

ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคม
ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน



นางสาวพรพรรณ สุดใจ

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF THE INTEGRATED GROUP PSYCHOSOCIAL PROGRAM ON DEPRESSION
AND SOCIAL FUNCTIONING OF DEPRESSIVE DISORDER PATIENTS IN COMMUNITY



Miss Pornpun Sudjai

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้า
และการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน

โดย

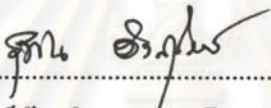
นางสาวพรพรรณ สุกใจ

สาขาวิชา


การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

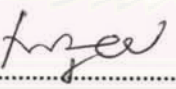
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

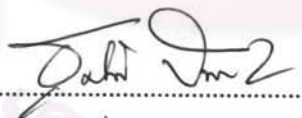
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ)


.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชุติศักดิ์ ชัมภลิจิต)

ศูนย์วิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พรพรรณ สุทธิใจ: ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและ การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน (EFFECTS OF THE INTEGRATED GROUP PSYCHOSOCIAL PROGRAM ON DEPRESSION AND SOCIAL FUNCTIONING OF DEPRESSIVE DISORDER PATIENTS IN COMMUNITY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 190 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ 2) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและ การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบ บูรณาการกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาใน กลุ่มงานจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่และสุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลอง จำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย กลุ่มทดลองได้รับการทำกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบ บูรณาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ 2) แบบวัดความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า 3) แบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาของ Jalowice 4) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck และ 6) แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (SF-36) เครื่องมือ ทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 2 มีค่า ความเที่ยงคูเคอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ .89 และเครื่องมือชุดที่ 3, 5 และ 6 มีค่าความเที่ยงอัลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ .89, .86 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติที่

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบ บูรณาการต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 11.42$) ในขณะที่ ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนหลังได้รับ โปรแกรมฯ ดีกว่าก่อน ได้รับ โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -37.15$)

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคม แบบบูรณาการต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -6.94$) ในขณะที่ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่ได้รับ โปรแกรมฯ ดีกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 15.88$)

สาขาวิชา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.....ลายมือชื่อนิสิต.....พรพรรณ สุทธิใจ.....
ปีการศึกษา.....2552.....ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

##5177577036: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: GROUP PSYCHOSOCIAL PROGRAM/ DEPRESSION/ SOCIAL FUNCTIONING

PORNPUN SUDJAI: EFFECTS OF THE INTEGRATED GROUP PSYCHOSOCIAL PROGRAM ON DEPRESSION AND SOCIAL FUNCTIONING OF DEPRESSIVE DISORDER PATIENTS IN COMMUNITY. THESIS ADVISOR: ASST.PROF. PENPAKTR UTHIS, Ph.D., 190 pp.

The purpose of this quasi – experimental research using the pretest – posttest randomized control group design were: 1) to compare the depression and the social functioning of depressive disorder patients in community before and after received the integrated group psychosocial intervention program, 2) to compare the depression and the social functioning of depressive disorder patients in community who received the integrated group psychosocial intervention program and those who received regular caring activities. The 40 samples were depressive disorder patients in community, who sought for services in psychiatric unit, out patient department, general hospital. The samples were matched pair and then randomly assigned into experimental group and control group, 20 in each group. The experimental group received the integrated group psychosocial intervention program developed by the researcher. The control group received regular caring activity. The research instruments consisted of: 1) The integrated group psychosocial intervention program, 2) Knowledge on depression test, 3) Jalowice Coping Scale, 4) Demographic questionnaire, 5) Beck Depressive Inventory Scale and 6) Social Functioning scale (SF-36). All instruments were validated for content validity by 5 experts. The reliability of the 2nd instrument was reported by KR-20 as of .89. The reliability of the 3rd, 5th and 6th instruments were reported by Chronbach Alpha as of .89, .86 and .86 respectively. The t-test was used in data analysis.

Major findings were as follows:

1. The depression of depressive disorder patients in community after received the integrated group psychosocial intervention program was lower than that before ($t = 11.42, p < 0.05$), whereas the social functioning was better than that before ($t = -37.15, p < 0.05$).

2. The depression of depressive disorder patients in community after received the integrated group psychosocial intervention program was lower than those who received the regular caring activities ($t = -6.49, p < 0.05$), whereas the social functioning was better than those who received the regular caring activities ($t = 15.88, p < 0.05$).

Filed of Study:..... Mental Health and Psychiatric NursingStudent's Signature...*Pornpun Sudjai*...
Academic Year:.....2009.....Advisor's Signature...*Penpaktra Uthis*...

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่า ให้คำปรึกษา แนะนำ ข้อคิดเห็นและเป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้ความเอื้ออาทร เอาใจใส่และให้กำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาที่ท่านอาจารย์มอบให้โดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ยิ่ง เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ รวมทั้งคณาจารย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ ช่วยประสิทธิ์ประสาทสรรพวิชาความรู้ ประสบการณ์และให้คำแนะนำต่างๆ ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาใน หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการ ปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็ง หัวหน้า ฝ่ายการพยาบาล พยาบาลประจำการฝ่ายจิตเวช และเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกทุกท่านที่ให้การ สนับสนุนการศึกษาวิจัย ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้เครื่องมือ และรวบรวมข้อมูล รวมทั้ง ขอขอบพระคุณผู้ป่วยทุกท่านที่มีส่วนร่วมในความสำเร็จของงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านในคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ความ อนุเคราะห์ และช่วยเหลือมาโดยตลอด รวมทั้งพี่ๆและเพื่อนนิสิตทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ผู้วิจัยได้พัฒนากระบวนการคิด กระบวนการทางสังคมที่เพิ่มพูนความรู้ ซึ่งช่วยทำให้ผู้วิจัยสามารถ ทำงานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอรำลึกถึงพระคุณของมารดา ผู้ให้กำเนิด ให้สติปัญญาและความเอาใจใส่ห่วงใย ขอขอบคุณทุกคนในครอบครัว ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลทุกด้าน ให้ความ สนับสนุน ประคับประคอง รวมทั้งกำลังใจที่มีคุณค่ายิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ผู้ ประสิทธิ์ประสาทวิชา และผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า	
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง	
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ	
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ	
สารบัญ.....	ช	
สารบัญตาราง.....	ฅ	
บทที่ 1 บทนำ		
ความเป็นมาและคำสำคัญของปัญหา.....	1	
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6	
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	7	
ขอบเขตการวิจัย.....	12	
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12	
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15	
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง		
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า.....	18	
ปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน.....	29	
แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษา.....	42	
การเผชิญปัญหาและความสามารถในการเผชิญปัญหา.....	45	
โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบบูรณาการ.....	56	
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	61	
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย		
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	66	
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	68	
ขั้นตอนการทดลอง.....	86	
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	109	
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....		110
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....		116

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
รายการอ้างอิง.....	136
ภาคผนวก.....	147
ภาคผนวก ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	148
ภาคผนวก ข. การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา.....	150
ภาคผนวก ค. สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	152
ภาคผนวก ง. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	157
ภาคผนวก จ. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	184
ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	187
ภาคผนวก ฉ. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	188
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	190



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญญัตราง

ตารางที่		หน้า
1	การประเมินระดับความรุนแรงของการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม.....	38
2	การประเมินการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม.....	38
3	การแบ่งระดับค่าการสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคม.....	40
4	สรุปการบูรณาการแนวความคิดทำให้สุขภาพจิตศึกษาและการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา ในโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ.....	56
5	ความสามารถในการเผชิญปัญหา และความหมาย จำแนกเป็นรายด้าน.....	80
6	คะแนนความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการ เผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนในกลุ่มทดลอง หลังได้รับ โปรแกรม กลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ.....	82
7	การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched paired) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมเป็นรายคู่.....	88
8	กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ.....	90
9	คะแนนภาวะซึมเศร้า คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม และการแปลผลของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง.....	104
10	คะแนนภาวะซึมเศร้า คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม และการแปลผลของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง.....	106
11	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา.....	111
12	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย.....	112
13	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	113
14	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	113

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
15	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....114
16	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....115



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยอัตราผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจากการศึกษาความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลก (over all rate) พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 52 ในขณะที่ประเทศฝรั่งเศสมีผู้ป่วยร้อยละ 16.4 สำหรับประเทศในแถบทวีปเอเชีย เช่น ประเทศเกาหลี พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.9 และประเทศนิวซีแลนด์ พบผู้ป่วยโรคนี้ ร้อยละ 2.6 (กรมสุขภาพจิต, 2550) ทั้งนี้โรคซึมเศร้าก็เป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับประเทศไทยเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในประเทศไทย ซึ่งเป็นการสำรวจระดับชาติ ปี 2546 พบว่า ในกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์นั้น โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงมีความชุกมากที่สุด คือพบร้อยละ 3.2 ของโรคในกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ หรือประมาณ 871,744 คน โดยพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 1.7: 1 (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2547) ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น โดยจำนวนผู้ป่วยต่อประชากรหนึ่งแสนคนระหว่างปี พ.ศ. 2540-2545 มีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นลำดับคือ จาก 55.9 ในปี พ.ศ. 2540 เป็น 168.28 ในปีพ.ศ. 2545 หรือเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าและมีแนวโน้มจะสูงขึ้นอีกในอนาคต (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2546) โดยผลการสำรวจล่าสุดในปี พ.ศ. 2550 พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับบริการของหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตทั้งสิ้น 123,876 ราย คิดเป็นอัตรา 196.51 ต่อประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2550)

จากการศึกษาร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก (WHO) มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard School of Public Health) และธนาคารโลก (World Bank) เพื่อคาดการณ์ภาระโรค (Burden of disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก พบว่า โรคซึมเศร้า มีแนวโน้มจะเปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็นภาระจากอันดับที่ 4 ในปี ค.ศ. 1990 มาเป็นอันดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020 (Murray & Lopez, 1996) และมีการคาดประมาณว่าปัญหานี้จะกลายเป็นอันดับ 1 ในปีค.ศ. 2030 (WHO, 2004) แสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกเป็นเท่าตัว สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2542 ได้ทำการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บโดยเปรียบเทียบความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ 135 ประเภท พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years, DALYs) และเมื่อวัดจาก

จำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการและความเจ็บป่วย (Years of Life Lost with Disability, YLL) พบว่า โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสีย เป็นอันดับที่ 1 ในหญิงไทย และเป็นอันดับที่ 3 ในชายไทย ซึ่งตัวเลขนี้บ่งชี้ถึงการทำหน้าที่ทางสังคม (subjective function) ที่เสียไป ทั้งนี้ได้มีการศึกษาถึงการสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคมมากถึงร้อยละ 78 และยิ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานมากขึ้นเท่าไรก็จะส่งผลกระทบต่อการลดระดับความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยมากขึ้นเช่นกัน (Ronnachai, 2005)

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองในหลายๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านการดูแลสุขภาพอนามัย การทำหน้าที่การทำงาน สัมพันธภาพภายในครอบครัวและชุมชน ซึ่งความบกพร่องของการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันจากภาวะซึมเศร้าสามารถเปรียบเทียบได้กับความบกพร่องที่เกิดจากความพิการอันมีสาเหตุจากโรคเรื้อรังทางกายอื่นๆ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะพบว่า การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ซึมเศร้าที่มาก และมีระยะเวลาของอารมณ์ซึมเศร้าที่ยาวนาน มักจะเกิดความผิดปกติทางคำพูด ความคิด ร่างกายและพฤติกรรม จนส่งผลกระทบต่อหน้าที่การทำงานและการทำหน้าที่ประจำวันของบุคคลตามมา (ดวงใจ กสานติกุล, 2542) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Skarsater et al. (2006) ซึ่งได้ศึกษาผลกระทบจากความรุนแรงของโรคซึมเศร้า พบว่า ยิ่งผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ารุนแรงเท่าไรก็จะส่งผลทำให้ระดับการทำหน้าที่ โดยเฉพาะการทำหน้าที่ด้านจิตสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงมากขึ้นเท่านั้น ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของประชากรเพิ่มสูงขึ้น

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านอกจากจะมีอารมณ์เศร้าเป็นหลักแล้ว ยังพบกลุ่มอาการที่มักพบร่วมกับภาวะอารมณ์เศร้า ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมที่เคยชอบมองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไร้ค่าและสิ้นหวัง นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร่ายังมีความรู้สึกผิดในระดับที่มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ด้วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2542) ทำให้อาการของโรคซึมเศร้า เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางอารมณ์ ความคิด และการเรียนรู้ทางพฤติกรรม มีลักษณะเฉพาะที่ต่างจากอารมณ์เศร้าทั่วไปอย่างชัดเจน (สรยุทธ วาสิกันานนท์, 2547) อาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้จะเกิดขึ้นติดต่อกันยาวนาน ถึงแม้ว่าโรคซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้ เหมือนหายสนิทแล้วก็ตาม แต่ต่อไปอีกระยะหนึ่งก็จะมีอาการกลับเป็นซ้ำได้ใหม่อีก (Post, 1992) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 50-80 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะกลับเป็นซ้ำได้ใหม่อีก (Beeber, 1996; Peden, 1996) จึงทำให้โรคซึมเศร้ากลายเป็นโรคเรื้อรัง มีการกลับเป็นซ้ำบ่อย ซึ่งนำไปสู่ความไร้ศักยภาพทางจิตสังคมระยะยาว (Gill and Hatcher, 2000) อาการที่เกิดขึ้นเป็นความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยต้องการหลุดพ้น จนมีความคิดทำร้ายตนเองหรือกระทำการฆ่าตัวตายตามมาได้ ดังจะเห็นได้จากการที่พบว่า ประมาณร้อยละ 20-35 ของผู้ที่

ฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า (Dilsaver et al., 1994) จึงนับว่าการฆ่าตัวตายเป็นผลกระทบที่รุนแรงที่สุดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนยังมีปัญหาภาวะซึมเศร้าในระดับสูงแม้จะได้รับการรักษาด้วยยาแล้วก็ตาม ทั้งนี้ Pual (2008) ได้ทำการศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน เกิดจากสาเหตุสำคัญหลายประการ ได้แก่ 1) การขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่คงอยู่ในการรักษา 2) การขาดทักษะการดูแลตนเองด้านจิตใจ ได้แก่ การผ่อนคลายความเครียด การคิดเชิงบวก การยับยั้งความคิดเชิงลบ การพัฒนาคุณค่าในตนเอง และทักษะในการเผชิญปัญหา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เชื่อมโยงสู่ภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) ขาดทักษะทางสังคม เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขภาวะที่ดีและขาดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dowrick (2000) ที่ได้ทำการศึกษาถึงสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน พบว่า ตัวแปรสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ซึมเศร้าได้นั้นเกิดจากการขาดทักษะการเข้าสังคม ขาดแนวทางในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม รวมถึงขาดความสามารถในการจัดการกับปัญหา ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนอยู่ตลอดเวลา นั้น เกิดความเครียด ความคับข้องใจ วิตกกังวล และกลัวจะไม่เป็นที่ยอมรับของคนในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น ส่งผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมในทุกๆ ด้าน

นอกจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากภาวะของอารมณ์ซึมเศร้า ดังกล่าวมาแล้ว Ware et al. (1998) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังต้องเผชิญกับปัญหาจากการบกพร่องของการทำหน้าที่ทางสังคมในด้านต่างๆ คือ 1) ด้านการประกอบกิจวัตรประจำวัน อันประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลตนเอง การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล การสื่อสาร การเดินทาง การทำหน้าที่ทางเพศ การนอน การเข้าสังคม การจับจ่ายซื้อของ การประกอบอาหาร การดูแลที่อยู่อาศัย การแต่งกาย และกิจกรรมด้านนันทนาการ 2) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม อันประกอบด้วย ความสามารถของบุคคลในการแสดงบทบาทต่างๆทางสังคมอย่างเหมาะสม ได้แก่ การปรับตัวเข้ากับคนอื่นได้อย่างเหมาะสมทั้งในการดำเนินชีวิตตามปกติและในการทำงาน การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ชัดเจน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม พฤติกรรมที่ร่วมมือ การคำนึงถึงหรือตระหนักถึงความรู้สึกของผู้อื่น และการมีวุฒิภาวะทางสังคม การทำหน้าที่ทางสังคมในที่ทำงาน รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน และการตอบสนองต่อผู้มีอำนาจ 3) ด้านการทำงานให้สำเร็จ อันประกอบด้วย ความสามารถในการตั้งใจทำงานในเวลานานพอที่จะทำงานให้สำเร็จทั้งการทำงานในที่ทำงานและที่บ้าน และ 4) ด้านความสามารถในการปรับตัว

อันประกอบด้วยความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่มีความเครียด ซึ่งความบกพร่องนี้ถือเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น (Skarsater et al., 2006)

การทำหน้าที่ทางสังคมที่บกพร่องดั้งข้างต้น มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขาดความสามารถในการสื่อสาร ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม และขาดความรู้และทักษะในการอยู่ร่วมกันในสังคม ไม่ว่าจะเป็นทักษะในการเผชิญปัญหา ทักษะในการขอความช่วยเหลือ หรือแม้กระทั่งทักษะที่จะสื่อสารเพื่อบ่งบอกความต้องการในการใช้ชีวิตประจำวัน (John et al., 1998) ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน เกิดภาวะผิดปกติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อันได้แก่มีระดับภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มสูงขึ้นจนเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องกลับเป็นซ้ำ มีการแยกตัวออกจากครอบครัว ชุมชนและสังคม มีความบกพร่องของการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงานต่างๆ มากขึ้น รวมไปถึงการมีสุขภาวะด้านสุขภาพอนามัยที่บกพร่อง และที่สำคัญคือ ปัญหาการฆ่าตัวตายที่จะเกิดขึ้นตามมา (Aryl, 2008) จะเห็นได้ว่าปัญหาอันเกิดการการทำหน้าที่ทางสังคมที่บกพร่องในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนเป็นปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งที่ต้องหาวิธีการแก้ไขเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป

ปัจจุบันมีการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยวิธีการต่างๆ หลายวิธี แยกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้คือ การรักษาทางร่างกาย และการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งการรักษาทางร่างกาย เป็นวิธีการที่สำคัญในผู้ป่วยที่มีอาการมาก เช่น ภาวะนอนไม่หลับ รับประทานอาหาร ผอมลงมาก หรือมีความคิดฆ่าตัวตายบ่อยๆ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) ยาที่ใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้ามีการออกฤทธิ์โดยเพิ่มระดับของสารสื่อประสาทในสมองส่วนกลาง สารสื่อประสาทที่สำคัญมี 2 ชนิด คือ serotonin และ norepinephrine ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีสารสื่อประสาททั้ง 2 ตัวนี้จะลดต่ำลง และผลการลดลงดังกล่าวทำให้ส่วนของสมองซึ่งทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม การรับประทานอาหาร การนอนหลับและความรู้สึกทางเพศแปรปรวนไป ผู้ป่วยจึงเกิดอาการเรียกว่าโรคซึมเศร้า (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) ส่วนการบำบัดทางจิตสังคมเป็นการใช้วิธีการทางจิตบำบัดรูปแบบต่างๆ เช่น สัมพันธภาพบำบัด (interpersonal therapy) เป็นการบำบัดที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยอื่น หรือ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) ซึ่งเป็นการบำบัดมุ่งเน้นการแก้ไขความคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องตามความเป็นจริงมากขึ้น รวมถึงการปรับพฤติกรรมและการบำบัดทางจิตแบบสั้น (short-term psychotherapy) เป็นการบำบัดที่ผู้บำบัดมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีการสืบค้นถึงความขัดแย้งภายในจิตใจโดยใช้เวลาในการบำบัดไม่เกิน 6 เดือน (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

จะเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมที่บกพร่องจึงเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน และเป็นปัญหาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขด้วยการใช้ยาควบคู่ไปกับการบำบัดทางจิตสังคม (Dowrick, 2000) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันแนวทางการรักษา

โรคซึมเศร้าจะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยยาต้านโรคซึมเศร้า ซึ่งหวังผลในการระงับอาการของโรคซึมเศร้ามากกว่าการช่วยเหลือทางจิตสังคม ในขณะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ต้องกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนโดยไม่ได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาล (Paykel et al., 1992; Goldberg et al., 1992) ทำให้ผู้ป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าและการกลับเป็นซ้ำของโรคจนกระทั่งกลายเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรังมากถึงร้อยละ 25 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (Goodyer et al., 1997) เพราะถึงแม้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนจะได้รับการบำบัดด้วยยาต้านโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยนอกเพื่อระงับอาการของโรคแต่พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีอาการของภาวะซึมเศร้าลงเหลืออยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (Navjot, 2000) ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวจะมีประสิทธิภาพในการลดระดับภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 15-20 แต่หากได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมจะสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 65-80 (Stoudemire, 1986; Frank, 1993) อาการของภาวะซึมเศร้าที่ยังเหลืออยู่นี้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีความพร่องในการดำเนินชีวิตและการทำหน้าที่ทางสังคม (Ormel, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ronnachai (2005) ในประเทศไทย ที่พบว่าลักษณะอาการของภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่าการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีประสิทธิภาพนั้นต้องประกอบไปด้วยการรักษาทางกาย และการรักษาทางจิตสังคม โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบบูรณาการจะช่วยทำให้อาการซึมเศร้าบรรเทาลงและมีอัตราของการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าที่จะรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว (Paykel et al., 1999; Scoot, 2001) ดังนั้นในต่างประเทศ จึงให้ความสำคัญกับการอบรมพยาบาลจิตเวชให้มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลด้านจิตสังคมกับผู้ที่มิมีปัญหาทางจิตรวมทั้งผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะการอบรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วย ญาติและคนในชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลงและสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข (McCann and Bowers, 2005)

อย่างไรก็ตามพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาเพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอเนื่องจากการบำบัดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนนั้นต้องเป็นการผสมผสานระหว่างการให้สุขภาพจิตศึกษากับการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (Debbie, 2001) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาสามารถสังเกตอาการนำและมีแนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ และสามารถปรับพฤติกรรมดูแลตนเองให้สอดคล้องกับแนวทางในการรักษา (Philip, 2004) โดยกิจกรรมการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาที่เพิ่มขึ้นมานี้ับเป็นรูปแบบการบำบัดซึ่งพบว่าช่วยลดความรุนแรงและจำนวนครั้งของการเกิดอาการซึมเศร้า รวมทั้งช่วยให้เกิดการพัฒนาการทำหน้าที่ทางสังคมและส่งเสริมสุขภาพจิตให้แก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (Laurence, 2001) ด้วยเหตุนี้การพยาบาลเพื่อให้สุขภาพจิตศึกษา

ร่วมกับการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาแก่ผู้ป่วยซึมเศร้าในชุมชน จึงเป็นการบำบัดที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยซึมเศร้า มีความรู้จนสามารถแก้ไข ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองทั้งทางด้านกาย จิต สังคม ได้อย่างเหมาะสม ด้วยการเรียนรู้วิธีการที่จะแก้ไขปัญหาได้อย่างสมเหตุสมผล ตรงตามสถานการณ์ที่เป็นจริง และสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และการทำหน้าที่ทางสังคมได้อย่างเหมาะสม จนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามมา (Debbie et al., 2001) ทั้งนี้เนื่องจากการช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และการเพิ่มขีดความสามารถในการเผชิญปัญหาที่มากขึ้นนั้นจะทำให้ผู้ป่วยมีระดับของภาวะซึมเศร้าลดลงและมีความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมเพิ่มมากขึ้น (Laurence, 2001)

ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาที่เป็นการบูรณาการระหว่างการศึกษาให้สุขภาพจิตศึกษากับการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มระดับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีเพียงการศึกษาให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่เตรียมจำหน่ายออกสู่ชุมชน (สกาวัฒน์ ภูผา และ คณะ, 2542) การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง (เอกอุมา วิเชียรทอง, 2549) และการฝึกทักษะในการเผชิญปัญหาต่อความสามารถในการเรียนรู้เรื่องการเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชและบุคคลทั่วไป (ครุณี รุจกรกานต์ และ ปัญญากรณ์ ชูด้งกร, 2533) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมโดยการบูรณาการระหว่างการศึกษาให้สุขภาพจิตศึกษาและการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้อง อันจะช่วยลดระดับของภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมต่อไป

คำถามการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนเป็นส่วนใหญ่และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การบำบัดด้วยยาโดยขาดการบำบัดทางจิตสังคมอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการของภาวะซึมเศร้าและปัญหาที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งการทำหน้าที่ทางสังคมที่บกพร่องเพียงลำพัง (Paul, 2008) ดังนั้นภาวะซึมเศร้าและความพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมจึงเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่เกิดจากสาเหตุหลักๆ คือ การขาดความรู้ความเข้าใจ และทักษะการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรค ขาดความรู้และทักษะในการจัดการกับปัญหาที่เข้ามากระทบ ขาดความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม รวมทั้งขาดความรู้และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Dowrick, 2001) ซึ่งหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวทั้งสองประการนี้จะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในสังคมที่ดีของผู้ป่วย (Stoudemire, 1986; Tollefson, 1993)

จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหภาวะซึมเศร้าและความพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน พบว่ารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องบูรณาการระหว่างการให้สุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา อันจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเองทั้งทางกาย จิต สังคม รวมทั้งสามารถวินิจฉัยปัญหาและมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม (Dowrick, 2000) ส่งผลต่อการลดระดับของภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน (Laurence, 2001) ดังนั้นเพื่อแก้ไขปัญหภาวะซึมเศร้ารวมทั้งความพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมที่เป็น การบูรณาการระหว่างการให้สุขภาพจิตศึกษากับการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา โดยใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาตามการศึกษาของ Cuijpers (1998) ซึ่งมีกิจกรรมประกอบไปด้วย การฝึกผ่อนคลาย ความเครียด การฝึกทักษะการคิดเชิงบวก การฝึกทักษะการดูแลตนเอง และการฝึกทักษะทางสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม อันจะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าและเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมได้

สำหรับการฝึกทักษะการเผชิญปัญหานั้น ผู้วิจัยได้ประยุกต์กิจกรรมจากการศึกษาของ Aryl (2008) ซึ่งมีขั้นตอน ได้แก่ การฝึกทักษะการเชื่อมโยงอาการของภาวะซึมเศร้ากับต้นเหตุของการเกิดโรค การฝึกทักษะในการค้นหาปัญหาและการทำความเข้าใจกับปัญหา และการฝึกเทคนิคการจัดการกับปัญหาโดยมุ่งเน้นการเผชิญปัญหาอย่างมีโครงสร้าง อันจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าและช่วยพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม เช่น การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การขอความช่วยเหลือ และการสร้างสัมพันธภาพเป็นต้น โดยวัตถุประสงค์สำคัญของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นคือ เพื่อลดระดับ

ของภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ซึ่งโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาทั้งสองเรื่องดังกล่าวนี้ เป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆ ละ 10 คน จำนวน 6 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกันนาน 6 สัปดาห์ โดยแต่ละกิจกรรมจะเน้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ซึ่งเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าและเพิ่มระดับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในระยะแรกให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ประกอบด้วยคำแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาความสามารถในตัวเองเพิ่มมากขึ้น ถือเป็นกระบวนการที่มุ่งให้เกิดความสำเร็จในช่วงสุดท้ายของการปฏิบัติการพยาบาล (Doona, 1979) จุดมุ่งหมายทั่วไปของสัมพันธภาพในรูปของการรักษามุ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตัวเอง เข้าใจตนเองและปรับตัวได้ โดยในระยะต่อไปผู้ป่วยจะเกิดความไว้วางใจ มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ และมีความสามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ได้ดีขึ้น (Stuart and Sundeen, 1979) ในโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการจึงมีกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการวางแผนหาแนวทางการแก้ไขปัญหของตนได้ เกิดทักษะและการเรียนรู้ มีการเปลี่ยนแปลงความคิด ทักษะคิด สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นใจ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสม และเกิดภาวะสุขภาพที่ดีตามมา (Freemontle, 1993) สำหรับการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าจะเป็นการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และยอมรับปัญหาของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตระหนักถึงบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะซึมเศร้า และทราบว่า จะจัดการกับภาวะซึมเศร้านั้นอย่างไร ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง (Cuijpers, 1998)

2) การส่งเสริมการดูแลตนเองด้านกาย จิต สังคม ซึ่งเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต และการดูแลตนเองโดยทั่วไป โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต การจัดการกับความเครียด การฝึกทักษะการผ่อนคลายและการจัดการความเครียด โดยมีจุดมุ่งหมายให้บุคคลเกิดความความเข้มแข็งด้านจิตใจ สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี (Cuijpers, 1998) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Kimberly (2006) ที่ได้ให้สุขภาพจิตศึกษาด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีความรู้และมีทักษะในการดูแลตนเองทางด้านร่างกายและจิตใจที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยมีพลังในการต่อสู้กับภาวะซึมเศร้า และมีวิธีการในการลดภาวะซึมเศร้าโดยใช้เทคนิคต่างๆ เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การออกกำลังกาย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Elizabeth et al. (2000) ที่ได้ให้

สุขภาพจิตศึกษาด้านการดูแลสุขภาพกาย จิต สังคม ในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า หลังให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง อีกทั้งยังส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการเผชิญความทุกข์ รวมทั้งผู้ป่วยยังกล้าที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างมากกว่าการแยกตัว หลีกหนีสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีขึ้น

3) การพัฒนาความคิดเชิงบวก หยุดความคิดเชิงลบ และการสร้างเสริมคุณค่าในตนเอง

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักเป็นผู้ที่มีความคิดในด้านลบต่อตนเอง ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นโดยไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่อให้อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาและมีความรู้สึกลบเลือนตนเองเพิ่มมากขึ้นและมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง (Beck, 1967) สอดคล้องกับการศึกษาของ Haringsma et al. (2006) ที่ได้ทำการศึกษาเพื่อหาปัจจัยทำนายว่าตัวแปรใดเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง และตัวแปรใดที่เป็นปัจจัยทำนายถึงความสามารถในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถจัดการกับความคิดอัตโนมัติด้านลบเกี่ยวกับตนเอง อนาคต และโลกได้โดยให้การฝึกความคิดเชิงบวกจะช่วยลดภาวะซึมเศร้ามลงได้ และยังช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลับมาเป็นซ้ำได้ในระยะเวลาถึง 2 ปี ดังนั้นกิจกรรมนี้จึงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้โดยการฝึกการคิดอย่างสมเหตุสมผล สำหรับการพัฒนารับรู้คุณค่าในตนเองนั้น จะเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการวิเคราะห์และรู้จักตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนารับรู้จักตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการให้เกิดการเรียนรู้ และรู้สึกต่อตนเองทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถระบุความแข็งแกร่ง จุดเด่น จุดด้อย และข้อจำกัดของตนเองได้ ต้องไม่รู้สึกถูกบดบังด้วยความรู้สึกลดต่ำด้อยหรือไม่เพียงพอ ต้องมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ต้องรู้จักตนเองในด้านความรู้สึก และความขัดแย้งต่างๆ สามารถเผชิญกับประสบการณ์ต่างๆ ได้ (Roger, 1967) ซึ่งการที่ผู้ป่วยรับรู้จุดดีของตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีพลังในการสร้างสรรค์และยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำจนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดทัศนคติที่ติดลบต่อตนเอง รับรู้ตนเองในด้านบวกมากขึ้น กล้าที่จะสร้างสัมพันธ์ภาพหรือแสดงความสามารถในด้านต่างๆมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามมีภาวะซึมเศร้ามลดลง และสามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ดี (Dowrick, 2001)

4) การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การให้ความรู้ในการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา โดย

พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะการเผชิญปัญหาตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นรายบุคคลที่เหมาะสม ซึ่งในการดำรงชีวิตของบุคคลจะต้องประสบปัญหาในลักษณะต่างๆ ทั้งปัญหาส่วนตัว ปัญหาครอบครัว ปัญหาการทำงาน และ ปัญหาสิ่งแวดล้อม ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นทุก

ปัญหาจะส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้บุคคลเกิดความกังวลใจ ไม่มีความสุข จึงพยายามหาทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้สภาพอารมณ์กลับคืนสู่สภาพสมดุล (Aryl, 2008) แต่ถ้าบุคคลแก้ไขปัญหาไม่ได้จะเกิดภาวะกดดัน รู้สึกถูกคาม เครียด และถ้าไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ในระยะเวลาที่เหมาะสม ก็จะทำให้บุคคลเข้าสู่ภาวะวิกฤติ โดยแสดงออกในลักษณะของการเจ็บป่วยทางกาย และทางจิตใจ (Hill & Smith, 1990) ซึ่งการฝึกทักษะการเผชิญปัญหานี้จะเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาที่แท้จริง กำหนดเป้าหมายและร่วมวางแผนด้วยการมีส่วนร่วมของพยาบาลกับผู้ป่วย โดยพยาบาลมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพของตนในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างถูกวิธี ซึ่งเมื่อปัญหาได้รับการแก้ไขก็จะส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้ (วิระพลสุวรรณนันต์, 2524) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kenneth et al. (2007) ที่ได้ทำการศึกษาถึงรูปแบบการใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน พบว่าเมื่อใช้รูปแบบวิธีการเผชิญปัญหาโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบมุ่งเน้นการแก้ที่ปัญหาโดยตรงอย่างมีขั้นตอน จะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ดีกว่าการจัดการทางอารมณ์ ความรู้สึก และยังช่วยให้ผู้ป่วยได้แก้ปัญหาที่สาเหตุแห่งปัญหาได้อย่างแท้จริง นอกจากนี้ระหว่างขั้นตอนการแก้ปัญหา ยังเป็นการเพิ่มความสามารถทางสังคมให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องดึงทรัพยากร และแหล่งสนับสนุนเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการเข้าสังคม การสร้างสัมพันธภาพ การขอความช่วยเหลือ และทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม ดังนั้น การฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ จึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีทักษะในการค้นหาปัญหาที่แท้จริงของตนเองได้ ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์และค้นหาวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระดับของภาวะซึมเศร้าลดลง และช่วยให้มีการทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีขึ้น (Aryl, 2008)

5) การให้ความรู้และพัฒนาทักษะทางสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความขัดแย้งในตัวเองของผู้ป่วยกับครอบครัว หรือกับผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างเป็นปกติสุข นอกจากนี้ยังมีการฝึกทักษะการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมและการขอความช่วยเหลือ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะแก่ผู้ป่วย ช่วยลดหรือจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด ถ้าบุคคลมีแรงสนับสนุนทางสังคมดีก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี (Cohen & Willis, 1985) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Ronnachai (2005) ที่ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลการตอบสนองทางคลินิกในการลดระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยสำคัญได้แก่การคงอยู่ในยา และการมีระดับความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมที่ดี ผลการงานวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นว่า หากผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมที่ดีก็ย่อมจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Susan (1998) ที่ได้ทำการศึกษาถึงองค์ประกอบที่มีผลต่อการเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า การมีทักษะทางสังคม ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ และการกล้าโรค

แสดงออกมีผลต่อการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย เช่นเดียวกัน องค์ประกอบในเรื่องการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมก็มีผลต่อการเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม

6) การคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี เป็นกิจกรรมที่ประกอบไปด้วย การฝึกการวางแผนชีวิตให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย และการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งการเสริมสร้างพลัง สร้างความหวัง ความตระหนัก ค่านิยม และสร้างกำลังใจ จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และมีความสามารถในการจัดการปัญหาได้อย่างต่อเนื่อง (Caryl, 2008) โดยพยาบาลเป็นผู้ตรวจสอบระดับความสามารถ และเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ป่วยในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก และแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ อย่างไร มีการให้กำลังใจและข้อเสนอแนะร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง สม่่าเสมอ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และมีกำลังใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตัวเองในการดำรงชีวิตต่อไป (Pekkala & Merinder, 2006) ซึ่งหากผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าอันมีสาเหตุมาจากการขาดแรงจูงใจ และขาดพลังอำนาจในตน ได้มีความหวัง มีพลังใจที่เข้มแข็งในการต่อสู้ สามารถปรับตัว และปรับความคิด อันจะส่งผลต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าลงได้ (Caryl, 2008)

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมที่เป็น การบูรณาการระหว่างการให้สุขภาพจิตศึกษาตามการศึกษาของ Cuijpers (1998) และการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาตามการศึกษาของ Aryl (2008) จะช่วยลดระดับของภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ
2. ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ
3. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง โดยมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The pretest-posttest randomized control group design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ซึ่งมาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็งจังหวัดกาญจนบุรี

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 40 คน

ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง บุคคลในวัยผู้ใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-59 ปี มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี แล้วได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย อาการทางจิตใจ ได้แก่ อารมณ์เศร้า มองโลกในแง่ร้าย ความรู้สึกถึงความล้มเหลว การไม่พึงพอใจ ความรู้สึกผิด การคาดว่าจะเป็นถูกลงโทษ การไม่ชอบตนเอง การตำหนิตนเอง ความคิดอยากฆ่าตัวตาย การร้องไห้ การหงุดหงิด การแยกตัวออกจากสังคม การลังเลในการตัดสินใจ ความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย อาการทางกาย ได้แก่ ความไม่สนใจในตนเอง ความจำกัดในการทำงาน การนอนไม่หลับ ความอ่อนเพลียของร่างกาย การเบื่ออาหาร น้ำหนักลด และขาดความสนใจทางเพศ ซึ่งประเมินได้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522, อ้างถึงในลัดดา แสนสีหา, 2536)

การทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึง ระดับความสามารถของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการแสดงบทบาททางสังคมอย่างเหมาะสม ประกอบด้วย การทำกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ทางสังคม การทำงาน และความสามารถในการปรับตัว ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมิน SF-36 (Susan, 1998) ที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยวัชรลี เลอमानกุล และ คณะ (2548)

การใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยผสมผสานจากแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ตามการศึกษาของ Cuijpers (1998) และการฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem solving treatment) ตามการศึกษาของ Aryl (2008) ซึ่งมีสาระครอบคลุมการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนเป็นรายกลุ่มๆ ละ 10 คน จำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดำเนินการติดต่อกันเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการในแต่ละครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เรื่องโรค หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาลในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่มโดยใช้ระยะเวลา 30 นาที ในการพบผู้ป่วยเพื่อให้มีปฏิสัมพันธ์ที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ยอมเปิดเผยข้อมูลที่เป็นปัญหา และใช้ระยะเวลา 60 นาที ในการดำเนินการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดง วิธีการรักษา การดูแลตนเองเบื้องต้นซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และยอมรับกับปัญหาของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตระหนักถึงบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะซึมเศร้า และทราบว่าจะจัดการกับภาวะซึมเศร้านั้นอย่างไร รวมใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 90 นาที

ครั้งที่ 2 การส่งเสริมการดูแลตนเองด้านกาย จิต สังคม หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 2 โดยใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต และการดูแลตนเองโดยทั่วไปโดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล ความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาหารการออกกำลังกาย การพักผ่อน และทักษะการผ่อนคลาย การดูแลด้านร่างกายหรือการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การส่งเสริมสุขภาพจิต การจัดการกับความเครียด จุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านร่างกายและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านกาย จิต สังคมที่ถูกต้อง

ครั้งที่ 3 การพัฒนาความคิดเชิงบวก หลุดความคิดเชิงลบ และการส่งเสริมคุณค่าในตนเอง หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 3 โดยใช้ระยะเวลา 60 นาที ในการฝึกให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความคิดเชิงบวก และมีทักษะในการหลุดความคิดเชิงลบ เนื่องจากการช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่ออยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาและมีความรู้สึกนับถือตนเองเพิ่มมากขึ้น จากนั้นใช้ระยะเวลา 30 นาที ในการฝึกพัฒนาการรับรู้คุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการวิเคราะห์และรู้จักตนเอง จากนั้นพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนารูจักตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการให้เกิดการรับรู้ และรู้สึกต่อตนเองทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม

โดยเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถระบุนความแข็งแกร่ง จุดเด่น จุดด้อย และข้อจำกัดของตนเองได้ รวมใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 90 นาที

ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาลในสัปดาห์ที่ 4 โดยใช้ระยะเวลา 90 นาที ในการฝึกผู้ป่วยให้มีความสามารถในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาที่แท้จริง กำหนดเป้าหมาย และร่วมวางแผนการแก้ปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลกับผู้ป่วย รวมทั้งส่งเสริมและสอนให้ผู้ป่วยมีวิธีในการปรับตัวเมื่อเกิดปัญหาทางด้านจิตใจหรือความทุกข์ใจ เกิดการสูญเสียซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในการดำรงชีวิตประจำวัน

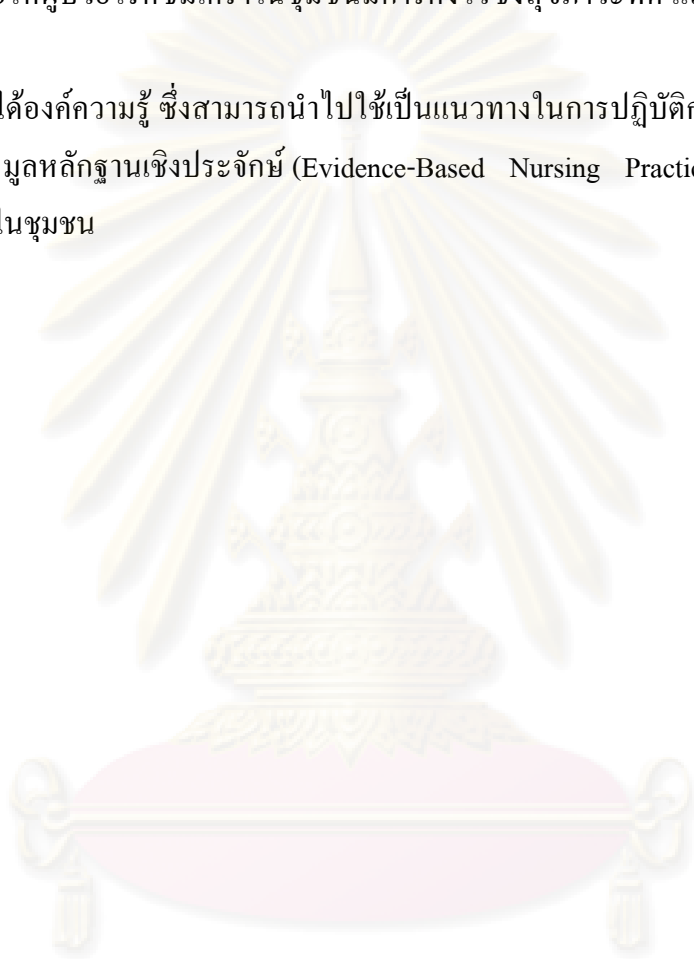
ครั้งที่ 5 การฝึกทักษะทางสังคม หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 5 โดยใช้ระยะเวลา 30 นาที ในการให้ความรู้และการฝึกเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นการสอนให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการสื่อสารให้ผู้อื่นได้รับรู้เพื่อบอกปัญหาและความต้องการของตนเองและรับรู้ความต้องการของผู้อื่น โดยเฉพาะบุคคลภายในครอบครัวที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดปัญหาอย่างถูกต้องตรงกัน จากนั้นใช้ระยะเวลา 60 นาที ในการพัฒนาทักษะการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม และการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา ซึ่งจะเป็นการสนับสนุนและสอนให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวหรือบุคคลที่ใกล้ชิด เพื่อให้เกิดความสัมพันธที่มั่นคง และได้รับความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา รวมใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 90 นาที

ครั้งที่ 6 การคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี หมายถึง การทำกิจกรรมของพยาบาล ในสัปดาห์ที่ 6 โดยใช้ระยะเวลา 60 นาที ในการให้ความรู้และฝึกการวางแผนชีวิตของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างเหมาะสม จากนั้นใช้ระยะเวลา 30 นาที ในการให้ความรู้และฝึกทักษะการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองให้แก่ผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้ตรวจสอบระดับความสามารถ และเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ป่วยในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับเพื่อนำไปปฏิบัติ ขณะอยู่ที่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก และแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ อย่างไร มีการให้กำลังใจและข้อเสนอแนะร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง สม่่าเสมอ และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และกำลังใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตัวเองในการดำรงชีวิตต่อไป รวมใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 90 นาที

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนจะได้รับเมื่อมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วย ด้านร่างกายและด้านจิตใจตามที่แพทย์นัด การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อม และการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนให้ตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยและเป็นองค์รวมมากยิ่งขึ้น
2. เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนมีการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม
3. ได้องค์ความรู้ ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ทั้งองค์ความรู้และข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Nursing Practice_EBNP) ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและ การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ คือ

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
 - 1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า
 - 1.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า
 - 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า
 - 1.4 ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า
 - 1.5 การวินิจฉัยแยกโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า
 - 1.6 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
 - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. ปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน
 - 2.1 ภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 การสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคม
3. แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษา
 - 3.1 ความหมายของสุขภาพจิตศึกษา
 - 3.2 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา
 - 3.3 แนวทางการให้สุขภาพจิตศึกษาในหน่วยงานจิตเวช
4. การเผชิญปัญหาและความสามารถในการเผชิญปัญหา
 - 4.1 ความหมายการเผชิญปัญหา
 - 4.2 กระบวนการเผชิญปัญหา
 - 4.3 ความสามารถในการเผชิญปัญหา
 - 4.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหา
 - 4.5 การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ
 - 4.6 แนวคิดเกี่ยวกับการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา
 - 4.7 การวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา

5. โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบบูรณาการ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

1.1 ความหมายของโรคซึมเศร้า

Beck (1967) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นภาวะอารมณ์แปรปรวนง่าย เช่น โศกเศร้า เสียใจ อ้าวว่าง โดดเดี่ยว เฉื่อยชา เชื่องช้า เป็นต้น มีอึดมโนทัศน์ในแง่ลบเกี่ยวกับตนเอง ต้องการที่จะหลีกหนีหรืออยากตาย มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น น้ำหนักลด นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ เป็นต้น และการทำงานของระบบต่างๆ เปลี่ยนแปลง เช่น เชื่องช้า ภาระงานกระจาย เป็นต้น

Beck และคณะ (1979) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคล ทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเหล่านี้จะมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไปคือ การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลที่ไม่เพียงพอ (arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (selective abstraction) การคิดและการแปลความเกินกว่ามาตรฐานความเป็นจริง (overgeneralization) การขยายต่อเติม หรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) การคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) และการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่า คิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด (dichotomous thinking)

Zauazniewski and Rong (1999) ให้ความหมายของโรคซึมเศร้าว่าเป็นการสะท้อนถึงมุมมองด้านลบต่อตนเอง โลก และอนาคต มีการตอบสนองในการเริ่มต้น ดำรงไว้และการกำเริบของอารมณ์แรงจูงใจ ความรู้สึกอารมณ์เศร้าใจ เสียใจ รู้สึกไม่มีคุณค่า ไม่มีความสามารถและไม่เป็นที่ปรารถนา

Wulsin and Lawson R. (1996) ให้ความหมายเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าว่าเป็นความรู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีคุณค่าในตนเอง มีอารมณ์เศร้าหมอง หดหู่ใจ ขาดความเพลิดเพลินสนุกสนาน ความสนใจสิ่งต่างๆ ลดลง มีความรู้สึกผิด และมีความคิดฆ่าตัวตาย

Tucker and Richardson (2002) ให้ความหมายโรคซึมเศร้าว่าเป็นความรู้สึกผิด มีอารมณ์เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง รู้สึกว่าความมีคุณค่าในตนเองลดลง รู้สึกโดดเดี่ยว อ้าวว่าง เหงา และขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม

อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์เศร้า ท้อแท้ หดหู่ หวัง รู้สึกไม่มีความสุขไปจนถึงอยากตาย

ดวงใจ กสานติกุล (2542) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ที่เป็นทุกข์ ความรู้สึกเศร้าหมอง จิตใจหดหู่ เชื่องช้า นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ไม่มีเรี่ยวแรง อารมณ์ทางเพศลดลง คิดอยากตาย เป็นต้น อาการเหล่านี้ยังมีผลกระทบต่อบุคคลทางด้านสังคมและอาชีพ ทำให้คนมี

พฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัว เงียบขรึม รวมทั้งมีสมรรถภาพในการทำกิจกรรมลดลงด้วย

สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2546) กล่าวว่า โรคซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางจิตเวชที่ประกอบด้วยอาการหลายอย่าง เช่น ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ ซึมเศร้า รวมถึงความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกมีคุณค่าต่ำ ต่ำหนีดตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้คงเป็นอยู่เป็นระยะเวลาาน และเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย

โดยสรุป โรคซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลทางจิตใจต่อภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์ที่มีความเครียด แสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ได้แก่ โศกเศร้าเสียใจ หดหู่ อ่างว้าง รู้สึกไร้ค่า หมดหวัง มีความคิดอัตโนมัติในทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมทั้งในปัจจุบันและอนาคต อันก่อให้เกิดความแปรปรวนทางอารมณ์ (mood disorders) เป็นภาวะที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวนด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม

1.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า

มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้าซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพ และปัจจัยด้านจิตสังคม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ

1) พันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องสูงในโรค Major depressive disorder โดยเฉพาะในกรณีของ recurrent depression (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) จากการศึกษาญาติสนิทของผู้ป่วย มีโอกาสเป็นโรคนี้อัตราสูงกว่าโอกาสที่คนทั่วไปจะเป็นถึง 1.5-3 เท่า และถ้ามารดาหรือบิดาคคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรมีโอกาเป็นโรคซึมเศร้าในอัตราสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 2 เท่า และถ้าทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้าบุตรมีโอกาเป็นโรคซึมเศร้าได้สูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 4 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) และจากการศึกษาฝาแฝด พบว่าในฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้อีกคนจะเป็นด้วยร้อยละ 65 และโอกาสที่จะเกิดจากไข่คนละใบจะเป็นด้วย มีร้อยละ 14 และการศึกษาโรคนี้อันบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดามารดาที่เป็นโรคซึมเศร้าทั้งสองคน พบว่าบุตรบุญธรรมเป็นโรคซึมเศร้าด้วยในอัตราที่สูงมากเมื่อเทียบกับบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดามารดาเป็นปกติ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

2) Neurotransmitter system เชื่อว่าผู้ป่วยมี norepinephrine, serotonin ต่ำลง (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษขวนิช, 2542 ; สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) รวมทั้งมีความผิดปกติของ receptor ที่เกี่ยวข้อง เชื่อว่ามีความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกัน มากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542)

3) Neuroendocrine factors พบความผิดปกติทางอารมณ์ ชนิดอารมณ์ซึมเศร้าได้สูงในผู้ป่วย Cushing's syndrome, Addison's disease และความผิดปกติในการทำหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ รวมถึงหญิงหลังคลอดที่มีอารมณ์ซึมเศร้า (post-partum depression) ซึ่งมีสภาวะความผิดปกติของระดับฮอร์โมนต่างๆ ซึ่งความผิดปกติในหลายระบบที่สำคัญ ได้แก่ Cortisol, Growth hormone, Thyroid stimulating hormone (TSH), Thyrotropin releasing hormone (TRH) (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช, 2542) ทฤษฎี Neuroendocrinology มีการศึกษาที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องในการควบคุมประสานงานของ hypothalamic-pituitary-adrenal axis ในผู้ป่วยซึมเศร้าและผู้ป่วยทางจิตอื่นๆ (Lewin, 2003; จำลอง ดิษยวณิช และ ปริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2546) ซึ่งการทำหน้าที่ของ Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis (HPA) มีผลต่อการทำหน้าที่การหลั่งของ cortisol ซึ่งมีงานวิจัยสนับสนุนว่าระดับของ cortisol ที่มากทำให้มีความบกพร่องของการรู้คิดในผู้ป่วยซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้มีอาการทางจิต (Belanoff, Kalehzan, Sund, Ficke, and Schatzberg, 2001; Lewin, 2003)

4) ด้านการทำงานของสารเคมีทั่วไป (neurophysiologic factors) ความผิดปกติทางอารมณ์ในผู้ป่วยบางรายเกิดจากผลของยาที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น steroid, amphetamines และอาจเกิดจากการเสียสมดุลของระดับ electrolyte รวมถึงอาจเกิดจากการขาดสารอาหารบางอย่าง (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial Factors)

1) ทฤษฎีทางจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) ทฤษฎีนี้เริ่มโดย Sigmund Freud และ Karl Abraham โดย Karl Abraham กล่าวว่า ความซึมเศร้าเป็นการแสดงถึงความเสียใจจากการสูญเสียความรักจากบุคคลสำคัญ ทำให้มีความรู้สึกสูญเสีย (loss) รู้สึกผิด (guilt) และความรู้สึกไม่เพียงพอ (inadequacy) ฝังอยู่ในจิตใต้สำนึก (Unconscious) ซึ่งการเกิดอารมณ์ซึมเศร้าเป็นผลจากการขาดความรัก การสนับสนุนจากมารดาในช่วงแรกของชีวิต ต่อมา Sigmund Freud อธิบายความซึมเศร้าว่าเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทั้งรักทั้งเกลียด (ambivalent) สิ่งที่สูญเสียไป เมื่อมีการสูญเสียสิ่งที่ตนรักโดยไม่สามารถตอบโต้ได้ ความรู้สึกโกรธแค้นในสิ่งที่สูญเสียจึงหันกลับเข้าหาตนเอง นำไปสู่อาการซึมเศร้าโดยทำให้มีความรู้สึกผิด สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง การศึกษาของท่านทั้งสองมีความสอดคล้องและให้การสนับสนุนว่าประสบการณ์สูญเสียในวัยเด็ก จะเพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้กับบุคคลเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์สูญเสียอีก (ไพรัตน์ พลฤษชาติ คุณากร, 2533; อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; Lewin, 2003)

2) ปัจจัยด้านวัฒนธรรม (Cultural Factor) ภาวะซึมเศร้ามีอยู่ทั่วโลกและมีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมวัฒนธรรม บางวัฒนธรรมใช้คำว่า "stoic" ในกลุ่มชาว Midwestern ชาว Amish และชาวยุโรปตอนกลางจะไม่ใช้การรายงานอาการของภาวะซึมเศร้าแต่จะใช้การรายงานในด้านของอารมณ์ และยังต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ศาสนา หรือด้าน

จิตวิญญาณมากกว่าผู้เชี่ยวชาญ ส่วนในทางเอเชีย จะมองภาวะซึมเศร้าว่าเกี่ยวข้องกับทั้งกายและจิต เป็นแบบองค์รวม และเพศก็มีความเปราะบางต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Lewin, 2003) ซึ่งจะเห็นว่าวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในลักษณะที่แตกต่างกันรวมไปถึงความต้องการในการรักษาที่แตกต่างกันด้วย

3) ทฤษฎีพฤติกรรมความคิด (Cognitive-Behavioral Theories) เริ่มต้นในปี 1970 ประยุกต์จากรูปแบบการเรียนรู้ (Learning model) ต่อปรากฏการณ์การเกิดโรคซึมเศร้า รูปแบบที่สำคัญที่ใช้อธิบายการเกิดโรคซึมเศร้าได้แก่ รูปแบบพฤติกรรม (behavioral models) เช่น ทฤษฎีการเสริมแรง (reinforcement theory) รูปแบบภาพการคิด (Cognitive perspective) เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้การหมดหนทางแก้ไข (learn helplessness theory) และมีการพัฒนาต่อมาเป็นทฤษฎีการรู้คิดของเบค (Beck's cognitive theory) มีรายละเอียดดังนี้

ก) อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement theory) โดย Peter (1974) อธิบายว่า อารมณ์ซึมเศร้าเกี่ยวกับการสูญเสียแหล่งสำคัญของแรงเสริมทางบวกในชีวิตของบุคคลหรือมีอัตราสูงของการเกิดประสบการณ์ที่ขัดแย้ง อารมณ์ซึมเศร้าทำให้มีการลดลงของการเกิดพฤติกรรม และอาการอื่นๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ความสิ้นหวังและเชื่อว่าทำให้ระดับการทำหน้าที่ลดลง (Lewin, 2003)

ข) อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการเรียนรู้มาก่อนสภาพอย่างนั้นหมดหนทางแก้ไข (Learn helplessness theory) พฤติกรรมที่แสดงว่าหมดหนทางแล้ว ประกอบด้วย การอยู่เฉยๆ ไม่รุก ถอนตัว และทำกิจกรรมลดลง หมกมุ่นดำใจ ใจไม่สู้ และหมดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบการณ์ความล้มเหลวผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

ค) ทฤษฎีการรู้คิด Cognitive theory) โรคซึมเศร้าเป็นผลจากกระบวนการคิดในแง่ลบของบุคคลนั้น เกี่ยวกับการรับรู้ตนเอง การรับรู้สภาพแวดล้อม และสภาพการณ์ในอนาคต ความคิดในแง่ลบดังกล่าว ก่อให้เกิดรูปแบบทางการคิดในแง่ลบของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่บุคคลเผชิญกับปัญหาหรือประสบการณ์ที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้รูปแบบทางการคิดในแง่ลบนี้จะกระตุ้นให้เกิดความคิดในแง่ลบและมีผลในการให้ความหมายที่บิดเบือนไปมากกว่าบุคคลอื่น (Lewin, 2003)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.3 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

อาการหลักของโรคซึมเศร้า คือ มีอารมณ์เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข และมีอาการร่วมอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไปจากปกติวิสัยของผู้ป่วย มีอาการเกือบตลอดวัน นานกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งมีอาการร่วมอื่นๆ ได้แก่ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

1.3.1 อาการรู้สึกเบื่อหมดความสนใจหรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน (anhedonia) ไม่รู้สึกสนใจหรือสนุกในกิจกรรมซึ่งเคยชอบ มีอารมณ์เย็นชา หมดอารมณ์สนุกทั้งที่พยายามฝืนใจ สีหน้าเคร่งเครียด ไม่สนใจทำกิจกรรมที่เคยชอบ

1.3.2 รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่รู้สึกหิว ต้องฝืนใจรับประทาน ทำให้น้ำหนักร่างกายลดลง และผอมลง

1.3.3 อาการนอนไม่หลับ นอนไม่หลับตั้งแต่ตอนหลับยากหรือนอนไม่หลับระยะต้น (initial insomnia) หรือนอนหลับได้ง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับๆ ตื่นๆ ทั้งคืน (total insomnia) อาการนอนไม่หลับที่เป็นรูปแบบของโรคซึมเศร้า (depressive insomnia) คือหลับได้ง่าย แต่มักรู้สึกตัวตื่นช้ากว่าปกติ 2-3 ชั่วโมง (terminal insomnia) และไม่สามารถหลับต่อได้อีก

1.3.4 พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ กระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) เชื่องช้า (retardation) พูดช้าๆ พูดเสียงเบาๆ หรือพูดน้อยลงไปมาก (poverty of speech) อยู่ในท่าไหล่ก้มคอดก สีหน้าเฉยเมยหรือหน้าเศร้าขมวด มีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน

1.3.5 ความรู้สึกผิดโทษตนเอง มีได้ตั้งแต่รู้สึกไร้ความสามารถไปจนถึงไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ผู้ป่วยมักจะคิดซ้ำเติมตนเอง คิดว่าตนเองเลวหรือโง่ ทำให้ยิ่งมองตนเองไปในด้านลบมากยิ่งขึ้น ลดความภาคภูมิใจ ความนับถือตนเองหรือขาดความมั่นใจในตนเองอย่างมาก

1.3.6 อาการไม่มีสมาธิ คิดช้า ความคิดไม่แล่น จี้ลิ้มเนื่องจากขาดสมาธิ อาการคล้ายความจำเสื่อม แต่ตรวจไม่พบว่ามี การสูญเสียความจำ อาการขาดสมาธิเป็นอาการที่พบได้บ่อย มีความรุนแรงได้หลายระดับตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวันธรรมดา จนถึงขั้นมีอาการเหมือนความจำเสื่อม

1.3.7 อาการคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย อาการอาจจะมึตั้งแต่รู้สึกกลัวตาย คิดถึงหรือฝันถึงญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดที่เสียชีวิต ความคิดอยากตาย พบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงแทบทุกคน คิดว่าการตายเป็นทางออกที่ดีสำหรับผู้ป่วย หรือกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักใคร่ห่วงใย

1.3.8 อารมณ์แปรปรวนตามเวลาของวัน คือ มีอารมณ์เศร้ามากที่สุดในช่วงเช้านี้ และอารมณ์ดีขึ้นในช่วงบ่ายหรือค่ำ เป็นผลจากมีการเปลี่ยนแปลงของระดับ Cortisol ในพลาสมาซึ่งหลังออกมาสูงสุดในเวลาเช้านี้ประมาณ 4-5 นาฬิกา และระดับลดต่ำสุดในช่วงเย็น

1.3.9 อาการคิดมากวิตกกังวล พบได้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 60-70 หรือเกือบทุกคน อาการวิตกกังวลจากระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไวกว่าปกติ ได้แก่ ใจสั่น ใจหวิว ตกใจง่าย

ใจเต้นแรง ร้อนวูบวาบตามตัว มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า ปากแห้ง ปวดศีรษะหรือปวดตามส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น ปวดหลังเรื้อรัง รู้สึกแน่นท้อง ท้องผูก กลัวไปต่างๆนานา กลัวไปหมด

1.3.10 อาการหมดอารมณ์ทางเพศ พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยชาย มีอารมณ์เพศหรือสมรรถภาพทางเพศลดลง ทำให้เป็นปัญหาที่อาจนำผู้ป่วยมารับการรักษาหรือไม่เป็นที่เข้าใจของภรรยาได้ ผู้ป่วยหญิงก็ประสบปัญหานี้ได้เช่นกัน

1.3.11 อาการวิตกกังวลหมกมุ่นว่าป่วยเป็นโรคทางกาย (hypochondriasis) ผู้ป่วยมักจะไม่ทราบ หรือไม่ยอมรับว่าตนมีอาการเศร้าหรือความเครียด และยืนยันว่าเจ็บป่วยจากโรคทางกาย

1.4 ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า

การพิจารณาอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าที่แสดงออกโดยมีความแปรปรวน 4 ด้าน คือ ความแปรปรวนด้านความคิด ความแปรปรวนด้านอารมณ์ ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ความแปรปรวนด้านร่างกาย และพฤติกรรม แบ่งระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าออกเป็น 3 ระดับ คือ โรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง (Beck, 1967; Beck et al., 1979) มีรายละเอียดดังนี้

1.4.1 ความแปรปรวนด้านความคิด มีความคิดประเมินค่าตนเองต่ำ มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหน้าตนเอง มีความยากลำบากในการตัดสินใจ คิดว่าภาพลักษณ์ของตนเองบิดเบือนไป โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศรูดังต่อไปนี้

1) ระดับเล็กน้อย มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นแล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่างๆที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจรูปลักษณ์ของตนเอง

2) ระดับปานกลาง มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพมองปัญหารุนแรงเกินกว่าความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่างๆที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเอง ตัดสินใจยากแม้แต่เรื่องเล็กน้อย วิตกกังวลว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้น

3) ระดับรุนแรง คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้ผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับร่างกาย คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม

1.4.2 ความแปรปรวนด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้า เป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองไปในทางลบ ร้องไห้ง่าย ความสนใจในผู้อื่นลดลง โดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1) ระดับเล็กน้อย มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆทั้งวัน แต่ยังมีบางช่วงเวลาที่อารมณ์สดชื่น บางครั้งอารมณ์เศร้าก็มีสาเหตุเพียงพอบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเองไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน ไม่พึงพอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทั้งเรื่องครอบครัว เพื่อน การทำงาน กิจกรรมต่างๆ ความกระตือรือร้นในการทำงานต่างๆลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

2) ระดับปานกลาง มีอารมณ์เศร้ารุนแรง และเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน มักมีอาการรุนแรงมากที่สุดหลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกถูกตนเอง รู้สึกเบื่อหน่ายตลอดเวลา ความสนใจในตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

3) ระดับรุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมาก สิ้นหวัง ไร้เกียรติตนเอง เห็นว่าตนเองไม่มีค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่พึงพอใจกับสิ่งต่างๆ หมดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา

1.4.3 ความแปรปรวนด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจ รู้สึกเหนื่อยง่าย แยกตัวจากสังคม หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย มีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1) ระดับเล็กน้อย ไม่ต้องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี้ยงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

2) ระดับปานกลาง ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ต้องการที่จะหลีกหนีจากสถานการณ์ต่างๆ แยกตัวออกจากสังคม เกิดความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงและถี่ขึ้น พยายามฆ่าตัวตาย

3) ระดับรุนแรง หมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่างๆทุกชนิด แม้จะถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมด แทบจะไม่มีอาการเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าไม่สามารถที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

1.4.4 ความแปรปรวนด้านร่างกายและพฤติกรรม เบื่ออาหาร แบบแผนการนอนหลับแปรปรวน ความต้องการทางเพศลดลง รู้สึกอ่อนล้าเหนื่อยล้า น้ำหนักลดโดยมีความแปรปรวนแตกต่างกันออกไป ตามระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ดังต่อไปนี้

1) ระดับเล็กน้อย ความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ

2) ระดับปานกลาง แทบจะไม่อยากรับประทานอาหาร หรือลืมรับประทานอาหาร ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า เหนื่อยง่ายรู้สึกไม่ต้องการทำกิจกรรมใดๆ

3) ระดับรุนแรง ไม่รับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักลด นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วไม่สามารถนอนต่อไปได้ หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้าจนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆได้

1.5 การวินิจฉัยแยกโรคซึมเศร้าของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

หลักเกณฑ์ในการจำแนกภาวะซึมเศร้าขององค์การอนามัยโลก โดยอาศัยการจำแนกความผิดปกติทางพฤติกรรมและทางจิต ครั้งที่ 10 (International Classification of Disease/ICD 10) (สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546) มีดังนี้

1.5.1 อาการเฉพาะ คือ ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า อ่อนเพลีย การเคลื่อนไหวช้าลง ความสามารถที่จะสนุกสนาน สนใจสิ่งต่างๆ หรือสมาธิลดลง และเหนื่อยง่ายแม้จะออกแรงเพียงเล็กน้อย มีความรู้สึกผิดคิดว่าตนเองไร้ค่า อารมณ์เศร้าเปลี่ยนแปลงน้อยมากในแต่ละวัน และไม่ตอบสนองในสิ่งแวดล้อม อาจมีอาการทางร่างกาย เช่น หดความรู้สึกสนใจ และสนุกสนานกับสิ่งต่างๆ ตื่นเช้าและหมดความรู้สึกทางเพศ สามารถแบ่งความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเป็น 3 ระยะ ดังนี้

- ซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild Depressive Episode) พบมีอาการ 2-3 อาการ ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ แต่ยังคงทำกิจกรรมได้ตามปกติ

- ซึมเศร้าปานกลาง (Moderate Depressive Episode) พบมีอาการ 4 อย่างขึ้นไป ผู้ป่วยมีความยากลำบากมากในการดำเนินชีวิตประจำวัน

- ซึมเศร้าชั่วคราวรุนแรง แต่ไม่มีอาการโรคจิต (Severe Depressive Episode without Psychotic Symptoms) มีอาการซึมเศร้าชั่วคราวรุนแรง แต่ไม่มีอาการโรคจิต รวมทั้งมีอาการประสาทหลอน หลงผิด การเคลื่อนไหวลดลง รุนแรงจนมีพฤติกรรมปกติในสังคมไม่ได้ หลังจากให้การวินิจฉัยว่าเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้า ต้องตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต ชักประวัติ โรคประจำตัว และการใช้ยาหรือสารเสพติด เพื่อทำการวินิจฉัยแยกโรค และวางแผนการรักษาต่อไป การวินิจฉัยแยกโรคต่างๆ ดังนี้

1.5.2 ภาวะซึมเศร้าสาเหตุจากโรคทางกาย มีสาเหตุได้หลายอย่าง เช่น โรคเอดส์ เนื้องอกในสมอง โรคโลหิตจางหรือขาดสารอาหาร การใช้ยาหรือยาต่างๆ เช่น ยา steroids หรือยาลดความดันโลหิต เป็นต้น

1.5.3 ภาวะซึมเศร้าจากสารเสพติด ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงติดสุราถึงร้อยละ 50 การติดสุราส่งผลให้การดำเนินโรคทางอารมณ์แย่ลง รักษายาก และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างรุนแรง หรือกรณีผู้ใช้ยาบ้า หลังจากหยุดยาบ้าอาจพบอาการของภาวะซึมเศร้าได้

1.5.4 โรคซึมเศร้า (Major depression) มีอาการเบื่อหน่าย หดความสนใจในสิ่งต่างๆ หรืออารมณ์ซึมเศร้า ร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น เบื่อ นอนไม่หลับ หลงลืม มีความคิดอยากตาย ฯลฯ มีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นทุกวัน และติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์

1.5.5 ภาวะซึมเศร้าจากการปรับตัว เกิดภายหลังการสูญเสีย หรือตายจากบุคคลผู้เป็นที่รัก อย่างยิ่ง รวมทั้งเหตุการณ์ตึงเครียดต่างๆ ที่เห็นชัดเจนและมีผลต่อการปรับตัว ช่วงเวลาที่เกิดขึ้นไม่เกิน 6 เดือน เช่น ความผิดหวัง ความเจ็บป่วย และความพิการ

1.5.6 โรคซึมเศร้าดีสโทเมีย รุนแรงน้อยกว่าโรคซึมเศร้า เป็นเรื้อรังอย่างน้อย 2 ปี การดำเนินโรคเกิดขึ้นสลับกันไปมาระหว่างภาวะซึมเศร้า และภาวะ Mania ที่เรียกว่า โรคไบโพลาร์

1.6 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทำให้มีการพัฒนาการรักษาให้มีประสิทธิภาพทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ซึ่งแบ่งการรักษาโรคซึมเศร้าในปัจจุบันได้เป็น 2 ประเภท คือการรักษาทางร่างกายและการบำบัดรักษาทางด้านจิตใจ (Lewin, 2003; มานิต ศรีสุภานนท์ และ จำลอง ดิษยวิช, 2542; สุชาติ พหลภักย์, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

1.6.1 การรักษาทางกาย (Somatic Treatment)

1) การบำบัดด้วยยา (Pharmacological Therapy) ประเภทของยาระงับอาการซึมเศร้า แบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2549)

ก) กลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCA) มีโครงสร้างหลักเป็น Tricyclic ring ยากลุ่มนี้ เช่น imipramine, amitriptyline, nortriptyline, clomipramine และ doxepin

ข) กลุ่ม monoamine oxidase inhibitor ที่มีใช้ในประเทศไทยเป็นชนิด re-versible Inhibitor of MAO subtype A (RIMA) คือ moclobemide

ค) กลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) มีทั้งหมดด้วยกัน 5 ชนิด ได้แก่ fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline, และ citalopran ออกฤทธิ์โดยการยับยั้ง reuptake เฉพาะระบบ serotonin

ง) กลุ่ม new generation ได้แก่ mianserin, trazodone, tianeptine, bupropion และล่าสุดได้แก่ venlafaxine และ mirtazapine

ซึ่งยาต้านซึมเศร้าโดยทั่วไปออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของ norepinephrine และ/หรือ serotonin ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ norepinephrine และ/หรือ serotonin ช่วยให้อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้น หลังจากได้รับยาแล้วอย่างน้อย 2-3 สัปดาห์ ซึ่งการบำบัดอาการซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือระยะเฉียบพลัน (acute treatment) ใช้เวลา 6-12 สัปดาห์ เพื่อลดอาการซึมเศร้าลง ระยะการรักษาต่อเนื่อง

(continuation treatment) ใช้เวลา 4-9 เดือนเพื่อเป็นการป้องกันการกลับป่วย (relapse) และการรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) รักษาติดต่อกันนาน 3 ปี เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (recurrence)

สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรักษาด้วยยาาระงับอาการซึมเศร้าในกลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCA) ได้แก่ยา imipramine ขนาด 25 มิลลิกรัม amitriptyline ขนาด 25 มิลลิกรัม ยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ได้แก่ยา fluoxetine ขนาด 20 มิลลิกรัม และยากลุ่ม new generation ได้แก่ยา mianserin ขนาด 30 มิลลิกรัม trazodone ขนาด 100 มิลลิกรัม

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) เป็นการรักษาโดยมีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าช่วงสั้นๆ (brief electrical stimulus) เพื่อให้เกิดการชักของสมอง (cerebral disorder) การทำ ECT ถูกนำไปใช้ในการรักษาโรคจิตเภท และ mood disorder อย่างกว้างขวาง แม้ว่าการรักษาวิธีนี้จะได้รับความนิยมลดลงหลังจากมีการค้นพบยารักษาโรคจิต และยารักษาอาการซึมเศร้า แต่ในปัจจุบัน ECT ก็ยังจัดว่าเป็นการรักษาที่มีความปลอดภัย และมีประสิทธิภาพสูง ปัจจุบันการรักษาด้วยไฟฟ้า มีวิธีทำอยู่ 2 วิธี คือ วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบเดิม (non-modified ECT) และการรักษาด้วยไฟฟ้าที่ใช้ยาสลบช่วย (modified ECT) การศึกษาพบว่า การรักษาด้วยวิธีนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายในระบบต่างๆ ของ neurotransmitter, neuropeptides, และ neuroendocrine โดยทั่วไปแล้ว ECT ถูกนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ต้องการให้มีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น เลี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย, ไม่รับประทานอาหารและน้ำ

1.6.2 การบำบัดทางจิต สังคม (Psychosocial Treatment)

1) การทำจิตบำบัดระยะสั้น (Short – term psychotherapy) มีรากฐานมาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่อธิบายว่า ความผิดหวังหรือความล้มเหลว มีสาเหตุจากปัญหาด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตั้งแต่ชีวิตวัยเยาว์ ทำให้บุคคลนั้นมีความเปราะบางต่อการเผชิญกับความสูญเสียหรือความผิดหวังที่เกิดขึ้นในชีวิตปัจจุบัน บุคลิกภาพชนิดซึมเศร้า เป็นผู้มีความต้องการการพึงพิงสูง จิตใจอ่อนไหวเปราะบาง ต้องการความเอาใจ และคำยกย่องชมเชยอย่างมาก เพื่อรักษาไว้ซึ่งความพอใจในตนเอง (narcissistic gratification) และความภาคภูมิใจในตนเอง (self esteem) เมื่อความต้องการไม่ได้รับการตอบสนอง เกิดความคับข้องใจ และสะท้อนต่อความภาคภูมิใจในตนเองและตามมาด้วยอารมณ์เศร้า จิตบำบัดระยะสั้นมีเป้าหมาย เพื่อเปลี่ยนโครงสร้างทางบุคลิกภาพของผู้ป่วย เพิ่มความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจระหว่างบุคคล เรียนรู้การใช้กลไกป้องกันทางจิตที่เหมาะสม มีความสามารถที่จะจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ในระหว่างการรักษาส่วนใหญ่ให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์กับความวิตกกังวลและความยุ่งยากใจโดยใช้เวลารักษาต่อเนื่องหลายปี

2) การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychosocial Therapy) Sullivan เน้นที่ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ว่าเป็นได้ทั้งสาเหตุและผลของโรคซึมเศร้า การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีเป้าหมายการรักษา เพื่อลดอาการซึมเศร้า และเพิ่มการยกย่องตัวเอง และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแนวทาง และวิธีการที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับสังคมและบุคคลอื่น และเนื่องจากการรักษานี้ใช้ระยะเวลาสั้น จึงไม่ได้พยายามที่จะสร้างบุคลิกลักษณะผู้ป่วยขึ้นมาใหม่ ไม่เน้นถึงความสำคัญของการพัฒนาการตอนต้นของชีวิต แต่ก็เน้นความสำคัญของสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในชีวิตปัจจุบัน

3) การบำบัดด้านความคิด (Cognitive therapy) วิธีนี้ให้ความสำคัญกับความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย (subjective experience) ตามที่ผู้ป่วยรู้สึก หรือคิดเอาเอง ซึ่งมักจะไม่เป็นความจริง (objective reality) ข้อสำคัญอีกอย่างคือ ยอมรับว่าอารมณ์เป็นผลของความคิด Aron Beck (1979) เป็นผู้ตั้งทฤษฎีการบำบัดทางความคิด ว่าผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการหลัก 3 ข้อ คือ มองตนเอง มองโลก และมองอนาคตในแง่ลบ เขาเชื่อว่า ลักษณะหรือความคิดยึดมั่นดังกล่าวเป็น “แก่น” (core) ของโรคซึมเศร้า ส่วนอารมณ์และอาการอื่นๆของความเศร้า เป็นผลจากการคิดว่าล้มเหลวในทุกๆสิ่ง อาการหมกมุ่นใจ ขาดความกระตือรือร้นมาจากการมองทุกสิ่งในด้านลบ และรู้สึกหมดหวัง มีเป้าหมายการรักษาคือลดอาการซึมเศร้าและป้องกันการเกิดโรคซ้ำ การบำบัดมีส่วนประกอบพื้นฐาน 3 อย่างคือ Diathetic-aspects, Cognitive technique และ Behavior technique

4) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) Ferter (1965) เป็นผู้ริเริ่มนำเอาพฤติกรรมบำบัดมารักษาโรคซึมเศร้าโดยอธิบายว่าอาการซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริม (reinforcement) ในสถานการณ์ต่างๆ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของแรงเสริมยังเป็นสาเหตุหรือเป็นปัจจัยที่ทำให้อารมณ์เศร้าดีขึ้นหรือเลวลง และว่าการขาดทักษะทางสังคม (social skill) ทำให้ขาดโอกาสที่จะได้แรงเสริมทางสังคม ยิ่งทำให้รู้สึกเศร้าได้มากขึ้น พฤติกรรมบำบัดมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (แรงเสริมทางบวก) และลดความขัดแย้งซึ่งเป็นแรงเสริมด้านลบลง การประสบแต่เหตุการณ์ดีๆจะทำให้อารมณ์เศร้าของผู้ป่วยดีขึ้น

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาของความรู้สึกเศร้าที่มีความซับซ้อน พยาบาลจิตเวชจะต้องเข้าใจกระบวนการทั้งหมด การเลือกชนิดของรักษาที่จะเอื้ออำนวยต่อสุขภาพจิต มีการวางแผนให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการบริหารจัดการเรื่องยา กระบวนการทาง neurobiological และการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ใช่ยา เช่น การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ในการทำลายความคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนให้รู้จักโรคซึมเศร้า มีการดูแลแบบองค์รวม ลดอาการ และช่วยให้ทำหน้าที่ได้เป็นที่น่าพอใจ

บทบาททั้งหลายจะเอื้อให้มีการฟื้นคืนสภาพ และลดการกลับเป็นซ้ำ (Lewin, 2003) ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเน้นหลักสำคัญได้แก่ (อรพรรณ ลีอนุชวณิช, 2545)

1.7.1 การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้ามีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูงทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ

1.7.2 การใช้เทคนิคการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วยสร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

1.7.3 การสอนผู้ป่วย ใช้การสอนผู้ป่วยแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

1.7.4 การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษา การปรับตัว การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาต่างๆทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม

1.7.5 การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคม การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

1.7.6 การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว

นอกจากนี้หลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก็คือ การดูแลเรื่องสุขอนามัยและความปลอดภัยของตัวผู้ป่วย และผู้ป่วยอื่น การดูแลเรื่องการให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัว และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา เป็นบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติและพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2545)

2. ปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน

2.1 ภาวะซึมเศร้า

2.1.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

ศิริพร จิรวัดน์กุล (2546) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าคืออาการเศร้าที่เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ และความรู้สึกหงอยเหงา เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ หดห้วง ร่วมกับมีอาการหงุดหงิด การนอนผิดปกติ ใจลอย หลงลืม เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เจ็บซึม หดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำหรือเคยชอบ รวมทั้งเรื่องเพศ กระสับกระส่าย แยกตัว มีอาการเหมือนป่วยทางกายเรื้อรังที่หาสาเหตุไม่ได้

และรักษาไม่หาย จนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิต และเป็นความผิดปกติทางจิตเวชซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood Disorder หรือ Affective Disorder)

Beck (1967) ได้อธิบายความหมายของภาวะซึมเศร้าในด้านของสาเหตุว่าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเหล่านี้จะมีลักษณะเนื้อหาความคิดที่บิดเบือนไป

สวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว (2543) ได้ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกับมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) ความรุนแรงของความเศร้านั้นมีอยู่หลายระดับ เริ่มแต่มีความเบื่อหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ใจ ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวัง หมดอาลัยตายอยาก ต้องการจะหนีความลำบากทั้งหลายด้วยการทำลายตนเอง

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึง อารมณ์เศร้า ท้อแท้หมดหวัง รู้สึกไม่มีความสุข ไปจนถึงอยากตาย

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีผู้ให้ความหมายที่คล้ายคลึงกันในแง่ของอาการ และอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึง ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย มีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง จนมีอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าตามมา เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ แต่จะเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้นๆ และเป็นครั้งคราวไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางคลินิก (วิจารณ์ วิชัยยะ, 2533; อุมพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539) แต่หากมีอาการเกิดขึ้นร่วมกับมีความรู้สึกไร้ค่า มีความคิดเบียดชีวิต ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไม่มีความสุข ไปจนถึงอยากตาย ซึ่งถือว่ามีอาการรุนแรงจนก่อให้เกิดความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ มีผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมตนเอง และการดำเนินชีวิตประจำวัน อาการเป็นอยู่นานเกินกว่า 2 สัปดาห์จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

2.1.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า

Stuart and Sundeen (1979) กล่าวถึง ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าไว้ว่า เป็นการยากที่จะระบุปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า เนื่องจากในการเผชิญสถานการณ์เดียวกัน บุคคลสองคนย่อมตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้นๆต่างกัน ดังนั้นจึงไม่มีปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าเพียงอย่างเดียวหนึ่ง หรือ มีปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าที่สำคัญไปกว่ากัน การจัดประเภทของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า จึงแบ่งออกเป็นกว้างๆ ซึ่งเป็นแนวทางที่ดีที่สุด ดังนั้นในที่นี้ขอจำแนกปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1) การมีโรคทางกายเรื้อรังร่วมด้วย (Medical comorbidity) โรคทางกาย เช่น โรคมะเร็ง, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจ และ โรคของระบบต่อมไร้ท่อ พบว่ามีความสัมพันธ์ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้า เชื่อกันว่า ภาวะไร้ความสามารถหรือสมรรถภาพร่างกายที่แย่งจากโรคทางกายเหล่านี้ เป็นเหตุที่ทำให้โรคซึมเศร้ามีความรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังทางกายบางชนิดส่งผลข้างเคียงต่อการเพิ่มระดับของภาวะซึมเศร้า

2) ขาดการช่วยเหลือจากสังคม (Lack of social support) เมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต เช่น ประสบกับเหตุการณ์รุนแรงในชีวิต (Major life events), บทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป (role changes) และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (physiological changes) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะประสบเหตุการณ์รุนแรงในชีวิตประมาณ 3 ครั้ง ในระหว่าง 6 เดือน หลังกลับไปอยู่ในชุมชน

3) การมีความคิดเชิงลบ (Negative view) ทั้งความคิดเชิงลบต่อตนเอง (Negative view of self) จะทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามองตนเองว่ามีข้อบกพร่อง ไม่มีคุณค่า ไม่เป็นที่น่าปรารถนา ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง และยังทำให้ภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น นอกจากนี้การมีความคิดเชิงลบต่อสิ่งแวดล้อม (Negative view of world) จะทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าแปลการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในเชิงสูญเสีย มองชีวิตว่าเต็มไปด้วยอุปสรรค ทำให้แยกตนเอง ไม่สนใจทั้งตนเองและสิ่งแวดล้อม สุดท้ายการมีความคิดเชิงลบต่ออนาคต (Negative view of future) จะทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทำนายว่าจะเกิดความทุกข์ยากลำบากในอนาคต อย่างไรก็ตามไม่มีที่สิ้นสุด สูญเสียความหวัง กำลังใจและก่อให้เกิดความคิดทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายตามมา

4) การดื่มสุราหรือสารเสพติด (Current substance abuse) การติดสารเสพติด เช่น สุรา บุหรี่ ยาอนหลับและโคเคน ทั้งจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง หรือความรู้เท่าไม่ถึงการ เช่น ผู้ป่วยบางคนเสพยาเสพติดเพื่อที่จะทำให้ออนหลับ อารมณ์แจ่มใสและลดความวิตกกังวล แต่การติดสารเหล่านี้จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามากขึ้นและยังเสพยาเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ เกิดเป็นวงจร ไม่มีทางออก

2.1.3 การประเมินภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินภาวะซึมเศร้ามีแบบวัดมากมาย เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการความผิดปกติ (Syndrome) มากกว่าเป็นอาการเดี่ยว (single entity) จึงมีแนวคิดในการตั้งเกณฑ์การวัดที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละแบบวัด อยู่ที่การมองปัญหาอาการซึมเศร้าในลักษณะใด โดยสามารถแบ่งกลุ่มแบบวัดซึมเศร้าเป็น 2 กลุ่มคือ (ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

2.1.3.1 Self rating scale ผู้ป่วยหรือผู้ถูกประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ผลที่ได้ค่อนข้างเป็นจิตวิสัย ความแม่นยำสูญเสียไปบ้าง แต่มีประโยชน์คือใช้ง่ายประเมินในกลุ่มคนจำนวนมาก ประหยัด มักใช้ในการสำรวจเพื่อค้นหาผู้มีความเจ็บป่วย

2.1.3.2 Clinical rating scales เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือในการวัด ผู้ประเมินเป็นผู้ตอบแบบสอบถามจากการซักถามอย่างเป็นระบบ (structure interview) โดยประเมินตามหัวข้อที่มีในแบบประเมิน มักใช้ในกรณีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษา โดยแพทย์เป็นผู้ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (รณชัย คงสกนธ์ และคณะ, 2546) ซึ่ง Beck และคณะจึงได้แบ่งรูปแบบของเครื่องมือออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้ (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

1) แบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้างแน่นอนเพื่อการวินิจฉัยโรค (Structured Psychiatric Interviews for Diagnosis) มีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัยโรค แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยอาการต่างๆของโรคที่กำหนดคำถามและคำตอบไว้เรียบร้อยแล้ว ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์มีดังต่อไปนี้

ก) Structure Clinical Intervention for DSM-III / DSM-III-R (SCID) เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้างแน่นอนรวมทั้งทั้งโครงสร้างประกอบการสังเกต สร้างขึ้นเพื่อให้บุคลากรทางจิตเวชเป็นผู้สัมภาษณ์โดยเฉพาะ สามารถวินิจฉัยโรคตามหลักเกณฑ์ของ DSM-III-R ลักษณะของข้อคำถามประกอบไปด้วย ข้อมูลส่วนตัวและอาการที่มาพบแพทย์อย่างละเอียดเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้แพร่หลายมากในปัจจุบัน และมีค่าคุณสมบัติของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือได้

2) แบบสอบถามที่มีโครงสร้างแน่นอนชนิดรายงานผลด้วยตนเอง (Self Report Rating Scale, Questionnaire)

ก) Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี ค.ศ.1961 และได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถามแบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อหลัง เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้มีเนื้อหาครอบคลุมค่านิยมความซึมเศร้าของ Beck อาการทางด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์ (sadness) การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism or discouragement) ความรู้สึกถึงความล้มเหลว (sense of failure) การไม่พึงพอใจ (dissatisfaction) ความรู้สึกผิด (guilt) การคาดหวังจะถูกลงโทษ (expectation of punishment) การไม่ชอบตนเอง (self dislike) การตำหนิตนเอง (self accusation) ความคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicide ideation) การร้องไห้ (crying) การหงุดหงิด (irritability) การแยกตัวออกจากสังคม (social withdrawal) การลังเลในการตัดสินใจ (indecisiveness) ความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (somatic preoccupation) อาการทางกาย ได้แก่ ความไม่สนใจตนเอง (unattractiveness) ความจำกัดในการทำงาน (work inhibitor) การนอนไม่หลับ (insomnia) ความอ่อนเพลียของร่างกาย (fatigability) การเบื่ออาหาร (loss of appetite) น้ำหนักลด (weight loss) และขาดความสนใจทางเพศ (loss of libido)

ซึ่งสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์ และให้ตอบคำถามในขณะนั้น เป็นแบบประเมินที่ใช้งานง่ายและประเมินซ้ำได้ มีผู้นำมาใช้ในการพัฒนา งานบริหารและวิจัยมาก ใช้ได้ทั้งในคลินิกและผู้ป่วย และในประชาชนทั่วไป เพื่อประเมินระดับความ รุนแรงของภาวะซึมเศร้าซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (normal range) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate-severe depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) (ถัดดา แสนสีหา, 2536)

ข) Zung Self Rating Depression Scale (SDS) สร้างโดย Zung (1965) เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้ามีทั้งหมด 20 ข้อ โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0-3 ตามระดับความรุนแรงของอาการ เดิมแบบประเมินนี้นิยมนำไปวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุมากกว่า กลุ่มอายุอื่นๆ ในระยะหลังแบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยม เนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการ เปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ข้อดีของแบบประเมินนี้คือ สามารถวัดความเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกายและจิตใจที่มักแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้นๆ

ค) Center of Epidemiological Study Depression Scale (CES-D) สร้างโดย Radloff โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ Beck, Raskin, Zung และ Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression scale ซึ่งประกอบด้วยอาการอารมณ์เศร้า 4 กลุ่ม จุดประสงค์เพื่อ คัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ข้อดีของแบบวัดนี้คือ สะดวกต่อการนำไปใช้ ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย สะดวกต่อการแปลผล ข้อจำกัด คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็น แบบเฉียบพลัน โดยที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางจิตอย่างอื่นมาก่อนหรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการ เจ็บป่วยทางจิตหรือเป็นผลจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น

3) แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้างแน่นอนประกอบการสังเกต เพื่อประเมินอาการ (Observer Scale; Semi-Structured, Goal Direct Interview) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ได้ กำหนดคำถามไว้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์จะทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพร้อมทั้งสังเกต อาการที่แสดงออกประกอบการสัมภาษณ์ด้วยทุกครั้ง ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ชนิดนี้ได้แก่

ก) Hamilton Rating Scale for Depression (HRS - D) สร้างโดย Hamilton เพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามระดับความรุนแรงของโรคเป็นประโยชน์ต่อการทำนาย ผลการรักษา ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่นอีก 4 ข้อ สัมภาษณ์โดยผู้สัมภาษณ์ที่ได้รับการฝึกอบรม โดยใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรค ซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก แบบสัมภาษณ์นี้มีจำนวนข้อ ไม่มากและง่ายต่อการทำแต่ผู้สัมภาษณ์ ต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยและต้องได้รับการฝึกอบรมมาก่อน

ข) Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

สร้างโดย Montgomery และ Asberg ในปี ค.ศ. 1979 เพื่อใช้ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านอาการเศร้า (รวมชัย คงสกันธ์ และคณะ, 2546) หรือดูประสิทธิภาพของยามีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีระดับความรุนแรงของอาการ 0-6 ไม่มีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับอาการทางกายแบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์สูง

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (2522 อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536) เนื่องจากมีความสอดคล้องกับรูปแบบการเกิดโรคซึมเศร้า และสอดคล้องกับแนวเหตุผลและสมมติฐานของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ

2.1.4 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่สามารถทำให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ อีกทั้งเป็นปัญหาสุขภาพจิตอีกปัญหาหนึ่งเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงก็จะเป็นอันตรายจนกระทั่งถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็นผลกระทบทางตรงและทางอ้อม ดังต่อไปนี้ (Rawlins et al., 1996)

ผลกระทบทางตรง ภาวะซึมเศร้าทำให้ความสามารถในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่างๆ ลดลง ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา โดยพบว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามักดื่มสุราเพื่อหนีปัญหา เนื่องจากคิดว่าไม่สามารถแก้ปัญหาได้ และคิดว่า การดื่มสุราจะทำให้ลืมปัญหาดังกล่าวแต่ความจริงแล้ว การดื่มสุราเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (Garland et al., 1982) และอาจฆ่าตัวตายตามมา ซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการฆ่าตัวตายได้ โดยมีการศึกษาพบว่าประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายจะมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเสมอ (William, 1984) นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะดึงเครียดทางร่างกายที่เกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากความเข้มข้นของสารสื่อประสาทในสมอง คือ norepinephrine และ serotonin ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกัน โรคลดลง เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า หญิงที่ประสบกับการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ในชีวิต เช่น การสูญเสียคู่สมรส การป่วยด้วยโรคร้ายแรง จนก่อให้เกิดโรคซึมเศร้าจะมีความบกพร่องของการทำหน้าที่ของเซลล์ที่ทำหน้าที่ฆ่าเชื้อโรคตามธรรมชาติ (Taylor, 1990)

ผลกระทบทางอ้อม ได้แก่ (Jalowice et al., 1984)

การขาดสารอาหาร เนื่องจากบุคคลที่กำลังอยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีอาการสำคัญอย่างหนึ่งคือ ไม่มีความอยากอาหารซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะของโรคขาดสารอาหารที่รุนแรงได้ในที่สุด

อุบัติเหตุ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นจะทำให้บุคคลมีการตื่นตัวลดลง ทำให้ไม่สนใจ

หรือให้ความสนใจในสิ่งต่างๆรอบข้างลดลง นอกจากนี้ยังขาดแรงจูงใจในการเฝ้าระวังอุบัติเหตุหรือสิ่ง
ที่อาจจะเกิดขึ้นอย่างฉุกเฉินได้

สภาพร่างกายทรุดโทรมลง จากการที่ภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับจึงทำให้
ร่างกายเกิดความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าได้

สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นนั้น บุคคลจะแยกตัว
ออกจากสิ่งต่างๆ มองสิ่งรอบตัวในแง่ร้ายหรือด้านลบ และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม จึงเป็นผลให้ไม่
ยอมรับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาต่างๆจากบุคคลอื่น

ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าทำให้ขาด
ความคิดสร้างสรรค์ ขาดสมาธิในการทำกิจกรรมต่างๆ

2.2 การสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคม

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองในหลายๆด้าน ไม่ว่าจะเป็น
เป็นด้านการดูแลสุขภาพอนามัย การทำหน้าที่การงาน สัมพันธภาพภายในครอบครัวและชุมชน
ซึ่งความบกพร่องของการทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวันจากภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้น สามารถ
เปรียบเทียบได้กับความบกพร่องที่เกิดจากความพิการอันมีสาเหตุจากโรคเรื้อรังทางกายอื่นๆ ทั้งนี้เมื่อ
วัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการและความเจ็บป่วย (Years of Life Lost with Disability,
YLL) พบว่า โรคซึมเศร้าก่อความสูญเสีย เป็นอันดับที่ 1 ในหญิงไทย และเป็นอันดับที่ 3 ในชายไทย
ซึ่งตัวเลขนี้บ่งชี้ถึงการทำหน้าที่ทางสังคม (subjective function) ที่สูญเสียไป (WHO, 2004) ดังนั้นผู้วิจัยจึง
ได้รวบรวมองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ทางสังคม และการสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคมใน
ผู้ป่วยเรื้อรัง ไว้ดังนี้

2.2.1 ความหมายของการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มหลัก
ได้แก่ (Ware and Gandek for the IQOLA Project Group, 1998)

2.2.1.1 การประกอบกิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเอง การ
รักษาสุขภาพส่วนตัวส่วนบุคคล การสื่อสาร การเดินทาง การทำหน้าที่ทางเพศ การนอน การเข้าสังคม การ
จับจ่ายซื้อของ การประกอบอาหาร การดูแลที่อยู่อาศัย การแต่งกาย และกิจกรรม ด้านนันทนาการ
ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเหล่านี้ควรเกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวช ไม่ใช่เกิดจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ไม่มีเงิน
หรือไม่มียานพาหนะ โดยรวมแล้วคุณภาพของกิจกรรมเหล่านี้ พิจารณาจากการพึงตนเองได้ตามความ
เหมาะสม ประสิทธิภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และมีความจำเป็นที่ต้องบอก
ถึงความสามารถของบุคคลใน ด้านความคิดริเริ่ม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าว โดยไม่

ต้องมีการกำกับหรือให้คำอธิบาย การประเมิน ควรประเมินภาพรวมของระดับความสามารถที่จำกัดของผู้ป่วยนั้น ไม่ใช่เพียงแค่จำนวนกิจกรรมที่ถูกจำกัด

2.2.1.2 การทำหน้าที่ทางสังคม หมายถึงความสามารถของบุคคลในการแสดงบทบาททางสังคมอย่างเหมาะสม ประกอบด้วย การปรับตัวเข้ากับคนอื่นได้อย่างเหมาะสมทั้งในการดำเนินชีวิตตามปกติและในการทำงาน การติดต่อกสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ชัดเจน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่ม พฤติกรรมที่ร่วมมือ คำนึงถึงคนอื่น ตระหนักถึงความรู้สึกของคนอื่น และวุฒิภาวะทางสังคม หน้าที่ทางสังคมในที่ทำงาน อาจรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน การตอบสนองต่อผู้มีอำนาจ เช่น หัวหน้าหรือการเป็นส่วนหนึ่งของทีม การสูญเสียความสามารถทางสังคม อาจแสดงจากประวัติการทะเลาะวิวาท ไล่คนอื่นออกนอกบ้าน การกลั้วคนแปลกหน้า หลีกเลี่ยงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การให้ตัวอย่างแสดงความสูญเสียหน้าที่ทางสังคมเป็นเรื่องที่มีประโยชน์อย่างมาก การประเมินควรประเมินทั้งจำนวนของหน้าที่ทางสังคมที่เสียไปและภาพรวมทั้งหมดที่เสียไปด้วย

2.2.1.3 การทำงานให้สำเร็จ หมายถึง ความสามารถในการตั้งใจทำงานในเวลานานพอที่จะทำงานให้สำเร็จทั้งการทำงานในที่ทำงานและที่บ้าน หรืออาจกล่าวได้ว่า การมีสมาธิที่คู่กับความพากเพียรพยายาม และความสามารถในการทำงานอย่างมีขั้นตอน เป็นสิ่งจำเป็นในการจะทำงานให้สำเร็จ ซึ่งความบกพร่องของสมาธิ ความพยายามและการมีขั้นตอนในการทำงานนี้ สังเกตได้จากความพยายามทำงานในอดีตหรือในสถานการณ์ที่คล้ายการทำงาน

2.2.1.4 ความสามารถในการปรับตัว หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่มีความเครียด ในการเผชิญแต่ละสถานการณ์ บุคคลอาจแยกตัวจากสถานการณ์หรือแสดงอาการของโรคทางจิตเวชนั้นคือ เขาไม่สามารถปรับตัว และมีความลำบากในการคงการทำหน้าที่กิจวัตรประจำวัน คงความสัมพันธ์ทางสังคม และทำงานให้สำเร็จ ความเครียดที่พบบ่อยในที่ทำงานรวมถึงการพิจารณา การตัดสินใจ การทำงานให้สำเร็จตามตารางเวลา และปฏิสัมพันธ์กับเจ้านายและผู้ร่วมงาน ผู้ประเมินควรมีการบอกถึงตัวอย่างของสถานการณ์ของความเครียดที่ผู้ป่วยประสบและผลกระทบจากการสูญเสียความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์นั้น ๆ

2.2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม

Ware and Gandek for the IQOLA Project Group (1998) กล่าวถึง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมไว้ดังนี้

1) การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Physical self-care) เนื่องจากบุคคลที่จะมีสุขภาพกายที่ดีจึงพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาที่มากระทบทางจิตใจได้ แต่หากบุคคลผู้นั้นขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง เพื่อให้คงสภาพร่างกายที่ดีไว้ ก็จะทำให้ไม่สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เนื่องจากการบำรุงร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล จะช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ยิ่งในผู้ป่วย

โรคซึมเศร้าด้วยแล้ว การหมกมุ่นอยู่กับตนเองส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ เกิดโรคต่างๆตามมาได้ ดังนั้น หากผู้ป่วยเข้าใจ ก็จะสามารถดูแลตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงได้ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้มาพบปะกับคนอื่นๆ และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วย

2) การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม (Developing and maintaining social support system) ระบบสนับสนุนทางสังคม คือ กลุ่มคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีจุดหมาย มีการให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน ระบบนี้จึงจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลตนเองด้านจิตใจ การมีเครือข่ายทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับและเห็นว่ามีคุณค่า การมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปรับตัว ทำให้บุคคลนั้นมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง และยังเป็นส่วนที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยยามเกิดปัญหา เป็นแหล่งประโยชน์ทางสังคมที่ดีอย่างหนึ่ง และส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยให้อยู่ในภาวะสมดุล

3) การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (Coping skills) การทำให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองเมื่อตนเองต้องเผชิญปัญหา จะมีวิธีการเลือกเผชิญปัญหานั้นอย่างไร รวมทั้งการฝึกให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะหาวิธีการเผชิญปัญหาหรือการเผชิญความเครียดในชีวิตประจำวันได้ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Effective communication) การสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคม เนื่องจากทำให้บุคคลรับรู้ความต้องการของตนเอง ความต้องการของผู้อื่น หากการสื่อสารไม่เหมาะสม ย่อมนำไปสู่ความไม่เข้าใจกัน ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อกัน ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการสื่อสารที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ เกิดความมีคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกในทางบวกกับตนเอง พร้อมทั้งจะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จึงทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีตามมาด้วย

2.2.3 การประเมินระดับความรุนแรงของการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการประเมินการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถประเมินได้ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2 ตามลำดับ (Kitti, 2005)

2.2.4 วิธีการประเมินระดับการสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีขั้นตอนดังนี้ (Kitti, 2005)

2.2.4.1 พิจารณาความสามารถของผู้ป่วยในการทำหน้าที่ทั้ง 4 ด้าน แล้วให้คะแนนในแต่ละด้านตามตารางที่ 2

2.2.4.2 นำคะแนนที่ให้ในแต่ละด้านมาบวกกันแล้วหารด้วย 4 ค่าที่ได้คือคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วย

2.2.4.3 นำคะแนนเฉลี่ยไปใช้ในการประเมินระดับการสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโดยเทียบออกมาเป็นการสูญเสียร้อยละของทั้งร่างกายตามตารางที่ 3

ตารางที่ 1 การประเมินระดับความรุนแรงของการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม

หน้าที่	ระดับที่ 1 ไม่สูญเสีย	ระดับที่ 2 สูญเสียเล็กน้อย	ระดับที่ 3 สูญเสียปานกลาง	ระดับที่ 4 สูญเสียมาก	ระดับที่ 5 สูญเสียรุนแรง
- กิจวัตรประจำวัน - หน้าที่ทางสังคม - การทำงานให้สำเร็จ - ความสามารถในการปรับตัว	ไม่พบความสูญเสีย	สูญเสียการทำหน้าที่ที่มีประโยชน์เพียงเล็กน้อยโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น	สูญเสียการทำหน้าที่ที่มีประโยชน์และต้องพึ่งพาผู้อื่นบางส่วน	สูญเสียการทำหน้าที่ที่มีประโยชน์อย่างมากและต้องพึ่งพาผู้อื่นเกือบทั้งหมด	สูญเสียการทำหน้าที่ที่มีประโยชน์ทั้งหมดและพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด

ตารางที่ 2 การประเมินการสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม

รูปแบบของการทำหน้าที่	ระดับคะแนน
1. การประกอบกิจวัตรประจำวัน : ไม่มีความบกพร่องคือสามารถทำกิจกรรม การดูแลตนเอง การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและทำกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันได้ตามปกติเหมือนคนทั่วไป โดยอาจใช้เวลาในการทำกิจกรรมมากกว่าปกติเล็กน้อย	5
: มีความบกพร่องเล็กน้อยคือ สามารถทำกิจกรรม การดูแลตนเอง การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลและทำกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันได้ โดยต้องมีคนคอยกระตุ้นหรือคอยดูแลให้คำแนะนำหรือให้อธิบายในการทำกิจกรรมบางกิจกรรม	4
: มีความบกพร่องปานกลาง คือ สามารถทำกิจกรรม การดูแลตนเอง การรักษาสุขภาพอนามัย	3

รูปแบบของการทำหน้าที่	ระดับ คะแนน
<p>ส่วนบุคคลและทำกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันได้ โดยต้องมีคนคอยให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา</p> <p>: มีความบกพร่องชัดเจน คือ สามารถทำกิจกรรม การดูแลตนเอง การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล และทำกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันได้เพียงเล็กน้อย จะต้องมีคนคอยช่วยเหลือ ช่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้เกือบทุกกิจกรรม</p> <p>: มีความบกพร่องรุนแรง คือ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการประกอบกิจวัตรประจำวันได้เลย ต้องพึ่งคนอื่น หรือจะต้องมีคนคอยช่วยเหลือในทุกกิจกรรม</p>	<p>2</p> <p>1</p>
<p>2. การทำหน้าที่ทางสังคม</p> <p>: ไม่มีความบกพร่อง คือ สามารถแสดงบทบาททางสังคมทั้งในด้านการประกอบกิจวัตรตามปกติในการทำงาน และสามารถสื่อสารได้เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป โดยอาจต้องใช้เวลาในการปรับตัวแต่ละบทบาทยาวนานกว่าคนปกติเล็กน้อยจึงจะสามารถแสดงบทบาททางสังคมได้เหมาะสม</p> <p>: มีความบกพร่องเล็กน้อย คือ สามารถแสดงบทบาททางสังคม และสามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ร่วมกับการปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่นได้ เมื่อได้รับคำอธิบายหรือแนะนำและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่มเป็นบางครั้ง</p> <p>: มีความบกพร่องปานกลาง คือ แสดงบทบาททางสังคมไม่ค่อยเหมาะสม มีการสื่อสารที่คลุมเครือ ต้องใช้เวลานานจึงจะสื่อความหมายตามที่ต้องการได้ แยกตัวเองออกจากบุคคลอื่น ไม่ค่อยให้ความร่วมมือกับบุคคลอื่น ๆ ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความลำบากในการปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่น</p> <p>: มีความบกพร่องชัดเจน คือ แสดงบทบาททางสังคมไม่เหมาะสมอย่างมาก มีการสื่อสารที่ผิดปกติ เช่น ได้ตอบไม่ตรงกับคำถาม แยกตัวเองออกจากสังคมชัดเจน ไม่ยอมร่วมมือในการทำกิจกรรมกลุ่มใด ๆ ทั้งสิ้น มีความยากลำบากในการปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่นอย่างมาก</p> <p>: มีความบกพร่องรุนแรง คือ ไม่สามารถแสดงบทบาททางสังคมได้เลย ไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้เลย มีท่าทางไม่เป็นมิตรและไม่สามารถปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่นได้</p>	<p>5</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p>
<p>3. การทำงานให้สำเร็จ (การมีสมาธิ ความพยายาม และการทำงานอย่างมีขั้นตอน)</p> <p>: ไม่มีความบกพร่องคือ สามารถทำงานได้สำเร็จโดยอาจต้องใช้เวลาในการทำงานแต่ละอย่างนานกว่าคนปกติเล็กน้อย</p>	<p>5</p>

รูปแบบของการทำหน้าที่	ระดับคะแนน
: มีความบกพร่องเล็กน้อย คือ สามารถทำงานทั้งงานทั่ว ๆ ไปและงานบ้านได้ แต่ขาดความละเอียดหรือความเรียบร้อยของเนื้องานบางส่วนไป	4
: มีความบกพร่องปานกลาง คือ มีความตั้งใจทำงานในระยะเวลาจำกัด ไม่สามารถทำงานทั่ว ๆ ไปและงานบ้านให้สำเร็จได้ แต่ยังมีเนื้องานปรากฏให้เห็นในส่วนที่ทำได้	3
: มีความบกพร่องชัดเจน คือ มีสมาธิสั้นมากในการทำงานจะต้องมีคนคอยช่วยเหลือจึงจะสามารถทำงานง่าย ๆ ได้บ้าง	2
: มีความบกพร่องรุนแรง คือ ไม่มีสมาธิจนทำให้ไม่สามารถทำงานได้เลย	1
4. ความสามารถในการปรับตัว	
: ไม่มีความบกพร่องคือ สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่มีความเครียดต่าง ๆ ได้ โดยอาจต้องใช้เวลาานกว่าคนปกติเล็กน้อย	5
: มีความบกพร่องเล็กน้อย คือ สามารถปรับตัวในสถานการณ์ที่มีความเครียดต่าง ๆ ได้เกือบทุกสถานการณ์	4
: มีความบกพร่องปานกลาง คือ สามารถปรับตัวในสถานการณ์ที่มีความเครียดต่าง ๆ ได้ค่อนข้างเล็กน้อย	3
: มีความบกพร่องชัดเจน คือ มีความยากลำบากอย่างมากในการปรับตัวในทุกสถานการณ์ที่มีความเครียด	2
: มีความบกพร่องรุนแรง คือ ไม่สามารถปรับตัวในทุกสถานการณ์ได้เลย ไม่มีความอดทนต่อการเปลี่ยนแปลงตามปกติในชีวิตประจำวัน	1

ตารางที่ 3 การแบ่งระดับค่าการสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคม

ระดับที่	คะแนนเฉลี่ย	ร้อยละของทั้งร่างกาย
1	5.00 – 4.51	0 – 9
2	4.50 – 3.51	10 – 24
3	3.50 – 2.51	25 – 54
4	2.50 – 1.51	55 – 75
5	1.50 – 1.00	มากกว่า 75 ขึ้นไป

2.2.5 การประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมโดยใช้แบบประเมิน SF-36

แบบสอบถาม SF-36 เป็นแบบสอบถามประเภททั่วไปที่มีการใช้อย่างแพร่หลายทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยเนื่องจากสามารถวัดได้ทุกกลุ่มคนและโรค ประกอบกับมีการวิจัยคุณสมบัติต่างๆอย่างดี โดยแบบสอบถามนี้ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นโครงสร้าง (construct) ซึ่งประกอบขึ้นด้วยหลายแนวความคิด (concept) ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพด้านกายภาพ (physical health) สุขภาพด้านจิตใจ (mental health) สุขภาพด้านสังคม (social health) และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (general health) ซึ่งสอดคล้องกับนิยามของ “สุขภาพ” โดยองค์การอนามัยโลกที่ว่า สุขภาพไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรค แต่หมายถึงการมีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Wacharee and Paramee, 2005)

สำหรับ SF-36 (Short Form Health Survey) ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสุขภาพโดยแบ่งเป็น 8 มิติ (dimensions) รวม 35 ข้อ คือ มิติ Physical functioning (10 ข้อ), Role limitations due to physical problems (4 ข้อ), Bodily pain (2 ข้อ), General health perceptions (5 ข้อ), Social functioning (2 ข้อ), Vitality (4 ข้อ), Role limitations due to emotional problems (3 ข้อ) และ General mental health (5 ข้อ) และคำถามอิสระ 1 ข้อ (Reported health transition) รวม 36 ข้อ ลักษณะตัวเลือกของคำถามแต่ละข้อเป็นแบบ Likert scale การคำนวณคะแนนทำโดยการแปลงคะแนนตามน้ำหนักที่ผู้สร้างกำหนด (10 ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 ถึง 100 คะแนนสูงหมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการคิดคะแนนเป็นไปในลักษณะของ Profile scores โดยเป็นการคิดคะแนนที่มักใช้วิธีการวัดเชิงจิตวิทยา (psychometric) ซึ่งจะรายงานคะแนนตามมิติ (domain) ของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตนั้น ๆ โดยรายงานคะแนนทั้งหมด 8 ด้านตามมิติจำนวน 8 มิติ นอกจากนั้น ยังรวมเป็นคะแนนสรุป 2 ด้าน คือ คะแนนสรุปทางด้านกายภาพและด้านจิตใจ (physical and mental health component summary scores) แต่ไม่มีคะแนนรวมของทุกมิติที่เป็นตัวเลขเดียว

อย่างไรก็ตาม แบบสอบถามฉบับนี้มีคุณสมบัติความเที่ยงที่ดี และมีความตรงเกือบทุกมิติเป็นไปตามเกณฑ์ โดยค่าความเที่ยงของแบบสอบถามนี้มีค่าสูงกว่า 0.7 ทุกมิติ ซึ่งทำให้สามารถนำไปใช้วัดได้ในระดับกลุ่ม (group level) ได้อย่างเหมาะสม ข้อดีของเครื่องมือ คือ สามารถวัดผลของการรักษาที่มีต่อชีวิตในมิติต่าง ๆ และสามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยกลุ่มโรคต่าง ๆ ได้ ข้อเสียอาจเพราะการที่ความไว (responsiveness) ต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือสุขภาพค่อนข้างต่ำ เนื่องจากเครื่องมือเหล่านี้ไม่เฉพาะต่อโรคใดโรคหนึ่งหรือสภาวะใดสภาวะหนึ่ง (Wacharee and Paramee, 2005)

ประโยชน์ของการใช้แบบประเมิน SF-36 ได้แก่ 1) เพื่อติดตามประเมินภาวะสุขภาพของประชากร (population monitoring) เช่น การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุในชุมชนหนึ่ง หรือในกลุ่มเด็กนักเรียนแห่งหนึ่ง หรือผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง

เป็นต้น 2) เพื่อใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (outcomes measurement) ของการรักษาหรือดูแลทางสุขภาพ เช่นการเปรียบเทียบผลของยา 2 ชนิด โดยผลลัพธ์ทางด้านคลินิก (clinical outcomes) เศรษฐศาสตร์ (economic outcomes) และคุณภาพชีวิต (humanistic outcomes) เป็นต้น 3) เพื่อใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (clinical practice) ซึ่งในทางปฏิบัตินั้น การประเมินคุณภาพชีวิตเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากผลทางคลินิกหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2007)

3. แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษา

3.1 ความหมายของสุขภาพจิตศึกษา

การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) มีหลายคำที่ใช้ในความหมายเดียวกัน เช่น การให้ความรู้กับผู้ป่วย (Patients education) การสอนผู้ป่วย (Patients teaching) การให้คำแนะนำผู้ป่วย (Patients instruction) มีผู้ให้คำจำกัดความของการให้สุขภาพจิตศึกษา ไว้ดังนี้

Rankin & stalitngs (2001) กล่าวว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาคือ กระบวนการที่เกี่ยวกับพฤติกรรมในการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และทักษะในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ เป็นกระบวนการที่เป็นองค์กรรมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพ

Megeity & Megenity (1982 cited in Litrell et al., 2006) กล่าวว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง เป็นการบูรณาการที่เป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชและการปฏิบัติการพยาบาล เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเพื่อช่วยให้โรคและการเจ็บป่วยดีขึ้น หรือหายเป็นปกติโดยการปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยฟื้นฟูการคงสภาพและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเป็นความพยายามอย่างที่สุดที่จะทำให้บุคคลที่เจ็บป่วยหายกลับเป็นปกติได้ ซึ่งมีเป้าหมายดังนี้ 1) การหายกลับเป็นปกติจากการเจ็บป่วยทางจิต 2) มีความเสมอภาคในชุมชน 3) มีการมองโลกในแง่ดี และมีความหวัง 4) ความสามารถของแต่ละบุคคลต่อการเรียนรู้และพัฒนา

Goldman (1988 cited in Litrell et al., 2006) ได้ให้ความหมายว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาในหน่วยงานทางจิตเวชเป็นการให้ความรู้ หรือฝึกอบรมบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ขอบเขตของเนื้อหาจะสนับสนุนเป้าหมาย เพื่อการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพสุขภาพจิตศึกษาดำเนินการโดยทีมที่ทำการรักษาผู้ป่วยและใช้ควบคู่กับการรักษาด้วยยาและกลยุทธ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบอื่นๆ รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

3.2 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วย และการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (Williams, 1989) สุขภาพจิตศึกษาไม่ใช่การบำบัด แต่เป็นวิธีการที่ถูกออกแบบมาเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการบำบัดรักษาทั้งหมด ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นย่อมจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วย และระบบสนับสนุนของผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย จนสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และสามารถหาวิธีป้องกันการป่วยซ้ำได้ วิธีการนี้มักนิยมใช้ก่อนหรือร่วมกับการทำครอบครัวบำบัด (family therapy)

การให้สุขภาพจิตศึกษา มีรูปแบบของการให้ความรู้อยู่ 2-3 รูปแบบ สำหรับญาติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการยอมรับ ซึ่งรวมถึงการประคับประคอง (support) และการบริการด้านความรู้ (educational services) โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูล (information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (networks) (Anderson, Hogarty, and Reiss, 1980) ซึ่งในที่นี้หมายถึงรูปแบบของการปฏิบัติการ (intervention) ซึ่งพยายามที่จะแก้ไขปัญหา และจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยการสร้างความร่วมมือ และสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้ป่วย

การให้สุขภาพจิตศึกษามีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบ โดยแบ่งได้ดังนี้ (Williams, 1989)

1) การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะขณะที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้ฝึกทักษะ และสามารถดูแลตนเองได้

2) การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Group psychoeducation) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย หรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ในการแก้ไขปัญหที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

3) การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) เป็นรูปแบบจำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญ คือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม และมีการร่วมมือกันระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัว ในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

3.3 แนวทางการให้สุขภาพจิตศึกษาในหน่วยงานจิตเวช

แนวทางการให้สุขภาพจิตศึกษาในหน่วยงานทางด้านจิตเวชมีหลายแนวทาง ดังต่อไปนี้

APA Practice Guidelines (2004) แนวทางปฏิบัติของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ได้ระบุหัวข้อที่สำคัญของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา สำหรับบุคคลซึ่งเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง ดังนี้

- 1) อาการที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย
- 2) ระยะเวลาของการเจ็บป่วย
- 3) การรักษารวมถึงยาที่ใช้ในการรักษา และ
- 4) การป้องกันอาการกำเริบซ้ำ

มาโนช หล่อตระกูล (2542) Chesla (1996); Townsend (2003) ได้ให้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางจิตใจและการดูแลบำบัดรักษาที่ทีมสุขภาพนำมาสอนผู้ป่วยและผู้ดูแลประกอบด้วย

1) ความรู้เรื่องโรค มีเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะของโรค อาการแสดงและการรักษาพยาบาลโดยทั่วไป และ

2) วิธีการดูแลผู้ที่เป็นโรค มีเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับรักษาของโรคการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และทักษะทางสังคม เช่น ทักษะการสื่อสาร การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ และเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษารวมทั้งเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอย่างมีคุณภาพ (Pekkala & Merinder, 2006) และเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการร่วมมือการรักษา ทักษะการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา (Antai – Otong, 1989 cited in Pekkala & Merinder, 2006)

สรุปได้ว่า การให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชและการปฏิบัติการพยาบาลเป็นกระบวนการที่เป็นองค์รวมนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพ การให้ความรู้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด ทักษะทางสังคม และ การเตรียมผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลตนเองและสามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้นและลดการป่วยซ้ำได้

4. การเผชิญปัญหาและความสามารถในการเผชิญปัญหา

4.1 ความหมายการเผชิญปัญหา

Garland and Bush (1982) กล่าวว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหา เป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามระงับบรรเทา หรือการจัดการกับความเครียดหรือสิ่งที่มาคุกคามที่อาจประกอบด้วยพฤติกรรมที่เปิดเผยก็ได้

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา หมายถึง ความพยายามทางสติปัญญา (Cognitive) และพฤติกรรม (Behavior) ที่มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อจัดการหรือแก้ไขกับปัญหา หรือสิ่งกระตุ้นที่คุกคามเป็นอันตรายจากภายนอกและภายในอย่างเฉพะเจาะจง ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหานั้นถูกประเมินว่าต้องใช้แหล่งประโยชน์อย่างมากในการจัดการกับสิ่งกระตุ้น

Bruner (1966, cited in Miller, 1991) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา คือ การแก้ปัญหา เผชิญหน้ากับความจริงของปัญหา เพื่อที่จะรักษาความมั่นคงของการทำงานของร่างกาย

Lipowski (1970, cited in Miller, 1991) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา คือ การที่ผู้ป่วยใช้ความคิดและการกระทำเพื่อที่จะรักษาความมั่นคงของร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะครอบคลุมถึงการฟื้นฟูการทำงานที่ผิดปกติ และเป็นการชดเชยการทำหน้าที่ของร่างกายที่สูญเสียไปและไม่สามารถกลับคืนเป็นปกติได้

Miller (1991) กล่าวว่า การเผชิญปัญหา คือ การจัดการกับสถานการณ์ที่มีลักษณะคุกคามของบุคคล เพื่อจัดหรือแก้ไขความรู้สึกไม่สุขสบายต่างๆ

สรุปได้ว่า การเผชิญปัญหา หมายถึง กระบวนการที่บุคคลใช้ในการจัดการกับภาวะที่บุคคลนั้นประเมินว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม หรือเป็นอันตราย ซึ่งแสดงออกมาในรูปแบบของความคิดและพฤติกรรม ที่พยายามระงับบรรเทาหรือจัดภาวะหรือสิ่งที่มาคุกคามนั้น เพื่อให้ปัญหาเหล่านั้นคลี่คลายลง เพื่อที่จะดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายและจิตใจ

4.2 กระบวนการเผชิญปัญหา

กระบวนการเผชิญปัญหา ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย สถานการณ์ หรือสิ่งเร้า (Event or Stressor) การประเมินสถานการณ์ (Appraisal) และการเผชิญปัญหา (Coping) เป็นขั้นตอนดังต่อไปนี้

4.2.1 สถานการณ์ หรือสิ่งเร้า (Event or Stressor) เป็นสิ่งที่มากระตุ้นหรือมาคุกคาม ทำให้ความต้องการไม่เป็นดังที่คาดหวัง บุคคลจะพยายามใช้ความสามารถในการชนะสิ่งที่มาคุกคาม เพื่อควบคุมร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล สถานการณ์หรือสิ่งเร้า นั้นแบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ

4.2.1.1 สิ่งเร้าที่รุนแรง หมายถึง สถานการณ์หรือสิ่งนั้นเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันหรือรุนแรง ได้แก่ การเจ็บป่วยทางกาย การได้รับบาดเจ็บ เป็นต้น

4.2.1.2 ผลของสถานการณ์ความเครียดต่างๆ เช่น การสูญเสีย การย้ายที่อยู่ การเปลี่ยนแปลงสถานภาพ เช่น การเปลี่ยนงาน การแต่งงาน หรือการหย่าร้าง เป็นต้น

4.2.1.3 สิ่งเร้าที่เกิดขึ้นเป็นประจำ เช่น สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความกดดันของบทบาท หน้าที่ เป็นต้น

4.2.2 การประเมินสถานการณ์ (Appraisal) การประเมินสถานการณ์นี้เป็นการประเมินทางสติปัญญา (Cognitive Appraisal) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลาที่มีชีวิตอยู่ โดยการประเมินสถานการณ์นั้นว่ามีผลอย่างไรต่อตนเองบ้าง และจะเผชิญเหตุการณ์นั้นด้วยกลวิธีใด ซึ่งแบ่งเป็นการประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) และขั้นทุติยภูมิ (Secondary Appraisal)

4.2.2.1 การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) เมื่อเผชิญสถานการณ์ต่างๆ บุคคลจะใช้ความสามารถทางสติปัญญา ความรู้ ประสบการณ์ในการประเมินสถานการณ์นั้นว่า สิ่งใดเกี่ยวข้องกับตนเองในทางที่ดี สิ่งใดเป็นอันตรายกับตนเอง ถ้าประเมินขั้นที่หนึ่งแล้วบุคคลตัดสินใจว่า สิ่งแวดล้อมนั้นมีสิ่งที่เป็นอันตรายกับตนเอง บุคคลจะพิจารณาตัดสินใจว่า อันตรายอยู่ในระดับใด ซึ่งแบ่งออกได้ 3 แบบ คือ

ก) ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (Irrelevant) คือ การที่บุคคลพิจารณาว่าตนเองไม่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์นั้น หรือไม่มีสิ่งสูญเสียจากเหตุการณ์นั้น

ข) ได้รับประโยชน์ (Benign/positive) คือการที่บุคคลประเมินว่า จะได้รับผลดีหรือประโยชน์จากสิ่งที่ต้องเผชิญ ซึ่งอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะเป็นด้านบวก เช่น มีความสุข สดชื่น ร่าเริง เป็นต้น หากบุคคลประเมินค่าในลักษณะนี้แล้วจะไม่ก่อให้เกิดความเครียด จึงไม่จำเป็นต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น

ค) สถานการณ์นั้นๆ เป็นความตึงเครียด (Stressful) ซึ่งการประเมินแบบนี้แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

- เป็นอันตรายหรือความสูญเสีย (Harm or loss) คือ การที่บุคคลประเมินว่าเกิดการเสียหายขึ้นกับตนเองหรือเกิดผลในทางลบ เช่น อุบัติเหตุ การเจ็บป่วย หมดความสามารถ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียความสำนึกในคุณค่าของตนเอง

- การคุกคาม (Threat) เป็นการประเมินถึงอันตรายหรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคตหรือเหตุการณ์นั้นจะทำให้เกิดความยุ่งยากลำบากตามมา

- การท้าทาย (Challenge) เป็นการพิจารณาตัดสินใจว่าเหตุการณ์นั้น

อาจจะเป็นอันตราย แต่คาดการณ์ว่าตนสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ มีลักษณะคล้ายกับ การคุกคาม ต่างกันคือ การประเมินว่าเป็นการทำทายนั่น จะมีจุดมุ่งหมายในทางที่ดี มีความกระตือรือร้น ตื่นตัว มีชีวิตชีวา ในขณะที่การคุกคามนั้น จะเน้นบนอันตรายที่เกิดขึ้น และมีท่าทีในทางกลัว โกรธ วิดก กังวล

4.2.2.2 การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary Appraisal) เมื่ออยู่ในอันตราย ไม่ว่าจะบุคคลจะประเมินว่าเป็นการคุกคามหรือทำทายนั่น บุคคลนั้นต้องกระทำบางสิ่ง เพื่อจัดการกับสถานการณ์นั้น ให้ผ่านพ้นไป และต้องประเมินว่าจะใช้กลวิธีใดได้บ้าง เพื่อให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ดีที่สุด โดยบุคคลนั้นจะใช้สติปัญญา ความรู้และประสบการณ์มาประเมินทรัพยากรและทางเลือกของตน ซึ่งเป็นการนำความสามารถ ความช่วยเหลือ รวมถึงเงินหรือทรัพย์สินที่มีอยู่มาพิจารณาว่าจะมีประโยชน์ต่อการเผชิญสถานการณ์นั้นได้อย่างไร นอกจากนี้ Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การประเมินสถานการณ์นั้นมีผลต่อกลวิธีในการเผชิญปัญหา คือหากบุคคลประเมินว่าสถานการณ์นั้นไม่สามารถแก้ไขได้แล้ว บุคคลนั้นจะใช้กลวิธีในการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์มากกว่าบุคคลที่ประเมินสถานการณ์นั้นว่า สามารถแก้ไขได้และบุคคลที่ประเมินสถานการณ์ว่าสามารถแก้ไขได้ หรือหาข้อมูลเพิ่มเติมแล้วจะสามารถแก้ไขได้ บุคคลนั้นจะเผชิญปัญหากด้วยวิธีมุ่งเน้นแก้ไขปัญหามากกว่า

4.2.3 การประเมินซ้ำ (Reappraisal) หลังจากที่บุคคลพยายามที่จะกำจัดอันตรายทั้งทางรูปธรรมและทางความคิดแล้ว บุคคลจะประเมินสถานการณ์ซ้ำเพื่อพิจารณาอันตรายนั้นว่ายังมีอยู่หรือลดลง หรือได้ถูกกำจัดไปแล้ว ขั้นตอนนี้ถือได้ว่าเป็นการเริ่มวงจรการประเมินสถานการณ์ขั้นที่หนึ่งได้ ถ้าผลการประเมินซ้ำนี้ บุคคลรับรู้ว่ายังมีอันตรายอยู่ หรือเกิดอันตรายขึ้นใหม่ และเขาควรเลือกใช้วิธีเผชิญปัญหาแบบใดจึงจะเหมาะสมและสามารถกำจัดปัญหานั้นให้ลุล่วงไปได้ในที่สุด

4.3 ความสามารถในการเผชิญปัญหา

หลังจากบุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นปัญหาที่ต้องเผชิญ ไม่ว่าจะอยู่ในลักษณะการเกิดอันตรายหรือสูญเสีย คุกคาม หรือทำทายนั่น บุคคลจะเลือกใช้วิธีการเพื่อจัดการแก้ปัญหา และแสดงออกทางความคิดและพฤติกรรมในลักษณะต่างๆ ซึ่งเรียกว่าวิธีการเผชิญปัญหา ซึ่งแบ่งได้ 2 ลักษณะ ดังนี้ (Lazarus and Folkman, 1984)

4.3.1 การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นความพยายามของบุคคลในการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการที่จะช่วยแก้ไขสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาโดยตรง ให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น นั่นคือ เรียนรู้ที่จะเข้าใจปัญหาตามขั้นตอนทางวิทยาศาสตร์ มีการวางแผนหาวิธีการต่างๆ ในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม มีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา จะเป็นการมุ่งปรับแก้ทั้งความคิดและพฤติกรรมของตน หรือโดยการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดปัญหา เผชิญกับสิ่งที่เป็นปัญหาตาม

ความจริง และกระทำโยเลื่อวิธีที่ดีที่สุด การเผชิญปัญหาโดยวิธีนี้จะช่วยลดความตึงเครียดของตนเอง และสิ่งเร้าที่มากกระทบ เพราะมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดให้อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง แต่จะ ใช้กับสถานการณ์ที่ประเมินแล้วว่าพอที่จะสามารถแก้ไขได้

4.3.2 การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) เป็นความ พยายามของบุคคลในการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่จะช่วยควบคุม ปรับอารมณ์ ความรู้สึก ของตนเอง คือมุ่งลดความไม่สบายใจ เมื่อไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ เป็นการรักษาสมดุลทาง จิตใจไว้ วิธีการเผชิญปัญหาแบบนี้ เป็นเพียงวิธีบรรเทาหรือลดความไม่สบายใจเท่านั้น ไม่ได้ช่วยจัดการ ปัญหาหมดไปได้ ดังนั้นถ้านำมาใช้บ่อยๆ โดยที่บุคคลขาดความตระหนักรู้ในตนเอง หรือคิด และ กระทำที่บิดเบือนความจริง ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข จะก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจมากขึ้น มี แนวโน้มทำให้เกิดอาการทางจิตได้ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย ในทางตรงกันข้ามถ้า บุคคลเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาเหล่านี้อย่างรู้สำนึกตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ก็จะเอื้อให้เกิด การปรับตัวได้

Jalowiec and Other (1984) ได้แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาไว้ 2 ด้านเช่นกัน คือ

1) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา ซึ่งมีอยู่ 15 พฤติกรรม เช่น การยอมรับปัญหา การ ตั้งเป้าหมาย การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลที่ใช้ในการแก้ปัญหา การใช้วิธีการแก้ปัญหาหลายๆวิธี เป็นต้น

2) การแก้ไขปัญหามุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งมีอยู่ 25 พฤติกรรม เช่น การร้องไห้ การทำ กิจกรรม การรับประทานอาหาร การฝึนกลางวัน การแยกตัวเอง

ดังนั้นความสามารถในการเผชิญปัญหานั้น เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามทั้ง ความคิดและพฤติกรรม ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยกระบวนการที่เกิดขึ้นนั้นมีการ เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยมีการผสมผสานทั้งแบบที่มุ่งจัดการกับปัญหาและแบบที่มุ่งจัดการกับ อารมณ์ ซึ่งทั้งสองแบบนี้อาจให้ทั้งผลดีและผลเสีย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล แต่ละสถานการณ์ที่บุคคล นั้นๆเผชิญอยู่ ซึ่งการเผชิญปัญหาที่จะให้ผลดีที่สุด คือ การใช้กลวิธีทั้งสองแบบดังกล่าว ให้ช่วยเสริมซึ่ง กันและกัน นำไปสู่การจัดการกับปัญหา ได้อย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหา

การที่บุคคลจะสามารถเผชิญปัญหาให้มีประสิทธิภาพได้นั้น ย่อมขึ้นกับหลายปัจจัยประกอบกัน ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล จำแนกได้ดังนี้ (Lazarus and Folkman, 1984)

1) ลักษณะของความเครียดหรือสถานการณ์นั้น เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน โดยไม่ทันได้คาดคิดมาก่อน ระดับความรุนแรงของสถานการณ์ ระยะเวลาที่เกิดสถานการณ์ และเป็นความเครียดเรื่องเดียวหรือหลายเรื่องที่เกิดขึ้นพร้อมกัน ซึ่งทั้งหมดจะมีผลต่อการรับรู้ของแต่ละบุคคลและมีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาต่างกัน เช่น บุคคลหนึ่งอาจสามารถเผชิญปัญหาหรือความเครียดที่รุนแรงเรื่องหนึ่งได้ แต่ประสบความล้มเหลวเมื่อเผชิญกับเรื่องที่เกิดขึ้นหลายเรื่องในเวลาเดียวกัน แม้ว่าความรุนแรงจะน้อยกว่า

2) ประสบการณ์ในอดีต เป็นศักยภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งช่วยในการตัดสินใจหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น บุคคลมักจะใช้รูปแบบการเผชิญปัญหาแบบเดิมที่เคยใช้ได้ผลมาใช้จัดการกับปัญหา ซึ่งถ้าไม่ได้ผลก็จะเลือกหาวิธีใหม่

3) อายุ จะมีผลต่อการเผชิญปัญหา โดยอายุที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้เกิดความรอบคอบในการเผชิญปัญหามากขึ้น มีแนวทางในการเลือกใช้การเผชิญปัญหามากขึ้น

4) ระดับการศึกษา ถือเป็นปัจจัยส่วนบุคคลอย่างหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา ระดับการศึกษาที่ดีกว่าจะทำให้บุคคลสามารถเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้เหมาะสม ตลอดจนการเลือกใช้ประโยชน์จากความรู้ หรือผลสะท้อนจากพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่มาพิจารณาใช้ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ

5) ทักษะในการแก้ปัญหา เป็นความสามารถเฉพาะในแต่ละบุคคลในการค้นหาข้อมูลที่เป็นต้นเหตุของปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์เพื่อแยกแยะปัญหาและทางเลือกในการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล ซึ่งทักษะนี้เป็นผลจากการนำเอาประสบการณ์ ความรู้และสติปัญญามาใช้ในการแก้ปัญหา

6) ทักษะทางสังคม เป็นความสามารถของบุคคลในการติดต่อสื่อสารสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อขอความเห็น ขอความร่วมมือและความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เนื่องจากมนุษย์ทุกคนมีหน้าที่ บทบาทในสังคมซึ่งทักษะทางสังคมนี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ช่วยให้ง่ายในการเผชิญปัญหาหรือจัดการกับปัญหามากขึ้น

7) แหล่งสนับสนุนทางสังคม คือการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว เพื่อน และสังคมอย่างแท้จริง ทั้งด้านการให้ความรู้หรือข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์และด้านการ

สนับสนุนในด้านจิตใจ เช่น การให้กำลังใจและการพึ่งพาอาศัยกัน จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาได้ดี

8) ภาวะสุขภาพและพลังงาน เนื่องจากสุขภาพและพลังงานเป็นตัวเอื้อให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาเป็นไปได้อย่างเต็มความสามารถที่บุคคลมีอยู่ หากบุคคลร่างกายอ่อนแอหรือเจ็บป่วยทำให้มีพลังงานไม่เพียงพอที่จะนำมาจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้

9) ค่านิยมและความเชื่อ บุคคลจะมีความเชื่อแตกต่างกันไปและมีอิทธิพลต่อการรับรู้และการประเมินค่าสถานการณ์ที่เข้ามากระทบ ถ้าบุคคลมีความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ มีความเชื่อทางบวกเกี่ยวกับความยุติธรรม อิศรภาพ ความดี ความชั่วหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ จะช่วยให้การประเมินสถานการณ์เป็นไปอย่างเหมาะสม มีความคิดในทางที่ดีต่อความสามารถของตนเอง มองตนเองในทางที่ดี มีกำลังใจแหล่งสนับสนุนต่างๆ จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจและมีพลังในการเผชิญปัญหาได้ดี

10) แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางการเงิน สิ่งของ และสิ่งอำนวยความสะดวก ถ้าบุคคลใช้สิ่งเหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมมีทางเลือกและมีความพร้อมในการเผชิญปัญหาได้มากขึ้น

4.8 การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

Miller (1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาที่ดีนั้นจะเกิดขึ้นในกรณีที่บุคคลสามารถจัดการความไม่สุขสบายที่เกิดจากภาวะสูญเสียหรือเป็นอันตราย สามารถรักษาความมั่นคงของบุคคลไว้ได้ รวมทั้งสามารถรักษาบทบาทและการทำหน้าที่ของตนเองไว้อย่างมีประสิทธิภาพ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและยังคงมองตนเองในด้านบวก Miller กล่าวว่า การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพเมื่อ สามารถเก็บความเศร้าโศกเสียใจให้อยู่ในระดับที่สามารถจัดการได้, ทำให้เกิดความหวังและกำลังใจ, มองตนเองในด้านบวก, สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ที่มีความสำคัญในชีวิตตนเองได้, เพิ่มความหวังในสถานการณ์ที่เป็นประโยชน์ (ระหว่างบุคคล สังคม เศรษฐกิจ)

Jalowiec and others (1984) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ คือ การกระทำในลักษณะส่งเสริมสุขภาพ ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการปัญหาได้สำเร็จ ส่วนการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ คือการกระทำที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ แม้ว่าการกระทำนั้นจะทำให้ความเครียดหรือปัญหาลดลงได้เป็นครั้งคราว เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงปัญหา การรับประทานอาหารมากกว่าปกติ การดูค่าเรียกวราวดผู้อื่น เป็นต้น บุคคลซึ่งมีสุขภาพดีเป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นอย่างหนึ่งได้ว่า บุคคลนั้นมีการเผชิญปัญหาที่ดี

Caplan (1963 cited in Miller, 1992) กล่าวว่า การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เป็นการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาตามความเป็นจริงอย่างมีประสิทธิภาพ และค้นหาข้อมูล แสดงอย่างอิสระทั้งความรู้สึกในแง่บวก และแง่ลบ มีความอดทนอดกลั้นในความขัดแย้ง ยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น หยุดปัญหาเท่าที่สามารถทำได้ ตระหนักในความเหนือล้ำและความไม่เป็นระเบียบแบบแผน พยายามต่อสู้กับปัญหา ควบคุมอารมณ์ตัวเองให้ได้ นับถือไว้วางใจตัวเองและผู้อื่น มองโลกในแง่ดี

ความสามารถในการเผชิญปัญหาของบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต

บุคคลมีวิธีการเผชิญปัญหาอย่างไร และสัมฤทธิ์ผลในการเผชิญปัญหาหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับแหล่งทรัพยากรที่อยู่ภายในและภายนอกของบุคคล (Lazarus and Folkman, 1984) เช่นเดียวกับบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม ทำให้ประเมินสถานการณ์ว่าก่อให้เกิดปัญหา เป็นเหตุให้มีการค้นหาวิธีการต่างๆ เพื่อบรรเทาอารมณ์ให้เกิดสภาพอารมณ์ที่มั่นคง และภาวะสมดุลของจิต โดยการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อการเผชิญกับปัญหานั้นๆ ซึ่งถ้าบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตนั้นมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม ก็จะสามารถเผชิญกับปัญหานั้นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มากกว่ากลุ่มที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เหมาะสม (Wartman, 1984) และบุคคลที่มีความเชื่อในความสามารถของตนมักจะใช้วิธีการจัดการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา ส่วนบุคคลที่มีความเชื่อภายนอกตน มักจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Anderson, 1977; Elishman, 1984, อ้างถึงใน Lazarus and Folkman, 1984) และบุคคลที่สามารถแสวงหาความรู้ ข้อมูลต่างๆ สามารถใช้ความคิดอย่างมีเหตุผล รวมทั้งสามารถคิดวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ได้ดี จะช่วยให้บุคคลเผชิญปัญหาได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งวิธีการเผชิญความเครียดที่บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตใช้ มีอยู่มากมาย เพื่อลดปัญหา เช่น บุคคลที่เสพยาเสพติดมักจะใช้การเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่เกิดขึ้น หรือใช้สิ่งทดแทนอื่นๆ ที่ไม่ถูกต้องนั้นคือเป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใดๆ ต่อบุคคล และอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของบุคคลด้วย เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา หรือการกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำอีก (กรวิกา บุญสะอาด, 2544) การดำเนินและการโทษตนเอง (รัฐพล อินทวิชัย, 2540) การเก็บปัญหาไว้คนเดียวไม่ยอมปรึกษาใคร นอกจากนี้จากการศึกษาของ สมัญญา เสียงใส (2521) พบว่าบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตนั้นใช้วิธีการลดความวิตกกังวลโดยไม่ใช้เหตุผลและวิธีถอยหนี นอกจากนี้ บุญวดี เพชรรัตน์ (2546) พบว่า บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตจะใช้วิธีการก้าวร้าวในการลดความกังวล ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพต้องเป็นพฤติกรรมที่สามารถจัดการกับต้นเหตุของปัญหา หรือสิ่งที่มาคุกคาม เมื่อต้นเหตุของปัญหาหมดไปทำให้บุคคลสามารถผ่านพ้นปัญหา สามารถปรับตัว มีชีวิตอยู่ในสังคม ป้อนกินการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ในขณะที่ถ้าบุคคลมีความสามารถในการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม จะทำให้

สามารถผ่านพ้นปัญหาไปได้เพียงชั่วคราวเท่านั้น และถ้าใช้วิธีการลักษณะนี้เป็นเวลานาน จะทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดอันตรายต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ (เสริมสุข ราษฎร์คุญี, 2544)

การพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ความสามารถในการเผชิญปัญหาเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล และมีการพัฒนาการไปพร้อมกับพัฒนาการด้านอื่นๆ (Garland and bush, 1982) การพัฒนาจากทารกสู่วัยรุ่น บุคคลต้องพบกับสถานการณ์ต่างๆ ตามขั้นพัฒนาการนั้นๆ การได้เผชิญปัญหาในรูปแบบต่างๆ บุคคลจะก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาอันเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ตามขั้นพัฒนาการนั้นๆ ในวัยเด็ก จะเรียนรู้และตอบสนองพฤติกรรมต่างๆ จากสิ่งแวดล้อมใกล้ตัว อาทิ การอบรมเลี้ยงดู อิทธิพลของเพื่อน ครู โรงเรียน (นิภา นิธยาน, 2530) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญให้แก่เด็ก การที่บุคคลรับรู้ว่ามีคนให้การสนับสนุนทางอารมณ์นั้นถือเป็นปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะการเผชิญปัญหา (Dan, 1978) เพราะการเรียนรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากผู้อื่นอย่างเหมาะสม จะเป็นพื้นฐานให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ในการพึ่งตัวเองในเวลาต่อมา และเป็นตัวเสริมให้เกิดความสามารถในการเลือกแนวทางในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคาม

บุคคลจะสามารถเผชิญปัญหาด้วยการตอบสนองต่อสภาพความทุกข์ใจที่เกิดขึ้นได้ด้วยข้อมูลหรือลักษณะที่ถูกต้อง นอกจากนี้การที่บุคคลจะประพฤติปฏิบัติตนตามทิศทางที่ตนเองมอง ถ้ามองตนเองในด้านลบ ก็จะแสดงพฤติกรรมในด้านลบ เมื่อเกิดปัญหาบุคคลพวกนี้จะใช้วิธีทำร้ายตนเอง ถอยหนี ปฏิเสธ หรือหลบเลี่ยงไปเพราะกลัวถูกลงโทษหรือไม่ได้รับการยอมรับจากผู้ใกล้ชิด (Carver and Scheier, 1977) นอกจากนี้บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความทุกข์กาย ทุกข์ใจ จะไม่พยายามค้นหาข้อเท็จจริงในขณะนั้น แต่จะใช้วิธีแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น พยายามหลีกเลี่ยงปัญหา ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมแก่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีปัญหาสุขภาพจิตย่อมเป็นวิธีการพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของบุคคลให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมนั้นมีหลากหลายวิธี รวมทั้งการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มเป็นวิธีการหนึ่งที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (เพ็ญศรี วรรณปติ, 2537)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4.9 แนวคิดเกี่ยวกับการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา

Problem-solving treatment หรือการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา เป็นการบำบัดทางจิตระยะสั้นที่มีโครงสร้าง ซึ่งมุ่งเน้นในเรื่อง Here and now มากกว่า ประสบการณ์ในอดีต และความเศร้าโศกเสียใจ เป็นลักษณะการบำบัดที่เป็นการประสานงานหรือร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด โดยมีกระบวนการดังนี้ (Aryl D. et al., 2008; Dowrick C. et al., 2001; Mynors Wallis, 2001)

1) Rationale of problem solving treatment คือการชี้แจงเหตุผลของการบำบัดโดยการเผชิญปัญหา กล่าวหาว่าอาการต่างๆของผู้ป่วยสาเหตุเนื่องมาจากปัญหาเหล่านั้นที่เกิดขึ้นทุกวันและถ้าปัญหาต่างๆสามารถแก้ได้ อาการต่างๆก็จะพัฒนาดีขึ้น ซึ่งปัญหาต่างๆเหล่านั้นจะแก้ไขได้ด้วยเทคนิคการแก้ปัญหาหรือเผชิญปัญหา

2) Goals of problem-solving treatment ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการบำบัดด้วยการเผชิญปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในเรื่องการเชื่อมโยงอาการต่างๆกับปัญหาของพวกเขาเหล่านั้น การค้นหาปัญหา การสอนเทคนิคการเผชิญปัญหา และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดประสบการณ์ด้านบวกกับการเผชิญปัญหา

3) Stages of problem-solving treatment ขั้นตอนการบำบัดด้วยการเผชิญปัญหา (การแก้ปัญหา) ซึ่งแบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน ได้แก่

3.1) Stage 1 อธิบายเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

3.1.1 การระลึกรู้ถึงอาการทางด้านอารมณ์ของตน (Recognition of emotional symptoms) โดยในที่นี้อาการของผู้ป่วยประกอบด้วย อาการด้านอารมณ์ ความคิด และอาการทางกาย ผู้บำบัดจะต้องทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและสามารถเชื่อมโยงปัญหากับอาการต่างๆของตน

3.1.2 การระลึกรู้ถึงปัญหาของตน (Recognition of problems) เป็นการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งทำได้โดยการไต่ถามปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาสัมพันธภาพ ปัญหาเรื่องงาน เรื่องเงิน เรื่องสุขภาพ เป็นต้น

3.1.3 เชื่อมโยงระหว่างอารมณ์และปัญหา (Making the link between emotional symptom and problems) ผู้ป่วยควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองด้านอารมณ์ต่อปัญหาต่างๆ จากนั้นผู้บำบัดอธิบายเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาต่างๆในระหว่างการบำบัด ซึ่งถ้าผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาต่างๆก็จะนำไปสู่การแก้ปัญหาเกี่ยวกับอาการของพวกเขา โดยในขั้นตอนนี้ ผู้บำบัดจะต้องกระตุ้นผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ

3.2) Stage 2 สร้างความกระจ่างชัด และกำหนดปัญหา (clarification and definition of problems) เมื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือเลือกปัญหาที่เป็นปัญหาที่มีความเฉพาะ และสำคัญของผู้ป่วย มา 1 ปัญหา จากนั้นผู้บำบัดพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของการแก้ปัญหา โดยการ

สร้างความกระจ่างชัดของปัญหาต้องพิจารณาข้อคำถามต่อไปนี้ คือ ปัญหาคืออะไร ปัญหาเกิดขึ้นเมื่อไร ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน และใครบ้างที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหา

3.3) Stage 3 ตั้งเป้าหมายความสำเร็จ (setting achievable goals) ใน 1 ปัญหา การตั้งเป้าหมายความสำเร็จอาจตั้งเป้าหมายหนึ่งเป้าหมายหรือมากกว่า ซึ่งมีความสำคัญในการพิจารณาความสมดุลระหว่างทรัพยากรในตัวบุคคลและอุปสรรคต่างๆ ซึ่งทรัพยากรในตัวบุคคลได้แก่ ความเข้มแข็ง การศึกษา ทรัพยากรด้านการเงิน การสนับสนุนจากบุคคลอื่น เช่น คู่สมรส ญาติ เพื่อน และอื่นๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์โดยเป้าหมายของความสำเร็จควรเป็นเป้าหมายที่มีความเฉพาะเจาะจง สัมพันธ์กับปัญหา สามารถวัดได้ ความเป็นไปได้ และต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านเวลา

3.4) Stage 4 ขั้นของการแก้ปัญหา (Generating solutions) โดยผู้ป่วยจะต้องมีการระดมสมองกันเพื่อนำเสนอแนวทางการแก้ปัญหาที่มีความหลากหลาย

3.5) Stage 5 ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด (Choice of preferred solution) ผู้นำบัดกระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดพิจารณาวิธีการแก้ปัญหาที่มีความเป็นไปได้และดีที่สุด และต้องไม่ก่อให้เกิดความเสียหาย

3.6) Stage 6 ส่งเสริม สนับสนุนและทำให้เกิดความมั่นคงในวิธีการแก้ปัญหาที่เลือก (Implementation of the preferred solution) ในขั้นตอนนี้ผู้นำบัดไม่ควรเร่งรีบเนื่องจากผู้ป่วยอาจขาดความไม่มั่นใจในการนำวิธีการแก้ปัญหาที่เลือกไปปฏิบัติ และในบางขั้นตอนนี้ผู้ป่วยอาจพบอุปสรรค

3.7) Stage 7 ประเมินผล (Evaluation) ขั้นนี้เป็นการประเมินความก้าวหน้าซึ่งควรทำตั้งแต่ที่ผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการรักษา ซึ่งพบว่าความผิดพลาดหรือความล้มเหลวที่เกิดขึ้นอาจเนื่องมาจากการพร่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการบำบัดและการมอบหมายงาน หรืออาจเกิดจากอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติ แต่ทั้งนี้หากผู้ป่วยประสบความสำเร็จจะเป็นเครื่องชักจูงให้ผู้ป่วยเกิดประสบการณ์ที่เปรียบเสมือนแสงสว่าง ในขั้นนี้ผู้ป่วยและผู้นำบัดควรมีการทบทวนปัญหา พิจารณาความก้าวหน้าร่วมกัน

สรุปได้ว่าการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา เป็นกระบวนการหนึ่งที่พยาบาลสามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีขั้นตอน ได้แก่ การฝึกทักษะการเชื่อมโยงอาการของภาวะซึมเศร้ากับต้นเหตุของการเกิดโรค การฝึกทักษะในการค้นหาปัญหาและการทำความเข้าใจกับปัญหา และการฝึกเทคนิคการจัดการกับปัญหาโดยมุ่งเน้นการเผชิญปัญหาอย่างมีโครงสร้าง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับต้นเหตุแห่งปัญหาที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า อันจะส่งผลต่อการไปที่การลดระดับภาวะซึมเศร้าและการเพิ่มความสามารถการทำหน้าที่ทางสังคม

4.10 การวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา

Jalowiec and others (1984) ได้สร้างเครื่องมือวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาซึ่งเรียกว่า Jalowiec coping scale (JCS) ในปี 1979 ซึ่งได้แบ่งพฤติกรรมการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 รูปแบบ 40 พฤติกรรม ประกอบด้วย (1) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา ซึ่งมีอยู่ 15 พฤติกรรม เช่น การยอมรับปัญหา การตั้งเป้าหมาย การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้อมูล การใช้วิธีการแก้ปัญหาหลายๆ วิธี เป็นต้น (2) การแก้ไขปัญหามุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งมีอยู่ 25 พฤติกรรม เช่น การร้องไห้ การทำกิจกรรม การรับประทานอาหาร การฝึนกลางวัน การแยกตัวเอง ต่อมา Jalowiec ได้พัฒนาเครื่องมือ ใช้วัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหา จากแบบวัดชุดเดิม ประกอบด้วย 40 ข้อ แบ่งเป็น 3 รูปแบบของพฤติกรรมการเผชิญปัญหา คือ (1) เผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive Coping) (2) การแก้ไ้อารมณ์ดึงเครียด (Emotive Coping) (3) การบรรเทาอารมณ์ดึงเครียด (Palliative Coping) ต่อมาในปี 1987 Jalowiec ได้ปรับปรุงแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาใหม่ มี 60 ข้อ แบ่งเป็น 8 รูปแบบ คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การหนีปัญหา การมองเหตุการณ์ในแง่ดี การมองเหตุการณ์ในแง่ร้าย การแก้ไขอารมณ์ดึงเครียด การบรรเทาอารมณ์ดึงเครียด การใช้การประคับประคอง และการพึ่งพาตนเอง โดยแบบวัดนี้ได้นำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงได้ 0.88 – 0.94 และนำไปใช้อย่างแพร่หลาย

จรรูวรรณ จินดามงคล (2541) สร้างแบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา โดยดัดแปลงจากแบบวัดของ Jalowiec coping scale (Jalowiec and others, 1987 อ้างถึงใน Jacqueline M. and Other, 1998; Downe-Wamboldt and Melansan, 1995) สร้างแบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา โดยมีคำถาม 40 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การมองเหตุการณ์ในแง่ดี การแก้ไขอารมณ์ดึงเครียด การบรรเทาอารมณ์ดึงเครียด การใช้การประคับประคอง การพึ่งพาตนเอง เมื่อนำเครื่องมือนี้หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ 0.90 ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ และประเมินคะแนน ดังนี้ ไม่เคยปฏิบัติ 0 คะแนน, ปฏิบัติหลายๆ ครั้ง 1 คะแนน, ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน, ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 คะแนน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบบูรณาการ

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า การทำหน้าที่ทางสังคม การให้สุขภาพจิตศึกษา รวมทั้งการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมที่เป็นการบูรณาการระหว่างการให้สุขภาพจิตศึกษากับการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา โดยใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาตามการศึกษาของ Cuijpers (1998) มีขั้นตอนได้แก่ การฝึกผ่อนคลายความเครียด การฝึกทักษะการคิดเชิงบวก การฝึกทักษะการดูแลตนเอง และการฝึกทักษะทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สำหรับการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากการศึกษาของ Aryl (2008) ซึ่งมีขั้นตอน ได้แก่ การฝึกทักษะการเชื่อมโยงอาการของภาวะซึมเศร้ากับต้นเหตุของการเกิดโรค การฝึกทักษะในการค้นหาปัญหาและการทำความเข้าใจกับปัญหา และการฝึกเทคนิคการจัดการกับปัญหาโดยมุ่งเน้นการเผชิญปัญหาอย่างมีโครงสร้าง สำหรับรูปแบบของกิจกรรมในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาตามการศึกษาของ Cuijpers (1998) มาใช้แต่มีการปรับเปลี่ยนลำดับขั้นตอนในการให้สุขภาพจิตศึกษา และเพิ่มเติมในส่วนของการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาตามการศึกษาของ Aryl (2008) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปการบูรณาการแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาและการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาในโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ

กิจกรรมในโปรแกรมฯ	แนวคิดหลัก	การบูรณาการ
ครั้งที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา	การให้สุขภาพจิตศึกษาตามการศึกษาของ Cuijpers (1998)	ผู้วิจัยได้บูรณาการการศึกษาของ Aryl (2008) ในขั้นกิจกรรมที่ 1 คือ การเชื่อมโยงอาการของภาวะซึมเศร้ากับต้นเหตุของการเกิดโรคลงไปด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และยอมรับปัญหาของตน
ครั้งที่ 2 การให้ความรู้เรื่องการฝึกทักษะการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพจิต สังคม	การให้สุขภาพจิตศึกษาตามการศึกษาของ Cuijpers (1998)	ผู้วิจัยรวมเอากิจกรรมที่ 1 คือ การฝึกผ่อนคลายความเครียด และกิจกรรมที่ 3 คือ การฝึกทักษะการดูแลตนเองตามการศึกษาของ Cuijpers (1998) เข้าไว้ด้วยกัน เนื่องจากเนื้อหาของกิจกรรม

กิจกรรมในโปรแกรมฯ	แนวคิดหลัก	การบูรณาการ
		สามารถปรับให้อยู่ภายในกิจกรรมเดียวได้ เพื่อลดความซ้ำซ้อนของกิจกรรมลง
ครั้งที่ 3 การฝึกความคิดเชิงบวก หยุดความคิดเชิงลบ	การให้สุขภาพจิตศึกษาตามการศึกษาของ Cuijpers (1998)	ผู้วิจัยยึดรูปแบบกิจกรรมของการให้สุขภาพจิตศึกษาตามการศึกษาของ Cuijpers (1998) ในกิจกรรมที่ 2 คือ การฝึกทักษะการคิดเชิงบวก แต่ได้เพิ่มเติมในส่วนของการเสริมสร้างการรับรู้คุณค่าในตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อตนเอง รับรู้ตนเองในด้านบวกมากขึ้น
ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา	การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาตามการศึกษาของ Aryl (2008)	ผู้วิจัยได้เพิ่มเติมกิจกรรมนี้ลงไปเพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการเผชิญปัญหาตามการศึกษาของ Aryl (2008) เนื่องจากการศึกษาของ Cuijpers (1998) ยังขาดขั้นตอนของการให้ผู้ป่วยฝึกแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบอยู่ แต่จะมุ่งเน้นที่การจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกซึมเศร้าแทน
ครั้งที่ 5 การฝึกทักษะทางสังคม	การให้สุขภาพจิตศึกษาตามการศึกษาของ Cuijpers (1998)	ผู้วิจัยยึดรูปแบบกิจกรรมของการให้สุขภาพจิตศึกษาตามการศึกษาของ Cuijpers (1998) ในกิจกรรมที่ 4 คือ การฝึกทักษะทางสังคม แต่ได้เพิ่มเติมเรื่องการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมลงไป ในกิจกรรมเพื่อให้เกิดความครอบคลุมในเนื้อหามากยิ่งขึ้น
ครั้งที่ 6 การคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี	การให้สุขภาพจิตศึกษาตามการศึกษาของ Cuijpers (1998)	ผู้วิจัยได้แยกกิจกรรมออกมาจากการศึกษาของ Cuijpers (1998) ในส่วนของกิจกรรมที่ 3 เรื่องการฝึกทักษะการดูแลตนเอง เนื่องจากกิจกรรมนี้ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญในเรื่องการวางแผนชีวิตและการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงต้องการให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลา

กิจกรรมในโปรแกรมฯ	แนวคิดหลัก	การบูรณาการ
		<p>อย่างเพียงพอในการทำกิจกรรม ซึ่งหากนำไปรวมไว้ในกิจกรรมเดียวจะทำให้เนื้อหาของกิจกรรมมากเกินไป ผู้ป่วยอาจเกิดความสับสน ทำให้ไม่ได้รับความรู้เท่าที่ควร</p>

สำหรับวัตถุประสงค์สำคัญของการจัดโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการลดระดับภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนได้

โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆละ 10 คน จำนวน 6 ครั้งๆละ 60-90 นาที /สัปดาห์ โดยเน้นให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า เป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในระยะแรกให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ซึ่งนำมาจากแนวคิดของ Doona (1979) ประกอบด้วย การแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาความสามารถในตัวเองเพิ่มมากขึ้นเป็นกระบวนการที่มุ่งให้เกิดความสำเร็จในช่วงสุดท้ายของการปฏิบัติการพยาบาล สำหรับจุดมุ่งหมายของสัมพันธภาพในรูปของการรักษามุ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตัวเอง เข้าใจตนเองและปรับตัวได้ ในระยะต่อไปของการดูแลเมื่อผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ มีความสามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ได้ดีขึ้นเพื่อตอบสนองความพอใจได้มากขึ้น (Stuart and Sundeen, 1979) ในโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการจึงมีกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่มระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการวางแผนหาแนวทางการแก้ไขได้ เกิดทักษะและการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงความคิด ทักษะคิด สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นใจ และมีพฤติกรรมดูแลตนเองเหมาะสม เกิดภาวะสุขภาพที่ดี สำหรับการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าได้นำมาจากการศึกษาของ Cuijpers (1998) ซึ่งจะเป็นการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และยอมรับกับปัญหาของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตระหนักถึงบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะซึมเศร้า และทราบว่า จะจัดการกับภาวะซึมเศร้านั้นอย่างไร (Freemantle, 1993) และมีการบูรณาการการศึกษาของ Aryl (2008) คือ การเชื่อมโยงอาการของภาวะซึมเศร้ากับต้นเหตุของการเกิดโรคลงไปด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักรู้และยอมรับปัญหาของตน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการแก้ปัญหาอันจะส่งผลต่อการลดระดับของภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น

2) การส่งเสริมการดูแลตนเองด้านกาย จิต สังคม ซึ่งเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต และการดูแลตนโดยทั่วไป โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และทักษะการผ่อนคลาย การดูแลด้านร่างกายหรือการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การส่งเสริมสุขภาพจิต การจัดการกับความเครียด โดยผู้วิจัยได้ยึดตามการศึกษาของ Cuijpers (1998) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีทักษะในการดูแลตนเองที่ดี ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีพลังในการต่อสู้กับภาวะซึมเศร้า และมีวิธีการในการลดภาวะซึมเศร้าโดยใช้เทคนิคต่างๆ เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การออกกำลังกาย เป็นต้น ยังส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม เนื่องจาก การที่ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการเผชิญความทุกข์ รวมทั้งผู้ป่วยยังกล้าที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างมากกว่าการแยกตัว หลีกหนีสังคม (Elizabeth et al., 2000; Kimberly, 2006)

3) การพัฒนาความคิดเชิงบวก หักความคิดเชิงลบ และการสร้างเสริมคุณค่าในตนเอง การที่ผู้ป่วยมีความคิดในด้านลบต่อตนเอง ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นโดยไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่ออยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาและมีความรู้สึกลับถือตนเองเพิ่มมากขึ้นและมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง (Beck, 1967) ผู้วิจัยจึงได้นำ การศึกษาของ Cuijpers (1998) มาใช้ในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถจัดการกับความคิดอัตโนมัติด้านลบเกี่ยวกับตนเอง อนาคต และ โลกได้โดยให้การฝึกความคิดเชิงบวก จากนั้นจึงเป็นการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเอง เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อตนเอง รับรู้ตนเองในด้านบวกมากขึ้น กล้าที่จะสร้างสัมพันธภาพหรือแสดงความสามารถในด้านต่างๆมากขึ้น ทำให้ส่งผลต่อการลดลงของระดับภาวะซึมเศร้าและเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมได้ (Dowrick, 2001)

4) การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา การให้ความรู้ในการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะการเผชิญปัญหาตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นรายบุคคลที่เหมาะสม ผู้วิจัยได้นำการศึกษาของ Aryl (2008) มาใช้ ซึ่งจะเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาที่แท้จริง กำหนดเป้าหมายและร่วมวางแผน โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลกับผู้ป่วย โดยพยาบาลมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพของผู้ป่วยในขั้นตอนการค้นหาปัญหาและระบุปัญหา จนกระทั่งเข้าสู่การหาแนวทางการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ทั้งนี้ระหว่างขั้นตอนการแก้ปัญหา ยังเป็นการเพิ่มความสามารถทางสังคมให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องดึงทรัพยากร แหล่งสนับสนุนเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการเข้าสังคม การสร้างสัมพันธภาพ การขอความช่วยเหลือ และทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม ดังนั้น การฝึกทักษะการแก้ปัญหา โดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ จึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีทักษะในการค้นหาปัญหาที่แท้จริงของตนเองได้ ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์และค้นหาวิธีการจัดการแก้ไข

ปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้ลดระดับของภาวะซึมเศร้าและเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมได้เป็นอย่างดี (Aryl, 2008)

5) การให้ความรู้และพัฒนาทักษะทางสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความขัดแย้งในตัวเองของผู้ป่วยกับครอบครัวหรือผู้อื่นที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดปัญหาภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างเป็นปกติสุข นอกจากนี้ยังมีการฝึกทักษะการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมและการขอความช่วยเหลือ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะแก่ผู้ป่วย ช่วยลดหรือจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด ถ้าบุคคลมีแรงสนับสนุนทางสังคมดีก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี มีอายุยืนยาว และมีอารมณ์ที่มั่นคง (Cohen & Willis, 1985) การพัฒนาทักษะทางสังคม ผู้วิจัยได้นำการศึกษาของ Cuijpers (1998) มาใช้แต่ได้เพิ่มเติมเรื่องการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมลงไป เนื่องจากการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปรับตัวหรือการตอบสนองภาวะเครียดของบุคคล หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีก็จะทำให้มีสุขภาพจิตดี (ฉวีวรรณ แก้วพรหม, 2530) และหากผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมที่ดีก็ย่อมจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ (Ronnachai, 2005) นอกจากนี้ยังมีผลต่อการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยเช่นเดียวกัน (Susan, 1998)

6) การคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี เป็นกิจกรรมที่ประกอบไปด้วยการฝึกการวางแผนชีวิตให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งการเสริมสร้างพลัง มีความหวัง ความตระหนัก ค่านิยม และสร้างกำลังใจ จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยความมั่นใจและความสามารถในการจัดการปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Caryl, 2008) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำการศึกษาของ Cuijpers (1998) มาใช้โดยพยาบาลเป็นผู้ตรวจสอบระดับความสามารถ และเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ป่วยในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับเพื่อนำไปปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก และแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ อย่างไร มีการให้กำลังใจและข้อเสนอแนะร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติ เพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง สม่่าเสมอ และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และกำลังใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตัวเองในการดำรงชีวิตต่อไป (Pekkala & Merinder, 2006) ซึ่งหากผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดีก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีสาเหตุมาจากการขาดแรงจูงใจ ขาดพลังอำนาจในตน ได้มีความหวัง มีพลังใจที่เข้มแข็งในการต่อสู้ สามารถปรับตัว ปรับความคิด อันจะส่งผลต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าลงได้ (Caryl, 2008)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษา

สกาวรัตน์ ภูผา, จิตรประสงค์ สิงห์นาง, กิรติ สุวรรณศรี และ นิภา ยอดสง่า (2542) ได้พัฒนารูปแบบกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบ การเตรียมตัวก่อนการจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้วิธีการของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษา ผลการศึกษาพบว่า การเตรียมตัวก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาเป็นอีกแนวทางที่มีประโยชน์ เพราะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจจากการที่ได้เรียนรู้ในสถานการณ์จำลองก่อน นำไปใช้สถานการณ์จริง มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลในการปฏิบัติจริง ซึ่งต้องประกอบไปด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง การฝึกทักษะการสร้างสัมพันธภาพ การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด รวมทั้งการสอนให้ผู้ป่วยและครอบครัวจัดการกับอาการผิดปกติ จากสถานะของโรคและการหาแหล่งช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา

เอกอุมา วิเชียรทอง (2549) ได้ศึกษาผลการใช้ดีเปรสชันโปรแกรมซึ่งเป็นรูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง ที่มารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติและคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลปทุมธานี โดยกลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมดีเปรสชันโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) กลุ่มบำบัดแบบประทับประคองและสุขภาพจิตศึกษา 2) การออกกำลังกายใช้เวลา 4 สัปดาห์ จากนั้นจึงมีการวัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมดีเปรสชันโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมดีเปรสชันโปรแกรม คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมดีเปรสชันโปรแกรมต่ำกว่า กลุ่มควบคุม สรุปว่าดีเปรสชันโปรแกรมสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้

Cuijpers (1998) ได้ทบทวนถึงแนวปฏิบัติในการให้สุขภาพจิตศึกษาด้านความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า และการจัดการกับพยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคจิตเวชและผู้ที่ภาวะซึมเศร้าในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ อ้างอิงจาก Clinical Practice guideline for depression ของ Thompson et al. (2000) วัตถุประสงค์เพื่อเป็นการคัดกรองความผิดปกติที่เกิดขึ้นและเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับพยาธิสภาพของโรคได้ และเพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตาย การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน พบว่าแนวปฏิบัติที่ประเมินแนวทางการจัดการกับภาวะซึมเศร้าในชุมชน ระยะเวลาดำเนินการ 10 ชม. (2 ชม./1 session) ผู้ปฏิบัติการ พยาบาลจิตเวชชุมชน เป้าประสงค์ เพื่อพัฒนาการประเมินและการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยา การดูแลตนเอง และการคงไว้ซึ่งการสัมพันธภาพทางสังคม รูปแบบการดำเนินการ การให้คำปรึกษา การบรรยายและอภิปราย การแสดงบทบาทสมมติ การทำ Feed back groups สัปดาห์ที่ 1 การประเมินภาวะ

ซึมเศร้า ให้ความรู้ความหมาย การระบาด สาเหตุเน้นด้านจิตสังคม อาการและอาการแสดง สัปดาห์ที่ 2 การคงไว้ซึ่งการรักษาและการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างโรคกับการใช้ยา การรักษาแบบทางเลือก เน้นความรู้เรื่องยากลุ่ม SSRI ด้านการใช้ยาและ S/E จากยา สัปดาห์ที่ 3 การสอนทักษะการจัดการกับปัญหา และการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ 3.1 การให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงอาการของโรคกับปัญหา 3.2 การค้นหาและการแจกแจงปัญหา 3.3 การจัดการกับปัญหาอย่างมีโครงสร้าง สัปดาห์ที่ 4 การป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การเชื่อมโยงความรู้สึก ความเชื่อ ปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะทางจิตสังคมของผู้ป่วย การให้ข้อมูลย้อนกลับถึงภาวะเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วย การจัดการกับอาการที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย การจัดการกับปัญหาที่มุ่งเน้นการใช้ทักษะการเผชิญปัญหา การมาติดตามตรวจอย่างต่อเนื่อง สัปดาห์ที่ 5 การส่งเสริมทักษะการคิดและการปรับพฤติกรรม

Elizabeth et al. (2000) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อการลดภาวะซึมเศร้าในอาสาสมัครนักโทษชายในเรือนจำจำนวน 53 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 28 คน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และบาดแผลทางใจ รวมทั้งเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการทดลองนี้เป็นการทำกลุ่มทั้งหมด 10 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ครั้งละ 90 นาที แบ่งเป็นสองส่วนคือส่วนการให้ความรู้และส่วนการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ดังนี้ ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ทบทวนความรู้เรื่องโรคเอดส์และการป้องกัน ครั้งที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับโอกาสในการติดเชื้อ และการจัดการกับภาวะซึมเศร้า ครั้งที่ 3 แนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการจัดการกับภาวะซึมเศร้า รวมทั้งปรับเปลี่ยนความคิดทางลบ ครั้งที่ 4, 5 การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย การจัดการกับภาวะวิตกกังวล ฝึกการผ่อนคลายความเครียดครั้งที่ 6 ให้ความรู้เรื่องการใช้ยาและ HIV การจัดการกับความโกรธ ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ ครั้งที่ 7 การอยู่อย่างมีความสุขดี การจัดการกับความโกรธ ครั้งที่ 8 การสร้างความมั่นใจ การจัดการกับปัญหาและการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ครั้งที่ 9 การวางแผนการจัดการในอนาคต พร้อมทั้งเสริมสร้างพลังอำนาจ และครั้งที่ 10 ยุติการบำบัด ผลจากการทดลองพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิผลในการลดระดับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ความรู้สึกมีบาดแผลทางใจ และเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกัน ผลการศึกษาพบว่า การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิภาพในการลดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและความรู้สึกมีบาดแผลทางใจได้ โดยในกระบวนการบำบัดได้สอดแทรกการบำบัดทางปัญญาร่วมด้วยซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการลดภาวะซึมเศร้า

Fabriye Oflaz et al. (2008) ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากเหตุการณ์แผ่นดินไหวและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น PTSD จำนวน 51 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่ม PEM 21 คน กลุ่ม M 16 คน กลุ่ม PE 14 คน ในคลินิกผู้ป่วยนอกของ Gulhane Military Medical Academy in Ankara จากผลการวิจัยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยสุขภาพจิตศึกษาร่วมการรักษาด้วยยา (PEM) พบว่ามีอาการของภาวะ PTSD

ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว(M) แต่ในกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว (M) และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยสุขภาพจิตศึกษาเพียงอย่างเดียว (PE) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ด้านกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาพบว่าการค้นหาการสนับสนุนทางสังคมลดลงในกลุ่ม M และพบว่าการแก้ปัญหาด้วยวิธีการหลีกเลี่ยงหนีลดลงในกลุ่มPEMและกลุ่ม M และพบว่า วิธีการหลีกเลี่ยงหนีพบมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับผลลัพธ์ของภาวะ PTSD และซึมเศร้า โดยพบว่าระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงและระดับคะแนนทักษะการเผชิญปัญหาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มPEM และพบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม PE และกลุ่มอื่นๆ ซึ่งสรุปได้ว่าผู้ป่วยในกลุ่ม PEM ได้รับประโยชน์จาก Psychoeducation โดยพบว่ามีการลดลงของอาการ PTSD ภาวะซึมเศร้าอย่างเห็นได้ชัด และได้รับประโยชน์ในเรื่องของกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา

Institution for Clinical System Improvement (ICSI) (2004) ได้ทบทวนแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าในหน่วยบริการสุขภาพจิตบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดโรคซึมเศร้า คือ Cognitive behavioral, Interpersonal, structured educational group therapy ผลการศึกษาพบว่า การติดตามผลการรักษาที่คลินิก ทางโทรศัพท์หรือวิธีการอื่น ช่วยพัฒนาทัศนคติต่อการรับประทานยาต้านเศร้า รวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยจัดการผลข้างเคียงของยา ช่วยให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยา ป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำและความปลอดภัยของผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมต้องเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่ผ่านการอบรมมา กรณีอาการรุนแรงควรติดตามทุก 1 wk กรณีอาการปานกลางน้อยติดตามทุก 2-4 wks ระยะคงสภาพนัดพบที่คลินิกทุก 3-12 เดือน การประเมินแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย ต้องมีการซักประวัติในประเด็นต่อไปนี้มี Panic Attacks หรือมี Psychic anxiety รุนแรง อารมณ์เศร้า เพิ่งมีการสูญเสียจากการตาย การหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีการใช้สารเสพติด นอนไม่หลับ มีอาการผิดปกติด้านบุคลิกภาพหรือมีการเจ็บป่วยทางกาย มีประวัติคนในครอบครัวฆ่าตัวตาย โสดสมาลลดลง เป็นเชื้อชาติ Caucasian และ Asian ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ผู้หญิง Asian อายุมากกว่า 80 ปี

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา

ครุณี รุจกรกานต์ และ ปิญากรณ์ ชุตังกร (2533) ได้ศึกษาถึงความสามารถในการเรียนรู้การเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชและบุคคลทั่วไปภายหลังการเข้ารับเรียนการเผชิญปัญหาชีวิต ซึ่งประกอบด้วยบทเรียน 6 บท ในแต่ละบทมีสองส่วน คือ ส่วนของเนื้อหาและแบบฝึกหัดที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาชีวิตที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ ผลการวิจัยพบว่า 1) การเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการเรียนโปรแกรมการเผชิญปัญหาชีวิต ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถหาวิธีการให้การเผชิญปัญหาได้อย่างถูกวิธีและสามารถวางแผนการแก้ไขปัญหาได้อย่างเป็นระบบยิ่งขึ้น

Dowrick et al. (2000) ได้ศึกษาผลของการให้ Problem solving treatment ร่วมกับการทำ group psychoeducation ในผู้ป่วยอายุ 18-65 ปีที่มีภาวะซึมเศร้า หรือมีความบกพร่องด้านการตัดสินใจตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV ที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 452 คน ผลการศึกษาพบว่า 63% ของผู้เข้าร่วมได้รับมอบหมายให้อยู่ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย Problem solving และ 44% ได้รับมอบหมายให้อยู่ในกลุ่มที่เข้าคอร์สการป้องกันภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบว่าสัดส่วนของผู้เข้าร่วมที่อยู่ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย Problem solving มีภาวะซึมเศร้า 17% ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าของ Beck เฉลี่ยเท่ากับ -2.63 (ระดับความเชื่อมั่น 95%) ในส่วนของการทำหน้าที่หลักด้านกาย จิต สังคม พบว่ามีการพัฒนาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และสำหรับกลุ่มที่เข้าคอร์สการป้องกันภาวะซึมเศร้าพบมีความแตกต่างของสัดส่วนของผู้เข้าร่วมที่มีภาวะซึมเศร้า 14% เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าของ Beck เฉลี่ยเท่ากับ -1.50 (ระดับความเชื่อมั่น 95%) ในส่วนของทักษะทางสังคมพบว่าการพัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และจากการติดตามสังเกต 12 เดือน ไม่พบความแตกต่างในแต่ละด้านของทั้งสอง Intervention จากการวิจัยครั้งนี้สรุปว่าวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าให้การยอมรับวิธีการบำบัดด้วย Problem solving มากกว่าคอร์สการป้องกันภาวะซึมเศร้า แต่พบว่าทั้งสอง Intervention ต่างก็ลดจำนวนผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และช่วยพัฒนาทักษะทางสังคม

Aryl (2008) ได้ศึกษาผลของการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าและเพิ่มระดับการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน พบว่า Problem solving treatment เป็นการบำบัดด้านจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพและมีความแพร่หลาย โดยใช้รูปแบบการบำบัดทางจิตระยะสั้นที่มีโครงสร้างและเหมาะสมสำหรับคลินิกผู้ป่วยนอก เป็นการบำบัดซึ่งมุ่งเน้นในเรื่อง Here and now มากกว่า ประสบการณ์ในอดีต และความเศร้าโศกเสียใจ เป็นลักษณะการบำบัดที่เป็นการประสานงานหรือร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัด ซึ่งมีกระบวนการและขั้นตอนดังต่อไปนี้ 1) Rationale of problem solving treatment ซึ่งแจงเหตุผลของการบำบัดโดยการเผชิญปัญหา 2) Goals of problem-solving treatment ซึ่งแจงวัตถุประสงค์ของการบำบัดด้วยการเผชิญปัญหา 3) Stages of problem-solving treatment ขั้นตอนการบำบัดด้วยการเผชิญปัญหา อันได้แก่ Stage 1 อธิบายเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการเผชิญปัญหา Stage 2 สร้างความกระจ่างชัด และกำหนดปัญหา (clarification and definition of problems) Stage 3 ตั้งเป้าหมายความสำเร็จ (setting achievable goals) Stage 4 ขั้นตอนการแก้ปัญหา (Generating solutions) โดยผู้ป่วยจะต้องมีการระดมสมองกันเพื่อนำเสนอแนวทางการแก้ปัญหาที่มีความหลากหลาย Stage 5 ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุด (Choice of preferred solution) Stage 6 ส่งเสริม สนับสนุนและทำให้เกิดความมั่นคงในวิธีการแก้ปัญหาที่เลือก (Implementation of the preferred solution) Stage 7 ประเมินผล (Evaluation) ผลจากการศึกษา พบว่าการฝึกทักษะการเผชิญปัญหามีประสิทธิผลในการลดระดับภาวะซึมเศร้า และเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ทาง

สังคมให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและใช้ได้กับพยาบาลทั่วไปโดยมีต้องอาศัยความชำนาญในระดับของผู้ปฏิบัติการขั้นสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ โดยประยุกต์จากการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ตามการศึกษาของ Cuijpers (1998) และการฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem solving treatment) ตามการศึกษาของ Aryl (2008)

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้: เรื่อง โรคซึมเศร้า การรักษา การปฏิบัติตน การรับประทานยา และ อาการข้างเคียงของยา

ครั้งที่ 2 การส่งเสริมการดูแลตนเอง ด้านกาย จิต สังคม: พัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา อาการเตือนของโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการผ่อนคลายความเครียด

ครั้งที่ 3 การพัฒนาความคิดเชิงบวก: ฝึกทักษะการคิดเชิงบวก ขยับยั้งการคิดเชิงลบ การพัฒนาคุณค่าในตนเอง

ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา: ฝึกทักษะการเชื่อมโยงปัญหาเกี่ยวกับอาการของโรค ฝึกทักษะการแก้ปัญหา

ครั้งที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม: ฝึกทักษะทางสังคม ได้แก่ การสื่อสาร การดำเนินชีวิตในชุมชน การขอความช่วยเหลือและการหาแหล่งสนับสนุนในชุมชน

ครั้งที่ 6 การคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี: การฝึกวางแผนชีวิตให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง และยุติการทำกลุ่ม

ภาวะซึมเศร้า

การทำหน้าที่ทางสังคม

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The pretest-posttest randomized control group design) (Polit & Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

O ₁	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ
O ₂	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ
X	หมายถึง	การใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ
O ₃	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
O ₄	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป

2. **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 40 คน โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้าและคัดออกดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

Inclusion Criteria

1. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10)
3. เป็นผู้ที่มึระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย (10-15 คะแนน) ถึงระดับมาก (16-29 คะแนน)
4. ได้รับแผนการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าในกลุ่มเดียวกันและขนาดเท่ากัน (Fava et al., 1998; Fava et al., 2004)
5. ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคร่วมทางจิตเวช ระหว่างโรคซึมเศร้ากับโรคอื่นๆ
6. มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้
7. ไม่เคยได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาและการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา
8. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ

Exclusion criteria

1. ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย
2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีภาวะซึมเศร้าร่วมกับอาการทางจิตในลักษณะ หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด หรือ มีความคิดฆ่าตัวตายและพยายามทำร้ายตนเองในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) (Cochran and Cox, 1992; Tabachnick and Fidell, 1996; Machin et al., 1997) โดยได้นำผลการศึกษาของ Dowrick et al. (2000) มาร่วมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ (Normality) และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุดและเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการวิจัย

จากนั้นผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (Lewin, 2003) ระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้า ระดับคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม (Beck, 1967) ระยะเวลาการเจ็บป่วย แผนการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าในกลุ่มเดียวกัน และปริมาณยาที่ได้รับเท่ากัน (Fava et al., 1998; Fava et al., 2004) แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาจากกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ รวมทั้งได้รับการตอบคำถามจนเข้าใจ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทั้งนี้ก่อนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ พร้อมทั้งเครื่องมือที่สร้างขึ้น นำเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลมะเร็ง ซึ่งประกอบไปด้วย คณะกรรมการ 5 ท่าน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช เกสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อพิจารณาผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลมะเร็ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ
2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาของ Jalowice (1984)
3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1961) และแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (SF-36) ของ WHO (1994)

1. **เครื่องมือดำเนินการทดลอง** คือโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยบูรณาการจากรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาตามการศึกษาของ Cuijpers (1998) กับการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาตามการศึกษาของ Aryl (2008) โดยมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม ดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในชุมชน การให้สุขภาพจิตศึกษา และการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา

1.2 สร้างโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ โดยประยุกต์และบูรณาการจากรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาตามการศึกษาของ Cuijpers (1998) สำหรับการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากการศึกษาของ Aryl (2008) และมีการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม จากนั้นจึงกำหนดโครงสร้างของกิจกรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าและเพิ่มระดับการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งการดำเนินกิจกรรมจะเป็นรายกลุ่ม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ระยะเวลาทำกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 1 กิจกรรมต่อสัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เรื่องโรค

การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เรื่องโรค เป็นการทำกิจกรรมของพยาบาลในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่มในการพบผู้ป่วย และมีการดำเนินการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดง วิธีการรักษา การดูแลตนเองเบื้องต้น รวมใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 90 นาที โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพรายกลุ่ม

ระยะเวลา 30 นาที

เนื้อหาสาระ

การสร้างสัมพันธภาพเป็นกิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในระยะแรกให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ประกอบด้วยคำแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาความสามารถในตัวเองเพิ่มมากขึ้นเป็นกระบวนการที่มุ่งให้เกิดความสำเร็จในช่วงสุดท้ายของการปฏิบัติการพยาบาล (Doona, 1979) จุดมุ่งหมายทั่วไปของสัมพันธภาพในรูปของการรักษามุ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตัวเอง เข้าใจตนเองและปรับตัวได้ ในระยะต่อไปของการดูแลเมื่อผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ มีความสามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ได้ดีขึ้นเพื่อตอบสนองความพอใจได้มากขึ้น (Stuart and Sundeen, 1979) ในโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการจึงมีกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่มระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย

ร่วมมือในการเข้ากลุ่ม เกิดความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูลของคนที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษา อันจะส่งผลต่อการเกิดภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป (Freemantle, 1993)

ช่วงที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

ระยะเวลา 60 นาที

เนื้อหาสาระ

การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าจะเป็นการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ในเรื่องความหมายของโรคซึมเศร้า สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรค การใช้ยาด้านซึมเศร้าและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และยอมรับกับปัญหาของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตระหนักถึงบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะซึมเศร้า และทราบว่าจะจัดการกับภาวะซึมเศร้านั้นอย่างไรและส่งผลให้มีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง (Cuijpers, 1998)

ครั้งที่ 2 การส่งเสริมการดูแลตนเองด้านกาย จิต สังคม

การส่งเสริมการดูแลตนเองด้านกาย จิต สังคม เป็นการทำกิจกรรมของพยาบาล ในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต และการดูแลตนเองโดยทั่วไปโดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล ความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และทักษะการผ่อนคลาย การดูแลด้านร่างกายหรือการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การส่งเสริมสุขภาพจิต การจัดการกับความเครียด จุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านร่างกายและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลตัวเองด้านกาย จิต สังคมที่ถูกต้อง ใช้ระยะเวลา 90 นาที โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต และดูแลตนเองโดยทั่วไป

ระยะเวลา 60 นาที

เนื้อหาสาระ

การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อให้เกิดอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมักจะขาดการเอาใจใส่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย ส่งผลทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้ป่วยควรมีความรู้ และมีการดูแลตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การผ่อนคลายความเครียด และการป้องกันอันตรายที่จะมีต่อชีวิต ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Elizabeth et al. (2000) ที่ได้ให้สุขภาพจิตศึกษาด้านการดูแลสุขภาพกาย จิต สังคม ในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า หลังให้ความรู้และฝึกทักษะการ

ดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง อีกทั้งยังส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการเผชิญความทุกข์ รวมทั้งผู้ป่วยยังกล้าที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างมากกว่าการแยกตัว หลีกหนีสังคม (Elizabeth et al., 2000)

ช่วงที่ 2 ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ การนวดคลายเครียด การฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการใช้จินตนาการ

ระยะเวลา 30 นาที

เนื้อหาสาระ

การผ่อนคลายความเครียด เป็นทักษะที่จะช่วยให้บรรเทาความเครียดที่มีอยู่ในร่างกายและจิตใจ ลดลง ต่างจากการหันเหความสนใจซึ่งเป็นการเบนความสนใจไปเรื่องอื่นให้ลืมเรื่องเครียดไปชั่วขณะ แต่การผ่อนคลายความเครียด คือการหันกลับมาสนใจที่ตัวเรา รับรู้ว่าคุณเองกำลังเครียดและหาทางผ่อนคลายความเครียดจากหนักเป็นเบา หรือหายไปได้ สงบลงได้ การผ่อนคลายความเครียดมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับแต่ละคนจะนำไปเลือกใช้ตามความถนัดและความเหมาะสม โดยเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดที่ง่ายและสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้เอง ได้แก่ การนวดคลายเครียด การฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการใช้จินตนาการ โดยมีจุดมุ่งหมายให้บุคคลกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านจิตใจ ผู้ป่วยมีพลังในการต่อสู้กับภาวะซึมเศร้า และมีวิธีการในการลดภาวะซึมเศร้าโดยใช้เทคนิคต่างๆ สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี (Cuijpers, 1998)

ครั้งที่ 3 การพัฒนาความคิดเชิงบวก หยุดความคิดเชิงลบ และการส่งเสริมคุณค่าในตนเอง

การพัฒนาความคิดเชิงบวก หยุดความคิดเชิงลบ และการส่งเสริมคุณค่าในตนเอง เป็นการทำกิจกรรมของพยาบาล ในการฝึกให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความคิดเชิงบวก และมีทักษะในการหยุดความคิดเชิงลบ เนื่องจากการช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่ออยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาและมีความรู้สึกนับถือตนเองเพิ่มมากขึ้น และมีการฝึกพัฒนาการรับรู้คุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการวิเคราะห์และรู้จักตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาการรู้จักตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการให้เกิดการรับรู้ และรู้สึกต่อตนเองทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม โดยเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถระบุนความแข็งแกร่ง จุดเด่น จุดด้อย และข้อจำกัดของตนเองได้ ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 90 นาที โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 การให้ความรู้เรื่องความคิดที่บิดเบือน การหยุดความคิดเชิงลบ และการฝึกคิดเชิงบวก

ระยะเวลา 60 นาที

เนื้อหาสาระ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักเป็นผู้ที่มีความคิดในด้านลบต่อตนเอง ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นโดยไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่ออยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาและมีความรู้สึกนับถือตนเองเพิ่มมากขึ้นและมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง (Beck, 1967) สอดคล้องกับการศึกษาของ Haringsma et al. (2006) ที่ได้ทำการศึกษาเพื่อหาปัจจัยทำนายว่าตัวแปรใดเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง และตัวแปรใดที่เป็นปัจจัยทำนายถึงความสามารถในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถจัดการกับความคิดอัตโนมัติด้านลบเกี่ยวกับตนเอง อนาคต และโลกได้โดยให้การฝึกความคิดเชิงบวกจะช่วยลดภาวะซึมเศร้ามลงได้และยังช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลับมาเป็นซ้ำได้ในระยะเวลาถึง 2 ปี ดังนั้นกิจกรรมนี้จึงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้โดยการฝึกการคิดอย่างสมเหตุสมผล มีการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่ออยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาและมีความรู้สึกนับถือตนเองเพิ่มมากขึ้น

ช่วงที่ 2 การให้ความรู้และการพัฒนาทักษะการรู้จักตนเองและการสร้างคุณค่าในตนเอง

ระยะเวลา 30 นาที

เนื้อหาสาระ

การพัฒนาการรับรู้คุณค่าในตนเอง จะเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการวิเคราะห์และรู้จักตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาการรู้จักตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการให้เกิดการรับรู้ และรู้สึกต่อตนเองทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถระบุนความแข็งแกร่ง จุดเด่น จุดด้อย และข้อจำกัดของตนเองได้ ต้องไม่รู้สึกถูกบดบังด้วยความรู้สึกต่ำต้อยหรือไม่เพียงพอต้องมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ต้องรู้จักตนเองในด้านความรู้สึก และความขัดแย้งต่างๆสามารถเผชิญกับประสบการณ์นั้นๆได้ (Roger, 1967) ซึ่งการที่ผู้ป่วยรับรู้จุดดีของตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีพลังในการสร้างสรรค์และยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำจนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดทัศนคติที่ดีต่อตนเอง รับรู้ตนเองในด้านบวกมากขึ้น กล้าที่จะสร้างสัมพันธภาพหรือแสดงความสามารถในด้านต่างๆมากขึ้น ทำให้ส่งผลต่อการลดลงของระดับภาวะซึมเศร้าและเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมได้ (Dowrick, 2001)

ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา

การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาเป็นการทำกิจกรรมของพยาบาลในการฝึกผู้ป่วยให้มีความสามารถในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาที่แท้จริงกำหนดเป้าหมาย และร่วมวางแผนการแก้ปัญหา โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลกับผู้ป่วย รวมทั้งส่งเสริมและสอนให้ผู้ป่วยมีวิธีในการปรับตัวเมื่อเกิดปัญหาทางด้านจิตใจหรือความทุกข์ใจ เกิดการสูญเสียซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในการดำรงชีวิตประจำวัน ใช้ระยะเวลา 90 นาที

เนื้อหาสาระ

การให้ความรู้ในการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะการเผชิญปัญหาตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โรคซึมเศร้าเป็นรายบุคคลที่เหมาะสม ซึ่งในการดำรงชีวิตของบุคคลจะต้องประสบปัญหาในลักษณะต่างๆ ทั้งปัญหาส่วนตัวและปัญหาครอบครัว ปัญหาการทำงาน ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาที่เกิดขึ้นทุกปัญหาจะส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้กังวลใจ ไม่มีความสุข บุคคลจึงพยายามหาทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้สภาพอารมณ์กลับคืนสู่สภาพสมดุล (Aryl, 2008) แต่ถ้าบุคคลแก้ไขปัญหาล้มเหลวจะเกิดภาวะกดดัน รู้สึกถูกคุกคาม เครียด และถ้าไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ในระยะเวลาที่เหมาะสม ก็จะทำให้บุคคลเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ซึ่งแสดงออกในลักษณะของการเจ็บป่วยทางกาย และทางจิตใจ (Hill & Smith, 1990) ซึ่งการฝึกทักษะการเผชิญปัญหานี้จะเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาที่แท้จริง กำหนดเป้าหมายและร่วมวางแผน โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลกับผู้ป่วย โดยพยาบาลมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพของตนในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหอย่างถูกวิธี ซึ่งเมื่อปัญหาได้รับการแก้ไขก็จะส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้ (วีระพล สุวรรณรัตน์, 2524) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kenneth et al. (2007) ที่ได้ทำการศึกษาถึงรูปแบบการใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน พบว่าเมื่อใช้รูปแบบวิธีการเผชิญปัญหาโดยใช้ปัญหาเป็นหลักแบบมุ่งเน้นการแก้ที่ปัญหาโดยตรงอย่างมีขั้นตอน จะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ดีกว่าการจัดการทางอารมณ์ ความรู้สึก และยังช่วยให้ผู้ป่วยได้แก้ปัญหที่สาเหตุแห่งปัญหาได้อย่างแท้จริง และระหว่างขั้นตอนการแก้ปัญหายังเป็นการเพิ่มความสามารถทางสังคมให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องดึงทรัพยากร แหล่งสนับสนุนเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการเข้าสังคม การสร้างสัมพันธภาพ การขอความช่วยเหลือ และทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม ดังนั้น การฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหอย่างเป็นระบบ จึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีทักษะในการค้นหาปัญหาที่แท้จริงของตนเองได้ ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์และค้นหาวิธีการจัดการแก้ไขปัญหามาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้ลดระดับของภาวะซึมเศร้าและเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมได้เป็นอย่างดี (Aryl, 2008)

ครั้งที่ 5 การให้ความรู้และพัฒนาทักษะทางสังคม

การฝึกทักษะทางสังคม เป็นการทำกิจกรรมของพยาบาลในการให้ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นการสอนให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการสื่อสารให้ผู้อื่นได้รับรู้เพื่อบอกปัญหาและความต้องการของตนเองและรับรู้ความต้องการของผู้อื่น โดยเฉพาะบุคคลภายในครอบครัวที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดปัญหาอย่างถูกต้องตรงกัน รวมทั้งมีการพัฒนาทักษะการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม และการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา ซึ่งจะเป็นการสนับสนุนและสอนให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวหรือบุคคลที่ใกล้ชิด เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่มั่นคง และได้รับความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาใช้ระยะเวลา 90 นาที โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 การให้ความรู้และการฝึกทักษะการสื่อสาร

ระยะเวลา 60 นาที

เนื้อหาสาระ

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความขัดแย้งในตัวเองของผู้ป่วยกับครอบครัวหรือผู้อื่นที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดปัญหาภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างเป็นปกติสุข ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Ronnachai (2005) ที่ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลการตอบสนองทางคลินิกในการลดระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยสำคัญได้แก่การคงอยู่ในยาและการมีระดับความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมที่ดี จากผลการงานวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า หากผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมที่ดีก็ย่อมจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Susan (1998) ที่ได้ทำการศึกษาถึงองค์ประกอบที่มีผลต่อการเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า การมีทักษะทางสังคม ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การกล้าแสดงออกมีผลต่อการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย เช่นเดียวกับองค์ประกอบในเรื่องการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมก็มีผลต่อการเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม

ช่วงที่ 2 การให้ความรู้และฝึกทักษะการขอความช่วยเหลือและการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ระยะเวลา 30 นาที

เนื้อหาสาระ

ในภาวะวิกฤติบุคคลจะรับรู้ว่าการที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ว่าเป็นแรงกดดัน คุกคามกับตัวเอง เกิดความเครียด และไม่มีศักยภาพในการแก้ปัญหาได้ จึงทำให้เกิดความท้อแท้ หมดหวังอ่อนแรง อาจถึงขั้นไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป ในระยะนี้จะสามารถตัดสินใจผิดพลาดได้ รวมทั้งไม่สามารถหาแหล่งช่วยเหลือได้ จึงอาจทำให้ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจได้ การดูแลตนเองในเรื่องการสนับสนุนทางสังคม จะมีผลต่อทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาก็ที่ผู้ป่วยไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเองทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคม ชุมชนที่ผู้ป่วย

อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วย มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ดังนั้น การฝึกทักษะการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมและการขอความช่วยเหลือ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะแก่ผู้ป่วยจะช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด ถ้าบุคคลมีแรงสนับสนุนทางสังคมดีก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี และเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม (Cohen & Willis, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ Susan (1998) ที่ได้ทำการศึกษาดังองค์ประกอบที่มีผลต่อการเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า การมีทักษะทางสังคม ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การกล้าแสดงออกมีผลต่อการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย เช่นเดียวกับองค์ประกอบในเรื่องการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมก็มีผลต่อการเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม

ครั้งที่ 6 การคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี

การคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี เป็นการทำกิจกรรมของพยาบาลในการให้ความรู้และฝึกการวางแผนชีวิตของผู้ป่วยให้เหมาะสมกับบริบทของตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างเหมาะสม จากนั้นพยาบาลจะเป็นผู้ตรวจสอบระดับความสามารถ และเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ป่วยในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับเพื่อนำไปปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก และแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ อย่างไร มีการให้กำลังใจและข้อเสนอแนะร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง สม่่าเสมอ และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และกำลังใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตัวเองในการดำรงชีวิตต่อไป ใช้ระยะเวลา 60 นาที

เนื้อหาสาระ

การคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี เป็นกิจกรรมที่ประกอบไปด้วยการฝึกการวางแผนชีวิตให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและการเสริมสร้างพลังให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งการเสริมสร้างพลัง ความหวัง และสร้างกำลังใจ จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยความมั่นใจและความสามารถในการจัดการปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Caryl, 2008) โดยพยาบาลเป็นผู้ตรวจสอบระดับความสามารถ และเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ป่วยในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับเพื่อนำไปปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก และแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ อย่างไร มีการให้กำลังใจและข้อเสนอแนะร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง สม่่าเสมอ และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และกำลังใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตัวเองในการดำรงชีวิตต่อไป (Pekkala & Merinder, 2006) ซึ่งหากผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดีก็จะส่งผลให้ผู้ป่วย โรซึมเศร้าที่มีสาเหตุมาจากการขาดแรงจูงใจ ขาด

พลังอำนาจในตน ได้มีความหวัง มีพลังใจที่เข้มแข็งในการต่อสู้ สามารถปรับตัว ปรับความคิด อันจะส่งผลต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าลงได้ (Caryl, 2008)

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วย

1. แผนกิจกรรมในโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน
 2. คู่มือโรคซึมเศร้าและการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน
- ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม โดยการหาความตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่านและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) และการใช้ภาษา ซึ่งพบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับการใช้ภาษาโดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความครอบคลุมเนื้อหากิจกรรมรวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง โดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

ครั้งที่ 1 การความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

ใบงานที่ 1 ปรับรูปแบบใบงานให้มีความง่ายต่อผู้ป่วยมากขึ้น โดยมีการเขียนเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยตอบ เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนในเนื้อหา

ครั้งที่ 2 การส่งเสริมการดูแลตนเอง ด้านกาย จิต สังคม

ใบความรู้ที่ 2.1 ปรับรูปแบบการให้ความรู้ให้เฉพาะเจาะจงและเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยให้มากขึ้น

ครั้งที่ 3 การพัฒนาความคิดเชิงบวก

ใบความรู้ที่ 3.1 ปรับภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น โดยตัดคำภาษาอังกฤษออก เน้นคำแปลภาษาไทยที่เข้าใจง่ายกว่า

หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน จำนวน 3 คน จนครบทั้ง 6 ขั้นตอน เพื่อความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลา รวมถึงอุปสรรคอื่นๆ อันอาจเกิดขึ้นได้ หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจในกิจกรรมได้ดีพอสมควร แต่ผู้วิจัยต้องมีการปรับคำพูดให้เข้าใจง่ายขึ้น บางครั้งต้องมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเพิ่มเติมและพบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนด โดยระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 60-90 นาที ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

2.1 แบบวัดความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อทดสอบความรู้ ความเข้าใจ ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าและการดูแลตนเอง ที่สอดคล้องกับเนื้อหาที่จะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ โดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

ขั้นตอนการสร้างแบบวัดความรู้

1. ศึกษารายละเอียดของเนื้อหา จากรูปแบบโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการที่สร้างขึ้น
2. กำหนดโครงสร้างของแบบสอบถาม ให้ครอบคลุมความรู้ตามกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมในโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ กิจกรรมละเท่าๆกัน จำนวน 30 ข้อ
3. ตรวจสอบโครงสร้างและรายละเอียดของเนื้อหาในแต่ละข้อคำถาม โดยอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อขอคำแนะนำและปรับปรุงแก้ไข
4. กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามให้ผู้ผู้ป่วยเลือกตอบ 1 คำตอบว่า ถูกหรือผิด ให้คะแนนข้อที่ตอบถูก 1 คะแนน และให้คะแนนข้อที่ตอบผิด 0 คะแนน จำนวน 30 ข้อ ดังนี้
 - 4.1 ข้อความทางบวก 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 21, 23, 24, 26, 27, 29
 - 4.2 ข้อความทางลบ 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 9, 10, 13, 14, 18, 20, 22, 25, 28, 30
5. การคิดคะแนนทำโดยคิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนมารวมวิเคราะห์ โดยมี

คะแนนเต็ม เท่ากับ 30 คะแนน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้กำหนดให้มีค่าผ่านเกณฑ์ในระดับดีมากคือ เท่ากับ ร้อยละ 80 ดังนั้นภายหลังจากทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ ต้องมีคะแนนความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป จึงถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หากพบว่าภายหลังจากประเมินความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าแล้วพบว่า มีผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ก็จะมีระดับคะแนนต่ำกว่า 24 คะแนน พยาบาลจะต้องประเมินผลร่วมกับผู้ป่วยว่าเป็น เพราะสาเหตุใด แล้วจึงพิจารณาแก้ไขตามสาเหตุ

6. หลังเสร็จสิ้น โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าทันที พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตาม โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ มีคะแนนที่ได้จากการประเมินความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (ร้อยละ 80) โดยมีความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าอยู่ในเกณฑ์ดีมากทุกคน (ดังแสดงในตารางที่ 6)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่านและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเดิมลงในช่องว่างที่เว้นได้ในแต่ละข้อ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตาม ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตร ดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตินราทร, 2544)

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

จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า แบบวัดความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89 ดังนั้นแบบวัดความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในครั้งนี้จึงมีค่าความตรงตามเนื้อหาผ่านเกณฑ์

ผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือชุดนี้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับลำดับของเนื้อหา ปรับแก้ภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อ 11 ปรับข้อความจาก “การมีความคิดอัตโนมัติเชิงลบต่อตนเอง ต่ออนาคต และต่อโลกเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคซึมเศร้า” เป็น “การมีความคิดด้านลบต่อตนเอง ต่ออนาคต และต่อโลกเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคซึมเศร้า”

ข้อ 23 ปรับข้อความจาก “การปฏิบัติดีต่อผู้อื่นย่อมได้รับผลตอบแทนตามนั้น” เป็น “การที่เราปฏิบัติต่อผู้อื่นในทางที่ดีอยู่เสมอ ก็จะทำให้เรามีความสุขใจ แม้เราจะไม่ได้รับผลตอบแทนก็ตาม”

ข้อที่ 28 ปรับข้อความจาก “การฝันถึงอนาคตที่สดใสเป็นสิ่งที่คาดหวังเกินไป เป็น “ท่านคิดว่า การฝันถึงอนาคตที่สดใส เป็นสิ่งที่คาดหวังเกินจริง”

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตร KR -20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .86 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

2.2 แบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาของ Jalowice (1987) ซึ่งแปลและเรียบเรียง
โดยจรรุวรรณ จินดามงคล (2541) โดยพัฒนามาจากแบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาของ Jolowice coping scale (1987) เน้นความสามารถในการเผชิญปัญหา 6 ด้าน อันได้แก่ ด้านการแก้ไขอารมณ์เชิงเครียด ด้านการบรรเทาอารมณ์เชิงเครียด ด้านการใช้การประคับประคอง ด้านการพึ่งพาตนเอง ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา และด้านการมองเหตุการณ์ในแง่ดี รวมทั้งสิ้น 42 ข้อ ดังตารางที่ 5

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 ความสามารถในการเผชิญปัญหา และความหมาย จำแนกเป็นรายด้าน

ด้าน	ความหมาย	จำนวน (ข้อ)
1.การแก้ไขอารมณ์ดึงเครียด	การปลดปล่อยอารมณ์ ลดความตึงเครียดของอารมณ์ ระบายความรู้สึกที่มีความวิตกกังวลกับปัญหาหรือ ระบายความตึงเครียดกับผู้อื่น	5
2.การบรรเทาอารมณ์ดึงเครียด	การพยายามลดหรือควบคุมความทุกข์ ทำให้รู้สึกดีขึ้น	7
3.การใช้การประคับประคอง	การใช้ระบบประคับประคอง เช่น การพูดคุยปัญหากับ ครอบครัว หรือเพื่อน	5
4.การพึ่งพาตนเอง	การกระทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเองมากกว่าพึ่งพาผู้อื่น	7
5.การเผชิญหน้ากับปัญหา	พยายามแก้ไขปัญหา เผชิญหน้ากับสถานการณ์ หันหน้า เข้าหาปัญหา ใช้กลยุทธ์หาข้อมูล และพยายามแก้ไข ปัญหา	9
6.การมองเหตุการณ์ในแง่ดี	การใช้การคิดในทางที่ดี มองเหตุการณ์ในแง่ดี การ เปรียบเทียบในทางที่ดี พยายามมองหาในแงุ่มที่ดีของ สถานการณ์ หรือพยายามใช้อารมณ์ขัน ทำให้อารมณ์ดี	9

ลักษณะคำถาม เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ และมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ	1	คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	2	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	3	คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4	คะแนน

การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 6 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0-0.4	หมายถึง	ความสามารถในการเผชิญปัญหาต้องแก้ไข
คะแนน 0.5-1.4	หมายถึง	ความสามารถในการเผชิญปัญหาไม่ดี
คะแนน 1.5-2.4	หมายถึง	ความสามารถในการเผชิญปัญหาพอใช้
คะแนน 2.5-3.4	หมายถึง	ความสามารถในการเผชิญปัญหาดี
คะแนน 3.5-4	หมายถึง	ความสามารถในการเผชิญปัญหาดีมาก

โดยการวิจัยครั้งนี้มีเกณฑ์ว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ ต้องมีความสามารถในการเผชิญปัญหาในระดับดีขึ้นไป คือ คะแนนอยู่ในระดับ 2.5-4.0 คะแนนขึ้นไป หากพบว่าภายหลังจากประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาแล้วพบว่า มีผู้ป่วยไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินคือมีระดับคะแนนต่ำกว่า 2.5 คะแนน พยาบาลจะต้องประเมินผลร่วมกับผู้ป่วยว่าเป็นเพราะสาเหตุใด แล้วจึงพิจารณาแก้ไขตามสาเหตุ

หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ ผู้วิจัยทำการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยทันที พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ มีคะแนนที่ได้จากการประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ อยู่ในช่วง 2.5-4.0 คะแนนทุกคน (ดังแสดงในตารางที่ 6)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือชุดนี้ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่านและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเดิมลงในช่องว่างที่เว้นได้ในแต่ละข้อ จำนวนดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(CVI) ได้เท่ากับ .95 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับแก้ภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อ 12 ปรับข้อความจาก “เมื่อท่านเครียด ท่านจะปรึกษาปัญหากับบุคลากรทางสาธารณสุข” เป็น “เมื่อเครียดท่านจะปรึกษาปัญหากับสม.หรือบุคลากรสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล”

ข้อ 42 ปรับข้อความจาก “ท่านพยายามใช้อารมณ์ขัน” เป็น “เมื่อเกิดปัญหาท่านจะพยายามใช้อารมณ์ขัน”

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha

Coefficient) จากการคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ พบว่า แบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาของ Jalowice (1984) มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .86 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

ตารางที่ 6 คะแนนความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ (n=20)

คนที่	เครื่องมือกำกับการทดลอง				
	แบบวัดความรู้		แปลผล	แบบวัดความสามารถ (คะแนนเฉลี่ย)	แปลผล
	คะแนน	ร้อยละ			
1	24	80	ดีมาก	2.6	ดี
2	26	86.66	ดีมาก	3.8	ดีมาก
3	25	83.33	ดีมาก	3.5	ดีมาก
4	28	93.33	ดีมาก	3.2	ดี
5	30	100	ดีมาก	3.8	ดีมาก
6	24	80	ดีมาก	3.0	ดี
7	24	80	ดีมาก	2.8	ดี
8	27	90	ดีมาก	3.5	ดีมาก
9	26	86.66	ดีมาก	3.6	ดีมาก
10	26	86.66	ดีมาก	3.8	ดีมาก
11	25	83.33	ดีมาก	3.5	ดีมาก
12	28	93.33	ดีมาก	2.5	ดี
13	29	96.66	ดีมาก	2.8	ดี
14	25	93.33	ดีมาก	3.7	ดีมาก

คนที่	เครื่องมือกำกับการทดลอง				
	แบบวัดความรู้ฯ		แปลผล	แบบวัดความสามารถฯ (คะแนนเฉลี่ย)	แปลผล
	คะแนน	ร้อยละ			
15	27	90	ดีมาก	3.6	ดีมาก
16	24	80	ดีมาก	3.2	ดี
17	28	93.33	ดีมาก	3.8	ดีมาก
18	26	86.66	ดีมาก	3.9	ดีมาก
19	29	96.66	ดีมาก	3.8	ดีมาก
20	26	86.66	ดีมาก	3.5	ดีมาก

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 30 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100 และมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 24 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 24 ซึ่งจัดว่าหลังใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80 ขึ้นไป

เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนในกลุ่มทดลอง หลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 13 คน และในระดับดี จำนวน 7 คน ซึ่งจัดว่าหลังใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือ ตั้งแต่ระดับดีขึ้นไป

3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา รายได้ต่อเดือน

3.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรีรงค์ (2522 ,อ้างอิงในลัดดา แสนสีหา, 2536) แบบประเมินประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะมีให้เลือกตอบ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน ซึ่ง 15 ข้อแรก เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อหลัง เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

การคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 21 โดยคะแนนสูงที่สุดคือ 63 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำที่สุด คือ 0 คะแนน ภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 5 ระดับ (Beck, 1967) คือภาวะซึมเศร้าในช่วงคนปกติ (0-9) , ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (10-15) ,ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (16-19) , ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (20-29) และ ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (30-63)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือชุดนี้ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่านและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเติมลงในช่องว่างที่เว้นได้ในแต่ละข้อ โดยจากการคำนวณ พบว่า มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .98 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับแก้ภาษาที่ใช้ให้มีความเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อที่ 11 ปรับข้อความจาก “ฉันโกรธง่ายตลอดเวลา” เป็น “ฉันโกรธง่ายตลอดเวลาแม้เรื่องที่เกิดขึ้นจะเล็กน้อย”

ข้อที่ 20 ปรับข้อความจาก “ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป” เป็น “ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเจ็บป่วย ปวดท้อง หรือท้องผูก”

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากการคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ พบว่า มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .82 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

3.3 แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม(SF-36) ของ WHO (1994) ซึ่งแปลและเรียบเรียง
เป็นภาษาไทยโดยวัชรวิทย์ เลอมาณฑุและคณะ (2548) แบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 36 ข้อ โดยแยกเป็นมิติทางสุขภาพ 8 มิติคือ physical function (มี 10 ข้อ เช่น สุขภาพของท่านทำให้ท่านไม่สามารถเดินได้ภายในระยะ 1.6 กิโลเมตร), role limited by physical problems (มี 4 ข้อ เช่น ท่านทำงานหรือกิจกรรมอื่น ๆ ได้น้อยลงเพราะปัญหาสุขภาพทางด้านกายภาพหรือไม่), bodily pain (มี 2 ข้อ เช่น ท่านมีอาการเจ็บปวดในรอบ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่), general health (มี 6 ข้อ เช่น ท่านรู้สึกว่าคุณเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าผู้อื่นหรือไม่), vitality (มี 4 ข้อ เช่น ท่านรู้สึกเหนื่อยล้าหรือไม่), social-functioning (มี 2 ข้อ เช่น สุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจมีผลต่อการทำกิจกรรมทางด้านสังคมของท่านหรือไม่), role limited by emotional problems (มี 3 ข้อ เช่น ท่านทำงานหรือกิจกรรมอื่น ๆ ได้น้อยลงเพราะปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจ), และ mental health (มี 5 ข้อ เช่น ท่านรู้สึกท้อแท้หรือเศร้าหรือไม่)

ข้อคำถามเป็นแบบ Likert scale ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 ถึง 100 คะแนน คะแนนสูง หมายถึงการทำหน้าที่ทางสังคมที่ดี การคิดคะแนนให้รวมองค์ประกอบที่เป็นมิติด้านสุขภาพกายเข้าด้วยกันและรวมองค์ประกอบที่เป็นมิติด้านสุขภาพจิตเข้าด้วยกัน ทั้งนี้เพื่อเป็นการแยกองค์ประกอบด้านกายและจิตออกจากกัน นำคะแนนที่ได้มาแปลงเป็นคะแนนมาตรฐาน โดยใช้ค่าเฉลี่ยของประชากรปกติมาเปรียบเทียบ ซึ่งหากค่าเฉลี่ยเท่ากับ 50-100 แสดงว่า เท่ากับเกณฑ์ปกติ ต่ำกว่า 50 คือ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ และสูงกว่า 100 คือ สูงกว่าเกณฑ์ปกติ ซึ่งอาจเกิดจากการคาดเคลื่อนในการตอบแบบประเมินหรือตอบแบบประเมินไม่ตรงตามความเป็นจริง (Ware et al., 1993)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือชุดนี้ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่านและพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนนและไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมลงในช่องว่างที่เว้นได้ในแต่ละข้อ จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือชุดนี้ เท่ากับ .95 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ปรับรูปแบบตารางที่ใช้ในการประเมินให้ง่ายต่อการประเมินในแต่ละหัวข้อ เพื่อลดความสับสนของผู้ประเมิน

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) จากการคำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ พบว่า มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .84 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน และการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา โดยศึกษาจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเข้ารับการอบรมภาคทฤษฎีและปฏิบัติในการอบรมทางวิชาการเรื่อง “การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สำหรับพยาบาล” ในระหว่างวันที่ 3-5 สิงหาคม พ.ศ. 2552 และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยฝึกปฏิบัติที่ห้องให้คำปรึกษา แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์ ทั้งสิ้น 6 ราย ภายใต้การดูแลของพยาบาลชำนาญการ (APN) ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการและเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ

1.3 ผู้วิจัยส่งวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร แก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลมะการักษ์

1.4 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะการักษ์ ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือวิจัย ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บข้อมูล และประสานงานเกี่ยวกับ การเข้าไปดำเนินการทดลองในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช กับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกทางด้านจิตเวชที่มีผู้ป่วยโรคมึซึมเศร้าเข้ารับการรักษาและติดตามผลอยู่

1.6 ผู้วิจัยติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าแผนก แล้วขออนุญาตดูแลประวัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.7 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (pre-test) และแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม(pre-test)

1.8 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วน ผู้วิจัยให้ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกี่ยวกับการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยแล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

1.9 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (Lewin, 2003) ระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้า ระดับคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม (Beck, 1967) ระยะเวลาการเจ็บป่วย แผนการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าในกลุ่มเดียวกัน และปริมาณยาที่ได้รับเท่ากัน (Fava et al., 1998; Fava et al., 2004) แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (ดังตารางที่ 7)

1.9.1 กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยได้ให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (pre-test) และแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (pre-test)

2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการโดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1½ ชั่วโมง จำนวน 6 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการทุกครั้ง และหลังเสร็จสิ้นการบำบัด โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการจะขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (post-test)

3) ให้ข้อมูลกับกลุ่มทดลองถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับเมื่อมาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและ

ด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่บ้าน โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์

4) ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลาในการดำเนิน โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคม แบบบูรณาการพร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

5) ผู้วิจัยทำจดหมายถึงหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มีกลุ่มทดลองอยู่เพื่อขออนุญาตนำผู้ป่วยมาดำเนิน โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการพร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดผู้ป่วยในแต่ละครั้ง

1.9.2 กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยได้ให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (pre-test) และแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (pre-test)

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับขณะเมื่อมาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่บ้าน โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์

3) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมครั้งต่อไปอีก 6 สัปดาห์ เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (post-test)

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคุณลักษณะ (Matched paired) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่

คู่ที่	เพศ	กลุ่มทดลอง			เพศ	กลุ่มควบคุม		
		คะแนนภาวะซึมเศร้า	คะแนนการทำหน้าที่ฯ	ระยะเวลาการเจ็บป่วย		คะแนนภาวะซึมเศร้า	คะแนนการทำหน้าที่ฯ	ระยะเวลาการเจ็บป่วย
1	ชาย	15	46	1 ปี	ชาย	14	46	8 เดือน
2	ชาย	20	35	3 ปี	ชาย	21	34	3 ปี
3	ชาย	24	30	6 ปี	ชาย	24	31	5 ปี
4	หญิง	12	42	2 ปี	ชาย	12	43	2 ปี
5	หญิง	14	40	1 ปี	หญิง	14	41	1 ปี
6	หญิง	13	45	1 ปี	หญิง	12	45	1 ปี

คู่ ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม				
	เพศ ภาวะซึมเศร้า	คะแนน ทำหน้าที่	ระยะเวลา การเจ็บป่วย	เพศ	คะแนน ภาวะซึมเศร้า	คะแนนการ ทำหน้าที่	ระยะเวลา การเจ็บป่วย	
7	หญิง	11	48	1 ปี	หญิง	11	48	1 ปี
8	หญิง	28	32	4 ปี	หญิง	28	33	4 ปี
9	หญิง	12	44	1 ปี	หญิง	12	43	1 ปี
10	หญิง	13	43	1 ปี	หญิง	14	43	1 ปี
11	หญิง	18	32	2 ปี	หญิง	18	32	2 ปี
12	หญิง	25	30	4 ปี	หญิง	25	31	4 ปี
13	หญิง	28	32	7 ปี	หญิง	29	32	8 ปี
14	หญิง	11	46	1 ปี	หญิง	11	46	1 ปี
15	หญิง	14	44	2 ปี	หญิง	14	45	2 ปี
16	หญิง	15	42	2 ปี	หญิง	14	42	2 ปี
17	หญิง	22	37	3 ปี	หญิง	23	36	3 ปี
18	หญิง	27	38	4 ปี	หญิง	27	36	4 ปี
19	หญิง	26	37	5 ปี	หญิง	27	36	5 ปี
20	หญิง	15	40	2 ปี	หญิง	15	40	2 ปี

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนในกลุ่มทดลอง เป็นเพศชาย จำนวน 3 คน เพศหญิง จำนวน 17 คน ส่วนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนในกลุ่มควบคุม เป็นเพศชาย จำนวน 4 คน เพศหญิง จำนวน 16 คน อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคะแนนภาวะซึมเศร้าที่เท่ากัน คือ ในระดับเล็กน้อย (10-15 คะแนน) จำนวน 11 คน ในระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) จำนวน 1 คน ในระดับมาก (20-29 คะแนน) จำนวน 8 คน เช่นเดียวกับคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (50 คะแนน) ทุกคน สำหรับระยะเวลาการเจ็บป่วยในกลุ่มทดลอง มีระยะเวลาการเจ็บป่วย ระหว่าง 1-2 ปี จำนวน 11 คน และ มากกว่า 2 ปี จำนวน 9 คน และในกลุ่มควบคุม มีระยะเวลาการเจ็บป่วยน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 1 คน ระหว่าง 1-2 ปี จำนวน 11 คน และ มากกว่า 2 ปี จำนวน 8 คน

ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะได้รับการรักษาด้วยยาาระงับอาการซึมเศร้าในกลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCA) ได้แก่ยา imipramine,

amitriptyline ยาในกลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ได้แก่ยา fluoxetine และยาในกลุ่ม new generation ได้แก่ยา mianserin, trazodone, venlafaxine ที่มีอยู่ในโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน

2. ขั้นตอนการวิจัย

ในขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติระหว่าง สัปดาห์ที่ 1-6 ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่บ้าน โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการก่อนพบแพทย์

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการตามวัน เวลา และสถานที่ ที่กำหนดไว้ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้เรื่อง โรคซึมเศร้า	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	วันที่ 5 มีนาคม 53	เวลา 0900-1100	สถานที่ คลินิกคลายเครียด โรงพยาบาล มะการักษ์
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	วันที่ 5 มีนาคม 53	เวลา 1300-1500	สถานที่ ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.พระแท่น
ครั้งที่ 2 การส่งเสริมการดูแล ตนเอง ด้านกาย จิต สังคม	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	วันที่ 11 มีนาคม 53	เวลา 0900-1100	สถานที่ คลินิกคลายเครียด โรงพยาบาล มะการักษ์
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	วันที่ 11 มีนาคม 53	เวลา 1300-1500	สถานที่ ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.พระแท่น
ครั้งที่ 3 การพัฒนาความคิดเชิง บวก	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	วันที่ 18 มีนาคม 53	เวลา 0900-1100	สถานที่ คลินิกคลายเครียด โรงพยาบาล มะการักษ์
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	วันที่ 18 มีนาคม 53	เวลา 1300-1500	สถานที่ ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.พระแท่น

ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการเผชิญ ปัญหา	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	วันที่ 25 มีนาคม 53	เวลา 0900-1100	สถานที่ คลินิกคลายเครียด โรงพยาบาล มะเร็ง
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	วันที่ 25 มีนาคม 53	เวลา 1300-1500	สถานที่ ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.พระแท่น
ครั้งที่ 5 การพัฒนาทักษะทาง สังคม	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	วันที่ 1 เมษายน 53	เวลา 0900-1100	สถานที่ คลินิกคลายเครียด โรงพยาบาล มะเร็ง
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	วันที่ 1 เมษายน 53	เวลา 1300-1500	สถานที่ ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.พระแท่น
ครั้งที่ 6 การคงไว้ซึ่งสุขภาพ ที่ดี	กลุ่มที่ 1 (10 คน)	วันที่ 8 เมษายน 53	เวลา 0900-1100	สถานที่ คลินิกคลายเครียด โรงพยาบาล มะเร็ง
	กลุ่มที่ 2 (10 คน)	วันที่ 8 เมษายน 53	เวลา 1300-1500	สถานที่ ศูนย์สุขภาพชุมชน ต.พระแท่น

ซึ่งผลที่ได้รับเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้งมีรายละเอียดโดยสรุปดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เรื่องโรค

ช่วงที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพรายกลุ่ม เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า ผู้ป่วยมีความไว้วางใจต่อพยาบาลและสมาชิกกลุ่มโดยประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การสนทนา และความร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลของตนต่อกลุ่ม โดยบอกว่าเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม และกล้าที่จะเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนต่อพยาบาลและสมาชิกในกลุ่ม มีผู้ป่วยเพียงบางคนที่ช่วงแรกไม่ค่อยกล้าพูดหรือแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยจึงต้องคอยกระตุ้นให้ตอบ

และจากการที่ให้สมาชิกร่วมกันทำกิจกรรม พบว่าสมาชิกมีความเต็มใจที่จะมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอน สามารถสร้างความคุ้นเคยกับคนในกลุ่มได้มากขึ้น โดยประเมินจากการสนทนา ท่าทาง และความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยสมาชิกเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมว่า กิจกรรมนี้ช่วยในการลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม สมาชิกจึงให้ความร่วมมือกับพยาบาลและเพื่อนสมาชิกในการทำกิจกรรม สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับพยาบาลและสมาชิกกลุ่มได้อย่างเหมาะสม

ช่วงที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

จากการสังเกต พูดคุย ซักถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและสาเหตุของการเจ็บป่วยของตนเอง สมาชิกสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ ความรุนแรง และแนวทางการรักษาเมื่อเกิดการเจ็บป่วยรวมทั้งแนวทางในการดูแลตนเอง ในขณะที่เกิดการเจ็บป่วย ในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“โรคซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากความคิดด้านลบต่อตนเอง ต้องรักษาโดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและปรับความคิดของตนเองให้คิดด้านบวก”

“โรคซึมเศร้าเป็น โรคทางจิตประสาท หากไม่รักษาก็จะนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายได้”

“โรคซึมเศร้าบางทีก็เกิดจากกรรมพันธุ์ในครอบครัว หรือได้รับการบาดเจ็บที่สมอง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่นาน และต้องกินยาเพื่อปรับสมดุลในสมองและดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ”

สำหรับปัญหาที่นำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่พบส่วนใหญ่ เกิดจากปัญหาด้านจิตสังคม เช่น การสูญเสียคนรัก บุตรหลาน ปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง กระดูกสันหลังทับเส้นประสาท ทำให้ไม่สามารถทำงานหนักได้ และมีผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทำให้รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายในครอบครัว นอกจากนี้ยังเกิดจากปัญหาด้านสัมพันธภาพ เช่น การไม่เข้าใจกันในครอบครัว การขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน

ทั้งนี้ผลลัพธ์จากการฝึกปฏิบัติตามใบงานและนำเสนอเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ได้แสดงให้เห็นว่าสมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าได้อย่างถูกต้องในหัวข้อต่างๆ ได้แก่ ความหมายของโรคซึมเศร้า อาการและอาการแสดง สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า การรักษา การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรค การใช้ยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

ความหมายของโรคซึมเศร้า

“โรคซึมเศร้า คือ โรคทางจิตเวชที่มีลักษณะเด่นด้านอารมณ์ คือ มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข”

“โรคซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางด้านอารมณ์ คือ มีอารมณ์เศร้าอย่างต่อเนื่องไม่สามารถคลี่คลายลงได้ แล้วทำให้เกิดความบกพร่องในการทำงานหรือทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ”

อาการและอาการแสดง

“อาการที่สำคัญของโรคซึมเศร้า คือ มีอารมณ์ซึมเศร้า ความสนใจในสิ่งแวดล้อมลดลงนอนไม่หลับหรือหลับมากกว่าปกติ สมาธิลดลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า คิดอยากตาย”

“อาการของโรคซึมเศร้า ต้องมากกว่า 2 อาทิตย์ ขึ้นไปและเป็นเกือบตลอดเวลาแทบทุกวัน ไม่ใช่เป็นๆ หายๆ แล้วกลับเป็นใหม่”

สาเหตุการเกิดโรคซึมเศร้า

“ฉันว่ามีได้หลายสาเหตุ ทั้งในเรื่องของกรรมพันธุ์ คือ คนที่มีพ่อแม่เป็นก็มักจะเป็นด้วย แต่ฉันว่าสาเหตุด้านจิตใจนี้สำคัญ คือ เวลาที่เราสูญเสียคนรัก ของรัก เราก็จะคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีใครต้องการ ก็จะเบื่อหน่าย ท้อแท้ ถึงขั้นไม่อยากมีชีวิตอยู่”

“ผมคิดว่าสาเหตุด้านสังคม เช่น การที่ครอบครัวมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งไม่เข้าใจกัน ปัญหาด้านการเงิน เงินไม่พอใช้ แล้วเราไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ก็เกิดความทุกข์ ท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่อยากมีชีวิตอยู่”

การรักษา

“ป้าว่าต้องทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่ว่าเดือนสองเดือนแล้วหยุด บางคนต้องกินเป็นปีๆ อย่างป้านี้ก็กินยาม้าเสมอ ไม่เคยหยุดยาสักครั้ง”

“ผมว่า การทานยาอย่างสม่ำเสมอ ก็มีช่วยทำให้อาการซึมเศร้าดีขึ้น แต่ทั้งนี้ การมาทำกลุ่มบำบัดกับคุณพยาบาล ก็ทำให้ผมมีความรู้ความเข้าใจที่จะปฏิบัติตน ในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคซึมเศร้า ”

“ฉันเคยหยุดยา ตอนนั้นอาการไม่ดีขึ้นเลย แถมยังพยายามฆ่าตัวตาย จนพ่อแม่ต้องพาไปส่งศรีษะบุญญา ได้รับการช็อตไฟฟ้า ซึ่งตอนหลังทำให้อาการดีขึ้น เลยรู้ว่าคนเป็นโรคนี้อันตรายไม่ควรหยุดยาเอง ”

การปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรค

“ต้องรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ทำจิตใจให้สดชื่นเบิกบาน พยายามหากิจกรรมทำ ไม่แยกตัว ”

“ถ้ามีปัญหาให้ปรึกษาคนในครอบครัว อย่าเก็บปัญหาไว้คนเดียว ที่สำคัญ ห้ามดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นอันขาด”

การใช้ยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา

“ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ปรับลดหรือเพิ่มยาเอง ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น กระสับกระส่าย หายใจไม่คล่อง หัวใจเต้นเร็ว ต้องมาพบแพทย์ทันที”

“ฉันกินแล้วมีอาการง่วงนอน ก็ต้องระวังเรื่องอุบัติเหตุ ไม่ขับรถหรือทำงานเวลาที่ง่วง”

และจากการประเมินกิจกรรมที่ทำให้เป็นการบ้านในกลุ่มโรคซึมเศร้าและการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคม พบว่าสมาชิกมีความตระหนักและรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคซึมเศร้า และสามารถวางแผนกำหนดเป้าหมายในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิก ต่อไปนี้

“โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุนำไปสู่การฆ่าตัวตายจึงมีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มาพบแพทย์ตามนัด และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากพยาบาล”

“โรคซึมเศร้า ถ้าไม่รักษาอย่างต่อเนื่องก็จะไม่หายและกลับเป็นซ้ำ ป้าว่าการทานยาเลยมีความจำเป็น และต้องดูแลตนเอง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอาหารการกิน การนอนหลับพักผ่อน การผ่อนคลาย ความเครียดอย่างเหมาะสม ”

หลังจากที่ผู้วิจัยสรุปองค์ความรู้ที่สมาชิกได้รับเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการจัดการโรคซึมเศร้า ทำให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการจัดการโรคซึมเศร้าได้มากขึ้น โดยสมาชิกสามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้

ครั้งที่ 2 การส่งเสริมการดูแลตนเองด้านกาย จิต สังคม

ช่วงที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต และดูแลตนเองโดยทั่วไป เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

จากการสังเกต พูดคุย ซักถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพ สมาชิกสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเองด้านสุขอนามัย การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายและการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“หนูว่าการรับประทานอาหารที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ต้องมีการแบ่งมื้ออาหารรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 มื้อในแต่ละวัน ไม่ดื่มสุราหรือยาเสพติดเพราะจะไปลดฤทธิ์ของยา ทำให้ยาไม่ได้ผลและยังทำให้อาการของโรคซึมเศร้ารุนแรงขึ้น นำไปสู่การฆ่าตัวตายได้”

“ผมคิดว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ก็ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ เพราะทำให้จิตใจปลอดโปร่ง อารมณ์แจ่มใสขึ้น”

“ป้าว่า เรื่องการนอนหลับเนี่ย สำคัญ ต้องนอนให้เพียงพอในเวลากลางคืน ไม่นอนกลางวันเยอะ เพราะจะทำให้ไม่หลับในเวลากลางคืน กินยานอนหลับตามที่หมอสั่ง ตื่นมาจะได้มีแรงหากนอนไม่หลับ บางครั้งก็นั่งสมาธิ อาจช่วยได้”

สำหรับปัญหาด้านการดูแลตนเองที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ ด้านการรับประทานยา เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความอยากอาหารลดลง ทำให้มีน้ำหนักลดลง บางรายก็รับประทานยาเกินปกติ ทำให้เกิดภาวะอ้วน นอกจากนี้ยังมีด้านการนอนหลับพักผ่อน ผู้ป่วยส่วนมากจะนอนไม่ค่อยหลับ เพราะความรู้สึกกังวลใจ บางรายก็นอนหลับมากในเวลากลางวัน ทำให้เวลากลางคืนนอนไม่หลับ

ทั้งนี้จากผลลัพธ์การฝึกปฏิบัติตามใบงานและการนำเสนอต่อสมาชิกกลุ่ม แสดงให้เห็นว่าสมาชิกมีแนวทางในการดูแลตนเองด้านสุขอนามัย การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายและการจัดการความเครียดได้อย่างถูกต้อง และสามารถนำความรู้ไปใช้ให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ด้านสุขอนามัย

“เราต้องไม่ปล่อยให้ตัวเองสกปรก เพราะคนอื่นๆ จะไม่อยากเข้าใกล้ เราต้องอาบน้ำ แปรงฟันทุกวัน คือต้องดูแลตนเองให้สะอาดอยู่เสมอ”

“การทำความสะอาดร่างกายอย่างเดียวไม่พอ ต้องดูแลความสะอาดของเสื้อผ้าที่สวมใส่ ไม่หมักหมม ก็ต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าโดยเฉพาะเสื้อชั้นใน กางเกงใน ที่สกปรกมากก็นำไปซัก”

การรับประทานอาหาร

“เมื่อก่อนเวลาเครียด เบื่อๆ ก็จะกินอย่างเดียว ทำให้น้ำหนักขึ้น ก็ยังเครียดเรื่องรูปร่าง ไปอีก ตอนนี้คงจะต้องออกกำลังกายบ้าง และจะไม่กินจุจิกเวลาเครียดอีก”

“ป่าเบื่ออาหาร บางวันกินได้ 4-5 คำก็ไม่อยากกิน แต่ก็รู้สึกร่างกายไม่มีแรงเลยนะ พอมาตอนนี้ป่าก็จะแบ่งอาหารออกเป็นมื้อเล็ก ให้ได้ 6-7 มื้อ ต่อวัน รู้สึกว่ากินได้ดีขึ้น และพยายามเปลี่ยนอาหารไปเรื่อยๆ จะได้ไม่เบื่อ”

การนอนหลับพักผ่อน

“ผมนอนไม่ค่อยหลับ ต้องกินยานอนหลับตลอด บางวันกินแล้วยังนอนไม่หลับอีก ผมก็แอบเพิ่มยาจะได้หลับ ทีนี้เลยหลับแบบลุกไม่ขึ้น มึนงงไปหมด รู้สึกว่าไม่ดี ตอนนี้เลยพยายามนั่งสมาธิ บางครั้งจินตนาการถึงสิ่งที่ทำให้มีความสุข อย่างเวลาไปเที่ยวกับครอบครัว ผมก็จะสบายใจขึ้น หลับได้ดี”

“ฉันจะไม่พยายามหลับในตอนกลางวัน ก่อนนอนจะฟังเพลงธรรมะหรือนั่งสมาธิจิตใจจะสงบพักผ่อนได้ดี แต่ถ้าคู่วีก่อนนอนจะนอนไม่หลับ เพราะบางครั้งก็เอาเรื่องในละครมาเทียบกับปัญหาของตัวเอง ยิ่งทำให้เครียด นอนไม่หลับไปอีก”

การออกกำลังกาย

“ป่ามีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจ ออกกำลังกายมากไม่ได้ แต่ก็พยายามทำงานบ้านที่ไม่หนักมาก เช่น กวาดบ้าน บางครั้งก็ไปรดน้ำต้นไม้ เพราะนอกจากป่าจะได้ออกกำลังกายแล้ว ยังทำให้ป่ารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าที่ยังพอช่วยเหลืองานในครอบครัวได้อยู่”

“ก็พยายามหาวิธีการออกกำลังกายที่ถนัดอยู่ ตอนนี้ก็ใช้วิธีการเดินออกกำลังกายในตอนเช้า ได้สูดอากาศบริสุทธิ์ ไม่ร้อนจนเกินไป แล้วยังได้มีสมาธิทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวเรา ว่า จะแก้ไขอย่างไร”

การผ่อนคลายและการจัดการความเครียด

“เมื่อก่อน โกรธง่าย อะไรนิดอะไรหน่อยก็จะใช้อารมณ์ตลอด มาตอนนี้เริ่มปรับตัวเอง นับ 1-100 หรือ กำหนดลมหายใจเข้าออก ซัก 5 นาที พอให้จิตใจสงบ อารมณ์โกรธก็จะลดลงไม่รุนแรง”

“หนูมักจะเก็บปัญหาเอาไว้คนเดียวจนกลายเป็นความเครียดสะสม บางครั้งก็พยายามหนีปัญหาโดยการทำร้ายตนเอง แต่ตอนนี้หนูรู้แล้วว่า มีใครอีกหลายคนที่จะพร้อมจะช่วยหนู ทั้งแม่ ทั้งน้ำรวมทั้งพี่ๆ พยาบาลอีก ต่อไปมีปัญหาอะไรหนูจะปรึกษาคณะอื่นที่เขามีประสบการณ์ จะได้แก้ปัญหาค่ะ”

นอกจากนี้ผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ทำให้เป็นการบ้าน แสดงให้เห็นว่าสมาชิกสามารถวางแผนทางการดูแลตนเองด้านสุขอนามัย การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายและการจัดการความเครียดได้อย่างถูกต้อง และสามารถนำความรู้ไปใช้ให้เกิดพฤติกรรม การดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“เมื่อกลับบ้าน ฉันมีปัญหาเรื่องรับประทานยาต้านซึมเศร้าแล้วท้องผูก ฉันจึงพยายามดื่มน้ำมากๆ 8-10 แก้วต่อวัน รับประทานผักและผลไม้มากขึ้น โดยเฉพาะมะละกอ และยังได้ใช้วิธีการนวดหน้าท้องตามที่พยาบาลแนะนำไปด้วย ก็ถ่ายได้ดี ไม่ต้องผูกอีก”

“ก็มีปัญหาเรื่องการนอน ทำอย่างไรก็นอนไม่หลับ พอวันที่มาเข้ากลุ่ม สมาชิกคนหนึ่งได้แนะนำเรื่องการนั่งสมาธิ กับการฟังเพลงดนตรีเบาๆก่อนนอน ก็ลองนำไปปฏิบัติ ตอนนั้นก็พอหลับได้บ้าง แต่ก็รู้สึกดีกว่าเมื่อก่อน”

หลังจากที่ผู้วิจัยสรุปองค์ความรู้ที่สมาชิกได้รับเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ด้านกาย จิต สังคม ทำให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคซึมเศร้าได้มากขึ้น โดยสมาชิกสามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้

ช่วงที่ 2 ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ การนวดคลายเครียด การฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการใช้จินตนาการ เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

จากการสังเกตพบว่า สมาชิกให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม ไม่แยกตัว และยินดีปฏิบัติตามที่พยาบาลให้คำแนะนำไป โดยสมาชิกบอกว่ากิจกรรมนี้ให้ประโยชน์และสามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ สมาชิกบางคนยังได้เคยฝึกปฏิบัติมาก่อนและรู้ว่าการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการเหล่านี้ได้ผลจริง และสมาชิกบางคนก็ยังปฏิบัติตามตลอด

ทั้งนี้ผลลัพธ์ของการฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด พบว่า สมาชิกสามารถอธิบายถึงแนวทางการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้ และสมาชิกสามารถบอกถึงประโยชน์ที่ตนเองได้รับจากการฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูด ต่อไปนี้

“ผมเป็นคนหงุดหงิดง่าย เมื่อได้รับความรู้เรื่องการผ่อนคลายความเครียดไปแล้วรู้สึกว่าเป็นประโยชน์มากโดยหากตนเองเกิดหงุดหงิดขึ้นมา ก็จะกำหนดลมหายใจให้ใจเย็นลงไม่ว่าความเหมือนเดิม”

“ป่าขอวิธีการนวดคลายเครียด เพราะป่าเคยลองนวดบริเวณขมับเวลาที่เครียดจนปวดหัว แล้วปรากฏว่ามันรู้สึกผ่อนคลาย แล้วก็ทำให้หายปวดหัว และวิธีนี้ยังสามารถทำได้ทุกที่ ไม่เหมือนการกำหนดจิตหรือนั่งสมาธิ ที่ต้องหามุมสงบ ซึ่งบางครั้งก็ไม่มี”

สำหรับกิจกรรมการฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดที่สมาชิกส่วนใหญ่ชื่นชอบ คือ การนวดคลายเครียด เพราะรู้สึกว่าการนวดได้รับการผ่อนคลาย ความเจ็บปวด ความเครียดลดลง ส่วนวิธีการที่สมาชิกส่วนใหญ่ใช้น้อย คือ การจินตนาการ เพราะบางครั้งก็จิตใจวุ่น และต้องหามุมที่สงบจริงๆ จึงทำได้

ผลลัพธ์จากกิจกรรมที่ให้ทำเป็นการบ้าน พบว่า สมาชิกมีการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียดอย่างถูกต้องและสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม ยกตัวอย่างเช่น

สมาชิกรายหนึ่งเมื่อมีปัญหาทะเลาะกับสามี หรือบุตรจะใช้วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ร่วมกับการกำหนดลมหายใจเพื่อให้เกิดสมาธิจะได้พิจารณาไตร่ตรองการแก้ปัญหา ทำให้สมองปลอดโปร่ง ไม่โมโหสามีหรือบุตรจนเครียดเกินไป

ครั้งที่ 3 การพัฒนาความคิดเชิงบวก หยุดความคิดเชิงลบ และการส่งเสริมคุณค่าในตนเอง

ช่วงที่ 1 การให้ความรู้เรื่องความคิดที่บิดเบือน การหยุดความคิดเชิงลบ และการฝึกคิดเชิงบวก เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

จากการสังเกต พูดคุย ซักถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดที่บิดเบือน ความคิดอัตโนมัติด้านลบ การปรับเปลี่ยนความคิด และการฝึกคิดเชิงบวก สมาชิกสามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง ดังตัวอย่างคำพูด ต่อไปนี้

“ความคิดด้านลบต่อตนเอง คือ การโทษตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าทำอะไรล้มเหลว เมื่อมีความคิดเช่นนี้ให้พิจารณาถึงความสำเร็จที่ตนเองเคยได้รับ และให้พยายามทำสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้แม้จะเป็นสิ่งเล็กน้อยก็ตาม เช่น ช่วยงานบ้าน”

“ความคิดด้านลบ คือ ความคิดที่ไม่มีเหตุผล อาจเป็นการคิดเข้าข้างตนเอง มองตนเองในทางที่ไม่ดี โทษตัวเอง หรือมองสิ่งต่างๆ ในแง่ลบอย่างเดียว ทำให้เกิดความทุกข์ใจ ไม่สบายใจ”

“การเปลี่ยนความคิด ต้องเริ่มจากที่เราหาว่าอะไรคือความคิดด้านลบของเรา แล้วให้ความคิดด้านบวกเข้าไปแทน ไม่ว่าจะเป็นการให้กำลังใจตนเอง การมองสิ่งต่างๆ หลายๆ แง่มุมที่ต้องมีด้านดีและไม่ดีปะปนกันไป รวมทั้งต้องเห็นคุณค่าในตนเองด้วย”

ทั้งนี้ผลลัพธ์จากการฝึกปฏิบัติตามใบงาน พบว่าสมาชิกสามารถเชื่อมโยงสถานการณ์หรือเหตุการณ์กับความคิดที่บิดเบือน อารมณ์และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ รวมทั้งสามารถบอกถึงการฝึกคิดเชิงบวกที่จะนำไปใช้เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากความคิดอัตโนมัติด้านลบลงได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังตัวอย่าง ต่อไปนี้

“ฉันคิดว่าที่ตนเองทะเลาะกับเพื่อน เพราะคิดว่าเพื่อนไม่ชอบ เนื่องจากว่าเคยทักทายแล้วเพื่อนไม่ทักทายตอบ ทำให้คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี เพื่อนไม่รัก แต่หากคิดในด้านบวกเพื่อนอาจมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องอื่นๆ ทำให้ไม่ได้ยินที่ตนเองทักทายเลยไม่ได้ทักทายตอบเพราะฉะนั้นตนเองก็ไม่ควรไปน้อยใจหรือโกรธเพื่อนแต่ต้องคอยช่วยเหลือเพื่อนให้พ้นจากความทุกข์”

“หนูคิดว่าที่ตนเองหางานทำไม่ได้ เพราะตนเองไม่มีความรู้ความสามารถ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าไม่มีคุณค่า แต่หากคิดในทางกลับกัน หนูอาจสมัครงานในตำแหน่งที่ไม่ตรงกับความรู้ ความชำนาญก็ได้ ซึ่งหนูควรเลือกงานที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของตนให้มากที่สุด”

สำหรับการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบในสมาชิกที่เข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่มีความคิดโทษหรือตำหนิตนเอง มีความคิดมองตนเองว่าไม่มีความสามารถ ไม่เป็นที่ต้องการ และไม่มีคุณค่า และมีสมาชิกบางส่วนที่มักมีความคิดแบบคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดสิ่งที่ไม่ดีขึ้นกับตน ทำให้สมาชิกเหล่านี้รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย

และจากการประเมินกิจกรรมท้ายบทที่ให้เป็นการบ้าน แสดงให้เห็นว่าสมาชิกสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้าจากความคิดด้านลบและมีวิธีการปรับเปลี่ยน ความคิดด้านลบได้อย่างถูกต้อง ยกตัวอย่างเช่น

สมาชิกรายหนึ่ง มีความคิดอยากฆ่าตัวตายเนื่องจากภรรยาทิ้งไปมีสามีใหม่ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าไม่ควรมีชีวิตอยู่เพราะไม่มีคนต้องการ เมื่อผู้ป่วยได้ปรับความคิดด้านลบทำให้เห็นว่าตนเองยังมีคุณค่าเพราะเป็นที่พึ่งของมารดาและบุตร ซึ่งหากตนเองฆ่าตัวตายมารดากับบุตรจะลำบาก ไม่มีคนดูแล จึงรู้สึกรักตนเองมากขึ้น

ช่วงที่ 2 การให้ความรู้และการพัฒนาทักษะการรู้จักตนเองและการสร้างคุณค่าในตนเอง เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการตอบข้อซักถามต่างๆ ที่แสดงให้เห็นว่า สมาชิกรู้จักตัวเองทั้งด้านบวกและด้านลบ มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น รู้สึกตนเองมีคุณค่า และยอมรับกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตัวเอง พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในการจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ดังตัวอย่างคำพูด ดังต่อไปนี้

“ฉันมีข้อเสียคือ ใช้จ่ายเงินเกินตัวทำให้มีหนี้สินมาก แต่ข้อดีคือ ขยันทำงาน อดทน ไม่เกียจงาน การจะแก้ข้อเสียของฉัน ฉันคิดว่าจะทำสมุดรายรับรายจ่ายในครอบครัวจะได้รู้ว่าตนเองใช้จ่ายไปทำอะไรบ้าง จำเป็นหรือไม่ และพยายามอดออมเงินเพื่อนำมาใช้หนี้และไม่ก่อหนี้เพิ่มอีก”

“ชื่อเสียงของฉันคือ เป็นคนยอมคนอื่น เช่น เวลาสามีทำร้ายฉัน ฉันก็จะยอมให้เขาทำ ทำให้ฉันรู้สึกว่าคุณค่า ไม่มีคุณค่า หมกหมุ่นทางที่จะต่อสู้ แต่เมื่อได้รับความรู้จากพยาบาลและกำลังใจจากเพื่อนสมาชิกคนอื่นๆ ฉันก็เลยรู้ว่า ตนเองมีข้อดีที่น่าภูมิใจ คือ ฉันสามารถเลี้ยงลูกและส่งเสียลูกจนจบปริญญาตรีทั้งสองคน ทั้งๆที่ฉันจบแค่ ป.6 และสามีไม่เคยส่งเสียเลี้ยงดู ฉันกับลูกเลย ฉันจึงตั้งมั่นว่าจะไม่ยอมให้สามีทำร้ายอีก ฉันจะย้ายไปอยู่กับลูกชายคนโตเพราะเขาและภรรยาอยากให้ฉันไปอยู่ด้วย”

ทั้งนี้จากผลลัพธ์ในใบงานที่สมาชิกฝึกปฏิบัติ เรื่องต้นไม้แห่งชีวิต แสดงให้เห็นว่าสมาชิกมีความตระหนักถึงความสำคัญของรับรู้และการเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง โดยสมาชิกบอกว่าคนที่เห็นคุณค่าในตนเองย่อมที่จะมีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาต่างๆ มีความสุขกว่าคนที่เอาแต่โทษตนเอง มองตนเองในทางที่ไม่ดี ดังนั้นการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำ อาจจะทำได้โดยการช่วยเหลืองานในครอบครัว สังคม

ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็น การตอบข้อซักถาม แสดงให้เห็นว่าสมาชิกรับรู้ปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง และสามารถนำความรู้ในการพัฒนาทักษะที่ได้ไปใช้ในการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง และระบุความสำคัญของปัญหา โดยมีเป้าหมายและแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นคลี่คลายลงได้ ดังเช่น สมาชิกสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้อย่างถูกต้อง และสามารถวางแผนการแก้ปัญหาที่เหมาะสมได้อย่างหลากหลาย รวมทั้งมีการดึงเอาทรัพยากรมาสนับสนุนในการแก้ปัญหา จากนั้นสมาชิกยังสามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมที่สุดได้

นอกจากนี้จากการประเมินการฝึกปฏิบัติตามใบงานและสรุปสิ่งที่ได้ตามใบงาน แสดงให้เห็นว่า สมาชิกเข้าใจวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีกระบวนการแก้ปัญหาที่ถูกต้องดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“วิธีการแก้ปัญหาที่ถูกต้องนั้น เราต้องกำหนดปัญหาให้แน่ชัดก่อนว่าปัญหานั้นมีสาเหตุมาจากอะไร แล้วจึงกำหนดความสำคัญของปัญหาโดยต้องนำเอาปัญหาที่เร่งด่วนมากและสำคัญมากมาแก้ก่อนเป็นอันดับแรก แล้วจึงวางแผนการแก้ปัญหาอาจมีได้หลายวิธีให้วิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธี แล้วจึงเลือกวิธีที่ดีที่สุดมีข้อเสียน้อยที่สุด จากนั้นก็ดำเนินการแก้ปัญหาโดยต้องมีการประเมินผลลัพธ์ในการแก้ปัญหาทุกครั้ง เพื่อนำเอาข้อผิดพลาดที่พบมาแก้ไขต่อไป”

สำหรับปัญหาของสมาชิกที่เกี่ยวข้องกับทักษะการเผชิญปัญหานั้น ส่วนใหญ่สมาชิกจะใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการอารมณ์ มากกว่ามุ่งแก้ไขปัญหา ทำให้ปัญหาที่แท้จริงไม่ได้รับการแก้ไข กลายเป็นปัญหาเรื้อรังที่ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้สมาชิกรู้สึกเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ หมกหมุ่นทางที่จะเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพได้

ทั้งนี้จากผลลัพธ์การประเมินกิจกรรมท้ายบทที่ให้เป็นการบ้านแสดงให้เห็นว่า สมาชิกได้นำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันในด้านต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ยกตัวอย่างเช่น

สมาชิกรายหนึ่งมีปัญหาถูกสามีทำร้ายร่างกาย ซึ่งมักจะแก้ปัญหาโดยใช้วิธีร้องไห้และยินยอมให้สามีทำร้ายร่างกาย เป็นอย่างนี้มาเป็นเวลานาน เมื่อสมาชิกได้มาเรียนรู้ทักษะการเผชิญปัญหา ทำให้รู้ว่าการแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยทำอยู่นั้น นอกจากจะไม่ได้ผล ยังทำให้สามีของตนรู้สึกว่าคุณเองมีอำนาจเหนือผู้ป่วยและจะทำร้ายผู้ป่วยทุกครั้งเวลาที่ผู้ป่วยไม่ตามใจ เมื่อผู้ป่วยคิดได้ดังนี้จึงขอคำปรึกษาจากญาติซึ่งญาติได้ให้ความช่วยเหลือโดยพาผู้ป่วยไปพบตำรวจเพื่อลงบันทึกประจำวันไว้เป็นหลักฐานทางกฎหมายเพื่อป้องกันไม่ให้สามีมาทำร้าย จากนั้นจึงพาผู้ป่วยไปอยู่กับญาติที่ผู้ป่วยสนิทโดยผู้ป่วยได้นำบุตรชายไปอยู่ด้วย ปัจจุบันผู้ป่วยรู้สึกมีความสุขเหมือนได้หลุดพ้นจากความทรมานและสามีไม่กล้ามาทำร้ายผู้ป่วยอีกเลย

หลังจากที่ผู้วิจัยสรุปองค์ความรู้ที่สมาชิกได้รับเกี่ยวกับการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา ทำให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลวิธีในการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพได้มากขึ้น โดยสมาชิกสามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้

ครั้งที่ 5 การให้ความรู้และพัฒนาทักษะทางสังคม

ช่วงที่ 1 การให้ความรู้และการฝึกทักษะการสื่อสาร เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

จากการสังเกตความสนใจ การร่วมแสดงความคิดเห็น และการฝึกปฏิบัติการพัฒนาทักษะการสื่อสาร แสดงให้เห็นว่าสมาชิกมีความรู้และความสามารถในการสื่อสารทั้งการใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูดที่ชัดเจนและแม่นยำตรงกับสถานการณ์ที่กำหนด และช่วยลดความขัดแย้งอันเกิดจากการขาดการสื่อสารที่บกพร่องได้ ยกตัวอย่างเช่น สมาชิกรู้จักการกล่าวขอบคุณหรือขอโทษ รวมทั้งมีความสามารถในการพูด เพื่อขอความช่วยเหลือหรือความร่วมมือกับบุคคลอื่นๆตามสถานการณ์สมมติที่กำหนดให้ได้

สำหรับปัญหาการสื่อสารที่เกิดขึ้นในสมาชิกส่วนใหญ่ คือ การที่สมาชิกขาดทักษะในการสื่อสาร เพื่อแสดงออกถึงความต้องการของตน ในครอบครัวและชุมชน ขาดทักษะในการพูดเพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา อันเป็นผลให้เกิดการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ

และจากการประเมินผลลัพธ์ตามใบงานที่ให้ฝึกปฏิบัติ และจากการสรุปสิ่งที่ได้ตามใบงานแสดงให้เห็นว่า สมาชิกเข้าใจสาเหตุของความขัดแย้งที่เกิดจากการสื่อสารและสามารถจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกและครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ที่กำหนด ดังตัวอย่างเช่น

สมาชิกรายหนึ่งบอกว่า ที่ตนเองมีปัญหาไม่เข้าใจกับลูกเพราะเป็นห่วงที่ลูกจะขอไปทำงานในกรุงเทพฯ ซึ่งเวลาลูกมาขออนุญาต ตนเองจะไม่เคยบอกเหตุผลว่าทำไมถึงไม่ให้ลูกไปและมักจะอารมณ์เสียใส่ลูกทันที ทำให้ลูกน้อยใจและไม่พูดด้วย ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าหากตนเองบอกเหตุผลกับลูกถึงความห่วงใยจะทำให้เกิดความเข้าใจกันในครอบครัวมากกว่านี้

หลังจากที่ผู้วิจัยสรุปองค์ความรู้ที่สมาชิกได้รับเกี่ยวกับการฝึกทักษะการสื่อสาร ทำให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพได้มากขึ้น โดยสมาชิกสามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้

ช่วงที่ 2 การให้ความรู้และฝึกทักษะการขอความช่วยเหลือและการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ สมาชิกสามารถบอกถึงบุคคลหรือแหล่งขอความช่วยเหลือให้คำปรึกษาได้ในขณะที่มีปัญหา ดังตัวอย่างคำพูด ต่อไปนี้

“เวลาป้ามีปัญหาเรื่องสุขภาพ จะต้องไปปรึกษาพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อนามัย เพราะมีความรู้และประสบการณ์ที่จะช่วยเหลือได้”

“ฉันมีปัญหาการดูแลมารดาที่พิการ เนื่องจากตนเองอยู่กับมารดา 2 คน ทำให้ไม่มีเวลาไปทำงานหรือไปพบแพทย์ตามนัด ฉันจึงวางแผนการแก้ปัญหาโดยการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมโดย หากเวลาที่จะไปทำงานหรือไปโรงพยาบาล ฉันจะขอให้เพื่อนบ้านใกล้เคียงกันหรืออสม. ช่วยมาดูแลมารดาให้เป็นระยะๆ เช่น เวลารับประทานอาหารกลางวัน”

สำหรับปัญหาการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ในสมาชิกส่วนใหญ่แล้วนั้นเกิดจากสมาชิกขาดความรู้ว่า เมื่อเกิดปัญหานี้จะสามารถไปขอความช่วยเหลือได้ที่ไหน และได้อย่างไร นอกจากนี้ยังมีสมาชิกบางรายที่ไม่กล้าขอความช่วยเหลือ เพราะไม่รู้ว่าจะไปขอความช่วยเหลือได้ที่ไหน รวมทั้งบางคนก็ไม่กล้าที่จะเปิดเผยปัญหาของตนให้ผู้อื่นทราบ

ซึ่งจากการประเมินผลลัพธ์การฝึกปฏิบัติตามใบงานที่มอบหมาย และจากการสรุปสิ่งที่ได้จากใบงาน แสดงให้เห็นว่า สมาชิกมีความสามารถในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังตัวอย่างเช่น การไปพบแพทย์เมื่อมีปัญหาสุขภาพ การขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวเมื่อมีปัญหาความเครียด การขอความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือเจ้านายเมื่อมีปัญหาในที่ทำงาน เป็นต้น

นอกจากนี้ จากการประเมินกิจกรรมที่ให้เป็นการบ้าน แสดงให้เห็นว่า สมาชิกมีทักษะทางสังคมที่เหมาะสม ทั้งทักษะในการสื่อสาร ทักษะการขอความช่วยเหลือ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของสมาชิก ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังตัวอย่างเช่น

สมาชิกรายหนึ่ง มีปัญหานุตรชายหนีโรงเรียน และติดยา เพราะไปคบเพื่อนไม่ดี ผู้ป่วยได้นำปัญหาที่เกิดขึ้นไปปรึกษากับอาจารย์ที่โรงเรียนเพื่อช่วยกันแก้ปัญหา และได้ำนุตรชายไปพบกับพยาบาลเพื่อหาวิธีการในการบำบัดรักษาและเลิกยาให้กับบุตรชาย

หลังจากที่ผู้วิจัยสรุปองค์ความรู้ที่สมาชิกได้รับเกี่ยวกับการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรที่จะให้ความช่วยเหลือได้มากขึ้น โดยสมาชิกสามารถตอบคำถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นได้

ครั้งที่ 6 การคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนนี้แล้วพบว่า

จากความสนใจในการร่วมอภิปราย ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและการตอบข้อซักถาม แสดงให้เห็นว่า สมาชิกมีความตระหนัก และรับรู้ปัญหาและสาเหตุที่เกิดขึ้นจากภาวะซึมเศร้า สมาชิกเกิดความมั่นใจ รวมทั้งมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต ดังตัวอย่างคำพูด ต่อไปนี้

“ผมเชื่อมั่นว่าตนเองต้องหายและจะไม่ทำร้ายตนเองอีก”

“ฉันรู้สึกสบายใจขึ้นและพร้อมที่จะจัดการกับปัญหาที่จะเข้ามา”

และจากผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามใบงานที่ได้รับมอบหมาย แสดงให้เห็นว่า สมาชิกสามารถวางแผนชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองได้ทั้งในด้านครอบครัว หน้าที่การงาน การดูแลสุขภาพกาย จิตใจ และด้านการเข้าร่วมชุมชน อย่างถูกต้องเหมาะสม ยกตัวอย่างเช่น

สมาชิกรายหนึ่งบอกว่าตอนนี้ตกงาน ก็พยายามหางานทำโดยอาจเป็นงานรับจ้างเล็กๆน้อยๆ และวางแผนว่าจะขายอาหารตามสั่งด้วย เนื่องจากตนเองพอมีฝีมือด้านการทำอาหาร ซึ่งขณะนี้ก็ช่วยงานบ้านในครอบครัวด้วย จะได้ไม่เดือดร้อนคนในครอบครัวมากเกินไป

ทั้งนี้ผลคะแนนการติดตามประเมินผลโดยใช้แบบบันทึก “ความสามารถในการดูแลตนเองและการทำหน้าที่ทางสังคม” เมื่อกลับไปอยู่บ้านเป็นรายสัปดาห์ แสดงให้เห็นว่า สมาชิกมีระดับความสามารถในการดูแลตนเองและการทำหน้าที่ทางสังคมที่สูงขึ้นเป็นระยะๆต่อเนื่องกันทั้ง 6 สัปดาห์ และผลคะแนนจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมชุดเดิม (Post-test) พบว่าสมาชิกทุกคน มีคะแนนของภาวะซึมเศร้าที่ต่ำลง รวมทั้งมีคะแนนของความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมที่สูงขึ้น

2.3 ผู้วิจัยประเมินความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า และประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาในกลุ่มทดลองหลังกิจกรรมในโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการครั้งที่ 6 เสร็จสิ้นแล้วได้ตรวจสอบค่าระดับความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการเผชิญปัญหาในกลุ่มทดลองทุกคน ซึ่งกำหนดให้ระดับคะแนนในกลุ่มทดลองทุกคนอยู่ในช่วงผ่านเกณฑ์ สำหรับกลุ่มทดลองที่ได้ระดับคะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยและกลุ่มทดลองที่ไม่ผ่านเกณฑ์จะทำความ

เข้าใจร่วมกันและให้ความรู้ร่วมกับการฝึกทักษะเสริมในส่วนที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ จากนั้นจึงทำการวัดประเมินซ้ำจนกว่าจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์ ซึ่งจากการประเมินพบว่าผู้ป่วยมีระดับคะแนนของแบบวัดความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทั้ง 20 คน คือ มีความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่ระดับ 24 คะแนนขึ้นไป และมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่ระดับ 2.5-4.0 คะแนน ดังนั้นจึงถือว่าผู้ป่วยได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการวิจัยอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ

3. ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล

3.1 ก่อนการดำเนินโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินก่อนการศึกษา (Pre-test) โดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck และแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (SF-36) ดังแสดงในตารางที่ 7

3.2 หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินผลการวิจัยภายหลังเสร็จสิ้นการศึกษา (Post-test) โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม โดยใช้เครื่องมือชุดเดิมทั้ง 2 ชุด ดังแสดงในตารางที่ 9-10

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 คะแนนภาวะซึมเศร้า คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม และการแปลผลของกลุ่มทดลองก่อน (Pre-test) และ หลังการทดลอง (Post-test)

คนที่	การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง							
	แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของBeck				แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (SF-36)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	15	เล็กน้อย	8	ปกติ	46	ต่ำกว่าปกติ	72	ปกติ
2	20	มาก	15	เล็กน้อย	35	ต่ำกว่าปกติ	64	ปกติ
3	24	มาก	15	เล็กน้อย	30	ต่ำกว่าปกติ	62	ปกติ
4	12	เล็กน้อย	7	ปกติ	42	ต่ำกว่าปกติ	76	ปกติ
5	14	เล็กน้อย	6	ปกติ	40	ต่ำกว่าปกติ	78	ปกติ
6	13	เล็กน้อย	7	ปกติ	45	ต่ำกว่าปกติ	80	ปกติ
7	11	เล็กน้อย	6	ปกติ	48	ต่ำกว่าปกติ	82	ปกติ
8	28	มาก	18	ปานกลาง	32	ต่ำกว่าปกติ	60	ปกติ
9	12	เล็กน้อย	9	ปกติ	44	ต่ำกว่าปกติ	72	ปกติ
10	13	เล็กน้อย	8	ปกติ	43	ต่ำกว่าปกติ	76	ปกติ
11	18	ปานกลาง	10	เล็กน้อย	32	ต่ำกว่าปกติ	62	ปกติ
12	25	มาก	12	เล็กน้อย	30	ต่ำกว่าปกติ	60	ปกติ
13	28	มาก	14	เล็กน้อย	32	ต่ำกว่าปกติ	64	ปกติ
14	11	เล็กน้อย	6	ปกติ	46	ต่ำกว่าปกติ	82	ปกติ
15	14	เล็กน้อย	7	ปกติ	44	ต่ำกว่าปกติ	84	ปกติ
16	15	เล็กน้อย	6	ปกติ	42	ต่ำกว่าปกติ	80	ปกติ
17	22	มาก	12	เล็กน้อย	37	ต่ำกว่าปกติ	64	ปกติ
18	27	มาก	14	เล็กน้อย	38	ต่ำกว่าปกติ	68	ปกติ
19	26	มาก	14	เล็กน้อย	37	ต่ำกว่าปกติ	68	ปกติ
20	15	เล็กน้อย	8	ปกติ	40	ต่ำกว่าปกติ	72	ปกติ

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (10-15 คะแนน) จำนวน 11 คน ระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) จำนวน 1 คน และระดับมาก (20-29 คะแนน) จำนวน 8 คน และมีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (0-50 คะแนน) จำนวน 20 คน

แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ (0-9) จำนวน 11 คน ระดับเล็กน้อย (10-15 คะแนน) จำนวน 8 คน ระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) จำนวน 1 คน และมีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม อยู่ในเกณฑ์ปกติ (51-100 คะแนน) จำนวน 20 คน



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 10 คะแนนภาวะซึมเศร้า คะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม และการแปลผลของกลุ่มควบคุมก่อน (Pre-test) และ หลังการทดลอง (Post-test)

คนที่	การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม							
	แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของBeck				แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (SF-36)			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	14	เล็กน้อย	18	ปานกลาง	46	ต่ำกว่าปกติ	40	ต่ำกว่าปกติ
2	21	มาก	24	มาก	34	ต่ำกว่าปกติ	32	ต่ำกว่าปกติ
3	24	มาก	24	มาก	31	ต่ำกว่าปกติ	31	ต่ำกว่าปกติ
4	12	เล็กน้อย	15	เล็กน้อย	43	ต่ำกว่าปกติ	42	ต่ำกว่าปกติ
5	14	เล็กน้อย	17	ปานกลาง	41	ต่ำกว่าปกติ	40	ต่ำกว่าปกติ
6	12	เล็กน้อย	18	ปานกลาง	45	ต่ำกว่าปกติ	42	ต่ำกว่าปกติ
7	11	เล็กน้อย	17	ปานกลาง	48	ต่ำกว่าปกติ	42	ต่ำกว่าปกติ
8	28	มาก	32	รุนแรง	33	ต่ำกว่าปกติ	32	ต่ำกว่าปกติ
9	12	เล็กน้อย	9	ปกติ	43	ต่ำกว่าปกติ	43	ต่ำกว่าปกติ
10	14	เล็กน้อย	18	ปานกลาง	43	ต่ำกว่าปกติ	42	ต่ำกว่าปกติ
11	18	ปานกลาง	22	มาก	32	ต่ำกว่าปกติ	30	ต่ำกว่าปกติ
12	25	มาก	29	มาก	31	ต่ำกว่าปกติ	28	ต่ำกว่าปกติ
13	29	มาก	32	รุนแรง	32	ต่ำกว่าปกติ	30	ต่ำกว่าปกติ
14	11	เล็กน้อย	15	เล็กน้อย	46	ต่ำกว่าปกติ	44	ต่ำกว่าปกติ
15	14	เล็กน้อย	18	ปานกลาง	45	ต่ำกว่าปกติ	43	ต่ำกว่าปกติ
16	14	เล็กน้อย	21	มาก	42	ต่ำกว่าปกติ	38	ต่ำกว่าปกติ
17	23	มาก	28	มาก	36	ต่ำกว่าปกติ	34	ต่ำกว่าปกติ
18	27	มาก	31	รุนแรง	36	ต่ำกว่าปกติ	34	ต่ำกว่าปกติ
19	27	มาก	27	มาก	36	ต่ำกว่าปกติ	36	ต่ำกว่าปกติ
20	15	เล็กน้อย	19	ปานกลาง	40	ต่ำกว่าปกติ	38	ต่ำกว่าปกติ

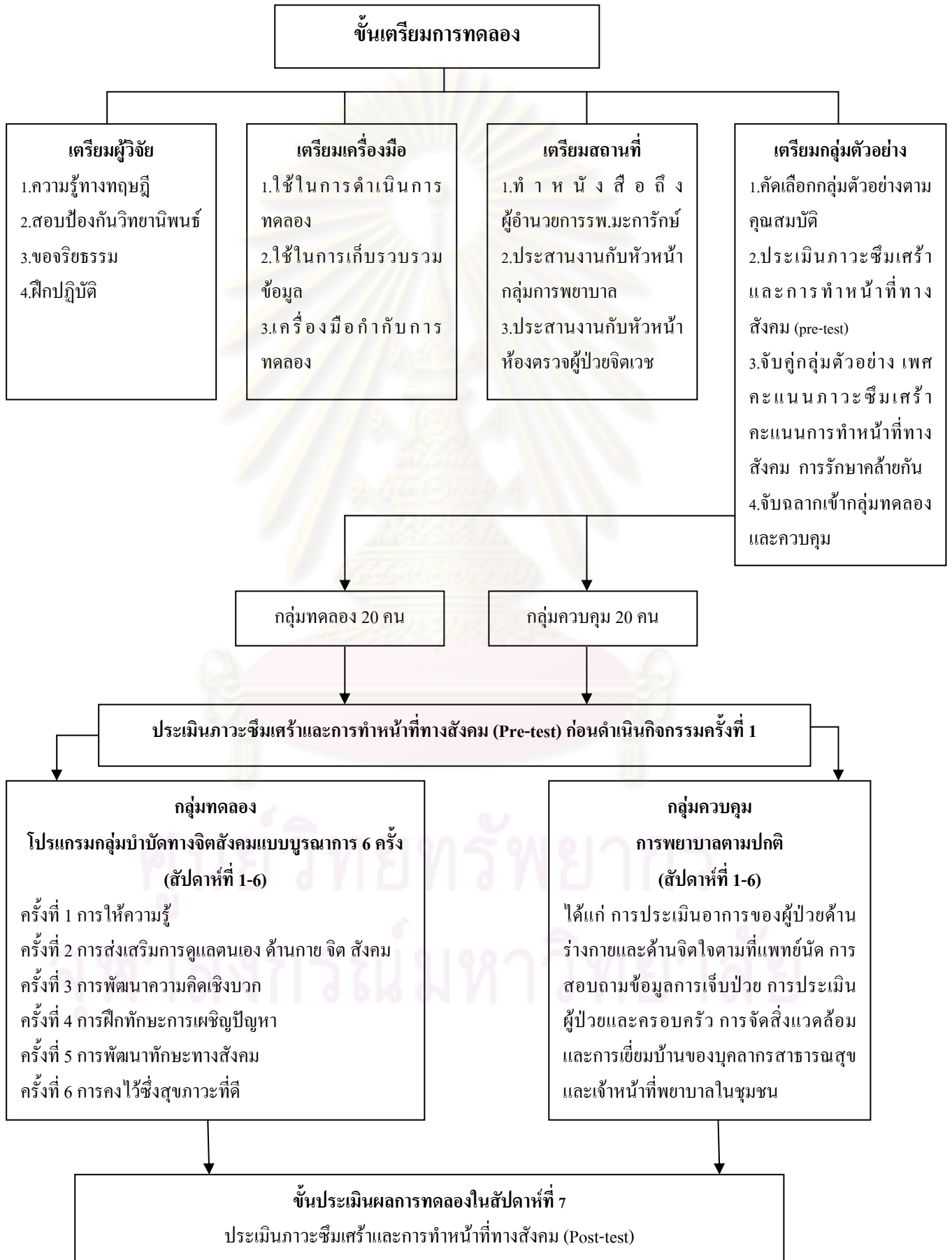
จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (10-15 คะแนน) จำนวน 11 คน ระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) จำนวน 1 คน และระดับมาก (20-29 คะแนน) จำนวน 8 คน และมีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (0-50 คะแนน) จำนวน 20 คน

ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ (0-9) จำนวน 1 คน ระดับเล็กน้อย (10-15 คะแนน) จำนวน 2 คน ระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) จำนวน 7 คน ระดับมาก (20-29 คะแนน) จำนวน 7 คน ระดับรุนแรง (30-63 คะแนน) จำนวน 3 คน และมีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (0-50 คะแนน) จำนวน 20 คน



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมในแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติ Pair t-test
3. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 40 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องของ เพศ ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า ระดับคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม ระยะเวลาการเจ็บป่วย แผนการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าในกลุ่มเดียวกัน และปริมาณยาที่ได้รับเท่ากัน แล้วถูกสุ่มเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยมีการวัดภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	3	15	4	20	7	17.5
หญิง	17	85	16	80	33	82.5
อายุ						
20-29 ปี	5	25	6	30	11	27.5
30-39 ปี	3	15	4	20	7	17.5
40-49 ปี	3	15	3	15	6	15
50-59 ปี	9	45	7	35	16	40
สถานภาพสมรส						
โสด	9	45	10	50	19	47.5
คู่	9	45	10	50	19	47.5
หม้าย	0	0	0	0	0	0
หย่า	1	5	0	0	1	2.5
แยก/ร้าง	1	5	0	0	1	2.5
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	2	10	1	5	3	7.5
ประถมศึกษา	7	35	6	30	13	32.5
มัธยมศึกษา	5	25	6	30	11	27.5
อาชีวศึกษา	1	5	0	0	1	2.5
อุดมศึกษา	5	25	7	35	12	30

จากตารางที่ 11 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85 และ 80 ตามลำดับ มีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 และ 35 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรส โสดและคู่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 45 และ 50 ตามลำดับ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35

ตารางที่ 12 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
เกษตรกรรวม	5	25	4	20	9	22.5
รับจ้าง	5	25	7	35	12	30
ค้าขาย	1	5	3	15	4	10
รับราชการ	3	15	2	10	5	12.5
รัฐวิสาหกิจ	2	10	2	10	1	2.5
อื่นๆ	4	20	2	10	6	15
รายได้เฉลี่ยในครอบครัว						
0 - 5000 บาท/เดือน	2	10	4	20	6	15
5001 - 10000 บาท/เดือน	11	55	9	45	20	50
10001 - 15000 บาท/เดือน	7	35	5	25	12	30
มากกว่า 15000 บาท/เดือน	0	0	2	10	2	5
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอ	7	35	6	30	13	32.5
ไม่เพียงพอ	13	65	14	70	27	67.5
ประวัติการเจ็บป่วย						
น้อยกว่า 1 ปี	-	-	1	5	1	2.5
1 - 2 ปี	12	60	11	55	23	57.5
มากกว่า 2 ปีขึ้นไป	8	40	8	40	16	40

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพ เกษตรกรรมและรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 25 เท่ากัน ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพ รับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 35 ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ที่ 5001-10000 บาท คิดเป็นร้อยละ 55 และ 45 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 65 และ 70 ตามลำดับ และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วย ระหว่าง 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 และ 55 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
ในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังการ
ทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{D}	S.D.	df	t
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	18.15	6.19	ปานกลาง	8.05	3.15	19	11.42*
หลังการทดลอง	10.10	3.79	เล็กน้อย				
กลุ่มควบคุม							
ก่อนการทดลอง	18.25	6.47	ปานกลาง	-3.45	2.26	19	-6.83*
หลังการทดลอง	21.70	6.44	มาก				

* $P < 0.05$

จากตารางที่ 13 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนทั้งกลุ่ม
ทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดย
คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ย
ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและ
หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

คะแนนการทำหน้าที่ ทางสังคม	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{D}	S.D.	df	t
กลุ่มทดลอง							
ก่อนการทดลอง	39.15	5.78	ต่ำกว่าปกติ	-32.15	3.87	19	-37.15*
หลังการทดลอง	71.30	8.08	ปกติ				
กลุ่มควบคุม							
ก่อนการทดลอง	39.15	5.74	ต่ำกว่าปกติ	2.10	1.68	19	5.58*
หลังการทดลอง	37.05	5.26	ต่ำกว่าปกติ				

* $P < 0.05$

จากตารางที่ 14 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมหลังการทดลองของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	ระดับ	S.D.	df	t
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	18.15	ปานกลาง	6.19	38	-0.05
กลุ่มควบคุม	18.25	ปานกลาง	6.47		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	10.10	เล็กน้อย	3.79	38	-6.94*
กลุ่มควบคุม	21.70	มาก	6.44		

* $P < 0.05$

จากตารางที่ 15 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($t = -6.94$)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม	\bar{X}	ระดับ	S.D.	df	t
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	39.15	ต่ำกว่าปกติ	5.78	38	0.00
กลุ่มควบคุม	39.15	ต่ำกว่าปกติ	5.74		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	71.30	ปกติ	8.08	38	15.88*
กลุ่มควบคุม	37.05	ต่ำกว่าปกติ	5.26		

* $P < 0.05$

จากตารางที่ 16 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมหลังการทดลองในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 15.88$)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง โดยมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (The pretest-posttest randomized control group design) (Polit & Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ตัวแปรต้นคือ การใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ ตัวแปรตามคือ ภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่ เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัยคือ

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ
2. ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ
3. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่ได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 40 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion Criteria) และคัดออก (Exclusion criteria)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power of test) (Coebran and Cox, 1992; Tabachnick and Fidell, 1996; Machin et al., 1997) โดยได้นำผลการศึกษาของ Dowrick et al. (2000) มาร่วมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดให้มีอำนาจทดสอบ 80% ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 40 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ (Normality) และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุดและเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. **เครื่องมือดำเนินการทดลอง** คือโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยบูรณาการจากรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาตามการศึกษาของ Cuijpers (1998) กับการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาตามการศึกษาของ Aryl (2008) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าและเพิ่มระดับการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งการดำเนินกิจกรรมจะเป็นรายกลุ่ม ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรม 6 ครั้ง ระยะเวลาทำกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 1 กิจกรรมต่อสัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 การให้ความรู้: เรื่องโรคซึมเศร้า การรักษา การปฏิบัติตน การรับประทุษร้าย และอาการข้างเคียงของยา

ครั้งที่ 2 การส่งเสริมการดูแลตนเอง ด้านกาย จิต สังคม: พัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา อาการเตือนของโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการผ่อนคลายความเครียด

ครั้งที่ 3 การพัฒนาความคิดเชิงบวก : ฝึกทักษะการคิดเชิงบวก ยับยั้งการคิดเชิงลบ การพัฒนาคุณค่าในตนเอง

ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา: ฝึกทักษะการเชื่อมโยงปัญหากับอาการของโรค ฝึกทักษะการแก้ปัญหา

ครั้งที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม: ฝึกทักษะทางสังคม ได้แก่ การสื่อสาร การดำเนินชีวิตในชุมชน การขอความช่วยเหลือและการหาแหล่งสนับสนุนในชุมชน

ครั้งที่ 6 การคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี: การฝึกวางแผนชีวิตให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง และยุติการทำกลุ่ม

จากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา แล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยการหาความตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อให้เกิดความครอบคลุมเนื้อหากิจกรรม รวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง รวมทั้งได้ผ่านการนำไปทดลองใช้เพื่อทดสอบความเป็นปรนัยของเครื่องมือ

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 แบบวัดความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อทดสอบความรู้ ความเข้าใจ ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าและการดูแลตนเอง ที่สอดคล้องกับเนื้อหาที่จะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI:Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .89 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตร KR -20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .86 และใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

2.2 แบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาของ Jalowice (1987) ซึ่งแปลและเรียบเรียงโดยจรรุวรรณ จินตามงคล (2541) โดยพัฒนามาจากแบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหาของ Jolowice coping scale (1987) โดยเน้นความสามารถในการเผชิญปัญหา 6 ด้าน อันได้แก่ ด้านการแก้ไขอารมณ์ดึงเครียด ด้านการบรรเทาอารมณ์ดึงเครียด ด้านการใช้การประคับประคอง ด้านการพึ่งพาตนเอง ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา และด้านการมองเหตุการณ์ในแง่ดี รวมทั้งสิ้น 42 ข้อ จากนั้นผู้วิจัยนำ

เครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .95 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .86 และใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .89

3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ สมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck (1967) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดยมุกดา ศรีรงค์ (2522, อ้างถึงในลัดดา แสนสีหา, 2536) แบบประเมินประกอบด้วย ข้อคำถาม 21 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะมีให้เลือกตอบ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน ซึ่ง 15 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุงภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .98 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82 และใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

3.3 แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม(SF-36) ของ WHO (1994) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยวัชรวิ เถอमानกุลและคณะ (2548) แบบประเมินประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสุขภาพโดยแบ่งเป็น 8 มิติ (dimensions) รวม 35 ข้อ คือมิติ Physical functioning (10 ข้อ), Role limitations due to physical problems (4 ข้อ), Bodily pain (2 ข้อ), General health perceptions (5 ข้อ), Social functioning (2 ข้อ), Vitality (4 ข้อ), Role limitations due to emotional problems (3ข้อ) และ General mental health (5 ข้อ) และคำถามอิสระ 1 ข้อ (Reported health transition) รวม 36 ข้อ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และทำการปรับปรุง

ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .95 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .84 และใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยการดำเนินการทดลอง โดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ขั้น คือ ขั้นเตรียมการวิจัย ขั้นดำเนินการวิจัย และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้สามารถดำเนินการทดลองได้อย่างถูกต้องและได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัยโดยมีการเตรียมการดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน และการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา รวมทั้งได้ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ทั้งสิ้น 6 ราย ภายใต้การดูแลของพยาบาลชำนาญการ (APN) ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการและเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะการักษ์ ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 40 คน แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และให้ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการทำวิจัย แจกวัสดุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยแล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

2. ขั้นตอนการวิจัย

ในขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุมสัปดาห์ที่ 1-6 ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่บ้าน โรคแทรกซ้อนทางกาย ประเมินความต้องการของผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดลอม และให้บริการก่อนพบแพทย์

2.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนิน โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการตามวันเวลาที่กำหนดไว้ มีรายละเอียดการดำเนินการตามโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการใน ซึ่งประกอบไปด้วยการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1½ ชั่วโมง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์

2.3 ผู้วิจัยประเมินความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า และประเมินความสามารถในการเผชิญปัญหาในกลุ่มทดลอง หลังกิจกรรมในโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการครั้งที่ 6 เสร็จสิ้น แล้วตรวจสอบค่าระดับความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการเผชิญปัญหาในกลุ่มทดลองทุกคน ซึ่งกำหนดให้ระดับคะแนนในกลุ่มทดลองทุกคนอยู่ในช่วงผ่านเกณฑ์

3. ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล

3.1 ก่อนการดำเนินโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินก่อนการศึกษา (Pre-test) โดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้าของ Beck และแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (SF-36)

3.2 หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการประเมินผลการวิจัยภายหลังเสร็จสิ้นการศึกษา (Post-test) โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม โดยใช้เครื่องมือชุดเดิมทั้ง 2 ชุด

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ แล้วนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. เปรียบเทียบภาวะซีมเศร้าและความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมในแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติ Pair t-test
3. เปรียบเทียบภาวะซีมเศร้าและความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยโรคซีมเศร้าในชุมชนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 11.42$) และ ($t = -6.83$) ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยโรคซีมเศร้าในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ

2. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซีมเศร้าในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -37.15$) และ ($t = 5.58$) โดยคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมหลังการทดลองของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง สำหรับคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซีมเศร้าในชุมชนหลังได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ

3. คะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยโรคซีมเศร้าในชุมชน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยโรคซีมเศร้าในชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -6.94$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซีมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 นั่นคือ ภาวะซีมเศร้าของผู้ป่วยโรคซีมเศร้าในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 15.88$) โดยคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมหลังการทดลองในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 นั่นคือ ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่ได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ มีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนต่ำลง และช่วยให้ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนดีขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยจำแนกออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85 และ 80 ตามลำดับ มีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 และ 35 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรส โสดและคู่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 45 และ 50 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35 ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมและรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 25 เท่ากัน ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 35 ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ที่ 5001-10000 บาท คิดเป็นร้อยละ 55 และ 45 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 65 และ 70 ตามลำดับ และผู้ป่วยส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วย ระหว่าง 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 และ 55 ตามลำดับ

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา กาญจนลาภ (2543) ที่ได้ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้าพบว่า ผู้หญิงจะเป็นกลุ่มเสี่ยงหลัก โดยพบอย่างน้อยมากกว่าผู้ชาย 2 เท่า ทั้งนี้อาจเกิดเนื่องจากการเป็นผู้หญิงในบริบทของวัฒนธรรมร่วมสมัยที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้หญิงต้องเผชิญกับความเครียดในหลายๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็น ด้านครอบครัว ด้านหน้าที่การงาน ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีรายได้ที่ไม่เพียงพอกับรายจ่าย

นอกจากนี้จากการวิจัยยังพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Clayman (1994) ซึ่งพบว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดได้ทุกช่วงอายุ แต่ช่วงวัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงสุด คือ ช่วงอายุ ระหว่าง 40-60 ปี เนื่องจาก บางคนอาจมีปัญหาในช่วงต่อระหว่างวัยรุ่นมาสู่การเป็นผู้ใหญ่ เป็นช่วงวัยที่มีแรงกดดันจากการศึกษาและการทำงาน ภาวะซึมเศร้าในวัยกลางคนอาจมีปัญหามาจากการไม่สามารถสืบพันธุ์หรือมีบุตรได้ ในขณะที่บางคนอาจมีปัญหามาจากการไม่สามารถก้าวหน้าในอาชีพการงานที่หวังไว้ได้

สำหรับในส่วนของระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ มีระยะเวลาของการเจ็บป่วย ระหว่าง 1-2 ปี ทั้งนี้อาจเนื่องจากภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยแต่ละคนจะมีลักษณะการเริ่มป่วยที่ต่างกัน ได้มาก บางคนอาการเกิดขึ้นช้าๆ ใช้เวลาหลายวันหรือหลายสัปดาห์จึงเห็นอาการเต็มที่ บางคนอาการเกิดขึ้นรวดเร็วจากมีเหตุการณ์หรือปัญหาชีวิตที่รุนแรงและบางคนอาจมีอาการอื่นๆ นำมาก่อนเป็นเวลานานหลายๆ เดือน (Haber et al., 1995; Rosenstein, 1995; Depression Guideline Panel, 1994; ดวงใจ กสานติกุล, 2542) ขึ้นอยู่กับปัจจัยในเรื่องความรู้เรื่องโรค และทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Ronnachai, 2005) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกเป็นครั้งแรก และมีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าได้ในระยะเริ่มแรกโดยแพทย์และพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ไม่ยาวนานหรือเรื้อรังมากนัก

ตอนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน

จากการศึกษา ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือ

1. ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

1.1 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 11.42$) และ ($t = -6.83$) ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ ซึ่งผู้ศึกษาขออภิปรายผลการศึกษาดังต่อไปนี้

จากการที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองนั้น เนื่องจากโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองอย่างเป็นองค์รวม มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้งด้านกาย จิต สังคมที่ดีขึ้น นอกจากนี้การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อเกิดปัญหา และมีกลวิธีในการขอความช่วยเหลือ อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบ ทั้งความคิดเชิงลบต่อตนเองต่อสิ่งแวดล้อม และ ต่ออนาคต ไปสู่ความคิดเชิงบวก ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง กำลังใจในการต่อสู้ปัญหา มีการรับรู้คุณค่าในตนเอง กล้าที่จะสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว ชุมชน ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของ Cuijpers (1998) ที่ได้ให้สุขภาพจิตศึกษา โดยเน้นการให้ความรู้เรื่องโรคและการจัดการกับโรคซึมเศร้า การฝึกผ่อนคลายความเครียด การฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ซึ่งหลังการให้ความรู้และฝึกทักษะ พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมมากขึ้น มีการยอมรับว่า

คนเจ็บป่วย และพร้อมที่จะจัดการกับโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตน และมีทักษะในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระดับของภาวะซึมเศร้ามลดลง

นอกจากนี้การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา ยังมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองเมื่อตนเองต้องเผชิญปัญหา มีวิธีการเลือกเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะหาวิธีการเผชิญปัญหาหรือการเผชิญความเครียดในชีวิตประจำวันได้ (Hill & Smith, 1990) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถเผชิญกับปัญหาที่เป็นต้นเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Aryl (2008) ที่ได้ฝึกทักษะการเผชิญปัญหาอย่างมีขั้นตอนให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน พบว่า ภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาอย่างมีขั้นตอน และนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการเชื่อมโยงปัญหากับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น รวมทั้งสามารถหาวิธีการในการจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างต่อเนื่อง

สำหรับระดับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มควบคุมมีระดับภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนจะได้รับเมื่อมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจตามที่แพทย์นัด การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อม และการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชน ทั้งหมดนี้ส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่ส่งผลต่อการรักษาด้านอาการทางกาย แต่ไม่ใช่การบำบัดทางจิตสังคมที่สามารถส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบ อันเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีระดับภาวะซึมเศร้าเหลืออยู่ และมีแนวโน้มจะมีภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น ถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาด้วยยาก็ตาม (Ronnachai, 2005)

1.2 คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -37.15$) และ ($t = 5.58$) ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมหลังการทดลองของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ

จากการที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมในกลุ่มควบคุมหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองนั้น เป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการทำให้กลุ่มทดลองมีความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมดีกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากโปรแกรมกลุ่มบำบัดทาง

จิตสังคมแบบบูรณาการมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง มีการดูแลตนเองโดยทั่วไปที่ดีขึ้น อันเป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกายที่ดี จึงพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาที่มากกระทบทางจิตใจได้ แต่หากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง เพื่อให้คงสภาพร่างกายที่ดีไว้ ก็จะทำให้ไม่สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เนื่องจากการบำรุงร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล จะช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ยิ่งในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยแล้ว การหมกมุ่นอยู่กับตนเองส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอ เกิดโรคต่างๆตามมาได้ ดังนั้น หากผู้ป่วยเข้าใจ ก็จะสามารถดูแลตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจให้แข็งแรงได้ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้มาพบปะกับคนอื่นๆ และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Elizabeth et al. (2000) ที่ได้ให้สุขภาพจิตศึกษาด้านการดูแลสุขภาพกาย จิต สังคม ในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า หลังให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และพร้อมที่จะสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ไม่รู้สึกเกิดปมด้อยในตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมที่เพิ่มสูงขึ้น

นอกจากนี้การทำกลุ่มบำบัด ยังเป็นการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้เรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีจุดหมาย มีการให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลตนเองด้านจิตใจ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยมีเครือข่ายทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับและเห็นว่ามีตนเองมีคุณค่าในกลุ่มบำบัด ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยได้รับจะมีผลต่อการปรับตัว ทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์มั่นคง และยังช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยยามเกิดปัญหา รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกกลวิธีในการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการสื่อสารที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ เกิดความมีคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกลงในทางบวกกับตนเอง พร้อมที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จึงทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีตามมาด้วย อันส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยให้อยู่ในภาวะสมดุล สอดคล้องกับการศึกษาของสกาเวรัตน์ ภูผา, จิตรประสงค์ สิงหนาง, กิรติ สุวรรณศรี และ นิภา ยอดสง่า (2542) ที่ได้พัฒนารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่าการใช้วิธีการของกลุ่มบำบัดสุขภาพจิตศึกษา จะมีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้รูปแบบสุขภาพจิตศึกษารายบุคคล เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจที่ได้จากการเรียนรู้สถานการณ์จริงในการเข้ากลุ่มบำบัด ได้ฝึกทักษะการเข้าสังคมและการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงได้เมื่อผู้ป่วยกลับเข้าสู่ครอบครัว ชุมชน ซึ่งทั้งหมดนี้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมที่เพิ่มสูงขึ้น

2. ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

2.1 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -6.94$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 นั่นคือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.2 คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 15.88$) โดยคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมหลังการทดลองในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 นั่นคือ ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่ได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาทั้งสองข้อข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพต่อการลดภาวะซึมเศร้า และการเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยในการศึกษารั้งนี้ผู้ศึกษาได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ (Lewin, 2003) ระดับคะแนนของภาวะซึมเศร้า ระดับคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคม (Beck, 1967) ระยะเวลาการเจ็บป่วย แผนการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าในกลุ่มเดียวกัน และปริมาณยาที่ได้รับเท่ากัน (Fava et al., 1998; Fava et al., 2004) แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะได้รับการรักษาด้วยยาระงับอาการซึมเศร้าในกลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCA) ได้แก่ยา imipramine, amitriptyline ยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ได้แก่ยา fluoxetine และยากลุ่ม new generation ได้แก่ยา mianserin, trazodone, venlafaxine ที่มีอยู่ในโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน ดังนั้นผลการวิจัยที่พบจึงสามารถสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในงานวิจัยครั้งนี้อย่างแท้จริง ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมทั้ง

6 ในโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ จะเป็นการบูรณาการระหว่างการให้สุขภาพจิตศึกษาตามการศึกษาของ Cuijpers (1998) และการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาตามการศึกษาของ Aryl (2008) เมื่อพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมในแต่ละครั้งจะพบว่า มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ มีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำลง รวมทั้งมีความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมดีขึ้นอย่างสอดคล้องกัน ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

ในกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่มระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการทำกิจกรรม เกิดความเชื่อใจไว้วางใจกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และผู้ป่วยกับเพื่อนสมาชิกคนอื่นๆ ซึ่งกิจกรรมนี้ประกอบด้วย การแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ พุดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือ ทั้งนี้จุดมุ่งหมายทั่วไปของสัมพันธภาพในรูปของการรักษามุ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนเอง เข้าใจตนเองและปรับตัวได้ ในระยะต่อไปของการดูแลเมื่อผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ มีความสามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ได้ดีขึ้นเพื่อตอบสนองความพอใจได้มากขึ้น (Stuart and Sundeen, 1979)

ในโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการจึงมีกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่มระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือในการวางแผนหาแนวทางการแก้ไขได้ เกิดทักษะและการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงความคิด ทักษะคิด สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นใจ และมีพฤติกรรมดูแลตนเองเหมาะสม เกิดภาวะสุขภาพที่ดี (Freemantle, 1993)

สำหรับการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าจะเป็นการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และยอมรับกับปัญหาของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตระหนักถึงบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะซึมเศร้า และทราบว่าจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้อย่างไรและส่งผลให้มีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง (Cuijpers, 1998) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยตระหนักรู้และยอมรับปัญหาของตน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการแก้ปัญหาอันจะส่งผลต่อการลดระดับของภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Cuijpers (1998) ที่ได้ให้สุขภาพจิตศึกษา โดยเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคและการจัดการกับโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน หลังการให้ความรู้พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมกขึ้น มีการยอมรับว่าตนเจ็บป่วย และพร้อมที่จะจัดการกับโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตน

2. การส่งเสริมการดูแลตนเองด้านกาย จิต สังคม

ซึ่งเป็นกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต และการดูแลตนเองเมื่อเป็น โรคมะเร็ง โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งในชุมชน เกี่ยวกับ การส่งเสริมสุขภาพจิต การจัดการกับความเครียด การฝึกทักษะการผ่อนคลายและการจัดการความเครียด โดยมีจุดมุ่งหมายให้บุคคล กระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านจิตใจ สามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี (Cuijpers, 1998) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Kimberly (2006) ที่ได้ให้สุขภาพจิตศึกษาด้านการดูแลสุขภาวะส่วนบุคคลแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีความรู้และมีทักษะในการดูแลตนเองทางด้านร่างกายและจิตใจที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยมีพลังในการต่อสู้กับภาวะมะเร็ง และมีวิธีการในการลดภาวะมะเร็งโดยใช้เทคนิคต่างๆ เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การออกกำลังกาย เป็นต้น

ดังนั้นในขั้นตอนนี้จะพบว่าผู้ป่วยมีความรู้และมีทักษะในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีพลังในการต่อสู้กับภาวะมะเร็ง และมีวิธีการในการลดภาวะมะเร็งโดยใช้เทคนิคต่างๆ เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การออกกำลังกาย เป็นต้น นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการเผชิญความทุกข์ รวมทั้งผู้ป่วยยังกล้าที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างมากกว่าการแยกตัว หลีกหนีสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Elizabeth et al. (2000) ที่ได้ให้สุขภาพจิตศึกษาด้านการดูแลสุขภาพกาย จิต สังคม ในผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีภาวะมะเร็ง พบว่า หลังให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และมีระดับภาวะมะเร็งลดลง อีกทั้งยังส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมที่เพิ่มสูงขึ้น

3. การพัฒนาความคิดเชิงบวก หยุตความคิดเชิงลบ และการสร้างเสริมคุณค่าในตนเอง

ผู้ป่วยโรคมะเร็งมักเป็นผู้ที่มีความคิดในด้านลบต่อตนเอง ซึ่งเป็นความคิดที่เกิดขึ้นโดยไม่ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดความเชื่ออยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ไขปัญหาและมีความรู้สึกรับผิดชอบตนเองเพิ่มมากขึ้นและมีระดับภาวะมะเร็งลดลง (Beck, 1967)

ในขั้นนี้ผู้วิจัยได้ฝึกทักษะให้แก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งให้สามารถจัดการกับความคิดอัตโนมัติด้านลบเกี่ยวกับตนเอง อนาคต และโลกโดยการฝึกความคิดเชิงบวก จากนั้นจึงเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเองให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อตนเอง รับรู้ตนเองในด้านบวกมากขึ้น กล้าที่จะสร้างสัมพันธภาพหรือแสดงความสามารถในด้านต่างๆมากขึ้น ทำให้ส่งผลต่อการลดลงของระดับภาวะมะเร็งและเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Haringsma et al. (2006) ที่ได้ทำการศึกษาเพื่อหาปัจจัยทำนายว่าตัวแปรใดเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งมีระดับภาวะมะเร็งลดลง และตัวแปรใดที่เป็นปัจจัยทำนายถึงความสามารถในการจัดการกับภาวะมะเร็ง ผล

การศึกษาพบว่า การที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถจัดการกับความคิดอัตโนมัติด้านลบเกี่ยวกับตนเอง อนาคต และโลกได้โดยให้การฝึกความคิดเชิงบวกจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้และยังช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลับมาเป็นซ้ำได้ในระยะเวลาถึง 2 ปี ดังนั้นกิจกรรมนี้จึงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้โดยการฝึกการคิดอย่างสมเหตุสมผล

สำหรับการพัฒนาการรับรู้คุณค่าในตนเองนั้น จะเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการวิเคราะห์และรู้จักตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนารูจักตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการให้เกิดการรับรู้ และรู้สึกต่อตนเองทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถระบุนความแข็งแกร่ง จุดเด่น จุดด้อย และข้อจำกัดของตนเองได้ ต้องไม่รู้สึกถูกบังคับด้วยความรู้สึกต่ำต้อยหรือไม่เพียงพอต้องมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ต้องรู้จักตนเองในด้านความรู้สึก และความขัดแย้งต่างๆสามารถเผชิญกับประสบการณ์นั้นๆได้ (Roger, 1967) ซึ่งการที่ผู้ป่วยรับรู้จุดดีของตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีพลังในการสร้างสรรค์และยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ส่วนใหญ่มีการรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำจนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า เกิดทัศนคติที่ดีต่อตนเอง รับรู้ตนเองในด้านบวกมากขึ้น กล้าที่จะสร้างสัมพันธภาพหรือแสดงความสามารถในด้านต่างๆมากขึ้น ทำให้ส่งผลต่อการลดลงของระดับภาวะซึมเศร้าและเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมได้ (Dowrick, 2001)

4. การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา

การให้ความรู้ในการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อเพิ่มทักษะการเผชิญปัญหาตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นรายบุคคลที่เหมาะสม ซึ่งในการดำรงชีวิตของบุคคลจะต้องประสบปัญหาในลักษณะต่างๆ ทั้งปัญหาส่วนตัวและปัญหาครอบครัว ปัญหาการทำงาน ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาที่เกิดขึ้นทุกปัญหาจะส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้กังวลใจ ไม่มีความสุข บุคคลจึงพยายามหาทางแก้ไขปัญหา เพื่อให้สภาพอารมณ์กลับคืนสู่สภาพสมดุล (Aryl, 2008) แต่ถ้าบุคคลแก้ไขปัญหาไม่ได้จะเกิดภาวะกดดัน รู้สึกถูกคุกคาม เครียด และถ้าไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ในระยะเวลาที่เหมาะสม ก็จะทำให้บุคคลเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ซึ่งแสดงออกในลักษณะของการเจ็บป่วยทางกาย และทางจิตใจ (Hill & Smith, 1990)

ในขั้นนี้ผู้วิจัยฝึกให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการค้นหาปัญหา ระบุปัญหาที่แท้จริง กำหนดเป้าหมายและร่วมวางแผนโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลกับผู้ป่วย โดยผู้วิจัยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพของผู้ป่วยในขั้นตอนการค้นหาปัญหาและระบุปัญหา จนกระทั่งเข้าสู่การหาแนวทางการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ทั้งนี้ระหว่างขั้นตอนการแก้ปัญหายังเป็นการเพิ่มความสามารถทางสังคมให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องดึงทรัพยากร แหล่งสนับสนุนเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการเข้าสังคม การสร้างสัมพันธภาพ การขอความช่วยเหลือ และทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Kenneth et al. (2007) ที่ได้ทำการศึกษาถึงรูปแบบการใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ช่วยลดระดับภาวะ

ชิมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน พบว่าเมื่อใช้รูปแบบวิธีการเผชิญปัญหาโดยใช้ปัญหาเป็นหลัก แบบมุ่งเน้นการแก้ที่ปัญหาโดยตรงอย่างมีขั้นตอน จะช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ดีกว่าการจัดการทางอารมณ์ ความรู้สึก และยังช่วยให้ผู้ป่วยได้แก้ปัญหาค่าสาเหตุแห่งปัญหาได้อย่างแท้จริง และระหว่างขั้นตอนการแก้ปัญหายังเป็นการเพิ่มความสามารถทางสังคมให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องดึงทรัพยากร แหล่งสนับสนุนเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการเข้าสังคม การสร้างสัมพันธภาพ การขอความช่วยเหลือ และทักษะการสื่อสารที่เหมาะสม ดังนั้น การฝึกทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหายังเป็นระบบ จึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีทักษะในการค้นหาปัญหาที่แท้จริงของตนเองได้ ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์และค้นหาวิธีการจัดการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลให้ลดระดับของภาวะซึมเศร้าและเพิ่มการทำหน้าที่ทางสังคมได้เป็นอย่างดี (Aryl , 2008)

5. การให้ความรู้และพัฒนาทักษะทางสังคม

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความขัดแย้งในตัวเองของผู้ป่วยกับครอบครัวหรือผู้อื่นที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดปัญหาภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างเป็นปกติสุข นอกจากนี้ยังมีการฝึกทักษะการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมและการขอความช่วยเหลือโดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะแก่ผู้ป่วย ช่วยลดหรือจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด ถ้าบุคคลมีแรงสนับสนุนทางสังคมดีก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี (Cohen & Willis, 1985) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ Ronnachai (2005) ที่ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลการตอบสนองทางคลินิกในการลดระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยสำคัญได้แก่การคงอยู่ในยาและการมีระดับความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมที่ดี จากผลการทำงานวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า หากผู้ป่วยมีทักษะทางสังคมที่ดีก็ย่อมจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้

ในขั้นนี้ผู้วิจัยได้ฝึกทักษะการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมและการขอความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะแก่ผู้ป่วยและฝึกปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยกล้าที่จะแสดงออกและมีความมั่นใจที่จะนำไปปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยเพิ่มทักษะทางสังคมและความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Susan (1998) ที่ได้ทำการศึกษาถึงองค์ประกอบที่มีผลต่อการเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า การมีทักษะทางสังคม ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การกล้าแสดงออกมีผลต่อการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย เช่นเดียวกับองค์ประกอบในเรื่องการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมก็มีผลต่อการเพิ่มระดับความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม

6. การคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี

เป็นกิจกรรมที่ประกอบไปด้วยการฝึกการวางแผนชีวิตให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งการเสริมสร้างพลัง มีความหวัง ความตระหนัก ค่านิยม และสร้างกำลังใจ จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยความมั่นใจและความสามารถในการจัดการปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Caryl, 2008)

โดยในขั้นนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้ตรวจสอบระดับความสามารถ และเสริมสร้างความมั่นใจของผู้ป่วยในการนำความรู้และทักษะที่ได้รับเพื่อนำไปปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก และแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตัวว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ อย่างไร มีการให้กำลังใจและข้อเสนอแนะร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติเพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง สม่่าเสมอ และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ และกำลังใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตัวเองในการดำรงชีวิตต่อไป (Pekkala & Merinder, 2006)

ทั้งนี้หากผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดีก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีสาเหตุมาจากการขาดแรงจูงใจขาดพลังอำนาจในตน ได้มีความหวัง มีพลังใจที่เข้มแข็งในการต่อสู้ สามารถปรับตัว ปรับความคิด อันจะส่งผลต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าลงได้ (Caryl, 2008) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ ทมาภรณ์ บุณยสมภพ (2547) ที่ได้มีการเสริมสร้างพลังอำนาจและปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อสร้างความหวังและกำลังใจให้แก่ภรรยาที่ถูกทารุณกรรมจากสามีจนเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งภายหลังการทดลองพบว่า ภรรยาในกลุ่มทดลองมีความหวัง มีกำลังใจ และมีแรงจูงใจที่จะต่อสู้กับปัญหา รวมทั้งเกิดการรับรู้คุณค่าแห่งตน จนส่งผลให้มีระดับภาวะซึมเศร้าที่ลดลง

ดังนั้นสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการจะมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองด้านกาย จิต และสังคมได้อย่างเป็นองค์รวม ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาที่กำลังเผชิญและมีวิธีการในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีรูปแบบของการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ อันจะช่วยส่งผลต่อการลดระดับของภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ผลการศึกษาการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการไปใช้ พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การให้การปรึกษาด้านสุขภาพ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การให้สุขภาพจิตศึกษา และการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา รวมทั้งมีทักษะในการประสานงานเพื่อเตรียมความพร้อมของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการที่จะนำไปใช้ พยาบาลอาจปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนได้ตามความเหมาะสมและตามความสามารถของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม เช่น ในครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า และครั้งที่ 2 การส่งเสริมการดูแลตนเองด้านกาย จิต สังคม พยาบาลสามารถดำเนินกิจกรรมทั้ง 2 ครั้งนี้ต่อเนื่องกัน ไปภายในครั้งเดียวกัน เนื่องจากเนื้อหาบางส่วนมีความคล้ายคลึงกัน และเชื่อมโยงซึ่งกันและกันเพื่อเป็นการประหยัดเวลาและค่าเดินทางของผู้ป่วยในการมาเข้าร่วมกิจกรรม

1.3 หลังการให้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ ซึ่งเน้นที่การให้สุขภาพจิตศึกษาและการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา เพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ควรมีการติดตามระยะยาว เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้นำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และเป็นการช่วยผู้ป่วยในการขจัดปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินชีวิตในชุมชนได้

2. ด้านการศึกษา

2.3 ควรจัดให้พยาบาลได้มีการศึกษา และอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยเฉพาะ ซึ่งมีใช้การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อเพิ่มเติมศักยภาพให้กับพยาบาลในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน

2.4 ควรจัดหลักสูตรเนื้อหาวิชา ที่เน้นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่อยู่ในชุมชนอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้ให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการที่เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษา และการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนและผู้ดูแลเป็นรายครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวตระหนักถึงบทบาท หน้าที่ และการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัวระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ถือเป็นภารกิจครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับออกสู่ชุมชน และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2546). คู่มือการพัฒนามาตรฐานการดูแลทางสังคมจิตใจในระบบสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2546). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2546. นนทบุรี: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2551). ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทย ปีงบประมาณ 2550. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2551). เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี : พลังสุขภาพจิต RQ. นนทบุรี: สำนักสุขภาพจิตสังคม.
- กรวิภา บุญสอาด และปราณี ศิริภูธร. (2544). รายงานวิจัยเรื่อง เงื่อนไขของการไปเสพซ้ำของผู้ป่วยวัยรุ่นชายที่เข้ายาเสพติด. โรงพยาบาลชัยภูมิ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กัลยา นาคเพ็ชร. (2547). จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุภา.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2529). ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. การนำมโนतिकการดูแลตนเองไปใช้ในการเสริมสร้างสุขภาพจิต. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 6(พฤษภาคม-มิถุนายน 2534): 22-32.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2534ข). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2546). ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ฉวีวรรณ แก้วพรหม. (2530). ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายสังคมและการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิดา กาญจนลาภ. (2543). โรคอารมณ์ซึมเศร้าคำถามที่มีคำตอบที่คุณต้องการ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หน้าต่างสุขภาพ.

- เขาวนีย์ ถ่องชูผล. (2547). ผลของการใช้กลุ่มบำบัดระดับประจักษ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ครุณี รุจกรกานต์ และ ปัญญากรณ์ ชูตั้งกร. (2533). ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องการเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชและบุคคลทั่วไป ภายหลังเรียนโปรแกรมการเผชิญปัญหาชีวิต. ขอนแก่น: โรงพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดวงใจ กสานติกุล. (2542). โรคซึมเศร้าสามารถรักษาหายได้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นำอักษรการพิมพ์.
- ทมากรณ์ บุรณสมภพ. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิกา นิธยาน. (2530). การปรับตัวและบุคลิกภาพ: จิตวิทยาเพื่อการศึกษาและชีวิต. กรุงเทพมหานคร. สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. (2548). ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2546). การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา กรุงเทพมหานคร. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 11(1): 21-30.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2545). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และ พิเชษฐ อุคมรัตน์. (2544). แนวทางการรักษาโรคทางจิตเวช 2544. ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2007). คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health-Related Quality of Life). **Thai Pharm Health Sci J** 2(3):327-337.
- พรเทพ สิริวนารังสรรค์ และคณะ. (2547). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี 2546. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 12(3): 177-188.
- พิเชษฐ อุคมรัตน์. (2547). ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์.
- เพ็ญศรี วรสัมปติ. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด สถิติปัญญา และการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดในวัยรุ่นตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

- ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. (2533). **จิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ ๑. เชียงใหม่: ชนบรรณการพิมพ์.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง คิชยวนิช. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2549). **คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีกรุงเทพฯ.
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2542). **จิตเวชศาสตร์รามธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.
- รณชัย คงสกนธ์ และคณะ. (2546). การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 48(4): 211-218.
- รณชัย คงสกนธ์ และคณะ. (2547). ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า (Risk Factors for Depressive Disorder). ใน อัจฉรา จรัสสิงห์, การศึกษาทบทวนองค์ความรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคทางจิตเวช: โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท, หน้า 23-42. กรุงเทพฯ: บิยอนด์ พับลิชชิ่ง.
- รัฐพล อินทรวิชัย. (2540). **สภาพชีวิตของผู้เสพยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเสพยาบ้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์พัฒนการ คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลัดดา แสนสีหา. (2536). **ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิจารณ์ วิชัยยะ. (2533). **Management of Suicide**. กรุงเทพฯ: บอสโกออฟเซ็ท.
- วีระพล สุวรรณนันท. (2524). **กระบวนการตัดสินใจ = Decision making**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรพัฒนา.
- วัชร เลอमानกุล และ ปารณีย์ มีแต้ม. (2543). การพัฒนาแบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 ฉบับภาษาไทย. **ไทยเภสัชสาร** 24: 92-111 .
- วันเพ็ญ แสงสงวน. (2539). การพัฒนาแบบสัมภาษณ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. **วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย** 12(พฤษภาคม-มิถุนายน 2539): 32-42.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2546). **ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน: มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์.
- สกวรัตน์ ภูผา, จิตรประสงค์ สิงห์นาง, กิรติ สุวรรณศรี และ นิภา ยอดสง่า. (2542). **กลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท: การเตรียมตัวก่อนจำหน่าย**. ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 5. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

- สมภพ เรื่องตระกูล. (2543). **โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2547). **ความเครียดและอาการทางจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 1. คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมัญญา เสียงใส. (2521). **ความวิตกกังวลและวิธีลดความวิตกกังวลของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย. (2546). **มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เล่มที่ 2**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สรยุทธ วาสิกานนท์. (2547). **โรคซึมเศร้า Depressive Disorder**. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์,. **ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย**. 127-145. สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์.
- สุกมล วิชาวิพลกุล. (2542). **การให้คำปรึกษา**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์โอ เอ็น จี.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). **ความผิดปกติทางอารมณ์ = Mood Disorder**. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริกัณฑ์ ออฟเซ็ท.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2543). **แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณ 3.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2545). **การพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณ 3.
- เสริมสุข ราษฎร์คุชฎี และคณะ. (2544). **การตัดสินใจใช้ยาบ้าของผู้เสพติคชายทำงาน**. โรงพยาบาลชัยภูมิ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2545). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อร่ามศรี เกสจินดา. (2536). **ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทต่อความวิตกกังวล**. เอกสารการวิจัยบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทบวงมหาวิทยาลัย.
- อุมพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). **อาการซึมเศร้าในเด็ก: การศึกษาโดยใช้ Children's Depression Inventory**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย: 41(4); 222-228.

เอกอุมา วิเชียรทอง. (2549). ผลการใช้ดีเปรสชันโปรแกรมต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2549; 51 (2); 11-21.

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต แนวปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพฯ: วิ.จี.พรินติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

American Psychiatric Association. (1993). Practice guideline for major depressive disorder in adults. **American Journal of Psychiatry** 150(4): 1-29.

American Psychiatric Association. (2002). American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). **Am J Psychiatry** 159:1-50.

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

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

Barrera M. (1982). Social Support in the Adjustment of Pregnant Adolescents :Assessment Issue. In G.H. Gothic (Ed.),**Social Networks and Social Support** (pp 69-96). London : Sage Publication.

Beeber, L.S. (1996). Pattern integration in young depressed women : Part I. **Archives of Psychiatric Nursing** (10)13 : 151-156.

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

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

Belanoff, Kalebzan, Sund, Ficke, and Schatzberg. (2001). Current Opinion in Psychiatry . **Am J Psychiatry** 16 (1) :89-119.

Carver, C. S., and Scheier, M. F. (1977). Self-focus attention and experience of emotion: Attention, repulsion, elation and depression. **Journal of Personality and Social Psychology** 35(4): 625-636.

- Caryl D. Fulcher, Terry Badger, Ashley K. Gunter, Joyce A. Marrs, and Jill M. Reese. (2008). Effectiveness of Problem-Solving Therapy for Older, Primary Care Patients With Depression: Results From the IMPACT Project. **Clinical Journal of Oncology Nursing** ; 12(6): 128-139.
- Clayman, V. E. (1994). Self-management of chronic illness: implication for nursing. **Int. J. Nurs. Stud** 32(10): 628-640.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). **Stress, social support and the buffering hypothesis**. Psychological Bulletin.
- Cooper, P., Osborn M., Gath DH., Feggetter G. (1982). Evaluation of a modified self report measure of social adjustment. **Br J Psychiatry** ;141:68-75.
- Cuijpers, P. (1998). A psychoeducational approach to the treatment of depression: a meta-analysis of Lewinsohn's 'coping with depression' course. **Behav Ther** ; 29: 521-33.
- Dan, L. J. (1978). **Drugs and suicide when other coping strategies fail**. Beverly Hills California.
- Debbie A Lawlor, Stephen W Hopker (2001) . The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: Systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. **BMJ**, 32: 1-8.
- Depression Guideline Panel. (1994). Quick reference guide for clinicians: Depression in primary care: Detection, diagnosis, and treatment. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners** 6(5); 224-238.
- Dilsaver, P., Casey, O., Dalgard, C., Hosman, V., Lehtinen, and Wilkinton . (1994). Suicidality in patients with pure and depressive mania. **Am J Psychiatry** 151:1312-1315.
- Doona. (1979). Empowered consumers and telephone hotlines. **The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention** 19(1): 21-23.
- Dowrick C., Graham Dunn, Jose Luis Ayuso-Mateos, Odd Steffen Dalgard, Helen Page, Ville Lehtinen, Patricia Casey, Clare Wilkinson, Jose Luis Vazquez-Barquero, and Greg Wilkinson. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomized controlled trial. **BMJ**; 321: 1-6.
- Dowrick C. (2001). Advances in Psychiatric Treatment. **Advances in psychiatric treatment in primary care**; 7:1-8.

- Fava, G., A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., and Belluardo, P. (1998). Prevention of Recurrent Depression With Cognitive Behavior Therapy. **Archives General Psychiatry** 55(9): 816-820.
- Fava, G., A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., and Grandi S. (2004). Six- year Outcome of Cognitive Behavior Therapy for Prevention of Recurrent Depression. **American Journal Psychiatry** 161(10) : 1872-1876.
- Frank E, Karp JF, Rush AJ. (1993). Efficacy of treatments for major depression. **Psychopharmacology Bull**; 29:457-75.
- Freemantle N, Long A, Mason A, Song F, Sheldon T, Watson P, et al. (1993). **The treatment of depression in primary care** York: NHS Centre for Reviews and Dissemination.
- Garland.L.M. and Bush.C.T. (1982). **Coping behavior and nursing**. Virginia: Reston Publishing.
- Gill and Hatcher. (2000). **Antidepressants for depression in medical illness**. Cochrane Database Syst Rev (4):1-13.
- Goldberg D., Huxley P. (1992). **Common mental disorders; a biosocial model**. London: Rutledge.
- Goodyer IM, Herbert J, Secher SM, Pearson J. (1997). Short-term outcome of major depression: I. Comorbidity and severity at presentation as predictors of persistent disorder. **J AM Acad Child Adolesc Psychiatry** ; 36:179-87.
- Haber, J. C., Allan, J. D., and Mayo, K. (1995). Changes in public attitudes to depression during the defeat depression campaign. **BrJ Psychiatr** 17(3); 519-522.
- Hill, L., & Smith, N. (1990). **Self-care nursing : Promotion of health** . 2nd ed. Norwalk : Appleton & Lange.
- Jalowice, A., Murphy, P., and Power J. MarJorices. (1984). Psychometric assessment of Jalowice coping scale. **Nursing Research**; 33(3): 176-184.
- Jalowice, A and Power J. MarJorices. (1981). Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. **Nursing Research**; 12(4): 12-20.
- John W.C., Bird, F. L., Sperry, J. M., & Carreiro, H. L. (1998). Community habilitation and integration of adults with psychiatric disorders and mental retardation: Development of a clinically responsive environment. **Journal of Developmental and Physical Disabilities** 10: 331-348.

- Katon W, Schulberg H. (1992). Epidemiology of depression in primary care. **Gen Hosp Psychiatry**; 14:237-47.
- Kitti Jirattanaphochai, Surachai Jung, Chat Sumananont and Sukit Saengnipanthkul. (2005). Reliability of the Medical Outcomes Study Short-Form Survey Version 2.0 (Thai version) for the Evaluation of Low Back Pain Patients. **J Med Assoc Thai** 88 (10): 1355-61.
- Laraia, M.T., and Sundeen. (2005). **Principle and practice of psychiatric nursing**. (7th ed.). St. Louis : Mosby.
- Laura J. Fochtmann and Alan J. Gelenberg. (2005). Guideline Watch: Practice Guideline For The Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, 2nd Edition. **The journal of lifelong learning in psychiatry**; 3(1): 34-42.
- Lazarus, R. S. And Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer Publishing Company.
- Lewin, L. (2003). The Client with a Depressive Disorder . In : Deborah, Antai-Otong CD, editor. **Psychiatric Nursing : Biological & Behavioral Concepts**. United States : Thomson Learning.
- Lewinsohn P. (1989). The coping with depression course: review and future directions. **Can J Behav sci** ; 21:470-93.
- Litrell R. (2006). Effectiveness of atypical antipsychotics for substance use in schizophrenia patients. **Schizophrenia Research** 94(1) : 114-118.
- Mccann, E., and Bowers, L. (2005). Training in cognitive behavioral intervention on acute psychiatric inpatient wards. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 12 : 215-222.
- Miller, J. F. (1991). **Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness**. 2nd ed. Philadelphia: F.A. Davis.
- Murray & Lopez, A. D. (1996). **The Global burden of Disease**. WHO and The Harvard School of public Health.
- Mynors walls, Dennis H Gath, Ann Day, Frances Baker. (1996). A randomized controlled trial and cost analysis of problem-solving treatment for emotional disorders given by community nurse in primary care. **BMJ**: 113-119 .

- Mynors-Wallis. (2000) . Randomized controlled trial of Problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care.**BMJ**; 320: 26-30.
- Mynors Wallis. (2001). Problem-solving treatment in general psychiatric practice . **Advances in Psychiatric Treatment** ; 7:417-425.
- Munoz R. (revised edition 1998). **The depression prevention course**. Unpublished manual.
Available from the author: University of California, San Francisco, Department of Psychiatry.
- Navjot bedi and Clair Chilvers. (2000). Accessing effectiveness of treatment of depression in primary care. **British Journal of Psychiatry** ;177: 312-318.
- Ormel J,von Korff M, Ustun T, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. (1994). Common mental disorders and disability across cultures. **JAMA** ; 272:1741-8.
- Paykel ES and Priest RG. (1999). Prevention of Relapse in Residual Depression by Cognitive Therapy. **Archives General Psychiatry** 56(9) : 829-835.
- Paykel ES and Priest RG. (1992). Recognition and management of depression in general practice: Consensus statement. **BMJ** ; 161:633-7.
- Peden, A.R. (1996). Recovering in depression : a one year follow-up. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 3:289-295.
- Pekkala, E., & Merinder, L. Psychoeducation for Schizophrenia (review). **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**[Online]. 2006. Available from: <http://www.Cochrane.Org> [2006,May].
- Philip B.,& Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Bipolar Disorder (2004). Australian and New Zealand Clinical practice guidelines for the treatment of bipolar disorder . **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**; 38:280-305.
- Post, R.M. (1992). Transduction of psychosocial stress in to the neurobiology of recurrent affective disorder. **American Journal Psychiatry** 149(8) : 99-1010.
- Pual Biegler. (2008). Autonomy, Stress and treatment of depression. **BMJ** ; 36:1046-1050.
- Rawlins. R.P., Heacock. P.E. (1993). **Clinical Manual of Psychiatric Nursing**. 2nd ed. Philadelphia: Mosby Year Book.

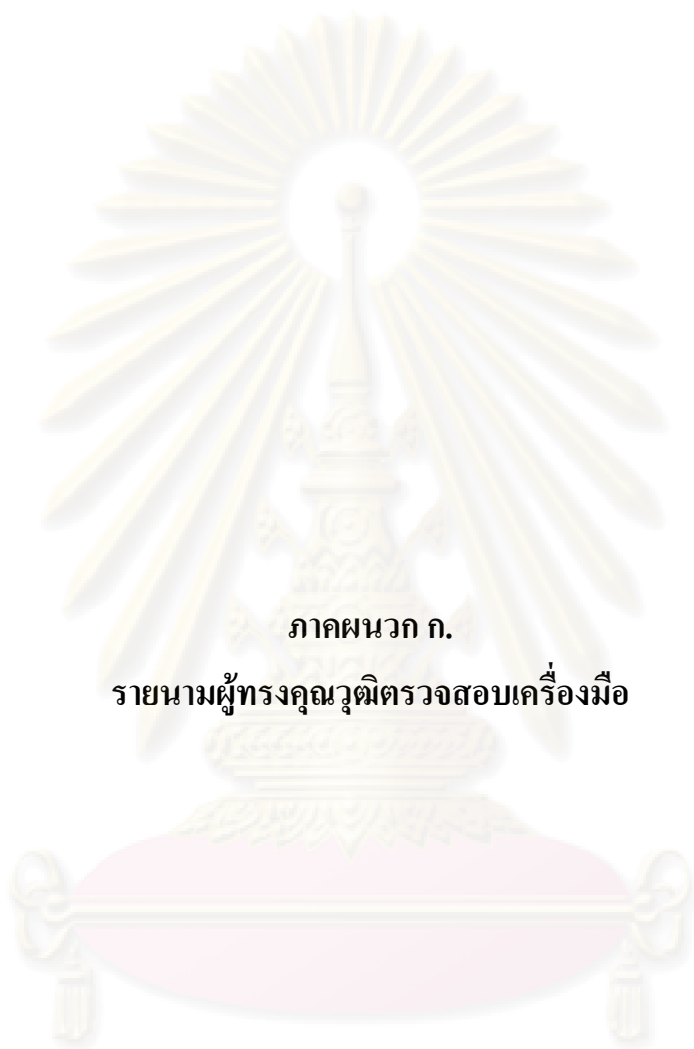
- Ronnachai Kongsakon, Umaporn Udomsubpayakul, and Rungtip Presertchai. (2005). Clinical Response of Depressive Patients in a Thai Psychiatric Care Setting. **J Med Assoc Thai**; 88(8): 1110-14.
- Rosenstein, D. (1995). Mood disorders in primary care. **Contemporary Nurse Practitioner** 1(2); 27-30.
- Simon, G.E., VonKorff, M., Barlow. W. (1995). Health Care Costs of Primary Care Patients With Recognized Depression. **ARCG GEN PSYCHIATRY** 52: 850-856.
- Skarsater, I., Baigi, A., and Haglund L. (2006). Functional status and quality of life in patient with first- episode major depression. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 13: 205-213.
- Stoudemire A, Frank R HNaa. (1986). The economic burden of depression. **Gen Hosp Psychiatry** 8:387.
- Stuart, G.W., and Laraia, M.T. (1998). **Principles and Practice of Psychiatric Nursing**. 6th ed. St. Louis : Mosby.
- Stuart, G.W., and Laraia, M.T. (2005). **Principles and Practice of Psychiatric Nursing**. 8th ed. St. Louis : Mosby.
- Stuart and Sundeen. (1979). **Stuart and Sundeen's Principles and Practice of Psychiatric Nursing (Hardcover)** . 6th Revised edition. St.Louis Mosby.
- Stuart, G., & Sundeen, S. (1995). **Principles and practice of psychiatric nursing**. St. Louis: Mosby.
- Taylor, S.E. (1990). **Health psychology**. 2nd ed. USA: Mc Graw-hill.
- Tollefson G, Souetre E TL, Potvin JH. (1993). Comorbid anxious signs and symptoms in major depression: impact on functional work capacity and comparative treatment outcomes. **Int Chin Psychopharmacology** 8:281-93.
- Townsend, M.C. (2003). **Psychiatric Mental Health: Concepts of Care**. 4th ed. Philadelphia: Davis.
- Tucker & Richardson. (2002). Validity of the depression coping self-efficacy scale. **Archives of Psychiatric Nursing** 16(3); 36-48.
- Ware and Gandek for the IQOLA Project Group. (1993). **SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide** .The Health Institute, New England Medical Center, Boston.

- Ware and Gandek for the IQOLA Project Group. (1998). Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability: The IQOLA Project approach. **J. Clin.Epidemiol.** 51: 945-952.
- Ware JE, Sherbourne CD. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): 1. Conceptual framework and item selection. **Med Care** 30(6): 473-483.
- Watcharee Leurmarkul and Paramee Meetam. (2005). Properties Testing of the Retranslated SF-36 (Thai Version). **Thai Pharm Sci J** 29 (1-2): 69-88.
- William, J. M. G. (1989). **The psychological treatment of depression: A guide to the theory and practice of cognitive-behavior therapy.** New York: Free press.
- World Health Organization. (1994). **Schedule for clinical assessment in neuropsychiatry: version 2.0.** Geneva:WHO (Division of Mental Health).
- World Health Organization. **Schedule for clinical assessment in neuropsychiatry and Disability adjusted life years.** [Online]. 2004. Available from: <http://www.who.int> [2009,Dec].
- Wortman, C. B. (1984). Social support and the cancer patient: conceptual and methodological issues. **American Journal of the Cancer Society** 53: 25-34.
- Wulsin & Lawson R. (1996). **Psychiatric secrets.** Singapore: Info Access & Distributing
- Yalom, I. D. (1975). **The Theory and Practice of Group Psychotherapy.** 2nd ed. New York: Basic Books.
- Zauszniewski & Rong. (1999). Depressive cognitions and psychosocial functioning: a test of Beck's cognitive theory. **Archives of Psychiatric Nursing** 13(3); 286-293.
- Zvi D. Gellis and Bonnie Kenaley. (2008). Problem – Solving Therapy for Depression in Adults: A Systematic Review. **Research on Social Work Practice** 18(2): 117-131.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นาวาตรีนายแพทย์พรหมพิทักษ์ ไหว้พรหม	รองผู้อำนวยการกองสุขภาพจิต ฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลอาภากรณ์เกียรติวงศ์
2. นาวาตรีสมศักดิ์ บุญเรือง	ผู้อำนวยการกองสุขภาพจิต ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลอาภากรณ์เกียรติวงศ์
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายใจ พัวพันธ์	หัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. ดร.เฉลิมศรี ขจรวงศ์วัฒนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลฉะเชิงเทรา
5. นางสาวจารุวรรณ บุญไมตรีสัมพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะการักษ์

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข.
การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544)

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

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ

$$CVI = \frac{10}{12} = 0.89$$

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า

$$CVI = \frac{26}{30} = 0.89$$

3. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา

$$CVI = \frac{40}{42} = 0.95$$

4. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

$$CVI = \frac{20}{21} = 0.98$$

5. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม

$$CVI = \frac{34}{36} = 0.95$$



ภาคผนวก ก.
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ

1.1 การคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน ของแบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม คือ สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

α	หมายถึง	ค่าความสอดคล้องภายใน
n	หมายถึง	จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัด
$\sum S_i^2$	หมายถึง	ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
S_t^2	หมายถึง	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

1.2 การคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน ของแบบวัดความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า ใช้สูตร KR – 20 ของ Kuder – Richardson มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร, 2547)

$$KR-20 = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{S^2} \right]$$

r	หมายถึง	ค่าดัชนีความเที่ยงของแบบทดสอบ
K	หมายถึง	จำนวนข้อคำถามในแบบทดสอบ
P	หมายถึง	อัตราส่วนของผู้ตอบถูกในข้อนั้น
q	หมายถึง	อัตราส่วนของผู้ตอบผิดในข้อนั้น
S^2	หมายถึง	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ค่าร้อยละ (Percentage) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

$$\text{ร้อยละ} = \frac{\text{ความถี่} \times 100}{\text{จำนวนรวมทั้งหมด}}$$

2.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

\bar{X}	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยเลขคณิต
$\sum X$	หมายถึง	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
N	หมายถึง	จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

2.5 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

$$\text{S.D.} = \sqrt{\frac{n\sum x^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

S.D.	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
$\sum X$	หมายถึง	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง
$\sum X^2$	หมายถึง	ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อยกกำลัง
n	หมายถึง	จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

2.6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าและคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ โดยใช้สถิติทดสอบ t แบบ Dependent Group มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547)

$$t = \frac{\bar{d}}{\frac{Sd}{\sqrt{n}}}$$

$$\bar{d} = \frac{\sum d}{n}$$

$$Sd = \sqrt{\frac{n \sum d^2 - (\sum d)^2}{n(n-1)}}$$

$$df = n - 1$$

\bar{d} หมายถึง ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

Sd หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

n หมายถึง จำนวนคู่ของกลุ่มตัวอย่าง

df หมายถึง จำนวนค่าที่มีอิสระ

2.5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าและคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{Sp^2 \left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]}}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

\bar{X}_1 \bar{X}_2	หมายถึง	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
n_1 n_2	หมายถึง	ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
S_p^2	หมายถึง	ค่าความแปรปรวนร่วม (Pooled Variance)
df	หมายถึง	จำนวนค่าที่มีอิสระ



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง.
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความตามความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. การศึกษาสูงสุด
 - () 1. ไม่ได้เรียน
 - () 2. ประถมศึกษา
 - () 3. มัธยมศึกษา
 - () 4. อาชีวศึกษา
 - () 5. อุดมศึกษา
 - () 6. อื่นๆ (ระบุ).....
4. สถานภาพสมรส
 - () 1. โสด
 - () 2. คู่
 - () 3. หม้าย
 - () 4. หย่า
 - () 5. แยก หรือ ร้าง
5. อาชีพ
 - () 1. เกษตรกรรม
 - () 2. รับจ้าง
 - () 3. ค้าขาย
 - () 4. รับราชการ
 - () 5. รัฐวิสาหกิจ
 - () 6. อื่นๆ (ระบุ).....
6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
 - () 1. เพียงพอ
 - () 2. ไม่เพียงพอ
7. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....เดือน.....ปี

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย (วงกลม) ○ ล้อมรอบตัวเลขข้อใดข้อหนึ่ง (0,1,2,3) ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ในระยะเวลาที่ผ่านมา 1 สัปดาห์

1. ความรู้สึกเศร้า

- 0 ฉันไม่รู้สึกเศร้า
- 1 ฉันรู้สึกเศร้าบ่อยครั้ง
- 2 ฉันรู้สึกเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้
- 3 ฉันรู้สึกเศร้ามากหรือไม่มีความสุข จนฉันไม่สามารถทนได้อีกต่อไปแล้ว

2. การมองโลกในแง่ร้าย

- 0 ฉันไม่รู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
- 1 ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต
- 2 ฉันไม่มีอะไรที่ต้องคิดหรือมุ่งหวังอีกต่อไป
- 3 ฉันไม่มีความหวังในอนาคตและไม่สามารถจะทำให้มันดีขึ้นได้

.....

21. การสูญเสียความสนใจทางเพศ

- 0 ความสนใจทางเพศของฉันเป็นไปตามปกติ
- 1 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยกว่าที่เคย
- 2 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยลงมาก
- 3 ฉันไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย

แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม

คำชี้แจง โปรดเลือกคำตอบเพียงหนึ่งตัวเลือก แล้วให้กากบาทลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. โดยทั่วไป ที่ผ่านมา 1 เดือนท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

<input type="checkbox"/>	ดีเยี่ยม
<input type="checkbox"/>	ดีมาก
<input type="checkbox"/>	ดี
<input type="checkbox"/>	พอใช้
<input type="checkbox"/>	ไม่ดีเลย

.
.

.

.

.

.

เลือกคำตอบที่ตรงกับสุขภาพของท่านให้มากที่สุด

	ถูกต้อง ที่สุด	ถูกต้อง ส่วนมาก	ไม่ทราบ	ไม่ถูกเป็น ส่วนมาก	ไม่ถูกต้อง เลย
33.ฉันดูเหมือนจะป่วยง่ายกว่าคนอื่น ๆ					
34.ฉันมีสุขภาพดีเหมือนทุกคนที่ฉันรู้จัก					
35.ฉันคาดว่าสุขภาพของฉันจะแย่ลง					
36.สุขภาพของฉันดีเยี่ยม					

แบบวัดความรู้ในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อความ แล้วทำเครื่องหมาย/ ลงในช่องหลังข้อความตรงตามความเป็นจริง

ข้อความ	ถูก	ผิด
1. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าต้องมีอาการอยู่นานอย่างน้อย 2 สัปดาห์ขึ้นไป โดยอาการสามารถเป็นๆหายๆได้		
2.อาการสำคัญในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ มีอารมณ์เศร้าร่วมกับการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันบกพร่อง		
3.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
24.การขอความช่วยเหลือจากคนอื่น ไม่ใช่เรื่องที่แสดงว่าเราไม่มีความสามารถหรือเป็นเรื่องเสียศักดิ์ศรี		
25.เพื่อนที่ดี ต้องคอยตามใจไม่ว่าเรา และอยู่ข้างเราเสมอ		
26.ท่านคิดว่าการวางแผนอนาคตเป็นสิ่งที่ควรทำได้ตั้งแต่ตอนนี้		
27.ท่านคิดว่าคนที่ประสบความสำเร็จในชีวิตส่วนหนึ่งเพราะเขามีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี		
28.ท่านคิดว่า การฝันถึงอนาคตที่สดใส เป็นสิ่งที่คาดหวังเกินจริง		
29.ท่านคิดว่าคนที่ประสบความสำเร็จไม่ได้วัดกันที่เงินทอง หรืออำนาจบารมี		
30.หากแผนอนาคตที่เราวางไว้ไม่เป็นไปตามนั้น ก็เพราะคนอื่นคอยกั้นแกล้งเรา		

แบบวัดความสามารถในการเผชิญปัญหา

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับท่านมากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างเพียงคำตอบเดียว ซึ่งเป็นข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อที่	ความสามารถในการเผชิญปัญหา	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1	เมื่อเครียดท่านจะกังวลถึงปัญหานั้นๆ จนไม่สามารถทำหน้าที่ตามปกติได้					
2	เมื่อมีสิ่งใดมาคุกคามที่ทำให้ท่านรู้สึกโกรธ ท่านจะแสดงอารมณ์โกรธนั้นออกมาทันที					
3	ท่านพูดระบายอารมณ์ดังเครียดกับผู้อื่น					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
40	เมื่อท่านเกิดความรู้สึกหดหู่ ท้อแท้ ท่านจะคิดถึงสิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตของตน					
41	เมื่อเกิดปัญหาท่านจะเปรียบเทียบตัวเองกับผู้อื่นที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน					
42	เมื่อเกิดปัญหาท่านจะพยายามใช้อารมณ์ขัน					

โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน



ศูนย์วิทยพัชร์พยากร

โดย

นางสาวพรพรรณ สุธงใจ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

ปัจจุบันนโยบายของประเทศไทยสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถดูแลตนเอง และดำรงชีวิต อยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ ลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลให้สั้นลง เน้นการดำเนินชีวิตอยู่ใน ชุมชน และมารับการรักษาต่อเมื่อจำเป็นแบบผู้ป่วยนอกแทน ทำให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น แต่การักษาในโรงพยาบาลระยะสั้นนั้น มุ่งเน้นด้านบรรเทาอาการของโรคซึมเศร้าโดยใช้ยาเป็นสำคัญ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลับสู่ครอบครัวและชุมชน ในขณะที่ยังคงมีปัญหาคือเป็นสาเหตุของโรค ซึมเศร้า และปัญหาที่เกิดจากความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม ไม่ว่าจะมีความสามารถในการ สร้างสัมพันธภาพจากการสื่อสารที่ดี การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิด ปัญหา รวมทั้งขาดความรู้ความเข้าใจและวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรค ซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับของภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มสูงขึ้น จนเกิดการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในชุมชน ด้วยเหตุนี้จึงเป็นปัญหาที่สำคัญที่ต้องร่วมกันหาแนวทางในการป้องกันแก้ไขอย่างยิ่ง

จากสภาพปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองทั้งทางด้านกาย จิต สังคมและ สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงสร้างโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ โดยประยุกต์จากการให้สุขภาพจิตศึกษาและการฝึกทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งจะเป็กิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ ผู้ป่วยได้พัฒนาความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม รวมทั้ง สามารถมีกลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

- ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้
- ครั้งที่ 2 การส่งเสริมการดูแลตนเอง ด้านกาย จิต สังคม
- ครั้งที่ 3 การพัฒนาความคิดเชิงบวก
- ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา
- ครั้งที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม
- ครั้งที่ 6 การคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

ทั้งนี้ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการสำหรับ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ฉบับนี้ จะเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยรูปแบบหนึ่ง เพื่อพัฒนา ศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเองของผู้ป่วย ให้สามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้าและคงไว้ซึ่งสุขภาพทางกาย จิต สังคมที่ดี และไม่มีอาการกำเริบถึงขั้นต้องกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอีกต่อไป

นางสาวพรพรรณ สุทธิใจ

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

หลักการและเหตุผล

แนวคิดของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ

ขอบเขตการใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ

ตารางการทํากิจกรรมในโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ

โปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

ครั้งที่ 2 การส่งเสริมการดูแลตนเอง ด้านกาย จิต สังคม

ครั้งที่ 3 การพัฒนาความคิดเชิงบวก

ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา

ครั้งที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

ครั้งที่ 6 การคงไว้ซึ่งสภาวะที่ดี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 4

เรื่อง ฉัน...เป็นอย่างไรเมื่อเจอปัญหา

มาดูกันว่า...คุณชอบแก้ปัญหาแบบไหน?

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของคุณมากที่สุด

เมื่อเกิดปัญหา	ใช่	ไม่ใช่
1. ฉันจะแสดงสีหน้าท่าทาง คำพูดหรือแสดงอารมณ์ตอบโต้ ออกมาจากใจโดยไม่ยั้งคิด		
2. ฉันจะสู้บู้หรือ ตีมู่สา เล่นการพนัน หรือเที่ยวเตร่ เพื่อให้หายเครียด		
3. ฉันจะไปขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น		
4. ฉันจะยอมรับว่าเป็นความผิดของฉันเอง		
5. ฉันจะโทษว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของผู้อื่น		
6. ฉันจะคิดแก้ปัญหาและลงมือทำตามที่ได้คิดไว้		

เฉลย

1. ถ้าคุณตอบว่า “ใช่” ในข้อ 1 แสดงว่าคุณชอบแก้ปัญหาแบบดูวาม

วิธีนี้อาจจะช่วยให้คุณปลดปล่อยความเครียดออกไปจนหมด แต่ผลเสียที่ตามมาคือ ทำให้คุณรอบข้างเครียดและเกิดความขัดแย้งกับผู้อื่นได้ง่าย ดังนั้นคุณจึงควรระวังอารมณ์ไว้บ้าง หึดนับ 1-10 หรือ หายใจเข้าช้าๆลึกๆสัก 4-5 ครั้ง ก่อนที่จะตอบโต้อะไรออกไป คุณจะได้อะไรที่ไม่ต้องมานั่งเสียดใจทีหลังกับสิ่งที่คุณได้ทำลงไปโดยขาดความยั้งคิด

2. ถ้าคุณตอบว่า “ใช่” ในข้อ 2 แสดงว่าคุณเป็นคนที่ชอบหนีปัญหา

การหนีปัญหา อาจทำให้รู้สึกสบายใจได้ชั่วคราว แต่เมื่อปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไขให้หมดไป ความเครียดก็ยังคงอยู่ และอาจเพิ่มมากขึ้นเพราะมีปัญหาคือๆทับถมเข้ามาอีก เช่น การติดสุรา การติดเซ็กเซดส์ การมีหนี้สิน เป็นต้น

3. ถ้าคุณตอบว่า “ใช่” ในข้อ 3 แสดงว่าคุณชอบแก้ปัญหาโดยการขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น

วิธีนี้มีส่วนดี เพราะทำให้รู้สึกอบอุ่นใจว่า ยังมีคนคอยให้ความช่วยเหลืออยู่ คุณไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้สู้ปัญหาเพียงลำพัง แต่การพึ่งพาคนอื่นมากเกินไปก็ไม่ได้ ควรลองหัดแก้ปัญหาด้วยตัวเองก่อน ถ้าเหลือปากว่าแรงจริงๆจึงค่อยขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น

4. ถ้าคุณตอบว่า “ใช่” ในข้อ 4 แสดงว่าคุณเป็นคนชอบตำหนิตัวเอง

การยอมรับความผิดเป็นเรื่องดี แต่ถ้ารับผิดและตำหนิตัวเองเสียทุกครั้ง จะเป็นการมองตัวเองในแง่ร้ายเกินไป บางครั้งเรื่องที่เกิดขึ้นกับคุณอาจเป็นเรื่องที่สุดวิสัย หรือไม่น่าจะอยู่ในความรับผิดชอบของคุณ จึงไม่ยุติธรรมที่จะตำหนิตัวเองเพียงคนเดียวเพราะจะทำให้คุณรู้สึกเสียใจ ท้อแท้ และหมดกำลังใจที่จะคิดแก้ไขปัญหา หรือบางครั้งคุณอาจทำผิดจริง แต่คนเราก็ย่อมผิดกันได้ ควรให้อภัยตนเอง ถือเอาความผิดที่เกิดขึ้นเป็นบทเรียนที่จะไม่ทำผิดซ้ำอีกจะดีกว่า

5. ถ้าคุณตอบว่า “ใช่” ในข้อ 5 แสดงว่าคุณเป็นคนชอบโยนความผิดให้คนอื่น

การปัดความผิดเป็นเรื่องที่ไม่สมควร ไม่ว่าจะเป็นการโยนความผิดให้ผู้อื่น หรือการโทษเคราะห์กรรม โทษโชคชะตาก็ตาม เพราะไม่ใช่การแก้ปัญหาเลย ทราบใดที่ปัญหายังคงอยู่ ความเครียดก็จะคงอยู่ด้วยทางที่ดี คุณควรคิดหาทางแก้ปัญหา หรือร่วมมือกับผู้อื่นในการแก้ปัญหา จะดีกว่าการโทษกันไปมาให้ผิดใจกันเปล่าๆ

6. ถ้าคุณตอบว่า “ใช่” ในข้อ 6 แสดงว่าคุณรู้จักวิธีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ

วิธีแก้ปัญหอย่างเป็นระบบ แม้จะเสียเวลาและต้องใช้ความคิดมากกว่าอารมณ์ รวมทั้งต้องพยายามคิดหาวิธีแก้ปัญหาให้ได้หลายวิธี อาจทำให้รู้สึกชักช้าไม่ทันใจ แต่สามารถหวังผลสำเร็จได้สูงเพราะได้คิดไตร่ตรองมาอย่างดีแล้วนั่นเอง

รู้แบบนี้แล้ว... เรามาลองดูกันว่าวิธีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบทำได้อย่างไร?



ใบความรู้ที่ 4

เรื่อง แก้ปัญหาได้ก็หายเครียด

ในชีวิตประจำวันของทุกคนมักต้องเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ที่ต้องตัดสินใจและแก้ปัญหาอยู่เสมอ ปัญหาเป็นสถานการณ์ที่ยังหาทางออกไม่ได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช่วิธีการแก้ปัญหาที่ถูกต้องในการจัดการกับปัญหานั้นๆ ซึ่งวิธีการในการแก้ปัญหามีด้วยกัน 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดปัญหา เป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก เพราะจะต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าอะไรคือ

ปัญหาที่แท้จริงและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งมี 2 ขั้นตอนย่อย ได้แก่

1.1 วิเคราะห์ปัญหาและองค์ประกอบของปัญหา ในด้านต่อไปนี้

- สาเหตุ ทั้งที่แก้ไขได้และแก้ไขไม่ได้
- ที่มา, รูปแบบและลำดับการเกิดของปัญหา
- ผลกระทบและความรุนแรง โดยเฉพาะผลกระทบต่อตนเองในด้าน

ต่างๆ เช่น อารมณ์ความรู้สึก , สถิติปัญหา , ความคิด , พฤติกรรม , การดำเนินชีวิตประจำวัน , การเรียน , การงานและความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง

- ความเร่งด่วนของปัญหาที่ต้องแก้ไข เช่น บางครั้งพบว่าสาเหตุของ

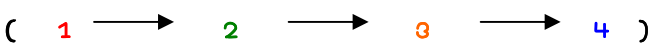
ปัญหาเป็นเรื่องที่ยังแก้ไขไม่ได้ แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นกลับมีความสำคัญเร่งด่วนที่ต้องแก้ไขก่อน

1.2 จัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยคำนึงถึงความรุนแรง ความเร่งด่วน และ

ความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหานั้น จัดลงตารางดังนี้

สำคัญมาก/เร่งด่วนมาก 1	สำคัญน้อย/เร่งด่วนน้อย 4
สำคัญน้อย/เร่งด่วนมาก 2	สำคัญมาก/เร่งด่วนน้อย 3

นำปัญหาที่สำคัญมากและเร่งด่วนมากมาแก้ไขก่อน จากนั้นค่อยแก้ปัญหาเรื่องลำดับความเร่งด่วนและความสำคัญต่อไป



2. **กำหนดทางเลือก** เป็นขั้นตอนที่หาทางเลือกทั้งหมดที่เป็นไปได้ในการแก้ปัญหา
3. **วิเคราะห์ทางเลือก** ทำการวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสีย ของแต่ละทางเลือก จากข้อมูลต่างๆ ที่มีอยู่หรือหาเพิ่มเติม
4. **ตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา** จากทางเลือกต่างๆที่ได้วิเคราะห์ ข้อดี-ข้อเสีย ไว้แล้ว รวมทั้งหาทางเลือกที่อาจเกิดจากทางเลือกที่เลือกไว้
5. **วางแผน, จัดเวลา, ดำเนินการแก้ปัญหา** ตามทางเลือกที่เลือกไว้และแก้ไขข้อเสียที่เกิดขึ้น
6. **ประเมินผลการแก้ปัญหา** หากทราบว่าปัญหายังคงอยู่ หรือแก้ไขได้เพียงบางส่วน ให้ทบทวนสภาพปัญหา และดำเนินการตามขั้นตอนการแก้ปัญหาใหม่ทั้ง 6 ขั้นตอน

ข้อพิจารณา

1. ความเครียดและความวิตกกังวล มักมีผลกระทบต่อการทำงานที่ใช้ความคิดและเหตุผลในการแก้ปัญหา จึงควรหาทางผ่อนคลายก่อน
 2. การวิเคราะห์สาเหตุและองค์ประกอบของปัญหาจะช่วยให้แก้ปัญหาได้ตรงจุด
 3. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาจะช่วยให้ปัญหาที่ซับซ้อนค่อยๆ ผ่อนคลายได้เป็นลำดับ ไม่ทำให้รู้สึกว่ายิ่งแก้ปัญหายิ่งเพิ่ม และความสำคัญของปัญหาในมุมมองของแต่ละคนแตกต่างกัน จึงควรยึดผู้มีปัญหาเป็นศูนย์กลาง
 4. ความเร่งด่วนมักเป็นตัวกำหนดลำดับความสำคัญของปัญหา บ่อยครั้งที่ทำให้ละเลยการแก้ปัญหาที่สำคัญแต่ไม่เร่งด่วนไป ทำให้ปัญหายังคงมีอยู่
- การแก้ปัญหาด้วยวิธีการซ้ำๆ โดยไม่เคยมองหาทางออกอื่นๆ อาจทำให้ปัญหายังคงอยู่หรือเพิ่มขึ้น ควรประเมินสภาพปัญหาและย้อนกลับไปดำเนินการตามขั้นตอนการแก้ปัญหาใหม่ จะช่วยให้มองหาทางออกอื่นๆได้ การแก้ปัญหามีความยืดหยุ่นมากขึ้น



ใบงานที่ 4

เรื่อง มาฝึกแก้ปัญหาทันเถอะ

คำชี้แจง ให้ทำ วิเคราะห์ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันนำไปสู่ภาวะการเจ็บป่วยของทำง เช่น ปัญหาจากการทำงงาน ปัญหาสุขภาพ ปัญหาภายในครอบครัว หรือสัฒพ้ณภาพที่ไม่ดี เป็นต้น จากนั้นให้ทำงฝึกการแก้ปัญหาตามขั้นตอนที่กำหนดให้ใ้ใ้ใบงาน

1. จั้กกำหนดปัญหา

ปัญหา	แก้ไ้ไ้	แก้ไ้ไม่ได้
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

2. จั้กลำดับความสำคัญของปัญหา โดยเขียนเฉพาะตัวเลขหน้าข้อลงในตาราง

สำคัญมาก/เร่งด่วนมาก	สำคัญน้อย/เร่งด่วนน้อย
สำคัญน้อย/เร่งด่วนมาก	สำคัญมาก/เร่งด่วนน้อย

3. จั้กกำหนดทางเลือก (ทำเฉพาะปัญหาที่สำคัญมากและเร่งด่วน)

1. ปัญหา.....
 - ทางเลือก 1.1.....
 - ทางเลือก 1.2.....
 - ทางเลือก 1.3.....

- 2. ปัญหา.....
- ทางเลือก 2.1.....
- ทางเลือก 2.2.....
- ทางเลือก 2.3.....

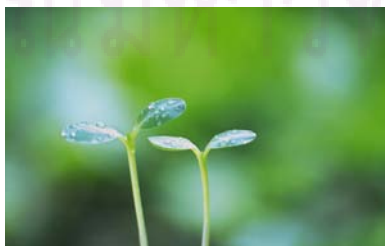
4. ปัจจัยวิเคราะห์ทางเลือก

ทางเลือกที่	ข้อดี	ข้อเสีย
1.1		
1.2		
1.3		
2.1		
2.2		
2.3		

5. ตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา

- 1. ปัญหา.....
- วิธีแก้ปัญหา.....
- ทางเลือกข้อเสีย.....

- 2. ปัญหา.....
- วิธีแก้ปัญหา.....
- ทางเลือกข้อเสีย.....



ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือ

โรคซึมเศร้าและการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคม

ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน



ศูนย์วิทยทรัพยากร

จัดทำโดย

นางสาวพรพรรณ สุธใจ

อาจารย์ ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำนำ

ภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกคนจะมีอาการแตกต่างกันไป เช่น การนอนไม่หลับ จิตใจหม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ต่ำหยาตนเอง บางคนอาจมีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ แน่นท้อง จุกเสียด ใจสั่น วิดก้างวลงจนทำให้รู้สึกเครียด ถ้าปล่อยให้อารมณ์ซึมเศร้าที่เป็นรุนแรง เรื้อรังและไม่ได้ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรก จะส่งผลกระทบต่อจิตใจซึมเศร้า และทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน ซึ่งอาจทำให้เกิดการทำร้ายตนเอง เพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมานได้ การจบชีวิตด้วยการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยทำให้บุคคลในครอบครัวและผู้ใกล้ชิดรู้สึกสูญเสียอย่างมาก

ดังนั้นการที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะช่วยผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีความสุขและมีการทำหน้าที่ทางสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงได้จัดทำคู่มือโรคซึมเศร้าและการส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนนี้ขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนใช้ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและเป้าหมายทางให้ผู้ป่วยมีวิธีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคและมีวิธีการจัดการกับปัญหาต่างๆ รวมทั้งมีวิธีการที่จะพัฒนาศักยภาพในการดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการลดระดับภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนได้ต่อไป

พรพรรณ สุจิตใจ

กุมภาพันธุ์ 2553

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

- บทที่ 1 มารู้จักโรคซึมเศร้ากันเถอะ
- บทที่ 2 มีวิธีการดูแลสุขภาพอย่างไรเมื่อเป็นโรคซึมเศร้า
- บทที่ 3 มารู้จักความเครียดกันเถอะ
- บทที่ 4 จะหยุดคิดลบแล้วมาคิดบวกได้อย่างไร...
- บทที่ 5 มารู้จักวิธีการแก้ปัญหากันเถอะ
- บทที่ 6 ทำอย่างไรจึงจะอยู่ในครอบครัว ชุมชนได้อย่างมีความสุข
- ภาคผนวก
- แบบบันทึก “ความสามารถในการดูแลตนเองและการทำหน้าที่ทางสังคม”
ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

มารู้จักโรคซึมเศร้ากันเถอะ

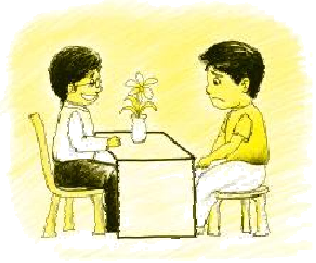


คนทั่วไปมักเข้าใจว่าเมื่อมีเหตุการณ์สูญเสียขึ้นในชีวิต อารมณ์ซึมเศร้า อ่อนแอ เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ในทุกๆคน ไม่ถือว่าเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องให้ความสำคัญ ในการปล่อยให้ อารมณ์เศร้าที่เป็นรุนแรงเรื้อรังที่สุดท้ายมักจะจบลงด้วยการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายหรือมีชีวิต อยู่ในสังคมอย่างทุกข์ทรมาน

โรคซึมเศร้า เป็นโรคที่พบได้บ่อย ทุกเพศ ทุกอาชีพ ประมาณกันว่าในกลุ่ม 10-20 คน จะมีคนที่มีโอกาสป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 1 คน ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในทุกๆ ด้านอย่างมากมายทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ที่สำคัญพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวนไม่น้อยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ หากเราสามารถค้นพบและให้การดูแลรักษาได้เร็ว จะมีผู้ป่วย ร้อยละ 80-90 สามารถหายจากภาวะซึมเศร้าได้

ภาวะซึมเศร้า จะมีลักษณะอัตโนมัติภายในอารมณ์ การรับรู้ ความเข้าใจและพฤติกรรม โดยมีผู้นิยาม ดังนี้

ดวงใจ กสานติกุล ได้ให้คำนิยามของคำว่าภาวะซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ทุกข์ รู้สึกเศร้า หมองจิตใจหดหู่ เชื่องช้า เชื่องซึม นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ เบื่ออาหาร ไม่มีเรี่ยวแรงผอมลงหรือ น้ำหนักลด หมออารมณ์เพศ คิดอยากตาย เบื่อวัน และมีผลกระทบในด้านสังคมหรืออาชีพ ทำให้ พฤติกรรมหรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไป กลายเป็นคนแยกตัวเงียบซึมและสมรรถภาพในการเรียนหรือ การทำงานลดลง



แบบบันทึก

“ความสามารถในการดูแลตนเองและการทำหน้าที่ทางสังคม” ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อกลับไปอยู่บ้าน



หัวข้อการประเมิน	ครั้งที่ 1				ครั้งที่ 2			
	วันที่...../...../.....				วันที่...../...../.....			
	ระดับความสามารถ			ปัญหา/การแก้ไขปัญหา	ระดับความสามารถ			ปัญหา/การแก้ไขปัญหา
	0	1	2		0	1	2	
1. ทักษะการดูแลตนเอง								
1.1 การรับประทานอาหาร								
1.2 การนอนหลับพักผ่อน								
1.3 การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล								

ศูนย์วิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หัวข้อการประเมิน	ครั้งที่ 1				ครั้งที่ 2			
	วันที่...../...../.....				วันที่...../...../.....			
	ระดับความสามารถ			ปัญหา/การแก้ไขปัญหา	ระดับความสามารถ			ปัญหา/การแก้ไขปัญหา
	0	1	2		0	1	2	
1.4 การจับจ่าย								
1.5 การป้องกันการกลัดป็นซี่								
1.6 การรับประทานยาและการจัดการกับ อาการข้างเคียงของยา								
1.7 การส่งเสริมสุขภาพจิต								
1.8 การใช้เวลาว่างและการพักผ่อน หย่อนใจ								
1.9 การผ่อนคลายความเครียด								
1.10 การออกกำลังกาย								

หัวข้อการประเมิน	ครั้งที่ 1				ครั้งที่ 2			
	วันที่...../...../.....				วันที่...../...../.....			
	ระดับความสามารถ			ปัญหา/การแก้ไขปัญหา	ระดับความสามารถ			ปัญหา/การแก้ไขปัญหา
	0	1	2		0	1	2	
2. ทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน								
2.1 การช่วยเหลืองานบ้าน								
2.2 การพูดคุย / ร่วมทำกิจกรรมในครอบครัว								
3. ทักษะทางสังคม								
3.1 การเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น								
3.2 การพูดคุยกับทนายผู้อื่น								
3.3 การรู้จักขอบคุณและขอโทษ								
3.4 การรู้จักให้และรับของจากผู้อื่น								

หัวข้อการประเมิน	ครั้งที่ 1				ครั้งที่ 2			
	วันที่...../...../.....				วันที่...../...../.....			
	ระดับความสามารถ			ปัญหา/การแก้ไขปัญหา	ระดับความสามารถ			ปัญหา/การแก้ไขปัญหา
	0	1	2		0	1	2	
3.5 การควบคุมอารมณ์/ปรับตัว								
3.6 การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ								
4. ทักษะการทำงานและการประกอบอาชีพ								
4.1 ความรับผิดชอบและความตั้งใจในการทำงาน								
4.2 ฝีมือในการทำงาน								
4.3 ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น								

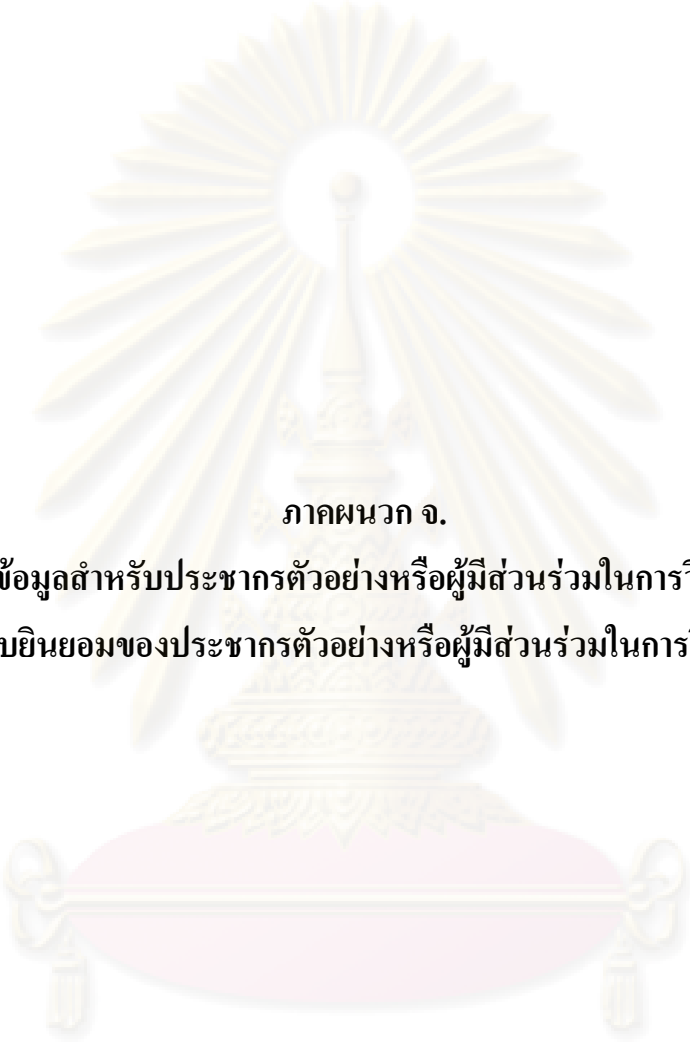
หัวข้อการประเมิน	ครั้งที่ 1				ครั้งที่ 2			
	วันที่...../...../.....				วันที่...../...../.....			
	ระดับความสามารถ			ปัญหา/การแก้ไขปัญหา	ระดับความสามารถ			ปัญหา/การแก้ไขปัญหา
	0	1	2		0	1	2	
4.4 การทำงานสำเร็จด้วยตนเองตาม ขั้นตอน								
4.5 ความสามารถในการเรียนรู้งาน ใหม่ ๆ								
5. ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน								
5.1 การเดินทางตามลำพังอย่างปลอดภัย/ จ่ายซื้อของได้อย่างถูกต้อง								
5.2 การพูดคุยสื่อสารกับคนในชุมชน								
5.3 การรู้จักขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น								

หัวข้อการประเมิน	ครั้งที่ 1				ครั้งที่ 2			
	วันที่...../...../.....				วันที่...../...../.....			
	ระดับความสามารถ			ปัญหา/การแก้ไขปัญหา	ระดับความสามารถ			ปัญหา/การแก้ไขปัญหา
	0	1	2		0	1	2	
5.4 การรู้จักใช้แหล่งอำนวยความสะดวกในชุมชน (สาธารณูปโภค) เช่น ธนาคาร ไปรษณีย์ โรงพยาบาล สถานีตำรวจ ฯลฯ								
5.5 การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อเกิดปัญหา เช่น เพื่อนบ้าน อสม.								
5.6 การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชน								
6. ทักษะการเผชิญปัญหา								
6.1 การกำหนดปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา								

หัวข้อการประเมิน	ครั้งที่ 1				ครั้งที่ 2			
	วันที่...../...../.....				วันที่...../...../.....			
	ระดับความสามารถ			ปัญหา/การแก้ไขปัญหา	ระดับความสามารถ			ปัญหา/การแก้ไขปัญหา
	0	1	2		0	1	2	
6.2 การกำหนดทางเลือกและวิเคราะห์ทางเลือกในการแก้ปัญหา								
6.3 การวางแผน จัดเวลา ดำเนินการแก้ปัญหา								
6.4 ประเมินผลการแก้ปัญหา								
6.5 การหาแหล่งสนับสนุนในการแก้ปัญหา								

หมายเหตุ : 2 คะแนน = ปฏิบัติได้เอง
 1 คะแนน = ต้องมีคนอื่นช่วยบ้าง
 0 คะแนน = ปฏิบัติเองไม่ได้เลย





ภาคผนวก จ.

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient / Participant Information Sheet)

ชื่องานวิจัย ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและ
การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน

ผู้วิจัย นางสาวพรพรรณ สุกใจ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย

สถานที่พักอาศัย 51/4 หมู่ 1 ตำบลบางพระ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี 20110

โทรศัพท์บ้าน 038 - 341281

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 085-2809282

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ท่านได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำงานที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย 1) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำงานที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ
- 2) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและการทำงานที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการกับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้คือ เป็นผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ได้รับวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD 10) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง เป็นผู้ที่มึระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย (10-15 คะแนน) ถึงระดับมาก (16-29 คะแนน) ได้รับแผนการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าในกลุ่มเดียวกันและขนาดเท่ากัน ไม่มีภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากโรคจิตอื่นๆ ได้แก่ โรคจิตเภท แอลกอฮอล์ ยาเสพติด บุคลิกภาพผิดปกติ วิตกกังวล กลัว ไม่เคยได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาและการฝึกทักษะการเผชิญปัญหา อ่าน-เขียนหนังสือได้ และสามารถพูดคุยสื่อสารได้ดี อาศัยอยู่ในชุมชนได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลมะการักษ์ จ. กาญจนบุรี จำนวน 40 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมะการักษ์ อ.ท่ามะกา จ.กาญจนบุรี ซึ่งได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจตามที่แพทย์นัด การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อม และการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชน

ผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) จะได้รับโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการ โดยประยุกต์จากการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ตามการศึกษาของ Cuijpers (1998) และการฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem solving treatment) ตามการศึกษาของ Aryl (2008) ประกอบไปด้วยกิจกรรมทั้งสิ้น 6 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ได้แก่ ครั้งที่ 1 การให้ความรู้: เรื่องโรคซึมเศร้า การรักษา การปฏิบัติตน การรับประทานยา และ อาการข้างเคียงของยา ครั้งที่ 2 การส่งเสริมการดูแลตนเอง ด้านกาย จิต สังคม: พัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาอาการเตือนของโรค การส่งเสริมสุขภาพ และ การผ่อนคลายความเครียด ครั้งที่ 3 การพัฒนาความคิดเชิงบวก: ฝึกทักษะการคิดเชิงบวก ยับยั้งการคิดเชิงลบ การพัฒนาคุณค่าในตนเอง ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา: ฝึกทักษะการเชื่อมโยงปัญหากับอาการของโรค ฝึกทักษะการแก้ปัญหา ครั้งที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม: ฝึกทักษะทางสังคม ได้แก่ การสื่อสาร การดำเนินชีวิตในชุมชน การขอความช่วยเหลือและการหาแหล่งสนับสนุนในชุมชน ครั้งที่ 6 การคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี: การฝึกวางแผนชีวิตให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง และยุติการทำกลุ่ม

6. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนมีทักษะในการดูแลตนเองทั้งทางกาย จิต สังคม รวมทั้งสามารถวินิจฉัยปัญหาและมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสมส่งผลต่อการลดระดับของภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใน นอกจากนี้การฝึกผ่อนคลายความเครียด การฝึกทักษะการคิดเชิงบวก การฝึกทักษะการดูแลตนเอง การฝึกทักษะทางสังคม และการฝึกทักษะการเผชิญปัญหานั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าและช่วยพัฒนาความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม เช่น การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การขอความช่วยเหลือ การสร้างสัมพันธภาพ อันจะส่งผลต่อการลดระดับของภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน

ชุมชนมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนมีสุขภาพที่ดี และนำเอารูปแบบโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการไปประยุกต์ใช้ในงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ

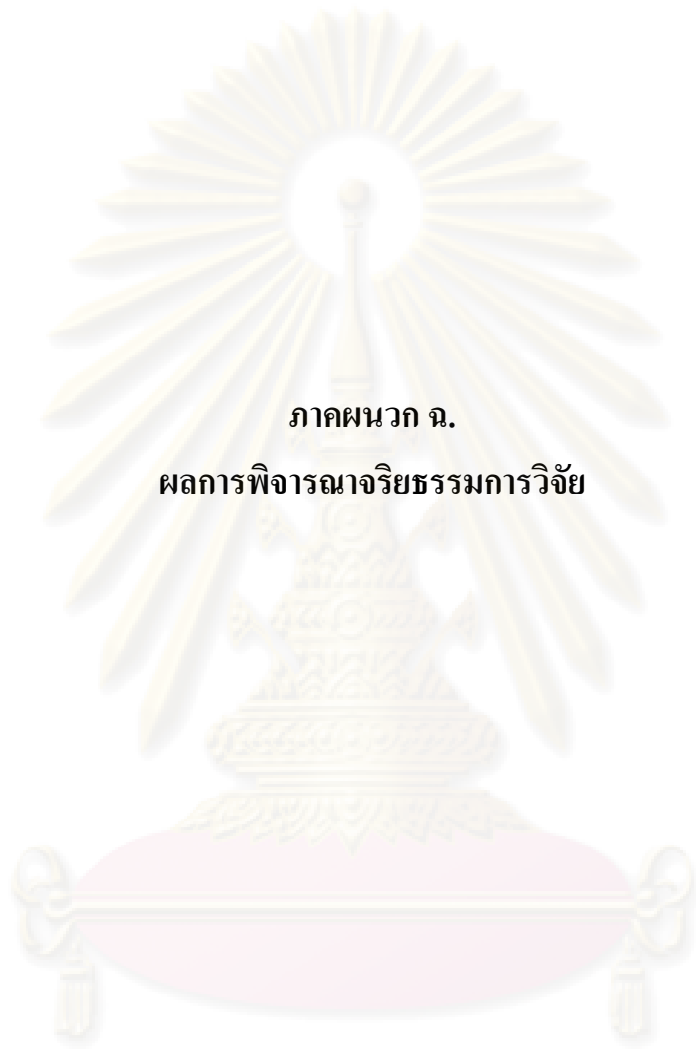
8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม

10. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กทม.10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ฉ.
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



เลขที่ 0๙0/2553

โรงพยาบาลมะการักษ์
อ.ท่ามะกา กจ 71120

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า โครงการวิจัยเพื่อเสนองานวิทยานิพนธ์ เรื่องผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ของนางสาวพรพรรณ สุดใจ ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่อด้านสิทธิมนุษยชนและด้านจริยธรรมของผู้ป่วย

ให้ไว้ ณ วันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2553

(นายสมพงษ์ ตันจริยภรณ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมของโรงพยาบาล

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวพรพรรณ สุขใจ เกิดเมื่อวันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2527 ที่จังหวัดชลบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ กองการศึกษา กรมแพทย์ทหารเรือ ในปีการศึกษา 2550 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช (ในเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2551

ปัจจุบันดำรงตำแหน่งอาจารย์พยาบาล ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต จังหวัดปทุมธานี



ศูนย์วิทยพักร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย