

ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



นางพัชราวไล วรรณตร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

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 RESILIENCE ENHANCEMENT PROGRAM ON SELF- ESTEEM OF PATIENTS
WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Mrs. Phatcharawalai Khuannet



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	ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อ
	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
โดย	นางพัชราวไล ควรเนตร
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.รัชนีกร อุปเสน

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ดร.รัชนีกร อุปเสน)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

5577308036 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: ENHANCEMENT PROGRAM / DEPRESSIVE / SELF-ESTEEM

PHATCHARAWALAI KHUANNET: THE EFFECT OF RESILIENCE ENHANCEMENT PROGRAM ON SELF-ESTEEM OF PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER. ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., CO-ADVISOR: RACHANEKORN UPASEN, Ph.D., 116 pp.

The purpose of this quasi-experimental research were to compare the self-esteem in depressive patients before and after received the resilience enhancement program, and to compare the self-esteem who received the resilience enhancement program and those who received routine nursing care. A sample of 40 patients with major depressive disorder, who met the inclusion criteria were purposively recruited from out-patient department Phranakornsriayutthaya hospital .They were matched-pair by gender and age. And then randomly assigned into either the experimental and the control group, 20 subjects in each group. Research instruments consisted of : 1)The resilience enhancement program, 2)Self-esteem scale. All instruments were test for content validity by 5 professional experts. The Chronbach's alpha coefficient reliability of the self-esteem scale were .87 .The t-test, percentage, mean and standard deviation were used in data analysis.

Major findings were as follows:

1. The self-esteem of patients with major depressive disorder after received the resilience enhancement program were significantly higher than that before ,at the .05 level.

2. The self-esteem of patient with major depressive disorder in depressive patients who received the resilience enhancement program were significantly higher than patients with major depressive disorder who received routine nursing care at the .05 level.

Field of Study: Mental Health and
Psychiatric Nursing

Academic Year: 2014

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความสามารถ ของอาจารย์ ดร.เพ็ญญา แดงด้อมยุทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ซึ่งได้ให้ความรู้ และชี้แนะแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ในทุกด้าน ช่วยสร้างแรงบันดาลใจ และกระตุ้นให้นิสิตมีความมุ่งมั่น ให้ความเมตตา สละเวลา เอาใจใส่ต่อผู้วิจัยด้วยดีมาตลอด ผู้วิจัยมีความรู้สึกซาบซึ้ง ในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อูทิศ ประธานกรรมการสอบ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต คณะกรรมการสอบ ที่ให้ความกรุณาชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ และชี้แนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไขให้ได้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับงานวิจัย ฉบับนี้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และให้ข้อเสนอแนะแนวทางในการศึกษา และให้นิสิตได้พัฒนาตนเอง มีความรู้ทางวิชาการเพิ่มมากขึ้น และให้กำลังใจตลอดการศึกษาด้วยดีตลอดมา อีกทั้ง บุคลากรและเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ที่ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในทุกด้าน ขอขอบพระคุณอย่างสูง

ขอขอบพระคุณบุคลากร แผนกจิตเวชโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา คือแพทย์หญิงนิอร คำเนตร และคุณ ณิชกานต์ ไพศาล ที่เอื้อเฟื้อและดูแลเป็นอย่างดี ในระหว่างการทำ การทดลอง รวมทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและญาติที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลและบุคลากร เพื่อนร่วมงานโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช(วาสนะมหาเถระ)นครหลวง ที่เข้าใจ และให้โอกาสให้มีเวลาศึกษางานวิจัยขึ้นนี้ ด้วยดีมาตลอด

ท้ายสุดนี้ขอขอบพระคุณบิดามารดา สามิ และบุตร ที่ สนับสนุนและเอื้อประโยชน์มาตลอดจนสำเร็จลุล่วง ผู้วิจัยขอมอบคุณประโยชน์งานวิจัยนี้แด่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้เพิ่มมีความรู้สึก มีคุณค่าต่อตนเอง มีพลังใจในการดำเนินชีวิต สุขภาพกาย ใจแข็งแรง สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	10
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า.....	14
2. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem).....	33
3. แนวคิดการสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Enhancement).....	38
4. โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ..	41
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	47
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	49

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	49
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	50
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	52
การวิเคราะห์ข้อมูล	62
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	64
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	71
สรุปผลการวิจัย	75
อภิปรายผลการวิจัย	75
ข้อเสนอแนะ	79
รายการอ้างอิง.....	80
ภาคผนวก	86
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ	87
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	89
ภาคผนวก ค ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	100
ภาคผนวก ง การตรวจสอบความเที่ยงเครื่องมือ.....	103
ภาคผนวก จ ตัวอย่างการวิเคราะห์สถิติ	106
ภาคผนวก ฉ ใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมวิจัย	109
ภาคผนวก ช ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	114
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	116

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ	44
ตารางที่ 2 แสดงคะแนนความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม	61
ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	65
ตารางที่ 4 เพศ และอายุ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	67
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ	68
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็ง ทางใจและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ	69
ตารางที่ 8 แสดง ค่าความเที่ยง แอลฟา ของ ครอนนาค ของเครื่องมือกำกับการทดลอง แบบ ประเมินความเข้มแข็งทางใจ	104
ตารางที่ 9 แสดง ค่าความเที่ยง แอลฟา ของ ครอนนาค ของเครื่องมือ แบบประเมินความรู้สึกมี คุณค่าในตนเอง.....	105
ตารางที่ 10 แสดงการวิเคราะห์สถิติ Pair t -test.....	107
ตารางที่ 11 แสดงการวิเคราะห์สถิติ Independent t -test	108

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกได้ทำนายประชาชนไทยว่าในปีพ.ศ.2563 โรคที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตที่เป็นสาเหตุสำคัญนำไปสู่การฆ่าตัวตายคือโรคซึมเศร้า (สมชาย จักรพันธ์, 2551) ซึ่งจัดเป็นโรคเรื้อรังและพบได้บ่อยในทุกเพศทุกวัย มีประมาณ 350 ล้านคนทั่วโลก โดยมีความชุกอยู่ที่ ร้อยละ 2-10(ธรณินทร์ กองสุข, 2558) ในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบมากในกลุ่มคนวัยทำงาน ผู้สูงอายุ และวัยรุ่น ตามลำดับ อัตราการป่วยโรคซึมเศร้าต่อแสนประชากรในปี 2550, 2551 และ 2552 คือ 196.5, 229.9 และ 260.8 ตามลำดับ (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2552) โดยในปี 2557 ได้มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงถึง 15 ล้านคน และพบมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 6 ล้านคน มีอาการซึมเศร้า 1.5 ล้านคน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า 5 แสนคน และมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย 6 แสนคน (ธรณินทร์ กองสุข, 2558) ซึ่งโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณร้อยละ 30 จะมีอาการของโรคซึมเศร้ามาก่อน นอกจากการป่วยด้วยโรคจิตเวช อื่นๆเช่นโรคเรื้อรัง ตัดสุรา และปัญหาารุมเร้า (วชิระ เฟ็งจันทร์, 2556) ซึ่งประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่าตัว พบในกรุงเทพมหานครมากที่สุดมีอัตราป่วยร้อยละ 5 ขณะที่ต่างจังหวัดมีประมาณร้อยละ 2.3 -2.7 ทำให้คนไทยต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากภาวะซึมเศร้า นำสู่การฆ่าตัวตาย (ณรงค์ สหเมธาพัฒน์, 2556) ถ้าพิจารณาจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (years lost due to disability, YLD) พบว่าโรคซึมเศร้าจะพบเป็นอันดับที่ 1 เป็นเพศหญิง และอันดับ 2 เป็นเพศชาย (วชิระ เฟ็งจันทร์, 2556) โดยผู้ป่วยต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานานกว่าโรคอื่นๆ ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องและเป็นระยะเวลานานเรื้อรัง จะนำไปสู่การฆ่าตัวตายและก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพอย่างมาก (วชิระ เฟ็งจันทร์, 2556)

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) จัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) ชนิดหนึ่ง ที่มีความผิดปกติของอารมณ์เป็นอาการเด่น โดยมีอารมณ์เศร้าเป็นหลัก (depression) จะมีแต่อารมณ์ที่เป็นทุกข์ มีความรู้สึกเศร้าหมอง จิตใจ หดหู่ เชื่องซึม จนส่งผลกระทบต่อบุคคล ทางด้านสังคม และอาชีพ มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัวเงียบขรึม (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) หรือมีอาการเศร้า ซึมเฉย มีพฤติกรรมอยากเก็บตัวอยู่คนเดียว หงุดหงิด มีอารมณ์รุนแรงได้ง่ายเมื่อถูกรบกวน บางรายมีอาการกระสับกระส่ายอยู่หนึ่งไม่ได้ต้องลุกเดินไปมา สมาธิเสื่อมเหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดเชิงซ้ำ ลังเลใจ ตัดสินใจไม่แน่นอน ไม่มั่นใจในตนเอง มองโลกในแง่

ร้าย ต่ำหนิตตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความทุกข์มาก ไม่มีใครช่วยได้ และอยากตาย (Beck, 1967; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) นอกจากนั้น ยังมีอาการอื่นร่วมเช่น ด้านร่างกาย ได้แก่ ความอยากรับประทานอาหารแปรปรวน (appetite disturbance) การนอนแปรปรวน (sleep disturbance) นอนหลับน้อยลง หรือนอนไม่หลับ (insomnia) ด้านพฤติกรรม (behavioral symptoms) ผู้ป่วยจะมีอาการเชื่องช้า เดินช้า คิดช้า ไม่พูด ไม่โต้ตอบ ไม่อยากทำอะไร ผุดลุกผุดนั่ง หงุดหงิดง่าย ไม่สนใจความสะอาดของตนเอง และด้านความคิด (cognitive symptoms) คิดช้าๆ คิดอะไรไม่ออก ไม่มีสมาธิ รู้สึกผิด คิดว่าตนเองไร้ค่า (worthlessness) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะสามารถทำนายอาการซึมเศร้าในอนาคตได้ (Raedt, Schacht, Franck, and Houwer, 2007) และระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Frank & Raedt, 2007)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้ามี 2 ปัจจัยหลักดังนี้ 1. ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) 2. ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors) ซึ่งปัจจัยทางชีวภาพ ที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยทางกรรมพันธุ์พบว่า หากบิดามารดาป่วยด้วยโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสป่วยด้วยโรคซึมเศร้าถึง ร้อยละ 10-25 และยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากเท่าใด โอกาสป่วยด้วยโรคซึมเศร่ายิ่งมากขึ้นเท่านั้น (Sandock, Sadock, 2007 อ้างถึงในอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและการทำงานของสมอง พบว่า การทำงานของสารสื่อประสาทของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าคือ dopamine, norepinephrine และ serotonin จะลดลง (Nutt, 2008) ถ้าสารสื่อประสาทเหล่านี้มีปริมาณสูงทำให้เกิดโรคแมเนีย (mania) หากมีปริมาณลดลงทำให้เกิดซึมเศร่า (depression) รวมทั้งการได้รับยาหรือสารบางชนิด หรือการขาดสารอาหารต่างๆ เช่น วิตามิน บี12 วิตามินซี ธาตุเหล็ก เป็นต้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ส่วนปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors) ประกอบด้วยปัจจัยภายในจิตใจ ปัจจัยทางความคิด ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยด้านสัมพันธภาพและสังคม (Interpersonal and Social factors) โดยปัจจัยภายในจิตใจนั้นเกิดจาก อารมณ์เศร่าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกไม่ดี มีความขัดแย้งในตนเอง รวมถึงขาดการเลี้ยงดูที่ดีในวัยเด็ก (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ซึ่งรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดานั้นมีความ สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือการเลี้ยงดูแบบไม่ค่อยได้รับการใส่ใจ จะทำให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร่าได้ เพราะความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Bahrein, Akaberian, Ghodsbin, Yazdankhah and Mohammadi, 2012) อีกทั้งการแสดงออกของบิดามารดาที่มีต่อเด็ก ความสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดา เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (ฐปนีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล, 2544) ตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ภาวะซึมเศร่าเกิดจากในช่วงขวบปีแรกของชีวิต (Oral stage) ที่ได้รับความสูญเสีย แล้วเก็บกดไว้ แต่ไม่ได้รับการแก้ไข จึงเป็นแรงผลักดันให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า และใช้กลไกทางจิตในการกล่าวโทษตนเอง

(อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ด้านปัจจัยทางความคิด (cognitive factors) คือ การมีความคิด บิดเบือน มองตนเองทางลบ Beck (1967) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีจิตใจพื้นฐานบางอย่าง ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ประสบการณ์ต่างๆเหล่านั้น ทำให้เกิดกระบวนการคิดในทางลบ สับสน ไม่มีเหตุผล ซึ่งภาวะซึมเศร้าเกิดจาก 2 กระบวนการคือ กระบวนการแรกเมื่อ บุคคลได้รับ ประสบการณ์ หรือภาวะวิกฤตในชีวิต และสอง มีความคิดอัตโนมัติทางลบเกี่ยวกับตนเอง เกิดจากความผิดพลาดด้านกระบวนการคิด โดยเรียนรู้มาจากประสบการณ์ที่พบครั้งแรกในชีวิต และไม่สามารถควบคุม หรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้ จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะ แก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์นั้น และทำให้บุคคลนั้นประมวลเรื่องราวผิดพลาด บิดเบือนจาก ความเป็นจริง และสะสมมาเรื่อยๆ เมื่อพบภาวะวิกฤตอีก การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตก็จะ กลับมากระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดด้านลบ (negative thinking) 3 ด้านคือ 1) ด้านมองตนเองในแง่ลบ คิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถไม่น่าภาคภูมิใจ 2) ด้านมองสิ่งแวดล้อมในแง่ลบหรือมองโลกในแง่ลบ ซึ่งจะแปลความสัมพันธ์การมีปฏิสัมพันธ์ของ ตนเองกับสิ่งแวดล้อม ในรูปแบบที่เป็นความสูญเสีย ถูกใส่ร้าย มองชีวิตตนเองเต็มไปด้วยอุปสรรค หรือเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองต้องเจ็บปวด เห็นแต่สิ่งที่ไม่ดีรอบตัว ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเองลดลง 3) ด้านการมองอนาคตในแง่ลบ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะทำนายว่า ความยากลำบาก ทุกข์ ยาก ในปัจจุบันจะดำเนินไปไม่มีที่สิ้นสุด มองไปข้างหน้าจะพบแต่ความยากลำบาก มีอุปสรรค คิดว่า อนาคตจะล้มเหลว (Beck, 1967) ปัจจัยทางพฤติกรรม (Behavioral factors) พบว่าผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า จะประสบกับความล้มเหลวและ ความผิดหวังซ้ำๆจะก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังและ หมดอาลัยตายอยาก (Akiskal, 1995 อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ส่วนปัจจัยสัมพันธ์สภาพและสังคมนั้น โรคซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ดี ไม่ได้รับการ ยอมรับจากเพื่อนจึงรู้สึกว่าตนไม่เป็นที่สนใจ มองตนเองไม่มีประโยชน์ รู้สึกสิ้นหวังและมีความรู้สึก คุณค่าในตนเองต่ำ (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีความรู้สึกว่าตนต่ำต้อย ไม่แน่ใจในความสามารถของตน ในเรื่องต่างๆ เช่นการตัดสินใจ การแก้ปัญหา หรือรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสำคัญ (อรพรรณ ลือบุญ ธวัชชัย, 2554) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เป็นลักษณะสำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และพบใน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 81 (Beck, 1967)

จะเห็นได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นลักษณะเด่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง การที่บุคคลประเมินตนเองแล้วแสดงออกในแง่ของการยอมรับตนเอง หรือไม่ยอมรับตนเองเป็นการ แสดงให้เห็นถึงขอบเขตความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเอง ในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จและความมีคุณค่าของตนเอง ซึ่งสามารถรับรู้ได้จากคำพูดและท่าทีที่บุคคลนั้นแสดง ออกมา (Coopersmith, 1981) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเอง

เกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง (Rosenberg, 1965) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถพัฒนาขึ้นได้ ด้วยการการสร้างความรู้สึกที่ดีต่อตนเองทำให้เกิดความภาคภูมิใจ เกิดความรู้สึกและความสามารถในการจัดการตัวเองและปัญหาในชีวิตได้ มีความเชื่อมั่นและทักษะในการจัดการอารมณ์ สามารถสร้างความสุขให้กับชีวิตของตนเอง มีสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน มีความสามารถในการสื่อสาร สร้างความสัมพันธ์ที่ดีและมีจุดมุ่งหมายในชีวิต สามารถปรับเปลี่ยนตัวเอง ปรับกระบวนการความคิดของตน มีทักษะในการเผชิญปัญหา และความเข้มแข็งทางใจ (พัชรี คำธิตา อัมพวรรณ ธากาศ และชนากานต์ แสงสิงห์ชัย, 2550)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่จะมีลักษณะที่สำคัญคือ มีความรู้สึกว่าตนต่ำต้อย ไร้ค่า ไม่มีความสำคัญ ไม่แน่ใจในความสามารถของตนด้านต่างๆ เช่น การตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) มีความคิดบิดเบือน มองตนเองทางลบ ไม่มั่นใจตนเอง และขาดความรับผิดชอบ โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีพื้นฐานจิตใจบางประการ ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ประสบการณ์ต่างๆ เหล่านั้น ทำให้เกิดกระบวนการคิดในทางลบ สับสน ไม่มีเหตุผล ซึ่งเกิดจากความผิดพลาดด้านกระบวนการคิด จะเรียนรู้มาจากประสบการณ์ที่พบครั้งแรกของชีวิต และไม่สามารถควบคุม หรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้ จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะแก้ไขปัญหา หรือเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์นั้น และทำให้บุคคลนั้นประหม่วเรื่องราวผิดพลาด บิดเบือนจากความเป็นจริง และสะสมมาเรื่อยๆ เมื่อพบภาวะวิกฤติอีก การประหม่วเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตก็จะกลับมากระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ (Beck, 1967) ตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ว่าในช่วงขวบปีแรกของชีวิต (oral stage) ของบุคคล ที่ได้รับความสูญเสีย จะเก็บกดไว้ และไม่ได้รับการแก้ไขปัญหา กลายเป็นแรงผลักดันให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า และใช้กลไกทางจิตในการกล่าวโทษตนเอง (อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) นอกจากนั้น จะมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ดี ไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนจึงรู้สึกที่ตนไม่เป็นที่ยอมรับ มองตนเองไม่มีประโยชน์ รู้สึกสิ้นหวัง เหล่านี้จึงนำไปสู่การมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) อีกทั้งการแสดงออกของบิดามารดาที่มีต่อเด็ก ความสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดา เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้วย (ฐปนีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล, 2544) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเอง เกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง (Rosenberg, 1965) สามารถพัฒนาขึ้นได้ ด้วยการสร้างความรู้สึกที่ดีต่อตนเองทำให้เกิดความภาคภูมิใจ เกิดความรู้สึกและความสามารถในการจัดการตัวเองและปัญหาในชีวิตได้ มีความเชื่อมั่นและทักษะในการจัดการอารมณ์ สามารถสร้างความสุขให้กับชีวิตของตนเอง มีสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน มีความสามารถในการสื่อสาร สร้างความสัมพันธ์ที่ดีและมีจุดมุ่งหมายในชีวิต สามารถปรับเปลี่ยนตัวเอง ปรับกระบวนการความคิดของตน มีทักษะในการเผชิญปัญหา และ การสร้างความเข้มแข็งทางใจ เหล่านี้จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ ในทุกสถานการณ์ (พัชรี คำธิตา อัมพวรรณ ธากาศ และ

ชนากานต์ แสงสิงห์ชัย, 2550) หากการได้รับคุณค่าจากการกระทำที่สำเร็จตามเป้าหมายที่ผ่านมาแม้จะเป็นความสำเร็จในเรื่องเล็กน้อยก็ตาม จะสามารถเผชิญกับปัญหา อุปสรรคต่างๆได้ สามารถในการปรับตัวได้ดีในสถานการณ์ที่ผ่านมาช่วยให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น (เอื้อญาติ ชูชื่น สุกิตา วิรุณ และ วิมล นุชสวาท, 2557) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยังมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญ (เทียนทอง หาระบุตร, 2555) โดยการสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ช่วยปรับความรู้สึกภายในที่เคยพบเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ และลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงสามารถนำโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจมาจัดกระทำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ (Seok, et al., 2012) ซึ่งการนำโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจมาจัดกระทำแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะช่วยเพิ่มความเข้มแข็งทางใจและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น (Steward & Yuen, 2011)

ความเข้มแข็งทางใจ (resilience enhancement) มีการเรียกชื่อแตกต่างกันไปเช่น ความหยุ่นตัว ความยืดหยุ่น ความเข้มแข็งทางใจ ความสามารถในการฟื้นพลัง ความหยุ่นตัวทางอารมณ์และจิตใจ หรือพลังสุขภาพจิต ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมา หมายถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาและผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ จนทำให้บุคคลมีความเข้มแข็ง (Grothberg, 1995) ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยความเข้มแข็งทางใจคือ การพยายามโน้มน้าวให้มองอุปสรรคในแง่ที่สร้างสรรค์ เป็นโอกาสที่จะพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลง ความทุกข์เป็นเรื่องที่ ทุกคนต้องมี โดยใช้การพูดคุยแบบเปิดโอกาสให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้คิดตาม และไม่รู้สึกลูกกัดเยียด สนับสนุนให้เขาเกิดความมั่นใจที่จะระบายความทุกข์ให้ฟังแล้ว จึงให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ต่อไป (กรมสุขภาพจิต, 2552) ตามแนวคิด Grothberg (1999) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบการสร้างความเข้มแข็งทางใจ 3 ประการ ได้แก่ 1) I am เป็นการพัฒนาความเข้มแข็งภายในใจ คือความมั่นใจ ความรับผิดชอบ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2) I have การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคล รับรู้ว่ามีคนคอยช่วยเหลือ 3) I can ช่วยให้สามารถแก้ปัญหาได้ โดยใช้หลักในการแก้ปัญหา (Grothberg, 1999)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลรูปแบบต่างๆแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ พรพรรณ สุดใจ(2555) ศึกษาโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนพบว่าโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการด้านการทำหน้าที่ ทางสังคมดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติซึ่งในเนื้อหาของโปรแกรมได้มีการพัฒนาความคิดเชิงบวก หยุดความคิดเชิงลบและการเสริมคุณค่าในตนเอง พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถจัดการความคิดด้านลบ เกี่ยวกับตนเอง เกิดทัศนคติที่ดีต่อตนเอง รับรู้ตนเองในทางบวกมากขึ้น โดยการฝึกการคิดเชิงบวก สามารถเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ (พรพรรณ สุดใจ, 2555) ซึ่งกรณีการ ผ่องโต (2555) ศึกษาการโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ตามแนวคิดของ Grothberg

(1995) นั้นพบว่าสามารถช่วยปรับวิธีคิด และวิธีการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ให้มีความเชื่อมั่นในตนเองและเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง (กรรณิการ์ ผ่องโต, 2555) นอกจากนี้ความเข้มแข็งทางใจยังช่วยเพิ่มพัฒนาทักษะด้านต่างๆนอกจากการคิดเชิงบวก ยังช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ (ฉัตรระพี ชิมทิม, 2555) การศึกษารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายพบว่ากระบวนการสร้างความเข้มแข็งทางใจ คือการสร้างความรู้สึกดีต่อตนเอง ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ มีความสามารถในการจัดการปัญหาด้วยตนเอง มีความเชื่อมั่น และทักษะในการจัดการอารมณ์ สามารถสร้างความสุขให้กับชีวิต (พัชรี คำธิตา, อัมพรพรณ ถากาศ และธนาภานต์ แสงสิงห์ชัย, 2550) โดยโปรแกรมดังกล่าวมานี้ เน้นการแก้ไขภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ยังไม่พบการศึกษารูปแบบการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้มองเห็นคุณค่าในตนเองหรือเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

โปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศรารู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งหากผู้ป่วยโรคซึมเศรามีจิตใจที่เข้มแข็งจะส่งผลให้มีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับตนเอง มีความรู้สึว่าตนเองมีคุณค่า มีความรู้สึกภาคภูมิใจ มีความมั่นคงทางจิตใจและหากผู้ป่วยโรคซึมเศรารู้ในความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาอุปสรรคต่างๆได้ อีกทั้งการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น โดยจะทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศรามีความสามารถในการกลับสู่สภาพปกติและดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิมหลังจากที่ประสบกับภาวะวิกฤตหรือปัญหาต่างๆ จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีกรรณาโปรแกรมในรูปแบบการสร้างความเข้มแข็งทางใจมาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร่ามาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ มีความรู้สึกมีคุณค่า ส่งผลให้มีความพร้อมที่อยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

ความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจัดเป็นลักษณะเด่น (Beck, 1967) ซึ่งมิใช่สาเหตุจากปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ภายในจิตใจของผู้ป่วยเอง เกิดจากอารมณ์เศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกไม่ดี มีความขัดแย้งในตนเอง รวมถึงขาดการเลี้ยงดูที่ดีในวัยเด็ก (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2553) ทางความคิด มีความคิดบิดเบือน มองตนเองทางลบ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีพื้นฐานจิตใจ ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ประสบการณ์ต่างๆ เหล่านั้น ทำให้เกิดกระบวนการคิดในทางลบ สับสน ไม่มีเหตุผล ซึ่งเกิดจากความผิดพลาดด้านกระบวนการคิด จะเรียนรู้มาจากประสบการณ์ที่พบครั้งแรกของชีวิต และไม่สามารถควบคุม หรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้ จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะแก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์นั้น และทำให้บุคคลนั้นประมวลเรื่องราวผิดพลาด บิดเบือนจากความเป็นจริง และสะสมมาเรื่อยๆ เมื่อพบภาวะวิกฤติอีก การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตก็จะกลับมากระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ (Beck, 1967) ตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เกิดจากในช่วงขวบปีแรกของชีวิต (oral stage) ที่ได้รับความสูญเสีย จึงเก็บกดไว้ แต่ไม่ได้รับการแก้ไข จึงเป็นแรงผลักดันให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า และใช้กลไกทางจิตในการกล่าวโทษตนเอง (อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ด้านสัมพันธภาพและสังคม (interpersonal and social factors) ซึ่งรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดานั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือการเลี้ยงดูแบบไม่ค่อยได้รับการใส่ใจ จะทำให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ เพราะความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Bahrein, Akaberian, Ghodsbin, Yazdankhah & Mohammadi, 2012) ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีความรู้สึกที่ตนต่ำต้อย ไร้ค่า ไม่แน่ใจในความสามารถของตนในเรื่องต่างๆ เช่นการตัดสินใจ การแก้ปัญหา หรือรู้สึกที่ตนเองไม่มีความสำคัญ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเอง เกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง (Rosenberg, 1965) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถพัฒนาขึ้นได้ ด้วยการสร้างความรู้สึกที่ดีต่อตนเองทำให้เกิดความภาคภูมิใจ เกิดความรู้สึกและความสามารถในการจัดการตัวเองและปัญหาในชีวิตได้ มีความเชื่อมั่นและทักษะในการจัดการอารมณ์ สามารถสร้างความสุขให้กับชีวิตของตนเอง มีสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน มีความสามารถในการสื่อสาร สร้างความสัมพันธ์ที่ดีและมีจุดมุ่งหมายในชีวิต สามารถปรับเปลี่ยนตัวเอง ปรับกระบวนการความคิดของตน มีทักษะในการเผชิญปัญหา และการสร้างความเข้มแข็งทางใจเหล่านี้ จะช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ ในทุกสถานการณ์ (พัชรี คำธิตา อัมพวรรณ ธากาศ และชนากานต์ แสงสิงห์ชัย, 2550) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยังมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญ (เทียนทอง ทาระบุตร, 2555) การสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ช่วย

ปรับความรู้สึกภายในที่เคยพบเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ และลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งสามารถนำไปประกอบการสร้างความเข้มแข็งทางใจมาจัดกระทำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ (Seok, et al., 2012) การนำโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจมาจัดกระทำแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น จะช่วยเพิ่มความเข้มแข็งทางใจและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น (Steward & Yuen, 2011) ตามแนวคิดการสร้างความเข้มแข็งทางใจของ Grothberg (1995) ที่กล่าวว่าความเข้มแข็งทางใจหรือการฟื้นคืนทางอารมณ์ จะได้มาจากการเสริมสร้างให้เกิดความรู้สึกว่าตนมี 3 แหล่งประโยชน์ ที่สำคัญ คือ 1) สิ่งที่ตนเป็น (I am) เป็นลักษณะบุคคลที่ชอบจะทำสิ่งดีๆให้ผู้อื่น นับถือตนเอง และผู้อื่น รวมทั้งการเป็นผู้ที่ภูมิใจในตนเอง 2) สิ่งที่ตนมี (I have) บุคคลรับรู้ได้ว่าตนมีครอบครัวข้างที่ไว้ใจได้ ช่วยเหลือยามเจ็บป่วย บุคคลที่ฝึกฝนให้บุคคลทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง 3) สิ่งที่ตนทำได้ (I can) เป็นการช่วยให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถหาวิธีในการแก้ปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสม

จากแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grothberg (1995) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ได้พัฒนาโปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรมทำเป็นรายกลุ่ม ใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 60 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาความคิดด้านบวกและมองเห็นคุณค่าตนเองด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพ การรู้สึกดีกับตนเองและมองโลกแง่ดี เป็นการจัดตามองค์ประกอบในส่วนของ ฉันเป็น (I am) การรู้จักกับตนเอง ตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเองให้ผู้ป่วยมองเห็นด้านดีของตนเอง สร้างความภาคภูมิใจให้กับตนเอง นับถือตนเองด้านบวก (Polk, 1997; เทียนทอง ทหาระบุตร, 2555) จะช่วยพัฒนาความคิดด้านบวกและมองเห็นคุณค่าของตนเอง ให้ผู้ป่วยเข้าใจความแตกต่างระหว่างมองโลกแง่ดีและแง่ร้าย โดยสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างกัน เน้นการมองโลกแง่ดีกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกมองคน ที่มองโลกแง่ดี ประโยชน์ของการมองโลกในแง่ดี ให้ความรู้ ความเข้าใจ และเสริมประโยชน์การมองโลกแง่ดี ต่างๆคือ เจ็บป่วยน้อยกว่า ทำงานได้ดี มีอายุยืนยาว และมีความสุข การให้ผู้ป่วยได้ ฝึกคิดการมองในแง่ดี เน้นสร้างความรู้สึกดีให้กับตัวเองได้โดย มีความรักความผูกพัน ไม่เอาตนเองไปเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่ดีกว่า หรือมีโอกาสมากกว่า ให้ฟังตนเอง ดูแลตนเองให้มีความสุข มีการสรุปประเด็นต่างๆและกระตุ้นให้ผู้ป่วยนำไปใช้ ในชีวิตจริงซึ่ง จัดกิจกรรมนี้เพื่อลดความคิดด้านลบของผู้ป่วย ตามที่ Beck (1967) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีปัญหาทางความคิด ซึ่งคิดบิดเบือน คิดด้านลบ (negative thinking) กิจกรรมนี้จะช่วยลดปัญหาความคิดด้านลบ และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

กิจกรรมที่ 2 คุยกันอย่างเข้าใจให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะการสื่อสารรู้จักสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน เรียนรู้ทักษะการสื่อสาร การฟัง และถาม การเข้าใจอารมณ์และความเครียด และการอยู่กับครอบครัวที่เข้าอกเข้าใจกัน ได้รับรู้ถึงการมีบุคคลรอบข้างที่ไว้ใจได้ และช่วยเหลือได้ เป็นการจัด

ตามองค์ประกอบในส่วน ฉันมี (I have) ซึ่ง รังสิมันต์ สุนทรไชยา (2554) กล่าวว่าบุคคลที่ขาดความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ดี เช่นไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อน หรือรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองไม่เป็นที่สนใจจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการมองตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ ขาดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกสิ้นหวัง นำไปสู่การทำร้ายตนเองมากที่สุด (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) การพูดให้เข้าใจต้อง สะสมความรู้สึกดี ๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันซึ่งการสื่อสารเป็นพื้นฐานของความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในทุกระดับ สรุปหลักการฟังที่ดี และการสังเกต คนพูดถึงความหมายที่แฝงเร้น สรุปประเด็นประโยชน์ของคำถามในการสนทนาเพื่อสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน มีกิจกรรมให้ผู้ช่วยคิดตัวอย่างการใช้คำถาม ว่ามีวิธีใช้คำถามเปิดและคำถามปิดอย่างไร

กิจกรรมที่ 3 ทุกปัญหามีทางแก้จัดผู้ป่วยให้เข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้หลักการแก้ปัญหาของตนเองได้ ทั้งในเรื่องการตั้งเป้าหมายในชีวิตได้ ตามองค์ประกอบแนวคิด Grothberg (1995) ฉันสามารถ (I can) เป็นความสามารถในการแก้ปัญหา ควบคุมตนเองได้ เมื่อรู้สึกว่าทำในสิ่งไม่ถูกต้องหรืออันตราย ซึ่ง Tayler et al., (2003) กล่าวว่าคนที่มีความภูมิใจในตนเองต่ำ จะมีความคิดเกี่ยวกับตนเองไม่ชัด มองตัวเองในแง่ร้าย มักตั้งเป้าหมายชีวิตแบบไม่สัมผัสความจริง หรือไม่มีเป้าหมายในชีวิตเลย มักมองอนาคตในแง่ร้ายมีปฏิกิริยาไม่สร้างสรรค์ต่อคำวิจารณ์มักกังวลผลกระทบที่ตนมีต่อผู้อื่น และเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า (Tayler et al., 2003 อ้างถึงใน นพมาศ อึ้งพระ, 2555) โดยเปิดประเด็นความสำคัญในการตั้งเป้าหมาย การแก้ปัญหา ให้เข้าใจปัญหาดีขึ้นจากการตั้งคำถามและทำความเข้าใจด้วยใจที่สงบ การตั้งเป้าหมายจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมองไปข้างหน้าว่าเราต้องการแก้ปัญหาให้เป็นไปในรูปแบบไหน มีการกำหนดระยะเวลาที่แน่นอน มองเห็นภาพในอนาคตที่ต้องการได้ชัดเจน ซึ่งเราจะทำได้ดีขึ้นเมื่อใจที่สงบผ่อนคลาย ฝึกให้ผู้ป่วยทำใจให้สงบร่วมกัน ด้วยการหลับตา และใจจดจ่อกับการฟังความรู้สึกตามจุดต่างๆในร่างกาย ทบทวนปัญหา เพื่อค้นหาปัญหาที่แท้จริงของตนเอง และประยุกต์ใช้การคิดแบบมีทางเลือก ด้วยการตั้งคำถามกับตนเองว่า ปัญหาที่ประสบอยู่ และเป้าหมายที่ตั้งไว้นั้น มีทางเลือกอะไรบ้าง ให้สมาชิกช่วยกันมองหาทางเลือกของแต่ละปัญหาให้ได้อย่างหลากหลาย ให้ผู้ป่วยฝึกหาข้อดี ข้อเสีย ทางเลือกการแก้ปัญหา ที่ดีและเหมาะสมที่สุด สรุปประเด็นการเรียนรู้

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ
2. คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) F32-F33 ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชนมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ทั้งเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 20 -59 ปี

ตัวแปรต้น คือโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ

ตัวแปรตาม คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประเมินต่อเหตุการณ์เกิดการรับรู้เชิงบวกต่อตนเอง ว่าตนมีความสามารถ มีคุณค่า บุคคลอื่นมีความต้องการตน เป็นที่ชื่นชมต่อบุคคล ได้รับการยกย่องยอมรับจากบุคคลอื่น มีอารมณ์มั่นคง มีความพยายามที่จะผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ สามารถประเมินได้จากแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิด Rosenberg (1965) จำนวน 10 ข้อ พัฒนาโดย ฐปนีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล (2545) ปรับปรุงโดยเทียนทอง หาระบุตร (2555)

โปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลจัดการกระทำให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า จากโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาตาม

แนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grothberg (1995) เพื่อสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยพัฒนา มาเป็นโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ตามองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบที่สำคัญ จัดกิจกรรม ทำเป็นรายกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 60 นาที นาน 3 สัปดาห์ ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ รู้สึกดีกับตนเอง และมองโลกแง่ดี (I am)

หมายถึงกิจกรรมที่ผู้วิจัยดำเนินการแก่ผู้ป่วยประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ กระตุ้นให้ ผู้ป่วยมองตนเองในแง่ดี ให้ผู้ป่วยทบทวนข้อดีของตนเอง เข้าใจความแตกต่างระหว่างการมองโลกในแง่ดีและแง่ร้ายพัฒนาความคิดด้านบวกและเห็นคุณค่าในความสามารถของตนเอง มีการนำ สถานการณ์ในปัจจุบันทั้งด้านบวกและลบมาให้ผู้ป่วยช่วยกันฝึกการคิดและนำเสนอตามความคิดเห็น ของตนเอง สรุปประเด็น

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ทักษะการสื่อสารรู้จักสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน (I have)

หมายถึงกิจกรรม ที่ผู้วิจัยดำเนินการแก่ผู้ป่วยประกอบด้วย การให้ได้ทบทวนการสื่อสาร กับบุคคลอื่น การใช้ทักษะในการตั้งคำถามเพื่อสร้างความเข้าใจอันดี ฝึกทักษะการฟังและฝึก ปฏิบัติการใช้คำถามปลายเปิด ฝึกการรู้จักการสื่อความหมายแบบแฝงเร้น เพื่อสร้างความเข้าใจอันดี ในครอบครัวและคนใกล้ชิด

กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาและสร้างเป้าหมายในชีวิต (I can)

หมายถึงกิจกรรมที่ผู้วิจัยดำเนินการแก่ผู้ป่วย การฝึกประสบการณ์จากสถานการณ์ต่างๆที่ ผู้ป่วยประสบในชีวิตประจำวัน การฝึกให้ใจสงบ การฝึกการผ่อนคลาย การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดย ใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถในการแก้ปัญหาด้วย ตนเอง

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึงบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยการจำแนกโรค ตามเกณฑ์การ วินิจฉัยโรคตามหลัก ICD 10 ว่าเป็นโรคซึมเศร้า หมวด F32-F33 ที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี และมีระดับ คะแนนซึมเศร้า ตามแบบ Beck Depressive Inventory (BDI) ระดับคะแนน 13-18 จัดเป็นภาวะ ซึมเศร้ายกระดับปานกลางซึ่งเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช โรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา

การพยาบาลปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็น กลุ่มควบคุม ได้รับจากกิจกรรมการพยาบาลของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาได้แก่การให้คำแนะนำ เป็นรายบุคคล ด้านการประเมินด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของ ผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องอาการเตือน การได้รับความรู้เรื่องการใช้ยา และการมาตรวจตามนัด

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิจัย วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

- 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
- 1.2 สาเหตุและอาการของโรคซึมเศร้า
- 1.3 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า
- 1.4 ประเภทของโรคซึมเศร้า
- 1.5 การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคซึมเศร้าหลัก
- 1.6 การรักษาโรคซึมเศร้าเรื้อรัง
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem)

- 2.1 ความหมายและความสำคัญของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- 2.2 ปัจจัยที่ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- 2.3 การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- 2.4 การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3. แนวคิดความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient)

- 3.1 ความหมายของความเข้มแข็งทางใจ
- 3.2 องค์ประกอบความเข้มแข็งทางใจ
- 3.3 การประเมินความเข้มแข็งทางใจ
- 3.4 ปัจจัยของที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งทางใจ

4. โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า ได้มีผู้ให้ความหมาย ไว้หลายคนดังนี้

โรคซึมเศร้า เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ซึ่งอาการสำคัญ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า และความรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมไปกับความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ทำทางการเคลื่อนไหว เชื่องช้า เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับจนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย ในที่สุด (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2553)

กรมสุขภาพจิต (2555) โรคซึมเศร้าคือ ภาวะที่คนมีความรู้สึก หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง คิดว่าตนเองไร้ค่า และมองโลกในแง่ร้าย

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2555) โรคซึมเศร้า คือการที่คนมีอารมณ์เศร้า และเป็นอยู่นาน มีอาการรุนแรงขึ้นจนเกิดอาการทางกายต่างๆ เช่นนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หดแรงแรง มีความคิดว่าตนไม่ดี ไม่มีคุณค่า ไม่อยากมีชีวิต หรือคิดจะทำร้ายตัวเอง

ดวงใจ กษานติกุล (2542) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็น อารมณ์ที่เศร้า เบื่อหน่าย ท้อเหี่ยวใจ หมดอารมณ์สนุกสนาน เพลิดเพลิน หมดอาลัยตายอยาก อยู่ในช่วง 2 สัปดาห์ขึ้นไป จนมีผลกระทบต่อ การงาน และการดำเนินชีวิต

Beck (1967) ได้อธิบายความหมายภาวะซึมเศร้าว่าเป็นการแสดงถึงความเป็ยงเบน ทางด้านอารมณ์ ร่วมกับมีความเป็ยงเบนทางด้านความคิด การรับรู้ ร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวันของเราหลายระดับ โดยเริ่มตั้งแต่ระดับปกติซึ่งมีอาการรู้สึกเศร้าเสียใจ ท้อแท้เล็กน้อย แต่ยังคงอยู่ในสภาพปกติไปได้จนถึงระดับรุนแรงโดยมีอาการ เบื่ออาหารนอนไม่หลับ หมดหวังในชีวิต ไร้ความสามารถ มีความคิดในทางลบจนถึงมีความคิดฆ่าตัวตายได้ และกล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จากปัจจัย 2 ประการ คือ เกิดจากการที่บุคคลได้เผชิญภาวะวิกฤตในชีวิต และ เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อโลกและต่ออนาคต

Seligman (1974) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง ลักษณะการแสดงออกของคนที่หมดหวัง จากการพบปัญหาอุปสรรค จึงมีความรู้สึกเศร้า เสียใจ จะมีความรู้สึกว่ามีแต่ความสูญเสีย ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต และรู้สึกที่ตนไม่มีคุณค่าในตนเอง (Seligman, 1974 ; สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2555)

จากความหมายของโรคซึมเศร้า สรุปได้ว่าโรคซึมเศร้า เป็นกลุ่มอาการความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะมีอาการ หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง มีความคิดด้านลบ มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จนเกิดอาการทางกายเช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร มีปัญหาการดำเนินชีวิตจนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตายในที่สุด

1.2 สาเหตุและอาการเกิดโรคซึมเศร้า

สาเหตุที่ทำให้บุคคลเกิดโรคซึมเศร้าเกิดจากหลายสาเหตุ ซึ่งมีปัจจัยหลัก 2 ปัจจัยได้แก่ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) และปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors) ซึ่งปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors) ประกอบด้วยปัจจัยภายในจิตใจ ปัจจัยทางความคิด ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยด้านสัมพันธภาพและสังคม (Interpersonal and Social factors)

ปัจจัยทางชีวภาพ

ปัจจุบันนี้ ได้พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้ามีการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายเปลี่ยนแปลง ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า ได้แก่

1. สารเคมีในสมอง มีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและการทำงานของสมอง พบว่า การทำงานของสารสื่อประสาทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคือ dopamine norepinephrine และ serotonin จะลดลง (Nutt, 2008) ถ้าสารสื่อประสาทเหล่านี้มีปริมาณสูงทำให้เกิดโรคmania หากมีปริมาณลดลงทำให้เกิดซึมเศร้า (depression) รวมทั้งการได้รับยาหรือสารบางชนิด หรือการขาดสารอาหารต่างๆ เช่น วิตามิน บี12 วิตามินซี ธาตุเหล็ก เป็นต้น ยาแก้อาการซึมเศร้าที่ใช้กันนั้นก็ออกฤทธิ์โดยการไปปรับสมดุลของระบบสารเคมีเหล่านี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

2. ฮอร์โมน พบว่าผู้ป่วยมีฮอร์โมนคอร์ติซอลสูงกว่าปกติ ฮอร์โมนนี้หลั่งมาจากต่อมหมวกไต (อยู่บริเวณไต) ปกติจะหลั่งออกมาตามเวลาที่มีความเครียด ฮอร์โมนคอร์ติซอล ที่มากกว่าปกตินี้จะส่งผลให้เซลล์สมอง ส่วนฮิปโปแคมปัสฝ่อลงหรือตายได้ คาดกันว่ายาแก้อาการซึมเศร้าที่จะผลิตในอนาคต เน้นผลการรักษาโดยไปออกฤทธิ์ลดการหลั่งฮอร์โมนตัวนี้ลง

3. ปัจจัยทางด้านกรรมพันธุ์พบว่า หากบิดามารดาป่วยด้วยโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสป่วยด้วยโรคซึมเศร้าถึง ร้อยละ 10-25 และยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากเท่าใด โอกาสป่วยด้วยโรคซึมเศร่ายิ่งมากขึ้นเท่านั้น (Sandock & Sadock, 2007; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) กรรมพันธุ์มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะผู้มีอาการเป็นซ้ำหลายๆ ครั้งญาติใกล้ชิดของผู้ป่วย ได้แก่ พ่อแม่ พี่น้อง ลูก มีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้นี้มากกว่าคนปกติทั่วไป 1.5 - 3 เท่า ส่วนความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคนี้ในญาติที่ห่างออกไป เช่น ปู่ย่า ตายาย หรือลุงป้า น้าอา จะลดน้อยลง ซึ่งในการศึกษาแฝดไข่ใบเดียวกันที่เป็นเพศหญิง พบว่าหากคนหนึ่งเป็นอีกคนหนึ่งมีโอกาสเกิดมากกว่าคนทั่วไปร้อยละ 66 ในคู่แฝดไข่คนละใบ มีโอกาสเกิดมากกว่าคนทั่วไปร้อยละ 27 อย่างไรก็ตาม ไม่ใช่สาเหตุทางกรรมพันธุ์จะเป็นคำตอบของทั้งหมด ดังที่เราจะเห็นได้ว่าแม้แต่แฝดไข่ใบเดียวกันคนหนึ่งเป็นอีกคนหนึ่งไม่ได้จะต้องเป็นตามไปด้วยทุกราย นอกจากนี้ในผู้ป่วยหลายๆรายเราไม่พบว่าเขามีคนในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคนี้เลย (มาโนช หล่อตระกูล, 2542)

ปัจจัยทางจิตสังคม

ประกอบด้วยปัจจัยภายในจิตใจ ปัจจัยทางความคิด ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยด้านสัมพันธภาพและสังคม (Interpersonal and Social factors) โดยปัจจัยภายในจิตใจนั้นเกิดจากอารมณ์เศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกไม่ดี มีความขัดแย้งในตนเอง รวมถึงขาดการเลี้ยงดูที่ดีในวัยเด็ก (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2553) โดยการเลี้ยงดูแบบไม่ค่อยได้รับการใส่ใจ จะทำให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ เพราะว่าคุณค่าในตนเองต่ำ (Bahrein, Akaberian, Ghodsbin, Yazdankhah & Mohammadi, 2012) ตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ภาวะซึมเศร้าเกิดจากในช่วงขวบปีแรกของชีวิต (Oral stage) ที่ได้รับความสูญเสีย จึงเก็บกดไว้ แต่ไม่ได้รับการแก้ไข จึงเป็นแรงผลักดันให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า และใช้กลไกทางจิตในการกล่าวโทษตนเอง (อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ปัจจัยทางความคิด (Cognitive factors) คือการมีความคิดบิดเบือน มองตนเองทางลบ Beck (1967) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมักมีจิตใจที่ได้รับจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการคิดในทางลบ สับสน ไม่มีเหตุผล โดยภาวะซึมเศร้าเกิดจาก 2 ประการคือ ประการแรกเมื่อ บุคคลได้รับประสบการณ์ หรือภาวะวิกฤตในชีวิต และสอง มีความคิดอัตโนมัติทางลบเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งเกิดจากความผิดพลาดด้านกระบวนการคิด จะเรียนรู้มาจากประสบการณ์ที่พบครั้งแรกของชีวิต และไม่สามารถควบคุม หรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้ จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะแก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์นั้น และทำให้บุคคลนั้นประมวลเรื่องราวผิดพลาด บิดเบือนจากความเป็นจริง และสะสมมาเรื่อยๆ เมื่อพบภาวะวิกฤตอีก การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตก็จะกลับมากระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ เพราะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดด้านลบ (negative thinking) 3 ด้านคือ 1) ด้านมองตนเองในแง่ลบ คิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถไม่น่าภาคภูมิใจ 2) ด้านมองสิ่งแวดล้อมในแง่ลบหรือมองโลกในแง่ลบ ซึ่งจะแปลความสัมพันธ์การมีปฏิสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อม ในรูปแบบที่เป็นความสูญเสีย ถูกใส่ร้าย มองชีวิตตนเองเต็มไปด้วยอุปสรรค หรือเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองต้องเจ็บปวดเห็นแต่สิ่งที่ไม่ดีรอบตัว ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง 3) ด้านการมองอนาคตในแง่ลบ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะทำนายว่า ความยากลำบาก ทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินไปไม่มีที่สิ้นสุด มองไปข้างหน้าจะพบแต่ความยากลำบาก มีอุปสรรค คิดว่าอนาคตจะล้มเหลว (Beck, 1967) ปัจจัยทางพฤติกรรม (Behavioral factors) พบว่าผู้ที่ประสบกับความล้มเหลวและ ความผิดหวังซ้ำๆจะก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังและหมดอาลัยตายอยากจนนำสู่อาการของโรคซึมเศร้า (Akiskal, 1995 ; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย, 2553) ส่วนปัจจัยสัมพันธภาพและสังคมนั้น โรคซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ดี ไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนจึงรู้สึกว่าคุณค่าไม่เป็นที่สนใจ มองตนเองไม่มีประโยชน์ รู้สึกสิ้นหวังและมีความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Low self esteem) มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะ

มีความรู้สึกว่าคุณค่าต่ำต้อย ไม่แน่ใจในความสามารถของตนในเรื่องต่างๆ เช่นการตัดสินใจ การแก้ปัญหา หรือรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสำคัญ (อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ เป็นลักษณะสำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และพบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 81 (Beck,1967)

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าคือ ปัจจัยทางชีวภาพคือการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท การปรับระดับของฮอร์โมนในสมอง กรรมพันธุ์ และปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ การเลี้ยงดู รวมถึงความคิด การคิดบิดเบือน ไม่สมเหตุผล คิดในแง่ลบ หรือความเครียดจากเหตุการณ์ที่ทำให้สูญเสีย พลัดพรากในชีวิต การมีปัญหาสัมพันธภาพ และสังคม สาเหตุต่างๆ เหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกัน และส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

อาการของโรคซึมเศร้า

ได้มีการกล่าวถึงอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าแบ่งเป็น 5 กลุ่มอาการ (อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

1. กลุ่มอาการทางอารมณ์ (Mood symptom, Emotional symptom) คือมีอาการเศร้าและขาดความสนใจสิ่งต่างๆ เป็นเวลานาน เกินกว่าผลกระทบที่ผู้ป่วยได้เคยประสบ ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งมีอารมณ์อื่นเกิดขึ้นด้วยเช่น วิตกกังวล หงุดหงิด โกรธ (อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย และ พิศพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) นอกจากนี้อาจมีอาการเศร้ารุนแรงไม่สมเหตุผล ผล กับเหตุการณ์ในชีวิตจริงและเบื่อหน่าย ไม่สนใจหรือไม่มีความสุขในการทำกิจกรรม ความสนใจทางเพศลดลงไม่อยากออกไปพบเพื่อน ร้องไห้ง่าย หหมดหวัง (hopelessness) (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553)

2. กลุ่มอาการทางชีวภาพ (Vegetative symptom) หรือกลุ่มอาการทางกาย อาการอาจจะเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของ Psychophysilogic function (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553) ได้แก่อ่อนล้า หหมดเรี่ยวแรง นอนไม่หลับ มักพบว่าตื่นเร็วกว่าปกติ หรือตื่นกลางดึกหลายครั้ง ความอยากรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงหรือลดลง ทำให้น้ำหนักลด แต่บางรายอาจนอนมากกว่าปกติ น้ำหนักขึ้น ทานอาหารมากขึ้นกว่าเดิมได้ ซึ่งเป็นอาการที่ไม่เป็นตามแบบฉบับ (Atypical feature) ในผู้หญิงอาจขาดประจำเดือน ส่วนบางรายอาจมีอาการทางกาย ปวดหัว ปวดท้อง อาหารไม่ย่อย (อรรถพรณ ลือบุญธวัชชัย และ พิศพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ซึ่งอารมณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มักถูกปิดบังด้วยการที่ผู้ป่วยจะบ่นถึงอาการทางกาย ทำให้ผู้ป่วยไปขอรับการรักษาทางด้านร่างกาย ไม่ได้รับการรักษากับแพทย์เฉพาะทาง (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553)

3. กลุ่มอาการเกี่ยวกับจิตใจการเคลื่อนไหว (Psychomotor symptoms) มีการเคลื่อนไหวช้าลง นอนนิ่งไม่พูด (mutism) แต่บางรายอาจรู้สึกจิตใจกระสับกระส่าย หงุดหงิดไม่อยู่นิ่ง ลุกลุกกลน (Psychomotor agitation)

4. กลุ่มอาการทางความคิด (Cognitive symptom) ได้แก่ไม่มีสมาธิ (loss of concentration) พบได้ ร้อยละ 84 การไม่สามารถคิด ตัดสินใจ (indecisiveness) มีความคิด โทษตำหนิตนเอง (self-blame) ท้อแท้ รู้สึกไร้ค่า จนอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย

5. กลุ่มอาการทางสัมพันธภาพ (Interpersonal symptoms) หรือกลุ่มอาการทางสังคม (Social symptom) มีปัญหาสัมพันธกับผู้อื่น (relationship problem) การขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี (lack of social support) การไม่เข้าสังคม (social withdrawal) ไม่ชอบพบปะ แยกตัวจากสังคม (social isolation) และจะขาดการสนับสนุนจากสังคม ทำให้ซึมเศร้าเพิ่มขึ้นซึ่งอาการดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียหน้าที่ ในด้านต่างๆ คือ การเรียน การทำงาน การเข้าสังคม หรือความสัมพันธ์ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

1.3 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้ามีรูปแบบที่นิยมตามเกณฑ์ของจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV-TR)

การวินิจฉัยตาม (DSM-IV-TR)

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของจิตแพทย์อเมริกันและการดำเนินโรคที่พบบ่อยๆตามเกณฑ์ได้แก่ โรคซึมเศร้าหลัก (Major depressive disorder) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dystermic disorder) ซึ่งโรคซึมเศร้าหลัก (Major depressive disorder) อาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR) Criteria (2000) ดังนี้

1. ต้องประกอบด้วยอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 อาการขึ้นไป ในช่วงระยะเวลาเดียวกันนาน 2 สัปดาห์ ซึ่งอาการใน 5 อาการดังกล่าวอย่างน้อย 1 ข้อ ต้องเป็นอารมณ์เศร้า (Depress mood) หรือหมดความสนใจหรือเพลิดเพลินในการทำสิ่งใดๆ (loss of interest or pleasure)

1.1 อารมณ์เศร้า (depress mood) เป็นส่วนใหญ่ของวันและเป็นเกือบทุกวัน โดยอาจได้จากการตอบของผู้ป่วยเองหรือผู้อื่นสังเกต ในเด็กหรือวัยรุ่นอาจเป็นอารมณ์หงุดหงิดก็ได้

1.2 ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆหรือทุกกิจกรรมลดลงมาก โดยเป็นส่วนใหญ่ของวันและเกือบทุกวัน

1.3 น้ำหนักตัวลดหรือเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน เช่นการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวทั้งหมดในเวลา 1 เดือน หรือมีความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้นเกือบทุกวัน

1.4 นอนไม่หลับ (insomnia) หรือนอนมากเกินไป (hypersomnia) เกือบทุกวัน

1.5 จิตใจการเคลื่อนไหวหงุดหงิดกระสับกระส่ายหรือเซื่องช้า (psychomotor agitation) เกือบทุกวัน

1.6 อ่อนล้า หรือหมดเรี่ยวแรง กำลัง (fatigue or loss of energy) เกือบทุกวัน
 1.7 ความรู้สึกไร้ค่า (feelings of worthlessness) อาจถึงขั้นเป็นอาการหลงผิด
 1.8 ความสามารถในการคิดหรือรวบรวมสมาธิลดลง หรือ ไม่สามารถคิด ตัดสินใจ
 ในเรื่องต่างๆได้ (imdecisiveness)

1.9 ความคิดซ้ำๆ เกี่ยวกับความตาย (recurrent of death) ที่ไม่ใช่เพียงความรู้สึก
 กลัวตาย หรือมีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำๆ ทั้งมีการวางแผนและไม่วางแผนฆ่าตัวตาย (suicidal plan)

2. อารมณ์ดังกล่าวต้องไม่เข้าเกณฑ์ การวินิจฉัยของช่วงอารมณ์ผสม (mixed episode)

3. อาการดังกล่าวก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างชัดเจนหรือเกิดการสูญเสียหน้าที่ทาง
 สังคม การงาน หรือด้านอื่นๆที่สำคัญ

4. อาการดังกล่าวไม่เป็นผลทางสรีรวิทยาจากการใช้สาร เช่นการใช้สารเสพติด หรือยาเป็น
 ต้น หรือจากภาวะทางร่างกาย เช่นภาวะไทรอยด์ต่ำ

5. อาการดังกล่าวไม่ใช่การเศร้าโศกจากการสูญเสีย (bereavement) เช่นการสูญเสียบุคคล
 อันเป็นที่รัก โดยหากอาการนั้นเป็นติดต่อกันนานเกิน 2 เดือน หรือเกิดการสูญเสียหน้าที่ด้านต่างๆ
 อย่างชัดเจน หรือมีความคิดหมกมุ่นจนผิดปกติว่าตนเองไร้ค่า หรือมีความคิดฆ่าตัวตายหรือมีอาการ
 ของโรคจิตหรือมีจิตใจการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำในลักษณะนี้จะเป็นโรคซึมเศร้าหลัก (อรพรรณ ลือบุญ
 ธีรชัชย, 2553) ซึ่งสอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต (2553) กล่าวว่าคำว่า “โรคซึมเศร้า” ในประเทศ
 ไทยมักจะหมายถึง depressive disorder ซึ่งจะต้องอาศัยเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัย ในปัจจุบัน
 จะใช้อยู่ 2 เกณฑ์หรือ 2 ระบบในการวินิจฉัย คือ ICD พัฒนาโดย องค์การอนามัยโลกและ DSM
 พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน เกณฑ์การวินิจฉัยทั้งสองระบบในปัจจุบันพัฒนาใกล้เคียงกันมาก
 โรคซึมเศร้าที่จิตแพทย์และแพทย์ทั้งหลายให้การวินิจฉัยผู้ป่วยจะมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. มีอารมณ์เศร้า ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีอยู่เกือบตลอดเวลาทั้งวันและเป็นทุกวันบางวันอาจเป็นมาก
 บางวันอาจเป็นน้อย

2. ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆที่เคยทำแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก

3. เบื่ออาหารจนน้ำหนักลดลงหรือบางรายอาจมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น กินมากจน
 น้ำหนักเพิ่ม (เช่น 2-3 กิโลกรัมต่อเดือน)

4. นอนไม่หลับ หรือหลับมากแทบทุกวัน ส่วนใหญ่จะนอนไม่หลับ กระสับกระส่าย หลับตึก
 แต่จะตื่นเช้า 1-2 ชั่วโมงก่อนเวลาปกติที่เคยตื่น และไม่สดชื่น

5. ทำอะไรช้า พูดช้า เดินเห็นช้า แต่บางรายก็มีหงุดหงิด กระสับกระส่าย ทำอะไรเหมือน
 รีบเร่ง

6. อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรง ทั้งวันและแทบทุกวัน

7. รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไป

8. สมาธิหรือความคิดอ่านช้าลง

9. คิดอยากตายไม่ยอมมีชีวิตอยู่ คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆหรือบางรายพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนฆ่าตัวตาย

ถ้ามีอาการดังข้างต้น อย่างน้อย 5 อาการ อยู่ยาวนานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป และมีอารมณ์เศร้า (ข้อ 1) หรือ เบื่อหน่ายไม่มีความสุข (ข้อ 2) ก็จะเรียกได้ว่า ป่วยเป็น “โรคซึมเศร้า” แล้ว และต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อไป

เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าทั้ง 2 ระบบอาศัยพื้นฐานเดียวกันในการบ่งชี้ depressive episode คือ

1. กำหนดจำนวนขั้นต่ำของอาการหลัก (typical symptoms) และอาการที่เกิดร่วม (associatesymptoms)

2. กำหนดระยะเวลาขั้นต่ำที่มีอาการ โดยอย่างน้อยต้องมีอาการติดต่อกัน 2 สัปดาห์ และใน DSM IV เพิ่มข้อบ่งชี้ที่ 3 คือ ต้องมีการบกพร่องในหน้าที่การทำงานหรือสังคม ซึ่ง ICD-10 ไม่ได้กำหนดไว้ไม่มีอาการหลักใดๆเพียงหนึ่งเดียวที่สามารถบ่งชี้ depressive episode หรือ major depressive disorder อาการหลักทั้งหลายที่อยู่ในเกณฑ์ทั้งสองกลุ่ม หากมีจำนวนและระยะเวลาเพียงพอ จะทำให้การวินิจฉัยมีความเที่ยงและความตรงประเมิน (กรมสุขภาพจิต, 2553) ซึ่งมีแนวทางการวินิจฉัย ดังนี้ หลังจากรับผู้ป่วยเข้ามาแพทย์จะประเมินผู้ป่วยด้วย แบบประเมิน 9 Q ร่วมกับการวินิจฉัยด้วย DSM IV ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ประเมินอาการของโรคซึมเศร้าที่ใช้ 9Q เป็นแบบประเมินความรุนแรง อาการโรคซึมเศร้า จากการทำ Receiver Operating Characteristic Curve analysis = 0.9283 (95% CI = 0.8931 – 0.9635) คือ 7 คะแนนขึ้นไป มีค่าความไวสูงร้อยละ 75.68ความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 93.37 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรค MDD ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า = 11.41 เท่ามีความแม่นยำในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ใช้เวลาน้อย มีจำนวน 9 ข้อเหมาะสมสำหรับการประเมินอาการของโรคซึมเศร้า 9Q เมื่อเทียบกับแบบประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) พบว่า มีค่า Cronbach's Alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.7836-0.8210 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.821 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.719 (Pvalue<0.001) ซึ่งคะแนนรวม การแปรผลระดับอาการ ดังนี้

