

ผลของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน

ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*

THE EFFECT OF THE INTEGRATED SELF-DETERMINATION
INTERVENTION ON DEPRESSION AMONG PATIENTS WITH
MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

รัศมีสุนันท์ อิชฎานนท์, พยบ. (Russunan Itsadanont, BNS)**

รังสิมันต์ สุนทรไชยา, Ph.D. (Rangsiman Soonthornchaiya, Ph.D., R.N.)***

Abstract

Objectives: 1) to compare depression of patients with major depressive disorder before and after receiving the integrated self-determination intervention and 2) to compare depression of patients with major depressive disorder who received the integrated self-determination intervention and those who received regular nursing intervention.

Methods: This quasi-experimental, two groups pretest-posttest design was employed. Samples included thirty-six patients with major depressive disorder, aged 20-59 years old, both male and female who were treated at a psychiatric unit, out-patient department in a general hospital. The potential samples who met the inclusion criteria were selected and divided into two groups. The experimental group received the integrated self-determination intervention with motivational interviewing technique and cognitive restructuring technique, whereas the control group received regular nursing intervention. The research instruments

consisted of Beck Depressive Inventory-II (Thai version) and the Treatment Motivation Questionnaire (Thai version). All instruments were validated for content validity by five experts. The content validity index in Treatment Motivation Questionnaire was .96. The reliability of both instruments were .82 and .80 respectively. Data were analysis by using t-test.

Results: 1) Mean depression score of patients with major depressive disorder after receiving the integrated intervention was lower than that before ($t = 11.783, p < .05$). 2) Mean depression score of patients with major depressive disorder after receiving the integrated intervention was lower than that of the group who received the regular nursing intervention ($t = 9.532, p < .05$)

Keywords: The self - determination intervention, Depression, Major depressive disorder

*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา

***Corresponding author, คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: Rangsiman.S@chula.ac.th

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน 2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อน-หลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 36 คน อายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าตามคุณสมบัติ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดเข้ากลุ่มสองกลุ่ม กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานร่วมกับเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจและเทคนิคการปรับกระบวนการคิด และกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินแรงจูงใจในการรักษา ฉบับภาษาไทย ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินแรงจูงใจในการรักษาเท่ากับ .96 มีค่าความเที่ยงของทั้งสองเครื่องมือเท่ากับ .82 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการศึกษา: 1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 11.783$) 2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 9.532$)

คำสำคัญ: การบำบัดด้วยการกำหนดตนเอง ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของอารมณ์ โดยมีอาการสำคัญที่มีลักษณะเด่น 4 ประการ ประกอบด้วย การแสดงออกทางอารมณ์ การแสดงออกทางความคิด การแสดงออกทางแรงจูงใจ และการแสดงออกทางกาย (Beck & Alford, 2009) ถือเป็นโรคทางจิตเวชซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2012) ได้ทำการสำรวจและคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะมีอัตราการป่วยของประชากรสูงเป็นอันดับ 2 ของโลก (Schechter et al., 2006) อีกทั้งได้มีการประมาณการเพิ่มเติมว่าในปี ค.ศ. 2030 โรคซึมเศร้าจะกลายเป็นภาระโรคที่จัดอยู่ในอันดับ 1 ของโลก

จากการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าในประเทศไทยของกรมสุขภาพจิตในปี พ.ศ. 2551 - 2553 พบว่า มีประชากรที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 48.33 และความชุกในช่วงวัยผู้ใหญ่พบถึงร้อยละ 15 โดยอายุที่เริ่มเป็นอยู่ระหว่าง 20-50 ปี และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 1.6 : 1 (ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ, 2554) และถ้าพิจารณาปีที่สูญเสีย เนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ

(year lost due to disability, [YLD]) พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียเป็นอันดับ 1 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 2 ในผู้ชายไทย (กรมสุขภาพจิต, 2555) และจากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในปี พ.ศ. 2554-2555 พบว่ามีประชากรไทยที่มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 35 ประกอบด้วยภาวะซึมเศร้าระดับน้อยร้อยละ 25.9 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางร้อยละ 4 และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 1.2 (กรมสุขภาพจิต, 2555)

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมียาการสำคัญ ได้แก่ อารมณ์เศร้า และขาดความสนใจเพลิดเพลิน นอกจากนั้นยังมีความรู้สึกหดหู่หงุดหงิดเบื่อหน่าย อ่อนเพลีย ขาดสมาธิ มีความคิดและทัศนคติที่บิดเบือนต่อตนเอง อีกทั้งยังขาดแรงจูงใจต่อการทำสิ่งต่างๆ ในชีวิตมองโลกในแง่ร้ายขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมถึงมีความคิดอยากทำร้ายหรือฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายเช่น ไม่สนใจตนเองเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ (दारारธรรม ต๊ะปิ่นตา, 2556; มาโนชหล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558; อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2553) อาการเหล่านี้เมื่อเกิดต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน แม้จะมีการรักษาแต่สามารถที่จะกลับมาเป็นซ้ำได้ และส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน บทบาทการทำงาน และกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ไป (Seligman, 1991) นอกจากนั้น เมื่อมีความรุนแรงของอาการมากขึ้น หรือมีระยะเวลาของการดำเนินโรคที่ยาวนานมากขึ้น ก็จะส่งผลกระทบต่อการเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมในการดูแล อีกทั้งก่อให้เกิดความพิการในช่วงชีวิตของผู้ป่วย (Judd et al., 2000) และยังส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่และบทบาทต่างๆของผู้ป่วย และส่งผลกระทบต่อภาวะทาง

เศรษฐกิจและค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมทั้งการเป็นภาระพึ่งพิงสูงของคนในครอบครัวและผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้านั้นจะมีความคิดแง่ลบที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง (cognitive error) และขาดแรงจูงใจในการรักษาตนเอง โดยจะแสดงอาการด้านอารมณ์ ปัญญาแรงจูงใจและร่างกายที่แสดงถึงความสิ้นหวังและนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Arkowitz & Westra, 2004; Beck et al., 1979) การรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น มักจะใช้การรักษาด้วยยา ร่วมกับการรักษาทางจิตบำบัดควบคู่ไป ซึ่งสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ (Stoudemire, Frank, Hedemark, Kamlet, & Bazer, 1986) การบำบัดทางจิตเพื่อลดภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิผลดีคือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยต้องกลับไปปรึกษาซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจ (Arkowitz, Westra, & Rollnick, 2008) หมดกำลังใจในการดูแลตนเองแยกตัวบกพร่องด้านสัมพันธภาพ ไม่กล้าขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบด้าน จึงทำให้อาการซึมเศร้านั้นรุนแรงขึ้นและส่งผลกระทบต่อปัญหาการมีพฤติกรรมที่คุกคามตนเอง เช่น การฆ่าตัวตาย เป็นต้น การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีแรงจูงใจภายในเพิ่มขึ้น (Miller, & Rollnick, 2002) การนำทฤษฎีการกำหนดตนเองมาร่วมการบำบัด ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการตระหนักรู้ในปัญหาตนเองและมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง อีกทั้งให้ความร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้น ส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้ามารวมทั้งป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ (Arkowitz et al., 2008; Westra, 2008) การศึกษาในต่างประเทศของ Britton, Patrick, Wenzel, & Williams (2011) ได้นำทฤษฎีการกำหนดตนเอง (self-determination theory) ร่วมกับการใช้

เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) และการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy) มาใช้บำบัดในผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย พบว่าหลังได้รับการบำบัดที่ใช้ทฤษฎีการกำหนดตนเองร่วมกับเทคนิคดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับ การให้การรักษาตามปกติ

ในฐานะพยาบาลจิตเวชผู้วิจัยมีความสนใจที่จะนำทฤษฎีการกำหนดตนเองร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจและเทคนิคการปรับกระบวนการความคิดมาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อลดความลังเล สร้างความมั่นใจในการตัดสินใจ กำหนดการกระทำและความคิดของตนเองจากความคิดที่บิดเบือน มาสู่ความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายที่กำหนดด้วยตัวเอง จนสามารถลดภาวะซึมเศร้าลงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่าในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้านั้นขาดแรงจูงใจ (Barch, Yodkovik, Sypher-Locke, & Hanewinkel, 2008; Beker, 1974) ขาดความสนใจ

ในสิ่งรอบข้าง (Treadwa, Bossaller, Shelton, & Zald, 2012) บกพร่องด้านการสร้างสัมพันธภาพ (นันทิกาทิชาชาติและสมรัตน์เลิศมหาฤทธิ, 2551; ฟิรพนธ์ ลีอนุญวัชชัย; Sheet, & Craighead, 2014) และมีความคิดที่บิดเบือน ขาดการรับรู้ที่เป็นจริง (Baker et al, 2005) รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกคุณค่าของตนเองลดลง (Colman, Naicker, Zeng, Ataulahjan, & Senthiselvan, 2011) ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาการบำบัดจากรูปแบบการบำบัดของ Britton et al. (2011) โดยนำทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Deci & Ryan, 2008) ร่วมกับการใช้เทคนิคการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Miller & Rollnick, 2002) และการปรับกระบวนการความคิด (Beker, 1974) เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านจิตสังคมของมนุษย์ ประกอบด้วยความต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (relatedness) ความต้องการมีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ (competence) และความต้องการรู้สึกเป็นอิสระที่จะตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (autonomy) และสร้างความคิดที่เป็นจริง ความคิดที่สมเหตุผล ลดความคิดที่บิดเบือน เพื่อช่วยลดความลังเล ความสับสนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง สร้างความเชื่อมั่น ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และร่วมมือในการรักษา เพื่อลดภาวะซึมเศร้า รวมทั้งป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ (Arkowitz et al, 2008; Westra, 2004)

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่ม

ที่ได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง(quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลัง (the two groups pretest - posttest design) เพื่อศึกษาผลของการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยรายเก่าที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไป และได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ การให้ความรู้ (psycho-education) การรับประทานยา (medication) และการส่งผู้ป่วยเข้ากลุ่มบำบัด (group therapy) ของทางโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี โดยมีคุณสมบัติ 1) อายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงมาก (ค่าคะแนน 16-29 คะแนน) จำนวน 36 คน เลือกจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ อายุ (Sadock & Sadock, 2005) และระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า (Beck, 1967) หลังจากนั้น ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และพิจารณาตามเกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม (inclusion criteria) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการคำนวณค่าขนาดของอิทธิพล (effect size) จากสูตรของ Glass (1976, อ้างในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) โดยคำนวณความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หาค่าด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม (พัชชราวลัยกนกกรรยา, 2554) ได้ค่าขนาดของอิทธิพลเท่ากับ .65 หลังจากนั้น กำหนดให้มีอำนาจการทดสอบ (power of test) 80% ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (significant level) ที่ระดับ .05 และนำค่าดังกล่าวมาเปิดตารางประมาณค่าขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Burns & Grove, 2005) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 16 คน แต่เนื่องจากผู้วิจัยป้องกันการคลาดเคลื่อนสูญหาย (drop out) และให้ข้อมูลมีการกระจายโค้งปกติ (normality) จึงทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) แล้วจึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน รวมทั้งหมดเป็นจำนวน 36 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยได้ชี้แจงถึงจุดประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ และขั้นตอนของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยปิดเป็นความลับ และผลของการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในระหว่างดำเนินการวิจัย หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าที่ระดับรุนแรง หรือมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ผู้วิจัย

หยุดดำเนินการวิจัยและให้การช่วยเหลือพยาบาลเบื้องต้นแล้วส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาสําหรับการวิจัยในครั้งนี้ไม่พบปัญหาดังกล่าว

วิธีดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามสำหรับกรอกข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นต้น

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบค (beck depressive inventory-II) ฉบับภาษาไทยแปลและเรียบเรียงโดย มุกดา ศรีรงค์ (2522 อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ (likert scale) แปลผลคะแนน โดยแบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ เนื่องจากเครื่องมือนี้ เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาอีก อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ความเที่ยงค่าเท่ากับ .90

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ การบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานตามทฤษฎีการกำหนดตนเอง (selfdetermination theory) ของ Deci & Ryan (2008) ร่วมกับเทคนิคการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Miller & Rollnick, 2002) และการปรับกระบวนการความคิด (Beck, 1979) ที่ผู้วิจัยดัดแปลงรูปแบบการบำบัดบางส่วนของ Britton et al (2011) ดำเนินการบำบัดเป็นรายกลุ่ม สัปดาห์ละหนึ่งครั้ง แต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 60-90

นาที รวมทั้งสิ้น 5 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ติดต่อกัน โดยการบำบัดมีขั้นตอนการบำบัด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจในชีวิตเพื่อเตรียมพร้อมสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้ดีขึ้น การใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรับฟังปัญหาการยอมรับการเข้าใจและยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วย ก่อให้เกิดสัมพันธภาพ (relatedness) การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดความรู้สึกของตนเองอย่างอิสระ ผู้ป่วยจะรู้สึกมีอิสระในการคิด การพูดและรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถที่จะตัดสินใจในการกระทำด้วยตนเองได้ (autonomy) (Britton et al., 2011) ประกอบด้วยกิจกรรม 2 ครั้ง คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อค้นหาปัญหาสำรวจความกังวลและประเมินแรงจูงใจ เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาสำรวจความกังวล รวมถึงค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย เป้าหมาย แรงปรารถนา และแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดพลังความหวัง ที่จะช่วยให้ดำเนินชีวิตไปอย่างมีความหมาย (Miller & Rollnick, 2002)

กิจกรรมที่ 2 การเสริมแรงจูงใจ เตรียมความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น เป็นการเสริมสมรรถนะ เสริมแรงจูงใจให้พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง สู่การดำเนินชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างกระบวนการคิดที่ถูกต้องขึ้นมาใหม่เป็นการเริ่มที่จะเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเอง ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกถึงระหว่างความคิดที่จะยอมรับหรือจะปฏิเสธที่เปลี่ยนความคิดด้านลบของตนเอง ผู้บำบัดจะทำการสนับสนุนและกระตุ้นเหตุผลในการเปลี่ยนความคิด ด้วยการนำสิ่งสำคัญมาเป็นเป้าหมาย

ประกอบด้วยกิจกรรม 2 ครั้ง คือ

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดด้านลบ และด้านบวกที่มีต่อตนเองและสังคม เป็นการ ค้นหาความคิดอัตโนมัติด้านลบเพื่อค้นหาตัวเสริม แรงอันนำไปสู่ความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ด้วยการประเมินความคิด ความรู้สึก อารมณ์ของ ผู้รับการบำบัด ที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาเหตุผลความคิด ความรู้สึก ด้านลบที่มีต่อตนเอง รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดจาก ความคิดอัตโนมัติด้านลบ

กิจกรรมที่ 4 การค้นหาความตั้งใจ ที่จะ เปลี่ยนความคิดอัตโนมัติแง่ลบที่มีต่อตนเองและ ผู้อื่นโดยการพูดคุย เพื่อให้ผู้ป่วยมองหาสิ่งสำคัญ ที่เป็นพลัง เป็นแรงปรารถนา การสร้างแรงจูงใจ ค้นหาเป้าหมาย ค้นหาคุณค่าในชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงความหวังที่จะช่วยให้ดำเนินชีวิตไปอย่าง มีความหมายหาเหตุผลที่นำไปสู่การเปลี่ยนความคิด อัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างพลังใจภายในที่เข้มแข็ง เพื่อนำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและ การสิ้นสุดสัมพันธภาพ การใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อ กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงเป้าหมายของ ตนเอง การกำหนดพฤติกรรมการดูแลตนเองและ การจัดการกับภาวะซึมเศร้า ใช้เทคนิคการเสริมสร้าง แรงจูงใจส่งเสริมการมีคุณค่าของตนเอง การได้รับ ข้อมูลสนับสนุนและส่งเสริมด้านการดูแลตนเอง กิจกรรมนี้มีเป้าหมายเพื่อตอบสนองด้านการสร้าง สมรรถนะ (competence) ก่อให้เกิดแรงจูงใจภายใน ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่คุกคามต่อการมีชีวิต และลดความสับสนในการตัดสินใจ เพิ่มพฤติกรรม ในการต้องการที่จะมีชีวิตอย่างเป็นสุข (Britton et al., 2011) ประกอบด้วยกิจกรรม 1 ครั้งคือ

กิจกรรมที่ 5 กระตุ้นให้ผู้ป่วยกล่าวถึง ความรู้สึกที่ได้เปลี่ยนแปลงตนเองการสร้างเป้าหมาย รวมถึงการค้นหาทางเลือกที่หลากหลายเพื่อเป็น แรงผลักดันไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดี โดยการได้รับ ข้อมูลสนับสนุนและส่งเสริมโดยการใช้แหล่ง สนับสนุนทางสังคม

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบ สอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการรักษา (treatment motivation questionnaire) พัฒนาเครื่องมือโดย Ryan, Plant, & O' Malley (1995) ตามแนวคิดทฤษฎี การกำหนดตนเองของ Deci & Ryan (1985) แปลเป็น ภาษาไทยโดย สวัสดิ์ เทียงธรรมและภัทราภรณ์ พุ่มปันคำ (2546) มี 26 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคำตอบ ให้เลือก 7 ระดับ (likert scale) แบ่งเป็น 1-7 คะแนน จากไม่เป็นจริงเลย จนถึงเป็นจริงมากที่สุด และ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ทำการตรวจสอบความตรง ของเนื้อหา มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .96 วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ความเที่ยงเท่ากับ .80 มีเกณฑ์กำกับการทดลอง โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะต้องมีคะแนน เฉลี่ยแรงจูงใจในการรักษาโดยรวมตั้งแต่ 104 คะแนน ขึ้นไป หากพบว่ามีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์สาเหตุและเสริมในส่วนที่ ขาดจนกว่าจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มทดลองทั้งหมดผ่าน เกณฑ์กำกับการทดลองที่กำหนดไว้

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่ง ออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการวิจัย และ ขั้นตอนการวิจัย โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการวิจัย

1.1 เตรียมความรู้และสร้างการบำบัดแบบผสมผสาน โดยศึกษาจากตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 เตรียมแผนการทดลอง ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งจังหวัดกาญจนบุรี ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.3 เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน โดยพิจารณาเลือกผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และช่วยในการดำเนินกิจกรรม

1.4 ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช และจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (match pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

1.5 ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอนการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และให้ลงชื่อยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยและขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (pre-test)

2. ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

2.1 ทำการประเมินภาวะซึมเศร้า (pre-test) ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2.2 ให้ข้อมูล โดยในกลุ่มควบคุมให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลที่จะได้รับตามปกติและในกลุ่มทดลองให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานโดยใช้ทฤษฎีการกำหนดตนเองร่วมกับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับกระบวนการความคิดเป็นรายกลุ่ม

2.3 เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมบำบัดทั้ง 5 ครั้ง

ให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการรักษา (treatment motivation questionnaire) ซึ่งเป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง

2.4 ประเมินภาวะซึมเศร้า (post-test) โดยในกลุ่มควบคุมวัดประเมินภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 7 และในกลุ่มทดลองวัดประเมินภาวะซึมเศร้าหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมการบำบัดทั้ง 5 ครั้ง 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลก่อนทุกครั้ง แล้วจึงนำข้อมูลที่รวบรวมได้ มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ สถิติที่ใช้ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งก่อนและหลังการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสาน (mean=7.22) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนทดลอง (mean = 21.22) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้า (mean = 23.22) สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าก่อนทดลอง (mean=20.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการบำบัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 36)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p - value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการบำบัด	21.22	5.02	สูง	17	11.783	< 0.001
หลังการบำบัด	7.22	4.91	ปกติ			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการบำบัด	20.78	4.39	สูง	17	- 4.225	< 0.001
หลังการบำบัด	23.22	5.16	สูง			

2. จากการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ($t=0.283$, $p=0.779$) แต่ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.532$, $p<.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (mean = 7.22) ต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุม (mean = 23.22) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการบำบัดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 36)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p - value
ก่อนการบำบัด						
กลุ่มทดลอง	21.22	5.02	มาก	34	0.283	0.779
กลุ่มควบคุม	20.78	4.39	มาก			
หลังการบำบัด						
กลุ่มทดลอง	7.22	4.91	ปกติ	34	- 9.532	< 0.001
กลุ่มควบคุม	23.22	5.16	มาก			

การอภิปรายผลการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดฯ สามารถ อภิปรายได้ดังนี้ กล่าวคือ การที่พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษา

ส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะหายขาดจากภาวะซึมเศร้า แต่เนื่องจากยังขาดทักษะหรือแนวทางในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าของตนเอง การบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานเน้นการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจในการให้คำปรึกษามีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจภายในตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการดูแลตนเอง (Deci & Ryan, 1985) โดยแรงจูงใจภายใน เป็นพลังที่มีอยู่ภายในตัวบุคคล อันนำไปสู่กระบวนการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยความต้องการทางจิตสังคม 3 ข้อ อันประกอบไปด้วย ความต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (relatedness) ความต้องการมีความสามารถในการกระทำการสิ่งต่างๆ (competence) และความต้องการรู้สึกเป็นอิสระที่จะตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (autonomy) ปัจจัยเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้การมีคุณค่าของตนเอง รู้จักสร้างสัมพันธภาพหรือขอความช่วยเหลือได้จากสังคมรอบข้าง ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า นำไปสู่การลดลงของภาวะซึมเศร้าและลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ (พัชชราวลัย กนกจรรยา, 2554; วนิดา พันธุ์สุรินทร์, 2556; Baker et al., 2005)

สำหรับภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมที่พบว่าสูงขึ้น อาจเนื่องจากลักษณะของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จะพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ ด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และแรงจูงใจ (दारवारณ ต๊ะปีนตา, 2555) เสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงขึ้น เมื่อใช้ชีวิตประจำวัน ย่อมเจอสถานการณ์ที่เข้ามากระทบจิตใจ ทำให้ขาดแรงจูงใจในการจัดการกับภาวะซึมเศร้า ขาดกระบวนการปรับความคิด การจัดการในการแก้ปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ก็จะส่งผลกระทบต่อกิจวัตร

ประจำวัน และในผู้ป่วยบางรายได้ให้ข้อมูลถึงการได้รับผลข้างเคียงจากการรับประทานยาลดภาวะซึมเศร้าที่ได้รับ เกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายที่จะรับประทานยา ทำให้ไม่สามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สามารถอภิปรายได้ดังนี้ กล่าวคือ ผู้วิจัยได้ออกแบบงานวิจัยเพื่อควบคุมการเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (type I error) และป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (type II error) เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่างานวิจัยนี้มีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุดและผลที่เป็นจริง อีกทั้งยังคำนึงถึงการออกแบบงานวิจัยด้วยหลัก MAX-MIN-CON โดยการจัดเนื้อหาการบำบัดของกลุ่มทดลองให้มีคุณภาพ ส่งผลถึงความตรงภายใน และแตกต่างจากการพยาบาลตามปกติ อีกทั้งเครื่องมือทุกชนิดในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพตามหลักการวิจัยเพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่น่าเชื่อถือ รวมทั้งการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยการจับคู่ตัวแปรที่อาจส่งผลถึงคะแนนภาวะซึมเศร้าได้แก่ อายุและระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า โดยหลักและกระบวนการวิจัยนี้จึงทำให้การบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานสามารถลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำรูปแบบการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานไปใช้ พยาบาลวิชาชีพจะต้องเป็นบุคคลผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และต้องมีการให้การให้คำปรึกษาโดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจและการปรับกระบวนการความคิด เพื่อให้สามารถดำเนินการบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การใช้อุปกรณ์คู่มือสำหรับการบำบัดด้วยการกำหนดตนเองแบบผสมผสานนั้น คู่มือในการให้ความรู้อาจจะมีเพิ่มเติมเนื้อเรื่องหรือบทความสั้นๆ ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจต่อผู้ป่วยซึมเศร้า

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดให้พยาบาลวิชาชีพได้มีการศึกษาอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่เน้นการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การปรับกระบวนการคิด เพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคม

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรมีการวิจัยการใช้การบำบัดด้วย
การกำหนดตนเองแบบผสมผสานในผู้ป่วยกลุ่ม
อื่นๆ ที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ
ในการดูแลตนเอง ลดการเกิดภาวะซึมเศร้า

3.2 ควรมีการวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการประยุกต์รูปแบบการบำบัดเพื่อกำหนดตนเองแบบผสมผสานในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายบุคคลเพื่อผลประโยชน์ในการนำไปดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา
ทุนสนับสนุนการวิจัยจาก คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา และ
โรงพยาบาลมะเร็งรักษ์ ที่ให้การสนับสนุนในการ
ศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

ดรรชนี ตีพิมพ์. (2556). *ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม*. (พิมพ์ครั้งที่2). เชียงใหม่: วนิตการพิมพ์.

ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล,
 วชิระ เฟื่องจันทร์, เกศราภรณ์ เกนบุปผา,
 รุ่งมณี ยิ่งยืน, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์
 และคณะ. (2554). ความชุกของโรคซึมเศร้า:
 การสำรวจระดับชาติปี 2551.
 รายงานการประชุมวิชาการบูรณาการงาน
 สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 2.
 กรมสุขภาพจิต

บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ยู แอนไอ อินเตอร์มีเดีย.

พัชรวราลัย กนกจรรยา. (2554). ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้นโดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจ ร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการเสพติดในผู้เสพติดสุรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, นันทิกา ทิวาชาติ, และ
สมรรัตน์ เติสมหาฤทธิ์. (2551). ความสัมพันธ์
ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

- กับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย: การศึกษาโดยมีกลุ่มควบคุมแบบจับคู่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(1): 69-80.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี Using DSM-5*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลัดดาแสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วนิดา พันธุ์สุรินทร์. (2556). *ผลของโปรแกรมแบบบูรณาการที่เน้นแนวความคิดการบำบัดทางความคิดพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัยและพีรพันธ์ ลือบุญรัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส จำกัด.
- Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R., & Rollnick, S. (2008). *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problem*. New York: Guilford Press.
- Baker, A., Lee, N. K., Claire, M., Lewin, T. J., Grant, T., Pohman, S., et al. (2005). Brief cognitive behavioral interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction*, 100(3), 367-378.
- Barch, D. M., Yodkovik, N., Sypher – Locke, H., & Hanewinkel, M. (2008). Intrinsic motivation in schizophrenia: Relationships to cognitive function, depression, anxiety, and personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(4), 776-787.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. (2nd ed.). Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper Row.
- Beck, A.T. (1979). *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beker, J. (1974). *Depression: Theory and research*. Washington DC: V.H. Winston & Sons Inc.
- Britton, P. C., Patrick, H., Wenzel, A., & Williams, G. C. (2011). Integrating motivational interviewing and Self-Determination Theory with Cognitive Behavioral Therapy to prevent suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 16-27.
- Colman, I., Naicker, K., Zeng, Y., Ataulhjan, A., & Senthilselvan, A. (2011). Predictors of long-term prognosis of depression. *Canadian Medical Association*, 17, 1969-1976.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self - determination in human behavior*. New York: Plenum.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182-185.
- Judd, L. L., Paulus, M. J., Schettler, P. J., Akiskal, H. S., Endicott, J., Leon, A. C., et al. (2000). Does incomplete recovery from first lifetime major depressive episode herald a chronic course of illness? *American Journal of Psychiatry*, 157(9), 1501-1504.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivation interviewing*. New York: Guilford Press.
- Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatments: relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. *Addictive Behaviours*, 20(3), 279-297.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2005). In: Kaplan & Sadock's Comprehensive. *Textbook of Psychiatry*. (8th ed.). U.S.A.: Lippincott Williams and Wilkins.
- Seligman, M. (1991). *Helplessness: On depression, development and death*. (Second edition.). New York, USA: W.H. Freeman and Company.
- Sheet, E. S., & Craighead, W. E., (2014). Comparing chronic interpersonal and non-interpersonal stress domains as predictors of depression recurrence in emerging adults. *Behavior Research and Therapy*, 63, 36-42.
- Stoudemire, A., Frank, R., Hedemark, N., Kamlet, M., & Blazer, D. (1986). The economic burden of depression. *General Hospital Psychiatry*, 8(6), 387-394.
- Treadway, M. T., Bossaller, N., Shelton, R. C., & Zald, D. H. (2012). Effort-Based Decision-Making in Major Depressive Disorder: A Translational Model of Motivational Anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(3), 553-558.
- Westra, H. (2004). Managing resistance in cognitive behavioral therapy: The application of motivational interviewing in mixed anxiety and depression. *Cognitive Behavior Therapy*, 33(4), 161-175.
- World Health Organization. (2012). *Depression*. Retrieved June 13, 2016 .from [http:// www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf](http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf).