

ผลของโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิต
แบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน*

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

โสภา ตั้งทีฆกุล, พย.บ. (Sopa Tangtekakul, B.N.S, R.N.)**

วีณา จีระแพทย์, R.N, Ph.D. (Veena Jirapaet, R.N, Ph.D.)***

เพ็ญพักตร์ อุทิศ, R.N, Ph.D. (Penpaktr Uthis, R.N, Ph.D.)****

Abstract

Objective: The purpose of this quasi-experimental pretest-posttest with control group research design was to determine the effect of the integrated perceived stressful life event management program on depression of depressive disorder patients in the community.

Method: The subjects were 40 patients diagnosed with depressive disorder, aged of 20-59 years, at the psychiatric clinic, out-patient department of a community hospital. They were matched pairs by sex, similar age and depression scores and then randomly assigned into the experimental and control groups, 20 subjects in each group. The experimental group received the integrated perceived stressful life event management program whereas the control group received routine nursing care. Research instruments

consisted of the integrated perceived stressful life event management program, life stress event questionnaire and the Thai Hamilton Rating Scale for Depression. The integrated perceived stressful life event management program was validated for content validity by 5 professional experts. Reliability of the life stress event and the Thai Hamilton Rating Scale for Depression were reported by Cronbach's Alpha coefficient as of .91 and .82, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent and independent t-tests.

Results: 1) The depression of patients with depressive disorder in the community after receiving the integrated perceived stressful life event management program was significantly lower than that before ($t = 29.442, p < .05$) 2) The

* วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

*** Corresponding author ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: j_veena@hotmail.com

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Keyword: Perceived stressful life event, Depression, Depressive disorder

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยถึงทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน

วิธีดำเนินการ: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอายุ 20-59 ปี ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ให้มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันในเรื่อง อายุ เพศ และคะแนนภาวะซึมเศร้า จากนั้นได้รับการสุ่มเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน 2) แบบสอบถามเหตุการณ์เครียดในชีวิต และ 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ซึ่งโปรแกรมฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน

5 ท่าน เครื่องมือแบบสอบถามเหตุการณ์เครียดในชีวิต และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติที่

ผลการศึกษา: 1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน มีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 29.442, p < .05$) 2) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 12.668, p < .05$)

คำสำคัญ: การรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิต ภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้า

ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ และพบว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญทั้งในปัจจุบันและในอนาคต โดยมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Marina et al., 2012) ในประเทศไทยพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข จากผลการสำรวจระดับชาติในปี 2551 พบความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ร้อยละ 2.7 (ชรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2553) และผลการศึกษาภาวะทางสุขภาพจากโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ซึ่งเปรียบเทียบความสูญเสียจากการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ 135 ประเภท พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของ

การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) เป็นอันดับ 4 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 10 ในผู้ชายไทย แต่ถ้าพิจารณาจากจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability : YLD) พบว่าโรคซึมเศร้าจัดเป็นอันดับที่ 1 ในผู้หญิง และเป็นอันดับ 2 ในผู้ชาย แสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าถึงแม้ว่าจะไม่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร แต่ก็ยังเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เป็นเวลานานกว่าโรคอื่นๆ ทำให้เกิดผลกระทบต่อนผู้ป่วย ซึ่งอาจรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า (กรมสุขภาพจิต, 2552)

ในปัจจุบันแม้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะมีอาการสงบลงในระดับที่สามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้ โดยแพทย์จะนัดมาตรวจแบบผู้ป่วยนอกเป็นระยะๆ เพื่อติดตามผลการรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังคงมีปัญหาคือมีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ จนทำให้มีอาการกลับเป็นซ้ำ (recurrent) ได้บ่อยครั้ง ซึ่งหากมีการกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ จะยิ่งทำให้มีโอกาสมากขึ้นที่จะเป็นซ้ำในอนาคตมากขึ้น โดยการศึกษาของ Burcusa & Iacono (2007) พบว่าการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นแต่ละครั้ง จะยังเพิ่มความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำในครั้งต่อไป โดยร้อยละ 50-60 ของผู้ที่มีการกลับเป็นซ้ำครั้งแรกจะมีการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สองตามมา ร้อยละ 70-80 ของผู้ที่มีการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สองจะมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สาม และร้อยละ 90 ของผู้ที่มีการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สามจะมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สี่ตามมา จึงกล่าวได้ว่า การกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้านั้นเป็นปัญหาที่สำคัญของ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการป่วยซ้ำเกิดจาก “การรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิต” ซึ่งเป็นการที่บุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นปัญหาคุกคามต่อชีวิตและส่งผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การถูกทำร้ายอย่างรุนแรง การมีปัญหาหนี้ทางการเงิน ครอบครัวมีปัญหากันอย่างรุนแรง การเจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุอย่างรุนแรง ตกงาน การถูกฟ้องร้องมีคดีความ เกิดการสูญเสียจากการตาย การพลัดพราก และการเสื่อมเสียชื่อเสียง อับอาย ขาดหน้า เป็นต้น (ชรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2549) ซึ่ง Stress Generation Theory ของ Hammen (1991, 2006) ได้อธิบายว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิต (perceived stressful life events) แตกต่างกัน แม้ว่าจะอยู่ในเหตุการณ์เดียวกัน หรือเหตุการณ์ที่คล้ายกันก็ตาม คือ รูปแบบความคิดเชิงลบ (negative cognitive styles) การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ (low-self esteem) และพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา (avoidance coping) (Hammen, 2005; Harkness, Monroe, Simons, & Thase, 1999; Richard & Lauren, 2010) โดยปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร่ายังมีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่จนนำไปสู่การป่วยซ้ำตามมา (Hammen, 2005; Kessler, 1997; Mazure, 1998; Paykel, 2003) ซึ่งพบว่าร้อยละ 91 ของผู้ป่วยที่กำลังมีอาการซึมเศร้ากำเริบ รายงานว่าตนต้องเผชิญกับเหตุการณ์เครียดในชีวิต (Ulla, 2008) สำหรับในประเทศไทย พบผลการศึกษาที่สอดคล้องกับในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ พิรพนธ์ ลีอนุวัธวัชชัย (2552) พบว่าผู้ที่ซึมเศร้ามีการรับรู้

เหตุการณ์เครียดในชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่ซึมเศร้า และ พรพรรณ ศรีโสภ (2552) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ป่วยซ้ำมีการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตสูงกว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไม่ป่วยซ้ำ ดังนั้น การแก้ไข ภาวะซึมเศร้าของบุคคลตามแนวคิด Stress Generation Theory จึงจำเป็นต้องหาวิธีในการ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิต ลดลง ด้วยการจัดการกระทำกับปัจจัยอันได้แก่รูปแบบ ความคิดเชิงลบ การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ และ พฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหา

Cuijper, Straten & Warmerdam (2007) ได้ ทำการทบทวนเอกสารอย่างเป็นระบบ (systematic reviews) พบว่าการบำบัดที่เน้นการแก้ไขปัญหา (Problem solving therapy : PST) สามารถนำมา แก้ไขภาวะซึมเศร้าตามแนวคิด Stress Generation Theory ได้ โดยช่วยให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีการรับรู้ เหตุการณ์เครียดในชีวิตลดลง ส่งผลให้ภาวะ ซึมเศร้าลดลงตามมา นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษา จำนวนมากได้นำแนวคิด PST ไปประยุกต์ใช้ ในการออกแบบวิธีลดภาวะซึมเศร้าในประชากร กลุ่มต่างๆ ซึ่งสามารถจำแนกการบำบัดออกเป็น 3 รูปแบบ คือ 1) การบำบัดที่เน้นการแก้ไขปัญหา ทางสังคม (Social Problem-Solving Therapy : SPST) 2) การบำบัดที่เน้นการแก้ไขปัญหสำหรับการ ดูแลในระดับปฐมภูมิ (Problem-Solving Therapy for primary care : PST-PC) และ 3) การ บำบัดที่เน้นการแก้ไขปัญหาโดยใช้การตรวจสอบ ตนเอง (Self-Examination Therapy : SET) ทั้งนี้ แม้ว่าการบำบัดแบบ SPST และ PST-PC จะลด ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยลงได้แต่ให้ประสิทธิผล เพียงชั่วคราว เพราะยังมีข้อจำกัด คือ เน้นที่ กระบวนการแก้ปัญหในปัจจุบัน โดยไม่ได้มีการ

แก้ไขปัจจัยทางด้านความคิดและอารมณ์ของบุคคล ที่อาจขัดขวางหรือรบกวนความพยายามในการ ที่จะแก้ไขปัญหานั้นๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ในขณะที่การบำบัดแบบ SET นอกจากจะช่วยให้ ผู้รับการบำบัดเกิดทักษะในการแก้ไขปัญหอย่าง เหมาะสมแล้วยังช่วยให้มีการปรับเปลี่ยนความคิด ด้านลบต่อตนเองอีกด้วย จึงเป็นวิธีการที่พบว่ามี ประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าได้ดีกว่าแบบ SPST และ PST-PC (Cuijper et al., 2007; Bowman & Scogin, 1996) ทั้งนี้ยังไม่พบว่ามีผลการ บำบัดแบบ SET มาใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใน ประเทศไทย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจการบำบัด ที่เน้นการแก้ไขปัญหาโดยใช้การตรวจสอบตนเอง ของ Bowman, Scogin & Lyrene (1995) มาใช้และ เพื่อให้ได้โปรแกรมการบำบัดที่มีประสิทธิภาพ สูงสุดในการลดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถไป จัดกระทำกับปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เหตุการณ์เครียด ของบุคคลได้ครบทั้ง 3 ปัจจัยดังกล่าวข้างต้น จึงได้ นำแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนใน รูปแบบ Self-esteem module ของ Borass et al. (2009) มาผสมผสานเข้ากับการบำบัดที่เน้นการ แก้ไขปัญหาโดยใช้การตรวจสอบตนเอง เพื่อ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้น ซึ่งจะช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการรับรู้เหตุการณ์ เครียดในชีวิตลดลง นำไปสู่การมีภาวะซึมเศร้าที่ ลดลงตามมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย โรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม การจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบ ผสมผสาน

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมฯ โดยนำการบำบัดการแก้ไขปัญหามาในรูปแบบ self-examination therapy ตามการศึกษาของ Bowman et al. (1995) มาบูรณาการกับการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเอง (self-esteem module) ตามการศึกษาของ Borass et al. (2009) เพื่อให้สามารถไปจัดการทำกับปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้เหตุการณ์เครียดของบุคคล ซึ่งได้แก่ รูปแบบความคิดเชิงลบ การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ และพฤติกรรมกาหลีกเลี่ยงการเผชิญปัญหาได้ครบถ้วน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถจัดการแก้ไขปัญหาลดลง ความคิดเชิงลบที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนส่งเสริมให้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้น ส่งผลให้การรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตลดลง นำไปสู่การมีภาวะซึมเศร้าที่ลดลงตามมา ซึ่งกำหนดเป็นกรอบการวิจัยได้ดังนี้

โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน

แนวคิด Self-Examination Therapy ของ Bowman et al. (1995) และ self-esteem module ของ Borass et al. (2009) ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน

(ความรู้สึกปลอดภัย: a sense of security)

ครั้งที่ 2 การวิเคราะห์ปัญหาตนเอง ประเมินจุดอ่อน จุดแข็ง ของตนที่มีต่อการแก้ไขปัญหาลดลงและส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกต่อตนเอง: a sense of identity และความรู้สึกเป็นเจ้าของ: a sense of belonging)

ครั้งที่ 3 การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบ และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (การรับรู้ถึงเป้าหมาย: a sense of purpose)

ครั้งที่ 4 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหของสมาชิกภายในกลุ่มและส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (การรับรู้ถึงความสามารถ: a sense of competency)

ครั้งที่ 5 การฝึกทักษะการลดความคิดเชิงลบ และพัฒนาความคิดเชิงบวก

ครั้งที่ 6 การฝึกทักษะการมองปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ด้วยมุมมองทางบวกและยุติการทำกลุ่ม

ภาวะซึมเศร้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (The pretest-posttest with control group design)

ประชากร คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคซึมเศร้า รหัส F32 (F32.0-F32.9) ตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพฉบับทบทวน ครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในช่วง มกราคม พ.ศ. 2557 ถึง มกราคม พ.ศ. 2557 จำนวน 40 คน ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) อายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง 2) มีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป โดยประเมินได้จากแบบวัดภาวะซึมเศร้า THAI HRS-D 17 3) ได้รับแผนการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าในกลุ่มเดียวกัน 4) ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคร่วมทางจิตเวช ระหว่างโรคซึมเศร้ากับโรคอื่นๆ และ 5) มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนโดยการจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมี เพศ และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าเหมือนกัน และมีอายุต่างกันไม่เกิน 5 ปี จากนั้นใช้การสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 20 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสามชุก

จังหวัดสุพรรณบุรีเมื่อวันที่ 29 ธันวาคม 2557 (COA No.IRB-สพ.0032.301/154) โดยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ และอภิปรายผลการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบต่อใดๆ ต่อการรักษาและการพยาบาลที่จะได้รับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกปิดเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยบูรณาการจากรูปแบบการบำบัดการแก้ไขปัญหาลักษณะ self-examination therapy ของ Bowman, Scogin, & Lyrene (1995) บูรณาการร่วมกับการส่งเสริม self-esteem module ของ Borass et al. (2009) เพื่อจัดการกับความคิดเชิงลบต่อตนเองและส่งเสริมให้มีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้น ดำเนินกิจกรรมการบำบัดเป็นแบบรายกลุ่ม สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ ครั้งที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพ และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน **ครั้งที่ 2:** วิเคราะห์ปัญหาตนเอง (การรับรู้คุณค่าแห่งตน/ความคิดเชิงลบ/การหลีกเลี่ยงปัญหา) ประเมินจุดอ่อน จุดแข็ง ของตนเองที่มีต่อการแก้ไขปัญห และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกลึกต่อตัวตน, ความรู้สึกเป็นเจ้าของ) **ครั้งที่ 3:** ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นระบบ และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกลึกถึงเป้าหมาย) **ครั้งที่ 4:** แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญห

ระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (การรับรู้ถึงความสามารถ) ครั้งที่ 5: ฝึกทักษะการลดความคิดเชิงลบ และพัฒนาความคิดเชิงบวก และ ครั้งที่ 6: ฝึกทักษะการมองปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ด้วยมุมมองทางบวกและพฤติกรรมการทำกลุ่ม

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า THAI HRS-D 17 ของมาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิช และจักรกฤษณ์ สุขยั้ง (2539) พัฒนามาจากแบบ HRS-D 17 ของ Hamilton ประกอบด้วยข้อคำถาม 17 ข้อ มีคะแนนเต็มเท่ากับ 54 คะแนน โดย 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 8-12 คะแนน หมายถึง ระดับภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 13-17 คะแนน หมายถึง ระดับภาวะซึมเศร้าปานกลาง 18-29 คะแนน หมายถึง ระดับภาวะซึมเศร้ามาก และตั้งแต่ 30 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ระดับภาวะซึมเศร้ารุนแรง

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามเหตุการณ์เครียดในชีวิต (life stress event) ของ พรพรรณ ศรีโสภา (2552) ซึ่งดัดแปลงมาจากสมจิตร นราพานิช (2531) ประกอบด้วยข้อคำถาม 43 ข้อ แบ่งเป็นเหตุการณ์ในชีวิต 5 ด้าน คือ ด้านสุขภาพ 7 ข้อ ด้านครอบครัว 12 ข้อ ด้านเศรษฐกิจ 6 ข้อ ด้านการงาน 10 ข้อ และด้านสังคม 8 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบวัดภาวะซึมเศร้า THAI HRS-D 17 ถือเป็นแบบวัดที่ใช้เป็น gold standard ในการวัดความรุนแรงของอาการซึมเศร้ามีความแม่นยำตรงและความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี มีค่า standardized

Cronbach's coefficient alpha ที่แสดงถึงความสอดคล้องภายในของแบบวัด = 0.7380 ค่า Spearman's correlation coefficient ซึ่งบ่งถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนที่ได้จากแบบวัด HRSD นี้ กับ Global Assessment Scale ได้เท่ากับ -.8239 ซึ่งแสดงว่ามี negative correlation กับ Global Assessment Scale อยู่ในเกณฑ์ที่ดี ในการวิจัยนี้ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คนวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

2. แบบสอบถามเหตุการณ์เครียดในชีวิต (life stress event) ซึ่งพรพรรณ ศรีโสภา (2552) ได้ตรวจสอบและรายงานค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.79 และรายงานค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เท่ากับ .91 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยหาค่าความเที่ยงภายนอกด้วยวิธี Test-Retest Reliability จากการทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ Kappa 0.86

3. โปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน จากนั้นได้ปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน เพื่อประเมินความเข้าใจในเนื้อหาของกิจกรรมแล้วมีการปรับปรุงอีกครั้งเพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1: ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกปลอดภัย : a sense of security) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพเบื้องต้นกับกลุ่มตัวอย่างและประเมินภาวะซึมเศร้า (pre-test) จากนั้นแจ้งวัตถุประสงค์ระยะเวลาการเข้าร่วมกิจกรรม และการรักษาความลับของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่วิธีโปรแกรมฯ ทั้ง 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพรายกลุ่ม ซึ่งจะช่วยสร้างให้เกิดบรรยากาศที่คุ้นเคยเป็นกันเองระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง และช่วงที่ 2 การส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในด้านความรู้สึกปลอดภัย โดยให้ผู้ป่วยแต่ละคนบอกความรู้สึกของตนเองที่ได้มาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มการบำบัดในครั้งนี้ รวมถึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการและไม่ต้องการให้เกิดขึ้นในขณะร่วมกิจกรรม ใช้เวลาในการเข้ากลุ่ม 90 นาที

สัปดาห์ที่ 1 : ครั้งที่ 2 ดำเนินการใน 4 วันถัดมา ด้วยการให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ปัญหาตนเอง (การรับรู้คุณค่าแห่งตน, ความคิดเชิงลบ, การหลีกเลี่ยงปัญหา) ประเมินจุดอ่อนจุดแข็งของตนเองที่มีต่อการแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (ความรู้สึกต่อตัวตน, ความรู้สึกเป็นเจ้าของ) แบ่งกิจกรรมเป็น 2 ช่วง โดยช่วงแรกผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการรับรู้เหตุการณ์เครียดและภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่เกิดขึ้น และให้ผู้ป่วยประเมินตนเองในประเด็นต่างๆ คือ 1) ความรู้สึก

เห็นคุณค่าในตนเอง 2) ความคิดเชิงลบที่เคยเกิดขึ้น และ 3) วิธีการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา ตลอดจนฝึกวิเคราะห์จุดเด่น/จุดด้อย และวิธีการแก้ไขจุดด้อยของตนเอง จากนั้นมอบหมายการบ้าน โดยให้ผู้ป่วยกลับไปฝึกประเมินความคิดเชิงลบที่เกิดขึ้นขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน แล้วนำมาพูดคุยกันอีกครั้ง ในกิจกรรมครั้งที่ 5 ในช่วงที่ 2 ของการทำกิจกรรมผู้วิจัยได้เสริมสร้างการรับรู้คุณค่าแห่งตนในประเด็นความรู้สึกเป็นเจ้าของโดยแบ่งกลุ่มให้ผู้ป่วยช่วยกันวิเคราะห์ถึงสาเหตุและอาการของโรคซึมเศร้า ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และวางแผนที่จะจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น ใช้เวลาในการเข้ากลุ่ม 70 นาที

สัปดาห์ที่ 2: ครั้งที่ 3 ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ และส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน (การรับรู้ถึงเป้าหมาย : a sense of purpose) ผู้วิจัยให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ป่วยในเรื่องวิธีการแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการตรวจสอบตนเอง ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ปัญหา การจัดลำดับความสำคัญ การกำหนดและวิเคราะห์ทางเลือกของวิธีการแก้ไขปัญหา การลงมือแก้ไขปัญหาและการประเมินผล ตลอดจนส่งเสริมในประเด็นการรับรู้ถึงเป้าหมายโดยให้ผู้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาของตนเองเพื่อทำให้เกิดแรงจูงใจและมีความกระตือรือร้นที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้เกิดความสำเร็จได้ จากนั้นแจกสมุดบันทึกประจำตัวเพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับไปฝึกปฏิบัติแก้ไขปัญหาด้วยการตรวจสอบตนเองตามวิธีการที่ได้เรียนรู้ในกิจกรรมกลุ่มเพื่อนำมาแลกเปลี่ยนกันอีกครั้งต่อไป ที่มีการนัดหมาย ใช้เวลาในการเข้ากลุ่ม 90 นาที

สัปดาห์ที่ 3: ครั้งที่ 4 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกภายในกลุ่ม และ

ส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนการรับรู้ถึงความสามารถ : a sense of competency) แบ่งกิจกรรมเป็น 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงที่ 1 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแต่ละคนได้พูดถึงปัญหาของตนเอง วิธีการที่ใช้แก้ไขปัญหา ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่สำเร็จและไม่สำเร็จ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม ช่วงที่ 2 การส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในการรับรู้ถึงความสามารถโดยผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการมองเห็นคุณค่าในตนเอง และให้ผู้ป่วยประเมินตนเองโดยเขียนถึงความดีงามและความสามารถของตนที่ผ่านมา จากนั้นให้ผู้ป่วยแต่ละคนนำเสนอในกลุ่ม ใช้เวลาในการเข้ากลุ่ม 70 นาที

สัปดาห์ที่ 4: ครั้งที่ 5 ฝึกทักษะการลดความคิดเชิงลบ และพัฒนาความคิดเชิงบวก โดยผู้วิจัยให้ความรู้และฝึกทักษะการลดความคิดเชิงลบและพัฒนาความคิดเชิงบวกโดยการฝึกปรับมุมมองต่อปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้เห็นว่าในสิ่งที่ไม่ดีเหล่านั้น ก็มีสิ่งดีอยู่ในตัวด้วยเหมือนกัน นอกจากนี้ยังมีการนำตัวอย่างความคิดเชิงลบที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้ประเมินไว้ในกิจกรรมครั้ง 2 มาฝึกปรับความคิดให้เป็นด้านบวก เพิ่มเติมอีกทางหนึ่งด้วยแล้วให้แต่ละคนนำเสนอต่อกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นร่วมกัน จากนั้นแจกคู่มือ 15 วิธีคิดบวกให้ผู้ป่วยได้นำกลับไปอ่านเพิ่มเติมที่บ้าน ใช้เวลาในการเข้ากลุ่ม 60 นาที

สัปดาห์ที่ 4: ครั้งที่ 6 ดำเนินการใน 4 วัน ถัดมาเพื่อฝึกทักษะการมองปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ด้วยมุมมองทางบวก และยุติการทำกลุ่ม โดยผู้วิจัยประเมินทักษะการแก้ไขปัญหาด้วยการตรวจสอบตนเองของผู้ป่วย ที่ได้นำไปปฏิบัติตามกิจกรรม

ต่างๆ ทั้งในด้านการวิเคราะห์ปัญหา การสร้างทางเลือก การแก้ไขปัญหา จนนำไปสู่การปฏิบัติ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยดูจากการบันทึกในสมุดประเมินตนเองของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ซึ่งจะพบว่าปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้นมีทั้งแก้ไขได้และแก้ไขไม่ได้ในส่วนปัญหาที่ยังแก้ไขไม่ได้นั้น ได้ฝึกทักษะการปรับมุมมองต่อปัญหานั้นใหม่ด้วยมุมมองทางบวกมากขึ้น เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตต่อไปได้ตามปกติสุข ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมทั้งหมดที่ได้เรียนรู้ร่วมกัน จากนั้นให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองทุกคนทำแบบสอบถามเหตุการณ์เครียดในชีวิต และพบว่าผู้ป่วยทุกคนมีค่าคะแนนอยู่ในระดับต่ำ คือช่วง 17.42-42.62 คะแนน ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ใช้เวลาในการเข้ากลุ่ม 90 นาที

หลังจากนั้นนำกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า THAI HRS-D 17

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินภาวะซึมเศร้า (pre-test) จากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจตามที่แพทย์นัด การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยการประเมินผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำแนะนำการดูแลตนเอง การให้คำปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย และการเยี่ยมบ้านของบุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่พยาบาลในชุมชน หลังจากนั้นนำกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 5 เพื่อเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า THAI HRS-D 17

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Paired t-test และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 45 และ 42.5 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยในกรอบครัว 5,001–10,000 บาท/เดือน และมากกว่า 15,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 35 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยในกรอบครัว 5,001–10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 65 และเมื่อพิจารณาความเพียงพอของรายได้พบว่าส่วนใหญ่ มีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 85 และ 80 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ ในส่วนของโรคประจำตัวทางกายนั้น พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือ เบาหวานและความดัน

โลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 70 และ 72.5 ตามลำดับ อีกทั้งพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าน้อยกว่า 1 ปี และ 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน โดยมีระยะเวลาป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเฉลี่ย 13.20 เดือน ส่วนในกลุ่มควบคุมพบว่า มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าน้อยกว่า 1 ปี และ 1-2 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 และ 60 ตามลำดับ โดยมีระยะเวลาป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเฉลี่ย 12.45 เดือน

2. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน มีระดับภาวะซึมเศร่าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน โดยพบว่าการทดลองกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร่าอยู่ในระดับเล็กน้อย ($\bar{X}=11.75$, S.D.= 3.127) และมีภาวะซึมเศร่าหลังการทดลองอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X}=3.45$, S.D.=2.373) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	11.75	3.127	เล็กน้อย	19	29.442	.00
หลังการทดลอง	3.45	2.373	ปกติ			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	11.70	3.08	เล็กน้อย	19	-1.405	.08
หลังการทดลอง	12.50	2.14	เล็กน้อย			

3. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน มีคะแนนและระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2 คือ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสาน

ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X} = 3.45$, S.D.= 2.373) ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติยังคงมีระดับภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยเช่นเดิม ($\bar{X} = 12.50$, S.D. = 2.140) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

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

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยซึ่งพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และต่ำกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตลดลง ผู้ป่วยสามารถประเมินปัญหาที่สำคัญต่อตนเอง เพื่อหาแนวทางแก้ไขได้อย่างเป็นระบบ และเต็มความสามารถ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ สุณิสา ศรีโมอ่อน, อติทยา พรชัยเกต,

โอว ยอง และอัจฉราพร ลิ้หิรัญวงศ์ (2554) ที่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีคุณภาพของการบำบัดในรูปแบบนี้มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าได้และการศึกษาของ ราตรี ทองยู, วรรณ คงสุริยะนาวัน, อติทยา พรชัย, เกตุ โอว Yong และ ลีวรรณ อุณาภิรักษ์ (2554) ที่พบว่าการบำบัดในรูปแบบนี้สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุได้เช่นกัน และในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ นี้ ได้เน้นการแก้ไขปัจจัยทางด้านความคิดและอารมณ์ของบุคคลที่อาจขัดขวางความพยายามในการที่จะแก้ไขปัญหาใหม่ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาระบวนการทางความคิดไปในทิศทางที่เหมาะสม

เมื่อต้องเผชิญปัญหาที่สามารถประเมินได้ว่าสิ่งใดเป็นปัญหาที่สำคัญ และมีผลกระทบต่อตนเองมากที่สุด เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหานั้นให้ผ่านลุล่วงไปได้ด้วยวิธีการที่เหมาะสม ส่วนปัญหาที่เห็นว่ายังแก้ไขไม่ได้ ก็มีการปรับมุมมองต่อปัญหาในด้านบวกมากขึ้น เพื่อยอมรับกับสถานการณ์นั้นๆ รวมทั้งมีการประเมินและมีการปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบ ทั้งต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีกำลังใจ และมีการรับรู้คุณค่าในตนเองมากขึ้น จนทำให้สามารถเผชิญกับปัญหาที่เป็นต้นเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bowman et al. (1995) ที่ได้ให้การบำบัดรักษาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (mild-moderate depression) ด้วยการบำบัดในรูปแบบการแก้ไขปัญหาคด้วยการตรวจสอบตนเอง (self-examination therapy) ซึ่งพบว่าภายหลังจากผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาคด้วยการตรวจสอบตนเองตลอดจนใช้วิธีการแก้ไขปัญหาย่างมีขั้นตอนและนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะหาวิธีการในการจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าลดลงตามมาได้

นอกจากนี้ยังได้มีการนำแนวคิดการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตนในรูปแบบ Self-esteem module มาออกแบบกิจกรรมเพิ่มเติมในโปรแกรมฯ ส่งผลให้ช่วยเพิ่มการรับรู้คุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเด็นหลักที่สำคัญทั้ง 5 เรื่อง ได้แก่ ความรู้สึกปลอดภัย (a sense of security), ความรู้สึกต่อตัวตน (a sense of identity) ความรู้สึกเป็นเจ้าของ (a sense of belonging) ความรู้สึกถึง

จุดหมาย (a sense of purpose) และความรู้สึกถึงความสามารถ (a sense of competence) ซึ่งทั้ง 5 เรื่องนี้ช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดการพัฒนาด้านการรู้จักตนเองสามารถระบุจุดเด่นหรือจุดด้อย และข้อจำกัดของตนเองได้ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นคนที่มีความค่า มีความสามารถ มองตนเองในแง่ดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Borass et al. (2009) ที่ใช้ self-esteem module ในผู้ป่วยจิตเภทแล้วพบว่าสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนมีการเผชิญปัญหาที่ต้องเพิ่มมากขึ้นได้ นอกจากนี้การวิเคราะห์ตนเองในส่วนดีหรือความสามารถต่างๆ ที่เคยทำแล้วประสบความสำเร็จก็ช่วยทำให้เกิดความภาคภูมิใจ ทำให้มีกำลังใจในการแก้ไขปัญหาค (Bowman et al., 1995; Borass et al., 2009)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เมื่อได้รับโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานไปแล้วนั้น สามารถนำความรู้ และประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ร่วมกัน การมองเห็นคุณค่าในตนเอง รวมถึงทักษะการแก้ไขปัญหาคด้วยการตรวจสอบตนเองที่ได้จากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าที่ลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการสนับสนุนให้พยาบาลในรพ.สต. นำโปรแกรมฯ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่อยู่ชุมชน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการรับรู้

เหตุการณ์เครียดในชีวิตลดลง นำไปสู่การมีภาวะซึมเศร้าที่ลดลงตามมา

2. การนำโปรแกรมฯไปใช้นั้น พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช การให้การปรึกษาด้านสุขภาพ โรคและภาวะซึมเศร้า ความคิดเชิงลบ และเชิงบวก ตลอดจนมีความรู้และทักษะในกระบวนการแก้ไขปัญหา เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. โปรแกรมฯ ที่จะนำไปใช้อาจปรับระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนได้ตามความเหมาะสม เช่น ในกิจกรรมครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน และกิจกรรมครั้งที่ 2 วิเคราะห์ปัญหาตนเอง ประเมินจุดอ่อน จุดแข็งของตนเองที่มีต่อการแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมการรับรู้คุณค่าแห่งตน พยาบาลสามารถดำเนินการ 2 กิจกรรมนี้ต่อเนื่องกันไปภายในครั้งเดียวกันได้ เพื่อเป็นการประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วยในการมาเข้าร่วมกิจกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขที่ได้สนับสนุนทุนการศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามชุก ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่คอยสนับสนุนและเอื้ออาทรในทุกเรื่อง คุณค่าและประโยชน์อันเกิดจากงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์

และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2552). *แนวทางการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด*. (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. (2549). ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่งปี 2549. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(1), 61-68.

ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. (2553). *คู่มือผู้เข้ารับการอบรมแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). ศูนย์โรคซึมเศร้าไทยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. จังหวัดอุบลราชธานี: โรงพิมพ์ศิริธรรมออฟเซต.

พรพรรณ ศรีโสภะ. (2552). ปัจจัยทำนายการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ภาคตะวันออก. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 24(2), 138-154.

พีรพนธ์ ลีอนุญชัชชัย. (2552). บทบาทของด้านความเครียด ความรุนแรงของความเครียด และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่มีต่อการเกิดโรคซึมเศร้า: การศึกษาโดยมีกลุ่มควบคุม. *จดหมายเหตุทางแพทย์*, 92(9), 1240-1249.

มานิช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิช และ

- จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(4), 235-246.
- ราตรี ทองยู, วรรณาคงสุริยะนาวัน, อติทยา พรชัย, เกตุโอวยองและลิวรรณอุณนาภิรักษ์. (2554). ผลของกลุ่มบำบัดแบบแก้ไขปัญหาดื้ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(3), 78-92.
- สมจิตร นครพานิช. (2531). *เหตุการณ์ในชีวิตและการปรับตัวในระยะตั้งครรภ์ของหญิงที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนิสา ศรีโมอ่อน, อติทยา พรชัยเกตุ, โอวยองและอัจฉราพร ลีหิรัญวงศ์. (2554). การบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาดื้ออาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(3), 107-116.
- Bowman, D., Scogin, F., & Lyrene, B. (1995). The Efficacy of Self-Examination Therapy and Cognitive Bibliotherapy in the Treatment of Mild to Moderate Depression. *Psychotherapy Research*, 5(2), 131-140.
- Bowman, D., & Scogin, F. (1996). Self-Examination therapy as an adjunct treatment for depressive symptoms in substance abusing patients. *Addictive Behaviors*, 21(1), 129-133.
- Borras, L., Boucherie, M., Mohr, S., Lecomte, T., Perroud, N., & Huguelet, P.H. (2009). Increasing self-esteem: Efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. *European Psychiatry*, 24, 307-316.
- Burcusa, S.L., & Iacono, W.G. (2007). Risk for recurrence of depression. *Clinical Psychology Review*, 27, 959-985.
- Cuijpers, P., Straten, A.V., & Warmerdam, L. (2007). Problem solving therapies for depression: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 22, 9-15.
- Hammen, C. (1991). The generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 555-561.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319.
- Hammen, C. (2006). Stress generation in depression: Reflections on origins, research, and future directions. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1065-1082.
- Harkness, K. L., Monroe, S. M., Simons, A. D., & Thase, M. (1999). The generation of life events In recurrent and nonrecurrent depression. *Psychological Medicine*, 29, 135-144.
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191-214.
- Mazure, C. M. (1998). Life stressors as risk factors in depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(5), 291-313.
- Marcus, M.M., Yasamy, M.T., Ommeren, M.V.

- Chisholm, D. & Saxena, S. (2012). *Depression A Global Public Health Concern: A Global Crisis World Mental Health Day. world federation for Mental Health*, Retrieved October 1, 2012, from http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention.
- Paykel, E. S. (2003). Life events and affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 61-66.
- Richard, T. L. & Lauren, B. A. (2010). Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clinical Psychology Review*.30(5), 582-593.
- Ulla, L. (2008). Life events and social support among patients with major depressive disorder. *Publications of the National Public Health Institute, Core Psychiatry* (2nd ed.): Spain-Harcourt.

