

ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ
ต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
THE EFFECT OF RESILIENCE ENHANCEMENT PROGRAM
ON SELF-ESTEEM OF DEPRESSIVE PATIENTS*

พัชรราวไล ควรรณตร, พยบ. (Phatcharawalai Huannet, BNS.)**

เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, พย.ด. (Pennapa Dangdomyouth, RN., Ph.D.)***

รัชนีกร อุปเสน, พย.ด. (Ratchaneekorn Upasen, RN., Ph.D.)****

Abstract

Objectives: The purposes of this quasi-experimental research were to compare the self-esteem in depressive patients before and after receiving the resilience enhancement program, and to compare the self-esteem of patients who received the resilience enhancement program and those who received routine nursing care.

Methods: The samples were 40 patients with major depressive disorder who met the inclusion criteria and received services at the out-patient department in a hospital, Central Region. They were matched-pair with age and gender and then randomly assigned to the experimental and the control group, 20 subjects in each group. Research instruments consisted of:
1) The resilience enhancement program, and
2) Self-esteem scale. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The reliability of the instrument was

reported by Cronbach's Alpha as of .87. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent and independent t-test.

Results: The self-esteem of patients with major depressive disorder after receiving the resilience enhancement program was significantly higher than that before, at p.05 level. And the self-esteem of patients with major depressive disorder who received the resilience enhancement program were significantly higher than those who received routine nursing care at p.05 level.

Conclusion: The resilience enhancement program is effective in increasing self-esteem of other psychiatric disorder. The program promotes patients' positive thoughts, and solve their problems.

Keywords: Resilience enhancement, Major depressive disorder, Self-esteem

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

**พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (วาสนะมหาเถระ) นครหลวง

***Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: dnayus@yahoo.com

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจและเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง จำนวน 40 คน โดยการจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงด้วยอายุและเพศ จากนั้นจัดเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ 2) แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าความเที่ยงแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติที่และที่คู่

ผลการศึกษา: ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจสามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้แก่ผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น ๆ ได้ โดยโปรแกรมช่วย

ปรับวิธีการคิดทางบวกและช่วยแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: โปรแกรมความเข้มแข็งทางใจ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกได้ทำนายประชากรไทยว่าในปี พ.ศ. 2563 โรคที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตที่เป็นสาเหตุสำคัญนำไปสู่การฆ่าตัวตายคือโรคซึมเศร้า (สมชาย จักรพันธุ์, 2551) ซึ่งจัดเป็นโรคเรื้อรังและพบได้บ่อยในทุกเพศทุกวัย มีประมาณ 350 ล้านคนทั่วโลกโดยมีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 2-10 (ชรินทร์ กองสุข, 2558) ในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบมากในกลุ่มคนวัยทำงาน ผู้สูงอายุ และวัยรุ่น ตามลำดับ อัตราการป่วยโรคซึมเศร้าต่อแสนประชากรในปี 2550, 2551 และ 2552 คือ 196.5, 229.9 และ 260.8 ตามลำดับ (สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) โดยในปี 2557 ได้มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงถึง 15 ล้านคน และพบมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 6 ล้านคน มีอาการซึมเศร้า 1.5 ล้านคน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า 5 แสนคน และมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย 6 แสนคน (ชรินทร์ กองสุข, 2558) ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณร้อยละ 30 จะมีอาการของโรคซึมเศร้ามาก่อน ซึ่งประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 เท่าตัว พบในกรุงเทพมหานครมากที่สุดมีอัตราป่วยร้อยละ 5 ขณะที่ต่างจังหวัดมีประมาณร้อยละ 2.3-2.7 ทำให้คนไทยต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากภาวะซึมเศร้า นำสู่การฆ่าตัวตาย (ณรงค์ สหเมธาพัฒน์, 2556) ถ้าพิจารณาจำนวนปีที่

สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (years lost due to disability, YLD) พบว่าโรคซึมเศร้าจะพบเป็นอันดับที่ 1 เป็นเพศหญิง และอันดับ 2 เป็นเพศชาย (วชิระ เพ็งจันทร์, 2556) โดยผู้ป่วยต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานานกว่าโรคอื่น ๆ ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น ไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องจะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (วชิระ เพ็งจันทร์, 2556)

