

ผลของโปรแกรมการกำกับอาการต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



นางสาวณัฐลลิน คุ่มรอด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Miss Nutthalin Khumrod



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric  
Nursing  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2015  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
โดย	นางสาวณัฐฐลิติน คุ่มรอด
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา)  
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

ณัฐฤติณ คุ่มรอด : ผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (THE EFFECT OF THE EMOTION REGULATION PROGRAM ON DEPRESSIVE SYMPTOMS OF PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา, 212 หน้า.

การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อ เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ และเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD-10 แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง จำนวน 42 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่ตามลักษณะ เพศ คะแนนอาการซึมเศร้าและสุม่เข้ากลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ โปรแกรมการกำกับอารมณ์ แบบประเมินอาการซึมเศร้า และแบบประเมินการกำกับอารมณ์ โดยมีค่าดัชนีความตรงเท่ากับ .80 ส่วนความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราวน์ แบบประเมินอาการซึมเศร้าและแบบประเมินการกำกับอารมณ์ เท่ากับ .86 และ .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

- 1) คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $t = -11.82$ )
- 2) คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $t = 8.48$ )

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช      ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2558      ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5577304436 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: DEPRESSIVE DISORDER / DEPRESSIVE SYMPTOMS / EMOTION REGULATION / THE EMOTION REGULATION PROGRAM

NUTTHALIN KHUMROD: THE EFFECT OF THE EMOTION REGULATION PROGRAM ON DEPRESSIVE SYMPTOMS OF PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER. ADVISOR: ASST. PROF. RANGSIMAN SOONTHORNCHAIYA, Ph.D., 212 pp.

The purposes of this experimental research were to compare the depressive

symptoms of patients with depressive disorder before and after receiving the emotion regulation program and to compare the depressive symptoms of patients with depressive disorder who received the emotion regulation program, and those who received routine nursing care. Samples were 42 patients who were diagnosed as depressive disorder with ICD-10 criteria at the outpatient of the general Hospital. Samples were matched pair characteristics by gender and score of depressive symptoms, and were randomly assigned into the experimental and the control group. The research instruments were Emotion regulation program, Beck Depression Inventory scale (BDI), and the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ). The content validity index (CVI) of ERQ was .80 and the reliability of BDI and ERQ was .86 and .82. Data were analyzed by using descriptive statistics and t-test.

1) The mean score of depressive symptoms of patients with depressive disorder after receiving emotion regulation program was statistically significant lower than that before at .05 level ( $t = -11.82$ )

2) The mean score of depressive symptoms of patients with depressive disorder who received the emotion regulation program was statistically significant lower than those who received routine nursing care at .05 level ( $t = 8.48$ )

Field of Study: Mental Health and  
Psychiatric Nursing

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Academic Year: 2015

## กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ชี้แนะแนวทาง ให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัยด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ทำให้ผู้วิจัยเกิดแรงบันดาลใจ มุมานะ มีกำลังใจ ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ให้ความรู้ คำแนะนำ ประสพการณ์ ตลอดจนให้กำลังใจ และขอขอบคุณบุคลากรเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่เสียสละเวลา คอยช่วยเหลือในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิทยานิพนธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งขอกราบขอบพระคุณจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันการศึกษาที่ให้โอกาสผู้วิจัยได้ศึกษาประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้

ผู้วิจัยได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก “ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต” บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ “ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย” และขอขอบพระคุณกรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนการศึกษา ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการตรวจสอบเครื่องมือ ขอขอบคุณสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่ายาง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรีและบุคลากรกลุ่มงานจิตเวชทุกท่าน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นมะม่วง ที่ให้ความอนุเคราะห์สถานที่ในการดำเนินกิจกรรมและเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอมะเอนกเมืองเพชรบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบัว ที่สนับสนุนส่งเสริมให้ผู้วิจัยได้รับคุณค่าและโอกาสอันดียิ่ง นอกจากนี้ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอมะเอนกเมืองเพชรบุรี และผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

สุดท้ายนี้ขอกราบด้วยความเคารพอย่างสูงแต่ คุณพ่อระนอง และคุณแม่วรรณี คู่มรดกที่ให้ชีวิต จิตวิญญาณและเป็นแบบอย่าง ขอขอบคุณ ครอบครัวเทียนไชย ครอบครัวจิวโย และครอบครัวสุxonันต์ ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูล รวมทั้งให้กำลังใจที่มีคุณค่า และประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี ครูอาจารย์และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการวิจัยครั้งนี้ ให้มีความสุขกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	8
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	8
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย .....	12
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	16
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวโรคซึมเศร้า .....	17
2. แนวคิดเกี่ยวกับการกำกับอารมณ์.....	53
3. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม .....	68
4. โปรแกรมการกำกับอารมณ์.....	73
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	77
6. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	81

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	82
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	82
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง .....	83
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....	84
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	86
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	86
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	114
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	116
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ .....	124
สรุปผลการวิจัย .....	128
อภิปรายผลการวิจัย .....	129
ข้อเสนอแนะ .....	139
รายการอ้างอิง .....	142
ภาคผนวก .....	158
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ .....	159
ภาคผนวก ข รายนามผู้เชี่ยวชาญแปลเครื่องมือกำกับการทดลอง .....	161
ภาคผนวก ค รายนามผู้ช่วยวิจัย .....	163
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	165
ภาคผนวก จ การขออนุญาตให้ใช้เครื่องมือ .....	201
ภาคผนวก ฉ การตอบให้ใช้เครื่องมือ .....	203
ภาคผนวก ช การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .....	205
ภาคผนวก ซ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย .....	207



ณ

หน้า

ภาคผนวก ณ ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....	209
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	212



## สารบัญตาราง

### หน้า

ตารางที่ 1	การพัฒนาโปรแกรมการกำกับอากรรมณ์ .....	74
ตารางที่ 2	ลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบ่งตามเพศและคะแนนอาการซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอากรรมณ์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ .	96
ตารางที่ 3	กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการกำกับอากรรมณ์ .....	99
ตารางที่ 4	คะแนนและการแปลผลการกำกับอากรรมณ์ ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอากรรมณ์...	113
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศอายุสถานภาพและระดับ การศึกษา .....	117
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อ เดือน และความเพียงพอของรายได้ .....	118
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีโรค ประจำตัวทางกาย และโรคประจำตัวทางกาย.....	119
ตารางที่ 8	การเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการกำกับอากรรมณ์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการ ทดลอง .....	120
ตารางที่ 9	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังทดลอง ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอากรรมณ์ และ กลุ่มที่ได้รับกลุ่มได้รับการพยาบาล ตามปกติ (n=21).....	121
ตารางที่ 10	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการกำกับอากรรมณ์ ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอากรรมณ์และกลุ่ม ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=42).....	122

## สารบัญภาพ

### หน้า

ภาพที่ 1 ระยะต่างๆของโรคซึ่มเศร้าและการรักษา (Kupfer&Frank,1991).....	26
ภาพที่ 2 แผนผังแสดงแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคซึ่มเศร้าโรงพยาบาลระดับจังหวัด.....	50
ภาพที่ 3 รูปแบบการกำกับอารมณั้ (Gross,1998).....	56
ภาพที่ 4 กลยุทธ์การกำกับอารมณั้ (Gross,2007).....	62
ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	81
ภาพที่ 6 แผนภูมิแสดงขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	85
ภาพที่ 7 แผนภูมิสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย.....	115

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้าจัดเป็นกลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวนที่พบบ่อยและจากการศึกษาภาระโรคของคนทั่วโลกโดยองค์การอนามัยโลกพบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุหนึ่งในสาเหตุหลักของโรคที่เกี่ยวข้องกับความพิการทั่วโลก (Vos et al., 2013) และเป็นภาระโรคซึ่งพบได้ทั่วโลก (Murray et al., 2012) เนื่องด้วยอัตราความชุกสูงส่งผลกระทบต่อบุคคลและสังคมโดยรวม อุบัติการณ์ตลอดชีวิต (lifetime incidence) ของโรคสูง เริ่มพบอาการตั้งแต่อายุยังน้อย เป็นโรคเรื้อรัง และก่อให้เกิดความบกพร่องต่อหน้าที่ (Richards, 2011 ; Vos et al., 2013) จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกพบว่า ภายในปี ค.ศ 2020 โรคซึมเศร้าเป็นภาระโรค และก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด (Murray et al., 1996) อุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าทั่วโลกร้อยละ 1.89 (Sadock&Sadock, 2010) สำหรับประเทศไทย ซึ่งเป็นกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ (low-income countries: LICs) มีอัตราความชุกร้อยละ 6.8 - 10 (Gómez-Restrepo et al., 2004 ; Kohn et al., 2005 ; WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004) ในขณะที่ประเทศแถบยุโรปมีอัตราความชุกร้อยละ 8.5 (Ayuso-Mateos et al., 2001) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 6.6 (Kessler et al., 2003) การศึกษาสำรวจพบผู้ป่วยจำนวน 19 ล้านคน อยู่ในวัยผู้ใหญ่ส่งผลให้เกิดปัญหาในด้านการทำงาน ครอบครัวและชีวิตส่วนตัว (Benthesda, 1999) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อปีสูงถึง 43 พันล้านดอลลาร์ ส่วนค่าใช้จ่ายทางอ้อมที่เป็นผลจากความบกพร่อง ในการทำหน้าที่การทำงานและอาชีพคิดเป็นร้อยละ 72 ของค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า (Greenberg et al., 1993) นอกจากนี้ในประเทศอังกฤษ ยังพบว่าโรคซึมเศร้าทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 30-45 พันล้านดอลลาร์ ในทุกๆปี และทำให้เกิดความสูญเสียซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งตัวบุคคลและครอบครัว (Kupfer& Frank, 2003) ทำให้เกิดความบกพร่องและการสูญเสีย

ในประเทศไทยโรคซึมเศร่าก่อความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years, DALYs) เป็นอันดับ 4 ในผู้หญิงไทยและอันดับ 10 ในผู้ชายไทย (ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ, 2555 ; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2555 ; Michaud et al., 2006) แต่ถ้าพิจารณาจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years Lost due to Disability, [YLD]) พบว่าโรคซึมเศร่าจะเป็นอันดับที่ 1 ในผู้หญิงไทยและเป็นอันดับ 2 ในผู้ชายไทย (กรมสุขภาพจิต, 2555) โรคซึมเศร่าใน

ประเทศไทย พบสูงมากเป็นลำดับที่ 3 ของโรคที่คุกคามต่อชีวิตคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 1.5 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 2 ของประชากรทั้งหมด จากการสำรวจระดับชาติในปี 2551 พบความชุกโรคซึมเศร้า เท่ากับร้อยละ 2.7 (ธรรณิทร์ กองสุข และคณะ, 2553)

อัตราป่วยด้วยโรคซึมเศร้าของประชากรไทย ปีงบประมาณ 2552-2556 มีอัตราเพิ่มขึ้นเท่ากับ 260.78, 242.13, 290.82, 345.70 และ 345.08 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2556) สำหรับจังหวัดเพชรบุรี ผู้เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกหน่วยบริการสังกัดกรมสุขภาพจิตด้วยโรคซึมเศร้าปีงบประมาณ 2554-2556 มีอัตราเพิ่มขึ้น เช่นกัน เท่ากับ 156.76, 367.93 และ 405.23 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และมีอัตราผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 6.88, 5.99 และ 6.16 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2556) สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ในระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2556 ก็มีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 14.56, 18.63 และ 19.85 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2556 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีมีจำนวน 4,116 ราย คิดเป็นอันดับที่ 2 ของผู้ป่วยจิตเวชนอกทั้งหมด (โรงพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี, 2556) จะเห็นได้ว่าในประเทศไทย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการมากขึ้นจากร้อยละ 34 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 38 ในครึ่งปีแรก ของปี พ.ศ. 2558 โดยในปี พ.ศ. 2557 ได้มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้ถึง 12 ล้านคน พบมีอาการโรคซึมเศร้า 1.5 ล้านคน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า 5 แสนคน และมีอาการกลับเป็นซ้ำ 800 คน (กรมสุขภาพจิต, 2556) แม้ว่าโรคซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้ แต่การดำเนินโรค อาจมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำได้อีก (Post, 1992) จากการศึกษาของ ธัญชนก พรหมภักดี และพิเชฐ อุดมรัตน์ (2551) พบว่าการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแต่ละครั้ง จะยิ่งเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรคในครั้งต่อไป โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรก มีโอกาสที่จะกลับเป็นซ้ำในครั้งต่อไปร้อยละ 50 และผู้ป่วยที่มีอาการครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 มีโอกาสเกิดครั้งต่อไป ร้อยละ 70 และ 90 ตามลำดับ

อาการซึมเศร้า เป็นอาการหลักที่สำคัญของโรคซึมเศร้ามีลักษณะความผิดปกติ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้าสลด ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา รู้สึกไม่แจ่มใส บางรายอาจมีอาการหงุดหงิดโกรธง่ายด้วย ความพึงพอใจในตนเองลดลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีการตอบสนองต่อความร่าเริงต่างๆลดลง 2) ด้านพฤติกรรม เชื่องช้าหรือกระวนกระวาย ขาดความกระตือรือร้น สนใจในสิ่งต่างๆลดลง หลบหนีแยกตัวจากสังคมหรืออยากตาย 3) ด้านร่างกาย มีความผิดปกติของการรับประทานอาหารและการนอน ความต้องการทางเพศลดลง หรือไม่มีเลย รู้สึกเหนื่อยง่าย อ่อนเพลียตลอดเวลา น้ำหนักลด 4) ด้านความคิด บุคคลจะมีอาการ ท้อแท้ สิ้นหวัง คิดว่าตนเองไร้ค่า มองโลกในแง่ร้าย ต่ำหนืดตนเองมองภาพลักษณ์ตนเองบิดเบือนไป ตัดสินใจลำบาก

สาเหตุของโรคซึมเศร้าประกอบด้วยปัจจัยหลายอย่าง ทั้งปัจจัยทางชีวภาพและปัจจัยทางจิตสังคม ปัจจัยทางชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้าง และการทำงานของสมอง ความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาท ความผิดปกติของระบบประสาทฮอร์โมน รวมถึงความผิดปกติทางชีวภาพอื่นๆ ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยปัจจัยภายในจิตใจหรือปัจจัยพลวัตทางจิต (Intrapsychic or psychodynamic factors) ปัจจัยทางความคิด (Cognitive factors) ปัจจัยทางพฤติกรรม (Behavioral factors) อีกปัจจัยหนึ่งคือปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม (Interpersonal and social factors) เป็นปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า และเป็นปัจจัยที่ทำให้อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยนั้นยังคงอยู่ต่อไปด้วย ซึ่งได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดต่างๆในชีวิต (Stressful life events) การเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต (Any life changes) รวมถึงปัญหาสัมพันธภาพและปัญหาสังคมต่างๆ โดยมักจะพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายรายมักจะประสบเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตต่างๆ ในระยะ 6 เดือน ถึง 1 ปี ก่อนจะเกิดอาการซึมเศร้าขึ้น (Kohn et al., 2001 ; Roy, 1997 ; Lloyd, 1980) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่สำคัญ ที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่ การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักโดยเฉพาะคู่สมรสการแยกทางหรือการหย่าร้างปัญหาความสัมพันธ์และการเจ็บป่วย (Holme&Rahe, 1967 ; Kendler et al., 1995 ; Hammen& Brennan, 2002 ; Hammen, 2003) โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีภาระความรับผิดชอบที่มากขึ้น ต้องสร้างรากฐานของชีวิต ทำให้บุคคลในวัยผู้ใหญ่ต้องประสบกับความเครียดหลายอย่าง เช่น แรงกดดันจากการศึกษา การทำงาน และการหารายได้สำหรับการเลี้ยงดูครอบครัว ความคาดหวังต่อการมีครอบครัวที่อบอุ่น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ หงุดหงิดง่าย สมาธิสั้น ซึมเศร้า หดหู่ ควบคุมอารมณ์ได้น้อยลง สมรรถภาพการทำงานลดน้อยลง เกิดสะสมเป็นความเครียด (พูนศรี รังสีขจี, 2549) ซึ่งจะมีผลต่ออารมณ์ ในระยะที่รุนแรงทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ (พูนศรี รังสีขจี, 2549 ; Galaif,Sussman,Chou & Wills, 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า(depressive symptoms) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ เพศ พบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะพบอาการซึมเศร้ามากกว่าในเพศชาย (Beck, 1967) และแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย จากการศึกษางานวิจัยเชิงระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า พบอุบัติการณ์ ผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเป็นสองเท่า (สายฝน เอกวารงกูร, 2548 ; Lych,Gold and Fitzgerald, 2001 ; Weissman, 2002 ; Vikram, 2005 ; Varcarolis & Halter, 2010 ) **อายุ** พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า โดยที่สามารถพบได้ทุกช่วงอายุ ส่วนใหญ่พบอาการซึมเศร้าในวัย ผู้ใหญ่ตอนกลางตอนปลายและวัยสูงอายุ วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง เป็นวัยที่มีภาระความรับผิดชอบที่มากขึ้น ต้องสร้างรากฐานของชีวิต ความคาดหวังต่อการมีครอบครัวที่อบอุ่น การมีรายได้สูงและมั่นคง เกิดสะสมเป็นความเครียด (พูนศรี รังสีขจี, 2549) **การศึกษา** พบว่า

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายว่า ผู้ที่มีการศึกษาดำเนินคะแนนอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้มีการศึกษาสูง ระดับการศึกษามีผลต่อสภาวะทางอารมณ์ เพราะการศึกษาสูงจะมีส่วนช่วยให้มีแนวทางการคิดแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น (พูนศรี รังสีจี, 2549) **รายได้** แสดงให้เห็นว่า รายได้ของครอบครัวที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าที่ลดลง และจากการศึกษาของพูนศรี รังสีจี และคณะ (2549) ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงเป็นโรคซึมเศร้าน้อยกว่าผู้มีรายได้น้อย อธิบายว่า การมีรายได้สูงและความมั่นคงจะช่วยลดความเครียดต่อปัญหาเศรษฐกิจได้ **การเจ็บป่วย** จากการศึกษาพบว่า การเจ็บป่วยหรือภาวะโรคร่วม ภาวะโรคร่วม หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีโรคมากกว่าหนึ่งโรคตลอดชั่วชีวิตการเกิดภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะโรคร่วมของโรคเรื้อรังเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ การรักษาที่ใช้ระยะเวลายาวนาน ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรค นอกจากนี้ จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า ที่เป็นโรคร่วมในโรคเรื้อรังในเมืองอเลปโป ประเทศซีเรีย พบว่า อาการซึมเศร้ามี่ความสัมพันธ์กับโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญ คือโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคไต มีค่าความสัมพันธ์คิดเป็นร้อยละ 95 (Kilzieh,Rastum,Maziak,& Ward, 2008) จะเห็นได้ว่าอาการซึมเศร้าสามารถทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยทางกาย และการเจ็บป่วยทางกายทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้เช่นกัน (Sederer et al., 2005) **การกำกบอารมณ์** มีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าคือ ผู้ที่มีอาการซึมเศร้า มีสาเหตุจากความบกพร่องในการกำกบอารมณ์ (Aldao and Nolen-Hoeksema, 2010 ; Joormann and D'Avanzato, 2010) การบกพร่องการกำกบอารมณ์ไม่เพียงแต่เกิดขึ้น พร้อมกับอาการซึมเศร้าเฉียบพลัน แต่ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อเนื่องที่รุนแรงมากขึ้น ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า (Gross and Munoz, 1995 ; Kringand Werner, 2004 ; Rude and McCarthy, 2003)

อาการซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วย เจ็บปวดด้านอารมณ์ การรับรู้ การคิดช้าลง การตอบสนองความต้องการพื้นฐาน และประสิทธิภาพการทำงานลดลง (สุวดี จันดีกระยอม,2546) ส่งผลต่อความเสื่อมของการรู้คิดและความจำมากกว่าผู้ที่มีสุขภาพดี (Porter, Gallagher, Thompson, & Young, 2003) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย การแสดงออกทางอารมณ์ บกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์และการสร้างสัมพันธภาพ ทำให้สูญเสียบทบาท หน้าที่ในสังคม และการสร้างความมั่นคงให้กับตนเอง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) ส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว เสียเวลาในการทำงาน ทำให้สูญเสียรายได้ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) หากอาการซึมเศร้าไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ทำให้กลายเป็นโรคเรื้อรัง อาการเป็นอยู่นานและรุนแรงขึ้น นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 15 (World Health Organization [WHO], 2001 ) และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากการฆ่าตัว

ตายในทุกประเทศทั่วโลก ถึงแปดแสนห้าหมื่นคนในแต่ละปี (WHO, 2006) พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 25 ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ( โอฟาร์ ยิงเสรี และ ศศิธร ยิงเสรี, 2553 ) มีการประมาณว่าคนที่ฆ่าตัวตาย 1 คน ส่งผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิด อย่างน้อย 6 คน และส่งผลกระทบต่อคนในสังคมอย่างน้อย 100 คน (WHO, 2005) จึงนับว่าการฆ่าตัวตายเป็นผลกระทบที่รุนแรงที่สุดของโรคซึมเศร้าและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในทุกประเทศทั่วโลก ถึงแปดแสนห้าหมื่นคนในแต่ละปี (WHO, 2006) จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคซึมเศร้ามีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข (Wittchen et al., 2010)

แนวทางการบำบัดเพื่อลดอาการซึมเศร้ามีหลากหลายรูปแบบในปัจจุบันการรักษาด้วยยา ยังเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ดี อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว มีประสิทธิภาพในการลดระดับอาการซึมเศร้าเพียงร้อยละ 15-20 แต่หากได้รับการรักษา ด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม จะสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้ถึงร้อยละ 65-80 (Stoudemire, 1986 ; Frank, 1993) การบำบัดทางจิตสังคมเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาล ที่ช่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจ และสภาพสังคมผู้ป่วย อีกทั้งยังส่งเสริมทักษะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการสื่อสารของผู้ป่วย (Videbeck, 2004) การบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพบำบัด (interpersonal therapy) เป็นการบำบัดที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) เป็นการบำบัดมุ่งเน้นการแก้ไขความคิดของผู้ป่วย รวมถึงการปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องตามความเป็นจริงมากขึ้น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งนี้ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานถึง 8 -16 สัปดาห์ ( White & Freeman, 1993 )นอกจากนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดโดยใช้การกำกับอารมณ์ (Emotion Regulation) ช่วยทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความสามารถ ในการตอบสนองอารมณ์ที่เหมาะสม โดยการควบคุมความรุนแรงและระยะเวลาการเกิดอารมณ์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ (Thompson, 1990)

การกำกับอารมณ์ เป็นกระบวนการหนึ่งที่บุคคลใช้ในการควบคุมจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้น ในสถานการณ์ต่างๆให้แสดงออกมาอย่างเหมาะสม โดยการพยายามมีอิทธิพลเหนืออารมณ์ของตนเอง ทั้งควบคุมความรุนแรงและระยะเวลาการเกิดอารมณ์ เป็นวิธีการที่ต้องการกำจัดอารมณ์เชิงลบ คงไว้ซึ่งอารมณ์เชิงบวก หรือส่งเสริมให้มีอารมณ์เชิงบวกเพิ่มขึ้น (Gross,2002; Joormann&Avanzato, 2010) เพิ่มทักษะในการประเมินปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ตามความรู้และประสบการณ์ สามารถเลือกใช้การหลีกเลี่ยง หรือการเผชิญปัญหา การใส่ใจโดยตรงหรือไม่ใส่ใจต่อเหตุการณ์ที่มีอิทธิพลต่ออารมณ์ และที่สำคัญคือทักษะการประเมินและเปลี่ยนความคิด ช่วยเปลี่ยนความหมายของสถานการณ์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนอารมณ์ทักษะเหล่านี้มีส่วนช่วยทำให้เพิ่มกระบวนการรู้ คิด วิเคราะห์ และประเมินซึ่งเกี่ยวข้องกับการทำงานของสมอง หาก



ผู้ป่วยได้ฝึกเป็นประจำ ช่วยชะลอความเสื่อมของสมองที่เกิดจากพยาธิสภาพ นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มศักยภาพในการปรับแก้ไขสถานการณ์ หรือปัญหาต่างๆที่สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้คือ ความสามารถในการกำกับอารมณ์ เห็นได้ว่า การบำบัดทางจิตสังเคราะห์หลัง มีการศึกษาที่มุ่งเน้นในส่วนการศึกษาถึงกระบวนการของการควบคุมและจัดการกับอารมณ์ของตนเองมากขึ้น จากการศึกษาของ Kovacs, Joormann and Gotlib (2008) กล่าวว่า การกำกับอารมณ์ที่บกพร่องแสดงถึงโอกาสพัฒนาความเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Lam et al.(2003) ศึกษาความบกพร่องในการกำกับอารมณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นทักษะที่สามารถพัฒนาหรือควบคุมได้ กลยุทธ์การกำกับอารมณ์มีความสำคัญ ในการบริหารจัดการของเหตุการณ์ที่คุกคามหรือก่อให้เกิดความเครียดโดยการให้ความช่วยเหลือบุคคลในการจัดการควบคุมและการกำกับอารมณ์ ( Garnefski et al. 2001) นอกจากนี้ จากปัจจัยด้านพฤติกรรม นักพฤติกรรมศาสตร์อธิบายว่าผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าจะมีอาการดีขึ้นถ้าได้รับการฝึกฝนให้เกิดความรู้สึกว่าตนสามารถที่จะควบคุมและจัดการสิ่งแวดล้อมได้ (Shives, 2012) และการศึกษาของ Fehlinger et al. (2013) พบว่าการกำกับอารมณ์เป็นปัจจัยที่ทำนายอาการซึมเศร้า ได้ถึงร้อยละ 44 ดังนั้น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงควรมีการกำกับอารมณ์ โดยการฝึกฝนการควบคุมและลดอารมณ์เชิงลบ เพิ่มอารมณ์เชิงบวก เพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และส่งเสริมให้เกิดการแสดงออกทางอารมณ์ที่ดี การฝึกฝนกระบวนการกำกับอารมณ์ เป็นประโยชน์ต่อการควบคุมการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งจะนำไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นด้วย ดังนั้นบุคคลโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงควรมีการฝึกฝนการกำกับอารมณ์ เพื่อลดอารมณ์เชิงลบและเพิ่มอารมณ์เชิงบวก อย่างไรก็ตามการกำกับอารมณ์สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทยยังไม่ปรากฏแพร่หลายนัก

การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามวิสัยทัศน์ของกรมสุขภาพจิต คือภายในปี 2563 โรคซึมเศร้า จะไม่ใช่ความเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพ (DALYs) 4 อันดับแรกในคนไทย เป้าหมายคือ ให้คนไทยมีจิตแจ่มใสใจเป็นสุข ด้วยการดำเนินงานตามระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า ซึ่งได้แก่ การค้นหาผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค แล้วนำมาประเมินอาการ เพื่อการวินิจฉัยโรค เข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างถูกวิธี และต้องมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อลดความชุก ลดภาระโรค และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีมาตรการแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า หลายๆ มาตรการ โดยเฉพาะบทบาทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเน้นมาตรการที่สำคัญอย่างมาก คือ ลดการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยงโดยการคัดกรอง ส่งเสริมและป้องกันโรคในผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงในชุมชน ดังนั้นการบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพ โรงพยาบาลต้องสามารถบูรณาการความรู้แบบองค์รวม ทั้งทางด้านกาย จิต สังคม จิตวิญญาณได้อย่างเหมาะสม การพยาบาลในงานสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ครอบคลุมตั้งแต่การตรวจคัดกรองอาการซึมเศร้า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรับประสานยาต่อเนื่องติดตาม ดูแล และประเมินอาการซึมเศร้า ของผู้ป่วย

โรคซึมเศร้าที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน รวมทั้งการให้คำแนะนำผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัว ตามสภาพ ปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ตั้งแต่ เรื่องโรค การปฏิบัติตัว ความสำคัญของการรับประทานยา และที่ขาดไม่ได้คือ ผู้ป่วยซึมเศร้าใน ชุมชนจำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชน มีทักษะทางสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็น หากผู้ป่วยเข้าใจ ตระหนักและสามารถปฏิบัติได้ เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนทำให้คนในชุมชนเกิดการยอมรับ โดยเฉพาะ อย่างยิ่งหากผู้ป่วยสามารถทำงานประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและครอบครัว ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทาง สังคมได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามมา (Debbie et al., 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่า มีการนำการกำกับอารมณ์มาใช้ หลายรูปแบบ เช่น การใช้โปรแกรมฝึกทักษะการกำกับอารมณ์เพื่อวัดและสังเกตพฤติกรรมการทำงาน เป็นทีมของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 (ปริณดา เลิศศรีมงคล, 2554) ความสัมพันธ์ระหว่าง บุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ การกำกับอารมณ์กับการถ่ายทอดทางสังคมด้านอารมณ์แบบสนับสนุน ของพ่อแม่ (นงนภัส แสงฤทธิ์ , 2554) อิทธิพลของการกำกับอารมณ์โดยวิธีทางปัญญาต่อปัญหา สุขภาพจิต โดยควบคุมอิทธิพลของความเข้มแข็งอดทน ( ญัฐนันท์ มั่นคง, 2556) ผลของกลุ่มการ ปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวปัญญาพฤติกรรมนิยม ต่อการการกำกับอารมณ์ตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในเด็กที่มาจากครอบครัวหย่าร้าง ( สินีนาฏ ไชยวงศ์, 2556) แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการกำกับ อารมณ์ในผู้ป่วยในผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวช ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีความ แตกต่างทางบริบทสังคมและวัฒนธรรมจากประเทศไทย ผลการศึกษาที่ได้ อาจไม่สามารถนำมา ประยุกต์ใช้กับบริบทและวัฒนธรรมของสังคมไทย ในส่วนของประเทศไทยการศึกษาในผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการรักษา การใช้ยา และการดูแลตนเอง การบำบัดทาง จิตสังคมที่มีหลากหลายรูปแบบ อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการกำกับอารมณ์ในผู้ป่วย โรคซึมเศร้า ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชได้ตระหนักถึงความสำคัญในการลดอาการซึมเศร้า โดยใช้ การกำกับอารมณ์เป็นการบำบัดทางจิตสังคมอีกทางเลือกหนึ่ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า การ กำกับอารมณ์จะมีส่วนช่วยในการพัฒนาทักษะที่สำคัญของผู้ป่วยในขณะที่เกิดปัญหา และส่งเสริมการ เผชิญปัญหาในชีวิตประจำวัน สามารถปรับและแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆได้ด้วยตนเอง หรือไม่ ในอันที่จะส่งผลต่ออารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ความคิดและสิ่งที่ปฏิบัติต่อบุคคลในครอบครัว และ บุคคลทั่วไปดีขึ้นดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้เกิดการฝึกฝนการกำกับอารมณ์ เพื่อลดอาการซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จึงได้พัฒนาและจัดทำ “โปรแกรมการกำกับอารมณ์” ตามแนวคิดของ (Gross, 2007) เพื่อนำความรู้ที่ได้มาเป็นการเพิ่มแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม นอกจากเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าและในการจัดระบบงานส่งเสริมสุขภาพจิตและจิตเวช ในชุมชนต่อไป

## คำถามการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
2. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่อย่างไร

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นอาการผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม มีลักษณะที่สำคัญ คือ มีอารมณ์ซึมเศร้ามากเกือบทั้งวัน เบื่อหน่าย ร้องไห้ง่าย ไม่เพลิดเพลิน รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ตัดสินใจลำบาก มีความผิดปกติของการรับประทานอาหารและการนอน ความต้องการทางเพศลดลงหรือไม่มีเลย มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียตลอดเวลา แยกตัว มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นน้อยลงไม่สามารถควบคุมอารมณ์ความรู้สึกได้ มองโลกในแง่ร้าย ส่งผลต่อการแสดงอารมณ์ การสื่อสาร และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว โดยอาการเหล่านี้จะคงอยู่อย่างต่อเนื่องในระยะหนึ่ง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และพีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว โดยไม่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมควบคู่ไปด้วย ทำให้ผู้ป่วยยังคงมีอาการซึมเศร้าหลงเหลืออยู่ และมีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำ (recurrent) ได้บ่อยครั้ง (Burcusa&Iacono, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การกำกับอารมณ์ส่งผลต่ออาการซึมเศร้า (Thompson et al., 2011) นอกจากนี้พบว่า บุคคลที่มีอาการซึมเศร้ามีความสามารถในการกำกับอารมณ์น้อยกว่าบุคคลที่ไม่มีอาการซึมเศร้า (Davidson et al., 2002 ; Ehring et al., 2008 ; Campbell-Sills and Barlow, 2009) จากการศึกษาของ Kovacs, Joormann and Gotlib (2008) กล่าวว่า ความบกพร่องของการกำกับอารมณ์ แสดงถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้า ดังนั้นการเพิ่มการกำกับอารมณ์ ซึ่งเป็นความพยายามของบุคคลที่จะมีอิทธิพลต่ออารมณ์ที่เกิดขึ้น และตอบสนองการแสดงอารมณ์เหล่านั้น (Gross, 2007) จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยลดระดับความรุนแรงของอาการ

ซึมเศร้า (Martin and Dahlen, 2005) และทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาในสถานการณ์ต่างๆได้ Lazarus (1993) อ้างใน Santrock (2007) อีกทั้งประสิทธิภาพของกระบวนการกลุ่มจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการสะท้อนปัญหา เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สามารถรับข้อมูลย้อนกลับ และให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังกลุ่มได้ สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Marram, 1978)

แนวคิดการกำกับอารมณ์ Emotion regulation (Gross, 2007) หมายถึง กระบวนการของบุคคลที่จะมีอิทธิพลต่ออารมณ์ที่เกิดขึ้น ในสถานการณ์ต่างๆให้แสดงออกมาอย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบได้แก่ 1) การเลือกสถานการณ์ (Situation selection) คือการที่บุคคลคนเลือกที่จะหลีกเลี่ยง หรืออยู่ในสถานการณ์ที่ตรงกับระดับการตอบสนองทางอารมณ์ 2) การปรับสถานการณ์ (Situation modification) คือความพยายามแก้ไขสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการที่บุคคลปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ 3) การใส่ใจต่อสถานการณ์ (Attentional deployment) คือวิธีการของบุคคลแต่ละคนมีความใส่ใจโดยตรงในสถานการณ์โดยเลือกที่จะใส่ใจบางสิ่งหรือหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่จะมีอิทธิพลต่ออารมณ์ 4) การประเมินและเปลี่ยนความคิด (Cognitive change) คือการที่บุคคลคิดทบทวนการประเมินทั้งสถานการณ์และจัดการความคิดเกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อเปลี่ยนความหมายของสถานการณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ 5) การปรับการตอบสนองอารมณ์ (Response modulation) คือ เป็นการตอบสนองอารมณ์ทางสรีรวิทยา ประสบการณ์หรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องโดยตรงเพื่อเปลี่ยนแปลงคุณภาพของการตอบสนองทางอารมณ์ ว่าควรตอบสนองเช่นใด เกิดขึ้นภายหลังประเมินเหตุการณ์ (Gross, 2007)

การศึกษาในประเทศไทยยังไม่พบการนำการบำบัดทางการพยาบาลโดยใช้การกำกับอารมณ์ ในผู้ป่วยซึมเศร้า ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการกำกับอารมณ์ ( Gross,2007) มาประยุกต์และพัฒนาเป็นโปรแกรมการกำกับอารมณ์ ที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าในการลดอาการซึมเศร้าตามบริบทของประเทศไทย โดยการส่งเสริมการเรียนรู้การประเมินสถานการณ์ ให้ผู้ป่วยเข้าใจความหมายสถานการณ์ตามสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เกิดกระบวนการรู้คิด ลดความคิดที่บิดเบือน และมีการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดเป็นบวก ดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการกลุ่ม (group process) ของ Marram (1978) หมายถึงการที่บุคคลมากกว่า 2 คนมีปฏิสัมพันธ์กันในรูปแบบของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์และข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นร่วมกัน ตอบสนองความต้องการของบุคคล ส่งเสริมการแสดงออก และส่งเสริมความคิดริเริ่มของบุคคลให้เกิดแรงจูงใจ การทำงานร่วมกันอย่างมีเป้าหมาย ส่งเสริมให้บุคคลเข้าใจตนเองและผู้อื่นอย่างมีเหตุผล มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติทำให้เกิดพลังในการปฏิบัติและสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆของบุคคลได้ กระบวนการกลุ่มทำให้เกิดการสะท้อนปัญหา มีการ

ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สามารถรับข้อมูลย้อนกลับ และให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังกลุ่มได้ ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะเวลาคือ 1) ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะดำเนินการและ 3) ระยะเวลาสิ้นสุดกิจกรรม โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาคครั้งนี้ ครอบคลุมการให้ความรู้ การดำเนินกิจกรรมและมีการมอบหมายการบ้าน (homework) การดำเนินกิจกรรมรายกลุ่ม กลุ่มละ 7 คน รวม 3 กลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45-90 นาที จำนวน 4 ครั้ง แบ่งเป็น 5 กิจกรรม รวมเป็นเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังต่อไปนี้

### **สัปดาห์ที่ 1** แบ่งเป็น 2 กิจกรรม คือ

#### **กิจกรรมที่ 1: สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าการสร้าง**

สัมพันธภาพ และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบของการบำบัด จะเป็นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดความรูสึกไว้วางใจ และมีความเต็มใจในการเปิดเผยข้อมูลของตนเองที่จะเป็นประโยชน์ในการดำเนินกิจกรรมร่วมกับ การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค อาการของโรค และสภาพปัญหาของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ตระหนักถึงบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการอาการซึมเศร้า ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีช่วยส่งเสริมความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการบำบัดรักษา การดำเนินกิจกรรมดังกล่าว สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติของสมบัติริยาพันธ์ (2552) ที่ว่า กระบวนการสร้างสัมพันธภาพจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจต่อการรักษาพยาบาล และยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลของตนเอง ในอันที่จะเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาพยาบาลได้มากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการลดอาการซึมเศร้าต่อไป

#### **กิจกรรมที่ 2: การเลือกและปรับสถานการณ์** กิจกรรมครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อให้

ผู้ป่วยมีการคาดการณ์อารมณ์ การคาดการณ์อารมณ์เป็นการประเมินลักษณะและผลกระทบทางอารมณ์ ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญในการเลือกสถานการณ์ (Wilson & Gilbert, 2005) การที่บุคคลเลือกที่จะหลีกเลี่ยงหรืออยู่ในสถานการณ์ที่ตรงกับระดับการตอบสนองทางอารมณ์ จำเป็นต้องใช้ความเข้าใจในการประเมินแนวโน้มของสถานการณ์และให้ความสำคัญกับความคาดหวังของการตอบสนองทางอารมณ์ (Gross & Thompson, 2007) การดำเนินกิจกรรมกลุ่มมีการให้ความรู้เรื่องกลยุทธ์การกำกับอารมณ์ในประเด็นการเลือกและการปรับสถานการณ์ พร้อมทั้งยกตัวอย่างการนำกลยุทธ์ดังกล่าวไปใช้ และมีสถานการณ์ที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นตามใบงาน ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้บ่อยครั้งในชีวิตประจำวัน ให้ผู้ป่วยเลือก โดยสามารถนำเทคนิคการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งเชื่อว่าการปรับแก้ไขสถานการณ์ จะต้องพิจารณาจากการจัดลำดับความสำคัญ กำหนดเป้าหมาย และวิธีการที่นำไปสู่เป้าหมาย ดังนั้นบุคคลจำเป็นต้องตรวจสอบเป้าหมายของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป้าหมายที่มีผลต่อประสบการณ์ในอนาคตซึ่งก็คือการคาดการณ์อารมณ์ (Wilson & Gilbert, 2005) เมื่อผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ให้มีความสำคัญกับกิจกรรมต่างๆตามความสำคัญได้แล้ว จะทำให้

ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนสถานการณ์ นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ส่งผลให้อารมณ์เชิงลบลดลง อารมณ์เชิงบวกเพิ่มขึ้น ในการลดอาการซึมเศร้า (Gross&Thompson,2007)

**สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 : การใส่ใจต่อสถานการณ์** กิจกรรมครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจำแนกสิ่งกระตุ้นเป็นทางบวกและทางลบและสามารถเข้าใจตรวจสอบ บอกรายการ ความรู้สึกและการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆได้ เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยเรียนรู้ วิเคราะห์ ตรวจสอบอาการ และพิจารณาแนวทางการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆได้ การดำเนินกิจกรรมมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการจำแนกสถานการณ์และการตอบสนองอารมณ์อย่างเหมาะสม พบว่าการใส่ใจต่อสถานการณ์ ช่วยลดการตอบสนองทางอารมณ์เชิงลบ (Borkovec, Roemer, and Kinyon, 1995) ส่งผลให้อารมณ์เชิงลบลดลง อารมณ์เชิงบวกเพิ่มขึ้น และนำมาสู่การลดอาการซึมเศร้า ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน และได้รับประโยชน์ร่วมกัน (Marram, 1978)

**สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 4: การประเมินและเปลี่ยนความคิด** กิจกรรมครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีการทบทวนความคิด ของการประเมินสถานการณ์เพื่อจัดการความต้องการซึ่งเป็นต้นเหตุของสถานการณ์ (Gross & Thompson, 2007) ช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนความคิดให้เหมาะสมกับเหตุการณ์เพื่อลดอารมณ์เชิงลบ โดยกิจกรรมนี้ให้ผู้ผู้ป่วยได้จำแนกอารมณ์จากใบหน้า และเชื่อมโยงกับสถานการณ์และพฤติกรรมซึ่งแสดงอารมณ์หลากหลาย ทั้งบวกและลบทำให้ผู้ป่วยเข้าใจและรู้เท่าทันอารมณ์ โดยพิจารณาร่วมกับ ความรู้สึก และพฤติกรรมการตอบสนองของตนเองที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดทุกช่วงเวลา นอกจากนี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้ส่งเสริมการฝึกทักษะ ทบทวนความคิด อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมจากสถานการณ์ที่กำหนด ทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนความคิด และการประเมินสถานการณ์ใหม่ (reappraisal) เพื่อปรับการตอบสนองอารมณ์ รวมทั้งส่งผลกระทบต่ออารมณ์ตนเองเชิงลบและเชิงบวก (Gross, 1998; Giuliani et al., 2008 ; Kober et al., 2010) รวมทั้งสรีรวิทยาส่วนปลาย (Ray et al., 2010) และระบบประสาทในการตอบสนองอารมณ์ (Schaefer et al., 2002 ; Ochsner et al., 2004; Hajcak and Nieuwenhuis, 2006 ; Urry et al., 2006 ; Kim and Hamann, 2007) ส่งผลให้อารมณ์เชิงบวกเพิ่มขึ้น และนำมาสู่การลดอาการซึมเศร้าร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ช่วยให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้รับข้อมูลย้อนกลับ และได้รับประโยชน์ร่วมกัน (Marram, 1978)

**สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 5: การปรับการตอบสนองทางอารมณ์** กิจกรรมครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับการตอบสนองอารมณ์ ทั้งทางประสบการณ์ พฤติกรรม และร่างกายที่เกี่ยวข้องโดยตรง เพื่อเปลี่ยนแปลงคุณภาพของการตอบสนองทางอารมณ์ เนื่องจากบุคคลที่มีความผิดปกติทางอารมณ์มักพบการมีประสบการณ์ของอารมณ์ที่ไม่พึงพอใจและรุนแรงมาก การปรับการตอบสนองจึงมีความสำคัญมาก (Fairholme et al., 2010; Turk et al., 2005) ซึ่งจะเกิดขึ้น

ภายหลังจากการใช้กระบวนการการกำกับอาการ รวมทั้งการประเมินสถานการณ์ใหม่ ด้วย นอกจากนี้มีการแลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีระงับอาการที่เหมาะสมร่วมกับกระบวนการกลุ่ม ทำให้ได้รับประโยชน์ร่วมกัน มีการพัฒนาตนเองทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรม (Marram, 1978)

จะเห็นได้ว่าการกำกับอาการเป็นกิจกรรมที่สำคัญเพื่อมุ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกและปรับสถานการณ์ เข้าใจสถานการณ์ดียิ่งขึ้น สามารถจำแนกสถานการณ์เชิงบวกและลบ บอกความรู้สึก และการตอบสนองในสถานการณ์ต่างๆได้ ประเมินสถานการณ์จากอารมณ์ ความรู้สึก ปฏิกริยาของร่างกาย และจัดการความต้องการซึ่งเป็นต้นเหตุของสถานการณ์ นอกจากนี้ยังมีการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิด ให้เป็นคิดบวก การคิดทบทวนและประเมินสถานการณ์ใหม่ เพื่อให้การแสดงออกของอารมณ์เหมาะสมกับเหตุการณ์ และป้องกันการเกิดอารมณ์เชิงลบ ท้ายสุดก่อนจะมีการตอบสนองหรือการแสดงอารมณ์ การกำกับอาการยังรวมถึงการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของอารมณ์ โดยบุคคลมีประสบการณ์ การแสดงออกหรือ พฤติกรรม เป็นการตอบสนองอารมณ์ หลังจากประเมินเหตุการณ์ การรับรู้และความหมายของสถานการณ์ ซึ่งล้วนแล้วแต่ส่งผลในการช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

### สมมติฐานการวิจัย

1. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอาการต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับอาการ
2. อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอาการต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental Research) วัตถุประสงค์แบบมีกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการกำกับอาการต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ซึ่งมาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทั่วไป

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี

- |           |     |                      |
|-----------|-----|----------------------|
| ตัวแปรต้น | คือ | โปรแกรมการกำกับอาการ |
| ตัวแปรตาม | คือ | อาการซึมเศร้า        |

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า** หมายถึง บุคคลในวัยผู้ใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

**อาการซึมเศร้า** หมายถึง อาการผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ที่บุคคลมีอารมณ์ซึมเศร้ามากเกือบทั้งวัน เบื่อหน่าย ร้องไห้ง่าย ไม่เพลิดเพลิน รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ตัดสินใจลำบาก มีความผิดปกติของการรับประทานอาหารและการนอน ความต้องการทางเพศลดลงหรือไม่มีเลย มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียตลอดเวลา สมาธิลดลง คิดและวางแผนเรื่องการตาย ซึ่งประเมินโดยใช้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory : BDI-1A) ฉบับภาษาไทยแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยมุกดาศรียงค์ (2522 ,อ้างถึงในลัดดาแสนสีหา, 2536)

**โปรแกรมการกำกับอารมณ์** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดของ(Gross,2007) เพื่อลดอาการซึมเศร้าซึ่งมีรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 7 คน 2 กลุ่ม 8 คน 1 กลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งๆละ 45-90 นาที จำนวน 4 ครั้ง แบ่งเป็น 5 กิจกรรม รวมเป็นเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมดังต่อไปนี้

**สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลในการพบกันครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 ใช้เวลาทั้งสิ้น 45 นาที : เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และส่งเสริมให้เกิดความคุ้นเคยระหว่างกลุ่มสมาชิกด้วยกันเอง เกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม และเกิดความสัมพันธ์ที่ดี มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก ช่วยให้สมาชิกสามารถพูดคุยติดต่อ สื่อสารประสบการณ์ของตนต่อการเข้ากลุ่ม รู้สึกไว้วางใจซึ่งกันและกัน ให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตน และมีการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน

**การเลือกและปรับสถานการณ์ (Situation selection and Situation modification)** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลในการพบกันครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 2 ใช้เวลาทั้งสิ้น 45 นาที : เป็นการทำกิจกรรมร่วมกัน โดยการกำหนดสถานการณ์ตามใบงานเกี่ยวกับการเลือกและปรับสถานการณ์ เพื่อให้พิจารณาทางเลือก และปรับแก้ไขสถานการณ์ ร่วมกับการเข้าใจอารมณ์ และความรู้สึกที่มีต่อสถานการณ์ และให้ความรู้เรื่อง กลยุทธ์การกำกับอารมณ์ เกี่ยวกับประเด็น การเลือกสถานการณ์ และการปรับสถานการณ์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจเกี่ยวกับกลยุทธ์



การกำกับอารมณ์ประเต๋น การเลือกสถานการณ์ และการปรับสถานการณ์ นำไปปรับใช้ในสถานการณ์จริง พร้อมทั้งระบุเหตุผลได้ โดยมีกรบ้านประกอบ และมีการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน

#### **การใส่ใจต่อสถานการณ์ (Attentional deployment)** หมายถึง การปฏิบัติ

กิจกรรมของพยาบาลในการพบกันครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 3 ใช้เวลาทั้งสิ้น 60 นาที : เป็นการทำกิจกรรมร่วมกัน โดยการกำหนดสถานการณ์จากใบงานเกี่ยวกับการจำแนกสถานการณ์เมื่อสัมผัสสิ่งกระตุ้น มีการสำรวจอารมณ์ ความรู้สึก ( Feeling ) และการตอบสนอง ( Response) และให้ความรู้เรื่อง กลยุทธ์การกำกับอารมณ์เกี่ยวกับการใส่ใจต่อสถานการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจำแนกสถานการณ์จากสิ่งกระตุ้น ได้อย่างเหมาะสม ลดอคติเชิงบวก รวมทั้งการบ้านเพิ่มเติม และมีการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน

#### **การประเมินและเปลี่ยนความคิด (Cognitive change)** หมายถึง การปฏิบัติ

กิจกรรมของพยาบาลในการพบกันครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 4 ใช้เวลาทั้งสิ้น 90 นาที : เป็นการทำกิจกรรมร่วมกันโดยการกำหนดสถานการณ์ตามใบงานเกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์จากอารมณ์ ความรู้สึก ปฏิกริยาของร่างกายและพฤติกรรม ทำความเข้าใจลักษณะความคิดที่บิดเบือนความจริงของผู้ป่วย โรควิตกกังวล และให้ความรู้เรื่อง กลยุทธ์การกำกับอารมณ์ เกี่ยวกับการประเมินและเปลี่ยนความคิด และการประเมินสถานการณ์ใหม่ (reappraisal) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดเป็นคิดบวก ลดความคิดที่บิดเบือน ยอมรับเหตุการณ์ตามสภาพที่เป็นจริง นอกจากนี้มีการบ้านเพื่อให้มีการทบทวนและฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดอย่างต่อเนื่อง และมีการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน

#### **การปรับการตอบสนองทางอารมณ์ (Response modulation)** หมายถึง การ

ปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลในการพบกันครั้งที่ 4 เป็นกิจกรรมที่ 5 ใช้เวลาทั้งสิ้น 90 นาที: เป็นการทำกิจกรรมร่วมกัน โดยการกำหนดสถานการณ์ตามใบงาน เกี่ยวกับการปรับการตอบสนองอารมณ์ที่เหมาะสมหลังจากมีการประเมินสถานการณ์ มีการร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการระงับการแสดงออกอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดการยั่วยุทางอารมณ์ นอกจากนี้สามารถนำกลยุทธ์การกำกับอารมณ์ทั้งหมด มาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม และมีการอภิปรายและแสดงความคิดเห็นร่วมกัน

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพซึ่งโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีจัดให้ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลและครอบครัวในชุมชน ได้แก่การตรวจคัดกรองอาการวิตกกังวล การให้ความรู้เกี่ยวกับโรควิตกกังวล การรับประสานยาต่อเนื่องติดตาม

ดูแล และประเมินอาการซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน รวมทั้งการให้คำแนะนำผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัว ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบในการให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมอีกทางเลือกหนึ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. เป็นการเพิ่มพูนสมรรถนะของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนให้ครอบคลุมองค์รวม และสอดคล้องกับบริบทสังคมไทย



## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการกำกับอารมณ์ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสารบทความวิจัยวารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
  - 1.1 โรคซึมเศร้าและระบาดวิทยา
  - 1.2 การวินิจฉัยแยกโรคและการวินิจฉัยโรค
  - 1.3 สาเหตุของโรคซึมเศร้า
  - 1.4 อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า
  - 1.5 การดำเนินโรค
  - 1.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า
  - 1.7 การประเมินอาการซึมเศร้า
  - 1.8 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
  - 1.9 การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. แนวคิดเกี่ยวกับการกำกับอารมณ์
  - 2.1 ความหมายการกำกับอารมณ์
  - 2.2 ความหมายการจัดการกับอารมณ์
  - 2.3 องค์ประกอบของการกำกับอารมณ์
  - 2.4 กลยุทธ์การกำกับอารมณ์
  - 2.5 กระบวนการกำกับอารมณ์
  - 2.6 การประเมินการกำกับอารมณ์
3. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม
  - 3.1 โครงสร้างของกลุ่ม
  - 3.2 กระบวนการกลุ่ม
4. โปรแกรมการกำกับอารมณ์
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

### 1.1 โรคซึมเศร้าและระบาดวิทยา

#### ความหมายของโรคซึมเศร้า

สมภพ เรื่องตระกูล (2548) ได้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์เป็นสำคัญ เศร้าเบื่อหน่าย ท้อแท้หมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรงไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และมีความคิดอยากตาย

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2550) ได้ให้ความหมายของโรคซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์เศร้าที่เป็นอยู่นาน และไม่ดีขึ้นหรือมีอาการที่รุนแรงขึ้น จนมีอาการต่างๆ เช่นนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไร้ค่า หมดความสนใจต่อสิ่งต่างๆรอบตัวไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป มีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

กรมสุขภาพจิต (2554) ได้ให้ความหมายโรคซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์เศร้าหมองเบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวังไม่ยอมมีชีวิตอยู่ดำเนินตนเอง มองโลกในแง่ร้าย มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้สูญเสียหน้าที่ การงานชีวิตประจำวัน

สรุปโรคซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางอารมณ์เป็นสำคัญ มีอารมณ์เศร้า ร้องไห้บ่อย รู้สึกไม่มีคุณค่า เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจ สมาธิลดลง แยกตัว บกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพ เคลื่อนไหวเชื่องช้า มีความผิดปกติของการรับประทานอาหาร การนอนผิดปกติ น้ำหนักลด ประเมินคุณค่าของตนเองต่ำ มีการตำหนิและวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง มองภาพลักษณ์ตนเองบิดเบือนไป มีความคาดหวังในทางลบ มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจลำบาก เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย

#### ระบาดวิทยาโรคซึมเศร้า

จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา (Hasinet al., 2005 ; Kessler et al., 2005) พบว่าโรคซึมเศร้าพบได้บ่อย มีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ร้อยละ 13-17 พบในเพศหญิงมากกว่าชายประมาณ 2 เท่า พบการเกิดโรคได้ทุกวัย แต่มักเริ่มมีอาการในช่วงอายุ 19-44 ปี ร้อยละ 50 เริ่มมีอาการก่อนอายุ 40 ปี (Sadock&Sadock, 2007) ส่วนใหญ่เริ่มเกิดโรคช่วงอายุ 20-30 ปี (สุรพล วีระศิริ, 2547) ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้จะสูงขึ้นในผู้มีประวัติเป็นหม้าย หย่าร้าง มีรายได้ต่ำนอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมักจะมีโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยเฉพาะ substance dependence , panic disorder, generalize anxiety disorder และ personality disorder (Aibou&Allilaire, 2008)จากการสำรวจระดับชาติในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2551 (Kongsuk,2009)

พบความชุกของโรค (prevalence) ร้อยละ 3.2 พบในผู้หญิงมากกว่าในผู้ชายอัตราส่วน 1.6:1 และความชุกมากที่สุดในกรุงเทพมหานคร

## 1.2 การวินิจฉัยแยกโรคและการวินิจฉัยโรค

### 1.2.1 การวินิจฉัยแยกโรค

1.ภาวะซึมเศร้าจากโรคทางกายหรือจากยาและสาร โดยเฉพาะหากอาการเกิดขึ้นเร็ว (น้อยกว่า 4 สัปดาห์) ไม่มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน หรือมีอาการที่ไม่เป็นไปตามแบบฉบับ

2. โรคทางอารมณ์อื่นๆ ผู้ป่วยจะมีอาการบางช่วงเข้ากับอาการของโรคซึมเศร้าได้ เช่น ไบโพลาร์ชนิดที่ 1 (Bipolar I Disorder), ไบโพลาร์ชนิดที่ 2 (Bipolar II Disorder), schizoaffective disorder บางช่วงของชีวิตมีอาการที่เข้าได้กับโรคซึมเศร้า และบางช่วงมีอาการของ mania และ hypomania, โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (persistent depressive disorder/dysthymia) มีอาการซึมเศร้าที่มีอาการร่วมไม่มากเท่าโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) แต่อาการคงอยู่นานกว่า คืออย่างน้อย 2 ปี เป็นต้น

3. โรคจิต เช่น โรคจิตเภท (schizophrenia), โรคจิตเภทที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ (schizoaffective disorder), โรคหลงผิด (Delusional disorder) ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย แต่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีประวัติซึมเศร้ามาเป็นระยะเวลาหนึ่ง แล้วจึงเกิดอาการโรคจิตตามมา, โรค postpsychotic depressive disorder of schizophrenia ต้องมีประวัติป่วยด้วยโรคจิตเภทมาก่อน และในระยะเวลาที่มีอาการหลงเหลือ (residual phase) มีอาการที่เข้าได้กับโรคซึมเศร้า (major depressive episode)

4. โรควิตกกังวล ผู้ป่วยในกลุ่มโรควิตกกังวลจะมีอาการอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ หงุดหงิด สมาธิหรือความจำไม่ได้ บางครั้งอาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย สามารถวินิจฉัยแยกโรคได้ โดยดูอาการที่เริ่มต้นเป็นก่อน นอกจากนี้ผู้ป่วยโรควิตกกังวล จะมีอาการเด่นเป็น autonomic hyperactivity ร่วมกับมีความวิตกกังวลอยู่ตลอดเวลา

5. ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment disorder with depressed mood) ทั้งสองโรคอาจมีภาวะกดดัน (stressor) ก่อนเกิดอาการ และมีอาการซึมเศร้าได้ แต่แยกกันโดยระดับความรุนแรง หากอาการไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคซึมเศร้าจึงจะวินิจฉัยว่าเป็น adjustment disorder

6.ภาวะเพ้อ (hypoactive delirium) การที่ผู้ป่วยซึมลง พูดคุยน้อยลง สมาธิไม่ดี อาจมีอาการผิดปกติได้จนคล้ายกับโรคซึมเศร้า มักพบในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ที่ป่วยโรคที่รุนแรง

7.ภาวะสมองเสื่อม (major neurocognitive disorder หรือ dementia ใน DSM-IV-TR) เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอาจพบอาการด้านความคิดการรับรู้บกพร่อง (cognitive impairment) บางประการคล้ายผู้ป่วยสมองเสื่อม เช่น มีความจำ สมาธิ ลดลง แต่สาเหตุไม่ได้เกิด

จากสาเหตุทางกาย จึงเรียกว่า ภาวะ pseudodementia (dementia syndrome of depression) อาการอาจเกิด กับผู้ป่วยที่มีอายุไม่มากได้ มีจุดเริ่มต้นเกิดอาการค่อนข้างชัดเจน มีประวัติโรคซึมเศร้า ใส่ใจมากต่อความผิดปกติของความคิดการรับรู้ของตน เมื่อตรวจสอบสภาพจิตพบว่ามีอาการเศร้าและมักไม่ค่อยร่วมมือ มักตอบว่า”ไม่รู้” “ทำไม่ได้”

**8.ภาวะ uncomplicated bereavement ต้องแยกกับโรคซึมเศร้า (major depressive disorder)** โดยภาวะ uncomplicated bereavement เป็นปฏิกิริยาปกติที่เกิดหลัง การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รัก จะนึกถึงโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ถ้าผู้ป่วยมี อารมณ์เศร้าอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถมีความสุขในชีวิตได้เลย หรือหมกมุ่น ต่ำหนวิพากษ์วิจารณ์ ตนเองอย่างรุนแรง หรือรู้สึกไร้ค่า หรือคิดฆ่าตัวตาย เพราะรู้สึกว่าคุณค่า ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ หรือไม่สามารถจัดการกับความเจ็บปวดของอาการซึมเศร้าได้

**9.บุคลิกภาพผิดปกติแบบ borderline** เป็นบุคลิกภาพผิดปกติแบบหนึ่งซึ่งไม่มี ความแน่นอนมั่นคงในอารมณ์ พฤติกรรม ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และภาพลักษณ์ของตนเอง เป็นมา ยาวนาน มักรู้สึกว่างเปล่าอย่างเรื้อรัง ทนอยู่คนเดียวและทนเหงาไม่ได้ มักมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ไม่สามารถจัดการกับความเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของวงจรชีวิตได้ เช่น การเข้าทำงาน การมีบุตร

### 1.2.2 การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้ามีการแบ่งชนิดย่อยที่มีเกณฑ์การแบ่งเชิงปริมาณ คือจำนวน อาการ ระยะเวลา และเนื้อหาพิเศษเฉพาะ (ครณินทร์ กองสุข 2550) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่มี 2 ระบบคือ

1) ระบบ ICD-10 (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> Revision) เกณฑ์การจำแนกความผิดปกติทางพฤติกรรมและทาง จิตครั้งที่ 10 ขององค์การอนามัยโลก การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามคู่มือวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัย โลก ตามสังเขปดังนี้

เกณฑ์การวินิจฉัยตาม ICD-10

- F30 Manic episode
- F31 Bipolar affective disorders
- F32 Depressive episode
- F33 Recurrent depressive disorders
- F34 Persistent mood [affective] disorders
- F38 Other mood (affective) disorders
- F39 และ Unspecified mood (affective) disorders

ในกลุ่มโรค F30-39 จะวินิจฉัยตามอาการที่ผู้ป่วยแสดง (Symptoms) คือ

- 1) มีอารมณ์ซึมเศร้า
  - 2) ความสนใจความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆ แทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก
  - 3) น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นมาก (น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน ) หรือการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารมาก
  - 4) นอนไม่หลับ หรือหลับมากไป
  - 5) กระวนกระวาย อยู่ไม่สุข หรือเชื่องช้าลง
  - 6) อ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง
  - 7) รู้สึกตนเองไร้ค่า
  - 8) สมาธิลดลง ใจลอย หรือลังเลใจไปหมด
  - 9) คิดเรื่องการตาย คิดอยากตายกล่าวคือ
- ถ้ามีอาการแสดง 4 อาการจะวินิจฉัยเป็น โรคซึมเศร้าเล็กน้อย (mild depression) อาการแสดง 5-6 อาการ จะวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าปานกลาง (moderate depression) ถ้ามีอาการ 7 อาการหรือมากกว่า มีอาการทางจิตหรือไม่มี จะวินิจฉัยเป็น โรคซึมเศร้ารุนแรง(severe depression) (National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2003)

สมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 Diagnostic and statistical manual of mental disorder 5<sup>th</sup> edition (DSM-V) (American Psychiatric Association [APA], 2013) เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันซึ่งผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีอาการและพฤติกรรมดังนี้

เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-V มีอาการและอาการแสดงดังต่อไปนี้

ก. มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 5 ข้อโดยอย่างน้อยต้องมีข้อ 1 หรือข้อ 2 หนึ่งข้อ และมีอาการนานไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์

- 1) ซึมเศร้าโดยมีอาการเป็นเกือบทั้งวัน
- 2) ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในสิ่งต่างๆ ลดลงอย่างมาก
- 3) เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หรือกินจุ น้ำหนักเพิ่มขึ้น มากกว่าร้อยละ 5 ใน 1 เดือน
- 4) นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ
- 5) psychomotor agitation หรือ retardation (กระวนกระวาย ทั้งกายและใจหรือเชื่องช้าเชื่องซึม
- 6) อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
- 7) รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่สมเหตุผล

8)สมาธิลดลง ลังเลใจ

9)คิดเรื่องการตาย หรือการฆ่าตัวตาย

ข.อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน หรือทำให้การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม หรือหน้าที่ด้านอื่นที่สำคัญบกพร่องลงอย่างชัดเจน

ค. อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางกาย หรือการใช้สารเสพติด

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชตามการจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับประเทศไทยฉบับที่ 10 (ICD-10)อยู่ในหมวดภาวะซึมเศร้ารหัส F 32.0 – F 32.9 เนื่องจากสถานพยาบาลมักนิยมใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางกาย ยกเว้นสถานพยาบาลด้านจิตเวชเฉพาะทางบางแห่งเท่านั้นที่ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยตาม สมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 5 ((DSM-V) (American Psychiatric Association[APA], 2013)

### 1.3 สาเหตุของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นที่สำคัญ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

#### 1 ปัจจัยด้านชีวภาพ

1) พันธุกรรม (genetics) พบว่า พันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับสูงในโรคซึมเศร้าเช่น ญาติสายตรง (first-degree relatives) ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสเป็นโรครมากกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 2-3 เท่า (Ebert et al., 2008) อัตราการเกิดโรคร่วมกัน (concordance rate) ในฝาแฝดพบประมาณร้อยละ 37 และพบความผิดปกติของยีนที่สัมพันธ์กับการเกิดโรครถึงแม้ว่าจะยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่า เป็นความผิดปกติของยีนที่ตำแหน่งใดในครอบครัวที่มีผู้เป็นโรคซึมเศร้า คนในครอบครัวมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 2.8 เท่า อย่างไรก็ตาม การเกิดภาวะซึมเศร้าของคนในครอบครัว ยังขึ้นกับปัจจัยเหตุด้านอื่นๆอีกหลายด้าน ที่จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Shyn&Halmiton, 2010) นอกจากนี้นักทฤษฎีเชื่อว่ายีนที่มีลักษณะเด่นจะมีอิทธิพลหรือเป็นสาเหตุส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการแสดงออกที่มากกว่าปกติ เมื่อเกิดการสูญเสียทำให้เกิดอาการของความผิดปกติทางด้านอารมณ์ (Shives, 2012)

2) สารสื่อประสาท (neurotransmitter) การศึกษาพบว่าผู้ป่วยมี Norepinephrine serotonin และ dopamine ต่ำลง ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า หาก norepinephrine หรือ serotonin สูงขึ้นทำให้เกิดอาการคลุ้มคลั่ง (mania) ได้ นอกจากนี้อารมณ์ซึมเศร่ายังเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของ receptor ที่ (monoamine-deficiency hypothesis) เชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกัน มากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง และพบว่าสารสื่อประสาทอื่นๆเช่น acetylcholine , gamma-aminobutyric acid(GABA) ,



glutamate และ glycine อาจผิดปกติด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ ยังพบความผิดปกติของ second messenger system ซึ่งมีหน้าที่ควบคุม และประสานการทำงานภายในเซลล์ เช่นมีการลดลงของ inositol cyclic AMP เป็นต้น

### 3)ระบบต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine system)

a. การทำงานของ Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis (HPA- axis) เพิ่มขึ้นในภาวะซึมเศร้า ทำให้ระดับ glucocorticoid ในพลาสมาเพิ่มขึ้น ส่งผลยับยั้งกระบวนการ neurogenesis และ dendritic remodeling ใน hippocampus ทำให้เซลล์บริเวณ hippocampus ฝ่อหรือตายลงในแง่ของความสัมพันธ์กับอาการแสดง คาดว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน่าจะมีความผิดปกติบริเวณ limbic system ซึ่งเกี่ยวข้องกับอาการด้านอารมณ์ ความคิด บริเวณ hypothalamus ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมการหลั่งฮอร์โมนตลอดจน biological pattern และ บริเวณ basal ganglia ซึ่งเกี่ยวข้องกับ psychomotor activity

b. Growth hormone หลังน้อยกว่าปกติ เมื่อถูกกระตุ้นด้วย clonidine และพบความผิดปกติของ somatostatin ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของ growth hormone ด้วย

c. Thyroid axis activity พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 5-10 มีระดับ thyroid stimulating hormone (TSH) สูงขึ้นและระดับของ TSH สูงขึ้น เมื่อถูกกระตุ้นด้วย การให้ thyrotropin releasing hormone (TRH) (Sadock&Sadock, 2007) และผู้ป่วยร้อยละ 20-30 TSH จะหลังน้อยกว่าปกติ เมื่อถูกกระตุ้นด้วยTRH (blunt TSH response ) (Sadock& Sadock, 2007)

### 4)ความผิดปกติทางประสาทสรีรวิทยา (Neurophysiological abnormalities)

พบว่า โรคซึมเศร้าสัมพันธ์กับความผิดปกติทางด้านประสาทสรีรวิทยาของการนอน เช่น เวลการนอนโดยรวมลดลง มีช่วงหลับลึกน้อยลง (decrease slow wave sleep) เข้าสู่การนอนช่วง rapid eye movement (REM) เร็วขึ้น และ REM density เพิ่มขึ้น เป็นต้น

## 2.ปัจจัยด้านจิตสังคม

1) เหตุการณ์ในชีวิต และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ในชีวิตบาง เหตุการณ์ และความเครียดจากสิ่งแวดล้อมบางอย่าง สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า เช่น การสูญเสียพ่อแม่ก่อนอายุ 11 ปีการสูญเสียสามีหรือภรรยาการว่างงาน (Sadock&Sadock, 2007) เป็นต้น

2) บุคลิกภาพ ผู้ป่วยมักมีแนวคิดที่ทำให้ตนเองซึมเศร้า เช่น มองตนเอง หรือโลกในแง่ลบ เห็นแต่ความบกพร่องของตนเอง เป็นต้น แต่ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีบุคลิกภาพแบบใด ก็ สามารถป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ ขึ้นกับสถานการณ์แวดล้อมที่เข้ามากระตุ้น

### 3) ปัจจัยตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์

ตามแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ ฟรอยด์ อธิบายว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียความมั่นคงในตนเอง (collapse of self-esteem) การสูญเสียพ่อแม่หรือการต้องแยกจากบุคคลที่มีความสำคัญ (significant object) หรือคนที่รักในวัยเด็กเป็นผลให้หมดความสุข และการสูญเสียความผิดหวังที่ประสบต่อๆมา จะถูกปลุกเร้าให้มองตนเองในแง่ลบ รู้สึกผิดและหันความโกรธหรือ ความก้าวร้าวเข้าหาตนเอง (aggression turn-inward) เพราะความรู้สึกเศร้าโศกจากการสูญเสีย (Grief) ในวัยเด็กถูกเก็บกดลงไปสู่ระดับจิตไร้สำนึกจะยังคงอยู่ แล้วกลับมาปรากฏในช่วงวัยต่อมา (Shives, 2012) ส่วนกลไกทางจิตในช่วงระยะที่มีอาการรุนแรง จะเกิดขึ้นเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า ซึ่ง superego มีแนวโน้มที่จะควบคุม id ได้น้อย จึงแสดงออกด้วยความสนุกสนานเฮฮาพอใจในตนเอง ทำตามใจตนเอง (Fortinash and Holoday Worret, 2008)

#### 1.4 อาการและอาการแสดงโรคซึมเศร้า

##### 1.4.1 ความหมายอาการซึมเศร้า

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542) ให้ความหมายของอาการซึมเศร้า วิตกกังวล มีความคิดฆ่าตัวตาย คิดว่าตัวเองเป็นโรค ว่างซึม แยกตัวออกจากสังคม มีการเคลื่อนไหวเชื่องช้า อ่อนเพลีย และไร้เรี่ยวแรง

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2543) ให้ความหมายของอาการซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจหม่นหมอง หดหู่ และเศร้าสร้อย ร่วมกับมีความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง และมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) ความรุนแรงของความเศร้านั้นมีอยู่หลายระดับเริ่มแต่มีความเบื่อหน่ายเล็กน้อย ท้อแท้ไปจนถึงขั้นรู้สึกหมดหวังหมดอาลัยตายอยากต้องการหนีความลำบากทั้งหลายด้วยการทำลายตนเอง

Rushton และ คณะ (2002) ให้ความหมายของอาการซึมเศร้า หมายถึง อารมณ์ซึมเศร้า (โศกเศร้า อ้างว้าง หรือหงุดหงิด) ไม่เปล็ดเปล็น ในการปฏิบัติกิจกรรม รู้สึกไร้ค่า หรือ มีความรู้สึกผิดไม่เหมาะสม ความสามารถลดลง ขาดสมาธิอ่อนเพลีย เมื่อยล้า ไม่มีเรี่ยวแรง รับประทานอาหารนอนหลับ มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว อาการเหล่านี้ที่ยังไม่ได้รับเด่นชัดสำหรับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2545) ให้ความหมายของอาการซึมเศร้า หมายถึง การที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด โดยแสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติร้องไห้มากปฏิเสธการสังคมกับผู้อื่นอ่อนเพลียไม่มีแรงหดหู่ใจและอยากตาย

สรุปได้ว่า อาการซึมเศร้า หมายถึง การที่บุคคลมีอารมณ์ซึมเศร้ามากเกือบทั้งวัน เบื่อหน่าย ร้องไห้ง่าย ไม่เปล็ดเปล็น หงุดหงิดหรือ ฉุนเฉียวง่าย รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ตัดสินใจลำบาก มีความผิดปกติของการรับประทานอาหาร และการนอน ความต้องการทางเพศลดลงหรือไม่มี

เลย มีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียตลอดเวลา สมาธิลดลง คิดและวางแผน เรื่องการตาย

#### 1.4.2 ลักษณะอาการทางคลินิก

ลักษณะอาการทางคลินิก (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) ผู้ป่วยแต่ละรายอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกันดังนี้

**อาการด้านอารมณ์** ได้แก่ รู้สึกเศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย ผู้ป่วยไทยอาจไม่บอกว่าเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเดิม อารมณ์หงุดหงิดก็พบได้บ่อยเช่นกัน โดยอารมณ์เหล่านี้ จะเป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันเกือบทุกวันนานกว่า 2 สัปดาห์ขึ้นไป

**อาการด้าน neurovegetative** ได้แก่ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลียทั้งวัน ผู้ป่วยหญิงอาจมีประจำเดือนผิดปกติไป ผู้ป่วยบางรายอาจนอนหลับหรือกินมากกว่าปกติได้

**อาการด้าน psychomotor** อาจมี psychomotor retardation ได้แก่ อาการเชื่องช้า เฉื่อยชาลง พุดน้อย คิดนาน ซึม อยู่เฉยๆ ได้นานๆ ผู้ป่วยบางราย อาจมี psychomotor agitation คือ อาการกระสับกระส่าย อยู่เฉยไม่ได้ ลุกเดินไปมา

**อาการด้าน cognition** ได้แก่ สมาธิของผู้ป่วยแยลง เหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดอ่านเชื่องช้า ลังเลใจ ไม่มั่นใจตัวเอง ผู้ป่วยจะมองโลกและชีวิตของตนเองในแง่ลบ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมายต่อใคร บางคนรู้สึกผิด หรือตำหนิตนเอง แม้เป็นสิ่งที่ผู้อื่นเห็นว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย ผู้ป่วยอาจจะมีความคิดอยากตาย ไปจนถึงการลงมือฆ่าตัวตายในที่สุด

Beck (1967) แบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า โดยพิจารณาจากอาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้าที่แสดงออก โดยมีความผิดปกติ 4 ด้าน คือ ด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ ด้านร่างกายและพฤติกรรม โดยแบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าออกได้ 3 ระดับคือ อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง และอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 1.อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย พิจารณาจากอาการและอาการแสดงดังนี้

1.1 ด้านความคิด มักชอบเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น แล้วคิดว่าตนเองด้อยกว่า คิดว่าปัญหาหรือความยากลำบากต่างๆที่เผชิญอยู่เป็นความผิดของตนเอง รู้สึกผิดเกินกว่าความเป็นจริง มองโลกในแง่ร้าย ตัดสินใจช้า ไม่พอใจในรูปลักษณ์ของตนเอง

1.2 ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้า ไม่สดชื่นแจ่มใส ซึ่งอารมณ์เศร้านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นๆลงๆทั้งวัน แต่ก็ยังมีบางช่วงเวลาที่มึอารมณ์สดชื่น บางครั้งอารมณ์เศร้าก็มีสาเหตุเพียงพอ บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใดๆ มีความรู้สึกผิดหวังกับตนเอง ไม่ค่อยมีความรู้สึกสนุกสนาน

ไม่พึงพอใจกับสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทั้งเรื่องครอบครัว เพื่อน การทำงานกิจกรรมต่างๆ ความกระตือรือร้นในการทำงานต่างๆลดลง ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมน้อยลง ร้องไห้ง่ายกว่าปกติ

1.3 ด้านแรงจูงใจ ไม่อยากปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หลีกเลี้ยงหรือผ่อนผันในการทำกิจกรรมต่างๆ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีความต้องการที่จะตาย

1.4 ด้านร่างกายและพฤติกรรม ความอยากอาหารลดลง หลับยากกว่าปกติ ตื่นนอนเร็วกว่าเวลาปกติเล็กน้อย ความต้องการทางเพศลดลง เหนื่อยง่ายกว่าปกติ

## 2. อาการซึมเศร้าระดับปานกลาง พิจารณาจากอาการและอาการแสดงดังนี้

2.1 ด้านความคิด มักคิดว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว ไม่มีประสิทธิภาพ มองปัญหารุนแรงเกินความเป็นจริง มองอนาคตอย่างสิ้นหวัง คิดว่าสิ่งต่างๆที่ตนเองทำไปไม่ประสบความสำเร็จ โทษตนเอง แม้แต่เรื่องที่ไม่ใช่ความรับผิดชอบของตน หรือเป็นเรื่องที่อยู่เหนือการควบคุมของตน ตัดสินใจยาก แม้แต่เรื่องเล็กน้อย เช่นเลือกเสื้อผ้าที่จะแต่งตัว เป็นต้น วิตกกังวลว่าร่างกายมีความผิดปกติเกิดขึ้น แม้ยังไม่มีอาการแสดง

2.2 ด้านอารมณ์ มีอารมณ์เศร้ารุนแรงและเกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน มักมีอาการรุนแรงมากที่สุด หลังตื่นนอนตอนเช้า รู้สึกดูถูกตนเอง รู้สึกเบื่อหน่ายเกือบตลอดเวลา ความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อมลดลง ไม่มีอารมณ์ขัน ร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล

2.3 ด้านแรงจูงใจ ไม่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ แต่ยังสามารถบังคับตนเองหรือถูกผู้อื่นกระตุ้นให้ปฏิบัติได้ รู้สึกจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น มีความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ต่างๆที่ตนเองเผชิญอยู่ หลีกเลี้ยงและแยกตัวออกจากสังคม ความต้องการที่จะตายรุนแรง และถี่ขึ้น มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย

2.4 ด้านร่างกายและพฤติกรรม แทบจะไม่อยากรับประทานอาหาร หรือลิ้มรับประทานอาหารไปเลย ตื่นนอนเร็วกว่าปกติ 1-2 ชั่วโมง นอนหลับไม่สนิท รู้สึกอ่อนล้าตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้า เหนื่อยง่าย รู้สึกไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ

## 3. อาการซึมเศร้าระดับรุนแรง พิจารณาจากอาการและอาการแสดง ดังนี้

3.1 ด้านความคิด คิดว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ล้มเหลวทุกสิ่งทุกอย่าง เป็นคนไม่ดี ไม่มีประโยชน์ สร้างภาระให้ผู้อื่น ตัดสินใจไม่ได้เลย คิดว่ามีความผิดปกติกับร่างกาย คิดว่าตนเองเป็นที่รังเกียจของสังคม

3.2 ด้านอารมณ์ มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากสิ้นหวัง รังเกียจตนเอง เห็นว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ไม่มีอารมณ์พึงพอใจกับสิ่งใด ๆ เลย หหมดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เฉยชา ร้องไห้จนไม่มีน้ำตา

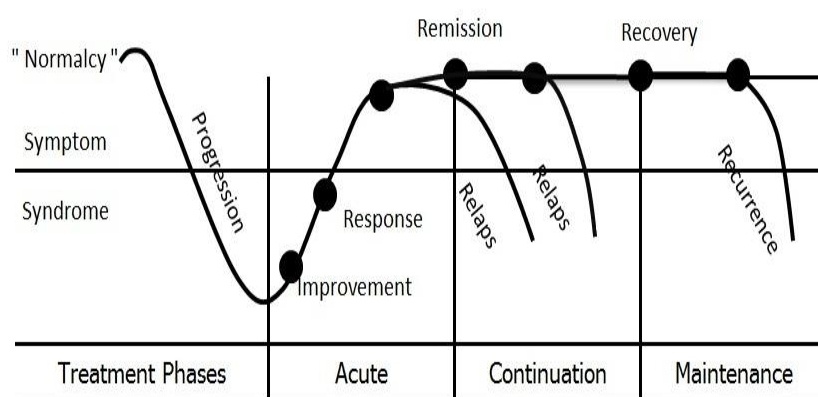
3.3 ด้านแรงจูงใจ หหมดแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ทุกชนิด แม้จะถูก

ผู้อื่นกระตุ้นให้ทำ ต้องให้ผู้อื่นดูแลตนเองทั้งหมด แทบจะไม่มี การเคลื่อนไหว รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ จนกระทั่งรู้สึกว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไป

3.4 ด้านร่างกายและพฤติกรรม ไม่รับประทานอาหารเช้า น้ำหนักลด นอนหลับได้ 4-5 ชั่วโมงต่อวัน ตื่นนอนแล้วไม่สามารถกลับไปหลับต่อได้อีก หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศ อ่อนล้า จนไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆได้

### 1.5 การดำเนินโรค

โรคซึมเศร้า มีการดำเนินของโรคหลายระยะ มีรายละเอียดดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558)



ภาพที่ 1 ระยะต่างๆของโรคซึมเศร้าและการรักษา (Kupfer&Frank,1991)

Episode คือ ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ depressive, manic หรือ hypomanic episode

Remission คือ ช่วงระยะเวลาที่ผู้ป่วยไม่มีอาการเลยหลังได้รับการรักษา แต่ยังไม่ถึง 2 เดือน

Recovery คือ ช่วงที่ผู้ป่วยไม่มีอาการเลยมากกว่าหรือเท่ากับ 2 เดือน

Relapse คือ ช่วงที่ผู้ป่วยกลับมีอาการเลยมากขึ้นในช่วงที่มี partial หรือ full remission

Recurrence คือ ช่วงที่ผู้ป่วยกลับมามีอาการอีก หลังจากที่มี recovery ซึ่งหมายถึงเกิด episode ใหม่ของโรค

ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีอาการอยู่นานประมาณ 6-13 เดือน (Sadock&Sadock, 2007) ถึงแม้อาการจะหายไปเอง แต่ผู้ป่วยก็ควรได้รับการรักษา เนื่องจากอาการของโรคจะส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วย หากได้รับการรักษาจะมีอาการนานประมาณ 3 เดือน นอกจากนี้โรคซึมเศร้ามักมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง และความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ

จะยิ่งเพิ่มขึ้นในแต่ละครั้งหลังจากมีอาการ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการครั้งแรกมีโอกาสที่จะกลับเป็นซ้ำในครั้งต่อไปร้อยละ 50 และผู้ป่วยที่มีอาการครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 มีโอกาสเกิดครั้งต่อไป ร้อยละ 70 และ 90 ตามลำดับ และประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยที่เป็น major depressive disorder single episode พบเกิด manic episode ในครั้งถัดมา

### 1.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าได้แก่

1. เพศ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า จากการศึกษาของเบ็คพบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะพบอาการซึมเศร้ามากกว่าในเพศชาย (Beck, 1967) และมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้าได้มากกว่าเพศชาย จากการศึกษาของงานวิจัยเชิงระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า พบว่าโรคซึมเศร้าพบในเพศหญิงมากกว่าชาย (Kuehner, 2003) ซึ่งพบอุบัติการณ์ในผู้หญิงประมาณ 2 เท่าของผู้ชาย (Vikram, 2005) สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาของกรมสุขภาพจิต พบความชุกของโรคซึมเศร้า ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อัตราส่วน 1.6 ต่อ 1 องค์การอนามัยโลก กล่าวว่า เพศมีอิทธิพลต่อการเกิดอาการซึมเศร้าในผู้หญิงและผู้ชายแตกต่างกัน (WHO, 2002) ซึ่งเกิดจากความคาดหวังของสังคม เป็นสิ่งที่เรียนรู้ ถ่ายทอดผ่านกระบวนการเรียนรู้ และขัดเกลาทางสังคมและ มีความแตกต่างในแต่ละสังคม ขึ้นอยู่กับค่านิยม ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม การศึกษา ชนชั้น (Piccinell&Wikinson, 2000) ซึ่งความแตกต่างของการเกิดอาการซึมเศร้าในเพศหญิงและชาย อาจจะเป็นผลมาจากค่านิยม ความเชื่อว่าผู้หญิงมีความอดทนน้อยกว่าผู้ชาย และมีแนวโน้มจะรายงานอาการไม่สบายทางกาย การแสดงออกทางอารมณ์ชัดเจนกว่า

2. อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการซึมเศร้า จากการศึกษาของเบ็ค (Beck, 1967) พบว่า อาการซึมเศร้าสามารถพบได้ทุกช่วงอายุ มักพบในวัยกลางคน หรือวัยผู้ใหญ่ จากพัฒนาการของอีริคสัน ระยะต้นของวัยผู้ใหญ่ (Early adult period) อายุ 20-40 ปี เป็นขั้นความใกล้ชิดสนิทสนมกับความรู้สึกเปล่าเปลี่ยว (Intimacy or Isolation) ระยะนี้เริ่มมีการแต่งงาน และชีวิตครอบครัว หรือทำงานกับผู้อื่นได้ หากสามารถบรรลุอัตลักษณ์ของตนเอง ก็จะสามารถสร้างและแลกเปลี่ยนความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น หากไม่ประสบความสำเร็จ จะทำให้ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์อย่างแน่นแฟ้นกับบุคคลอื่นๆ ได้ จะทำให้รู้สึกเหงา เปล่าเปลี่ยว ไม่รู้จะพึ่งพาใคร และระยะผู้ใหญ่ (Adult period) อายุ 40-60 ปี เป็นระยะที่บุคคลสนใจกับโลกภายนอก ริเริ่มสร้างสรรค์งานต่าง ๆ เพื่อสังคม คิดถึงผู้อื่น หากบุคคลที่ไม่สามารถทำเช่นนี้ได้ จะมีความรู้สึกคิดถึง หมกมุ่นอยู่กับตนเอง เป็นคนที่เอาตนเองเป็นศูนย์กลาง มีชีวิตอย่างไร้ความสุข ดังนั้นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง เป็นวัยที่มีภาวะความรับผิดชอบที่มากขึ้น ต้องสร้างรากฐานของชีวิต ความคาดหวังต่อการมีครอบครัวที่อบอุ่น การมีรายได้สูงและมั่นคง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ หงุดหงิด

ง่าย สมานธิสั้น ซึมเศร้า หดหู่ ควบคุมอารมณ์ได้น้อยลง สมรรถภาพการทำงานลดน้อยลง อาจเกิดจากการเบื่อหน่ายในงานซ้ำซากจำเจ เกิดสะสมเป็นความเครียด (พูนศรี รังสีขจี, 2549)

3. สถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า จากการศึกษาพบว่า Life (1988) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับสถานภาพสมรสโดยใช้ 29 – item index of psychiatric symptoms ซึ่งนำมาเพียง 10 items สำหรับวัดสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับอาการภาวะซึมเศร้าซึ่งได้แก่ เบื่ออาหาร เหนงา สนใจสิ่งต่าง ๆ น้อยลง ขาดความสนใจทางเพศ มีความผิดปกติเรื่องการนอนหลับ รู้สึกอยากร้องไห้ รู้สึกเศร้า รู้สึกเซื่องซาลง สิ้นหวังเกี่ยวกับอนาคตและรู้สึกอยากตาย พบว่าภาวะซึมเศร้าพบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่หย่าร้างร้อยละ 27 และเป็นหม้ายร้อยละ 21 นอกจากนี้จากการศึกษาของ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2553) วิกิพีเดีย (Wikipedia, 2008) กล่าวว่า สถานภาพสมรสเป็นสิ่งที่แสดงถึงการสนับสนุนประคับประคอง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ได้แก่ การดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย ความปรารถนาดี การเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การแบ่งปันประสบการณ์ และการได้รับความช่วยเหลือและการปฏิบัติจากบุคคลในครอบครัว เป็นปัจจัยที่ช่วยลดการเกิดโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า จากการศึกษาของเจษฎา ทองเถาว์ และคณะ (2552) ศึกษาความชุกของอาการซึมเศร้าในพยาบาลของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า และการศึกษาในประเทศสวีเดนและนอร์เวย์ เกี่ยวกับพื้นฐานความเชื่อสาเหตุของโรคซึมเศร้า พบว่าการประสบปัญหาเกี่ยวกับคู่สมรสเป็นสาเหตุของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 56.6 (Lauber, Falcatto, Nordt, & Rossler, 2003)

4. ระดับการศึกษา พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า เบ็ค (Beck, 1967) กล่าวว่า ระดับการศึกษาเป็นตัวชี้บ่งสถานะทางสังคม จากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายว่า ผู้ที่มีการศึกษต่ำมีคะแนนอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง จากการศึกษาของเจษฎา ทองเถาว์ และคณะ (2552) ศึกษาความชุกของอาการซึมเศร้าในพยาบาลของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า ผู้ที่จบปริญญาตรีมีความชุกของอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่จบปริญญาโท คือ ร้อยละ 35.1 และ ร้อยละ 21.5 ตามลำดับ ซึ่งชาญกัญญา ตันติลีปกร (2547) กล่าวว่า การศึกษต่ำมักจะมีตำแหน่งหน้าที่ การงานที่ไม่ดี เกิดความไม่มั่นคงในงาน ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของตนเองได้ นอกจากนี้ผู้มีการศึกษาน้อยจะมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับมาแก้ปัญหา หรือป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก (Jenkins as cited in Jalowice & Power, 1986) ระดับการศึกษามีผลต่อสภาวะทางอารมณ์ เพราะการศึกษาสูงจะมีส่วนช่วยให้มีแนวทางการคิดแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น แต่ในบางการศึกษากลับพบโรคซึมเศร้าในคนที่มีการศึกษาสูง เช่น การศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในคู่สมรสของผู้ป่วยที่ติดสุราที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ของ พูนศรี รังสีขจีและคณะ (2549) อธิบายว่าจากมี

ความกดดันจากการถูกคาดหวังของสังคม และบทบาทที่ถูกมองจากคนรอบข้าง จึงทำให้เกิดความเครียดและเป็นโรคซึมเศร้า

5. รายได้ หลายการศึกษา พบว่ารายได้เป็นปัจจัยที่อิทธิพลต่อการเกิดอาการซึมเศร้า บทบาทของคนทำงาน การมีอาชีพทำให้เป็นที่ยอมรับ เป็นคนที่มีคุณค่า สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้กับตนเองและครอบครัว ดังนั้นเพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าว บุคคลอาจจะต้องใช้ความพยายามเป็นอย่างมาก อาจจะต้องสละสิ่งหนึ่ง เพื่อให้ได้มาเพื่อสิ่งหนึ่ง เช่น อาจจะต้องทนทำงานหนัก และน่าเบื่อ เพื่อให้มีรายได้ เพียงพอสำหรับเลี้ยงตนเองและครอบครัว (Miller, Smith & Larry, 1993) รายได้ เป็นปัจจัยที่ช่วยตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัว และการดำรงชีวิตประจำวันให้ดำเนินไปด้วยความราบรื่น เป็นที่ยอมรับของสังคม ครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอ จะทำให้การดำรงชีวิตในสังคมดำเนินไปด้วยความยากลำบาก ขาดแคลนโอกาสในด้านต่างๆ เช่น การเข้าถึงบริการพื้นฐานทางสังคม (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งชาติ, 2551) จากรายงานของกรมสุขภาพจิต (2545) กล่าวว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การมีปัญหาการเงิน รายได้ที่ไม่เพียงพอทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ และ ครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีของครอบครัว ทำให้เกิดการรับรู้ว่าเป็นสถานการณ์วิกฤติที่ลดลงจากการศึกษาของ วรณภา ด่านธวานิช (2551) ศึกษาอาการซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับอาการซึมเศร้า แสดงให้เห็นว่ารายได้ของครอบครัวที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าที่ลดลง

6. การเจ็บป่วย ผลการวิจัยแทบทุกรายงาน ได้สรุปว่าโรคและการเจ็บป่วยเป็นสาเหตุสำคัญ ของอาการซึมเศร้า เช่น จากการศึกษาของ Blazer และคณะ (1991) พบว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Williamson และคณะ (1992) พบว่าความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต และความไร้สมรรถภาพจากร่างกายมีความพิกการเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนั้น Brown และคณะ (1995) ก็ยังพบว่าบุคคลที่มีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีจะมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ นิพัทธ์กาญจนธนาเลิศ (2548) พบว่าการเจ็บป่วยส่งผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้า ภาวะร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ ความเครียดจากสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ส่งผลให้บุคคลเกิดอาการซึมเศร้า เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้บุคคลรู้สึกกังวล ไม่แน่ใจ หวาดกลัว รู้สึกตนเองไร้ค่า เป็นภาระแก่คนอื่น รู้สึกท้อแท้ พ่ายแพ้ สูญเสียและหมดหวัง (ชนานิล ชัยโกวิทย์ และ ดาวชมพู พัฒนประภาพพันธุ์, 2548) นอกจากนี้ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง สภาวะของโรค การกำเริบบ่อย อาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีพยาธิสภาพเสื่อมถอยลง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง จะมีผลกระทบต่อมโนทัศน์ของตนเอง รู้สึกสูญเสียความสามารถในการพึ่งตนเอง อีกทั้งทำให้รู้สึกโกรธ เมื่อไม่ได้ตั้งใจหรือไม่พึงพอใจ และไม่ภาคภูมิใจในตนเองจากสมรรถภาพที่ลดลง นำไปสู่ปัญหาทางด้านจิตใจได้ โดยเฉพาะอาการ



ซึมเศร้า ประกอบกับการที่ต้องเข้ารับการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ในการวางแผนชีวิตตนเองและครอบครัว นำไปสู่การขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติภารกิจดูแลตัวเอง และส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ บางรายที่อยู่ในโรงพยาบาลนาน ทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังยิ่งขึ้น (ชัดเจน จันทรพัฒน์ และคณะ, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ (2550) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคซึมเศร้าของคนไทย ปี 2549 พบว่า การมีโรคประจำตัวรุนแรงเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 4.13 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ไม่มีปัจจัยเสี่ยง

7. ลักษณะครอบครัว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้าได้เช่นกัน ครอบครัวจัดเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลเผชิญกับปัญหาที่ไปเกี่ยวข้องได้ดี สมาชิก มีหน้าที่หลัก คือ การให้ความรัก ความอบอุ่นแก่กัน อีกทั้งจะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเชื่อว่า มีคนให้ความรัก เอาใจใส่ และเห็นคุณค่า จึงเกิดพลังแรงจูงใจให้สามารถเผชิญอุปสรรคต่างๆ ได้ ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้น้อย (ชัดเจน จันทรพัฒน์ และคณะ, 2547) การที่บุคคลขาดการติดต่อครอบครัว หรือจากครอบครัวเป็นเวลานาน จะทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่ง และเมื่อต้องเผชิญความเครียดตามลำพัง ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า หมดหวัง ท้อแท้ (พัชรี พรหมทับ, 2551) จากการศึกษาของ พิมพ์พร สุขเสถียร และมาโนช หล่อตระกูล (2552) ศึกษาความพึงพอใจ ในชีวิตสมรสของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตสมรส คือ ความช่วยเหลือจากคนอื่นในครอบครัว

8.การกำกับอารมณ์ (Emotion regulation) การกำกับอารมณ์มีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าคือ การบกพร่องของทักษะการกำกับอารมณ์พบในผู้มีอาการซึมเศร้า (Aldao and Nolen-Hoeksema, 2010 ; Joormann and D'Avanzato, 2010) การบกพร่องการกำกับอารมณ์ไม่เพียงแต่เกิดขึ้น พร้อมกับอาการซึมเศร้าเฉียบพลัน แต่ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ต่อเนื่องมากขึ้นสำหรับการพัฒนาของการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้า (Gross & Munoz, 1995 ; Kring & Werner, 2004 ; Rude & McCarthy, 2003) ความบกพร่องของการกำกับอารมณ์ในผู้ป่วยซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ของอารมณ์ ทำให้อารมณ์ ความรู้สึกถูกรบกวนจากอาการซึมเศร้า (Thompson et al., 2011) นอกจากนี้พบว่า บุคคลที่มีอาการซึมเศร้ามีความสามารถในการกำกับอารมณ์ที่ยากกว่าบุคคลอื่นที่ไม่มีอาการซึมเศร้า (Campbell-Sills and Barlow, 2009 ; Davidson et al., 2002 ; Ehring et al., 2008) จากการศึกษาของ Kovacs, Joormann and Gotlib (2008) กล่าวว่า ความบกพร่องของการกำกับอารมณ์แสดงถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการซึมเศร้า

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าข้างต้นพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา การเจ็บป่วย การกำกับอารมณ์

## 1.7 การประเมินอาการซึมเศร้า

จากการทบทวนวรรณกรรม อาการซึมเศร้าสามารถประเมินได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าพบว่า ประเมินภาวะซึมเศร้าที่เป็นที่นิยม จะใช้รูปแบบการตอบแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ประเภท (ศิริรัตน์ วิจิตตระกูลถาวร, 2545 ; ธรินทร์ กองสุข, 2550 ; สายฝน เอกวารงกูร, 2554)ดังนี้

1.7.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในลักษณะให้ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์เป็นผู้ประเมิน และรายงานภาวะซึมเศร้า (Professional report) เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประเมินสภาพและให้คะแนนตามข้อคำถามที่กำหนดในแบบสอบถามได้แก่

1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของแฮมิลตัน (Hamilton Rating Scale for Depression [HRSD- 17]) Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ได้รับความนิยมและยอมรับจากทุกวิชาชีพ สำหรับนำมาใช้ในทางคลินิกอย่างกว้างขวาง สร้างโดยศาสตราจารย์ Hamilton จิตแพทย์ชาวอังกฤษในปี ค.ศ. 1960 ต่อมามีการปรับปรุงในปี ค.ศ. 1967 และแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ (2539 : 235-246) วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เพื่อดูความแม่นยำตรงความน่าเชื่อถือ และค่าความสอดคล้องภายในอยู่ในเกณฑ์ดีเท่ากับ 0.87 ความแม่นยำตรงเมื่อเปรียบเทียบกับ Global Assessment Scale (concurrent validity) อยู่ในเกณฑ์ดี (Spearman's correlation coefficient เท่ากับ -0.8239 ( $p < .0001$ )) ค่าความสอดคล้องภายใน (internal consistencies) เป็นที่น่าพอใจ (standardized cronbach's coefficient เท่ากับ 0.7380) ดังนั้น จึงสามารถใช้ได้ดีสำหรับการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าสำหรับคนไทย แบบประเมินแต่ละข้อคำถาม แบ่งระดับคะแนนความรุนแรงของอาการซึมเศร้าออกเป็น ตั้งแต่ 0-2 หรือ 0-4 โดยทั่วไปการให้คะแนนข้อคำถามแบบ 0-2 คะแนน มักจะให้ 0 เท่ากับไม่มี (absent) 1 เท่ากับระดับเล็กน้อย (probable or mild) และ 2 เท่ากับระดับมาก (definite) ขณะที่การให้คะแนนข้อคำถามแบบ 0-4 คะแนน มักจะให้ 0 เท่ากับไม่มี (absent) 1 เท่ากับระดับเล็กน้อย (doubtful to mild) 2 เท่ากับระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (mild to moderate) 3 เท่ากับระดับปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe) และ 4 เท่ากับระดับรุนแรงมาก (very severe) ผู้ประเมินจะเป็นผู้พิจารณาให้คะแนนโดยอาศัยข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ร่วมกับข้อมูลประกอบกับแหล่งอื่นๆ เช่น รายงานของทมิสุขภาพ การให้ข้อมูลของญาติ เป็นต้น ทั้งนี้ แบบประเมินจะมีคำอธิบายแนวทางการให้คะแนนระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ แบบประเมินนี้มีข้อดีคือ มีจำนวนข้อไม่มาก ใช้เวลาไม่นาน ไม่ยากในการประเมิน มีความแม่นยำในการวัด การเปลี่ยนแปลงของโรคสูง เป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษา ข้อจำกัดคือ มีข้อคำถามที่มีอาการทางด้านร่างกายมาก ทำให้ความซุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ เหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและผู้สูงอายุ

## 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ มอนท์โกเมอรี และแอสเบอร์ก

Montgomery Asberge Depression Rating Scale [MADRS] สร้างโดย Stuart Montgomery และ Asberge ในปี ค.ศ. 1979 เพื่อใช้ประเมินผลการรักษาผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วยยาต้านภาวะซึมเศร้า ได้แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย รณชัย คงสกotch และคณะ (2546) โดยทดลองใช้ในผู้มีภาวะซึมเศร้า ที่สามารถให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์อายุ 18-52 ปีจำนวน 40 คน ในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วย ในภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ประกอบด้วยคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อ โดยแต่ละข้อมีระดับคะแนนเป็นเลขคู่ ตั้งแต่ 0-6 คะแนนมีความถูกต้องในเนื้อหา (Content Validity) อยู่ในระดับที่ดีถึงดีมากมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) อยู่ในเกณฑ์ดี (Kappa=0.78) และมีค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) อยู่ในเกณฑ์ที่ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient=0.08048 แบบประเมินฉบับนี้ข้อดี คือ จำนวนข้อไม่มาก เจาะจงกับประเมินภาวะซึมเศร้า และค่อนข้างไวต่อความเปลี่ยนแปลงของระดับความรุนแรงและของภาวะซึมเศร้า เหมาะในการใช้ประเมินการรักษาโรคซึมเศร้า แต่มีข้อจำกัดคือ แบบประเมินนี้ต้องใช้การสัมภาษณ์ ประกอบการสังเกตสภาพจิต จึงจะได้ที่ผลสมบูรณ์

## 3) แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคจิตเวช ( Mini Interview

Neuropsychiatric Interview [M.I.N.I]) เป็นเครื่องมือที่ Sheehan และคณะสร้างขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1998 นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และคณะในปี พ.ศ.2548 เป็นเครื่องมือสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างอย่างสั้น เพื่อการวินิจฉัยโรคจิตเวช พัฒนาขึ้นโดยความร่วมมือของ นักวิชาการจากประเทศสหรัฐอเมริกา และยุโรป ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของโรค DSM-IV และ ICD-10 เครื่องมือนี้พัฒนาขึ้นเพื่อการวินิจฉัยทางโรคจิตเวชที่พบบ่อยได้อย่างถูกต้อง (12-month prevalence of 0.5%) มีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัยโรคใน DSM-IV axis-I ความเจ็บป่วยในปัจจุบัน short but accurate เพื่อใช้ในเวชปฏิบัติทั่วไป การทำการวิจัย การสำรวจระบาดวิทยา ไม่สามารถใช้แทนการตรวจวินิจฉัย โดยจิตแพทย์และแพทย์ได้ บุคลากรทางจิตเวชที่ผ่านการอบรมระยะสั้น สามารถใช้เครื่องมือได้ ใช้เวลาสัมภาษณ์ 15 นาที มีความแม่นยำและความน่าเชื่อถือได้สูง เป็นเครื่องมือเพื่อสัมภาษณ์ทางเทคนิค ประกอบด้วยคำถามคัดกรองเบื้องต้น และคำถามรายละเอียด เฉพาะอาการในแต่ละวินิจฉัย มีทั้งหมด 16 ชุดวินิจฉัย ได้แก่ โรคหรือภาวะในกลุ่ม Axis I 14 ชุดวินิจฉัย ภาวะฆ่าตัวตาย และบุคลิกภาพผิดปกติ ในกลุ่ม Axis II 1 ชุดวินิจฉัย ในทุกชุดวินิจฉัยจะ เริ่มต้นด้วยคำถามคัดกรองก่อน ยกเว้นภาวะฆ่าตัวตาย และโรคจิตที่ไม่มีคำถามคัดกรอง หากผู้ป่วย ตอบปฏิเสธ ในคำถามคัดกรองนั้น ผู้สัมภาษณ์ก็จะข้ามไปถามชุดวินิจฉัยถัดไป ถ้าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ ตามคำถามคัดกรอง ก็จะถามเพิ่มเติมรายละเอียดเฉพาะอาการในการวินิจฉัยโรคนั้น การสัมภาษณ์จะ ดำเนินไปในลักษณะเช่นนี้ทุกชุด ทำยสุดสามารถสรุปได้ว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยใดบ้าง นอกจากนี้ ยังได้ระบุนกรอบระยะเวลาอย่างชัดเจน เช่น กำลังป่วยอยู่ (current) หรือเคยป่วยในอดีต

(past) หรือเป็นการเจ็บป่วยในชีวิตที่ผ่านมาหรือ เป็นการเจ็บป่วยในช่วงตลอดชีวิตที่ผ่านมา (lifetime)

4) แบบประเมินโรคซึมเศร้าชนิด 9 คำถาม (The Patient Health Questionnaire: PHQ-9) พัฒนาโดย โรเบิร์ต และคณะ (Spitzer, Kroenke & Williams, 1988) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่ และเป็นที่ยอมรับใช้วัดความรุนแรงของโรคซึมเศร้าในระดับปฐมภูมิ ซึ่งพัฒนาแปลเป็นภาษาไทยและภาษาอีสาน โดยจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน และคณะ (2549) มีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับ 75.68 % และมีค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับ 92.85 % ค่าความตรง (correctly classified) เท่ากับ 92.22 % PHQ-9 ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อที่สัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า คำตอบเป็นมาตรวัด 4 ระดับ คือ “ไม่เลย” “มีบางวัน” “มีบ่อย” หรือ “มีเกือบทุกวัน” หลังจากนั้น จะมีคำถามสุดท้ายเกี่ยวกับปัญหาในการทำงานและมีตัวเลือก 4 คำตอบคือ “ไม่มีปัญหา” “มีปัญหาบ้าง” “มีปัญหามาก” หรือ “มีปัญหามากที่สุด” โดยแบ่งระดับคะแนนเป็นช่วง 0-3 คะแนนมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-27 คะแนน เป็นการประเมินอาการในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับ 7-12 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Major Depression, Mild) 13-18 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง (Major Depression, Moderate) มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (Major Depression, Severe) ต่อมา ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2550) ได้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า ที่ตรงกับบริบทของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จากการหาจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมโดยการทำ Receiver Operating Characteristic Curve analysis ได้=0.9283 (95% CI=0.8931-0.9635) คือจุดตัดที่ 7 คะแนนขึ้นไป มีค่าความไวสูงร้อยละ 75.68 ค่าความจำเพาะสูงร้อยละ 93.37 เมื่อเทียบกับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (MDD) ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้า 11.14 เท่า มีความแม่นยำในการวัดการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้า อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ใช้เวลาน้อย มีจำนวนข้อไม่มาก เหมาะสำหรับในการประเมินอาการของโรค นอกจากนี้ เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับประเมิน Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17) พบว่า 9Q มีค่า Cronbach's Alpha รายข้ออยู่ระหว่าง 0.7836-0.8210 และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.821 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.719 (P-value<0.001) มีค่าความไว ค่าความจำเพาะและค่า Likelihood Ratio ร้อยละ 85.72 และ 3.04 (95% CI=2.16-4.26) ตามลำดับ เมื่อแยกตามระดับความรุนแรง พบว่า ในระดับอาการน้อย มีค่าความไว ค่าความจำเพาะ และค่า Likelihood Ratio ร้อยละ 61.76 และ 2.85(1.65-4.04) ตามลำดับ ระดับอาการปานกลางร้อยละ 76.94 และ 13.00 (4.85-34.87) ตามลำดับ ระดับอาการรุนแรงร้อยละ 93.98 และ 60.36 (8.58-424.35) ตามลำดับ โดยสรุปแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม เมื่อเทียบกับเครื่องมือมาตรฐานระดับสากล พบว่ามีความเที่ยงระดับดีมาก และมีความจำเพาะค่อนข้างสูง ลักษณะคำถาม สามารถประเมินได้ด้วยตนเอง (ในผู้ที่อ่านออกเขียนได้) ผู้ใช้แบบประเมินต้องผ่านการฝึกใช้ หรือประเมินโดย

บุคลากรทางการแพทย์ ควรใช้ภาษาตามแบบประเมินโดยไม่เปลี่ยนภาษาและคำพูด ยกเว้นที่ได้รับ การพัฒนาและแปลเป็นภาษาท้องถิ่นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ คำถามมีจำนวนข้อไม่มาก ใช้เวลาสั้น การแปล ผลสามารถทำได้โดยง่าย เหมาะสำหรับการประเมินระดับของภาวะซึมเศร้า สามารถใช้ประกอบการ วินิจฉัยโรคซึมเศร้าได้ บุคลากรทางสาธารณสุขทุกระดับสามารถนำไปค้นหาผู้มีแนวโน้มจะป่วยเป็น โรคซึมเศร้าในชุมชน ที่มาในระบบสาธารณสุข และจะลดความสูญเสียจากการเกิดโรคซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ยังสามารถประเมินความรุนแรงของอาการ และติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการได้อีก ด้วย จากเครื่องมือ PHQ-9 จะสามารถบอกว่า ผู้ป่วยมีปัญหาภาวะซึมเศร้าหรือไม่ และจัดอยู่ในระดับ ไต (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ, 2549) อย่างไรก็ตาม ยังจัดว่าเป็นแบบคัดกรองโรค ไม่ใช่การ วินิจฉัยโรค หากพบว่า มีอาการต้องรายงานแพทย์ เพื่อประเมินและวินิจฉัยโรคต่อไป

1.7.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าจากการประเมินตนเอง (Self report) เป็น เครื่องมือที่ออกแบบให้บุคคลประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเอง ตามการรับรู้และความรู้สึกตาม ข้อความในแบบสอบถามเครื่องมือที่ได้รับความนิยมได้แก่

1) แบบประเมินระดับความซึมเศร้าในชุมชน (Center for Epidemiology Studies – Depression Scale [CES – D]) แปลและปรับเป็นฉบับภาษาไทยโดย อู มาพร ตรังคสมบัติ , วิจิระ ลาภบุญทรัพย์ และ ปิยสัมพันธ์ (2540) ได้นำมาประเมินความ เชื่อที่เกิดจากการรู้คิด (Cognitive beliefs) อารมณ์ความรู้สึก (Affect feeling) พฤติกรรมที่ แสดงออก (Behavioral manifestation) และอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Somatic disturbance) ใช้เวลาในการตอบ 10-15 นาที ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ แบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 0-3 คะแนน คะแนนรวม 0-60 คะแนน ตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีความซึมเศร้า แบบสอบถามฉบับนี้มีข้อดีคือ สะดวกที่จะนำไปใช้ ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย และง่ายต่อการแปลผลด้วย เครื่องมือนี้มีความเหมาะสมที่สุดในการนำไป คัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากมีความแม่นยำตรงในการวัดสูง แบบสอบถาม CES-D มีความเชื่อมั่น (Reliability) จากการหาค่าความคงที่ภายนอกด้วยวิธี Test retest reliability เท่ากับ 0.53 และมีค่าความคงที่ภายใน (Internal consistency) เท่ากับ .86 (อูมาพร ตรังคสมบัติ และคณะ, 2540) จากการศึกษาของ Weissma, Sholomskas, Pottenger, Prusoff, and Locke (1977) พบ ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้คือ ไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นนั้นเป็นแบบเฉียบพลัน โดย ที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยอย่างอื่นมาก่อน หรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต หรือเป็น ผลจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น ไม่สามารถบอกระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory (BDI) , First revision (BDI-IA) , Second revision (BDI-II) สร้างขึ้นในปี 1961 โดยเบ็คและคณะ (คอยละอองอ่อน, 2549) เพื่อประเมินอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ แบบประเมินประกอบด้วย

คำถาม 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางด้านจิตใจ 15 ข้อ และอาการทางด้านร่างกาย 6 ข้อ ใช้ครั้งแรกโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และให้ผู้สัมภาษณ์เป็นคนกรอกคำตอบลงในใบประเมิน ทั้งนี้เพื่อลดความผิดพลาดในการรายงาน ต่อมาเป็นแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบเอง เป็นเครื่องมือที่มีความคงที่ในแต่ละหัวข้อและมีความน่าเชื่อถือสูงและมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า สามารถคัดกรองภาวะซึมเศร้าและประเมินภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 5-10 นาที ผู้ตรวจสอบเป็นประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยอายุรกรรม และมีประโยชน์มากในผู้สูงอายุ ข้อดีของแบบสอบถามคือ จำนวนข้อไม่มาก ถ้าผู้ตอบแบบสัมภาษณ์มีความเข้าใจจะง่ายต่อการทำ ทำให้ใช้เวลาไม่มาก ใช้ง่าย และประเมินสถานการณ์ใหม่ได้ ทำให้มีผู้นิยมนำมาใช้ในการพัฒนางานบริการและงานวิจัยมาก แบบสอบถาม BDI มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) จากการหาค่าความตรงภายในโดยวิธี Split-half reliability เท่ากับ 0.39 วิธี Test-Retest เท่ากับ 0.74 และมีค่าความคงที่ภายใน (Internal consistency) เท่ากับ 0.91 มีค่าความตรง (Validity) ตรงตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ Research Diagnostic Criteria (RDC) แบบประเมินนี้ได้มีการแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย โสรณี โทรสสุท (2540) และเรียกว่า Thai Version of the Beck depression inventory (BDI) (ธรรณิทร์ กองสุข, เกษราภรณ์ เคนบุพผา, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, พุระหง ไชยพันโท, สิริธร บุตรวงศ์, 2549)

ต่อมาได้มีการปรับปรุงแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็คใหม่ในปี 1978 เป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเบ็คฉบับที่สอง (Beck Depressive Inventory [BDI-II]) ประกอบด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และ 6 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย อาการทางด้านจิตใจ 15 ข้อ ได้แก่ อารมณ์เศร้า (sadness) การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) ความรู้สึกล้มเหลว (sense of failure) การไม่พึงพอใจ (dissatisfaction) ความรู้สึกผิด (guilt) การคาดหวังจะถูกลงโทษ (expectation of punishment) การไม่ชอบตนเอง (self dislike) การตำหนิตนเอง (self accusation) ความคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) การร้องไห้ (crying) ความหงุดหงิด (irritability) การแยกตัวออกจากสังคม (social withdrawal) การลังเลในการตัดสินใจ (indecisiveness) ความคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (somatic preoccupation) ความไม่สนใจตนเอง (unattractiveness) และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย ได้แก่ ความจำกัดในการทำงาน (work inhabitation) การนอนไม่หลับ (insomnia) ความอ่อนเพลียของร่างกาย (fatigability) การเบื่ออาหาร (loss of appetite) น้ำหนักลด (weight loss) และการขาดความสนใจทางเพศ (loss of libido) โดยแต่ละข้อ ประกอบด้วย 4 ตัวเลือก เริ่มตั้งแต่ ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย (คะแนน 0) ต่อเนื่องไปจนถึงอาการรุนแรง (คะแนน 3) ให้เลือกตอบ 1 ข้อ การให้คะแนนในแต่ละคำตอบให้เป็น 0, 1, 2 และ 3 คะแนน ตามลำดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

แล้วนับคะแนนในทุกข้อคำถามรวมกัน ซึ่งค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 63 หลังจากนั้นแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ (Beck, 1967) ดังนี้

0-9 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า (normal range)

10-15 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression)

16-19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression)

20-29 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก (Moderate-severe depression)

30-63 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression)

BDI ใช้สำหรับประเมินภาวะซึมเศร้า เพื่อคัดกรองและวินิจฉัยโรคตามการวินิจฉัย

ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (DSM-IV-TR) เน้นการประเมิน 4 ด้าน คือด้านความคิด ด้านอารมณ์ ด้านแรงจูงใจ และด้านร่างกาย ซึ่งมีการใช้กันอย่างกว้างขวางในกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย คุณภาพของเครื่องมือมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 มีการนำไปใช้โดยลัดดาแสนสีหา (2536) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย โดยนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 และมีณชนานทีธาร (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของเด็กวัยรุ่นในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 ซึ่งพบว่าค่าความเชื่อมั่นของแบบสำรวจอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของซุง (Zung Self-Rating Depression Scale [SDS]) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ (2533) ประเมินด้านความสมดุลด้านอารมณ์ (Affect disturbance) ด้านร่างกาย (Physiology disturbance) ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานร่างกาย (Psychomotor disturbance) และด้านจิตใจ (Psychological disturbance) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อแบ่งคะแนนแต่ละข้อตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน รวมตั้งแต่ 0 - 80 คะแนน ใช้เวลาในการตอบ 10-15 นาที ข้อดี คือ สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ ที่มีกแสดงให้เห็นได้ง่ายในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ข้อจำกัดของแบบประเมินคือ ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของโรคซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควรโดยเฉพาะผู้สูงอายุ และไม่สามารถแยกโรคซึมเศร้าที่เกิดจากภายในตนเองและโรคซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ได้อีกทั้งยังขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2542) มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.73

4) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (PHQ2) : Two Question Screening) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่ผ่านการแปลและทดลองใช้โดยกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550) และ (ธรรณินทร์ กองสุขและคณะ, 2550) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม ลักษณะคำถามสามารถใช้ถามในเวลาอันสั้น ใช้ประกอบการ

ประเมินอาการผู้ป่วยได้เบื้องต้น และนำสู่การประเมินในขั้นต่อไปได้ง่าย สามารถค้นหาโรคซึมเศร้าในชุมชนได้ เพราะสั้น ใช้งานมีความไวสูง บุคคลทั่วไปสามารถใช้และเข้าใจได้ง่ายมีความไว (Sensitivity) อยู่ในเกณฑ์ดีเยี่ยม 97% และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) 44% การใช้แบบคัดกรองนี้ จะทำให้ค้นพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้มีภาวะซึมเศร้าที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง อย่างไรก็ตาม แบบคัดกรองจะมีผลบวกหลงอยู่จำนวนหนึ่ง จึงจำเป็นต้องประเมินอีกครั้ง ด้วยแบบประเมินที่มีความจำเพาะสูงได้แก่ แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ซึ่งมีความจำเพาะ 93% และการทำนายโรคมิผลเป็นบวก (Likelihood ratio positive) 11.4 (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ, 2550) และแม้ว่าเครื่องมือคัดกรองโรคซึมเศร้าที่สามารถใช้ในเวชปฏิบัติทั่วไป หรือสถานบริการปฐมภูมิ คำถามที่ใช้คือในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกไม่สบายใจ ซึมเศร้าหรือท้อแท้หรือไม่ และในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณรู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่ ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าการแปลผล หากพบคำตอบให้ผลบวก (Positive) ข้อใดข้อหนึ่ง ให้ใช้แบบประเมิน PHQ9 ประเมินระดับซึมเศร้าต่อทุกราย พบว่าแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) มีประสิทธิภาพ ไม่แตกต่างจากแบบประเมินที่มีจำนวนข้อมากกว่า (United State Preventive Services Task Force, 2002 ; Whooley, Avins, Miranda & Browner, 1997)

5) แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ เพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าในประชากรไทย Health-Related Self-Reported (HRSR) Scale: The Diagnosis Screening Test for Depression in Thai Population (ดวงใจ กษานติกุล และคณะ, 2540) เป็นแบบประเมินปัญหาสุขภาพ เพื่อตรวจหาโรคซึมเศร้าในประชากรไทย สร้างโดย ดวงใจ กษานติกุล (2540) แต่ไม่เรียกว่าแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เพื่อหลีกเลี่ยงการชักนำหรือปิดบังอารมณ์ ความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ตอบ สามารถใช้ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า และใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชากรไทยในชุมชนได้ เครื่องมือนี้ สร้างโดยการเลือกสรรอาการสำคัญที่พบบ่อยในคนไทย มีข้อคำถาม 20 ข้อ แยกเป็นอาการทางกาย ความกระตือรือร้น อาการทางความคิด และอาการทางอารมณ์ มีข้อคำถามที่เป็นต้นบวก 3 ข้อ เพื่อช่วยแยกบุคคลทั่วไป ออกจากผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้า การคิดคะแนนความถี่จาก ไม่มีอาการเลย เท่ากับ 0 คะแนน และมีอาการบ่อยๆ เท่ากับ 3 คะแนน เครื่องมือฉบับนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91 สำหรับค่า specificity และ sensitivity พบว่าการใช้จุดตัดคะแนนที่ 30 คะแนน จะได้ specificity 90.2 และ sensitivity 58.3 สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (Major depression) การใช้จุดตัดคะแนนที่ 25 คะแนนจะได้ specificity สูงขึ้น (93.4) แต่ sensitivity ลดลง (75.1) สามารถใช้บ่งถึงผู้ป่วยที่น่าจะมีภาวะซึมเศร้าหรือโรคทางจิตอย่างอื่นได้ แบบสอบถามฉบับนี้มีข้อดีคือ สะดวกแก่การนำไปใช้ เข้าใจง่าย และใช้



เวลาสั้น ไม่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม และมีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี และแปลผลง่ายกับประชากรไทย

6) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของไทย ( Thai Depression Inventory [TDI]) เพื่อประเมินความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย พัฒนาโดยมานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2542) โดยพัฒนามาจากแบบสอบถามที่ใช้กันมากในทางตะวันตกคือ Beck Depression Inventory (BDI), Zung Self Rating Depression Scale (SDS), Structure Interview Version of the Hamilton Depression Rating Scale, Montgomery Asberg Depression Rating Scale และ Hospital Anxiety and Depression Scale และอ้างอิงจากการศึกษาอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย ได้จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แต่ละข้อ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามสำรวจตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วเลือกข้อที่ตรงกับอาการ หรือความรู้สึกของตนเองมากที่สุด มีการแปลความหมายคะแนน คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน คือ ไม่มีอาการซึมเศร้า 21 - 25 คะแนน มีอาการซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย 26 - 34 คะแนน มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง 35 คะแนนขึ้นไป มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ ได้นำแบบสอบถามนี้ไปใช้กับผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกภาควิชาจิตเวชโรงพยาบาลรามธิบดีที่ได้รับการวินิจฉัยโดย DSM IV ว่าเป็นโรคในกลุ่ม Depressive จำนวน 50 รายและใช้ Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทยเป็นเครื่องมือเปรียบเทียบพบว่าแบบสอบถามฉบับนี้มีความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามอยู่ในเกณฑ์ดีคือมีค่าCronbach' Alpha เท่ากับ 0.858และมี Concurrent Validity เท่ากับ 0.7189ข้อดีคือสะดวกแก่การนำไปใช้ เข้าใจง่าย และใช้เวลาสั้น ไม่มีข้อแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม และมีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี

7) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับคนไทยในชุมชน (KhonKaen University Depression Inventory [KKU - DI]) KKU-DI เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า คำถามเป็นมาตรวัด 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 มีคะแนนตั้งแต่ 0-90 และนำไปทดสอบหาค่าความสอดคล้องภายในของข้อคำถามได้เท่ากับ 0.95 ค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ช่วยนักวิจัยทั้ง 7 ในการใช้แบบคัดกรองได้ค่าเท่ากับ 0.75-0.86 ( $p < .001$ ) ค่าความสอดคล้องระหว่างจิตแพทย์ 3 คน ในการใช้ CIDI วินิจฉัยโรคซึมเศร้ามีความสอดคล้องกันมากเท่ากับ 0.85 ( $p < .001$ ) ค่าความไวและความจำเพาะของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI คิดเป็นร้อยละ 88(95%CI=86-90% ค่าคะแนนที่เป็นจุดตัดคือ 20) ต่อมาได้มีการปรับปรุงเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI เพื่อให้มีความไวต่อเพศภาวะ โดย สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2553) ให้มีจำนวนข้อลดลง และทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือโดยแยกเพศภาวะและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า พบว่าเมื่อวิเคราะห์รายข้อสามารถตัดออก 16 ข้อ ได้เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI ชุดใหม่ 11 ข้อ

เมื่อศึกษาความเที่ยงของชุดใหม่พบว่ายังมีความสอดคล้องภายในข้อคำถามสูง (Cronbach's  $\alpha=0.895$ ) โดยมีจุดตัดที่แตกต่างระหว่างชายและหญิง ความไวสูงถึงร้อยละ 92 ความจำเพาะร้อยละ 63 และมีจุดตัดแยกกระตือรือร้น

8) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต 15 ข้อ (Depression Screening Test) พัฒนาโดย ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) มีจำนวนคำถามทั้งหมด 15 ข้อแบบคัดกรองมี 3 องค์ประกอบคือ 1) mood component 2) cognitive behavior component 3) somatic component มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 ข้อดีใช้เวลาคำถามประมาณ 5 นาที ข้อจำกัดคือ ไม่สามารถบอกความถี่หรือความรุนแรงของอาการแต่ละข้อ ใช้ในกลุ่มอายุ 15 ปี ขึ้นไป นอกจากนี้ยังมีแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้รับการพัฒนาสำหรับคนไทยโดยเฉพาะ ได้แก่ แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต (General Health Questionnaires [GHQ]), แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับและแบบวัดสุขภาพจิต (Symtoms Check List [SCL - 90]) และ แบบประเมินภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาล (Hospital Anxiety and Depression Screen [HAD]) ซึ่งมีหลายมิติหรือหลายกลุ่มอาการ แต่มีอยู่หนึ่งมิติที่ประเมินภาวะซึมเศร้า

9) แบบคัดกรองอาการวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าในโรงพยาบาล Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (ธนาธิล ชัยโกวิท และคณะ, 2539) สร้างโดย Zigmond และ Snaitte ในปี ค.ศ. 1983 สำหรับในประเทศไทย ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยโดย ธนาธิล ชัยโกวิทและคณะ (2539) คือ Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai-HADS) และได้ทำการทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลรามาธิบดี ของภาควิชาศัลยศาสตร์และภาควิชาสูติศาสตร์เวชจำนวน 60 คน เพื่อใช้คัดกรองอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย เนื้อหาของคำถามเน้นประเมินอาการและการแสดงของผู้ป่วยด้านอาการผิดปกติทางจิตเวชแบบสอบถามมีทั้งหมด 14 ข้อการให้คะแนนคิดแบบ Likert scale มีคะแนนรวม 21 คะแนนโดยมีคะแนนข้อละ 0-3 คะแนนการหาจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมในการคัดกรองความผิดปกติทางจิตเวชทำโดยใช้ Receiver operating characteristic (R.O.C.) Curve analysis ได้ >11 คะแนนแบบสอบถามฉบับนี้มีข้อดีคือ เป็นเครื่องมือที่สั้น กะทัดรัด และมีค่าความแม่นยำและความเชื่อถือได้ อยู่ในเกณฑ์ดี สามารถแบ่งถึงระดับความรุนแรงของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าสามารถแยก 2 ปัจจัยได้อย่างชัดเจนแบบสอบถาม GHQ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้แก่ค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของทั้ง 2 sub-scale อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจโดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8551 สำหรับ Anxiety sub-scale และ 0.8259 สำหรับ Depression sub-scale

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory : BDI-IA) เนื่องจาก ผู้ป่วยสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง มีความเหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างและสภาพปัญหาของพื้นที่ เป็นแบบประเมินที่ใช้ได้ง่ายใช้เวลาในการตอบประมาณ 5 - 10 นาที เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าโดยใช้ประเมินผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression) และภาวะซึมเศร้าระดับมาก (moderate - severe depression) สามารถใช้วัดซ้ำได้ มีการใช้กันอย่างแพร่หลายจนถึงปัจจุบัน และมีความเชื่อมั่นภายในสูงอย่างสม่ำเสมอ

## 1.8 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีหลากหลายรูปแบบ การพิจารณาเลือกใช้วิธีการบำบัดแบบใดแบบหนึ่ง หรือการประยุกต์ใช้วิธีการบำบัดหลายรูปแบบร่วมกัน ขึ้นอยู่กับการพิจารณาตามระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และความเหมาะสมกับลักษณะสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล การบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ( มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ได้แก่

### 1.8.1 การบำบัดด้านร่างกาย (physical therapies) มี 2วิธี ประกอบด้วย

1.8.1.1 การรักษาด้วยยา (medication) การรักษาด้วยยาด้านเศร้า (antidepressant) ยารักษาโรคซึมเศร้าจะไปเพิ่มระดับของสารชีวเคมีในสมอง ซึ่งอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ เช่น ความรู้สึกเจ็บปวด ยินดี เป็นผลมาจากการทำหน้าที่ของสารชีวเคมีในสมองเมื่อสารชีวเคมีในสมองไม่สมดุล เป็นเหตุให้เกิดอาการซึมเศร้า (Kurlowicz, 2003) ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องได้รับประทานยาเพื่อรักษาอาการของโรคใช้รักษาอาการซึมเศร้าเนื่องจากสาเหตุต่างๆ และได้ผลดีมากในโรคซึมเศร้าไม่เพียงแต่ทำให้อารมณ์เศร้าหมดไปเท่านั้น แต่ทำให้อาการต่างๆที่มีร่วมด้วยหมดไปเช่นกัน เช่น อาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หงุดหงิด เป็นต้น โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ตามการดำเนินโรค ( มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

#### 1) การรักษาในระยะเฉียบพลัน (Acute phase)

ระยะเฉียบพลันเป็นการรักษาที่เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารักษาด้วยอาการของภาวะซึมเศร้าจนถึง 12 สัปดาห์ (Ministry of health, 2004; Weiler, 2004) เป้าหมายของการรักษาด้วยยาในระยะนี้เพื่อทำให้อาการซึมเศร้าหมดไป (remission) และสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ หรือเพื่อให้อาการดีขึ้น (American Psychiatric Association, 2000) ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะตอบสนองต่อยารักษาโรคซึมเศร้าใน 2-3 สัปดาห์ การรักษาในระยะเฉียบพลัน (acute phase)

## 2) การรักษาระยะต่อเนื่อง (Continuation treatment)

ระยะต่อเนื่องเป็นการให้การรักษาลงจากระยะเฉียบพลันต่ออีกประมาณ 4-9 เดือน หลังจากผู้ป่วยหายแล้ว โดยให้ยาขนาดเดียวกับที่ผู้ป่วยได้รับช่วง acute treatment เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ เพื่อลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำ พบว่า หากหยุดการรักษาก่อน ผู้ป่วยมีโอกาสเกิด relapse สูงมาก เฮิร์ชเฟลด์ (Hirschfeld, 2001) กล่าวว่าผู้ป่วยจำนวน 50% ที่ได้รับการรักษาในระยะเฉียบพลัน และอาการดีขึ้นแล้วหากไม่ได้รับการรักษาในระยะต่อเนื่อง จะมีอาการกำเริบ 33% แต่ถ้าได้รับการรักษาต่อเนื่องจะพบว่ามีโอกาสกำเริบเพียง 10-15 %

## 3) การป้องกันระยะยาว (Maintenance treatment )

การป้องกันระยะยาวมีเป้าหมายของการรักษาเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ (recurrence) ซึ่งพบว่า ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยจะเกิด recurrence ภายใน 6 เดือนหลังจาก remission ซึ่งควรพิจารณา ให้การป้องกันในระยะยาว ในกรณีที่มีปัจจัยเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำเวลาในการให้ยาในระยะป้องกันนั้น แตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นกับปัจจัยเสี่ยง ซึ่งโดยทั่วไปมักให้ยาเพื่อป้องกันอย่างน้อย 2 ปี แต่ในบางรายที่อาการรุนแรง และมีอาการกลับเป็นซ้ำบ่อย อาจต้องให้ยาป้องกันตลอดชีวิต (Sadock&Sadock, 2015)

การรักษาด้วยยาต้านเศร้า ปัจจุบันมีหลายกลุ่มแต่ละชนิดมีประสิทธิภาพและความเร็วของการตอบสนองต่อยา หรือผลระยะยาวไม่แตกต่างกันนัก แต่แตกต่างกันในเรื่องกลไกการออกฤทธิ์ ผลข้างเคียงของยา และราคา แบ่งกลุ่มใหญ่ได้แก่ กลุ่ม SSRI กลุ่ม tricyclic (TCA) กลุ่ม MAOI (monoamine oxidase inhibitor) และกลุ่มอื่นๆ (SadockBJ,Sadock, 2007) รายละเอียดดังนี้

1.กลุ่มTricyclicยาในกลุ่มนี้เช่น Imipramine,Amitriptyline,Nortriptyline, Clomipramine และ Doxepin ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการดูดซึมย้อนกลับ (reuptake) ของ norepinephrine (Stahl, 2008) ยาในกลุ่มนี้จะดูดซึมได้ดีทางระบบทางเดินอาหาร ระดับของยาจะสูงสุดภายใน 1-6 ชั่วโมง ที่ใช้มากในเมืองไทย เช่น Amitriptyline ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ในกลุ่มนี้จะไม่ได้ขึ้นอยู่กับชนิดของยาเท่านั้น แต่ยังมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น อายุ ภาวะทางร่างกาย โรคทางร่างกาย ยาชนิดอื่นที่ร่วมกับยาต้านเศร้า เป็นต้น ฤทธิ์ข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ก็เช่น ง่วงซึม ในผู้สูงอายุอาจเกิดอาการวิงเวียน เดินเซ ตาพร่ามัว ท้องผูก เหงื่อออกน้อย คอแห้ง ปัสสาวะไม่ออก ท้องอืด และหัวใจเต้นเร็ว โดยเฉพาะในผู้ที่ใช้ยา Amitriptyline อาการเหล่านี้เรียกว่า anti-cholinergic effects ส่วนใหญ่อาการจะค่อยๆดีขึ้นในสัปดาห์หลังๆ ฤทธิ์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจเกิดอาการ postural hypotension ในผู้สูงอายุควรแนะนำให้นั่งขยับแขนขา ก่อนประมาณ 1 นาที หลังจากนั้นลุกขึ้นยืนช้าๆ จึงค่อยเดิน นอกจากนั้นอาจมีอาการมือสั่น น้ำหนักเพิ่มได้

2.กลุ่ม Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOIs) ยากลุ่มนี้ เช่น Isocarboxazid (Marplan) , Phenelzine (Nardil), Tranylcypromine (Prarnate) ยาในกลุ่มนี้ไม่ได้รับการพิจารณาให้เป็นยาหลัก ที่แพทย์จะคิดถึงในการรักษาภาวะซึมเศร้ามาระยะหนึ่งแล้ว เนื่องจากมีการพัฒนายากลุ่มใหม่ที่ดีและปลอดภัยกว่า ยาในกลุ่มนี้จะเป็นเอนไซม์ที่ช่วยย่อยสลายสารสื่อประสาทให้แตกตัว คือ epinephrine, norepinephrine, 5-HT และ dopamine การยับยั้งการทำงานของ MAO จำทำให้เพิ่มความเข้มข้นของสารสื่อประสาท และยับยั้งการสลายของสารสื่อประสาทในกลุ่ม Monoamineฤทธิ์ข้างเคียงของยาจะคล้ายๆ กับยาต้านเศร้าตัวอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตต่ำ ขณะเปลี่ยนท่า หรืออาจมีความดันโลหิตสูงบ้างไม่มากนัก ข้อแนะนำในการใช้ยากลุ่มนี้ก็คือ ไม่รับประทานอาหารหมักดอง เนื่องจากกระบวนการหมักดองจะทำให้เกิด tyramine สูงโดย tyramine จะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการปล่อย norepinephrine จากแหล่งที่เก็บมากขึ้น และจะทำให้เพิ่มความดันโลหิต ซึ่งจะเป็นการต้านฤทธิ์กับยากลุ่มนี้ ฤทธิ์ข้างเคียงอื่นๆของยา เช่น ง่วงซึม ปวดศีรษะ อ่อนล้า มึนงง ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้ง คอแห้ง

3.กลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) ยาในกลุ่มนี้ เช่น Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine, Sertraline และ Citalopram ยากลุ่มนี้จะดูดซึมได้ดีทางระบบทางเดินอาหาร ระดับของยาจะสูงสุดประมาณ 4-8 ชั่วโมง ยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ไปยับยั้งการดูดซึมย้อนกลับ (reuptake) ของ serotonin ทำให้ serotonin เพิ่มขึ้น ทั้งบริเวณ synaptic cleft และบริเวณ cell body ยาในกลุ่มนี้มีข้อเด่นคือ มีฤทธิ์ข้างเคียงต่ำ ใช้ได้ค่อนข้างปลอดภัยในผู้สูงอายุหรือมีโรคทางกาย ไม่ทำให้น้ำหนักเพิ่มมากเกินไปเหมือนยาในกลุ่ม Tricyclic อาการข้างเคียงอาจพบอาการปวดศีรษะในช่วงแรกที่ใช้ยา นอกจากนี้อาจมีอาการมือสั่นหรือกระวนกระวาย อาจมีอาการแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ในบางรายมีท้องเสีย ซึ่งพบได้มากในช่วงแรกๆของการรักษา นอกจากนั้นอาจมีความต้องการทางเพศลดลง โดยอาการข้างเคียงเหล่านี้จะค่อยๆ ดีขึ้นในสัปดาห์ต่อมา สามารถพบอาการข้างเคียง เช่น ปวดท้อง ท้องเสีย เหงื่อแตก สะบัดร้อนสะบัดหนาว อุณหภูมิของร่างกายเพิ่มขึ้น อ่อนเพลีย สับสน สัน พบได้ในผู้ที่รับยานี้มานาน หรืออาจมีอาการราบเรียบเฉยเมย ไม่ยินดี ยินร้าย ความคิดไม่แล่น ยากลุ่มนี้ มีฤทธิ์ Anticholinergic น้อยกว่ากลุ่ม TCA มาก

4. กลุ่ม new generation ตัวอย่างของยากลุ่มนี้ เช่น Mianserin (Tolvon) และ Trazodone (Desiral) ยากลุ่มนี้ออกฤทธิ์ต่อทั้งระบบ serotonin และ noradrenaline ใช้รักษาโรคซึมเศร้าในผู้ที่มีปัญหาการนอน ฤทธิ์ข้างเคียงของยากลุ่มนี้ คือ ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (orthostatic hypotension) ฤทธิ์ข้างเคียงที่พบบ่อย คือ ง่วงซึม ปวดศีรษะ และอ่อนเพลีย (มาโนช หล่อตระกูล, 2549)

ยาที่ใช้เป็น first-line drug ได้แก่ fluoxetine เนื่องจากมีผลข้างเคียงต่ำ

กินเกินขนาดไม่เสียชีวิต เริ่มโดยให้ขนาด 20 มิลลิกรัม กินวันละ 1 มื้อหลังอาหารเช้า ปัญหาที่มักทำให้การรักษาด้วยยาแก้มึนเศร้าไม่ได้ผลเท่าที่ควร คือ การให้ยาขนาดที่ต่ำและระยะเวลาสั้นเกินไป การประเมินว่าการรักษาได้ผลหรือไม่ ควรจะต้องเพิ่มขนาดยาจนถึงระดับในการรักษาเสียก่อน และคงไว้อย่างน้อยประมาณ 4-8 สัปดาห์ ก่อนที่จะพิจารณาว่าการรักษาไม่ได้ผล และสิ่งสำคัญที่แพทย์ควรพิจารณาร่วมด้วยเสมอ คือ ความร่วมมือในการกินยา (compliance) ของผู้ป่วยเป็นอย่างไร และกินยาสม่ำเสมอหรือไม่ จากนั้นค่อยพิจารณาเปลี่ยนเป็นยาขนานอื่น

#### 1.8.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsivetherapy:ECT)

ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทนต่ออาการข้างเคียงของยาไม่ได้ หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หรือผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก เช่น รู้สึกไร้ค่า สิ้นหวัง โทษตนเอง แยกตัวอยู่คนเดียว ไม่ยอมรับประทาน อาหาร ขาดสารน้ำและเกลือแร่ น้ำหนักลดลงมาก มีปัญหาการนอน ร้องไห้ไม่หยุด มีอาการ catatonia หรือมีอาการโรคจิต ควรพิจารณาให้การรักษาด้วยไฟฟ้า เพราะจะให้ผลการรักษาที่เร็วกว่าการให้ยาต้านอาการเศร้า ซึ่งต้องใช้เวลานาน 2-4 สัปดาห์จึงจะเห็นผล (มาโนช หล่อตระกูล , 2548 ; ธีระ สลิขานนท์กิจ, 2553 ; Stuart GW&Laraia, 2001) หลังจากนั้นควรให้การรักษาด้วยยาต่อหลังจากผู้ป่วยอาการดีขึ้นวิธีนี้ไม่ได้ป้องกันการกลับป่วยซ้ำ (recurrence) จำเป็นต้องรักษาต่อด้วยยาหลังจากอาการดีขึ้น(มาโนช หล่อตระกูล, 2548 ; Gelenberg et al., 2010) นอกจากนี้พบว่า การรักษาด้วยไฟฟ้ามีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท (Fortinash&HolodayWorret, 2008)

#### 1.8.2 การบำบัดทางจิตใจหรือการทำจิตบำบัด(psychotherapy)

การรักษาทางจิตใจ คือ การรักษาที่มุ่งหมายให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจโดยใช้เทคนิครูปแบบต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง เปลี่ยนแปลงตนเอง ทำให้ปัญหาความผิดปกติ อารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางจิตเวชลดลง ลดความเครียดหรืออารมณ์เศร้า ลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา สร้างพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม และปรับตัวได้ดีกว่าเดิม การรักษาทางจิตใจเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาผู้ป่วยจิตเวชเสมอ เนื่องจากปัญหาพฤติกรรมหรืออาการบางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยยา การรักษาทางจิตใจจะช่วยเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมได้ผลดีกว่า จึงช่วยส่งเสริมให้การรักษาได้ผลดี และป้องกันมิให้เกิดอาการของโรคอีก จิตบำบัดชนิดที่ได้ผลดีในโรคซึมเศร้า(Baumlet al ., 2006) ได้แก่

1.8.2.1การให้ความรู้คำแนะนำทางจิตใจ (Psychoeducation) เป็นการรักษาที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในโรคหรืออาการทางจิตเวช ผู้รักษาประเมินความเข้าใจของผู้ป่วย และให้ความรู้ในโรคที่เป็น การวินิจฉัยโรค อาการที่เกิดขึ้น สาเหตุของโรค การรักษา และการพยากรณ์โรค โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่ใช้ศัพท์วิชาการมากเกินไป อธิบายสั้นๆ ให้เหมาะสมกับความสามารถในการรับรู้และเข้าใจ ด้วยความสงบ และสร้างกำลังใจในการรักษา ไม่ให้ผู้ป่วยตกใจ

หรือกังวลใจมากเกิดไป โดยมักให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเวชทุกคนในเรื่อง โรคที่เป็น อาการของโรค การรักษา

1.8.2.2 การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เป็นการบำบัดที่มุ่งแก้ไขแนวคิด รวมถึงการปรับพฤติกรรมในแง่ลบของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความจริงมากขึ้น และมีทักษะในการแก้ปัญหาที่ดีขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนความคิดด้านลบ โดยการฝึกหรือพยายามคิดเกี่ยวกับตนเอง และสถานการณ์รอบๆตัวที่เกิดขึ้นในด้านดีตามความเป็นจริง และให้แรงเสริม (Reinforcement) เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม พบว่าได้ผลดีในการใช้บำบัดรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (Fortinash&Holoday Worret, 2007) และช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำในระยะยาวด้วย โดยใช้หลักการบำบัด คือ การสะท้อนให้บุคคลมองเห็นลักษณะความคิด อารมณ์ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และพฤติกรรมที่บ่งชี้โรคซึมเศร้า พร้อมกับสร้างความตระหนัก ถึงความจำเป็นที่ต้องแก้ไข การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า สาเหตุ รวมทั้งกระบวนการบำบัดโรคซึมเศร้า ด้วยวิธีการเปิดรับทางความคิดในสถานการณ์จริง การบำบัดความคิด การจัดการกับอาการซึมเศร้าที่ซับซ้อน การกำหนดกิจกรรม เทคนิคการคิดและพฤติกรรมที่ช่วยจัดการอาการซึมเศร้า ฝึกทักษะการใช้เทคนิคต่างๆ รวมทั้งการมอบหมายการบ้านให้ทำ (homework assignment)

1.8.2.3 การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ( Interpersonal Psychotherapy: IPT ) เป็นการบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มากกว่าการปรับเปลี่ยนความคิดทางลบภายในตนเอง มุ่งเน้นปัญหาความสัมพันธ์ในปัจจุบันมากกว่าเรื่องราวการแก้ไขเรื่องราวในอดีตของผู้ป่วย กระบวนการบำบัดเริ่มจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้บำบัดร่วมกันเลือกสถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดปัญหา ความสูญเสีย เศร้าโศก จากนั้นเชื่อมโยงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ที่เลือก กับความขัดแย้งระหว่างบุคคลที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และร่วมกันค้นหาแนวทาง เพื่อลดภาวะซึมเศร้าด้วยการปรับตัวและแก้ไขความขัดแย้งระหว่างบุคคล

1.8.2.4 จิตบำบัดอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychodynamic psychotherapy) เป็นจิตบำบัดที่ประยุกต์จากการทำจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis) ซึ่งเป็นการรักษาทางจิต ที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความเข้าใจตนเองว่าความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กัน เกิดจากการเรียนรู้ในอดีตตั้งแต่เด็ก และสะสมไว้ในจิตใจส่วนลึกที่ไม่สามารถระลึกได้ เรียกว่า จิตไร้สำนึก (unconscious) ส่วนจิตที่ระลึกได้หรือจิตสำนึก (conscious) จะทำงานโดยได้รับอิทธิพลจากการเรียนรู้ในอดีต หรือจิตไร้สำนึกด้วยเสมอ ปัญหาทางจิตใจในวัยเด็ก เช่น ความเครียด ความกลัว ความขัดแย้ง ที่เคยเกิดจึงมีผลต่อจิตใจในวัยต่อมา การปรับตัวในชีวิต ต้องอาศัยการทำงานของจิต (ego) ที่ทำหน้าที่หลายประการ เช่น รับรู้สิ่งแวดล้อมตามความเป็นจริง และควบคุมให้เกิดความพอดีเมื่อเกิดความขัดแย้งระหว่างความต้องการของจิต (id) คือ ความอยาก

แรงกระตุ้น อารมณ์ หรือสัญชาตญาณ กับความถูกต้อง (superego) คือ กฎเกณฑ์กติกากา หรือ จริยธรรม และจิตใจลดความกังวลหรือความขัดแย้งนี้โดยใช้กลไกทางจิต (defense mechanism) ถ้าใช้กลไกทางจิตถูกต้องจะปรับตัวได้ ถ้าใช้ไม่ถูกต้องจะเกิดอาการทางจิตเวชขึ้น (Leichsenring&Leibing, 2007)

การรักษาแบบจิตวิเคราะห์ที่ใช้เวลานานมาก จึงมีการประยุกต์การรักษาให้สั้นลง เพื่อรักษาโรคทางจิตเวชที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของจิต เช่น อารมณ์เศร้า เครียด หลงผิด เรียกชื่อว่า จิตบำบัดอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์ มุ่งหวังให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุของการทำงานของจิตที่ผิดปกติ และแก้ไขการเรียนรู้หรืออารมณ์ที่ฝังใจในอดีต ทำให้เกิดความเข้าใจตนเอง (insight) ช่วยระบายความเครียดที่สะสมอยู่ แก้ไขปมความเครียดหรือขัดแย้งในอดีต เกิดการเรียนรู้ใหม่แทนที่การเรียนรู้เดิม อารมณ์สงบ การรักษาด้วยจิตบำบัดแบบนี้ใช้เวลานาน โดยการผู้รักษาให้ผู้ผู้ป่วยเปิดเผยตนเองโดยไม่ปิดกั้น (free association) ผู้รักษาหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมในปัจจุบัน ผู้รักษาช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความขัดแย้งในจิตใจ ผู้รักษาแปลความพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ในอดีต เช่น ผู้ป่วยแสดงออกต่อผู้รักษาเหมือนกับที่แสดงออกต่อคนสำคัญของผู้ป่วย (transference) ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจพฤติกรรมตนเอง และเปลี่ยนแปลงการใช้กลไกทางจิตให้เหมาะสม การระบายความรู้สึกที่เก็บกดมานานตั้งแต่เด็ก ภายในบรรยากาศของการรักษาที่สงบไม่คุกคาม ผู้ป่วย จะทำให้อารมณ์สงบลง ผู้รักษาช่วยให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ลดปมขัดแย้งเดิมที่ฝังใจ ทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์ลดลง

#### 1.8.2.5 จิตบำบัดระยะสั้น (Short-term psychodynamic

Psychotherapy) หลักการเช่นเดียวกับ psychodynamic psychotherapy แต่ระยะเวลาไม่นานเกิน 6 เดือน Marital Therapy และ family Therapy ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างคู่ครอง และครอบครัว พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า ซึ่งอาจส่งผลต่อการดำเนินโรค และการรักษา ในทางกลับกันโรคซึมเศร้าเองก็อาจทำให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์ดังกล่าวด้วยเช่นกัน ดังนั้นการบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจะช่วยลดอาการซึมเศร้า และลดความเสี่ยงในการเกิด relapse ได้

#### 1.8.2.6 จิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy)

(Arnold , Rosenthal and Pinsky, 2004) เป็นจิตบำบัดแบบที่ใช้บ่อยที่สุด ใช้เวลาไม่นาน ใช้ง่าย มุ่งหวังให้อาการทางจิตดีขึ้นอย่างรวดเร็ว เน้นที่การช่วยให้อารมณ์สงบ และส่งเสริมการทำงานของจิตใจที่ดีอยู่แล้ว ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่ได้ตั้งเป้าเพื่อเปลี่ยนแปลงจิตใจมาก ใช้ในผู้ที่มีบุคลิกภาพเดิมดี หรือในผู้ที่มีปัญหาการปรับตัวหรืออาการเครียดที่ไม่รุนแรง ช่วยให้อารมณ์สงบ ปรับตัวได้ อาการหายได้เร็ว มักใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา ในโรคจิต โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และโรคจิตเวชอื่นๆ โดยการรับฟัง การให้ความรู้คำแนะนำทางจิตใจ (Psychoeducation) การให้กำลังใจ



การส่งเสริมกลไกหรือวิธีปรับตัวที่ดีที่เคยทำมาก่อน การแนะนำวิธีการและฝึกเทคนิคแก้ไขอาการ เช่น การคลายเครียด การจัดสิ่งแวดล้อม

### 1.8.3 การรักษาอื่นๆ

นอกจากการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการบำบัดรักษาทางจิตสังคมแล้ว ยังมีการรักษาอื่นๆอีก เช่นนิเวศบำบัด (Milieu Therapy) , การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา และ การออกกำลังกาย เป็นต้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.8.3.1 นิเวศบำบัด (Milieu Therapy) เป็นการบำบัดด้วยการใช้บรรยากาศของสังคม และสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก เน้นการจัดสภาพของโรงพยาบาลเพื่อให้การบำบัดผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ หอผู้ป่วย บรรยากาศของโรงพยาบาล การจัดกิจกรรมต่างๆในโรงพยาบาลให้คล้ายกับสังคมภายนอก เพื่อพัฒนาความสามารถทางสังคม (social competence) ของผู้ป่วย โดยการจัดบรรยากาศต้องมีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้และมีประสบการณ์การอยู่ร่วมกับผู้อื่น พัฒนาวิถีปฏิบัติสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพของตนซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง

1.8.3.2 การออกกำลังกาย (Exercise Therapy) เป็นการบำบัดด้วยการออกกำลังกายการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ สถาบันสุขภาพและการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (National Institute for Clinical Excellence [NICE], 2004) ได้แนะนำให้ออกกำลังกายภายใต้การกำกับดูแลจากผู้บำบัดมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลา ครั้งละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ต่อเนื่องเป็นเวลา 10 -12 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังมีหลักฐานทางวิชาการ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลอง (Systematic review of Randomized controlled trial) ยังพบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิคนาน 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ด้วยความหนัก 60 – 80% ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดต่อเนื่องอย่างน้อย 8 สัปดาห์ จะมีประโยชน์ในการรักษาโรคซึมเศร้า (Peraton, Kumar & Machotka, 2010)

1.8.3.3 การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem solving therapy) เป็นการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา เป็นการช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้กำกับตนเอง นำตนเอง มองปัญหาในทางบวก และเลือกทางออกในการแก้ปัญหาด้วยความมีเหตุผล และพบว่าช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (Chang, D' Zurilla & Sanna, 2004) สุณิสรา ศรีโมอ่อน, อทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง และ อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ (2554) ได้ศึกษารูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่จากหลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าการบำบัดโดยการแก้ปัญหาทั้งในแบบ Social Problem Solving Therapy (SPST) และ Problem Solving Therapy – Primary Care (PST – PC) มีประสิทธิภาพ

ในการลดภาวะซึมเศร้าและสามารถใช้ได้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเรื้อรังและโรคซึมเศร้าที่มีอาการเล็กน้อย

### 1.9 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาของความรู้สึกเศร้าที่มีความซับซ้อน พยาบาลจิตเวชจะต้องเข้าใจกระบวนการทั้งหมด การเลือกชนิดของการรักษาที่จะเอื้ออำนวยต่อสุขภาพจิตมีการวางแผนให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการบริหารจัดการเรื่องยา กระบวนการทาง neurobiological และการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ใช่ยา เช่น การบำบัดทางพฤติกรรมความคิด ในการท้าทายความคิด เกี่ยวกับการสนับสนุนให้รู้จักโรคซึมเศร้า มีดูแลแบบองค์รวม ลดอาการ และช่วยให้ทำหน้าที่ได้เป็นที่น่าพอใจ บทบาททั้งหลายจะเอื้อให้มีการฟื้นคืนสภาพ และลดการกลับเป็นซ้ำ (Lewin, 2003) ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเน้นหลักสำคัญได้แก่ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554)

การป้องกันอันตราย ผู้ป่วยอารมณ์เศร้านี้นิยมในการทำร้ายตนเองสูงทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งของที่ผู้ป่วยจะใช้เป็นอาวุธ

การใช้เทคนิคการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพ ติดต่อกับผู้ป่วยสร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นใจและเข้าใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความคับข้องใจ

การสอนผู้ป่วย ใช้การสอนผู้ป่วยแบบต่างๆ เช่น การสอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรมกล้าแสดงออก การฝึกการคลายเครียด รวมถึงการสอนทักษะการแก้ปัญหาที่เหมาะสม

การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษาการปรับตัว และการแก้ปัญหาต่างๆทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม

การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสมการฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสมการฝึกและฟื้นฟูทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคมการให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

การแนะนำแหล่งบริการที่สะดวกสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวการให้การพยาบาลผู้มีภาวะซึมเศร้า

การให้การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ได้แก่ การประเมิน การให้ข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนทางการพยาบาล การให้การพยาบาลและการประเมินผลการให้การพยาบาล รายละเอียด ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554 ; ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2555)

#### 1.9.1 การประเมิน (Assessment)

การประเมินทางการพยาบาลการประเมินทางการพยาบาลในผู้มีภาวะซึมเศร้าเป็น

การประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าดังอาการและอาการแสดง ที่ได้กล่าวมาแล้ว (Fortinash & Worret, 2004 ; Videbeck, 2001) ดังนี้

#### 1.9.1.1 การประเมินลักษณะโดยทั่วไป

การประเมินลักษณะโดยทั่วไป เป็นการประเมินการเคลื่อนไหวซึ่งจะพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีการเคลื่อนไหวที่ช้า ลักษณะการคิดช้าและการสื่อสารที่ช้า มีความยากในการประสานความคิดและการพูด ต้องการเวลาในการคิดมากกว่าเดิม และหลายครั้งจะคับข้องใจที่ไม่สามารถจะคิดและสื่อสารได้อย่างสมบูรณ์

#### 1.9.1.2 การประเมินความคิด

การประเมินความคิดในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นการประเมินลักษณะความคิดต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคต ซึ่งมักจะพบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในความคิดทางลบ มักจะคิดว่าตนไม่ได้รับการยุติธรรม โชคร้ายกว่าคนอื่น ถูกกลั่นแกล้ง คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมายต่อครอบครัว หรือที่ทำงาน และมีโอกาสที่จะมีความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

#### 1.9.1.3 การประเมินอารมณ์และความรู้สึก

การประเมินอารมณ์และความรู้สึก เป็นการประเมินการรับรู้คำพูด และภาษากายของผู้มีภาวะซึมเศร้ามักจะแสดงออกถึงอารมณ์และความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ มีความวิตกกังวลต่อสิ่งต่างๆ รอบตัว มีความรู้สึกคับข้องใจได้ง่าย หลายๆ ครั้งรู้สึกโกรธตัวเองและโกรธผู้อื่น จะสังเกตเห็นได้ว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จะมีภาวะหงุดหงิดง่าย ความอดทนต่ำ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ความคิดขาดหวังไม่ต่อเนื่อง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่ต้องการพูดคุยกับบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนฝูง แต่จะหมกมุ่นครุ่นคิดแต่เรื่องของตนเองและทำให้เกิดความรู้สึกเศร้า หดหู่

#### 1.9.1.4 การประเมินสติปัญญา

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะมีปัญหาในการตัดสินใจ ไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน หรือในหน้าที่การงาน ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงจะไม่สามารถตัดสินใจได้ แม้กระทั่งเรื่องง่ายๆ เช่น จะเข้านอนเวลาใด หรือจะรับประทานอะไร ในเวลาใด เป็นต้น มักจะรู้สึกเหนื่อยล้า และเบื่อหน่ายที่จะต้องตัดสินใจ

#### 1.9.1.5 การประเมินภาพลักษณ์ของตนเอง

การประเมินภาพลักษณ์ของตนเองเป็นการประเมินเกี่ยวกับการรับรู้ศักยภาพของตนเอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีการรับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำ รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า รู้สึกผิดต่อการที่ไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ได้เหมือนเดิม และรู้สึกผิดต่อการไม่สามารถรับผิดชอบงานและครอบครัวได้ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะคิดวนเวียน (Rumination) เกี่ยวกับตนเองในทางลบ รู้สึก

ว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่ยืดหยุ่นและรู้สึกโกรธที่ไม่สามารถทำอะไรให้ดีขึ้นได้ มักจะไม่ค่อยสนใจ สุขอนามัยส่วนตัว การแต่งกายมักจะใช้สีมืดๆ ไม่มีสีสัน ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เป็นผู้หญิง มักไม่ค่อย แต่งหน้าและรับรู้ว่าคุณลักษณะของตนเองดูไม่ดี ดูแย่มาก

#### 1.9.1.6 การประเมินบทบาทและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

การประเมินบทบาทและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นการ ประเมินบทบาท หน้าที่ของเขาในครอบครัว และบทบาทหน้าที่ที่การทำงาน ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่สามารถ รับผิดชอบได้ดีเช่นเดิม ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มักจะสูญเสียความสนใจในเรื่องเพศ ทำให้ความ สัมพันธภาพกับสามีหรือภรรยาตกลง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านักจะน้ำหนักลดลง เนื่องจากไม่สนใจที่จะ รับประทานและมักจะรู้สึกถึงความว่างเปล่าในชีวิต สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง

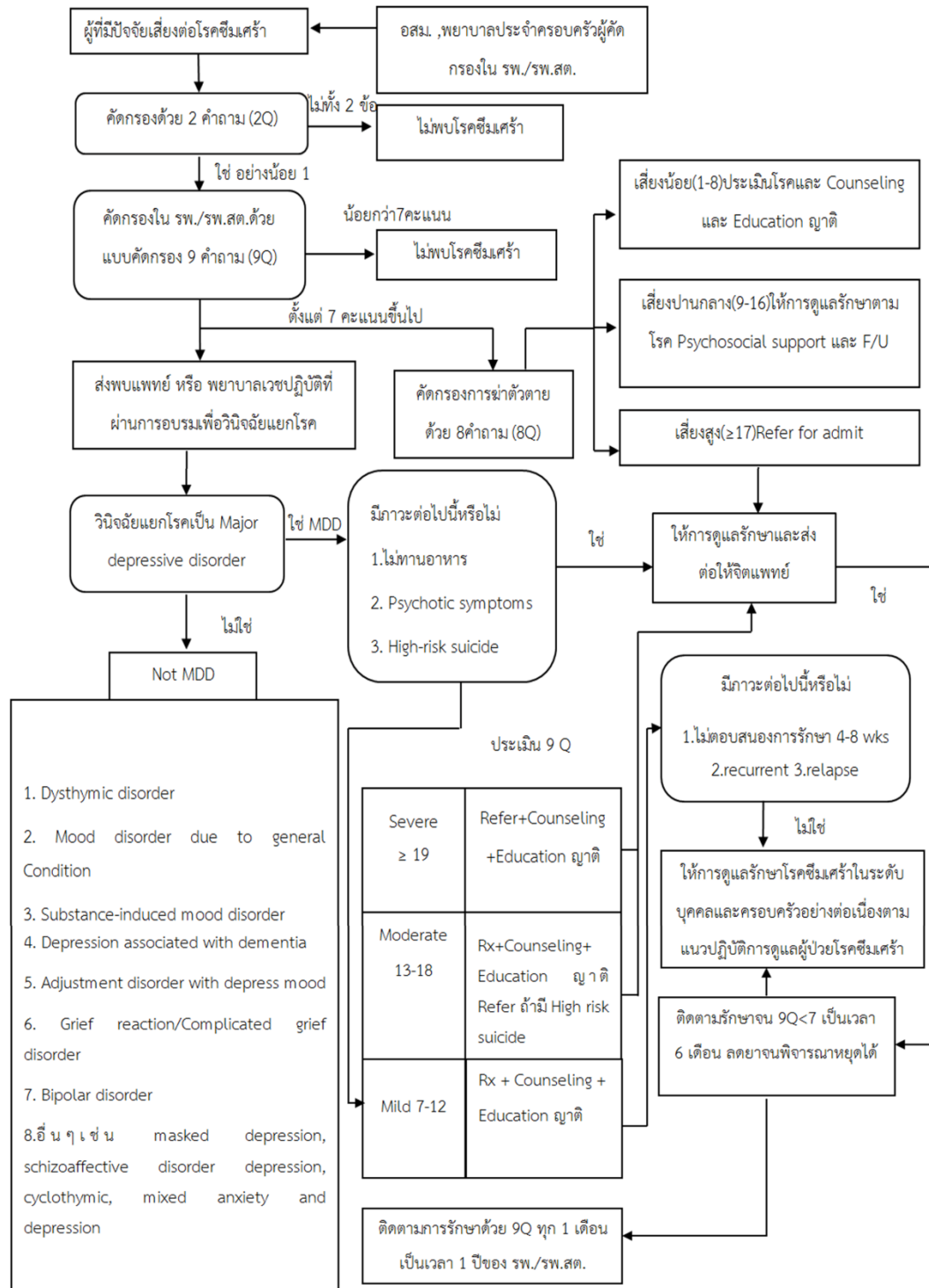
### 1.9.2 การให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis)

การให้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตามข้อวินิจฉัยของ สมาคมพยาบาลอเมริกันภาคเหนือ (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA, 2001) ได้ระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าไว้ดังนี้ เช่น ไม่สามารถอดทนต่อ การทำกิจกรรมต่างๆได้, มีภาวะวิตกกังวล, ท้องผูก, ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างมี ประสิทธิภาพ, อ่อนล้า, โศกเศร้าจนไม่สามารถทำอะไรได้, ไม่สามารถคงความมีสุขภาพดีไว้, สิ้นหวัง , เสี่ยงต่อความรู้สึกโดดเดี่ยว, ความไม่สมดุลของการรับประทานอาหาร และความต้องการของร่างกาย ต้องการ,หมดแรงหมดกำลัง, การไม่สามารถแสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสม, บกพร่องในการดูแล ตนเองในเรื่องการอาบน้ำและสุขอนามัย,บกพร่องในการดูแลตนเองในเรื่องการแต่งกาย, บกพร่องใน การดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร,ความบกพร่องของรูปแบบในการนอน, ความบกพร่อง ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม, แยกตัวจากสังคม, มีภาวะเศร้าเรื้อรัง, เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

### 1.9.3 การวางแผนการพยาบาล (Planning)

การวางแผนการพยาบาล มุ่งให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยพิจารณาตามเป้าหมายของการพยาบาล ตามสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นการให้การพยาบาล ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นการพยาบาลที่ต้องให้อย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกายความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสัมพันธภาพกับผู้อื่น และที่สำคัญที่สุดคือ การป้องกันการฆ่าตัวตาย (ดารารวรรณ ต๊ะปินดา, 2555) โดยพยาบาลจะต้องให้ความรู้ และสอนเรื่องโรคและการรักษาพยาบาลในผู้ที่มีภาวะ ซึมเศร้าและญาติ เพื่อให้เข้าใจในเรื่องการเกิดภาวะซึมเศร้า การรักษาพยาบาล และการดูแลตนเอง ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และการดูแลญาติที่มีภาวะซึมเศร้า รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ที่มีภาวะ ซึมเศร้าและญาติ ในกรณีที่มีข้อสงสัยในเรื่องโรคและการรักษาพยาบาล (Stuart & Laraia, 2005) พยาบาลต้องวางแผนในการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง หลังจากกลับสู่ครอบครัวและชุมชน โดยการ ประสานความร่วมมือไปยังโรงพยาบาล และกลุ่มแกนนำด้านสุขภาพในชุมชนของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

(Videbeck, 2011) ทั้งนี้การบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและการส่งต่อ ตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลระดับจังหวัด (ดังภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 แผนผังแสดงแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลระดับจังหวัด

### 1.9.4 การให้การพยาบาล (Nursing)

#### 1.9.4.1 การให้การพยาบาลทางด้านร่างกาย

การให้การพยาบาลทางด้านร่างกาย เป็นการให้การดูแลในเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆไป เช่น การแต่งกาย และการพักผ่อนนอนหลับที่จะต้องเพียงพอและเหมาะสม โดยการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดได้ดูแลหรือช่วยเหลือตนเอง หรือช่วยดูแลในกรณีที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง (Fortinash & Worret, 2004) การให้ผู้รับการบำบัดได้รับแสง (สฤษฎธ วาสิกนันทน์, 2549) การดูแลเรื่องการได้รับยาต้านเศร้าอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ก็เป็นสิ่งสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า (Stuart & Laraia, 2005) และการรักษาด้วยยา

#### 1.9.4.2 การให้การพยาบาลทางด้านความคิด

การให้การพยาบาลทางด้านความคิด สามารถช่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดดังกล่าวไปตามความเป็นจริง หรือให้เป็นไปในทางบวกมากขึ้น โดยอาจใช้การบำบัดและหรือการให้การรักษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม ช่วยให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้ลดความคิดว่าตนเองสิ้นหวัง ไม่มีความหมาย ไม่มีคุณค่า ไม่มีอนาคต ให้ลดลงได้อย่างเหมาะสม โดยจำเป็นจะต้องมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ที่เหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จึงสามารถช่วยปรับในด้านความคิดได้ (Frisch & Frisch, 2002 ; Fortinash & Worret, 2004) การให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ระบายออกอย่างเหมาะสม ร่วมกับการปรับความคิดและพฤติกรรม จะทำให้อารมณ์และความรู้สึกหดหู่ ซึมเศร้า ท้อแท้ของที่มีภาวะซึมเศร้ามลดลง เนื่องจากความคิดเป็นที่มาของอารมณ์ (Beck, 1995)

#### 1.9.4.3 การให้การพยาบาลด้านพฤติกรรม

การให้การพยาบาลด้านพฤติกรรม เป็นการช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้มีกิจกรรมประจำวันที่เหมาะสม ทั้งกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยการวางแผนร่วมกับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และกระตุ้นให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามแผนที่วางไว้ร่วมกัน การได้ทำกิจกรรมต่างๆ จะช่วยปรับทั้งในด้านความคิด และอารมณ์ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าให้เปลี่ยนแปลงไปได้ เนื่องจากมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Stuart & Laraia, 2005)

#### 1.9.4.4 การให้การพยาบาลการป้องกันการฆ่าตัวตาย

การป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นสิ่งที่สำคัญมากในการพยาบาลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับมากถึงรุนแรง การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ไม่กระตุ้นความรู้สึกเศร้าเป็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ไม่มีอาวุธ หรือสิ่งของที่จะทำให้ผู้รับการบำบัดหยิบมาใช้ในการทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น สัมพันธภาพเชิงบำบัดที่เหมาะสม จะทำให้พยาบาลมองเห็นการเปลี่ยนแปลงบางประการ ที่อาจเป็นการสื่อแสดงถึงการมีความคิดฆ่าตัวตาย เช่น การมีอารมณ์ที่ดีขึ้นอย่างกะทันหัน

(จากการตัดสินใจว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางออกของตนเอง) การบอกเล่า การขอบคุณ หรือขอโทษ การมอบสิ่งของมีค่าหรือของรักให้กับผู้อื่น เป็นต้น

### 1.9.5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

การประเมินผลการให้การพยาบาลในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นการประเมินผลลัพธ์ในเรื่องต่างๆ ที่ได้ให้การพยาบาลทั้งด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ รวมทั้งพฤติกรรม และการกำกับอารมณ์ ดังนี้คือ

การประเมินทางด้านร่างกาย เป็นการประเมินการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า การประเมินการแต่งกาย การประเมินการขับถ่าย เป็นต้น ส่วนการประเมินด้านความคิด เป็นการประเมินลักษณะความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า หากประเมินผลการให้การพยาบาลได้ผล ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะต้องปรับเปลี่ยนมุมมอง ความคิด เป็นคิดเชิงบวก ลดความคิดที่บิดเบือน รวมทั้งมีการรับรู้ศักยภาพของตนเองดีขึ้น สามารถตัดสินใจและแก้ปัญหาในเหตุการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น มีมุมมองในการปรับ และแก้ไขปัญหาในเหตุการณ์ต่างๆ ที่หลากหลายมากขึ้น และไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งจะส่งผลทำให้อารมณ์หดหู่ เศร้า หมดหวัง ลดลงตามไปด้วย ส่วนการประเมินทางพฤติกรรม เป็นการประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน และการทำงาน รวมทั้งกิจกรรมต่างๆ ทั้งในครอบครัวและกับเพื่อนๆ ส่วนการประเมินการกำกับอารมณ์เป็นการประเมินความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ลักษณะต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม สามารถเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ลดความรุนแรงของอารมณ์ กำจัดอารมณ์เชิงลบ มีการแสดงอารมณ์และตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสมต่อเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งจะทำให้ผู้ประเมินได้เห็นสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่นได้ดีขึ้น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะสามารถทำงานได้ตามปกติมากขึ้น มีกิจกรรมการออกกำลังกาย รวมทั้งดูแลตนเองด้านการแต่งกาย และสุขอนามัยได้ดีขึ้น (Fortinash and Worret, 2004 ; Videbeck, 2001)

### แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลระดับจังหวัด (Clinical Practice Guideline: CPG)

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลระดับจังหวัดใช้สำหรับคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ซึ่งได้แก่ ผู้มารับบริการอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปและมีความเสี่ยง ได้แก่ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการซึมเศร้าชัดเจน ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรัง เช่นเบาหวาน ข้อเสื่อม ไตวายเรื้อรัง มะเร็ง ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยหลังคลอด ผู้มีปัญหาสุรา ยาเสพติด ผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย เริ่มต้นด้วย อสม., พยาบาลประจำครอบครัวคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้าใน รพ./รพ.สต. ด้วยแบบคัดกรอง 2Q หากผู้ถูกคัดกรองตอบว่า ไม่ใช่ทั้ง 2 ข้อ แสดงว่าไม่พบโรคซึมเศร้าถ้าตอบว่า ใช่ อย่างน้อย 1 ข้อแสดงว่าผู้ถูกคัดกรองมีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ต้องได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9Q ต่อ หากผู้ถูกคัดกรองตอบแล้ว มีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า

จากนั้นให้การวินิจฉัยแยกโรค ให้คำปรึกษาโดยแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติ ตามเกณฑ์ที่กำหนด หากพบอาการตามเกณฑ์ MDD (Major depress disorder) ให้การดูแลรักษาและส่งต่อให้จิตแพทย์ แล้วให้ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการคัดกรองการฆ่าตัวตาย 8Q ควบคุมด้วย หากพบเสี่ยงน้อย (1-8 คะแนน) ให้ประเมินอาการของโรค ให้คำปรึกษา และให้สุขศึกษาแก่ญาติผู้ป่วย กรณีเสี่ยงปานกลาง (9-16คะแนน) ให้การดูแลรักษาแบบจิตสังคม (Psychosocial support) และหากพบเสี่ยงสูง ( $\geq 17$ คะแนน) ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้ป่วย MDD ขณะรักษาจะได้รับการคัดกรองด้วย 9Q หากพบขนาดเล็กน้อย (7-12คะแนน) ให้คำปรึกษาและให้สุขศึกษาแก่ญาติผู้ป่วย กรณีเสี่ยงปานกลาง (13-18คะแนน) และเสี่ยงสูง ( $\geq 19$ คะแนน) ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้คำปรึกษาและให้สุขศึกษาแก่ญาติผู้ป่วย และส่งต่อเพื่อพบจิตแพทย์ การประเมินผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังได้รับการดูแลรักษาจากจิตแพทย์และติดตามการรักษาต่อเนื่อง จน 9Q  $< 7$  คะแนนเป็นเวลา 6 เดือน จึงจะสามารถลดขนาดยาและพิจารณาหยุดยาได้ หากพิจารณาหยุดยาได้แล้วให้ รพ.สต. ติดตามการรักษาด้วย 9Q ทุก 1 เดือนเป็นเวลา 1 ปี

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการกำกับอารมณ์

### 2.1 ความหมายการกำกับอารมณ์

การกำกับอารมณ์ (Emotion Regulation) และการจัดการกับอารมณ์ (Emotion Coping ) ทั้ง 2 คำมีความหมายและโครงสร้างที่ทับซ้อนกันอยู่ Pekrun & Stephens (2009) กล่าวว่า การจัดการกับอารมณ์มักถูกใช้กับพฤติกรรมที่มุ่งเน้นจัดการกับตัวแปรด้านความเครียด ในขณะที่การกำกับอารมณ์จะเน้นพฤติกรรมที่มุ่งการปรับ การควบคุมและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากอารมณ์เชิงลบ โดยการกำกับอารมณ์จะมุ่งเน้นการเพิ่มอารมณ์ในเชิงบวก และลดอารมณ์ในเชิงลบ ซึ่งในส่วนนี้ จะกล่าวถึงความหมายและกระบวนการของการกำกับอารมณ์ที่มีนักจิตวิทยาและนักวิจัยทำการศึกษาไว้ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

Thompson (1994) ได้ให้ความหมายการกำกับอารมณ์ว่า ประกอบด้วยกระบวนการทั้งภายนอก (extrinsic) และภายใน (intrinsic) ที่บุคคลตรวจสอบ (monitoring) ประเมิน (evaluating) และปรับเปลี่ยนการตอบสนองทางอารมณ์ (modifying emotion reactions) เพื่อมิให้อารมณ์ส่งผลกระทบทำให้ตนเองไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

Dodge (1989) ได้ให้ความหมายการกำกับอารมณ์ว่า เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเพื่อทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงอารมณ์ หรือการลดความรุนแรงของอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

Gross (1998a) ได้ให้ความหมายการกำกับอารมณ์ว่า เป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน บุคคลจำเป็นต้องมีการกำกับและควบคุมอารมณ์ให้ถูกต้อง เหมาะสมตามโอกาส



และสถานการณ์ต่างๆ เมื่อบุคคลมีการกำกับอารมณ์และควบคุมอารมณ์ แสดงว่าขณะนั้นบุคคลมีอารมณ์เกิดขึ้นแล้วบุคคลนั้นจึงพยายามที่จะจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นและแสดงอารมณ์ออกมาตามวิธีที่เหมาะสม

Gross(1998b) ได้ให้ความหมายการกำกับอารมณ์ว่า เป็นกระบวนการซึ่งบุคคลสามารถควบคุมอารมณ์ โดยที่กระบวนการทำให้บุคคลที่เอื้อให้สามารถจัดการอารมณ์และแสดงออกได้อย่างเหมาะสมซึ่งกระบวนการการกำกับอารมณ์นี้อาจเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติหรือผ่านการควบคุมอย่างมีสติรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้

Diamond (2002) ได้ให้ความหมายการกำกับอารมณ์ว่า เป็นกระบวนการภายในและกระบวนการเปลี่ยนผ่าน ที่บุคคลสามารถปรับองค์ประกอบทางอารมณ์อย่างมีสติ (Conscious) หรือไร้สติ (Unconscious) โดยการปรับสถานการณ์ที่มีผลต่ออารมณ์ ประสบการณ์ พฤติกรรม หรือการแสดงออก

Gross (2001) ได้ให้ความหมายการกำกับอารมณ์ว่า เป็นกลยุทธ์ที่ประกอบด้วยความรู้ตัว (Conscious) หรือ ไม่รู้ตัว (Unconscious) หมายถึงกระบวนการที่บุคคลมีอิทธิพลต่ออารมณ์ความรู้สึกในสถานการณ์ต่างๆ และวิธีการซึ่งบุคคลแสดงออก การกำกับอารมณ์เป็นสิ่งที่จำเป็น เมื่อสภาพอารมณ์ของบุคคล ไม่ได้อยู่ในแนวเดียวกันกับเป้าหมายของบุคคลแต่ละคน ซึ่งใช้ในการเพิ่มรักษา หรือการลดลงของการตอบสนองของอารมณ์ การกำกับอารมณ์ มี 2 แบบคือ 1)การกำกับแบบเพิ่มขึ้น (Up regulatimg) ที่มักใช้กำกับการสร้างอารมณ์เชิงบวก เช่นความสุข ความกระตือรือร้น 2) การกำกับแบบลดลง (Down regulating) ที่มักใช้กับอารมณ์เชิงลบพบว่า เช่นครูจะใช้วิธีการกำกับแบบเพิ่มขึ้นก่อนการทำงานทุกเช้า และใช้วิธีกำกับแบบลดลงกับสถานการณ์ระหว่างวัน โดยจะใช้วิธีการป้องกัน และการปรับสถานการณ์ขณะเกิดอารมณ์ โดยการปรับกิจกรรมการเรียนมากกว่าการหลีกเลี่ยงหรือปล่อยเด็ก และมักใช้การปรับความคิดเกี่ยวกับการจัดการอารมณ์หลังเลิกเรียน ในการพูดคุยปรึกษากัน เพื่อเตรียมรับมือกับสถานการณ์ใหม่ในวันถัดไป

Cole,martin and Dennis (2004) ได้ให้ความหมายการกำกับอารมณ์ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งรวมถึงการเปลี่ยนแปลงของตัวอารมณ์เอง หรือการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการทางจิตอื่นๆเช่นความจำ (memory) การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction)

Gross (2007) ได้ให้ความหมายการกำกับอารมณ์ว่า เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปในชีวิตซึ่งบุคคล จำเป็นต้องมีการกำกับอารมณ์ให้ถูกต้อง เหมาะสมตามโอกาสและสถานการณ์ต่างๆ การที่บุคคลควบคุมกำกับอารมณ์อยู่ แสดงว่า บุคคลพยายามที่จะจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้น และพยายามใช้วิธีกำกับอารมณ์เหล่านั้น การตระหนักรู้ในอารมณ์และจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นให้มีการควบคุม ให้เกิดเสถียรภาพทางอารมณ์ และอารมณ์ในเชิงบวกต่อสถานการณ์นั้นๆ

Birgins and Birgins (2012) ได้ให้ความหมายของการกำกับอารมณ์ว่า เป็นความสามารถในการควบคุมความรุนแรงของอารมณ์และระยะเวลาที่เกิดอารมณ์นั้น โดยการเปลี่ยนความคิดหรือพฤติกรรมเพื่อจัดการกับอารมณ์ที่เข้มข้นและรุนแรงนั้นได้

โดยสรุป การกำกับอารมณ์เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ในการควบคุม หรือจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ให้แสดงออกอย่างเหมาะสม โดยการพยายามมีอิทธิพลเหนืออารมณ์ของตนเองทั้งควบคุมความรุนแรงและระยะเวลาการเกิดอารมณ์ เป็นวิธีการที่ต้องการกำจัดอารมณ์เชิงลบ คงไว้ซึ่งอารมณ์เชิงบวก หรือส่งเสริมให้มีอารมณ์เชิงบวกเพิ่มขึ้น

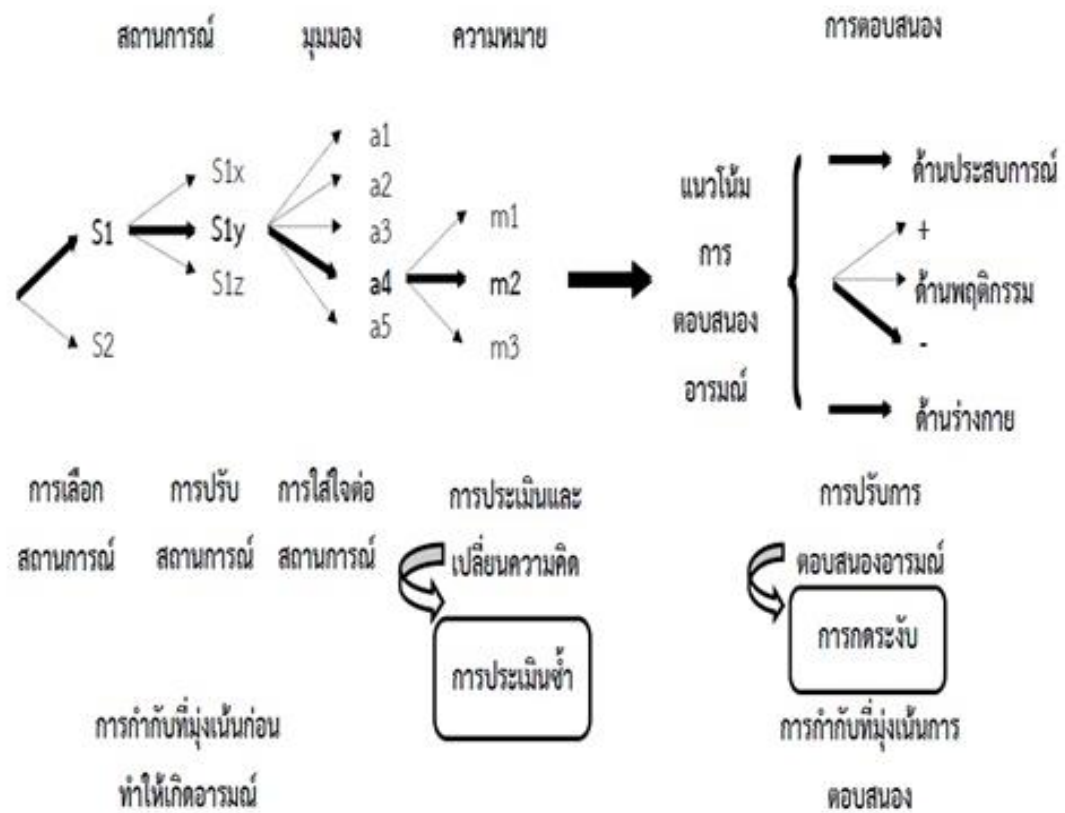
## 2.2 ความหมายการจัดการกับอารมณ์ (Emotion Coping)

Gross (2002) ได้ให้ความหมายการจัดการกับอารมณ์ (Coping with emotions) และการควบคุมอารมณ์ มักถูกกล่าวถึงในมุมมองที่ใกล้เคียงกันว่า เป็นวิธีการที่บุคคลจะควบคุมและจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละโอกาสและสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม เมื่อบุคคลกำลังควบคุมอารมณ์ของตนเอง แสดงว่า กำลังมีอารมณ์เกิดขึ้น บุคคลพยายามที่จะจัดการกับอารมณ์ หรือวิธีที่อารมณ์เหล่านั้นจะแสดงออกมา

Salovey & Caruso (2004) ได้ให้ความหมายการจัดการกับอารมณ์ว่า เป็นความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ของตนเองและของผู้อื่น เช่น พยายามทำให้สงบขณะโกรธ รู้วิธีการจัดการให้ผู้อื่นสงบเมื่อรู้สึกโกรธ และความสามารถในการควบคุมอารมณ์ของตนเอง สามารถระงับอารมณ์ของตนเองไว้ได้ มีการแสดงออกของอารมณ์อย่างเหมาะสม มีความรู้สึกในทางที่ดีต่อตนเองและสิ่งต่างๆ มีจิตใจหนักแน่น มั่นคง ไม่หวั่นไหวต่อเหตุการณ์

Pekrun & Stephens (2009) กล่าวว่า การจัดการกับอารมณ์ส่วนใหญ่ใช้กับพฤติกรรมที่มุ่งเน้นจัดการกับตัวแปรด้านความเครียด ในขณะที่การกำกับอารมณ์จะเน้นพฤติกรรมที่มุ่งการปรับการควบคุมและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากอารมณ์เชิงลบ โดยการกำกับอารมณ์จะมุ่งเน้นการเพิ่มอารมณ์ในเชิงบวก และกำกับเพื่อลดอารมณ์ในเชิงลบ

สรุปการจัดการอารมณ์ หมายถึงวิธีการที่มนุษย์พยายามใช้ในการควบคุมระงับหรือแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมขณะเกิดอารมณ์ โดยการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสมออกมาแทน



ภาพที่ 3 รูปแบบการกำกับอารมณ์ (Gross,1998)

รูปแบบการกำกับอารมณ์เริ่มต้นจากการเกิดอารมณ์ทั่วไป โดยมีสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ซึ่งทำให้บุคคลเกิดมุมมอง ซึ่งมุมมองของแต่ละบุคคลในสถานการณ์เดียวกัน ย่อมแตกต่างกัน ( $s_1$  หรือ  $s_2$ ) ( $a_1, a_2, a_3, a_4, a_5$ ) เมื่อบุคคลมีมุมมองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแล้ว บุคคลก็จะตีความสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความหมาย ( $m_1, m_2, m_3$ ) ซึ่งกระบวนการตีความหรือแปลความหมาย เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสมอง ด้านการรู้คิด (cognitive) เข้าใจ รวมถึงการประเมิน หลังจากนั้นบุคคลก็มีแนวโน้มของการตอบสนองอารมณ์ เช่น ถ้าบุคคลตีความหรือแปลความหมายสถานการณ์ดังกล่าวว่า บุคคลรู้สึกชอบ หรือ พอใจ (บวก) บุคคลก็จะมีความสุข หากบุคคลตีความสถานการณ์ดังกล่าวว่า บุคคลรู้สึกเฉยๆ (กลาง) บุคคลก็จะแสดงความรู้สึกเฉยๆ ไม่ดีใจ หรือไม่เสียใจ หรือถ้าบุคคลตีความสถานการณ์ดังกล่าวว่า บุคคลรู้สึกไม่ชอบ หรือ ไม่พอใจ (ลบ) บุคคลก็จะแสดงความรู้สึกโกรธ หรือเสียใจ เป็นต้น โดยทั้งนี้การตอบสนองอารมณ์ของแต่ละบุคคลในสถานการณ์เดียวกันก็แตกต่างกันอีกเช่นกัน ขึ้นอยู่กับร่างกาย พฤติกรรม หรือประสบการณ์

### 2.3 องค์ประกอบของการกำกับอารมณ์

Gross (1998a) ได้อธิบายองค์ประกอบของการกำกับอารมณ์ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ

1) การกำกับอารมณ์ที่มุ่งเน้นก่อนทำให้เกิดอารมณ์ (Antecedent-Focused) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลนำกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้อง กับ สถานการณ์ มุมมอง และการให้ความหมายต่อการเกิดอารมณ์

2) การกำกับอารมณ์ที่มุ่งเน้นการตอบสนอง (Response-Focused) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลนำกลยุทธ์มาใช้ในการตอบสนองอารมณ์ที่เกิดขึ้นทั้งทางประสบการณ์ พฤติกรรม และร่างกาย โดยการตอบสนองอารมณ์ระยะนี้ อาจพบการกดระงับ (Suppression) จะถูกนำไปใช้กับการทำงานของการตอบสนองทางอารมณ์เพื่อลดพฤติกรรมตอบสนองลงการปรับการตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคลอาจใช้การตอบสนองจากประสบการณ์ที่ผ่านมา หรือตอบสนองทางพฤติกรรมเชิงบวกหรือเชิงลบ รวมทั้งการตอบสนองทางร่างกาย ตัวอย่างเช่น การใช้ยาคลายกล้ามเนื้อ (Anxiolytics) เป็นการตอบสนองด้านร่างกายเพื่อลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่นเดียวกับการออกกำลังกายหรือการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ อีกตัวอย่างเช่นการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ , บุหรี่, ยาหรืออาหารเป็นการใช้ปรับการตอบสนองทางอารมณ์ด้านประสบการณ์ เป็นต้น

### 2.4 กลยุทธ์การกำกับอารมณ์

การกำกับอารมณ์แบ่งเป็น 2 กลยุทธ์หลัก ดังนี้

1) การกำกับอารมณ์ที่มุ่งเน้นก่อนทำให้เกิดอารมณ์ (Antecedent-Focused) ทำหน้าที่ในช่วงต้นของกระบวนการเกิดอารมณ์ความรู้สึก คือ การกำกับอารมณ์ก่อนจะมีการตอบสนองต่ออารมณ์ความรู้สึก ซึ่งประกอบด้วยกลยุทธ์การเลือกสถานการณ์ ( Situation selection ) ,การปรับสถานการณ์ (Situation modification), การใส่ใจต่อสถานการณ์ (Attentional deployment), การประเมินและเปลี่ยนความคิด (Cognitive change) รายละเอียดดังนี้

1.1 กลยุทธ์การเลือกสถานการณ์ (Situation selection) การที่บุคคลคนเลือกที่จะหลีกเลี่ยงหรืออยู่ในสถานการณ์ที่ตรงกับระดับการตอบสนองทางอารมณ์

1.2 กลยุทธ์การปรับสถานการณ์ (Situation modification) ความพยายามแก้ไขสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการที่บุคคลปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์

1.3 กลยุทธ์การใส่ใจต่อสถานการณ์ (Attentional deployment) คือวิธีการของบุคคลแต่ละคนมีความใส่ใจโดยตรงในสถานการณ์โดยเลือกที่จะใส่ใจหรือไม่ใส่ใจต่อเหตุการณ์บางสิ่งบางอย่างที่จะมีอิทธิพลต่ออารมณ์

1.4 กลยุทธ์การประเมินและเปลี่ยนความคิด (Cognitive change) คือการที่บุคคล คิดทบทวนการประเมินทั้งสถานการณ์และจัดการความคิดเกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อเปลี่ยนความหมาย ของสถานการณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

2) การกำกับอารมณ์ที่มุ่งเน้นการตอบสนอง (Response-Focused) หมายถึง การกำกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดอารมณ์ ความรู้สึก ประกอบด้วยกลยุทธ์การปรับการ ตอบสนองทางอารมณ์(Response modulation)

2.1 กลยุทธ์การปรับการตอบสนองทางอารมณ์ (Response modulation) คือ การมีอิทธิพลต่อการตอบสนองทางสรีรวิทยา ประสบการณ์หรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องโดยตรงเพื่อ เปลี่ยนแปลง คุณภาพของการตอบสนองทางอารมณ์ ว่าควรตอบสนองเช่นใด เป็นการตอบสนอง อารมณ์ ภายหลังประเมินเหตุการณ์ การรับรู้และความหมายของสถานการณ์

กรณีสถานการณ์ไม่ตรงกับระดับการตอบสนอง ในระดับนี้บุคคลจะสามารถใช้

2.1.1 กลยุทธ์การยับยั้งอารมณ์ (suppression) เป็นการจัดการกับความ ขัดแย้งที่เกิดขึ้น โดยการใช้วิธีแก้ปัญหาเอาไว้ก่อน ผักไว้ในระดับจิตสำนึก เป็นวิธีที่เกิดหลังจากที่มี อารมณ์เกิดขึ้นแล้ว แต่เป็นวิธีการป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงอารมณ์ที่รุนแรงภายใน เป็นเพียงการสะกด อารมณ์ไว้ เช่นมีความกังวลใจหลังสอบ เพราะรู้สึกว่าการทำข้อสอบไม่ได้ แต่บอกกับตัวเองว่าถึงกังวลไปก็ ทำอะไรไม่ได้ รอผลสอบออกมาแล้วค่อยมาว่ากันอีกที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อยับยั้งพฤติกรรมที่แสดงออก ทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง การแสดงออกทางอารมณ์มีทั้งทางบวกและทางลบ การระงับยับยั้งที่จะ แสดงออกทางอารมณ์ทางบวก (suppression positive) เช่น การไม่แสดงอารมณ์ดีใจออกมาใน ระหว่างที่ต้องอยู่ในบทบาทของผู้เป็นกลาง หรือกรรมการตัดสิน เมื่อทีมที่ตนแอบเชียร์อยู่ในใจได้รับ ชัยชนะ เป็นต้น การระงับยับยั้งที่จะแสดงออกทางอารมณ์ทางลบ (suppression negative) เช่น พนักงานขายของจะต้องไม่แสดงอารมณ์โกรธหรือไม่พอใจต่อลูกค้า เป็นต้น

กลยุทธ์ Suppression (การกดระงับ) ต่างจาก Repression (การเก็บกด) โดย Repression หมายถึง เก็บกดความคิด ความรู้สึก หรือความต้องการที่ตนเองยอมรับไม่ได้ไว้ใน ระดับจิตไร้สำนึก ผลของการเก็บกดคือ “ลืมน” เช่น ผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเคยถูกข่มขืนตอนอยู่ชั้น ประถมศึกษา จนกระทั่งได้อ่านไดอารี่ของแม่

2.1.2 กลยุทธ์การประเมินสถานการณ์ใหม่ (Reappraisal) เป็นการ แสดงออกทางความคิดที่มีองค์ความรู้ เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงความคิด คิดเกี่ยวกับสถานการณ์ อารมณ์เมื่อบุคคลเกิดกระบวนการกำกับอารมณ์ประสบความสำเร็จ จึงต้องมีการประเมินผลที่ตามมา ของอารมณ์ด้วย ซึ่งนำไปสู่การประเมินสถานการณ์ใหม่ว่าอารมณ์ขณะนั้นใกล้เคียงหรือห่างจาก สภาวะอารมณ์ที่ต้องการ การประเมินที่เหมาะสมทำให้เกิดการประเมินที่ต่อเนื่องกัน เพราะ กระบวนการกำกับอารมณ์ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด และไม่ได้เป็นกระบวนการตรงไปตรงมา

วิธีการที่เลือกนั้น อาจไม่ประสบความสำเร็จก็ได้ ทำให้บุคคลต้องเข้าสู่กระบวนการคิดและประเมินสถานการณ์ใหม่ เพื่อลดผลกระทบทางอารมณ์ที่อาจเกิดขึ้น กรณีที่สถานการณ์ดังกล่าวไม่ตรงกับระดับการตอบสนอง กลยุทธ์นี้จึงสามารถเกิดย้อนกลับไปได้ จนกระทั่งตรงกับระดับการตอบสนองของบุคคล หรือจนกระทั่งบุคคลรู้สึกพึงพอใจ ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ในที่สุดก็เข้าสู่การกำกับอารมณ์ที่มุ่งเน้นการตอบสนอง (Response-Focused) และตอบสนองออกมาในรูปประสบการณ์ของอารมณ์ พฤติกรรมที่แสดงออกทางสรีรวิทยา

สำหรับกลยุทธ์ suppression และ Reappraisal เกิดผลที่ตามมาแตกต่างกัน การประเมินสถานการณ์ใหม่ จะนำไปสู่การลดลงของทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกและประสบการณ์ของอารมณ์ ความรู้สึกเชิงลบ ในขณะที่การกดระงับจะนำไปสู่การลดลงของพฤติกรรมการตอบสนอง แต่ไม่สามารถลดประสบการณ์ทางอารมณ์ นอกจากนี้ยังมีหลักฐานที่แสดงว่า การกดระงับเพิ่มการตอบสนองทางสรีรวิทยาและทำให้บกพร่องการทำงานของด้าน การรู้คิด ความเข้าใจ ในขณะที่การประเมินสถานการณ์ใหม่ไม่ได้มีผลกระทบดังกล่าว (Gross, 1998a ; Gross & Thompson, 2007) ทั้งนี้การกำกับอารมณ์จึงเป็นความสามารถและเป็นกระบวนการที่มีการฝึกฝนได้ การกำกับอารมณ์จะเน้นพฤติกรรมที่เน้นการปรับทางสรีรวิทยา การควบคุมและการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากอารมณ์เชิงลบ โดยการกำกับอารมณ์จะมุ่งเน้นการเพิ่มอารมณ์ในเชิงบวก และลดอารมณ์ในเชิงลบ (Gross,2002) ทำให้เกิดการยับยั้งส่งผลให้ลดอาการซึมเศร้า

## 2.5 กระบวนการกำกับอารมณ์

นักจิตวิทยาและนักวิจัยได้นำเสนอกระบวนการ วิธีการขั้นตอนของการกำกับอารมณ์เพื่อแสดงถึงการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้น โดยมุ่งเน้นเพื่อให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปและรวบรวมกระบวนการกำกับอารมณ์ซึ่งมีผู้ศึกษา 5 แนวคิดดังต่อไปนี้

### 2.5.1 กระบวนการกำกับอารมณ์ โดย Moris&Reilly (1987) อ้างใน

Parkinson and Colman (1995) ที่ได้เสนอวิธีการกำกับอารมณ์ โดยแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

- 1) กำกับอารมณ์โดยมุ่งจัดการกับอารมณ์โดยตรง เช่นการให้รางวัลกับตนเอง การหันเหความสนใจไปที่สิ่งอื่น และการจัดการกับพฤติกรรมที่แสดงออก
- 2) กำกับอารมณ์โดยมุ่งกำหนดความสำคัญของอารมณ์ใหม่ เช่น การคิดเปรียบเทียบว่าคนอื่นแย่กว่าตนเอง การลำเอียงในการระบุสาเหตุ
- 3) กำกับอารมณ์โดยมุ่งจัดการกับสิ่งที่ทำให้เกิดอารมณ์ เช่น การกระทำในรูปแบบต่างๆเพื่อมุ่งแก้ไขปัญหา เช่น การเพิ่มความพยายามที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์นั้นๆ

4) กำกับอาชญากรรมโดยมุ่งแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสัมพันธ์กับวิธีการควบคุมอาชญากรรมทั้งสามประเภทข้างต้นด้วย

**2.5.2 กระบวนการกำกับอาชญากรรม** โดย Parkinson and Colman (1995) ซึ่งอธิบายเกี่ยวกับหน้าที่หลักของกระบวนการกำกับอาชญากรรม โดยเน้นถึงความพยายามในการปรับเปลี่ยนอาชญากรรมจากสถานการณ์ที่ได้มาจากการประเมินอาชญากรรมของตนเอง กระบวนการกำกับอาชญากรรมประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังนี้

1) การตรวจสอบ (Monitoring) เป็นการกำหนดข้อมูลเกี่ยวกับอาชญากรรมซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องกระทำก่อนประเมินอาชญากรรม การตรวจสอบโดยใช้แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับอาชญากรรมทั้งภายในและภายนอก การตรวจสอบอาชญากรรมใช้กระบวนการที่มีทั้งจิตสำนึกและจิตไร้สำนึก การตรวจสอบอาชญากรรมที่มีจิตสำนึกเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และอาจขึ้นอยู่กับระดับความสนใจที่เปลี่ยนไป โดยทั่วไปความสามารถในการรับรู้อาชญากรรมของบุคคลมีความแตกต่างกัน รวมทั้งความสามารถในการแยกแยะอาชญากรรม และความสนใจในกำหนดอาชญากรรม

2) การประเมิน (Appraisal) การประเมินอาชญากรรมเป็นผลต่อเนื่องมาจากการตรวจสอบอาชญากรรม ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้สึกของบุคคลในขณะนั้น ว่ามีความสัมพันธ์อย่างไรกับสภาวะอาชญากรรมในอดีต สถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร และบุคคลนั้นต้องการอะไรจากอาชญากรรม ของตนเองในอนาคต แม้ว่าบุคคลปรารถนาที่จะให้เกิดอาชญากรรม ความรู้สึกที่ดี แต่บางครั้งอาจอยู่ในอาชญากรรมเป็นกลางหรือไม่ดีก็ได้ นอกจากนี้การประเมินยังขึ้นอยู่กับการตัดสินใจที่มีความสัมพันธ์กัน มากกว่าการตัดสินใจที่เด็ดขาด ท้ายที่สุดการประเมินอาชญากรรมทำให้เกิดการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงอาชญากรรมไปในทางบวก ทางลบ หรือการตัดสินใจที่จะรักษาสภาวะอาชญากรรมขณะนั้นไว้

3) การกำกับควบคุม (Regulation) วิธีการควบคุมอาชญากรรม และเลือกวิธีการ เพื่อใช้ในการเปลี่ยนแปลงอาชญากรรมหรือคงสภาพอาชญากรรมขณะนั้นไว้ โดยรวมถึงวิธีการทางปัญญาและพฤติกรรมด้วย โดยทำให้บุคคลสามารถหลีกเลี่ยง ยอมรับ เข้าร่วมและหันเหความสนใจจากอาชญากรรม การกำกับควบคุมอาชญากรรมที่มีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับกระบวนการที่สัมพันธ์กับอาชญากรรมกระบวนการและความสำคัญของการควบคุมอาชญากรรม การเลือกวิธีการควบคุมอาชญากรรมขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของสถานการณ์ในขณะนั้น โดยบุคคลสามารถใช้วิธีการเดียวกันในสถานการณ์ที่เหมือนกันซึ่งใช้ได้ผลในอดีต นอกจากนี้การควบคุมอาชญากรรมยังขึ้นอยู่กับ ลักษณะของบุคคล สถานการณ์ และประสบการณ์ในการควบคุมอาชญากรรม

4) การประเมินสถานการณ์ใหม่ (Reappraisal) เมื่อบุคคลใช้วิธีการควบคุมอาชญากรรม ประสบความสำเร็จแล้ว จะต้องประเมินผลที่ตามมาจากอาชญากรรมด้วย ซึ่งนำไปสู่การประเมินสถานการณ์ใหม่ว่า อาชญากรรมในขณะนั้นมีความใกล้เคียงหรือห่างจากสภาวะอาชญากรรมที่ต้องการ การประเมินที่เหมาะสมทำให้เกิดการประเมินที่ต่อเนื่องกัน เพราะกระบวนการควบคุมอาชญากรรมไม่ได้

เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด วิธีการควบคุมอารมณ์ส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดขึ้นแบบตรงไปตรงมา บางครั้งทำให้บุคคลกระทำต่อสถานการณ์มากกว่าอารมณ์ ยิ่งไปกว่านั้นวิธีการที่เลือกบางครั้งอาจไม่ประสบความสำเร็จก็ได้

**2.5.3 กระบวนการกำกับอารมณ์ โดย Lazarus (1993) อ้างใน Santrock (2007) และ Boekaerts (1992a) แบ่งการกำกับอารมณ์โดยผ่านการประเมิน (Appraisal) ซึ่งมี 2 วิธี คือ**

1) วิธีการจัดการที่มุ่งเน้นที่ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นวิธีการจัดการที่ดีกรอบให้กับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วบุคคลพยายามที่จะแก้ไข วิธีนี้แสดงถึงการยอมรับและสามารถเผชิญกับปัญหา และหาทางแก้ไขเพื่อจัดการกับปัญหาหรือภาวะตึงเครียด (Stressors) ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีวิธีการคือ การมุ่งเข้าแก้ไขที่ตัวปัญหาโดยตรง โดยวิธีการวางแผน และวิธีการแก้ปัญหา

2) วิธีการจัดการที่มุ่งเน้นการใช้อารมณ์ (Problem-focused coping) คือ ความพยายามจัดการ (Manage) โดยการตอบโต้ปัญหาด้วยอารมณ์เชิงลบที่เกิดจากปัญหานั้น เป็นการแสดงออกถึงการจัดการกับปัญหาด้วยการใช้วิธีการหลีกเลี่ยง ด้วยการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น หัวเราะหรือไม่สนใจกับปัญหานั้น เป็นต้น

**2.5.4 กระบวนการกำกับอารมณ์โดย Powell and Enright (1990) ได้กล่าวถึงวิธีการจัดการกับความเครียด โดยให้ความสำคัญกับการแสดงออกของบุคคล ซึ่งมี 2 วิธี คือ**

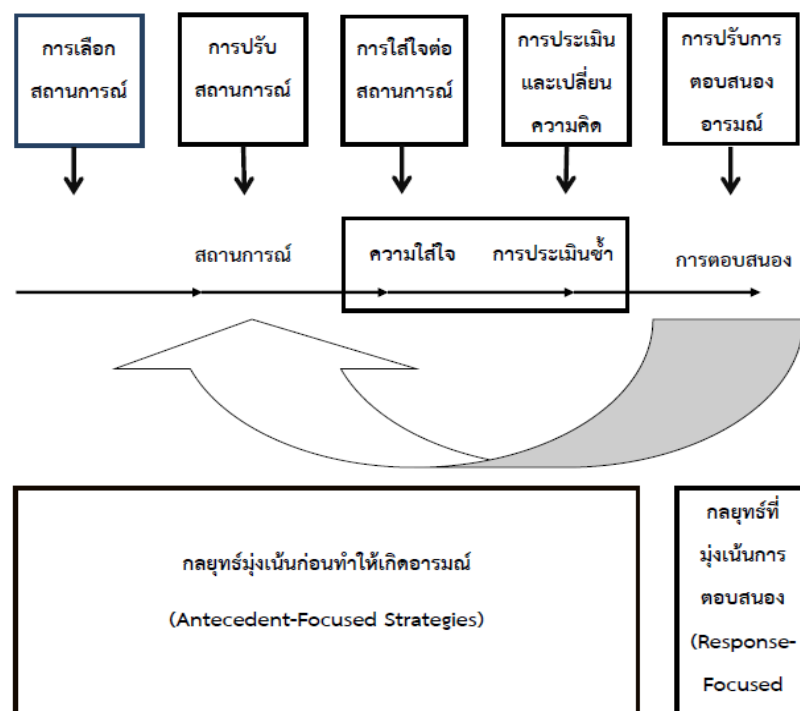
1) การตอบสนองอารมณ์โดยการปรับตัวได้เหมาะสม (Adaptive response) เป็นวิธีการแสดงออกโดยการสร้างระบบความคิดและอารมณ์ ให้กลับสู่สภาวะสมดุลเพื่อช่วยกำจัดความเครียด วิธีการนี้จะรวมการตระหนักความต้องการและปัญหา (Stressor) เพื่อให้ตระหนักถึงภาวะของตนเองในการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งก็คือการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ในขณะนั้น ทำให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหา และนำไปสู่การสร้างรูปแบบ ในการจัดการที่เหมาะสม เช่น การตั้งเป้าหมาย การจัดลำดับความสำคัญ การบริหารเวลา ความมุ่งมั่น คิดในแง่บวก มีวิธีการระบายอารมณ์ที่เหมาะสม รวมไปถึงลดความต้องการภายในตัวบุคคลเอง ทำให้บุคคลเกิดความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความเครียดลดลง เกิดผลลัพธ์ที่ดีในระยะยาว ทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจในการจัดการกับความเครียดได้อย่างเป็นระบบในอนาคต

2) การตอบสนองอารมณ์โดยการปรับตัวไม่เหมาะสม (Maladaptive Response) เป็นวิธีการแสดงออกที่ตอบสนองต่อคำสั่งที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น ทำให้บุคคลเกิดสภาพอารมณ์ที่ไม่คงที่ วิธีการนี้ทำให้เกิดปัญหาเพิ่มขึ้น เนื่องจากบุคคลไม่เข้าใจสถานการณ์ ตีความสถานการณ์ผิดพลาดก่อให้เกิดปัญหาอย่างแท้จริง ทำให้บุคคลมีความกังวลกลายเป็นวงจรความเครียดที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ นำไปสู่พฤติกรรม เช่น บุคคลหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ปฏิเสธความช่วยเหลือจากสังคม มีความก้าวร้าว หาทางออกที่ไม่ถูกต้อง เช่น ดื่มสุราหรือเสพยาเสพติด เกิดปัญหาในระยะยาวที่ทำลายความเชื่อมั่นในตัวบุคคล และนำไปสู่ปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงเพิ่มขึ้น



**2.5.5 กระบวนการกำกับอารมณ์ โดย Gross (2007)** การกำกับอารมณ์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์โดยทั่วไป บุคคลจำเป็นต้องมีการกำกับอารมณ์ให้ถูกต้องเหมาะสมตามโอกาสและสถานการณ์ ซึ่ง Gross (2007) ได้นำเสนอรูปแบบการกำกับอารมณ์ไว้ดังนี้ (ดังภาพที่ 3) Gross (2007) ได้นำเสนอว่า กระบวนการเกิดอารมณ์ของบุคคลจะมีลักษณะเป็นเส้นตรง โดยเริ่มที่การเกิดสถานการณ์ ไปสู่ความสนใจ การรับรู้ แล้วนำไปสู่การแสดงออกเป็นพฤติกรรมของบุคคลนั้น กลยุทธ์การกำกับอารมณ์ (Emotion Regulation Strategies) ของ Gross (2007) ประกอบด้วย 5 กลยุทธ์ ได้แก่

1. กลยุทธ์การเลือกสถานการณ์ (Situation selection) คือ การกระทำที่บุคคลเลือกที่จะอยู่ในสถานการณ์ที่พึงปรารถนาหรือไม่พึงปรารถนา การที่บุคคลเลือกที่จะหลีกเลี่ยงหรืออยู่ในสถานการณ์ที่ตรงกับระดับการตอบสนองทางอารมณ์ จำเป็นต้องใช้ความเข้าใจในการประเมินแนวโน้มของสถานการณ์และให้ความสำคัญกับความคาดหวังของการตอบสนองทางอารมณ์อุปสรรคต่อการเลือกสถานการณ์ที่มีประสิทธิภาพ นั่นคือการซึ่งนำหน้ากันอย่างเหมาะสมของประโยชน์ที่เกิดขึ้นในระยะสั้นของการกำกับอารมณ์เมื่อเปรียบเทียบกับผลเสียที่เกิดขึ้นในระยะยาว เช่นคนชื้ออาจจะรู้สึกดีกว่าดี ถ้าเธอหลีกเลี่ยงสถานการณ์ทางสังคม ซึ่งเป็นประโยชน์ในระยะสั้น แต่อาจทำให้เธอแยกตัวออกจากสังคม ซึ่งเป็นผลเสียในระยะยาว การใช้การเลือกสถานการณ์นั้น เป็นการตัดสินใจเชิงทำนายต่อการเกิดอารมณ์ของบุคคล



ภาพที่ 4 กลยุทธ์การกำกับอารมณ์ (Gross,2007)

2. กลยุทธ์การปรับสถานการณ์ (Situation modification) คือความพยายามแก้ไขสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการที่บุคคลปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์กลยุทธ์นี้บุคคลนำมาใช้แก้ไขสถานการณ์ที่มีอยู่เพื่อทำให้เกิดความแตกต่างของอารมณ์ความรู้สึก อาจจะเรียกเป็น สถานการณ์ใหม่ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่สามารถระบุได้ทั้งภายในและภายนอก สถานการณ์ภายนอก หมายถึง สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ส่วนสถานการณ์ภายใน หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ ตัวอย่างเช่น เมื่อพ่อแม่ ปรับสถานการณ์ที่มีผลต่ออารมณ์ของเด็ก โดยการแสดงอารมณ์อย่างช่วยเหลือสนับสนุน เห็นอกเห็นใจ เด็กจะมีการปรับตัวต่อสถานการณ์นั้นอย่างทันที และจะกลายเป็นความสามารถในการกำกับอารมณ์เชิงบวกต่อไปในระยะยาว ในทางกลับกัน ถ้าพ่อแม่ปรับสถานการณ์ที่มีผลต่ออารมณ์ในเชิงลบ เด็กก็จะพัฒนาความสามารถในการกำกับอารมณ์ในเชิงลบเช่นกัน

3. กลยุทธ์การใส่ใจต่อสถานการณ์ (Attentional deployment) คือ การที่บุคคลแสดง ความใส่ใจโดยตรงในสถานการณ์นั้นอย่างไร เพื่อทำให้เกิดการส่งผลต่ออารมณ์นั้น ซึ่งอาจเป็นวิธีการใส่ใจหรือไม่ใส่ใจต่อสถานการณ์ที่มีผลต่ออารมณ์ การใส่ใจอาจเป็นกลยุทธ์ที่เกิดขึ้นภายในของการเลือกสถานการณ์ การใส่ใจต่อสถานการณ์นั้น อาจพิจารณาจากการเลือกสถานการณ์โดยใช้กลยุทธ์ที่สำคัญคือ การเบี่ยงเบนความใส่ใจ (distraction) และการมุ่งใส่ใจต่ออารมณ์ที่เกิดขึ้น (concentration) การเบี่ยงเบนความใส่ใจ (distraction) หมายถึง การมุ่งเน้นความสนใจในแง่มุมที่แตกต่างกันของสถานการณ์หรือย้ายความสนใจออกจากสถานการณ์ทั้งหมด เช่น ทารกเลื่อนสายตาจากสิ่งเร้าที่ดึงดูดอารมณ์ความรู้สึกเพื่อลดการกระตุ้นจากสิ่งเร้า นั้น (Stifter & Moyer, 1991) การเบี่ยงเบนความใส่ใจอาจเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนจุดมุ่งหมายภายใน เช่น เมื่อบุคคลเกิดความคิดหรือความจำที่ไม่สอดคล้องกับภาวะอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนา จึงทำให้เกิดการเบี่ยงเบนความใส่ใจ

การมุ่งใส่ใจต่ออารมณ์ที่เกิดขึ้น (concentration) หมายถึง การดึงความใส่ใจไปยังลักษณะอารมณ์ของสถานการณ์หนึ่งๆ หรือเรียกว่า “การเริ่มต้นการควบคุมอารมณ์” (Wegner and Bargh, 1997) เมื่อการใส่ใจเกิดขึ้นต่อความรู้สึกของบุคคล และผลที่ตามมาอย่างซ้ำๆ เรียกว่า “การครุ่นคิด” (rumination) การครุ่นคิดถึงเหตุการณ์ที่น่าเศร้าจะนำไปสู่อาการซึมเศร้า (depressive symptoms) ที่รุนแรงและยาวนาน (Just & Alloy, 1997 ; Nolen-Hoeksema, 1993) อย่างไรก็ตาม เมื่อบุคคลมุ่งใส่ใจต่ออารมณ์ที่รู้สึกถูกคุกคามในอนาคต อาจนำมาสู่ความรู้สึกวิตกกังวลระดับต่ำๆ แต่ลดการตอบสนองทางอารมณ์เชิงลบ (Borkovec, Roemer, and Kinyon, 1995) รูปแบบการแปรรูปการใส่ใจมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การละการใส่ใจทางร่างกาย เช่น การครอบตาหรือหูทำให้มองไม่เห็นหรือไม่ได้ยิน การปรับการใส่ใจภายในขึ้นใหม่ เช่นการเบี่ยงเบนหรือการมุ่งใส่ใจ และการตอบสนองต่อการเปลี่ยนทิศทางการใส่ใจของผู้อื่น เช่น เมื่อเด็กเกิดอารมณ์กลัวเสียงกรรไกรตัดผม

ของช่างตัดผมพ่อของเด็กให้เด็กฟังเสียงและบอกว่า คล้ายเสียงร้องของแมวเลย และถามว่าหนูต้องการของขวัญอะไรในวันเกิด เป็นการเปลี่ยนทิศทางการใส่ใจของเด็กจากเสียงกรรไกรตัดผม ทำให้เด็กสงบลง เป็นต้น

4. กลยุทธ์การประเมินและเปลี่ยนความคิด (Cognitive change) คือการที่บุคคลเปลี่ยนแปลงการประเมินสถานการณ์ที่มีผลต่ออารมณ์ที่สำคัญ จัดเป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดเพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงความรู้สึกต่อสถานการณ์นั้น บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงความคิดต่อสถานการณ์ด้วยตนเอง หรือเปลี่ยนแปลงความสามารถในการจัดการกับความต้องการที่เกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น พ่อบอกลูกว่า เสียงกรรไกรตัดผม นั้น มีเสียงคล้ายเสียงร้องของแมว เป็นการเปลี่ยนแปลงความคิดของลูก ซึ่งนำมาสู่การทำให้ลูกรู้สึกสงบและยอมให้ตัดผม เป็นต้น กลยุทธ์การเปลี่ยนแปลงความคิด เป็นการประเมินสถานการณ์ (Appraisal) และการประเมินสถานการณ์ใหม่ (Reappraisal) ได้แก่ การประเมินความสามารถของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ การรับรู้การได้ประโยชน์และการเสียผลประโยชน์ของสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์นั้น การประเมินสถานการณ์ใหม่นั้น หรือตอบสนองสถานการณ์ในเชิงบวก และการยอมรับต่อสถานการณ์หรือการจัดการกับสถานการณ์นั้น

5. กลยุทธ์การปรับการตอบสนองต่ออารมณ์ (Response modulation) คือ การตอบสนองที่มีผลต่อสรีรวิทยา ประสบการณ์ หรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องโดยตรงเพื่อเปลี่ยนแปลงคุณภาพของการตอบสนองทางอารมณ์ ว่าควรตอบสนองเช่นใด กลยุทธ์นี้เกิดขึ้นในระยะท้ายของกระบวนการกำกับอารมณ์ เกิดขึ้นภายหลังการประเมินสถานการณ์ การรับรู้และการให้ความหมายของสถานการณ์ตัวอย่างของการตอบสนองต่อสรีรวิทยา เช่น เมื่อบุคคลสูบกัญชาเพื่อลดการเต้นของหัวใจ การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวเพื่อลดความตึงเครียดทางร่างกาย เป็นต้น การตอบสนองต่อประสบการณ์ เช่น เมื่อบุคคลแลกเปลี่ยนอารมณ์หรือดื่มเหล้า เพื่อลดความรู้สึกวิตกกังวล เป็นต้น การตอบสนองต่อพฤติกรรม เช่น เมื่อบุคคลพยายามซ่อนความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองจากผู้อื่น เป็นต้น อย่างไรก็ตาม กลยุทธ์การปรับการตอบสนองต่ออารมณ์นี้ อาจเกิดร่วมกัน เช่น การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายช่วยลดการตอบสนองต่อสรีรวิทยาและประสบการณ์ทางอารมณ์เชิงลบ

การกำกับอารมณ์จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีสถานการณ์ที่ทำให้บุคคลแสดงอารมณ์ การกำกับอารมณ์เริ่มจากสถานการณ์ทำให้บุคคลเลือกและมีการประเมินสถานการณ์เพื่อให้สอดคล้องกับสภาวะอารมณ์ของบุคคล โดยมีการใส่ใจต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง หลังจากนั้นจะผ่านกระบวนการรู้คิดทางปัญญาโดยการประเมิน บางครั้งอาจจะต้องมีการประเมินสถานการณ์ใหม่ๆซึ่งแต่ละกระบวนการจะดำเนินไปอย่างรวดเร็ว หลังจากนั้นบุคคลมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสถานการณ์นั้น และสุดท้ายบุคคลก็มีการตอบสนองอารมณ์ โดยอาจแสดงออกมาในรูปแบบของการตอบสนองทางสรีรวิทยา ประสบการณ์หรือพฤติกรรม

สรุป กระบวนการการกำกับอารมณ์ (Emotion Regulation) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลใช้ในการควบคุมจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้น ในสถานการณ์ต่างๆ ให้แสดงออกอย่างเหมาะสม โดยการจัดการกับสถานการณ์ การใส่ใจต่อสถานการณ์ การประเมินสถานการณ์ และการปรับการตอบสนองที่ส่งผลต่ออารมณ์ของตนเอง รวมทั้งควบคุมความรุนแรงและระยะเวลาการเกิดอารมณ์ เป็นวิธีการที่ต้องการกำจัดอารมณ์เชิงลบ คงไว้ซึ่งอารมณ์เชิงบวก หรือส่งเสริมให้มีอารมณ์เชิงบวกเพิ่มขึ้น (Gross, 2002 ; Joormann & Avanzato, 2010)

จากการศึกษาเรื่องการกำกับอารมณ์ที่กล่าวข้างต้น ทั้งจากแนวคิดของ Moris และ Reilly (1987, อ้างใน Parkinson และ Colman 1995) แนวคิดของ Parkinson และ Colman (1995) แนวคิดของ Lazarus (1993, อ้างใน Santrock 2007) และ Boekaerts (1992a) แนวคิดของ Powell และ Enright (1990) และ แนวคิดของ Gross (2007) มีกระบวนการกำกับอารมณ์ไปในแนวทางที่สอดคล้องกัน กล่าวคือ กระบวนการกำกับอารมณ์เริ่มจากสถานการณ์ บุคคลจะมีการประเมินสภาวะอารมณ์ของตนเองในสถานการณ์ขณะนั้น โดยบุคคลก็จะเข้าสู่การใช้วิธีการจัดการที่มุ่งที่ปัญหา หรือมุ่งเน้นก่อนทำให้เกิดอารมณ์ มากกว่ามุ่งที่จะจัดการโดยตรงกับสิ่งที่ทำให้เกิดอารมณ์หรือมุ่งเน้นการตอบสนอง การมุ่งเน้นก่อนทำให้เกิดอารมณ์นั้นบุคคลต้องมีวิธีการทางปัญญา การรู้คิด เป็นการประเมิน (Appraisal) บางครั้งวิธีการที่เลือกนั้นอาจไม่ประสบความสำเร็จ ทำให้ต้องมีวิธีการประเมินสถานการณ์ใหม่ (Reappraisal) และเข้าสู่การกำกับอารมณ์ที่มุ่งเน้นการตอบสนอง โดยลดการตอบสนองอารมณ์เชิงลบและเพิ่มการตอบสนองอารมณ์เชิงบวก อย่างไรก็ตามแนวคิดและกลยุทธ์การกำกับอารมณ์ของ Gross (2007) มีรูปแบบและกลยุทธ์ที่ชัดเจนและสอดคล้องกับ สาเหตุของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะเห็นได้ว่าการกำกับอารมณ์เป็นโปรแกรมที่บุคคลต้องใช้กระบวนการเรียนรู้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดจากความคิดบิดเบือนต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และมีการการตอบสนองต่ออารมณ์เศร้าจากประสบการณ์ที่ผ่านมา หรือทางสรีรวิทยา หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ผู้ศึกษาจึงสนใจนำกระบวนการกำกับอารมณ์ของ (Gross, 2007) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการกำกับอารมณ์เพื่อลดอาการและความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเนื่องจากสอดคล้องกับสภาพปัญหาและพยาธิสภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสพัฒนาการเรียนรู้ทางปัญญา ส่งเสริมความเข้าใจของการเกิดอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้ผู้ป่วยพัฒนาการประเมินสถานการณ์เข้าใจสถานการณ์ เรียนรู้การใส่ใจ ปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดและการปรับการตอบสนองต่ออารมณ์เชิงลบ พัฒนาและรักษาอารมณ์เชิงบวกให้ต่อเนื่อง อันจะนำมาสู่การลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

## 2.6 การประเมินการกำกับอารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีแบบประเมินการกำกับอารมณ์ ที่มีลักษณะโครงสร้าง เนื้อหาที่ทับซ้อนกันซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**2.6.1 แบบประเมินการกำกับอารมณ์ (Emotion Regulation Questionnaire : ERQ;** Gross & John, 2003) เป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับประเมินตนเอง โดยวัดประสบการณ์ทางอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถาม 2 ลักษณะคือ การประเมินความคิด (Cognitive Reappraisal ) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 5, 7, 8, 10 และ การระงับการแสดงออก (Expressive Suppression ) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 4, 6, 9 มีลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 7 ระดับ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1- 7 ตั้งแต่ 1 คะแนน คือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 7 คะแนน คือเห็นด้วย ซึ่งผู้วิจัยได้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยได้รับอนุมัติจากเจ้าของเครื่องมือผ่านจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และนำเครื่องมือดังกล่าวไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาอังกฤษ 2 ท่านทำการแปลย้อนกลับ (Back translation)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแบบประเมินการกำกับอารมณ์มีรายละเอียดการทดลองใช้ และการใช้เครื่องมืออย่างหลากหลาย ได้แก่ 1) การศึกษาของ Balzarotti John & Gross (2010) มีการทดลองใช้กับนักศึกษามหาวิทยาลัยมิลาน ประเทศอิตาลี คณะจิตวิทยา, คณะวิทยาศาสตร์คอมพิวเตอร์, คณะเศรษฐศาสตร์, จำนวน 416 คน อายุเฉลี่ย 21.6 ปี เป็นเพศหญิง 68.5 % ได้ค่าความตรงสำหรับ Reappraisal และ suppression ช่วง .48 ถึง .68 และ .42 ถึง .63 ตามลำดับ และได้ค่าความเที่ยงสำหรับ Reappraisal และ suppression เท่ากับ .84 และ .72 ตามลำดับ และมีการทดสอบซ้ำ 2 เดือนได้ค่าความเที่ยงสำหรับ Reappraisal และ Suppression เท่ากับ 0.67 และ 0.71 ตามลำดับ 2) การศึกษาของ Uphill, Lane and Jones (2012) มีการทดลองใช้กับนักศึกษา 433 คน ของมหาวิทยาลัย British อายุ 18- 47 ปี ได้ค่าความเชื่อมั่นสำหรับ suppression เท่ากับ 0.70 และ สำหรับ Reappraisal เท่ากับ 0.82 3) การศึกษาของ Sala et al. (2012) มีการทดลองใช้กับกลุ่มอย่างชาวอิตาลี และเยอรมันโดยการศึกษาการวัดการตรวจสอบสำหรับอิตาลี (Balzarotti, John, & Gross, 2010) และการศึกษาการวัดการตรวจสอบสำหรับเยอรมัน (Abler & Kessler, 2009) ได้ค่าความตรงสำหรับ Reappraisal ของประเทศอิตาลี และประเทศเยอรมันเท่ากับ .78 และ .74 ตามลำดับ และได้ค่าความเที่ยงสำหรับ suppression ของประเทศอิตาลี และประเทศเยอรมัน เท่ากับ .62 และ .76 ตามลำดับ 4) การศึกษาของ Cabello et al. (2013) มีการใช้แบบประเมิน ERQ แปลเป็นภาษาสเปนโดยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาและมีการทดลองใช้กับชาวสเปนจำนวน 866 คน เป็นเพศชาย 37.6% ช่วงอายุ 18-80 ปี พบว่าการใช้งาน Reappraisal มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอารมณ์ความรู้สึกเชิงบวก ขณะที่การใช้งาน Suppression มี

ความสัมพันธ์เชิงลบกับ Social functioning (การทำงานทางสังคม) ได้ค่าความเที่ยงสำหรับ Reappraisal เท่ากับ .79 และ สำหรับ suppression เท่ากับ .73 5)การศึกษาของ Ioannidis & Siegling, 2015 มีการทดลองใช้กับนักศึกษามหาวิทยาลัยบริติช จำนวน 203 คน อายุเฉลี่ย 21.6 ปี และคนทั่วไปจำนวน 145 คน อายุเฉลี่ย 22.7 ปี ได้ค่าความตรงอยู่ในช่วง .69 ถึง .94

สรุป แบบประเมินการกำกับอารมณ์ (Emotion Regulation Questionnaire : ERQ ; Gross & John, 2003) มีการนำมาทดลองใช้ใน 1) กลุ่มนักศึกษาอายุเฉลี่ย 21.6 ปี 2) นักกีฬา อายุ 18- 47 ปี และผู้ใหญ่ช่วงอายุ 18 -80 ปี ได้ค่าความตรงสำหรับ Reappraisal และ suppression อยู่ในช่วง.48 ถึง.79 และ.42 ถึง.76ตามลำดับ

**2.6.2 แบบประเมินการกำกับอารมณ์โดยวิธีทางการรู้คิด (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: CERQ; Garnefski et al., 2001)** เป็นแบบสอบถามที่ใช้สำหรับประเมินตนเอง โดยประเมินการจัดการปัญหาโดยวิธีทางปัญญาเชื่อมโยงกับการกำกับอารมณ์ สามารถประเมินบุคคลอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป ประกอบด้วยองค์ประกอบ 9 ด้าน คำถามเป็นมาตรวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีคะแนน ตั้งแต่ 4 ถึง 20 โดยการกำกับอารมณ์โดยวิธีทางปัญญา 9 วิธีได้แก่ (1) self-blame (การโทษตนเอง) (2) blaming others (การโทษผู้อื่น) (3) acceptance (การยอมรับ) (4) refocus on planning (การไตร่ตรองวางแผน) (5) positive refocusing (การนึกถึงเรื่องทางบวก) (6) rumination (การหมกมุ่นครุ่นคิด) (7) positive reappraisal (การคิดถึงด้านดี) (8) putting into perspective (การเปลี่ยนมุมมอง) และ (9) catastrophizing (การคิดในแง่ร้าย) โดยทั้ง 9 วิธีนี้ถูกแบ่งออกเป็นการจัดการปัญหาด้วยวิธีที่เหมาะสม (more adaptive coping styles) ซึ่งก่อให้เกิดผลทางบวกและการจัดการปัญหาด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสม (less adaptive coping styles) ซึ่งก่อให้เกิดผลทางลบได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ.62 to .85

**2.6.3 แบบประเมินทักษะการกำกับอารมณ์ (Emotion Regulation Skills Questionnaire: ERSQ ; Berking & Znoj, 2008)** เป็นแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับทักษะการกำกับอารมณ์โดยวัด 3 ลักษณะได้แก่ การกำกับอารมณ์ อารมณ์ด้านบวก อารมณ์ด้านลบ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามสำรวจตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ เป็นมาตรวัด เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ แต่ละข้อมีค่าคะแนน ตั้งแต่ 0 – 3 คะแนน 0 คะแนน คือไม่ใช่ทั้งหมด จนถึง 3 คะแนน คือ ใช่ทั้งหมด มีคะแนน รวมตั้งแต่ 0 ถึง 40 คะแนน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินฉบับนี้กับคนทั่วไปที่กรุงเบิร์น (Berne) ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ จำนวน 446 คน อายุ 18-76 ปี (M =32.99, SD= 12.59) เป็นเพศหญิง 70% วัด 2 ครั้ง ห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ค่าความเชื่อมั่นครั้ง เท่ากับ .90 และ .75 ตามลำดับ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ แบบประเมินการกำกับอารมณ์ Gross & John,2003 (Emotion Regulation Questionnaire : ERQ) เป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง เนื่องจากแบบประเมินมีความสอดคล้องกับแนวคิด และมีความเหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมาย และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แบบประเมินได้ค่าความตรงภายในของ Reappraisal scale ช่วง .48 ถึง .78 และของ suppression scale ช่วง .42 ถึง .63 ได้ค่าความเชื่อมั่นของ reappraisal scale ช่วง .67 ถึง .82 และ suppression scale ช่วง .68 ถึง .76

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการกลุ่ม

#### 3.1 ความหมายของกระบวนการกลุ่ม

Marram(1978) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มหมายถึง การที่บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมารวมกัน มีการพึ่งพาอาศัยและมีสัมพันธ์ต่อกัน มีผลประโยชน์ร่วมกัน มีความพึงพอใจมีการยอมรับและเคารพในความคิดเห็นกันและกันและมีความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ซึ่งช่วยส่งเสริมความคิดริเริ่มของบุคคลและเกิดแรงจูงใจ ส่งเสริมการแสดงออกอย่างเสรีของบุคคล ทำให้บุคคลทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลได้ สามารถฝึกการปกครองที่เป็นประชาธิปไตยได้ สามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลได้ สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ ส่งเสริมให้บุคคลเข้าใจตนเองและผู้อื่นอย่างมีเหตุผล ทำให้เกิดพลังในการปฏิบัติ

พีไลวรรณ ยอดประสิทธิ์ (2542) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มหมายถึง กระบวนการที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในกลุ่มทำให้สมาชิกภายในกลุ่มได้กระทำกิจกรรมร่วมกันเกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกันและการเรียนรู้จากประสบการณ์ของสมาชิกภายในกลุ่มสามารถนำประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มนั้นมาใช้แก้ไขและปรับปรุงใช้ในชีวิตรประจำวันให้เหมาะสมกับตนเองได้

ชูชีพ โปชะจา (2550) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มหมายถึง การที่บุคคลมารวมกลุ่มกันมีปฏิสัมพันธ์กันได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้สึกให้กำลังใจซึ่งกันและกันและกลุ่มมีการดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

โดยสรุป กระบวนการกลุ่มหมายถึง การที่บุคคลมารวมกลุ่มกันมีปฏิสัมพันธ์กันมีวัตถุประสงค์เป้าหมายและมีกิจกรรมร่วมกันผลประโยชน์ร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ซึ่งกันและกันเห็นอกเห็นใจและให้กำลังใจซึ่งกันและกันมีการพัฒนาตนเองทั้งในด้านความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมเพื่อให้กลุ่มมีการดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

### 3.2 โครงสร้างของกลุ่ม

โครงสร้างของกลุ่ม หมายถึงการจัดระบบการดำเนินงานของกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ระบบ หรือเรื่องที่เกี่ยวข้องสำคัญของกลุ่ม ที่ควรกล่าวถึงได้แก่ เรื่องของผู้นำอำนาจ สถานะภาพ บทบาท การติดต่อสื่อสารปทัสถานกลุ่มบรรยากาศกลุ่มขวัญและข้อขัดแย้ง (ชาญชัย พิทยากุล, 2522) มีรายละเอียดดังนี้

**ผู้นำกลุ่ม** หมายถึงบุคคลหนึ่งของกลุ่ม ที่ได้รับการแต่งตั้งหรือได้รับความไว้วางใจ ให้เป็นผู้มีอำนาจมีหน้าที่ในการประสานงาน กับบุคคลในกลุ่ม หรือให้บริการ หรือนิเทศงานในกลุ่ม หรือให้กลุ่มดำเนินงานไปตามเป้าหมายที่กลุ่มกำหนดไว้

**อำนาจกลุ่ม** หมายถึงความสามารถ ในการควบคุมพฤติกรรมของสมาชิกในกลุ่มให้เป็นไปตามที่ต้องการได้ในรูปของการลงโทษหรือรางวัลอำนาจในกลุ่มจะต้องเป็นสิ่งที่สมาชิกกลุ่มยอมรับ และปฏิบัติตามด้วยตราบใดที่สมาชิกในกลุ่มไม่ยอมรับและไม่ปฏิบัติตามแล้วไม่มีผลตามมาอำนาจนั้นก็หมดไปโดยปริยาย

**สถานะภาพกลุ่ม** หมายถึงสภาพที่เป็นอยู่ของสมาชิกในกลุ่มว่ามีสภาพสัมพันธ์กันอย่างไร อะไรเป็นตัวที่ทำให้มีสภาพในกลุ่มเช่นนั้นเช่นเป็นผู้นำเป็นผู้ตามเป็นเพื่อนซึ่งสภาพเช่นนี้สมาชิกต้องจำยอมไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

**บทบาทกลุ่ม** หมายถึงแบบแผนของความประพฤติที่คาดหวังซึ่งจะให้บุคคลแสดงออกเมื่อมาอยู่ในรูปของสิทธิหน้าที่หรือพุดอีกแห่งหนึ่งบทบาทหมายถึงพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มที่แสดงออกตามสถานะภาพของตนนั่นเองเช่นบทบาทของการเป็นพ่อบาทของการเป็นครูบาทของการเป็นคนไข้ เป็นต้น

**การติดต่อสื่อสารกลุ่ม** หมายถึงการนำเอาข่าวหรือความรู้สึกที่บุคคลหนึ่งต้องการแสดงออกไปยังบุคคลอีกคนหนึ่งในกลุ่มทราบแล้วตอบสนองความรู้สึกออกมาเป็นการรับรู้

**ปทัสถานกลุ่ม** หมายถึงกฎเกณฑ์ระเบียบแบบแผนหรือแนวการปฏิบัติที่กลุ่มกำหนดขึ้นมาจนเป็นที่ยอมรับแล้วปฏิบัติตามกันเป็นมาตรฐานในหมู่สมาชิกทุกคน

**บรรยากาศกลุ่ม** หมายถึงบรรยากาศทางจิตวิทยาที่เอื้อต่อการที่สมาชิกในกลุ่มจะได้แสดงความจริงใจต่อกันมากที่สุดโดยการทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกว่าคุณทุกคนมีความเสมอภาคมีเสรีภาพและมีเอกภาพในกลุ่ม

**ขวัญกลุ่ม** หมายถึงลักษณะของบุคคลที่อยากจะทำงานกลุ่มด้วยความสมัครใจและทำงานนั้นๆอย่างมีความสุขเนื่องจากสิ่งที่ทำนั้นมีผลตอบสนองความต้องการของบุคคลและของกลุ่มโดยส่วนรวมด้วย

**ข้อขัดแย้งกลุ่ม** หมายถึงการที่สมาชิกกลุ่มไม่สามารถดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันทำให้มีการแตกแยกกันในกลุ่มสมาชิกทำให้สมาชิกไขว้เขวและหยุดชะงัก



### 3.3 วัตถุประสงค์ของกลุ่ม

กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) มีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน และนำมาปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตน และให้ข้อมูลย้อนกลับ ทำให้สมาชิกในกลุ่มเข้าใจและสามารถนำวิธีการแก้ปัญหาไปใช้ต่อไปซึ่งทำให้สมาชิกแต่ละคนมีการปรับตัวสามารถเข้าใจตนเองมากขึ้นทำให้เกิดการพัฒนาที่มีความปรองดองกันมีการสนับสนุนซึ่งกันและกันเรียนรู้ที่จะให้มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติความเชื่อและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เหมาะสมและเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาและอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุขในสังคม (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2538) ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้คือ

3.3.1 วัตถุประสงค์ของกลุ่ม ตามแนวคิดของ Marram (1978) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ วัตถุประสงค์ทั่วไปและวัตถุประสงค์โดยเฉพาะ

-วัตถุประสงค์ทั่วไป คือ 1) คำนึงถึงความรู้พื้นฐานความสามารถส่วนบุคคล และความสนใจของสมาชิก 2) คำนึงถึงความรู้ที่ได้รับในการทำกระบวนการกลุ่ม

-วัตถุประสงค์โดยเฉพาะ คือ ให้สมาชิกยอมรับฟังความคิดเห็นและปัญหาของผู้อื่นอธิบายความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมของตนเพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับแก่กลุ่ม

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ทั่วไป คือ คำนึงถึงความรู้ที่ได้รับในการทำกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกกลุ่มที่มีพยาธิสภาพและอาการของโรคซึมเศร้าได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการปฏิบัติตัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้และกิจกรรมมีโอกาสช่วยลดอาการซึมเศร้าซึ่งเป็นความต้องการหลักของสมาชิกกลุ่ม สำหรับวัตถุประสงค์โดยเฉพาะ คือ ให้สมาชิกยอมรับฟังความคิดเห็นและปัญหาของผู้อื่นเช่นเดียวกัน

3.3.2 สภาพอารมณ์ของผู้เข้าร่วมกลุ่ม ซึ่งได้แก่ พื้นฐานทางอารมณ์ความรู้สึกนึกคิด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การติดต่อสื่อสารสิ่งเหล่านี้ต้องนำมาพิจารณาร่วมกันเพราะถ้าคัดเลือกผู้ที่มีปัญหาความรุนแรงทางอารมณ์แล้วอาจไม่เหมาะสมในการจัดเข้ากลุ่ม(Marram, 1978)

สำหรับงานวิจัยนี้คัดเลือกสมาชิกตามเกณฑ์คัดเลือกเข้าเป็นสมาชิกที่มีลักษณะเหมือนกัน คือเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงมาก

3.3.3 ความต้องการในการเข้ากลุ่ม การใช้กระบวนการกลุ่มในการให้ความรู้พบว่าสมาชิกในกลุ่มมีบทบาทที่สำคัญมากในการมีปฏิสัมพันธ์ การจัดคนเพื่อเข้ากลุ่มต้องเป็นคนที่มีความต้องการเข้ากลุ่มจึงจะทำให้กลุ่มประสบความสำเร็จ การประเมินความต้องการในการเข้ากลุ่มนั้นต้องแจ้งวัตถุประสงค์ซักถามความต้องการและความคาดหวังในการเข้ากลุ่มเพื่อให้ผู้ที่เข้ากลุ่มได้แสดงความคิดเห็นและเต็มใจในการเข้ากลุ่ม การประเมินคุณลักษณะดังกล่าวนี้ สามารถประเมินได้จากการซักถาม การสัมภาษณ์และเมื่อมีการคัดเลือกสมาชิกเพื่อเข้ากลุ่มแล้ว ถ้ามีการเข้ากลุ่มมากกว่า 1 ครั้ง ควรมีการแจ้งให้สมาชิกทราบและมาเข้ากลุ่มจนครบทุกครั้ง (Marram, 1978)

สำหรับงานวิจัยนี้การจัดสมาชิกเพื่อเข้ากลุ่ม ผู้วิจัยมีการติดต่อประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และดูแลประวัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อคัดเลือกสมาชิกตามเกณฑ์คัดเข้าและพบกลุ่มตัวอย่าง แจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการทำวิจัยและขอความร่วมมือ แล้วให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ดังนั้นสมาชิกกลุ่มทุกคนเข้าใจวัตถุประสงค์ มีความต้องการและเต็มใจในการเข้ากลุ่ม นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มได้แจ้งให้สมาชิกทราบถึงรายละเอียดของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งมีทั้งหมด 4 ครั้ง และประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจนครบทุกครั้ง

3.3.4 ขนาดของกลุ่มในการทำกลุ่มจำนวนสมาชิกที่เข้ากลุ่มมีความสำคัญกลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ไม่เกิน 20 คน สำหรับกลุ่มย่อย ควรมีสมาชิก 5 - 7 คน ซึ่งจะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด สำหรับกลุ่มใหญ่ควรมีสมาชิกจำนวน 4 - 12 คน จะเป็นกลุ่มที่มีขนาดเหมาะสมที่สุด จะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์มากที่สุด (Marram, 1978)

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้สมาชิกกลุ่มมีจำนวนกลุ่มละ 7-8 คน ทั้งนี้เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด

3.3.5 ระยะเวลาและความถี่ของการทำกลุ่มโดยทั่วไปแล้วเวลาที่ใช้ควรเป็นเวลารว่างจากการทำกิจกรรมอื่นๆและต้องกำหนดวัน เวลาให้แน่นอน โดยต้องเริ่มและสิ้นสุดให้ตรงเวลา และระยะเวลาในการทำกลุ่มแต่ละครั้งควรใช้เวลา 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที (Marram, 1978) ความถี่ของการทำกลุ่มที่เหมาะสมคือสัปดาห์ละ 1 ครั้ง อย่างน้อยที่สุดควรเข้ากลุ่มไม่น้อยกว่า 6-8 ครั้ง

สำหรับงานวิจัยนี้ดำเนินกิจกรรมในวันหยุดและมีการกำหนดวัน และนัดเวลาแน่นอน ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้งๆละ 60-90 นาทีโดยมีระยะเวลาในการดำเนินการกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

3.3.6 สถานที่ในการทำกลุ่มควรจัดให้มีความเป็นส่วนตัวมีสัดส่วนเฉพาะ(Privacy) เงียบสงบไม่มีเสียงรบกวนสภาพแวดล้อมและบรรยากาศให้ความเหมาะสมกับการเรียนรู้มากที่สุด ไม่มีกลิ่นหรือเสียงดังรบกวนห้องไม่แออัดนั่งสบาย (Marram, 1978)

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกสถานที่ในการทำกลุ่มที่เหมาะสมสำหรับสมาชิก เช่น สะดวกในการเดินทาง ซึ่งได้แก่ ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นมะม่วง และตำบลหนองพลับ อำเภอเมืองจังหวัดเพชรบุรี และคลินิกรักษัปอด ของโรงพยาบาลท่าแยง อำเภอท่าแยงจังหวัดเพชรบุรี เนื่องจากเป็นห้องที่เป็นสัดส่วน ไม่แออัด มีขนาดพอเหมาะ มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่มีกลิ่น หรือเสียงดังรบกวน และก่อนการทำกลุ่มแต่ละครั้งผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกเลือกที่นั่งเองตามความต้องการของสมาชิก

3.3.7 บทบาทผู้นำกลุ่มบทบาทการเป็นผู้นำกลุ่มจำเป็นต้องเป็นบุคลากรที่มีความรู้ด้านสุขภาพและมีประสบการณ์ในการทำกลุ่ม ตระหนักถึงความสามารถเฉพาะของสมาชิกสร้างบรรยากาศที่มีชีวิตชีวา ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีประสิทธิภาพให้สมาชิกทุกคนได้รับความรู้สึกปลอดภัย มีความรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่ม และเป็นเพื่อนกับผู้อื่น ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ให้ทุกคนมีโอกาสได้พูดระบาย แลกเปลี่ยนปัญหาและประสบการณ์ให้ทุกคนมีโอกาสในการสร้างความรู้สึก ความคิดเห็นในปัญหาต่างๆ และมีอิสระในการหาทางแก้ไข ปัญหา สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกให้เกิดความรู้สึกเป็นกันเองดำเนินการให้กลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มด้วยตนเองตั้งแต่การดำเนินกลุ่มครั้งแรกจนถึงสิ้นสุดกลุ่ม

3.3.8 การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (phase of group experience) มี 3 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1 ระยะนำ เป็นระยะของการสร้างความรู้สึกปลอดภัยและกล้าแสดงออกใน ระยะนี้เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และในระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศของความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้สมาชิกใน ระยะเริ่มต้นของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรย้าให้สมาชิกทุกคนเข้าใจวัตถุประสงค์ของกลุ่ม กฎและแนวทางในการปฏิบัติตัวในฐานะเป็นสมาชิกของกลุ่ม ผู้นำต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก การแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างอิสระ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ในระยะนี้สมาชิกในกลุ่มจะมีความไว้วางใจและมั่นใจในกลุ่ม มีความใกล้ชิดสนิทสนมกล้าระบายความรู้สึกนึกคิด มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กล้าเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกมุ่งความสนใจมาที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาทางแก้ไขปัญหา และเลือกวิธีแก้ปัญหานอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกสามารถรับ ข้อมูลย้อนกลับ และให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาททั้งเป็นผู้ให้ และผู้รับ สมาชิกจะรู้สึกว่าตนเองมีค่า มีศักดิ์ศรีมากขึ้น สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาลงมือสามารถช่วยเหลือสมาชิกอื่นให้เข้าใจและแก้ไขปัญหาลงมือได้ ผู้นำกลุ่มมีบทบาทสำคัญ ในการทำให้กลุ่มบรรลุเป้าหมายโดยการเสริมสร้างความเชื่อมั่นของสมาชิก เอื้ออำนวยให้กลุ่มได้อภิปรายปัญหา และหาทางแก้ไข ช่วยเหลือทดสอบความถูกต้อง เพื่อให้สมาชิกได้มั่นใจ และสามารถนำวิธีการแก้ไขปัญหาลงมือต่อไป ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม สมาชิกจะบรรลุจุดหมาย และมีการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางองอกงามของตนเอง และความสำเร็จของกลุ่ม การประเมินผลอาจประเมินจากคำพูดของสมาชิกในกลุ่ม พฤติกรรมการแสดงออกของสมาชิก และจากการประเมินของผู้อื่น

สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยมีการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม ประกอบด้วย 4 ครั้ง 5 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 1-2 กิจกรรมต่อสัปดาห์ โดยกิจกรรมที่ 1 ระยะที่ 1 หรือระยะนำ มีการสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ก่อนเริ่มกิจกรรมตามกลยุทธ์การกำกับอาการ ทั้ง 5 กลยุทธ์ และระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ระยะนี้สมาชิกในกลุ่ม กล้าเปิดเผยตนเอง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สมาชิกมุ่งความสนใจมาที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาทางแก้ไข ปัญหามากขึ้น และเลือกวิธีแก้ปัญหาทั้งนี้กิจกรรมทั้งหมดรวบรวมอยู่ในโปรแกรมการกำกับอาการ ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม สมาชิกจะบรรลุจุดมุ่งหมายและมีการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะที่ 3 สมาชิกกลุ่ม มีการพูดคุย สรุปและแสดงความรู้สึกต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม นอกจากนี้มีการประเมินแบบ ประเมินการกำกับอาการ

#### 4. โปรแกรมการกำกับอาการ

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการกำกับอาการ อาการซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการกำกับอาการจากแนวคิดของ Gross (2007) ซึ่งกล่าวว่าการกำกับอาการ เป็นกระบวนการที่บุคคลมีอิทธิพลต่ออารมณ์ความรู้สึกในสถานการณ์ต่างๆ โดยมุ่งเน้น เพื่อให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสมกับสถานการณ์ และก่อให้เกิดอารมณ์เชิงบวก โดยโครงสร้างสำหรับรูปแบบของกิจกรรมในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดกระบวนการกลุ่ม Marram (1978) ซึ่งเป็นการที่บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปมารวมกัน มีการพึ่งพาอาศัยและมีผลประโยชน์ร่วมกัน เข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน และนำมาปรับใช้กับสภาพปัญหาของตน และให้ข้อมูลย้อนกลับ ผนวกกับหลักการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล ได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแต่จะมีการปรับเพิ่มเติมเพื่อให้มีความสอดคล้องและครอบคลุมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามบริบทของประเทศไทย รายละเอียดของการพัฒนาโปรแกรมการกำกับอาการดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการกำกับอารมณ์

กิจกรรมในโปรแกรมฯ	แนวคิดหลัก	การพัฒนา
ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้เรื่อง โรคซึมเศร้า	การให้สุขภาพจิตศึกษา เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (Psychoeducation Aboutdepression) และการดำเนิน กิจกรรมเป็น กระบวนการกลุ่ม Marram (1978)	ผู้วิจัยได้นำเนื้อหาเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิต ศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าการให้ความรู้ เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ ให้สมาชิกกลุ่ม เข้าใจเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า ที่เชื่อมโยงกับ ปัญหาที่เกิดขึ้น ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกัน และกัน และช่วยผลักดันให้เกิดความพร้อม ในการดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยมีการเพิ่ม กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพในช่วงต้นของ การดำเนินกิจกรรม เพื่อส่งเสริมและสร้าง ความไว้วางใจ และความร่วมมือในดำเนิน กิจกรรม
ครั้งที่ 1 การเลือกและปรับ สถานการณ์	แนวคิดการกำกับ อารมณ์ของ Gross (2007) ร่วมกับการ ดำเนินกิจกรรมเป็น กระบวนการกลุ่ม Marram (1978)	ผู้วิจัย ได้นำ แนวคิดการกำกับอารมณ์ของ Gross (2007) ในประเด็นการเลือก สถานการณ์และการปรับสถานการณ์ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มประเมินปัญหา เข้าใจ สถานการณ์ สามารถคาดการณ์อารมณ์จาก สถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้การคาดการณ์ อารมณ์ช่วยให้สมาชิกกลุ่มสามารถเลือก สถานการณ์ได้ และเกิดรูปแบบและมองเห็น แนวทางในการปรับสถานการณ์ เพื่อให้ สอดคล้องกับอารมณ์ร่วมกับการใช้ กระบวนการกลุ่มเพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นซึ่ง กันและกัน และมีแนวทางในการนำวิธีการ ไปใช้แก้ไขปัญหาในโอกาสต่อไป

กิจกรรมในโปรแกรมฯ	แนวคิด	การพัฒนา
ครั้งที่ 2 การใส่ใจต่อ สถานการณ์	แนวคิดการกำกับ อารมณ์ของ Gross (2007) ร่วมกับการ ดำเนินกิจกรรมเป็น กระบวนการกลุ่ม Marram (1978)	ผู้วิจัย ได้นำ แนวคิดการกำกับอารมณ์ของ Gross (2007) ในประเด็นการใส่ใจต่อ สถานการณ์เพื่อให้สมาชิกกลุ่มตรวจสอบ และจำแนกสิ่งกระตุ้นเป็นบวกและลบ ตรวจสอบ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่ เกิดขึ้น ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อ ช่วยส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
ครั้งที่ 3 การประเมิน และเปลี่ยนความคิด	แนวคิดการกำกับ อารมณ์ของ Gross (2007) ร่วมกับการ ดำเนินกิจกรรมเป็น กระบวนการกลุ่ม Marram (1978)	ผู้วิจัย ได้นำ แนวคิดการกำกับอารมณ์ของ Gross (2007) ในประเด็นการประเมินและ เปลี่ยนความคิดเพื่อให้สมาชิกกลุ่ม ตรวจสอบ อารมณ์ ความรู้สึก จากปฏิกิริยา ของร่างกาย สะท้อนให้เห็นถึงความคิดที่ บิดเบือน รับรู้เกี่ยวกับความคิดที่ถูกต้องมาก ขึ้น และการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิด เป็นเชิงบวก ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อช่วยส่งเสริมให้เกิดการสะท้อนความ คิดเห็นซึ่งกันและกัน
ครั้งที่ 4 การปรับการ ตอบสนองทางอารมณ์	แนวคิดการกำกับ อารมณ์ของ Gross (2007) ร่วมกับการ ดำเนินกิจกรรมเป็น กระบวนการกลุ่ม Marram (1978)	ผู้วิจัย ได้นำ แนวคิดการกำกับอารมณ์ของ Gross (2007) ในประเด็นการปรับการ ตอบสนองทางอารมณ์เพื่อให้สมาชิกกลุ่ม สามารถตรวจสอบความเข้าใจและการ ประยุกต์ใช้และทบทวน การกำกับอารมณ์ และวิธีการระงับการแสดงออกอารมณ์ที่ไม่ เหมาะสมร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อช่วยส่งเสริมให้วิธีการไปใช้แก้ไขปัญหา ในโอกาสต่อไป

ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมรายกลุ่ม กลุ่มละ 7 คน 2 กลุ่ม 8 คน 1 กลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งๆละ 45-90 นาที จำนวน 4 ครั้ง แบ่งเป็น 5 กิจกรรม รวมเวลา 4 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรม และรายละเอียดดังนี้

### **ครั้งที่ 1 ประกอบด้วย 2 กิจกรรมคือ**

**1. สร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เรื่องโรค** เพื่อให้มีปฏิสัมพันธ์ที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และ และสร้างความไว้วางใจให้เกิดกับผู้ป่วยโดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ กติกา และแนวทางปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่ม แนะนำกิจกรรมของโปรแกรมการกำกับอาการ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมยอมเปิดเผยข้อมูลที่เป็นปัญหา หลังจากนั้นพยาบาลให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค อาการของโรค และสามารถยอมรับกับอาการเจ็บป่วยและสภาพปัญหาของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ตระหนักถึงบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการอาการซึมเศร้า และมีความยินดีมุ่งมั่น และตั้งใจในการปฏิบัติกิจกรรมของโปรแกรมการกำกับอาการต่ออาการซึมเศร้าเพื่อให้สำเร็จ ลุล่วง บรรลุเป้าหมาย

**2. การเลือกและปรับสถานการณ์** เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับ การเรียนรู้สถานการณ์ เลือกและปรับสถานการณ์อย่างมีเป้าหมาย การคาดการณ์อารมณ์ในสถานการณ์ต่างๆ และการกำหนดแรงจูงใจ หรือเป้าหมายในชีวิตของตนเอง กิจกรรมนี้ผู้วิจัยมีสถานการณ์ที่หลากหลายในใบกิจกรรม การเลือกและปรับสถานการณ์ โดยในแต่ละสถานการณ์ให้บอกว่าเลือกสถานการณ์อย่างไร ปรับสถานการณ์อย่างไร และระบุอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ และสามารถบอกเหตุผลของการเลือกและปรับสถานการณ์ได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยมอบหมายใบการบ้าน (Home work) เลือกและปรับสถานการณ์ เพื่อทบทวนความรู้ที่ได้รับในกิจกรรมครั้งนี้

**ครั้งที่ 2 การใส่ใจต่อสถานการณ์** เป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการจำแนกสถานการณ์เมื่อสัมผัสสิ่งกระตุ้นทั้งทางบวกและลบ บอกความรู้สึกและการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นได้ ให้ผู้ป่วยมีสติสามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าในสถานการณ์ต่างๆ กิจกรรมประกอบด้วย เรียนรู้และจำแนกสถานการณ์โดยมีสถานการณ์ที่หลากหลายในใบกิจกรรม ให้ผู้ป่วยจำแนกสถานการณ์เป็นเชิงบวกหรือเชิงลบ และใบกิจกรรมบอกอารมณ์ ความรู้สึกและการตอบสนองต่อสถานการณ์ โดยมีสถานการณ์ที่หลากหลาย เช่นเดิมแล้วให้ผู้ป่วยบอกความรู้สึกและระบุการตอบสนองต่อสถานการณ์ การจำแนกสถานการณ์เชิงบวกและลบ บอกความรู้สึกและการตอบสนองต่อในสถานการณ์ต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถจำแนกสถานการณ์เชิงบวกและเชิงลบ ช่วยลดความลำเอียงต่อสถานการณ์เชิงบวก นอกจากนี้ ผู้วิจัยมอบหมายใบการบ้าน (Home work) ใส่ใจต่อสถานการณ์ เพื่อทบทวนความรู้ที่ได้รับในกิจกรรมครั้งนี้

### **ครั้งที่ 3 การประเมินและเปลี่ยนความคิด** เป็นกิจกรรมที่ช่วยในการประเมินสถานการณ์

จากอารมณ์ ความรู้สึกปฏิกิริยาของร่างกายและพฤติกรรมได้ ให้ผู้ป่วยเข้าใจ ลักษณะความคิดที่บิดเบือนความจริงของตนเองจากพยาธิสภาพของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับเหตุการณ์ตามสภาพที่เป็นจริง กิจกรรมประกอบด้วย เรียนรู้ใบหน้า อารมณ์ ความรู้สึก จากปฏิกิริยาของร่างกาย โดยให้ผู้ป่วยดูภาพใบหน้าบุคคลที่แสดงอารมณ์ตามใบกิจกรรมที่แจก และระบุภาพใบหน้าเหล่านี้ มีอารมณ์ ความรู้สึกอะไร และอยู่ในสถานการณ์อย่างไร และใบกิจกรรมเรียนรู้ปฏิกิริยาของร่างกาย และพฤติกรรมขณะเกิดอารมณ์ โดยให้ผู้ป่วยพิจารณาตนเองเกี่ยวกับปฏิกิริยาของร่างกายใดบ้างที่พบขณะเกิดอารมณ์ต่างๆ และใบกิจกรรมปรับเปลี่ยนวิธีคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ โดยผู้วิจัยมีสถานการณ์ที่หลากหลายให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยฝึกการปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ และในแต่ละสถานการณ์ได้ตรวจสอบความคิดตนเองว่าคิดอย่างไร และผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร เพื่อลดอารมณ์เชิงลบ ช่วยให้ผู้ป่วยมอง และยอมรับเหตุการณ์ตามสภาพที่เป็นจริง หยุดความคิดที่บิดเบือน นอกจากนี้ผู้วิจัยมอบหมายใบการบ้าน (Home work) การประเมินและเปลี่ยนความคิด เพื่อทบทวนความรู้ที่ได้รับในกิจกรรมครั้งนี้

### **ครั้งที่ 4 การปรับการตอบสนองทางอารมณ์** เป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมการตอบสนองอารมณ์ที่เหมาะสมหลังจากที่ผู้ป่วยได้ผ่านการประเมินสถานการณ์ มีการคาดการณ์อารมณ์ เรียนรู้และประเมินอารมณ์ ความรู้สึกจากปฏิกิริยาของร่างกายและพฤติกรรมทราบแนวโน้มการเกิดอารมณ์ การปรับการตอบสนองอารมณ์ เปลี่ยนแปลงคุณภาพของการตอบสนองทางอารมณ์โดยที่บุคคลมีประสบการณ์ การแสดงออกหรือ พฤติกรรม เป็นการตอบสนองอารมณ์ ภายหลังประเมินเหตุการณ์ การรับรู้และความหมายของสถานการณ์กิจกรรมประกอบด้วย ผู้วิจัยมีสถานการณ์ให้ผู้ป่วยเลือกทำ 1 สถานการณ์ ในประเด็นเกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์การประเมินสถานการณ์ใหม่(reappraisal) และการประยุกต์ใช้กลยุทธ์การกำกับอารมณ์ทั้งหมดมาปรับใช้ในสถานการณ์ดังกล่าวอย่างไรและมีใบกิจกรรมระงับการแสดงออกอารมณ์โดยให้ผู้ป่วยคิดวิธีการและกิจกรรมที่ช่วยระงับการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมในสถานการณ์ที่ยังก่อให้เกิดการย่ำแย่ทางอารมณ์

## **5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

Garnefski et al. (2004) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้กลยุทธ์การกำกับอารมณ์ เปรียบเทียบชายและหญิง และศึกษาเปรียบเทียบระหว่างชายและหญิงในการใช้กลยุทธ์การกำกับอารมณ์กับอาการซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนและนักศึกษา อายุ 18-71 ปี เป็นผู้ชาย 251 คน และ ผู้หญิง 379 คน ประกอบด้วยระดับประถมศึกษา 3.7% ,ต่ำกว่าระดับมัธยม 10.4% ,ระดับมัธยม 9.9% ระดับวิทยาลัย15.5% , ระดับก่อนมหาวิทยาลัย10.7% , ระดับมหาวิทยาลัย47.4%



(อื่นๆหรือไม่เจาะจงระดับการศึกษา2.2%) สถานะภาพ โสด คู่ หม้าย หย่าร้างในเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน โดยใช้แบบประเมินการกำกับอารมณ์ (cognitive emotion regulation questionnaire: CERQ) ซึ่งวัดแบบ rating scale 5 ระดับ ร่วมกับแบบประเมินอาการซึมเศร้า SCL-90 พบว่ากลยุทธ์ rumination(การหมกมุ่นครุ่นคิด), Catastrophizing (การคิดในแง่ร้าย), positive reappraisal (การคิดถึงด้านดี)และ self-blame(การตำหนิตนเอง) มีการใช้เป็นส่วนใหญ่ทั้งในผู้หญิงและผู้ชาย กลยุทธ์ self-blame ,Rumination , และ catastrophizing มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอาการซึมเศร้าในทั้ง 2 กลุ่ม ขณะที่ positive reappraisal, Refocus on Planning (การไตร่ตรองวางแผน) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับอาการซึมเศร้าในทั้ง 2 กลุ่ม สำหรับผู้ชายใช้กลยุทธ์ Rumination และ Catastrophizing มากกว่าผู้หญิงในระดับที่ไม่แตกต่างกัน

**Garnefski and Kraaij(2006)** ศึกษาความสัมพันธ์เพื่อเปรียบเทียบการใช้กลยุทธ์การกำกับอารมณ์ในกลุ่มตัวอย่าง 5 กลุ่มและความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์และอาการซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 5 กลุ่มอายุคือ 1) วัยรุ่นอายุระหว่าง12-15 ปี 2) วัยรุ่นตอนปลาย อายุระหว่าง 16-18 ปี 3) วัยผู้ใหญ่ อายุระหว่าง 18-65 ปี 4) วัยผู้สูงอายุ อายุระหว่าง 66-97 ปี 5) กลุ่มผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวที่สถาบันจิตเวชเนเธอร์แลนด์ สัมภาษณ์โดยใช้แบบประเมินองค์ความรู้ในการกำกับอารมณ์ (cognitive emotion regulation questionnaire: CERQ) ร่วมกับแบบประเมินอาการซึมเศร้า SCL-90 และGDS พบว่ากลยุทธ์การครุ่นคิด (Rumination)มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอาการซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 5 กลุ่ม วัยผู้ใหญ่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอาการซึมเศร้า ( $r = .44, p < .001$ ) ในขณะที่กลยุทธ์ positive reappraisal มีความสัมพันธ์เชิงลบกับอาการซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วยนอก( $r = -.15, p < .05$ )วัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลาย และกลุ่มวัยรุ่น( $r = .14, p < .001$ )

**Ehringetal.(2008)** เป็นการศึกษาการกำกับอารมณ์โดยวิธีการเปรียบเทียบนักศึกษาที่มีประวัติซึมเศร้ากับนักศึกษาที่ไม่มีประวัติซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยอายุระหว่าง 18-35 ปี จำนวน 73 คน ประเมินอาการซึมเศร้า (BDI) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนนกลุ่มที่มีประวัติซึมเศร้า คัดจากนักศึกษาที่มีประวัติ Depressive episode อย่างน้อย 1 ครั้ง จำนวน 30 คน ( 42 %) โดยใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV ในขณะที่ 43 คน ( 58 %) เป็นกลุ่มที่ไม่มีอาการซึมเศร้าเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ 1)แบบประเมินอาการซึมเศร้า (BDI) 2) แบบประเมินการกำกับอารมณ์ (cognitive emotion regulation questionnaire : CERQ) 3) แบบประเมินประสบการณ์อารมณ์ (Negative Affect Schedule : PANAS) และ 4) The Difficulties in Emotion Regulation Scale: DERSพบว่านักศึกษาที่มีประวัติซึมเศร้าในอดีตมีระดับของกลยุทธ์ในการกำกับอารมณ์น้อยกว่านักศึกษาที่ไม่มีประวัติซึมเศร้า

**Alireza , Ahmad,and Mahmoud (2010)**ศึกษาแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการฝึกการกำกับอารมณ์ ( emotion regulation training ) และการบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) เพื่อปรับปรุงการกำกับอารมณ์และทักษะการทนต่อความเครียดและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยติดสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยวินิจฉัยโรค Substance use disorders (SUDs) ด้วยระบบ DSM-IVซึ่งใช้ยาเกินขนาดและติดยาเสพติด จำนวน 39 คนอายุระหว่าง 20-45 ปี ไม่มีโรคทางกายและทางจิต และปัจจุบันไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจิตบำบัด เก็บข้อมูลโดยใช้ The Opiate Treatment Index (OTI) ซึ่งเป็นวัดระดับสารเสพติดและแบบประเมิน General Health Questionnaire (GHQ 28) และ Distress Tolerance (แบบประเมินการทนต่อความเครียด)และ Difficulties in Emotion Regulation Scales: DERS โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองให้ฝึกการกำกับอารมณ์ 16 ชั่วโมง และกลุ่มควบคุมให้การรักษาด้วย naltrexone เท่านั้น ผลการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีความทนต่อความเครียดมากขึ้น, เพิ่มความสามารถในการกำกับอารมณ์, และลดปริมาณในการใช้ยา, สุขภาพดีขึ้น, การทำหน้าที่ทางสังคม, อาการทางกาย, ความวิตกกังวล, ความบกพร่องทางสังคม, และอาการซึมเศร้าดีขึ้น ( $P<0.05$ )นอกจากนี้การฝึกการกำกับอารมณ์มีประสิทธิภาพมากกว่าการบำบัดทางปัญญาและช่วยเพิ่มระดับทนต่อความเครียดและทำให้การกำกับอารมณ์ดีขึ้น ( $P<0.05$ )

**Nolen-Hoeksema and Aldao(2011)** ศึกษาความสัมพันธ์เปรียบเทียบชายหญิง และในช่วงกลุ่มอายุของกลยุทธ์การกำกับอารมณ์ (rumination, suppression, reappraisal, problem-solving, acceptance, social support)และความสัมพันธ์ระหว่างกลยุทธ์การกำกับอารมณ์กับอาการซึมเศร้า ช่วงอายุ 3 กลุ่มคือ 1)ช่วงอายุ 25–35 ปี2) ช่วงอายุ 45–55 ปี3) ช่วงอายุ65-75 ปี โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า (BDI) แบบประเมินแนวโน้มความคิด ความกังวล (Ruminative Responses Scale :RRS)และแบบประเมินการเผชิญและการแก้ไขปัญหา COPE inventory พบว่ากลยุทธ์ rumination และ suppression มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอาการซึมเศร้า ทั้งเพศหญิงและเพศชายในกลุ่มอายุทั้ง 3 กลุ่ม ในขณะที่กลยุทธ์ reappraisalมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอาการซึมเศร้าในช่วงอายุ 65-75 ปีทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งแตกต่างจาก ช่วงอายุ 25–35 ปีและ ช่วงอายุ 45–55 ปีมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอาการซึมเศร้า

**D'Avanzato et al.(2013)**เพื่อศึกษา 1) ความจำเพาะของการใช้กลยุทธ์การกำกับอารมณ์ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย major depressive disorder (MDD) กับ social anxiety disorder ( SAD )และ 2)วิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้กลยุทธ์การกำกับอารมณ์และความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยMDD และ SAD เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (บุคคลปกติ) และดูความถี่ของการใช้กลยุทธ์rumination (การครุ่นคิด) และกลยุทธ์expressive suppression (การระงับการแสดงออก) กลุ่มตัวอย่างคือ บุคคลในชุมชนที่สมัครผ่านการโฆษณาออนไลน์และหนังสือพิมพ์ โดย

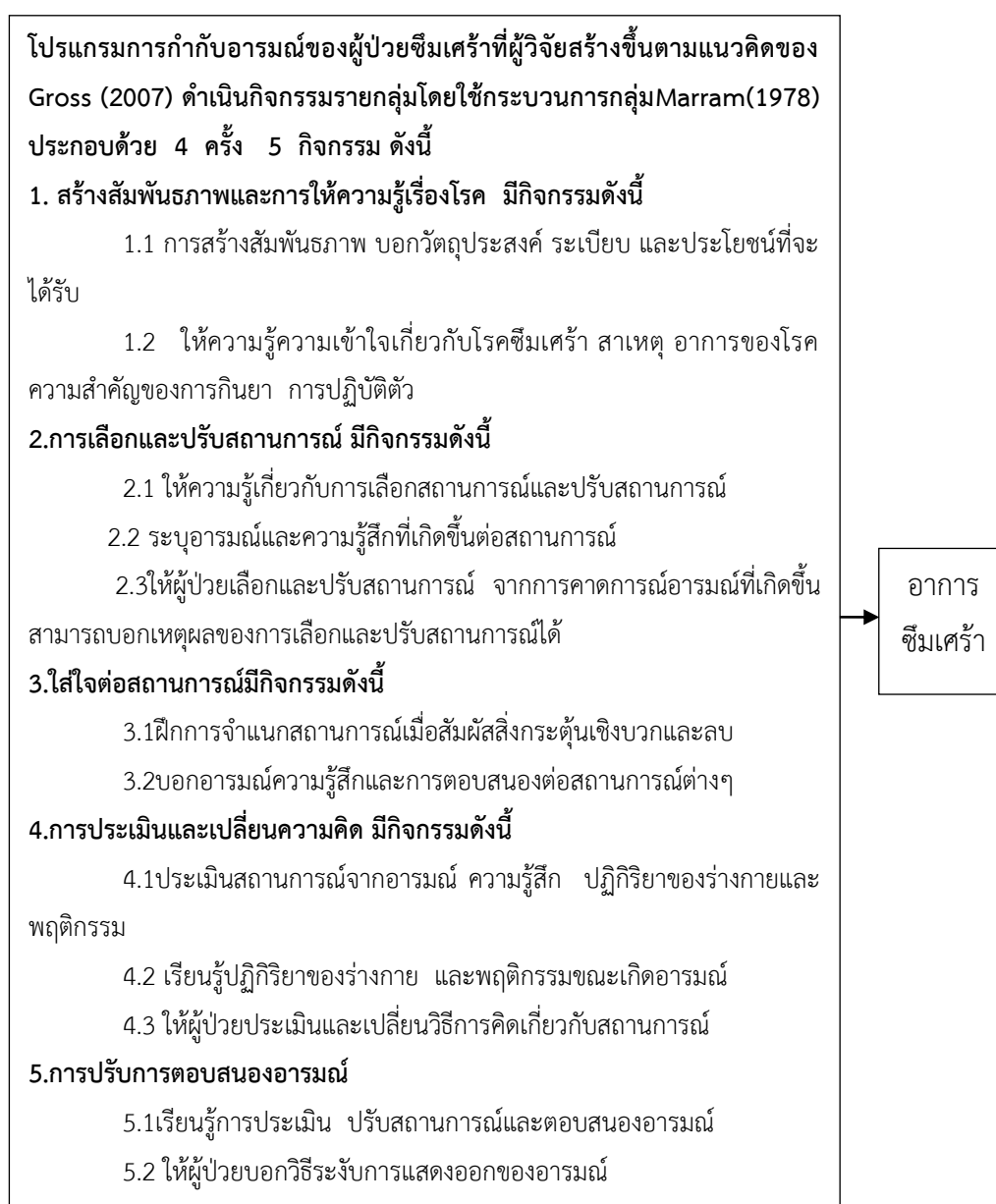
ได้รับการสัมภาษณ์เบื้องต้นทางโทรศัพท์และ ตรวจสอบคุณสมบัติ Exclusion criteria คือ การบาดเจ็บที่ศีรษะ, บกพร่องทางการเรียนรู้, ประวัติ bipolar disorder, อาการทางจิต, ต่อมแอดลอกฮอรัล และใช้สารเสพติดความผิดปกติภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกต้องผ่านการสัมภาษณ์และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 551 คน อายุเฉลี่ยของ 36 ปี เป็นผู้ป่วยวินิจฉัยปัจจุบัน MDD 189 คน ; episode MDD อย่างน้อย 1 ครั้ง 48 คน เป็นผู้ป่วยวินิจฉัยปัจจุบัน SAD 58 คน และ กลุ่มควบคุม 256 คน เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ Emotion Regulation Questionnaire (ERQ ; Gross and John 2003) Ruminative Responses Scale (RRS; Nolen-Hoeksema and Morrow 1991; Treynor et al. 2003) พบว่าผู้ป่วย SAD พบความถี่ของการใช้ reappraisal (การประเมินสถานการณ์ใหม่) อยู่ในระดับต่ำ และผู้ป่วย MDD พบว่าความถี่ของการใช้ expressive suppression อยู่ในระดับสูงในทางตรงกันข้าม เฉพาะผู้ป่วย MDD พบความสัมพันธ์ของการใช้ rumination แต่ไม่ใช้ reappraisal

**Fehlinger et al.(2013)** ศึกษาทักษะที่คาดคะเนและทำนายอาการซึมเศร้า ความสัมพันธ์ทักษะที่ทำนายความสำเร็จของการรักษา และเพื่อปรับปรุงทักษะที่เกี่ยวข้องกับการลดอาการซึมเศร้า โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง 5 ทักษะและ 2 แนวคิดได้แก่ ( problem solving: ทักษะในการแก้ปัญหา, social competence: ความสามารถทางสังคม, stress management :การจัดการกับความเครียด , relaxation ability : ความสามารถในการผ่อนคลาย และ emotion regulation: การกำกับอารมณ์ ) และแนวคิด ( self-efficacy สมรรถนะแห่งตน , self-esteem ความนับถือตนเอง หรือภาคภูมิใจในตนเอง ) ร่วมกับอาการซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย affective disorder อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 124 คน เก็บข้อมูล 2 ครั้งคือ ครั้งที่ 1 แรกรับไว้ในโรงพยาบาล(Admit) และครั้งที่ 2 เมื่อผู้ป่วยวางแผนจำหน่ายออก (Discharge) เก็บข้อมูลโดยใช้ Operationalized Skills Assessment Inventory ร่วมกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า(BDI) เปรียบเทียบคะแนนทักษะระหว่างระยะแรกกับและระยะจำหน่ายพบว่า มีเพียงการกำกับอารมณ์เท่านั้นที่เกี่ยวข้องกับการลดอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

สรุปจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การบำบัดด้วยกิจกรรมการกำกับอารมณ์ที่จัดทำขึ้น ช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดทักษะในการแก้ปัญหา เพิ่มความสามารถทางสังคม และเพิ่มระดับการทนต่อความเครียดทำให้สามารถกำกับอารมณ์ดีขึ้นและลดระดับอาการซึมเศร้าได้

## 6. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมอาการซึมเศร้าเป็นความบกพร่องของอารมณ์ซึ่งสามารถจัดการได้โดยการกำกับอารมณ์ ทั้งนี้ในการจัดการกับปัญหานี้พยาบาลได้พัฒนาโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามแนวคิดของ Gross (2007) และหลักการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อช่วยลดอาการซึมเศร้าพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการรู้คิดเข้าใจ มองโลกตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เกิดแรงจูงใจ มีเป้าหมายในการปฏิบัติงานหรือกิจกรรมต่างๆได้ดีขึ้น ซึ่งแสดงในแผนภาพ กรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental Research) แบบวัดสองครั้งโดยมีกลุ่มควบคุม (The pretest-posttest control group design) (Polit & Beck, 2004) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการกำกับอาการต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี ตัวแปรต้นคือการใช้โปรแกรมการกำกับอาการ ตัวแปรตามคืออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าดังนี้

O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>	กลุ่มทดลอง
O <sub>3</sub>		O <sub>4</sub>	กลุ่มควบคุม

O <sub>1</sub>	หมายถึง	การประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับอาการ
O <sub>2</sub>	หมายถึง	การประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอาการ
O <sub>3</sub>	หมายถึง	การประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
O <sub>4</sub>	หมายถึง	การประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ
X	หมายถึง	การใช้โปรแกรมการกำกับอาการ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากรวิจัย**คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรีทั้งชายและหญิง อายุ 21-59 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2558 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2558 พิจารณาจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

### เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง(Inclusion Criteria)มีดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 21-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (antidepressants)
2. มีคะแนนอาการซึมเศร้าตั้งแต่ 10-29คะแนน (ระดับเล็กน้อย ถึงมาก)โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค(Beck Depression Inventory : BDI-1A) ฉบับภาษาไทย แปลโดย มุกดา ศรียงค์ (อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536)
3. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทยไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยความเต็มใจ

### เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง(Exclusion criteria)มีดังนี้

1. มีอาการซึมเศร้ารุนแรงหรือมีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน
2. ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย

### การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยเชิงทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน (Polit & Beck, 2004) เพื่อการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Normality) มากที่สุด และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด แต่เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลอง (drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Polit & Beck, 2004 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550) ดังนั้นกลุ่มที่ต้องศึกษาครั้งนี้เพิ่มกลุ่มละ 22 คนรวมเป็น 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ในช่วงดำเนินการทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมอย่างละ 1 คนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง เนื่องจาก คนหนึ่งจำเป็นต้องเดินทางไปต่างจังหวัดและอีกคนหนึ่งย้ายที่อยู่ ดังนั้นจึงตัดกลุ่มตัวอย่างออกไป 2 คน เหลือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 21 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 42 คน

### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. หลังจากที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีผู้วิจัยเข้าประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าประจำแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียนที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า พร้อมทั้งประเมินว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่

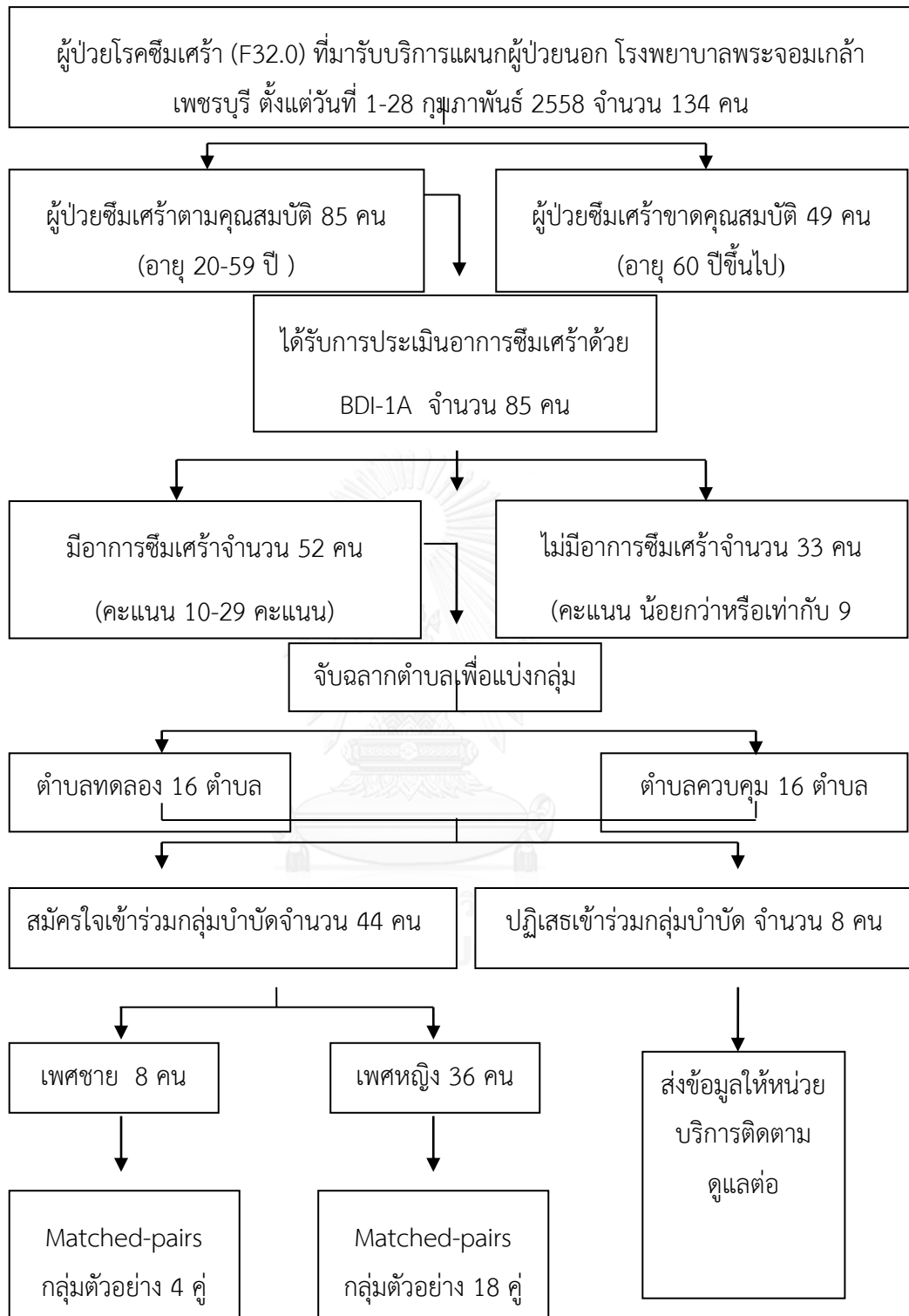
2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรีจำนวน 134 คนซึ่งในจำนวนนี้พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ในเบื้องต้นทั้งสิ้น 85 คน โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนอาการซึมเศร้าระดับน้อยถึงมาก (10-29 คะแนน) จำนวน 52 คน และไม่มีอาการซึมเศร้า (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน) จำนวน 33 คน

3. ผู้วิจัยจับฉลากชื่อตำบลโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือตำบลกลุ่มทดลองและตำบลกลุ่มควบคุม เท่าๆกัน ซึ่งได้ตำบลกลุ่มทดลองและตำบลกลุ่มควบคุม จำนวน 16 ตำบลเท่าๆกัน หลังจากนั้นการนัดกลุ่มตัวอย่างของทั้ง 2 กลุ่มไม่ตรงกัน เนื่องจากเป็นการป้องกันการปนเปื้อนและป้องกันการสื่อสารระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมกลุ่มบำบัดจำนวน 44 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน เท่าๆกัน ทั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างปฏิเสธเข้าร่วมกลุ่มบำบัด จำนวน 8 คน

5. ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยโดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched paired) ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ เพศ และคะแนนอาการซึมเศร้า (ดังภาพที่ 6) ให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เพศหญิงจะมีอาการรุนแรงมากกว่าเพศชาย (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคณะ, 2546)

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงพิจารณาจับคู่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้ เพศ และคะแนนอาการซึมเศร้าให้มีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน โดยพิจารณาคะแนนอาการซึมเศร้า ตั้งแต่ 10-29 คะแนน ซึ่งมีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อยถึงมาก ซึ่งอยู่ในระดับอาการซึมเศร้าเป็น 3 ระดับคือกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (10-15 คะแนน) กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) และกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการซึมเศร้าระดับมาก (20-29 คะแนน) จากการประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ ( Beck Depression Inventory : BDI-1A ) ฉบับภาษาไทย แปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536)



ภาพที่ 6 แผนภูมิแสดงขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง



## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 27 มกราคม 2558 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มาจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ และได้รับการชี้แจงว่าระหว่างขั้นตอนของการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะขอยกเลิกการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทราบ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในระหว่างดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้ารุนแรง ผู้วิจัยจะหยุดดำเนินการวิจัยและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นต่อจากนั้นจะส่งต่อแพทย์หรือจิตแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษาต่อไป

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการกำกับอารมณ์

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล, แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ ( Beck Depression Inventory : BDI-1A ) ฉบับภาษาไทยแปลเป็นภาษาไทยโดยมุกดา ศรียงค์ (อ้างในลัดดา แสนสีหา, 2536)

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองได้แก่แบบประเมินการกำกับอารมณ์ของ Gross & John (2003)

**1 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง** คือโปรแกรมการกำกับอารมณ์เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดของ (Gross,2007)โดยมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมดังนี้

1.1 ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากตำราเอกสารและงานวิจัย และรวบรวมเอกสาร กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแนวคิดและกลยุทธ์ การกำกับอารมณ์ รวมทั้งทักษะการสื่อสาร การให้คำปรึกษาจากตำรางานวิจัย และการปฏิบัติจริงกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มในพื้นที่ ซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติงาน

1.2 สร้างโปรแกรมการกำกับอารมณ์โดยประยุกต์จากแนวคิดของ (Gross,2007)และมีการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม จากนั้นจึงกำหนดโครงสร้างของกิจกรรมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีการกำกับอารมณ์ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพและเป็นแนวทางในการพัฒนาปฏิสัมพันธ์กับบุคคล และช่วยลดอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น โดยมีแนวทางจากกลยุทธ์การกำกับอารมณ์ คือ การเลือกสถานการณ์ การปรับสถานการณ์ การใส่ใจต่อสถานการณ์ การประเมินและเปลี่ยนความคิดการปรับการตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งโปรแกรมการกำกับอารมณ์ มีการดำเนินกิจกรรมจะเป็นรายกลุ่มประกอบด้วย4ครั้ง ระยะเวลาทำกิจกรรมครั้งละ 45-90 นาทีโดยดำเนินกิจกรรมดังนี้

### **ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า**

#### **กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า**

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นก็มีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพ จึงจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเพื่อสร้างสัมพันธภาพและเกิดความคุ้นเคยระหว่างกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเองเพื่อให้ปฏิสัมพันธ์ที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และ และสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม มีความพร้อม สามารถเปิดเผยและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ผู้นำกลุ่มแจ้งวัตถุประสงค์และรูปแบบของการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจตรงกัน ทำให้กิจกรรมสามารถดำเนินไปอย่างราบรื่น นอกจากนี้ยังมีการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค อาการของโรค และสามารถยอมรับกับอาการเจ็บป่วยและสภาพปัญหาของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ตระหนักถึงบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการอาการซึมเศร้า และมีความยินดี มุ่งมั่น และตั้งใจสามารถปฏิบัติกิจกรรมของโปรแกรมการกำกับอารมณ์สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้สำเร็จ ลุล่วง บรรลุเป้าหมาย ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ลดความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำ

#### **กิจกรรมที่ 2 การเลือกและปรับสถานการณ์**

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมีความบกพร่องในการกำกับอารมณ์ (Emotion regulation) การกำกับอารมณ์ของบุคคลเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ทางสังคมและบริบททางสังคมการกำกับอารมณ์เป็นความพยายามของบุคคลที่จะมีอิทธิพลต่ออารมณ์ที่เรามี และพยายามมีอิทธิพลต่อวิธีที่อารมณ์เหล่านั้นจะเกิดขึ้นหรือแสดงออกมาเมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งยอมก่อให้เกิดอารมณ์ต่างๆได้ทั้งเชิงลบและเชิงบวกการเลือกสถานการณ์ทำให้บุคคลสามารถเลือกที่จะหลีกเลี่ยงหรืออยู่ในสถานการณ์ที่ตรงกับสภาพอารมณ์บุคคลจะสามารถเลือกและปรับสถานการณ์ได้จำเป็นต้องเข้าใจสถานการณ์และให้ความสำคัญกับการคาดการณ์อารมณ์ซึ่งทำให้สามารถเลือกสถานการณ์ได้ (Gross & Thompson,2007) การปรับสถานการณ์ เป็นการแก้ไขสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้มาซึ่งระดับที่แตกต่างของอารมณ์ความรู้สึก อาจจะเรียกเป็น สถานการณ์ใหม่สถานการณ์

สามารถระบุได้ทั้งภายในและภายนอก ภายนอก หมายถึง สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายใน หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ

### **ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 3 การใส่ใจต่อสถานการณ์**

ใส่ใจต่อสถานการณ์ทำให้บุคคลเปลี่ยนความใส่ใจในสิ่งที่เกิดก่อนการแสดงอารมณ์ โดยเลือกที่จะใส่ใจหรือหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่จะมีอิทธิพลต่ออารมณ์นั้นๆ เพื่อให้บรรลุการตอบสนองทางอารมณ์ที่ต้องการ (Gross, 2007) กิจกรรมประกอบด้วย จำแนกสถานการณ์เมื่อสัมผัสสิ่งเร้าทั้งทางบวกและลบ บอกความรู้สึกและการตอบสนองต่อในสถานการณ์ต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถจำแนกสถานการณ์เชิงบวกและเชิงลบ ช่วยลดความลำเอียงต่อสถานการณ์เชิงบวก ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความลำเอียง มักสนใจเลือกตอบสนองเฉพาะสิ่งเร้าเชิงลบ (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, & vanIjzendoorn, 2007; Mogg & Bradley, 2005)

### **ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 4 การประเมินและเปลี่ยนความคิด**

การประเมินและเปลี่ยนความคิด (cognitive change) เป็นการคิดทบทวนประเมินสถานการณ์และจัดการความคิดเกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อเปลี่ยนความหมายของสถานการณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์หรือ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ โดยการเปลี่ยนวิธีการคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ หรือความสามารถในการจัดการความต้องการของปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางการคิด ช่วยทำให้บุคคลเปลี่ยนหรือทบทวนความคิดของการประเมินสถานการณ์ ใน การจัดการความต้องการซึ่งเป็นต้นเหตุของสถานการณ์ (Gross & Thompson, 2007) ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์เพื่อลดอารมณ์เชิงลบ เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ตรงกับการตอบสนองของอารมณ์ ทำให้สถานการณ์ดังกล่าวเกิดความชัดเจนไม่คลุมเครือ สถานการณ์ที่คลุมเครือทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการซึมเศร้า (Mathews & MacLeod, 2005) ช่วยให้ผู้ป่วยมองโลกตามความเป็นจริง ยอมรับเหตุการณ์ตามที่เป็นจริงหยุดความคิดที่บิดเบือน

### **ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 5 การปรับการตอบสนองอารมณ์**

การปรับการตอบสนองอารมณ์ เป็นการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของการตอบสนองทางอารมณ์โดยที่บุคคลมีประสบการณ์ การแสดงออกหรือ พฤติกรรม เป็นการตอบสนองอารมณ์ภายหลังประเมินเหตุการณ์ การรับรู้และความหมายของสถานการณ์ เนื่องจากบุคคลที่มีความผิดปกติทางอารมณ์มักพบการมีประสบการณ์ของอารมณ์ที่ไม่พึงพอใจและรุนแรงมาก การปรับการตอบสนองจึงมีความสำคัญมาก (Fairholme et al., 2010; Turk et al., 2005) กิจกรรมประกอบ ด้วย การคิดทบทวน และประเมินสถานการณ์ใหม่ (reappraisal) ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระงับการแสดงออกอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ การยับยั้งอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพช่วยลดผลกระทบของประสบการณ์ทางอารมณ์ในทางลบระยะสั้น แต่กลายเป็นมีประสิทธิภาบน้อยในการลดอารมณ์และประสบการณ์ทางสรีรวิทยาของแต่ละคน (Gross, 1998a; Gross & Thompson, 2007)

## การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

**การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)** ผู้วิจัยนำโปรแกรมการกำกับอาการที่สร้างขึ้นซึ่งประกอบด้วย

- 1.แผนการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการกำกับอาการทั้ง 5 กิจกรรม
- 2.คู่มือโรคซึมเศร้าและการกำกับอาการปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน ได้แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน อาจารย์จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity index) และการใช้ภาษา ซึ่งพบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .88

เมื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับการใช้ภาษาปรับปรุงแก้ไขตามที่คุณวุฒิตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดความครอบคลุมเนื้อหากิจกรรมรวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริงโดยมีประเด็นที่ต้องปรับแก้ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** ควรปรับใบประเมินความรู้โรคซึมเศร้า ให้เข้าใจง่าย สะดวกต่อการตอบคำถาม เช่น ไม่ควรถามว่าโรคซึมเศร้าคืออะไร โดยให้เหตุผลว่า ผู้ป่วยจะใช้เวลาในข้อนี้นานเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้ว่าเป็นซึมเศร้าแต่เขียนบรรยายไม่ได้ รู้แต่ว่าตนเองมีอาการอย่างไรและสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการคืออะไร ส่งผลกระทบต่ออย่างไร

**กิจกรรมที่ 2** สถานการณ์ควรนำเสนอประมาณ 3-5 ตัวอย่าง/คนเพื่อจำกัดการใช้เวลาของกลุ่มและทำได้ทั่วถึงทุกคน

**กิจกรรมที่ 3** ควรปรับการยกตัวอย่างให้ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้โดยทดลองใช้โปรแกรมกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายกลุ่ม จำนวนทั้งสิ้น 3 คนจนครบทั้ง 4 ขั้นตอนเพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้โปรแกรมไปใช้ความชัดเจนของภาษากิจกรรมที่นำไปใช้และความเหมาะสมของเวลารวมถึงอุปสรรคอื่น ๆ อันอาจเกิดขึ้นได้หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมโดยดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 ครั้งพบว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจกิจกรรมได้ดีพอสมควร ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการปรับคำชี้แจงในใบกิจกรรมให้ชัดเจนมากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าตนเองอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าวทุกสถานการณ์ หรือบางสถานการณ์ต้องมีการยกตัวอย่างให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเพิ่มเติมขึ้น และพบว่าสามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเวลาที่กำหนดโดยระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 45-90 นาทีที่ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งเพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

## 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา อาชีพ รายได้/เดือน ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวทางกาย จำนวนบุคคลในครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นข้อมูลคำถามที่ผู้ศึกษาได้กำหนดขึ้น

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของBeck (1967) เป็นแบบประเมินเพื่อคัดกรองอาการซึมเศร้าในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522 ,อ้างถึงใน ลัดดา แสนสีหา, 2536) ประกอบด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ โดย 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และ 6 ข้อหลังเป็นคำถามอาการทางกายโดยแต่ละข้อ ประกอบด้วย 4 ตัวเลือก เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย (คะแนน 0) ต่อเนื่องไปจนถึงอาการรุนแรง (คะแนน 3) ให้เลือกตอบ 1 ข้อ การให้คะแนนในแต่ละคำตอบให้เป็น 0, 1, 2 และ 3 คะแนนตามลำดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แล้วนับคะแนนในทุกข้อคำถามรวมกัน ซึ่งค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 63 หลังจากนั้นแบ่งระดับภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ (Beck, 1967) คือ 0-9 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า (normal range), 10-15 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (mild depression), 16-19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (mild-moderate depression), 20-29 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก (Moderate-severe depression), 30-63 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (severe depression) โดย BDI-1A ฉบับนี้ เป็นเครื่องมือที่มีความคงที่ในแต่ละหัวข้อ และมีความน่าเชื่อถือสูง และมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า เป็นที่นิยมใช้กันในการพัฒนางานบริการและงานวิจัยมาก เนื่องจากมีจำนวนข้อไม่มาก ทำให้ใช้เวลาไม่มาก และประเมินซ้ำได้ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) จากการหาค่าความตรงภายในโดยวิธี Split-half reliability เท่ากับ 0.39 วิธี Test-Retest เท่ากับ 0.74 และมีค่าความคงที่ภายใน (Internal consistency) เท่ากับ 0.91 มีค่าความตรง (Validity) ตรงตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ Research Diagnostic Criteria (RDC) และผู้วิจัยได้นำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คนซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง(reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .78 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

## 3. เครื่องมือกำกับการทดลองได้แก่

2.1 แบบประเมินการกำกับอารมณ์ (Emotion Regulation Questionnaire- ERQ) ของ Gross & John (2003) เป็นเครื่องมือวัดประสบการณ์ทางอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์ ตามแนวคิดของ Gross ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ติดต่อขออนุญาตประยุกต์เครื่องมือจาก Dr. J.Gross ผ่านทาง

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และได้รับอนุญาตให้สามารถแปลเป็นภาษาไทย รวมทั้งอนุญาตให้ประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ (รายละเอียดในภาคผนวก จ) จึงได้มีการแปลย้อนกลับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (back-translation) โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา 2 ท่านข้อความทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อความ 2 ลักษณะคือ การประเมินความคิด (Cognitive Reappraisal) จำนวน 6 ข้อ และการระงับการแสดงออก (Expressive Suppression) จำนวน 4 ข้อ

ข้อความมีลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 7 ระดับประเมินตามความคิดเห็นของการปฏิบัติในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ได้แก่

1. ข้อความที่เกี่ยวกับการประเมินความคิด (Cognitive Reappraisal) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 5, 7, 8, 10 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้ 1 คะแนน
ไม่เห็นด้วยส่วนใหญ่	ได้ 2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยบางครั้ง	ได้ 3 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ได้ 4 คะแนน
เห็นด้วยบางครั้ง	ได้ 5 คะแนน
เห็นด้วยส่วนใหญ่	ได้ 6 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้ 7 คะแนน

2. ข้อความที่เกี่ยวกับการระงับการแสดงออก (Expressive Suppression) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 4, 6, 9 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้ 7 คะแนน
ไม่เห็นด้วยส่วนใหญ่	ได้ 6 คะแนน
ไม่เห็นด้วยบางครั้ง	ได้ 5 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ได้ 4 คะแนน
เห็นด้วยบางครั้ง	ได้ 3 คะแนน
เห็นด้วยส่วนใหญ่	ได้ 2 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้ 1 คะแนน

**การคิดคะแนนคะแนนแต่ละข้อมีตั้งแต่ 1 คะแนน ถึง 7 คะแนน โดยการเอาคะแนนแต่ละข้อมารวมกัน**

**การแปลผลคะแนนคะแนนรวมของแบบประเมินการกำกับอารมณ์ทั้งชุดมีค่าระหว่าง 10 - 70 คะแนนโดยแบ่งระดับคะแนนการกำกับอารมณ์เป็น 3 ระดับดังนี้**

ช่วงคะแนน 0 - 42 คะแนน หมายถึง มีทักษะการกำกับอารมณ์ระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 43 - 55 คะแนน หมายถึง มีทักษะการกำกับอารมณ์ระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 56 - 70 คะแนน หมายถึง มีทักษะการกำกับอารมณ์ระดับระดับสูง

### เกณฑ์กำกับการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการกำกับอารมณ์ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์กำกับการทดลองว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนการกำกับอารมณ์ในระดับปานกลางถึงสูง (43-70 คะแนน) หากพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนการกำกับอารมณ์น้อยกว่า 43 คะแนน ผู้วิจัยจะประเมินผลร่วมกับผู้ป่วยว่าเกิดจากสาเหตุใด และพิจารณาแก้ไขตามสาเหตุนั้นจนผู้ป่วยมีคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าพบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ทั้งหมด 21 คน มีคะแนนการกำกับอารมณ์อยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป คิดเป็นร้อยละร้อย ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นฉบับแปลเป็นภาษาไทยไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับการวิจัยแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่านซึ่งเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน อาจารย์จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดเป็น 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะ เติมลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ จากการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.80

ดังนั้นแบบประเมินการกำกับอารมณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในครั้งนี้จึงมีค่าความตรงตามเนื้อหาผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยมีการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยปรับแก้ภาษาเพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องและให้ผู้ตอบคำถามเข้าใจง่ายขึ้น โดยปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามดังนี้

ข้อ2 ปรับข้อความจาก“ฉันรักษาอารมณ์ของฉันไว้ได้” เป็น“ฉันเก็บอารมณ์ไว้กับตัวฉันเอง”

ข้อ3 ปรับข้อความจาก“เมื่อฉันต้องการลดความรู้สึกที่แย่งลง (เช่นรู้สึกเศร้าหรือโกรธ) ฉันจะเปลี่ยนสิ่งที่ฉันกำลังคิดอยู่” เป็น“เมื่อฉันต้องการลดอารมณ์ไม่ดีลง (เช่นลดความรู้สึกเศร้าหรือโกรธ) ฉันจะเปลี่ยนสิ่งที่ฉันกำลังคิดอยู่”

ข้อที่4 ปรับข้อความจาก“เมื่อฉันรู้สึกดี ฉันจะระวังไม่แสดงมันออกมา” เป็น “เมื่อฉันอารมณ์ดีฉันพยายามไม่แสดงออก”

ข้อที่5 ปรับข้อความจาก“เมื่อฉันต้องเผชิญกับสถานการณ์ตึงเครียดฉันจะคิดเกี่ยวกับ

สถานการณ์นั้นในทางที่ช่วยให้ฉันสงบได้”เป็น “เมื่อฉันเผชิญกับเหตุการณ์ตึงเครียด ฉันจะคิดในทางที่ช่วยให้ฉันสงบลง”

ข้อที่6 ปรับข้อความจาก“ฉันควบคุมอารมณ์ของฉันโดยไม่ได้แสดงมันออกมา ” เป็น“ฉันควบคุมอารมณ์ของฉันโดยไม่ได้แสดงออกมา”

ข้อที่7 ปรับข้อความจาก“เมื่อฉันต้องการให้รู้สึกดีขึ้นฉันจะเปลี่ยนวิธีการคิดเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นๆ”เป็น “เมื่อฉันต้องการให้อารมณ์ดีขึ้น ฉันจะเปลี่ยนวิธีคิดในเหตุการณ์นั้น”

ข้อที่8 ปรับข้อความจาก“ฉันควบคุมอารมณ์ของฉันโดยเปลี่ยนวิธีการคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ที่ฉันเผชิญอยู่”เป็น “ฉันควบคุมอารมณ์ของฉันโดยการเปลี่ยนวิธีคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์ในขณะนั้น”

ข้อที่9 ปรับข้อความจาก“เมื่อฉันรู้สึกไม่ดีฉันแน่ใจว่าจะไม่แสดงอารมณ์ออกมา”เป็น “เมื่อฉันอารมณ์ไม่ดี ฉันจะไม่แสดงออกมา”

ข้อที่10 ปรับข้อความจาก“เมื่อฉันต้องการจะลดความรู้สึกที่แย่ลง ฉันจะเปลี่ยนวิธีการคิดเกี่ยวกับสถานการณ์นั้นๆ” เป็น“เมื่อฉันต้องการลดอารมณ์ไม่ดีลง ฉันจะเปลี่ยนวิธีคิดในเหตุการณ์นั้น”

**2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)** ด้วยการนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ .75 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงในการศึกษาครั้งนี้ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น3ขั้นคือขั้นเตรียมการวิจัยขั้นดำเนินการวิจัยและขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 1. ขั้นเตรียมการวิจัย

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีและกลยุทธ์การกำกับอารมณ์ การให้คำปรึกษา การดำเนินกิจกรรมด้วยกระบวนการกลุ่ม ทั้งจากตำรา เอกสาร และงานวิจัย รวบรวมเอกสาร องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้า และอาการซึมเศร้า การให้การพยาบาล โดยได้ศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากแนวคิดทฤษฎีตำรา เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศนอกจากนี้ได้ลงทะเบียนเรียน วิชาการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ในภาคเรียนที่1 ปี การศึกษา 2556 รวมทั้งปฏิบัติงานให้คำปรึกษาด้านสุขภาพในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติงาน กับกลุ่มเป้าหมายจริง ในแต่ละกลุ่มวัย อาทิเช่นกลุ่มวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น และเพิ่มพูนประสบการณ์การให้



คำปรึกษา และวิทยากรแก่ผู้บำบัดยาเสพติดรายบุคคลและรายกลุ่ม ทั้งแบบสมัครใจและบังคับบำบัด ของค่ายยาเสพติดในเขตอำเภอเมืองจังหวัดภูเก็ต และจังหวัดเพชรบุรีอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้วิจัย ได้รับการอบรมการให้คำปรึกษา 2 ครั้ง ซึ่งครั้งล่าสุด จัดโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ในปีงบประมาณ 2557

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการกำกับอารมณ์ และเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองจากการศึกษาค้นคว้าทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อให้เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการใช้โปรแกรมการกำกับอารมณ์

1.3 ผู้วิจัยส่งวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรแก่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีได้รับการอนุมัติวันที่ 27 มกราคม 2558

1.4 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีในการขอความร่วมมือในการทำวิจัยและการทดลองใช้เครื่องมือ โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือวิจัย

1.5 ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรีเพื่อแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการวัตถุประสงค์ของการวิจัยลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

1.6 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรีผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยลักษณะของกลุ่มตัวอย่างการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1.7 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน โดยพิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าและปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกงานสุขภาพจิตและยาเสพติด โรงพยาบาลท่ามาย จังหวัดเพชรบุรี เป็นเวลา 12 ปี จากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงขอบเขตในการดำเนินการวิจัยโดยละเอียด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อเสริมสร้างให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัย

1.8 ผู้วิจัยติดตามคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีโดยแนะนำตัวแจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าแผนกแล้วขออนุญาตดูแลประวัติของกลุ่มตัวอย่างเพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.9 เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติครบถ้วนผู้วิจัยให้ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเกี่ยวกับการทำวิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการทำวิจัยการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่ม

ตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยแล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

1.10 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตนเองสร้างสัมพันธ์ภาพและขอความร่วมมือในการประเมินอาการเศร้า(pre-test)

1.11 ผู้วิจัยจับฉลากชื่อตำบลโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือตำบลกลุ่มทดลองและตำบลกลุ่มควบคุม

1.12 ผู้วิจัยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด (Matched paired) โดยใช้เพช (Lewin, 2003) และคะแนนอาการซึมเศร้า(Beck, 1967) (ดังแสดงในตารางที่ 2 )ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ได้ จะดำเนินกิจกรรมโดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มย่อยในแต่ละกลุ่มย่อยจะมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 7-8 คน เนื่องจากกระบวนการกลุ่มควรมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 – 12 คน จะเป็นกลุ่มที่มีขนาดเหมาะสมที่สุด จะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์มากที่สุด (Marram, 1978)นอกจากนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงความสะดวกในการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างประกอบกับโรงพยาบาลพระจอมเกล้ามีข้อจำกัดของสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

1.13 ผู้วิจัยประสานงานเกี่ยวกับการขอใช้สถานที่ในการดำเนินกิจกรรมการทดลองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอเมืองเพชรบุรี 2 กลุ่มย่อย และดำเนินกิจกรรมการทดลองที่โรงพยาบาลท่าสาย อำเภอท่าสาย จังหวัดเพชรบุรีอีก 1 กลุ่มย่อย รวมทั้งสิ้น 3 กลุ่มย่อย

1.14 ก่อนเริ่มการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการกำกับอารมณ์ 1 สัปดาห์ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังนี้

**ตารางที่ 2** ลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบ่งตามเพศและคะแนนอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดอาการและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คู่ที่	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดอาการ			กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ		
	เพศ	คะแนนอาการ ซึมเศร้า	ระดับ	เพศ	คะแนนอาการ ซึมเศร้า	ระดับ
1	หญิง	15	น้อย	หญิง	15	น้อย
2	ชาย	19	ปานกลาง	ชาย	19	ปานกลาง
3	หญิง	13	น้อย	หญิง	14	น้อย
4	หญิง	18	ปานกลาง	หญิง	18	ปานกลาง
5	หญิง	24	มาก	หญิง	27	มาก
6	หญิง	17	ปานกลาง	หญิง	18	ปานกลาง
7	หญิง	14	น้อย	หญิง	14	น้อย
8	หญิง	14	น้อย	หญิง	14	น้อย
9	หญิง	15	น้อย	หญิง	15	น้อย
10	หญิง	20	มาก	หญิง	21	มาก
11	หญิง	16	ปานกลาง	หญิง	17	ปานกลาง
12	หญิง	17	ปานกลาง	หญิง	18	ปานกลาง
13	หญิง	16	ปานกลาง	หญิง	16	ปานกลาง
14	หญิง	21	มาก	หญิง	23	มาก
15	หญิง	18	ปานกลาง	หญิง	19	ปานกลาง
16	ชาย	22	มาก	ชาย	21	มาก
17	หญิง	18	ปานกลาง	หญิง	18	ปานกลาง
18	ชาย	19	ปานกลาง	ชาย	19	ปานกลาง
19	หญิง	13	น้อย	หญิง	13	น้อย
20	หญิง	22	มาก	หญิง	25	มาก
21	ชาย	15	น้อย	ชาย	14	น้อย
22	หญิง	15	น้อย	หญิง	14	น้อย

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นเพศชายกลุ่มละ 4 คน เพศหญิงกลุ่มละ 18 คน เท่ากัน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์มีระดับคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนการทดลองอยู่ในระดับเล็กน้อย(10-15คะแนน) กลุ่มละ 7 คนระดับปานกลาง(16-19 คะแนน)กลุ่มละ 10 คนระดับมาก (20-29 คะแนน)กลุ่มละ 5 คน

### 1.กลุ่มทดลอง

- 1) ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินอาการซึมเศร้า (pre-test) โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า(Beck Depression Inventory : BDI-1A)
- 2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโปรแกรมการกำกับอารมณ์โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45-90 นาที จำนวน 4 ครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน ซึ่งผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ให้การบำบัดด้วยโปรแกรมการกำกับอารมณ์ทุกครั้งและหลังเสร็จสิ้นการบำบัดโปรแกรมการกำกับอารมณ์ จะขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินอาการซึมเศร้า (post-test) และแบบประเมินการกำกับอารมณ์
- 3) ผู้วิจัยให้ข้อมูลกับกลุ่มทดลองถึงการได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับเมื่อมาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี ได้แก่ การตรวจคัดกรองอาการซึมเศร้า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรับประทานยาต่อเนื่องติดตาม ดูแล และประเมินอาการซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน รวมทั้งการให้คำแนะนำ ผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัว ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน
- 4) ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลาในการดำเนินโปรแกรมการกำกับอารมณ์พร้อมทั้งมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง

### 2.กลุ่มควบคุม

- 1) ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินอาการซึมเศร้า (pre-test) โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า (Beck Depression Inventory : BDI-1A)
- 2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับขณะเมื่อมาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การตรวจคัดกรองอาการซึมเศร้า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรับประทานยาต่อเนื่องติดตาม ดูแล และประเมินอาการซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน รวมทั้งการให้คำแนะนำผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัว ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน
- 3) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมครั้งต่อไปอีก 4 สัปดาห์ เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินอาการซึมเศร้า (Beck Depression Inventory : BDI-1A)

## 2. ขั้นตอนการทดลอง

ในขั้นดำเนินการวิจัยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดโดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับอาการ

1.1 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติระหว่างสัปดาห์ที่1-4 ได้แก่การตรวจคัดกรองอาการซึมเศร้า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรับประทานยาต่อเนื่องติดตามดูแล และประเมินอาการซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน รวมทั้งการให้คำแนะนำผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัว ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน

1.2 กลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินการโปรแกรมการกำกับอาการในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง 22 คน โดยจะแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 7 คน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน 1 กลุ่มตามวันเวลาและ สถานที่ที่กำหนดไว้(ดังแสดงในตารางที่ 3 )



**ตารางที่ 3** กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการกำกับอาารมณ

กิจกรรม	กลุ่มที่	วันที่	เวลา	สถานที่
<b>กิจกรรมที่ 1</b>	1	28 มี.ค.58	13.00-15.00น.	รพ.สต.หนองพลับ
การสร้างสัมพันธภาพ	2	29 มี.ค.58	13.00-15.00น.	รพ.สต.ต้นมะม่วง
การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า	3	2 เม.ย.58	10.00-12.00น.	รพ.ท่ายาง
การเลือกและปรับ สถานการณ์				
<b>กิจกรรมที่ 2</b>	1	4 เม.ย.58	13.00-15.00น.	รพ.สต.หนองพลับ
ใส่ใจต่อสถานการณ์	2	5 เม.ย.58	13.00-15.00น.	รพ.สต.ต้นมะม่วง
	3	7 เม.ย.58	10.00-12.00น.	รพ.ท่ายาง
<b>กิจกรรมที่ 3</b>	1	18 เม.ย.58	13.00-15.00น.	รพ.สต.หนองพลับ
การประเมินและเปลี่ยน ความคิด	2	19 เม.ย.58	13.00-15.00น.	รพ.สต.ต้นมะม่วง
	3	17 เม.ย.58	10.00-12.00น.	รพ.ท่ายาง
<b>กิจกรรมที่ 4</b>	1	25 เม.ย.58	13.00-15.00น.	รพ.สต.หนองพลับ
การปรับการตอบสนอง	2	26 เม.ย.58	13.00-15.00น.	รพ.สต.ต้นมะม่วง
อาารมณ	3	28 เม.ย.58	10.00-12.00น.	รพ.ท่ายาง

