ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วรางคณา จำปาเงิน, พย.ม.*
สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี ประเภทการวิจัยแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ณ โรงพยาบาล แห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และ แบบสอบถามความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 115 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เครื่องเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 10 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ (M=1.84, SD= .43) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับต่ำ (M=1.92, SD= .44) และความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.284, p=.01) และการศึกษาเชิงคุณภาพช่วยทำให้ได้รายละเอียดเกี่ยวกับความรอบรู้โรคซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ที่สามารถเข้าถึงประสบการณ์ทัศนคติ ความเชื่อของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างละเอียดมากขึ้น ผลการศึกษาเชิงคุณภาพประกอบด้วย 2 ประเด็นหลัก ดังนี้ ประเด็นหลักที่1 ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า มีประเด็นย่อย 1) ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า 2) การรับมือกับอาการตนเอง 3) การค้นหาข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ ประเด็นหลักที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเมื่อป่วยด้วยโรคซึมเศร้า มีประเด็นย่อย 1) รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและพบแพทย์ตามนัด 2) ดูแลอารมณ์และจิตใจ 3) เสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง

การมีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้นด้วย ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยนี้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ที่สามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องและลดการกลับมาเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

---

* โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี
** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Corresponding E-mail: Supattra@snc.ac.th
(Received: March 12, 2025; Revised: June 5, 2025; Accepted: June 10, 2025)

Depression Literacy and Mental Health Self-Care Behaviors of Patients with Depression

Varangana Champangern, MN.S. *
Supattra Chansuvarn, Ph.D.**

Abstract

This study was a mixed-methods research design using an explanatory research method. The purpose of the research was to study the depression literacy and mental health self-care behavior of patients with depression at a hospital in Suphanburi Province, Thailand. In the quantitative data were a self-care behavior assessment related to mental health, and a depression literacy questionnaire. Collected from 115 depressed patients. Data were analyzed using mean, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient. In the qualitative phase data were in-depth interviews, The participant were 10 patients with depression were interviewed, and the data were analyzed using content analysis.

Findings showed that depression literacy was at a moderate level (M=1.84, *SD*= .43), and mental health self-care behaviors related to mental health were also at a moderate level (M=1.92, *SD*= .44). A significant positive correlation was found between depression literacy and mental health self-care behaviors (r= 0.284, *p*= 0.01). The qualitative study provided detailed insights into depression literacy and mental health self-care behaviors, allowing for an in-depth understanding of the participants' experiences, attitudes, and beliefs. And the qualitative study consists of 2 main issues as follows: 1. depression literacy which included: 1) Knowledge and understanding of depression 2) Coping with your own symptoms 3) Seeking information from reliable sources 2. Mental Health Self-Care Behaviors for Depression, which included: 1) Taking medication consistently and attending medical appointments 2) Managing emotions and mental well-being 3) Strengthening physical health

The study concluded that better health literacy leads to improved mental health self-care behaviors in patients with depression. The findings provide essential insights for developing mental health literacy programs to enhance self-care capabilities and reduce relapse rates among patients with depression.

Keywords: Depression Literacy Mental Health Self-Care Behaviors Patients with Depression

---

* Sam Chuk Hospital, Suphanburi Province

** Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute Ministry of Public Health

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดความสนใจในสิ่งที่เคยชอบ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือรับประทานมากขึ้น นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป สมาธิลดลง มองโลกในแง่ลบ รู้สึกหมดแรง อ่อนล้า ไม่มีคุณค่า และมีความคิดทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย (American Psychiatric Association, 2022) หรืออาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว หงุดหงิด แยกตัว ตามมาด้วยพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และใช้สารเสพติด เป็นต้น ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลตนเองที่ถูกต้อง อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ในที่สุด (World Health Organization [WHO], 2023) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี 2023 พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 280 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 3.8 ของประชากรทั้งหมด (WHO, 2023) สำหรับประเทศไทย จากรายงานของกรมสุขภาพจิต (2566) พบว่ามีผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าประมาณ 1.5 ล้านคน โรคซึมเศร้าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้ว มีความเสี่ยงสูงต่อการคิดทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ส่งผลกระทบต่อตนเองและความสัมพันธ์ในครอบครัว อาจเกิดความตึงเครียดไม่เข้าใจกัน ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้หรือทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ ทำให้สูญเสียแรงงานในการพัฒนาประเทศ

ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่ง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำเป็นต้องมีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตระหนักถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การดำเนินของโรค วิธีป้องกัน และการดูแลตนเอง ตลอดจนการขอความช่วยเหลือจากแหล่งบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม (Jorm et al., 2006; Kutcher et al., 2016) การมีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า จะนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม เช่น การจัดการอารมณ์ การจัดการความเครียด การรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Gorczynski et al., 2017) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพจิตตนเอง และมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการแสวงหาการช่วยเหลือ (Wei et al.,2015 ; Kim & Cho, 2020) ปัจจุบันพบการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ากับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากสภาพปัญหาดังกล่าว หากผู้ป่วยมีความรอบรู้ในการดูแลตนเองจากโรคซึมเศร้า จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหายได้เร็วขึ้น และลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำ ส่งผลให้ลดอัตราของผู้ป่วยที่จะกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลทั่วประเทศมีผู้ป่วยซึมเศร้าเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนมาก เช่นเดียวกับโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรี ที่รักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ในปีพ.ศ. 2566 จำนวน 1,089 คน และ พ.ศ.2567 จำนวน 1,354 คน (กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด, 2565) จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองในผู้ป่วยซึมเศร้า จึงศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยคาดหวังว่าจะสามารถนำข้อมูลพื้นฐานจากการศึกษาครั้งนี้มาใช้ในการวางแผนพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมให้เกิดความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้เพื่อป้องกันผลกระทบที่รุนแรงมากขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรืออาการกำเริบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ บูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam, 2009 เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพจิต 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และ 5) การจัดการสุขภาพของตนเอง และแนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของ Sadock, Sadock และ Ruiz (2014) ประกอบด้วย 1) การรู้จักตนเอง 2) การรับประทานยา 3) การจัดการอารมณ์และความคิด 4) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5) การทำจิตใจให้ผ่อนคลาย 6) การจัดการกับความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้และดูแลตนเองได้ถูกต้องต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method) ประเภทการวิจัยแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (Explanatory Sequential Explanatory) วิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

การวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 1,354 ราย (กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด, 2565)

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมG*Power โดย Cohen (1988) กล่าวว่า การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปรด้วยสถิติ Pearson's correlation สามารถกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.3 เป็นค่ามาตรฐานระดับปานกลางตามเกณฑ์ กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.3 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า Power เท่ากับ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 115 คน จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้คอมพิวเตอร์สุ่มหมายเลขจากเวชระเบียนแทนการหยิบฉลากเลือก 115 หมายเลขแบบไม่ซ้ำจาก 1,354 คนโดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ ผู้ป่วยที่มีอายุ 20-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ด้วยกลุ่มรหัส F32.0-F32.1 ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมตอบแบบสอบถามการวิจัยเชิงปริมาณที่มาก่อน มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษาสูงสุด ลักษณะงานหรืออาชีพ ความพอเพียงทางเศรษฐกิจ โรคประจำตัว ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพจิต จำนวน 8 ข้อ

2. แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาเพิ่มเติมจากแนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของ Sadock, Sadock และ Ruiz (2014) จำนวน 25 ข้อ ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านอารมณ์ 3) ด้านความคิด 4) ด้านสังคม 5) ด้านการเผชิญปัญหา มีลักษณะเป็น Rating scale 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ และปฏิบัติเป็นประจำ การแปลผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีพฤติกรรม (0.00 – 1.00 คะแนน) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ (1.01 – 2.00 คะแนน) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (2.01 – 3.00 คะแนน) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี (3.01 – 4.00 คะแนน) แบบประเมินฉบับนี้ มีค่าดัชนีความสอดคล้องพบว่ามีค่าเท่ากับ 0.68 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .85

3. แบบสอบถามความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาเพิ่มเติมจากแนวคิดของNutbeam (2009) ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพจิต 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และ 5) การจัดการสุขภาพของตนเอง จำนวน 25 ข้อ เป็นการถามถึงความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า มีลักษณะเป็น Rating scale 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มี น้อย ปานกลาง มาก การแปลผลคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีความรอบรู้ (0.00 – 1.00 คะแนน) มีความรอบรู้อยู่ในระดับต่ำ (1.01 – 2.00 คะแนน) มีความรอบรู้อยู่ในระดับปานกลาง (2.01 – 3.00 คะแนน) มีความรอบรู้ในระดับดี (3.01 – 4.00 คะแนน) แบบประเมินฉบับนี้ มีค่าดัชนีความสอดคล้องพบว่ามีค่าเท่ากับ 0.73 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .84

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ

แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องด้านเนื้อหา ตัวอย่างข้อคำถาม ช่วยบอกการดูแลตนเองในการรับประทานยา การจัดการกับอารมณ์เศร้า เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-20 นาทีต่อคน เมื่อตอบเสร็จตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ส่วนวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามจากการวิจัยเชิงปริมาณมาก่อน ที่มีความสามารถในการให้ข้อมูล คนละ 10-15 นาที พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเทป โดยการสัมภาษณ์ที่บริเวณในห้องกิจกรรมของคลินิก หลังสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะทำการบันทึกภาคสนามทุกครั้ง เพื่อช่วยในการสังเกตและจดบันทึกปฏิกิริยาของผู้ให้ข้อมูลขณะสัมภาษณ์ให้กับผู้วิจัย และผู้วิจัยจดข้อมูลสำคัญ เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้วิจัยสังเกตพบ การแสดงสีหน้าท่าทาง ประเด็นที่น่าสนใจ หรือบันทึกย่อในขณะที่ฟัง เพื่อป้องกันการลืม แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ด้านผ่านการพิจารณาคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข สุพรรณบุรี เลขที่ 18/2567 วันที่รับรอง 20 ธันวาคม 2566 โดยการวิจัยในครั้งนี้ยึดหลักการพิทักษ์ทางจริยธรรมในการศึกษาของสภาวิจัยแห่งชาติ และคำนึงถึงความเปราะบางของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และเมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยจึงจะเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล ซึ่งการรายงานผลการวิจัยจะถูกรา ยงานโดยภาพรวมของการศึกษาวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)

2.หาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ากับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเป็นเส้นตรง พบว่าค่าคะแนนของความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต มีลักษณะกระจายตามแนวเส้นตรงในทิศทางเดียวกัน ซึ่งข้อมูลสามารถวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

3. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาถอดเทปแบบคำต่อคำ และอ่านซ้ำหลายครั้งเพื่อทำความเข้าใจเนื้อหาอย่างลึกซึ้ง จากนั้นจึงให้รหัสข้อความโดยพิจารณาคำหรือประโยคที่มีความหมายคล้ายกันและจัดรวมเป็นกลุ่มเดียวกัน จัดกลุ่มรหัสเป็นประเด็น และสรุปเป็นหัวข้อหลักหรือธีม (Theme)

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเป็นการตรวจสอบความสอดคล้องเกี่ยวกับความเป็นจริงและการตีความของผู้วิจัย (Lincoln & Guba, 1985) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบทุกขั้นตอนของการวิจัย (Member Checking) โดยสอบถามกลับไปยังผู้ให้ข้อมูลในประเด็นเหล่านั้นว่าความคิดเห็นมีความถูกต้องกับข้อมูลเบื้องต้นหรือไม่ โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูล ได้เสนอข้อเสนอแนะ หากข้อมูลที่ได้ไม่ถูกต้องตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล และหากมีประเด็นที่ไม่เข้าใจตรงกันจะพยายามอธิบาย และปรับความเข้าใจให้ตรงกันมากที่สุด และผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จำนวน 89 คน (ร้อยละ 77.4) และเป็นเพศชาย จำนวน 26 คน (ร้อยละ 22.6) อายุอยู่ในช่วง 36-46 ปี จำนวน 36 คน (ร้อยละ 31.3) สภานภาพสมรส จำนวน 57 คน (ร้อยละ 49.6) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและปริญญาตรีจำนวนเท่ากัน จำนวน 31 คน (ร้อยละ 27) อาชีพ รับจ้าง จำนวน 37 คน (ร้อยละ 32.2) ส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 48 คน (ร้อยละ 41.7) มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 46 คน (ร้อยละ 40) เป็นโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในหลอดเลือดสูง ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพจิตจากพยาบาล จำนวน 81 คน (ร้อยละ 70.4) และจากข้อมูลข่าวสารจากออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ค จำนวน 26 คน (ร้อยละ 22.6) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (n=115)

รายการประเมิน	M	*SD*	ระดับ
ความรอบรู้เกี่ยวกับเรื่องซึมเศร้า			
ด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	1.77	.62	ต่ำ
ด้านการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	1.88	.79	ต่ำ
ด้านการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ	1.80	.56	ต่ำ
ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	2.11	.59	ปานกลาง
ด้านการจัดการสุขภาพของตนเองเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	1.94	.47	ต่ำ
ภาพรวมความรอบรู้เกี่ยวกับเรื่องซึมเศร้า	**1.84**	**.43**	**ต่ำ**
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต			
ด้านร่างกาย	2.10	.47	ปานกลาง
ด้านอารมณ์	1.61	.63	ต่ำ
ด้านความคิด	1.65	.58	ต่ำ
ด้านสังคม	2.10	.60	ปานกลาง
ด้านการเผชิญปัญหา	1.96	.78	ต่ำ
ภาพรวมพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต	**1.92**	**.44**	**ต่ำ**

ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (M=1.84, *SD*= .43) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง(M=2.11, *SD*= .59) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ (M=1.92, *SD*= .44) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกาย (M=2.10, *SD*= .47) และด้านสังคม(M=2.10, *SD*= .60) อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ากับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (n=115)

ตัวแปร	ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	1	.284**
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต		1

** $p<0.01$

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ากับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต พบว่า ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .284, p = .01) ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research)

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 10 ราย ผู้ให้ข้อมูลมีอายุระหว่าง 22-50 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ระดับการศึกษา ป.6 – ปริญญาตรี และทุกคนได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าจากพยาบาลเป็นหลัก

ตอนที่ 2 ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ประเด็น (Theme)	หมวดหมู่ (category)
ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
	การรับมือกับอาการตนเอง
	การค้นหาข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเมื่อป่วยด้วยโรคซึมเศร้า	รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและพบแพทย์ตามนัด
	ดูแลอารมณ์และจิตใจ
	เสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง

1. ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

1.1 ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า คือ การที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยรู้จักและเข้าใจตนเอง เพื่อตระหนักในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้อย่างถูกต้อง จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ดังคำพูด “เราจะกินยาตลอด พยายามไม่คิดมาก เพราะเครียด ไม่คิดถึงสิ่งที่ทำให้เครียด” “ฉันจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่คิดมากคิดวน” แต่ก็ยังมีผู้ให้ข้อมูลบางส่วนยังมีความรู้ความเข้าใจไม่ถูกต้อง ดังคำพูด “พี่กินยาบ้าง ขาดยาบ้าง ไม่มาตามนัด ไม่สบายใจ หงุดหงิด นอนไม่หลับก็กลับมาหาหมอ” “ฉันคิดไม่อยากอยู่ อยากตาย ไม่มีอะไรยึดเหนี่ยวแล้ว ไม่มีทางแก้ไขอะไรได้เลย”

1.2 การรับมือกับอาการตนเอง คือ การที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์สามารถหาสาเหตุปัจจัยที่กระตุ้นอาการ และสัญญาณเตือนกลับมาป่วยซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและฟื้นหายได้เร็วขึ้น จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการรับมือกับอาการของโรคซึมเศร้าได้ดี ดังคำพูด “อยู่ๆช่วงหนึ่งกลับมานอนไม่ค่อยหลับ ทั้งๆที่ไม่ได้ปัญหาอะไร จึงต้องบอกตัวเองให้เลิกคิดมาก” “รู้นะถ้าเราไม่ทะเลาะกับลูกชาย เราก็จะไม่มีปัญหาอาการป้าก็จะดีขึ้น” แต่ก็ยังมีผู้ให้ข้อมูลบางส่วนยังไม่สามารถรับมือกับอาการของโรคซึมเศร้าได้ ดังคำพูด “พี่จัดทานยาเองต่อเนื่อง แต่ก็มีลืมกินยาบ่อยเหมือนกัน” “เราไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า ทำงานแล้วเครียด รู้สึกเหมือนทุกอย่างมาปะดัง ควบคุมตัวเองไม่ได้”

1.3 การค้นหาข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ จากการสัมภาษณ์ พบว่าส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าจากพยาบาลที่คลินิคจิตเวชและยาเสพติด ดังคำบอกเล่าที่ว่า “ดูไปมีเด้งขึ้นมาในหน้า TikTok เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แต่ส่วนใหญ่ไม่ค่อยค้นหาจาก internet ส่วนใหญ่ได้ความรู้โรคซึมเศร้าจากพยาบาลเป็นส่วนใหญ่” ส่วนการเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าจาก Websiteของหน่วยงานต่างๆทางสุขภาพจิต ยังมีการเข้าถึงจากแหล่งข้อมูล

Websiteของหน่วยงานทางสุขภาพจิตได้น้อย และยังไม่ค่อยตรวจสอบว่าข้อมูลมาจากองค์กรหรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตจริง ดังคำบอกเล่าที่ว่า “ค้นหาข้อมูลจากinternetและไม่มั่นใจว่าน่าเชื่อถือไหม เหมือนเป็นบทความมีคนที่เป็นซึมเศร้ามาแชร์ให้ฟังใน website ต่าง ๆ นะ”

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเมื่อป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

2.1 รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและพบแพทย์ตามนัด ยาจะช่วยปรับสมดุลสารเคมีในสมอง และหากหยุดยาเองไม่มาพบแพทย์ตามนัด อาจทำให้อาการของโรคแย่ลงได้ จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับประทานยาต่อเนื่องและมาพบแพทย์ตามนัด ดังคำพูด “กินยาตลอด หาหมอตลอด ถ้าไม่กินยาจะเริ่มคิดวนแหละ” “กินยาหาหมอไม่ขาดนัด พยายามไม่คิดมากด้วย” แต่ก็ยังมีผู้ให้ข้อมูลบางส่วนกินยาบ้างไม่กินยาบ้างและไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ดังคำพูด “ตอนแรกๆ ก็ทานยา นอนหลับดีแล้ว แต่พอนอนไม่หลับก็มาหาหมออีก” “ทานยาเองต่อเนื่องนะ แต่บางทีมีลืมกินยาบ้าง”

2.2 ดูแลอารมณ์และจิตใจ คือ การหากิจกรรมที่ผ่อนคลายอารมณ์ หาคนที่ไว้ใจใจพูดคุยระบายความรู้สึก ปรับความคิดและมุมมองจะช่วยในการแก้ปัญหาได้ดีขึ้น จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่สามารถดูแลอารมณ์และจิตใจได้ดี ดังคำพูด “มีเพื่อนบ้านคุย ได้ระบายลืม ๆ และมีหมาตัวแมวตัวที่มันรักเรานอนด้วยกันตลอดก็รู้สึกดีขึ้น” “มีพี่สาวเป็นที่ปรึกษา ชอบปลูกต้นไม้ พาหมาไปเดินเล่น บางครั้งได้อยู่กับหมาแมวก็รู้สึกอุ่นใจ” แต่ก็ยังมีผู้ให้ข้อมูลบางส่วนยัง ไม่สามารถดูแลอารมณ์และจิตใจของตนเองได้ ดังคำพูด “อยากจะอยู่เงียบ ไม่อยากคุยกับใคร ดูมือถือเพื่อให้มีเสียงผ่านๆไป แต่ใจไปที่อื่นคิดวนกับความคิดของตนเอง ” “ทำอะไรนิดหนึ่งก็หงุดหงิด ใช้วิธีการอยู่คนเดียว เล่นมือถือผ่าน ๆ ไม่มีสมาธิ”

2.3 เสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง คือ เรื่องของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และหลีกเลี่ยงสารเสพติดทุกประเภท จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีการดูแลร่างกายตนเองได้ดี ดังคำพูด “ออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน 30 นาที ไม่กินหวานมันเน้นผัก” “หนูเป็นคนคิดมากอยู่แล้ว คิดวนคิดซ้ำ พยายามออกกำลังกาย กินอาหารมีประโยชน์ เข้าใจอารมณ์ตนเอง” แต่ก็ยังมีผู้ให้ข้อมูลบางส่วนยังดูแลตนเองด้านร่างกายไม่ถูกต้อง ดังคำพูด “คิดว่าตนเองไม่เป็นไร ถ้าอารมณ์ไม่ดีจะมีกินเหล้า หรือไม่กินเหล้าก็ได้ ไม่ชอบทำอะไร อยากนอน ไม่ออกกำลังกาย ” “อยากจะอยู่แต่ในห้องไม่ออกไปไหน ไม่ออกกำลังกาย”

ตารางที่ 3 ผลการผสมผสานการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงความสัมพันธ์ของข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามรูปแบบคู่ขนานเข้าหากันของเครสเวลล์ (Creswell, 2013)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล		การสรุปผลการผสมผสานการวิเคราะห์ข้อมูล
เชิงปริมาณ	**เชิงคุณภาพ**	
ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าโดยรวมคะแนนเฉลี่ยอยู่ใน	ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า มีการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ และการค้นหาข้อมูลจากแหล่งที่น่าเชื่อถือได้ แต่ก็ยังมีบางส่วนที่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ยังจัดการตนเองได้ไม่ดีเมื่อเป็นโรคซึมเศร้า และไม่สามารถค้นหาข้อมูล	ผู้ป่วยยังขาดความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า จากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพผู้ป่วยไม่สามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และยังไม่สามารถเข้าถึงหรือเลือกแหล่งข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล		การสรุปผลการผสมผสานการวิเคราะห์ข้อมูล
เชิงปริมาณ	**เชิงคุณภาพ**	
ระดับต่ำ (M= 1.84, *SD*= .43)	เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้	เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่น่าเชื่อถือได้อย่างถูกต้อง
พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยรวมคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (M=1.92, *SD*= .44)	ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและพบแพทย์ตามนัด ดูแลอารมณ์และจิตใจ และเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรงได้ แต่ก็ยังมีบางส่วนที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ถ้าอาการดีก็ไม่มาตามแพทย์นัด เมื่อมีอารมณ์เศร้าจะใช้วิธีการเก็บไว้ไม่ปรึกษาหรือคุยกับคนที่ไว้วางใจ และไม่ค่อยออกกำลังกาย มีดื่มเหล้าบ้างเป็นบางคน	ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตไม่ดี จากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการด้านร่างกายและสังคม เช่น การรับประทานยาและการพบแพทย์ตามนัดที่ผู้ป่วยปฏิบัติพฤติกรรมได้ แต่พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในด้านอารมณ์และด้านการเผชิญปัญหา ยังไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้
ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .284, p = .01)	ผู้ป่วยส่วนใหญ่หากมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า รู้จักค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าได้จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีตามไหปด้วย แทบจะไม่มีอาการกำเริบซ้ำของโรคซึมเศร้า แต่ยังมีผู้ป่วยบางส่วนความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ายังไม่ดีพอ ก็จะไม่สามารถสามารถปฏิบัติด้านสุขภาพจิตได้ถูกต้องเหมาะสม และกลับมามีอาการกำเริบของโรคซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองได้	ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต จากข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ป่วยที่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีตามไปด้วย

อภิปรายผล

1. ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในระดับต่ำ (M = 1.84, SD = 0.43) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำ (M = 1.92, SD = 0.44) พบกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 36-46 ปี ถึงร้อยละ 31.3 และจบปริญญาตรีถึงร้อยละ 27 แต่พบเพียงร้อยละ 22.6 เท่านั้น ที่เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าด้วยตนเองจากช่องทางออนไลน์ เช่น Line หรือ Facebook สอดคล้องกับผลวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วยค้นหาข้อมูลโรคซึมเศร้าน้อยจากแหล่งข้อมูลออนไลน์ แต่ผู้ป่วยได้ความรู้จากพยาบาลที่ไปรักษาที่คลินิกจิตเวชเป็นหลัก ส่วนผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าทางออนไลน์ได้ ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินแหล่งที่มาของข้อมูลว่ามีความน่าเชื่อถือได้หรือไม่ ส่งผลให้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้ายังไม่ถูกต้องและขาดความรอบรู้ที่จำเป็นต่อดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Torous et al. (2021) พบว่า เทคโนโลยีดิจิทัลสามารถเข้าถึงได้มากขึ้น แต่

ความสามารถในการใช้ข้อมูลสุขภาพจิตทางออนไลน์อย่างมีประสิทธิภาพยังคงเป็นข้อจำกัดหลักของผู้ป่วย และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รักษามาระยะหนึ่ง มีแนวโน้มขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเองต่อเนื่อง เนื่องจากความรู้สึกสิ้นหวังหรือเหนื่อยล้าเรื้อรังจากโรค ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลตนเองลดลง แม้จะได้รับข้อมูลหรือได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ (Carpenter et al., 2022)

2. ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ซึ่งความรอบรู้ทางสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญของบุคคลในภาวะสุขภาพปกติและผิดปกติ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพ หากบุคคลได้รับการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ ก็จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น (ชินตา เตชะวิจิตรจารุ, 2561) และความรอบรู้ทางสุขภาพจิต เป็นความรู้ ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับการมีสุขภาพจิตที่ดี รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงอาการของโรคทางจิตเวชและวิธีการรักษา ที่ช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักและยอมรับต่อการเจ็บป่วยทางจิต สามารถจัดการตนเองและขอความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม (กรมสุขภาพจิต, 2567) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2020) ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และ ความมั่นใจในการดูแลตนเอง นำไปสู่การดูแลตนเองและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดีได้ในระยะยาว ช่วยลดผลกระทบของโรคซึมเศร้าที่จะตามมาได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าโดยเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเองที่เข้าใจง่าย เพราะข้อมูลที่เข้าใจง่ายจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรใช้สื่อที่หลากหลาย เช่น โปสเตอร์ อินโฟกราฟิก คลิปวิดีโอ หรือแอปพลิเคชันเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวกขึ้น และเป็นช่องทางให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาและสร้างโปรแกรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และใช้การทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

2. ควรศึกษาความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองตามกลุ่มวัย เช่น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ เช่น เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง เป็นต้น เพราะแต่ละกลุ่มจะมีข้อจำกัดทางร่างกายและเทคโนโลยีที่ต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2566). *รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปี 2566*. กระทรวงสาธารณสุข. https://www.dmh.go.th

กรมสุขภาพจิต. (2567). *คู่มือแนวทางเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต*. นนทบุรี: บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด.

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด. (2565). *รายงานผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด.* โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี.

ชินตา เตชะวิจิตรจารุ. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพ : กุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *19*(ฉบับพิเศษ),1-11.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.

Carpenter, J. K., Andrews, L. A., & Heimberg, R. G. (2022). Digital interventions for depression: Current status and future directions. *Journal of Affective Disorders*, *308*,1–9.

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

Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Gorczynski, P., Sims-Schouten, W., Hill, D. M., & Wilson, C. (2017). Examining mental health literacy, help seeking behaviours, and mental health outcomes in UK university students. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, *12*(2), 111–120.

Geddes, J., Price, J., & McKnight, R. (2012). *Psychiatry* (4th ed.). Oxford University Press.

Kim, H., & Cho, S. H. (2020). Depression literacy and its association with self-care behaviors and mental health help-seeking attitudes among Korean adults. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *58*(5), 32–40.

Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: Past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *61*(3), 154–158.

Jorm, A. F., Barney, L. J., Christensen, H., Highet, N. J., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2006). Research on mental health literacy: What we know and what we still need to know. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(1), 3–5.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. California: SAGE.

Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*, *54*(5), 303–305.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2014). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry* (11th ed.). Wolters Kluwer.

Torous, J., Myrick, K. J., Rauseo-Ricupero, N., & Firth, J. (2021). Digital mental health and COVID-19: Using technology today to accelerate the curve on access and quality tomorrow. *JMIR Mental Health*, *7*(3), e18848.

Wang, B., Xia, L., Yu, J., Feng, Y., Hong, J., & Wang, W. (2020). The multiple mediating effects of health literacy and self-care confidence between depression and self-care behaviors in patients with heart failure. *Heart & Lung*, *49*(6), 842-847.

Wei, Y., Hayden, J. A., Kutcher, S., Zygmunt, A., & McGrath, P. (2015). The effectiveness of school mental health literacy programs to address knowledge, attitudes and help seeking among youth. *Early Intervention in Psychiatry*, *9*(1), 1–10.

World Health Organization. (2023). *Depression*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression