

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้า
ในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน

พันตำรวจโทหญิงจุติพร ทองสัมฤทธิ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2554
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 Graduate School.

THE EFFECT OF SUPPORTIVE EDUCATIVE GROUP PROGRAM
ON DEPRESSION IN PERIMENOPAUSAL WOMEN

Police Lieutenant Colonel Jutiporn Thongsamrit

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อภาวะ
ซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน

โดย

พินิตารวจโทหญิง จุติพร ทองสัมฤทธิ์

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อาจารย์ ดร. จรรยา นิมหลวง

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยูพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ดร. จรรยา นิมหลวง)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลจิต)

จตุพร ทองสัมฤทธิ์:ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน (THE EFFECT OF SUPPORTIVE EDUCATIVE GROUP ON DEPRESSION IN PERIMENOPAUSAL WOMEN)
 อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก :ผศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม:อ.ดร. จรรยา ฉิมหลวง, 119 หน้า.

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มารับบริการคลินิกวัยทองโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจับคู่ความเท่าเทียมกันด้านการศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรส ได้กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม ที่ผู้วิจัยพัฒนาตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) และ Marram (1978) ประกอบด้วย 3 ระยะคือ 1. สร้างสัมพันธภาพและประเมินปัญหา 2. ระยะดำเนินการ 3. ยุติกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนหลังกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์....
 ปีการศึกษา.....2554.....

ลายมือชื่อนิติ.....
 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

5377560536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : SUPPORTIVE EDUCATIVE GROUP PROGRAM / DEPRESSION / PERIMENOPAUSAL WOMEN

JUTIPORN THONGSAMRIT: THE EFFECT OF SUPPORTIVE EDUCATIVE GROUP PROGRAM ON DEPRESSION IN PERIMENOPAUSAL WOMEN.
 ADVISOR: ASSOC. PROF. ORAPAN LUERBOONTAVATCHAI. Ph.D., CO-ADVISOR: JAN YA CHIMLUANG, Ph.D., 119 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of supportive educative group program on depression in perimenopausal women. Sample were 40 perimenopausal women from menopause clinic in Police General Hospital and were selected by matched pairs into a experimental group and a control group with 20 in each group considering education status and income. The experimental group was received supportive educative group program while the control group was received routine nursing care. Experimental instruments were supportive educative group program developed from Orem theory (2001) and Marram (1978). Program consisted of 1) relation and assessment 2) group implementation 3) evaluation and finished group. Data were collected by demographic data form and Depression scale form Center of Epidemiological Studies (CES-D) The instruments were tested for content validity by 5 professional. The reliability of CES-D were .81. Data were analyzed by mean, standard deviation and t-test statistic.

Major finding were as follows:

1. The depression score after receiving the supportive educative group program was significantly lower than before receiving program, at the .01 level.
2. The depression score after receiving the supportive educative group program was significantly lower than those who could not receive the program, at the .01 level.

Field of Study : Nursing Science Student's Signature

Academic Year : 2011 Advisor's Signature

Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลือเป็นอย่างดีของ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุชวิชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. จรรยา ภูมิ หลวง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ให้คำแนะนำ ชี้นำ ห่วงใย รวมทั้งให้ข้อคิดเห็นที่เป็น ประโยชน์ตลอดจนตรวจสอบข้อบกพร่องและให้กำลังใจตลอดการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึก ซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของท่านอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสนอแนะ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการนำเสนอผลงานวิจัยที่สมบูรณ์

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ ประสทธิประสาทวิชาความรู้ที่มีค่ายิ่ง และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาให้ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และทรงคุณค่าในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้ เหมาะสมเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ใหญ่ โรงพยาบาลตำรวจ หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล หัวหน้า แผนกผู้ป่วยนอก สูตินรีเวชกรรม เจ้าหน้าที่พยาบาลคลินิกวิทยทอง โรงพยาบาลตำรวจทุกท่าน ที่ให้ การสนับสนุน ช่วยเหลือ ตลอดจนอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงได้ ด้วยดี และบุคคลสำคัญอันไม่อาจลืมได้ คือ สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนทุกท่านที่เสียสละเวลา มา เข้าร่วมโปรแกรมฯ ในครั้งนี้ จนทำให้งานวิจัยสำเร็จลงได้

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมารดา ที่คอยเป็นกำลังใจ ห่วงใยเสมอมา ขอขอบคุณ เพื่อนร่วมรุ่นทุกคน ที่ให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาและเป็นแรงผลักดันให้สำเร็จลงได้ ด้วยดี และจะขาดไม่ได้เลย คือ ขอขอบคุณความพยายาม มุ่งมั่น บากบั่นในตนเอง จนกระทั่งพบกับ ความสำเร็จในวันนี้

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	
สมมติฐานการวิจัย.....	
ขอบเขตการวิจัย.....	
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	
1. แนวคิดเกี่ยวกับสตรีวัยหมดประจำเดือน.....	
2. ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า.....	
3. ภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือน.....	
4. แนวคิดการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้.....	
5. โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมด ประจำเดือน.....	
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....

 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....

 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....

 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....

 การวิเคราะห์ข้อมูล.....

 สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย.....

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....

 รายการอ้างอิง.....

 ภาคผนวก.....

 ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ.....

 ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....

 ภาคผนวก ค หนังสือรับรองการพิจารณาต่างๆ.....

 ภาคผนวก ง ข้อมูลและใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่าง.....

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....

สารบัญญัตินำ

ตารางที่		หน้า
1	กำหนดนัดพบกลุ่มโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม.....	
2	คะแนนความรู้ภาวะหมดประจำเดือนของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมฯ.....	
3	คะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลัง โปรแกรมฯระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม.....	
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส การได้รับฮอร์โมนทดแทน.....	
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนกลุ่ม ทดลอง ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม.....	
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง.....	
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อน ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ ความรู้แบบกลุ่ม.....	
8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ ความรู้แบบกลุ่ม.....	

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	
2	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน.....	
3	กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนกลุ่ม ควบคุมก่อนและหลังการทดลอง.....	
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม.การสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มและ กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับ โปรแกรมฯ.....	
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ ความรู้แบบกลุ่ม.....	

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์เจริญอย่างมาก ทำให้อายุไขเฉลี่ยของหญิงไทยจะสูงขึ้นถึง 76.3 ปี ประกอบกับมีการคุมกำเนิดมากขึ้นทำให้อัตราการเกิดลดลงส่งผลให้มีประชากรในกลุ่มผู้ใหญ่ถึงผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งรวมถึงสตรีวัยหมดประจำเดือน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2558 สถิติจะเพิ่มขึ้นจนถึง 10 ล้านคน (ร้อยละ 28 จากประชากรหญิง 36 ล้านคน) (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553) ส่งผลให้สตรีต้องใช้ชีวิตในช่วงวัยหมดประจำเดือนยาวนานมากขึ้นกว่า 25 ปีขึ้นไปหรือประมาณหนึ่งในสามของชีวิต โดยสตรีกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับเปลี่ยนแปลงในระยะหมดประจำเดือนทั้งทางกายและใจเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในวัยใกล้หมดประจำเดือนเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปตามธรรมชาติ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือห้ามไม่ให้เกิดได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ส่งผลให้เกิดอาการของการหมดประจำเดือน (Menopausal syndrome) ประกอบด้วยอาการของระบบประสาทอัตโนมัติ (Vasomotor symptoms) ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ (Hot flash) เหงื่อออกมากตอนกลางคืน (Night sweat) บางคนอาจเกิดอาการนี้เร็วหรือช้าต่างกัน อาการนี้อาจเริ่มด้วย ปวดศีรษะ คลื่นไส้ และอาการที่ตามมาหลังอาการร้อนวูบวาบ ได้แก่ หน้ามืด ใจสั่น เป็นลม นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย นอกจากนี้การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนยังส่งผลต่อระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ ทำให้ช่องคลอดแห้ง ขาดน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ ทำให้สตรีวัยนี้มีอาการแสบช่องคลอดขณะมีเพศสัมพันธ์ ทำให้มีความเบื่อหน่ายการมีเพศสัมพันธ์และความต้องการทางเพศลดลง ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพชีวิตคู่ (วรัญญา เจะหลง, 2551) รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีพลัง จนรู้สึกว่าไม่อยากมีชีวิตต่อไป มีการศึกษาพบว่า อาการทางกายดังกล่าวเป็นสาเหตุให้สตรีวัยนี้รู้สึกไม่สุขสบายต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Wood and Mitchell, 2005) จึงพบว่าสตรีวัยนี้มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่ทำให้ไม่แจ่มใส เศร้าหมอง หงุดหงิด รู้สึกตนเองมีคุณค่าน้อยลง โดดเดี่ยวขาดที่พึ่ง สตรีวัยนี้ต้องพบกับความเสื่อมของร่างกาย จิตใจ เป็นระยะที่เปลี่ยนจากวัยเจริญพันธุ์ไปสู่วัยที่ไม่สามารถเจริญพันธุ์ได้ ทำให้มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นอย่างชัดเจน (ศศิธร บำรุงจิตต์, 2548) และที่สำคัญภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงอาจเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายได้ (Berto et al., 2000 อ้างถึงใน ดวงใจ กสานติกุล, 2542)

สตรีวัยนี้อาจขาดความมั่นใจ ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง ขาดสมาธิ เครียดง่าย อารมณ์อ่อนไหว หงุดหงิด โมโหง่าย ควบคุมอารมณ์ได้ไม่ดี แสดงออกมากเกินไป บางรายมีอาการ

ซึมเศร้าโดยไม่ทราบสาเหตุหรือมีสาเหตุเพียงเล็กน้อยแต่อาการซึมเศร้ารุนแรง เบื่อหน่ายไปหมดทุกเรื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 37.27 (ธัญญพร ชอบตรง, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของมงคล จิตวัฒนากร และวาสนา พัฒนากำจร (2542) พบว่าสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชบุรี มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.0 และการศึกษาของสมถวิล สาธุประสิทธิ์ (2545) พบว่าสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลป่าโมก มีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 18.0 และพบอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 18 เป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 7.1 เป็นภาวะซึมเศร้าปานกลางและ ร้อยละ 10.9 เป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรง และยังพบว่าผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าทำให้สตรีวัยนี้รู้สึกท้อแท้ ไร้ค่า จนทำให้ เคยพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.7 คิดฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 75 (ชิตินา กาญจนสาย, 2551) จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีความสำคัญทั้งต่อครอบครัว ในบทบาทหน้าที่ของการเป็นภรรยาและมารดาผู้หล่อหลอมเลี้ยงดูบุตรให้เติบโตอย่างมีคุณค่า และต่อสังคมหน่วยงาน เพราะสตรีวัยนี้เป็นวัยทำงานที่กำลังมีความเจริญในหน้าที่การงานเป็นกำลังสำคัญของประเทศชาติ หากสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนกลุ่มนี้ต้องประสบกับปัญหาภาวะซึมเศร้า ย่อมส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง นั่นหมายถึงการเกิดผลเสียอย่างประเมินไม่ได้

จากการศึกษาของ Dennerstein (1987) พบว่าอาการเปลี่ยนแปลงทางกายของการหมดประจำเดือนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจนำไปสู่อาการซึมเศร้า และการศึกษาของธัญญพร ชอบตรง (2549) พบว่า อาการหมดประจำเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r=.57, p<.05$ หมายความว่าสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มีอาการหมดประจำเดือนมาก จะมีภาวะซึมเศร้ามากด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของมงคล จิตวัฒนากร และวาสนา พัฒนากำจร (2542) พบว่าสตรีกลุ่มที่มีอาการหมดประจำเดือนรุนแรงมาก มีการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีอาการหมดประจำเดือนรุนแรงน้อย และยังพบว่าการรับรู้คุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ธัญญพร ชอบตรง, 2549; บุญสม กองนิล, 2545) ด้านการรับรู้ภาวะหมดประจำเดือนมีการศึกษาพบว่าสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนกลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะหมดประจำเดือนในด้านลบมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ภาวะหมดประจำเดือนในด้านบวก (สมถวิล สาธุประสิทธิ์, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญสม กองนิล (2545) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่ร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 51.0 คือ อาการหมดประจำเดือน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้ภาวะหมดประจำเดือนในด้านลบ ($R^2 = 0.51$, $F = 21.64$, $p < 0.05$) (Beta = 0.33, -0.29 และ -0.24) (ชัยญพร ชอบตรง, 2549)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าหากสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนได้รับการแก้ไขปัจจัยที่ร่วมกันทำนายภาวะซึมเศร้าทั้งหมด ย่อมจะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าน้อยลงซึ่งเป็นผลดีต่อสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนเอง ครอบครัว และสังคมอีกด้วย ซึ่งการสนับสนุนและให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือน ตลอดจนหนทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงวัยนี้ และแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสมน่าจะเป็นการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเพิ่มการรับรู้ภาวะหมดประจำเดือน อีกทั้งยังมีแนวทางจัดการกับอาการหมดประจำเดือน ซึ่งทั้งหมดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า

สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มารับบริการคลินิกวัยทองโรงพยาบาลตำรวจ เฉลี่ยสัปดาห์ละ 40 คน (สถิติผู้รับบริการคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ, 2554) ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยรายเก่าที่มารับยาฮอร์โมนรวมถึงยาบำรุงต่างๆ ในจำนวนนั้นมีสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่ตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นในช่วงวัยนี้มารับบริการเฉลี่ยสัปดาห์ละ 5-7 คน หลายคนมีความรู้เรื่องการหมดประจำเดือนเป็นอย่างดี เนื่องจากในปัจจุบันแหล่งความรู้สามารถหาได้โดยทั่วไป ในขณะที่อีกจำนวนหนึ่งไม่มีความรู้ อีกทั้งไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ไม่สามารถดูแลตนเองหรือจัดการกับอาการได้และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเข้าสู่วัยแห่งการเปลี่ยนแปลงนี้ จึงเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น การสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดของ Orem ที่กล่าวว่า สถิติปัญญา ความนึกคิดจะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง คำแนะนำจากผู้อื่นรวมทั้งประสบการณ์จะช่วยให้อุทิศความสามารถในการใช้เหตุผล เพื่อตัดสินใจกระทำการดูแลตนเอง (Orem, 1985) ในที่นี้หากสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้ที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาและความสนใจในขณะนั้น ย่อมทำให้เกิดการแก้ไขปัญหานั้นที่ถูกต้อง มีทัศนคติที่ดีต่อวัยหมดประจำเดือน ส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้า แต่เนื่องจากภาระงานของพยาบาลในคลินิกวัยทองมีเป็นจำนวนมาก รูปแบบการให้ความรู้จึงเป็นไปในลักษณะสอนสุขศึกษา คู่มือวีดีโอ แจกคู่มือวัยหมดประจำเดือน ซึ่งประสิทธิภาพการเรียนรู้อาจไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ จึงเป็นบทบาทพยาบาลที่จะเลือกรูปแบบการให้ความรู้ที่เหมาะสม การสนับสนุนและให้ความรู้ที่เหมาะสม ตรงกับความสนใจของผู้สตรีวัยนี้ การสนับสนุนและสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มเป็นวิธีที่ช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าว (Manidipa, 2001) มีการพิจารณาตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสม

กับตนเอง และนำไปสู่การกระทำเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเอง ทั้งนี้ยังทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอีกด้วย ดังนั้นการนำเอาการสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้ร่วมกับกระบวนการกลุ่มเป็นวิธีที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ พัฒนาทักษะการดูแลตนเองและสร้างเจตคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน ซึ่งเป็นการจัดการกับปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำรูปแบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System) ตามแนวคิดของ Orem (2001) ซึ่งเสนอว่าเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยซึ่งมีความสามารถดูแลตนเองได้ แต่อาจขาดความรู้ ทักษะที่จำเป็นและไม่สามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองได้ ซึ่งสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนเป็นกลุ่มคนที่ยังมีศักยภาพในการเรียนรู้ เพียงแต่อาจจะขาดแหล่งสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ หากได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้ที่เหมาะสม น่าจะทำให้การรับรู้ภาวะหมดประจำเดือน การดูแลตนเองในเรื่องของการจัดการอาการ และการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นระบบที่ช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกระทำการดูแลตนเองภายใต้การช่วยเหลือของพยาบาล ประกอบด้วย 4 วิธี คือ 1) การสอน (Teaching) โดยการให้ข้อมูลและความรู้ที่ถูกต้อง 2) การชี้แนะ (Guiding another) วิธีปฏิบัติตัวที่เหมาะสม 3) การสนับสนุน (Supporting another) โดยการสนับสนุนทางอารมณ์ ชมเชยให้กำลังใจ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม (Providing an environment) เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ร่วมกับการเรียนรู้เป็นกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) ประกอบด้วย 1) สร้างสัมพันธภาพ เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพ และทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกลุ่ม 2) ดำเนินการกลุ่ม เป็นระยะที่สมาชิกมีความเชื่อมั่นในกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน 3) ยุติกลุ่ม เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดที่เกิดจากการทำกลุ่ม ประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนาตนเองและความสำเร็จของกลุ่ม มาพัฒนาเป็น โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน ด้วยการนำกระบวนการกลุ่มจากผู้ที่มิมีปัญหาคล้ายกันในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รับรู้ปัญหาของผู้อื่นเพื่อให้รู้ว่าตนเองไม่ได้มีปัญหาเพียงคนเดียว และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข โดยที่การดำเนินการของโปรแกรมมีผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนและให้ความรู้ ด้วยการสร้างสัมพันธภาพ ให้ข้อมูลและชี้แนะ สนับสนุนให้กำลังใจร่วมกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม และสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ ให้เกิดการรับรู้ภาวะหมดประจำเดือนและมีแนวทางในการจัดการอาการของภาวะหมดประจำเดือน อีกทั้งการเข้าร่วมกลุ่มรับฟังปัญหาซึ่งกันและกัน ให้

กำลังใจกันยังส่งผลให้เกิดการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้น ทั้งหมดนี้ น่าจะทำให้ภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนลดลงได้อีกด้วย

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนมีผลต่อภาวะซึมเศร้าหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มและสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

งานวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดของ Orem (2001) ที่เสนอว่าเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยซึ่งมีความสามารถดูแลตนเองแต่อาจขาดความรู้ทักษะที่จำเป็น และไม่สามารถพิจารณาตัดสินใจทำการดูแลตนเองได้ ซึ่งสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนเป็นกลุ่มคนที่ยังมีศักยภาพในการเรียนรู้ เพียงแต่อาจจะขาดแหล่งสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ หากได้รับการสนับสนุนและให้ความรู้ที่เหมาะสม น่าจะทำให้การรับรู้ภาวะหมดประจำเดือน การดูแลตนเองในเรื่องของการจัดการอาการ และการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นระบบที่ช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดความต้องการการดูแลตนเองและกระทำการดูแลตนเองภายใต้การช่วยเหลือของพยาบาล ประกอบด้วย 4 วิธี ได้แก่ 1) การสอน (Teaching) โดยการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดประจำเดือน อาการและอาการแสดงที่อาจเกิดขึ้นได้ 2) การชี้แนะ (Guiding another) แนะนำแนวทางปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในการดูแลตนเองตลอดช่วงวัยของการหมดประจำเดือน 3) การสนับสนุน (Supporting another) โดยสนับสนุนด้านอารมณ์ ชมเชยให้กำลังใจ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม (Providing and environment) เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งดึงศักยภาพที่มีในตัวผู้ป่วยมาใช้ และแสวงหาแหล่งประโยชน์เพื่อประคับประคองด้านจิตใจให้ผู้ป่วยสามารถ

ปรับตัวและส่งเสริมให้มีการเผชิญปัญหาในทางที่สร้างสรรค์ สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

จากการศึกษาของศศิธร บำรุงจิตต์ (2548) พบว่าสตรีที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี ไม่ทราบสาเหตุของการเกิดอาการของวัยหมดประจำเดือนมากถึงร้อยละ 50 ประกอบกับสตรีไทยส่วนใหญ่รับรู้ว่าการหมดประจำเดือนเป็นเรื่องธรรมชาติที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เป็นการเข้าสู่วัยที่ไม่สามารถเจริญพันธุ์ได้ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าอย่างชัดเจน ดังนั้นการสร้างสิ่งแวดล้อมให้เกิดการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ที่มิมีปัญหาคล้ายคลึงกัน รับรู้ปัญหาของผู้อื่นและเข้าใจปัญหาของตนเองด้วยการใช้กระบวนการกลุ่ม น่าจะเป็นวิธีการที่สำคัญ Marram (1978) ได้กล่าวไว้ว่า การให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความเจ็บป่วยและเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาทางจิตใจจากอาการทางกาย งานวิจัยนี้มีเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม ทำให้สมาชิกเข้าใจปัญหาของตนเองและมุ่งเน้นลดการเกิดอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ช่วยลดพฤติกรรม การแยกตัวออกจากสังคม เพิ่มโอกาสแสดงบทบาททางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากการร่วมกันแก้ปัญหาขณะเข้ากลุ่ม ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น (Kaplan, 1995) การจัดประสบการณ์กลุ่ม เป็นการรวมประสบการณ์ของบุคคลหลายๆคน ที่มาพบปะกัน มีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน เกิดปฏิสัมพันธ์กัน นำไปสู่การหาวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การได้รับการสนับสนุนหรือส่งเสริมจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่มทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเชื่อที่ทำให้ไม่มีความสุขปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดี เกิดการเรียนรู้จากกลุ่ม มีการเลียนแบบอย่างที่ดีจากเพื่อนสมาชิก เมื่อมีการเรียนรู้จากกลุ่มแล้ว จะสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิต และเกิดทักษะในการแก้ไขปัญหา มีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (มนิรัตน์ เรืองโรจน์และ อภากร สุปัญญา, 2541)

ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับแนวคิดกระบวนการกลุ่มมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม เนื่องจากความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลพิจารณาและตัดสินใจที่จะปฏิบัติตน อีกทั้งการให้การสนับสนุนด้วยการใช้กระบวนการกลุ่มเป็นวิธีการให้ความรู้ในลักษณะการมีส่วนร่วม ให้ทุกคนมีโอกาสแสดงความรู้สึกนึกคิดของตน ได้แลกเปลี่ยนและรับฟังความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่นโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้ความรู้จะทำให้เกิดความเข้าใจเรื่องโรค การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน พร้อมกับการส่งเสริมสุขภาพจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

และการรับฟังปัญหาจากผู้ที่มีปัญหาคล้ายๆกัน รวมทั้งการได้รับการส่งเสริมหรือสนับสนุนจากสมาชิกกลุ่ม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทศนคติและพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคหรือทำให้บุคคลไม่มีความสุข ปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีและถูกต้องและสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองจากกลุ่ม ทำให้เกิดแนวคิดในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันและมีการเลียนแบบการปฏิบัติตัวที่ดีจากสมาชิกกลุ่ม และสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับนั้นมาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต มีทักษะในการแก้ปัญหา โปรแกรมนี้จะมีการพบผู้ป่วยเป็นกลุ่มๆ ละ 5-10 คน จำนวน 4 ครั้งๆละ 60 นาที แต่ละครั้งประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและประเมินปัญหา ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

การสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ทำความรู้จักคุ้นเคยกับสมาชิกกลุ่ม บอกถึงความรับผิดชอบในการดูแลช่วยเหลือในการส่งเสริมให้สมาชิกสามารถจัดการกับปัญหาอันเป็นต้นเหตุของภาวะซึมเศร้าได้ เตรียมความพร้อมก่อนการเริ่มกิจกรรม เพื่อเป็นการสร้างความเชื่อมั่นและเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน พร้อมทั้งประเมินปัญหาของสมาชิก

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที ประกอบด้วย

1) การจัดประสบการณ์การเรียนรู้แบบกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนและรับฟังปัญหาของผู้อื่น พร้อมทั้งเข้าใจปัญหาของตนเอง ร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหาตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล เพื่อส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสม โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยที่ผู้วิจัยทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิดเห็นและเชื่อมโยงประเด็นความคิดเห็น เพื่อให้เกิดความเข้าใจไปในทางเดียวกัน

2) การสอนเป็นรายกลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูล ครอบคลุมเนื้อหาสาระของภาวะหมดประจำเดือน โดยให้ความรู้ตามแผนการสอน 3 เรื่อง แบ่งสอนสัปดาห์ละเรื่อง ดังนี้ **สัปดาห์ที่ 1** สาเหตุของการเกิดภาวะหมดประจำเดือน อาการและอาการแสดง ผลกระทบที่เกิดจากภาวะหมดประจำเดือน ประกอบด้วย ระบบกระดูก ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบทางเดินปัสสาวะและระบบอวัยวะสืบพันธุ์ **สัปดาห์ที่ 2** แผนการสอนเรื่องการใช้ฮอร์โมนทดแทน ประกอบด้วย ข้อบ่งชี้ในการได้รับฮอร์โมน ข้อห้ามในการได้รับฮอร์โมน และชนิดของฮอร์โมน **สัปดาห์ที่ 3** แผนการสอนเรื่องการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การดูแลตนเอง ใน**สัปดาห์ที่ 4** ซึ่งเป็นครั้งสุดท้ายของโปรแกรมฯ เป็นการทบทวน สรุปแนวทางการแก้ปัญหาเพื่อนำไปใช้จริง Marram (1978) ได้กล่าวไว้ว่า การให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความเจ็บป่วย

และเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาทางจิตใจจากอาการทางกาย ดังนั้นการเรียนรู้แบบกลุ่มน่าจะส่งผลต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้าได้

3) สนับสนุนและชี้แนะ โดยผู้วิจัยส่งเสริมให้สมาชิกซักถาม แสดงความคิดเห็นเมื่อสิ้นสุดการสอน เพื่อทบทวนความรู้ เมื่อสมาชิกแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่ม ผู้วิจัยกล่าวชมเชยและสนับสนุนให้มีการนำความคิดเห็นนั้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์ และชี้แนะแนวทางการดูแลตนเองเพิ่มเติมในสิ่งที่สมาชิกให้ความสนใจ

4) การสร้างสิ่งแวดล้อม โดยผู้วิจัยจัดสภาพสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ แสดงความพร้อมและเต็มใจทุกครั้งที่มีการพบกันในกลุ่ม สร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้และความเป็นกันเอง โดยสร้างสัมพันธภาพทั้งระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก และระหว่างสมาชิกกับสมาชิก ซึ่ง Orem (2001) กล่าวว่า การสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเป็นการพัฒนาความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งปรับเปลี่ยนเจตคติ การให้คุณค่าต่อตนเอง ดังนั้นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในการเรียนรู้แบบกลุ่ม น่าจะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการรับรู้คุณค่าในตนเอง

ระยะที่ 3 ยุติกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 10 นาทีโดยผู้วิจัยสอน ทบทวนและ เปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้วิจัยชี้แนะ สนับสนุนให้กำลังใจ เพิ่มเติมข้อมูล ความรู้ในส่วนที่บกพร่อง รวมถึงเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และสรุปแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อนำไปใช้ในชีวิตจริง

สมมติฐานงานวิจัย

1. คะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนภายหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม
2. คะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน

ประชากร คือ สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน ที่มีอายุระหว่าง 45-55 ปี

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มารับบริการคลินิกวัยทอง โรงพยาบาล
ตำรวจ

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม

ตัวแปรตาม คือ ภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน หมายถึง สตรีที่อยู่ในช่วงที่รังไข่ทำงานน้อยลง มีประจำเดือน
มาไม่สม่ำเสมอ มีการเปลี่ยนแปลงของรอบเดือนทั้งจำนวนวันและปริมาณ จนกระทั่งเริ่มห่างและ
น้อยลง หรือประจำเดือนหมดตั้งแต่ 3-11 เดือนตามธรรมชาติ ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมดลูกหรือรัง
ไข่ออกไป

ภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน หมายถึง ภาวะที่หญิงวัยใกล้หมด
ประจำเดือนมีความรู้สึกทางด้านลบต่อตนเอง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิด
ความเบื่อหน่ายในชีวิต ไม่อยากทำกิจกรรม ไม่อยากเข้าสังคม สูญเสียอึดมโนทัศน์ กินไม่ได้ นอน
ไม่หลับ ไม่มีความสุขเป็นอยู่นานกว่า 2 สัปดาห์ รุนแรงถึงขั้นอยากตาย ซึ่งประเมินได้จากแบบคัด
กรองภาวะซึมเศร้า CES-D ของสถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทย
โดย วิไล คุปต์นิริติศัยกุล และพนมเกตุมาน(2540) ดัดแปลงใช้กับสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนโดย
ธัญญพร ซอบตรง (2549) ผู้ที่มีคะแนน 16 ขึ้นไปถือว่าภาวะซึมเศร้า

โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้าง
ขึ้นเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือนตามแนวคิดของ Orem (2001) ประกอบด้วย การ
สอน ชี้แนะ สนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อมเน้นเรื่องอาการและอาการแสดงของการหมด
ประจำเดือน การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม รวมถึงการส่งเสริมคุณค่าในตนเองโดยการแลกเปลี่ยน
ประสบการณ์ปัญหาและแนวทางการแก้ไข เพื่อให้รับรู้ว่าปัญหาไม่ได้มีเฉพาะตนเอง และทุกคน
สามารถแก้ไขปัญหาเหล่านั้นได้ ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978)
โดยดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆละ 5-10 คน สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 60 นาที โดยดำเนินการกลุ่มทั้งสิ้น 4
ครั้ง คือ

1. สร้างสัมพันธภาพ หมายถึง กิจกรรมพยาบาลที่ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ สร้าง
ความคุ้นเคยกับสมาชิก เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ประเมินปัญหาร่วมกัน ส่งเสริมให้สมาชิกแสดง
ความคิดเห็นได้อย่างอิสระ โดยขั้นตอนนี้เริ่มตั้งแต่เข้าร่วมกลุ่มครั้งแรกและกระทำทุกครั้งจนกว่า
จะสิ้นสุดโปรแกรมฯ แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 10 นาที

2. ดำเนินการ หมายถึง กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างสมาชิกเองและเพิ่มเติมความรู้โดยผู้วิจัย ดำเนินการโดยการสอน ชี้แนะ สนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งหมด 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 อภิปรายกลุ่มและให้ความรู้เรื่องสาเหตุ อาการและอาการแสดงของภาวะหมดประจำเดือน

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 อภิปรายกลุ่มและให้ความรู้เรื่องการใช้ฮอร์โมนทดแทน โดยเริ่มจากให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้ฮอร์โมนในมุมมองของแต่ละคน ร่วมกับการให้ความรู้ตามแผนการสอนโดยผู้วิจัย เปิดโอกาสให้ซักถาม

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 อภิปรายกลุ่มและให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองในวัยหมดประจำเดือน ให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนปัญหาในการดูแลตนเองและประสบการณ์การดูแลตนเองตามแนวทางของแต่ละคนเพื่อให้ความหลากหลายในการนำไปใช้ ร่วมกับการให้ความรู้ตามแผนการสอนโดยผู้วิจัย เปิดโอกาสให้ซักถาม

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 เป็นการทบทวน สรุปปัญหาและแนวทางการแก้ไขเพื่อนำไปใช้จริง ในสัปดาห์นี้ให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายปัญหาที่ยังคงต้องการการแก้ไขและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขโดยผู้วิจัยคอยให้คำชี้แนะและสนับสนุนแนวความคิดที่เหมาะสม เป็นการส่งเสริมคุณค่าในตนเองแก่สมาชิก เพื่อลดภาวะซึมเศร้า

3. ยุติกลุ่ม หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยสรุปปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาที่ได้รับจากกลุ่ม เปิดโอกาสให้สมาชิกประเมินผลความก้าวหน้าจากการเข้าร่วมกลุ่ม ส่งเสริมให้กำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

การดูแลตามปกติ หมายถึง การให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลจากพยาบาลประจำคลินิกวิทยาทองร่วมกับการสอนสุขศึกษาเรื่องอาการและการดูแลตนเอง ให้ดูวิดีโอการออกกำลังกายรวมถึงวิธีการปฏิบัติตัวทั่วไปและแจกคู่มือวัยหมดประจำเดือนประกอบด้วยรายละเอียดเรื่องอาการของวัยหมดประจำเดือน การดูแลตนเอง และฮอร์โมนที่จำเป็น

ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. ด้านผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ นำโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มมาใช้ในการพัฒนาบทบาทพยาบาลในการบำบัดภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน
3. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้และแสดงผลลัพธ์ของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม ซึ่งสามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบำบัดภาวะซึมเศร้า
4. ด้านการศึกษาพยาบาล เป็นการพัฒนาองค์ความรู้ในการนำไปวางแผนการเรียนการสอนในด้านการบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยฝ่ายกาย

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง(Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร รายงานวิจัย เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับสตรีวัยหมดประจำเดือน
2. ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
3. ภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือน
4. แนวคิดการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม
5. โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับสตรีวัยหมดประจำเดือน

ช่วงชีวิตของสตรีแบ่งเป็นวัยต่างๆ ตามระยะของระบบสืบพันธุ์ เริ่มจากวัยเด็กเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตของร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ จากวัยเด็กก้าวสู่วัยสาว (puberty) เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตเต็มที่ทางเพศ (sexual maturation) เริ่มแสดงลักษณะของความเป็นเพศหญิงชัดเจน คือ มีประจำเดือนครั้งแรก (menarche) อวัยวะสืบพันธุ์เจริญสมบูรณ์เต็มที่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ประจำเดือนเริ่มมีอย่างสม่ำเสมอและมีการตกไข่ เป็นช่วงเวลาที่พร้อมจะเจริญพันธุ์ได้ ต่อจากวัยนี้ก็เข้าสู่วัยเสื่อมของระบบสืบพันธุ์ (climacteric period) ในช่วงนี้รังไข่จะเริ่มทำงานลดลง การสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งเป็นฮอร์โมนเพศหญิงเริ่มลดลง เริ่มมีอาการของการหมดประจำเดือน ซึ่งระยะนี้อาจใช้เวลาหลายปี

ความหมาย

วัยหมดประจำเดือน หมายถึง วัยที่มีการสิ้นสุดของการมีระดูอย่างถาวรเนื่องจากการหยุดทำงานของรังไข่ ฮอร์โมนเอสโตรเจนมีระดับลดลง ส่งผลต่อความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดกลุ่มอาการที่เรียกว่า Menopausal Syndrome ได้แก่ อาการของระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคของระบบกระดูก การหมดประจำเดือนมีได้ 2 ลักษณะ คือ หมดประจำเดือนตามธรรมชาติ และหมดประจำเดือนจากการผ่าตัดมดลูกหรือรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง (WHO, 1980)

องค์การอนามัยโลก (1981) ให้ความหมายของการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะหมดประจำเดือน ดังนี้

1) ระยะก่อนหมดประจำเดือน (premenopause) หมายถึง ระยะที่สตรียังมีประจำเดือนมาเป็นปกติเนื่องจากยังมีฮอร์โมนคงที่ โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงของจำนวนหรือความถี่ของประจำเดือนในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยทั่วไปเกิดเมื่ออายุ 40-45 ปี

2) ระยะใกล้หมดประจำเดือน (perimenopause) หมายถึง ระยะที่มีความผิดปกติของประจำเดือน โดยมีการเปลี่ยนแปลงของจำนวนและระยะเวลาการมีประจำเดือน เช่น ประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ มากบ้างน้อยบ้าง ขาดหายไปบ้างแต่ไม่นานเกิน 12 เดือน เป็นระยะที่มีการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนน้อยลง ระยะนี้สตรีจะมีการผิดปกติ เช่น ร้อนวูบวาบ หงุดหงิด นอนไม่ค่อยหลับ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ วิดกกังวล ความต้องการทางเพศลดลง อารมณ์เปลี่ยนแปลง ท้องอืดเหงื่อออกมากตอนกลางคืน

3) ระยะหลังหมดประจำเดือน (postmenopause) หมายถึง ระยะที่ไม่มีประจำเดือนต่อเนื่องกัน 12 เดือน หรือนานกว่านั้นหลังจากมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย แสดงให้เห็นว่ารังไข่หยุดทำงานอย่างถาวร ระยะนี้อาจยังมีการของระยะใกล้หมดประจำเดือนอยู่

ในงานวิจัยนี้ให้หมายความว่า สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน หมายถึง สตรีที่มีการเปลี่ยนแปลงความสม่ำเสมอ ปริมาณ และจำนวนวันของประจำเดือนในระยะเวลา 3-11 เดือนที่ผ่านมา

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน

การเปลี่ยนแปลงในช่วงนี้เป็นระยะที่รังไข่เริ่มมีการชะลอการทำหน้าที่ มีการเปลี่ยนแปลงของจำนวนรังไข่และฟอลลิเคิล ฮอร์โมน และประจำเดือน(นิมิต เตชไกรชนะ, 2543) ดังนี้

1) การลดลงของจำนวนรังไข่และ follicle ตลอดจนระยะของวัยเจริญพันธุ์จะมีการตกไข่ 400-500 ใบ ในช่วงอายุ 37-38 ปี จะเริ่มมีการลดลงของ follicle รังไข่ตอบสนองต่อการกระตุ้นจาก Gonadotropin ลดลงและจะมีประจำเดือนที่ไม่มีการตกไข่มากขึ้น ทำให้ความสามารถในการเจริญพันธุ์ลดลงในช่วงนี้

2) การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน การลดลงและความเสื่อมของ follicle ทำให้รังไข่สร้าง Inhibin ซึ่งทำหน้าที่ยับยั้ง Follicle stimulating hormone (FSH) น้อยลง จึงทำให้ระดับ FSH เพิ่มขึ้นในระยะแรก กระตุ้นให้ follicle มีการเจริญเติบโตเร็วขึ้น ทำให้รอบประจำเดือนสั้นลง เมื่อมีการตอบสนองและ follicle ลดลงอย่างมาก รังไข่มีการตกไข่น้อยลง ทำให้รอบประจำเดือนยาวออกไป ระดับฮอร์โมน Estradiol จะลดลงในระยะเวลา 6-12 เดือน ก่อนที่รังไข่จะหยุดทำงาน

3) การเปลี่ยนแปลงของรอบประจำเดือน จากการเปลี่ยนแปลงข้างต้น จะพบว่าสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนมักจะมีประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ โดยอาจมาเร็วหรือถี่มากขึ้นในระยะแรก และเริ่มห่างออกไปจนกระทั่งไม่มีประจำเดือนในที่สุด สตรีมากกว่าร้อยละ 80 จะมีประจำเดือนไม่สม่ำเสมอประมาณ 4-5 ปีก่อนการหมดประจำเดือน จะมีเพียงร้อยละ 10 ที่ประจำเดือนหมดไปเลย โดยไม่มีรอบประจำเดือนผิดปกติมาก่อน (Kim, 1997 cited in ธีญญพร ชอบตรง, 2549)

อาการและอาการแสดง

อาการในระยะแรกเป็นกลุ่มอาการและความไม่สุขสบาย อาการในระยะหลังเป็นกลุ่มอาการทางกาย และยังมีอาการทางจิตใจ อาการทั้งหมดเกิดจากการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

อาการหมดประจำเดือนในระยะแรก (Short Term Sequel)(Speroff, 1994 cited in Leboeuf & Carter, 1996) มีอาการดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงของประจำเดือน เป็นอาการที่เกิดในช่วงแรก อาจไม่มีการตกไข่หรือมีแต่ไม่สม่ำเสมอ โดยมีการทำงานของคอร์ปัสลูเทียมบกพร่องและมีการสร้างโปรเจสเตอโรนน้อยลง ทำให้รอบประจำเดือนสั้นลงหรืออาจมีประจำเดือนกระปริดกระปรอย เมื่อรังไข่สร้างเอสโตรเจนน้อยลงมากจนไม่เพียงพอต่อการกระตุ้นการเจริญเติบโตของเยื่อบุโพรงมดลูกได้ ประจำเดือนจะเริ่มห่างไปเรื่อยๆจนหมดไปในที่สุด

2) อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เป็นอาการสำคัญที่พบมากและบ่งบอกว่าสตรีเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน จะมีการเปลี่ยนแปลงที่หลอดเลือดส่วนปลาย (Vasomotor instability) ทั้งมีการหดตัวและขยายตัวของหลอดเลือด ทำให้มีอาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออก (Night Sweats)

3) อาการทางจิตใจ กลุ่มอาการที่พบบ่อย คือ หงุดหงิด ขาดความมั่นใจ ขาดสมาธิ วิตกกังวล ซึมเศร้า นอนหลับไม่สนิท และความจำเสื่อม ซึ่งคิดว่าเป็นมาจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน นอกจากนี้ภาวะเครียดยังเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้อาการทางด้านจิตใจมีความรุนแรงมากขึ้น

4) อาการของระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ปริมาณเอสโตรเจนที่ลดลงทำให้เซลล์เยื่อบุช่องคลอดมีความหนาลดลง ทำให้ช่องคลอดบางลงและมีความเป็นด่างมากขึ้น ทำให้เชื้อโรคเติบโตได้ดี มีตกขาว มีการอักเสบ (กอบจิตต์ ลิ้มพยอม และอรรรณพ ใจสำราญ, 2537) ทำให้เจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ ท่อทางเดินปัสสาวะสั้นลง ทำให้มีอาการผิดปกติของการถ่ายปัสสาวะ ได้แก่ ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะลำบาก กลั้นไม่ได้ เวลาไอจามมักมีปัสสาวะเล็ด เนื่องจากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะและการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานลดลง

อาการหมดประจำเดือนในระยะหลัง (Long term Sequel)

1) เกิดโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) เกิดจากความบกพร่องของเอสโตรเจน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน เมตาโบลิซึม และการเปลี่ยนแปลงใน liquid & lipoprotein metabolism เป็นสาเหตุของการเกิด atherosclerosis ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจน้อยลง เกิด angina และ myocardial infarction สิ่งที่จะช่วยป้องกันภาวะนี้คือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นการช่วยให้การเผาผลาญดีขึ้น ระดับ HDL สูงขึ้น ควรรับประทานอาหารประเภทไขมันน้อยลงและบริโภคไขมันที่มาจากถั่วเหลือง อาหารประเภทกากใยสูง ผักสดใบเขียว เป็นต้น

2) ระบบโครงสร้างและกระดูก การขาดเอสโตรเจนทำให้การเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญแคลเซียมและฟอสฟอรัส เป็นสาเหตุให้เกิดการทำลายเนื้อกระดูก (bone resumption) มากกว่าการผลิตหรือการสร้างเนื้อกระดูก (bone formation) ทำให้สูญเสียมวลกระดูก การป้องกันภาวะกระดูกพรุนโดยใช้เอสโตรเจนทดแทนจะช่วยอุบัติการณ์ของกระดูกพรุนได้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะกระดูกพรุน ได้แก่ ประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคกระดูกพรุน ผู้ที่ไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายหักโหมมากเกินไป ดื่มสุราและดื่มกาแฟในปริมาณมาก ดังนั้นควรส่งเสริมให้สตรีวัยนี้รับประทานอาหาร เช่น ผักคะน้า ผักกระเฉด ถั่วเหลือง สะเดา ปลาเล็กปลาน้อยและผลไม้ เพราะเป็นอาหารที่มีแคลเซียมสูง

อาการทางจิตใจ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546)

การหมดประจำเดือนเป็นสัญลักษณ์ถึงการสิ้นสุดการสืบพันธุ์ สตรีบางรายที่ไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงนี้ เช่น กลัวการเสื่อมของร่างกาย สูญเสียความสาว ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตใจที่พบได้บ่อยในสตรีวัยหมดประจำเดือน ได้แก่ หงุดหงิดง่าย ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกเบื่อ ทำงานไม่ได้ ดึงเครียด เวียนศีรษะ นอนไม่หลับ กลัวการอยู่คนเดียว กังวลต่อการสูญเสียความสาว รู้สึกต่อตนเองในด้านลบ ร้องไห้อย่างไม่มีความเหตุ และเกิดภาวะซึมเศร้าได้

สตรีวัยหมดประจำเดือน หมายถึง ระยะเวลาก่อนหมดประจำเดือน จนกระทั่งภายหลังหมดประจำเดือนแล้วต่อเนื่องกัน 12 เดือน โดยมีการแบ่งเป็น ระยะเวลาก่อนหมดประจำเดือน ระยะเวลาใกล้หมดประจำเดือน และระยะหลังหมดประจำเดือน สาเหตุมาจากการลดระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจน มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในระยะแรก ได้แก่ ร้อนวูบวาบ ช่องคลอดขาดการยืดหยุ่น หงุดหงิด และเกิดภาวะซึมเศร้า อาการในระยะหลัง ได้แก่ การเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด กระดูกพรุน จากทฤษฎีกล่าวได้ว่า วัยหมดประจำเดือนเป็นวัยแห่งความเสื่อมด้านร่างกาย มีการสูญเสียในหลายๆด้าน ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

Beck et al. (1979) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคลทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของตนเอง ความคิดบิดเบือนในทางลบเหล่านี้จะมีเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไป คือ การด่วนลงความเห็นบนพื้นฐานข้อมูลไม่เพียงพอ (arbitrary inference) การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ (selective abstraction) การคิดและการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง (over generalization) การขยายย่อเติมหรือการตัดทอนเรื่องราว (magnification and minimization) การคิดเอนเอียงไปเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง (personalization) และการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าการคิดถึงข้อมูลทั้งหมด (dichotomous thinking)

Kaplan and Sadock (1989) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้ามีความหมาย 3 ด้าน คือ ด้านที่หนึ่งหมายถึงความรู้สึกเศร้า เสียใจ เมื่อสูญเสียบางสิ่งบางอย่างที่มีความสำคัญ ด้านที่สองหมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งมีความรู้สึกเศร้าใจ ไม่มีความสุข ทุกข์ทรมานจากเหตุการณ์ต่างๆ มีความคิดเชิงซ้ำ ไม่สนใจตนเอง ด้านที่สามภาวะซึมเศร้าเป็นการเรียกชื่อโรคหรืออาการของโรคที่มีลักษณะซึมเศร้า

WHO (2004) ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะผิดปกติทางด้านจิตใจมีอาการแสดงออก คือ มีอารมณ์เศร้า ขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ รู้สึกผิด รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ความอยากอาหาร การนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป ไม่มีแรง ขาดสมาธิ ซึ่งอาการดังกล่าว อาจเป็นเรื้อรังหรือหายแล้วเป็นซ้ำได้ (recurrent) ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมที่เป็นความรับผิดชอบของบุคคลนั้น

ศิริรัตน์ วิชิตตระกูล (2545) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะความรู้สึกรู้สึกที่เกิดจากกระบวนการทางปัญญาที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ตนไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งแสดงออกในลักษณะของความเบี่ยงเบนในด้านการคิดและการรับรู้ แรงจูงใจ ร่างกาย และพฤติกรรม ไม่สนใจ ทำกิจกรรม มีความคิดด้านลบเกี่ยวกับตนเอง มีพฤติกรรมถอยหนี เศร้าใจ เสียใจ ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไร้คุณค่า

ดวงใจ กษานติกุล (2542) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ใจ หมดอารมณ์สนุกสนานหรือหมดอาลัยตายอยาก เป็นอยู่ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนมีผลกระทบต่อกรเรียนหรือการงาน โดยมีอาการต่างๆเช่น รับประทานอาหารไม่ได้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด หมดอารมณ์ทางเพศ กระสับกระส่าย เชื่องช้า แยกตัว หลงลืม ขาดความมั่นใจ วิดก

กังวล ใจสั้น ตกใจง่าย ย้ำคิดย้ำทำ รู้สึกตนเองไร้คุณค่า หมดหวัง ทั้งที่ไม่มีปัญหาแต่คิดไปเองทำให้คิดฆ่าตัวตาย พบได้ถึงร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 15

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2553) กล่าวว่า โรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มอาการผิดปกติด้านอารมณ์ ซึ่งอาการสำคัญ ได้แก่ ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ หมดหวัง เชื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

ศิริพร จิรวัดนกุล (2546) ให้ความหมายว่า ภาวะซึมเศร้าทางจิตเวชศาสตร์มีความหมาย 3 นัย คือ นัยทางอารมณ์และความรู้สึก เช่นความรู้สึกเหงาหงอย เบื่อหน่าย เซ็ง ท้อแท้ ไม่มีกำลังใจ หมดหวัง นัยทางอาการ เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียว นอนผิดปกติ ใจลอย หลงๆ ลืมๆ เบื่ออาหาร เป็นต้น ส่วนนัยของการเป็นโรค คือภาวะซึมเศร้าที่แสดงถึงความเจ็บป่วยทางจิต เช่น โรคประสาท วิตกกังวล โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า เป็นต้น

US Department of Health and Human Service (1993) ให้ความหมาย ของภาวะซึมเศร้าว่าเป็นปฏิกิริยาต่อความสิ้นหวังและสูญเสีย เช่นผู้ป่วยทางกาย เกิดความทุกข์ทรมานทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ หากไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้เกิดการฆ่าตัวตายได้

Segal, Williams, & Teasdale (2002) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะจิตใจหดหู่ เศร้า ท้อแท้ หมดหวัง จนมีอาการผิดปกติที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าตามมา เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ รู้สึกไร้ค่า และเบื่อชีวิตไปจนถึงอยากตาย ซึ่งความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด มีผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมตนเอง และการดำเนินชีวิตประจำวัน

Grant (2004) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้า คือ มีอารมณ์ซึมเศร้าเกือบตลอดเวลา ไม่อยากทำอะไร น้ำหนักลดหรือเพิ่มขึ้นมาก นอนหลับยาก กล้ามเนื้ออ่อนแรง เหนื่อยล้า รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า รู้สึกผิด คิดซ้ำ สมาธิลดลง มีความคิดอยากตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย

Santrock (2003) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้า คือ ความมีปัญหาทางอารมณ์ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง การทำกิจวัตรบกพร่อง หมดหวัง ขากลำบากในการนอนหลับ เป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์

โดยสรุปจากทฤษฎีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่คนมีความรู้สึกทางด้านลบต่อตนเอง ส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความเบื่อหน่ายในชีวิต ไม่อยากทำกิจกรรม ไม่อยากเข้าสังคม สูญเสียอึดมโนทัศน์ กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ไม่มีความสุขเป็นอยู่นานกว่า 2 สัปดาห์รุนแรงถึงขั้นอยากตาย

2.2 สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้า (Sudak, 2009)

2.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา

1) ทฤษฎีชีวเคมี (Biochemical Theory) โรคซึมเศร้าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงชีวเคมีของสมอง (Schildkraut cited in ชาลินี สุวรรณยศ, 2542) ชิลด์ครอทได้ตั้งสมมติฐานที่เรียกว่าสมมติฐานแคทีคอลามีน(catecholamine) กล่าวว่าโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการลดระดับของสารสื่อประสาทในสมอง กลุ่มแคทีคอลามีน ได้แก่ นอร์อิพิเนฟริน(norepinephrine) โดปามีน(dopamine) และซีโรโทนิน(serotonin) โดยเฉพาะอย่างยิ่งนอร์อิพิเนฟริน สาเหตุการลดของสารสื่อประสาทกลุ่มแคทีคอลามีนนั้น อาจจะเนื่องมาจากพันธุกรรมองค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม หรืออาจจะเกิดจากกระบวนการภายในร่างกายเอง คือ นอร์อิพิเนฟริน มีการแพร่กระจายไปที่อื่นๆ หรือเกิดการดูดซึมกลับหรือถูกเผาผลาญไปก่อนโดยสารกลุ่มนี้จะลดลง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

2) ทฤษฎีพันธุกรรม (Genetic Theory) กล่าวว่า การเกิดโรคซึมเศร้าว่าเป็นลักษณะความบกพร่องทางพันธุกรรม โดยถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งสู่อีกรุ่นหนึ่ง เช่น โรคจิตซึมเศร้าชนิด 2 ขั้ว(manic-depressive psychosis) ซึ่งเป็นโรคที่มีความรู้สึกลบอย่างมากระหว่างอาการซึมเศร้าในขั้นรุนแรงเกิดสลับกัน เป็นต้น จากการศึกษาพบว่าแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า โอกาสที่แฝดอีกคนจะเกิดโรคซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 70 ถ้าเป็นแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบโอกาสที่จะเกิดโรคซึมเศร้าจะพบประมาณร้อยละ 14 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) การที่แฝดไข่ใบเดียวกันมียีนคล้ายกันจึงพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น แสดงว่าพันธุกรรมเป็นหนึ่งปัจจัยของโรคซึมเศร้า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543)

2.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory) อธิบายว่า โรคซึมเศร้าเกิดจากความขัดแย้งภายในจิตสำนึก มีสาเหตุมาจากความคับข้องใจในระยะปาก (oral stage) อาจเป็นสาเหตุให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตนเอง(narcissistic personality) เมื่อมีการสูญเสียทั้งที่สูญเสียจริงหรือสูญเสียที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยเข้าไปเอง มีผลทำให้ตัวตน(ego) ต่ำลง ซึ่งตัวตนเป็นตัวกลางในการแสดงออกของบุคลิกภาพ เป็นที่ตั้งของสติ เป็นสื่อกลางระหว่างสัญชาตญาณกับสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยการรับรู้(perception) ความจำ(memory) การตัดสินใจ(judgement) ความมีเหตุผล(reasoning) การแก้ปัญหา(problem solving) และการตัดสินใจในการกระทำ(decision making) เกี่ยวข้องกับความมีเหตุผล(logical) ความถูกต้อง(correct) เมื่อความเป็นตัวตนลดลงจึงไม่สามารถที่จะปลดปล่อยตนเองออกจากความซึมเศร้า และความรู้สึกสูญเสีย ขาดความสามารถใน

การควบคุมตนเอง ไม่สามารถจัดการกับความเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญได้ ทำให้เกิดความคิดในทางลบ ต่อตนเอง

2) ปัจจัยด้านวัฒนธรรม(Cultural Factors) ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นกับคนทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น มีความแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมวัฒนธรรม บางวัฒนธรรมเรียกว่า “stoic” กลุ่มชาวนา Midwestern ชาว Amish และชาวยุโรปตอนกลางจะไม่ใช้วิธีรายงานอาการของภาวะซึมเศร้า แต่จะใช้การรายงานในด้านอารมณ์ และต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ศาสนา หรือด้านจิตวิญญาณมากกว่าผู้เชี่ยวชาญ ประเทศแถบเอเชียมองภาวะซึมเศร้าว่าเกี่ยวข้องกับทั้งทางกายและจิตแบบองค์รวม เพศก็มีความเปราะบางต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า (Lewin, 2003) จะเห็นว่าความแตกต่างของวัฒนธรรมทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในลักษณะที่แตกต่างกัน และยังมีความต้องการการรักษาที่แตกต่างกันอีกด้วย

3) ทฤษฎีพฤติกรรมความคิด (Cognitive- Behavior Theories) เริ่มในปี 1970 มีการประยุกต์จากรูปแบบการเรียนรู้ (Learning models) ต่อปรากฏการณ์การเกิดโรคซึมเศร้า รูปแบบสำคัญที่ใช้อธิบายการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ รูปแบบพฤติกรรม (Behavior models) เช่น พฤติกรรมการเสริมแรง(Reinforcement theory) รูปแบบภาพการคิด (Cognitive perspective) เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้การหมดหนทางแก้ไข (Learning helplessness theory) และพัฒนาต่อมาเป็นทฤษฎีการรู้คิดของเบค (Beck's cognitive theory) ดังรายละเอียด

ก) อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement theory) โดย Peter (1974) อธิบายว่า อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการสูญเสียแหล่งของแรงเสริมทางบวกที่สำคัญในชีวิตของบุคคลหรือมีอัตราสูงของการเกิดประสบการณ์ที่ขัดแย้ง อารมณ์ซึมเศร้าทำให้มีการลดลงของการเกิดพฤติกรรม เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ความสิ้นหวังและเชื่อว่าทำให้ระดับการทำหน้าที่ลดลง (Lewin, 2003)

ข) อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการเรียนรู้มาก่อนสภาพอย่างนั้นหมดหนทางแก้ไข (Learned helplessness) พฤติกรรมที่แสดงว่าหมดหนทางแล้ว ประกอบด้วย การอยู่เฉยๆ ไม่รุกถอนตัว และทำกิจกรรมลดลง หดกำลังใจ ใจไม่สู้ หดความกระตือรือร้น เนื่องจากประสบการณ์ล้มเหลว ผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่า (ดวงใจ กษานดิกุล, 2542)

ค) ทฤษฎีการรู้คิด (Cognitive theory) โรคซึมเศร้าเป็นผลจากกระบวนการคิดในแง่ลบของบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้ตนเอง การรับรู้สภาพแวดล้อม และสภาพการณ์ในอนาคต ความคิดในแง่ลบนี้ก่อให้เกิดรูปแบบทางการคิดในแง่ลบของบุคคล เมื่อใดที่บุคคลเผชิญปัญหาหรือ

ประสบการณ์ที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ รูปแบบการคิดในแง่ลบนี้จะกระตุ้นให้เกิดความคิดในแง่ลบ และมีผลในการให้ความหมายที่บิดเบือนไปมากกว่าบุคคลอื่น (Lewin, 2003)

2.3 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า (ดวงใจ กษานติกุล, 2542)

อาการหลักของภาวะซึมเศร้ารุนแรง คือ อารมณ์เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข ร่วมกับมีอาการอื่นๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติของผู้ป่วย อาการเป็นอยู่เกือบตลอดเวลา นานกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งมีอาการอื่นร่วมด้วย

2.3.1 อาการเบื่อ หมดความสนใจหรือหมดอารมณ์เพลิดเพลิน (anhedonia) ไม่สนใจหรือรู้สึกสนุกในกิจกรรมที่เคยชอบ เย็นชา หมดสนุกทั้งที่พยายามฝืนใจ สีหน้าเคร่งเครียด

2.3.2 รู้สึกเบื่ออาหาร ไม่มีความรู้สึกหิว ฝืนใจรับประทานอาหาร น้ำหนักลด และผอมลง

2.3.3 อาการนอนไม่หลับ นอนไม่หลับตั้งแต่นอนหลับยากหรือนอนไม่หลับระยะต้น (initial insomnia) หรือนอนหลับง่ายใช้เวลาไม่นานแต่หลับๆตื่นๆทั้งคืน (total insomnia) อาการนอนไม่หลับที่เป็นรูปแบบของโรคซึมเศร้า (depressive insomnia) คือ หลับง่าย แต่มักรู้สึกตัวตื่นเช้ากว่าปกติ 2-3 ชั่วโมง (terminal insomnia) ไม่สามารถหลับต่อได้อีกเลย

2.3.4 พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ กระวนกระวายทั้งกายและใจ (agitation) เชื่องช้าเชื่องซึม (retardation) พูดช้าๆเสียงเบาๆ หรือพูดน้อยลงมาก (poverty of speech) อยู่ในท่าไหลค่อม คอดคก สีหน้าเฉยเมยหรือหน้านิ่งวิงววด ยากล้าบากในการทำกิจวัตร

2.3.5 ความรู้สึกผิดโทษตัวเอง ตั้งแต่รู้สึกไร้ความสามารถ ไปจนกระทั่งไม่เห็นคุณค่าในตนเอง มักจะคิดซ้ำเติมตนเอง คิดว่าตนเองโง่หรือเลว ทำให้ยิ่งมองตนเองไปในด้านลบมากขึ้น ความภาคภูมิใจในลดลง ขาดความมั่นใจในตนเองอย่างมาก

2.3.6 อาการไม่มีสมาธิ ความคิดซ้ำ ซ้ำลิ้ม เนื่องจากขาดสมาธิ อาการคล้ายความจำเสื่อมแต่ไม่พบว่าสูญเสียความจำ อาการขาดสมาธิเป็นอาการที่พบได้บ่อย มีความรุนแรงหลายระดับตั้งแต่การทำกิจวัตรประจำวัน จนถึงขั้นมีอาการเหมือนความจำเสื่อม

2.3.7 อาการคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับความตาย อาจมีตั้งแต่รู้สึกกลัวตาย คิดถึงหรือฝันถึงญาติหรือเพื่อนที่ตายแล้ว พบได้ในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับรุนแรงเกือบทุกคน คิดว่าการตายเป็นทางออกที่ดีสำหรับตัวผู้ป่วยเองหรือกับบุคคลที่ผู้ป่วยรักใคร่

2.3.8 อารมณ์แปรปรวนตามเวลาของวัน คือมีอารมณ์เศร้ามากที่สุดช่วงเช้าตรู่ และอารมณ์ดีขึ้นช่วงเช้าน้อยหรือค่ำ สาเหตุจากมีการเปลี่ยนแปลงของระดับ Cortisol ในพลาสมา ซึ่งหลังออกมาสูงสุดในช่วงเวลาเช้าตรู่ ประมาณ 4-5 นาฬิกา และลดระดับต่ำที่สุดช่วงเย็น

2.4 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ แบ่งผลกระทบออกเป็น 2 ทางคือ ผลกระทบทางตรงและผลกระทบทางอ้อม (Katz, 1996)

2.4.1 ผลกระทบทางตรง

- 1) ความสามารถในการตัดสินใจในปัญหาต่างๆ ลดลง ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ฆ่าตัวตาย
- 2) สูญเสียสมาธิ มีอาการหลงลืม ไม่สามารถสนใจสิ่งใดได้นาน ถูกรบกวนด้วยความคิดแปลกๆ ได้ง่าย ความจำเสื่อม
- 3) ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ง่าย พบว่าภาวะซึมเศร้า รุนแรง จะทำให้มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของเซลล์ที่หน้าหน้าชื่อ โรคมตามธรรมชาติ (Natural killer cell)

2.4.2 ผลกระทบทางอ้อม

- 1) ขาดสารอาหาร เนื่องจากบุคคลที่อยู่ในภาวะซึมเศร้าจะมีความอยากอาหารลดลงหรือปฏิเสธการรับประทานอาหาร ทำให้มีการขาดสารอาหาร รุนแรง ท้ายที่สุดอาจเกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้น
- 2) ความเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ การมีชีวิตสั้นลงเนื่องจากขาดความสนใจในเรื่องต่างๆ เช่น ไม่ใส่ใจดูแลตนเอง ไม่ออกกำลังกาย ไม่สนใจติดตามผลการรักษา รวมถึงการปฏิเสธการรักษาและปฏิเสธยา
- 3) อุบัติเหตุ ภาวะซึมเศร้าทำให้บุคคลมีความตื่นตัวลดลง ไม่ใส่ใจหรือไม่สนใจสิ่งรอบตัว ขาดแรงจูงใจในการเฝ้าระวังอุบัติเหตุ
- 4) ร่างกายทรุดโทรม เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะนอนหลับได้ไม่ดี ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า
- 5) สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากเมื่อบุคคลมีภาวะซึมเศร้าจะเกิดการแยกตัวเอง ไม่สนใจบุคคลอื่น มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมและมองโลกในแง่ลบ
- 6) ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ขาดสมาธิ บกพร่องในด้านการพูด

2.5 การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาของความรู้สึกที่มีความซับซ้อน พยาบาลต้องมีความเข้าใจในกระบวนการ เลือกชนิดของการรักษา มีการวางแผนให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าเน้นหลักสำคัญ ได้แก่ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2553)

2.5.1 การป้องกันอันตราย ผู้ที่มีอารมณ์เศร้ามีแนวโน้มในการทำร้ายตนเองสูง ทั้งในภาวะรู้ตัวและไม่รู้ตัว พยาบาลต้องดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ปลอดภัยจากสิ่งที่เป็นอันตรายที่อาจเป็นอาวุธในการทำร้ายตนเอง

2.5.2 การใช้เทคนิคการสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ระบายความคับข้องใจ

2.5.3 การสอนรูปแบบต่างๆ เช่น สอนการปรับตัวต่อปัญหา การปรับตัวในสังคม การพัฒนาพฤติกรรม ฝึกการผ่อนคลาย รวมทั้งฝึกทักษะการเผชิญปัญหา

2.5.4 การให้คำปรึกษา เน้นการให้คำปรึกษาด้านการปรับตัว การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหา รวมทั้งการดำเนินชีวิต

2.5.5 การพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสม การฝึกและฟื้นฟูทักษะในการดำเนินชีวิต ฝึกพฤติกรรมที่เหมาะสม

2.5.6 การแนะนำแหล่งบริการที่สามารถขอรับบริการได้สะดวก

2.6 เครื่องมือที่ใช้ประเมินความซึมเศร้าที่นิยมใช้ และเป็นที่ยอมรับในประเทศไทย เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากต่างประเทศ ได้แก่

1) Hamilton Rating Scale For Depression (HRS-D or HAM-D) (วัชชัย วรพงษ์และคณะ, 2533) สร้างโดย Hamilton เพื่อใช้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามระดับความรุนแรงของโรค เป็นประโยชน์ต่อการทำนายผลการรักษาแปลเป็นภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูลและคณะ (2539) และนำมาทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการในกลุ่ม depressive disorder จำนวน 50 ราย ทดสอบความแม่นยำโดยเปรียบเทียบกับ global assessment scale วิเคราะห์ทางสถิติเพื่อดูความแม่นยำและความสอดคล้องภายใน พบว่ามีความเชื่อมั่นภายในเท่ากับ 0.87 ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 21 ข้อ วัดภาวะซึมเศร้า 17 ข้อ และวัดอาการอื่นอีก 4 ข้อ ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ข้อจำกัดของแบบสัมภาษณ์นี้คือ ผู้สัมภาษณ์ต้องมีความชำนาญในการสังเกตและตัดสินใจอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยและต้องได้รับการฝึกอบรมมาก่อน ข้อดีของแบบสัมภาษณ์นี้คือ จำนวนข้อคำถามไม่มาก และง่ายในการทำ มีความแม่นยำในการวัดการ

เปลี่ยนแปลงสูง มีข้อจำกัดคือ มีข้อคำถามที่มีอาการทางด้านร่างกายมาก (9 ใน 17 ข้อ) ทำให้พบความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าปกติ จึงเหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและ ผู้สูงอายุ และแบบประเมินนี้จะสังเกตสภาพการณ์ของผู้ป่วยย้อนหลัง 1 สัปดาห์ ทำให้ไม่สามารถใช้ประเมินซ้ำได้บ่อย

2) Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) สร้างโดย Montgomery และ Asberg ในปี 1979 เพื่อใช้ประเมินผลการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยยาต้านอาการเศร้า หรือดูประสิทธิภาพของยา นำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการซึมเศร้า จำนวน 70 ราย พบว่า ค่าความถูกต้องของเนื้อหาอยู่ในระดับ 0.6-1.0 ความสอดคล้องภายใน (Inter consistencies) ของแบบวัด มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.8048 ข้อคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อ มีระดับความรุนแรง 0-6 ไม่มีข้อคำถามเกี่ยวกับอาการทางกาย แบบประเมินนี้มีความแม่นยำเหมาะต่อการนำไปใช้ในเวชปฏิบัติ บุคลากรที่ไม่ใช่จิตแพทย์ เช่น พยาบาล นักจิตวิทยาคลินิก แต่แบบประเมินนี้ยังไม่ครอบคลุมนิยามภาวะซึมเศร้าที่ใช้ในปัจจุบันและไม่มี การกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนในการประเมินอาการซึมเศร้าที่ผู้ป่วยแสดงออก

3) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (ธนา นิลโกวิทย์และคณะ, 2539) สร้างโดย Zigmond และ Snaith ในปี ค.ศ 1983 เพื่อคัดกรองภาวะอารมณ์แปรปรวน (Mood disorder) ในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางกาย ใช้ได้ทั้งผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในชุมชน ข้อคำถามเน้นสิ่งรบกวนทางอารมณ์มากกว่าอาการทางกาย จึงสามารถแยกอาการทางจิตเวชออกจากอาการเจ็บป่วยทางกายได้ แบบประเมินนี้จะไม่ครอบคลุมภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยของคู่มือการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตครั้งที่ 4 (DSM-IV) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน แต่ให้ความสำคัญกับอาการแสดงของความรู้สึกไม่มีความสุข (Anhedonia) มากกว่า อารมณ์เศร้า (Sadness) ไม่มีข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย ความรู้สึกผิด ความหมดหวัง การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.90 แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลโกวิทย์และคณะ (2539) คือ Thai Hospital Anxiety and Depression (Thai-HADS) นำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 60 ราย พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น ได้แก่ ค่าความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของ 2 sub-scale อยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8551 สำหรับ Anxiety subscale และ 0.8259 สำหรับ Depression sub-scale ข้อดีของแบบสอบถามนี้ คือ เป็นเครื่องมือที่กะทัดรัด จำนวนข้อคำถามมี 14 ข้อ การใช้คะแนนคิดแบบ Likert scale คะแนนรวม 21 คะแนน โดยมีคะแนนข้อละ 0-3 คะแนน และมีความแม่นยำ

และความเชื่อถือได้อยู่ในเกณฑ์ดี สามารถบอกถึงระดับความรุนแรงของอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า สามารถแยก 2 ปัจจัยได้ชัดเจน

4) Zung Self Rating Depression Scale (Zung SDS) สร้างในปี 1965 เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะเมื่อทดสอบประสิทธิภาพยา เนื้อหาของคำถามเน้นการประเมินความไม่สมดุลด้านอารมณ์ (Affect disturbance) ด้านร่างกาย (Physical disturbance) ด้านระบบประสาทควบคุมการทำงานของร่างกาย (Psychomotor disturbance) และด้านจิตใจ (Psychological disturbance) และแบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ Test-retest และ Split-half reliability เท่ากับ 0.73 แบบสอบถามนี้ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย โดย นันทิกา ทิวาชาติและคณะ(2533) แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 20 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 ตามระดับความรุนแรงของอาการเป็น 4 ระดับ เวลาที่ใช้ในการตอบคำถามประมาณ 10-15 นาที ผู้ตอบอาจเป็นประชาชน ผู้ป่วยจิตเวช ข้อดีของแบบสอบถามนี้คือ สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ ที่จะแสดงให้เห็นในระยะสั้นๆ ในระยะแรกนิยมใช้วัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แต่ในระยะหลังแบบประเมินนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยมเนื่องจากไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร

5) Beck Depression Inventory (BDI) สร้างขึ้นโดย Beck ในปี 1961 บนพื้นฐานของทฤษฎีการปรับพฤติกรรมและได้พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 21 ข้อคำถาม แบ่งคะแนนตั้งแต่ 0-3 ซึ่ง 15 ข้อแรกเป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางจิตใจ และอีก 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการทางร่างกาย ข้อคำถามมีเนื้อหาครอบคลุมค่านิยมความซึมเศร้าของ Beck ข้อดีของแบบสอบถามนี้คือมีจำนวนข้อคำถามไม่มาก เข้าใจง่าย ใช้เวลาทำไม่มากและประเมินซ้ำได้ สอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นไม่เกิน 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงปกติ (Normal range) ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression) ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Mild-moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับมาก (Moderate-severe depression) และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression)(ถัดดา แสนลีหา, 2536)

6) Center of Epidemiological Study Depression Scale (CES-D) สร้างโดย Radloff โดยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ Beck, Raskin, Zung และ Multiphasic Personality Invention Depression Scale ประกอบด้วยอาการอารมณ์เศร้า 4 ด้าน คือ ความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด (Cognitive beliefs) อารมณ์ ความรู้สึก (Affect feelings) พฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral manifestation) และอาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (Somatic disturbance) จุดประสงค์เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ข้อดีของแบบวัดนี้คือ สะดวกต่อการนำไปใช้ ประหยัดเวลาและ

ค่าใช้จ่าย สะดวกต่อการแปลผล ข้อจำกัดคือ ไม่สามารถแยกแยะได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นแบบเฉียบพลันโดยไม่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตมาก่อนหรือเป็นภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตหรือเป็นผลจากการเจ็บป่วยอย่างอื่น แบบสอบถามนี้แปลเป็นภาษาไทยโดย ธวัชชัย วรพงษ์ และคณะ(2533) ทดสอบความเที่ยงได้ใกล้เคียงกับต้นฉบับ คือ 0.86 โดยการทดลองใช้กับนักศึกษาวิทยาลัยครูและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นวัยรุ่น แต่ได้ค่าเฉลี่ยของผู้ที่มีสุขภาพจิตปกติสูงกว่าต้นฉบับ วิเคราะห์องค์ประกอบพบว่าเครื่องมือมีโครงสร้างไม่ชัดเจน จึงมีการนำมาศึกษาในบุคลากร โรงพยาบาลศิริราช และผู้ป่วยจิตเวชโดย วิไล คุปต์นิริศชัยกุล และพนม เกตุมาน(2540) ได้ค่าความไวและความจำเพาะเท่ากับ 93.33 และ 94.2 ตามลำดับ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.9154

7) Mood Assessment Scale (MAS)หรือGeriatric Depression Scale (GSD) (อรวรรณ ลีทองอินทร์, 2535) สร้างโดย Yesavage และคณะในปี 1983 มีข้อคำถาม 15 ข้อ แปลเป็นภาษาไทยโดย อรวรรณ ลีทองอินทร์ (2535) พัฒนาเป็นแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หรือ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) (นิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ, 2537) เนื้อหาเน้นการประเมินภาวะซึมเศร้า ด้านอารมณ์ (Emotion) ความคาดหวังด้านลบ (Negative will) การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย (Psychomotor) การรู้คิด (Cognitive) และการแยกตัว (Isolate) แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ฉบับ คือ ฉบับ 30 ข้อ และ ฉบับ 15 ข้อ เหมาะสำหรับใช้กับผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องระดับหนึ่ง (Limit cognitive impairment) และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อย (Limit formal education) มีค่าความเชื่อมั่น(Reliability) ด้วยวิธีหาค่าความคงที่ภายใน (Internal consistency) เท่ากับ 0.94 หาค่าความคงที่ภายนอก ด้วยวิธี Test-retest reliability เท่ากับ 0.85 มีความเที่ยงตรงตาม Research Diagnosis Criteria (RDC) ข้อดีของแบบสอบถามนี้คือ สะดวกแก่การนำไปใช้ เข้าใจง่าย ข้อจำกัดคือ ไม่สามารถใช้ประเมินในผู้ที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด อ่านหนังสือไม่ได้ ขาดทักษะในการเขียน บกพร่องทางการรับรู้และสติปัญญา

8) Thai Depression Inventory (TDI) (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่ให้ผู้ป่วยตอบเอง พัฒนามาจากแบบสอบถามที่ใช้กันมากในตะวันตก คือ Beck Depression Invention(BDI), Zung Self Rating Depression Scale(SDS), Montgomery Asberg Depression Rating Scale, Hospital Anxiety Anxiety and Depression Scale, Structure Interview Version of the Hamilton Depression Rating Scale และอิงจากการศึกษาเรื่องอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามารชิบัติ จำนวน 50 ราย โดยใช้ Hamilton Rating Scale for Depression เป็นเครื่องมือเปรียบเทียบ พบว่าความสอดคล้องภายในอยู่ในเกณฑ์ดี ค่าสัมประสิทธิ์

ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.858 และ concurrent validity Spearman-Brown formula เท่ากับ 0.7189 ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ มีคะแนนตั้งแต่ 0-3 โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามสำรวจใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาแล้วเลือกตอบข้อที่ตรงกับความรู้สึกหรืออาการตนเองมากที่สุด ข้อดีของแบบสอบถามนี้คือ เข้าใจง่าย สะดวกในการนำไปใช้ ใช้เวลาน้อย และมีความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี

9) Health- Related Self-Reported Scale (HRSR) : The Diagnosis Screening Test for Depression in Thai Population (ดวงใจ กสานติกุล และคณะ, 2540) เป็นแบบประเมินเพื่อหาโรคซึมเศร้าในประชากรไทย สร้างโดย ดวงใจ กสานติกุล (2540) แต่ไม่เรียกว่าแบบประเมินภาวะซึมเศร้า เพื่อป้องกันการปิดบังอารมณ์ ความรู้สึกที่แท้จริงของผู้ตอบ ใช้ในการวินิจฉัยและคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชากรไทยในชุมชนได้ มีข้อคำถาม 20 ข้อ แยกเป็นอาการทางกาย อาการทางความคิด และอาการทางอารมณ์ มีข้อคำถามที่เป็นบวก 3 ข้อ เพื่อแยกบุคคลทั่วไปออกจากผู้ป่วยที่มีอารมณ์เศร้า คิดคะแนนจากไม่มีอาการเลย เท่ากับ 0 คะแนน และมีอาการบ่อยๆเท่ากับ 3 คะแนน มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91 สำหรับค่า specificity และ sensitivity พบว่าการใช้จุดตัดคะแนนที่ 30 คะแนน จะได้ specificity 90.2 และ sensitivity 85.3 สำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง(Major depression) การใช้จุดตัดคะแนนที่ 25 คะแนนจะได้ค่า specificity สูงขึ้น (93.4) แต่ sensitivity ต่ำลง(75.1) สามารถใช้บอกถึงผู้ป่วยที่มีแนวโน้มมีภาวะซึมเศร้าหรือโรคทางจิตอย่างอื่นได้ ข้อดีของแบบสอบถามนี้คือ เข้าใจง่าย สะดวกในการนำไปใช้ และใช้เวลาน้อย ไม่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม มีค่าความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ดี แปลผลง่าย

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า CES-D ของสมาคมสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย วิไล กุปต์นิริติชัยกุล และพนม เกตุมาน (2540) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ให้คะแนนตามความถี่ที่เกิดขึ้นในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา สะดวกต่อการนำไปใช้ ประหยัดเวลา เหมาะกับผู้ป่วยฝ่ายกาย และได้มีการนำไปใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยหมดประจำเดือนแล้วโดย ธัญพร ชอบตรง (2549) จึงจะมีความเหมาะสมต่อการใช้ในการงานวิจัยฉบับนี้มากที่สุด โดยกำหนดเกณฑ์ที่คะแนน 16 ขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า

3. ภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือน

สตรีวัยหมดประจำเดือนมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง รัชัญพร ชอบตรง (2549) พบภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนร้อยละ 37.27 การศึกษาของกัลยา แซ่เอี้ยว(2539) พบภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนร้อยละ 26.8 และการศึกษาของสุนนา ชมพูทวีปและคณะ (2537) พบภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนร้อยละ 8.7 สอดคล้องกับ Binfa et al., 2004 พบภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนร้อยละ 23.4

สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือนยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน มีการศึกษาพบปฏิกริยาระหว่างการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนและปัจจัยทางด้านสังคม (นันทิกา ทวีชาชาติ และศิริลักษณ์ สุภปิติพร, 2543) ดังนี้

3.1 ปัจจัยทางชีวภาพ การเสื่อมลงของการทำหน้าที่ของรังไข่ อาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงในสมอง โดยเฉพาะไฮโปธาลามัส ส่งผลต่อการการเปลี่ยนแปลงระดับสเตียรอยด์ และการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ เนื่องจากมีระดับเอสโตรเจนหรือโปรเจสเตอโรนลดลง มีการเพิ่มของ Follicle stimulating hormone ลดลง หรือแสดงให้เห็นถึงความไม่สมดุลในสมองส่วนที่ควบคุมการทำงานของรังไข่ (Hypothalamic pituitary gonadal axis) ส่งผลกระทบต่อเมตาบอลิซึมของเอมีน ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ในวัยหมดประจำเดือน อาการทางจิตใจที่เกิดขึ้นช่วงนี้เป็นการแสดงออกขั้นทุติยภูมิของอาการผิดปกติทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ร้อนวูบวาบ เหงื่อออก อธิบายได้ด้วยทฤษฎีโดมิโน (Domino theory) คือ อาการร้อนวูบวาบกลางคืน ทำให้ผู้ป่วยต้องตื่นกลางคืน นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย หงุดหงิดและกระสับกระส่าย

Collin (2000) พบว่า สภาวะฮอร์โมนเอสโตรเจนในระหว่างหมดประจำเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบของภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับซีโรโทนินที่ลดลงในช่วงการหมดประจำเดือนมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ แต่ไม่สามารถอธิบายได้ว่าเหตุใดสตรีที่อยู่ในภาวะหมดประจำเดือนหลายคนจึงไม่เกิดภาวะซึมเศร้าเหมือนกัน จึงพอสรุปได้ว่าฮอร์โมนไม่ใช่สาเหตุหลักที่ทำให้สตรีวัยหมดประจำเดือนเกิดภาวะซึมเศร้า แต่ทำให้มีความไวต่อความรู้สึก (Sensitivity) มากกว่าปกติ และพบว่าฮอร์โมนเอสโตรเจนช่วยกระตุ้นให้มีการหลั่งสารแคทีโคลามีน มีผลทำให้อาการซึมเศร่าลดลง ดังนั้นจึงควรให้สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีอารมณ์ซึมเศร้าและมีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำกว่าปกติได้รับฮอร์โมนทดแทน (Hormone Replacement Therapy หรือ HRT) เมื่อการรักษาวิธีอื่นไม่ประสบความสำเร็จ

3.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ

อธิบายการหมดประจำเดือนตามทฤษฎีด้านจิตใจคือการสูญเสีย (Psychological loss theory) โดยมองว่าความสามารถในการเจริญพันธุ์และความเป็นหญิงมีความสำคัญมากในชีวิต ความเป็นหญิง เนื่องจากเอกลักษณ์ของความเป็นหญิง (Feminine identity) ถูกมองว่าพัฒนามาเพื่อชดเชยในบางสิ่งที่หายไปหรือมีความบกพร่อง ดังนั้นเมื่อมีการสูญเสียความสามารถนี้จึงเปรียบเหมือนสูญเสียความหมายของชีวิต การหมดประจำเดือนถูกมองว่าเป็นช่วงเวลาของการถดถอยหรือการดึงจุดทางเพศลดลง เป็นช่วงเวลาของความผิดหวังและเสียใจ จึงส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้หญิงซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและสูญเสียความภาคภูมิใจ การปรับตัวของสตรีวัยหมดประจำเดือนต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น สัมพันธภาพชีวิตสมรส การดูแลเอาใจใส่ทางจิตใจของคนในครอบครัว รูปแบบการปรับตัวที่ผ่านมา

3.3 ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม

เป็นการเปลี่ยนแปลงของบทบาทและเจตคติ มุมมองของสังคมต่อภาวะหมดประจำเดือน มี 2 ด้าน คือ มุมมองด้านหนึ่งเห็นว่า ผลของการหมดประจำเดือนเกิดจากความเชื่อที่ผิด มีผลต่อการคาดการณ์เหตุการณ์ในชีวิตของสตรี การเรียนรู้ทางสังคมทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ อีกมุมมองหนึ่งเห็นว่า สังคมและวัฒนธรรมให้ความสำคัญเด็กและเยาวชนที่อายุน้อย ปฏิเสธคนสูงอายุ ทำให้สตรีวัยหมดประจำเดือนรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์และขัดแย้งภายในใจ การปรับตัวด้านต่างๆ เช่น การออกจากบ้านของบุตร ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียทางจิตใจและบทบาทความเป็นแม่ ความซึมเศร้าในช่วงนี้อาจเกิดจากความว่างเปล่า (Emptynest syndrome) การสูญเสียคนที่รัก บิดามารดา หรือคู่สมรส การเปลี่ยนแปลงสถานะจากผู้ดูแลเป็นผู้ถูกดูแล การเลี้ยงดูพ่อแม่ที่อายุมาก การเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับความตาย สูญเสียแหล่งพึ่งพา การไม่มีงานทำ หรือขาดการสนับสนุน ประคับประคองจากเพื่อนและคนในครอบครัว การเจ็บป่วย เสียชีวิต ย้ายถิ่นฐานเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stressful life events) ส่งผลให้เกิดอาการทั้งร่างกายและจิตใจในช่วงที่การเปลี่ยนแปลงของภาวะหมดประจำเดือนมากขึ้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือน

สตรีวัยหมดประจำเดือนต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจมากขึ้นแตกต่างกันไปในแต่ละคน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือนได้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือน ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล มีการศึกษาต่างๆที่แสดงถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือน ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 รายได้ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อมนุษย์มาก ซึ่งสตรีวัยหมดประจำเดือนยังมีความจำเป็นที่ต้องหารายได้ให้พอเพียงต่อตนเองและครอบครัว มีการศึกษาของ สมถวิล สินธุประสิทธิ์ (2545) พบว่ารายได้ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสิฏฐ์ ชัยประเสริฐสุด (2548) พบว่าความไม่เพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

1.2 การศึกษา Beck (1967) กล่าวว่าไว้ว่า การศึกษาคือเครื่องชี้วัดชนชั้นในสังคม จากการศึกษาของสมถวิล สินธุประสิทธิ์(2545) พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีระดับการศึกษา ประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษา มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 20.2 ระดับมัธยมศึกษา และสูงกว่ามัธยมศึกษา มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 8.8

1.3 สถานภาพสมรส สตรีวัยหมดประจำเดือนส่วนหนึ่ง ผ่านการมีคู่สมรสมาแล้ว ซึ่งคู่สมรสนั้นเป็นบุคคลสำคัญ มีความผูกพันกันและมีผลต่อจิตใจเป็นอย่างมาก สมภพ เรืองตระกูล (2543) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้านักเกิดภายหลังจากการมีปัญหาด้านจิตใจอย่างรุนแรง เช่น การเสียชีวิตของบุคคลผู้เป็นที่รัก การมีเรื่องบาดหมางกับคู่สมรส การหย่าร้าง จากการศึกษาของสมถวิล สินธุประสิทธิ์ (2545) พบว่า สถานภาพโสด มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 17.8 สถานภาพสมรสคู่ มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.3 และสถานภาพหม้าย หย่า แยก มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 27.1 และการศึกษาของ ชิติมา กาญจนสาย (2551) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r = .194, p < .05$

2. เจตคติที่มีต่อภาวะหมดประจำเดือน สตรีวัยหมดประจำเดือนมีการรับรู้ต่อการหมดประจำเดือนที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับค่านิยม และวัฒนธรรม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดอาการในวัยหมดประจำเดือนที่แตกต่างกันไปด้วย รูปแบบของสังคม วัฒนธรรมที่มีต่อความผิดปกติทางจิตใจ คือ การเปลี่ยนแปลงของบทบาท ทักษะต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ เจตคติที่ต่างกันส่งผลต่อความรู้สึกและการรับรู้ของสตรีวัยหมดประจำเดือน ทำให้รู้สึกสุข ทุกข์ก็ได้ จากการศึกษาของ สมถวิล สินธุประสิทธิ์ (2545) พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีเจตคติในระดับต่ำจะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าที่สูง สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยา แซ่เอี้ยว (2539) พบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีทัศนคติระดับต่ำมีอารมณ์เศร้าร้อยละ 61.1 และการศึกษาของ ชิติมา กาญจนสาย (2551) พบว่า เจตคติที่มี

ภาวะหมดประจำเดือนมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r = -.295, p < .01$ แสดงให้เห็นว่าเจตคติมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือน

3. การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของสมถวิล สิริประสิทธิ์ (2545) พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 128.03 ซึ่งสูงกว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 122.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสิฐรัฐ ชัยประเสริฐกุล (2548) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ และการศึกษาของ รัชฎาพร ขอบตรง (2549) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r = -.34, p < .05$ การศึกษาของ ธิดิมา กาญจนสาย (2551) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r = -.333, p < .01$

4. การรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมตามสภาพที่เป็นจริง โดยครอบคลุมถึงการมองตนเองไม่มีคุณค่า คิดว่าตนเองไม่สามารถทำอะไรได้ ไม่มีความสุขหรือความคิดที่อยู่บนพื้นฐานของการใช้เหตุผลที่ไม่เหมาะสม เป็นความคิดอัตโนมัติด้านลบที่ชักนำไปเกิดภาวะซึมเศร้า (Pender et al., 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของบุญสม กองนิล (2545) ที่พบว่าความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r = .655, p < .05$ และการศึกษาของ รัชฎาพร ขอบตรง (2549) พบว่าความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r = -.53, p < .05$

5. อาการหมดประจำเดือน มีตั้งแต่อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ ร้อนวูบวาบ อาการของระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ และอาการของอวัยวะอื่นๆ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในลักษณะต่อเนื่อง โดยเกิดอาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกกลางคืน ทำให้รบกวนการนอน ส่งผลกระทบทำให้สตรีรู้สึกหงุดหงิดในช่วงกลางวัน นำไปสู่อาการซึมเศร้า (Dennerstein, 1987) ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงเกิดจากการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งระยะเวลาในช่วงใกล้หมดประจำเดือนที่นาน (อย่างน้อย 27 เดือน) จะมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าสูง (Avis et al., 1994) จากการศึกษาของรัชฎาพร ขอบตรง (2549) พบว่า อาการหมดประจำเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r = .57, p < .05$ หมายความว่าสตรีวัยใกล้

หมดประจำเดือนที่มีอาการหมดประจำเดือนมาก จะมีภาวะซึมเศร้ามากด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของมณฑล จิตวัฒนากร และวาสนา พัฒนกำจร (2542) และการศึกษาของกัลยา แซ่เอี้ยว (2539) พบว่าสตรีกลุ่มที่มีอาการหมดประจำเดือนรุนแรงมาก มีการเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่มีอาการหมดประจำเดือนรุนแรงน้อย

4. แนวคิดการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม

การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive Educative Nursing System) เป็นระบบการพยาบาล 1 ใน 3 ระบบตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งประกอบด้วยระบบทดแทนทั้งหมด ระบบทดแทนบางส่วน และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ใช้เมื่อผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง แต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการตัดสินใจที่ถูกต้อง โดยพยาบาลจะเป็นผู้สอน ชี้แนะสนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง กำหนดแบบแผนการดูแลตนเอง และกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองสำเร็จ รายละเอียดวิธีการช่วยเหลือของพยาบาลมีดังนี้

1) การสอน (teaching) เป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับที่จะช่วยให้มีการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีการสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยส่วนร่วมในการเรียนรู้ใหม่ๆ และตัดสินใจกระทำการกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการที่พยาบาลกับผู้ป่วยมีการวางแผนและเลือกวิธีการดูแลตนเองร่วมกัน มีการประเมินปัญหาและความต้องการที่จะเรียนรู้ (Orem, 1991) หลักในการให้ความรู้ที่สำคัญประกอบด้วย ความรู้ที่ให้แกผู้ป่วยจะต้องเป็นสิ่งที่อยู่ในความสนใจและเป็นสิ่งที่เพิ่มเติมจากความรู้เดิม รวมทั้งความพร้อมของผู้ป่วยก็เป็นสิ่งที่จำเป็นในการเรียนรู้ รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย มีการประเมินผล โดยการซักถามสิ่งที่สำคัญที่ช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการเรียนรู้คือ สัมพันธภาพที่ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

2) การชี้แนะ (Guiding another) เป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจเลือกได้ เช่น สามารถเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ หรือสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ภายใต้คำแนะนำของพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการหรือปรับความสามารถในการดูแลตนเอง

3) การสนับสนุน (Supporting another) เป็นวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้แม้อยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บป่วย สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตโดยไม่กระทบต่อพัฒนาการของตนเองหรือกระทบน้อยที่สุด การสนับสนุนอาจเป็นคำพูดที่กระตุ้นให้กำลังใจ หรือกิริยาท่าทางจากพยาบาล เช่น การมอง การสัมผัสที่นุ่มนวล โดยพยาบาลควรเลือกให้การสนับสนุนให้เหมาะสมในแต่ละราย แต่ละสถานการณ์ การสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยริเริ่มและพยายามปฏิบัติดูแลตนเอง

4) การสร้างสิ่งแวดล้อม (Providing an environment) เป็นการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สิ่งแวดล้อมอาจเป็นได้จากพัฒนาการ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติและคุณค่า การใช้ความสามารถในการสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนอัตรโนทัศน์ และการพัฒนาทางด้านร่างกาย ซึ่งการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองนั้น ประกอบด้วย การให้การดูแลเมื่อต้องการ การจัดหาแหล่งช่วยเหลือตามความสนใจของผู้ป่วย ไม่ก้าวก่ายการตัดสินใจของผู้ป่วย และพยาบาลต้องจัดให้ผู้ป่วยมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อที่จะสนับสนุนและใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ (Orem, 1995)

โดยธรรมชาติมนุษย์ชอบอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม กลุ่มมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะครอบครัว กลุ่มเพื่อน กลุ่มสังคม กลุ่มผู้ร่วมงาน กลุ่มต้องมีบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป และบุคคลที่มารวมกันนั้นมีวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายร่วมกัน มีความพึงพอใจ มีผลประโยชน์ร่วมกัน มีการเคารพยอมรับในความคิดซึ่งกันและกัน กระบวนการกลุ่มเป็นกระบวนการใช้กลุ่มในการแก้ปัญหาหรือกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดและเรียนรู้สิ่งต่างๆ เป็นการจัดให้ผู้ที่มีความสนใจหรือมีปัญหาคล้ายๆกันมารวมกัน ผู้เรียนจะเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองและการวิเคราะห์พฤติกรรมของผู้เรียนที่เกิดขึ้นขณะนั้นเป็นกระบวนการสำคัญของการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นกลุ่มย่อยมักใช้วิธีการอภิปรายกลุ่ม วิธีการให้ความรู้โดยกระบวนการกลุ่มเป็นการเรียนรู้จากการกระทำร่วมกันเป็นกลุ่มย่อย การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่าและมีความหมายต่อผู้เรียนมากขึ้นจากการมีส่วนร่วม ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแสดงความคิดเห็น ซึ่งจะทำให้เกิดแนวคิดและจดจำเนื้อหาได้นาน ถือเป็นวิธีที่มีประโยชน์มากที่สุดในการช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุผลตามเป้าหมาย ในการพัฒนาด้านทัศนคติ ความรู้และความเข้าใจ (Redman, 1980) นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มมีประโยชน์ในการแก้ไขสิ่งที่เข้าใจผิด เพื่อให้มีความเข้าใจในธรรมชาติของการเจ็บป่วยจากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการรับฟังปัญหาจากผู้ที่มีปัญหาคือคล้ายคลึงกัน จะช่วยให้มีความเข้าใจและมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตหรือมีการปฏิบัติที่

ถูกต้อง (Skiff, 1973) อีกทั้งการให้ความรู้เป็นกลุ่มเป็นการประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย (Crenshaw, 1972) และช่วยให้สามารถให้การช่วยเหลือได้ครั้งละหลายคน นอกจากนี้การรวมกลุ่มยังมุ่งลดปัญหาทางอารมณ์ โดยที่สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์และหาแนวทางแก้ไขปัญหาต่างๆของสมาชิกร่วมกัน (นฤยา ภักตรเจริญ, 2545)

ดังนั้นกระบวนการกลุ่ม จึงเป็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและกระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบที่สำคัญต่างๆเกี่ยวกับการตัดสินใจแก้ปัญหา การจัดข้อขัดแย้ง และการพัฒนาตนเอง ทั้งในด้านทัศนคติ ค่านิยมและพฤติกรรม กระบวนการกลุ่มจัดเป็นที่รวมประสบการณ์ของบุคคล การที่บุคคลได้พบปะสัมพันธ์กัน ทำให้มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ต่อกัน นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มยังเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การวิเคราะห์และปฏิบัติจริง ทำให้สมาชิกกลุ่มรู้จักตนเอง ยอมรับข้อบกพร่องของตนเองและพร้อมที่จะแก้ไข และรู้จักการทำงานร่วมกับผู้อื่นมากขึ้น

กระบวนการกลุ่มที่นำมาใช้ทางการแพทย์ จะนำมาใช้ในการแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความทุกข์ใจ ในชีวิตความเป็นอยู่ที่ยังไม่รุนแรงถึงขั้นจิตเวช อันเป็นผลมาจากความเจ็บป่วยทางกาย วิกฤติการณ์ของชีวิต หรือการปรับตัว โดยมุ่งเน้นเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความคิด และพฤติกรรมไปในทางที่ดีและมีความหมายต่อชีวิต ซึ่งการใช้กระบวนการกลุ่มเป็นการช่วยให้บุคคลที่อยู่ร่วมกัน ได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากผู้อื่นภายในกลุ่ม ได้ซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติตัว ลดภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกโกรธ ความตึงเครียดและความวิตกกังวล เพิ่มความสามารถในการเผชิญกับปัญหา ส่งเสริมให้กำลังใจ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า ภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ในทางบวก ก่อให้เกิดทัศนคติในทางที่ดี มีความสามารถในการดูแลตนเองและติดต่อกับสังคมได้มากขึ้น สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย เกิดความหวัง ทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้างลดลง มีการปรับตัวและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Marram, 1978)

การให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความเจ็บป่วยและเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาด้านจิตใจ ความแปรปรวนทางอารมณ์ อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางกาย การสอนด้วยวิธีนี้ไม่ใช่การรักษาโดยตรงเหมือนการทำกลุ่มจิตบำบัด แต่เป็นการให้ความรู้เพื่อให้เกิดการพัฒนาตนเองให้ผ่านพ้นวิกฤต อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางกายไปได้ด้วยดี (Marram, 1978) การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการรับฟังปัญหาที่มีความคล้ายคลึงกัน จะช่วยให้เกิดความเข้าใจและมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิต หรือสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องตามหลักสุขภาพอนามัย

ในงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการให้ความรู้ตามแนวคิดของ Orem (2001) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมร่วมกับกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) โดยเริ่มจากการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมแก่การเข้ากลุ่ม มีความเป็นส่วนตัว สะดวกสบาย ในขณะที่เดียวกันก็ไม่ใช่ที่ลับตาจนทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกไม่ไว้วางใจ ผู้วิจัยจึงใช้ ห้องสอนสุขศึกษา คลินิกวิทยทอง โรงพยาบาลตำรวจ เป็นสถานที่นัดพบกลุ่ม ในส่วนของการสอนและชี้แนะ ผู้วิจัยจะกระทำเมื่อมีสมาชิกกลุ่มต้องการคำอธิบายเพิ่มเติมจากการร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือเมื่อประเด็นที่สนทนานั้นสมควรได้รับการเสริมความรู้เชิงวิชาการ อาทิ เรื่องของฮอร์โมน เป็นต้น และจะสนับสนุนความคิดของสมาชิกกลุ่มที่มีความถูกต้องและเกิดประโยชน์ต่อการนำไปใช้ ผู้วิจัยกล่าวชมเชยและชักชวนให้เพื่อนร่วมกลุ่มปรบมือให้ เพื่อสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน และหวังลดภาวะซึมเศร้าในลำดับต่อไป

หลักการเรียนรู้ในการจัดกิจกรรมกลุ่มตามทฤษฎีกระบวนการกลุ่ม (Marram, 1978) เป็นการจัดการเรียนรู้ในผู้เรียนทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ สมาชิกมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง มีโอกาสในการเรียนรู้สภาพอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดของคนในกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้แนวคิดจากกลุ่มเพื่อนำไปแก้ไขปัญหาที่ตนเองประสบอยู่ หรือใช้เพื่อปรับปรุงตนเองให้มีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ผลที่ได้รับจากการเรียนรู้เป็นกลุ่มนั้นได้ทั้งความรู้ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ได้เรียนรู้สภาพความเป็นไปของบุคคลในกลุ่ม ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีโอกาสพัฒนาอารมณ์และสังคมอย่างเต็มที่ และยังสามารถเรียนรู้ตนเอง มีความเข้าใจ และรู้จักตนเองมากขึ้น และยังส่งผลให้เกิดความเข้าใจผู้อื่น ได้ดียิ่งขึ้น

จุดมุ่งหมายของกระบวนการกลุ่ม

กระบวนการกลุ่มเป็นการบำบัดอาการทางจิต แต่ในปัจจุบันได้มีการนำมาดัดแปลงให้เหมาะสมในการใช้บำบัดผู้ป่วยทางกายหรือผู้รับบริการทั่วไป โดยมีจุดมุ่งหมายหลักที่สำคัญของการดำเนินการกลุ่ม ดังนี้ (Marram, 1978)

1. เพื่อให้สมาชิกได้รับความรู้เพิ่มมากขึ้นเกี่ยวกับพฤติกรรมและสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น โดยการได้รับข้อมูลย้อนกลับ
2. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้รับกำลังใจ และการสนับสนุนซึ่งกันและกันในกลุ่มจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม
3. เพื่อลดความวิตกกังวล ความโดดเดี่ยว อ้าวว่าง การแยกตัวจากสังคม เนื่องจากปัญหาความเจ็บป่วยและความรู้สึกว่ามีอำนาจและหมดหวังในสมาชิกกลุ่ม
4. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการยอมรับในปัญหา วิถีการดำรงชีวิตและความเจ็บป่วย

5. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้แก้ไขประสบการณ์ทางอารมณ์ได้อย่างถูกต้อง และมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนบุคลิกภาพได้ถูกต้อง

6. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถแก้ไขบางอย่างที่ไม่ดีเกี่ยวกับตนเอง และการกำจัดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อตนเอง

7. เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีการปรับตัวปรับใจที่เหมาะสม และมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง

ลักษณะของสมาชิกกลุ่ม

การคัดเลือกสมาชิกกลุ่มไม่มีหลักเกณฑ์ที่แน่นอน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์หลักของกลุ่มเป็นสำคัญ ซึ่งการคัดเลือกสมาชิกกลุ่มควรพิจารณา ดังนี้

1. กลุ่มสมาชิกที่มีลักษณะเหมือนกัน เป็นสมาชิกที่มีลักษณะ การเจ็บป่วย พยาธิสภาพ คล้ายๆกัน การจัดกลุ่มลักษณะนี้สมาชิกกลุ่มจะมีปัญหาหรือหัวข้อการจัดกิจกรรมเรื่องเดียวกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน ให้ความคิดเห็นและให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้เท่าๆกัน ไม่มีการเกิดกลุ่มย่อย หรือแบ่งแยกกันภายในกลุ่ม ทำให้สมาชิกเข้ากันได้โดยง่าย

2. กลุ่มสมาชิกที่มีลักษณะต่างกัน เป็นสมาชิกที่มีลักษณะแตกต่างกันด้านบุคลิกภาพ อายุ โรค เพศ การศึกษา และอาชีพ ทำให้ได้ประโยชน์ในการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก มองโลกในแง่บวกต่างกันได้หลายมุม จากการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

บทบาทของสมาชิกกลุ่ม

การเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม จะประสบความสำเร็จเพียงใดมิได้ขึ้นกับการดำเนินการกลุ่มเพียงอย่างเดียว แต่ยังขึ้นกับบทบาทของสมาชิกกลุ่มเป็นสำคัญ โดยสมาชิกต้องมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. ชวนนำกลุ่มโดยให้ข้อคิดเห็นใหม่ๆ กระตุ้นให้กลุ่มมองเห็นปัญหาในแง่บวกใหม่ เสนอแนะแนวทางแก้ปัญหาและแนะวิธีจัดปัญหาของกลุ่ม

2. กระตุ้นสนับสนุน ให้กำลังใจและรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก

3. สร้างบรรยากาศของกลุ่มให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสม ไม่เข้มงวดหรือเครียดเกินไป แก้ไขข้อขัดแย้งภายในกลุ่ม ลดความตึงเครียดและแรงกระทบภายในกลุ่ม

4. ตรวจสอบความคิดเห็นของเพื่อนในกลุ่ม

5. ประสานความคิดเห็นต่างๆ เข้าด้วยกันและร่วมหาทางทำให้เกิดการสร้างมโนภาพทางความคิดเห็นเพิ่มขึ้น

6. ปลุกพลังกลุ่มโดยการเสนอแนะความคิดและวิธีการใหม่ เพื่อผลักดันให้เกิดความก้าวหน้าของกลุ่ม

องค์ประกอบในการใช้กระบวนการกลุ่ม การนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ เพื่อให้บรรลุ จุดมุ่งหมายหรือจุดประสงค์ที่กำหนดไว้นั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ ดังนี้ (Marram, 1978)

1. การจัดตั้งกลุ่ม (Group formation) สิ่งสำคัญที่ผู้นำต้องคำนึงถึงคือ

1.1 การกำหนดวัตถุประสงค์กลุ่ม วัตถุประสงค์ของกลุ่มเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เป็นอันดับแรก การกำหนดวัตถุประสงค์ของกลุ่มแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ วัตถุประสงค์ทั่วไป และวัตถุประสงค์เฉพาะ การกำหนดวัตถุประสงค์ Marram ได้ให้แนวคิดไว้ 3 ประการคือ

1.1.1 องค์ประกอบที่ต้องคำนึงถึงในการกำหนดวัตถุประสงค์ คือ ความรู้ พื้นฐานของทฤษฎีต่างๆ ได้แก่ ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ หลักการสร้างมนุษยสัมพันธ์ ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงปรัชญาของการพยาบาล ความสามารถ ความสนใจของพยาบาลในการทำกลุ่ม ทักษะของพยาบาล ลักษณะของผู้ป่วยที่จะนำมาเข้ากลุ่ม นโยบายและจุดมุ่งหมายของหน่วยงานที่ทำอยู่ และหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ

1.1.2 กำหนดวัตถุประสงค์ทั่วไปของการทำกลุ่ม ดังนี้

1) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ มีพฤติกรรมที่เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี จากการมีการเรียนรู้และมีประสบการณ์ร่วมกับผู้ป่วยในกลุ่ม

2) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิดไปในทางที่ดีตลอดเวลาของการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

3) ขจัดความรู้สึกของผู้ป่วยที่คิดว่าตนเองถูกทอดทิ้ง สิ้นหวัง และความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า

4) สร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยความรู้สึกอย่างอิสระ ได้เรียนรู้ ประสบการณ์ และปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม

1.1.3 กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะ เป็นการกำหนดว่าให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกของกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวเอง ตามวัตถุประสงค์ทั่วไปของการทำกลุ่ม ดังนี้

1) เพื่อให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มยอมรับความคิดเห็น และปัญหาของผู้อื่น

2) เพื่อให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มมีการซักถาม พุดคุยกันเพื่อความกระจ่างและเข้าใจตรงกัน

3) เพื่อให้สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มสามารถอธิบายความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมของตน และสามารถอธิบายหรือให้ข้อมูลป้อนกลับในปัญหา ความรู้สึกนึกคิด หรือพฤติกรรมของสมาชิกคนอื่นได้

1.2 ขนาดของกลุ่ม สมาชิกของกลุ่มมีความสำคัญต่อการดำเนินงานกลุ่ม เพราะจำนวนสมาชิกของกลุ่ม หมายถึง การร่วมมือโดยใช้ความสามารถต่างๆ เพื่อดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ การกำหนดจำนวนสมาชิกขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม ลักษณะงานหรือกิจกรรมที่ทำ (Marram, 1978) สมาชิกของกลุ่มไม่ควรน้อยกว่า 3 คนแต่ไม่ควรเกิน 20 คน กลุ่มย่อยควรมีสมาชิก 5-7 คน จำนวนสมาชิกที่เหมาะสมควรมี 4-12 คน ขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมจะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์มากที่สุดและมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันมากกว่ากลุ่มที่มีสมาชิกมากกว่านี้ (Clack, 1977 cited in สุจิรา วิเชียรรัตน์, 2547) สอดคล้องกับคำกล่าวของ Yalom ว่าการที่สมาชิกกลุ่มน้อยเกินไปจะทำให้กลุ่มเกิดความวิตกกังวลที่จะต้องมีการปฏิสัมพันธ์บ่อยครั้ง และถ้าสมาชิกกลุ่มมากเกินไปจะทำให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง

1.3 เวลาและสถานที่ในการจัดทำกลุ่ม บรรยากาศและสภาพแวดล้อมในการทำกลุ่มควรมีความเหมาะสมในการเรียนรู้มากที่สุด เช่น มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่แออัด ร้อนอบอ้าวเกินไป ส่วนเวลาในการทำกลุ่ม ต้องมีการกำหนดนัดหมายที่แน่นอน ระยะเวลาในการทำกลุ่มควรใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที โดยจัดให้มีการทำกลุ่มสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หรือขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่ม (Marram, 1978, Yalom, 1975 อ้างถึงใน สุจิรา วิเชียรรัตน์, 2547)

2. ผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อกลุ่ม เพราะการทำกลุ่มให้ได้ผลดีจะต้องทำให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี ดังนั้นผู้นำกลุ่มจะต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่และเข้าใจการปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่มที่ถูกต้อง ดังต่อไปนี้ (Marram, 1978)

1) กำหนดจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่มอย่างชัดเจน และอธิบายให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจจุดมุ่งหมายและวิธีดำเนินการของกลุ่ม

2) สร้างแบบแผนของการทำกลุ่ม เพื่อช่วยให้การทำกลุ่มมีประสิทธิภาพดี ช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความกระตือรือร้นและมีการเข้าร่วมกลุ่มอย่างเต็มที่ โดยต้องมีการวางแผนในเรื่องของโครงสร้างและองค์ประกอบภายนอกโดยทั่วไป ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรวมกลุ่ม เช่น จำนวนสมาชิกในกลุ่ม การกำหนดระยะเวลา สถานที่ การจัดที่นั่งและลักษณะของสมาชิก เป็นต้น

3) กระตุ้นและเพิ่มพูนการมีปฏิสัมพันธ์กันในระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มต้องกระตุ้นให้สมาชิกมีการพูดจาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่องเดียวกัน ทำให้สมาชิกรับทราบถึงปัญหาของผู้อื่น และรู้ว่าผู้อื่นมีปัญหาเช่นเดียวกับตน มีความเข้าใจในปัญหาซึ่งกันและกัน และร่วมหาทางแก้ไขปัญหานั้น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกอาจอยู่ในรูปของการพูดจาหรือสร้างความเข้าใจร่วมกัน ถือเป็น การสร้างให้สมาชิกมีความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม มีความสัมพันธ์เป็นเพื่อนกับ

สมาชิกคนอื่นๆ และเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มอาจกระตุ้นให้มีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มเพิ่มมากขึ้น โดยใช้โสต วัสดุอุปกรณ์หรือเกมส์ต่างๆ

4) กระตุ้นให้สมาชิกพูดระบายและแลกเปลี่ยนปัญหา โดยผู้นำกลุ่มพยายามให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเต็มที่ การทำกลุ่มจะมีความหมายและได้รับความสนใจอย่างมาก หากสิ่งที่ได้พูดในกลุ่มเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคนหรือสมาชิกส่วนมากในกลุ่ม นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมกัน ทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกเป็นที่ยอมรับและได้รับความช่วยเหลือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

5) วางแผนทำกลุ่มสำหรับสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนมีความสามารถในการบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มต่างกัน ผู้นำกลุ่มต้องมีความสามารถในการหาวิธีแก้ไขสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม แยกแยะได้ว่ามีสิ่งใดที่ทำให้การดำเนินการของกลุ่มไม่ต่อเนื่องหรือไม่เป็นไปตามรูปแบบ

6) ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการทำกลุ่ม โดยแจ้งวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของการทำกลุ่มและวิธีที่สมาชิกกลุ่มจะต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ผู้นำกลุ่มจะต้องมีท่าทีแสดงความเห็นใจ ด้วยความเต็มใจและพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือสมาชิก

7) การสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มจะต้องควบคุมดูแลความก้าวหน้าในการดำเนินการของการทำกลุ่มทุกระยะจนกว่าจะสิ้นสุดการทำกลุ่มเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนด

บทบาทพยาบาลผู้นำกลุ่ม (Marram, 1978) มี 4 ประการ คือ

1) ให้ความสะดวกเอื้ออำนวยอำนวยความสะดวกให้แก่สมาชิกกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกรู้สึกมั่นคงปลอดภัย มีความเป็นเจ้าของกลุ่ม และมีสัมพันธภาพเป็นมิตรที่ดีต่อกัน ให้สมาชิกได้ตระหนักถึงความสามารถของแต่ละบุคคล และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ตระหนักในความสามารถของแต่ละบุคคล และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้พัฒนาตนเอง

2) เสริมสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและมีชีวิตแก่กลุ่ม ให้สมาชิกทุกคนมีอิสระในการพูด การเสนอความคิดเห็น การแสดงออกในกลุ่มได้อย่างเสรี พร้อมทั้งพยายามลดความตึงเครียดและความวิตกกังวลภายในกลุ่ม

3) นำไปสู่ความงอกงามตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้นำกลุ่มจะต้องควบคุมกลุ่มให้ดำเนินไปตามเป้าหมายของกลุ่มที่ตั้งไว้ มีการเฝ้าคอยติดตาม สังเกตพฤติกรรมความเปลี่ยนแปลง

ของสมาชิกว่ามีการพัฒนา งามองงามเป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สมาชิกได้ประโยชน์จากกลุ่ม ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

4) สร้างความงองงามให้สมาชิกแต่ละคน ผู้นำกลุ่มต้องคอยกระตุ้นและสังเกตการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีอย่างไร ในการประชุมกลุ่มแต่ละครั้ง พร้อมทั้งสนับสนุนส่งเสริม ปรึกษาประครอง และแก้ไขพฤติกรรมสมาชิกกลุ่มให้ดีขึ้น เพื่อให้กลุ่มมีการเคลื่อนไหวพัฒนาการ ไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

3. การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม มี 3 ระยะ ดังนี้ (Marram, 1978)

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับ สมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิก ในตอนเริ่มต้นกลุ่มกล่าวขำให้สมาชิกทุกคนเข้าใจ จุดมุ่งหมายของกลุ่ม กฎระเบียบ และแนวทางในการปฏิบัติตัวในฐานะสมาชิก เพื่อให้เกิด ความรู้สึกผ่อนคลายขึ้นภายในกลุ่ม ส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึกในการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้อย่างอิสระ เข้าใจถึงวัตถุประสงค์อย่างถ่องแท้ อยู่ในบรรยากาศและ สภาพแวดล้อมที่พึงพอใจ มีความมั่นคงปลอดภัยจะช่วยกระตุ้นให้สมาชิกได้ระบาย แสดง ความรู้สึกและความคิดเห็นออกมา

ในระยะสร้างสัมพันธภาพนี้จะมีการสร้างปทัสถาน(Norm) ของกลุ่มเพื่อเป็นกฎเกณฑ์ พื้นฐานสำหรับสมาชิกกลุ่มใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการปฏิสัมพันธ์กัน ซึ่งผู้นำกลุ่มได้สร้างขึ้นไว้แล้ว เป็นบางส่วน ก่อนการเข้ากลุ่มและสมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมสร้างขึ้นบางส่วนในขณะที่ทำกลุ่มได้

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจ และมีความเชื่อมั่นในกลุ่มรวมถึง ผู้นำกลุ่ม ความเชื่อมั่นและความใกล้ชิดสนิทสนมจะทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึก คิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่า ตนเองมีปัญหา หาทางแก้ไขและเลือกวิธีแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มให้การช่วยเหลือ สนับสนุน การได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มจะทำให้เกิดความคิดใหม่ มาปรับ ใช้ในการแก้ไขปัญหาของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับข้อมูล ย้อนกลับ และให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ ระยะนี้เป็นระยะระดมพลังของสมาชิกทุกคนออกมาเพื่อแก้ไขปัญหา

ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่สำคัญในการทำให้กลุ่มบรรลุจุดมุ่งหมาย เสริมสร้างความเชื่อมั่นของ สมาชิก เอื้ออำนวยให้กลุ่มได้อภิปรายปัญหาและหาแนวทางแก้ไขช่วยเหลือ ในการทดสอบความ ถูกต้องเพื่อให้สมาชิกมีความมั่นใจในการนำวิธีไปใช้ในการแก้ปัญหาต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดที่เกิดจากการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยเหลือสมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางพัฒนาของตนเองและความสำเร็จของกลุ่ม นอกจากนี้จะใช้การประเมินด้วยวาจาของสมาชิกในกลุ่มแล้วยังต้องประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงออกและก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรแจ้งให้สมาชิกทราบล่วงหน้า ในกรณีที่สมาชิกบางรายอาจเกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องให้โอกาสสมาชิกระบายความรู้สึกอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งชี้แนะให้เห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

หลักกระบวนการกลุ่มที่ผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็น โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มเพื่อลดความวิตกกังวลในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนนี้ เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้สตรีวัยนี้ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ความคิดเห็น และปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในช่วงวัยของการหมดประจำเดือนทั้งที่เกิดต่อตนเองและคนในครอบครัวตลอดจนปัญหาในการเข้าสังคม มีการค้นหาสาเหตุของปัญหาและร่วมกันหาวิธีแก้ปัญหามา เพื่อให้สตรีวัยนี้มีความสุขในการดำเนินชีวิต โดยดำเนินการทั้ง 3 ระยะคือ สร้างสัมพันธภาพ ดำเนินการกลุ่ม และยุติกลุ่ม ผู้วิจัยจัดกิจกรรมในแต่ละระยะให้มีความเชื่อมต่อกัน เพื่อให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในการดำเนินการกลุ่มแต่ละครั้ง โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกเพื่อทำความรู้จัก บอกขอบเขตความรับผิดชอบ และความช่วยเหลือที่ผู้วิจัยจะให้แก่สมาชิก และเพื่อให้สมาชิกเกิดความเชื่อมั่น ไว้วางใจตลอดการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ทั้งยังกระตุ้นให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนสมาชิกด้วยกัน เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่เป็นกันเอง กล้าเปิดเผยปัญหาและกล้าแสดงความคิดเห็นซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ที่จะให้เกิดขึ้นในขั้นดำเนินการกลุ่มในโปรแกรมฯ นี้ และเมื่อสิ้นสุดการเข้ากลุ่มแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะสรุปประเด็นปัญหาที่สมาชิกส่วนใหญ่เผชิญ พร้อมทั้งรวบรวมแนวทางแก้ปัญหาที่สมาชิกแต่ละคนเสนอมาและข้อมูลเชิงวิชาการที่ผู้วิจัยชี้แนะเพิ่มเติม เพื่อให้สมาชิกได้ทบทวนสิ่งที่ได้จากการเข้ากลุ่มในแต่ละครั้ง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆก่อนกล่าวปิดกลุ่มและนัดพบกันอีกครั้งต่อไป

5. โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม

การให้การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มตามทฤษฎีการพยาบาลของ Orem (2001) ร่วมกับกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) เป็นแนวทางที่ใช้เมื่อผู้ป่วยขาดความรู้ และทักษะหรือไม่สามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้ต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะที่ถูกต้อง สามารถตัดสินใจควบคุมพฤติกรรมดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยจะได้รับการสอน แนะนำ

สนับสนุนจากพยาบาล ซึ่งนอกจากสอนแล้วยังคอยกระตุ้นและให้กำลังใจอีกด้วย โดยมีวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี คือ สอน ชี้แนะ สนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งเป็นการช่วยให้บุคคลที่อยู่ร่วมกัน ได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากผู้อื่นภายในกลุ่ม ได้ซักถามข้อสงสัย แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการปฏิบัติตัว ลดภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกโกรธ ความตึงเครียดและความวิตกกังวล เพิ่มความสามารถในการเผชิญกับปัญหา ส่งเสริมให้กำลังใจ เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า ภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ในทางบวก ก่อให้เกิดทัศนคติในทางที่ดี มีความสามารถในการดูแลตนเองและติดต่อกับสังคมได้มากขึ้น สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย เกิดความหวัง ทำให้ความรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้างลดลง มีการปรับตัวและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ภาวะซึมเศร้าเป็นอาการผิดปกติทางด้านอารมณ์ ทำให้บุคคลมีความคิดต่อตนเองและมองโลกในแง่ลบ ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ขาดสมาธิและการตัดสินใจแย่งลง ความสามารถในการทำงานเสื่อมถอยลง มีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้อื่น รุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเอง และอาจฆ่าตัวตายได้ (พีรพนธ์ ลีอนุช วัชชัย, 2553) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำเอาแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) ร่วมกับกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม วัตถุประสงค์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน แบ่งเป็น 4 ครั้งๆละ 60 นาที โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องสาเหตุ อาการและอาการแสดงของภาวะหมดประจำเดือน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้วิจัยและสมาชิกได้ทำความรู้จักซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและพร้อมที่จะเข้าร่วมกลุ่ม
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุ อาการและอาการแสดงของภาวะหมดประจำเดือน

วิธีดำเนินการ

โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกกลุ่ม และระหว่างสมาชิกกลุ่มกันเอง เพื่อทำความรู้จัก สร้างความคุ้นเคยซึ่งกันและกัน ผู้วิจัยบอกถึงขอบเขตและประโยชน์ของการเข้าร่วมกลุ่มเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ทั้งยังเป็นการสร้างความเชื่อมั่นและเกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สำรวจปัญหาของสมาชิก ให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายกลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่ม

ย่อย แล้วให้แต่ละกลุ่มรวบรวมอาการและปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงใกล้หมดประจำเดือนของสมาชิกในกลุ่มให้เวลา 15 นาที จากนั้นผู้วิจัยกล่าวถึงอาการที่ละอาการ หากกลุ่มใดมีสมาชิกที่มีอาการตรงกับที่ผู้วิจัยกล่าวถึง ให้นำแต้มไว้ เมื่อผู้วิจัยกล่าวถึงอาการครบแล้วนับแต้ม กลุ่มใดที่มีแต้มมากกว่าจะได้รับรางวัล ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยมุ่งหวังให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิก และกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นต่อกัน รวมทั้งการแลกเปลี่ยนปัญหาซึ่งกันและกัน ซึ่งจะส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการที่คิดว่าตนเองมีปัญหาเพียงผู้เดียว จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้ตามแผนการสอน เปิดโอกาสให้ซักถาม ปิดกลุ่มและนัดพบกลุ่มครั้งต่อไป ก่อนกลับให้สมาชิกเขียนความรู้สึกที่มีต่อการเข้าร่วมกลุ่ม

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 อภิปรายและให้ความรู้แบบกลุ่มเรื่องการใช้ออร์โมนทดแทน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้ออร์โมน โดยตรงจากผู้ที่ได้รับออร์โมนทดแทน

2. เพื่อให้ความรู้เรื่องออร์โมนทดแทน โดยผู้วิจัยบรรยาย

วิธีดำเนินการ

โดยเริ่มจากให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้ออร์โมนในมุมมองของแต่ละคน เพื่อให้สมาชิกได้รับความรู้โดยตรงเพื่อนสมาชิกและเพื่อให้ผู้ที่เป็นผู้มาเล่าประสบการณ์เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากการได้มีโอกาสถ่ายทอดประสบการณ์และเกิดการยอมรับระหว่างเพื่อนสมาชิก ซึ่งน่าจะส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าได้ ร่วมกับการให้ความรู้ตามแผนการสอนโดยผู้วิจัย เปิดโอกาสให้ซักถาม ปิดกลุ่มและนัดพบกลุ่มครั้งต่อไป ก่อนกลับให้สมาชิกเขียนความรู้สึกที่มีต่อการเข้าร่วมกลุ่ม

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 อภิปรายและให้ความรู้แบบกลุ่มเรื่องการดูแลตนเองในวัยหมดประจำเดือน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง

2. เพื่อให้สมาชิกร่วมกันหาแนวทางการดูแลตนเอง

วิธีดำเนินการ

ให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนปัญหาในการดูแลตนเองและประสบการณ์การดูแลตนเองตามแนวทางของแต่ละคนเพื่อให้มีความหลากหลายในการนำไปใช้โดยเมื่อสมาชิกคนใดเสนอแนวทางการดูแลตนเอง ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมและเพื่อนสมาชิกปรบมือให้กำลังใจ ช่วยส่งเสริมความรู้สึกมี

คุณค่าในตนเองและยังช่วยให้สมาชิกคนอื่นๆกล้าแสดงความคิดเห็นมากขึ้น ร่วมกับการให้ความรู้ตามแผนการสอนโดยผู้วิจัย เปิดโอกาสให้ซักถาม ปัดกลุ่มและนัดพบครั้งต่อไปซึ่งเป็นครั้งสุดท้ายสำหรับโปรแกรมฯ ก่อนกลับให้สมาชิกเขียนความรู้สึกที่มีต่อการเข้าร่วมกลุ่ม

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 อภิปรายเพื่อทบทวนความรู้ สรุปปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อนำไปใช้ในชีวิตจริง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมกลุ่ม
2. เพื่อสรุปปัญหาและค้นหาปัญหาที่ยังไม่รับการแก้ไข
3. เพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อนำไปใช้จริง

วิธีดำเนินการ

ในสัปดาห์นี้ให้สมาชิกร่วมกันอภิปรายปัญหาที่ยังคงต้องการการแก้ไขและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขโดยผู้วิจัยคอยให้คำชี้แนะและสนับสนุนแนวความคิดที่เหมาะสม เป็นการส่งเสริมคุณค่าในตนเองแก่สมาชิก นอกจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องที่สมาชิกให้ความสนใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เนื่องจากสัปดาห์นี้เป็นสัปดาห์สุดท้ายผู้วิจัยกล่าวขอบคุณสมาชิกที่ให้ความร่วมมือมาโดยตลอด และขอความร่วมมือทำแบบวัดความรู้ภาวะหมดประจำเดือน จากนั้นกล่าวปิดกลุ่ม นัดมาทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ถัดไป

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วราภรณ์ เฟื่องฟูด (2547) ศึกษาผลของการสนับสนุนและให้ความรู้และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่าง 74 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 37 ราย พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ และมีคะแนนความรู้และการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

อารมณี อร่ามเมือง (2551) ศึกษาผลการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 44 คน พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน ทักษะคิดต่อการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่าหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน ทักษะคิดต่อการ

ดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

อรุณี พันธุลี (2548) ศึกษาผลของกลุ่มให้ความรู้และปรับประคับประคองทางจิตใจต่อพฤติกรรมดูแลเด็กออทิสติก สุภาพจิตและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กออทิสติก 7 คน พบว่า ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลเด็กออทิสติกสุภาพจิตและความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ปกครองก่อนและหลังการเข้าร่วมกลุ่มให้ความรู้และปรับประคับประคองทางจิตใจแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิเคราะห์กระบวนการกลุ่มหลังเข้าร่วมกลุ่มให้ความรู้และปรับประคับประคองทางจิตใจ พบว่า ผู้ปกครองเด็กออทิสติกมีความรู้สึกที่คล้ายกัน มีการระบายความรู้สึก และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้

วันวิสาข์ ชูจิตร (2543) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอก จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 ราย พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ การฟื้นฟูสภาพของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

ประราลี โอภาสนันท์ (2542) ศึกษาผลของระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อภาวะสุขภาพและการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง 30 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุเบาหวานหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ และผู้ป่วยสูงอายุเบาหวานในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ผู้ป่วยสูงอายุเบาหวานในกลุ่มทดลองมีการควบคุมโรคดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

จุติมา ชูเผือก (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบภูมิปัญญาไทยต่อสมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน พบว่ากลุ่มทดลองมีสมรรถภาพทางกายภายหลังเข้าโปรแกรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$

ศุภาพร มหาวรรณ (2544) ศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองในโรงงานอุตสาหกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่ทำงานโรงงานอุตสาหกรรม จำนวน 2 โรงงาน รวม 68 ราย โดยสุ่มให้โรงงานหนึ่งเป็นกลุ่มควบคุม 35 ราย และอีกโรงงานหนึ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 พบว่า ภายหลังจากได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มทดลองมีคะแนนการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จันทนา ทองชื่น (2545) ศึกษาผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังจากได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$

สุวรรณี รัตนพันธ์ (2550) ศึกษาผลของการใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการปฏิบัติตน การหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 25 คน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตน การหายใจลำบาก และคุณภาพชีวิตหลังทดลองดีกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นฤยา ภักตรเจริญ (2545) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคปอด กลุ่มตัวอย่าง 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 23 คน พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รัชนิกร ใจคำสืบ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การไม่นอนหลับและความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กนกพรรณ พูนพานิชย์ (2549) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังภายหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุภาพร หมุกรอด (2551) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลเด็กของมารดาและการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาและเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย อายุระหว่าง 7-12 ปี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน พบว่า พฤติกรรมดูแลเด็กของมารดาเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ดีกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ดีกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กษมภักฐ์ พันพิลึก (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง 45 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 กลุ่มละ 15 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการนอนไม่หลับของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าคะแนนเฉลี่ยการนอนไม่หลับของทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าคะแนนเฉลี่ยการนอนไม่หลับของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ำกว่ากลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับเคมีบำบัดหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปิยวรรณ สวัสดิ์สิงห์ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองในญาติของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรี

ที่เป็นญาติสายตรงของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม จำนวน 42 คนแบ่งเป็นทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 คน พบว่าภายหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มทดลองมีคะแนน พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้และ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ.05 ตามลำดับ

จันทร์จิรา เกียรติลีสกุล (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้ ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน พบว่า กลุ่ม ทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการคั่งของน้ำและเกลือ โซเดียมหลังเข้า โปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้และ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจ ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โสภภาพรรณ จันทร์เพ็ชร (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อหิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ting another) เป็นวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติ

Parvin M. Shahrababaki , Jamileh Farokhzadian and Zahra Hasanabadi (2011) ศึกษาผล ของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวาย สุ่มกลุ่มตัวอย่างมา 80 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คนและกลุ่มควบคุม 40 คน ติดตามผลหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ 1 เดือน พบว่าระดับความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Gregoire Lager , Zoltan Pataky and Alain Golay (2010) วิจัยแบบวิเคราะห์อภิมานศึกษา ผลการให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะอ้วน จากเอกสารงานวิจัย 598 ฉบับ พบว่า 64% ของ งานวิจัยผู้ป่วยมีระดับความรู้และการดูแลตนเองมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 30% ไม่มีการ เปลี่ยนแปลง และ 6% มีระดับความรู้และการดูแลตนเองน้อยลง

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวสรุปได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เป็น กระบวนการที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้เพื่อเพิ่ม ศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เมื่อมีการนำ กระบวนการกลุ่มมาใช้ร่วมกับการสนับสนุนและให้ความรู้ โดยสมาชิกในกลุ่มคือผู้ที่มีปัญหา

คล้ายคลึงกัน จะทำให้เกิดการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหา เกิดการร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา รับรู้และแลกเปลี่ยนปัญหาซึ่งกันและกัน ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ เกิดการดูแลตนเองที่ดีและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในงานวิจัยฉบับนี้จึงนำแนวคิดการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มมาสร้างเป็นโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน โดยจัดกิจกรรมกลุ่มให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปัญหาระหว่างสมาชิกวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มีปัญหาล้ำกัน เพื่อให้มีการรับรู้และแลกเปลี่ยนปัญหากับผู้อื่น ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข พร้อมกับการให้ความรู้เพิ่มเติมจากผู้วิจัย ดังแสดงไว้ในกรอบแนวคิด

กรอบแนวคิด

โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มตามแนวคิดของ Orem (2001) ร่วมกับ Marram(1978)

1. **สร้างสัมพันธภาพ** ตั้งแต่เริ่มโปรแกรมฯและดำเนินอย่างต่อเนื่องทุกครั้งที่พบกัน โดยสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก และระหว่างสมาชิกกันเอง เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจต่อกัน (ใช้เวลา 10 นาที)
2. **ดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการ 4 วิธี (ใช้เวลา 40 นาที) คือ**
 - **สอน** โดยดำเนินการสอนเป็นกลุ่มตามแผนการสอนร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม จำนวน 4 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 อาการและอาการแสดงของวัยหมดประจำเดือน ครั้งที่ 2 การใช้ฮอร์โมนทดแทน ครั้งที่ 3 การดูแลตนเอง ครั้งที่ 4 ทบทวนความรู้ สรุปปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อนำไปใช้ในชีวิตจริง
 - **ชี้แนะ** วิธีการแก้ไขปัญหาและการดูแลตนเอง รวมทั้งแนะนำแหล่งประโยชน์ที่สามารถขอรับบริการได้
 - **สนับสนุน** โดยพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สอบถามถึงปัญหา ด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ให้กำลังใจและสนับสนุนแนวคิดที่สมาชิกเสนอมาและเป็นประโยชน์ต่อกลุ่ม กล่าวชมเชย
 - **สร้างสิ่งแวดล้อม** จัดสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มให้เหมาะสม เอื้อต่อการเรียนรู้ ส่งเสริมบรรยากาศที่ดี
3. **ยุติกลุ่ม** เปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการประเมินผลจากการเข้าร่วมกลุ่ม โดยผู้วิจัยชี้แนะ สนับสนุน ให้กำลังใจและสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหา

ภาวะ
ซึมเศร้า
ในสตรี
วัยหมด
ประจำเดือน

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน เป็นการศึกษาแบบ 2 กลุ่ม ที่มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Pretest- Posttest control group design) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีรูปแบบการวิจัยและแบบแผนการทดลองดังนี้ (Burns & Grove, 1997)

กลุ่มควบคุม	O ₁		O ₂
กลุ่มทดลอง	O ₃	X	O ₄
O ₁	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนการทดลอง	
O ₂	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่ได้รับการดูแลตามปกติ หลังการทดลอง	
O ₃	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน ก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม	
O ₄	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม	
X	หมายถึง	โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม	

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างตัวอย่าง

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มีอายุระหว่าง 45-55ปี
กลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มารับบริการคลินิกวัยทอง
โรงพยาบาลตำรวจ โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามกำหนดคือ

เกณฑ์ในการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

1. เพศหญิงอายุระหว่าง 45-55ปี

2. ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ หรือไม่มีประจำเดือนตั้งแต่ 3-11 เดือนหรือมีอาการและอาการแสดงของการหมดประจำเดือน

3. มีภาวะซึมเศร้าประเมินโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า CES-D ของสถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา (ระดับคะแนนตั้งแต่ 16 ขึ้นไปถือว่ามีความซึมเศร้า) และไม่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า โรคทางจิตเวชอื่นๆและไม่เคยได้รับยาต้านเศร้า

4. มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ไม่มีปัญหาด้านสติปัญญา การได้ยิน การมองเห็นและการพูด เข้าใจภาษาไทยได้ดี

5. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ

1. กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรม

2. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ขอถอนตัวออกจากการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการทำวิจัยแบบกึ่งทดลอง คือกลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน (Polit&Beck,2004) หากเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เนื่องจากในการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ควรมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็น โค้งปกติมากที่สุด และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burns and Grove, 2005) ดังนั้นผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบสะดวก (Convenience Sampling) จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย ร่วมกับการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(Matched pair) ผู้วิจัยคำนึงถึงการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน จึงได้มีการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ การศึกษาสถานภาพสมรสและรายได้ โดยคัดเลือกและทำการจับคู่จนครบ 20 คู่ ตามที่กำหนดไว้

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) จากสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มารับบริการที่คลินิกวิทยทอง โรงพยาบาลตำรวจ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประกาศรับสมัครผู้สนใจเข้าร่วมโปรแกรมฯ ตามคุณสมบัติในการคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง มีผู้สมัครและคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์จำนวน 22 คน

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการประเมินภาวะซึมเศร้าตามแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า CES-D ของสถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา เลือกผู้ที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้า คือผู้ที่มีระดับคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป

3. จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มตัวอย่าง (Matched pair) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดผลกระทบต่องานวิจัยครั้งนี้โดยคำนึงถึง การศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้ ดังนี้

3.1 การศึกษา แบ่งเป็น ไม่ได้เรียน ประถมศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช อนุปริญญา/ปวสและปริญญาตรีขึ้นไป เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานของการรู้คิด การตัดสินใจหรือพิจารณาเรื่องต่างๆพร้อมทั้งมีการเรียนรู้และเข้าใจในสิ่งต่างๆได้ง่าย จากการศึกษาของสมถวิล สินธุประสิทธิ์(2545) พบว่าสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีระดับการศึกษา ประถมศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษา มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 20.2 ระดับมัธยมศึกษา และสูงกว่ามัธยมศึกษา มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 8.8

3.2 สถานภาพสมรส แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ โสด สมรส และ หม้าย/หย่า/แยก จากการศึกษาของ สมถวิล สินธุประสิทธิ์ (2545) พบว่า สถานภาพโสด มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 17.8 สถานภาพสมรสคู่ มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.3 และสถานภาพหม้าย หย่า แยก มีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 27.1 และการศึกษาของ ธิดิมา กาญจนสาย (2551) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $r=.194, p<.05$

3.3 รายได้ แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ เพียงพอ ไม่เพียงพอ มีการศึกษาของ สมถวิล สินธุประสิทธิ์ (2545) พบว่ารายได้ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสิญฐ์ ชัยประเสริฐสุด (2548) พบว่าความไม่เพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.001$

4. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัย การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการทำวิจัย แล้วลงชื่อในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการทำวิจัย

5. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากแยกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน โดยจับฉลากให้คนที่ 1 เข้ากลุ่มควบคุม ส่วนอีกคนเข้ากลุ่มทดลอง จนกระทั่งครบ 20 คู่

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุมัติดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ เมื่อได้รับการอนุมัติ จึงดำเนินการดังนี้คือ ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนในการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย ซึ่งแจ้งถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือตอบปฏิเสธการเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด คำตอบและข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และข้อมูลเหล่านี้นำมาใช้เพื่อการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการทำวิจัยได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และการกระทำได้กล่าวไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร (Patient/Participant Information Sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัยอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร(Informed Consent Form)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) ประกอบด้วย การสอน ซึ่งเน้น สนับสนุนและสร้างสิ่งแวดล้อม และดำเนินการกลุ่มตามแนวคิดของ Marram (1978) ประกอบด้วยขั้นตอน 3 ระยะเวลาคือ ระยะเวลาที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ระยะเวลาที่ 2 ดำเนินการ ระยะเวลาที่ 3 ยุติกลุ่มใช้เวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ สื่อที่ใช้ในโปรแกรมมี ดังนี้

1.1 แผนการสอน โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาดำรงและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสำหรับการสนับสนุนและให้ความรู้โดยการจัดกิจกรรมกลุ่ม โดยมีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับสาเหตุของการหมดประจำเดือน อาการและอาการแสดง การใช้ฮอร์โมนทดแทน รวมถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในเรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลสุขภาพ

1.2 คู่มือการดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดูแลสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity)

นำโปรแกรมที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต 1 คน สูตินรีแพทย์ 1 คน พยาบาลประจำคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน 1 คน อาจารย์

พยาบาล 1 คน พยาบาลที่ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คนดังรายนามใน (ภาคผนวก ก) เพื่อหาพิจารณา ความถูกต้อง ชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม รวมถึงการจัดลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 คนจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 คนเมื่อผู้ทรงตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะแล้ว จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ ครอบคลุมเนื้อหา รวมทั้งมีความถูกต้องเหมาะสมของภาษาอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง หลังจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มไปทดลองใช้กับสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับสตรีวัยหมดประจำเดือนที่เข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้ จำนวน 10 คนเพื่อประเมิน โปรแกรม ความชัดเจนของภาษา ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นแล้วนำมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งเพื่อปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

ประเด็นการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ มีดังนี้

แผนการสอน ได้รับคำแนะนำให้ลดรายละเอียดเนื้อหาที่ผู้วิจัยเป็นผู้สอนและเพิ่มการเข้ากลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างเพื่อนสมาชิก เนื่องจากการที่ผู้ร่วมกลุ่มได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้ที่รับบทบาทเป็นผู้เล่าประสบการณ์จะเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากยิ่งขึ้นเมื่อมีเพื่อนสมาชิกฟังคำบอกเล่าต่างๆ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ส่วนผู้ที่รับบทบาทเป็นผู้ฟังก็จะเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย จากการรับรู้ว่ามีเพื่อนที่มีปัญหาเหมือนตนเองและมีแนวทางแก้ไขได้ ผู้วิจัยจึงลดเนื้อหาตามคำแนะนำของผู้ทรง และเพิ่มการกล่าวนำเข้าสู่ประเด็นปัญหาและเชื่อมโยงคำพูดของสมาชิกให้เป็นไปอย่างราบรื่น

คู่มือการดูแลตนเอง ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหา และขนาดของรูปเล่ม แต่แนะนำให้แจกคู่มือตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้าร่วมกลุ่มให้สมาชิกนำไปอ่านและสำรวจความต้องการการเรียนรู้ของตนเองเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาแล้วนำมาพูดคุยในการเข้าร่วมกลุ่มแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการดำเนินโปรแกรมฯ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาการหมดประจำเดือนสถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ศาสนา ระดับการศึกษาผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำให้ปรับข้อคำถามที่ 3 ระดับการศึกษา ควรมีช่องอื่นๆ เพื่อกลุ่มตัวอย่างที่อาจมีการศึกษาที่แตกต่างจากตัวเลือกที่กำหนดไว้ เช่น ไม่ได้เรียนหนังสือ ข้อคำถามที่ 5 จำนวนสมาชิกควรเพิ่มช่องว่างให้เติมตัวเลขสมาชิกเองแทนตัวเลือกที่ผู้วิจัยกำหนด ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า CES-D ของสถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา แปลโดย วิไล คุปต์นิริติศัยกุลและพนม เกตุมาน(2540)มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.9154และดัดแปลงใช้กับสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน โดย ัญญพร ชอบตรง (2549)ประเมิน4 ด้าน ได้แก่ ความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด อารมณ์ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออก และอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 4 ระดับ เริ่มตั้งแต่ไม่เคย (ด้านบวก = 3, ด้านลบ =0) ถึงบ่อยครั้ง (ด้านบวก = 0, ด้านลบ =3)

เกณฑ์การให้คะแนน แต่ละข้อมีคะแนน 0-3 คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0-60

การแปลผลคะแนนรวม สตรีวัยหมดประจำเดือนที่มีระดับคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะซึมเศร้า (วิไล คุปต์นิริติศัยกุลและ พนม เกตุมาน, 2540)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเที่ยง (Reliability)

เนื่องจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้า CES-D เป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานจึงไม่ต้องหาค่าความตรงตามเนื้อหา แต่หาค่าความเที่ยง โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ.81

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

แบบวัดความรู้เรื่องภาวะหมดประจำเดือน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อประเมินความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ให้ตอบถูกผิด ข้อที่ตอบถูกต้องได้คะแนน 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์หากกลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากกว่า 80% แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ภาวะหมดประจำเดือนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5คน ตรวจสอบความชัดเจนของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน คำถามสอดคล้องกับคำนิยามมากที่สุดคิดเป็น 4 คะแนน คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยามเลยคิดเป็น 1 คะแนน และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ถือเกณฑ์ตาม ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกันได้ค่าเท่ากับ 1.00

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ภาวะหมดประจำเดือนที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (K-R 20) ได้ความเที่ยงค่าเท่ากับ .85

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมเพื่อเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ ในการเป็นผู้ให้ความรู้ โดยการศึกษา ค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2 ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองจากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการสร้างโปรแกรมที่มีคุณภาพ และเพื่อพัฒนาความรู้แก่ผู้วิจัยเอง

1.3 ผู้วิจัยส่ง โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตรและเครื่องมือวิจัย แก่คณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตำรวจ โดยผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัว จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงนายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลตำรวจเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดและขั้นตอนการทำวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ

1.4 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนด ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.5 ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า CES-D ก่อนการเริ่มโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ (Pre-test) โดยผู้วิจัยอธิบาย ชี้แจงและตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบประเมิน

1.6 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบถ้วน ผู้วิจัยให้ข้อมูลในการทำวิจัย แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการทำวิจัย พร้อมขอให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย

2. ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด โดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำคลินิกวัยทอง ตามมาตรฐานการพยาบาลของโรงพยาบาลตำรวจ ประกอบด้วย การแนะนำตัว พูดคุย สอบถาม อาการและให้คำแนะนำตามอาการเป็นรายบุคคลโดยไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม แจกคู่มือการดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 20 คน

2.2 กลุ่มทดลอง ดำเนินการตามโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม มีการเข้ากลุ่มจำนวน 4 ครั้งๆละ 60 นาที สัปดาห์ละครั้ง รวม 4 สัปดาห์ดังนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 อภิปรายและให้ความรู้แบบกลุ่มเรื่องสาเหตุของการหมดประจำเดือน อาการและอาการแสดง

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ทำความรู้จักคุ้นเคยกับสมาชิกกลุ่ม เตรียมความพร้อมก่อนการเริ่มกิจกรรม ประเมินความต้องการ ประเมินปัญหาของสมาชิกแต่ละสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้และสร้างความเป็นกันเองภายในกลุ่ม ให้สมาชิกทุกคนทำความรู้จักกัน

ระยะที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการ ให้ความรู้แบบกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 40 นาที ประกอบด้วย

1) การจัดประสบการณ์การเรียนรู้แบบกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนและรับฟังปัญหาของผู้อื่น พร้อมทั้งเข้าใจปัญหาของตนเอง ร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหาตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล เพื่อส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสม โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยที่ผู้วิจัยทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิดเห็นและเชื่อมโยงประเด็นความคิดเห็น เพื่อให้เกิดความเข้าใจไปในทางเดียวกัน

2) การสอนเป็นรายกลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูล ครอบคลุมเนื้อหาสาระของภาวะหมดประจำเดือน โดยให้ความรู้ตามแผนการสอนร่วมกับคู่มือเรื่องสาเหตุของการเกิดภาวะหมดประจำเดือน อาการและอาการแสดง ผลกระทบที่เกิดจากภาวะหมดประจำเดือน ประกอบด้วย ระบบกระดูก ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบทางเดินปัสสาวะและระบบอวัยวะสืบพันธุ์

3) การสนับสนุนและชี้แนะ โดยผู้วิจัยส่งเสริมให้สมาชิกซักถาม แสดงความคิดเห็นเมื่อสิ้นสุดการสอน เพื่อทบทวนความรู้เรื่องภาวะหมดประจำเดือน เมื่อสมาชิกแสดงความ

คิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่ม ผู้วิจัยกล่าวชมเชยและสนับสนุนให้มีการนำความคิดเห็นนั้น ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ และชี้แนะแนวทางการดูแลตนเองเพิ่มเติมในสิ่งที่สมาชิกให้ความสนใจ

ระยะที่ 3 ระยะยุติกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยผู้วิจัยชี้แนะและสนับสนุนให้กำลังใจ เพิ่มเติมข้อมูล ความรู้ในส่วนที่บกพร่อง รวมถึงเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และสรุปแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อนำไปใช้ในชีวิตจริง นัดหมายการพบกันครั้งหน้า

สรุปกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 1 สมาชิกพบกันเป็นครั้งแรก ยังมีความรู้สึกของการเป็นคนแปลกหน้าไม่กล้าพูดคุย แสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยจัดให้สมาชิกนั่งหันหน้าเข้าหากันและให้แนะนำตัวด้วยชื่อเล่นเพื่อให้ง่ายต่อการจดจำ จากนั้นนำเข้าสู่กิจกรรมกลุ่มโดยถามนำว่า “มีท่านใดประสบปัญหาจากการที่ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอหรือไม่มาเลยบ้างไหมคะ” สมาชิกส่วนใหญ่อ้อมยิ้ม ไม่ยอมตอบคำถาม ผู้วิจัยจึงเปลี่ยนเป็นถามเชิงชี้นำ “มีท่านใดหงุดหงิดง่ายบ้างไหมคะ” เริ่มมีสมาชิกยกมือ 2-3 คน “แล้วมีท่านใดรับประทานอาหารได้น้อย นอนไม่ค่อยหลับบ้างไหมคะ” ครั้งนี้มีสมาชิกยกมือและเริ่มมีการแสดงความคิดเห็น จากนั้นผู้วิจัยจึงให้สมาชิกจับกลุ่มละ 5 คนแล้วรวบรวมปัญหาของแต่ละคนใช้เวลา 15 นาทีโดยเขียนใส่กระดาษ เมื่อหมดเวลาผู้วิจัยให้แต่ละกลุ่มมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนปัญหาโดยผู้วิจัยกล่าวถึงอาการของวัยหมดประจำเดือนที่ละอาการแล้วให้แต่ละกลุ่มกากบาทอาการที่ได้จากการจับกลุ่มย่อยดังที่กล่าวมา เมื่อกลุ่มใดกากบาทอาการใดก็ให้ตัวแทนกลุ่มอธิบายอาการนั้นๆและการแก้ไขอาการตามที่เป็นจริง เช่น อาการร้อนวูบวาบ มีสมาชิกบอกว่าเมื่อมีอาการก็จะรับประทานน้ำแข็งไสแล้วจะดีขึ้น หรืออาการหงุดหงิดก็มีสมาชิกบอกว่าเวลาเริ่มหงุดหงิดก็จะเดินออกมาอยู่คนเดียวสักพักอาการก็จะดีขึ้น เป็นต้น กลุ่มที่มีส่วนร่วมมากที่สุดผู้วิจัยมีรางวัลที่ระลึกมอบให้ จากนั้นผู้วิจัยจึงบรรยายสาเหตุ อาการและอาการแสดงของอาการหมดประจำเดือน และเปิดโอกาสให้ซักถาม กล่าวสรุป ก่อนปิดกลุ่มให้สมาชิกเขียนความรู้สึกที่มีต่อการเข้าร่วมกลุ่มในกระดาษที่แจกให้ ผู้วิจัยนัดพบสมาชิกในครั้งต่อไปรวมทั้งบอกหัวข้อเรียนรู้ในครั้งต่อไป

ประเมินผล ครั้งที่ 1 การพบครั้งนี้เป็นครั้งแรก สมาชิกยังไม่คุ้นเคยกัน การร่วมกิจกรรมช่วงแรกๆ จึงยังไม่ค่อยกล้าแสดงออก เมื่อผู้วิจัยกระตุ้นให้มีส่วนร่วม โดยทำกิจกรรมกลุ่ม สมาชิกจึงเริ่มกล้าที่จะพูดคุยกันมากขึ้น มีเสียงหัวเราะ สัมพันธภาพเริ่มดีขึ้น เมื่อมีการสอนและชี้แนะข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้วิจัย สมาชิกตั้งใจฟังแต่ยังไม่ค่อยซักถาม ก่อนปิดกลุ่มให้สมาชิกเขียนความรู้สึกที่มีต่อการเข้ากลุ่ม ส่วนใหญ่จะเขียนว่าพอใจต่อการจัดกิจกรรมและยินดีที่จะมาพบกันครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 อภิปรายกลุ่มและให้ความรู้เรื่องการใช้ออร์โมนทดแทน

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก ทบทวนความรู้จากการเรียนรู้ครั้งที่ผ่านมา รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม แจงให้ สมาชิกทราบรายละเอียดของเนื้อหาที่จะเรียนรู้ในครั้งนี้

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที ประกอบด้วย

1) การจัดประสบการณ์การเรียนรู้แบบกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ในการใช้ฮอร์โมนทดแทน ปัญหาที่พบระหว่างการใช้ฮอร์โมน โดยที่ผู้วิจัยทำหน้าที่ กระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิดเห็นและเชื่อมโยงประเด็นความคิดเห็น เพื่อให้เกิดความเข้าใจไปในทางเดียวกัน

2) การสอนเป็นรายกลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูล ครอบคลุมเนื้อหาสาระของ ภาวะหมดประจำเดือน โดยให้ความรู้ตามแผนการสอนร่วมกับคู่มือเรื่องการใช้ฮอร์โมนทดแทน ประกอบด้วย ข้อบ่งชี้ในการได้รับฮอร์โมน ข้อห้ามในการได้รับฮอร์โมน ชนิดของฮอร์โมนขนาด วิธีใช้ และผลข้างเคียง

3) การสนับสนุนและชี้แนะ โดยผู้วิจัยส่งเสริมให้สมาชิกซักถาม แสดงความคิดเห็นเมื่อสิ้นสุดการสอน เพื่อทบทวนความรู้เรื่องการใช้ฮอร์โมนทดแทน เมื่อสมาชิกแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่ม ผู้วิจัยกล่าวชมเชยและสนับสนุนให้มีการนำความคิดเห็นไปใช้ให้เกิดประโยชน์ และชี้แนะแนวทางการดูแลตนเองเพิ่มเติมในสิ่งที่สมาชิกให้ความสนใจ

ระยะที่ 3 ระยะยุติกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที เปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วม ในการประเมินผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้วิจัย ชี้แนะ สนับสนุนให้ กำลังใจ เพิ่มเติมข้อมูล ความรู้ในส่วนที่บกพร่อง รวมถึงเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และสรุป แนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อนำไปใช้ในชีวิตจริง นัดหมายการพบกันครั้งต่อไป

สรุปกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 2 ในครั้งนี้สมาชิกเริ่มคุ้นเคยกันเมื่อมาพบกันจึงมีการ ทักทายกันสวัสดี ยิ้มแย้ม ผู้วิจัยกล่าวทักทาย เมื่อมีการทบทวนความรู้ในครั้งที่แล้ว มีสมาชิกคนหนึ่ง บอกว่าในครั้งที่แล้วลืมบอกไปว่าตนเองมีปัญหา “ใบหน้ามีฝ้าขึ้น”และแก้ไขด้วยการพอกหน้าด้วย หัว ไซเท้าสดได้ผลดีเกินคาด ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและให้สมาชิกคนอื่นปรบมือให้ เพื่อเพิ่มความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองในกับสมาชิกคนนั้นและส่งเสริมให้สมาชิกคนอื่นกล้าที่จะแสดงความคิดเห็น ใน ครั้งนี้ผู้วิจัยเชิญสมาชิกที่ได้รับฮอร์โมนทดแทนพูดถึงประสบการณ์การใช้ฮอร์โมน พอสรุปได้ว่า “คุณหมอให้ฮอร์โมนเพราะอายุยังไม่มาก ยังไม่ยอมให้แก่เร็ว” “คุณหมอให้ฮอร์โมนเพราะมี อาการร้อนวูบวาบ หงุดหงิดมากทำอย่างไรก็ไม่หาย คุณหมอบอกว่าฮอร์โมนตามธรรมชาติมันเหลือน้อยต้องปรับระดับสักพัก”เนื่องจากมีสมาชิกที่ได้รับฮอร์โมนจำนวนน้อย กิจกรรมการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์จึงมีน้อยด้วย ผู้วิจัยจึงเป็นผู้ให้ความรู้และให้สมาชิกซักถาม มีสมาชิกถามว่า “ถ้าอยาก

เป็นสาวก็ขอหมอกินฮอร์โมนได้เลยหรือ” จุดนี้ผู้วิจัยจึงอธิบายเพิ่มเติมและเสริมจากที่สมาชิกคนที่บอกว่าเป็นฝ้า ว่าฝ้าก็เป็นผลจากการที่ฮอร์โมนมีการเปลี่ยนแปลง ที่โบราณเรียกว่าเลือดจะไปลมจะมา นั่นเอง ก่อนปิดกลุ่มให้สมาชิกเขียนความรู้สึกที่มีต่อการเข้าร่วมกลุ่มในครั้งนี้ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ และนัดพบครั้งต่อไป

ประเมินผลครั้งที่ 2 สมาชิกเริ่มคุ้นเคยกันมากขึ้นมีการทักทายกัน สีหน้ายิ้มแย้ม กล้าที่จะแสดงความคิดเห็น เริ่มมีสัมพันธภาพที่ดี ใ่วางใจกันมากขึ้น โดยบางคนเริ่มพูดคุยกันในเรื่องที่สนใจคล้ายกัน ระดับการรับรู้มากขึ้นสังเกตจากการถามโต้ตอบมีมากขึ้น มีการซักถามข้อสงสัยเมื่อผู้วิจัยให้ความรู้ มีการรับรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นจากการปรบมือ กล่าวคำชมให้ซึ่งกันและกันเมื่อมีการเสนอความคิดเห็นภายในกลุ่ม มีความกระตือรือร้นที่เข้าร่วมกลุ่มในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ ที่ 3 อภิปรายและให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก พูดคุยทบทวนความรู้ที่ได้จากครั้งก่อน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม แจ้งให้สมาชิกทราบรายละเอียดของเนื้อหาที่จะเรียนรู้ในครั้งนี้

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที ประกอบด้วย

1) การจัดประสบการณ์การเรียนรู้แบบกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ในการดูแลตนเอง โดยที่ผู้วิจัยทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดการแสดงความคิดเห็นและเชื่อมโยงประเด็นความคิดเห็น เพื่อให้เกิดความเข้าใจไปในทางเดียวกัน

2) การสอนเป็นรายกลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลตามแผนการสอนร่วมกับคู่มือเรื่อง การดูแลตนเองประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การตรวจสุขภาพ

3) การสนับสนุนและชี้แนะ โดยผู้วิจัยส่งเสริมให้สมาชิกซักถาม แสดงความคิดเห็นเมื่อสิ้นสุดการสอน เพื่อทบทวนความรู้เรื่องการดูแลตนเอง เมื่อสมาชิกแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่ม ผู้วิจัยกล่าวชมเชยและสนับสนุนให้มีการนำความคิดเห็นไปใช้ให้เกิดประโยชน์ และชี้แนะแนวทางการดูแลตนเองเพิ่มเติมในสิ่งที่สมาชิกให้ความสนใจ

ระยะที่ 3 ระยะยุติกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

เปิดโอกาสให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการประเมินผลที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้วิจัยชี้แนะ สนับสนุนให้กำลังใจ เพิ่มเติมข้อมูล ความรู้ในส่วนที่บกพร่อง รวมถึงเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และสรุปแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อนำไปใช้ในชีวิตจริง

สรุปกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 3 ในครั้งนี้ผู้วิจัยและสมาชิกมีความคุ้นเคยกันมากขึ้น มีสมาชิกคนหนึ่งบอกว่าอยากให้เข้ากลุ่มเหมือนครั้งแรกเพราะอยากได้รางวัลและสนุกดีด้วย บางคน

บอกว่าวันนี้เตรียมเรื่องอาหารเพื่อสุขภาพมาเล่าให้เพื่อนฟัง เมื่อผู้วิจัยกล่าวนำเข้ากลุ่ม จึงเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมเล่าประสบการณ์การดูแลตนเองอย่างอิสระ มีทั้งสมาชิกเล่าเรื่องอาหารเช่น การทำน้ำเต้าหู้ บางคนทำขนมปังโฮลวีตด้วยตนเอง มีสมาชิกบางคนเล่าว่าไป เดินแอโรบิกที่หมู่บ้าน สนุกและได้เพื่อนใหม่ๆ มีสมาชิกคนหนึ่งบอกว่าไปเข้าวัดถือศีลเพราะมีคนบอกมาว่าช่วยให้จิตใจดี ไม่ฟุ้งซ่าน แต่ตนเองรู้สึกทรมานมากเพราะที่วัดเคร่งครัด ไม่ให้คุยกันเลย น้ำลายก็แทบไม่ให้กลืน เลยไม่ได้ไปวัดอีกเลยแต่ช่วยเย็บผ้าเช็ดตัวให้วัดแทน ทำแล้วมีความสุขมาก บางคนบอกว่านอนไม่หลับโดยเฉพาะวันที่ลูกๆกลับบ้านดึก ก็มีเพื่อนสมาชิกที่ประสบปัญหาเหมือนกัน เพราะส่วนใหญ่มีลูกใกล้เคียงกันแนะนำว่าให้ทำอะไรทำให้เพลินๆ หรือบางคนก็บอกว่าให้กำหนดเวลากับลูกว่าให้กลับบ้านไม่เกินกี่โมง ถ้าก่อนหน้านั้นเราก็ไม่ต้องกังวลใจ หากเกินเวลาค่อยโทรศัพท์หาลูก กิจกรรมในสัปดาห์นี้สมาชิกมีส่วนร่วมเป็นอย่างมาก ทุกคนมีสีหน้ายิ้มแย้ม และสัญญาว่าจะมาพบกันในสัปดาห์หน้าแน่นอนเพราะจะไม่ได้เจอกันอีกแล้ว ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและปิดกลุ่ม ก่อนกลับให้สมาชิกเขียนความรู้สึกที่มีต่อการเข้าร่วมกลุ่ม

ประเมินผล ครั้งที่ 3 ในครั้งนี้สมาชิกมีความคุ้นเคยกันมากขึ้น กล่าวทักทายกันเอง ยิ้มแย้ม ถามไถ่ทุกข์สุขกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างเต็มที่ มีการเสนอข้อคิดเห็นและแนวทางแก้ไขปัญหาที่เป็นประโยชน์ บรรยากาศภายในกลุ่มเป็นกันเองมากขึ้นมีการให้กำลังใจกัน ผู้ที่มีข้อเสนอแนะมาให้เพื่อนสมาชิก จะมีความภูมิใจ สีหน้ามีความสุข เมื่อเพื่อนๆ ยกหน้า รับฟัง และปรบมือให้ ส่วนสมาชิกที่ไม่ได้มีข้อเสนอแนะก็มีสีหน้ายิ้มแย้ม จากการได้รับฟังเพื่อนๆ มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์และได้นำข้อคิดเหล่านั้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 สรุปปัญหา ทบทวนความรู้ และประเมินผล

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก สอบถามปัญหาอุปสรรคจากการนำความรู้ที่ได้ไปใช้จริง สรุปปัญหาของสมาชิกแต่ละคน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที ประกอบด้วย ผู้วิจัยให้ความรู้ ส่วนที่สมาชิกยังขาดความเข้าใจ เปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขและให้คำแนะนำเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ สนับสนุนความคิดเห็นของสมาชิกที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มและส่งเสริมให้มีความมั่นใจที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่เหมาะสมต่อไปในครั้ง นี้เมื่อสิ้นสุดการให้ความรู้ ผู้วิจัยให้สมาชิกทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินการรับรู้คุณค่าในตนเอง แบบวัดความรู้ภาวะหมดประจำเดือน

3) การสนับสนุนและชี้แนะ โดยผู้วิจัยส่งเสริมให้สมาชิกซักถาม แสดงความคิดเห็นเมื่อสิ้นสุดการสอน เพื่อทบทวนความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการเรียนรู้แบบกลุ่ม เมื่อสมาชิก

แสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อกลุ่ม ผู้วิจัยกล่าวชมเชยและสนับสนุนให้มีการนำความคิดเห็นนั้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์ และชี้แนะแนวทางการดูแลตนเองเพิ่มเติมในสิ่งที่สมาชิกให้ความสนใจ

ระยะที่ 3 ระยะยุติกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 10 นาที ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณในการร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้สมาชิกกล่าวความรู้สึกที่มีต่อการเข้าร่วมกลุ่ม ผู้วิจัยให้กำลังใจสมาชิกในการดำเนินชีวิตช่วงวัยหมดประจำเดือนอย่างมีความสุข และกล่าวปิดกลุ่ม

สรุปกิจกรรมกลุ่มครั้งที่ 4 ครั้งนี้เป็นการเข้าร่วมกลุ่มเป็นครั้งสุดท้าย สมาชิกหลายๆคนคุ้นเคยกันเป็นอย่างดี เมื่อผู้วิจัยถามถึงปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข สมาชิกหลายคนบอกว่าอยากให้มีการสอนการโยคะ เพราะอยากบริหารร่างกายลดอาการปวดเมื่อย บางคนอยากให้ออกกำลังกายเพราะอยากหารายได้เพิ่มเติมยามว่าง โดยผู้วิจัยได้แนะนำแหล่งให้ความรู้เรื่องที่สมาชิกให้ความสนใจ ส่วนอาการทางกายของวัยนี้เช่น ร้อนวูบวาบ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ สมาชิกส่วนใหญ่บอกว่ากำลังพยายามฝึกทำตามคำแนะนำที่ได้จากการเข้ากลุ่ม ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาความรู้สั้นๆ เพื่อย้ำให้เกิดความเข้าใจและนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ก่อนปิดกลุ่มมีสมาชิกเป็นตัวแทนกล่าวถึงความรู้สึกที่ได้เข้าร่วมกลุ่ม “ประทับใจ สนุก ได้เพื่อนใหม่ตอนแรกคิดว่าจะเสียเวลาหรือเปล่า แต่เมื่อได้มาแล้วประทับใจ” ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณสมาชิกที่สละเวลามาร่วมกิจกรรม และให้กำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป

ประเมินผล ครั้งที่ 4 ครั้งนี้เป็นครั้งสุดท้ายในการเข้ากลุ่ม จะเห็นว่าสมาชิกแต่ละคนมีความเป็นกันเอง รู้สึกผ่อนคลาย เปิดใจพูดคุยกันมากกว่าในครั้งแรกๆมาก มีสัมพันธภาพระหว่างกลุ่มย่อย โดยมีสมาชิกบางคนถามไถ่ ชักชวนไปทำกิจกรรมที่ชอบคล้ายๆกัน เช่น มีบางคนชักชวนกันไปเดินแอโรบิก บางคนชักชวนเพื่อนไปวัด เป็นต้น เมื่อผู้วิจัยถามถึงความรู้สึกที่มีต่อการเข้ากลุ่มตามโปรแกรมนี้ ส่วนใหญ่พึงพอใจและเสนอแนะให้จัดเป็นชมรมวัยทอง เพื่อจะได้มาพบกันต่อไป

ตารางที่ 1 กำหนดนัดพบกลุ่มโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม

กิจกรรม	ว/ด/ป	เวลากลุ่มที่ 1	เวลากลุ่มที่ 2	สถานที่
ครั้งที่ 1	1พ.ค. 55	10.30-11.30 น.	14.30-15.30 น.	คลินิกวัยทอง ร.พ.ตำรวจ
ครั้งที่ 2	8 พ.ค. 55	10.30-11.30 น.	14.30-15.30 น.	คลินิกวัยทอง ร.พ.ตำรวจ
ครั้งที่ 3	15 พ.ค. 55	10.30-11.30 น.	14.30-15.30 น.	คลินิกวัยทอง ร.พ.ตำรวจ
ครั้งที่ 4	22 พ.ค. 55	10.30-11.30 น.	14.30-15.30 น.	คลินิกวัยทอง ร.พ.ตำรวจ

ระยะสิ้นสุดการทดลอง

1. กำกับการทดลองโดยแบบวัดความรู้ภาวะหมดประจำเดือน ทันทีที่สิ้นสุดการทดลอง ทั้งนี้สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่ไม่ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง คือได้คะแนนแบบวัดความรู้ภาวะหมดประจำเดือนต่ำกว่า 80% ผู้วิจัยจะทบทวนความรู้ และแนะแนวทางการจัดการปัญหาเป็นรายบุคคล หรือกลุ่มย่อยในกรณีที่มีผู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากกว่า 1 คน

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้ภาวะหมดประจำเดือนของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมฯ

กลุ่มทดลอง	คะแนน(คะแนนเต็ม 20)
คนที่ 1	19
คนที่ 2	18
คนที่ 3	16
คนที่ 4	18
คนที่ 5	19
คนที่ 6	19
คนที่ 7	19
คนที่ 8	19
คนที่ 9	20
คนที่ 10	17
คนที่ 11	17
คนที่ 12	16
คนที่ 13	17
คนที่ 14	19
คนที่ 15	19
คนที่ 16	19
คนที่ 17	19
คนที่ 18	18
คนที่ 19	18
คนที่ 20	17

จากตารางจะเห็นได้ว่าผลการวัดความรู้ของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่าไม่มีผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ กลุ่มทดลองทุกคนได้คะแนนมากกว่า 80%

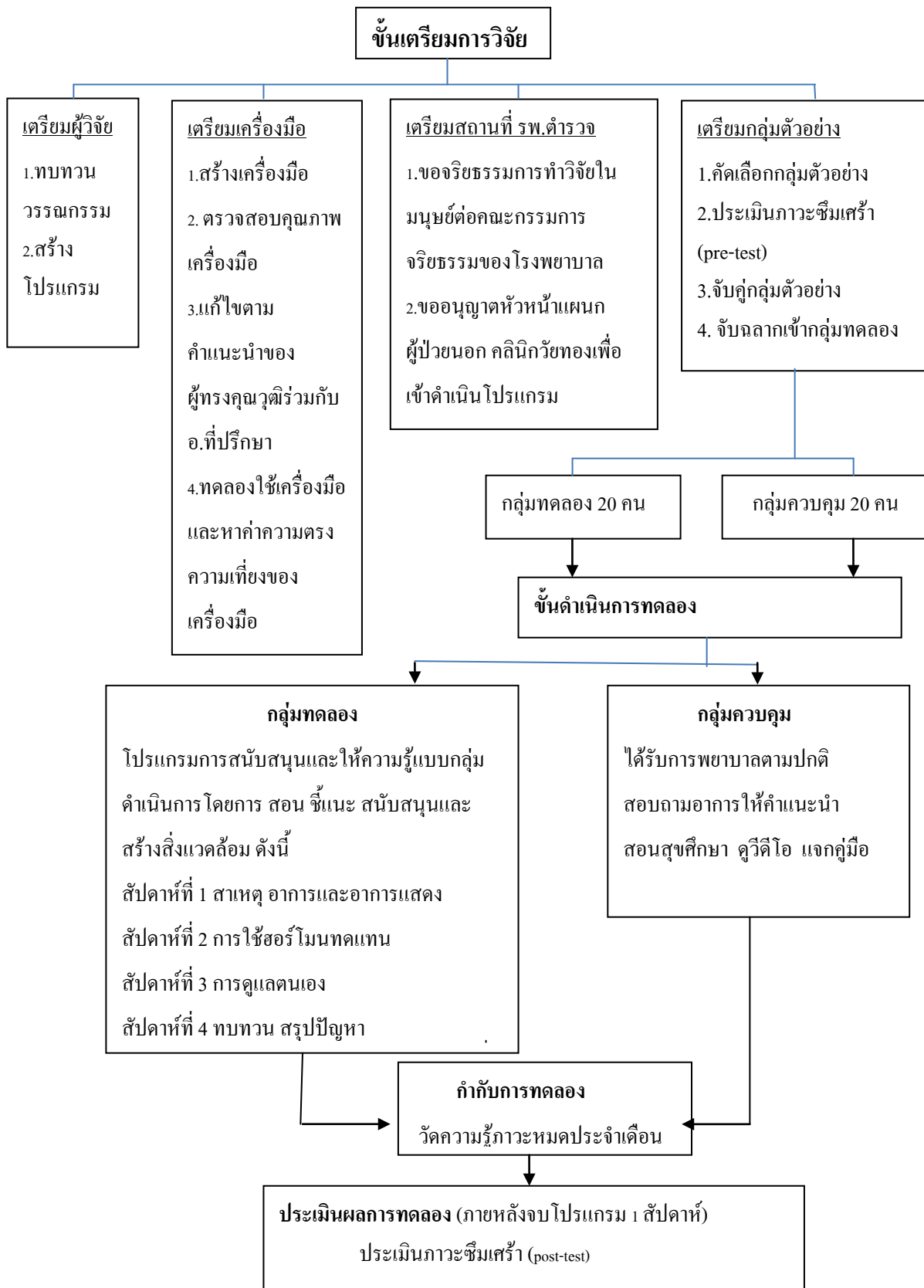
2. ผู้วิจัยประเมินผลการวิจัยโดยขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินหลังการศึกษา (Post-test) โดยใช้แบบแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า CES-D หลังสิ้นสุดการทดลอง 1 สัปดาห์
3. ผู้วิจัยกล่าวสรุปและขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นในการเข้าร่วมการวิจัย
4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบประเมิน ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามระดับการวัดของแต่ละข้อมูล
2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังทำการทดลอง
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม โดยใช้สถิติ Pair t-test
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือนหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test
5. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้แบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มารับบริการคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน โดยสุ่มเข้ากลุ่มตามคุณลักษณะที่กำหนด ผลการศึกษาเสนอตามลำดับต่อไปนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม

ส่วนที่ 3 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส การได้รับฮอรัโมนทดแทน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม(20)		กลุ่มทดลอง(20)		รวม (40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ						
45 -50	8	40.0	10	50.0	18	45.0
51- 55	12	60.0	10	50.0	22	55.0
การศึกษา						
ประถมศึกษา	2	10.0	3	15.0	5	12.5
มัธยมต้น/ปลาย/ปวช.	8	40.0	6	30.0	14	35.0
อนุปริญญา/ปวส.	5	25.0	7	35.0	12	30.0
ปริญญาตรี	5	25.0	4	20.0	9	22.5
รายได้						
เพียงพอ	20	100.0	20	100.0	40	100.0
ไม่เพียงพอ	0	0.0	0	0.0	0	0.0
อาชีพ						
แม่บ้าน	4	20.0	8	40.0	12	30.0
รับจ้าง	14	70.0	8	40.0	22	55.0
ค้าขาย	2	10.0	4	20.0	6	15.0
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	17	85.0	18	90.0	35	87.5
ครอบครัวขยาย	3	15.0	2	10.0	5	12.5

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส						
โสด	2	10.0	0	0.0	2	5.0
คู่	15	75.0	16	80.0	31	77.5
หม้าย	2	10.0	3	15.0	5	12.5
อาการวัยทอง						
มีอาการ	3	15.0	3	15.0	6	15.0
ไม่มีอาการ	17	85.0	17	85.0	34	85.0
ลักษณะประจำเดือน						
ไม่สม่ำเสมอ	12	60.0	11	55.0	23	57.5
หมดประจำเดือน	8	40.0	9	45.0	17	42.5
การรับฮอร์โมน						
ได้รับฮอร์โมน	5	25.0	6	30.0	11	27.5
ไม่ได้รับฮอร์โมน	15	75.0	14	70.0	29	72.5

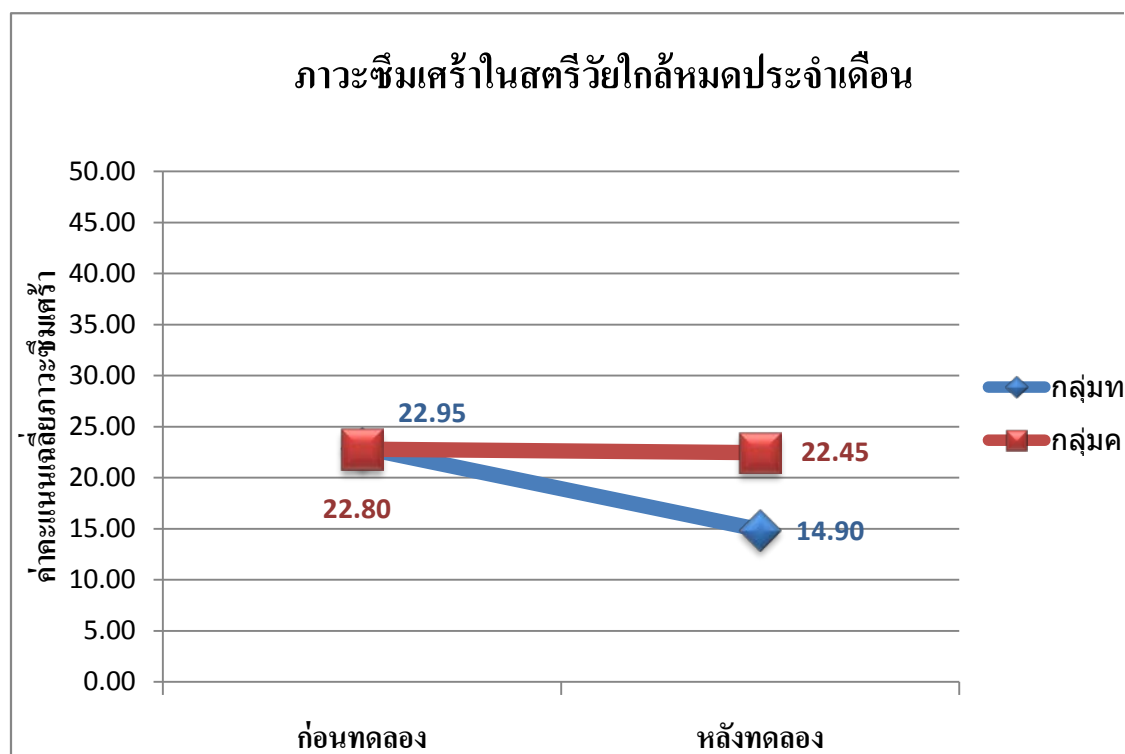
จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ส่วนใหญ่อายุ 51-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.0 การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมต้น/ปลาย/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 35.0 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 55.0 รายได้อยู่ในเกณฑ์เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 100.0 ลักษณะครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 87.5 สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 77.5 ไม่มีอาการของวัยทอง คิดเป็นร้อยละ 85.8 ส่วนใหญ่ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 57.5 และไม่ได้รับฮอร์โมนทดแทน คิดเป็นร้อยละ 72.5

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนก่อนและหลัง
ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม

ตารางที่ 4 คะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังโปรแกรมฯระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คนที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อน	หลัง	ผลต่าง	ก่อน	หลัง	ผลต่าง
1	21	14	-7	20	20	0
2	21	15	-6	26	25	-1
3	27	20	-7	27	25	-2
4	25	15	-10	24	22	-2
5	19	14	-5	20	20	0
6	18	13	-5	18	21	+3
7	21	15	-6	21	21	0
8	19	24	+5	18	22	+4
9	22	20	-2	21	20	-1
10	27	16	-11	26	24	-2
11	19	13	-6	19	21	+2
12	23	15	-8	22	21	-1
13	27	17	-10	26	23	-3
14	22	15	-7	21	24	+3
15	28	16	-12	28	26	-2
16	21	14	-8	21	21	0
17	28	15	-13	27	26	-1
18	23	14	-9	24	22	-2
19	23	15	-8	23	23	0
20	25	15	-10	24	22	-2
\bar{X}	22.95	14.90	1.55	22.80	22.45	7.75
SD	3.22	1.59	1.19	3.14	1.96	2.71

กราฟแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง



ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม

คะแนนภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	SD	df	t	P-value
ก่อนทดลอง	22.95	3.22	19	15.17	.00
หลังทดลอง	14.90	1.59			

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	SD	df	t	P-value
ก่อนทดลอง	22.80	3.14	19	.801	.43
หลังทดลอง	22.45	1.96			

จากตารางที่ 6 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการฯและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม

คะแนนภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	SD	df	t	P-value
ก่อนทดลอง					
กลุ่มควบคุม	22.80	3.14	38	.149	.88
กลุ่มทดลอง	22.95	3.22			
หลังทดลอง					
กลุ่มควบคุม	22.45	1.96	38	13.4	.00
กลุ่มทดลอง	14.90	1.59			

จากตารางที่ 7 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน ก่อนได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันทางสถิติและภายหลังที่กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้พบว่ามีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) รูปแบบการทดลองเป็นการศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Control Group Design with Pretest and Posttest)

กลุ่มทดลอง เป็นสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มารับบริการคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ ที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มควบคุม เป็นสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มารับบริการคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มและสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานงานวิจัย

1. คะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนภายหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม
2. คะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มารับบริการคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มารับบริการคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ ที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้ามีคะแนนตั้งแต่ 16 ขึ้นไป

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ที่มารับบริการคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ เพศหญิงอายุระหว่าง 45-55 ปี ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอหรือไม่มีประจำเดือนตั้งแต่ 3-11 เดือน หรือมีอาการและอาการแสดงของการหมดประจำเดือน มีภาวะซึมเศร้าซึ่งประเมินโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า CES-D ของสถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา มีระดับคะแนนตั้งแต่ 16 ขึ้นไป ไม่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้าแลโรคทางจิตเวชอื่นๆ และไม่เคยได้รับยาต้านเศร้า มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านสติปัญญา การได้ยิน การมองเห็นและการพูด เข้าใจภาษาไทยได้ดี และยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทำการจับคู่ (Matched pairs) โดยคำนึงถึงเรื่อง การศึกษา สถานภาพสมรสและรายได้ เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจกระทบต่อผลการวิจัยได้กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชนิด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาการหมดประจำเดือน สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ศาสนา ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า CES-D ของสถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา แปลโดย วิไล คุปต์นิริติศัยกุลและพนม เกตุมาน(2540)และดัดแปลงใช้กับสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน โดย รัชัญพร ชอบตรง (2549)ประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ความเชื่อที่เกิดจากการรู้คิด อารมณ์ความรู้สึก พฤติกรรมที่แสดงออก และอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ มีค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .81

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความรู้เรื่องภาวะหมดประจำเดือน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อประเมินความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ให้ตอบถูกผิด ข้อที่ตอบถูกต้องได้คะแนน 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากกว่า 80% แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram(1978) และทฤษฎีการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของOrem (2001) ประกอบด้วยขั้นตอน 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ระยะที่ 2 ดำเนินการระยะที่ 3 ยุติกลุ่ม สื่อที่ใช้ในโปรแกรมประกอบด้วยแผนการสอนเรื่องภาวะหมดประจำเดือนทั้งหมด 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 สาเหตุ อาการและอาการแสดงของภาวะหมดประจำเดือน สัปดาห์ที่ 2 การใช้ฮอร์โมนทดแทน สัปดาห์ที่ 3 การดูแลตนเอง และในสัปดาห์ที่ 4 เป็นการสรุป ทบทวนและประเมินผล ในการดำเนินโปรแกรมฯ ผู้วิจัยใช้คู่มือการดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนประกอบการให้ความรู้

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลที่ คลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัยและระยะเวลาเข้าร่วมการวิจัย

2. ดำเนินการวิจัย ดังนี้

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำคลินิกวัยทอง ตามมาตรฐานการพยาบาลของ โรงพยาบาลตำรวจ ประกอบด้วย การแนะนำตัว พูดคุย สอบถามอาการและให้คำแนะนำตามอาการเป็นรายบุคคล โดยไม่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม แจกคู่มือการดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน

กลุ่มทดลอง ดำเนินการตามโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม มีการเข้ากลุ่มจำนวน 4 ครั้งๆละ 60 นาที สัปดาห์ละครั้ง รวม 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยสัปดาห์ที่ 1 สาเหตุ อาการและอาการแสดงของภาวะหมดประจำเดือน สัปดาห์ที่ 2 การใช้ฮอร์โมนทดแทน สัปดาห์ที่ 3 การ

ดูแลตนเอง และในสัปดาห์ที่ 4 เป็นการสรุป ทบทวนและประเมินผล ในการดำเนิน โปรแกรมฯ ผู้วิจัยใช้คู่มือการดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนประกอบการให้ความรู้ โดยจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติม และแจกคู่มือการดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนในวันแรกที่เข้าพบกลุ่ม เมื่อ โปรแกรมสิ้นสุดลงในสัปดาห์ที่ 4 ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและแบบวัดความรู้ และประเมินผลการเข้าร่วมกิจกรรม ใช้เวลา ประมาณ 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามระดับการวัดของแต่ละข้อมูล
2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังทำการทดลอง
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม โดยใช้สถิติ Pair t-test
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือนหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test
5. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัยดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน โดยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 คน สามารถอภิปรายได้ดังนี้

คะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม

จากผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน ภายหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มเป็นโปรแกรมที่เน้นให้สมาชิกภายในกลุ่มมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์และแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ซึ่งเมื่อสมาชิกได้พบปะ พูดคุย และรับรู้ปัญหาของกันและกัน พร้อมทั้งร่วมกันหาแนวทางแก้ไข อีกทั้งได้รู้ว่ายังมีผู้ที่มีปัญหาล้ายคลึงกับตนเองและเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ ทำให้ภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ลดน้อยลง โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม ประกอบด้วย การชี้แนะ การสนับสนุน การสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ โดยในโปรแกรมนี้ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ในลักษณะการให้ข้อมูลเสริมจากที่สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนกัน

โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม มีประโยชน์ในการช่วยให้เกิดการพัฒนาด้านทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจ จากการที่สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มีปัญหาล้ายคลึงกัน ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ ช่วยให้เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้น มีแนวทางการดูแลตนเองให้หลุดพ้นจากภาวะซึมเศร้าที่มีอยู่ รวมทั้งได้มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้เรียนจะเป็นผู้กำหนดความต้องการการดูแลตนเอง นอกจากการสอนและให้ความรู้จากพยาบาล ซึ่งเป็นวิธีในการพัฒนาความรู้ ทักษะและความสามารถในการแก้ไขปัญหาอันเป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้า การให้กำลังใจและจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ บรรยากาศเป็นกันเอง รวมทั้งการสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระหว่างสมาชิกในกลุ่มที่มีปัญหาล้ายคลึง

กัน จะทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจและเกิดแนวคิดในการนำไปปรับใช้ในเหมาะสมกับปัญหาของตนเองและสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

ในการวิจัยนี้กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เป็นกลุ่ม โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการกลุ่ม เชื่อมโยงความคิด คำพูดของสมาชิกกลุ่ม และกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวทำให้กลุ่มทดลองได้รับความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาได้ตรงกับความต้องการของแต่ละคน รวมทั้งได้รับรู้ว่ามีผู้อื่นประสบปัญหาคล้ายกับตนเองและปัญหาเหล่านั้นมีทางแก้ไขได้ ซึ่งจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ อีกทั้งกลุ่มยังช่วยกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและสรุปเพื่อการนำไปปรับใช้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับ Redman (1993) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้โดยใช้กลุ่มช่วยให้บรรลุผลตามจุดมุ่งหมาย ทำให้เกิดการพัฒนาทักษะ ความคิด ความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติ สมาชิกในกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ เมื่อมีความรู้ ความเข้าใจดีก็จะทำให้ดูแลตนเองได้ดี แก้ไขปัญหาได้ดีส่งผลให้ภาวะซึมเศร้ามลดลง

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง ในเรื่องสาเหตุ อาการและอาการแสดงของ ภาวะหมดประจำเดือน และการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยครอบคลุมเรื่องการใช้ฮอร์โมน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การทำจิตใจให้ผ่อนคลาย และการดูแลสุขภาพทั่วไป ตามแผนการสอนด้วยวิธีการบรรยาย ชักถาม ประกอบคู่มือวัยหมดประจำเดือนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้กลุ่มทดลองได้ค่อยๆทำความเข้าใจและนำกลับไปทบทวนที่บ้าน และยังเป็นสิ่งช่วยในการเพิ่มเติมความรู้ ดังผลของการวัดความรู้ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้มากกว่า 80% แสดงว่ามีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มขึ้น อีกทั้งคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ผลการศึกษาของนฤยา ภักตรเจริญ (2545) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัน โรคพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัน โรคภายหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เป็นกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับ รัชนิกร ใจคำสืบ(2549) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาล สนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับและความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่าคะแนนค่าเฉลี่ยคะแนนอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ และ

ความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คะแนนภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้แบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการ สนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มเป็นโปรแกรมที่เน้นให้สมาชิกกลุ่ม มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ โดยทั่วไปการพยาบาลตามปกติ มักเป็นการให้ความรู้เป็นรายบุคคลเมื่อผู้ป่วยมีข้อสงสัย ซักถามหรือให้ความรู้กลุ่มใหญ่ในห้องสอนสุขศึกษา โดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ตามหัวข้อที่ กำหนดไว้ ซึ่งหัวข้อการให้ความรู้ดังกล่าวอาจไม่ตรงกับปัญหาและความสนใจของผู้ป่วยใน ขณะนั้น ทำให้ประสิทธิผลของการให้ความรู้ไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ อีกทั้งการสอนแบบปกติ ผู้ป่วย อาจไม่ค่อยมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แนวทางการแก้ไขปัญหาที่ประสบมาจริง อาจเนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา และภาระงานของพยาบาล อีกทั้งในการให้ความรู้ตามปกติต้องทำ ในช่วงเวลาที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ เพื่อให้การบริการเป็นไปอย่างราบรื่น แต่อาจเป็นช่วงเวลาที่ ผู้ป่วยแต่ละคนไม่พร้อมที่จะเรียนรู้ เนื่องจากจิตใจจดจ่ออยู่กับการเข้าคิวรอพบแพทย์บ้าง รอรับยา บ้าง ทั้งหมดที่กล่าวมาส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้และทำให้การนำความรู้ไปปรับใช้ใน ชีวิตประจำวันเป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ส่งผลให้คะแนนภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบ กลุ่ม ซึ่งควรมีการปรับช่วงเวลาและหัวข้อในการให้ความรู้ให้มีความเหมาะสม สอดคล้องกับความ ต้องการของผู้ป่วย

สำหรับ โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลงเนื่องจาก กลุ่มทดลองนอกจากจะได้รับความรู้เรื่องภาวะหมดประจำเดือนทั้งสาเหตุ อาการและอาการแสดง รวมถึงการดูแลตนเองจากผู้วิจัยแล้ว กลุ่มทดลองยังได้มีส่วนร่วมในแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาที่คล้ายคลึงกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม ทำให้รับรู้ว่ามีผู้ที่มีปัญหาเหมือนกับตนเอง เกิดการ ขอมรับปัญหาเหล่านั้นมากขึ้น เปลี่ยนแปลงทัศนคติที่มีต่อภาวะหมดประจำเดือน มีการร่วมกันหา แนวทางแก้ไขปัญหาเหล่านั้น ทั้งจากแนวทางการแก้ไขปัญหาเดิมที่เพื่อนสมาชิกใช้มาแล้วประสบ ความสำเร็จและแนวทางใหม่ที่เกิดจากการระดมความคิดภายในกลุ่ม เกิดเป็นทักษะการแก้ไข ปัญหาใหม่ๆ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้เชื่อมโยงแนวคิดเหล่านั้น นอกจากนั้นยังมีการให้กำลังใจซึ่งกันและ

กันในการเผชิญและแก้ไขปัญหา ก่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น มีเจตคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงตามวัยและธรรมชาติอันไม่อาจหลีกเลี่ยงได้นี้ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนลดลง

นอกเหนือจากนี้ จากการพูดคุยถามความรู้สึกของสมาชิกภายหลังเข้าพบกลุ่ม พบว่าสมาชิกมีความพึงพอใจ ประทับใจในการเข้าร่วมกลุ่ม เพราะนอกจากจะได้รับความรู้เพิ่มเติมจากผู้วิจัยแล้ว ยังได้พบเพื่อนใหม่ ที่มีปัญหาคล้ายกัน ได้รับกำลังใจจากเพื่อนสมาชิก ได้รับรู้ว่าปัญหาของวัยหมดประจำเดือนเป็นปัญหาที่สตรีส่วนใหญ่ต้องเผชิญ และสามารถที่จะผ่านพ้นปัญหาเหล่านั้นได้ หากรู้จักการแก้ไขและมีกำลังใจที่ดี จึงทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งเสนอว่า เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยซึ่งมีความสามารถดูแลตนเองได้ แต่อาจขาดความรู้ ทักษะที่จำเป็นและไม่สามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำการดูแลตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนเป็นกลุ่มคนที่ยังมีศักยภาพในการเรียนรู้ เพียงแต่อาจจะขาดแหล่งสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ เมื่อมีการจัดให้มีการเรียนรู้โดยการสอน ชี้นำ สนับสนุนและสร้างสิ่งแวดล้อม ร่วมกับกระบวนการกลุ่มเพื่อเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น แนวคิดจากผู้ที่มีปัญหาคล้ายกัน ทั้งยังส่งเสริมให้กำลังใจและกัน เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำโปรแกรมไปใช้

1.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1.1 พยาบาลควรนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มไปผสมผสานกับการพยาบาลตามปกติ โดยพยาบาลจัดทำแผนการสอนให้ความรู้ ร่วมกับจัดทำคู่มือการดูแลตนเองเพื่อใช้ประกอบการให้ความรู้ และเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทบทวนแนวทางการดูแลตนเอง จะทำให้ประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ในระดับที่น่าพึงพอใจ

1.1.2 ควรมีการนำโปรแกรมการสนับสนุนแบบกลุ่มไปใช้กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม เนื่องจากภายในหอผู้ป่วยจะมีผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันหรือคล้ายคลึงกัน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ร่วมกันเสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์และนำไปใช้ในการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคล

1.2 ด้านการศึกษาวิจัย เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยกับสตรีวัยหมดประจำเดือนใน ระยะที่แตกต่างกัน เนื่องจากในแต่ละช่วงของการหมดประจำเดือนมีปัญหาที่เหมือนหรือแตกต่าง กัน ซึ่งอาจต้องได้รับการช่วยเหลือ จึงเหมาะแก่การศึกษาวิจัยต่อไป

1.3 ด้านการบริหาร ควรมีการจัดอบรมทักษะในการให้ความรู้เป็นกลุ่ม และควร จัดอัตรากำลังให้เพียงพอต่อการบริการ เพื่อให้พยาบาลมีเวลาในการทำกิจกรรมด้านการสนับสนุน และให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาติดตาม ประเมินภาวะซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมการ สนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มอย่างต่อเนื่อง

2.2 ควรจัดโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มในสตรีวัยหมด ประจำเดือนทุกช่วง เนื่องจากเป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ การได้รับการ สนับสนุนและให้ความรู้อาจจะส่งผลดีต่อการจัดการกับความเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นได้

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกวรรณ พูนพานิชย์. 2549. ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาแบบประคับประคอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาพจิต, กรม. 2538. รายงานสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทย. ม.ป.ท.: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรพินท์ ปานวิเชียร. 2547. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการใช้กระบวนการกลุ่มในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธรสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- กษมภักดิ์ พันพิลึก. 2550. ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัลยา แซ่เอี้ยว. 2539. ปัจจัยทางชีวิตสังคมที่พบร่วมกับอารมณ์เศร้าของสตรีที่มารับบริการที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กุลธิดา สุภาคคุณ. 2549. ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์จิรา เกียรติสีสกุล. 2551. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนให้ความรู้ ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทนา ทองชื่น. 2545. ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- จันทิมา องค์โฆษิต. 2545. จิตบำบัด: การปฏิบัติงานจิตเวชทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ยูเนียน
ครีเอชั่น.
- จินตนา ยูนิพันธ์. 2529. ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรารัตน์ จินวัฒน์. 2541. ผลของกระบวนการกลุ่มต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จตุมา ชูเผือก. 2549. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย
ด้วยการเดินแบบภูมิปัญญาไทยต่อสมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการดูแลตนเอง
และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลครอบครัวและชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เขาวนีย์ ล่องชูผล. 2547. ผลของการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรค
ซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงใจ กสานติกุล. 2542. โรคซึมเศร้ารักษาหายได้ และโรคอารมณ์ผิดปกติ. กรุงเทพมหานคร:
นำอักษรการพิมพ์
- คุณฉวี อุดมอิทธิพงศ์. 2546. ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีอัตถิภาวะนิยมต่อความวิตก
กังวลของสตรีวัยทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้
คำปรึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธนพร ศนิบุตร. 2540. คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน ในภาคตะวันออกเฉียง. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์. 2544. ปัญหาทางจิตเวชในผู้ป่วยฝ่ายกาย. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมช
สุคนธ์, จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี, หน้า 291-313. กรุงเทพมหานคร : สวีชาญการพิมพ์.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, มาโนช หล่อตระกูล และอุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. 2539. การพัฒนา
แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale หรือ HADS ฉบับภาษาไทยใน
ผู้ป่วยมะเร็ง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 41 (1) : 18-30.
- ธวัชชัย วรพงศธร, วงเดือน ปั้นดีและสมพร เด็ริมชัยศรี. 2533. คุณลักษณะความตรงของแบบวัด
ความซึมเศร้า CES-D. วารสารจิตวิทยาคลินิก 2(10): 26-45.

- ธิดารัตน์ ห้วยทราย. 2551. ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มโดยใช้แนวความคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีภาวะซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธิดิมา กาญจนสาย. 2551. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติที่มีต่อภาวะหมดประจำเดือน การสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธัญญพร ชอบตรง. 2549. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของสตรีใกล้หมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นฤยา ภัทธรเจริญ. 2545. ผลการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทิกา ทวีชาชาติ และศิริลักษณ์ สุภพิติพร. 2543. ภาวะจิตสังคมในวัยหมดประจำเดือน. ใน กอบจิตต์ ลิ้มปยะยอม(บรรณาธิการ) วัยหมดระดู, หน้า 17-34. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิมิต เตชะไกรชนะ, อรรณพ ใจสำราญ, กระเชียร ปัญญาคำเลิศ และกอบจิตต์ ลิ้มปยะยอม. 2546. แนวปฏิบัติในการดูแลรักษาสตรีวัยหมดระดู. ใน นเรศร สุขเจริญ, Evidence-Base Clinical Obstetrics and Gynecology, หน้า 15-22. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิพนธ์ พวงรินทร์ และคณะ. 2537. แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. สารศิริราช 46(1) : 1-9.
- นิมิต เตชะไกรชนะ. 2543. ฮอว์โมนทดแทนในวัยหมดระดู. กรุงเทพมหานคร: บีบอนด์อินเตอร์ไพร์ซ์.
- นุโรม เงามาม. 2540. คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน ในภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญสม กองนิล. 2545. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความคิดอัตโนมัติในด้านลบ การปรับตัวทางสังคมกับความซึมเศร้าในหญิงวัยหมดระดู โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร. 2547. ระเบียบวิธีวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร. 2553. ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง กรรณสูต. 2542. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประราณี โอภาสนันท์. 2542. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อภาวะสุขภาพและการควบคุมโรคในผู้ป่วยสูงอายุเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พุทธชาติ สิ้นธนาวา. 2540. คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพียงใจ นวนหนู. 2549. ผลของโปรแกรมให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มงคล จิตวัฒนากร และวาสนา พัฒนกำจร. 2542. การศึกษาภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยเปลี่ยน. วารสารกรมการแพทย์ 8:789-799.
- มณีรัตน์ เรื่องโรจน์และอาภากร สุปัญญา. 2541. ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วารสารกองการพยาบาล 25,2: 45-57.
- มาโนช หล่อตระกูล,ปราโมทย์ สุคนิชย์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2539). การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depress ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41(4), 235-246.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. 2548. จิตเวชศาสตร์รามาชิปดี. กรุงเทพมหานคร : บีคอนด์ เอนเตอร์ไพรส์
- มาโนช หล่อตระกูล. 2549. คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดีกรุงเทพ.

- พจนีย์ รอดจินดา. 2541. ผลของการศึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- พรพรรณ สุดใจ. 2552. ผลของโปรแกรมจิตบำบัดทางจิตสังคมแบบบูรณาการต่อภาวะซึมเศร้าและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิสิฏฐ์ ชัยประเสริฐสุด. 2548. ภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยเปลี่ยนที่มารับบริการที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย. 2007. ความชุกและปัจจัยทางจิตสังคมของโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. J Med Assoc Thai 90(10): 2164-2174.
- รณชัย คงสกนธ์, วีระเดช วีระพงศ์เศรษฐ์ และอัญชลี เตมียะประดิษฐ์. 2548. ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า. การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4, หน้า 176. กรุงเทพมหานคร
- รณชัย คงสกนธ์และคณะ. 2546. การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression Rating Scale(MADRS). วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 48(4) : 211-218.
- รัชนิกร ใจคำสืบ. 2549. ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลัดดา แสนสีหา. 2536. ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติในทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณิศา อุ่มสุดใจ. 2540. คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรษญา เจะหลง. 2551. เพศสัมพันธ์ในสตรีมุสลิมวัยทองในชุมชนชนบทแห่งหนึ่งของภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วราภรณ์ เฟื่องฟู. 2547. ผลของการสนับสนุนและให้ความรู้และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันวิสาข์ ชูจิตร. 2543. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการฟื้นฟูในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วัชณี หัตถพนม. 2550. การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชนในการใช้วิธีการปรับแนวคิดและพฤติกรรมแบบประยุกต์เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวาน Type 2.
- วิภาวี เผ่ากันทรารกร. 2548. ภาวะซึมเศร้า : ประสบการณ์การจมทุกข์-พันทุกข์ของผู้หญิงอีสาน. วิทยานิพนธ์ ปรัชญาคุณภูมิบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิรัช เกษอุดมทรัพย์. 2542. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว การปรับตัวและภาวะสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิไล คุปต์นิรัทธิ์ และพนม เกตุมาน. 2540. การศึกษาแบบสอวัดความซึมเศร้าโดยเครื่องมือ The Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale(CES-D)ในคนไทย. สารศิริราช 49(5): 442-447
- ศศิธร บำรุงจิตต์. 2548. ผลของการฝึกสมาธิแบบอนาปานสติต่อภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศุภรัศม์ วังทองคำ, พงศกร สุจริตกุล., ศรีวรรณ วังเจริญและสุทิน มณีชมภู. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป. J Med Assoc Thai 91(12): 1812-1817.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. 2546. ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน: มิติทางวัฒนธรรมในงานการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.ศิริรัตน์ วิชิตระกุลถาวร. 2545. ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ศิริพร สวดยพริ้ง. 2551. ศึกษาผลของจิตบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. 2538. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2553. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2553. นครปฐม.
- สมชาย พลอยเลื่อมแสง. 2541. ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของคนไทยในเขตสาธารณสุข 10. วารสารสวนปรง, 3.
- สมถวิล สินธุประสิทธิ์. 2545. เจตคติที่มีภาวะหมดประจำเดือนและภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยเปลี่ยนในโรงพยาบาลป่าโมก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรื่องตระกูล. 2543. โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์
- สมภพ เรื่องตระกูล. 2549. จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมชาย เรื่องตระกูล. 2542. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สรยุทธ วาสินานนท์. 2547. โรคซึมเศร้า. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์(บรรณาธิการ). การระบาดของวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย, 127-145. สงขลา: สยามบราเดอร์การพิมพ์.
- สุจิรา วิเชียรรัตน์. 2547. ผลของโปรแกรมการฝึกโยคะร่วมกับกระบวนการกลุ่มต่อสมรรถภาพทางกายของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุณี เวชประสิทธิ์. 2540. คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน ในภาคตะวันตก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภาพร มหาวรรณ. 2544. ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สุภาพร หมุ่กรอด. 2551. ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม การดูแลเด็กของมารดาและการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน โรคลดสติปัญญา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. 2545. การพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณ 3.
- สุวรรรัตน์ รัตนพันธ์. 2551. ผลของการใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการปฏิบัติตน การหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). ประมวลข้อมูลสถิติของประเทศไทย พ.ศ.2545. กรุงเทพมหานคร: กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2543). แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยก่อนและหลังหมดระดูสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- อวยพร เรืองตระกูล. 2549 สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ I ภาควิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอี่ยมเดือน เนตรแวม. 2541. ความคิดอัตโนมัติด้านลบกับความซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. 2549. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. 2552. การจัดการกับภาวะซึมเศร้า ความเครียด และวิตกกังวล ด้วยตนเอง. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ธนาพรสการพิมพ์
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. 2553. การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. 2553. การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย, รังสิมันต์ สุนทรไชยา และพิรพนธ์ ลีอนุชวัชชัย. 2552. รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวช ต่อภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร. วิจัยกองทุนรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อรวรรณ ลีอินทร์. 2545. ผลการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าในบ้านพักคนชรา
นักบุญโยเซฟ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรวรรณ ชุกฤษดิ์. 2548. ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต ความตึง
เครียดในบทบาทภาวะสุขภาพกับภาวะซึมเศร้าของสตรีหลังหมดประจำเดือน.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อนามัย,กรม. อนามัยครอบครัว,ทอง. 2539. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีไทยวัยก่อนและ
หลังหมดระดู. รายงานการวิจัย. เชียงใหม่
- อารมณ อร่ามเรือง. 2551. ผลการสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแก่
ผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการ
พยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. 2554. การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร:
บริษัท มิสเตอร์ก๊อปปี้ (ประเทศไทย) จำกัด.

ภาษาอังกฤษ

- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. 1961. An inventory for
measuring depression. Archives of Psychiatry, 4,53-63.
- Beck, A.T. 1967. Depression: Clinical experimental and theoretical aspects. New York: Hoeper
Medicaldivision.
- Beck A.T, Steer R.A. 1993. Manual for the Beck Depression Inventory. San Antonio(TX):
Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F.,and Emery, G. 1979. Cognitive therapy of depression.
New York: The Guilford Press.
- Berto, P., D'llario, D., Ruffo, P., Virgilio, D.R., and Rizzo, F. 2000. Depression: Cost-of-illness
studies in the international literature, a review. Journal of Mental health policy and
Economics 3: 3-10.
- Brandman,W. 1994. Intersubjectively social microcosm and the here and now in a support group
for nurse. Journal of Affective Disoder, 10,67-75.

- Bromberger, J.T. et al. 2001. Psychologic distress and natural menopause: a multiethnic community study. American Journal Public Health 91: 1435-1442.
- Burns, N., & Grove, S.K. 2005. The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization (5th ed). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Berry, P.D. 1989. Psychosocial Nursing : Assessment and Intervention. 2nd ed. Pennsylvania. J.B. Lippincott.
- Choompootaweeep S, Tankeyoon M, Yamarat K, Poomsuwan P, Dusitsin N. The menopausal age and climacteric complaints in Thai women in Bangkok. Maturitas 17: 63-71.
- Cobb, S. 1976. Social support as a moderate of life stress. Psychosomatic Medicine 38: 300-314.
- Collin, A. 2000. Psychological aspects of the transition to menopause. In T. Aso, T. Yanihara, and S. Fujimoto(eds.), The Menopause at the Millennium, New York: The Parthenon Publishing Group.
- Coopersmith, S. 1971. Studies in Self Esteem In Contemporary Psychology. Edited by Atkinson, R.C. San Francisco. W.H. Freeman.
- Coopersmith, S. 1984. SEI : Self Esteem Inventories. California. Consulting Psychologist Press.
- Crenshaw, B.T. 1989. Group and group therapy. In B.S.Gohnson(ed). Psychiatric mental health nursing: Adaptation and growth. Philadelphia: Lippincott.
- Dennerstein, L. 1987. Psychologic and sexual effect. In: Daniel, RM. (ed). Menopause Psychology and Phamacology, Chicago: Years book medical Publishers 225-234.
- Dennerstein, L. 1996. Well-being, symptoms and the menopause transition. Maturitas 23(2): 147-157.
- Dennerstein, L., et al. 1999. Mood and the menopause transition. Journal of nervous and Mental Disease 187(11): 685-691.
- Dennerstein, L., Smith, AMA., and Morse, C. 1994. Psychological Well-being and the menopause. Maturitas 20: 1-11.
- Graant, A., et al. 2004. Cognitive Behavioral Therapy in Mental Health Care. London: Sage.
- Haber, J. et al. 1987. Comprehensive Psychiatric Nursing. 3rd ed. USA Mc-Graw Hill.
- Haber, J. 1992. Comprehensive Psychiatric Nursing. 4th ed. USA. Mosby Year Book.
- Kaplan, H.I.& Sadock, B.J. 1989. Comprehensive textbook of Psychiatry(5th ed.). London: Williams & Williams.

- Katz, I.R. 1996. On the inseparability of mental and physical health in age persons lessons from depression and medical comorbidity. American Journal Geriatric Psychiatry 4; 1-16.
- Keltner, N.L. Schwecke, L.H. and Boston, C.E. 1991. Psychiatric Nursing : A Psychotherapeutic Management Approach. USA. Mosby Year Book.
- Klose, P, and Tinius, T. 1992. Confidence builders: a self-esteem group at an inpatient psychiatric hospital. Journal of Psychosocial Nursing, 30(7), 5-9.
- Lagger, G., Pataky, Z., and Golay, A. 2010. Efficacy of therapeutic patient education in chronic and obesity. Patient Education and Counseling. 79, 283-286.
- Leboeuf, F.J., & Carter, S.G. 1996. Discomforts of the perimenopause. Journal of Obstetrical, Gynecology, and Neonatal Nursing, 25(2), 173-180.
- Lewin, L. 2003. The client with a Depress Disorder. In : Deborah. Antai-Otong CD. Editor. Psychiatric Nursing : Biological Concepts. United States : Thomson Learning, Inc.
- Manidipa, G. 2001. Self support group for HIV individuals. The Fifth International Conference on Home and Community Care For Persons Living with HIV/AIDS.
- Marram, G.D. 1978. The group approach in nursing practice 2nd ed. St. Louis: C.V. Mosby.
- Murray, R.B. and Huelskoetter, M.M. 1991. Psychiatric Mental Health Nursing. 3rd ed. Connecticut. Appleton & Lange.
- Orem, D.E. 1985. Nursing: Concept of Practice. 3rd ed. New York: McGraw-Hill.
- Orem, D.E. 1991. Nursing: Concept of Practice. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Orem, D.E. 1995. Nursing: Concept of Practice. 5th ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Orem, D.E. 2001. Nursing: Concept of Practice. 6th ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Pender, N.J. 1982. Health promotion in nursing practice 2nd ed. New York: Appleton Century Crofts.
- Polit, D. and Beck. 2004. Nursing research : Generating and Assessing evidence for nursing practice. Philadelphia : Loppincott Williams & Wilkins.
- Polit, M. and Adams, M. 1987. Dress and Self-esteem. Journal of Gerontological Nursing 13(10): 11-17.
- Redman, B.K. 1980. The Process of Patient Teaching in nursing. 4th ed. St. Louis: Mosby company.

- Redman, B.K. 1993. The Process of Patient Teaching in nursing. 7th ed. St. Louis: Mosby company.
- Rosenberg, M.,&Schooler, C. 1989. Self-esteem and adolescent problem: modeling reciprocal effects. American Sociological Review, 54, 1004-1018.
- Rosie Baud, R. F. B. 2009. Stress, psychological distress, psychosocial factors, menopause symptoms and physical health in women Maturitas 62: 160-165.
- Santrock, Jonh W. 2003 Phycology: Essential. USA. Mc-Graw Hill Companies.
- Sarafino, E.P. 1990. Health psychology biopsychosocial interactions. Canada: John Wiley and Sons.
- Segal, z.v., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York : The Guilford Press.
- Seok-Man Kwon and Tiam P.S. Oei. 2003. Cognitive change processes in a group cognitive behavior therapy of depression. Journal of behavior Therapy and Experimental Psychiatry ;34 : 73-85.
- Shahrbabaki, M.P., Farokhzadian, J., and Hasanabadi, Z. 2012. Effect of self-care Education on Patient's Knowledge and Performance with Heart Failure. Procedia- Social and Behavioral Sciences. 31 : 918-922.
- Skiff, A. 1997. Hospital office Promote Promote the Health Education. Hospital JAHA 47 (Martch): 117-120.
- Sudak, Howard S. 2009. "Suicide", in Kaplan and Sadock Comprehensive Psychology Textbook. Philadelphia : Williams and Wilkins: 2721-2722.
- US Department of Health and Human Service, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. 1993. Depression in Primary Care: Detection, Diagnosis and Treatment. Journal of Psychosocial Nursing, 31(6),19-29.
- Weiss, G., et al. 2004. Menopause and hypothalamic pituitary sensinty to estrogen. Journal of the American Medication Association 292(24): 2991-2996.
- Woods, N.F., and Mitchell, E.S. 2005. Symptoms during perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. The American Journal of Medicine 118(12B): 14S-24S.

World Health Organization. 1981. Research on the menopause. WHO Technical Report Series, WHO. 670. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization . 2000. Woman's Mental Health: An Evidence Based Review. Geneva.

Yalom . 1995. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. 4th ed. New York: Basic Books.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

พ.ต.อ. ดนุภุต กลัมพากร	นายแพทย์ (สบ 4) กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลตำรวจ
พ.ต.ต.หญิง คลนภา รัตนากร	นายแพทย์ (สบ 2) กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลตำรวจ
อ.ดร. บัณฑิต วงศ์แสงฤทธิ์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียน พยาบาล คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี
ผศ. ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
อ.ดร. เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์	อาจารย์พยาบาล ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบวัดความรู้ภาวะหมดประจำเดือน

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้และความเข้าใจของท่านที่มีต่อภาวะหมดประจำเดือน โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นและความเข้าใจของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การตอบดังนี้

เลือกตอบ ถูก เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้น ถูกต้อง
เลือกตอบ ผิด เมื่อท่านคิดว่าข้อความนั้น ผิด

คำถาม	ถูก	ผิด
1. ภาวะหมดประจำเดือนเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน		
2. สตรีที่อยู่ในภาวะหมดประจำเดือนจะมีอาการทั้งทางกายและจิตใจ		
3. อาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออก หงุดหงิด เป็นอาการของวัยหมดประจำเดือน		
4.ภาวะกระดูกพรุนไม่ใช่ผลกระทบจากภาวะหมดประจำเดือน		
5.อาการคลื่นไส้สวามะไม่อยู่ เป็นอาการหนึ่งที่เกิดขึ้นได้ในสตรีวัยหมดประจำเดือน		
6.สตรีวัยหมดประจำเดือนมักจะเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ		
7.สตรีวัยหมดประจำเดือนต้องได้รับฮอร์โมนทดแทนทุกราย		
8. ผู้ที่มีประวัติมะเร็งมดลูกหรือมะเร็งเต้านมไม่ควรใช้ฮอร์โมนทดแทน		
9. ถั่วเหลืองมีสารที่มีคุณสมบัติคล้ายฮอร์โมนเอสโตรเจนจึงควรบริโภค		
10. ควรใช้ฮอร์โมนโปรเจสเทอโรนร่วมด้วยในกรณีที่ใช้เอสโตรเจนเป็นเวลานาน		
11. การออกกำลังกายที่ดีควรทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง		
12. การเดินช้าๆ ไม่ให้มีความรู้สึเหนื่อยเป็นการออกกำลังกายที่ดี		
13. ควรรับประทานเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว ในปริมาณมาก		
14. ควรควบคุมน้ำหนักให้คงที่ คัดน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว		
15. ควรใช้ไขมันพืชในการประกอบอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง		
16. ปลาทะเลมีประโยชน์ ลดภาวะเส้นเลือดอุดตัน		
17. เมื่อมีความเครียดควรปรึกษาบุคคลใกล้ชิดหรือทำกิจกรรมที่เพลิดเพลิน		
18. ควรตรวจร่างกาย ตรวจหามะเร็งปากมดลูก อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง		
19. ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอและมาพบแพทย์ทันทีที่มีอาการผิดปกติ		
20. หากนอนไม่หลับ ควรจิบชา กาแฟอุ่นๆก่อนนอน		

แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยหมดประจำเดือน

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความรู้สึกและความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การตอบดังนี้

- ไม่เลย หมายถึง ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้นน้อยกว่า 1 วัน/สัปดาห์
 นานๆครั้ง หมายถึง ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 1-2 วัน/สัปดาห์
 ค่อนข้างบ่อย หมายถึง ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 3-4 วัน/สัปดาห์
 บ่อยครั้ง หมายถึง ความรู้สึกนั้นเกิดขึ้น 5-7 วัน/สัปดาห์

ความรู้สึก	ไม่เลย	นานๆครั้ง	ค่อนข้างบ่อย	บ่อยครั้ง
ตั้งแต่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของประจำเดือน				
1. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย				
2. ท่านรู้สึกเบื่ออาหาร				
3. ท่านรู้สึกว่ายังคงมีอาการซึมเศร้า แม้ว่าจะมีคนในครอบครัวหรือเพื่อนคอยช่วยเหลือ				
19. ท่านรู้สึกว่าคนรอบข้างไม่ชอบท่าน				
20. ท่านรู้สึกท้อถอยในชีวิต				



วัยหมดประจำเดือน



จัดทำโดย พ.ต.ท.หญิง จุติพร ทองสัมฤทธิ์
นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอนตามโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มสำหรับสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน

เรื่อง ความรู้เกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือนและการปฏิบัติตัว

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มแก่สตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลด้านสุขภาพอนามัยและการสนับสนุนอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยกระบวนการกลุ่มเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการรับฟังปัญหาซึ่งกันและกัน และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้ความรู้ ประกอบด้วย รายละเอียดของภาวะหมดประจำเดือน อาการและอาการแสดง การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม โดยแต่ละครั้งประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ระยะที่ 2 ดำเนินการ ระยะที่ 3 ยุติกลุ่ม

จำนวนสมาชิกกลุ่ม	5-10 คน
สถานที่	คลินิกวิทยทอง โรงพยาบาลตำรวจ
ระยะเวลา	สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆละ 60 นาที จำนวน 3 สัปดาห์
ผู้สอน	พ.ต.ท.หญิง จุติพร ทองสัมฤทธิ์
วัตถุประสงค์	1. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือน อาการและอาการแสดงและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม 2. นำความรู้ ความเข้าใจไปเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ 3. ร่วมกันค้นหาปัญหา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แนวคิด และหาแนวทางแก้ไขปัญหา ร่วมกันภายในกลุ่ม
กิจกรรม	ประกอบด้วยการทำกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง

แผนการสอนครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมินผล
<p>เพื่อสร้างสัมพันธภาพและนำเข้าสู่กิจกรรมกลุ่ม</p>	<p>สวัสดีค่ะ ดิฉัน พ.ต.ท.หญิง จุติพร ทองสัมฤทธิ์ นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำการวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน จึงใคร่ขอความร่วมมือจากทุกท่านในการเข้าร่วมการทำวิจัยครั้งนี้</p> <p>เหตุผลในการทำวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากปัญหาภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้สตรีบางคนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือในรายที่รุนแรงอาจถึงหลีกหนีสังคม จนถึงขั้นคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ(ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)</p> <p>-เริ่มจากสร้างความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิกกลุ่ม ด้วยการแนะนำตัว แฉ่งวัตถุประสงค์และรายละเอียดของกิจกรรม</p> <p>-ให้สมาชิกแนะนำตัวที่ละคน เพื่อสร้างความรู้จักซึ่งกันและกัน</p> <p>-ประเมินปัญหาของแต่ละคน</p>	<p>- ผู้วิจัยและสมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน</p> <p>- สมาชิกสามารถระบุปัญหาและความต้องการของตนเองได้</p> <p>- สมาชิกสามารถตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาได้</p>

ภาคผนวก ค
หนังสือรับรองการพิจารณาต่างๆ

ที่ ศธ 0512.11/ 0660



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

24 เมษายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย พันตำรวจโทหญิง จุติพร ทองสัมฤทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้แบบกลุ่ม ต่อภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการดังนี้

1. พันตำรวจเอก ดนุกฤต กลัมพากร นายแพทย์ (สบ 4) กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม
2. พันตำรวจตรีหญิง ดลนภา รัตนกร นายแพทย์ (สบ 2) กลุ่มงานจิตเวช

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	พันตำรวจเอก ดนุกฤต กลัมพากร และพันตำรวจตรีหญิง ดลนภา รัตนกร
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย โทร. 0-2218-1149
อาจารย์ที่ปรึกษาพร้อม	อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง โทร. 0-2218-1157
ชื่อนิสิต	พันตำรวจโทหญิง จุติพร ทองสัมฤทธิ์ โทร. 084 - 0048724

ที่ ศธ 0512.11/ 0620

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕๔ เมษายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ


เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย พันตำรวจโทหญิง จุติพร ทองสัมฤทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้แบบกลุ่ม ต่อภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ อาจารย์ประจำ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ เครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	อาจารย์ ดร. บัวหลวง สำแดงฤทธิ์
ฝ่ายวิชาการ	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย โทร. 0-2218-1149
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง โทร. 0-2218-1157
ผู้นิสิิต	พันตำรวจโทหญิง จุติพร ทองสัมฤทธิ์ โทร. 084 - 0048724

ที่ ศธ 0512.11/ 0620

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๕๔ มีนาคม 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

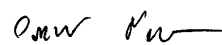
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย พันตำรวจโทหญิง จุติพร ทองสัมฤทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุน และให้ความรู้แบบกลุ่ม ต่อภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณิตรัตน์ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณิตรัตน์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย โทร. 0-2218-1149

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง โทร. 0-2218-1157

ชื่อนิสิต

พันตำรวจโทหญิง จุติพร ทองสัมฤทธิ์ โทร. 084 - 0048724



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/0620

วันที่ 24 เมษายน 2555

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย พันตำรวจโทหญิง จุติพร ทองสัมฤทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม ต่อภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิติตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย โทร. 0-2218-1149

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม อาจารย์ ดร. จรรยา ฉิมหลวง โทร. 0-2218-1157

ชื่อนิสิต พันตำรวจโทหญิง จุติพร ทองสัมฤทธิ์ โทร. 084 - 0048724

ที่ ศธ 0512.11/ ๐๒๐4



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรราช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

19 เมษายน 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน นายแพทย์ใหญ่ (สบ 8) โรงพยาบาลตำรวจ ผ่านประธานคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. รายละเอียดการทำวิจัย 5 ชุด
 2. คุณสมบัติผู้วิจัย 5 ชุด
 3. แบบฟอร์มการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย 5 ชุด
 4. แบบฟอร์มการให้ความยินยอม 5 ชุด
 5. แบบสอบถาม 5 ชุด

เนื่องด้วย พันตำรวจโทหญิง จุติพร ทองสัมฤทธิ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรม การสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม ต่อภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงร่างวิทยานิพนธ์นี้ได้ ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัย ในสตรีใกล้หมดประจำเดือนที่มาใช้บริการคลินิกวัยทอง จำนวน 70 คน โดยใช้โปรแกรม การสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม แผนการสอน คู่มือวัยหมดประจำเดือน แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบวัดความรู้เรื่องภาวะหมดประจำเดือน ทั้งนี้หนังสือจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ พันตำรวจโทหญิง จุติพร ทองสัมฤทธิ์ เสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

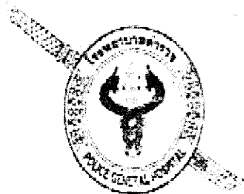
ชื่อ นิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย โทร. 0-2218-1149

พันตำรวจโทหญิง จุติพร ทองสัมฤทธิ์ โทร. 084 - 0048724



โรงพยาบาลตำรวจ
สำนักงานแพทย์ใหญ่
492/1 ถนนพระรามที่ 1 แขวงวังใหม่
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ

เลขที่หนังสือรับรอง.....ว. 28/2556.....

ชื่อโครงการ/ภาษาไทย	- ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม ต่อภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน
ชื่อหัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด	พ.ต.ท.หญิง จุติพร ทองสัมฤทธิ์ พยาบาล(สบ2) นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ	-
สถานที่ทำการวิจัย	โรงพยาบาลตำรวจ
เอกสารรับรอง	1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 27 April 2012)(ฉบับภาษาไทย) 2. แบบฟอร์มการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ฉบับที่ 2.0 ลงวันที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2555 (Version 2.0 Date 27 April 2012)(ฉบับภาษาไทย) 3. เอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารลงนามยินยอม ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 27 เมษายน พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 27 April 2012)(ฉบับภาษาไทย) 4. แบบสอบถาม ฉบับที่ 1.0 ลงวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2555 (Version 1.0 Date 27 April 2012)(ฉบับภาษาไทย) 5. อัดประวัติผู้วิจัย
รับรองโดย	คณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ
วันที่รับรอง	27 เมษายน 2555
วันหมดอายุ	26 เมษายน 2556

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบในการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยของ
โรงพยาบาลตำรวจ ตามกฎเกณฑ์สากล

พลตำรวจตรี

(ทรงชัย สิมะโรจน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรม และวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลตำรวจ

ภาคผนวก ง
ข้อมูลและใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลสำหรับประชาชนตัวอย่างหรือผู้ที่ส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน
ชื่อผู้วิจัย	พ.ต.ท.หญิง จุติพร ทองสัมฤทธิ์ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน)	หอผู้ป่วยพิเศษสูติเวชกรรม ชั้น 4 โรงพยาบาลตำรวจ ถนน พระราม 1 เขต ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร
(ที่บ้าน)	7/101 หมู่บ้านยิ่งรวย ตำบล ท่าพี่เลี้ยง อำเภอ เมือง จังหวัด สุพรรณบุรี
โทรศัพท์ที่ทำงาน	02-2076379
โทรศัพท์เคลื่อนที่	084-0048724 E-mail : cookies1974@hotmail.co.th

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

โครงการวิจัยนี้เกี่ยวกับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ภาวะหมดประจำเดือน จำนวน 20 ข้อ

ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

ในการตอบแบบประเมินผู้เข้าร่วมการวิจัย ไม่ต้องระบุ ชื่อ-นามสกุล ในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ

3. รายละเอียดและขั้นตอนของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนที่มีรับบริการคลินิกวัยทองโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 40 คน ตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยประกอบด้วย

1. เพศหญิงอายุระหว่าง 45-55 ปี
2. ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ หรือไม่มีประจำเดือนตั้งแต่ 3-11 เดือน หรือมีอาการและอาการแสดงของการหมดประจำเดือน
3. มีภาวะซึมเศร้าประเมินโดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า CES-D ของสถาบันสุขภาพจิตแห่งสหรัฐอเมริกา (ระดับคะแนนตั้งแต่ 16 ขึ้นไปถือว่ามีความซึมเศร้า) และไม่มีประวัติเป็นโรคซึมเศร้า โรคทางจิตเวชอื่นๆและไม่เคยได้รับยาต้านเศร้า
4. มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านสติปัญญา การได้ยิน การมองเห็นและการพูด เข้าใจภาษาไทยได้ดี
5. ยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์ในการคัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ

1. กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรม
2. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ขอถอนตัวออกจากการวิจัย
4. ประโยชน์ที่จะผู้วิจัยได้รับ
 1. ด้านผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขภาวะซึมเศร้าของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือนให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข
 2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เข้าใจโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่มมาใช้ในการพัฒนาบทบาทพยาบาลในการบำบัดภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน
 3. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้และแสดงผลลัพธ์ของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม ซึ่งสามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบำบัดภาวะซึมเศร้า
 4. ด้านการศึกษาพยาบาล เป็นการพัฒนาองค์ความรู้ในการนำไปวางแผนการเรียนการสอนในด้านการบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยฝ่ายกาย
5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการปฏิบัติดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลตามการพยาบาลปกติจากคลินิกวัยทองโรงพยาบาลตำรวจ

1. การพยาบาลตามปกติโดยได้รับคำแนะนำต่างๆจากเจ้าหน้าที่พยาบาลคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ
2. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั่วไปโดยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า
3. นัดผู้ป่วยอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 ที่โรงพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยพบผู้ป่วยตามที่นัดหมายไว้ ขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า

กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้แบบกลุ่ม กิจกรรมเป็นการส่งเสริมให้ความรู้เป็นกลุ่ม โดยผู้วิจัยมีการพบผู้ป่วยจำนวน 4 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที (ที่ห้องสอนสุขศึกษาคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ)

1. ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ ผู้วิจัยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างจนสมาชิกกลุ่มรู้สึกผ่อนคลาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการใช้ระยะเวลาในการศึกษา 4 สัปดาห์ นัดวันเวลาที่เริ่มทำวิจัยและสิ้นสุดการทำวิจัย

2. ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มร่วมกันประเมินปัญหา แลกเปลี่ยนประสบการณ์และกำหนดเป้าหมายในการเข้าร่วมกลุ่ม

3. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและอาการแสดงของภาวะหมดประจำเดือน และให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์อาการของแต่ละคน เพื่อให้มีการรับรู้ปัญหาของผู้อื่น ซึ่งจะให้เห็นว่าตนเองไม่ได้มีปัญหาเพียงคนเดียว หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อ ผู้วิจัยทำการนัดพบผู้ป่วยอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง (ที่ห้องสอนสุขศึกษาคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ)

1. ผู้วิจัย และสมาชิกกลุ่มกล่าวทักทาย สร้างสัมพันธภาพต่อเนื่องจากครั้งที่แล้ว แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเวลาในการทำกิจกรรมประมาณ 1 ชั่วโมง ทบทวนเนื้อหาจากสัปดาห์ที่ 1

2. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ฮอร์โมนทดแทน และให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการได้รับฮอร์โมนทดแทน จากนั้นให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย

3. ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาและกล่าวปิดกลุ่ม นัดพบกลุ่มในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง (ที่ห้องสอนสุขศึกษาคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ)

1. ผู้วิจัย และสมาชิกกลุ่มกล่าวทักทาย สร้างสัมพันธภาพต่อเนื่องจากครั้งที่แล้ว แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเวลาในการทำกิจกรรมประมาณ 1 ชั่วโมง ทบทวนเนื้อหาจากสัปดาห์ที่ 2

2. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่เหมาะสม และให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในมุมมองของแต่ละคน จากนั้นให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย

3. ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาและกล่าวปิดกลุ่ม นัดพบกลุ่มในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 4 ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง (ที่ห้องสอนสุขศึกษาคลินิกวัยทอง โรงพยาบาลตำรวจ)

1. ผู้วิจัย และสมาชิกกลุ่มกล่าวทักทาย สร้างสัมพันธ์ภาพต่อเนื่องจากครั้งที่แล้ว แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเวลาในการทำกิจกรรมประมาณ 1 ชั่วโมง และแจ้งให้สมาชิกทราบว่ากรพบกันครั้งนี้เป็นครั้งสุดท้ายก่อนสิ้นสุดการโปรแกรม

2. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ตั้งแต่สัปดาห์แรกจนถึงสัปดาห์ที่ 3 และให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในมุมมองของแต่ละคน จากนั้นให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย

3. ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาที่เรียนรู้ สนับสนุนให้กำลังใจสมาชิกในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขในวัยใกล้หมดประจำเดือน

4. ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบวัดความรู้เรื่องภาวะหมดประจำเดือน

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการวิจัย กล่าวปิดกลุ่ม และกล่าวขอบคุณสมาชิกที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมโดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลาตามที่อยู่หรือเบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยหรือสถานพยาบาลที่ผู้วิจัยแจ้งไว้กับผู้ร่วมวิจัย และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบอย่างรวดเร็ว

6. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

7. ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านจะยังคงได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีสิทธิบอกเลิกการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ตามต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่

8. ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทนให้แก่ท่านที่เข้าร่วมในการวิจัย

9. ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถที่จะหยุดเข้าร่วมงานวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมงานวิจัย จะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อการได้รับบริการในโรงพยาบาล

10. ข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยถือเป็นความลับ ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และข้อมูลเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะถูกถอดออกเป็นรหัส รายงานการวิจัยและผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น

11. หากผู้ร่วมวิจัยไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อภาวะซึมเศร้าในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน

ชื่อผู้วิจัย พ.ต.ท. หญิง จุติพร ทองสัมฤทธิ์

ที่อยู่ติดต่อ 492/1 โรงพยาบาลตำรวจ แผนกสูตินรีเวชกรรมพิเศษ ชั้น 4 ถ. พระราม 1

แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ที่ทำงาน 02- 2076379 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 084-0048724

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

พ.ต.ท.(ญ) จุติพร ทองสัมฤทธิ์ เกิดเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2517 ที่จังหวัดเพชรบุรี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับสอง วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ สถาบันสมทบจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2538 และเข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันรับราชการตำแหน่งพยาบาล (สบ 2) กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