่วมในการรักษาและครอบครัวให้มีความสำคัญ 4) การจัดการกับปัญหา เลือกปัญหาที่แก้ได้ก่อน ทั้งในด้านแยะและด้านดี 5) การขอความช่วยเหลือ ต้องเป็นคนที่ต้องการให้ช่วยเหลือมากที่สุด แม่ เพื่อน ลูก ส่วนการช่วยเหลือจากชุมชน/สังคม ขอเป็นคนให้กำลังใจ ไม่แปลกประหลาด โดยมีการเข้าถึงที่รวดเร็วคือ มีหมายเลขโทรศัพท์ คลินิกจิตเวช การแนะนำ รพ.ใกล้บ้าน/หมออนามัย 6) การจัดการเมื่ออาการกลับเป็นซ้ำ คือ การขอความช่วยเหลือคนที่ช่วยเราได้ ขอให้พ่อแม่มากอด การติดต่อทาง web/internet เพื่อขอความช่วยเหลือได้ 7) การตั้งเป้าหมายชีวิต มีการวางแผนชีวิตที่ดีโดยการใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมา ขอความคิดเห็นของครอบครัว ทำงานที่ตัวเองชอบ การทำดีอยากให้ครอบครัวได้สิ่งที่ดี มีเป้าหมายให้เดินไปข้างหน้า 8) การสร้างความมีคุณค่าแก่ตัวเอง มั่นใจว่าทุกอย่างจะดีขึ้นได้เอง ให้กำลังใจตัวเอง ทำใจให้เข้มแข็ง ช่วยเหลือชุมชนในงานที่เราทำได้ และบันทึกความภาคภูมิใจ **ขั้นตอนที่ 2** ประชุมวางแผน และกำหนดต้นแบบของโปรแกรม SMP โดยนำผลจากการทำ need analysis และทบทวนวรรณกรรมมาเป็นข้อมูลในการร่างต้นแบบ **ขั้นตอนที่ 3** จัดทำร่างต้นแบบเบื้องต้น ได้ร่างต้นแบบโปรแกรมที่ประกอบด้วย การวางแผน กำหนดเป้าหมาย การวัดระดับพลังใจด้วยการถามตัวเองถึงอาการซึมเศร้า 9 ข้อ ถ้าข้อที่เลือกตรงความรุนแรงมาก และความถี่เกือบทุกวัน (มากกว่า 10 วัน) ต้องขอความช่วยเหลือ การทำความรู้จักกับอาการซึมเศร้า การเฝ้าระวังสัญญาณเตือนใจ การแก้ไขปัญหา การปรับความคิดและพฤติกรรม ความรู้เกี่ยวกับยาต้านเศร้า การป้องกันการฆ่าตัวตาย การหาคุณค่าให้ตนเองดีขึ้น การเฝ้าระวังการกำเริบและการป้องกัน การสร้างความภาคภูมิใจในการดูแลใจตนเอง **ขั้นตอนที่ 4** ผลการทดสอบเบื้องต้นพบว่า มีความแตกต่างของคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยก่อนการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า Mean = 18.37 (S.D. = 8.41) มีค่ามัธยฐานของคะแนนซึมเศร้าก่อนการทดลองมีค่าเท่ากับ 17 และมีค่าต่ำสุดสูงสุดคือ 8-37 ส่วนหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า Mean = 3.63 (S.D. = 2.94) มีค่ามัธยฐานของคะแนนซึมเศร้าเท่ากับ 3 และมีค่าต่ำสุดสูงสุดคือ 0-10 แสดงถึงโปรแกรม SMP สามารถลดอาการซึมเศร้าได้ และได้ตั้งชื่อว่า **“โปรแกรมดูแลใจตัวเอง”**

ขั้นตอนที่ 5 ปรับปรุงเบื้องต้น ปรับปรุงร่างต้นแบบหลังการทดสอบเบื้องต้น ได้ต้นแบบเพื่อนำไปทดสอบประสิทธิผล ดังภาพที่ 2

องค์ประกอบ 3 ส่วน คือ 1) สนับสนุนการดูแลใจตนเอง 2) การดูแลใจตนเอง 3) การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย
ขั้นตอนการบำบัด เป็นการบำบัดด้วยพยาบาลจิตเวช ทำการบำบัด 2-3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 30-90 นาที และจัดการ
ตนเองขณะอยู่กับครอบครัว ชุมชน มี 3 ส่วน คือ

1. **การสนับสนุนการดูแลใจตนเอง** บำบัดด้วยพยาบาลจิตเวช มี 3 กิจกรรม คือ 1) ทำความเข้าใจเรื่องโรคซึมเศร้า
2) ตั้งเป้าหมายการดูแลตนเอง 3) จัดการกับอาการซึมเศร้า ความเครียด ปัญหา และความคิดลบ
2. **การดูแลใจตนเอง** การจัดการด้วยตนเองขณะอยู่ในโรงพยาบาล และออกจากโรงพยาบาล มี 4 กิจกรรมคือ 1) สังเกต
สัญญาณเตือนอาการซึมเศร้าและการกำเริบซ้ำ 2) วัดพลังใจจากอาการโรคซึมเศร้าด้วย 9Q 3) รับมือกับอาการ
ซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 4) ขอความช่วยเหลือ
3. **การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย** การจัดการด้วยตนเองขณะอยู่กับครอบครัว ชุมชน มี 3 กิจกรรมคือ 1) ปรับตัว
ผสมผสานการใช้ชีวิตภายใต้ความเจ็บป่วย 2) ติดตามการจัดการตนเอง 3) บันทึกความสำเร็จในการดูแลใจด้วยตนเอง

ภาพที่ 2 โปรแกรมดูแลใจตัวเอง



ภาพที่ 3 Consort diagram showing progress of participants through the trial

■ **ระยะที่ 2 ทดสอบประสิทธิผล** เป็นขั้นตอนที่ 6-9 คือ **ขั้นตอนที่ 6** การทดสอบวงกว้าง ผู้วิจัยได้นำแนวทาง CONSORT Statement มาสรุปการดำเนินการวิจัย (ภาพที่ 3) ทั้งสองกลุ่มไม่มี Drop out หลังการทดลองพบว่า กลุ่ม sMP และกลุ่ม PST ข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่ใกล้เคียงกันคือ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.33, 86.67) ภูมิลำเนาจังหวัดอุบลราชธานี (ร้อยละ 66.67, 73.33) เชื้อชาติไทย (ร้อยละ 100, 100) สถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 46.67, 66.67) มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 33.33, 66.67) อาชีพแม่บ้าน (ร้อยละ 33.33, 66.67) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 73.33, 73.33) อาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (ร้อยละ 86.67, 93.33) คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าเท่ากับ 44.07 (S.D. = 19.91; p< 0.001) และ 44.13 (S.D.= 20.56; p< 0.001) ตามลำดับ ข้อมูลทั่วไปที่ไม่ใกล้เคียงกันคือ กลุ่ม sMP มีอายุอยู่ในช่วง 36-59 ปี

(ร้อยละ 46.67) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 33.33) แต่กลุ่ม SPT มีอายุอยู่ในช่วง ≤ 20 ปี (ร้อยละ 53.33) การศึกษาระดับมัธยมปลาย (ร้อยละ 33.33) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม sMP และกลุ่ม SPT ด้วยสถิติ Fisher's Exact test ในข้อมูลทั่วไป และระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ก่อนทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนทดลอง (baseline 9Q score) โดยใช้สถิติที่ (Wilcoxon Signed Rank Test) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ได้รับ sMP และ SPT โดยการเปรียบเทียบสัดส่วนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม sMP และกลุ่ม SPT ใช้สถิติ Fisher's Exact test

ข้อมูลทั่วไป	sMP (n= 15)		SPT (n= 15)		p-value
	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	
เพศ : ชาย/หญิง	1/14	6.67/93.33	2/13	13.33/86.67	0.86
อายุ (ปี)					0.22
≤ 20	4	26.67	8	53.33	
21-35	3	20.00	4	26.67	
36-59	7	46.67	3	20.00	
≥ 60	1	6.67	-	-	
Min = 15 Max = 62 Mean (S.D.) = 38.40 (17.07)			Min = 15 Max = 55 Mean (S.D.) = 26.60 (13.45)		
ภูมิลำเนา					0.07
อุบลราชธานี	11	73.33	10	66.67	
อำนาจเจริญ	-	-	2	13.33	
ศรีสะเกษ	3	20.00	1	6.67	
ยโสธร	1	6.67	2	13.33	
เชื้อชาติ:ไทย	15	100	15	100	-
สถานภาพสมรส					0.48
โสด	7	46.67	10	66.67	
อยู่ด้วยกัน	6	40.00	5	33.33	
หย่า	1	6.67	-	-	
หม้าย	1	6.67	-	-	
ระดับการศึกษา					0.91
ไม่ได้เรียน	-	-	1	6.67	
ประถม	2	20.00	3	20.00	
มัธยมต้น	1	6.67	3	20.00	
มัธยมปลาย	2	13.33	5	33.33	
อนุปริญญา,ปวช.ปวส.	4	26.67	1	6.67	
ปริญญาตรี	5	33.33	2	13.33	
รายได้ต่อเดือน (บาท)					0.19
น้อยกว่า 5,000	5	33.33	10	66.67	
5,000 - 10,000	2	13.33	4	26.67	
10,001 - 20,000	5	33.33	1	6.67	
20001 - 40000	2	13.33	-	-	
40001 - 60000	1	6.67	-	-	

ข้อมูลทั่วไป	sMP (n= 15)		SPT (n= 15)		p-value
	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ	
อาชีพ					0.45
รับจ้าง	5	33.33	1	6.67	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	13.33	-	-	
ค้าขาย	2	13.33	1	6.67	
เกษตรกร	1	6.67	3	20.00	
โรคประจำตัว					0.73
ไม่มี	11	73.33	11	73.33	
มี	4	26.67	4	26.67	
ระดับความรุนแรงอาการ	0.86				
ซึมเศร้าก่อนทดลอง					
มีระดับปานกลาง	2	13.33	1	6.67	
มีระดับรุนแรง	13	86.67	14	93.33	
Baseline 9Q score	Median=39	IQR= 37	Median=49	IQR =38	0.98

*p<0.05; **p <0.01; ***p<0.001

การลดอาการซึมเศร้าหลังการทดลอง พบว่า กลุ่ม sMP คะแนน 9Q ลดลงจาก baseline $\geq 50\%$ (ร้อยละ 93.33) มากกว่ากลุ่ม SPT (ร้อยละ 86.67) โดยกลุ่ม sMP มีสัดส่วนลดลงจาก baseline ≥ 50 มากกว่ากลุ่ม SPT เป็น 0.5 เท่า (RR=0.5; 95%CI=0.05-4.94) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าลดลงจาก baseline $\geq 50\%$ ระหว่างกลุ่ม sMP และกลุ่ม SPT หลังจากการบำบัด ใช้ intention to treat analysis

ตัวแปร	sMP (n=15)		SPT (n=15)		RR	95% CI	p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
คะแนน 9Q ลดลงจาก baseline $\geq 50\%$ หลังการบำบัด					0.50	0.05-4.94	0.55
- ใช่	14	93.33	13	86.67			
- ไม่ใช่	1	6.67	2	13.33			

*p<0.05, RR: Risk Ratio

ประสิทธิผลต่อการหายทุเลา พบว่า กลุ่ม sMP หลังสิ้นสุดการทดลอง ระยะติดตาม 1, 2 และ 3 เดือน มีอัตราการหายเท่ากับร้อยละ 93.33, 60.00 ,60.00 และ 93.33 ตามลำดับ ส่วนกลุ่ม SPT มีอัตราการหายเท่ากับร้อยละ 73.33, 53.33 , 40.00 และ 80.00 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่ม sMP มีสัดส่วนการหายมากกว่ากลุ่ม SPT หลังสิ้นสุดการบำบัด เป็น 0.09 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< 0.05$) และ 0.89 เท่า, 0.67 เท่า, 0.33 เท่า ตามลำดับ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p> 0.05$) (ตารางที่ 3) และโอกาสที่กลุ่ม sMP จะกลับเป็นซ้ำน้อยกว่ากลุ่ม SPT ในทุกระยะการติดตาม 1, 2 และ 3 เดือน โดยกลุ่ม sMP มีสัดส่วนน้อยกว่ากลุ่ม SPT เป็น 1.12 เท่า, 1.50 เท่า, 1.16 เท่า ตามลำดับอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p> 0.05$) (ตารางที่ 4) ส่วนประสิทธิผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี พบว่า กลุ่ม sMP มีคะแนนคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมที่เพิ่มขึ้นจากก่อนและระยะติดตาม 3 เดือน มากกว่ากลุ่ม SPT โดยกลุ่ม sMP มี ค่ามัธยฐาน (Median) คะแนนของ EQ5D5L ที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.19 ($Z = -3.38$) กลุ่ม SPT เท่ากับ 0.08 ($Z = -2.87$) ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพโดยรวมของ VAS กลุ่ม sMP เท่ากับ 31.40 กลุ่ม SPT เท่ากับ 17.33 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5 และ 6)

ตารางที่ 3 แสดงการหายจากอาการซึมเศร้าเมื่อหลังสิ้นสุดการบำบัด ระยะติดตาม 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน ของกลุ่ม sPM และกลุ่ม SPT ที่ประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q<7 ใช้ intention to treat analysis

การหายของอาการซึมเศร้า (Remission)	กลุ่ม sPM (n=15) (%)	กลุ่ม SPT n=15 (%)	RR (95% CI)	p-value
หลังสิ้นสุดการบำบัด	14 (93.33)	11 (73.33)	0.09 (0.01-0.61)	0.01*
ติดตาม 1 เดือน	9 (60.00)	8 (53.33)	0.89 (0.45-1.75)	0.73
ติดตาม 2 เดือน	9 (60.00)	6 (40.00)	0.67 (0.32-1.40)	0.28
ติดตาม 3 เดือน	14 (93.33)	12 (80.00)	0.33 (0.04-2.85)	0.31

*p<0.05, RR: Risk Ratio; การหาย = คะแนน 9Q< 7; sMP= self-management programs; SPT = Supportive Psychotherapy; M1 = 1month; M2 = 2month; M3 = 3month

ตารางที่ 4 แสดงการกลับเป็นซ้ำหลังการทดลองของกลุ่ม sMP และ SPT ประเมินด้วย 9Q>7 ในระยะติดตาม 1, 2 และ 3 เดือน โดยใช้ intention to treat analysis

คะแนน 9Q>7	sMP (n=15)		SPT (n=15)		RR (95% CI)	p-value*
	N	%	N	%		
At M1	6	40.0	7	46.6	1.12 (0.60-2.11)	0.71
At M2	6	40.0	9	60.0	1.50 (0.71-3.16)	0.28
At M3	1	6.7	3	20.0	1.16 (0.88-1.55)	0.29

*p<0.05, RR: Risk Ratio; กลับเป็นซ้ำ = คะแนน 9Q< 7; กลับเป็นซ้ำ = คะแนน 9Q>7 ขึ้นไป; sMP=self-management programs; SPT = Supportive Psychotherapy; M1 = 1month; M2 = 2month; M3 = 3month; p<0.05

ตารางที่ 5 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นจากก่อนและระยะติดตาม 3 เดือน ระหว่าง กลุ่ม sMP และกลุ่ม SPT ประเมินด้วย EQ-5D-5L โดยใช้ intention to treat analysis ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

คุณภาพชีวิต	ค่ามัธยฐาน (Median) คะแนนคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น	Z	p-value
กลุ่ม sMP (n=15)	0.19	-3.38	<0.001**
กลุ่ม SPT (n=15)	0.08	-2.87	0.004*

*p<0.05; **p<0.001

ตารางที่ 6 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพโดยรวมที่เพิ่มขึ้นจากก่อนและระยะติดตาม 3 เดือน ในกลุ่ม sMP และกลุ่ม SPT จากการประเมินด้วยแบบประเมิน VAS โดยใช้ intention to treat analysis

	ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพโดยรวม ที่เพิ่มขึ้น	S.D.	T	p-value
กลุ่ม sMP (n=15)	31.40	20.39	5.96	<.001**
กลุ่ม SPT (n=15)	17.33	22.50	2.98	0.01*

*p<0.05; **p<0.001

ขั้นตอนที่ 7 สรุปและปรับปรุงครั้งสุดท้าย มีการปรับปรุงครั้งสุดท้ายคือ ปรับชื่อเป็น “โปรแกรมดูแลใจตนเอง” ในระยะแรกเป็นการบำบัดด้วยพยาบาลจิตเวช บำบัด 2-3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที ต่อจากนั้นผู้ป่วยมีการจัดการตนเองตามโปรแกรมก่อนออกจากโรงพยาบาล องค์กรประกอบยังคงมี 3 ส่วน ได้แก่ 1) การสนับสนุนการดูแลใจตนเอง 2) การดูแลใจตนเอง 3) การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย มีการจัดเรียง

กิจกรรมให้สอดคล้องกับขั้นตอนของการบำบัด โดยการทำความรู้จักกับโรคซึมเศร้าก่อนการประเมินอาการ เพิ่มการจัดการความคิดอยากทำร้ายตนเองที่ควบคุมตัวเองไม่ได้ **ขั้นตอนที่ 8** สรุปผลและนำไปใช้ถ่ายทอด มีการนำโปรแกรม sMP ไปใช้ในระบบบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ **ขั้นตอนที่ 9** ติดตามและปรับปรุงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม sMP ควบคุมกับยาต้านเศร้า มีอัตราการหายตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และวางแผนจัดทำหลักสูตรในการอบรมสำหรับพยาบาลจิตเวชที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ 2566

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมีมุมมองในการจัดการด้วยตนเองที่มีประโยชน์ ขอรับโปรแกรม sMP ไปให้กับเพื่อนที่มีอาการซึมเศร้าแต่ยังไม่มารับการรักษา มีความภาคภูมิใจในตัวเองที่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่เป็นภาระหรือสร้างความลำบากใจแก่ครอบครัว มีการตรวจสอบสัญญาณอาการกลับเป็นซ้ำอย่างสม่ำเสมอ มีวิธีการแก้ไขปัญหาและเผชิญกับปัญหา เปลี่ยนความคิดด้านลบให้เป็นบวก และแก้ไขปัญหาย่างสร้างสรรค์ ดังตัวอย่างคำพูดของกลุ่มตัวอย่างว่า “เวลาทะเลาะกับคนในบ้าน จะคิดอยากตาย เพราะหาทางออกไม่ได้ แต่พอนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับชีวิตเรามากขึ้น หายคิด หายอยากตาย ทำให้ชีวิตกลับมาเป็นปกติ และได้บันทึกเรื่องราวชีวิตที่ผ่านมาได้ในสมุดนี้” ..ID01 (34 ปี) “สิ่งนี้ต้องการเลย เป็นที่พึ่งในการดูแลตนเองก่อนที่จะไปขอความช่วยเหลือคนอื่น” ..ID03 (23 ปี) “เมื่อนำมาใช้ได้รู้ว่า ต้องพูดคุยกับครอบครัว มีสัญญาณเตือนให้ดูแลตนเองก่อนไปให้คนอื่นช่วยเหลือ” ..ID05 (38 ปี) “เมื่อก่อนเวลาเศร้า นั่งสั่นในใจทั้งตัวเหงื่อแตก แล้วไม่อยากทำอะไร พอมีสมุดนี้ไม่คิดมาก ไม่คิดเรื่อยเปื่อย มีอาการเตือน ได้นำมาช่วยตัวเองก่อนเป็นมาก และทำให้ดีขึ้น” ..ID13 (55 ปี)

การอภิปรายผล

ผลการพัฒนาโปรแกรม sMP ได้โปรแกรมการบำบัดรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการระดับเล็กน้อยขึ้นไปรับไว้รักษาในโรงพยาบาล มี 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การสนับสนุนการดูแลใจตนเอง เป็นส่วนที่เริ่มต้นด้วยพยาบาลจิตเวชทำการบำบัดเป็นสนับสนุนเสริมสร้างให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองด้วยการมีความรู้ความเข้าใจกับโรคซึมเศร้า การตั้งเป้าหมายการดูแลตนเองให้มีความเป็นอยู่ที่ดีทางกายภาพ การแก้ปัญหาและการตัดสินใจ การจัดการยา การฝึกทักษะการจัดการกับอาการซึมเศร้า ความเครียด การแก้ไขปัญหามาตรฐานการจัดการความคิดด้านลบหรือปัจจัยที่กระตุ้นอาการซึมเศร้า ส่วนที่ 2 การดูแลใจตนเอง เป็นการจัดการตนเองก่อนออกจากโรงพยาบาล และเตรียมพร้อมออกจากโรงพยาบาล มีการฝึกวัดพลังใจของตนเองด้วย 9Q วัดสัญญาณเตือนอาการซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ถ้าวัดพลังใจ หรือมีอาการซึมเศร้า หรือมีความคิดอยากตาย จะทำการค้นหาสาเหตุแล้วจัดการกับสาเหตุของอาการซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่ให้รุนแรงมากขึ้น แล้ววัดระดับพลังใจหลังจากดูแลใจตนเอง ถ้าหากไม่สามารถจัดการได้จะปฏิบัติตามแนวทางการขอความช่วยเหลือ ส่วนที่ 3 การใช้ชีวิตกับสภาวะการเจ็บป่วย เป็นการจัดการด้วยตนเองหลังออกจากโรงพยาบาลด้วยการปรับตัวผสมผสานการใช้ชีวิตภายใต้ความเจ็บป่วย เผื่อระวัง ตรวจสอบอาการ และติดตามการดูแลใจตนเอง เมื่อทำสำเร็จจะบันทึกไว้เพื่อเสริมคุณค่าแก่ใจตนเอง โปรแกรมนี้มีความสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Orem²³ และ McGowan²⁴ ที่เป็นการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการตั้งเป้าหมายการดูแลตนเอง การประเมินภาวะเจ็บป่วยและความสามารถของตนเอง การพัฒนาตนเองเพื่อจัดการกับปัญหาสุขภาพ สอดคล้องกับโปรแกรมลดอาการซึมเศร้าและป้องกันกลับเป็นซ้ำของ Duggal HS¹⁷ ที่เป็นการให้พลังอำนาจแก่ผู้ที่มีอาการซึมเศร้า ที่ไม่ใช่แค่การสนับสนุนให้รับผิดชอบในการฟื้นฟูตนเองเท่านั้น แต่ยังให้เครดิตกับการจัดการเสริมสร้างคุณค่าแก่ตนเอง โดยกิจกรรมการจัดการตนเองด้วยความคิดเชิงบวก สอดคล้องกับโปรแกรมการจัดการของ Biesheuvel-Leliefeld และคณะ¹⁸ ที่เน้นการสร้างความสุขตามหลักจิตวิทยาเชิงบวก ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรียนรู้ที่จะรู้จักกับรูปแบบความคิดทางลบของตนจัดการด้วยความคิดบวก จะส่งผลทำให้สมองหลั่งสารสื่อประสาท dopamine เพิ่มขึ้น ทำให้คนเกิดอารมณ์

ทางบวก อาการซึมเศร้าลดลงจนหายทุเลา และไม่กลับเป็นซ้ำ รวมทั้งกิจกรรมในโปรแกรม sMP นี้ยังคงประกอบคล้ายคลึงกับการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Janie Houle และคณะ²¹ ที่มีผลต่อการลดอาการซึมเศร้า ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า รักษาอย่างต่อเนื่อง มีการจัดการกับปัญหา ตั้งเป้าหมายสุขภาพ และสื่อสารกับทีมดูแลสุขภาพ

สำหรับประสิทธิผลของโปรแกรม sMP ต่อการหายทุเลา และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ทำให้กลุ่ม sMP มีอาการซึมเศร้าลดลงจาก Baseline $\geq 50\%$ ถึงร้อยละ 93.33 หลังสิ้นสุดการทดลอง และติดตามในเดือนที่ 1, 2 และ 3 อาการซึมเศร้าลดลงร้อยละ 80.0, 60.0, 60.0 และ 93.3 ตามลำดับ ซึ่งลดลงมากกว่ากลุ่ม SPT ในหลังสิ้นสุดการทดลอง และในทุกระยะเวลาการติดตามทั้ง 3 เดือน คือ ร้อยละ 73.33, 53.33, 40.00 และ 80.00 ตามลำดับ ส่วนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ sMP มีอัตราการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่ากลุ่ม SPT ในระยะติดตาม 1, 2 และ 3 เดือน เป็น 1.12 เท่า, 1.50 เท่า, 1.16 เท่า ตามลำดับ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ตามลำดับ ซึ่งอาจเกิดจากสถานการณ์ของผู้ป่วยที่แตกต่างส่งผลต่ออาการซึมเศร้าที่งานวิจัยไม่สามารถควบคุมได้เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้แก่ ภาวะเครียดจากความกดดันในครอบครัว การใช้สารเสพติด การติดเกมส์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่ออาการซึมเศร้า³⁰ อย่างไรก็ตามโปรแกรม sMP สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำยาวนานถึง 3 เดือน นั้นหมายถึง โปรแกรมนี้มีการตั้งเป้าหมายการดูแลใจตนให้หายยาวนาน การวัดพลังใจที่มีอยู่ในขณะนั้นทำให้เข้าใจและรู้ทันกับอาการซึมเศร้า แล้วเลือกจัดการกับอาการซึมเศร้าเมื่อมีสัญญาณเตือนด้วยการแก้ปัญหาที่มากระทบได้สำเร็จ การจัดการกับความเครียด ลดความคิดลบต่อปัจจัยกระตุ้นด้วยการปรับความคิดทำให้อาการซึมเศร้าลดลงไม่มีการกำเริบซ้ำ สอดคล้องกับโปรแกรมการจัดการของ Biesheuvel-Leliefeld และคณะ¹⁸ ที่สามารถลดอาการซึมเศร้า จนหายทุเลาได้ และอยู่ได้นานกว่า 12 เดือน (Mean difference = -2.18, 95% CI -3.09 to -1.27) ซึ่งยาวนานกว่าโปรแกรม sMP เนื่องจากงานวิจัยนี้มีการวัดผลลัพธ์ที่ Incidence rate ratio ภายในระยะเวลา 12 เดือน ทั้งนี้ผลการตอบสนองจากการบำบัดเปรียบกับ Baseline เกิดจากโปรแกรมของด้วย CBT ของธรรณิทร์ กองสุข และคณะ¹³ ที่ทำให้อาการหายทุเลาร้อยละ 94.44 (RR=1.21, 95%CI=0.926-1.593) และการบำบัดด้วย PST ของพันธ์ทิพย์ โกศลวัฒน์ และคณะ¹⁵ ที่ทำให้การหายทุเลา หลังการบำบัด 3 เดือน ร้อยละ 94.12 แต่มีประเด็นที่น่าสนใจคือ กลุ่ม sMP ต้องกลับมารักษาซ้ำ จำนวน 3 คน น้อยกว่ากลุ่ม SPT มีกลับมารักษาซ้ำถึง จำนวน 10 คน เมื่อสอบถามสาเหตุส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกินกว่าผู้ป่วยจะสามารถจัดการได้ คือ ความกดดันในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจที่ไม่สามารถหาทางแก้ไขปัญหาได้ จำเป็นต้องมีการศึกษาในอนาคต เพื่อเสริมสร้างประสิทธิผลของโปรแกรม sMP โดยพิจารณาจากกลไกทางตรงและทางอ้อมของปัญหาดังกล่าว

ส่วนประสิทธิผลต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่ม sMP มีคะแนนคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมที่เพิ่มขึ้นจากก่อนและระยะติดตาม 3 เดือน มากกว่ากลุ่ม SPT โดยกลุ่ม sMP ที่ประเมินด้วย EQ-5D-5L ที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.19 ($Z = -3.38$) กลุ่ม SPT เท่ากับ 0.08 ($Z = -2.87$) ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะสุขภาพโดยรวมของ VAS กลุ่ม sMP เท่ากับ 31.40 กลุ่ม SPT เท่ากับ 17.33 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั้นหมายถึง โปรแกรม sMP ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถปรับตัวผสมผสานการใช้ชีวิตภายใต้การป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ มีเหตุผลที่ทำให้ชีวิตดีขึ้น ไม่เครียด หรือครุ่นคิดเกี่ยวกับปัญหาและความล้มเหลวในอดีต ช่วยให้ไตร่ตรองความสำเร็จ ติดตามความก้าวหน้าการดูแลใจตนเอง ทบทวน และมีการบันทึกความรู้ ทักษะ ความภาคภูมิใจที่ข้ามผ่านปัญหา มาได้ ส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น ทั้งนี้สอดคล้องกับโปรแกรมของ Biesheuvel-Leliefeld และคณะ¹⁸ ที่ทำให้การดูแลตนเอง การกิจกรรมประจำวัน ลดความวิตกกังวล/ซึมเศร้า ทำให้เพิ่มคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น (MD= 0.04; 95% CI 0.004-0.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่า โปรแกรม sMP ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการจัดการตนเองในขณะที่อยู่โรงพยาบาล ครอบครัว และชุมชนที่มีผลต่อการหายทุเลา สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้นาน 3 เดือน มีคุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพโดยรวมที่ดีเพิ่มขึ้น ซึ่งการพัฒนาโปรแกรม sMP มีจุดแข็งคือ 1) โปรแกรมพัฒนาจากบริบทของผู้ป่วย เมื่อมีอาการที่เป็นอาการของตนเองจะสามารถจัดการได้ทันทั่วทั้งที่ 2) การวัดผลลัพธ์ของโปรแกรม

ที่อาการซึมเศร้าขึ้นอยู่กับแบบประเมิน 9Q เครื่องมือที่พัฒนาจากการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตาม DSM 5 2) การศึกษานี้มีความถูกต้องด้านจริยธรรมโดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าร่วมด้วย แต่ก็มีข้อจำกัดคือ 1) ไม่มีการป้องกันความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอาจเป็นองค์ประกอบที่มีประสิทธิภาพของการบำบัดในตัวของมันเอง 2) ไม่ได้ปรับรูปแบบของ SPT ซึ่งอาจทำให้ sMP เหนือกว่าบางส่วนได้ 3) ไม่ได้นำปัจจัยเสี่ยงจากการศึกษาอื่นมาเป็นองค์ประกอบของโปรแกรม เพราะต้องการบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในพื้นที่ การนำไปขยายผลในพื้นที่ต้องมีการปรับปรุง 4) จากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 การทดลองจะเริ่มได้เมื่อการกักตัวครบ 7 วัน จะมีผู้ป่วยบางส่วนที่มีระดับอาการลดลงจากการรักษาด้วยยาต้านเศร้า 5) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่ได้กำหนดผู้ที่ประวัติการกลับเป็นซ้ำเพราะกลุ่มที่เคยกลับเป็นซ้ำภายใน 2-3 เดือนจะมีความเสี่ยงสูงที่จะกำเริบอาจส่งผลต่อผลลัพธ์โดยรวม

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การนำผลวิจัยไปศึกษาในอนาคตควรพิจารณาการป้องกันความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างควรกำหนดระยะเวลาการกลับเป็นซ้ำ กลุ่มที่ใช้สารเสพติด ส่วนการนำไปใช้ในระบบบริการ ผู้ใช้ควรได้รับการอบรมการใช้โปรแกรมนี้ และก่อนนำไปใช้ควรมีการคัดเลือกผู้ป่วย เพราะปัจจัยด้านสังคมยังไม่สามารถควบคุมได้ จึงเป็นข้อจำกัดในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง มีอาการทางจิตร่วมด้วย ติดเกมส์ ติดสารเสพติด และปัญหาครอบครัวที่อาจจะมีผลต่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญการจัดการตนเองและโรคซึมเศร้า คือ ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล ศ.ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา รศ.ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ นายแพทย์ประภาส อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่อำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้ และอาสาสมัครผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ทำให้การวิจัยจนสำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี จนได้โปรแกรมที่ประโยชน์ในการบำบัดการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. American Psychiatric Association [APA]. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (third edition) [Internet]. 2010 [cited 2020 Oct 1]. Available from: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_7.aspx
3. Beck A, Crain A, Solberg L, Unützer J, Glasgow R, Maciosek M, et al. Severity of Depression and Magnitude of Productivity Loss. Ann Fam Med [Internet]. 2011 [cited 2020 Oct 2]; 9:305-311. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3133577/pdf/0090305.pdf>
4. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 23]; 396:1204–22. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930925-9>

5. National Clinical Practice Guideline. Depression in adults: the treatment and management. 2018 [cited 2020 Nov 25]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/gid-cgwave0725/documents/short-version-of-draft-guideline>
6. Novick D, Montgomery W, Vorstenbosch E, Moneta MV, Dueñas H, Haro, J M. Recovery in patients with major depressive disorder (MDD): results of a 6-month, multinational, observational study. Patient preference and adherence [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 30]; 11:1859–1868. Available from: <https://doi.org/10.2147/PPA.S138750>
7. Irene Romera, Víctor Perez and Inmaculada Gilaberte. Remission and functioning in major depressive disorder. *Actas Esp Psiquiatr* 2013;41:263-8.
8. ธรณินทร์ กองสุข, พศุขย นินทนาวงศา, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, สุพัตรา สุขาวห, นันทวัฒน์ โคตรเจริญ, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. การพัฒนาแบบจำลองการพยากรณ์การกลับซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้เทคนิคเหมืองข้อมูล ปี 2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nrct.go.th/ข้อมูลข่าวสาร/เอกสารเผยแพร่>
9. Gournellis R, Tournikioti K, Touloumi G, Thomadakis C, Michalopoulou PG, Michopoulos I, et al. Psychotic (delusional) depression and completed suicide: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry* [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 3];17:39. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0207-1>
10. Zhang Y, Becker T, Ma Y, Koesters M. A systematic review of Chinese randomized clinical trials of SSRI treatment of depression. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2014 [cited 2020 Nov 4]; 14:245. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/245>
11. Lia JM, Zhanga Y, Sua WJ, Liub LL, Gongga H, Penga W, et al. Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research* [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 4]; 268:243–250. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/326576557>
12. Rungreangkulkij S, Wongtakee W, Thongyot S. Buddhist Group Therapy for Diabetes Patients with Depressive Symptoms. *Archives of Psychiatric Nursing* 2011; 23:195–205.
13. ธรณินทร์ กองสุข, ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, สมบัติ สกุลพรรณ, พันธุ์ทิพย์ โกศลวัฒน์, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, และคณะ. ประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรมต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคนไทย: การวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nrms.go.th/ข้อมูลข่าวสาร/เอกสารเผยแพร่>
14. ธรณินทร์ กองสุข, ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, เซาวนี ล่องชุมผล, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, สุภาภรณ์ ทองเบญจมาศ, และคณะ. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดด้วยจิตบำบัดระดับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 26 ธ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nrms.go.th/ข้อมูลข่าวสาร/เอกสารเผยแพร่>
15. พันธุ์ทิพย์ โกศลวัฒน์, ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, สมบัติ สกุลพรรณ, ธรณินทร์ กองสุข, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, และคณะ. ประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคนไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2561;32:49-64.

16. Richard A, Shea K. Delineation of self-care and associated concepts. *J Nur Scholarship* 2011; 43:255-64.
17. Duggal HS. Self-management of depression: Beyond the medical model. *Perm J* 2019; 23:18-295.
18. Biesheuvel-Leliefeld KEM, Dijkstra-Kersten SMA, van Schaik DFJ, Van Marwijk HWJ, Smit F, Van der Horst HE, et al. Effectiveness of supported self-help in recurrent depression: A randomized controlled trial in primary care. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 4]; 86:220-30. Available from: <https://doi.org/10.1159/000472260>
19. Ludman EJ, Simon GE, Grothaus LC, Luce C, Markley DK, Schaefer J. A pilot study of telephone care management and structured disease self-management groups for chronic depression. *Psychiatr Serv* 2007; 58:1065–72.
20. Farb N, Anderson A, Ravindran A, Hawley L, Irving J, Mancuso E, et al. Prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder with either mindfulness-based cognitive therapy or cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2018; 86:200–4.
21. Houle J, Gascon-Depatie M, Bé langer-Dumontier G, Cardinal C. Depression self-management support: A systematic review. *Patient Education and Counseling* 2013; 19:271–9.
22. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์: รายงานการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปีงบประมาณ 2561-2563.
23. Orem D. *Nursing Concepts of Practice*. 5th ed. St. Louis: Mosby Yearbook; 1995.
24. McGowan P. *Self-management: A background paper*. Centre on Aging, University of Victoria; 2005.
25. ธรณินทร์ กองสุข. การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต. การอบรมวิจัยทางคลินิก การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต; วันที่ 13-14 มิถุนายน 2560; โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร. กรมสุขภาพจิต: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
26. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2552. หน้า 116.
27. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พุกษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวท, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถามฉบับปรับปรุงภาษากลาง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2561;63:321-34.
28. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 / คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พ.ศ.2542 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2544.
29. จันทนา พัฒนเกษัช, มนทร์ตม์ ถาวรเจริญทรัพย์. เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L: การทดสอบคุณสมบัติการวัดและค่าน้ำหนักอรรถประโยชน์ในประชากรไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hitap.net/>
30. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสรยุทธ วาสิกานนท์. ตำราโรคซึมเศร้า (textbook of depressive disorder).ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2558. หน้า 41-43, 101-104.