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) จัดอยู่ในกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ (mood disorder) โดยความผิดปกติของอารมณ์เป็นอาการเด่น มีอารมณ์เศร้า ซึมเฉย พฤติกรรมอยากเก็บตัว อยู่คนเดียว หงุดหงิด อารมณ์รุนแรงได้ง่ายเมื่อถูกรบกวน บางรายมีอาการกระสับกระส่าย อยู่หนึ่งไม่ได้ต้องลุกเดินไปมา สมาธิเสื่อม เหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดเชิงซ้ำ ลังเลใจ ตัดสินใจไม่แน่นอน ไม่มั่นใจในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนืดตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความทุกข์มากไม่มีใครช่วยได้และอยากตาย (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554; Beck, 1967) ยังมีอาการอื่นร่วมเช่น ด้านร่างกาย ได้แก่ ความอยากรับประทานอาหารแปรปรวน (appetite disturbance) การนอนแปรปรวน (sleep disturbance) นอนหลับน้อยลง หรือนอนไม่หลับ (insomnia) ด้านพฤติกรรม (behavioral symptoms) ผู้ป่วยจะมีอาการเชื่องช้า เดินช้า คิดช้า ไม่พูด ไม่โต้ตอบ ไม่อยากทำอะไร ผุดลุกผุดนั่งหงุดหงิดง่าย ไม่สนใจความสะอาดของตนเองและด้านความคิด (cognitive symptoms) คิดซ้ำ ๆ คิดอะไรไม่ออก ไม่มีสมาธิรู้สึกผิดคิดว่าตนเองไร้ค่า (worthlessness) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะสามารถทำนายอาการซึมเศร้า

ในอนาคตได้ (De Raedt, Schacht, Franck, & De Houwer, 2006) และระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Franck & Raedt, 2007)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้ามี 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยทางชีวภาพ (biological factors) และปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors) ปัจจัยทางชีวภาพคือปัจจัยทางกรรมพันธุ์พบว่าหากบิดามารดาป่วยด้วยโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสป่วยด้วยโรคซึมเศร้าถึง ร้อยละ 10-25 (Sadock & Sadock, 2007) อังใน อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) และพบว่า การทำงานของสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าคือ dopamine, norepinephrine และ serotonin (Nutt, 2008) ส่วนปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors) ประกอบด้วยปัจจัยภายในจิตใจ ปัจจัยทางความคิด ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยด้านสัมพันธภาพ และสังคม (interpersonal and social factors) Beck (1967) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีจิตใจพื้นฐานบางอย่าง ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ในวัยเด็ก ประสบการณ์ต่าง ๆ เหล่านั้น ทำให้เกิดกระบวนการคิดในทางลบ สับสน ไม่มีเหตุผล ซึ่งภาวะซึมเศร้าเกิดจาก 2 กระบวนการคือ กระบวนการแรกเมื่อ บุคคลได้รับประสบการณ์หรือภาวะวิกฤตในชีวิต และสอง มีความคิดอัตโนมัติทางลบเกี่ยวกับตนเอง เกิดจากความผิดพลาดด้านกระบวนการคิด โดยเรียนรู้มาจากประสบการณ์ที่พบครั้งแรกของชีวิตและไม่สามารถควบคุม หรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะแก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์นั้น และทำให้บุคคลนั้นประมวลเรื่องราวผิดพลาด บิดเบือนจากความ

เป็นจริงและสะสมมาเรื่อยๆ เมื่อพบภาวะวิกฤติอีก การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตก็จะกลับมา กระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ดี ไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อน จึงรู้สึกว่าตนไม่เป็นที่สนใจ มองตนเองไม่มีประโยชน์ รู้สึกสิ้นหวังและมีความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ (รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2554) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีความรู้สึกที่ว่าตนต่ำ้อย ไม่แน่ใจในความสามารถของตนในเรื่องต่างๆ เช่นการตัดสินใจ การแก้ปัญหา หรือรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสำคัญ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเป็นลักษณะสำคัญของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และพบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 81 (Beck, 1967)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นลักษณะเด่นของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึงการที่บุคคลประเมินตนเอง แล้วแสดงออกในแง่ของการยอมรับตนเอง หรือไม่ยอมรับตนเองเป็นการแสดงให้เห็นถึงขอบเขตความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเอง ในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จและความมีคุณค่าของตนเอง ซึ่งสามารถรับรู้ได้จากคำพูด และท่าทีที่บุคคลนั้นแสดงออกมา (Coopersmith, 1981) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเอง เกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง (Rosenberg, 1965) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถพัฒนาขึ้นได้ ด้วยการสร้างความรู้สึกที่ดีต่อตนเองทำให้เกิดความภาคภูมิใจ เกิดความรู้สึกและความสามารถในการจัดการตัวเองและปัญหาในชีวิตได้ มีความเชื่อมั่นและทักษะในการจัดการอารมณ์ สามารถสร้างความสุข

ให้กับชีวิตของตนเอง มีสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน มีความสามารถในการสื่อสาร สร้างความสัมพันธ์ที่ดีและมีจุดมุ่งหมายในชีวิต สามารถปรับเปลี่ยนตัวเองปรับกระบวนการความคิดของตน มีทักษะในการเผชิญปัญหาและความเข้มแข็งทางใจ (พัชร คำธิตา อัมพวรรณ ถากาศ และชนากานต์ แสงสิงห์ชัย, 2550)

ความเข้มแข็งทางใจ (resilience enhancement) หมายถึง ความสามารถในการเผชิญปัญหา และผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ จนทำให้บุคคลมีความเข้มแข็ง (Grotberg, 1995) ดังนั้นการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยความเข้มแข็งทางใจคือ การพยายามโน้มน้าวให้มองอุปสรรคในแง่ที่สร้างสรรค์ เป็นโอกาสที่จะพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลง ความทุกข์ เป็นเรื่องที่ทุกคนต้องมี โดยใช้การพูดคุยแบบเปิด โอกาสให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้คิดตาม และไม่รู้สึกถูกยึดเยียด สนับสนุนให้เขาเกิดความมั่นใจที่จะระบายความทุกข์ให้ฟังแล้ว จึงให้การปรึกษาแบบเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อไป (กรมสุขภาพจิต, 2552) ตามแนวคิด Grotberg (1999) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบการสร้างความเข้มแข็งทางใจ 3 ประการ ได้แก่ 1) I am เป็นการพัฒนาความเข้มแข็งภายในใจ คือความมั่นใจ ความรับผิดชอบ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2) I have การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลรอบรู้ว่ามีคนคอยช่วยเหลือ 3) I can ช่วยให้ได้แก้ปัญหาได้โดยใช้หลักในการแก้ปัญหา (Grotberg, 1999) กรรณิการ์ ผ่องโต (2555) ศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ตามแนวคิดของ Grotberg (1995) นั้นพบว่าสามารถช่วยปรับวิธีคิด และวิธีการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ให้มีความเชื่อมั่นในตนเองและเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

(กรณิการ์ ฝ่องโต, 2555)

โปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งหากผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็งจะส่งผลให้มีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับตนเอง มีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า มีความรู้สึกภาคภูมิใจ มีความมั่นคงทางจิตใจและรับรู้ในความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ได้ อย่างไรก็ตามซึ่งไม่พบว่ามีกรนำโปรแกรมในรูปแบบการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจมาใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามัก่อน ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสนใจศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ มีความรู้สึกมีคุณค่าส่งผลให้มีความพร้อมอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามัก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามัก่อนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เทียนทอง หาระบุตร, 2555) และช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ ในทุกสถานการณ์ (พัชร คำธิตา, อัมพวรรณ ธากาศ และชนากานต์

แสงสิงห์ชัย, 2550) ควรมีการนำโปรแกรมความเข้มแข็งทางใจมาจัดกระทำแก่ผู้ป่วยซึมเศร้า เนื่องจากความเข้มแข็งทางใจทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จัดการปัญหาได้ในทางที่เหมาะสม สามารถควบคุมตนเองได้ มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และมองโลกแง่บวก (Steward & Yuen, 2011)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1995) ได้แก่ ฉันเป็น (I am) ฉันมี (I have) และฉันสามารถ (I can) เพื่อพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความพึงพอใจในลักษณะที่ตนเองเป็น ภาคภูมิใจ และเห็นคุณค่าในตนเอง รวมถึงการพัฒนาการปฏิสัมพันธ์เรียนรู้ทักษะการสื่อสารรู้จักสร้างความเข้าใจอันดีต่อกันส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Coopersmith, 1981) ประกอบด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรม ใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “การสร้างสัมพันธ์ภาพ การรู้สึกดีกับตนเองและมองโลกแง่ดี” เป็นการจดตามองค์ประกอบในส่วนของฉันเป็น (I am) การรู้จักกับตนเอง ตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเองให้ผู้ป่วยมองด้านดีของตนเอง สร้างความภาคภูมิใจให้กับตนเอง ใช้เวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 2 “คุยกันอย่างเข้าใจ” ให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะการสื่อสารรู้จักสร้างความเข้าใจอันดีต่อกันให้เรียนรู้ทักษะการสื่อสาร การฟังและถาม การเข้าใจอารมณ์และความเครียด และการอยู่กับครอบครัวที่เข้าอกเข้าใจกันได้รับรู้ถึงการมีบุคคลรอบข้างที่ไว้วางใจได้ และช่วยเหลือได้เป็นการจดตามองค์ประกอบในส่วนของฉันมี (I have) การเรียนรู้ทักษะการสื่อสาร รู้จักสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน ใช้เวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 3 “ทุกปัญหามีทางแก้” ให้เข้าใจ และสามารถประยุกต์ใช้หลักการแก้ปัญหาของตนเองได้ ทั้งในเรื่องการตั้งเป้าหมายในชีวิตได้ จินสามารถ (I can) เป็นความสามารถในการ

แก้ปัญหา ควบคุมตนเองได้ เมื่อรู้สึกรู้ว่าทำในสิ่งไม่ถูกต้อง หรืออันตราย การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเองและสร้างเป้าหมายในชีวิต ใช้เวลา 60 นาที

โปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ ตามแนวคิดของ Grotberg (1995) มีดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพการพัฒนาความคิดด้านบวก และมองเห็นคุณค่าของตนเอง (I am): การสร้างสัมพันธภาพ การบรรยายเกี่ยวกับการมองโลกแง่ดี การให้ผู้ป่วยทบทวนข้อดีของตนเอง และฝึกการมองโลกแง่ดี

กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ทักษะการสื่อสารรู้จักสร้างความเข้าใจ อันดีต่อกัน (I have): การฝึกการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างเข้าใจ เปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึกจากการที่ไม่ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ฝึกทักษะการฟังและฝึกปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 3: การรับรู้ความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง (I can) การฝึกประสบการณ์จากสถานการณ์ต่างๆที่ผู้ป่วยประสบในชีวิตประจำวัน การฝึกกายและใจให้สงบ การฝึกการผ่อนคลาย การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นโดยใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม การฝึกการแก้ไขปัญหา และใช้ทางเลือกแก้ปัญหา

ความรู้สึกรู้คุณค่า
ในตนเอง

คำถามการวิจัย

1. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย โรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย โรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย โรคซึมเศร้า หลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ
2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย โรคซึมเศร้า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ และตัวแปรตาม คือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) F32-F33 ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20-59 ปี มีระดับคะแนนคัดกรองซึมเศร้าตามแบบ Beck Depressive Inventory (BDI) ระดับปานกลางคะแนน (13-18) ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสารอ่านออกเขียนได้ ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และยินดีเข้าร่วมวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยแบบกึ่งทดลองคือกลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยที่สุดกลุ่มละ 15 คน (Polit & Beck, 2004) ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) รวมทั้งหมด 40 คน แล้วนำมาจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองครั้งนี้ ได้แก่ อายุและเพศ จากนั้นจับฉลากการเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ลำดับที่ 16/2557 ให้การรับรอง ณ วันที่ 25 พฤศจิกายน 2557 กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมขั้นตอนการดำเนินการ วัน เวลา สถานที่ ระยะเวลาของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูลเน้นย้ำว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกข้อมูลระหว่างดำเนินกิจกรรม สอบถามความสมัครใจและเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยรวมทั้งกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการบำบัดแต่อย่างใด

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองคือ โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Grotberg (1995) มีขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎี การสร้างความเข้มแข็งทางใจ รวมทั้งศึกษาในประเด็นที่ครอบคลุมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

1.2 สร้างโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจจากแนวคิดของ Grotberg (1995) ครอบคลุมองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ฉันเป็น (I am) ฉันมี (I have) และ ฉันสามารถ (I can) มาจัดทำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่จัดเป็นกลุ่มทดลอง ทำกิจกรรม 3 ครั้ง ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนต่าง ๆ ที่มีรูปแบบเป็นการสอน กระตุ้นให้แสดงความคิด และฝึกการปฏิบัติ ดำเนินการทุกสัปดาห์ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 3 สัปดาห์

โปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ภายหลังจากที่ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนแล้ว ผู้วิจัยมีการนำป ทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีคุณสมบัติ ใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการ วิจัยจำนวน 5 คน แล้วมีการปรับปรุงอีกครั้งเพื่อ ให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง Rosenberg (1980) พัฒนาโดยรูปนีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล (2545) ปรับปรุงโดย เทียนทอง หาระบุตร (2555) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) จำนวน 10 ข้อ ผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และวิเคราะห์ค่าความเที่ยง ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบ ประเมินความเข้มแข็งทางใจของกรมสุขภาพจิต (2549) โดย เทียนทอง หาระบุตร (2555) จำนวน 20 ข้อ ผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และวิเคราะห์ค่าความเที่ยง ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อม โดยการศึกษาตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เตรียมสถานที่ เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างหลังยินยอมเข้าร่วม การวิจัยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2. ระยะดำเนินการวิจัย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ คัดเข้า ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แล้วนำมา จับคู่ด้วยอายุและเพศจำนวน 20 คู่ จากนั้นจับสลาก ที่ละคู่เพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ ประเมินอาการทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ การให้คำแนะนำการใช้ยา อาการข้างเคียง รวมถึงการให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องอาการเตือน การ มาตรวจตามนัด และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

2.2 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจ ครั้งละ 60 นาที จนครบ 3 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ณ ดึกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเมื่อครบ ทั้ง 3 กิจกรรม ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองด้วย แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจทันที

3. ระยะสรุปผลการดำเนินกิจกรรม

ในสัปดาห์ที่ 4 หลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มตอบแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ โดยแจกแจงความถี่ค่าเฉลี่ยร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังทางใจและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (paired t-test)

3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังทางใจกับกลุ่มที่ได้รับการ

การพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (independent t-test)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวนรวม 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คนทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 อายุระหว่าง 20-29 ปี และอายุระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 25 และอายุระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 10 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 100 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 30 อาชีพส่วนใหญ่รับจ้างคิดเป็นร้อยละ 62.5

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังทางใจ

ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง	Mean	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนทดลอง	25.4	3.9	19	-8.4	.002
หลังทดลอง	31	2.2			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนทดลอง	27.4	3.9	19	1.8	.073
หลังทดลอง	26.3	2.9			

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังทางใจ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -8.4$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลองไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	Mean	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มทดลอง	25.4	3.93	38	-1.6	.118
กลุ่มควบคุม	27.4	3.98			
หลังทดลอง					
กลุ่มทดลอง	31	2.24	38	5.63	.017
กลุ่มควบคุม	26.3	2.97			

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันแต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 5.63$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 หมายความว่าหลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมกระตุ้นให้ผู้ปวยมองตนเองในแง่ดี ทบทวนข้อดีของตนเอง พัฒนา

ความคิดด้านบวก (พรพรรณ สุดใจ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2555) และเห็นคุณค่าในความสามารถของตนเอง (กรรณิการ์ ผ่องโต, 2555; พชร คำธิตา, อัมพวรรณ ธาภาส และชนากานต์ แสงสิงห์ชัย, 2550) การให้ความรู้ การคุยกันอย่างเข้าใจกับบุคคลอื่นและคนในครอบครัว การฝึกประสบการณ์จากสถานการณ์ต่างๆ ที่ผู้ป่วยประสบในชีวิตประจำวัน การฝึกให้ใจสงบ การฝึกการผ่อนคลาย การแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคะแนนประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้าง ความเข้มแข็งทางใจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 หมายความว่าหลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ความรู้สึกดีต่อ

ตนเองหรือการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ทำให้คนกล้าคิดกล้าทำในสิ่งที่ตนคิดว่าดีที่สุดและทำให้คนที่ล้มเหลว หรือเจอกับประสบการณ์ที่ไม่ดีจะกลับฟื้นสภาพจิตใจได้ดีกว่าคนที่มีความภูมิใจในตนเองต่ำ (นพมาศ อึ้งพระ, 2555) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นปัจจัยสำคัญอย่างมากที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เพราะบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าต่อตนเองสูงจะมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น สามารถแก้ไขปัญหารับรู้ปัญหาได้ตามสภาพความเป็นจริง มีความเคารพตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความสุขส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าน้อยลงหากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองจะส่งผลต่ออาการซึมเศร้าวลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกรู้คุณค่าในตนเองได้ ผู้ปฏิบัติควรเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรักษา รวมทั้งมีทักษะด้านการทำกลุ่มบำบัดเพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อสร้างความรู้สึกรู้คุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชและโรคอื่น ๆ ได้ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ติดสารเสพติดหรือผู้พยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากสามารถช่วยปรับวิธีการคิดด้านข้อดีของตนเอง การเปลี่ยนจากมองโลกแง่ร้ายเป็นการมองโลกแง่ดีและสามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

1.3 การเริ่มดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ควรมีการสร้างสัมพันธภาพทุกครั้งและการรับฟังปัญหาของผู้ป่วยเพื่อสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. ด้านการศึกษา

ควรส่งเสริมให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ได้มีการศึกษาอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในทุกกลุ่มวัย เพื่อให้พยาบาลได้มีแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ เป็นแรงผลักดันให้เกิดความสำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน และบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชฯ นครหลวง และโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาทุกท่าน ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องที่ได้เอื้อนามในที่นี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2552). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี RQ พลังสุขภาพจิต* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต.
- กรรมธิการ ฝ่องโต. (2555). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้าง ความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฐปณีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล. (2545). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ*

- การเห็นคุณค่าในตนเองและความรู้สึก
สิ้นหวังในเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดใน
สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
กลาง. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต วิทยาศาสตร์
(จิตวิทยาศึกษา) มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณรงค์ สหเมธาพัฒน์. (2556). *บทความเหตุการณ์
ความเครียด*. สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2557,
จาก www.prachachat.net/news_detail.php
- เทียนทอง หาระบุตร. (2555). *ปัจจัยคัดสรรที่มี
ความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและ
การพยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์,
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธณินทร์ กองสุข. (2558). *โรคซึมเศร้าความ
สูญเสียอันยิ่งใหญ่แห่งมวลมนุษยชาติ:
การแก้ไขปัญหาความสูญเสียอันเนื่อง
มาจากโรคซึมเศร้าและผลการดำเนินงาน
ในระบบการแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า
ของไทย*. การประชุมวิชาการสุขภาพจิต
นานาชาติ ครั้งที่ 14 ประจำปี 2558. ณ
โรงแรมมิราเคิลแกรนด์
คอนเวนชั่น, กรุงเทพฯ.
- นพมาศ อึ้งพระ. (2555). *จิตวิทยาสังคม* (พิมพ์
ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พรพรรณ สุดใจ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2555).
ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางจิตสังคม
แบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำ
หน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าใน
ชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย*, 24 (พิเศษ), 53-63.
- พัชรี คำธิดา, อัมพวรรณ ถากาศ และชนากานต์
แสงสิงห์ชัย. (2550). *รูปแบบการดูแลและ
ช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำโดย
กระบวนการสร้างความเข้มแข็งทางใจ*.
การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 6 เรื่อง สุขภาพจิต: ชีวิตชาวเมือง
โรงแรมปรีณซ์พาเลซ, กรุงเทพมหานคร.
- รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). *คู่มือการบำบัดทาง
จิตสังคม* (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม: มิสเตอร์
ก๊อปปี้.
- วชิระ เพ็งจันทร์. (2556). *Quality of Life manager
online*. สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2557, จาก
www.manager.co.th
- สมชาย จักรพันธุ์. (2551). *สถานการณ์ข่าวสุขภาพ*.
สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2557, จาก [http://
www.hiso.or.th/hiso/health_event/ghealth](http://www.hiso.or.th/hiso/health_event/ghealth)
- สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กระทรวง
สาธารณสุข (2552). *อัตราป่วยโรคซึมเศร้า*.
สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2558, จาก [http://
www.hiso.or.th/hiso/visualize/index.php](http://www.hiso.or.th/hiso/visualize/index.php)
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2554). *การพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 4).
กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experi-
mental, and theoretical aspects*. New York:
Hoeber.
- Coopersmith, S. (1981). *The Antecedent of
self-Esteem* 2. California: Consulting
Psychologist.
- De Raedt, R., Schacht, R., Franck, E., & De
Houwer, J. (2006). *Self-esteem and*

- depression revisited: Implicit positive self-esteem in depressed patient? *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1017-1028.
- Franck, E., & Raedt, R. D. (2007). Self-esteem reconsidered : Unstable self –esteem outperforms level of self-esteem as vulnerability marker for depression. *Behavior Research and Therapy*, 45, 1531-1541
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Retrieved February 2, 2014 from: <http://resilience.uiuc.edu/library/grotb95.html>.
- Grotberg, E. H. (1999). Countering depression with the five building blocks of resilience. *Reaching Today's Youth*, 4, 66-72.
- Nutt, D. J. (2008). Relationship of neurotransmitters to the symptoms of major depressive disorder. *The journal of clinical psychiatry*, 69(Suppl E1), 4-7.
- Polit, D. F., & Beck, T. B. (2004). *Nursing research: Principles and method* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University.
- Steward, E. S., & Yuen, T., (2011). A Systemic review of resilience in the physically III. *Psychosomatics*, 52, 199-209.