น้อยกว่า 7	ไม่มี อาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร่าระดับน้อยมาก
7 – 12	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย
13 - 18	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง
มากกว่า19	มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

จากนั้นตรวจสอบว่ามีระดับ dysfunctional distress หมายถึงอาการผิดปกติที่อาจก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิต ส่งผลกระทบต่อการทำงานวัตรประจำวัน กิจกรรมด้านสังคม หน้าที่

การงานอย่างเห็นได้ชัด หรือทุกข์ ทรมานใจ โดยภาวะที่ต้องพิจารณาเพิ่มเติม คือ มี Normal bereavement มีอาการโศกเศร้าเสียใจจากการสูญเสียพลัดพรากสิ่งที่รัก ไม่เกิน 2 เดือนหลังจากเกิดเหตุการณ์ และไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือหมกมุ่นว่า ตนเองไร้ค่า ไข้หรือไม่ มี Medical conditions and related substances ยา สารต่างๆและโรคทางกายที่เป็นสาเหตุให้เกิดอาการซึมเศร้า เช่น Endocrine, infections, neurological condition, carcinoma, nutrition, cerebral ischemia และ myocardial infarction ไข้หรือไม่ และอาการ mania, hypomania ตลอดชีวิตที่ผ่านมาผู้ป่วยมีช่วงเวลาารู้สึกคึกคัก ครื้นเครง หรือมีเรี่ยวแรง ทำอะไรไม่หยุด จนก่อให้เกิดปัญหากับตัวเอง หรือคนรอบข้างคิดว่า ผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม ทั้งนี้ไม่รวมในช่วงที่เมาสุราหรือยาเสพติดหรือไม่ ตลอดชีวิตที่ผ่านมาผู้ป่วยรู้สึกหงุดหงิดง่ายมากติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน จนทำให้มีการโต้เถียง ทะเลาะวิวาท หรือตวาดใส่คนอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัวหรือไม่ เมื่อประเมิน 9Q ร่วมกับการไม่มีอาการ disfunctional distress และมีประวัติ เป็นโรคซึมเศร้า จึงให้การวินิจฉัย ว่าเป็น Major depressive disorder (MDD) (กรมสุขภาพจิต, 2553)

1.4 ประเภทของโรคซึมเศร้า

ประเภทของโรคซึมเศร้า (Depressive disorders) ที่พบบ่อยตามเกณฑ์การวินิจฉัยจิตแพทย์อเมริกัน ได้แก่ โรคซึมเศร้าหลัก (Major depressive disorder) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthmic disorder) ซึ่งมีลักษณะอาการแต่ละประเภทดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

โรคซึมเศร้าหลัก (Major depressive disorder) มีลักษณะต่างๆดังนี้ ด้านชีวภาพ เป็น endogenous depression เป็นกลุ่มอาการซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรง มีลักษณะอารมณ์เศร้าเด่นชัดมาก หมดความสนใจหรือเพลิดเพลิน (anhedonia) มีความผิดปกติทางชีวภาพทางกาย (vegetative disturbances) ซึ่งมีความผันแปรของอารมณ์เศร้าในช่วงวัน โดยพบอาการซึมเศร้ามากในช่วงเช้าของวัน (morning sadness) และค่อยๆดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือเย็น ตื่นเร็วกว่าปกติ อย่างน้อย 2 ชั่วโมง เพื่ออาหารอย่างมากหรือน้ำหนักตัวลดอย่างชัดเจน จิตใจการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำหรือหงุดหงิด มีความรู้สึกผิดเกินปกติหรือไม่เหมาะสม ซึ่งโรคซึมเศร้าหลักที่มีอาการรุนแรงร้อยละ 15 จะมีลักษณะอาการโรคจิต คือ หลงผิด (delusion) และอาการประสาทหลอน (hallucination) ซึ่งอาจเป็นอาการของโรคจิตที่สอดคล้องกับอารมณ์ เช่นอาการหลงผิดที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับบาป และความผิด การสูญเสียทรัพย์สินสิ่งของ (poverty) การเจ็บป่วยหรือเป็นโรคร้ายแรง การสูญเสียอวัยวะในร่างกาย การสูญเสียชีวิต การถูกล่วงโทษ หรืออาจเป็นอาการของโรคจิตที่มาสอดคล้องกับอารมณ์ (mood-incongruent psychotic features) เช่นอาการหลงผิดแบบหวาดระแวง (paranoid delusion) หรือถูกปองร้ายเอาชีวิต (persecutory delusion) หรือหลงผิดว่าถูกควบคุมอำนาจจากภายนอก (delusion of control) พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการโรคจิต ภายหลังจากอายุ 50 ปี มักจะพบอาการหงุดหงิด

กระสับกระส่ายที่รุนแรง (severe agitation) มักจะมีอาการหลงผิดว่าตนทำผิดอย่างมาก (delusion of guilt) หมกมุ่นกังวลเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ตื่นซ้ากว่าปกติ และน้ำหนักลดลง ลักษณะอาการที่ไม่เป็นไปตามแบบฉบับ (atypical features) ผู้ป่วยจะมีอาการต่างจากโรคซึมเศร้าหลักทั่วไป คือ อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงและแปรผันตามเหตุการณ์ หากพบเหตุการณ์ที่ดี และน่าพอใจ อารมณ์จะดีขึ้นได้ ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่ม อาการง่วงนอนและนอนมากกว่าปกติ (hypersomnia) ความรู้สึกหนักๆที่แขนขา (leaden paralysis) และความรู้สึกอ่อนไหวง่ายกับความสัมพันธ์ ซึ่งลักษณะอาการในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักอีกลักษณะคืออาการเคลื่อนไหวผิดปกติ (catatonic features) ซึ่งได้แก่อาการไม่เคลื่อนไหว (motoric immobility) เช่นมีอาการอยู่นิ่งไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดๆ (catalepsy) รวมการคงท่าทางที่ผู้อื่นจัดไว้ให้ (waxy flexibility) หรือนิ่งซึมไม่ตอบสนอง (stupor) หรืออาจมีการต่อต้านทำตรงข้าม ส่วนโรคซึมเศร้าหลักที่มีอาการเรื้อรัง หมายถึงผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักที่มีอาการต่อเนื่องในช่วงเวลา 2 ปี ซึ่งส่วนใหญ่พบอาการรุนแรงน้อยกว่าโรคซึมเศร้าหลัก ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักมีอาการรุนแรงถึงการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรังจะรักษาไม่หายมีอาการขึ้นๆลงๆ มักเป็นในผู้ที่มีประวัติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในครอบครัว

1.5 การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคของโรคซึมเศร้าหลัก

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักเป็นเรื้อรังยาวนาน มีโอกาสการกลับเป็นซ้ำได้ค่อนข้างสูง (relapses) โดยพบว่าตัวแปรที่ทำนายการกลับเป็นซ้ำได้แก่ อายุที่เริ่มป่วยตั้งแต่วัยเด็ก พฤติกรรมการใช้ยาและความคิดด้านลบ (พรพรรณ ศรีโสภา, 2552)

การดำเนินโรค ขึ้นกับเวลาเริ่มป่วย และระยะเวลาการป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีประวัติเคยป่วยมาก่อน และช่วงเวลาระยะของโรคซึมเศร้าที่เป็นอยู่ 6-13เดือนหากผู้ป่วยหยุดยาเร็วกว่า 3 เดือน มักจะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ใหม่ (Sadock,Sadock, 2007 ; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

การพยากรณ์โรค โรคซึมเศร้าหลักที่เป็นเรื้อรังมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง โดยอุบัติการณ์การป่วยซ้ำจะลดลงในผู้ป่วยที่ได้รับยาการรักษาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (prophylactic psychopharmacological treatment) โดยทั่วไปหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายังป่วยหลายครั้ง ก็จะมีความถี่และความรุนแรง ของอาการป่วยยิ่งรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ปัจจัยการพยากรณ์โรคที่ดีได้แก่ช่วงการป่วยที่รุนแรงเพียงเล็กน้อย (mild episodes) ไม่มีอาการของโรคจิตและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลช่วงสั้น (short hospital stay) การมีความสัมพันธ์ที่ดีในช่วงวัยรุ่น หน้าที่ทางครอบครัวที่ราบรื่น หน้าที่ทางสังคมโดยรวมที่ดีก่อนการป่วย 5 ปี การไม่มีโรคทางจิตเวชหรือปัญหาบุคลิกภาพผิดปกติร่วมด้วย พบว่าชายมีการดำเนินโรคเรื้อรังนานกว่าเพศหญิง และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เริ่มป่วยเมื่ออายุยิ่งน้อยเท่าไร ก็ยิ่งมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้มากขึ้นเท่านั้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymic disorder)

การวินิจฉัยโรค (Diagnosis of dysthymic disorder)

การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเรื้อรัง อาศัยเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM-IV-TR Criteria (2000) ดังนี้

1. อาการซึมเศร้า (depress mood) เป็นส่วนใหญ่ของวัน และจะมีวันที่มีอาการซึมเศร้ามากกว่าวันที่ไม่มีอาการซึมเศร้า เป็นเกือบทุกวัน อาจได้จากความรู้สึกของบุคคลนั้นหรือจากการสังเกตจากบุคคลอื่น เป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี (หากเป็นในเด็กและวัยรุ่นอาจจะเป็นอารมณ์หงุดหงิด (irritable mood) และระยะเวลาเป็นอย่างน้อย 1 ปีก็ได้) ในขณะที่มีอาการซึมเศร้าต้องมีอาการดังกล่าวต่อไปนี้ร่วมด้วย ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป

1. ความอยากอาหารลดลง (poor appetite) หรือรับประทานมากเกินไป (overeating)
 2. นอนไม่หลับ (insomnia) หรือนอนมากเกินไป (hypersomnia)
 3. พลังกำลังลดลง (low energy) หรืออ่อนล้า (fatigue)
 4. ความภาคภูมิใจในตัวเองต่ำ (low self-esteem)
 5. สมาธิลดลง (poor concentration) หรือตัดสินใจลำบาก (difficulty making decisions)
 6. ความรู้สึกหมดหวังสิ้นหวัง (feelings of helplessness)
2. ในช่วงเวลา 2 ปี (หรือ 1 ปีสำหรับเด็กหรือวัยรุ่น) บุคคลนั้นจะไม่มีอาการดังเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1) และข้อ 2) ได้ไม่เกินกว่า 2 เดือน
3. ไม่มีโรคซึมเศร้าหลัก ปรากฏในช่วงเวลา 2 ปี (หรือ 1 ปีในเด็กและวัยรุ่น) และอาการดังกล่าวต้องไม่เป็นอาการของโรคซึมเศร้าหลักที่เป็นเรื้อรัง (chronic major depressive disorder) หรือโรคซึมเศร้าหลักที่อาการดีขึ้นบางส่วน (major depressive disorder in partial remission)
4. ไม่เคยมีช่วงระยะครั่นครั่นเกรงใจ (manic episode) หรือช่วงระยะอารมณ์ผสม (mixed episode) หรือช่วงระยะครั่นครั่นเกรงใจที่ไม่รุนแรง (hypomanic episode) และไม่เข้ากับโรคอารมณ์แปรปรวนที่ไม่รุนแรง (cyclothymic disorder)
5. อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นเกิดขึ้นเฉพาะขณะที่เป็นโรคจิตเรื้อรัง (chronic psychotic disorder) เช่น โรคจิตเภท (schizophrenia) หรือโรคหลงผิด (delusional disorder)
6. อาการดังกล่าวไม่ได้เป็นผลทางสรีรวิทยาจากการใช้สารบางอย่าง เช่น สารเสพติด หรือยาบางชนิด หรือจากภาวะทางร่างกาย เช่น ภาวะไทรอยด์ต่ำ เป็นต้น
7. อาการดังกล่าวก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างชัดเจนหรือเกิดการสูญเสียหน้าที่ทางสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆที่สำคัญ

ลักษณะอาการของโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (clinical features of dysthymic disorder)

อาการของโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (chronic major depressive disorder) คือ มักจะเริ่มมีอาการตั้งแต่อายุน้อยๆ อาจจะมีเริ่มตั้งแต่วัยเด็กหรือวัยรุ่น หรือช่วงอายุ 20 ปีกว่าๆ และมีอาการไม่เหมือนกับอาการของระยะโรคซึมเศร้าหลัก (major depressive episode) คือ จะมีอาการบอกเล่า (subjective signs) เด่นชัดมากกว่าอาการที่สังเกตหรือตรวจพบ (objective signs) โดยมักจะบอกว่าตนเองมีอาการซึมเศร้าอยู่เสมอๆ แต่ไม่ค่อยพบความอยากอาหารหรือความต้องการทางเพศที่ลดลง ไม่ค่อยพบอาการจิตใจการเคลื่อนไหวหงุดหงิดหรือเซื่องช้า (psychomotor agitation or retardation) และไม่ค่อยพบอาการทางชีวภาพทางกาย (endogenous features) เช่น เหนื่อยล้า อ่อนล้า ไม่มีเรี่ยวแรงกำลัง รวมถึงการหมดความสนใจในทุกอย่าง (anhedonia) ลักษณะอาการที่เด่นชัดของโรคซึมเศร้าเรื้อรัง ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้าและความรู้สึกเบื่อหน่ายที่เป็นอยู่เรื่อยๆ อ่อนไหวง่าย ขาดความเพลิดเพลินในชีวิต รู้สึกว่าตนเองด้อย จนเหมือนกลายเป็นส่วนหนึ่งของลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลผู้นั้น

1.6 การรักษา โรคซึมเศร้า

ซึ่งมีเป้าหมายในการรักษาเพื่อ

- 1) ป้องกันความเสี่ยงและดูแลความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย
- 2) เพื่อประเมินและการวินิจฉัยผู้ป่วยอย่างครบถ้วน
- 3) การวางแผนการรักษาผู้ป่วย ซึ่งมีการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 3 รูปแบบ ดังนี้

การรักษาด้วยยา (Psychopharmacotherapy)

หรือจิตเภสัชบำบัด เป็นการรักษาทางชีวภาพ ใช้สารเคมีที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทซึ่งควบคุมความคิดอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยให้อยู่ในภาวะปกติ (อรพวรรณ ลีบุญธวัชชัย, 2554)

ยารักษาอาการซึมเศร้า (Antidepressant Drugs)

หรือยาต้านเศร้า มีความเชื่อทางสรีรวิทยาว่า ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า Engenous depression เกิดจากการขาด Norepinephrine หรือขาด Serotonin จึงทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ยาพวก antidepressant จะช่วยให้ผู้ป่วยอารมณ์เศร้านี้อาการดีขึ้น ได้มีการค้นพบตัวยารักษาอาการเศร้าได้ผลตั้งแต่ต้นทศวรรษที่ 1950 และนำมาใช้ได้ผลดี ซึ่งเริ่มต้นด้วยการใช้ยา MAOIs ได้ผลดีในผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้า ในขณะที่เดียวกันพบว่า ยาพวก Tricyclic Antidepressant (TCAs) ได้ถูกนำมาทดลองใช้เช่นกัน จนในปี 1958 ยา Imipramine ก็เป็นที่ติดตลาดในการใช้รักษาอาการเศร้าได้ผลดี ต่อมาได้มีการวิจัยทางชีววิทยาของโรคเศร้า ทำให้เกิดการค้นพบอีกมากมาย

ยากลุ่มรักษาอาการเศร้า แบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ดังนี้

1. Tricyclic Antidepressant (TCAs)
2. Monamine Oxidase Inhibitions (MAOIs)

3. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)

รายละเอียดแต่ละประเภทดังนี้

1. Tricyclic Antidepressant โดยทั่วไปใช้ในการรักษาอาการซึมเศร้า อาการนอนไม่หลับ อาการเบื่ออาหาร ทำให้อยากอาหารมากขึ้น ลดความเหนื่อยล้า รักษาอาการขาดสมาธิและความรู้สึกไร้ค่า ช่วยให้อาการผู้ป่วยดีขึ้น จากนั้นจึงเริ่มการบำบัดด้วยวิธีอื่นๆ

ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Amitriptyline (Tryptanol), Doxepin (Sinequan), Imipramine (Tofranil), Nortriptyline (Nortrilen, Aventyl), Desipramine (Norpramine)

ยาพวก TCAs นิยมใช้ในผู้ป่วยโรคเศร้าชนิด Unipolar depression และชนิดอื่นๆ เด็กปัสสาวะรดที่นอน (Enuresis) Chronic pain โรคลกลัว (Phobia) Agoraphobia และอาการ Panic พวกย้าคิดย้าทำ (Obsessive compulsive) และผู้ป่วย Cataplexy

ข้อควรระวังในการใช้ยา

ควรพิจารณาดังนี้ผู้ป่วยที่เป็นต้อหิน (glaucoma) ผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต (prostatic hypertrophy) หญิงตั้งครรภ์ ในระยะ 3 เดือนแรกและมารดาในระยะให้นมบุตร ห้ามใช้ร่วมกับ MAOIs เพราะจะทำให้ปฏิกิริยาเสริมกันและรุนแรงมากไป

ฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ผู้ที่ใช้ยานี้อาจมีอาการข้างเคียงได้ดังนี้มีอาการมือสั่น (Tremors) มีอาการง่วงซึม (Drowsiness) อาการปากแห้ง ท้องผูก ความดันโลหิตต่ำสูง ตามัว ม่านตาขยาย อาการทางโรคหัวใจ อาจเกิด hypotension, Tachycardia, Arrhythmia, EKG เปลี่ยนอาการสับสน มึนงง อาการเหงื่อออก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เมื่อหยุดยานี้ทันทีต้องระวังอาการ Withdrawal symptoms ควรสังเกตอาการ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ อาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร

2. Monoamine Oxidase Inhibitor (MAOIs)

MAOIs เป็นยารักษาอาการซึมเศร้าที่ได้ผลมาก ปัจจุบันนิยมใช้มาก ใช้ได้ผลดีมากในการรักษาพวกอารมณ์เศร้าที่เกิดจากความวิตกกังวลเฉียบพลัน ความกลัวหรือผู้ป่วยที่มีอาการทางร่างกายหรือใช้ยาพวก Tricyclic Drugs ไม่ได้ผล และใช้ในผู้ป่วยภาวะเศร้าจากโรคอารมณ์แปรปรวนแบบ Bipolar (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2553)

ข้อควรระวังในการใช้ยานี้

ควรพิจารณาดังนี้ ยานี้ออกฤทธิ์สูงสุดต้องใช้เวลา 2-6 สัปดาห์ในการรักษาประสิทธิภาพของยานี้จะอยู่ใน 3-4 สัปดาห์ การใช้ยานี้มากเกินไปอาจเกิดอาการกระสับกระส่าย (agitation)

3. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)

ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Fluvoxamine (Faverin), Fluoxetine (Prozac), Paroxetine (Seroxat), Citalopram (Cipram), Sertraline (Zoloft) ซึ่งการรักษาด้วยยา ควรให้ต่อเนื่องกันอย่างน้อย 6

เดือน การให้ยารักษาโรคซึมเศร้าระยะยาวจะช่วยลดจำนวนและความรุนแรงของการกลับเป็นซ้ำ

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy, ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นการรักษาทางชีวภาพรูปแบบหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยการปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าไปกระตุ้นสมอง ผ่านทาง ขั้วกระแสไฟฟ้า (electrode) เพื่อปรับสมดุลของระบบสารสื่อประสาทให้เป็นปกติ เกิดการลดลงของปริมาณตัวรับ postsynaptic beta-adrenergic receptor เช่นกลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาซึมเศร้า (อพรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) โดยทั่วไปผู้ป่วยซึมเศร้า (major depression) ซึ่งรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้าแล้ว ล้มเหลว หรืออารมณ์เศร้าไม่ดีขึ้น ถือว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญในการทำ ECT โดย ECT เป็นการรักษาชนิดแรก (first-line treatment) สมาคมจิตแพทย์อเมริกันเคยรายงานในปี 2001 ว่าข้อบ่งชี้ในการทำ ECT บ่อยมากที่สุดคือ โรคซึมเศร้า มี Weiner และ Krystal ทบทวนเอกสารแล้วสนับสนุนว่า ให้ผลการรักษาต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รวดเร็วที่สุดและมีประสิทธิภาพมากที่สุดองค์ประกอบที่พิจารณาใช้ ECT เป็นการรักษาชนิดแรกสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ขาดสารอาหารหรือร่างกายขาดน้ำอย่างรุนแรง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีโรคทางอายุรกรรม และไม่สามารถให้ยาแก้ซึมเศร้าได้เช่นผู้ป่วยมีโรค ventricular arrhythmia และเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาแก้ซึมเศร้าได้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการหลงผิด (delusionally depressed) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เคยทำ ECT แล้วได้ผลดีและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขอร้องให้ทำ ECT เมื่อผู้ป่วยต้องการรักษาด้วยยาแก้ซึมเศร้าหลายขนานแล้ว ถ้าต้องการให้อาการทางคลินิกของภาวะซึมเศร้าดีขึ้น การทำ ECT ก็เป็นสิ่งจำเป็นมาก (ธีระ ลีลาพันธ์ กิจ, 2553)

การรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด (Psychosocial treatment)

จิตบำบัดระยะสั้นที่สำคัญได้แก่ การบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy) ซึ่งได้รับการศึกษากันอย่างกว้างขวางในการรักษาโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายคือ ช่วยให้บุคคลมองเห็น รู้จัก เข้าใจปัญหาของตนเอง และสามารถแก้ปัญหาด้วยกระบวนการคิด และปฏิบัติอย่างเหมาะสม ซึ่งพยาบาลยังสามารถใช้สัมพันธ์ภาพทางวิชาชีพ นำเข้าร่วมกิจกรรมผ่อนคลาย เช่นกิจกรรมกลุ่มที่ฝึกกระบวนการคิด การแก้ปัญหา การกล้าแสดงออก หรือกิจกรรมกลุ่มแนะนำตนเองต่อเพื่อนๆสมาชิกในกลุ่มเพื่อให้กล้าคิด กล้าแสดงออก เข้าใจตนเอง และยอมรับตนเอง เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น (จุฑามาศ วังทะพันธ์, 2551)

การบำบัดทางความคิด (Cognitive therapy)

พัฒนาขึ้น โดย Beck (1979) มุ่งเน้นการแก้ไขความคิดและกระบวนการคิดที่บิดเบือนของผู้ป่วยซึมเศร้า เป็นรูปแบบการบำบัดที่มีโครงสร้างชัดเจน ใช้เวลาในการบำบัดประมาณ 15-25 สัปดาห์โดยเฉลี่ย 20 สัปดาห์ ครั้งละ 45-50 นาที เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและแก้ไขความคิดที่บิดเบือน มี

การจดบันทึกอารมณ์ทางลบ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความคิดทางบวก

การบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior therapy)

พฤติกรรมบำบัดมีพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ โดยมองว่าอาการของโรคซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริมทางบวกที่ควรได้รับจากความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลใกล้ชิด อาการโรคซึมเศร้าที่ยังคงอยู่นานเนื่องจากผู้ป่วยหมกมุ่นกับปัญหาเดิมๆ ของตนเอง จนพลาดโอกาสในการทำสิ่งต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลินหรือความสำเร็จ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกขาดความภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า พฤติกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงมีเป้าหมายในการช่วยให้ผู้ป่วย ลดพฤติกรรมที่ทำให้อารมณ์ซึมเศร้าค้างอยู่ และหากิจกรรมที่เพลิดเพลิน เสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้ป่วย ลดความรู้สึกไร้ค่า (อรพรรณ และ พีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย, 2553)

จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy)

เป็นการบำบัดโดยใช้ทฤษฎีสัมพันธ์ภาพ ของAdolf Mayer และ Hanry Stack Sullivan ที่กล่าวไว้ว่าปัญหาทางสัมพันธ์ภาพและ ปัญหาทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกันกับปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอาการของโรคซึมเศร้า (อรพรรณ และ พีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย, 2553)

1.7 การพยาบาล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้ที่เกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) มักจะแยกตัวจากสังคม ขณะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะไม่สนใจทำกิจกรรมอื่น แม้แต่กิจวัตรประจำวันของตนเอง ไม่มีสมาธิ และมักจะนั่งซึมหรือนอนซึมเฉยเป็นเวลานานๆ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมต่างๆ ไม่ตอบสนองหรือพูดตอบโต้กับคนอื่นๆ ดังนั้นการให้ความรู้จึงไม่ควรกระทำในขณะที่มีภาวะซึมเศร้าหรือแยกตัว จะไม่ประสบความสำเร็จได้ (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย, 2553)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Low self-esteem) มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยบางราย ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการให้ความรู้ ผู้ป่วยมีความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง จะมีความสงสัยไม่แน่ใจ ในความสามารถของตนเอง ในเรื่องต่างๆ เช่น การตัดสินใจ การควบคุมเหตุการณ์ หรือมีความรู้สึกว่าตนต่ำต้อย มีปมด้อย รู้สึกตัวเองไม่มีความสำคัญ มีปมด้อย รู้สึกว่าตนไม่มีความสามารถ ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามความคาดหวัง หรือตามเป้าหมายในชีวิตตนเอง ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ปฏิบัติได้โดยใช้กระบวนการพยาบาล ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย (2554) ได้ กล่าวถึงหลักการพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้า มีหลักการพยาบาล 5 ขั้นตอนดังนี้

1.การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

เพื่อที่จะกำหนดแผนการพยาบาล โดยมุ่งที่ระดับอารมณ์เศร้าว่าอยู่ระดับใด ซึ่งจะประเมินทั้ง 4 ด้านคือ อารมณ์ (affective) ด้านพฤติกรรม (behavior) ด้านความคิด (cognitive) และด้านสรีรวิทยา (physiological) ซึ่งมีแนวทางในการประเมินดังนี้

1) อารมณ์เศร้าตามสถานการณ์ (Transient depression) เป็นความรู้สึกเศร้าเมื่อบุคคลรู้สึก ผิดหรือเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาในชีวิตประจำวัน ที่ผิดหวัง ล้มเหลว ไม่สมปรารถนา ซึ่งจะมี ลักษณะดังนี้

ด้านอารมณ์ มีลักษณะ ผิดหวัง หงุดหงิดใจ เศร้าใจ

ด้านพฤติกรรม มีลักษณะ เศร้า เสียใจ ร้องไห้

ด้านความคิด มีลักษณะ ความคิดหมกมุ่นอยู่กับความผิดหวัง

ด้านสรีรวิทยา มีลักษณะ เหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า

2) อารมณ์เศร้า ระดับต่ำ (Mild depression) เป็นอารมณ์เศร้า ที่เริ่มเบี่ยงเบนเข้าระดับ ผิดปกติ มีอาการเศร้าต่อเนื่อง และเพิ่มขึ้นกว่าระดับแรก มีดังนี้

ด้านอารมณ์ มีลักษณะ มีความรู้สึกโกรธ วิตกกังวล รู้สึกผิด ผิดหวัง ล้มเหลว เศร้า และหมดหวัง

ด้านพฤติกรรม มีลักษณะ น้ำตาไหล พฤติกรรมถอยหลัง กระสับกระส่าย แยกตัว

ด้านความคิด มีลักษณะ คิดกังวล หมกมุ่นอยู่กับการสูญเสีย ต่ำหนีดตนเอง และผู้อื่น ความรู้สึกขัดแย้งใจ

ด้านสรีรวิทยา มีลักษณะ คลื่นไส้อาเจียน หรือรับประทานมากเกินไป นอนไม่หลับ หรือนอนมากเกินไป ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บหน้าอก

3) อารมณ์เศร้าระดับกลาง (moderate depression) เป็นอารมณ์เศร้าที่แสดงถึงปัญหาการปรับตัวเพิ่มสูงขึ้น และเริ่มมีความผิดปกติ ดังนี้

ด้านอารมณ์ มีลักษณะ ความรู้สึกเศร้า จิตใจห่อเหี่ยว ไม่มีแรง สิ้นหวัง มีดมน มองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกคุณค่าในตนเอง ต่ำ

ด้านพฤติกรรม มีลักษณะ เคลื่อนไหวเชื่องช้า ถดถอย พุดช้า หรือไม่พูด รำพึงรำพันแต่ความทุกข์ของตน แยกตัว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สนใจสุขอนามัยของตนเองน้อย มีการเพิ่มใช้สารเสพติด พยายามจะทำร้ายตนเอง

ด้านความคิด มีลักษณะ คิดเชื่องช้า ไม่ค่อยมีสมาธิ หรือขาดความสนใจ สิ่งใดสิ่งหนึ่ง ย้ำคิดย้ำทำ มองโลกแง่ร้ายแสดงออกด้วยคำพูด หรือพฤติกรรมในทางทำร้ายตนเอง

ด้านสรีรวิทยา มีลักษณะ คลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารไม่ได้ หรือรับประทานมากเกินไป นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป การนอนผิดปกติ ประจำเดือนขาด ความพึงพอใจทางเพศ ลดลง ปวดศีรษะ ปวดหลัง เจ็บอก เจ็บท้อง ไม่มีแรง อ่อนเพลีย เมื่อยล้า จิตใจห่อเหี่ยว มีความรู้สึกดีในตอนเช้า และแย่งลงในช่วงกลางวัน ระบบสื่อประสาทผิดปกติ

4) อารมณ์เศร้าระดับรุนแรง (severe depression) เป็นอารมณ์เศร้ามากและรุนแรง มีลักษณะอาการดังนี้

ด้านอารมณ์ มีลักษณะ รู้สึกสิ้นหวังไม่มีคุณค่า เฉยเมยโดดเดี่ยว รู้สึกเศร้ามาก จนไม่มีทางจะดีขึ้น ไม่รู้สึกยินดีในร้ายใดๆทั้งสิ้น

ด้านพฤติกรรม มีลักษณะ การเคลื่อนไหวเชื่องช้า ถดถอย ยืนที่อึดเฉย เคลื่อนไหว ไม่มีจุดหมาย หลงผิด แยกตัวจากสังคม

ด้านความคิด มีลักษณะ ความคิดหลงผิด คิดว่ามีผู้อื่นทำร้ายตน หลงผิดว่าตนเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ สับสน ตัดสินใจไม่ได้ ไม่มีสมาธิต่อสิ่งใดๆ ประสาทหลอน ตำหนิตนเอง และทำร้ายตนเอง

ด้านสรีรวิทยา มีลักษณะ การเคลื่อนไหวร่างกายเชื่องช้า เฉื่อยชา ย่อยอาหารช้า ท้องผูก ไม่ปัสสาวะ ประจำเดือนขาด เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ นอนไม่หลับ รู้สึกเลวในตอนเช้า และดีขึ้นตอนกลางวัน ระบบการสืบประสาทเสื่อม

2. การวินิจฉัยการพยาบาล

เมื่อได้ข้อมูลที่ประเมินได้ นำมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการพยาบาล โดยกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในลักษณะต่างๆดังนี้

- 1) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง จากความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า และแปลเหตุการณ์ผิดจากความเป็นจริง
- 2) การสูญเสียหน้าที่การทำงาน ปฏิเสธการสูญเสีย ระบายความโกรธไม่เหมาะสม คิดซ้ำๆกับสิ่งที่สูญเสีย ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้
- 3) ขาดความสนใจในการดูแลสุขอนามัยของตนทุกด้าน รวมถึงการดูแลบุคลิกภาพและการแต่งกาย
- 4) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีความรู้สึกถูกทอดทิ้งไม่มีใครช่วยเหลือได้ คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่ามองโลกแง่ร้าย
- 5) ไม่มีพลังกำลัง กระบวนการในการทำหน้าที่ต่างๆเสีย ขาดการควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่างๆ
- 6) แยกตัวจากสังคม ล้มเหลวในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีพฤติกรรมยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง กลัวการปฏิเสธ ไม่กล้าสื่อสารกับผู้อื่น
- 7) กระบวนการคิดผันแปร แยกตัว บุคลิกภาพอ่อนแอ ตำหนิตนและทำโทษตนเอง มองคนในทางลบ ความคิดสับสน ไม่มีสมาธิ ไม่สามารถแก้ปัญหาต่างๆได้ หลงผิด

3 การวางแผนการพยาบาล

ซึ่งมีการวางแผนระยะสั้น และระยะยาว โดย

การวางแผนระยะสั้น

มุ่งการให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยแต่ละข้อ ของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

1.3.1 การป้องกันอันตราย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วย ปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นทั้งภาวะรู้ตัว และไม่รู้ตัวของผู้ป่วย กิจกรรมการพยาบาล ควรประกอบด้วย จัดสภาพแวดล้อม

ให้ปลอดภัย สะอาด ปราศจากสิ่งกระตุ้น อยู่กับผู้ป่วย เพื่อดูแลและป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้น สร้างสัมพันธภาพ และความไว้วางใจกับผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความทุกข์ และการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

1.3.2 การสร้างสัมพันธภาพและส่งเสริมการปรับตัว เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยระบายปัญหา และปรับตัวอย่างเหมาะสม กิจกรรมพยาบาล ประกอบด้วย ประเมินระดับความเศร้า จัดให้ผู้ป่วยได้ระบายความต้องการ และอารมณ์เศร้า สอนทักษะการระบายอารมณ์ที่เหมาะสม และช่วยผู้ป่วยสืบค้น ต้นเหตุของปัญหา

1.3.3 การส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี และพัฒนาคุณค่าในตนเอง เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ดี มีพฤติกรรมเหมาะสม และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย การให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างเหมาะสม สร้างความมั่นใจและคุณค่าตนเองโดยจัดสภาพการณ์ให้ผู้ป่วยมีโอกาสประสบความสำเร็จและให้กำลังใจ เพื่อให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

1.3.4. การดูแลช่วยเหลือด้านสรีรวิทยา กิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย การช่วยเหลือปัญหาการนอนหลับจากอารมณ์เศร้า วิดกกังวล กลัว นอนไม่หลับ ตื่นเช้ามิด ไม่ได้พักผ่อน การช่วยเหลือเรื่องอาหาร โดยส่งเสริมการดูแลอนามัยส่วนบุคคลการรับประทานอาหาร และอื่นๆเช่น เปลี่ยนเสื้อผ้า สระผม

การวางแผนระยะยาว

มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และเน้นการดำรงชีวิตที่เหมาะสมในอนาคต การวางแผนระยะยาวเน้นการพัฒนาดังนี้

1) การพัฒนาคุณค่าในตนเอง ได้แก่สนับสนุนความสามารถในการทำงาน การเผชิญปัญหา และการปรับตัวในครอบครัวและสังคม เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ชีวิตของตนเอง ซึ่งมีกิจกรรมพยาบาลประกอบด้วย ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม และตัดสินใจ ในการกำหนดเป้าหมาย การพยาบาล สนับสนุนการพูดและระบายความรู้สึก เกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมและดูแลตนเองของผู้ป่วย และสนับสนุนเป้าหมายในทางบวก ของผู้ป่วย และกระตุ้นให้ฝึกคิด ปฏิบัติ

2) การส่งเสริมความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง และคุณค่าแห่งตน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพูดถึงสิ่งที่จะที่จะสนับสนุนการบรรลุเป้าหมาย และความพึงพอใจของตนเอง กิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย การยอมรับและไม่ตำหนิผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยระบายอารมณ์โกรธ สนับสนุนให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาและการสูญเสีย กระตุ้นให้หาแหล่งสนับสนุนในการจัดการปัญหา และมีการยึดมั่น เช่นยึดมั่นทางศาสนา กระตุ้นให้ผู้ป่วย ได้อภิปรายแนวปฏิบัติที่สามารถแสวงหาได้ โดยพยาบาลร่วมพิจารณา สนับสนุนแนวคิดที่เหมาะสม สร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยไม่ได้อยู่คนเดียว เมื่อรู้สึกว่ตนขาดก็ยังมีแหล่งที่สามารถช่วยเหลือได้ ทดสอบความมั่นใจและสนับสนุนให้

ผู้ป่วยสามารถใช้แหล่งบริการในชุมชนอย่างเหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554)

ผลลัพธ์ของการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลจะกำหนดเป้าหมายของกิจกรรมพยาบาลไว้ มุ่งประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลตามพฤติกรรมต่างๆดังเกณฑ์ต่อไปนี้ ผู้ป่วยไม่มีส่วนใดส่วนหนึ่งในร่างกายได้รับอันตราย ผู้ป่วยได้ พุดคุยร่วมกันเกี่ยวกับการสูญเสียกับบุคลากรให้การพยาบาลและครอบครัว ไม่มีความคิดซ้ำๆอยู่กับที่ในเรื่องของการสูญเสีย สามารถกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้กับตนเอง พยายามปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่างๆได้ มีการระบายความรู้สึก ฟังพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น สามารถรับรู้ความจริงได้ แก้ปัญหาได้ รับประทานอาหารได้ นอนหลับได้ 6-8 ชั่วโมง อาบน้ำ ทำความสะอาดผม และแต่งกายสะอาด โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ

การปฏิบัติการพยาบาล

- 1) ปกป้องอันตรายจากการทำร้ายตนเอง พยาบาลต้องดูแลใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบปลอดภัย
- 2) การใช้เทคนิค การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล สร้างความไว้วางใจแสดงความเห็นใจ กระตุ้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ
- 3) การสอนผู้ป่วย ใช้เทคนิคการสอนรูปแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การเห็นคุณค่าของตนเอง การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหา
- 4) การให้คำปรึกษาเน้น การปรับตัว การเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหาต่างๆ ทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน และดำเนินชีวิตในสังคม
- 5) การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม ทักษะการดำรงชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม
- 6) การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวก สำหรับผู้ป่วย และครอบครัวเมื่อมีปัญหา

การประเมินผล

เป็นขั้นตอนสุดท้าย ของกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอารมณ์ซึมเศร้า โดยใช้คำถามดังตัวอย่างนี้ ในการประเมิน ได้แก่ ผู้ป่วยยังมีอันตรายที่ควรหลีกเลี่ยงอยู่หรือไม่ ผู้ป่วยยังมีความคิดทำร้ายตนเองอีกไหม ผู้ป่วยรู้จักที่จะแสวงหาแหล่งช่วยเหลือนอกโรงพยาบาลได้หรือไม่ ผู้ป่วยได้อภิปรายเรื่องการสูญเสียของตนกับบุคลากรและบุคคลในครอบครัวบ้างไหม ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึกและพฤติกรรม ของตนเมื่อมีอาการเศร้าหรือไม่ ผู้ป่วยยังมีความคิดซ้ำๆอยู่หรือไม่ ความโกรธจากการสูญเสียของผู้ป่วยได้มีการระบายออกอย่างเหมาะสมหรือไม่ สามารถกำหนดเป้าหมายของตนที่เป็นไปได้หรือไม่ สามารถพูดถึงตัวเองทางบวก ผู้ป่วยทั้งอดีต ปัจจุบัน และอนาคตได้หรือไม่ สามารถร่วมกิจกรรมศาสนา และฟังพอใจเพียงใด สามารถบอกถึงเหตุการณ์ในชีวิตที่จะควบคุมได้

ใหม่ ผู้ป่วยพยายามมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสมหรือไม่ ผู้ป่วยสามารถมีสมาธิและสามารถตัดสินใจในการดูแลตนเองได้ดีเพียงใด สามารถหลับพักผ่อน ตื่นนอนปกติ หรือไม่ มีการแสดงให้เห็นการปรับตัวที่ดีด้านสุขภาพอนามัยและ การมองชีวิตในทางบวกหรือไม่เพียงใด และยังบ่งถึงอาการทางกาย หรือไม่ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554)

จากการทบทวนกิจกรรมทางการพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับความรูสึกมีคุณค่าในตนเอง โดยสรุป คือการประเมิน ระดับอารมณ์ซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยจะมีความรูสึกว่าตนเองไร้คุณค่า มองโลกในแง่ร้าย มีระดับอารมณ์เศร้า ตั้งแต่ปานกลาง ถึงรุนแรง ดังนั้นการวินิจฉัยการพยาบาล จึงต้องมุ่งปรับความรูสึกไม่มีคุณค่าของผู้ป่วย มองโลกแง่ร้าย ให้ผู้ป่วยมีความรูสึกมีคุณค่า มองโลกแง่บวก มีการพัฒนาคุณค่าในตนเอง ได้แก่นับสนุนความสามารถในการทำงาน การเผชิญปัญหา โดยมีกิจกรรมการพยาบาลสร้างความมั่นใจในคุณค่าตนเองแก่ผู้ป่วยและ สนับสนุนความคิดเชิงบวก และส่งเสริมปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม

นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินระดับอารมณ์เศร้า จึงต้องมีการพยาบาลดูแลตามระดับอารมณ์เศร้าของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาและมีความรูสึกมีคุณค่า ในการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกผู้ป่วยที่ทำการวิจัยตามระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า โดยเลือกระดับปานกลาง คือ ค่าคะแนน 13-18 ซึ่งแนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน ซึ่งการดูแล มีดังนี้

แนวทางการดูแลผู้ที่มีระดับภาวะซึมเศร้า

1. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น แจ่มใส อารมณ์เศร้า เหงาหงอยชั่วคราวซึ่งบุคคลทั่วไปรูสึกได้ในบางครั้ง การนอนลดลง อาจหลับยากหรือตื่นเช้ากว่าปกติ อาจมีสาเหตุหรือไม่ก็ได้ เริ่มคิดลบเปรียบเทียบกับผู้อื่น ความตั้งใจทำงานต่างๆ ลดลง ต้องการความช่วยเหลือ แนะนำ การเอาใจใส่

- ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม พุดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรูสึก ให้กำลังใจ

2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (moderate depression) มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงขึ้น จนมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวและการทำงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้แต่อาจไม่สมบูรณ์ อาการเป็นมาช่วงเช้า รูสึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งต่างๆ อ่อนเพลีย มีพลังกำลังลดลง รูสึกตนเองไร้ค่า ต่ำหนืดตนเอง หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย กังวลกับสุขภาพ หลีกหนีสังคม แยกตัว อาจคิดอยากตาย ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด

- ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม พุดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรูสึก ให้กำลังใจ

- แนะนำวิธีการคลายเครียดด้วยตนเอง เช่น การพุดคุยระบายความรูสึก การนวด การฟังเพลง การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

- หากไม่ดีขึ้นให้ รายงานแพทย์

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) มีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา สิ้นหวัง มอง

ตนเองด้านลบ ไม่มีคุณค่า คิดอยากตายมากขึ้น แยกตัวมากขึ้น สิ้นหวัง มองไม่เห็นอนาคต การตัดสินใจเสียแม้เรื่องง่ายในชีวิตประจำวันไม่สนใจดูแลตนเอง อาจนั่งอยู่ท่าเดียวนานๆหรือกระวนกระวายอยู่ไม่สุข นอนน้อยลง อ่อนเพลีย บางคนไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง

- ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม พุดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ
- แนะนำวิธีการคลายเครียดด้วยตนเอง เช่น การพุดคุยระบายความรู้สึก การนวด การฟังเพลง การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
- หากมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้เฝ้าสังเกตอาการใกล้ชิด และรายงานแพทย์ทันที

2. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

2.1 ความหมายความของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ทฤษฎีทางจิตวิทยาในเรื่องการจัดลำดับขั้นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ตามแนวคิดมาสโลว์ มี 7 ขั้น คือ มนุษย์จะสนองความต้องการให้กับตนเองทั้งสิ้น ซึ่งจะสนองความต้องการในขั้นต้นก่อนเมื่อขั้นต้นได้รับการตอบสนองแล้วก็จะมีความต้องการในขั้นสูงขึ้นไปเพื่อไปสู่การรู้จักตนเองอย่างแท้จริง (Self-actualization) และความต้องการสุนทรีย์ (Aesthetic need) โดยในขั้นนี้เป็นความต้องการสูงสุดที่เน้นศักดิ์ศรีและคุณค่าในตนเอง (Maslow's Hierachy of need, 1945 อ้างใน อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554)

Rosenberg (1965) การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเอง เกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เห็นคุณค่า และมีความเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งประเมินตนเองทั้งทางบวกและทางลบ

สิทธิโชค วรานุสันติกุล (2546) ได้ให้ความหมายการนับถือตนเอง (Self-esteem) ว่าเป็นทัศนคติแบบหนึ่งที่เกิดจากการประเมินตนเองและขึ้นกับกระบวนการรับรู้ตนเอง (Self-perception) ในลักษณะของความสำเร็จ หรือล้มเหลว หรือ ดี ถูกหรือผิด คนที่มีความนับถือตนเองสูง จะรับรู้ความสำเร็จกับความล้มเหลว แตกต่างกับคนที่มีการนับถือตนเองต่ำ เช่นในเหตุการณ์หนึ่ง ที่ถือว่าตัวเองประสบความสำเร็จ พวกที่มีการนับถือตนเองต่ำ (Low Self-esteem) จะรับรู้เหตุการณ์ของความสำเร็จ ไปที่เหตุภายนอกรอบตัว และเป็นเหตุชั่วคราว เช่น เป็นเพราะโชค (สิทธิโชค วรานุสันติกุล, 2546) ในขณะที่พวกที่มีการนับถือตนเองสูงจะมองว่าความสำเร็จมาจากเหตุภายในตนเอง (จำรอง เงินดี, 2552)

Whisman & Kwan (1993) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความมั่นในตนเอง มีความหวังและความนับถือตนเอง การศึกษาพบว่าปัจจัยที่สำคัญในการลดภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกสิ้นหวังคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

(Whisman & Kwan, 1993; รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) บุคคลที่ขาดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ดี เช่น ไม่ได้การยอมรับจากเพื่อนหรือรับรู้ว่าคุณค่าในตัวเองไม่เป็นที่น่าสนใจ พบว่ามีความบกพร่องในความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีการมองตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ ขาดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกสิ้นหวัง นำไปสู่การทำร้ายตนเองมากที่สุด (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) หมายถึง บุคคลประเมินตนเองดีแค่ไหน คนที่มีความภูมิใจในตนเองสูง (high self-esteem) มีความคิดเชิงบวกเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งหมายความว่าบุคคลนั้นคิดว่าตนมีความสามารถ (competent) เป็นที่ชื่นชอบ (likeable) สวยหรือหล่อ (attractive) และเป็นคนดี (morally good) ตามหลักการแล้ว คนที่มีความภูมิใจในตนเองต่ำ จะต้องตรงกันข้าม คือ คนพวกนี้คิดว่าตัวเองไม่เก่ง น่าเกลียด ไม่มีใครชอบ และไร้ศีลธรรม ได้มีข้อสรุปเกี่ยวกับการวิจัยว่า ผู้ที่มีความภูมิใจในตนเองต่ำมีลักษณะดังนี้

1. ไม่ต้องการความล้มเหลว เขาอยากประสบความสำเร็จและอยากให้คนชอบ (Mcfarlin & Blascovich, 1981 ; นพมาศ อัจฉริยะ, 2555)

2. มีความคิดเกี่ยวกับตนเองที่ขัดแย้งและไม่แน่นอน มี Self concept confusion เวลาถูกถามว่ารู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับตนเอง พวกเขา มักบอกว่า ไม่รู้ หรือไม่แน่ใจ และมักตอบขัดกันในตัว เช่น บอกว่า ตนสงบนิ่งแต่เครียด ในแต่ละวันแต่ละครั้งที่พูดก็ไม่สอดคล้องกัน (Campbell, 1990 ; นพมาศ อัจฉริยะ, 2555)

3. จดจ่อที่การปกป้องตนเองแทนการพูดถึงตนเองในเรื่องดีๆ โดยจะใช้การหลีกเลี่ยงความล้มเหลว เรื่องน่าอายการถูกปฏิเสธ และความโชคร้ายต่างๆถึงกับไม่ยอมเสี่ยงไม่ฉวยโอกาสเมื่อมันมาถึง (Baumeister et al., 1989,; นพมาศ อัจฉริยะ, 2555)

4. มีแนวโน้มอารมณ์ ซึ้งๆลงๆ ถูกเหตุการณ์กระทบง่ายกว่าคนอื่น จึงอ่อนไหวต่อปัญหา อารมณ์แปรปรวน และมีปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่รุนแรงกว่าปกติ (Campbel, Chew & Scratchley, 1991 ; นพมาศ อัจฉริยะ, 2555)

Coopersmith (1981) ให้ความหมายไว้ว่าเป็นการที่บุคคลพิจารณาประเมินตนเอง แล้วแสดงออกในแง่ของการยอมรับตนเองหรือไม่ยอมรับตนเองเป็นการแสดงให้เห็นถึงขอบเขตความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีคุณค่าของตนเอง ซึ่งเป็นเรื่องอัตวิสัย บุคคลอื่นสามารถรับรู้ได้จากคำพูดและท่าทีที่บุคคลนั้นแสดงออกมา (Coopersmith, 1981)

สรุปได้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึงการประเมินต่อเหตุการณ์เกิดการรับรู้เชิงบวกต่อตนเอง ว่าตนมีความสามารถ มีคุณค่า บุคคลอื่นมีความต้องการ เป็นที่ชื่นชอบ ต่อบุคคลได้รับการยกย่องยอมรับจากบุคคลอื่น มีอารมณ์มั่นคง มีความพยายามที่จะผ่านพ้นอุปสรรคได้ และลดการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

Coopersmith (1981) แบ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆคือ

1. ปัจจัยภายใน หมายถึงคุณลักษณะเฉพาะตัว ของบุคคล ที่ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ มีคุณค่า

1.1 ลักษณะทางกายภาพ (Physical attributes) เป็น รูปร่างลักษณะภายนอกของบุคคลเช่น น้ำหนัก ความสูงบุคลิกภาพ การแต่งกาย ตลอดจนคุณสมบัติอื่นที่มองเห็นได้ หากบุคคลมีความพึงพอใจในลักษณะที่ตนเองเป็น ก็จะเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะเห็นคุณค่าในตนเองมากเพียงใด ยังขึ้นอยู่กับค่านิยมของสังคมในขณะนั้นด้วย

1.2 ความสามารถ สมรรถภาพและความสำเร็จของงาน (general capacity ability and performance) ลักษณะทั้ง 3 มีความสัมพันธ์ต่อกันจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงความดีในความสำเร็จหรือความล้มเหลว หากมีการประสบความสำเร็จในงานจะเป็นการเสริมแรงแก่ตนเอง หากบุคคลมีประสบการณ์พบความสำเร็จอยู่เสมอจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าบุคคลที่มีประสบการณ์ในความสำเร็จน้อยครั้ง (Coopersmith, 1981) การได้รับคุณค่าจากการกระทำที่สำเร็จตามเป้าหมายที่ผ่านมา แม้ว่าจะเป็นความสำเร็จเล็กน้อยก็ตาม จะสามารถให้บุคคลเผชิญปัญหา อุปสรรคต่างๆได้ และสามารถปรับตัวได้ดีกับสถานการณ์ ช่วยให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น (เอื้อญาติ ชูชื่น สุกิตา วิรุณ และ วิมล นุชสวาท, 2557)

1.3 เพศ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองดังการศึกษาของเอปสแตน (Epstein, 1979) พบว่าเพศชายมีการยอมรับตนเองและปรับตัวได้ประสบความสำเร็จกว่าเพศหญิงส่งผลให้มีคุณค่าในตนเองสูง (Epstein, 1979: Mruk, 2013)

1.4 ระดับความมุ่งหวัง (aspiration) ซึ่งบุคคลแต่ละบุคคลมีระดับความมุ่งหวังแตกต่างกันทั้งในเรื่องการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน ความสามารถในด้านต่างๆโดยมีการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานหรือความสามารถของตนกับเกณฑ์ที่ตนตั้งไว้ ถ้าผลงานหรือความสามารถเป็นไปตามเกณฑ์ที่ตนตั้งไว้จะทำให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น หากบุคคลตั้งเกณฑ์สำเร็จไว้เกินความสามารถที่เป็นจริงของตนเอง โอกาสที่จะประสบความสำเร็จในงานย่อมมีน้อย บุคคลจะคิดว่าตนเองไร้ค่าไม่มีความสามารถ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Coopersmith, 1981)

1.5 ค่านิยมส่วนบุคคล (self values) ในการประเมินคุณค่าแห่งตนบุคคลจะเทียบเคียงตนเองกับสิ่งที่ให้คุณค่าหรืออุดมคติของแต่ละบุคคลซึ่งแต่ละคนจะมีค่านิยมต่อสิ่งต่างๆไม่เหมือนกัน บุคคลใดให้คุณค่าต่อสิ่งใดแล้วกระทำตนไปสู่เป้าหมายในสิ่งนั้นไม่ได้ จะเกิดความรู้สึกที่ไม่ดี เช่น อับอาย วิทกกังวล และมีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อาจมีแนวโน้มใช้เกณฑ์ค่านิยมของสังคมเป็นตัวตัดสินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอีกด้วย (Coopersmith, 1981)

1.6 ภาวะทางอารมณ์และความรู้สึก (affective states) หมายถึง ความพอใจเสียใจ ความวิตกกังวล ฯลฯ ที่อยู่ในตัวบุคคลทั้งที่แสดงออกและไม่แสดงออก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Warren (1997) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในผู้หญิงอเมริกัน พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ปัจจัยภายนอก หมายถึงสภาพสิ่งแวดล้อมที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์เป็นปัจจัยการได้รับการปฏิบัติจากผู้อื่นด้านต่างๆได้แก่สัมพันธภาพในครอบครัวการเลี้ยงดูที่ปล่อยปละละเลยส่งผลให้คุณค่าในตนเองต่ำ การวิจัยของ Bahrein, Akaberian, Ghodsbin, Yazdankhah & Mohammadi (2012) ที่พบว่า การเลี้ยงดูแบบไม่คอยรับการใส่ใจในการเลี้ยงดู (low care) จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ นอกจากนี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มหรือลดระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้แก่การยอมรับจากผู้อื่น การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อน (Crocker, Luhtanen, Cooper & Bouvrette, 2003)

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้แก่ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน คือ การรับรู้คุณลักษณะของตน เช่นรูปร่าง หน้าตา บุคลิกภาพ ความสามารถ สมรรถนะ ความมั่งหวัง ค่านิยม ภาวะทางอารมณ์และความรู้สึก หากผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าความสามารถ รับรู้ว่าตนเองมีข้อดี มองโลกด้านดี จะสามารถสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หรือสามารถให้บุคคลเผชิญปัญหา อุปสรรคต่างๆได้ และสามารถปรับตัวได้ดีกับสถานการณ์ รับรู้ว่ามีความสามารถในการแก้ปัญหาได้ ช่วยให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ส่วนปัจจัยภายนอกคือการมีสัมพันธภาพที่ดี การได้รับการปฏิบัติจากบุคคลอื่นทางที่ดี มีความเข้าใจกัน และมีสัมพันธภาพในครอบครัว ก็จะส่งผลให้สร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ดีขึ้น

2.3 การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

จากการทบทวนพบว่าเครื่องมือวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หลายแนวคิด เช่น แนวคิดของ Rubin's self-esteem scale ประกอบด้วยข้อคำถาม 62 ข้อแบ่งเป็น 3 ตอน ตอนที่

1) ด้านอัตมโนทัศน์ 2) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 10 ข้อ 3) การประเมินอัตมโนทัศน์ 20 ข้อ

แนวคิดของ Hare (1997) เป็นแนวคิดของเด็กและวัยรุ่น ประกอบด้วยโดยประเมิน ในโรงเรียน ในบ้าน และกลุ่มเพื่อน

แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองRosenberg (1965) จำนวน 10 ข้อพัฒนาโดย
 ฐปณีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล (2545) และนำมาปรับปรุงโดย เทียนทอง ทาระบุตร (2555) คำตอบของ
 แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ มีเนื้อหารายการในการ
 สอบถาม ดังนี้

- ฉันรู้สึกพอใจในตัวของฉัน
- บางครั้งฉันคิดว่าฉันไม่ดีเลย
- ฉันรู้สึกฉันมีข้อดีในตัวเอง
- ฉันมีความสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ดีเท่าผู้อื่น
- ฉันรู้สึกว่าตัวเองไม่มีอะไรน่าภูมิใจมากนัก
- ฉันรู้สึกบ่อยๆว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า
- ฉันรู้สึกว่าฉันมีคุณค่าอย่างน้อยที่สุดก็เท่าเทียมคนอื่น
- ฉันรู้สึกว่าฉันควรภูมิใจตนเองให้มากกว่านี้
- โดยรวมแล้วฉันรู้สึกว่า ตนเองล้มเหลวในชีวิต
- ฉันมีความรู้สึกที่ติดต่อตนเอง

ซึ่งแบบประเมินตาม แนวคิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองRosenberg (1965) จำนวน 10 ข้อ
 ที่ผู้วิจัยเลือกใช้เป็นเครื่องมือในการวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในครั้งนี้ เนื่องจากมีความเหมาะสม
 ด้านข้อคำถาม ที่ชัดเจนไม่มีจำนวนข้อมากเกินไป และพบว่าส่วนใหญ่ใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังการ
 ทบทวนงานวิจัยของ สงศรี มรกต (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นโดยใช้
 เครื่องมือประเมิน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แนวคิดRosenberg (1965)

2.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

กระบวนการพยาบาล ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีข้อวินิจฉัยการพยาบาล ความรู้สึกมีคุณค่าใน
 ตนเองต่ำ มีขั้นตอนดังนี้ (จิราพร รักการ, 2554)

1.ข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพ (Health assessment) ซึ่งจะได้จากข้อมูลที่
 ผู้ป่วยบอก และจากการประเมินโดยพยาบาล ได้แก่

- ผู้ป่วยพูดถึงตนเองในด้านลบ
- การแสดงความรู้สึกไร้ค่า
- ทำแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ผลการประเมินระดับต่ำ

2.กิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention)

-ประเมินการรับรู้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจากแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่า
 ในตนเอง

-ผู้ป่วยแยกตัวอยู่คนเดียว พยาบาลควรสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และสัมพันธภาพของ
ผู้ป่วยกับบุคคลอื่น ให้เกิดความไว้วางใจ

-ให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดที่ไม่ยากเกินไป ที่ผู้ป่วยสามารถทำได้สำเร็จ ให้การเสริมแรง
ทางบวกตามความเป็นจริง เพื่อส่งเสริมความภาคภูมิใจ

-มอบหมายชิ้นงานตามความถนัดของผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยสามารถทำได้สำเร็จ พยาบาลให้
แรงสนับสนุนเชิงบวก

-ดูแลให้ได้รับยาตามเกณฑ์ตามแผนการรักษา

-ประเมินอาการข้างเคียงของยา เช่น ลิเทียม มีอาการ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ มือสั่น
กล้ามเนื้อกระตุก พุดไม่ชัด การทรงตัวเสีย ปัสสาวะมาก

3.ผลการพยาบาล (Nurse outcome)

-ผู้ป่วยสามารถบอกจุดแข็ง หรือข้อดีของตนเองได้

-ผู้ป่วยบอกจุดมุ่งหมายในชีวิต การดำเนินชีวิตที่ตนเองต้องการได้

-ผู้ป่วยทำกิจกรรมที่มอบหมายสำเร็จ

-ยินยอมเข้าร่วมกลุ่มบำบัด

3. แนวคิดการสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Enhancement)

3.1 ความหมายของความเข้มแข็งทางใจ

ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Enhancement) มีการเรียกชื่อแตกต่างกันไปเช่น ความ
หยุ่นตัว ความยืดหยุ่น ความเข้มแข็งทางใจ ความสามารถในการฟื้นพลัง ความหยุ่นตัวทางอารมณ์
และจิตใจ หรือพลังสุขภาพจิต ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมา หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวและฟื้น
ตัวกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติได้ภายหลังที่พบเหตุรุนแรง หรือความยากลำบากในการดำเนินชีวิต
(Davis & Nancy J, 1999) หรือเพิ่มพลังในการปรับตัวเผชิญกับสิ่งแวดล้อมต่างๆหรือบุคคล (Haase
and Peterson, 2013 ; Garcia, et al, 2013)

ประเวศ ต้นติพิวัฒนสกุล (2550) กล่าวว่าความเข้มแข็งทางใจ หมายถึงความสามารถในการ
จัดการปัญหา และวิกฤติของชีวิต ให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ ในเวลาอันรวดเร็ว ทั้งเกิดการ
เรียนรู้ พัฒนาในการเผชิญปัญหาหรือวิกฤตินั้นๆได้

Grotberg(1995) กล่าวว่าความเข้มแข็งทางใจหรือการฟื้นคืนทางอารมณ์ หมายถึง
ความสามารถหรือศักยภาพของมนุษย์ เมื่อพบภาวะวิกฤติ หรือภาวะบีบคั้นและสามารถที่จะเผชิญ
และผ่านพ้นไปได้ด้วยดี

สรุปได้ว่า ความเข้มแข็งทางใจ หมายถึงความสามารถที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีความหวัง

กำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป และสามารถจัดการปัญหาได้ ของบุคคลเมื่อเผชิญปัญหา หรือเหตุการณ์วิกฤติ จะสามารถพ้นภัยจากความเศร้าโศก มีพลังในการต่อสู้อุปสรรคต่างๆได้ โดยต้องมีสัมพันธภาพที่ดี สามารถทำให้ มีความรู้สึกปลอดภัย สำนึกในความสามารถและคุณค่าแห่งตน รู้สึกตนเองมีคุณค่า

3.2 องค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจ

Grothberg (1995) กล่าวองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบที่สำคัญ อันได้แก่

1) สิ่งที่เป็น (I am) เป็นการช่วยให้บุคคลได้รับรู้ว่าตนเองเป็นใครและมีหน้าที่ต้องทำอะไร เพื่อให้เกิดการเข้าใจตนเองมากยิ่งขึ้น เกิดการพัฒนาภายในตนเองเป็นอิสระมีความเชื่อมั่น มีความรับผิดชอบ สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง และมีความรู้สึกว่าคุณค่า

2) สิ่งที่มี (I have) เป็นความปลอดภัยขั้นพื้นฐานที่บุคคลควรได้รับจากบุคคลในครอบครัว หรือชุมชน มองรอบๆตัว บุคคลที่ทำให้คิดถึง คอยให้ความช่วยเหลือแนะนำ และในขณะที่รู้สึกแย่ บุคคลเหล่านี้ทำให้เรารู้สึกปลอดภัย หากมีสัมพันธภาพที่ดีก็จะรู้สึกไม่ได้อยู่โดดเดี่ยว

3) สิ่งที่สามารถทำได้ (I can) เป็นการช่วยให้บุคคลเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รับรู้ถึงศักยภาพ ที่มีอยู่ภายในตนเอง การสามารถใช้หลักการในการแก้ปัญหา รู้จักว่าอะไรคือปัญหา การใช้ทางเลือก ในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม (Grothberg, 1995)

สำหรับในประเทศไทย กรมสุขภาพจิต (2552) ได้พัฒนาตามแนวคิด Grothberg (1995) กล่าวว่า ความเข้มแข็งทางใจมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1) ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ คือ มีวิธีการที่จะดูแลจิตใจให้ทนอยู่ได้ รู้เท่าทันอารมณ์ความรู้สึก ของตนและผู้อื่น สามารถจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกทุกข์ของตัวเองได้ ในสถานการณ์ที่กดดัน

2) ด้านความหวังและกำลังใจ คือ มีความหวังและแรงใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปภายใต้สถานการณ์ ที่กดดัน ซึ่งความหวังและกำลังใจนี้อาจมาจากการสร้างด้วยตนเองหรือคนรอบข้างก็ได้

3) ด้านต่อสู้เอาชนะอุปสรรค คือ ความมั่นใจและพร้อมที่จะเอาชนะปัญหาอุปสรรคที่เกิดจาก สถานการณ์วิกฤติ ซึ่งความมั่นใจนี้เกิดจากการตระหนักในความสามารถหรือทักษะของตนเอง คิดว่า ฉันทำได้ ฉันแก้ปัญหานี้ได้ และมีทักษะในการแสวงหาความรู้และเข้าถึงความช่วยเหลือหรือปรึกษา (กรมสุขภาพจิต, 2552)

แนวคิดของ Grothberg (1995) มีรายละเอียด แต่ละองค์ประกอบ ได้แก่

I am เป็นความเข้มแข็ง สิ่งที่มีอยู่ในตัวบุคคล ซึ่งบุคคลมี ความรู้สึก ทศนคติ และมีความ เชื่อมั่นในตัวเอง โดยมี ความรู้สึกว่าคุณค่าเป็นที่ยอมรับ ตนสามารถสร้างความรักให้แก่ผู้อื่น เข้าใจใน ความรู้สึกของผู้อื่น สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ มีความรู้สึกภูมิใจในตนเอง (Proud of myself) การมี ความเป็นอิสระและมีความรับผิดชอบตนเองคือ ยอมรับในพฤติกรรมหรือสิ่งที่ตนกระทำลงไป รวมทั้ง มีความเข้าใจความแตกต่างของแต่ละบุคคล (Grothberg,1995) ซึ่งต้องได้รับการให้กำลังใจจะช่วย

พัฒนาภายในตนเองทำให้เกิดความรับผิดชอบ ความเชื่อมั่นในตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง Grothberg (1999)

I have เป็น สิ่งที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล คือเป็นแหล่งสนับสนุน ที่ช่วยเสริมสร้างให้เกิดความเข้มแข็งทางใจ ก่อนที่บุคคลจะพัฒนารู้สึกถึงความสามารถ (I can) และสิ่งที่ตนเองเป็น (I am) จะต้องพัฒนามาจากการที่บุคคลรู้ว่าตนเองมีแหล่งช่วยเหลือสนับสนุน จึงทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยเป็นพื้นฐาน ซึ่ง I have นั้นคือการที่ได้รับความรักแบบไม่มีเงื่อนไข การมีความสัมพันธ์ที่มีความจริงใจ จากญาติ ครอบครัว โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ได้เรียนรู้ความคาดหวังที่คนในครอบครัวมีต่อตนเอง มีการลงโทษหากกระทำผิดข้อจำกัดต่างๆที่ครอบครัวกำหนด หรือมีบุคคลที่เป็นต้นแบบได้แก่ พ่อ แม่ ญาติ พี่น้อง เป็นตัวอย่างการดำเนินชีวิต หรือแบบอย่างคุณธรรม จริยธรรม รวมถึงการสั่งสอน การให้บุคคลมีอิสระในการคิด การกระทำ การตัดสินใจโดยตนเอง และมีคนคอยช่วยเหลือดูแลอยู่บางส่วน รวมทั้งการได้รับการดูแลด้านสุขภาพ การศึกษา การรับบริการทางสังคมด้านต่างๆอย่างเหมาะสม (Grothberg,1995) สรุป คือการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างซึ่งสามารถส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจของแต่ละคนได้ (Grothberg, 1999)

I can เป็นทักษะ ทางสังคม ซึ่งจะต้องได้จากการได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น หรือได้จากการเรียนรู้ได้แก่ การสื่อสาร เป็นความสามารถที่บอกความคิดความรู้สึกแก่บุคคลอื่น และรับรู้ความรู้สึกของบุคคลอื่นได้ ความสามารถในการแก้ปัญหาเช่น รู้จักปัญหาคือสิ่งใด ขอบเขต รู้ถึงการวางแผน แก้ไขปัญหาได้อย่างไร มีความทนทานหรือ สามารถที่จะเผชิญในระหว่างที่เกิดปัญหาได้ มีความสามารถจัดการอารมณ์และความรู้สึกประกอบด้วย สามารถรับรู้ความรู้สึกของตนเอง บอกตนเองได้ว่าตนรู้สึกอย่างไร สามารถจัดการอารมณ์ตนเองได้เพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่น และมีความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นอย่างจริงใจได้ (Grothberg, 1995) หรือ เป็นการพัฒนาทักษะภายในตัวบุคคลและทักษะในการแก้ปัญหาต่างๆ (Grothberg, 1999)

3.3 การประเมินความเข้มแข็งทางใจ

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้นำแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (ความเข้มแข็งทางใจ) ของกรมสุขภาพจิต (2552) ซึ่งได้มีการทดลองใช้กับกลุ่มคนทั่วไปอย่างแพร่หลาย ที่กรมสุขภาพจิตได้ทำการศึกษา แนวคิดของ Grothberg (1995) แบ่งเป็นด้านหลักๆ 3 ด้านดังนี้

พลังฮึด ฮึด ฮู้ ทั้ง 3 ด้าน มีความหมาย คือ ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นตัวภายหลังที่พบเหตุการณ์วิกฤต หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากความหมาย ของแต่ละด้านคือ

พลัง ฮึด คือ ความสามารถอดทนต่อแรงกดดันได้ สร้างด้วยการรู้จักปรับความคิด เพื่อให้เกิดความรู้สึกดีกับตนเอง จนเป็นความภาคภูมิใจ

พลัง ฮึด คือมีกำลังใจ ที่จะดำเนินชีวิตต่อไป ภายใต้สถานการณ์ที่กดดัน ซึ่งกำลังใจนี้อาจมาจากตนเองหรือคนรอบข้าง เป็นความผูกพันและสายสัมพันธ์เกื้อหนุน

พลัง ผู้ คือต่อสู้เอาชนะอุปสรรค มั่นใจและพร้อมที่จะเอาชนะปัญหา เกิดจาก การตระหนัก
ในความสามารถของตนเอง คิดว่าฉันทำได้ แก้ปัญหาได้และมีทักษะในการแสวงหาความรู้ และเข้าถึง
การช่วยเหลือ หรือปรึกษา

โดยแบบประเมินนี้ ใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ

1) ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (อีดี) จำนวน 10 ข้อ

2) ด้านกำลังใจ (ฮีด) จำนวน 5 ข้อ

3) ด้านการจัดการกับปัญหา (ผู้) จำนวน 5 ข้อ รวม 20 ข้อ เป็นการสอบถามถึงความคิด
ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ทำแบบประเมิน (กรมสุขภาพจิต, 2552)

3.4 ปัจจัยสร้างความเข้มแข็งทางใจ

ปัจจัยความเข้มแข็งทางใจ คือความสามารถที่มีอยู่ในตัวบุคคล ที่สามารถนำมาปกป้องตนเอง
เพื่อเอาชนะอุปสรรค และผ่านพ้นวิกฤตไปได้ โดยได้รับผลกระทบหรือความเสียหายน้อยที่สุด
(Grothberg, 1995) ซึ่งมีปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่ส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งทางใจ

ปัจจัยภายใน ได้แก่ ทักษะทางสังคม ทักษะการแก้ไขปัญหา ความสามารถในการดูแลและ
ควบคุมตนเอง ความมุ่งมั่นที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต ความสามารถในการรู้คิด สอดคล้องกับ
นายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล (2551) ว่า ความเข้มแข็งทางใจมาจาก การพัฒนาขึ้นในตนเอง
ไม่ว่าจะมีต้นทุนชีวิตมากน้อยแค่ไหน อย่างไรก็ตาม ทุกคนสามารถสร้างความเข้มแข็งทางใจให้เกิดขึ้นได้
ด้วยตนเอง

ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สัมพันธภาพทางสังคม การได้รับสนับสนุนทางสังคม (อรุณลักษณ์ คง
ไพศาลโสภณ, 2556) สอดคล้องกับนายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล (2551) ว่า การมีความพร้อม
ที่จะเผชิญปัญหาด้วยความเข้มแข็ง การเลี้ยงดูที่อบอุ่นของครอบครัว พ่อ แม่ให้ความรัก และความ
เข้าใจ หรือญาติผู้ใหญ่ คอยห่วงใย จึงเติบโตเป็นคนที่เชื่อมั่นในตนเอง มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา
ด้วยความเข้มแข็ง จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยของการเกิดความเข้มแข็งทางใจเพื่อป้องกัน
ภาวะซึมเศร้าในวัยเด็กนักเรียนได้แก่ ประชากรและสังคม ตัวบุคคล คือความสัมพันธ์ในสังคม
ลักษณะบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล และการมีเป้าหมายในชีวิต (Marcotte, et al, 2014)

4. โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้นำแนวคิดการสร้างความเข้มแข็งทางใจของ Grothberg (1995)
โดยพัฒนามาจากกรอบแนวคิดเรื่องความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 3
องค์ประกอบที่สำคัญ อันได้แก่ 1. ฉันเป็น (I am) เป็นการพัฒนาความคิดด้านบวกและมองเห็นคุณค่า
ของตนเองซึ่งการฝึกคิดเชิงบวก สามารถเสริมคุณค่าในตนเองได้ (พรพรรณ สุดใจ, 2555) 2.ฉันมี (I

have) เป็นการเรียนรู้ทักษะการสื่อสารรู้จักสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน ซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีแก่คนรอบข้าง มีความเข้าใจระหว่างบุคคล (กรรณิการ์ ผ่องโต, 2555) 3.ฉันสามารถ (I can) สามารถช่วยปรับวิธีคิด และวิธีการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ ให้ความเชื่อมั่นในตนเองและเกิดภาคภูมิใจในตนเอง (กรรณิการ์ ผ่องโต, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรม จึงนำมารวบรวมและพัฒนาแต่ละกิจกรรมให้สอดคล้องตามแนวคิดสรุปได้ กิจกรรมทั้งหมด 3 กิจกรรม สามารถครอบคลุมองค์ประกอบ ทั้ง 3 องค์ประกอบ ซึ่งระยะเวลา จำนวนครั้งเหมาะสมกับผู้ป่วย ที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถร่วมกิจกรรมได้ โดยจัดเป็นกลุ่มทดลอง ทำกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ทุกสัปดาห์ๆละ 1 ครั้งๆละ 60 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยดำเนินการตามกิจกรรม ประกอบด้วย การสอน การกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น และการให้ฝึกปฏิบัติในบางกิจกรรม ซึ่งมีกิจกรรม ทั้ง 3 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ รู้สึกดีกับตนเอง และมองโลกแง่ดี

ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ การบรรยายเกี่ยวกับการมองโลกแง่ดี การให้ผู้ป่วยทบทวนข้อดีของตนเอง การกระตุ้นให้ผู้ป่วยตอบคำถาม และการฝึกปฏิบัติ ซึ่งมีสื่อยกตัวอย่าง ให้ฝึกการมองในแง่ดี โดยใช้รูปภาพเป็นสื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกคิดการมองโลกในแง่ดี ตลอดถึงกระตุ้นให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติจากการทบทวนวรรณกรรม พรพรรณ สุดใจ (2555) ที่ได้จัดกิจกรรมพัฒนาความคิดเชิงบวกให้แก่ผู้ป่วยซึมเศร้า โดยเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ พบว่า ในการเสริมความคิดเชิงบวก หรือมองโลกในแง่ดี จะมีส่วนทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าสามารถมองเห็นคุณค่าในตนเองได้ (พรพรรณ สุดใจ, 2555) สอดคล้องกับ Tayler et al., (2003) กล่าวว่าคนที่มีความภูมิใจในตนเองต่ำ จะมีความคิดเกี่ยวกับตนเองไม่ชัด มองตัวเองในแง่ร้าย มักตั้งเป้าหมายชีวิตแบบไม่สัมผัสความจริง หรือไม่มีเป้าหมายในชีวิตเลย มักมองอนาคตในแง่ร้ายมีปฏิริยาไม่สร้างสรรค์ต่อคำวิจารณ์ มักกังวลผลกระทบที่ตนมีต่อผู้อื่นและ เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า (Tayler et al.,2003 ;นพมาศ อึ้งพระ, 2555) ดังนั้น จึงเลือกกิจกรรมรู้สึกดีกับตนเอง และมองโลกแง่ดี มาจัดกระทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้า เพื่อสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 คุยกันอย่างเข้าใจ

ได้แก่ การบรรยายถึงการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน การคุยกันอย่างเข้าใจ การเล่าเรื่องที่เป็นประสบการณ์จากการสื่อสารเพื่อฝึกทักษะการฟังและสามารถอ่านความหมายที่แฝงเร้นในการสนทนา การซักถามผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ซักถาม และให้ฝึกปฏิบัติในใบงาน ซึ่งจากการทบทวนผล ของการใช้โปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อความสำนึกในคุณค่าตนเองของเยาวชนในสถานสงเคราะห์พบว่ามีความเฉลียวของคะแนนคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุกัญญา พิระวรรณกุล, 2541) นอกจากนั้นบุคคลที่ขาดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ดี เช่น ไม่ได้การยอมรับจากเพื่อนหรือรับรู้ว่าคุณค่าตนเองไม่

เป็นที่น่าสนใจพบว่ามีความบกพร่องในความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีการมองตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ ขาดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกสิ้นหวัง นำไปสู่การทำร้ายตนเองมากที่สุด (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) ดังนั้นจึงเลือกกิจกรรม คุยกันอย่างเข้าใจ มาจัดกระทำให้แก่ผู้ป่วยซึมเศร้าเพื่อสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

กิจกรรมที่ 3 ทุกปัญหามีทางแก้

ได้แก่การบรรยายความสำคัญในการตั้งเป้าหมายการแก้ปัญหา การฝึกให้ใจสงบ การฝึก การใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหา กิจกรรมฝึกการหายใจ ผ่อนคลาย ให้ผู้ป่วยทำใจให้สงบร่วมกัน ด้วยการหลับตา และเปิดเสียงเพลงให้ผ่อนคลาย เพื่อเป็นการให้ใจสงบ ผ่อนคลาย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาได้ จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าเพิ่มขึ้น เนื่องจากการทบทวนพบว่าผู้ที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำนั้น พวกเขาไม่เชื่อมั่นว่าตนจะบรรลุเป้าหมายได้ (Mcfarlin & Blascovich, 1981; นพมาศ อึ้งพระ, 2555) ดังนั้น จึงเลือกกิจกรรม ทุกปัญหามีทางแก้

ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมผู้วิจัย จะต้องคำนึง การมีสัมพันธภาพในการดำเนินกิจกรรม เรียกชื่อผู้ป่วยได้ถูกต้อง ไม่แสดงท่าทีตำหนิ คุกคาม หัวเราะ หรือวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก และเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยเป็นระยะ ในทุกครั้งที่ทำกิจกรรมสำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเองมากขึ้น (สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย, 2540)

ตารางที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ

แนวคิด การสร้างความเข้มแข็งทางใจ ของ Grothberg (1995)	กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น
ฉันเป็น (I am) เป็นการพัฒนาความคิด ด้านบวกและมองเห็นคุณค่าของตนเอง	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความคิด ด้านบวกและมองเห็นคุณค่าของตนเอง ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ การให้ผู้ป่วยทบทวนข้อดีของ ตนเอง การบรรยายเกี่ยวกับการมองโลกแง่ดี และฝึก การมองโลกแง่ดี
ฉันมี (I have) เป็นการเรียนรู้ทักษะ การสื่อสารรู้จักสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน ซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้เกิด สัมพันธภาพที่ดีแก่คนรอบข้าง มีความ เข้าใจระหว่างบุคคล	กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ทักษะการสื่อสาร รู้จักสร้าง ความเข้าใจอันดีต่อกัน ประกอบด้วย บรรยายการ สื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน การยกตัวอย่าง การสื่อสารให้ชัดเจน และการแนะนำ การฝึกปฏิบัติ
ฉันสามารถ (I can) สามารถช่วยปรับ วิธีคิด และวิธีการเผชิญปัญหาอย่าง สร้างสรรค์ ให้มีความเชื่อมั่นในตนเอง และเกิดภาคภูมิใจ	กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหา ด้วยตนเอง ประกอบด้วย การบรรยายความสำคัญใน การตั้งเป้าหมายการแก้ปัญหา การฝึกให้ใจสงบ ผ่อน คลาย การฝึกการแก้ปัญหา ใช้ทางเลือกในการ แก้ปัญหา

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มานิช หล่อตระกูล (2542) ศึกษาอาการรู้สึกผิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตกังวล และบุคคลปกติ จำนวนกลุ่มละ 50 คน เพื่อศึกษาลักษณะของอาการรู้สึกผิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตกังวล และบุคคลปกติ ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้สึกผิดจัดอยู่ในเกณฑ์ดี ผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้ามีระดับอาการรู้สึกผิดและมีระดับภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ และบุคคลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีความสัมพันธ์ในทางเดียวกันระหว่างอาการรู้สึกผิดกับระดับภาวะซึมเศร้า

พัชรี คำธิตา, อัมพวรรณ ธากาศ และ ชนากานต์ แสงสิงห์ชัย (2550) ศึกษารูปแบบการดูแลและช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ โดยกระบวนการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ในกลุ่มประชากรที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 8 คน โดยใช้กระบวนการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ผล

การศึกษาพบว่ากระบวนการสร้างความเข้มแข็งทางใจคือ การสร้างความรู้สึที่ดีต่อตนเอง ทำให้เกิด ความภาคภูมิใจ มีความรู้สึกดี และสามารถในการจัดการกับตัวเองและปัญหาในชีวิตได้ มีทักษะ จัดการอารมณ์สามารถสร้างความสุขให้กับชีวิตตนเอง มีสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน มีความสามารถในการ สื่อสาร มีจุดมุ่งหมายในชีวิต หลังการใช้โปรแกรมผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย สามารถปรับเปลี่ยน กระบวนการคิด มีทักษะในการเผชิญปัญหา และที่สำคัญมองเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลไม่ให้เกิดการฆ่า ตัวตายซ้ำ

กรณีการ์ ผ่องโต (2555) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อ ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอ่างทอง จำนวน 40 คน พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้าง ความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และค่าเฉลี่ยของคะแนน ความคิดฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

กณิกาพร บุญชู (2555) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งทางใจของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่ พังปรารถนาในจังหวัดนครปฐม เพื่อศึกษาระดับความเข้มแข็งทางใจ และการรับรู้บทบาทการเป็น มารดา การสนับสนุนทางสังคม พบว่า แรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ จากเพื่อนและบุคคล ใกล้ชิดสามารถร่วมทำนายความเข้มแข็งทางใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

เทียนทอง ทาระบุตร (2555) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ.05 ได้อธิบายว่าผู้ดูแลที่เห็นคุณค่าตนเองสูงจะส่งผล ให้พลังสุขภาพจิตระดับสูงด้วย และการรู้สึที่ดีว่ามีคุณค่าในตนเองจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจในการ ดูแลผู้ป่วย ได้มีข้อเสนอแนะว่านำผลงานวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมที่เพิ่มพลังสุขภาพจิตเหมาะสมแก่ ผู้ดูแล

อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็ง ทางใจของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ จำนวน 165 ราย พบว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามี่ความเข้มแข็งทางใจ ระดับต่ำ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความสามารถในการรู้คิด แรงสนับสนุนทางสังคม มี ความสัมพันธ์ทางบวกกับความเข้มแข็งทางใจ และความสิ้นหวังและภาวะวิมเศร้ามี่ความสัมพันธ์ทาง ลบกับความเข้มแข็งทางใจระดับนัยสำคัญทางสถิติ.05

Franck and Raedt (2007) ศึกษาความไม่มั่นคงในความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองมีส่วนทำให้ เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรัง โดยทำการวิจัยในผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวน 82 ราย ผลการวิจัยพบว่าความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเองจะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า

Franck, Raedt, and Houwer (2007) ศึกษาเรื่องการมีความรู้สึกเห็นคุณค่าตนเองตามการรับรู้หรือจิตไร้สำนึกสามารถทำนายอาการซึมเศร้าในอนาคตได้ ศึกษาในผู้ป่วยซึมเศร้าชนิด MDD จำนวน 112 พบว่าความสำคัญของการให้เห็นคุณค่าในตนเองในจิตไร้สำนึกให้ผลการทำนายอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยดีกว่าการเห็นคุณค่าในตนเองจากการรับรู้

Orth, Robins, Trzenniewski, Mass, and Schmitt (2009) ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เป็นปัจจัยของอาการซึมเศร้าของ วัยรุ่น วัยกลางคน จนถึงวัยสูงอายุ หรือไม่ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและอาการซึมเศร้า โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 1,685 คน อายุ 18-96 ปี และกลุ่มที่ 2 จำนวน 2479 คน อายุ 18-88 ปี ทำการประเมินมากกว่า 3 ครั้งในระยะ 4 ปี การวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำสามารถบ่งชี้ถึงอาการซึมเศร้าได้ แต่อาการซึมเศร้าไม่สามารถบ่งชี้ถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำได้ ผลจากการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยสำหรับภาวะซึมเศร้าทุกช่วงวัย

Seok, Lee, et al., (2012) ศึกษาความสัมพันธ์ความเข้มแข็งทางใจ อาการซึมเศร้า และความเครียดในช่วงต้นของชีวิต ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 26 คน ใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่าความเครียดในช่วงต้นชีวิตมีไม่ความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า ส่วนความเข้มแข็งทางใจช่วยให้เกิดความเชื่อมั่น ควบคุมตนเองได้ส่งผลอาการซึมเศร้าดีขึ้น ซึ่งสามารถใช้โปรแกรมความเข้มแข็งทางใจมาจัดกระทำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมโปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ตามแนวคิด Grothberg (1995) จะช่วยทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง เกิดความภาคภูมิใจ สามารถจัดการกับตัวเองและปัญหาในชีวิตได้ มีทักษะจัดการกับอารมณ์สามารถสร้างความสุขให้กับชีวิตตนเอง มีสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน มีความสามารถในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้า

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด การสร้างความเข้มแข็งทางใจของ Grothberg (1995) ได้แก่ ฉันเป็น (I am) ฉันมี (I have) และฉันสามารถ (I can) เพื่อพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความพึงพอใจในลักษณะที่ตนเองเป็น ภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง รวมถึงการพัฒนาการปฏิสัมพันธ์ เรียนรู้ทักษะการสื่อสารรู้จักสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Coopersmith, 1981) แต่หากบุคคลมีความสัมพันธ์ที่ขัดแย้ง จะส่งผลให้ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศิริวรรณ ทวีวัฒนปรีชา, 2549) นอกจากนี้การพัฒนาความคิดด้านบวกและมองเห็นคุณค่าของตนเอง สามารถเสริมคุณค่าในตนเองได้ (พรพรรณ สุขใจ, 2555) ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จัดการปัญหาได้ในทางที่เหมาะสม สามารถควบคุมตนเองได้ มีความรู้สึกดีต่อตนเอง (Steward & Yuen, 2011) การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเองและสร้างเป้าหมายในชีวิต (I can) สามารถช่วยปรับวิธีคิด วิธีการเผชิญปัญหา ให้มีความเชื่อมั่นในตนเองได้ (กรรณิการ์ ผ่องโต, 2555) โดย การวิจัยครั้งนี้จัด ดำเนินกิจกรรม 3 ครั้ง เป็นการทำกิจกรรมกลุ่ม ระยะเวลาทำกิจกรรมครั้งละ 60 นาที ในแต่ละกิจกรรมมีการดำเนินงานดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ การพัฒนาความคิดด้านบวกและมองเห็นคุณค่าของตนเอง (I am) ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ภาพ การบรรยายเกี่ยวกับการมองโลกแง่ดี การให้ผู้ช่วยทบทวนข้อดีของตนเอง และฝึกการมองโลกแง่ดี

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ทักษะการสื่อสาร รู้จักสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน (I have) ประกอบด้วย บรรยายการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน การยกตัวอย่างการสื่อสารให้ชัดเจน และการแนะนำ และฝึกปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเองและสร้างเป้าหมายในชีวิต (I can) ประกอบด้วย การบรรยายความสำคัญในการตั้งเป้าหมายการแก้ปัญหา การฝึกให้ใจสงบ ผ่อนคลาย การบรรยายใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหา การฝึกปฏิบัติการแก้ไขปัญหา และการใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ แนวคิดของ

Grothberg(1995) มีดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความคิด
ด้านบวกและมองเห็นคุณค่าของตนเอง(I am)**

การสร้างสัมพันธภาพ การบรรยายเกี่ยวกับการ
มองโลกแง่ดี การให้ผู้ป่วยทบทวนข้อดีของตนเอง และฝึก
การมองโลกแง่ดี

**กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ทักษะการสื่อสารรู้จักสร้างความ
เข้าใจอันดีต่อกัน (I have)**

การฝึกการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ การ
แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างเข้าใจ เปิดโอกาสให้แสดง
ความรู้สึกจากการที่ไม่ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ฝึกทักษะ
การฟังและฝึกปฏิบัติ

**กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาด้วย
ตนเอง (I can)**

การฝึกประสบการณ์จากสถานการณ์ต่างๆที่ผู้ป่วย
ประสบในชีวิตประจำวัน การฝึกกายและใจให้สงบ การฝึก
การผ่อนคลาย การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยใช้ทางเลือกใน
การแก้ปัญหอย่างเหมาะสม การฝึกการแก้ไขปัญหา และ
ใช้ทางเลือกแก้ปัญหา

ความรู้สึกรู้
คุณค่าในตนเอง
(Rosenberg
, 1965)

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Non-Equivalent control group pretest–posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ และเพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

O1 X O2
O3 O4

O1 หมายถึง การประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ

O2 หมายถึง การประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ

X หมายถึง โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

O3 หมายถึง การประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O4 หมายถึง การประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัยคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ของโรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยา

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major depressive disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจังหวัด

พระนครศรีอยุธยา โดยทำการคัดเลือกแบบเจาะจง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วย โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ มีอายุระหว่าง 20 -59 ปี ทั้งเพศชาย และหญิง
2. มีระดับคะแนนซึมเศร้าตามแบบ Beck Depressive Inventory (BDI) ระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเท่ากับ 13-18 คะแนน

3. ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร อ่านออกเขียนได้

4. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนทางกาย
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Burns, & Grove, 2005 อ้างในรัตนศิริ ทาโต, 2552) นำมาช่วยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 10 คน เพื่อให้มีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (normality) และสามารถนำไปอ้างอิงยังกลุ่มประชากรได้ จึงกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้รับผิดชอบข้อมูลข่าวสาร ของฝ่ายพัฒนายุทธศาสตร์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อค้นหาข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีในฐานข้อมูล HOSXP เพื่อนำมาเปรียบเทียบและเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปขอข้อมูลที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและประสานพยาบาลจิตเวชประจำแผนกงานจิตเวช ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียนที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

2. เมื่อได้รายชื่อมาแล้ว ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุระหว่าง 20-59ปี ทั้งเพศชาย และหญิง มีระดับคะแนนคัดกรองซึมเศร้าตามแบบ Beck Depressive Inventory (BDI) ระดับปานกลางคะแนน (13-18) ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร อ่านออกเขียนได้ ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

3. ผู้วิจัย ทำการคัดเลือก กลุ่มควบคุม ให้มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ (matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ที่อาจมีผลต่อการทดลองครั้งนี้ โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ อายุ และ เพศ เนื่องจาก อายุ เพศเป็นปัจจัยแทรกซ้อนอันหนึ่งที่ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแตกต่างกันจากการศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของวัยรุ่น วัยกลางคน จนถึงวัยสูงอายุ พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในทุกช่วงวัย (Orth, Robins, Trzenniewski, Mass, and Schmitt, 2009) การศึกษาของ Epstein (1979) พบว่าเพศชายมีการยอมรับตนเองและปรับตัวได้ประสบความสำเร็จกว่าเพศหญิงส่งผลให้มีคุณค่าในตนเองสูง (Epstein, 1979: Mruk, 2013) ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) (รัตนศิริ ทาโต, 2552) เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รักษาที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา ซึ่งได้กำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างเพื่อการคัดเลือก และการคัดออก และใช้การจับฉลากการเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

4. ผู้วิจัยชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัย โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และอธิบายการที่เข้าร่วมในการทำวิจัย ซึ่งจะทำให้การพยาบาลปกติตามระบบเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ จากนั้นให้เซ็นต์ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้นำเสนอโครงร่างฉบับสมบูรณ์ ให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และได้รับเห็นชอบในการทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2557 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายได้อ่านเอกสารเข้าร่วมวิจัย และได้รับการชี้แจงจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัย สามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องทราบ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้ตอบรับการวิจัย จึงมีการลงลายมือไว้ในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยคือ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง Rosenberg (1965) พัฒนาโดย ฐปนีย์ ตั้งจิตภักดีกุล (2545) มีจำนวน 10 ข้อ ปรับปรุงโดย เทียนทอง ทาระบุตร (2555)
3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับกับการวิจัยคือ แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (ความเข้มแข็งทางใจ) ของกรมสุขภาพจิต (2549) มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

คือโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Grothberg (1995) มีขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎี การสร้าง ความเข้มแข็งทางใจ รวมทั้งศึกษาในประเด็นที่ครอบคลุมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
2. สร้างโปรแกรมสร้าง ความเข้มแข็งทางใจจากแนวคิดของ Grothberg (1995) ซึ่งโปรแกรม ครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ฉันเป็น (I am) ฉันมี (I have) และ ฉันสามารถ (I can) มาจัดกระทำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่จัดเป็นกลุ่มทดลอง ทำกิจกรรม 3 ครั้ง ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนต่างๆมีรูปแบบเป็น การสอน กระตุ้นให้แสดงความคิด และฝึกการปฏิบัติในบางกิจกรรม ทุกสัปดาห์ ๑ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 3 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความคิดด้านบวกและมองเห็นคุณค่าของตนเอง (สัปดาห์ที่ 1)

ตามองค์ประกอบ I am ใช้เวลา 60 นาที ผู้วิจัยดำเนินการด้วยการสร้างสัมพันธภาพ กระตุ้นให้ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสำรวจข้อดีของตนเอง และเห็นคุณค่าในความสามารถของตนเอง ได้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในกลุ่ม การให้สมาชิกรู้จักลักษณะของคนมองโลกแง่ดี ฝึกการมองโลกในแง่ดี พัฒนาความคิดด้านบวก มีการนำสถานการณ์ตัวอย่างมาให้ผู้ป่วย ฝึกการคิดและนำเสนอตามความคิดเห็นของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วย สร้างความภูมิใจให้กับตนเอง พัฒนาความคิดด้านบวก

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ทักษะการสื่อสารรู้จักสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน (สัปดาห์ที่ 2)

ตามองค์ประกอบ I have ใช้เวลา 60 นาที เป็นกิจกรรม ที่ผู้วิจัยดำเนินการแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การฝึก เพื่อให้รู้ถึงลักษณะการสื่อสารกับบุคคลอื่น การรู้จักถึงการตั้งคำถามปลายเปิด

ปลายปิด การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างเข้าใจ การฝึกการตั้งคำถามเพื่อเสริมสัมพันธ์ที่ และเสริมความรู้ทักษะการฟังเป็นสิ่งสำคัญของการสื่อสาร และสรุปเนื้อหา

กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเองและสร้างเป้าหมายในชีวิต (สัปดาห์ที่3)

ตามองค์ประกอบ I can ใช้เวลา 60 นาที เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดฝึกประสบการณ์จากสถานการณ์ต่างๆที่ผู้ป่วยประสบในชีวิตประจำวัน การฝึกให้ใจสงบด้วยสมาธิ การฝึกการผ่อนคลาย การฝึกแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ปัญหา และทราบว่าตนเองสามารถแก้ปัญหาได้

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.1การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมแล้วนำไปขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน มีความรู้และเชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช อาจารย์พยาบาล 1 คน ผู้สอนวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลจิตเวช 3คน ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advance Practice Nurse) 2 คน ได้นำโปรแกรมให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณา รวมทั้งได้ชี้แนะให้ปรับปรุงและแก้ไข ในด้านความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมของภาษา และความถูกต้องเหมาะสมของเครื่องมือ ผู้วิจัย ได้ปรับภาษาที่ใช้ในการวิจัย ให้เกิดความถูกต้องเหมาะสม ตามคำชี้แนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ปรับตรงกลุ่มเป้าหมาย จากคำว่า สมาชิกซึมเศร้า เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปรับคำสรรพนาม จากผู้วิจัย เป็นผู้นำกลุ่ม ตัดขั้นตอนชี้แจงข้อตกลงในการทำวิจัย ออกจากกิจกรรม โดยนำไปชี้แจงก่อนเริ่มการทำกิจกรรมตามโปรแกรม และปรับภาษาให้เข้าใจชัดเจนยิ่งขึ้น และปรับปรุงข้อคำถามในใบงานที่ 1 ดังนี้จากเดิม ข้อที่ 2 ถามว่าในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีความรู้สึกดีต่อตนเอง จากเรื่องอะไรบ้าง เปลี่ยนเป็น ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คนมีความรู้สึกดีต่อตนเอง จากเรื่องอะไรบ้าง เช่น ตนเองได้ช่วยพ่อแม่ทำงาน ทำการบ้านตามที่ครูมอบหมาย เป็นต้น

กิจกรรมที่ 2 ปรับวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ข้อที่ 2 จาก เพื่อเรียนรู้ทักษะการฟังและการถาม เปลี่ยนเป็น เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการสื่อสาร การฟัง และการถาม และในใบความรู้ ที่2 ได้เพิ่มเติม ความหมายการสื่อสาร ประโยชน์การสื่อสาร โดยการแก้ไขเนื้อหา เพิ่มเติมและปรับปรุงการใช้ภาษาตามคำแนะนำ

ส่วนในใบงานที่ 3 ได้แก้ไขข้อคำถาม จากเดิม ข้อที่ 1 คนทบทวนถึงบุคคลที่ทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกมั่นคง อบอุ่น เป็นกำลังใจที่ดีให้แก่คน และคนที่คนนึกถึงเป็นบุคคลแรก เมื่อเกิดภาวะเครียด ว่ามีการใช้คำถามปลายเปิดหรือปลายปิด โดยเขียนคำถามที่ได้ฟังลงในช่องตาราง

ปรับแก้ไขเป็น 1 ขอให้คน ทบทวน นึกถึงบุคคล ที่ทำให้คนรู้สึกมั่นคง อบอุ่น เป็นกำลังใจที่ดี ดังนี้

1.1 ใครที่ทำให้คนมั่นคง และอบอุ่น

1.2 ใครที่คนนึกถึงเป็นคนแรก เมื่อเกิดภาวะเครียด

1.3 บุคคลเหล่านั้นใช้คำถามอย่างไรกับคน เป็นคำถามปลายเปิด/ปลายปิด โดยให้คนเขียนลงในตารางที่กำหนดไว้ให้

ในข้อที่ 2 เดิม ถามว่า ให้นำคำถามที่ได้จากข้อ 1 มาปรับปรุงให้เป็นคำถามที่น่าฟัง และกระตุ้นให้อยากตอบ ปรับเปลี่ยนและแก้ไข เป็น จากข้อ 1 ให้นำคำถามที่ได้จากข้อ 1 นำมาปรับปรุง ให้เป็นคำถาม ที่น่าฟัง และกระตุ้นให้อยากตอบ ยังคงความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ตั้งคำถามและตอบคำถาม (หากข้อคำถามที่ได้ที่น่าฟัง ก็ชื่นชม นำมาเป็นตัวอย่างประกอบ)

กิจกรรมที่ 3 ปรับเพิ่มเติมวัตถุประสงค์ของกิจกรรม ใน ข้อที่ 1. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกมีทักษะในการแก้ปัญหา และปรับในส่วนกิจกรรมที่การทำสมาธิให้กระชับ ชัดเจน มากยิ่งขึ้น มีระบุระยะเวลาในการทำสมาธิ และกำหนดขั้นตอนกิจกรรมใหม่ โดยใบความรู้ที่ 4 อยู่เดิมไม่มีระบุไว้ในขั้นตอนกิจกรรม จึงปรับปรุงนำมาใส่ในขั้นตอนกิจกรรมที่ 3

จากการทดลองใช้ในผู้ป่วย พบว่า ในกิจกรรมที่ 3 ข้อที่ 7 ต้องตัดออก เนื่องจากให้สมาชิกทำสมาธิ เปิดเพลงให้ฟังเบาๆ แล้วถามความรู้สึกได้เลย โดยไม่ต้องให้สมาชิกฟังความรู้สึกตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ส่วนในเรื่องของเวลา 60 นาทีกับแต่ละกิจกรรมเหมาะสมพอควร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.) แบบเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยซึมเศร้า ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ซึ่งในการทำครั้งแรกมีการถามระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า คะแนนภาวะซึมเศร้า จำนวนครั้งที่ป่วยรุนแรง จำนวนครั้งที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วย ได้ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา และได้รับการแก้ไขโดยตัดส่วนที่ไม่ได้นำมาใช้ศึกษาออกไป จึงได้ และนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ พบว่าแบบสอบถามไม่ต้องปรับแก้ไข

2.) แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง Rosenberg, (1980) พัฒนาโดยรูปนีย์ ตั้งจิตภักดีกุล (2545) ปรับปรุงโดยเทียนทอง หาระบุตร (2555) โดยมีข้อคำถาม ทั้งหมด 10 ข้อคำตอบ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ระดับ คือ

คะแนน	ความหมาย
4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
3	เห็นด้วย
2	ไม่เห็นด้วย
1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลผล ใช้ค่าเฉลี่ย บวกค่ากลางของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา กำหนดค่า ค่าสูง คือระดับคะแนนมากกว่า ค่าเฉลี่ย กับค่าต่ำ ระดับคะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

2.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

แบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ตามแนวคิดของ Rosenberg (1980) โดย โดยปรับปรุงจากงานวิจัย ของ เทียนทอง ทาระบุตร (2555) เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 คน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 คน จิตแพทย์ 1 คน และอาจารย์พยาบาล 1 คน ให้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็น เป็น ระดับ 1 - 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544) ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 1

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ3และ4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้คะแนน เท่ากับ 1 ซึ่งมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในข้อที่ 9 ของแบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ข้อที่ 9 โดยรวมแล้วฉันรู้สึก ว่า ตนเองผิดหวังในชีวิต เปลี่ยนเป็น โดยรวมแล้วฉันรู้สึกว่า ตนเองล้มเหลวในชีวิต

2.2 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

แบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงการใช้ภาษา ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรค

ชิมเศร้าจำนวน 30 ราย ที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับที่จะทำวิจัย มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร Cronbach' Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 ดังแสดงในภาคผนวก ง หน้า 109

3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (พลังสุขภาพจิต) ของกรมสุขภาพจิต (2549) ปรับปรุงโดยเทียนทอง ทหารบุตร (2555) รวม 3 ด้าน คือ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านจัดการแก้ปัญหาที่มีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่ง เป็น 4 ระดับ ได้แก่

คะแนน	ความหมาย
1	ไม่จริง
2	จริงบางครั้ง
3	ค่อนข้างจริง
4	จริงมาก

และมีเกณฑ์การประเมิน ตามองค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจ

องค์ประกอบ	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ	สูงกว่าเกณฑ์ปกติ
1) ด้านความมั่นคงทางอารมณ์	<27	27-34	>34
2) ด้านกำลังใจ	<14	14-19	>19
3) ด้านการจัดการปัญหา	<13	13-18	>18
รวมทุกด้านมีความเข้มแข็งทางใจ	<55	55-59	>59

ซึ่งมีเกณฑ์การประเมินในการทดลองครั้งนี้ จัดให้ องค์ประกอบรวมทุกด้านอยู่ในเกณฑ์ระดับปกติ ค่าคะแนน 55 คะแนนขึ้นไป

3.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 คน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช 3 คน จิตแพทย์ 1 คน และอาจารย์พยาบาล 1 คน ได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็น เป็น ระดับ 1 - 4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Hambleton et al., 1975 ; บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544) ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 1

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ3และ4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

และได้ปรับปรุงข้อคำถามแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิดังนี้

ข้อที่ 15 เป็นเรื่องยากสำหรับฉันที่จะทำให้ชีวิตดีขึ้น เปลี่ยนเป็น การที่จะทำให้ชีวิตดีขึ้นนั้น เป็นเรื่องยากสำหรับฉัน

3.2 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยจะนำแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ แบบประเมินที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 30 ราย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้วิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร Cronbach' Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .92 ดังแสดงในภาคผนวก ง หน้า 110

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินการทดลอง เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

ระยะเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ ในเรื่องการสร้างความเข้มแข็งทางใจทำศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัย ร่วมกับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้การศึกษาวิจัยดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง และพัฒนาทักษะการให้ความรู้ การสอนและการทำความเข้าใจเครื่องมือที่สร้างขึ้น

2. สร้างโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจจากแนวคิด Grothberg (1995)

3. เตรียมเครื่องมือ ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และทำหนังสือ

ขออนุญาตใช้เครื่องมือวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเครื่องมือกำกับการทดลองจาก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. ขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยที่เรียบร้อยแล้วยื่นต่อคณะกรรมการ และได้รับการอนุมัติในวันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 อนุญาตให้ทำการศึกษาเป็นที่ เรียบร้อย

5. จัดเตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย ทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและขออนุญาตไป โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเพื่อขอเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัย

6. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการทำกิจกรรมตามโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม เพื่อให้เหมาะสมในการทำกิจกรรมเป็นกลุ่ม ตามตารางการนัดหมายทำกิจกรรม ณ ตึกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ดังนี้

กลุ่มทดลอง (20 คน)	กลุ่มควบคุม (20 คน)	วันที่ทำกิจกรรม
ประเมินก่อนทดลอง	ประเมินก่อนทดลอง	วันที่ 20 มกราคม 2558
กิจกรรมที่1 กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2		สัปดาห์ที่1 วันที่ 20 มกราคม 2558 สัปดาห์ที่1 วันที่ 22 มกราคม 2558
กิจกรรมที่2 กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2		สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 27 มกราคม 2558 สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 29 มกราคม 2558
กิจกรรมที่3 กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 ประเมินหลังทดลอง		สัปดาห์ที่ 3 วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2558 สัปดาห์ที่ 3 วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2558
	ประเมินหลังทดลอง	สัปดาห์ที่ 4 วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2558

6.1 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิด Rosenberg, (1965) ก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

6.2 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิด Rosenberg, (1965) ก่อนการทดลอง (Pre-test) หลังจากกลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

ระยะดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองดังนี้

1. ภายหลังจากการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแล้ว เริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ครั้งละ 60 นาที จนครบ 3 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ณ บริเวณตึกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

1.1 สรุปขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ทั้ง 3 กิจกรรม โดยมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การรู้สึกดีกับตนเองและมองโลกแง่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกและสมาชิกด้วยกัน
ให้เกิดความไว้วางใจและยินดีร่วมวิจัย

2. เพื่อให้สมาชิกมองด้านดีของตนเอง สร้างความภาคภูมิใจให้กับตนเอง
3. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจความแตกต่างระหว่างมองโลกแง่ดีและแง่ร้าย
4. เพื่อพัฒนาความคิดด้านบวกและมองเห็นคุณค่าของตนเอง

เป็นกิจกรรม ที่ผู้วิจัยดำเนินการด้วยการสร้างสัมพันธภาพ กระตุ้นให้ ผู้ป่วยสำรวจข้อดีของตนเอง และเห็นคุณค่าในความสามารถของตนเอง ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในกลุ่ม การให้สมาชิก รู้ลักษณะของคนมองโลกแง่ดี ฝึกการมองโลกในแง่ดี พัฒนาความคิดด้านบวก มีการนำสถานการณ์ตัวอย่างมาให้ผู้ป่วย ฝึกการคิดและนำเสนอตามความคิดเห็นของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสร้างความภูมิใจให้กับตนเอง พัฒนาความคิดด้านบวก

กิจกรรมที่ 2 คุยกันอย่างเข้าใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจทักษะการสื่อสารรู้จักสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน
2. เพื่อให้สมาชิก มีทักษะการสื่อสาร การฟัง และถาม

เป็นกิจกรรม ที่ผู้วิจัยดำเนินการแก่ผู้ป่วยประกอบด้วย การฝึก เพื่อให้รู้ถึงลักษณะการสื่อสารกับบุคคลอื่น การรู้จักถึงการตั้งคำถามปลายเปิดปลายปิด การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างเข้าใจ การเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วย เปิด และเสริมความรู้ทักษะการฟังเป็นสิ่งสำคัญของการสื่อสาร และสรุปเนื้อหา

กิจกรรมที่ 3 ทุกปัญหามีทางแก้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกมีทักษะในการแก้ปัญหา
2. เพื่อทราบถึงหลักในการแก้ปัญหา คือการทำใจให้สงบ การฝึกผ่อนคลาย
3. เพื่อให้เข้าใจ และสามารถประยุกต์ใช้หลักการแก้ปัญหาของตนเองได้ ทั้งในเรื่องการตั้งเป้าหมาย การคิดแบบมีทางเลือก และความสำคัญของการมีคนช่วยคิด

การจัดกิจกรรม ผู้วิจัยจัดฝึกประสบการณ์จากสถานการณ์ต่างๆที่ผู้ป่วยประสบในชีวิตประจำวัน การฝึกให้ใจสงบด้วยสมาธิ การฝึกการผ่อนคลาย การฝึกแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ปัญหา และทราบว่าตนเองสามารถแก้ปัญหาได้

2. เมื่อครบทั้ง 3 กิจกรรม ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยทำการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นกลุ่มทดลองใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Post-test) และกำกับการทดลองด้วยตอบแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ และแจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมขอบคุณ

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนการทดลอง (Pre test) โดยประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิด Rosenberg, (1965) พัฒนาโดย ฐปณีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล (2545) ปรับปรุงโดย เทียนทอง ทหาระบุตร (2555) และกำกับการทดลองก่อนทดลองด้วยแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ ปรับปรุงโดย เทียนทอง ทหาระบุตร (2555)

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ ประเมินอาการทางด้านร่างกายด้านจิตใจ การให้คำแนะนำการใช้ยา อาการข้างเคียง และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

3. ผู้วิจัยนัดมาพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิด Rosenberg, (1980) พัฒนาโดย ฐปณีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล (2545) ปรับปรุงโดย เทียนทอง ทหาระบุตร (2555) (Post-test)

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ระยะประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิด Rosenberg (1965) ในกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดการใช้โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ (Post-test) และกำกับการทดลองภายหลังการทดลอง ด้วยแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ และกลุ่มประเมินกลุ่มควบคุมด้วยแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หลังการทดลอง จากนั้นผู้ศึกษาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การกำกับการทดลองใช้แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ ตามแนวคิด (Grothberg, 1995) พัฒนาโดย กรมสุขภาพจิต (2549) ปรับปรุงโดย เทียนทอง ทหาระบุตร (2555) โดยประเมินกลุ่มทดลองภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจทันที ซึ่งมีผลแสดงดังตาราง

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

กลุ่ม ตัวอย่าง	คะแนน ความเข้มแข็งทางใจ ก่อนทดลอง	ค่าคะแนน	คะแนน ความเข้มแข็งทางใจ หลังทดลอง	ค่าคะแนน
กลุ่มทดลอง				
คนที่ 1	36	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	56	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 2	46	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	66	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 3	47	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	55	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 4	62	เกณฑ์ปกติ	63	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 5	59	เกณฑ์ปกติ	68	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 6	68	เกณฑ์ปกติ	68	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 7	59	เกณฑ์ปกติ	59	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 8	63	เกณฑ์ปกติ	63	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 9	56	เกณฑ์ปกติ	58	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 10	55	เกณฑ์ปกติ	59	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 11	64	เกณฑ์ปกติ	65	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 12	48	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	56	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 13	51	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	55	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 14	40	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	55	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 15	67	เกณฑ์ปกติ	67	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 16	67	เกณฑ์ปกติ	67	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 17	55	เกณฑ์ปกติ	56	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 18	42	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	55	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 19	50	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	56	เกณฑ์ปกติ
คนที่ 20	46	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	63	เกณฑ์ปกติ

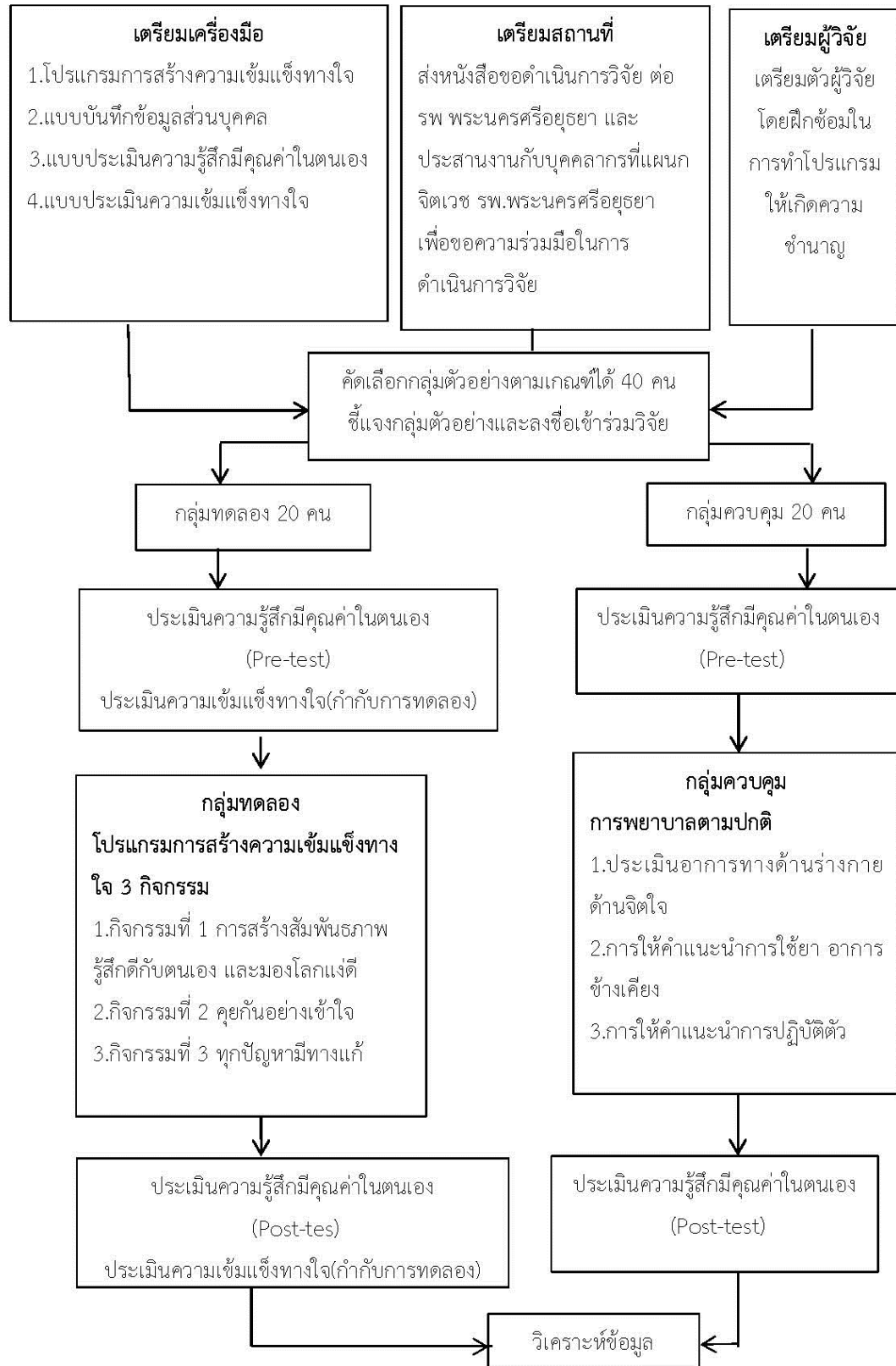
จากตารางที่ 2 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง มีคะแนนความเข้มแข็งทางใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ 11 คน ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติจำนวน 9 คน ซึ่งภายหลังจากทดลองพบว่าคะแนนความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลองทุกคนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ โดยแจกแจงความถี่หาค่าเฉลี่ยร้อยละ
 2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจโดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
 3. เปรียบเทียบคะแนนความประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิด Rosenberg, (1965) ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยได้แสดง ดังในแผนภาพ ที่ 2

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ และเพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่าง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 40 คน แบ่งกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมิน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 40 คน ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

แบบข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส โดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 1

ตอนที่ 2 การแสดงการจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรเพศและอายุ

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย เพศ อายุ นับถือศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย สถานภาพสมรส

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	4	20	4	20	8	20
หญิง	16	80	16	75	32	80
อายุ (ปี)						
20-29	5	25	5	25	10	25
30-39	4	20	4	20	8	20
40-49	6	30	6	30	12	30
50-59	5	25	5	25	10	25
ศาสนา						
พุทธ	20	100	20	100	40	100
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	2	10	1	5	3	7.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	10	2	10	4	10
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	5	25	4	20	9	22.5
อนุปริญญา/ปวส.	4	20	7	35	11	27.5
ปริญญาตรี	6	30	6	30	12	30
สูงกว่าปริญญาตรี	1	5	0	0	6	15

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
งานบ้าน	6	30	2	10	8	20
รับจ้าง	9	45	16	80	25	62.5
ค้าขาย	1	5	0	0	1	2.5
เกษตรกรกรรม	0	0	0	0	0	0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	10	1	5	3	7.5
อื่นๆระบุ	2	10	1	5	3	7.5
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
น้อยกว่า 5,000 บาท	4	20	2	10	6	15
มากกว่า 5,000 บาท	16	80	18	90	34	85
สถานภาพสมรส						
โสด	8	40	11	55	19	47.5
คู่	10	50	9	45	19	47.5
หม้าย	0	0	0	0	0	0
หย่า/ร้าง/แยก	2	10	0	0	2	5

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 อายุระหว่าง 20-29 ปี และ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 และ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 ศาสนานับถือ ศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 100 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมาระดับ อนุปริญญา/ปวส. คิดเป็นร้อยละ 27.5 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ระดับสูงกว่าปริญญาตรี ระดับมัธยมศึกษา และระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 22.5 คิดเป็นร้อยละ 10 และคิดเป็นร้อยละ 7.5 ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 62.5 รองลงมา งานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 20 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ และอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 7.5 ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 2.5 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่มากกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 85 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ โสด คู่ จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 47.5 หย่า/ร้าง/แยก ร้อยละ 5

ตอนที่ 2 การจับคู่กลุ่มตัวอย่างตามตัวแปร เพศ และอายุ (Match pair)

ตารางที่ 4 เพศ และอายุ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	เพศ		อายุ	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	หญิง	หญิง	22	24
2	หญิง	หญิง	50	52
3	หญิง	หญิง	40	47
4	หญิง	หญิง	25	27
5	หญิง	หญิง	50	50
6	หญิง	หญิง	45	41
7	ชาย	ชาย	46	47
8	หญิง	หญิง	32	31
9	หญิง	หญิง	25	24
10	หญิง	หญิง	50	50
11	หญิง	หญิง	42	42
12	หญิง	หญิง	35	36
13	ชาย	ชาย	21	24
14	ชาย	ชาย	45	41
15	ชาย	ชาย	58	57
16	หญิง	หญิง	32	32
17	หญิง	หญิง	50	52
18	หญิง	หญิง	42	41
19	หญิง	หญิง	25	26
20	หญิง	หญิง	30	35

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	Mean	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนทดลอง	25.4	3.9	19	-8.4	.002
หลังทดลอง	31	2.2			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนทดลอง	27.4	3.9	19	1.8	.073
หลังทดลอง	26.3	2.9			

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นถึงค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 25.4 คะแนน และหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 31 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับ Paired t-test พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม ส่วนกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนทดลองโดยรับการพยาบาลตามปกติ เท่ากับ 27.4 และหลังได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 26.3 เมื่อเปรียบเทียบกับ Paired t-test พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนไม่แตกต่างกัน ซึ่งหมายความว่า หลังจากกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ

ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	Mean	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	25.4	3.93	38	-1.6	.118
กลุ่มควบคุม	27.4	3.98			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	31	2.24	38	5.63	.017
กลุ่มควบคุม	26.3	2.97			

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นถึงค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 25.4 คะแนน และก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 27.4 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบด้วย Independent t-test พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคะแนนไม่แตกต่างกัน และคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 31 คะแนน และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 26.3 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบด้วย Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการเข้มแข็งทางใจมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติที่มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเล็กน้อย

ตารางที่ 7 แสดงคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแยกเป็นรายคู่

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อน	หลัง	ผลต่าง	ก่อน	หลัง	ผลต่าง
คู่ที่ 1	26	32	6	28	28	0
คู่ที่ 2	26	31	5	36	31	-5
คู่ที่ 3	22	29	7	23	24	1
คู่ที่ 4	31	37	6	24	24	0
คู่ที่ 5	32	33	1	26	24	-2
คู่ที่ 6	21	31	10	21	23	2
คู่ที่ 7	24	31	7	29	30	1
คู่ที่ 8	22	29	7	24	24	0
คู่ที่ 9	29	31	2	27	27	0
คู่ที่ 10	26	31	5	23	23	0
คู่ที่ 11	23	29	6	23	22	-1
คู่ที่ 12	27	29	2	33	24	-9
คู่ที่ 13	24	29	5	24	22	-2
คู่ที่ 14	22	33	11	30	28	-2
คู่ที่ 15	34	35	1	33	28	-5
คู่ที่ 16	29	32	3	29	30	1
คู่ที่ 17	19	30	11	31	30	-1
คู่ที่ 18	24	29	5	28	28	0
คู่ที่ 19	23	31	8	29	29	0
คู่ที่ 20	24	28	4	27	27	0
Mean	25.4	31	5.6	27.4	26.3	-1.1
SD	3.92	2.24		3.97	2.97	

จากตารางที่ 7 พบว่า หลังการทดลองคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองทุกคน มีผลต่างคะแนนเป็นค่าบวก มีคะแนนสูงขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 8 คน มีผลต่างคะแนนค่าลบ และ 12 คน มีผลต่างคะแนนค่าบวก หลังการทดลองคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มควบคุม มีคะแนนลดลง คิดเป็นร้อยละ 25

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจ และเพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่าง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์ การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการ สร้างความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจ
2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ สร้างความเข้มแข็งทางใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและ กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัยคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ของโรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยา

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคซึมเศร้า (Depressive disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การ อนามัยโลก (ICD-10) ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 โดยแบ่งเป็นกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Burns, & Grove, 2005; รัตนศิริ ทาโต, 2552) นำมารวมกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน เพื่อให้มีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (normality) และสามารถนำไปอ้างอิงยังกลุ่มประชากรแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยคือ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากแนวคิดของ Grothberg (1995) ซึ่งโปรแกรม ครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ฉันเป็น (I am) ฉันมี (I have) และ ฉันสามารถ (I can) มาจัดกระทำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่จัดเป็นกลุ่มทดลอง ทำกิจกรรม 3 ครั้ง ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ มีรูปแบบเป็น การสอน กระตุ้นให้แสดงความคิด และฝึกการปฏิบัติในบางกิจกรรมทุกสัปดาห์ๆละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 3 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความคิดด้านบวกและมองเห็นคุณค่าของตนเอง (สัปดาห์ที่1)

ตามองค์ประกอบ I am ใช้เวลา 60 นาที ผู้วิจัยดำเนินการด้วยการสร้างสัมพันธภาพ กระตุ้นให้ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสำรวจข้อดีของตนเอง และเห็นคุณค่าในความสามารถของตนเอง ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในกลุ่ม การให้สมาชิกรู้จักลักษณะของคนมองโลกแง่ดี ฝึกการมองโลกในแง่ดี พัฒนาความคิดด้านบวก มีการนำสถานการณ์ตัวอย่างมาให้ผู้ป่วย ฝึกการคิดและนำเสนอตามความคิดเห็นของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วย สร้างความภูมิใจให้กับตนเอง พัฒนาความคิดด้านบวก

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ทักษะการสื่อสารรู้จักสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน (สัปดาห์ที่2)

ตามองค์ประกอบ I have ใช้เวลา 60 นาที เป็นกิจกรรม ที่ผู้วิจัยดำเนินการแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การฝึก เพื่อให้รู้ถึงลักษณะการสื่อสารกับบุคคลอื่น การรู้จักถึงการตั้งคำถามปลายเปิด ปลายปิด การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างเข้าใจ การเล่าประสบการณ์การเจ็บป่วย เปิด และเสริมความรู้ทักษะการฟังเป็นสิ่งสำคัญของการสื่อสาร และสรุปเนื้อหา

กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเองและสร้างเป้าหมายในชีวิต (สัปดาห์ที่3)

ตามองค์ประกอบ I can ใช้เวลา 60 นาที เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดฝึกประสบการณ์จากสถานการณ์ต่างๆที่ผู้ป่วยประสบในชีวิตประจำวัน การฝึกให้ใจสงบด้วยสมาธิ การฝึกการผ่อนคลาย

การฝึกแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ปัญหา และทราบว่าตนเองสามารถแก้ปัญหาได้

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

2.2 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง Rosenberg (1965) พัฒนาโดย รูปนีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล (2545) ปรับปรุงโดย เทียนทอง ทาระบุตร (2555) เพื่อประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขให้อาจารย์ที่ปรึกษาได้ตรวจและแนะนำด้าน เนื้อหาภาษาที่ใช้ และปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 คน หลังจากนั้นตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI:Content Validity Index) ได้ค่าความตรงของเนื้อหา CVI=1

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยกำหนดค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือทดลองไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

3.เครื่องมือกำกับการทดลอง

คือ แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ ของกรมสุขภาพจิต (2549) พัฒนาโดยเทียนทอง ทาระบุตร (2555)

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขให้อาจารย์ที่ปรึกษาได้ตรวจและแนะนำด้าน เนื้อหา ภาษาที่ใช้ และปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 คน หลังจากนั้นตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI:Content Validity Index) ได้ค่าความตรงของเนื้อหา CVI=1

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยกำหนดค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นตอนการดำเนินการทดลองแบ่งเป็น 3 ระยะ ตามรายละเอียดดังนี้

1. เตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความรู้ในการทำวิจัย โดยศึกษาโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น อย่างละเอียดและฝึกฝนการเป็นผู้นำกลุ่มในการทดลองอย่างรอบคอบ และให้มีความชำนาญกับโปรแกรมที่สร้างขึ้น เพื่อให้การดำเนินการทดลองบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ อีกทั้งสามารถสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ร่วมทดลอง ทำให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนด

1.2 การเตรียมสถานที่ ได้ประสานงานกับพยาบาลจิตเวชเฉพาะทางเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และติดต่อด้านสถานที่การดำเนินการวิจัย คือโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และผู้วิจัยขออนุมัติให้คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำหนังสือ พร้อมโครงร่างฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัย

1.3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ ที่กำหนดไว้ และให้กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยยอมการเข้าร่วมวิจัย และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาเข้าร่วมวิจัย โดยระบุวันเวลา สถานที่ สำหรับให้ผู้ป่วยมาร่วมวิจัยตามแผนที่วางไว้ ที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

1.4 ผู้วิจัย จัดให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ปรับปรุง โดย เทียนทอง หาระบุตร (2555) ทั้ง สองกลุ่ม และแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ ก่อนทดลองให้กลุ่มทดลอง

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.2 กลุ่มทดลองได้เข้าทำกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยเริ่มดำเนินการกิจกรรมที่ 1 ในวันที่ 20 มกราคม 2558 จากนั้นนัดกลุ่มทดลอง ทุกสัปดาห์จนครบ 3 ครั้ง โดยแบ่งจำนวนผู้เข้ากลุ่มทดลอง 20 คน ออกเป็นกลุ่มละ 10 คน ในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง

2.3 กลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1-3 ให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ การซักประวัติ การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป การได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตน ในการดูแลตนเอง การรับประทานยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา และการมาตรวจตามนัด

3. การประเมินผลหลังทำการทดลอง หลังจากการดำเนินกิจกรรมครบ 3 ครั้ง ทั้งนี้ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมให้มาทำการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหลังทดลอง จากนั้นกล่าวขอบคุณ เพื่อสิ้นสุดกระบวนการทำวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมิน ครบถ้วน จึงนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาดำเนินการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science for Windows) ใช้คำนวณในการหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) ของข้อมูลทั้งหมด และใช้สถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจ ใช้สถิติ Independent t-test แบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทาง สถิติที่ ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรม การสร้าง ความเข้มแข็งทางใจ (Mean=31) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean=25.4) อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ.05

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรม การสร้าง ความเข้มแข็งทางใจ (Mean=31) สูงกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (Mean=26.3)

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีค่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจ และมีค่าสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77.5 เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 22.5 ส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 อายุ ระหว่าง 20-29 ปี และ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 และ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 10 ศาสนานับถือ ศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 100 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ระดับ ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 30 รองลงมา ระดับ อนุปริญญา/ปวส. คิดเป็นร้อยละ 27.5 ระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย ระดับสูงกว่าปริญญาตรี ระดับมัธยมศึกษา และระดับประถมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 22.5 คิดเป็นร้อยละ 10 และคิดเป็นร้อยละ 7.5 ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่รับจ้าง คิดเป็น

ร้อยละ 62.5 รองลงมา งานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 20 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ และอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 7.5 ค่าขาย คิดเป็นร้อยละ 2.5 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่มากกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 85 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ โสด คู่ จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 47.5 หย่า/ร้าง/แยก คิดเป็นร้อยละ 5

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับ สถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พบในประเทศไทยซึ่งพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (วชิระ เพ็งจันทร์, 2553) และส่วนใหญ่อายุ 40 -49 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน สอดคล้องกับวชิระเพ็งจันทร์, 2556 ที่กล่าวว่า โรคซึมเศร้าประเทศไทยพบมากในกลุ่มคนวัยทำงาน ซึ่งวัยนี้เป็นวัยที่ต้องมีความรับผิดชอบ มีภาระหน้าที่ ด้านระดับการศึกษาที่พบในการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบระดับปริญญาตรี สอดคล้องกับ เจษฎา ทองเถาว์ (2552) ที่พบว่า พยาบาลที่จบปริญญาตรีมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าพยาบาลที่จบปริญญาโท

ตอนที่ 2 การอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ

ผลการวิจัยพบว่า พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแตกต่างจากหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งหมายความว่า หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ โดยผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ผลจากการวิจัยครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งในแต่ละกิจกรรมของโปรแกรมสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้ดังนี้

กิจกรรมที่1การสร้างสัมพันธภาพ รู้สึกดีกับตนเอง และมองโลกแง่ดี

การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ช่วยทำให้จากเดิมผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าที่ไม่อยากพูดคุยกับญาติ พี่น้องหรือเพื่อน เกิดการเปลี่ยนแปลง มีสีหน้ายิ้มแย้มขึ้น และพูดคุยกับผู้วิจัย อย่างดี และยิ้มแย้มพูดคุยกับญาติของตนเอง อีกทั้งการให้ผู้ป่วยทบทวนข้อดีของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่า และเห็นความสำคัญของตนเอง นอกจากนั้นในกิจกรรมนี้มีการสอนเรื่องการมองโลกแง่ดี ซึ่งมีสื่อตัวอย่าง ให้ฝึกการมองในแง่ดี เป็นรูปภาพที่ชัดเจนขึ้น จากการทำกิจกรรมนี้ ทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนการมองจากในเรื่องร้าย กลับให้เป็นมองในแง่ดี ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

สอดคล้องกับ พรพรรณ สุดใจ (2555) ที่พบว่า ในการเสริมความคิดเชิงบวก หรือมองโลกในแง่ดี จะมี ส่วนทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าสามารถมองเห็นคุณค่าในตนเองได้ (พรพรรณ สุดใจ, 2555) สอดคล้องกับ Tayler et al., (2003) กล่าวว่าคนที่มีความภูมิใจใน ตนเองต่ำ จะมีความคิดเกี่ยวกับตนเองไม่ชัดเจน มองตัวเองในแง่ร้าย มักตั้งเป้าหมายชีวิตแบบไม่สัมผัสความจริง หรือไม่มีเป้าหมายในชีวิตเลย มักมองอนาคตในแง่ร้ายมีปฏิกริยาไม่สร้างสรรค์ต่อคำวิจารณ์มักกังวลผลกระทบที่ตนมีต่อผู้อื่นและ เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้า (Tayler et al.,2003 อ่างโนนพมาศ อึ้งพระ, 2555) ดังนั้น กิจกรรมนี้ จึงช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารู้สึกดีกับตนเอง และมองโลกแง่ดี โดยผลการวิจัยจึงพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้น

กิจกรรมที่ 2 **คุยกันอย่างเข้าใจ** ได้มี การบรรยายถึงการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน การคุยกันอย่างเข้าใจ การที่ผู้ป่วยได้คิดทบทวน ถึงบุคคลที่ทำให้เขารู้สึกมั่นคงอบอุ่นและให้ตอบ คำถามว่าคนนั้นเขาใช้คำถามอย่างไร เป็นคำถามปลายเปิด หรือปลายปิด ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง สามารถตอบได้ และฝึกให้ใช้คำถาม ที่น่าฟัง เป็นการเพิ่มประสบการณ์ การสื่อสารได้ฝึกทักษะการ ฟัง เพื่อสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างบุคคล ให้เกิดการยอมรับ ในผู้ป่วยที่สื่อสารและสามารถฟังการ สื่อสารจากผู้อื่นได้ดี ซึ่งจะส่งผลให้มีความรู้สึกว่าเขาเองมีคุณค่าเป็นที่ยอมรับจากบุคคลอื่นได้ สอดคล้องกับ สุกัญญา พิระวรรณกุล (2541) ว่าการสื่อสารระหว่างบุคคลที่ดีทำให้คุณค่าในตนเอง สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนบุคคลที่ขาดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือมีความสัมพันธ์กับ ผู้อื่นไม่ดี เช่น ไม่ได้การยอมรับจากเพื่อนหรือรับรู้ว่าตนเองไม่เป็นที่น่าสนใจพบว่ามี ความบกพร่องใน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีการมองตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ ขาด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกสิ้นหวัง นำไปสู่การทำร้ายตนเองมากที่สุด (รังสิมันต์ สุนทรไชยา ,2554) ดังนั้นกิจกรรม คุยกันอย่างเข้าใจ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มขึ้นได้

กิจกรรมที่ 3 **ทุกปัญหามีทางแก้** ได้มีการบรรยายความสำคัญในการตั้งเป้าหมายการ แก้ปัญหา การฝึกให้ใจสงบกิจกรรม โดยฝึกการหายใจ ผ่อนคลาย ให้ทำใจให้สงบร่วมกัน ด้วยการ หลับตา โดยผู้วิจัยเปิดเพลงที่ผ่อนคลายร่วมด้วยเพื่อเป็นการให้ใจสงบ ผ่อนคลาย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วย รู้สึกสงบผ่อนคลายขึ้น การฝึก การใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหา จากนั้นให้ฝึกการแก้ปัญหาจากกรณี ตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเพื่อเป็นการฝึกประสบการณ์ในการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง แล้วจึงให้นำปัญหา ที่แต่ละคนมี มาแก้ไข ซึ่งตอนนี้ได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหา และคนอื่นยอมรับ การแก้ปัญหาของแต่ละคน ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจที่ตนสามารถแก้ปัญหาได้ จะทำให้ผู้ป่วยมี ความรู้สึกมีคุณค่าเพิ่มขึ้น โดยสอดคล้องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าผู้ที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ต่ำนั้น พวกเขาไม่เชื่อมั่นว่าตนจะบรรลุเป้าหมายได้ (Mcfarlin & Blascovich, 1981; นพมาศ อึ้ง

พระ, 2555) ดังนั้น กิจกรรม ทุกปัญหาที่มีทางแก้ จะเป็นส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารับรู้ว่าคุณสามารถแก้ไขปัญหาได้ ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจของมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 31 คะแนน และกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 26.3 คะแนน ซึ่ง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$) ซึ่งหมายความว่า หลังจากกลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างการสร้างความเข้มแข็งทางใจมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ มีกิจกรรมทั้งหมด 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรม 1) การสร้างสัมพันธภาพ รู้สึกดีกับตนเอง และมองโลกแง่ดี 2) คุยกันอย่างเข้าใจ 3) ทุกปัญหาที่มีทางแก้ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีทักษะในการสื่อสาร และสามารถแก้ปัญหาได้ถูกต้อง ส่งผลให้คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

ส่วนกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ คือการชกประวัติ การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป การได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตน ในการดูแลตนเอง การรับประทานยา อาการข้างเคียงจากการใช้ยา และการมาตรวจตามนัด เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังกลุ่มทดลองได้รับการโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ มีค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

เพื่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ทำกิจวัตรประจำวันตามปกติ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดีมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1.ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงข้อดีของตนเอง รู้สึกตนเองมีคุณค่า เปลี่ยนการมองในแง่ร้ายเป็นการมองโลกในแง่ดี และยังสามารถเกิดทักษะในการแก้ปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสม

1.2 โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ จะนำไปรูปแบบการพยาบาลเพื่อสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งช่วยให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้

1.3 การเริ่มดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ควรมีการสร้างสัมพันธภาพทุกครั้งและการรับฟังปัญหาของผู้ป่วย การระบายความรู้สึกของผู้ป่วย เพื่อสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ใช้โปรแกรมกับผู้ป่วย

2.ด้านการวิจัย

2.1 ควรมีการนำโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ไปศึกษาใช้กับบุคคลกลุ่มอื่น เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ติดสารเสพติด หรือผู้พยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากสามารถช่วยปรับวิธีการคิด ด้านข้อดีของตนเอง การเปลี่ยนจากมองโลกแง่ร้าย เป็นการมองโลกแง่ดีและยังสามารถแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง

2.2 ควรมีการศึกษา พัฒนาโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ เพื่อสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยจิตเวชอื่น

รายการอ้างอิง

5ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต. (2552) .**เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดีRQพลังสุขภาพจิต**.พิมพ์ครั้งที่ 1.สำนักสุขภาพจิต
สังคม กรมสุขภาพจิต.

กรมสุขภาพจิต. (2553) . **แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถาน
บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ**.คณะทำงานจัดทำแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับ
แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ กรม สุขภาพจิต.

กรมสุขภาพจิต. (2555) .**ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า**.นนทบุรี:กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรรณิการ์ ผ่องโต. (2555) .**ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตาย
ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย**.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล
สุขภาพจิต และจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กณิกาพร บุญชู. (2555) .**ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งทางใจของหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึง
ปรารถนาในจังหวัดนครปฐม**.วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต,สาขาจิตวิทยาชุมชน
มหาวิทยาลัยศิลปากร.

จิราพร รักการ. (2554) .**เอกสารประกอบการสอนเรื่องการพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางด้าน
อารมณ์**.เอกสารประกอบรายวิชาการพยาบาลจิตเวช.

จำรอง เงินดี. (2552) .**จิตวิทยาสังคม**.พิมพ์ครั้งที่1.สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.กรุงเทพฯ.

เจษฎา ทองเถาว์. (2552) .**ความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลของโรงพยาบาลศรีนครินทร์**.

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (54) 2, 38-54.

จุฑามาศ วังทะพันธ์. (2551) .**ผลการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย**.**ยโสธรเวชสาร**,10 (1), 288.

ฉัตรระพี ชิมทิม. (2550) .**ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวทฤษฎีการปรับพฤติกรรมทาง
ปัญญาที่มีต่อความคิดเชิงบวกและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**.**วารสารคณะพยาบาล
ศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา**,20 (4),80-91.

ฐปนีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล. (2544) .**ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองและความรู้สึกสิ้นหวังใน
เด็กและเยาวชน ที่กระทำผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลาง**.วิทยานิพนธ์
มหาบัณฑิต. วิทยาศาสตร์ (จิตวิทยาศึกษา) .มหาวิทยาลัยมหิดล.

ณรงค์ สหเมธาพัฒน์. (2556) .**บทความเหตุการณ์ความเครียด**.[\[ออนไลน์\]](#).แหล่งที่มา:

[www.prachachat.net/news_detail.php\[5 กุมภาพันธ์ 2557\]](http://www.prachachat.net/news_detail.php[5 กุมภาพันธ์ 2557]) .

- ดวงใจ กสานติกุล. (2542) .โรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์ผิดปกติรักษาหายได้.พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ:นำอักษรการพิมพ์.
- ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2548) .ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี.
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เทียนทอง ทาระบุตร. (2555) .ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต
เภทใน ชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล
จิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธรมินทร์ กองสุข. (2558) . โรคซึมเศร้าความสูญเสียอันยิ่งใหญ่แห่งมวลมนุษยชาติ:การแก้ไข
ปัญหาความสูญเสียอันเนื่องมาจากโรคซึมเศร้าและผลการดำเนินงานในระบบการแก้ไข
ปัญหาโรคซึมเศร้าของไทย.การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2558.
ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ.
- ธีระ ลีลำนันทกิจ. (2553) .การรักษาด้วยไฟฟ้าทฤษฎีและภาคปฏิบัติ.พิมพ์ครั้งที่1.โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นพมาศ อึ้งพระ. (2555) .จิตวิทยาสังคม.พิมพ์ครั้งที่1.สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2545) .ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. (2550) .คู่มือการจัดกิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจสำหรับ
บุคลากรสาธารณสุข.พิมพ์ครั้งที่2.โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. (2550) .คู่มือการใช้VCDสื่อการเรียนรู้เรื่องเติมเต็มความเข้มแข็งทางใจ
ชุดที่ 1.พิมพ์ครั้งที่1.สสส.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พรพรรณ สุดใจ. (2555) .ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้า
และการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน.วารสารพยาบาลศาสตร จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย,53-63.
- พรพรรณ ศรีโสภะ. (2552) .ปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรี คำธิตา อัมพวรรณ ถากาศ และชนากานต์ แสงสิงห์ชัย. (2550) .รูปแบบการดูแลและช่วยเหลือ
ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำโดยกระบวนการสร้างความเข้มแข็งทางใจ.การประชุมวิชาการ
สุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 6 เรื่อง สุขภาพจิต: ชีวิตชาวเมือง วันที่ 1-3 สิงหาคม 2550,โรงแรม
ปรีณซ์พาลเลซ กรุงเทพมหานคร.

- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553) .**การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**.พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพมหานคร:
บริษัทธรรมสารจำกัด.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2542) .อาการรู้สึกผิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภท
ผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวล และบุคลิกภาพ.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555) .**จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ**.พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพฯ:
ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554) .**คู่มือการบำบัดทางจิตสังคม**.พิมพ์ครั้งที่1.นครปฐม:บริษัทมิสเตอร์
ก๊อปปี้ประเทศไทยจำกัด.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552) .**การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**.พิมพ์ครั้งที่2.โรง
พิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วชิระ เพ็งจันทร์. (2556) .**Quality of Life manager**. online. [ออนไลน์]
แหล่งที่มา:www.manager.co.th[5 กุมภาพันธ์2557] .
- ศลักษณ์ กิตติศักดิ์เศรณี. (2552) .ความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดากับภาวะ
ซึมเศร้าของนักเรียนระดับช่วงชั้นที่4.วารสารRama Nurs J.
- ศิริวรรณ ทวีวัฒนปรีชา. (2549) .**การเห็นคุณค่าในตนเองและความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่า
ในตนเองกับการปรับตัวในสังคมของนิสิตคณะเภสัชศาสตร์**.วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สงศรี มรกต. (2547) .ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่.
พยาบาลสาร.31, (2) . จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สมชาย จักรพันธุ์. (2551) .**สถานการณ์ข่าวสุขภาพ**. [ออนไลน์].แหล่งที่มา:
http://www.hiso.or.th/hiso/health_event/ghealth [2 กุมภาพันธ์ 2557].
- สิทธิโชค วรานุสันติกุล. (2546) . **จิตวิทยาสังคม : ทฤษฎีและการประยุกต์**. กรุงเทพฯ : ซีเอ็ดยูเนชั่น
จำกัด.
- สถาบันสุขภาพจิต, สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2540) . **มาตรฐานการปฏิบัติการ
พยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต**.พิมพ์ครั้งที่ 2 .กระทรวงสาธารณสุข.
- สุกัญญา พิระวรรณกุล. (2541) .**ผลของการใช้โปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างบุคคลต่อ
ความสำนึกในคุณค่าของตนเองของเยาวชนในสถานสงเคราะห์**.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2552) .**อัตราป่วยโรคซึมเศร้า**.
[ออนไลน์].แหล่งที่มา:<http://www.hiso.or.th/hiso/visualize/index.php>. [2พฤษภาคม
2558].

สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. (2555) .ภาวะซึมเศร้ากับการฆ่าตัวตาย.[ออนไลน์].

แหล่งที่มา:www.thaicd.ddc.moph.go.th. [20 มิถุนายน 2558].

อรพรรณ,พีรพันธ์ ลีบุญธวัชชัย. (2553) .การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า.

พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ:บริษัทธนาเพชรจำกัด.

อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย. (2554) .การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.พิมพ์ครั้งที่4.กรุงเทพมหานคร:

สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ (2556) **ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจ**

ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงอายุ.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต

และการพยาบาลจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543) .**การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต:แนวการปฏิบัติตามพยาธิ**

สภาพ. กรุงเทพฯ:บริษัทธรรมสารจำกัด.

ภาษาอังกฤษ

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

New York: Hoeber.Republished as *depression: Causes and treatment*.

Philadelphia:University of Pennsylvania press.

Bahrein M, Akaberian Sh, Ghodsbin F,Yazdankhah F&Mohammadi B, (2012) .The

effects of parental bonding on depression and self esteem in

adolescence.*Journal of Jahrom university of medical Sciences*,10 (1),6-10.

Coopersmith, S. (1981) .*The Antecedent of self-Esteem 2*.California:Consulting

Psychologist Press.

Crocker, J., Luhtanen, R. K., Cooper, M. L., & Bouvrette, A. (2003) . Contingencies of

self-worth in college students: Theory and measurement. *Journal of*

Personality and Social Psychology, 85 (5), 894-90.

Davis, Nancy J. (1999) . **Resilience Working Paper:Status of the research and**

Research Based Programs.[online]:<http://www.familyservices.bc.ca>.

Franck, E, Raedt, R. D. (2007) .Self-esteem reconsidered:Unstable self-esteem

outperforms level of self-esteem as vulnerability marker for

depression.*Behavior Research and Therapy*,45,1531-1541.

- Franck, E, Raedt, R. D., & Houwer, J. D. (2007) .Implicit but not explicit self-esteem predicts future depressive symptomatology. **Behavior Research and Therapy**,45,2448-2455.
- Garcia-Dia, M.J., et. (2013) .Concept analysis :Resilience. **Archives of Psychiatric Nursing**.
- Grotberg, E. H. (1995) . **A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit**. The Bernard van Leer Foundation, the Hague. The Bernard Van Leer Foundation .[online]. Available from :<http://resilience.uiuc.edu/library/grotb95.html>[2014, February2].
- Grotberg, E. H. (1999) .Countering depression with the five building blocks of resilience. **Reaching Today's Youth**.4,66-72.
- Gilligan, R. (2000) . Adversity, resilience and young people: The protective value of positive school and spare time experiences. **Children & Society**, 14, 37-47.
- Joyce, J.F. (2013) .Resilience Interventions .**Archives of Psychiatric Nursing**.27,111.
- Marcotte, D., Villatte, A. & Potvin, A. (2014) .Resilience factors in students presenting depressive symptoms during the post-secondary school transition. **Procedia-Social and Behavioral sciences**.159,91-95.
- Mehrotra, S., Chaddha, U. (2003) .A co relational study of protective factors, resilience and self esteem in Pre Medical Dropouts. **International journal of Humanities and social science invention**,2 (9),103-106.
- Mruk, C.J. (2013) .**Self-esteem and positive psychology: Research**. Theory and Practice. Springer Publishing Company.
- Nutt, DJ, (2008) .Relationship of neurotransmitters to the symptoms of major depressive disorder. **The Journal of Clinical Psychiatry**, 4-7.
- Orth, U., Robins, R.W., Trzenniewski, K.H., Maes, J., and Schmitt, M. (2009) . Low Self-Esteem Is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. **Journal of Abnormal Psychology**,118 (3),472-478.
- Rosenberg, M. (1965) . **Society and the adolescent self-image**. Princeton, NJ: Princeton university press.
- Raedt, R. D, Schacht, R., Franck, E., Houwer, J.D. (2006) .Self-esteem and depression

revisited:Implicit positive self-esteem in depressed patient?**Behaviour Research and Therapy**,44,1017-1028.

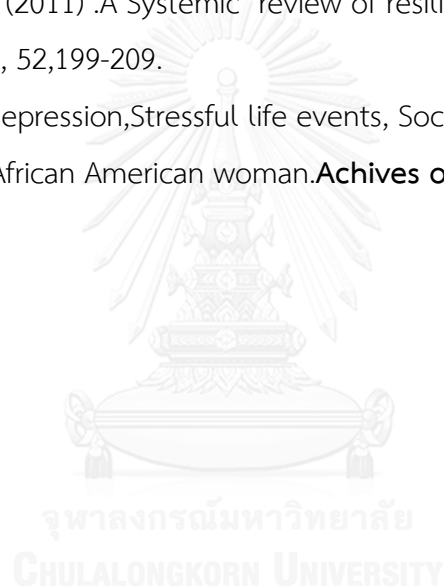
Franck, E., Raedt, R. D. (2007) . Self-esteem reconsidered : Unstable self –esteem outperforms level of self-esteem as vulnerability marker for depression.
Behaviour Research and Therapy,45,1531-1541.

Seok, H.J, Lee, K.U.et al., (2012) .Impact of early-life stress and resilience on patient with major depressive disorder.**Yonsei Medical Journal**.53 (6), 1093-1098.

Sowislo, J.F, Orth, U. (2013) .Does low self-esteem predict depression and anxiety? A Meta- analysis of longitudinal studies.**Psychological Bulletin**,139 (1) .

Steward, E.S,Yuen, T., (2011) .A Systemic review of resilience in the physically ill.
Psychosomatics, 52,199-209.

Warren, B. J. (1997) .Depression,Stressful life events, Social support,and Self-esteem in middle class African American woman.**Archives of Psychiatric Nursing**,9 (3), 107-117.

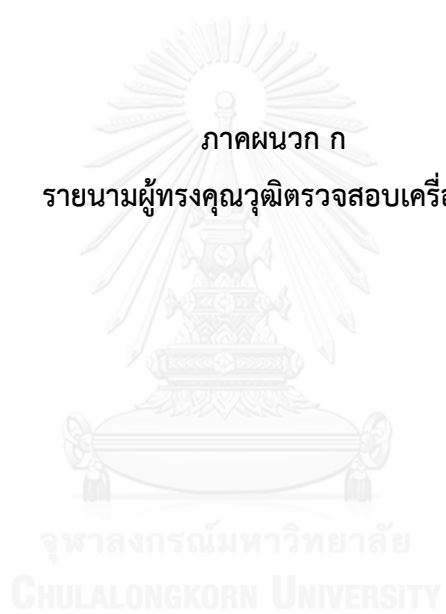




ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	สถานที่ปฏิบัติงาน
1.อาจารย์ ดร.กชพงศ์ สารกาน	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
2.แพทย์หญิงนิอร คำเนตร	นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมสาขาจิตเวช) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
3.นางสาวนงลักษณ์ ทรงลำเจียก	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงโรงพยาบาลเสนา
4.นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงโรงพยาบาลท่าเรือ
5.นางสาวณัฐกานต์ ไพศาล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา





1.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความที่ตรงกับตัวคุณ พร้อมทั้งกรอกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตัวคุณมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ 20-29 ปี 30-39 ปี 40-49 ปี 50-59 ปี
3. นับถือศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม
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. รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วย/เดือน

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> มากกว่า 5,000 บาท
--------------------------------	--
7. สถานภาพสมรส
.....

1.2 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึกหรือความเห็นของคนที่มีต่อตนเองไม่มีคำตอบใดถือว่าถูกหรือผิด ดังนั้นโปรดตอบด้วยความสบายใจตามความรู้สึกจริงของคน โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อคนเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมากหรือเป็นส่วนใหญ่

เห็นด้วย หมายถึง เมื่อคนเห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อคนไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อคนไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมากหรือเป็นส่วนใหญ่

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เมื่อคนไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างมากหรือเป็นส่วนใหญ่

ข้อที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	ฉันรู้สึกพอใจในตัวของฉัน				
2	บางครั้งฉันคิดว่าฉันไม่ดีเลย				
3	.....			
4	.....			
5	.....			
6	.....			
7	.....			
8	.....			
9	.....			
10	ฉันมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง				

2.เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมิน ความเข้มแข็งทางใจ

คำชี้แจง แบบสอบถามความเข้มแข็งทางใจเพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้สึกของคน

โปรดพิจารณาเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างด้านขวามือที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ไม่จริง	จริงบ้างครั้ง	ค่อนข้างจริง	จริงมาก
	ด้านความมั่นคงทางอารมณ์				
1	เรื่องไม่สบายใจเล็กน้อยทำให้ฉันว่าวุ่นใจนั่งไม่ติด				
	ฉันไม่ใส่ใจคนที่หัวเราะเยาะฉัน				
3	เมื่อฉันทำผิดพลาดหรือเสียหายฉันยอมรับผิดหรือยอมรับผลที่ตามมา				
4	.....			
5	.....			
6	.....			
7	.....			
8	.....			
9	.....			
10	.....			
	ด้านกำลังใจ				
11	.....			
12	.....			
13	.....			
14	.....			
15	.....			
	ด้านจัดการปัญหา				
20	.....			

3.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

THE EFFECT OF RESILIENCE ENHANCEMENT PROGRAM ON SELF-ESTEEM OF PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

หลักการและเหตุผล

องค์การอนามัยโลกได้ทำนายประชาชนไทยว่าในปีพ.ศ.2563 โรคที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จิตที่เป็นสาเหตุสำคัญนำไปสู่การฆ่าตัวตายคือโรคซึมเศร้า (สมชาย จักรพันธุ์,2551) ซึ่งประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประมาณร้อยละ3 ของประชากรหรือจำนวนประมาณ 1.9 ล้านคน พบมากในกลุ่มคนวัยทำงาน ผู้สูงอายุ และวัยรุ่น ตามลำดับ ซึ่งโรคซึมเศร้าสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณร้อยละ 30 จะมีอาการของโรคซึมเศร้ามาก่อน นอกนั้นป่วยด้วยโรคจิตเวชอื่นๆเช่น โรคเรื้อรัง ดิสดร่า และปัญหาซึมเศร้า (วชิระ เฟิงจันทร์,2556) ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2เท่าตัว พบในกรุงเทพมหานครมากที่สุดอัตราป่วยร้อยละ 5 ขณะที่ต่างจังหวัดมีประมาณร้อยละ 2.3 -2.7 ทำให้คนไทยต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากภาวะซึมเศร้าซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (ณรงค์ สหเมธาพัฒน์,2556) ถ้าพิจารณาจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability, YLD) พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นอันดับที่ 1 ในหญิงไทย และอันดับ2 ในชายไทย โดยผู้ป่วยต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานานกว่าโรคอื่นๆ ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องและเป็นระยะเวลาานานเรื้อรัง จะนำไปสู่การฆ่าตัวตายและก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพอย่างมาก (วชิระ เฟิงจันทร์ ,2553)

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) จัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorder) ชนิดหนึ่ง มีความผิดปกติของอารมณ์เป็นอาการเด่น โดยมีอารมณ์เศร้าเป็นหลัก (Depression) จะมีแต่อารมณ์ที่เป็นทุกข์ มีความรู้สึกเศร้าหมอง จิตใจ หดหู่ เชื่องซึม จะส่งผลกระทบต่อบุคคล ทางด้านสังคม และอาชีพ มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัวเงียบขรึม (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) หรือมีอาการเศร้า ซึมเฉย มีพฤติกรรมอยากเก็บตัวอยู่คนเดียว หงุดหงิด มีอารมณ์รุนแรงได้ง่ายเมื่อถูกรบกวน บางรายมีอาการกระสับกระส่ายอยู่หนึ่งไม่ได้ต้องลุกเดินไปมา สมาธิเสื่อมเหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดเชิงซ้ำ ลังเลใจ ตัดสินใจไม่แน่นอน ไม่มั่นใจในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ดำเนินตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความทุกข์มากไม่มีใครช่วยได้ และอยากตาย (Beck,1967; อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) ซึ่งมีอาการอื่นร่วมได้แก่ ด้านร่างกาย (psychophysiologic function) ได้แก่ ความอยากรับประทานอาหารแปรปรวน (appetite disturbance) การนอนแปรปรวน (sleep disturbance) นอนหลับน้อยลง หรือนอนไม่หลับ (insomnia) ด้านพฤติกรรม (behavioral symptoms) ผู้ป่วยจะมีอาการเชื่องช้า เดินช้า คิดช้า ไม่พูด ไม่โต้ตอบ ไม่อยากทำอะไร ผุดลุกผุดนั่ง หงุดหงิดง่ายไม่สนใจความสะอาดของตนเอง และด้านความคิด (Cognitive symptoms)

คิดซ้ำๆ คิดอะไรไม่ออก ไม่มีสมาธิ รู้สึกผิด คิดว่าตนเองไร้ค่า (worthlessness) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่สามารถทำนายอาการซึมเศร้าในอนาคตได้ (Raedt, Schacht, Franck, and Houwer, 2007) โดยระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Frank & Raedt, 2007)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้ามี 2 ปัจจัยหลัก ดังนี้ 1. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) 2. ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors) ซึ่ง ปัจจัยทางชีวภาพ ที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยทางกรรมพันธุ์พบว่า หากบิดามารดาป่วยด้วยโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสป่วยด้วยโรคซึมเศร้าถึง ร้อยละ 10-25 และยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากเท่าใด โอกาสป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ยิ่งมากขึ้นเท่านั้น (Sandock, Sadock, 2007 ;อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและการทำงานของสมอง พบว่า การทำงานของสารสื่อประสาทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคือ dopamine, norepinephrine และ serotonin จะลดลง (Nutt, 2008) ถ้าสารสื่อประสาทเหล่านี้มีปริมาณสูงทำให้เกิดโรคแมเนีย (mania) หากมีปริมาณลดลงทำให้เกิดซึมเศร้า (depression) รวมทั้งการได้รับยาหรือสารบางชนิด หรือการขาดสารอาหารต่างๆ เช่น ไบโตามิน บี12 ไบโตามิน ซี ธาตุเหล็ก เป็นต้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ส่วนปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors) ประกอบด้วยปัจจัยภายในจิตใจ ปัจจัยทางความคิด ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยด้านสัมพันธภาพและสังคม (Interpersonal and Social factors) โดยปัจจัยภายในจิตใจ นั้นเกิดจาก อารมณ์เศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกไม่ดี มีความขัดแย้งในตนเอง รวมถึงขาดการเลี้ยงดูที่ดีในวัยเด็ก (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ซึ่งรูปแบบการเลี้ยงดูของบิดามารดานั้นมีความ สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือการเลี้ยงดูแบบไม่ค่อยได้รับการใส่ใจ จะทำให้บุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ เพราะความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Bahrein, Akaberian, Ghodsbin, Yazdankhah & Mohammadi, 2012) ตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ภาวะซึมเศร้าเกิดจากในช่วงขบปีแรกของชีวิต (Oral stage) ที่ได้รับความสูญเสีย แล้วเก็บกอดไว้ แต่ไม่ได้รับการแก้ไข จึงเป็นแรงผลักดันให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า และใช้กลไกทางจิตในการกล่าวโทษตนเอง (อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ปัจจัยทางความคิด (Cognitive factors) คือ การมีความคิดบิดเบือน มองตนเองทางลบ Beck (1967) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีจิตใจพื้นฐานบางอย่าง ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ประสบการณ์ต่างๆ เหล่านั้น ทำให้เกิดกระบวนการคิดในทางลบ สับสน ไม่มีเหตุผล ซึ่งภาวะซึมเศร้าเกิดจาก 2 กระบวนการคือ กระบวนการแรกเมื่อบุคคลได้รับประสบการณ์ หรือภาวะวิกฤตในชีวิต และสอง มีความคิดอัตโนมัติทางลบเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งเกิดจากความผิดพลาดด้านกระบวนการคิด จะเรียนรู้มาจากประสบการณ์ที่พบครั้งแรกในชีวิต และไม่สามารถควบคุม หรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้ จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะแก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์นั้น และทำให้บุคคลนั้นประมวลเรื่องราวผิดพลาด บิดเบือน

จากความเป็นจริง และสะสมมาเรื่อยๆ เมื่อพบภาวะวิกฤติอีก การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีต ก็จะกลับมากระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดด้านลบ (negative thinking) 3 ด้านคือ 1) ด้านมองตนเองในแง่ลบ คิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถไม่น่าภาคภูมิใจ 2) ด้านมองสิ่งแวดล้อมในแง่ลบหรือมองโลกในแง่ลบ ซึ่งจะแปลความสัมพันธ์การมีปฏิสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อม ในรูปแบบที่เป็นความสูญเสีย ถูกใส่ร้าย มองชีวิตตนเองเต็มไปด้วยอุปสรรค หรือเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองต้องเจ็บปวด เห็นแต่สิ่งที่ไม่ดีรอบตัว ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง 3) ด้านการมองอนาคตในแง่ลบ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะทำนายว่า ความยากลำบาก ทุกข์ยากในปัจจุบันจะดำเนินไปไม่มีที่สิ้นสุด มองไปข้างหน้าจะพบแต่ความยากลำบาก มีอุปสรรค คิดว่าอนาคตจะล้มเหลว (Beck, 1967) ปัจจัยทางพฤติกรรม (Behavioral factors) พบว่าผู้ที่ประสบกับความล้มเหลวและ ความผิดหวังซ้ำๆจะก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังและหมดอาลัยตายอยากจนนำสู่อาการของโรคซึมเศร้า (Akiskal, 1995 ; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ส่วนปัจจัยสัมพันธ์ภาพและสังคมนั้น โรคซึมเศร้าจะมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ได้ไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนจึงรู้สึกว่าคุณค่าไม่เป็นที่สนใจ มองตนเองไม่มีประโยชน์ รู้สึกสิ้นหวังและมีความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Low self esteem) มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีความรู้สึกว่าคุณค่าต่ำต้อย ไม่แน่ใจในความสามารถของตนในเรื่องต่างๆ เช่นการตัดสินใจ การแก้ปัญหา หรือรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสำคัญ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ เป็นลักษณะสำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และพบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 81 (Beck, 1967)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นลักษณะเด่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง การที่บุคคลประเมินตนเองแล้วแสดงออกในแง่ของการยอมรับตนเอง หรือไม่ยอมรับตนเองเป็นการแสดงให้เห็นถึงขอบเขตความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเอง ในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จและค่าของตัวของตัวเอง ซึ่งสามารถรับรู้ได้จากคำพูดและท่าทีที่บุคคลนั้นแสดงออกมา (Coopersmith, 1981) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเอง เกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง (Rosenberg, 1965) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถพัฒนาขึ้นได้ ด้วยการสร้างความรู้สึกที่ดีต่อตนเองทำให้เกิดความภาคภูมิใจ เกิดความรู้สึกและความสามารถในการจัดการตัวเองและปัญหาในชีวิตได้ มีความเชื่อมั่นและทักษะในการจัดการอารมณ์ สามารถสร้างความสุขให้กับชีวิตของตนเอง มีสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน มีความสามารถในการสื่อสาร สร้างความสัมพันธ์ที่ดีและมีจุดมุ่งหมายในชีวิต สามารถปรับเปลี่ยนตัวเอง ปรับกระบวนการคิดของตน มีทักษะในการเผชิญปัญหา และความเข้มแข็งทางใจ (พัชรี คำธิตา อัมพวรรณ ถากาศ และชนากานต์ แสงสิงห์ชัย, 2550) หากการได้รับคุณค่าจากการกระทำที่สำเร็จตามเป้าหมายที่ผ่านมาแม้จะเป็นความสำเร็จในเรื่องเล็กน้อยก็ตาม จะสามารถเผชิญกับปัญหา อุปสรรคต่างๆได้ สามารถในการปรับตัวได้ดีในสถานการณ์ที่ผ่านมาช่วยให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

(เอื้อญาติ ชูชื่น สุกิตา วิรุณ และ วิมล นุชสวาท, 2557) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยังมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางใจอย่างมีนัยสำคัญ (เทียนทอง ทหารบุตร, 2555) โดยการสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ช่วยปรับความรู้สึกภายในที่เคยพบเหตุการณ์รุนแรงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ และลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงสามารถนำโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจมาจัดกระทำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ (Seok, et al., 2012) ซึ่งการนำโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจมาจัดกระทำแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะช่วยเพิ่มความเข้มแข็งทางใจและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้น (Steward & Yuen, 2011)

ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Enhancement) มีการเรียกชื่อแตกต่างกันไปเช่น ความหยุ่นตัว ความยืดหยุ่น ความเข้มแข็งทางใจ ความสามารถในการฟื้นพลัง ความหยุ่นตัวทางอารมณ์และจิตใจ หรือพลังสุขภาพจิต ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมา หมายถึงความสามารถในการเผชิญปัญหาและผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ จนทำให้บุคคลมีความเข้มแข็ง (Grothberg, 1995) ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยความเข้มแข็งทางใจคือ การพยายามโน้มน้าวให้มองอุปสรรคในแง่ที่สร้างสรรค์ เป็นโอกาสที่จะพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลง ความทุกข์เป็นเรื่องที่ ทุกคนต้องมี โดยการใช้การพูดคุยแบบเปิดโอกาสให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้คิดตาม และไม่รู้สึกลุกยัดเยียด สนับสนุนให้เขาเกิดความมั่นใจที่จะระบายความทุกข์ให้ฟังแล้ว จึงให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ต่อไป (กรมสุขภาพจิต, 2552) ตามแนวคิดโกรทเบิร์ก (1999) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบการสร้างความเข้มแข็งทางใจ 3 ประการ ได้แก่ 1) I am เป็นการพัฒนาความเข้มแข็งภายในใจ คือความมั่นใจ ความรับผิดชอบ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2) I have การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล ระบุว่ามีความคอยช่วยเหลือ 3) I can ช่วยให้สามารถแก้ปัญหาได้ โดยใช้หลักในการแก้ปัญหา (Grothberg, 1999)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด การสร้างความเข้มแข็งทางใจของ Grothberg (1995) ได้แก่ ฉันเป็น (I am) ฉันมี (I have) และฉันสามารถ (I can) เพื่อพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความพึงพอใจในลักษณะที่ตนเองเป็น ภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง รวมถึงการพัฒนาการปฏิสัมพันธ์ เรียนรู้ทักษะการสื่อสารรู้จักสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Coopersmith, 1981) แต่หากบุคคลมีความสัมพันธ์ที่ขัดแย้ง จะส่งผลให้ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศิริวรรณ ทวีวัฒนปรีชา, 2549) นอกจากนั้นการพัฒนาความคิดด้านบวกและมองเห็นคุณค่าของตนเอง สามารถเสริมคุณค่าในตนเองได้ (พรพรรณ สุดใจ, 2555) ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จัดการปัญหาได้ในทางที่เหมาะสม สามารถควบคุมตนเองได้ มีความรู้สึกดีต่อตนเอง (Steward & Yuen, 2011) การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเองและสร้างเป้าหมายในชีวิต (I can) สามารถช่วยปรับวิธีคิด วิธีการเผชิญปัญหา ให้มีความเชื่อมั่นในตนเองได้ (กรรณิการ์ ผ่องโต, 2555) โดย การวิจัยครั้งนี้จัด ดำเนินกิจกรรม 3 ครั้ง เป็นการทำกิจกรรมกลุ่ม ระยะเวลาทำกิจกรรมครั้งละ 60 นาที ในแต่ละกิจกรรมมีการดำเนินงานดังนี้

โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองของ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กิจกรรมที่1 “การสร้างสัมพันธภาพ การรู้สึกดีกับตนเอง และมองโลกแง่ดี”

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกและสมาชิกด้วยกัน ให้เกิดความไว้วางใจ และยินดีร่วมวิจัย

2. เพื่อให้สมาชิกมองด้านดีของตนเอง สร้างความภาคภูมิใจให้กับตนเอง

3. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจความแตกต่างระหว่างมองโลกแง่ดีและแง่ร้าย

4. เพื่อพัฒนาความคิดด้านบวกและมองเห็นคุณค่าของตนเอง

สาระสำคัญ

1. การสร้างสัมพันธภาพ ที่ดีระหว่างสมาชิก และผู้นำกลุ่ม เป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากสามารถช่วยให้สมาชิกเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือ นำสู่ความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมาย โดยผู้วิจัยสร้างความรู้สึกรักให้สมาชิกเกิดความมั่นใจ ปลอดภัย และไว้วางใจ อันเป็นผลดีต่อการพูดระบายความรู้สึกรัก กล้าแสดงความคิดเห็น สร้างให้เกิดบรรยากาศ ความไว้วางใจ ยอมรับในตัวสมาชิก และเชื่อมั่นในศักยภาพของสมาชิกแต่ละคน กระตุ้นให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น มีความเชื่อมั่นตนเอง

2. สมาชิกได้สำรวจข้อดีของตนเอง สามารถรู้จักด้านดีของตนเอง เพื่อเกิดความภาคภูมิใจตนเอง

3. สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการพูดถึงข้อดีของแต่ละคน

4. สมาชิกสามารถเลือก และบอกลักษณะของคนมองโลกในแง่ดี ได้ฝึกฝนการมองโลกในแง่ดี

กิจกรรม

1. จัดให้สมาชิกรั้งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน กล่าวทักทายสมาชิกแนะนำตัวผู้นำกลุ่ม และสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มและกลุ่มสมาชิก ด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และให้สมาชิกได้แนะนำตัวเองทีละคน จากนั้นใช้การพูดเรื่องต่างๆไป เพื่อให้เกิดการผ่อนคลาย เช่นการเดินทาง สถานที่อยู่ของแต่ละคน

2. ผู้นำกลุ่มชี้แจงข้อตกลงในการใช้โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ได้แก่ วัตถุประสงค์ ระยะเวลาการทำกิจกรรม จำนวนครั้ง และการมอบใบนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

3. ผู้นำกลุ่มนำเข้าสู่กิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ

แนวการกรีนนำเข้าสู่กิจกรรม

สวัสดีค่ะ ทุกคน วันนี้ฉันรู้สึกดีใจมากที่ได้มาทำกิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ แก่ทุกคนในวันนี้ค่ะ คนเราต้องการความสุข อยากหนีจากความทุกข์ซึ่งการรู้จักมองตนเองด้านดี มองโลกในแง่ดีนั้นจะช่วยให้เราเกิดความสุข วันนี้เราจะมาเรียนรู้เรื่องที่จะช่วยเติมความสุขให้เรา นั่นคือ การรู้จักมองด้านดีของตนเอง และการมองโลกในแง่ดี

4. กระตุ้นสมาชิกค้นหาข้อดีของตนเอง ความสามารถ และความถนัดของตน และให้เขียนในใบงานที่ 1

5. ให้สมาชิก นำเสนอข้อดี ของตนเอง และผู้นำกลุ่มแสดงการยอมรับการนำเสนอของแต่ละคน ด้วยการกล่าวชื่นชม และให้กลุ่มปรบมือให้กับทุกคนที่นำเสนอ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากนั้นแจกใบความรู้ที่ 1 ให้ทุกคนได้อ่าน ผู้นำกล่าวสรุป

แนวการกล่าวสรุป

ทุกคนได้ทราบถึงข้อดีของตนเอง และของเพื่อน แสดงให้เห็นว่า ทุกคนล้วนมีข้อดีของแต่ละคน และมีความแตกต่างกันไป และเพื่อนก็มีข้อดีของแต่ละคน ดังนั้นสมาชิกทุกคน ต่างมีสิ่งดี ข้อดีในตนเอง ดังที่ทุกคนได้ค้นพบข้อดีของตนเอง

4. เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ข้อแนะนำ ให้ผู้ประเมินภาเครื่องหมาย ในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้รับบริการ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

ลำดับที่	คำถาม	มี	ไม่มี
1		
2		

หมายเหตุ กรณี มี 1 ข้อขึ้นไปให้ประเมิน 9Q ต่อ

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ลำดับที่	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1 - 7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2	.....	0	1	2	3
3	.....	0	1	2	3
4	.....	0	1	2	3
5	.....	0	1	2	3
6	.....	0	1	2	3
7	.....	0	1	2	3
8	.....	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
	รวมคะแนน				
	รวม				

< 7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า

7-12 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย

13-18 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

≥ 19 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

หมายเหตุ คะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)



ใบงานที่ 1

เรื่องรู้สึกดีต่อตนเอง

ให้สมาชิกเขียนคำตอบ ตามความคิดและความรู้สึกของท่าน

1. ท่านคิดว่า ข้อดีของตนเอง มีอะไรบ้าง

1. ดำรงชีพที่ขยันหมั่นเพียรในหน้าที่ มีระเบียบวินัย รักสะอาด ไม่ใส่รองเท้า
 ในที่ทำงาน หรือ ภาชนะที่ใช้นั้น

2. มีนิสัย เป็นผู้นำ และ วิชิตตักใจ ย่อมมา

3. มีส่วนช่วย ในครอบครัว หรือ กิจกรรมในการใช้ชีวิตประจำวัน
 เก่งที่ และ ดีที่สุด

2. ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกดีต่อตนเอง จากเรื่องอะไรบ้าง เช่น ตนเองได้ช่วย
 พ่อแม่ทำงาน ทำการบ้านตามที่ครูมอบหมาย เป็นต้น

ได้ จัดบ้าน ทำความสะอาด บ้าน

ช่วยเหลือ ร่วมงาน จาก พี่สาว ครอบครัว

ใบงานที่ 6

เรื่องการแก้ปัญหา

1. ในขณะที่ท่านมีความรู้สึกเครียด หรือวิตกกังวล เกี่ยวกับเรื่องอะไร

- วิตกกังวล บ่อยๆ ว่าเงิน จะไปใช้หมด ๑๕ สัปดาห์ข้างหน้า
- กังวลว่าเงิน จะหมดก่อนที่เงิน จะเข้ามา
- วิตกกังวล บ่อยๆ ว่าเงิน จะหมดก่อนที่เงิน จะเข้ามา
- วิตกกังวล บ่อยๆ ว่าเงิน จะหมดก่อนที่เงิน จะเข้ามา

2. ท่านมีวิธีการ จัดการกับปัญหา หรือแก้ปัญหา ในข้อ 1 อย่างไร

- ๑) วางแผนการทำงาน ให้ชัดเจน ว่าทำอะไรบ้าง
- ๒) พยายาม คิดหาทาง หาเงิน หาเงิน หาเงิน
- ๓) พยายาม คิดหาทาง หาเงิน หาเงิน หาเงิน



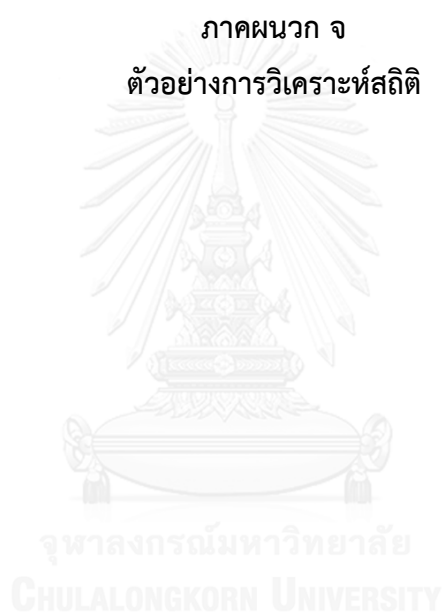
ตารางที่ 7 แสดง ค่าความเที่ยง แอลฟา ของ ครอนบาค ของเครื่องมือกำกับการทดลอง แบบ
ประเมินความเข้มแข็งทางใจ

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ข้อ1	54.07	154.961	.640	.925
ข้อ2	54.57	155.426	.595	.926
ข้อ3	53.43	156.254	.696	.925
ข้อ4	53.37	167.482	.198	.933
ข้อ5	54.67	155.816	.619	.926
ข้อ6	53.80	167.200	.180	.934
ข้อ7	53.73	155.582	.674	.925
ข้อ8	55.13	161.361	.497	.928
ข้อ9	54.03	147.757	.772	.922
ข้อ10	54.27	163.651	.323	.931
ข้อ11	53.93	146.478	.863	.920
ข้อ12	53.83	152.351	.796	.922
ข้อ13	53.90	159.610	.434	.930
ข้อ14	53.83	151.109	.790	.922
ข้อ15	53.80	152.441	.723	.924
ข้อ16	53.90	152.369	.740	.923
ข้อ17	53.43	157.633	.796	.924
ข้อ18	54.03	160.999	.537	.927
ข้อ19	54.10	154.714	.623	.926
ข้อ20	54.00	154.276	.659	.925

ตารางที่ 8 แสดง ค่าความเที่ยง แอลฟา ของ ครอนบาค ของเครื่องมือ แบบประเมินความรู้สึกรู้จักมีคุณค่าในตนเอง

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ข้อ1	22.90	10.576	.783	.869
ข้อ2	23.30	11.183	.601	.881
ข้อ3	22.87	11.016	.647	.878
ข้อ4	22.87	11.223	.578	.883
ข้อ5	22.90	10.783	.712	.874
ข้อ6	22.97	10.309	.743	.871
ข้อ7	22.77	11.289	.515	.887
ข้อ8	23.20	11.200	.453	.894
ข้อ9	23.03	9.964	.851	.862
ข้อ10	22.70	12.010	.421	.892

ภาคผนวก จ
ตัวอย่างการวิเคราะห์สถิติ



ตารางที่ 9 แสดงการวิเคราะห์สถิติ Pair t -test

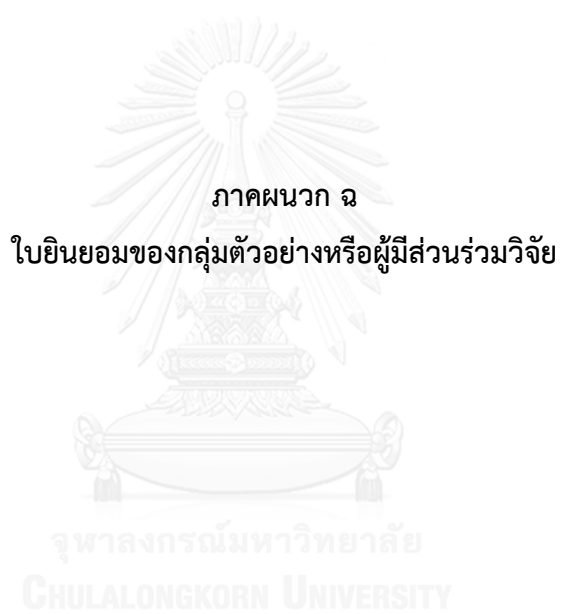
Paired Samples Correlations				
		N	Correlation	Sig.
Pair 1	1ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนทดลอง & 2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหลังทดลอง	20	.656	.002

Paired Samples Test										
Paired Differences										
95% Confidence Interval of										
the Difference										
	Mean	Std. Deviation	Std. Error	Lower	Upper	t	df	Sig. (2-tailed)		
Pair 1	1ความรู้สึกมี คุณค่าใน ตนเองก่อน ทดลอง - 2ความรู้สึก มีคุณค่าใน ตนเองหลัง ทดลอง	-5.60000	2.98064	.66649	-6.99498	-4.20502	-8.402	19	.000	

ตารางที่ 10 แสดงการวิเคราะห์สถิติ Independent t -test

Group Statistics										
		กลุ่มทดสอบและควบคุม	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean				
ทดลอง	ควบคุม	1.00	20	31.0000	2.24781	.50262				
		2.00	20	26.3000	2.97534	.66531				

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances			t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
ทดลอง	Equal variances assumed	6.178	.017	5.637	38	.000	4.70000	.83382	3.01201	6.38799
	Equal variances not assumed			5.637	35.359	.000	4.70000	.83382	3.00786	6.39214



หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Inform Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ชื่อผู้วิจัยนางพัชราวลี ควรเนตร ที่อยู่ติดต่อ 38 หมู่ 11 ตำบลอมฤต อำเภอดักไถ่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13120 โทรศัพท์ 082-2343838

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย โดยมีระยะเวลาการดำเนินการวิจัยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทั้งหมด 3 สัปดาห์ติดต่อกัน ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตำบลหอรดน้อย อำเภพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางพัชราวลี ควรเนตร)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ชื่อผู้วิจัย นางพัชราวลัย วรรณนตร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย ที่อยู่ติดต่อ 38 หมู่ 11 ตำบลอมฤต

อำเภอฝักไถ่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13120 โทรศัพท์ 082-2343838

โทรศัพท์ที่ทำงาน 082-2343838 ต่อ122 E-mail : nok_phatchara@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญคนเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่คนจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่คนควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

3. วัตถุประสงค์ การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอายุระหว่าง 20-59ปี ทั้งเพศชาย และหญิง 2. มีระดับคะแนนคัดกรองซึมเศร่าตามแบบ Beck Depressive Inventory (BDI) ระดับปานกลางคะแนน (13-18)

3. ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร อ่านออกเขียนได้

4. ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

5. ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

การออกจากการวิจัย คือ อยู่ไม่ครบโปรแกรม หรือขอยกเลิกการเข้าร่วมโปรแกรม หรือเกิดปัญหาทางสุขภาพร่วมระหว่างทำการวิจัย ต้องได้รับการส่งต่อเพื่อแพทย์ดูแลรักษา

เฉพาะโดยใช้จำนวนผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 40 คน ได้รับการคัดเลือกว่ามีคุณสมบัติครบถ้วนและยินยอมเข้าร่วมวิจัย นำมาจับสลากแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการวิจัยกับกลุ่มประชากร โดยดำเนินการจัดโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับกลุ่มประชากรในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์

ในการวิจัยกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะไม่มีเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว หรือบันทึกความเห็น หรือการบันทึกภาพ หรือการนำส่วนประกอบของร่างกายไปศึกษา แต่จะมีการบันทึกเสียงสนทนาระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มประชากร โดยเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยแล้วการบันทึกเสียงที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถูกทำลาย

6. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรด้วยวิธีการแจกสื่อเอกสารต่างๆที่ใช้ในการวิจัย การสื่อสารทางโทรศัพท์ โดยกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะต้องอ่านออกเขียนได้ สื่อสารได้รู้เรื่องตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้

7. ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยด้วยวิธีใดๆ ก็ตาม หากพบว่าผู้นั้นไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเลือก และอยู่ในสถานะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ผู้วิจัยจะทำการส่งต่อให้ได้รับการดูแลจากหน่วยงานหรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องทันที

*หากต้องใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อการคัดกรองต้องได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

*หากการวิจัยนั้นเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาต้องได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ผู้ดูแล

8. การใช้เวชระเบียน

8.1 การวิจัยที่ดูข้อมูลจากเวชระเบียนเท่านั้น ต้องได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

8.2 การวิจัยที่มีการกระทำต่อผู้ป่วยและใช้เวชระเบียนต้องได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและการยินยอมจากผู้ป่วย

9. งานวิจัยนี้อาจจะมีพุดคุยถึงความรู้สึก อารมณ์ การยกตัวอย่าง ซึ่งอาจส่งผลต่อจิตใจ และความเชื่อของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ทั้งนี้หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกิดภาวะดังกล่าว ให้แจ้งแก่ผู้วิจัยทันที เพื่อให้เกิดการปรับความคิดและทัศนคติให้ถูกต้องและเข้าใจตรงกัน

10. ประโยชน์ในการเข้าร่วมวิจัย ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อส่งผล ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถ เผชิญปัญหา และมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการพยาบาลให้แก่บุคลากรทางการพยาบาลเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าการเข้าร่วมในการวิจัยของคนเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ คนยังคงจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชฯ ต่อไป

11. หากคนมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้คนทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

12. ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง กับคนจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวคนได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

13. ในงานวิจัยนี้ผู้เข้าร่วมวิจัย จะไม่มีการเสียค่าใช้จ่ายใดๆในการเข้าร่วมการวิจัย

14. หากคนไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โทรศัพท์ 035-241520 ต่อ 123



ลำดับที่ ๑๖/๒๕๕๗

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

๑. ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
The effect of resilience enhancement program on self-esteem of depressive patients
๒. ชื่อผู้วิจัยหลัก : นางพัชราวลี ควรเนตร
ผู้วิจัยร่วม : -
๓. หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๔. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการวิจัย:
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้พิจารณารายละเอียดโครงการวิจัยดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นเกี่ยวกับ
๑. การเคารพศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
 ๒. วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
 ๓. การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิต
- คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มีมติเห็นชอบดังนี้
 รับรองโครงการวิจัย ไม่รับรองโครงการวิจัย
๕. วันที่ให้การรับรองวันที่ ๒๕ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๗

ลงนาม 
(นางลักขณา คังชชาติ)

รักษาการแทนประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ลงนาม 
(นายพิทยา ไพบุลย์ศิริ)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางพัชรราวไล ควรรณตร เกิดวันที่ 13 เมษายน 2513 ที่อำเภอ ผักไห้ จังหวัด พระนครศรีอยุธยา สำเร็จการศึกษาหลักสูตร วิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกองเทพ ปีการศึกษา 2535 จบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยบรมราชชนนี จังหวัดสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2545 ปฏิบัติงานที่ สถานีอนามัยตำบลบ้านแค อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตั้งแต่ปี 2535 - 2550 และย้ายมาปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนะมหาเถระ) นครหลวง อำเภอ นครหลวง จังหวัด พระนครศรีอยุธยา จนถึงปัจจุบัน และเข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (นอกเวลาราชการ) ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2555 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานสุขภาพจิต และยาเสพติด กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนะมหาเถระ) นครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา