

ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*

THE EFFECT OF THE EMOTION REGULATION PROGRAM
ON DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG PATIENTS
WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

ณัฐฐลิณ คุ้มรอด, พยบ. (Nutthalin Khumrod, BNS)**

รังสิมันต์ สุนทรไชยา, RN, Ph.D. (Rangsiman Soonthornchaiya, RN, Ph.D)***

Abstract

Objectives: To compare depressive symptoms of patient with major depressive disorder before and after receiving the Emotion Regulation Program, and to compare depressive symptoms of patients with major depressive disorder between patients who received the program and those who received regular nursing care.

Methods: This study was an experimental research design. The samples were 42 patients with major depressive disorder receiving services at the outpatient department of the general hospital. Samples were matched pair by gender and score of depressive symptoms, and were randomly assigned into the experimental and the control group. The emotion regulation program was developed from emotion regulation strategies (Gross, 2007). The content consisted of making relationship skills, situation selection and

modification, attentional deployment, cognitive change, and responsible modulation. The research instruments included: 1) Personal Questionnaire, 2) Beck Depression Inventory scale (BDI-1A), and 3) The Emotion Regulation Questionnaire (ERQ). Instruments were verified for Content Validity Index (CVI) by five experts. The content validity index (CVI) of ERQ was .80 and the reliability of BDI and ERQ was .86 and .82. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results:

1. Mean score of depressive symptoms of the experimental group after receiving the Emotion Regulation Program was statistically significantly less than that before ($t = -11.82$, $p < .05$)
2. Mean score of depressive symptoms of the experimental group after receiving the Emotion Regulation Program was statistically

* วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาวิ่ง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

*** Corresponding author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: rangsiman.s@chula.ac.th

significantly less than control group ($t = 8.48$, $p < .05$)

Keywords: Emotion regulation program, Depressive symptoms, Major depressive disorder

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา: เป็นงานวิจัยเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 42 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่ตามลักษณะเพศและคะแนนอาการซึมเศร้าและจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วนได้แก่ 1) โปรแกรมการกำกับอารมณ์ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากกลยุทธ์การกำกับอารมณ์ จากแนวคิดของ Gross (2007) ร่วมกับแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม 4 ครั้งๆ ละ 45-90 นาที ระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินอาการซึมเศร้า และ 4) แบบประเมินการกำกับอารมณ์ เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยแบบประเมินอาการซึมเศร้าและแบบประเมินการกำกับอารมณ์มีค่าดัชนีความตรงเท่ากับ .80 แบบประเมินอาการซึมเศร้าและแบบประเมินการกำกับอารมณ์

หาความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคได้ เท่ากับ .86 และ .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการศึกษา:

- 1) คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -11.82$, $p < .05$)
- 2) คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.48$, $p < .05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมการกำกับอารมณ์ อาการซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าจัดเป็นกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวน (mood disorder) ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวช (psychiatric disorders) โรคหนึ่งที่พบมากและเป็นสาเหตุหนึ่งในสาเหตุหลักของโรคที่เกี่ยวข้องกับความพิการทั่วโลก (Vos et al., 2013) และเป็นภาระโรคซึ่งพบได้ทั่วโลก (Murray et al., 2012) เนื่องจากอัตราความชุกสูง ส่งผลกระทบต่อบุคคลและสังคมโดยรวม อุบัติการณ์ตลอดชีวิต (lifetime incidence) ของโรคสูง เริ่มพบอาการตั้งแต่อายุยังน้อยเป็นโรคเรื้อรัง และก่อให้เกิดความบกพร่องต่อหน้าที่ (Richards, 2011; Vos et al., 2013) อุบัติการณ์ทั่วโลกพบร้อยละ 1.89 (Sadock & Sadock, 2010)

อัตราป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของจังหวัดเพชรบุรีพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันสุขภาพจิต หรือโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตปี 2554-2556 มีอัตรา

เพิ่มขึ้น เท่ากับ 156.76, 367.93 และ 405.23 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และมีอัตราผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 6.88, 5.99 และ 6.16 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2556) สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปี 2554-2556 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 14.56 , 18.63 และ 19.85 ตามลำดับโดยปี 2556 มีจำนวน ผู้ป่วย 4,116 ราย คิดเป็นอันดับที่ 2 ของผู้ป่วยจิตเวชนอกที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยทั้งหมด (โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี, 2556)

อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นอาการผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้ามากเกือบทั้งวัน ไม่เพลิดเพลิน รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มีความผิดปกติของการรับประทานอาหารและการนอน มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลงไม่สามารถควบคุมอารมณ์ความรู้สึกได้ ส่งผลต่อการแสดงอารมณ์ การสื่อสาร และความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอาการเหล่านี้คงอยู่อย่างต่อเนื่อง (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2553) พบว่าอาการซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วย เจ็บปวดด้านอารมณ์ การรับรู้ การคิดช้าลง การตอบสนองความต้องการพื้นฐาน และประสิทธิภาพการทำงานลดลง (สุวดี จันดีกระยอม, 2546) ส่งผลต่อความเสื่อมของการรู้คิดและความจำมากกว่าผู้ที่มีสุขภาพดี (Porter, Gallagher, Thompson, & Young, 2003) ส่งผลกระทบต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วย บกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์ และการสร้างสัมพันธภาพ ทำให้สูญเสียบทบาท

หน้าที่ในสังคม และการสร้างความมั่นคงให้กับตนเอง (สมภพ เรืองตระกูล, 2548) ส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว เสียเวลาในการทำงาน ทำให้สูญเสียรายได้ หากอาการซึมเศร้าไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จะทำให้กลายเป็นโรคเรื้อรัง และรุนแรงขึ้น นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 15 (World Health Organization [WHO], 2001) พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 25 ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (โอพาร ยิงเสรี และศศิธร ยิงเสรี, 2553)

การทบทวนวรรณกรรม พบว่า การบำบัดโดยการกำกับอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความสามารถในการตอบสนองอารมณ์ที่เหมาะสม โดยการควบคุมความรุนแรงและระยะเวลาการเกิดอารมณ์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ที่ดี (Thompson, 1990) โดย Gross (2007) ได้ให้ความหมายการกำกับอารมณ์ว่า เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปในชีวิต ซึ่งบุคคลจำเป็นต้องมีการกำกับอารมณ์ ให้ถูกต้อง เหมาะสมตามโอกาส และสถานการณ์ต่างๆ การที่บุคคลควบคุมกำกับอารมณ์ อยู่แสดงว่าบุคคลพยายามจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้น และใช้วิธีกำกับอารมณ์เหล่านั้น การตระหนักรู้ในอารมณ์และจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นให้มีการควบคุมให้เกิดเสถียรภาพทางอารมณ์ และอารมณ์ในเชิงบวกต่อสถานการณ์นั้นๆ การกำกับอารมณ์ เป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลกระทบต่ออาการซึมเศร้า (Thompson, Berenbaum, & Bredemeier, 2011) นอกจากนี้การศึกษาของ Lam et al. (2003) พบว่าการกำกับอารมณ์เป็นทักษะที่สามารถฝึกฝนหรือควบคุมได้ นักพฤติกรรมศาสตร์อธิบายว่า ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าจะมีอาการดีขึ้นถ้าได้รับ

การฝึกฝนให้เกิดความรู้สึกว่าตนสามารถที่จะควบคุมและจัดการสิ่งแวดล้อมได้ (Shives, 2012) หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ระบายอารมณ์ ความรู้สึกออกมาอย่างเหมาะสม ร่วมกับการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดและพฤติกรรม จะทำให้อารมณ์ความรู้สึกหดหู่ ซึมเศร้า ท้อแท้ของผู้ป่วยลดลง เนื่องจากความคิดเป็นที่มาของอารมณ์ (Beck, 1967) และจากการศึกษาของ Fehlinger, Stumpfenhorst, Stenzel, Beisel, Rief (2013) พบว่าการทำกับอารมณ์เป็นปัจจัยที่ทำนายอาการซึมเศร้า ได้ถึงร้อยละ 44

อย่างไรก็ตามในประเทศไทยที่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการทำกับอารมณ์ในผู้ป่วยมี อาการซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีความแตกต่างในบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ผลการศึกษาที่ได้อาจไม่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับสังคมไทย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวช ตระหนักถึงความสำคัญในการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงสนใจศึกษาและนำกลยุทธ์การทำกับอารมณ์เพื่อพัฒนาทักษะที่สำคัญของผู้ป่วยในขณะที่เกิดปัญหา ส่งเสริมการเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวัน สามารถปรับและแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ส่งผลต่ออารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ความคิดและสิ่งที่ปฏิบัติต่อบุคคลในครอบครัวและบุคคลทั่วไปดีขึ้น นำมาสู่การลดอาการซึมเศร้า ดังนั้น จึงได้พัฒนาและจัดทำ “โปรแกรมการทำกับอารมณ์” ตามแนวคิดการกำกับอารมณ์ (Gross, 2007) ร่วมกับแนวคิดกระบวนการกลุ่ม (Marram, 1978) เพื่อเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมแบบหนึ่ง ในการลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าและในการพัฒนาระบบงานส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์
2. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

วัยผู้ใหญ่อยู่ในช่วงประสบกับความตึงเครียดทางอารมณ์ เนื่องด้วยเป็นวัยที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น เป็นวัยเริ่มสร้างหลักฐานในชีวิต เพื่อให้ชีวิตประสบความสำเร็จในด้านต่างๆ ให้เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ เป็นวัยที่สามารถคิดวิเคราะห์สิ่งต่างๆ ได้ดี หากบุคคลวัยนี้ต้องประสบกับความเครียดและไม่สามารถเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้เช่น แรงกดดันจากการศึกษาการทำงาน และการหารายได้สำหรับการเลี้ยงดูครอบครัว ความคาดหวังต่อการมีครอบครัวที่อบอุ่น ซึ่งจะมีผลต่ออารมณ์ในระยะที่รุนแรงทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ (พูนศรี รังสีจิ และคณะ, 2549; Galaiif, Sussman, Chou & Wills, 2003) ปัจจัยหนึ่งที่เป็น

สาเหตุให้เกิดอาการซึมเศร้าได้แก่การกำกบอารมณ์ (Thompson et al., 2011) การบกพร่องของทักษะการกำกบอารมณ์พบในผู้มีอาการซึมเศร้า (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Joormann & D'Avanzato, 2010) และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ต่อเนื่องสำหรับการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า (Kring & Werner, 2004; Rude & McCarthy, 2003)

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้คือแนวคิดการกำกบอารมณ์ (Gross, 2007) ในการอธิบายการแสดงอารมณ์เกิดจากสถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้บุคคลแสดงอารมณ์โดยการควบคุมจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้น ให้แสดงออกอย่างเหมาะสมประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ 1. การกำกบอารมณ์ที่มุ่งเน้นก่อนทำให้เกิดอารมณ์ (antecedent-focused) เป็นการกำกบอารมณ์ก่อนการตอบสนองต่ออารมณ์ ได้แก่ 1) กลยุทธ์การเลือกสถานการณ์ (situation selection) คือ การที่บุคคลเลือกที่จะหลีกเลี่ยงหรืออยู่ในสถานการณ์ที่ตรงกับระดับการตอบสนองทางอารมณ์ เช่น เมื่อสามีโกรธกรรยาอย่างมาก จึงเลือกที่จะเดินออกมานอกบ้าน 2) กลยุทธ์การปรับสถานการณ์ (situation modification) คือ ความพยายามแก้ไขสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการที่บุคคลปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ เช่น เมื่อกรรยาพูดบ่นกับสามีอย่างมาก ทำให้สามีรู้สึกไม่สบายใจ จึงเดินออกมานั่งดกปลาบริเวณหนองน้ำข้างบ้าน 3) กลยุทธ์การใส่ใจต่อสถานการณ์ (attentional deployment) คือ วิธีการของแต่ละบุคคลในการใส่ใจบางสถานการณ์หรือหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่มีอิทธิพลต่ออารมณ์ เช่น เมื่อเด็กเกิดอารมณ์กลัวเสียงกรรไรกรตัดผมของช่างตัดผม พ่อของเด็กบอกให้เด็กฟังเสียงคล้ายเสียงร้อง

ของแมว และถามว่าหนูต้องการของขวัญอะไรในวันเกิด เป็นการเปลี่ยนทิศทางการใส่ใจของเด็กจากเสียงกรรไรกรตัดผม ทำให้เด็กสงบลง เป็นต้น 4) กลยุทธ์การประเมินและเปลี่ยนความคิด (cognitive change) คือ การที่บุคคลคิดทบทวนการประเมินทั้งสถานการณ์และจัดการความคิดเกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อเปลี่ยนความหมายของสถานการณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ ลดอารมณ์เชิงลบ หรืออารมณ์เศร้า เช่น พ่อบอกลูกว่า เสียงกรรไรกรตัดผม นั้น มีเสียงคล้ายเสียงร้องของแมว เป็นการเปลี่ยนแปลงความคิดของลูก ซึ่งนำมาสู่การทำให้ลูกรู้สึกสงบลงและยอมให้ตัดผม เป็นต้น และ 2. การกำกบอารมณ์ที่มุ่งเน้นการตอบสนอง (response-focused) เป็นการกำกบอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดอารมณ์ ความรู้สึก นำมาเป็นกลยุทธ์การปรับการตอบสนองอารมณ์ (response modulation) ทั้งประสบการณ์ พฤติกรรม และร่างกายเพื่อเปลี่ยนแปลงคุณภาพของการตอบสนองทางอารมณ์อย่างเหมาะสม การตอบสนองต่อสรีรวิทยา เช่น บุคคลแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเพื่อลดความตึงเครียดทางร่างกาย การตอบสนองต่อประสบการณ์ เช่น เมื่อบุคคลดื่มเหล้าเพื่อลดความรู้สึกวิตกกังวล การตอบสนองต่อพฤติกรรม เช่น เมื่อบุคคลพยายามซ่อนความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองจากผู้อื่น เป็นต้น

การกำกบอารมณ์เป็นความสามารถและกระบวนการที่ฝึกฝนได้ การกำกบอารมณ์เน้นพฤติกรรมการปรับสรีรวิทยา การควบคุมและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากอารมณ์เชิงลบ โดยการกำกบอารมณ์จะมุ่งเน้นการเพิ่มอารมณ์ในเชิงบวก และลดอารมณ์ในเชิงลบ (Gross, 2002; Gross & John, 2003) สามารถใน

การตอบสนองอารมณ์ที่เหมาะสมโดยการควบคุม ความรุนแรงและระยะเวลาการเกิดอารมณ์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ (Thompson, 1990) ส่งผลให้ลดอาการซึมเศร้า ผู้วิจัยได้พัฒนาเป็น โปรแกรมการกำกับอารมณ์โดยกระบวนการกลุ่ม (Marram, 1978) แบ่งเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะสร้าง สัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการและ 3) ระยะ สิ้นสุด เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สามารถแก้ไขปัญหา ต่างๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยโปรแกรมนี้ครอบคลุม การให้ความรู้การกำกับอารมณ์ การฝึกการเลือก/ ใส่ใจสถานการณ์ที่มีผลต่ออารมณ์ ฝึกการ ตอบสนองอารมณ์ที่เหมาะสม การมอบหมาย การบ้าน เกิดการเรียนรู้ได้ดีในกลุ่ม การสนับสนุน ให้กำลังใจซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ส่งผลให้เกิดการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง และนำไปสู่การลดอาการซึมเศร้า ดำเนินกิจกรรม รายกลุ่มๆ ละ 7-8 คน สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 45-90 นาที จำนวน 4 ครั้ง รวมเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบวัด ก่อนหลังโดยมีกลุ่มควบคุม (The pretest-posttest control group design) ประชากร คือ ผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไป สังกัด กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัย ของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD -10) ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรีตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2558 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2558 จำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุมกลุ่มละ 21 คน ทั้งชายและหญิง มีคุณสมบัติ เกณฑ์คัดเลือกเข้ากลุ่ม ได้แก่ อายุ 21-59 ปี อยู่ ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านเศร้ามีคะแนนอาการ ซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงมาก (10-29) ซึ่งประเมิน ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (BDI-1A) แปลและ ปรับเป็นฉบับภาษาไทย โดย มุกดา ศรียงค์ (2522) สื่อสารภาษาไทยได้และลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ด้วยความสมัครใจ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน เป็นอย่างน้อย เพื่อให้มีการกระจายข้อมูล เป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่ม ประชากรได้ แต่เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่าง การทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มตัวอย่าง อีกร้อยละ 10 (Polit & Beck, 2014) เป็นกลุ่ม ทดลองและควบคุม กลุ่มละ 22 คน รวมเป็น 44 คน แต่ในระหว่างดำเนินการทดลอง มีกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 1 คน ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการทดลองได้ เนื่องจากคนหนึ่งจำเป็นต้องเดินทางไปต่างจังหวัด และอีกคนหนึ่งย้ายที่อยู่ ดังนั้นจึงตัดกลุ่มตัวอย่าง ออกไป 2 คน เหลือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 42 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยฉบับนี้ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ตามเอกสารรับรอง เลขที่ คจม.พบ.ที่01/2558 เมื่อวันที่ 27 มกราคม 2558 และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์

การวิจัยขั้นตอนการวิจัยและสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เก็บไว้เป็นความลับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ และจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล และการรับบริการต่างๆ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือดำเนินการทดลอง เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการกำกับอารมณ์ พัฒนาโดยฉันทภูวนิช คุ่มรอดและรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2558) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า 2) การเลือกและปรับสถานการณ์ โดยระบุอารมณ์ที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ บอกเหตุผลของการเลือกและปรับสถานการณ์ 3) การใส่ใจต่อสถานการณ์ โดยฝึกจำแนกสถานการณ์เมื่อสัมผัสสิ่งกระตุ้นเชิงบวกและลบ 4) การประเมินและเปลี่ยนความคิด ประเมินสถานการณ์จากอารมณ์ ความรู้สึก ปฏิติยาของร่างกาย เรียนรู้ปฏิติยาของร่างกายและพฤติกรรม 5) เรียนรู้การประเมิน การปรับสถานการณ์ การตอบสนองอารมณ์และวิธีะงับการแสดงอารมณ์ เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .88 และทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่

2.1 ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้/เดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวทางกาย ระยะเวลากลับป่วย

2.2 ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1967) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย มุกดา ศรีรังค์ (2522) เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ตอบด้วยตนเอง จำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็นคำถามอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และอาการทางกาย 6 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือกเป็นแบบประเมินที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยนำไปทดสอบความเที่ยง โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคได้เท่ากับ .86

3. เครื่องมือกำกับการทดลองได้แก่

3.1 แบบประเมินการกำกับอารมณ์ พัฒนาโดย Gross & John (2003) เป็นเครื่องมือวัดประสบการณ์ทางอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์ แปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทยโดยฉันทภูวนิช คุ่มรอดและรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2558) โดยผู้วิจัยได้ติดต่อขออนุญาตประยุกต์เครื่องมือจาก Dr.Gross ผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และได้รับอนุญาตให้แปลเป็นภาษาไทย รวมทั้งอนุญาตให้ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ ผู้วิจัยใช้วิธีแปลย้อนกลับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (back-translation) โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา 2 คน ข้อ

คำถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) การประเมินความคิด (cognitive reappraisal) จำนวน 6 ข้อ 2) การระงับการแสดงออก (expressive suppression) จำนวน 4 ข้อ รวม 10 ข้อ เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .80 และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและตรวจสอบความเที่ยงได้เท่ากับ .82

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. เตรียมการวิจัย ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมโดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและกลยุทธ์การกำกับอารมณ์ Gross (2007) กระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

2. ดำเนินการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติระหว่างสัปดาห์ที่ 1-4 ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การดูแลให้ได้รับประทานยาต้านเศร้าและรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงสอนการปฏิบัติตัวที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน และการให้คำแนะนำสำหรับผู้ดูแลหรือสมาชิกครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมร่วมกับการให้โปรแกรมการกำกับอารมณ์ โดยดำเนินการรายกลุ่ม ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยแบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยออกเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 7-8 คน โดยทำสลับวันระหว่างกลุ่มที่ 1, 2 และ 3 ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 4 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินการกำกับอารมณ์

3. ประเมินผลหลังการทดลอง (post-test) เมื่อสิ้นสุดการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยประเมิน

อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังจากดำเนินชีวิตตามปกติทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดโปรแกรม

ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดย ประสานงานกับพยาบาลจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียด วิธีการรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงดำเนินการรวบรวมข้อมูล (pre-test) และนัดหมายเข้าร่วมการทดลอง ระยะเวลารวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2558 ถึงเดือนมีนาคม 2558 รวมเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบอิสระ (independent t-test) และเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ โดยใช้สถิติ

ทดสอบทีแบบไม่อิสระ (paired t-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.71 อายุเฉลี่ย 44 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 38.10 ในกลุ่มทดลอง

และสถานภาพสมรส ร้อยละ 52.38 ในกลุ่มควบคุม ระดับการศึกษา ร้อยละ 52.38 ในกลุ่มทดลอง และ ร้อยละ 42.85 ในกลุ่มควบคุม อาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 28.57 ในกลุ่มทดลอง และ ร้อยละ 47.63 ในกลุ่มควบคุม รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 9,047 บาท ในกลุ่มทดลอง และ 15,595 บาท ในกลุ่มควบคุม ระยะเวลาการเจ็บป่วยทั้งสองกลุ่มโดยเฉลี่ย 2 ปี

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังทดลอง ภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 21)

คะแนนอาการซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n=21)						
- ก่อนทดลอง	17.43	3.12	ปานกลาง	20	-11.82	.000
- หลังทดลอง	11.81	3.44	น้อย			
กลุ่มควบคุม (n=21)						
- ก่อนทดลอง	18.00	3.79	ปานกลาง	20	4.17	.000
- หลังทดลอง	20.71	3.36	มาก			

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม

การกำกับอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ ($t = -11.82$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ($t = 4.17$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 21)

คะแนนอาการซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง (n=21)						
- ก่อนทดลอง	17.43	3.12	ปานกลาง	40	0.53	.60
- หลังทดลอง	18.00	3.79	ปานกลาง			
หลังการทดลอง (n=21)						
- ก่อนทดลอง	11.81	3.44	น้อย	40	8.48	.000
- หลังทดลอง	20.71	3.36	มาก			

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระยะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่มีความแตกต่างกันแต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=8.48$) โดยคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การอภิปรายผลการวิจัย

1. จากสมมติฐาน ข้อ 1 ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 โดยคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ ($t=-11.82$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ($t=4.17$) การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ต่ำกว่าก่อนทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการกำกับอารมณ์ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การกำกับอารมณ์โดยการรับรู้อารมณ์และปฏิกิริยาตอบสนองก่อนเกิดอารมณ์ และการประเมินสถานการณ์ ซึ่งมีการใช้กลยุทธ์ต่างๆ เช่น การเลือกสถานการณ์ การใส่ใจต่อสถานการณ์ การประเมินและเปลี่ยนความคิดและการปรับสถานการณ์พร้อมการปรับหรือระดับอารมณ์ต่อสถานการณ์ต่างๆ (Gross, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ehring, Fischer, Schnuelle,

Boesterling, & Tuschen-Caffier (2008) ซึ่งศึกษาการกำกับอารมณ์โดยวิธีการเปรียบเทียบนักศึกษาที่มีประวัติซึมเศร้ากับนักศึกษาที่ไม่มีประวัติซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า พบว่านักศึกษาที่มีประวัติซึมเศร้าในอดีตมีระดับของกลยุทธ์ในการกำกับอารมณ์น้อยกว่านักศึกษาที่ไม่มีประวัติซึมเศร้า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kovacs, Joormann, & Gotlib (2008) กล่าวว่าความบกพร่องของการกำกับอารมณ์แสดงถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้า ดังนั้นการกำกับอารมณ์จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยลดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (Martin & Dahlen, 2005) ทั้งนี้ กลยุทธ์ในการจำแนกสิ่งกระตุ้นเพื่อตรวจสอบอารมณ์ ความคิดที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ต่างๆ สามารถเข้าใจความเป็นจริง ลดความคิดบิดเบือน ปรับมุมมองและประเมินสถานการณ์ใหม่ ส่งผลให้ลดอารมณ์เชิงลบและเพิ่มอารมณ์เชิงบวก สอดคล้องกับการวิจัยถึงทดลองเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของฝึกการกำกับอารมณ์ การบำบัดทางปัญญาและการใช้ยารักษาโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยติดสารเสพติด จำนวน 39 คน พบว่า ทั้งการกำกับอารมณ์ การบำบัดทางปัญญาสามารถเพิ่มความทนต่อความทุกข์ทรมาน ลดจำนวนการใช้สารเสพติด และลดอาการซึมเศร้า นอกจากนั้น ผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ฝึกการกำกับอารมณ์มีความทนต่อความทุกข์ทรมานและสามารถกำกับอารมณ์ได้เพิ่มขึ้นมากกว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดทางปัญญา ($p < .05$) (Azizi, Borjali, & Golzari, 2010)

นอกจากนั้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความผิดปกติทางอารมณ์มักพบประสบการณ์ของอารมณ์ที่ไม่พึงพอใจและรุนแรงมาก การปรับการตอบสนองจึงมีความสำคัญมาก (Fairholme,

Boisseau, Ellard, Ehrenreich, & Barlow, 2010; Turk, Heimberg, Luterek, Mennin, & Fresco, 2005) ช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้เหตุผลตัดสินเหตุการณ์มากกว่าการใช้อารมณ์เพียงอย่างเดียว สามารถระงับการแสดงออกอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ในโปรแกรมมีกิจกรรมให้ผู้ป่วยคิดและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการระงับการแสดงอารมณ์ ทั้งนี้เนื่องจากหากผู้ป่วยได้ปฏิบัติและนำกลยุทธ์แต่ละขั้นตอนมาใช้แล้ว เหตุการณ์และสภาวะแวดล้อมต่างๆ ที่เกิดขึ้นยังไม่เอื้ออำนวยต่อความต้องการและลักษณะอารมณ์ของผู้ป่วย การระงับอารมณ์ยังเป็นอีกหนึ่งวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถแสดงออกด้านอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม การยับยั้งอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพช่วยลดผลกระทบของประสบการณ์ทางอารมณ์เชิงลบระยะสั้น อาจขึ้นอยู่กับประสบการณ์ทางสรีรวิทยาของแต่ละคน (Gross, 1998; Gross & Thompson, 2007) การดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยผ่านกระบวนการกลุ่ม (Maram, 1978) ส่งเสริมสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน การฟังพาดิสนัยและได้รับประโยชน์ร่วมกัน ทำให้เข้าใจปัญหาของตนเอง ส่งเสริมฟื้นฟูสภาพจิตใจ สังคมเพิ่มทักษะทางสังคม ทักษะการสื่อสาร สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Videbeck, 2004) สามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และนำมาปรับใช้กับสภาพปัญหาของตนและให้ข้อมูลย้อนกลับ

สำหรับกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย มีผลต่างของคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันมาก ทำให้คะแนนเฉลี่ย

ของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายมีปัจจัยเสี่ยงต่อความเครียดและอาการซึมเศร้าสูง ได้แก่ มีโรคประจำตัว บุคลิกเจี๊ยบขริ้ม พุดน้อย มีรายได้ไม่แน่นอน ทำงานเลี้ยงครอบครัวโดยลำพัง รายหนึ่งมีความรู้สึกผิดคิดว่าตนเองเป็นต้นเหตุให้มารดาเสียชีวิต นั่นคือเหตุการณ์ร้ายในชีวิต หรือปัญหาต่างๆ ในชีวิตเป็นปัจจัยเสี่ยงต่ออาการซึมเศร้า (Plieger, Melchers, Montag, Meermann, & Reuter, 2015) การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก การหย่าร้าง ปัญหาความสัมพันธ์และการเจ็บป่วย เป็นประสบการณ์ความเครียดที่ส่งผลต่ออาการซึมเศร้า (Hammen & Brennan, 2003)

2. จากสมมติฐานข้อ 2 ผลการศึกษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ไม่แตกต่างกัน อธิบายได้จากกระบวนการออกแบบการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัย อีกทั้งมีการจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีความเท่าเทียมกัน เพื่อการเปรียบเทียบผลของอาการซึมเศร้าภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม การจัดการควบคุมกลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันโดยการจับคู่ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน (Polit & Beck, 2014) ที่อาจมีผลกระทบต่อการวิจัยครั้งนี้ได้แก่เพศและคะแนนอาการซึมเศร้า ประกอบกับการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ เพื่อให้เกิดความตรงภายในของการศึกษาอันจะส่งผลถึงตัวแปรตามมากที่สุด รวมทั้งตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทุกชุด ให้มีความตรงและความเที่ยง

เพื่อให้ส่งผลถึงการวัดตัวแปรตามได้ถูกต้องแม่นยำ และน่าเชื่อถือมากที่สุด จะเห็นได้ว่า ก่อนได้รับ โปรแกรมฯ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมี ลักษณะที่คล้ายกัน

ส่วนภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ย อาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของ กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐาน นอกจากนี้ยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการ ซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองก่อน ได้รับโปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 17.43$) ส่วนหลังได้รับโปรแกรมฯ อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x} = 11.81$) และกลุ่มควบคุมก่อนอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{x} = 18.00$) ส่วนกลุ่มควบคุมหลังอยู่ใน ระดับมาก ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมแสดง ให้เห็นว่าอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีความเชื่อมโยงกับการกำกบอารมณ์และสาเหตุ ที่สำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้าของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดจากความบกพร่องในการ กำกบอารมณ์ (Thompson et al., 2011) การที่อาการ ซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลงหลังจากได้รับ โปรแกรม อธิบายได้จากการนำกลยุทธ์การกำกบ อารมณ์ ผนวกกับหลักการให้การพยาบาลสุขภาพ จิตและจิตเวชที่ผู้วิจัยนำโปรแกรมการกำกบ อารมณ์ไปใช้ ซึ่งเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจซึ่งพยาบาลช่วยเหลือและ เอื้ออำนวย ให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พัฒนา วิธีการเผชิญกับอารมณ์ของตนเองในทางสร้างสรรค์ จัดกิจกรรมให้ได้เรียนรู้สถานการณ์จริง ประเมินผล และให้ข้อมูลย้อนกลับที่สอดคล้องกับความจริง ควบคู่กับการให้กำลังใจและแรงเสริมต่างๆ

กิจกรรมเหล่านี้ น่าจะเสริมสร้างให้ผู้ป่วยที่ได้รับ การบำบัดสามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเอง ได้อย่างมีประสิทธิภาพอันส่งผลให้อาการซึมเศร้า ลดลง (Fehlinger, et al., 2013)

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการกำกบอารมณ์เป็นการ บำบัดทางจิตสังคม ซึ่งใช้กระบวนการกลุ่ม ดังนั้น พยาบาลซึ่งเป็นผู้นำกลุ่ม ต้องมีความรู้และเข้าใจ เกี่ยวกับแนวคิดการกำกบอารมณ์ กลยุทธ์การ กำกบอารมณ์ และสามารถนำมาประยุกต์ใช้รวมทั้ง ทักษะการให้คำปรึกษา สถานที่ในการดำเนิน กิจกรรม ควรคำนึงถึงความสะดวกในการเดินทาง ของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ การคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่างครั้งนี้ พิจารณาจากระดับความรุนแรงของ อาการซึมเศร้าในระดับน้อยถึงมาก

2. การดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการกำกบ อารมณ์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการ ซึมเศร้าในระดับน้อย ถึงมาก ที่แตกต่างกัน พยาบาลสามารถปรับระยะเวลาของกิจกรรมตาม ความเหมาะสม เช่น กิจกรรมการเลือกและปรับ สถานการณ์ หรือการประเมินและเปลี่ยนความคิด ในสถานการณ์ต่างๆ หากพบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถ บอกการปรับเปลี่ยนสถานการณ์หรือการปรับเปลี่ยน มุมมองความคิดได้ในช่วงระยะเวลานั้น พยาบาล สามารถปรับเพิ่มระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจและทบทวน ความคิดได้มากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องโดยการ ประเมินติดตามผลที่บ้านในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หลังการทดลอง หรือตามความเหมาะสม ของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ

เกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม และการกำกับ
อารมณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจนกลายเป็นทักษะ
ที่คงอยู่ติดตัวสามารถนำไปใช้ได้ ส่งผลให้ช่วยลด
อาการซึมเศร้า ป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผล
ของการดำเนินโปรแกรมการกำกับอารมณ์ใน
แต่ละรูปแบบได้แก่ การกำกับอารมณ์แบบราย
บุคคล รายกลุ่ม และรายครอบครัว

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการกำกับ
อารมณ์ในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ ผู้ป่วย
จิตเภทหรือผู้ติดสารเสพติดที่มีปัญหาด้านอารมณ์
ซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว
เป็นต้น เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม
การกำกับอารมณ์

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556).
*รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ
2556*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์.
พูนศรี รังสิจิและคณะ. (2549). ความชุกของโรค
ซึมเศร้าในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคจิตสุราที่
โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารสมาคม
จิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51(3), 14-24.
มุกดา ศรีรงค์. (2522). *แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
ของเบ็ค (Beck Depression Inventory IA
[BDI-IA])*. คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัย
รามคำแหง.
โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี. (2556). *สถิติ
ผู้ป่วยประจำปี 2556 เพชรบุรี: กลุ่มงาน
สุขภาพจิตและจิตเวช*.
สมภพ เรืองตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์*.
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

สุวดี จันดีกระยอม. (2546). *การหายและปัจจัยที่
เกี่ยวข้องกับการหายจากภาวะซึมเศร้าตาม
การรับรู้ของผู้ป่วยที่มารับการบริการที่
โรงพยาบาลศรีนครินทร์*. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อรรถพรณ ลีอนุวัชรชัยและพิรพนธ์ลีอนุวัชรชัย.
(2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคม
สำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร:
บริษัท ธนาเพรส จำกัด.

โอฬาร ยิ่งเสรี และศศิธร ยิ่งเสรี. (2553). ปัจจัยที่
สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จด้วยการ
สืบทอดหลังเสียชีวิตในอำเภอบางฉกรร
ปี 2551 และการประยุกต์ไปสู่การป้องกัน
ในชุมชน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่ง
ประเทศไทย*, 55(4), 297-304.

Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010).
Specificity of cognitive emotion regulation
strategies: a ransdiagnostic examination.
Behaviour Research and Therapy, 48(10),
974–983.

Azizi, A., Borjali, A., & Golzari, M. (2010). The
Effectiveness of Emotion Regulation
Training and Cognitive Therapy on the
Emotional and Additional Problems of
Substance Abusers. *Iranian Journal
Psychiatry*, 2, 60-65

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical,
experimental, and theoretical aspects*.
New York: Hoeber Medical Division.

Ehring, T., Fischer, S., Schnuelle, J., Boesterling,

- A., & Tuschen-Caffier, B. (2008). Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences*, 44(7), 1574-1584. doi:10.1016/j.paid.2008.01.013.
- Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T., & Barlow, D. H. (2010). *Emotions, emotion regulation, and psychological treatment: A unified perspective*. In A. M. Kring, & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 283–309). New York, NYUS: Guilford Press.
- Fehlinger, T., Stumpfenhorst, M., Stenzel, N., Beisel, S., & Rief, W. (2013). Emotion regulation is the essential skill for improving depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 144, 116–122.
- Galaif, E. R., Sussman, S., Chou, C. P., & Wills, T. A. (2003). Longitudinal relations among depression, stress, and coping in high risk youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 243-258.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362.
- Gross, J. J. (2007). *Handbook of Emotion*. London: Guildford Press.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). New York: Guilford Press.
- Hammen, C., & Brennan, P. A. (2003). Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Archives General Psychiatry*, 60(3):253-8.
- Joormann, J., & D’Avanzato, C., (2010). Emotion regulation in depression: examining the role of cognitive processes. *Cognition and Emotion*, 24(6), 913–939
- Kovacs, M., Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2008). Emotion (dys)regulation and links to depressive disorders. *Child Development Perspectives*, 2, 149–155.
- Kring, A. M., & Werner, K. H. (2004). *Emotion regulation and psychopathology*. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (pp. 359-385). Hove, UK: Psychology Press.

- Lam, D., Schuck, N., Smith, N., Farmer, A., & Checkley, S. (2003). Response style, interpersonal difficulties and social functioning in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 75(3), 279–283.
- Marram, G.D. (1978). *The group approach in nursing practice* (2nd ed.). Saint Louis: Mosby.
- Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, 39, 1249–1260. doi: 10.1016/j.paid.2005.06.004.
- Murray, C. J. L., Vos, T., Lozano, R. et al. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and in-juries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2197–2223.
- Plieger, T., Melchers, M., Montag, C., Meermann, R., & Reuter, M. (2015). Life stress as potential risk factor for depression and burnout. *Burnout Research*, 2(1), 19-24. doi: <https://doi.org/10.1016/j.burn.2015.03.001>
- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2014). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. (8th Ed). Philadelphia: Lippincott Williams, & Wilkins.
- Porter, R. J., Gallagher, P., Thompson, J. M., & Young, A. H. (2003). Neurocognitive impairment in drug-free patients with major depressive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182, 214-220.
- Richards, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1117–1125. doi: 10.1016/j.cpr.2011.07.004.
- Rude, S. S., & McCarthy, C. T. (2003). Emotional functioning in depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition and Emotion*, 17(5), 799-806. DOI: 10.1080/026999303002283
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2010). Mood disorders. *Kaplan & Sadock's Pocket handbook of Clinical psychiatry*. (5th ed.). New York : Williams & Wilkins.
- Shives, L. R. (2012). *Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing*. 8th Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Thompson, R. J., Berenbaum, H., & Bredemeier, K. (2011). Cross-sectional and longitudinal relations between instability and depression. *Journal of Affective Disorders*, 130(1–2), 53–59
- Thompson, R. A. (1990). Emotion and self-regulation. In R.A. Thompson (Ed.), *Socioemotional development. Nebraska Symposium on Motivation*, 36, 367–467.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety

disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 89–106.

Videbeck, S. D. (2004). *Psychiatric mental health nursing* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Vos, T., Flaxman, A. D, Naghavi, M. et al. (2013). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequel of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2163–2196

World Health Organization [WHO]. (2001). *Depression*. Retrieved September 9, 2012, from <http://www.who.com>

