

ผลของโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าของ  
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2557  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF INTEGRATED PERCEIVED STRESSFUL LIFE EVENTS MANAGEMENT  
PROGRAM ON DEPRESSION OF DEPRESSIVE DISORDER  
PATIENTS IN COMMUNITY

Mrs. Sopa Tangtekakul



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric  
Nursing  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2014  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียด ในชีวิตแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าในชุมชน
โดย	นางโสภา ตั้งที่ฆกุล
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลีขิต)



# # 5477315236 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: GROUP PSYCHOSOCIAL PROGRAMME / DEPRESSION / PROBLEM SOLVING THERAPY

SOPA TANGTEKAKUL: THE EFFECT OF INTEGRATED PERCEIVED STRESSFUL LIFE EVENTS MANAGEMENT PROGRAM ON DEPRESSION OF DEPRESSIVE DISORDER PATIENTS IN COMMUNITY. ADVISOR: PROF. VEENA JIRAPAET, Ph.D., CO-ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIT, Ph.D., 194 pp.

The purpose of this quasi-experimental pretest-posttest with control group research design was to determine the effect of the integrated perceived stressful life event management program on depression of depressive disorder patients in the community. The subjects were 40 patients diagnosed with major depressive disorder, aged of 20-59 years, who were attending the psychiatric clinic in out-patient department of a community hospital. They were matched pairs by sex, similar age and depression scores and then randomly assigned to either the experimental or control groups, 20 subjects in each group. The experimental group received the integrated perceived stressful life event management program whereas the control group received regular nursing care. Research instruments consisted of the integrated perceived stressful life event management program, life stress event questionnaire and the Thai Hamilton Rating Scale for Depression. The integrated perceived stressful life event management program was validated for content validity by 5 professional experts. Reliability of the life stress event and the Thai Hamilton Rating Scale for Depression were reported by Cronbach's Alpha coefficient as of .91 and .82, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent and independent t-tests. Findings were as follows:

1. The depression of patients with depressive disorder in the community after receiving the integrated perceived stressful life event management program was significantly lower than that before ( $t=29.442$ ,  $p < .05$ ).

2. The depression of depressive disorder patients in the community after received integrated perceived stressful life event management program was significantly lower than that of those who receiving regular nursing care ( $t=12.668$ ,  $p < .05$ ).

The depression of patients with depressive disorder in the community after receiving the integrated perceived stressful life event management program was significantly lower than that before ( $t=29.442$ ,  $p < .05$ ).

Field of Study: Mental Health and Psychiatric      Student's Signature .....

Nursing      Advisor's Signature .....

Academic Year: 2014      Co-Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่ง จากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ศาสตราจารย์ ดร. วิมา จีระแพทย์ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อุทิศ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ เสียสละเวลาอันมีคุณค่า เพื่อให้คำปรึกษาและแนะนำ ตลอดจนช่วยตรวจสอบปรับปรุงข้อบกพร่องต่างๆ ของวิทยานิพนธ์ ด้วยความทุ่มเท เอาใจใส่ตลอดมา อีกทั้งยังช่วยสอนให้ผู้วิจัยมีหลักคิดในการทำงานอย่างเป็นระบบซึ่งเป็นสิ่งที่หาไม่ได้จากตำราเรียนเล่มใดๆ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตากรุณา และความเสียสละที่ท่านได้มอบให้มาโดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทั้ง 2 ท่านเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการภายนอกวิทยาลัย ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านที่กรุณาให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาเข้าร่วมกิจกรรมในการศึกษาวิจัยซึ่งทุกท่านมีส่วนร่วมทำให้เกิดความสำเร็จของงานวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้สนับสนุนทุนการศึกษาในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามชุก ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลสามชุกและเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต.ในอำเภอสามชุกทุกท่านที่คอยช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุณวรารัตนา จำปาเงิน และคุณอำพัน หิรัญอุทก พยาบาล APN สุขภาพจิตและจิตเวช ที่ให้ช่วยฝึกทักษะการทำกลุ่มบำบัดให้แก่ผู้วิจัยตลอดจนเป็นผู้ช่วยวิจัยในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดของงานวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์อันมีคุณค่า ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคนอกและภาคในเวลาราชการ) รหัส 54 ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือเกื้อหนุน ร่วมสุขร่วมทุกข์ และคอยเติมพลังแรงใจให้ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณและรำลึกถึงพระคุณของบิดามารดาของผู้วิจัย ที่ให้กำเนิดและเลี้ยงดูอบรมสั่งสอน จนทำให้ผู้วิจัยมีสติปัญญาและมีความรู้ ตลอดจนมีจิตใจที่เข้มแข็งทำให้สามารถผ่านอุปสรรคทุกอย่างมาได้ด้วยดี และขอขอบคุณทุกคนในครอบครัวตั้งที่ขมูก ที่เป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญยิ่งในความสำเร็จครั้งนี้ คุณค่าและประโยชน์ใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ บพกาภิและทุกคนในครอบครัวตั้งที่ขมูก ตลอดจนคณาจารย์และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกท่าน ขอให้ท่านมีสุขภาพกายร่างกายที่แข็งแรง มีพลังใจที่เข้มแข็งต่อไป

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	9
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	9
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	9
สมมติฐานการวิจัย .....	15
ขอบเขตของการวิจัย.....	16
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	16
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	19
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	20
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า .....	21
2. ภาวะซึมเศร้า (depression).....	34
3. รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.....	42
4. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้เหตุการณ์เครียด .....	66
5. การรับรู้คุณค่าแห่งตน (self- esteem).....	71
6. โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน.....	74

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	81
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	85
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	85
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	86
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	86
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	91
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	92
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ .....	105
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย .....	106
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	122
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	131
สรุปผลการวิจัย.....	137
อภิปรายผลการวิจัย.....	138
ข้อเสนอแนะ .....	153
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	155
รายการอ้างอิง .....	156
ภาคผนวก.....	163
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย .....	164
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา .....	166
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง).....	168
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และแบบแสดงความ ยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย .....	187
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	192



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ ..... 194



## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การให้รหัสโรคของโรคซึมเศร้าตาม ICD – 10.....	28
ตารางที่ 2 แสดงขั้นตอนและกิจกรรมการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญญา .....	47
ตารางที่ 3 รูปแบบการบำบัดทางสังคมจิตใจที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า .....	62
ตารางที่ 4 การผสมผสานแนวความคิดการแก้ไขปัญญาในรูปแบบ self-examination therapy และ การส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเอง ตามรูปแบบ self-esteem module .....	75
ตารางที่ 5 ผลการจับคู่คุณลักษณะที่คล้ายคลึงกัน (matched-pairs) ของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมเป็นรายคู่.....	90
ตารางที่ 6 คะแนนและการแปลผลระดับคะแนนเหตุการณ์เครียดในชีวิตของกลุ่มทดลองหลัง ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน (n=20)	104
ตารางที่ 7 ตารางกิจกรรมโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน	110
ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และ ระดับการศึกษา .....	123
ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อ เดือน ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย.....	124
ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลัง การทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียด ในชีวิตแบบผสมผสาน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	126
ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลัง การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์ เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40)	127
ตารางที่ 12 คะแนนภาวะซึมเศร้ารายข้อโดยใช้แบบวัด THAI HRS-D 17 ของกลุ่มทดลอง ก่อน และหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน	128

## สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงบทสรุปการแก้ไขปัญหาในรูปแบบ self-examination therapy : SET (Bowman, Scogin & Lyrene, 1995).....	55
ภาพที่ 2 Summary Management of Major Depressive Disorder (อ้างอิงจาก : กรม สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554) .....	65
ภาพที่ 3 แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย .....	84
ภาพที่ 4 แผนภูมิแสดงขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม inclusion criteria .....	88
ภาพที่ 5 แผนภูมิแสดงขั้นตอนการ matched-pairs กลุ่มตัวอย่าง .....	89
ภาพที่ 6 แผนภูมิแสดงการบูรณาการแนวคิดการแก้ไขปัญหาในรูปแบบ Self-Examination Therapy และ การส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในรูปแบบ Self-esteem module ....	94

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ และพบว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญทั้งในปัจจุบันและในอนาคต โดยมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทั่วโลกในขณะนี้คาดว่ามีความถี่จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ากว่า 350 ล้านคน โดยพบว่าเพศหญิงป่วยด้วยโรคนี้นั้นมากกว่าเพศชาย (Marcus et al., 2012) นอกจากนี้ยังมีรายงานข้อมูลของประเทศในทวีปเอเชีย ถึงอัตราความชุกของโรค (prevalence rate) ซึ่งเป็นจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดที่มีอยู่ทั้งรายเก่าและรายใหม่ คิดเป็นอัตราร้อยละจากจำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด โดยพบว่าประเทศนิวซีแลนด์ และประเทศเกาหลีมีอัตราความชุกของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 2.6 และ 2.9 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2552) สำหรับประเทศไทยผลการสำรวจระดับชาติในปี 2551 พบว่าอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในภาพรวมของประเทศเท่ากับ ร้อยละ 2.7 และในภาพรวมของภาคกลางเท่ากับ ร้อยละ 2.4 (ธรรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2553) นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่ทำให้ทราบว่าโรคซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ดังเช่น การศึกษาของ Murray & Lopez (1997) ซึ่งเป็นการศึกษาร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลกและ Harvard School of Public Health เพื่อคาดการณ์ภาระของโรค (burden of disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก (ดำเนินการศึกษาใน 47 ประเทศทั่วโลก) โดยวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี (Disability Adjusted Life Years: DALYs) และคาดการณ์ว่าในปี 2020 จะมีสาเหตุต่างๆ ที่ทำให้เกิดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี โดยมีสาเหตุ 10 อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคซึมเศร้า อุบัติเหตุการจราจรทางถนน โรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง วัณโรค การบาดเจ็บจากสงคราม โรคอุจจาระร่วง และเอชไอวี ซึ่งข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าในอนาคตโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

ในประเทศไทยพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศเช่นกัน ดังข้อมูลของ กระทรวงสาธารณสุข (2554) ซึ่งทำการรวบรวมสถิติ ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2554 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของประชากรไทยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น คือ 233.16, 260.78, 242.13 และ 290.82 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาภาวะทางสุขภาพจากโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ซึ่งเปรียบเทียบความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ 135 ประเภท พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) เป็นอันดับ 4 ใน

ผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 10 ในผู้ชายไทย แต่ถ้าพิจารณาจากจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability : YLD) พบว่าโรคซึมเศร้าจัดเป็นการสูญเสียอันดับที่ 1 ในผู้หญิง และเป็นอันดับ 2 ในผู้ชาย (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) แสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าถึงแม้ว่าจะไม่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร แต่ก็ป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เป็นเวลานานกว่าโรคอื่นๆ นำไปสู่การเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ซึ่งอาจรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า (กรมสุขภาพจิต, 2552) โดยปัญหาการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น หากเป็นการฆ่าตัวตายสำเร็จก็จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวทั้งความรู้สึกสูญเสีย เกิดความเศร้าโศกและอาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตตามมาได้ หรือหากการฆ่าตัวตายนั้นไม่สำเร็จก็อาจเกิดความรู้สึกหลงเหลืออยู่ เกิดเป็นภาระต่อครอบครัวที่ต้องดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ สรยุทธวิสิทกานนท์ (2547) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการนานเกิน 1 เดือน จะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายได้ถึงร้อยละ 15 ดังนั้น จึงจัดได้ว่าโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อในหลายๆ ด้าน ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและญาติ เกิดเป็นภาระต่อครอบครัว รวมถึงมีผลกระทบต่อปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมตามมาด้วย

ในปัจจุบันแม้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะมีอาการสงบลงในระดับที่สามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้ โดยแพทย์จะนัดมาตรวจแบบผู้ป่วยนอกเป็นระยะๆ เพื่อติดตามผลการรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงมีปัญหา คือ มีภาวะซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ จนทำให้อาจมีการกลับเป็นซ้ำ (recurrent) ได้บ่อยครั้ง ซึ่งการกลับเป็นซ้ำก็จะเป็นการเพิ่มระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะต้องทนอยู่กับการเป็นโรคนานยิ่งขึ้น จนอาจทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยที่รุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ ซึ่งหากมีการกลับเป็นซ้ำบ่อย ๆ จะยิ่งทำให้มีโอกาสการกลับเป็นซ้ำในอนาคตได้มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Burcusa & Lacono (2007) พบว่าการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำในครั้งต่อ ๆ ไป โดยพบว่าร้อยละ 50-60 ของผู้ที่มีการกลับเป็นซ้ำครั้งแรกจะมีการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สองตามมา ร้อยละ 70-80 ของผู้ที่มีการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สองจะมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สาม และร้อยละ 90 ของผู้ที่มีการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สามจะมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สี่ตามมา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยของ ธัญชนก พรหมภักดี และ พิเชฐ อุดมรัตน์ (2551) ที่ศึกษาเพื่อติดตามการดำเนินของโรคและผลการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยการเก็บข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวน 51 ราย เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ จำนวน 45 ราย ที่มีการกลับเป็นซ้ำ (คิดเป็นร้อยละ 88.2) ในขณะที่มีเพียง 6 ราย (คิดเป็นร้อยละ 11.8%) ที่ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ พรพรรณ ศรีโสภา (2552) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสการกลับเป็นซ้ำประมาณ ร้อยละ 38.6 ซึ่งการศึกษาดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า

ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการกลับเป็นซ้ำในอัตราที่ค่อนข้างสูง จึงกล่าวได้ว่าการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้านั้น เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ที่ถึงแม้ว่าจะอยู่ระหว่างได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้าก็ตาม ก็ยังพบว่ามีโอกาสในการที่จะมีภาวะซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ จนทำให้อาจมีการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ ดังนั้นการให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ จึงจำเป็นต้องหาวิธีการดูแลและให้การบำบัดทางจิตสังคมร่วมด้วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าที่ลดลง

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Burcusa & Lacono (2007) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าและการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ประกอบด้วยปัจจัยหลัก 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ สถานภาพสมรส และเศรษฐกิจฐานะ 2) ปัจจัยด้านอาการทางคลินิก เช่น อายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก และจำนวนครั้งของการเกิด episode ตลอดชีวิต 3) ปัจจัยเรื่องประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว และ 4) ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น ความคิดด้านลบ high neuroticism การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิต ซึ่งจากปัจจัยทั้ง 4 ด้าน ที่ได้กล่าวมานั้น ปัจจัยทางด้านจิตสังคมนับเป็นปัจจัยที่สามารถจัดการแก้ไขเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้โดยใช้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงสนใจเลือกที่จะศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดกระทำและแก้ไขปัจจัยเหตุด้านนี้ ซึ่งพบว่า “การรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิต” เป็นสาเหตุด้านจิตสังคมที่สำคัญ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังคงมีภาวะซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ เนื่องจากการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตเป็นการที่บุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นปัญหาคุกคาม และส่งผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การถูกทำร้ายอย่างรุนแรง การมีปัญหาหนักทางการเงิน ครอบครัวมีปัญหาอันอย่างรุนแรง การเจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุอย่างรุนแรง การตกงาน การถูกฟ้องร้องมีคดีความ เกิดการสูญเสียจากการตาย การพลัดพราก และการเสื่อมเสียชื่อเสียง อับอาย ขาดหน้า ฯลฯ เป็นต้น (ธรรณิษฐ์ กองสุข และคณะ, 2549) และเมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องประสบกับเหตุการณ์เหล่านี้เข้ามากระตุ้น ในขณะที่ผู้ป่วยขาดทักษะในการจัดการกับปัญหา ก็จะทำให้ปัญหาต่าง ๆ ไม่ได้รับการแก้ไขแต่จะเกิดการสะสมมากขึ้น และเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้ จะทำให้รู้สึกที่ตนเองไม่มีคุณค่า อีกทั้งมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้นตามมา นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่เคยมีภาวะซึมเศร้ามามาก่อน เมื่อเผชิญกับความเครียดใหม่ จะมีความมั่นใจและความสามารถน้อยลงในการจัดการกับปัญหา ทำให้มีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้มากขึ้น (Hammen, 2005; Leskelä, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า “การรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิต” (stressful life events) เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังมีภาวะซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ จนนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำ (Hammen, 2005; Kessler, 1997; Mazure, 1998; Paykel, 2003)

สอดคล้องกับแนวคิด Stress Generation Theory ของ Hammen (1991, 2006) ที่พบว่า เหตุการณ์เครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าทั้งในการป่วยครั้งแรก การกลับเป็นซ้ำ และอาการกำเริบซ้ำ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Leskelä (2008) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำ ถึงร้อยละ 91 รายงานว่าต้องเผชิญกับเหตุการณ์เครียดในชีวิต ทั้งนี้ผลการศึกษาในต่างประเทศดังกล่าว สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทยหลายเรื่องซึ่งพบเช่นกันว่าผู้ที่ภาวะซึมเศร้านั้นมีการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตสูง เช่น การศึกษาของ พิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย (2552) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตลักษณะต่างๆ อาทิเช่น การเจ็บป่วยที่รุนแรง การตกงาน ปัญหาการเงิน และปัญหาความสัมพันธ์ สูงกว่าผู้ที่ไม่มีอาการซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ พรพรรณ ศรีโสภา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2553) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ป่วยซ้ำมีการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ป่วยซ้ำ ด้วยเหตุนี้ การลดภาวะซึมเศร้าที่หลงเหลืออยู่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงจำเป็นที่จะต้องแก้ไขด้วยการจัดการกับปัญหาการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้ลดน้อยลง

แนวคิด Stress Generation Theory ของ Hammen (1991, 2006) เชื่อว่าการที่บุคคลรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิต (perceived stressful life events) ได้แตกต่างกันทั้งๆ ที่อาจจะเผชิญกับเหตุการณ์เดียวกันนั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3 ประการ ได้แก่ 1) บุคลิกลักษณะของบุคคล เช่น ความอ่อนแอ รูปแบบความคิด การรับรู้คุณค่าในตนเอง ความมั่นคงทางอารมณ์ และการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม (Kessler et al, 2009) 2) พฤติกรรมของบุคคล เช่น พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา (Holahan, Moss, Holahan, Brennan & Schutte, 2005) 3) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น ความผูกพันทางอารมณ์ ความรู้สึกมั่นใจต่อกัน หรือความขัดแย้งกันระหว่างบุคคล สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ของ Richard & Lauren (2010) เกี่ยวกับการศึกษาที่ใช้แนวคิด Stress Generation Theory ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อีกทั้งพบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามารับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิต (perceived stressful life events) แตกต่างกันได้แก่ รูปแบบความคิดเชิงลบ (negative cognitive styles) การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ (low-self esteem) และพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา (avoidance coping) (Hammen, 2005; Harkness et al., 1999; Richard & Lauren, 2010) ดังนั้น การแก้ไขภาวะซึมเศร้าของบุคคลตามแนวคิด Stress Generation Theory จึงจำเป็นต้องหาวิธีในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตลดลงด้วยการจัดการกระทำกับปัจจัยที่สำคัญทั้งสามประการดังกล่าว

โดยทั่วไปการรักษาภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยการรักษาทั้งทางชีวภาพซึ่งได้แก่ ยารักษาโรคซึมเศร้า และการรักษาด้วยไฟฟ้า โดยยาที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้านั้น จะเป็นยาที่มีฤทธิ์ในการ

ช่วยเพิ่มระดับของของสารสื่อประสาทในสมองของผู้ป่วย ที่มีอยู่ด้วยกัน 2 ชนิดคือ serotonin และ norepinephrine ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีสารทั้ง 2 ชนิดนี้ลดลง ทำให้สมองในส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม การรับประทานอาหาร การนอนหลับ และความรู้สึกทางเพศ แปรปรวนไป นอกจากนี้ยังมีการรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment) ซึ่งเป็นการใช้วิธีการทางจิตบำบัดในรูปแบบต่างๆ ที่จะมีส่วนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรักษาให้ดีขึ้นได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันแนวทางการรักษาโรคซึมเศร้านั้น จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาต้านเศร้า มากกว่าการช่วยเหลือทางจิตสังคม ซึ่งในขณะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลแล้ว ก็ต้องกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน แต่ก็พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มักยังมีอาการของภาวะซึมเศร่าหลงเหลืออยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (Navjot, 2000) ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวจะมีประสิทธิภาพในการลดระดับภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 15-20 แต่หากได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม จะสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ ถึงร้อยละ 65-80 (Stoudemire, 1986; Frank, 1993 อ้างใน พรพรรณ ศรีโสภา, 2552)

ในปัจจุบันการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีหลายรูปแบบ แต่ที่ใช้กันแพร่หลายและมีการทบทวนหลักฐานทางวิชาการว่ามีความน่าเชื่อถือได้ สามารถลดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้นั้น มีอยู่ 4 รูปแบบด้วยกัน ได้แก่ การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดทางจิตด้านสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ซึ่งวิธีการต่างๆ เหล่านี้เป็นวิธีการที่ได้รับการศึกษามาเป็นอย่างดีและได้ผ่านการตรวจสอบประสิทธิภาพแล้วว่าสามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีภาวะซึมเศร่าที่ลดลงได้ ดังนั้น การแก้ไข้ภาวะซึมเศร่าของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นตามแนวคิด Stress Generation Theory จึงสามารถใช้รูปแบบการบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีทักษะในการจัดการกับปัญหาซึ่งจะช่วยทำให้ ปัญหาต่าง ๆ ได้รับการแก้ไข ทำให้การรับรู้ต่อเหตุการณ์เครียดลดลง ส่งผลให้ภาวะซึมเศร่าลดลงตามมาด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ราตรี ทองยู วรธนา คงสุริยนาวิณ อติทยา พรชัยเกตุ โอวยอง และลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบแก้ไข้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร่าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้โปรแกรมการบำบัดเพื่อแก้ไข้ปัญหาในรูปแบบ problem-solving therapy for primary care (PST-PC) ที่เน้นกระบวนการแก้ไข้ปัญหาในปัจจุบัน และส่งเสริมเจตคติด้านบวก พบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร่าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานลงได้

Cuijper, Straten & Warmerdam (2007) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและพบว่า การบำบัดที่เน้นการแก้ไข้ปัญหา (problem solving therapy : PST) สามารถแก้ไข้ภาวะซึมเศร่าตามแนวคิด Stress Generation Theory ได้คือ ช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร่ามีการรับรู้เหตุการณ์



เครียดในชีวิตลดลง ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงตามมา โดยการบำบัดในรูปแบบนี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินปัญหาที่สำคัญต่อตนเองเพื่อหาแนวทางแก้ไขได้อย่างเป็นระบบ และเพิ่มความสามารถ หากปัญหาใดที่แก้ไขไม่ได้ก็สามารถปรับมุมมองที่มีต่อปัญหานั้นให้เป็นทางบวกมากขึ้น เพื่อที่จะสามารถทำใจยอมรับกับปัญหาต่างๆ เหล่านั้นได้มากขึ้น ซึ่งพบว่ามีการศึกษาจำนวนมาก ได้นำแนวทางการบำบัดที่เน้นการแก้ไขปัญหาไปประยุกต์ใช้ในการลดภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มประชากรต่างๆ โดยสามารถจำแนกการบำบัดออกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) การบำบัดที่เน้นการแก้ไขปัญหาทางสังคม (social problem-solving therapy : SPST) 2) การบำบัดที่เน้นการแก้ไขปัญหาสำหรับการดูแลในระดับปฐมภูมิ (problem-solving therapy for primary care : PST-PC) และ 3) การบำบัดที่เน้นการแก้ไขปัญหาโดยใช้การตรวจสอบตนเอง (self-examination therapy : SET) สำหรับประเทศไทยพบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบำบัดที่เน้นการแก้ไขปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า เพียงสองเรื่อง โดยเรื่องแรกเป็นการศึกษาของ สุณิสา ศรีโมอ่อน อติตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง และอัจฉราพร ลิห์ริณวงศ์ (2554) ได้ทำการทบทวน วิเคราะห์ และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหในการลดภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ด้วยการสืบค้น และพบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพ ทั้งหมด 8 เรื่อง เป็นงาน meta-analysis 2 เรื่อง systematic review 1 เรื่อง และ randomized controlled trial 5 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่า การบำบัดทั้ง SPST และ PST-PC นั้น มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าและสามารถใช้ได้ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia) และโรคซึมเศร้าที่มีอาการเล็กน้อย (minor depressive disorder) สำหรับการศึกษาเรื่องที่สองของ ราตรี ทองยู และ คณะ (2554) เป็นการนำรูปแบบการบำบัดที่เน้นการแก้ไขปัญหาสำหรับการดูแลในระดับปฐมภูมิ (PST-PC) มาใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนี้ได้

แม้ว่าการบำบัดที่เน้นการแก้ไขปัญหา ทั้ง 3 รูปแบบดังกล่าวข้างต้น จะสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายได้ แต่อย่างไรก็ตาม Cuijper, Straten & Warmerdam (2007) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าการบำบัดในรูปแบบ SPST และ PST-PC อาจเกิดประสิทธิผลเพียงชั่วคราวในการลดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากยังมีข้อจำกัด คือ เป็นรูปแบบการบำบัดที่เน้นกระบวนการแก้ปัญหในปัจจุบัน โดยไม่ได้มีการแก้ไขปัจจัยทางด้านความคิดและอารมณ์ของบุคคลที่อาจขัดขวางหรือรบกวนความพยายามในการที่จะแก้ไขปัญหาใหม่ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ในขณะที่การบำบัดในรูปแบบ SET เป็นรูปแบบการบำบัดที่ช่วยลดช่องว่างดังกล่าวได้ โดยรูปแบบการบำบัดนั้นนอกจากจะทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีทักษะในกระบวนการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความคิดเชิงลบของตนเองได้ จึงน่าจะเป็นรูปแบบการบำบัดที่มีประสิทธิผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าได้ดีขึ้น

Bowman & Scogin (1996) อธิบายว่าการบำบัดที่เน้นการแก้ไขปัญหาโดยใช้การตรวจสอบตนเอง (self-examination therapy : SET) เป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบหนึ่งที่พบว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เป็นการบำบัดที่มุ่งพัฒนาให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาในชีวิตที่วิเคราะห์ว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและมีผลกระทบต่อตนเองมากที่สุด ซึ่งหากมีหลายปัญหาในเวลาเดียวกัน ต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อเลือกแก้ไขให้สำเร็จไปที่ละปัญหา โดยใช้วิธีการแก้ไขปัญหาอย่างมีขั้นตอน หากปัญหาใดที่ไม่สามารถแก้ไขได้ให้ใช้วิธีการเรียนรู้ที่จะยอมรับกับปัญหานั้นๆ เพื่อที่จะใช้ชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข โดยการบำบัดในรูปแบบนี้มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเอง โดยผ่านกระบวนการหลัก 4 ประการ คือ 1) การกำหนดเป้าหมายหลักสำหรับตัวเอง 2) การลดความคิดเชิงลบในสิ่งที่ไม่ดีต่อตนเอง 3) การลงมือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในส่วนที่สำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับตนเอง และ 4) การยอมรับสถานการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งการบำบัดในรูปแบบนี้นอกจากจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดทักษะในการแก้ไขปัญหได้อย่างเหมาะสมแล้ว ยังช่วยทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบของตนเองที่อาจขัดขวางหรือรบกวนความพยายามในการที่จะแก้ไขปัญหาใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นในอนาคต จึงพบว่าเป็นวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าได้ดีกว่าแบบ SPST และ PST-PC (Cuijpers, Straten and Warmerdam, 2007; Bowman & Scogin, 1996)

ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการบำบัดที่เน้นการแก้ไขปัญหาโดยใช้การตรวจสอบตนเอง (SET) เป็นรูปแบบการบำบัดที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตลดลง อันจะส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากสามารถไปจัดกระทำกับปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เหตุการณ์เครียดของบุคคลได้อย่างครบถ้วนทั้ง 3 ปัจจัย ตาม Stress Generation Theory ได้แก่ รูปแบบความคิดเชิงลบ การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ และพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา (Hammen, 2005; Harkness et al., 1999; Richard & Lauren, 2010) โดยการบำบัดในรูปแบบนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบไปในทิศทางที่เหมาะสมมากขึ้น และมีทักษะในการแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสม ไม่เกิดพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงปัญหา ซึ่งการที่ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้จะส่งผลให้เกิดการรับรู้ความสามารถในตนเองมากขึ้น จนรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นตามมา (Cuijpers, Straten and Warmerdam, 2007; Bowman & Scogin, 1996) และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีงานนำรูปแบบการบำบัดที่เน้นการแก้ไขปัญหาโดยใช้การตรวจสอบตนเอง (SET) มาใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย

จากความเป็นมาและช่องว่างขององค์ความรู้ดังกล่าวข้างต้น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงสนใจนำการบำบัดที่เน้นการแก้ไขปัญหาโดยใช้การตรวจสอบตนเอง (SET) มาพัฒนาใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย โดยในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการบำบัด

ที่เน้นการแก้ไขปัญหาโดยใช้การตรวจสอบตนเอง (SET) จากการศึกษาของ Bowman & Scogin (1996) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิด Stress Generation Theory มาประยุกต์ใช้เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย เนื่องจากเป็นแนวทางการบำบัดที่สามารถจัดการกระทำกับปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เหตุการณ์เครียดของบุคคลทั้ง 3 ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อผู้วิจัยได้วิเคราะห์แนวทางการบำบัดตามการศึกษาดังกล่าวแล้วพบว่ายังขาดความชัดเจนในส่วนของกิจกรรมที่จะส่งผลต่อการเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนั้น เพื่อให้ได้โปรแกรมการบำบัดแบบที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยสามารถไปจัดการกระทำกับปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เหตุการณ์เครียดของบุคคลได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ทั้ง 3 ปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดเรื่องการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเองในรูปแบบ self-esteem module ตามการศึกษาของ Borass et al. (2009) มาประยุกต์และผสมผสานในโปรแกรมนี้ด้วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้น โดยรูปแบบที่นำมาใช้นี้ ประกอบด้วยกิจกรรมที่เน้นการเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเองของบุคคลใน 5 ประเด็นหลัก คือ 1) ความรู้สึกปลอดภัย (a sense of security) 2) ความรู้สึกต่อตัวตน (a sense of identity) 3) ความรู้สึกเป็นเจ้าของ 4) ความรู้สึกถึงจุดประสงค์ (a sense of purpose) และ 5) ความรู้สึกถึงความสามารถ (a sense of competence) โดยการบำบัดตามแนวคิดนี้จะส่งผลช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่มีคุณค่า มีความสามารถ มีความสำคัญ มองตนเองในแง่ดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง ส่งผลให้สามารถเผชิญกับปัญหาอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ ตลอดจนสามารถยอมรับกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ตนเองรู้สึกผิดหวังได้

จึงสรุปได้ว่า การบำบัดที่เน้นการแก้ไขปัญหาโดยใช้การตรวจสอบตนเอง (SET) ที่นำแนวคิดเรื่องการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเองตามรูปแบบ self-esteem module มาผสมผสานเพื่อใช้เป็นรูปแบบการบำบัดในงานวิจัยครั้งนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน มีการรับรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น สามารถปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบของตนเองได้ และไม่เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างเป็นระบบและเต็มความสามารถ ส่งผลให้มีการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตลดลง และนำไปสู่การมีภาวะซึมเศร้าที่ลดลงตามมาด้วย

## คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน กับ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้หากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม โดยผู้ป่วยมีลักษณะอาการที่สำคัญ ได้แก่ อารมณ์เศร้า หรือเบื่อหน่าย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรงและกำลัง สมาธิและการตัดสินใจลดลง ท้อแท้ สิ้นหวัง เก็บตัว ไม่พูดกับใคร โดยอาการเหล่านี้จะคงอยู่อย่างต่อเนื่องในระยะหนึ่ง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) แต่ในปัจจุบันพบว่าการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับมุ่งเน้นที่การบำบัดด้วยยาเพียงอย่างเดียว โดยขาดการบำบัดทางจิตสังคมที่ควบคู่ไปด้วย จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ จนนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำ (recurrent) ได้บ่อยครั้ง (Burcusa & Iacono, 2007) โดยจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า “การรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิต” (perceived stressful life events) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังมีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ จนนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำ (Hammen, 2005; Kessler, 1997; Mazure, 1998; Paykel, 2003; Leskelä, 2008; พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2552; อรพรรณ ศรีโสภา, 2552) ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องแก้ไขปัญหาการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการซึมเศร่าลดลงและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

แนวคิด Stress Generation Theory ของ Hammen (1991, 2006) อธิบายว่าการรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต คือการที่บุคคลได้ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นปัญหาคุกคามต่อชีวิต และส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพปกติ โดยอาจจะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา โดยการรับรู้มีความสัมพันธ์กับทุกระยะของการเกิดภาวะซึมเศร้า (Hammen, 1991, 2006; Richard & Lauren, 2010) ทั้งนี้พบว่าปัจจัยสำคัญ 3 ประการที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตมากขึ้น ได้แก่ การมีรูปแบบความคิดเชิงลบ การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ และพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา (Hammen, 2005) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะรับรู้เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมากกว่าบุคคลทั่วไป และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Hammen, 2005; Harkness et al., 1999; Richard & Lauren, 2010) ดังนั้น การแก้ไขภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามแนวคิดนี้ จึงจำเป็นต้องหาวิธีในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตลดลง ด้วยการจัดการกระทำกับปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตดังกล่าว

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตที่ลดลง อันจะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงตามมาด้วย โดยพบว่าการบำบัดตามรูปแบบการแก้ไขปัญหาด้วยการตรวจสอบตนเอง (self-examination therapy: SET) ของ Bowman, Scogin & Lyrene, (1995) เป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งซึ่งสามารถช่วยลดการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตตามแนวคิด Stress Generation Theory ดังข้างต้นได้ เนื่องจากเป็นการบำบัดซึ่งมุ่งเน้นในการช่วยผู้รับการบำบัดตามกระบวนการหลัก 4 ประการ คือ 1) การตรวจสอบว่าปัญหาใดสำคัญสำหรับตนเอง (determine what matters to them) 2) การลดความคิดเชิงลบต่อสิ่งที่ไม่มีความหมายกับตนเอง (think less negatively about things that do not matter to them) 3) การทุ่มกำลังกับสิ่งที่มีความสำคัญกับตนเอง (invest their energy in things that are important to them) และ 4) การยอมรับสถานการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (accept situations they cannot change) โดยกระบวนการนี้จะทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดเจตคติที่ดีต่อปัญหาและมองปัญหาในทางบวก รวมถึงเกิดความสามารถในการคิดและค้นหาแนวทางหรือวิธีการในการแก้ปัญหาและตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งแม้จะพบว่าการบำบัดตามรูปแบบการแก้ไขปัญหาด้วยการตรวจสอบตนเอง จะช่วยทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตลดลง และส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงตามมา (Cuijper, Straten & Warmerdam, 2006) แต่เมื่อผู้วิจัยได้วิเคราะห์ถึงเนื้อหาการบำบัดตามกระบวนการหลักทั้ง 4 ข้อข้างต้นแล้วพบว่าส่วนใหญ่เน้นที่การพัฒนากระบวนการคิดเพื่อให้เกิดการมองปัญหาในมุมมองใหม่ และเผชิญกับปัญหานั้นด้วยวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยการที่เหมาะสม

ยังขาดกิจกรรมโดยตรงในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดการรับรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น แต่ผลการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ชี้ให้เห็นว่าหากบุคคลมีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำจะเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้มีการรับรู้เหตุการณ์เครียดมากขึ้น และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นตามมา ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดที่สามารถจัดการกระทำกับปัจจัยนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงนำแนวคิดที่สอง คือ self-esteem module ของ Borass et al. (2009) มาผสมผสานในโปรแกรมที่จะพัฒนาขึ้น โดยแนวคิดนี้เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัย (a sense of security) ความรู้สึกต่อตัวตน (a sense of identity) ความรู้สึกเป็นเจ้าของ (a sense of belonging) ความรู้สึกถึงจุดหมาย (a sense of Purpose) และความรู้สึกถึงความสามารถ (a sense of competence) ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ในการรับรู้คุณค่าต่อตนเองของแต่ละบุคคลด้วย

โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิต ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้ จึงเป็นโปรแกรมแบบผสมผสานด้วยการบูรณาการรูปแบบการบำบัด 2 แบบ ข้างต้นเข้าด้วยกันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาระบวนการทางความคิดไปในทิศทางที่เหมาะสม อันจะเป็นการช่วยให้ตัวผู้ป่วยเองสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ นอกจากนี้การบำบัดยังใช้กระบวนการกลุ่มในส่วนของ การละลายพฤติกรรม การสร้างสัมพันธภาพ การสร้างให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การระดมความคิด และการประเมินผลเข้ามาร่วมในกิจกรรมการบำบัดนี้ด้วย โดยรูปแบบของการบำบัดนี้เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการตรวจสอบตนเอง ถึงมุมมองต่อปัญหาที่เผชิญอยู่แล้ววางแผนแก้ไขปัญหาซึ่งประเมินว่าน่าจะแก้ไขได้ด้วยวิธีการที่เหมาะสมและทำอย่างเต็มความสามารถ ส่วนปัญหาที่เห็นว่ายังแก้ไขไม่ได้ จะใช้การฝึกประเมินค่าสถานการณ์ปัญหาด้วยมุมมองใหม่ที่เป็นบวกมากขึ้นเพื่อยอมรับกับสถานการณ์นั้น รวมทั้งฝึกทักษะการประเมินและปรับความคิดเชิงลบ และการสร้างเสริมคุณค่าตนเอง ผ่านกิจกรรมกลุ่มในลักษณะต่างๆ รวมถึงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ จึงเป็นโปรแกรมแบบบูรณาการที่ไปจัดการกับสาเหตุหลักทั้ง 3 ประการของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามแนวคิด Stress Generation Theory ได้ นั่นคือทำให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสม มีความคิดด้านบวก และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้ามลดลง ซึ่งโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตรูปแบบผสมผสานที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ทั้งหมด 6 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์ โดยแต่ละกิจกรรมจะเน้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ซึ่งเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนี้

1) การสร้างสัมพันธ์ภาพ และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกปลอดภัย) โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพเป็นกิจกรรม ที่ช่วยสร้างให้เกิดบรรยากาศ ที่คุ้นเคย เป็นกันเอง ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาความสามารถในตัวเองเพิ่มมากขึ้น ถือเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการเข้ารับการบำบัดและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ โดย Stuart and Sundeen (1979) กล่าวว่า การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อช่วยในการบำบัดรักษานั้น จะกระทำไปโดยมีจุดหมายเพื่อช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ และยอมเปิดเผยเรื่องราวต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาของตัวเอง เกิดความเข้าใจตนเอง และสามารถปรับตัวได้ และในระยะต่อไปนั้น ผู้ป่วยก็จะเกิดความไว้วางใจ มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ๆ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น นอกจากนี้การส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านความรู้สึกปลอดภัย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัย ในสภาพแวดล้อมรอบๆ ตัว ไม่ว่าจะเป็นบรรยากาศของกลุ่ม พยาบาลผู้ให้การบำบัด และระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดซึ่งรูปแบบการบำบัดนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ของสังคมได้ ช่วยให้มีการปรับตัวในการเผชิญปัญหา และแก้ปัญหาต่างๆได้ดี ซึ่งจะเป็นการช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการแก้ไขปัญหาโดยรวมของผู้ป่วยได้ (Borras et al., 2009 )

2) วิเคราะห์ปัญหาตนเอง ( การรับรู้คุณค่าแห่งตน/ ความคิดเชิงลบ/ การหลีกเลี่ยงปัญหา) ประเมินจุดอ่อน จุดแข็ง ของตนเองที่มีต่อการแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกต่อตัวตน, ความรู้สึกเป็นเจ้าของ) การรับรู้เหตุการณ์เครียดและภาวะซึมเศร้า มีความเชื่อมโยงกันโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อพบเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนปกติ ทั้งนี้ความรุนแรงหรือผลกระทบจากเหตุการณ์ความเครียดที่มีต่อบุคคลนั้นอาจมีหรือไม่มี ซึ่งเกิดขึ้นมากน้อยแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ บุคลิกลักษณะ และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล (Hammen, 2005) การฝึกให้ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ตนเองในด้านการรับรู้คุณค่าแห่งตน ความคิดเชิงลบ และพฤติกรรมการแก้ไขปัญหาของตนเอง ตลอดจนวิเคราะห์สิ่งที่เป็นข้อดีและข้อบกพร่องของตนเองได้นั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักตนเองมากขึ้น สามารถวิเคราะห์ตนเองและเชื่อมโยงได้ว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ทำให้ตนเองนั้นยังมีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ นอกจากนี้ยังช่วยให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มีการรับรู้ตนเองในด้านบวกมากขึ้น ซึ่งถือเป็นการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านความรู้สึกต่อตัวตนเพิ่มขึ้นอีกทางหนึ่งด้วย (Bowman, Scogin & Lyrene, 1995) อีกทั้งการที่ผู้ป่วยรับรู้จุดดีของตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีพลังในการสร้างสรรค์และยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำจนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดทัศนคติที่ดีต่อตนเอง รับรู้ตนเองในด้านบวกมากขึ้น กล้าที่จะสร้างสัมพันธ์ภาพหรือแสดงความสามารถในด้านต่างๆ มากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้ามลดลง (Dowrick, 2001)

นอกจากนี้การส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่าได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มจากการร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ โดยมีเป้าหมายที่เหมือนกันระหว่างตนเองและของกลุ่ม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกของการเป็นเจ้าของ ผลักดันให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่นในด้านดี อีกทั้งเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความมานะพยายามในการแก้ไขปัญหาโดยมุ่งทำอย่างเต็มความสามารถเพื่อที่จะให้บรรลุเป้าหมายนั้น ช่วยให้เกิดความสามารถในการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดี ซึ่งจะเป็นการช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการเผชิญปัญหาโดยรวมของผู้ป่วยได้ (Borras et al., 2009)

3) การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกถึงเป้าหมายของตน) การดำรงชีวิตของบุคคลจะต้องประสบปัญหาในลักษณะต่างๆ ทั้งปัญหาส่วนตัว ปัญหาครอบครัว ปัญหาการทำงาน และ ปัญหาสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นทุกปัญหาจะส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลเกิดความกังวลใจ ไม่มีความสุข จึงพยายามหาทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้สภาพอารมณ์กลับคืนสู่สภาพสมดุล (Aryl, 2008) เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์เครียดแล้ว ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มองเห็นปัญหาเป็นภาพรวมไม่สามารถที่จะแยกแยะปัญหา ว่าปัญหาใดที่สำคัญและเร่งด่วน ต้องได้รับการแก้ไขเป็นอันดับแรก ทำให้มองไม่เห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา ขาดความสามารถในการใช้ความคิด และไตร่ตรองถึงผลดี และผลเสียของแนวทางในการแก้ไขปัญหา มองไม่เห็นจุดมุ่งหมายที่แท้จริงในการแก้ไขปัญหา เมื่อบุคคลขาดทักษะในการจัดการแก้ไขกับปัญหาทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข และถูกสะสมมากขึ้น ส่งผลให้บุคคลรู้สึกหมดหวัง รวมถึงรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมาย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จนทำให้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าตามมาได้ (Leskelä, 2008) นอกจากนี้ยังพบว่าหากบุคคลใดแก้ไขปัญหาไม่ได้จะเกิดภาวะกดดัน รู้สึกถูกคุกคาม ทำให้เกิดความเครียด และถ้าไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ปัญหาต่างๆ เหล่านั้นได้ ก็จะทำให้บุคคลเข้าสู่ภาวะวิกฤติ โดยแสดงออกในลักษณะของการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตใจ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Davila , Hammen, Burge, Paley & Daley, 1995) ดังนั้นการฝึกให้ผู้ป่วยเกิดทักษะการเผชิญปัญหาอย่างเป็นระบบจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาที่แท้จริง กำหนดเป้าหมายและวางแผนแก้ไขปัญหา ด้วยการมีส่วนร่วมของพยาบาลกับผู้ป่วย โดยพยาบาลมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพของตนในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างถูกวิธี ซึ่งเมื่อปัญหาได้รับการแก้ไขก็จะส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้ (Bowman, Scogin, and Lyrene, 1995) นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการรับรู้คุณค่าแห่งตน ในเรื่องการรับรู้ถึงเป้าหมายของตนเองในการแก้ไขปัญหาก็จะช่วยให้เกิดแรงผลักดันและมีความกระตือรือร้นที่จะแก้ไขปัญหาของตนเองให้ประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น (Borras et al., 2009)

4) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านการรับรู้ถึงความสามารถ ซึ่งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ใน



การแก้ไขปัญหของตนเอง โดยสมาชิกทุกคนภายในกลุ่ม จะทำให้ผู้ป่วยทุกคนได้มีโอกาสรับฟังปัญหา ตลอดจนวิธีการแก้ไขปัญหาก็จะทำให้เกิดมุมมองในการแก้ไขปัญหามากหลาย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะทำการแก้ไขปัญหาก็สำเร็จลุล่วงไปได้ เป็นการช่วยเพิ่มให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และเกิดความนับถือตนเองมากขึ้น (Borass et al., 2009) โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนารูจักตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการให้เกิดการรับรู้และรู้สึกต่อตนเองทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถระบุความสามารถของตนเอง จุดดี จุดด้อยของตนได้ ต้องไม่รู้สึกถูกบดบังด้วยความรู้สึกลดต่ำหรือไม่เพียงพอ แต่ต้องรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ต้องรู้จักความสามารถของตนเองเพื่อที่จะจัดการกับกับปัญหาของตนเองได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีพลังในการสร้างสรรค์และยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำจนเกิดภาวะซึมเศร้า เกิดทัศนคติที่ดีต่อตนเองมากขึ้นซึ่งจะช่วยทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง (Dowrick, 2001)

5) การฝึกทักษะการลดความคิดเชิงลบ และพัฒนาความคิดเชิงบวก ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักเป็นผู้ที่มีความคิดในด้านลบต่อตนเอง ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นโดยไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล การช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อ ให้อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงได้นั้น ย่อมเป็นการช่วยทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตนเองในด้านบวกมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเองเกิดทัศนคติที่ดีต่อตนเอง และกล้าที่จะแสดงความสามารถในด้านต่างๆมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามามีภาวะซึมเศร้ามลดลง (Dowrick, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bowman, Scogin & Lyrene, (1995) ที่ให้การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหในรูปแบบ SET โดยการฝึกให้ผู้ป่วยลดความคิดเชิงลบในสิ่งที่ไม่ดีต่อตนเอง โดยเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมแก้ไขปัญหาก็ทำให้เกิดความมั่นใจว่าตนเองนั้น มีความสามารถเพียงพอในการจัดการกับปัญหา ซึ่งพบว่าสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ โดยกิจกรรมนี้พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เรื่องพลังความคิดด้านบวก และด้านลบ การฝึกทักษะการประเมินความคิดเชิงลบและการพัฒนาความคิดเชิงบวก จากนั้นให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้ฝึกการลดความคิดเชิงลบ โดยนำผลการประเมินความคิดเชิงลบหรือความคิดที่บิดเบือนที่มีต่อตนเองและผู้อื่น ของแต่ละคนมาทบทวนและฝึกการปรับความคิดความคิดเดิมที่เป็นด้านลบให้มีมุมมองใหม่ที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังฝึกการพัฒนาความคิดเชิงบวกโดยการฝึกคิดจากเรื่องง่ายๆ ใกล้ตัว ที่คนส่วนใหญ่มักคิดและเห็นแต่ด้านไม่ดี แต่ถ้าฝึกมองในมุมกลับกันก็จะเห็นว่า ในสิ่งที่เห็นว่าไม่ดีขึ้น ก็มีสิ่งดีอยู่ในตัวด้วยกันทั้งนั้น

6) การฝึกทักษะการมองปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ด้วยมุมมองทางบวก และยุติการทำกลุ่ม เป็นกิจกรรมที่พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการบำบัด ได้ทบทวนกิจกรรมที่ได้ทำร่วมกันในขั้นตอนต่างๆ ของการบำบัด ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้รับรู้ความสามารถของตนเอง เกิดความ

มั่นใจในความสามารถของตนในการที่จะจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (Borras et al., 2009) ดังรายละเอียดในกิจกรรม ครั้งที่ 2-4 ที่ได้มีการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาที่ตนเองได้เป็นผู้คิดวิเคราะห์ ตลอดจนประเมินค่าสถานการณ์ที่สำคัญกับตนเอง กำหนดเป้าหมาย และดำเนินการแก้ไขด้วยตัวเองแล้วนั้น หากวิธีการแก้ไขปัญหาเกิดความสำเร็จ ก็จะรู้สึกดีในทางตรงกันข้ามแต่หากวิธีการแก้ไขปัญหานั้นไม่สำเร็จ พยายามผู้ให้การบำบัดก็จะให้การส่งเสริม ให้ผู้รับการบำบัด เลือกวิธีการใหม่ จนกว่าปัญหาเหล่านั้นจะได้รับการแก้ไขจนหมด แต่ถ้าวิธีการแก้ไขปัญหานั้นไม่สำเร็จ ก็ต้องทำใจยอมรับกับสถานการณ์ปัญหาเหล่านั้นด้วยการปรับมุมมองใหม่ที่เป็นทางบวก เพื่อที่จะมีความสุขกับการใช้ชีวิตต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Bowman, Scogin, and Lyrene (1995) ถึงผลการบำบัดในรูปแบบการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองที่สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ซึ่งเป็นการบูรณาการรูปแบบการบำบัด 2 แบบ คือ การแก้ไขปัญหาด้วยการตรวจสอบตนเอง (self-examination therapy: SET) ของ Bowman, Scogin & Lyrene, (1995) และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนตามรูปแบบ self-esteem module ของ Borass et al. (2009) รวมถึงการใช้กระบวนการกลุ่มในส่วนของ การละลายพฤติกรรม การสร้างสัมพันธ์ภาพ การสร้างให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การระดมความคิด และการประเมินผล จะช่วยลดระดับของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

### สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งที่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม (the pretest-posttest randomized control group design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคซึมเศร้า รหัส F32 ( F32.0 -F32.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวน ครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2558 จำนวน 40 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่ให้มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ อายุ และคะแนนภาวะซึมเศร้า

**ตัวแปรต้น** คือ โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน

**ตัวแปรตาม** คือ ภาวะซึมเศร้า

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ โดยอาการแสดงด้านความคิดและอารมณ์ ได้แก่ อารมณ์เศร้า มองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกถึงความล้มเหลว การไม่พึงพอใจ ความรู้สึกผิด การคิดว่าจะถูกลงโทษ การไม่ชอบตนเอง การตำหนิตนเอง มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หงุดหงิด มีความลังเลในการตัดสินใจ มีความคิดหมกหมุ่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย อาการแสดงด้านพฤติกรรม ได้แก่ การร้องไห้ การแยกตัวออกจากสังคม และอาการแสดงทางสรีระ ใจสั่น นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปวดตึงกล้ามเนื้อ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไม่มีสมาธิ หมดความต้องการทางเพศหรือมีประจำเดือนมาผิดปกติ ซึ่งอาการและอาการแสดงเหล่านี้มีผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน ตลอดจนกิจกรรมทางสังคมต่างๆไป อาการดังกล่าวประเมินได้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้า Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย (THAI HRS-D 17) ของมานโซ หล่อตระกูล และคณะ (2539)

### โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน หมายถึง

กระบวนการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแบบรายกลุ่ม แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาต่างๆ เมื่อพบเหตุการณ์เครียดในชีวิต ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยผสมผสานจากการบำบัด 2 แนวคิดคือ การแก้ไขปัญหาในรูปแบบ Self-Examination Therapy (SET) ตามการศึกษาของ Bowman, Scogin & Lyrene (1995) และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน ในรูปแบบ Self-Esteem Module ตามการศึกษาของ Borass et al. (2009) ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มในส่วนของ การละลายพฤติกรรม การสร้างสัมพันธภาพ การสร้างให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การระดมความคิด และการประเมินผล โดยรูปแบบการบำบัดที่บูรณาการแล้ว จะเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนากระบวนการทางความคิด ด้วยการฝึกให้เกิดทักษะในการตรวจสอบตนเองถึงมุมมองต่อปัญหาที่เผชิญอยู่ แล้ววางแผนแก้ไขปัญหาซึ่งประเมินว่าน่าจะแก้ไขได้ด้วยวิธีการที่เหมาะสมและสามารถแก้ไขได้ ส่วนปัญหาที่เห็นว่ายังแก้ไขไม่ได้จะใช้การฝึกประเมินค่าสถานการณ์และปัญหาด้วยมุมมองใหม่ที่เป็นบวกมากขึ้น เพื่อให้เกิดการยอมรับกับสถานการณ์นั้น รวมทั้งการฝึกทักษะการประเมินและปรับความคิดเชิงลบต่อตนเอง และการส่งเสริมให้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้น ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมรายกลุ่มในครั้งที่ 1 ซึ่งใช้กระบวนการกลุ่มในส่วนของ การละลายพฤติกรรม และการสร้างสัมพันธภาพเข้ามาใช้ในการทำกิจกรรมโดยให้ทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มแนะนำตนเอง และทำกิจกรรมสร้างความคุ้นเคย จากนั้นพยาบาลแจ้งวัตถุประสงค์ ระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรม และการรักษาความลับของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่ม และมีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนตามรูปแบบ The self-esteem module ในประเด็นเรื่องความรู้สึกปลอดภัยในสภาพแวดล้อมรอบๆ ตัว ได้แก่ บรรยากาศของกลุ่ม พยาบาลผู้ให้การบำบัด และระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัด

**กิจกรรมที่ 2 วิเคราะห์ปัญหาตนเอง ( การรับรู้คุณค่าแห่งตน/ ความคิดเชิงลบ/ การหลีกเลี่ยงปัญหา) ประเมินจุดอ่อน จุดแข็ง ของตนเองที่มีต่อการแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกต่อตัวตน, ความรู้สึกเป็นเจ้าของ)** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมรายกลุ่มของพยาบาล ในครั้งที่ 2 ซึ่งใช้กระบวนการกลุ่มในส่วนของ การสร้างให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การระดมความคิดเข้ามาใช้ในการทำกิจกรรมโดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ถึงความเชื่อมโยงของการรับรู้เหตุการณ์เครียดที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของบุคคล และฝึกทักษะการวิเคราะห์ตนเองโดยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินตนเองด้านบุคลิกลักษณะของตนได้แก่ จุดเด่น/ จุดด้อย และวิเคราะห์สิ่งที่เป็นข้อดีและข้อบกพร่องของตนเองได้ รวมไปถึงการส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่าได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มจากการร่วมกันทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน โดยมีเป้าหมายที่

เหมือนกันระหว่างตนเองและของกลุ่ม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกของการเป็นเจ้าของ จนผลักดันให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่นในด้านตีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความมานะพยายามในการเผชิญกับปัญหาได้อย่างเต็มความสามารถ

**กิจกรรมที่ 3 ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกถึงเป้าหมายของตน)** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมรายกลุ่มของพยาบาล ในครั้งที่ 3 ซึ่งใช้กระบวนการกลุ่มในส่วนของการสร้างให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และการระดมความคิดเข้ามาใช้ในการทำกิจกรรม โดยที่พยาบาลให้ความรู้และฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยฝึกให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ปัญหา ประเมินค่าสถานการณ์ที่สำคัญกับตนเอง เมื่อพบว่าปัญหาใดเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดก็ให้ระดมความคิด หาวิธีการแก้ไขปัญหาของตนเอง จากนั้นจัดลำดับวิธีการแก้ไขปัญหา แล้วเลือกแนวทางแก้ปัญหาที่มีความเป็นไปได้สูง หรือมีแนวโน้มที่จะสำเร็จ พร้อมกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ด้วย โดยการกำหนดเป้าหมายของการแก้ไขปัญหา นี้ได้มีการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้คุณค่าแห่งตนในประเด็น ความรู้สึกถึงเป้าหมายของตนเอง เพื่อให้เกิดแรงผลักดันและมีความกระตือรือร้น ที่จะแก้ไขปัญหาของตนเองให้ได้สำเร็จได้ตามเป้าหมายที่วางไว้

**กิจกรรมที่ 4 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านการรับรู้ถึงความสามารถ** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมรายกลุ่มของพยาบาล ในครั้งที่ 4 ซึ่งใช้กระบวนการกลุ่มในส่วนของการระดมความคิดเข้ามาใช้ในการทำกิจกรรม โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาของตนเอง และเป็นการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยเพิ่มเติมในประเด็นการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยผู้ป่วยทุกคนภายในกลุ่มจะได้มีโอกาสรับฟังปัญหาตลอดจนวิธีการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยอื่นๆ ภายในกลุ่ม หากผู้ป่วยคนใดเคยประสบกับสถานการณ์ปัญหาที่คล้ายคลึงกันก็สามารถที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่อาจเหมือนหรือแตกต่างกันไปได้โดยพยาบาลช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยในกลุ่มได้กล่าวชื่นชมผู้ป่วยที่แก้ไขปัญหาได้สำเร็จ และให้กำลังใจผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้

**กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการลดความคิดเชิงลบ และพัฒนาความคิดเชิงบวก** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมรายกลุ่มของพยาบาล ในครั้งที่ 5 ซึ่งใช้กระบวนการกลุ่มในส่วนของการสร้างให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และการระดมความคิดเข้ามาใช้ในการทำกิจกรรม โดยพยาบาลให้ความรู้เรื่องความคิดด้านบวก ด้านลบซึ่งมีเนื้อหาในเรื่องความหมายของความคิดเชิงบวกและเชิงลบ เทคนิคการหยุดความคิดเชิงลบ และเทคนิคการคิดในเชิงบวก จากนั้นฝึกทักษะการประเมินความคิดเชิงลบและการพัฒนาความคิดเชิงบวกให้กับผู้ป่วย โดยการฝึกการเปลี่ยนความคิดที่เป็นด้านลบให้มีมุมมองใหม่ที่เหมาะสม แล้วให้ผู้ป่วยแต่ละคนนำเสนอต่อกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นร่วมกัน

**กิจกรรมที่ 6** ฝึกทักษะการมองปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ด้วยมุมมองทางบวก และยุติการทำกลุ่ม หมายถึง การดำเนินกิจกรรมรายกลุ่มของพยาบาล ในครั้งที่ 6 ซึ่งใช้กระบวนการกลุ่มในส่วนของ การประเมินผลเข้ามาใช้ในการทำกิจกรรม โดยพยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนกิจกรรม และเนื้อหาที่ได้ทำร่วมกันในขั้นตอนต่างๆ ตลอดจนปัญหา และอุปสรรค ที่เกิดขึ้นจากการนำไปปฏิบัติที่ผ่านมา เพื่อนำปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นมาวางแผนแก้ไขร่วมกัน ส่วนปัญหาที่เห็นว่ายังแก้ไขไม่ได้ใช้การฝึกมุมมองที่มีต่อปัญหานั้นใหม่ที่เป็นบวกเพื่อให้เกิดการยอมรับกับสถานการณ์นั้นได้มากขึ้น จากนั้นพยาบาลสรุปขั้นตอนของกิจกรรมและเนื้อหาในภาพรวมทั้งหมด ตลอดจนสิ่งที่ได้เรียนรู้ร่วมกันในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด และยุติการทำกลุ่ม

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนจะได้รับเมื่อมารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ตามที่แพทย์นัด ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำแนะนำการดูแลตนเอง และการให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย รวมถึงการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชน

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เพื่อสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีคุณภาพ สำหรับการให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน และให้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล
2. เป็นแนวทางสำหรับ การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน สามารถจัดการกับเหตุการณ์เครียดในชีวิตที่เกิดขึ้นได้ และดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ไม่มีอาการกำเริบ หรือ การป่วยกลับซ้ำ และสามารถหายจากการเจ็บป่วยได้

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษา “ผลของโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน” ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบการวิจัย โดยสรุปสาระสำคัญ เป็นหัวข้อได้ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
  - 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
  - 1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้า
  - 1.3 การดำเนินและการพยากรณ์โรคซึมเศร้า
  - 1.4 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
    - 1.4.1 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า
    - 1.4.2 การวินิจฉัยตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศ ของโรคและปัญหาสุขภาพ (ICD)
  - 1.5 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
  - 1.6 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
  - 1.7 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการกลับเป็นซ้ำ (recurrence)
2. ภาวะซึมเศร้า
  - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
  - 2.2 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
  - 2.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า
3. รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
4. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้เหตุการณ์เครียด
  - 4.1 stress generation theory
  - 4.2 เหตุการณ์เครียดในชีวิต (stressful life events)
5. การรับรู้คุณค่าแห่งตน (self- esteem)
6. โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

### 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นโรคจิตเวชที่พบได้บ่อย เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพ ครอบครัวยุ สัจคม และเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อตัวผู้ป่วยเอง ทั้งจากอาการของโรค ความบกพร่องของหน้าที่ในด้านต่างๆของผู้ป่วย และภาวะทุพพลภาพจากการเจ็บป่วย ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้าไว้ดังนี้

อรพรรณ ลือบุญวัชชัยและพิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย (2553) กล่าวว่าโรคซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ซึ่งอาการสำคัญ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า และความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมไปกับการรู้สึกท้อแท้ หหมดหวัง สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

ธรมินทร์ กองสุข และคณะ (2553) กล่าวว่าโรคซึมเศร้า หมายถึง อาการเศร้าที่มากเกินไป และนานเกินไป เป็นอยู่นานเกินกว่า 2 สัปดาห์ ไม่ดีขึ้นแม้ได้รับการบำบัดด้วยเหตุผล มักมีความรู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิด อยากตายบ่อยกว่ามีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน กิจวัตรประจำวัน และการสังคมทั่วไป และมีอาการเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ตาม ICD-10 หรือเกณฑ์วินิจฉัย DSM-IV

ดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2555) กล่าวว่าโรคซึมเศร้า หมายถึง อาการที่บุคคลจะมีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ เช่นเดียวกับภาวะซึมเศร้า ร่วมกับมีอาการที่เข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ของ (ICD-10) ) หรือ (DSM-IV-TR) โดยโรคซึมเศร้านี้จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทางการแพทย์ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม อาการต่างๆจึงจะลดลงได้

มานอช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2550) ได้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้าว่า เป็นการที่บุคคลมีอารมณ์เศร้าในช่วงระยะเวลาที่ยาวนาน และไม่ดีขึ้นหรือมีอาการที่รุนแรงขึ้น จนมีอาการต่างๆ เช่นนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไร้ค่า หหมดความสนใจ ต่อสิ่งต่างๆรอบตัว ไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป มี ความคิดที่จะทำร้ายตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ร่วมกับการเปลี่ยนแปลง ทางด้านร่างกาย

โดยสรุป โรคซึมเศร้าหมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลทางจิตใจต่อภาวะวิกฤต หรือสถานการณ์ที่มีความเครียดแสดงออกในรูปของความเปี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้าเสียใจ หดหู่รู้สึกไร้ค่า หหมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม ทั้งในปัจจุบันและอนาคต อันก่อให้เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์ (mood disorders) เป็นภาวะที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด อารมณ์ แรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม



## 1.2 สาเหตุของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายๆปัจจัยผสมผสานรวมกันคือ ปัจจัยด้านพันธุกรรม ร่างกาย จิตใจและสภาพสังคมวัฒนธรรมที่บีบคั้นและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วรวมเรียกว่า ปัจจัยชีวจิตสังคม (biopsychosocial factors) โดยปัจจัยแต่ละด้านมีอิทธิพลมากหรือน้อยแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน ดังนี้ (ดวงใจ กษานติกุล, 2542 )

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ พันธุกรรม เป็นที่ยอมรับกันว่าพันธุกรรมมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดโรคซึมเศร้า จากการศึกษาในลูกของพ่อหรือแม่ที่เป็นโรค major depressive disorder จะมีความเสี่ยง 2-3 เท่าที่จะเป็นโรค major depressive disorder เมื่อเทียบกับอัตราการเกิดโรคของลูกที่ไม่มีพ่อหรือแม่ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแบบคู่แฝด(twin studies) พบว่าคู่แฝดชนิดไข่ใบเดียว (monozygotic twins) เมื่อแฝดป่วยเป็นโรค major depression คู่แฝดจะมีความเสี่ยงร้อยละ 50 ที่จะเป็นโรคเดียวกัน ในขณะที่คู่แฝดชนิดไข่สองใบ (dizygotic twins) เมื่อแฝดหนึ่งรายป่วยเป็นโรค major depression คู่แฝดจะมีความเสี่ยงร้อยละ 10-25 (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547) การเปลี่ยนแปลงของสารนำสื่อประสาทในสมอง (neurotransmitters) ได้แก่ serotonin norepinephrine และ dopamine โดยพบว่าผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าบางรายมีการทำงานลดลงของสารสื่อประสาทซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยอาจเป็นสาเหตุของภาวะโรคหรือการปรับตัวของร่างกายต่อสภาวะซึมเศร้าได้ (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547) การปรับระดับของฮอร์โมนในสมอง (neuroendocrine regulation) สมองส่วน hypothalamus เป็นศูนย์กลางในการควบคุมระดับฮอร์โมนในสมองหลายชนิดโดยเฉพาะในส่วน hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis และ hypothalamic-pituitary-thyroid (HPT) axis ซึ่งทำหน้าที่ปรับระดับฮอร์โมน cortisol และ thyroid stimulating hormone (TSH) พบว่า ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เมื่อให้ยา dexamethasone ไปยับยั้ง cortisol hormone แต่ระดับ cortisol กลับไม่ลดลง ซึ่งการทดสอบที่ให้ผลบวกนี้จะหายไปเมื่อผู้ป่วยหายจากภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ระดับ TSH ไม่สามารถถูกกระตุ้นได้เท่าที่ควรด้วย thyrotropin-releasing hormone (TSH) ซึ่งแสดงว่าภาวะซึมเศร้าอาจเริ่มจากความผิดปกติของสมองในส่วนตั้งแต่ระดับ hypothalamus ขึ้นไป โดยทำให้การปรับระดับฮอร์โมนเสียไป (สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547)

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ สามารถอธิบายได้โดยทฤษฎีที่สำคัญๆ ดังนี้

ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) โดยนักจิตวิเคราะห์หรืออธิบายว่า อารมณ์เศร้าเป็นอารมณ์ผสมผสานของความรู้สึกหลายๆอย่างตั้งแต่ความรู้สึกกลัว เกลียด โกรธ ละอายและความรู้สึกผิด โดยที่ความรู้สึกโกรธเป็นอารมณ์พื้นฐานที่สุด (primitive) ปรากฏให้เห็นแม้ในเด็กทารก ส่วนความรู้สึกผิดเป็นอารมณ์ละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อนมากที่สุด จะเกิดขึ้นได้ก็เฉพาะในบุคคลที่มีมโนธรรม (Superego) เกิดขึ้นแล้ว (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

ทฤษฎีด้านการรู้คิด (cognitive model) ทฤษฎีนี้ริเริ่มโดย Aaron Beck ซึ่งกล่าวว่า ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้ามี cognition triad คือ ผู้ป่วยคิดว่าตนเองหม่นหมองทางที่จะต่อสู้และตนเองไม่มีประโยชน์อีกแล้ว ผู้ป่วยมักจะตีความเหตุการณ์ต่างๆ ไปในทางไม่ดีและคิดว่าอนาคตไม่มีความหวัง การบิดเบือนในความคิดนี้เกิดจากการบาดเจ็บต่อจิตใจในวัยเด็กเช่น มีการสูญเสียบิดามารดา การขาดการเอาใจใส่ การถูกเพื่อนปฏิเสธไม่ยอมรับ การบาดเจ็บต่อจิตใจเหล่านี้ เป็นการสร้างเงื่อนไขให้ผู้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะคิด ตีความ และตอบสนองในทางลบต่อเหตุการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นในครั้งต่อไป ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าตามมา (สุชาติ พหลภาคย์, 2542) Behavioral Model มีแนวคิด 2 แบบ คือ ภาวะท้อแท้ ทอดอาลัย (learned helplessness) หมดกำลังใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบแต่ความล้มเหลวและผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า และ ภาวะหมดกำลังใจ (no positive reinforcement) เนื่องจากไม่ได้รับแรงเสริมที่เหมาะสม หรือได้รับแรงเสริมน้อยเกินไป หรือได้รับรางวัลแต่ไม่ได้รับทันทีที่แสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

1.2.3 ปัจจัยด้านสังคม อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีก่อนป่วย เช่น การสูญเสียมารดาก่อนอายุ 11 ปี การมีเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปีมากกว่า 3 คนอยู่ที่บ้าน เป็นต้น หรืออาจเป็นปัจจัยที่มากระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้า เช่น เหตุการณ์เครียดในชีวิต (Brown and Tharris, 1978 อ้างถึงใน สรยุทธ วาสิกานนท์, 2547) และมีรายงานว่าปัจจัยความเครียดทางสังคมมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียทางสังคมเช่น การตายของบุคคลที่รัก เป็นต้น การสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากการศึกษาติดตามในระยะยาวสามารถยืนยันได้ว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายการเกิดโรคซึมเศร้า และช่วยทำให้อาการของโรคซึมเศร้าบรรเทาลงได้ (Durand and Barlow, 2006 อ้างใน สรยุทธ วาสิกานนท์, 2547) นอกจากนี้ การแสดงอารมณ์ของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า โดยครอบครัวที่แสดงอารมณ์รุนแรงจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบในอัตราสูงแม้ได้รับยาเต็มที่ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

### 1.3 การดำเนินและการพยากรณ์โรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังเกิดขึ้นได้ทุกเพศและทุกวัย มีลักษณะอาการเกิดขึ้นเป็นช่วงๆ (episodic) เป็นๆหายๆ การดำเนินของโรคซึมเศร้ามีดังนี้ (Rush et al., 2006 อ้างใน พรพรรณ ศรีโสภา, 2552)

1.3.1 response คือ การที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร่าลดลงหลังได้รับการรักษา โดยติดตามได้จากอารมณ์ของผู้ป่วย การทำหน้าที่ในแต่ละวัน และ/หรือ ความเจ็บปวด/ความเศร่า โศก โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 3 สัปดาห์

1.3.2 remission คือ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าเพียงเล็กน้อยระหว่างการรักษาในระยะเฉียบพลัน ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญเป็นอันดับแรกในทางคลินิก โดยผู้ป่วยจะไม่มีอาการอารมณ์เศร่าและสูญเสียความสนใจ และมีอาการไม่มากกว่า 3 ใน 7 อาการ

ของ major depressive episode เป็นระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 3 สัปดาห์ ในการศึกษาทางคลินิกต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 12-20 สัปดาห์ในการประเมินอาการเพื่อให้เกิดการยอมรับว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ remission อย่างแท้จริง

1.3.3 relapse (อาการกำเริบ) คือ ผู้ป่วยกลับมามีอาการมากขึ้น โดยเกิดหลังจาก remission แต่ก่อนระยะ recovery โดยอาการที่เกิดขึ้นครบตามเกณฑ์การวินิจฉัย major depressive episode ของ DSM-IV-TR

1.3.4 recovery คือ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อยมาระยะเวลาหนึ่ง นั่นคือมากกว่าหรือเท่ากับ 4 เดือน ภายหลังจากระยะเริ่มแรกของ remission

1.3.5 recurrence (การกลับเป็นซ้ำ) คือ เป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยกลับมามีอาการของโรคซึมเศร้าอีก ภายหลังจากที่มี complete recovery นั่นคือมีการเกิด episode ใหม่ของโรคซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยแต่ละคนมีลักษณะการเริ่มป่วย (onset) ที่แตกต่างกัน อาจใช้เวลาหลายวันจนถึงหลายสัปดาห์ บางคนอาการเกิดขึ้นรวดเร็วหลังจากมีเหตุการณ์หรือปัญหาชีวิตที่รุนแรง และบางคนมีอาการอื่นนำมาก่อนเป็นเวลานานหลายเดือนเช่น อาการวิตกกังวล กลัว (phobia) ตื่นตระหนก (panic) ย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น ระยะเวลาที่ป่วยในแต่ละคนก็แตกต่างกันผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษามักจะป่วยอยู่นานประมาณ 9 เดือนหากได้รับการรักษาจะมีอาการนานประมาณ 3 เดือน โดยทั่วไปผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหรือหายได้สนิท พฤติกรรมและความสามารถต่างๆ จะกลับสู่ระดับเดิมก่อนป่วย ผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกมีโอกาสที่จะเกิดการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ในครั้งต่อไปร้อยละ 50 และผู้ป่วยที่มีอาการครั้งที่ 2 และ 3 มีโอกาสที่จะเกิดครั้งต่อไปร้อยละ 70 และ 90 ตามลำดับ ประมาณร้อยละ 5 – 10 ของผู้ป่วย Major depressive disorder, single episode พบเกิด manic episode ในครั้งต่อมา (มาโนซ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2548) อาการเริ่มป่วยที่รวดเร็วฉับพลัน (acute) อาการที่รุนแรง (severe) และไม่มีประวัติโรคซึมเศร้ามาก่อนช่วยทำนายว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นได้ การทำนายโรคดี สิ่งที่ทำนายว่าจะมีอาการเรื้อรังคือ 1) จำนวนครั้งที่ป่วยถ้าเคยป่วยตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปจะมีอาการเรื้อรัง 2) ป่วยครั้งแรกเมื่ออายุมากจะมีอาการกำเริบได้เร็วและเรื้อรัง โดยทั่วไปประมาณร้อยละ 20 – 35 ของผู้ป่วยมีอาการเรื้อรัง คือมีอาการหลงเหลือหรือมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในด้านสังคมอยู่บ้าง นานกว่า 2 ปี อาจมีช่วงที่ปกติปราศจากอาการได้แต่ไม่เกิน 2 เดือน (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

#### 1.4 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

การวินิจฉัยโรคนั้นอาศัยจากระยะเวลาที่มีอาการซึมเศร้า ซึ่งหากจะให้การวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า (depressive episode) ได้นั้น ผู้ป่วยจะต้องมีอาการซึมเศร้านานอย่างน้อยที่สุด 2

สัปดาห์ แต่ระยะเวลาอาจน้อยกว่านี้ก็ได้ถ้าเป็นอารมณ์ซึมเศร้าที่เป็นรุนแรงและเป็นเร็ว อารมณ์ซึมเศร้าจะไม่เปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ แต่สภาพอารมณ์ซึมเศร้ากลับแปรเปลี่ยนในวันหนึ่งๆคือ ช่วงเช้าอารมณ์ซึมเศร้าจะรุนแรง ช่วงสายหรือช่วงบ่ายอารมณ์ซึมเศร้าจะดีขึ้น อารมณ์ซึมเศร้าอาจจะไม่เป็นไปตามแบบฉบับโดยเฉพาะในวัยรุ่น กล่าวคือ แทนที่จะแสดงอาการอารมณ์ซึมเศร้าตรงๆ ผู้ป่วยกลับแสดงอาการต่อไปนี้เป็นอาการเด่น เช่น วิตกกังวล ทุกข์ทรมานใจ กระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง ซึ่งมีรายละเอียดของอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า ตลอดจนการวินิจฉัยโรคตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพ (ICD) ดังนี้

#### 1.4.1 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

อาการหลักของโรคซึมเศร้ารุนแรง คือมีอารมณ์เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข และมีอาการร่วมอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย มีอาการเกือบตลอดวันเป็นนานกว่า 2 สัปดาห์ และมีอาการร่วมอื่น คือ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2553)

- 1) อาการรู้สึกเบื่อ หหมดความสนใจหรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน (anhedonia) ในกิจกรรมซึ่งเคยชอบ มีอารมณ์เย็นชา ทั้งๆที่พยายามฝืนใจ สิ้นหวังเคร่งเครียด
- 2) รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว ทำให้น้ำหนักร่างกายลดลงและผอมลง
- 3) อาการนอนไม่หลับหรือหลับยาก นอนไม่หลับระยะต้น (initial insomnia) หรือนอนหลับได้ง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับ ๆ ตื่น ๆ ทั้งคืน (total insomnia) อาการนอนไม่หลับเป็นที่รูปแบบของโรคซึมเศร้า (depressive insomnia) คือ หลับได้ง่าย แต่มักรู้สึกว่าตื่นเช้ากว่าปกติ 2 – 3 ชั่วโมง (terminal insomnia) และไม่สามารถหลับต่อได้อีก
- 4) พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ กระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) เชื่องช้า เชื่องซึม (retardation) พูดช้าๆ พูดเสียงเบาๆ หรือพูดน้อยลงไปมาก (poverty of speech) สิ้นหวัง เฉยเมย หรือหน้านิว้คิ้วขมวด มีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน มีปัญหาด้านอารมณ์และความคิด ดังนี้
  - ความรู้สึกผิดโทษตนเอง มีได้ตั้งแต่รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ ไปจนถึงไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยมักจะคิดซ้ำเติมตนเอง คิดว่าตนเองเลวหรือโง่ ทำให้ยิ่งมองตนเองไปในด้านลบมากยิ่งขึ้น ลดความภาคภูมิใจ ความนับถือตนเองหรือขาดความมั่นใจในตนเองอย่างมาก
  - อาการไม่มีสมาธิ คิดซ้ำ ซ้ำลิ้ม เนื่องจากขาดสมาธิ อาการคล้ายความจำเสื่อม แต่ตรวจไม่พบว่ามี การสูญเสียความจำ อาการอาจมีความรุนแรงได้จนคล้าย มีความจำเสื่อม
  - อาการคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย อาการอาจจะมีตั้งแต่รู้สึกกลัวตาย คิดถึงหรือฝันถึงญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดที่เสียชีวิต ความคิดอยากตาย พบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุกคน คิดว่าการตายเป็นทางออกที่ดีสำหรับตนเอง หรือกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักใคร่ห่วงใย

- อารมณ์แปรปรวนตามเวลาของวัน คือมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดในช่วงเช้านี้ และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ เป็นผลจากมีการเปลี่ยนแปลงของระดับ cortisol ในพลาสมาซึ่งหลั่งออกมาสูงสุดในเวลาเช้านี้ประมาณ 4 – 5 นาฬิกา และระดับลดต่ำสุดในช่วงเย็น

- อาการคิดมากวิตกกังวล พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 60 – 70 หรือเกือบทุกคน อาการวิตกกังวลจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไวกว่าปกติ ได้แก่ ใจสั่น ใจหวิว ตกใจง่าย ใจเต้นแรง ร้อนวูบวาบตามตัว มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ปากแห้ง ปวดศีรษะ หรือปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ปวดหลังเรื้อรัง รู้สึกแน่นท้อง ท้องผูก กลัวไปหมดทุกอย่าง

- อาการหมดอารมณ์ทางเพศ พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยชาย ทำให้เป็นปัญหาที่อาจนำผู้ป่วยมารับการรักษา ในผู้ป่วยหญิงก็ประสบปัญหานี้ได้เช่นกัน

- อาการวิตกกังวลหมกมุ่นว่าป่วยเป็นโรคทางกาย (hypochondriasis) มักจะไม่นิยมรับว่าตนมีอาการเศร้าหรือความเครียด และยืนยันว่าเจ็บป่วยจากโรคทางกาย

1.4.2 การวินิจฉัยโรคตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพ (ICD)

คำว่าโรคซึมเศร้าในประเทศไทยนั้น หมายถึง depressive disorder ซึ่งจะต้องใช้เกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัย ซึ่งปัจจุบันใช้อยู่ 2 เกณฑ์ คือ ICD (international classification of diseases and health-related problems ) ซึ่งพัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และ DSM (diagnostic and statistical manual of mental disorders ) ซึ่งพัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน โดยโรคซึมเศร้าที่จิตแพทย์และแพทย์ให้การวินิจฉัยผู้ป่วยจะมีลักษณะอาการดังต่อไปนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2554)

1) มีอารมณ์ซึมเศร้า โดยอารมณ์ซึมเศร้านั้นมีอยู่เกือบตลอดเวลาทั้งวัน และเป็นทุกวัน บางวันอาจเป็นมาก บางวันอาจเป็นน้อย

2) ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก

3) เบื่ออาหารจนน้ำหนักลดลงหรือบางรายอาจมีความอยากเพิ่มขึ้นกินมากจนน้ำหนักเพิ่ม ( เช่น 2-3 กก. ต่อเดือน )

4) นอนไม่หลับหรือหลับมากแทบทุกวัน แต่ส่วนใหญ่มักจะนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย หลับตื้นแต่จะตื่นเช้า 1- 2 ชั่วโมงก่อนเวลาปกติที่เคยตื่นและเมื่อตื่นแล้วก็ไม่สดชื่น

5) ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ช้า พุดช้า เดินหรือเคลื่อนไหวช้าลง แต่บางรายอาจมีอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย ทำอะไรเหมือนรีบเร่ง

6) อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรงทั้งวัน หรือแทบทุกวัน

7) รู้สึกตนเองไร้คุณค่า หรือรู้สึกผิดมากเกินไปจนเกินควร (หลายรายที่มองตน มองโลก มองอนาคต ในด้านลบไปหมด เช่น ตนเองไม่หล่อ ไม่สวย ไม่เก่ง ไม่ดี สังคมแยะและเสื่อมโทรม ทุกอย่างแก้ไขอะไรไม่ได้แล้ว อนาคตยิ่งทุกข์ยากลำบากมีดมน )

8) สมาธิหรือความคิดอ่านช้าลง

9) คิดอยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ บางรายพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนฆ่าตัวตาย )

ในบางรายที่อาการรุนแรงมากจะมีอาการประสาทหลอน หูแว่ว ได้ยินเสียงคนพูดตำหนิติเตียนหรือหลงผิดว่าทุกคนรอบข้างมองตนเองไม่ดี แกล้งทำให้ตนเองล้มเหลว

หากมีอาการดังกล่าวข้างต้น อย่างน้อย 5 อาการและเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป และมีอารมณ์เศร้า (ข้อ 1) หรือ เบื่อหน่ายไม่มีความสุข (ข้อ 2) ก็สามารถให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า และจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อไป

การให้รหัสโรคของโรคซึมเศร้า (กลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์) ประเทศไทยได้นำบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD - 10 = international statistical classification of diseases and related health problem) มาใช้ตามที่ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้เป็นมาตรฐานการให้รหัสโรคที่เป็นสาเหตุการป่วยและสาเหตุการตาย เพื่อจัดจำแนกโรคกลุ่มต่าง ๆ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในระดับนานาชาติ เพื่อความสะดวกในการใช้สำหรับบุคลากรทุกระดับ โดยรหัสโรคของโรคซึมเศร้าทั้งหมดได้แก่ F32- F39 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1 และตารางที่ 2 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541)

ตารางที่ 1 การให้รหัสโรคของโรคซึมเศร้าตาม ICD - 10

รหัสโรค	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	ชื่อโรคภาษาไทย
F32	depressive episode	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว
F32.0	mild depressive episode	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว ไม่รุนแรง
F32.1	moderate depressive episode	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว ปานกลาง
F32.2	severe depressive episode without psychotic symptoms	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว รุนแรง แต่ไม่มีอาการโรคจิต
F32.3	severe depressive episode with psychotic symptoms	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว รุนแรง และมีอาการโรคจิต
F32.8	other depressive episodes	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว แบบอื่น
F32.9	depressive episode, unspecified	อารมณ์ซึมเศร้าชั่วคราว จากสาเหตุที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด
F33	recurrent depressive disorder	อารมณ์ซึมเศร้าซ้ำ
F33.0	recurrent depressive disorder, current episode mild	อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ กำลังเกิดขึ้นไม่รุนแรง
F33.1	recurrent depressive disorder, current episode moderate	อารมณ์ซึมเศร้ากลับเป็นใหม่ กำลังเกิดขึ้น อาการปานกลาง
F33.2	recurrent depressive disorder, current episode severe without psychotic symptoms	อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ กำลังเกิดขึ้น รุนแรง ไม่มีอาการโรคจิต
F33.3	recurrent depressive disorder, current episode severe with psychotic symptoms	อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ กำลังเกิดขึ้น รุนแรงและมีอาการโรคจิต
F33.4	recurrent depressive disorder, current in remission	อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ ระยะหาย
F33.8	other recurrent depressive disorders	อารมณ์ซึมเศร้าเกิดขึ้นซ้ำ แบบอื่น ๆ
F33.9	recurrent depressive disorder, unspecified	อารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นซ้ำ จากสาเหตุที่ไม่ได้ระบุรายละเอียด

## (ต่อ) ตารางที่ 1 การให้รหัสโรคของโรคซึมเศร้าตาม ICD – 10

รหัสโรค	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	ชื่อโรคภาษาไทย
F34	persistent mood [affective] disorders	ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดที่คงอยู่นาน
F34.0	Cyclothymia	ไซโคลไทเมีย
F34.1	Dysthymia	ดิสไทเมีย
F34.8	other persistent mood [affective] disorders	ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดที่คงอยู่นานแบบอื่น
F34.9	persistent mood [affective] disorders, unspecified	ความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดที่คงอยู่นาน ไม่ระบุรายละเอียด
F38	other mod [affective] disorders	ความผิดปกติทางอารมณ์แบบอื่น
F38.0	other single mood [affective] disorders	ความผิดปกติทางอารมณ์แบบอื่นที่เกิดขึ้นครั้งเดียว
F38.1	other recurrent mood [affective] disorders	ความผิดปกติทางอารมณ์แบบอื่นที่เกิดขึ้นซ้ำ
F38.8	other specified mood [affective] disorder	ความผิดปกติทางอารมณ์แบบอื่น
F39	unspecified mood [affective] disorder	ความผิดปกติทางอารมณ์ที่ไม่ระบุรายละเอียด

จากความรู้เรื่องโรคซึมเศร้ามดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำมาใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในงานวิจัยนี้ โดยคัดเลือกจากกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งมีอาการที่ผิดปกติ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า และความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมไปกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหวเชื่องช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ มักมีความรู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิด อยากรตาย เกิดผลกระทบต่อน้ำที่การทำงาน กิจวัตรประจำวันและสังคมทั่วไป และจิตแพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์ของ ICD –10 รหัส F32 (F32.0-F 32.9)



### 1.5 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

แนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันเน้นแนวทางการรักษาแบบองค์รวมทั้งการรักษาทางด้านชีวภาพและจิตสังคมร่วมกัน (holistic , biopsychosocial approach) จิตบำบัดที่มีหลักฐานอ้างอิงถึงประสิทธิภาพของการรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันได้แก่ จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy, IPT) และจิตบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy, CBT) จิตบำบัดทั้ง 2 ประเภทนี้มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าของโรคซึมเศร้ารุนแรงเช่นเดียวกับการรักษาด้วยยา และยังมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymic disorder) และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาร่วมกันทั้งการรักษาด้วยยาและจิตบำบัด จะให้ผลการรักษาที่ดีที่สุด โดยพบว่าผลการตอบสนองต่อการรักษาเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 55-85 นอกจากนั้นแล้ว การให้จิตบำบัดในระยะต่อเนื่องหลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว สามารถช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำและอัตราการกลับเป็นซ้ำ (relapse and recurrent rate)ลงได้ ดังรายละเอียดด้านล่าง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

#### 1.5.1 การรักษาทางกาย (somatic treatment)

1) การบำบัดด้วยยา (pharmacological therapy) แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่ม tricyclic antidepressants (TCA), กลุ่ม monoamine oxidase inhibitor, กลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) และ กลุ่ม new generation ซึ่งการบำบัดอาการซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือระยะเฉียบพลัน (acute treatment) ใช้เวลา 6-12 สัปดาห์ เพื่อลดอาการซึมเศร้าลง ระยะการรักษาต่อเนื่อง (continuation treatment) ใช้เวลา 4-9 เดือนเพื่อเป็นการป้องกันการกลับป่วย (relapse) และการรักษา แบบคงสภาพ (maintenance treatment) รักษาติดต่อกันนาน 3 ปี เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (recurrence)

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) เป็นการรักษาโดยมีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าช่วงสั้นๆ (brief electrical stimulus) เพื่อให้เกิดการชักของสมอง (cerebral disorder) จัดว่าเป็นการรักษาที่มีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพสูง

1.5.2 การบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial treatment) ได้แก่ 1) การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย (exercise therapy) ใช้บำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย 2) problem solving therapy (PST) ใช้บำบัดในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลาง 3) การบำบัดด้านความคิด (cognitive therapy) ใช้บำบัดในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง ถึงรุนแรง 4) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) ใช้บำบัดในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง ถึงรุนแรง และ 5) การบำบัดด้านสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (interpersonal psychosocial therapy) ใช้บำบัดในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในระดับปานกลาง ถึงรุนแรง

จากข้อมูลในด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าวิธีการดูแลรักษาที่ให้ผลการรักษาที่ดีที่สุดนั้น คือการรักษาร่วมกันทั้งการรักษาด้วยยาและการทำจิตบำบัด ซึ่งการให้จิตบำบัดในระยะต่อเนื่องหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาและกลับไปอยู่ในชุมชนนั้น สามารถช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำและอัตราการกลับเป็นซ้ำ (relapse and recurrent rate) ลงได้จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ค้นคว้า และทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบของการบำบัดทางจิตสังคมที่ช่วยทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนนั้นลดลง อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้หายจากอาการผิดปกติได้เร็วขึ้น ได้กลับมาใช้ชีวิตที่ปกติสุขเหมือนคนทั่วไป ซึ่งจะได้กล่าวรายละเอียดต่อไปในหัวข้อที่ 3 เรื่องรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

### 1.6 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า เป็นโรคของอารมณ์ที่มีความแปรปรวน พยาบาลจิตเวชจะต้องเข้าใจในตัวผู้ป่วยทั้งหมดเป็นองค์รวม การวางแผนการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ต่อสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิตของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ครอบคลุม ถึงการบริหารจัดการเรื่องยา กระบวนการทาง Neurobiological และการปฏิบัติการพยาบาลทางจิตสังคม เช่น การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเน้นหลักสำคัญได้แก่ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) ได้เสนอกระบวนการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ ดังนี้

1.6.1 การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้า การประเมินผู้ป่วยที่มีอารมณ์แปรปรวนระยะซึมเศร้าเพื่อกำหนดแผนการพยาบาลนั้น จะมุ่งที่ระดับอารมณ์เศร้าว่าอยู่ที่ระดับใด โดยประเมินทั้ง 4 ด้าน คือ (1) ด้านอารมณ์ (affective) พบอารมณ์หงุดหงิด ผิดหวัง เศร้าใจ (2) ด้านพฤติกรรม (behavior) แสดงพฤติกรรมเศร้า เสียใจ ร้องไห้ (3) ด้านความคิด (cognitive) มักมีความคิดหมกมุ่นกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ความคิดในการทำร้ายตนเอง และ (4) ด้านสรีรวิทยา (physiological) พบความเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า การรับประทานอาหาร การนอนและการดูแลสุขอนามัย โดยพิจารณาว่าระดับอารมณ์เศร้าอยู่ในระดับเศร้าตามสถานการณ์ เศร้าระดับต่ำ เศร้าระดับปานกลาง หรือเศร้าระดับรุนแรง

1.6.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล จากข้อมูลที่ประเมินได้ พยาบาลสามารถกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนการพยาบาล โดยพิจารณาความเสี่ยงด้านต่างๆ โดยเฉพาะการทำร้ายตนเอง การสูญเสียความสามารถในการทำงาน ขาดความสนใจในการดูแลสุขอนามัยของตนทุกด้าน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่มีพลังกำลัง กระบวนการในการทำหน้าที่ต่างๆ เสีย การแยกตัวออกจากสังคม กระบวนการคิดผันแปร

1.6.3 การวางแผนการพยาบาล โดยในการวางแผนการพยาบาล มีทั้ง (1) แผนระยะสั้น จะมุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาลแต่ละข้อ โดยพิจารณาตามวัตถุประสงค์ของการพยาบาลตามสภาพผู้ป่วยแต่ละราย เน้นการสร้างสัมพันธภาพ และส่งเสริมการปรับตัว โดยช่วยให้

ผู้ป่วยระบายปัญหา และปรับตัวอย่างเหมาะสม มุ่งเน้นการส่งเสริม พฤติกรรมที่ดี และพัฒนาคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และเพิ่มคุณค่าในตนเอง และ (2) แผนระยะยาว ที่มุ่งเน้นการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต โดยช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหา และควบคุมสถานการณ์ชีวิตของตนเองโดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณค่าในตนเอง สนับสนุนความสามารถในการทำงาน การเผชิญปัญหา และการปรับตัวในครอบครัวและสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่จะสนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย และความพึงพอใจของตน โดยเน้นการส่งเสริมความรู้สึกรับรู้ถึงคุณค่าในตนเองและคุณค่าแห่งตน

#### 1.6.4 การปฏิบัติการพยาบาล เน้นหลักการที่สำคัญ ดังนี้

- 1) การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์เศร้ามีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูงทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจใช้เป็นอาวุธ
- 2) การใช้เทคนิคการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วยสร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ
- 3) การสอนผู้ป่วยใช้การสอนผู้ป่วยแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
- 4) การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตในสังคม
- 5) การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึก และฟื้นฟูทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม
- 6) การแนะนำในเรื่องการป้องกันอันตราย เพราะผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง แนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว นอกจากนี้หลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก็คือ ได้รับการดูแลเรื่องสุขอนามัยให้ได้รับความสุขสบาย การดูแลเรื่องการได้รับยาตามแผนการรักษา มีความปลอดภัย ไม่ทุกข์ทรมานลดภาวะแทรกซ้อนจากการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา และการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์

1.6.5 การประเมินผลการพยาบาล เป็นการพิจารณาถึงความสำเร็จ ของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ว่าได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เพียงใด

จากบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ำดังกล่าวข้างต้นนั้น สามารถนำมาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้การบำบัดทางจิตสังคมตามโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ มีการใช้เทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสม และเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นหรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้

ร่วมกัน ตลอดจนฝึกทักษะให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาปัญหาที่สำคัญของตนเองจนนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมจนบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

### 1.7 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วย โรคซึมเศร้ามีการกลับเป็นซ้ำ (recurrence)

การวินิจฉัยการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์ของ DSM – IV-TR คือ ผู้ป่วยเป็น major depressive episode ครั้งก่อนและครั้งถัดมาแยกจากกันได้ต่อเมื่ออาการป่วยครั้งก่อนและครั้งถัดมาต้องห่างกันอย่างน้อย 2 เดือนติดต่อกัน โดย 2 เดือนที่ว่างนี้ต้องไม่มีอาการจนเข้าเกณฑ์ของการวินิจฉัย major depressive episode (American Psychiatric Association, 2004)

ธัญชนก พรหมภักดี และพิเชษฐ อุดมรัตน์ (2551) ได้ทำการศึกษาการดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาไม่น้อยกว่า 10 ปี พบปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ เพศ การขาดยาระดับความรุนแรงของโรคใน episode แรก นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ของ Burcusa & Lacono (2007) ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งพบว่าปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่

1.7.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และเศรษฐกิจฐานะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าใน first episode แต่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1.7.2 อาการทางคลินิกพบว่าอายุที่เริ่มป่วยครั้งแรก (age at first onset of depression) และจำนวนครั้งของการเกิด episode ตลอดชีวิต (lifetime number of depressive episode) เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าความรุนแรงของอาการใน first episode มีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำ ในผู้ใหญ่แต่มีใช้เด็ก ประวัติโรคร่วมทางด้านจิตเวช (comorbid psychopathology) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหรือภาวะผิดปกติทางจิตเวชใน axis I เช่น โรคตื่นตระหนก โรคกลัว โรควิตกกังวล การใช้สารเสพติด เป็นต้น ซึ่งโรคต่างๆเหล่านี้ จะเพิ่มความเสี่ยงสูงต่อการกลับเป็นซ้ำในผู้ใหญ่แต่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำในวัยเด็ก

1.7.3 ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง first – degree Relative เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ

1.7.4 ปัจจัยด้านจิตสังคมพบว่า ความคิดด้านลบ, high neuroticism, การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม และเหตุการณ์เครียดในชีวิต ซึ่งทั้งหมดนี้มีใช้เป็นปัจจัยใน first episode เท่านั้น แต่ยังพบว่าเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอีกด้วย

จากข้อมูลปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการกลับเป็นซ้ำ (recurrence) ดังกล่าวข้างต้นทำให้ทราบว่า การออกแบบการวิจัยครั้งนี้ จะต้องพิจารณาในเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อนำมาออกแบบ ในขั้นตอนของการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (matched paired) เพื่อให้ผลการวิจัยที่ได้มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามการศึกษาของ Burcusa & Lacono (2007) ได้แก่ เพศ อายุ และระดับภาวะซึมเศร้า มาใช้เพื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างโดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่ม โดยกำหนดให้การจับคู่ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ในแต่ละคู่ นั้น มีเพศเดียวกัน อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเดียวกัน

## 2. ภาวะซึมเศร้า (depression)

ภาวะซึมเศร้าเป็นอารมณ์หนึ่งที่พบได้บ่อยเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับการสูญเสีย หรือเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่เป็นไปตามคาดหวัง มักแสดงออกให้เห็นโดยการร้องไห้ ซึมเศร้า คิดวนเวียน ขาดสมาธิและสนใจในสิ่งรอบข้างลดลง อาการดังกล่าวหากเป็นอย่างต่อเนื่องเรื้อรัง อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย เป็นต้นว่า นอนไม่หลับ คิดฟุ้งซ่านตลอดเวลา สมรรถภาพทางการทำงาน ถดถอย ความสนใจทางเพศน้อยลง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องผูก ปวดศีรษะ หากยิ่งปล่อยให้ตกอยู่ในภาวะดังกล่าวต่อไป อาจทำให้เกิดความคิดในแง่ลบ รวมทั้งมองโลกในแง่ร้าย บางคนอาจเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ (Westbrook, Kennerly, & Kirk, 2007 อ้างใน ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555) นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาวิกฤติในชีวิตที่ไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้ และบุคคลเกิดความคิดบิดเบือนไปในทางลบ ทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม หรือโลก และอนาคตแล้วแสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม (Beck & Alford, 2009 อ้างใน ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555) และหากภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมก็จะมี ความรุนแรงมากขึ้น จนกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้

### 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

2.1.1 ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์เศร้าปกติ (normal low mood, feeling blue) เป็นภาวะอารมณ์ที่สามารถเกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไป โดยเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้า หรือสถานการณ์บางอย่างที่ทำให้บุคคลไม่สมหวัง ผิดหวัง สิ้นหวัง หรือไม่มีความสุข บุคคลจะมีความรู้สึกหดหู่และซึมเศร้า เป็นภาวะอารมณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เป็นภาวะปกติในบุคคล อาจเกิดขึ้นเป็นช่วงเวลาหรือเป็นวัน อารมณ์ซึมเศร้าในภาวะปกตินี้สามารถหายไปได้เอง หรือเมื่อบุคคลเจอกับสิ่งเร้าใหม่หรือเงื่อนไขใหม่อารมณ์นี้ก็ลดลง โดยปกติบุคคลจะมีความรู้สึกเคลื่อนไปมาระหว่างความสุข

กับความเศร้า ขึ้นอยู่กับสภาพการณ์ของแต่ละบุคคล ภาวะซึมเศร้าที่หมายถึงอารมณ์ปกตินี้ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาใดๆ (Beck, 1967; Beck & Alford, 2009 อ้างใน ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2555)

2.1.2 ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะเศร้าที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงภาวะซึมเศร้าในความหมายนี้ หมายถึงภาวะเศร้าที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงในทางจิตสรีระ (psychopathological dimension ) มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับเล็กน้อยระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรง อาการและอาการแสดงจะเริ่มส่งผลกระทบต่อบุคคลได้มากกว่าอารมณ์เศร้าปกติ โดยบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่เปลี่ยนไปจากเดิมของบุคคลนั้น และมักพบว่าจะมีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การทำงาน และกิจกรรมทางสังคมต่างๆไป ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีผู้บำบัดหรือให้การปรึกษาจึงจะกลับสู่ภาวะปกติได้ (Beck, 1967; Beck & Alford, 2009 อ้างใน ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2555)

2.1.3 ภาวะซึมเศร้า หมายถึง โรคทางจิตเวชคือโรคซึมเศร้าในความหมายที่สามนี้ ภาวะซึมเศร้าจะหมายถึงโรคซึมเศร้า (psychotic depressive ) ซึ่งจะมีเกณฑ์การพิจารณาตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวช ในความหมายของภาวะซึมเศร้าที่หมายถึงโรคซึมเศร้านี้ บุคคลจะมีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ เช่นเดียวกับภาวะซึมเศร้า แต่จะต้องพิจารณาตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่ และจะถูกระบุว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง เช่น การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) ) ตัวอย่างเช่น Depressive episode (F32) , Recurrent depressive disorder (F33), Dysthymia (F34.1) การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder fourth edition, text revision (DSM-IV-TR) ตัวอย่างเช่น Major depressive disorder (296.2x) Dysthymic disorder (300.4) โดยโรคซึมเศร้านี้จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทางการแพทย์ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม อาการต่างๆจึงจะลดลงได้ (APA, 2005 อ้างใน ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2555)

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย มีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง จนมีอาการผิดปกติตามมา เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ แต่จะเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้นๆ และเป็นครั้งคราว อาการสามารถหายไปได้เองไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางคลินิก ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาใดๆ แต่หากภาวะซึมเศร้านี้มีความรุนแรง มีความรู้สึกไร้ค่า มีความคิดเบียดชีวิต ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไม่มีความสุข ไปจนถึงอยากตาย อาการเป็นอยู่นานเกินกว่า 2 สัปดาห์จนเริ่มส่งผลกระทบต่อ

ต่อบุคคล โดยทำให้มีความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่เปลี่ยนไปจากเดิม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน และกิจกรรมทางสังคมต่างๆไปลดลง ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีผู้บำบัดหรือให้การปรึกษา หรือในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจนเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ตาม ICD-10 ก็จะถูกระบุว่าเป็นโรคซึมเศร้า

## 2.2 ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการและอาการแสดงที่แสดงออกถึงความแปรปรวน 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม โดยความแปรปรวนที่เกิดขึ้นในแต่ละด้านสามารถแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ คือ โรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง (Beck, 1967; Beck et al., 1979) ดังมีรายละเอียดของอาการแต่ละด้าน ดังต่อไปนี้

### 2.2.1 ความแปรปรวนด้านความคิด จำแนกระดับความรุนแรงได้ ดังนี้

- 1) ระดับเล็กน้อย คือ มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า
- 2) ระดับปานกลาง คือ มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ โทษตนเอง ตัดสินใจยากแม้แต่เรื่องเล็กน้อย หรือ วิตกกังวลว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้น
- 3) ระดับรุนแรง คือ คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า เป็นที่รังเกียจของสังคม ตัดสินใจไม่ได้เลย หรือคิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกาย

### 2.2.2 ความแปรปรวนด้านอารมณ์ จำแนกระดับความรุนแรงได้ ดังนี้

- 1) ระดับเล็กน้อย คือ มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆ ทั้งวัน แต่ยังมีบางช่วงเวลาที่มีอารมณ์ดีขึ้น บางครั้งอารมณ์เศร้าก็มีสาเหตุเพียงพอบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเองไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน
- 2) ระดับปานกลาง คือ มีอารมณ์เศร้ารุนแรง และเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน มักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้ารู้สึกดูถูกตนเอง รู้สึกเบื่อหน่ายตลอดเวลา
- 3) ระดับรุนแรง คือ มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก สิ้นหวัง เห็นว่าตนเองไม่มีค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป หหมดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา

### 2.2.3 ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ จำแนกระดับความรุนแรงได้ ดังนี้

- 1) ระดับเล็กน้อย คือ ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ฟังพา ผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย
- 2) ระดับปานกลางไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น แยกตัวออกจากสังคม เกิดความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงและถี่ขึ้น พยายามฆ่าตัวตาย และ 3) ระดับรุนแรง หหมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแล

ตนเองทั้งหมด แทบจะไม่มีอาการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าจะไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

#### 2.2.4 ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม จำแนกระดับความรุนแรงได้ ดังนี้

1) ระดับเล็กน้อย คือ ความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง หนื่อยง่ายกว่าปกติ

2) ระดับปานกลาง คือ แทบจะไม่อยากรับประทานอาหาร ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า หนื่อยง่ายรู้สึกไม่ต้องการทำกิจกรรมใดๆ

3) ระดับรุนแรง คือ ไม่รับประทานอาหาร น้ำหนักลด นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้ว นอนต่อไปไม่ได้ ไม่มีความต้องการทางเพศทำกิจกรรมไม่ได้

### 2.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินภาวะซึมเศร้ามีแบบวัดมากมาย เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติ (syndrome) มากกว่าเป็นอาการเดี่ยว (single entity) จึงมีแนวคิดในการตั้งเกณฑ์การวัดที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละแบบวัด โดยคะแนนอาการซึมเศร้าของแต่ละแบบวัดจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงระดับความรุนแรงของอาการ ณ เวลาที่ได้ทำการประเมินขณะนั้น และจากการศึกษาแบบประเมินที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าพบว่า มีหลายรูปแบบ ซึ่งในที่นี้จะขอกกล่าวถึงแบบประเมินภาวะซึมเศร้าที่มีใช้กันค่อนข้างมากในประเทศไทย ดังนี้

2.3.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (beck depressive inventory : BDI) ซึ่งแบบประเมินนี้สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1961 เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางด้านจิตใจ 15 ข้อ และอาการทางด้านร่างกาย 6 ข้อ ใช้ครั้งแรกโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและให้ผู้สัมภาษณ์เป็นคนรอกคำตอบลงในแบบประเมิน ทั้งนี้เพื่อลดความผิดพลาดในการรายงาน ต่อมาได้เป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบเอง เป็นเครื่องมือที่มีความคงที่ในแต่ละหัวข้อและมีความน่าเชื่อถือสูง และมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า สามารถคัดกรองภาวะซึมเศร้าและประเมินภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 5-10 นาที ผู้ตอบอาจเป็นประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยอายุรกรรม และผู้สูงอายุ (ในกลุ่มนี้มีประโยชน์มาก) ข้อดีของแบบสอบถามคือ จำนวนข้อไม่มาก ถ้าผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มีความเข้าใจจะง่ายต่อการทำ การทำให้เวลาไม่มาก ใช้ง่าย และประเมินซ้ำได้ ทำให้มีผู้นิยมนำมาใช้ในการพัฒนางานบริการและงานวิจัยมาก แบบสอบถาม BDI มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) จากการหาค่าความตรงภายในโดยวิธี split-half reliability เท่ากับ 0.93 วิธี test-retest เท่ากับ 0.74 และมีค่าความคงที่ภายใน (internal consistency) เท่ากับ 0.91 มีค่าความตรง (validity) ตรงตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ research diagnostic criteria



( RDC ) แบบประเมินนี้ได้มีการแปลเป็นฉบับภาษาไทย และเรียกว่า thai version of the beck depression inventory ( ธรณินทร์ กองสุข, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, พู่ระหง ไชยพันธ์, สิริธร บุตรวงศ์, 2549 อ้างใน ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555 )

ต่อมาได้มีการปรับปรุงแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบคไทม์ในปี 1978 เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเบคฉบับที่สอง beck depression inventory (BDI-II) ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ ใช้เวลาในการทำประมาณ 5 นาที ซึ่งมีการใช้กันอย่างกว้างขวางในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าเพื่อคัดกรองและวินิจฉัยโรคตามการวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (DSM-IV-TR) คุณภาพของเครื่องมือพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 แต่ยังไม่ได้ใช้ใน ประเทศไทย เนื่องจากปัญหาการซื้อลิขสิทธิ์มาแปลเป็นภาษาไทย (กรมสุขภาพจิต, 2555 อ้างใน ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555 )

2.3.2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย (center for epidemiologic studies-depression scale : CES-D )แบบคัดกรองนี้เป็นเครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้าประเภทตอบคำถามด้วยตนเอง (self-report) เครื่องมือนี้พัฒนาโดยนักวิจัยแห่งศูนย์การศึกษาด้านระบาดวิทยา สถาบันจิตเวชแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (center for epidemiologic studies, national institute of mental health, USA ) เพื่อวัดอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นโดยเฉพาะการสำรวจในชุมชน เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเพื่อแยกวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าอายุระหว่าง 15-18 ปี ออกจากวัยรุ่นที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ โดยจะถามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีตัวเลือกเกี่ยวกับระดับความรุนแรง หรือความถี่ของภาวะซึมเศร้า 4 ระดับ คือ ไม่เลย (เท่ากับ 0 คะแนน) บางครั้ง (เท่ากับ 1 คะแนน) บ่อยๆ (เท่ากับ 2 คะแนน) ตลอดเวลา (เท่ากับ 3 คะแนน) โดยคะแนนรวมมีได้ตั้งแต่ 0-60 คะแนน เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด หากมีค่าคะแนนสูงกว่า 22 คะแนน ถือว่าอยู่ในภาวะซึมเศร้าสมควรที่จะได้รับการตรวจวินิจฉัยเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

สำหรับในประเทศไทยได้มีการนำ CES-D มาแปลเป็นภาษาไทย และศึกษาค่าทางสถิติจากการศึกษาในวัยรุ่นไทย พบว่า ความเที่ยงของ CES-D วัดโดย Cronbach's coefficient alpha มีค่าเท่ากับ .86 นอกจากนี้คะแนน CES-D จะสูงขึ้นตามความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าจาก receiver operating characteristic curve พบว่า คะแนนที่ 22 เป็นจุดตัดที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าได้ดีที่สุด โดยที่คะแนนนี้ CES-D จะมีความไวร้อยละ 72 ความจำเพาะร้อยละ 85 และความแม่นยำร้อยละ 82 แต่มีข้อจำกัดคือ การวินิจฉัยในประเทศไทยมีการศึกษาเฉพาะในวัยรุ่นเพศชายเท่านั้นจึงอาจไม่ครอบคลุมถึงกรณีของวัยรุ่นหญิง (อุมาพร ตรังสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์ และปิยลัมพร หะวานนท์, 2540 อ้างใน ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555 )

2.3.3 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ซึ่งแบบคัดกรองนี้มีความไว (sensitivity) อยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยม 97% และมีค่าความจำเพาะ (specificity) 44% การใช้แบบคัดกรองนี้จะทำให้ค้นพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง อย่างไรก็ตามแบบคัดกรองจะมีผลบวกลวงอยู่จำนวนหนึ่ง จึงจำเป็นต้องประเมินอีกครั้งด้วยแบบประเมินที่มีความจำเพาะสูงได้แก่ แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ซึ่งมีความจำเพาะ 93% และการทำนายโรคมียผลเป็นบวก (likelihood ratio positive) 11.4 (สุวรรณภา อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ, 2550 อ้างใน ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2555 )

2.3.4 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ซึ่งแบบประเมินนี้ใช้วัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่ตรงกับบริบทของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จากการหาจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมโดยการทำ receiver operating characteristic curve analysis ได้เท่ากับ 0.9283 คือจุดตัดที่ 7 คะแนนขึ้นไป มีค่าความไวสูงร้อยละ 75.68 มีความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 93.37 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (MDD) ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า 11.41 เท่า มีความแม่นยำตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ใช้เวลาน้อย มีจำนวนข้อไม่มาก เหมาะสำหรับในการประเมินอาการของโรค นอกจากนี้เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) พบว่า 9Q มีค่า Cronbach's Alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.7836 – 0.8210 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.821 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.719 ( P-value<0.001 ) มีค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่า likelihood ratio ร้อยละ 85, 72 และ 3.04 (95% CI=2.16 – 4.26 ) ตามลำดับ เมื่อแยกตามระดับความรุนแรงพบว่า ในระดับอาการน้อย มีค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่า likelihood ratio ร้อยละ 61, 76 และ 2.58 ( 1.65 – 4.04 ) ระดับอาการปานกลาง ร้อยละ 76, 94 และ 13.00 ( 4.85 – 34.87 ) ระดับอาการรุนแรง ร้อยละ 93, 98, และ 60.36 ( 8.58 – 424.35 ) โดยสรุปแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม เมื่อเทียบเคียงกับเครื่องมือมาตรฐานระดับสากล พบว่ามีความเที่ยงในระดับดีมาก และมีความจำเพาะค่อนข้างสูง จึงสามารถนำมาประเมินอาการและติดตามอาการของโรคซึมเศร้าในคนไทยได้ (กรมสุขภาพจิต, 2555 อ้างใน ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2555 )

2.3.5 เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI ( Khon Kaen University Depression Inventory ) สำหรับคนไทยในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเครื่องมือนี้ได้มีการพัฒนาขึ้นโดยการประชุม ระดมความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในคณะของจิตแพทย์จำนวน 5 คน เกี่ยวกับอาการสำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร่วมกับการทำกลุ่มอภิปรายเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้า ความเข้าใจ และการแสดงออกเมื่อมีภาวะซึมเศร้า ได้แบบคัดกรองชุดแรกมีคำถาม 80 ข้อ และกำหนดมาตรวัดเป็น 4 ระดับ ตามความรุนแรง และความถี่ของอาการต่างๆ จากนั้นผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นจิตแพทย์จากสถาบันอื่นๆ 10 ท่าน และนักจิตวิทยา 3 ท่าน

ช่วยพิจารณาความตรงด้านเนื้อหา ผลการพิจารณาทำให้ลดข้อคำถามลงไป 35 ข้อ จากนั้นนำไปวิเคราะห์สถิติรายข้อ โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 270 คน แบ่งเป็น กลุ่มคนปกติ 135 คน และกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช 135 คน นำผลการวิเคราะห์รายข้อมาปรับปรุงเป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าชุดที่ 2 มีข้อคำถาม 30 ข้อ ตั้งชื่อว่าแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI ให้คำถามเป็นมาตรวัด 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 มีคะแนนตั้งแต่ 0- 90 และนำไปทดสอบหาค่าความสอดคล้องภายในของข้อคำถามได้เท่ากับ 0.95 ค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ช่วยนักวิจัยทั้ง 7 ในการใช้แบบคัดกรองได้ค่าเท่ากับ 0.75 – 0.86 ( $p < .001$ ) ค่าความสอดคล้องระหว่างจิตแพทย์ 3 คน ในการใช้ CIDI วินิจฉัยโรคซึมเศร้า มีความสอดคล้องกันมากเท่ากับ 0.85 ( $p < .001$ ) ค่าความไวและความจำเพาะของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI คิดเป็นร้อยละ 88 ( 95% CI=86 - 90% ) ค่าคะแนนที่เป็นจุดตัด คือ 20 คะแนน ( สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ, 2549 อ้างใน ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555 )

ต่อมาได้มีการปรับปรุงเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI เพื่อให้มีความไวต่อเพศภาวะ โดยมีการปรับจำนวนข้อคำถามลดลง และนำไปทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยแยกเพศภาวะ และระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า พบว่าเมื่อวิเคราะห์รายข้อสามารถตัดออก 16 ข้อ จึงทำให้ได้เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI ชุดใหม่ 11 ข้อ เมื่อศึกษาความเที่ยงของชุดใหม่พบว่ายังคงมีความสอดคล้องภายในของข้อคำถามสูง ( Cronbach's Alpha = 0.895 ) โดยมีจุดตัดที่แตกต่างระหว่างชายและหญิง ความไวสูงถึงร้อยละ 92 ความจำเพาะร้อยละ 63 และมีจุดตัดแยกระดับความรุนแรง ( สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ, 2549 อ้างใน ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555 )

2.3.6 แบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression (HRS – D) เป็นแบบวัดที่ใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย เป็นที่นิยมใช้กันทั้งในด้านการประเมินผลการรักษา และในการทำวิจัยทางจิตเวชศาสตร์ เนื่องจากมีจำนวนข้อไม่มาก ไม่ยากแก่การทำ ใช้เวลาไม่มาก และมีความแม่นยำตรงในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคสูง ศาสตราจารย์ Hamilton จิตแพทย์ชาวอังกฤษ เป็นผู้พัฒนาแบบวัดนี้ขึ้น และรายงานในปี ค.ศ. 1967 โดยแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression นี้ ได้มีการพัฒนาต่อไปอีกหลายฉบับ แต่ฉบับที่ได้รับความนิยมได้แก่ฉบับประเมินอาการต่าง ๆ ของโรคซึมเศร้า 17 ข้อ โดยเป็นการประเมินในแง่ของ อาการด้านจิตใจ อาการทางร่างกาย และประสิทธิภาพในการทำงาน ในแต่ละข้อได้แบ่งระดับคะแนนของความรุนแรงของอาการออกเป็นตั้งแต่ 0-2 หรือ 0-4 เมื่อได้ผลรวมคะแนนครบทั้ง 17 ข้อแล้ว จึงนำมารวมเพื่อประเมินคะแนนเทียบกับระดับอาการภาวะซึมเศร้า โดยเกณฑ์การแบ่งคะแนน ดังนี้ ค่าคะแนน 0-7 ( no depression) ค่าคะแนน 8-12 (mild depression) ค่าคะแนน 13-17 (less than major depression) ค่าคะแนน 18-29 ( major depression) และค่าคะแนน 30 ขึ้นไป (severe major depression ) ในการให้คะแนนนั้น แพทย์หรือผู้รักษาเป็นผู้พิจารณา โดยอาศัยข้อมูลที่ได้

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย หรือจากแหล่งอื่น ๆ เช่น การรายงานของพยาบาล การแจ้งอาการเพิ่มของญาติผู้ป่วย ทั้งนี้โดยมีคำอธิบายประกอบถึงแนวทางการให้คะแนนในแง่ของความรุนแรงของแต่ละอาการ ประกอบอยู่ในแบบวัดด้วย ในปัจจุบัน Hamilton Rating Scale for Depression จัดได้ว่าเป็น gold standard ในการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และมีการแปลเป็นภาษาต่างๆ เพื่อนำไปใช้แทบทั่วโลก เช่น ในประเทศจีน Zheng และคณะ ได้รายงานการทดสอบ Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาจีน พบว่า interrater reliability นั้นดีมาก internal reliability อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ และ item total-score correlation จัดว่าดี ยกเว้น item ของ insight ซึ่งพบว่ามี correlation ต่ำกับ total score (มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุขนิช และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2539 )

สำหรับในประเทศไทยได้มีการพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย ขึ้น โดยทำการแปล Hamilton Rating Scale for Depression เป็นภาษาไทย และทำการทดสอบความแม่นยำ และความน่าเชื่อถือได้ของแบบสอบถามฉบับภาษาไทยนี้ กับผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่ง เพื่อดูว่าแบบวัดนี้สามารถใช้กับผู้ป่วยไทยได้ดีหรือไม่ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้พบว่า HRSD ฉบับภาษาไทยมีความแม่นยำและความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า standardized Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัด = 0.7380 ซึ่งโดยทั่วไปจะถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดีหากค่า standardized Cronbach's alpha มากกว่า 0.7 ขึ้นไป ส่วนค่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด HRSD นี้ กับ Global Assessment Scale ( การประเมินความเจ็บป่วยทางจิตใจ ที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางด้านจิตใจ สังคม และหน้าที่การงาน ซึ่งการประเมินจะไม่รวมถึงความบกพร่องในหน้าที่ต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากข้อจำกัดจากสภาพร่างกายหรือสิ่งแวดล้อม ) ได้เท่ากับ -.8239 แสดงว่าแบบวัดนี้มี negative correlation กับ Global Assessment Scale อยู่ในเกณฑ์น่าพอใจ นอกจากนี้ HRSD ฉบับภาษาไทยยังสามารถวัดระดับความรุนแรงของอาการได้ค่อนข้างดี โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการน้อยโดยมีค่า Global Assessment Scale สูง จะมีค่าเฉลี่ยของคะแนน HRSD ต่ำ และเมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นค่าเฉลี่ยของคะแนน HRSD ก็จะมีเพิ่มขึ้นตามลำดับ กล่าวโดยสรุปพบว่าแบบสอบถามนี้ มีค่าความแม่นยำ และความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง (มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุขนิช และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2539 ) ดังนั้น Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย (Thai HRSD) จึงเป็นแบบวัดที่สามารถนำไปใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยได้ดี

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นทำให้ทราบว่าภาวะซึมเศร้านั้น หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย อาการทางจิตใจได้แก่ อารมณ์เศร้า มองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกถึง

ความล้มเหลว การไม่พึงพอใจ ความรู้สึกผิด การคาดว่าจะถูกลงโทษ การไม่ชอบตนเอง การตำหนิตนเอง ความคิดอยากฆ่าตัวตาย การร้องไห้ การหงุดหงิดการแยกตัวออกจากสังคม การลงเล่นในการตัดสินใจ ความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย อาการทางกาย ได้แก่ ความไม่สนใจในตนเอง มีความจำกัดในการทำงาน การนอนไม่หลับ ความอ่อนเพลียของร่างกาย การเบื่ออาหาร น้ำหนักลด และขาดความสนใจทางเพศ โดยอาการต่างๆเหล่านี้สามารถใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าเพื่อบอกความรุนแรงของอาการได้ ซึ่งในประเทศไทยมีการเลือกใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าที่ผ่านการทดสอบหาความแม่นยำ และความน่าเชื่อถือได้อยู่หลายแบบด้วยกัน การเลือกใช้แบบวัดแต่ละแบบนี้ขึ้นอยู่กับว่ากลุ่มผู้ป่วยที่จะประเมินนั้นอยู่ในกลุ่มใด เช่น วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่หรือวัยสูงอายุ และอาจเลือกใช้แบบสอบถามที่มีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง หรือแบบประเมินนั้นๆ มีจำนวนข้อคำถามที่ไม่ยากแก่การทำหรือการประเมิน และใช้เวลาไม่มาก ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ได้เลือกใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า THAI HRS-D 17 ของมานโซ หล่อตระกูล และคณะ (2539) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ มีอายุ ระหว่าง 20- 59 ปี อีกทั้งพบว่าแบบวัดภาวะซึมเศร้า THAI HRS-D 17 เป็นที่นิยมใช้กันทั้งในด้านการประเมินผลการรักษา และในการทำวิจัยทางจิตเวชศาสตร์ เนื่องจากมีจำนวนข้อไม่มาก ไม่ยากแก่การทำ ใช้เวลาไม่มาก อีกทั้งมีค่าความแม่นยำ และความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง จึงเป็นแบบวัดที่สามารถนำไปใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยได้ดี

### 3. รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การรักษาโรคซึมเศร้านั้น นอกจากจะมีการใช้ยาต้านเศร้าเพื่อรักษาอาการทางกายแล้วนั้นก็ควรมีการทำจิตบำบัดร่วมด้วยเสมอ ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพของการรักษามีเพิ่มมากขึ้น โดยหลักของการบำบัดทางจิตสังคมนี้ เป็นการเปลี่ยนวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ ในการเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต การจัดการกับความเครียด และการแก้ไขปัญหาของตัวบุคคลในบางเรื่อง เช่น ความคิดเชิงลบ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง เป็น ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคมนี้ถือเป็นบทบาทหลักที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช ในการที่จะให้การดูแลผู้ป่วย โดยต้องมีการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าของผู้ป่วย ตลอดจนระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เพื่อที่สามารถเลือกวิธีการบำบัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้ รายละเอียดดังนี้

**3.1 ประเภทของการบำบัดทางสังคมจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)**

วิธีการบำบัดทางสังคมจิตใจที่ใช้กันแพร่หลายและมีการทบทวนหลักฐานทางวิชาการที่มีความน่าเชื่อถือได้ว่าสามารถลดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าได้ เช่น การบำบัดด้วยการออก

กำลังกาย การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา การบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดทางจิตด้านสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น เป็นต้น ซึ่งวิธีการต่างๆเหล่านี้เป็นวิธีการที่ได้รับการศึกษา มาเป็นอย่างดีและได้ผ่านการตรวจสอบประสิทธิผลของวิธีการเหล่านั้นแล้ว ว่าสามารถช่วยทำให้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าที่ลดลงได้ นอกจากนี้การบำบัดทางจิตสังคมต่างๆ เหล่านี้ ยังลด ความเสี่ยงต่อการกลับสู่สภาพเดิมในระยะยาว โดยมีการประยุกต์ใช้จนเกิดผลสำเร็จอย่างมากทั้งใน การรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ซึ่งมีรายละเอียดของวิธีการบำบัด ทั้ง 4 รูปแบบ ดังนี้

**3.1.1 การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย : exercise therapy** (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

1) นิยาม

การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย หมายถึง แผนการจัดให้ผู้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย แบบแอโรบิก เช่น การวิ่งเหยาะ การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน โดยกำหนดความหนักในระดับปาน กลาง คือ ร้อยละ 60- 80 ของอัตราการเต้นของชีพจรสูงสุด (HRmax) ใช้เวลาวันละ 30 นาที ความถี่อย่างน้อย 3 วัน /สัปดาห์ ทำานระยะเวลา 8 สัปดาห์ (Peraton, Kumar, Machotka, 2010 อ้างใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554 )

2) clinical evidence for exercise therapy

มีการศึกษาแบบ systematic review ที่พบว่าการออกกำลังกายแบบ aerobic นาน 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ด้วยความหนัก 60-80 % ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 8 สัปดาห์ จะมีประโยชน์ในการรักษาโรคซึมเศร้า และจากคำแนะนำของ clinical practice guideline ministry of health malaysia ที่ระบุว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าใน ระดับน้อย ถึงปานกลาง แนะนำให้รับการบำบัดแบบ exercise therapy ซึ่งแพทย์สามารถแนะนำให้ ผู้ป่วยไปปฏิบัติ (ถ้าผู้ป่วยสมัครใจ) เพื่อใช้เป็นทางเลือกในการรักษา ได้เหมือนกับการรักษาด้วยยา นอกจากนี้ยังมีการศึกษา RCT ที่พบว่าการออกกำลังกายแบบ aerobic ที่ใช้พลังงาน 7.0 kcal/kg/week หรือ 17.5 kcal/kg/week ด้วยความถี่ 3 วัน/สัปดาห์ ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 12 สัปดาห์ สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย mild to moderate depresstion ได้อย่างมี นัยสำคัญ อย่างไรก็ตามจากหลักฐานทางวิชาการที่เป็นปัจจุบันที่สุดในเรื่อง exercise for depression (review) พบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ exercise therapy มีข้อจำกัดในขนาดของ ประชากรรูปแบบวิธีการดำเนินการวิจัย และการวัดผลลัพธ์ของการบำบัดโรคซึมเศร้า จึงไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ว่า exercise therapy สามารถลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ

3) ขั้นตอน/วิธีการบำบัด

การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนการ บำบัด และขั้นตอนการประเมินผลการบำบัด ดังนี้

## 1. ชั้นเตรียมการ

1.1 การคัดเลือกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษาบำบัดพิจารณาคุณสมบัติของผู้ป่วย  
ดังนี้

1.1.1 มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย (mild) ถึงปานกลาง (moderate)

1.1.2 ไม่เป็นโรคที่ห้ามการออกกำลังกาย เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรค  
กล้ามเนื้อหัวใจล้มเหลว หัวใจทำงานผิดปกติ major stroke และข้ออักเสบ

1.2 เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ ดังนี้

1.2.1 เครื่องเดินสายพาน (treadmill) และขี่จักรยานนั่งปั่นอยู่กับที่  
(cycling) ให้ผู้ป่วยเดินออกกำลังกายหรือปั่นจักรยาน เพื่อประเมินค่าอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดต่อ  
การออกกำลังกายแต่ละครั้ง

1.2.2 อุปกรณ์ส่งเสริมการออกกำลังกาย เช่น เทปเพลง เครื่องเสียง

## 2. ขั้นตอนการบำบัด

2.1 ประเภทของการออกกำลังกาย (type) คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก

2.2 วิธีการออกกำลังกาย (mode ) ประกอบด้วย เดิน วิ่ง วิ่งเหยาะ ออกกำลังกายแบบลงน้ำหนักประกอบดนตรี และปั่นจักรยาน โดยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการออกกำลังกาย  
ตามความชอบ และความเหมาะสมกับความสามารถในการออกกำลังกายของแต่ละคน

2.3 ความถี่ของการออกกำลังกาย (frequency) ควรออกกำลังกายอย่างน้อย 3  
ครั้งต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 8 สัปดาห์ และเพื่อให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องควรมีการ  
ออกกำลังกายไปจนครบ 16 สัปดาห์

2.4 ขั้นตอนของการออกกำลังกายประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) ระยะเวลาอบอุ่น  
ร่างกาย (warm up phase ) ใช้เวลา 10 นาที 2) ระยะเวลาออกกำลังกาย (exercise phase ) ใช้  
เวลา 30 นาที และ 3) ระยะเวลาผ่อนการออกกำลังกาย (cool down phase ) ใช้เวลา 5 นาที

2.5 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแล/ติดตามตนเองเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่อาจ  
เกิดขึ้นในขณะออกกำลังกาย

2.6 การออกกำลังกายภายใต้การดูแลแนะนำ (supervise) ของผู้บำบัดจะมี  
ประสิทธิภาพมากกว่าการให้ผู้ป่วยออกกำลังกายตามลำพังโดยไม่มีการดูแล ให้คำแนะนำ

2.7 การออกกำลังกายแบบกลุ่ม (group) หรือออกกำลังกายแบบเดี่ยว (individual)  
ไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องประสิทธิภาพการบำบัด แต่ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้การดูแล แนะนำของผู้  
บำบัด

## 3. การประเมินผลการบำบัด

3.1 การประเมินผลลัพธ์หลัก ได้แก่ การลดลงของอาการซึมเศร้า

3.2 การประเมินผลลัพธ์รองโดยการประเมินสมรรถภาพทางกาย เช่น ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) สัญญาณชีพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.3 ติดตามดูแลการออกกำลังกายรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

3.4 ประเมินอัตราการไม่สามารถดำเนินการบำบัดจนครบขั้นตอนการบำบัดได้ โดยมีสาเหตุจากผู้ป่วยหยุดการบำบัด (drop out)

**3.1.2 การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา : problem solving therapy** (National Clinical Practice Guideline, 2009 อ้างใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

#### 1) นิยาม

การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา หมายถึง การบำบัดที่ใช้การวิเคราะห์พิจารณาเชิงเหตุผล มีข้อจำกัดของเวลา มีโครงสร้างเหมือนจิตบำบัด แต่เน้นไปที่การจัดการและแก้ไข้ปัญหาที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งผู้บำบัดและผู้ป่วยต้องคิดวิเคราะห์ร่วมกันในการที่จะค้นหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยให้สามารถแก้ไข้ปัญหาได้มีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นการช่วยให้มีการพัฒนาพฤติกรรมแก้ไข้ปัญหาของผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมเพิ่มมากขึ้นได้

#### 2) clinical evidence for problem solving

มีการศึกษา meta-analysis ที่พบว่า การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าในระดับน้อยถึงปานกลาง และการศึกษา meta-analysis ที่พบว่า การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา มีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ( primary care ) โดยไม่มีความแตกต่างกันระหว่างการช่วยเหลือทางจิตสังคมอื่นๆ เช่น brief CBT หรือ counseling นอกจากนี้ยังพบการศึกษาที่เป็น systematic review ( Gellis Z.D & Kenalay B., 2008 อ้างใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ที่พบว่า การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา เป็นการบำบัดที่ทำร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า จะเป็นที่ยอมรับ และได้ผลลัพธ์ดีในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มากกว่าการบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหาอย่างเดียว

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่ม ( RCT) ที่เปรียบเทียบประสิทธิภาพในการบำบัดระหว่างการบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา กับการบำบัดแบบประคับประคอง ( supportive therapy) ในผู้ป่วย MDD สูงอายุที่มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม ( dysfunction ) ร่วมด้วย โดยใช้การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา มีประสิทธิภาพในการลดภาวะพร่องในการดำเนินชีวิตได้ตามปกติของผู้สูงอายุมากกว่า การบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งหากภาวะพร่องในการดำเนินชีวิตได้ตามปกติลดลง เชื่อว่าจะทำให้อาการซึมเศร้าลดลงตามมา

#### 3) การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา มี 3 รูปแบบ ได้แก่



ก) social problem solving therapy (SPST) เป็นรูปแบบการทำกลุ่ม 10- 12 session ไม่ได้เน้นไปที่ปัญหา หรือทักษะของผู้ป่วยอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความเชื่อที่เป็นนิสัย ซึ่งอาจจะมีผลต่อความพยายามที่จะแก้ไขปัญหานั้นให้หมดไปได้

ข) PST for primary care (PST-PC) เป็นการบำบัดที่ประกอบด้วย 6 session เน้นไปที่องค์ประกอบหลักที่มีผลต่อการแก้ไขปัญหานั้น

ค) self examination therapy (SET) วัตถุประสงค์ของการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับเป้าหมายในชีวิต ค้นหาพลังและศักยภาพในตนเองเพื่อแก้ไขปัญหานั้นให้สำเร็จ และสามารถที่จะยอมรับกับสถานการณ์ปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงได้ ถือเป็นองค์ประกอบหลักของการบำบัดแบบ PST เป็น guide-format ที่จะนำมาใช้กับ individual or group

#### 4) เป้าหมายเฉพาะของ PST คือ

ก) ช่วยให้มีมุมมองทางบวกต่อปัญหาที่เกิดขึ้น (a positive problem orientation ) ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การประเมินว่าปัญหาคือความท้าทายหรือโอกาสที่เป็นประโยชน์ 2) เชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ และ 3) เชื่อว่าตนเองสามารถที่จะแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข) ช่วยทำให้รู้จักและยอมรับความจริงว่าการแก้ไขปัญหานั้นที่มีประสิทธิภาพต้องใช้เวลา และความพยายาม

ค) กระตุ้นให้เกิดการได้มาซึ่งการใช้ทักษะในการแก้ไขปัญหานั้นที่เหมาะสม สมผลในชีวิตจริงประกอบด้วยทักษะในการแก้ไขปัญหานั้น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การให้คำนิยามของปัญหา และทำความเข้าใจกับโครงสร้างของปัญหา 2) กำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหานั้น 3) ตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ไขปัญหานั้น และ 4) ดำเนินการตามทางเลือก และประเมินผล

#### 5) ขั้นตอนการบำบัด

ผู้ป่วยควรได้รับการนัดหมายเพื่อเข้ารับการบำบัด จำนวน 6-7 session แต่ละ session ใช้เวลา 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ห่างกันทุก 1 สัปดาห์ ดังนี้

ก) กำหนดปัญหาให้ชัดเจน (clarification and definition of problems)

ข) กำหนดเป้าหมายที่ต้องการบรรลุผล ( choice of achievable goals )

ค) สร้างทางเลือกในการแก้ไขปัญหานั้น ( generation of solutions)

ง) เลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหานั้นที่ตนเองพึงพอใจ (choice of preferred solutions)

จ) ทดลองปฏิบัติแนวทางแก้ไขปัญหานั้นที่เลือกประเมินผล (Implementation of preferred solution )

ฉ) ประเมินผล (evaluation)

ขั้นตอนและกิจกรรมการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหา ( stage & clinical action of problem solving therapy )

ตารางที่ 2 แสดงขั้นตอนและกิจกรรมการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหา

PST stage	clinical actions	additional notes
<p>บทนำ (Introduction)</p>	<p>1.อธิบายสั้นๆเกี่ยวกับเป้าหมายและ stage ของ PST</p> <p>2.ถ้าผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูล สิ่งจำเป็นที่ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• อาการของโรคที่เกี่ยวข้อง ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ถ้าปัญหาได้รับการแก้ไข อาการก็จะดีขึ้น</li> <li>• PST เป็นทางที่จะช่วยจัดการกับปัญหาในชีวิตผู้ป่วยได้</li> </ul>	<p>ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการช่วยเหลือให้รู้จักกับ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• อาการทางจิต (อารมณ์) ของผู้ป่วย</li> <li>• PST ที่มีประสิทธิภาพ</li> </ul> <p>ต้องการผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือ และกระตือรือร้นที่จะแก้ไข ปัญหาของตนเอง อย่างจริงจัง</p>
<p>กำหนดปัญหา (problem)</p>	<p>1.ถามผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันทั้งหมด</p> <p>2.ถามผู้ป่วยว่าปัญหาใดที่ต้องการให้เริ่มทำการแก้ไขตั้งแต่วันนี้</p> <p>3.กระตุ้นผู้ป่วยให้แสดงความเห็น อภิปรายเกี่ยวกับปัญหา ทำความกระจ่างในปัญหาสำหรับผู้ป่วยเอง และผู้บำบัด</p> <p>4.ถ้าจำเป็นควรตั้งคำถามเกี่ยวกับสิ่งที่ คาดว่าจะเกิดในอนาคต</p>	<p>ถ้าปัญหาใหญ่และซับซ้อน ผู้ป่วยอาจต้องการ ได้รับการกระตุ้นให้ลดจำนวนหรือขนาดของปัญหาลงทีละเรื่องถ้าปัญหาไม่ชัดเจนสำหรับผู้บำบัด อาจทำให้ผู้ป่วยไม่ชัดเจนในปัญหาเช่นกัน</p>

## (ต่อ) ตารางที่ 2 แสดงขั้นตอนและกิจกรรมการบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา

PST Stage	clinical actions	additional notes
กำหนดเป้าหมาย (Goal)	1.ถามผู้ป่วยว่าในการแก้ไข้ปัญหาของตนเอง นั้น ผู้ป่วยต้องการให้เกิดความสำเร็จ ไตขึ้นมา 2.กระตุ้นให้เกิด SMART goal - specific เฉพาะเจาะจง - measurable สามารถวัดได้ - achievable เป็นไปได้ที่จะประสบ ความสำเร็จ - relevant มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน - timely มีเวลาที่กำหนดได้	ถ้าเป้าหมายโดยรวม มีกรอบเวลาที่ยาว ควร กระตุ้นให้ตั้งเป้าหมาย ชั่วคราวเป็นระยะสั้นๆ ที่ ละเอียด ก่อที่จะไปถึง เป้าหมายสูงสุด
สร้างทางเลือกในการ แก้ไข้ปัญหา (generating solution)	ถามผู้ป่วยเพื่อให้ระดมสมองเกี่ยวกับ ทางเลือกในการแก้ไข้ปัญหาที่เป็นไปได้	ทางเลือกในการแก้ไข้ ปัญหาที่มีหลายทางมี โอกาสที่จะประสบ ความสำเร็จในการแก้ไข้ ปัญหาได้มากกว่า
เลือกทางเลือกในการ แก้ไข้ปัญหา (choosing solution)	ให้ผู้ป่วยพิจารณาความเป็นไปได้ในแต่ละ ทางเลือก	เลือกทางเลือกในการ แก้ไข้ปัญหา (choosing solution)
ลงมือทำตามทางเลือก (Implementing solution) (home work)	กระตุ้นให้ผู้ป่วยอธิบายเกี่ยวกับแผนการที่ จะทำการแก้ไข้ปัญหา ตามทางที่เลือก	ลงมือทำตามทางเลือก (Implementing solution) (home work)
การทบทวน (review at beginning of next consultation)	1.ถามผู้ป่วยถึงสิ่งที่เขาผ่านมารว่าเป็นอย่างไร 2.ประเมินให้ชัดเจนถึงอาการแสดงของโรค 3.ประเมินเกี่ยวกับสิ่งที่มีโอกาสเกิดขึ้นใน ทางเลือกของการแก้ไข้ปัญหา 4.ถ้าปัญหานี้ได้รับการแก้ไข้แล้ว อาจนำ ปัญหาอื่นเข้ามาเพื่อพิจารณาแก้ไข้ต่อไป	ประเมินความสำเร็จ

#### 6).การประเมินผลการรักษา

- ก) ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าลดลง
- ข) ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (problem – solving ability)
- ค) ประเมินอัตราการไม่สามารถดำเนินการบำบัดจนครบขั้นตอนการบำบัดได้ โดยมีสาเหตุจากผู้ป่วยหยุดการบำบัด (drop out)

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกที่จะนำการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหามาในรูปแบบการแก้ไขปัญหามาโดยใช้การตรวจสอบตนเอง (self-examination therapy : SET) มาพัฒนาเพื่อใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย จึงได้มีการทบทวนองค์ความรู้ในต่างประเทศเพิ่มเติม ดังนี้

#### การบำบัดในรูปแบบการแก้ไขปัญหา (problem solving therapy )

การบำบัดในรูปแบบการแก้ไขปัญหามาเป็นการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบหนึ่งที่พบว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการซึมเศร้า ในกลุ่มที่มีอาการในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เน้นไปที่การจัดการและแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยวิเคราะห์เห็นว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ และมีผลกระทบต่อตนเองมากที่สุด ซึ่งหากมีหลายปัญหาในเวลาเดียวกัน ต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อเลือกแก้ไขให้สำเร็จไปที่ละปัญหา โดยใช้วิธีการแก้ไขปัญหามีขั้นตอน มีผู้บำบัดเป็นเพียงผู้คอยให้ความช่วยเหลือ ชี้แนะและให้ผู้ผู้ป่วยตัดสินใจเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยเป้าหมายสูงสุดของการบำบัดคือ การทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหาของตนเองที่แท้จริงได้ และส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกถึงประสบการณ์ในการเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ที่เคยเกิดขึ้น อันจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาตนเองได้ (Cuijpers, Straten & Warmerdam 2007)

ชนิดของการบำบัดในรูปแบบ problem solving therapy มี 3 ชนิดรายละเอียดดังนี้

1.social problem solving therapy (SPST) ซึ่ง Cuijpers, Straten & Warmerdam, (2007) ได้กล่าวว่าเป็นรูปแบบการทำกลุ่ม การบำบัดไม่ได้เน้นไปที่ปัญหาและทักษะของผู้ป่วยอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และความเชื่อที่เป็นนิสัย หรือมีผลต่อความพยายามที่จะให้ปัญหาหมดไป หรือคงอยู่ได้ โดยเน้นไปที่การรับรู้และการประเมินปัญหาในส่วนปรับการรับรู้และการประเมินปัญหาว่าไปในทางบวกหรือทางลบ และ รูปแบบการแก้ปัญหามาเป็นกระบวนการในการจัดการกับปัญหาที่เป็นเหตุเป็นผลและสร้างสรรค์ มี 2 องค์ประกอบหลัก คือ

1.1 การรับรู้และการประเมินปัญหา (problem orientation) ใน 5 ด้าน คือ การรับรู้ปัญหาของบุคคล, พิจารณาสาเหตุ, ประเมินปัญหาว่าทำหาย หรือคุกคาม, การรับรู้ความสามารถของตน

1.2 รูปแบบการแก้ปัญหา (problem solving style) มี 4 ขั้นตอน คือ 1) การให้ความหมายและการรวบรวมข้อมูล / กำหนดปัญหา (problem definition and formulation) 2) การพิจารณาแนวทางของวิธีการแก้ไขปัญหาในหลาย ๆ รูปแบบ (generation of alternative solution) 3) การตัดสินใจเลือกแนวทางในการแก้ปัญหา (decision making) และ 4) การนำแนวทางการแก้ไขปัญหาไปใช้และตรวจสอบ (solution implementation and verification)

2. problem-solving therapy for primary care (PST-PC) ซึ่ง Cuijpers, Straten & Warmerdam, (2007) ได้กล่าวว่าการบำบัดในรูปแบบนี้เป็นการบำบัดที่เน้น การมองปัญหาที่เป็นปัจจุบันเร่งด่วน และมีกระบวนการในการแก้ปัญหา ซึ่งไม่ได้ลงลึกถึงการปรับกระบวนการรับรู้ และการประเมินปัญหาของบุคคล มีขั้นตอนหลัก 6 ขั้นตอน (Oxman et al., 2008) คือ 1)การระบุปัญหา และทำให้ปัญหามีความกระจ่าง ประเมินอุปสรรค และให้นิยามปัญหาอย่างเป็นรูปแบบ (clarification and definition of problems) 2) การกำหนดจุดมุ่งหมายของการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ (choice of achievable goals) 3) พิจารณาแนวทางหรือวิธีการแก้ไขปัญหาในหลาย ๆ รูปแบบ (generation of solutions) 4) เลือกแนวทางในการแก้ปัญหาที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ (choice of preferred solutions) 5) นำแนวทางการแก้ปัญหาที่เลือกไปดำเนินการใช้ (implementations) และ 6) ประเมินผลลัพธ์ (evaluation)

3. self examination therapy (SET) ซึ่ง Bowman, Scogin & Lyrene, (1995) ได้กล่าวว่าการบำบัดในรูปแบบนี้ เป็นการบำบัดที่มุ่งจัดการกับปัญหาในชีวิต และเชื่อมโยงไปสู่การเรียนรู้ที่จะยอมรับสถานการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบหลักของการบำบัดแบบ problem-solving Therapy ที่สามารถนำมาใช้ได้ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม การบำบัดในรูปแบบ การแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง มีหลักที่จะมุ่งช่วยผู้รับการบำบัดโดยผ่านกระบวนการหลักเหล่านี้ คือ 1) การกำหนดเป้าหมายหลักสำหรับตัวเอง (determine what matters to them) 2) การลดความคิดเชิงลบในสิ่งที่ไม่ดีต่อตนเอง (think less negatively about things that do not matter to them) 3) ลงมือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในส่วนที่สำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับตนเอง (invest their energy in things that are important to them) และ 4) ยอมรับสถานการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (accept situations they cannot change)

ซึ่งเมื่อพิจารณาในแต่ละขั้นตอน ของการบำบัดทั้ง 3 รูปแบบแล้วนั้น จะพบว่า มีขั้นตอนการบำบัดคล้ายกันอาจแตกต่างกันในบางกระบวนการเท่านั้น กล่าวคือใน social problem solving

therapy (SPST) จะเน้นที่องค์ประกอบ 2 ส่วนคือ 1) การรับรู้และการประเมินปัญหา (problem orientation) ที่เน้นในส่วนของ การปรับการรับรู้และการประเมินปัญหาว่าเป็นไปในทางบวกหรือทางลบ 2) รูปแบบการแก้ปัญหา (problem solving style) จะเน้นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการในการจัดการกับปัญหาที่เป็นเหตุ เป็นผลและสร้างสรรค์ ซึ่งจากรูปแบบการบำบัดแบบ SPST จะพบว่าถ้ามีการนำไปใช้อย่างครบทุกขั้นตอนทั้งในส่วน of problem orientation และ problem solving style ครบทั้ง 4 องค์ประกอบจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดมากขึ้น ในขณะที่รูปแบบการบำบัดแบบ PST-PC จะเน้นในเรื่องของการมองปัญหาที่เป็นปัจจุบันเร่งด่วนและกระบวนการในการแก้ปัญหา ซึ่งไม่ได้ลงลึกถึงการปรับกระบวนการรับรู้และการประเมินปัญหาของบุคคล (Oxman et al, 2008) ในส่วนรูปแบบการบำบัดแบบ SET ซึ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยพัฒนากระบวนการทางความคิด โดยส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้แบ่งเวลามากขึ้นเพื่อพิจารณาความรู้สึกรู้สึก คิด ตลอดจนปัญหาของตนเอง ด้วยการฝึกให้เกิดทักษะในการตรวจสอบตนเองถึงมุมมองต่อปัญหาที่เผชิญอยู่ แล้ววางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยวิธีการที่เหมาะสม โดยตนเองเป็นผู้วางแผน และกำหนดวิธีการแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นระบบ ส่วนปัญหาที่เห็นว่ายังแก้ไขไม่ได้จะฝึกประเมินค่าสถานการณ์/ปัญหาดังกล่าวด้วยมุมมองใหม่ที่เป็นบวกมากขึ้น เพื่อยอมรับกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ เหล่านั้นที่ไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้

#### **การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหา (problem solving therapy) ในรูปแบบ self-examination therapy (Bowman, Scogin & Lyrene, 1995)**

การบำบัดในรูปแบบการแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการตรวจสอบตนเอง (self-examination therapy) นี้ เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีความกะทัดรัด มีความยืดหยุ่น และมีประสิทธิภาพในการบำบัดที่ดี จึงทำให้เห็นว่าการบำบัดทางจิต ด้วยวิธีการนี้ น่าจะเหมาะสมและเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับการบำบัดทางจิต ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตอื่น ๆ ได้ วัตถุประสงค์ของการบำบัดเพื่อมุ่งจัดการกับปัญหาในชีวิต และเชื่อมโยงไปสู่การเรียนรู้ที่จะยอมรับสถานการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบหลักของการบำบัดแบบ problem-solving therapy ที่สามารถนำมาใช้ได้ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม การบำบัดในรูปแบบนี้ก็มีคุณสมบัติที่เป็นเอกลักษณ์ 3 ประการ คือ 1) ส่งเสริมให้คนได้คิดเรื่องราวที่สำคัญของตนเองสัปดาห์ละ 30 นาที 2) การบำบัดในรูปแบบ SET มีการออกแบบเฉพาะตัวเพื่อที่จะบำบัดรักษาตนเอง 3) หลังจากผู้รับการบำบัดได้ออกแบบการแก้ไขปัญหาย่อยของตนเองแล้ว ผู้บำบัดจะให้การสนับสนุน และให้ผู้รับการบำบัดจัดทำเป็นแผนผังในการแก้ไขปัญหาย่อยของตนเอง (ตามรูปแบบแผนภาพ ที่ 1) และพบว่าเป็นรูปแบบการบำบัดที่มีความกะทัดรัด มีความยืดหยุ่น และมีประสิทธิภาพในการบำบัดที่ดี สามารถรักษาอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ถึง ปานกลาง โดยการบำบัดนี้จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้ใช้เวลา

ขึ้นเพื่อใช้ความคิด และพิจารณาความรู้สึกนึกคิด ตลอดจนปัญหาของตนเอง มุ่งหวังที่จะจัดกระทำ ให้ ความรู้สึกนึกคิดที่เหมาะสมกลับคืนมา ช่วยให้บุคคลมองดู เหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต ในลักษณะที่ต้องใช้การปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหาในกรณีที่สามารถจัดการแก้ไขได้ แต่ถ้าหากปัญหานั้นแก้ไขไม่ได้ ก็ให้เรียนรู้ที่จะยอมรับกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ เหล่านั้นที่ไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้

แม้ว่าโรคมืดเศร้าจะสามารถรักษาได้ด้วยยา การทำจิตบำบัด หรือทั้งสองอย่างรวมกัน แต่ก็ยังมีนักวิจัยหลายท่าน ได้ทำการประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคมืดเศร้าในรูปแบบของการตรวจสอบตนเองซึ่งผู้ป่วยได้ออกแบบการดูแลและดำเนินการด้วยตัวเองพบว่าช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (Bowman, Barton, & Scogin, 1992) การบำบัดในรูปแบบ การแก้ไขปัญหาด้วยการตรวจสอบตนเอง มีหลักที่จะมุ่งช่วยผู้รับการบำบัดโดยผ่านกระบวนการหลักเหล่านี้คือ 1)การกำหนดเป้าหมายหลักสำหรับตัวเอง 2)การลดความคิดเชิงลบในสิ่งที่ไม่ดีต่อตนเอง 3) ลงมือแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นในส่วนที่สำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับตนเอง และ 4) ยอมรับสถานการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

รูปแบบการบำบัด : self-examination therapy (SET) ผู้ที่เข้าร่วมกลุ่มการบำบัด ด้วยรูปแบบ SET จะได้รับสมุดประเมินตนเอง โดยผู้บำบัดจะสนับสนุนให้ผู้เข้ารับการบำบัดหาเวลาว่างประมาณ 30 นาที ต่อสัปดาห์ ในขณะที่อยู่ที่บ้านเพื่อทำการทบทวนและบันทึกเกี่ยวกับสิ่งที่คิดว่าเป็น ปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตตนเอง และเลือกปัญหาที่จะแก้ไขด้วยตนเอง ในส่วนที่คิดว่าเป็นสิ่ง ที่สำคัญที่สุด และบันทึกปัญหาทั้งหมดเหล่านั้น ปัญหาที่เลือกจะแก้ไข และวิธีการแก้ไข ลงในสมุดประเมินตนเอง หลังจากมีนัดในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไปผู้รับการบำบัดแต่ละคนก็จะเล่าถึงปัญหาของ ตนเอง และวิธีการแก้ไข โดยมีผู้ร่วมกลุ่มคนอื่น ๆ ซักถาม หรือแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมในประเด็น ปัญหาเหล่านั้น แต่หากปัญหานั้น ๆ ไม่ได้เกี่ยวข้องหรือไม่เคยเกิดขึ้นกับผู้ร่วมกลุ่มคนอื่น ๆ ก็จะพูด ให้กำลังใจซึ่งกันและกันแทน ในอีกแง่หนึ่ง หากปัญหานั้น ๆ เคยเกิดขึ้น หรือกำลังเกิดขึ้นกับสมาชิก ภายในกลุ่ม สมาชิกแต่ละคนก็จะระดมสมองช่วยกันคิดและหาวิธีการแก้ไขปัญหานั้นจนได้ บทสรุปของวิธีการแก้ไขปัญหาคือดีที่สุด แต่หากปัญหาเหล่านั้นไม่สามารถที่จะแก้ไขได้ ก็ต้องมีการ ส่งเสริมให้เกิดการยอมรับในสถานการณ์หรือปัญหาต่างๆ ที่ไม่อาจแก้ไขได้

#### **บทบาทของพยาบาลในการให้การบำบัด**

การให้การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหา (problem solving therapy) ในรูปแบบ self-examination therapy มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสม โดยพัฒนากระบวนการทางความคิดของผู้ป่วย ใช้การฝึกฝนเพื่อให้เกิดทักษะในการ ตรวจสอบตนเองถึงมุมมองต่อปัญหาที่เผชิญ อยู่แล้ววางแผนแก้ไขปัญหาคั้งประเมินว่าน่าจะแก้ไขได้ ด้วยวิธีการที่เหมาะสมและสามารถแก้ไขได้ ส่วนปัญหาที่เห็นว่ายังแก้ไขไม่ได้จะใช้การฝึกประเมินค่า

สถานการณ์และปัญหา ด้วยมุมมองใหม่ที่เป็นบวกมากขึ้นเพื่อยอมรับกับสถานการณ์นั้น ๆ รวมทั้งฝึกทักษะการประเมินและปรับความคิดเชิงลบต่อตนเอง และส่งเสริมให้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้นด้วย อันจะเป็นการช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามลดลงตามมาได้ ซึ่งพยาบาลผู้ให้การบำบัดมีบทบาทในการให้การดูแล ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และความร่วมมือในการรับการบำบัด ตลอดจนได้รับความร่วมมือในการยินดีที่จะเปิดเผยข้อมูลปัญหาจากตัวผู้ป่วย

2. เป็นผู้ให้ความรู้ และเป็นผู้นำในกระบวนการกลุ่ม ตลอดจนควบคุมกลุ่มให้สามารถทำกิจกรรมไปได้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

3. ช่วยส่งเสริม สนับสนุน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันภายในกลุ่ม

4. ฝึกปฏิบัติให้ผู้ป่วยได้มีการวิเคราะห์ตนเองในประเด็นต่างๆ เช่น จุดอ่อน/ จุดแข็ง ความคิดเชิงลบ และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหา

5. เสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้คุณค่าแห่งตนในประเด็น ความรู้สึกปลอดภัย ความรู้สึกต่อตัวตน ความรู้สึกเป็นเจ้าของ ความรู้สึกถึงจุดประสงค์ และความรู้สึกถึงความสามารถ ตลอดจนเสริมพลังทางบวกด้วยการกล่าวชื่นชมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ ตามแผนกิจกรรมที่ได้วางไว้

6. ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ตามขั้นตอน คือ การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือกแต่ละทาง การตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา การตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา การดำเนินการแก้ไขปัญหา ตามที่ได้วางแผนไว้ และประเมินผลการแก้ไขปัญหา

7. ฝึกทักษะการลดความคิดเชิงลบ และพัฒนาความคิดในเชิงบวกให้ผู้ป่วย ซึ่งเป็นการฝึกโดยเริ่มจากปัญหาหรือเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน

8. ฝึกทักษะการปรับมุมมองใหม่ในทางบวกของปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับและสามารถใช้ชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

#### **ขั้นตอนการบำบัด**

1. สร้างสัมพันธภาพและอธิบายให้เห็นถึงอาการซึมเศร้าที่เชื่อมโยงกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นมีผลมาจากการตอบสนองทางอารมณ์ต่อปัญหาที่เกิดขึ้น

2. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการกำหนดเป้าหมายหลักสำหรับตัวเอง (determine what matters to them) เป็นการประเมินการรับรู้และการประเมินปัญหาที่เกิดขึ้น ของตัวผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยตรวจสอบตัวเองว่ามีปัญหาหรือมีเรื่องใดที่ทำให้รู้สึกถูกรบกวนและทำให้ตัวเองมีเรื่องกังวลใจ ไม่



สบายใจ ถ้าหากแน่ใจว่าไม่มีอะไรที่เป็นการรบกวน แต่ยังรู้สึกกังวล หรือเศร้าให้บอกตัวเองว่า “คุณโชคดีที่ารู้สึกดีกับสิ่งที่เป็น สิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตของคุณ และคุณเลือกที่จะมีความสุขกับมัน”

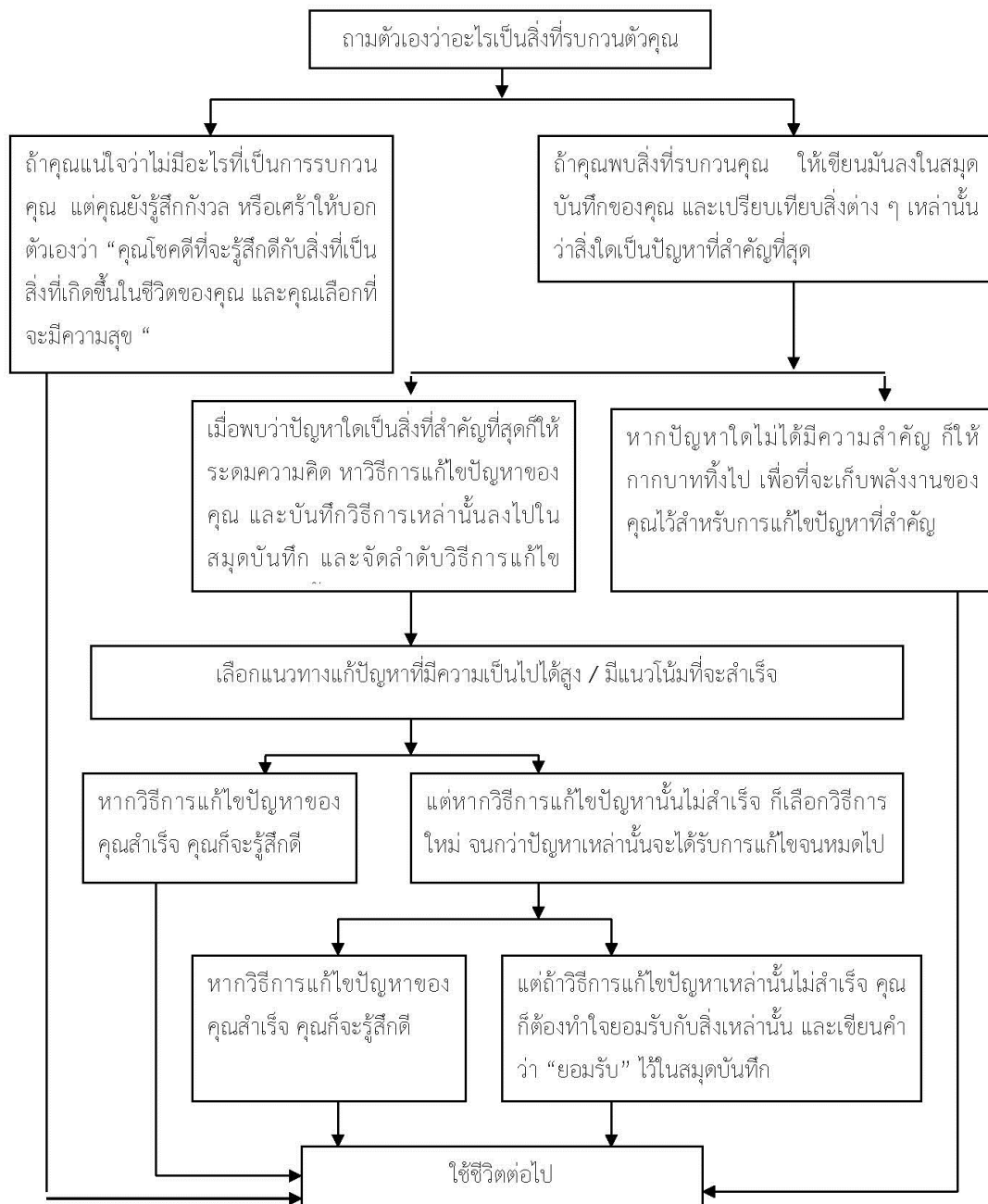
3. การลดความคิดเชิงลบในสิ่งที่ไม่ดีต่อตนเอง (think less negatively about things that do not matter to them) โดยการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมแก้ไขปัญหา (perceived control) เป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมปัญหาว่าตนมีความสามารถเพียงพอในการจัดการกับปัญหา

4. หากประเมินและตรวจสอบตนเองแล้วพบว่า มีปัญหาหรือมีเรื่องใดที่ทำให้รู้สึกเป็นสิ่งรบกวน ให้เขียนปัญหาเหล่านั้น ลงในสมุดบันทึก และเปรียบเทียบสิ่งต่าง ๆ เหล่านั้น ว่าสิ่งใดเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด แล้วเลือกแก้ไขปัญหานั้นก่อน เป็นอันดับแรก

5. เมื่อพบว่าปัญหาใดเป็นสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับตัวของผู้ป่วยเอง ก็ให้ผู้ป่วยใช้ความคิดและหาวิธีการแก้ไขปัญหาของตนเอง ซึ่งเป็นวิธีที่ผู้ป่วยคิด และประเมินว่าวิธีการแก้ปัญหานั้นเป็นวิธีการที่เหมาะสมกับตัวเอง สามารถลงมือปฏิบัติได้จริง แล้วบันทึกวิธีการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เหล่านั้นลงในสมุดบันทึก และจัดลำดับวิธีการแก้ไข

6. เลือกแนวทางแก้ปัญหาที่มีความเป็นไปได้สูง/มีแนวโน้มที่จะสำเร็จ ลงมือแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในส่วนที่สำคัญและมีความเกี่ยวข้องกับตนเอง (invest their energy in things that are important to them) แต่หาวิธีการแก้ปัญหานั้นไม่สำเร็จ ก็เลือกวิธีการใหม่ จนกว่าปัญหาเหล่านั้นจะได้รับการแก้ไขจนหมดไปแต่ถ้าวิธีการแก้ปัญหานั้นไม่สำเร็จ คุณก็ต้องทำใจยอมรับกับสิ่งเหล่านั้น และเขียนคำว่า “ยอมรับ” ไว้ในสมุดประเมินตนเอง

7. ฝึกทักษะการมองปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ด้วยมุมมองทางบวก ยอมรับสถานการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (accept situations they cannot change) และให้บอกตัวเองว่า คุณเลือกที่จะมีความสุขกับการใช้ชีวิตต่อไป (go on with life)



ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงบทสรุปการแก้ไขปัญหในรูปแบบ self-examination therapy : SET  
(Bowman, Scogin & Lyrene, 1995)

### 3.1.3 การบำบัดความคิดและพฤติกรรม : cognitive behavioral therapy (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

#### 1) นิยาม

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม หมายถึง การบำบัดที่ใช้การไตร่ตรอง การคิด พิจารณาเชิงเหตุผล มีเวลาจำกัด มีโครงสร้างการบำบัดเหมือน psychological intervention โดยมีลักษณะดังนี้

ก) เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด ที่จะค้นหาชนิดและผลกระทบของความคิด ความเชื่อ และการแปลผลของความคิดที่มีต่ออาการแสดงที่ปรากฏขึ้น

ข) การพัฒนาทักษะที่จะค้นหา ควบคุมกำกับ และจัดการกับความคิด ความเชื่อ และการแปลความหมายของความคิดต่างๆที่เกิดขึ้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการซึมเศร้า

ค) การเรียนรู้ที่จะใช้ทักษะการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสมกับความคิด ความเชื่อ หรือปัญหาของแต่ละบุคคล

การบำบัดความคิดและพฤติกรรม พัฒนาขึ้นโดย Beck ในปี 1950 และเริ่มมีการนำมาใช้เพื่อการบำบัดในปี 1970 เป็นแนวคิดแรก ที่เน้นรูปแบบของความคิด ในจิตใต้สำนึก และการใช้เหตุผลของผู้ป่วย เกิดเป็น cognitive model อธิบายว่าเมื่อมีอาการซึมเศร้า ผู้ป่วยจะมุ่งไปที่มุมมองด้านลบทั้งต่อตนเอง ต่อโลก และอนาคต ผู้บำบัดต้องให้ความรู้ในการที่จะคิดและร่วมมือในการค้นหาความคิดทางลบ ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้ที่จะรู้จักกับรูปแบบความคิดด้านลบของตนเอง และมีการประเมินซ้ำเกี่ยวกับความคิดตนเอง การช่วยเหลือผู้ป่วยแบบนี้จะต้องฝึกให้ผู้ป่วยประเมินความคิดของตนด้วยพฤติกรรมใหม่ การช่วยเหลือแบบนี้ไม่ได้เน้นไปที่ความขัดแย้งของจิตไร้สำนึก ที่นำมาอธิบายกลไกทางจิตเหมือนจิตบำบัดแบบ psychotherapy CBT

#### 2) clinical evidence for cognitive behavioral therapy

CBT เป็นการบำบัดที่ได้รับคำแนะนำ ในระดับสูงจากแนวทางการรักษาคุณภาพสูงของ NICE (2009) และ Ministry of Health Malaysia ว่าเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า เป็นคำแนะนำระดับกลางว่าควรบำบัดในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาด้วยยา หรือดื้อต่อยา และควรใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าในระดับรุนแรง และจาก meta-analysis พบว่า CBT เป็นวิธีการบำบัดทางจิตที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย MDD ไม่แตกต่างจากการรักษาด้วยยา และมีการศึกษาที่พบว่าเมื่อให้การบำบัดด้วย CBT ร่วมกับยาพบว่าอัตราการ drop out ของผู้ป่วยน้อยกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ยังมี systematic review ที่พบว่า CBT มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นผู้สูงอายุ แต่อาจมีข้อจำกัดในการใช้สำหรับผู้ป่วย stroke

### 3) รูปแบบของการบำบัด

การให้การบำบัดความคิด และพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีคำแนะนำจาก clinical practice guideline ของ NICE ว่าสามารถทำได้ทั้งในรูปแบบของ group CBT และ Individual CBT โดยผู้บำบัด ที่มีความรู้ ความสามารถ ทักษะ และประสบการณ์ รายละเอียด ดังนี้

#### ก) Individual CBT

- (1) ควรทำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีแนวโน้มรักษาแล้วทุกา หรือหายขาด
- (2) จำนวนครั้งในการบำบัด คือ 12-20 ครั้ง ในระยะ 3-4 เดือน โดยผู้ป่วย ซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง ควรให้การบำบัด สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใน 2-3 สัปดาห์แรก และควรติดตามผลการบำบัด 3-4 ครั้ง ในเวลา 3-6 เดือน

ข) group CBT มีงานวิจัย RCT ที่พบว่า group CBT Programe จำนวน 10 ครั้ง และจำนวนสมาชิกในกลุ่ม 7-8 คน ภายหลังจากการบำบัดพบว่าสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

- (1) ควรทำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงในระดับเล็กน้อย ถึงปานกลาง
- (2) องค์ประกอบของการบำบัดแบบ group-based CBT สำหรับ mild to moderate depression
  - มีรูปแบบโครงสร้างการบำบัด (model ) ที่ชัดเจน
  - ผู้บำบัดต้องมีทักษะความสามารถและประสบการณ์ในการบำบัด
  - ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด รวมทั้งการติดตามผล คือ 12-16 สัปดาห์ ประกอบด้วยการบำบัด 10-12 ครั้ง จำนวนสมาชิกในกลุ่ม 8-10 คน

#### 4) ขั้นตอนการบำบัดด้วย CBT สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่

- ก) ประเมินอาการโรคซึมเศร้าและความคิดอยากตายของผู้ป่วย
- ข) ประเมินโรคร่วมที่พบ
- ค) ประเมินความเหมาะสมในการทำจิตบำบัด
- ง) อธิบายบทบาทของผู้ป่วยในการรักษา
- จ) อธิบายความสำคัญของการบ้าน
- ฉ) หาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อการทำ case formulation

#### 5) การประเมินผลการบำบัด

ใน clinical practice guideline ของ Ministry of Health Malaysia ปี 2007 และ clinical practice guideline ของ NICE ปี 2009 แนะนำว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรมควรมีการติดตามผลการบำบัดโดยใน Individual CBT ควรติดตามผล 3-4 ครั้ง เป็นเวลา

3-6 เดือน การประเมินควรดำเนินการทันทีหลังการบำบัดครบ และติดตามทุกเดือน เป็นเวลา 3 เดือน ด้วยการประเมินตัวชี้วัดการบำบัดดังนี้

ก) ประเมินความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่ลดลง

ข) ประเมินความคิดอัตโนมัติในทางลบด้วยแบบประเมินความคิดอัตโนมัติในทางลบ (automatic thoughts questionnaire : ATQ ) หลังได้รับการบำบัดครบตามโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ( cognitive behavioral therapy : CBT )

ค) ประเมินอัตราการไม่สามารถดำเนินการบำบัดจนครบขั้นตอนการบำบัดได้ โดยมีสาเหตุจากผู้ป่วยหยุดการบำบัด (drop out)

**3.1.4 จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล :** Interpersonal Psychotherapy ( กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

1) นิยาม

จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หมายถึง จิตบำบัดที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของตน และสามารถควบคุมอาการให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาหลักในปัจจุบัน ที่นำมาสู่ปัญหาสัมพันธภาพเพียงหนึ่งหรือสองเรื่องหลักเท่านั้น และเน้นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้งในสัมพันธภาพ โดยไม่ได้เน้นเหตุการณ์ในอดีตหรือการปรับแก้บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วย มีระยะเวลาการบำบัดที่แน่นอน ภายใต้แนวคิดหลักที่สำคัญสองประการที่ต้องทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ คือ ประการแรก โรคซึมเศร้าเป็นการเจ็บป่วยไม่ใช่เป็นความผิดหรือความบกพร่องส่วนบุคคล และสามารถที่จะรักษาได้ และประการที่ 2 อาการของโรคซึมเศร้ากับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

สิ่งสำคัญในการบำบัด คือ การเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการของโรคและเหตุการณ์ที่มากระตุ้น จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นจิตบำบัดระยะสั้น ที่มีเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านใดด้านหนึ่ง ใน 4 ด้าน ที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า ซึ่งได้แก่

ก) ความรู้สึกเศร้าเสียใจจากการเสียชีวิตของบุคคลที่มีความสำคัญ

ข) ความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญในชีวิต

ค) การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม

ง) การขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ซึ่งเมื่อปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเหล่านี้ได้รับการแก้ไขอาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยก็จะดีขึ้น ซึ่งบทบาทของผู้บำบัดและผู้ป่วยที่ทำร่วมกัน คือ

1. การค้นหาปัญหาหลักที่กระทบต่อความขัดแย้งด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การเปลี่ยนผ่านบทบาท การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และการขาดทักษะทางสังคม ซึ่งกระทบต่ออาการ ความรู้สึกซึมเศร้า

2. หาแนวทางการลดอาการซึมเศร้า ด้วยการเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหา หรือแก้ไขปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล

ลักษณะเฉพาะของจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เป็นจิตบำบัดที่ใช้ระยะเวลาสั้น มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาหลักในปัจจุบันที่นำมาสู่ปัญหาสัมพันธ์ภาพเพียงหนึ่ง หรือสองเรื่องหลัก และเน้นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความขัดแย้งในสัมพันธ์ภาพ โดยไม่ได้เน้นเหตุการณ์ในอดีต หรือการปรับแก้บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วย

## 2) clinical evidence for IPT

จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลนี้ จัดอยู่ในกลุ่มการช่วยเหลือทางจิตใจที่มีประสิทธิภาพสูง จากคำแนะนำของ clinical practice guideline ของ NICE การศึกษา systematic review พบว่า interpersonal therapy เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาหลักในด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในกลุ่ม moderate to severe depression อย่างมีนัยสำคัญมากกว่า CBT แต่จาก randomized controlled trail of interpersonal psychotherapy and cognitive behavioral therapy for depression พบว่า CBT และ interpersonal psychotherapy มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย moderate to severe ไม่แตกต่างกัน และมีงานวิจัย RCT ที่พบว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพศหญิงที่ได้รับการบำบัดด้วย IPT เพียงอย่างเดียว จนอาการเข้าสู่ระยะ remission แล้ว การได้รับการบำบัด เดือนละ 1 ครั้งจะมีประสิทธิภาพในการรักษาไม่แตกต่างกับการนัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือ 2 เดือน ต่อครั้ง อย่างไรก็ตาม ในระยะ acute phase ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่บำบัดด้วย IPT ร่วมกับการใช้ยาต้านเศร้า จน remission ในระยะ maintenance phase การได้รับการบำบัดด้วย IPT alone มีประสิทธิภาพในการรักษาต่ำกว่าการใช้ยาต้านเศราร่วมด้วย สำหรับในผู้ป่วยสูงอายุ มี systematic review ที่พบว่า interpersonal therapy มีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ ทั้งการบำบัดเฉพาะ IPT เพียงอย่างเดียว และการบำบัดร่วมกับการใช้ยาต้านเศร้า สำหรับในประเทศไทยพบรายงานกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 1 ราย ที่ได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล จำนวน 12 ครั้ง ติดต่อกัน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ร่วมกับการใช้ยา sertraline (50mg/day) ผลพบว่าอาการโรคซึมเศร้าดีขึ้น ยอมรับกับบทบาททางสังคมใหม่และมีการปรับตัวที่ดีขึ้นกว่าเดิม

### 3) ขั้นตอน/วิธีการบำบัด

โครงสร้างของการบำบัด ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1)ระยะเริ่มต้น (initial phase) 2) ระยะกลาง (intermediate phase) และ3) ระยะสิ้นสุด (termination phase) ซึ่งในแต่ละขั้นตอนมีเนื้อหาสรุปได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเริ่มต้น (initial phase) ให้การบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใน ระยะเริ่มต้นควรให้การบำบัด 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1-3 โดยมีกิจกรรมที่ครอบคลุมเนื้อหาต่อไปนี้ได้แก่ การจัดการกับกลุ่มอาการโรคซึมเศร้า การค้นหาและประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ประเมินปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความคาดหวังเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ผู้ป่วย ต้องการให้เกิดขึ้น พร้อมประเมินแบบแผนกิจวัตรประจำวัน que ผู้ป่วยมีการปฏิบัติเป็นประจำ นอกจากนี้ ยังต้องอธิบายเกี่ยวกับโรค อลระการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการ เจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และมีการประเมินความจำเป็นของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยา

ขั้นตอน ที่ 2 ระยะกลาง (intermediate phase) สิ่งที่ผู้บำบัดจะต้องปฏิบัติ ในครั้งที่ 4 -11 คือ ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเลือกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกลุ่ม อาการโรคซึมเศร้ามากที่สุด หรือที่สำคัญที่สุดมาทำการแก้ไขก่อน โดยอาศัยเทคนิคต่างๆ ของจิต บำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ตามประเด็นปัญหา ซึ่งมีขั้นตอนย่อย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. grief/ complicated bereavement เป็นการให้ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้น ความรู้สึกเศร้าเสียใจจากการเสียชีวิตของบุคคลสำคัญในชีวิตได้ โดยมีวิธีการที่สรุปได้ดังนี้ 1) ค้นหา ประสบการณ์การสูญเสียที่เกิดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์ 2) เชื่อมโยงประสบการณ์การสูญเสีย กับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเชื่อมโยงระหว่างความสูญเสียและอาการ ซึมเศร้า 3)ทำความเข้าใจ และทบทวน ประสบการณ์ การสูญเสีย และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง 4) ช่วยทำให้ผู้ป่วยยอมรับกับความรู้สึกเจ็บปวดที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสีย 5) ช่วยทำให้ผู้ป่วยสร้าง สัมพันธภาพใหม่ เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติม

2. interpersonal role dispute (conflict, disagreement, argument, problem) ความขัดแย้งกับบุคคลที่สำคัญ ซึ่งการบำบัดในรูปแบบนี้มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย เลือกรูปแบบการแก้ไขปัญหาคความขัดแย้งที่เกิดขึ้นได้ และสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสารเดิมที่มี ปัญหาให้เป็นรูปแบบการสื่อสารใหม่ที่มีประสิทธิภาพ

3. role transition การเปลี่ยนผ่านบทบาททางสังคม มีความเกี่ยวข้องกับโรค ซึมเศร้า เนื่องมาจากบุคคลมีความยากลำบาก ในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ก่อให้เกิดปัญหาตามมา ได้แก่ 1) รู้สึกสูญเสียแหล่งสนับสนุนทางสังคม 2) เกิดการเปลี่ยนแปลงทาง อารมณ์ 3) ต้องการทักษะทางสังคมใหม่ และ 4)ความมีคุณค่าในตนเองลดลง

4. interpersonal deficits เป็นการวินิจฉัยปัญหาการขาดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลกับผู้อื่น ซึ่งผู้ที่ขาดสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นนี้ มักจะแยกตัวออกจากสังคม ไม่มีสัมพันธ์ภาพกับผู้ที่คุ้นเคย รวมทั้งกลุ่มเพื่อน และขาดทักษะทางสังคม ดังนั้นเป้าหมายในการบำบัดรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ลดการแยกตัวทางสังคมของผู้รับการบำบัด ซึ่งมีวิธีการบำบัด ได้โดยผู้บำบัดทำการทบทวนสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่ผ่านมา โดยให้ผู้รับการบำบัดเล่าถึงเพื่อน/บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวที่มีผลต่อสัมพันธ์ภาพ ว่ามีความคิดต่อพวกเขาเหล่านั้นบ่อยแค่ไหน มีความสุข สนุกกับเขาเหล่านั้นอย่างไร และมีปัญหาอะไรกับเขาเหล่านั้น จากนั้นทบทวนสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่ผ่านมารวมถึงวันนี้ ว่าได้พบเพื่อน / บุคคลใกล้ชิดในครอบครัว แล้วได้ร่วมทำกิจกรรมอย่างไรบ้าง ที่ทำให้รู้สึกสนุกสนาน ซึ่งการบำบัดนี้ต้องตั้งเป้าหมาย กำหนดการเริ่มต้นการแก้ไขปัญหา และมีเป้าหมายหลักคือ ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้ลดอาการซึมเศร้า และลดการแยกตัวทางสังคม

ขั้นตอน ที่ 3 ระยะสิ้นสุด (termination phase) เป็นสิ่งที่ผู้บำบัด ต้องทำในครั้งที่ 12-16 โดยมีกิจกรรมหลักๆ อยู่ 2 เรื่อง ได้แก่ 1) สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นอิสระและมีสมรรถนะ (sense of dependence and competency) โดยการทำให้เกิดความตระหนัก และคำนึงถึงสิ่งที่ได้รับจากการรักษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ตอบสนองความสามารถในการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดซ้ำขึ้นได้ในอนาคต 2) เสริมทักษะในการจัดการปัญหา การจัดการกับเหตุการณ์ในชีวิตขณะเดียวกันก็ยังคงเน้นที่ลักษณะปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลทั้ง 4 ด้าน

4) การประเมินผลการบำบัด โดยการประเมินตามประเด็น ดังนี้

- ก) การประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่ลดลง สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลดีขึ้น
- ข) ประเมินสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล
- ค) ประเมินการไม่สามารถดำเนินงานการบำบัดจนครบขั้นตอนการบำบัดได้ ( drop out )

### 3.2 ขั้นตอนการเลือกรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ในปี 2554 กรมสุขภาพจิตโดยการนำของคณะกรรมการบริหารโครงการทศวรรษการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า ได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และพยาบาลสุขภาพจิต จิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต ร่วมกันจัดทำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งมีบทสรุปในการเลือกรูปแบบการบำบัด 4 ขั้นตอน คือ 1) ประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า 2)การวางแผนเพื่อให้การบำบัดโดยประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า 3)เลือกรูปแบบการบำบัด และ 4) ประเมินผลลัพธ์จากการบำบัด ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)



3.2.1 ขั้นตอนที่ 1 เป็นการประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการเลือกวิธีการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งควรมีการสัมภาษณ์ประวัติในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้ ( Ministry of Health Malasia, 2007 อ้างใน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

- 1) อาการที่ปรากฏให้เห็น (presenting symptoms)
- 2) ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด (psychosocial stressors) เช่น ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
- 3) ประวัติทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social history and social support )
- 4) ปัญหาความบกพร่องทางสังคมและการประกอบอาชีพ (social and occupational impairment )
- 5) ประวัติการใช้สารเสพติดและการเจ็บป่วยทางจิตอื่นๆ (substance abuse or other psychiatric illnesses )
- 6) ประวัติการเกิดโรคอื่นที่มีผลต่อการทำออกกำลัง เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย, โรคถุงลมโป่งพองระยะรุนแรง, โรคหัวใจล้มเหลว, หัวใจทำงานผิดปกติ, major stroke , การพิการแขนขา และข้ออักเสบ

3.2.2 ขั้นตอนที่ 2 เป็นการวางแผนเพื่อให้การบำบัดโดยประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า โดยนำปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าที่ประเมินได้ ในขั้นตอนแรก มาร่วมพิจารณา ร่วมกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า รายละเอียดดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** รูปแบบการบำบัดทางสังคมจิตใจที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

ประเภทการบำบัดทางสังคมจิตใจ	ระดับความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า	คะแนน 9Q
การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย (exercise therapy : ET)	อาการระดับน้อย	7-12
การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา (problem solving therapy : PST)	อาการระดับน้อยถึงปานกลาง	7-18
การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ( cognitive behavioral therapy : CBT)	อาการระดับปานกลางถึงรุนแรง	13 คะแนนขึ้นไป
จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ( interpersonal psychotherapy :IPT)	อาการระดับปานกลางถึงรุนแรง	13 คะแนนขึ้นไป

3.2.3 ขั้นตอนที่ 3 เป็นการเลือกรูปแบบการบำบัดตามแผนการที่วางไว้ ในขั้นตอนที่ 2 โดยการเลือกรูปแบบการบำบัดนี้จะพิจารณาตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าของแต่ละบุคคล ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

1) อาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง (mild to moderate depression) มีหลักฐานทางวิชาการที่พบว่า การบำบัดทางสังคมจิตใจ สำหรับผู้ที่มีอาการในระดับความรุนแรงน้อยถึงปานกลางที่ได้ผล ทำให้อาการซึมเศร้าลดลงหรือหายทุเลา ดังนี้

ก) การบำบัดด้วยการออกกำลังกาย ได้รับการแนะนำใน clinical practice guideline : management of major depressive disorder ให้นำไปใช้ในการลดอาการซึมเศร้าในกลุ่ม mild to moderate depression สำหรับผู้ป่วยทุุกวัยที่ไม่มีข้อห้ามในการออกกำลังกาย แม้จะมีการศึกษา Exercise for depression (Review) ที่ผลพบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ exercise therapy มีข้อจำกัดเนื่องจากขนาดของประชากรและรูปแบบวิธีการดำเนินการวิจัยไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ว่า exercise therapy สามารถลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาแบบ systematic review ของ RCT ที่พบว่า การออกกำลังกาย aerobic นาน 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ด้วยความหนัก 60-80 % ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 8 สัปดาห์จะมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า

ข) การบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหา มีการศึกษาแบบ meta-analysis ที่พบว่า มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าในกลุ่ม mild to moderate depression และสามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยใน primary care ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) อาการซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe depression) ในการบำบัดทางสังคมจิตใจในผู้ที่มีอาการในระดับความรุนแรงปานกลาง ถึงรุนแรงที่ได้ผล ทำให้อาการซึมเศร้าลดลงหรือหายทุเลาดังนี้

ก) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่ได้รับคำแนะนำจากแนวทางการรักษาคุณภาพสูงว่ามีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย moderate to severe depression รวมทั้งมีคำแนะนำว่า การใช้ CBT ร่วมกับยา antidepressants เป็นสิ่งที่ควรดำเนินการในกลุ่ม severe depressive disorder เนื่องจากจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษามากยิ่งขึ้น

ข) จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล มีการศึกษา systematic review ที่พบว่าเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาหลักในด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ลดอาการซึมเศร้าในกลุ่ม moderate to severe depression อย่างมีนัยสำคัญมากกว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรม แต่จากการศึกษาแบบ RCT ที่เปรียบเทียบ จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล กับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม พบว่าการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยในกลุ่ม moderate to severe ไม่

แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ป่วยที่มี severe depression การบำบัดความคิดและพฤติกรรม จะได้ผลที่ดีกว่า

3.2.4 ขั้นตอนที่ 4 เป็นการประเมินผลลัพธ์จากการบำบัด ในขั้นตอนนี้เป็นการประเมินผลโดยการวัดระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าที่ลดลง ซึ่งวัดได้ดังต่อไปนี้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

1) primary outcome

ก) ระดับความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร่าลดลง หากประเมินด้วย แบบวัด 9Q จะต้องมียคะแนนน้อยกว่า 7

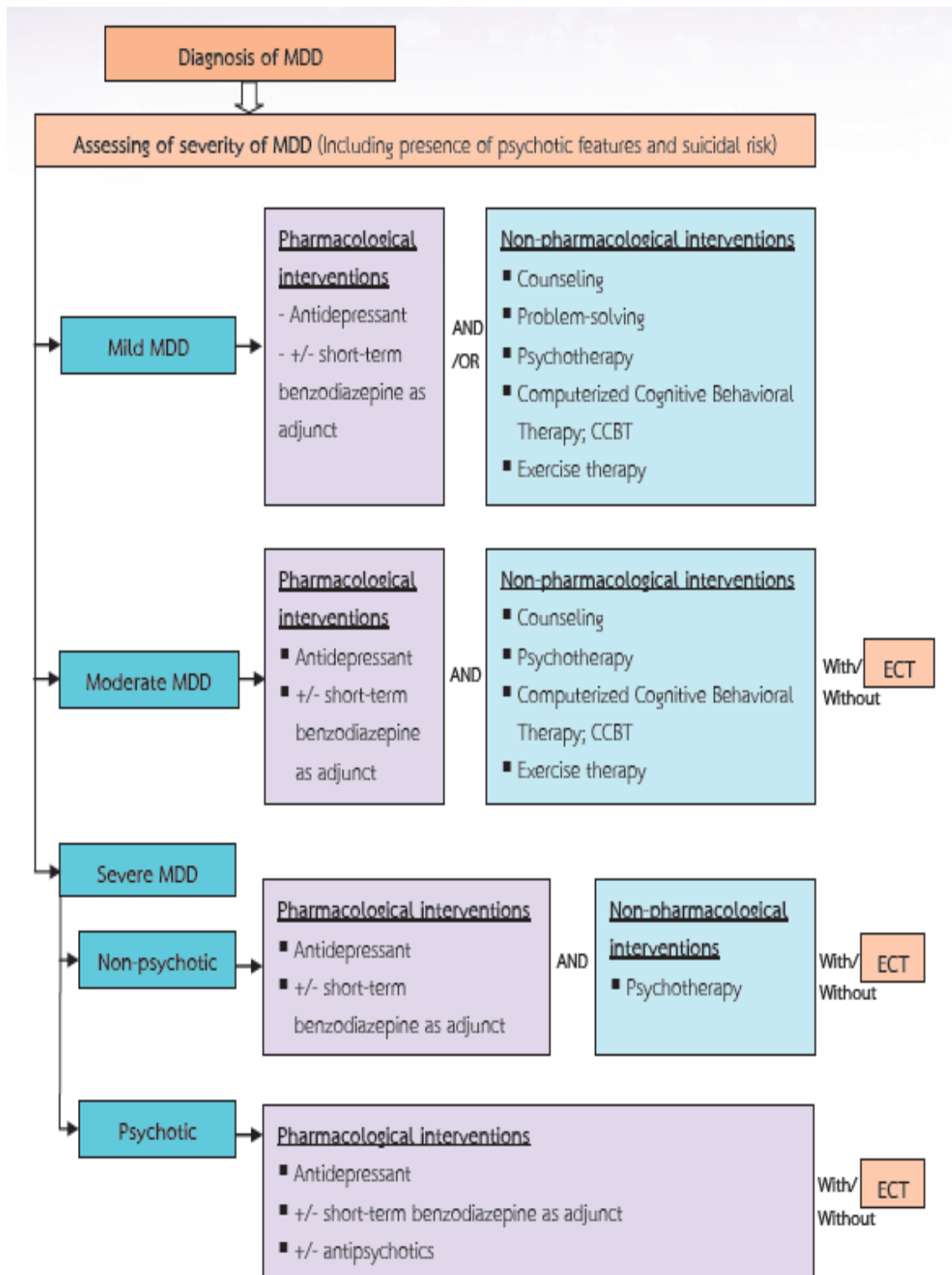
ข) อัตราการกลับเป็นซ้ำ ภายในระยะเวลา 6 เดือนหลังจากที่อาการซึมเศร่าทุเลา หรือหาย น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20

2) secondary outcome

ก) แบบแผนความคิดทางลบเปลี่ยนแปลง ในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

ข) สัมพันธภาพระหว่างบุคคลดีขึ้น ในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดแบบจิตบำบัด  
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ค) ทักษะในการแก้ไขปัญหาดีขึ้น ในผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญห  
จากองค์ความรู้ในเรื่องของรูปแบบของการบำบัดทางสังคมจิตใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าดังกล่าวข้างต้น ซึ่งพบวิธีการต่างๆเหล่านั้นได้รับการศึกษามาเป็นอย่างดี ว่าเป็นวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพสามารถช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีอาการซึมเศร่าที่ลดลงได้ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะสร้างโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหในรูปแบบ SET เพื่อช่วยลดอาการซึมเศร่า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร่าที่มีอาการซึมเศร่าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยได้ทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ เพื่อนำความรู้ต่างๆ มาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์โดยเป้าหมายสูงสุดของการบำบัดคือการทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหาที่แท้จริงของตนเอง และสามารถวางแผนแก้ไขปัญหต่างๆเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง



ภาพที่ 2 Summary Management of Major Depressive Disorder (อ้างอิงจาก : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

#### 4. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้เหตุการณ์เครียด

Hammen (1991) ได้ทำการศึกษาในเรื่องความสัมพันธ์ และความเชื่อมโยงกันระหว่าง ความเครียด และภาวะซึมเศร้า จากนั้นได้กำหนดเป็นรูปแบบที่ชัดเจน จนเกิดเป็นแนวคิด stress generation theory เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของความเครียด และภาวะซึมเศร้า โดยกล่าวว่า บุคคลที่พบเหตุการณ์เครียดในชีวิต มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเหตุการณ์เครียดที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทั้งนี้ความรุนแรงหรือ ผลกระทบจากเหตุการณ์เครียดที่มีต่อบุคคลนั้น อาจมีหรือไม่มี มากน้อยแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ บุคลิกลักษณะ และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังกล่าวว่า ความเครียดของแต่ละบุคคล เกิดจากการที่บุคคลได้สัมผัสกับเหตุการณ์ใดๆก็ตามซึ่งมีผลทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง การดำเนินชีวิต ซึ่งเหตุการณ์เครียดที่เกิดขึ้นจะทำให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าได้นั้น ต้องขึ้นอยู่กับลักษณะ ของแต่ละบุคคลด้วย ซึ่งบุคคลแต่ละคนเป็นผู้รับความเครียด จากสิ่งแวดล้อม และจากเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต โดยเหตุการณ์ต่างๆเหล่านั้น มีผลกระทบทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ความเครียดที่เกิดขึ้นมีผลเสียต่อระบบความคิด ของบุคคล หากเกิดการคิดแบบย้อนกลับไป กลับมา ก็จะทำให้เกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น เช่น เมื่อบุคคลเคยเกิดเหตุการณ์เครียดเข้ามากระทบ เหตุการณ์แรก แล้วก็ผ่านไป แต่บุคคลนั้นยังเก็บเอาเหตุการณ์นั้นกลับมาคิดใหม่กลับเข้าไปมา ความเครียดที่เกิดขึ้นภายหลัง นี้จะมีระดับความรุนแรงของอาการที่สูงขึ้นไป

##### 4.1 stress generation theory

stress generation theory กล่าวว่า เหตุการณ์เครียดในชีวิตทั้งเหตุการณ์เครียดที่เกิดขึ้นในระยะเฉียบพลัน และเหตุการณ์เครียดที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้อง และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้เหตุการณ์เครียดของแต่ละ บุคคล ซึ่ง “การรับรู้เหตุการณ์เครียด” หมายถึง การที่บุคคลประเมินเหตุการณ์ในชีวิตของตนเองที่เกิดขึ้นในช่วงตั้งแต่ที่เริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าจนถึงปัจจุบันที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด ว่าเป็น ปัญหาหรือเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพ เดิมที่เป็นอยู่ โดยเหตุการณ์เครียดในชีวิต แบ่งออกเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นเรื้อรัง และสามารถสังเกตสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างชัดเจน แบ่งเหตุการณ์ เครียดในชีวิตออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ ด้านการงาน และ ด้านสังคม นอกจากนี้ยังมีสมมติฐานเกี่ยวกับการเกิดความเครียดที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคลว่ายังมี ปัจจัยอื่นๆที่สัมพันธ์ต่อการเกิดความเครียดนอกเหนือจากภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น และกล่าวว่า เหตุการณ์เครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าทั้งในการป่วยครั้งแรก การกลับเป็น ซ้ำ และมีอาการกำเริบ (Hammen, 1991, 2006; Richard & Lauren, 2010) โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้

ให้คนรับรู้เหตุการณ์เครียดจากสิ่งแวดล้อมต่างๆซึ่งมากระทบ ได้แตกต่างกันในแต่ละบุคคลนั้น มีปัจจัยที่สำคัญ 2 ปัจจัย คือ

1) รูปแบบความคิดเชิงลบ (negative cognitive styles) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักเป็นผู้ที่มีความคิดในด้านลบต่อตนเอง ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้น โดยไม่ผ่านกระบวนการคิดที่มีเหตุผล Hammen (1991,2006) ได้กล่าวว่าความเครียดของแต่ละบุคคลที่เกิดขึ้น นั้น เป็นผลมาจากลักษณะบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของบุคคล ที่ไม่สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์เชิงลบต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบได้ นอกจากนี้ ปัจจัยในส่วนของรูปแบบความคิดก็เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการเกิดความเครียดตามแนวคิด stress generation theory ซึ่งอาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับด้านความคิด (cognitive-affective symptoms) ในภาวะซึมเศร้า อันได้แก่ ความคิดและการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ (low-self esteem) ความรู้สึกผิด (guilt) การตำหนิตนเอง (self-blame) การคิดในแง่ร้าย (pessimism) และความรู้สึกโศกเศร้า ซึ่งตัวอย่างความคิดต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นความคิดในแง่ลบ หากบุคคลมีความคิดต่าง ๆ เหล่านี้แม้เพียง ความคิดเดียว ก็สามารถที่จะเพิ่มความเสี่ยง ของการเกิดความเครียดได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอาการผิดปกติทางกระบวนการคิดอยู่แล้วนั้น จึงมีผลทำให้มีความรุนแรงของอาการเครียดมากกว่าบุคคลทั่วไป และเมื่อมีการเผชิญกับความเครียดในครั้งใหม่ ก็จะทำให้มีความมั่นใจน้อยลง ในการที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าซ้ำซ้ำได้

2) พฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา (avoidance coping) Hammen (2005) กล่าวว่าความเครียดของบุคคลที่เกิดขึ้นนั้น ขึ้นอยู่กับ ลักษณะบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลด้วย โดยพบว่าบุคคลที่มีปัญหาด้านบุคลิกภาพที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวในการเผชิญปัญหา (maladaptive coping) ใช้วิธีการเผชิญกับความไม่สบายใจและปัญหาด้วยวิธีการกล่าวโทษตนเองและการมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา (avoidance coping) ทำให้มองไม่เห็นศักยภาพของตนเอง ในการที่จะจัดการแก้ไขปัญหา ทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่ได้รับการแก้ไข จนสะสมไปเรื่อยๆ ส่งผลให้บุคคลมีความเครียด รู้สึกหมดหวัง รวมถึงรู้สึกว่าคุณค่า ไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมาย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จนนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าได้ ดังการศึกษาของ Holahan, Moos, Holahan, Brennan & Schutte (2005) ที่ได้ทำการศึกษาประชากรวัยกลางคนจำนวน 1,211 คน แล้วพบว่าพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ภายในเวลา 4 ปี ถัดมา และมีความเชื่อมโยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้าได้ในอีก 10 ปีข้างหน้า

ซึ่งปัจจัยทั้ง 2 ประการนี้ล้วนมีผลทำให้บุคคลมีการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตได้แตกต่างกันแม้ว่าจะเป็นเหตุการณ์เดียวกัน หรือเหตุการณ์ที่คล้ายกันก็ตาม จนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Hammen, 2005; Harkness et al., 1999; Richard & Lauren, 2010) นอกจากนี้ ความแตกต่างของเพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อรูปแบบของความเครียด โดยพบว่าเพศ

หญิงมีความชุกในการเกิดความเครียดได้มากกว่าเพศชาย ( Hankin & Abramson , 2001) นอกจากนี้ยังพบว่าความเครียด และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ระหว่างกัน โดยเมื่อบุคคลมีความผิดปกติทางความคิด กล่าวคือ มีความคิดในแง่ลบ ทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อสังคม ก็จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนี้ จะมีผลกระทบกลับไปทีบุคคลนั้นอีก เมื่อบุคคลเหล่านั้นเกิดเหตุการณ์เครียดในชีวิต ก็ทำให้มีความมั่นใจน้อยลงที่จะจัดการกับปัญหาเหล่านั้น ทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข สะสมขึ้นเรื่อยๆจนกลายเป็นความเครียด และในที่สุดก็ตามมาด้วยภาวะซึมเศร้า ความแตกต่างของเพศไม่ได้ถูกเปรียบเทียบ แค่เฉพาะในเรื่องภาวะซึมเศร้าเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงเรื่องความแตกต่างในด้านความคิด และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ที่จะส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยพบว่าเพศหญิงจะเป็นเพศที่มีปัญหาชีวิตประจำวันในเรื่องของสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและลักษณะของการมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา มากกว่าเพศชาย ซึ่งส่งผลให้เพศหญิงเกิดปัญหาความเครียด และมีภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย (Richard & Lauren, 2010)

แม้ในสมัยก่อนจะมีการศึกษาในเรื่อง stress generation theory โดยมุ่งไปที่กลุ่มผู้หญิงเท่านั้น แต่ในปัจจุบันพบว่า ได้มีการให้ความสนใจและขยายผลการศึกษาของแนวคิดนี้ไปในกลุ่มผู้ชายด้วย เช่นกัน ซึ่งพบว่าเหตุการณ์เครียดที่เข้ามาในชีวิต แล้วทำให้เกิดภาวะซึมเศร้านั้น จะมีความเชื่อมโยงกับ บุคลิกลักษณะของบุคคล และพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา เมื่อปัญหาไม่ได้ถูกแก้ไข เมื่อสะสมมากขึ้น ก็จะทำให้เกิดความเครียด และเกิดภาวะซึมเศร้า ได้เช่นกันเดียวกันกับในกลุ่มผู้หญิง และพบว่าบุคลิกลักษณะของแต่ละบุคคล เช่น การรับรู้คุณค่าแห่งตน การมีความเข้มแข็งทางจิตใจ จะส่งผลต่อการคงอยู่ หรือการหายไปจากภาวะซึมเศร้าด้วย โดยผู้หญิงจะมีบุคลิกลักษณะที่มีความเข้มแข็งด้านจิตใจที่ด้อยกว่าผู้ชาย ทำให้ผู้หญิงมีอาการของภาวะซึมเศร้าที่คงอยู่นานกว่าผู้ชาย และส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นให้เห็นชัดเจนได้ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น มากกว่าในกลุ่มผู้ใหญ่ (Davila , Hammen, Burge, Paley & Daley, 1995)

#### 4.2 เหตุการณ์เครียดในชีวิต (stressful life events)

เหตุการณ์เครียดในชีวิตเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า และมีการศึกษาจำนวนมาก ที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์เครียดในชีวิต และการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า ดังเช่น Corruble, Falissard, and Gorwood (2006) ได้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของเหตุการณ์เครียดในชีวิตที่ผ่านมา กับจำนวนการเกิด episode ของโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 13,377 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่าจำนวนการเกิด episode ที่เพิ่มขึ้นนั้น มีความสัมพันธ์กับเหตุการณ์เครียดในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Horesh, Klomek, and Apter (2008) ที่ได้ทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์เครียดในชีวิตและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าในผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 50 คน อายุ

ระหว่าง 35 ถึง 58 ปี โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการกลับเป็นซ้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง และอีก 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มควบคุมแรกเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ และกลุ่มควบคุมที่สองเป็นกลุ่มซึ่งมีสุขภาพดี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการกลับเป็นซ้ำ มีอัตราส่วนของเหตุการณ์การสูญเสียในวัยเด็กและในปีก่อนการเกิด first episode สูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งสองกลุ่มเมื่อวัดในระยะเวลาเดียวกัน ( $p < .01$ ) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าเหตุการณ์เครียดในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า

Leskelä (2008) กล่าวว่า เหตุการณ์เครียดเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่คาดคิด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงอาจจะเป็นในทางที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ หรือเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เป็นไปตามความต้องการของบุคคล จัดเป็นเหตุการณ์เครียดทั้งสิ้น ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นจัดเป็นกลไกอย่างหนึ่ง ของร่างกายที่เกิดขึ้น ซึ่งเมื่อร่างกายได้รับสิ่งที่มากระตุ้น ก็จะทำให้เกิดความเครียด ส่งผลต่อความสมดุลของร่างกายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไป ร่างกายจะมีปฏิกิริยาตอบสนองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ชีวเคมีในร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมต่าง ๆ และเกิดการปรับตัวในที่สุด นอกจากนี้ Slavin et al. (1991) (อ้างถึงใน วิธนา มิ่งเมือง, 2540) ได้กล่าวถึงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดว่า เป็นเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคลถือเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดได้ โดยส่วนใหญ่มักพบว่าเป็นเหตุการณ์ที่แปลกใหม่ เหตุการณ์ที่มีลักษณะไม่แน่นอน โดยบุคคลได้ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นปัญหาหรือเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพปกติของบุคคลนั้น โดยเหตุการณ์เครียดในชีวิต แบ่งออกเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเรื้อรัง ซึ่งแต่ละเหตุการณ์ในชีวิตนั้นแยกจากกัน และสามารถสังเกตสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างชัดเจน และจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าของ ธรณินทร์ กองสุขและคณะ (2549) พบว่าผู้ที่อยู่ในภาวะ/ เหตุการณ์เครียดในชีวิต ดังต่อไปนี้ คือ การถูกทำร้ายอย่างรุนแรง การมีปัญหาหนักทางการเงิน ครอบครัวมีปัญหากันอย่างรุนแรง การเจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุอย่างรุนแรง ตกงาน การถูกฟ้องร้องมีคดีความ เกิดการสูญเสียจากการตาย การพลัดพราก และการเสื่อมเสียชื่อเสียง อับอาย ขายหน้า ทั้งหมดเหล่านี้ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาซึ่งเหตุการณ์เครียดเหล่านี้มีค่าความชุกสูงในประชาชนไทย

จากความหมายของเหตุการณ์เครียดในชีวิตจึงสรุปได้ว่า เป็นเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคล โดยบุคคลได้ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นปัญหาหรือคุกคามต่อชีวิต ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพปกติของบุคคลนั้น

จะเห็นได้ว่าความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอารมณ์เศร้าได้ แต่อย่างไรก็ตามความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิตไม่ได้ส่งผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้าเท่านั้นมีการศึกษา



จำนวนมากที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตและการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า Maciejewski et al. (อ้างถึงใน สรยุทธ วาสิกนันทน์, 2547) ได้ศึกษาพบว่าผู้ที่เคยมีอาการซึมเศร้ามาก่อนเมื่อเผชิญกับความเครียดใหม่ จะมีความมั่นใจน้อยลงในการจัดการกับปัญหาทำให้ง่ายต่อการเกิดโรคซึมเศร้าซ้ำ ในขณะที่ผู้ซึ่งไม่เคยมีอาการซึมเศร้ามาก่อน พบว่าความเครียดจะไม่มีผลใดๆต่อความมั่นใจในการจัดการกับปัญหา

การประเมินเหตุการณ์เครียดในชีวิต สามารถทำได้โดยใช้ แบบสอบถามเหตุการณ์เครียดในชีวิต (Life Stress Event) ซึ่งเป็นแบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิตภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ของ พรพรรณ ศรีโสภา (2552) ซึ่งดัดแปลงมาจากสมจิตร์ นครพานิช (2531) ที่สร้างตามแนวทางของ Homes and Rahe (1967) และมีการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น Depressive disorder (F32) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งแบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 43 ข้อ โดยแบ่งเหตุการณ์ในชีวิตออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ 7 ข้อ ด้าน ครอบครัว 12 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ 6 ข้อ ด้านการงาน 10 ข้อ และด้านสังคม 8 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยเลือกตอบ โดยให้ผู้ป่วยพิจารณาเหตุการณ์ในข้อความ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบดังนี้

- ใช่ หมายถึง ข้อความเหตุการณ์ในชีวิตนั้นเคยเกิดขึ้นกับท่าน  
 ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความเหตุการณ์ในชีวิตนั้นไม่เคยเกิดขึ้นกับท่าน

การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน	ความหมาย
77.37 - 170.17	มีระดับเหตุการณ์เครียดในชีวิตสูง
3.36 - 77.36	มีระดับเหตุการณ์เครียดในชีวิตปานกลาง
5.17 - 53.35	มีระดับเหตุการณ์เครียดในชีวิตต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามเหตุการณ์เครียดในชีวิต ซึ่ง พรพรรณ ศรีโสภา (2552) ได้ทำการตรวจสอบไว้ พบว่ามีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 0.79 จึงได้มีการปรับปรุงแบบวัด ทั้งด้านการปรับภาษา ให้มีความชัดเจนเข้าใจง่ายและกระชับ เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากขึ้น จากนั้นได้วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Person Product Moment Correlation Coefficient) เท่ากับ 0.91 แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือนี้มีความคงที่ในการวัดค่อนข้างสูง

นอกจากนี้ยังพบว่ามีการนำแบบวัดเหตุการณ์เครียดในชีวิต ไปใช้ในการสัมภาษณ์ เหตุการณ์เครียดในชีวิตของหญิงก่อนตั้งครรภ์ 1 ปี และขณะตั้งครรภ์ ที่มีอายุระหว่าง 17-35ปี ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์เท่ากับ .99 และ .98 ตามลำดับ (พิสิญฐ์ ชัยประเสริฐสุด, 2548)

## 5. การรับรู้คุณค่าแห่งตน (self- esteem)

การเห็นคุณค่าในตนเอง หมายถึง การประเมินตนเองตามความรู้สึกของตน ว่าตนเองเป็น คนที่มีคุณค่า มีความสามารถ มีความสำคัญ มีความประสบผลสำเร็จในการทำงาน รวมทั้งการยอมรับ การเห็นคุณค่าจากคนอื่นในสังคมที่มีต่อตน ตลอดจนการมีเจตคติที่ดีต่อตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเอง มองตนเองในแง่ดี ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกกับบุคคลอื่นในแง่ดี ตามมาด้วย (ชัยวัฒน์ วงศ์อาษา, 2556)

### ความสำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปรับตัวทางอารมณ์ สังคม และการเรียนรู้ ความสามารถทางด้านสังคมและอารมณ์ของคนเรานั้น เกิดได้จากการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยบุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง จะสามารถเผชิญกับอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ ตลอดจนสามารถยอมรับกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ตนเองรู้สึกผิดหวัง ท้อแท้ใจได้ นอกจากนี้ยังช่วยสร้างให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความหวังและมีความกล้าหาญ ทำให้เป็นคนที่ประสบผลสำเร็จ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้ อย่างมีความสุขตามที่ตนปรารถนา บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองจะเป็นคนที่รู้ว่าตนเองมีคุณค่า มักจะมีการประเมินตนเองในด้านดี แต่ถ้าบุคคลใดที่มีความรู้สึกที่ไม่มีใครสนใจ ไม่ได้รับการยอมรับ หรือทำอะไรแล้วไม่ประสบความสำเร็จ จะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า เมื่อเกิดความรู้สึกเช่นนี้ขึ้น ก็จะทำให้บุคคลนั้นขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ดังนั้นความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกันจึงมีผลต่อความรู้สึก หรือพฤติกรรมที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล (Newman. 1986 : 281-286 อ้างใน ชัยวัฒน์ วงศ์อาษา, 2556 )

ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลมักต้องการ การได้รับตอบสนองทางจิตใจ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลนั้นๆ รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง แต่ถ้าบุคคลนั้นเกิดความรู้สึกที่ไม่พึงพอใจ รู้สึกไม่ดีต่อตนเอง ก็จะทำให้มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตตามมาได้ รวมทั้งบุคคลที่ล้มเหลวทางการศึกษาและด้านสังคม จะทำให้มีความผิดปกติทางจิตได้ บุคคลที่เป็นอาชญากรหรือพวกที่มักก่ออาชญากรรมทั้งหลาย ก็เป็นผลเนื่องมาจากการขาดการเห็นคุณค่าในตนเองเช่นกัน การเห็นคุณค่าในตนเองจึงเป็นความรู้สึกภายในของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากการประเมินคุณค่าและความสามารถของตน ถ้าบุคคลใดประเมินค่าของตนเองสูงเกินไปจะทำให้เกิดความรู้สึกหลงตนหรือเห็นแก่ตัว แต่ถ้าบุคคลใดที่มีอคติต่อ

ตนเองก็จะทำให้ปฏิเสธไม่นับถือตนเอง ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเองได้ (Memillan et al. 1995 : 9-11 อ้างใน ชัยวัฒน์ วงศ์อาษา, 2556)

การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับตนเอง ทำให้คนเรามีความเป็นตัวของตัวเองสูง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้เป็นคนที่มีความมุ่งมั่น มีความพยายามในการทำงานให้ประสบผลสำเร็จ ทำให้เป็นคนที่มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่นในด้านดี ไม่เหยียบย่ำความรู้สึกของผู้อื่นให้ตกต่ำ เป็นคนที่มีบุคลิกลักษณะดี มีสุขภาพจิตดี เป็นคนที่มีเพื่อนมาก ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลใดที่ขาดการเห็นคุณค่าในตนเองก็จะทำให้เป็นคนที่ชอบโยนความผิดของตัวเองไปให้คนอื่น เป็นคนที่ชอบหาความผิดพลาดของผู้อื่น ต้องการความเอาใจใส่และต้องการได้รับการยอมรับจากผู้อื่นสูง เป็นคนที่ไม่ค่อยมีเพื่อน โดยเฉพาะเพื่อนสนิท เป็นคนที่ชอบเอาชนะ ไม่ว่าจะทำอะไรก็ตามตนเองต้องเป็นฝ่ายถูกต้องเสมอ บุคคลประเภทนี้มักจะใช้ทุกวิถีทาง และใช้ความรุนแรงเพื่อที่จะทำให้ตนเองชนะ เป็นคนที่มีความเสี่ยงในการติดสิ่งเสพติดได้ง่าย เป็นคนที่ซึมเศร้าสิ้นหวังในชีวิต ทำให้เป็นคนเห็นแก่ตัวและมีความต้องการทางวัตถุสูง ขาดการตัดสินใจที่ดี ชอบผลัดวันประกันพรุ่ง เป็นคนที่ชอบฟังผู้อื่นอยู่เสมอ เป็นคนที่ชอบคุยโอ้อวดเกินจริง และสิ่งที่ทำให้เป็นปัญหาขั้นรุนแรง คือ คนที่ขาดการเห็นคุณค่าในตนเองยังเป็นคนที่พยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากเห็นว่าเห็นว่าเป็นคนไร้ค่า เมื่อมีปัญหาอะไรเกิดขึ้น จึงมักจะลงโทษตัวเอง และรู้สึกเจ็บปวดกับปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมากมาย บุคคลเหล่านี้จึงมักพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา หลีกเลี่ยงสังคม ดังจะเห็นได้จากสภาพปัจจุบันเศรษฐกิจตกต่ำ ผู้คนเกิดความเครียด พยายามหลีกเลี่ยงปัญหา พยายามฆ่าตัวตายดังที่เห็นได้จากทางหน้าต่างสื่อพิมพ์ วิทยุ หรือโทรทัศน์ เป็นต้น (ประเทิน มหาจันทร์. 2536 : 1-2, เกียรติวรรณ อมาตยกุล. 2540: 4-8 อ้างใน ชัยวัฒน์ วงศ์อาษา, 2556 )

ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยสนใจ แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้คุณค่าในตนเอง ซึ่งได้นำมาบูรณาการเพิ่มเติมกับการบำบัดที่เน้นการแก้ไขปัญหาโดยใช้การตรวจสอบตนเอง (self-examination therapy: SET) จึงได้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม และพบรูปแบบการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในรูปแบบ self-esteem module ตามการศึกษาของ Borass et al. (2009) ดังนี้

### **การรับรู้คุณค่าแห่งตน (self-esteem)**

การรับรู้คุณค่าแห่งตน หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตัวเอง มีความซื่อสัตย์ มีความภูมิใจในผลสำเร็จของงานที่ตนเองเป็นผู้กระทำ อีกทั้งยังเป็นบุคคลที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดให้สำเร็จลุล่วงไปได้ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นก็พร้อมที่จะทำการแก้ไขปัญหา และรับผิดชอบต่อสิ่งที่เกิดตามมาจากปัญหาเหล่านั้นได้ เป็นคนที่คนอื่นรัก และรักคนอื่น เป็นบุคคลที่สามารถควบคุมตัวเอง และมีเป้าหมายในชีวิต โดยสรุปแล้ว

คนที่มี self-esteem สูง จะหมายถึงคนที่มีความคิด สร้างสรรค์ มีความรับผิดชอบสูง และซื่อสัตย์ Borass et al. (2009)

**The self-esteem module ‘I am super!’ (ฉันคือคนเก่ง)** The self-esteem module เป็นรูปแบบ ซึ่งพัฒนาขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ 1999 โดย Tania Lecomte เพื่อใช้ส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนสำหรับเด็กและวัยรุ่นในโรงเรียน ต่อมา Borass et al. (2009) ได้นำมาพัฒนาต่อเพื่อใช้เพิ่มการรับรู้คุณค่าแห่งตน (self-esteem) เพื่อให้การดูแลในกลุ่มที่มีปัญหาความทุกข์จากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต และมีการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) ที่ในประเทศฝรั่งเศสและอังกฤษแล้วพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณค่าแห่งตนเพิ่มขึ้น รูปแบบการบำบัดนี้ ประกอบด้วยกิจกรรมที่เน้นการเพิ่มการรับรู้คุณค่าแห่งตนของบุคคลใน 5 ประเด็น มีรายละเอียดดังนี้

1. ความรู้สึกปลอดภัย (a sense of security) หมายถึง ความรู้สึกปลอดภัยในสภาพแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่ เกิดความรู้สึกไว้วางใจ โดยอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นตัวเปรียบเทียบ

2. ความรู้สึกต่อตัวตน (a sense of identity) หมายถึง มีความภาคภูมิใจในตัวเอง ซึ่งรวมถึงความรู้สึกถึง จุดอ่อน จุดแข็ง และความต้องการของตนเอง ตลอดจนความตระหนักรู้ต่อผู้อื่น นอกจากนี้ยังสามารถเพิ่มความภาคภูมิใจให้ตัวเองได้โดย จดสิ่งที่ดี เกี่ยวกับตัวเองไว้ในสมุด เช่น ความซื่อสัตย์ ความคิดริเริ่ม ความมุ่งมั่น ความเอื้ออาทร เป็นต้น แล้วให้อ่าน สิ่งเหล่านี้บ่อยๆ

3. ความรู้สึกเป็นเจ้าของ (a sense of belonging) หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดจากการได้รับการยอมรับจากสังคม การได้เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และการได้ทำกิจกรรมร่วมกันโดยมีเป้าหมายที่เหมือนกัน ระหว่างตนเอง และของกลุ่ม โดยมุ่งทำอย่างเต็มความสามารถเพื่อที่จะให้บรรลุเป้าหมายนั้น

4. ความรู้สึกถึงจุดประสงค์ (a sense of purpose) หมายถึง การพิจารณาสิ่งที่สำคัญในชีวิตว่าคืออะไร แล้วตั้งเป้าหมายในชีวิตตัวเอง ที่เป็นไปได้ เพื่อที่จะมุ่งสู่ความสำเร็จนั้น มีความคาดหวังในตนเอง มีความคิดเชิงบวก คาดว่าต้องทำให้สิ่งที่เป็นเป้าหมายในชีวิตของตนเองให้ประสบความสำเร็จ สร้างสรรค์สิ่งใหม่ ทำให้มีแรงผลักดันและมีความกระตือรือร้น

5. ความรู้สึกถึงความสามารถ (a sense of competence) หมายถึง ความรู้สึก ทำทนายที่เกิดขึ้นต่อการทำให้บรรลุเป้าหมายโดยอาศัยประสบการณ์และความสำเร็จในอดีตซึ่งประสบการณ์ และความสำเร็จในอดีตนี้จะเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้คนรับรู้ความสามารถของตนโดยใช้ความสำเร็จในอดีตมาเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความมั่นใจ รู้สึกมีคุณค่า เกิดความสุขในชีวิต ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในปัจจุบันได้ (Reasoner ,1992 cited in Borass et al., 2009) อีกทั้งยังเป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมปัญหา ว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ มีความเชื่อมั่นว่าตนเอง สามารถคิด เรียนรู้ ตัดสินใจใน

การแก้ปัญหา การเผชิญหน้ากับความท้าทาย หรืออุปสรรค มีความไวใจตนเอง ว่ามีความสามารถ และพึ่งพาตนเองได้

จากความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองดังกล่าวข้างต้น จึงสามารถสรุปได้ว่า “การเห็นคุณค่าในตนเอง” หมายถึง การที่บุคคลรับรู้และรู้สึกกว่าตนเอง เป็นคนที่มีคุณค่า มีความสามารถ มีความสำคัญทำให้เกิดความรักตัวเอง มองตนเองในแง่ดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง หากบุคคลใดมีการเห็นคุณค่าในตัวเองสูง จะสามารถเผชิญกับปัญหาอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ ตลอดจนสามารถยอมรับกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ตนเองรู้สึกผิดหวัง ท้อแท้ใจได้ เมื่อยอมรับกับปัญหาหรือเหตุการณ์ต่างๆ ได้ ปัญหาที่เคยเกิดขึ้นก็มีทางออก ทำให้ไม่เครียดและไม่เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

## 6. โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า การรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิต การบำบัดในรูปแบบการแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเอง ดังกล่าวไปแล้วข้างต้นนั้น ทำให้ผู้วิจัย สนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ที่เป็นการบูรณาการระหว่าง การแก้ไขปัญหาในรูปแบบ self-examination therapy ตามการศึกษาของ Bowman, Scogin & Lyrene (1995) มีประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การตรวจสอบว่าปัญหาใดสำคัญสำหรับตนเอง 2) การลดความคิดเชิงลบต่อสิ่งที่ไม่มีความหมายกับตนเอง 3) พุ่มกำลังกับสิ่งที่มีความสำคัญกับตนเอง และ 4) ยอมรับสถานการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เพื่อพัฒนาระบบการทางความคิดด้วยการฝึกให้เกิดทักษะ ในการตรวจสอบตนเองถึงมุมมองต่อปัญหาที่เผชิญ อยู่แล้ววางแผนแก้ไขปัญหา เน้นการจัดการกับปัญหาชีวิตและเชื่อมโยงไปสู่การเรียนรู้เพื่อยอมรับกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่แก้ไขไม่ได้ จากนั้นนำมาบูรณาการกับการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบเพื่อนำมาใช้ ตามการศึกษาของ Borass et al. (2009) ซึ่งมีซึ่งกิจกรรมที่เน้นในประเด็นหลัก ได้แก่ ความรู้สึกปลอดภัย, ความรู้สึกต่อตัวตน, ความรู้สึกเป็นเจ้าของ, ความรู้สึกถึงจุดหมาย และความรู้สึกถึงความสามารถ สำหรับรูปแบบของกิจกรรมในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการแก้ไขปัญหา ตามการศึกษาของ Bowman, Scogin & Lyrene (1995) และเพิ่มเติมในส่วนของการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนตามการศึกษาของ Borass et al. (2009) ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** การผสมผสานแนวคิดการแก้ไขปัญหในรูปแบบ self-examination therapy และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเอง ตามรูปแบบ self-esteem module

กิจกรรมในโปรแกรมฯ	แนวคิดหลัก	การบูรณาการ
<b>ครั้งที่ 1</b> การสร้างสัมพันธภาพ และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกปลอดภัย: a sense of security )	การรับรู้คุณค่าแห่งตน self-esteem module ตามการศึกษาของ Borass et al. (2009)	ผู้ศึกษาได้นำ การรับรู้คุณค่าแห่งตนของบุคคลตามการศึกษาของ Borass et al. (2009) ในประเด็น ความรู้สึกปลอดภัย มาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัย ไร้กังวล อันจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือที่ดี ต่อการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
<b>ครั้งที่ 2</b> วิเคราะห์ปัญหาตนเอง ประเมินจุดอ่อน จุดแข็ง ของตนที่มีต่อการแก้ปัญหา และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกต่อตนเอง: a sense of identity และความรู้สึกเป็นเจ้าของ: a sense of belonging )	1.การแก้ไขปัญหในรูปแบบ SET ตามการศึกษาของ Bowman, Scogin & Lyrene (1995) 2.การรับรู้คุณค่าแห่งตน self-esteem module ตามการศึกษาของ Borass et al. (2009)	ผู้วิจัยยึดหลักการบำบัดการแก้ไขปัญหตามการศึกษาของ Bowman, Scogin & Lyrene (1995) ในประเด็นการตรวจสอบว่าปัญหาใดที่มีความสำคัญต่อตนเองและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อแสดงถึงความเชื่อมโยง นอกจากนี้ยังได้เพิ่มเติมในส่วนของการเสริมสร้างการรับรู้คุณค่าแห่งตนในประเด็น ความรู้สึกต่อตัวตน และ ความรู้สึกเป็นเจ้าของเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณค่าแห่งตนเพิ่มขึ้น
<b>ครั้งที่ 3</b> ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาย่างเป็นระบบ และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (การรับรู้ถึงเป้าหมาย: a sense of purpose)	1.การแก้ไขปัญหในรูปแบบ SETตามการศึกษาของ Bowman, Scogin & Lyrene (1995) 2.การรับรู้คุณค่าแห่งตน self-esteem module ตามการศึกษาของ Borass et al. (2009)	ผู้วิจัยยึดหลักการบำบัดในรูปแบบการแก้ไขปัญหตามการศึกษาของ Bowman, Scogin & Lyrene (1995) ในประเด็น การลงมือแก้ไขปัญหามีความสำคัญต่อตนเองมากที่สุด ด้วยวิธีการแก้ไขปัญหาย่างมีระบบ และได้เพิ่มเติมในส่วนของการเสริมสร้างการรับรู้คุณค่าแห่งตนในประเด็นความรู้สึกถึงเป้าหมาย เพื่อให้เกิดแรงผลักดันและมีความกระตือรือร้นในการที่จะแก้ไขปัญหของตนเองให้ประสบความสำเร็จได้

(ต่อ) ตารางที่ 4 การผสมผสานแนวคิดการแก้ไขปัญหาในรูปแบบ self-examination therapy และการ ส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเอง ตามรูปแบบ self-esteem module

กิจกรรมในโปรแกรมฯ	แนวคิดหลัก	การบูรณาการ
ครั้งที่ 4 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไข ปัญหาของสมาชิกภายในกลุ่ม และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน ( การรับรู้ถึงความสามารถ : a sense of competency)	การรับรู้คุณค่าแห่งตน self-esteem module ตาม การศึกษาของ Borass et al. (2009)	ผู้วิจัยยึดรูปแบบกิจกรรมของการส่งเสริม การรับรู้คุณค่าแห่งตนในประเด็นการรับรู้ถึง ความสามารถ ของตนเอง เพื่อให้มีความเชื่อมั่น ว่าตนเอง สามารถที่จะแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้
ครั้งที่ 5 ฝึกทักษะการลด ความคิดเชิงลบ และพัฒนา ความคิดเชิงบวก	การแก้ไขปัญหในรูปแบบ SET ตามการศึกษาของ Bowman, Scogin & Lyrene (1995)	ผู้วิจัยยึดหลักการบำบัดการแก้ไขปัญหตาม การศึกษาของ Bowman, Scogin & Lyrene (1995) ในประเด็นของการลดความคิดเชิงลบ นอกจากนี้ยังได้เพิ่มเติมในส่วนของการพัฒนา ความคิดเชิงบวกเข้าไปอีกด้วย
ครั้งที่ 6 ฝึกทักษะการ มองปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ด้วย มุมมองทางบวก และยุติการ ทำกลุ่ม	การแก้ไขปัญหในรูปแบบ SET ตามการศึกษาของ Bowman, Scogin & Lyrene (1995)	ผู้วิจัยยึดรูปแบบกิจกรรมของการแก้ไข ปัญหาในรูปแบบ SET ของ Bowman, Scogin & Lyrene (1995) ในขั้นตอนที่ 7 คือ ฝึกทักษะ การมองปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ด้วยมุมมองทางบวก ยอมรับสถานการณ์ที่ไม่สามารถแก้ไขได้

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม ในส่วนของระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด พบการศึกษาของ สุทธานันท์ ชุนแจ่ม (2551) ซึ่งได้ทำการสำรวจงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะ ซึมเศร้าในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ 2517-2550 ในเรื่องการบำบัดทางจิตสังคมร่วมกับการใช้ยาต้าน อาการเศร้า เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น พบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 56 เรื่อง โดยรูปแบบการบำบัดส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-4 ครั้ง ต่อสัปดาห์ และพบงานวิจัย จำนวน 12 เรื่องที่มีรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เฉลี่ยครั้งละ 50-90 นาที รวมจำนวนครั้ง ของการบำบัด 5-16 ครั้ง ระยะเวลาในการเข้าโปรแกรมเฉลี่ย 3-8 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังพบว่า มี งานวิจัยที่ใช้กลุ่มบำบัดในรูปแบบของการแก้ไขปัญห ที่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าให้กับ ผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่ต้องกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน ดังเช่นการศึกษาของ ราตรี ทองยู (2554) ได้

ทำการศึกษาในกลุ่มบำบัดแบบแก้ไขปัญหารูปแบบ PST-PC สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 40-55 นาที รวมการบำบัดทั้งหมด 6 ครั้ง ระยะเวลาที่เข้าโปรแกรม นาน 5 สัปดาห์ สามารถทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงได้ และพบการศึกษาของ กุลธิดา สุภาคุณ (2549) ได้ศึกษาโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที รวมการบำบัดทั้งหมด 8 ครั้ง ระยะเวลาที่เข้าโปรแกรม นาน 4 สัปดาห์ ก็สามารถที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้เช่นกัน

ดังนั้นในการออกแบบโปรแกรมการบำบัดในงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้ใช้แนวคิดของการแก้ไขปัญหารูปแบบ SET ผสมผสานกับการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในรูปแบบ self esteem module เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยนั้น ซึ่งนอกจากจะมีการผสมผสานแนวคิดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของรูปแบบการบำบัดแล้วนั้น ยังได้มีการคำนึงถึงในส่วนของระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงได้ภายในระยะเวลาที่เร็วที่สุด เป็นการช่วยลดระยะเวลาที่ต้องอยู่กับโรคที่เป็น ของผู้ป่วยอีกทางหนึ่งด้วย ผู้วิจัยจึงได้กำหนดระยะเวลาในการเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมไว้ที่ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที รวมการบำบัดทั้งหมด 6 ครั้งระยะเวลาที่เข้าโปรแกรม นาน 4 สัปดาห์

สำหรับวัตถุประสงค์สำคัญของการจัดโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานคือ การลดระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนโดย โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆละ 10 คน ใช้เวลาในการบำบัดตามโปรแกรม สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ รวมกิจกรรมทั้งหมดจำนวน 6 ครั้ง โดยเน้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

#### 1) การสร้างสัมพันธภาพ และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกลดท้อ)

โดยการสร้างสัมพันธภาพนี้ จะเป็นกิจกรรมในระยะแรกที่พยาบาลจะกระทำให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัด ซึ่งจะช่วยสร้างให้เกิดบรรยากาศ ที่คุ้นเคย เป็นกันเอง ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง โดยเริ่มจากการที่พยาบาลแนะนำตัวเองด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาความสามารถในตัวเองเพิ่มมากขึ้น ถือเป็นกระบวนการที่มุ่งให้เกิดความสำเร็จในช่วงสุดท้ายของการปฏิบัติการพยาบาล โดย Stuart and Sundeen (1979) กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพเพื่อช่วยในการบำบัดรักษานั้น จะกระทำไปโดยมีจุดหมายเพื่อช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ และยอมเปิดเผยเรื่องราวต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาของตัวเอง เกิดความเข้าใจตนเอง และสามารถปรับตัวได้ และในระยะต่อไปนั้น ผู้ป่วยก็จะเกิดความไว้วางใจ มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ๆ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น นอกจากนี้ ยังส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านความรู้สึกปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัย ในสภาพแวดล้อมรอบๆ ตัว



ไม่ว่าจะเป็นบรรยากาศของกลุ่ม พยาบาลผู้ให้การบำบัด และระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดซึ่งรูปแบบการบำบัดนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ของสังคมได้ ช่วยให้มีการปรับตัวในการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาต่างๆได้ดี ซึ่งจะช่วยเพิ่มขีดความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยได้ (Borras et al. 2009 )

2) **วิเคราะห์ปัญหาตนเอง ( การรับรู้คุณค่าแห่งตน/ ความคิดเชิงลบ/ การหลีกเลี่ยงปัญหา) ประเมินจุดอ่อน จุดแข็ง ของตนเองที่มีต่อการแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกต่อตัวตน, ความรู้สึกเป็นเจ้าของ) การรับรู้เหตุการณ์เครียดและภาวะซึมเศร้า มีความเชื่อมโยงกันโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อพบเหตุการณ์เครียดในชีวิต มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนปกติ ทั้งนี้ความรุนแรงหรือผลกระทบจากเหตุการณ์ความเครียดที่มีต่อบุคคลนั้น อาจไม่มี หรือมี มากน้อย แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ บุคลิกลักษณะ และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล การวิเคราะห์และรู้จักตนเองในด้านการรับรู้คุณค่าแห่งตน ความคิดเชิงลบ และพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัญหาของตนเอง รู้ความต้องการของตนเอง สามารถวิเคราะห์สิ่งที่เป็นข้อดีและข้อบกพร่องของตนเองได้ ตลอดจนรู้จักคิดและหาแนวทางในการพัฒนาสิ่งที่เป็นความดีและปรับปรุงข้อบกพร่องของตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในทางที่สร้างสรรค์ต่อตนเอง และสังคมได้นอกจากนี้ยังเพิ่มเติมในเรื่องการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน ในด้านความรู้สึกเป็นเจ้าของนี้มีจุดประสงค์เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม เกิดความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เกิดความรู้สึกว่าได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ๆ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมร่วมกันโดยมีเป้าหมายที่เหมือนกันทั้งของตนเองและของกลุ่ม โดยมุ่งทำอย่างเต็มความสามารถเพื่อที่จะให้บรรลุเป้าหมายนั้น ช่วยให้เกิดความสามารถในการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาต่างๆได้ดี ซึ่งจะเป็นการช่วยเพิ่มขีดความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยได้ (Borras et al. 2009 )**

3) **ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกถึงเป้าหมายของตน) พยาบาลให้ความรู้และฝึกทักษะในการวิเคราะห์ปัญหา ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งในการดำรงชีวิตของบุคคลจะต้องประสบปัญหาในลักษณะต่างๆ ทั้งปัญหาส่วนตัว ปัญหาครอบครัว ปัญหาการทำงาน และปัญหาสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นทุกปัญหาจะส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลเกิดความกังวลใจ ไม่มีความสุข ถ้าบุคคลหลีกเลี่ยงปัญหาไม่ได้จะเกิดภาวะกดดัน เกิดความเครียดเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ความเครียดแล้ว ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มองเห็นปัญหาเป็นภาพรวมไม่สามารถที่จะแยกแยะปัญหาได้ว่า ปัญหาใดที่สำคัญและเร่งด่วน ที่ต้องได้รับการแก้ไขเป็น อันดับแรก ทำให้มองไม่เห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา ขาดความสามารถในการใช้ความคิด และไตร่ตรองถึงผลดี และผลเสียของแนวทางในการแก้ไขปัญหา มองไม่เห็นจุดมุ่งหมายที่แท้จริงในการแก้ไขปัญหา เมื่อบุคคลขาดทักษะในการจัดการแก้ไขกับปัญหาทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข และถูกสะสมมากขึ้น ส่งผลให้บุคคลรู้สึกหมดหวัง รวมถึงรู้สึกว่า**

ตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมาย ไม่ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จนทำให้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ตามมาได้ (กรมสุขภาพจิต, 2552) การฝึกทักษะการวิเคราะห์ปัญหา การประเมินค่าสถานการณ์ที่สำคัญกับตนเอง และการกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา เป็นกิจกรรมที่พยาบาลให้การส่งเสริม และฝึกทักษะให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเกี่ยวกับปัญหา หรือสิ่งที่คิดว่าเข้ามารบกวนจนทำให้เกิดความกังวลใจ ทุกข์ใจ ไม่สบายใจในช่วงที่ผ่านมาในรอบ 1 เดือน ถ้าแน่ใจว่าไม่มีอะไรที่เป็นปัญหารบกวน แต่ยังรู้สึกกังวล หรือเศร้าให้บอกตัวเองว่า “คุณโชคดีที่รู้สึกดีกับสิ่งที่เป็น สิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตของคุณและคุณเลือกที่จะมีความสุข” แต่ถ้าพบสิ่งที่รบกวนคุณ ให้เขียนมันลงในสมุดประเมินตนเองของคุณ และเปรียบเทียบสิ่งต่าง ๆ เหล่านั้น ว่าสิ่งใดเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดแล้วนำมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อหาแนวทางแก้ไขต่อไป (Bowman, Scogin, & Lyrene, 1995) นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการรับรู้คุณค่าแห่งตน ในเรื่องการรับรู้ถึงเป้าหมายของตนเองในการแก้ไขปัญหาจะช่วยทำให้เกิดแรงผลักดันและมีความกระตือรือร้นที่จะแก้ไขปัญหาของตนเองให้ประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น (Borras et al. 2009)

**4) แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านการรับรู้ถึงความสามารถ** กิจกรรมในครั้งนี้เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาของตนเอง โดยสมาชิกทุกคนภายในกลุ่มจะได้มีโอกาสรับฟังปัญหา ตลอดจนวิธีการแก้ไขปัญหา หากผู้ป่วยคนใดเคยเจอกับสถานการณ์ปัญหาที่คล้ายคลึงกันก็สามารถที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่อาจเหมือนหรือแตกต่างกันไปได้ ซึ่งจะทำให้เกิดมุมมองในการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย เมื่อผู้ป่วยมีความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาได้สำเร็จก็จะเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองเกิดความนับถือตนเองมากขึ้น การพัฒนาการรับรู้คุณค่าในตนเอง จะเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการวิเคราะห์และรู้จักตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนารูจักตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการให้เกิดการรับรู้และรู้สึกต่อตนเองทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถระบุความสามารถของตนเอง จุดดี จุดด้อยของตนได้ ต้องไม่รู้สึกถูกบดบังด้วยความรู้สึกต่ำต้อยหรือไม่เพียงพอ แต่ต้องรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ต้องรู้จักความสามารถของตนเองเพื่อที่จะจัดการกับกับปัญหาของตนเองได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีพลังในการสร้างสรรค์และยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำจนเกิดภาวะซึมเศร้า เกิดทัศนคติที่ดีต่อตนเองมากขึ้นซึ่งจะช่วยทำให้ภาวะซึมเศร่าลดลง (Dowrick, 2001)

5) **ฝึกทักษะการลดความคิดเชิงลบ และพัฒนาความคิดเชิงบวก** พยาบาลให้ความรู้เรื่องพลังความคิดด้านบวก และด้านลบ การฝึกทักษะการประเมินความคิดเชิงลบและการพัฒนาความคิดเชิงบวก จากนั้นให้สมาชิกแต่ละคนได้ฝึกการลดความคิดเชิงลบ โดยนำผลการประเมินความคิดเชิงลบหรือความคิดที่บิดเบือนที่มีต่อตนเองและผู้อื่น ของแต่ละคน ที่ได้ประเมินไปในกิจกรรมครั้งที่ 2 และความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะที่อยู่ที่บ้านตามที่ได้บันทึกไว้ มาเพื่อทบทวน และฝึกการปรับความคิดเดิมที่เป็นด้านลบให้มีมุมมองใหม่ที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังฝึกการพัฒนาความคิดเชิงบวกโดยการฝึกคิดจากเรื่องง่ายๆ ใกล้ตัว ที่คนส่วนใหญ่มักคิดและเห็นแต่ด้านไม่ดี แต่ถ้าฝึกมองในมุมกลับกันก็จะเห็นว่า ในสิ่งที่เห็นว่าไม่ดีนั้น ก็มีสิ่งดีที่อยู่ในตัวด้วยกันทั้งนั้น

6) **ฝึกทักษะการมองปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ด้วยมุมมองทางบวก และยุติการทำกลุ่ม** เป็นกิจกรรมที่พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการบำบัด ได้ทบทวนกิจกรรมที่ได้ทำร่วมกันในขั้นตอนต่างๆ ของการบำบัด ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้รับรู้ความสามารถของตนเอง เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนในการที่จะจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (Borras et al. 2009) ดังในกิจกรรมกลุ่มที่ผ่านมา ที่ได้มีการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาที่ตนเองได้เป็นผู้คิดวิเคราะห์ ตลอดจนประเมินค่าสถานการณ์ที่สำคัญกับตนเอง กำหนดเป้าหมาย และดำเนินการแก้ไขด้วยตัวเอง แล้วนั้น หากวิธีการแก้ไขปัญหาก็เกิดความสำเร็จ ก็จะรู้สึกดีในทางตรงกันข้ามแต่หากวิธีการแก้ไขปัญหานั้นไม่สำเร็จ พยาบาลผู้ให้การบำบัดก็จะให้การส่งเสริม ให้ผู้รับการบำบัด เลือกรูปแบบใหม่ จนกว่าปัญหาเหล่านั้นจะได้รับการแก้ไขจนหมด แต่ถ้าวิธีการแก้ไขปัญหานั้นไม่สำเร็จ ก็ต้องทำใจยอมรับกับสิ่งเหล่านั้นและเขียนคำว่า “ยอมรับ” ไว้ในสมุดประเมินตนเอง แล้วเลือกที่จะมีความสุขกับการใช้ชีวิตต่อไป ซึ่งจากการศึกษาของ Bowman, Scogin, & Lyrene (1995) ถึงผลการบำบัดในรูปแบบการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ในการที่จะช่วยรักษา และลดภาวะซึมเศร้า โดยวัดผลการบำบัดรักษาที่ 1 เดือน ซึ่งพบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดในรูปแบบ SET มีอาการซึมเศร้าแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีอาการซึมเศร้ามลดลง และสามารถคงอาการไว้ได้นานถึง 2 เดือน



## การศึกษาในต่างประเทศ

Oxman (2008) ได้ทำการศึกษารูปแบบการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยที่อาศัยอยู่ในชุมชนซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างจากหน่วยบริการปฐมภูมิ 2 แห่ง จำนวนผู้ป่วย 180 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาในระดับปฐมภูมิ จำนวน 6 ครั้ง ในระยะเวลา 9 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติตามตารางการดูแลที่เกี่ยวกับการรักษาโดยการให้ยา การให้คำปรึกษาแบบประคับประคองสั้น ๆ และการส่งไปรับการรักษาต่อเพื่อพบผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา มีระดับของอาการซึมเศร้า ลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ( $p < .01$ ) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา มีแนวโน้มของอาการซึมเศร้าลดลงตลอดช่วงระยะเวลาของการบำบัดและระยะติดตามผลเร็วกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ( $P = .058$ ) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยที่มีการแก้ไข้ปัญหาโดยใช้วิธีการแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance coping) ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา มีอาการซึมเศร้าลดลง มากกว่าผู้ป่วยที่มีการแก้ไข้ปัญหาโดยใช้วิธีการแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance coping) ในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

Bowman, scogin & Lyrene (1995) ได้ทำการศึกษา ถึงประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในระดับ เล็กน้อยถึงปานกลาง (mild- moderate depression) ด้วยการบำบัดในรูปแบบ การแก้ไข้ปัญหาด้วยการตรวจสอบตนเอง (self-examination therapy) และการบำบัดทางความคิด (cognitive biotherapy) ในการที่จะช่วยรักษาและลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครผู้ชายวัยกลางคนจำนวน 32 คน โดยที่ 16 คน ถูกสุ่มให้เข้ากลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการบำบัด ด้วย CBT และ SET ที่เหลือเป็นกลุ่มควบคุม โดยวัดผลการบำบัดรักษาที่ 1 เดือน ซึ่งพบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีอาการซึมเศร้า แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ได้รับการบำบัดมีซึมเศร้าลดลง และสามารถคงอาการไว้ได้นานถึง 2 เดือน จากนั้นได้ให้การบำบัดในรูปแบบการแก้ไข้ปัญหาด้วยตนเอง กับกลุ่มควบคุม ก็พบว่า มีอาการซึมเศร้าลดลงเช่นกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการบำบัดในรูปแบบการบำบัดทางความคิด และการแก้ไข้ปัญหาด้วยการตรวจสอบตนเอง มีประสิทธิภาพการรักษาไม่ต่างกันและภายหลัง 1 เดือน หลังเข้ากลุ่มการบำบัดในรูปแบบการแก้ไข้ปัญหาด้วยตนเอง ผู้รับการบำบัดมีภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่า 88%

Bowman (1996) ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการแก้ไข้ปัญหาด้วยการตรวจสอบตนเอง (self-examination therapy) ในการรักษาอาการซึมเศร้า ของผู้ที่ติดสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ชาย จำนวน 28 คน จากสถานที่ให้การรักษาผู้ติดสารเสพติด (VA Medical Center) โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการแก้ไข้ปัญหาด้วยการตรวจสอบตนเอง กับกลุ่มเปรียบเทียบผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดในรูปแบบการแก้ไข้ปัญหาการตรวจสอบตนเอง

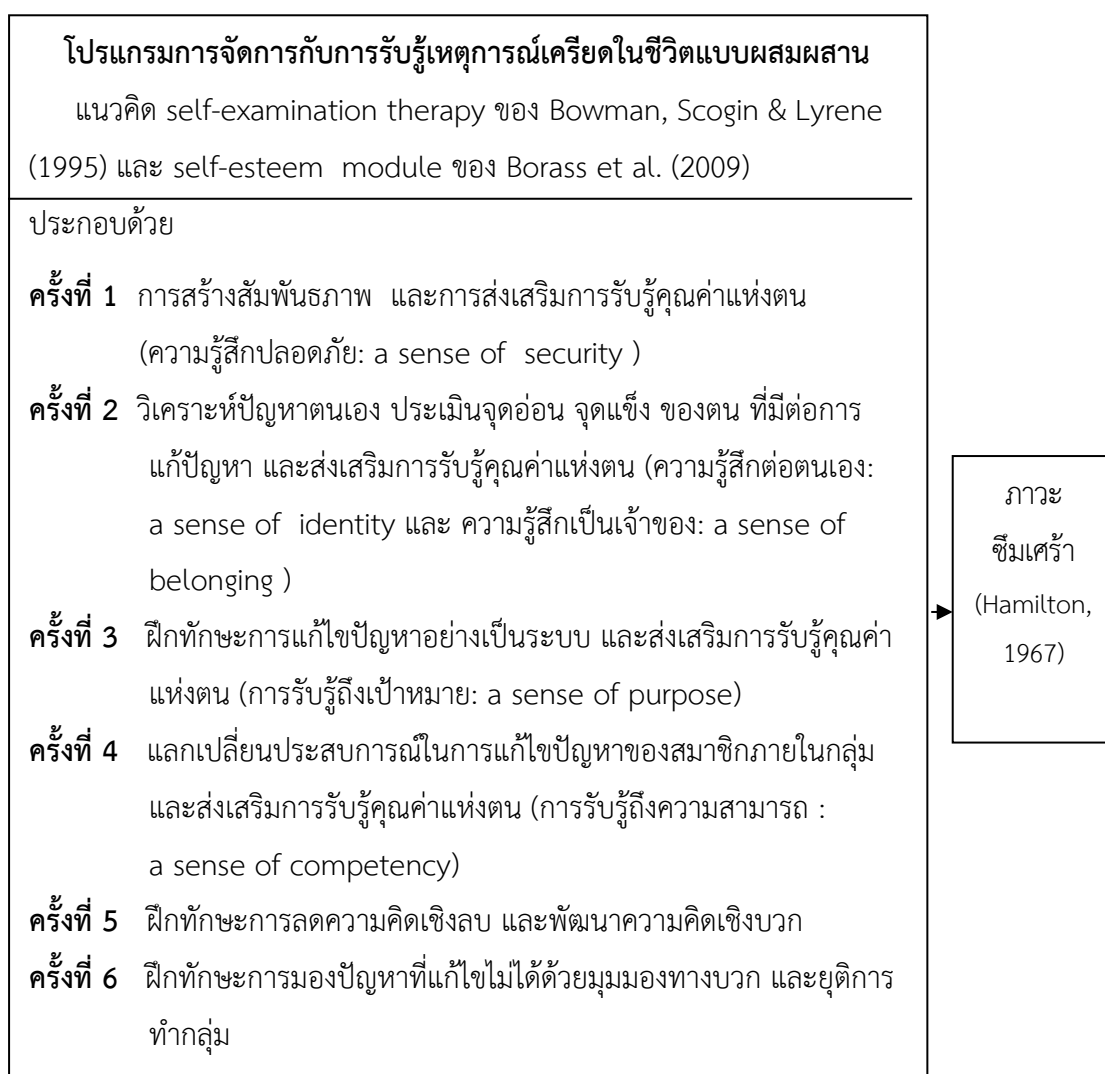
มีอาการซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับการบำบัด ซึ่งผลลัพธ์จากการศึกษานี้ ทำให้เห็นว่าการบำบัดในรูปแบบนี้ สามารถใช้ได้ผลในการรักษาผู้ที่ติดสารเสพติด

Borras et al. (2009) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคจิตเภทของกรุงเจนีวา จำนวน 54 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 24 คน และเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนโดยกลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามโปรแกรมบำบัดการเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตัวเอง “ฉันคือคนเก่ง” (The self-esteem module) ซึ่งได้พัฒนาโดย Tania Lecomte et al. (1999) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการรับรู้คุณค่าแห่งตน (self-esteem) ของบุคคล ที่มีปัญหาความทุกข์จากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต โดยมีการนำมาใช้เพื่อเพิ่มการรับรู้คุณค่าแห่งตนของบุคคลในผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) ใช้กันในประเทศฝรั่งเศสและประเทศอังกฤษ ซึ่งกิจกรรมจะเน้นในประเด็นหลัก ใน 5 ประเด็นที่สำคัญ คือความรู้สึกปลอดภัย (a sense of security), ความรู้สึกต่อตัวตน (a sense of identity) ความรู้สึกเป็นเจ้าของ (a sense of belonging), ความรู้สึกถึงจุดหมาย (a sense of Purpose) และความรู้สึกถึงความสามารถ (a sense of competence) จากนั้นติดตามประเมินผลหลังการบำบัดไปแล้ว 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตัวเอง มีความนับถือตนเอง และมีความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มมากขึ้น มีการเผชิญปัญหาที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้นซึ่งรูปแบบการบำบัดนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ของสังคมได้ ช่วยให้มีการปรับตัวในการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดี สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะเป็นการช่วยเพิ่มขีดความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยได้

จากการทบทวนงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นนั้น สามารถนำมาใช้ในการสร้างโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ทั้งในเรื่องรูปแบบการบำบัดระยะเวลาการบำบัด ตลอดจนกิจกรรมต่างๆที่ใช้ในการบำบัดแต่ละครั้ง ดังมีรายละเอียดตามกรอบแนวคิดการวิจัย

### กรอบแนวคิดการวิจัย

จากผลการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการใช้โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ โดยการวิจัยนี้ใช้ stress generation theory ของ Hammen (1991, 2006) บูรณาการร่วมกับแนวทางการแก้ไขปัญหาในรูปแบบ self-examination therapy ของ Bowman, Scogin & Lyrene (1995) และการรับรู้คุณค่าแห่งตน self-esteem module ตามการศึกษาของ Borass et al. (2009) ซึ่งกำหนดเป็นกรอบการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 3 แผนภูมิแสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest-posttest randomized control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน และ 2) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

	O1	X	O2	กลุ่มทดลอง
	O3		O4	กลุ่มควบคุม
O1	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน		
O2	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน		
X	หมายถึง	การใช้โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน		
O3	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ		
O4	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ		

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า รหัส F32 (F32.0 - F32.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวน ครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า รหัส F32 (F32.0 - F32.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวน ครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในช่วง มกราคม พ.ศ. 2557 ถึง มกราคม พ.ศ. 2558 จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง



กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด (inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. เป็นผู้ที่มีความรุนแรงของโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (8 - 17 คะแนน) จากการประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า THAI HRS-D 17 (มาโนช หล่อตระกูล และคณะ, 2539)
3. อยู่ระหว่างได้รับแผนการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าในกลุ่ม SSRI
4. ไม่เคยได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหามาก่อน
5. มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดผู้เข้าร่วมการวิจัยออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยได้รับการตรวจและวินิจฉัยพบว่ามีโรคร่วมทางจิตเวชระหว่างโรคซึมเศร้ากับโรคทางจิตเวชอื่นๆ ระหว่างเข้าร่วมการวิจัย

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power of test) โดยได้นำผลการศึกษาของ Bowman, Scogin, & Lyrene (1995) ซึ่งศึกษาถึงประสิทธิภาพของการบำบัดการแก้ไขปัญหาด้านการตรวจสอบตนเองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ มาร่วมในการกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (รัตนศิริ ทาโต, 2551) และเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการวิจัย

#### ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

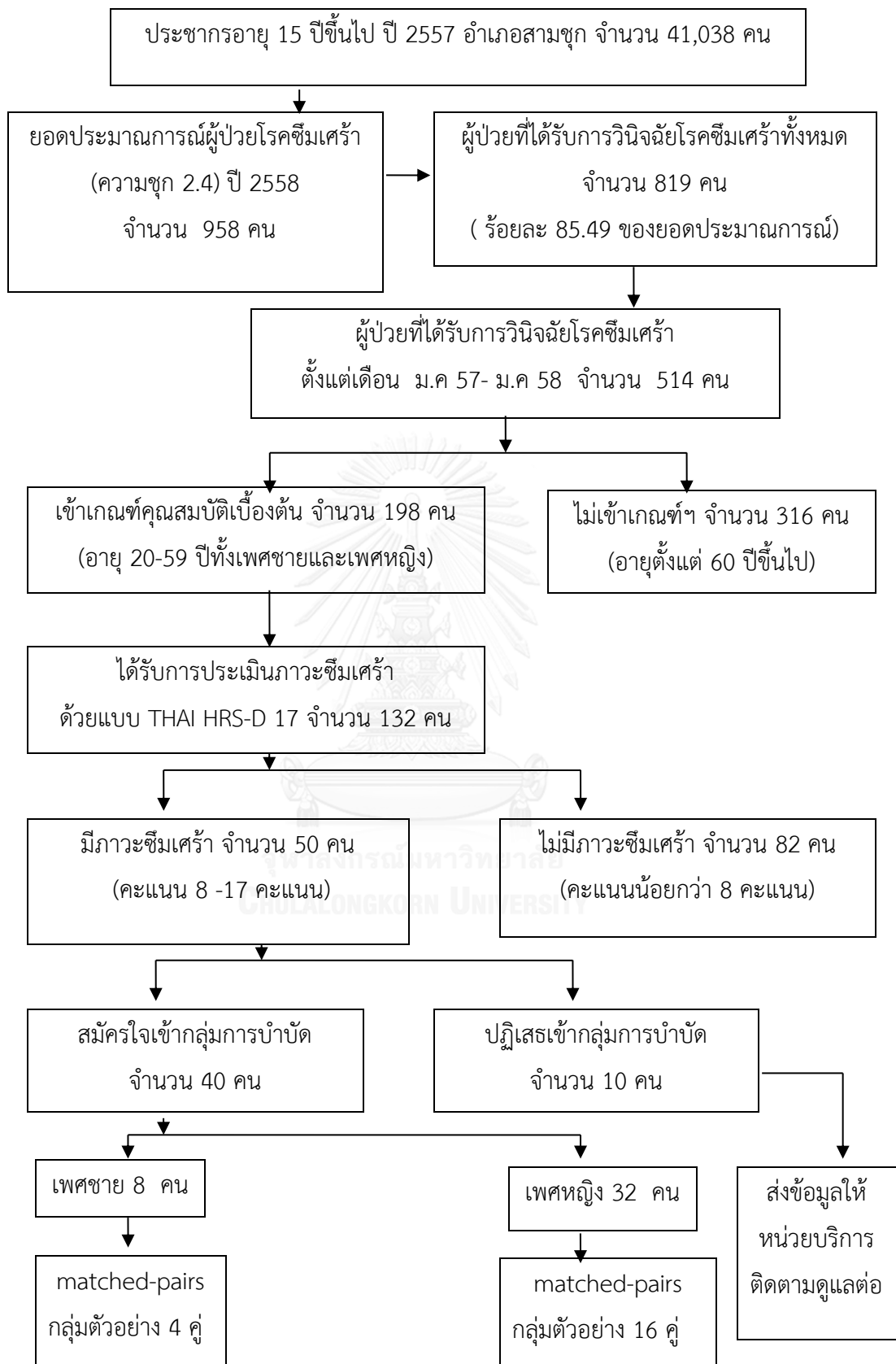
1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า รหัส F32 (F32.0 - F32.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวน ครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2558 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในระยะแรกๆ ดังนั้น

การดูแลส่วนใหญ่ที่ได้รับ จึงเป็นการรักษาอาการทางกายด้วยยา และการได้รับความรู้เบื้องต้นในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และยังไม่เคยได้รับการทำกลุ่มบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหามาก่อน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน

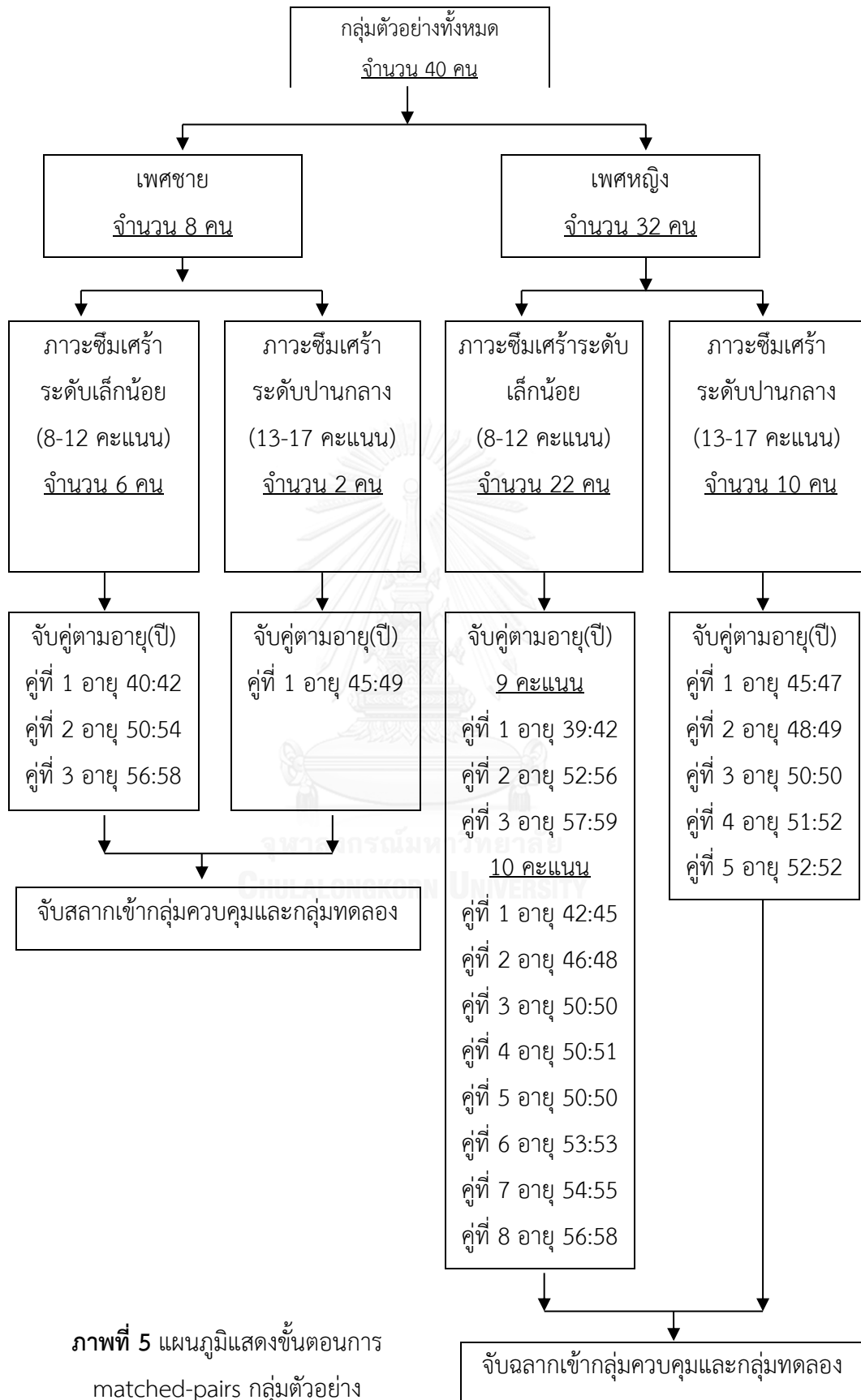
2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

3. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (matched-pairs) โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศเดียวกัน อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเดียวกัน เมื่อจับคู่ได้ครบ 20 คู่แล้ว จึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากเพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบทั้ง 20 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ดังมีรายละเอียดขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังที่แสดงไว้ในแผนภูมิที่ 4 แผนภูมิที่ 5 และผลการเปรียบเทียบคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 5





ภาพที่ 4 แผนภูมิแสดงขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม inclusion criteria



ตารางที่ 5 ผลการจับคู่คุณลักษณะที่คล้ายคลึงกัน (matched-pairs) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
	เพศ	อายุ (ปี)	คะแนน ซิมเศร่า	ระดับภาวะ ซิมเศร่า	เพศ	อายุ (ปี)	คะแนน ซิมเศร่า	ระดับภาวะ ซิมเศร่า
1	หญิง	39	9	เล็กน้อย	หญิง	42	9	เล็กน้อย
2	หญิง	56	9	เล็กน้อย	หญิง	52	9	เล็กน้อย
3	หญิง	59	9	เล็กน้อย	หญิง	57	9	เล็กน้อย
4	หญิง	53	10	เล็กน้อย	หญิง	53	10	เล็กน้อย
5	ชาย	42	10	เล็กน้อย	ชาย	40	10	เล็กน้อย
6	ชาย	58	10	เล็กน้อย	ชาย	56	10	เล็กน้อย
7	หญิง	56	10	เล็กน้อย	หญิง	58	10	เล็กน้อย
8	หญิง	51	10	เล็กน้อย	หญิง	50	10	เล็กน้อย
9	หญิง	42	10	เล็กน้อย	หญิง	45	10	เล็กน้อย
10	หญิง	52	10	เล็กน้อย	หญิง	52	10	เล็กน้อย
11	หญิง	48	10	เล็กน้อย	หญิง	46	10	เล็กน้อย
12	หญิง	54	10	เล็กน้อย	หญิง	55	10	เล็กน้อย
13	หญิง	50	10	เล็กน้อย	หญิง	50	10	เล็กน้อย
14	ชาย	50	10	เล็กน้อย	ชาย	54	10	เล็กน้อย
15	ชาย	49	15	ปานกลาง	ชาย	45	14	ปานกลาง
16	หญิง	47	17	ปานกลาง	หญิง	45	17	ปานกลาง
17	หญิง	50	16	ปานกลาง	หญิง	50	16	ปานกลาง
18	หญิง	50	17	ปานกลาง	หญิง	51	17	ปานกลาง
19	หญิง	52	17	ปานกลาง	หญิง	52	17	ปานกลาง
20	หญิง	48	15	ปานกลาง	หญิง	49	16	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ และระดับภาวะซึมเศร้า ดังนี้ 1) เพศ พบว่ากลุ่มทดลอง มีเพศชาย จำนวน 4 คน และเพศหญิง จำนวน 16 คน กลุ่มควบคุมมี เพศชาย จำนวน 4 คน และเพศหญิง จำนวน 16 คน เท่ากัน 2) อายุ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแต่ละคู่ มีอายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี 3) คะแนนซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนซึมเศร้าอยู่ในช่วง 9-17 คะแนน เท่ากัน แบ่งเป็นภาวะซึมเศรียรระดับเล็กน้อย (8-12 คะแนน ) จำนวน 14 คู่ และภาวะซึมเศรียรระดับปานกลาง (13-17 คะแนน ) จำนวน 6 คู่ ทั้งนี้ผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มอยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาระงับอาการซึมเศร้าในกลุ่ม SSRI ได้แก่ยา fluoxetine และ sertraline ที่มีใช้อยู่ในโรงพยาบาลสามชุก เช่นเดียวกัน

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้คำนึงถึงการดำเนินการอย่างรอบคอบเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทั้งนี้ ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ พร้อมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานทั้งหมด นำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งประกอบไปด้วยคณะกรรมการ จำนวน 8 ท่าน ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาจิตเวชและสุขภาพจิต และนักวิเคราะห์นโยบายและแผนงาน เพื่อพิจารณาผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ เมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2557 (COA No.IRB-สพ.0032.301/154) ดังเอกสารแนบในภาคผนวก

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน โดยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดดังกล่าวข้างต้น ซึ่งมีผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ จำนวน 6 คน ซึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 40-57 ปี เป็นเพศชาย 2 คน และเพศหญิง 4 คน มีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 4 คน และภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 2 คน เมื่อได้พูดคุยซักถามก็พบว่าทุกคนต่างพบเจอกับปัญหาในชีวิตและครอบครัวทุกราย โดยส่วนใหญ่เป็นปัญหาด้านครอบครัว ได้แก่ การทะเลาะกับบุคคลในบ้านและด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย/หนี้สิน จากนั้นผู้วิจัยก็นำความเชื่อมโยงของปัญหาต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยในแต่ละคน แล้วนัดหมายเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจนครบทั้ง 6 ครั้ง แล้วประเมินผลโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า THAI HRS-D 17 พบว่าผู้ป่วยมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง โดยก่อนเข้าโปรแกรมฯ มีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 4 คน และภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 2 คน ภายหลังเข้าโปรแกรมฯ ไม่มีอาการซึมเศร้า จำนวน 3 คน และมีระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จำนวน 3 คน ซึ่งถือได้ว่าโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน มีส่วนช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มนี้ มีระดับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง เช่นเดียวกับกลุ่มที่ได้รับการทดลอง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 3 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามเหตุการณ์เครียดในชีวิต (life stress event) ของพรพรรณ ศรีโสภา (2552) ซึ่งดัดแปลงมาจาก สมจิตร์ นครพานิช (2531) ที่สร้างตามแนวทางของ Homes and Rahe (1967 )

3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ แบบวัด THAI HRS-D 17 พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539)

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือแต่ละชุด ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำการบำบัดการแก้ไขปัญหามารูปแบบ self-examination therapy ตามการศึกษาของ Bowman, Scogin & Lyrene, (1995) มาบูรณาการกับการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเอง (self-esteem module) ตามการศึกษาของ Borass et

al., (2009) ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถจัดการกับความคิดเชิงลบต่อตนเองและส่งเสริมให้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้น โดยมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรม ดังนี้

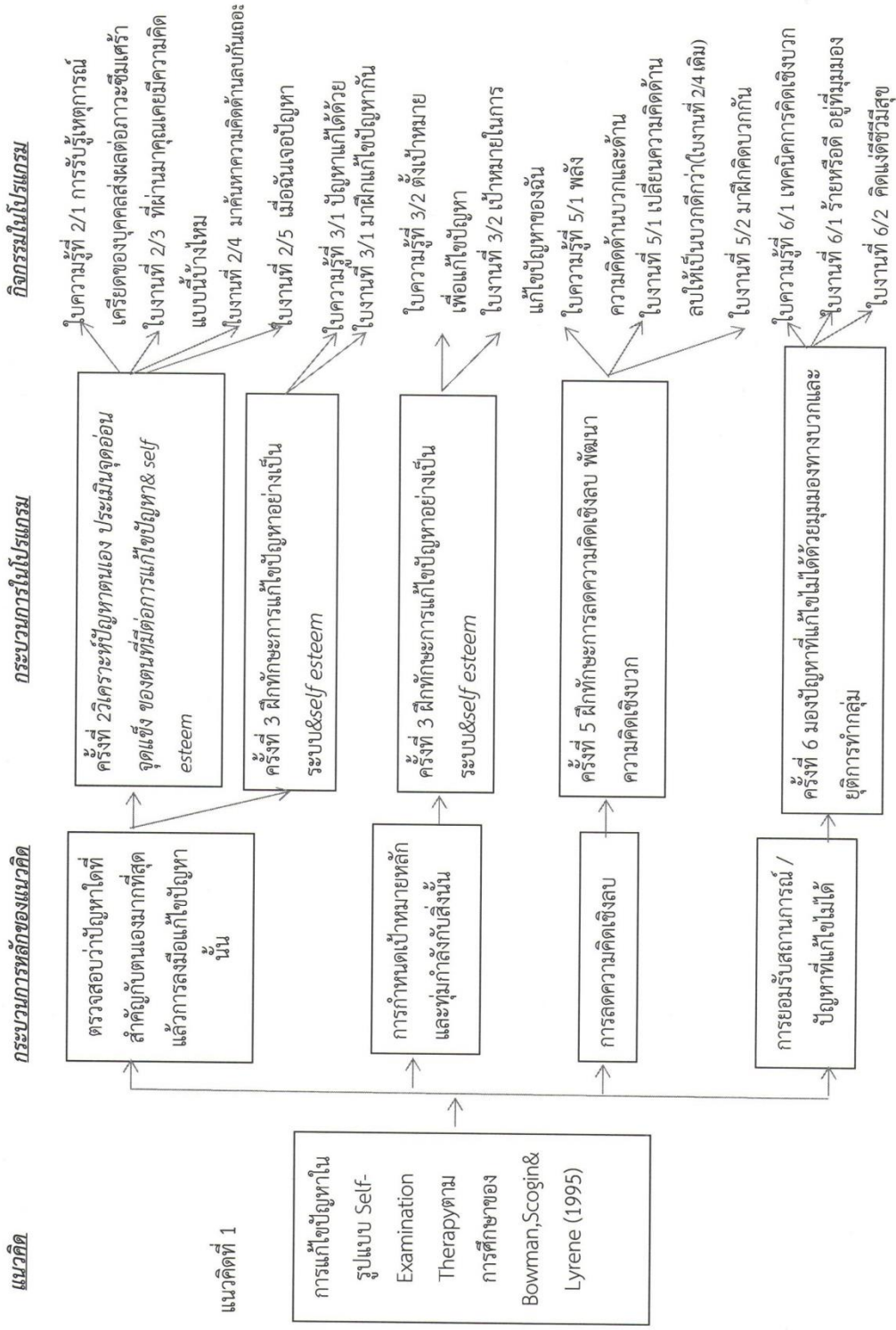
1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอันได้แก่ ความรู้เรื่องโรคและภาวะซึมเศร้า Stress Generation Theory และการบำบัดในรูปแบบการแก้ไขปัญหา (problem solving therapy )

1.2 สร้างโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน และกำหนดโครงสร้างของกิจกรรมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที รวมการบำบัดทั้งหมด 6 ครั้ง ใช้เวลาดำเนินการติดต่อกัน นาน 4 สัปดาห์

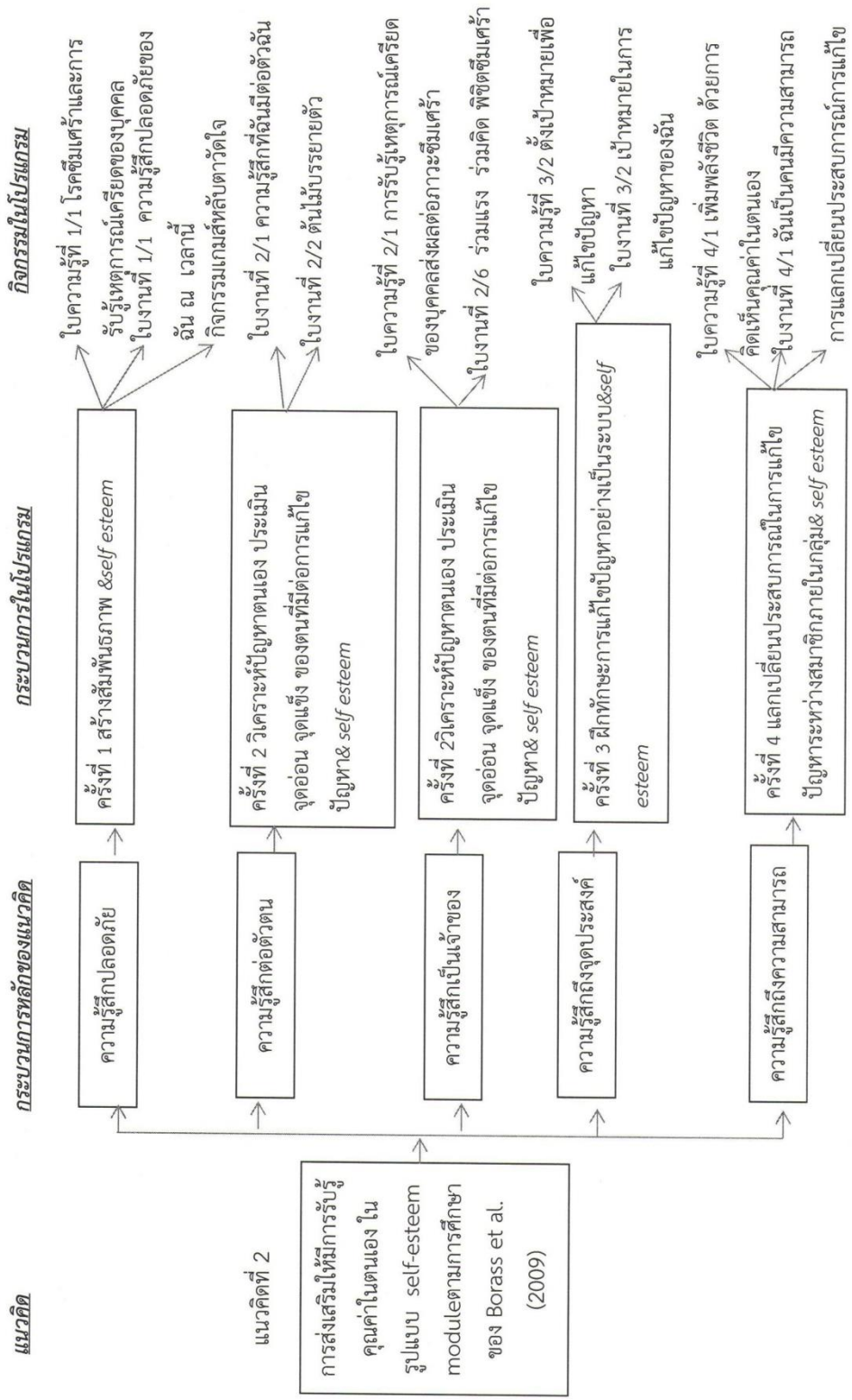
โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานที่สร้างขึ้นนี้ ได้มีการออกแบบกิจกรรมในโปรแกรม ฯ เพื่อให้สอดคล้องกับกระบวนการหลักของทั้งสองแนวคิด โดยในแต่ละครั้งของกิจกรรมในโปรแกรม ฯ ได้นำกระบวนการหลักของแต่ละแนวคิดมาใช้ เพื่อออกแบบกิจกรรม ยกเว้นกระบวนการในโปรแกรม ฯ ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ที่มีการนำกระบวนการหลักของทั้งสองแนวคิดมาผสมผสานกันไว้ในกิจกรรมเดียวกัน ดังรายละเอียดที่แสดงไว้ในแผนภาพที่ 6



ภาพที่ 5 แผนภูมิแสดงการบูรณาการแนวคิดการแก้ไขปัญหามารูปแบบ Self-Examination Therapy และ การส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในรูปแบบ Self-esteem module



ภาพที่ 5 แผนภูมิแสดงการบูรณาการแนวคิดการแก้ไขปัญหาในรูปแบบ Self-Examination Therapy และ การส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในรูปแบบ Self-esteem module



(SET -Booklet)

## โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน

รูปแบบการบำบัดตามโปรแกรมฯ นี้ จะเน้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีพัฒนากระบวนการทางความคิดด้วยการฝึกให้เกิดทักษะในการตรวจสอบตนเองถึงมุมมองต่อปัญหาที่เผชิญอยู่ แล้ววางแผนแก้ไขปัญหาซึ่งประเมินว่าสามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีการที่เหมาะสม ส่วนปัญหาที่เห็นว่ายังแก้ไขไม่ได้จะให้การฝึกประเมินค่าสถานการณ์และปัญหา ด้วยมุมมองใหม่ที่เป็นบวกมากขึ้นเพื่อยอมรับกับสถานการณ์นั้น รวมทั้งฝึกทักษะการประเมินและปรับความคิดเชิงลบต่อตนเองและส่งเสริมให้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้นด้วย ซึ่งมีสาระสำคัญของแต่กิจกรรมในแต่ละครั้ง ดังต่อไปนี้

### ครั้งที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพ และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน ระยะเวลา 90 นาที

#### ช่วงที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพรายกลุ่ม ระยะเวลา 60 นาที

##### สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพนี้ จะเป็นกิจกรรมในระยะแรกที่พยาบาลจะกระทำให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัด ซึ่งจะช่วยสร้างให้เกิดบรรยากาศ ที่คุ้นเคย เป็นกันเอง ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง โดยเริ่มจาก การที่พยาบาลแนะนำตัวเองด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือเพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาความสามารถในตัวเองเพิ่มมากขึ้นถือเป็นกระบวนการที่มุ่งให้เกิดความสำเร็จ ในช่วงสุดท้ายของการปฏิบัติการพยาบาลโดย Stuart and Sundeen (1979) กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพเพื่อช่วยในการบำบัดรักษานั้น จะกระทำไปโดยมีจุดหมาย เพื่อช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไว้วางใจ และยอมเปิดเผยเรื่องราวต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาของตนเอง เกิดความเข้าใจตนเองและสามารถปรับตัวได้ และในระยะต่อไปผู้ป่วยก็จะเกิดความไว้วางใจ มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ๆ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบต่างๆได้ดีขึ้น

#### ช่วงที่ 2 การส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านความรู้สึกปลอดภัย (a sense of security) ส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน ระยะเวลา 30 นาที

##### สาระสำคัญ

การส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านความรู้สึกปลอดภัย นี้มีจุดประสงค์เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม เกิดความรู้สึกปลอดภัยในสภาพแวดล้อมรอบๆ ตัวไม่ว่าจะเป็นบรรยากาศของกลุ่ม พยาบาลผู้ให้การบำบัด และระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง เกิดความรู้สึกไว้วางใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัด ซึ่งรูปแบบการบำบัดนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ของสังคมได้ ช่วยให้มีการปรับตัวในการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาต่างๆได้ดี ซึ่งจะเป็นการช่วยเพิ่มขีดความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยได้ (Borras et al.,2009 )

ครั้งที่ 2 วิเคราะห์ปัญหาตนเอง ( การรับรู้คุณค่าแห่งตน/ ความคิดเชิงลบ/ การหลีกเลี่ยงปัญหา)  
ประเมินจุดอ่อน จุดแข็ง ของตนเองที่มีต่อการแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน  
(*ความรู้สึกต่อตัวตน, ความรู้สึกเป็นเจ้าของ*) ระยะเวลา 90 นาที

**ช่วงที่ 1** วิเคราะห์ปัญหาตนเอง ( การรับรู้คุณค่าแห่งตน/ ความคิดเชิงลบ/ การหลีกเลี่ยง  
ปัญหา) และเสริมสร้างการรับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านความรู้สึกต่อตัวตน ระยะเวลา 70 นาที

### สาระสำคัญ

การรับรู้เหตุการณ์เครียดและภาวะซึมเศร้า มีความเชื่อมโยงกันโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า  
เมื่อพบเหตุการณ์เครียดในชีวิต มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนปกติ ทั้งนี้ความ  
รุนแรงหรือผลกระทบจากเหตุการณ์เครียดที่มีต่อบุคคลนั้น อาจไม่มี หรือมี มากน้อย แตกต่างกันไป  
ขึ้นอยู่กับ บุคลิกลักษณะ และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล การวิเคราะห์และรู้จักตนเองในด้านการรับรู้  
คุณค่าแห่งตน ความคิดเชิงลบ และพฤติกรรมการแก้ไขปัญหาของตนเอง รู้ความต้องการของตนเอง  
สามารถวิเคราะห์สิ่งที่เป็นข้อดีและข้อบกพร่องของตนเองได้ ตลอดจนรู้จักคิดและหาแนวทางในการ  
พัฒนาสิ่งที่เป็นความดีและปรับปรุงข้อบกพร่องของตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในทางที่สร้างสรรค์ต่อ  
ตนเองและสังคมได้ ซึ่งรูปแบบการบำบัดนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ของสังคม  
ได้ ช่วยให้มีการปรับตัวในการรับรู้เหตุการณ์เครียดและภาวะซึมเศร้า มีความเชื่อมโยงกันโดยเฉพาะ  
ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อพบเหตุการณ์เครียดในชีวิต มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคน  
ปกติ ช่วยให้มีการปรับตัวในการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาต่างๆได้ดี มีการรับรู้คุณค่าแห่งตนมากขึ้น  
ซึ่งการเพิ่มขึ้นของสิ่งต่างๆเหล่านี้ จะเป็นการช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้  
(Borras et al., 2009)

**ช่วงที่ 2** การส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในประเด็นความรู้สึกเป็นเจ้าของ ระยะเวลา 20  
นาที

### สาระสำคัญ

การส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านความรู้สึกการเป็นเจ้าของนี้มีจุดประสงค์เพื่อให้  
สมาชิกกลุ่ม เกิดความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เกิดความรู้สึกว่าได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ๆ  
นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมร่วมกันโดยมีเป้าหมายที่เหมือนกันทั้งของตนเองและของกลุ่ม  
โดยมุ่งทำอย่างเต็มความสามารถเพื่อที่จะให้บรรลุเป้าหมายนั้น ช่วยให้เกิดความสามารถในการเผชิญ  
ปัญหาและแก้ปัญหาต่างๆได้ดี ซึ่งจะเป็นการช่วยเพิ่มขีดความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยได้ (Borras  
et al., 2009)

**ครั้งที่ 3** ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบ และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (*ความรู้สึกถึงเป้าหมายของตน*) ระยะเวลา 90 นาที

#### **สาระสำคัญ**

เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะในการวิเคราะห์ปัญหา ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งในการดำรงชีวิตของบุคคลจะต้องประสบปัญหาในลักษณะต่างๆ ทั้งปัญหาส่วนตัวปัญหาครอบครัวปัญหาการทำงานและปัญหาสิ่งแวดล้อมซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นทุกปัญหาจะส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจทำให้บุคคลเกิดความกังวลใจไม่มีความสุขถ้าบุคคลแก้ไขปัญหาไม่ได้จะเกิดภาวะกดดันเครียดเมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์เครียดแล้วไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มองเห็นปัญหาเป็นภาพรวมไม่สามารถที่จะแยกแยะปัญหา ว่าปัญหาใดที่สำคัญและเร่งด่วน ที่ต้องได้รับการแก้ไขเป็น อันดับแรกทำให้มองไม่เห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา ขาดความสามารถในการใช้ความคิด และไตร่ตรองถึงผลดีและผลเสียของแนวทางในการแก้ไขปัญหามองไม่เห็นจุดมุ่งหมายที่แท้จริงในการแก้ไขปัญหา เมื่อบุคคลขาดทักษะในการจัดการแก้ไขกับปัญหาทำให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข และถูกสะสมมากขึ้น ส่งผลให้บุคคลรู้สึกหมดหวัง รวมถึงรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมาย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จนทำให้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าตามมาได้ (กรมสุขภาพจิต, 2552) การฝึกทักษะการวิเคราะห์ปัญหา การประเมินค่าสถานการณ์ที่สำคัญกับตนเอง และการกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหานี้ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลให้การส่งเสริมและฝึกทักษะให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเกี่ยวกับปัญหา หรือสิ่งที่คิดว่าเข้ามารบกวนจนทำให้เกิดความกังวลใจ ทุกข์ใจ ไม่สบายใจในช่วงที่ผ่านมาในรอบ 1 เดือน ถ้าแน่ใจว่าไม่มีอะไรที่เป็นปัญหารบกวน แต่ยังรู้สึกกังวล หรือเศร้าให้บอกตัวเองว่า “คุณโชคดีที่จะรู้สึกดีกับสิ่งที่ เป็น สิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตของคุณและคุณเลือกที่จะมีความสุข” แต่ถ้าพบสิ่งที่รบกวนคุณให้เขียนมันลงในสมุดประเมินตนเองของคุณ และเปรียบเทียบสิ่งต่าง ๆ เหล่านั้น ว่าสิ่งใดเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุด แล้วนำมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อหาแนวทางแก้ไขต่อไป (Bowman, Scogin, and Lyrene, 1995) นอกจากนี้พยาบาลยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการรับรู้คุณค่าแห่งตน ในเรื่องการรับรู้ถึงเป้าหมายของตนเองในการแก้ไขปัญหจะช่วยทำให้เกิดแรงผลักดันและมีความกระตือรือร้นที่จะแก้ไขปัญหของตนเองให้ประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น (Borras et al., 2009)

**ครั้งที่ 4** แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านการรับรู้ถึงความสามารถ ระยะเวลา 70 นาที

**ช่วงที่ 1** การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม

#### **สาระสำคัญ**

เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหของตนเอง โดยสมาชิกทุกคนภายในกลุ่ม จะได้ออกมาสร้งฟังปัญหาตลอดจนวิธีการแก้ไขปัญหา หากผู้ป่วยคนใดเคยเจอกับสถานการณ์ปัญหา

ที่คล้ายคลึงกันก็สามารถที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่อาจเหมือนหรือแตกต่างกันได้ ซึ่งจะทำให้เกิดมุมมองในการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย เมื่อผู้ป่วยมีความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาได้สำเร็จก็จะเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และเกิดความนับถือตนเองเพิ่มมากขึ้นได้

## **ช่วงที่ 2** การส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านการรับรู้ถึงความสามารถ ระยะเวลา 30 นาที

### **สาระสำคัญ**

การพัฒนาการรับรู้คุณค่าในตนเอง จะเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการวิเคราะห์และรู้จักตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนารูจักตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการให้เกิดการรับรู้และรู้สึกต่อตนเองทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม บุคคลที่มี สุขภาพจิตดีจะสามารถระบุความสามารถของตนเอง จุดดี จุดด้อยของตนได้ต้องไม่รู้สึกถูกบดบังด้วยความรู้สึกต่ำต้อยหรือไม่เพียงพอ แต่ต้องรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ต้องรู้จักความสามารถของตนเองเพื่อที่จะจัดการกับกับปัญหาของตนเองได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีพลังในการสร้างสรรค์และยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำจนเกิดภาวะซึมเศร้า เกิดทัศนคติที่ดีต่อตนเองมากขึ้นซึ่งจะช่วยให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง (Dowrick, 2001)

## **ครั้งที่ 5** ฝึกทักษะการลดความคิดเชิงลบ และพัฒนาความคิดเชิงบวก ระยะเวลา 60 นาที

### **สาระสำคัญ**

เป็นการให้ความรู้เรื่องพลังความคิดด้านบวก และด้านลบ การฝึกทักษะการประเมินความคิดเชิงลบและการพัฒนาความคิดเชิงบวก จากนั้นให้สมาชิกแต่ละคนได้ฝึกการลดความคิดเชิงลบ โดยนำผลการประเมินความคิดเชิงลบหรือความคิดที่บิดเบือนที่มีต่อตนเองและผู้อื่น ของแต่ละคน ที่ได้ประเมินไปในกิจกรรมครั้งที่ 2 และความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะที่อยู่ที่บ้านตามที่ได้บันทึกไว้มาเพื่อทบทวน และฝึกการปรับความคิดความคิดเดิมที่เป็นด้านลบให้มีมุมมองใหม่ที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังฝึกการพัฒนาความคิดเชิงบวกโดยการฝึกคิดจากเรื่องง่ายๆ ใกล้ตัว ที่คนส่วนใหญ่มักคิดและเห็นแต่ด้านไม่ดี แต่ถ้าฝึกมองในมุมกลับกันก็จะเห็นว่า ในสิ่งที่เห็นว่าไม่ดีนั้นก็มีสิ่งดีอยู่ในตัวด้วยกันทั้งนั้น

## ครั้งที่ 6 ฝึกทักษะการมองปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ด้วยมุมมองทางบวกและยุติการทำกลุ่ม

ระยะเวลา 90 นาที

### สาระสำคัญ

เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการบำบัด ได้ทบทวนกิจกรรมที่ได้ทำร่วมกันในขั้นตอนต่างๆ ของการบำบัด ซึ่งจะช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้รับรู้ความสามารถของตนเอง เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนในการที่จะจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น (Borras et al., 2009) ดังในกิจกรรมกลุ่มที่ผ่านมาที่ได้มีการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาที่ตนเองได้เป็นผู้คิดวิเคราะห์ตลอดจนประเมินค่าสถานการณ์ที่สำคัญกับตนเอง กำหนด เป้าหมายและดำเนินการแก้ไขด้วยตัวเองแล้วนั้น หากวิธีการแก้ไขปัญหาเกิดความสำเร็จ ก็จะรู้สึกดีในทางตรงกันข้ามแต่หากวิธีการแก้ไขปัญหานั้นไม่สำเร็จพยาบาลผู้ให้การบำบัดก็จะให้การส่งเสริม ให้ผู้รับการบำบัด เลือกรูปแบบใหม่จนกว่าปัญหาเหล่านั้นจะได้รับการแก้ไขจนหมด แต่ถ้าวิธีการแก้ไขปัญหานั้นไม่สำเร็จ ก็ต้องทำใจยอมรับกับสิ่งเหล่านั้นแล้วเลือกที่จะมีความสุขกับการใช้ชีวิตต่อไป

นอกจากใบงานและกิจกรรมต่างๆ ที่เป็นส่วนประกอบในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ แล้ว ยังมีในส่วนของ คู่มือและสมุดบันทึกประจำตัวเพื่อการประเมินตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้บันทึกในสิ่งที่ตนเองได้กลับไปทบทวนมาว่า ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา มีปัญหาใดที่เกิดขึ้นบ้าง แล้วปัญหานั้นมีผลกระทบต่อตนเองอย่างไรบ้างเพื่อที่จะได้วางแผนแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ยังมีคู่มือ 15 วิธีคิดบวกที่ได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นการพัฒนาความคิดเชิงบวกของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ฝึกคิด ฝึกมองปัญหาในอีกด้านเพื่อให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

### การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย

แผนกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน พร้อม

คู่มือและสมุดบันทึกประจำตัวเพื่อการประเมินตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ทั้ง 2 ชุด นี้ ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบ แก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม มีความสอดคล้องกับการศึกษา

จากนั้นนำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม ด้วยการหาความตรงตามเนื้อหา โดยนำฉบับที่แก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน และ

อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน เพื่อทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) และการใช้ภาษา ซึ่งพบว่ามีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ภายหลังจากแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมีค่า เท่ากับ 1

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้เสนอแนะให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความครอบคลุมของเนื้อหาในกิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ปรับแก้ดังนี้

**กิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกลดท้อ)** ได้เพิ่มระยะเวลาการทำกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ จาก 40 นาที เป็น 60 นาที และเพิ่มกิจกรรม “เรามารู้จักกัน” เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยในกลุ่มเกิดความคุ้นเคยกันมากขึ้น และก่อนการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ในส่วนของใบความรู้ที่ 1/1 เรื่องโรคซึมเศร้า ได้ทำการปรับเนื้อหาในส่วน อาการและอาการแสดง ของโรคซึมเศร้า/ ความคิดเชิงลบ ให้มีความชัดเจนและเข้าใจง่ายขึ้น

**กิจกรรมครั้งที่ 2 วิเคราะห์ปัญหาตนเอง ( การรับรู้คุณค่าแห่งตน/ ความคิดเชิงลบ/ การหลีกเลี่ยงปัญหา) ประเมินจุดอ่อน จุดแข็งของตนเองที่มีต่อการแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกลดท้อตัวตน, ความรู้สึกเป็นเจ้าของ)**

หลังจากกิจกรรมครั้งสุดท้าย มีการสรุปว่าในการจัดกิจกรรมครั้งนี้ มีอะไรบ้าง และสิ่งที่ได้เรียนรู้ พร้อมกำหนดการนัดหมายครั้งต่อไป พร้อมย้ำเตือนในเรื่องการบ้านที่มอบหมายให้ไปทำที่บ้าน

**กิจกรรมครั้งที่ 3 ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน(ความรู้สึกลดท้อถึงเป้าหมายของตน)**

ใบความรู้ที่ 3/1 ปรับเรื่องการเรียงลำดับเนื้อหาความรู้ในใบงาน ภาษาที่เขียนในความหมายของคำว่า “ปัญหา” เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น ในส่วนของใบงานที่ 3/1 ได้ปรับการวิเคราะห์ปัญหา โดยสร้างตารางการบันทึกผลการวิเคราะห์ปัญหา ซึ่งในตารางจะมีรายละเอียดของการบันทึกดังนี้ 1) ปัญหาที่เป็นสิ่งรบกวนในชีวิต 2) ปัญหาเหล่านี้แก้ไขได้หรือไม่ 3)ความสำคัญของปัญหานี้ที่มีต่อตัวท่าน 4)ความเร่งด่วนของปัญหานี้ที่มีต่อตัวท่าน และ 5) ผลการจัดลำดับความสำคัญ/เร่งด่วน เพื่อเป็นทางเลือกในการนำปัญหามาแก้ไข นอกจากนี้ ยังได้เพิ่มกิจกรรมอีก 1 กิจกรรมเป็นกิจกรรมที่ 10 คือ การสรุปสิ่งที่เรียนรู้ร่วมกัน รวมทั้งกระตุ้นเตือนเรื่องกิจกรรม แบบบันทึกที่ต้องทำเมื่ออยู่ที่บ้าน และแจ้งการนัดหมายในครั้งต่อไป



#### กิจกรรมครั้งที่ 4 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านการรับรู้ถึงความสามารถ

ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้พูดถึงปัญหา และวิธีการแก้ไขปัญหาของตนแล้วนั้น ได้เพิ่มกิจกรรมเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันมากขึ้น โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่ได้ฟังปัญหาของเพื่อน ทั้งที่แก้ไขได้ หรือไม่ได้ ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ว่าตนเองผ่านปัญหาต่างๆมาได้อย่างไร มีวิธีการคิดแบบใด และผลที่ได้รับจากการคิดแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง คืออะไร

#### กิจกรรมครั้งที่ 5 ฝึกทักษะการลดความคิดเชิงลบ และพัฒนาความคิดเชิงบวก

ในงานที่ 5/2 เรื่อง “มาฝึกคิดบวกกันดีกว่า” ในส่วนหัวข้อที่ให้ผู้ป่วยได้ลองฝึก ได้เปลี่ยน คำว่า “ข้อความ” เป็นคำว่า “สถานการณ์ หรือ เหตุการณ์” เพื่อให้เกิดความเข้าใจง่ายขึ้น

#### กิจกรรมครั้งที่ 6 ฝึกทักษะการมองปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ด้วยมุมมองทางบวก และยุติการทำกลุ่ม

ในส่วนกิจกรรมสุดท้ายของโปรแกรม ได้แยกให้มีความชัดเจนขึ้นโดย แบ่งแยกรายละเอียดเพิ่มเป็น 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 7 ทำแบบสอบถามเหตุการณ์เครียดในชีวิต กิจกรรมที่ 8 สรุปกิจกรรมทั้งหมด คร่าวๆ และสิ่งที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน กิจกรรมที่ 9 นัดหมายผู้ป่วยหลังเสร็จกิจกรรมกลุ่มบำบัด อีก 1 สัปดาห์ เพื่อประเมิน ภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัด THAI HRS-D 17 (post test)

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ไปทดลองใช้ (try-out) กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 20 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่โรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี โดยทดลองใช้โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ด้วยการดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 6 ครั้ง เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ดูความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร แต่บางครั้งต้องมีการปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น และมีการยกตัวอย่างประกอบเพื่อให้มองเห็นภาพได้ชัดเจน และมีความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น หลังจากนั้นพบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด โดยระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง ประมาณ 60 – 90 นาที ซึ่งผู้วิจัยนำปัญหาที่พบ จากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไข ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมการบำบัดที่พัฒนาขึ้นนี้ มีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ติดขัด ในเรื่องของการทำใบงานที่ต้องมีการอ่าน และวิเคราะห์ซึ่งผู้เข้ารับการบำบัด บางรายอ่านไม่สะดวก จึงปรับแก้การดำเนินกิจกรรมจากการให้ผู้ป่วยแต่ละคนอ่านเอง เป็นผู้ให้การบำบัดช่วยอ่านให้ฟัง และอธิบายเพิ่มเติมไปพร้อมๆ กัน นอกจากนี้ ยังได้เพิ่มขนาดของตัวอักษรให้ใหญ่ เพื่อการมองเห็นที่ชัดเจนขึ้น

**2. เครื่องมือกำกับการทดลอง** ได้แก่ แบบสอบถามเหตุการณ์เครียดในชีวิต (life stress event) เป็นแบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิตภายใน 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งสมจิตร์ นครพานิช (2531) สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวทางของ Homes and Rahe (1967) และมีการนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของคนไทย ทั้งนี้ พรพรรณ ศรีโสภา (2552) ได้นำมาปรับปรุงข้อคำถามเพื่อให้เกิดความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากขึ้น ซึ่งแบบสอบถามนี้ ประกอบด้วยข้อ คำถามจำนวน 43 ข้อ แบ่งเหตุการณ์ในชีวิตออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ 7 ข้อ ด้านครอบครัว 12 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ 6 ข้อ ด้านการงาน 10 ข้อ และด้านสังคม 8 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยเลือกตอบ โดยให้ผู้ป่วยพิจารณาเหตุการณ์ในข้อความ มีการกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบดังนี้ 1) ใช่ หมายถึง ข้อความเหตุการณ์ในชีวิตนั้นเคยเกิดขึ้นกับท่าน และ 2) ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความเหตุการณ์ในชีวิตนั้นไม่เคยเกิดขึ้นกับท่าน ซึ่งวิธีการคิดค่าคะแนนนั้น จะให้คะแนนในข้อที่ตอบว่า “ใช่” เท่านั้น

การแปลผลคะแนนโดยการนำคะแนนที่ได้ทั้งหมด มาบวกกันเพื่อเป็นคะแนนรวม จากนั้นเทียบค่าคะแนนที่ได้ซึ่งจะแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 เป็นเกณฑ์ในการแบ่งระดับเหตุการณ์เครียดในชีวิต ให้คะแนนความหมาย ดังนี้ 1) คะแนนช่วง 77.37-170.17 มีระดับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตสูง 2) คะแนนช่วง 53.36-77.36 มีระดับเหตุการณ์เครียดในชีวิตปานกลาง และ 3) คะแนนช่วง 17-53.35 มีระดับเหตุการณ์เครียดในชีวิตต่ำ

แบบสอบถามนี้ได้ผ่านการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น depressive disorder (F32) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ในงานวิจัย เรื่อง “ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ” ของพรพรรณ ศรีโสภา (2552) แล้วมีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (reliability) ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Person Product Moment Correlation Coefficient) เท่ากับ 0.91

### **เกณฑ์การประเมินผลการกำกับการทดลอง**

หลังดำเนินการทดลองเสร็จสิ้นแล้วในกิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันทีโดยให้ผู้เข้ารับการบำบัดตอบแบบสอบถามเหตุการณ์เครียดในชีวิต (life stress event) จำนวน 43 ข้อ ซึ่งหลังการประเมินผลด้วยคะแนนเหตุการณ์เครียดในชีวิต พบว่าระดับคะแนนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนอยู่ในระดับต่ำเท่ากับ 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 (ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 6)

**ตารางที่ 6** คะแนนและการแปลผลระดับคะแนนเหตุการณ์เครียดในชีวิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน (n=20)

คนที่	คะแนน	การแปลผล
1	21.14	ระดับต่ำ
2	19.72	ระดับต่ำ
3	40.45	ระดับต่ำ
4	38.67	ระดับต่ำ
5	21.17	ระดับต่ำ
6	28.47	ระดับต่ำ
7	29.16	ระดับต่ำ
8	30.45	ระดับต่ำ
9	38.72	ระดับต่ำ
10	32.05	ระดับต่ำ
11	42.62	ระดับต่ำ
12	34.56	ระดับต่ำ
13	41.59	ระดับต่ำ
14	46.01	ระดับต่ำ
15	17.42	ระดับต่ำ
16	25.22	ระดับต่ำ
17	36.84	ระดับต่ำ
18	30.67	ระดับต่ำ
19	28.26	ระดับต่ำ
20	32.77	ระดับต่ำ

จากตารางที่ 6 พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนในกลุ่มทดลองทุกคน (คิดเป็นร้อยละ 100) มีระดับคะแนนเหตุการณ์เครียดในชีวิต อยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนต่ำสุด คือ 17.42 คะแนน และมีค่าคะแนนสูงสุด คือ 46.01 คะแนน ซึ่งถือได้ว่าภายหลังการใช้โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนมีค่าคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ อยู่ในระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 53.35 คะแนน)

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของแบบสอบถามเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต (life stress event) แบ่งเหตุการณ์ในชีวิตออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ 7 ข้อ ด้านครอบครัว 12 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ 6 ข้อ ด้านการงาน 10 ข้อ และด้านสังคม 8 ข้อ ซึ่งพรพรรณ ศรีโสภา (2552) ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และรายงานค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.79 วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (reliability) ได้ค่าความสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เท่ากับ .91

### 3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

**3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลที่สำคัญๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ สมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ยาทานเสริมที่ได้รับ และโรคประจำตัวทางกาย ที่เป็นอยู่

**3.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัด THAI HRS-D 17** พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) ซึ่งเป็นการประเมินอาการต่าง ๆ ของโรคซึมเศร้า 17 ข้อ โดยประเมินในแง่ของ อาการด้านจิตใจ อาการทางร่างกาย และประสิทธิภาพในการทำงาน ลักษณะของแบบวัดเป็นการประเมินอาการที่เกิดขึ้น แล้วนำมาเปรียบเทียบเป็นค่าคะแนน ซึ่งแบบประเมินแต่ละข้อ แบ่งคะแนนเป็นช่วง ตั้งแต่ 0-2 หรือ 0-4 เมื่อได้ผลรวมคะแนนครบทั้ง 17 ข้อแล้ว จึงนำมารวมเพื่อประเมินคะแนนเทียบกับระดับอาการภาวะซึมเศร้า โดยเกณฑ์การแบ่งคะแนน ดังนี้ ค่าคะแนน 0-7 (no depression) ค่าคะแนน 8-12 (mild depression) ค่าคะแนน 13-17 (less than major depression) ค่าคะแนน 18-29 (major depression) และค่าคะแนน 30 ขึ้นไป (severe major depression )

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบวัด THAI HRS-D 17 เป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) โดยการแปลจากเครื่องมือ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) มาเป็นภาษาไทย และทำการทดสอบความแม่นยำ และความน่าเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม ฉบับภาษาไทย นี้ กับผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่ง เพื่อดูว่าแบบวัดนี้สามารถใช้กับผู้ป่วยไทยได้ดีหรือไม่ ซึ่งก็พบว่าแบบวัดนี้มีความแม่นยำและความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี และมีค่าความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด HRSD นี้ กับ Global Assessment Scale ได้เท่ากับ -.8239 ซึ่งในปัจจุบันพบว่า มีการนำแบบ

วัดนี้ไปใช้กันอย่างแพร่หลาย นิยมใช้กันทั้งในด้านการประเมินผลการรักษา และในการทำวิจัยทางจิตเวชศาสตร์ จากข้อมูลดังกล่าวนั้น เห็นได้ว่าแบบวัด THAI HRS-D 17 เป็นแบบวัดที่มีความน่าเชื่อถือ ผ่านกระบวนการพัฒนา การตรวจสอบ และการนำไปใช้อย่างเป็นระบบ ซึ่งหากมีการนำแบบวัดนี้ไปใช้ จึงมั่นใจได้ว่าเป็นแบบวัดที่มีคุณภาพสามารถนำไปใช้ได้เลย ดังนั้น ในการนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) อีกครั้ง

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากการคำนวณค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ พบว่ามีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 40 คน ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.859

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นตอนเตรียมการวิจัย

เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยมีการเตรียมตัว ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ เหตุการณ์เครียดในชีวิต และการบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหา โดยทำการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง และเข้าร่วมอบรมความรู้ภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติที่เกี่ยวข้องในเรื่อง การปรับความคิด การให้คำปรึกษา การสะท้อนคิด และการทำกลุ่ม ได้แก่ 1) การปรับความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดย ดร.ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา จำนวน 2 วัน 2) การให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ จากอาจารย์ นพ.เทอดศักดิ์ เดชคง จำนวน 4 วัน และ 3) การให้คำปรึกษาเพื่อลดความเครียดและป้องกันภาวะซึมเศร้าแก่ผู้ปกครองเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า โดยกรมสุขภาพจิต จำนวน 2 วัน รวมทั้งได้ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการทำกลุ่ม การสอน การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จำนวน 4 วัน ภายใต้การดูแลของพยาบาลด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยค้นคว้า ทบทวนเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และศึกษา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อพัฒนาให้เกิดรูปแบบการบำบัดทางสังคม จิตใจ ที่มี ประสิทธิภาพในการช่วยลดภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ในชุมชนได้

1.3 ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการ บริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อให้การวิจัยนี้เป็นไปตามมาตรฐานสากล ในการคุ้มครองผู้ มีส่วนร่วมในโครงการวิจัย

1.4 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามชุก เพื่อขอความ ร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครง กร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามชุก จังหวัด สุพรรณบุรี เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ในการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี และผ่านความ เห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสามชุก แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสามชุก และสาธารณสุขอำเภอสามชุก เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเก็บข้อมูล วิธีการดำเนินการ และประสานงานเกี่ยวกับการเข้าไปดำเนินการทดลองในชุมชน โดยใช้โรงพยาบาลสามชุกและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เป็นที่นัดหมายกลุ่มผู้ป่วย มาร่วมทำกิจกรรมการบำบัดตามโปรแกรม

1.6 เตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยในการ ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม โดยผู้วิจัยพิจารณาเลือกผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณสมบัติเป็น พยาบาลวิชาชีพ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) ซึ่งมีประสบการณ์ การดูแล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ของโรงพยาบาลสามชุก โดยผู้วิจัยชี้แจงการศึกษากิจกรรมต่างๆ ในการฝึกทักษะ การแก้ไขปัญหาโดยการตรวจสอบตนเอง และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน ตามโครงสร้างของ โปรแกรมที่จะดำเนินการ และเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจ บทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน

1.7 หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามชุก และความ เห็นชอบให้ดำเนินโครงการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสามชุก ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลสามชุก จังหวัด สุพรรณบุรี โดยประสานงานกับหัวหน้าศูนย์คอมพิวเตอร์ เพื่อดึงข้อมูลผู้ป่วย ในระบบฐานข้อมูล

Hos-XP ของโรงพยาบาลทั้งหมด แล้วนำมาพิจารณาคูณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม ซึ่งเป็นเพียงคุณสมบัติบางประการเท่านั้น เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งรังไข่ทั้งเพศชาย - หญิง และมีอายุระหว่าง 20-59 ปี

1.8 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามชุก และที่ รพ.สต.ในเขตของอำเภอสามชุก โดยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ และทำการประเมินภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบ วัด THAI HRS-D 17 ฉบับภาษาไทย หากผู้ป่วยมีผลการประเมินแล้วพบว่าปกติ ก็ให้ความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งรังไข่ ต่อไป แต่หากพบผู้ป่วยรายใด มีคะแนนอาการซึมเศร้าตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ถึงปานกลาง ผู้วิจัยจะชี้แจงให้เห็นความสำคัญของปัญหา แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย แล้วลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1.9 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (matched-pairs) โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศเดียวกัน อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับเดียวกัน จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแต่ละคู่ เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบ 20 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน จากนั้นดำเนินการในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

#### 1.9.1 กลุ่มทดลอง

1) หลังจากกลุ่มทดลองเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และโรคประจำตัวทางกายที่เป็นอยู่ นอกจากนี้ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลยาต้านเศร้าที่ผู้ป่วยได้รับ โดยใช้ข้อมูลจาก OPD Card

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดการดำเนินโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานแก่กลุ่มทดลองว่าโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาทางกระบวนการความคิด ด้วยการฝึกให้เกิดทักษะในการตรวจสอบตนเองถึงมุมมองต่อปัญหาที่เผชิญอยู่แล้ววางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยวิธีการที่เหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมให้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้นด้วย โดยมีรูปแบบการทำกิจกรรมเป็นกลุ่ม ซึ่งมีทั้งหมด 6 ครั้ง ดำเนินกิจกรรมที่โรงพยาบาลและในชุมชนใกล้เคียงที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ โดยใช้เวลาทำกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที ดำเนินการสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ แบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน โดยทำกิจกรรมตามโปรแกรมสลับช่วงเวลา เช้าและบ่าย ระหว่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ภายหลังจากเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานในครั้งที่ 6 ผู้วิจัยจะให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามเหตุการณ์เครียดในชีวิต ทันที

หลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์ผู้วิจัยจะทำการประเมินภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดโดยใช้แบบวัด THAI HRS-D 17 (post-test)

3) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มทดลองถึงการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คนอื่นๆ แต่จะได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียด ในชีวิตแบบผสมผสานเพิ่มเติมจากการพยาบาลปกติ

4) ผู้วิจัยนัดหมายกับกลุ่มทดลองโดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ ในการเข้าร่วม กิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน พร้อมทั้งมอบ ตารางการทำกิจกรรมในแต่ละครั้งให้กลุ่มตัวอย่างทุกคน

### 1.9.2 กลุ่มควบคุม ดำเนินการ ดังนี้

1) หลังจากกลุ่มควบคุมเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ สมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และโรคประจำตัวทาง กายที่เป็นอยู่ นอกจากนี้ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทางด้านเศรษที่ผู้ป่วยได้รับ

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุม ถึงการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับเมื่อเข้ารับ การรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ การประเมิน ภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัด THAI HRS-D 17 การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ ตามที่แพทย์นัด การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำแนะนำ การดูแลตนเอง การให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย และการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชน

3) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมครั้งต่อไป ในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อทำการประเมินภาวะ ซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดโดยใช้แบบวัด THAI HRS-D 17 (post-test)

## 2. ขั้นตอนการวิจัย

ในขั้นตอนการวิจัยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ ที่ 1- 4 ได้แก่ การประเมินภาวะ ซึมเศร้าด้วยแบบวัด THAI HRS-D 17 การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจตามที่ แพทย์นัด การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำแนะนำการดูแล ตนเอง การให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วยและการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขและ เจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชน



2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานตามวัน เวลาที่กำหนดไว้ ซึ่งประกอบไปด้วยการดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มทั้งสิ้น 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ตารางกิจกรรมโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	กลุ่ม/จำนวนสมาชิก	วันที่	เวลา	สถานที่
1	<b>ครั้งที่ 1</b> การสร้างสัมพันธภาพ และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน(ความรู้สึกปลอดภัย: a sense of security )	กลุ่ม 1/10 คน	16 ก.พ 58	9-11น.	รพ.สามชุก
		กลุ่ม 2/10 คน	16 ก.พ 58	14-16 น.	รพ.สต วังลึก
	<b>ครั้งที่ 2</b> วิเคราะห์ปัญหาตนเอง ประเมินจุดอ่อน จุดแข็ง ของตนที่มีต่อการแก้ปัญหา และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกต่อตนเอง: a sense of identity และ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ: a sense of belonging )	กลุ่ม 1/10 คน	20 ก.พ 58	9-11น.	รพ.สามชุก
		กลุ่ม 2 /10 คน	20 ก.พ 58	14-16 น.	รพ.สต วังลึก
2	<b>ครั้งที่ 3</b> ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (การรับรู้ถึงเป้าหมาย: a sense of purpose)	กลุ่ม 1/10 คน	27 ก.พ 58	9-11น.	รพ.สามชุก
		กลุ่ม 2/10 คน	27 ก.พ 58	14-16 น.	รพ.สต วังลึก
3	<b>ครั้งที่ 4</b> แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกภายในกลุ่ม และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (การรับรู้ถึงความสามารถ : a sense of competency)	กลุ่ม 1/10 คน	6 มี.ค 58	9-11น.	รพ.สามชุก
		กลุ่ม 2 /10 คน	6 มี.ค 58	14-16 น.	รพ.สต วังลึก
4	<b>ครั้งที่ 5</b> ฝึกทักษะการลดความคิดเชิงลบ และพัฒนาความคิดเชิงบวก	กลุ่ม 1/10 คน	9 มี.ค 58	9-11น.	รพ.สามชุก
		กลุ่ม 2/10 คน	9 มี.ค 58	14-16 น.	รพ.สต วังลึก
	<b>ครั้งที่ 6</b> ฝึกทักษะการมองปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ ด้วยมุมมองทางบวกและยุติการทำกลุ่ม	กลุ่ม 1 /10 คน	13 มี.ค 58	9-11น.	รพ.สามชุก
		กลุ่ม 2/10 คน	13 มี.ค 58	14-16 น.	รพ.สต วังลึก

การดำเนินกิจกรรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ในแต่ละครั้ง มีผลการประเมินการดำเนินกิจกรรม โดยสรุปดังต่อไปนี้

**ครั้งที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกปลอดภัย: a sense of security) ประกอบด้วยการดำเนินการ 2 ช่วง ดังนี้

**ช่วงที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพรายกลุ่ม

เมื่อดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนนี้ แล้วพบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดทุกคน มีความไว้วางใจต่อพยาบาลและผู้ป่วยคนอื่นๆภายในกลุ่ม โดยประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การสนทนา ได้ต่อบรรยากาศกัน ตลอดจนการให้ความร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลของตนเองเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ด้วยความเต็มใจ และเมื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ก็พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้อง ในเรื่องโรคซึมเศร้า อาการและอาการแสดง สาเหตุการเกิดโรค และการดูแลรักษา ดังเช่น ตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

**ความหมายของโรคซึมเศร้า**

“โรคซึมเศร้าเป็นโรคจิตเวช ที่มีปัญหาความผิดปกติในเรื่องของอารมณ์ที่เศร้า ไม่มีความสุข”

“โรคซึมเศร้า เป็นโรคที่มีอารมณ์เศร้าอยู่ตลอดเวลา จนทำให้มีผลกระทบต่อการทำงาน และการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น พอรู้สึกเบื่อหน่าย ก็จะมีอาการเพลีย ไม่มีแรง ไม่อยากไปทำงาน”

**อาการและอาการแสดง**

“ตอนผมมีอาการช่วงแรก จะรู้สึกเบื่อหน่าย รู้สึกแปลกแยก ไม่อยากทำอะไรเลย หหมดความเพลิดเพลิน ไม่อยากพูดจากับใคร”

“ป่ารู้สึกท้อแท้ เบื่อทุกอย่าง ทุกอย่าง ทานข้าวไม่ได้ มั่นกลืนไม่ลง คลื่นไส้ นอนก็ไม่หลับ ตาแห้งตลอด บางทีหลับตาแต่ใจไม่หลับ”

“ฉันก็เป็น มีอาการเบื่อหน่าย หหมดสิ้นความหวัง คิดวนไป วนมา เหมือนพายเรืออยู่ในอ่าง รู้สึกชีวิตไร้ค่า คิดฆ่าตัวตายเกือบทุกวัน”

**สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า**

“ฉันว่าส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาเศรษฐกิจ ความขัดสนยากจน พอไม่มีเงินก็เครียด ทะเลาะกับคนในครอบครัว เกิดปัญหาสะสมมากๆ ก็ทำให้มีอาการซึมเศร้าไปเลย”

“ป่าว่าเรื่องคนในครอบครัวนี้แหละ เวลามีปัญหาทะเลาะกัน ไม่ว่าจะสามี หรือลูกก็จะไม่พูดกัน หรือจะพูด ก็พูดแบบประชดประชันกัน ก็ทำให้บรรยากาศในครอบครัวตึงเครียด”

“ผมว่าเกิดจากการที่เรามีเรื่องเศร้าเสียใจอย่างรุนแรง หรือเรื้อรัง เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้องเจ็บป่วยหรือ เสียชีวิต บางทีเกิดกระทบหันหัน ทำให้ทำใจไม่ได้ หรือการหย่าร้าง ออกหักจากแฟน แบบนี้เป็นต้น ก็ทำให้เสียใจ เกิดความเครียด กลุ้มใจ หาทางออกไม่ได้ จนทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้”

## การรักษา

“ป่าต้องกินยาตลอด หมอเคยบอกไว้ว่าอย่างน้อยต้องกินยาไป 1 ปี ห้ามขาดยา ป่าเลยมาหาหมอตลอดไม่เคยขาดนัดเลย”

“ฉันเคยหยุดยาเองเพราะตอนมารักษาใหม่ๆ คิดว่าตัวเองไม่เป็นอะไรก็เลยกินยาที่หมอให้ไปแค่ประมาณ 2 เดือน แล้วลองหยุดยาเองได้ 1 เดือน พอหยุดยาแล้วรู้สึกเหมือนอาการจะกำเริบ รู้สึกเบื่อๆ ไม่อยากทำอะไรเลย นอนก็ไม่หลับเหมือนมีเรื่องกังวล คิดมาก คิดทุกเรื่อง เลยต้องกลับมาหาหมอใหม่ หมอก็ปรับยาไปให้ใหม่ พอกินได้สักเดือนกว่าๆ ก็ดีขึ้น เลยรู้ว่าเป็นโรคนี้ต้องกินยาต่อเนื่อง ไม่ควรหยุดยากินเอง ต้องรอให้หมอดูอาการและปรับการรักษาตามสมควร”

“ผมว่าการรักษาสมัยนี้ดีขึ้น มียารักษา ช่วยทำให้ดีขึ้น และการมาเข้ากลุ่มกับคุณหมอแบบนี้เพื่อพูดคุย แลกได้เจอคนที่มีอาการเหมือนๆ กัน ผมว่าก็ทำให้เรามีความรู้ ที่จะได้นำเอาไปปฏิบัติตัวได้ดีเลยนะ”

จากการพูดคุย และซักถาม พบว่าปัญหาที่นำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ การมีเหตุการณ์เครียดในชีวิตตามประเด็นต่างๆ เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้

- 1) ด้านสุขภาพ ได้แก่ ขาดการพักผ่อน การที่ต้องทำงานมากเกินไป และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
- 2) **ด้านครอบครัว** ได้แก่ การทะเลาะกับบุคคลในครอบครัว(บุตร หรือ สามี/ภรรยา) การเจ็บป่วย และการเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว (สามี/ภรรยา และ บิดา/มารดา)
- 3) **ด้านเศรษฐกิจ** ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่ฝืดเคือง และการมีหนี้สิน

### ช่วงที่ 2 การส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านความรู้สึกปลอดภัย

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า ผู้ป่วยทุกคนให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นและมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง นอกจากนี้การประเมินผลการทำใบงาน ที่ 1/1 เรื่อง “ความรู้สึกปลอดภัยของฉัน ณ เวลานี้” พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มทุกคนแสดงความคิดเห็นว่า ได้รับการดูแลจากพยาบาล ทำให้ไม่มีความกังวล หรือกลัวที่จะเล่าปัญหาเรื่องราวของตนเองให้พยาบาล และเพื่อนๆ ผู้ป่วยด้วยกันในกลุ่มได้รับฟัง คิดว่าการพูดคุยแบบนี้ถือเป็นการรักษาที่ได้ประโยชน์ คือ ได้ระบายความรู้สึกของตัวเอง และในขณะเดียวกันก็ได้รับฟังปัญหาและความคิดของคนอื่นๆ ไปด้วย

จากข้อมูลที่ผู้ป่วยได้ระบุไว้ในใบงานข้างต้นนั้น แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจ ซึ่งจะส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัด และเป็นจุดเริ่มต้นในการที่จะส่งเสริมให้เกิดการรับรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นด้วย

**ครั้งที่ 2** วิเคราะห์ปัญหาตนเอง ประเมินจุดอ่อน จุดแข็ง ของตนที่มีต่อการแก้ปัญหา และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกต่อตนเอง: a sense of identity และ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ: a sense of belonging ) ประกอบด้วยการดำเนินการ 2 ช่วง

**ช่วงที่ 1** วิเคราะห์ปัญหาตนเอง ประเมินจุดอ่อน จุดแข็ง ของตนที่มีต่อการแก้ปัญหา

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนแล้ว จากการสังเกต พูดคุย ซักถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการรับรู้เหตุการณ์เครียดที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า นั้น พบว่าผู้ป่วยสามารถตอบและเข้าใจถึงความเชื่อมโยงของเหตุการณ์เครียดที่มีผลทำให้อาการซึมเศร้ารุนแรงได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม รายหนึ่ง ดังต่อไปนี้

“โรคซึมเศร้าที่พวกเราเป็น มีสิ่งผลักดันให้เกิดโรค หรือทำให้โรคมีอาการกำเริบหนักก็คือ เหตุการณ์ ปัญหาต่างๆที่ทำให้เราเกิดความเครียดนี้เอง ซึ่งแต่ละคนก็จะมี ความเครียดต่อปัญหาที่เกิดขึ้นไม่เท่ากัน บางคนมาก บางคนน้อย ขึ้นอยู่กับความคิดของเรา ถ้าคิดในแง่ร้าย หรือการคิดว่าตนเองไม่ดีก็จะทำให้เครียดมาก และยิ่งเราหนีปัญหาไม่ยอมแก้ไข นานๆ เข้า ก็จะทำให้เราสะสมปัญหา มากขึ้นทุกวัน ความเครียดก็เพิ่มขึ้นจนทำให้อาการซึมเศร้ากลับมากำเริบอีกได้”

นอกจากนี้ การฝึกปฏิบัติการวิเคราะห์ตนเอง ด้านการรับรู้คุณค่าในตนเอง การประเมินจุดอ่อน จุดแข็ง ความคิดเชิงลบที่เคยเกิดขึ้น ตลอดจนวิธีการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหา ว่าที่ผ่านมาตนเองมีวิธีการแก้ไขปัญหาแบบใดนั้น ซึ่งประเมินจากผลลัพธ์การฝึกปฏิบัติตามใบงานและการนำเสนอภายในกลุ่ม แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มนั้นสามารถวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง และวิธีการแก้ไขจุดอ่อนของตนได้ดี และเมื่อให้บททวนเรื่องราวดี ๆ และความสำเร็จของตัวเองที่เคยผ่านมา ก็สามารถย้อนคิดได้ และเกิดความภาคภูมิใจ ในส่วนของความคิดเชิงลบนั้น ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะวิเคราะห์ได้ช้าเนื่องจากอาจไม่เข้าใจรูปแบบของความคิดเชิงลบ ต้องอาศัยการอธิบาย และยกตัวอย่างเพิ่มเติมจึงสามารถเข้าใจได้ ดังตัวอย่างที่ผู้ป่วยได้วิเคราะห์ตนเองตามประเด็น ต่อไปนี้

### **ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง**

จากผลลัพธ์ในใบงานที่ 2/1 เรื่อง “ความรู้สึกที่ฉันมีต่อตนเอง” ของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มทั้งหมด จำนวน 20 คน ผลการประเมินพบว่า มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ (10-13 คะแนน) จำนวน 1 คน และระดับปานกลาง (14-17 คะแนน) จำนวน 19 คน โดยประเด็นที่ประเมินแล้วมีคะแนนน้อยคือช่วง 1-2 คะแนน ได้แก่การรู้สึกว่าตนทำอะไรไม่สำเร็จเลย เป็นคนไร้ประโยชน์ และไม่มีอะไรดีเลย ซึ่งข้อมูลนี้ สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความรู้สึกต่อตัวเองอยู่แค่ในระดับปานกลาง และมี ผู้ป่วย 1 คน ที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองนั้น มีความสำคัญอย่างยิ่งในการปรับตัวทางอารมณ์ สังคม และการเรียนรู้บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูง จะสามารถเผชิญกับปัญหาอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ดี ตลอดจนสามารถยอมรับกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ตนเองรู้สึกผิดหวัง ท้อแท้ใจได้

### การประเมินจุดอ่อน จุดแข็ง ของตนเอง

จากการพูดคุย ซักถาม และประเมินผลลัพธ์การฝึกปฏิบัติตามใบงานที่ 2/2 พบว่า ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ และบอกเล่าถึง จุดเด่น/สิ่งที่เป็นความดี ความภาคภูมิใจของตน อีกทั้งยังบอกจุดด้อย และวิธีการแก้ไขจุดด้อยของตนเองได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“จริงๆเราก็มีเรื่องดีในชีวิตหลายเรื่อง แต่ไม่ค่อยได้คิดถึงมันเลย ทำให้มองแต่เรื่องร้ายๆ เพิ่งมาวันนี้แหละที่ได้กลับมาคิดว่า ที่ผ่านมามีชีวิตเราก็ไม่ได้แย่ไปทั้งหมด ยังมีเรื่องดีดี เช่น มีลูกที่ดี ไม่เกเร ตัวฉันเองก็สร้างฐานะตนเองจนมีรถ มีบ้าน สร้างหลักไว้ให้ลูกได้”

“ถ้าไม่ได้มาเข้ากลุ่มแบบนี้ก็ไม่มีโอกาสได้มานั่งคิดทบทวนตัวเอง คนเรามีทั้งข้อดี ข้อด้อย เวลาคิดถึงข้อดีของตัวเองก็จะทำให้เรามีความสุข เกิดความภูมิใจในตัวเอง ในส่วนที่ไม่ดีของตัวเองก็สามารถที่จะทำให้มันดีขึ้นโดยหาทางแก้ไขจุดด้อย นั้นๆได้ อย่างตัวผม เป็นคนใจร้อน โมโหง่าย ก็คิดว่าต้องฝึกคุมอารมณ์ให้มากกว่านี้ และอาจใช้การสวดมนต์ หรือฟังธรรมะ เข้ามาช่วยอีกทาง”

### การประเมินตนเองเกี่ยวกับวิธีการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา

จากการสังเกต พูดคุย ซักถาม และประเมินผลลัพธ์จากการฝึกปฏิบัติตามใบงานที่ 2/5 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีวิธีการแก้ไขปัญหา 2 วิธีด้วยกันคือ แบบที่ 1 การแก้ปัญหาแบบวู่วาม กล่าวคือ เมื่อเกิดปัญหาขึ้น จะแสดงสีหน้า ท่าทาง คำพูด หรือแสดงอารมณ์ตอบโต้ออกไปทันทีโดยไม่ได้ยั้งคิด แบบที่ 2 คือ การแก้ไขแบบหลีกเลี่ยงปัญหา กล่าวคือ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นมักจะหลบไปทำอย่างอื่น หรือหาสิ่งที่จะช่วยเบี่ยงเบนความคิด เช่น ต้มเหล้า ไปเที่ยว เพื่อให้เกิดความสบายใจ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ปัญหาที่ผ่านมาของป่าเมื่อเร็วๆ นี้เลย คือ น้องสะใภ้มาขอยืมเงิน 25,000 บาท บอกว่า 10 วัน จะนำเงินมาคืน จนป่านนี้เลยกำหนดมา 2 เดือนแล้ว ก็ยังไม่นำมาคืน ป่าก็ไม่โห เวลาเจอหน้าในตลาดป่าก็ต่อว่าเขาเลย อยากให้เขาได้อายที่มาโกงเงินป่าไป”

“ฉันทะเลาะกับสามีที่ไรก็จะออกนอกบ้าน ไม่พูดกันเลย บางทีก็ออกไปบ้านเพื่อน เพื่อนก็พาไปเที่ยว แต่ก็ไปแบบไม่สนุกหรอก เพราะใจยังคิดเรื่องทะเลาะกับสามีอยู่ บางทีก็หนีไปอยู่บ้านญาติเป็นอาทิตย์ๆ บอกกับลูกว่าอยู่ที่ไหน แต่ไม่บอกสามี”

### ช่วงที่ 2 การส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกต่อตนเอง และ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ )

หลังจากดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนนี้แล้ว พบว่า ผู้ป่วยสามารถช่วยกันวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าของตนเอง ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่มาจากปัญหาความเครียดในชีวิตด้านครอบครัว และด้านเศรษฐกิจ จนทำให้มีความเครียดเพราะไม่มีทางออก ไม่ได้มีการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ ซึ่งผู้ป่วยได้บอกว่า การที่พวกตนได้มีโอกาสเข้ามารวมกลุ่มกัน ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้รู้สึกมีพวก ไม่โดดเดี่ยว ทำให้เห็นว่ายังมีหลายๆ คนที่เป็นโรคซึมเศร้าเหมือนกัน

### การประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ

จากการพูดคุย ซักถาม และประเมินผลลัพธ์การฝึกปฏิบัติตามใบงานที่ 2/3 และ 2/4 พบว่าผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่เคยเกิดขึ้นกับตนเองได้ โดยผลลัพธ์ที่ได้จากการฝึกการประเมินความคิดเชิงลบที่เคยเกิดขึ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยทุกคนมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 30-80 คะแนน จากคะแนนที่ได้ถือว่าไม่มีความคิดเชิงลบ แต่ความคิดที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความคิดที่พบได้ในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า โดยความคิดส่วนใหญ่ 3 ลำดับแรกที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากที่สุด ได้แก่ “ไม่มีใครเข้าใจฉันเลย” “ชีวิตของฉันไม่เป็นไปตามที่ฉันคิด” และ “ฉันปรารถนาว่าฉันจะพ้นจากที่นี่ไปอยู่ที่อื่น”

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยบางส่วนมักมีความคิดแบบคาดการณ์ล่วงหน้า กังวลว่าจะเกิดสิ่งไม่ดีกับตน (กลัวโดนโกงทรัพย์สิน) ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และมีผู้ป่วย 1 ราย ที่เล่าให้ฟังว่าเมื่อ 2 เดือนที่แล้วก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เคยคิดฆ่าตัวตาย ด้วยการใช้เชือกผูกคอตาย ซึ่งตนเองได้เตรียมซื้อเชือกมาไว้ที่บ้านแล้ว เนื่องจากคิดว่าตนเองไม่เหลือใครแล้ว (หลังจากสามีเสียชีวิต ได้ประมาณ 1 ปี) คิดท้อแท้กับชีวิต เมื่อได้ปรับความคิดด้านลบ ก็ทำให้เห็นว่าตนเองยังมีคุณค่า ยังมีคนที่รักเขามาก และเขาก็รักเรามากเช่นกัน นั่นคือลูกชายอีก 2 คน ถึงจะไม่มีสามีอยู่เป็นหัวหน้าครอบครัว ตนก็ยังมีความสามารถทำงานเลี้ยงตัวเอง เลี้ยงลูก และดูแลบิดาได้ ถ้าหากตนเองคิดฆ่าตัวตายไป ลูกๆคงเสียใจ ขาดที่พึ่ง อีกทั้งบิดาก็จะไม่มีใครดูแล เมื่อได้คิดแบบนี้แล้วทำให้ตนเองรู้สึกมีกำลังใจที่จะมีชีวิตต่อไป

**ครั้งที่ 3** ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (การรับรู้ถึงเป้าหมาย)

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้ว สังเกตพฤติกรรม ตลอดจนความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็น และการตอบข้อซักถาม แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการนำความรู้ที่ได้จากการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา ไปใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างแท้จริง โดยระบุปัญหาของตนเองพร้อมจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นว่าปัญหาใดที่มีความจำเป็นเร่งด่วน ต้องแก้ไข หรือมีผลกระทบต่อตนเองมากที่สุด พร้อมตั้งเป้าหมาย และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งแนวทางการแก้ไขปัญหาควรที่จะมีหลายๆแนวทาง แล้ววิเคราะห์ข้อดี ข้อเสีย ตลอดจนแนวโน้มที่จะเกิดความสำเร็จ ของแต่ละแนวทางที่ได้วางไว้

นอกจากนี้ ยังได้มีการประเมินผลจากการฝึกปฏิบัติตามใบงาน และผลการสรุปจากการทำกิจกรรม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีกระบวนการที่แก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นระบบ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ตัวเรานี่แหละ ที่สร้างปัญหามากที่สุด เวลามีปัญหาถ้าเราไม่รู้จักควบคุมสติและอารมณ์ของตนเองก็จะทำให้เราคิดอะไรไม่ออก ก็ยิ่งเป็นทุกข์มากขึ้น แต่ถ้าเรารู้จักอารมณ์ได้ แล้วค่อยๆ คิดวิธีการแก้ไขปัญหาก็จะทำให้ปัญหานั้นๆ มีโอกาสที่จะคลี่คลายลงได้”

“เมื่อเกิดปัญหาขึ้นเราควรตั้งสติ แล้วคิดวิธีการเพื่อแก้ไขปัญหา ไม่ควรหลีกเลี่ยงปัญหา เพราะถ้าไม่แก้ไขตัวเราก็จะทุกข์อยู่อย่างนั้น วิธีการแก้ไขปัญหามันต้องรู้ ก่อนว่า อะไรบ้างที่เป็นปัญหาของเรา อะไรบ้างที่ทำให้เราไม่สบายใจ ทำให้เราทุกข์ ถ้ามีหลายปัญหาก็ต้องดูว่าปัญหาใดที่สำคัญที่เราต้องแก้ไขก่อน เพราะเราคงแก้ปัญหามากมายๆ อย่างไม่พร้อมกันไม่ได้ จึงต้องเลือกปัญหาที่สำคัญก่อน เมื่อได้ปัญหาแล้ว ก็หาวิธีการแก้ไขไว้หลายๆ วิธี แล้วค่อยดูว่าแต่ละวิธีการที่แก้ไขปัญหานั้นๆ มีข้อดี ข้อเสีย อย่างไร แล้วก็เลือกวิธีที่ดีที่สุด ที่ตัวเราสามารถทำได้”

**ครั้งที่ 4** แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหามาชิกภายในกลุ่ม และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (การรับรู้ถึงความสามารถ)

#### **ช่วงที่ 1** การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาระหว่างผู้ป่วยภายในกลุ่ม

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนแล้ว สังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น และการประเมินกิจกรรมที่ให้เป็นการบ้าน ก็พบว่าผู้ป่วยทุกคนให้ความสนใจ พูดคุยแลกเปลี่ยนปัญหา และวิธีการแก้ไขปัญหาลงกันและกัน ภายในกลุ่ม ซึ่งช่วยทำให้เกิดมุมมองในการแก้ไขปัญหามากมาย ในกรณีที่มีปัญหาคลายคลึงกันก็สามารถนำวิธีการแก้ไขปัญหานั้นๆ ไปใช้ได้ ดังตัวอย่างของผู้ป่วยรายหนึ่งที่บอกเล่าถึงปัญหา และวิธีการแก้ไขของตนเองว่า “ตนเองมีปัญหาทะเลาะกับสามี เนื่องจากตนเองระแวงว่าสามีจะไปมีผู้หญิงอื่น เวลาอยู่บ้าน ตนก็มักจะทำบั้งตึง และอารมณ์เสียใส่สามีบ่อยๆ ตนคิดว่าสามีคงเบื่อ จึงชอบออกนอกบ้านไปหาเพื่อนๆ บางทีก็ไปดื่มเหล้า ซึ่งผู้ป่วยก็คิดว่าหากตนเองปรับปรุงตัวเอง พูดจาดีกับสามี ปรึบความเข้าใจ ดูแลเอาใจใส่สามีเท่าที่จะทำได้ โดยมีเป้าหมายว่าเมื่อปฏิบัติตามนี้แล้ว สัมพันธภาพระหว่างตนเองกับสามีคงจะดีขึ้น สามีอาจจะอยู่บ้านมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้ลองปฏิบัติตามที่คิดไว้ คือ พูดจาดีๆ ลดการใช้อารมณ์รุนแรง และดูแลเอาใจสามีมากขึ้น ซึ่งในช่วงแรกก็ยังไม่ชินกับการกระทำแบบนี้ แต่ก็พบว่าสามีก็พูดจาดีกับตนเองดีขึ้น อยู่บ้านมากขึ้น และเวลาออกไปตลาดสามีก็จะซื้ออาหารมาฝากตนเองเกือบทุกครั้ง”

จากตัวอย่างการแก้ไขปัญหามีแนวโน้มไปในทางที่สำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยคนอื่นๆ ที่เข้าร่วมกลุ่มต่างชื่นชมที่สามารถจัดการแก้ไขปัญหานั้นๆ ได้ และมีผู้ป่วยรายหนึ่งที่มีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน คือ ทะเลาะกับสามี ทำให้สามีชอบออกไปนอกบ้าน แล้วก็ทะเลาะกันวนเวียนไปมาแบบนี้ตลอด จะลองนำวิธีนี้กลับไปปฏิบัติบ้าง เพื่อตนเองและสามีจะได้มีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น ทะเลาะกันน้อยลง

นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยบางรายที่ยังแก้ไขปัญหานั้นๆ ไม่สำเร็จ ผู้ป่วยคนอื่นๆ ก็ให้กำลังใจ เพื่อคิดหาวิธีการแก้ไขใหม่ หรือการทำใจยอมรับกับปัญหานั้นๆ ดังตัวอย่างของผู้ป่วยรายหนึ่งที่มีปัญหา

เครียดเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วย โดยตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเกิดปัญหาแขนขาซ้ายอ่อนแรง มีมุมปกตก ทำให้เครียด คิดมากในภาพลักษณ์และการใช้ชีวิตของตนเอง เกิดความน้อยใจในชีวิตคิดว่าตนเองคงต้องเป็นภาระให้สามีและลูกไปตลอดชีวิต และได้คิดแนวทางการแก้ไขปัญหานี้ไว้ว่าจะทำใจยอมรับการเจ็บป่วย และให้ความร่วมมือในการรักษาโดยการมาตรวจตามนัด ทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง และดูแลตัวเองให้มากขึ้นทำให้สบายไม่เครียด หรือคิดมาก แต่ตนเองก็ยังรู้สึกว่ามันเป็นปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจอยู่ คงต้องใช้เวลาสักกระยะหนึ่ง

จากตัวอย่างของปัญหาที่ผู้ป่วยรายนี้คิดว่ายังแก้ไขไม่ได้นั้น ผู้ป่วยคนอื่นๆ ภายในกลุ่มจึงร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ต้องชื่นชมที่คิดมาดูแลสุขภาพตัวเองมากขึ้น ถึงแม้อาการของโรคจะดีขึ้นช้า ซึ่งบางครั้งก็ต้องใช้เวลา แต่ก็คิดว่าถ้าตั้งใจดูแลตัวเองแบบนี้ตลอดอาการต้องดีขึ้นเร็ววันจนเกือบหายเป็นปกติขอเอาใจช่วยด้วยคนนะ”

“โรคแบบนี้มันเป็นเรื้อรัง ต้องใช้เวลาให้มันฟื้นตัว ขอให้ระหว่างนี้ เราดูแลตัวเองมากขึ้นตามที่ได้ตั้งใจไว้ ทำใจให้ปลอดโปร่ง ไม่เครียด กินยาให้ต่อเนื่อง มาพบหมอตตามนัดและขยันทำกายภาพบำบัดบ่อยๆเดี๋ยวก็ดีขึ้น คนข้างบ้านฉันเป็นมากกว่านี้อีก ตอนนี่ถึงไม่หายสนิทแต่ก็ช่วยเหลือตัวเองได้สบาย เพราะเขาไม่คิดท้อแท้”

## ช่วงที่ 2 การส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านการรับรู้ถึงความสามารถ

เมื่อดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนนี้ แล้วสังเกตพฤติกรรม การร่วมแสดงความคิดเห็น และจากกิจกรรมในใบงาน ตลอดจนการพูดคุยซักถาม พบว่าผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าการมองเห็นคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่ดีและมีประโยชน์ เพราะการเห็นคุณค่าในตนเองนั้น จะทำให้เกิดความรักตนเองมากขึ้น เกิดความภาคภูมิใจ และเกิดกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยดังต่อไปนี้

“ความจริงตัวเราก็มีความสามารถกันทุกคนเพียงแต่ไม่เคยกลับมาคิดถึงทบทวน และไม่เคยมองว่าบางปัญหาที่เราเคยผ่านมาได้นั้น เราก็ใช้ความอดทน และความสามารถของตนเอง ช่วยให้เราผ่านมาได้ ฉันทเองเคยคิดฆ่าตัวตาย เพราะคิดว่าไม่รู้จะอยู่ไปทำไม รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า ไม่เหลืออะไรเลยในชีวิต สามีก็ไม่รักทิ้งไปมีผู้หญิงคนใหม่ ทำให้เสียใจมาก แต่พอมีเวลาได้กลับมาทบทวนก็เห็นว่าเรายังมีลูก มีแม่ มีครอบครัวที่รักเรา เรายังมีอาชีพ มีความสามารถที่จะดูแลพวกเขาให้มีความสุข พอคิดในแง่นี้เราก็มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหา และคิดว่าชีวิตจะกลับมามีความสุขได้”

“พอได้ย้อนกลับไปคิดก็ทำให้เราเห็นว่า ตัวเราก็มีความสามารถ และก็มีส่วนดีอยู่ ฉันทเองได้รับเลือกเป็นกรรมการหมู่บ้าน กรรมการกองทุนเงินตำบล ซึ่งก็ได้รับเลือกมาตลอด 6-7 ปี ฉันทก็คิดว่าคนอื่นยังเห็นความดี เห็นความสามารถในตัวฉันทเลย ฉันทเองก็ต้องรักตัวเอง และพอใจที่ตัวเอง



สามารถทำประโยชน์ให้ส่วนรวมได้ ทำให้มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาของตัวเอง เมื่อตัวเราไม่มีปัญหาก็จะสบายใจ และจะได้ทำประโยชน์ให้ชุมชนได้”

#### **ครั้งที่ 5** ฝึกทักษะการลดความคิดเชิงลบ และพัฒนาความคิดเชิงบวก

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้ว สังเกต พูดคุย ชักถามเกี่ยวกับความคิดที่บิดเบือน ความคิดด้านลบ การปรับเปลี่ยนความคิด และการฝึกคิดเชิงบวก พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจเรื่องความคิดเชิงบวก เชิงลบมากขึ้น และสามารถปรับมุมมองความคิดที่เป็นด้านลบ ให้เป็นด้านบวกได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

##### **ความคิดด้านลบ**

“ความคิดเชิงลบ คือ ความคิดที่ไม่มีเหตุผล มักคิดไปเอง โทษตัวเองว่าไม่ดี ทำให้เกิดความวิตกกังวล และทำให้ตัวเองเกิดความไม่สบายใจ จนกลายเป็นความเครียดได้”

“ความคิดเชิงลบต่อตนเอง ที่เคยเกิดขึ้น เช่นตำหนิตัวเองว่าไม่ดี ไม่มีความสามารถ คงจะทำอะไรไม่มีวันสำเร็จ พอเวลาคิดแบบนี้ก็จะรู้สึกท้อแท้ หหมดกำลังใจ และคิดว่ามันคงทำไม่ได้จริงๆ”

“ความคิดเชิงลบต่อคนอื่น ที่เคยเกิดขึ้น ก็คือเวลาเจอเหตุการณ์ที่มากระทบ ก็จะคิดและสรุปเอาเอง เช่น เคยเจอสามีไปอยู่กับผู้หญิงที่ห้างสรรพสินค้า ก็คิดว่าสามีนอกใจ จึงเข้าไปต่อว่าทำให้เกิดปัญหาทะเลาะวิวาทกัน พอมารู้ทีหลังว่าผู้หญิงคนนั้นที่ไปด้วยเป็นภรรยาของเพื่อนสามี”

สำหรับการประเมินความคิดเชิงลบที่เคยเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความคิดด้านลบต่อตนเองในประเด็นที่มองตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ปัญหาทุกอย่างที่เกิดขึ้นเพราะตนเองไม่ดี มักโทษและตำหนิตัวว่าเป็นความผิดตนเอง นอกจากนี้มีผู้ป่วยบางรายมักมีความคิดแบบคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดสิ่งที่ไม่ดีกับตนเองและครอบครัว จึงทำให้กังวลและคิดมาก โดยคิดทุกเรื่องที่เข้ามาในชีวิตแม้เรื่องเหล่านั้นจะเป็นเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ก็ตาม ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย

ส่วนความคิดเชิงลบต่อผู้อื่นที่เคยเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะอ่านใจผู้อื่นซึ่งเป็นการคิดแทน และเกิดความระแวงว่าผู้อื่นจะคิดไม่ดีกับตนเอง เช่น “เห็นสามีไปกับผู้หญิงอื่น ก็คิดว่าสามีต้องไปมีภรรยาใหม่” หรือ “เวลาตนเองมารักษาที่โรงพยาบาลแล้วเห็นผู้อื่นมองมาที่ตนเอง ก็คิดว่าเขาคงกำลังนึกว่าตนเองอยู่ในใจว่าเป็นคนไข้โรคจิต”

##### **ความคิดด้านบวก**

“ความคิดด้านบวก คือความคิดที่มีเหตุผลและคิดในแง่ดี ซึ่งตัวเราต้องรู้ก่อนว่าเราคิดด้านลบในเรื่องอะไร เมื่อรู้แล้วก็ค่อยย้อนกลับไปคิดถึงเหตุการณ์นั้นๆ ในอีกแง่มุมหนึ่งในทางบวก การมองเรื่องต่างๆว่ามีทั้งดีและไม่ดี ก็จะทำให้เราได้มีทางเลือก การเลือกคิดในส่วนที่ดียอมทำให้เรามีความสุข ทำให้มีกำลังใจ และรู้สึกกว่าตัวเองมีคุณค่า”

ผลลัพธ์จากกิจกรรมในใบงานเรื่องการเปลี่ยนความคิดเชิงลบให้เป็นความคิดเชิงบวกนั้นพบว่า ผู้ป่วยสามารถปรับความคิดเดิมที่เป็นด้านลบให้เป็นความคิดใหม่ในด้านบวกได้อย่างเหมาะสมดังตัวอย่างต่อไปนี้

### ตัวอย่างที่ 1

*ความคิดด้านลบต่อตนเอง:* เป็นคนไม่สมประกอบเพราะแขน ขา ด้านซ้าย อ่อนแรง เหมือนคนพิการ

*ความคิดใหม่ที่เหมาะสม:* ความพิการไม่ใช่อุปสรรคในการมีชีวิตอยู่ หากเรามีความอดทนและตั้งใจที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข เราก็สามารถทำได้เหมือนคนปกติทั่วไป หรืออาจจะทำได้ดีกว่าด้วยซ้ำไป

### ตัวอย่างที่ 2

*ความคิดด้านลบต่อตนเอง:* เป็นคนไม่ดี ชีวิตไม่มีคุณค่า ยากจน ไม่มีความสุขสบาย

*ความคิดใหม่ที่เหมาะสม:* ชีวิตของคนทุกคนไม่ว่าจะเป็นคนรวย คนจนต่างก็มีคุณค่าในตัวเองด้วยกันทั้งนั้น ถึงเรายากจนแต่เราก็ยังมีข้าวกิน ยังมีบ้านให้อยู่ ถ้าเทียบกับอีกหลายๆ คนยังมีคนอื่นที่ยากจนกว่าเรามาก บางคนยังไม่มีโอกาสได้กินข้าวครบ 3 มื้อ ต้องอดๆ อดยากๆ เงินทองของเราที่คิดว่ามีน้อย ก็อาจจะเป็นเงินก้อนใหญ่ในชีวิตของคนอื่นๆ ก็ได้

### ตัวอย่างที่ 3

*ความคิดด้านลบต่อผู้อื่น:* เห็นสามีอยู่กับผู้หญิงอื่นก็คิดว่าสามีนอกใจ

*ความคิดใหม่ที่เหมาะสม:* การที่สามีมีเพื่อนหรือพูดคุยกับทุกคนไม่ว่าจะเป็นผู้หญิง ผู้ชาย ย่อมเป็นการดี เพราะถือว่าเรายังมีเพื่อนที่คบหาสมาคมอยู่ และในวันหนึ่งข้างหน้าอาจต้องอาศัยพึ่งพา หรือให้ความช่วยเหลือกัน

นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยรายหนึ่ง ได้ให้ข้อคิดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการปรับมุมมองต่อความผิดพลาดหรือปัญหาที่เกิดขึ้นว่า “ความผิดพลาด หรือความล้มเหลว สามารถเป็นได้ทั้งสิ่งที่เลวร้าย หรือ สิ่งที่มีประโยชน์ก็ได้ทั้งนั้น สิ่งสำคัญย่อมขึ้นอยู่กับมุมมองที่เรามอง ถ้าเรามองว่ามันคือเรื่องร้าย มันก็จะเป็นสิ่งที่เลวร้ายในชีวิต ตามที่เราคิดทันที แต่ถ้าเรามองว่ามันเป็นสิ่งที่ดี เพราะ ความผิดพลาดหรือความล้มเหลวที่เกิดขึ้นนั้น ทำให้เราได้เรียนรู้เพิ่มขึ้น เราจะได้ไม่ประมาท และไม่ผิดพลาดในเรื่องอื่นๆ อีก”

### **ครั้งที่ 6** ฝึกทักษะการมองปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ด้วยมุมมองทางบวกและยุติการทำกลุ่ม

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้ว สังเกตความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนประเมินการบันทึกในสมุดประเมินตนเอง (self examination booklet) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยได้นำทักษะการแก้ไขปัญหาที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมการบำบัดนี้ไปใช้ ซึ่งพบว่าผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหานั้นมีแนวโน้มไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น การรับรู้

ความเครียดต่อเหตุการณ์นั้นๆลดลง และบางรายที่สามารถแก้ไขปัญหานั้นๆได้สำเร็จ ก็รู้สึกว่ามีชีวิตตนเองดีขึ้น ความวิตกกังวลลดลง ไม่เครียด นอนหลับได้ดีขึ้น ส่วนผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาที่ยังแก้ไขไม่สำเร็จ ก็ได้ปรับมุมมองที่มีต่อปัญหานั้นๆ ในทางบวก และเลือกที่จะทำใจยอมรับที่จะมีชีวิตอยู่กับปัญหานั้นๆได้อย่างปกติสุขเหมือนคนอื่นๆ ทัวไป ดังตัวอย่าง คำพูดของผู้ป่วย ต่อไปนี้

“ปัญหามีทั้งแก้ไขได้ และแก้ไขไม่ได้ ปัญหาใดที่คิดว่าแก้ไขได้ก็ให้ทำเต็มที่ ผลจะออกมาอย่างไรก็ไม่ต้องกังวล เพราะไม่มีประโยชน์ที่เราจะมานั่งเครียด เพราะปัญหานี้ตัวเราคิดว่ามันแก้ไขได้ ส่วนปัญหาที่แก้ไขไม่ได้เราต้องทำใจยอมรับและปล่อยวาง เพราะไม่มีประโยชน์ที่เราจะมานั่งเครียดอีกเช่นกัน เพราะปัญหานั้นอย่างไร ก็ไม่มีทางแก้ไขได้ เราต้องแก้ไขที่ตัวเรา คือ ทำใจให้ยอมรับกับปัญหา เมื่อเราทำใจได้ ปัญหานั้นก็จะไม่เป็นปัญหาสำหรับเราอีกต่อไป”

และมีผู้ป่วยรายหนึ่ง ได้กล่าวว่า “ตนเองมีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจหนี้สิน ทำให้เครียด ท้อแท้หมดกำลังใจ เนื่องจากปัญหาของตนเองในขณะนี้ ยังไม่มีทางแก้ไขปัญหาได้ トラบไตที่ยังจน และยังไม่มีหนี่สิน แต่หลังจากที่ได้มีโอกาสมาเข้ากิจกรรมกลุ่ม ได้พูดคุยรับฟังปัญหาของคนอื่นๆ ซึ่งก็มีคล้ายๆ กัน และตนเองได้นำคู่มือ 15 วิธีคิดบวกให้ชีวิตมีความสุข กลับไปอ่าน ก็ทำให้คิดได้ว่า ตนเองนั้นมัวแต่คิดว่าจน คิดว่าลำบาก มีหนี้สิน ทำให้หดหู่ หมดกำลังใจ ท้อแท้ ซึ่งในความเป็นจริงก็ยังมีคนอื่นๆที่ลำบากกว่าตนอีกเยอะ ตนเองยังมีความสามารถ มีร่างกายที่แข็งแรง มีงานทำ ถึงรายได้จะไม่มาก แต่หากเราประหยัดอดออม และลดค่าใช้จ่ายอื่นๆที่ไม่จำเป็นก็พอที่จะใช้จ่าย และพอที่จะแบ่งไปใช้หนี้ให้หมดได้”

นอกจากนี้ การประเมินผลลัพธ์การฝึกปฏิบัติตามใบงาน และการสรุปสิ่งที่ได้จากใบงาน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีทักษะในการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ทั้งในด้านบวก และด้านลบ เพราะทุกปัญหาที่เกิดขึ้นย่อมมีทั้งแง่ดี และแง่ร้าย หากสามารถปรับมุมมองได้ จะได้เลือกมองในแง่มุมที่ดี เมื่อใดที่ทำใจยอมรับกับปัญหานั้นๆ ได้แล้ว ปัญหาเหล่านั้นก็จะไม่ใช่ปัญหาอีกต่อไป ดังตัวอย่างของผู้ป่วยรายหนึ่งที่ได้ทบทวนเหตุการณ์ร้ายๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในช่วง 1 เดือน ที่ผ่านมา ก็พบว่าตนเองมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับน้องสะใภ้ เพราะถูกน้องสะใภ้ขอยืมเงินไป จำนวน 25,000 บาท ซึ่งก่อนขอยืมบอกว่า ประมาณ 10 วันจะนำเงินมาคืนให้ จนถึงเวลานี้ เป็นเวลาเกือบ 2 เดือนแล้วก็ยังไม่ยอมมาคืน ซึ่งจากเหตุการณ์นี้ตนก็เครียดที่ยังไม่ได้เงินคืน แต่เมื่อได้ปรับมุมมองอีกด้านในแง่ดีของเหตุการณ์นี้ก็พบว่า การถูกโกงเงินในครั้งนี้ ก็ทำให้ตนเองมีบทเรียนและมีความระมัดระวังในเรื่องการให้ผู้อื่นขอยืมเงิน ซึ่งในครั้งนี้อยู่โชคดีที่เป็นจำนวนเงิน แค่หลักหมื่น หากเป็นหลักแสนคงจะแย่กว่านี้ ก็นับว่ายังเป็นโชคดีของตนอยู่บ้าง

หลังจากที่ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมทั้งหมดที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน ทั้งในเรื่องความเครียดและภาวะซึมเศร้าที่มีความเชื่อมโยงกัน ตลอดจนวิธีการแก้ไขปัญหายังเป็นระบบด้วยตนเอง และการรับรู้คุณค่าในตนเองตามกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดนั้น ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่อง

การประเมินค่าสถานการณ์ปัญหา เพื่อวางแผนแก้ไขด้วยวิธีการที่เหมาะสม และเต็มความสามารถ แต่ถ้าปัญหาต่างๆ เหล่านั้นแก้ไขไม่สำเร็จ ก็ใช้การเรียนรู้ และปรับมุมมองต่อปัญหานั้นในทางบวกมากขึ้น เพื่อให้การยอมรับและเลือกที่จะมีความสุขกับการใช้ชีวิตต่อไป ทั้งนี้การประเมินผลโดยใช้ “แบบสอบถามเหตุการณ์เครียดในชีวิต” พบว่าผู้ป่วยทุกคนมีผลคะแนนอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่ตั้งไว้ และผลคะแนนจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าชุดเดิม (post-test) พบว่าผู้ป่วยทุกคนมีคะแนนของภาวะซึมเศร้าที่ลดลง

2.3 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองทุกคน ทำแบบสอบถามเหตุการณ์เครียดในชีวิต ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัด ครั้งที่ 6 ทันที และได้ตรวจสอบค่าคะแนนซึ่งกำหนดให้ระดับคะแนนในกลุ่มทดลองทุกคน อยู่ในช่วงผ่านเกณฑ์ คือ มีค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 53.35 คะแนน จากผลการประเมินค่าคะแนน พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนในกลุ่มทดลองทุกคน (คิดเป็นร้อยละ 100) มีระดับคะแนนการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิต อยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนต่ำสุด คือ 17.42 คะแนน และมีค่าคะแนนสูงสุด คือ 46.01 คะแนน ซึ่งถือได้ว่าภายหลังการใช้โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียด

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนโดยเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการใช้โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคซึมเศร้า รหัส F32 (F32.0-F32.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวน ครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2557 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2558 จำนวน 40 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่าง และมีการจับคู่ (matched-pairs) ให้มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันในเรื่องอายุ เพศ และคะแนนภาวะซึมเศร้า จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายเข้าเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการวัดภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	4	20	4	20	8	20
หญิง	16	80	16	80	32	80
<b>อายุเฉลี่ย (ปี)</b>						
	$\bar{x} =$	50.30	$\bar{x} =$	50.10	$\bar{x} =$	50.20
	S.D. =	5.212	S.D. =	4.962	S.D. =	5.024
30-39 ปี	1	5	0	0	1	2.5
40-49 ปี	6	30	7	35	13	32.5
50-59 ปี	13	65	13	65	26	65
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	2	10	1	5	3	7.5
คู่	15	75	18	90	33	82.5
หม้าย	1	5	0	0	1	2.5
แยก/หย่าร้าง	2	10	1	5	3	7.5
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	17	85	14	70	31	77.5
มัธยมศึกษา	3	15	6	30	9	22.5

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 เท่ากัน และมีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 65 เท่ากัน มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 75 และ 82.5 ตามลำดับ และมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 85 และ 77.5 ตามลำดับ

**ตารางที่ 9** จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	อาชีพ					
รับจ้าง	9	45	8	40	17	42.5
ค้าขาย	4	20	7	35	11	27.5
เกษตรกรรม	5	25	5	25	10	25
ไม่ได้ทำงาน	2	10	0	0	2	5
รายได้เฉลี่ยในครอบครัว						
5001 - 10000 บาท/เดือน	7	35	13	65	20	50
10001 - 15000 บาท/เดือน	6	30	3	15	9	22.5
มากกว่า 15000 บาท/เดือน	7	35	4	20	11	27.5
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	3	15	4	20	7	17.5
ไม่เพียงพอ	17	85	16	80	33	82.5
โรคประจำตัวทางกาย						
ไม่มี	5	25	5	25	10	25
โรคเรื้อรังเบาหวาน ความดัน	14	70	15	75	29	72.5
โรคเรื้อรังอื่นๆ	1	5	0	0	1	2.5
ระยะเวลาป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (เดือน)	$\bar{x}$ =	13.20	$\bar{x}$ =	12.45	$\bar{x}$ =	12.82
	S.D. =	2.821	S.D. =	3.706	S.D. =	3.273
น้อยกว่า 1 ปี	10	50	6	30	16	40
1 - 2 ปี	10	50	14	70	24	60

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 45 และ 42.5 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยในครอบครัว ช่วง 5001 - 10000 บาท/เดือน และ มากกว่า 15000 บาท/เดือนคิดเป็นร้อยละ 35 และ 35 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยในครอบครัว ช่วง 5001 - 10000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 65 เมื่อพิจารณาความเพียงพอของรายได้ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่ มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 85 และ 80 ตามลำดับ ในส่วนของโรคประจำตัวทางกายนั้นพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 70 และ 72.5 ตามลำดับ สำหรับระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้านั้น พบว่ากลุ่มทดลองมีน้อยกว่า 1 ปี และช่วง 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน โดยมีระยะเวลาป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เฉลี่ย 13.20 เดือน ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่ามีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า น้อยกว่า 1ปี และช่วง 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 และ 60 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เฉลี่ย 12.45 เดือน





ตอนที่ 2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนภาวะซึมเศร้า	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง (n=20)</b>						
ก่อนการทดลอง	11.75	3.127	เล็กน้อย	19	29.442	.00
หลังการทดลอง	3.45	2.373	ปกติ			
<b>กลุ่มควบคุม (n=20)</b>						
ก่อนการทดลอง	11.70	3.08	เล็กน้อย	19	-1.405	.08
หลังการทดลอง	12.50	2.14	เล็กน้อย			

จากตารางที่ 13 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t=29.442$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองจะต่ำกว่าก่อนการทดลอง ( $\bar{x} = 3.45$  และ 11.75 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแม้จะพบว่าสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**ตอนที่ 3** เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ตารางที่ 11** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=40)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	11.75	3.127	เล็กน้อย	37.991	-0.51	0.48
กลุ่มควบคุม	11.70	3.080	เล็กน้อย			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	3.45	2.373	ปกติ	37.602	12.668	.00
กลุ่มควบคุม	12.50	2.140	เล็กน้อย			

จากตารางที่ 14 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน แตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 12.668$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{x} = 3.45$  และ 12.50 ตามลำดับ)

ตารางที่ 12 คะแนนภาวะซึมเศร้ารายข้อโดยใช้แบบวัด THAI HRS-D 17 ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน

ข้อ	รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ย	
			ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
1	อารมณ์ซึมเศร้า (เศร้าใจ, สิ้นหวัง, หมดหนทาง, ไร้ค่า)	4	1.30	.30
2	ความรู้สึกผิด	4	1.10	.05
3	การฆ่าตัวตาย	4	.03	.00
4	การนอนไม่หลับในช่วงต้น	2	1.00	1.00
5	การนอนไม่หลับในช่วงกลาง	2	1.00	.10
6	การตื่นตอนเช้ากว่าปกติ	2	1.00	1.00
7	การทำงานและกิจกรรม	4	1.10	.10
8	อาการเชิงซ้ำ (ความซ้ำของความคิดและการพูดจา : สมาธิบกพร่อง, การเคลื่อนไหวลดลง)	4	1.00	.30
9	อาการกระวนกระวายทั้งกายและใจ	4	.30	.00
10	ความวิตกกังวลในจิตใจ	4	1.05	.05
11	ความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกทางร่างกาย : <u>อาการร่วม</u> ด้านสรีรวิทยาของความวิตกกังวล เช่น <u>ระบบทางเดินอาหาร</u> : ปากแห้ง ลมขึ้น อาหารไม่ย่อย ท้องเสีย ปวดเกร็งท้อง เรอ <u>ระบบหัวใจและหลอดเลือด</u> : ใจสั่น ปวดศีรษะ <u>ระบบหายใจ</u> : หายใจหอบเร็ว ถอนหายใจ ปัสสาวะบ่อย เหงื่อออก	4	.10	.00
12	อาการทางกาย ระบบทางเดินอาหาร	2	1.05	.15
13	อาการทางกาย อาการทั่วไป	2	1.10	.20

(ต่อ) ตารางที่ 15 คะแนนภาวะซึมเศร้ารายข้อโดยใช้แบบวัด THAI HRS-D 17 ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน

ข้อ	รายการประเมิน	คะแนน เต็ม	คะแนนเฉลี่ย ก่อนทดลอง	คะแนนเฉลี่ย หลังทดลอง
14	อาการทางระบบสืบพันธุ์ เช่น : หมดความต้องการทางเพศ ปัญหาด้านประจำเดือน	2	.00	.00
15	อาการคิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางกาย	4	.10	.00
16	น้ำหนักลด (ให้คะแนนโดยอาศัยประวัติ)	3	.10	.10
17	อาการหยังเห็นถึงความผิดปกติของตนเอง	3	.05	.00

จากตารางที่ 15 พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้ารายข้อโดยใช้แบบวัด THAI HRS-D 17 ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้ารายข้อที่ลดลง โดยสามารถแจกแจงรายละเอียดตามหัวข้อการประเมินจากแบบวัด THAI HRS-D 17 ทั้ง 3 ด้าน คือ อาการด้านจิตใจ อาการทางร่างกาย และประสิทธิภาพในการทำงาน ได้ดังนี้

1. อาการด้านจิตใจ ซึ่งสามารถประเมินได้จากอาการ ในข้อที่ 1, 2, 3, 10, 15, และข้อ 17 โดยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน กลุ่มทดลองมีอาการผิดปกติด้านจิตใจที่ลดลงคือ อารมณ์ซึมเศร้า ความรู้สึกผิด และความวิตกกังวลในจิตใจ และพบว่าอาการผิดปกติด้านจิตใจที่ลดลงจนไม่มีอาการเหล่านี้แล้วในช่วงที่ประเมิน คือ ความคิดในเรื่องที่รู้สึกกว่าชีวิตไร้ค่าหรือคิดว่าตนเองน่าจะตาย หรือความคิดใด ๆ เกี่ยวกับการตายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง ความคิดที่ว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางกายทำให้หมกมุ่นในเรื่องสุขภาพของตนเองจนเกินไป และความคิดเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วยของตนเองที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง

2. อาการทางร่างกาย ซึ่งสามารถประเมินได้จากอาการ ในข้อที่ 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, และข้อ 16 โดยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน กลุ่มทดลองมีอาการผิดปกติทางร่างกายที่ลดลงคือ ปัญหาการนอนหลับไม่สนิทช่วงกลางคืน อาการแข็งขาคของความคิดและการพูดจา อาการเบื่ออาหาร และอาการทางกายทั่วไป เช่น ตึงแขน/ขา/ หลัง หรือปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ หดแรง และอ่อนเพลีย ในส่วนอาการผิดปกติทางร่างกายที่ลดลงจนไม่มีอาการเหล่านี้แล้วในช่วงที่ประเมิน คือ อาการกระวนกระวาย ง่วงงวน อยู่ไม่สุข และอาการทางร่างกายที่แสดงออกพร้อมกับความวิตกกังวล เช่น ใจสั่น ปวดศีรษะ ถอนหายใจ

เหงื่อออก เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าอาการผิดปกติทางกายที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงคือเรื่องปัญหาการเข้านอนแล้วหลับยากบางครั้ง ได้แก่ นานกว่า ½ ชั่วโมง และเมื่อมีการตื่นลูกจากเตียงไปแล้วก็นอนต่อไม่หลับอีก นั้น อาจเกิดได้จากเป็นพฤติกรรมความเคยชินและบริบทของสังคมชนบทที่ต้องตื่นเช้าเพื่อเตรียมตัวออกไปทำมาหากิน ไปรับจ้าง ซึ่งจากข้อมูลของกลุ่มทดลองที่จำแนกตามอาชีพ ก็พบว่ากลุ่มทดลองมีอาชีพรับจ้างสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 และอาการผิดปกติทางกายที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอีกหนึ่งเรื่อง คือ เรื่องน้ำหนักที่ลดลงซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้ โดยการประเมินในส่วนนี้อาจวัดผลการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ชัดเจน เนื่องจากกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่มีภาวะซีมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ความรุนแรงของอาการจึงยังไม่ส่งผลกระทบต่อเรื่องการรับประทานอาหารมากนักที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักที่ลดลงได้ ภายในเวลาช่วง 1 เดือน จึงส่งผลให้การประเมินในส่วนนี้วัดผลการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ชัดเจน นอกจากนี้ยังพบว่า ข้อมูลการประเมินอาการทางระบบสืบพันธุ์ เช่น หมดความต้องการทางเพศ ปัญหาด้านประจำเดือน ซึ่งในกลุ่มทดลอง ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน แจ้งว่าไม่มีอาการผิดปกติดังกล่าวเลย จึงทำให้การประเมินในส่วนนี้ใช้วัดผลการเปลี่ยนแปลงไม่ได้

3. ประสิทธิภาพในการทำงาน ซึ่งสามารถประเมินได้จากอาการในข้อที่ 7 โดยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน กลุ่มทดลองมีความคิดและความรู้สึกว่าตนเองไม่มีสมรรถภาพ อ่อนเปลี้ยหรือหย่อนกำลังที่จะทำกิจกรรม หรือการงานต่าง ๆ เหล่านี้ลดลง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพในการทำงานมากขึ้น

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้งโดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The pretest-posttest randomized control group design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตัวแปรต้นคือ โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ตัวแปรตามคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า รหัส F32 (F32.0 - F32.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวน ครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคซึมเศร้า รหัส F32 (F32.0-F32.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวน ครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในช่วงเดือน มกราคม พ.ศ. 2557 ถึง มกราคม พ.ศ. 2558 ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน

### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power of test) โดยได้นำ ผลการศึกษาของ Bowman, Scogin, & Lyrene (1995) มาร่วมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ (normality) และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด และเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการวิจัย (รัตนศิริ ทาโต, 2551) จากนั้นผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (matched-pairs) โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศเดียวกัน อายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี และมีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับเดียวกัน จากนั้นใช้การจับฉลากอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบทั้ง 2 คู่

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

- 1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง** คือ โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำการบำบัดที่เน้นการแก้ไขปัญหาในรูปแบบ self-examination therapy (SET) ตามการศึกษาของ Bowman, Scogin & Lyrene (1995) มาบูรณาการกับการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเองโดยใช้ self-esteem module ตามการศึกษาของ Borass et al. (2009) เพื่อจัดการกับความคิดเชิงลบต่อตนเองและส่งเสริมให้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้น โดยโปรแกรมการบำบัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลาดำเนินการครั้งละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน

ครั้งที่ 2 วิเคราะห์ปัญหาตนเอง ( การรับรู้คุณค่าแห่งตน/ ความคิดเชิงลบ/ การหลีกเลี่ยงปัญหา) ประเมินจุดอ่อน จุดแข็ง ของตนเองที่มีต่อการแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกต่อตัวตน, ความรู้สึกเป็นเจ้าของ)

ครั้งที่ 3 ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกถึงเป้าหมายของตน)

ครั้งที่ 4 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านการรับรู้ถึงความสามารถ

ครั้งที่ 5 ฝึกทักษะการลดความคิดเชิงลบ และพัฒนาความคิดเชิงบวก

ครั้งที่ 6 ฝึกทักษะการมองปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ด้วยมุมมองทางบวกและยุติการทำกลุ่ม

จากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในเนื้อหากิจกรรม รวมทั้งได้ผ่านการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนอำเภอศรีประจันต์ ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 20 คนโดยทดลองจนครบทั้ง 6 กิจกรรม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

**2. เครื่องมือกำกับการทดลอง** ได้แก่ แบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิต (life stress event) ของ พรพรรณ ศรีโสภา (2552) ซึ่งดัดแปลงมาจากเครื่องมือซึ่งสมจิตร์ นครพานิช (2531) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Homes and Rahe (1967) ประกอบด้วยข้อคำถาม 43 ข้อ แบ่งเป็นเหตุการณ์ในชีวิต 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ 7 ข้อ ด้านครอบครัว 12 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ 6 ข้อ ด้านการงาน 10 ข้อ และด้านสังคม 8 ข้อ โดย พรพรรณ ศรีโสภา (2552) ได้รายงานค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามเหตุการณ์ในชีวิต เท่ากับ 0.79 และมีค่าความเที่ยง (reliability) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Person Product Moment Correlation Coefficient) เท่ากับ 0.91



### 3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ สมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ยาด้านเศร้าที่ได้ ได้ และโรคประจำตัวทางกายที่เป็นอยู่

3.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัด THAI HRS-D 17 พัฒนาโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539) ซึ่งเป็นฉบับประเมินอาการต่าง ๆ ของโรคซึมเศร้า 17 ข้อ โดยเป็นการประเมินในแง่ของ อาการด้านจิตใจ อาการทางร่างกาย และประสิทธิภาพในการทำงาน ในแต่ละข้อได้แบ่งระดับคะแนนของความรุนแรงของอาการออกเป็นตั้งแต่ 0-2 หรือ 0-4 มีเกณฑ์การแบ่งค่าคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ค่าคะแนน 0-7 (no depression) ค่าคะแนน 8-12 (mild depression) ค่าคะแนน 13-17 (less than major depression) ค่าคะแนน 18-29 (major depression) และค่าคะแนน 30 ขึ้นไป (severe major depression) โดย THAI HRS-D 17 ฉบับนี้เป็นแบบวัดที่จัดได้ว่าเป็น gold standard ในการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เป็นแบบวัดที่ใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย เป็นที่นิยมใช้กันทั้งในด้านการประเมินผลการรักษา และในการทำวิจัยทางจิตเวชศาสตร์ เนื่องจากมีจำนวนข้อไม่มาก ไม่ยากแก่การทำ ใช้เวลาไม่มาก และมีความแม่นยำในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคสูง แบบสอบถามนี้ ได้มีการศึกษาถึงความแม่นยำและความเชื่อถือได้ พบว่าอยู่ในเกณฑ์ดี โดยมีค่า standardized cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัดเท่ากับ 0.7380 ซึ่งโดยทั่วไปจะถือว่าอยู่ในเกณฑ์ดีหากค่า standardized cronbach's alpha มากกว่า 0.7 ขึ้นไป ส่วนค่า spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด HRSD นี้ กับ Global Assessment Scale ได้เท่ากับ -.8239 แสดงว่าแบบวัดนี้มี negative correlation กับ Global Assessment Scale อยู่ในเกณฑ์ที่ดี และผู้วิจัยได้นำเครื่องมือฉบับนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนอำเภอศรีประจันต์ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82 และนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง (n=40) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .859

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการวิจัย ขั้นดำเนินการวิจัย และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีการดำเนินการในแต่ละขั้นตอน สรุปได้ดังนี้

### 1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเองในด้านของความรู้ทางวิชาการ และทักษะต่างๆ ที่ต้องใช้ในการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด เช่น ทักษะการทำกลุ่ม การปรับความคิด การให้คำปรึกษา การสะท้อนคิด เหล่านี้เป็นต้น โดยเข้าอบรมกับผู้เชี่ยวชาญ และฝึกทักษะการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับบริการในโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาจิตเวชและสุขภาพจิตเป็นผู้คอยดูแล

1.2 ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎี และรูปแบบการบำบัดตามโปรแกรมที่สร้างขึ้น โดยสืบค้นองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อนำมาวางแผนการสร้างโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานให้มีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น

1.3 ผู้วิจัยดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการของโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อให้การวิจัยนี้เป็นไปตามมาตรฐานสากลในการคุ้มครองผู้มีส่วนร่วมในโครงการวิจัย

1.4 ผู้วิจัยประสานงาน เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นต้น

1.5 เมื่อผ่านการพิจารณาอนุมัติให้ดำเนินการได้ และผ่านความเห็นชอบจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูลวิธีการดำเนินการต่างๆ

1.6 เตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ โดยเลือกผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาจิตเวชและสุขภาพจิต และเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน

1.7 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี โดยประสานงานกับหัวหน้าศูนย์คอมพิวเตอร์ เพื่อดึงข้อมูลผู้ป่วย ในระบบฐานข้อมูล Hos-XP ของโรงพยาบาลทั้งหมด แล้วนำมาพิจารณาคุณสมบัติที่เข้าเกณฑ์เบื้องต้น ในส่วน ของเพศ และอายุ เพื่อวางแผนในการคัดเลือกในส่วนของระดับคะแนนอาการซึมเศร้าต่อไป

1.8 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามชุก และใน รพ.สต.โดยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย แล้วลงชื่อในแบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

1.9 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (matched-pairs) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## 2. ขั้นตอนการวิจัย

ในขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน รายละเอียด ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติในสัปดาห์ ที่ 1- 4 ได้แก่ การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัด THAI HRS-D 17 การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจตามที่แพทย์นัด การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำแนะนำ การดูแลตนเอง การให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย และการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชน

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานตามวัน เวลาที่กำหนดไว้ ซึ่งประกอบไปด้วยการดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มทั้งสิ้น 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

2.3 ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองทุกคนทำแบบสอบถามเหตุการณ์เครียดในชีวิต ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมในโปรแกรมการบำบัดครั้งที่ 6 ทันที และได้ตรวจสอบค่าคะแนนของเหตุการณ์เครียดในชีวิต ซึ่งพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนในกลุ่มทดลอง (คิดเป็นร้อยละ 100) มีระดับคะแนนการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตอยู่ในระดับต่ำ โดยมีคะแนนต่ำสุด คือ 17.42 คะแนน และมีค่าคะแนนสูงสุด คือ 46.01 คะแนน ผลการประเมินพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ในระดับที่ผ่านเกณฑ์ทุกคน (ค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 53.35 คะแนน)

## 3. ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

3.1 หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้า (post-test) โดยใช้แบบวัด THAI HRS-D 17 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.2 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ จากนั้นนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. เปรียบเทียบภาวะซีมเศร่าในแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติ pair t-test
3. เปรียบเทียบภาวะซีมเศร่าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05

### สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเหตุการณ์เครียดในชีวิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ( $n=20$ ) พบว่ามีระดับคะแนนเหตุการณ์เครียดในชีวิตอยู่ในระดับต่ำทุกรายซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ โดยมีคะแนนต่ำสุด คือ 17.42 คะแนน และมีค่าคะแนนสูงสุดคือ 46.01 คะแนน และพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร่าก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคซีมเศร่าในชุมชน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t=29.442$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร่าหลังการทดลองจะต่ำกว่าก่อนการทดลอง ( $\bar{X} = 3.45$  และ 11.75 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร่าของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแม้จะพบว่าสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาวะซีมเศร่าของผู้ป่วยโรคซีมเศร่าในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร่าของผู้ป่วยโรคซีมเศร่าในชุมชน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร่าของผู้ป่วยโรคซีมเศร่าในชุมชนของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน แตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร่าของผู้ป่วยโรคซีมเศร่าในชุมชนซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 12.668$ ) โดย

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{x} = 3.45$  และ 12.50 ตามลำดับ)

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น ผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน มีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้จำแนกการอภิปรายผลการวิจัยออกเป็น 2 ตอนดังนี้

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 45 และ 42.5 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยในครอบครัว ช่วง 5,001 – 10,000 บาท/เดือน และ มากกว่า 15,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 35 และ 35 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยในครอบครัว ช่วง 5,001 – 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 65 เมื่อพิจารณาความเพียงพอของรายได้ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 85 และ 80 ตามลำดับ สำหรับโรคประจำตัวทางกายนั้นพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 70 และ 72.5 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้านั้น พบว่ากลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเจ็บป่วย น้อยกว่า 1 ปี และช่วง 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน โดยมีระยะเวลาป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เฉลี่ย 13.20 เดือน ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่า มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า น้อยกว่า 1 ปี และช่วง 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 และ 60 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาป่วยด้วยโรคซึมเศร้า เฉลี่ย 12.45 เดือน และผลคะแนนเหตุการณ์เครียดในชีวิตของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน จำนวน 20 ราย ทั้ง 5 ด้านได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ ด้านการทำงาน และด้านสังคม เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้านพบว่ากลุ่มทดลองมีเหตุการณ์เครียดด้านสุขภาพสูงที่สุดถึงร้อยละ 100 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.61 คะแนน รองลงมาคือด้านครอบครัวร้อยละ 95 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.56 คะแนน ด้านเศรษฐกิจร้อยละ 40 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.77 คะแนน

ด้านสังคมร้อยละ 15 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.75 คะแนน และด้านการทำงานร้อยละ 10 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 0.76 คะแนน

### ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา กาญจนลาภ (2543) ที่ได้ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้าพบว่าผู้หญิงจะเป็นกลุ่มเสี่ยงหลักโดยพบมากกว่าผู้ชายถึงเกือบ 2 เท่า นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ พรเทพ ศิริวนารังสรรค์และคณะ (อ้างในธรรณิทร์ กองสุขและคณะ, 2553) ที่ได้ทำการสำรวจระดับชาติวิทยาโรคจิตเวชของไทย ปี 2546 (n=11,685) พบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้หญิงเท่ากับ ร้อยละ 3.98 ซึ่งมากกว่าในกลุ่มผู้ชายที่มีความชุกของโรคซึมเศร้า เท่ากับ ร้อยละ 2.47 และจากการศึกษาของ ธรรณิทร์ กองสุขและคณะ ( 2553) ที่ได้มีการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรไทย ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (n= 20,520) พบว่าความชุกโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ในคนไทยอายุระหว่าง 15 ปีขึ้นไป จากการประเมินด้วย M.I.N.I มีร้อยละ 2.7 โดยมีสัดส่วนของความชุกในกลุ่มผู้หญิง และกลุ่มผู้ชาย เท่ากับ 1.6:1 ซึ่งการที่พบความชุกในกลุ่มผู้หญิงมากกว่าผู้ชายนั้น อาจเกิดเนื่องจากการที่ผู้หญิงในบริบทของวัฒนธรรมของไทยในยุคปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบต่อครอบครัว ซึ่งผู้หญิงในยุคสมัยนี้ส่วนใหญ่ต้องไปทำงานนอกบ้าน และยังคงมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบครอบครัวด้วยเช่นกัน ทำให้ต้องเผชิญกับความเครียดในหลายๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็น ด้านครอบครัว ด้านหน้าที่การงาน ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ล้วนเป็นปัจจัยที่อาจเข้ามากระตุ้นให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าเพศชายและเพศหญิงนั้นมีความแตกต่างกัน ดังเช่นการศึกษาของ ศิริพร จิรวัดณ์กุล (2541) (อ้างใน พรพรรณ ศรีโสภา, 2552) ที่พบว่าทั้งผู้หญิงและผู้ชายมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ทั้งสิ้นแต่สถานะเพศทำให้การแสดงออกของอารมณ์เศร้าในผู้หญิงและผู้ชายต่างกัน โดยทั่วไปค่านิยมของสังคมคาดหวังให้ผู้ชายต้องเป็นคนเข้มแข็ง และไม่แสดงอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์ที่แสดงถึงความอ่อนแอ เช่น เศร้า ร้องไห้ ดังนั้นผู้ชายจึงมักไม่พูดหรือแสดงความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ ออกมาอย่างชัดเจน แต่มักจะหันไปใช้เหล้า บุหรี่ หรือสารเสพติดชนิดอื่นๆ มากกว่าที่จะยอมรับว่าตนเองอยู่ในภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาดังเช่นที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้นที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Clayman (1994) ซึ่งพบว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดได้ทุกช่วงอายุ แต่ช่วงวัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงสุด คือ ช่วงอายุ ระหว่าง 40-60 ปี และจากการศึกษาของ ธรรณิทร์ กองสุขและคณะ (2553) ที่ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรไทย

ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (n= 20,520 ) พบว่า เพศชายจะเริ่มพบมากตั้งแต่อายุ 35 ปี เป็นต้นไป และมี episode มากที่สุดช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป ส่วนของเพศหญิงจะเริ่มพบมากตั้งแต่อายุ 45 ปี เป็นต้นไป และมี episode มากที่สุดช่วงอายุ 55-59 ปี เนื่องจากบางคนอาจมีปัญหาในช่วงต่อระหว่างวัยรุ่นมาสู่การเป็นผู้ใหญ่ เป็นช่วงวัยที่มีแรงกดดันจากการศึกษาและการทำงาน ภาวะซึมเศร้าในวัยกลางคนอาจมีปัญหามาจากการไม่สามารถสืบพันธุ์หรือมีบุตรได้ ในขณะที่บางคนอาจมีปัญหามาจากการไม่สามารถก้าวหน้าในอาชีพการงานที่หวังไว้ได้

สำหรับในส่วนของระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ มีระยะเวลาของการเจ็บป่วย ระหว่าง 1-2 ปี ทั้งนี้อาจเนื่องจากภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยแต่ละคนจะมีลักษณะการเริ่มป่วยที่ต่างกันอย่างมาก บางคนอาการเกิดขึ้นช้าๆ ใช้เวลาหลายวันหรือหลายสัปดาห์จึงเห็นอาการเต็มที่ บางคนอาการเกิดขึ้นรวดเร็วจากมีเหตุการณ์หรือปัญหาชีวิตที่รุนแรงและบางคนอาจมีอาการอื่นๆ นำมาก่อนเป็นเวลานานหลายๆเดือน (Haber et al.,1995; Rosenstein, 1995; Depression Guideline Panel, 1994; ดวงใจ กสานติกุล, 2542) ขึ้นอยู่กับปัจจัยในเรื่องความรู้เรื่องโรค และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ , 2546) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกและมีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าได้ในระยะเริ่มแรกโดยแพทย์และพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ประกอบกับการที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้เข้าถึงบริการได้มากขึ้นนั้น ก็มีส่วนทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการวินิจฉัยดูแลรักษาได้ในระยะต้นๆ ด้วยเช่นกัน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ไม่ยาวนาน หรือเรื้อรังมากนัก

## ตอนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

1. ผลของโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (  $t=29.442$  ) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองจะต่ำกว่าก่อนการทดลอง (  $\bar{x}=3.45$  และ 11.75 ตามลำดับ )

ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ต่ำกว่าก่อนได้รับ

โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษารายงาน ดังต่อไปนี้

จากการที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองนั้น เนื่องจากโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองเกิดการพัฒนาระบวนการทางความคิดไปในทิศทางที่เหมาะสม เกิดทักษะในการตรวจสอบตนเองทำให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองเมื่อต้องเผชิญปัญหา ก็ทำให้สามารถประเมินได้ว่าสิ่งใดเป็นปัญหาที่สำคัญและมีผลกระทบต่อตนเองมากที่สุด นั่นคือเป็นการฝึกให้เกิดทักษะที่มีต่อมุมมองของปัญหาที่เผชิญอยู่ จากนั้นวางแผนแก้ไขปัญหาซึ่งประเมินว่าน่าจะแก้ไขได้ด้วยวิธีการที่เหมาะสม อย่างเป็นขั้นตอน และทำอย่างเต็มความสามารถ เพื่อแก้ไขปัญหานั้นให้สำเร็จลุล่วงไปได้ ส่วนปัญหาที่เห็นว่ายังแก้ไขไม่ได้ ก็มีการปรับมุมมองต่อปัญหานั้นๆเสียใหม่ ในมุมมองที่เป็นบวกมากขึ้นเพื่อยอมรับกับสถานการณ์นั้นๆ รวมทั้งฝึกทักษะการประเมินและปรับความคิดเชิงลบ ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบ ทั้งต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคตไปสู่ความคิดเชิงบวก ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีกำลังใจ และมีการรับรู้คุณค่าในตนเองมากขึ้น ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการเผชิญปัญหา และแก้ไขปัญหานั้นได้ดีขึ้น ไม่เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance coping) จนทำให้สามารถเผชิญกับปัญหาที่เป็นต้นเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งภายหลังที่กลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานแล้วพบว่ามีความเครียดในชีวิต เฉลี่ยทั้ง 5 ด้าน เท่ากับ 32.44 คะแนน ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่ตั้งไว้ คือคะแนนน้อยกว่า 53.35 คะแนน สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบ มีการรับรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น และมีทักษะในการแก้ไขปัญหานั้นอย่างเป็นระบบ ก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัญหา สามารถที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ และแก้ไขปัญหานั้นให้หมดไปได้ ส่งผลให้การรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตลดลง จนส่งผลให้ภาวะซึมเศร่าลดลงตามมาได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bowman (1995) ที่ได้ให้การบำบัดรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (mild- moderate depression) ด้วยการบำบัดในรูปแบบการแก้ไขปัญหาคด้วยการตรวจสอบตนเอง (self-examination therapy) ซึ่งพบว่า ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาคด้วยการตรวจสอบตนเอง ตลอดจนใช้ชีวิตการแก้ไขปัญหาคอย่างมีขั้นตอน และนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการเชื่อมโยงปัญหาคกับภาวะซึมเศร่าที่เกิดขึ้น รวมทั้งสามารถหาวิธีการในการจัดการกับปัญหาคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร่าลดลงอย่างต่อเนื่อง



นอกจากนี้การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการรับรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น โดยส่งเสริมให้เกิดความคิดที่ว่า “ฉันคือคนเก่ง” (The self-esteem module) ซึ่งมีประเด็นหลัก ที่สำคัญ 5 เรื่องด้วยกัน คือความรู้สึกปลอดภัย (a sense of security) ความรู้สึกต่อตัวตน (a sense of identity) ความรู้สึกเป็นเจ้าของ (a sense of belonging) ความรู้สึกถึงจุดหมาย (a sense of purpose) และความรู้สึกถึงความสามารถ (a sense of competence) ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Borrás (2009) ที่ได้ให้การบำบัดรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยการเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเอง มีความนับถือตนเอง และมีความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มมากขึ้น มีการเผชิญปัญหาที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ของสังคมได้ ช่วยให้มีการปรับตัวในการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดี สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะเป็นการช่วยเพิ่มขีดความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยได้ ส่งผลให้ระดับของภาวะซึมเศร้าลดลง

สำหรับระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มควบคุมมีระดับภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนจะได้รับเมื่อมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบวัด THAI HRS-D 17 การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจตามที่แพทย์นัด การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย และการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชน ทั้งหมดนี้ส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่ส่งผลต่อการรักษาด้านอาการทางกาย แต่ไม่ใช่การบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งการรักษาโรคซึมเศร้าให้ได้ผลดีนั้น ก็ควรมีการทำจิตบำบัดร่วมด้วยเสมอ ซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพของการรักษามีเพิ่มมากขึ้น โดยการบำบัดทางจิตสังคมนี้ เป็นการเปลี่ยนวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ ในการเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต การจัดการกับความเครียด และการแก้ไขปัญหาของตัวบุคคลในบางเรื่อง เช่น ความคิดเชิงลบ การมองเห็นคุณค่าในตนเอง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ซึ่งจะเป็นการช่วยลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ หรืออาการกำเริบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ Burcusa and Lacono (2007) เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการรักษาโดยยาต้านเศร้าเพียงอย่างเดียวโดยไม่ได้รับการบำบัดทางจิต แล้วกลับไปอยู่ในชุมชนซึ่งยังต้องพบกับปัญหา เหตุการณ์เครียดต่างๆ ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งในกลุ่มควบคุมนี้พบว่าเหตุการณ์เครียดของผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ **ด้านครอบครัว** ได้แก่ การทะเลาะกับบุคคลในครอบครัว (บุตร หรือ สามี/ภรรยา) การเจ็บป่วย และการเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว (สามี/ภรรยา และ บิดา/มารดา) **ด้านเศรษฐกิจ** ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่ฝืดเคือง และการมีหนี้สิน **ด้านสุขภาพ** ได้แก่ ขาดการพักผ่อน การที่ต้องทำงานมากเกินไป และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค

เมื่อบุคคลได้รับเหตุการณ์เหล่านี้ เข้ามากระตุ้น ประกอบกับบุคคลขาดทักษะในการจัดการกับปัญหา ก็จะทำให้ปัญหาต่าง ๆ ไม่ได้รับการแก้ไข และสะสมมากขึ้น ทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแก้ไขปัญหาของตนเอง รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ นอกจากนี้แล้วยังพบว่าผู้ที่เคยมีอาการซึมเศร้ามาก่อนเมื่อเผชิญกับความเครียดใหม่ จะมีความมั่นใจและความสามารถน้อยลงในการจัดการกับปัญหา ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรคซึมเศร้าซ้ำ (Hammen, 2005; Leskelä, 2008)

Hammen (1991) ได้กล่าวว่า บุคคลที่พบเหตุการณ์เครียดในชีวิต มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเหตุการณ์เครียดที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และยังเป็นบุคคลในครอบครัวก็ยิ่งจะมีความรุนแรง และอาจเป็นปัญหาที่ต่อเนื่อง เรื้อรังสะสมไปเรื่อย ซึ่งความรุนแรงหรือผลกระทบจากเหตุการณ์เครียดที่มีต่อบุคคลนั้น อาจมีหรือไม่มี มากน้อยแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ บุคลิกลักษณะ และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล โดยพบว่าเมื่อบุคคลเคยเกิดเหตุการณ์เครียดเข้ามากระทบเหตุการณ์แรกแล้วก็ผ่านไป แต่บุคคลนั้นยังเก็บเอาเหตุการณ์นั้นกลับมาคิดใหม่กลับซ้ำไปมา ความเครียดที่เกิดขึ้นภายหลังนี้จะมีระดับความรุนแรงของอาการที่สูงขึ้นไป และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า อยู่แล้วก็ยิ่งทำให้ความเครียดเกิดง่ายขึ้นกว่าคนปกติทั่วไป ส่งผลต่อกระบวนการคิดทำให้เกิดความคิดแบบย้อนกลับไป กลับมา ทำให้มีโอกาสในการเกิดความคิดเชิงลบได้ง่ายขึ้น จึงสามารถอธิบายได้ว่า การที่กลุ่มควบคุมมีระดับภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้นนั้นเป็นเพราะ ไม่สามารถจัดการแก้ไขปัญหาชีวิตต่างๆ ได้ แม้ว่าอาจจะเป็นแค่เพียงปัญหาเล็กๆก็ตาม อาจเนื่องมาจาก ความคิดด้านลบของตัวผู้ป่วย การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง หรือมีการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตที่สูง เนื่องจากบุคคลไม่สามารถที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้สำเร็จไปได้ สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะเกิดขึ้นซ้ำแล้ว ซ้ำอีก เมื่อแก้ไขปัญหาไม่ได้ ก็มีการรับรู้ความเครียดที่สูง เกิดความคิดเชิงลบ มองไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้เบื่อหน่ายชีวิต เหล่านี้เป็นต้น ส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้าตามมา แต่ถ้ากลุ่มคนเหล่านี้ได้รับการพัฒนากระบวนการทางความคิดไปในทิศทางที่เหมาะสม ด้วยการฝึกให้เกิดทักษะและมุมมองต่อปัญหาที่เผชิญอยู่ แล้ววางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยวิธีการที่เหมาะสม และเต็มความสามารถ ปัญหาใดที่แก้ไขไม่ได้ก็ต้องรู้จักเรียนรู้ที่จะปรับมุมมองต่อปัญหานั้นใหม่ ในมุมมองทางบวก และยอมรับกับสถานการณ์นั้นๆ ได้ มีมุมมองของความคิดในด้านบวกมากขึ้น และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้ามลดลง

นอกจากนี้การดูแลที่ส่งผลต่อการรักษาด้านอาการทางกายแต่เพียงอย่างเดียว นั้น ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นได้ และโดยปกติของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าก็จะมีปัญหาในเรื่องของการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ รู้สึกด้อยค่า ไร้ความสามารถ อยู่แล้วนั้น หากไม่มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น ก็จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ รู้สึกเป็นบุคคลไร้ความสามารถ ขาดความมั่นใจ จนไม่สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ ไม่ว่าปัญหานั้นจะเล็กน้อย หรือเป็นปัญหาใหญ่ๆ ก็ตาม ทำให้ปัญหาเหล่านั้นไม่ได้รับการแก้ไข จนปัญหาสะสมมาก

ขึ้นทำให้เกิดความเครียด จนในที่สุดก็กลายเป็นภาวะซึมเศร้า และทำให้โรคมีการกำเริบซ้ำตามมาได้ แม้ว่าจะได้รับการรักษาทางยาอยู่ด้วยก็ตาม

2. ผลของโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า

2.1 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนของกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน แตกต่างกับคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $t = 12.668$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ( $\bar{x} = 3.45$  และ 12.50 ตามลำดับ)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะได้รับการรักษาด้วยยาระงับอาการซึมเศร้าในกลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCA) ได้แก่ยา amitriptyline และยาในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ได้แก่ยา fluoxetine ที่มีการใช้อยู่ในโรงพยาบาลสามชุก เช่นเดียวกันดังนั้นผลการวิจัยที่พบจึงสามารถสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมของโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้อย่างแท้จริง เนื่องจากกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมในโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานนี้ เป็นการบูรณาการจากการบำบัดการแก้ไขปัญญาในรูปแบบ self-examination therapy ตามการศึกษาของ Bowman, Scogin & Lyrene (1995) มาบูรณาการกับการส่งเสริม self-esteem module ตามการศึกษาของ Borass et al.(2009) เพื่อให้ผู้ป่วยมีกระบวนการทางความคิดไปในทิศทางที่เหมาะสม เกิดทักษะในการตรวจสอบตนเองถึงมุมมองที่มีต่อปัญหา จากนั้นวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยวิธีการที่เหมาะสม อย่างเป็นขั้นตอน และทำอย่างเต็มความสามารถส่วนปัญหาที่ยังแก้ไขไม่ได้ ก็มีการปรับมุมมองต่อปัญหานั้นๆเสียใหม่ ในมุมมองที่เป็นบวกมากขึ้นเพื่อยอมรับกับสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งหลักการนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการเผชิญปัญหา และแก้ไขปัญหานั้นได้ดีขึ้น ไม่เกิดพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงปัญหา

(avoidance coping) และสามารถจัดการกับความคิดเชิงลบที่เกิดขึ้น และส่งเสริมให้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้นได้

จากผลการศึกษาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ทั้ง 6 กิจกรรมนี้ สามารถใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนให้สามารถจัดการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นด้วย ประกอบกับรูปแบบการบำบัดเป็นลักษณะกลุ่ม ซึ่งทำให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือมุมมองต่างๆ ได้เป็นอย่างดี กระบวนการกลุ่มนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีการรับรู้ถึงความสามารถ อีกทั้งยังได้รับกำลังใจซึ่งกันและกัน มีเป้าหมายที่คล้ายคลึงกันก็ยิ่งทำให้การบำบัดในรูปแบบนี้ มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น Borass et al., (2009) ซึ่งเมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมในแต่ละครั้งจะพบว่า มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน มีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงได้ ดังนี้

#### **ครั้งที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพ และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน**

ในกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่มระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการทำกิจกรรม เกิดความเชื่อถือน่าไว้วางใจกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และผู้ป่วยกับเพื่อนสมาชิกคนอื่นๆ ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพในเบื้องต้นนี้ ประกอบไปด้วย การแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมกลุ่ม การพูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือ นอกจากนี้ยังมีการใช้กิจกรรมในรูปแบบของเกมส์มาใช้เพื่อเปรียบเทียบให้ผู้ป่วยเข้าใจมากยิ่งขึ้นว่า "เมื่อเรามีความไว้วางใจผู้อื่นนั้น เราก็จะสามารถทำทุกอย่างได้โดยไม่มีความกลัว เช่นเดียวกับที่เมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาจะสามารถแก้ไขได้อย่างลุล่วง ก็ต้องเปิดใจ อย่าเก็บปัญหาไว้คนเดียว ต้องเชื่อมั่นและไว้วางใจในการบอกปัญหาของตนเองให้สมาชิกในกลุ่มได้รับทราบ และร่วมมือกันในการที่จะช่วยแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม" ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้พบว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจในเรื่องของความไว้วางใจ และการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทั้งนี้ จุดมุ่งหมายทั่วไปของสัมพันธภาพในรูปแบบของการรักษานั้น มุ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวอันเป็นปัญหาของตนเอง เกิดความเข้าใจตนเองและสามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้ ในระยะต่อไปของการดูแลเมื่อผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ ก็จะทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ได้มากขึ้น (Stuart and Sundeen, 1979)

นอกจากนี้การเพิ่มเติมกิจกรรมในส่วนของการส่งเสริมให้มีการรับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านความรู้สึกปลอดภัย ในสภาพแวดล้อมรอบๆ ตัว ไม่ว่าจะเป็นบรรยากาศของกลุ่ม พยาบาลผู้ให้การบำบัด และระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง ตามการศึกษาของ Borrass et al. (2009) นั้น ก็เป็นส่วนช่วย

ที่ทำให้ผู้ป่วยให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดฯ นี้เพิ่มขึ้น ซึ่งจะเป็นการช่วยเพิ่มขีดความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่งด้วย

**สรุปประเด็นสำคัญเพื่อนำไปใช้งาน :** กิจกรรมในขั้นตอนนี้ มุ่งเน้นให้เกิดความไว้วางใจและเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกันภายในกลุ่ม ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่จะทำให้การบำบัดทางจิตสังคมเกิดผลสำเร็จได้ พยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญในส่วนของ การสร้างความคุ้นเคย ทั้งคำพูดและการจัดสภาพแวดล้อมในการทำกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัย เกิดความไว้วางใจ นอกจากนี้ควรพูดคุย ซักถามในประเด็นเหตุการณ์เครียดในชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนที่เป็นปัญหามาสู่การเกิดโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยแต่ละคน ( อาจใช้การซักถามพูดคุย หรือใช้แบบสอบถามเหตุการณ์เครียดในชีวิต) เพื่อช่วยให้ทราบถึงประเด็นปัญหาโดยรวมของผู้ป่วยอันจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลในแง่ของการวางแผนหรือเตรียมความพร้อมของการทำกิจกรรมการบำบัดในครั้งต่อไป

**ครั้งที่2 วิเคราะห์ปัญหาตนเอง ( การรับรู้คุณค่าแห่งตน/ ความคิดเชิงลบ/ การหลีกเลี่ยงปัญหา)**

**ประเมินจุดอ่อน จุดแข็งของตนเองที่มีต่อการแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกต่อตัวตน, ความรู้สึกเป็นเจ้าของ)**

การรับรู้เหตุการณ์เครียด และภาวะซึมเศร้ามีความเชื่อมโยงกันโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อพบเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนปกติ ทั้งนี้ความรุนแรงหรือผลกระทบจากเหตุการณ์ความเครียดที่มีต่อบุคคลนั้น อาจไม่มีหรือมี มากน้อยแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ บุคลิกลักษณะ และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล การวิเคราะห์และรู้จักตนเองใน**ด้านการรับรู้คุณค่าแห่งตน** ความคิดเชิงลบ พฤติกรรมการแก้ไขปัญหาของตนเอง และสามารถวิเคราะห์สิ่งที่เป็นข้อดีและข้อบกพร่องของตนเองได้ ตลอดจนรู้จักคิดและหาแนวทางในการพัฒนาสิ่งที่เป็นความดีและปรับปรุงข้อบกพร่องของตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในทางที่สร้างสรรค์ต่อตนเองได้ ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เกิดทัศนคติที่ดีต่อตนเอง รับรู้ตนเองในด้านบวกมากขึ้น และมีพลังในการที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆได้อย่างเต็มความสามารถมากขึ้น ทำให้ส่งผลต่อการลดลงของระดับภาวะซึมเศร้า (Dowrick, 2001) นอกจากนี้ยังเพิ่มเติมในเรื่องการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน ใน**ด้านความรู้สึกการเป็นเจ้าของ** เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม เกิดความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เกิดความรู้สึกว่าได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ๆ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมร่วมกันโดยมีเป้าหมายที่เหมือนกันทั้งของตนเองและของกลุ่ม โดยมุ่งทำอย่างเต็มความสามารถเพื่อที่จะให้บรรลุเป้าหมายนั้น ช่วยให้เกิดความสามารถในการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาต่างๆได้ดี ซึ่งจะเป็นการช่วยเพิ่มขีดความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยได้ (Borras et al., 2009 )

จากการพัฒนาการรับรู้คุณค่าในตนเองดังกล่าวข้างต้นนั้น จะเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการวิเคราะห์และรู้จักตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาการรู้จักตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการให้เกิดการรับรู้ และรู้สึกต่อตนเองทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด สามารถระบุนความแข็งแกร่ง จุดเด่น จุดด้อย และข้อจำกัดของตนเองได้ ต้องไม่รู้สึกถูกบดบังด้วยความรู้สึกลดต่ำด้อยหรือไม่เพียงพอ ต้องมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

ดังนั้นในขั้นนี้จะพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ตนเองเพิ่มมากขึ้น ทั้งในด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง บุคลิกลักษณะของตนได้แก่ จุดเด่น/ จุดด้อย และวิธีการแก้ไขจุดด้อยของตนเอง ความคิดด้านลบที่เคยเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น ตลอดจนลักษณะของวิธีการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้มีโอกาสที่จะประเมินและวิเคราะห์ตนเองในสิ่งต่างๆ เหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยได้มองเห็นและรู้จักตนเองมากขึ้น การวิเคราะห์ตนเองในส่วนดี ส่วนที่เป็นจุดเด่น หรือความสามารถต่างๆ ที่เคยทำแล้วประสบความสำเร็จ ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกดีดี เกิดความภาคภูมิใจ ทำให้มีกำลังใจในการแก้ไขปัญหา ในขณะเดียวกันก็สามารถนำสิ่งที่ตนเป็นจุดด้อย และข้อบกพร่อง ของตนเอง มาปรับปรุงแก้ไขต่อไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bowman, Scogin & Lyrene (1995) ที่ได้ให้การบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยรูปแบบการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการตรวจสอบตนเอง แล้วพบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาเพิ่มขึ้นเพื่อใช้ความคิดวิเคราะห์ตนเองในเรื่อง จุดเด่น/ จุดด้อย /วิธีการแก้ไขจุดด้อย ความคิดด้านลบ ตลอดจนปัญหาของตนเอง ซึ่งการวิเคราะห์ตนเองในประเด็นต่างๆเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้จักตนเองมากขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ต่อการดึงความสามารถของตนเอง ที่มีอยู่ มาช่วยแก้ไขปัญหาต่างๆให้สำเร็จได้ เมื่อปัญหาทุกอย่างได้รับการแก้ไขให้ลดลง หรือหมดไปจนไม่มีปัญหาแล้ว ก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดความเครียด ซึ่งจะส่งผลให้มีระดับภาวะซึมเศร้าที่ลดลงตามมาด้วย

**สรุปประเด็นสำคัญเพื่อการนำไปใช้งาน :** กิจกรรมในขั้นตอนนี้ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้มีการวิเคราะห์ตนเอง ซึ่งพบว่าในประเด็นเรื่องความคิดเชิงลบผู้ป่วยส่วนใหญ่ทำความเข้าใจได้ค่อนข้างยาก จึงควรหาวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจง่ายขึ้น อาจใช้การยกตัวอย่าง ซึ่งควรมีหลายๆตัวอย่าง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรมีการเน้นหรือให้เวลากับประเด็นการวิเคราะห์จุดเด่น/เรื่องราวดีดี/ความสำเร็จที่ผ่านมา แล้วมีการชื่นชมกันภายในกลุ่ม จะช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดี เกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

### ครั้งที่ 3 ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบ และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน(ความรู้สึกถึงเป้าหมายของตน)

กิจกรรมครั้งนี้เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ และฝึกทักษะให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ปัญหาของตนเอง ประเมินค่าสถานการณ์ที่สำคัญกับตนเอง เมื่อพบว่าปัญหาใดเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดก็ให้ระดมความคิด หาวิธีการแก้ไขปัญหาของตนเองซึ่งควรมีหลายวิธีเพื่อเป็นตัวเลือก จากนั้นจัดลำดับวิธีการแก้ไขปัญหแล้วเลือกแนวทางแก้ปัญหที่มีความเป็นไปได้สูง หรือมีแนวโน้มที่จะสำเร็จ พร้อมกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหานั้นๆด้วย แต่หากวิธีการแก้ไขปัญหที่เลือกนั้นไม่สำเร็จ ก็เลือกวิธีการใหม่ จนกว่าปัญหาเหล่านั้นจะได้รับการแก้ไขจนหมด หากวิธีการแก้ไขปัญหสำเร็จก็จะเกิดความรู้สึกที่ดี แต่ถ้าวิธีการแก้ไขปัญหเหล่านั้นไม่สำเร็จ ก็ต้องปรับมุมมองต่อปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้นั้นด้วยมุมมองทางบวก และใช้ชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้คุณค่าแห่งตนในประเด็นความรู้สึกถึงจุดประสงค์และเป้าหมายของตนเอง เพื่อให้เกิดแรงผลักดันและมีความกระตือรือร้น ที่จะแก้ไขปัญหของตนเองให้ได้สำเร็จเพิ่มขึ้นอีกทางหนึ่งด้วย

ในขั้นนี้ผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาที่แท้จริง พร้อมหาแนวทางการแก้ไขปัญห และเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหที่มีความเป็นไปได้ มีโอกาสสูงที่จะประสบความสำเร็จ และให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหไว้ด้วย โดยผู้วิจัยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพของตนเอง ในขั้นตอนการค้นหาปัญหาและระบุปัญหา จนกระทั่งเข้าสู่การหาแนวทางการแก้ไขปัญหด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Bowman, Scogin & Lyrene (1995) ที่ได้ให้การบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยรูปแบบการแก้ไขปัญหด้วยวิธีการตรวจสอบตนเอง ในกระบวนการหลักของแนวคิด ขั้นตอนที่ 1 คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีตรวจสอบว่าปัญหาใดที่สำคัญกับตนเองมากที่สุดแล้วการลงมือแก้ไขปัญหานั้น และในกระบวนการหลักของแนวคิด ขั้นตอนที่ 2 คือ การกำหนดเป้าหมายหลักในการแก้ไขปัญหและทุ่มกำลังกับปัญหานั้น แล้วพบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มองดู เหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต แล้ววิเคราะห์ถึงปัญหาที่มีผลกระทบต่อตนเองมากที่สุดแล้วมุ่งแก้ไขปัญหที่ละเอียด และมีการตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหานั้นๆไว้ด้วย เพื่อทำให้เกิดแรงจูงใจ ทำให้มีแรงผลักดันและมีความกระตือรือร้น ที่จะแก้ไขปัญหจนเกิดความสำเร็จ และสามารถทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงตามมาได้

ดังนั้นการฝึกทักษะการแก้ปัญหโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหอย่างเป็นระบบ จึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีทักษะในการค้นหาปัญหาที่แท้จริงของตนเองได้ ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์และค้นหาวิธีการจัดการแก้ไขปัญหในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อปัญหาทุกอย่างได้รับการแก้ไขให้ลดลง หรือหมดไปจนไม่มีปัญหาแล้ว ก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดความเครียด ซึ่งจะส่งผลให้มีระดับภาวะซึมเศร้ามที่ลดลงตามมาด้วย

**สรุปประเด็นสำคัญเพื่อนำไปใช้งาน :** กิจกรรมในขั้นตอนนี้ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง โดยในขั้นตอนนี้ควรมีตัวอย่างปัญหาเพิ่มเติมที่นอกเหนือจากปัญหาจริงๆของผู้ป่วยในกลุ่มซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาที่คล้ายๆ กันในด้านสุขภาพ และด้านครอบครัว และเพื่อเป็นการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยมีวิธีการแก้ไขปัญหาได้ในหลายๆด้าน พยาบาลสามารถสมมติประเด็นปัญหาตัวอย่าง มาจากแบบสอบถามเหตุการณ์เครียดในชีวิต ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ ด้านการงานและด้านสังคม มาเพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกหาวิธีการแก้ไข ก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ที่ครบถ้วนเพิ่มมากขึ้น

#### **ครั้งที่ 4 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาระหว่างผู้ป่วยภายในกลุ่ม และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านการรับรู้ถึงความสามารถ**

การทำกิจกรรมในครั้งนี้เป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาของตนเอง โดยผู้ป่วยทุกคนภายในกลุ่มจะได้มีโอกาสรับฟังปัญหา ตลอดจนวิธีการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยคนอื่นๆ หากผู้ป่วยคนใด มีปัญหาที่คล้ายคลึงกันก็สามารถที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่อาจเหมือนหรือแตกต่างกันได้ ซึ่งจะทำให้เกิดมุมมองในการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย เมื่อผู้ป่วยมีความสามารถที่จะแก้ไขปัญหาได้สำเร็จก็จะเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง เกิดความนับถือตนเองมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ในกิจกรรมครั้งนี้ยังได้มีการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยเพิ่มเติมในประเด็นการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากคนเราทุกคนจะมีความสามารถอยู่ในตัวทั้งสิ้น เพียงแต่ถ้ารู้จักที่จะสำรวจความสามารถของตอนที่มียุ่่นั้นและนำออกมาใช้ให้เกิดประโยชน์โดยมีความตั้งใจและพยายามที่จะทำกิจกรรมนั้นๆจนบรรลุผลสำเร็จผลที่ตามมาคือเกิดความภาคภูมิใจในความสามารถ ความมีคุณค่าของตนเอง และจะเป็นกำลังสำคัญในการต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคในอนาคตต่อไปได้ ในขั้นนี้ผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านการรับรู้ถึงความสามารถ โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้พูดถึงปัญหาของตน วิธีการที่ใช้แก้ไขปัญหา ผลลัพธ์การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งที่สำเร็จ หรือไม่สำเร็จก็ตาม ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มที่ได้รับฟังปัญหาของเพื่อนๆ ทั้งที่แก้ไขได้และแก้ไขไม่ได้ ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ว่าตนเองผ่านปัญหาต่างๆมาได้อย่างไร มีวิธีการคิดแบบใด และผลที่ได้รับจากการคิดแบบนั้น คืออะไร นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ผู้ป่วยในกลุ่มได้กล่าวชื่นชมกับผู้ที่สามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้สำเร็จเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง เกิดความภาคภูมิใจ อีกทั้งยังเป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมปัญหา ว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ มีความเชื่อมั่นว่าตนเอง สามารถคิด เรียนรู้ ตัดสินใจในการแก้ปัญหา การเผชิญหน้ากับความท้าทายหรืออุปสรรค มีความไว้วางใจตนเองว่ามีความสามารถ และพึ่งพาตนเองได้ สำหรับผู้ที่ยังแก้ไขปัญหานั้น ก็ให้ผู้ป่วยในกลุ่มทุกคนช่วยกันพูดให้กำลังใจใน



การที่จะคิดหาทางแก้ไขปัญหาต่อไปในกรณีที่แก้ไขได้ แต่หากปัญหานั้นแก้ไขไม่ได้ก็ช่วยพูดให้กำลังใจเพื่อยอมรับกับปัญหา ด้วยการเปลี่ยนมุมมองของปัญหานั้นใหม่ ด้วยมุมมองที่เป็นทางบวก และกล่าวชื่นชมที่สามารถปรับมุมมองของปัญหาที่มีอยู่ไปในทางบวกจนทำให้สิ่งเหล่านั้นไม่ได้เป็นปัญหาสำหรับตนเองอีกต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Borass et al. (2009) ที่ได้ทำการบำบัด การเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตัวเอง “ ฉันคือคนเก่ง” The self-esteem module) ซึ่งได้พัฒนาโดย Tania Lecomte et al. (1999) มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการรับรู้คุณค่าแห่งตน (self-esteem) ของบุคคล ที่มีปัญหาความทุกข์จากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต ผลการบำบัดพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม การเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตัวเอง มีความนับถือตนเอง และมีความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มมากขึ้น มีการเผชิญปัญหาที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้นซึ่งรูปแบบการบำบัดนี้ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ของสังคมได้ ช่วยให้มีการปรับตัวในการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดี สิ่งต่างๆ เหล่านี้ จะเป็นการช่วยเพิ่มขีดความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยได้

**สรุปประเด็นสำคัญเพื่อนำไปใช้งาน :** กิจกรรมในขั้นตอนนี้ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้มีการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งในเรื่องของปัญหาและวิธีการแก้ไข พยาบาลควรกระตุ้นและเปิดโอกาส ให้ผู้ป่วยทุกคนได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แม้ว่าผู้ป่วยบางรายจะยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ สำเร็จ เพราะแต่ละคนแม้จะมีปัญหาในด้านเดียวกัน เช่นปัญหาด้านสัมพันธภาพครอบครัว แต่ ผลสำเร็จของการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นก็แตกต่างกัน พยาบาลต้องประเมินและติดตามปัญหาอุปสรรค หรือผลสำเร็จในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป

### **ครั้งที่ 5 ฝึกทักษะการลดความคิดเชิงลบ และพัฒนาความคิดเชิงบวก**

การทำกิจกรรมในครั้งนี้เป็นทำให้ความรู้และฝึกทักษะให้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับ การประเมิน ความคิดเชิงลบ และการพัฒนาความคิดเชิงบวกซึ่งจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิด และความเชื่อ ให้อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงได้ ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ตนเองในด้านบวกมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเองเกิดทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ถ้าที่จะแสดงความสามารถใน ด้านต่างๆมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้ามลดลง (Dowrick, 2001) ฉะนั้นการช่วยให้ ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อให้อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงนั้น จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น และมีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ ซึ่งจะ ช่วยส่งผลให้มีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง (Beck, 1967)

ในขั้นนี้ผู้วิจัยได้ให้ความรู้และฝึกทักษะให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้สามารถจัดการกับความคิด อัตโนมิตด้านลบที่เกิดขึ้น และฝึกให้เกิดความคิดเชิงบวกเข้ามาแทน โดยเริ่มฝึกจากปัญหาใกล้ๆตัว ที่ คนส่วนใหญ่มักคิดเห็นแต่ด้านที่ไม่ดี แต่ในมุมกลับกัน ก็จะเห็นว่าในสิ่งที่ไม่ดีเหล่านั้นก็มีสิ่งดีอยู่ในตัว ด้วยเหมือนกัน นอกจากนี้ยังมีการนำตัวอย่างความคิดเชิงลบที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้ประเมินไว้ตามใบงาน

ที่ 2/4 มาเพื่อฝึกปรับความคิดให้เป็นด้านบวก เพิ่มเติมอีกทางหนึ่งด้วยการคิดในด้านดี มีเหตุผลตามความเป็นจริง จะช่วยทำให้จิตใจผ่อนคลาย สดชื่น ทำให้ร่างกายสบายผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ ถ้าเราเริ่มมองปัญหาด้วยด้วยความคิดเชิงบวกเราจะรู้สึกว่าการเกิดขึ้นเป็นสิ่งที่เลวร้ายจนหมดทางแก้ไขทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Bowman, Scogin & Lyrene (1995) ที่ได้ให้การบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยรูปแบบการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการตรวจสอบตนเอง ในกระบวนการหลักของแนวคิด ขั้นตอนที่ 3 คือ การลดความคิดเชิงลบในสิ่งที่ไม่ดีต่อตนเอง (think less negatively about things that do not matter to them) โดยการรับรู้ความสามารถของตนในการควบคุมแก้ไขปัญหา (perceived control) ว่าตนมีความสามารถเพียงพอในการจัดการกับปัญหา ต่างๆเหล่านั้นได้ การคิดในด้านดี มีเหตุผลตามความเป็นจริง จะช่วยทำให้จิตใจผ่อนคลาย สดชื่น ทำให้ร่างกายสบายผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ ถ้าเราเริ่มมองปัญหาด้วยด้วยความคิดเชิงบวกเราจะรู้สึกว่าการเกิดขึ้นเป็นสิ่งที่เลวร้ายจนหมดทางแก้ไข ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาได้ดีขึ้น และสามารถแก้ไขปัญหาลดลง ซึ่งก็ทำให้ภาวะซึมเศร้ามลดลงตามไปด้วย

ดังนั้นการบำบัดในรูปแบบการแก้ไขปัญหาด้วยการตรวจสอบตนเอง (Self-Examination Therapy) ในกระบวนการฝึกทักษะการลดความคิดเชิงลบ และพัฒนาความคิดเชิงบวกจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญเนื่องจากเมื่อผู้ป่วยสามารถลดความคิดเชิงลบ และปรับความคิดให้เป็นมุมมองด้านบวกได้นั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่เครียด สามารถมองปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยความคิดเชิงบวก ซึ่งมุมมองด้านบวกนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาได้ดีขึ้น กิจกรรมในส่วนนี้จึงช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยไม่กลับเป็นซ้ำได้

**สรุปประเด็นสำคัญเพื่อการนำไปใช้งาน :** กิจกรรมในขั้นตอนนี้ มุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการลดความคิดเชิงลบ และพัฒนาความคิดเชิงบวก โดยในขั้นตอนนี้ควรมีตัวอย่างของ “ความคิดเชิงลบ” หลากๆตัวอย่าง ทั้งความคิดเชิงลบที่เกิดขึ้นต่อตนเองหรือผู้อื่น เพราะจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกทักษะการปรับความคิดเชิงลบให้เป็นเชิงบวกได้มากยิ่งขึ้น

#### **ครั้งที่ 6 ฝึกทักษะการมองปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ด้วยมุมมองทางบวก และยุติการทำกลุ่ม**

การทำกิจกรรมในครั้งนี้เป็นโอกาสให้ผู้เข้ารับการบำบัด ได้ทบทวนกิจกรรมและเนื้อหาที่ได้ทำร่วมกันในขั้นตอนต่างๆของการบำบัด ซึ่งจะช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้รับรู้ความสามารถของตนเอง เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนในการที่จะจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น (Borras et al., 2009) ดังในกิจกรรมกลุ่มที่ผ่านมาได้มีการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาคือตนเองได้เป็นผู้คิดวิเคราะห์ ตลอดจนประเมินค่าสถานการณ์ที่สำคัญกับตนเอง กำหนดเป้าหมายและดำเนินการแก้ไขด้วยตัวเองจนเกิดความสำเร็จ แต่ถ้าวิธีการแก้ไขปัญหานั้นไม่

สำเร็จ ก็เรียนรู้ที่จะทำใจยอมรับกับสิ่งเหล่านั้นแล้วเลือกที่จะมีความสุขกับการใช้ชีวิตต่อไปซึ่งจากการศึกษาของ Bowman, Scogin, & Lyrene (1995) ถึงผลการบำบัดในรูปแบบการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองในรูปแบบนี้พบว่าช่วยรักษา และลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้

โดยในขั้นนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประเมินทักษะในการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยและเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ป่วยในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับการฝึกจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมการบำบัด เพื่อนำไปใช้ขณะอยู่ที่บ้าน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก และแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการแก้ไขปัญหา ซึ่งในความเป็นจริงของทุกปัญหานั้น มีทั้งแก้ไขได้และแก้ไขไม่ได้ซึ่งถ้าเป็นเรื่องที่แก้ไขได้ ก็ต้องลงมือแก้ปัญหอย่างเป็นระบบ และใช้ความอดทนในการแก้ไขปัญหานั้นจนกว่าจะเกิดผลที่ต้องการ แต่หากปัญหาใดแก้ไขไม่ได้ก็ต้องเรียนรู้ที่จะทำใจยอมรับโดยการปรับมุมมองต่อปัญหานั้นใหม่ด้วยมุมมองทางบวก เมื่อใดที่ทำใจยอมรับได้ ปัญหานั้นก็จะไม่ใช่ปัญหาอีกต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bowman, Scogin & Lyrene (1995) ที่ได้ให้การบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยรูปแบบการแก้ไขปัญหาวัยวิธีการตรวจสอบตนเอง ในกระบวนการหลักของแนวคิด ขั้นตอนที่ 4 คือฝึกทักษะการมองปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ด้วยมุมมองทางบวก ยอมรับสถานการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (accept situations they cannot change) และให้บอกตัวเองว่า คุณเลือกที่จะมีความสุขกับการใช้ชีวิตต่อไป (go on with life) โดยเลือกปรับมุมมองที่มีต่อปัญหานั้นๆในทางบวก ทุกอย่างที่เกิดขึ้นจึงเป็นเรื่องที่ดีและมีประโยชน์ทั้งหมด การมีทัศนคติเชิงบวกจะทำให้สามารถเปิดใจยอมรับกับปัญหา หรือสถานการณ์ต่างๆที่บางครั้งไม่สามารถแก้ไขได้ ซึ่งหากสามารถที่จะปรับมุมมองต่อปัญหานั้นๆ ในด้านบวกได้ ปัญหานั้นก็จะไม่ใช่ปัญหาอีกต่อไป ซึ่งก็จะช่วยทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดความเครียด ส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงตามไปด้วย ดังนั้นการบำบัดในรูปแบบการแก้ไขปัญหาวัยวิธีการตรวจสอบตนเอง (Self-Examination Therapy) ในกระบวนการของการฝึกยอมรับสถานการณ์ /ปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ จึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญเนื่องจากเมื่อผู้ป่วยเกิดการยอมรับต่อปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ และสามารถปรับมุมมองต่อปัญหานั้นด้วยมุมมองที่เป็นบวก ซึ่งหากมีการปรับมุมมองได้ สิ่งที่เคยคิดว่าเป็นปัญหาก็จะไม่เป็นปัญหาอีกต่อไป ผู้ป่วยก็สามารถที่จะเลือกใช้ชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข แม้ว่าปัญหาเหล่านั้นจะแก้ไขไม่สำเร็จก็ตาม กิจกรรมในส่วนนี้จึงช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยไม่กลับเป็นซ้ำได้

**สรุปประเด็นสำคัญเพื่อการนำไปใช้งาน :** กิจกรรมในขั้นตอนนี้ มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และยอมรับกับสถานการณ์หรือปัญหาบางอย่างที่ไม่สามารถแก้ไขได้ เพื่อให้สามารถที่จะเลือกมีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข แม้ว่าปัญหานั้นๆ จะแก้ไขไม่ได้ก็ตาม ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม ฯ พบว่าสิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการยอมรับกับปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ คือ การให้ผู้ป่วยได้มองย้อนนึกถึงคนรอบๆ ตัวที่มีปัญหาคล้ายๆกับตนเอง หรือมองคนที่ด้อยกว่า เพื่อช่วยกระตุ้นให้เกิดความคิดและความรู้สึกที่ว่า “ยังมีคนอื่น ๆ ที่แย่ หรือลำบากกว่าเรามากอีกเยอะ” การคิดในแง่นี้จะช่วยทำให้รู้สึกว่าคุณชีวิตตนเองดีขึ้นและเกิดความเชื่อที่ว่า “แค่เปลี่ยนมุมมองและวิถีชีวิตก็เปลี่ยนได้”

จากรายละเอียดของกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมนั้น จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน มีความรู้และทักษะในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้ยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นด้วย อันจะช่วยส่งผลต่อการลดระดับของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยลดปัญหาในเรื่องของการกลับมามีอาการมากขึ้นในขณะที่ยังรับการรักษา (relapse) และการกลับมามีอาการของโรคซึมเศร้าอีกภายหลังจากที่มี complete recovery นั่นคือมีการเกิด episode ใหม่ของโรคซึมเศร้า (recurrence) ลงได้

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานไปใช้พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้การปรึกษาด้านสุขภาพ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า ความคิดเชิงบวก และมีทักษะในกระบวนการแก้ไขปัญหา เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ที่จะนำไปใช้ พยาบาลอาจปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนได้ตามความเหมาะสม และตามความสามารถของผู้ป่วยที่จะสามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ เช่น ในกิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน และกิจกรรมครั้งที่ 2 วิเคราะห์ปัญหา

ตนเอง ( การรับรู้คุณค่าแห่งตน/ ความคิดเชิงลบ/ การหลีกเลี่ยงปัญหา) ประเมินจุดอ่อน จุดแข็งของตนเองที่มีต่อการแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (*ความรู้สึกต่อตัวตน, ความรู้สึกเป็นเจ้าของ*) พยาบาลสามารถดำเนินกิจกรรมทั้ง 2 ครั้งนี้ต่อเนื่องกันไปภายในครั้งเดียวกัน เนื่องจากเนื้อหาบางส่วนมีความคล้ายคลึงกัน และเชื่อมโยงซึ่งกันและกันเพื่อเป็นการประหยัดเวลา และค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยในการมาเข้าร่วมกิจกรรม

1.3 ในการนำโปรแกรม ฯ ไปใช้งานควรนำประเด็นสำคัญ หรือจุดเน้นที่พบในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปไว้ใน บทที่ 5 → อภิปรายผลการวิจัย → ตอนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน → หัวข้อที่ 2 ผลของโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ซึ่งมีรายละเอียดไว้ในส่วนสรุปประเด็นสำคัญเพื่อนำไปใช้งาน ของท้ายกิจกรรมครั้งที่ 1- 6

1.4 หลังการให้โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิต แบบผสมผสาน ซึ่งเน้นที่การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเอง เพื่อช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนนั้น ควรมีการติดตามระยะยาว เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งจะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจมากขึ้น และสามารถจัดการปัญหาต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินชีวิตในชุมชนได้

1.5 ควรมีการผลักดันในเชิงนโยบายผ่านการจัดระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. ให้มีการนำรูปแบบการบำบัดตามโปรแกรม ฯ ไปใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน เป็นการขยายเครือข่ายการดูแลในระดัพื้นที่ อันจะเป็นการช่วยให้ระบบการดูแล/บำบัด/รักษา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นได้

## 2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการศึกษา และอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ในเรื่องของกระบวนการแก้ไขปัญหา และการพัฒนาความคิดเชิงบวก เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลและผู้บำบัดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาด้วยยาต้านเศร้า

2.2 ควรจัดหลักสูตรเนื้อหาวิชา ที่เน้นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่อยู่ในชุมชนอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนและผู้ดูแลเป็นรายครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวตระหนักถึงบทบาท หน้าที่ และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัวระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ถือเป็น การดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการ กับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิต แบบผสมผสาน ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม ก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับออกสู่ชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2554). **จำนวนผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย กระจายตามเขตสาธารณสุขรายจังหวัด**. สืบค้นข้อมูลเมื่อ 1 ตุลาคม 2555 จาก <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). **แนวทางการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด. (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1)**. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2552.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). **แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับพยาบาลจิตเวชในสถานบริการระดับตติยภูมิ**. พิมพ์ครั้งที่1, ศูนย์โรคซึมเศร้าไทย โรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี.
- กุลธิดา สุภาคุณ. (2549). **ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตเวช. 2550; 21(2): หน้า 78-85.
- จำลอง ดิษยวณิช และ พร็ิมเพรา ดิษยวณิช. (2546). **ข้อมูลใหม่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 48(กรกฎาคม – กันยายน 2546): หน้า 185-198.
- ชนิดา กาญจนลาภ. (2543). **โรคอารมณ์ซึมเศร้าคำถามที่มีคำตอบที่คุณต้องการ**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หน้าต่างสุขภาพ.
- ชัยวัฒน์ วงศ์อาษา. (2556). **การเห็นคุณค่าในตนเอง**. ภาควิชาอนามัยครอบครัว. คลัง ความรู้เพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สืบค้นจาก <http://ns2.ph.mahidol.ac.th/phklb/detail/index/909>.
- ดรรารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2555). **ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม**. หน้า 3-4. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). **โรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายได้**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.
- ธรรณินทร์ กองสุขและคณะ. ( 2549). **ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่ง ปี 2549**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2551;53 (1): หน้า 61-68.
- ธรรณินทร์ กองสุขและคณะ. ( 2553). **คู่มือผู้เข้ารับการอบรมแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ**. พิมพ์ครั้งที่1, ศูนย์โรคซึมเศร้าไทย โรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี. โรงพิมพ์ศิริธรรม

ออฟเซ็คต.

- ธัญชนก พรหมภักดี และพิเชษฐ์ อุตมรัตน์. (2551). การดำเนินโรคและผลการรักษาผู้ป่วยโรค  
**ซึมเศร้าในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์:ศึกษาในผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาไม่น้อยกว่า  
 10 ปี.** วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.2551; 53: หน้า 61-68.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์.** พิมพ์ครั้งที่ 5.  
 กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- พรพรรณ ศรีโสภา. (2552). **ปัจจัยทำนายการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออก.**  
 วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล  
 ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรพรรณ ศรีโสภา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2553). **ปัจจัยทำนายการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า  
 ภาคตะวันออก.** วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.2553; 24(2): หน้า 138-  
 154.
- พรพรรณ สุกใจ. (2552). **ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้า  
 และการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญา  
 มหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2552). **บทบาทของด้านความเครียด ความรุนแรงของความเครียด และ  
 เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่มีต่อการเกิดโรคซึมเศร้า : การศึกษาโดยมีกลุ่มควบคุม.**  
 จดหมายเหตุทางแพทย์ 92, 9: หน้า 1240-1249.
- พิสิฏฐ์ ชัยประเสริฐสุด.(2548). **ภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยเปลี่ยนที่มารับบริการที่คลินิกวัยหมด  
 ประจำเดือน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,ภาควิชาจิต  
 เวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิช และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. ( 2539). **การพัฒนาแบบวัด  
 Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย.** วารสารสมาคมจิตแพทย์  
 แห่งประเทศไทย.2539; 41(4): หน้า 235-46.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2542). **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี.** พิมพ์ครั้งที่ 4.  
 กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวนิช. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์.** เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสง  
 ศิลป์.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). **คู่มือการบำบัดทางจิตสังคม.** พิมพ์ครั้งที่ 1.นครปฐม: บริษัทมิสเตอร์  
 ก๊อปปี (ประเทศไทย) จำกัด.



- ราตรี ทองยู, วรรณภา คงสุริยะนาวิน, อทิตยา พรชัยเกตุ โอว Yong และลิวรรณ อุณนาภิรักษ์. (2554). **ผลของกลุ่มบำบัดแบบแก้ไข้ปัญหาต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2**. วารสารสภาการพยาบาล .2554; 26 (3): หน้า 78-92.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2551). **การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รมชัย คงสกันธ์ และคณะ. (2546). **การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 48(4): หน้า 211-218.
- วีณา มิ่งเมือง.(2540). **ผลการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพิจารณาความเป็นจริงต่อกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2541). **ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2541). **บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไข ครั้งที่ 10 ไทย – อังกฤษ (ICD-10)** : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนนทบุรี.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). **รายงานผลการศึกษา ภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547**.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2543). **โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สรยุทธ วาสิกานนท์. (2547). **การทบทวนองค์ความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช.นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก**.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). **ความผิดปกติทางอารมณ์ = Mood Disorder**. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2546). **มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่มที่ 2**.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุนิสา ศรีโมอ่อน, อทิตยา พรชัยเกตุ โอว Yong และอัจฉราพร ลีหิรัญวงศ์. (2554). **การบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์**. วารสารสภาการพยาบาล .2554; 26 (3 ). หน้า 107-116.
- สมจิตร์ นครพานิช. (2531). **เหตุการณ์ในชีวิตและการปรับตัวในระยะตั้งครรภ์ของหญิงที่มีและไม่**

**มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์  
มหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:  
สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย. (2553). **การบำบัดรักษาทางจิตสังคม  
สำหรับโรคซึมเศร้า.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ. บริษัทธนาเพลสจำกัด.

อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). **อาการซึมเศร้าในเด็ก: การศึกษาโดยใช้  
Children's Depression Inventory.** วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย:  
41(4); หน้า 222-228.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวปฏิบัติตามพยาธิสภาพ.**  
กรุงเทพฯ: วี.จี.พรินติ้ง.

#### **ภาษาอังกฤษ**

American Psychiatric Association.(2004). **Practice Guideline for The Treatment of  
Psychiatric Disorders.** Washington DC: American Psychiatric Press.

Aryl D. (2008). Putting Evidence Into Practice: Interventions for Depression. **Clinical  
Journal of Oncology Nursing ;** 12(1): 131-140.

Beck, A.T. (1967). **Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects.** New  
York: Harper Row.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., and Emery,G. (1979). **Cognitive therapy of  
depression.** New York : Guilford.

Bowman D., Scogin F., Lyrene B. (1995). **The Efficacy of Self-Examination Therapy  
and Cognitive Bibliotherapy in the Treatment of Mild to Moderate  
Depression.** Psychotherapy Research, 5(2) 131-140.

Bowman, D., Scogin, F. (1996). **Self-Examination therapy as an adjunct treatment  
for depressive symptoms in substance abusing patients.** Addictive  
Behaviors, Vol. 21, No. 1, pp. 129-133.

Borras L, Boucherie M , Mohr S, Lecomte T, Perroud N and Huguelet Ph. (2009).  
**Increasing self-esteem: Efficacy of a group intervention for  
individuals with severe mental disorders.**European Psychiatry 24

(2009) 307-316.

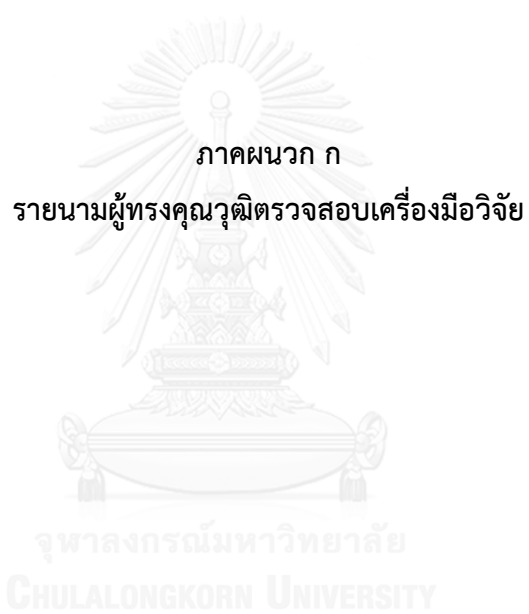
- Burcusa SL, Iacono WG. (2007). **Risk for recurrence of depression.** *Clinical Psychology Review.* 2007;27:959–985. [PubMed: 17448579]
- Bell A C, D’Zurilla T J. (2009). **Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis** *Clinical Psychology Review.* Vol 29; 348-353.
- Cape J. (2010). **Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression.** *BMC Medicine,* 8:38.
- Clayman, V. E.(1994). Self-management of chronic illness: implication for nursing. *Int. J. Nurs. Stud* 32(10): 628-640.
- Corruble,E., Falissard,B., and Gorwood,P. (2006). **Life events exposure before a treated major depressive episode depends on the number of past episodes.** *European Psychiatry* 21(2006): 364-366.
- Cuijpers P, Straten AV, Warmerdam L. (2007). **Problem solving therapies for depression: A meta- analysis.** *European Psychiatry:*Vol. 22,; 9-15
- Davila J, Hammen C, Burge D, Paley B, Daley SE. (1995). **Poor interpersonal problem solving as A mechanism of stress generation in depression among adolescent women.** *Journal of Abnormal Psychology;*104:592–600. [PubMed: 8530761].
- Dowrick C., Graham Dunn, Jose Luis Ayuso Mateos, Odd Steffen Dalgard, Helen Page,Ville Lehtinen, Patricia Casey, Clare Wilkinson, Jose Luis Vazquez Barquero,and Greg Wilkinson.(2000). **Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomized controlled trial.***BMJ;* 321: 1-6.
- Dowrick C. (2001). *Advances in Psychiatric Treatment.* **Advances in psychiatric treatment in primary care;** 7:1-8.
- Holahan CJ, Moos RH, Holahan CK, Brennan PL, Schutte KK. (2005). **Stress generation, avoidance coping and depressive symptoms: A 10-year model.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology;*73:685–666.
- Horesh,N., Klomek,A.B., and Apter,A. ( 2008). **Stressful life events and major Depressive disorders.** *Psychiatry Research* 160 (2008): 192–199.
- Hankin BL, Abramson LY. (2001). **Development of gender differences in**

- depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory.** *Psychological Bulletin* ;127:773–796. [PubMed:11726071].
- Hammen, C. (1991). **The generation of stress in the course of unipolar depression.** *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 555–561.
- Hammen C. (2005). **Stress and depression.** *Annual Review of Clinical Psychology*. 1:293–319.
- Hammen C. (2006). **Stress generation in depression: Reflections on origins, research, and future directions.***Journal of Clinical Psychology* 2006;62:1065–1082. [PubMed:16810666]
- Harkness KL, Monroe SM, Simons AD, Thase M. (1999). **The generation of life events in recurrent and nonrecurrent depression.** *Psychological Medicine* 1999;29:135–144. [PubMed: 10077302]
- Kessler RC. (1997).**The effects of stressful life events on depression.** *Annual Review of Psychology*. 1997;48:191–214.
- Lewin, L. (2003). *The Client with a Depressive Disorder* . In : Deborah, Antai-Otong CD, editor. **Psychiatric Nursing : Biological & Behavioral Concepts**. United States : Thomson Learning.
- Mazure CM. (1998). **Life stressors as risk factors in depression.** *Clinical Psychology: Science and Practice*. 8(5):291–313.
- Marina Marcus, M. Taghi Yasamy, Mark van Ommeren, and Dan Chisholm, Shekhar Saxena. (2012). **Depression A Global Public Health Concer in Depression: A Global Crisis World Mental Health Day.** October 10 2012.world federation for Memtal Health.6-8. Retrieved october 1,2012,from [http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world\\_suicide\\_prevention](http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention).
- Murray & LopeZ, A. D. (1997). **Alternate projections of mortality and disability by cause1990–2020: global burden of disease study.** *Lancet* 1997; 349: p1498–1504.
- Navjot bedi and Clair Chilvers. (2000). **Accessing effectiveness of treatment of depression in primary care.** *British Journal of Psychiatry* ;177: 312-318.
- Oxman ET, Hegal TM, Hull GJ, Dietrich JA. (2008). **Problem-solving treatment and**

**coping styles in primary care for minor depression. J Consult ClinPsychol** 2008; 76(6):933-43.

- Paykel ES. (2003). **Life events and affective disorders.** Acta Psychiatrica Scandinavica. 108:61–66.[PubMed: 12807378]
- Peraton LG, Kumar S, and Machotka Z . (2010). **Exercise parameters in the treatment of clinical depression: a systematic review of randomized controlled trials.**Journal of Evaluation in clinical Vol.16;597-624.
- Richard T. Liu and Lauren B. Alloy. (2010). **Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study.** ClinPsychol Rev. 2010 July ; 30(5): 582–593.
- Stein,D.J., Kupfer,D.J., and Schatzberg,A.F. (2006). **Textbook of Mood Disorder. U.S.A.:** American Psychiatric Publishing.
- Stoudemire A, Frank R HNaa. (1986). **The economic burden of depression.** Gen Hosp Psychiatry 8:387.
- Stuart and Sundeen. (1979). **Stuart and Sundeen's Principles and Practice of Psychiatric Nursing (Hardcover)** . 6th Revised edition. St.Louis Mosby.
- Ulla Leskelä. (2008). **Life events and social support among patients with major depressive disorder.**Publications of the National Public Health Institute.2008(25).





### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์ธีรินทร์ รัตนพิชญชัย	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี
2. นางสาวรางคณา จำปาเงิน	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี
3. นางสาวจากรุวรรณ บุญไมตรีสัมพันธ์	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี
4. นางสาวรัชณี ปานเพชร	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
5. อาจารย์ ดร.สิริอร พัวศิริ	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชวิทยาลัยพยาบาลบรมราช ชนนี นครลำปาง





### การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

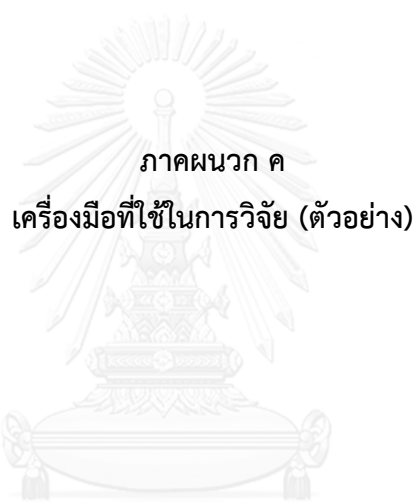
การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตรดังนี้  
(บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553)

$$\text{CVI} = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบ  
ผสมผสาน

$$\text{CVI} = \frac{9}{9} = 1.0$$

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ค  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เลขที่แบบสอบถาม.....

## แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มี 11 ข้อ ขอให้ท่านโปรดพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย  ลงใน  ที่เป็นข้อมูลตรงกับตัวท่าน

1. เพศ 1.  ชาย 2.  หญิง
2. อายุ .....ปี
3. สถานภาพสมรส 1.  โสด 2.  คู่ 3.  หม้าย 4.  หย่าร้าง/แยก
4. ระดับการศึกษา
  1.  ประถมศึกษา 2.  มัธยมศึกษาตอนต้น
  3.  มัธยมศึกษาตอนปลาย / ป.ว.ช. 4.  อนุปริญญา / ป.ว.ส.
  5.  ปริญญาตรี 6.  สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
  1.  งานบ้าน 2.  รับจ้าง
  3.  ค้าขาย 4.  เกษตรกรรม
  5.  รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 6.  อื่นๆ(ระบุ) .....
6. รายได้เฉลี่ยในครอบครัว/เดือน
  1.  0-5000 บาท/เดือน 2.  5001-10000 บาท/เดือน
  3.  10001-15000 บาท/เดือน 4.  มากกว่า 15000 บาท/เดือน
7. ความเพียงพอของรายได้ 1.  เพียงพอ 2.  ไม่เพียงพอ
8. โรคประจำตัว (โรคทางกาย)
  1.  ไม่มี
  2.  โรคเรื้อรัง (เช่น เบาหวาน , ความดัน, หัวใจ, ไต, หลอดเลือดสมอง )
  3.  โรคอื่นๆ ระบุ.....
9. ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า .....เดือน..... ปี
10. ยาด้านเศร้าที่ผู้ป่วยได้รับ.....(ผู้วิจัยลงเอง)

ส่วนนี้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น

## 11. ผลคะแนน

- 11.1  ภาวะซึมเศร้า .....คะแนน
- 11.2  การรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิต .....คะแนน

เลขที่แบบสอบถาม.....

## แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัด THAI HRS-D 17

THAI HRS-D 17 HAMILTON RATING SCALE FOR DEPRESSION (THAI VERSION) 17 items
<p><b>1. อารมณ์ซึมเศร้า (เศร้าใจ, สิ้นหวัง, หมดหนทาง, ไร้ค่า)</b></p> <p>0 <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>1 <input type="checkbox"/> จะบอกภาวะความรู้สึกนี้ ต่อเมื่อถามเท่านั้น</p> <p>2 <input type="checkbox"/> บอกภาวะความรู้สึกนี้ออกมาเอง</p> <p>3 <input type="checkbox"/> สื่อภาวะความรู้สึกนี้โดยภาษากาย ได้แก่ การแสดงสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง และมักร้องไห้</p> <p>4 <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยบอกเพียงความรู้สึกนี้อย่างชัดเจน ทั้งการบอกออกมาเองและภาษากาย</p> <p><b>2. ความรู้สึกผิด</b></p> <p>0 <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>1 <input type="checkbox"/> ตีเดียตนเอง รู้สึกตนเองทำให้ผู้อื่นเสียใจ</p> <p>2 <input type="checkbox"/> รู้สึกผิดหรือครุ่นคิดถึงความผิดพลาดหรือการก่อกรรมในอดีต</p> <p>3 <input type="checkbox"/> ความเจ็บป่วยในปัจจุบันเป็นการลงโทษ มีอาการหลงผิดว่าตนผิด</p> <p>4 <input type="checkbox"/> ได้ยินเสียงกล่าวโทษ หรือประนาม และ/หรือเห็นภาพหลอนที่ข่มขู่คุกคาม</p> <p><b>3. การฆ่าตัวตาย</b></p> <p>0 <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>1 <input type="checkbox"/> รู้สึกชีวิตไร้ค่า</p> <p>2 <input type="checkbox"/> คิดว่าตนเองน่าจะตาย หรือความคิดใด ๆ เกี่ยวกับการตายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง</p> <p>3 <input type="checkbox"/> มีความคิดหรือทำที่จะฆ่าตัวตาย</p> <p>4 <input type="checkbox"/> พยายามที่จะฆ่าตัวตาย (ความพยายามใด ๆ ที่รุนแรง ให้คะแนน 4)</p>

เลขที่แบบสอบถาม.....

## แบบประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบวัด THAI HRS-D 17

THAI HRS-D 17 HAMILTON RATING SCALE FOR DEPRESSION (THAI VERSION) 17 items	
4.....	
5.....	
6.....	
7.....	
8.....	
9.....	
10.....	
11.....	
12.....	
13.....	
14.....	
15.....	
16.....	
17. อาการยังเห็นถึงความผิดปกติของตนเอง	<p>0 <input type="checkbox"/> ตระหนักว่าตนเองกำลังซึมเศร้า และเจ็บป่วย</p> <p>1 <input type="checkbox"/> ตระหนักว่ากำลังเจ็บป่วย แต่โยงสาเหตุกับอาหารที่ไม่มีคุณค่า ดินฟ้าอากาศ การทำงานหนัก ไวร้ส การต้องการพักผ่อน ฯลฯ</p> <p>2 <input type="checkbox"/> ปฏิเสธการเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง</p> <p>3 <input type="checkbox"/> มีการแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ที่รุนแรง</p>

การคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

THAI HRS-D 17

HAMILTON RATING SCALE FOR DEPRESSION (THAI VERSION) 17 items

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.859	17

### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
PreQ1	1.30	.470	20
PreQ2	1.10	.308	20
PreQ3	.30	.470	20
PreQ4	1.00	.000	20
PreQ5	1.00	.000	20
PreQ6	1.00	.000	20
PreQ7	1.10	.447	20
PreQ8	1.00	.459	20
PreQ9	.30	.470	20
PreQ10	1.05	.224	20
PreQ11	.10	.308	20
PreQ12	1.05	.224	20
PreQ13	1.10	.308	20
PreQ14	.00	.000	20
PreQ15	.10	.308	20
PreQ16	.10	.308	20
PreQ17	.05	.224	20

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
PreQ1	10.35	6.345	.973	.818
PreQ2	10.55	8.050	.416	.854
PreQ3	11.35	6.345	.973	.818
PreQ4	10.65	8.871	.000	.863
PreQ5	10.65	8.871	.000	.863
PreQ6	10.65	8.871	.000	.863
PreQ7	10.55	7.418	.514	.851
PreQ8	10.65	7.503	.461	.855
PreQ9	11.35	6.345	.973	.818
PreQ10	10.60	8.358	.358	.856
PreQ11	11.55	8.050	.416	.854
PreQ12	10.60	8.358	.358	.856
PreQ13	10.55	8.050	.416	.854
PreQ14	11.65	8.871	.000	.863
PreQ15	11.55	8.050	.416	.854
PreQ16	11.55	8.050	.416	.854
PreQ17	11.60	8.358	.358	.856



เลขที่แบบสอบถาม.....

## แบบสอบถามเหตุการณ์เครียดในชีวิต

**คำชี้แจง** แบบสอบถามส่วนนี้มีจำนวน 43 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามเหตุการณ์เครียดในชีวิต นับตั้งแต่ที่ท่านเริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจนถึงปัจจุบัน โปรดพิจารณาเหตุการณ์ในข้อความแต่ละข้อความและเลือกคำตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงเพียงคำตอบเดียว

**ใช่** หมายถึง ข้อความเหตุการณ์ในชีวิตนั้นเคยเกิดขึ้นกับท่าน

**ไม่ใช่** หมายถึง ข้อความเหตุการณ์ในชีวิตนั้นไม่เคยเกิดขึ้นกับท่าน

เหตุการณ์ในชีวิต	ใช่	ไม่ใช่
<b>ด้านสุขภาพ</b>		
1. ท่านเจ็บป่วยมากจนถึงกับต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
2. ท่านเจ็บป่วยไม่ถึงกับต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่มีผลกระทบต่อการทำงานหรือ กิจกรรมที่ทำตามปกติ		
3.....		
<b>ด้านครอบครัว</b>		
8. สามีหรือภรรยาของท่านเสียชีวิต		
<b>ด้านเศรษฐกิจ</b>		
20. การใช้จ่ายเพื่อปัจจัยสี่ในครอบครัวของท่านฝืดเคือง ขัดสน		
<b>ด้านการทำงาน</b>		
26. ท่านเริ่มทำงานนอกบ้านเป็นครั้งแรก		
<b>ด้านสังคม</b>		
36. ครอบครัวของท่านประสบอุบัติเหตุภัยอันตรายเสียหาย (เช่น ไฟไหม้บ้าน น้ำท่วมบ้าน)		
37.....		
.....		
42. ท่านหรือสามีหรือภรรยา มีการเสื่อมเสียชื่อเสียงเกียรติยศ (เช่น ก่อการทะเลาะวิวาท)		
43. สถานที่อยู่อาศัยของท่านหรือครอบครัวไม่มีความปลอดภัยในชีวิตหรือทรัพย์สิน (เช่น มีการลักขโมย บ่อยๆ มีเสียงดังรบกวน)		

ค่าคะแนนของแบบสอบถามเหตุการณ์เครียดในชีวิต (พรพรรณ ศรีโสภา, 2552)

เหตุการณ์ในชีวิต	คะแนน
<b>ด้านสุขภาพ</b>	
1. ท่านเจ็บป่วยมากจนถึงกับต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	8.25
2. ท่านเจ็บป่วยไม่ถึงกับต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่มีผลกระทบต่อการทำงานหรือกิจกรรมที่ทำตามปกติ	6.25
3. ท่านดื่มเหล้า กาแฟ หรือสูบบุหรี่เป็นประจำ	5.50
4. การนอนของท่านไม่คงเส้นคงวา เช่น นอนไม่หลับ หรือนอนมากเกินไป	5.17
5. ท่านต้องออกแรงมากกว่าปกติ เช่น การออกกำลังกาย การทำงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน	5.00
6. ท่านไม่มีการผ่อนคลายอารมณ์เลย (เช่น ชมภาพยนตร์ ฟังเพลง ฯลฯ)	4.17
7. ท่านสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่ เป็นโรคติดต่อ (เช่น วัณโรค เอชส์)	6.83
<b>ด้านครอบครัว</b>	10.94
8. สามีหรือภรรยาเสียชีวิต	
9. หย่า แยกทางกับคู่สมรส	10.67
10. สามีหรือภรรยาป่วยหนัก	10.67
11. บุตรเสียชีวิต	9.75
12. บุตรเจ็บป่วยหนัก	10.67
13. ท่านและสามี/ภรรยา หรือแฟน มีเรื่องบาดหมางกัน (เช่น นอกใจ ชอบเที่ยว)	8.30
14. ท่านและสามี/ภรรยา หรือแฟน มีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์	8.33
15. บิดาหรือมารดาของท่านเจ็บป่วยหนัก	9.50
16. บิดาหรือมารดาของท่านเสียชีวิต	10.73
17. มีสมาชิกใหม่ในครอบครัว (เช่น มีญาติมาพักอาศัยด้วย)	4.25
18. มีการโยกย้ายที่อยู่	5.17
19. ท่านและสามี/ภรรยา หรือแฟน ต้องจากกันนานๆ (6 เดือนขึ้นไป)	7.17

(ต่อ) ค่าคะแนนของแบบสอบถามเหตุการณ์เครียดในชีวิต (พรพรรณ ศรีโสภา, 2552)

เหตุการณ์ในชีวิต	ใช่
<b>ด้านเศรษฐกิจ</b>	
20. การใช้จ่ายเพื่อปัจจัยสี่ในครอบครัวของท่านมีคนเคือง ขัดสน	7.67
21. ท่านหรือสามีหรือภรรยาหมิ่นลั่นหันตัว	8.88
22. ท่านหรือครอบครัวต้องผ่อนส่งของที่มีราคาสูง (เช่น บ้าน ที่ดิน)	6.90
23. ครอบครัวของท่าน ถูกยึดหรือไล่ที่	8.63
24. กิจการของท่านหรือครอบครัวขาดทุนหรือล้มเลิกกิจการไป	8.79
25. ท่านต้องหาเลี้ยงครอบครัวแต่ผู้เดียว	8.64
<b>ด้านภาระงาน</b>	
26. ท่านเริ่มทำงานนอกบ้านเป็นครั้งแรก	5.17
27. ท่านถูกให้ออกจากงาน	8.30
28. สามีหรือภรรยาให้ออกจากงาน	8.83
29. ท่านตกงาน	8.63
30. สามีหรือภรรยาตกงาน	8.70
31. ท่านต้องรับผิดชอบภาระงานมากขึ้นจนไม่มีเวลาพักผ่อน	7.00
32. ท่านต้องทำงานที่ต้องเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ	7.50
33. ท่านเปลี่ยนงานใหม่ซึ่งต้องมีการปรับตัว	7.88
34. ท่านทะเลาะกับนายจ้างหรือผู้บังคับบัญชา	6.90
35. สามีหรือภรรยาต้องรับผิดชอบภาระงานมากขึ้นจนไม่มีเวลาให้ครอบครัว	7.75
<b>ด้านสังคม</b>	
36. ครอบครัวของท่านประสบอุบัติเหตุจนทรัพย์สินเสียหาย (เช่น ไฟไหม้บ้าน น้ำท่วมบ้าน)	9.32
37. ท่านต้องโทษ (สถานเบา โดยไม่ถูกคุมขังหรือถูกขังไม่เกิน 3 เดือน)	8.83
38. สามีหรือภรรยาต้องโทษ (สถานเบา โดยไม่ถูกคุมขังหรือถูกขังไม่เกิน 3 เดือน)	9.50
39. ท่านถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ	8.79
40. สามีหรือภรรยาถูกทำร้ายร่างกายจนบาดเจ็บ	8.63
41. เพื่อนสนิทของท่านเสียชีวิต	7.17
42. ท่านหรือสามีหรือภรรยา มีการเสื่อมเสียชื่อเสียงเกียรติยศ (เช่น ก่อการทะเลาะวิวาท)	8.79
43. สถานที่อยู่อาศัยของท่านหรือครอบครัวไม่มีความปลอดภัยในชีวิตหรือทรัพย์สิน (เช่น มีการลักขโมยบ่อยๆ มีเสียงดังรบกวน)	7.50

## ตัวอย่าง โปรแกรมการจัดทําการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน

### ครั้งที่ 1: การสร้างสัมพันธ์ภาพ และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน(ความรู้สึกลบลดภัย) ระยะเวลา 90 นาที

โดยพยาบาลสร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคยด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ระยะเวลากิจกรรม และการรักษาความลับของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความเชื่อมโยงของเหตุการณ์เครียดกับอาการซึมเศร้าเมื่อพบเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนปกติ ทั้งนี้ความรุนแรงหรือผลกระทบจากความเครียดที่มีต่อบุคคลนั้น อาจไม่มีหรือมีเล็กน้อย แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ บุคลิกลักษณะของแต่ละบุคคล รวมไปถึงระยะเวลาทั้งสิ้น 90 นาทีโดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 ช่วงดังนี้

#### ช่วงที่ 1การสร้างสัมพันธ์ภาพรายกลุ่ม

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

- 1.เพื่อพัฒนาสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ให้เกิดความรู้สึกเป็นกันเอง มีความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเอง
- 2.เพื่อส่งเสริมการสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกของกลุ่ม

แผนการดำเนินงานกิจกรรม ครั้งที่ 1 ช่วงที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาสาระ	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมินผล
<p>1.ผู้ช่วยบอกได้ว่า โรคซึมเศร้าคืออะไร สาเหตุ อากา การรักษาที่ได้ผล อย่างไรบ้าง</p> <p>2.ผู้ช่วยให้สามารถร่วมมือในการเข้ากลุ่ม และมีเปิดเผยข้อมูลต่อพยาบาลและสมาชิกกลุ่ม</p>	<p>การสร้างสัมพันธภาพนี้ จะเป็นการร่วมมือในระยะแรกที่พยาบาลจะกระทำให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารวมกลุ่มบำบัด ซึ่งจะช่วยให้เกิดบรรยากาศ ที่คุ้นเคย เป็นกันเอง ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง โดยเริ่มจาก การที่พยาบาลแนะนำตัวเอง ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมกิจกรรม กลุ่ม พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาความสามารถในตัวเอง</p>	<p>1.พยาบาลเริ่มต้นด้วยการกล่าวทักทาย และแนะนำตัวเอง พร้อมแนะนำผู้ช่วยวิจัย</p> <p>2. พูดคุยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เช่น “เมื่อคืนนอนหลับไหมคะ” “วันนี้เดินทางมาอย่างไร” เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ</p> <p>3. พยาบาลดำเนินเกมนี้: มารู้จักกันเถอะ ดังนี้</p> <p>3.1 พยาบาลและผู้ช่วยทุกคนนั่งเป็นรูปวงกลม หลังจกนั้นพยาบาลแนะนำตัว และให้ผู้ป่วยแนะนำตัวเองจนครบทุกคน เพื่อทำความรู้จักและสร้างความคุ้นเคยกัน</p> <p>3.2 พยาบาลให้ผู้ป่วยทุกคนพร้อมกัน 3 ครั้ง พยายามที่จะพร้อมใจกันที่ 3 พยาบาลจะเป็นคนแรกที่พูดชื่อตนเอง สิ้นสุดการบอกชื่อพยาบาลจะพร้อมใจ 3 ครั้ง และเรียกชื่อผู้ป่วยที่อยู่ตรงข้าม ให้</p>	<p>1.รายชื่อของผู้ป่วยแต่ละคน</p> <p>2.ใบความรู้ที่ 1/1 “โรคซึมเศร้าและการรักษา”</p> <p>3.ผู้ช่วยให้ความร่วมมือในการเข้ากลุ่มโดยประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การสนทนา และความร่วมมือใน การทำกิจกรรมต่างๆ และการยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเอง ต่อพยาบาลและผู้ช่วยคนอื่นในกลุ่มได้</p>	

แผนการดำเนินงานกิจกรรม ครั้งที่ 1 ช่วงที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาสาระ	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมินผล
<p>เพิ่มมากขึ้นถือเป็นกระบวนการที่มุ่งให้เกิดความสำเร็จในช่วงสุดท้ายของการปฏิบัติกรรพยาบาลโดย Stuart and Sundeen(1979) กล่าวว่า การสร้างสัมพันธภาพเพื่อช่วยในการบำบัดรักษานั้น จะกระทำไปโดยมีจุดหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกไวใจ และยอมเปิดเผยเรื่องราวต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาของตัวเอง เกิดความเข้าใจตนเอง และสามารถปรับตัวได้ และ</p>	<p>ผู้ป่วยที่ถูกเรียกถึงกล่าวบอกชื่อตนเองและประปรมีอีก 3 ครั้ง หลังจากนั้นเรียงชื่อผู้ป่วยที่อยู่ตรงข้ามกับตนเองต่อไป ทักเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ จนครบทุกคนแล้วจึงยุติ</p> <p>4.พยาบาลให้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความสำเร็จ</p> <p>5.พยาบาลให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ตามใบความรู้ที่ 1/1 “โรคซึมเศร้าและการรับรู้เหตุการณ์เครียดของบุคคล” ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของ โรคซึมเศร้า อาการและอาการแสดงสาเหตุของการเกิดโรค การรับรู้เหตุการณ์เครียด และการบำบัดรักษา ซึ่งโรคซึมเศร้านี้สามารถรักษาให้หายได้ หากได้รับการดูแลที่เหมาะสมทั้งการรับประทายาและการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด หากผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาทั้งสองอย่างนี้ก็จะทำให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติได้ดีขึ้นกว่าการรับประทายาอย่างเดียว</p>			

**แผนการดำเนินงานกิจกรรม ครั้งที่ 1 ช่วงที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกลุ่ม ระยะเวลา 60 นาที**

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหาสาระ	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมินผล
<p>ในระยะต่อไปผู้ปฎิบัติจะเกิดความไว้วางใจ มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ๆ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบต่าง ๆ ได้ดีขึ้น</p>	<p>6. ทบทวนขั้นตอนและข้อตกลงในการดำเนินการในโปรแกรมการบำบัด เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนของการทำกิจกรรม และการประเมินผล จากนโมบตารางนัดหมายในการทำกิจกรรมกับผู้ปฎิบัติ</p> <p>7. ดำเนินกิจกรรมเกมส์ “หลับตาไว้วางใจ” โดยมีขั้นตอนดังนี้</p> <p>7.1 แบ่งผู้ปฎิบัติออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 3-4 คน แล้วให้ผู้ปฎิบัติ 2 คน หันหน้าเข้าหากัน อีกคนหนึ่งยืนตรงกลาง โดยผู้ที่ยืนชนบอยู่จะมีระยะห่างน้อยกว่า ความสูงของคนที่ยืนตรงกลาง</p> <p>7.2 คนยืนตรงกลางให้หลังตา และเอวหันกลับไปทางใดทางหนึ่งของผู้ที่ยืนชนบอยู่ ถ้าล้มตัวไปทางไหนให้คนนั้นพยายามรับไม่ให้ล้มล้มล้มล้มล้มโดยไม่มีการแกว่งแกว่งกัน</p>			

แผนการดำเนินงานกิจกรรม ครั้งที่ 1 ช่วงที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาสาระ	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมินผล
		<p>7.3 เมื่อรับได้แล้วให้แต่ละคนที่ลืมนำไปทางคนที่ยื่นขออยู่ตรงข้าม เช่นเดียวกัน ให้ผู้ที่ยื่นขออีกฝั่งพยายามรับผู้ที่ลืมนำ อยาให้สัมผัสกัน และผลัดกันไป ทำเช่นนี้ 3-4 เที่ยว</p> <p>7.4 เปลี่ยนให้ทุกคนยืนตรงกลาง และสลับมาเป็นผู้รับ จนครบทุกคนจึงยุติ</p> <p>7.5 สัมภาษณ์ความรู้สึกและข้อคิดที่ได้จากการทำงานกิจกรรมของผู้ป่วย</p> <p>7.6 สรุปข้อคิดจากกิจกรรม โดยชี้ให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยแต่ละคน จะสามารถปล่อยตัวลืมนำได้เต็มที่ เพราะเราไว้วางใจผู้อื่น เช่นเดียวกับที่เมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหาจะสามารถแก้ไขได้อย่างลุล่วง ก็ต้องเปิดใจ อยากรับปัญหาไว้คนเดียว ต้องเชื่อมั่นและไว้วางใจในการบอกปัญหาของตนเองให้สมาชิกในกลุ่มได้รับทราบ และร่วมมือกันในการที่จะช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม”</p> <p>8.ให้ผู้ป่วยทบทวนประสบการณ์และเข้าสู่กิจกรรมในช่วงที่ 2</p>		



แผนการดำเนินงานกิจกรรม ครั้งที่ 1 ช่วงที่2 การส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านความรู้สึกปลอดภัย (a sense of security) ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหาสาระ	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมินผล
<p>ผู้ช่วยสามารถวิเคราะห์ความรู้สึกของตนเองในด้านความปลอดภัยได้</p>	<p>การส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านความรู้สึกปลอดภัย นี้มีจุดประสงค์เพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกปลอดภัยในสภาพแวดล้อมรอบๆ ตัวไม่ว่าจะเป็นบรรยากาศของกลุ่ม พยาบาลผู้ให้การบำบัด และระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง เกิดความรู้สึกไว้ใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัด ซึ่งรูปแบบการบำบัดนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ช่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ของสังคมได้</p>	<p>1. พยาบาลชี้แจงให้ผู้ช่วยทุกคนได้ทราบถึงกฎ และกติกาการเข้ากลุ่มบำบัดว่า ข้อมูลทุกอย่างที่เป็นเอกสารหรือข้อมูลจากการพูดคุยกันภายในกลุ่มนี้ จะถูกเก็บไว้เป็นความลับไม่มีการนำไปเปิดเผยภายนอกกลุ่ม</p> <p>2. ให้ผู้ช่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกปลอดภัยที่ตนเองได้มาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มการบำบัดในครั้งนี้ รวมถึงสิ่งที่ผู้ช่วยต้องการและไม่ต้องการ เพื่อให้ผู้ช่วยเกิดความปลอดภัยขณะที่ร่วมกิจกรรมกลุ่มการบำบัด รายละเอียดตามใบงานที่ 1/1 (ความรู้สึกปลอดภัยของฉันทาน)</p>	<p>1. ใบงานที่ 1/1 เรื่อง "ความรู้สึกปลอดภัยของฉันทาน"</p>	<p>ผู้ช่วยสามารถบอกความรู้สึกในด้านความปลอดภัยของตนเองได้</p>

แผนการดำเนินงานกิจกรรม ครั้งที่ 1 ช่วงที่2 ภาระส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านความรู้สึกปลอดภัย (a sense of security) ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหาสาระ	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์	เกณฑ์การ ประเมินผล
	<p>ช่วยให้มีการปรับตัวในการเผชิญปัญหา และแก้ปัญหาต่างๆได้ดี ซึ่งจะเป็นการช่วยเพิ่มขีดความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยได้ (Borass et al.,2009 )</p>	<p>3.พยาบาลเปิดโอกาสและช่วยส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้มี การพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นเรื่อง “ความรู้สึกปลอดภัยของฉัน”</p> <p>4.พยาบาลสรุปประเด็นความคิดเห็นของผู้ป่วย เกี่ยวกับความรู้สึกปลอดภัย ที่สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยแลกเปลี่ยน และเปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติม</p>		

ใบความรู้ ที่1/1 เรื่อง “โรคซึมเศร้าและการรับรู้เหตุการณ์เครียดของบุคคล”

โรคซึมเศร้า เป็นโรคที่พบได้บ่อย ทุกเพศ ทุกอาชีพ โดยพบว่าในกลุ่มประชากร 10-20 คน จะมีคนที่มีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 1 คน ซึ่งโรคนี้ส่งผลกระทบต่อการทำงานของตัวผู้ป่วยและครอบครัว และที่สำคัญพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวนไม่น้อยที่ฆ่าตัวตายได้สำเร็จ หากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิต สังคม ก็พบว่า ร้อยละ80-90 สามารถหายจากโรคซึมเศร้าได้

**ภาวะซึมเศร้า** หมายถึง อารมณ์ทุกข์ รู้สึกเศร้า จิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรง ผอมลงหรือน้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ คิดอยากตาย เป็นต้น ทำให้พฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัวเงียบ ซึม และสมรรถภาพในการเรียนหรือการทำงานลดลง

**โรคซึมเศร้า** หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลทางจิตใจ ต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียดแสดงออกในรูปของความเป็ยเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้าเสียใจ หดหู่รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม ทั้งในปัจจุบันและอนาคต อันก่อให้เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ

อาการและอาการแสดง .....

สาเหตุ .....

การรับรู้เหตุการณ์เครียดของบุคคลส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า.....

การรักษา.....

ใบงานที่ 1/1 เรื่อง “ความรู้สึกปลอดภัยของฉัน ณ เวลานี้ ”

**วัตถุประสงค์:** เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ความรู้สึกในด้านความปลอดภัยของตนเองได้  
**คำชี้แจง:** ให้ท่านเขียนถึงความรู้สึกของตนเองที่มีต่อ การเข้ากลุ่มในครั้งนี้/ ต่อเจ้าหน้าที่/ ต่อสมาชิก  
 คนอื่นๆในกลุ่ม ว่า ณ เวลานี้ ท่านมีความรู้สึกที่ตนเองปลอดภัยหรือไม่ อย่างไร

**เช่น** ท่านรู้สึกไม่ปลอดภัยกังวลว่าข้อมูลของท่านอาจถูกนำไปเปิดเผย **หรือ**  
 ท่านรู้สึกที่ตนเองปลอดภัย เพราะสมาชิกกลุ่มมีความเป็นกันเอง เป็นต้น

1.ขณะนี้ท่านรู้สึก

.....  
 .....

.....2.สิ่งที่  
 ท่านต้องการ

.....  
 .....

3.สิ่งที่ท่านไม่ต้องการ

.....  
 .....

4.สิ่งที่อยากให้มีการเปลี่ยนแปลง

.....  
 .....



ครั้งที่ 2 วิเคราะห์ปัญหาตนเอง ( การรับรู้คุณค่าแห่งตน/ ความคิดเชิงลบ/ การหลีกเลี่ยงปัญหา)  
ประเมินจุดอ่อน จุดแข็ง ของตนเองที่มีต่อการแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน  
(ความรู้สึกต่อตัวตน, ความรู้สึกเป็นเจ้าของ).....

ครั้งที่ 3 ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึก  
ถึงเป้าหมายของตน)

ระยะเวลา.....  
วัตถุประสงค์ทั่วไป.....  
แผนการดำเนินกิจกรรม.....

ครั้งที่ 4 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม และส่งเสริมการ  
รับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านการรับรู้ถึงความสามารถ

ระยะเวลา.....  
วัตถุประสงค์ทั่วไป.....  
แผนการดำเนินกิจกรรม.....

ครั้งที่ 5 ฝึกทักษะการลดความคิดเชิงลบ และพัฒนาความคิดเชิงบวก

ระยะเวลา.....  
วัตถุประสงค์ทั่วไป.....  
แผนการดำเนินกิจกรรม.....

ครั้งที่ 6 ฝึกทักษะการมองปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ด้วยมุมมองทางบวกและยุติการทำกลุ่ม

ระยะเวลา.....  
วัตถุประสงค์ทั่วไป.....  
แผนการดำเนินกิจกรรม.....

ภาคผนวก ง  
ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
และแบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

### ( Patient/Participant Information Sheet )

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน

**ชื่อผู้วิจัย** นางโสภา ตั้งทิฆกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

**สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน):** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ 72 ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000

**(ที่บ้าน):** บ้านเลขที่ 170/1 หมู่ 7 ตำบลดอนปรู อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี 72000

**หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน** 035-454069-50 ต่อ 113,114 **โทรศัพท์ที่บ้าน** 035-552319

**หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่** 081-2929555 **E-mail:** forjuner\_123@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุผลใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นโครงการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน

#### 3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน

2) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### 4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีอายุระหว่าง 20-59 ปีทั้งเพศชายและหญิงเป็นผู้ที่มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 10 คะแนนขึ้นไปโดยประเมินได้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้า THAI HRS-D 17 (Bowman, Scogin & Lyrene, 1995) ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคร่วมทางจิตเวชระหว่างโรคซึมเศร้ากับโรคอื่นๆ และมีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

**กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม)** ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนจะได้รับเมื่อมารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจตามที่แพทย์นัดการสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวการให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วยและการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชน

**กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง)** จะได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานกระบวนการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน แบบรายกลุ่ม พัฒนาขึ้นโดยผสมผสานจากการบำบัด 2 แนวคิดคือการแก้ไขปัญหาในรูปแบบ Self-Examination Therapy ตามการศึกษาของ Bowman, Scogin & Lyrene (1995) และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน ในรูปแบบ Self-esteem module ตามการศึกษาของ Borass et al. (2009) ซึ่งประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน จำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาทีดำเนินการ อาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ได้แก่ **ครั้งที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกปลอดภัย: a sense of security) **ครั้งที่ 2** วิเคราะห์ปัญหาตนเอง ประเมินจุดอ่อน จุดแข็ง ของตนที่มีต่อการแก้ปัญหา และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกต่อตนเอง: a sense of identity และ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ: a sense of belonging) **ครั้งที่ 3** ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหายังเป็นระบบ และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (การรับรู้ถึงเป้าหมาย: a sense of purpose) **ครั้งที่ 4** แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกภายในกลุ่ม และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (การรับรู้ถึงความสามารถ: a sense of competency) **ครั้งที่ 5** ฝึกทักษะการลดความคิดเชิงลบ และพัฒนาความคิดเชิงบวก **ครั้งที่ 6** ฝึกทักษะการมองปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ด้วยมุมมองทางบวก และยุติการทำกลุ่ม

6. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ

7. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

8. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม

9. ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการ  
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคาร  
สถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147  
โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th



**แบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย**  
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่อ  
ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน

เลขที่ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากจากผู้วิจัยชื่อ นางโสภา ตั้งทิฆกุล ที่อยู่  
บ้านเลขที่ 170/1 หมู่ที่ 7 ตำบลดอนปรู อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี หมายเลขโทรศัพท์  
สำหรับติดต่อ 081-2929555 และเข้าใจข้อมูลที่อยู่ในเอกสารขอมูลยินยอมให้ทำการศึกษาวิจัย  
ดังกล่าวข้างต้นเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย สิ่งที่จะอาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ขั้นตอน  
การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด

ข้าพเจ้ายืนยันว่า ข้าพเจ้ามีโอกาสถามคำถามและปรึกษารายละเอียดของการวิจัยก่อนการ  
เข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้ายืนยันว่า การยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของข้าพเจ้าเป็นไปโดยความสมัครใจ โดย  
ปราศจากการบังคับหรือชักจูง และเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีอิสระที่จะถอนตัวเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบต่อ  
การปฏิบัติงานของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ผู้ที่ชี้แจงให้หลักประกันได้ว่า ข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับการวิจัยจะไม่มีมีการ  
เปิดเผยให้เกิดผลเสียหาย การนำเสนอข้อมูลจะเสนอในลักษณะภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่เป็นทีม  
วิจัยเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงการบันทึกข้อมูล หรือศึกษาข้อมูลของข้าพเจ้าได้เต็มที่ ข้อมูลที่ได้จะใช้  
ประโยชน์เฉพาะการวิจัยเท่านั้น ชื่อ ที่อยู่ของข้าพเจ้าจะไม่ปรากฏในเอกสารสาธารณะใดๆ

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือที่มีข้อความเดียวกับที่ผู้วิจัยเก็บไว้ เป็นส่วนตัว  
ข้าพเจ้า 1 ชุด

ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลแก่คณะผู้วิจัยเพื่อประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้ สุดทายนี้นี้ ข้าพเจ้า  
ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วในข้างต้น โดยการลงนามข้างล่างนี้

.....	.....	.....
ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (ตัวบรรจง)	ลายมือชื่อ	วันที่/เดือน/ปี
.....	.....	.....
ผู้วิจัย (ตัวบรรจง)	ลายมือชื่อ	วันที่/เดือน/ปี
.....	.....	.....
พยาน (ตัวบรรจง)	ลายมือชื่อ	วันที่/เดือน/ปี





แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
โรงพยาบาลสามชุก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

๑. ชื่อวิจัย

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ (ภาษาอังกฤษ) THE EFFECT OF INTEGRATED PERCEIVED STRESSFUL LIFE EVENTS MANAGEMENT PROGRAM ON DEPRESSION OF DEPRESSIVE DISORDER PATIENTS IN COMMUNITY

๒. ชื่อผู้วิจัย นางโสภา ตั้งทีฆกุล ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๓. หน่วยงานที่สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี (กำลังศึกษาในระดับปริญญาโท ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

๔. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

- ๑) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์ และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- ๒) ในการเก็บข้อมูล ไม่มีผลกระทบต่อหน่วยงานและกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบดังนี้

มติ (  ) อนุญาตให้เก็บข้อมูลได้

(  ) ไม่อนุญาต เนื่องจาก.....

๕. วันที่ได้รับการอนุมัติ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๕๗



ลงนาม.....

(แพทย์หญิงพัชราภรณ์ วิริยเวชกุล )

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางโสภา ตั้งทีฆกุล เกิดเมื่อวันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2516 ที่อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดราชบุรี ในปีการศึกษา 2539 และได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (นอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2554 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

