ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล*
THE EFFECTS OF GROUP PSYCHOEDUCATION PROGRAM ON DEPRESSION OF NURSING STUDENTS

*ณิชาภัทร มณีพันธ์, พย.ม. (NichapatManeephun, R.N.)***
*สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, พย.ม. (Suwanee Keawkingkraw, M.S., R.N.)****
*เพ็ญพักตร์ อุทิศ, ปร.ด. (PenpaktrUthis, Ph.D., R.N.)*****

Abstract

Objective: To determine the effect of a group psychoeducation program on depression among nursing students.

Methods: This was a quasi- experimental-research design. Samples consisted of 60 nursing students whose depression scores, assessed by the Thai Depressive Inventory (TDI), were ranged between 21 and 34, mild to moderate level of depression. Sixty of them, all female, age between 18-20, were selected according to the study criteria and were assigned to the study group and the control group, 30 in each group. The subjects in the study group participated in the 4-weeks, group psychoeducation program, while the control group was treated normally. The instruments employed in the study were a 4 - week group psychoeducation program, a personal data sheet, and Thai Depression Inventory (TDI). Four weeks after finishing the psychoeducation program both the study and control groups were asked to complete the TDI again, and the scores were analyzed, using a paired t-test within the groups and an independent t-test between groups.

Results: After participating in the group psychoeducation program, the depression score for the study group was significantly lower than the depression score before joining the psychoeducation program ($t = 9.68$, $p < .05$), while the depression score for the control group remained the same ($t = 1.96$, $p > .05$). The depression score for the study group was significantly lower than the depression score for the routine care ($t = 9.68$, $p < .05$).

Conclusion: The study suggests that the group psychoeducation program was effective in helping reduce the depression level among nursing students.

** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*

*** พยาบาลวิชาชีพ กำลังศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*

**** Corresponding author รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ E-mail: Suwanee_k@hotmail.com*

***** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*

_17-0788(080-091)7edit.indd 80 9/19/60 BE 11:16 AM

Keyword: group psychoeducation program, depression, nursing students.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

วิธีการศึกษา: การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลเพศหญิง อายุระหว่าง 18-20 ปี มีคะแนนภาวะซึมเศร้าที่วัดโดยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 21-34 คะแนน จัดเป็นภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 60 คน แบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของมหาวิทยาลัย เครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ pair t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ independent t-test

ผลการศึกษา: ภายหลังการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา นักศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ต่ำกว่าก่อนการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.68$, $p < .05$) ในขณะที่คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ($t = 1.96$, $p > .05$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาภายหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.68$, $p < .05$)

สรุปผลการศึกษา: โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม สามารถลดภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาภาวะซึมเศร้า นักศึกษาพยาบาล

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ ปัญหาหนึ่งที่พบได้ในทุกเพศทุกวัย ทุกเชื้อชาติและทุกศาสนา ทั้งในคนปกติ ผู้ป่วยทางกายและผู้ป่วยทางจิตในทุกภูมิภาคต่างๆ ทั่วโลก องค์การอนามัยโลกประมาณการว่า มีประชากรทั่วโลกประมาณ 121 ล้านคน ที่กำลังประสบปัญหาจากภาวะซึมเศร้า และคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2020 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นภาระทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม และต้องใช้งบประมาณในการรักษาเท่ากันกับโรคหัวใจขาดเลือด (World Health Organization [WHO], 2006) ภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีความสำคัญและทวีความรุนแรงขึ้น ภาวะซึมเศร้าเรื้อรังจะนำไปสู่การสูญเสียความสามารถของบุคคล ซึ่งปัจจุบันภาวะซึมเศร้าถูกจัดให้อยู่ในอันดับสองของสาเหตุการสูญเสียความสามารถของประชากรโลกที่มีอายุระหว่าง 15-44 ปี (World Health Organization [WHO], 2006) สำหรับในประเทศไทยภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะของประชาชนในอันดับสูงสุดเมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มโรคทางจิตเวช และภาวะซึมเศร้าที่เรื้อรังและไม่ได้รับการรักษาจะเป็นต้นเหตุของโรคจิตซึมเศร้าได้ ผลที่ติดตามมาของโรคจิต

_17-0788(080-091)7edit.indd 81 9/19/60 BE 11:16 AM

ซึมเศร้าที่เป็นอันตรายและน่าเป็นห่วงมากที่สุด คือ การฆ่าตัวตาย ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 15 ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงที่ไม่ได้รับการรักษา (Kaplan & Sadock, 1989) ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (Barklage, 1991 อ้างในสมภพ เรืองตระกูล, 2545)

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นพบเพิ่มมากขึ้น โดยความชุกของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.5 ถึง 2.5 ในเด็กก่อนวัยรุ่น และเมื่อย่างเข้าสู่วัยรุ่นพบสูงขึ้นร้อยละ 8 และพบว่าภาวะซึมเศร้าพบในเด็กผู้หญิงมากกว่าเด็กผู้ชาย คิดเป็นอัตราส่วน 2:1 ซึ่งเท่ากับอัตราส่วนการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ระหว่างหญิงกับชาย (Stanway & Cotgrove, 2001) วัยรุ่นเป็นวัยที่จัดอยู่ในช่วงวิกฤตของการพัฒนาการชีวิต (critical period) เป็นช่วงวัยแห่งความผันผวน ที่มีความวุ่นวายสับสนที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่ซับซ้อนมากที่สุด (Erikson, 1968)วัยรุ่นยังเป็นวัยที่มีปัญหาทางจิตเวชสูงขึ้นเมื่อเทียบกับวัยเด็ก ซึ่งในบรรดาปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นนั้น ภาวะซึมเศร้าจัดเป็นปัญหาที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะมีความชุกสูงเมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาจิตเวชอื่นๆ (อุมาพร ตรังคสมบัติ และ ดุสิต ลิขนะพิชิตกุล, 2539)

นักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีส่วนใหญ่จะมีอายุระหว่าง 17-21 ปี ซึ่งจัดอยู่ในระยะวัยรุ่นตอนปลายและกำลังก้าวสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น จึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะนักศึกษาปีที่ 1 ที่เพิ่งจะเริ่มเข้าสู่ระบบการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย ซึ่งการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยมีลักษณะแตกต่างจากการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาอย่างสิ้นเชิง นอกจากจะต้องมีการการปรับตัวตามวัยและการปรับตัวตามสภาพแวดล้อมของสถานศึกษาใหม่แล้ว นักศึกษาที่เพิ่งจะเริ่มการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยต้องปรับตัวให้เข้ากับสังคมใหม่ อาจเกิดภาวะวิกฤติจากการย้ายถิ่นฐานที่อยู่ใหม่ได้ (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554) หลายคนต้องจากภูมิลำเนาเดิมและเริ่มการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง บางคนไม่เคยชินกับการต้องจากถิ่นฐานที่อยู่และครอบครัวเดิม เกิดความว้าเหว่และความเหงา เป็นสาเหตุทำให้กลุ่มนักศึกษาในชั้นปีที่ 1 เกิดภาวะซึมเศร้าได้ สำหรับนักศึกษาพยาบาลในชั้นปีอื่นๆ

ภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจากการต้องปรับตัวกับระบบการเรียนการสอนในหลักสูตรการศึกษาการศึกษาด้านพยาบาลศาสตร์เป็นการศึกษาที่มีทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ทางด้านทฤษฎี มีการศึกษาทฤษฎีเกี่ยวกับคน และสาเหตุของโรคตลอดจนวิธีการรักษาโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทางด้านปฏิบัติ นักศึกษาต้องฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงอยู่กับความเจ็บป่วยและความตายของผู้ป่วย เผชิญกับครอบครัวของผู้ป่วยที่มีความทุกข์จากการที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยและความทุกข์จากการสูญเสีย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกหดหู่ ภาวะเศร้าหมองทางจิตที่มีอยู่เป็นเป็นเวลานานเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดได้ และจากการศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี โดย ดวงใจ วัฒนสินธุ์ โสภิณ แสงอ่อน และยุวดี ฦาชา (2547) ได้ทำการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลเพศหญิงระดับปริญญาตรีในเขตภาคตะวันออกของประเทศไทยปีการศึกษา 2547 จำนวนทั้งสิ้น 950 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 16.20 โดยนักศึกษาที่มีระดับชั้นปีที่แตกต่างกันจะมีภาวะซึมเศร้าแตกต่างกัน นอกจากนี้ ผลสัมฤทธิ์

ทางการเรียน การรับรู้ระดับความเครียด ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรีอย่างมีนัยสำคัญผลกระทบของภาวะซึมเศร้าทำให้บุคคลใช้ศักยภาพในตนเองได้ไม่เต็มที่ และเป็นภาวะด้านจิตอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ศักยภาพด้านสติปัญญาและด้านสังคมของบุคคล น้อยกว่าที่ควรเป็น ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นจึงเป็นปัญหาที่ควรแก้ไขก่อนที่จะกลายเป็นโรคจิตอารมณ์ที่รุนแรงต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม (Group Psychoeducation) ในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากเป็นวิธีการที่ทำได้ครั้งละหลายคนและมีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมายที่มีภาวะซึมเศร้า จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศพบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่ระยะแรก ดังเช่นงานวิจัยของ คูเปอร์ (Cuijpers, 2008) พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้ การให้สุขภาพจิตศึกษาจึงเป็นรูปแบบหนึ่งที่มีความพิเศษและน่าสนใจโดยเป็นขอบข่ายการดูแลที่ได้ผล ที่ทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยรายใหม่มีความเป็นไปได้ที่จะไม่พบภาวะซึมเศร้าหลังจากการวิจัยสิ้นสุดลง (Cuijpers, 2008) การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการดูแลในระยะสั้น มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทำหน้าที่ได้ดี เพิ่มทักษะการแก้ปัญหา (problem-solving skill) (Buwalda et al., 2006) การมีความรู้และการตระหนักในอารมณ์ซึมเศร้าของตนเอง จะทำให้บุคคลสามารถควบคุมและจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ การให้นักศึกษาพยาบาลเรียนรู้ในเรื่องภาวะซึมเศร้าจะช่วยนำไปสู่การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตด้านโรคซึมเศร้าได้ในภายภาคหน้า ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษา

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษากับกลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาของแอนเดอร์สันและคณะ (Anderson et al., 1980) ซึ่งใช้ในกลุ่มผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยจัดทำเป็นโครงการประกอบด้วย 4 ระยะ (Phase) ซึ่งในแต่ละขั้นตอนมีเป้าหมาย กิจกรรมและเทคนิคต่าง ๆ ดังนี้

ระยะ 1 Connection with the family ขั้นตอนที่ 1 เป็นขั้นสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและความร่วมมือ เข้าใจเกณฑ์ในการร่วมโปรแกรม ลดความรู้สึกผิด(guilt) ปฏิกิริยาด้านลบและความคิดทางลบที่มีต่อความเจ็บป่วยและลดความเครียดให้กับครอบครัวของผู้ป่วย เทคนิคที่ใช้ คือ เข้าร่วมกับครอบครัว สร้างพันธสัญญาเรื่องการรักษาพูดคุยถึงประวัติการเจ็บป่วย ภาวะวิกฤตของครอบครัวที่มีจากการที่มีสมาชิกครอบครัวเจ็บป่วย ผู้บำบัด

แสดงความเข้าใจเห็นใจ (Empathy) และกระตุ้นให้ครอบครัวได้บอกกล่าวความรู้สึกกังวลที่มีเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว (mobilize concern) ให้คำแนะนำ เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถเผชิญปัญหา ดึงความเข้มแข็งที่ครอบครัวมีออกมาใช้

ระยะ 2 Teachingsurvival skills for living with schizophrenia เพื่อฝึกทักษะการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทให้กับครอบครัว โดยการให้ความรู้ความเข้าใจในความเจ็บป่วยและความต้องการของผู้ป่วย ช่วยลดความเครียดให้ครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ลดภาวะโดดเดี่ยว เทคนิคที่ใช้ คือ นำครอบครัวหลายครอบครัวมารวมกัน ให้ความรู้และร่วมพูดคุยแสดงความคิดเห็นกัน สอนแนะวิธีการจัดการพฤติกรรมปัญหา และพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร

ระยะ 3 Reentry and applicationworkshop เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด เกิดความมั่นคงในครอบครัว เพิ่มความอดทนให้กับครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม และ การทำหน้าที่ต่ำกว่าปกติ เทคนิคที่ใช้ การสนับสนุนให้เกิดความเข้าใจในเรื่องขอบเขตส่วนบุคคล มีการมอบหมายงาน และฝึกหัดการแก้ปัญหา โดยมอบปัญหาง่ายๆ ให้แก้ไข

ระยะ 4 Maintenance เพื่อดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมตามบทบาทที่สังคมคาดหวัง เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัว เทคนิคที่ใช้ การพบปะกันเพื่อติดตามดูการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ ๆ และอาจจะใช้เทคนิคครอบครัวบำบัดในการส่งเสริมให้ครอบครัวมีกิจกรรมร่วมกัน

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาข้างต้นมาพัฒนาเป็นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ 2) การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า 3) การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า 4) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ และการพัฒนาทักษะทางสังคม โดยแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้า ดังนี้

(1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่ม ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกกลุ่ม (joining) ตามแนวคิดของแอนเดอร์สันและคณะ(Anderson et al., 1980) โดยการที่ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าและสมาชิกในกลุ่ม การทำความรู้จักคุ้นเคยกับสมาชิกกลุ่มและพยายามเข้าถึงสมาชิกกลุ่มเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจแสดงความจริงใจห่วงใยเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือ นอกจากนี้การชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีความพร้อมและมีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น (สมจิต หนุเจริญกุล, 2540) สามารถร่วมมือในการบำบัดรักษา หาแนวทางการป้องกันความรุนแรงจากภาวะซึมเศร้าได้ นำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น มีความเข้มแข็งในตน มีพลังความสามารถที่จะดูแลตนเองและผู้อื่น

(2) การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต ตามแนวคิดของแอนเดอร์สันและคณะ

(Anderson et al., 1980) เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ สาเหตุ อาการอาการแสดง และวิธีการบำบัดรักษาที่ใช้กันในปัจจุบัน และแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า เมื่อผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าแล้ว ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการบำบัดรักษา

(3) การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา (Problem solving skills) ตามแนวคิดของแอนเดอร์สันและคณะ(Anderson et al., 1980) เน้นให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทราบถึงแนวทางในการจัดการกับปัญหา ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เกิดความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม (Lazarus&Folkman, 1984; Montgomery et al., 1985) ความรู้และการฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาจะทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เกิดความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับสาเหตุที่เป็นปัญหา และมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง และสามารถเป็นแนวทางในการป้องกันการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตต่อไป

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

2. คะแนนซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล รูปแบบการวิจัยเป็นแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The two-groups pretest-posttest design) กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของสถาบันการศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานีและวิทยาเขตอุดรธานี อยู่ชั้นปีที่ 1 ปีการศึกษา 2555 ที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้า 21-34 คะแนน (ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง) เลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการจับฉลากแบบง่าย (simple random sampling) โดยผู้วิจัยทำฉลาก 2 ชุด ชุดที่ 1 เป็นฉลากที่กำหนดเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ชุดที่ 2 เป็นฉลากที่บอกชื่อมหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี และมหาวิทยาลัยราชธานีวิทยาเขตอุดรธานี ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ กลุ่มทดลอง คือ มหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี และ กลุ่มควบคุม คือ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานีและหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการวัดภาวะซึมเศร้าอีกครั้งหนึ่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai Depression Inventory-TDI) ซึ่งมีค่าความเที่ยงภายใน (internal reliability) ได้เท่ากับ 0.858 ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (TDI) ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่เป็นนักศึกษาพยาบาล เพิ่งผ่านชั้นปีที่ 1 มา ของมหาวิทยาลัยราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2555 จำนวน 30 ราย เพื่อวิเคราะห์ความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า ที่พัฒนามาจากรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาของ แอนเดอร์สันและคณะ (Anderson et al., 1980)โดยมีการดำเนินกิจกรรมอยู่ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นสร้างสัมพันธภาพ (Joining) ขั้นการให้ความรู้ (Education) ขั้นเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหาและทักษะการแก้ปัญหา (Coping skill and Problem solving skill) ขั้นสร้างเครือข่ายสังคม (social support) โดยแบ่งกลุ่มทำกิจกรรมโดยผ่านสื่ออุปกรณ์ เช่น การให้ความรู้ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์โดยกำหนดโครงสร้างและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมให้ครอบคลุมเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดระดับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 90-120 นาที โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีความเห็นตรงกันทั้ง 3 ท่าน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และของมหาวิทยาลัยราชธานีซึ่งเป็นสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาของการดำเนินการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการร่วมโครงการวิจัย และอธิบายถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างได้เก็บเป็นความลับ ไม่มีการเผยแพร่ชื่อ นามสกุล การนำเสนอผลงานวิจัยเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการให้ข้อมูลหรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมระหว่างการดำเนินการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาในสถาบัน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็น เพศหญิง ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีอายุ 18 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 56.7 เกรดเฉลี่ยสะสมส่วนใหญ่กลุ่มทดลองอยู่ระหว่าง 2.5-3.0 คิดเป็นร้อยละ 56.7 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2.0-2.5 คิดเป็นร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือน อยู่ในช่วง 3,000-4,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.3 และ 46.7 ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 56.7 และ 66.7 ที่พักอาศัยในปัจจุบันของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ที่หอพักของมหาวิทยาลัย คิดเป็นร้อยละ 66.6 และ 60 ตามลำดับ

_17-0788(080-091)7edit.indd 86 9/19/60 BE 11:16 AM

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	N= 30			t	p-value
	$\overline{X}$	SD	ระดับ		
ก่อนการทดลอง	23.67	3.02	เล็กน้อย	8.48	.00
หลังการทดลอง	16.93	2.96	ปกติ		

จากตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.67, SD = 3.02 และหลังจากการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.93, SD = 2.96 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย Pair t-test พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ากลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	N= 30			t	p-value
	$\overline{X}$	SD	ระดับ		
ก่อนการทดลอง	23.80	3.22	เล็กน้อย	1.96	0.06
หลังการทดลอง	24.93	3.42	เล็กน้อย		

จากตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.80 , SD = 3.22 และหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.93 , SD = 3.43 เมื่อนำมาเปรียบเทียบด้วยวิธีทางสถิติ Pair t-test พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลไม่แตกต่างกันในระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า	N= 30			t	p-value
	$\overline{X}$	SD	ระดับ		
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	23.67	3.02	เล็กน้อย	-.165	.869
กลุ่มควบคุม	23.80	3.22	เล็กน้อย		
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	16.93	2.96	ปกติ	-9.68	.000
กลุ่มควบคุม	24.93	3.42	เล็กน้อย		

_17-0788(080-091)7edit.indd 87 9/19/60 BE 11:16 AM

จากตารางที่ 3การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาและการดูแลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน และมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ซึ่งหลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติแล้วนั้นพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -9.68$, $p < .05$)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาแสดงถึง คะแนนภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลลดลงจากการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา สามารถอภิปรายได้ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่ผู้วิจัยพัฒนา โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้ในเรื่องภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ (Joining) การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและยา (Education) การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหา (Coping skill and Problem-solving skill) โดยเน้นการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม สามารถเลือกใช้เครือข่ายทางสังคมให้เกิดประโยชน์ โดยรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในครั้งนี้ได้ช่วยให้นักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สาเหตุ อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษา ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่มีต่อการใช้ชีวิต การเรียน การทำหน้าที่และเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา(Problem-solving skill) (Buwalda et al., 2006) โดยยึดหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory methods) ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในการวิจัยนี้ช่วยลดภาวะซึมเศร้าให้กลุ่มนักศึกษาพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของคูเปอร์(Cuijpers, 2008) ที่พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าลงได้ องค์ประกอบที่สำคัญของสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มในครั้งนี้ คือ การสร้างสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม สามารถสะท้อนปัญหาและสามารถช่วยกันหาวิธีการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาได้อย่างสร้างสรรค์ เกิดความเข้าใจในภาวะซึมเศร้ามากขึ้น เห็นความสำคัญของภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนและตระหนักในเรื่องภาวะซึมเศร้า การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมเพราะเครือข่ายทางสังคมที่ดีสามารถเลือกใช้ให้เกิดประโยชน์ได้

งานวิจัยของซีดาดและฮาสกิน (Seedat & Haskis, 2008) แสดงว่าผลของสุขภาพจิตศึกษาช่วยให้นักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และตระหนักในอารมณ์เศร้าของตนเองได้ ตั้งแต่ในระยะแรกและยังพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหา การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม แสดงให้เห็นว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นวิธีการที่สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของคูเปอร์ (Cuijpers, 2008) การศึกษางานวิจัยในครั้งนี้ เป็นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับงานวิจัยในเรื่อง ภาวะซึมเศร้า โดยเน้นในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย กลุ่มนักศึกษาพยาบาล ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า รูปแบบและแนวทางบำบัดรักษา

ภาวะซึมเศร้า เครื่องมือที่ใช้วัดระดับภาวะซึมเศร้า ผลของสุขภาพจิตศึกษาในการลดภาวะซึมเศร้าทั้งแบบเดี่ยวและแบบกลุ่ม เป็นต้น

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแล้วกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และวางแนวทางในการดำเนินชีวิตได้ดีขึ้น มีทักษะการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาได้อย่างสร้างสรรค์ โดยมีการฝึกพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาในกิจกรรมที่ 3 และส่งเสริมให้มีการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมในกิจกรรมที่ 4 โดยเล็งเห็นว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมและเลือกใช้ให้เกิดประโยชน์ การให้สุขภาพจิตศึกษาในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของคูเปอร์ Cuijpers (2008) เช่นเดียวกับการศึกษาของดอนเกอร์และคณะ (Donker, T., Griffiths K.M., Cuijper, P., Christenson, H., 2009) การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นวิธีการที่ได้ผลสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ เป็นวิธีการที่นำไปใช้ได้ง่ายไม่ยุ่งยากและไม่สิ้นเปลือง สามารถนำไปใช้ได้ดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปฐมภูมิหรือระดับชุมชนได้

จากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาในการวิจัยครั้งนี้เป็นวิธีการหนึ่งในการนำไปปรับใช้ในการในการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าหากไม่ได้รับการดูแล และเป็นเรื้อรัง จะนำไปสู่การป่วยเป็นโรคซึมเศร้าผลที่ติดตามมาของโรคจิตซึมเศร้าที่เป็นอันตรายและน่าเป็นห่วงมากที่สุด คือ การฆ่าตัวตาย ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 15 ของผู้ที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรงที่ไม่ได้รับการรักษา (Kaplan & Sadock, 1989) และยังพบต่อไปว่า ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า (Barklage, 1991 อ้างในสมภพ เรืองตระกูล, 2545) โดยโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในครั้งนี้ ได้พัฒนาความรู้ความเข้าใจในเรื่องภาวะซึมเศร้า สาเหตุ อาการอาการแสดง และแนวทางการรักษา การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหา การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่ม ซึ่งสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าให้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรม ดังนั้นโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ จึงเป็นโปรแกรมหนึ่งในการนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางของการลดภาวะซึมเศร้าและเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าเรื้อรังที่อาจจะเป็นสาเหตุให้ป่วยเจ็บเป็นโรคซึมเศร้าได้

ข้อเสนอแนะ

1. ศึกษาติดตามผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองในระยะยาวภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาแล้วระดับภาวะซึมเศร้าลดลง โดยเมื่อภาวะซึมเศร้าลดลงแล้วนักศึกษากลุ่มทดลองเหล่านี้เป็นอย่างไรบ้าง

2. ศึกษาติดตามความคงอยู่ของผลของโปรแกรมโดยทำการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือเดียวกัน เป็นระยะๆ เช่น หลังเข้าร่วมโปรแกรม 1ปี, 2 ปี และ 3 ปี หรืออีกครั้ง เมื่อนักศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 4 เพื่อดูความคงอยู่ของผลการให้สุขภาพจิตศึกษา

3. นำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาไปทดลองในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลในสถาบันการศึกษาของรัฐในภาคต่างๆ โดยใช้รูปแบบการให้สุขภาพ

_17-0788(080-091)7edit.indd 89 9/19/60 BE 11:16 AM

จิตศึกษาอย่างเดียวกัน จึงจะสามารถบอกได้ถึงประสิทธิผลของโปรแกรมได้อย่างแท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณความกรุณาของรองศาสตราจารย์สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้และประสบการณ์อันมีคุณค่ายิ่งแก่ผู้ศึกษา ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ที่ช่วยเหลือให้กำลังใจ คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากการศึกษานี้ขอมอบแด่นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ทุกคน

เอกสารอ้างอิง

จิราพร รักการ. (2549). *ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

ดวงใจ วัฒนสินธุ์, โสภิณ แสงอ่อน และยุวดี ฦาชา. (2549). ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี. *รามาธิบดีพยาบาลสาร, 12*(3),289-303.

ปรียารัตน์ แขมคำ. (2554). *ผลของโปรแกรมขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2540). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล.* กรุงเทพฯ: วี.เจ. พริ้นติ้ง.

สมภพ เรืองตระกูล. (2545). *การฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่น.* กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.

สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2554). *สุขภาพจิตศึกษา. เอกสารประกอบการสอนรายวิชา พย.642* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อุมาพร ตรังคสมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล. (2539). อาการซึมเศร้าในเด็ก: การศึกษาโดยใช้ Children's Depression Inventory. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41*(4),222-234.

Anderson, C.M., Hogarty, G.E., & Reiss, D.J. (1986). *Schizophrenic and the family: A practitioner's guide to psychoeducation and management.* New York: Guilford Press.

Buwalda, B., Kole, M.H.P., Veenema, A.H., Huininga M., De Boer ,S.F., Korte S.M., Koolhaas, J.M. (2006). Long-term effects of social stress on brain and behavior: A focus on hippocampal functioning. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 29*(1), 83-97.

Cuijpers, P.(2008). Psychoeducational interventions targeting the core symptoms of depression. *Mediographia, 30*, 165.

Donker, T., Griffiths K.M., Cuijper, P., Christenson, H., (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a

meta-analysis. *BMC Medicine, 7*(1), 79.

Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis.* New York: W.W. Norton & Company.

Kaplan, H.J. & Sandock, B.J. (1989). *Kaplan & Sandock synopsis of Psychiatry: Behavior Sciences/ Clinical Psychiatry.* Philadelphia: Lippincott.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer Pub. Co.

Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G., Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations, 34,* 19–26.

Seedat, S., Haskis, A., &Dan, J.S. (2008). Benefits of Consumer Psychoeducation : A Pilot Program in South Africa. The International *Journal of Psychiatry in Medicine, 38*(1), 31-42.

Stanway, T. & Cotgrove, A.J. (2001). Affective and emotional disorders. In Gowers SG (ed.), *Adolescent Psychiatry in Clinical Practice.* London: Arnold.

World Health Organization. (2006). *Preventing suicide a resource for primary health Care workers.* Geneva: Department of Mental Health World Health Organization.