รายละเอียดกิจกรรมและการประเมินผลของโปรแกรมการกำกับอาารมณดังต่อไปนี้  
จากการดำเนินโปรแกรมการกำกับอาารมณ มีการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ประกอบด้วย 4 ครั้ง 5 กิจกรรม ครั้งละ 45-90 นาที รายละเอียดกิจกรรม ดังต่อไปนี้  
(ดังแสดงในภาคผนวก)

**การดำเนินกิจกรรม**

**ครั้งที่ 1กิจกรรมที่1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า**

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก และระหว่างสมาชิกด้วยกัน
2. เพื่อให้สมาชิกเกิดความรู้สึกไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม

3. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของการทำกิจกรรม
4. เพื่อให้สมาชิกได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
5. เพื่อให้สมาชิกสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้าทุกคนสามารถ

1. บอกชื่อเพื่อนสมาชิก ความชอบ / ลักษณะ เฉพาะได้
2. บอกประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมโดยเฉพาะเข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่องครบ 4 ครั้ง
3. เล่าและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
4. บอกถึงสาเหตุ อาการ การรักษาด้วยยา และวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคซึมเศร้าได้

#### การดำเนินกิจกรรม

กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า มีการดำเนินกิจกรรมโดยการแนะนำตนเองของผู้นำกลุ่มและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้ามีการชี้แจงวัตถุประสงค์และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบของการบำบัดสำหรับการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้ามีการดำเนินกิจกรรมโดยมีการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และให้ความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยใช้คู่มือโรคซึมเศร้าและการกำกับอารมณ์ รวมทั้งผู้นำกลุ่มจะใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้อภิปรายถึงผลการประเมินดังกล่าวร่วมกันภายในกลุ่ม

#### สื่อการสอน / อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมทำความรู้จักกันสักนิด
2. ใบกิจกรรมมารู้จักโรคซึมเศร้ากันเถอะ
3. คู่มือโรคซึมเศร้าและการกำกับอารมณ์ หน้า 1-8 , 28-31

#### การประเมินผล

กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า สามารถสรุปได้ดังนี้

จากการดำเนินกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความไว้วางใจต่อพยาบาลและสมาชิกกลุ่ม โดยประเมินจากสีหน้าท่าทางมีการสนทนาพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมและกล้าที่จะเล่าถึงปัญหาต่างๆของตนต่อพยาบาลและสมาชิกในกลุ่ม ในช่วงแรกสมาชิกบางรายไม่ค่อยกล้าแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยจึงกระตุ้นให้ตอบโดยการสอบถาม และจากการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันของสมาชิก ทำให้สมาชิกกลุ่มรู้สึกคุ้นเคยกันมากขึ้น เข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมรับฟังความคิดเห็นต่างๆ

ของสมาชิกกลุ่มมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องจากคำพูดของผู้ป่วยดังนี้

#### ความหมายของโรคซึมเศร้า

“โรคซึมเศร้าคือโรคทางด้านจิตเวชที่มีความผิดปกติ เกี่ยวกับอารมณ์ ความคิดและการกระทำคือมีอารมณ์เศร้าเบื่อหน่ายไม่มีความสุข”

“โรคซึมเศร้าคือโรคที่เกิดสารสื่อประสาทในสมองไม่สมดุลทำให้เกิดอาการ เครียด นอนไม่หลับ เบื่อหน่าย ท้อแท้ แยกตัว ทำอะไรไม่ได้เลย ไม่ดูแลตนเอง ในระยะเวลา 2 สัปดาห์”

#### สาเหตุ

“โรคซึมเศร้าเกิดจากหลาย สาเหตุ บางคนเกิดจากกรรมพันธุ์ บางคนเกิดจากความอบอุ่นในครอบครัว บางคนเกิดจากความผิดหวังต้องรักษาโดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดให้คิดบวก ”

“โรคซึมเศร้าเกิดจากเกิดจากความไม่สมหวัง เรื่องครอบครัวและเรื่องสุขภาพ ทำให้ เครียด เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ปล่อยตัว ไม่อยากแต่งตัว ทำกิจวัตรประจำวัน ด้วยตัวเองไม่ได้ ”

#### อาการและอาการแสดง

“ โรคซึมเศร้ามีอาการ เก็บตัวอยู่คนเดียว นอนไม่หลับ คิดว่าตนเองไม่มีความหมาย และอยากฆ่าตัวตาย ”

“ อาการที่สำคัญคือ ไม่อยากพบหรือพูดกับใคร คิดมาก เศร้าเหงา ว่าเหว่ ร้องไห้บ่อย คิดซ้ำๆเกี่ยวกับการสูญเสีย อารมณ์ไม่ดี โกรธง่าย ผิดหวัง เบื่อหน่าย ท้อแท้ กลัว ”

#### การรักษา

“ พี่ว่าการกินยาต้องกินต่อเนื่องไม่ใช่ว่ากินแค่เดือนสองเดือนแล้วหยุดบางคนต้องกินเป็นปีๆอย่างพี่นี่ก็กินยาสม่ำเสมอไม่เคยหยุดยาลักครั้ง ”

“ ผมเคยหยุดยาเอง ตอนนั้นอาการไม่ดีขึ้นเลย และยังพยายามฆ่าตัวตายจนพี่สาวต้องพาไปส่งสถาบันกัลยาฯ ได้รับการฉีดไฟฟ้า หลังจากทำอาการดีขึ้นเลยรู้ว่าคนเป็นโรคนี้อาจไม่ควรหยุดยาเอง ”

“ การทานยาสม่ำเสมอมีส่วนช่วยให้อาการซึมเศร้าดีขึ้นแต่หากมาร่วมกิจกรรมกับพยาบาลด้วย จะทำให้มีความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลโรคซึมเศร้าได้มากยิ่งขึ้น ”

#### ผลกระทบ

“ พี่ทำงานไม่ได้ ไม่กล้าออกไปไหน กลัวมีอาการ ไม่อยากพบปะผู้คน ขาดความมั่นใจในตัวเอง ทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันไม่ได้ ไม่มีความสุขในการใช้ชีวิต ”

“ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ขาดสมาธิในการทำกิจกรรมต่างๆ หลงลืมง่าย คนใน



ครอบครัวเป็นห่วงว่าจะทำร้ายตัวเอง ”

### การปฏิบัติตัว

“พี่ว่าเราสามารถดูแลตัวเองง่ายๆ เช่น ไม่เข้าไปอยู่ในสถานการณ์ที่ทำให้เครียด เพื่อป้องกันอารมณ์ ความรู้สึก ที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า หรือการปฏิบัติตัวง่ายๆ โดยการ พุดคุย เล่า ความรู้สึก ให้คนที่สนิท ไว้ใจได้ กินอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกาย นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ”

“ ฉันเคยมีความคิดว่ายาช่วยทำให้อารมณ์ดีขึ้น หายเครียด แต่จริงๆแล้วยาเป็นแค่ตัวช่วยทำให้อาการด้านร่างกายไม่รุนแรงหรือกำเริบขึ้น ”

“ผมใช้วิธีการออกกำลังกายที่ถนัดอยู่โดยการชักชวนเพื่อนๆรุ่นเดียวกันมาเตะบอล ช่วงเย็น ที่สนามหญ้าในหมู่บ้านได้สูดอากาศบริสุทธิ์และหลับสนิท ตื่นตอนเช้าทีเดียว ”

“พี่คิดว่าถ้าช่วงกลางวันง่วงมากทนนไม่ไหวก็จะงีบก่อนนอนที่จะสวดมนต์ ฟังธรรมะ หรือนั่งสมาธิ จิตใจจะสงบพักผ่อนได้ดี แต่ถ้าดูทีวีก่อนนอนจะนอนไม่หลับเพราะพี่มักคิดเปรียบเทียบกับปัญหาของตัวละครกับชีวิตตัวเองทำให้ยิ่งเครียดและนอนไม่หลับ ”

“ พี่คิดว่าเราต้องดูแลตัวเองทำจิตใจให้แจ่มใส ไม่เครียดกับเรื่องเล็กๆน้อยๆ พยายามหากิจกรรมทำถ้ามีปัญหาให้ปรึกษาคนในครอบครัวอย่าเก็บปัญหาไว้คนเดียวที่สำคัญห้ามดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นอันขาด ”

### การใช้ยา

“หากยาไม่มีผลต่อบีบและไต ผมจะไม่หยุดยาเองแล้วครับเพราะเราไม่รู้ว่าจะเจอเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้เกิดอาการซึมเศร้าเมื่อไหร่ทำให้รักษายากมากขึ้น ”

“ ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องไม่ปรับลดหรือเพิ่มยาเองถ้ามีอาการผิดปกติเช่น หัวใจเต้นเร็ว กระสับกระส่าย หายใจไม่สะดวก ต้องไปพบแพทย์ทันที ”

“ ฉันกินแล้วมีอาการง่วงนอนก็จะระวังเรื่องอุบัติเหตุเป็นส่วนใหญ่โดยไม่ขับรถ ”  
จากการสังเกตพูดคุยซักถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอารมณ์ความรู้สึกและการกระทำที่ส่งผลต่อการเกิดอาการซึมเศร้า สมาชิกสามารถตอบคำถามได้อย่างเหมาะสมดังตัวอย่างคาพูดของสมาชิกต่อไปนี้

“ตั้งแต่ลูกเสียไป รู้สึกว่า ไม่รู้ตัวเองจะมีชีวิตอยู่ไปเพื่อใคร พี่เสียใจที่มีลูกอีกคนให้สามมีไม่ได้ เพราะอายุมากแล้ว ”

“ หนูผิดเอง หนูเป็นต้นเหตุที่ทำให้แม่เสียชีวิต ”

“ ผมไม่อยากกลับบ้านเพราะกลับบ้านทุกครั้ง ได้ยินแต่เสียงบ่นของแม่ผมเมื่อ ผมชอบอยู่กับเพื่อนมากกว่า ”

“ บางครั้งรู้สึกเหนื่อยและท้อแท้มาก ที่ต้องดูแลคนแก่ที่บ้านถึง 2 คน เพราะคนแก่มักจะบ่นและจู้จี้จุกจิก ทำให้เครียดด้วย ”

สำหรับปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มคือความคิดความรู้สึกทางด้านลบคือความรู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า เสียใจผิดหวังเบื่อหน่าย ท้อท้อ สิ่งที่แสดงออกโดยการกระทำ คือซึม แยกตัว ฉุนเฉียว โกรธง่าย ทะเลาะวิวาทกันนอนไม่หลับการดูแลสุขภาพร่างกายตนเองลดลง

### **ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 2 การเลือกและการปรับสถานการณ์**

#### **วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแนวทางในการลดอาการซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการกำกับอารมณ์
3. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้สถานการณ์ สามารถเลือกและปรับสถานการณ์ก่อนการเกิดอารมณ์

#### **วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยสามารถ

1. อธิบายความหมายของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้
2. เลือกสถานการณ์ที่กำหนดให้ได้อย่างคลี่คลาย เหมาะสม
3. จัดการและแก้ไขสถานการณ์ที่กำหนดให้ได้อย่างคลี่คลาย เหมาะสม

#### **การดำเนินกิจกรรม**

กิจกรรมการเลือกและการปรับสถานการณ์มีการดำเนินกิจกรรมโดยให้ความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์การกำกับอารมณ์ ในหัวข้อการเลือกและการปรับสถานการณ์ มีการยกตัวอย่างเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่สามารถนำกลยุทธ์ดังกล่าวมาปรับใช้และมีใบกิจกรรมการเลือกและการปรับสถานการณ์ ทั้งนี้เป็นสถานการณ์ที่มีความหลากหลายและมีโอกาสเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน โดยระบุว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะปฏิบัติ (เผชิญหรือหลีกเลี่ยง) และปรับสถานการณ์อย่างไร ให้ออกอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้น และชี้แจงเหตุผลของการเลือกและการปรับสถานการณ์และมีการมอบหมายการบ้าน โดยการคิดทบทวนเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันที่ผ่านมา และเล่าเหตุการณ์เกี่ยวกับการเลือกหรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์และมีการปรับแก้ไขอย่างไร

#### **สื่อการสอน/ อุปกรณ์**

1. ใบกิจกรรมเลือกและการปรับสถานการณ์
2. คู่มือโรคซึมเศร้าและการกำกับอารมณ์ หน้า 16-17
3. การบ้าน (Home work) เลือกและการปรับสถานการณ์

#### **การประเมินผลกิจกรรมการเลือกและการปรับสถานการณ์สามารถสรุปได้ดังนี้**

จากการดำเนินกิจกรรมการเลือกและการปรับสถานการณ์พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็น ทุกคนล้วนแล้วแต่สามารถเลือกใช้กลยุทธ์การกำกับอารมณ์ โดยการเผชิญหรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสมส่วนใหญ่มีความสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน สามารถอธิบายการปรับสถานการณ์โดยการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมมีสมาชิกบางคนมีมุมมองที่แตกต่างและ

การปรับสถานการณ์ที่แตกต่างกับคนส่วนใหญ่ แต่สามารถชี้แจงเหตุผลของความคิดและการกระทำ ระบุอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้เหมาะสมและจากการซักถามพูดคุยพบว่าสมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายการเลือกสถานการณ์ และการปรับสถานการณ์ ดังจะเห็นได้จากตัวอย่าง คำพูดของสมาชิกดังต่อไปนี้

“สถานการณ์ส่วนใหญ่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน บางครั้งก็เป็นอุบัติเหตุซึ่งเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น ป้าคิดว่ามันเป็นเรื่องปกติ ก็เลยไม่รู้สิหงุดหงิดอะไร ถ้ามันรุนแรงมากๆ ถ้าเลี่ยงได้ ป้าก็จะใช้วิธีเลี่ยงจากปัญหาไปสักพัก ”

“เรื่องอะไรก็ตามถึงแม้ว่ามันจะเป็นความจริง จะถูกต้อง แต่ถ้าการพูดหรือทำไปนั้น มันไม่ได้ประโยชน์มีแต่ผลเสีย เราก็ไม่ควรพูดหรือทำออกไป ”

จากการซักถามพูดคุยเกี่ยวกับการบ้านการเลือกและปรับสถานการณ์โดยให้สมาชิกลองคิด ทบทวนเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันซึ่งสมาชิกได้เลือกหรือหลีกเลี่ยงได้อย่างถูกต้องดังตัวอย่างคำพูดของสมาชิกดังต่อไปนี้

“ครอบครัวที่มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง สาเหตุหนึ่งเพราะในบ้านอยู่กันหลายคน แล้วตอนนี้สามีทำงานคนเดียว ทำให้พี่มักคิดทบทวนก่อนตัดสินใจซื้อ และยังปลูกผักสวนครัวรอบบ้าน ประหยัดเพราะช่วยแบ่งเบาค่าใช้จ่ายของครอบครัว ทำให้รู้สึกว่าตัวเรายังมีคุณค่า นอกจากนี้ยังดีต่อสุขภาพเพราะได้กินผักปลอดยาฆ่าแมลงด้วย”

“ช่วงเย็นของทุกวัน คนข้างบ้านมักมาพูดนินทาคนที่รู้จักให้ฟังเสมอๆ ทำให้ฉันรู้สึกไม่ชอบและหงุดหงิดทุกครั้ง ฉันทึ่งหลีกเลี่ยงด้วยการไปเดินออกกำลังกายรอบบ้านแทน ทำให้ไม่ต้องรับรู้เรื่องราวที่ไม่ดี ทำให้ไม่เครียด และยังช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรงอีกด้วยนะ”

## ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 3 การใส่ใจต่อสถานการณ์

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้สถานการณ์และสามารถจำแนกสถานการณ์ทั้งทางบวกและลบได้
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถบอกอารมณ์ ความรู้สึกและการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆได้
3. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้กลยุทธ์การใส่ใจต่อสถานการณ์

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมหลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 ผู้ป่วยสามารถ

1. จำแนกสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเชิงบวกและลบได้
2. บอกอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ต่างๆได้
3. อธิบายเหตุผลในการตอบสนองต่อสถานการณ์เชิงบวกและเชิงลบต่างๆได้อย่างเหมาะสม

### การดำเนินกิจกรรม

การใส่ใจต่อสถานการณ์มีการดำเนินกิจกรรมโดยให้ความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์การกำกับอารมณ์ ในหัวข้อการใส่ใจต่อสถานการณ์ มีการยกตัวอย่างเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่สามารถนำกลยุทธ์

ดังกล่าวมาปรับใช้ และมีสถานการณ์ซึ่งกำหนดไว้ในใบงาน ให้สมาชิกทำ 2 ใบงาน คือใบกิจกรรมเรียนรู้และจำแนกสถานการณ์ โดยการให้สมาชิกจำแนกสถานการณ์เป็นบวกหรือลบอย่างใดอย่างหนึ่ง รวมทั้งชี้แจงเหตุผลในการจำแนกและใบกิจกรรมบอกอารมณ์ ความรู้สึกและการตอบสนองต่อสถานการณ์โดยการให้สมาชิกบอกความรู้สึกที่เกิดขึ้นและทำอย่างไรต่อสถานการณ์นั้นๆที่เกิดขึ้น และมีกรมอบหมายการบ้าน โดยให้สมาชิกเล่าสถานการณ์คนละ 1 สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และบอกความรู้สึก ความคิด การกระทำที่เกิดขึ้น แล้วเกิดผลกระทบจากการกระทำนั้นทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

### สื่อการสอน/ อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมเรียนรู้และจำแนกสถานการณ์
2. ใบกิจกรรมบอกอารมณ์ ความรู้สึกและการตอบสนองต่อสถานการณ์
3. คู่มือโรคซึมเศร้าและการกำกับอารมณ์ หน้า 17
4. การบ้าน (Home work) การใส่ใจต่อสถานการณ์

### การประเมินผลกิจกรรมการใส่ใจต่อสถานการณ์สามารถสรุปได้ดังนี้

จากการดำเนินกิจกรรมการใส่ใจต่อสถานการณ์พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกคน สามารถจำแนกสถานการณ์ต่างๆทั้งทางบวกและลบได้อย่างถูกต้อง มีความสอดคล้องในแนวทางเดียวกัน นอกจากนี้สมาชิกแต่ละคนยังระบุอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้น รวมทั้งเหตุผลในการจำแนกสถานการณ์ต่างๆเป็นเชิงบวก และลบได้และจากการซักถามพูดคุยพบว่าสมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายการใส่ใจต่อสถานการณ์และการนำไปใช้ได้ถูกต้องเหมาะสมและการนำไปใช้ได้ถูกต้องเหมาะสมดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ถ้าทุกคนยึดถือเป็นอารมณ์ ไม่มีใครยอมใครเลย ในที่สุดคนที่ทุกข์มากที่สุดก็คือตัวเราเองนั่นแหละ เพราะเราคิดอยู่ตลอดเวลาทำให้เราไม่สบายใจเอง”

“ที่คิดว่าปัญหากระทบกระทั่งกันบนท้องถนนจริงๆแล้วอยู่ที่อารมณ์ของคนขับ หากไม่ทำให้อารมณ์โกรธคลี่คลายปัญหาต่างๆก็จะเกิดตามมา ถ้าเปลี่ยนวิธีคิดใหม่ว่า เรายอมได้เราก็กยอมเขาไป ชำนิคหน้ายก็ไม่มีไร เราจะยอมให้เกิดเหตุการณ์รุนแรงเพื่ออะไร ทำไมเราต้องเอาชีวิตและทรัพย์สินไปแลกด้วย มันไม่คุ้มหรอกนะ ”

“อารมณ์ ความรู้สึกมันอยู่กับตัวเรา หากเราทำใจเย็นๆ เราก็มีความสุข แต่ถ้าเราโมโห ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ความทุกข์ก็ย้งอยู่ในใจเรา เราควรตั้งสติ อยู่กับปัจจุบันให้ได้ ไม่ต้องสนใจอดีตหรืออนาคต ”

“ที่ว่าเทคนิคต่างๆที่คุณพยาบาลแนะนำไปแล้ว ที่ได้ลองทำดู มันช่วยลดการทะเลาะเบาะแว้ง อย่างน้อยก็ทำให้ปรับอารมณ์ได้มากขึ้น”

“ผมคิดว่าหากเราเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกตัวเอง เมื่อเราโกรธเราพยายามทำตัวเอง

หรือสร้างให้มีพลังในทางบวก เพื่อไม่ตกเป็นทาสมัน ”

จากการซักถามพูดคุยเกี่ยวกับการบ้านการใส่ใจต่อสถานการณ์โดยให้สมาชิกนึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดเป็นอย่างไรและผลที่เกิดขึ้น พบว่าสมาชิกแต่ละคนสามารถเขียนเล่า อธิบายจากการวิเคราะห์และทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ทุกคน มาก น้อยแตกต่างกัน แต่ทุกคนมีความพยายามและตั้งใจทำการบ้านครบถ้วนทุกคน ได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ เมื่อเดือนก่อนที่บ้านมีลูกหมาคลอดออกมา 6-7 ตัว แล้วสามีพี่ถอยรถยนต์ขับลูกลูหมาตาย เป็นตัวผู้ที่พี่รักมันเสียด้วยซิ เพราะมันน่ารักมาก ช่วงนั้นรู้สึกเสียใจมากๆ และพี่ก็คิดว่าอาจจะถึงเกณฑ์ที่เราต้องสูญเสียมันไป ตอนนั้นก็หาอะไรมาทำเพลินๆบ้าง จะได้คลายเหงาและค่อยๆทำใจได้ที่ละนิด ”

“ พี่พอจะเข้าใจที่คุณพยาบาลแนะนำแล้ว และคิดว่าตัวเองก็เคยใช้อยู่บ้างเหมือนกัน พี่พอจะจำได้ก็อย่างเช่นเวลาที่มีคนรู้จักหรือเพื่อนมายืมเงินในขณะที่เรากำลังขะมักเขม้นทำงานอยู่ พี่ก็จะทำเนียน เหมือนไม่ได้ยิน และให้เพื่อคิดว่าเรากำลังยุ่งกับการทำงานจึงไม่ได้ยิน ”

“ เวลามีคนพูดสิ่งต่างๆที่ไม่ดีถึงคนอื่นหรือแม้กระทั่งเรา หากเราใส่ใจหรือเก็บมาคิด ก็จะทำให้เราไม่สบายใจไปวๆ ก็ทำเป็นไม่ได้ยินซะก็หมดเรื่อง ”

จากการสังเกตพูดคุยซักถามเกี่ยวกับการใส่ใจต่อสถานการณ์สมาชิกมีการแสดงความคิดเห็นซึ่งกันและกันดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ หากเราปิดหู ปิดตาบ้าง ทำเป็นไม่สนใจบ้าง เราก็เครียดน้อยลงนะ วิธีนี้ทำได้ง่ายมากจริงๆ ”

### ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 4 การประเมินและเปลี่ยนความคิด

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้ใบหน้า อารมณ์ ความรู้สึก จากปฏิกิริยาของร่างกายและพฤติกรรมได้
2. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้ปฏิกิริยาของร่างกายและพฤติกรรมขณะเกิดอารมณ์
3. เพื่อให้สมาชิกเปลี่ยนวิธีการคิดเกี่ยวกับสถานการณ์หรือเปลี่ยนความหมายของสถานการณ์

ได้

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกอารมณ์ ความรู้สึก จากใบหน้า ขณะเกิดอารมณ์ของบุคคลได้ถูกต้อง เหมาะสม
2. บอกอารมณ์ ความรู้สึก จากปฏิกิริยาของร่างกายขณะเกิดอารมณ์ของบุคคลได้ถูกต้อง

เหมาะสม

3. ฝึกการปรับเปลี่ยนวิธีคิดเพื่อลดอารมณ์เชิงลบจากสถานการณ์ที่กำหนดได้

4.เปรียบเทียบผลกระทบที่เกิดขึ้นระหว่างปรับเปลี่ยนวิธีคิดและไม่ได้ปรับเปลี่ยนวิธีคิดจากสถานการณ์ที่กำหนดให้ได้

### การดำเนินกิจกรรม

การประเมินและเปลี่ยนความคิดมีการดำเนินกิจกรรมโดยให้ความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์การกำกับอารมณ์ ในหัวข้อการประเมินและเปลี่ยนความคิด มีการยกตัวอย่างเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่สามารถนำกลยุทธ์ดังกล่าวมาปรับใช้และให้สมาชิกทำ 3 ใบงาน คือใบกิจกรรมเรียนรู้ใบหน้า อารมณ์ความรู้สึก จากปฏิกิริยาของร่างกายโดยให้สมาชิกดูภาพใบหน้าแต่ละภาพและระบุอารมณ์ ความรู้สึกของใบหน้าแต่ละภาพรวมทั้งสถานการณ์ที่เกิดขึ้นของใบหน้าแต่ละภาพ เช่นสถานการณ์ด้านบวกหรือลบ เป็นต้น และใบกิจกรรมเรียนรู้ปฏิกิริยาของร่างกาย และพฤติกรรมขณะเกิดอารมณ์โดยให้สมาชิกพิจารณา และเลือกตอบเฉพาะปฏิกิริยาของร่างกายตนเองขณะเกิดอารมณ์ต่างๆ และใบกิจกรรมปรับเปลี่ยนวิธีคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ โดยมีสถานการณ์ซึ่งกำหนดไว้ในใบงาน ให้สมาชิกพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกหรือผลที่เกิดจากสถานการณ์และวิธีการปรับความคิดเพื่อลดอารมณ์เชิงลบและผลที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนวิธีคิด

### สื่อการสอน/ อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมเรียนรู้ใบหน้า อารมณ์ ความรู้สึก จากปฏิกิริยาของร่างกาย
2. ใบกิจกรรมเรียนรู้ปฏิกิริยาของร่างกาย และพฤติกรรมขณะเกิดอารมณ์
3. ใบกิจกรรมปรับเปลี่ยนวิธีคิดเกี่ยวกับสถานการณ์
4. คู่มือโรคซึมเศร้าและการกำกับอารมณ์ หน้า 18 , 20-25
5. การบ้าน (Home work) การประเมินและเปลี่ยนความคิด

### การประเมินผลกิจกรรมการประเมินและเปลี่ยนความคิดสามารถสรุปได้ดังนี้

จากการดำเนินกิจกรรมการประเมินและเปลี่ยนความคิดพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกคนสามารถระบุอารมณ์ ความรู้สึกสอดคล้องแนวทางเดียวกันกับใบหน้าแต่ละภาพโดยที่ไม่เกิดความบิดเบือน เช่น อารมณ์ ความรู้สึกจากทางบวกเป็นทางลบ หรือจากทางลบเป็นทางบวก ถึงแม้ว่าการระบุอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีระดับความแตกต่างกันก็ตามเช่น สมาชิกส่วนใหญ่ระบุว่า “โกรธ” ขณะเดียวกันบางคนระบุว่า “ไม่พอใจ” เป็นต้น สำหรับปฏิกิริยาของร่างกาย และพฤติกรรมขณะเกิดอารมณ์ต่างๆ พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมหัวใจเต้นถี่แรง และการหลั่งของน้ำลายลดลง ทำให้รู้สึกคอแห้ง นอกจากนี้ พบว่า พฤติกรรมทุกพฤติกรรมขณะเกิดอารมณ์สมาชิกในกลุ่มปฏิบัติทั้งหมดและกิจกรรมการปรับเปลี่ยนวิธีคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ สมาชิกแต่ละคนมีวิธีการปรับความคิดเพื่อลดอารมณ์เชิงลบและผลที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่บอกว่าทำให้สบายใจขึ้น และจากการซักถามพูดคุยพบว่าสมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายการประเมินและเปลี่ยนความคิดการปรับเปลี่ยน

ความคิดเป็นคิดเชิงบวกและการนำไปใช้ได้ถูกต้องเหมาะสมดังจะเห็นได้จากตัวอย่างคำพูดของสมาชิกดังต่อไปนี้

“พี่ว่าส่วนหนึ่งการมองอะไร ว่าดี ไม่ดี ชอบ ไม่ชอบ ขึ้นอยู่กับว่าอารมณ์และใจเราด้วยส่วนหนึ่ง ถ้าเราทำใจยอมรับได้ ทุกเหตุการณ์ก็ไม่่น่ามีปัญหาอะไรนะ”

“ผมว่าปฏิกิริยาท่าทาง หรือการสัมผัสส่วนหนึ่งก็สามารถบ่งบอกอารมณ์ได้เหมือนกันนะ”

“ผมว่าเราต้องสังเกตร่างกายของเราเอง ขณะเกิดอารมณ์จะได้รู้ว่าเราเกิดความรู้สึกอย่างไร จะได้กำกับอารมณ์ได้”

“คนแต่ละคนมีการแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมือนกัน บางคนเวลาโกรธก็จะระบายโดยการทานอาหารเยอะทำให้อ้วน แต่บางคนโกรธก็จะไม่ยอมทานอาหารทำให้ผอม”

“เวลาฉันเจอเพื่อนสนิทแล้วเพื่อนไม่ทักทายทำให้ฉันรู้สึกกังวลใจและคิดว่าเพื่อนคงไม่พอใจหรือโกรธฉัน แต่หากปรับเปลี่ยนความคิด เป็นคิดบวก เพื่อนอาจมีปัญหาหรือเรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจในขณะนั้น จึงไม่ทักทายฉัน ดังนั้นฉันก็ไม่ควรโกรธเพื่อน”

“ทุกครั้งที่ทีมงานเข้ามาหัวหน้าที่มักบอกให้ผมทำเพียงคนเดียวบ่อยครั้ง ทั้งๆที่เพื่อนร่วมงานผมหลายๆคนที่จบสาขาเดียวกันก็สามารถทำได้ จนบางครั้งทำให้ผมรู้สึกเหนื่อย เหนื่อยกายไม่เท่าไร แต่เหนื่อยใจนี่สิ มันทำให้ผมรู้สึกแย่มากๆ แต่หากปรับเปลี่ยนความคิด เป็นคิดบวกคิดว่าหัวหน้าเขาพอใจในผลงานของผม และไว้วางใจผม จะทำให้ผมรู้สึกสบายใจขึ้น”

“เคยเจอบ่อยค่ะกับเหตุการณ์ที่ไฟดับตอนช่วงละครตอนมีดี ไม่คิดมากเพราะเป็นเหตุสุดวิสัย พี่ก็จะทำงานบ้านไปเรื่อยๆ มีก็ดู ไม่มีก็ไม่ได้”

จากการซักถามพูดคุย เกี่ยวกับการบ้านการประเมินและเปลี่ยนความคิดโดยให้สมาชิกเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นชีวิตประจำวันทั้งในอดีตและปัจจุบัน ซึ่งรู้สึกไม่ชอบ ไม่พอใจมีวิธีใดบ้างที่คุณทำให้ตนเองรู้สึกสบายใจขึ้นและลดอารมณ์เชิงลบได้ พบว่าสมาชิกทุกคนสามารถเขียนเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ทุกคนพยายามคิด วิเคราะห์เหตุการณ์ต่างๆที่ส่งเสริมและส่งผลให้เกิดความไม่พอใจ และทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในปัจจุบัน เนื่องจากความเครียดจากการทำงาน ชีวิตครอบครัว สุขภาพของตนเอง และการสูญเสียบุคคลที่รัก และจากการซักถามพูดคุย สมาชิกส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่ามีความตั้งใจในการร่วมกิจกรรมครั้งนี้เพราะอยากรนำความรู้และเทคโนโลยีใหม่ๆจากต่างประเทศมาฝึกปฏิบัติ และประยุกต์ใช้ จึงทำให้สมาชิกทุกคนทำการบ้านครบถ้วน มีความถูกต้องเหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“สามีจะตีหม้อที่บ้านหลังเลิกงานเป็นประจำ บางครั้งส่งเสียงเอะอะโวยวายทำให้รู้สึกหงุดหงิดไม่พอใจ หากเปลี่ยนความคิดคิดว่ายอมให้สามีตีหม้อที่บ้านดีกว่าออกไปตีหม้อข้างนอก

เพราะอย่างน้อยก็ยังมีอยู่ในสายตาเรา และถ้าหากออกไปตีไม้ข้างนอก เสี่ยงกับอุบัติเหตุด้วย และไม่รู้ว่าจะไปทำอะไรที่ไหนบ้าง”

“หนูขับรถมอเตอร์ไซด์พาแม่ไปทำธุระ แล้วมีรถขับมาชนทำให้แม่ตาย ผมรู้สึกว่าเป็นคนทำให้แม่ตาย เสียใจมากแต่พยายามคิดว่าเป็นอุบัติเหตุ และได้ทำบุญอุทิศส่วนกุศลไปให้เป็นประจำ”

จากการสังเกตพูดคุยซักถามเกี่ยวกับการประเมินและเปลี่ยนความคิด สมาชิกมีการแสดงความคิดเห็นซึ่งกันและกันดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เพิ่งเข้าใจว่าจริงๆแล้วความคิดของแต่ละคนไม่เหมือนกันเลยถึงแม้ว่าจะปฏิบัติเหมือนกันก็ตาม กิจกรรมนี้ทำให้เราเข้าใจความคิดของคนอื่นได้มากขึ้น และทำให้ใจได้ว่าอย่าไปคาดหวังว่าคนอื่นเขาจะเข้าใจเรา นอกเสียจากว่าเราต้องพูด ต้องบอกให้เขาเข้าใจ”

“ผมว่าการทานยาอย่างต่อเนื่องช่วยทำให้อาการซึมเศร้าดีขึ้นแต่หากเราทำร่วมกับการเปลี่ยนความคิดหรือที่เรียกกันว่า คิดบวก จะทำให้อาการซึมเศร้าน้อยลงยิ่งขึ้นครับ”

“พี่คิดว่า การปรับเปลี่ยนความคิดช่วยในการปรับอารมณ์ได้มากกว่า ”

“การเปลี่ยนความคิดเริ่มต้นด้วยการหาสาเหตุคือความคิดด้านลบของเราแล้วเปลี่ยนใหม่ โดยใส่ความคิดด้านบวกเข้าไปแทนเช่น การทำใจยอมรับกับเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นมีทั้งดีและไม่ดี การมองสิ่งต่างๆหลายๆ”

#### ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 5 การปรับการตอบสนองอารมณ์

##### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถตอบสนองอารมณ์ที่เหมาะสมหลังจากมีการประเมินสถานการณ์
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถคิดทบทวนสถานการณ์ ประเมินสถานการณ์ใหม่ (reappraisal) ได้
3. เพื่อให้สมาชิกสามารถระงับอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม

##### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกความหมายของการปรับการตอบสนองได้ประเมินสถานการณ์
2. ประเมินสถานการณ์จากสถานการณ์ที่กำหนดได้
3. ประยุกต์ใช้กลยุทธ์กำกับอารมณ์จากสถานการณ์ที่กำหนดได้
4. บอกวิธีระงับอารมณ์ในสถานการณ์ได้
5. สรุปสาระสำคัญของกลยุทธ์กำกับอารมณ์ได้

##### การดำเนินกิจกรรม

การปรับการตอบสนองอารมณ์มีการดำเนินกิจกรรมโดยให้ความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์การกำกับ



อารมณ์ ในหัวข้อการปรับการตอบสนองอารมณ์ มีการยกตัวอย่างเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่สามารถนำกลยุทธ์ดังกล่าวมาปรับใช้และในใบงานมีสถานการณ์ของครอบครัว จำลองหรือเน้นให้สมาชิกเลือกวิเคราะห์เพียงครอบครัวเดียวเท่านั้นในประเด็นการประเมินสถานการณ์ การประเมินสถานการณ์ใหม่และนำกลยุทธ์กำกับอารมณ์มาประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวที่วิเคราะห์ และใบกิจกรรมวิธีระงับอารมณ์โดยให้สมาชิกลองนึกเกี่ยวกับวิธีระงับการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม ที่เคยปฏิบัติ

### สื่อการสอน/ อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมการประเมิน ปรับสถานการณ์และตอบสนองอารมณ์
2. ใบกิจกรรมวิธีระงับอารมณ์
3. คู่มือโรคซึมเศร้าและการกำกับอารมณ์ หน้า 19,27

### การประเมินผล กิจกรรมการประเมินและเปลี่ยนความคิด สามารถสรุปได้ดังนี้

จากการดำเนินกิจกรรมการปรับการตอบสนองอารมณ์ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกคนสามารถประเมิน และวิเคราะห์สถานการณ์โดยเฉพาะการประเมินสถานการณ์ใหม่และสามารถนำกลยุทธ์กำกับอารมณ์มาประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสมของครอบครัวทั้ง 2 ครอบครัวและจากการซักถามพูดคุยพบว่าสมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายการปรับการตอบสนองทางอารมณ์ และการนำไปใช้ได้ถูกต้องเหมาะสมและการนำไปใช้ได้ถูกต้องเหมาะสมดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ ผมคิดว่าจำลองควรเอาตำราเรียนมาทบทวนขณะดูแลแม่เป็นวิธีการปรับเปลี่ยนอีกวิธีหนึ่ง ช่วยทำให้ไม่เสียเวลาและเกิดความสุขใจด้วยเพราะได้อยู่ใกล้แม่”

“ พี่คิดว่าจำลองต้องพยายามเรียนให้จบเพื่อจะได้มีงานทำและดูแลแม่ที่ป่วย”

“ ผมคิดว่าจำลองควรออกกำลังกายเพื่อคลายเครียดบ้าง จะได้มีสุขภาพที่ดีสามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่างได้ ”

“ พี่คิดว่าในวันหยุดจำลองควรทำขนมไปส่งที่ตลาดเพราะมีแม่ค้าที่เคยรับขนมของแม่ เพื่อหารายได้เพิ่มเติม”

“ ผมคิดว่าจำลองควรเอาเรื่องไปปรึกษาอาจารย์เพื่อขอความช่วยเหลือทางช่องทางต่างๆเพิ่มขึ้น”

“ ผมคิดว่าลูกชายแนนมีนิสัยก้าวร้าว เกือบตัวด้วยเสี่ยงต่อการติดยา นะครับ”

“ พี่คิดว่าตอนนี้แนนควรแบ่งเวลาในการดูแลลูกให้ความรักความอบอุ่นให้มากกว่าเดิม”

“ หนูคิดว่าแนนควรสอนพิเศษให้น้อยลง มีเวลาดูแลลูกให้มากขึ้น”

“ พี่คิดว่าแนนควรลดสอนพิเศษและสอนหนังสือให้ลูกแทน ยังไงความสัมพันธ์ใน

ครอบครัวก็สำคัญกว่าสิ่งใดๆ”

“ ผมคิดว่าแนนครรสอนให้ลูกปรับเปลี่ยนอารมณ์ก้าวร้าว โดยควบคุมอารมณ์ให้เย็นลง”

“ พี่คิดว่าตอนนี้แนนครรคิดทบทวนและย้ายลูกออกจากโรงเรียนนานาชาติเพื่อลดค่าใช้จ่าย”

“ ผมคิดว่าแนนครรสอนให้ลูกนั่งสมาธิเพื่อควบคุมอารมณ์ให้เย็นลงเวลาโกรธ และหายใจเข้าออกลึกๆยาวๆ หรือนับหนึ่งถึงสิบ”

จากกิจกรรมวิธีระงับอารมณ์สมาชิกแต่ละคนสามารถแสดงความคิดเห็นครบทุกคน ซึ่งแตกต่างกันไป แต่ล้วนแล้วเป็นวิธีการที่เหมาะสมทั้งสิ้น ซึ่งพอจะสรุปรายละเอียดได้ดังต่อไปนี้

สมาชิกส่วนใหญ่มักใช้วิธี เช่น นับเลข ออกมาตั้งสติ หายใจเข้า-ออกลึกๆยาวๆ เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย ดูหนัง ฟังเพลง เป็นต้น ปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้ เล่นดนตรี ออกกำลังกาย รองลงมาคือ พูดระบายกับคนที่ไว้ใจได้ เปลี่ยนความคิด ทำเป็นไม่ใส่ใจ เป็นต้น นอกจากนี้สมาชิกแต่ละคนได้มีการแสดงความคิดเห็นโดยการซักถามพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆเพิ่มเติมในเรื่องการระงับอารมณ์ อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

“ พี่ว่าหากเราปรับมุมมองความคิดแล้ว ถ้าเหตุการณ์ยังไม่ดีเท่าที่ควรเราคงต้องปล่อยวาง ยึดหลักธรรมะบ้างหรืออาจจะต้องกินยาถ้าไม่ไหวจริงๆ”

“ การฆ่าตัวตายเป็นวิธีที่ทำให้ตัวเราจบอย่างเดียวแต่ทำให้คนในครอบครัวเราอีกหลายคนเดือดร้อน ”

“ พี่ว่าหากเราปรับมุมมองความคิดแล้ว ถ้าเหตุการณ์ยังไม่ดีเท่าที่ควรเราคงต้องปล่อยวาง ยึดหลักธรรมะบ้างหรืออาจจะต้องกินยาถ้าไม่ไหวจริงๆ”

“ ฉันเคยมีความคิดว่ายาช่วยทำให้อารมณ์ดีขึ้น หายเครียด แต่จริงๆแล้วยาเป็นแค่ตัวช่วยทำให้อาการด้านร่างกายไม่รุนแรงหรือกำเริบขึ้น แต่ที่สำคัญอีกก็คือ เราต้องดูแลจิตใจเราให้แหละที่สำคัญไม่แพ้กัน”

หลังจากสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 4 พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้ามีการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิด ลดความคิดบิดเบือน มีความสามารถในการกำกับอารมณ์สูงขึ้น รวมถึงมีความมั่นใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางการกำกับอารมณ์หลังจากการสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการกำกับอารมณ์

### 3. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยทำการทดลองโดยใช้แบบประเมินการกำกับอารมณ์หลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อประเมินความสามารถในการกำกับอารมณ์ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่ม ทดลองทุกคนต้องมีระดับคะแนนที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดโดยมีช่วงคะแนนอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปคือ ระดับคะแนน  $\geq 42$  ซึ่งผลการกำกับการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์มีระดับคะแนนความสามารถในการกำกับอารมณ์มากกว่า 42 คะแนนทุกคน คืออยู่ในระดับปานกลางถึงสูง (ดังตารางที่ 4 )

### 4. ขั้นตอนรวบรวมข้อมูล

4.1 ก่อนการดำเนินโปรแกรม1 สัปดาห์ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินก่อนการศึกษา(Pre-test) โดยใช้เครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้าของBeck ดังแสดงในตารางที่5

4.2 หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม1 สัปดาห์ผู้วิจัยทำการประเมินผลการวิจัยภายหลังเสร็จสิ้นการศึกษา(Post-test) โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck ดังแสดงในตารางที่5

4.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

**ตารางที่ 4** คะแนนและการแปลผลการกำกับอารมณ์ ของกลุ่มได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์

คนที่	กลุ่มได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ (n=21)	
	คะแนนการกำกับอารมณ์	แปลผล (ระดับ)
1	59	สูง
2	52	ปานกลาง
3	47	ปานกลาง
4	53	ปานกลาง
5	51	ปานกลาง
6	60	สูง
7	46	ปานกลาง
8	57	สูง
9	59	สูง
10	62	สูง
11	61	สูง
12	60	สูง
13	56	สูง
14	63	สูง
15	51	ปานกลาง
16	49	ปานกลาง
17	58	สูง
18	57	สูง
19	54	ปานกลาง
20	53	ปานกลาง
21	46	ปานกลาง
Mean	54.95	ปานกลาง
SD	5.30	

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ หลังการทดลองมีคะแนนความสามารถในการกำกับอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง(43-55 คะแนน) จำนวน 10 คน ระดับสูง(56-70 คะแนน)จำนวน 11 คนนั้นคือหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการกำกับอารมณ์ ผู้ป่วยทุกคนมีคะแนนความสามารถในการกำกับอารมณ์อยู่ในระดับปานกลางถึงสูงโดยมีระดับคะแนนสูงสุด 63 คะแนน และมีคะแนนต่ำสุด 46 คะแนน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนวิเคราะห์ข้อมูลทุกครั้งเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือจากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ โดยใช้สถิติทดสอบ (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย(Mean)และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย(Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ภาพที่ 7 แผนภูมิสรุปลำดับขั้นตอนดำเนินการวิจัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มุ่งศึกษาผลของการใช้ผลของโปรแกรมทักษะการกำกับอารมณ์ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าและการกำกับอารมณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการใช้โปรแกรมทักษะการกำกับอารมณ์กับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี จำนวน 44 คน ผู้วิจัยจับฉลากชื่อตำบลโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือตำบลกลุ่มทดลองและตำบลกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน (Matched paired) ในเรื่องของเพศ ระดับคะแนนอาการซึมเศร้า แต่ในการศึกษาครั้งนี้ในช่วงดำเนินการทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมอย่างละ 1 คนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง เนื่องจาก คนหนึ่งจำเป็นต้องเดินทางไปต่างจังหวัดและอีกคนหนึ่งย้ายที่อยู่ ดังนั้นจึงตัดกลุ่มตัวอย่างออกไป 2 คน เหลือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 21 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 42 คน โดยมีการวัดคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลอง(The pretest-posttest control group)

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยายโดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าและการกำกับอารมณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าและการกำกับอารมณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศอายุสถานภาพและระดับการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(n=21)		กลุ่มควบคุม(n=21)		รวม(n=42)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	3	14.29	3	14.29	6	14.29
หญิง	18	85.71	18	85.71	36	85.71
<b>อายุ</b>	$\bar{X} = 44$		$\bar{X} = 44.19$		$\bar{X} = 44.10$	
	SD		SD =11.59		SD =11.31	
≤ 30 ปี	3	14.28	4	19.05	7	16.67
31-40 ปี	4	19.05	3	14.28	7	16.67
41-50 ปี	4	19.05	4	19.05	8	19.04
51-59 ปี	10	47.62	10	47.62	20	47.62
<b>สถานภาพ</b>						
โสด	8	38.10	6	28.57	14	33.33
สมรส	5	23.81	11	52.38	16	38.10
หม้าย	5	23.81	3	14.29	8	19.05
หย่า	2	9.52	0	0	2	4.76
แยก	1	4.76	1	4.76	2	4.76
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	11	52.38	9	42.85	20	47.62
มัธยมศึกษา	7	33.33	8	38.10	15	35.71
ปริญญาตรี	2	9.53	4	19.05	6	14.29
อื่นๆ	1	4.76	0	0	1	2.38

จากตารางที่ 5 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85.71 เท่ากัน อายุส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอายุ 51-59 ปี คิดเป็น ร้อยละ 47.62 เท่ากัน อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 44.19 (S.D.=11.32) ในกลุ่มทดลองมี สถานภาพโสดคิดเป็นร้อยละ 38.10 ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคิดเป็นร้อย ละ 52.38 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับ ประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 52.38 และ 42.85 ตามลำดับ



**ตารางที่ 6** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=21)		กลุ่มควบคุม (n=21)		รวม (n=42)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>						
ว่างงาน	4	19.05	2	9.52	6	14.29
รับจ้าง	6	28.57	10	47.63	16	38.10
รับราชการ	1	4.76	1	4.76	2	4.76
ค้าขาย	5	23.81	5	23.81	10	23.81
เกษตรกรรม	3	14.29	2	9.52	5	11.90
อื่นๆ	2	9.52	1	4.76	3	7.14
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)</b>						
	$\bar{X} = 9,047.62$		$\bar{X} = 15,595.24$		$\bar{X} = 12,321.43$	
	SD = 7,221.33		SD = 11,717.10		SD = 14,380.21	
≤10,000 บาท	18	85.72	12	57.14	30	71.43
10,001-20,000 บาท	2	9.52	6	28.57	8	19.05
20,001-30,000 บาท	0	0	0	0	0	0
30,001-40,000 บาท	1	4.76	0	0	1	2.38
≥ 40,000 บาท	0	0	3	14.29	3	7.14
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>						
เพียงพอ	10	47.62	11	52.38	21	50
ไม่เพียงพอ	11	52.38	10	47.62	21	50

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 28.57 และ 47.63 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 85.72 และ 57.14 ตามลำดับ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 47.62 และ 52.38 ตามลำดับ

**ตารางที่ 7** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีโรคประจำตัวทางกาย และโรคประจำตัวทางกาย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง(n=21)		กลุ่มควบคุม(n=21)		รวม(n=42)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วย</b>	$\bar{X} = 2.48$ SD = 1.63		$\bar{X} = 2.23$ SD = 1.79		$\bar{X} = 2.36$ SD = 1.69	
1 ปี	7	33.34	11	52.38	18	42.86
2 ปี	7	33.34	4	19.05	11	26.19
3 ปี	2	9.52	2	9.52	4	9.52
4 ปี	2	9.52	1	4.76	3	7.14
5 ปี	1	4.76	0	0	1	2.38
6 ปี	2	9.52	3	14.29	5	11.91
<b>โรคประจำตัวทางกาย</b>						
ไม่มี	14	66.67	12	57.14	26	61.90
มี	7	33.33	9	42.86	16	38.10
เบาหวาน	1	4.76	0	0	1	2.38
ความดันโลหิตสูง	2	9.52	2	9.52	4	9.52
ไขมันในเลือดสูง	1	4.76	3	14.29	4	9.52
อาหารไม่ย่อย	2	9.52	1	4.76	3	7.14
แพ้ภูมิตนเอง	0	0	1	4.76	1	2.38
ไมเกรน	0	0	1	4.76	1	2.38
ไทรอยด์	1	4.76	0	0	1	2.38
เบาหวานและ ความดันโลหิตสูง	0	0	1	4.76	1	2.38

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 1 และ 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.34 เท่ากัน และกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการเจ็บป่วย 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.38 และส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย คิดเป็นร้อยละ 66.67 และ 57.14 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวทางกาย คือโรคความดันโลหิตสูง และอาหารไม่ย่อยคิดเป็นร้อยละ 9.52 เท่ากัน ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีโรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 14.29

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม  
 ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ  
 โปรแกรมการกำกับอารมณ์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง

คนที่	คะแนนอาการซึมเศร้า					
	กลุ่มได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์(n=21)			กลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ(n=21)		
	ก่อน	หลัง	ผลต่าง	ก่อน	หลัง	ผลต่าง
1	15	9	-6	15	19	4
2	19	12	-7	19	22	3
3	13	6	-7	14	18	4
4	18	13	-5	18	16	-2
5	<b>24</b>	<b>20</b>	-4	27	24	-3
6	17	10	-7	18	21	3
7	14	12	-2	14	24	<b>10</b>
8	14	9	-5	14	20	<b>6</b>
9	15	11	-4	15	19	4
10	20	14	-6	21	26	5
11	16	12	-4	17	23	<b>6</b>
12	17	15	-2	18	19	1
13	16	10	-6	16	20	4
14	21	11	<b>-10</b>	23	25	2
15	18	12	-6	19	17	-2
16	22	16	-6	21	22	1
17	18	7	<b>-11</b>	18	18	0
18	19	13	-6	19	21	2
19	13	9	-4	13	16	3
20	22	18	-4	25	28	3
21	15	9	-6	14	17	3
$\bar{X}$	17.43	11.81	-5.62	18	20.71	2.71
SD	3.12	3.44	2.18	3.79	3.36	6.31

จากตารางที่ 8 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ และกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 17.43 (SD=3.12) และ 18.00 (SD= 3.79) ตามลำดับ ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะหลังการทดลองเท่ากับ 11.81 (SD= 3.44) และ 20.71 (SD=3.36) ตามลำดับ

**ตารางที่ 9** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังทดลอง ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ และ กลุ่มที่รับกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=21)

คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
<b>กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์</b>						
-ก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์	17.43	3.12	ปานกลาง	20	-11.82	.000
-หลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์	11.81	3.44	น้อย			
<b>กลุ่มที่รับกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ</b>						
-ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ	18.00	3.79	ปานกลาง	40	4.17	.000
-หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ	20.71	3.36	มาก			

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}$ =17.43) ส่วนหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x}$  =11.81) และคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร่าหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์น้อยกว่าก่อนการทดลอง (t = -11.82) สำหรับกลุ่มที่รับกลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}$  =18.00) ส่วนหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 20.71$ ) และคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าหลังได้รับการพยาบาลตามปกติมากกว่าก่อนการทดลอง ( $t = 4.17$ )

จากผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าข้างต้นสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์

**ตอนที่ 3 เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ**

**ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=42)**

คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้า	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>						
-กลุ่มได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์(n=21)	17.43	3.12	ปานกลาง	40	0.53	.60
-กลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=21)	18.00	3.79	ปานกลาง			
<b>หลังการทดลอง</b>						
-กลุ่มได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์(n=21)	11.81	3.44	น้อย	40	8.48	.000
-กลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=21)	20.71	3.36	มาก			

จากตารางที่10 พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=17.43$ ) ส่วนหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x} = 11.81$ ) กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติก่อนอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} =18.00$ ) ส่วนหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 20.71$ ) และคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกันแต่ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ( $t = 8.48$ )

จากผลการทดสอบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าข้างต้นสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือคือ อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental Research) แบบวัดสองครั้งโดยมีกลุ่มควบคุม(The pretest-posttest control group design) (Polit & Hungler,1999) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการกำกับอาการต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรีตัวแปรต้นคือการใช้โปรแกรมการกำกับอาการตัวแปรตามคืออาการซึมเศร้าและการกำกับอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอาการกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

- 1.อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอาการต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับอาการ
- 2.อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอาการต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรีจำนวน44 คนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะในการวิจัยแบบทดลอง คือกลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน (Polit & Beck, 2004) เพื่อการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Normality) มากที่สุด และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่าง 44 คน กำหนดแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คนแต่ในการศึกษาครั้งนี้ในช่วงดำเนินการทดลอง มีกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมอย่างละ 1 คนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง เนื่องจาก คนหนึ่งจำเป็นต้องเดินทางไปต่างจังหวัดและอีกคนหนึ่งย้ายที่อยู่ ดังนั้นจึงตัดกลุ่มตัวอย่างออกไป 2 คน เหลือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 21 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 42 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลองคือโปรแกรมการกำกับอารมณ์เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ จากการศึกษาของ (Gross,2007) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการซึมเศร้าซึ่งการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรม 4 ครั้ง 5 กิจกรรม ครั้งละ 45-90 นาที เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพ และการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า รวมทั้งการเลือกและปรับสถานการณ์

กิจกรรมที่ 2 ใส่ใจต่อสถานการณ์

กิจกรรมที่ 3 การประเมินและเปลี่ยนความคิด

กิจกรรมที่ 4 การปรับการตอบสนองอารมณ์

จากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษาแล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยการหาความตรงของเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านเพื่อให้เกิดความครอบคลุมเนื้อหากิจกรรมรวมทั้งความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริงรวมทั้งได้ผ่านการนำไปทดลองใช้เพื่อทดสอบความเป็นปรนัยของเครื่องมือ

### 2. เครื่องมือกำกับการทดลองประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินการกำกับอารมณ์(Emotion Regulation Questionnaire:ERQ) ของ Gross & John (2003) เป็นเครื่องมือที่มีการแปลย้อนกลับ (back-translation) โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาและผู้วิจัยได้ดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยมีทั้งหมด 10 ข้อ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้และทำการปรับปรุงภาษา



ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI:Content Validity Index) เท่ากับ .80 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คนซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค(Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ.75 และใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

### 3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

**3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล**ได้แก่เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้/ เดือน โรคประจำตัวทางกาย บุคคลในครอบครัว ซึ่งเป็นข้อมูลคำถามที่ผู้ศึกษาได้กำหนดขึ้น

**3.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าของBeck (1967)** ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย

โดยมุกดา ศรียงค์ (2522 ,อ้างถึงในลัดดาแสนสีหา, 2536) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม21 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะมีให้เลือกตอบโดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนนซึ่ง 15 ข้อเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจและอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย สำหรับแบบประเมินอาการซึมเศร้า BDI-1A ฉบับนี้ เป็นเครื่องมือที่มีความคงที่ในแต่ละหัวข้อ และมีความน่าเชื่อถือสูง และมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้า เป็นที่นิยมใช้กันในการพัฒนางานบริการและงานวิจัยมาก เนื่องจากมีจำนวนข้อไม่มาก ทำให้ใช้เวลาไม่มาก และประเมินซ้ำได้ มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) จากการหาค่าความตรงภายในโดยวิธี Split-half reliability เท่ากับ 0.39 วิธี Test-Retest เท่ากับ 0.74 และมีค่าความคงที่ภายใน (Internal consistency) เท่ากับ 0.91 มีค่าความตรง (Validity) ตรงตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของ Research Diagnostic Criteria (RDC) และผู้วิจัยได้นำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 30 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง(reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's AlphaCoefficient) เท่ากับ .78 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

## การดำเนินการทดลอง

### 1. ชั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ในเรื่องการกำกับอาการในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือเอกสารตำรางานวิจัยและรวบรวมเอกสารเกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีการกำกับอาการ รวมทั้งทักษะการสื่อสาร และการให้คำปรึกษา

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการกำกับอาการและเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองจากการศึกษาค้นคว้าทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 ผู้วิจัยเตรียมติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรีในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 44 คนแล้วจับคู่เข้ากลุ่มทดลอง 22 คนและกลุ่มควบคุม 22 คนตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการทำวิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอนในการทำวิจัยการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้ลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แต่ในการศึกษาครั้งนี้ช่วงดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 1 คนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามเกณฑ์ เนื่องจากมีเหตุจำเป็นต้องเดินทางไปต่างจังหวัดและย้ายที่อยู่ ตามลำดับ ดังนั้นจึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ดำเนินการวิจัยรวมทั้งสิ้น 42 คน

### 2. ชั้นดำเนินการทดลอง

ในชั้นดำเนินการวิจัยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดโดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการกำกับอาการดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุมสัปดาห์ที่ 1-4 ได้รับการพยาบาลตามปกติได้แก่การตรวจคัดกรองอาการซึมเศร้าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การรับประทานยาต่อเนื่องติดตาม ดูแล และประเมินอาการซึมเศร้า ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน รวมทั้งการให้คำแนะนำผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน

2.2 กลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการกำกับอาการ การตามวันเวลาที่กำหนดไว้มีรายละเอียดการดำเนินการตามโปรแกรมการกำกับอาการซึ่งประกอบไปด้วยการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 ครั้ง 5 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้งครั้งละ 45-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์

2.3 ผู้วิจัยประเมินอาการซึมเศร้า และประเมินการกำกับอาการในกลุ่มทดลองหลังกิจกรรมในโปรแกรมการกำกับอาการครั้งที่ 4 เสร็จสิ้นแล้วประเมิน อาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองทุกคนซึ่งกำหนดให้ระดับคะแนนในกลุ่มทดลองทุกคนอยู่ในช่วงผ่านเกณฑ์มาก

### 3. ขั้นรวบรวมข้อมูล

3.1 ก่อนการดำเนินโปรแกรม 1 สัปดาห์ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินก่อนการศึกษา (Pre-test) โดยใช้เครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck

3.2 หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินกำกับการทดลองทำการประเมินผลการวิจัยภายหลังเสร็จสิ้นการศึกษา (Post-test) โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck และแบบประเมินกำกับอารมณ์

3.3 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินทุกชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าในแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติที (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบอาการซึมเศร้าระยะก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = -11.82$ )

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์

2. หลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 8.48$ )

สรุปได้ว่าผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการกำกับอารมณ์มีผลทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลง

## อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยจำแนกออกเป็น 2 ตอนดังนี้

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและการวิเคราะห์ข้อมูลตามลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 86.05 ส่วนใหญ่มีอายุ 51 ปีคิดเป็นร้อยละ 13.95 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 48.84 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 39.53 สามารถนำมาอภิปรายผลการศึกษาคือข้อมูลส่วนบุคคลดังนี้

1. เพศ พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยอุบัติการณ์ผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเป็นสองเท่า (สายฝน เอกวารงกูร, 2548 ; Lych, Goldand Fitzgerald, 2001 ; Weissman, 2002 ; Vikram, 2005 ; Varcarolis & Halter, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา กาญจนลาภ (2543) ที่ได้ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้าพบว่าผู้หญิงจะเป็นกลุ่มเสี่ยงหลักโดยพบมากกว่าผู้ชายถึงเกือบ 2 เท่า นอกจากนี้จากการสำรวจระดับชาติในปี 2551 พบความชุกโรคซึมเศร้า เท่ากับ 2.7% (ธรรณิษฐ์ กองสุข และคณะ, 2553) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจากการที่พบความชุกในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายนั้น เชื่อว่าผู้หญิงต้องประสบกับความเครียดหลายอย่างในครอบครัว การทำงานนอกบ้าน การหารายได้มาจุนเจือครอบครัว การตั้งครุฑ การให้กำเนิดบุตร การเลี้ยงดูบุตร และต้องดูแลสมาชิกในครอบครัว หรืออาจจะเป็นผลเนื่องมาจาก การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเพศหญิง เช่น การมีประจำเดือน ภาวะหลังคลอด วัยทอง จะมีผลต่ออารมณ์ ในระยะที่รุนแรงทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ (พูนศรี รังสีขจี, 2549 ; Galaf, Sussman, Chou & Wills, 2003)

2. อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 44.23 ปีโดยมีอายุส่วนใหญ่ 51 ปี ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Beck (1967) พบว่า อาการซึมเศร้าสามารถพบได้ในทุกช่วงอายุ มักพบในวัยกลางคน หรือวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยสูงอายุ มากกว่าวัยอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Clayman (1994) ซึ่งพบว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดได้ทุกช่วงอายุ แต่ช่วงวัยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงสุด คือ ช่วงอายุ ระหว่าง 40-60 ปี เนื่องจาก บางคนอาจมีปัญหาในช่วงต่อระหว่างวัยรุ่นมาสู่การเป็นผู้ใหญ่ เป็นช่วงวัยที่มีแรงกดดันจากการศึกษาและการทำงาน ภาวะซึมเศร้า

ในวัยกลางคนอาจมีปัญหาจากการไม่สามารถสืบพันธุ์หรือมีบุตรได้ ในขณะที่บางคนอาจมีปัญหาจากการไม่สามารถก้าวหน้าในอาชีพการงานที่หวังไว้ได้

3. ระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 48.84 ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Beck (1967) กล่าวว่า ระดับการศึกษาเป็นตัวชี้บ่งสถานะทางสังคม จากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับค่าคะแนนภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้มีการศึกษาสูง ซึ่งเช่นเดียวกับการศึกษาของเจษฎา ทองเถาว์และคณะ (2552) ที่ได้ศึกษาความชุกของอาการซึมเศร้าในพยาบาลของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า ผู้ที่เจ็บปริญญาดรีมีความชุกของอาการซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่จบปริญญาโท คือ ร้อยละ 35.1 และ ร้อยละ 21.5 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในคู่สมรสของผู้ป่วยที่ติดสุราที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ของ พูนศรี รังสีขจีและคณะ (2549) อธิบายว่าผู้มีการศึกษาสูง จะมีความกดดันจากการถูกคาดหวังของสังคม และบทบาทที่ถูกมองจากคนรอบข้าง จึงทำให้เกิดความเครียดและเป็นโรคซึมเศร้า

4. อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 39.53 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการประกอบอาชีพรับจ้างส่งผลต่อรายได้ของครอบครัวคร่อมคร้วมีรายได้ไม่เพียงพอ จะทำให้การดำรงชีวิตในสังคมดำเนินไปด้วยความยากลำบาก ขาดแคลนโอกาสในด้านต่างๆ เช่น การเข้าถึงบริการพื้นฐานทางสังคม (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งชาติ, 2551) จากรายงานของกรมสุขภาพจิต (2545) กล่าวว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การมีปัญหาการเงิน รายได้ที่ไม่เพียงพอทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้

5. ระยะเวลาการเจ็บป่วยพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยตั้งแต่ 1-2 ปี ทั้งนี้อาจเนื่องจากภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยแต่ละคนจะมีลักษณะการเริ่มป่วยที่ต่างกันได้มากบางคนอาการเกิดขึ้นช้าๆใช้เวลาหลายวันหรือหลายสัปดาห์จึงเห็นอาการเต็มๆ บางคนอาการเกิดขึ้นรวดเร็วจากมีเหตุการณ์หรือปัญหาชีวิตที่รุนแรงและบางคนอาจมีอาการอื่นๆมาก่อนเป็นเวลานานหลายๆเดือน (Haber et al.,1995 ; Rosenstein, 1995 ; Depression Guideline Panel, 1994 ; ดวงใจกานตีกุล, 2542) ขึ้นอยู่กับปัจจัยในเรื่องความรู้เรื่องโรคและทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (รณชัยคงสกนธ์และคณะ , 2546) นอกจากนี้ อาการซึมเศร้าส่วนใหญ่ ไม่ถูกค้นพบเหมือนเช่นอาการทางด้านร่างกายประกอบกับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าได้ในระยะเริ่มแรกต้องกระทำโดยจิตแพทย์ หรือพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเท่านั้นเช่นเดียวกับการศึกษาของ Sugahara (2008) อธิบายว่าปัญหาสำคัญของผู้เป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่จะไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาอย่างถูกต้องรวดเร็วเมื่อเริ่มมีอาการในระยะแรกเพราะอาการส่วนใหญ่จะแสดงออกด้วยการนอนหลับไม่ปกติเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลียไม่มีแรงและเหนื่อยง่ายทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตนมีปัญหาโรคทางกายจึงไปขอรับการรักษาที่

สถานบริการสุขภาพทางกายและระบบการจัดการโรคซึมเศร้าในชุมชนก็ยังไม่ชัดเจนไม่มีการบูรณาการจัดการโรคนี้เข้าสู่ระบบสุขภาพทั่วไป (สุนทรี ศรีโกสย และคณะ, 2549)

## ตอนที่ 2 อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = -11.82$ ) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคืออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ซึ่งผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลการศึกษาข้างต้นดังต่อไปนี้

จากผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง เนื่องมาจากโปรแกรมการกำกับอารมณ์มีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองทราบถึงการกำกับอารมณ์โดยเน้นย้ำการกำกับอารมณ์ที่มุ่งเน้นก่อนทำให้เกิดอารมณ์ (Antecedent-Focused) ซึ่งสามารถนำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ ในขณะที่ผู้ป่วยเผชิญปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดอารมณ์เชิงลบ ทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมิน ปรับสถานการณ์ และจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการคาดการณ์อารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงผลกระทบที่มีโอกาสเกิดได้จากความคิดที่สมาชิกในกลุ่มมีการสะท้อนซึ่งกันและกัน รวมทั้งการกระทำต่างๆด้วย นอกจากนี้เนื้อหาของโปรแกรมยังประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค สาเหตุ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยเฉพาะความสำคัญเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของอาการซึมเศร้า และนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้ และผู้ป่วยยังได้รับการจำแนกสิ่งกระตุ้นเพื่อตรวจสอบอารมณ์ และความคิดที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ต่างๆกับสมาชิกในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจเหตุการณ์ตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง ลดความคิดที่บิดเบือนนอกจากนี้มีการฝึกฝนและทำกิจกรรมการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดในสถานการณ์ต่างๆทำให้ผู้ป่วยยอมรับกับเหตุการณ์ต่างๆได้มากขึ้น เพิ่มกระบวนการรู้คิดพัฒนาตนเองสู่การประเมินสถานการณ์ใหม่ (reappraisal) ส่งผลให้ลดอารมณ์เชิงลบและเพิ่มอารมณ์เชิงบวก สอดคล้องกับการศึกษาของ Alireza , Ahmad, and Mahmoud (2010) ศึกษาแบบกึ่งทดลอง โดยเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการฝึกการกำกับอารมณ์ ( emotion regulation training ) และการบำบัดทางปัญญา (cognitive therapy) พบว่า การฝึกการกำกับอารมณ์มีประสิทธิภาพมากกว่าการบำบัดทางปัญญา ช่วยเพิ่มระดับทนต่อความเครียด เพิ่มความสามารถในการกำกับอารมณ์ และทำให้อาการซึมเศร้าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) นอกจากนี้ ยัง

พบว่า การประเมินสถานการณ์ใหม่เป็นทักษะที่บุคคลวัยผู้ใหญ่ใช้กันมากที่สุด ส่งผลกระทบบนเชิงบวกเพิ่มขึ้น มีความเป็นอยู่ที่ดี และเกิดความผาสุกมากขึ้น ส่งผลกระทบบนเชิงลบน้อยลงและมีอาการซึมเศร้าลดลง นอกจากนี้พบว่าพฤติกรรมการสอนผู้ใหญ่มักใช้การประเมินสถานการณ์ใหม่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสามารถนำมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อปรับการตอบสนองอารมณ์รวมทั้งส่งผลกระทบต่อการเตือนตนเองเชิงลบและเชิงบวก (Gross, 1998 ; Giuliani et al., 2008 ; Kober et al., 2010) และระบบประสาทในการตอบสนองอารมณ์ (Schaefer et al., 2002 ; Ochsner et al., 2004 ; Hajcak and Nieuwenhuis, 2006 ; Urry et al., 2006 ; Kim and Hamann, 2007) และพบว่า การประเมินสถานการณ์ใหม่ช่วยในการแยกแยะความสามารถในกำกับอารมณ์ออกจากปฏิกิริยาทางอารมณ์พื้นฐาน (Ochsner et al., 2002 ; Ochsner et al., 2004 ; Urry et al., 2006 ; Kim and Hamann, 2007 ; McRae et al., 2008 ; Wager et al., 2008 ; McRae et al., 2010)

นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้เรียนรู้เกี่ยวกับการกำกับอารมณ์ที่มุ่งเน้นการตอบสนอง (Response-Focused) ซึ่งสามารถแสดงออกมาในรูปแบบของการตอบสนองทางสรีรวิทยา ประสบการณ์หรือพฤติกรรมโดยใช้วิธีระงับอารมณ์ซึ่งเป็นการตอบสนองอารมณ์โดยการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมเช่นกัน สอดคล้องกับการการศึกษาของ Thompson (1990) พบว่าการบำบัดโดยใช้การกำกับอารมณ์ช่วยทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความสามารถในการตอบสนองอารมณ์ที่เหมาะสม โดยการควบคุมความรุนแรงและระยะเวลาการเกิดอารมณ์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของอารมณ์ และการศึกษาของ Ehring et al. (2008) ซึ่งศึกษาการกำกับอารมณ์โดยวิธีการเปรียบเทียบนักศึกษาที่มีประวัติซึมเศร้ากับนักศึกษาที่ไม่มีประวัติซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า พบว่านักศึกษาที่มีประวัติซึมเศร้าในอดีตมีระดับของกลยุทธ์ในการกำกับอารมณ์น้อยกว่านักศึกษาที่ไม่มีประวัติซึมเศร้า

นอกจากนี้การดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมมีการใช้กระบวนการกลุ่ม (group process) ยังมีส่วนช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันเกิดการพึ่งพาอาศัยและได้รับประโยชน์ร่วมกัน ทำให้เข้าใจปัญหาของตนเอง และยังช่วยส่งเสริมฟื้นฟูสภาพจิตใจและสภาพสังคมผู้ป่วยอีกทั้งยังส่งเสริมทักษะทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการสื่อสารของผู้ป่วย (Videbeck, 2004) สามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน และนำมาปรับใช้กับสภาพปัญหาของตน และให้ข้อมูลย้อนกลับ (Marram, 1978)

จากการเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง (ตารางที่ 8) ในระยะหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์อยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x} = 11.81$ ) ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 20.71$ ) นั้นแต่หากพิจารณาจากค่าผลต่างของคะแนนอาการซึมเศร่าก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คนลำดับที่ 7 , 8 และ 11 ของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติได้ค่าผลต่างของ

คะแนนอาการซึมเศร้าเท่ากับ 10 , 6 และ 6 คะแนน ตามลำดับแสดงให้เห็นว่าคะแนนอาการซึมเศร้าหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมากอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่คนลำดับที่ 14 และ 17 ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ได้ค่าผลต่างของคะแนนอาการซึมเศร้าเท่ากับ -10 และ -11 คะแนน ตามลำดับแสดงให้เห็นว่าคะแนนอาการซึมเศร้าหลังการทดลองลดลงอย่างมากอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน

อย่างไรก็ตามจากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ลำดับที่ 7 พบว่าเป็นเพศหญิง อายุ 43 ปี สถานภาพ หย่ามีบุตรสาว 1 คนอายุ 12 ปี มีอาชีพขายเสื้อผ้าตลาดนัด มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างรายนี้ มีปัจจัยและเหตุการณ์ต่างๆที่ทำให้มีโอกาสเกิดความเครียดค่อนข้างมาก เช่น มีรายได้ที่ไม่แน่นอน และต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัวโดยลำพัง มีบุตรที่ต้องเอาใจใส่ดูแล นอกจากนี้ยังมีโรคประจำตัวร่วมด้วย จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมากผิดปกติ ส่งผลให้ผลรวมของค่าผลต่างของคะแนนอาการซึมเศร้าก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ลำดับที่ 5 หลังการทดลองแม้ว่าคะแนนอาการซึมเศร้าจะลดลง 4 คะแนน แต่ยังคงอยู่ในระดับมากเช่นเดิม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง และจากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าเป็นเพศหญิง อายุ 31 ปี สถานภาพ โสด มีอาชีพค้าขายของชำ มีบุคลิกลักษณะเงียบขรึม พูดน้อย อาศัยอยู่กับบิดาและน้องชาย มารดาเสียชีวิตเมื่อประมาณ 2 ปีที่แล้ว เนื่องจากอุบัติเหตุมีรถมอเตอร์ไซด์ขับมาชนขณะผู้ป่วยพาแม่ไปทำธุระ ผู้ป่วยเคยคิดว่าตนเองเป็นต้นเหตุทำให้แม่เสียชีวิต จากกลุ่มตัวอย่างรายนี้พบว่าการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึก จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร่ายังคงอยู่ระดับมากเช่นเดิม

ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติลำดับที่ 7 และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ลำดับที่ 5 มีปัจจัยที่ทำให้อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยนั้นยังคงอยู่ต่อไปด้วยซึ่งได้แก่เหตุการณ์ความเครียดต่างๆในชีวิต (Stressful life events) การเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิต (Any life changes) รวมถึงปัญหาสัมพันธภาพและปัญหาสังคมต่างๆโดยมักจะพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายรายมักจะประสบเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตต่างๆในระยะ 6 เดือนถึง 1 ปีก่อนจะเกิดอาการซึมเศร้าขึ้น (Kohn et al., 2001; Roy, 1997; Liloyd, 1980) เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่สำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าได้แก่การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักโดยเฉพาะคู่สมรสการแยกทางหรือการหย่าร้างปัญหาความสัมพันธ์และการเจ็บป่วย (Hammen, 2003; Hammen& Brennan, 2002; Kendler et al., 1995; Holme&Rahe, 1967)



จากการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการกำกับอาการแต่ละครั้งมีเนื้อหาของกิจกรรมที่ส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลงดังนี้

### 1. สร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

ในกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่มระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์และรับทราบประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือรู้สึกไว้วางใจพยาบาลมากขึ้น กล้าที่จะพูดคุย แสดงอารมณ์ความรู้สึกและความคิดเห็น ที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยและเพื่อนสมาชิกคนอื่นๆ กิจกรรมนี้ประกอบด้วยคำแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์พูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความร่วมมือทั้งนี้จุดมุ่งหมายทั่วไปของสัมพันธภาพในรูปของการรักษามุ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเปิดเผยเรื่องราวที่เป็นปัญหาของตนเองเข้าใจตนเองและปรับตัวได้ การบำบัดนี้ใช้กระบวนการกลุ่ม โดยที่คำนึงถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากกลุ่มกระบวนการกลุ่มช่วยสร้างและพัฒนาการทางด้านอารมณ์ และสังคม โดยฝึกให้สมาชิกรู้จักอารมณ์ แสดงอารมณ์ให้ถูกต้อง สมเหตุสมผล มีการรู้จักพูดคุยทักทาย มีการแสดงออกตามกาลเทศะ การแสดงสัมพันธภาพกับสมาชิกคนอื่นๆ ของกลุ่ม (กาญจนา ไชยพันธุ์, 2549) ในระยะต่อไปของการดูแลเมื่อผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ ส่งผลต่อจุดเริ่มต้นของการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ชุมชน และสังคมต่อไปในโปรแกรมการกำกับอาการจึงมีกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่มระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการวางแผนหาแนวทางการแก้ไข และเกิดทักษะการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน เกิดการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดทัศนคติซึ่งเป็นข้อมูลย้อนกลับที่ผู้ป่วยสามารถนำมาเป็นแบบอย่างหรือปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

สำหรับการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าจะเป็นการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและยอมรับกับปัญหาของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองตระหนักถึงบทบาทของตนเองในการป้องกันและลดอาการซึมเศร้า และส่งผลให้มีระดับอาการซึมเศร้าลดลง (Cuijpers, 1998) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยตระหนักรู้และยอมรับปัญหาของตนทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการแก้ปัญหาอันจะส่งผลต่ออาการระดับของอาการซึมเศร้าได้มากขึ้นโดยเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง หลังการให้ความรู้พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมกขึ้นมีการยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วยและพร้อมที่จะจัดการกับโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตน

## 2. การเลือกและปรับสถานการณ์

การเลือกและปรับสถานการณ์ (Situation selection and Situation modification) เป็นกลยุทธ์การกำกับอารมณ์ซึ่งบุคคลใช้เลือกที่จะหลีกเลี่ยงหรืออยู่ในสถานการณ์ที่ตรงกับระดับการตอบสนองทางอารมณ์โดยจากสถานการณ์ตัวอย่าง หากผู้ป่วยสามารถเลือกสถานการณ์หรือปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถคาดการณ์อารมณ์ที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ดังกล่าวและประเมินอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์และระบุเหตุผลได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถระบุและแก้ไขสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้บรรลุเป้าหมายในการเลือกและปรับสถานการณ์ ก่อให้เกิดการคาดการณ์อารมณ์ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญในพัฒนาทักษะในการเข้าสู่สถานการณ์ (Gross & Thompson, 2007)

จากการซักถามพูดคุยพบว่าสมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายการเลือกสถานการณ์ และการปรับสถานการณ์ ดังจะเห็นได้จากตัวอย่างคำพูดของสมาชิกดังต่อไปนี้

*“สถานการณ์ส่วนใหญ่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน บางครั้งก็เป็นอุบัติเหตุซึ่งเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น ป้าคิดว่ามันเป็นเรื่องปกติ ก็เลยไม่รู้สึกรังเกียจอะไร ถ้ามันรุนแรงมากๆ ถ้าเลี่ยงได้ ป้าก็จะใช้วิธีเลี่ยงจากปัญหาไปสักพัก ”*

*“เรื่องอะไรก็ตามถึงแม้ว่ามันจะเป็นความจริง จะถูกต้อง แต่ถ้าการพูดหรือทำไปนั้นมันไม่ได้ประโยชน์มีแต่ผลเสีย เราก็ไม่ควรพูดหรือทำออกไป ”*

## 3. ใส่ใจต่อสถานการณ์

การใส่ใจต่อสถานการณ์ (Attentional deployment) ทำให้บุคคลเปลี่ยนความใส่ใจในสิ่งที่เกิดก่อนการแสดงอารมณ์โดยเลือกที่จะใส่ใจหรือหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่จะมีอิทธิพลต่ออารมณ์นั้นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตอบสนองความรู้สึกทางอารมณ์ที่ต้องการ (Gross, 2007) ช่วยส่งเสริมและพัฒนาทักษะการเรียนรู้และจำแนกสถานการณ์เชิงบวกหรือเชิงลบ ช่วยทำให้ผู้ป่วยเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกและการตอบสนองต่อสถานการณ์ ส่งผลต่อการส่งเสริมและพัฒนาการพูดคุยสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ กับบุคคล ครอบครัวและชุมชนกิจกรรมประกอบด้วย จำแนกสถานการณ์เมื่อสัมผัสสิ่งกระตุ้นทั้งทางบวกและลบ บอกความรู้สึกและการตอบสนองต่อในสถานการณ์ต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถจำแนกสถานการณ์เชิงบวกและเชิงลบ ช่วยลดความลำเอียงต่อสถานการณ์เชิงบวก ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความลำเอียง มักสนใจเลือกตอบสนองเฉพาะสิ่งเร้าเชิงลบ (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2007; Mogg & Bradley, 2005)

จากการซักถามพูดคุยพบว่าสมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายการใส่ใจต่อสถานการณ์และการนำไปใช้ได้ถูกต้องเหมาะสมและการนำไปใช้ได้ถูกต้องเหมาะสมดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ที่ว่าเทคนิคต่างๆที่คุณพยาบาลแนะนำไปแล้ว ที่ได้ลองทำดู มันช่วยลดการ  
ทะเลาะเบาะแว้ง อย่างน้อยก็ทำให้ปรับอารมณ์ได้มากขึ้น”

“ผมคิดว่าหากเราเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกตัวเอง เมื่อเราโกรธเราพยายามทำตัวเอง  
หรือสร้างให้มีพลังในทางบวก เพื่อไม่ตกเป็นทาสมัน ”

#### 4. การประเมินและเปลี่ยนความคิด

การประเมินและเปลี่ยนความคิด(Cognitive change) ช่วยทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนหรือ  
ทบทวนความคิดของการประเมินสถานการณ์และจัดการความต้องการซึ่งเป็นต้นเหตุของสถานการณ์  
(Gross & Thompson, 2007) มีการพัฒนาทักษะประเมินสถานการณ์จากอารมณ์ ความรู้สึก  
ปฏิกิริยาของร่างกายและพฤติกรรมเรียนรู้อารมณ์ ความรู้สึก จากปฏิกิริยาของร่างกาย ส่งเสริม และ  
พัฒนาการปรับเปลี่ยนวิธีคิดเกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อลดอารมณ์เชิงลบ ในแต่ละกิจกรรมทำให้ ผู้ป่วยรู้  
และเข้าใจปฏิกิริยาของร่างกายและพฤติกรรม ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์เพื่อลดอารมณ์เชิงลบ ทั้งนี้  
เนื่องจากสถานการณ์ที่คลุมเครือทำให้บุคคลมีโอกาสดำเนินการซึมเศร้าได้ (Mathews & MacLeod,  
2005) ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับเหตุการณ์และสภาพความเป็นจริง หยุดความคิดที่บิดเบือน ปรับเปลี่ยน  
มุมมองความคิดเป็นบวก จากเดิมที่ผู้ป่วยมีการประเมินเหตุการณ์ในชีวิตที่บิดเบือน ไปสู่การประเมิน  
เหตุการณ์ในชีวิตที่ตรงกับความเป็นจริง(สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549)

จากกิจกรรมเรียนรู้ใบหน้าอารมณ์ ความรู้สึกจาก จากปฏิกิริยาของร่างกายและ  
กิจกรรมเรียนรู้ปฏิกิริยาของร่างกาย และพฤติกรรมขณะเกิดอารมณ์สมาชิกแต่ละคนสามารถระบุ  
อารมณ์ ความรู้สึกสอดคล้องกับใบหน้าต่างๆได้ โดยที่ไม่เกิดความบิดเบือนของอารมณ์ ความรู้สึกจาก  
ทางบวกเป็นทางลบ หรือจากทางลบเป็นทางบวก ถึงแม้ว่าการระบุอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมี  
ระดับความแตกต่างกันก็ตามเช่น สมาชิกส่วนใหญ่ระบุว่า “โกรธ” ขณะเดียวกันบางคนระบุว่า “ไม่  
พอใจ” เป็นต้น สำหรับการเรียนรู้ปฏิกิริยาของร่างกาย และพฤติกรรมขณะเกิดอารมณ์พบว่าสมาชิก  
ในกลุ่มส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมหัวใจเต้นถี่แรง และการหลั่งของน้ำลายลดลง ทำให้รู้สึกคอแห้ง  
นอกจากนี้ พบว่า พฤติกรรมทุกพฤติกรรมขณะเกิดอารมณ์ ในใบงานทั้งหมด สมาชิกในกลุ่มการ  
ปฏิบัติเลย และจากการซักถามพูดคุยพบว่าสมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายการ  
ประเมินและเปลี่ยนความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดเป็นคิดเชิงบวกและการนำไปใช้ได้ถูกต้อง  
เหมาะสมจากการซักถามพูดคุย เกี่ยวกับการบ้านการประเมินและเปลี่ยนความคิดโดยให้สมาชิกเล่า  
เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นชีวิตประจำวันทั้งในอดีตและปัจจุบัน ซึ่งรู้สึกไม่ชอบ ไม่พอใจมีวิธีใดบ้างที่คุณทำให้  
ตนเองรู้สึกสบายใจขึ้นและลดอารมณ์เชิงลบได้ พบว่าสมาชิกทุกคนสามารถเขียนเล่าเหตุการณ์ที่  
เกิดขึ้นได้ ทุกคนพยายามคิด วิเคราะห์เหตุการณ์ต่างๆที่ส่งเสริมและส่งผลให้เกิดความไม่พอใจ และ  
ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าในปัจจุบัน เนื่องจากเนื่องจากความเครียดจากการทำงาน ชีวิตครอบครัว  
สุขภาพของตนเอง การสูญเสียบุคคลที่รัก และจากการซักถามพูดคุย สมาชิกส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่ามี

ความตั้งใจในการร่วมกิจกรรมครั้งนี้เพราะอยากรู้และเทคนิคใหม่ๆจากต่างประเทศมาฝึกปฏิบัติ และประยุกต์ใช้ จึงทำให้สมาชิกทุกคนทำการบ้านครบถ้วน มีความถูกต้องเหมาะสมและเห็นได้จากตัวอย่างคำพูดของสมาชิกดังต่อไปนี้

“ผมว่าเราต้องสังเกตร่างกายของเราเอง ขณะเกิดอารมณ์จะได้รู้ว่าเราเกิดความรู้สึกอย่างไร จะได้กำกับอารมณ์ได้”

“คนแต่ละคนมีการแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมือนกัน บางคนเวลาโกรธก็จะระบายโดยการทานอาหารเยอะทำให้อ้วน แต่บางคนโกรธก็จะไม่ยอมทานอาหารทำให้ผอม”

“เวลานั้นเจอเพื่อนสนิทแล้วเพื่อนไม่ทักทายทำให้ฉันรู้สึกกังวลใจและคิดว่าเพื่อนคงไม่พอใจหรือโกรธฉัน แต่หากปรับเปลี่ยนความคิด เป็นคิดบวก เพื่อนอาจมีปัญหาหรือเรื่องที่ทำให้ไม่สบายใจในขณะนั้น จึงไม่ทักทายฉัน ดังนั้นฉันก็ไม่ควรโกรธเพื่อน”

### 5. การปรับการตอบสนองอารมณ์

การประเมิน ปรับสถานการณ์และตอบสนองอารมณ์ช่วยพัฒนาทักษะการคิด ทบทวน ตรวจสอบสถานการณ์ใหม่ (reappraisal) ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีการแสดงอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยได้ กระตุ้นความคิด มีเหตุผลในการคิดใคร่ครวญ ไตร่ตรอง และพัฒนาการทำงานของสมอง การปรับการตอบสนองอารมณ์ (Response modulation) เป็นการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของการตอบสนองทางอารมณ์โดยที่บุคคลมีประสบการณ์ การแสดงออกหรือ พฤติกรรม เป็นการตอบสนองอารมณ์ ภายหลังประเมินเหตุการณ์ การรับรู้และความหมายของสถานการณ์ เนื่องจากบุคคลที่มีความผิดปกติทางอารมณ์มักพบการมีประสบการณ์ของอารมณ์ที่ไม่พึงพอใจและรุนแรงมาก การปรับการตอบสนองจึงมีความสำคัญมาก (Fairholme et al., 2010 ; Turk et al., 2005) ช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้เหตุผล ตัดสินเหตุการณ์มากกว่าการใช้อารมณ์เพียงอย่างเดียว สามารถระงับการแสดงออกอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ได้ให้ผู้ป่วยคิดและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ วิธีการระงับการแสดงอารมณ์ ทั้งนี้เนื่องจากหากผู้ป่วยได้ปฏิบัติและนำกลยุทธ์แต่ละขั้นตอนมาใช้แล้ว เหตุการณ์และสภาวะแวดล้อมต่างๆที่เกิดขึ้นยังไม่เอื้ออำนวยต่อความต้องการและลักษณะอารมณ์ของผู้ป่วย การระงับอารมณ์ยังเป็นอีกหนึ่งวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถแสดงออกด้านอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม การยับยั้งอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพช่วยลดผลกระทบของประสบการณ์ทางอารมณ์ในทางลบระยะสั้น (Gross, 1998a ; Gross & Thompson, 2007) เป็นการจัดการกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้น โดยการใช้วิธีเก็บปัญหาเอาไว้ก่อน ผงาไว้ในระดับจิตสำนึก เป็นวิธีที่เกิดหลังจากที่มีอารมณ์เกิดขึ้นแล้ว แต่เป็นวิธีการป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงอารมณ์ที่รุนแรงภายใน เป็นเพียงการสะกดอารมณ์ไว้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อยับยั้งพฤติกรรมที่แสดงออกทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง

จากกิจกรรมประเมิน ปรับสถานการณ์และตอบสนองทางอารมณ์สถานการณ์ในใบกิจกรรมเรื่องของจำลอง และเรื่อง ของแนบโดยให้สมาชิกแต่ละคนเลือกประเมินครอบครัวจำลองหรือแนบ ครอบครัวใดครอบครัวหนึ่ง พบว่าสมาชิกแต่ละคนสามารถประเมินสถานการณ์โดยเฉพาะการประเมินสถานการณ์ใหม่ ยังสามารถนำกลยุทธ์กำกับอารมณ์มาประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและจากการซักถามพูดคุยพบว่าสมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายการปรับการตอบสนองทางอารมณ์ และการนำไปใช้ได้ถูกต้องเหมาะสม

การซักถามพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆเพิ่มเติมในเรื่องการระงับอารมณ์อย่างถูกต้องเหมาะสม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

“ พี่ว่าหากเราปรับมุมมองความคิดแล้ว ถ้าเหตุการณ์ยังไม่ดีเท่าที่ควรเราคงต้องปล่อยวาง ยึดหลักธรรมะบ้างหรืออาจจะต้องกินยาถ้าไม่ไหวจริงๆ ”

“ การฆ่าตัวตายเป็นวิธีที่ทำให้ตัวเองสบายอย่างเดียวแต่ทำให้คนในครอบครัวเราอีกหลายคนเดือดร้อน ”

“ พี่ว่าหากเราปรับมุมมองความคิดแล้ว ถ้าเหตุการณ์ยังไม่ดีเท่าที่ควรเราคงต้องปล่อยวาง ยึดหลักธรรมะบ้างหรืออาจจะต้องกินยาถ้าไม่ไหวจริงๆ ”

“ ฉันเคยมีความคิดว่ายาช่วยทำให้อารมณ์ดีขึ้น หายเครียด แต่จริงๆแล้วยาเป็นแค่ตัวช่วยให้อาการด้านร่างกายไม่รุนแรงหรือกำเริบขึ้น แต่ที่สำคัญอีกก็คือ เราต้องดูแลจิตใจเราให้แหละที่สำคัญไม่แพ้กัน ”

จากกิจกรรมวิธีระงับอารมณ์สมาชิกแต่ละคนสามารถแสดงความคิดเห็นครบทุกคนซึ่งแตกต่างกันไป ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งพอจะสรุปรายละเอียดได้ดังต่อไปนี้สมาชิกส่วนใหญ่มักใช้วิธี เช่น นับเลข ออกมาตั่งสติ หายใจเข้า-ออกลึกๆยาวๆเพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย ดูหนัง ฟังเพลง เป็นต้น ปลุกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้ เล่นดนตรี ออกกำลังกาย รองลงมาคือ พูดระบายกับคนที่ไวใจได้ เปลี่ยนความคิด ทำเป็นไม่ใส่ใจ เป็นต้นนอกจากนี้สมาชิกแต่ละคนได้มีการแสดงความคิดเห็นโดยการซักถามพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆเพิ่มเติมในเรื่องการระงับอารมณ์ อย่างถูกต้องเหมาะสม

เมื่อพิจารณาตามขั้นตอนของเนื้อหาในโปรแกรมการกำกับอารมณ์พบว่า การจัดกิจกรรมตามแนวคิดการกำกับอารมณ์และการใช้กระบวนการกลุ่ม ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้พัฒนาทักษะต่างๆ เช่นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล กระบวนการรู้คิด เข้าใจ การกำกับอารมณ์ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันช่วยเพิ่มความสามารถในการกำกับอารมณ์ และลดอารมณ์เชิงลบได้

2. ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 8.48$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับ

อารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคืออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผู้ศึกษาสามารถอภิปรายผลการศึกษารายงานข้างต้นดังต่อไปนี้

การที่อาการซึมเศร้าของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเนื่องมาจากการออกแบบให้ผลการทดลองมีความน่าเชื่อถือและเป็นผลของโปรแกรมอย่างแท้จริง โดยผู้วิจัยมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ที่อาจมีผลกระทบต่อการทำงานวิจัยครั้งนี้ได้แก่ เพศ และ คะแนนอาการซึมเศร้า (Beck, 1967) โดยการควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) แล้วจับฉลากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยพยายามทำให้ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนเป็นศูนย์หรือมีค่าน้อยที่สุดโดยการขจัดความคลาดเคลื่อนของเครื่องมือในการวัด ได้แก่ แบบประเมินการกำกับอารมณ์และเพิ่มความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการสร้างโปรแกรมและเครื่องมือวัดให้มีความตรงและความเที่ยง ตลอดจนมีความเป็นปรนัย และมีประสิทธิภาพสูง นอกจากนี้ยังมีการควบคุมหรือขจัดตัวแปรอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทดลอง แต่ส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตามออกให้หมด เช่น ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการทางจิตจะอยู่ในเกณฑ์คัดออกเพื่อให้ผลที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการจัดกระทำเท่านั้น ( รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) ประกอบกับโปรแกรมการกำกับอารมณ์ ได้มีการดำเนินกิจกรรมด้วยกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) มีส่วนช่วยทำให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจพยาธิสภาพของโรค และยอมรับปัญหาของตนเอง และมีแนวทางในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน และให้ข้อมูลย้อนกลับ ทำให้สมาชิกสามารถนำกลยุทธ์การกำกับอารมณ์ไปใช้ต่อไปซึ่งทำให้สมาชิกแต่ละคนมีการปรับตัว ทำให้เกิดการพัฒนา มีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน เกิดกำลังใจในการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิด ส่งผลต่อการลดลงของอาการซึมเศร้าในที่สุด

ดังนั้นจากผลการศึกษารายงานข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการกำกับอารมณ์เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิผลต่อการลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

## ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาการใช้โปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ได้ดังนี้

### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 โปรแกรมการกำกับอารมณ์เป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งเน้นการใช้กระบวนการกลุ่ม ทำให้การดำเนินกิจกรรมมีข้อจำกัด เช่น เวลา สถานที่ ความพร้อมของสมาชิกกลุ่ม นอกจากนี้สมาชิกยังเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าซึ่งมีข้อจำกัดของอาการที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของ

โรค ทำให้พยาบาลซึ่งเป็นผู้นำกลุ่มต้องมีความรู้ และทักษะในการให้คำปรึกษาและกระบวนการกลุ่ม ต้องมีประสบการณ์สามารถใช้ทักษะของกระบวนการกลุ่มในการกระตุ้นความคิดเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ มีบุคลิกภาพที่อบอุ่น ยอมรับและเข้าใจบริบทของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน สามารถรับฟังปัญหา และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ให้ผู้ป่วย เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม นอกจากนี้ควรเป็นแบบอย่างที่ดี มีความสามารถในการควบคุมและกำกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

1.2 การเลือกสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการกำกับอารมณ์แบบรายกลุ่ม ควรคำนึงถึงกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเดินทางได้อย่างสะดวกและปลอดภัย สถานที่เหมาะสม มีความเป็นส่วนตัว และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดำเนินกระบวนการกลุ่ม

1.3 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการกำกับอารมณ์ครั้งนี้ พิจารณาจากระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในระดับน้อยถึงมาก

1.4 การดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการกำกับอารมณ์ ของกลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่แตกต่างกัน พยาบาลสามารถปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม เช่น กิจกรรมการเลือกและปรับสถานการณ์ หรือการประเมินและเปลี่ยนความคิดในสถานการณ์ต่างๆหากพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถบอกการปรับเปลี่ยนสถานการณ์ หรือการปรับเปลี่ยนมุมมองความคิดได้ พยาบาลสามารถปรับระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม

## 2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรจัดให้พยาบาลได้มีการอบรมเพิ่มเติมและศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้การกำกับอารมณ์การบำบัดทางจิตสังคม อีกรูปแบบหนึ่ง

2.2 ควรจัดหลักสูตรเนื้อหาวิชา ที่เน้นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

## 3. ด้านการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องโดยติดตามประเมินผลระยะยาวในชุมชนเพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม และการกำกับอารมณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นระยะๆจนกลายเป็นทักษะที่คงอยู่ติดตัวสามารถนำไปใช้ได้ ส่งผลให้ช่วยลดอาการซึมเศร้า ป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค โดยการประเมินติดตามผลที่บ้านในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หลังการทดลอง หรือตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

3.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการดำเนินกิจกรรมการกำกับ  
อาชญากรรมในแต่ละรูปแบบได้แก่ การกำกับอาชญากรรมแบบรายบุคคล การกำกับอาชญากรรมแบบกลุ่ม และการ  
กำกับอาชญากรรมแบบรายครอบครัว

3.3 ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการกำกับอาชญากรรมในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ  
ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาด้านอาชญากรรมผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนเป็นต้นเพื่อประเมินประสิทธิผล  
ของโปรแกรมการกำกับอาชญากรรม





## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2545). รายงานสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข
- กรมสุขภาพจิต.(2549).ข้อมูลการบริการผู้ป่วยจิตเวชของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต.(2554).แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด.ปรับปรุงครั้งที่ 2  
อุบลราชธานี : หจก.ศรีริธรรมออฟเซ็ท.
- กรมสุขภาพจิต. (2555). แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถานบริการระดับทุติยภูมิ. อุบลราชธานี: โรงพิมพ์พระศรีมหาโพธิ์.
- จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน.(2549). การทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า. เอกสารประกอบการประชุมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ.
- จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2546). ข้อมูลใหม่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 48 (3), 185-199
- เจษฎา ทองเถาว์ และคณะ. (2552). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในพยาบาลของโรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 54 (1), 37-54.
- ชัดเจน จันทรพัฒน์. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 12(2), 80-89.
- ชาญกัญญา ดันดีลีปิกร. (2547). การศึกษาภาวะซึมเศร้าสมรรถภาพสมองและคุณภาพชีวิตราชการเกษียณ ในกรุงเทพมหานคร. วารสารจิตวิทยาคลินิก, 35, 70-73.
- ชาลินี สุวรรณยศ.(2542). ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์สต่อภาวะซึมเศร้าของบุคคลที่สูญเสียแขนขา. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา,บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงใจ กสานติกุล และคณะ.(2540). แบบสอบถามปัญหาสุขภาพ แบบวัดด้วยตนเองเพื่อตรวจวัดหาโรคซึมเศร้าในประชากรไทย. *Journal of Medical Association Thailand*, 80, 647-657.
- ทวี ตั้งเสรี และคณะ.(2546). การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า. ขอนแก่น : พระธรรมขันธ์ .

- ธนา นิลชัยโกวิทย์ และ ดาวชมพู พัฒนประภาพันธุ์. (2548). ปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยทางกาย. ใน  
มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (บรรณาธิการ), จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ (พิมพ์  
ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ป๊ายอน เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาล ศิลปะกิจ. (2539). ความเชื่อถือได้และความแม่นยำ  
ตรงของ General Health Questionnaire. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*.  
41(1):2-17.
- ธณินทร์ กองสุข. (2550). *ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า*. ในธณินทร์ กองสุข(บรรณาธิการ), *โรค  
ซึมเศร้าองค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ*. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- ธณินทร์ กองสุข.(2550). *โรคซึมเศร้าองค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ*. อุบลราชธานี  
:ศิริธรรมออฟเซ็ท.
- ธณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาวท, รุ่งมณี ยิ่งยง,  
ศักดิ์ดา ขำคม, ศิริจันทร์ สุขใจ และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน (2550, พฤศจิกายน). การพัฒนาและ  
ความเที่ยงตรงของแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ภาษาอีสาน. การประชุมวิชาการ  
สุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 6 ประจำปี 2550, กรุงเทพฯ.
- ธณินทร์ กองสุข, พิเชฐ อุดมรัตน์, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, มาโนชหล่อตระกูล, ณรงค์ มณีทอง,  
นันทวัช สิทธิรักษ์, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน และเกษราภรณ์ เคนบุปผา. (2551). ความสัมพันธ์  
ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการของ  
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่ง ปี 2549. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51(1),  
61-68.
- ธีระ ลีลานั้นทกิจ.(2553).การรักษาด้วยไฟฟ้าทฤษฎีและภาคปฏิบัติ.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์;
- นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ. (2533). *การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิต-สังคมต่อภาวะ  
ซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ*: การเปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดอุทัยธานี.  
จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 35(4) : 195-203.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร, (2544)*ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*.พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรง  
พิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรี พรหมทับ. (2551). *ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชาวไทยภูเขาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง*.  
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- พินธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และมธุริน คาวงศ์ปิ่น. (2548). ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview ฉบับภาษาไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 13(3):125-135.
- พิมพ์พร สุขเสถียร และมาโนช หล่อตระกูล. (2552). ความพึงพอใจในชีวิตสมรสของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 17(1), 21-32.
- พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2549). จิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะพระหว่างบุคคลทางเลือกใหม่ของการรักษาโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 51(2):117-131.
- พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย, นันทิกา ทวิชาชาติ และสมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธ์ภาวะพระหว่างบุคคลกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย: การศึกษาโดยมีกลุ่มควบคุมแบบจับคู่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 55(1), 69-80.
- พิไลลักษณ์ ทองอุไร. (2542). ภาวะจิตสังคมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารสงขลานครินทร์* 19:38-48
- พูนศรี รังสีจี และคณะ. (2547). *จิตเวชศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์*. ขอนแก่น : นานาคัลงวิทยา.
- พูนศรี รังสีจีและคณะ. (2549). ความชุกของโรคซึมเศร้าในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคติดสุราที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 51(3), 14-24.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2543). *จิตเวชศาสตร์รามาทิปตี*. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2549). *คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์.(2542).แบบประเมินวัดความรุนแรงของระดับภาวะซึมเศร้าชนิดให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง.*วารสารแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย*
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์.(2548).*ตำราจิตเวชศาสตร์*.(พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ปิยอนด์เอ็นเตอร์ไพรซ์ จำกัด.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2550). *จิตเวชศาสตร์รามาทิปตี*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์ ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- รณชัย คงสกนธ์ และคณะ. (2546). การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) ฉบับภาษาไทย.*วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 48:211-218.
- รัตนา สายพานิชย์.(2554). *Electroconvulsive Therapy (ECT)*.สืบค้นในวันที่ 30 ธันวาคม 2556, เข้าถึงได้จาก <http://www.ramamental.com/ecc.html>
- โรงพยาบาลพระจอมเกล้าเพชรบุรี.(2556). *สถิติผู้ป่วยประจำปี 2556.เพชรบุรี:กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช*

- ลัดดา แสนสีหา. (2536). *ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติด้านลบของวัยรุ่นตอนปลาย*.  
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช  
 บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณภา ด้านธนวานิช. (2551). *ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลเด็กบกพร่องทาง  
 สติปัญญา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ  
 จิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วีระวัฒน์ ปันนิตามัย. (2542). *เชาว์อารมณ์ (EQ) ดัชนีวัดความสุขและความสำเร็จของชีวิต*.  
 กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เน็ท.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน(2530). *จิตวิทยาพัฒนาการ*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ประกายพริก.
- สถิตย์วงศ์ สุระประภิตและคณะ.(2555).สถานการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงโดยการตรวจคัดกรองใน  
 เขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย.เชียงราย.*วารสารสภาการพยาบาล*,27(3),91-105
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งชาติ. (2551). *สถานการณ์ความยากจนในประเทศไทย*. สืบค้นใน วันที่  
 20 สิงหาคม 2556, เข้าถึงได้จาก  
<http://www.tdri.or.th/poverty/report.htm#head.html>
- สมบัติ รियाพันธ์. (2552). การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด: แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลจิตเวช.  
*วารสารกองการพยาบาล* 36 (2): 68-76.
- สมภพ เรื่องตระกูล.(2542).*โรคอารมณ์แปรปรวน*. ใน:สมภพ เรื่องตระกูล,บรรณาธิการ. ตำราจิตเวช  
 ศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2543). *โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย*. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2548). *ตำราจิตเวชศาสตร์* . (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพมหานคร:เรือนแก้วการ  
 พิมพ์
- สุจิตรา กฤติยารวรรณ. (2548). *การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวความคิดการปรับ  
 เปลี่ยนความคิด และพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
 มหบัญชิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุชา จันทร์อม. (2540). *จิตวิทยาพัฒนาการ*. (พิมพ์ครั้งที่ 4 ). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุชาติ พหลภาคย์ .( 2542). *ความผิดปกติทางอารมณ์* .ขอนแก่น : ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- สุนทรศรีโกไสยและคณะ.(2549).*สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลชุมชน  
 จังหวัดเชียงใหม่และลำพูน*.เชียงใหม่.*วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*.
- สุรพล วีระศิริ. *ความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorders)*.(2547).ใน:พูนศรี รังสีจี,ธวัช  
 ชัยกฤษณะประกรกิจ,นวนันท์ปิยะวัฒน์กุล.จิตเวชศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์.ขอนแก่น:

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ. (2549). การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าชื่อ KhonKaen University Depression Inventory [KKU – DI] สำหรับคนไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสมาคมนิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 51: 330-348.
- สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาลและสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2553). การปรับปรุงเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI เพื่อให้มีความไวต่อเพศภาวะ. *วารสารสมาคมนิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 55(2), 177-189
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข(2552)Retrieved January 24, 2009, from <http://www.ptho.moph.go.th>.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย.(2549).*การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 2 ).กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย.(2549). *การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธนาเพรส.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและ พิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- อรรรรณ สี่ทองอินทร์. (2535). *ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าในบ้านพักคนชราในกรุงเทพฯ จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิชัย มงคล และคณะ.(2550). สุขภาพจิตคนไทย พ.ศ.2550. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 17(2) :104-117. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อุมาพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, และปิยลัมพร หะวานนท์. (2540). การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. *วารสารสมาคมนิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 42:2-13.
- เอื้อมเดือน เนตรแถม.(2541). *ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพยาเสพติด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

### ภาษาอังกฤษ

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., (2010) . *Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a ransdiagnostic examination*. Behaviour Research and Therapy 48 (10), 974–983.
- American Psychiatric Association . (1994) . *Diagnostic and Statistical Manual of*

- Mental Disorder. 4th ed.* Washington, DC. American Psychiatric Association.
- Arnold W, Rosenthal RN, Pinsker H. (2004). *Introduction to supportive psychotherapy.* Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van Ijzendoorn, M. H. (2007). *Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study.* *Psychological Bulletin*, 133(1), 1–24.
- Bauml J, Frobose T, Kraemer S, Rentrop M, Pitschel-Walz G. (2006). *psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families.* *Schizophrenia Bull*; 32 Suppl 1:S1-9.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects.* New York: Hoeber Medical Division.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shae, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: The Guilford Press.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., Znoj, H., (2008). *Emotion-Regulation skills as a treatment target in psychotherapy.* *Behaviour Research and Therapy* 46:1230–1237
- Birgins, C. C., and Birgins, D.A. (2012). *Child and Adolescent Development in Your Classroom.* USA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Boekaerts, M. (1992a). *The Adaptable Learning Process: Initiating and maintaining Behavioral change.* *Applied Psychology: An International Review* 41.
- Borkovec, T. D., Roemer, L., & Kinyon, J. (1995). *Disclosure and worry: Opposite sides of the emotional processing coin.* In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp.47-70). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Bradley, B. P., Mogg, K., Falla, S. J., & Hamilton, L. R. (1998). *Attentional bias for Threatening facial expressions in anxiety: Manipulation of stimulus duration.* *Cognition and Emotion*, 12(6), 737–753.

- Burt, K.B., Obradović, J., Long, J.D., Masten, A.S., (2008). *The interplay of social competence and psychopathology over 20 years: testing transactional and cascade models*. *Child Development* 79,359–374
- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2003). *Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms*. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46, S39–S52.
- De Jonghe F, Kool S, van Aalst G, Dekker J, Peen J.(2001). *Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression*. *J Affect Disord*,64:217-29.
- Diamond, L., and Aspinwall, L. (2003). *Emotion Regulation Across the Life Span: An Integrative Perspective Emphasizing Self-Regulation, Positive Affect, and Dyadic Process*. *Journal of Motivation and Emotion* 27(2).
- Dozois, D.J.A., Seeds, P.M., Collins, K.A., (2009). *Transdiagnostic approaches to the prevention of depression and anxiety*. *Journal of Cognitive Psychotherapy*.
- Duangduen B, (2004). *The relationship of learned resourcefulness social support and depressive symptoms*. [dissertation]. Bangkok: Mahidol Univ.;
- 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, NY: 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.
- Fisher, J.E., Sass, S.M., Heller, W., Siltan, R.L., Edgar, J.C., Stewart, J.L., Miller, G.A.,(2010). *Time course of processing emotional stimuli as a function of perceived emotional intelligence, anxiety, and depression*. *Emotion*10(4) : 486–497.
- Frank, E., Prien, R. E., Jarrett, R.B., Keller, M.B., Kupfer, D. J., Lavoit, P.W., Weissman, M. M. (1991). *Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depression disorder: Remission, recovery, relapse and recurrence*. *Archives General of Psychiatry*, 48,287-297.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). *Negative life events, cognitive emotion*

- regulation, and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311–1327
- Giuliani, N.R., McRae, K., Gross, J.J. (2008). *The up- and down-regulation of amusement: experiential, behavioral, and autonomic consequences*. *Emotion*, 8, 714–9.
- Gloaguen, B., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I.M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders* 49:59-72.
- Glidden, L. M., & Schoolcraft, S. A. (2003). Depression: Its trajectory and correlates in mothers rearing children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 250-263.
- Goldie, P. (2000). *The Emotions: A Philosophical exploration*. Oxford: Clarendon Press.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. New York: Bantam Books.
- 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. (2007). *Handbook of Emotion*. London: Guildford Press.
- Gross, J. J., and Oliver, J. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships and Well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 85(2).
- 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., & Thompson, R. A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). New York: Guilford Press.
- Hajcak, G., Nieuwenhuis, S. (2006). *Reappraisal modulates the electrocortical response to unpleasant pictures*. *Cognitive, Affective, Behavioral Neuroscience*, 6, 291–7.



- Heller, A.S., Johnstone, T., Shackman, A.J., Light, S.N., Peterson, M.J., Kolden, G.G., Kalin, N.H., Davidson, R.J., (2009). *Reduced capacity to sustain positive emotion in major depression reflects diminished maintenance of fronto-striatal brain activation*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 106, 22445–22450
- Hirschfeld, R. (2001). Clinical importance of long-term antidepressant treatment. *British Journal of Psychiatry*, 179(42), S4-S8.
- Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich RF, et al. (1991). Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Arch Gen Psychiatry*, 48: 340-7.
- Holmes, E. A., Lang, T. J., Moulds, M. L., & Steele, A. M. (2008). *Prospective and Positive mental imagery deficits in dysphoria*. *Behaviour Research and Therapy*. 46(8):976–981.
- Hollon SD, Jarrett RB, Nierenberg AA, Thase ME, Trivedi M, Rush AJ. (2005) Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression : which monotherapy or combined treatment?. *J Clin Psychiatry*;66:455-68.
- Hughes-Hammer, C., Martsolf, D. S., & Zeller, R. A. (1998). Depression and codependence in woman. *Archive of Psychiatric Nursing*, 12(6), 326-334.
- Jalowice, A., & Power, M. J. (1986). *Stress and coping in hypertensive and emergency room patients*. *Nursing Research*. 30, 10-15.
- Joormann, J., D'Avanzato, C., (2010). *Emotion regulation in depression: examining the role of cognitive processes*. *Cognition and Emotion* 24 (6), 913–939
- Joormann, J., & Gotlib, I.H. (2007). Selective attention to emotional faces following Recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 80–85.
- Just, N., & Alloy, L.B. (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 221-229.
- Kadam UT (2001). A qualitative study of patients' views on anxiety and depression. *British Journal of General Practice*, 51(466): 375 – 80
- Keller, M. B., & Boland, R. J. (1998). Implications of Failing to achieve successful long-

- term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. *Biological Psychiatry*, 44, 348-360.
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression, *Annu Rev Psychol*, 48, 191-214.
- Kidwell, J. S., et al. (1995). *Adolescent identity exploration: A test of Erikson's theory of transitional crisis*. Retrieved November 9, 2006, from <http://proquest.umi.com2pqdweb.com>
- Kim, S.H., Hamann, S. (2007). Neural correlates of positive and negative emotion regulation. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19, 776-98.
- Kober, H., Kross, E.F., Mischel, W., Hart, C.L., Ochsner, K.N. (2010). *Regulation of craving by cognitive strategies in cigarette smokers*. *Drug Alcohol Dependence*, 106, 52-5.
- Koenig, H. G., O'Connor, C. M., Guariso, S. A., Zebel, K. M., & Ford, S. M. (1993). *Depressive disorder in older medical inpatients on general medicine and cardiology services at a university teaching hospital*. *Am J Geriatr Psychiatry*, 46, 210-215
- Kovacs, M., Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2008). *Emotion (dys)regulation and links to depressive disorders*. *Child Development Perspectives*, 2, 149-155.
- Leichsenring F, Leibing E.(2007). Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychol Psychother*, 80:217-28.
- Lenze EJ, Dew MA, Mazumdar S, Begley AE, Cornes C, Miller MD, et al.(2002). Combined pharmacotherapy and psychotherapy as maintenance treatment for late-life depression :effects on social adjustment. *Am J Psychiatry* ,159:466-68.
- Levens, S.M., & Gotlib, I. H. (2009). *Impaired selection of relevant positive information in depression*. *Depression and Anxiety*, 26(5), 403-410.
- Lewinsohn, P. M., & Amenson, C. S. (1978). Some relations between pleasant and Unpleasant mood-related events and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(6): 644-654.
- Lopes, P. N., Brackett, M. A., Nezlek, J. B., Schütz, A., Sellin, I., & Salovey, P. (2004).

- Emotional intelligence and social interaction.* Personality and Social Psychological Bulletin, 30,1018–1034
- Lopes, P. N., Salovey, P., Côté, S., & Beers, M. (2005). *Emotion regulation abilities and the quality of social interaction.* Emotion, 5, 113–118
- Lopes, P.N., Salovey, P., & Straus, R. (2003). *Emotional intelligence, personality, and the perceived quality of social relationships.* Personality and Individual Differences, 35, 641–658
- Lukens EP, McFarlane WR. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research, and policy. Brief Treatment Crisis Intervention.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). *Cognitive vulnerability to emotional disorders.* Annual Review of Clinical Psychology, 1, 167–195.
- Mayer, J. D., and Salovey, P. (1997). *What is Emotional Intelligence?* In P. Salovey and D. J. Sluyter (Eds). Emotional Development and Emotional Intelligence. New York: Basic Books.
- Marram, G. D. (1978). *The group approach in nursing practice* (2 ed.). Saint Louis: Mosby.
- McNett, S. C. (1987). *Social support, threat and coping response and effectiveness in the function disable.* Nursing Research, 36(2), 98-103.
- McRae, K., Ochsner, K.N., Mauss, I.B., Gabrieli, J.D.E., Gross, J.J. (2008). *Gender differences in emotion regulation: An fMRI study of cognitive reappraisal.* Group Processes and Intergroup Relations, 11, 143–62.
- McRae, K., Hughes, B., Chopra, S., Gabrieli, J.D.E., Gross, J.J., Ochsner, K.N. (2010). The neural bases of distraction and reappraisal. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22, 248–62.
- Miller, L. H., Smith, A.D., & Larry, R. (1993). *The stress solution: An action plan to manage the stress in you life.* New York: Simon & Schuster.
- Mogg, K., & Bradley, B. P. (2005). *Attentional bias in generalized anxiety disorder versus depressive disorder.* Cognitive Therapy and Research, 29(1), 29–45
- Morina, N., Deeprose, C., Pusowski, C., Schmid, M., & Holmes, E. A. (2011). Prospective

- mental imagery in patients with major depressive disorder or anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(8), 1032–1037. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.06.012>.
- Nolen-Hoeksema, S. (1993). Sex differences in control of depression. In D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 306-324). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ochsner, K.N., Bunge, S.A., Gross, J.J., Gabrieli, J.D.E. (2002). Rethinking feelings: An FMRI study of the cognitive regulation of emotion. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14, 1215–29.
- Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. (2004). Combined Pharmacotherapy and psychological treatment for depression : a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*.
- Parkinson, B., and Coleman, A. M. (1995). *Emotion and Motivation*. New York: Longman.
- Peden AR, 1996; *Recovering in depression : a one year follow - up research*. J Psychiatry Mental Health Nursing 149(8): 289-95.
- Pekrun, R. Goetz, T Tit, W., and Perry R. P. (2002). *Academic Emotions in Students' Self Regulated Learning and Achievement: A Program of Qualitative and Quantitative Research*. *Educational Psychologist* 37(2).
- Pekrun, R., Maier, M. A., and Elliot, A. J. (2006). Achievement goals and discrete achievement emotions: A theoretical model and prospective test. *Journal of Educational Psychology*, 3.
- Pekrun, R., and Stephens, E. J. (2009). *Goals, Emotions, and Emotion Regulation: Perspectives of the Control Value Theory*. Commentary on Tyson, Linnenbrink Development, 52.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *Br J Psychiatry*, 17, 486- 492.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing research: Principles and methods (7th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Powell, T., and Enright, S. (1990). *Anxiety and Stress management*. *Stress Medicine*, 7(3).

- PualBiegler. (2008). Autonomy, Stress and treatment of depression. *BMJ*; 36:1046-1050.
- Rude, S.S., McCarthy, C.T., (2003). *Emotional functioning in depressed and depression-vulnerable College students*. *Cognition and Emotion* 17 (5), 799–806
- Sadock B.J., Sadock V.A. (2007). Mood disorders. In: Sadock B.J., Sadock V.A., Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; p.527-78.
- Sadock B.J., Sadock V.A. (2010). *Mood disorders. Kaplan & Sadock's Pocket handbook of Clinical psychiatry. (5th ed.)*. New York : Williams & Wilkins.
- Salovey, P., and Caruso, D. R. (2004). *The emotional intelligent manager: how to develop and use the four key emotional skills of leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Santrock, J. W. (2005). *Psychology. 7th edition*. New York: McGraw-Hill companies.
- Schaefer, S.M., Jackson, D.C., Davidson, R.J., Aguirre, G.K., Kimberg, D.Y., Thompson-Schill, S.L. (2002). Modulation of amygdalar activity by the conscious regulation of negative emotion. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14, 913–21.
- Schultz, P. et al. (2006). *Reflections on Investigating Emotion in Educational Activity Setting Educ Psychol Rev*. Springer Science + Business Media, LLC.
- Segrin, C., (2000). *Social skills deficits associated with depression*. *Clinical Psychology Review* .
- Segrin, C., Abramson, L.Y., (1994). Negative reactions to depressive behaviors: a communication theories analysis. *Journal of Abnormal Psychology* .103 (4), 655–668
- Segrin, C., Rynes, K.N., (2009). The mediating role of positive relations with others in associations between depressive symptoms, social skills, and perceived stress. *Journal of Research in Personality* 43, 962–971
- Shyn, S.I., & Halmiton, S. P. (2010). The genetics of major depression: Moving beyond the monoamine. *Psychiatric Clinical North American*, 33(1): 125-140.
- Skärsäter I, Langius A, Argen H, Häggström L, Dencker K, 2005; *Sense of coherence and*

- social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression : A one-year prospective study.* Int J Mental Health Nursing 14: 258-64.
- Stifter, C. A., & Moyer, D. (1991). *The regulation of positive affect: Gaze aversion activity during mother-infant interaction.* Infant Behaviors and Development, 14, 111-123.
- Stordal , E., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2003). *The association between age and depression in the general population: A multivariate examination.* ActaPsychiatricaScandinavica, 107, 132-141.
- Stoudemire A, Frank R HNaa. (1986). *The economic burden of depression.* Gen Hosp Psychiatry8:387.
- Stuart, G. W., and Laraia, M. T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing.* 8 thed.St. Louis: Mosby Inc.
- Stuart GW, Laraia MT.(2001). *Principles and practice of psychiatric nursing.* 7<sup>th</sup> ed. St. Louis: Elsevier MosbyInc.
- Sugahara H. et al. (2008).somatic symptoms most often associated with depression in an urban hospitalsetting in Japan. *Psychiatry Res.*
- Lam (2003).*A randomized controlled trial of cognitive therapy of relapse prevention for bipolar disorder: outcome of the first year.* Archives General Psychiatry. 60:145– 152. CHULALONGKORN UNIVERSITY
- Lauber, C., Falcató, L., Nordt, C., & Rossler, W. (2003). *Lay beliefs about causes of depression.* ActaPsychiatricaScandinavica, 108, 96-99.
- Loewenthal, K.M., Macleod, A.K., Lee, M., Cook, S., &Goldblatt, V. (2002). *Tolerance for depression: are there cultural and gender differences?.* Psychiatry Mental Health Nurse, 9, 681-688.
- Louise RebracaShives.(2008).mood disorders. *Psychiatric -mental health nursing.* (7thed.).London :Williams & Wilkins
- Rushton, J. L., Forcier, M., &Schectman, R. M. (2002). Epidemiology of depressive symptoms in the National Longitudinal study of adolescent health. *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry, 41(2), 199-204.*
- Schreiber R, 1996; (Re)Defining myself : Women's process of recovery from

- depression*. QualHealth Res 6(4): 469-91.
- 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
- 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.
- Tucker & Richardson. (2002). *Validity of the depression coping self-efficacy scale*. *Archives of Psychiatric Nursing* 16(3): 36-48.
- Urry, H.L., van Reekum, C.M., Johnstone, T., et al. (2006). Amygdala and ventromedial prefrontal cortex are inversely coupled during regulation of negative affect and predict the diurnal pattern of cortisol secretion among older adults. *Journal of Neuroscience*, 26, 4415–25.
- Ustun, T.B., Ayuso-Mateos, J.K., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C.J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British Journal of Psychiatry*, 184: 386-92
- Varcorolis, E.M. (1998). Depression disorder. In M.E. Varcorolis (Ed.), *Foundations of psychiatric mental health nursing*. (pp.552-585).
- Fortinash, Katherine M. and Holoday Worret, Payricia A. (2008). *Psychiatric Mental Health Nursing*. 4th edition. St. Louis : Mosby Elsevier.
- Varcorolis, Elizabeth M., and Halter, M.J. (2010). *Foundatoin of Psychiatric Mental Health Nursing : A Clinical Approach*. 6th edition. St. Louis: Elsevier.
- Videbeck.( 2004). *Psychiatric -mental health nursing*. London :Williams & Wilkins
- Vikram, P. (2005). *Gender in mental health research*. Retrieved February 16, 2007, from <http://www.who.int/gender/documents/Mentalhealthlast2.pdf>.
- Wegner, D. M., & Bargh, J.A. (1997). *Control and automaticity in social life*. In D. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology*. Boston, MA: McGraw-Hill.
- Wager, T.D., Davidson, M.L., Hughes, B.L., Lindquist, M.A., Ochsner, K.N.(2008). *Prefrontal-subcortical pathways mediating successful emotion regulation*. *Neuron*, 59, 1037–50.

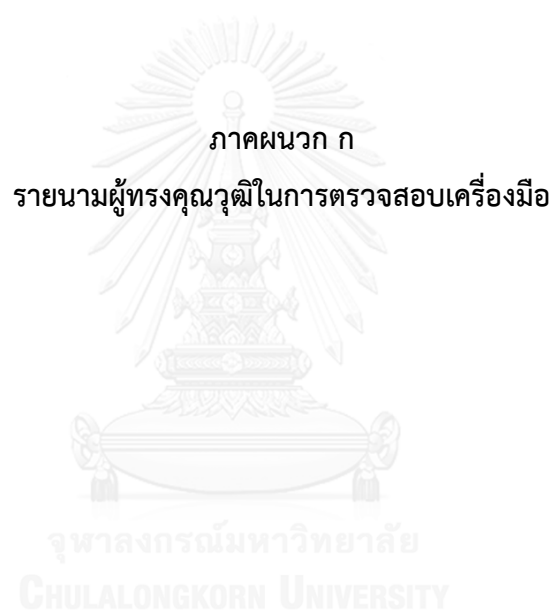
- White, N., & Hasting, R. P. (2004). Social and professional support for parents of adolescent with severe intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 181-190.
- Wikipedia. (2008). *Social support*. Retrieved September 20, 2008, from [http://en.wikipedia.org/wiki/Social\\_support.html](http://en.wikipedia.org/wiki/Social_support.html)
- Wilson, T. D., & Gilbert, D. T. (2005). *Affective forecasting: Knowing what to want*. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 131–134.
- World Health Organization.(2005).*Mental health*.Retrieved March 12, 2012, from [http://www.who.int/mental\\_health/management/schizophrenia/en](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en).
- World Health Organization. (2001). *Depression*. Retrieved September 9, 2009, from <http://www.who.com>.
- World Health Organization. (2002). *Gender and woman's mental health*. Geneva
- WHO.(2010).*Suicideprevention:globalcharts*.[4screens]RetrievedApril16,2012,from [m:http://wwwwho.int/mental-health/prevention/suicide/suicide-rate-chart/en](http://wwwwho.int/mental-health/prevention/suicide/suicide-rate-chart/en).
- World Health Statistic (2012). [http://www.who.int/healthinfo/EN\\_WHS2012\\_Full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/EN_WHS2012_Full.pdf)  
Accessedon September 10, 2012.
- Zlotnick,C.,Kohn, R., Keitner, G., Della Grotta, S.A.,(2000). The relationship between quality of interpersonal relationships andmajor depressive disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders* 59 (3):205–215
- Zauszniewski&Rong. (1999). *Depressive cognitions and psychosocial functioning: a test of Beck's cognitive theory*. *Archives of Psychiatric Nursing*13(3): 286-293.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์ชาญชัย ปวงนิยม    | นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมสาขา<br>จิตเวช) โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด<br>เพชรบุรี  |
| 2. รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย | อาจารย์พยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี   |
| 3. อาจารย์มุกดา ผดุงยาม      | อาจารย์พยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี<br>สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช   |
| 4. นางสาวสุณี ฉิมพิบูลย์     | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ผู้ปฏิบัติการพยาบาล<br>ขั้นสูง) สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช<br>คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนภาลัย จ.<br>สมุทรสงคราม     |
| 5. นางบังเอิญ ทองสมนึก       | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ผู้ปฏิบัติการพยาบาล<br>ขั้นสูง) สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช<br>คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลหนองหญ้าปล้อง จ.<br>เพชรบุรี |

ภาคผนวก ข  
รายนามผู้เชี่ยวชาญแปลเครื่องมือกำกับการทดลอง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## รายนามผู้เชี่ยวชาญ Back translation เครื่องมือกำกับการทดลอง

1. Mr. Lawn Dixon

(Gordon college Wenhem ,Mass)

B.A. theology M.A. Biblical counseling

2.รศ.นพ.พีรพนธ์ ลีบุญฤกษ์ชัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏจังหวัดเพชรบุรี

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





### รายนามผู้ช่วยวิจัย

3.นาง ฉวีวรรณ ศรีสอาด

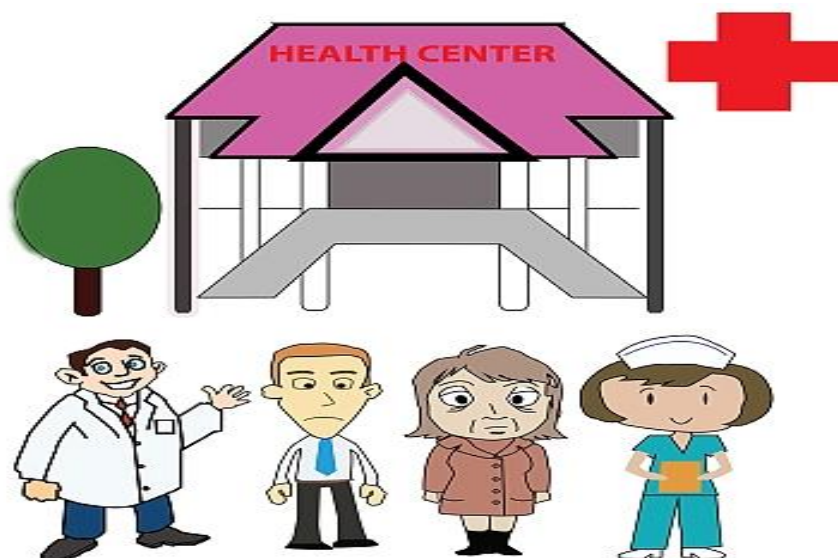
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คลินิกสุขภาพจิต  
และยาเสพติด โรงพยาบาลท่า양 จังหวัด  
เพชรบุรี







## คู่มือโปรแกรมการกำกับอาการสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน



โดย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
นางสาว ณีฐฐลิณ คุ่มรอด  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

อาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2558

## คำนำ

โปรแกรมการกำกับอารมณ์ นวัตกรรมหนึ่งของการพยาบาลจิตเวชสำหรับการบำบัดดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจัดทำขึ้นเพื่อเพิ่มศักยภาพการกำกับอารมณ์และลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีการกำกับอารมณ์ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลและครอบครัว และช่วยลดอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย กระบวนการกำกับอารมณ์เป็นการบำบัดทางจิตสังคมซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาล โปรแกรมการกำกับอารมณ์สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามแนวคิดของ (Gross,2007) ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน จำนวน 3 กลุ่ม กลุ่มละ 4 ครั้ง 5 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 45-90 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้งติดต่อกัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ มีการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

- กิจกรรมที่ 1 : สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า
- กิจกรรมที่ 2 : เลือกและปรับสถานการณ์
- กิจกรรมที่ 3 : ใส่ใจต่อสถานการณ์
- กิจกรรมที่ 4 : การประเมินและเปลี่ยนความคิด
- กิจกรรมที่ 5 : การปรับการตอบสนองอารมณ์

การศึกษาวิจัยฉบับนี้ ได้รับความอนุเคราะห์ข้อมูลจากห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และห้องสมุดวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี จึงขอขอบคุณ ทุกหน่วยงานมา ณ โอกาสนี้ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการศึกษาวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่สนใจทั่วไป

## สารบัญ

	หน้า
หลักการและเหตุผล	2
แนวคิดโปรแกรมการกำกับอาารมณั	5
วัตถุประสงค์	8
คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโปรแกรม	8
ระยะเวลาเข้าร่วมกิจกรรม	9
รูปแบบการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม	9
ตารางโปรแกรม	9
ตารางการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม	11
การดำเนินโปรแกรม	12
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล	46
แบบประเมินของ Beck เกี่ยวกับความซึมเศร้า	47
แบบประเมินการกำกับอาารมณั	50



**การดำเนินโปรแกรมการกำกับอารมณ์ต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า  
กิจกรรมที่1สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า**

การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เรื่องโรคระยะเวลาทั้งสิ้น 90 นาทีโดยแบ่งออกเป็น3 ช่วงดังนี้

**ช่วงที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพรายกลุ่ม**

ระยะเวลา10 นาที

**วัตถุประสงค์ทั่วไป**

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก และระหว่างสมาชิกด้วยกัน
2. เพื่อให้สมาชิกเกิดความรู้สึกไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของการทำกิจกรรม

**วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยสามารถ

- 1.บอกชื่อเพื่อนสมาชิก ความชอบ / ลักษณะ เฉพาะได้
- 2.บอกประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมโดยเฉพาะเข้าร่วมกิจกรรมต่อเนื่องครบ 4

ครั้ง

**สาระสำคัญ**

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้นมีความบกพร่องในการสร้างสัมพันธภาพ จึงจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเพื่อสร้างสัมพันธภาพกันและเกิดความคุ้นเคยระหว่างกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันเองเพื่อให้มีปฏิสัมพันธ์ที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และ และสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม กล่าวเปิดเผยและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ผู้นำกลุ่มแจ้งวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรม เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจตรงกัน ทำให้กิจกรรมสามารถดำเนินไปอย่างราบรื่น

**ชั้นนำเข้าสู่กิจกรรม**

- 1.ผู้นำกลุ่มสร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยการพูดคุย
- 2.ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายผู้ป่วย ให้รู้สึกเป็นกันเองและความรู้สึกไว้วางใจ ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เช่น “เป็นยังไงบ้างคะ” “วันนี้เดินทางมาอย่างไรกันบ้าง ”

**ขั้นกิจกรรม**

- 1.ผู้นำกลุ่มแนะนำตัว ตนเองเพื่อ สร้างความคุ้นเคย

2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเริ่มกิจกรรมสร้างความคุ้นเคย โดยให้สมาชิกหาชื่อและชื่อเล่นของเพื่อน และความชอบ, ลักษณะเฉพาะของแต่ละคนของสมาชิกทั้งหมดให้ได้มากที่สุดภายในเวลา สมาชิกที่สามารถหาเพื่อนและข้อมูลครบได้มากที่สุดและใช้เวลาน้อยที่สุด ผู้นำกลุ่มขอให้สมาชิกช่วยบอกวิธีหรือเคล็ดลับที่ทำให้ได้ข้อมูลมากที่สุด

3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์และรูปแบบของการทำกิจกรรม

4. ผู้นำกลุ่มสอบถามความคาดหวังของสมาชิกในการเข้าร่วมกิจกรรม

5. เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและแสดงความคิดเห็น

6. ให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็น เรื่องระเบียบและข้อปฏิบัติในการร่วมกิจกรรมกลุ่ม โดยอธิบายถึงความจำเป็นในการที่จะต้องมีระเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม และเสนอประเด็นเพิ่มเติม คือมีความร่วมมือในกลุ่ม ขณะดำเนินกิจกรรมสมาชิกต้องมีการสำรวจตนเองแสดงความคิดเห็น และเปิดเผยความคิด ความรู้สึกของตนเองภายในกลุ่ม หลังเสร็จกิจกรรมแต่ละครั้ง จะมีการมอบหมายการบ้าน เพื่อฝึกบันทึกความคิดตั้งนั้นสมาชิกต้องมีความรับผิดชอบในการฝึกทำการบ้าน

7. ผู้นำกลุ่มกล่าวสรุประเบียบและข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

8. ผู้นำกลุ่มขออนุญาตสมาชิก ในการจดบันทึกและบันทึกเทปขณะที่ทำกิจกรรมแต่ละครั้ง โดยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ

### ประเมินผล

การสังเกตความสนใจ การร่วมกิจกรรม การแสดงความคิดเห็นและการซักถาม

ช่วงที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

2. เพื่อให้สมาชิกสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยสามารถ

1. เล่าและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า

4. บอกถึงสาเหตุ อาการ การรักษาด้วยยา และวิธีปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคซึมเศร้าได้

### สาระสำคัญ

เมื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค อาการของโรค และสามารถยอมรับกับอาการเจ็บป่วยและสภาพปัญหาของอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ตระหนักถึง

บทบาทของตนเองเกี่ยวกับการจัดการอาการซึมเศร้า และมีความยินดี มุ่งมั่น และตั้งใจสามารถปฏิบัติกิจกรรมของโปรแกรมการกำกับอาการสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้สำเร็จ ลุ่่วง บรรลุเป้าหมาย ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ลดความรุนแรงและการกลับเป็นซ้ำ

### ชั้นนำเข้าสู่กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกในเรื่องทั่วไปและกระตุ้นให้ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา และทบทวนระเบียบในการเข้ากลุ่มจำนวนครั้งและความคาดหวังของสมาชิก
2. ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจและส่งเสริมให้สมาชิกมั่นใจถึงความสามารถของผู้ป่วยที่จะมาร่วมกลุ่มได้อย่างต่อเนื่อง
3. ผู้นำกลุ่มแจ้งกิจกรรมที่จะดำเนินต่อไปคือการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

### ขั้นกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกพูดคุยเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและการรักษาโรคซึมเศร้า ตามใบกิจกรรมมารู้จักโรคซึมเศร้ากันเถาะจากนั้นให้ผู้พว่นำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบกิจกรรมดังกล่าว
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกมีการอภิปรายเกี่ยวกับประสบการณ์ของโรคซึมเศร้าในประเด็นของการให้ความหมายของโรคซึมเศร้าสาเหตุอาการการรักษา

1. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ในเรื่อง สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัว

2. ผู้นำกลุ่มสะท้อนให้สมาชิกช่วยกันบอกความรู้สึกแลผลกระทบต่อโรคซึมเศร้า และแสดงความคิดเห็นประสบการณ์รวมทั้งการเชื่อมโยงคำพูดความคิดเห็นของสมาชิกเพื่อให้มีการอภิปรายปัญหาอย่างต่อเนื่อง

3. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและและร่วมกันสรุปโดยผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปเพิ่มเติม

6. สมาชิกร่วมกันสรุปกิจกรรมและประโยชน์ที่ได้รับจากการเรียนรู้แบบกลุ่มในครั้งนี้ ผู้นำกลุ่มนัด วันเวลา ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

### ประเมินผล

การสังเกตความสนใจ การตอบคำถามการร่วมกิจกรรม การแสดงความคิดเห็นและการซักถาม

### ช่วงที่ 3 การเลือกและปรับสถานการณ์

ระยะเวลา 60 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแนวทางในการลดอาการซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการกำกับอารมณ์
3. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้สถานการณ์ สามารถเลือกและปรับสถานการณ์ก่อนการเกิดอารมณ์

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วยสามารถ

1. อธิบายความหมายของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้
2. เลือกสถานการณ์ที่กำหนดให้ได้อย่างคลี่คลาย เหมาะสม
3. จัดการและแก้ไขสถานการณ์ที่กำหนดให้ได้อย่างคลี่คลาย เหมาะสม

### สาระสำคัญ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความบกพร่องในการกำกับอารมณ์ (Emotion regulation) การกำกับอารมณ์ของบุคคลเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ทางสังคมและบริบททางสังคมการกำกับอารมณ์เป็นความพยายามของบุคคลที่จะมีอิทธิพลต่ออารมณ์ที่เรามี และพยายามมีอิทธิพลต่อวิธีที่อารมณ์เหล่านั้นจะเกิดขึ้นหรือแสดงออกมาเมื่อบุคคลอยู่ในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งย่อมก่อให้เกิดอารมณ์ต่างๆได้ทั้งเชิงลบและเชิงบวกการเลือกสถานการณ์ทำให้บุคคลสามารถเลือกที่จะหลีกเลี่ยงหรืออยู่ในสถานการณ์ที่ตรงกับสภาพอารมณ์บุคคลจะสามารถเลือกและปรับสถานการณ์ได้จำเป็นต้องเข้าใจสถานการณ์และให้ความสำคัญกับการคาดการณ์อารมณ์ซึ่งทำให้สามารถเลือกสถานการณ์ได้ (Gross & Thompson, 2007) การปรับสถานการณ์ เป็นการแก้ไขสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้มาซึ่งระดับที่แตกต่างของอารมณ์ความรู้สึก อาจจะเรียกเป็นสถานการณ์ใหม่สถานการณ์สามารถระบุได้ทั้งภายในและภายนอก ภายนอก หมายถึง สภาพแวดล้อมทางกายภาพภายใน หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ

### ชั้นนำเข้าสู่กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกในเรื่องทั่วไปและและทบทวนระเบียบในการเข้ากลุ่มจำนวน ครั้งและความคาดหวังของสมาชิก
2. ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจและส่งเสริมให้สมาชิกมั่นใจถึงความสามารถของผู้ป่วยที่จะมาร่วมกลุ่มได้อย่างต่อเนื่อง
  1. ผู้นำกลุ่มแจ้งกิจกรรมที่จะดำเนินต่อไปคือกลยุทธ์การกำกับอารมณ์เรื่องการเลือกสถานการณ์และปรับสถานการณ์
  2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมาและให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน

“ ให้สมาชิกทุกคนลองนึกถึงบุคคลที่ต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกอึดอัด ไม่ชอบไม่อยากเจอ หรือไม่พอใจในขณะที่บุคคลจำเป็นต้องอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าว ”

### ขั้นกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มถามนำให้สมาชิกทุกคนลองนึกถึงบุคคลที่ต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่ชอบ ไม่อยากเจอ หรือไม่พอใจในขณะที่บุคคลจำเป็นต้องอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าว

2. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องการกำกับอารมณ์ตามคู่มือโรคมิมเศร่าและการกำกับอารมณ์

หน้า 18

3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกพูดคุยเกี่ยวกับบุคคลที่ต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่ชอบในขณะที่จำเป็นต้องอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าวโดยให้ผู้ช่วยแสดงความคิดเห็นต่อสถานการณ์ใน 3 หัวข้อ ได้แก่

1. เลือกหรือปรับสถานการณ์อย่างไร

2. อารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

3. รู้สึกต่อสถานการณ์อย่างไร

4. ผู้นำกลุ่มสุ่มให้สมาชิกนำเสนอ สิ่งที่ได้บันทึกไว้ในใบกิจกรรมคนละหัวข้อ

5. ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็นที่สมาชิกนำเสนอ

6. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น

7. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์การกำกับอารมณ์หัวข้อ การเลือกสถานการณ์ ( Situation selection ) และการปรับสถานการณ์ ( Situation modification )

8. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทำใบกิจกรรมการเลือกสถานการณ์ และการปรับสถานการณ์ ในประเด็นอารมณ์และความรู้สึกต่อสถานการณ์ และสุ่มสมาชิกนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกไว้ในใบกิจกรรมคนละหัวข้อ

9. ให้ผู้ช่วยร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็น

10. มอบหมายงานการบ้าน (Home work) เพื่อทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้

11. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกสอบถามข้อสงสัยและนัดหมายวันเวลา ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

### ประเมินผล

การสังเกตความสนใจ การตอบคำถามการร่วมกิจกรรม การแสดงความคิดเห็นและการซักถาม





## ใบกิจกรรม

### มารู้จักโรคซึมเศร้ากันเถอะ

**วัตถุประสงค์** 1. เพื่อประเมินความรู้เดิมเรื่องโรคซึมเศร้า

**คำชี้แจง** 1. ให้สมาชิกพูดคุยในประเด็นโรคซึมเศร้าและผลกระทบของโรคซึมเศร้า

1. โรคซึมเศร้าคืออะไร

.....

.....

.....

2. สาเหตุของโรคซึมเศร้าที่ทำให้ท่านต้องมารับการรักษาในครั้งนี้

.....

.....

.....

3. อาการของผู้ป่วยซึมเศร้า

.....

.....

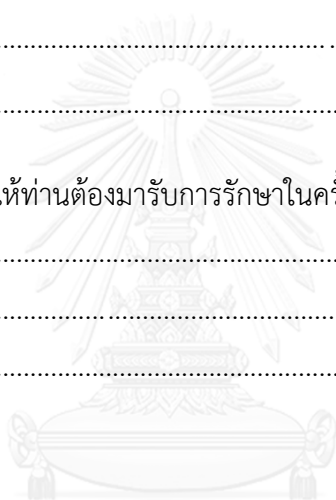
.....

4. อาการซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อท่านอย่างไร

.....

.....

.....



## ใบกิจกรรม

### เลือกและปรับสถานการณ์

**วัตถุประสงค์** 1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกและปรับสถานการณ์ก่อนการเกิดอารมณ์

**คำชี้แจง** 1. ให้สมาชิกอ่านสถานการณ์ตามใบกิจกรรมและคิดว่าหากท่านตกอยู่ในสถานการณ์ดังกล่าว ท่านจะเลือกหรือปรับสถานการณ์อย่างไรเพื่อให้มีความเหมาะสมที่สุด และก่อให้เกิดอารมณ์เชิงบวก

#### สถานการณ์ที่ 1

วรรณ สามี และลูกตั้งใจจะขับรถไปเที่ยวเชียงใหม่และพักค้างคืนช่วงปิดเทอม ระหว่างทาง (พิษณุโลก) มีรถขับมาชนท้ายต่อกัน 3 คัน ทำให้ต้องเสียเวลาติดต่อกันรถยนต์

.....

.....

.....

.....

#### สถานการณ์ที่ 7

หลังจากเรียนจบ ดวงใจได้ยื่นสมัครงานไว้ 2 แห่ง และเข้าทำงานได้ประมาณ 6 เดือน มีอีกหนึ่งบริษัทที่สมัครไว้เรียกตัวเข้าทำงานเมื่อดวงใจทราบ ก็รู้สึกสนใจในตำแหน่งงานดังกล่าวเพราะตรงกับสาขาที่เรียนจบมา แต่ดวงใจรู้สึกว่าจะเสียตายน งานที่ทำปัจจุบันเนื่องจากสามารถปรับตัวได้และเข้าใจระบบงานมากพอสมควร

## ใบกิจกรรม

## เลือกและปรับสถานการณ์

สถานการณ์	เลือกสถานการณ์ (เลือกโดยทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> )	แก้ไขสถานการณ์ (อย่างไร)	อารมณ์ และ ความรู้สึก ที่มีต่อสถานการณ์
1	<input type="checkbox"/> หลีกเลียง <input type="checkbox"/> เลือกอยู่ในสถานการณ์		
2	<input type="checkbox"/> หลีกเลียง <input type="checkbox"/> เลือกอยู่ในสถานการณ์		
3	<input type="checkbox"/> หลีกเลียง <input type="checkbox"/> เลือกอยู่ในสถานการณ์		
4	<input type="checkbox"/> หลีกเลียง <input type="checkbox"/> เลือกอยู่ในสถานการณ์		
5	<input type="checkbox"/> หลีกเลียง <input type="checkbox"/> เลือกอยู่ในสถานการณ์		
6	<input type="checkbox"/> หลีกเลียง <input type="checkbox"/> เลือกอยู่ในสถานการณ์		
7	<input type="checkbox"/> หลีกเลียง <input type="checkbox"/> เลือกอยู่ในสถานการณ์		

## การบ้าน (Home work)

## การเลือกและปรับสถานการณ์

ให้สมาชิกทำการบ้าน 2 ข้อดังต่อไปนี้

1. ลองคิดทบทวนเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันที่ผ่านมาว่ามีเหตุการณ์ที่สมาชิกได้เลือกหรือหลีกเลี่ยงสถานการณ์อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. เหตุการณ์ที่เลือก( ข้อ1 ) ดังกล่าวมีการปรับและแก้ไขสถานการณ์อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## กิจกรรมที่ 2 ใส่ใจต่อสถานการณ์

ระยะเวลา 45 นาที

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้สถานการณ์และสามารถจำแนกสถานการณ์ทั้งทางบวกและลบได้
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถบอกอารมณ์ ความรู้สึกและการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆได้
3. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้กลยุทธ์การใส่ใจต่อสถานการณ์

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์ต่างๆได้
2. จำแนกสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเชิงบวกและลบได้
3. อธิบายเหตุผลในการตอบสนองต่อสถานการณ์เชิงบวกและเชิงลบต่างๆได้อย่างเหมาะสม

### สาระสำคัญ

ใส่ใจต่อสถานการณ์ทำให้บุคคลเปลี่ยนความใส่ใจในสิ่งที่เกิดก่อนการแสดงอารมณ์โดยเลือกที่จะใส่ใจหรือหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่จะมีอิทธิพลต่ออารมณ์นั้นๆ เพื่อให้บรรลุการตอบสนองทางอารมณ์ที่ต้องการ (Gross, 2007) กิจกรรมประกอบด้วย จำแนกสถานการณ์เมื่อสัมผัสสิ่งเร้าทั้งทางบวกและลบ บอกความรู้สึกและการตอบสนองต่อในสถานการณ์ต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถจำแนกสถานการณ์เชิงบวกและเชิงลบ ช่วยลดความลำเอียงต่อสถานการณ์เชิงบวก ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความลำเอียง มักสนใจเลือกตอบสนองเฉพาะสิ่งเร้าเชิงลบ (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2007; Mogg & Bradley, 2005)

### ขั้นนำเข้าสู่กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเรื่องทั่วไปและกระตุ้นให้ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมาและทบทวนระเบียบในการเข้ากลุ่มจำนวนครั้งและความคาดหวังของสมาชิก
2. ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจและส่งเสริมให้สมาชิกมั่นใจถึงความสามารถของผู้ป่วยที่จะมาร่วมกลุ่มได้อย่างต่อเนื่อง
3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนนำการบ้านมาส่ง
4. ผู้นำกลุ่มพูดคุยเกี่ยวกับการบ้าน เรื่องการเลือกและปรับสถานการณ์
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนเล่าเรื่องของตนเองตามใบการบ้าน การเลือกและปรับสถานการณ์ ในประเด็น

- 5.1 หลีกเลี่ยงสถานการณ์อย่างไรบ้าง
- 5.2 การปรับและแก้ไขสถานการณ์อย่างไรบ้าง

6. ผู้นำกลุ่มแจ้งกิจกรรมที่จะดำเนินต่อไป คือ กลยุทธ์การกำกับอารมณ์เรื่องใส่ใจต่อสถานการณ์

#### ขั้นกิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มถามทำให้สมาชิกบอกอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

2. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทำใบกิจกรรม เรียนรู้และจำแนกสถานการณ์ และ ใบกิจกรรม บอกอารมณ์ ความรู้สึกและการตอบสนองต่อสถานการณ์ หลังจากนั้น ผู้วิจัยสุ่มให้สมาชิกนำเสนอ สิ่งที่ได้บันทึกไว้ในใบกิจกรรมคนละสถานการณ์

3. ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็นที่ผู้ป่วยเล่า

4. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกเปิดโอกาสให้สมาชิกท่านอื่นได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมและอภิปรายร่วมกัน

5. ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็นที่ผู้ป่วยเล่า

6. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์การกำกับอารมณ์หัวข้อ การใส่ใจต่อสถานการณ์

(Attentional deployment)

7. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น

8. ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็นที่ผู้ป่วยเล่า และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น

9. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้

10. ผู้นำกลุ่มมอบหมายใบการบ้าน ( Home work) เพื่อทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้

11. ผู้นำกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกสอบถามข้อสงสัยและนัดหมายวันเวลา ในการทำกิจกรรม

ครั้งต่อไป

#### ประเมินผล

การสังเกตความสนใจ การตอบคำถามการร่วมกิจกรรม การแสดงความคิดเห็นและการ

ซักถาม

## ใบกิจกรรม

### เรียนรู้และจำแนกสถานการณ์

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อเรียนรู้สถานการณ์และสามารถจำแนกสถานการณ์ทั้งทางบวกและลบได้

คำชี้แจง 1. สมาชิกอ่านสถานการณ์และคิดว่าสถานการณ์ดังกล่าว เป็นสถานการณ์ที่มี

แนวโน้ม

ไปทางเชิงบวกหรือลบ

ลำดับที่	สถานการณ์	จำแนกสถานการณ์	เหตุผล ( เพราะอะไร )
1	คุณและผู้ปกครองนักเรียนอีก 2 คนได้รับหนังสือเรียนเชิญให้เป็นตัวแทน เพื่อร่วมงานวันแม่แห่งชาติ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ซึ่งจัดที่โรงเรียนของคุณ	<input type="checkbox"/> สถานการณ์เป็นบวก <input type="checkbox"/> สถานการณ์เป็นลบ	
2	คุณไปดูดนตรีเพื่อชีวิตแล้วมีวัยรุ่นตีกัน	<input type="checkbox"/> สถานการณ์เป็นบวก <input type="checkbox"/> สถานการณ์เป็นลบ	
7	ขณะที่คุณขับรถอยู่ มีคนขับรถอีกคันหนึ่งแล่นมาแข่งและปาดหน้ารถของคุณ	<input type="checkbox"/> สถานการณ์เป็นบวก <input type="checkbox"/> สถานการณ์เป็นลบ	
8	ในวันหยุดพักผ่อนของคุณ แม่คุณชวนไปซื้อข้าวที่ตลาด ตอนเช้ามีด	<input type="checkbox"/> สถานการณ์เป็นบวก <input type="checkbox"/> สถานการณ์เป็นลบ	



## ใบกิจกรรม

### บอกอารมณ์ ความรู้สึกและการตอบสนองต่อสถานการณ์

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อสามารถบอกความรู้สึกและระบุการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆได้

คำชี้แจง อ่านสถานการณ์และระบุว่าความรู้สึกต่อการตอบสนองต่อสถานการณ์ดังกล่าว

ลำดับ ที่	สถานการณ์	รู้สึกอย่างไร	ทำอะไร
1	คุณและผู้ปกครองนักเรียนอีก 2 คน ได้รับหนังสือเรียนเชิญให้เป็นตัวแทน เพื่อร่วมงานวันแม่แห่งชาติ ของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ซึ่งจัดที่โรงเรียน ของคุณ		
2	คุณไปดูดนตรีเพื่อชีวิตแล้วมีวัยรุ่นตีกัน		
7	ขณะที่คุณขับรถอยู่ มีคนขับรถอีกคัน หนึ่งแล่นมาแซงและปาดหน้ารถของคุณ		

การบ้าน (Home work)

การใส่ใจต่อสถานการณ์

ให้สมาชิกทำการบ้านดังต่อไปนี้

1. ให้สมาชิกเล่าสถานการณ์คนละ 1 สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน

.....

.....

.....

2. วิเคราะห์สถานการณ์ดังกล่าว ในประเด็นดังต่อไปนี้

2.1 คุณรู้สึกอย่างไร

2.3 คุณทำอย่างไร

2.2 คุณคิดอย่างไร

2.4 ผลที่เกิดขึ้นเชิงบวกและเชิงลบเป็นอย่างไร

รู้สึกอย่างไร	คิดอย่างไร	ทำอย่างไร	ผลที่เกิดขึ้น	
			ผลเชิงบวก	ผลเชิงลบ
		1		
		2		
		3		

### กิจกรรมที่ 3 การประเมินและเปลี่ยนความคิด

ระยะเวลา 90 นาที

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้ใบหน้า อารมณ์ ความรู้สึก จากปฏิกิริยาของร่างกายและพฤติกรรมได้
2. เพื่อให้สมาชิกเรียนรู้ปฏิกิริยาของร่างกายและพฤติกรรมขณะเกิดอารมณ์
3. เพื่อให้สมาชิกเปลี่ยนวิธีการคิดเกี่ยวกับสถานการณ์หรือเปลี่ยนความหมายของสถานการณ์

ได้

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 ผู้ป่วยสามารถ

1. บอกอารมณ์ ความรู้สึก จากใบหน้า ขณะเกิดอารมณ์ของบุคคลได้ถูกต้อง เหมาะสม
2. บอกอารมณ์ ความรู้สึก จากปฏิกิริยาของร่างกายขณะเกิดอารมณ์ของบุคคลได้ถูกต้อง เหมาะสม
3. ฝึกการปรับเปลี่ยนวิธีคิดเพื่อลดอารมณ์เชิงลบจากสถานการณ์ที่กำหนดได้
4. เปรียบเทียบผลกระทบที่เกิดขึ้นระหว่างปรับเปลี่ยนวิธีคิดและไม่ได้ปรับเปลี่ยนวิธีคิดจาก

สถานการณ์ที่กำหนดให้ได้

#### สาระสำคัญ

การประเมินและเปลี่ยนความคิด(cognitive change) เป็นการคิดทบทวนประเมินสถานการณ์และจัดการความคิดเกี่ยวกับสถานการณ์เพื่อเปลี่ยนความหมายของสถานการณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์หรือ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ โดยการเปลี่ยนวิธีการคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ หรือความสามารถในการจัดการความต้องการของปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางการคิด ช่วยทำให้บุคคลเปลี่ยนหรือทบทวนความคิดของการประเมินสถานการณ์ ใน การจัดการความต้องการซึ่งเป็นต้นเหตุของสถานการณ์ (Gross & Thompson, 2007)ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์เพื่อลดอารมณ์เชิงลบ เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ตรงกับการตอบสนองของอารมณ์ ทำให้สถานการณ์ดังกล่าวเกิดความชัดเจนไม่คลุมเครือ สถานการณ์ที่คลุมเครือทำให้บุคคลมีโอกาสดำเนินการซึมเศร้าได้(Mathews & MacLeod, 2005) ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับเหตุการณ์ได้มากขึ้น มองเหตุการณ์ตามที่เป็นจริงหยุดความคิดที่บิดเบือน

#### ขั้นนำเข้าสู่กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเรื่องทั่วไปและกระตุ้นให้ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมาและทบทวนระเบียบในการเข้ากลุ่มจำนวนครั้งและความคาดหวังของสมาชิก
2. ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจและส่งเสริมให้สมาชิกมั่นใจถึงความสามารถของผู้ป่วยที่จะมาร่วมกลุ่มได้อย่างต่อเนื่อง

3. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนนำการบ้านมาส่ง

4. ผู้วิจัยพูดคุยเกี่ยวกับการบ้าน ทบทวนสิ่งที่ผู้ปวยได้รับไปในครั้งที่แล้ว เรื่องการใส่ใจต่อ

สถานการณ์

### ชั้นกิจกรรม

1. ผู้วิจัยถามนำเกี่ยวกับ ให้สมาชิกลองนึกเกี่ยวกับใบหน้าต่างๆเมื่อเกิด อารมณ์ ความรู้สึก ต่างๆ

2. ผู้วิจัยให้สมาชิกทำใบกิจกรรมเรียนรู้ใบหน้า อารมณ์ ความรู้สึก จากปฏิกิริยาของร่างกาย และให้สมาชิกแต่ละคนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกไว้ในใบงานนั้น

3. ผู้วิจัยให้ผู้ปวยทำใบกิจกรรม เรียนรู้ ปฏิกิริยาของร่างกาย และพฤติกรรมขณะเกิดอารมณ์ และให้สมาชิกแต่ละคนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกไว้ในใบงานนั้น

4. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่ผู้ปวยเล่า

5. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์การกำกับอารมณ์หัวข้อการประเมินและเปลี่ยนความคิด

(Cognitive change)

### ประเมินผล

การสังเกตความสนใจ การตอบคำถาม การร่วมกิจกรรม การแสดงความคิดเห็นและการซักถาม

## ใบกิจกรรม

เรียนรู้ใบหน้า อารมณ์ ความรู้สึก จากปฏิกิริยาของร่างกาย

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อสามารถเรียนรู้ใบหน้า อารมณ์ ความรู้สึก จากปฏิกิริยาของร่างกาย

คำชี้แจง ให้สมาชิกดูภาพใบหน้าบุคคลที่แสดงอารมณ์ตามใบกิจกรรมที่แจก และระบุภาพ

ใบหน้าเหล่านี้ มีอารมณ์ ความรู้สึกอะไร และควรอยู่ในสถานการณ์อะไร

1

2

3

4

5



## ใบกิจกรรม

อารมณ์ / สถานการณ์		A	B	C
1	อารมณ์			
	สถานการณ์			
5	อารมณ์			
	สถานการณ์			

## ใบกิจกรรม

### เรียนรู้ปฏิบัติการของร่างกาย และพฤติกรรมขณะเกิดอารมณ์

วัตถุประสงค์ 1. เพื่อสามารถเรียนรู้ปฏิบัติการของร่างกายและพฤติกรรมขณะเกิดอารมณ์

คำชี้แจง ให้สมาชิกลองพิจารณาตนเองเกี่ยวกับปฏิบัติการของร่างกายใดบ้างที่พบขณะเกิดอารมณ์ต่างๆ โดยการกาเครื่องหมาย / ลงใน ( ) หน้าข้อความที่ตรงกับปฏิบัติการของร่างกายและพฤติกรรมของตัวเอง

- |     |   |     |                          |
|-----|---|-----|--------------------------|
| ( ) | ความดันเลือดสูงขึ้น   | ( ) | เลือดสูบฉีดแรง           |
| ( ) | หัวใจเต้นถี่แรง   | ( ) | รู้สึกแน่นในลำคอ         |
| ( ) | กัดฟันแน่น  | ( ) | ศีรษะเหมือนจะระเบิดออกมา |
| ( ) | หายใจเร็วแรง  | ( ) | รุ่มร้อนตาขยาย           |
| ( ) | การหลั่งของน้ำลายลดลง ทำให้รู้สึกคอแห้ง                           |     |                          |
| ( ) | ขนลุกชัน  |     |                          |
| ( ) | รู้สึกร้อนเหมือนถูกไฟลน   |     |                          |
| ( ) | กล้ามเนื้อตึงหรือกระตุก แขน ขาเกร็ง                               |     |                          |
| ( ) | ใบหน้าบึ้งตึง   |     |                          |
| ( ) | รู้สึกเหมือนจะเป็นลม  |     |                          |
| ( ) | กำหมัดแน่น  |     |                          |
| ( ) | ร่างกาย มือ แขน ขาสั่น  |     |                          |
| ( ) | ร่างกาย มือ แขน ขาเย็นเฉียบ                                       |     |                          |
| ( ) | อยากทำร้าย เตะต้อย ทูบตี กัดหรือทำอะไรก็ได้ที่เป็นการทำให้เจ็บปวด |     |                          |
| ( ) | อยากทำร้ายหรือระเบิดออกมา   |     |                          |
| ( ) | อยากจะพูดทำอะไรออกมา เพื่อเป็นการทำร้ายคนอื่น                     |     |                          |
| ( ) | ฉุนเฉียว หงุดหงิด พร้อมทั้งจะชูตะคอกคำว่า                         |     |                          |
| ( ) | รู้สึกสับสน ไม่มีสมาธิในการทำอะไรให้สำเร็จ                        |     |                          |
| ( ) | ตอบโต้กลับไปทันทีอย่างรุนแรง                                      |     |                          |
| ( ) | รู้สึกจะคลั่งและระเบิดออกมา                                       |     |                          |

## ใบกิจกรรม

### ปรับเปลี่ยนวิธีคิดเกี่ยวกับสถานการณ์

**วัตถุประสงค์** 1. เพื่อสามารถปรับเปลี่ยนวิธีคิดจากสถานการณ์เพื่อลดอารมณ์เชิงลบได้

**คำชี้แจง** 1. ให้สมาชิกอ่านสถานการณ์ตามใบงานซึ่งเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ใน

ชีวิตประจำวัน และพูดคุยกันเกี่ยวกับความรู้สึกหรือผลที่เกิดจากสถานการณ์

2. ให้สมาชิกนำเสนอผลการพูดคุยเกี่ยวกับวิธีการปรับความคิดเพื่อลดอารมณ์

เชิง

ลบและผลที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนวิธีคิด

ลำดับ ที่	สถานการณ์	ความรู้สึก ที่เกิดจาก สถานการณ์	การปรับเปลี่ยน วิธีคิด	ผลที่เกิด จากการ ปรับเปลี่ยน วิธีคิด
1	นินจาเจอคนรู้จัก จึงยิ้มให้และ โบกมือทักทาย แต่เขาทำ เฉยเหมือนไม่รู้จัก			
2	หัวหน้ามักจะมอบหมายงาน ใหม่ๆให้ขวัญรับผิดชอบงาน เสมอ ทั้งๆที่ ในสำนักงานมี เจ้าหน้าที่ในตำแหน่ง เดียวกันหลายคน			
5	ชมสอบเข้ามหาวิทยาลัย ที่มีชื่อเสียงได้ ดีใจมาก อีก 1 เดือนเปิดเทอม ชมต้อง เข้าร่วมงานรับน้อง ซึ่งรุ่นพี่ จัดไว้เตรียมต้อนรับรุ่นน้อง ชมรู้สึกกังวล			





การบ้าน (Home work)



การประเมินและเปลี่ยนความคิด

ให้สมาชิกทำการบ้านดังต่อไปนี้

ให้สมาชิกเล่าเหตุการณ์ 2 เหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันทั้งในอดีตและปัจจุบัน ซึ่งรู้สึกไม่ชอบ ไม่พอใจ

.....

.....

.....

.....

จากเหตุการณ์ 2 เหตุการณ์ ในข้อ 1 สมาชิกคิดอย่างไร และมีวิธีใดบ้างที่คุณทำให้ตนเองรู้สึกสบายใจขึ้นและลดอารมณ์เชิงลบได้

เหตุการณ์	ความคิดที่เกิดขึ้น ขณะนั้น	วิธีทำให้ตนเองรู้สึกสบายใจ
เหตุการณ์ ที่ 1		
เหตุการณ์ ที่ 2		

กิจกรรมที่ 4 การปรับการตอบสนองอารมณ์

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกสามารถตอบสนองอารมณ์ที่เหมาะสมหลังจากมีการประเมินสถานการณ์
2. เพื่อให้สมาชิกสามารถคิดทบทวนสถานการณ์ ประเมินสถานการณ์ซ้ำ (reappraisal) ได้
3. เพื่อให้สมาชิกสามารถระงับอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม

## วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ผู้ป่วยสามารถ

- 1.บอกความหมายการปรับการตอบสนองได้ประเมินสถานการณ์
- 2.ประเมินสถานการณ์จากสถานการณ์ที่กำหนดได้
- 3.ประยุกต์ใช้กลยุทธ์กำกับอารมณ์จากสถานการณ์ที่กำหนดได้
- 4.บอกวิธีระงับอารมณ์ในสถานการณ์ได้
- 5.สรุปสาระสำคัญของกลยุทธ์กำกับอารมณ์ได้

## สาระสำคัญ

การปรับการตอบสนองอารมณ์ เป็นการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของการตอบสนองทางอารมณ์โดยที่บุคคลมีประสบการณ์ การแสดงออกหรือ พฤติกรรม เป็นการตอบสนองอารมณ์ภายหลังประเมินเหตุการณ์ การรับรู้และความหมายของสถานการณ์ เนื่องจากบุคคลที่มีความผิดปกติทางอารมณ์มักพบการมีประสบการณ์ของอารมณ์ที่ไม่พึงพอใจและรุนแรงมาก การปรับการตอบสนองจึงมีความสำคัญมาก (Fairholme et al., 2010; Turk et al., 2005) กิจกรรมประกอบด้วย การคิดทบทวน และประเมินสถานการณ์ซ้ำ (reappraisal)ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระงับการแสดงออกอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ การยับยั้งอารมณ์ที่มีประสิทธิภาพช่วยลดผลกระทบของประสบการณ์ทางอารมณ์ในทางลบระยะสั้น แต่กลายเป็นมีประสิทธิภาพน้อยในการลดอารมณ์และประสบการณ์ทางสรีรวิทยาของแต่ละคน (Gross, 1998a; Gross & Thompson, 2007)

## ชั้นนำเข้าสู่กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทาย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเรื่องทั่วไปและกระตุ้นให้ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ผ่านมาและทบทวนระเบียบในการเข้ากลุ่มจำนวนครั้งและความคาดหวังของสมาชิก
2. ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจและส่งเสริมให้สมาชิกมั่นใจถึงความสามารถของผู้ป่วยที่จะมาร่วมกลุ่มได้อย่างต่อเนื่อง

3.ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกทุกคนนำการบ้านมาส่ง

4. ผู้วิจัยพูดคุยเกี่ยวกับการบ้าน ทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับไปในครั้งที่แล้ว เรื่องการ

ปรับเปลี่ยนความคิด

## ขั้นกิจกรรม

- 1.ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยลองนึกและพูดคุยเกี่ยวกับ ประโยคคำพูด ลักษณะท่าทาง ซึ่งเป็นการตอบสนองอารมณ์ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นให้เป็นเชิงบวก
- 2.ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นและอภิปรายร่วมกัน
- 3.ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่ผู้ป่วยเล่า

4. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำใบกิจกรรม การประเมิน ปรับสถานการณ์และตอบสนองอารมณ์ และให้แต่ละคนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกไว้ในใบกิจกรรมนั้น

5. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นและอภิปรายร่วมกัน

6. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่ผู้ป่วยเล่า

7. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์การกำกับอารมณ์หัวข้อการปรับการตอบสนองอารมณ์

8. ผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่ผู้ป่วยเล่า

9. ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยทำใบกิจกรรมวิธีระงับอารมณ์

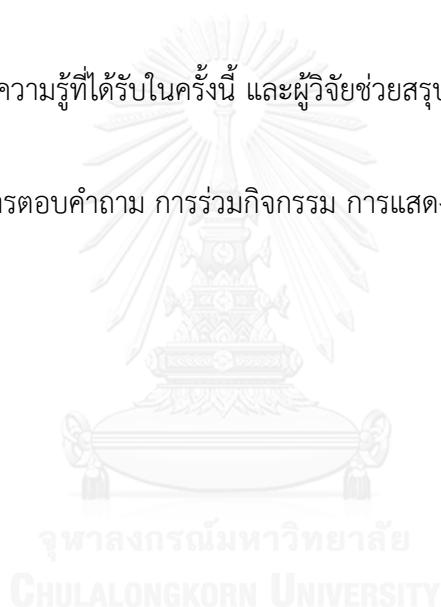
10. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีระงับอารมณ์

12. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีระงับอารมณ์ และอภิปรายร่วมกัน

13. ให้ผู้ป่วยสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็น

#### ประเมินผล

การสังเกตความสนใจ การตอบคำถาม การร่วมกิจกรรม การแสดงความคิดเห็นและการซักถาม



## ใบกิจกรรม

### การประเมิน ปรับสถานการณ์และตอบสนองอารมณ์

#### วัตถุประสงค์

1. บอกการประเมินสถานการณ์จากเรื่องที่กำหนด
2. ระบุการประเมินสถานการณ์ซ้ำ (reappraisal) ได้
3. ประยุกต์ใช้กลยุทธ์กำกับอารมณ์จากเรื่องที่กำหนด

#### เรื่อง ของจำลอง

จำลองอยู่กับแม่สองคน เนื่องจากพ่อเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุมาประมาณ 1ปี แม่มีอาชีพทำขนมไปส่งขายที่ตลาดตอนเช้า ขณะนั้นจำลองสอบเข้ามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งและสอบเข้านักเรียนทุนได้ นักเรียนทุนต้องได้เกรดเฉลี่ยขั้นต่ำ 3.5

.....

.....

.....

#### เรื่อง ของแนน

แนนเป็นครูเอกชนโรงเรียนแห่งหนึ่งเล็กกับสามีมีลูกชายกับสามีหนึ่งคนอายุ 9

.....

.....

.....

### คำชี้แจง

จากเรื่อง ของจำลอง และ เรื่อง ของแนน ให้คิดว่าหากตนเองเป็นจำลอง ให้สมาชิกคิด และตอบ

คำถามดังนี้ 1.ประเมินสถานการณ์จากเรื่องที่กำหนด 2.สมาชิกระบุการประเมินซ้ำอย่างไร จาก การ

ประเมินหลากหลายสถานการณ์ 3.ให้สมาชิกประยุกต์ใช้กลยุทธ์กำกับอารมณ์อย่างไร เพื่อให้ สถานการณ์ดังกล่าวคลี่คลาย เกิดความเหมาะสม

1.บอกการประเมินสถานการณ์	1..... 2.....
2.ระบุการประเมินสถานการณ์ซ้ำ	1..... 2.....
3.การประยุกต์ใช้กลยุทธ์กำกับอารมณ์	1..... 2.....



แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck และแบบประเมินการกำกับอารมณ์  
(เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล)

คำชี้แจง 1) เครื่องมือชุดนี้เป็นแบบประเมินอาการซึมเศร้า ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2) แบบประเมินการกำกับอารมณ์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย  ในช่องข้อความ หรือ  
เติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

2. เพศ  ชาย  หญิง  อื่นๆ ระบุ
3. อายุ .....ปี.....เดือน
4. สถานภาพสมรส  โสด  หย่า  
 คู่  แยกกันอยู่  
 หม้าย  อื่นๆ ระบุ
5. ระดับการศึกษา  ไม่ได้เรียน  อนุปริญญา  
 ประถมศึกษา  ปริญญาตรี  
 มัธยมศึกษา  อื่น ๆ ระบุ.....
6. อาชีพ  ว่างาน  รับจ้าง  
 รับราชการ  ค้าขาย  
 เกษตรกรรม  อื่น ๆ ระบุ.....
7. รายได้...../ เดือน  เพียงพอ  
 ไม่เพียงพอ
8. โรคประจำตัวทางกาย  มี ได้แก่.....  
 ไม่มี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการซึมเศร้าของ Beck (1967) Beck Depression Inventory: BDI-

1A

แปลและปรับเป็นฉบับภาษาไทย โดยมุกดา ศรียงค์ ( อ่างในลัดดา แสนสีหา, 2536)

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นประโยคบอกเล่ากรุณาอ่านแต่ละประโยคให้ได้ใจความอย่างถ่องถ้วน เลือกประโยคที่สมบูรณ์แบบตรงกับความรู้สึกของท่านในสัปดาห์ที่แล้วรวมถึงปัจจุบันและทำเครื่องหมาย / ให้ตรงกับประโยคที่ท่านเลือก ถ้าบางประโยคดูใกล้เคียง เลือกที่ตรงประเด็นความรู้สึกมากที่สุด

- 1 .....ฉันไม่รู้สึกระแชา  
 .....ฉันรู้สึกระแชา  
 .....ฉันรู้สึกระแชาตลอดเวลาและไม่สามารถหยุดยั้งความรู้สึกกระแชาได้  
 .....ฉันรู้สึกระแชาไม่มีความสุขจนไม่สามารถจะทนได้
2. ....ฉันรู้สึกรู้สึกกังวลใจในการดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคต  
 .....ฉันรู้สึกรู้สึกกังวลใจในอนาคต  
 .....ฉันรู้สึกรู้สึกไม่มีสิ่งใดให้คาดหวังในอนาคต  
 .....ฉันรู้สึกรู้สึกสิ้นหวังในอนาคตและไม่มีสิ่งใดที่จะทำให้ดีขึ้นได้
17. ....ฉันไม่รู้สึกรู้สึกเหนื่อย  
 .....ฉันรู้สึกรู้สึกเหนื่อยง่ายมากกว่าที่เคยเป็น  
 .....ฉันรู้สึกรู้สึกเหนื่อยจากการทำสิ่งต่างๆ  
 .....ฉันเหนื่อยเกินกว่าจะทำอะไรได้
- 18.....ฉันรับประทานอาหารได้ตามปกติ  
 .....ฉันรับประทานอาหารได้น้อยลงกว่าที่เคยหรือรับประทานอาหารมากกว่าปกติ  
 .....ฉันรับประทานอาหารไม่ค่อยลงหรือฉันหิวบ่อยๆ  
 .....ฉันไม่อยากรับประทานอาหารใดๆเลยหรือฉันอยากรับประทานอาหารไปหมดทุกอย่าง
- 19 .....น้ำหนักของฉันไม่มีการเปลี่ยนแปลง  
 .....น้ำหนักของฉันลดลงหรือเพิ่มขึ้นประมาณ 2 กิโลกรัม  
 .....น้ำหนักของฉันลดลงหรือเพิ่มขึ้นประมาณ 4 กิโลกรัม  
 ..... น้ำหนักของฉันลดลงหรือเพิ่มขึ้นประมาณ 6 กิโลกรัม
- 20 .....ฉันไม่รู้สึกรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของฉัน  
 .....ฉันรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพเช่น ความเจ็บปวด ปวดท้องหรือท้องผูก  
 .....ฉันรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น



- .....ฉันรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถจะคิดถึงสิ่งอื่นได้
21. ....ความสนใจทางเพศของฉันเป็นไปตามปกติ
- .....ฉันสนใจทางเพศน้อยกว่าที่เคย
- .....ฉันสนใจทางเพศน้อยลงมาก
- .....ฉันไม่สนใจทางเพศอีกเลย



2) แบบประเมินการกำกับอารมณ์ (Emotion Regulation Questionnaire:ERQ) (Gross & John,2003)

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามตามความคิดเห็นเกี่ยวกับอารมณ์ในชีวิตของคุณซึ่งมี 2 ด้านคือด้านแรก เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ อีกด้านหนึ่งเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือ

ไม่เห็นด้วยเลย	หมายถึง เมื่อท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด
ไม่เห็นด้วยส่วนใหญ่	หมายถึง เมื่อท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมด
ไม่เห็นด้วยบางครั้ง	หมายถึง เมื่อท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนน้อย
ไม่แน่ใจ	หมายถึง เมื่อท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นบ้างหรือเห็นด้วยกับข้อความนั้นบ้าง
เห็นด้วยบางครั้ง	หมายถึง เมื่อท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนน้อย
เห็นด้วยส่วนใหญ่	หมายถึง เมื่อท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมด
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง เมื่อท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

ข้อ ที่	ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย ส่วน ใหญ่	ไม่เห็น ด้วย บาง ครั้ง	ไม่ แน่ ใจ	เห็น ด้วย บาง ครั้ง	เห็น ด้วย ส่วน ใหญ่	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1	เมื่อฉันต้องการให้รู้สึกดีขึ้น(เช่นมี ความสุขหรือสนุกสนาน)ฉันจะเปลี่ยน สิ่งที่ฉันกำลังคิด							
2	..... .....							
3	..... .....							
4	..... .....							
5	..... .....							
6	..... .....							
7	..... .....							
8	..... .....							
9	..... .....							
10	..... .....							



File Edit View History Bookmarks Tools Help

Hao123 - หอพักสงขลานครินทร์... x Dear Sir - nut.khum@gmail.co... x +

https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/145e3a7842c654cd

Google

Gmail 596 จาก 3,632

Dear Sir

คุณจิมกรอส x

10/5/57

James Gross

เพิ่มในแฉวง

แสดงรายละเอียด

ไม่มีรายชื่อติดต่อของแฉวงเหล่านี้

[ค้นหารายชื่อ](#)

This email is submitted to you as intended as my educational request to your kind support. My name is Nutthalin Khumrod . nickname" nuch" I am taking the program of Master of Mental Health and Psychiatric Nursing Science at Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand. I am now carrying on my research entitled " about THE EFFECT OF THE EMOTION REGULATION PROGRAM ON DEPRESSIVE SYMPTOMS OF PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDER,"which is a thesis as require by the program. I am interested in using your instrument ( Emotion Regulation Questionnaire :ERQ) Gross & John 2003 " treatment strategies for disturbances in positive emohon regulation " in my master thesis. Accordingly, I am not sure about weighted scores for each item, would you please send me the instrument package including its and quality information. Please also notice me the detail and term of expenses. I would be highly grateful if this request is valid and going to be approved by you.

Thank you in advance. I am looking forward to see your reply at your earliest convenience.

Best regards,

Nutthalin Khumrod

start Dear Sir - nut.khum@... 17:41

ภาคผนวก ฉ  
การตอบให้ใช้เครื่องมือ



## การตอบให้ใช้เครื่องมือแบบประเมินการกำกับอารมณ์ ( Emotion Regulation Questionnaires:ERQ)

The screenshot shows a Gmail inbox with the following email selected:

Sender	Subject	Date
Nopprarat yimpirat	@แจ้งเรื่องการนัดตัวนิทานครั้ง - 1 ครั้ง (15 พค57) ณ ประชุมประจำเดือน ณ สลล 2 รอยงาน	14/5/57
อภิชา ทุลลัค	แบบประเมินโรงเรียนของบวกลดโรค - 1 แบบตอบกับเข้าร่วมโครงการ (ทดลองแบบฉบับสั้น) 2 ง	14/5/57
Pchutha Phenkheewit	สำคัญทนายของประสาหัส - เรียน ผู้รับผิดชอบมาทนายบวกลดโรคสสสเขตภาคใต้	13/5/57
จัน, สมร (2)	รายงานผลของทดลองฉบับยั้งได้สั เดียของก่อนายนิทานา ทอติชไม่มีบอที่ทราบไปสัเด...	12/5/57
จัน, สมร (2)	ขอโทษที่รีบไปก่อน - ขออภัยมากส ของของงั้นที่ไปเมื่อก 2014-05-08 16:23 GMT+07	12/5/57
ชลธิชา, จัน (3)	(ไม่มีหัวข้อ) - อจจชช 2014-05-12 13:14 GMT+07:00 นัฎฐณัน คุ้มทล <nut.khum@gmail.com>	12/5/57
Nopprarat yimpirat	@รายงานตัวที่ 2 เงที่ไปทบอชอ - กำล่งแล้วบวกรง้งไปเมื่ชชชจ่า สงโกเมอเมบวชชรลล	12/5/57
จัน, James (3)	Dear Sir - Thank you very much for your advice and reply to my email quickly I feel like af	10/5/57
Maria, สัน, Mail (6)	Re: Someone has requested access to psychpworks.com - Delivery to the following rec	10/5/57
จัน, สมร (2)	รายงาน - คณอ้งล้งล้งชอชอ HT มาโททอชชชเปล่งลล 2014-05-06 11:10 GMT+07:00 นัฎฐณัน คุ้ม	8/5/57
จัน, อชชา (2)	506 - ขออภัยลลล 2014-05-06 9:34 GMT+07:00 นัฎฐณัน คุ้มทล <nut.khum@gmail.com>	6/5/57
จัน, Thongchai (3)	เบบชช - ลลลลลลลลลลลลลล จาก Thongchai Wankopworak <nphrachomkiso@gmail.com>	6/5/57

The selected email from James Gross contains the following text:

You're welcome to use the ERQ. Details on scoring and psychometric properties are available in the original report and on our website, URL below.

Best,

James



ภาคผนวก ช  
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



### การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้(บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการกำกับอารรมณ์

$$CVI = \frac{7}{8} = 0.88$$

8

2. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

$$CVI = \frac{3}{4} = 0.75$$

4

3.ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินการกำกับอารรมณ์

$$CVI = \frac{8}{10} = 0.80$$

10

4.ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินอาการซึมเศร้า

$$CVI = \frac{77}{84} = 0.96$$

84

5.ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

$$CVI = \frac{7}{8} = 0.88$$

8





หมายเลข คจ.พ.บ.ที่ 01 /2558

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี  
ฉบับนี้ให้ไว้ เพื่อแสดงว่า

โครงการวิจัยเรื่อง "ผลของโปรแกรมทักษะการกำกับอารมณ์ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า"  
"The Effect of the Emotion Regulation Skill Program on Depressive  
Symptoms of Patients with Depressive Disorder "

ผู้วิจัย : นางสาว ณัฐชุลิน คุ้มรอด  
สังกัด : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลับ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี  
นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี  
ได้พิจารณาโครงการวิจัยเรื่องนี้แล้ว มีความเห็นว่า โครงการวิจัยที่จะดำเนินการ มีความสอดคล้องกับ  
หลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับ และข้อกำหนดภายในประเทศ

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัย ตามข้อเสนอโครงการวิจัยนี้ได้

(ลงนาม).....

( นายแพทย์วิทยา เพ็ชรดาชัย )

ประธานคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ จังหวัดเพชรบุรี

วันที่ 27 เดือน มกราคม พ.ศ. 2558

วันที่ประชุมครั้งแรก 22 ธันวาคม พ.ศ. 2557

รับรองตั้งแต่ วันที่ 27 มกราคม พ.ศ. 2558

วันหมดอายุ : วันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2559

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

สำนักงาน: อาคารเฉลิมพระเกียรติปิฎกญาติานุรักษ์ ชั้น 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ถ.ราชวิถี อ.เมือง

โทร.(032) 425100 ต่อ 1307 โทรสาร (032) 425286

ภาคผนวก ฅ  
ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
และใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย

เนื่องด้วยดิฉัน นางสาว ญัฐฐลลิน คุ่มรอด กำลังดำเนินการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมทักษะการกำกับอารมณ์ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยศึกษาเพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์และเพื่อเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับอารมณ์กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน ส่งเสริมความสามารถในการกำกับอารมณ์ทำให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชน มีทักษะทางสังคม ทำให้เกิดการยอมรับของบุคคลในชุมชน มีโอกาส ผู้ป่วยสามารถทำงานประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและครอบครัว ส่งผลทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดน้อยลงได้ อีกทั้งยังเป็นแนวทางการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับพยาบาลวิชาชีพในชุมชน จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับข้อมูลที่เป็นจริงจากท่านในฐานะที่ท่านเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ฐานะใดฐานะหนึ่ง) หากท่านตกลงเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ จะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ท่านต้องเข้าร่วมการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการกำกับอารมณ์ เป็นรายกลุ่ม ที่สถานบริการ กลุ่มละ 1 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง 5 กิจกรรมๆ ละ 45-90 นาที รวมเป็นเวลา 4 สัปดาห์

ท่านจะต้องตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลเบื้องต้นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แบบประเมินอาการซึมเศร้า แบบประเมินการกำกับอารมณ์ ซึ่งจะใช้เวลาในการให้ข้อมูลประมาณครึ่งชั่วโมงผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการสอบถาม จดบันทึก และ/หรือการบันทึกเทปในการสนทนาส่วนตัว/การถ่ายภาพ ทั้งนี้เพื่อความถูกต้องของเนื้อหา หากมีคำถามใดที่ท่านไม่สะดวกตอบ ท่านสามารถปฏิเสธไม่ตอบคำถามได้ และท่านสามารถยกเลิกการร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อ และนามสกุลจริงของท่านลงในแบบบันทึกข้อมูลแบบการสัมภาษณ์ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำลายข้อมูล เทปที่เป็นข้อมูลภายในระยะเวลา 1 ปี

การเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ เป็นการเข้าร่วมการศึกษานี้เป็นไปโดยสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบใดๆ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวมและเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดหรือต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางสาว ญัฐฐลลิน คุ่มรอด หัวหน้าโครงการวิจัย ได้ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลับ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี โทรศัพท์ 084-1829-05-4 ซึ่งยินดีให้คำชี้แจงแก่ท่านทุกประการ

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ โปรดสอบถามได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยฯ จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โทรศัพท์ 032-425200 ต่อ 3107,109

### เอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี ได้รับ  
ฟังคำอธิบายจาก.....นางสาว ณิชฐลิติน คุ้มรอด.....เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง.....ผล  
ของโปรแกรมทักษะการกำกับอารมณ์ต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายให้ข้าพเจ้าทราบถึงวัตถุประสงค์ของ  
การวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดตลอดจนให้  
เวลาในการซักถามข้อสงสัยต่างๆ จนเข้าใจ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการสอบถาม ใช้เวลาประมาณ...45-90...  
นาที เพื่อนำข้อมูลที่นำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจและข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการเป็น  
อาสาสมัครโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนาโดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาใด ๆ ทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าสามารถติดต่อ ( 24 ชั่วโมง) ได้ที่ นางสาว ณิชฐลิติน คุ้มรอด บ้านเลขที่ 39/2 หมู่ 5 ตำบล  
สามะโรง อำเภอมือง จังหวัด เพชรบุรี โทรศัพท์ 084-1829054

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....อาสาสมัครวิจัย (.....) ตัวบรรจง วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....	ลงนาม..... ผู้วิจัย (.....) ตัวบรรจง วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....
ลายเซ็นพยานอย่างน้อย 1คน (แล้วแต่กรณี) ลงนาม..... พยาน (.....) ตัวบรรจง วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....	ลงนาม..... พยาน (.....) ตัวบรรจง วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....
ข้าพเจ้าไม่สามารถเขียนหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจ และ ข้าพเจ้าจึงได้พิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน	
ลายนิ้วมืออาสาสมัครวิจัย	ลงนาม ..... ผู้วิจัย (.....) ตัวบรรจง วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....
ลายเซ็นพยานจำนวน 2คน ลงนาม..... พยาน (.....) ตัวบรรจง วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....	ลงนาม..... พยาน (.....) ตัวบรรจง วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. ....

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว ณิชฐลลิน คุ่มรอด เกิดวันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2516 ที่จังหวัดภูเก็ต สำเร็จการศึกษา หลักสูตรประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา ปี 2537 ปฏิบัติงาน ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ต่อมาเข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาล ศาสตร์บัณฑิตต่อเนื่อง 2 ปี จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจักรีรัช ราชบุรี ปีการศึกษา 2546 ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ และเข้าอบรมเวชปฏิบัติและการรักษาโรคเบื้องต้นหลักสูตร 4 เดือน จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ปี 2549 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปี 2552 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2555 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาวัง อำเภอเมืองเพชรบุรี สถานที่ติดต่อ 39/2 หมู่ 5 ตำบลสามะโรง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี